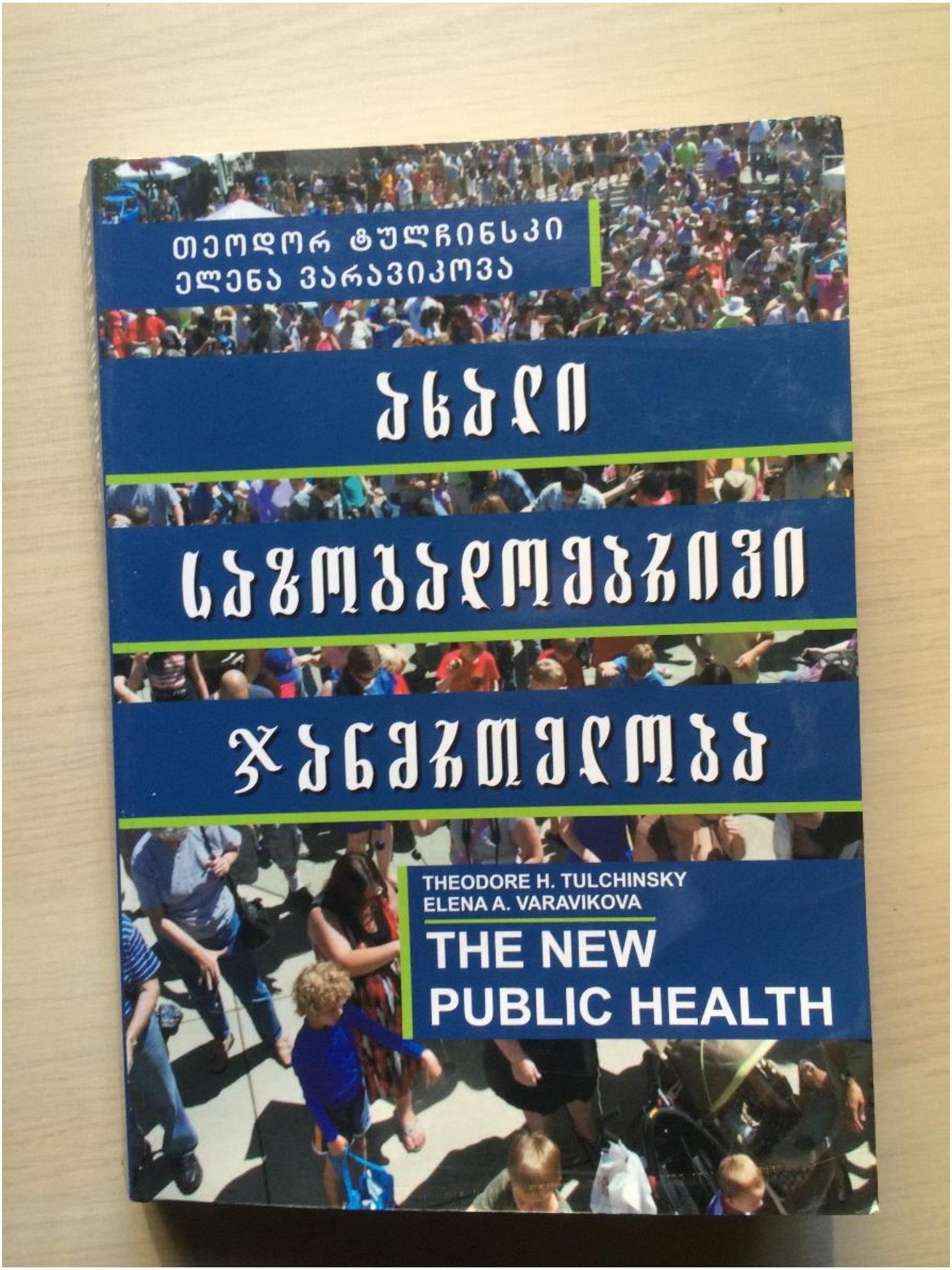

თეოდორ ტულჩინსკი
ელენა ვარავიკოვა
ახალი
საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობა
THEODORE H. TULCHINSKY
ELENA A. VARAVIKOVA
THE NEW
PUBLIC HEALTH

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

თეოდორ ტუდჩინსკი

ჯანდაცვის სამინისტრო, იერუსალიმი, ისრაელი

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა, ჰადასა-ჰიბრუს უნივერსიტეტი

იერუსალიმი, ისრაელი

ელენა ვასავიჯოვა

სეჩენოვის სახელობის მოსკოვის პირველი სამედიცინო აკადემია

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრალური კვლევითი ინსტიტუტი

მოსკოვი, რუსეთი

შესავალი

წიგნის მთავარი იდეა წარმოიშვა აფრიკელი, ლათინო ამერიკელი, კარიბის, აზიელი, ამერიკელი, აღმოსავლეთ ევროპელი და რუსი სამაგისტრო სტუდენტებისთვის ჯანდაცვის ორგანიზების პრინციპების მრავალწლიანი სწავლების შედეგად. ასევე გათვალისწინებელია ის გამოცდილება, რომელიც დაგროვდა სხვადასხვა ქვეყნებში: კანადაში, ისრაელში, ღაზას დასავლეთის სანაპიროებზე, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, რუსეთში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრინციპების რეალიზების და ასევე კოლუმბიაში, აზერბაიჯანსა და პორტუგალიაში პროფესიონალური ვიზიტების შედეგად.

1992-1995 წლებში საერთაშორისო ორგანიზაციის სტატუსით რუსეთში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლაზე მუშაობისას, ჩვენ დავინახეთ სახელმძღვანელოს შექმნის აუცილებლობა, რომელიც შეძლებდა ამ ქვეყნის სტუდენტებისთვის და ვეტერანი პრაქტიკოსი ექიმებისთვის თანამედროვე აზროვნება და ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო მიდგომები გაეცნო. ეს წიგნი პირველად რუსულ ენაზე 1999 წლის ნოემბერში გამოიცა. წიგნი სამედიცინო და საექთნო სკოლებში, ბიბლიოთეკებში და მოსკოვის ახლადგახსნილ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლაში გავრცელდა. უნდა ვივარაუდოთ, რომ წიგნი პოსტ-საბჭოთა კრიტიკულ გარდამავალ პერიოდში მნიშვნელოვნად დაეხმარება რუსეთს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალი იდეის დანერგვასა და განვითარებაში, ამერიკის შეერთებული შტატებისა და სხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზების მაგალითებით.

ინგლისურ ენაზე წიგნის გამოცემა იმ ფაქტმა განაპირობა, რომ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს, პაციენტების ინდივიდუალურ მკურნალობასთან ერთად, პოპულაციაზე ორიენტირებული მიდგომები ინერგება. ორივე გამოცემის მიზანია, იმ ადამიანებს, რომლებიც ამ სფეროში პირველ ნაბიჯებს დგამენ ან აგრძელებენ პროფესიულ განვითარებას, ხელი შეეწყოთ. ჩვენ ასევე ვიმედოვნებთ, რომ ეს მიდგომა გარკვეულწილად გამოსადეგი იქნება ექიმების, ექთნების, მენეჯერებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებისა და ბევრი სხვა პროფესიონალისთვის, განსაზღვრონ ახალი მიდგომები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კლინიკური სერვისების ურთიერთდასაკავშირებლად.

უნდა აღინიშნოს რომ ტერმინი „ახალი“ არ უარყოფს და არ აუფასურებს „ძველი“ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფართოდ ცნობილ და სანდო ელემენტებს. პირიქით, ტერმინში „ახალი„ იგულისხმება, რომ ახლის აღმოჩენა ძველ გამოცდილებაზეა დაფუძნებული. მედიცინაში მკურნალობისა და პრევენციის ფუძემდებლები არიან ანტიკური ბერძენი ღმერთები ესკულაპე და ჰიგია. ჯანმრთელობის მოზაიკური კანონი დაფუძნებულია ორ ძირითად პრინციპზე – პიკუა ნეფეშის (Pikuah Nefesh) ანუ სიცოცხლის სიწმინდის და ტიკუნ ოლამზე (Tikun Olam), პირდაპირი მნიშვნელობით მსოფლიოს შეკეთებაზე, რაც ადამიანებში შეცდომების გამოსწორების ინდივიდუალურ და კოლექტიურ პასუხისმგებლობას გულისხმობს. აღნიშნული ორი პრინციპი, ჯანმრთელობის რელიგიურ და ადამიანურ ფილოსოფიასთან, როგორც ადამიანის და საზოგადოების უფლება და მეცნიერების შემოქმედებითობასთან ერთად, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრაქტიკისა და ეთიკის საფუძველს წარმოადგენს.

ტრადიციულად, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა განისაზღვრებოდა, როგორც მოსახლეობისა და თემების ჯანმრთელობა. თუმცა, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მიმართულია ინდივიდების ჯანმრთელობისკენ, როგორც ნებისმიერი სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი, პირდაპირ ინდივიდუალური და არაპირდაპირ თემებსა და მოსახლეობაზე მიმართული მიდგომებით. არაპირდაპირი მიდგომა, მიზნად ისახავს გარემო რისკ-ფაქტორების, როგორც ფიზიკურ, ასევე სოციალურ შემცირებას, როგორიცაა დაბინძურებული წყლის ზემოქმედების შემცირება ან განათლების

დონის ამაღლება. პირდაპირი მიდგომა ემსახურება ინდივიდუალური პაციენტის ან კლიენტის ჯანმრთელობას, როგორც ექიმი, რომელიც კურნავს პაციენტს ან ბავშვებისთვის ვაქცინაციის პროგრამას.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარ კომპონენტებს, როგორც ცალ-ცალკე აღებულს, ასევე მთლიანობაში აქვთ როგორც მიღწევები, ასევე წარუმატებლობები, თუმცა ისინი თანამედროვე ცივილიზაციის ნაწილია და სხვა დანარჩენი სოციუმების ნატვრის საგანი. რა თქმა უნდა, ყველა ადამიანი ცდილობს თავისი ახლობელი არ გახდეს რომელიმე დაავადების მსხვერპლი, მით უმეტეს, თუ ამ დაავადების წინასწარი პრევენცია შესაძლებელია. მეცნიერებისა და პოლიტიკური ძალისხმევის ერთობლიობა, კარგად დაგეგმილი ინტერვენციების შედეგად, მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადებების რისკს, მიუხედავად ამისა, ჯერჯერობით მაინც ვერ შევძელით ამ ცოდნის მატერიალიზება ისე, როგორც ეს სამკურნალო სერვისების დანერგვის მხრივ განხორციელდა. პრევენციული და სამკურნალო სერვისების ეფექტურობის პოტენციალი უფრო ნაკლებია, როდესაც მათი დაფინანსება და ადმინისტრირება ცალ-ცალკე ხდება, ამის მიზეზი კი შეუთავსებელი ეკონომიკური მოტივები და ეთიკური ღირებულებებია.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა კლასიკური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, რომელიც უკვე მრავალი საუკუნის განმავლობაში ფუნქციონირებდა, სინთეზია ბიოსამედიცინო, კლინიკურ და სოციალურ მეცნიერებებთან, ეკონომიკურ და ტექნოლოგიურ შეფასებასთან, მართვის და ჯანდაცვის სისტემების განვითარების საკითხებთან. ინდივიდუალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება საჭიროებს დაავადებებისა და მათი რისკ-ფაქტორების მიმართ პირდაპირ და არაპირდაპირ მიდგომებს. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბევრი საკითხი მიმართულია როგორც ინდივიდების, ისე საზოგადოებისკენ, მათ შორის, წყლით გამოწვეული დაავადებების პრევენცია, ჯანმრთელობის დაზღვევით სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, სახლში და ქრონიკული მკურნალობის ორგანიზება, მართვადი მკურნალობა და რეგიონული ჯანდაცვის სისტემების ადმინისტრირება, პროფესიული და ბუნებრივი ფაქტორებით გამოწვეული დაავადებების, თანდაყოლილი დეფექტებისა და გენეტიკური დაავადებების, როგორიც თალასემიაა, პრევენცია, ჯანმრთელობის ახალი პროფესიების განვითარება, როგორიცაა უმაღლესი განათლების მქონე პრაქტიკოსი ექთნები და თემის ჯანმრთელობის მუშაკები და ბევრი სხვა.

> ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა კონცეფციაზე უფრო მეტად ფილოსოფიაა, რომლის მიზანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძველი თვალთახედვის გაფართოება ისე, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან ერთად, იგი მოიცავდეს ინდივიდების ჯანმრთელობის საკითხებს და თანამედროვე ჯანმრთელობის ისეთ საკითხებს, როგორიცაა ჯანმრთელობის სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა, გარემო, პოლიტიკური მმართველობა და სოციალური და ეკონომიკური განვითარება. იგი ცდილობს ჯანმრთელობის დაცვა უზრუნველყოფილი იყოს საზოგადოებრივი პოლიტიკის დონეზე. ყველაზე მეტად კი, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერესი ქმედებაა. უმნიშვნელოვანესია, ამოსავალი წერტილის მოძებნა, რათა შესაძლებელი გახდეს ჩვენი დროის მწვავე საკითხების გადაჭრა, ასევე მნიშვნელოვანია ამ პრობლემების გადასაჭრელად განხორციელებადი სტრატეგიების განსაზღვრა.*

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მოიცავს ყველა შესაძლო ქმედებას, რომელიც ეფექტურია ინდივიდების, საზოგადოებისა და მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციისთვის. იგი ქმნის შესაბამის სტადარტებს ნებისმიერი ქვეყნისთვის, განვითარებადია იგი თუ განვითარებული, თუმცა თითოეული მათგანის პრაქტიკაში განხორციელება დამოკიდებულია ქვეყნის ან ქვეყნის რეგიონის ჯანდაცვის კონკრეტულ პრობლემებსა და ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა აერთიანებს ინტერვენციების ფართო სპექტრს ფიზიკურ და სოციალურ გარემოში, ჯანმრთელობის ჩვევებსა და ბიოსამედიცინო მეთოდებში, ასევე ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და ფინანსირებას. იგი აერთიანებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტრადიციულ საკითხებს, როგორიცაა სანიტარია, გადამდები დაავადებების კონტროლი, დედათა და ბავშვის ჯანმრთელობა და ეპიდემიოლოგია, ასევე კლინიკურ სერვისებს, ჯანდაცვის სისტემის მართვის საკითხებს და ჯანმრთელი ცხოვრების ხელშეწყობას. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

* Ncayiyana D., Goldstein, G., Goon, E., andYach, D. *In* "New Public Health and the WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper." Geneva, World Health Organization, 1995

ცნობს, რომ ინდივიდებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობა პირდაპირ და ირიბად დამოკიდებულია ეკონომიკურ და სოციალურ ფაქტორებზე. ამ კონცეფციების აღქმა უმნიშვნელოვანესია დაავადებებისა და მათი გართულებების პრევენციისთვის აუცილებელი ეფექტური ინტერვენციების დასაგეგმად.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ითვალისწინებს რესურსების განაწილებას, ეკონომიკურ ფაქტორებსა და ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტებს. იგი ცნობს, რომ ჯანმრთელობის რესურსები შეზღუდულია უმდიდრეს ქვეყნებშიც კი, და აქედან გამომდინარე, აუცილებელია პროგრამებისა და სერვისების დაბალანსებული მიწოდება, რომელიც ხშირად ხარჯების შეზღუდვების და მომსახურებების ურთიერთცვალებადობის გათვალისწინებით არ ხორციელდება. ყველაზე მნიშვნელოვანი კი ის არის, რომ ინდივიდებს და საზოგადოებებს აქვთ უფლებები და პასუხისმგებლობები ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში, პირდაპირი სერვისებისა და ჯანმრთელი გარემოსა და საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საშუალებით.

ამ რთული და მნიშვნელოვანი სფეროს ნაწილია საზოგადოებრივი მხარდაჭერა. თუმცა, უნდა ითქვას რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა გარკვეულწილად შესაძლებლობების ხელოვნებაცაა. შეუძლებელია სიღარიბისა და უსამართლობის ყველა პრობლემის გადაჭრა, მაგრამ შესაძლებელია გადარჩენისა და სიცოცხლის ხარისხის ეტაპობრივი გაუმჯობესება, რათა განსაცვიფრებელ შედეგებს მივაღწიოთ. ეს პროცესი ინდივიდებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გაზომვადი მიზნების განსაზღვრას საჭიროებს.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სოციალურ და ფიზიკურ გარემოს გულისხმობს, ისევე, როგორც ინდივიდუალური ჯანმრთელობისთვის აუცილებელ ინდივიდუალურ სერვისებს. იგი ერთმანეთს უკავშირებს საზოგადოებაზე ორიენტირებულ და ინდივიდზე ორიენტირებულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ელემენტებს. თუ ჩვენ გვინდა 21-ე საუკუნეში ინდივიდებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებების გადაწყვეტას მივაღწიოთ, ამ ორი მიმართულების ურთიერთდაყოფა შეუძლებელია.

1
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ისტორია

შესავალი

ისტორია გვაწვდის გზებს საზოგადოების ჯანმრთელობის პრობლემების შემეცნებისა და მათი გადაჭრის გზების განვითარების შესახებ. ისტორიულად შეგვიძლია თვალი მივადევნოთ თუ როგორი კონცეფციები ჰქონდათ საზოგადოებებს დაავადებებთან დაკავშირებით და როგორ უმკლავდებოდნენ მათ. ყველა საზოგადოებას მოუხდა დაავადებებისა და სიკვდილის ფენომენთან შეჯახება და მათ მართვასთან დაკავშირებული კონცეფციებისა და მეთოდების განვითარება. აღნიშნული მექანიზმები უშუალო კავშირშია რელიგიურ თუ მეცნიერულ მრწამსთან, რაც გვეხმარება განვსაზღვროთ ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრევენციული და სამკურნალო მიდგომა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ისტორია წარმოადგენს პოპულაციაში დაავადებების პრევენციის ეფექტური საშუალებების გამოვლენას. მიზეზ-შედეგობრიობის მეცნიერულად დამტკიცებულ მონაცემებამდე, ეპიდემიურმა და ენდემურმა ინფექციებმა მოგვაწოდა ამ დაავადებების პრევენციის შესაძლებლობების შესახებ პრაგმატული მოსაზრებები. პოპულაციაში დაავადების პრევენცია მოიცავს ფართოდ გავრცელებული დაავადებების განსაზღვრას, მათი სიხშირის გამოთვლას და ეფექტური ინტერვენციების გზების მოძიებას.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, რომლის განვითარება სავსე იყო მიგნებებითა და შეცდომებით, სამეცნიერო სამედიცინო განათლების მიღწევებით, ხშირად სტიმულს აძლევდა ომი და ბუნებრივი კატაკლიზმები. სამედიცინო სერვისების ორგანიზების აუცილებლობა ვითარდებოდა საზოგადოებების, განსაკუთრებით ურბანული საზოგადოებების განვითარებასთან ერთად. ჯანმრთელობასთნ დაკავშირებულმა სოციალურმა და რელიგიურმა მრწამსმა გავლენა მოახდინა ისეთ მიდგომებზე, რომლებიც მიმართული იყო გადამდები დაავადებების გაცნობიერებისა და კონტროლისკენ სანიტარიის, ურბანული დაგეგმარების და სამედიცინო მომსახურების გზით. იქ, სადაც რელიგიური და სოციალური სისტემები ხელს უშლიდა მეცნიერების განვითარებას და ცოდნის გავრცელებას, ასევე ხელი შეუშალა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებას.

თანამედროვე საზოგადოების ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენს როგორც არქაული დაავადებები, როგორიცაა შავი ჭირი და ქოლერა, ასევე უფრო მნიშვნელოვანი კარდიოვასკულური დაავადებები, ტრავმა და კიბო. შიდსის და ადამიანისთვის საშიში ახალი რეზისტენტული მიკროორგანიზმების გავრცელება გვაიძულებს მათი არაკეთილსაიმედო გამოსავლის პრევენციის გზები ვეძიოთ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ევოლუცია გრძელდება. პათოგენები, ისევე როგორც გარემო და მასპინძელი იცვლება. მომავალი დაბრკოლებების გადალახვაში წარსულის კარგად აღქმა და გაანალიზება დაგვეხმარება.

პრეისტორიული საზოგადოება

დედამიწა დაახლოებით 4.5 მილიარდი წლისაა, ქვის იარაღები, რომლებიც ჩვენს წელთაღრიცხვამდე 2.5 მილიონი წლით თარიღდება, ადასტურებს ადამიანის უძველესი მოდგმის არსებობას. „ჰომო ერექტუსი„ ჩვ.წ.აღ-მდე დაახლოებით 1.5 მილიონი – 500,000 წლის წინ, ხოლო „ჰომო საპიენს ნეანდერტალელი„ 110,000 წლის წინ ცხოვრობდა. პალეოლითის ერაში, როდესაც ადამიანები ტომებად ცხოვრობდნენ და თავს მონადირეობითა და საკვების

შეგროვებით ირჩენდნენ, რაც ამტკიცებს ცეცხლის გამოყენებას 230,000 წლის წინ, განვითარდა ქვის იარაღები, სამკაულები, გამოქვაბულის მოხატულობა და რელიგიური სიმბოლოები. თანამედროვე ადამიანი, ჰომო საპიენსის შთამომავალი, სავარაუდოდ წარმოიშვა აფრიკასა ან შუა აღმოსავლეთში 90,000 წლის წინ. ისინი ევროპის ტერიტორიაზე დიდი გამყინვარების პერიოდში (ჩვ.წ.აღ-მდე 40,000-35,000 წლის წინ) გამოჩნდნენ. ადამიანი ყინულოვანი საფარის გადნობისას გამყინვარების ბოლო ეტაპზე სხვადასხვა ტერიტორიაზე დასახლდა (11,000-8000 ჩვ.წ.აღ-მდე).

ევოლუციის მეზოლითური ერის მონადირე, საკვების შემგროვებელი საზოგადოების ადამიანის გადასვლა ნეოლითურ, საკვების მომყვან ერაში, მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში სხვადასხვა დროს განხორციელდა. ეს გარდასვლა ახლო აღმოსავლეთში დაიწყო (ჩვ.წ.აღ-მდე 9,000-8,000 წ.), შემდეგ კი ევროპას მოედო (3,000 ჩვ.წ.აღ-მდე). ნადირობიდან, თევზაობიდან და საკვების მოპოვებიდან სასოფლო-სამეურნეო პერიოდზე გადასვლა ცხოველების მოშინაურებითა და ბოსტნეულის, ხორბლის, ქერის, სიმინდის მოყვანით დაიწყო. საკვების შენახვამ და მომზადებამ, თიხის მოხმარებამ, კალათის მოწვნამ, მეტალურგიისა და ვაჭრობის განვითარებამ, ღუმელების დამზადებამ და სხვა უნარ-ჩვევებმა ადამიანი უფრო განვითარებულ ეტაპზე გადაიყვანა. ადამიანები მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში დასახლდნენ.

ბიოლოგიური, ტექნოლოგიური თუ სოციალური განვითარების ყველა საფეხურზე, ადამიანს შეხება ჰქონდა საყოფაცხოვრებო და გარემოს სხვადასხვა ფაქტორით განპირობებულ დაავადებებთან და მათი განკურნების მცენარეულ და მისტიკურ საშუალებებს ეძებდა. შიმშილობისას და შავი ჭირის ეპედიმიების დროს, ადამიანი მისტიკურ, ზებუნებრივ ძალებს მიმართავდა, რათა თავიდან აერიდებინა მოსალოდნელი უბედურება. შამანების და ჯადოქრების ცდები მცენარეულ მკურნალობასთან ერთად, ავადმყოფი მისტიკური და რელიგიური ხერხებით განეკურნათ, კრახით მთავრდებოდა. გარემოს სტიქიებთან ადაპტაცია აუცილებელი გახდა მოსახლეობის გამრავლების და ახალი გარემო პირობების, ადამიანთა დასახლებების განვითარების გამო.

კვება და ინფექციური დაავადებების გავრცელება დაკავშირებული იყო ადამიანის განვითარებასთან. სოციალური ორგანიზაცია მოიცავდა ნადირობის, ჩაცმა-დახურვის, თავშესაფრის აშენების, საკვების მომზადებისთვის აუცილებელი ცეცხლის გამოყენების, საკვების შენახვის, გარდაცვლილთა დასაფლავების, დასახლებული მიდამოებიდან ნაგვის გადაყრის იარაღებსა და უნარ-ჩვევებს. გარემოსთან შეჩვევა იყო და დღემდე რჩება ადამინის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან ფაქტორად. გარემოსთან ბალანსისა და ადაპტაციის გამოწვევები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარების მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს.

ანტიპური სამყარო

სასოფლო-სამეურნეობის სისტემის განვითარება ადამიანს ნადირობის გარდა, აძლევდა საშუალებას შეემუშავებინა არსებობის ახალი საშუალებები და ჩამოეყალიბებინა უფრო კომპლექსური სოციალური ფენები, რომელთაც შეეძლოთ პროდუქტების და სარწყავის გაზიარება. ვაჭრობა, კომერცია და სახელმწიფო დაკავშირებულია ურბანული საზოგადოების განვითარებასთან. მოსახლეობის ზრდამ და კომუნალური თანაცხოვრების სისტემის ჩამოყალიბებამ სიცოცხლის გაუმჯობესებული სტანდარტები განაპირობა, მაგრამ, ამავდროულად, გაზარდა სხვადასხვა დაავადების გავრცელების საშიშროება. ეს ცვლილებები მოითხოვდა დაავადებების პრევენციისა და გადარჩენის გაუმჯობესებისთვის საზოგადოების აქტივობას.

აღმოსავლეთის საზოგადოებები მსოფლიო ცივილიზაციის დასაბამი გახდა. მოხდა ემპირიული და რელიგიური ტრადიციების აღრევა. ცრურწმენა და შამანიზმი თანაარსებობდა მცენარეებით მკურნალობის, ბებიაქალების, ჭრილობების და მოტეხილი ძვლების მკურნალობის პრაქტიკულ ცოდნასთან ერთად, ტრეპანაციისას ორგანიზმის „ავი სულებისგან„ განწმენდა თავის ქალაში თრომბების ჩამოყალიბებით სრულდებოდა. ეს ყოველივე კომუნალური ცხოვრების ნაწილს წარმოადგენდა და კულტურულ და ისტორიულ მხარესთან ერთად თანაარსებობდა. წერის უნარ-ჩვევის ჩამოყალიბებამ სამედიცინო დოკუმენტაცია

განავითარა. სამედიცინო მომსახურება კანონმდებლობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენდა მესოპოტამიაში ჰამურაბის დროს (1700 ჩვ.წ.მდე). ის მოიცავდა ექიმების მომსახურების გადასახადებს, დამსჯელობით ღონისძიებებს არგანკურნების შემთხვევებში და იურიდიულ ბაზას სამედიცინო პრაქტიკისთვის. ტრადიციების უმეტესობა ჯადოქრობისგან შექმნილი ემპირიული ცოდნით იყო წარმოშობილი ან რელიგიისგან მომდინარეობდა. სამედიცინო პრაქტიკის სხვა სახეობა ზებუნებრივ ძალებს ეფუძნებოდა, ამ ტიპის მკურნალებს კი რელიგიურ მსახურებად მიიჩნევდნენ. მკურნალების მომზადება, მათი საქმიანობის რეგულაცია და ეთიკური სტანდარტები სხვადასხვა ანტიკურ საზოგადოებაში ვითარდებოდა.

ზოგიერთი ანტიკური საზოგადოება სისუფთავეს ღვთიურ დონეზე აყენებდა და რელიგიურ მრწამსს და პრაქტიკას ჰიგიენას უკავშირებდა. ჩინელების, ეგვიპტელების, ებრაელების, ინდოელების და ინკების სოციუმები სანიტარიულ საქმიანობას რელიგიური მრწამსის სისტემის ნაწილად მიიჩნევდნენ, ისინი ახორციელებდნენ წყლის მოწოდებას, ჩამდინარე და სადრენაჟო სისტემებს, რამაც წარმატებული ურბანიზაცია განაპირობა. პირადი ჰიგიენა რელიგიურობასთან იყო კავშირში. აღნიშნულს ამავდროულად ტექნიკურმა მიღწევებმაც შეუწყო ხელი.

ჩინელები ჩვ.წ.აღ-მდე 21-დან მე-11 საუკუნემდე წყლის დასალევად წყაროს გათხრას მიმართავდნენ. ჩვ.წ-მდე მე-11 საუკუნიდან მე-7 საუკუნემდე ისინი სასმელი წყლის დაცვისთვის სხვადასხვა ხერხს მიმართავდნენ, კერძოდ, ვირთხებისა და ცოფიანი ცხოველების განადგურებას. ჩვ.წ.აღ-მდე მე-2 საუკუნეში მათ უკვე შემოღებული ჰქონდათ საკანალიზაციო სისტემა და საპირფარეშოები. ჯანმრთელობის კონცეფცია მოიცავდა ინის (ქალის) და იანის (მამაკაცის) ურთიერთსაწინააღმდეგო და ამავდროულად, ბალანსირებულ ცხოვრების წესს. ჯანდაცვა ასევე უსვამდა ხაზს კვების რეჟიმს, მცენარეულ მედიცინას, ჰიგიენას, მასაჟსა და აკუპუნქტურას.

ინდოეთის ქალაქები იყო დაგეგმარებული, ქუჩის ბილიკები მოკირწყლული, გამდინარე წყლის მილები აგურებითა და ფილებით ნაგები. ინდური მედიცინა მცენარეულ მკურნალობას ეფუძნებოდა და მითოლოგიურ ღმერთებთან იყო ასოცირებული. ჩვ.წ.აღ-მდე 800-200 წლებში, აიურვედას მედიცინა განვითარდა და მასთან ერთად, სამედიცინო სკოლები და სამოქალაქო საავადმყოფოები. ჩვ.წ.აღ-მდე 800-200 წლებში მედიცინისა და ქირურგიის ძირითადი ტექსტები დაიწერა. მედიცინის განვითარების ოქროს ხანა ინდოეთში დასაბამს იღებს ჩვ.წ.აღ-მდე დაახლოებით 800 წელს. პირადი ჰიგიენა, სანიტარია და წყლის მომარაგების ინჟინერია აღწერილია მანუს კანონთა კრებულში. პიონერმა ექიმებმა, რომლებსაც ბუდისტი მეფეები მხარს უჭერდნენ, განავითარეს წამლები და ქირურგია, შექმნეს სამედიცინო სკოლები და სამოქალაქო საავადმყოფოები, როგორც სახელმწიფო მედიცინის შემადგენელი ნაწილი. ინდურმა მედიცინამ, როგორც ბერძნულმა მედიცინამ ევროპაში, მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა არაბულ ქვეყნებში მედიცინის განვითარებაში. ჩვ.წ.აღ-ით 600 წელს მონღოლების შემოსევამ სახელმწიფოს მხარდაჭერის და შესაბამისად, ინდური მედიცინის განვითარების დაქვეითება განაპირობა.

უძველეს ეგვიპტეში სასოფლო-სამეურნეო და სარწყავი სამუშაოები დაკავშირებული იყო პარაზიტულ დაავადებების გავრცელებასთან. ქალაქებში გამოყენებული იყო ქვის სადრენაჟო მილები, განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა პირად ჰიგიენას. ეგვიპტურმა მედიცინამ ქირურგია და სამკურნალო მედიცინა განავითარა, მათ შორის, სპეციალიზაცია და სპეციალური მომზადება, რითაც დიდი გავლენა მოახდინა ბერძნულ მედიცინაზე. 3400 წლის წინ დაწერილი ებერუსის პაპირუსი ეგვიპტურ სამედიცინო მეცნიერებას აღწერს, მათ შორის, ინფექციური დაავადებით დასნებოვნებული პაციენტების იზოლირების აუცილებლობის საკითხებს.

ებრაულ მოსეს კანონთა 5 ტომისგან შემდგარ კრებულში ხაზგასმულია სხვადასხვა დაავადების პრევენცია პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენით, რეპროდუქციული და დედათა ჯანმრთელობა, კეთროვნებისა და სხვა „არაწმინდა მდგომარეობების„ მქონე ავადმყოფების იზოლაცია, ოჯახი და სქესობრივი აქტივობა, როგორც რელიგიის ნაწილი. იგი ასევე წარმოადგენს მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთგვარ იურიდიულ საფუძველს. ჯანმრთელობაზე პირადი და საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობა მოიცავდა სავალდებულო დასვენების დღეებს, მუშებისა და მონების უფლებების გარანტიას, წყლის მომარაგების უზრუნველყოფას, დასახლებების სანიტარიას, ნაგვის განადგურებას, საკვების კონტროლს, ყოველივე ეს რელიგიურ ვალდებულებებად

იყო მიჩნეული. საკვების კონტროლი და მისი შენახვის წესების შემუშავება მოსახლეობას თავიდან აცილებდა მოეხმარა დაავადებული და გაუსუფთავებელი ცხოველის ხორცი. დაავადება განიხილებოდა, როგორც ცოდვების გამოსასყიდი, ასევე ხაზგასმული იყო ადამიანის სიცოცხლის ეთიკური და სოციალური საკითხები ვალდებულებით ეძებოს და თვითონაც გაუწიოს დახმარება. ადამიანის სიცოცხლის სიწმინდის კონცეფციას (Pikuah Nefesh) და დედამიწაზე სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების კონცეფციას (Tikun Olam) საზოგადოებრივ ცხოვრებაში რელიგიური და სოციალური მნიშვნელობა ჰქონდა. ტრადიციულად, ერთი ადამიანის გადარჩენა მთელი სამყაროს ხსნას უდრიდა და ეთიკური იმპერატივით პლანეტაზე სიცოცხლის გაუმჯობესებას განაპირობებდა. მოზაიკურ კანონში, რომელიც იუდაიზმის, ქრისტიანობისა და ისლამის საფუძველია, მოწოდებულია ინდივიდისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქცევები, რომლებიც დღევანდელი გარემოსა და სოციალური ჰიგიენის ბაზისურ კონცეფციას წარმოადგენს.

კრეტანულ და მინოსურ საზოგადოებებში კლიმატი და გარემო დაავადების გამოწვევის მნიშვნელოვან ფაქტორად იყო მიჩნეული. მალარიის გავრცელება უკავშირდებოდა დაბლობებსა და ჭაობიან არეალს და პრევენცია, შესაბამისად დასახლებების სწორ დაგეგმარებას ითვალისწინებდა. ანტიკური ბერძნები ჯანმრთელ ჩვევებში პირად ჰიგიენას, კვებას, ფიზიკურ აქტივობას და კომუნალურ სანიტარიას მოიაზრებდნენ. ჰიპოკრატემ კვლევის კლინიკური მეთოდები, დოკუმენტაცია და სამკურნალო პრაქტიკის ეთიკური კოდი შეკრა. მან ასევე ჩამოაყალიბა კავშირი დაავადების განვითარებასა და ბუნებრივ გარემოს (წყალი, ჰაერი, ადგილი) შორის. მათ შორის მჭიდრო კავშირის გათვალისწინება, ჩვ.წ.აღ-ით მე-19 საუკუნემდე, ეპიდემიოლოგიის ძირითად საკითხად მოიაზრებოდა. ჯანმრთელობის შენარჩუნება დანახული იყო, როგორც ძალების ბალანსი: ფიზიკური დატვირთვა და დასვენება, კვება და გამოყოფა; აღიარებული იყო ასაკობრივი და სქესობრივი მაჩვენებლების მნიშვნელობა; დაავადება განიხილებოდა, როგორც ბუნებრივად გამოწვეული მოვლენა; სამედიცინო მომსახურება საკმაოდ ფასდებოდა. ღარიბი ფენებისა და მონებისთვის უფასო მკურნალობას ქალაქი-სახელმწიფო უზრუნველყოფდა. ქალაქის მმართველები ჩამდინარე წყლების სისუფთავეს და მომარაგებას აკონტროლებდნენ და სანიტარიასა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისებს უზრუნველყოფდნენ. ამგვარად, ჰიპოკრატემ მედიცინას როგორც სამეცნიერო, ისე ეთიკური სული ჩაბერა, რაც დღესაც ძალზე აქტუალურია.

ძველმა რომმა ბერძნული ფილოსოფია და მედიცინის საკითხებთან დაკავშირებული გამოცდილება შეითვისა, მაღალი დონის მიღწევებითა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარების ინოვაციების მაღალი ხარისხით. რომაელები მაღალი ხარისხის ინჟინერიით აგეგმარებდნენ ქალაქებს, სადრენაჟო სისტემას და წყლის მომარაგებას, სამოქალაქო საპირფარეშოებსა და აბანოებს, სამხედრო ნაგებობებს, დიდ ყურადღებას აქცევდნენ სანიტარიასა და სამედიცინო დახმარებას. რომაული კანონები მოიცავდა ბიზნესსა და სამედიცინო პრაქტიკას. რომის იმპერიის ზეგავლენამ ევროპასა და ახლო აღმოსავლეთში ამ იდეების ფართო გავრცელება გამოიწვია. რომი სუფთა სასმელი წყლით 10 აკვედუკიდან მარაგდებოდა, ასევე არსებობდა სადრენაჟო სისტემაც. მალარიის პრევენციისთვის ჭაობიანი ადგილების ამოშრობას მიმართვდნენ. საზოგადოებრივი აბანოები ღარიბი მოსახლეობისთვის შენდებოდა, შადრევნებს კი მდიდრების საკუთარ სახლებში აგებდნენ. რომის ქუჩები ქვაფენილით იყო მოკირწლული, ნაგვის გატანა ორგანიზებულად ხდებოდა.

რომის სამხედრო მედიცინა მოიცავდა კარგად განვითარებულ სანიტარიულ სისტემას, საკვების მომარაგებას და ქირურგიულ სერვისებს. ზებუნებრივ ძალებსა და რელიგიაზე დაყრდნობილი რომაული მედიცინა, სადაც მონები მკურნალ ექიმებად გვევლინებოდნენ, ბერძენი ექიმების განათლებისა და უნარჩვევების დახმარებით განვითარდა, რომლებმაც თავიანთი ცოდნა და გამოცდილება რომში კორინთის განადგურების შემდეგ (ჩვ.წ.აღ-მდე 146წ.) შეიტანეს. რომაელი ექიმები საზოგადოებაში საკმაოდ დაფასებულები იყვნენ. საავადმყოფოები და მუნიციპალური ექიმები რომაულ ქალაქებში მსახურობდნენ, რათა ღარიბი ფენისა და მონებისთვის უფასო სამედიცინო მომსახურება გაეწიათ, მათ ასევე ჰქონდათ კერძო პრაქტიკაც. პროფესიული ჯანმრთელობა გულისხმობდა ცნობილი რისკების შემცირების სხვადასხვა ზომას, მაგ. ტყვიის ექსპოზიციის შემცირება განსაკუთრებით ჭაბურღილში მომუშავეთათვის. ადამიანის წონა და ზომები სტანდარტიზებული და გაკონტროლებული იყო. რო-

მის იმპერიამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების: სანიტარიის, ურბანული დაგეგმარების და ორგანიზებული სამედიცინო მომსახურების განვითარებში. გამოჩენილმა რომაელმა ექიმმა გალენმა უკვდავყო ჰიპოკრატე თავის სამედიცინო ნაშრომებში, სადაც ადამიანი 4 ტიპადაა დაყოფილი (სანგვინიკები, ფლეგმატიკები, ქოლერიკები და მელანქოლიკები). აღნიშნულ მოსაზრებას ევროპული მედიცინა 1500 წლის განმავლობაში ანუ თანამედროვე მეცნიერების განვითარებამდე მართებულად მიიჩნევდა.

აღმოსავლეთ შუა საუკუნეები (ჩვენი ნელთაღმოსხვით მეხუთე-მეათე საუკუნე)

რომის იმპერია, როგორც ორგანიზებული გაერთიანება, ჩვ.წ.აღ-ით მე-5 საუკუნეში გაქრა. აღმოსავლეთის იმპერიიდან კონსტანტინეპოლი გადარჩა, მაღალ დონეზე ცენტრალიზებული მმართველობით. შემდგომში, მუსულმანების დაპყრობის შემდეგ, იგი ბერძნული და რომაული სამედიცინო სწავლებების ერთგვარ გაგრძელებას წარმოადგენდა. დასავლეთ იმპერიამ წარმართული და ქრისტიანული კულტურები გააერთიანა და დაავადებას აღიქვამდა, როგორც სასჯელს ჩადენილი ცოდვებისთვის. დაავადებების მიზეზებად მიიჩნეოდა ეშმაკის მფლობელობაში ყოფნა და ჯადოქრობა. ლოცვა, აღსარება, ეგზორციზმი მიჩნეული იყო მეთოდად, რომელიც ჯანმრთელობის პრობლემებს აგვარებდა. ქრისტიანობის ეკლესიის სახით ორგანიზებამ გავლენა მოახდინა როგორც ჯანმრთელობის, ასევე ადამიანის სიცოცხლის სხვა სფეროებზეც. ფეოდალიზმისა და ბატონყმობის წყობისას საერო პოლიტიკური სტრუქტურა ასოცირებული იყო ევროპის ძლიერ სამხედრო ფენასთან.

ეკლესიის განმარტებით, დაავადება დაკავშირებული იყო თანდაყოლილ ან შეძენილ ცოდვებთან. ადამიანის ბედისწერა გულისხმობდა ტანჯვას დედამიწაზე და უკეთეს ცხოვრებას სამოთხეში. ამ ფილოსოფიით ეკლესია, თავისი ქველმოქმედებით, უზრუნველყოფდა მკურნალობასა და ზრუნვას. პრევენციის იდეა გულისხმობდა ღვთის ნებაში ჩარევას. მონასტრები, კარგად განვითარებული სანიტარიული მოწყობით, მთავარ მაგისტრალურ გზებზე მდებარეობდა და მგზავრებს თავშესაფარს სთავაზობდა. მონასტრები სასწავლო და მედიცინის ძირითად ცენტრებს წარმოადგენდა. დაავადებულთა და ღარიბთა მკურნალობა მოიაზრებოდა, როგორც საავადმყოფოს ქველმოქმედებითი სამართლიანი მოვალეობა. საავადმყოფოები ღარიბთა მზრუნველობის გარდა დიდ ყურადღებას აქცევდა ეპიდემიურ და ენდემურ დაავადებებთან ბრძოლას.

მკურნალებად ძირითადად გვევლინებოდნენ ბერები, რომლებიც ეკლესიის დოქტრინისა და ეთიკის ჩარჩოებში მოქმედებდნენ. სამედიცინო სწავლება ძირითადად გალენის სკოლას ეფუძნებოდა. მცენარეული საშუალებებით მკურნალი ქალები გრძნეულებად აღიქმებოდნენ. განათლება და ცოდნა ეკლესიის გავლენას განიცდიდა. სქოლასტიკა აფერხებდა აღწერილობითი და ექსპერიმენტული მეცნიერების განვითარებას. შუა საუკუნეების ევროპის, მეტწილად სოფლის მოსახლეობა, საკვების, განათლების, სანიტარიისა და ჰიგიენის სიმწირის პირობებში ცხოვრობდა. ენდემურმა და ეპიდემიურმა დაავადებებმა ჩვილთა, ბავშვთა და მოზრდილთა სიკვდილიანობის ზრდა გამოიწვია. ზოგადად, ახალშობილთა 75% 5 წლის ასაკამდე იღუპებოდა. ასევე საკმაოდ მაღალი იყო დედათა სიკვდილიანობაც. კეთრი, მალარია, წითელა, ყვავილი სხვა ნაკლებ აღწერილ ინფექციურ დაავადებებთან ერთად, ენდემურ დაავადებებად მოიხსენიება.

მე-7 – მე-10 საუკუნეებში ქრისტიანულთან ერთად, მუჰამედის კანონების მიხედვით, ისლამური მედიცინა ჯერ სპარსეთში, შემდეგ კი ბაღდათსა და კაიროში აღორძინდა. რაზესმა და იბნ სინამ (ავიცენა) ძველი ბერძნული და მოზაიკური სწავლებები თარგმნეს და აითვისეს და სამედიცინო აკადემიებსა და საავადმყოფოებში მიღებული კლინიკური უნარები დაამატეს. დოკუმენტირებულია მე-9 საუკუნის კაიროში წყლის მილებით მომარაგების არსებობა. დაფუძნდა უდიდესი სამედიცინო აკადემიები, მათ შორის კორდოვაში, ესპანეთის მიერ დაპყრობილ ნაწილში. ეს უკანასკნელი ესპანეთიდან მუსლიმანების განდევნის პერიოდამდე, სწავლების

და ცოდნის უმნიშვნელოვანეს ცენტრს წარმოადგენდა. აკადემია ევროპული სამედიცინო აზროვნებისა და დასავლური მედიცინის ისეთი სფეროებს დაეხმარა, როგორიცაა ანატომია, ფიზიოლოგია და აღწერილობითი კლინიკური მედიცინა.

ᲒᲕᲘᲐᲜᲘ ᲨᲣᲐ ᲡᲐᲣᲙᲣᲜᲔᲔᲑᲘ (ᲩᲕᲔᲜᲘ ᲜᲔᲚᲗᲐᲚᲮᲘᲘᲡᲮᲕᲘᲗ ᲛᲔ-11 - ᲛᲔ-15 ᲡᲐᲣᲙᲣᲜᲔᲔᲑᲘ)

გვიან ფეოდალურ ხანაში, ებრაული და ბერძნულ-რომაული ჯანმრთელობის კონცეფციები მუსლიმთა იმპერიის პირობებში განვითარდა. მე-12 საუკუნეში ებრაელმა ფილოსოფოსმა და ექიმმა მოსე მაიმონიდესმა, რომელმაც განათლება კორდოვაში მიიღო და შემდეგ კაიროში გადაიხვეწა, რომაული, ბერძნული და არაბული მედიცინის ინფექციური დაავადებით დასნებოვნებულთა იზოლაციისა და სანიტარიის მოზაიკურ კონცეფციებთან სინთეზში დიდი წვლილი შეიტანა.

მე-8 – მე-12 საუკუნეებში მონასტრებში ბევრი საავადმყოფო გაიხსნა, რომლებიც ავადმყოფთა და მომაკვდავთა ტანჯვის შემსუბუქებას ცდილობდა. ამ ტიპის საავადმყოფოები მე-11 საუკუნის რუსულ წყაროებშიცაა აღწერილი. მონასტრები წარმოადგენდნენ განათლების, სამედიცინო მომსახურების, ეთიკურ ცენტრებს, სადაც დაავადებულთა ზრუნვა განიხილებოდა, როგორც ქველმოქმედება. მე-12 – მე-16 საუკუნეებში მონასტრის საავადმყოფოები თანდათან მუნიციპალურმა, მოხალისეთა და გილდიების საავადმყოფოებმა ჩაანაცვლა. მე-15 საუკუნეში ბრიტანეთში 750 ასეთი საავადმყოფო ფუნქციონირებდა. გილდიები თავის წევრებსა და მათ ოჯახებს სამედიცინო დაზღვევით უზრუნველყოფდა. საავადმყოფოები ექიმებს ქირაობდნენ და მდიდარი ფენის წარმომადგენელებს ჰქონდათ კერძო ექიმებთან წვდომა.

ადრეულ შუა საუკუნეებში, უმეტესი ექიმები ბერები იყვნენ. სამედიცინო ლიტერატურა უძველესი წყაროებიდან საზრდოობდა. 1131-1215 წლებში, პაპმა ბერების სამედიცინო მომსახურება აკრძალა და ამით საერო სამედიცინო საქმიანობას ხელი შეუწყო. 1244 წელს სიცილიის იმპერატორმა ფრედერიკ II-მ დეკრეტი გამოსცა, რომელიც სამედიცინო პრაქტიკას, ლიცენზირების წესებს არეგულირებდა: სამედიცინო განათლება (3 წელი–ფილოსოფია, 5 წელი–მედიცინა), 1-წლიანი პრაქტიკა ზედამხედველობის ქვეშ და შემდეგ სალიცენზიო გამოცდა. მსგავსი კანონები ესპანეთში (1238 წ.) და გერმანიაში (1347 წ.) გამოქვეყნდა.

ჯვაროსნებმა (1096—1270 წწ.) ევროპაში არაბული სამედიცინო კონცეფციები დასახეს. მათვე გაავრცელეს კეთრი. საავადმყოფოები როდესში, მალტასა და ლონდონში გაიხსნა, სამშობლოში დაბრუნებული ჯვაროსნებისა და პილიგრიმების სამკურნალოდ. საავადმყოფოები მუსლიმანურ სამყაროსაც ჰქონდა, როგორიცაა ალ მანსური კაიროში, რომელსაც სახელმწიფო აფინანსებდა და ყველას ემსახურებოდა. ჯვაროსნებსა და მუსლიმებს შორის ურთიერთობების ზრდამ, რაც ომებით, დაპყრობებით, ვაჭრობითა და თანაცხოვრებით გამოიხატებოდა, არაბული კულტურა განავითარა, ასევე გავრცელდა დაავადებები, საჭირო გახდა ძველი სამედიცინო და ჰიგიენის სწავლების გადახედვა.

ადრეული შუა საუკუნეების პერიოდში ევროპაში კეთრი საკმაოდ ფართოდ გავრცელდა, განსაკუთრებით, ღარიბთა შორის, პიკს მიაღწია ჯვაროსნების ეპოქის და შემდგომ პერიოდში (მე-13 – მე-14 სს.). კეთროვანთა იზოლაცია ჩვეული პრაქტიკა იყო. მე-14 საუკუნეში მხოლოდ საფრანგეთში 2000-მდე შემთხვევა იყო დაფიქსირებული. კეთრი თანდათანობით, შემდგომ პერიოდში, სავარაუდოდ მე-14 საუკუნეში, ბუბონური შავი ჭირის გავრცელების შედეგად გაქრა.

დასავლეთ ევროპის ბატონყმური და ფეოდალური სოფლების გაქრობასთან ერთად ხალხმრავალი და ცუდი სანიტარიული პირობების მქონე ქალაქები ვითარდებოდა. ქალაქებს სამეფო ქარტიის გადაწყვეტილებით, თვითმმართველობა ჰქონდათ, ისინი ძირითადად ძველი რომაული დასახლებების, ვაჭრობისთვის მდინარეთა გადაკვეთის ადგილას იყო განთავსებული. ეკლესია ხალხში სტაბილურობას ჰქმნიდა, თუმცა ახალ იდეებს ახშობდა, ძირითადად ინკვიზიციით. ინკვიზიცია 1231 წელს პაპმა გრეგორიმ შემოიღო, შემდეგში მან სახე იცვალა, განსაკუთრებით ესპანეთში, სადაც 1478

წელს პაპმა სიქსტუსმა ბრძანა ამოეძირკვათ ერეტიკოსები, ებრაელები და ნებისმიერი ის, ვინც პაპის კანონებს წინ აღუდგებოდა.

სამეფო ქარტიით დაფუძნებული პარიზის, ბოლონიის, პადუას, ნეაპოლის, ოქსფორდის, კემბრიჯისა და სხვა ქალაქების უნივერსიტეტები ეკლესიის გავლენას არ განიცდიდნენ. მე-12 – მე-13 საუკუნეებში ევროპაში ხელოვნებამ და მეცნიერებამ პიკს მიაღწია, შეიქმნა კომპასი, მექანიკური საათი, წყლის წისქვილი, ქარის წისქვილი და საქსოვი დაზგა. ფიზიკური და ინტელექტუალური განვითარება მარკო პოლოს მოგზაურობებსა და როჯერ ბეკონის, ტომას აკვინასისა და დანტეს შემოქმედებას უკავშირდება. ვაჭრობა, კომერცია და მოგზაურობა ძალიან განვითარდა.

შუა საუკუნეების უნივერსიტეტებს სამედიცინო სკოლები დაემატა: მე-10 საუკუნეში სალერნოში, იტალიასა და მთელ ევროპაში, მე-12 – 15 საუკუნეებში კი – პარიზში (1110), ბოლონიაში (1158), ოქსფორდში (1167), მონპელიეში (1181), კემბრიჯში (1209), პადუაში (1222), ტულუზაში (1233), სევილიაში (1254), პრაღაში (1348), კრაკოვში (1364), ვენაში (1365), ჰეიდელბერგში (1386), გლაზგოში (1451), ბაზელში (1460) და კოპენჰაგენში (1478). ექიმები, რომლებიც ძირითადად შუა ფენას წარმოადგენდნენ მზადდებოდნენ სქოლასტიკური ტრადიციებით, რაც ძველ არაბულ, რომაულ და ბერძნულ ლიტერატურას ეფუძნებოდა, ძირითადად, ჰიპოკრატეს, გალენის, არისტოტელეს ნაშრომებს და ასევე იმ დროის თანამედროვე არაბი და ებრაელი ექიმების ნაშრომებსაც.

ახლადაშენებული კომერციული და ინდუსტრიული ქალაქების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალი და მზარდი პრობლემები გამოსავლის ძიებას მოითხოვდა. ხალხმრავლობა, არაჯანსაღი კვება და ცუდი სანიტარია, წყლის მომარაგებისა და დრენირების ცუდი სისტემა, მოუკირწყლავი ქუჩები, ქალაქებში ცხოველთა სიმრავლე და ნაგვის გადაყრის არაორგანიზებულობა, ინფექციური დაავადებების

ჩანართი 1.1
"ეს სამყაროს დასასრულია": შავი სიკვდილი

„ხმები ვრცელდება შავი ჭირის გავრცელების შესახებ ჩინეთში, სათათრეთიდან (ცენტრალური აზია) ინდოეთამდე, სპარსეთამდე, მესოპატამიამდე, სირიამდე, ეგვიპტემდე და აზიის სხვა ქვეყნებამდე და საბოლოოდ ევროპას, 1346 წელს მიაღწია. ამბობენ, რომ სიკვდილიანობა ისეთი მაღალი იყო, რომ ინდოეთის უდიდესი ნაწილი დაუსახლებელი დარჩა. მთელი ტერიტორიები დაფარული იყო გვამებით, ზოგან არავინ დარჩა ცოცხალი. ავინიონის პაპის კლემენტ VI-ის განცხადებით, დაღუპულთა რაოდენობამ 23,840,000-ს მიაღწია. კონტაგიოზურობის ცნების არარსებობის პირობებში ევროპაში არ იგრძნობოდა პანიკა, სანამ „შავი ტვირთის„ მქონე გემები არ შემოვიდა მესინაში, სხვა გემები კი – ლევანტიდან გენუასა და ვენეციაში.

1348 წლის იანვარში მან დაიპყრო საფრანგეთი მარსელის გავლით და ჩრდილო აფრიკა ტუნისიდან. გემებს დაავადება სანაპიროებითა და სანავიგაციო მდინარეებით გადაჰქონდათ. მარტში იგი გავრცელდა დასავლეთით მარსელიდან ლანგუიდოკის პორტის გავლით ესპანეთში და ჩრდილოეთით, რონის საშუალებით, ავინიონამდე. თებერვლიდან მაისამდე შავმა ჭირმა ნარბონს, მონპელიეს, სარკასონს, ტულუზას, ასევე იტალიაში რომსა და ფლორენციას მიაღწია. ივნისიდან აგვისტომდე დაავადება ბორდოს, ლიონსა და პარიზს მოედო, აქედან გავრცელდა ბურგუნდიასა და ნორმანდიაში და შემდეგ ინგლისის სამხრეთში. ზაფხულის განმავლობაში დაავადებამ იტალიიდან ალპები გადაკვეთა და შვეიცარიაში გავრცელდა, აქედან კი – აღმოსავლეთ უნგრეთში.

აღნიშნულ ტერიტორიაზე შავი ჭირი 4-6 თვის განმავლობაში ყველას ანადგურებდა, შემდეგ კი თანდათანობით ქრებოდა, გარდა მჭიდროდ დასახლებული დიდი ქალაქებისა. შავი ჭირი ზამთარში სუსტდდებოდა, მაგრამ თავს კვლავ გაზაფხულზე იჩენდა და 6 თვე გრძელდებოდა.

წყარო: Tuchman BW. 1978. *A Distant Mirror: The Calamitous Fourteenth Century.* New York: Alfred A. Knopf Inc. (with permission).

ფართოდ გავრცელებას განაპირობებდა. მუნიციპალიტეტებმა წყლის მომარაგება (წყარო, ცისტერნა, წყალსატევი) და საზოგადოებრივი ფანტანები განავითარეს, რომლებსაც მუნიციპალიტეტი არეგულირებდა და აკონტროლებდა. წყლის მილებით მიწოდება მე-13 საუკუნიდან სათავეს იღებს დუბლინში, ბაზელსა და ბრიუგეში (ბელგია). მე-11 – 15 საუკუნეებში ნოვგოროდში (რუსეთში) წყალმომარაგებისთვის წებოსა და ხის მილებს იყენებდნენ. მუნიციპალური აბანოები ხელმისაწვდომი იყო, მაგრამ პირადი ჰიგიენის ევროპული სტანდარტები ყველა სოციალურ კლასში საკმაოდ დაბალი იყო.

სამედიცინო მომსახურება ორიენტირებული იყო სხვადასხვა საშუალებებით სიმპტომების მოხსნაზე. ტრადიციული ხალხური მედიცინა სოფლებში ნარჩუნდებოდა, მაგრამ ეკლესიის მიერ იდევნებოდა, როგორც ჯადოქრობა. ექიმები მხოლოდ გადამხდელუნარიან პაციენტებს ემსახურებოდნენ. სამედიცინო ცოდნა წარმოადგენდა მისტიციზმის, პრაგმატიზმისა და სამეცნიერო ცოდნის აშკარა დეფიციტს. ყვავილის, ქოლერის, წითელას ეპიდემიური გავრცელებისთვის საკმაოდ ხელშემწყობი პირობები იყო, რაც მთელს ევროპაში ცხოვრების არადამაკმაყოფილებელ პირობებსა და გამანადგურებელ ომებს უკავშირდებოდა.

შავი სიკვდილი (პნევმონია და ბუბონური შავი ჭირი), რომელიც ცენტრალური აზიიდან ევროპაში მონღოლების შემოსევასთან ერთად შემოვიდა, ხმელეთსა და ზღვაზე გამავალი სავაჭრო გზებით ვრცელდებოდა. შავი სიკვდილი ჩინეთშიც მონღოლების შემოსევას უკავშირდება. 1200-1400 წლებში ჩინეთის მოსახლეობა განახევრდა. მე-11 – 13 საუკუნეებში თათარ-მონღოლთა შემოსევებისას, სხვადასხვა ეპიდემიური დაავადებები, მათ შორის შავი ჭირი, დაფიქსირებული იყო რუსეთში. მე-14 – 15 საუკუნეებში მსოფლიო ვაჭრობის განვითარებასთან ერთად, შავი ჭირი აქტიურად ვრცელდებოდა სამხედრო პირების, ქარავნით მოსიარულე მოვაჭრეებისა და მეზღვაურთა საშუალებით. 1346-1350 წლებში შავმა ჭირმა მთელი ევროპა მოიცვა, 24-50 მილიონი ადამიანი დაიღუპა ანუ მთელი მოსახლეობის დახლოებით 1/3, რის შედეგადაც ევროპის დიდი ნაწილი გამეჩხერდა. კარანტინისა და დაავადებულთა იზოლაციის ადგილობრივი ზომების მიუხედავად, ამ დაავადებამ მთელი თემები გაანადგურა.

ახალი დაავადების მიმართ შიში, უცოდინარობა, მცდარი მოსაზრებები, ჭორები, არაადეკვატური ზომები, ეპიდემიური დაავადებების გავრცელებას იწვევდა (როგორც ეს მოხდა მე-20 საუკუნის ბოლოს შიდსის ეპიდემიის დროს). დასავლეთ ევროპაში იზრდებოდა სახალხო და რელიგიური ცერემონიებისა და დაკრძალვების რიცხვი, რაც კიდევ უფრო ზრდიდა დასნებოვნებულებთან კონტაქტს. განადგურდა კატები, რომლებიც დაავადების მიზეზად იყო მიჩნეული, არადა მათ შეეძლოთ შეეჩერებინათ თაგვების და, შესაბამისად, მკბენარების მიერ შავი ჭირის გავრცელება. ჰიგიენის დაცვამ ებრაულ კვარტლებში დაავადების გავრცელება შეამცირა, თუმცა შავი ჭირის გავრცელებას ხშირად სწორედ ებრაელებს აბრალებდნენ, ამიტომაც აქტიურად მიმართავდნენ მათ მასობრივ ხოცვა-ჟლეტვას, განსაკუთრებით გერმანიასა და ცენტრალურ ევროპაში.

მე-14 საუკუნეში საზღვაო პორტებმა დაიწყეს შავი ჭირის გავრცელების ადგილიდან მომავალი გემების ნავსადგურებში შეჩერება თავდაპირველად 30 დღის განმავლობაში ტრეუტინა), შემდეგ 40 დღის განმავლობაში (კარანტინი) (რეგუსა 1465 წ., ვენეცია 1485 წ.), რამაც დააფუძნა კარანტინი, როგორც პრევენციის საშუალება, რომელიც პრაგმატულად ზემოაღნიშნული დაავადების გავრცელების შეზღუდვას გულისხმობდა. რუსეთის სავაჭრო გზებთან დაკავშირებულ ქალაქებში ეპიდემიის პერიოდში აიკრძალა სახლებში, ქუჩებში და ზოგადად, ქალაქში სიარული. ევროპაში, მუნიციპალური ძალისხმევა უზრუნველეყოთ იზოლაცია, კრახით მთავრდებოდა, რადგან ხალხის თავყრილობები პოლიციის არასაკმარისი ძალების გამო ვერ კონტროლდებოდა. 1630 წელს, იტალიის ქალაქ ფლორენციის ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებელი საბჭოს წევრები დასნებოვნებულთა იზოლაციის გამო ეკლესიიდან მოიკვეთნენ, რადგან თვლიდნენ, რომ ეს მდგომარეობა ღვთის განგება იყო.

შავი ჭირის ეპიდემია განაგრძობდა გავრცელებას ლონდონში (1665 წ.), მარსელში (1720 წ.), მოსკოვში (1771 წ.) და რუსეთში, ინდოეთსა და შუა აზიაში მე-19 საუკუნის განმავლობაში. მე-16 საუკუნეში, რუსეთში, ქ. ნოვგოროდში, ეპიდემიის დროს დამკრძალავი ცერემონიები შეწყდა, მე-17 საუკუნეში კი მეფე ბორის გუდუნოვმა სხვა რელიგიური რიტუალებიც აკრძალა და კარანტინის მკაცრი ზომები მიიღო. შავი ჭირი მე-20 საუკუნეშიც გაგრძელდა (იხ. ალბერტ კამიუს „შავი ჭირი„), ეპიდემიებმა მოიცვა ავსტრალია (1900 წ.), ჩინეთი (1911 წ.), ეგვიპტე (1940 წ.) და ინდო-

ეთი (1995 წ.). ეს დაავადება მსოფლიოს უმეტეს ნაწილში, მათ შორის აშშ-ში, მღრღნელთა ენდემურ დაავადებას წარმოადგენს.

გილდიებმა გაითვალისწინეს ვაჭართა ეკონომიკური ინტერესები და გამოცდილმა ხელოსნებმა ორმხრივი სარგებლის ფონდი შექმნეს, რომელიც თავის წევრებსა და ოჯახებს ფინანსურ, სამედიცინო და სხვა სახის დახმარებას უწევდა დაავადების, სიკვდილის, დაქვრივების, დაობლების შემთხვევებში. გვიან შუა საუკუნეებში გილდიებს ძლიერი პოლიტიკური ძალა ჰქონდათ. ეს მიდგომა შემდეგში მეგობრულ გაერთიანებებში, დაავადებულთა ფონდებსა და კორპორატიულ სამედიცინო დახმარების დაზღვევაში გამოიყენეს.

მე-14 საუკუნეში ევროპის მოსახლეობა შავი ჭირის, ფეოდალური საზოგადოების რღვევის და ომების გამო მკვეთრად შემცირდა. შემდგომ ეტაპზე, მოხდა სასოფლო-სამეურნეო და მოგვიანებით, ინდუსტრიული რევოლუციები. შავი სიკვდილის შემდგომი პერიოდი ინოვაციური და დინამიკური იყო. სოფლის მეურნეობაში სიახლეების დრო დადგა. მიწების შემოსაზღვრა ხელს უშლიდა ცხოველთა შორის დაავადების გავრცელებას, ზრდიდა მოსავალს, ქმნიდა ცხვრის მოვლის უკეთესს პირობებს, რამაც შალისა და ქსოვილების ინდუსტრიის განვითარება განაპირობა, ხდებოდა ენერგიის წყაროების, ინდუსტრიალიზაციისა და საერთაშორისო ბაზრის მოძიება.

ჩენესანსი (1500-1750 წწ.)

კომერციამ, ინდუსტრიამ, ვაჭრობამ, ბაზარმა და მოგზაურობამ, ახალი ბაზრის ძიებამ შუა კლასი განავითარა და მდიდარი ქალაქები წარმოშვა. საბადოებმა, ქარხნებმა და ინდუსტრიულმა საწარმოებმა ახალი პროდუქტი და კეთილდღეობა შექნა. გარკვეულწილად, ვაჭრობის განვითარებამ და პროდუქტებისა და ხალხის მიმოსვლამ ხელი შეუწყო ევროპაში ისეთი დაავადებების გავრცელებას, როგორიცაა სიფილისი, ტიფი, ყვავილი, წითელა და შავი ჭირი. მალარია კვლავ ფართოდ იყო გავრცელებული. მეზღვაურეებში ძალიან გავრცელებული იყო რაქიტი, სურავანდი და ქუნთრუშა.

ამერიკაში სიფილისის ვირულენტური ფორმა სავარაუდოდ კოლუმბის მეზღვაურების მიერ იქნა შემოტანილი, ევროპაში კი იგი 1495-1503 წლებში გავრცელდა, (აღწერილია ფრაკანტორუსის მიერ). დიდ ქალაქებში საპროფილაქტიკო ზომები მოიცავდა მსუბუქი ყოფაქცევის ქალების გამოკლევას და რეგისტრაციას, საზოგადოებრივი აბანოების გაუქმებას, საავადმყოფოებში დასნებოვნებულთა იზოლაციას, დაავადების აღწერას, დაავადებული მსუბუქი ყოფაქცევის ქალების და უცნობების განდევნას. დაავადებამ თავისი ვირულენტობა თანდათან დაკარგა, თუმცა ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვან პრობლემად დღესაც ითვლება.

რუსეთში მე-16 საუკუნეში მეფე ივანე IV-მ (მრისხანე) გადაწყვიტა დედოფალი ელიზაბეტ I-ის სამეფო კარის ექიმი დაექირავებინა. დედოფალმა მოსკოვში მასთან ერთად სამეფო კარზე სამუშაოდ სხვა ექიმებიც და ფარმაცევტებიც ჩამოიყვანა. რუსულ სამხედრო ჯარს ტრადიციულად ლეგიონის ექიმები (ლეკარები) მკურნალობდნენ. მე-17 საუკუნის შუა წლებში მეფის ადმინისტრაციამ მთელი ქვეყნის მასშტაბით მნიშვნელოვან ცენტრებში სამხედრო და სამოქალაქო მოთხოვნილებებისთვის ფარმაცია განავითარა და სახელმწიფო ფარმაციის დეპარტამენტი ჩამოაყალიბა ფარმაცევტებისა და მედიკამენტების კონტროლისთვის, ექიმების განათლებისთვის, სამხედრო მედიცინისთვის, კარანტინისთვის, სასამართლო მედიცინისა და სამედიცინო ბიბლიოთეკებისთვის. სამხედრო ექიმების 5-7-წლიანი მომზადების კურსები 1654 წელს დაარსდა. საავადმყოფოები ფუნქციონირებდა მონასტრებთან და სამოქალაქო და სამხედრო საჭიროებებს ემსახურებოდა. 1682 წელს მოსკოვში პირველი სამოქალაქო საავადმყოფო გაიხსნა და იმავე წელს სახელმწიფომ პაციენტთათვის და „ლეკარების„ მომზადებისთვის კიდევ ორი საავადმყოფო გახსნა.

ევროპულ ქვეყნებში, ინდუსტრიული ქალაქების რიცხვის მომატებამ და ღარიბი სოფლის მოსახლეობის მასობრივმა შემოდინებამ მუნიციპალური მმართველობები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემებზე უფრო მეტად დააფიქრა. ფეოდალიზმის დასასრულმა, მონასტრების დასუსტებამ, შემოსაზღვრულმა ტერიტორიებმა სოფლის ღარიბ მოსახლეობას საკუთრება ჩამოართვა. მუნიციპალურმა და

ვოლუნტარულმა ორგანიზაციებმა მონასტრების საავადმყოფოების ახლით ჩანაცვლება გადაწყვიტა. 1601 წელს დედოფალ ელიზაბეტის ღარიბთა კანონებმა დაადგინა, რომ ღარიბთა ჯანმრთელობასა და სოციალურ კეთილდღეობაზე პასუხისმგებელი ადგილობრივი საეკლესიო მმართველობა იყო. მუნიციპალური კონტროლი სანიტარიაზე საკმაოდ სუსტი იყო. ყოველი მოქალაქე პასუხისმგებელი იყო ქუჩის თავისი ნაწილის დალაგებაზე, მაგრამ ცხოველისა და ადამიანის ნარჩენები ადვილად გროვდებოდა და ჰიგიენური პირობები დაცული არ იყო.

რენესანსის დროს, ანატომია, ფიზიოლოგია, მიკროსკოპია, ქიმია და კლინიკური მედიცინა სერიოზულად განვითარდა. უნივერსიტეტების სამედიცინო სკოლებს მჭიდრო კავშირი ჰქონდათ საავადმყოფოებთან, რაც დაავადებების კლინიკურ დაკვირვებას ხელს უწყობდა. დაავადების კონტაგიოზური თეორია, რომელიც 1546 წელს ფრაკასტორუსმა, შემდეგ კი პარაცელსმა აღწერა, გალენის მიაზმურ თეორიას ეწინააღმდეგებოდა.

1538 წლიდან, საეკლესიო მრევლის ნათლობისა და დაკრძალვის რეგისტრირებული მონაცემები ყოველკვირეულად და ყოველწლიურად გამოიცემებოდა, ცნობილი, როგორც „სიკვდილობის ანგარიში„ (Bills of Mortality). 1629 წელს ქვეყნდებოდა გამოთვლები სიკვდილის მიზეზების მიხედვით. 100 წლის შემდეგ ამ გამოცემების საფუძველზე, ნოველისტმა დანიელ დეფომ 1665 წელს ლონდონში შავი ჭირის ეპიდემია აღწერა.

1662 წელს ჯონ გრაუნტმა ინგლისში გამოსცა „ბუნებრივი და პოლიტიკური დაკვირვება სიკვდილიანობის ანგარიშის მიხედვით„ (Natural and Political Observvvations Upon the Bills of Mortality). მან შეაგროვა და გააანალიზა სიკვდილიანობის მონაცემები და გარკვეული სოციალური და სასიცოცხლო ფენომენების რეგულარულობა აღმოაჩინა. მან აღმოაჩინა სიკვდილიანობასა და სასიცოცხლო პირობებს შორის არსებული სტატისტიკური კავშირი. გრაუნტის ნაშრომი მნიშვნელოვანია, რადგან ეს იყო სიკვდილიანობის მონაცემების პირველი სტატისტიკური ანალიზი, რამაც საფუძველი ჩაუყარა ჯანმრთელობის სტატისტიკის გამოყენებას ჯანმრთელობის სერვისების დაგეგმარების პროცესში. ამ ნაშრომმა განავითარა დემოგრაფია, ვიტალური სტატისტიკა და ანალიზის მეთოდები, რაც ჯანმრთელობის სტატუსის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების ასაკის, სქესისა და ადგილის მიხედვით ანალიზის ძირითად მეთოდებს წარმოადგენს. 1662 წელს უილიამ პეტიმ პირველად ჩაატარა აღრიცხვა ირლანდიაში, გარდა ამისა, მან სტატისტიკურად შეისწავლა ექიმებისა და საავადმყოფოების მონაცემები.

1676 წელს ანტონ ვან ლევენჰუკის მიერ გამოგონებულმა მიკროსკოპმა შესაძლებელი გახადა მიკროორგანიზმების შესწავლა. მე-17 საუკუნეში მნიშვნელოვანი სამედიცინო ცენტრები თავს იყრიდა ლეიდენში, პარიზსა და მონპელიეში. ბერნარდო რამაზინიმ 1700 წელს გამოაქვეყნა პირველი თანამედროვე სრულფასოვანი ნაშრომი პროფესიულ დაავადებებზე.

რუსეთში პეტრე დიდმა (1682—1725) პოლიტიკური, კულტურული და ჯანმრთელობის რეფორმები გაატარა. მან ახალგაზრდა არისტოკრატები დასავლეთ ევროპაში სხვადასხვა ტექნოლოგიების, მათ შორის, მედიცინის შესასწავლად გაგზავნა. სამხედრო ექიმების მოსამზადებლად, მან პირველად სანქტ-პეტერბურგში და შემდეგ სხვა ქალაქებში ჰოსპიტალებთან არსებული სამედიცინო სკოლები დააფუძნა. 1717 წელს პეტერბურგშივე დააარსა სამეცნიერო იმპერიული აკადემიის ანატომიური მუზეუმი, 1722 წლიდან სამხედრო სამსახურში გაწვევასთან დაკავშირებით მამაკაცთა აღწერა დაიწყო. 1724 წელს ვ. ნ. ტატეშევმა მთელს რუსეთში ეპიდემიური დაავადებების და მათი მკურნალობის შესახებ კითხვარის გამოყენებით კვლევა ჩაატარა.

ᲒᲐᲜᲐᲗᲚᲔᲑᲐ, ᲛᲔᲪᲜᲘᲔᲠᲔᲑᲐ ᲓᲐ ᲘᲜᲓᲣᲡᲢᲠᲘᲐ (1750-1830 ᲬᲬ.)

განათლებამ, სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური აზროვნების განვითარებამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ემანსიპაციის, მეცნიერების, სოფლის მეურნეობის, ტექნოლოგიებისა და ინდუსტრიის სწრაფ განვითარებაში. ფრანგულმა და ამერიკულმა რევოლუციებმა, ასევე ადამ სმიტის (The Wealth of nations, „ერების კეთილდღეობის„ ავტორი) ეკონომიკურმა თეორიამ, რომელმაც ინდივიდის პოლიტიკური და ეკონომიკური უფლებები ჩამოაყალიბა, სიცოცხლის

მრავალ ასპექტში მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოიწვია. სოფლის მეურნეობის განვითარებამ პროდუქტიულობა გაზარდა და კვება გააუმჯობესა. ამ პროცესებმა შობადობის მაჩვენებლების ზრდა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება გამოიწვია, რასაც შესაბამისად, მოსახლეობის რაოდენობის სწრაფი ზრდა მოჰყვა. მე-16 – მე-17 საუკუნეებში მოხდა სასოფლო-სამეურნეო და ინდუსტრიული რევოლუცია, როცა მექანიზაცია განვითარდა და შესაძლებელი გახდა მიწის დიდი ნაკვეთები ნაკლები სამუშაო ძალის გამოყენებთ დამუშავებულიყო, სოფლის მოსახლეობა შემცირდა, საბადოებში, სახლებში, გემებსა და მაღაზიებში მომუშავეთა რიცხვი გაიზარდა, განვითარდა კომერცია და საშუალო ფენა. გამოკვლევებმა და კოლონიზაციამ ბაზრის გაფართოება განაპირობა და ხელი შეუწყო ინდუსტრიულ რევოლუციას, მეცნიერების, ტექნოლოგიების, კეთილდღეობის განვითარებას.

სასოფლო-სამეურნეო რევოლუციის შედეგად გაუმჯობესდა მარცვლეულის, რძისა და ხორცის წარმოება, მეცხოველეობა, განვითარდა მექანიზირებული ფერმები, გაუმჯობესდა საკვებით მომარაგება. ამერიკიდან შემოვიდა ახალი პროდუქტები: კარტოფილი, პომიდორი, წიწაკა და სიმინდი, რამაც საკვები უფრო მრავალფეროვანი გახადა. ვირთევზას ფართო მოპოვებამ საკვების ცილებით გამდიდრება განაპირობა.

ინდუსტრიული ურბანული ცენტრები სწრაფად იზრდებოდა და ხალხმრავალი ქალაქები ვერ ახერხებდა შესაბამისი სახლებითა და სერვისებით ახალი სამუშაო კლასის უზრუნველყოფას. ურბანული ცენტრები ხასიათდებოდა არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი და სამუშაო პირობებით, სანიტარიითა და კვებით, რაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას იწვევდა. ამ პერიოდში სხვადასხვა ფორმით მიმდინარე დოკუმენტაციამ და სტატისტიკურმა ანალიზმა სოციალური მეცნიერებების, როგორიცაა დემოგრაფია და ეპიდემიოლოგია, განვითარება განაპირობა. მე-18 საუკუნის ინტელექტუალურმა განვითარებამ ადამიანის უფლებები, თავისუფლებისკენ სწარფვა და ტირანული მმათველობისგან ხსნის სურვილი განსაზღვრა, როგორც ამერიკისა და საფრანგეთის რევოლუციების დროს, 1775 და 1789 წლებში. 1815 წელს ვატერლოოზე ნაპოლეონის საბოლოო დამარცხების შემდეგ კონსერვატიული მმართველობები მძლავრი საშუალო კლასის მოძრაობას დაუპირისპირდა სოციალური პირობების რეფორმისკენ, ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

მე–18 საუკუნის რეფორმები

განმანათლებლობის პერიოდი აღწერილია ისეთი ფილოსოფოსების მიერ, როგორიცაა ლოკე, დიდრო, ვოლტერი, რუსო და სხვ. ამ ადამიანებმა მეცნიერებისა და ცოდნის ახალი მიდგომები წარმოშვეს, რომლებიც კვლევებს და იდეათა მუდმივ გამოცდებს ეფუძნებოდა. ადამიანის უფლელების იდეამ მნიშვნელოვნად განაპირობა ამერიკისა და საფრანგეთის რევოლუციები, ჩამოაყალიბება და განავითარა რწმენა, რომ საზოგადოება ვალდებულია ემსახუროს ყველას და არა მხოლოდ პრივილეგირებულ კლასს. ყოველივე აღნიშნულმა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინა ჯანმრთელობისა და სოციალური საკითხების მიდგომებზე.

მე-18 საუკუნეში კლინიკური მედიცინა, ქირურგია, თერაპია, ქიმია, ფიზიკა, ფსიქოლოგია და ანატომია განვითარდა. 1750 წლიდან ამერიკის, დიდი ბრიტანეთისა და კონტინენტური ევროპის ურბანულ ცენტრებში ვოლუნტარული საავადმყოფოები ფუძნდებოდა. დიდ ბრიტანეთში ჯონ ჰოვარდმა (1777 წელს გამოაქვეყნა On the State of Prisons) სამედიცინო-სოციალური რეფორმები განახორციელა, რაც საავადმყოფოების, ციხეებისა და ლაზარეთების (კეთროვანთა საავადმოყოფო) პირობების გაუმჯობესებას გულისხმობდა. საფრანგეთის რევოლუციის დროს, ფილიპ პინელმა ბისეტრის სულიერად დაავადებულთა საავადმყოფოში, პარიზთან ახლოს, ავადმყოფებს ბორკილები მოხსნა და მათ თავშესაფრებშიც რეფორმები გაატარა. მოგვიანებით, მსგავსი რეფორმები დიდ ბრიტანეთში მეგობართა საზოგადოებამაც განახორციელა (Society of Friends – the Quakers), ააშენეს იორკის თავშესაფარი, სადაც დაავადებულებს ჰუმანურად ეპყრობოდნენ, განსხვავებით, იორკის ფსიქიატრიული საავადმყოფოსგან.

მიუხედავად რამაზინის 1700 წელს გამოცემული მონუმენტური ნაშრომისა პროფესიულ დაავადებაზე, ამ დარგის ეპიდემიოლოგია ნაკლებად ვითარდებოდა. მოგვიანებით მეზღვაურებისა და ჯარისკაცების ჯანმრთელობის მიმართ ინტერესმა ხელი შეუწყო სამხედრო და საზღვაო მედიცინის განვითარებას. მელითონეების, მცხობელების, ხარაზებისა და ქუდების მკერავების დაავადებებზე ჩატარებულმა კვლევებმა ხელი შეუწყო გამომწვევი აგენტისა და პრევენციის მეთოდების განსაზღვრას. პერსივალ პოტსის ბუხრის მწმენდავებში საზარდუ-

ლის კიბოზე დაკვირვებებმა (1775 წ.) და ბეიკერის დევონშირის კოლიკის (ტყვიით მოწამვლა) გამოკვლევამ (1767 წ.) ხელი შეუწყო კვლევითი ეპიდემიოლოგიის განვითარებას.

ბრიტანეთის პარლამენტი მხარს უჭერდა რეფორმებსა და რეფორმატორებს. ამ მოძრაობამ, პოპულარული ჟურნალებისა („პენი პრესა„) და ჰოგარტის ბრწყინვალე გრავიურების დახმარებით, ინგლისის ქალაქებში განავითარა საკანონმდებლო, სოციალური და პოლიციის რეფორმების გატარება. კაპიტანი ჯეიმს კუკის აღმოჩენებისა და ბრიტანულ ფლოტში სპიტჰედის ამბოხების შედეგად, მეზღვაურთა პირობებიც გაუმჯობესდა. აშშ-მ მეზღვაურთა მკურნალობისა და კარანტინისთვის 1798 წელს საზღვაო ჰოსპიტლის სერვისები განავითარა, რომელიც შემდგომში აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სააგენტოდ გადაიქცა (US Public Health Service). პროტესტანტულმა ქრისტიანულმა ეკლესიამ მონობის საწინააღმდეგო გამოსვლები წამოიწყო, რის შედეგადაც 1797 წელს ბრიტანეთის მთავრობამ მონობა და 1807 წელს მონებით ვაჭრობა აკრძალა, ამ პროცესებს მე-19 საუკუნის დასაწყისში სახელმწიფო ფლოტი აგვარდებდა.

გამოყენებითი ეპიდემიოლოგია

სურავანდი (ზღვის შავი სიკვდილი) ხანგრძლივი მოგზაურობისას მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემას წარმოადგენდა. 1498 წელს ვასკო და გამას ეკიპაჟის 55 წევრი სწორედ სურავანდით დაიღუპა. 1535 წელს ჟაკ კარტიემაც, კანადის აღმოჩენის პერიოდში, ამ დაავადების გამო მრავალი მეზღვაური დაკარგა. მე-16 საუკუნეში ჰოლანდიელმა მეზღვაურებმა უკვე იცოდნენ ახალი ბოსტნეულისა და ცისტრუსის მნიშვნელობაზე სურავანდის თავიდან ასაცილებლად. 1601 წელს პურჩასი და 1617 წელს ბრიტანელი საზღვაო ექიმი ჯონ ვუდალი სურავანდის სამკურნალოდ ლიმონისა და ფორთოხლის ხმარების რეკომენდაციას იძლეოდნენ, თუმცა ეს ფართოდ მაინც არ გამოიყენებოდა. მე-17 – მე-18 საუკუნეებში, სურავანდის თავიდან ასაცილებლად რუსმა სამხედროებმა მჟავე კომბოსტოს მოხმარება დაიწყეს, რაც შემდეგ მთელს ევროპაში ფართოდ დაინერგა.

ხილისა და ბოსტნეულის მარაგის გამოლევის შემდეგ, სურავანდი ავადობისა და სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი ხდებოდა, რაც მოგზაურობის ვადის შემოკლებასა და ხშირ აჯანყებებს იწვევდა. 1747 წელს, ჯეიმს ლინდმა ჩაატარა ეპიდემიოლოგიური კვლევა ხანგრძლივი მოგზაურობის მეზღვაურებში სურავანდის გავრცელებაზე, რის საფუძველზეც დაავადების ასაცილებლად ბრიტანელ მეზღვაურებში ლიმონისა და ლაიმის წვენის გამოყენება დაიწყეს. ამ კვლევამ, მისმა პუბლიკაციამ და დასკვნებმა ხელი შეუწყო პირველი ორგანიზებული ნუტრიციული ინტერვენციის განხორციელებას. ვიტამინები არ იყო საკვებისგან იზოლირებული შემდგომი 150 წლის განმავლობაშიც, მაგრამ დოკუმენტირებულმა დაკვირვებებმა, ჰიპოთეზების ფორმულირებამ და ტესტირებებმა ხელი შეუწყო

ჩანართი 1.2 ჯეიმს ლინდი და სურავანდი, 1747 წ.

კლინიკურ კვლევებზე დაყრდნობით, სამეფო ფლოტის ექიმმა, კაპიტანმა ჯეიმს ლინდმა სურავანდის გამომწვევის შესახებ ჰიპოთეზა ჩამოაყალიბა. 1747 წლის მაისში, HMS Salisbury-ზე პირველი კონტროლირებული კლინიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევა ჩაატარა და სურავანდით დაავადებულ 12 მეზღვაურს 6 სხვადასხვა კვებითი რეჟიმით მკურნალობდა. 6 დღეში მხოლოდ 2 მეზღვაური განიკურნა, რომლებიც ფორთოხლითა და ლიმონით იკვებებოდნენ. ლინდმა დაასკვნა, რომ ციტრუსების გამოყენება აუცილებელი იყო სურავანდის მკურნალობასა და პრევენციისთვის. 1757 წელს, მან გამოაქვეყნა ნაშრომი „Treatise on the Scurvy: An Inquiry on the Nature, Causes and Cure of That Disease„.

ეს გამოკვლევები ბევრმა კაპიტანმა, მათ შორის კაპიტანმა კუკმა აღიარა, 1768-1771 წლებში წყნარი ოკეანის სამხრეთ ნაწილში აღმოჩენითი მოგზაურობების დროს. 1795 წლიდან სამეფო ფლოტმა სურავანდის პრევენციისთვის ლაიმის წვენის რუტინული გამოყენება დაიწყო. ლინდმა ასევე მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა მეზღვაურთა საცხოვრებელი პირობების რეფორმირებაში, რამაც მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და ფლოტის ეფექტური ფუნქციონირება გამოიწვია. ამან საშუალება მისცა გაორმაგებულიყო გემების ზღვაში ყოფნის დრო, რაც მნიშვნელოვანი უპირატესობა იყო ნაპოლეონის მიერ გაკონტროლებული ევროპის საზღვაო ბლოკადის დროს.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში ნუტრიციული კლინიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩამოყალიბებას.

ჯენერი და ვაქცინაცია

ყვავილი, რომელიც ცნობილია ჩვ.წ.აღ-მდე მე-3 საუკუნიდან, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, გამანადგურებელ და დამამახინჯებელ დაავადებას წარმოადგენდა. იგი პირველად რაზესმა მე-10 საუკუნეში აღწერა. ყვავილი ხშირად წითელაში ერეოდათ. იგი შუა საუკუნეებში აზიაში, შუა აღმოსავლეთსა და ევროპაში ფართოდ გავრცელდა. 1629 წლის ლონდონის „სიკვდილიანობის ანგარიშში„ (Bills of Mortality) იგი მითითებულია, როგორც სიკვდილის გამომწვევი მნიშვნელოვანი მიზეზი. მე-17, მე-18, მე-19 საუკუნეებში ყვავილის ეპიდემიები მძვინვარებდა, ძირითადად ბავშვებში. დაავადება 25-40% სიკვდილიანობით ხასიათდებოდა და დაავადებულთა დამახინჯებას იწვევდა.

ყვავილმა აცტეკებისა და სხვა ხალხის ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკიდან გაქრობა განაპირობა. პრევენციის ტრადიციები, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელების დაავადებას მსუბუქი ფორმით, რათა თავიდან ყოფილიყო აცილებული უფრო ვირულენტური ფორმის გავრცელება, უძველეს ჩინურ ნაშრომებშია გადმოცემული. ვარიოლაციის ეს პრაქტიკა ინგლისში პირველად ლედი მერი მონტეგუემ, რომელიც კონსტანტინეპოლში ელჩის მეუღლე გახლდათ, 1721 წელს დანერგა. კონსტანტინეპოლში კი ეს პრაქტიკა ფართოდ იყო გავრცელებული. ინგლისმა აღნიშნული მეთოდის ფართოდ გამოყენება დაიწყო მე-18 საუკუნის შუა პერიოდში, როდესაც მხოლოდ ევროპაში მილიონობით ადამიანი იყო დაავადებული. რუსეთის იმპერატსისამ ეკატერინე დიდმა წამყვან ინგლისელ ექიმს ამავე მეთოდით საკუთარი ვაჟი ააცრევინა.

ედვარდ ჯენერმა 1796 წელს ვაქცინაციისთვის პირველად ძროხის ყვავილის ვირუსი გამოიყენა. 1800 წელს ვაქცინაცია დიდი ბრიტანეთის შეიარაღებულ ძალებში გამოიყენეს და ეს მეთოდი ევროპაში, ამერიკასა და დიდი ბრიტანეთის იმპერიაში გავრცელდა. ადრეულ მე-19 საუკუნეში დანიამ აცრა სავალდებულო გახადა, რამაც ყვავილის ლოკალური ერადიკაცია განაპირობა. მიუხედავად გარკვეული წინააღმდეგობებისა, ვაქცინაცია მაღალი კლასებიდან და მოხალისეებიდან მთელ მოსახელეობაზე გავრცელდა, რადგან დაავადების შიში ძალიან დიდი იყო. შემდგომში ვაქცინაცია ბევრ ქვეყანაში იძულებითი გახდა, რამაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უდიდესი წარმატება განაპირობა, გვიან მე-20 საუკუნეში ყვავილის გლობალური ერადიკაცია.

ჩანაჩთი 1.3 ჯენერი და ყვავილი

1796 წელს ედვარდ ჯენერმა (1749-1823 წწ.) ინგლისელმა გლოსტერშირის სოფლის ექიმმა ადგილობრივი მცხოვრებლები გამოიკვლია და დაასკვნა, რომ მერძევე ქალებს „ძროხის ყვავილითან„ კონტაქტის გამო, ყვავილის მიმართ იმუნიტეტი ჰქონდათ. ჯენერმა ერთ-ერთი მერძევის, სარა ნელმეს ფისტულიდან აღებული ნაცხი ექსკორირებულ კანში ახალგაზრდა ჯეიმს ფილიპს შეუყვანა, რომელიც შემდგომში ყვავილზე აიცრა. ახალგაზრდა ყვავილით არ დაავადდა. ჯენერი თავის პუბლიკაციაში (1798 წ) “An Enquiry into the Causes and Effects of Variolae Vaccina„ ამტკიცებს, რომ ვაქცინაცია ამ დაავადების პრევენციის საუკეთესო საშუალებაა და რომ კაცობრიობის ეს უსაშინლესი დაავადება სწორედ მის გამოყენებით დამარცხდა.

მან ხელი შეუწყო ვაქცინაციის მიერ ვარიოლაციის ჩანაცვლებას, რომელიც წარმოადგენდა ყვავილით დაავადებულების პუსტულის ნაცხის გამოყენებას ჯანმრთელებში, როგორც ეს უძველეს ჩინურ წყაროებში, ჩვ.წ.აღ-ით 320 წელსაა დოკუმენტირებული. ვარიოლაცია მე-18 საუკუნეში ფართოდ იყო გავრცელებული და საკმაოდ სარფიან სამედიცინო საქმიანობად ითვლებოდა. მართალია, სამეცნიერო და სამედიცინო საზოგადოება ჯენერსა და ვაქცინაციას სერიოზულად ეწინააღმდეგებოდა, მაგრამ პარლამენტმა ის აღიარა. ვაქცინაციის, როგორც უნივერსალური საშუალების ოფიციალურად გამოყენება ბრიტანულმა ჯარმა 1800 წლიდან, დანიამ კი 1803 წლიდან დაიწყო. მე-19 საუკუნეში იგი ძალიან ფართოდ გამოყენებული პრაქტიკაა. ყვავილით დასნებოვნების უკანასკნელი შემთხვევა 1977 წელს დაფიქსირდა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ მისი საბოლოო ერადიკაციის შესახებ 1980 წელს გამოაცხადა. ვირუსის დარჩენილი მარაგი რუსეთსა და აშშ-ში 2002 წელს განადგურდება.

ჯანმრთელობის სტატისტიკისა და ეპიდემიოლოგიის დაფუძნება

დაბადებულთა და გარდაცვლილთა რეგისტრაციამ დემოგრაფიას ჩაუყარა საფუძველი. ეპიდემიოლოგია, როგორც დისციპლინა, დემოგრაფიას, სოციოლოგიასა და სტატისტიკას იყენებს. ამ სფეროში სამეცნიერო აზროვნება ადრეულ მე-17 საუკუნეში ფრენსის ბეკონის ინდუქციურ აზროვნებასთან ერთად წარმოიშვა, რომელიც რობერტ ბოილმა გამოიყენა ქიმიაში, ისააკ ნიუტონმა – ფიზიკაში, უილიამ პეტმა – ეკონომიკაში და ჯონ გრაუნტმა – **დემოგრაფიაში**. ბეკონის ნაშრომებმა მრავალი მეცნიერი შთააგონა და სამეფო საზოგადოების (Royal Society) ჩამოყალიბება განაპირობა.

1722 წელს პეტრე დიდმა მომავალი სამხედრო სამსახურისთვის მამრობითი სქესის ახალშობილების აღრიცხვა აწარმოა. 1755 წელს, ლომონოსოვის თაოსნობით, დემოგრაფიის განვითარება დაიწყო. მან ჩაატარა კვლევები და შეისწავლა შობადობის სტატისტიკა, ბავშვთა სიკვდილიანობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, ალკოჰოლიზმი და მუშათა ჯანმრთელობა. აღნიშნული კვლევების შედეგები მთავრობას წარუდგინა, რამაც ექიმებისა და მედდების გაუმჯობესებული მომზადება და ეპიდემიური კონტროლის ღონისძიებების განვითარება განაპირობა. ლომონოსოვმა აქტიური მონაწილეობა მიიღო მოსკოვის უნივერსიტეტში სამედიცინო ფაკულტეტის შექმნაშიც (1765).

დანიელ ბერნულიმ, ევროპის მათემატიკოსთა ასოციაციის წევრმა, სასიცოცხლო ცხრილები ააგო, რისთვისაც არსებული მონაცემები გამოიყენა, რომლებიც უჩვენებდა, რომ ყვავილის საწინააღმდეგო ვარიოლაცია სიცოცხლის ბოლომდე იმუნიტეტს იწვევდა და ვაქცინაცია დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას ზრდიდა. საფრანგეთის რევოლუციის შემდეგ, მე-19 საუკუნის შუა წლებში, პიერ ლუისმა ჯანმრთელობის სტატისტიკა უფრო განავითარა. იგი თანამედროვე ეპიდემიოლოგიის ფუძემდებლად ითვლება. ლუისმა სხვადასხვა მნიშვნელოვანი დაკვირვებითი კვლევა ჩაატარა. მაგალითად, მან აღმოაჩინა, რომ იმ დროს ძალზე ფართოდ გავრცელებული მკურნალობის მეთოდი, სისხლის გამოშვება, ეფექტური არ იყო, რის შედეგადაც მისი გამოყენება მნიშვნელოვნად შემცირდა. მისი მოწაფეები, მარკ დეპინე საფრანგეთში, უილიამ ფარი ბრიტანეთში და აშშ-ში სხვა მეცნიერები, მედიცინაში რაოდენობრივი მეთოდის („la method numerique„) გამავრცელებლები გახდნენ.

ჯანმრთელობის სტატისტიკამ სოციალურ და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეფორმირებისთვის მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა ედვინ ჩედვიკის, ლემუელ შატუკის და ფლორენს ნაითენგეილის საქმიანობაში. ჩედვიკმა ბრიტანეთში 1836 წელს გენერალური რეგისტრის სამსახური შექმნა, რადგან თვლიდა, რომ ზუსტ სტატისტიკას უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭებოდა ჯანმრთელობის საკითხების დაგაგმარებასა და დაავადებათა პრევენციაში. უილიამ ფარი, როგორც აღნიშნული სამსახურის გენერალური დირექტორი, ყურადღებას საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ამახვილებდა. მის მიერ ჩატარებული სიკვდილიანობის კვლევის შედეგების თანახმად, ლივერპულში დაბადებული ბავშვების ნახევარი 6 წლამდე ასაკში იღუპებოდა, მაშინ როცა ინგლისში სიკვდილიანობის საშუალო ასაკი 45 წელი იყო. შედეგად, პარლამენტმა 1846 წელს ლივერპულის სანიტარიული აქტი მიიღო, რის საფუძველზეც საკანონმდებლო სანიტარიული კოდი დაფუძნდა, პოსტი – ჯანმრთელობის სამედიცინო ოფიცერი და ჯანმრთელობის ადგილობრივი ხელისუფლება.

1850 წელს დაარსებული ლონდონის ეპიდემიოლოგიის საზოგადოება კვლევითი და ლობისტი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებებისთვის აქტიურ ჯგუფად ჩამოყალიბდა. ყვავილთან დაკავშირებულმა მათმა აქტიურობამ 1853 წელს ვაქცინაციის აქტი გამოსცა, რის შედეგადაც ვაქცინაცია სავალდებულო გახდა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში. ამ საზოგადოების წევრმა და ლუისის მოწაფემ, უილიამ ბადმა 1839 წელს საკუთარ სოფელში ტიფი გამოიკვლია და დაადგინა, რომ იგი კონტაგიოზური, თვითგამრავლებადი, მიკროორგანიზმებით გადამდები დაავადებაა, რამაც მიაზმური თეორია გააქარწყლა.

1842 წელს ბოსტონში, მასაჩუსეტში, ლემუელ შატუკმა განახორციელა ვიტალური სტატისტიკის შტატის რეგისტრის შექმნა, რომელიც შემდეგ, როგორც მოდელი, მთელ აშშ-ში გავრცელდა. მისი ანგარიში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადმინისტრირებისა და დაგეგმარების ევოლუციის ქვაკუთხედი იყო. იგი

იძლევა მონაცემთა შეგროვების საშუალებას ასაკის, სქესის, რასის, პროფესიის მიხედვით, ასევე დაავადებათა და სიკვდილის მიზეზების უნიფიცირებული ნომენკლატურის მიხედვით. შატუკი ხაზს უსვამდა მონაცემთა და ინფორმაციის გაცვლის რუტინული სისტემის მნიშვნელობას.

მე-19 საუკუნის ბოლოს ფლორენს ნაითენგეილმა წინ წამოწია საავადმყოფოდან გაწერის საინფორმაციო სისტემის აუცილებლობა. მან ხელი შეუწყო პაციენტთა სამედიცინო ჩანაწერებიდან ინფორმაციის მოგროვებასა და გამოყენებას. მისმა შრომებმა განაპირობა საავადმყოფოს, სამხედრო მედიცინის მართვისა და დიზაინის გაუმჯობესება და მედდის, როგორც პროფესიის განვითარება.

სოსიალური ჩეფორმები და სანიტარიული მოძრაობა (1830-1875 წწ.)

ინგლისის სამოქალაქო ომის შემდეგ 1646 წელს, პარლამენტის სამხედრო ვეტერანებმა პარლამენტს ქვეყანაში უფასო სკოლებისა და უფასო სამედიცინო დახმარების ცენტრების გახსნა მოსთხოვეს, როგორც დემოკრატიული რეფორმის ნაწილი. თუმცა, ომისშემგომი რელიგიური კონფლიქტებისა და მონარქიის აღდგენის პირობებში, მათ თავიანთი რევოლუციური იდეების განხორციელება ვერ შეძლეს.

პეტრე დიდმა რუსეთში, ჯანდაცვაში სახელმწიფოს როლის გაზრდას ხელი შეუწყო. მან ქვეყანაში დასავლური მედიცინა შემოიტანა. ეკატერინე დიდის დროს კი შავი ჭირის ეპიდემია მოსკოვში (1771-1772 წწ.) გრაფი ორლოვის ხელმძღვანელობით დაამარცხეს, დაავადებულთა სამკურნალოდ გარკვეული თანხის გამოყოფა ხდებოდა. 1748 წელს, რუსმა ექიმმა დანილევსკიმ სადოქტორო დისერტაცია დაიცვა თემაზე „სახელმწიფო ძალაუფლება – საუკეთესო ექიმი„. მე-18 – მე-19 საუკუნეებში რეფორმატორულმა მოძრაობებმა მთავრობის მიერ განხორციელებულ ჯანმრთელობის ინიციატივებს ხელი შეუწყო. მიუხედავად იმისა, რომ ეს იდეოლოგია ჩაახშვეს (დეკაბრისტული მოძრაობა, 1825-1830 წწ.) და ლიბერალურმა რეფორმამ უკან დაიხია, ამ იდეებმა მოგვიანებით ცარისტულ რეფორმებზე ზეგავლენა მაინც მოახდინა.

საფრანგეთის რევოლუციის შემდეგ, საკანონმდებლო ასამბლეამ ჯანმრთელობის კომისია ჩამოაყალიბა. გამოქვეყნდა გაჭირვებულთა ეროვნული დახმარების პროგრამა. ეპიდემიასთან მებრძოლი ჯანმრთელობის ცენტრები (Bureaux de Sante) თანდათან ძლიერდებოდა. 1802 წელს პარიზის ჯანმრთელობის ცენტრი აგვარებდა სანიტარიის, საკვების კონტროლის, ჯანმრთელობის სტატისტიკის, პროფესიული ჯანმრთელობის, პირველადი დახმარების და სამედიცინო დახმარების საკითხებს. საფრანგეთის დიდი ქალაქები მსგავს პროგრამებს შემდგომი 20 წლის განმავლობაში ახორციელებდნენ და 1848 წელს ჯანმრთელობის ეროვნური ორგანო შეიქმნა. მე-19 საუკუნის შუა წლებში ბავშვთა კეთილდღეობის სერვისები ჩამოყალიბდა. ვიტალური სტატისტიკის მონაცემები სულ უფრო სანდო ხდებოდა გერმანულენოვან ქვეყნებში და საფრანგეთში, რამაც სიკვდილის მიზეზების ეპიდემიოლოგიური ანალიზის განვითარება განაპირობა.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სახელმწიფო მიდგომები საფუძვლიანად არის აღწერილი ჯონ პიტერ ფრანკის წიგნების სერიაში A Complete System of Medical Police (1779-1817 წწ.). ნაშრომში ასახულია მთავრობის როლი ისეთ ქვეყნებში, სადაც ძლიერი ცენტრალური მთავრობაა და ასევე აღწერილია ადმინისტრაციული ქმედებებით ჯანმრთელობის რეფორმები როგორ უნდა განხორციელდეს. სახელმწიფო რეგულაციები მართავდა როგორც საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, ისე ინდივიდუალურ ჯანმრთელობას ქორწინების, შობადობისა და ორსულობის ჩათვლით. ფრანკი ყურადრებას ამახვილებდა სტომატოლოგიაზე, მშობიარობის შემდგომ პერიოდზე და დედობის პრიორიტეტებზე, სკოლის ჯანმრთელობაზე, კვების ჰიგიენაზე, საყოფაცხოვრებო სტანდარტებზე, სანიტარიაზე, ნარჩენების გადაყრასა და სუფთა წყლის მომარაგებაზე. ამ სისტემით, სამოქალაქო ხელისუფლება პასუხისმგებელი იყო ქალაქების სისუფთავეზე და სასიცოცხლო სტატისტიკების, სამხედრო მედიცინის, ვენერიული დაავადებების, საავადმყოფოებისა და გადამ-

დები დაავადებების მოგვარებაზე. ამ სისტემის მიხედვით მუნიციპალურ მმართველობებს ეკისრებოდათ ქალაქების სუფთად შენარჩუნების, ვიტალური სტატისტიკის, სამხედრო მედიცინის, ვენერიული დაავადებების, საავადმყოფოების და ინფექციური დაავადებების მონიტორინგის პასუხისმგებლობა.

ეს სისტემა ხაზს უსვამდა მძლავრ, ავტორიტარულ როლს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში, წინასწარ გადახდილ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ჩათვლით. ეს იყო მრავალმხრივი და თანმიმდევრული მიდგომა, რომელიც ხაზს უსვამდა, მუნიციპალური და უფრო მაღალი სამთავრობო დონის როლს. ამ მიდგომით მუშაობის გავლენის ქვეშ იყო რუსეთი, სადაც ფრანკი 1805-1807 წლებში მოღვაწეობდა როგორც პეტერბურგის სამედიცინო აკადემიის დირექტორი. სახელმწიფოსადმი ნდობამ ამ წყობის მიმათ წინააღმდეგობა აღძრა დასავლურ ქვეყნებში, აბსოლუტიზმის დანგრევისა და ნაპოლეონის პერიოდის შემდგომ.

სამედიცინო მუნიციპალური საბჭოები, ბრიტანეთსა და Aაშშ-ში მე-18 საუკუნის დასაწყისსა და მე-19 საუკუნის ბოლოს ჩამოყალიბდა. ცენტრალური საბჭო ბრიტანეთში (1805 წ.) აკონტროლებდა კარანტინს, ყვითელი ცხელებისა და ქოლერის წინააღმდეგ. ქალაქში მოგვარდა სანიტარია, განათება, ქუჩების მოკირწყვლა, ნაგავსაყრელი, რკინის წყლის მილები, წყლის ფილტრაცია, თუმცა ორგანიზაცია არაადეკვატური იყო. მრავალი სააგენტო და კერძო წყლის კომპანია, ნაწილობრივ გადახურულ და გაუკონტროლებელ სამუშაოებს ატარებდა. 1830 წელს ლონდონში, 100 მოპირკეთების, განათებისა და დასუფთავების, 172 კეთილმოწყობისა და მრავალი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახური მუშაობდა. 1855 წელს ის გაერთიანდა ლონდონის მომუშავეთა საბჭოში.

დიდ ბრიტანეთში, ადრეული მე-19 საუკუნის რეფორმა განაპირობეს, „ფილოსოფიურმა რადიკალებმა„ ჯერემი ბენტამის ხელმძღვანელობით. მან მოითხოვა, რომ სახალხო პრობლემების გადაჭრა, რაციონალურ და სამეცნიერო დონეზე უნდა მომხდარიყო, ინიცირება გაუკეთა და საპარლამენტო, იურიდიული და საგანმანათლებლო პროგრამების რეფორმა გაატარა. ეკონომიკური და სოციალური სფეროს ფილოსოფოსები, ადამ სმიტი და ჯერემი ბენტამი მოითხოვდნენ ლიბერალიზმს, რაციონალიზმს, თავისუფალ ვაჭრობას,

პოლიტიკურ უფლებებსა და სოციალურ ცვლილებებს, რომლებიც ქმნიდა „საუკეთესო ნომრის საუკეთესო სარგებელს„. 1830-1840 წლებში ბრიტანული პარლამენტის მიერ შემუშავებული იურიდიული რეფორმები (საბადოები და ქარხნები) მოიცავდა ქალებისა და ბავშვების მიწისქვეშა მუშაობის აკრძალვასა და შემცირებული 10-საათიანი სამუშაო გრაფიკის შექმნას. რკინიგზისა და გემების განვითარებასთან ერთად დაიწყო ფოსტისა (1840 წ.) და ტელეგრაფების (1846 წ.) გამოყენებაც, განვითარდა წერა-კითხვაც 1876 წლიდან დიდ ბრიტანეთში პირველადი განათლების მიღება სავალდებულო გახდა. ამ ცვლილებებმა ადგილობრივი და საერთაშორისო ურთიერთობები შეცვალა.

ღარიბთა დაცვის კანონი, ელიზაბეტის დროინდელ ამავე კანონს ჩაენაცვლა (1834 წ.) და ადგილობრივი საეკლესიო მმართველობიდან ცენტრალურ ხელისუფლებამდე მიაღწია. ეკლესიის მრევლს არ შეეძლო სოფლის ღარიბი მოსახლეობისთვის სათანადო დახმარების გაწევა, სამეურნეო სიახლეებიდან და შემოფარგვლიდან გამომდინარე. ძველი სისტემები იშლებოდა და ახალი ინდუსტრია ვითარდებოდა, ეს მოიცავდა მუშების, მაღაროელების, მეზღვაურებისა და სამხედრო პირების დასაქმებას. სოფლის მოსახლეობა ქალაქებში საცხოვრებლად გადადიოდა, ხოლო ქალაქის ღარიბი ფენა სამუშაო სახლებში განთავსდა, წარუმატებელი რევოლუციის გამოსაწორებლად უფრო რადიკალური ზომები გატარდა. ამ პერიოდს ღრმა კონსერვატიზმი მოჰყვა.

თავშესაფრების, სანიტარიისა და სამუშაო პირობების გაუარესების გამო 1830 წელს დიდ ბრიტანეთში სიკვდილიანობამ იმატა. მანჩესტერში 1795 წელს მოხალისეებმა ჯანმრთელობის საბჭო ჩამოაყალიბეს. მათ არ გააჩნდათ იმდენი უფლებამოსილება, რომ ეპიდემია და ქალაქის გამოფიტვის საკითხები გაეკონტროლებინათ. საბჭოები ვერ არეგულირებდნენ ნაგავსაყრელების, ცხოველების, თავშესაფრების, კერძო მიდამოების, ფალსიფიცირებული წამლების, საკვების, მცენარეების თუ სხვა ფაქტორით განპირობებულ უსუფთაობასაც. 1830 წელს, დიდ ბრიტანეთსა და კანადაში გამოცემულმა კანონებმა, სანიტარიასთან და წყლის მომარაგებასთან მიმართებაში, ქალაქებისა და ჯანმრთელობის საბჭოების უფლებამოსილება გააძლიერა,.

ედვინ ჩადვიკის მუშაობამ და ნაშრომმა „მომუშავეთა სანიტარიული პირობები დიდ ბრიტა-

ნეთში„ (1842 წ.) სხვა რეფორმებიც ჩაატარა, ღარიბთა საბჭოსთან მიმართებაში. ბრიტანულმა პარლამენტმა საქალაქო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის აქტი შეადგინა (1848 წ.), რამაც ჯანმრთელობის გენერალური საბჭო ჩამოაყალიბა, დიდ ქალაქებსა და საქალაქო ადგილობრივ მმართველობაში თავშესაფართა კანონები და სხვა რეფორმები განავითარა. რეგრესის მიუხედავად, ამ ყოველივემ „სანიტარიული რევოლუცია„ განაპირობა და ნამდვილი ბრძოლა გამოაცხადა ქოლერის, ტიფისა და ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ.

1850 წელს ჩამოყალიბებული მასაჩუსეტის სანიტარიული კომისიაც, ლემუელ შატუკის ხელმძღვანელობით, ამავე პრობელემებს ებრძოდა. უფრო ადრე შექმნილი საბჭოები, აშშ-ში სანიტარიულ რეფორმებს ატარებდნენ. კომიტეტის დოკუმენტაცია, კლასიკური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ნიმუშს წარმოადგენდა. იგი 1970 წელს განახლდა და ღირებულ საზოგადოებრივ ჯანდაცვას კიდევ უფრო მიუახლოვდა.

ჩადვიკმა (1842 წ.) და შატუკმა (1850 წ.) ამ საბჭოების კონცეფცია განავითარეს, რაც კომუნალური სანიტარიის გასაკონტროლებლად სახალხო ვალდებულებას წარმოადგენდა. იგი მოიცავდა ქალაქის დაგეგმვას, დაყოფას, დასახლებულ ადგილებში ცხოველების მოშენებისა და ინდუსტრიის აკრძალვას, სამუშაო პირობების კონტროლს და სხვ.

სანიტარიასა და სოციალურ ჰიგიენას შორის ურთიერთობა რუდოლფ ვირხოვმა აღწერა, რომელიც უჯრედული პათოლოგების დამფუძნებელად და სოციალურ-სამედიცინო ფილოსოფოსად ითვლება. ვირხოვი, მე-19 საუკუნის გერმანელი ექიმი, ეწინააღმდეგებოდა „ანტიგადამდებლობის თეორიას„, თუმცა მან სამედიცინო სფეროსთან დაკავშირებით გამოკვლევები და ცდები ჩაატარა, ჰიპოთეზები ჩამოაყალიბა, სამეცნიერო კვლევები გამოაქვეყნა. ვირხოვმა ჯანმრთელობა სოციალურ და ეკონომიკურ პირობებს დაუკავშირა და პოლიტიკური გადაწვეტილებების მნიშვნელობებს ხაზი გაუსვა. მან დიდი როლი ითამაშა 1848 წლის რევოლუციებში ცენტრალურ და დასავლეთ ევროპაში. იმავე წელს, როცა კ. მარქსმა თავისი ნაშრომი „კომუნისტური პარტიის მანიფესტი„ გამოსცა. ამ ყველაფერმა განაპირობა ხელისუფლებისადმი ზეწოლა, სამუშაო და ჯანმრთელობის პირობების გაუმჯობესების მიზნით (1870 წ.).

1869 წელს მასაჩუსეტის სახელმწიფო საბჭო დაარსდა, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოში „სამეფო სანიტარიის კომიტეტი„. 1872 წელს ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია დაფუძნდა (APHA). იგი წარმოადგენდა პროფესიულ საგანმანათლებლო და ლობისტურ ჯგუფს და ამით აშშ იწვევდა ინტერესს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართ. ასევე წარმატებით ერეოდა ფედერალურ და სახელმწიფო ხელისუფლების საქმეებშიც. APHA-მ ხელისუფლების თითოეულ დონეზე, სტანდარტები ჩამოაყალიბა და მიმართულებები განსაზღვრა, განკუთვნილი ადგილობრივი ჯანდაცვის მმართველობისთვის. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი, სახელმწიფო და ეროვნული ორგანიზაციები მე-20 საუკუნის Aაშშ-ში, კვალიფიციურ და პროფესიონალურ ხელმძღვანელობას წარმოადგენდა.

მაქს ვონ პეტერკოფერმა 1873 წელს მიუნხენის მოსახლეობის მაღალი სიკვდილიანობა შეისწავლა და ლონდონის კლებად მაჩვენებელს შეადარა. მისმა საზოგადოებრივმა ლექციებმა, ქალაქის ჯანმრთელობის შესახებ, ბერლინში, ვირხოვის ხელმძღვანებლობით, სანიტარიული რეფორმების ჩამოყალიბება განაპირობა. პეტენკოფერმა ლაბორატორიული ანალიზები ხალხს წარუდგინდა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვასა და ჰიგიენაში პირველი პროფესორული კრება ჩაატარა. იგი ექსპერიმენტული ჰიგიენის პირველ პროფესორად ითვლება. მაქს ვონ პეტენკოფერი ამტკიცებდა, რომ ჯანმრთელობაზე მთელი რიგი ფაქტორები მოქმედებს და ავადმყოფების დახმარება მთელ საზოგადოებას დაეხმარება. ამავე დროს პეტენკოფერმა ჯანსაღი ქალაქის კონცეფცია წინ წამოსწია.

1861 წელს რუსეთში შემდეგი მოვლენები განვითარდა: მონები განთავისუფლდნენ, უნივერსიტეტებს დამოუკიდებლობა დაუბრუნდათ, სამედიცინო სკოლებს მომავალი ჰიგიენისტების მოსამზადებლად და სანიტარიისა და ჯანმრთელობის პირობების შესასწავლად ჰიგიენის დეპარტამენტები შეუერთდა (1860-1870 წწ.). ფ.ფ. ერისმანმა, სანიტარიული გამოკვლევის პიონერმა, რუსეთში ერთმანეთს დაუკავშირა ექსპერიმენტული მეცნიერება, სოციალური ჰიგიენა, მედიცინა და 1896 წელს ჰიგიენის სკოლა შექმნა (მოგვიანებით იგი მეფის ხელისუფლებამ გააუქმა), 1864 წელს კი, ზემსტვოსის სისტემის მიხედვით, ხელისუფლებამ სოფლებში სამედიცინო მომსახურება დაიწყო. ეს პროგრამა რუსეთის 89 რეგიონიდან 34-ში მოქმედებდა. მანამდე სოფლებში სამედიცინო მომსახურება

პრაქტიკულად არ არსებობდა. ეპიდემიებმა და მომუშავეებს შორის მაღალმა სიკვდილიანობამ, ზემსტვოსის სამედიცინო პროგრამის უფრო კეთილსინდისიერად გატარება განაპირობა. სოფლებში ადგილობრივი საავადმყოფოები და სამშობიაროები გაიხსნა, ექიმები ქალაქებიდან სოფლებში სამუშაოდ გადადიოდნენ, სამედიცინო სერვისები უფასო გახდა.

1883 წელს, ოტო ვონ ბისმარკმა, გერმანიის კანცლერმა, სამედიცინო დაზღვევა, ზიანისა და დაავადების შემთხვევაში, სავალდებულო გახადა და ინდუსტრიულ სფეროში მომუშავეებს უპირატესობები მიანიჭა. 1911 წელს დიდ ბრიტანეთში, პრემიერ-მინისტრმა ლოიდ ჯორჯმა, მომუშავეებს დაზღვევა დაუნიშნა. ამას რუსეთში 1912 წელს და დასავლეთ და ცენტრალურ ევროპაში 1930-იან წლებში ასეთივე ცვლილებები მოჰყვა. ამ მოვლენებმა ყველა განვითარებულ ქვეყანაში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ხელისუფლების უფრო მეტი პასუხისმგებლობა განაპირობა (1960 წ., იხ. მე-13 თავი).

ინდუსტრიული რევოლუციის დროს მრეწველობასა და საბადოებში არადამაკმაყოფილებელმა პირობებმა სოციალური და სანიტარიული რეფორმების გატარება განაპირობა, რაც, ჯერ კიდევ, დაავადების გამომწვევლობის თეორიის და მიკრობიოლოგიის დანერგვამდე განვითარდა. სანიტარიული რევოლუცია აგრეთვე საცდელმა და ცთომილებიანმა თეორიებმა განაპირობა, რომლებიც დოგმებს დაუპირისპირდა. ეს რევოლუცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანესი მოვლენაა.

სნოუ და ქოლერა

ქოლერის პანდემიამ, რომელიც ინდოეთში 1832 წელს დაიწყო, 1854 წლისთვის მთელი ევროპა მოიცვა და ამერიკას მიაღწია. მარტო მოსკოვში, ქოლერით 1829 წელს და 1830-1831 წლებში ეპიდემიის დროს 33,000 ადამიანი დაიღუპა, პარიზში კი 1832 წელს 6 თვის განმავლობაში – 18,000 ადამიანი (ანუ მთელი მოსახლეობის 2%). 1848-1854 წლებში ქოლერამ ლონდონსაც დიდი მსხვერპლი მოუტანა, რაც განპირობებული იყო ორი კომპანიის მიერ მდინარე ტემზის დაბინძურებული წყლის მოსახლეობისთვის მიწოდებით.

ლონდონის ეპიდემიოლოგიის ასოციაციის დამფუძნებელმა და დედოფალი ვიქტორიას ანესთეზიოლოგმა ჯონ სნოუმ სოჰოში გამოიკვლია (ბროუდის ქუჩის ახლოს) ქოლერის ეპიდემიის მიზეზი (1854 წლის აგვისტო-სექტემბერი). მან აღმოაჩინა, რომ 10 დღეში სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 500-ს მიაღწია. დადგინდა, რომ გარდაცვლილები ან ახლოს ცხოვრობდნენ ან წყალს ბროუდის ქუჩის წყლის ტუმბოდან მოიხმარდნენ. სნოუმ ასევე დაადგინა, რომ ლუდის ქარხნის მუშები და ღარიბთა სახლის მცხოვრებლები არ დაავადდნენ, ვინაიდან წყალს სხვა დაუბინძურებული წყლის ტუმბოდან მოიხმარდნენ. ამიტომ მან დაარწმუნა ხელისუფლება გაეუქმებინა ბროუდის ქუჩის წყლის ტუმბო, რის შედეგად ეპიდემია რამდენიმე დღეში გაქრა.

1854 წლის სექტემბერ-ოქტომბერში, სნოუმ წყლის მიწოდების საკითხი ხელახლა გამოიკვლია და დააკვირდა სიკვდილიანობის შემთხვევებს საცხოვრებელი ადგილებისა და წყლის მიმწოდებელი კომპანიების მიხედვით (იხ. ცხრილი 1.1). ის ითვლიდა ქოლერის შემთხვევებს ორივე კომპანიის მიერ მიწოდებულ უბნებში 4 კვირის განმავლობაში. ერთ-ერთმა კომპანია „ლამბეტმა“ მოსამარაგებელი წყალი მდინარე ტემზის უფრო გასუფთავებულ ნაწილში შეუშვა, „საუთვარქ და ვაუქსჰოლმა“ კი ჩასაშვები წყალი დაბინძურებულ ნაწილში დატოვა. დადგინდა, რომ „საუთვარქი და ვაუქსჰოლის“ მიერ მიწოდებულ არეალში დაავადება პიკს აღ-

ცხრილი 1.1 ლონდონის **უბნებში ქოლერით განპირობებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ორი წყალმომარაგებელი** კომპანიის მონაცემებით, 7 კვირის განმავლობაში, 1854*

კომპანიის დასახელება	სახლების რაოდენობა	სიკვდილიანობა	სიკვდილიანობა ყოველ 10,000 სახლზე
საუთვარქისა და ვაუქსჰოლი	40, 046	1,263	315
ლამბერტი	26, 107	98	37
ლონდონის დანარჩენი ნაწილი	256, 423	1, 422	59

*Source: Snow J. On the mode of transmission of cholera. In: *Snow on Cholera: A Reprint of Two Papers.* New York: The Commonwealth Fund, 1936.

წევდა, როცა „ლამბერტის“ მიერ მიწოდებულ ნაწილში ბევრად ნაკლები დაავადებული იყო. ეს დაეხმარა სნოუს ჩამოეყალიბებინა ჰიპოთეზა, რომ ქოლერის წყარო ტემზის დაბინძურებული წყალი იყო, რომელიც სამხრეთ ლონდონს ამარაგებდა. ბუნებრივი ექსპერიმენტის გამოკვლევამ, დაავადების შემსწავლელმა ჯგუფებმა, ბაქტერიოლოგიური თეორია გააძლიერა, თუმცა მას მაინც ეწინააღმდეგებოდნენ. ამ კვლევის მეორე მნიშვნელოვანი შედეგი იყო 1857 კანონის მიღება, რომელიც ავალდებულებდა წყლის მიმწოდებელ კერძო კომპანიებს მისაწოდებელი წყლის ფილტრაციას.

საგულისხმოა, რომ ქოლერის ვიბრიონი გამოყოფილი იყო მხოლოდ 1883 წელს რობერტ კოხის მიერ ეგვიპტეში ქოლერის ეპიდემიების შესწავლის დროს.

სნოუს ნაშრომები დღემდე ქოლერაზე ერთერთ მნიშვნელოვან ეპიდემიოლოგიურ კვლევად ითვლება.

უილიამ ბადმა, ბრისტოლის სამეფო საავადმყოფოს ექიმმა, პირველმა განმარტა დაავადების მიკრობული თეორია. 1850-იან წლებში მან გამოიკვლია ტიფის ცხელების ეპიდემიოლოგია და აღმოაჩინა მისი წყლით გავრცელების ეპიზოდებიც.

დადგინდა, რომ 1853 წელს უელსის პატარა სოფელ ქაუბრიჯში წვეულება ჩატარდა, რომელსაც სხვა სოფლიდან ჩამოსული 140 ადამიანი ესწრებოდა. ისინი მუცლის ტიფით მალევე დაავადდნენ. ბადმა დაადგინა, რომ წვეულებამდე რამდენიმე დღით ადრე დაავადებული ადამიანის ექსკრემენტი იმ წყალსაცავში მოხვდა, საიდანაც წვეულებას წყალი მიეწოდებოდა. შესაბამისად, დაავადება წყლით გავრცელდა. მან ტიფის ეპიდემიის სხვა შემთხვევებიც გამოიკვლია, თავის ნაშრომში „მუცლის ტიფი – მისი ბუნება, გადაცემის გზები და პრევენცია„ აღწერა და 1873 წელს გამოაქვეყნა. აღნიშნული ნაშრომი წყლით გადამდები ნაწლავური ინფექციების ეპიდემიოლოგიის კლასიკურ სახელმძღვანელოდ იქცა.

სნოუსა და ბადის ეპიდემიოლოგიურმა გამოკვლევებმა ეპიდემიოლოგიასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ახალი მიმართულებები ჩამოაყალიბა (არამარტო წყლით გადამდები დაავადებების დროს). მათ დაგვანახეს, დაავადების გამოკვლევისა და მისი გავრცელების შეჩერების სტანდარტული მეთოდები. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ქოლერა და მუცლის ტიფი დღემდე კვლავ არსებობს.

მიკრობული თეორია მიაზმურის წინააღმდეგ

მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში, დაავადების გამომწვევ მიზეზებზე სამეცნიერო დებატები ორი მიმართულებით მიმდინარეობდა: მიკრობული დაბინძურების თეორია და უფრო ძველი მიაზმების თეორია. მიაზმური თეორია ამტკიცებდა, რომ დაავადებას გარემოსგან გამოთავისუფლებული ნივთიერებები ანუ მიაზმები იწვევს, იგი ბერძნულ-რომაულ მედიცინასა და ჰიპოკრატეს თეორიებს ეყრდნობა (მიწა, წყალი, ჰაერი).

მიაზმების თეორიის მიმდევრები თვლიდნენ, რომ დაავადების გამომწვევი ორგანული ნარჩენების (ნაგვის) ანაორთქლი იყო. პრევენციას კი ქალაქში ნაგვის, ცხოველთა გვამების, ნარჩენების ალაგება წარმოადგენდა. ამ თეორიამ ხელი შეუწყო ქალაქებში დასუფთავების სამსახურების განვითარებას. ქუჩებში სანიტარიული მდგომარეობის გაუმჯობესებას ჯანმრთელობის პირობების გაუმჯობესება მოჰყვა.

თავის მხრივ, მიკრობული თეორია, მიეხედავდ იმისა, რომ მას მიკრობების არსებობის მეცნიერულად დამამტკიცებელი საბუთი არ გააჩნდა, ამტკიცებდა რომ დაავადება დაავადებული და ჯანმრთელი ადამიანების კონტაქტის შედეგად გადადის და, რომ ეპიდემიის საუკეთესო საშუალება კარანტინი ანუ დაავადებულთა იზოლაციაა. მიკრობული თეორია ა.ვ. ლევენჰუკის მიერ გამოგონილმა მიკროსკოპმა გააძლიერა 1676 წელს და სამეცნიერო ისტორიის ერთერთ უმნიშვნელოვანეს გამოგონებად ითვლება. მიკრობული თეორიის მიმდევრები ამბობდნენ, რომ მიკროორგანიზმები (რომელიც ლევენჰუკმა აღწერა) დაავადებას იწვევდნენ და ადამიანებიდან ერთმანეთში და კონტამინირებულ წყალსა და ნაგავთან კონტაქტისას ვრცელდებოდნენ. ამის აღმოჩენას ხელი შეუწყო ბადისა და სნოუს ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა (ქოლერასა და ტიფზე).

პიტერ პანუმ 1846 წელს ფაროუს კუნძულებზე წითელას გავრცელება გამოიკვლია და მისი ადამინიდან ადამიანზე გადაცემის გზა, ინკუბაციური პერიოდი და დაავადების გადატანის შემდეგ მყარი ბუნებრივი იმუნიტეტი დაადგინა (იხილეთ ჩანართი 1.4).

დებატები მიაზმების თეორიის და მიკრობული თეორიის წარმომადგენლებს შორის მე-19 საუკუნის ბოლომდე გრძელდებოდა. სანიტარიული რეფორმის გატარებას ორივე მხა-

ჩანაჰთი 1.4 ნითელა ფაჰოის კუნძულებზე, 1846 წ., პანუმის მიხედვით.

ახლადშემდგარი ექიმი პიტერ ლუდვიგ პანუმი, რომელმაც 26 წლის ასაკში კოპენჰაგენის უნივერსიტეტი დაამთავრა, დანიის ხელისუფლებამ 1846 წელს წითელას ეპიდემიის შესასწავლად ფაროის კუნძულებზე გააგზავნა. ჩრდილო ატლანტიკაში მდებარე კუნძულებზე 1781 წლამდე ეს დაავადება არ დაფიქსირებულა. 1846 წლის ეპიდემიის დროს, საერთო მოსახლეობიდან 7, 782 ადამიანიდან 6000 ადამიანი დაავადდა, აქედან 102 დაავადებით ან მისი შედეგით გარდაიცვალა. მან თავისი დაკვირვებები შეაჯამა და დაადგინა, რომ წითელა ადამიანიდან ადამიანზე გადადის და დაავადებულებში, სიცოცხლის ბოლომდე, მყარ იმუნიტეტს აყალიბებს. მისმა ამ გამოკვლევამ წითელას გადამდებლობა და ინკუბაციური პერიოდი დაამტკიცა და დაასკვნა, რომ დაავადებულების იზოლაცია ჩარევის ეფექტურ გზას წარმოადგენდა.

წყარო: Panum, P. L. Observations Made during the Epidemic of Measles on the Faroe Islands in the Year 1846. *In:* Roueche B (ed). 1963. *Curiosities of Medicine: An Assembly of Medical Diversions 1552–1962.* London: Victor Gollancz Ltd.

რემ ხელი შეუწყო. ნაგავსაყრელებს, წყლის უსაფრთხოებას, ნარჩენების მოშორებას ევროპულ და ჩრდილო ამერიკულ ქვეყნებში დიდი ყურადღება მიექცა. სანიტარიული რევოლუცია დებატების გამწვავების პერიოდში გრძელდებოდა, 1880 წელს კი მიკრობული თეორია მეცნიერულად დამტკიცდა. 1866 წელს ქოლერისადმი შიშმა ნიუ-იორკის ჯანდაცვის საბჭოს ჩამოყალიბება განაპირობა, ხოლო, გერმანიაში, ჰამბურგში, ქოლერის ეპიდემიის შემდეგ, იგივე საბჭო 1892 წელს შეიქმნა. მის მეზობელ ქალაქ ალტონაში კი წყლის ფილტრაციის სისტემა იყო განვითარებული, რის გამოც ამ ქალაქს ქოლერა არ შეხებია.

დაავადების სპეციფიკური გამომწვევი (მიკრობული თეორია) საზოგადოებივი ჯანდაცვის განვითარების სასიცოცხლო საკითხს წარმოადგენს. ბაქტერიოლოგიურმა რევოლუციამ (იხ. ქვემოთ), რომელსაც ლუი პასტერმა და რობერტ კოხმა ხელი შეუწყეს, მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას მრავალი სიკეთე მოუტანა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას მიაზმების თეორიაც დაეხმარა. ეს უკანასკნელი დიდ ყურადღებას აქცევდა გარემოსა და სოციალურ ფაქტორებს, არადამაკმაყოფილებელ სანიტარიას, თავშესაფრების და კვების პირობებს, რაც გავლენას ახდენს ადამიანის ორგანიზმის მდგომარეობასა და ინფექციური დაავადებებისადმი მის მდგრადობაზე.

ჰოსპიტალური ჰეფოჰმა

რენენსანსის პერიოდში დაფუძნებული სამონასტრო და საქველმოქმედო საავადმყოფოები მხოლოდ ღარიბებისთვის იყო განკუთვნილი. ჰოსპიტალური მომსახურების პრაქტიკის ცვლილებები თანდათანობით „სანიტარიული რევოლუციის“ და დაავადებების გამომწვევი მიზეზების ცოდნის დაგროვებასთან ერთად მიმდინარეობდა. მე-18 საუკუნის ევროპის საავადმყოფოები მავნებელი და საშიშიც კი იყო. ჯონ ჰოვარდის ნაშრომების საფუძველზე, ამავე საუკუნის ბოლოს, ინგლისის საავადმყოფოებში რეფორმების გატარება დაიწყო. ამ ცვლილებებმა მე-19 საუკუნეში უფრო ფართო მასშტაბი მიიღო. საავადმყოფოს ორგანიზაციასა და მუშაობაში პროფესიული რეფორმა მე-19 საუკუნის ბოლოს გატარდა, ფლორენს ნაითგეილის, ოლივერ ვენდელ ჰოლმსისა და იგნაზ სემელვეისის დახმარებით. „ანტისეპტიკის პრინციპების„ კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიურმა შესწავლამ სამედიცინო მომსახურების სამეცნიერო მხარე უფრო მეტად განავითარა.

XVIII საუკუნის 40-იან წლებში მშობიაროების შემდგომი ცხელება მშობიარეთა გარდაცვალების ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა. ეს ფაქტი ამერიკელი ექიმის ოლივერ ვენდელ ჰოლმსის გამოძიების ობიექტი გახდა. იგი ამტკიცებდა რომ ცხელება მშობიარის ინფიცირებით იყო გამოწვეული. 1846 წელს, ქ. ვენის საავადმყო-

ფოში მომუშავე უნგრელმა მეანმა ზემელვეისმა ივარაუდა, რომ მშობიარის ინფიცირება ექიმების მიერ ხდებოდა, რომლებიც სამშობიარო ბლოკში პატანატომიური კვლევების შემდეგ გადადიოდნენ. ექიმების მიერ ნამშობიარებ ქალთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2-5ჯერ მეტი იყო ბებიაქალის მიერ ნამშობიარები ქალების სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე. მოგვიანებით, ექიმებსა და სტუდენტებს დაევალათ აუტოფსიის შემდეგ ხელების ქლორირებული ხსნარით დამუშავება, რის შედეგადაც სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა დაიწია (ბებიაქალების მიერ ნამშობიარები პაციენტების სიკვდილიანობაზე). სემელვეისის მიერ შემოთავაზებული სიახლე ხელების დამუშავებასთან დაკავშირებით სამედიცინო პრაქტიკაში ძალიან ნელა და ძნელად ინერგებოდა და საბოლოოდ 40 წლის შემდეგ აღიარეს, რამაც, თავის მხრივ, მშობიარეთა სიკდილიანობის მკვეთრ შემცირებას ხელი შეუწყო.

1850-იან წლებში, ლაიფციგში, კარლ კრედის ავტორობით, ვერცხლის ნიტრატის საშუალებით, ახალშობილებში სიბრმავის პრევენცია დაიწყო. ეს მეთოდი სამედიცინო სამყაროში სწრაფად აითვისეს.

ფლორენს ნაითგეილის საექთნო და ადმინისტრაციულმა მუშაობამ სამხედრო-საველე ჰოსპიტალში, ყირიმის ომის დროს (1854-1856 წწ.), დიდი გავლენა მოახდინა სამხედრო მედიცინის, ჰოსპიტალური დახმარების ორგანიზაციის, საავადმოფო სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების და საექთნო პრაქტიკის განვითარებაზე.

ჩანაფიქრი 1.5 გონორეა და გონოკოკური ოფთალმიის პრევენცია ახალშობილებში

გონორეა წარმოადგენდა მე-19 საუკუნის ევროპის საზოგადოების გავრცელებულ დაავადებას. ახალშობილთა ოფთალმური ინფექცია იარებისა და სიბრმავის მიზეზს წარმოადგენდა. კარლ ფრანც კრედი, ლაიფციგის უნივერსიტეტის მეანობის პროფესორი, გონოკოკური ოფთალმური ინფექციის მკურნალობას სხვადასხვა საშუალებით ცდილობდა და აღმოაჩინა, რომ მისი პრევენცია ვერცხლის ნიტრატის საშუალებით იყო შესაძლებელი. ეს ხერხი 1584-1860 წლებში საკმაოდ წარმატებულ მეთოდს წარმოადგენდა, ერთი საავადმყოფოდან მეორეში სწრაფად ვრცელდებოდა, მოგვიანებით კი სავალდებულო გახდა. 1879 წელს ნეისერმა გონოკოკური ორგანიზმი აღმოაჩინა. მე-19 საუკუნეში ამ პროცედურის საშუალებით, ევროპაში დაახლოებით მილიონი ახალშობილი სიბრმავეს გადაურჩა.

ბაქტერიოლოგიური რევოლუცია

მე-19 საუკუნის მე-3 მეოთხედში ევროპის იმ ქალაქებში, სადაც სანიტარიული ღონისძიებები სწრაფად განვითარდა, კანალიზაცია, წყლით მომარაგება, ქუჩების მოკირწყვლა და ნაგვის ალაგება კარგად იყო ორგანიზებული, დაავადებების რიცხვი შემცირდა. ამავე დროს საავადმყოფოებში სანიტარიის და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დონის მიმართ მოთხოვნები გაიზარდა.

მალე ამ სიახლეების დანერგვას მეცნიერების მხრიდან მძლავრი მხარდაჭერა მიეცა, რომლებმაც გადამდები დაავადებების მიკრობული ეტიოლოგია დაამტკიცეს.

პასტერი, კოხი, კონი და ლისტერი

1850-1870 წლებში, ლუი პასტერმა, ფრანგმა ქიმიკოსმა, ბრწყინვალედ განავითარა თანამედროვე ბაქტერიოლოგია, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილი. პასტერმა 1856-60 წლებში მიკრობული თეორიის მეცნიერული საფუძვლები შეიმუშავა, ხოლო მისი შრომები ღვინისა და ლუდის წარმოების პერმენტული პროცესების სფეროში „პასტერიზაციის“ ტექნოლოგიის საფუძვლები გახდა.

პასტერს სთხოვეს ასევე აბრეშუმის ჭიების გამანადგურებელი დაავადება გამოეკვლია, რადგან ეს დაავადება საფრანგეთში აბრეშუმის ინდუსტრიას საფრთხეს უქმნიდა. პასტერმა მისი გამომწვევი მიკროორგანიზმები დაადგინა (1865 წ.) და მათი ზრდის ხელისშემშლელი პირობები შეიმუშავა. ამით მიკრობული თეორიისადმი ინდუსტრიული და სამეცნიერო ინტერესი გაიზარდა. მას მსგავსი სამუშაო ლუდის წარმო-

ებაშიც მოჰყვა (1871 წ.).

პასტერის მიერ იმუნოლოგიის განვითარება ვაქცინებზე მუშაობამ განაპირობა. 1881 წელს, მან ქათმები დააინფიცირა ქათმის ქოლერის შესუსტებული კულტურით და შემდეგ ექსპერიმენტში ვირულენტური მიკროორგანიზმები გამოიყენა. აღმოჩნდა, რომ ქოლერის მიმართ მათ იმუნიტეტი უკვე ჰქონდათ. 1883 წელს მან მსგავსი დამცველობითი ვაქცინა ღორის წითელი ქარისა და 1884-85 წლებში ცოფის ვირუსის საწინააღმდეგოდ შექმნა.

შიშისმომგვრელი ცოფი ადამიანებზე დაავადებული ცხოველების კბენის შედეგად ვრცელდებოდა და ყველა შემთხვევაში სასიკვდილო იყო. პასტერის თქმით, იგი ნერვულ სისტემას ძლიერ აზიანებდა და ნერწყვით გადაეცემოდა. პასტერი ინფიცირებული ცხოველიდან მიღებულ დესიკაციის გზით შესუსტებულ ბიოლოგიურ მასალას მოხალისეებს უკეთებდა, რითაც მათ დაავადებებისგან იცავდა. 1885 წელს, 14 წლის ბიჭი ჯოზეფ მეისტერი, ალსაკიდან, ცოფიანმა ძაღლმა დაკბინა. ექიმები ბიჭის უეჭველ სიკვდილს ვარაუდობდნენ, მაგრამ პასტერს, საშუალება მიეცა ბიჭი იმუნიზაციის მეთოდით განეკურნა. ჯოზეფი, მართლაც განიკურნა. პასტერმა ამის შემდეგ ამავე მეთოდით სხვა მრავალი პაციენტი წარმატებით განკურნა. მართალია, თავდაპირველად მას სამედიცინო წრეებში კიცხავდნენ, მაგრამ შემდეგ, როგორც მეცნიერები, ისევე ხალხი დარწმუნდა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებაში იგი დიდ როლს თამაშობდა.

ფერდინანდ კონმა (1828-1898 წწ.) ბრესლოს უნივერსიტეტის ბოტანიკის პროფესორმა, განავითარა და სისტემაში მოიყვანა ბაქტერიოლოგიის დარგი მორფოლოგიის, შეღებვისა და მიკროორგანიზმების თავისებურებების შესწავლით.

რობერტ კოხმა (1843-1910), გერმანელმა ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა, ჯილეხი შეისწავლა. კოხს თაგვებში დაავადებული საქონლის სისხლი შეყავდა და დაავადება სულ მცირე 20 თაობაზე გაავრცელა. იგი ბაქტერიოლოგიურ კვლევას კულტივაციითა და შეღებვის მეთოდით აწარმოებდა. მან ჯილეხის გამომწვევი მიკროორგანიზმი დაადგინა, იგი დაავადებული ცხოველისგან გამოყო და სხვა თაობებსაც გადასცა. ამით მან დაამტკიცა, რომ სფეციფიკურ დაავადებას სფეციფიკური მიკროორგანიზმი იწვევდა.

1882 წელს, კოხმა ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკროორგანიზმის კულტივირება აწარმოა, რომელსაც „კოხის ჩხირი“ ეწოდა. შემდეგ იგი ეგვიპტესა და ინდოეთში 1883 წელს ქოლერის შემსწავლელ გერმანულ კომისიას მეთაუროობდა. მან გამოყო ქოლერის ვიბრიონი (ნობელის ჯილდო, 1905 წ.). განაცხადა, რომ ენტერული დაავადების (მათ შორის, ქოლერის) პრევენციისთვის წყლის ფილტრაცია იყო საჭირო. 1883 წელს, საკუთარი კვლევების და კლინიცისტ-პათოლოგანატომის ჯეიკობ ჰენლის (1809-1885 წწ.) პოსტულატების საფუძველზე, კოხმა ინფექციური დაავადებებისა და მიკროორგანიზმის (ინფექციური აგენტის) ეტიოლოგიური კავშირის კრიტერიუმები ჩამოაყალიბა. ეს მნიშვნელოვანი ნაშრომი იყო ბაქტერიოლოგიის დარგისა და დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმების შესახებ. კოხი-ჰენლეს ნაშრომები საკმაოდ მტკიცე იყო, მაგრამ შეზღუდული ბევრი დაავადების გამომწვევის იდენტიფიკაციაში, თუმცა მათი გამოქვეყნება სხვა თეორიების დასამარცხებლად იყო საჭირო. ეს თეორიები კი გვიან მე-19 საუკუნემდე იყო გაბატონებული.

შემდგომში კოხი-ჰენლეს კრიტერიუმები, გადამუშავებული ევანსის (1976 წ.) მიერ, არაინ-

თავი 1. კოხი-ჰენლეს მტკიცებულებები დაავადების გამომწვევ მიკროორგანიზმებზე

1. აგენტის გამოვლენა ყველანაირი დაავადების შემთხვევაში ბუნებრივი კულტივირებით უნდა მოხდეს.
2. ეს აგენტი სხვა დაავადების შემთხვევაში არ უნდა გამოვლინდეს.
3. კულტურებში იზოლირებულად ზრდის შედეგად აგენტებს უნდა შეეძლოთ დაავადების გამომწვევა საცდელ ცხოველებში.
4. მიკრორგანიზმი საცდელ ცხოველებში განვითარებული დაავადებისგან უნდა აღდგეს .

წყარო: Last, J. M., 1995.

ფექციური დაავადებების და მათი გამომწვევი აგენტების ეტიოლოგიური კავშირების ჩამოსაყალიბებლად გამოიყენეს. (მაგ. ქოლესტეროლი).

1860-იან წლებში ედინბურგში ჯოზეფ ლისტერმა, პასტერისა და ზემელვეისის ნაშრომების საფუძველზე, ანტისეპტიკის თეორია ჩამოაყალიბა. 1865 წლის თავის გამოცემაში „ანტისეპტიკური პრინციპები ქირურგიაში„ ლისტერი ამტკიცებდა, რომ ოპერაციული ველისა და ჭრილობების გასასუფთავებლად საჭირო იყო კარბოლმჟავის გამოყენება. ამ ნაშრომით მან ხაზი გაუსვა მიკრობული თეორიის უპირატესობას ოპერაციის შედეგებთან მიმართებაში. ლისტერის მუშაობამ, ქიმიურ დეზინფექციაზე (1865 წ.), ქირურგიული პრაქტიკის წინ წაწევა და მე-19 საუკუნის მედიცინაში მიკრობული თეორიის დანერგვა განაპირობა.

დაავადებების გადამტანები

ინფექციური დაავადებების ეპიდემიოლოგიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ინფექციური დაავადებების გადამტანების ცხოველების და მწერების როლის შესწავლამ, ასევე ცხოველებისა და ადამიანების პარაზიტული დაავადებების კვლევებმა, როგორიცაა სოლიტერი, გვინეური ნაწლავის ჭიის დაავადება, ფილარიატოზი და ვეტერინარული პარაზიტული დაავადება „ტექსასის რქოსანი საქონლის ცხელება„.

დევიდ ბრიუსმა ნაგანას გავრცელება აღწერა, (ნაგანა სამხრეთ აფრიკაში, ზულულანდში გავრცელებული ცხენების და რქოსანი საქონლის დაავადებაა 1894-1895 წწ.). მას ტრიპანოსომა იწვევდა და ბუზი ცეცეთი გადაეცემოდა. ბრიუსი ამტკიცებდა, რომ დაავადების გავრცელების პრევენცია გარემოდან უნდა დაწყებულიყო. ალექსანდრე იერსინმა და შიბასაბრო კიტასატომ 1894 წელს შავი ჭირის ბაცილა აღმოაჩინეს. 1898 წელს ფრანგმა ეპიდემიოლოგიის სპეციალისტმა პოლ ლუის სიმონდმა დაადგინა, რომ შავი ჭირის მატარებლები ვირთხები იყვნენ და ადამიანებზე რწყილების საშუალებით გადადიოდა.

ფრანგმა სამხედრო ქირურგმა ალფონსო ლავერანმა 1880 წელს ალჟირში მალარიული პარაზიტები აღმოაჩინა (ნობელის ჯილდო, 1907 წ). მე-19 საუკუნეში აღმოაჩინეს, რომ დაავადების გამავრცელებლები კოღოები იყვნენ. 1897 წელს, რონალდ როსმა (ნობელის ჯილდო 1902 წ.), ბრიტანელმა სამხედრო ექიმმა, ინდოეთში, პატრიკ მანსონმა ინგლისში და ბენვენუტო გრასიმ რომში განაცხადეს, რომ მალარია კოღო ანოფელესით ვრცელდებოდა. ყვითელი ცხელება სავარაუდოდ, აფრიკელმა მონებმა შემოიტანეს. ენდემური ზონა მართალია სამხრეთ აშშ იყო, მაგრამ მე-18 საუკუნის ბოლოს იგი ჩრდილოეთ ნაწილშიც ფართოდ გავრცელდა. ფილადელფიის ეპიდემიამ მთელი მოსახლეობის 8% იმსხვერპლა. ნიუ-იორკში 1795 წელს 732 ადამიანი გარდაიცვალა, 1798

ჩანართი 1.7 ჰავანა და პანამა. მაღარიისა და ყვითელი ცხელების ჯონტროლი, 1901-06 წწ.

აშშ-ს სამხედრო კომისიამ „ყვითელი ცხელებაზე„ ვოლტერ რიდის (სამხედრო ექიმი) ხელმძღვანელობით, ითანამშრომლა კუბელ ექიმ კარლოს ფინლეისთან და ჯესი ლაზერთან, კუბაში ყვითელი ცხელების ტრანსმისიაზე ექსპერიმენტების მიზნით. მოხალისეთა დახმარებით, მან ხალხს აჩვენა თუ როგორ შეიძლება კოღო *Stegomyia fasciata*-ს საშუალებით ადამიანიდან ადამიანზე დაავადების გავრცელება. კომისიამ დაამტკიცა, რომ კოღო „ყვითელი ცხელების„ შუალედური მასპინძელი იყო.

აშშ-ის სხვა სამხედრო ექიმმა უილიამ გორგასმა ჯცხელების გადაცემის გზაზე ახალი ცნობები მოიძია და კოღოს სიცოცხლის ციკლი შეისწავლა. მან ჩაატარა ღონისძიებები ყვითელი ცხელების ტრანსმისიის წინააღმდეგ და მოსპო კოღო *Stegomyia fasciata*-ს კერები. ჰავანაში დაავადება 8 თვეში ამოიძირკვა. ამ სამუშაომ კოღოების მიერ გადატანილი დაავადებების კონტროლის პოტენციალი აჩვენა, განსაკუთრებით მალარიის შემთხვევაში, თავისი სპეციფიკური გადამტანით ანოფელესით.

გორგასმა 1904-1906 წლებში თავისი მეთოდები წარმატებით გამოიყენა როგორც ყვითელი ცხელების, ასევე მალარიის წინააღმდეგ და ამით ამერიკას საშუალება მიეცა პანამის არხის მშენებლობა დაეწყო.

წელს – 2086 ადამიანი, 1803 წელს კი – 606 ადამიანი.

კარიბის ზღვის კუნძულები და ცენტრალური ამერიკა კი, როგორც მალარიის, ასევე ყვითელი ცხელების ენდემურ კერებს წარმოადგენდა. ყვითელი ცხელების მაგალითით განმტკიცდა მიკრობული თეორია, მიაზმურის საპირისპიროდ, როდესაც ვოლტერ რიდმა 1901 წელს კუბელი ექიმის კარლოს ფინლეის ნაშრომი დაადასტურა. კუბაში მისმა კვლევებმა დაამტკიცა, რომ კოღოები დაავადების მატარებლები იყვნენ და დაავადება სწორედ კოღოების საშუალებით გადაეცემოდა, მაგრამ არა ადამიანიდან ადამიანზე. ვილიამ გორგასმა მიმართა ვექტორის კონტროლის მეთოდს და დაავადებულების დაცვას კოღოებისგან. ამ ხერხით მან ყვითელი ცხელებისგან ჰავანა 8 თვეში იხსნა და პანამის არხის ზონა კი – 16 თვეში. ამ სამუშაომ აჩვენა პოტენციურად გადამტანების მიერ გადატანილი დაავადებების კონტროლის მეთოდი. ამით დღესაც წარმატებით მიმდინარეობს ისეთი ტროპიკული დაავადების გაკონტროლება, როგორიცაა ყვითელი ცხელება, გვინეური ნაწლავის ჭიის დაავადება და ონქოცერკოზი. ხოლო მალარია, მართალია, მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში დამარცხებულია, მაგრამ 1960 წლიდან ის ბევრ ტროპიკულ ქვეყანაში პერიოდულად მაინც ფიქსირდება.

მიკრობიოლოგია და იმუნოლოგია

რუსი მეცნიერი ილია მეჩნიკოვი 1883 წლის ნაშრომში ფაგოციტოზის პროცესს აღწერს, სადაც სისხლის თეთრი უჯრედები ბაქტერიას შემოსაზღვრავენ და ანადგურებენ. მეცნიერს კვლევებმა ანთებასა და ორგანიზმის უჯრედულ და იმუნურ პასუხზე, პოლ ერლიხთან ერთად, 1908 წელს ნობელის პრემია მოუტანა. სხვა მეცნიერები მიკრობის განადგურების მიზნით უჯრედებისგან თავისუფალი სისხლისა და შრატის ბაქტერიოლოგიურ თუ იმუნურ თვისებებს იკვლევდნენ. ამან ბაქტერიოლოგიისა და იმუნოლოგიის მეცნიერული საფუძველი გააძლიერა.

პასტერის თანამშრომლებმა, ემილ რუმ და ალექსანდრე იერსინმა განაცალკევეს და გაზარდეს დიფთერიის გამომწვევი მიკროორგანიზმი და დაადგინეს, რომ მის მიერ გამოყოფილი ტოქსინები ადამიანის სიკვდილს იწვევდა. 1890 წელს კარლ ფრენკელმა ბერლინში თავისი ნაშრომი გამოსცა, სადაც ამტკიცებდა, რომ ზღვის გოჭების დიფთერიის დასუსტებული მიკროორგანიზმით ინფიცირების შედეგად, მათ დაავადების მიმართ იმუნიტეტი გამოიმუშავეს. ამავე დროს, ემილ ბერინგმა გერმანიაში იაპონელ მეცნიერთან, შიბასაბურო კიტასატოსთან ერთად ექსპერიმენტულად დაამტკიცა თაგვებსა და კურდღლებში ტეტანუსის მიმართ იმუნიტეტის გამომუშავება. ბერინგმა ასევე შეიმუშავა დიფთერიის შესუსტებული ვაქცინა აქტიური იმუნიზაციისთვის და პასიური იმუნიტეტისთვის ანტიტოქსინი დააავადებულებისთვის (ნობელის ჯილდო 1901 წ.). 1894 წელს, დიფთერიის ანტიტოქსინი ფართო მოხმარებაში იყო. მე-19 საუკუნის ბოლო დეკადაში აქტიურად ხდებოდა ახალი მიკროორგანიზმების იდენტიფიკაცია.

დიზინტერიის გამომწვევი მიკრობი 1884 წელს ედვინ კლებსმა და ფრედრიხ ლეფლერმა აღმოაჩინეს (კოხის სტუდენტებმა), 1912 წელს კი მისი საწინააღმდეგო ვაქცინა შეიქმნა. ამან მთელ მსოფლიოში დაავადებების კონტროლის საშუალება მოგვცა. 1876-1898 წლებში ბევრი პათოგენი აღმოაჩინეს და ვაქცინაციის სფეროც უფრო განვითარდა. მე-19 საუკუნის ბოლო მეოთხედში დადასტურდა, რომ ატუინირებული მიკროორგანიზმით წინასწარ ინფიცირება და აქტიური იმუნიზაცია, ანტისხეულების სახით ადამიანს ვირულენტური (ველური) ფორმისგან იცავდა. უკვე დაინფიცირებულებში კი პასიური იმუნიზაცია წარმოადგენდა დასუსტებული მიკრობით დასნებოვნებული ცხოველის შრატის გადასხმას, რომელიც ტოქსინებს აუვნებელყოფს. პასტერის ვაქცინებს მოჰყვა ჰაფკინის ქოლერისა და შავი ჭირის წინააღმდეგ, რიჩარდ ფაიფერისა და კეროლ რაითის ტიფის, ალბერტ კალმეტის და ალფონს გერენის ტუბერკულოზის, არნოლდ თეილერისა და თეობალდ სმიტის ყვითელი ცხელების წინააღმდეგ შექმნილი ვაქცინები. მე-20 საუკუნეში იმუნოლოგია ადამიანებისა და ცხოველების დაავადებების პრევენციის მხრივ საკმაოდ განვითარდა, ამაში დიდი როლი მიუძღვით ჯენერს, პასტერს, კოხსა და სხვა მეცნიერებს. ბავშვთა ინფექციური დაავადებების უმეტესობა იმუნიზაციის კონტროლის ქვეშ მოექცა, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიღწევაა.

პოლიომიელიტი

პოლიომიელიტი II მსოფლიო ომამდე მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ენდემურ დაავადებას წარმოადგენდა. იგი ახალშობილებისა და ბავშვების დაინვალიდებას იწვევდა, ამიტომ მას „ბავშვთა პარალიზი„ უწოდეს. ყველაზე ცნობილი პოლიომიელიტით Aდაავადებული აშშ-ის პრეზიდენტი ფრანკლინ დელანო რუზველტი იყო, რომელმაც დაავადება ახალგაზრდობაში გადაიტანა. 1940-1950-იან წლებში პოლიომიელიტმა ეპიდემიის სახე მიიღო აშშ-ის ჩრდილოეთში. ხალხი შიშმა მოიცვა, რადგან დაავადება ბავშვებსა და ახალგაზრდებში დაინვალიდებასა და სიკვდილს იწვევდა.

1952 წელს აშშ-ში 52,000 შემთხვევა დაფიქსირდა, რის გამოც „March of Dimes„-მა („ინფანტილური დამბლის„ ასოციაცია) გადაწყვიტა დაავადება გამოეკვლია და ვაქცინაზე ცდები ჩაეტარებინა. ენდერსისა და მისი კოლეგების მიერ ვირუსის გამოყოფისა და გაზრდის მეთოდზე დაყრდნობით, 1955 წელს ჯონას სოლკმა ინაქტივირებული და 1961 წელს ალბერტ საბინმა პირველი ცოცხალი ატუინირებული ვაქცინები შექმნეს. სოლკის ცდები პრევენციასთან მიმართებაში ვაქცინის უსაფრთხოებასა და ეფექტურობას ადასტურებდნენ. საბინის ვაქცინა კი უფრო იაფი და მასობრივი გამოყენებისთვის ადვილი მოსახმარი იყო. იგი პოლიომიელიტის მოსპობის საფუძვლად ითვლება. ამ შემაძრწუნებელი დაავადების დამარცხება მე-20 საუკუნის საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ერთ-ერთი დიდი წარმატებაა, მისი საბოლოო ლიკვიდირებით 2000-2002 წლებში.

წინსვლა ინფექციური დაავადების მკურნალობაში

II მსოფლიო ომის შემდეგ იმუნოლოგიაში წინსვლამ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან ერთად, ისეთი დაავადებების კონტროლი და პოტენციური ლიკვიდირება განაპირობა, როგორიცაა დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა, პოლიომიელიტი, წითელა, წითურა, ყბაყურა, ბოლო პერიოდში ჰეპატიტი და ჰემოფილუს ინფლუენცა (ტიპი ბ). ეს სფერო საკმაოდ ბევრის მთქმელია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში და 21-ე საუკუნეში კიდევ უფრო დიდი მნიშვნელობა მიენიჭება. ინფექციური დაავადებების მკურნალობამ ავადობის მაჩვენებლისა და გავრცელების შემცირება დიდად განაპირობა. „მაგიური სამიზნის„ ძიება, დაავადებების მკურნალობასთან დაკავშირებით ხანგრძლივი და ნაყოფიერი იყო. ის მოიცავს: 1908 წელს პოლ ერლიხის მიერ სიფილისის ანტიმიკრობული აგენტის, 1930-იან წლებში სულ-

ჩანართი 1.8 ენდერსი, სოლკი, საბინი და პოლიომიელიტის დამარცხება

ადრეულ 1950-იან წლებში ჯონ ენდერსმა და მისმა კოლეგებმა ლაბორატორიულ პირობებში პოლიომიელიტის ვირუსის კულტივირების მეთოდი განავითარეს. ამისთვის ისინი 1954 წელს ნობელის პრემიით დააჯილდოვეს. ჯონას სოლკმა (1914-1995 წწ.) პიტსბურგის უნივერსიტეტში პირველი მკვდარი ვაქცინა შექმნა (IPV), დაავადების ამოძირკვაში დაინტერესებული მოხალისეების სპონსორობით. სოლკმა უზარაზარი ექსპერიმენტი ჩაატარა, სადაც 1,8 მილიონი ბავშვი იყო ჩართული. ვაქცინამ ლიცენზია მოიპოვა და ჩრდილოეთ აშშ-სა და ევროპაში სწრაფად გავრცელდა, ეპიდემიური ციკლის შეჩერებითა და ავადობის შემთხვევათა დაქვეითებით.

ალბერტ საბინმა (1906-1994 წწ.) ცინცინატის უნივერსიტეტში პირველი ცოცხალი, დასუსტებული ორალური ვაქცინა შექმნა (OPV), რომლის გამოყენება 1961 წელს დაიწყო. მას ბევრი უპირატესობა აქვს: ადვილად მიიღება და არ არის ძვირი. OPV გახდა არჩევის და ფართოდ გამოყენებადი ვაქცინა, რომელმაც რამდენიმე წლის განმავლობაში, პოლიომიელიტიანი ავადმყოფების რიცხვი მკვეთრად შეამცირა. მოგვიანებით, საბინმა მოაწყო ეროვნული იმუნიზაციის დღე (OPV)-ს გამოყენებით, აშშ-ს სამხრეთში და სხვა ქვეყნებშიც – ჩინეთსა და ინდოეთში. 1987 წელს, მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციამ განაცხადა, რომ დაავადება 2000 წლისთვის ოფიციალურად ამოიძირკვებოდა. საერთაშორისო და ეროვნული კომიტეტების დახმარებით აშშ მისგან 1990 წელს განთავისუფლდა, სხვა ქვეყნები კი – 21-ე საუკუნის დასაწყისში. OPV-სა და IPV-ს კომბინაციამ 1970-1980-იან წლებში პოლიომიელიტი ენდემურ კერებში მოსპო.

ფატური წამლების, 1940-იან წლებში სელმან ვოქსმანისა და ალექსანდრე ფლემინგის (ნობელის ჯილდოს მფლობელები 1945, 1952 წლებში) მიერ პენიცილინისა და სტრეპტომიცინის აღმოჩენებს. მათ და შემდგომი თაობის ანტიბიოტიკებმა დაამტკიცეს ეფექტურობა ინფექციური დაავადებების მკურნალობაში.

ანტიბიოტიკებმა, ვაქცინებმა, გაუმჯობესებულმა კვებამ, ზოგადმა ჯანმრთელობამ, სოციალურმა კეთილდღეობამ განაპირობა ინფექციური დაავადებების გამოვლინებებისა და სიკვდილიანობის შემცირება. 1990-იან წლებში, ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტობამ შექმნა პრობლემები საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებში. რეზისტენტული ორგანიზმების ზრდამ გაუსწრო ახალი თაობის ანტიბიოტიკების შექმნას, რასაც შესაძლებელია დაავადებების ხელახალი გამოვლინების კონტროლის კარგვა მოჰყვებოდა. შიდსის პანდემია, და დაწყებული თუ დაუწყებელი დაავადებები მოითხოვენ მკურნალობის ახალი ხერხების, ვაქცინების, ანტიბიოტიკების, ქიმიოთერაპიული აგენტების შექმნისა და რისკის შემცირების გზების პერმანენტულ კვლევას.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით პრევენციული ზრუნვა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილი, მე-19 საუკუნის ბოლოს დაიწყო. ის ეხებოდა ისეთ ფაქტორებს როგორიცაა, ბავშვთა და ქალთა მძიმე სამუშაო პირობები, სიღარიბის, არადამაკმაყოფილებელი სამუშაო პირობების და გენერალური ჰიგიენის, სახლის პირობებში მშობიარობის, პრენატალური ზრუნვის ნაკლებობისა და ცუდი კვების გავლენა ჯანმრთელობაზე.

სამედიცინო სერვისებისგან გამოცალკევებული პრევენციული ზრუნვა ქალებისა და ბავშვებისათვის მე-19 საუკუნის საფრანგეთის ინდუსტრიულ ქალაქებში დაიწყო. ეს არაჰიგიენურ უბნებში „რძის სადგურების„ შექმნას გულისხმობდა. ერთ-ერთ სოფელში დედებს იმ შემთხვევაში უხდიდნენ თუ მათი ბავშვი 1 წლამდე მიაღწევდა, ამან რამდენიმე წელიწადში 300-დან 200-მდე ყოველ 1000 ბავშვზე სიკვდილიანობის შემცირება გამოიწვია. ამ გეგმამ ძუძუთი კვებასა და ბავშვების რძით მომარაგებას ხელის შეწყო, რამაც ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შეამცირა.

ბავშვთა ჯანმრთელობის კონცეფციამ ევროპასა და აშშ-ში პედიატრია განავითარა და ხაზი გაუსვა ბავშვების სწორი კვების მნიშვნელობას. ჰენრი კოპლიკმა 1889 წელს და ნეიტან სტრაუსმა 1893 წელს ზაფხულის დიარეის დასამარცხებლად, ნიუ-იორკის ღარიბთა უბნებში, ორსულთა და ბავშვთა რძით მომარაგების ცენტრები შექმნეს. „ჰენრი სტრიტის მისიამ„ ღარიბი ემიგრანტებისთვის მედდების სერვისისა და რძის მომარაგების მოდელები ჩამოაყალიბა. რძით მომარაგების კონცეფცია სხვა დანარჩენთან ერთად, ლილიან ვოლდს ეკუთვნის, რომელმაც პუნქტებად სხვადასხვა უბნები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მედდის მომსახურება გამოყო. ეს გახდა პრე, პოსტნატალური და ბავშვთა ზრუნვის, ასევე სკოლის მოსწავლეების ჯანმრთელობის კონტროლის საფუძველი. „ვიზიტორი მედდების ასოციაციამ„ მთელი აშშ მოიცვა.

ექიმების მომსახურება ითვალისწინებდა გადასახადს მათთვის, ვისაც გადახდა შეეძლო, საქველმოქმედო სერვისებთან ერთად, ქალაქის დიდ საავადმყოფოებში. ადგილობრივი ხელისუფლებისა და მოხალისიეების ქველმოქმედებით შექმნილი სამედიცინო მზრუნველობის კონცეფცია პრევენციულ და სამკურნალო სერვისებს ერთმანეთისგან აცალკევებს. იგი დღესაც მრავალ ქვეყანაში ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ნიმუშად ითვლება.

იერუსალიმში 1902 წლიდან, შარეი ზედეკის საავადმყოფომ, ბავშვებისა და ორსულების რძით მომარაგებისთვის ძროხები მოაშენა. 1911 წელს, ნიუ-იორკიდან იერუსალიმში 2 მედდა ჩავიდა, ღარიბი ორსულებისა და ბავშვებისთვის ე.წ „რძის სადგურების“ შესაქმნელად, რამაც მთელ ისრაელში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში სტანდარტული სახე მიიღო (MCH). ასევე ჩამოყალიბდა ავადმყოფთა დახმარების ფონდებიც. საბჭოთა კავშირში, სახელმწიფო ჯანდაცვის გეგმამ 1918 წელს განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, ეპიდემიურ და გადამდებ დაავადებების კონტროლთან ერთად. მთავრობა აფინანსებდა ყველა სამედიცინო სერვისს, უფასო მომსახურება ვრცელდებოდა პოლიკლინი-

კებში, პრენატალურ და ბავშვთა მზრუნველობის ცენტრებში და მოიცავდა პრევენციულ შემოწმებებს, სახლში ვიზიტებსა და ვაქცინაციას. ბავშვთა სიკვდილიანობა მკვეთრად შემცირდა აზიურ რესპუბლიკებშიც კი, სადაც წარსულში ჯანმრთელობის არადამაკმაყოფილებელი პირობები იყო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ყურადღების გამახვილება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან საკითხად დღესაც რჩება.

ხვება საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

მე-18-მე-19 საუკუნიდან ინფექციური დაავადებების კონტროლი და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თემატიკა გახდა. კვების დარგს საფუძველი ჩაეყარა ჯეიმს ლინდის ნაშრომებიდან (იხ. ზემოთ). 1882 წელს, კანეირო ტაკაკიმ, იაპონელმა სამხედრო ქირურგმა, მეზღვაურებს შორის ბრინჯის დიეტასთან ხორცისა და ბოსტნეულის დამატებით ბერი-ბერით ავადობა შეამცირა. 1900 წელს, კრისტიან ეიკმანმა, ჰოლანდიელმა სამედიცი-

ჩანაჩთი 1.9 ბოლდბეხბეხის ნაშრომები პელაგრაზე

„მალ დე როზა„, რომელიც პირველად კასალმა ესპანეთში 1735 წელს აღწერა, ჩრდილოეთ იტალიაში საკმაოდ გავრცელებული იყო, იმავე პერიოდში, როცა ფრაპოლიმ „პელ აგრა„ აღწერა (1771 წ.) და ფერმერების კანი დაახასიათა. პელაგრა ღარიბ ფერმერებში იყო გავრცელებული, რომლებიც მხოლოდ ხორბლეულით იკვებებოდნენ. 1818 წელს ჰამომ სამხრეთ საფრანგეთში მცხოვრებ ღარიბ ფერმერებს შორის ფართოდ მოდებული კანის დაავადება აღწერა. რუსელმა გამოიკვლია და დაასკვნა, რომ პელაგრა ენდემური დაავადება იყო და ღარიბ ფენაში ხორბლეულის დიეტა იწვევდა. სასოფლო-სამეურნეო დეპარტამენტმა მის მიერ რეკომენდირებული რეფორმები გაატარა და ამით ღარიბების საცხოვრებელი პირობების დონე აამაღლა. მათ ეს შესძლეს ხორბლის სიმინდითა და კარტოფილით ჩანაცვლებით, ამის შედეგად დაავადება მე-20 საუკუნის დასაწყისში გაქრა. იგივე ზომები გატარდა იტალიაშიც და შედეგებიც შესაბამისად ანალოგიური იყო.

ორგანიზმის მოშლილობა უმი ხორბლის ან ნაწლავებში გადამუშავებისას მიღებული ტოქსინის მოქმედებას უკავშირდებოდა. ლამბროცომ, ჩრდილოეთ იტალიის ქალაქ ვერონაში, სულიერად დაავადებულებში პელაგრას შემთხვევები აღწერა და დაასკვნა, რომ ამის მიზეზი ხორბლის ტოქსინი იყო. მე-20 საუკუნის დასაწყისში, ხორბლის თეორიას უფრო ნაკლებად აღიარებდნენ, ვიდრე მის ინფექციურ ეტიოლოგიას. ბრიტანელმა მეცნიერმა ლ. ვ სამბონმა (ტრიპანოსომის გამომწვევის ბუზი ცეცეს აღმომჩენი) 1910 წელს ივარაუდა, რომ პელაგრას გადამტანი კოღო იყო.

მე-20 საუკუნის პირველ დეკადაში თვლიდნენ, რომ პელაგრა სამხრეთ აშშ-ის ღარიბთა ფენაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემა იყო. ამ პერიოდში მედიცინას არ მოეპოვებოდა ცნობები დაავადების გამომწვევისა თუ პრევენციის შესახებ, თუმცა მის ინფექციურ წარმომავლობას აღიარებდნენ.

1913 წელს აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაციამ ჯოზეფ გოლდბეგერს პელაგრის გამოკვლევა დაავალა. მას იქამდე ნამუშევარი ჰქონდა დენგის და ყვითელ ცხელებაზე, მუცლის ტიფზე. ის ესტუმრა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებსა და უპატრონო ბავშვთა თავშესაფრებს და აღმოაჩინა, რომ თანამშრომლები პელაგრით დაავადებულები არ იყვნენ, რამაც მისი ინფექციური ეტიოლოგია გამორიცხა. მეცნიერი თვლიდა, რომ მიზეზი დიეტაში იყო. ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მან კვერცხისა და რძის დამატებით ეს დაავადება დაამარცხა. გოლდბერგერის აზრით, დაავადება ვიტამინების ნაკლებობით იყო გამოწვეული და პრევენცია საკვები რაციონის შეცვლით იყო შესაძლებელი. მან პელაგრას შესახებ აგრეთვე ნაშრომი გამოსცა და ლინდთან ერთად საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სფეროში კვების ეპიდემიოლოგია ჩამოაყალიბა.

წყარო: Rosen, G. AHistory of Public Health. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1993.

ნო მუშაკმა აღმოსავლეთ ინდოეთში, აღმოაჩინა, რომ ბერი-ბერით დაავადებული პატიმრები გაფრცქვნილი ბრინჯით იკვებებოდნენ, ხოლო გაუფცქვნელი ბრინჯის მომხმარებლები არ ავადდებოდნენ (ნობელის ჯილდო 1929 წელს). მან ასევე ექსპერიმენტში ხელოვნურად გამოიწვია ბერი-ბერი მამლებში, რომელთაც გასუფთავებული ბრინჯით კვებავდა. ამით დაავადების ეტიოლოგია დადგინდა და კვების დარგზე ეპიდემიოლოგიური ჰიპოთეზა განამტკიცა.

აშშ-ში 1906 წელს ფედერალურმა მთავრობამ პირველად გამოსცა კანონი საკვების და მედიკამენტების სისუფთავისა და მარკირების შესახებ. ამას ხელი შეუწყო სინკლერის ცნობილმა ნოველამ „ჯუნგლები„ (1906 წ.) და ჟურნალისტების მიერ გამოქვეყნებულმა სტატიებმა, სადაც კვებით ინდუსტრიაში არსებული პრობლემები გააშუქეს. საკვებისა და წამლების ადმინისტრაციამ კვებისა და მედიკამენტების სფეროში სტანდარტები ჩამოაყალიბა, რომლის პრინციპები და მეთოდები მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში გამოიყენება.

მე-20 საუკუნის დასაწყისში, აშშ-ის სასოფლო-სამეურნეო დეპარტამენტმა ღარიბი აგრარული რაიონების მოსახლეობის კვების გაუმჯობესების სისტემა შეიმუშავა. მოსახლეობის კვების გაუმჯობესებას ხელი შეუწყო საგანმანათლებლო მუშაობამ და კვების პროდუქტების განაწილების საზოგადოებრივი არხების შექმნამ.

1911 წელს ვიტამინი D-ს ქიმიური ბუნება აღმოაჩინეს. ერთი წლის შემდეგ კასიმის ფანკმა პირველად იხმარა ტერმინი ვიტამინი. 1914 წელს აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წარმომადგენელმა ჯოზეფ გოლდბერგერმა პელაგრას გამოწვევის დიეტური მიზეზები ჩამოაყალიბა და 1928 წელს აღმოაჩინა, რომ მისი საუკეთესო პრევენცია საფუარია. 1916 წელს აშშ-ის მეცნიერებმა გამოიკვლიეს ცხიმში ხსნადი ვიტამინი A და წყალში ხსნადი ვიტამინი B, სხვადასხვა ფაქტორები. 1922 წელს, ელმერ მაკკოლუმმა ვირთევზას ღვიძლის ცხიმში ვიტამინი D აღმოაჩინა, მას ბავშვთა სამკურნალოდ დიდი ხნის განმავლობაში იყენებდნენ. 1931-1937 წლებში დადგინდა, რომ წყლის ფტორით გამდიდრება კბილების კარიესის პრევენციას ხელს უწყობს. 1932 წელს ლიმონის წვენიდან ვიტამინი C იქნა გამოყოფილი.

მარილის იოდიზირებამ იოდის დეფიციტის დარღვევების თავიდან აცილება განაპირობა, ეს მოვლენა მე-20 საუკუნის ერთ-ერთი დიდი წარმატებაცაა და მარცხიც. მორტონის იოდიზირებული მარილის მოხმარება აშშ-ში სტანდარტი გახდა. კანადაში კი, 1979 წელს ამავე მარილის გამოყენება ვიტამინებთან და პურისა და რძის მინერალებთან ერთად სავალდებულო გახდა (იხ. მე-8 თავი).

მარცხია ის რომ, მიუხედავად მარტივი ტექნოლოგიისა, ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვა მსოფლიოში ვერ მოხერხდა და დღესაც იოდდეფიციტური მდგომარეობები და მარილის იოდიზირება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთ მთავარ საზრუნავად რჩება.

რაქიტი II მსოფლიო ომამდე და 1950-იან წლებში ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში აქტუალური იყო. იგი რძეში ვიტამინი D-ს დამატების შემდეგ გაქრა.

იოდის დეფიციტის პრევენცია იოდიზირებული მარილით საერთაშორისო დონეზე მნიშვნელოვანი მიღწევა იყო და პროგრესი იმ ქვეყნების ენდემურ კერებში, სადაც ჩიყვის, კრეტინიზმისა და იოდის დეფიციტის განვითარების საშიშროებაა, დღესაც გრძელდება. საერთაშორისო ღონისძიებები კვების გაუმჯობესების მიზნით ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან განვითარებად ქვეყნებში ის არასრულფასოვანი კვებისა და ინფექციური ციკლის, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში ჭარბი კვებისა და არაგადამდები დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, კიბო) წინააღმდეგ იბრძვის. ამჟამად, ნუტრიცია ახალი საზოგადეობრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი საკითხია, რომელიც მოიცავს საერთაშორისო ძალისხმევას მინერალებისა და ვიტამინებიც ნაკლებობით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობების აღმოსაფხვრელად, რაც ასეთი გავრცელებული, მნიშვნელოვანი მაგრამ ამავდროულად თავიდან აცილებადია.

სამხედრო მედიცინა

კაცობრიობას ახსოვს, რომ ომი არა მარტო ჯარისკაცებზე, არამედ ჩვეულებრივ მოქალაქეებზეც ახდენდა გავლენას. ზარალი მოქალაქეებზე დაავადებისა და ტრავმების მაღალი სიხშირითა და გავრცელებით გამოიხატებოდა. ეს არამარტო ისტორიის ნაწილი, არამედ მე-

20 საუკუნის მოვლენაა, რომელიც მასობრივი სისხლისღვრით ხასიათდება. გამანადგურებელი იარაღებისა და დიდ დისტანციებზე მოქმედი ტექნოლოგიის განვითარებიდან და გადაუჭრელი რეგიონული პრობლემებიდან გამომდინარე, საშიშროება 21-ე საუკუნესაც ემუქრება.

ორგანიზებული კონფლიქტის დაწყების შემდეგ, ჯარს სამხედროების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და დაჭრილების მკურნალობა უწევდა. ბიბლიური მითითებები ჯარის ბანაკში სანიტარიის მხრივ, ადეკვატური და გასაგები იყო, რომში სამხედრო ბანაკები ჰიგიენური პირობების დაცვით შენდებოდა, კვებისა და სამედიცინო მომსახურების გათვალისწინებით. ისტორია მაგალითებს გვაწვდის, იმაზე თუ როგორ ამარცხებდა დაავადებები და სამედიცინო მომსახურების არარსებობდა ჯარისკაცებს, ამიტომ ეს სამხედროების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის აუცილებლობას ამტკიცებს. ომის დანაკარგების განხილვა ძლიერი კონფლიქტების დროს, არამარტო სამხედრო მედიცინას ავითარებს, არამედ მოგვიწოდებს მოსახლეობაზე ზრუნვას ბუნებრივი თუ ხელოვნური კატაკლიზმების დროს.

ნაითინგეილის მუშაობამ, ბრიტანული ჯარის სკუტარის საავადმყოფოში, ყირიმის ომის დროს, საავადმყოფოს ორგანიზაციისა და მენეჯმენტის პრაქტიკა წინ წასწია. იმავე პერიოდში, ნიკოლაი პიროგოვმა, რუსეთის მეფის ჯარის სამხედრო ქირურგმა, რექტალური ანესთეზია, სიმძიმის მიხედვით დაჭრილების დახარისხება, ჭრილობის ჰიგიენა შემოიღო. პიროგოვმა სამოქალაქო საავადმყოფოებში საბრძოლო ველზე დაჭრილების მოვლის გაუმჯობესებული პირობები შექმნა. საფრანგეთის ჯარმა I მსოფლიო ომის დროს, ზარალის დახარისხების სისტემა შემოიღო, რომელიც საომარი სიტუაციებისა თუ კატასტროფების დროს დღესაც გამოიყენება.

ხანგრძლივად მოგზაური მეზღვაურეების კვებისა და სკორბუტის ეპიდემიოლოგიურ შესწავლებს, მომდევნო საუკუნეში ბერ-ბერიზე კვლევა მოჰყვა. სწორედ, ამან განაპირობა კვების განსაზღვრა და მისი მნიშვნელობის დადგენა, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში.

ბისმარკის მიერ, ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევისა და მომუშავეებისთვის სხვა სარგებლის ჩამოყალიბება, ეყრდნობოდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასა და ჯანსაღი არმიის შექმნას (იხ. მე-13 თავი). აშშ-ში სამხედრო ვალდებულების შესრულებისას I მსოფლიო ომის დროს, სამედიცინო სტანდარტებიდან გამომდინარე, ბევრი ახალწვეულის მიღება იყო შეზღუდული, რადგან ისინი სამედიცინო მოთხოვნებს ვერ აკმაყოფილებდნენ. ჩიყვის მაღალმა დონემ მოხალისეთა შორის, რისკის ზონები გამოაშკარავა და შესაბამისად, მოსახლეობაში მარილის იოდიზაციით იოდის დეფიციტი შეამცირა,

I მსოფლიო ომის დაწყებისას, გრიპის მასობრივმა პანდემიამ, 20 მილიონი ადამიანი იმსხვერპლა. რუსეთში ომსა და რევოლუციას, ტილებით გადატანილი ტიფის ეპიდემია მოჰყვა, რომელმაც მოსახლეობაში ქაოსი გამოიწვია. ამ მოვლენაზე ლენინმა განაცხადა: „ან სოციალიზმი დაამარცხებს ტილს, ან ტილი სოციალიზმს„.

II მსოფლიო ომის დროს სულფატურმა პრეპარატებმა, ანტიმალარიულმა საშუალებებმა და ანტიბიოტიკებმა ალიანსისა და სამედიცინო მომსახურების განვითარებით, ხელი შეუწყეს პოპულაციის ჯანმრთელობის დაცვას. სამხედროების მკურნალობით შეძენილ გამოცდილებას (დამწვრობებისას, ჭრილობებისას, ამპუტაციისას, ბრძოლით დაქანცულობისას) მოქალაქეების ჯანდაცვის სისტემებშიც ფართოდ იყენებდნენ. სწორედ სამხედროები ცდიდნენ და ავითარებდნენ სამედიცინო ტექნოლოგიებს. მაგალითად, სონარული რადიოტალღების (წყალქვეშა სივრცის გამოსაკვლევი მეთოდი) გამოყენება II მსოფლიო ომის შემდეგ ულტრასონოგრაფიის სახით დაიწყეს. ეს უკანასკნელი არაინვაზიური დიაგნოსტიკური საშუალებაა.

მე-20 საუკუნეში, ომის მასობრივი დამანგრეველობა განპირობებული იყო ბირთვული, ქიმიური და ბიოლოგური იარაღებით. აღსანიშნავია ჰოლოკოსტი, ნიურნბერგში სამხედრო პატიმრებზე ჩატარებული არაეთიკური ექსპერიმენტები. ომის სისასტიკე მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარშიც გამოიხატა ირანის, რუანდისა და იუგოსლავიის გენოციდებში. ამ ტრაგედიებს, უამრავი დევნილი და დანაკარგი მოჰყვა, მოსახლეობა ადგილობრივ და საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციებისგან ინტერვენციას ითხოვდა. ეს სისტემები პასუხისმგებელია მე-20 საუკუნის მასობრივი ტრაგედიის თავიდან აცილებაზე, რომელიც 21-ე საუკუნესაც ემუქრება.

ჯანმრთელობის ინტეგრაციონალიზაცია

ქოლერაზე პირველი საერთაშორისო კონფერენციიდან (1851 წ. კაირო) დაწყებული I მსოფლიო ომის შემდეგ ჩატარებული „ეროვნებების ლიგის„ ჩათვლით, საფუძველი ჩაეყარა ჯანმრთელობის საკითხებში აქტიურ თანამშრომლობას. 1946 წელს ჯანმოს ცნობებით, II მსოფლიო ომისა და კოლონიზაციის ქვეშ მყოფი ქვეყნების დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საერთაშორისო დონეზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტექნოლოგიების გამოყენება დაიწყო, მაგალითად, როგორიცაა იმუნიზაცია განვითარებად ქვეყნებში. ჯანმომ ჯანმრთელობა განსაზღვრა, როგორც „ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა, რომელიც არ ნიშნავს დაავადების არარსებობას„. ამან მედიცინაში ახალი მიზნები დასახა. 1978 წელს ყაზახეთში, ალმაატაში საერთაშორისო კონფერენცია ჩატარდა „პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე„, რომელმაც მრავალი ქვეყნის ჯანმრთელობის პოლიტიკაზე გავლენა მოახდინა. ჯანმო, წითელი ჯვრის ასოციაცია და გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი (UNICEF) საერთაშორისო ურთიერთობებს ინარჩუნებს. ჯანმოს ლიდერობით, 1977 წელს ყვავილის აღმოფხვრამ ხაზი კიდევ ერთხელ გაუსვა საერთაშორისო თანამშრომლობის აუცილებლობას. ამავეზე მეტყველებს პოლიომიელიტის დამარცხებაც.

ჯანმრთელობამ მე-20 საუკუნის ბოლოს ბევრ სფეროში გლობალიზაცია განიცადა. ინფექციური დაავადებები საკმაოდ სწრაფად ვრცელდება, მაგალითად, შიდსის ეპიდემია 1980-იანი წლებიდან, ასევე არანაკლებ საშიში, ქრონიკული დაავადებები, რომლებიც ცხოვრების წესიდან გამომდინარეობს. იგი ინდუსტრირებული ქვეყნებიდან სხვა ქვეყნების საშუალო ფენებს შორის გავრცელდა. არსებობს სხვა მრავალი ფაქტორი, რომელიც გლობალურად მოქმედებს ჯანმრთელობაზე, მაგალითად გარემოს დეგრადაცია გლობალური დათბობიდან გამომდინარე, ოზონისა და ტოქსიკური ნივთიერებების აკუმულაცია, მჟავური წვიმები, ბირთვული აფეთქებები, ბუნებრივი რესურსების თანდათანობითი კარგვა (ამაზონის აუზის ტყეები) და ადამიანური ტრაგედიები განვითარებადი ქვეყნების ღარიბ მოსახლეობაში. ჯანმრთელობის გლობალური საკითხები უნდა გადაწყდეს, როგორც ცალკეულ, ისევე რამდენიმე ქვეყნის დონეზე. ეს მოითხოვს სახელმწიფოს ძალისხმევას, საერთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციებს შორის თანამშრომლობას, მედიისა და ინდუსტრიის საშუალებით, შემცირდეს საერთო საშიშროება, რომელიც გარემოსა და სოციალური ფაქტორებიდან გამომდინარეობს. მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება, ისეთივე გამოწვევაა, როგორიც მზარდი პოპულაციის გამოკვება. ნატურალური ყვავილის წარმატებით ლიკვიდირება და სხვა დაავადებების კონტროლი, გვიჩვენებს საერთაშორისო ურთიერთობებისა და დაავადებების შემცირებისადმი მიზანმიმართული ღონისძიებების პოტენციალს.

ეპიდემიოლოგიური გამოცდილება

კაცობრიობის ევოლუციასთან ერთად სხვადასხვა დაავადებები ვითარდებოდა. ეს ცვლილებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების შედეგია და მიმართულია საცხოვრებელი, მომარაგებითი, კვებითი, ეკონომიკური მდგომარეობის, ფერტილობისა და სოციალური ფაქტორების გასაუმჯობესებლად. დაავადების ფორმის შეცვლასთან ერთად, ჩარევის სტრატეგიებიც იცვლება.

მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში ინფექციური დაავადებები განვითარებულ ქვეყნებშიც კი სიკვდილის მთავარი მიზეზი იყო. II მსოფლიო ომის შემდეგ ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის ცვლილებები ინდუსტრირებულ ქვეყნებს შეეხო, ინფექციური დაავადებები არაინფექციურმა ჩაანაცვლა და სიკვდილის მთავარი მიზეზი გახდა. სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა გამოიხატა პირველადად ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებით, გაუმჯობესებული კვებით, ვაქცინებით, დაავადებების კონტროლითა და მწვავე ინფექციური დაავადებების ანტიბიოტიკებით მკურნალობით. ასაკის მატებასთან ერთად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კიბოს ინციდენტობის ზრდა, ეპიდემიოლოგიურ კვლევასა და ამ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების დადგენას განაპირობებს.

გარკვეულ ჯგუფებში არაინფექციური დაავადებების შესწავლას რომში მივყავართ, სადაც მრავალი საუკუნის წინ გარკვეულ პროფესიულ ჯგუფებში ჭარბი სიკვდილიანობა ფიქსირდებოდა. ეს კვლევები რამაზინიმ მე-18 საუკუნის დასაწყისში განაახლა. როგორც უკვე აღინიშნა, ლონდონში „პერსივალ პოტსი„ წერდა, რომ სათესლე ჯირკვლის კიბო უფრო ხშირი იყო საკვამურის მწმენდავებში, სხვა პროფესიის ადამიანებთან შედარებით. კვებითი ეპიდემიოლოგიის შესწავლა, ლინდიდან (ნაშრომები სკორბუტზე, მეზღვაურეებს შორის, 1747 წ.) დაწყებული გოლდბერგერით დამთავრებული (ნაშრომები პელაგრაზე, სამხრ. აშშ-ში 1914 წ.) ყურადღებას არაინფექციურ სნეულებებზე ამახვილებდა.

აღწერილობითი ეპიდემიოლოგია შეისწავლის „ბუნებრივ ექსპერიმენტებს„, რომელიც 1950-იან წლებში მნიშვნელოვან მონაცემებს გვაძლევს. ბრიტანელმა მეცნიერებმა რიჩარდ დოლმ, ოსტინ ბრედფორდ ჰილმა და ჯეიმს პეტომ პირველებმა დაადგინეს კავშირი ფილტვის კიბოსა და თამბაქოს მოხმარებას შორის. მათ შეისწავლეს ბრიტანელი ექიმების მიერ შექმნილი ნიმუშები, სიკვდილიანობის მიზეზებზე, რომელთაგან ყველაზე ხშირი ფილტვის კიბო იყო. აღმოჩნდა, რომ მწეველებში ფილტვის კიბო 10-ჯერ მაღალი იყო, არამწეველებთან შედარებით. აგრეთვე ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა დაადგინა კავშირი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს დიეტასა და ჰიპერტენზიას შორის. დასავლურ ქვეყნებში, ეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი საკითხი გახდა და ხაზი გაესვა ცხოვრების წესის ზეგავლენას ჯანმრთელობაზე. ჩვენს წიგნში, ამ საკითხზე კიდევ ბევრს ვისაუბრებთ.

ინფექციური დაავადებები, კონტროლს ექვემდებარება, მაგრამ ისეთი თანამედროვე დაავადებები, როგორიცაა გულ-სისხლძარღვთა სნეულებები, ტრავმები, კიბო 1950-იანი, 1960-იანი წლებიდან ნაადრევი სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი გახდა. ეს ბევრად უფრო კომპლექსური დაავადებებია, ინფექციურთან შედარებით, როგორც გამომწვევის, ისე პრევენციის მხრივ. მე-20 საუკუნის მიწურულს, საზოგადოებრივმა ჯანმრთელობამ, თავისი ინტერვენციებით, სიკვდილიანობის შემცირების მხრივ, ბევრ წარმატებას მიაღწია. ეს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებისა და სამედიცინო ღონისძიებების (სათაურით „ჯანმრთელობის ხელშეწყობა„) გატარებით განხორციელდა.

მე-20 საუკუნის ბოლოს, საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და კლინიკურ მედიცინას, ასევე მომსახურების ორგანიზაციას შორის კავშირი, სულ უფრო ნათელი გახდა. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით განპირობებულ, სიკვდილიანობის შემცირებასთან ერთად, აღინიშნება ავადობის ნელი ზრდაც. დადგინდა, რომ ახალი რისკ-ფაქტორები, მხოლოდ ცხოვრების წესთან დაკავშირებული არ არის. ამრიგად, აუცილებელია, სამედიცინო მომსახურების ჩატარება დიდი ხნის მანძილზე, დაავადებათა რეციდივისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის თავიდან ასაცილებლად.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარება მეოცე საუკუნეში

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაცია მე-19 საუკუნის ბოლოსა და მე-20 საუკუნის დასაწყისში დაარსდა. მუნიციპალურმა და უფრო მაღალი დონის ხელისუფლებამ, წყლის სანიტარია განავითარა, ნაგავსაყრელებისა და საკვების კონტროლი დააწესა, ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფისები, სახელმწიფო და ფედერალური გრანტებით, გადამდები დაავადებების კონტროლის სასარგებლოდ ვაქცინაციაც გაუმჯობესდა. ორგანიზებულმა საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ განვითარებულ ქვეყნებში სხვადასხვა საკითხების რეგულაცია და მომსახურება დაიწყო, დაწესდა საკვებისა და წამლების სტანდარტები, სახელმწიფო ლიცენზიები, ჩამოყალიბდა სამედიცინო პროფესიის დისციპლინა.

მე-20 საუკუნის დასაწყისში ცნობილი იყო ეფექტური მკურნალობის მხოლოდ რამდენიმე მეთოდი, თუმცა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტანდარტების ზრდასთან ერთად, სიკვდილიანობა მცირდებოდა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა კი იზრდებოდა. II მსოფლიო ომს მოჰყვა, სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარება, ანტიბიოტიკების, ანტიჰიპერტენზიული და ფსიქოტროპული თერაპიული აგენტების შემოღება, სამედიცინო მომსახურებაზე ფოკუ-

სირება. ამ პერიოდში, მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროები ერთმანეთს უფრო დაშორდნენ. მე-20 საუკუნის მიწურულს, ამ ორ დისციპლინას შორის კავშირი ორგანიზაციასა და ფინანსურ საკითხებში გამოვლინდა. სამედიცინო მომსახურებაზე ფასები გაიზარდა, ხოლო პრევენციული მეთოდები საკმაოდ ეფექტური გახდა.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვის უზრუნველყოფაზე, მიმართულმა ეროვნულმა და სახელმწიფო ძალისხმევამ, მე-20 საუკუნეში უფრო მეტი ღონისძიება და ფინანსური პროგრამა გაატარა. აგრეთვე, ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურობისთვის სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციები გაერთიანდნენ, მნიშვნელოვანმა სამეცნიერო სიახლეებმა ანტიბიოტიკები და ვაქცინები დანერგა, ამასთან კვებითი და საცხოვრებელი სტანდარტები გაუმჯობესდა, რამაც ინფექციური დაავადებების კონტროლი განაპირობა. ეს უკანასკნელი კი სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა. განვითარებად ქვეყნებში ნაციონალურმა და მოხალისეთა დაზღვევამ სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობის ფართო მასებზე ხელმისაწვდომი გახადა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი ერა 1970-იანი წლებიდან მე-20 საუკუნის ბოლომდე გაგრძელდა. ის ყურადღებას ამახვილებდა არაინფექციური დაავადებების ეპიდემიოლოგიასა და პრევენციაზე. თამბაქოს მოწევის ზეგავლენამ, ფილტვის კიბოსა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, დიეტასთან ერთად, ქრონიკული დაავადებების დროს პრევენციული თავისებურებები გამოყო. შედეგად, ეს კვლევები გარემო ფაქტორებს დაუკავშირდა. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ამტკიცებს, რომ ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაცვა სიკვდილიანობისა და ავადობის საკითხებში უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს. ნაადრევი დაავადებებისა და სიკვდილიანობის თავიდან ასაცილებლად, კიდევ უფრო ამომწურავი ზომების მიღებაა აუცილებელია.

საერთაშორისო და ეროვნული ჯანდაცვის ორგანიზაციების სურვილი, საყოველთაო ჯანმრთელობას მიეღწიათ, კრახით დამთავრდა. ეს განაპირობა მრავალი სახის დაბრკოლებამ, რესურსების არარსებობამ, სხვის ხარჯზე ზეგანვითარებამ და პრიორიტეტების კონკურენციამ. სამედიცინო მომსახურებისას რესურსების ეფექტური გამოყენება პროფესიონალი სამედიცინო პერსონალის საქმეა. ამავე დროს, საკმაოდ მაღალია საზოგადოების მოლოდინი, მიიღოს შეუზღუდავი მომსახურება, მათ შორის, ადამიანური რესურსები და სპეციალიზებული და მაღალ-ტექნიკური სერვისები, რომლებიც აურაცხელ თანხებს მოითხოვს. შეზღუდული რესურსების მართვის პრობლემა თავს იჩენს როგორც უმდიდრეს, ასევე უუღარიბეს ქვეყნებში. ამ პრობლემის გადაჭრა კი ახალი საზოგადოებრივი ჯანრთელობის გამოწვევას წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის სისტემების შექმნა და მართვა

სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა, მთელი მოსახლეობის მასშტაბით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი მიღწევაა. სახელმწიფო, პოლიტიკური კუთხით, აქტიურადაა ჩართული ჯანმრთელობის სფეროში, დაზღვევის, ჯანდაცვის უზრუნველყოფისა და რეგულაციის მხრივ. როგორც მოგვიანებით ვისაუბრებთ, სხვადასხვა ერებს საყოველთაო ჯანმრთელობის, განათლებისა და წერა-კითხვის ცოდნის უზრუნველყოფის მრავალი მიზეზი გააჩნიათ. სწორედ ჯანსაღი მოსახლეობის არსებობა იყო გვიანი მე-19 და მე-20 საუკუნეების ეროვნული ინტერესის საგანი. განსაკუთრებით, ეროვნული პრესტიჟისთვის, ყურადღება ექცეოდა მუშებსა და სამხედროებს. პასუხისმგებლობა ამ საკითხებზე პრევენციის მეთოდების მართვას, ფინანსურ დახმარებას, სამედიცინო და ჯანდაცვის სერვისების წინასწარ გადახდას მოიცავდა. ეროვნული პოლიტიკა, თანდათანობით უზრუნველყოფდა და ავითარებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობას, მისდამი მოთხოვნებს ცვლიდა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობა მოითხოვს, სამედიცინო და საავადმყოფოს მომსახურებას, პრევენციულ მეთოდებსა და ჯანსაღ გარემოს. საბერძნეთსა და რომის იმპერიაში, ექიმებს ევალებოდათ მონები და ღარიბები უფასოდ ემკურნალათ. შუა საუკუნის გილდიებმა თავისი წევრებისთვის უფასო სამედიცინო მომსახურეობა განაწესეს. 1883 წელს გერმანიამ წარადგინა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა მუშებს შორის, რადგან მას ჯანსაღი მომუშა-

ვეები და სამხედრო ახალწვეულები სჭირდებოდა, ისინი კი ქვეყანას პოლიტიკურ სარგებელს მოუტანდნენ. 1911 წელს ბრიტანეთის ფინანსთა კანცლერმა ლოიდ ჯორჯმა ეროვნული ჯანმრთელობის აქტი შექმნა და მუშებისა და მათი ოჯახებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევა უზრუნველყო. 1918 წელს, ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ, საბჭოთა კავშირმა ხელმისაწვდომი სახელმწიფო დაზღვევა წარადგინა, რომელიც მთელი ქვეყნის მასშტაბით პრევენციის საშუალებებსა და უფასო სამედიცინო მომსახურებას მოიცავდა.

1920-იან წლებში ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა ევროპის ბევრ ქვეყანას მოედო. 1930-იანი წლების დიდი დეპრესიის შემდეგ, II მსოფლიო ომის გამარჯვებით მოპოვებულმა იმედმა, ჯანდაცვის მომსახურების საკითხებში აუცილებელი სოციალური და ჯანმრთელობის კანონების შექმნა განაპირობა. ეს ცვლილებები ბრიტანეთს, კანადასა და აშშ-ს შეეხო. დიდ ბრიტანეთში კეთილდღეობისა და ეროვნული ჯანმრთელობის სერვისები შრომითმა ხალისუფლებამ შექმნა. კანადაში სოციალური კანონები უფრო მეტად 1940-1970 წლებში განვითარდა. ამავე დროს, ნაციონალური პენსია დაინიშნა და დაზღვევის სისტემაც შეიქმნა. აშშ-ში კი სოციალური რეფორმა ნელა ვითარდებოდა, რადგან 1946 წელს სამედიცინო დაზღვევის საკითხებმა კონგრესში მარცხი განიცადა, სოციალურ მედიცინას კი ბევრი ოპოზიციონერი გამოუჩნდა, მაგრამ 1965 წელს „მედიქეარმა„ საყოველთაოდ დააზღვია 65 წლის ასაკის ზემოთ მქონე პირები და „მედიქეიდმა„ კი – ღარიბები. მე-20 საუკუნის ბოლოს თითოეული ქვეყანა კარგად ხვდება ჯანმრთელობის როლს ეკონომიკურ თუ სოციალურ კეთილდღეობაში.

ჯანმრთელობის სისტემები გულისხმობს ჩამოყალიბებულ სტრუქტურას ანდა ფუნქციების ერთობლიობას, რომელიც პირდაპირი ან არაპირდაპირი გზებით მოსახლეობის სამედიცინო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად თანამშრომლობს. იგი მოიცავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევასა და დაცვის სისტემებს.

აშშ-ში დღემდე წამყვანი კერძო დაზღვევებია, მაგრამ ღარიბები და მოხუცები სახელმწიფოს მიერ არიან დაზღვეულები. ქვეყანა ეძებს გზას საყოველთაო ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის მისაღწევად. ჯანმრთელობის მომსახურების წინასწარი გადახდა ძირითადი გადასახადებიდან წარმოებს, ხოლო ზოგ ქვეყანაში მომუშავეები და დამსაქმებლები ფულს სოციალურ სისტემებს უხდიან. როგორც განვითარებად, ასევე განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება, კვლევების ჩატარება და პროფესიონალების მომზადება მიმდინარეობს.

ინდუსტრიულ ქვეყნებში ფასების ზრდასთან ერთად ჯანმრთელობის საკითხებში ეკონომიკური ზრდის საზიანოდ დანახარჯები იზრდება. ჯანდაცვა ყველა განვითარებულ ქვეყანაში მნიშვნელოვან დამსაქმებელ სისტემად გვევლინება, ხოლო ფონდების განაწილება, რომელიც GNP-ის (ნაციონალური პროდუქტი) 13 %-ს აღწევს, ჯანდაცვის რეფორმაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. მრავალი ქვეყანა ცდილობს, ფასების ზრდა დაძლიოს და ისეთი სოციალური მოთხოვნების შესრულება უზრუნველყოს, როგორიცაა დასაქმება, განათლება, სოციალური კეთილდღეობა, საყოველთაო სიჯანსაღე და სხვ. ზოგიერთი ეკონომიკური თეორიის მიხედვით, ეკონომიკური ღირებულება მწარმოებლის გარდა არავისზე ვრცელდება. ლიბერალურმა და სოციალურმა დემოკრატიულმა პოლიტიკამ, ჯანმრთელობის საკითხებში სოციალური პასუხისმგებლობა და ეთიკური ნორმებიც ჩართო. ამრიგად, ჯანდაცვამ ეკონომიკური და სოციალური ღირებულება შეიძინა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წარმატებად ითვლება, რომ საერთო მოსახელეობაში მოხუცებულთა პროცენტი გაიზარდა, ამ დარგმა წინ წამოსწია ჯანდაცვის ეთიკური და ეკონომიკური სერვისების უზრუნველყოფის და მხარდამჭერი სოციალური სისტემების საკითხები. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის უზრუნველყოფა მთელი მოსახლეობის მასშტაბით არარეალურია. მათ გააჩნიათ შეზღუდული რესურსები. ეს ქვეყნები ტექნოლოგიური განვითარებისთვის სახსრებს დედაქალაქებს ახარჯავენ, სხვა ქალაქებისა და სოფლების ღარიბ მოსახლეობას კი პირველადი მომსახურეობისთვის მცირე ბიუჯეტი რჩება. მიუხედავად ამისა, მაინც ვითარდება პირველადი ფუნდამენტური მზრუნველობის სერვისები, როგორიცაა პრენატალური მოვლა და იმუნიზაცია. თუმცა თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობა, საფუძვლიანი, ბაზისური პირველადი მომსახურების არარსებობის გამო მაინც ძალიან მაღალია.

ჰეზიტმე

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ისტორია ჯანმრთელობაზე ფიქრის ევოლუციას უკავშირდება. უძველესმა საზოგადოებებმა ასე თუ ისე გაიაზრეს სანიტარიასა და ჯანმრთელობას შორის კავშირი და პირადი ჰიგიენის, კვებისა და ფიზიკური დატვირთვის მნიშვნელობა. ადამიანის ცხოვრების სიწმინდე (პიკუა ნეფეში) სიცოცხლის შენარჩუნებაზე პასუხისმგებლობას გულისხმობდა. ეს მცნება ჯერ კიდევ მოზაიკურ კანონთა კრებულიდან იჩენს თავს (1500 ჩვ.წ.აღ-მდე). მედიცინის, სამეცნიერო თუ ეთიკური ნორმები ჰიპოკრატეს სწავლებაზე იყო დამყარებული (მე-4 საუკუნე ჩვ.წ.აღ-მდე). სანიტარიას, ჰიგიენას, კარგ კვებას, ფიზიკურ დატვირთვას ფესვები უძველეს საზოგადოებებში ჰქონდა გადგმული. ეთიკური საფუძვლები, ყველანაირ იმ ძალისხმევას გულისხმობდა, რომელიც სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე იყო მიმართული, თუნდაც ეს რელიგიურ თუ მოქალაქეთა ხარჯზე მომხდარიყო.

რელიგიურმა და სოციალურმა სისტემებმა დაავადებები ცოდვებს და ზეაღმატებული ძალების მიერ დასჯას დაუკავშირეს. საზოგადოების ინტერვენციასა და გამოკვლევებს, ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქების გარდა, ღვთის ნებაში ჩარევად მიიჩნევდნენ. მშობიარობა ტკივილს, დაავადებას და ხშირ სიკვდილიანობას უკავშირდებოდა. ამან ჩამოაყალიბა კონცეფცია: „შენ ბავშვებს ტანჯვაში გააჩენ„. ცოდვილისთვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და ტანჯვის შემსუბუქება რელიგიურ პასუხისმგებლობად მიიჩნეოდა.

შუა საუკუნეებში თავი იჩინა ისეთმა პანდემიებმა, როგორიცაა: შავი ჭირი, სიფილისი, კეთრი, ყვავილი, წითელა და სხვ. ამან საზოგადოების მოთხოვნილება და პასუხისმგებლობა განაპირობა ინფექციური დაავადებისგან თავი დაეცვათ. დაავადებები ვითარდებოდა, დაავადებების გავრცელების აღსაკვეთად პრაგმატული მეთოდები იძებნებოდა. ეს გულისხმობდა კეთროვანთა იზოლაციას, გემების კარანტინს, საზოგადოებრივი აბანოების დახურვას.

მე-18 – მე-19 საუკუნეებში ეპიდემიოლოგიური კვლევები, ქოლერის, მუცლის ტიფის, პროფესიული დაავადებების და არადამაკმაყოფილებელი კვების საკითხებს სწავლობდა. ამ კვლევებმა გვაჩვენა ჩარევის ეფექტური გზები, ვიდრე მეცნიერები დაადგენდნენ დაავადებათა მიზეზებს. მე-20 საუკუნეშიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მეცნიერული ნაშრომის ჩამოყალიბებამდე პრაგმატულ საფუძვლებს ისევ მიჰყვებოდა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, პასუხისმგებელია საზოგადოებრივ სანიტარიაზე, ხოლო ჯანდაცვის ადგილობრივი მმართველობა ახალ პრევენციულ მეთოდებს აყალიბებს. მათ კი, სამოქალაქო, სახელმწიფო, პროვინციული თუ ეროვნული მმართველობები აკონტროლებს და აფინანსებს. აღსანიშნავია, რომ ხელისუფლების როლი ჯანდაცვის საკითხებში დღითიდღე იზრდება.

ადამიანი განთავისუფლდა იმ დოგმებისგან, რომელიც ჯანმრთელობისა და დაავადებების სამეცნიერო გამოკვლევებს უარყოფდა. ამან საზოგადოება დაავადებების ბუნებრივი გამომწვევის კვლევამდე მიიყვანა, რამაც ჩარევისა და პრევენციის მეთოდების შემუშავება განაპირობა. ეს კონცეფცია პირველად უძველეს ბერძნულ წყაროებშია ნანახი. მან კლინიკური და სამეცნიერო ობსერვაცია უზრუნველყო, რამაც უკანასკნელი ორი საუკუნის განმავლობაში საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას დიდი წარმატება მოუტანა. ეპიდემიოლოგიური მეთოდები უფრო ადრე ჩამოყალიბდა, ვიდრე დაავადების მდგომარეობის ბიოლოგიური საფუძველი დადგინდებოდა.

სნეულებების პრევენციისთვის ჩატარებულ სანიტარიას, ჯერ კიდევ უძველეს საზოგადოებებში მიმართავდნენ. ეს რელიგიურ¤თუ სამოქალაქო ვალდებულებად მიიჩნეოდა. დაავადებების გამოწვევის მიზეზები სხვადასხვა კვლევებმა დაადგინა, მაგალითად, როგორიცაა ლინდის მიერ სკორბურის შესწავლა, სნოუს მუშაობა ქოლერაზე (ლონდონში) და ჯენერის მიერ ყვავილის ვაქცინის აღმოჩენა. ხალხი ბიოქიმიური თუ ბაქტერიოლოგიური მტკიცებულების არარსებობის მიუხედავად, გამოთქმულ აზრს დაეთანხმა. მეცნიერების დახმარებით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მეთოდოლოგია ჩამოყალიბდა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ახალმა ეპიდემიოლოგურმა კვლევებმა, პრევენციული მედიცინის მრავალმა ფორმამ და საზოგადოების ჯანდაცვის უზრუნველყოფამ განავითარა. რეფორმები ბევრ სფეროში გატარდა, მონობისა და ბატონყმობის გაუქმებიდან დაწყებული, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის დაწესებით

დამთავრებული. ამ მოვლენებმა ზოგადად, მოსახლეობის ჯანმრთელობა გააუმჯობესა.

მე-20 საუკუნის მიწურულს, ჯანმრთელობის, ეკონომიკური თუ სოციალური სფეროების ურთიერთკავშირი საერთაშორისო დონეზე აღიარეს. ამავე საუკუნეში მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფუძვლები მნიშვნელოვნად გავრცელდა. იმუნოლოგიამ, მიკრობიოლოგიამ, ფარმაკოლოგიამ, ტოქსიკოლოგიამ და ეპიდემიოლოგიამ დადებითი შედეგები გვაჩვენა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი ერთი-ორად გააუმჯობესა. ახალი სამედიცინო უნარ–ჩვევები და ტექნოლოგია, ჯანმრთელობის დაზღვევიდან გამომდინარე, ბევრ ინდუსტრიულ ქვეყანაში ხელმისაწვდომი გახდა. მე-20 საუკუნეში ყველა ინდუსტრიულმა ქვეყანამ მთელი მოსახელობის მასშტაბით სამედიცინო მომსახურება როგორც ინდივიდუალურ, ისევე პოპულაციურ დონეზე ვირტუალურად დანერგა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებაზე ზეგავლენა ისტორიულმა კონცეფციებმაც მოახდინა. ხალხი სნეულებას აღიქვამდა, როგორც ცოდვებისთვის დასჯას, ამან კი საუკუნეების მანძილზე პრევენციული მეთოდების ძიებას ხელი შეუშალა. ეს მენტალიტეტი გულისხმობდა „მსხვერპლის დადანაშაულებას„. მიიჩნევენ, რომ შიდსით დაინფიცირებულები ამ ავადმყოფობას თავისი ქცევიდან გამომდინარე იმსახურებენ, მუშების დაშავება კი, თავიანთივე დაუდევრობით აიხსნება, მსუქნები და მწეველები დაავადებებს თავიანთ ცხოვრების წესს უნდა „უმადლოდნენ„. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ქველმოქმედებას ეწევა, რომელიც სიკეთისა და ტანჯვის შემსუბუქებისთვის რელიგიურ პასუხისმგებლობას გულისხმობს. ყურადღება ექცევა ეთიკურ დავას ისეთ სფეროებში, როგორიცაა მომსახურების მართვა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ძვირადღირებული ანალიზები, ევთანაზია და პატიმრებზე ზრუნვა.

გაერომ და ჯანმომ ჯანმრთელობის მოპოვების უფლება ხელმისაწვდომი მსოფლიო მასშტაბით გახადა. ეს მოვლენა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მეტად მნიშვნელოვანია, თუ ამის რეალიზაცია ჯანმომ უზრუნველყო, ალმაატის კონცეფციებში, საყოველთაო ჯანმრთელობის გარდა, უფრო კონკრეტულ საკითხებზეა საუბარი, კერძოდ, სახელმწიფოს როლი ამ უფლების უზრუნველსაყოფად. აქვე განიხილავენ, პირველადი მომსახურებისა და პრევენციის საშუალებებსაც. ეს თემა, ერთგვარ შეჯიბრს მოიცავს, საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და საავადმყოფოს შორის, რესურსების მოპოვების მიზნით.

ჩვენ ყურადღებას ისტორიულ გაკვეთილებზეც ვამახვილებთ. აუცილებელია, რომ ხელმეორედ შევიწავლოთ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფერო, რადგან ძველებთან ერთად, ჯანმრთელობის ახალი გამოწვევები ჩნდება. ფილოსოფიური და ეთიკური საფუძვლები გულისხმობს ადამიანის ღირებულებასა და მის უფლებას ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემო ჰქონდეს. ინდივიდისა და საზოგადოების კეთილდღეობა და სიჯანსაღE ურთიერთდამოკიდებულია. ინვესტიცია ჯანდაცვაში, ისევე როგორც განათლებაში, ეკონომიკური ზრდის წინაპირობაა. ჯანმრთელი და განათლებული ადამიანები კრეატიულ და ეკონომიკურად პროდუქტიულ საზოგადოებას ქმნიან. ისტორიის გამოცდილება ბევრს ნიშნავს დღევანდელი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის, ამიტომაც უნდა გადავხედოთ უძველესს თუ პოსტინდუსტრიულ რევოლუციურ სამყაროს როგორი პრევენციული და ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი საშუალებები ჰქონდათ.

დღეს ჩვენი მიზანია ფართოდ ვისწავლოთ ჯანმრთელობის საკითხების გადაწყვეტა, როგორიცაა პრევენციული თუ კლინიკური სერვისები, ეკონომიკური და ეფექტური დაცულობა, ჯანმრთელობის სტატუსის ამაღლება, ცალკეულ თუ მასობრივ დონეზე. როგორც ადრე, ისევე დღესაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ბევრ ეთიკურ უთანხმოებას აწყდება, რომელიც ჯანმრთელობის ხარჯებს, სოციალურ ფილოსოფიასა და პრიორიტეტებს უკავშირდება. მომდევნო თავებში, ჩვენ ბევრს ვისაუბრებთ ამ საკითხებზე და შევეცდებით ვაჩვენოთ, თუ როგორ უნდა შევძლოთ ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან გაწონასწორებული მიახლოება.

ჩეჯომენდიჩებული ლიტერატურა

Ashton, J. 1997. Chadwick Lecture—Is a healthy North West Region achievable in the 21st century? *Journal of Epidemiology and Community Health,* 53:370–382.

Baker, J. P. 1994. Women and the invention of well child care. *Pediatrics,* 94:527–531.

Markel, H. 1987. When it rains it pours: Endemic goiter, iodized salt, and David Murray Cowie, MD. *American Journal of Public Health,* 77:219–229.

Larson, E. 1989. Innovations in health care: Antisepsis as a case study. *American Journal of Public Health,* 79:92–99.

Monteiro, L. A. 1985. Florence Nightingale on public health nursing. *American Journal of Public Health,* 75:181–186.

Rosen, G. 1958. *A History of Public Health.* New York: MD Publications. Republished as Expanded Edition. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1993.

Roueche, B. (ed). 1963. *Curiosities of Medicine: An Assembly of Medical Diversions 1552–1962.* London: Victor Gollancz Ltd.

ბიბლიოგრაფია

Barkan, I. D. 1985. Industry invites regulation: The passage of the Pure Food and Drug act of 1906. *American Journal of Public Health,* 75:18–26.

Buehler-Wilkerson, K. 1993. Bringing care to the people: Lillian Wald's legacy to public health nursing. *American Journal of Public Health,* 83:1778–1786.

Camus, A. 1947. *The Plague.* Middlesex, England: Penguin Modern Classics.

Carter, K. D. 1991. The development of Pasteur's concept of disease causation and the emergence of specific causes in nineteenth-century medicine. *Bulletin of the History of Medicine,* 65:528–548.

Diamond, J. 1997. *Guns, Germs and Steel: The Fates of Human Societies.* New York: W. W. Norton Co. Garrison, F. H. 1929. *An Introduction to the History of Medicine,* Fourth Edition. Republished by WB Saunders Co., Philadelphia, 1966.

Grob, G. N. 1985. The origins of American psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health,* 75:229–236.

Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics,* 92:469–470.

Light, D. W, Liebfried, S., Tennstedt, F. 1986. Social medicine vs professional dominance: The German experience. *American Journal of Public Health,* 76:78–83.

Mack, A. (ed). 1991. *The Time of the Plague: The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Disease.* New York: New York University Press.

Marti-Ibanez, F. (ed). 1960. *Henry E. Sigerist on the History of Medicine.* New York: MD Publications. Massachusetts Sanitary Commission. 1850. *Report of a General Plan for the Promotion of Public and Personal Health, Sanitary Survey of the State.* Reprinted by Arno Press & The New York Times, New York, 1972.

McCullough, D. 1977. *The Path Between the Seas: The Creation of the Panama Canal 1870–1914.* New York: Touchstone.

McNeill, W. H. 1989. *Plagues and Peoples.* New York: Anchor Books.

Monteiro, L. A. 1985. Florence Nightingale on public health nursing. *American Journal of Public Health,* 75:181–186.

Plotkin, S. L., Plotkin, S. A. 1994. A short history of vaccination. *In* Plotkin SA, Mortimer EA (eds) *Vaccines,* Second Edition. Philadelphia: WB Saunders.

Rather, L. J. (ed). 1958. *Disease, Life, and Man: Selected Essays by Rudolf Virchow.* Stanford: Stanford University Press.

Roberts, D. E., Heinrich, J. 1985. Public health nursing comes of age. *American Journal of Public Health,* 75:1162–1172.

Roemer, M. I. (ed). 1960. *Sigerist on the Sociology of Medicine.* New York: MD Publications.

Roemer, M. I. (1988). Resistance to innovation: The case of the community health center. *American Journal of Public Health,* 78:1234–1239.

Rosenberg, C. E. 1992. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sinclair, U. 1906. The Jungle.

Slaughter, F. G. 1950. *Immortal Magyar: Semmelweiss, Conqueror of Childbed Fever.* New York: Henry Schuman.

Smith, I. S. 1990. *Patenting the Sun: Polio and the Salk Vaccine.* New York: Wm. Morrow & Co. Snow, J. *Snow on Cholera: A Reprint of Two Papers.* New York: Commonwealth Fund, 1936.

Sorokina, T. S. 1994. *History of Medicine.* Moscow: PAIMS. [in Russian]

Starr, C. G. 1991. *A History of the Ancient World.* New York: Oxford University Press.

Tuchman, B. W. 1978. *A Distant Mirror: The Calamitous Fourteenth Century.* New York: Alfred A. Knopf Inc.

Wills, C. 1997. *Plagues: Their Origin, History, and Future.* London: Flamingo Press.

2
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცნების განზოგადება

შესავალი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების მთელი პროცესის განმავლობაში, განსაკუთრებით კი, ბოლო ორი საუკუნის პერიოდში რევოლუციური წინსვლები აღინიშნება. ისტორიის შესწავლა, სტუდენტებსა და მომქმედ სპეციალისტებს ეხმარება პროცესზე დაკვირვებაში. რაოდენ აკადემიურიც არ უნდა ჩანდეს, ძალიან მნიშვნელოვანია ცვლილებების არსის გაგება, იმისთვის, რომ გავუმკლავდეთ არსებული მიმართულებების რადიკალურ ცვლილებებს, რაც ვითარდება მეცნიერების, პრაქტიკისა და ეკონომიკის განვითარებასთან ერთად. ეს მეოცე საუკუნის ცვლილებებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებაში მამოძრავებელი ძალაა. მომავალი თაობებისთვის, არა მარტო ცხოვრების ხარისხი, არამედ გადარჩენაც კი რისკის ქვეშაა.

თავდაპირველად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, როგორც დისციპლინა, შეისწავლიდა და ახორციელებდა, გადამდები დაავადებების კონტროლს, სანიტარიული პირობების გაუმჯობესებითა და ვაქცინაციით. სანიტარიულმა რევოლუციამ, რომელსაც ადგილი ჰქონდა თანამედროვე ბაქტერიოლოგიის განვითარებამდე, დიდი წვლილი შეიტანა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, თუმცა კვების, განათლებისა და საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესება არანაკლებ მნიშვნელოვანი იყო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა და სხვა მრავალი ასპექტი, მნიშვნელოვან როლს თამაშობდა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საქმიანობის ქსელის გაზრდაში, ისევე როგორც, ფიზიკური და სოციალური გარემო, პიროვნული ქცევის თავისებურებები, ჯანმრთელობის სტატუსის განსაზღვრაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა განვითარდა, როგორც მრავალდისციპლინური სფერო, რომელიც მოიცავს ბაზისური და გამოყენებითი მეცნიერების, განათლების, სოციალური მეცნიერების, ეკონომიკის, მენეჯმენტის, საკომუნიკაციო უნარების გამოყენებას, რომ ხელი შეუწყოს ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ კეთილდღეობას. ეს უფრო მეტია, ვიდრე მისი შემადგენელი ელემენტების შეჯამება და მოიცავს სხვადასხვა საზოგადოებრივი და ინდივიდუალური მომსახურების კოორდინაციის ხელოვნებასა და პოლიტიკას. ბალანსირებისა და წონასწორობის ეს გლობალური თვალსაზრისი, შეიძლება იყოს კლასიკური ბერძნული და მოზაიკური ტრადიციების რენესანსი, გამოყენებული სამედიცინო დახმარებასა და ჯანდაცვის სფეროში, გაჯერებული ფართო ცოდნითა და გამოცდილებით. მეოცე საუკუნის ბოლოს ცვლილებები კვლავ წარმოადგენს ჩვენი ადაპტირების უნარისთვის მთავარ გამოწვევას.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პრაქტიკოსები, საორგანიზაციო საკითხებში ისევე არიან ჩართულნი, როგორც პირდაპირ ზედამხედველობაში. მაგრამ ნებისმიერ სამედიცინო პროფესიონალს, კარგად უნდა ესმოდეს ის საკითხები, რასაც მოიცავს ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, მათი განვითარება, ურთიერდამოკიდებულება, როგორ არის კომბინირებული ორგანიზაციაში და როგორ

ჩანაჩთი 2.1 ამისტოტელე ჯანმრთელობის შესახებ

„სხეულისა და გონების ჯანმრთელობა, იმდენად მნიშვნელოვანია კარგი ცხოვრებისთვის, რომ თუ ჩვენ ვირწმუნებთ, რომ ადამიანებს აქვთ რაიმე პიროვნული უფლება, მაშინ მათ აქვთ აბსოლუტური მორალური უფლება კარგი ჯანმრთელობისა, როგორც საზოგადოებას და საზოგადოებას თავად შეუძლია მისცეს ეს მათ“.

ხდება, ყოველივე ამის დაფინანსება მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში, კარგად უნდა ესმოდეთ მათ თვალწინ განვითარებული ცვლილებები.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალ სისტემას, მრავალმხრივი კომპეტენცია აქვს. იგი დაკავშირებულია ან მოიცავს საზოგადოებრივ და ინდივიდუალურ ყველა აქტივობას, მიმართულს ფაქტორისკენ, რაც შეამსუბუქებს დაავადების ტვირთს და ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. ეს პროგრამები მოიცავს იმუნიზაციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, ასევე ბავშვთა კვებას საკვების მარკირებითა და საკვების გამდიდრებით, კარგად დარეგულირებულ და ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებას. ჯანმრთელობის სისტემის დაგეგმვა, მენეჯმენტი და მონიტორინგი აუცილებელ როლს ასრულებს შეზღუდული რესურსებისა და მაღალი მოლოდინის მქონე სამყაროში. ეს მოითხოვს, კარგად განვითარებულ საინფორმაციო სისტემებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ უკუკავშირს და მონაცემების კონტროლს, რაც აუცილებელია კარგი მენეჯმენტისთვის. ეს მოიცავს ვალდებულებებსა და კოორდინაციას, მთავრობის ყველა დონეზე და არასამთავრობო ორგანიზაციებში, ასევე კარგად ინფორმირებული მედიისა და ძლიერი პროფესიონალური და სამომხმარებლო ორგანიზაციების მონაწილეობას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია პასუხისმგებლობის განაწილება თავად ინდივიდების ჯანმრთელობაზე, ჯანდაცვის უზრუნველყოფასა და მაღალი ხარისხის პროფესიონალურ დახმარებაზე.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ევოლუცია

ბევრმა ცვლილებამ ტრანსფორმაცია განაპირობა ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემისკენ. რელიგია ბევრ ქვეყანაში კვლავ რჩება, მთავარ გავლენიან და პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიმღებ ძალად, თუმცა უმეტეს საზოგადოებაში ცენტრალური საორგანიზაციო ძალა აღარ არის. საზოგადოებები დიდი ოჯახებიდან და ტომებიდან სოფლის, ქალაქის საზოგადოებად და ეროვნულ სახელმწიფოებად გარდაიქმნა. ურბანული საზოგადოებისა და მოგვიანებით, მრავალეროვანი ეკონომიკური სისტემის ზრდასთან ერთად, პიროვნების ჯანმრთელობა უფრო მნიშვნელოვან საკითხად განიხილება, ვიდრე უბრალოდ ადგილობრივ პრობლემად. ადამიანი არა მხოლოდ იმ სოფლის, ქალაქის ან ქვეყნის მოქალაქეა, სადაც ცხოვრობს, არამედ ის არის „გლობალური სოფლის“ მცხოვრები.

XV-XVII საუკუნეების სასოფლო-სამეურნეო რევოლუციას, რომლის შედეგადაც გაიზარდა საკვების მარაგი, მოგვიანებით მოყვა ნუტრიციის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხის შესწავლა. XVII-XIX საუკუნეების სამეცნიერო რევოლუციამ, უზრუნველყო აესხნა, დაავადების გავრცელებისა და ინდუსტრიული რევოლუციის მავნე ეფექტების აღწერისა და ანალიზის გზები, ხალხმრავალი საცხოვრებელი პირობებისა და გარემოს დაბინძურების ჩათვლით. მეოცე საუკუნის შუა წლებში, ახალმა სასოფლო-სამეურნეო „მწვანე რევოლუციამ“ დიდი როლი ითამაშა, ადამიანთა დანაკარგის შემცირებაში (საერთაშორისო დონეზე), თუმცა ეკოლოგიური ხარჯები ჯერ კიდევ გადასახდელია.

ამ და კიდევ სხვა სოციალურმა ცვლილებებმა, რომლებიც პირველ თავშია აღწერილი საშუალება მისცა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სფეროს გაეფართოვებინა, მისი პოტენციალი და ფარგლები, მისი პრაგმატული და მეცნიერული საფუძვლის განვითარებასთან ერთად. მეოცე საუკუნის ორგანიზებულმა საზოგადოებრივმა ჯანმრთელობამ დაამტკიცა მისი ეფექტურობა ინფექციური დაავადებების ტვირთის შემცირებაში და წვლილი შეიტანა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და ხანგრძლივობის გაზრდაში. ბოლო ნახევარი საუკუნის განმავლობაში, ქრონიკული დაავადებები განვითარებულ და უფრო მეტად განვითარებად ქვეყნებში ავადობისა და სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზად იქცა. მზარდი სამეცნიერო და ეპიდემიოლოგიური ცოდნა, ამ დაავადებებთან გამკლავების შესაძლებლობას ზრდის. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბევრ ასპექტზე, გავლენა შეიძლება მოახდინოს მხოლოდ ინდივიდუალური პიროვნებების ქცევამ და ჯანმრთელობის რისკებმა. ეს მოითხოვს უფრო კომპლექსურ ჩარევას, რაც დაკავშირებულია ქცევის, ცხოვრების სტილის, გარემო, საზოგადოებრივ და სოციალურ ფაქტორებთან.

ქრონიკული დაავადებები ისეთ დონემდე მივიდა, რასაც შეიძლება ეპიდემიური გავრცელე-

ბა ეწოდოს. ამავდროულად, რევოლუცია მდგომარეობს იმაში, რომ ეკონომიკა და ჯანდაცვის მენეჯმენტი შესაბამისობაში მოვიდეს მზარდ ფასებთან და ადამიანთა უფლებების მსოფლიო აღიარებასთან, რომ ჰქონდეთ საშუალება სათანადო ხარისხის სამედიცინო დახმარება მიიღონ. ამან ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტსა და ეკონომიკაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკებისა და დაწესებულებების ჩართვა განაპირობა. კონცეფციები როგორიცაა: მიზნები, მისწრაფებები, პრიორიტეტები, ეფექტიანი ხარჯები და შეფასება, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დღის წესრიგის ნაწილი გახდა. ამ კონცეფციების ევოლუციის გაგება, მომავალ სამედიცინო მუშაკს ან მენეჯერს ეხმარება, რომ გაუმკლავდეს მეცნიერების, კაცობრიობის და ეფექტური მენეჯმენტის წყაროების კომპლექსურობას, რათა ჯანმრთელობის მაღალ სტანდარტებს მიაღწიონ და ასევე დაძლიონ ახალი საკითხები, დაკავშირებული XXI საუკუნის ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებასთან.

ჯანმრთელობა და დაავადება

ჯანმრთელობა შეიძლება განისაზღვროს მრავალი პერსპექტივიდან, სიკვდილიანობის და ავადობის შესახებ განცხადებებით დაწყებული, ადამიანური და საზოგადოებრივი სრულყოფის იდეალიზებულ ვერსიებამდე დამთავრებული. ჯანმრთელობის განსაზღვრება ასეთია: ადამიანის მდგომარეობის წონასწორობა ბიოლოგიური, ფიზიკური და სოციალური გარემოებით, ობიექტის მაქსიმალურ ფუნქციურ შესაძლებლობებთან ერთად. ამგვარად, ჯანმრთელობა ხასიათდება ანატომიური, ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მთლიანობით და ოპტიმალური ფუნქციონალური შესაძლებლობებით ოჯახში, სამსახურში და სოციალურ როლებში (დაკავშირებული სტრესის დაძლევის ჩათვლით) კეთილდღეობის განცდით და დაავადების რისკისგან და ნაადრევი სიკვდილისგან თავისუფლების შეგრძნებით.

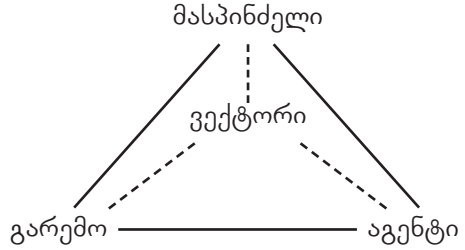
არსებობს მრავალი ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორი დაავადებებსა და მათ მართვაში. 1878 წელს კლოდ ბერნარმა ფიზიოლოგიური პროცესებისადმი ცოცხალი ორგანიზმის შიდა გარემოს ადაპტაციისა და შეგუების ფენომენი აღწერა. ეს კონცეფცია მედიცინის საფუძველია. ის ასევე მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის, რადგან ჯანმრთელობასა და დაავადებას შორის მოვლენების სპექტრისა და ფაქტების გაგება, ხელშემწყობი ფაქტების გაიგივების საფუძველია, რომელიც გავლენას მოახდენს ბალანსზე და პოტენციური ჩარევის მოძიებაზე, რათა ჯანმრთელობისკენ ბალანსის მიმართულება შეცვალოს.

ჰიპოკრატესა და გალენის დროიდან მოყოლებული ითვლებოდა, რომ დაავადებები ჰუმორიზმით და მიაზმების ან გარემოს გამოსხივებით იყო განპირობებული. მიაზმური თეორია, ფაქტობრივად, უსაფუძვლო იყო. მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისიდან შუა წლებამდე პრაქტიკული მიზნებით მოქმედებდა, რომ გაეუმჯობესებინათ სანიტარიული პირობები, საცხოვრებელი და სოციალური მდგომარეობა. კონკურენტული მიკრობული თეორია, შემუშავებული პიონერი ეპიდემიოლოგების (პანუმი, სნოუ, ბადი), მეცნიერების (პასტერი, კონი, კოხი) და პრაქტიკოსების (ლისტერი, ზემელვეისი) მიერ, გახდა მეცნიერება ბაქტერიოლოგიისა და პრაქტიკულ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში რევოლუციის საფუძველი. ამ ორი თეორიის კომბინირებულმა გამოყენებამ კლასიკური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შექმნა განაპირობა, რამაც უდიდესი შედეგები გამოიღო ინფექციური დაავადებების კონტროლის თვალსაზრისით.

მასპინძელი – აგენტი – გარემოს პარადიგმა

მასპინძელი – აგენტი – გარემოს პარადიგმაში მავნე აგენტი ხელსაყრელ გარემო პირობების დროს, მგრძნობიარე მასპინძელთან კონტაქტისას, მასში შეიჭრება და სპეციფიკურ დაავადებას იწვევს. ეს აზრი საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მეოცე საუკუნის შუა წლებამდე დომინირებდა. მასპინძელი არის პიროვნება, რომელსაც აქვს დაავადება ან არის რაიმე დაავადების განვითარების რისკის ქვეშ. აგენტი არის ორგანიზმი ან პირდაპირი მიზეზი დაავადებისა. გარემო შეიცავს გარეგან ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენს მასპინძელზე, მის მგრძნობელობაზე აგენტისადმი და ვექტორს, რომელიც ახდენს ტრანსმისიას ანუ გადააქვს აგენტი გარემოდან მასპინძელ ორგანიზმში.

ეს ხსნის ბევრი დაავადების გამოწვევისა და ტრანსმისიის მექანიზმს. ვექტორი არის აგენტის ტრანსმისიის საშუალება, გარემოდან მასპინძელში. ეს პარადიგმა, ფაქტობრივად (სურ. 2.1), დაავადებების გამოწვევის კონტაგიოუზურ და მიაზმურ თეორიებს აერთიანებს. სპეციფიკური აგენტი, ტრანსმისიის მეთოდი ან მგრძნობიარე ორგანიზმი, ჩართულნი არიან ურთიერდამოკიდებულებაში, რომელიც მნიშვნელოვანია დაავადების ინფექციურობასა და სიმძიმისათვის. გარემო შეიძლება იყოს კარიერი გადაცემისათვის ან ინფექციური (ან ტოქსიკური) აგენტის ვექტორი და ასევე ხელის შემწყობი მასპინძლის მგრძნობელობისადმი, მაგ. როგორებიცაა: სიღარიბე, განათლების დაბალი დონე.

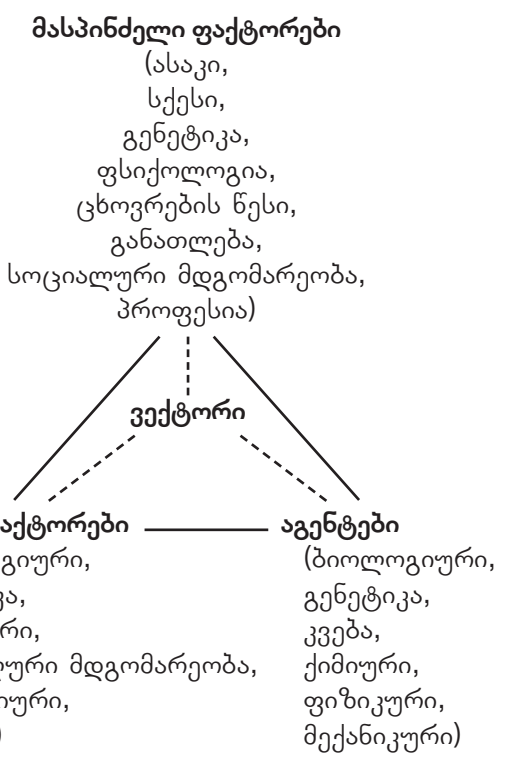


სურათი 2.1 მასპინძელი-აგენტი-გარემოს პარადიგმა

გაფართოებული მასპინძელი—აგენტი—გარემოს პარადიგმა

გაფართოებული მასპინძელი-აგენტი-გარემოს პარადიგმა სამივე კომპონენტის დეფინიციას აფართოებს (სურ. 2.2) მწვავე ინფექციური და ქრონიკული არაინფექციური დაავადებების ეპიდემიოლოგიასთან მიმართებაში. მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში გაფართოებულ მასპინძელი-აგენტი-გარემოს პარადიგმამ დამატებითი მნიშვნელობა მიიღო ქრონიკულ დაავადებებთან დაკავშირებული კომპლექსური ფაქტორების მართვის თვალსაზრისით; დღეისათვის კი განვითარებულ სამყაროში და მზარდად განვითარებად ქვეყნებშიც, ნაადრევი სიკვდილის და დაავადებების წამყვან მიზეზებშიც.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის არსი მდგომარეობს, ჩაერიოს და შეცვალოს მასპინძლის, გარემოს და აგენტის ფაქტორები. ინფექციური დაავადებების კონტროლისთვის, ბიოლოგიური აგენტები შეიძლება მოშორდეს საკვები პროდუქტების პასტერიზაციით, წყლის მარაგის ფილტრაციითა და დეზინფექციით (ქლორირება), რათა მოხდეს წყლით გადაცემული დაავადებების ტრანსმისიის პრევენცია. მასპინძელში ცვლილება შეიძლება განხორციელდეს იმუნიზაციის მეშვეობით, რათა ინ-



სურათი 2.2 გაფართოებულიმასპინძელი-აგენტი-გარემოს პარადიგმა

ფექციური ორგანიზმების წინააღმდეგ უზრუნველყოფილ იქნას იმუნიტეტი. გარემო შეიძლება შეიცვალოს ტრანსმისიის პრევენციისთვის, ვექტორების ან მათი რეზერვუარების განადგურებით. ამ ინტერვენციების კომბინირება, შეიძლება სპეციფიკური ორგანიზმებისა და დაავადებების წინააღმდეგ გამოიყენონ.

ვაქცინით პრევენცირებადი დაავადებები, შეიძლება საჭიროებდეს ორივე, რუტინულ და სპეციფიკურ აქტივობებს, რათა გაძლიერდეს პოპულაციის იმუნიტეტი, რათა მოხდეს ინდივიდებისა და საზოგადოების დაცვა. სხვა ინფექცური დაავადებებისთვის, რომლებისთვისაც ვაქცინაცია არ არსებობს, მაგალითად, მალარია, კონტროლი გულისხმობს აქტივობების ფართო რიგს, რაც მოიცავს შემთხვევების დადგენასა და მკურნალობას ინდივიდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების და დაავადების რეზერვუარის შემცირების მიზნით, ისევე როგორც, ვექტორების კონტროლს, რომ შემცირდეს კოღოს პოპულაცია. ტუბერკულოზის კონტროლი, მოითხოვს არა მარტო შემთხვევების მოძიებასა და მკურნალობას, არამედ გარემო სოციალური პირობებით ხელშემწყობი ფაქტორების დადგენას; პირველადი დაავადებების დადგენას, ტუბერკულოზის თანდართვის შემთხვევაში (მაგ. ნარკომანია, შიდსი); აგენტების რეზისტენტობა მკურნალობისადმი; და

პაციენტებისა და მატარებლების უუნარობას, მკურნალობის დასრულებაში ზედამხედველობის გარეშე. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, ვაქცინებით არაკონტროლირებადია და პიროვნების ქცევის ცვლილებების, ჯანმრთელობის შესახებ განათლების გაუმჯობესების, სამედიცინო და დახელოვნებული ეპიდემიოლოგიის დახმარების კომბინაციას მოითხოვს.

არაინფექციური დაავადებების შემთხვევაში ინტერვენცია, ბევრად უფრო კომპლექსურია, მოიცავს პიროვნების ქცევის ცვლილებებს და მთელ რიგ იურიდიულ, ადმინისტრაციულ და საგანმანათლებლო საკითხებს. შეიძლება იყოს მრავლობითი რისკ-ფაქტორი, რომელთაც აქვთ თანდართული, ერთობლივი ეფექტი დაავადების გამოწვევაში და შეიძლება ბევრად უფრო რთული იყოს მათი ცვლილება, ინფექციური დაავადებების ფაქტორების ცვლილებასთან შედარებით. მაგალითად, მოწევა არის ფილტვის კიბოს რისკფაქტორი, ხოლო აზბესტის ზემოქმედება შეიძლება თანდართული ფაქტორი იყოს. აზბესტის ექსპოზიციის პრევენცია, შეიძლება უფრო ადვილი აღმოჩნდეს, ვიდრე მოწევის შეწყვეტა. ტრავმით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება, თანაბრად პრობლემატურია.

დაავადების ცალკეული, გამოყოფილი მიზეზის დადგენას, თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში უდიდესი მეცნიერული და პრაქტიკული ღირებულება აქვს. ეს საშუალებას იძლევა ისეთი პირდაპირი ჩარევები განხორციელდეს, როგორიცაა ვაქცინაცია ან ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, რათა მოხდეს ინდივიდების დაცვა, კონკრეტული დაავადებებისგან ან მათი მკურნალობა. დიდი მნიშვნელობა აქვს რამდენიმე რისკ-ფაქტორის კუმულაციურ ეფექტს, დაავადების გამოწვევაში, განსაკუთრებით ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში, როგორიცაა – ტუბერკულოზი, ან ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში, მაგალითად გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.

ინდივიდების ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს კონკრეტულად მათთვის ნიშანდობლივი შინაგანი რისკ-ფაქტორები, ისევე, როგორც გარეშე ფაქტორები. ნიშანდობლივი შინაგანი ფაქტორები მოიცავს ბიოლოგიურ ფაქტორებს, რომლებიც შთამომავლობით გადაეცემა ან მათი ცხოვრებისეული ჩვევებითაა განპირობებული, როგორიცაა მოწევა, ჭარბი კვება, ან სხვა მაღალი რისკის ქცევა. გარეშე ფაქტორები მოიცავს გარემოს, სოციო-ეკონომიკურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას თავად პიროვნების, ოჯახისა თუ იმ საზოგადოებისა, რომელშიც იგი ცხოვრობს. განათლება, კულტურა და რელიგია, ინდივიდებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობაში ასევე ხელშემწყობი ფაქტორებია.

არსებობს ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია ინდივიდის ჯანმრთელობასთან და რომლებშიც პირდაპირ როლს საზოგადოება და თემი თამაშობს. ერთ-ერთი მათგანია სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა. ასევე, გარემოსა და თემის მომსახურების უსაფრთხოების ფაქტორების უზრუნველყოფა, რაც დაზიანებებისა და დაავადებების რიცხვს შეამცირებს ან ისეთ დამცველ ღონისძიებებს მოიცავს, როგორიცაა, მაგალითად, საზოგადოებისთვის (თემისთვის) წყლის ფთორირება, კბილების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით ან ღვედებისა და ჩაფხუტების ტარების შესახებ კანონები, რათა შემცირდეს სტრანსპორტო ტრავმები და სიკვდილიანობა. ამ მოფიკატორებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს, ინდივიდების პასუხსა და ეპიდემიის გავრცელებაზე (იხ. თავი 3). ეპიდემიური შეიძლება გახდეს ქრონიკული დაავადება, მას შემდეგ, რაც საერთო რისკ-ფაქტორმა მგრძნობიარე პოპულაციაში, შეიძლება შემთხვევების გადაჭარბებული რაოდენობა გამოიწვიოს, რისკ-ფაქტორის ექსპოზიციამდე პერიოდთან შედარებით ან ისეთ ჯგუფთან შედარებით, რომელსაც არ განუცდია რისკ-ფაქტორის ზემოქმედება.

დაავადების ბუნებრივი ისტორია

დაავადება დინამიკური პროცესია, არამარტო გამომწვევი მიზეზით, არამედ სიმწვავითა და ინტერვენციის შედეგებით, რომელიც მიმართულია გამოსავლის შესაცვლელად.

პაციენტისთვის, ოჯახისთვის თუ საზოგადოებისთვის დაავადების ბუნებრივი ისტორიის ცოდნას არსებითი მნიშვნელობა აქვს, რათა ჩარევა ადეკვატურად მოხდეს და დაავადების პროცესი წარმატებით შეჩერდეს ან შეიცვალოს.

დაავადების ბუნებრივი ისტორია გულისხმობს დაავადების მიმდინარეობას დასაწყისიდან ბოლომდე. იგი მოიცავს ფაქტორებს, რომლებიც

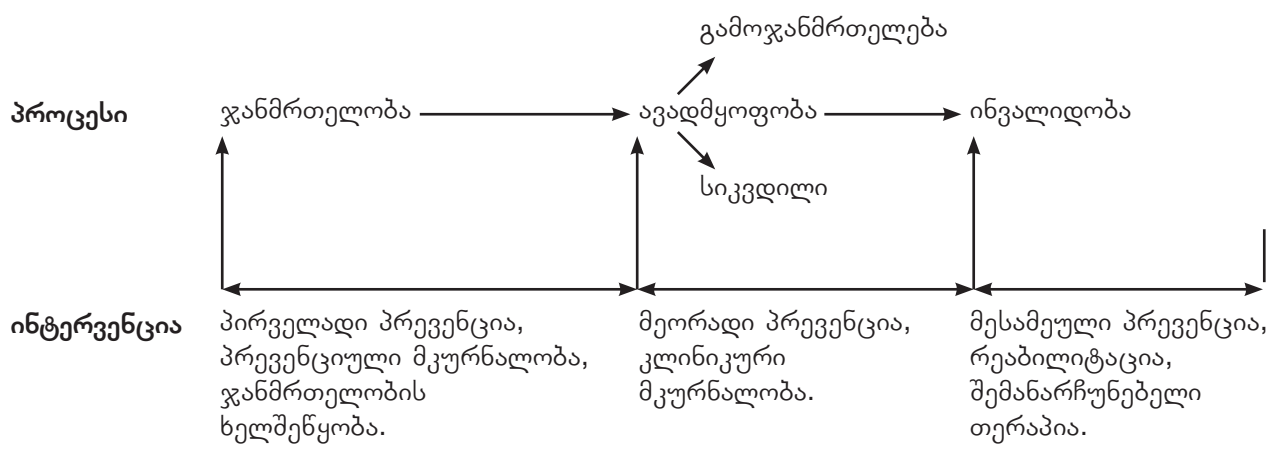
უკავშირდება მის ინიცირებას, კლინიკურ მიმდინარეობას პრობლემის გადაჭრამდე, მკურნალობას, გაგრძელებას თუ გრძელვადიან გართულებებს (შემდგომ სტადიებს თუ დაავადების გართულებებს) და გარემო თუ შინაგან (გენეტიკურ თუ ცხოვრების წესით გამოწვეულ) ფაქტორებს და მათ შედეგებს, დაავადების ყველა სტადიაზე. ჩარევის შედეგები, დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე, არის დაავადების პროცესის ნაწილი. (სურ. 2.3).

როგორც ზემოთ განვიხილეთ, დაავადება თავს იჩენს ინდივიდში, როდესაც გამომწვევი, მასპინძელი და გარემო ურთიერთქმედებენ, რათა შექმნან არაჯანმრთელი მდგომარეობა. აგენტი შეიძლება იყოს ინფექციური ორგანიზმი, ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედება, გენეტიკური დეფექტი ან დეფიციტური მდგომარეობები. ინდივიდუალური და სოციალური ქცევის ფორმამ, როგორიცაა უგუნურად მანქანის მართვა და სარისკო სექსუალური ქცევა, შეიძლება დაზიანება ან დაავადება გამოიწვიოს. მასპინძელი შეიძლება იყოს იმუნიტეტის მქონე ან მგრძნობიარე დაავადების მიმართ, მრავალი ხელშემწყობი სოციალური და გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად. გარემო მოიცავს ინფექციის გადამტანს – ვექტორს, რომელიც შეიძლება იყოს მალარიის მატარებელი კოღო, დაბინძურებული ნემსი, რომელიც ნარკოტიკების მომხმარებლების მიერ საზიაროდ გამოიყენება, ტყვიით დაბინძურებული საღებავი ან ოჯახში ძალადობის ფაქტები.

თუ დავუშვებთ ბუნებრივ მდგომარეობას „კარგი ჯანმრთელობისა“, რომელიც წარმოადგენს ოპტიმალურ ჯანმრთელობას, თუ კეთილდღეობის შეგრძნებას, ფუნქციონირებას და დაავადების არარსებობას, დაავადების პროცესი, შეიძლება დაიწყოს დაავადების მიმდინარეობით, ინფექციური ან არაინფექციური, რამდენიმე დამახასიათებელი ფორმის მიხედვით, რომელიც კლინიცისტებისა და ეპიდემიოლოგების მიერ არის აღწერილი. წინაკლინიკური შემთხვევების და მიდრეკილებების გამოვლენა, კლინიკური ისტორიის საშუალებით არის შესაძლებელი, ასევე რისკის განსაზღვრით და მისი შესაძლო ზემოქმედებით და სხვა რისკ -ფაქტორებით. ინტერვენციები პროცესის განმავლობაში და მანამდე, გამიზნულია იმისთვის, რომ ზეგავლენა მოახდინოს დაავადების მოგვიანებით მიმდინარეობაზე.

დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა ან მისი ლაბორატორიული და რადიოლოგიური კვლევები, შეიძლება შეიცვალოს სამედიცინო ჩარევით ან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გზით, რასაც მივყავართ დაავადების აღკვეთამდე, ან მის გაგრძელებამდე, უფრო ნაკლები ან შედარებით მსუბუქად გამოხატული მეორადი გამოსავლით. ასე რომ, ინტერვენცია, არის ავადმყოფობის ისტორიის ნაწილი. მოსახლეობაში, ინფექციური დაავადების ბუნებრივ ისტორიაზე, დიდად ახდენს გავლენას ვაქცინაცია ან თემში დაავადების ადრინდელი აფეთქება. ეს ძირითადად ეხება, ბავშვობის ასაკისთვის დამახასიათებელ ინფექციებს, ვინაიდან მოზრდილ პოპულაციას იმუნიტეტი აქვს, აცრის ან ადრე გადატანილი ინფექციის გამო. წითელა და დიფტერია, ძირითადი ბავშვთა ასაკის ინფექციები, დღესდღეობით მოზრდილ მოსახლეობაშიც საკმაოდ ხშირია, ვინაიდან ისინი ნაკლებად არიან დაცულნი შეძენილი იმუნიტეტით ან ბავშვობაში არაადეკვატური ვაქცინაციის შედეგად მგრძნობიარენი არიან იმუნიტეტის დასუსტების გამო.

ქრონიკული დაავადებების მართვისას, მაღალი ფასები არაადეკვატური პრევენციული მომსახურების ან მენეჯმენტის შემთხვევაში წარმოიშობა. დიაბეტიან პაციენტებში მწვავე გარ-



სურათი 2.3 დაავადებისა და ინტერვენციის პროცესი

თულებების განვითარების პრევენცია ხდება კარგი მართვით. რთული ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ან გულის შეგუბებითი უკმარისობის მქონე პაციენტის შემთხვევაში, სწორი მართვისას შეიძლება მდგომარეობის სტაბილიზაცია. მდგომარეობა ასევე შეიძლება გაუმჯობესდეს გრიპისა თუ პნევმონიის წინააღმდეგ იმუნიზაციით და სხვ. წარუმატებლობის შემთხვევაში, პაციენტს გრძელი და ძვირადღირებული მკურნალობა დასჭირდება. არაადეკვატური მკურნალობის შედეგები, ჯანდაცვის სისტემის ხარჯების ზრდას იწვევს და პაციენტის სიცოცხლეს უფრო მეტ საფრთხეს უქმნის.

როგორც ინდივიდში, ისე მთელს პოპულაციაში, შესაძლოა დაავადების ფენომენზე ბევრმა ფაქტორმა იმოქმედოს და, რა თქმა უნდა, ინტერვენცია დაავადების ბუნებრივ მიმდინარეობაზე გავლენას მოახდენს. ინფექციური დაავადებების ეპიდემიოლოგიური მოდელები, შეიძლება პოპულაციური მოდელებით შეფასდეს, ისევე როგორც ინდივიდუალური შემთხვევები. მეცხრამეტე საუკუნეში კლასიკურად აღწერის მიხედვით, ფაროს კუნძულებზე პანუმმა აჩვენა, წითელას ტრანსმისიული და ეპიდემიური ბუნება, ისევე როგორც შეძენილი იმუნიტეტის დამცველობითი ეფექტი.

საზოგადოება და ჯანმრთელობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობა, ინდივიდების ჯანმრთელობის მსგავსად, დამოკიდებულია, როგორც გენეტიკურ, პიროვნულ რისკ-ფაქტორებსა და სამედიცინო მომსახურებაზე, ასევე სოციალურ ფაქტორებზეც. სოციალური უთანასწორობა ჯანდაცვაში, განიხილება და აღწერილია საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში საუკუნეების განმავლობაში. ჩადვიკი და შატუკის 1840-1850 წლების მოხსენებებში აღწერილია სიღარიბის, ცუდი სანიტარიული პირობების, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების კორელაცია, სიკვდილიანობის მაღალ დონესთან და მიჩნეულია, სოციალური ეპიდემიოლოგიის საკითხად. პოლიტიკური და სოციალური იდეოლოგიები სოციალურად განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც ამა თუ იმ სახის უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემაა, ჯანმრთელობის სტატუსში სოციალურ და გეოგრაფიულ განსხვავებებს გამორიცხავს.

1880-იან წლებში გერმანიაში, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოტანიდან დაწყებული, 1995 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის წარუმატებელი მცდელობით დამთავრებული (იხ. თავი 1 და 13), სოციალური რეფორმები, ჯანმრთელობის უთანასწორობის საკითხებთან გასამკლავებლად, ფოკუსირებული იყო სამედიცინო და ჰოსპიტალურ მართვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე. თითქმის ყველა ინდუსტრიულმა ქვეყანამ, როცა ეს სისტემები განავითარა, მათი წვლილი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში, სოციალური პროგრესის მნიშვნელოვანი ნაწილი გახდა, განსაკუთრებით II მსოფლიო ომის შემდეგ.

იმ საზოგადოებებშიც კი, რომელთაც ჯანმრთელობის სერვისებთან უნივერსალური ხელმისაწვდომობა აქვთ, შედარებით დაბალი სოციო-ეკონომიური სტატუსის მქონე პირები, სხვადასხვა დაავადებების შედეგად, ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალ დონეს განიცდიან. ბლექის შეფასების (დუგლას ბლექის ავტორობით) მიხედვით, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, 1980-იან წლების ადრეულ პერიოდში, დაბალი კლასის პოპულაციას (არაკვალიფიციური მუშები) ორჯერ მაღალი სპეციფიკური სიკვდილობის დონე ჰქონდა, უმაღლეს კლასთან შედარებით (პროფესიონალები და ბიზნესმენები) დაავადების ყველა კატეგორიაში, ბავშვთა სიკვდილიანობით დაწყებული, კიბოთი განპირობებული სიკვდილიანობით დამთავრებული. სტატია შოკისმომგვრელი იყო, ვინაიდან ყველა ბრიტანელს ხელი მიუწვდებოდა ეროვნულ ჯანდაცვის სერვისებთან, მისი დაწყებისთანავე, 1948 წლიდან მოყოლებული. ეს მოიცავდა მთელ რიგ უფასო სერვისებს, ახლო ურთიერთობებს მათი ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან და სპეციალიზებულ მომსახურებას. ამ მონაცემებმა სოციალური ფაქტორების გადახედვა განაპირობა, რაც მანამდე განიხილებოდა, როგორც აკადემიური ინტერესები, სამედიცინო სოციოლოგებისა და ანთროპოლოგებისთვის და მარგინალური სამედიცინო მომსახურებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ეპიდემიოლოგია პირდაპირ კავშირშია კლასიკურ რისკ-ფაქტორებთან: მოწევა,

არასაკმარისი კვება და ფიზიკური აქტივობა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დონის განსხვავება, ბრიტანეთის მოხელეებში, სრულად არ აიხსნება ამ ფაქტორებით. განსხვავება ასევე არის მიზეზი სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობისა, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ინდივიდების ფიზიოლოგიურ საჭიროებებთან, იგულისხმება ადამიანების ცხოვრების კონტროლის ხარისხი. ქარხანაში მომუშავე პირებს (ლურჯსაყელოიანი) აქვთ ნაკლები კონტროლი საკუთარ ცხოვრებაზე, ვიდრე ოფისში მომუშავე პირებს (თეთრსაყელოიანი) და შესაბამისად, აქვთ უფრო მაღალი რისკი, გულის კორონარული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობისა, ვიდრე მაღალი სოციალური კლასის წარმომადგენლებს.

სოციალური პირობები, გავლენას ახდენს დაავადებათა გავრცელებაზე ყველა საზოგადოებაში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში და დასავლეთ ევროპაში, ტუბერკულოზი ხელახლა გამოვლინდა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემა ურბანულ რეგიონებში, ნაწილობრივ მაღალი რისკის პოპულაციის გამო, განპირობებული სიღარიბით და საზოგადოებიდან გარიყვით, უსახლკაროების, ნარკომანების და აივ მქონე პირებში. აღმოსავლეთ ევროპასა და ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, უკანასკნელ პერიოდში ტუბერკულოზის სიხშირის მატება, განაპირობა მრავალმა სოციალურმა და ეკონომიურმა ფაქტორმა, 1990-იანი წლების ადრეულ პერიოდში დიდი რაოდენობით პატიმრების გათავისუფლების ჩათვლით. ორივე შემთხვევაში, დიაგნოზი და მედიკამენტური მკურნალობა არასაკმარისია და საზოგადოება რისკ-ჯგუფი ხდება, ტუბერკულოზის ბაცილის ანტიბიოტიკო-რეზისტენტული შტამების განვითარების გამო (გავრცელებული არაადეკვატურად ნამკურნალებ მატარებლებში, რომლებიც ადამიანვექტორებად გვევლინებიან).

სოციო-ეკონომიური სტატუსის შესწავლა (სეს) და ჯანმრთელობა გამოიყენება და მნიშვნელოვანია მრავალ გარემოებებში. კალიფორნიაში, ალამედაში, კიბოსგან გამოწვეულ სიკვდილიანობას შორის სხვაობა შავკანიან და თეთრკანიან მოსახლეობასა და სოციალურ კლასებს შორის, მას შემდეგ, რაც სკრინინგით კონტროლი განხორციელდა, უმნიშვნელო გახდა. ქალაქის მოსახლეობის 30-წლიანმა კვლევამ დაადასტურა, რომ დაბალი შემოსავლის ოჯახებს კალიფორნიაში, მეტი რისკი აქვთ ფიზიკური და მენტალური პრობლემების განვითარებისა, რაც გავლენას ახდენს ყოველდღიურ ცხოვრებაზე და ხელს უწყობს შემდგომში, კიდევ უფრო გაღარიბებას.

ფინეთში და სხვა ადგილებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მიუხედავად მაღალი რისკისა, დაბალი სოციო-ეკონომიური სტატუსის ქალები, ნაკლებად მიმართავენ პრევენციულ ღონისძიებებს, როგორიცაა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, ვიდრე მაღალი სოციო-ეკონომიური სტატუსის ქალები. სეს უთანასწორობის განმაპირობებელი ფაქტორები, დაკავშირებულია ქცევითი თავისებურებების რისკებთან, სოციო-ეკონომიურ დისტრესთან, პროფესიულ ფაქტორებთან, როგორიცაა ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედება, საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის ნაკლებობის განცდა და არაადეკვატური ოჯახური, ან საზოგადოების სოციალური მხარდაჭერის სისტემები.

ჯანმრთელობა და დაავადება არის მულტიფაქტორული და მათთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები მოითხოვს, რომ ჯანდაცვის სისტემებმა, გაითვალისწინონ სოციალური, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რაც ზღუდავს თუნდაც საუკეთესო სამედიცინო დახმარების ეფექტურობას. ეს გულისხმობს, როგორც სამედიცინო მუშაკის მხრიდან ჩარევას, ასევე ჯანდაცვის სისტემის მხრიდანაც მონაწილეობას პრევენციისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ჩათვლით. ჯანდაცვის სისტემამ, უნდა მოახდინოს გავლენა დაავადების განვითარებასა და გამოსავალზე, პირდაპირ – პირველადი პრევენციით ან მკურნალობით, ან არაპირდაპირ – საზოგადოების ან ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორების შემცირებით.

სოციალური პირობების გავლენა ჯანმრთელობაზე, შეიძლება ნაწილობრივ სასარგებლო პირობების ხელშეწყობით კომპენსირდეს, მაგალითად, გაუმჯობესებული სანიტარიული პირობები ან ჯანდაცვის სერვისები, რომლებიც ყველასთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. დაავადების ან მისი გართულებების პრევენციისადმი მიდგომას, შეიძლება გარემოს ფიზიკური ცვლილებები დასჭირდეს, როგორიც იყო „ბროუდ სტრიტის ტუმბოს ტარის მოცილება“ ლონდონში, ქოლერის ეპიდემიის შესაჩერებლად ან დიეტის ცვლილებები, პელაგრის დროს, გოლდბერგერის ნაშრომის მიხედვით. სოციალური კონტექსტები დასაქმების, სოციალური უსაფრთხოების, ქალთა განათლების, გართობის, ოჯახური შემოსავლის, ცხოვრების

საფასურის, საყოფაცხოვრებო პირობების და უსახლკარობის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსში. შემოსავლის გადანაწილება სოციალურად განვითარებულ ქვეყნებში მაღალ და დაბალ სოციო-ეკონომიურ ჯგუფებს შორის, შეიძლება დიდ სხვაობას იწვევდეს, რაც გავლენას ახდენს, ჯანმრთელობის სტატუსზე. ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას პასუხისმგებლობა აქვს ადვოკატირება გაუწიოს, კარგი ჯანმრთელობის ხელშემწყობ სოციალური პირობების დაცვას.

პრევენციის სახეები

დაავადების პრევენციისას, როდესაც პრევენციის მიზნები დასახულია, შემდეგი ეტაპი არის მიზნის მისაღწევად სათანადო და განხორციელებადი მეთოდების ან ტაქტიკური მიზნების მქონე სტრატეგიის შემუშავება. ეს მოქმედების მეთოდებს და რესურსებს განსაზღვრავს, რაც მის განსახორციელებლადაა საჭირო. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მეთოდები, დაყოფილია შემდეგ კატეგორიებად: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა არის სახელმძღვანელო კონცეფცია, რომელიც მოიცავს ინდივიდუალური და საზოგადოების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გასაუმჯობესებელ აქტივობებს. ეს მოითხოვს, პიროვნებისა და საზოგადოების მეტ ჩართულობასა და კონტროლს, თავიანთი, საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხებში. ეს ჯანმრთელობასა და სოციალურ კეთილდღეობას აუმჯობესებს, დაავადებების სპეციფიკურ დეტერმინანტებსა და რისკ-ფაქტორებს ამცირებს, რაც ინდივიდისა თუ საზოგადოების ჯანმრთელობაზე, კეთილდღეობაზე და პროდუქტიულ უნარინობაზე უარყოფითად მოქმედებს. მიზნის დასახვა ხდება, პრობლემის სირთულის მიხედვით და ასევე ხდება, განხორციელებადი გზების შემუშავება, წარმატებული ინტერვენციისთვის, ხარჯთეფექტური გზით.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, არის ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი ელემენტი და გამოყენებადია საზოგადოებაში, კლინიკასა თუ საავადმყოფოში და მომსახურების ყველა სხვა გარემოებაში. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ზოგი აქტივობა, მთავრობის მხრიდან ჩარევას გულისხმობს, როგორიცაა უსაფრთხოების ღვედების გამოყენება; სკოლაში მისაღებად ბავშვთა იმუნიზაციის მოთხოვნა; გარკვეულ მთავარ საკვებ პროდუქტებში აუცილებელი მინერალებისა და დეფიციტური მდგომარეობების თავიდან აცილების მიზნით ვიტამინების დანამატების მოთხოვნა; აუცილებლობა იმისა, რომ ყველა ახალშობილს ჩაუტარდეს K ვიტამინით პროფილაქტიკა, ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების პრევენციის მიზნით. საკვებსა და წამლებზე სტანდარტების

ჩანაწერი 2.2 პრევენციის სახეები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: პიროვნებისა და საზოგადოების ქცევითი სტანდარტების ხელშეწყობა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით, ისეთი საკანონმდებლო, სოციალური ან გარემო პირობების შექმნით, რაც ამცირებს პიროვნებისა და საზოგადოების რისკს და სასარგებლო გარემოს ქმნის.

პირველადი პრევენცია: დაავადების განვითარების პრევენცია.

მეორეული პრევენცია: ადრეული დიაგნოსტირება და ეფექტური მკურნალობა დაავადების პროგრესირების შესაჩერებლად ან ხანგრძლივობის შესამცირებლად, არსებული პროცესის გართულებების პრევენციის მიზნით.

მესამეული პრევენცია: გრძელვადიანი უნარშეზღუდულობისა და ინვალიდობის პრევენცია. დაავადების პროცესის სტაბილიზაციის შემდეგ ფუნქციის აღდგენა და ოპტიმალურ დონეზე შენარჩუნება, მაგ. ფუნქციური რეაბილიტაციის მხარდაჭერა.

ჩანართი 2.3 ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ელემენტები

1. მიმართავს საზოგადოებას, როგორც ერთ მთლიანს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში, ყოველდღიურ ცხოვრებაში და ასევე ადამიანებს, ვინც არიან სპეციფიკური დაავადებების განვითარების რისკის ქვეშ;
2. მიმართავს ქმედებას, დაავადებების ან სიკვდილის რისკ-ფაქტორებისა და მიზეზების წინააღმდეგ;
3. ახორციელებს აქტიურ მიდგომას, საზოგადოების ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და კუპირებისაკენ;
4. ხელს უწყობს ფაქტორებს, რაც აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას;
5. ახდენს ჯანმრთელობის საფრთხეების წინააღმდეგ ქმედებების ინიცირებას; კომუნიკაციის, განათლების, საკანონმდებლო, ფისკალური ღონისძიებების, ორგანიზაციული ცვლილებების, საზოგადოების განვითარების და სპონტანური ლოკალური აქტივობების ჩათვლით;
6. მოიცავს საზოგადოების ჩართულობას პრობლემის აღმოჩენისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში;
7. მხარს უჭერს(ადვოკატირებს) სათანადო გარემოს, ჯანმრთელობისა და სოციალურ პოლიტიკას;
8. ახდენს ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალების წახალისებას, ჯანმრთელობის განათლებისა და ჯანმრთელობის მხარდაჭერის კუთხით.

წყარო-ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. ოტავის ჩარტერი-ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. ჟენევა 1986 წ.

დაწესება; სიგარეტსა და ალკოჰოლზე მაღალი გადასახადის დაწესება, მოხმარების შემცირების მიზნით. ჯანმრთელობის მხარდაჭერა ხორციელდება მათ მიერ, ვისაც სხვადასხვა ორგანიზაციებში მუშაობის გამოცდილება აქვს.

ხალხის ცნობიერების ამაღლება და ინფორმირება, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების არაჯანსაღი წესის შესახებ, რამაც შეიძლება მათ რისკი შეუქმნას, მოიცავს სწავლებას, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების საფრთხის შესახებ, მოწევის, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებისას უარყოფითი გავლენის შესახებ, რათა მოხდეს მსგავსი სოციალური ქცევის რისკის შემცირება. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, უნდა მოიცავდეს, ჯანსაღი კვების შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას, მაგალითად, რეპროდუქციულ ასაკში, ქალებისთვის ფოლიუმის მჟავის საჭიროება, ხოლო მოზრდილ ასაკში მულტივიტამინებით სარგებლობა. საზოგადოებისა და თანატოლების ჯგუფების მიდგომა და სტანდარტები, გავლენას ახდენს ინდივიდუალურ ქცევაზე. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ცდილობს შეიქმნას ცოდნის, მიდგომების, რწმენისა და პრაქტიკისთვის სათანადო კლიმატი, რომელიც ასოცირებულია ჯანმრთელობის უკეთეს გამოსავალთან.

პირველადი პრევენცია

პირველადი პრევენცია მოიცავს აქტივობებს, რომლებიც გულისხმობს დაავადების ან დაზიანების განვითარების თავიდან აცილებას. პირველადი პრევენცია, მუშაობს ინდივიდზეც და საზოგადოებაზეც. ეს შეიძლება მიმართული იყოს მასპინძელზე, რათა გაზარდოს რეზისტენტობა აგენტისადმი (მაგ. იმუნიზაცია, მოწევის შეწყვეტა), ან შეიძლება მიმართული იყოს გარემო ფაქტორებზე, რათა შეიზღუდოს ბიოლოგიური ვექტორებისთვის ხელსაყრელი პირობები (მაგ. მალარიის და დენგეს ცხელების გადამტანი კოღო). არსებობს უამრავი მსგავსი მაგილითი. ბავშვთა იმუნიზაცია ახდენს ისეთი დაავადებების პრევენციას, როგორებიცაა ტეტანუსი, ყივანახველა, დიფტერია. სასმელი წყლის ქლორირება, წყლით გავრცელებადი საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებების ტრანსმისიის თავიდან აცილების მიზნით. უსაფრთხოების ღვედების ტარება, ბევრად ამცირებს ავტოსაგზაო ტრავმების რაოდენობას. ცეცხლსასროლ იარაღებზე შეზღუდვები კი ამცირებს დაუდევრობით, შემთხვევით ან არაშემთხვევითი ძალადობის შედეგად ცეცხლსასროლი ჭრილობებისა და სიკვდილიანობის რიცხვს.

პირველადი პრევენცია ასევე მოიცავს აქტივობებს, ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში, რაც განაპირობებს უკეთეს ჯანმრთელობას. ეს შეიძლება ნიშნავდეს, მაგალითად, სტანდარტების დაწესებას და იმის გარანტიას, რომ ექიმები არა მარტო ინფორმირებულები არიან სათანადო იმუნიზაციისა და თანამედროვე პრენატალური მეთვალყურეობის შესახებ, არამედ კარგად აქვთ გაცნობიერებული მათი როლი ცერებროვასკულური, კორონარული და სხვა დაავადებების, როგორიცაა ფილტვის კიბო, განვითარების პრევენციაში. ამ შემთხვევაში, ჯანდაცვის მუშაკი ასრულებს მასწავლებლისა და ხელმძღვანელის, ისევე როგორც დიაგნოზის დამდგენის და თერაპევტის როლს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მსგავსად, პირველადი პრევენციაც არ არის დამოკიდებული მხოლოდ ექიმებზე: ორივე მუშაობს თვითმზრუნველობის ინდივიდუალური შეგნების ასამაღლებლად, ძირითადად გათვითცნობიერების და ინფორმაციულობის ამაღლების გზით, აძლევს რა პიროვნებასა თუ საზოგადოებას, საკუთარ თავზე მზრუნველობის გაუმჯობესების უფლებამოსილებას, რომ შეამცირონ რისკ-ფაქტორები და იცხოვრონ ჯანსაღი ცხოვრების წესით.

მეორეული პრევენცია

მეორეული პრევენცია არის ადრეული დიაგნოზი და მართვა დაავადების გართულებების თავიდან ასაცილებლად. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენცია, რათა მოხდეს დაავადების გავრცელების პრევენცია, მოიცავს დაავადების წყაროს იდენტიფიკაციას და მის შესაჩერებლად ქმედებების განხორციელებას, როგორც ნაჩვენებია სნოუს მიერ ბროუდ სტრიტის ტუმბოს გადაკეტვისას. მეორადი პრევენცია მოიცავს, შემთხვევების იზოლაციის საფეხურებს და კონტაქტში მყოფი პირების მკურნალობასა ან იმუნიზაციას, რათა მოხდეს მენინგიტის ან წითელას მომდევნო აფეთქებების პრევენცია. ნემსების გაცვლითი პროგრამა ან პრეზერვატივების გავრცელება სკოლასა და კოლეჯებში, ხელს უწყობს სქესობრივად გადამდები ინფექციებისა და შიდსის გავრცელების პრევენციას.

ჯანდაცვის ყველა მუშაკს აქვს გარკვეული როლი, მეორეულ პრევენციაში, მაგალითად ინსულტის პრევენცია, ჰიპერტენზიის ადრეული და ადეკვატური მკურნალობით. ბავშვს, რომელსაც აქვს ყელის არანამკურნალევი სტრეპტოკოკული ინფექცია, შეიძლება განუვითარდეს სერიოზული და სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები, მაგ., რევმატიული ცხელება, გულის სარქვლების რევმატიული დაზიანება და გლომერულონეფრიტი. მაღალი არტერიული წნევის დადგენის შემთხვევაში, მისი მართვა შესაძლებელია წონის დაკლებით, ფიზიკური აქტივობით, მოწევის შეწყვეტით და მედიკამენტების მიღებით, რაც კომპლექსურად ამცირებს ინსულტის განვითარების რისკს. დაზიანების შემთხვევაში, კომპეტენტური გადაუდებელმა დახმარებამ, უსაფრთხო ტრანსპორტირებამ და ტრავმის კარგმა მენეჯმენტმა, შეიძლება სიკვდილიანობისა და ინვალიდობის რისკი შეამციროს. სკრინინგი და მაღალკვალიფიციური დახმარება, ახდენს საზოგადოებაში დიაბეტის, გულის, თირკმელების, თვალის და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციას; მათ ასევე შეუძლიათ ჰოსპიტალიზაციის, ამპუტაციების და ინსულტების რიცხვის შემცირება, შედეგად კი სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდა. ჯანდაცვის სისტემები, აქტიურად უნდა ჩაერთონ მეორეულ პრევენციაში, არა მხოლოდ ინდივიდუალურად ექიმების სამედიცინო მომსახურების გზით, არამედ ორგანიზებული მოვლის სისტემების სახითაც.

მესამეული პრევენცია

მესამეული პრევენცია მოიცავს აქტივობებს მიმართულს მასპინძელისკენ და ასევე გარემოსკენ, რეაბილიტაციის, აღდგენისა და ფუნქციის მაქსიმალური შენარჩუნებისათვის დაავადებისა და გართულებების სტაბილიზაციის შემდეგ. ადამიანი, რომელიც გადაიტანს ცერებროვასკულურ ტრავმას, მივა იმ დონემდე, როდესაც აქტიური რეაბილიტაცია დაკარგული ფუნქციის აღდგენასა და რეციდივის ან მომდევნო გართულებების აცილებაში დაეხმარება.

მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ბარძაყის მოტეხილობის მკურნალობა, დღესდღეობით მოიცავს ადრეულ რეაბილიტაციას, რათა უზრუნველყონ მაქსიმალური გამოჯანმრთელება და ფუნქციის აღდგენა. ეტლები, საპირფარეშოს სპეციფიური მოწყობილობა, კარები, ინვალიდთა ბილიკები და პარაპლეგიის მქონე პირთა ტრანსპორტირების მომსახურება, რეაბილიტაციის პროცესში სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფაქტორებია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სააგენტოები, საზოგადოებრივ ჯგუფებში იმ ინტერესით მუშაობენ, რომ უზრუნველყონ დახმარება დაავადების ან ინვალიდობის სპეციფიკურ კატეგორიებში დისკრიმინაციის,

ფიზიკური და სოციალური ბარიერების შემცირების მიზნით, რომ თემის ინფორმირებულობა გაზარდონ და სპეციალური აღჭურვილობა ან სხვა საჭიროებები დააფინანსონ. ქრონიკული დაავადების, ფიზიკური ან ფსიქიკური დაავადების მართვა, სახლში მზრუნველობას და სათანადო სამედიცინო რეჟიმის დაცვას მოითხოვს, პრეპარატების, დიეტის, ვარჯიშის და მხარდამჭერი ღონისძიებების ჩათვლით. ქრონიკულად დაავადებული ადამიანის მართვა, მათი დინამიკაში ზედამხედველობა მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებით, ცვლილებების მონიტორინგი და მათი ყოველდღიური უნარების მაქსიმალიზაცია, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის აუცილებელ ელემენტებს წარმოადგენს.

დემოგრაფიული და ეპიდემიოლოგიური გადასვლა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა იყენებს პოპულაციურ მიდგომას, ბევრი მისი მიზნის მისაღწევად. ეს მოითხოვს პოპულაციის განსაზღვრას, ასაკოვან-სქესობრივი ცვლილებების ტენდენციების გავრცელების ჩათვლით. ინფექციური დაავადებების, როგორც სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზის შემცირებას, თან დაერთო ფერტილობის სიხშირის კლება, რამაც პოპულაციის ასაკობრივი შედგენილობის ცვლილებები ან დემოგრაფიული გადასვლა განაპირობა. დემოგრაფიული ცვლილებები, როგორიცაა ფერტილობა და სიკვდილიანობა, მნიშვნელოვანი ფაქტორებია მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილების ცვალებადობაში, რაც სიბერის ასაკამდე მიღწეული პოპულაციის, რაოდენობის ზრდას იწვევს. ჩვილთა სიკვდილიანობის კლება, ქალთა განათლების დონის გაზრდა, შობადობის კონტროლი და სხვა სოციო-ეკონომიკური ფაქტორები, განაპირობებს, ფერტილობის პატერნების ცვლილებას და დემოგრაფიული გადასვლას – მოსახლეობის დაბერებას, ჯანმრთელობის მომსახურების მნიშვნელოვანი საჭიროებებით.

ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება მოსახლეობაში გავლენას ახდენს დაავადების მოდელირებაზე, რომელიც ასევე, თავის მხრივ, ზემოქმედებს მოსახლეობაში ასაკობრივ და სქესობრივ განაწილებაზე. ცვლილებები ეპიდემიოლოგიურ მახასიათებლებში (პატერნების) ან ეპიდემიოლოგიური გადანაცვლება, ავადობისა და სიკვდილიანობის მახასიათებლების (პატერნების) ცვალებადობას განაპირობებს. ინფექციური დაავადებები განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში ავადობისა და სიკვდილიანობის ნაკლებად მნიშვნელოვანი მიზეზი ხდება და ქრონიკული და არაინფექციური დაავადებებით ჩაინაცვლება. ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება, როგორიცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ახალ საფეხურს წარმოადგენს. ეპიდემიოლოგიური გადასვლა, ასაკობრივ პოპულაციას ქმნის ჯანმრთელობის უფრო მაღალი სტანდარტებით და ასევე ხანგრძლივი საზოგადოებრივი მხარდაჭერისა და მზრუნველობის საჭიროებებით. ამ ცვლილებების მონიტორინგი და მათზე პასუხი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნდამენტური პასუხისმგებლობაა და მზადყოფნაა ახალ, ლოკალურ ან გენერალიზებულ ცვლილებებზე საპასუხოდ, რასაც ადგილი აქვს ეპიდემიოლოგიურ მახასიათებლებში (პატერნებში). მას ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს.

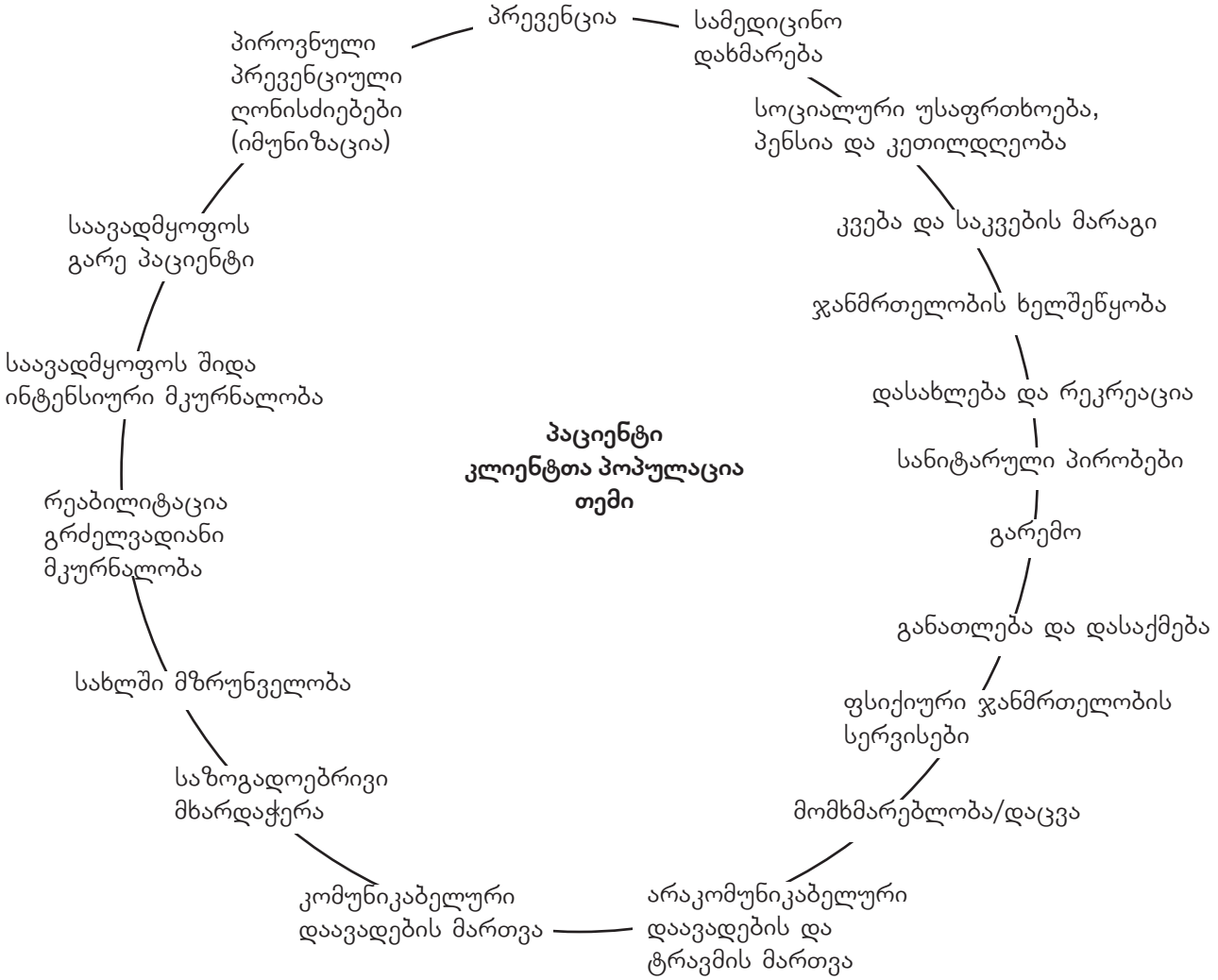
საზოგადოებები ეთნიკური შემადგენლობით, კეთილდღეობის დონითა და სოციალური მარკერებით სრულად ჰომოგენური არ არის. განვითარებადი ქვეყნის მოსახლეობას შეიძლება ჰყავდეს მნიშვნელოვანი რაოდენობა ისეთი ადამიანებისა, რომელთა მაღალი შემოსავალიც ზედმეტ კვებას განაპირობებს, შედეგად კი გადაჭარბებითი დაავადებების რისკი იზრდება, მაგ. დიაბეტი. მეორე მხრივ, სოციალური კეთილდღეობის მქონე საზოგადოებრივ ჯგუფებში, გამოიყოფა ისეთებიც, რომელთაც აღენიშნებათ სიღარიბის, კვების ნაკლებობისა და მცირეწონიანი ბავშვების გარკვეული რაოდენობა.

ეპიდემიოლოგიური გადასვლის მომდევნო ეტაპი, ინდუსტრიულ ქვეყნებში 1960-იან წლებში, სიკვდილიანობის შემცირებით, გულის კორონარული დაავადებების, ინსულტის და შედარებით ნაკლებად, ტრავმის დროს ვითარდებოდა. ამგვარი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის არსი, ჯერ კიდევ კარგად არ არის დადგენილი. როგორ მოხდა ეს ინდუსტრიულ დასავლურ ქვეყნებში და არ მოხდა ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, ჯერ კიდევ ამოუხსნელია. ამის გაგებას რუსეთ-

სა და აღმოსავლეთ ევროპაში ჯანდაცვის მომავლისთვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. განვითარებადი ქვეყნები, ასევე უნდა მოემზადონ ეპიდემიური და არაეპიდემიური დაავადებების თავის გასართმევად, ყველა ქვეყანა, უნდა დაუპირისპირდეს განახლებულ გამოწვევებს – ანტიბიოტიკ-რეზისტენტული ინფექციური დაავადებების ან ახალი ინფექციური აგენტების წინაშე, რაც შეიძლება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან საფრთხეებს ქმნიდეს.

ჯანმრთელობის სერვისების ღამოუჯიღებლობა

ჯანმრთელობის სერვისის თითოეული კომპონენტი, შეიძლებოდა განვითარებულიყო სხვადასხვა ისტორიული აქცენტებით; მოქმედებდეს დამოუკიდებლად, როგორც განცალკავებული სერვისი სხვადასხვა ადმინისტრაციული და ფინანსური სისტემების ქვეშ, კონკურენციას უწევდეს ჯანდაცვის შეზღუდულ რესურსებს. ამ სიტუაციაში მოსახლეობის პრევენციულ მზრუნველობას ნაკლები ყურადღება ექცევა და ცოტა რესურსი გამოიყოფა, უფრო ხარჯიან სამკურნალო სერვისებთან შედარებით. სურ. 2.4-ზე მოცემულია ჯანმრთელობის სერვისები მოსახლეობისთვის ან განსაზღვრული პოპულაციისთვის, მაგრამ აქცენტი უნდა გაკეთდეს, ცალკეული მომსახურების ურთიერთდამოკიდებულებაზე და სრულყოფილ ჯაჭვზე, რათა მოხდეს რესურსების ეფექტური გამოყენება და პაციენტის, მომხმარებელთა პოპულაციის და მოსახლეობის მომსახურების სერვისების ბალანსირებული გამოყენება.



სურათი 2.4 თემის ჯანმრთელობის მომსახურების ქსელი

კლინიკური მედიცინა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პირველად, მეორეულ და მესამეულ პრევენციაში. თითოეული შეიძლება დამოუკიდებლად ასრულებდეს საკუთარ როლს მოსახლეობის ჯანმრთელობაში, მაგრამ ოპტიმალური წარმატება, ინტეგრირებულ მცდელობაში მდგომარეობს. რესურსების განაწილებამ მენეჯმენტი და დაგეგმვის პრაქტიკა უნდა გააუმჯობესოს, რათა ინტეგრირების ხელშეწყობა მოხდეს. ჯანმრთელობის სერვისების ყველა ელემენტს შორის ფუნქციური ურთიერთდამოკიდებულება არსებობა. ჯანმრთელობის სერვისების კომპონენტები, პოპულაციურ ჯგუფებში, როგორც ცენტრალური ფიგურა, პაციენტსა თუ მომხმარებელზე მოქმედებს. რესურსების გამოყენების ეფექტურობა ნიშნავს, რომ ყველაზე მისაღები სერვისი, მომხმარებლის საჭიროებისთვის არის ის, რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია. ხანგრძლივი დარჩენა გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოებში, ხშირად სახლში არადამაკმაყოფილებელი მოვლით ან საზოგადოებრივი მხარდამჭერი მომსახურების ნაკლოვანებითაა განპირობებული. ეს უსარგებლო და მავნებელია პაციენტის კარგი მოვლისთვის და ხარჯიანია, ჯანდაცვის ეკონომიკისთვის. კავშირი და ბალანსი, მომსახურებებს შორის, რაც მომხმარებლის და საზოგადოების საჭიროებებს აკმაყოფილებს, ხელს უწყობს რესურსების ეფექტურ და ნაყოფიერ გამოყენებას.

ცალკეული მომსახურებების გამოყოფილად ორგანიზება და ფინანსირება, სათანადო მომსახურების უზრუნველყოფისთვის, საზოგადოებისა და ინდივიდუალური პაციენტების შემთხვევაში, ბარიერს წარმოადგენს. მომსახურებების ურთიერთდამოკიდებულება, ჯანდაცვის ორგანიზებაში მომავლის გამოწვევაა. სადაც არის კონკურენტობა, შეზღუდული რესურსებისთვის, მესამეულ სერვისებს ხშირად უპირატესობა იმ პროგრამებში ენიჭება, რომლებიც დაავადებებისგან ბავშვთა სიკვდილიანობის პრევენციას ახდენენ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, სრულ კონტექსტში უნდა იქნას დანახული და პრევენციის ხელშეწყობის ყველა ეტაპზე დიდი როლი უნდა ითამაშოს. კლინიკური სერვისები, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას საჭიროებენ, რათა პრევენცია და მოსახლეობის ჯანმრთელობის სერვისები უზრუნველყონ, რაც დაავადების ტვირთს, უუნაროების და ინსტიტუციონალურ დაწესებულებებზე დამოკიდებულების დონეს შეამცირებს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განსაზღვრება

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კომპეტენცია შეიცვალა, სამედიცინო მეცნიერებებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოცდილების გაფართოებით დაავადებისა და მისი მიზეზების კონცეფციის ცვლილებასთან ერთად. ამ თავში განვიხილავთ, თუ რა წვლილი შეიტანა ამ ყოველივემ (ჯანმრთელობის კონცეფციის გაფართოებასთან ერთად), ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში. ტრადიციულად, ჯანმრთელობა განისაზღვრებოდა, როგორც დაავადების, ტკივილის, ან ინვალიდობის არ არსებობა, მაგრამ თანდათანობით, მან მოიცვა ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობაც. ჯანმრთელობისა და დაავადების განსაზღვრა, პრევენციის მეთოდების კვლევის საფუძველია.

1920 წელს ს. ე. ა. ვინსლოუმ, იელის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესორმა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა შემდეგნაირად განსაზღვრა:

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არის მეცნიერება და ხელოვნება (1) დაავადების პრევენციისა, (2) სიცოცხლის გახანგრძლივებისა, და (3) ჯანმრთელობისა მხარდაჭერა და ეფექტურობის ხელშეწყობა საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით:

- გარემოს სანიტარიული პირობების გაუმჯობესება.
- გადამდები ინფექციების კონტროლი.
- ინდივიდუალურ პირად ჰიგიენაზე განათლება.
- სამედიცინო და საექთნო მომსახურების ორგანიზება, ადრეულ დიაგნოსტიკისა და დაავადების პრევენციული მკურნალობისათვის.
- სოციალური მექანიზმის შექმნა, ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტების უზრუნველსაყოფად, ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით;

აღნიშნული სასარგებლო ზომების ორგანიზება, საშუალებას აძლევს ყველა მოქალაქეს ისარგებლოს, დაბადებით მიცემული საკუთარი უფლებით, ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის ხანგძლივობასთან მიმართებაში.

წყარო: *მედიცინის ინსტიტუტის ციტირება. 1988. The Future of Public Health, Washingtone DC:National Academy press.*

ვინსლოუს განსაზღვრება ვალიდურია, მაგრამ განუხორციელებელია იქ, სადაც კლინიკური მედიცინა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ცალ-ცალკე განვითარდა. დაფინანსებისა და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის იზოლაციამ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამოცანად დატოვა, ღარიბი და სამედიცინო სერვის მოკლებული, პოპულაციური ჯგუფების ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილება.

ტერმინები, როგორიცაა: საზოგადოებრივი ჰიგიენა, პრევენციული მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, სოციალური მედიცინა და სხვ. გასულ საუკუნეში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის აღსანიშნავად გამოიყენებოდა. პრევენციული მედიცინა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კლინიკური მედიცინის კომბინაციაა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომა პიროვნებასთან, კლინიკური ჯანმრთელობის მუშაკის მიდგომის იდენტურიაა, ისე, როგორც იმუნიზაციის პროგრამებში. კლინიკური მედიცინა ასევე მუშაობს, ისეთი დაავადებების პრევენციის მენეჯმენტის სფეროში, როგორიცაა ჰიპერტენზია, დიაბეტი და ამ დაავადებების გართულებების თავიდან აცილება. პრევენციული მედიცინა ფოკუსირებულია, პერსონალურ პრევენციულ მეთვალყურეობაზე, რისკ-ჯგუფებზე აქცენტით და ეროვნული ძალისხმევით.

სოციალური მედიცინა და საზოგადოების ჯანმრთელობა

სოციალური მედიცინა ავადმყოფობას სოციალური თვალსაზრისით განიხილავს, მაგრამ არ მოიცავს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გარემო და მარეგულირებელ ფუნქციებს. მოსახლეობის ჯანმრთელობა გულისხმობს, ჯანმრთელობის საკითხებში ინტერვენციის ლოკალურ ფორმას, მაშინ, როცა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, გლობალურ მიდგომას მოიცავს, რაც საერთაშორისო, ეროვნულ, სახელმწიფო და ადგილობრივ დონეებს გულისხმობს. არსებობს ჯანმრთელობის ისეთი საკითხები, რასაც ვერ გავუმკლავდებით ინდივიდუალურ, ოჯახის და საზოგადოების დონეებზე და რაც გლობალურ სტრატეგიებსა და ინტერვენციის პროგრამებს მოითხოვს.

სამედიცინო ეკოლოგია

1961 წელს, კერ უაიტისა და მისი კოლეგების განსაზღვრებით, სამედიცინო ეკოლოგია არის პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევა, როგორც ჯანდაცვის ხარისხის მენეჯმენტის საფუძველი. ეს კონცეფცია, ხაზს უსვამს საზოგადოებრივ მიდგომას, იმათი ჩათვლით ვინც იყენებს ან არ იყენებს ჯანმრთელობის სერვისებს. კონცეფცია, ეფუძნებოდა წინა ნამუშევრებს სამედიცინო მოვლის ხარისხზე, რანდომიზირებულ კლინიკურ კვლევებს, სამედიცინო აუდიტს და სტრუქტურა-პროცესი-გამოსავლის კვლევებს. ეს ასევე მიმართებაშია, ჯანდაცვის ხარისხთან და მენეჯმენტთან.

ეს თემები გავლენას ახდენდა, სამედიცინო კვლევების წარმოებაზე იმ პოპულაციის გამოყოფით, საიდანაც გამოიკვეთება კლინიკური შემთხვევები, ისევე როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევები, კლინიკური გამოსავლის განსაზღვრით, თემები რომლებიც ხელახლა წამოიწევა, ჯანმრთელობის სერვისების კვლევების და მოგვიანებით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის განვითარებისას. ამან განაპირობა ჯანდაცვის, კვლევისა და განვითარების სააგენტოს ჩამოყალიბება აშშ-ის ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მომსახურების დეპარტამენტში და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული ცენტრების განვითარება. მათი არსებობა საჭიროა ფუნდამენტური ცოდნის საფუძველზე ინფორმაციის სინთეზირების განვითარებისთვის, როგორც გადაწყვეტილების მიღების იარაღი, როგორიცაა კლინიკური გაიდლაინები, ალგორითმები და გზამკვლევები.

საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი დახმარება

საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი დახმარება (სოპდ) არის, პირველადი დახმარების მიდგომა, რაც აკავშირებს საზოგადოებრივ ეპიდემიოლოგიას და შესაბამის პირველად დახმარებას, იყენებს პრევენციულ რეაგირებას იდენტიფიცირებულ პრიორიტეტულ საჭიროებებზე. სოპდ პირველად 1950-იან და 1960-იან წლებში სამხრეთ აფრიკაში და ისრაელში სიდნი, ემილი კარკისა და მათი კოლეგების მიერ განხორციელდა. ეს ხაზს უსვამდა, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება, უნდა მორგებოდა მოსახლეობის საჭიროებებს, ეპიდემიოლოგიური ანალიზების განსაზღვრების თანახმად. სოპდ მოიცავს საზოგადოების მთლიანად დაფარვას, პრევენციული და სამკურნალო სერვისებითა და განათლებით.

სოპდ ფოკუსირებულია საზოგადოებრივ ეპი-

დემიოლოგიაზე და პრობლემის გადაჭრის აქტიურ მიდგომაზე. ეს განსხვავდება, ეროვნული და უფრო ფართომასშტაბიანი დაგეგმვისგან, რაც ზოგჯერ კარგავს, ჯანმრთელობის პრობლემების ადგილობრივი ბუნების ან რისკ-ფაქტორების მთავარ არსს. სოპდ აერთიანებს კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ გამოცდილებას და უნარებს, განსაზღვრავს საჭირო ინტერვენციებს და ჯანდაცვაში ხელს უწყობს საზოგადოებრივ ჩართულობასა და ხელმისაწვდომობას. ეს დამოკიდებულია სხვადასხვა ელემენტს შორის კავშირზე და მომსახურების სრულყოფილ კალათზე, სოციალურ და ფიზიკურ გარემოსადმი ყურადღებასთან ერთად. მრავალდისციპლინური გუნდი და საზოგადოების სამედიცინო სერვისებით მთლიანად დაფარვა, პროგრამისთვისაა მნიშვნელოვანი. საზოგადოების განვითარება ამ პროცესის ნაწილია.

აშშ-ში 1960-იანი წლებიდან მოყოლებული, სოპდ-ის კონცეფციამ გავლენა იქონია, ჯანდაცვის დაგეგმვაზე ღარიბ, სამედიცინო სერვისებით ნაკლებად უზრუნველყოფილ რეგიონებში, განსაკუთრებით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებში, მოსახლეობის მომსახურების გაუმჯობესებით. უკანასკნელ წლებში სოპდ-მ აშშ-ში ფართო აღიარება მოიპოვა, სადაც ეს ასოცირებულია ოჯახის ექიმის ტრენინგთან და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაგეგმვასთან დაფუძნებულ რისკებზე მიდგომით და „მოვლის მართვის“ სისტემების საფუძველზე. სამი მიდგომა, ნამდვილად ავსებს ერთმანეთს. გვიან 1990-იან წლებში ჯანდაცვის რეფორმის ახალი აქცენტი, მიმართულია მოვლის მართვისკენ. სოპდ-ის პრინციპები ჯანმრთელობისა და პირველადი პრევენციის ხელშეწყობაში, ისევე როგორც მესამეული პრევენციისას, მნიშვნელოვანი ხდება დინამიკაში მეთვალყურეობით და ჯანმრთელობის შენარჩუნებით, ქრონიკული დაავადების მქონე პირებში.

სოპდ ხაზს უსვამს, რომ ჯანდაცვაში ყველა ასპექტი პრევენციისკენ გადაინაცვლებს, რაც საზოგადოებაში ჯანმრთელობის გაზომვად საკითხებს ეყრდნობა. ჯანმრთელობის მომსახურებების ფორმალური თუ არაფორმალური კავშირის მიუხედავად, სოპდ-ის ელემენტები ჯანდაცვის მუშაკებისა და საზოგადოებრივი მომსახურების სისტემების ყოველდღიური სამუშაოს ნაწილია. აშშ-ის მედიცინის ინსტიტუტმა 1995 წელს პირველად სამედიცინო დახმარებაზე საანგარიშო მოხსენება გამოაქვეყნა, სადაც პირველად დახმარებას განსაზღვრავს, როგორც „კლინიცისტების მიერ, რომლებიც ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაზე პასუხისმგებლები

ჩანართი 2.4 საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის მახასიათებლები

1. მთავარი მახასიათებლები:
   - კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური უნარები.
   - განსაზღვრული პოპულაცია.
   - განსაზღვრული პროგრამები, მიმართული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებზე.
   - თემის ჩართულობა.
   - ჯანდაცვის ხელმისაწვლომობა – გეოგრაფიული, ფისკალური, სოციალური და კულტურული ბარიერების შემცირება.
2. სასურველი მახასიათებლები
   - სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პრევენციული და ხელშემწყობი დახმარების ინტეგრაცია/კოორდინაცია.
   - ყოვლისმომცველი მიდგომა ქცევითი, სოციალური და გარემო ფაქტორების გაფართოებული მიდგომით.
   - მულტუდისციპლინური გუნდი.
   - მობილურობის და ურთიერთობის.
   - თემის განვითარება.

წყარო: Tollman, S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications.*Social Science and Medicine,* 32:633–642.

არიან, ინდივიდუალური მოთხოვნილებების შესაბამისად, ინტეგრირებული ხელმისაწვდომი, ჯანმრთელობის მომსახურების უზრუნველყოფას და პაციენტებთან მყარი თანამშრომლობის დამყარებას, ოჯახისა და საზოგადოების კონტექსტში განხორციელებით". ეს ფორმულირება ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაციამ გააკრიტიკა, რადგან მას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივა აკლდა და არ ითვალისწინებდა ორივე ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ მიდგომას. ეს არის უბრალო ნაპრალი, რომლის გაერთიანებასაც სოპდ ცდილობს.

ლოკალური თუ ეროვნული საზოგადოება, ჯანდაცვის მრავალი ინტერვენციისთვის მოქმედების არეალია. უფრო მეტიც, საზოგადოების მახასიათებლების მიხვედრა წარმატებული საზოგადოებაზე ორიენტირებული მიდგომისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. 1980-იან წლებში ჯანდაცვის ახალმა მოდელებმა ამოტივტივება დაიწყო, რაც ყველა საშუალებას მოიცავდა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის გამოიყენებოდა, ამავდროულად, ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვასა და უზრუნველყოფაზე მუშაობდა. ამ მიზნის მისაღწევად მოქმედების არეალი, ნამდვილად საკმაოდ ფართოა, მოიცავს პაციენტთა ინდივიდუალური მზრუნველობის სისტემებს და საზოგადოებაზე მიმართულ ქმედებებს, რაც გავლენას ახდენს, ინდივიდთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ეს მოიცავს, ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსებასა და მართვას, ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასებას და ნაბიჯებს, ჯანდაცვის ხარისხის ასამაღლებლად. ისინი ქმნიან საფუძველს, ჯანმრთელობის ხელშემწყობი აქტივობებისადმი, რათა შეცვალონ გარემო რისკ-ფაქტორები, რაც დაავადებასა და სიკვდილს იწვევს. ასევე ხელს უწყობენ, ინტეგრირებულ და მრავალსექტორულ მიდგომებს და ჯანმრთელობის გლობალური პროგრესისთვის საჭირო საერთაშორისო გუნდურ მუშაობას.

ჯანმრთელობის დეფინისია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით

ჯანმო-ს მიხედვით ჯანმრთელობის დეფინიცია, როგორც სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა, წარმოადგენს უტოპიას და შეუსაბამობას მთელ რიგ ქვეყნებში, რომლებიც იბრძვიან, რომ არაკეთილსასურველ ეკონომიკურ, სოციალურ და გარემო პირობებში მინიმალური სამედიცინო დახმარება უზრუნველყონ (ჩანართი 2.5). 1977 წელს, უფრო მოკრძალებული მიზანი დაისახა, ჯანმრთელობის იმ მაქსიმალური დონის მისაღწევად, რაც შესაძლებელი იქნებოდა, არსებული სოციალური და ეკონომიკური პროდუქტიულობის პირობებში. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობა და დაავადება, დინამიკური პროცესია, რაც ყველა ადამიანს ეხება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მისიაა გამოიყენოს მეთოდების ფართო სპექტრი დაავადებისა და ადრეული სიკვდილის თავიდან ასაცილებლად, გააუმჯობესოს სიცოცხლის ხარისხი, ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი სარგებელისთვის.

1960-იან წლებში ყველაზე ინდუსტრიული ქვეყნები ჯანდაცვაში ახორციელებდნენ ენერგიისა და ფინანსების კონცენტრირებას, რათა ეროვნული დაზღვევების სქემების მიხედვით სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა უზრუნველეყოთ. განვითარებადი ქვეყნები ხშირად ხარჯავდნენ მწირ რესურსებს, რათა გაჯიბრებოდნენ ამ ტენდენციებს. ჯანმო(WHO) ფოკუსირებული იყო გადამწყვეტ პროგრამებზე, როგორიცაა ყვავილისა და მალარიის აღმოფხვრა, ისევე როგორც იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა და სხვა მსგავსი პროგრამები. ამავე დროს, არსებობდა მზარდი შეშფოთება, რომ განვითარებადი ქვეყნები აქცენტს აკეთებდნენ სამკურნალო მომსახურებებზე და პრევენციასა და პირველად სამედიცინო მოვლას არასაკმარის ყურადღებას უთმობდნენ,.

ალმა–ატა: ჯანმრთელობა ყველასთვის

ჯანმო-მ (WHO) და გაეროს ბავშვთა განათლების ფონდმა (UNICEF) 1978 წელს, ალმა-ატაში, ყაზახეთში, კონფერენცია დააფინანსეს, რომელიც პირველად სამედიცინო დახმარებაზე რეფოკუსირებას მიეძღვნა. ალმა-ატას დეკლარაციამ გამოაცხადა, რომ ჯანმრთელობა არის ადამიანთა ბაზისური უფლება. სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოსახლეობის წინაშე

ჩანართი 2.5 ჯანმრთელობის დეფინიცია და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მისია

ჯანმო ჯანმრთელობას განსაზღვრავს, როგორც „სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას, არა მხოლოდ დაავადების ან უძლურების არარსებობას (ჯანმო-ს კონსტიტუცია, 1948).

1978 წელს ალმა-ატას კონფერენციაზე, ჯანმრთელობის პირველადი დახმარების შესახებ, ჯანმო-მ ჯანმრთელობა დაუკავშირა „სოციალურ და ეკონომიკურ პროდუქციულობას, როგორც მიზანს, რომ მთელი მსოფლიოს ხალხს შეექმნას ჯანმრთელობის ისეთი დონე, რაც მათ მისცემს სოციალური და ეკონომიკურად პროდუქციული ცხოვრების საშუალებას". 1984-1989, 1990-1995 და 1996-2001 წლების პერიოდების სამი მთავარი პროგრამა, ფორმულირებულ იქნა ეროვნული და საერთაშორისო აქტივობების საფუძვლად ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის მიზნით.

1995 წელს ჯანმომ, ცნო რა მსოფლიოში ცვალებადი მდგომარეობები დემოგრაფიულ, ეპიდემიოლოგიურ, გარემო, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ სტატუსში, განვითარებადი ქვეყნების დაუკმაყოფილებელ მოთხოვნებს მიმართა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის საჭიროებებს ინდუსტრიულ ქვეყნებში, მოუწოდა საერთაშორისო ვალდებულებებს მიზნების მისაღწევად, რაც შექმნიდა მნიშვნელოვან პროგრესს, სამართლიანობასა და ჯანმრთელობის მდგრადი განვითარების გარანტიას.

1999 წელს ჯანმო-ს მიზნის ფორმულირება მოხდა, როგორც „ყველა ხალხების ჯანმრთელობის შენარჩუნება, შესაძლო მაქსიმალურ დონეზე", ჯანმო-ს კონსტიტუციის მიხედვით, მთელი რიგი ფუნქციების განხორციელებით, რაც მოიცავს ტექნიკურ თანამშრომლობას, სახელმწიფო თანამშრომლობას და ტექნიკური დახმარების უზრუნველყოფას, საერთაშორისო კოოპერაციასა და სტანდარტებს.

წყარო: *New Challenges for Public Health: Report of an International Meeting.* Geneva: World Health Organization, 1996, and 1999 website www://who.org/about who.

და ამ პირობის შესასრულებლად სათანადო სტრატეგიები უნდა შეიმუშაოს. ამ განმარტებამ საერთაშორისო საზოგადოებაში მზარდი აღიარება ჰპოვა. კონფერენციამ ხაზი გაუსვა, ხალხის უფლებებსა და მოვალეობებს, მათი ჯანდაცვის დაგეგმვასა და განხორციელებაში ჩართულობაზე. იგი მხარს უჭერდა მეცნიერულად, სოციალურად და ეკონომიკურად გამძლე ტექნოლოგიების გამოყენებას. ასევე ხაზი გაესვა სექტორთაშორის თანამშრომლობის მეშვეობით ერთობლივ მოქმედებას.

ალმა-ატის დეკლარაცია ფოკუსირებული იყო პირველად ჯანდაცვაზე, როგორც სათანადო მეთოდზე, ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მისაღწევად. ეს მიდგომა დამტკიცდა 1977 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეაში (World Health Assambly (WHA)): „ჯანმრთელობა ყველასთვის 2000 წლისთვის" (Health for All by the Year 2000 (HFA 2000)). ეს მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება იყო და შესაბამისი პრაქტიკული შედეგები ჰქონდა. ბევრი ქვეყანა თანდათანობით იმ აზრამდე მივიდა, რომ პრიორიტეტი პირველადი სამედიცინო დახმარებისათვის მიენიჭებინა, გამკლავებოდა ცდუნებას, რომ მაღალტექნოლოგიებსა და ძვირადღირებული მედიცინისთვის ჯანდაცვის რესურსების უმეტესობა დაეხარჯა. იმავე რესურსების განაწილება, ხარჯთეფექტურ პირველადი დახმარების რგოლში, როგორიცაა იმუნიზაცია და კვებითი პროგრამები, ინდივიდებისა და მთლიანად საზოგადოებისთვის უფრო დიდ სარგებელს უზრუნველყოფს.

ალმა-ატამ მოგვაწოდა, ჯანდაცვის პოლიტიკის ახალი მიმართულების მნიშვნელობა, რაც როგორც განვითარებად ქვეყნებს, ასევე განვითარებულ ქვეყნებსაც ერგება. 1980-იანი წლების განმავლობაში, ამან გავლენა იქონია ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაზე განვითარებად ქვეყნებში და შედარებით ნაკლებად, განვითარებულ ქვეყნებშიც. მაგალითად, განვითარებადმა ქვეყნებმა პრიორიტეტულად მიიღეს იმუნიზაციისა და დიარეის კონტროლი და სულ რაღაც ათწლეულის განმავლობაში იმუნიზაციის მოცვაში, რომელიც 10%-იდან 75%-მდე გაიზარდა მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწიეს.

განვითარებულმა ქვეყნებმა განსხვავებუ-

ჩანართი 2.6 ალმა-ატის დეკლარაცია, 1978; პირველადი ჯანდაცვის (პჯ) დასკვნა

1. ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადებისა და უძლურების არარსებობა იგი არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება.
2. არსებული უთანასწორობა ადამიანთა ჯანმრთელობის სტატუსში, განსაკუთრებით განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებს შორის, ასევე ქვეყნის შიგნით, არის ყველა ქვეყნის შეშფოთების საგანი.
3. სახელმწიფოებმა უნდა აიღონ პასუხისმგებლობა თავიანთი ხალხის ჯანმრთელობაზე. ხალხს აქვს უფლება და მოვალეობა, მონაწილეობა მიიღონ თავიანთი ჯანმრთელობის დაცვის დაგეგმვასა და განხორციელებაში.
4. მთავარი სოციალური მიზანი არის, 2000 წლისთვის მსოფლიოს ყველა ხალხების მიერ, ჯანმრთელობის იმ დონის მიღწევა, რაც მათ მისცემს სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების საშუალებას.
5. პირველადი ჯანდაცვა არის არსებითი ჯანდაცვა, დაფუძნებული პრაქტიკულ, მეცნიერულად მტკიცე და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებზე.
6. ეს არის პირველი დონე ინდივიდს, ოჯახსა და ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემას შორის, რაც აახლოებს მას ხალხის საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილთან, როგორც პირველად ელემენტს ჯანდაცვის პროცესის გაგრძელებისა.
7. პირველადი ჯანდაცვა დამოკიდებულია ქვეყნისა და საზოგადოების მდგომარეობასა და მახასიათებლებზე, ეფუძნება სოციალურ, ბიოსამედიცინო და ჯანმრთელობის მომსახურების კვლევებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოცდილებას.
8. პირველადი ჯანდაცვა აღნიშნავს ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემებს საზოგადოებაში და უზრუნველყოფს პრევენციულ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო სერვისებს.
9. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს:
   - განათლებას ჯანმრთელობის უპირველეს(პრევალირებად) პრობლემებზე და პრევენციისა და კონტროლის მეთოდებზე;
   - საკვების მარაგისა და სათანადო კვების უზრუნველყოფას;
   - უსაფრთხო წყლის ადეკვატურ მარაგს და ბაზისურ სანიტარიულ პირობებს;
   - დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვას, ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით;
   - ძირითადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაციას;
   - ლოკალური ენდემური დაავადებების პრევენციას;
   - გავრცელებული დაავადებებისა და დაზიანებების სათანადო მკურნალობას;
   - აუცილებელი პრეპარატებით უზრუნველყოფას;
   - ეყრდნობა ჯანდაცვის ყველა მუშაკს, რათა იმუშაონ როგორც ჯანდაცვის გუნდმა.
10. ყველა მთავრობამ უნდა მოახდინოს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის, სტრატეგიებისა და გეგმების ფორმულირება, პოლიტიკური ნებისა და რესურსების მობილიზება და მათი რაციონალურად გამოყენება, პჯ საყოველთაო უზრუნველსაყოფად.

წყარო: http://www.who.dk.policy/almaata.htm

ლი გზით მიიღეს ეს პრინციპი. ამ ქვეყნებში, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის კონცეფციამ, პირდაპირ მნიშვნელოვან კონცეპტუალურ განვითარებას მიაღწია, რაშიც მოიაზრება HFA 2000, ჯანმრთელობის მიზნები, როგორც ეროვნული ჯანდაცვის დაგეგმვა. ეს სისტემური მიდგომა ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ ჯანდაცვისადმი, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნაწილია.

საზოგადოებრივი, ინდივიდუალური ჯანმრთელობის მომსახურების და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის მენეჯმენტის ურთიერთკავშირი, არის ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსი. ჯანდაცვის სისტემის ორ-

განიზება და მენეჯმენტი, ისევე როგორც სამედიცინო ხარისხის უზრუნველყოფა, გავლენას ახდენს ინდივიდისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები, ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციოდემოგრაფიული ანალიზით, ძალიან მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგისთვის და პრიორიტეტებისა და მენეჯმენტის ცვლილებებისთვის. მაღალკვალიფიციური პერსონალი აუცილებელია, მომსახურების მიწოდების, სისტემის მენეჯმენტის, სათანადო კვლევებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის ანალიზის განხორციელებისთვის. მონაცემთა გავრცელება, ჯანმრთელობის ინფორმაცია და პასუხისმგებლობა, ხელს უწყობს სათანადო სრულყოფილ მიდგომას, ჯანმრთელობის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, ინდივიდებისა და საზოგადოებისთვის. ფიზიკური, სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური გარემო, ჯანმრთელობის სტატუსისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. გაერთიანებული ქმედება (სექტორთაშორისი კოოპერაცია) სახალხო და არასამთავრობო ან საზოგადოებაზე დაფუძნებულ ორგანიზაციებში, ჯანმრთელ საზოგადოებაში ინდივიდუალური კეთილდღეობის მისაღწევად აუცილებელია.

1980-1990-იან წლებში ეს იდეები ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ევოლუციის ნაწილი გახდა, განპირობებული ეპიდემიოლოგიური ცვლილებებით, ჯანდაცვის ეკონომიკით მართული, სამედიცინო მზრუნველობის განვითარებით, რაც ჯანდაცვის სისტემებს და წინასწარ გადახდას უკავშირდება. საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის უნარების ცოდნა, ისევე როგორც საზოგადოების აქტივობები, ჯანმრთელობის რისკის შესამცირებლად, არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე სამედიცინო მუშაკებისა და ინსტიტუციონალური მზრუნველობის როლი. ყველაფერი ეს ჯანმრთელობისადმი კოჰერენტულ ჰოლისტიკური მიდგომაა.

შერჩევითი პირველადი დახმარება

შერჩევითი პირველადი დახმარების კონცეფცია, გამოთქმული 1960-იან წლებში ვოლშისა და ვორენის მიერ, მიმართულია განვითარებადი ქვეყნების მოთხოვნილებებისადმი, რომ შეირჩეს ისეთი ინტერვენცია, რასაც ჯანმრთელობაზე უდიდისი პოზიტიური გავლენა ექნება. იგი ითვალისწინებს შეზღუდულ რესურსებს, როგორიცაა ფული, შესაძლებლობები და სამუშაო ძალა.

ტერმინი შერჩევითი პირველადი დახმარება, ეროვნული პრიორიტეტების განსაზღვრას გულისხმობს, რაც არ არის დამოკიდებული ავადობისა და სიკვდილიანობის უდიდეს მიზეზებზე, არამედ დამოკიდებულია იმ გავრცელებულ მნიშვნელოვან ეპიდემიოლოგიურ მდგომარეობებზე, რომლებისთვისაც ეფექტური და მარტივი პრევენციური მეთოდები არსებობს. ჯანმრთელობის დაგეგმვისას ხდება გაუთვითცნობიერებელი თუ გათვითცნობიერებული შერჩევა პრიორიტეტებისა, რესურსების გასანაწილებლად. პირველად დახმარებაშიც კი, მიზნების შერჩევა, რესურსების განაწილების პროცესის ნაწილია. თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში, ეს პროცესი უფრო ნათელია. შეზღუდული რესურსებისა და მაღალი შობადობის მაჩვენებლის მქონე ქვეყანა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეტ ყურადღებას გაამახვილებს, ვიდრე გერიატრიულ მზრუნველობაში ინვესტიციაზე.

ეს კონცეფცია ჯანდაცვისა და ტექნოლოგიების შეფასების მიკროეკონომიკის ნაწილი გახდა (იხ. თავი 11, 15) და პრიორიტეტების დასახვასა და რესურსების განაწილებაში ფართოდ გამოიყენება. პირველად ჯანდაცვაში განვითარებად ქვეყნებში, ხარჯთეფექტური ჩარევები ბევრი საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ განხორციელდა. ეს მოიცავს მარილის იოდიზირებას, ორალური რეჰიდრატაციის გამოყენებას, დიარეით მიმდინარე დაავადებებისას, A ვიტამინით მდიდარი დანამატების მიცემას ბავშვებისთვის, იმუნიზაციის გაფართოებულ პროგრამებს და სხვ., რასაც ყოველწლიურად დაბალი დანახარჯებით ათასობით სიცოცხლის გადარჩენა შეუძლია. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მიზნად ისახავს შემთხვევების (მაგ. ავარიების) და გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიების რისკ-ფაქტორების შემცირებას, დაბალი ღირებულების ინტერვენციით, რაც ადამიანთა სიცოცხლეს გადაარჩენს და ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს შეამცირებს.

რისკებზე დაფუძნებული მიდგომა

რისკებზე დაფუძნებული მიდგომა, რისკებზე დაყრდნობით, პოპულაციურ ჯგუფებს არჩევს და ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით, ინტერვენციის პრიორიტეტების დადგენაში ეხმარება. ჯანმრთელობის რისკის საზომი მოთხოვნილების შესაბამისად ითვლება. ასე რომ, რისკებზე დაფუძნებული მიდგომა, უზრუნველყოფს ცოტაოდენს ყველასთვის, მაგრამ უფრო მეტს, განსაკუთრებული საჭიროების მქონეთათვის, მათი საჭიროების შესაბამისად. ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, ისინი არიან ადამიანები, მაღალი ფარდობითი რისკით ან ატრიბუტული რისკით.

პოპულაციიის ზოგი ჯგუფი, სპეციფიკური პირობების გამო, უფრო მაღალი რისკის წინაშე დგას, ვიდრე სხვა ჯგუფი. იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა, დიარეით მიმდინარე დაავადებების კონტროლი და მწვავე რესპირატორული დაავადებების ჯანმო-ს პროგრამები, არის რისკებზე დაფუძნებული მიდგომები ბავშვებში, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების გადასაჭრელად, განვითარებად ქვეყნებში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, ვინაიდან ეს არის ყველაზე გადამწყვეტი პერიოდი, ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემებისთვის. ორსულთა მოვლა დაფუძნებულია ბაზისურ მოვლაზე, რისკ-ფაქტორების უწყვეტი შეფასებით, რაც მაღალი ინტენსივობით მეთვალყურეობას მოითხოვს. პრენატალური მეთვალყურეობა, ხელს უწყობს ფაქტორების შეფასებას, რომლებიც ორსული ქალებისთვის ან ნაყოფისთვის/ახალშობილისთვის რისკებს ზრდის. ძალისხმევას, რომელიც ამ სპეციფიკური რისკის ჯგუფებისადმია მიმართული, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების პოტენციალი გააჩნია. მაღალი რისკების იდენტიფიკაცია, შეფასება და მენეჯმენტი სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა დედის ჯანმრთელობის წარმატებული პროგრამებისთვის.

ამის მსგავსად, ბავშვთა რუტინული მეთვალყურეობა მორგებულია არა მარტო ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომაროების გაუმჯობესებისთვის ზრუნვას, არამედ ასევე, ადრეული შესაძლო გადახრების აღმოსაჩენად და მომდევნო შეფასებისა და ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად, რათა არ მოხდეს, არსებული მდგომარეობის გაუარესება. მცირე მასის ახალშობილები, ბევრად უფრო საშიში რისკების წინაშე არიან და სპეციალური მკურნალობა და მეთვალყურეობა უნდა ჩაუტარდეთ. ყველა ბავშვს უტარდება რუტინული სკრინინგი, დაბადების დეფექტების ან თანდაყოლილი დაავადებების გამოსავლენად, როგორიცაა ჰიპოთირეოზიდიზმი და ფენილკეტონურია. სკრინინგს მოსდევს, გამოკვლევები და მკურნალობა იმ ბავშვებში, ვისაც დაავადება დაუდგინდება. ეს არის მნიშვნელოვანი ასპექტი, ბავშვთა მზრუნველობისა, ვინაიდან ბავშვთა ასაკი თავისთავად, რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს.

ეპიდემიოლოგია ფოკუსირდება რისკებზე დაფუძნებულ მიდგომაზე (ეს იქნება განხილული მე-6 თავში), სადაც სკრინინგი, ცნობილ გენეტიკურ, სოციალურ, კვებით, გარემო, სამსახურეობრივ, ქცევით ან სხვა რისკ-ფაქტორებს ეყრდნობა. ასეთ მიდგომას უპირატესობა აქვს და ხშირად ახალი სპეციალური კატეგორიების პროგრამების განსახორციელებლად გამოიყენება. იგი შეიძლება ასევე გაგვიძღვეს, ვიწრო და რამდენადმე რიგიდული პროგრამისკენ, რომელთა ინტეგრაციაც, უფრო ზოგად ან სრულყოფილ მიდგომაში, შეიძლება რთული იყოს, მაგრამ უნივერსალური პროგრამების მიღწევამდე, სელექციური მიზნების მიდგომა გამართლებულია. მაშინაც კი, როცა მიიღწევა ჯანდაცვის უნივერსალური მოცვა, მაინც მნიშვნელოვანია სპეციფიკური რისკის ჯგუფების ჯანმრთელობის მოთხოვნილებების გათვალისწინება.

დასახული მიზნების მისაღწევად მუშაობა რთული არჩევანის გაკეთებას ნიშნავს. გარკვეული სერვისების მოწოდება და უტილიზაცია, სხვა სერვისების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას განაპირობებს. არსებობს ზოგჯერ პოზიტიური, ხოლო ზოგჯერ ნეგატიური ურთიერკავშირი, პოპულაციის კონკურენტულ საჭიროებებსა და ჯანმრთელობის სტატუსში.

მტკიცებულება მოქმედებისთვის

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა გარკვეული პოპულაციის საჭიროებებს ადგენს არსებული მდგომარეობის ინსიდენსისა და პრევალენსის (incidence or prevalence) გაზომვით და მიზნად ისახავს დაავადების რისკის ელიმინაციას. ეს დაავადების ბუნებრივ ეპიდემიოლოგიაში ჩარევისთვის გზებს ადგენს და დაავადების შესამცირებლად ან აღმოსაფხვრელად პროგრამებს ავითარებს.

ჯანმრთელობის სერვისების დამოუკიდებლობის და ასევე ფინანსური სირთულეების გამო, აუცილებელია, რომ ჯანდაცვის სერვისების ღირებულება გავითვალისწინოთ და საუკეთესო შესაძლო შედეგების მისაღწევად რესურსების ეფექტური განაწილება განვსაზღვროთ. ჯანდაცვის ეკონომიკა ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრაში ფუნდამენტური მეთოდოლოგია გახდა. ჯანდაცვის მომსახურების ღირებულება, სერვისების მარაგი, მათი საჭიროება და ჯანმრთელობის მხარდამჭერი ინტერვენციები, რესურსების გამოყენების ეფექტური მეთოდები, მოთხოვნილების დაკმაყოფილებისთვის ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში ფუნდამენტური მნიშვნელობისაა. ერთი მომსახურების გადაჭარბებული მარაგი, რესურსებს ამცირებს სხვა ინვესტიციების განსახორციელებლად. თუ არ მოხდა დაავადებების პრევენცია, ან მათი შედეგების კარგი მენეჯმენტი, პაციენტებს ძვირადღირებული მომსახურების გამოყენება მოუწევთ და საზოგადოებაში მათ ნორმალურ ფუნქციას ვეღარ შეასრულებენ. ინვესტიციების ნაკლებობა, ჯანდაცვის უზრუნველყოფასა და პირველად პრევენციაში მზარდ დამოკიდებულებას ქმნის, ინსტიტუციონალურ მზრუნველობაზე, რაც ჯანმრთელობის სერვისების ფასებს მაღლა წევს. ეს ასევე ზღუდავს პაციენტთა მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მოქნილობას. მარაგისა და მოთხოვნილების ურთიერთქმედება, ჯანდაცვის პოლიტიკურ ეკონომიკაში მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია. ჯანმრთელობა და მისი ადგილი ეროვნულ პრიორიტეტებში, მთავრობის სოციალური და პოლიტიკური ფილოსოფიით განისაზღვრება.

შემთხვევა მოქმედებისთვის (the case-for-action) ან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციის გამართლება, რთული, ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და საზოგადოე-

ცხრილი 2.1 შემთხვევა მოქმედებისათვის: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციის დადასტურების ფაქტორები

ეთიკა და პოტენციალი	საკითხები
ჯანმრთელობის უფლება	საზოგადოებრივი მოლოდინები და სოციალური ნორმები
საზოგადოების ადვოკატირება	დაინტერესებული ჯგუფები, მედია, ინდივიდი
საჭიროება – ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური	ავადობა, სიკვდილიანობა, ფუნქციური უუნარობა, ფიზიოლოგიური მაჩვენებლები
არსებული ტექნოლოგია	დოკუმენტირებული ეფექტურობა, უსაფრთხოება, გამოცდილება, მიმღებლობა, ხელმისაწვდომობა
პრეცენდენტი – თანამედროვე განვითარების დონე	საზოგადოებრივი **ჯანმრთელობის კარგი პრაქტიკა; რა მიღწევებია** წამყვან ცენტრებში, არ არის აუცილებელი კონსენსუსი
სამართლებლივი შეზღუდვები და ვალდებულებები	სასამართლო იურიდიული გადაწყვეტილება
ხარჯები და სარგებელი	ჯანმრთელობის სისტემის პირდაპირი დანახარჯი; ინდივიდის, ოჯახის, საზოგადოების არაპირდაპირი დანახარჯები
მისაღებლობა/დასაშვებლობა	მედია და საზოგადოებრივი აზრი პროვაიდერები, მენეჯმენტი და მთავრობა
ლიდერობა	პოლიტიკური და პროფესიული
ცხოვრების ხარისხი	ადამიანური პოტენციალის ოპტიმიზაცია

ბრივ-პოლიტიკური ფაქტორებია (ცხრილი 2.1). თითოეული დაავადება ან დაავადებათა ჯგუფი მოქმედებისთვის ინდივიდუალურ მიდგომას მოითხოვს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციის მართებულობის დადასტურება, მოითხოვს საკმარის მტკიცებულებებს დაავადების ინსიდენსი/პრევალენსის (იხ. თავი 3), ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, რისკ-ფაქტორების, უსაფრთხო გზების შესახებ. ეს მოიცავს, დაავადების სოციალურ და ეკონომიკურ ღირებულებას, პოლიტიკურ ფაქტორებს, პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებს, პრობლემის აქტუალობასთან დაკავშირებით, რაც ხშირად დამოკიდებულია სუბიექტურ ფაქტორებზე, როგორიცაა ჯანდაცვის სისტემის ფილოსოფია და რესურსების განაწილების გზა.

ზოგი ჩარევა (ინტერვენცია), იმდენად კარგადაა დანერგილი, რომ არ საჭიროებს დამატებით დამოწმებას შემთხვევის შესაქმნელად და ერთადერთი კითხვა ისმის, უფრო ეფექტურ შედეგს როგორ მივაღწიოთ. მაგალითად, ბავშვთა ვაქცინაცია, ბავშვის ინდივიდუალური და საზოგადოების დაცვისათვის, ხარჯთეფექტური პროგრამაა. მოწოდებულია იგი, როგორც საზოგადოებრივი მომსახურება თუ როგორც კერძო მედიცინის მუშაკის მიერ კლინიკური პრევენციული ღონისძიება. ორივე შემთხვევაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერესს წარმოადგენს, რომ ყველა ბავშვი იმუნიზირებული იყოს.

დიარეით მიმდინარე დაავადებების აფეთქებები ბავშვთა ბაღებში აქტიურ მოქმედებას მოითხოვს და საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ, სასწრაფოდ უნდა მოახდინოს რეაგირება, შესაბამისი ინტერვენციის განხორციელებით. განხილვები „შემთხვევა მოქმედებისათვის“ ზემოთაა განხილული. საჭიროება დაფუძნებულია კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მტკიცებულებებზე, მაგრამ ასევე ინტერვენციის აუცილებლობაზე. არსებული ტექნოლოგიები, მათი ეფექტურობა, უსაფრთხოება და დაგროვილი გამოცდილება, თანასწორობისთვის მნიშვნელოვანია, ისევე როგორც დასაშვებლობა და ხელმისაწვდომობა. ინტერვენციის გამოყენების პრეცედენტებიც ასევე გასათვალისწინებელია. ეპიდემიოლოგიური მტკიცებულებებით, პრევენციის პრაქტიკა აჩვენებს, რომ იგი ამცირებს რისკს, როგორც ინდივიდისთვის, ასევე საზოგადოებისთვის და შესაბამისად მისი განხორციელებისათვის საუკეთესო მიზეზია. ხარჯები და სარგებელი უნდა გამოიყენებოდეს დამოწმებისთვის, რომ დაეხმაროს ჯანმრთელობის პრიორიტეტების შერჩევაში.

ახალი პრეპარატები, ვაქცინები და სამედიცინო აღჭურვილობა, მუდმივად განიცდის განახლებას. თითოეული უნდა განიხილებოდეს ჯანმრთელობის ეროვნული პრიორიტეტების შერჩევისას. ზოგჯერ ხარჯის გამო, ქვეყნისთვის რუტინულ აცრებზე ახალი ვაქცინის დამატება ხელმისაწვდომი არ არის. თუმცა, როცა ვაქცინაზე კარგი სამედიცინო მტკიცებულება არსებობს, უფრო მაღალი რისკის ადამიანებისთვის შეიძლება გამოიყენონ. მიუხედავად ეთიკური საკითხებისა, ზოგჯერ აუცილებელია, რომ მშობლებსა და ოჯახს, ვაქცინის საკუთარი ხარჯებით შეძენის შესახებ რჩევა მიეცეს. თუმცა ვაქცინის ინდივიდუალური შეძენის შეთავაზება, თანასწორობისა და სოლიდაროზის პრინციპებს ეწინააღმდეგება. მეორე მხრივ, მშობლებისთვის პოტენციური სარგებლის შესახებ რჩევის მიუცემლობა, ბავშვებისთვის სხვა ეთიკურ პრობლემებს ქმნის.

მასობრივი სკრინინგული პროგრამები, რომლებიც მთლიან ფიზიკურ გამოკვლევას მოიცავს, არ დადასტურდა, რომ ხარჯთეფექტურია ან დაავადებას მნიშვნელოვნად ამცირებს. 1950-1960-იან წლებში, ჯანმრთელობის რუტინული ზოგადი შემოწმებები, დაავადების ადრეული აღმოჩენის თვალსაზრისით ეფექტურ მეთოდად ჩაითვალა. 1970-იანი წლების მეორე ნახევრიდან, სკრინინგისადმი სელექციური და სპეციფიკური მიდგომა, უფრო ფართოდ გახდა აღიარებული. ეს სპეციფიკური დაავადებისთვის რისკის კატეგორიების განსაზღვრას და შესაძლო სამკურნალო მოქმედების გათვალისწინებას მოიცავს. დადგინდა, რომ ძუძუს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა რუტინული მამოგრაფით 35 წლის შემდეგ ეფექტურია და პაპანიკოლაუს ნაცხის ტესტი, საშვილოსნოს კიბოს აღმოსაჩენად, რისკის კატეგორიის მიხედვით უნდა ჩატარდეს.

ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ფაქტორი ყოველთვის უნდა გაითვალისწინონ. ჩუტყვავილას ვაქცინაცია ჩუტყვავილათი გამოწვეული სიკვდილიანობისა და ავადობის პრევენციისთვის გამართლებულია. უფრო მყარი არგუმენტი, ხშირად იმ ფაქტს ეფუძნება, რომ 2 კვირის განმავლობაში ავადმყოფი ბავშვების მშობლები, იძულებულნი არიან სახლში მათ მოსავლელად დარჩნენ, შედეგად კი ეს მშობლისა და საზოგადოებისთვის ეკონომიკურ დანაკარგს იწვევს. ის ფაქტი, რომ ვაქცინაცია ჰერპეს ზო-

სტერისა და მოგვიანებით მისი გამწვავების პრევენციას ახდენს, ასევე დამადასტურებელ ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს. B ჰეპატიტის ვაქცინაციის შემოღება, გამართლებულია იმის საფუძველზე, რომ იგი ახდენს ღვიძლის კიბოსა და უკმარისობის პრევენციას.

დაავადების რამდენი შემთხვევაა საკმარისი, ინტერვენციის დასადასტურებლად? ერთი ან რამდენიმე შემთხვევა ისეთი დაავადებებისა, როგორიცაა პოლიომიელიტი, შეიძლება ეპიდემიად გათვალისწინებულ იქნას, რადგან თითოეული შემთხვევა უფრო ფართე საფრთხის მანიშნებელია. პოლიომიელიტის ერთი შემთხვევა მეტყველებს, რომ დაავადებულია კიდევ 100 ადამიანი, მაგრამ სიმპტომები ჯერ არ გამოვლენილა. ასეთი შემთხვევა ჯანდაცვის სასწრაფო რეაგირებას და კრიზისის წინააღმდეგ ძლიერ ორგანიზებას საჭიროებს. არსებული სტანდარტებით, წითელას ეპიდემია მიუთითებს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრაქტიკის წარუმატებლობას, რამდენიმე შემთხვევაც კი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის აფეთქებას ან ეპიდემიას წარმოადგენს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციის შეფასება, ხდება დაავადების პრევენციისა და მისი გავლენის შესამცირებლად. კონკრეტული ინტერვენციის დასადასტურებლად რაიმე მარტივი ფორმულა არ არსებობს, მაგრამ ხარჯთეფექტური მიდგომა „შემთხვევა მოქმედებისთვის“ დასამტკიცებლად, ერთ-ერთი მოთხოვნაა. ზოგჯერ შესაძლოა, საზოგადოების აზრმა და პოლიტიკურმა ხელმძღვანელობამ ჯანდაცვის სისტემის პროფესიონალებს ოპონირება გაუწიონ ან სათანადო პოლიტიკის ან ფონდების ლიმიტირებულობა მოიშველიონ, რომელიც იმპლემენტაციას ხელს უშლის. ასეთ დროს საჭიროა სრული ხელმისაწვდომობა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციასთან, რათა უპირატესი საჭიროებების კონსტრუქციული გზით განხილვა მოხდეს. ამ განხილვაში მონაწილე პროფესიულმა ჯგუფებმა ხაზი უნდა გაუსვან დამატებითი რესურსების საჭიროებას, რომელიც კონკურენტული იქნება არსებული ლიმიტირებული რესურსებისთვის, რომელიც განსაზღვრულია ჯანდაცვის სხვა აქტივობებისთვის. აქ დახარჯული თანხები, გაცილებით ხარჯთეფექტური ინტერვენციაა. პროგრესის შესანარჩუნებლად სისტემამ ახალი ტექნოლოგიები უნდა გამოსცადოს, მათი მიღება, დაადასტუროს ან უარყოს. (თავი 15).

პოლიტიკური ეკონომია და ჯანმრთელობა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებისა და სამეცნიერო და ტექნოლოგიური პროგრესის შედეგად, სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესების შემდეგ, ჯანმრთელობა კოლექტიური ვაჭრობისა და მთავრობისთვის ლეგიტიმური აქტივობის სფეროდ იქცა. ამ პროცესებმა ჯანდაცვის რესურსების მენეჯმენტის აუცილებლობა განაპირობა, როგორც საზოგადოებრივი პასუხიმგებლობა. ინდუსტრიულ ქვეყნებში, მათი ძალიან განსხვავებული პოლიტიკური წყობის მიუხედავად, ეროვნული პასუხისმგებლობა სამედიცინო დამხმარების საყოველთაო ხელმისაწვდომობისთვის, აუცილებელი სოციალური პირობა გახდა. ამგვარად, ფინანსირება და მართვა ჯანმრთელობის სერვისების ნაწილია, ეკონომიკა, დაგეგმვა, მენეჯმენტი კი – ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნაწილი. (იხილეთ 10-13 თავი)

სოციალური, ეთიკური და პოლიტიკური ფილოსოფია, პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებზე დიდ გავლენას ახდენს, მათ შორის საზოგადოებრივ ფინანსებსა და რესურსების განკარგვაზეც. ინვესტიცია საზოგადეობრივ ჯანმრთელობაში, სოციო-ეკონომიკური განვითარების ინტეგრალური ნაწილია. ჯანდაცვის განვითარების ფინანსირებას და მართვას, ასევე სამედიცინო სერვისების, ინფრასტუქტურის, სამედიცინო საგადასახადო სისტემის დაგეგმვას და ძირითადი ფონდებით მომარაგებას, მთავრობა უზრუნველყოფს. ისინი ასევე ასრულებენ ცენტრალურ როლს, ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისებასა და გარემოს, საკვების ხარისხის და ნარკოტიკების მოხმარების რეგულირებაში, რაც საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის აუცილებელია.

ლიბერალურ, სოციალ-დემოკრატიულ სახელმწიფოებში, მიიჩნევენ, რომ ნებისმიერ ინდივიდს უფლება აქვს სამედიცინო დახმარება მიიღოს. სახელმწიფო პსუხისმგებლობას იღებს, სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა და ხირისხი უზრუნველყოს. ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში, სახელმწიფო პასუხიმგებლობას იღებს უზრუნველყოს, თანასწორობის პრინციპის გათვალი-

სწინებით ხელმისაწვდომი, მაღალი ხარისხის დაფინანსება და სამედიცინო სერვისები. სამედიცინო დახმარების ფინანსირება, დამქირავებლების მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით, შეიძლება დამსაქმებლის მხრიდან დაბეგვრას, ფინანასების გამოყოფას ან სპეციალური სავალდებულო მოთხოვნების დაკმაყოფილებას გულისხმობდეს. ეს სერვისი შეიძლება უზრუნველყოფილი იყოს სახელმწიფოს მიერ ფინანსირებული და რეგულირებული სამსახურის, არასამთავრობო ორგანიზაციის და/ან კერძო სამსახურების მიერ. ეს სისტემები სამედიცნო სერვისებისთვის მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (GNP) 6-14 %-ს გამოყოფენ, ხოლო ზოგიერთი სახელმწიფო (დიდი ბრიტანეთი, კანადა) სამედიცინო დანახარჯების 80%-ს ანაზღაურებს.

მარქსისტულ სახელმწიფოებში, სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის ორგანიზება, დაფუძნებულია თითოეული მოქალაქის თანასწორ უფლებაზე, მიიღოს სამედიცინო დახმარება. სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს კვლევას, პერსონალის ტრენინგს, მომსახურების მიწოდებას, მაშინაც კი, თუ ოპერატიული ასპექტები ადგილობრივ ჯანდაცვის ორგანოში დეცენტრალიზებულია. ამგვარი მოდელი, ძირითადად საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისიტემაში გვხვდებოდა, თუმცა ყოფილი კოლონიური ჯანდაცვის სისტემაც, გარკვეულწილად ხასიათდება ამგვარი მიდგომით. ეს სისტემები, გარდა კუბისა, ჯანდაცვის ფინანსირებას დაბალ ეროვნულ პრიორიტეტად თვლიან და მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (GNP) 4%-ზე ნაკლებს გამოყოფენ. 1990-იანი წლების საბაზრო ეკონომიკის ცვლილების შემდეგ, ეს სახელმწიფოები იბრძვიან, როგორც ჯანმრთელობის ხარისხის დაქვეითების შესაჩერებლად, ასევე ცენტრალიზებული სისტემის შესაცვლელად დეცენტრალიზებული სისტემით, რაც ძალაუფლების და პასუხსიმგებლობის გადანაწილებას გულისხმობს. საბაზრო ეკონომიკის განვითარებამ ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, შესაძლებელია ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის შემცირება გამოიწვიოს, რაც ამ ქვეყნების მთავრობებისთვის სერიოზული პრობლემა გახდება.

ყოფილი კოლონიური ქვეყნები, რომლებიც 1950-60 წლებში გათავისუფლდნენ, მნიშვნელოვანი ხარისხით მიჰყვებოდნენ კოლონიურ პერიოდში შექმნილ, ჯანდაცვის სახელმწიფო სტრუქტურების პრინციპებს. განვითარებადი ქვეყნების უმეტესობა ჯანდაცვის დაფინანსებისთვის ბიუჯეტის მცირე ნაწილს ეროვნული პროდუქტის (GNP) 3%-ზე ნაკლებს გამოყოფდა. 1980-იან წლებში, განვითარებად ქვეყნებში დეცენტრალიზაციის ტენდენცია აღინიშნებოდა, იზრდებოდა არასამთავრობო ორგანიზაციებების როლი, ვითარდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. ზოგიერთმა ქვეყანამ, დამპყრობელი სახელმწიფოების ჯანდაცვის პრინციპების გავლენით, ხელი შეუწყო ძირითად სამედიცინო ცენტრებში, სოფლის მოსახლეობაზე ნაკლებად გათვლილი სპეციალიზირებული მედიცინის განვითარებას. ბევრ ყოფილ კოლონიურ ქვეყანაში, საბჭოთა კავშირის სისტემის ზეგავლენით, სახელმწიფოს მიერ მართული სისტემები შეიქმნა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ წინა პლანზე წამოწია, პირველადი სამედიცინო დახმარება, თუმცა, ძირითადად ქალაქის ტიპის სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება ფინანსდებოდა. ისრაელმა, ყოფილმა კოლონიამ, გამოიყენა ბრიტანეთისა და ცენტრალური ევროპის იდეები და ჯანდაცვის ძირითად მიმართულებად დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა აირჩია, რასაც 1990 წლების შუა პერიოდამდე მიყვებოდა.

1980-90 წლებში ინდუსტრიულ ქვეყნებში, ახალი კონსერვატიზმის ზრდამ, ღირებულებათა გადაფასება გამოიწვია, რის შედეგადაც საბაზრო ეკონომიკა და ინდივიდუალური სოციალური ფასეულობები, ლიბერალიზმის და სოციალიზმის საყოველთაო კეთილდღეობის პრინციპზე მაღლა დადგა. ამ კონცეფციის ექსტრემალური ფორმების მიხედვით, პიროვნება მხოლოდ საკუთარ ჯანმრთელობაზეა პასუხისმგებელი, გადახდების ჩათვლით და შეუძლია სამედიცნო სერვისი აირჩიოს, რომელიც მას მაღალი ხარისხის პერსონალური მომსახურებით უზრუნველყოფს.

საბაზრო ძალები ახალი კონსერვატივიზმის იდეოლოგიის ნაწილია, რაც გულისხმობს დაფინანსებაში და ჯანრთელობის სერვისების მიწოდებაში კონკურენციას. იგი დაფუძნებულია კერძო დაზღვევაზე, საფასურზე, გადახდის სურვილზე და შესაძლებლობაზე. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტი (ე.ი. მომხმარებელი) საუკეთესო მომსახურებას აირჩევს, თავისი მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად, ხოლო მომწოდებელს, რომელიც მომხმარებლის მოლოდინს ყველაზე მეტად გაამართლებს, მეტი შემოსავალი ექნება. ამ მოდელის მიხედვით სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების მოწოდებასა და დაფინანსებაში მონაწილეობას არ ღებულობს, გარდა იმ გამონაკლისისა, როცა საქმე ეხება საზოგადოების დაცვას და მხარდაჭერას ინდივიდუალური არ-

ჩევანის უფლების შეფერხების გარეშე. სახელმწიფო უზრუნველყოფს, საკმარისი რაოდენობით ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებლების არსებობას და მინიმალური რეგულაციებით ჯანმრთელობის სერვისების დისტრიბუციას. აშშ მიყვება, ჯანდაცვის ამგვარი პოლიტიკის მეტად ხელსაყრელად მოდიფიცირებულ მოდელს, სადაც კერძო ან სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევა, მოსახლეობის 85%-ს მოიცავს.

ბევრ ქვეყანაში, მოდიფიცირებული საბაზრო ძალები, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მნიშვნელოვანი ნაწილია, რადგანაც ისინი საზოგადოებისთვის, არა მარტო მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების მიწოდებას უზრუნველყოფენ, არამედ დანახარჯების შემცირებასაც. ჯანდაცვა, როგორც თავისუფალი ბაზარი, ძვირადღირებულია და საბოლოო ჯამში არაეფექტურია, რადგან ის ხელს უწყობს, მომწოდებლის მოგებისა და ბიუჯეტის ინფლაციას და ზრდის მაღალტექნოლოგიური სერვისების გამოყენებას. გარდა ამისა, ყველაზე თავისუფალი ბაზრის საზოგადოებებში, თავისუფალი ბაზრის ჯანდაცვის ეკონომიკაზე, მომხმარებლისა და მომწოდებლისგან დამოუკიდებელი, უამრავი ფაქტორი ახდენს გავლენას, რომელთა კონტროლი მათ არ შეუძლიათ. აშშ-ში საერთო ეროვნული დანახარჯები ჯანდაცვის სისტემაზე სწრაფად იზრდებოდა და 1996 წელს მთლიანი ეროვნული პროდუქტის(GNP) 13.7%-ს მიაღწია (მსოფლიოში ყველაზე მაღალი პროცენტი). მიუხედავად ამისა, მოსახლეობის დაახლოებით 30%-ს არასრულფასოვანი ჯანმრთელობის დაზღვევა ჰქონდა ან საერთოდ არ იყო დაზღვეული. შედარებისთვის, შეგვიძლია მოვიყვანოთ კანადის 9%, რომლებსაც აქვს უნივერსალური ჯანმრთელობის დაზღვევა. 1994 წელს, პრეზიდენტ კლინტონის ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამის დამარცხების შემდეგ, კონსერვატიულმა კონგრესმა და ბიზნესმენთა საზოგადოებამ, დანახარჯების შესამცირებლად ნაბიჯები გადადგეს, რასაც აშშ-ში ჯანდაცვის სისტემის რევოლუცია მოჰყვა. (იხილეთ თავი 11 და 13)

ბაზრის რეფორმები, ზოგიერთი "სოციალიზირებული" ჯანდაცვის სისტემაშიც კი ინერგება. ეს შეიძლება იყოს მოტივაციის გზით, ინდიკატორების შესრულების მხარდაჭერით, როგორიცაა იმუნიზაციის სრული მოცვა. სხვები იყენებენ კონტროლს მარაგზე, მაგალითად, კლინიკის საწოლებზე ან ლიცენზირებულ ექიმებზე, როგორც ძვირადღირებული სერვისების გადაჭარბებული მოხმარების შემცირების მეთოდს. ბაზრის მექანიზმები ჯანდაცვაში, მიმართულია არა მარტო მომხმარებელზე, არამედ მომწოდებელზეც. გადახდის წახალისების სისტემა უნდა იცავდეს პაციენტის კანონიერ მოთხოვნებს და საპირისპიროდ, წახალისება, რომლის გამოყენებითაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხი შეიძლება შემცირდეს, უნდა იქნას თავიდან აცილებული. სამედიცინო მომსახურების გადასახადის არსებობა ხელს უწყობს ისეთი სერვისების გაუმჯობესებას, როგორიცაა ქირურგიული ოპერაცია. კერძო სამედიცინო პრაქტიკის რაოდენობის გაზრდამ, შეიძლება ცუდი გავლენა მოახდინოს, დაბალი და საშუალო კლასის მოსახლეობის, ასევე დამსაქმებლის შემოსავლებზე, ჯანმრთელობის დაზღვევის ღირებულების გაზრდის შედეგად. ჯანდაცვის სისტემა, მიმართული შეზღუდული „გადასახადი-სამედიცინო მომსახურებისთვის" პრაქტიკისკენ, პოზიტიურ საბაზრო მიდგომად მიიჩნევა. სახელმწიფოს ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ, სამედიცინო მომსახურების გადასახადის გადახდის წახალისება, ხელს უწყობს სერვისების რაციონალურ გამოყენებას, მაგალითად, საწოლდღეების შემცირებას. თავისუფალი საბაზრო მიდგომა გავლენას ახდენს, როგორც განვითარებადი ქვეყნების, მაღალცენტრალიზებულ ჯანდაცვის სისტემაში ჯანმრთელობის დაზღვევის დაგეგმვაზე, ასევე პოსტსაბჭოთა ქვეყნების, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე.

განსხვავებული პოლიტიკური შეხედულებების მიუხედავად, 1990 წლებში ჯანდაცვის რეფორმა, ყველა სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემის საერთო მიზანი გახდა, რადგანაც ყველა დაინტერესებულია სამედიცინო მომსახურების ხარჯეფექტურობით, მაღალი ხარისხით და საყოველთაო მოცვით. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი პარადიგმა, არის სხვადასხვა სისტემების გაერთიანება საერთო პრინციპებად. ეროვნული პასუხისმგებლობა, ჯანდაცვის მიზნებზე და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის წახალისებაზე, ჯანდაცვის სისტემის ეროვნულ დაფინანსებას უზრუნველყოფს. განვითარებული ქვეყნების უმეტესობამ დიდი ხანია ეროვნული სამედიცინო დაზღვევისა ან მომსახურების სისტემა მიიღო. ზოგიერთი ქვეყანა, მაგალითად, აშშ მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლებს აზღვევს: მოხუცებულებს, სიღარიბის ზღვარზე მყოფებს, ხოლო საშუალო და მუშათა კლასი კერძო დაზღვევით სარგებლობს. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მიმართულება, მოიცვას მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი, ახალ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს წარმოადგენს.

ჯანმრთელობა და განვითარება

ჯანმრთელი ადამიანები, უფრო კარგად სწავლობენ და უფრო პროდუქტიულად მუშაობენ. ცნობილია, რომ ცხოვრების ხარისხის გაზრდა, ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას (თუმცა საპირისპირო პროცესები აღწერილი არ არის). მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემაში ინვესტიცია, პრიორიტეტი არ არის, სადაც ეკონომიკური თვალსაზრისით ინვესტიცია „პროდუქტიულ“ სექტორებში ხდება, მაგალითად, მრეწველობასა და მასშტაბურ ინფრასტრუქტურულ პროექტებში, როგორიცაა ჰიდროელექტრო კაშხლის მშენებლობა.

ჯანმრთელობა ხელს უწყობს ეკონომიკის განვითარებას, თუ იწვევს სოციალური რესურსების არამიზნობრივ ხარჯვას. ეს საკითხი ჯერ კიდევ სადავოა სოციალური და ბაზარზე ორიენტირებული პოლიტიკის მიმდევრებს შორის. კლასიკური ეკონომიკური თეორია, ჯანმრთელობას სოციალური რესურსების არამიზნობრივ ხარჯვად მიიჩნევს, რაც ინვესტიციების რაოდენობას ამცირებს, რომელიც ეკონომიკური ზრდისთვის აუცილებელია. შედეგად, მრავალ ქვეყანაში, ჯანდაცვის სისტემას დაბალი პრიორიტეტი აქვს, ბიუჯეტის განკარგვის დროს, მაშინაც, კი როდესაც ფინანსირების მთავარი წყარო სახელმწიფოა. ამ რწმენის საფუძველზე, ეკონომისტებმა და ბანკებმა, თავიდან აიცილეს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის სესხების გაცემა, რადგან, მათი აზრით, ასეთი ფონდები ორიენტირებული უნდა იყოს ახალი სამუშაოების შექმნისა და შემოსავლის გაზრდისკენ, ვიდრე ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში ინვესტიცია დაიწყება. ამის შედეგად, ჯანდაცვის სისტემის განვითარება შეფერხდა.

სოციალურად ორიენტირებული მიდგომა მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ინვესტიცია აუცილებელია „ადამიანური კაპიტალის“ დაცვისა და განვითარებისთვის, ისევე როგორც, ინვესტიცია განათლებაში, არის მომავალზე გათვლილი დაბანდება, რომელიც ხელს უწყობს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებას. 1993 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ, გამოიცა დოკუმენტი, მსოფლიო განვითარების ანგარიში: ახალი ეკონომიკური მიდგომის მიხედვით, სადაც ჯანმრთელობა, ისევე როგორც განათლება და სოციალური განვითარება, ეკონომიკის განვითარების აუცილებელ ხელშემწყობ ფაქტორად მიიჩნევა. თუ წამყვანი საერთაშორისო საბანკო სისტემები ჯანმრთელობის მნიშვნელობას გააცნობიერებენ, სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისთვის, ჯანდაცვის განვითარება შეიძლება განვითარებად ქვეყნებისთვის სესხების გაზრდის მიზეზი გახდეს.

ამ ანგარიშის მიხედვით, სავალდებულო სერვისების პაკეტების კონცეფცია პრიორიტეტს ანიჭებს საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების მიერ რესურსების გამოყენებას, დაავადების ტვირთის და სერვისის ხარჯეფექტურობის ანალიზის საფუძველზე. ეს მოიცავს, როგორც პრევენციულ, ისე სამკურნალო სერვისებს, რომლებიც ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემისადმია მიმართული. სავალდებულო სერვისების მინიმალური პაკეტი, გულისხმობს: ყოველ 1000 მოსახლეზე ერთ რაიონულ ჰოსპიტალს, ყოველ 10 000 მოსახლეზე 1 ექიმის და 2-4 ექთნის არსებობას, მთავრობის ორიენტაციას დააფინანსოს უმწეო და სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის პირველადი სამედიცინო დახმარება. სხვა სერვისები, რომლებიც იწოდებიან „დისკრეტირებულ სერვისებად„, შეიძლება ფინანასდებოდეს კერძო, ან საზოგადოებრივი რესურსებით. ეს არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალიან ღირებული კონცეფცია.

ჯანდაცვის სისტემა: მტკიცებულება ჰეფოჰამისთვის

დაავადებათა პრევენცია, თანდათან სამედიცინო საქმიანობის ნაწილი გახდა. ჯანდაცვის მენეჯმენტის ცნების პრაქტიკაში, უფრო და უფრო დამკვიდრების შემდეგ, უფსკრული, საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და კლინიკურ მედიცინას შორის, შემცირდა. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ბევრი ქვეყანა ცდილობს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმის გატარებას. რეფორმის მიზანია, სამედიცინო მომსახურების ღირებულება შეამციროს და მთლიანი მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი გახადოს. მრავალ ქვეყანას, რომელსაც უნივერსალური ჯანდაცვის

სისტემა არ აქვს, სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემა გააჩნია და რეფორმის გზით, შესაძლოა პოლიტიკური ზეწოლის შედეგადაც, ცდილობს უთანასწორობას ებრძოლოს და სერვისები გაუმჯობესოს. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ძირითადად ორიენტირებულია ხარჯების შემცირებაზე, თანასწორობაზე, უნივერსალური ხელმისაწვდომობის, მაღალი ხარისხის სერვისების შენარჩუნებასა ან განვითარებაზე.

ზოგ ქვეყანაში, ჯანდაცვის სისტემა, პრევენციის და კლინიკური მედიცინის განვითარების ტემპს ვერ მიყვება. ზოგიერთ სახელმწიფოში ზედმეტად განვითარებულია კლინიკური მედიცინა, მაშინ, როცა უგულებელყოფილია დაავადებათა რისკის შემცირება. ჯანდაცვის რეფორმის მიზანია, ჯანმრთელობის სტანდარტები შეიმუშავოს, რათა განსაზღვროს ჯანმრთელობის სტატუსი და დააბალანსოს სამედიცნო სერვისები და მოახდინოს ჯამრთლეობის ოპტიმალურ დონეზე შენარჩუნება. სამედიცინო სერვისის მიზანია, მოახდინოს ბავშვების 95 %-ის იმუნიზაცია, გარდა ამისა, უნდა შეიქმნას, ორგანიზებული სისტემა, რომელიც ამ პროცესის მონიტორირებას და სტიმულირებას მოახდენს.

ჯანდაცვის სისტემამ შეიძლება ვერ შეძლოს, მოსახლეობის ცვალებადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება ჯანმრთელობაზე, ინფორმაციის პროგრამის არარსებობის ან მისი არასწორად გამოყენების შემთხვევაში. შედეგად სისტემა შეცდომას დაუშვებს, რესურსების განკარგვის დროს და მივიღებთ კლინიკურ მედიცინისადმი, გადამეტებულ ყურადღებას და პირველადი დახმარების და პრევენციის უგულებელყოფას. ყველა ჯანდაცვის სისტემას, დაავადებათა ინციდენტობისა და ჯანმრთელობის ინდიკატორების მონიტორირების მიზნით, მონაცემთა შეგროვების და ანალიზის მექანიზმი უნდა ჰქონდეს. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა სერვისის ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად, პერიოდულად სისტემის რესტრუქტურიზაციას გადის. რესტრუქტურიზაცია რეგიონული რესურსების განკარგვის ცვლილების გზით, ორგანიზაციულ ცვლილებებს და დეცენტრალიზაციას გულისხმობს,.

უწყვეტი განვითარება დემოგრაფიულ და ეპიდემიოლოგიურ მდგომარეობაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს. გარდა ამისა, ჯანდაცვის სისტემაზე, გავლენას ახდენს ტექნოლოგია, ფინანსირება და ორგანიზაციული ცვლილებები. ახალი პრობლემების წამოჭრა განუწყვეტლივ ხდება, მათი გადაჭრის გზების მოძიებისთვის, პრიორიტეტების გადაფასება უნდა მოხდეს. რეფორმამ შეიძლება გაუთვალისწინებელი პრობლემა წამოჭრას, როგორიცაა პროფესიონალების ან საზოგადოების უკმაყოფილება. უნდა მოხდეს ასეთი პრობლემების შეფასება, მონიტორინგი, რადგან ეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარების ნაწილია.

ადვოკატირება და კონსუმერიზმი (მომხმარებლობა)

განათლებამ, პრესის თავისუფლებამ და სოციალური და ჯანმრთელობის პრობლემებით საზოგადოების დაინტერესებამ, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებას ხელი შეუწყო. დიდი ბრიტანეთის სამედიცინო საზოგადოება 1780-იან წლებში, ჯინის გაყიდვის შეზღუდვას ლობირებდა, რათა მუშათა კლასის ჯანმრთელობაზე მისი მავნე ზეგავლენა შეემცირებინა. მეთვრამეტე საუკუნის ბოლოს და მეცხრამეტე საუკუნეში, ადვოკატირების (ინტერესთა) ჯგუფი საზოგადოებრივ აზრზე, პრესის მეშვეობით, ზეგავლენას ახდენდა, რისი შედეგიც საზოგადოებრივი აზრის შეცვლა და სანიტარიული მდგომარეობის რეფორმა იყო. მთავრობა, ამგვარი ზეწოლის გამო, იძულებული გახდა მაღაროებისა და ქარხნების სამუშაო პირობები დაერეგულირებინა. ბრიტანული საზღვაო ფლოტის მიერ მონებით ვაჭრობის შეწყვეტა, გამოიწვიეს დაინტერესებულთა ჯგუფებმა, პრესის საშუალებით, საზოგადოებრივ აზრზე ზემოქმედების შედეგად. ყვავილის წინააღმდეგ ვაქცინაციის საკითხი, კერძოდ, ორგანიზებულმა მოქალაქეთა ჯგუფმა წამოჭრა და ამ პრობლემის გადაწყვეტა საკუთარ თავზე ადგილობრივმა და ეროვნულმა სამთავრობო ავტორიტეტებმა მხოლოდ ამის შემდეგ აიღეს.

ადვოკატირება არის ინდივიდუალური ან ჯგუფური მოქმედების საზოგადოებრივი კამპანია, რაიმე მოვლენის ან მოქმედების კურსის მხარდასაჭერად. ადვოკატირებამ მე-19 საუკუნის რეფორმების გატარებაში დიდი როლი შეასრულა და თანამედროვე ორგანიზებული საზო-

ჩანართი 2.7 ფლიმსოლის ხაზი

დიდი ბრიტანეთის პარლამენტის წევრმა (არჩეული 1868 წელს) სამუელ ფლიმსოლმა მეზღვაურთა უსაფრთხოების კამპანია წამოიწყო. მისი წიგნის „ჩვენი მეზღვაურების“ მიხედვით, გემები ნახშირით და რკინით იმდენად იყო დატვირთული, რომ გემბანი იტბორებოდა. არაკეთილსინდისიერი მესაკუთრეები, განზრახ უშვებდნენ ზღვაში გადატვირთულ გემებს, რათა მათი ჩაძირვის და ეკიპაჟის დაღუპვის შემდეგ, სადაზღვევო კომპანიებისგან ანაზღაურება მიეღოთ. გადატვირთვა ბრიტანული გემების ჩაძირვის და სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი იყო. ფლიმსოლმა გემების ადეკვატური დატვირთვის მარკერების შექმნა მოითხოვა, რათა თავიდან აეცილებინა მათი გადატვირთვა. მიუხედავად იმისა, რომ ებრძოდნენ, მაინც მიაღწია პარლამენტის მიერ, სატვირთო გემების უსაფრთხო ტვირთის რაოდენობის აქტის მიღებას, რომელსაც „ფლიმსოლის ხაზი“ ეწოდა. აშშ-მ ეს წესდება 1929 წელს მიიღო, დღესდღეობით კი ის მთელ მსოფლიოში მოქმედებს.

გადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებას საფუძველი ჩაუყარა. რეფორმები გულისხმობდა, მენტალურად დაავადებულთა ჰოსპიტალების შექმნას, მეზღვაურთა ჯანსაღ კვებას, კანონების შემქნას ქალთა და ბავშვთა სამუშაო პირობების გასაუმჯობესებლად, უნივერსალური განათლების წახალისებას და მუშათა კლასის საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებას. ადვოკატირებამ პრესასთან ერთად, შეძლო მოსახლეობის ცნობიერება შეეცვალა, რამაც პარლამენტში პოლიტიკოსთა გადაწყვეტილებაზე გავლენა იქონია და საბოლოო ჯამში, ზემოაღნიშნულ სფეროებში რეფორმა მოახდინა. ევროპაში მე-19 საუკუნის შუა პერიოდში და მე-20 საუკუნის დასაწყისში ამგვარი რეფორმების გატარება რევოლუციის შიშით იყო მოტივირებული.

ვაჭართა კავშირები, უფრო ადრე კი შუა საუკუნეების კლანები, იბრძოდნენ მათი წევრებისთვის სამუშაო პირობების, ჯანმრთელობისა და სოციალური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. აშშ-ში ვაჭართა კავშირებმა, კოლექტიური მოლაპარაკებების შედეგად, მიაღწიეს მუშათა კლასის დიდი ნაწილის ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევას. გაერთიანებებმა და ინდუსტრიებმა ავანსირებული ჯგუფური პრაქტიკა დაიწყეს, რაც თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის წინამორბედი სტრუქტურა იყო.

საზოგადოებრივი აზრის შეცვლით სხვადასხვა საკითხებზე, ადვოკატთა ჯგუფებმა მთავრობა აიძულეს, საზოგადოებრივ ადგილებში სიგარეტის მოწევის ამკრძალავი კანონი შეექმნათ, აეკრძალათ სიგარეტის რეკლამირება და მოეხდინათ ველოსიპედისტების ჩაფხუტების გამოყენების მანდატირება. ამ ჯგუფებმა დიდი როლი ითამაშეს ისეთი დაავადებების შემცირებაზე, როგორიცაა სისმსივნე, თალასემია, მრავლობითი სკლეროზი, ასევე აქტიურად ჩერთვნენ ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის შექმაში, ჯანმრთელობის სხვადასხვა სახითხების გადაწყვეტაში, რისი მაგალითიცაა ლა ლეჩის ლიგის მიერ ძუძუთი კვების წახალისება. ზოგიერთი ორგანიზაცია, ისეთ სერვისებს აფინანსებს, რომლებიც ჩვეულებრივ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში არ შედის. ათასობით ასეთი ორგანიზაცია იცავს გარკვეული, მისთვის საინტერესო პრობლემის მნიშვნელობას და ამით ხელს უწყობს საზოგადოების მოთხოვნების გაახლებასა და დაკმაყოფილებას. ადვოკატების ჯგუფები, როგორიცაა ვაჭართა კავშირი, პროფესიული კავშირები, ქალთა კავშირები, თვითდახმარების ჯგუფები და სხვა მრავალი, ფოკუსირებულია ერთ რომელიმე საკითზე და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვით.

პროფესიული ადვოკატირება და წინააღმდეგობა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ისტორიას ქმნიდნენ პიონერები, რომელთა აღმოჩენების მიმართ კონსერვატიული ელემენტები ოპოზიციურად იყვნენ განწყობილი. ოპოზიციური განწყობა ჯენერის ვაქცინაციის, ზემელვაისის და პასტერის შრომების მიმართ, სხვა ნოვატორებს აფერხებდა. ჯენერის ვაქცინაციის მიმართ ოპოზიციური განწყობა ზოგიერთ რეგიონში, მე-19 საუკუნის ბოლომდე გრძელდებოდა, თუმცა მისმა მიმდევრებმა, თანდათანობით მიაღწიეს მის დანერგვას და ყვავილის სრულ ერა-

დიკაციას. სწორედ ამ პიონერებმა, ხანგრძლივი დაპირისპირების მიუხედავად, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ გზა გაკვალეს.

მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებრივ კამპანიებს ხშირად ჰქონდათ მედიკოსთა მხარდაჭერა, მათ ინიციატივებს საზოგადოება მაინც ძნელად იღებდა. კლივლენდის კლინიკის ექიმმა დავიდ მარინმა და მიჩიგანის უნივერსიტეტის პედიატრიის პროფესორმა დევიდ ქოუვიმ, ჩიყვის პრევენციის მიზნით, საზოგადოებას იოდიზირებული მარილის გამოყენება შესთავაზა. მარინმა კვლევების სერია ჩაატარა ჯერ თევზებში, შემდეგ 1917-1919 წლებში სკოლის მოსწავლე გოგონებში. კვლევამ ჩიყვის შემთხვევის შემცირება აჩვენა. 1924 წელს ქოუვიმ კერძო მეწარმე დაარწმუნა, იოდიზირებული მარილი ეწარმოებინა, რომელიც მთელს ჩრდილოეთ ამერიკაში პოპულარული სწრაფად გახდა. იოდიზირებული მარილის გამოყენება ევროპის ბევრ ქვეყანაშიც დაიწყეს. რადგანაც ამ საკითხის მოგვარებაში, სამთავრობო და საკანონმდებლო ორგანოები არ ჩარეულან, იოდდეფიციტური დარღვევები (იდდ),მსოფლიოში ჯერ კიდევ გავრცელებულია და 1.6 მილიარდ ადამიანს აღენიშნება. მსოფლიო სამიტმა 2000 წლისთვის იდდ-ს ერადიკაცია დაისახა მიზნად, ხოლო ჯანმო-მ 1994 წელს მარილის უნივერსალური იოდიზაციისკენ მოუწოდა.

პროფესიულმა ორგანიზაციებმა, ხელი შეუწყვეს ისეთი საკითხების გადაწყვეტას, როგორიცაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, პროფესიული ჯანმრთელობა და ჯანსაღი გარემო. ამერიკის პედიატრიის აკადემიამ, ამერიკასა და ზოგადად მთელს მსოფლიოში, ჩვილთა და მოზარდთა მკურნალობის მაღალი სტანდარტების დანერგვა განაპირობა. აშშ-ში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთსა და ავსტრალიაში საავადმყოფოების აკრედიტაციას, კლინიკების მომსახურების სტანდარტების გაუმჯობესების მიზნით წლების მანძილზე იყენებდნენ.

აუცილებელია ვიცოდეთ, ნეგატიური საზოგადოებრივი კამპანიის არსებობის შესახებ, რომელიც პროფესიულ კონსერვატიზმსა და ეკონომიკურ ინტერესებს ემყარება. პროფესიულმა ორგანიზაციებმა შეიძლება წარმოგვიდგინონ სტატუს კვო ცვლილების სახით. ამერიკის მედიკოსთა ასოციაცია (AMA) და ჯანმრთელობის დაზღვევის ინდუსტრია წლების მანძილზე ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული პროგრამის ძლიერ ოპოზიციას წარმოადგენდა. ზოგიერთი პროფესია სხვა ახალი პროფესიის მიმართ ოპოზიციურ განწყობას ავლენდა, მაგალითად, ოფთალმოლოგია ოპტომეტრიის მიმართ, რომელიც დღესდღეობით მიღებულია ლეგიტიმურ პროფესიად.

ჯენერის ვაქცინაციის მიღება ვაქცინაციის წინააღმდეგ განწყობილმა ჯგუფებმა შეაფერხეს, რომლებიც, ძირითადად, ყვავილის მკურნალობის შემოსავლიანი პრაქტიკით დაკავებული ექიმებისა და იმ პირებისგან შედგებოდნენ, რომლებიც ჯანმრთელობის საკითხებში მთავრობის ჩარევის წინააღმდეგი იყვნენ. წყლის ფთორით გამდიდრება კარიესის წინააღმდეგ საბრძოლველად საუკეთესო საშუალებაა, თუმცა ბევრ ქვეყანაში წყლის ფთორირების საწინააღმდეგო კამპანიამ, ამ პროექტის გაუქმება გამოიწვია. დიდ ბრიტანეთში სასროლი იარაღით სიკვდილიანობის გაზრდის მიუხედავად, პოლიტიკურად ძლიერი და კარგად ორგანიზებული ჯგუფები სასროლი იარაღის შენახვის აკძალვას ეწინააღმდეგებიან.

სამთავრობო სამსახურში მყოფმა ჯანდაცვის მუშაკმა შესაძლოა ნაკლები თავისუფლების გამო, ჯანდაცვის ესა თუ ის საკითხი ვერ წამოჭრას. ასეთ შემთხვევაში, პროფესიული ორგანიზაციები ფორუმებს მართავენ, რათა სხ-

ჩანართი 2.8 ხალხის მტერი

საზოგადოებრივი კამპანია ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს განვითარებას, თუმცა ამ კამპანიის მეთაური სხვადასხვა ორგანიზაციებთან შესაძლოა კონფლიქტში შევიდეს. ამ კონფლიქტის მაგალითია, ჰენრიჰ იბსენის პიესა „ხალხის მტერი“, რომელშიც ახალგაზრდა ექიმი აღმოაჩენს, რომ მის დასახლებაში წყალი დაბინძურებულია. პატარა ნორვეგიული ქალაქის მერი, ექიმის ძმა, ცდილობს ეს ამბავი არ გაახმაუროს, რადგან ეს ტურიზმის განვითარებაზე ცუდ გავლენას იქონიებს. ახალგახრდა ექიმს „ხალხის მტრად“ შერაცხავენ და ქალაქიდან გააძევებენ. ჯორჯ ორველის რომანში 1984 ეს ტერმინი უფრო საშიშ მნიშვნელობას იძენს.

ვადასხვა საკითხები განიხილონ და ამ სფეროში პროგრესს მიაღწიონ. ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია (APHA), ჯანდაცვის პროგრამებს ლობირებს და პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებზე დიდი გავლენა აქვს. 1996 წელს ამერიკის ჯანდაცვის და სოციალური სამსახურის დეპარტამენტმა AMA-ს და აკადემიური სამედიცინო ცენტრების წარმომადგენლები მოიწვია, რათა პოპულაციის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად სხვადასხვა საკითხი განეხილათ.

საზოგადოებრივმა კამპანიებმა დიდი როლი ითამაშეს, ეკოლოგიური საკითხის წამოჭრაში. 1995 წელს მწვანეებმა და საერთაშორისო გარემოს დაცვის აქტივისტებმა ჩრდილოეთის ზღვის ნავთობით დაბინძურება გააპროტესტეს და ნავთობ-კომპანიები აიძულეს, ნავთობის გადაზიდვის, გარემოსთვის ნაკლებ საზიანო გზები მოეძებნათ. გარდა ამისა, მათ მიიღეს მონაწილეობა საფრანგეთის მიერ წყნარ ოკეანეში ატომური ბომბის გამოცდის შეწყვეტაში. საერთაშორისო პროტესტებმა მთელ მსოფლიოში ბირთვული იარაღის ტესტირების შეწყვეტას მიაღწიეს. ამგვარი პროტესტების შედეგად, კანადაში სელაპებისა და ვეშაპების მოკვლა აიკრძალა, ასევე მიმდინარეობს საპროტესტო აქციები, ამაზონის ტროპიკული ტყეების გაჩეხვის წინაღმდეგ.

საერთაშორისო კონფერენციები ხელს უწყობს ჯანმრთელობის პრობლემების გადაწყვეტას. მე-19 საუკუნეში ჰიგიენურმა კონფერენციამ გადაწყვეტილება მიიღო, ქოლერის ეპიდემიის წინააღმდეგ ებრძოლა. მეოცე საუკუნეში საერთაშორისო კონფერენციებზე ისეთი მნიშვნელობის ჯანმრთელობის საკითხები წყდებოდა, რომლებიც, ქვეყნის ფარგლებს ცდება. WHO, UNICEF და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები ამ როლს განუწყვეტლივ ასრულებენ.

კონსუმერიზმი

კონსუმერიზმი არის მოძრაობა, რომელიც მომხმარებელთა უფლებებს იცავს. კონსუმერიზმი აშშ-ში 1960-იან წლებში წარმოიშვა, რისი საფუძველიც ადამიანთა უფლებების დაცვა და ომის საწინააღმდეგო მოძრაობა იყო. ეს საკითხი ფოკუსირებული იყო გარემოს დაცვაზე, პროფესიულ ჯანმრთელობაზე და მომხმარებლის უფლებებზე. რეიჩელ ქარსონმა გარემოზე DDT-ს მავნე გავლენის პრობლემა წამოჭრა. ამ პერიოდში გარემოს დაცვის იდეები ჩაისახა და დასავლეთ ევროპაში საფუძველი ჩაეყარა პოლიტიკურ მოძრაობას, რომელსაც მწვანეები ეწოდა.

იურისტმა რალფ ნეიდერმა ჯანმრთელობის საფრთხეებზე პუბლიკაცია გამოაქვეყნა, რათა წამოეჭრა საზოგადოების კეთილდღეობის საკითხი. ნეიდერი იბრძოდა მთავრობის და ბიზნესმენთა იმ ქმედებების წინააღმდეგ, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას საფრთხეს უქმნიდა. 1965 წელს მან თავის წიგნში *„Unsafe at Any Speed“* ავტომობილთა ინდუსტრიის უსაფრთხოების საკითხი წამოჭრა, რამაც 1966 წელს ავტომობილების უსაფრთხოების, ახალი სტანდარტების შექმნა და ტრანსპორტისა და ავტომობილების უსაფრთხოების ეროვნული აქტის ამოქმედება გამოიწვია. ამას მოჰყვა კანონების შექმნა, მანქანის დიზაინის, გამონაბოლქვის და უსაფრთხოების ღვედების შესახებ. ნეიდერი ასევე მუშაობდა სხვადასხვა საკითხებზე: საქონლისა და ფრინველის ხორცის ინდუსტრია, ნახშირის მაღაროები, პესტიციდების გამოყენება, საკვები დანამატები, მომხმარებელთა დამცველი კანონი, უსაფრთხოების სტანდარტები, პროდუქტის შემადგენლობის ცოდნის უფლება.

კონსუმერიზმი თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის ნაწილი გახდა, რის შედეგადაც განათლებული მომხმარებელი, გავლენას ახდენს პროდუქტის ხარისხზე, შემადგენლობაზე და ფასზე. საწარმოებმა პროდუქტის შეფუთვის ხარისხი გააუმჯობესეს, შეფუთვაზე შემადგენლობის დაწერა პროდუქტის მინერალებითა და ვიტამინებით გამდიდრება და ამ ღირებულებების რეკლამირება დაიწყეს. ცხიმების კარდიო-ვასკულურ სისტემაზე ცუდი ზემოქმედების გამო, დაიწყო ცხიმის დაბალი შემცველობის მქონე რძის პროდუქტების წარმოება. იგივე ცვლილებები მიმდინარეობდა ბავშვებისთვის უსაფრთხო სათამაშოებისა და ტანსაცმლის წარმოებაში, უსაფრთხო ავტომობილების შექმნაში და სხვა ინოვაციურ პროცესებში, რამაც, საბოლოო ჯამში, ხელი შეუწყო ინდუსტრიის სტანდარტების შექმნას.

ვოლუნტარიზმი და საზოგადოების აქტიური მონაწილეობა პროცესებში

საზოგადოებრივი კამპანია – ადვოკატირება და ვოლუნტარიზმი, ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული. არსებობს ვოლუნტარიზმის მრავალი ფორმა, მაგალითად სერვისის განვითარებისთვის ფინანსირების მოძიება, ფულის შეგროვება საქველმოქმედო გზით ან მო-

სახლეობისთვის საჭირო სერვისების ამუშავება. საქველმოქმედო გზით ფულის შეგროვებით შესაძლებელია კლინიკებისა და ჰოსპიტალების აშენება ან მოხუცებისა და ინვალიდების სპეციალური მოწყობილობებით უზრუნველყოფა. ვოლუნტარიზმი ძირითადად კლინიკებში მოზარდებითა და პენსიონერთა არაანაზღაურებად მოხალისედ მუშაობას გულისხმობს, ამგვარად, საზოგადოება, მორალური და რელიგიური პრინციპების თანახმად, ავადმყოფებზე ზრუნავს. ვოლუნტარიზმი ასევე გულისხმობს ვაქცინაციის პროგრამების დახმარებას, ინვალიდთა და ასაკოვანთა დახმარებას გადაადგილებაში და სხვა მრავალ მომსახურებას, რომელიც არ არის უზრუნველყოფილი, მთავრობის სადაზღვევო კომპანიებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის მიერ „სამომხმარებლო კალათით“.

საზოგადოების აქტიური მონაწილება პროცესებში შეიძლება მოხალისეობის მრავალი ფორმით გამოვლინდეს. ქალთა ორგანიზაციების მიერ წიგნიერების გავრცელებამ და კვების დაბალანსებამ, ჩრდილოეთ ამერიკაში მე-19 საუკუნის ბოლოს და მეოცე საუკუნის დასაწყისში, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე დიდი გავლენა მოახდინა. საზოგადოებრივი კამპანიის ფუნქცია იზრდება, როცა ორგანიზაცია მოხალისეთა ძალას და ფინანსებს მობილიზებას უკეთებს და მიმართავს მას ჯანდაცვის სისტემაში, აუცილებელი ცვლილებების შეტანისკენ. ზოგჯერ მიზნის მისაღწევად, სამთავრობო ჯანდაცვის სააგენტოებსა და სადაზღვევო კომპანიებზე ზეწოლა უნდა მოხდეს, რათა მიდგომები და პროგრამები შეცვალონ და მოსახლეობის ცვალებადი მოთხოვნები დააკმაყოფილონ.

ჯანმრთელობის სფეროს პოლიტიკა

1970-იან წლებში კანადის მთავრობა მხარს უჭერდა პერიფერიაზე ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებას. ჯანდაცვის ფედერალურმა მინისტრმა მარკ ლალონდმა სამედიცინო მომსახურების ფასების ზრდასთან დაკავშირებით, ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობის მიმოხილვა გადაწყვიტა, რის შედეგადაც 1974 წელს ჯანმრთელობის სფეროს კონცეფცია შეიქმნა, რომელიც ჯანმრთელობას განსაზღვრავდა, როგორც 4 მთავარი ფაქტორის შედეგს: ადამიანის ბიოლოგია, გარემო, ადამიანის ქცევა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თანამედროვე საზოგადოებაში გარემო და ცხოვრების წესი დიდ გავლენას ახდენს ავადობასა და სიკვდილიანობაზე. ამ კონცეფციამ მალე ფართო აღიარება პოვა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით ჯანმრთელობის მხარდაჭერას ხელი შეუწყო, გარემო ფაქტორებსა და ცხოვრების წესზე ზემოქმედებით, რადგან მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებაზე აქცენტირება, შესაძლოა კონტრპროდუქტიული იყოს.

ჩანართი 2.9 ჯანმრთელობის სფეროს პოლიტიკა - მაიჰ ცალონდი

1. განსაზღვრება: ჯანმრთელობა არის ფაქტორების ერთობლიობა, **რომლებიც ასოცირებულია** გენეტიკურ მემკვიდრეობასთან, გარემოსთან, ცხოვრების წესთან, სამედიცინო ზედამხედველობასთან. ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდამ, შეიძლება გააუმჯობესოს ჯანმრთელობა და შეამციროს სამედიცინო დახმარების საჭიროება.
2. ელემენტები:
   - გენეტიკური და ბიოლოგიური ფაქტორები.
   - ცხოვრების წეს-ჩვეულებანი.
   - გარემო- ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული და ფიზიკური ფაქტორები.
   - ჯანდაცვის სისტემების ორგანიზება.

წყარო: *LaLonde, M. 1974. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document.Ottawa: Information Canada.*

ჯანმრთელობის სფეროს კონცეფციის შექმნას მრავალი ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარება დაემთხვა, რომლებიც კადრიო-ვასკულური დაავადებების და სიმსივნეების განვითარების ისეთ რისკ-ფაქტორებს იკვლევდნენ, როგორიც არის დიეტა, ფიზიკური აქტივობა და მწეველობა. ჯანმრთელობის სფეროს კონცეფციის თანახმად, ცხოვრების წესი ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია, რომელზე ზემოქმედებითაც, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება. მას შემდეგ, რაც კანადის სახელმწიფომ, ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებელი პროგრამები შექმნა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება მრავალი ქვეყნის მთავრობის ამოცანად იქცა.

გამოთქმული იყო აზრი, რომ ჯანმრთელობის სფეროს კონცეფცია, შეიძლება გამხდარიყო „დაადანაშაულე მსხვერპლი“ მიდგომის გამართლება. ამ კონცეფციის მიხედვით შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ მწეველები და შიდსით დაავადებულები, თავად არიან საკუთარ ავადმყოფობაში დამნაშავენი, ვინაიდან მათ ცხოვრების ის სტილი აირჩიეს, რომლის საშუალებითაც მოუხდათ ამ დაავადებებთან კონტაქტი. შესაძლოა გაჩნდეს აზრი, რომ მათ არ უნდა ისარგებლონ ჯანმრთელობის დაზღვევით, ისე როგორც სხვები სარგებლობენ. ამგვარმა მიდგომამ შეიძლება მკურნალობის შეზღუდვა გამოიწვიოს. იგი არაეთიკურია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტრადიციებს და დასავლეთის უმეტესი ქვეყნების იურისპრუდენციას ეწინააღმდეგება. ეს კონცეფცია, ასევე გამოყენებული იყო, როგორც გამამართლებელი საშუალება ხარჯების გაყოფისას, ფედერალური ვალდებულებების და ეროვნული სადაზღვევო პროგრამის რეფორმირების თავიდან ასაცილებლად.

სამედიცინო დახმარების მნიშვნელობა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

1960-იან წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ცნობილი კრიტიკოსები, როგორიცაა, მაგალითად, ივან ილიტჩი, ეჭვქვეშ აყენებდნენ სამედიცინო დახმარების მნიშვნელობას საზოგადოებრივ ჯანდაცაში. ამან ხელი შუწყო, სამედიცინო დახმარებისადმი ნიჰილისტური მიდგომის ჩამოყალიბებას, რომელიც სკეპტიკურად უდგებოდა ჯანდაცვის სისტემის ბიოსამედიცინო მიდგომას და ექიმის პროფესიასადმი ანტაგონისტურად გამოირჩეოდა.

1976 წელს თომას მაქუენმა, წარმოადგინა ისტორიულ-ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგი, რომლის მიხედვით სამედიცნო დახმარებამ, 1950 წლებამდე ლიმიტირებული გავლენა იქონია, სიკვდილიანობის შემცირებაზე, თუმცა ქირურგიასა და მეანობაში მიღწევები, საყურადღებო იყო. ამ კვლევის მიხედვით, სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი ინგლისში 1541-1750 წლებში 1000 მოსახლებეზე 30 იყო, 1851 წლისთვის – 22, 1901 წელს – 15, 1951 წლისთვის, როცა სამედიცნო დახმარება ეფექტურობით გამოირჩედა – 12. მაქუენის აზრით, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზეზი ბოლო საუკუნეების მანძილზე ინფექციური დაავადებებით სიკვდილიანობის შემცირება იყო. ამას ის უკავშირებდა, ოჯახის წევრების რაოდენობის შემცირებას, სწორ კვებას, სანიტარიული პირობების გაუმჯობესებას, სპეციფიკურ პრევენციულ და თერაპიულ პროცესებს და სხვა ფაქტორებს, რომლებმაც ხელი შეუწყვეს, მზარდი მოსახლეობის ცხოვრების წესის გაუმჯობესებას. მაქუენი წინაღმდეგი იყო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვაში სამედიცინო დახმარების მნიშვნელობის გაზრდისა, რადგან მისი ეფექტურობა სარწმუნო არ იყო.

1984 წელს მილტონ რომერმა აღნიშნა, რომ ვაქცინების, ანტიბიოტიკების, ანტიჰიპერტენზიული და სხვა პრეპარატების შექმნამ, დიდი წვლილი შეიტანა ბავშვთა და მოზარდთა დაავადებების, ინფექციების, ჰიპერტენზიის, დიაბეტის და სხვა მრავალი დაავადების მართვაში. მსოფლიო სასწავლო ცენტრები თერაპიული მიღწევების გავრცელებას კვლავ აქტიურად აგრძელებენ. ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელი ქარხნები კვლავ პროდუქციის დახვეწაზე ზრუნავენ, თუმცა ამასთანავე ხდება, სამედიცინო დახმარების ღირებულების ზრდაც. სწორედ სამედიცინო დახმარების ღირებულების შემცირებაა, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტი.

სამედიცინო დახმარების მნიშვნელობა საზო-

გადოებრივ ჯანმრთელობაში და, პირიქით, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალისთვის, ასევე კლინიცისტი ექიმებისთვის ბოლომდე ნათელი არ არის. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიღწევები, ინფექციური დაავადებების მართვასა და სიკვდილიანობის და ავადობის შემცირებაში, რეალურად კლინიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთო მიღწევა იყო. (იხილეთ თავი 5)

პრევენციული მედიცინა არის ნებისმიერი სამედიცინო პრაქტიკის ნაწილი, რაც გულისმობს დაავადების პრევენციას, როგორც დაავადების ადრეულ დიაგნოსტირების გზით, ასევე ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, ინდივიდუალურ ან საზოგადოებაზე გათვლილ აქტივობას. რისკ-ფაქტორების შეფასების საფუძველზე ხდება სკრინინგისა და სხვაგვარი ინტერვენციის ჩატარება. კლინიკური სამედიცინო დახმარება გადამწყვეტ როლს ასრულებს ჰიპერტენზიის კონტროლსა და გულის იშემიური დაავადებების გართულებებისა და სიკვდილონობის შემცირებაში. მკურნალობის ახალი მეთოდები მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის შედეგად სიკვდილიანობის ხარისხს ამცირებს. ასევე მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის გავლენა სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ვაქცინაცია, კვების გაუმჯობესება და დედობისთვის მოსამზადებელი პროგრამები ხელს უწყობენ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. ჯანდაცვის სისტემის და კლინიკური მედიცინის საერთო მიზანია ქრონიკული დაავადებების რისკ-ფაქტორების შემცირება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა, ასევე კლინიკური მედიცინა და ორივე, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტეგრალური ნაწილია.

ჯანმრთელობის მიზნები

1950-იან წლებში ბიზნესმენთა კავშირში შეიქმნა ახალი კონცეფციები, როგორიცაა მიზანზე ორიენტირებული მართვა, რომელიც დანერგა პიტერ დრაკერმა „ჯენერალ მოტორსში“ და ასევე მისი ვარიანტი, ნულოვანი ბაზით ბიუჯეტირება, რომელიც აშშ-ის თავდაცვის დეპარტამენტმა გამოიყენა. ეს კონცეფციები ახდენენ ორგანიზაციების აქტივობის და ბიუჯეტის ორიენტირებას მიზანზე და არა წარსულში არსებულ, დაფინანასებასა და რესურსებზე. მართალია, ეს კონცეფციები სხვა სფეროებში გამოიყენება, მაგრამ მათ დიდი გავლენა იქონიეს ჯანდაცვის სფეროზეც, რათა განესაზღვრათ ჯანდაცვის ამოცანები და შემდეგ ეფექტურად, გამოეყენებინათ რესურსები ამ ამოცანების გადასაწყვეტად. ეს კონცეფცია შეიქმნა აშშ-ში და შემდეგ ევროპაში სწრაფად ჰპოვა აღიარება. ორივე შემთხვევაში, ამოცანების დასახვა ფართომასშტაბური დისკუსიების შედეგად მოხდა. 1979 წელს აშშ-ში დასახეს ჯანდაცვის ამოცანები 1990 წლისთვის, და შემდგომ 2000 წლისთვის. 2010 წლისთვის დაგეგმილი იყო ახალი ამოცანების დასახვა, მანამდე კი უნდა მომხდარიყო უკვე არსებული მიღწევების მონიტორინგი. 1987 წლიდან სახელმწიფო ჯანმრთელობის ამოცანებს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ეპიდემიოლოგიის დეპარტამენტი ამზადებს, ჯანმრთელობის 18 ინდიკატორზე დაყრდნობით, რომელიც მოწოდებულია კონსესუს პანელით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციებსა და ორგანიზაციებს შორის.

დროის მოცემულ მომენტში (წერტილი A) დაავადებათა ინციდენტობას ან რისკფაქტორებს კომპეტენტური კვლევითი სისტემის არსებობა განსაზღრავს, რომელიც ექიმების მიერ ლაბორატორიულად დადასტურებული დაავადებათა შემთხვევების სრულ აღრიცხვაზე და ეპიდემიოლოგიურ მონიტორინგზეა დამოკიდებული. პროგრამის მიზნის (წერტილი B) დასახვა, ეფექტური პროფესიონალური კონსულტაციური მექანიზმების არსებობას და კომპეტენტური და ინფორმირებული პირების ხანგძლივ დისკუსიას მოითხოვს. ვინაიდან A-დან B-მდე შეიძლება არ იყოს მოკლე და ყველაზე ნათელი მიმართულება, მიზნის მიღწევას შეიძლება არაპირდაპირი და მრავალმხრივი მიდგომები დასჭირდეს. სხვა სფეროებისგან განსხვავებით, ამ პროცესების შეთანხმება, შეიძლება რთული იყოს, თუმცა ამოცანების დასახვა კრიტიკული ფაქტორია ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში.

1990 წლებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე მრავალი საერთაშორისო კონფერენცია ჩატარდა: მსოფლიოს ბავშ-

ვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა (1990წ.), მოსახლეობა და დამოგრაფია (ქაირო 1994წ.), მსოფლიო სიღარიბე (სტოკჰოლმი 1995წ.), ქალთა პრობლემები (1995წ.). ამგვარი კონფერენციების ზემოქმედების გაზომვა ძნელია. ასეთი შეხვედრები არის მასტიმულირებელი ნაციონალური მთავრობებისადმი. ისინი ცდილობენ აქცენტი გააკეთონ რესურსთა განაწილებაზე და პირველად სამედიცინო დახმარების დაგეგმვაზე, ამის საფუძველზე, მიაღწიონ საერთაშორისოდ დასახული მიზნების მიღწევას. განვითარებად ქვეყნებში, ყვავილის სრული აღმოფხვრა, მოსახლეობის სრული მოცვა იმუნიზაციით, იოდიზირებული მარილის გამოყენება, ამტკიცებს, რომ ამგვარი მიზნები მიღწევადია.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის მიზნები

მართალია აშშ-მ ვერ მოახერხა, უნივერსალურად ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა, მაგრამ მას გააჩნია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და ჯანმრთელობის ადვოკატირების ძლიერი ტრადიციები. ფედერალური, საშტატო და რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის ავტორიტეტებმა, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებისა და ზედამხედველობის გასაუმჯობესებლად კოოპერაციული ღონისძიებები გაატარეს. მას შემდეგ, რაც 1970 წელს დამტკიცდა, რომ მხოლოდ კლინიკური სამედიცინო დახმარება, საზოგადოების ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად საკმარისი არ არის, ფედერალურმა მთავრობამ, ფორმულირება გაუკეთა ახალ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებდა სპეციფიკური ამოცანების დასახვას.

1979 წელს გამოქვეყნდა(Surgeon General) ანგარიში დაავადებათა პრევენციაზე და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე (Healthy People). ამ დოკუმენტში, იყო წარმოდგენილი 1990 წლისთვის 5 საერთო ამოცანა, თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისთვის და 226 სპეციფიკური მიზანი. 2.2 ცხრილში წარმოდგენილია ამ პროცესისი მიღწევები.

2000 წლისთვის დასახული ამოცანები სამ ფართო სფეროს მოიცავდა: სიცოცხლის გახანგრძლივება ჯანრმთელობის გაუმჯობესებით, სამედიცინო დახმარების მიღების უთანასწორობის შემცირება, აშშ-ის მთლიანი მოსახლეობისთვის პრევენციული მედიცინის ხელმისაწვდომობა. გარდა ამისა, წარმოდგენილი იყო 297 სპეციფიკური მიზანი ჯანდაცვის 22 პრიორიტეტულ სფეროში. თითოეული მათაგნი 4 კატეგორიად იყო დაყოფილი: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ჯანმრთელობის დაცვა, პრევენციული სერვისები და ზედამხედველობის სისტემები, რაც ჯანდაცვის სისტემას საშულებას აძლევს, თვლადი ინდიკატორების საფუძველზე, წლიდან-წლამდე მიღწევები შეაფასოს.

მიზნების დასახვაზე მუშაობის პროცესმა ფედერალური მთავრობიდან საშტატო და ლოკალურ მთავრობამდე გადაინაცვლა. პროცესში ასევე ჩართულია პროფესიული ორგანიზაციები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და საზოგადოება. შტატები უფლებამოსილნი არიან საკუთარი მიზნები და განხორციელების გეგმები დასახონ და შემდეგ მიიღონ გრანტი მათ განსახორციელებლად. ამგვარი მიდგომა ხელს უწყობს, შტატის და ლოკალურ ინიციატივებს, რომ შექმნან განხორციელებადი პროგრამა და მისი მიზნები. ეს ასევე აყალიბებს პრესტიჟის

ცხრილი 2.2 ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის ამოცანები1990 და 2000 წწ., ფაქტიური რეიტინგით 1990 და 1996 წწ.

ამოცანები	1987 ფაქტიური	1990 მიზანი	1990 ფაქტიური	2000 მიზანი	1996 ფაქტიური
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 ცოცხლად შობილზე)	10.1	9	9.2	7	7.3
სკოლის მოსწავლეთა სიკვდილობის მაჩვენებელი (1-14 წლის, 100000-ზე)	33.7	34	30.8	28	არ არის ხელმისაწვდომი
მოზარდთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (15-24 წლის, 100000-ზე)	97.8	94	115	85	89.6
მოზრდილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (25-64 წლის, 100000-ზე)	426.9	400	406.2	340	არ არის ხელმისაწვდომი

წყარო: *Health United States,* 1992 and 1998.

მოპოვების განსხვავებულ ფორმებს, არა დიდი ზომის საავადმყოფოს ან სხვა სააგენტოების შექმნის გზით, არამედ ბავშვთა სიკვდილოანობის ან ინფექციური დაავადებების შემცირების ხარჯზე.

ევროპის ჯანმრთელობის სისტემის ამოცანები

1985 წელს ევროპის ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონულმა ოფისმა 2000 წლისთვის ევროპის ჯანდაცვის სისტემის მიზნები გამოაქვეყნა (ცხრილი 2.3). ეს მიზნები წევრ ქვეყანათა შორის კონსენსუსის საფუძველზე დაისახა. ეს 38 ამოცანა თვლად შედეგებს და პროცესის ინდიკატორებს მოიცავდა, რომლებიც გამოყენებული იყო როგორც წევრ ქვეყანათა პოლიტიკურ გაიდლაინებად. ეს ამოცანები ჯანმრთელობის წინაპირობად შემდეგს მიიჩნევდნენ: ომის შიშისგან გათავისუფლება, თანაბარი შესაძლებლობები ყველასთვის, ძირითადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება საკვების, განათლების, სუფთა წყლის, სანიტარიული პირობების, დამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი ადგილის, უსაფრთხო სამუშაოთი უზრუნველყოფის, საზოგადოებისთვის სარგებლობის მომტანი სოციალური როლის, პოლიტიკური ნების და მხარდაჭერის ჩათვლით.

ევროპის ჯანდაცვის სისტემის მიზნები მრავალ სახელმწიფოს დაეხმარა ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრაში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის როლის გაზრდის გზით. ბოლო კვლევებმა გამოავლინა, რომ ევროპის ქვეყნების უმრავლესობა, ჯანდაცვის სისტემის ამოცანების დასახვისთვის, ამ მიდგომას იყენებს და დასახულ მიზანს წარმატებით აღწევს.

ცხრილი 2.3 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ჯანმრთელობის ამოცანები 2000 წლისთვის

ამოცანა	სამიზნეები	სპეციფიკური სამიზნეები
ჯანმრთელობა ყველასთვის	ქვეყნებს შორის და ქვეყნის შიგნით უთანასწოროობის შემცირება	
დაავადებათა შემცირება	სპეციფიკური დაავადებების აღმოფხვრა	წითელას, პოლიომიელიტის, ნეონატალური ტეტანუსის, თანდაყოლილი წითურას, დიფტერიის, თანდაყოლილი სიფილისის, ენდემური მალარიის ელიმინაცია
ბავშვთა სიკვდილიანობა	ქვეყანაში არაუმეტეს 40/1000	<15/1000-მდე შემცირება
დედათა სიკვდილიანობა	ქვეყანაში არაუმეტეს 25/1000	<25/1000-დან <10/1000-მდე შემცირება
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებითა და კიბოთი გამოწვეული სიკვდილი	სიკვდილიანობის შემცირება 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანებში	15%-ით შემცირება
საგზაო და სამუშაო ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილი	საგზაო, სამუშაო და საყოფაცხოვრებო ტრავმების შემცირება	საგზაო სიკვდილი <20/100000; სამუშაო ტრავმატიზმით გამოწვეული სიკვდილიანობის 50%-ით შემცირება
ჯანსაღი ცხოვრების წესი	ჯანმრთელობის ხელშემწყობი გარემო ინდივიდუალური შესაძლებლობების გაძლიერება ცოდნის გაღრმავება ხელშემწყობი სისტემები სპეციფიკური რისკფაქტორები	სპეციფიკური ეროვნული და სათემო პროგრამები ჯანმრთელობის ხელშეწყობა გაუმჯობესებული კვება თამბაქოს მოხმარების შემცირება

წყარო: *WHO Regional Office for Europe, 1985*.

ევროპის ჯანმო-ს რეგიონულმა ოფისმა შექმნა საიტი (www.who.dk) წევრი ქვეყნებისთვის, შერჩეული ჯანმრთელობის ინდიკატორების პროგრესის მონიტორინგისთვის.

გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის სისტემის ამოცანები

1990-1991 წლებში, დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის სამინისტრომ, ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის და ამოცანების განსასაზღვრად კონსულტაციების პროცესი დაიწყო (ცხრილი 2.4). ჯანდაცვის სტრატეგია ფოკუსირებული იყო სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე. სტრატეგიული ამოცანები მოიცავდა შემდეგს:

1. ჯანმრთელობის პრობლემების განსაზღვრა.
2. ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე და დაავადებათა პრევენციის წახალისებაზე ფოკუსირება, ისევე როგორც კლინიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციაზე.
3. ჯანმრთელობის განმაპირობებელი სხვადასხვა ფაქტორის განსაზღვრა (გენეტიკა, ქცევა, სოციალური პირობები, ფიზიკური და სოციალური გარემო).
4. ჯანდაცვის სისტემების შიგნით ან გარეთ ეროვნულ და ლოკალურ დონეზე მომქმედი ყველა აქტივობების თანამშრომლობა.
5. ცენტრალურ სტრატეგიასა და ლოკალურ, ინდივიდუალურ შეხედულებებს შორის შესაბამისი ბალანსის შექმნა, მოქნილობა, ინიციატივები, პასუხისმგებელი ორგანიზაციების მიერ პროცესებისა და შედეგების სამართლიანი, მაგრამ მკაცრი კონტროლი.
6. რესურსების სწორი განაწილება.

საზოგადოების მხრიდან არსებობს მოთხოვნები თუ რა მიმართულებით უნდა დაიხარჯოს სახელმწიფოს სახსრები, ამიტომ რესურსების, ადამიანები და ფული, გონივრული გამოყენება, არის მნიშვნელოვანი ამოცანა. პრიორიტეტი მიენიჭა გულის იშემიურ დაავადებას, ინსულტს, სიმსივნეებს, ფსიქიკურ დაავადებებს, აივ და სექსუალურ ჯანმრთელობას, უბედურ შემთხვევებს.

ცხრილი 2.4 ინგლისის პროგრესი ჯანმრთელობა ყველასთვის 2000-თან მიმართებაში

ჯანმო-ს ევროპული რეგიონის ჯანმრთელობა ყველას 2000–ის მიზნები	ინგლისის პროგრესი
1. ქვეყანათაშორისი და ქვეყნის შიგნით არსებული უთანასწორობის შემცირება 25%–ით.	მუშათა და არამუშათა კლასს შორის არსებული უთანასწორობა კვლავ პრობლემატურია, თუმცა ჩვილთა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი მკვეთრად შემცირებულია.
2–4,6. ზოგადად სოციუმისთვის და შეზღუდული შესაძლებობების მქონე პირთათვის სოციალურად აქტიური და რეალიზებული ცხოვრების წარმართვის შესაძლებლობების გაუმჯობესება. ჯანმრთელი ცხოვრების წლების 10%–იანი ზრდა.	სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა ჯანმრთელობა ყველას 2000–ის მიერ დასახულთან შედარებით მაღალია; ინვალიდიზაციის მონაცემი არასრულფასოვანია; მცირედი ცვლილებები თვითდიაგნოსტიკის მაჩვენებლებში, რაც, თავის მხრივ, სავარაუდოდ მოსახლეობის შეცლილ მოლოდინებთანაა დაკავშირებული
5. გადამდებ დაავადებათა კონტროლი. წითელის, მალარიის, პოლიომელიტის, ნეონატალური ტეტანუსის, დიფტერიის, ყივანახველის და თანდაყოლილი სიფილისის ადგილობრივ შემთხვევათა აღმოფხვრა.	დამაკმაყოფილებელი პროგრესი მიღწეულია; არ დაფიქსირებულა ველური ვირუსით გამოწვეული პოლიომიელიტის არც ერთი შემთხვევა; შემცირდა წითელას შემთხვევათა რიცხვი წწყ–ს ვაქცინის შემოღების ხარჯზე; შემცირდა თანდაყოლილი წითურასა და სიფილისის შემთხვევათა რიცხვი. ხელმისაწვდომია იმუნიზაციის კოორდინატორი უბნების მიხედვით.
7–8. ჩვილთა სიკვდილიანობის კოეფიციენტის შემცირება <20 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე, ხოლო დედათა სიკვიდილობისა კი <15 ყოველ 100,000 ცოცხლადშობილზე.	1989 წლისთვის ჩვილთა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე 8.4 ს (1992 წელს 7–ს), ხოლო 1989 წლისთვის დედათა სიკვდილიანობის ყოველ 100 000 ფერტილური ასაკის ქალზე 6–ს გაუტოლდა.

9. კარდიოვასკულურ დაავადებათა 15%–იანი კლება 65 წელზე ახალგაზრდა მოსახლეობაში.	1980-1989 წლებში, ცირკულატორული სისტემის დაავადებათა სიხშირე ყოველ 100,000 მოსახლეზე 121–დან 85–მდე დაეცა. ამავე დროს, გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილობა 29%–ით, ხოლო თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად გამოწვეული სივდილობა 32%–ით შემცირდა.
10. ონკოლოგიური დაავადებებით განპირობებული სიკვდილიანობის მინიმუმ 15%–იანი კლება.	1980-იან წლებში, ყველა ტიპის ონკოლოგიური პათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილობა 65 წელზე ახალგაზრდა პოპულაციაში 8%–ით შემცირდა, ხოლო ფილტვის კიბოთი გამოწვეულმა სიკვდილობამ (მამაკაცებში) 29%–ით იკლო.
11–12. უბედური შემთხვევებითა და სუიციდით განპირობებული სიკვდილიანობის შემცირება 25%–ით.	უბედური შემთხვევის შედეგად გამოწვეული სიკვდილობა ინგლისის მასშტაბით მცირეა, თუმცა 1980–იან წლებში ის კიდევ 19%–ით შემცირდა; თვითმკვლელობათა რიცხვმა კი 18%–ით იკლო.
13-17. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა: ოჯახის ინსტიტუციის გაძლიერება, განათლებისა და სწორი კვების ხელშეწყობა, ალკოჰოლის ზომიერი მიღების, თამბაქოს მოხმარებისა და რისკთან ასოცირებული ქცევის ლიმიტირება.	ზრდასრული ასაკის მწეველთა რაოდენობა 39–დან 32% მდე შემცირდა; დღის რაციონში ნაკლები ცხიმის შემცველობაა (თუმცა ის ჯერ კიდევ რეკომენდებული 35% –ის ნაცვლად კვლავ მაღალი–42%–ია). გაიზარდა სპორტსა და სხვა ტიპის რეკრეაციულ აქტივობებში მოსახლეობის ჩართულობა; ალკოჰოლისა და არა ლეგალური წამლის გამოყენების სიხშირე გაიზარდა.
18-25. გარემოს დაცვა; ინტერ კომუნალური და საერთაშორისო თანამშრომლობა; უსაფრთხო წყლის მაკონტროლებელი მექანიზმების მონიტორინგი; მდინარეების, ტბების, ზღვისწყალის, ჰაერისა და საკვების სისუფთავის, მავნე ნარჩენების გაუვნებელყოფის მონიტორინგი.	ინგლისმა, რეგიონში სრულად უპასუხა ამ ამოცანის მოთხოვნებს: 1989 წლის ნორმატიული აქტის მეშვეობით უზრუნველყოფილი იქნა ტბების, მდინარეებისა და სანაპირო ზოლის წყლების სანიტარული სტანდარტების გაუმჯობესება. გარდა ამისა, ინგლისმა უპასუხა გამონაბოლქვის, გოგირდის დიოქსიდისა და ჰაერში ტყვიისა და აზოტის დიოქსიდის შემცველობის სტანდარტებს.
26-31. პირველად, მეორად და მესამეულ ზრუნვაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემები. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა; განსაკუთრებული ყურადღების უზრუნველყოფა იმ პირთათვის და პირთა წრისთვის, რომლებსაც შესზღუდული ხელმისაწვდომობა აქვთ ჯანდაცვის სერვისებზე. კომუნალურ დონეზე კოორდინირების უზრუნველყოფა რათა მოხდეს ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება.	ინტენსიურად განვითარდა ჯანდაცვის საუბნო, საოჯახო მედიცინისა და ადგილობრივი ჯანდაცვის ინსტიტუციები; გარდა ამისა, დაიხვეწა სამედიცინო აუდიტის სისტემები და კონტროლის ინდიკატორები, რამაც ხელი შეუწყო არსებული რესურსების ეფექტურ და ხარისხიან ხარჯვას.
32-38. კვლევისა და ინფორმაციის მოპოვების შესაძლებლობა, რათა მოხდეს „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ დასახული მიზნების, პოლიტიკისა და სტრატეგიის მხარდაჭერა; დაგეგმვა, გადამზადება, დიპლომისშემდგომი განათლება, ტექნოლოგიური შეფასება	მენეჯმენტის სფეროში მიღწეული იქნა მნიშვნელოვანი პროგრესი, რაც, თავის მხრივ, რესურსების ეფექტურ ალოკაციას, ადმინისტრირებასა და ჩანაწერის წარმოების დახვეწილი სისტემების შემოღებას მოიცავდა; გარდა ამისა, გაუმჯობესდა დიპლომისშემდგომი მომზადებისა და საექთნო საქმის სწავლების სტანდარტები.

წყარო: Secretary of State for Health, The Health of the Nation. AConsultative Document for Health in England. 1991, reprinted 1995წ.

ჩანართი 2.10 მსოფლიო სამიტი ბავშვებისათვის 1990: სამოქმედო გეგმა - ჯანდაცვის ამოცანები

1. პოლიომიელიტის ერადიკაცია 2000 წლისთვის.
2. ნეონატალური ტეტანუსის ელიმინაცია 1995 წლისთვის.
3. წითელას შემთხვევების შემცირება 90%-ით და წითელათი სიკვდილიანობის შემცირება 95%-ით.
4. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვების იმუნიზაციის გაზრდა 90%მდე, შვილოსნობის ასაკის ქალთა იმუნიზაცია ტეტანუსზე.
5. 50% შემცირდეს ბავშვთა სიკვდილიანობა დიარეული დაავადებებით, 25% შემცირდეს დიარეული დაავადებების ინციდენსი.
6. 33% შემცირდეს ბავშვთა სიკვდილიანობა მწვავე რესპირატორული ინფექციებით.
7. A ვიტამინისა და იოდის დეფიციტის ელიმინაცია.
8. დაბალი წონის ახალშობილების რაოდენობის შემცირება 10 %-მდე.
9. 1990 წლიდან 33%-ით შემცირდეს რკინა დეფიციტური ანემია ქალებში.
10. ყველა ქალისთვის პრენატალური მართვის ხელმისაწვდომობა, მშობიარობა კვალიფიციური პერსონალის მიერ, მაღალი რისკის ორსულების რეფერალი, სამეანო ემერჯენსის არსებობა.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო მიზნები

1990 წლის მსოფლიო კონგრესს ბავშვებისთვის (WSC) 71 ქვეყნის მმართველი ესწრებოდა, რომლებმაც მხარდაჭერა გამოუცხადეს, მოქმედების ეროვნულ პროგრამებს, რათა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის მიეღწიათ. განსაკუთრებით ხაზგასმული იყო ის ფაქტი, რომ მიზნების მისაღწევად აუცილებელია მთელი საზოგადოების მობილიზება, მათ შორის, სამოქალაქო ასოციაციების, რელიგიური ჯგუფების, მოხალისეთა ორგანიზაციების, პროფესიული და ბიზნეს კავშირების, ორგანიზებული სამუშაო ძალის, უნივერსიტეტების. მოქმედების ეროვნული პროგრამები 2000 წლისთვის რეალურ მიზნებს და სპეციფიკურ ამოცანებს ისახავენ.

მსოფლიო კონგრესმა ბავშვებისთვის მხარდაჭერა გამოუცხადა, მოქმედების ეროვნულ პროგრამებს ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში. 1990 წელს განვითარებად ქვეყნებში იმუნიზაციით მოსახლეობის მოცვა 80%-ს შეადგენდა, რამაც 3 მილიონი სიცოცხლის გადარჩენა და მილიონობით დაავადების პრევენცია გამოიწვია. დიარეის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა, წელიწადში მილიონი სიცოცხლით, ბოლო 40 წლის განმავლობაში უდიდესი ინოვაციის ორალური რეჰიდრატაციული თერაპიის (ორთ) დანერგვის შემდეგ. მსოფლიო კონგრესმა ბავშვებისთვის ამ და სხვა პრობლემურ სფეროებში ახალი ამოცანები დასახა.

ჯანდაცვის სისტემის აქტივობაში კერძო სექტორის მონაწილეობის მაგალითია Rotary International-ის ჩართვა პოლიომიელიტის ერადიკაციის პროგრამაში. ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკაში, პრაქტიკულად უკვე აღარ გვხვდება პოლიომიელიტის შემთხვევები. (იხილეთ 4 თავი) მრავალი ამოცანის დასახვა დაკავშირებულია, როგორც საერთაშორისო, ასევე ეროვნულ პოლიტიკაზე, თუმცა მათი მიღწევა დიდადაა დამოკიდებული საზოგადოებრივ და ინდივიდუალურ აქტივობაზე.

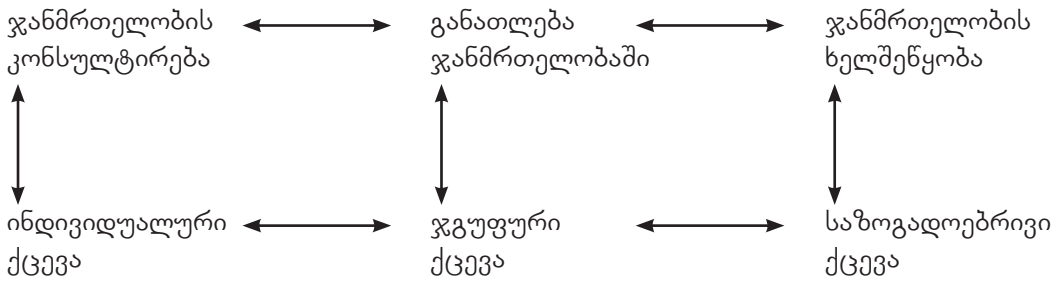
საზოგადოებრივი და ინდივიდუალური მონაწილეობა (აქტივობა) ჯანმრთელობაში

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა, საბოლოო ჯამში, ინდივიდუალურ ჯანმრთელობას ეხება. ჯანდაცვის სფეროს სხვადასხვა კონცეფცია, საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი დახმარება, ჯანდაცვის ამოცანები და ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტი, ეფექტური იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი ინდივიდუალურად ან საზოგადოებასთან ერთად მიიღებს მონაწილეობას მის განხორციელებაში. იმისათვის, რომ ინდივიდი ჩაერთოს ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებაში საჭიროა, მისი ცნობიერების, ცოდნის ამაღლება და მოქ-

მედება. ამ ამოცანების განსახოციელებლად სხვადასხვა მეთოდი გამოიყენება: კონსულტაცია, სამედიცინო განათლება და ჯანმრთელობის ხელისშეწყობა. (სურათი 2.5)

კონსულტაცია ექიმსა და პაციენტს შორის, ყოველთვის ჯანდაცვის ნაწილი იყო, რის შედეგადაც პაცინეტი ჯანმრთელობის საკითხებში უფრო გათვიცნობიერებული ხდება. განათლება ჯანმრთელობის შესახებ, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნაწილს წარმოადგენდა, რაც ორიენტირებული იყო გარკვეული პოპულაციისთვის საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდებაზე. ჯანმრთელობის მხარდაჭერა მოიცავს ასევე სამედიცინო განათლებას, მაგრამ ჯანმრთელობის პრობლემებს კანონიერ დონემდე განიხილავს და პროცესში მთავრობისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩართვას ითვალისწინებს.

სურათი 2.5 ჯანმრთელობის კონსულტირება-ჯანმრთელობის განათლება-ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პარადიგმა



ჯანმრთელობის კონსულტაცია, განათლება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, საზოგადოების ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად ყველაზე ხარჯეფექტური პროცესებია. სამედიცინო დახმარების ფასის სწრაფი ზრდა, დაავადებათა პრევენციაზე, განათლებასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე ჯანდაცვის სისტემის აქცენტირებას განაპირობებს. ეს პროცესები სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე, კომერციულ დაწესებულებებში (მაგ. სავაჭრო ცენტრი) და დასასვენებელ კომლექსებში უნდა განხორციელდეს.

ფსიქოლოგმა აბრაამ მასლოუმ ადამიანთა მოთხოვნილებების იერარქია აღწერა. ყველა ადამიანს აქვს საბაზისო მოთხოვნები, როგორიცაა უსაფრთხოება, წყალი, საკვები, სითბო და თავშესაფარი. უფრო მაღალი ხარისხის მოთხოვნები, საზოგადოების მხრიდან აღიარებას და თვითრეალიზაციას მოიცავს. ამ ცნებებმა, ხელი შეუწყვეს ეფექტურობის შესწავლას, როგორიცაა ელტონ მეიოს კვლევა, რომელმაც ჰათორნის ეფექტი გამოავლინა: მუშაობის ეფექტურობა იზრდება, თუ მენეჯერი კარგად განუმარტავს მომსახურე პერსონალს, ორგანიზაციის ამოცანებს.(იხილეთ 10 თავი) ჯანდაცვის სისტემაში ეს ფენომენი ვლინდება არა მუშაობის ეფექტურობის გაზრდით, არამედ ჯანმრთელობის გამაუმჯობესებელი აქტივობის ზრდით.

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ამოცანაა, წაახალისოს საზოგადოება, შეცვალოს ცხოვრების წესი. ხანდახან საჭირო ხდება კანონის გამოყენება ან ჯარიმების დაკისრება, რისი მაგალითიცაა უსაფრთხოების ღვედის გამოყენების მანდატირება. ზოგიერთ შემთხვევაში, ეს გულისხმობს ინდივიდის მიერ ჩვევების გამომუშავებას, როგორიცაა პრეზერვატივის გამოყენება სქესობრივად გადამდები ინფექციებისა და აივ-გან თავის დასაცავად. დროთა განმავლობაში განვითარდა კონცეფცია: ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა,მოქმედება (KABP), კომპლექსი, რომელიც ადამიანის ქცევაზე ახდენს გავლენას (იხილეთ თავი 3). ხშირად ცოდნასა და ქმედებას შორის კავშირი არ არის, მაგალითად, უსაფრთხოდ ავტომობილის მართვის წესების ცოდნა, შესაბამის ქმედებას ყოველთვის არ იწვევს. (KAP) რწმენის მოდელი საგანმანათლებლო პროგრამის საფუძველია, რაც გულისხმობს ინდივიდის მზაობას, იმოქმედოს დაავადების საფრთხის გაცნობიერების შემდეგ, დაავადების სიმძიმის აღქმისა და ჯამრთელობის მნიშვნელობის გაცნობიერების შემდეგ. ინდივიდის ქმედება, შეიძლება შეშფოთების ან გათვიცნობიერების შედეგად იყოს გამოწვეული. სწორი ქმედების შემაფერხებელი ფაქტორი, შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური, ფინანსური ან ფიზიკური, რაც მოიცავს ასევე შიშს და დროის უკმარისობას. დაავადების რისკფაქტორების თავიდან აცილება თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ამოცა-

ნაა. რწმენის მოდელი გულისხმობს, ემოციური და ინტელექტუალური ბარიერების დარღვევას, დაავადების პრევენციის და მკურნალობის მისაღწევად.

ინდივიდის და საზოგადოების ჯანმრთელობის საკითხებში გათვიცნობიერებას მოსახლეობის ზოგადი განათლების დონე განსაზღვრავს. განვითარებად ქვეყნებში დაწყებითი განათლების მქონე ქალები, უფრო წარმატებულად ზრუნავენ ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე, ვიდრე ის ქალები, რომელთაც საერთოდ არ აქვთ განათლება. 1920-იან წლებში ჩრდილოეთ ამერიკაში სოფლის მეურნეობის გაფართოებამ ჯანსაღი კვების საკითხებში გაუნათლებელი და ღარიბი ფერმერების გათვიცნობიერებას ხელი შუწყო. შემდეგ, როცა ამას ჯანმრთელობის საკითხებში დაწყებით სკოლებში საბაზისო განათლება დაემატა, ახალ თაობაში ინფორმირებულობის დონე მნიშვნელოვნად ამაღლდა. დიაბეტის და გულის იშემიური დაავადების მქონე პაციენტებში მეორადი პრევენცია, რაც მიოკარდიუმის ინფარქტის თავიდან აცილებას გულისხმობს, მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული, ამ პაციენტთა მიერ ჯანსაღი კვების და ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელობის გაცნობიერებაზე.

ოტავას წესდება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ პირველი საერთაშორისო კონფერენცია დააფინანსა, რომელიც კანადაში, ოტავაში 1986 წელს ჩატარდა. ოტავას წესდებაში მოქმედების 5 საკავანძო სფერო განისაზღვრა: ჯანსაღი საზოგადოებრივი პოლიტიკის ჩამოყალიბება, ჯანსაღი მხარდამჭერი გარემოს შექმნა, საზოგადოებრივი მოქმედების გაძლიერება, პერსონალური უნარების განვითარება, ჯანდაცვის სერვისების რეორიენტირება. ოტავას წესდება მოუწოდებდა სახელმწიფოებს:

> „ჩასვით ჯანმრთელობა, მთავრობის ყველა სექტორის და ყველა დონის დღის წესრიგში, განსაზღვრეთ ჯანმრთელობაზე, თქვენი ქმედების მოქმედი შედეგები, აიღეთ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე პასუხისმგებლობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, აერთიანებს განსხვავებულ, მაგრამ ურთიერთდამოკიდებულ მიდგომებს, მათ შორის, კანონმდებლობას, ფინანსურ ღონისძიებებს, დაბეგვრას და ორგანიზაციულ ცვლილებებს. ეს არის კოორდინაციული პროცესი, რომლის შედეგადაც ვიღებთ ჯანმრთელობის, ფინანსურ სოციალურ და პოლიტიკურ თანასწორობას. საერთო ქმედებები, ხელს უწყობს უსაფრთხო, ჯანსაღი პროდუქციის, სერვისების და სუფთა, სასიამოვნო გარემოს შექმნას. ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანია, არაჯანსაღ სექტორში ჯანმრთელობის ბარიერების განსაზღრა და მათი დანგრევის გზების მოძიება. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანია, რომ პოლიტიკოსებისთვის ჯანსაღი არჩევანი, იყოს ასევე ადვილად მისაღწევი არჩევანი.“ (Health ans Welfare Canada- World Health Organization, 1986.)

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო და სათემო მოდელები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ყველაზე ეფექტური მეთოდი ავსტრალიაში, ვიქტორიას შტატში შეიქმნა, სადაც თამბაქოს მწარმოებელი კომპანიების გადასახადები, მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის ფინანსირებას ხმარდებოდა. ამ მოდელის საშუალებით ხდება თამბაქოს მოხმარების წინააღმდეგ ბრძოლა და ამასთანავე ჯანდაცვის სხვა პროგრამების დაფინანსებაც. ეს პროგრამა ასევე ითვალისწინებს სპორტულ ღონისძიებებზე და ტელევიზიის საშუალებით თამბაქოს რეკლამირების შეწყვეტას. პროცესში ჩართული უნდა იყოს საზოგადოება და ადგილობრივი მმართველობა, რათა სკოლებში, სამუშაო და დასასვენებელ ადგილებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზება მოხდეს. სამუშაო ადგილებზე გათვლილი ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისების პროგრამა უზრუნველყოფს სამუშაო საფრთხის შემცირებას, ასევე ჯანსაღი კვების, ფიზიკური აქტივობის დანერგვას მოსახლეობაში და რისკ-ფაქტორების, როგორიცაა სიგარეტის მოწევა და ალკოჰოლის მავნე მოხმარება, თავიდან აცილებას.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ავსტრალიური მოდელი, არ გულისხმობს მხოლოდ მოსახლეობის დარწმუნებას ცხოვრების წესის შესაცვლელად. ამ მოდელის მიხედვით, ასევე ხდება გარემოზე კანონით გათვალისწინებული ზემოქმედება. მაგალითად, ხდება სასმელი წყლის მანდატირებული ფილტრაცია, ქლორირება და ფთორიზაცია, წყლით გავრცელებადი ინფექციური დაავადებების და კარიესის პრევენციის მიზნით. გარდა ამისა, ხდება მიკრონუტრიციული დეფიციტის

საპრევენციოდ ვიტამინებით და მინერალებით საკვების გამდიდრება. ეს ქმედებები აყვანილია სახელმწიფო პოლიტიკის დონემდე და ჯანმრთელობის მხარდაჭერისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისების პროგრამის განხორციელებისთვის დიდი მნიშვნელობა გააჩნია.

ქრონიკული დაავადებების შესამცირებლად საზოგადოებაზე ორიენტირებული პროგრამა ფინეთში და ჩრდილოეთ კარელიაში შეიქმნა. ფინეთში, განსაკუთრებით კი ჩრდილოეთ კარელიაში, გულის კორონარული დაავადების მაღალი ინციდენტობა აღინიშნებოდა და დაავადებული მოსახლეობის მოთხოვნის შედეგად შეიქმნა პროექტი კარდიოვასკულური დაავადებების რისკფაქტორების შესამცირებლად. პროექტში ჩართული იყო რეგიონის მთელი მოსახლეობა, მმართველი სტრუქტურების და არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩათვლით. 15 წლის შემდეგ, ჩრდილოეთ კარელიაში და შესადარებლად აღებულ მეზობელ რეგიონში, სიკვდილიანობა კარდიოვასკულური დაავადებებისგან, მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა აღსანიშნავია, რომ ჩრდილოეთ კარელიაში ეს პროცესები უფრო ადრე დაიწყო.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებში საზოგადოების აქტიური მონაწილეობა დაიწყო პროცესში არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩართვით. „ჯანსაღი გულის პროგრამის“ განვითარებაში, დიდი წვლილი შეიტანა ღონისძიებებმა, რომლებიც საქველმოქმედო ორაგნიზაციების, სკოლებისა და ეკლესიების მიერ ფინანსდებოდა. ჯანდაცვის პროგრამებში საზოგადოების მასობრივი ჩართვის მაგალითია, საერთაშორისო მოძრაობა “ ჯანსაღი ქალაქი“.

ჯანსაღი ქალაქი/მუნიციპალიტეტი

„ჯანსაღი ქალაქების“ ასოციაცია ჰიგიენური მოძრაობის რეფორმატორი ლიდერის საუსვუდ სმიტის მიერ 1844 წელს შეიქმნა, დიდი ბრიტანეთის ქალაქების მოსახლეობის, აუტანელი საცხოვრებელი პირობების შესამცირებლად. სხვადასხვა ქალაქებში ამ ასოციაციის ფილიალები შეიქმნა. „ჯანსაღი ქალაქების“ ასოციაცია, აქცენტს აკეთებდა ქალაქის ჰიგიენური მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, რადგან მიიჩნევდა, რომ მჭიდროდ დასახლებული მოსახლეობა, არაადეკვატური სანიტარული პირობები, დაბინძურებული სასმელი წყალი და საკვები, ხელს უწყობდა ინფექციური ეპიდემიების აფეთქებას. 1980 წელს ილონა ქიქბუშმა და თრევორ ჰენკოკმა მოსაზრება გამოთქვეს, რომ ადგილობრივმა მმართველობამ ქალაქის განვითარების პროგრამების დაგეგმვის პროცესში ქალაქის ჯანმრთელობის პრობლემები უნდა გაითვალისწინოს.

ცხრილი 2.5 ჯანსაღი ქალაქის მახასიათებლები

1. უსაფრთხო,სუფთა ფიზიკური გარემო.
2. სტაბილური, მდგრადი ეკოსისტემა.
3. ძლიერი, თანამდგომი, არასამთავრობო საზოგადოება.
4. მოსახლეობის კეთილდღეობასა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში საზოგადოების აქტიური მონაწილეობა.
5. ყველა ქალაქის მოსახლეობისთვის ძირითადი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება (წყალი, საკვები, თავშესაფარი, შემოსავალი, უსაფრთხოება, სამუშაო).
6. ურთიერთობების და კომუნიკაციების მრავალფეროვნება.
7. მრავალფეროვანი, ცოცხალი და ინოვაციური ქალაქი.
8. კულტურულ, ბიოლოგიურ მემკვიდრეობასთნ კავშირი.
9. ამ ამოცანის შესაბამისი (შედარებადი მიზნებთან) ფორმა.
10. ჯანდაცვისა და სამედიცნო მომსახურების ოპტიმალური ხარისხი.
11. ჯანმრთელობის მაღალი სტატუსი, დაავადებათა დაბალი დონე.

წყარო: *WHO. Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project. Second Edition. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1995.*

„ჯანსაღი ქალაქი“ არის პროგრამა, რომელიც გულისხმობს, მოსახლეობის ჩართვას ჯანდაცვის სისტემის აქტივობაში. (ცხრილი 2.5) ეს აქტივობებია: გარემოს გაუმჯობესების პროექტების განხორციელება, ახალგაზრდების დასასვენებელი ადგილების გაუმჯობესება ძალადობის და ნარკომანიის შესამცირებლად, ძუძუს კიბოს, ჰიპერტენზიის სკრინინგული პროგრამები. ეს პროგრამა რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტრადიციის გამგრძელებელია და

კონსუმერიზმთან ჯანსაღი ცხოვრების წესის წახალისების პროგრამას აერთიანებს.

ქალაქის მუნიციპალიტეტი არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად ქალაქის ფიზიკური და სოციალური გარემოს გაუმჯობესებაზე და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნავს. 1986 წელს მოძრაობა „ჯანსაღი ქალაქი“ მოიცავდა 18 ქალაქს, ხოლო 1995 წელს – 18 ქვეყნის 375 ქალაქს.

მონრეალში „ჯანსაღი ქალაქის“ პროგრამა 1988 წლიდან მოქმედებს (ცხრილი 2.6). ეს არის ტიპიური პროექტი „ჯანსაღი ქალაქი„. ეს არის ქალაქი, რომლის ფართობია 177 კმ², მოსახლეობა კი – 1.02 მილიონი, რომელთა 61 % ფრანგულენოვანია. ოჯახის საშუალო შემოსავალი 26,300 კანადური დოლარია. ქალაქის მოსახლეობა სამეზობლოებადაა დაყოფილი, რომლებიც პროექტში „ჯანსაღი ქალაქი“ აქტიურ მონაწილებას იღებენ. პროექტში „ჯანსაღი ქალაქი“ ჩართულია მუნიციპალიტეტი და მოხალისეთა ჯგუფები, რომლებიც გარემოსა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე ზრუნავენ.

ცხრილი 2.6. მონრეალის ჯანსაღი ქალაქის პროგრამა

1. უსიამოვნებების, ჩხუბის შემთხვევების შემცირება.
2. ბაღები ღარიბ უბნებში.
3. დაწყებითი და საშუალო სკოლების გაუმჯობესება.
4. უბნების პროფილი.
5. კოოპერატიული სახლები ღარიბი ოჯახებისთვის.
6. კულტურათშორისი კავშირები.
7. რეკრეაციული დაწესებულებები ახალგაზრდობისთვის.
8. მიგდებული ტერიტორიების აღდგენა.
9. საზოგადო პარკების გაფართოება.
10. ახალგაზრდული და საზოგადოებრივი საქმიანობა.
11. ხეების დარგვა.
12. ნარკომანიის და კრიმინალის გარემოს შემცირება.

წყარო: *Montreal Healthy Cities Project, 1994.*

სოციალური ეკოლოგია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ადამიანთა ეკოლოგია, როგორც ტერმინი 1921 წელს პარკისა და ბერკესის მიერ შეიქმნა. ის განვითარდა, როგორც დემოგრაფიის დარგი და სამედიცინო სოციოლოგიასთან ერთად, დაავადებათა სოციალურ და კულტურულ კონტექსტებს, სხვადასხვა დაავადების რისკ-ფაქტორებს და ადამიანის ქცევას შეისწავლის.

პარალელურად ფსიქოლოგიის ქვედარგები ჩამოყალიბდა: სოციალური, საზოგადოების და გარემოს ფსიქოლოგია. ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია გახდა დისციპლინა, რომელსაც ასწავლიდნენ სკოლებში, სამხედრო მედიცინაში. ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისების იდეა, ნაწილობრივ, ლალონდის ჯანმრთელობის სფეროს კონცეფციიდან, ნაწილობრივ კი, 1970 წლებში გავრცებეული აზრისგან დაიბადა, რომლის მიხედვითაც, მხოლოდ კლინიკური სამედიცინო დამხარების გაუმჯობესება, ვერ უზრუნველყოფს პოპულაციის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. ადამიანის ქცევის, გარემოს გაუმჯობესების და სოციალური ინჟინერიის ინტეგრაციამ, ხელი შეუწყო ჯანმრთელობის პრობლემებისადმი სოციალურ-ეკოლოგიური მიდგომის შექმნას. (ცხრილი 2.7)

ინდივიდის ქცევას მრავალი გარემო ფაქტორი განსაზღვრავს, ხოლო საზოგადოების ჯანმრთელობა, ინდივიდუალურ ქცევაზეა დამოკიდებული. ეკოლოგიური მიდგომის მიზანია, საზოგადოების ქცევა ისე შეცვალოს, რომ შედეგად მივიღოთ, პოპულაციის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. ეკოლოგიური მიდგომა ითვალისწინებს პოლიტიკურ, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოს და მოითხოვს საზოგადოებრივ, რეგიონულ და ეროვნულ მოქმედებას, ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემების გადასაწყვეტად, როგორიცაა: მაგალითად, შიდსი, ტუბერკულოზი, მალნუტრიცია, კარდიო-ვასკულური და ავთვისებიანი დაავადებები, ძალადობა და ტრავმა.

ცხრილი 2.7 ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიდგომა: ქცევის მოდიფიკაცია, გარემოს გაფართოება, სოციალური ეკოლოგია

ჯანმრთელობის ქცევის მოდელი, ცხოვრების წესის მოდიფიკაცია	სოციალური ეკოლოგიის მიდგომა	გარემოს გაფართოება (ეროვნული, საქალაქო და საზოგადოებაზე ორიენტირებული)
ქცევის მოდიფიკაცია. სოციალური სწავლების თეორია. ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი. მოტივირებული ქცევის თეორია. დაგეგმილი ქცევის თეორია. რისკის აღქმის თეორია. შიშის ჩანერგვა. დაცვით-მოტივირებული თეორია. ჯანმრთელობის კომუნიკაციები. მასმედია.	ჯანმრთელობის კულტურული ცვლილების მოდელები. ჯანმრთელობის ბიოფსიქოსოციალური მოდელები. ცხოვრების სტრესული მომენტები. ადამიანის განვითარების ეკოლოგია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფსიქოლოგია. სამედიცინო სოციოლოგია. ეთნოგრაფია. სოციალური ეპიდემიოლოგია. სოციალური ეკოლოგია. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა თემში. საჯარო პოლიტიკის ინიციატივები. ჯანმრთელი თემები.	ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. გარემოს ჯანმრთელობა. ინდუსტრიული ჰიგიენა. სოციალური უსაფრთხოება. სოციალური მხარდაჭერა. საზოგადოებრივი ორგანიზაციები. ერგონომიკა/ადამიანური ფაქტორები. ჯანმრთელობის მონიტორინგის ეპიდემიოლოგია. ქალაქის დაგეგმარება, არქიტექტურა. სახლების მშენებლობის რეგულირება. ტრავმების და კატასტროფების კონტროლი. საკვებისა და წამლების კონტროლი. კვებისა და საკვები პროდუქტების ფორტიფიკაცია.

წყარო: Modified from Stokols, D. 1996. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion* 10: 282–298.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტანდარტების განსაზღვრა

ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციამ (APHA) 1996 წლის ყოველწლიურ შეხვედრაზე გამოაქვეყნა დოკუმენტი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომავალი ამერიკაში„, რომელიც წარმოადგენდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის როლის ფორმულირებას. მას შემდეგ პერიოდულად ხდება ფედერალური, საშტატო ან რეგიონული მმართველობის მიერ შექმნილი ჯანმრთელობის სისტემის სტანდარტების და გაიდლაინების გადახედვა. (ცხრილი 2.8) ეს განსაკუთრებით წინდახედული ქმედებაა აშშ-ს მხრიდან, რადგან ამ ქვეყანაში, არ მოქმედებს უნივერსალური ჯანმრთელობის დაზღვევა. აშშ-ს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემა განსაზღვრავს რისკ-ჯგუფებს, რომლებიც განსაკუთრებულ მზრუნველობას საჭიროებენ, რათა ეს მოთხოვნები სხვადასხვა გზებით დააკმაყოფილონ.

ცხრილი 2.8 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები, ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია, 1995 წ.

ხედვა	ჯანმრთელი ადამიანები ჯანმრთელ საზოგადოებაში.
მისია	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაავადებების პრევენცია.
მიზნები	ეპიდემიების და დაავადებების გავრცელების პრევენცია. გარემოს კატასტროფებისგან დაცვა. ტრავმების პრევენცია. ჯანსაღი ქცევის წახალისება. კატასტროფებზე რეაგირება და დაზარალებულთა დახმარება. ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, საზოგადოების პრობლემების იდენტიფიკაცია.
ძირითადი და აუცილებელი სერვისები	ჯანმრთელობის მონიტორინგი, საზოგადოების პრობლემების იდენტიფიკაცია. საზოგადოებაში ჯანმრთელობის პრობლემების აღმოჩენა და გამოკვლევა. ჯანმრთელობის საკითხებში მოსახლეობის განათლება. ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პოლიტიკისა და გეგმების ჩამოყალიბება. ჯამრთელობის დამცველი კანონებისა და დებულებების აღსრულება. ხალხის სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირება და სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ექსპერტული ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფა. ჯანმრთელობის სერვისების ეფექტურობის, ხელმისაწვდომობის, ხარისხის შეფასება. ჯანდაცვის პრობლემების ახლებური ხედვა და ინოვაციური გადაჭრა.

წყარო: *American Public Health Association, The Nation's Health, March, 1995.*

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტეგრაციული მიდგომა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მოიცავს, როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ მიდგომებს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პირდაპირ ზომებს მიეკუთვნება, ბავშვთა იმუნიზაცია, შობადობის კონტროლი, ჰიპერტენზიის და დიაბეტის შემთხვევების გამოვლენა. არაპირდაპირი მეთოდებია: გარემოს უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, სუფთა წყლის მიწოდება, კვების ხარისხის გაუმჯობესება, საკანალიზაციო სისტემის მოწყობა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პირდაპირი და არაპირდაპირი მიდგომები ურთიერთდამოკიდებულია. დიარეით ავადობის და სიკვდილიანობის შესამცირებლად აუცილებელია სუფთა წყლის შესაბამისი მარაგის არსებობა, ასევე ჰიგიენური წესების ცოდნა და დედის მიერ ორალური რეჰიდრატაციული თერაპიის ჩატარების უნარი. მაშასადამე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამიზნეს წარმოადგენს: ინდივიდი, ოჯახი, საზოგადოება და ერი.

ინფექციური დაავადებებისგან დაცვის სამიზნეა ინდივიდი და რისკ-ჯგუფის წარმომადგენელი. იმუნიზაციის სამიზნეა ინდივიდი, მაგრამ ასევე ამცირებს არაიმუნიზებული პირებისთვის დაავადების ალბათობას. გარკვეული დაავადებების შემთხვევის გამოვლენა და მართვა ხელს უწყობს, საზოგადოებაში ამ დაავადების რისკის შემცირებას. მაგალითად, აუცილებელია რისკ-ჯგუფებში ტუბერკულოზის გამოვლენა და შესაბამისი თერაპიის ჩატარება. მალარიის გამოვლენა და მკურნალობა, აუცილებელია პოპულაციაში მატარებელთა და შესაბამისად ტრანსმისიის შესამცირებლად.

არაინფექციური დაავადებების კონტრო-

ლი, დამყარებულია კომპლექსზე: ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა, მოქმედება (KABP). ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა სოციალურ კონტექსტს და სამედიცინო დახმარების ხარისხს ენიჭება. არაინფექციური დაავადებების კონტროლისთვის, გამოიყენება ინდივიდზე და პოპულაციაზე ორიენტირებული მეთოდები. ინდივიდუალური მიდგომა გულისხმობს დაავადების ადრეულ გამოვლენის და მკურნალობის შედეგად რისკის შემცირებას. პოპულაციაზე ორიენტირებული ანუ არაპირდაპირი მეთოდია, მთავრობის მიერ თამბაქოს რეკლამირების აკრძალვა ან სიგარეტის მწეველთათვის ჯარიმის დაკისრება. კარდიოვასკულური დაავადებების კონტროლის ნაწილია ხორცში ცხიმის შემცველობის შემცირება და საკვების მარკირების კანონი.

მრავალი ინფექციური დაავადების რისკის გაზრდა ინდივიდუალურ ქცევასთანაა დაკავშირებული. ინდივიდის ქცევის შეცვლა ნიშნავს, მისი მოთხოვნილებების მიმართულების შეცვლას. ამის მიღწევა შესაძლებელია, ინფორმაციის მიწოდების გზით, თუმცა ინდივიდის მოთხოვნილებების ჩამოყალიბება, უფრო რთული საკითხია. ინდივიდი შესაძლოა აღიქვამდეს საკუთარ მოთხოვნილებებს, საზოგადოებისა და ჯანდაცვის სისტემისგან განსხვავებული სახით. ქალებში მწეველობის შემცირება შეიძლება რთული იყოს, რადგან არსებობს სოციალური აზრი – „სიგამხდრე – სილამაზეა„, თამბაქო კი შიმშილის გრძნობის დაქვეითებას და, შესაბამისად, მიღებული საკვების რაოდენობის შემცირებას იწვევს. მწეველობის შემცირება ახალგაზრდებშიც ძნელია, რადგან მოწევა მოდურია, ფილტვის კიბო კი, ძალიან შორეული პერსპექტივაა. ცოდნა იმისა, თუ როგორ განსაზღვრას საკუთარ მოთხოვნილებებს ინდივიდი, ჯანდაცვის სისტემას ეხმარება შექმნას პროგრამები, რომლებიც ინდივიდის ქცევაზე ახდენს გავლენას.

რადგან ჯანდაცვის სისტემას რეფორმის შედეგად აქვს როგორც ინდივიდუალური, ისევე პოპულაციაზე ორიენტირებული მიდგომა, ის დაკავშირებული გახდა, უფრო ფართო პრობლემებთან. საზოგადოებრივ ჯანდაცვას და კლინიკურ მედიცინას ქრონიკული დაავადებების მართვის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისების და ეკონომიკაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის რეფორმის გატარების სახით, საერთო მიზნები გააჩნია. ამასთანავე სოციალურ-ეკოლოგიურმა მიდგომამ წარმატებას მიაღწია სხვადასხვა დაავადებების, მათ შორის, გულის დაავადებების და შიდსის, შემცირებაში, ხოლო ბიოსამედიცინო მეცნიერებმა, ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების საპრევენციოდ, როგორიც არის კიბო, გულის დაავადებები, გენეტიკური დარღვევები და ინფექციური დაავადებები ახალი ტექნოლოგიები შექმნეს.

ახალმა ტექნოლოგიებმა შეცვალეს ძველი, ნაკლებად ეფექტური სამედიცინო დახმარების ფორმები და ამასთანავე გამოიწვიეს, სამედიცინო დახმარების ღირებულების მნიშვნელოვანი ზრდა. ამავე დროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემა გახდა მიკროორგანიზმები, რომლებიც რეზისტენტულნი გახდნენ ანტიბიოტიკებისა და პესტიციდების მიმართ. ახალი თაობის ანტიბიოტიკებმა, ანტიდეპრესანტებმა, ანტიჰიპერტენზიულმა და სხვა პრეპარატებმა, მრავალი დაავადების მკურნალობის სქემა შეცვალეს. ბიოსამედიცინო მეცნიერებათა მიღწევები, პრევენციისა და მკურნალობის ახალ საშუალებებს ქმნიან და გავლენას ახდენენ სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობაზე.

ჯანდაცვის სისტემაში ტექნოლოგიურმა და ორგანიზაციულმა რევოლუციამ მრავალი ეთიკური, ეკონომიკური და იურიდიული საკითხი წამოჭრა. ჯანდაცვის სისტემის კომპეტენციაში შედის გულის გადანერგვა და სხვა ძვირადღირებული სიცოცხლის შემანარჩუნებელი პროცედურები, რომლებიც ღარიბ ბავშვთა იმუნიზაციის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისების პროგრამებს, დაფინანსების მოპოვებაში კონკურენციას უწევენ. მწვავე მდგომარეობების, როგორიცაა მიოკარდიომის ინფარქტი და პეპტიური წყლული, მკურნალობის ახალი მეთოდები, ხელს უწყობს საწოლდღეების შემცირებას, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ზოგ შემთხვევაში ნაკლები ღირებულების მქონე ინტერვენციის შედეგად, უკეთესი გამოსავალი მიიღება. რესურსების განაწილების პროცესი რთულია და საზოგადოების ინფორმირებულობაზე და პაციენტის უფლებების იურიდიულ დაცვაზეა დამოკიდებული. ცხრილში 2.9 წარმოდგენილია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფართო მეთოდოლოგიის შემადგენელი ნაწილები.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 1995 წლის შეხვედრის თემა იყო „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალი გამოწვევები„, სადაც ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა წარმოადგინეს, არა როგორც ტრადიციული ჯანდაცვის ქვედარგი, არამედ, როგორც მისი გაფართოებული ფორმა. ასევე წარმოადგინეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოლიტიკის განვითარებაში საზოგადოების მონაწილეობის მაგალითები, რომლებიც ცხოვრების ჯანსაღი წესის წახალისებას, დაავადებების პრევენციას, უწყვეტი განვითარების ჩარჩოებში თანასწორობის მიღწევას შეეხებოდა. თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემამ უნდა გააგრძელოს ტრადიციული სანიტარიული და დამცველი ფუნქციების შესრულება და მარეგულირებელი საქმიანობა, მაგრამ ამასთავე:

„ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არის არა კონცეფცია, არამედ ფილოსოფია, რომელიც ცდილობს გააფართოოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძველი გაგება. ის ზრუნავს არა მარტო ინდივიდუალურ, არამედ საზოგადოების ჯანმრთელობაზე და ცდილობს ჯანდაცვის თანამედროვე ამოცანების გადაწყვეტას, როგორიცაა სამედიცინო დახმარების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა, პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური განვითარება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანია შექმნას ჯანმრთელობის განვითარების ჩარჩო, რათა უზრუნველყოს ჯანმრთელობის იურიდიული დაცვა. გარდა ამისა ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზანია განხორციელებადი ამოცანების დასახვა თანამედროვე აქტუალური პრობელემების გადასაწყვეტად.“ (წყარო:Ncayiyan *et al*, 1995)

ცხრილი 2.9 საწყისი და სინთეზი ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

კლასიკური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა	სოციალური ეკოლოგია	ბიოსამედიცინო სფერო	ორგანიზება და დაფინანსება
მე-19 საუკუნის დასასრული			
საკვებისა და პირადი ჰიგიენა.	ეკლესია და მონობა.	ძირითადი მეცნიერებები.	კერძო გადახდები მდიდრებისთვის.
ჯანმრთელობა დასახლებაში (სოფელი, დაბა, ახალშენი).	აღორძინებ.ა	კლინიკური მეცნიერებები.	მუნიციპალური ექიმები ღარიბებისთვის.
კარანტინი.	რევოლუცია სოფლის მეურნეობაში.	სამედიცინო განათლება.	ქველმოქმედება, ეკლესია, ნებაყოფლობითი ჰოსპიტალური დახმარება
საკვები/ვარგისიანობა.	გაუმჯობესებული საკვები.	საავადმყოფოები: საეკლესიო, მუნიციპალური, საუნივერსიტეტო, ნებაყოფლობითი	საამქრო, ურთიერთსარგებელი, მეგობრული საზოგადოებები -სამედიცინო, პენსიების და რიტუალური სერვისებისთვის.
რუტინული სტატისტიკა.	ქალაქების წარმოშობა.	სპეციალიზაცია.	ნაციონალური ჯანმრთელობის დაზღვევა ოჯახებისა და მომუშავეთათვის.
ეპიდემიოლოგია.	მამაკაცთა უფლებები.	თერაპია.	დაავადებათა ფონდები და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა.
სანიტარია, მიაზმის თეორია.	სამრეწველო რევოლუცია.	ანტისეფსისი.	

მუნიციპალური ორგანიზაცია.	შრომითი კანონმდებლობა.	ვაქცინები.	
ბაქტერიოლოგია, გერმთეორია.	უნივერსალური განათლება.	რენტგენი.	
ვაქცინები, იმუნოლოგია.	პოლიტიკური რევოლუცია.		
ინფექციური დავადებების კონტროლი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. სამედიცინო განათლება.	საინფორმაციო რევოლუცია.		

1980-იანი წლები

ეპიდემიოლოგიური განვითარება გარდამავალ პერიოდში.	მოსახლეობის დაბერება.	სამედიცინო მეცნიერებების წინსვლა.	კოლექტიური ვაჭრობა.
სიკვდილობის შემცირება. შობადობა. მოსახლეობის დაბერება.	მზარდი მოლოდინი.	კლინიკური სპეციალიზაცია.	ჯანმრთელობის სარგებლიანობა.
დემოგრაფიული განვითარება გარდამავალ პერიოდში.	ცხოვრების წესი და რისკ-ფაქტორები.	დიაგნოსტიკა, გრაფიკა, ლაბორატორიული ტექნოლოგიები.	სახელმწიფო პასუხისმგებლობა.
ინფექციური დაავადებების შემცირება.	სოციალური თანასწორობა.	თერაპია, ანტიბიოტიკები, ანტიჰიპერტენზიული, კარდიალური, ფსიქოტროპული პრეპარატები.	ნაციონალური სამედიცინო დაზღვევა ან ნაციონალური სამედიცინო მომსახურება.
არაინფექციური დაავადებების მატება.	სოციალური დაცვა.	პრევენციული მედიცინა.	ფასების ზრდა ჯანდაცვაში.
საერთაშორისო ჯანდაცვა.	სოციალური კეთილდღეობა.	მომსახურება ბინაზე.	ჰოსპიტალური და პირველადი ჯანდაცვის დისბალანსი.
ყვავილის ერადიკაცია (აღმოფხვრა).	მთავრობის პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობაზე	გრძელვადიანი მომსახურება.	ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია.
	ადვოკატირება.	საზოგადოებრივი და ჰოსპიტალური მომსახურების შედარება.	დანახარჯების შეფასება.
	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.	ამბულატორიული ქირურგია.	რეგიონალიზაცია.
			რეფორმები.

2000 წელი და შემდგომი პერიოდი – ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

პოლიტიკის კოორდინაცია.	ნაციონალური ჯანდაცვის პოლიტიკა.	სამედიცინო უნივერსიტეტი.	ჯანდაცვის ნაციონალური მიზნები.

ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება.	რესურსების განაწილება.	ასპირანტურა.	დეცენტრალიზაცია
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.	ეკონომიკური განვითარება.	სამედიცინო მენეჯმენტის სწავლება.	რაიონული სამედიცინო სისტემები.
რეგულაცია: საკვების, წამლების, წყლის, ტოკსიკური ნივთიერებების, ტრავმების, გარემოს რისკფაქტრების	სოციალური კონტექსტი.	საექსპერტო შეფასება.	მართვადი ჯანდაცვის სისტემები.
გადამდები დაავადებების კონტროლი.	სოციალური დაცვა.	აკრედიტაცია.	შეცვლილი საბაზრო მექანიზმები, მოწოდების რეგულაცია, ინცენტივები, ფასის კონტროლი, კონკურენცია, მართვადი მომსახურება.
ქრონიკული დაავადებების კონტროლი.	ეკოლოგია და გარემო.	მომსახურების ხარისხი.	მენეჯმენტის ანგარიშვალდებულება.
რისკფაქტორების შემცირება.	კვებისა და საკვები პროდუქტების პოლიტიკა.	მიზნობრივი კვლევები.	ეკომომიკური შეფასება.
სპეციალური საჭიროების ჯგუფი.	საზოგადოების ჯანმრთელობის პოლიტიკა.	ურთიერთბალანსი: ჰოსპიტალური, საზოგადოებრივი, გრძელვადიანი, ბინაზე, მოხუცთა თავშესაფარში, კომუნალური მომსახურება.	ინტეგრირებული სამედიცინო სისტემები.
მენტალური ჯანმრთელობა.	ჯანმრთელი საზოგადოება.	ინტეგრირებული სამედიცინო სისტემები.	
სტომატოლოგია.	ინტერსექტორ-ული თანამშ-რომლობა.	მომსახურების მართვადი სისტემები.	
სამედიცინო საინფორმაციო სისტემები.	ადვოკატირება.	ეთიკური საკითხები.	
ეპიდემიოლოგიური სისტემები	ვოლუნტარიზმი.		
მენეჯმენტი და დაგეგმვა.	საზოგადოების მონაწილეობა.		

ამგვარად, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა განვითარებადი კონცეფციაა, რომელიც მსოფლიო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იდეებს და გამოცდილებას ეყრდნობა. მის განვითარებაზე დიდი გავლენა მოახდინა სამედიცნო დახმარების ხელმისაწვდომობის დაბალმა მაჩვენებელმა, იმ განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, რომელთაც უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამა აქვთ და ასევე სახელმწიფოს მიერ მართული პროგრამების სხვადასხვა დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლაში დამარცხებამაც. მსოფლიო ბანკის მიერ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სამედიცნო დახმარების ხარჯეფექტურობის შეფასებამ, ასევე ხელი შეუწყო

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი მიდგომების შექმნას. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არის ტრადიციული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პერსონალური სერვისების მენეჯმენტის და საზოგადოებრივი აქტივობის სინთეზი, რასაც ჰოლისტიკური მიდგომა ეწოდება.

ისტორია

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ისევე, როგორც კლინიკური მედიცინის, ამოცანა ინდივიდუალური და საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. ამ ამოცანის განსახორციელებლად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა იყენებს, როგორც არაპირდაპირ მეთოდებს, როგორიცაა გარემოს გაუმჯობესება, ასევე პირდაპირ მეთოდებს, როგორიცაა დედათა და ბავშვთა დაავადებების პრევენცია. კლინიკური მედიცინა, ფოკუსირებულია დაავადებულ ინდივიდუალურ პაციენტზე. მაგრამ ინდივიდუალური ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ჯანდაცვის და სოციალურ პროგრამებზე, ისევე, როგორც მოქალაქეთა კეთილდღეობაა დამოკიდებული ინდივიდუალურ ჯანმრთელობაზე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამები ინდივიდუალურ და საზოგადოების ჯანდაცვას აერთიანებენ.

ტრადიციული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრეროგატივას წარმოადგენდა საკვების, ჰაერის და წყლის უსაფრთხოებაზე ზრუნვა. მისი სამიზნე, ასევე იყო ინფექციური დაავადებებით, ტოქსიკური ზემოქმედებით და ტრავმით გამოწვეული სიკვდილი, რაც ხშირი იყო ახალგაზრდა ღარიბ მოსახლეობაში. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შექმნის მიზეზი

ჩანართი 2.11 ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განმარტება

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არის ყოვლისმომცველი მიმდგომა. მისი მიზანია ინდივიდუალური და საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება, სანიტარიული და გარემო პირობების გამოსწორების და პერსონალური და საზოგადოებაზე ორიენტირებული პრევენციული სერვისების საშუალებით.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა საჭიროებს ცენტრალური და რეგიონული მთავრობის და არასამთავრობო ორგანიზაციების თანამშრომლობას ჯანსაღი სოციალური, საკვები და ფიზიკური პირობების შესაქმნელად. სერვისების ხარისხი, ორგანიზებულობა და მენეჯმენტი მათი წარმატებული განხორციელების აუცილებელი პირობაა.

როგორც ცენტრალიზებული, ასევე დეცენტრალიზებული ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა სპეციფიკური ამოცანების და განსაზღვრული მიზნების განხორციელებისკენ უნდა იყოს მიმართული. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მრავალ უწყებასთან თანამშრომლობს: მთავრობა, მსგავსი სამინისტროები, აკადემიური, პროფესიული და მომხმარებელთა უფლებების დამცველი ინტერესთა ჯგუფები, კერძო და სახელმწიფო საწარმოები, სადაზღვევო კომპანიები, ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელი საწარმოები, სოფლის მეურნეობის და საკვების ინდუსტრია, მედია, გასართობი და სპორტული ინდუსტრიები, საკანონმდებლო ორგანოები.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა პასუხისმგებელია გარკვეულ პოპულაციაში ფინანსური სისტემების მხარდაჭერით, ეფექტური მენეჯმენტის და ფინანსური, ადამიანური და სხვა რესურსების ხარჯეფექტური განკარგვის გზით, დასახული ამოცანები განახოციელოს. ამავე დროს აუცილებელია ჯანმრთელობის ასპექტების ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციალური ასპექტების მუდმივი მონიტორინგი.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ქმნის ჩარჩოს ინდუსტრიული, განვითარებადი და გარდამავალი პერიოდის მქონე ქვეყნებისთვის, რომლებიც ეკონომიკური, ეპიდემიოლოგიური და სოციო-პოლიტიკური განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე არიან და ცდილობენ შეზღუდული რესურსებით მოსახლეობის ჯანმრთელობის ადეკვატური ხარისხი შეინარჩუნონ.

გახდა ახლადწარმოქმნილი მრავალი პრობლემა: პოპულაციის სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირება, ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელობის გაზრდა, განვითარებად ქვეყნებში უთანასწორობა სამედიცნო დახმარების მიღებაში, გარემოს დაბინძურება და ეკოლოგიური დისბალანსი. ზემონახსენები პრობლემების პრევენცია, შესაძლებელია გარემოს, სოციალური და ქცევითი ცვლილებების და ასევე ეფექტური სამედიცინო დახმარების შექმნის გზით.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კონცეფციის საფუძველი იყო ალმა-ატას დეკლარაცია, რომელშიც წარმოდგენილი იყო კონცეფცია: „ჯანმრთელობა ყველასთვის„. 1970-იან წლებში ამ დეკლარაციამ ჯანმრთელობის ამოცანების დასახვის ტენდენცია გაანაპირობა. 1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი წლების დასაწყისში აშშ-ში ინტენსიურად მიმდინარეობდა დებატები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომავალის შესახებ, რადგანაც ჯანდაცვის პროფესიონალები ცდილობდნენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი მიდგომები და მოდელები შეექმნათ. ამ პროცესებმა ხელი შეუწყო სოციალური, საზოგადოებრივი და პრევენციული მედიცინის ტრადიციული მიდგომის განახლებას. „სიახლის“ ძებნა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში კონცეფციის „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ შექმნით და იმ ფაქტის გაცნობიერებით დასრულდა, რომ ინდივიდუალური და საზოგადოების ჯანმრთელობა პერსონალური სერვისების მენეჯმენტსა და დაავადებების პრევენციაზეა დამოკიდებული.

ელექტრონული წყაროები

American Public Health Association http://www.apha.org/

Declaration of Alma Ata http://www.who.int/hpr.docs/almaata.html

World Health Organization http://www.who.org/

ჰეჯმენდიჰებული სპითხავი

Black, D. 1993. Deprivation and health. *British Medical Journal,* 307:1630–1631. Centers for Disease Control. 1991. Consensus set of health status indicators for the general assessment of community health status. *Morbidity and Mortality Weekly Reports,* 40:449–451. Editorial. 1991.

What's new in public health. *Lancet,* 337:1381–1383. Editorial. 1994. Population health looking upstream. *Lancet,* 343:429–430.

Green, L. W., Richard, L., Potvin, L. 1996. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion,* 10:314–328.

Hancock, T. 1993. The evolution, impact and significance of Healthy Cities/Healthy Communities. *Journal of Public Health Policy,* 14:5–18.

Maiese, D. R. 1998. Data challenges and successes with Healthy People. *Healthy People 2000 Statistics and Surveillance,* Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 9:1–8.

Roemer, M. 1984. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health,* 74:243–248.

Schmidd, T. L., Pratt, M., Howze, E. 1995. Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health,* 85:1207–1211.

Shea, S. (editorial). 1992. Community health, community risks, community action. *American Journal of Public Health,* 82:785–787.

Smith, G. D., Egger, M. 1992. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *American Journal of Public Health,* 82:1079–1081.

Stokols, D. 1996. Translating social ecology theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion,* 10:282–298.

Tollman, S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine,* 32:633–642.

Walsh, J. A., Warren, K. S. 1979. Selective primary health care—An interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine,* 301:967–974.

White, K., Williams, T. F., Greenberg, B. G. 1961. The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine,* 265:885–892.

ბიბლიოგრაფია

American Public Health Association. 1991. *Health Communities 2000: Model Standards for Community Attainment of the Year 2000 National Health Objectives,* Third Edition. Washington, DC: APHA.

American Public Health Association. 1995. Washington, DC: *The Nation's Health,* March 1995.

Ashton, J. (ed). 1992. *Health Cities*. Milton Keynes: Open University Press.

Ashton, J., Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press.

Backett, E. M., Davies, A. M., Petros-Barvazian, A. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning*. Public Health Papers Number 76. Geneva: World Health Organization.

Bootery, B., Kickbusch, I. (eds). 1991. *Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications, European Series, No. 37. Copenhagen: World Health Organization.

Downie, R. S., Fyfe, C., Tannahill, A. 1990. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.

Health and Welfare Canada–World Health Organization. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada*. Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.

Kark, S. L. 1981. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts.

LaLonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Information Canada.

Lasker, R. D. (ed). 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: The New York Academy of Medicine.

McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.

Martin, C., McQueen, C. J. (eds). 1989. *Readings for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Ncayiyana, D., Goldstein, G., Goon, E., Yach, D. 1995. *New Public Health and WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization.

Nutting, P. A. (ed). 1990. *Community-Oriented Primary Care: From Principles to Practice*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Pan American Health Organization. 1992. *The Crisis in Public Health: Reflections for the Debate*. Washington, DC: PAHO.

Rose, G. 1993. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press. Secretary of State for Health. 1991. *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*. London: Her Majesty's Stationery Office. Reprinted 1995.

Siegel, P. Z., Frazier, E. L., Mariolis, P., Brackbill, R. M., Smith, C. 1993. Behavioral risk factor surveillance, 1991: Monitoring progress toward the nation's year 2000 health objectives. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42:1–21.

Smith, A., Jacobson, B. 1988. *The Nation's Health: A Strategy for the 1990s*. King Edward's Hospital Fund

for London. London: Oxford University Press.
U.S. Public Health Service. *Health United States 1992.* Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
U.S. Public Health Service. *Health United States 1998.* Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
White, K. L. 1991. *Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health.* New York: Springer-Verlag.
World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health.* New York: Oxford University Press.
World Health Organization. 1978. *Alma-Ata 1978. Primary Health Care.* Geneva: World Health Organization. World Health Organization, Regional Office for Europe. 1985. *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Strategy for Health for All.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level.* Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series Number 845. Geneva: World Health Organization.
World Health Organization. 1994. *Ninth General Programme of Work Covering the Period 1996–2001.* Geneva: World Health Organization.
World Health Organization, Regional Office for Europe. 1995. *Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project,* Second Edition. Copenhagen: World Health Organization, European Regional Office.

3
მოსახლეობის ჯანმრთელობის ბაზომვა და შეფასება

შესავალი

რა არის ჯანმრთელობა?! ამ საკითხზე წინა თავებში ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დადგენა მნიშვნელოვნად გვეხმარება მისი ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებაში. ზოგადად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნავს, თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა კი მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან ერთად ინდივიდიალური პირის ჯანმრთელობის საკითხსაც განიხილავს.

ამ სფეროში მომუშავე პროფესიონალს შესაბამისი ცოდნა და უნარ-ჩვევები უნდა გააჩნდეს, რათა მოსახლეობისა თუ ცალკეული პირის ჯანმრთელობასა და დაავადებაზე მოქმედი ფაქტორები განსაზღვროს.

დემოგრაფია და ეპიდემიოლოგია მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის მონაცემთა ბაზის შექმნაში, თუმცა არანაკლები მნიშვნელობა აქვს სოციალურ და საბაზისო სამედიცინო დარგებსაც. მათი მიზანია ჯანმრთელობის სტატუსის ინდიკატორების დადგენა და სხვადასხვა ინტერვენციების ეფექტის შეფასება. დემოგრაფია ასევე მოსახლეობისთვის დამახასიათებელ თვისებებსა და ტენდენციებს აღრიცხავს. ეპიდემიოლოგია კი ადგენს დაავადების რაოდენობრივ გავრცელებას, მისი მახასიათებელების ცვალებადობასა და ამ დაავადებასთან ასოცირებული რისკის ფაქტორების გავრცელების ხარისხს, ამასთან, ის განიხილავს დაავადების მიზეზებს, გავრცელებას, გამოსავალს და უზრუნველყოფს მათზე კონტროლს.

სხვა დისციპლინები საზოგადოებისთვის და ნაციონალური ჯანმრთელობის შეფასებისთვის საჭირო ინფორმაციას გვაწვდის. ეს დარგები მოიცავს სოციოლოგიას, ფსიქოლოგიას, ანთროპოლოგიას, ეკონომიკას, სხვადასხვა კლინიკურ და საბაზისო დისციპლინებს, როგორიცაა პედიატრია, გერიატრია, იმუნოლოგია და გენეტიკა.

ამ თავში წარმოდგენილია ეპიდემიოლოგიის დარგი და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემები. ჩვენი მიზანია სტუდენტებს აუცილებელი ტერმინები, კონცეფციები და მეთოდები გავაცნოთ. ბიოსტატისტიკასა და ეპიდემიოლოგიურ მეთოდებზე დაწვრილებითი საუბრის ნაცვლად, ჩვენ თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებზე ვისაუბრებთ. ამ თავში აქცენტი სწორედ თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე გაკეთდება.

(თავის ბოლოს იხილეთ სპეციალიზებული ნაშრომი)

ეპიდემიოლოგია

ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი ყოველთვის ორიენტირებულია პაციენტის ინდივიდუალურ მკურნალობაზე და შეფასებაზე, თუმცა ყველა კლინიცისტს უნდა ესმოდეს, რომ დაავადება არა მარტო ცალკეულ პირს ვნებს, არამედ მთელ მოსახლეობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს.

ეპიდემიოლოგია არის მეცნიერება ადამიანთა საზოგადოებაში ჯანმრთლობასთან დაკავშირებული მოვლენების შესახებ. ის **შეიწავლის** დაავადებათა მიმდინარეობის პროცესს, ეძებს გამოსავალს, ადგენს დაავადების გამომწვევ მიზეზებს, საზღვრავს სამედიცინო თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებს. **მო-**

სახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობის ან მოვლენების გავრცელების და **დეტერმინანტების** მიხედვით ეპიდემიოლოგია პოტენციურ ინტერვენციებს და ჯანმრთელობის პრობლემების **კონტროლის მიზნით** პრიორიტეტებს განსაზღვრავს.

„შესწავლა" მოიცავს ზედამხედველობას, დაკვირვებას, ჰიპოთეზების ტესტირებას, ანალიტიკურ შესწავლას და ექსპერიმენტებს.

„ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობა და მოვლენები" მოიცავს დაავადებებს, სიკვდილის გამომწვევ მიზეზებს, მავნე ქცევას (მაგალითად, თამბაქოს მოხმარება), პრევენციულ ზომებსა და სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფას.

„მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებში" ადამიანები ისეთი საერთო მახასიათებლებით არიან გაერთიანებული, რომელთა გამოვლენა და აღრიცხვა შესაძლებელია.

„გავრცელება" ასახავს გაანალიზებას დროის, ადგილის, ადამიანთა ჯგუფისა ან სოციალური კლასის მიხედვით.

„დეტერმინანტები" – ესაა ფიზიკური, ბიოლოგიური, სოციალური, კულტურული თუ ქცევითი ფაქტორები, რომელიც ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას.

„კონტროლის მიზნით" მიუთითებს, რომ ეპიდემიოლოგიის საბოლოო მიზანი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, დაცვა, გაუმჯობესება და აღდენაა (Last, J. M. (ed.). *A Dictionary of Epidemiology*, 1995).

ტრადიციულად კლინიცისტი ცალკეულ პაციენტს იკვლევს, ეპიდემიოლოგი კი – რისკის ქვეშ მყოფ მოსახლეობას. ორივე მათგანი პრევენციული და სამკურნალო მეთოდების ეფექტურობას აფასებს. თუმცა, კლინიკური მომსახურება მოიცავს კონკრეტული დაავადების ბუნებრივი მიმდინარეობის და რისკის ფაქტორების გაგებას, რომელზეც ზემოქმედება ინტერვენციის სპეციფიკური მეთოდებითაა შესაძლებელი. ეპიდემიოლოგი იკვლევს მოსახლეობის კონკრეტულ დაავადებას, ადგენს მის შესაძლო კავშირს ისეთ მახასიათებლებთან, როგორიცაა: ასაკი, სქესი, ეთნიკურობა, დადგენილი ან საეჭვო რისკის ფაქტორების ექსპოზიცია, სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, იგი ჩარევის სხვადასხვა გზების ეფექტურობას აფასებს. ასევე მნიშვნელოვანია დაავადების ბუნებრივი მიმდინარეობის, დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების, პრევენციისა და მართვის მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, დაავადებათა კონტროლის განსხვავებული მეთოდების ხარჯის და რენტაბელობის დადგენა.

კლინიცისტი და ეპიდემიოლოგი ერთმანეთზე დამოკიდებულნი არიან. მათი სამუშაო სხვა სფეროებსაც უნდა მოიცავდეს, მაგალითად, ჯანდაცვის ეკონომიკასა და მართვას. ასევე აღსანიშნავია, რომ რესურსების ეფექტურად გამოყენებისა და მომსახურების გასაუმჯობესებლად ფაქტებზე დამყარებული გამოცდილებაა საჭირო.

ეპიდემიოლოგიური გარდასვლა

ეპიდემიოლოგიური გარდასვლა (Epidemiologic transition) თავს იჩენს მაშინ, როცა საზოგადოებაში ჯანმრთელობისა და დაავადებების გავრცელების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვლინდება. სამედიცინო სერვისების სამართავად მნიშ-

ჩანახატი 3.1 ეპიდემიოლოგიის მიზნები და მეთოდები

მიზნები:

1. ჯანმრთელობის პრობლემებისა და შესაბამისი შედეგების აღმოფხვრა ან შემცირება.
2. მათი გამოვლინებისა და რეციდივების თავიდან აცილება.

მეთოდები:

1. მოსახლეობაში დაავადების მასშტაბისა და გავრცელების თავისებურებების განსაზღვრა.
2. დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა.
3. დაავადების პრევენციული, საკონტროლო და სამკურნალო სერვისების დაგეგმარების, განხორციელებისა და შეფასებისთვის აუცილებელი მონაცემების შექმნა და პრიორიტეტული მომსახურების გამოვლენა.

წყარო: The International Epidemiologic Association, 1996. Homepage, 1999: http://www.dundee.ac.uk/

ვნელოვანია ეპიდემიოლოგიური გადანაცვლების დეტერმინანტების და შედეგების განსაზღვრა. მე-20 საუკუნის შუა წლებამდე სიკვდილის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენდა: ინფექციური სნეულებები, სიღარიბე, არადამაკმაყოფილებელი კვება, სანიტარია, ჰიგიენა, საყოფაცხოვრებო პირობები, ეფექტური პრევენციული თუ სამკურნალო საშუალებების არარსებობა და სხვა.

საუკუნეების განმავლობაში ყველა ქვეყანაში სიკვდილიანობა საკმაოდ მაღალი იყო, თუმცა მე-18 საუკუნის შუა წლებიდან ინდუსტრიულ სახელმწიფოებში, ვიდრე მკურნალობის და პროფილაქტიკის ეფექტური ღონისძიებები ხელმისაწვდომი გახდებოდა, მისი მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა. სიკვდილიანობის ეს კლება ძირითადად კვების, სანიტარიის, განათლებისა და სოციალ-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებას უკავშირდებოდა. (იხ. თავი 1).

მე-19 საუკუნის ბოლოსა და მე-20 საუკუნის დასაწყისში ინდუსტრიულ ქვეყნებში მნიშვნელოვანი გადანაცვლება მოხდა. დაძლეულ იქნა შავი ჭირის და შიმშილობის პრობლემები, შემცირდა ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა. ხშირად ეს დაავადებები ხელოვნურად შექმნილ ფაქტორებსა და ინდივიდუალური პირის ცხოვრების წესს უკავშირდებოდა. ეპიდემიოლოგიური გადანაცვლება გამოიწვია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმატებულმა ღონისძიებებმა: გარემოს დაცვამ, გადამდებ დაავადებათა კონტროლმა, ვაქცინებისა და ანტიბიოტიკების აღმოჩენამ. ამ ღონისძიებებმა ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად, ბავშვთა დაავადებების რიცხვიც მნიშვნელოვნად შეამცირა.

1950-1960-იან წლებში ახალმა პრობლემამ იჩინა თავი. ეს იყო არაგადამდები სნეულებები, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და სხვადასხვა სახის ტრავმები, რომლებიც ძირითადად ინდუსტრიალიზაციასთან და ავტომობილებთან იყო დაკავშირებული. ეპიდემიოლოგიური გადანაცვლება განვითარებადი ქვეყნების დაავადებების მახასიათებლებში ურბანიზაციისა და საშუალო ფენის გაზრდის გამო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

მე-19 საუკუნის 60-იანი წლების შემდეგ სიკვდილის მთავარი მიზეზების, გულის დაავადებების, ინსულტისა და ტრავმების შემცირების შედეგად ეპიდემიოლოგიური ახალი გადანაცვლება გამოვლინდა. ეს კი თავის მხრივ სიცოცხლის ხანგრძლივობასაც ზრდის. გაუმჯობესებული სამედიცინო დახმარების შედეგად მოხუცები და უნარშეზღუდული პირები ჯანმრთელობის საკითხის მნიშვნელობას უფრო მეტად აცნობიერებენ და თვითგადარჩენის უნარსაც უფრო მეტად ავლენენ.

მე-19 საუკუნის 80-იანმა წლებმა მსოფლიო ჯანდაცვას ახალი პრობლემა შესძინა. ეს იყო აივ-ინფექციის პანდემია, შესაბამისად საჭირო გახდა კონტროლის სერიოზული ღონისძიებების დანერგვა. პოტენციურად საშიში დაავადებები შესაძლოა მთელი მსოფლიოს მასშტაბით გავრცელდეს, ზოგიერთი მათგანი რეზისტენტულ ფორმას იძენს (MDR). „ახლად აღმოცენებული“ დაავადებები ინდუსტრიული სამყაროსთვის დიდ საფრთხეს წარმოადგენს და კიდევ უფრო საშიშია განვითარებადი ქვეყნებისთვის. (იხ. მე-4 და მე-16 თავები). აღსანიშნავია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარ პრობლემას ინდუსტრიულ სახელმწიფოებში სიღარიბე, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში მასობრივი დეპრივაცია წარმოადგენს.

წინა საუკუნის 90-იან წლებში ეპიდემიოლოგიაში ახალი აღმოჩენა გაკეთდა. დადგინდა მაღალი პრევალენტობის მქონე ქრონიკულ დაავადებების გამომწვევი ინფექციური აგენტები: მაგალითად, ჰელიკობაქტერია (*Helicobacter pylori*), რომელიც კუჭის წყლულის გამომწვევია და კუჭის კიბოს განვითარების მიზეზებთან მჭიდრო კავშირშია, გაირკვა ქრონიკულ ციროზსა და ღვიძლის კიბოსთან C ჰეპატიტის ვირუსის კავშირი, რის გამოც ამ ვირუსის წინააღმდეგ მასშტაბურ, იაფფასიან და ეფექტურ ვაქცინაციას დიდი მნიშვნელობა მიენიჭა. ასევე, იდენტიფიცირებული იქნა კრეიცფელტ-იაკობის დაავადების გამომწვევი ინფექციური აგენტი, პრიონი, რომელიც სერიოზულ ნერვულ დეგენერაციებს იწვევს.

ახალი მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ შესაძლოა კორონარული და ფსიქიკური დაავადების ზოგიერთი ფორმის განვითარება სწორედ ინფექციურ დაავადებებს უკავშირდებოდეს. არასრულფასოვანი კვება კი სხვადასხვა დაავადებების განვითარებაში ერთგვარ კოფაქტორს წარმოადგენს. ეს ყოველივე უფრო მეტად უსვამს ხაზს ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური დარგების თანამშრომლობას. მათ საბოლოო მიზანს კი პრევენციული ღონისძიებების ძიება უნდა წარმოადგენდეს.

სოციალური ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგია სანიტარიული სტატისტიკის ფრაქციის სახით მე-19 საუკუნის პირველი ნახევრიდან გვევლინება. ამის მაგალითს ფარის (Farr) დემოგრაფიული სტატისტიკა და პოლიტიკური არითმეტიკა და ჩადვიკისა (Chadwick) და შატაკის (Shattuck) სოციალური სტატისტიკა წარმოადგენს. მათ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშეს, რომ სანიტარია, რომელიც ძირითადად ნახმარი წყლების და მყარი ნარჩენების პრობლემების მოგვარებაზე იყო ორიენტირებული, საზოგადოებრივ ჯანდაცვამდე გაფართოებულიყო.

მე-19 საუკუნის დასასრულსა და მეოცე საუკუნის დასაწყისში, ეპიდემიოლოგიამ გადაცემის მექანიზმების კონტროლისა და ვაქცინაციის დანერგვის გზით, პირველად აიღო აქცენტი პრევენციულ ღონისძიებებზე.

მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში, ქრონიკული დაავადებების ეპიდემიოლოგიამ მულტიფაქტორებსა და შედეგებს შორის მჭიდრო კავშირი დაადგინა, თუმცა ამ პერიოდში მომქმედი ფაქტორების პათოგენეზი ჯერ კიდევ არ იყო ამოცნობილი.

ქრონიკული დაავადებების ეპიდემიოლოგიურმა შესწავლამ განაპირობა ცხოვრების წესზე (სრულფასოვანი კვება, ფიზიკური აქტივობა, თამბაქოს მოხმარება), გარემოზე მოქმედ რისკის ფაქტორებზე (გამონაბოლქვები, პასიური წევა) და აგენტებზე (იარაღი, მანქანები) კონტროლის დაწესება.

ეპიდემიოლოგიის ახალი ეპოქა მე-20 საუკუნის ბოლოდან იწყება, როდესაც პოპულაციის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით ორგანიზაცია, ინფორმაცია და ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება მეტად მნიშვნელოვანი გახდა, რაც მულტიდისციპლინურ მიდგომას გულისხმობს და ნიშნავს, რომ სტატისტიკოსებს, ეკონომისტებს, სოციალოგებს, ჯანდაცვის მენეჯერებს და ეპიდემიოლოგებს თავიანთი უნარ-ჩვევებით თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ბევრი რამ შეუძლიათ შემატონ. ეპიდემიოლოგიის ეს საკითხი განხილულია ჩანართში 3.2, ამაზე ჩვენ პირველ, მე-4, მე-5, მე-8 და მე-11 თავებშიც ვსაუბრობთ.

სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემები მიუთითებს, რომ ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები სოციალურ კლასებს შორის განსხვავდება. საფრანგეთში მე-19 საუკუნის 70-90-იან წლებში გულის დაავადებებისთვის მაჩვენებელი გაიზარდა და ცერებროვასკულური პათოლოგიისთვისაც სტაბილურად მაღალი დარჩა. ნიუ-იორკში სწორი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის შესწავლამ აჩვენა, რომ ამ დაავადების გამოვლენა ბოლო სტადიაზე ქალებსა და აფრო-ამერიკელებში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე მამაკაცებში და თეთრკანიანებში. განსხვავებული მაჩვენებელია ამ მხრივ დაბალ და მაღალ სოციალურ კლასებს შორისაც. იგივე შეიძლება ითქვას ბრაზილიაზეც. სან-პაულოში მცხოვრები ღარიბი მამაკაცების სიკვდილიანობა შეძლებულ პირებთან შედარებით 3-ჯერ მეტია; ხოლო დანიაში, ზემოაღნიშნულის საპირისპიროდ, სოციალურ კლასებს შორის სიკვდილიანობის მხრივ რაიმე განსხვავება არ დაფიქსირებულა, თუ არ ჩავთვლით პირებს განსაწყვრული მისამართის გარეშე.

სოციალური ეპიდემიოლოგია გარკვეულწილად მე-19 საუკუნეში მოღვაწე ჩადვიკის, შატუკისა და ფარის ტრადიციებისკენ მიბრუნებაა, რომლის მიხედვითაც ეპიდემიოლოგია საზოგადოებასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული და დაავადების მიზეზების დადგენის მიზნით, აუცილებელია მისი ისტორიული და სოციალური გარემოებების განსაზღვრა. სოციალური ეპიდემიოლოგია რაოდენობრივ მეთოდოლოგიებს ეკოლოგიის დარგთანაც აერთიანებს, რომელიც კავშირს ადგენს ინდივიადუალური პირის დაავადებასა და ზემოქმედებას შორის.

ზოგადად ეპიდემიოლოგია თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთანაა ინტეგრირებული. იგი მოსახლეობასა და სოციალურ სფეროს ერთმანეთთან იკვლევს და აკავშირებს.

ეპიდემიოლოგიის როლი ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში

ეპიდემიოლოგიამ გარემოსა და გადამდებ დაავადებებს შორის კავშირი სტატისტიკური მეთოდების საშუალებით განსაზღვრა, რის შედეგადაც სანიტარიული ცვლილებები განხ-

ჩანართი 3.2
ეპიდემიოლოგიის მნიშვნელოვანი საკითხები

სოციალური ეპიდემიოლოგია

1662 წ. გრანტი გამოსცემს „ბუნებრივი და პოლიტიკური დაკვირვებები გარდაცვლილთა ცნობარის მიხედვით“.
1836 წ. გენერალური რეგისტრატორის ოფისის გახსნა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს პარლამენტის მიერ.
1842 წ. ჩადვიკის მიმოხილვა „დიდი ბრიტანეტის დასაქმებული მოსახლეობის სანიტარიული მდგომარეობა“.
1848 წ. ვირხოვი-„მედიცინა სოციალური მეცნიერებაა“.
1858 წ. სიმონი ადგენს რუკებს სიკვდილიანობის მიხედვით, სოციალური და გარემოს მდგომარეობის გათვალისწინებით.
1882 წ. ბლექი – დიდი ბრიტანეთის სოციალურ კლასებს შორის განსხვავება სიკვდილიანობის მიხედვით.
1995 წ. პეკინის კონფერენცია ქალებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე.

ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია

1796 წ. ჯენერი ძროხის ყვავილის ვირუსს იყენებს ყვავილის წინააღმდეგ ვაქცინაციის სახით.
1854 წ. სნოუ ადგენს ლონდონში ქოლერის წყლით გავრცელებას.
1882 წ. კოხი საზოგადოებას წარუდგენს ტუბერკულოზისა და ქოლერის გამომწვევ მიკრო-ორგანიზმებს.
1978 წ. ყვავილის ლიკვიდაცია.
1980-იანი წლები აივ და სხვა ახლად გამოვლენილი ინფექციური დაავადებები.
2000 წ. პოლიომიელიტის და წითელას ელიმინაცია.

არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია

1747 წ. ლინდი საზოგადოებას ამცნობს, რომ ციტრუსების საშუალებით შესაძლებელია სურავანდის პრევენცია.
1775 წ. პოტი ადგენს, რომ საკვამურის მწმენდავებს შორის განსაკუთრებით მაღალია სათესლე ჯირკლის კიბოს მაჩვენებელი.
1914 წ. გოლდბერგერი პელაგრას კვებით მიზეზებს ადგენს.
1950 წ. დოლი და ჰილი ფილტვის კიბოს მწეველობას უკავშირებენ.
1954 ფრემინგამი გულის დაავადებების განმაპირობებელ რისკ-ფაქტორებს მიმოიხილავს.
1960-იანი წლები მცირდება ტრავმებითა და კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა.
1990-იანი წლები ქრონიკულ დაავადებათა გამომწვევი ინფექციები, მულტირეზისტენტული მიკროორგანიზმები.

ჯანდაცვის პოლიტიკის ეპიდემიოლოგია

1883 წ. ბისმარკი – მომუშავეთა კომპენსაციისა და ეროვნული სამედიცინო ჯანდაცვის პოლიტიკის ეპიდემიოლოგია.
1883 წ. ბისმარკი – მომუშავეთა კომპენსაციისა და ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის პროგრამას აყალიბებს.
1917 წ. სემაშკო საბჭოთა სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას ქმნის.
1948 წ. დიდი ბრიტანეთი ეროვნული სამედიცინო მომსახურების სისტემას აყალიბებს.
1978 წ. ალმა-ატას დეკლარაცია და „ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000“.
1979 წ. აშშ-ს მთავარი ქირურგების გაერთიანება „ჯანმრთელი ხალხი“ და სამედიცინო სფეროს მიზნები.
1990 წ. მართვადი ჯანდაცვის რევოლუცია აშშ-ში.

წყარო: Modified from Susser, M., and Susser, E. 1996. Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. *American Journal of Public Health,* 86:668–673.

ორციელდა. მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში სწორედ ამან განაპირობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარება. მოგვიანებით, მე-19 საუკუნის მიწურულს და მე-20 საუკუნის დასაწყისში, ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის ე.წ. „ოქროს პერიოდში“, კონტროლი გადამდებ დაავადებებზე დაიწყო და ეს პროცესი ჯერ კიდევ მიმდინარეობს.

მე-20 საუკუნის შუა წლებში ქრონიკული დაავადებების ეპიდემიოლოგია განვითარდა, რომელიც ჯანმრთელობის მხარდაჭერით და ცხოვრების წესის შეცვლით ხელს უწყობს ქრონიკული სნეულებებით ავადობასა და სიკვდილიანობის შემცირებას, განსაკუთრებით კარდიოვასკულური დაავადებების მხრივ, ასევე ზრდის კიბოს, ტრავმასა და სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე კონტროლის პოტენციალს.

ეპიდემიოლოგია სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტებისთის ისევე უნდა ისწავლებოდეს, როგორც ისწავლება ბაქტერიოლოგია, ბიოქიმია და ქირურგია. ეს საგანი ასევე მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის დაგეგმარების, ეკონომიკის და სხვა მაკროასპექტებში ჩართული პირებისთვისაც. მათ სამედიცინო მომსახურება სწორედ საზოგადეობაში გამოვლენილ ეპიდემიოლოგიური ცვლილებებს უნდა შეუსაბამონ.

გარდა ამისა, ეპიდემიოლოგია, როგორც ანალიზისა და მონიტორინგის იარაღი, აუცილებელია ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მართვის საკითხებისათვის.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგი და შეფასება მულტიფაქტორულია. სიტუაციის წინასწარი შეფასებისთვის, აუცილებელია განვიხილოთ სხვადასხვა მონაცემები შესაბამისი რუტინული წყაროებიდან, რომლებიც ეთიოლოგიური ფაქტორების შესახებ ჰიპოთეზის შექმნის საშუალებას იძლევა. შეფასება უფრო ფორმალური და სისტემატიკური მიდგომაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხის სტატუსის ობიექტურად დადგენის მიზნით. ნებისმიერი შეფასება მოითხოვს ყურადღება მიექცეს პროცესის მიმდინარეობას, დანახარჯებსა და შედეგს. ეპიდემიოლოგიური მეთოდები მიმართულია განსაზღვროს ჯანმრთელობის სისტემის დანახარჯების (რესურსები), უტილიზაციის პროცესის მიმდინარეობის (მეთოდები), სამედიცინო მომსახურების შედეგების (ავადობა, სიკვდილიანობა და მოსახლეობის ფუნქციური სტატუსი) ინდიკატორები.

ეპიდემიოლოგია და დემოგრაფია ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩამოყალიბებისთვის აუცილებელი დარგებია, თუმცა არასაკმარისია. ამასთან ერთად, აუცილებელია გვქონდეს შესაბამისი ფონდები, მომუშავე პერსონალი, შესაძლებლობები, პოლიტიკური მზადყოფნა და საზოგადოების დაინტერესება. ეპიდემიოლოგია, ჯანდაცვის ფინანსირება და რესურსების გადანაწილება მომარაგებას, მოთხოვნას და ძირითადად პოლიტიკას უკავშირდება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტისთვის ასევე მნიშვნელოვანია მომქმედ ფაქტორთა ანალიზი.

ამრიგად, თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა აერთიანებს შეფასებას, ანალიზს, ეპიდემიოლოგიურ ანალიზს ორგანიზაციასთან ერთად, ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველყოფასა და საზოგადოების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფაქტორების გათვალისწინებას.

მაჩვენებელი და თანაფარდობა

მოსახლეობაში დაავადების (ან რისკის ფაქტორების) გავრცელებას რეგისტრირებული მონაცემების მიხედვით მაჩვენებლებისა და თანაფარდობის გამოყენებით ვაფასებთ. მაჩვენებლების საშუალებით, ერთმანეთს ვადარებთ მოსახლეობის სხვადასხვა ფენაში გამოვლენილ მდგომარეობებს.

მაჩვენებელი მოვლენის სიხშირის საზომია, რომელიც აჩვენებს ჯანმრთელობის რაიმე მდგომარეობის (*A*) გამოვლენას მოსახლეობაში (*B*) დროის მოცემულ პერიოდში. მაჩვენებლის კომპონენტებია: მრიცხველი (*A*), მნიშვნელი (*B*), დრო, რომლის განმავლობაშიც გამომჟღავდა ეს მოვლენა და კოეფიციენტი (მამრავლი), ამ წილადის ან შეფარდების კონვერტირებისთვის დეციმილებში. ამ გზით შესაძლებელია მოსახლეობის სხვადასხვა ფენას შორის მოვლენების გამოვლენის სიხშირის შედარება ქვეყნების, რეგიონების, ეთნიკურობის, სოციალური კლასისა და განათლების დონის მიხედვით.

რისკის ჯგუფი შესაძლოა იყოს პოპულაციის შემადგენელი ნაწილი, რომელიც დასახლებულია კონკრეტულ არეალში, პროფესიული ჯგუფები, განსაზღვრული სკოლის მასწავლებლები და მოსწავლეები, მომსახურე პერსონალი და სხვ. ასევე, ამავე ჯგუფში თავისთავად გაერთიანებული იქნება მწეველი, ნარკოტიკების მომხმარებელი და პირი, რომელიც არასწორად იკვებება.

რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაციის ჯგუფების დადგენა ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში მეტად მნიშვნელოვანია და ამ პროცესში ხშირად ხდება შეცდომების დაშვება. ასევე, არც თუ

ისე მარტივია, საკვლევი დაავადების შემთხვევების ან რისკის ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პირების განსაზღვრა, რათა დავადგინოთ „მრიცხველი„; ვინაიდან, დაავადების ყველა შემთხვევა არ აღირიცხება. მრიცხველი, შესაძლოა, რეალურად ბევრად მეტიც კი იყოს. ეს შეიძლება მოხდეს ფართოდ გავრცელებული ინფექციური დაავადებების (წითელა) და არარეგისტრირებული ან არადიაგნოსტირებული ქრონიკული დაავადებების (შაქრიანი დიაბეტი) შემთხვევაში. ზოგჯერ გარკვეული შეუსაბამობები ხდება, მაგალითად, კორონარული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა შემცირდა, თუმცა ავადობა კვლავ მაღალი რჩება.

საერთო (უხეში) მაჩვენებელი (Crude Rate) არის ჯამური მაჩვენებელი, რომელიც დაფუძნებულია მთელ პოპულაციაში რაიმე მოვლენის (მაგ. სიკვდილიანობის ან შობადობის) რეალურად აღრიცხულ რიცხვზე დროის მოცემულ პერიოდში. მიზეზ-სფეციფიკური მაჩვენებელი უჩვენებს სპეციფიკური ჯანმრთლობის პრობლემის (მაგალითად, ტუბერკულოზი) გამოვლენას მთელ პოპულაციაში ან მის განსაზღვრულ ჯგუფებში (მაგალითად, ასაკობრივ და სქესობრივ ჯგუფებში) დროის გარკვეულ პერიოდში. წლიური მაჩვენებლის განსაზღვრისას მნიშვნელში ყოველთვის გამოიყენება მოსახლეობის მოსალოდნელი რაოდენობა იმავე წლის 1 ივლისის მონაცემით (წლის შუა პერიოდი).

თანაფარდობა არის წილადი (*A*/*B*), სადაც *A* და *B* არის ორი გასხვავებული და ერთმანეთთან დაუკავშირებელი (ერთი არ მოიცავს მეორეს) რაოდენობები. თანაფარდობის დახმარებით შესაძლებელია, კონკრეტული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელები მოსახლეობის ორი ჯგუფში ერთმანეთს შევადაროთ. აქედან ერთი ჯგუფი შესაძლოა იყოს ექსპოზირებული, მეორე კი – არაექსპოზირებული. ამ შეფარდებას რისკთა თანაფარდობა ეწოდება (Risk Ratio). ამაზე მოგვიანებით კვლავ ვისაუბრებთ.

დემოგრაფია

დემოგრაფია განისაზღვრება როგორც დარგი, რომელიც „შეისწავლის მოსახლეობას, ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით როგორიცაა, რაოდენობა, სიმჭიდროვე, შობადობა, სიკვდილიანობა, ზრდა, საშუალო ასაკი, მიგრაცია, სასიცოცხლო სტატისტიკა და სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობასთან მათი ინტეგრაცია“ (Last, 1995).

დემოგრაფიული სტატისტიკა მოიცავს შობადობის, სიკვდილიანობის, ასაკის, სქესის, დასახლების არეალის, ოჯახური მდგომარეობის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა და მიგრაციის მაჩვენებლებს. შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელს შესაბამისი სავალდებულო, სააღრიცხვო დოკუმენტებიდან ადგენენ. მონაცემთა სხვა რესურსებია პოპულაციური სამთავრობო სააგენტოების მიერ შედგენილი რეგისტრები, სადაც მონაცემები გროვდება ქორწინებაზე, განქორწინებაზე, შვილად აყვანაზე, ემიგრაციაზე, იმიგრაციაზე და ასევე ეკონომიკურ და სამუშაო ძალის სტატისტიკაზე, რომელსაც ემატება პოპულაციაზე დაფუძნებული სხვადასხვა კვლევები. დემოგრაფები სწორედ მონაცემთა ამ აღნიშნულ ერთობლიობას ეყრდნობიან.

ამრიგად, დემოგრაფია აფასებს შობადობას, სიკვდილიანობას, სოფლისა თუ ქალაქის მოსახლეობისთვის დამახასიათებელ თავისებურებებს, ქორწინებისა და განქორწინების მაჩვენებლებს, მიგრაციას, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას და ა.შ. ვინაიდან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებები მიმართულია მოსახლეობაში გავრცელებული დაავადებების წინააღმდეგ, ფუნდამენტურია მოსახლეობის და მოსახლეობისთვის დამახასიათებელი თვისებების განსაზღვრა.

აღწერა გულისხმობს კონკრეტულ დასახლებულ ტერიტორიაზე, დროის მოცემულ პერიოდში მთელი მოსახლეობის რაოდენობის აღრიცხვას. ოჯახის თითოეული წევრის აღრიცხვისას, ინფორმაცია იკრიბება მის ასაკზე, სქესზე, დაბადების თარიღზე, ეროვნულ წარმომავლობაზე, ოჯახურ მდგომარეობაზე, შემოსავალზე, წერა-კითხვის ცოდნაზე, განათლებისა და ჯანმრთელობის სტატუსზე (მაგ. მუდმივი უნარშეზღუდულობა). ასევე მნიშვნელოვანია ინფორმაციის შეკრება ნაგებობებზე, ოთახების რაოდენობაზე, ელექტროგაყვანილობაზე, საყოფაცხოვრებო მოხმარების საგნებზე (მაგ. მაცივარი), ტუალეტზე და სააბაზანო მოწყობილობაზე, ავტომობილის მფლობელობაზე, სახლის გათბობის სისტემაზე, საკვების შეძენაზე, ტანსაცმელსა და გართობაზე დახარჯულ თანხებზე და ა.შ.

აღწერის დროს მხედველობაში იღებენ ადა-

მიანის საცხოვრებელი ადგილისა (*de jure*) და დროის ფაქტორს (*de facto*). აღწერის ერთეულს უმცირესი გეოგრაფიული ტერიტორია წარმოადგენს, სადაც შესაძლებელია მოხდეს ადამიანების აღრიცხვა და გამოქვეყნება; თუმცა მონაცემებს უფრო ფართო არეალიდანაც კრებენ. უნდა აღინიშნოს, რომ გაფართოებული ინფორმაციის შეკრება შეიძლება მოხდეს პოპულაციის მცირე პროცენტზე, რასაც რამდენიმე წელიც კი შესაძლოა დასჭირდეს. მასზე პასუხისმგებელია სპეციალური ეროვნული ორგანიზაციები (აშშ-ში აღიცხვის ბიურო, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში – სტატისტიკის, აღრიცხვისა და კვლევების ცენტრალური ბიურო).

შეკრებილი მონაცემები ქვეყნდება მრავალი ტომის სერიების სახით ინტერნეტში, ასევე შეიძლება შენახვა CD-ROM-სა და კომპუტერის დისკზე. აღწერითი კვლევები ოჯახების საშუალო შემოსავლის, კვების, დასაქმებისა და სხვა ეკონომიკურ-დემოგრაფიულ საკითხებს ადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პროცესი დიდი პასუხისმგებლობითა და სტანდარტების დაცვით მიმდინარეობს, სიზუსტე 100%-იანი მაინც არ არის. თუმცა, აღწერის წესი სტატისტიკური მონაცემების დადგენის საუკეთესო საშუალებად რჩება.

დემოგრაფიული გარდაქმნები მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში ძირეული ცვლილე-

ჩანართი 3.3 ფერტილობის შემცირებასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე მოქმედი ფაქტორები

ფერტილობის შემცირებაზე მოქმედებს:

1. განათლება, განსაკუთრებით ქალების.
2. ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, ამის შედეგად ოჯახებში მცირდება მრავალშვილიანობაც.
3. ეკონომიკური განვითარება; ცხოვრების პირობების, ხანგრძლივობისა და შემოსავლის დონის გაზრდა.
4. ურბანიზაცია, სოფლის მოსახლეობის მოთხოვნილების გაზრდა.
5. შობადობის კონტროლი, მომარაგება, ხელმისაწვდომობა და ინფორმირებულობა.
6. მთავრობის პოლიტიკა – ფერტილობის კონტროლის ხელშეწყობა, როგორც ჯანმრთელობის ინდიკატორი.
7. მასმედია უფრო მეტ ყურადღებას აქცევს შობადობას და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებისკენ ლტოლვას.
8. ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა.
9. ეკონომიკური სტატუსის, სოციალური როლის და ქალთა თვითმმართველობის შეცვლა.
10. სოციალური, რელიგიური, პოლიტიკურ-იდეოლოგიური სტატუსის შეცვლა.

სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე მოქმედებს:

1. ოჯახის შემოსავლისა და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება.
2. კვების, საკვების, დისტრიბუციის, ხარისხისა და ინფორმირებულობის გაუმჯობესება.
3. ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი.
4. არაინფექციური დაავადებების მიერ გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება.
5. უსაფრთხო წყალი, ნაგვისა და ნარჩენებისთვის გამოყოფილი ტერიტორია, ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები.
6. დაავადებების პრევენცია, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრება და რისკის ფაქტორების შემცირება.
7. კლინიკური მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება.
8. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და საგანმანათლებლო პროგრამები საზოგადოების, თემისა და ინდივიდუალური პირებისთვის.
9. სოციალური უსაფრთხოების სისტემა, მაგ. ბავშვთა დახმარება, პენსია, ეროვნული სამედიცინო დაზღვევა.
10. დასაქმება, რეკრეაცია, ეკონომიკური და სოციალური კეთილდღეობა.

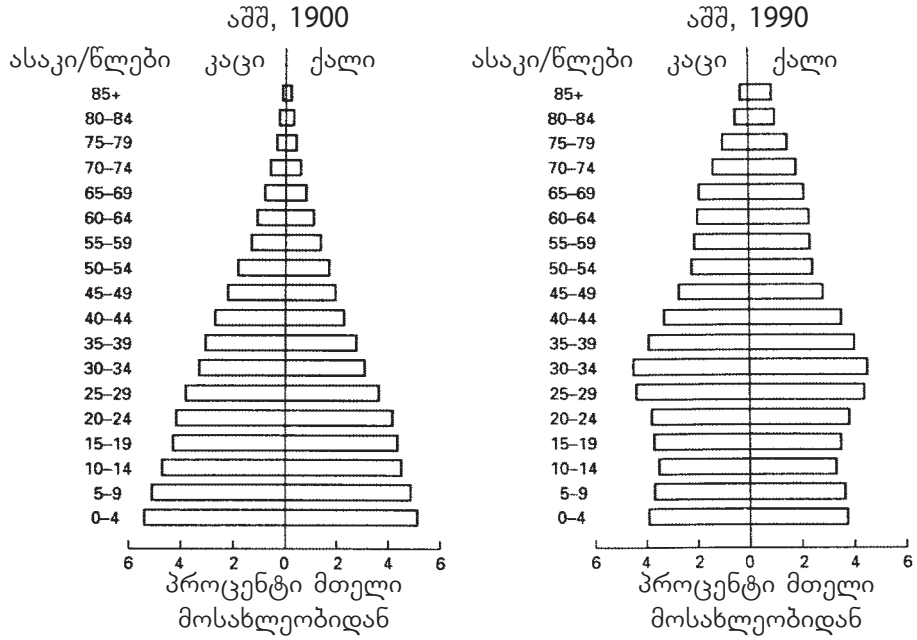
ბების საფუძველზე ვითარდება. მოსახლეობის ზრდაზე მრავალი ფაქტორი მოქმედებს, ესაა: შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, მიგრაცია, ომი, შიმშილი, პოლიტიკური არეულობა, ბუნებრივი კატაკლიზმები და სხვ. მოსახლეობის რაოდენობრივი და ეკონომიკური ცვლილებები დემოგრაფიულ გარდაქმნებს განაპირობებს. ეს პროცესი შეგვიძლია რამდენიმე სახედ დავყოთ:

1. ტრადიციული: მაღალი და ბალანსირებული შობადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.
2. ტრანზიციული: სიკვდილიანობის შემცირება და შობადობის სტაბილური მაჩვენებელი.
3. დაბალ სტაციონარული: დაბალი და ბალანსირებული შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.
4. მოსახლეობის დაბერება (გაჭაღარავება): ასაკოვნობის პროპორციის გაზრდა, შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდის ხარჯზე.
5. რეგრესია: მოსახლეობის რიცხვის შემცირება მოზარდების მიგრაციის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის გაზრდის საფუძველზე. სიკვდილიანობის გაზრდა შესაძლოა იყოს ტრავმების, შიდსის, ადრეული კარდიოვასკულური დაავადებისა და ომის შედეგად გამოწვეული.

ფერტილობა, სიკვდილიანობა, დაავადებების გავრცელება და მიგრაცია დემოგრაფიულ ცვლილებებზე (გარდაქმნებზე) დიდ ზეგავლენას ახდენს. ამ საკითხს ჩანართში 3.3 განვიხილავთ. პროგრესის მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენს ქალთა განათლება, ურბანიზაცია, ჰიგიენის, პრევენციული მედიცინისა და საცხოვრებელი პირობების, ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, ჩვილთა, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და სხვ. განვითარებად ქვეყნებში ოჯახის დაგეგმარებისადმი დაბალი ხელმისაწვდომობა და ფერტილობის მაღალი მაჩვენებელი მოსახლეობის რიცხვის მატებასა და სიღარიბეს განაპირობებს.

მოსახლეობის პირამიდა

მოსახლეობის პირამიდა გრაფიკულად ასახავს ქალისა და მამაკაცის რაოდენობის პროცენტულ მაჩვენებელს თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში, მთელი მოსახლეობის მასშტაბით (სურათი 3.1). ქვეყნებსა და რეგიონებს, სადაც შობადობა მაღალია და მოსახლეობის საკმაოდ დიდ პროცენტს 15 წლის ასაკის ქვემოთ ბავშვები წარმოადგენს, ყოველთვის შეზღუდული რესურსები გააჩნია და ხანგრძლივ სიღარიბეზე მიუთითებს. ძირითადად ამ კატეგორიას ღარიბი ქვეყნები მიეკუთვნება. თუ მოსახლეობის პირამიდას ვიწრო ფუძე აქვს (ე.ი ახალგაზრდების მცირე რაოდენობაა), და ასაკოვანთა რაოდენობა იზრდება, მათი სამუშაო ძალა ვერ უზრუნველყოფს „დამოკიდებული“ ასაკის პოპულაციის (ბავშვები და მოხუცები) კეთილდღეობას. მუშაობისთვის საჭირო ასაკის მქონე მოსახლეობის სიმცირემ შესაძლოა არადამაკმაყოფილებელი



სურათი 3.1. მოსახლეობის პირამიდა განვითარებად ქვეყანაში ბრაზილიაში (მარცხნივ), და აშშ-ში (მარჯვნივ).

ეკონომიკური შედეგები გამოიწვიოს და პენსიისა თუ სამედიცინო მოსახურების სისტემასაც ავნოს. ასევე ცნობილია სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც მოსახლეობის პირამიდაზე ზეგავლენას ახდენს, მაგ. ომი. ეს უკანასკნელი მოქმედებს სპეციფიკურ ასაკობრივ და სქესობრივ ჯგუფზე და გამრავლების სტატუსზე, როგორც მისი მიმდინარეობისას, ასევე მის შემდგომ პერიოდშიც. ამის მაგალითია ომის შემდგომი შობადობის მნიშვნელოვანი მომატება ("baby boom").

ფერტილობის შეფასება

ნაყოფიერება ცოცხლადშობილთა რაოდენობაა, იგი მხოლოდ ბიოლოგიური პოტენციალით არ განისაზღვრება. ის კულტურულ, სოციალურ, ეკონომიკურ, რელიგიურ და პოლიტიკურ ფაქტორთა ერთობლიობაა. ეკონომიკურმა პროგრესმა შესაძლოა თავდაპირველად შობადობის რიცხვის ზრდა განაპირობოს, თუმცა განათლების დონის, ეკონომიკური პერსპექტივების და ცოცხლადშობილების გადარჩენის ზრდასთან ერთად ის საბოლოოდ მოსახლეობის რიცხვის ზრდას ზღუდავს (ჩანართი 3.4).

ავადობის შეფასება

ავადმყოფობა სუბიექტური ან ობიექტური მიზეზით წარმოშობილი, ფიზიოლოგიური თუ ფსიქოლოგიური კეთილდღეობისა და ფუნქციების დარღვევაა. ავადობის შეფასება ხდება ავადმყოფების რიცხვის, დაავადების პერიოდებისა და ხანგრძლივობის (დღეები, კვირები, თვეები) მიხედვით. ასევე მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს სიხშირესა და სიმძიმეს. უუნარობა პიროვნების შესაძლებლობების ხანგძლივ დაკნინებას გულისხმობს.

დაავადებულთა შესახებ მონაცემების შეგროვება ინფექციურ დაავადებათა შეტყობინების სისტემებიდან ან ქრონიკულ, გენეტიკურ დაავადებათა რეესტრებიდან და სხვა წყაროებიდან ხორციელდება. ამ მონაცემების გამოყენებით სპეციალისტები ეთიოლოგიურ კვლევებს აწარმოებენ, პრიორიტეტებს ადგენენ და ჩარევის გზებს შეიმუშავებენ. დაავადებულთა სიხშირე ავადობის, იგივე ინციდენტობის (Incidence) და გავრცელების, იგივე პრევალენტობის (Prevalence) მიხედვით ფასდება. ასევე ყურადღება ექცევა სიმძიმესა და ხანგრძლივობასაც. თუმცა ამ ორ უკანასკნელ მახასიათებელზე ზოგჯერ საკმარისი ინფორმაცია შეკრებილი არ არის და დამატებით კვლევას საჭიროებს. ავადობა პოპულაციის მოცემულ ჯგუფში დროის განაზღვრულ პერიოდში დაავადების ახალი შემთხვევების სიხშირეს უჩვენებს. მწვავე დაავადებების სიხშირის შესაფასებლად გამართლებულია მხოლოდ ავადობის გამოყენება, ხოლო ქრონიკულ, ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების გავრცელებას და ხანგძლივი ზემოქმედების უარყოფითი ეფექტის შესაფასებლად პრევალენტობას იყენებენ.

ლატენტური პერიოდი ესაა დრო დაავადების გამომწვევი აგენტის ორგანიზმზე ექსოზიციიდან დაავადების სიმპტომების გამოვლენამდე. ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში მას ინკუბაციური პერიოდი ეწოდება. ლატენტური პერიოდი შესაძლოა გამომწვევი აგენტის ზემოქმედებიდან დღეები, კვირები, თვეები და წლე-

ჩანართი 3.4 ფერტილობის მაჩვენებლები

1. შობადობის საერთო მაჩვენებლის (Crude Birth Rate (CBR)) გამოსათვლელად წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობას (A) ვაფარდებთ წლის შუა პერიოდში გამოთვლილ მოსახლეობის საერთო რაოდენობასთან (B). 1991 წელს აშშ-ში დაბადებულ ცოცხლადშობილთა რაოდენობა (A) იყო 4,110,907, მოსახლეობის საერთო რაოდენობა (B) კი 252,177,000. ანუ შობადობის საერთო მაჩვენებელია 16.3 ყოველ 1000-ზე. 1960 წელს შობადობის საერთო მაჩვენებელი 23.7 იყო, ანუ სახეზეა 31%-ით კლება.
2. ფერტილობის საერთო მაჩვენებელი (Total Fertility Rate (TFR)) არის ბავშვთა საშუალო რაოდენობა, რომლებიც შეიძლება დაბადებულიყვნენ თითოეული ცოცხალი დედის მიერ თუ ყველა ქალი იცოცხლებდა მისი შვილოსნობის ასაკის ბოლომდე და შობდა ბავშვებს ამ პოპულაციისთვის დამახასიათებელი ასაკ-სპეციფიკური ფერტილობის მაჩვენებლის მიხედვით. ის გვიჩვენებს, გარკვეულ ქვეყანასა თუ რეგიონში ერთ ქალს რამდენი შვილი ჰყავს.

წყარო: J. M. Last (ed). 1995. *A Dictionary of Epidemiology.* Third Edition. New York: Oxford University Press.

ბიც კი გაგრძელდეს. ეთიოლოგიური აგენტი შეიძლება იყოს: მიკრობიოლოგიური, ტოქსიკური, კანცეროგენული, ტრავმული და სხვ.

დაზიანებადობის მაჩვენებელი (Attack Rate) ექსპოზირებულთა შორის დაავადებული მოსახლეობის პროცენტს ასახავს. დაზიანებადობის მაჩვენებელი იმ შემთხვევაში გამოიყენება, როცა რისკის ფაქტორი მოსახლეობაზე ხანმოკლე დროის განმავლობაში მოქმედებს, მაგალითად, ეპიდემიების დროს. ამ მაჩვენებლის საშუალებით საჭირო ინფორმაცია იკრიბება და შესაბამისად, კონტროლისა და ჩარევის გზებიც ისაზღვრება. თუ, ვთქვათ, წითელას ეპიდემიის დროს, რომელიც ერთი საწყისი შემთხვევიდან ვრცელდება და მოსახლეობის ექსპოზირებულ ჯგუფში დაზიანებადობის მზარდი მაჩვენებელი ვლინდება, საჭირო ხდება ვაქცინაციის ტაქტიკის შეცვლა, რათა განსაკუთრებით მაღლი რისკის ჯგუფებში დაავადების ახალი შემთხვევების კონტროლი განხორციელდეს.

პრევალენტობა განსაზღვრული დაავადების ან ჯანმრთლობის პრობლემის, ახალი და ძველი შემთხვევების საერთო რაოდენობაა დროის კონკრეტულ მომენტში (მომენტალური პრევალენტობა) ან პერიოდში (პერიოდული პრევალენტობა). სწორედ, პრევალენტობის მაჩვენებელი გვაძლევს საშუალებას წლის, (თვის, კვირის) განმავლობაში დაავადებულთა რაოდენობა წინა წლის, (თვის, კვირის) მაჩვენებლებს შევადაროთ. იგივე მონაცემის შედარება, რა თქმა უნდა, ქვეყნებსა და რეგიონებს შორისაც შეგვიძლია.

პრევალენტობის მაჩვენებელი გამოითვლება შემთხვევათა საერთო რაოდენობის შეფარდებით ექსპოზირებულ პირთა რაოდენობასთან და შეიძლება არაექსპოზირებულ პოპულაციას შედარდეს. შესაძლოა, რომ გახანგრძლივებული ლატენტური პერიოდის შემთხვევაში ექსპოზირებულთა შორის დაავადებულთა შემთხვევების შეფასება ზუსტი არ აღმოჩნდეს. ეს უკანასკნელი ძირითადად ონკოლოგიურ დაავადებებს ეხება, რომელთაც ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდი ახასიათებთ. მაგალითად, მეზოთელიომა აზბესტის ქარხანაში მომუშავეებს 30-წლიანი ლატენტური პერიოდის შემდეგ უვლინდებათ.

ჩანართი 3.5 დაავადების სიხშირის გამოთვლა პოპულაციის ჯგუფებში

დაავადების სიხშირე შემდეგნაირად გამოითვლება:

სიხშირე = მოცემულ პერიოდში დაავადებულთა რაოდენობა/რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საერთო რიცხვთან იმავე პერიოდში X 10^N .

10^N შეიძლება იყოს 100, 1000, 10000 და ა.შ.

დროის პერიოდი, როგორც წესი, 1 წელია. თუ საუბარია კალენდარულ წელიწადზე, მაშინ გამოიყენება წლის შუა პერიოდში, 1 ივლისს პოპულაციის მოსალოდნელი რაოდენობა.

ავადობა, იგივე ინციდენტობა (Incidence) ასახავს „ჯანმრთლობასთან დაკავშირებულ ახალ შემთხვევებს, რომლებიც პოპულაციაში დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში ვლინდება“. მაჩვენებელი გამოითვლება დაავადების ახალი შემთხვევების გაყოფით რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საერთო რიცხვზე დროის იმავე პერიოდში.

გავრცელება, იგივე პრევალენტობა (Prevalence) „ადამიანთა საერთო რაოდენობაა, რომელთაც აღენიშნებათ ატრიბუტული ან მოცემული დაავადება დროის კონკრეტულ მომენტში“. პრევალენსის მაჩვენებელი გამოითვლება დროის მოცემულ მომენტში (მომენტალური პრევალენტობა) კონკრეტული დაავადების მქონე პირთა საერთო რაოდენობის შეფარდებით რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის რაოდენობასთან. პერიოდული პრევალენტობის გამოთვლისას მრიცხველს წარმოადგენს დროის მოცემულ პერიოდში (და არა მომენტში) დაავადებულთა საერთო რიცხვი.

დაზიანებადობა (Attack Rate) არის სპეციფიკური დაავადების მქონე პირთა კუმულაციური რიცხვი მოსახლეობის ექსპოზირებულ ჯგუფში, რომელთაც ხანმოკლე ზემოქმედება განიცადეს.

სიკვდილიანობის შეფასება

გარდაცვალებულთა შესახებ ინფორმაციის მოპოვება სავალდებულო სააღრიცხვო მონაცემთა ბაზიდანაა შესაძლებელი. გარდაცვალების ნაციონალური სტანდარტული მოწმობა დემოგრაფიისა და ეპიდემიოლოგიისთვის საბაზო ინფორმაციას იძლევა. იგი ეპიდემიოლოგიური და დემოგრაფიული კვლევებისთვისაა მნიშვნელოვანი. (ცხრილი #3.1)

თანამედროვე ეპიდემიოლოგიის განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვის ბრიტანელ ჯონ გრანტს, რომელმაც 1662 წელს დაიწყო „გარდაცვლილთა ცნობარის“ გამოცემა.

ცხრილი 3.1 აშშ-ში სიკვდილის სერტიფიკატში აღრიცხული მონაცემები

1. სახელი და გვარი.
2. სქესი.
3. გარდაცვალების თარიღი.
4. რასა, ეთნიკურობა.
5. დაბადების თარიღი.
6. ასაკი, ბოლო დაბადების დღეზე.
7. გარდაცვალების ადგილი (ქალაქი, სოფელი).
8. საავადმყოფო ან დაწესებულება, სადაც გარდაიცვალა.
9. მოქალაქეობა.
10. ოჯახური მდგომარეობა.
11. ამჟამინდელი (იგულისხმება გარდაცვალების მომენტი) მეუღლის ვინაობა.
12. პირადობისა და სოციალური უსაფრთხოების პირადი ნომერი.
13. საომარი ძალების წევრობა.
14. პროფესია, საქმიანობა.
15. საცხოვრებელი ადგილი: შტატი, ქვეყანა.
16. საცხოვრებელი ადგილის მისამართი.
17. მშობლების სახელები.
18. მშობლების მისამართი.
19. დასაფლავების ადგილი და მეთოდი.
20. სიკვდილის დამადასტურებელი ექიმის ვინაობა და მისამართი.
21. გარდაცვალების ადგილი და დრო.
22. გარდაცვალების მიზეზი:
    ა. მწვავე დაავადება, მაგ. პნევმონია.
    ბ. ძირითადი მიზეზები, მაგ. ქრონიკული იშემია, გულის დაავადება.
    გ. სხვა მნიშვნელოვანი სნეულებები, მაგ. დიაბეტი.
23. უბედური შემთხვევის გამორიცხვა კი/არა.
24. ტრავმის მიღების თარიღი და დრო.
25. ადგილი და დრო, სამუშაო ტრავმის შემთხვევაშიც.
26. ტრავმირების ადგილი: სახლი, ფერმა, ქუჩა, ქარხანა და სხვ.
27. თვითმკვლელობა, მკვლელობა, გამოძიების შედეგები.

*დაავადების უმთავრეს მიზეზებს ადგენენ მიზეზ-სპეციფიკურ დაავადებებზე ნაშრომის გამოსაცემად

გარდაცვალებულის აღრიცხვა – მოწმობა გარდაცვალების შესახებ არის სავალდებულო და უნდა დადასტურდეს (ხელის მოწერით) ლიცენზირებული ექიმის მიერ გარდაცვალებულის დაკრძალვამდე ან კრემაციამდე, ასევე წინ უნდა უსწრებდეს სადაზღვევო თანხის გადაცემას ან ანდერძის გამოქვეყნებას. ეს პროცესი სამედიცინო სფეროში სიკვდილიანობის სტატისტიკის დასადგენად საკმაოდ მნიშვნელოვანია. ცხრილი #3.1 სწორედ საჭირო ინფორმაციის შეგროვების წესს ასახავს. დიაგნოზისა და აღრიცხვის ასეთი მეთოდი ხშირად არასრულ ინფორმაციას გვაწვდის, თუმცა უმეტეს შემთხვევაში ის რეალურ ფაქტებს შეესაბამება.

სიკვდილის მიზეზები შესაძლოა კლასიფიცირდეს როგორც უეცარი სიკვდილის გამომწვევი, მაგალითად, გულის გაჩერება; ხელისშემწყობი ფაქტორები, მაგალითად, გულის შეგუბებითი უკმარისობა და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი; და ძირითადი მიზეზი, მაგ. კორონარული დაავადებები.

გარდაცვალებულის აღრიცხვაზე პასუხისმგებელი საზოგადოებრივი სარეგისტრაციო ოფისია, სადაც რეგისტრატორი ფედერალური სტანდარტების დაცვით საზღვრავს და შიფრავს სამედიცინო დიაგნოზს. ეს დაავადების მე-10 საერთაშორისო კლასიფიკაციის წესს ემყარება, რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) 1990 წელს მიიღო (იხ. ქვემოთ).

სიკვდილიანობა ასაკის, სქესის, ეთნიკურობისა და გარდაცვალების გამომწვევი მიზეზის მიხედვით ფასდება. გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებებისა და მათ მიერ გამოწვეულ სიკვდილიანობაზე ჩვენ მე-4 და მე-5 თავებში ვისაუბრებთ. ნაციონალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ტენდენცია ამა თუ იმ დაავადებაზე საჭირო ინფორმაციას იძლევა და ეპიდემიოლოგიურ მოდელს ცვლის. ასევე გვეხმარება რეგიონებსა და ქვეყნებს შორის მდგომარეობა ერთმანეთს შევადაროთ და შესაბამისი ღონისძიებები დავსახოთ.

ჩანართი 3. 6 სიკვდილიანობის მაჩვენებლები და შეფასებები

1. სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი (Crude death rate (CDR)) გვიჩვენებს ყველა მიზეზით გარდაცვლილთა რაოდენობას, პოპულაციის ყოველ 100.000 კაცზე მოცემულ წელს = A/B X 100.000 (საერთო სიკვდილობა/პოპულაციის საშუალო რაოდენობა X 100.000).
2. ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Age-specific mortality rate) გვიჩვენებს გარდაცვლილთა რაოდენობას პოპულაციის ყოველ 1000 კაცზე გარკვეული ასაკობრივ ჯგუფში, დროის მოცემულ პერიოდში, ჩვეულებრივ წელიწადის განმავლობაში.
3. მიზეზ-სპეციფიური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Cause-specific mortality rate) კონკრეტული დაავადებით გარდაცვლილთა რაოდენობაა, პოპულაციის ყოველ 100.000 კაცზე (შეფასებულს მოცემული წლის 1 ივლისს). მაგალითად, თუ ფილტვის კიბოს შედეგად ყოველწლიურად 1 მილიონიანი პოპულაციიდან 400 ადამიანი იღუპება. მიზეზ-სპეციფიკური მაჩვენებელი = 400/1.000.000 X 100.000=40 შემთხვევა 100 000 ადამიანზე.
4. ლეტალობა (Case fatality rate (CFR)) კონკრეტული დაავადებით გარდაცვლილთა პროპორციაა ამავე დაავადებით დიაგნოსტირებულ პაციენტთა შორის, დროის განსაზღვრულ პერიოდში. მაგ. წითელათი დაავადებულთა 5000 შემთხვევიდან მხოლოდ 10 ლეტალური გამოსავლის შემთხვევაში, ლეტალობა 0.2%-ის ტოლია: 10/ 5000= 0.2 %.
5. პროპორციული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Proportional mortality rate (PMR)) სპეციფიკური მიზეზით გარდაცვლილთა პროპორციაა გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობაში. გამოითვლება დროის გარკვეულ პერიოდში კონკრეტული დაავადებისა თუ შემთხვევის შედეგად გარდაცვლილთა რაოდენობის შეფარდებით დროის იმავე პერიოდში ყველა მიზეზით განპირობებულ გარდაცვლილთა რაოდენობაზე და X 100%. მაგ. ავტოკატასტროფას ემსხვერპლა 25 ადამიანი, ხოლო გარდაცვლილთა საერთო რიცხვი, ვთქვათ 1000-ის ტოლია, მაშინ პროპორციული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: 25/ 1000X100=2,5 %-ს (ამ შემთხვევაში მნიშვნელი მრიცხველსაც მოიცავს).

წყარო: Adapted from Last, J. M. (ed.). 1995. *A Dictionary of Epidemiology.* Third edition. New York: Oxford University Press with permission.

სიკვდილიანობის მახასიათებლების შესწავლა შესაძლოა ერთი ან რამდენიმე წლის მანძილზე განხორციელდეს. კოჰორტა ჩვეულებრივ ადამიანთა ჯგუფია, დაბადებული ერთ გარკვეულ წელს, თუმცა კოჰორტა შეიძლება ეწოდოს ნებისმიერ ჯგუფს, რომელშიც ადამიანები საერთო ეპიდემიოლოგიური ნიშნით არიან გაერთიანებულნი. ეს მახასიათებელი შეიძლება იყოს ასაკი, სქესი და სხვ. მაგალითად, ასაკის სტანდარტიზაციით შესაძლებელია შევადაროთ იმ მამაკაცთა სიკვდილიანობა, რომლებიც დაბადებულები არიან/იყვნენ 1900, 1920, 1940 და 1990 წლებში.

სიკვდილიანობის სტატისტიკა ეპიდემიოლოგიის დარგისთვის მეტად მნიშვნელოვანია. ეპიდემიოლოგიური ანალიზი გულისხმობს გარდაცვალებულთა აღრიცხვას, გამომწვევი მეზეზებით და დემოგრაფიული მონაცემებით, რომლებიც ექიმის მიერაა დამოწმებული. სიკვდილიანობის აღრიცხვა ასაკის და სქესის მიხედვით, როგორც წესი, წელიწადში ერთხელ – შუა წელში ტარდება და საერთო, ასაკ-სფეციფიკური, მიზეზ-სფეციფიკური და პროპორციული მაჩვენებლები დგინდება, ხოლო საბოლოოდ სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლის გამოთვლა ხდება.

ლეტალობის მაჩვენებელი სიკვდილობას ამა თუ იმ დაავადების ეთიოლოგიურ ფაქტორთან აკავშირებს.

სიკვდილიანობის მახასიათებლებზე გავლენას სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის, დაავადების პრევენციისა და მკურნალობის მეთოდების შეცვლა ახდენს. დროდადრო იცვლება დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, დაავადების განსაზღვრება და კლასიფიკაცია (ცხრილი #3.7). სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შეცვლა შესაძლოა ასახავდეს ავადობის ან ლეტალობის მაჩვენებლებლის შეცვლას ან შეიძლება გამოწვეული იყოს დაავადებათა დეფინიციის ან კლასიფიკაციის ცვლილებებით.

სოციალური კლასიფიკაცია

დიდი ბრიტანეთის გენერალური სარეგისტრაციო ბიუროს მიერ ჩამოყალიბებული კლასიფიკა-

ჩანართი 3.7 დიდი ბრიტანეთის ბენეჰარეის ჰებრისტრატოის მიერ მოწოდებული სოციარეის კლასიფიკაცია პროფესიების მიხედვით;

I კლასი – პროფესიონალური და ბიზნესსაქმიანობა – მაგ. ექიმები, ბანკირები.
II კლასი – საშუალო დონის საქმიანობა – მაგ. სკოლის მასწავლებელი, საწყობის გამგე.
III ნ კლასი – არაფიზიკური საქმიანობა – მაგ. სამოქალაქო მოხელე.
III მ კლასი – ფიზიკური კვალიფიციური საქმიანობა – მაგ. ოსტატი, ხელოსანი.
IV კლასი – ნაწილობრივ კვალიფიციური საქმიანობა – მაგ. მეზღვაური, ქარხნის მუშა.
V კლასი – არაკვალიფიციური საქმიანობა – მაგ. მიმტანი, მტვირთავი.

ცია საზოგადოებისთვის 1911 წლიდანაა ცნობილი, მისი განახლება ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ ხდება. ამ კლასიფიკაციას დაავადების შედეგების განსაზღვრისთვის ეპიდემიოლოგიურ და დემოგრაფიულ კვლევებში ფართოდ იყენებენ. ის ასევე ასახავს განსხვავებულ სოციალურ კლასებში გამოვლენილ ჯანმრთელობის სხვადასხვა მდგომარეობას. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში სოციალური კლასიფიკაცია მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დემოგრაფიული სტატისტიკისა და ავადობის მაჩვენებლის დადგენაში. აშშ-სა და დასავლეთის ქვეყნებს არ გააჩნიათ სოციალურ კლასებს შორის სიკვდილიანობის სადიფერენციაციო მონაცემები.

სოციალური კლასიფიკაციის გასაზღვრისთვის ყველაზე სარწმუნო ფაქტორებიEეთნიკურობა, ეროვნება და რელიგიაა. აშშ-ში სიკვდილიანობის მაჩვენებლის დიფერენცირებას არა სოციალური კლასების, არამედ განსხვავებული რასის ჯგუფების მიხედვით ახდენენ. მოგეხსენებათ, აშშ-ში მრავალი რასა ცხოვრობს, ესენია: ამერიკელი ინდიელები, ალიასკელი-ესკომოსები, მოსახლეობა წყნარი ოკეანისა და აზიის კუნძულებიდან, ფერადკანიანები, ლათინო-ამერიკელები და თეთრკანიანები.

თუმცა, ეთნიკურობასა და სიკვდილიანობას შორის ურთიერთკავშირის დადგენისას, შესაძლოა სათანადო ყურადღება არ მიექცეს სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს, როგორიცაა სიღარიბის მაღალი მაჩვენებელი და სამედიცინო სერვისების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა აფროამერიკელებს, ევროპელ ემიგრანტებსა და ლათინოამერიკელებს შორის. ამრიგად, სახეზეა მრავალი ფაქტორი და ვარიაცია ეთნიკურობის, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა და განათლების დონის მიხედვით. აქედან გამომდინარე, სოციალური კლასიფიკაციის შედგენისას ყოველ მონაცემს დაკვირვებით მიდგომა სჭირდება.

სხვადასხვა სოციალური კლასის ჯანმრთელობის სტატუსი საკმაოდ ცვალებადია. სოციალური კლასების მდგომარეობის მიხედვით ფასდება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა საკითხები: კვება, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, პროფესიული საქმიანობიდან გამომდინარე მომქმედი რისკის ფაქტორები, პერსონალის მდგომარეობის გაუმჯობესების მცირე შესაძლებლობა და დაუცველობა. ჩრდილოეთის ქვეყნებში, სადაც ჯერ კიდევ საყოველთაო სოციალური კეთილდღეობისთვის არ მიუღწევიათ, განსხვავება სოციალურ კლასებს შორის აშშ-თან შედარებით ნაკლებია.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა ჯანმრთელობის სტატუსის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს წარმოადგენს. ის ემყარება მოცემული ასაკის მქონე პირთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის წლების საშუალო რაოდენობას სიკვდილიანობის არსებული მაჩვენებლის გათვალისწინებით. სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის განსაზღვრა შესაძლებელია ნებისმიერი ასაკზე მოხდეს, მაგ. 0 წლის, ან ნებისმიერი სხვა სპეციფიკური ასაკის შემდეგ დგინდება მიაღწია თუ არა პირმა გარკვეულ ასაკს: ვთქვათ 15, 60 ან 75 წელს.

ცხრილში 3.2 მოცემულია აშშ-ის მოსახლეობის

სიცოცხლის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებლები 1900-1990 წლის ჩათვლით. საუკუნის დასაწყისში ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი, რაც დედათა და ბავშვთა მდგომარეობის გაუმჯობესებასა და ინფექციურ დაავადებათა შემცირებას უკავშირდება. მოგვიანებით, საუკუნის მეორე ნახევარში ზრდისადმი ტენდენცია უფრო ნაკლებადაა გამოხატული, თუმცა ის მაინც შეინიშნება. ამ პერიოდში სიკვდილიანობა ტრავმებისა და კიბოს შედეგად მომატებულია, ხოლო კარდიოვასკულური დაავადებების შედეგად – შემცირებული.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის სპეციფიკური მაჩვენებლები გამოიყენება ქრონიკული დაავადებების ეპიდემიოლოგიაში სიკვდილიანობის და გადარჩენის მახასიათებლების შესაჯამებლად, მაგ. სარძევე ჯირკვლის კიბოს ან სხვა პრობლემის მქონე პოპულაციაში. ეს კვლევები მნიშვნელოვანია კლინიკური ეპიდემიოლოგიის დარგისთვის, რომელიც ინტერვენციის გზების ეფექტურობას აფასებს.

ადამიანი–დრო

კონცეფცია „ადამიანი-დრო“ ექსპოზირებული პირების რაოდენობას და ექსპოზიციის დროის ხანგრძლივობას აერთიანებს; ის გამოითვლება ექსპოზირებულთა რაოდენობის გამრავლებით ექსპოზიციის დროის ხანგრძლივობაზე. ეს პერიოდი შესაძლოა წლებიც გაგრძელდეს, მაგალითად მოწევისა და პროფესიული კანცეროგენების ზემოქმედების შემთხვევაში.

ცხრილი 3.2 სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა წლებში დაბადებისას და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ცვალებადობა პროცენტებში (აშშ, 1900-1996წწ.)

	წელი							ცვალებადობა %	
მოსახლეობა	1900	1950	1960	1970	1980	1990	1996	1990-1950	1950-1996
მამაკაცი	46.3	65.6	66.6	67.1	70.0	71.8	73.1	+41.7	+11.4
ქალი	48.3	71.1	73.31	74.7	77.4	78.8	79.1	+47.2	+11.3
სულ	47.3	68.2	69.7	70.8	73.7	75.4	76.1	+44.2	+11.6

მაგალითად, თუ ერთი პირი ექსპოზირებული იყო (დავუშვათ, თამბაქოს მოხმარებით) 10 წლის მანძილზე, ხოლო საკვლევი ჯგუფის მეორე პირი 12 წელია რაც ეწევა, ე. ი მათ შეესაბამებათ 10 და 12 ‘‘ადამიანი-წელი’’, (ან დროის სხვა ერთეული) რაც წარმოადგენს ადამიანთა რაოდენობის ნამრავლს რისკის ფაქტორით ექსპოზიციის წლებზე. აუცილებელია გავითვალისწინოთ ექსპოზირების ხარისხი და ამ შემთხვევაში, მოცემული დროის განმავლობაში თამბაქოს მოხმარების ხანგრძლივობა და მოწეული სიგარეტების რაოდენობა. ექსპოზიციასთანაა ასევე დაკავშირებული ‘‘ადამიანი-მანძილი’’, მაგალითად, ავტოავარიული შემთხვევების დროს.

დაცვითი მოვლენები

დაცვითი მოვლენების ცნება განიხილება როგორც სამედიცინო მომსახურების პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების საზომი. სიკვდილის თავიდან აცილება დაცვითი მოვლენაა, რომლის მიღწევა, უმეტეს შემთხვევაში, დროული მკურნალობითა და პრევენციული მომსახურეობითაა შესაძლებელი, თუმცა ეს დამოკიდებულია თვითონ ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობაზეც.

დაცვითი მოვლენები ასევე გულისხმობს დედათა და ოპერაციის შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის, მედიკამენტოზური შეცდომების, საავადმყოფოს შიდა ინფექციების გავრცელების შემცირებასაც. აღნიშნული პროცესები საავადმყოფოს, სადაზღვევო კომპანიისა და, რა თქმა უნდა, პაციენტისთვის რისკ-ფაქტორებსა და ეკონომიკურ ზარალს წარმოადგენს.

ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიაში ყურადღებას იპყრობს საწყისი (პირველი) შემთხვევა ან დაავადებულთა საწყისი ჯგუფი, რომელიც პირველად მიანიშნებს აფეთქებაზე ან ეპიდემიაზე. არაინფექციურ დაავადებათა შემ-

ჩანართი 3.8 დაავადების ტვირთის შეფასება

1. პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლები (YPLL): სპეციფიკური დაავადების ან პრობლემის საზოგადოებაზე ზემოქმედების საზომია, ის განსაზღვრავს მოცემული დაავადებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილის შედეგად დაკარგული წლების საერთო რაოდენობას მოცემულ საზოგადოებაში, ამ დაავადებით გარდაცვლილთა დაკარგული წლების შეჯამებით.
2. უნარშეზღუდული სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფასება (DALY): დაავადების გლობალური ტვირთის და სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის და საცხოვრებელი პირობების ცვლილებების საზომი ერთეულია. ის აფასებს შესაძლო უნარშეუზღუდავი სიცოცხლის წლების იმ რაოდენობას, რომლებიც დაკარგულია ადრეული გარდაცვალების ან სხვა მიზეზის შედეგად, რამაც უნარშეზღუდულობა გამოიწვია.
3. სიცოცხლის ხარისხიანი წლები (QALY): წარმოადგენს ქრონიკული დაავადებებისა და უნარშეზღუდულობის შედეგად სიცოცხლის ხარისხიანი წლების შემცირების საზომს. ეს ინფორმაცია საავადმყოფოს მონაცემთა ბაზისა და კვლევების შედეგად ვლინდება. უნარშეზღუდულობის სიმძიმის შეფასება პაციენტისა და სამედიცინო პროფესიონალთა გამოკითხვის გზით ხორციელდება.

წყარო: Adapted from Last, J. M. (ed). 1995. *A Dictionary of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press with permission.

თხვევაში, დაცვითი მოვლენები გარდაცვალების მიზეზის, დაავადებისა თუ მომსახურების პროცესის დადგენას გულისხმობს. პოლიომიელიტისა თუ წითელას ლიკვიდირება ზოგიერთ ქვეყანაში სწორედ დაცვითი ფაქტორების დროული ამოქმედების შედეგია.

შემთხვევათა აღრიცხვა და მიმოხილვა ამცირებს თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობის რიცხვს. მონაცემების მოპოვება დემოგრაფიული ჩანაწერებისა და საავადმყოფოს საინფორმაციო სისტემიდან ხდება. ამასთან, მნიშვნელოვანია სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მხრივ ერთმანეთს შევადაროთ სხვადასხვა რეგიონები. თავიდან აცილებადი და განკურნებადი მდგომარეობის გამოვლინებას ყოველთვის მოჰყვება შესაბამისი გამოკვლევა. დედათა (ორსულობისას ან მშობიარობის შემდგომი) საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაციიდან 24 საათის განმავლობაში და ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობა დაცვითი მოვლენების მაგალითებია; ასეთი შემთხვევები ხშირი არ არის და ისინი ყოველთვის სათანადოდ უნდა იყოს გამოკვლეული. აპენდიციტის, აპენდექტომიის, ტონზილექტომიის, ჰისტერექტომიის, სისხლძარღვების ლიგირების შედეგად გამოწვეული გარდაცვლება ითვლება თავიდან აცილებადად და უნდა მოხდეს ყოველი ასეთი შემთხვევის შესწავლა, ვიდრე სხვა დამატებითი ფაქტორები არ გამოვლინდა. ნოზოკომიალური (საავადმყოფოს შიდა) ინფექცია სიკვდილიანობის გარდა, ჰოსპიტალიზაციის გახანგრძლივებას და შესაბამისად ხარჯების ზრდას იწვევს. ამრიგად, საჭიროა შემუშავდეს პროგრამა ეპიდზედამხედველობის და პრევენციის განხორციელების მიზნით.

დაავადების ტვირთი

დაავადების ტვირთი (BOD) ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ არსებული მონაცემების კომბინირებით ისაზღვრება. დაავადების ტვირთის მაჩვენებლის კონცეფცია ჯანმრთელობის საერთაშორისო პრობლემების შესასწავლად გამოიყენება, რათა დადგინდეს ეფექტური სამედიცინო ჩარევის გზები, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. მისი დახმარებით ისაზღვრება პრიორიტეტები და ნაწილდება რესურსები. ამასთან, მნიშვნელოვანია რეციპიენტი ქვეყნებისთვის გაწეული საერთაშორისო დახმარება (იხ. მე-16 თავი). BOD-ის ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში გამოყენება სულ უფრო და უფრო იზრდება. ეს მიდგომა მრავლისმომცველია, თუმცა სოციალურ საკითხებსა და დაავადების განვითარების მულტიფაქტორულ ბუნებას ჩრდილავს.

პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლები

პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლები (YPLL) ავადობისა ან უნარშეზღუდულობის ასაკ-სფეციფიკურ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით გამოითვლება. YPLL ეპიდემიოლოგიას ახალ ინფორმაციას სძენს. მაგალითად, თუ ცნობილი იყო, რომ აშშ-ში (ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში) სიკვდილის ძირითადი მიზეზი კორონალური დაავადება, კიბო და ინსულტი იყო, YPLL-ის საშუალებით დადგინდა, რომ წამყვანი მიზეზს ტრავმა (სუიციდი, მკვლელობა, უბედური შემთხვევა) წარმოადგენდა. ეს მაჩვენებელი სხვებთან შედარებით, მოსახლეობაზე დაავადებისა თუ მდგომარეობის გავლენას უფრო კარგად ასახავს, ვიდრე სიკვდილიანობის სხვა მაჩვენებლები და ამდენად, ეროვნული ჯანმრთელობის პრიორიტეტების განსაზღვრისას დიდი ყურადღება სწორედ მას უნდა მიექცეს.

ცხრილში 3.3 ასახულია 1980-1996 წლების YPLL მაჩვენებელი სფეციფიკური და ზოგადი მიზეზების ფონზე. 1995-1996 წლებში მაჩვენებელი შესამჩნევად შემცირდა, განსაკუთრებით აივ-ის, სუიციდისა და მკვლელობების რიცხვის მიხედვით.

ცხრილი 3.3 პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლები 75 წლამდე, მოცემული მიზეზების მიხედვით, ყველა რასისა და სქესის მონაცემების გათვალისწინებით, აშშ, 1980-1996 წწ.

დაავადების ჯგუფი	1980	1985	1990	1995	1996
ყველა მიზეზი	9814	8793	8518	8128	7748
გულის დაავადება	1878	1664	1363	1259	1223
ინსულტი	303	251	221	212	210
ნეოპლაზმები	1815	1776	1714	1588	1554
შემთხვევითი ჭრილობები	1688	1366	1263	1156	1137
აივ ინფექცია	na*a*	na	366	570	402
სუიციდი	403	405	406	406	388
ჰომოციდი	461	357	466	436	395
შაქრინიანი დიაბეტი	115	110	133	150	154
ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	141	156	157	161	161
ღვიძლის ქრონიკული დაავადება, ციროზი	259	196	167	150	146

წყარო: სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. 1998. *Health United States 1998,* Hyattsville, MD.

ავადობისა და სიკვდილიანობის ხარისხობრივი შეფასება

სიცოცხლის ხარისხიანი წლების (QALYs) და უნარშეზღუდულობის შეფასება (DALYs), როგორც საერთაშორისო ლიტერატურაშია მითითებული, ავადობის განმსაზღვრელია. ასევე გამოიყენება ტერმინები – უნარშეუზღუდავი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა და ჯანმრთელობის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, რომლებიც ავადობის, სიკვდილიანობისა და უნარშეზღუდულობის გაუარესების საზომია.

დაავადების ტვირთის მაჩვებელი სამედიცინო ჩარევების რენტაბელურობის შესაფასებლად გამოიყენება. მსოფლიო ბანკი ასევე ყურადღებას აქცევს განსხვავებული მაჩვენებლების გამოვლენას სხვადასხვა დემოგრაფიულ არეალებს შორის, მაგალითად დადგინდა, რომ საჰარის სამხრეთით მდებარე ქვეყნებში ყოველ 1000-ზე 600-ს შეადგენს, როცა ინდუსტრიულ ქვეყნებში სულ რაღაც 120-ის ტოლია. ეს მაჩვენებელი აგრეთვე ჯანმრთელობის სტატუსის ეკონომიკური ანალიზის დროს გამოიყენება და იგი რესურსების განაწილებას განსაზღვრავს. ამ ყოველივეს მიზანი ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაა.

შეფასება

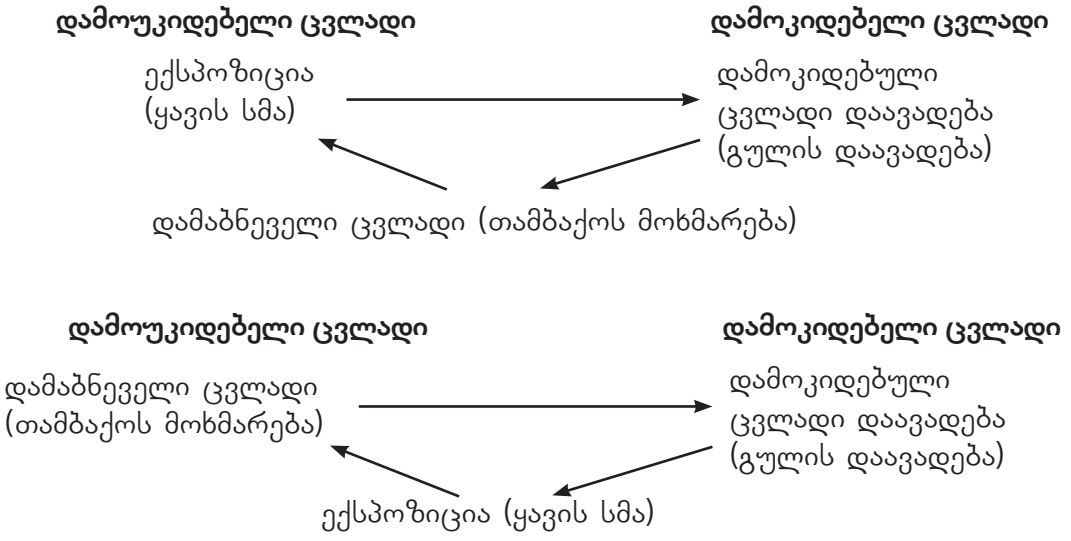
როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ეპიდემიოლოგია და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა რაოდენობრივ მაჩვენებლებს ეყრდნობა, მათი მიზანი კი შესაბამისი კავშირებისა და შესაძლო ჩარევის გზების ძიებაა. სტატისტიკური მაჩვენებლები და მათი შეფასება ფუნდამენტური საკითხია. ჩვენ ამაზე ფართოდ ვერ ვისაუბრებთ, თუმცა საკვანძო საკითხებს მაინც შევეხებით. სტატისტიკის ინტერპრეტაცია, პირველ რიგში, ბაზისური ინფორმაციის შეგროვებისა და დამუშავების მეთოდების ფლობას მოითხოვს.

სტატისტიკა ეს არის „მეცნიერება და ხელოვნება რანდომული ვარიაციული მონაცემების შეგროვების, შეჯამებისა და გაანალიზების შესახებ“ (ლასტი, 1995წ.).

ბიოსტატისტიკა კი ბიოლოგიური პრობლემების დასადგენად გამოიყენება. ცვლადი ეს არის ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია ჯანმრთელობის სტატუსზე იმოქმედოს და რომლის გაზომვაც შესაძლებელია. ის შეიძლება იყოს თვისება, მოვლენა, შემთხვევა, რომელსაც სხვადასხვა მნიშვნელობა გააჩნია: ასაკი, სქესი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, ექსპოზიცია ტოქსიკურ და ინფექციურ აგენტზე და სხვ. დამოკიდებული ცვლადი, როგორც რაიმეს შედეგი (გამოსავალი), შესწავლის ობიექტს წარმოადგენს. ხოლო, დამოუკიდებელი ცვლადი არის მახასიათებელი, რომელზეც დაკვირვება ხორციელდება და შესაძლოა შესასწავლი შედეგის ან მოვლენის მიზეზს წარმოადგენდეს, თუმცა შესასწავლი მოვლენა მასზე ზეგავლენას არ ახდენს.

ნულოვანი ჰიპოთეზა ამტკიცებს, რომ ერთი ცვლადი მეორესთან არავითარ კავშირში არ არის დაჲშესწავლილ ორ ან მეტ პუპულაციას შორის სხვაობა არ ვლინდება. ნულოვანი ჰიპოთეზის ჭეშმარიტების დასადგენად სტატისტიკური ტესტი გამოიყენება. ის განსაზღვრავს, მივიღოთ თუ უარვყოთ ნულოვანი ჰიპოთეზა. ჰიპოთეზის ტესტირება საშუალებას გვაძლევს ნებისმიერი განსხვავება შევაფასოთ, რომელიც ვლინდება ორ პოპულაციას შორის არის თუ არა „სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი“ თუ მხოლოდ შემთხვევითობის შედეგია.

დამაბნეველი ცვლადი დაკავშირებულია როგორც თვით დაავადებასთან (დამოკიდებული ცვლადი), ისე ფაქტორთან (დამოუკიდებელი ცვლადი), რომელიც შესწავლის ობიექტს წარმოადგენს. მან შესაძლოა დაავადებაზე მომქმედი სხვა ფაქტორი დაჩრდილოს. მაგალითად, ცნობილია, რომ ის, ვინც ყავას სვამს, კარდიოლოგიური დაავადებით ავად უფრო ხშირადაა, ვიდრე ის, ვინც მას არ სვამს, თუმცა ამ დაავადებაზე სხვა ფაქტორიც მოქმედებს (იხ. ცხრილი 3.2). ყავის მომხმარებელი შესაძლოა უფრო მეტსაც ეწევა. ამრიგად, ამ შემთხვევაში სწორედ მოწევაა დამაბნეველი ცვლადი, ვინაიდან იგი არ იყო თავდაპირველი შესწავლის ობიექტი. შესაძლოა დაავადება არა ყავის სმას, არამედ სიგარეტის მოწევას უკავშირდება.



სურათი 3.2 დამოუკიდებელი, დამოკიდებული და დამაბნეველი ცვლადი (წყარო: Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. 1993. Basic Epidemiology. Geneva: World Health Organization)

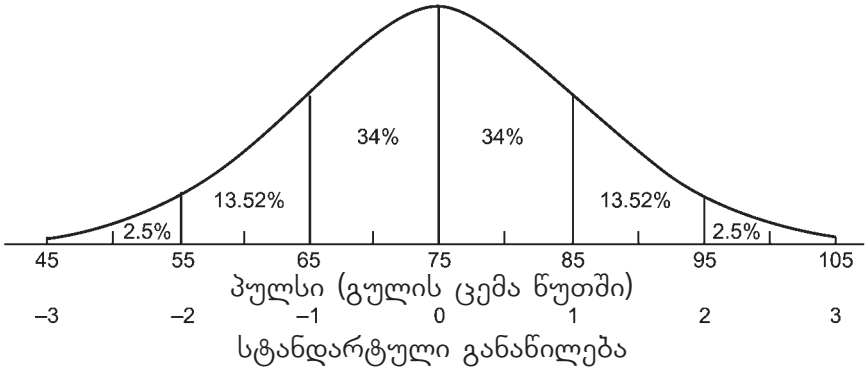
ამ ყველაფერთან ერთად გარკვეული დაბრკოლებები არსებობს, რომლებიც მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენას აფერხებს, მაგალითად, ექსპერიმენტების ჩატარებას ხშირად ეთიკური, ტექნიკური თუ სხვა მიზეზები უშლის ხელს. არადა, სხვადასხვა კავშირების სწორი ინტერპრეტაცია პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია.

ნორმალური დისტრიბუცია

ნორმალური დისტრიბუცია დაკვირვებათა უწყვეტ, სიმეტრიულ, ზარის ფორმის სიხშირის განაწილებას წარმოადგენს (ცხრილი 3.3). ნორმალურ დისტრიბუციას აქვს მაღალი და დაბალი მნიშვნელობები, რომლებიც უსასრულოდ შეიძლება გაგრძელდეს, თუმცა ამავდროულად მას ცენტრალური მდებარეობის პარამეტრები გააჩნია, როგორიცაა: საშუალო არითმეტიკული, მოდა და მედიანა.

საშუალო არითმეტიკული, მოდა და მედიანა მონაცემთა ნაკრების ცენტრალური ტენდენციის საზომებია. საშუალო არითმეტიკული დაკვირვებათა საშუალო მნიშვნელობაა (ის მიიღება ყველა რიცხვის ჯამის მათსავე რაოდენობაზე გაყოფით); მედიანა ცენტრალური მნიშვნელობაა, რომელიც მეტია ან ტოლია დაკვირვებათა 50%-ის და ნაკლებია ან ტოლია ასევე 50%-ის. მედიანას ცენტრალური მდებარეობა უჭირავს იმ შემთხვევაში, როცა დაკვირვებები ზრდის ან კლების მიხედვითაა დალაგებული. მოდა კი ყველაზე ხშირად გამოვლენილი მნიშვნელობაა. ნორმალური დისტრიბუციის დროს სამივე პარამეტრი ერთმანეთის ტოლია.

სტანდარტული გადახრა შეჯამებულად გვიჩვენებს, თუ რამდენად ფართოდაა დისპერსირებული (განფენილი) მაჩვენებლები მოდასა და მედიანის გარშემო. გოსიანის სიმეტრიული ზარის ფორმის მრუდი პოპულაციის ნორმალურ ჯგუფში ბიოლოგიური მახასიათებლების, მაგალითად გულისცემის, სიმაღლის, წონის, წნევის განაწილებას ასახავს.



სურათი 3.3 ნორმალური განაწილება (წყარო: Normal distribution. [Source: Last JM (ed). 1995. *A Dictionary of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press, p. 114.)

ჩანაწერი 3.9 საშუალო არითმეტიკული, მოდა და მედიანა

20 სტუდენტის მიერ მათემატიკის ტესტზე მიღებული ქულებია:

38 39 58 69 78 79 84 84 84 87
89 89 90 90 92 93 98 95 96 99

საშუალო არითმეტიკული 1626/20=81.3 ე.ი მონაცემების ჯამი გაყოფილი მონაცემთა რაოდენობაზე.

მედიანა = 88, ე.ი 50% მასზე ნაკლებია და მეორე 50% მასზე მეტი.

მოდა = 84, ე.ი ყველაზე ხშირად სწორედ ეს მნიშვნელობა შეგვხვდა.

ნორმას მრავალი განსაზღვრება გააჩნია. იგი მოცემული პოპულაციის დაკვირვებათა ვარიაციას წარმოადგენს, რომელიც მოთავსებულია საშუალო არითმეტიკულიდან ორი სტანდარტული გადახრის ფარგლებში ანდა შეგვიძლია განვსაზღვროთ როგორც დაკვირვებები, მოთავსებული სპეციფიკურ პერცენტილებს, მაგალითად, მე-10 და 90-ე პერცენტილებს შორის.

იმის დადგენა, თუ რომელი წარმოადგენს პოპულაციის „ნორმალურ“ და „არანორმალურ“ ჯგუფებს, საჭიროებს ზღვრული დონის განსაზღვრას როგორც კლინიკურ მედიცინაში, ასევე ეპიდემიოლოგიაში. კლინიკურ მედიცინაში, ბავშვის ზრდის, წნევისა თუ ქოლესტეროლის დონის ნორმალური მაჩვენებლები „ნორმალურ“ მოსახლეობაზე მრავალრიცხოვანი დაკვირვების შედეგად განისაზღვრება. მაგ. ბავშვის ზრდის მახასიათებლები, რომლებიც გამოიყენება, როგორც საერთაშორისო სტანდარტი, ამერიკელი თეთრკანიანების საშუალო სოციალურ ფენაში არსებულ მაჩვენებელს ეფუძნება(იხ. მე-6 თავი).

მაჩვენებელთა სტანდარტიზაცია

მაჩვენებლის სტანდარტიზაცია არის მეთოდი, რომლის საშუალებითაც ხდება პოპულაციებს შორის, რეგიონებსა და ქვეყნებში არსებული სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლების შედარებისას განსხვავებული ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურის ზეგავლენის შედეგად მიღებული განსხვავებების მაქსიმალური უგულვებელყოფა. ამ პროცედურის დროს ერთ-ერთი პოპულაცია, რომლის ასაკობრივი სტრუქტურა და სქესობრივი შემადგენლობა ცნობილია, მიიღება სტანდარტულ პოპულაციად და სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით ხდება სხვა პოპულაციების ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურის მასთან გაიგივება, რათა მოხერხდეს მაჩვენებელთა შედარება. მაგ. ამერიკის შეერთებული შტატებისა და ევროპის ქვეყნების მაჩვენებელთა შესადარებლად აშშ-ის ან ევროპის პოპულაციის სტრუქტურა უნდა მივიღოთ როგორც სტანდარტი. სტანდარტიზაცია პირდაპირი და არაპირდაპირი წესებით ტარდება.

სტანდარტიზაციის პირდაპირი მეთოდი

სტანდარტიზაციის პირდაპირი მეთოდი გამოიყენება მაშინ, როდესაც ცნობილია პოპულაციის ასაკ-სფეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ამ მაჩვენებელთა გამოყენებით სტანდარტული პოპულაციისთვის გამოითვლება გარდაცვლილთა მოსალოდნელი რაოდენობა თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში იმ დაშვებით, რომ შესასწავლი პოპულაციის (რომლის მაჩვენებელთა სტანდარტიზაციაც ხდება) და სტანდარტული პოპულაციის ასაკობრივი სტრუქტურები მსგავსია. შემდეგ, გარდაცლილთა რაოდენობები იკრიბება და იყოფა სტანდარტული პოპულაციის საერთო რაოდენობაზე, რათა დადგინდეს სიკვდილიანობის სტანდარტული მაჩვენებელი. სიკვდილიანობის სტანდარტული მაჩვენებელი შეიძლება სპეციფიკური დაავადებისთვის გამოითვალოს.

ცხრილი 3.4 სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით გამოწვეული საერთო და ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობა (ყოველ 100,000 მოსახლეზე), შერჩეულ ქვეყნებში, 1980წ.

ქვეყანა	ნედლი პროცენტი	სტანდარტიზირებული პროცენტი, ყველა ასაკისთვის	ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებელი	
			45-54 წლები	55-64 წლები
ფინეთი	491	277	204	631
ახალი ზელანდია	369	254	184	559
საფრანგეთი	368	164	97	266
იაპონია	247	154	95	227
ეგვიპტე	192	299	301	790
ვენესუელა	115	219	177	497
მექსიკა	95	163	132	327

წყარო: Beaglehole *et al.,* 1993, p. 25; calculated from data in *World Health Statistics Annual, 1986.*

დაავადებათა მიზეზ-სფეციფიკური სიკვდილიანობა შეიძლება გამოითვალოს ცალკეული ქალაქებისთვის; მაგალითად, სხვადასხვა ქალაქებში გამოვლენილი ფილტვის კიბოს მიზეზ-სფეციკური სიკვდილიანობის შედარებით შესაძლოა დადგინდეს, დაავადებაზე გარემო ფაქტორი თუ რამდენად მოქმედებდა, ამ შემთხვევაში ჰაერის დაბინძურება.

მაჩვენებელთა პირდაპირი სტანდარტიზაცია მნიშვნელოვანია სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შედარებისთვის სხვადასხვა ქვეყნებს, ქალაქებს, რეგიონებსა და სოფლებს შორის. ცხრილი 3.4 კარგად ასახავს მნიშვნელოვან ცვლილებებს, რომელიც მაჩვენებელთა სტანდარტიზაციის შემდეგ ვლინდება. მაგალითად, ეგვიპტეში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი დაბალია, ეს შესაძლოა უკავშირდება იმ ფაქტს, რომ ამ ქვეყანაში მოსახლეობის დიდ ნაწილს ახალგაზრდები წარმოადგენენ; სტანდარტული მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფებისთვის საკმაოდ მაღალია.

სტანდარტიზაციის არაპირდაპირი მეთოდი

სტანდარტიზაციის ეს მეთოდი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც შესასწავლი პოპულაციის ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ცნობილი არ არის ან გარკვეულ ასაკობრივ ჯგუფში პირთა რაოდენობა ცოტაა. ამ შემთხვევაში გამოიყენება სტანდარტული პოპულაციის ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობა, რათა შესასწავლ პოპულაციაში ჯანმრთელობის იგივე პრობლემით გამოწვეული მოსალოდნელი რაოდენობა დადგინდეს (ცხრ. 3.4). შემდეგ გარდაცვალების ან დაავადების მოსალოდნელ რაოდენობას ადარებენ რეალურად გამოვლენილ შემთხვევებთან. დაფიქსირებული შემთხვევების მოსალოდნელთან შეფარდებითა და მათი 100-ზე გამრავლებით დგინდება სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (SMR). SMR ქვეყნებს შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა შედარების საშუალებას იძლევა, თანაც გამორიცხავს ისეთ დამაბნეველ ფაქტორს, როგორიცაა, მაგალითად, განსხვავებული ასაკობრივი სტრუქტურა შესადარებელ პოპულაციებს შორის. SMR ერთმანეთს ადარებს ეროვნულ, რეგიონულ თუ სხვა სახის პოპულაციას სტანდარტულთან. იგივე მეთოდი სტანდარტული შემთხვევების შესაფასებლადაც გამოიყენება (SIR).

სურათი 3.4 სიკვდილიანობისა და შემთხვევების სტანდარტიზებული მაჩვენებლის გამოსათვლელი ფორმულა.

$$SMR(SIR) = O/E = \frac{\text{observed deaths (cases)}}{\text{expected deaths (cases)}} \times 100$$

სტანდარტიზებული სიკვდილიანობისა თუ ავადობის (SMRs თუ SIRs) მაჩვენებელი წარმოადგენს შესასწავლ ჯგუფში მოსალოდნელ საერთო მაჩვენებელს ან საერთო რაოდენობას, იმის გათვალისწინებით თუ სპეციფიკური მაჩვენებელი მოცემულ პოპულაციაში იქნებოდა ისეთივე, როგორიცაა სტანდარტულ პოპულაციაში. უნდა აღინიშნოს, რომ სტანდარტული პოპულაცია რაოდენობრივად საკმაოდ დიდია და შემთხვევითი ვარიაციების ალბათობაც ნაკლებია.

SMR შესაძლოა გამოითვალოს სპეციფიკური პოპულაციური ჯგუფებისთვის და შეფასდეს რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის სპეციფიკური ჯგუფი თუ რამდენად არის დაცული. გამოიკვლიეს აზბესტის ქარხანაში მომუშავე პირები, რომლებსაც ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდის შემდეგ მეზოთელიომა გამოუვლინდათ. მონაცემები იხილეთ ცხრილში 3.5.

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, SMR გამოიყენება ჯანდაცვის რეგიონულ სამმართველოებზე ფონდების განაწილების პროცესში. ამ მაჩვენებლის გამოთვლისას ასაკის, სქესის, სოციალურ-ეკონომიკური და გარემო ფაქტორებია გათვალისწინებული. იმ არეალში, რომელშიც მოსალოდნელზე მეტი სიკვდილიანობა ფიქსირდება, დაავადებებისა და ფატალური შემთხვევების რიცხვიც მაღალია. ამის მიზეზი კი რისკის ფაქტორების (გენეტიკური, გარემო, სოციალურ-ეკონომიკური პირობები) მაღალი პრევალენტობაა, მიზეზი ასევე შესაძლოა უხარისხო და შეზღუდული სამედიცინო სერვისებიც იყოს. ამ შემთხვევაში, მოსახლეობის ღარიბი ფენის დასახმარებლად საჭირო ხდება დამატებითი რესურსების ძიება. ზემოაღნიშნული ღონისძიებების მიზანია, სწორად და თანაბრად გადაანაწილოს რესურსები. ბუნებრივია, ზოგიერთი რეგიონი დახმარებას სხვასთან შედარებით უფრო მეტად საჭიროებს. ჯანდაცვაში მენეჯმენტის გასაუმჯობესებლად SMR ეპიდემიოლოგიურ მეთოდებთან ერთად გამოიყენება.

ცხრილი 3.5 მეზოთელიომით განპირობებული სიკვდილიანობა აზბესტის ქარხნის ყოფილ მუშებს შორის, ისრაელი, 1950-1990წწ.

საკვლევი ჯგუფი	4401
მეზოთელიომით განპირობებული სიკვდილის შემთხვევები საკვლევ ჯგუფში	26
მოსალოდნელი სიკვდილის შემთხვევები მთელ მოსახლეობაში	0.12
SMR	26/0.12=216.7

შეჩევის მეთოდები

ამონარჩევი პოპულაციიდან შემთხვევითი თუ არაშემთხვევითი, ტიპიური თუ არატიპიური მეთოდების გამოყენებით შერჩეულ ადამიანთა ჯგუფს წარმოადგენს. შერჩევა არის ცალკეული ინდივიდების ამორჩევის პროცესი, რომლებიც ჩართული იქნებიან კვლევაში, ნაცვლად მთელი პოპულაციის გამოკვლევისა, რათა შეისწავლონ ცვლადი ან ცვლადების ჯგუფი.

კლასტერული შერჩევის დროს ხორციელდება ერთეულების, მაგ. ოჯახებისა და სახლების (და არა ცალკეულ ინდივიდების) შერჩევა არარანდომიზებული მეთოდის გამოყენებით, მაგ. ყოველი მე-10 სახლი, თუმცა საწყისი წერტილი რანდომულად შეირჩევა. ამ მეთოდით ინფორმაციის მოპოვება კვებასა და იმუნიზაციაზე საკმაოდ ადვილია. თუმცა, მასზე მარტივია სამედიცინო დაწესებულებაში მოსული არაშემთხვევითი პირების გამოკვლევა.

არაშემთხვევითი შერჩევის მეთოდს წარმოადგენს, მაგალითად, ადვილად ხელმისაწვდომ ჯგუფებში, როგორიცაა სისხლის დონორები და წნევის გაზომვის მსურველები კვლევის ჩატარება. მსგავსი ამონარჩევის ცდომილება ის არის, რომ ეს ჯგუფი თვითარჩეული პირებისგან შედგება და რეპრეზენტატული არ არის. მნიშვნელოვანია განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაციის ჯგუფებიდან ამონარჩევის შესწავლა. მაგალითად, გარკვეულ რეგიონში დასახლებული პირები, რომლებსაც სრულყოფილი იმუნიზაცია არა აქვთ ჩატარებული. ასეთი ჯგუფების გამოკვლევა მიზეზების განსაზღვრის და იმუნიზაციის პროგრამისთვის საჭირო ინფორმაციის მოპოვების საშუალებას იძლევა. ნათელია, რომ ასეთი ამონარჩევის კვლევის შედეგების გენერალიზება მთელ პოპულაციაზე არ უნდა მოხდეს.

როდესაც ინდივიდებს თანაბარი შანსი აქვთ, რომ იყვნენ შერჩეულნი, მაშინ საქმე გვაქვს რანდომულ ანუ შემთხვევით შერჩევასთან. ამ შემთხვევაში თითოეულ პირს მიენიჭება საკუთარი ნომერი და შერჩევა ხდება მაგიდიდან შემთხვევითი ნომრების აღებით, ვიდრე ამონარჩევის სასურველ რაოდენობას არ მიიღებენ. სტრატიფიცირებული რანდომული შერჩევისას პირებს გარკვეული ფაქტორის მიხედვით ქვეჯგუფებად ყოფენ, მაგალითად ასაკის, სქესის, საცხოვრებელი ადგილის, სოციალურ-ეკონომიკური პირობების მიხედვით და შემდეგ თითოეული ქვეჯგუფიდან რანდომულ შერჩევას ახორციელებენ. სტრატიფიკაციის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ თუ მოსახლეობის 20 %-ს 40-59 წლის მქონე ასაკობრივი ჯგუფი შეადგენს, ამონარჩევ ჯგუფშიც მოცემული ასაკობრივი ჯგუფი ასეთივე პროცენტული თანაფარდობით უნდა იყოს წარმოდგენილი.

ამონარჩევის კვლევის შედეგად მიღებული დასკვნები უნდა იყოს ატრიბუტული იმ პოპულაციისთვის, რომლიდანაც შერჩევა განხორციელდა. მიღებული შედეგების გენერალიზება მთელ პოპულაციაზე შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, როცა გამოყენებული სტანდარტული შერჩევის მეთოდების და შესაძლო ცდომილებების კვალიფიციური აღწერილობა არსებობს.

ბაზომვებისას დაშვებული პოტენციური შეცდომები

მონაცემები უნდა შეფასდეს ვალიდურობის, სიზუსტის და სანდოობის მიხედვით. ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს მისი ბიოლოგიური მნიშვნელობაც. ეს ფაქტორები დასკვნის გაკეთებისა და მოცემული ამონარჩევის კვლევის შედეგების განზოგადოებას განაპირობებს.

ჩანართი 3.10 ეპიდემიოლოგიური დაჯვირვება

1. ვალიდურობა: ხარისხი, სადამდეც საზომი აფასებს მას, რაც გასაზომია.
2. სისწორე: შეფასება ეთანხმება და ობიექტის ნამდვილ მნიშვნელობას შეესატყვისება.
3. სიზუსტე: ხარისხი მკაფიოდაა განსაზღვრული.
4. საიმედოობა, რეპროდუქტიულობა: სტაბილური მაჩვენებელი კვლევის ხელმეორედ ჩატარებისას იმავე პირობებში.
5. ინსტრუმენტული შეცდომა: მოიცავს თვითონ კვლევისას დაშვებულ შეცდომების მრავალ ვარიაციას.
6. ციფრული უზუსტობა: მუდმივი მიკერძოება, დამკვირვებლის მიერ არამთელი მაჩვენებლის დამრგვალება უახლოეს მთელ რიცხვამდე.
7. დამკვირვებელთაშორისი ვარიაციები: განსხვავებები მიღებული ერთსა და იმავე საკითხზე მომუშავე სხვადასხვა დამკვირვებელის მუშაობის შედეგად.
8. ინდივიდუალური დამკვირვებლის ვარიაციები: ეს ცვლილებები უკავშირდება არა საობსერვაციო მიდამოს, არამედ თვითონ დამკვირვებლის შეცვლას, რომელიც ამ ობიექტს განსხვავებულად აღწერს.
9. ცდომილება: ეფექტი ან დასკვნა, რომელიც ჭეშმარიტ მნიშვნელობას სცილდება.
10. ყალბი მონაცემი: მკაფიო, მაგრამ მცდარი ეპიდემიოლოგიური კავშირი.

წყარო: Adapted from Last, J. M. (ed.) 1995. *A Dictionary of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press.

რეპროდუქტიულობა ანუ სანდოობა გულისხმობს იმავე პირობებში, გაზომვების ხელმეორედ ჩატარების შემთხვევაში მიღებულ სტაბილურ მაჩვენებლს. თუ ორი დამკვირვებლის მუშაობის შედეგი ერთმანეთს ჰგავს, ე.ი დამკვირვებელთა შორის სანდოობის დონე მაღალია. თუმცა, მედიცინის სფეროში, მრავალ ვარიაციებს ვხვდებით, მაგალითად კარდიოლოგების შემთხვევაში, რომლებიც ერთსა და იმავე კარდიოგრამას განიხილავენ და განსხვავებულ ინტერპრატაციას აკეთებენ, ზოგჯერ იგივე ხდება რადიოლოგიაშიც.

ინსტრუმენტული სტანდარტიზაცია, დამკვირვებლთა მომზადება და მონაცემთა შეკრების პროცესის სტანდარტიზაცია მონაცემებს უფრო უტყუარს ხდის. პაციენტის გასინჯვამ სხვადასხვა დროს შესაძლოა სხვადასხვა შედეგი მოგვცეს (გლუკოზისა თუ წნევის გაზომვისას). ამ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება პროცესის სტანდარტიზაცია, რათა მივიღოთ მონაცემები, რომელთა შედარებას აზრი ექნება.

ტესტების სტანდარტიზაცია, როგორც ხარისხის სამსახურის ნაწილი, გულისხმობს რომელიმე ლაბორატორიაში მიღებული შედეგის შესამოწმებლად მთავარ ლაბორატორიაში გადაგზავნას. ეს ყოველივე აუცილებელია ცთომილებების და არაობიექტური შედეგების თავიდან აცილების მიზნით (იხ. ჩანართი 3.11).

ჩანართი 3.11 ცთომილების წყაროები

1. ვარაუდის ცთომილება: ვლინდება კვლევაზე დაფუძნებული არასწორი ლოგიკისა და წინაპირობის შემთხვევაში.
2. პასუხის ცთომილება: სისტემური შეცდომები, გამოწვეული კვლევაში ჩართული მოხალისე პირების განსხვავებით პოპულაციის დანარჩენი წევრებისგან.
3. შერჩევის პროცესის ცთომილება: შეცდომა განპირობებული იმ პირთა ჩაურთველობით, რომლებსაც არ აინტერესებდათ ეს კვლევა, მზრუნველობის გარეშე განიკურნენ ან გარდაიცვალნენ.
4. შერჩევის მეთოდოლოგიის ცთომილება: ვითარდება შერჩევის ისეთი მეთოდის გამოყენებისას, რომელიც შესაძლოა არათანაბარ შანსებს აძლევდეს მოსახლეობის თითოეულ წევრს, რომ კვლევაში ჩაერთოს.
5. დამკვირვებლის ცთომილება: შეცდომები და განსხვავებები განპირობებული სხვადასხვა დამკვირვებლის მუშაობით, თუმცა ეს შეიძლება ერთსა და იმავე დამკვირვებლის შემთხვევაშიც მოხდეს, თუ იგი სხვადასხვა შემთხვევებს აღწერს.

6. გამოვლენის ცთომილება: სისტემური შეცდომა, რომელიც დიაგნოზისა და ვერიფიკაციის არასწორი მეთოდის შემთხვევაში ვლინდება.
7. დიზაინის ცთომილება: სისტემური შეცდომა, კვლევის არასწორი დიზაინის აგებისას ვლინდება.
8. ინფორმაციული ცთომილება: ვლინდება, როცა ინფორმაცია ექსპოზიციის ან გამოსავლის შესახებ არასწორად გროვდება.
9. ინსტრუმენტული შეფასების ცთომილება: არასწორი დაკალიბრება, არასწორად მზომავი ინსტრუმენტები, კონტამინირებული ან არასწორად განზავებული რეაგენტები.
10. ინტერვიუერის ცთომილება: შესაგროვებელი ინფორმაციის გააზრებული ან ქვეცნობიერი სელექცია.
11. შეტყობინების ცთომილება: ინფორმაციის თვითშეტყობინება, სუპრესია და გაზვიადება, მაგ. ინფორმაცია სგგდ-ის შესახებ .
12. გამოქვეყნების ცთომილება: გამომცემელს ურჩევნია დადებითი ინფორმაციის მოწოდება, რაც საკითხის არასწორად აღქმას გამოიწვევს.
13. შეწყვეტის ცთომილება: ნიმუშების რაოდენობის შემცირება, განპირობებული თავის დანებებით.
14. დადგენის ცთომილება: გამოკვლევისა და დაკვირვების ჩატარებისას დაშვებული შეცდომები, განპირობებული პაციენტის ტიპაჟით, კულტურით, ადათ-წესებითა და თვით დამკვირვებლის თავისებურებებით.

წყარო: From Last, J. M. (ed.) 1995. *A Dictionary of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press.

დაავადებათა სკრინინგი

დაავადებათა სკრინინგი შესაძლებელია ჩატარდეს მთელ პოპულაციაში, როგორც ეს ადრე ტუბერკულოზის სადიაგნოსტიკოდ ხდებოდა. თუ სკრინინგი რამდენიმე ანალიზს მოიცავს, მას მულტიფაზური ეწოდება.

სკრინინგი ორიენტირებულია გარკვეული რისკის ჯგუფების გამოკვლევაზე, მაგალითად, ტყვიის კოცენტრაციის განსაზღვრა მის შემცველ გარემოში მომუშავეთა ან ტყვიის მომხმარებელ ქარხნებთან მცხოვრებ ბავშვთა სისხლში. სკრინინგი შესაძლოა პაციენტის სამედიცინო მომსახურების ნაწილი იყოს, როდესაც სამედიცინო პერსონალი სისხლში გლუკოზისა და ქოლესტერინის შემცველობას რუტინულად იკვლევს. ანალიზის სიზუსტეს საზღვრავენ ტერმინებით: მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა. მიზნობრივი სკრინინგი შესაძლოა კანონმდებლობით იყოს გათვალისწინებული, მაგალითად, ახალშობილთა გამოკვლევა ფენილკეტონურიის, ჰიპოთირეოზისა და სხვა თანდაყოლილ ანომალიებზე. სკრინინგული ტესტის ღირებულება განისაზღვრება როგორც მისი მგრძნობელობისა და სპეციფიკურობის ხარისხით, ასევე ფასით და სკრინინგული კვლევებითვის სარგებლიანობის მიხედვით.

სკრინინგული ტესტის მგრძნობელობა გამოკვლეული პოპულაციიდან ტესტის მიერ დაავადებულად შეფასებულ შემთხვევათა შორის ჭეშმარიტად დაავადებულთა პროპორციაა. მსგავს შემთხვევებს ზოგჯერ ჭეშმარიტად დადებითს უწოდებენ. სპეციფიკურობა სკრინინგული ტესტით გამოვლენილი დაავადების არმქონე ადამიანთა შორის ჭეშმარიტად ჯანმრთელთა პროპორციაა. ის სკრინინგული ტესტით ჯანმრთელ ადამიანთა ზუსტად გამოვლენის შესაძლებლობას ან ჭეშმარიტად უარყოფითი შემთხვევების ხვედრით წილს განსაზღვრავს. ტესტი, რომელიც ძალიან ბევრ ცრუ დადებით ან ცრუ უარყოფით შედეგს გვაძლევს, არ არის ღირებული (ყუთი 3.12).

შედეგი ცრუ უარყოფითია, თუ დაავადებული ადამიანის ლაბორატორიული ტესტირების შედეგი უარყოფითია: დაავადებას აქვს ადგილი, თუმცა სკრინინგული ტესტი ამ შემთხვევას ვერ ავლენს. თუ სკრინინგი ფენილკეტონურიაზე დაბადებიდან ძალიან მცირე პერიოდში ჩატარდება, შესაძლოა, გარკვეული შემთხვევები გამოგვრჩეს, რადგან დაავადება მოგვიანებით ვლინდება. ცრუ უარყოფითი შემთხვევები სკრინინგის პროგრამის ეფექტურობას ამცირებს.

შედეგი ცრუ დადებითია, თუ ჯანმრთელი ადამიანის ლაბორატორიული კვლევის შედეგები მოცემულ დაავადებაზე დადებითია. ყველა, ვისაც მომატებული აქვს სისხლის წნევა, არ არის

ჩანართი 3.12 სჯრინინგული ტესტების მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა

ტესტის შედეგი	დაავადების მქონე	დაავადების არმქონე	სულ
დადებითი	დაავადება აქვს ტესტი დადებითია (TP)	დაავადება არ აქვს ტესტი დადებითია (FP)	TP + FP
უარყოფითი	დაავადება აქვს ტესტი უარყოფითია (FN)	დაავადება არ აქვს ტესტი უარყოფითია (TN)	FN + TN
სულ	TP + FN	TN + FP	TP + FP + TN + FN

მგრძნობელობა = TP/ (TP + FN) X 100 სპეციფიკურობა = TN/(TN + FP) X 100

წყარო: Gorlis, L. 1996. *Epidemiology.* Philadelphia: W. B. Saunders Company, p. 60.

ჰიპერტონიით დაავადებული. ცრუ დადებითი შედეგები აუცილებლად უნდა გადამოწმდეს, რადგან ის უფრო სპეციფიკური ტესტით დადასტურების გარეშე არ შეიძლება გამოვრიცხოთ, მაგალითად, განმეორებითი სისხლის წნევის განსაზღვრით.

დაავადების სკრინინგი და რისკის ფაქტორების განსაზღვრა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აუცილებელი ნაწილია. იმისთვის, რომ იყოს ღირებული, სკრინინგი საჭიროებს მართებულ, ზუსტ ტესტს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის პრიორიტეტულ დაავადებას მაღალი პრევალენტობით. სკრინინგი ძუძუს კიბოზე, საშვილოსნოს ყელის კარცინომასა და სხვა მრავალ დაავადებაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნდამენტურ კომპონენტს წარმოადგენს, ამასთან ხელს უწყობს სიკვდლიანობის შემცირებას და დაავადების გამოსავლის გაუმჯობესებას. სკრინინგი რეკომენდებულია სერიოზული, განკურნებადი, თუმცა იშვიათი დაავადებების არსებობის შემთხვევაშიც, როგორიც ფენილკეტონურიაა.

ეპიდემიოლოგიური კვლევები

კვლევის ეპიდემიოლოგიური მეთოდები მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პოპულაციაში დაავადების სიხშირის განსაზღვრისთვის, არამედ მოსახლეობაში მასზე მოქმედი სპეციფიკური რისკის ფაქტორების დასადგენადაც. ეპიდემიოლოგიური კვლევები უზრუნველყოფს რისკის ფაქტორებისა და მათი ზეგავლენის შეფასებას მოსახლეობის იმ ნაწილში, რომელსაც დაავადება აღენიშნება ან მისი განვითარების რისკის ჯგუფს განეკუთვნება, პოპულაციის იმ ნაწილთან შედარებით, რომელიც ამ რისკის ფაქტორების ზემოქმედებას არ ექვემდებარება. ეს მედიცინაში და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში ახალი ჰიპოთეზების და ინოვაციების

ტესტირების საშუალებას იძლევა.

ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები შეიძლება კლასიფიცირდეს, როგორც ობსერვაციული და ექსპერიმენტული. ობსერვაციული კვლევა მოვლენების ჩვეულ მიმდინარეობას არ ცვლის, ხოლო ექსპერიმენტული მოიცავს ჩარევებს, რომელთა მიზანი ავადობის რისკის შემცირებაა და მკვლევართა ჯგუფის კონტროლს ექვემდებარება. რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევების სახელწოდება ასახავს კვლევის მიმართულებას შესასწავლ მოვლენასთან მიმართებაში; ამ შემთხვევაში ძირითადი კითხვაა, ვლინდება თუ არა შესასწავლი დაავადება კვლევამდე, თუ მის გამოვლენას მომავალში უნდა ველოდოთ?

ობსერვაციული კვლევა

ობსერვაციული ეპიდემიოლოგია იკვლევს მოსახლეობას, თუმცა მოვლენების ბუნებრივ მიმდინარეობაში ჩარევას არ გულისხმობს. კვლევა შესაძლებელია იყოს აღწერილობითი და ანალიზური. აღწერილობითი მეთოდი პოპულაციაში ავადობის შემთხვევების დახასიათების თვალსაზრისით შეზღუდულია. იგი ხშირად კვლევის პირველი ეტაპია და შემდგომი, უფრო სპეციფიკური კვლევების საფუძველს წარმოადგენს; ანალიტიკური მეთოდი კონკრეტულ ცვლილებებს უფრო ღრმად განიხილავს, რომლებიც დაავადებასთან შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს. ის მოიცავს ეკოლოგიურ, ჯვარედინ (ერთმომენტიან), შემთხვევა-კონტროლით და კოჰორტულ კვლევებს. თითოეულ მათგანს ზევით განხილულ ცდომილებათა გამოვლენის რისკი გააჩნია.

აღწერითი ეპიდემიოლოგია

აღწერითი ეპიდემიოლოგია ფართოდ იყენებს ობსერვაციულ კვლევებს დაავადების, ადამიანის, ადგილისა და დროის მიხედვით გავრცელების შესწავლის მიზნით. კვლევის ეს მეთოდი აღწერს ცვლადთა ნაკრების გავრცელებას, გამომწვევი მიზეზების ან სხვა ფაქტორების შესახებ ჰიპოთეზების ტესტირების გარეშე.

პერსონალური ფაქტორები ასაკს, სქესს, განათლების დონეს, ეროვნებასა და საქმიანობას მოიცავს. მოვლენის ადგილი შესაძლოა განისაზღვროს ბუნებრივ ან პოლიტიკურ მიჯნაზე და მოიცავდეს საცხოვრებელ ან სამუშაო ადგილს, სკოლას ან დასასვენებელ სახლს. დროის ფაქტორი მოიცავს დამოკიდებულებას ექსპოზიციასა და დაავადების გამოვლენას შორის, ასევე დროს, რომელიც ძირითადად სამ ტიპად იყოფა:

1. მრავალწლიანი დინამიკა.
2. ციკლური ცვლილებები: ყოველწლიური ან სხვა სახის პერიოდული ცვალებადობა.
3. ხანმოკლე ცვლილებები: როგორც ეს დაავადებათა ეპიდემიური აფეთქებების დროს აღინიშნება.

დროის მიხედვით დაავადებათა გავრცელების თავისებურებების შესწავლა ხელს უწყობს მწვავე ინფექციების, მაგალითად წითელას და ფეკალურ-ორალური გზით გავრცელებადი დაავადებების ეპიდემიების ბუნებრივი მიმდინარეობის შესწავლას ან არაგადამდები დაავადებების (ინსულტი, სიმსივნე) გავრცელების განსაზღვრას შერჩეულ პროფესიულ ჯგუფებში. ეპიდემიოლოგია ასევე იკვლევს ფიზიოლოგიურ ან პათოფიზიოლოგიურ მოვლენებს, მაგალითად ჰიპერტენზიის ან ზრდის შეფერხების სიხშირეს, ასევე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მოვლენებს, თამბაქოს მოხმარებას და რისკის სხვა ფაქტორებს.

ანალიტიკური კვლევები

ანალიტიკური კვლევები დაკავშირებულია გამომწვევი მიზეზების ან დაავადებათა რისკის ფაქტორების დადგენასთან ჯანმრთელობის ხელმყოფი სოციალური, ეკონომიკური, ფსიქოლოგიური ან პოლიტიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით. ეს პოპულაციაში დაავადებათა შემცირებისკენ მიმართული პროგრამების განსაზღვრაში გვეხმარება. ანალიტიკურმა ეპიდემიოლოგიამ დიდი წვლილი შეიტანა თანამედროვე მედიცინის განვითარებაში ძირითადი რისკის ფაქტორების განსაზღვრით, მაგალითად, ფილტვის კიბოს მაღალი მაჩვენებელი მწეველებში და ინსულტის მაღალი გავრცელება ჰიპერტენზიით დაავადებულებში. ანალიტიკური ეპიდემიოლოგია შესაძლოა ჯვარედინ, რეტროსპეტულ და პროსპექტულ კვლევებს მოიცავდეს.

1. ეკოლოგიური კვლევა. ეკოლოგიურია კვლევები, რომლებიც მოიცავს არა ცალკეული ინდივიდის, არამედ პოპულაციის ან ადამიანთა ჯგუფების ანალიზს. მსგავსი კვლევის მაგალითია შემოსავლის მაჩვენებლის, სოციალური კლასის ან თანამდებობის, სიმსივნის ან გულსისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილიანობის მიხედვით გაერთიანებული საზოგადოების შესწავლა. ეკოლოგიური კვლევების ცდომილე-

ბა იმაში მდგომარეობს, რომ ასოციაცია, რომელსაც ადგილი აქვს გაერთიანებულ ცვლადებსა და ჯგუფის მახასიათებელს შორის ხშირად ცალკეული ინდივიდის დონეზე არ ვლინდება. სწორედ ამიტომ, ეკოლოგიური კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შეცდომაა მიზეზ-შედეგობრივი დამოკიდებულების აღიარება.

კვლევები, რომლებიც გვიჩვენებს აშკარა კორელაციას სასმელი წყლის ხარისხსა და გულის დაავადებებით სიკვდილიანობას შორის, ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს საკმარის მტკიცებულებას მიზეზი-ეფექტი დამოკიდებულების დასადგენად. არასწორი გადაწყვეტილება (ეკოლოგიური ცდომილება) იქნებოდა მხოლოდ მსგავს მონაცემებზე დაყრდნობით იმის მტკიცება, რომ წყლის რადიოაქტიური გამოსხივება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით სიკვდილიანობას აუცილებლად გამოიწვევს. ცრუ ურთიერთკავშირის უარყოფა მეტისმეტად რთულია, როდესაც მასზე ამოუცნობი ფაქტორები ახდენს ზეგავლენას, ამიტომ შესაძლოა მათ მკვლევარი შეცდომაში შეიყვანონ.

ეკოლოგიური ეპიდემიოლოგია მნიშვნელოვანია ჰიპოთეზების ჩამოყალიბების თვალსაზრისით შორეული, უფრო ღრმა გამოკვლევების დასაგეგმად. აშშ-ში არსებული მონაცემების საფუძველზე დაასკვნეს, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შავკანიან მოსახლეობაში მეტია, ვიდრე თეთრკანიანებში. მიუხედავად ამისა, უფრო დეტალური გამოკვლევები უჩვენებს, რომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ორივე რასის წარმომადგენლებში თანაბარია და ოჯახის საშუალო შემოსავლის მიხედვით მერყეობს.

2. ჯვარედინი კვლევები. ჯვარედინი კვლევები უზრუნველყოფს სპეციფიკურ დაავადებათა და ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ ფაქტორთა ურთიერთდამოკიდებულების ანალიზს, ვინაიდან ისინი პოპულაციაში ერთდროულად არსებობენ. მოსახლეობა შეიძლება დაიყოს ქვეჯგუფებად, ჯანმრთელებად და დაავადებულებად. შემდეგ თითოეული ქვეჯგუფის წევრისთვის დამახასიათებელი ნიშნები (ასაკი, სქესი, საცხოვრებელი რეგიონი, პროფესია და სოციალური კლასი) ურთიერთდამოუკიდებლად უნდა გაანალიზდეს. ამ ცვლადების შედარების საფუძველზე გამოკვლეულთა შორის შესაძლოა რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაცია გამოვავლინოთ.

3. შემთხვევა-კონტროლით კვლევები. კვლევა შემთხვევა-კონტროლით ობსერვაციულ, რეტროსპექტულ კვლევებს განეკუთვნება და დაავადებათა პოტენციური გამომწვევი მიზეზების დადგენას უზრუნველყოფს. ის ერთმანეთს ადარებს ორ მსგავს პოპულაციურ ჯგუფს – დაავადებით და დაავადების გარეშე და შესაძლო რისკის ფაქტორებს ადგენს. შემთხვევა-კონტროლით კვლევის მაგალითია მეცხრამეტე საუკუნის 50-იან წლებში გერმანიაში გახშირებული კიდურების თანდაყოლილი ანომალიის შესწავლა. შედეგებმა გამოავლინა, რომ დეფექტით დაბადებული 46 ბავშვის დედიდან 41 დედა ღებინების საწინააღმდეგო აბებს – თალიომიდს ღებულობდა, რომლის გამოყენება ორსულობის დროს უკუნაჩვენები არ იყო. 300 ნორმალური ბავშვის დედიდან მსგავს თერაპიას არც ერთი არ იტარებდა. სწორედ ამ კვლევამ გამოიწვია მოცემული პრეპარატის აკრძალვა თავდაპირველად აშშ-ში, მოგვიანებით კი სხვა ქვეყნებშიც. შემთხვევა-კონტროლით კვლევების შედეგების შესაჯამებლად შანსების თანაფარდობა გამოიყენება (Odds Ratio). კვლევის მოცემული მეთოდი შესაძლოა ეპიდემიის და აფეთქების დროს ავადმყოფებსა და საკონტროლო ჯგუფებს შორის არსებული სხვაობის გამოვლენისას სასიცოცხლო მნიშვნელობის აღმოჩნდეს.

4. კოჰორტული კვლევები. ისინი განიხილება, როგორც პროსპექტული, ხანგრძლივი კვლევის მეთოდი და დაავადებისგან თავისუფალ, პოტენციური რისკის ფაქტორების მიხედვით ქვეჯგუფებად დაყოფილ პოპულაციას შეისწავლის. ფარდობითი რისკი წარმოადგენს დაავადებათა რისკის შეფარდებას ორ ჯგუფს – ექსპოზირებულთა და არაექსპოზირებულთა შორის. მსგავს კვლევებში შესაძლოა გამოითვალოს ინციდენტობის მაჩვენებელი, ისევე, როგორც დაავადების რისკის მნიშვნელობა მოსახლეობისთვის. გარდა ამისა, კოჰორტული კვლევები მრავლობით გამოსავალზე დაკვირვების საშუალებას იძლევა. მოსახლეობის ავადობის შესახებ მნიშვნელოვანი მონაცემები შეტყობინების რუტინული სისტემებიდან ზოგჯერ ხელმისაწვდომი არ არის, ამიტომ სპეციალიზებული კვლევების ჩატარება ხდება საჭირო. კოჰორტული კვლევის მაგალითია ფრამინგჰემის კვლევა გულის დაავადებათა რისკის ფაქტორების შესახებ მასაჩუსეტსის მოსახლეობაში 1949 წლიდან (იხ. თავი 2). კონკრეტული პოპულაციური ჯგუფების ობსერვაციულმა გამოკვლევებმა უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში საზოგადოებივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პროგრესი უზრუნველყო.

ბუნებრივი ექსპერიმენტის დროს მიმდინარე მოვლენები ორ მსგავს პოპულაციაში ვითარდება. ისევე როგორც კოჰორტული კვლევის დროს, ბუნებრივ ექსპერიმენტში მონაწილე ორი პოპულაციიდან ერთ-ერთი ექსპოზიციას განიცდის, რომელიც შესაძლოა რისკის ფაქტორს წარმოადგენდეს, ხოლო მეორე პოპულაცია ამ ფაქტორის მოქმედებას არ განიცდის. ეს ტენდენცია ჯონ სნოუს მიერ 1850 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ჩამოაყალიბა: ლონდონის მოსახლეობას წყალი ორი კომპანიის მიერ მიეწოდებოდა, ერთი, რომელიც დასნებოვნებული იყო ქოლერის მაღალი და მეორე კი – მისი შემცველობის დაბალი ხარისხით. დღესდღეობით, ეს მიმართულება გამოიყენება მოვლენების ეპიდემიოლოგიური შეფასებისთვის, თითოეული მათგანი განიხილება, როგორც უნიკალური და დაავადებასთან ასოცირებული სათანადო ფაქტორების დეფინიციას საჭიროებს.

ექსპერიმენტული ეპიდემიოლოგია

ექსპერიმენტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა უშუალოდ მკვლევარის მეთვალყურეობით მიმდინარეობს და ლაბორატორიული ექსპერიმენტის მსგავსად ტარდება. ექსპერიმენტულ კვლევაში ჩართულია ინტერვენცია და მისი მოქმედების ეფექტის შეფასება ერთ ან რამდენიმე ჯგუფში ხდება. კლინიკური ეპიდემიოლოგია იყენებს ექსპერიმენტული კვლევის მონაცემებს კლინიკური პრობლემების გადაჭრისა და პრაქტიკის მიზნით, რაც ხელს უწყობს პაციენტებისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევისას ეპიდემიოლოგიური ცოდნის გამოყენებას. ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარებისა და მენეჯმენტის პროცესი კლინიკური ეპიდემიოლოგიის ცოდნას საჭიროებს.

1. კონტროლირებადი კვლევები. კონტროლირებადი კვლევა ეპიდემიოლოგიური ექსპერიმენტია, რომელიც ჩარევის (პრევენციული ან თერაპიული) შედეგების შესწავლის მიზნით ჩამოყალიბდა. კვლევის დასაწყისში ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფებში შემთხვევათა შემთხვევითი გადანაწილება ხორციელდება და დაკვირვება გარკვეული დროის განმავლობაში გრძელდება, რათა შეისწავლონ ის ცვლილებები, რაც ინტერვენციას მოყვა. კვლევას ბრმა ეწოდება, თუ გამოსაკვლევმა პირებმა არ იციან ძირითად ჯგუფს განეკუთვნებიან თუ საკონტროლოს. ამასთან, თუ ადამიანი იმ ინფორმაციას არ ფლობს, რომელიც კვლევის შედეგებს არეგულირებს, კვლევა ორმაგად ბრმაა. უფრო მეტიც, თუ მათ, ვინც მონაცემთა ბაზის ანალიზს უზრუნველყოფენ, თითოეული ჯგუფის შემადგენლობა არ იციან, კვლევას შეიძლება სამმაგად ბრმა ვუწოდოთ. ამგვარად შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ კვლევის შედეგების მიკერძოება, რაც, თავისთავად, მის ღირებულებას ზრდის. თუ საკონტროლო და სამკურნალო ჯგუფებში მიღებულ შედეგებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია, თერაპიული კურსი ეფექტურად მიიჩნევა.
2. საველე კვლევები. საველე კვლევები ტარდება ჯანმრთელ ადამიანთა ორ ჯგუფში, სპეციფიკური ჩარევით და ჩარევის გარეშე, რათა განისაზღვროს, მოქმედებს თუ არა ჩარევა დაავადების განვითარების რისკზე. ეს მეთოდი ახალი ვაქცინის გამოსაცდელად ხშირად ისეთ პოპულაციაში გამოიყენება, რომელსაც ამა თუ იმ დაავადების მიმართ მიმღებლობა გააჩნია. 1956 წელს ჯონას სოლკის მიერ პოლიომიელიტის ინაქტივირებულ ვაქცინაზე ჩატარებულმა საველე კვლევებმა დაამტკიცა მისი დამცველობითი ეფექტი და უსაფრთხოება 1.5 მილიონ ამერიკელ ბავშვზე, შემდგომ კი მსოფლიოში დაინერგა.
3. კვლევები თემის დონეზე. თემის დონეზე კვლევები მთელ თემში რისკის ფაქტორების ან სამედიცინო ჩარევების ზემოქმედების ეფექტის დადგენის მიზნით ტარდება. რანდომიზაცია ამ შემთხვევაში არ ტარდება, რადგან მთელი თემია შერჩეული. აგრეთვე რთულია თემის იზოლაცია იმ პროცესებისგან, რომელიც პოპულაციაში მიმდინარეობს. თემის დონეზე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციული პროგრამების (როგორიც არის – ჩრდილოეთ კარელიის, მინესოტას და სხვა მრავალი) შეფასება ექსპერიმენტის დიზაინსა და საზოგადოებრივ რეალობას შორის შეუსაბამობის გამო მარტივი არ არის.

მიუხედავად ამისა, კვლევები თემის დონეზე აუცილებელია სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის განსასაზღვრად დაავადებათა განვითარების რისკის შემცირების ან არახელსაყრელი გამოსავლის პრევენციის თვალსაზრისით. მაგალითად, სოფლად მცხოვრებთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამამ შესაძლოა უზრუნველყოს პრენატალური დახმარების ან იმუნიზაციის ადრეულ ეტაპზე გამოყენება, მაგრამ შედეგის ცვლადების დადგენა საველე პირობებში გაცილებით რთული იქნება.

მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა

გამომწვევი მიზეზების მოძიება მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ითვალისწინებს აგენტი-მასპინძელი-ინფექციისგადამტანი ურთიერთკავშირს, სადაც აგენტი სპეციფიკური გამომწვევი ორგანიზმია. ეს ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიაში უზრუნველყოფს იმუნოლოგიის მეცნიერულ ბაზისს, ვაქცინებით მართვადი დაავადებების კონტროლს და სანიტარული პირობების გაუმჯობესებას საკვებისმიერი და წყლისმიერი დაავადებების პრევენციისთვის. მიზეზ-შედეგობრიობის კრიტერიუმები მოიცავს ასოციაციის სიძლიერეს, ბიოლოგიურ დამაჯერებლობას, სხვა კვლევების შედეგებთან თანხვედრას, დოზა-პასუხის ურთიერთკავშირს. სხვა კვლევების შედეგებთან თანხვედრა გულისხმობს კვლევის შედეგების იდენტურობას სხვა ავტორთა მიერ ჩატარებულ მსგავს კვლევებთან. ბიოლოგიური დამაჯერებლობის არსებობა მოითხოვს, რომ მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის ბიოლოგიური ახსნა უნდა იყოს შესაძლებელი. დოზა-პასუხის ურთიერთკავშირის შემთხვევაში ჩარევის სიმძლავრის, რაოდენობისა და ხანგრძლივობის ცვლილება სპეციფიკური გამოსავლის ცვლილებასაც უნდა განაპირობებდეს.

ინფექციურ დაავადებათა კონტროლშიც კი მოსახლეობის ჯანმრთელობის რეალური მდგომარეობა გაცილებით მძიმეა, ვიდრე ცალკეული მიზეზობრივი მოდელი. XIX საუკუნეში ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა სავარაუდოდ კვებისა და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესების ფონზე შემცირდა; მეოცე საუკუნის დასაწყისში, ანტიბიოტიკის ერამდე, მაღალხარისხიანი კვებისა და სიმპტომური მკურნალობის ხარჯზე კლება კვლავ გაგრძელდა. წითელას ენდემურობის მიუხედავად (გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში დაავადების გამომწვევი ვირუსი კვლავ არსებობს) მასთან ასოცირებული სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდა, მე-19 საუკუნის 60-იან წლებამდე, ვიდრე მის საწინააღმდეგო ეფექტურ ვაქცინას მიიღებდნენ. ეს შესაძლოა ცხოვრების პირობებისა და გართულებების სიმპტომური მკურნალობის გაუმჯობესებასთან იყოს დაკავშირებული. დღესაც კი, ბავშვთა კვება და A ვიტამინით მომარაგება ზეგავლენას ახდენს წითელათი გამოწვეულ სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე.

არაგადამდები დაავადებები მულტიფაქტორული ეტიოლოგიური ბუნებისაა. ერთი დაავადების ხელშემწყობი რისკის ფაქტორი შესაძლოა სხვა პათოლოგიების განვითარების რისკსაც ზრდიდეს. დიეტა, ისევე, როგორც დიაბეტი და ჰიპერტენზია, კორონარული დაავადებების მთავარ რისკის ფაქტორად იქნა მიჩნეული. თავის მხრივ, დიაბეტი მნიშვნელოვანი რისკის ფაქტორია ინსულტის, თირკმლის, თვალის და პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებებისთვის. კვების დეფიციტმა, შესაძლოა სიმსივნის განვითარება გამოიწვიოს. ამდენად, დაავადებათა მულტიფაქტორული ბუნების იგნორირება შეუძლებელია.

დაავადების გამომწვევი მიზეზები ხშირად ინდივიდის ცხოვრების წესის, პროფესიული ან გარემო ფაქტორების, სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის, თანდაყოლილი ნიშან-თვისებების მახასიათებლებთანაა ასოცირებული, რაც ეპიდემიოლოგიურ საფუძველს ქმნის და მიჩნეულია, რომ მათი პრევენცია ჯანმრთელობის სტატუსის კონტროლის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს.

არაინფექციური დაავადებები ხშირად მულტიფაქტორულია და რისკის ფაქტორების ზემოქმედებით მწვავდება. გამომწვევი მიზეზების ანუ მართვადი ფაქტორების პრევალენტობის განსაზღვრა აუცილებელია დაავადებათა განვითარების სამომავლო რისკის ეპიდემიოლოგიური შეფასებისა და სამედიცინო ჩარევების დაგეგმვის თვალსაზრისით. მაგალითად, თამბაქოს მოხმარების გავრცელება გამოიყენება როგორც ფილტვის კიბოს პოტენციური ინდიკატორი. მაღალი სხეულის მასის ინდექსი (BMI), სისხლის წნევა და შრატში ქოლესტეროლის შემცველობა კორონარული დაავადებების განვითარების საშიშროების მაჩვენებელია. ეს მონაცემები საზოგადოებისა და თითოეული ინდივიდის რისკზე მიუთითებს, ისევე როგორც ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პროგრამების აუცილებლობაზე.

შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებები

დაავადების შესახებ მონაცების შეტყობინებას ექიმები უზრუნველყოფენ, რაც ხშირად ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა აუცილებელ შეტყობინების სისტემას ემყარება. ზოგიერთი დაავადების, მაგალითად შავი ჭირის, ქოლერის, ყვითელი ცხელების, ჰემორაგიული ვირუსული ცხელებების, ტულარემიის, ტკიპისმიერი ენცეფალიტის და ა.შ შეტყობინება სავალდებულოა საერთაშორისო კონვენციის მიხედვით. ენდემური დაავადებების შტყობინება აუცილებელია მათი პრევალენტობისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთლობაზე ზეგავლენის მონიტორინგის მიზნით (იხ. თავი 4). დამატებითი დაავადებები, რომელთა შეტყობინება სხვა ქვეყნებში რუტინულად ხორციელდება, მოიცავს: წყლით და საკვებით გადამდებ დაავადებებს, ქიმიური ნივთიერებებით ინტოქსიკაციას, ბოტულიზმს, ლეიშმანიოზს, სეპტიცემიას, ქლამიდიოზს, ლისტერიოზს, გონოკოკურ ოფთალმიას. რუტინული გამოკვლევის სიას ენდემური მდგომარეობის შესაბამისად სხვა სამედიცინო მოვლენები შესაძლოა დაემატოს. ინფექციურ დაავადებათა შეტყობინება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მიღწევად შეიძლება მივიჩნიოთ.

ჰებისტჰები და საანგბაჰიშო სისტემები

სპეციალური რეგისტრები მნიშნელოვანია მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობისა და კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების საფუძვლის შესაქმნელად (ცხრილი 3.6). ის კლინიკური მეთვალყურეობის შედეგებს და ეპიდემიოლოგიურ ინფორმაციას გვაწვდის. პრიორიტეტები შესაძლოა ქვეყნების მიხედვით ვარირებდეს, მაგრამ ძირითად რეგისტრებს, რომელთა არსებობა ჯანდაცვის სისტემაში აუცილებელია, მიეკუთვნება ინფექციური დაავადებების, სიმსივნეების, თანდაყოლილი ანომალიებისა და საავადმყოფოდან გამოწერის შესახებ საინფორმაციო სისტემების რეგისტრი. სიმსივნით ავადობის, თადაყოლილი დეფექტების და ახალშობილთა მცირე წონის შესახებ მონაცემთა რეგისტრაცია გვაძლევს ინფორმაციას გარემო ფაქტორების შესახებ. დაავადებათა რეგისტრაცია ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემასთან კოორდინირებული უნდა იყოს. საიდენტიფიკაციო ნომერი თითოეული ინდივიდისთვის მოსახლეობაში რეგისტრაციიდან მონაცემების გამოყენების საშუალებას იძლევა. თუმცა, კონფიდენციალურობის დაცვისა და ინფორმაციის არაეთიკური გამოყენების თავიდან ასაცილებლად უსაფრთხო მექანიზმების შემუშავება აუცილებელია.

მონაცემებს შორის არსებული კავშირი მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური ასოციაციების გამოვლენის საშუალებას იძლევა. მაგალითად, სიმსივნით ავადობის რეგისტრაცია, სამედიცინო ჩანაწერები და საავადმყოფოდან გამოწერის შესახებ ინფორმაცია სპეციფიკური დაავადების გამოკვლევას, მათი ხანგრძლივობის და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის მონიტორიგნს აიოლებს. ის ასევე გამოიყენება სპეციფიკური შემთხვევების ავადობისა და სიკვდილიანობის განსაზღვრისთვის ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შედარების საფუძველზე.

დემოგრაფიული მონაცემების გამოკვლევამ შესაძლოა ეპიდემიოლოგიური საკითხები გამოავლინოს, რომლებიც უფრო დაწვრილებით შესწავლას საჭიროებს. ამ შემთხვევაში ყოველგვარი ჩარევა კვლევების შედეგების მიხედვით იგეგმება. მაგალითად, დამოგრაფიული სტატისტიკური მონაცემების განხილვამ ნიუიორკში (1987წ.) აჩვენა, რომ 1980-იან წლებში ახალშობილთა სიკვდილიანობა ხშირ შემთხვევაში ჩვილთა ჰემორაგიულ დაავადებასთან (HDN) იყო დაკავშირებული, რისი პრევენციაც K ვიტამინის პროფილაქტიკური ინექციებითაა შესაძლებელი. სახელმწიფო ჰოსპიტალიდან გამოწერის შესახებ საინფორმაციო სისტემის შესწავლით დადგინდა, რომ ამავე პეროდში საავადმყოფოდან ჰემორაგიული დაავადების დიაგნოზით ახალშობილთა მნიშვნელოვანი რაოდენობა გაეწერა. შემთხვევათა განხილვამ გამოავლინა, რომ ჰემორაგიული დაავადებით გარდაცვლილ ახალშობილთა 2/3-ს საერთოდ არ მიუღია K ვიტამინი ან ინექცია მხოლოდ

ცხრილი 3.6 სამედიცინო მოვლენების აღწერა და რეგისტრაცია

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოვლენები	**საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეგისტრები-სავალდებულო ან ნებაყოფლობითი**
1. დაბადება.	1. დემოგრაფიული მონაცემები.
2. გარდაცვალება.	2. სავალდებულო–სარეგისტრაციო დაავადებები.
3. ქორწინება და განქორწინება.	3. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და აივ-ი.
4. ინფექციური დაავადებები.	4. ტუბერკულოზი.
5. არაგადამდები დაავადებები.	5. კიბო.
6. თანდაყოლილი ანომალიები.	6. თანდაყოლილი ანომალიები.
7. აბორტი და ორსულობასთან **დაკავშირებული** სხვა მოვლენები.	7. ახალშობილთა სკრინინგი **ფენილკეტონურიასა** და ჰიპოთიროიდიზმზე.
8. ახალშობილის წონა.	8. ახალშობილის წონა.
9. ზრდისა და განვითარების ინდიკატორები.	9. ნევროლოგიური დარღვევები.
10. კვების სტატუსის ინდიკატორები.	10. ფსიქიატრიული/მენტალური ჯანმრთელობა.
11. ქცევითი რისკის ფაქტორები.	11. თალასემია.
12. ჯანმრთელობის რისკის ფაქტორები.	12. ნამგლისებური ანემია.
13. ჰაერისა და წყლის ხარისხი.	13. საავადმყოფოდან გამოწერის საინფორმაციო სისტემა.
14. გარემოს არახელსაყრელი პირობები.	14. ნაცემი ბავშვები.
15. პროფესიული უსაფრთხოება და ავადობის რისკი.	15. სრულად ან ნაწილობრივ ბრმა ადამიანები.
16. მენტალური დაავადებები.	16. ყრუ და სმენადაქვეითებულები.
17. ცხოველთა რეზერვუარი და ჯანმრთელობა.	17. უნარშეზღუდულობა.
18. ვაქცინაცია და მედიკამენტებზე რეაქცია.	18. რისკის ქვეშ მომუშავეთა ჯგუფი.
19. ნოზოკომიური ინფექციები.	19. გულის კორონარული დაავადება.
20. დაზიანება, ინტოქსიკაცია, ტრავმა.	20. დიაბეტი.

წყარო: Modified from Declich and Carter, 1994.

სისხლდენის დაწყების შემდეგ გაკეთდა. შედეგად, ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა წესდება, რომელიც K ვიტამინით ჩვილ ბავშვთა პროფილაქტიკას ითვალისწინებს. ამ კვლევის ადვილად განხორციელება ჰოსპიტალიზაციის მონაცემებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს შორის არსებულმა კავშირმა განაპირობა.

სამედიცინო ჩანაწერების მნიშვნელობა შესაძლოა ასევე შემდეგი ეპიდემიოლოგიური საკითხის გამოკვლევისას გამოვლინდეს. 1960-იანი წლების შემდეგ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებთან ასოცირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა. ეს შესაძლოა კვებასთან, თამბაქოს მოხმარებასთან და სხვა ფაქტორებთან დაკავშირებული ცვლილებებით იყოს გამოწვეული. სხვა მოსაზრების მიხედვით, სიკვდილიანობის შემცირება არა დაავადების პრევალენტობის ცვლილებით, არამედ მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესებით არის განპირობებული. რომელი ვარაუდია მართებული? ამ კითხვაზე პასუხის გაცემაში შესაძლოა კარდიოვასკულური დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის მონაცემების კვლევა დაგვეხმაროს.

დაავადებათა კლასიფიკაცია

შედარებითი სტატისტიკა მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პოპულაციის ჯანმრთელობის მონიტორინგის თვალსაზრისით, არამედ ის აუცილებელი კომპონენტია საერთაშორისო სტანდარტული ნომენკლატურის განვითარებისა და კლასიფიკაციებს შორის სხვაობის მინი-

მალიზაციისთვის. გარდაცვალების მოწმობამ, რომელიც მე-17 საუკუნეში გამოიყენებოდა, 17 კატეგორია განსაზღვრა. დაავადებათა კლასიფიკაცია ანატომიური არეებისა თუ ორგანოთა სისტემების მიხედვით პირველად იულიამ ფარმა 1855 წელს საერთაშორისო სტატისტიკურ კონგრესზე, პარიზში გამოიყენა.

პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ, ნაციონალურმა ლიგამ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) რევიზიებზე ზედამხედველობა დააწესა. 1948 წლის მე-6 რევიზიის შემდეგ ჯანმო (WHO) ყოველ 10 წელში ერთხელ მის განახლებას უზრუნველყოფს.

დაავადებათა საერთაშოროსო კლასიფიკაციით მე-10 რევიზია (ICD-10) 1993 წელს შემოვიდა ხმარებაში. ის აერთიანებს მრავალ სუბკატეგორიას, რომ შესაძლებელია კონკრეტული დაავადებებისა და მოვლენათა ჯგუფების ზუსტი გაშიფვრა (ცხრილი 3.7). ამასთან, ჩამოყალიბდა მენტალური დარღვევების კლასიფიკაცია (თავი 7).

საავადმყოფოები ბანეხა

ჰოსპიტალიზაცია ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით არანაკლებ მნიშვნელოვანი სამედიცინო მოვლენაა, ვიდრე გარდაცვალების ან ინფექციური დაავადების დაფიქსირება. თანამედროვე ჯანდაცვაში საავადმყოფოდან გამოწერის აღრიცხვის სისტემა ინფორმაციული, დაგეგმარებითი, საბიუჯეტო, ეპიდემიოლოგიური და ხარისხობრივი კონტროლის საშუალებაა. ის მოიცავს საავადმყოფოდან გაწერილთა სრული მონაცემების შეგროვებას, ადმინისტრაციული და ეპიდემიოლოგიური დანიშნულებისთვის მათ მთავარ სისტემაში შეტანასა და დამუშავებას. ეს ყველაფერი თითოეული ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ძირითადი მონაცემების კომპიუტერულ ხელმისაწვდომობას საჭიროებს.

ცხრილი 3.7 დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICD -10)

1. კონკრეტული ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები.	A00 – B99
2. კიბო.	C00 – D84
3. სისხლის და სისხლწარმომქმნელი ორგანოების დაავადებები, იმუნური სისტემის დარღვევები.	D50 – D89
4. ენდოკრინული, ნუტრიციული და მეტაბოლური დარღვევები.	E00 – E90
5. მენტალური და ქცევის ანომალიები.	F00 – F99
6. ნერვული სისტემის დაავადებები.	G00 – G99
7. თვალისა და დანამატების დაავადებები.	H00 – H59
8. ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები.	H60 – H95
9. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები.	I00 – I99
10. რესპირატორული სისტემის დაავადებები.	J00 – J99
11. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები.	K00 – K93
12. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები.	L00 – L99
13. საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები.	M00 – M99
14. შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები.	N00 – N99
15. ორსულობა, მშობიაროზა და მელოგინეობა.	O00 – O99
16. პერინატალურ პერიოდში განვითარებული დაავადებები.	P00 – P99
17. თანდაყოლილი ანომალიები, ქრომოსომული აბერაციები.	Q00 – Q99
18. სიმპტომები, კლინიკური ნიშნები და ლაბორატორიული კვლევის შედეგები.	R00 – R99
19. დაზიანება, ინტოქსიკაცია და სხვა გამომწვევი მიზეზები.	T00 – T99
20. ავადობასა და სიკვდილიანობის გამომწვევი გარეგანი ფაქტორები.	Y00 – Y99
21. ჯანმრთელობაზე და სამედიცინო მომსახურებაზე მოქმედი ფაქტორები.	Z00 – Z99

წყარო: Website http://www.who.int/whosis/icd10/descript.htm

საავადმყოფოს სტატისტიკის განვითარებას თავდაპირველად ფლორანს ნაითინგეილი უწყობდა ხელს. საავადმყოფოდან გამოწერის სტანდარტულმა საინფორმაციო სისტემამ (UNDIS) ჯანდაცვის ეკონომიკაში საავადმყოფოს დიდი მნიშვნელობის გამო ევოლუცია განიცადა. შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მიერ (NCHS), 1960—იან წლებში, სადიაგნოსტიკო ჯგუფების განვითარება დაიწყო, რაც 1980—იან წლებში აშშ-ში და სხვა რამდენიმე ქვეყნის კლინიკაში გადახდის ძირითადი მეთოდი გახდა. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის გამოყენება შესაძლებელს ხდის მონაცემთა შედარებას რეგიონებისა და ქვეყნების მიხედვით.

ცენტრალური სახელმწიფოებრივი პროფესიული ერთეული საჭიროა დაგეგმარების, ტრენინგებისა და მეთვალყურეობის, ასევე მათი დამუშავების და დეტალური განმარტებისთვის. ყველა კლინიკის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია გვაძლევს სრულყოფილ სურათს, კონკრეტულ რეგიონში ინდივიდუალური კლინიკის მიერ მთლიანი საავადმყოფოთა ქსელის მომხმარებელი მოსახლეობის შესახებ მოწოდებულ მონაცემებთან შედარებით. ეს საჭიროა, ვინაიდან ჰოსპიტალიზებული პაციენტები შესაძლოა გადაყვანილ იქნან სხვა რეგიონში სარეკომენდაციო ან სასწრაფო დახმარების გასაწევად.

განვითარებადმა ქვეყნებმა ამბულატორიული მონაცემების შეკრებისას შეცდომები თავი-

ჩანართი 3.13 საავადმყოფოებთან ბამონეხის სტანდარტული საინფორმაციო სისტემა (UNDIS)

1. დაგეგმარება: ორგანიზება, რაც დაფუძნებულია საავადმყოფოში შემოსვლასა და ქირურგიული ჩარევის სისწრაფეზე, სამედიცინო დახმარების გამოყენებაზე ასაკისა და სქესის მიხედვით, დიაგნოზზე, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობასა და ანალიზზე, რაც პრაქტიკულ შემთხვევათა შედარებას გულისხმობს, ასევე რესურსების გამოყენებაზე, სიჭარბეზე ან გამოუსადეგრობაზე.მნიშვნელოვანია ახალი მეთოდების მოძიება, რომ პაციენტს დაეხმაროთ ალტერნატიული საშუალებების გამოყენებაში, მაგ. მინიმალური მეთვალყურეობა ამბულატორიის ან სახლის პირობებში.
2. კლინიკური შემთხვევების „ჯამური“ ანალიზი: კლინიკური შემთხვევების თავმოყრა, მათი საერთო დიაგნოზის ძიება და იშვიათი ქეისები, რომლებიც შესაძლოა ეპიდემიოლოგიური და ადმინისტრაციული მნიშვნელობის იყოს ან ხარისხის კონტროლის კომპონენტს წარმოადგენდეს.
3. ბიუჯეტში გათვალისწინება: დაგეგმვა საავადმყოფოს ფარგლებში დიაგნოზისა და დეპარტამენტების მიხედვით არსებული ნიმუშების გამოყენების საფუძველზე.
4. სამედიცინო დახმარების მონიტორინგის ხარისხი: დაავადებათა გართულებები და გამოსავალი, მაგ. ზედმეტი ქირურგიული ჩარევა, ინფექცია, სიკვდილიანობა.
5. ეპიდემიოლოგია: გადამდებ სნეულებათა ეპიდემიის გამოკვლევა და აღრიცხვა რუკაზე, ლოკალიზაციისა და წყაროების იდენტიფიკაცია: „მკვლევარი მდგომარეობის“ გამოყენება სამედიცინო და ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობის მოვლენათა აღმოსაჩენად (მაგ. ინსულტი ან შაქრიანი დიაბეტი); ნაციონალური ან რეგიონული სიკვდილიანობის მონაცემთა აღრიცხვა.
6. სამეცნიერო კვლევა: თითოეული კლინიკური შემთხვევის დროს ჩატარებული კვლევის შედეგი შესაძლოა შემდგომში მასთან დაკავშირებულ ცვლილებებთან იყოს განხილული; მაგ. გულსისხლძარღვთა დაავადებების ინციდენტობა სიკვდილიანობის მაჩვენებელთან შედარებით, ქალასშიდა სისხლჩაქცევები და ახალშობილებისთვის, პროფილაქტიკის მიზნით K ვიტამინის დანიშვნა ან იმ პაციენტთა გამოკვლევა, რომელთაც კორონარული სისხლძარღვების „შემოვლითი“ პროცედურები ჩაუტარდათ.
7. კავშირი სხვა რეგისტრებთან: კავშირი გარდაცვალების შესახებ ჩანაწერების, სიმსივნისა და სხვა სპეციფიკური დაავადებების რეგისტრებთან, მაგალითად, თანდაყოლილი მანკები, ცისტური ფიბროზი, აზბესტოზი, მეზოთელიომა, სიმსივნით ავადობის აღრიცხვა.
8. ეკონომიკური ანალიზი: ეს თანამედროვე ჯანდაცვის ძირითადი ასპექტია. საავადმყოფოში გაწეული დახმარება ჯანდაცვის ეკონომიკაში უაღრესად მნიშვნელოვანია. სხვადასხვა რეგისტრების გაერთიანებული და ასევე ჰოსპიტალიზაციის მონაცემები შესაძლებელს ხდის მათ ეფექტურ გამოყენებას ეკონომიკის დაგეგმარებით მოდელებში.

დან უნდა აიცილონ. ამისთვის ჰოსპიტალიზაციასთან ასოცირებულ უფრო მეტად მნიშვნელოვან ხარისხიან ფაქტებზე მწირი ფინანსური და პერსონალური წყაროები უნდა მობილიზდეს. ამბულატორიასთან შედარებით ჰოსპიტალში ცენტრების მცირე რაოდენობაა ჩართული, ამიტომ მონაცემთა აღდგენაც ადვილად კონტროლირებადია.

ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები მეტად მნიშვნელოვანია სამედიცინო და ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, რადგან მათ ჯანდაცვის ფინანსების 40-70% ხმარდება. UNDIS შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც პრიორიტეტული საინფორმაციო სისტემა ინფექციური სნეულებების, სიკვდილიანობის, სიმსივნეებისა და თანდაყოლილი სიმახინჯეების აღწერის შემდეგ. საავადმყოფოს მონაცემთა ბაზას ძირითადად მოიხმარენ კლინიკური მედიცინის, ეპიდემიოლოგიისა და მენეჯმენტის მიმართულებით. ამგვარად, საინფორმაციო სისტემამ უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვანი წინსვლა განიცადა.

კარგი მონაცემთა ბაზა ადვილად აღსაქმელი უნდა იყოს როგორც მენეჯერების, ასევე კლინიცისტებისთვის. ამისთვის საჭიროა ინფორმატიკოსთა (თანამედროვე ტექნოლოგიების მცოდნე) სპეციალიზებული ჯგუფი. ისინი მონაცემთა სისტემის ფორმატს შეიმუშავებენ, რომელიც საჭიროების მიხედვით მარტივად განხილვადი იქნება. რეკომენდებულია აღწერილობასთან ერთად მართვად ფორმატში საინფორმაციო ბაზა მოცემული იყოს.

საავადმყოფოდან გამოწერის დაფიქსირება ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის, დაავადებათა კონტროლისა და მარტივი კვლევების ინფორმატიულობისთვის ბაზისური მონაცემია. ამ მაჩვენებელთა ანალიზი, განსაკუთრებით კი სიკვდილიანობის, ქირურგიული გართულებებისა და ჰოსპიტალიზაციის გახანგრძლივებული ვადის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს განსაზღვრავს. ჰოსპიტალიდან გამოწერის მონაცემთა აღრიცხვა კლინიკური შემთხვევების შესწავლის და მათი საავადმყოფოში, ისევე, როგორც საავადმყოფოთაშორის თანაბარ პირობებში განხილვის საშუალებას იძლევა. მონაცემთა ბაზა მნიშვნელოვანია კლინიკის დონეზე ანალიზისა და პოლიტიკის ფორმირებისთვის, ისევე, როგორც ჰოსპიტალური მენეჯმენტისა და დაგეგმარებისთვის; მაგ. ამბულატორიული დახმარება, შესაბამისად, პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციისა და დარჩენის ხანგრძლივობის შემცირებაზეა გათვალისწინებული.

ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი რაოდენობრივად მეტად მცირეა და მერყეობს ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 3-დან 25-მდე ყოველ 1000 მოსახლეზე. მონაცემთა შეზღუდვა დაკავშირებულია ისეთ ფაქტორებთან, როგორიც არის, მაგალითად, სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების სტანდარტიზაციის ნაკლებობა. ადამიანთა გარკვეული კატეგორია საავადმყოფოში ეკონომიკური ან სხვა პრობლემების გამო ვერ მიდის, ასევე, შესაძლოა ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული სირთულეები ჰქონდეთ ან კლინიკაში მიყვანამდე გარდაიცვალონ. ზოგიერთს სამედიცინო ცენტრების არსებობის შესახებ ინფორმაცია არ აქვს ან უბრალოდ ეშინია. შედეგად, პროცენტული მაჩვენებელი მცირდება, რადგან საავადმყოფოს შესაძლოა არ ჰყავდეს მუდმივი მომხმარებელი. მიუხედავად ამისა, გამოწერის შესახებ ინფორმაცია მნიშვნელოვანი კომპონენტია დაგეგმარების, მონიტორინგისა და სამედიცინო მომსახურების განვითარებისთვის. ამბულატორიული დახმარება ფართოდ გამოყენებადია და, შესაბამისად, მონაცემთა ბაზაც ეფექტური მონიტორინგისთვის მეტისმეტად დიდია. ამბულატორიული ვიზიტების რაოდენობა სხვადასხვა ქვეყანაში შესაძლოა ყოველწლიურად თითოეული ადამიანისთვის 4-დან 10-მდე მერყეობდეს. ამბულატორიული საინფორმაციო სისტემა ნაკლებად განვითარებულია, რადგან, როგორც წესი, დიაგნოზები ფართო საზღვრებში მერყეობს, მაგ. მამოძრავებელი და სასუნთქი სისტემის დისფუნქცია, რაც, თავის მხრივ, უამრავ ვიზიტს მოიცავს. რეკომენდებულია, ჩატარდეს ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების სპეციფიკური კომპონენტების, როგორც ჯანმრთელობის საკვანძო საკითხების მონიტორინგი. მაგალითად, ჩვილი და სკოლის ასაკის ბავშვთა იმუნიზაცია, პრენატალური მეთვალყურეობა, მშობიარობის კონტროლის სერვისი, დიაბეტის, ჰიპერტენზიის ან ძუძუს კიბოს სკრინინგი. ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებისა და ქირურგიული ოპერაციების მზარდი პოპულარიზაციის გამო ამ მონაცემთა კავშირი ჰოსპიტალიზაციურ სამედიცინო დახმარებასთან აუცილებელია მის ადრეულ მოდელთან უწყვეტი შედარებისთვის.

სამედიცინო საინფორმაციო სისტემები

ინფორმაციის არსებობა ჯანდაცვის ნებისმიერი სისტემის მენეჯმენტის თვალსაზრისით აუცილებელია. მას არსებითი მნიშვნელობა აქვს მიზნების ჩამოყალიბების, პროგრამების განვითარებისა და რესურსების მართვისთვის. თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგია სამედიცინო მომსახურების რეგულირების მიზნით ანალიზისა და პოლიტიკის ფორმირების საშუალებას გვაძლევს. ეს ჯანდაცვის ისეთივე მნიშვნელოვანი კომპონენტია, როგორც ულტრაბგერითი აპარატი ან კარდიოგრაფი. ინფორმაციის გავრცელება არანაკლებ მნიშნელოვანია, ვიდრე მისი მოძიება ან ცენტრალურ ოფისებში ინტერპრეტაცია. ძირითადი მონაცემების აღრიცხვა უშედეგოა, თუ ის ტექნიკურად დამუშავებული არ იქნება და მომსახურების სისტემაში დროული, რეგულარული, მოხმარებადი სახით შეტანილი. ინფორმაცია სამედიცინო ჯანდაცვის სისტემის ოპერაციების მონიტორირებას უზრუნველყოფს. ეს მოიცავს გეგმებს (საავადმყოფო შენობები), ინდივიდებს (სამედიცინო პერსონალი), მომსახურებას, პოლიტიკას(თანასწორობა), ფინანსებს, ორგანიზებას, ადმინისტრირებას, რეგულირებას, ხარისხის უზრუნველყოფას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას. თითოეული კომპონენტი განამტკიცებს სისტემას, როგორც ერთ მთლიანს. ურთიერთქმედება მათ შორის შესაძლებელი ხდება საინფორმაციო და კომუნიკაციური ტექნოლოგიების მეშვეობით.

სამედიცინო მომსახურება სახელმწიფოსა და ინდივიდებისთვის მზარდი დანახარჯების წყაროა. შედეგად სახელმწიფო მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური მართვისა და დაგეგმარებისთვის სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის მნიშვნელობას აღიარებს.

საზოგადოების პასუხისმგებლობაზე მოთხოვნილებამ, რესურსების მაქსიმალური გამოყენებით შესაბამისი რაოდენობის, ხარისხისა და ეფექტურობის მქონე სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად მმართველობის სტრუქტურა ჩამოაყალიბა. ამ ყველაფერმა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის აშკარა საჭიროება შექმნა. აუცილებელია თითოეულმა ქვეყანამ საკუთარი სამედიცინო საინფორმაციო სისტემა განავითაროს. მაგალითად, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონმა, რაც შედარებითი ანალიზის საშუალებას ითვალისწინებს. ეს სისტემა უზრუნველყოფს ძირითადი მონაცემების სტატისტიკისა და დემოგრაფიის, ძირითადი გამოსავლების დროულ განსაზღვრას, ისევე, როგორც ჯანდაცვის რესურსების შესახებ ინფორმაციას და მათ მოხმარებას.

ინფორმაცია ადვილად უნდა ვრცელდებოდეს. მედიის, მოსახლეობისა და მედიცინის მუშაკებისთვის ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს, რათა მოხდეს ანალიზი და გაიმართოს

ჩანართი 3.14 ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის ფუნქციები

1. შედარება: ისტორიული, რეგიონული, ნაციონალური ან საერთაშორისო ნიმუშების და სტანდარტების გამოყენება.
2. შეფასება: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განხილვა არსებულ მონაცემებზე, პროფესიულ ლიტერატურაზე, სამედიცინო პერსონალსა და საზოგადოებრივ წარმომადგენლებთან გასაუბრებაზე დაყრდნობით.
3. შეფასება/მონიტორინგი: რესურსების, პროგრამის, როგორც მაღალი ხარისხის მენეჯმენტის ნაწილის, შესრულებისა და გამოსავლის მონიტორინგი.
4. წინასწარ განსაზღვრა: მიმდინარე მონაცემთა ბაზის გამოყენება დაავადების ტენდენციის და მოხმარების ნიმუშების, ღირებულების, პოტენციური გამოსავლის, პროექტის დაგეგმვის, მართვის სისტემის ფორმირებისა და უპირატესობის წინასწარ განსაზღვრა.
5. განმარტება: მონაცემთა ბაზა დაავადებათა ნიმუშების, რისკფაქტორებისა და მოსახლეობის მიერ სამედიცინო დახმარების გამოყენების, ასევე დაავადებათა გამომწვევი ურთიერთკავშირების ან ჩარევის განსაზღვრა.

დისკუსია. მონაცემთა ბაზა ნაკლებად ღირებულია, თუ არ არის წარდგენილი ფართო აუდიტორიის წინაშე.

მონაცემთა სიზუსტე გარკვეულწილად მისივე ხარისხით იზღუდება, თუმცა ლიმიტირებული საინფორმაციო სისტემაც კი ეპიდემიოლოგიისა და ჯანმრთელობის დაგეგმარებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. ზოგიერთი ინფექციური დაავადება ნაკლებ მწვავედ არის შეფასებული ნაწილობრივ ატიპიური ან სუბკლინიკური მიმდინარეობის გამო. პოლიომიელიტი შესაძლოა 100-მდე სუბკლინიკური ფორმით იყოს წარმოდგენილი. მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი მრავალი ინფექციური დაავადების (მაგ. წითელა, წითურა) დაფიქსირება ვერ ხერხდება, რადგან არაიმუნიზებული ბავშვები, სახელმწიფოს მოთხოვნის მიუხედავად, სამედიცინო ცენტრებში არ მიჰყავთ, ზოგიერთი კლინიკური შემთხვევა კი ლაბორატორიული მონაცემებით არ დასტურდება. მიუხედავად ამისა, ავადობის აღწერილი შემთხვევები მონიტორინგის საფუძველს წარმოადგენს. შეცდომათა მნიშვნელობის სწორი შეფასება მომხმარებელს მონაცემთა საფუძვლიანობის შეფასების საშუალებას აძლევს. საინფორმაციო ბაზის შექმნა ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი ოპერაციების შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდას. ინფორმაცია შეიძლება განვიხილოთ, როგორც პასუხისმგებლობის საფუძველი. ეს ნიშნავს, რომ ჯანდაცვის სისტემის მმართველი ვალდებულია საზოგადოებას მოახსენოს საკუთარი ნაშრომის შედეგებისა და გამოსავლის შესახებ. მომსახურების ნებისმიერი სისტემა საჭიროებს ვალდებულებების გადანაწილებას, ამასთან უნდა შენარჩუნდეს სტანდარტები და სამედიცინო დახმარების გარანტირებული ხარისხი. მომსახურების შესახებ მოხსენება ცენტრალური მმართველობის სისტემაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. დეცენტრალიზებულ სისტემებში ამგვარი მონაცემების შეკრება საავადმყოფოს ქვითრების ასლების მეშვეობითაა შესაძლებელი. შემდგომში უფრო მაღალი დონის სამედიცინო ადმინისტრაცია ყალიბდება, რომელიც გადაწყვეტილებების მიღებასა და დაგეგმარებას უზრუნველყოფს. მოცემული მომწოდებელი ინფორმირებული უნდა იყოს შედეგების, ასევე ოპერაციის შემდგომი გადაწყვეტილებების შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ტექნიკური კომიტეტი საინფორმაციო სისტემებთან დაკავშირებით ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ რაც უფრო აქტიური და ინოვაციურია ჯანმრთელობის პოლიტიკა, მით უფრო დიდია მოთხოვნილება მონაცემებზე. ინფორმაციის მოძიება და დამუშავება დაგეგმვასა და ტრენირებას საჭიროებს. მასიური ინფორმაციის საცავი უსარგებლოა, მაშინ როდესაც კარგად შერჩეული, ფართოდ ხელმისაწვდომი მონაცემთა სისტემა სამედიცინო მომსახურების მოქნილობას და მართებულ დაგეგმარებას განაპირობებს.

ეპიდზედამხედველობა, შეტყობინება და ბამოქვეყნება

სპეციფიკური შეტყობინებადი დაავადებების ყოველკვირეულ შეჯამებას, პუბლიკაციას და ფართო გავრცელებას მონაცემთა სასარგებლო გამოყენებისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს. აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის დაავადებათა კონტროლის ცენტრები (CDC) ორგანიზებას უწევს „ავადობისა და სიკვდილიანობის ყოველკვირეული ანგარიშის“ (MMWR) გამოქვეყნებასა და ფართო დისტრიბუციას. ის იძლევა ინფორმაციას ეროვნული და საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიური მოვლენების შესახებ გამოკვლევების და სპეციალური მოხსენებების მეშვეობით. „ყოველკვირეული შეტყობინება“ შევსებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი საკითხების ღრმა მიმოხილვებით.

ჯანმო აქვეყნებს „ყოველკვირეულ ეპიდემიოლოგიურ ჩანაწერს“ (WER), რომელიც ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მოვლენების შესახებ ინფორმაციას გვაწვდის და ინფექციურ დაავადებათა შემთხვევების შეჯამებას გვთავაზობს. სხვა ქვეყნებში ასევე ყოველკვირეულად ან ყოველთვიურად გამოსცემენ საკუთარ ეპიდემიოლოგიურ მიმოხილვას დაავადებებთან და ლაბორატორიულ მონაცემებთან დაკავშირებით, მაგ. „კანადის გადამდებ დაავადებათა შემთხვევები“, ასევე „ქრონიკული დაავადებები კანადაში“ – არაინფექციური დაავადებების და შესაბამისი ლაბორატორიული მონაცემების ჭრილში.

შეტყობინების სისტემა და მონაცემების პუ-

ჩანართი 3.15 მონაცემთა მნიშვნელობაზე მოქმედი ფაქტორები

1. მართებულობა: ვიღებთ თუ არა სწორ ინფორმაციას? ჯერ კიდევ გამოსადეგია მოძიებული მონაცემები?
2. დაფარვა: შეაქვს წვლილი მონაცემთა ბაზას მაღალი რისკ-ჯგუფის იდენტიფიცირებაში?
3. ხარისხი: რამდენად კარგი უნდა იყოს მონაცემები რომ იყოს სასარგებლო? მისი ლიმიტირება გადაწყვეტილების მიღების ერთ-ერთი ფაქტორია.
4. დასაშვებლობა: მისაღებია მოძიებული ინფორმაცია სტრუქტურის, ღირებულების და ეთიკური სტანდარტების თვალსაზრისით?
5. დროულობა: რამდენად ახალია მონაცემები? დროის რა პერიოდია საჭირო დროებითი მაჩვენებლების საჩვენებლად?
6. ხელმისაწვდომობა: არის თუ არა მონაცემთა სისტემა ხელმისაწვდომი მათთვის, ვისაც ესაჭიროება? რამდენად შესაფერისია ის პუბლიკაციისთვის? არის თუ არა გამოქვეყნებული და გავრცელებული ინტერნეტით და ბეჭდური მედიით?
7. მოხმარებადობა: მონაცემები გამოყენებად ფორმატშია? მარტივი ენით არის წარმოდგენილი? (მაგ. ადვილად აღქმადი და გამოყენებადი არასპეციალისტისთვისაც კი) შესაძლებელია შეჯამების, გრაფიკების, ცხრილების შექმნა?
8. ღირებულება: როგორია ინფორმაციის მოძიებისა და დამუშავების ღირებულება?
9. მგრძნობელობა: ინფორმაცია ზუსტად პასუხობს იმ საკითხს, რასაც ეხება?
10. სპეციფიკურობა: რა ხარისხით არის საინფორმაციო სისტემა დაკავშირებული მოცემულ საკითხთან?
11. ვერტიკალური / ჰორიზონტალური შეტყობინება / მონაცემების შეგროვება: არის მონაცემთა ბაზა განხილული დაავადების, მომსახურების ტიპის ან მოსახლეობის რისკ-ჯგუფის მიხედვით? არის ინფორმაცია მოძიებული საცხოვრებელი რეგიონიდან?
12. ბიოლოგიური ალბათობა: კრიტერიუმი, რომ სავარაუდო გამომწვევი შეესაბამება არსებულ ბიოლოგიურ და სამედიცინო ცოდნას. შეიძლება ეს აიხსნას ბიოლოგიური პერსპექტივით?
13. თანასწორობა: მონაცემთა სისტემა გამოსახავს ინტერრეგიონალურ და სოციალურ ვარიაციასა და არასამართლიანობას?
14. გავრცელება: მოპოვებული, შეჯერებული და გაანალიზებული ინფორმაცია უნდა იყოს ორგანიზებული და ხელმისაწვდომი სპეციალისტებისთვის, რომელთაც სჭირდებათ მოწოდებული მონაცემები ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორირებისა და მომსახურების დაგეგმარებისთვის.

ბლიკაცია არსებითი მნიშვნელობის მატარებელია ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის თვალსაზრისით. რეგულარული ცირკულაცია ამ სფეროს პერსონალთან ზრდის ინფორმირებულობას და ეპიდემიოლოგიურ მონიტორინგში ჩართულობის ხარისხს. ინფორმირებულობა მონაცემთა ბაზის შესახებ, შესაბამისად, ზრდის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მენეჯმენტის ეფექტურობას.

მიმდინარე მოვლენების მონაცემთა მიწოდება იმუნიზაციის და დაავადებათა აფეთქების სწრაფი კონტროლის პროცესში ჩართულობას უზრუნველყოფს. ინტერნეტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ძირითადი იარაღი გახდა. მისი საშუალებით ინფორმაცია სწრაფად ვრცელდება. მრავალი რესურსი, მაგ. MMWR, WE და ჟურნალების უმრავლესობა ინტერნეტით ხელმისაწვდომია. შესაძლებელია სასარგებლო, მყისიერი დისკუსიის გამართვა პროფესიონალების მიერ ცალკეულ საკითხებზე; მაგ. მთელს მსოფლიოში მიმდინარე ინფექციური დაავადებების შესახებ (თავი 4). აგრეთვე, ინტერნეტის მეშვეობით შესაძლებელია სასურველი ლიტერატურის მოძიება და ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერ თემატიკაზე ვირტუალურად ადამიანთა დაინტერესებულ ჯგუფებთან დაკავშირება. ეს ხალხს აძლევს მუდმივი კონტაქტის და კონკრეტულ სფეროში საჭირო ინფორმაციული დახმარების შესაძლებლობას. ჯანმოს (WHO) ოფიციალურ ვებ–გვერდზე (www.who.int) განთავსებულია მისი დეპარტამენტებისა და რეგიონული ოფისების საკონტაქტო ინფორმაცია.

ინდივიდუალური ჯანმრთელობის შეფასება

ექიმები და სხვა მედიცინის მუშაკები სპეციალურ ტრენინგს გადიან, რომ შეაფასონ პაციენტის ჯანმრთელობა. ეს მოითხოვს არა მხოლოდ არსებული დაავადებების ანამნეზს, არამედ ორგანიზმის ფუნქციონირების უფრო ღრმა გამოკვლევას, ოჯახის წევრების და სოციალურ ანამნეზს, ფიზიკურ, ლაბორატორიულ და გამომსახველობით გამოკვლევას. დიფერენციალური დიაგნოზისა და მკურნალობის მიმართულების განსაზღვრისთვის საჭიროა დავაკვირდეთ დაავადებათა მიმდინარეობას, დიაგნოსტიკური ტესტების შედეგებს და ჩარევის ეფექტურობას. მომვლელი უნდა დააკვირდეს დაავადება პაციენტზე, მის ოჯახზე და ზოგადად მოსახლეობაზე როგორ გავლენას ახდენს. სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელმა ასევე უნდა იზრუნოს სამედიცინო დახმარების ღირებულებაზე, პაციენტის მოვლის ალტერნატიულ მეთოდებზე და ადრეულ მაქსიმალურ გამოჯანმრთელებაზე. უწყვეტი მონიტორირება და ხელახალი შეფასება ამ პროცესის მთავარი კომპონენტია. ძალიან ბევრი პარალელი შეიძლება გაივლოს ინდივიდისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას შორის.

ჩანათი 3.16 ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება

1. მიმდინარე/ამჟამად არსებული მთავარი ჩივილი/
2. პერსონალური მონაცემები – ასაკი, სქესი, ეროვნება, ოჯახური სტატუსი, ბავშვები, საცხოვრებელი პირობები.
3. სოციალური ანამნეზი.
4. ოჯახური ანამნეზი.
5. პირადი ანამნეზი.
6. ფუნქციური გამოკვლევა – სისტემების შემოწმება.
7. რისკ—ფაქტორების შეჯამება – ოჯახური ანამნეზი, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, უძრავი ცხოვრების წესი, ცხიმიანი საკვების მიღება, სტრესი, პროფესია და ა.შ.
8. ამჟამად არსებული დაავადების ისტორია.
9. ფიზიკური გამოკვლევა.
10. დიფერენციალური დიაგნოზი.
11. სხვა სამედიცინო პრობლემები
12. გამოკვლევა: ლაბორატორიული, კარდიოგრაფია, გამომსახველობითი და სხვ.
13. წინასწარი ან სამუშაო დიაგნოზი.
14. მკურნალობა და მისი ეფექტურობა.
15. დადასტურებული დიაგნოზი.
16. სხვა სამედიცინო პრობლემების მართვა.
17. მართვისა და მონიტორინგის გაგრძელება.
18. ხანგრძლივი ჯანმრთელობის საჭიროებები.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შეფასება

ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრაცია პროგრესულ დეცენტრალიზებას განიცდის მრავალ ქვეყანაში. ამავდროულად, „ჯანმრთელი ქვეყნების“ მუნიციპალიტეტის კონცეფცია სულ უფრო პოპულარული ხდება. განვითარების ამ ფორმამ საზოგადოების და ქვეყნის დონეზე ჯანმრთელობის საჭიროებისა და მნიშვნელობის გაზრდა გამოიწვია. ეს პროგრამა ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სიკვდილიანობის, ავადობის, რესურსებისა და მათი ათვისების მუდმივ მონიტორინგს უზრუნველყოფს.

ჩანართი 3.17 ჯანმრთელობის ყოვლისმომცველი შეფასება: ქალი, ქოლუმბია

კალის, კოლუმბიის ჯანდაცვის სამინისტრო ეპიდემიოლოგიურ მიმოხილვას ყოველწლიურად აქვეყნებს, რაც ქალაქის და მისი ქვედანაყოფების ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალიტეტის პროფილით არის განსაზღვრული.

1. ქალაქის ზოგადი აღწერა.
2. დემოგრაფიული მონაცემები.
3. მოსახლეობის განაწილება ასაკის და სქესის მიხედვით.
4. პოპულაციის პირამიდა.
5. ასაკის მიხედვით განაწილების დიაგრამა.
6. მოსახლეობის სოციალურ–ეკონომიკური სტატუსი.
7. ქალაქის ქვედანაყოფები.
8. ჯანმრთელობის მაჩვენებლები – ნაყოფიერება, სიცოცხლის ხანგრძლივობა.
9. ასაკის შესაბამისი ნაყოფიერება.
10. სიკვილიანობის მაჩვენებელი – ზოგადი, დედებისა და ახალშობილების, ტრავმული.
11. სიკვდილიანობა – წამყვანი გამომწვევი მიზეზების მიხედვით.
12. ასაკ- სპეციფიკური სიკვდილიანობა.
13. ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ასაკის და წამყვანი გამომწვევი მიზეზების მიხედვით.
14. ჩვილთა სიკვდილიანობა: 1970 წლიდან დღემდე.
15. ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა დიარეული დაავადებების გამო: 1980 წლიდან დღემდე.
16. დედების სიკვდილიანობა: 1985 წლიდან დღემდე.
17. დედების სიკვდილიანობა გამომწვევი მიზეზების მიხედვით.
18. მკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1882 წლიდან დღემდე.
19. მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა სქესის და ასაკის მიხედვით.
20. შესაძლებელი სიცოცხლის წლების დანაკარგი მიზეზების მიხედვით.
21. შესაძლებელი სიცოცხლის წლების დანაკარგი ასაკის და სქესის მიხედვით.
22. ავადობის ძირითადი გამომწვევევი მიზეზები.
23. შეტყობინებადი დაავადებები.
24. იმუნიზაციის პროგრამა
25. მოქმედი დაწესებულებები
26. ყოველწლიური ბიუჯეტი (მიმდინარე და მუდმივი ვალუტის, ასევე აშშ–ს დოლარის მიხედვით).
27. მუნიციპალური სამედიცინო მომსახურე პერსონალი: 1986 წლიდან დღემდე.
28. საბიუჯეტო რესურსები – მუნიციპალური და ნაციონალური.

წყარო: Secretaria de Salud Municipal. Perfil Epidemiologico de Santiago de Cali. Cali, Colombia: Municipio de Santiago de Cali, and PAHO–Healthy Cities Website.

ეს არის თანამედროვე ჯანმრთელობის დაცვის ინფორმატიკის განაცხადის ფორმა, რომელიც პროგრესულ კომპიუტერულ რესურსებს და ცოდნას არ საჭიროებს და საზოგადოების დონეზე განიხილება. ჯყოველწლიური, სტანდარტულ ფორმატში წარდგენილი შეტყობინებები ჯარსებული მონაცემების შესახებ სრულყოფილი რესურსების გამოყენებით თავს უყრის მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მონიტორინგის მისაღწევად.

რაიონული თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ზრდის ადგილობრივი მმართველობის უფლებამოსილებას ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსასაზღვრად. ნაციონალური ჯანდაცვის წარმომადგენლები ხელმძღვანელობენ მათ ლოკალური ძირითადი

მიზნებისა და რესურსების მართვაში. არსებითი მნიშვნელობა გააჩნია მმართველობის მეთვალყურეობასა და რეგულაციას, რომ უზრუნველყოფილი იყოს რესურსების სრულყოფილი ათვისება, ძირითადი მიზნების განხორციელება და რეგიონთაშორისი უთანაბრობის შემცირება.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონმა შექმნა კომპიუტერული პროგრამა ჯანმრთელობის ათასი მაჩვენებლის, მათ შორის სოციოდემოგრაფიული, სიკვდილიანობის, ავადობის, ცხოვრების წესის, ჯანმრთელობის დაცვის რესურსების და მათი მოხმარების ინდიკატორების აღსარიცხად. მოცემული მონაცემების ვიზუალური გამოსახვა ცხრილების ან გრაფიკების სახითაა შესაძლებელი. ინფორმაცია ნებისმიერი ადამიანისთვისაა ხელმისაწვდომი, რომელსაც პერსონალური კომპიუტერი, ინტერნეტი და საშუალო კომპიუტერული ცოდნა გააჩნია – ვებ-გვერდი – http://www.who.dk.

როგორც ინდივიდუალური, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება დამყარებულია დაკვირვების შედეგების და სხვადასხვა რესურსებიდან მოძიებული მონაცემების გაერთიანებასა და საერთაშორისო, ნაციონალურ ან სტანდარტულ ნიმუშებთან შედარებაზე. საზოგადოების ჯანმრთელობის შეფასება პირველ რიგში ახდენს ძირითადი ჩივილების და სამედიცინო პრობლემების იდენტიფიკაციას პროფესიონალი სამედიცინო პერსონალის და საზოგადოების ან ოფიციალური სამედიცინო ანკეტის მეშვეობით.

ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის გამოსადეგ რესურსებს – როგორ არის ის გავრცელებული და ათვისებული მოსახლეობის მიერ, ასევე ავადობას, სიკვდილიანობასა და სხვა მონაცემებს, რომლებიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღწერასა და შედარებაში დაგვეხმარება (ჩანართი 3.8). ჯანმრთელობის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ფორმა, მართვის სისტემის და მონიტორინგის ხარისხი და ასევე სისტემის პასუხისმგებლობა სერვისის თითოეულ კომპონენტზე. სამედიცინო პერსონალის და საზოგადოების ურთიერთდამოკიდებულება, ნდობა, ცოდნა და გამოცდილება, ასევე მოსახლეობის მიერ დაავადების რისკფაქტორების დასახელება ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრის მნიშვნელოვან კომპონენტს შეიძლება შეადგენდეს.

მონაცემების მოძიება მონიტორირების მიზნით ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სტანდარტული ფუნქციის ნაწილს წარმოადგენს. საზოგადოების ჯანმრთელობის შეფასება გვეხმარება რისკ–ფაქტორების იდენტიფიცირებაში. დროული, რეგულარული ჩატარების შემთხვევაში, ცვლილებები შეიძლება განხორციელდეს და სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლის გაზრდის გარეშე შედეგებსაც ხანმოკლე პერიოდში მივიღებთ.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ჯანმრთელობის დაგეგმარების პროცესის ნაწილია. ის შეიძლება გამოყენებული იქნას კონკრეტული ჯანმრთელობის პრობლემის და ასევე ჯანმრთელობის პროგრამების შესაფასებლად.

ცხრილი 3.8 საზოგადოების ჯანმრთელობის შეფასება რაიონში, შტატში ან ქვეყანაში

ფაქტორები	საკითხები	მაგალითის ინდიკატორები
გეოგრაფია	კლიმატი, ტოპოგრაფია, სიმჭიდროვე, დასახლება, ეკონომიკა	ტროპიკული, ტემპერატურა, მთები, უდაბნო, მანძილი სამედიცინო დაწესებულებებიდან
დემოგრაფია, სოციო-ეკონომიკა	ვიტალური სტატისტიკა, ეთნიკური, კულტურული, რელიგიური პრაქტიკა თემის და ოჯახის ეკონომიური სტატუსი	მოსახლეობის ზომა, ასაკი/სქესი, ურბანული/რურალური, პერ კაპიტა და ოჯახის შემოსავალი, განათლება, წიგნიერება (ქალებში), უმუშევრობის სტატუსი, რელიგია, სოციალური დამოკიდებეულებები, დასაქმება
კვება	ძირითადი საკვები ჯგუფების მარაგი და გამოყენება საკვების უსაფრთხოება და ხარისხი	დაბალი ნუტრიციული ან ჭარბი ნუტრიციული სტატუსი, რისკ ჯგუფების ამოცნობა, ბავშვის ზრდის მონიტორინგი, ანემია, საკვების გამდიდრება,

გარემო და ოკუპაციური	წყალი, ჰაერი, ნაგავი, კანალიზაციის გამოყენება, ტოქსიკური ნარჩენები, რადიოლოგიური საფრთხეები, ინდუსტრიული ან სოფლის მეურნეობის ტოქსიკური მასალები	გარემო ჰაერის დამბინძურებლები, საზოგადოების რეკრეაციული წყლის ბაქტერიოლოგიური ან ქიმიური ხარისხი, რადიაცია და რადონის დონე, ნიადაგში, წყალში მძიმე მეტალების დონე
ჯანდაცვის სისტემა	ორგანიზაცია, წინასწარგადახდის დაფარვა, მთლიანი და შიდა ალოკაციის დაფინანსება	დეცენტრალიზირებული ადმინისტრაცია და ფინანსები, ადგილობრივი მომსახურების და ფინანსების ინტეგრაცია მთლიანი რესურსები, GNP % per capita (US$) დახარჯული ჯანდაცვაზე, მოსახლეობის პრცენტი რომელთაც აქვთ მთლიანი, ნაწილობრივი სამედიცინო დაზღვევა და მათი ვისაც საერთოდ არ აქვთ ის
ჯანდაცვის რესურსები	პერ კაპიტა დანახარჯები პერ კაპიტა საწოლები გრძელვადიანი მკურნალობის დაწესებულებები კლინიკები პერ კაპიტა პერსონალი, ექიმები, ექთნები	მომსახურების ტიპის მიხედვიტ დანახარჯები, პრევენციული, სამკურნალო, ჰოსპიტალური მწვავე მდგომარეობისთვის საწოლების რაოდენობა ყოველ 1000-ზე სპეციალური საავადმოყოფო საწოლები ყოველ 1000-ზე გრძელვადიანი მზრუნველობის დაწესებულებები ყოველ 1000-ზე ექიმები, ექთნები ყოველ 10,000-ზე
ჯანდაცვის მომსახურების გამოყენება	საავადმყოფოები, ზოგადი პროფილის, ქრონიკული დაავადებების, მენტალური ამბულატორიული მკურნალობა პრევენციული მომსახურება	მიღების და მკურნალობის დღეები ყოველ 1000 მოსახლეზე ექიმის ვიზიტები თითო ადამიანზე თითო წელს იმუნიზაციის დაფარვის დონე 2 წლის ასაკში ამბულატორიული ქირურგიული ჩარევა, სახლში მკურნალობა
ჯანმრთელობის გამოსავლები	ავადობა სიკვდილობა ფუნქციონალური.ფსიქოლოგიური სტატუსი	ინფეციური და ქრონიკული დაავადებების ინციდენტობა/პრევალენტობა ახალშობილთა, ბავშვთა, დედათა, ასაკ-სპეციფიური სიკვდილობის მაჩვენებლები მიზეზის მიხედვით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ტრამვა, ახალშობილთა და ორსულთა ანემია, სისხლში ტყვიის დონე, ქვედა კიდურის ამპუტაციის მაჩვნებელი
მომსახურების პროცესი (ხარისხი)	პროფესიული მზრუნველობის სტანდარტები გარე სააგენტოს მიერ მინიჭებული აკრედიტაცია კოლეგების შეფასება ჩანაწერების შეფასება სიკვდილობის შემთხვევების შეფასება	ჰისტერექტომიის კრიტერიუმი, მეორე აზრის ჩათვლით იმუნიზაცია და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონიტორინგის მაჩვენებლები აკრედიტაციის უკმარისობების გამოსწორება დეპარტამენტის სეფასება საკეისრო კვეთაზე, ინფექციის დონეები დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შეფასება თითოეული შემთხვევის მიხედვით
ხარჯები და სარგებელი	სპეციფიური დაავადებების სესწავლა, პროცედურების, მომსახურების ან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის	წითელას ვაქცინის მეორე დოზის ანგარიშეფექტურობის შეფასება, ველოსიპედის ჩაფხუტები, მანქანაში დამცავი ბალიშები, სკოლის მოსწავლე გოგონებში თამბაქოს საწინააღმდეგო კამპანიები
ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმება და პრაქტიკა (KABP)	ზოგადი მოსახლეობა რისკ ჯგუფები პაციენტები პერსონალი	დიეტა, მოწევა, კვება, ალკოჰოლის მოხმარება, და ვარჯიშიჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები, ქალთა უფლებები შიდსთან/სგდ-თან დაკავშირებული საკითხები, პრეზერვატივის გამოყენება

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შეფასება

ჯანდაცვის სისტემის კონტროლის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების დაგეგმარების ძირითადი ფაქტორია, ვინაიდან სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფი განსხვავებული ჩარევის საჭიროების წინაშე დგას; ქალები, ბავშვები და მოხუცები სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან მეტ მომსახურებას მოითხოვენ. ვინაიდან სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა დაკავშირებულია ხანში შესულთა ჯანმრთელობის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობასთან, მოთხოვნილება სამედიცინო მომსახურებაზე იზრდება ასაკის შესაბამისად. მოხუცთა ჯანმრთელობაზე ზეგავლენას ახდენს ქრონიკული დაავადებები, მათთან ასოცირებული უნარშეზღუდულობა და სიკვდილიანობა. ისინი (85 წლის ზევით) სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების და ხანგრძლივი თერაპიის ინტენსიური მომხმარებლები არიან.

სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი

ცხოვრების პირობები, შემოსავლის ანალიზი და მისი განაწილება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ეროვნული შემოსავლის საშუალო მაჩვენებელი ასახავს მომსახურეობის და საქონლის მთლიანი პროდუქციის საშუალო სიდიდეს და ხშირად მოიხსენიება, როგორც GNP (Gross National Product) ან GDP (Gross Domestic Product). რეალური შემოსავალი შეიძლება ვარირებდეს შტატების, რაიონების, ეთნიკური ჯგუფების, განათლების დონის, სქესისა და ოჯახის წევრების რაოდენობის მიხედვით.

ცხოვრების პირობები, რაც გამოიხატება დასახლების სტანდარტებში, კომლების სიმჭიდროვესა და მაცხოვრებელთა რაოდენობა თითოეულ ოთახში ან კვადრატულ მეტრზე, დამოკიდებულია ოჯახის შემოსავალზე. თავის მხრივ, მომსახურეობა, როგორიცაა ელექტროენერგია, წყალმომარაგება, ასევე სააბაზანო, მაცივარი, ღუმელი, ცენტრალური გათბობა-ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის განმსაზღვრელ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. არახელსაყრელი ეკონომიკური მდგომარეობა, შესაბამისად, ჯანმრთელობის სტატუსის მრავალმხრივ დაქვეითებას იწვევს. განვითარებად ქვეყნებში სიღარიბე, ავადობა და ცუდი კვება უარყოფითად მოქმედებს განსაკუთრებით ბავშვებზე, ქალებსა და მოხუცებზე და, ასევე, ამცირებს ეკონომიკური ზრდის პოტენციალს. ინდუსტრიალიზებულ ქვეყნებშიც კი, შედარებით მაღალი სოციალური კლასის წარმომადგენელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკეთესია არასპეციალიზებულ მუშებთან შედარებით არა ერთი მაჩვენებლის მიხედვით. ქვეყნებში, სადაც მკვეთრი სოციალური სხვაობაა მოსახლეობის მდიდარ და ღარიბ ფენებს შორის, მაგალითად ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ჯანმრთელობის სტატუსი ნაკლებად დამაკმაყოფილებელია, მაგალითად იაპონიასთან ან სკანდინავიის ქვეყნებთან შედარებით.

ოჯახის ჯანმრთელობისთვის ასევე არსებითი მნიშვნელობა აქვს მშობლების განათლების დონეს. ოჯახის შემოსავალი უშუალო კავშირშია მამის განათლების ხარისხთან, ხოლო დედის სწავლება განმსაზღვრელია როგორც შემოსავლის, ასევე ახალშობილებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისთვის. დედები განათლების შედარებით მაღალი დონით, როგორც წესი, მეტ ცოდნას იძენენ ორსულობის დროს საკუთარი თავის, ასევე ახალშობილთა რუტინული მოვლის, კვების და იმუნიზაციის თვალსაზრისით. ამასთან, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში არ აღინიშნება ტენდენცია მრავალშვილიანობისკენ არა მარტო იმიტომ, რომ მათთვის ადვილად ხელმისაწვდომია ორსულობის კონტროლი, არამედ იმიტომაც, რომ მათ განსხვავებული მიზნები გააჩნიათ. ეროვნულ, კულტურულ, პოლიტიკურ, რელიგიურ მრწამსს და ჩვევებს შესაძლოა მოჰყვეს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გართულება მენტალური მდგომარეობის, ოჯახის სტრუქტურის, მისი დაგეგმარების და აბორტების მხრივ. ეს, შესაბამისად, უარყოფითად ზემოქმედებს ნაციონალური ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფასა და დაფინანსების საკითხზე.

კვება

კვების ხარისხი მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფუნდამენტური ფაქტორია. გადაჭარბებული კვება ავადობისა და სიკვდილიანობის ზრდას განაპირობებს დიაბეტის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ჰიპერტენზიის, ინსულტისა და მათი გარ-

თულებების განვითარების გამო. კვების დეფიციტი იშვიათია ინდუსტრიულ, თუმცა ძალიან გავრცელებული – მრავალ განვითარებად ქვეყანაში. საზოგადოების ნებისმიერი ნაწილი შეიძლება იმყოფებოდეს სუბკლინიკური კვების დეფიციტის მაგ. ანემიის, იოდის ნაკლებობის, ოსტეოპოროზის და სხვა დაავადებათა განვითარების რისკის ქვეშ. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამები გულისხმობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეკონომიკის ჩართვას საკვების ხარისხიანობის, მისი მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომობის, სკოლების ბუფეტით, ხოლო მოხუცებისა და ქრონიკულად დაავადებულთა ხორცით მომარაგების პროგრამების უზრუნველყოფას (თავი 8).

სპეციფიკური გამოკვლევები, მაგალითად ახალშობილის მცირე წონა ან კვების ხარისხი საჭიროა კვების მონაცემთა ბაზის შესადგენად. პერიოდული მასშტაბური გამოკვლევა (NHNES) რომელიც თავდაპირველად 1971 წელს აშშ-ში ჩატარდა, გვთავაზობს ქვეყანაში კვებასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან მონაცემებს. ისინი აქტიურად გამოიყენება ქვეყნის, შტატის ან ადგილობრივი ნუტრიციული პროექტების რეგულაციისთვის. კვების ინდუსტრიაში აუცილებელია სახელმწიფო სტანდარტების გათვალისწინება საკვების შეფუთვის და დამუშავების თვალსაზრისით.

გარემო და საქმიანობა

უსაფრთხო წყალმომარაგება, მყარი და ტოქსიკური ნარჩენი პროდუქტების კონტროლი, ჰაერის დაბინძურება – ეს ფაქტორები უშუალოდ მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყურადღება, ტრადიციულად, ფოკუსირებულია მოცემულ საკითხებზე, თუმცა რეალურად ეს საერთაშორისო დონის პრობლემად რჩება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამ საკითხის მოგვარებას სახელმწიფოსა და ეკონომიკურად ძლიერი ჯგუფის ჩართვით და მოსახლეობის ინფორმირებულობით ცდილობს.

გარემო მოიცავს დასახლებებს, სკოლებს, პარკებს, ქალაქისა და სოფლის დაგეგმარებას და საზოგადოების საცხოვრებელ მრავალ სხვა ასპექტს. ბავშვების დასაქმების საკითხი არც თუ უსაფრთხო ინდუსტრიულ საწარმოებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განხილვას ექვემდებარება. საზოგადოების ნაწილი, რომელსაც სამუშაო დაწესებულებებში ტოქსიკურ ნივთიერებებთან აქვს შეხება, ქმნის ავადობის რისკს, რომლის პრევენცია შესაძლებელია, მკურნალობა კი – საკმაოდ ძვირადღირებული.

ამგვარად, უმუშევრობა, უსაფრთხოების ზომებისა არარსებობა სამუშაო დაწესებულებებში, სადაზღვეო სისტემის განუვითარებლობა, დაბალი შემოსავალის დონე – ეს ყველაფერი ხელს უწყობს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას (თავი 9).

ჯანდაცვის ფინანსირება და ორგანიზაცია

ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება და ორგანიზაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მნიშვნელოვანი ასპექტია. თუმცა, ფინანსური ხელმისაწვდომობა, თავისთავად, არ არის გარანტია მომსახურების რეალური მისაწვდომობისა მისი განაწილებისა და მოხმარებიდან გამომდინარე. სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფა და სტრუქტურა ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია, რაც 10-13 თავებშია განხილული. ეს შეიძლება მივიჩნიოთ, როგორც ქვეყნის ან რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმი. ჰოსპიტალური მომსაახურების ხელმისაწვდომობა ჯერ კიდევ არ არის გარანტია სათანადო და ეფექტური მომსახურებისა.

მომსახურების დონეს, სხვადასხვა ხარისხის სამედიცინო დახმარებასა და ღირებულებას შორის კავშირის დადგენა მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის რეფორმების ძირითად საკითხს წარმოადგენს. პრევენციული მედიცინის ხელმისაწვდომობა პოპულაციის გარკვეული ჯგუფებისთვის (ახალშობილები, ბავშვები, ზრდასრულები, მოხუცები ქრონიკულად დაავადებულები) და მისი რეალური შესაბამისობა მომსახურებასთან მოსახლეობის ან ქვეყნის ჯანმრთელობის სტატუსის დადგენისა და სამედიცინო ჩარევის ღირებულების განსაზღვრისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

სამედიცინო მომსახურების რესურსები

სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფა მისი ხელმისაწვდომობის განმსაზღვრელი ფაქტორია, თუმცა არანაკლებ მნიშ-

ვნელოვანია სრული სამედიცინო ფინანსების შიდა განაწილება. სამედიცინო მომსახურების ძირითადი რესურსებია პირველადი დახმარება, ჰოსპიტალები და ხანგრძლივი მკურნალობისთვის სათანადო პირობები. მისი ერთი ასპექტი მხოლოდ იზრდება მეორის ხარჯზე.

ჰოსპიტალი ხარჯების თვალსაზრისით ჯანდაცვის სისტემის უდიდეს სეგმენტს წარმოადგენს; შესაძლოა, მის მიერ მოხმარებული თანხა საერთო დანახარჯის 50%-ზე მეტსაც კი შეადგენდეს. ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკის განმსაზღვრელ ცენტრალურ ფაქტორად მხოლოდ საავადმყოფოს საწოლებით მომარაგება შეიძლება განვიხილოთ. საწოლების რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე სამედიცინო მომსახურების ფინანსური შესაძლებლობების უშუალო ინდიკატორია. ეს მაჩვენებელი ფართო საზღვრებში ვარირებს, 2.5-16 საწოლიდან 1000 პაციენტზე საერთაშორისო ეკონომიკური ორგანიზაციის (OEDC) ქვეყნებში, თუმცა მრავალი ქვეყანა საწოლებით მომარაგებას პროგრესულად ამცირებს 1980 წლის შემდეგ.

მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება ზეგავლენას ახდენს ავადობაზე და შესაბამისად, ჰოსპიტალიზაციაზე; ქვეყნები, სადაც მოხუცებულთა ხვედრითი წილი მაღალია, საჭიროებენ მეტ ჰოსპიტალურ და ალტერნატიულ სამედიცინო დახმარებას, ისევე, როგორც სახლის პირობებში ხანგრძლივ მკურნალობას. მრავალი განვითარებული ქვეყანის ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურაში აღინიშნება ტენდენცია მწვავე დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციებისა და მისი ხანგრძლივობის შემცირებისაკენ (იხ. თავი 11-13). ჯანდაცვის დაგეგმარება მოითხოვს პოლიტიკური თუ სხვა სახის წინააღმდეგობის დაძლევას და ჰოსპიტალის საწოლებით მომარაგების გაზრდას სხვა სახის მომსახურების ხარჯზე.

ექიმების რაოდენობა ყოველ 10,000 მოსახლეზე ასევე ფართოდ ვარირებს. მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა მიუთითებდეს სპეციალისტთა ჭარბ რაოდენობასა და პირველადი დახმარების დეფიციტზე, ხოლო დაბალი – მეტი ექიმის ტრენირების საჭიროებაზე. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ექიმების დიდი რაოდენობა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედარებით დაბალი დონე ფიქსირდება იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც სამედიცინო პერსონალის პროცენტული მაჩვენებელი დაბალია. ექთნების რაოდენობაც ასევე ცვალებადია მოსახლეობის მიხედვით, ამასთან, ქვეყნებში, სადაც კვალიფიციურ ექიმთა მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება, ექთნების რაოდენობა, შესაბამისად, ნაკლებია. პრაქტიკის გასავლელად რეგისტრირებული ექთნების რიცხვი ხშირად აჭარბებს რეალურს, მაშინ, როდესაც ბევრ მათგანს უმაღლესი სასწავლებლის დამთავრებამდე არ აქვს შეხება ავადმყოფებთან, მუშაობს მხოლოდ ნაწილობრივ-განაკვეთზე ან პროფესიას ძალიან მცირე ხნით ინარჩუნებს.

სამედიცინო მომსახურების გამოყენება

ქირურგიული და სხვა პროცედურების ღირებულება ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტის მუდმივად განხილვადი საკითხია. კანადის პროვინციებში ჰისტერექტომიის სიხშირის მაჩვენებელი ფართოდ მერყეობს 639-დან (ნიუფაუნდლენდში) 426-მდე (ალბერტაში) ყოველ 100,000 მოსახლეზე. სასკაჩევანში ჩატარებულმა კვლევებმა კი აჩვენა, რომ ეს რაოდენობა დრამატულად შემცირდა. აპენდექტომიის კოეფიციენტი გერმანიაში სხვა ქვეყნებთან შედარებით 3-ჯერ მაღალია, თუმცა ამის ეპიდემიოლოგიური განმარტება არ არსებობს.

აშშ-ში ჩატარდა მრავალი კვლევა, რომელთა მიხედვით შავ და თეთრკანიანი მოსახლეობა სხვადასხვა სიხშირით მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებებს კორონარული არტერიების შუნტირების მიზნით რადიკალურ მასტექტომიასთან, მამოგრაფიასთან და სხვა პროცედურებთან შედარებით. ეს განსხვავება, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო დაზღვევის სისტემის სხვაობით არის გამოწვეული; სხვა სოციალურ-ეკონომიკური ან ეთნიკური ფაქტორები ასევე მხედველობაშია მისაღები. ქირურგიული ოპერაციები, მაგალითად საკეისრო კვეთა, ფართოდ გავრცელებული პრობლემაა ქვეყნებში, სადაც გადახდა სამედიცინო მომსახურების შესაბამისად ხდება, თუმცა ეს ასევე დაკავშირებულია ქირურგების რაოდენობასა და პროცედურების ღირებულებაზე.

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობა

ვინაიდან ქვეყნის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე გავლენას ახდენს მრავალი სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორი, ის ხშირად ხასიათდება ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების მიხედვით, როგორიცაა ავადობა, სიკვდილიანობა, ჯანმრთელობის სტატუსი. ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია გადამდებ თუ არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ გვეხმარება სამედიცინო

ჩანართი 3.18 მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჯანმრთელობის "ბამოსავლის ინდიკატორები"

1. სიკვდილიანობასთან დაკავშირებული მაჩვენებლები
   ა. ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Infant and child mortality rates -IMRs);
   ბ. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Maternal mortality rates – MMRs);
   გ. სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებელი (Crude mortality rates – CMRs);
   დ. ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი;
   ე. მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – ინფექციური/ არაინფექციური;
   ვ. მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 0, 1, 65 და სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში;
   ზ. სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Standardized mortality rates – SMRs) – საერთო სპეციფიკური;
   თ. პოტენციური სიცოცხლის დანაკარგული წლები (Years of potential life lost – YPLL);
   ი. ხარისხობრივად დაბალანსებული სიცოცხლის წლები (Quality-adjusted life years -QALYs);
   კ. უნარშეზღუდულობის წლები (Disability adjusted life years – DALYs);

2. ავადობის ინდიკატორები
   ა. მართვად (ვაქცინაციით) ინფექციურ დაავადებათა ინციდენტობა;
   ბ. წყლით გადამდებ დაავადებათა ინციდენტობა;
   გ. საკვებით გადამდებ დაავადებათა ინციდენტობა;
   დ. ტუბერკულოზის ინციდენტობა / პრევალენტობა;
   ე. სქესობრივად გადამდებ დაავადებათა / აივ ინციდენტობა / პრევალენტობა;
   ვ. მალარიისა და სხვა ტროპიკული დაავადებების ინციდენტობა;
   ზ. არაინფექციურ დაავადებათა (გულსისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, სიმსივნე, ტრავმა) პრევალენტობა;
   თ. უნარშემზღუდავ დაავადებათა პრევალენტობა;
   ი. რისკის ფაქტორების პრევალენტობა.

3. ფიზიოლოგიური ინდიკატორები
   ა. რისკის ფაქტორები – თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება; დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი; ძალადობა, სუიციდი; ავტომობილებთან დაკავშირებული მაღალი რისკის მავნე ჩვევები
   ბ. კვების სტატუსი – ახალშობილთა და ბავშვთა ზრდის ხარისხი; ზრდასრულების სხეულის მასის ინდექსი (BMI); დიეტის ნიმუშები; ბიოქიმიური ინდიკატორები (სისხლში გლუკოზის, ქოლესტეროლის, ლიპიდების, A, B, C, DDვიტამინების შემცველობის დონე); ანემია ახალშობილებში, ბავშვებსა და ქალებში; იოდის შემცველობა, გარემო.

4.ფუნქციური ინდიკატორები
   ა. სამუშაოსა და სკოლაში გამოუცხადებლობა;
   ბ. ფსიქომოტორული ფუნქცია;
   გ. შრომისუნარიანობა;
   დ. სკოლაში მოსწრება;
   ე. სპორტული აქტივობა;
   ვ. ყოველდღიური ცხოვრების წესი.

ჩარევის პოტენციალის და ავადობის ბუნებრივი მიმდინარეობის შეცვლის განსაზღვრაში.

შედეგების მაჩვენებლები (ჩანართი 3.18) მოიცავს სპეციფიკურ ქირურგიულ ღონისძიებებს და მონაცემებს. QALY და DALY გვეხმარება სიკვდილიანობის რაოდენობრივ და

ცხოვრების პირობების ხარისხობრივ გამნსაზღვრაში ანალიზისა და შედარებების ხარჯზე. ჩგარდა ამისა, პაციენტის მდგომარეობას ასახავს ფიზიოლოგიური და ფუნქციური ინდიკატორები, როგორიც არის, მაგალითად პაციენტის ყოველდღიური აქტივობა. სპეციალურ პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევები კვების დეფიციტის გამოსავლენად კლინიკური ნიშნებისა ან ანთროპომეტრული მახასიათებლების განსაზღვრასთან ერთად (ზრდა და სხეულის სიგრძე) მოიცავს ბიოქიმიურ და ჰემატოლოგიურ გამოკვლევებს. კვების სტატუსისა და უნარშეზღუდულობის, სკოლაში მოსწრებისა და ფუნქციური სტატუსის სხვა ინდიკატორების სპეციფიკური გამოკვლევები ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ასევე მნიშვნელოვანი ასპექტებია.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დეტალურად განხილული იქნება მე–11 თავში, თუმცა აქ ვახსენებთ, როგორც ნებისმიერი პოპულაციის ჯანმრთელობის შეფასების კრიტერიუმს. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ფაქტორია ხელმისაწვდომი კაპიტალის განაწილების სპეციფიკა კონკრეტულ პოპულაციაში არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების მოსაგვარებლად.

ღირებულება და სარგებელი

ღირებულებისა და სარგებლის ანალიზს, რაც უფრო დაწვრილებით განხილულია მე–11 თავში, ეკონომიკისა და ჯანდაცვის მართვასთან ერთად, აქ უმნიშვნელოდ შევეხებით. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება მოითხოვს კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეში რესურსების განაწილების შეფასებას. თუ პრიორიტეტული იქნება მედიცინის მაღალტექნოლოგიური განვითარებისადმი ხელშეწყობა, რესურსები შესაძლოა მოაკლდეს პირველად სამედიცინო დახმარებას და დაზარალდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობა. ღირებულებისა და სარგებლიანობის ანალიზმა შესაძლოა ხელი შეუწყოს პრიორიტეტების გამყარებას ჯანდაცვის სისტემაში.

ხეზიეე - ინფოხმაცსიიდან ცოდნამდე და პოლიტიკამდე

ინფორმაცია დაგეგმარების, ორგანიზაციის, მართვის და მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების საფუძველია. თავდაპირველად მოსახლეობის საჭიროების იდენტიფიკაციისთვის ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა დემოგრაფიული, სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემების განსაზღვრა ხდება. მოპოვებული მონაცემები ჯანმრთელობის დაცვის საინფორმაციო სისტემაში მისი ფუნქციონირების, მონიტორინგისა და მართვის მიზნით ვრცელდება. სამედიცინო მოვლენების მეთვალყურეობა ნაციონალურ, რეგიონულ და საზოგადოების დონეზე, საინფორმაციო სისტემების შექმნასა და მონაცემების გავრცელებაზეა დამოკიდებული. ეს ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტისა და მონიტორინგისთვის ფუნდამენტური საკითხია და სწორ პოლიტიკურ კურსს მოითხოვს.

ინფორმაცია ფართოდ არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო სტატისტიკაში. ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირება მოითხოვს სათანადო მონაცემების მოძიებასა და მის გონიერ გამოყენებას. სამედიცინო პერსონალისთვის ინფორმაციის გამოყენებისა და კოორდინაციის სწავლება ეხმარება მათ საკუთარი ქმედებების მართებულობისა და ეფექტურობის დადგენაში. საინფორმაციო სისტემები, სათანადოდ ორგანიზებული და გავრცელებული მონაცემთა ბაზა მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ეს ისეთივე მნიშვნელოვანია სისტემის ფუნქციონირებისთვის, როგორც საზრიანი მოქმედება სამხედრო ოპერაციისთვის. ამგვარი სერვისის გარეშე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი მექანიზმი სიბნელეში მუშაობს.

მთელს მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემა კრიტიკულ განხილვას ექვემდებარება ღირებულების, ხელმისაწვდომობის, სათანადო მომსახურების, ხარისხის და შედეგების მიმართ არსებული ინტერესის გამო. მისი ეფექტურობა, როგორც წესი, დამოკიდებულია პოლიტიკურ განრიგზე. მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემის პრობლემატური საკითხია. სამედიცინო დანახარჯები მზარდი პრინციპით უნდა პასუხობდეს მოთხოვნილებას საჭიროების, ეკონომიკური ეფექტურობის, პოლიტიკის ფორმულირების, სტრატეგიებისა და

პრიორიტეტების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარეგულირება სახელმწიფოსა და საზოგადოების არჩევის საგანს აღარ წარმოადგენს, თუ ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკა პროექტისთვის „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ წარმატებას მიაღწევს. ერთ-ერთი საშუალება ამ პოლიტიკური კურსის მიერ მიზნების მიღწევისა, ეფექტური საინფორმაციო სისტემის შექმნაა. მოსახლეობის, დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური მონაცემების, სამედიცინო დახმარებისა და მისი გამოყენების შესახებ ინფორმაციის ფლობა მონიტორინგის უმთავრესი კრიტერიუმია. მონაცემთა ბაზის არსებობა ჯანდაცვის სისტემის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და უახლესი ცვლილებების ათვისების საშუალებას იძლევა. სწორედ ამიტომ, ის თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს.

ელექტრონული წყაროები

კანადა

Statistics Canada http://www.statcan.ca

Canadian Institute for Health information http://www.cihi/stats/canhe.htm

ისრაელი

Israel Center for Disease Control http://www.health.gov/icdc

Organization for Economic Development (OECD)

OECD in Figures http://www.oecd.org/publications/figures

გაერთიანებული სამეფო

Government Statistical Service http://www.statistics.gov.uk/stats/health.htm

Deparment of health http://www.doh.gov.uk/dhome.htm

აშშ

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) http://www.cdc.gov/

Census Bureau-Statistical Abstract of the Untied States http://www.census.gov./prod/3/98pubs/98stab/cc98stab.htm

Dartmouth Atlas of Health Care in the United States 1998 http://dartmouth.edu%7Eatlas/toc98.html

cecs.atlas@dartmouth.edu

National Center for Health Statistics, Health, United States 1999

http://www.cdc.gov/nchswww/products/pubs/pubd/hus/99husdes.htm

National Information Center on Health Service Research and Health Technology. Health Statistics Sources

http://www.nih.gov/nichsr/stats/contents/contents.html

ჯანმო

World Health Organization (WHO) http://www.who.int/whosis/

Burden of Disease http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/gbdmain.htm

European Region. Health for All Data Set. WHO Copenhagen http://www.who.dk/

Pan American Health Organization

PAHO Country Health Profiles http://www.paho/english/country.htm

World Health Report, 1998 http://www.who.int/whr/1998/whr-en.htm

ჩვეულებრივი საკითხავი

Black, D. 1993. Deprivation and health. *British Medical Journal,* 307:1630–1631.

Declich, S., Carter, A. O. 1994. Public health surveillance: Historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:285–304.

Feinleib, M. [editorial]. 1993. From information to knowledge: Assimilating public health data. *American Journal of Public Health,* 83:1205–1207.

Fletcher, R. H. 1992. Clinical medicine meets modern epidemiology—and both profit. *Annals of Epidemiology,* 2:325–333.

Pearce, N. 1996. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health,* 86:678–683.

Susser, M., Susser, E. 1996. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms; and II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health,* 86:668–673.

ბიბლიოგრაფია

Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellstrom, T. 1993. *Basic Epidemiology.* Geneva: World Health Organization.

Bennet, S., Woods, T., Liyanage, W. M., Smith, D. L. 1991. A simplified general method for clustersample surveys of health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly,* 44:98–106.

Centers for Disease Control. 1992. Proceedings of the 1992 International Symposium on Public Health Surveillance, December 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Supplement,* 41:1–218.

Dean, A. G., Dean, J. A., Burton, A. H., Dicker, R. C. 1990. *EPI Info, Version 5: A Word Processing Database and Statistics System for Epidemiology on Microcomputers.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control.

Duncan, B. D., Rumel, D., Zedlmanwiocz, A., Mengue, S. S., Dos Santos, S., Dalmaz , A. 1995. Social inequality in mortality in São Paulo State, Brazil. *International Journal of Epidemiology,* 24:359–365.

Elliott, P., Cuzick, J., English, D., Stern, R. [eds]. 1992. *Geographical and Environmental Epidemiology: Methods for Small Area Studies.* World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen: Oxford University Press.

Gordis, L. 1996. *Epidemiology.* Philadelphia: WB Saunders Co.

Gray, A. (ed). 1993. *World Health and Disease.* Milton Keynes: Open University Press.

Ibrahim, M. A. 1985. *Epidemiology and Health Policy.* Rockville, MD: Aspen. International Epidemiologic Association. 1996.

Kuller, L. H. [editorial]. 1995. The use of existing databases in morbidity and mortality studies. *American Journal of Public Health,* 85:1198–1199.

Lang, T., Duceimetiere P. 1995. Premature cardiovascular mortality in France: Divergent evolution between social categories from 1970–1990. *International Journal of Epidemiology,* 24:331–339.

Last J. M. (ed). 1995. *A Dictionary of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press.

Lilienfeld, D. E., Stolley, P. D. 1994. *Foundations of Epidemiology,* Third Edition. New York: Oxford University Press.

National Center for Health Statistics. 1998. *Health United States, 1998.* Hyattsville, Maryland.

Poikolainen, K., Eskola, J. 1995. Regional and social class variation in the relative risk of death from amenable causes in the city of Helsinki, 1980–1986. *International Journal of Epidemiology,* 24:114–118.

Secretaria de Salud Municipal. 1992. *Perfil Epidemiologio de Santiago de Cali.* Cali, Colombia: Municipio de Santiago de Cali.

Smith, G. D., Egger, M. [editorial]. 1992. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *American Journal of Public Health,* 82:1079–1081.

Tulchinsky, T. H. 1982. Evaluation of personal health services as a basis for health planning: Areview with applications for Israel. *Israel Journal of Medical Sciences,* 18:197–209.

Tulchinsky, T. H., Ginsberg, G. M., *et al.* 1992. Mesothelioma mortality among former asbestos-cement workers in Israel, 1953–1990. *Israel Journal of Medical Sciences,* 28:542–547.

United States Public Health Service. *Health United States 1998.* Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Vaughan, J. P., Morrow, R. H. 1989. *Manual of Epidemiology for District Health Management.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level.* Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: World Health Organization.

4
ინფექციური დაავადებები

შესავალი

მეოცე საუკუნის მიწურულს ინფექციური დაავადებები კვლავ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტუალურ საკითხად რჩება. ამ თავში განხილულია ინფექციური დაავადებები და მათი თავიდან აცილების, კონტროლის, ელიმინაციისა და ერადიკაციის პროგრამები. ინფექციური დაავადებების კონტროლი საჭიროებს ხელმისაწვდომი საშუალებების ეფექტურ გამოყენებას, გარემოს დაცვის საშუალებების მობილიზებას, იმუნიზაციას, ასევე კლინიკური და ჯანდაცვის სისტემების კოორდინირებას.

მსოფლიოს ნებისმიერ ნაწილში ვირუსულ აფეთქებების მიზეზი მისი სწრაფი გადაადგილების უნარი და მაღალკონტაგიოზურობაა, რაც საერთაშორისო შიშს და პანიკას იწვევს. სხვადასხვა დაავადების გავრცელება რამდენიმე საათსა თუ დღეში საერთაშორისო მედიის მთავარი თემა ხდება. ყველა სტუდენტს მოეთხოვება როგორც ინფექციური დაავადებების საფუძვლების, ასევე საოჯახო მედიცინის, ქრონიკული დაავადების, კვებისა და თანამედროვე ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტების შესახებ ზოგადი ცოდნა.

წინამდებარე თავში მოცემული მასალა გამიზნულია სტუდენტისა ან ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პირებისთვის, ინფექციური დაავადებების კონტროლის პრაქტიკული ასპექტების შესახებ საერთო წარმოდგენის შესაქმნელად.

ამ თავში მოცემული მასალა შედეგ წყაროებს ეყრდნობა: „ინფექციური დაავადებების კონტროლის სახელმძღვანელო“ (*Benenson*), მე-16 გამოცემა, გამომცემლობა ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაცია (1995), ‘‘სამედიცინო მიკრობიოლოგია“ (*Jawetz, Melnick, Adelberg*), 21-ე გამოცემა (*Brooks et al*., 1998), დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ავადობისა და სიკვდილიანობის ყოველკვირეული ანგარიში, ელექტრონული წყაროები: პრომედი, ამერიკის პედიატრთა ასოციაცია, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ჩამოთვლილი წყაროები გააფართოებს ტექსტში მოცემული დისკუსიას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ინფექციური დაავადებების კონტროლი

ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მე-19 საუკუნის შუა ხანებში სანიტარიული აქტივობებიდან წარმოიშვა, რომლის მიზანი იყო ინფექციური დაავადებების სოციალური და გარემოსთან დაკავშირებული ფაქტორების ზემოქმედება შეემცირებინა. ტრადიციულად, ინფექციური დაავადებების პრევენცია და კონტროლი სანიტარული ღონისძიებებით, სუფთა წყლისა და ხარისხიანი საკვების მარაგით, იზოლაციითა და იმუნიზაციით მიიღწევა.

ინფექციური დაავადებები იმ შემთხვევაში ვითარდება, როცა ადამიანის მიერ შექმნილ კონტროლის მექანიზმებს თავს აღწევენ. ამიტომ კვლავ არსებობს სხვადასხვა ინფექციების აფეთქების საფრთხე. ინფექციური დაავადებების ეპიდემიური ხასიათის მაჩვენებელია მე-14 საუკუნეში ევროპასა და აზიაში გავრცელებული ბუბონური შავი ჭირი და ყვავილის, ტუბერკულოზის, სიფილისის, წითელას, ქოლერასა და გრიპის შემდგომი პანდემიები. 1980-იანი წლებიდან შიდსის გავრცელება, სამხრეთ ამერიკაში ქოლერის ეპიდემია და 1990-იან წლებში ყოფილ საბჭოთა კავშირში დიფტერია, მეტყველებს იმაზე, რომ ინფექციური დაავადე-

ჩანართი 4.1 ინფექციური დაავადებები

ინფექციური დაავადება არის ავადმყოფობა, გამოწვეული სპეციფიკური ინფექციური აგენტით ან მისი ტოქსიკური პროდუქტით, რომელიც ვითარდება ამ აგენტის ან მისი პროდუქტის ინფიცირებული ადამიანიდან, ან ცხოველიდან, ან უსულო რეზერვუარიდან სხვა მგრძნობიარე რეციპიენტზე გადაცემით. ინფექციის გადაცემა შეიძლება იყოს პირდაპირი – ადამიანიდან ადამიანზე ან – არაპირდაპირი (მცენარით, ცხოველით, ან უსულო საგნებით).

წყარო: Benenson, A. S. (ed). 1995. *Control of Communicable Diseases Manual,* Sixteenth Edition. Washington, DC: American Public Health Association, p. 533.

ბების კონტროლი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი მოვალეობაა.

მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში ინფექციური დაავადებების კონტროლის საქმეში უდიდესი წვლილი შეიტანა მიაზმებისა (გარემომასპინძელი) და ბაქტეროლოგიურმა (აგენტი-მასპინძელი) თეორიებმა. მე-19 საუკუნის ბოლოს ბაქტერიოლოგიური თეორიის შექმნის აუცილებლობამ ბაქტეროლოგიური და იმუნოლოგიური მეცნიერებების წარმოშობა განაპირობა. ამ თეორიებს საფუძვლად უდევს იენერის, პასტერის, კოხის, ლისტერისა და სხვათა ნაშრომები (იხ. თავი 1).

ვაქცინებით მართვადი დაავადებების კონტროლი კაცობრიობის უდიდესი მიღწევაა. მან მილიონობით ადამიანის სიცოცხლე გადაარჩინა. მიუხედავად ამისა, პრევენცირებადი დაავადებებით ყოველწლიურად მილიონობით ბავშვი იღუპება. ინფექციური დაავადებები ქრონიკული დაავადებების მქონე და ასაკოვანი ადამიანების ჯანმრთელობას ანადგურებს.

ვაქცინაციითა და გარემო პირობების სანიტარიულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებით ინფექციური დაავადებების კონტროლის საქმეში დიდი წარმატებები იქნა მიღწეული, მაგრამ ეს სფერო დღესაც დინამიკურია. ახალი ინფექციური დაავადებების საფრთხე ჯანდაცვის სისტემას დიდ პრობლემებს უქმნის. თერაპიული აგენტებისადმი წინააღმდეგობის გაზრდა ახალი სტრატეგიების დანერგვას, ჯანდაცვის სისტემისა და კლინიკური სამსახურების კოორდინირებას განაპირობებს.... ინფექციური დაავადებების კონტროლის საფუძვლებისა და მეთოდოლოგიის გააზრება ჯანდაცვის ყველა მუშაკისთვის მნიშვნელოვანია, რათა ამ პრობლემების მასშტაბებს თავი გაართვან და მეცნიერებებში მიღწეული ახალი ტექნოლოგიები დანერგონ.

ინფექციური დაავადების დახასიათება

ინფექციური დაავადება კლინიკურად ყოველთვის არ ვლინდება. ადამიანი შეიძლება იყოს ინფექციის მატარებელი, მაგრამ დაავადება არ გამოვლინდეს. მიმდინარეობის მიხედვით ინფექციური დაავადება არის მწვავე (თუმცა მას შეიძლება ჰქონდეს გრძელვადიანი გართულებები, როგორიც არის სტრეპტოკოკური ინფექცია და გლომერულონეფრიტი ან რევმატიული გულის მანკი) ან ქრონიკული, ხანგრძლივი მიმდინარეობით, როგორიცაა ადამიანის იმუნოდეფიციტური ინფექცია (აივ-ინფექცია) ან პეპტიური წყლული. ზოგიერთ ინფექციურ დაავადებებს აქვთ, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკუნიკული მიმდინარეობა, მაგალითად, ვირუსული ჰეპატიტები.

ინფექციური დაავადების სტადიებია:

1. ინფექციის შეჭრა;
2. პრესიმპტომური სტადია;
3. არამანიფესტური ან სუბკლინიკური დაავადება;
4. კლინიკურად აშკარად გამოხატული დაავადება და მისი პროგრესირება;
5. გამოჯანმრთელება, რემისია, რეციდივი, ან სიკვდილი;
6. გრძელვადიანი შედეგები.

თითოეულ დაავადებას თავისი სპეციფიკური გამომწვევი ჰყავს და თავისებური მიმდინარეობა ახასიათებს.

ბევრი ინფექციური დაავადება შეიძლება

ჩანართი 4.2 ჟურნალი შავი ჭირის შესახებ, დანიელ დეფო, ლონდონი, 1665 წ.

„დაახლოებით 1664 წლის სექტემბერი იყო, როდესაც ჩემს მეზობლებთან ერთად ჩვეულებრივი საუბრისას შევიტყვე, რომ შავმა ჭირმა ჰოლანდიაში კვლავ იფეთქა. ერთნი ამბობდნენ იტალიიდან შემოვიდაო, მეორენი – ლევანტიდანო, მესამენი – თურქეთიდან შემოტანილი პროდუქტიდანო, ზოგიც ამბობდა, კანადიდან ან კვიპროსიდან შემოვიდოდაო. მნიშვნელობა არ ჰქონდა, საიდან შემოვიდა, მთავარია, შავმა ჭირმა ჰოლანდიაში ისევ იფეთქა.

უკვე ივლისის შუა რიცხვები იყო, შავი ჭირი უმეტესად ქალაქის მეორე ბოლოში მძვინვარებდა, თუმცა უკვე აღმოსავლეთ ნაწილისკენ გავრცელდა, სადაც მე ვცხოვრობდი. საჭირო იყო დაკვირვება, მართლაც ჩვენსკენ მოდიოდა თუ არა, მთელს ქალაქს მოედო თუ არა, სადაც ჯანსაღი გარემო იყო, ან მიაღწია თუ არა საუზვორკის წყლებს; ერთ კვირაში 1268 ადამიანი დაიღუპა, რომლიდანაც სავარაუდოდ 900 ადამიანი შავი ჭირით გარდაიცვალა, მათ შორის, ლამბეტის მრევლიც, 29 ადამიანი, წმინდა ეგიდისა და წმინდა მარტინის ეკლესიებში კი 451 ადამიანი გარდაიცვალა.„

წყარო: Defoe, D. 1723. A Journal of the Plague Year. Winnipeg: Meridian Classic, 1984

პრესიმპტომურ ან სუბკლინიკურ სტადიაზე კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების პროგრესირების გარეშე შეწყდეს. ამ დროს დაავადების მიმართ იმუნოლოგიური რეაქციების შედეგად იმუნიტეტი ყალიბდება. ინფექციური დაავადების დრამის მაგალითია შავი ჭირის ეპიდემია, რომელიც მე-14 საუკუნეში გავრცელდა და მისი რეციდივი – 1665 წელს ეპიდემია ლონდონში, რომელიც დანიელ დეფოს მიერაა აღწერილი.

ტრიადა - მასპინძელი-აგენტი-გარემო

ტრიადა – აგენტი-მასპინძელი-გარემო ფუნდამენტური საკითხია, როგორც უკვე კარგად ნაცნობი, ცვალებადი და ასევე ისეთი ინფექციური დაავადებების გავცელების და პრევენციის საშუალებების გასააზრებლად, რომლებიც აღარ ემორჩილებიან არსებული კონტროლის მეთოდებს. ინფექცია აღმოცენდება მაშინ, როდესაც მიკროორგანიზმი მასპინძლის ორგანიზმში შეაღწევს, სადაც მრავლდება და დაავადებას წარმოშობს.

მასპინძელი არის ადამიანი, ცხოველი ან ფრინველი, რომლებიც ბუნებრივ და არაექსპერიმენტალურ პირობებში ინფექციური დაავადებების საარსებო საშუალებას წარმოადგენენ. ზოგიერთმა ორგანიზმმა, როგორიცაა პროტოზოა ან ჰელმინთი, შეიძლება ცხოვრების ციკლის წარმატებული ეტაპები სხვადასხვა მასპინძლებში განიცადოს, მაგრამ მთავარი მასპინძელი ისაა, რომელშიც ორგანიზმი სქესობრივ ეტაპს გადის. მატარებელი მასპინძელი არის გადამტანი, რომელშიც ორგანიზმი ცოცხალი რჩება, მაგრამ არ ვითარდება.

ინფექციური დაავადების აგენტი აუცილებელია, თუმცა დაავადებების გამოსაწვევად ყოველთვის საკმარისი არ არის. კლინიკური დაავადების გამოსაწვევად მიკრორგანიზმის ინფიცირების სხვადასხვა დოზაა საჭირო. დაავადების გამომწვევი შეიძლება მხოლოდ ერთი (სპეციფიკური) აგენტი იყოს, ან დაავადება შესაძლოა აგენტის და ხელშემწყობი ფაქტორების (რომლებიც ასევე არსებითია დაავადების ეთიოლოგიაში) კომბინაციის შედეგად განვითარდეს. ინფიცირებულ ადამიანში დაავადება შეიძლება იყოს მთვლემარე (უმოქმედო) მდგომარეობაში ან ფარული, როგორიცაა ტუბერკულოზი ან სუბკლინიკური პოლიომელიტი ან აივ-ინფექცია. ვირულენტობის ან პათოგენობის უნარი ინფექციურ აგენტს ეხმარება მასპინძლის ორგანიზმში შეიჭრას, გამრავლდეს, ქსოვილი დააზიანოს და დაუცველ და მგრძნობიარე მასპინძელში დაავადება გამოიწვიოს. ვირულენტობა კლინიკური დაავადების სიმძიმეს და ლე-

ტალობის მაჩვენებელს განსაზღვრავს.

გარე სამყარო ორგანიზმისთვის ე.წ. რეზერვუარსა და გადაცემის საშუალებას წარმოადგენს, რომლითაც ორგანიზმი ახალ მასპინძელში ხვდება. რეზერვუარი ბუნებრივი საცხოვრებელია, სადაც ინფექციური აგენტი ცხოვრობს და მრავლდება, საიდანაც ის შეიძლება პირდაპირი ან არაპირდაპირი გზით ახალ მასპინძელში გადავიდეს. რეზერვუარში ორგანიზმის ბუნებრივი საცხოვრებელი იგულისხმება, რომელსაც შეიძლება ადამიანი, ცხოველი, მცენარე, ფეხსახსრიანები, ნიადაგი ან ნივთიერებები წარმოადგენდეს, რომლებშიც ორგანიზმი ცოცხლობს და მრავლდება, ან რომელზეც მიკროორგანიზმის გადარჩენაა დამოკიდებული, ან რაშიც ის მთვლემარე (უმოქმედო) სახით არსებობს.

კონტაქტირებულები არიან ადამიანები ან ცხოველები, რომელთაც ურთიერთობა ჰქონდათ სხვა ინფიცირებულ ადამიანთან, ცხოველთან, დაინფიცირებულ უსულო საგანთან, ან იმ გარემოში მოხვდნენ, სადაც ინფექციური აგენტი შეიძლება არსებობდეს. ადამიანები და ცხოველები, რომლებიც კონკრეტულ ინფექციურ აგენტს ატარებენ, აშკარა კლინიკური დაავადება არ გააჩნიათ და გარემოს აინფიცირებენ, ინფექცია გადააქვთ წყალზე, საჭმელსა და სხვა ნივთიერებებზე, მიკროორგანიზმის მატარებლებლები არიან. მატარებელს შეიძლება ფარული ინფექცია ჰქონდეს (ჯანმრთელი მატარებელი) ან ინკუბაციისაა და რეკონვალესცენციის სტადიაში იყოს.

ინფექციური დაავადებების კლასიფიკაცია

ინფექციური დაავადებების კლასიფიკაცია სხვადასხვა მეთოდებით ხდება: გამომწვევი აგენტის, გადაცემის მექანიზმის, პრევენციის მეთოდების (მაგ. ვაქცინებით მართვადი, გადამტანის აღკვეთით კონტროლირებადი), ან გამომწვევის ძირითადი სახეობების (სახელდობრ, ვირუსული, ბაქტერიული და პარაზიტული) მიხედვით.

ვირუსი ნუკლეინის მჟავის მოლეკულას (რნმ და დნმ) წარმოადგენს, რომელიც პროტეინის გარსშია მოთავსებული. ვირუსი სრულყოფილი უჯრედი არ არის, ამიტომ მას რეპლიკაცია მხოლოდ მასპინძლის უჯრედში შეუძლია. გარსს შეიძლება ჰქონდეს ლიპიდური დამცველი მემბრანა. გარსი და მემბრანა ხელს უწყობს „მასპინძელ„ უჯრედთან შეერთებას. ნუკლეინის მოლეკულა „მასპინძელი„ უჯრედის შიგნით უჯრედის ქრომოსომებს საკუთარ გენეტიკურ ნივთიერებად გარდაქმნის, ისე რომ, უჯრედული წარმოება და ვირუსის რეპროდუქცია მიმდინარეობს. ვიროიდი წარმოადგენს მომცრო რიბონუკლეინის მჟავის (რნმ) სტრუქტურებს გარსების გარეშე. მას შეუძლია მცენარის დაავადება გამოიწვიოს. ახლახანს აღმოჩენილი პრიონები (სტენლი პრუსინერი, ნობელის პრემია, 1997 წ.) ვირუსების ან ვიროიდების სახეობაა, რომლებიც იწვევს ღრუბლისებრ ენცეფალოპათიას ცხვრებში და მსხვილფეხა საქონელში („ძროხის ცოფი„) და ასევე ადამიანებში (კრეიცფელდ-ჯაკობის დაავადება).

ბაქტერია ერთუჯრედიანი ორგანიზმია, რომლის გამრავლება სქესობრივი ან არასქესობრივი გზით ხდება, არაუჯრედულ გარემოში ვითარდება და აერობულ ან ანაერობულ პირობებში არსებობს. ზოგიერთი არააქტიური ხდება და სპორას წარმოქმნის, რითაც გარემოსგან დაცულია და წლების მანძილზე შეიძლება სიცოცხლისუნარიანი დარჩეს. ბაქტერია მემბრანის შიგნით ქრომოსომული დნმ-ის ბირთვულ ნივთიერებას შეიცავს, რომელიც თავად ციტოპლაზმითაა გარშემორტყმული.

ბაქტერიები ხშირად ხასიათდება მათი შეფერილობით (გრამის მეთოდის გამოყენებით) როგორც გრამ-უარყოფითი და გრამ-დადებითი, ისევე როგორც მათი მიკროსკოპიული მორფოლოგიით, მასაზრდოებელი გარემოთი, მათ მიერ გამოწვეული დაავადებებით, ანტისხეულებითა და მოლეკულარული მარკირების ტექნიკით. ბაქტერია შეიძლება იყოს როგორც ადგილობრივი ფლორის (რეზიდენტი) წარმომადგენელი, ასევე პათოგენური (ავადმყოფობის გამომწვევი). პათოგენური ბაქტერია დაავადებას იწვევს ორგანიზმში შეჭრით, ბუნებრივი და შეძენილი რეზისტენციის გადალახვით და სხეულში გამრავლებით. ბაქტერიამ შეიძლება ტოქსინი წარმოქმნას, რომელმაც შეიძლება სხეულის ის ნაწილი დააზიანოს, რომელიც ბაქტერიით რეპლიკაციის ადგილიდან დაშორებულია, მაგალითად, ტეტანუსი. ბაქტერიამ შეიძლება იმუნური რეაქციის გადაჭარბებული სტიმულაცია მოახდინოს და ინფექციის წყაროდან დაშო-

რებული სხეულის სხვა ქსოვილები დააზიანოს, მაგ. რევმატიული შეტევა და გლომერულონეფრიტი.

პარაზიტოლოგია უმარტივესთა წარმომადგენლებს (პროტოზოიდებს), პარაზიტებს (ჭია), ფეხსახსრიანებს შეისწავლის, რომლებიც მასპინძლის ორგანიზმში ან მის ხარჯზე არსებობენ. პარაზიტებს მიეკუთვნებიან ჟანგბადწარმომქმნელი, შოლტისებრი, ერთუჯრედიანი ორგანიზმები, როგორებიც არიან ლამბლიები, ტრიხომონა და ამება. სპოროზოა არის პარაზიტი, ისეთივე, როგორც, მაგალითად, კრიპტოსპორიდიუმი და მალარიის პარაზიტები, რომლებიც სხვადასხვა მასპინძელში კომპლექსური სიცოცხლის ციკლით ხასიათდებიან. ჰელმინითები არიან ჭიები, რომლებიც ასნებოვნებენ ადამიანს განსაკუთრებით ცუდი სანიტარული პირობების დროს და ტროპიკულ ადგილებში.

დაავადების გადაცემის მექანიზმები

დაავადებათა გადაცემა ხდება დაინფიცირებული აგენტის გავრცელებით უშუალო წყაროდან ან რეზერვუარიდან ადამიანზე (ცხრილი 4.1). პირდაპირი გადაცემა ერთი მასპინძლიდან მეორეზე ხდება შეხებით, კბენით, კოცნით, სქესობრივი კავშირით და ჰაერწვეთოვნად – დაცემინების, ხველების ან ამოხველების დროს, აგრეთვე კანიდან შეღწევის გზით. არაპირდაპირი გადაცემა ხდება ჰაერში გაბნეული მკვრივი ნაწილაკების აეროზოლების საშუალებით, ფეკალურ-ორალური, საკვებისა და წყლის საშუალებით, ცუდი ჰიგიენური პირობებით (ჭუჭყიანი ტანსაცმელი, ცხვირსახოცები, სათამაშოები და სხვა საგნები).

ტრანსმისიული (ვექტორული) დაავადებები გადაეცემა მცოცავი და მფრინავი ფეხსახსრიანების საშუალებით, ზოგიერთ შემთხვევაში, მიკროორგანიზმის გადამტანში (ვექტორში) განვითარებით და გამრავლებით, მაგ. მალარია.

ცხრილი 4.1 ინფექციური დაავადებების კლასიფიკაცია გადატანის ძირითადი ფორმების მიხედით.

ფორმები	მეთოდი	მაგალითები
პირდაპირი	ფიზიკური კონტაქტი	ლეპრა, იმპეტიგო, მუნი, ციმბირის წყლული
პირდაპირი	სქესობრივი კონტაქტი	აივ-ინფექცია, სიფილისი, გონორეა, სასქესო ორგანოების ჰერპესი, B ჰეპატიტი, ქლამიდიოზი, ადამიანის პაპილომა ვირუსი
პირდაპირი/ არაპირდაპირი	ჰაერწვეთოვანი და აეროზოლური	წითელა, სტრეპტოკოკური დაავადებები, ზედა და ქვედა სასუთქი გზების დაავადებები, ტუბერკულოზი, ლეგიონელოზი, გრიპი
არაპირდაპირი	სისხლი და სისხლის პროდუქტები	აივ-ინფექცია, B და C ჰეპატიტები
არაპირდაპირი	ფეკალურ-ორალური დაბალი ჰიგიენა წყალისმიერი საკვებისმიერი	ქოლერა, შიგელოზი, სალმონელა, მუცლის ტიფი, ბოტულიზმი, კამპილობაქტერია, კრიპტოსპოროდიუმი ლისტერია, ჰელმინთი, ლამბლიოზი, ჰეპატიტი A, როტავირუსი, ენტეროვირუსი, პოლიოვირუსი, ადენოვირუსი, დიზენტერია, ამებიაზი.
არაპირდაპირი	კანი	მწერებით (ფეხსასხრიანებით) გადამდები, მალარია, ვირუსულ-ჰემორაგიული ცხელება, შისტოზომოზი, შავი ჭირი, ცხოველთა ნაკბენით (ზოონოზები): ცოფი; იატროგენური, შიდა ჰოსპიტალური ინფექციები, აივ-ი, B ჰეპატიტი;
ვერტიკალური	თანდაყოლილი	თანდაყოლილი წითურას სინდრომი, თანდაყოლილი სიფილისი, გონორეული ოფთალმია, ციტომეგალოვირუსი
	ინტრანატალური /მშობიარობის დროს დაინფიცირებული/	აივ-ი, წითურა, სიფილისი, B ჰეპატიტი, გონორეა, ქლამიდიოზი

ჰაერით გადაცემა ხდება პატარა აეროზოლებში არსებული ინფექციის გამომწვევი ორგანიზმების საშუალებით, რომლებიც ადვილად აღწევენ სასუნთქ გზებში. მტვრის პატარა ნაწილაკებმა შეიძლება ორგანიზმები გაავრცელონ ნიადაგიდან, ტანსაცმლიდან ან ლოგინიდან.

ვერტიკალური გადაცემა ხორციელდება ერთი თაობიდან მეორეზე ან მწერის სიცოცხლის ერთი სტადიიდან მეორე სტადიაში ინფექციის გადაცემისას. დედიდან ნაყოფზე გადაცემა ვლინდება ორსულობის (ტრანსპლაცენტარული), მშობიარობის (მაგ. გონორეა), ძუძუთი კვების (მაგ. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი) დროს დაინფიცირებული აგენტების გადაცემით დედიდან ნაყოფზე ან ახალშობილზე.

იმუნიტეტი

ინფექციური დაავადების მიმართ რეზისტენტობა დაკავშირებულია როგორც შინაგან, ასევე გარემო პირობებთან, როგორიცაა ასაკი, სქესი, ორსულობა, კვება, ტრავმა, გადაღლილობა, სასიცოცხლო და სოციალ-ეკონომიკური პირობები, ემოციური მდგომარეობა. სწორ კვებას ინფექციის შედეგების წინააღმდეგ კარგი დაცვითი ეფექტი აქვს. A ვიტამინი ხელს უშლის წითელასა და ნაწლავური ინფექციების გართულებას. შეიძლება ადამიანი იყოს ტუბერკულოზის ჩხირის მატარებელი, მაგრამ მისი ბრძოლისუნარიანობა საკმარისი აღმოჩნდეს კლინიკური დაავადების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა შეიძლება მისგან სხვა ადამიანი დასნებოვნდეს და კლინიკური დაავადება გამოიწვიოს, თუკი ამ ადამიანის ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარი სუსტია.

იმუნიტეტი ინფექციის მიმართ მდგრადობაა, რასაც სპეციფიკური ანტისხეულებისა და უჯრედების არსებობა განაპირობებს, რომლებიც კონკრეტული დაავადების გამომწვევზე ან მის ტოქსინზე მოქმედებენ. კონკრეტული გამომწვევის წინააღმდეგ იმუნიტეტის გამომუშავება ავადმყოფობის დროს ხდება. ამ დროს ბუნებრივი იმუნიტეტი ყალიბდება. გარდა ამისა, დაავადების წინააღმდეგ იმუნიტეტი შეიძლება როგორც აქტიური, ასევე პასიური იმუნიზაციით გამომუშავდეს.

ჩანართი 4.3 ვაქცინები და პრევენცია

ბერძნებს ჯანმრთელობის, თერაპიის და პრევენციის, ორი ღმერთი ჰყავდათ ასკლეპიოსი და ჰიგია. მეოცე საუკუნის მედიცინა ამ ორ კონცეფციას ინარჩუნებს. ვაქცინაცია პრევენციის მძლავრი საშუალებაა. ინფორმაცია ვაქცინების შესახებ სანიტარიულ პირობებთან ერთად, თუ ბრძნულად იქნა გამოყენებული, კვლავაც დაიცავს საზოგადოებას პრევენციის გზით, რაც, ანდაზის მიხედვით, მკურნალობაზე ბევრად უკეთესია.

წყარო: Plotkin, S. A., Mortimer, E. A. 1994. *Vaccines.* Second edition. Philadelphia: WB Saunders

იმუნიტეტი შეიძლება მასპინძლის მიერ გამომუშავებული ან გარედან შეყვანილი ანტისხეულების საშუალებით ჩამოყალიბდეს.

იმუნური რეაქცია არის ორგანიზმის მიერ კონკრეტული ინფექციური აგენტის ან მისი ტოქსინის წინააღმდეგ პასუხი, რომელიც ანტისხეულებისა და უჯრედების კომპლექსური ურთიერთქმედებითაა განპირობებული და მოიცავს:

ა. B ლიმფოციტი (ძვლის ტვინი და ელენთა) გამოიმუშავებს იმუნოგლობულინებს, რომლებიც სისხლში ცირკულირებენ და უცხო უჯრედებს ანადგურებენ, ე.წ. ჰუმორალური იმუნიტეტი;

ბ. T უჯრედული იმუნიტეტი განპირობებულია თიმუსის ლიმფოციტების გააქტიურებით, რომელთაც უნარი აქვთ ვირუსით ინფიცირებული ან უცხო უჯრედები უშუალოდ გაანადგურონ;

გ. კომპლემენტი, ჰუმორული პასუხი, რომელიც უცხო უჯრედების ლიზისს იწვევს.

დ. ფაგოციტოზი, უჯრედული მექანიზმი, რომელიც უცხო მიკრორგანიზმებს შთანთქავს (მაკროგრაფები და ლეიკოციტები).

ჩანართი 4.4. ინფექციის დაავადებათა იმუნოლოგიის ძირითადი ტერმინები

ინფექციური აგენტი: პათოგენური ორგანიზმი (მაგ: ვირუსი, ბაქტერია, რიკეციები, სოკო, პროტოზოა ან ჰელმინთები).

ინფექციური პროცესი; ცოცხალი არსების (ადამიანი, ცხოველი, მცენარე) სხეულის ქსოვილში ინფექციური აგენტის შეღწევის, განვითარებისა და პროლიფერაციის პროცესი, დამცავი მექანიზმების დაძლევის გზით, იწვევს რა ფარულ ან კლინიკურ დაავადებას.

ანტიგენი: სუბსტანცია (მაგ: პროტეინი, პოლისაქარიდი), რომელიც სხეულში სპეციფიკური საპასუხო რეაქციის ჩართვის მექანიზმებს განაპირობებს. ანტიგენი სხეულში შეიძლება ინფექციური აგენტის ინვაზიის, იმუნიზაციის, ინჰალაციის (შესუნთქვით), გადაყლაპვის, კანზე მოხვედის, ჭრილობის გზით ან პლაცენტის გავლით მოხვდეს.

ანტისხეული: უცხო სუბსტანციის (ანტიგენი) მიმართ ორგანიზმის რეაგირებისას გამომუშავებული ან პასიური გადატანით შეძენილი ცილის მოლეკულაა. ანტისხეულები ეკვრიან კონკრეტულ ანტიგენს, რომელიც საკუთარ პროდუქციას წარმოშობს და ინფექციური აგენტის მგრძნობელობას იწვევს იმუნური თავდაცვის მექანიზმების მიმართ, მაგალითად: ჰუმორალური და უჯრედული.

იმუნო-გლობულინები: ანტისხეულები, რომლებიც სხვადასხვა ტიპის ანტიგენებთან მოქმედების შედეგად წარმოიშვებიან. ისინი არიან სისხლში ან სხეულის სხვა თხევად ნაწილში და შეიძლება დედისგან ემბრიონზე გადავიდნენ და ცხოვრების პირველი წლის განმავლობაში დაცვას განაპირობებს. არსებობს 5 ძირითადი ჯგუფი (IgG, IgM, IgA, IgD, და IgE) და ქვეჯგუფები, რაც მოლეკულურ წონაზეა დამოკიდებული.

იმუნური შრატი ან ანტიტოქსინი: ცხოველებში წარმოებული ნივთიერება, რომელიც ინფექციისა ან ტოქსინის წინააღმდეგ პასიური იმუნიზაციის დროს გამოიყენება.

წყარო: Jawetz, Melrick, and Adelberg, *Medical Microbiology,* 1998

ეპიდზედამხედველობა

ეპიდზედამხედველობა დაავადების გამოვლენასა და გავრცელების ყველა ასპექტზე უწყვეტი დაკვირვება და შესაფერისი ეფექტური კონტროლია. უწყვეტი მეთვალყურეობის განხორციელება ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა, რაც ინფექციური დაავადებების კონტროლისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რაც დაავადების ძირითადი მონაცემებისა და ფაქტებზე თვალყურის დევნებას, ინტერვენციის დაგეგმვასა და მომავალ დაავადებათა სირთულეების წინააღმდეგ რეაგირებას გულისხმობს.

ინფექციურ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა ეყრდნობა, როგორც ექიმთა, ასევე კლინიკური ლაბორატორიების მიერ წარმოებულ შეტყობინებად დაავადებათა სავალდებულო-სარეგისტრაციო ინდივიდუალური და აგრეგირებული სახის ანგარიშებს. ამგვარ სისტემაში გასათვალისწინებელია ანგარიშების სისრულე, ხარისხი, პოტენციური შეცდომები და არტეფაქტები. დიაგნოზის სისწორე კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევებით მოწმდება, რათა თავდაპირველი შეტყობინება დადასტურდეს. კლინიკური და ლაბორატორიული ანგარიშების სისრულის, სიხშირის და ხარისხის სწავლება გათვალისწინებული უნდა იყოს სამედიცინო განათლების ბაკალავრიატისა და შემდგომ საფეხურებზე. სამართლებრივი სანქციების გატარება შეიძლება გახდეს საჭირო, როცა სტანდარტები დაცული არ არის. ინფექციური დაავადებების ეპიდზედამხედველობა მოიცავს შემდეგს:

1. კლინიკებიდან ჯანდაცვის ორგანოებისთვის გაგზავნილი შეტყობინება დაავადების შემთხვევების შესახებ;
2. მკურნალი ექიმების მიერ დემოგრაფიული

ცხრილი 4.2 შეტყობინებადი ინფექციური დაავადებები აშშ-ში

აივ ინფექცია	ყბაყურა
ციმბირის წყლული	ყივანახველა
ბოტულიზმი	შავი ჭირი
ბრუცელოზი	პოლიომელიტი (დამბლური)
რბილი შანკრი	ორნითოზი
ქლამიდია ტრაქომატისი, გენიტალიური ინფექცია	ცოფი
ქოლერა	კლდოვანი მთის ლაქისებრი ცხელება
კოკციდიომიკოზი	წითურა
კროპტოსპორიდიოზი	თანდაყოლილი წითურას სინდრომი
დიფთერია	სალმონელოზი
ენცეფალიტი (კალიფორნია, აღმოსავლეთ და დასავლეთ ნაწილი, სენტ-ლუისი)	შიგელოზი
ნაწლავური ჩხირი 0157:H7	სტრეპტოკოკური დაავადება, A ინვაზიური ჯგუფი,
გონორეა	სტრეპტოკოკური პნევმონია
ჰემოფილური ინფლუენსა	სტრეპტოკოკური ტოქსიკური შოკის სინდრომი
კეთრი	სიფილისი (დაწყებითი, მეორადი და ყველა სტადიის)
ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი (დიარეის შემდგომ)	ტეტანუსი
ჰეპატიტი (A, B,C)	ტოქსიკური შოკის სინდრომი
ლეგიონელოზი	ტრიქინელოზი
ლაიმის დაავადება	ტუბერკულოზი
მალარია	ტულარემია
წითელა	მუცლის ტიფი
მენინგოკოკური დაავადება	ყვითელი ცხელება

წყარო: დაავადებათა კონტროლის ცენტრები, 1997 წ. ეპიდზედამხედველობას დაქვემდებარებული ინფექციური დაავადებების შემთხვევათა განსაზღვრა. *Morbidity and Mortality Weekly Review (*ავადობისა და სიკვდილიანობის ყოველკვირეული მიმოხილვა). 46(RR-10):1-55; ან შემდეგ მისამართზე: www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/0047449.htm

შენიშვნა: სხვა დაავადებები, რომელთაც შეიძლება ინდივიდის მდგომარების მონიტორინგი დასჭირდეს: ამებიაზი, მენინგიტი (ასეპტიკური და სხვა ბაქტერიული), კამპილობაქტერიოზი, ცისკლოპოროზი, ტროპიკული ცხელება, ეშირიხიოზი, გენიტალური ჰერპესი, გენიტალური მეჭეჭი, ლამბლიოზი, ინჰალაციური გრანულომა, ლეპტოსპიროზი, ლისტერიოზი, ლიმფოგრანულომატოზი, ჩირქოვან-ლორწოვანი ცერვიციტი, არაგონოკოკური ურეთრიტი, პელვიოპერიტონიტი, რევმატიზმი, ტულარემია, ჩუტყვავილა და სხვ.

სტატისტიკის ცენტრში გაგზავნილი ანგარიში სიკვდილიანობის შესახებ;

3. ეპიდზედამხედველობის საყრდენი (შერჩეული) ბაზებიდან ანგარიშები;

4. ცალკეული შემთხვევებისა და ეპიდემიების სპეციალური საველე კვლევები;

5. მოსახლეობიდან ამონარჩევში ინფექციური აგენტების ლაბორატორიული მონიტორინგი;

6. იმუნო-გლობულინების, ტოქსოიდების, ვაქცინების გვერდითი მოვლენების, გამოყენებისა და მომარაგების მონაცემები;

7. მონაცამები ინფექციის ფეხსახსრიანი გადამტანების კონტროლზე, მაგალითად, ინსექტიციდების გამოყენება;

8. მოსახლეობის რისკის ჯგუფებში იმუნიტეტის დონეები;

9. თანამედროვე ლიტერატურის მიმოხილვა დაავადებაზე;

10. სხვა იურისდიქციების ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური ანგარიშები.

ინდივიდუალურ და აგრეგირებულ ანგარიშებზე დაფუძნებული ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი თავს უყრის სასიცოცხლო მნიშვნელობის მონაცემებს, რათა თემის დონეზე ინტერვენციები დაიგეგმოს ან განხორციელდეს ცალკეული ექსპოზირებული და მათთან კონ-

ტაქტში მყოფი პირებისთვის. ამას ასევე ემატება ისეთი ინფორმაციის წყაროები, როგორიცაა საავადმყოფოდან გაწერილთა მონაცემები და შერჩეული (საყრდენი ბაზების) **ცენტრების მონიტორინგი**. ესენი შეიძლება იყოს კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებები ან საზოგადოებრივი ადგილები, რომლებიც წარმოადგენენ მოსახლეობას და შეუძლიათ მაღალი დონის ანგარიშების უზრუნველყოფა, რათა რაიონისა და კერძო პირთა ჯგუფის ჯანმრთელობის მონიტორინგი აწარმოონ. ეპიდზედამხედველობის საყრდენი ბაზა შეიძლება იყოს პედიატრიული დაწესებულება, საავადმყოფოს გადაუდებელ შემთხვევათა განყოფილება ან სხვა ტიპის ადგილი, რომელიც უზრუნველყოფს „მაჯისცემის შეგრძნებას„, რათა შეაფასოს მოსახლეობაში არსებული ავადობის ხარისხი და ტიპი. საყრდენი ბაზებით ეპიდზედამხედველობა შეიძლება მოიცავდეს იმ ადგილის მონიტორიგს, სადაც სპეციფიკური დაავადების გავრცელებას ჰქონდა ადგილი, მაგალითად, ჰონგ-კონგი.

ჯანდაცვის სამთავრობო სააგენტოების მიერ მოწოდებული ეპიდემიოლოგიური ანალიზი ყოველკვირეულად, ყოველთვიურად და ყოველწლიურად უნდა გამოქვეყნდეს. ის უნდა გავრცელდეს ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მუშაკების ფართო მასებში. ამ სფეროს წარმომადგენელთა მხარდაჭერა ძალიან მნიშვნელოვანია, რათა ხელი შეეწყოს დაავადების აღმოფხვრას და მონაცემთა გაუმჯობესებულ ხარისხს და ასევე მოხდეს ადგილობრივი სიტუაციის შეფასება და სხვა ქვეყნის მონაცემებთან მისი შედარება. ფედერალურ სისტემაში, ნაციონალური სააგენტოები რეგულარულად აწარმოებენ მოხსენებას ყველა სახელმწიფოსა თუ პროვინციებში არსებულ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. სახელმწიფო თუ ადგილობრივი ჯანდაცვის მმართველობა მათ იურისდიქციაში მყოფ ქვეყნებსა თუ ქალაქებს აწოდებენ არსებულ მონაცემებს. ეს მონაცემები, ინტერნეტით თუ ნაბეჭდი ვერსიით, ასევე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სხვა სამთავრობო სააგენტოების, უნივერსიტეტებისა და აკადემიური დაწესებულებების მკვლევართათვის, მომავალი ანალიზისა თუ კვლევის თვალსაზრისით. ექიმი კანონის მიხედვით ვალდებულია სახელმწიფო ან ადგილობრივ საზოგადო ჯანდაცვის მუშაკებს შეატყობინოს მწვავე ინფექციურ დაავადებათა შესახებ. ეს გამოწვეულია ამ დაავადებების გადამდებლობის და გავრცელების, სიმწვავის, სახშირისა თუ სხვა ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი მახასიათებლების გამო (ცხრილი 4.2). ჯანდაცვის ლაბორატორიული სამსახური ამტკიცებს კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ ანგარიშებს. ასევე ყოველდღიურად აწარმოებენ ზედამხედველობას ჯანდაცვის პირობებზე; მათ შეუძლიათ ინფექციურ დაავადებათა და ვაქცინათა ეფექტურობის მონიტორინგი. დამატებით, ისინი მხარს უჭერენ კლინიკურ ლაბორატორიებს ბიოქიმიურ, მიკრობიოლოგიურ და გენეტიკურ სკრინინგში.

ნოზოკომიური ინფექციები

ნოზოკომიური ინფექცია, იგივე შიდა-ჰოსპიტალური ინფექცია, ძალიან საშიშია ჯანმრთელობისთვის და ასოცირებულია სამედიცინო დაწესებულებებში ჩატარებულ მომსახურებასთან.

აშშ-ში სტაციონალური ავადმყოფების დაახლოებით 5-10% ჰოსპიტალური ინფექციით ავადდება, რაც იწვევს გახანგრძლივებული სტაციონალური მკურნალობის საჭიროებას და წელიწადში დაახლოებით 30.000 სიკვდილის შემთხვევით მთავრდება. განვითარებად ქვეყნებში ჰოსპიტალიზაციისას ნოზოკომური ინფექციის მაჩვენებელი დაახლოებით 65%-ს აღწევს. ინფექციური დაავადების ეს კატეგორია უმეტესად საშარდე გზების, ქირურგიული ჭრილობების, ქვედა სასუნთქი გზების (პნევმონია) ინფექციას და სისხლის მოშხამვას ანუ სეპტიცემიას მოიცავს. აშშ-ში ნოზოკომიურ ინფექციათა დაახლოებით 60% გამოწვეულია გამომწვევების რეზისტენტულობით სხვადასხვა მედიკამენტების მიმართ. სტაფილოკური ინფექციები დღესდღეობით არსებული ბევრი ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტულია. მაგალითად, მეტაცილინი და ვანკომიცინი ჰოსპიტალიზაციის გახანგძლივებისა და ზოგჯერ სიკვდილის მიზეზი ხდება. იმუნოდეფიციტური პაციენტების მომრავლებამ ნოზოკომიურ ინფექციათა პრევენცია უფრო მნიშვნელოვანი გახადა.

როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში, იქ, სადაც ინფექციის კონტროლის სტანდარტები კარგად დაცული არ არის, საავადმყოფოს მომსახურე პერსონალი ინფექცირების საშიშროების წინაშე დგას. განვითარებად ქვეყნებში, ახალი მომაკვდინებელი ვირუსები, როგორიცაა ებოლას და მარბურგის ვირუსი, უმეტესად ექთნებს, სამედიცინო და სხვა მომსახურე პირებს აინფიცირებენ. მეთვალყურეობა და კონტროლის ზომები საა-

ვადმყოფოს მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი ელემენტებია. ჰოსპიტალური ეპიდემიოლოგები და ინფექციური კონტროლის თანამშრომლები, თანამედროვე საავადმყოფოს შემადგენელი ნაწილია. ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაგეგმვისას ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციისთვის ხარჯების გამოყოფა მთავარი გასათვალისწინებელი ელემენტია. საავამყოფოში მსგავსი ინფექციების გავრცელების რისკის შემცირება საავადმყოფოს ეპიდემიოლოგისა და ინფექციის კონტროლის ზომების გატარებისთვის გამოყოფილ ხარჯებს ამართლებს.

ერთი და იმავე დიაგნოზის ჯგუფის მკურნალობის ხარჯების გადახდის (დასმული დიაგნოზის მიხედვით და არა საავადმყოფოში გატარებული დღეების მიხედვით) მიხედვით გამოცდილი მენეჯერი უნდა დარწმუნდეს, რომ შიდა ჰოსპიტალური ინფექცია მინიმუმამდეა დაყვანილი. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ეს სტაციონალური მკურნალობის გახანგრძლივებას, ავადმყოფთა უკმაყოფილებასა და ხარჯების გაზრდას გამოიწვევს.

ენდემიური და ეპიდემიური დაავადებები

ენდემური დაავადება ავადმყოფობის ან მისი გამომწვევი აგენტის მუდმივად არსებობაა მოცემულ გეოგრაფიულ არეალში ან მოსახლეობის ჯგუფში. ჰიპერენდემური არის დაავადება, ინციდენტობის მაღალი დონით ხანგრძლივი დროის მანძილზე. ჰოლოენდემურობა კი ნიშნავს, რომ დაავადება სიცოცხლის ადრეულ ეტაპზე A ჩნდება და პოპულაციის უდიდეს ნაწილს მოიცავს, მაგ, მალარია ან ჰეპატიტი A და B ზოგიერთ რეგიონებში.

თემში ან განსაზღვრულ რეგიონში დაავადების ეპიდემიური გავრცელებისას ავადობის სიხშირე შემთხვევათა მოსალოდნელ რაოდენობას აღემატება. ეპიდემიის განმსაზღვრელი შემთხვევების რიცხვი დაავადების, წინა ეპიდემიების მახასიათებლების, გამოვლენის, დროისა და ადგილის მიხედვით მერყეობს. მასში ჩართული მოსახლეობაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული. დაავადების ერთეული შემთხვევა, ამ დაავადებისგან ცთავისუფალ არეალში, მაგ. პოლიომიელიტის შემთხვევაში, ეპიდემიას წარმოადგენს და აქედან გამომდინარე, საგანგებო მდგომარეობას ქმნის, რადგან, ერთი კლინიკური შემთხვევა შეიძლება ასობით არადამბლური და სუბკლინიკური პოლიომელიტის მატარებელთა მაჩვენებელი იყოს. 1990-იან წლებში წითელას ორი-სამი ან მეტი შემთხვევა, დროსა და ადგილთან დაკავშირებით, შეიძლება გადაცემის მნიშვნელოვან ფაქტად ჩაითვალოს და ეპიდემიად მივიჩნიოთ. პანდემია არის დაავადების გამოვლენა ძალიან ვრცელი არეალის ფარგლებში, რომელიც საერთაშორისო საზღვრებს სცდება და მოსახლეობის დიდ ნაწილს მოიცავს.

ეპიდემიის კვლევა

თითოეული ეპიდემია უნდა განიხილებოდეს, როგორც უნიკალური ბუნებრივი ექსპერიმენტი. ეპიდემიის კვლევა ჯანდაცვის ადგილობრივ და სხვა მნიშვნელოვან ავტორიტეტებთან ერთად მომზადებას და საველე გამოკვლევას საჭიროებს. შემთხვევების გამოვლენა და ეპიდემიის საზღვრების დადგენა შემთხვევის განსაზღვრებას და ლაბორატორიულ დადასტურებას მოითხოვს. გამოვლენილი შემთხვევების კლასიფიცირება ადამიანის, ადგილისა და დროის მიხედვით, მნიშვნელოვანია ჰიპოთეზის ფორმულირებისთვის და გადაუდებელი საკონტროლო ღონისძიებებისთვის. ეპიდემიური მრუდი დაავადების დაწყების ან შემთხვევების შეტყობინების მიხედვით შემთხვევების გავრცელების გრაფიკული გამოსახვაა. იგი იძლევა შემთხვევების დროის მიხედვით გავრცელების, ეპიდემიის ხანგრძლივობის და გამოსავლის სურათს, საწყისი შემთხვევიდან დაწყებული, მეორად გავრცელებამდე დამთავრებული.

ეპიდემიური კვლევა რამდენიმე საფეხურისაგან შედგება: პირველადი შეტყობინების დადასტურება და წინასწარი გამოკვლევა, დაავადებულის გამოვლენა, დაავადების ხასიათის განსაზღვრა, კლინიკური დიაგნოზის დადასტურება, სად და როდის დაფიქსირდა პირველადი და მეორადი შემთხვევები და როგორ მოხდა დაავადების გადაცემა. საკვლევი მასალის (მაგ. სისხლი, განავალი, ხახიდან ნაცხი) აღება პირველადი პაციენტებისგან ხდება, რომელთაც დაავადება პირველად გამოუვლინდათ, ასევე ინფექციის შესაძლო გადამტანებისგან (მაგ. საკვები, წყალი, ჩამდინარე წყლები,

გარემო ფაქტორები). სამუშაო ჰიპოთეზა კვლევის წინასწარ შედეგებზეა დაფუძნებული, მხედველობაში მიღებულ უნდა იქნას ყველა დამაჯერებელი ფაქტი. ეპიდემიის მახასიათებლების შესწავლა ხორციელდება რისკ-ფაქტორების დადგენით, როგორიცაა: საკვები, წყალი, კონტაქტი, გარემო პირობები და ეპიდემიური მრუდის (შემთხვევების დროის მიხედვით გამოვლენის შესწავლა).

დაზიანებადობა (attack rate) დაავადებულთა (მრიცხველი) და რისკის ქვეშ მყოფთა (მნიშვნელი) რაოდენობით განისაზღვრება, სახელდობრ, საერთო რაოდენობის დაუცველ ადამიანთა შორის დაავადებულთა პროცენტულობით. როგორია დაავადების გავრცელების მისაღები განმარტება? მოცემული შემთხვევა ხომ არ არის ადრე არსებული პრობლემის რეციდივი თუ ახალი მოვლენაა? კოლეგებთან კონსულტაცია და ლიტერატურული წყაროები როგორც ბიოლოგიური, ასევე ეპიდემიოლოგიური ჭეშმარიტების დადგენაში გვეხმარება. როგორი ზომები უნდა გატარდეს დაავადების გავრცელებისა და რეციდივის თავიდან ასაცილებლად? ჯანდაცვისა და სხვა თანამდებობის პირთა და პროვაიდერთა ურთიერთთანამშრომლობა სავალდებულოა მეთვალყურეობისა და კონტროლის სისტემების გასამყარებლად.

პირველი შეტყობინება მოსალოდნელზე მეტი შემთხვევების შესახებ სამკურნალო დაწესებულებებიდან ან საავადმყოფოებიდან მოდის. პირველადმა შემთხვევებმა შეიძლება დაავადების წარმოშობის პირველ წყაროზე მიუთითონ. ეპიდემიის კვლევის დანიშნულებაა სწრაფად დაადგინოს პოტენციური ჩარევის მიზეზი და ადგილი, რათა მისი გავრცელება-განვითარება შეაჩეროს. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მრავალი პრობლემა გადაჭრა. წითურას სინდრომის, ლეგიონერთა დაავადების, შიდსის, ლაიმის დაავადების და ჰანტავირუსული დაავადებების პირველად კლინიკურად იდენტიფიცირება მაშინ მოხდა, როცა საერთო მახასიათებლების მქონე შემთხვევების უჩვეულოდ დიდი რაოდენობა გაჩნდა. ეპიდემიის ხასიათის გამოსავლენად სამუშაო ჰიპოთეზის განვითარება პირველადი შეფასების, აღწერილობითი ეპიდემიოლოგიის შედეგების, წინა ადგილობრივი, რეგიონული, ეროვნული და საერთაშორისო გამოცდილების ბაზაზე ხდება. ჰიპოთეზა მომავალი გამოკვლევების, საკონტროლო ღონისძიებების და დამატებითი კლინიკური და ლაბორატორიული შესწავლების დაგეგმარების საფუძველია. ეპიდზედამხედველობა საკონტროლო ღონისძიებების ეფექტურობის შეფასებას უზრუნველყოფს. მნიშვნელოვანია მიღებული შედეგების მიწოდება ჯანდაცვის ადგილობრივი, რეგიონული, ეროვნული და საერთაშორისო (საზოგადოებრივი) შეტყობინების სისტემებისთვის, რათა შესაძლებელი იყოს ცოდნის გაზიარება სხვა ჯგუფების ან იმ რეგიონებისთვის, სადაც მსგავსი ეპიდემია შეიძლება აღმოცენდეს.

დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს წარმოადგენს. 1993 წლისთვის მისი ბიუჯეტი 1,5 მილიარდ დოლარს შეადგენდა და 7300 ადამიანი იყო დასაქმებული, მათ შორის, ეპიდემიოლოგები, მიკრობიოლოგები და სხვა დარგის სპეციალისტები. დაავადებათა კონტროლის ცენტრებში გაერთიანებულია შემდეგი ეროვნული ცენტრები: გარემოს ჯანმრთელობა და ტრავმატიზმის კონტროლი, ქრონიკული დაავადებების პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ინფექციური დაავადებები, პრევენციული მომსახურება, ჯანდაცვის სტატისტიკა, შრომის და ჯანმრთელობის უსაფრთხოება და საერთაშორისო ჯანდაცვა.

ამერიკის შეერთებული შტატების დაავადებათა კონტროლის ცენტრების ეპიდემიების ინტელექტუალური მართვის (EIS – Epidemic Intelligence Service) სამსახური ინფექციურ დაავადებათა ეროვნული კონტროლის ორგანიზაციის შესანიშნავი მაგალითია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების მომზადების მიზნით კლინიკურ ექიმებს ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების ჩატარებას აჩვევენ. EIS-ის ოფიცრებს, ეპიდემიური გამოკვლევის და სპეციალური ამოცანების განსახორციელებლად, სახელმწიფო ჯანდაცვის დეპარტამენტებში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა სამსახურებში და კვლევით ცენტრებში (ეს მათი სწავლების ნაწილია) ნიშნავენ.

დაავადებათა კონტროლის ცენტრებმა და ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციამ ერთობლივად საველე ეპიდემიოლოგიისა და ეპიდემიოლოგიური კვლევების დასახმარებლად (EpiInfo) კომპიუტერული პროგრამა შექმნა, რომელიც უფასოა და ინტერნეტით ხელმისაწვდომია. საველე გამოკვლევების გასაუმჯობესებლად და მაღალი სტანდარტების მისაღებად ამ დისციპლინაში ეს პროგრამა ფართოდ უნდა დაინერგოს.

ავადობისა და სიკვდილიანობის კვირეული

ცხრილი 4.3 ინფექციურ დაავადებათა პრევენციის ან კონტროლის მეთოდები გამომწვევის ტიპის მიხედვით.

ძირითად ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი	ვირუსები	ბაქტერიები	პარაზიტები
ვაქცინაცია: ექსპოზიციამდე – ინდივიდებისა და საზოგადოების დასაცავად (კოლექტიური იმუნიტეტი); ექსპოზიციის შემდგომი ინდივიდუალური დაცვისთვის (ცოფის საწინააღმდეგო ცხოველის მიერ დაკბენის შემდეგ; წითელათი დაავადებულთან კონტაქტის შემდეგ); იმუნიზაცია დაინფიცირებული რძისა და ხორცისგან ინფექციის გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით (ბრუცელოზი)	ცოფი, პოლიომიელიტი, წითელა, წითურა, ყბაყურა, B ჰეპატიტი, გრიპი, ჩუტყვავილა, ჰეპატიტი A	დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, ტუბერკულოზი, ბრუცელოზი, პნევმოკოკური პნევმონია, B ტიპის ჰემოფილუს ინფლუენსა	მალარიის ვაქცინები ტესტირების პროცესშია
გარემოს დაცვა: წყლის (დასალევი), ჩამდინარე წყლებისა და ინფექციის გადამტანთა კონტროლი (მაგ:, წყლის ქლორირება, ფეხსახსრიანთა კონტროლი)	A ჰეპატიტი, როტავირუსები, პოლიომიელიტი, არბოვირუსები, კოღოებითა და ტკიპებით გადამადები ვირუსები (ყვითელი ცხელება)	სალმონელა, შიგელა, ქოლერა, ლეგიონელოზი, ნაწლავის ჩხირი, ლაიმის დაავადება	მალარია, ონქროცერკოზი, დრაკუნკულოზი, შისტოზომოზები, ნაწლავური დაავადებები, ჰელმნითოზები, კრიპტოსპორიდოზი
საგანმანათლებლო/სოციალური/ქცევითი ზომები: თვითდაცვისა და პროფილაქტიკის სტიმულირება რისკის შესამცირებლად (მაგ:, უსაფრთხო სექსი შიდსისა და ვენერიული დაავადების თავიდან ასაცილებლად)	აივ-ინფექცია, B ჰეპატიტი	დიარეული დაავადებები, სიფილისი, გონორეა, რბილი შანკრი	მალარია, ჰელმინთოზები, ონქოცერკოზი, დრანკუნკულოზი
ცხოველთა და საკვები პროდუქტის კონტროლი: ტრანსმიის შესამცირებლად (მაგ;, რძის პასტერიზაცია, საკვების რადიაცია)	ცოფი	ბრუცელოზი, სალმონელოზი	სოლიტერი
დაავადების გამოვლენა და მკურნალობა: მკურნალობა, ტრანსმისიის თავიდან აცილება და მატარებელ ადამიანთა შემცირება (მაგ:, სისხლი, ნახველის სკრინინგი)	ცოფი, ჰერპესი, CMV, აივ-ინფექცია	ტუბერკულოზი, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციური დაავადებები, რევმატიზმი	მალარია, ჰელმინთოზები, დრაკუნკულოზი, ონქოცერკოზი, შისტოზომოზები, სოლიტერი
პროფესიული ღონისძიებები: სამუშაო ადგილას მომსახურე პერსონალის დაცვა (მაგ:, საკვებ პროდუქტთან მომუშავე პერსონალის, ჯანმრთელობის მუშაკებისა და ბავშვების მოვლელთა იმუნიზაცია)	აივ-ინფექცია, ჰეპატიტები, წითელა, წითურა არბოვირუსები	ბრუცელოზი, ტუბერკულოზი, კარბუნკული	ტრიქინელოზი

ანგარიში (MMWR) აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების ეპიდემიოლოგიურ მონაცემთა ყოველკვირეულ გამოცემას წარმოადგენს, რომელიც ინტერნეტითაა ხელმისაწვდომი. იგი მოიცავს როგორც შეტყობინებას დაქვემდებარებული ინფექციური დაავადებების, ასევე ეპიდემიოლოგიურად საინტერესო არაგადამდები დაავადებების მოკლე მიმოხილვას. ავადობისა და სიკვდილიანობის კვირეული ანგარიში პერიოდულად მნიშვნელოვანი ინფექციური და არაინფექციური დაავადებების სპეციალურ ანგარიშებს აქვეყნებს. აქვე შუქდება ლიტერატურული მასალის და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების და სხვა ორგანიზაციების მიერ ბოლო დროს ჩატარებული კვლევების დაწვრილებითი მიმოხილვაც.

ინფექციის დაავადებათა კონტროლი

მიუხედავად იმისა, რომ ინფექციური დაავადება აზიანებს ერთ პიროვნებას, ის გადამდები ხასიათისაა და ამიტომ მისი კონტროლი მოითხოვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი დაცვის ზომების მიღებას. დაავადების კონტროლი გულისხმობს დაავადების ინციდენტობის, მისი გავრცელებისა და სიკვდილიანობის შემცირებას. კონკრეტულ გეოგრაფიულ სივრცეში დაავადების ლიკვიდაცია შეიძლება მიღწეულ იქნას ინტერვენციული პროგრამების შედეგად, როგორიცაა ინდივიდუალური თავდაცვა ტეტანუსის წინააღმდეგ; ისეთი ინფექციების ლიკვიდაცია, როგორიცაა წითელა, მიკროორგანიზმის ცირკულაციის შეწყვეტას მოითხოვს. ერადიკაცია წარმატებულია თუ დაავადების ინციდენტობა და ბუნებაში ორგანიზმის არსებობა ნულამდეა დაყვანილი, ისევე, როგორც ყვავილის შემთხვევაში. ერადიკაცია ნიშნავს, რომ კონკრეტული ორგანიზმი აღარ არსებობს არც ბუნებაში და არც ლაბორატორიებში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ინფექციურ დაავადებათა და მათი გადაცემის მექანიზმების პრევენციისთვის მრავალ საშუალებას მიმართავს. ეს მოიცავს ისეთ ქმედებებს, როგორიცაა დასალევი წყლის ფილტრაცია და დეზინფექცია, გარემოს დაცვა, რძის პასტერიზაცია და იმუნიზაციის პროგრამები (იხ. ცხრილი 4.3). არანაკლებ მნიშვნელოვანია თავდაცვის ხელშემწყობი პროგრამები, დაავადების შემთხვევის გამოვლენა და ინფექციის ეფექტური მკურნალობა, რათა შეწყდეს მათი გავრცელება და სხვა ადამიანზე, რომელსაც დაავადების მიმართ მიმღებლობა გააჩნია, გადაცემის შესაძლებლობა (მაგალითად აივ-ინფექცია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ტუბერკულოზი, მალარია). კონტროლის ზომების დაგეგმვა და კონკრეტული ინფექციური დაავადებების აღმოფხვრა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი ძირითადი საქმიანობაა.

მკურნალობა

ინფექციის მკურნალობა, მისი გამოვლენის მომენტიდან, ინფექციურ დაავადებათა კონტროლისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. თითოეული ინფიცირებული ადამიანი გადამტანია და გადაცემის ჯაჭვურ პროცესს აგრძელებს. ინფიცირებული ადამიანის წარმატებული მკურნალობა მასთან კონტაქტის მქონე სხვა ადამიანების დაინფიცირების პოტენციალს ამცირებს. ანტიბიოტიკებს ახასიათებთ როგორც ბაქტერიოსტატური მოქმედება (ანელებს ორგანიზმის ზრდასა და რეპროდუქციას, რაც სხეულის თავდაცვით მექანიზმებს საშუალებას აძლევს გაანადგუროს ეს ბაქტერიები, მაგ. სულფადიმეზინი) და ასევე ბაქტერიოციდული მოქმედება (კლავენ პათოგენურ ორგანიზმებს, მაგ. პენიცილინი).

ზოგიერთი დაავადების შემთხვევაში, ერთ ანტიბიოტიკზე დაფუძნებული ტრადიციული მკურნალობა რამდენიმე მედიკამენტის კომბინაციების გამოყენებამ შეცვალა (მაგ. ტუბერკულოზისა და შიდა-ჰოსპიტალური ინფექციების შემთხვევაში). ანტიბიოტიკებმა კლინიკურ მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში დიდი წვლილი შეიტანა. თუმცა, პათოგენურ ორგანიზმებს შეუძლიათ განიცადონ, როგორც ადაპტაცია, ასევე მუტაცია და შესაძლოა, ანტიბიოტიკების წინააღმდეგ ბრძოლისუნარიანობა გამოიმუშონ, რაც მედიკამენტთა მიმართ რეზისტენტობის გაჩენას იწვევს. ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებამ გაზარდა რეზისტენტული ორგანიზმების მაჩვენებელი. მეოცე საუკუნის მიწურულს, მულტიმედიკამენტური რეზისტენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ

მთავარ სირთულეს წარმოადგენს. ანტივირუსული საშუალებები (მაგ., რიბოვარინი) სამედიცინო მკურნალობის პოტენციალისთვის კარგი დანამატებია, ისევე, როგორც ანტივირუსული „კოქტეილები„ აივ-ინფექციის მართვისთვის. ანტიბიოტიკების სწორი გამოყენება, პრობლემაა, რომელიც, როგორც კლინიცისტების და მათი მასწავლებლების, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებისა და მენეჯერების ყურადღებას მოითხოვს. ეს საკითხი ჯანმრთელობის პრობლემებისა და მომსახურების შიგა სპექტრის ურთიერთქმედების მაგალითს წარმოადგენს.

პრევენციის მეთოდები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზებულ სამსახურებს კანონმდებლობის და ბრძანებულებების დაცვა და ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების წინააღმდეგ მიმართული პრევენციული პროგრამების მონიტორინგი ევალებათ. მათი ფუნქციაა მოსახლეობას დაავადების თავიდან აცილების ან მათი სიხშირის შემცირების გზები ასწავლონ.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. იგი საზოგადოების მხრიდან პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს ხელს უწყობს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა გულისხმობს პირადი ჰიგიენის საკითხების სწავლებას, წყლის, რძისა და საკვები პროდუქტების ტექნიკური უსაფრთხოების წესების დაცვას. სამედიცინო განათლება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენციაში.

თითოეული ინფექციური დაავადების ან ინფექციურ დაავადებათა ჯგუფის მიმართ ერთი ან რამდენიმე პროფილაქტიკური ან კონტროლის საშუალება არსებობს (ცხრილი 4.3). კონტროლი შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა დისციპლინების კოორდინირებულ ინტერვენციას, როგორიცაა, ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი, ლაბორატორიული დადასტურება, გარემოს დაცვა, იმუნიზაცია და სანიტარიული განათლება. ეს გუნდურ მუშაობასა და ორგანიზებულ თანამშრომლობას მოითხოვს.

ინდუსტრიულ ქვეყნებში 1900-იანი, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 1970-იანი წლების შემდეგ დიდი წარმატება იქნა მიღწეული ინფექციურ დაავადებათა კონტროლში კლინიკური, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სოციალური სამსახურების მეშვეობით. ეს მრავალი ფაქტორითაა განპირობებული: ჯანდაცვის ორგანიზებული საქმიანობა; ახალი და გაუმჯობესებული ვაქცინებისა და ანტიბიოტიკების სწრაფი განვითარება და მათი ფართო გამოყენება; სამედიცინო-სანიტარიულ დახმარების ხელმისაწვდომობა; საცხოვრებელი და საარსებო პირობების გაუმჯობესება და საკვები პროდუქტების ტექნიკური უსაფრთხოების დაცვა. დიდი წარმატება იქნა მიღწეული ყვავილის ერადიკაციისა და ვაქცინებით მართვადი დაავადებების კონტროლის თვალსაზრისით. თუმცა, დღემდე არსებობს სერიოზული პრობლემები, რომლებიც უკავშირდება ტუბერკულოზს, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს, მალარიას, მედიკამენტთა მიმართ რეზისტენტული მიკროორგანიზმების ზრდას და ახალ ინფექციებს, როგორიცაა, მაგ. შიდსი.

ვაქცინებით მართვადი დაავადებები

საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის მიზნით ვაქცინაცია მნიშვნელოვანი საშუალებაა, ის განსაკუთრებულ როლს თამაშობს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით.

ვაქცინებით მართვადი დაავადებები (Vaccine-preventable diseases _ VPDs), ისეთი დაავადებებია, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელია დღეისთვის არსებული ვაქცინებით (ცხრილი 4.4). სიტყვა ვაქცინა ძროხის ყვავილისგან მოდის (cow pox-vaccinia virus), რომელიც პირველად 1976 წელს ჯენერმა ყვავილის წინააღმდეგ იმუნიტეტის შესაქმნელად გამოიყენა. დღეისთვის ტერმინი ფართოდაა გამოყენებული იმუნიტეტის გამომწვევი ყველა აგენტისთვის.

მაკროორგანიზმი შეჭრილ აგენტზე ანტიგენ-ანტისხეულისა და უჯრედული რეაქციების საშუალებით რეაგირებს, რაც დაავადების გამომწვევის განადგურების შესაძლებლობას ქმნის.

ჯანდაცვაში ერთ-ერთ უდიდეს მიღწევას იმუნიზაციის გზით დაცვითი მექანიზმების გაძლიერება წარმოადგენს, ისევე, როგორც ინფექციური დაავადებების მკურნალობა ანტიბიოტიკებით, კლინიკური მედიცინის უმნიშ-

ცხრილი 4.4 ვაქცინით მართვადი ინფექციური დაავადებების ყოველწლიური მაჩვენებელი 100,000 ადამიანზე, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1950-1996 წწ.

დაავადება	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996
დიფთერია	3.8	0.5	0.2	0	0	0	0
ყივანახველა	79.8	8.2	2.1	0.8	1.5	1.8	2.9
პოლიომიელიტი	22.0	1.8	0	0	0	0	0
წითელა	211.0	245.4	23.2	6.0	1.2	11.2	0.2
წითურა	ახ*	ახ*	55.6	3.9	1.3	2.2	0.3
ყბაყურა	ახ*	ახ*	27.8	1.7	0.3	0.5	0.1
ჰეპატიტი A	ახ*	ახ*	27.8	12.8	10.0	12.6	11.7
ჰეპატიტი B	ახ*	ახ*	4.1	8.4	11.5	8.5	4.0

წყარო: ჯანმრთელობა ამერიკის შეერთებული შტატები, 1990 წ, 1998 წ.

*ახ — არ არის ხელმისაწვდომი

ვნელოვანესი ელემენტია.

იმუნიზაცია (ვაცქინაცია) კონკრეტული მიკროორგანიზმების მიმართ მასპინძლის წინააღმდეგობის უნარის გაძლიერების პროცესია, რათა დაავადების თავიდან აცილება მოხდეს. ის ადამიანისა და ცხოველის სხეულში პირველად და მეორად რეაქციებს აძლიერებს:

ა. პირველადი პასუხი (რეაქცია) ვლინდება ანტიგენის პირველადი ექსპოზიციისას. 3-14-დღიანი ლეტენტური პერიოდის შემდეგ (თუმცა მისი ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ანტიგენზე) კონკრეტული ანტისხეულები სისხლში ჩნდება. ანტისხეულის გამომუშავება რამდენიმე კვირის შემდეგ წყდება, მაგრამ მეხსიერების უჯრედები, რომელთაც შეუძლიათ ანტიგენი ამოიცნონ და მასზე რეაგირება მოახდინონ, მზად არიან იმავე ანტიგენით გამოწვეულ ინფიცირებას ხანგრძლივი დროის შემდეგაც უპასუხონ.

ბ. მეორადი პასუხი (რეაქცია) არის მეორე და მომდევნო ექსპოზიციაზე რეაგირება. მეორადი რეაგირება უფრო სწრაფად დგება, ვიდრე პირველადი, პიკი უფრო მაღალია და დიდხანს გრძელდება. გამომუშავებულ Aანტისხეულებს ანტიგენთან უფრო მაღალი მსგავსება აქვს და რეაქციის დასაწყებად ანტიგენის მცირე დოზაა საჭირო.

გ. იმუნოლოგიური მეხსიერება მაშინაც კი არსებობს, როცა მოცირკულირე ანტისხეულების რაოდენობა ანტიგენისგან თავის დასაცავად საკმარისი არ არის. როცა ორგანიზმის ექსპოზიცია განმეორებით მსგავსი ანტიგენით ხდება, ორგანიზმი ანტისხეულების სწრაფად გამომუშავებით რეაგირებს, რათა ანტიგენი მანამდე გაანადგუროს, ვიდრე ის გამრავლდება და დაავადებას გამოიწვევს.

იმუნიზაცია იცავს სუსტი წინააღმდეგობის უნარის მქონე ინდივიდებს ინფექციური დაავადების განვითარებისგან ცოცხალი, მოდიფიცირებული აგენტების, აგენტების ქვეჯგუფის, არააქტიური ტოქსინებისა და დახოცილი მიკროორგანიზმების სუსპენზიის შეყვანით, რათა ხელი შეუწყოს იმავე აგენტის საწინააღმდეგო ანტისხეულების გააქტიურებას. ინდივიდუალურმა იმუნიტეტმა დაავადების განვითარებისგან შეიძლება სხვა პირიც დაიცვას.

კოლექტიური იმუნიტეტი მაშინ მიიღწევა, როცა ინფექციური დაავადებებისგან ადამიანთა საკმარისი რაოდენობაა დაცული (ბუნებრივი ან ხელოვნური იმუნიზაციის გზით), რაც უცხო ორგანიზმის ცირკულაციის შემცირებას იწვევს და დაუცველ ადამიანთა ინფიცირების შესაძლებლობას ამცირებს.

ვაქცინაციით მოცვა

მოსახლეობის განსაზღვრული პროპორცია, რომელიც დაავადების გამომწვევის ადგილობრივი ცირკულაციის შეჩერების მიზნით უნდა აიცრას, დაავადებების მიხედვით იცვლება. მსოფლიოში ყვავილის ერადიკაცია მოხერხდა მსოფლიო მოსახლეობის ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინით 80%-იანი მოცვით, რასაც თან

ჩანართი 4.5 იმუნიტეტის გამომწვევი აგენტების განსაზღვრებები და პროცესები

ვაქცინები: ცოცხალი ან მკვდარი მიკროორგანიზმებისა და აგენტების ანტიგენური ნაწილის სუსპენზია, რომლებიც პოტენციურ მასპინძელში ხვდება, იმისთვის რომ იმუნიტეტის სტიმულირება მოახდინოს და ამ ორგანიზმის მიერ გამოწვეული კონკრეტული დაავადების თავიდან აცილება მოხდეს. ვაქცინების დამზადება შეიძლება მოხდეს:

ა. ცოცხალი დაუძლურებული ატენიურებული მიკროორგანიზმებისგან, რომლებსაც ქსოვილოვან კულტურაში ან ქათმის ჩანასახებში ამრავლებენ, ისე, რომ დაავადების გამოწვევის უნარს კარგავენ, მაგრამ ანტისხეულის რეაქციის სტიმულირების უნარს ინარჩუნებენ.

ბ. არააქტიური ან დახოცილი მიკროორგანიზმები, რომლებსაც მაღალი ტემპერატურის ან ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედებით ხოცავენ; ისინი ანტისხეულის რეაქციის სტიმულირების უნარს ინარჩუნებენ; დახოცილი ვაქცინები, ჩვეულებრივ, უსაფრთხო, მაგრამ ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ცოცხალი ვაქცინები და მრავალჯერად დოზებს მოითხოვენ, როგორიცაა პოლიო-სოლკი, გრიპი, ცოფი და იაპონური ენცეფალიტები.

გ. დაავადების გამომწვევი ორგანიზმების უჯრედის კედლის პოლისაქარიდების ნაწილის უჯრედული ნაწილაკები, როგირიცაა პნევმოკოკური პნევმონიის ან მენინგოკოკური მენინგიტის ვაქცინა.

დ. დნმ-დან წარმოებული რეკომბინანტური ვაქცინები, რომლებშიც დნმ-ის სპეციფიკური ფრაგმენტები მოლეკულური ინჟინერიის ტექნოლოგიებით ჩართულია მიკროორგანიზმის უჯრედში, როგორიცაა, მაგალითად, დნმ-ის ფრანგმენტები გადახლართული ვაქცინის ვირუსთან, რომელიც უჯრედულ კულტურაში იზრდება, რათა აწარმოოს, მაგალითად, გრიპისა და B ჰეპატიტის ვაქცინები.

ტოქსოიდები და ანტისხეულის შემცველი შრატები: მოდიფიცირებული ტოქსინები, დამზადებული, როგორც არატოქსინები, რათა სტიმული მისცეს ანტიტოქსინების ფორმირებას, როგორიცაა ტეტანუსი, დიფტერია, ბოტულიზმი, აიროვანი განგრენა, გველისა და მორიელის შხამი.

იმუნოგლობულინი: ანტისხეულის შემცვლელი ხსნარი, წარმოებული იმუნიზირებული ცხოველებისგან ან ადამიანის სისხლის პლაზმისგან, რომელიც ძირითადად მოკლევადიანი პასიური იმუნიზაციისთვის გამოიყენება, მაგალითად, ცოფის შემთხვევაში და ასევე სხვა დაავადების მიმართაც სუსტი იმუნიტეტის მქონე ადამიანებში.

ანტიტოქსინი: ანტისხეული, მიღებული ცხოველების შრატისგან, სპეციფიკური ანტიგენებით სტიმულაციის შემდეგ და პასიური იმუნიტეტის დროს გამოიყენება, მაგალითად, ტეტანუსი.

წყარო: Brooks, G. E., Butel, J. S., Morse, S. A. 1998. *Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology,* Twenty-first edition. Stamford, CT: Appleton & Lange; *Harrison's Textbook of Internal Medicine* (1998).

ახლდა შემთხვევების აქტიური გამოვლენა და გარშემომყოფთა დამატებითი იმუნიზაცია. ისეთი მწვავე ინფექციური დაავადების, როგორიცაა წითელა, ლოკალური ერადიკაციისთვის საჭიროა ვაქცინაციით 95%-იანი მოცვა.

საზოგადოების ვაქცინაციით მოცვის კონტროლი პროგრამების მოდიფიკაციის საჭიროების შეფასების თვალსაზრისით უნდა განხორციელდეს, რათა მიღწეულ იქნას დაავადების მართვის სასურველი მიზნები. ვაქცინაციით მოცვა გამოისახება პროპორციით, რომელშიც მრიცხველი მიზნობრივ ჯგუფში გარკვეულ ასაკში აცრილი ადამიანების რაოდენობაა, ხოლო მნიშვნელი — მოსახლეობის კონტიგენტი, რომელიც არსებული სტანდარტის მიხედვით უნდა აეცრათ.

$$\text{ვაქცინაციით მოცვა} = \frac{\text{კონკრეტული ასაკობრივ ჯგუფში აცრილთა რიცხვი}}{\text{ასაკობრივ ჯგუფში ადამიანთა რიცხვი მიმდინარე წელს}} \times 100\%$$

აშშ–ში **ვაქცინაციით მოცვა კონტროლ-**დება ვაქცინირებულთა ნაციონალური კვლევის გზით, რომელიც გულისხმობს შინა მეურნეობის (კომლის) კვლევებს ორმოცდაათივე შტატში, ასევე შერჩეულ ურბანულ ტერიტორიებზე, რომლებიც არავაქცინირებულთა მაღალი რისკის ტერიტორიად მიიჩნევა. სადაც შესაძლებელია, პირველად სატელეფონო კვლევას მოჰყვეს დოკუმენტაციის დადასტურება მშობლებისა ან ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერების მიერ. 1994-1995 წლებში ჩატარებული კვლევების დროს შეისწავლეს 1991 წლის აგვისტოდან 1993 წლის ნოემბერის ჩათვლით (ე.ი. 19-35 თვის, საშუალოდ 27 თვის) დაბადებული ბავშვების **ვაქცინაციით მოცვა. კვლევის შედე-**გებმა მოცვის გაუმჯობესება უჩვენა:

95%-ს მიიღებული ჰქონდა DPT —ის (დიფტერია, ყივანახველა და ტეტანუსი) სამი ან მეტი დოზა, 88%-ს – OPV-ს (პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა) სამი ან მეტი დოზა, 92%-ს – B ტიპის ჰემოფილუს ინფლუენზას სამი ან მეტი დოზა, 62%-ს – B ჰეპატიტის სამი ან მეტი დოზა, საბოლოოდ, ბავშვთა 75%-ს მიღებული ჰქონდა ყველა რეკომენდირებული ვაქცინა რეკომენდირებულ ასაკში.

მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე ტექნოლოგიები ინფექციურ დაავადებათა კონტროლისა და ერადიკაციის საშუალებას იძლევა, ყოველწლიურად ეს დაავადებები კვლავ მილიონობით ადამიანის სიკვდილის მიზეზი ხდება. მრავალი ინფექციური დაავადების მიმართ ვაქცინის მიღება, გარკვეული სირთულეების გამო, ვერ ხერხდება. ზოგიერთ შემთხვევაში, მიკროორგანიზმი მუტაციას განიცდის. ვირუსს შეუძლია ორგანიზმის მოლეკულურ სტრუქტურაში ანტიგენური ცვლილებები განიცადოს და სრულიად ახალი ქვეტიპი წარმოქმნას.

ვირუსში ანტიგენური ცვლილება (drift) შედარებით უმნიშვნელო ანტიგენურ ცვლილებებზე მიუთითებს. ეს ხშირი ეპიდემიების ხელშემწყობი ფაქტორია. მიჩნეულია რომ, გრიპის ვირუსის ახალი შტამის წარმოქმნა ანტიგენური ცვლილებებით აიხსნება, რაც აუცილებლად მოითხოვს გრიპის ვაქცინის ყოველწლიურ რეფორმულაციას, რათა ფართომასშტაბის ეპიდემიები და პანდემიები თავიდან აცილებულ იქნას.

პოლიომიელიტის ვირუსის ახალი შტამი სამი კარგად ცნობილი შტამების მსგავსია, ასე რომ,

ცხრილი 4.5. ვაქცინების განვითარება დროის და ვაქცინის ტიპის მიხედვით

პერიოდი/ საუკუნე	ცოცხალი დასუსტებული	დახოცილი, მთელი ორგანიზმი	სუფთა პროტეინი და პოლისაქარიდი	გენური ინჟინერიით მიღებული
მე-18 ს.	ყვავილი (1798)	ახ*	ახ*	ახ*
მე-19 ს.	ცოფი (1885)	ღორის ჭირი (1886) მუცლის ტიფი (1896) ქოლერა (1896) შავი ჭირი (1897)	დიფტერიის ანატოქსინი (1888)	
მე-20 ს-ის დასაწყისი	BCG ტუბერკულოზი (1927) ყვითელი ცხელება (1935) ყვითელი ცხელება (1935)	ყივანახველა (1926) გრიპი (1936) რიკეტსიები (1936)	დიფტერია (1923) ტეტანუსი(1927) გრიპი A (1936)	
II მსოფლიო ომის შემდეგ	პოლიო, საბინი (1963) წითელა (1963) ყბაყურა (1967) წითურა (1970) MMR (წითელა, ყბაყურა, წითურა) (1971)	გრიპი (1945) ტეტანუსის ტოქსოიდი (1949) მუცლის ტიფი (1952) პოლიო, სოლკი (1955) ციმბირის წყლული (1970)	დიფტერია ტოქსოიდი (1949) პნევმოკოკოზი (1976, 1983) მენინგოკოკოკი (1962)	
1980-1999	ადენოვირუსები (1980) მუცლის ტიფი (1992, 1995) (სალმონელა 21ა ტიპი, V i) ჩუტყვავილა (1995) ლაიმის დაავადება (1998) როტავირუსი (1998)	ცოფი (1980, ადამიანის დიპლოიდის უჯრედი) იაპონური ენცეფალიტიტი (1993) A ჰეპატიტი (1995)	ტკიპისმიერი ენცეპალიტი ჰემოფილუს ინფლუენზა b ტიპის (1981) არაუჯრედული ყივანახველა (1993)	B ჰეპატიტი (1987) რეკომბინანტი (ძუძუმწოვართა უჯრედიდან)

*ახ – არ არის ხელმისაწვდომი

არსებულ ვაქცინებს უნარი შესწევს ორგანიზმი ახალი შტამისგან დაიცვას.

მოლეკულური ეპიდემიოლოგიის ახალი ტექნოლოგიები მიკრობის, მაგალითად, პოლიომელიტის ან წითელას ვირუსების გეოგრაფიული წარმომავლობის დასადგენად გამოიყენება და საშუალებას იძლევა ვირუსის პირველწყაროსა და ეპიდემიას თვალყური ვადევნოთ.

ვაქცინების კომბინირებული გამოყენება აღიარებულია, რომლის დანიშნულებაა ორგანიზმში სხვადასხვა ანტიგენის (ვაქცინების) ერთობლივი შეყვანა, რათა ინექციებისა და სავალდებულო ვიზიტების რაოდენობა მინიმუმამდე დავიყვანოთ. ეს გეგმიური ვაქცინაციის ჩატარებისთვის საჭირო ვიზიტების რაოდენობას, პერსონალის დროსა და ხარჯებს ამცირებს.

პრაქტიკულად არ არსებობს კომბინირებული ანტიგენების ერთდროულად გამოყენების უკუჩვენებები; კომბინირებული ვაქცინების მაგალითია დიფტერია-ყივანახველა-ტეტანუსი-ჰემოფილუსი B ტიპი-გრიპის ვაქცინა ან წითელა-ყბაყურა-წითურას ვაქცინა.

ეფექტური ვაქცინებით ინტერვენცია ყოველწლიურად მილიონობით სიცოცხლეს იცავს და მსოფლიოში უამრავი ბავშვისა და ზრდასრული ადამიანის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს. მიიჩნევენ რომ, ვაქცინაცია ამჟამად ხელმისაწვდომი, ერთ-ერთი ყველაზე უფრო რენტაბელური სამედიცინო ჩარევაა. საჭიროა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მოძიება, კომპეტენტურ ორგანიზაციებთან მოლაპარაკების წარმოება და სამეცნიერო კვლევების გაგრძელება, რათა ეფექტური, საიმედო, უსაფრთხო და იაფი ვაქცინები ისეთი დაავადებებისთვის მიიღონ, როგორიცაა მალარია და აივ-ინფექცია. რეკომბინატული ვაქცინების მიღების ახალი ტექნოლოგიები, მაგალითად, B ჰეპატიტის ვაქცინა, მნიშვნელოვანი მიღწევების მომასწავებელია მომავალში.

1980-იან წლებში მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწიეს ვაქცინებით მართვადი დაავადებების კონტროლის სფეროში. 1970-იანი წლების ბოლოს მსოფლიოში ბავშვების 10%-ზე ნაკლები აცრილი იყო. WHO, UNICEF და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები ხელს უწყობდნენ იმუნუზაციის გაფართოებულ პროგრამას, რათა 1990 წლისთვის მიღწეული ყოფილიყო 80%-იანი მოცვა.

ვაქცინაციით მოცვა განვითარებად ქვეყნებში გაიზარდა, რამაც წელიწადში სამი მილიონი ბავშვის სიცოცხლე გადაარჩინა. BCG-ის ვაქცინით მოცვა 31-დან 85%-მდე გაიზარდა; პოლიომელიტისა (სამი დოზა) — 24-დან 80%-მდე, ხოლო ფეხმძიმე ქალებში ტეტანუსის ანატოქსინით მოცვა — 14-დან 54%-მდე. 1991 წლიდან მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში, კერძოდ, საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკულ ქვეყნებში ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებელი შემცირდა.

რთულ ამოცანად რჩება ვაქცინებით მართვადი დაავადებების ერადიკაციის მიღწევა ან კონტროლი, რაც კიდევ უფრო მეტი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენას შეუწყობდა ხელს. დოკუმენტი „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამისადმი მხარდაჭერის ნაწილში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს დიფტერიის, ყივანახველას, ტეტანუსის, პოლიომელიტის, წითელასა და ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო იმუნუზაციას. იმუნიზაციის გაფართოებული „+(პლუს)“ პროგრამა B ჰეპატიტის და ყვითელი ცხელების იმუნუზაციას და ვიტამინ A-თი და იოდით შევსებას აერთიანებს იმუნიზაციის გაფართოებულ პროგრამასთან. ყვავილის საერთაშორისო ერადიკაციას პოლიომელიტის და სხვა მნიშვნელოვანი ინფექციური დაავადებების ერადიკაციას კამპანია მოჰყვა.

ვაქცინებით მართვადი დაავადებები

დიფტერია. დიფტერია ნუშურა ჯირკვლების, ცხვირ-ხახას და ხორხის მწვავე ბაქტერიული დაავადებაა, რომელსაც კორინობაქტერია იწვევს. ის გვხდება ზომიერი კლიმატის ცივი თვეების განმავლობაში. ინფექციის წყარო დაავადებული ადამიანი ან ჯანმრთელი მატარებლებლები არიან. ინკუბაციური პერიოდი 2-5 დღეა. წარსულში დიფტერია უმეტესად ბავშვებში იყო გავრცელებული და იმ ხანებში, როცა ვაქცინაცია და ანტიბიოტიკი არ არსებობდა, ბავშვთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა. დიფტერია ფაქტიურად აღმოფხვრილია იმ ქვეყნებში, სადაც იმუნიზაციის პროგრამებია დამკვიდრებული.

1980-იან წლებში დიფტერიამ ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, 15 წლის ასაკის ზემოთ მოზარდებში იფეთქა. 1990-იან წლებში დაახლოებით 140.000 შემთხვევა დაფიქსირდა (1991-1995 წწ.), მათ შორის, 1994 წელს მხოლოდ რუსეთში 1100 ადამიანი დაიღუპა. ეს რამდენიმე ასპექტში ვაქცინაციის პროგრამის წარუმატებლობას მიუთითებს: ბავშვობაში DPT-ის (დიფტერიას, ყივანახველას, ტეტანუსის საწინა-

აღმდეგო ვაქცინაცია) მხოლოდ სამი დოზა იყო გამოყენებული; სკოლის ასაკში დამატებითი დოზები მიწოდებული არ იყო; შესაძლოა, ვაქცინის ეფექტურობა დაბალი იყო, ვაქცინაციით მოცვა კი – 80%-ზე ნაკლები.

ეპიდემიის კონტროლი მოიცავდა dT (დიფტერია, ტეტანუსი) ვაქცინის ერთჯერადი დოზით იმუნიზაციის კამპანიას სამი წლის ზევით ასაკში დაD ასევე, 2 წლამდე ბავშვებში DPT ვაქცინის ოთხი რუტინული დოზით მოცვის გაზრდას. ეპიდემიამ და მისი კონტროლისთვის მიღებულმა ზომებმა, dT ვაქცინით მოცვა 18 წლის ზევით გააუმჯობესა, ხოლო 12-23 თვის ბავშვებში მოცვამ 93%-ს მიაღწია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას უწევს სიცოცხლის პირველ წელს DPT-ის სამი დოზის და სკოლაში შესვლისას დამატებითი დოზის მიღებას, თუმცა ბევრს მიაჩნია, რომ ეს ხანგრძლივი იმუნიტეტის მისაღწევად საკმარისი არ არის. აშშ და სხვა ინდუსტრიული ქვეყნები ოთხ-დოზიან სქემას და მოზრდილებისთვის პერიოდულ dT დამატებით დოზებს იყენებენ.

ყივანახველა. ყივანახველა სასუნთქი გზების მწვავე ბაქტერიული დაავადებაა, რომელსაც *Bordetella pertussis* იწვევს. დაწყებითი (კატარი) ეტაპის შემდეგ პაციენტს მწვავე ხველება უვითარდება, რომელიც სპაზმებში (პაროქსიზმი) გადადის. დაავადება შეიძლება 1-2 თვე გაგრძელდეს. პაროქსიზმი შეიძლება ძალიან გამწვავდეს, რასაც გაძლიერებული ხველება და ხიხინი მოჰყვება, ხოლო შემდგომ -ბლანტი ნახველი, რომელსაც ხშირად თან სდევს პირღებინება. ვაქცინაციით მოცვის დაბალი დონის პირობებში და კვების დეფიციტის შემთხვევაში, ეს ავადმყოფობა შესაძლოა პნევმონიით გართულდეს და ლეტალური გამოსავლით დასრულდეს.

ყივანახველა ინდუსტრიულ ქვეყნებში DPT-ის ფართო გამოყენების შედეგად მკვეთრად შემცირდა. თუმცა, ვინაიდან ვაქცინის ყივანახველის კომპონენტი აცრილებში რეაქციებს იწვევდა, ექიმები მის გამოყენებას თავს არიდებდნენ და ვაქცინაციას მხოლოდ DT—თი ატარებდნენ. მაგალითად, 1970-იან წლებში დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ბევრი ექიმი DPT-ის გამოყენების წინააღმდეგი იყო. შედეგად, ყივანახველას შემთხვევების მაჩვენებელი გაიზარდა, რასაც სიკვდილიანობის გაზრდა მოჰყვა. ყოველივემ საერთო პროფილის პრაქტიკოსების მიერ იმუნიზაციის პროგრამის ხელახალი გადახედვა განაპირობა, რომელთაც ვაქცინაციის სქემები განაახლეს. მიღებული ზომების შედეგად ყივანახველას ვაქცინით მოცვა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში მკვეთრად გაიზარდა, რამაც ყივანახველას კონტროლი გამოიწვია.

ყივანახველა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის კვლავ საშიშროებას წარმოადგენს, ვინაიდან ის ბავშვობის ასაკში, არაადეკვატურად ჩატარებული ვაქცინაციის შედეგად, თავს ხშირად იჩენს. ახალი, არაუჯრედული ვაქცინა ფართო გამოყენებისთვის მზადაა, რომელიც შედარებით უსაფრთხოა და ჩვილებში უფრო სუსტ და ნაკლებად საშიშ რეაქციებს იწვევს, რაც ნდობას და რუტინული ვაქცინაციისადმი მხარდაჭერას ზრდის. ახალი ვაქცინა სულ უფრო ფართოდ გამოყენება ამერიკის შეერთებულ შტატებში და აშშ-ის მიერ რეკომენდებულ ვაქცინად ითვლება.

ტეტანუსი. ტეტანუსი მწვავე დაავადებაა, რომელსაც *Clostridium tetani*-ის ბაცილის მიერ გამოყოფილი ეგზოტოქსინი იწვევს. ის ანაერობულ პირობებში ჭრილობის ადგილას იზრდება. ბაცილა გარემოში უნივერსალურად არსებობს და ადამიანის სხეულში გამჭოლი ჭრილობის გზით აღწევს. ინკუბაციური პერიოდი 3-დან 21 დღემდეა. დაავადება მწვავედ იწყება, სხეულის კუნთოვანი აპარატის დაჭიმვა და კრუნჩხვები ვლინდება. მკურნალობის გარეშე პაციენტთა ლეტალობა 30-90%-ს უტოლდება (უმაღლესი მაჩვენებელი ბავშვებსა და მოხუცებში ვლინდება).

1890 წელს აღმოაჩინეს ანტიტეტანური შრატი. მან პირველი მსოფლიო ომის პერიოდში ათასობით დაჭრილ ჯარისკაცს სიცოცხლე შეუნარჩუნა. ტეტანუსის ტოქსოიდი 1993 წელს დამკვიდრდა. ბაცილის აღმოფხვრა ვერ ხდება, ვინაიდან ის გარემოში უნივერსალურადაა გავრცელებული, თუმცა დაავადების კონტროლი შეიძლება ბავშვების ეფექტური იმუნიზაციის გზით ჩვილობისა და სკოლის ასაკში და ზრდასრულებში, ყოველ ათ წელიწადში ერთხელ, ტეტანუსის ტოქსოიდის დამატებითი დოზების შეყვანით.

ახალშობილები ტეტანუსის სპორებით ანტისანიტარიულ პირობებში ინფიცირდებიან (ახალშობილთა ტეტანუსი tetanus neonatorum). ეს შეიძლება მოხდეს ბინაზე მშობიაროზისას, როდესაც ჭიპლარის გადასაჭრელად უსუფთაო ინსტრუმეტებს იყენებენ, ან მოჭრილ ჭიპლარს ჭუჭყიან ნაჭერს ახვევენ. ახალშობილთა ტეტანუსი განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სე-

რიოზულ პრობლემად რჩება. ფეხმძიმე და იმ ქალების იმუნიზაცია, რომელთაც შვილის გაჩენა აქვთ დაგეგმილი, პრობლემას ამცირებს, ვინაიდან ამ გზით ახალშობილს პასიური იმუნიტეტი გადაეცემა. სამშობიარო სახლებში მშობიარობა ან სანიტარიულ-ჰიგიენურ საკითხებში იმ პირთა ტრენინგი, რომლებიც ბინაზე მშობიარობისას მელოგინეებს ეხმარებიან, ამ დაავადებით ინფიცირებულ ადამიანთა მაჩვენებელს შეამცირებს.

1990 წელს ბავშვთა მსოფლიო სამიტზე მიიღეს გადაწყვეტილება 2000 წლისთვის ახალშობილთა ტეტანუსის აღმოფხვრის შესახებ. იმავე წელს, UNICEF-ის ანგარიშის მიხედვით, ამ დაავადებით მსოფლიოს მასშტაბით 700.000 ჩვილი დაიღუპა, რაც 1993 წელს 600.000-მდე შემცირდა. ფეხმძიმე ქალთა იმუნიზაცია 1984 წელს 20%-დან 1995-1997 წლებში 52%-მდე გაიზარდა. პროგრესის მიუხედავად, ვაქცინაციით მოცვა ბავშვთა ტეტანუსის ერადიკაციისთვის ჯერ კიდევ ძალზე დაბალია.

პოლიომელიტი. ჴპოლიომიელიტის ვირუსით გამოწვეული ინფექციური პროცესი შეიძლება კლინიკურად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს ან მხოლოდ მწვავე არასპეციფიკური ცხელება ახლდეს, თუმცა დაავადება შეიძლება მძიმედაც მიმდინარეობდეს, ასპტიკური მენინგიტის მძიმე ფორმებით ან კიდურების მწვავე დუნე დამბლით და ლეტარული გამოსავლით. პოლიომიელიტი ადამიანიდან ადამიანზე ძირითადად პირდაპირი კონტაქტის გზით გადაეცემა, ამავე დროს, დაავადების გავრცელების მიზეზი შესაძლებელია ინფიცირებული სასმელი წყალი იყოს. მე-19 საუკუნის 40-50-იან წლებში დაავადება ინდუსტრიულ ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა, რასაც თან ახლდა ლეტალური გამოსავალი, ათასობით დუნე დამბლის კლინიკური შემთხვევა და ასევე მოსახლეობის პანიკა ინფექციის გავრცელებისა და "ინფანტილური დამბლის" მიმართ.

ჯონ ენდერსისა და მისი კოლეგების მიერ პოლიო ვირუსის ქსოვილოვან კულტურაზე გაზრდამ 1949 წელს საფუძვლი ჩაუყარა 1950-იან წლებში ჯონას სოლკის მიერ შემუშავებულ პირველ ინაქტივირებულ პოლიო ვაქცინას, რაც იმედისმომცემი იყო და დაავადების კონტროლის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან წარმატებას მოასწავებდა. ალბერტ საბინის მიერ შემუშავებული პოლიომიელიტის ცოცხალი დასუსტებული ორალური ვაქცინა 1960 წელს ლიცენზირებული იყო და მისი აღიარება ეფექტურობის, დაბალი ფასისა და ადვილი მოხმარების გამო სწრაფად მოხდა. ორივე ვაქცინა, გაძლიერებული ინაქტივირებული პოლიო ვაქცინა (IPV) და სამმაგი ორალური პოლიო ვაქცინა (TOPV) სხვადასხვა გარემოებაში დიდი წარმატებით გამოიყენეს.

პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა (OPV) ასტიმულირებს როგორც ჰუმორულ, ასევე უჯრედულ იმუნიტეტს; OPV-ს გარემოში არსებობა, რასაც იმუნიზირებულ ჩვილებთან კონტაქტი და იმუნიზირებული ადამიანების ექსკრეცია განაპირობებს, მოსახლეობაში დამატებითი (ბუსტერ) დოზის ეფექტს გვაძლევს. როგორც რუტინული, ასევე ნაციონალური იმუნიზაციის დღეებში, პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინის გამოყენებით, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში პოლიომიელიტის ველური ვირუსი მკვეთრად შემცირდა. იმუნიტეტის გაძლიერება IPV-ის გამოყენებით მოცირკულირე ანტისხეულების ადრეულ წარმოქმნას და მის მაღალ დონეებს განაპირობებს, ასევე მოსახლეობას იცავს ვაქცინა-ასოცირებული დაავადების განვითარებისგან.

იშვიათ შემთხვევებში პოლიომიელიტის ორალურმა ვაქცინამ შეიძლება ვაქცინასთან ასოცირებული პარალიზური პოლიომიელიტი გამოიწვიოს, რომლის სიხშირე ვაქცინის საწყისი დოზის მიცემისას ყოველი 520.000 შემთხვევიდან ერთ შემთხვევას შეადგენს, ხოლო შემდგომი დოზებისას საშუალოდ 12 მილიონზე მეტი აცრილიდან, ერთი შემთხვევა ვლინდება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყოველწლიურად ვაქცინა-ასოცირებული პარალიზური პოლიომიელიტის დაახლოებით 8-10 შემთხვევა ვლინდება, თავისი კლინიკური, ეთიკური და იურიდიული შედეგებით. თავიდანვე IPV-ის გამოყენებით ამ პრობლემის პრევენციაა შესაძლებელი. მე-19 საუკუნის 70-80-იან წლებში ღაზასა და მდინარე იორდანის დასავლეთ სანაპიროზე და, მოგვიანებით ისრაელში მიღებულმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ IPV-სა და OPV- ის კომბინაცია ენდემური და შემოტანილი პოლიოვირუსის წინააღმდეგ ეფექტურია. ანტისხეულების საკმარისი დონის მისაღწევად ორგანიზმში საჭიროა OPV-ს მრავალჯერადი შეყვანა. იმ გარემოში, სადაც ენტეროვირუსი ფართოდაა გავრცელებული, როგორც ეს ბევრ განვითარებად ქვეყნებშია, OPV-ის გაძლიერებულმა გამოყენებამ შესაძლოა იმ პირებში, რომელთაც OPV-ის 3 ან 4 დოზა აქვთ მიღებული, პარალიზური პოლიომიელიტის განვითარება გამოიწვიოს.

დებატები თითოეული ვაქცინის უპირატესო-

ბის შესახებ კვლავ გრძელდება. ამერიკის კონტინენტზე OPV—ის განმეორებითი მასობრივი ვაქცინაციის პროგრამამ პოლიომელიტის კონტროლის საქმეში ამ პროგრამის უპირატესობა დაამტკიცა და პოლიომელიტის ერადიკაციას ბიძგი მისცა. IPV–ს და OPV-ს კომბინირებული გამოყენება აღმოფხვრის პოლიომიელიტის ველურ ვირუსს და ვაქცინა-ასოცირებულ დაავადებას თავიდან აგვაცილებს. 1997 წელს აშშ-ში მიიღეს IPV-ს და OPV-ს გამოყენების თანამიმდევრული გრაფიკი, როგორც ბავშვთა რუტინული იმუნიზაციის პროგრამის შემადგენელი ნაწილი, ხოლო IPV-ს დამოუკიდებელი გამოყენება 1999 წლიდან დაიწყეს.

არსებობს მოსაზრება, რომ მხოლოდ ერთი რომელიმე ვაქცინის გამოყენებით, პოლიმელიტის ერადიკაციის საქმეში სასურველი მიზანი, ვერ მიიღწევა. პოლიოვირუსის გლობალურ ერადიკაციაში მიღწეული პროგრესი შთამბეჭდავია. ჩვილობის პერიოდში OPV-ს სამი დოზით გლობალურმა მოცვამ 1995 წელს 83% შეადგინა, ხოლო 1996 წელს – 81%. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძალისხმევით, აფრიკის რეგიონში OPV-ით მოცვა 1995 წელს 58%-დან 1996 წელს 60%-მდე გაზარდა. 1995 წელს ეროვნული იმუნიზაციის დღეები (NIDs) 62 ქვეყანაში ჩატარდა, ხოლო 1996 წელს – 82 ქვეყანაში და 419 მილიონი ბავშვი მოიცვა. ბავშვთა ვაქცინაციით მოცვის გაზრდის მიზნით ენდემურ კერებში ჯერ კიდევ საჭიროა გამწმენდი ოპერაციები, რასაც მწვავე დუნე დამბლაზე (AFP-Accute flaccid paralysis) გაძლიერებული ეპიდზედამხედველობა თან უნდა ახლდეს.

ეროვნული და საერთაშორისო ორგანიზაციების, კერძოდ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, „როტარი ინტერნეშიონალის„, გაეროს ბავშვთა ფონდის, დონორი ქვეყნების და სხვათა მუდმივი ყურადღების და მხარდაჭერის პირობებში არსებობს რეალური პერსპექტივა, რათა მსოფლიო პოლიომიელიტისგან 2000 წლისთვის ან უახლოეს მომავალში გათავისუფლდეს.

წითელა მწვავე დაავადებაა, რომელსაც პარამიქსოვირუსების ოჯახის ვირუსი იწვევს. იგი მაღალი კონტაგიოზურობით ხასიათდება და კლინიკური და სუბკლინიკური ფორმების თანაფარდობა 99/1-ს შეადგენს. წითელას დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნებია ცხელება, პირის ღრუში თეთრი ლაქები (კოპლიკის ლაქები), წითელი გამონაყარი, რომელიც მე-3 ან მე-4 დღეს ჩნდება და 4-7 დღის განმავლობაში გრძელდება. ლეტალობა მაღალია ბავშვებში, განსაკუთრებით კვების ან A ვიტამინის დეფიციტის პირობებში. წითელას ვირუსი რქოსანი საქონლის ვირუსისგან, დაახლოებით 3000-5000 წლის წინ განვითარდა და სუსტ, ცუდად გამოკვებილ ბავშვებში სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის მქონე დაავადებად გადაიქცა. ის ინდუსტრიულ ქვეყნებშიც კი, არსებითი მნიშვნელობის დაავადებაა. პრევაქცინაციის ხანაში წითელა მსოფლიოში გავრცელებული ენდემური დაავადება იყო, 1990-იანი წლების ბოლოსთვისაც ის ბავშვთა მთავარ ინფექციურ დაავადებად რჩებოდა.

წითელა მსოფლიოში სკოლის ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ წინასწარი პროგნოზებით, 1996 წლისთვის წითელათი სიკვდილიანობა 500.000-ით უნდა შემცირებულიყო, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განცხადებით, იმავე წელს სიკვდილიანობის 1.1 მილიონი შემთხვევა დაფიქსირდა, 1997 წელს კი – მილიონზე მეტი. მეოცე საუკუნის პირველ დეკადაში დაავადების ლიკვიდაცია რეალური ამოცანაა იმ პირობით, თუ იქნება ადეკვატური საერთაშორისო ძალისხმევა. მსოფლიოში წითელას აცრებით მოცვა 1985 წელს 40%-დან 1995-1996 წლებში 79%-მდე გაიზარდა, ხოლო აფრიკის სამხრეთ საჰარის რეგიონში — მხოლოდ 56%-მდე. იმუნიზაციის ერთჯერადმა დოზამ განვითარებულ ქვეყნებშიც კი კონტროლისა და ერადიკაციის მოთხოვნები ვერ დააკმაყოფილა. ცოცხალი ვაქცინა, ლიცენზირებული 1963 წელს, მოგვიანებით უფრო ეფექტური და თერმოსტაბილური ვაქცინით შეიცვალა, თუმცა ამ ვაქცინის გამოყენების შემთხვევაშიც პირველადი ვაქცინაციისას აცრილთა 4-8%-ში იმუნიტეტი არ ვითარდება (ვერ წარმოიქმნება დამცველი ანტისხეულები), ხოლო — განმეორებითი ვაქცინაციისას – 4%-ში (ანტისხეულები გამომუშავდება, მაგრამ დროთა განმავლობაში იმუნიტეტი არ ვითარდება). „ორი დოზის პოლიტიკა„ აერთიანებს პირველად ბუსტერ (დამატებით) დოზას, ჩვეულებრივ, სკოლის ასაკის ბავშვებში, რომელიც 9-15 თვემდე (პირველადი დოზის მიცემის ასაკი ქვეყნების მიხედვით რამდენამდე მერყეობს) ასაკში ჩატარებულ აცრებს ემატება. განვითარებად ქვეყნებში თითქმის უნივერსალური დაწყებითი განათლება სკოლის ასაკის ბავშვებში წითელას მეორე დოზით საყოველთაო აცრის საშუალებას იძლევა, რის შედეგადაც მოსახლეობის გაზრდილი

იმუნიტეტი ვირუსის გავრცელებას ამცირებს. დაავადებათა კონტროლის ცენტრებს მიაჩნია რომ, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ინფექციის გადაცემა ქვეყნის შიგნით შეჩერებულია და ეპიდაფეთქებები შემოტანილ ვირუსს უკავშირდება. სამხრეთ ამერიკისა და კარიბის ზღვის ქვეყნებში წითელას ვირუსი აღარ არსებობს, რადგანაც ამ ქვეყნებში იმუნიზაციის ნაციონალური დღეები წარმატებით გამოიყენეს.

მიუხედავად ამისა, 1999 წელს ბრაზილიაში დიდმა ეპიდემიამ იფეთქა. როგორც ჩანს, წითელის ერადიკაცია მეოცე საუკუნის დასაწყისის სამიზნე ობიექტი გახდა, ვაქცინის ორი დოზის პოლიტიკის გამოყენებით.

ყბაყურა მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომელსაც ცხელება, ყბა-ყურა ჯირკვლის შესიება და სხვა ჯირკვლების სისუსტე ახასიათდებს. ინკუბაციური პერიოდი 12-დან 25 დღემდე მერყეობს. ორქიტი ანუ სათესლე ჯირკვლების ანთება შეინიშნება მამაკაცების 20-30%-ში, ხოლო ოოფორიტი ანუ საკვერცხის ანთება ქალების 5%-ში. ყბაყურა ძალიან იშვიათ შემთხვევაში იწვევს უშვილობას. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება ასეპტიკური მენინგიტის სახით ვლინდება, რომელიც თითქმის ყოველთვის გართულებების გარეშე მიმდინარეობს. ენცეფალიტი აღრიცხულია ყოველი 10.000-დან 1-2 შემთხვევაში, ლეტალური გამოსავალი 0,01%-ში გვხვდება. **შეიძლება გამოვლინდეს** პანკრეატიტი, ნევრიტი, სიყრუე — სმენის ნერვის დაზიანების გამო, მასტიტი, ნეფრიტი, თირეოიდიტი და ძალიან იშვიათად, პერიკარდიტი. 1957 წლამდე დაბადებულთა უმრავლესობა ამ დაავადების მიმართ იმუნიტეტის მქონეა წინა პერიოდში დაავადების უნივერსალური ექსპოზიციის გამო.

1967 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში დანერგილი ცოცხალი დასუსტებული ვაქცინა ხელმისაწვდომია როგორც მონო, ასევე კომბინირებული MMR (წითელასა და წითურის ვაქცინასთან კონბინაციაში) ვაქცინის სახით. ის შემთხვევათა 95%-ში ხანგრძლივი იმუნიტეტის გამომუშავებას უზრუნველყოფს. ყბაყურის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ამჟამად MMR-ის ორდოზიანი კურსით რეკომენდებულია: პირველი დოზა 12-15 თვის ასაკში კეთდება, მეორე დოზა კი – სკოლამდელ ასაკში ან ადრეული ყრმობის პერიოდში. MMR-ის ორდოზიანი ვაქცინაცია აღიარებული პოლიტიკაა აშშ-ში, კანადაში, ისრაელში, დიდ ბრიტანეთსა და სხვა ქვეყნებში, სადაც ყბაყურის შემთხვევები სწრაფად შემცირდა. ამ დაავადების ლოკალური ერადიკაცია საყურადღებოა და საერთაშორისო იმუნიზაციის პროგრამის ნაწილს უნდა შეადგენდეს.

წითურა მსუბუქად მიმდინარე ვირუსული დაავადებაა ლიმფადენოპათიითა და დიფუზური, ამობურცული, წითელი გამონაყარით. ავადმყოფობის წინა პერიოდისთვის დამახასიათებელი ნიშნებია დაბალი სიცხე, დისკომფორტი, მწვავე რინიტი და ლიმფადენოპატია. ინკუბაციური პერიოდი ჩვეულებრივ, 16-18 დღე გრძელდება. ქუნთრუშას, წითელას და სხვა გამონაყარის მქონე დაავადებათა დიფერენცირებისთვის საჭიროა ლაბორატორიული ტესტირება და ვირუსის გამოყოფა ცხვირ-ხახის, სისხლის, განავლის და შარდის ნიმუშებიდან.

1942 წელს, ავსტრალიელმა ოფთალმოლოგმა ნორმან გრეგმა, ახალშობილებში თანდაყოლილი კატარაქტის ეპიდემიური შემთხვევები აღწერა, რომლებიც დაკავშირებული იყო ორსულობის პირველი ტრიმესტრის პერიოდში დედის წითურით დაავადებასთან. შემდგომმა გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ ნაყოფის სიკვდილი, სპონტანური აბორტი, თანდაყოლილი ანომალიები, შესაძლებელია ორსულობის ადრეულ პერიოდში წითურათი დაავადების შედეგი იყოს.

თანდაყოლილი წითურას სინდრომი ვლინდება სხვადასხვა თანდაყოლილი ანომალიებით: სიყრუე, კატარაქტა, მიკროოფტალმია, თანდაყოლილი გლაუკომა, მიკროცეფალია, მენინგოენცეფალიტი, გულის თანდაყოლილი დეფექტები და სხვ. მძიმე და საშუალო სიმძიმის შემთხვევები ადვილი გამოსაცნობია დაბადებისას, მაგრამ დაავადების მსუბუქი ფორმები შეიძლება ვერ გამოვლინდეს თვეებისა და წლების მანძილზე. სავარაუდოდ, თანდაყოლილი წითურას გვიან გამოვლენილი შედეგია ინსულინ-დამოკიდებული დიაბეტი. თანდაყოლილი წითურას სინდრომის მკურნალობა პაციენტის სიცოცხლის მანძილზე 250,000 აშშ დოლარი ჯდება.

1969 წლამდე, ვიდრე ცოცხალი დასუსტებული ვაქცინა ხელმისაწვდომი გახდებოდა, დაავადება საყოველთაოდ ენდემური იყო, პერიოდული ეპიდემიებით ან ყოველ 6-9 წელიწადში გამოვლენილი შემთხვევათა პიკებით. აუცრელ მოსახლეობაში წითურა, ძირითადად, ბავშვთა დაავადებად ითვლება. იმ რეგიონებში, სადაც ბავშვთა ვაქცინაცია წარმატებით ტარდება, ინფექცია ხშირად ეპიდემიების სახით, ახალგაზრდებსა და ზრდასრულებში ვლინდება, რასაც ადგილი აქვს ინსტიტუტებში, კოლეჯებში და სამხედრო მოსამსახურეებში.

1970 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ვაქცინის გამოყენებას შედეგად წითურას შემთხვევათა მკვეთრი შემცირება მოჰყვა, მაგრამ 1976-1978 წლების ეპიდემიის დროს ეს რიცხვი გაიზარდა. შემდგომ კლებას კვლავ მოჰყვა წითურასა და თანდაყოლილი წითურას სინდრომის შემთხვევების მკვეთრი ზრდა. 1991 წელს აშშ-ში, ამიშებში, რომლებმაც ვაქცინაციაზე რელიგიური შეხედულებების გამო უარი განაცხადეს, ეპიდაფეთქებას თანდაყოლილი წითურას სინდრომის 7 შემთხვევა მოჰყვა. მიჩნეულია რომ, აშშ-ში ვაქცინაციით მოცვის მაღალმა დონემ ვირუსის ცირკულაცია შეამცირა და რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის ჯგუფები დაიცვა.

წარსულში, ზოგიერთ ქვეყანაში, აცრა 12 წლის ასაკის მოსწავლე გოგონებს უტარდებოდა, რათა ისინი ფერტილობის პერიოდში დაცული ყოფილიყვნენ. მიმდინარე მიდგომა შემდეგია: კომბინირებული (წითელა-ყბაყურა-წითურა) ვაქცინით რუტინული იმუნიზაცია ადრეული ბავშვობის პერიოდში, ხოლო მეორე დოზა — ადრეული სკოლის ასაკში. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ორსულობამდე იმუნიტეტი უნდა შემოწმდეს და მისი არარსებობის შემთხვევაში, იმუნიზაცია ჩატარდეს. წარსულში რეკომენდებული იყო ორსულობის შეწყვეტა, თუ ქალი ორსულობის პერიოდში დაინფიცირდებოდა, ახლა ასეთ ქალებს ჰიპერიმუნურ გლობულინს უკეთებენ.

პირველი სამი თვის განმავლობაში ფეხმძიმე ქალის წითურათი დაინფიცირება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. თანდაყოლილი წითურას სინდრომის ემოციური და ფინანსური დატვირთვა, მათ შორის თანდაყოლილი დეფექტების მკურნალობის ხარჯები, ვაქცინაციის ამ პროგრამას რენტაბელურს ხდის. მისი ჩართვა თანამედროვე იმუნიზაციის პროგრამაში სავსებით გამართლებულია. ამ სინდრომის ელიმინაცია უნდა იყოს ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი ვაქცინებით მართვადი დაავადებების პრევენციის პროგრამაში როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. MMR და ორი-დოზის პოლიტიკის მიღება თანდათანობით წითურას და თანდაყოლილი წითურას სინდრომის სრულ ერადიკაციამდე მიგვიყვანს.

ვირუსული ჰეპატიტები დაავადებათა იმ ჯგუფს წარმოადგენს, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფრო და უფრო მეტ ყურადღებას იპყრობს მსოფლიოში მათი მასშტაბური გავრცელების, სერიოზული შედეგებისა და ჩვენი მხრიდან, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარების მზარდი შესაძლებლობების გამო. თითოეული ვირუსული ჰეპატიტი ეთიოლოგიური, კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური, სეროლოგიური და პათოლოგიური თავისებურებებით ხასიათდება და მათ მნიშვნელოვანი მოკლე და გრძელვადიანი შედეგები გააჩნიათ. კონტროლისა და საბოლოო ერადიკაციისთვის პრიორიტეტულია ვაქცინის განვითარება.

ჰეპატიტი A (HAV) ადრე ცნობილი იყო როგორც ინფექციური ჰეპატიტი ან ეპიდემიური სიყვითლე. ვირუსი ძირითადად ფეკალურ-ორალური გზით გადადის. კლინიკური ფორმები სიმძიმის მიხედვით მერყეობს მსუბუქიდან, რომელიც 1-2 კვირა მიმდინარეობს, მძიმე ფორმამდე, რომელიც რამდენიმე თვე გრძელდება.

სრული გამოჯანმრთელება 9 კვირის შემდეგ ხდება, თუმცა შესაძლებელია მისი ელვისებური მიმდინარეობა და ლეტალური გამოსავალიც, რაც ძალზე იშვიათია. დაავადების სიმძიმე ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. მთელს მსოფლიოში A-ჰეპატიტის ვირუსი სპორადულ/ენდემურია. დაავადების მოგვიანებით ასაკში გამოვლენისას გართულებების რისკი მატულობს. ვირუსი ინდუსტრიული ქვეყნების მოსახლეობაში მხოლოდ იმ შემთხვევაში გვხვდება, თუ ისინი ცუდ ჰიგიენურ პირობებში იმყოფებიან ან ენდემურ ქვეყნებში მოგზაურობენ. დაავადების ეპიდაფეთქება ჩვეულებრივ სკოლის ასაკის ბავშვებში და ახალგაზრდებში პირდაპირი კონტაქტის ან დაავადებული პირების მიერ ინფიცირებული საკვების გზით ხდება. ჰეპატიტი A საგანგებო მდგომარეობებისა და კატასტროფების დროს შესაძლოა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის სერიოზული პრობლემა გახდეს. ვირუსის პრევენციისთვის აუცილებელია პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება, ქლორირებული წყლისა და სათანადო საკვები პროდუქტების გამოყენებით. აშშ-ში ჰეპატიტი A-ს საწინააღმდეგო ვაქცინა შემოიღეს და შესაძლოა მისი გამოყენება რეკომენდირებულ იქნას რუტინული აცრების პროგრამის ფარგლებში, ასევე ენდემურ კერებში მოგზაურთათვის.

B ჰეპატიტი. B ჰეპატიტი (HBV), ერთ დროს შრატისმიერ სიყვითლედ წოდებული, სისხლისა და სისხლის პროდუქტების ტრანსფუზიის გზით გადამდებ დაავადებად მიიჩნეოდა. ახლა უკვე ცნობილია, რომ ის სხეულის ყველა თხევად ნაწილში არსებობს და ადვილად გადადის,

როგორც საყოფაცხოვრებო კონტაქტით, ასევე სქესობრივი კავშირის გზით. დედიდან ნაყოფზე ინფექცია პერინატალურად ვრცელდება. ინფიცირება შესაძლებელია ასევე პოსტნატალურადაც (ნერწყვით) ვირუსმატარებელ ოჯახის წევრებთან მჭიდრო კონტაქტისას. ეს დაავადება ფეკალურ-ორალური გზით არ გადადის.

B ჰეპატიტი მსოფლიო მასშტაბით ენდემური ხასიათისაა და განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებშია გავრცელებული. მატარებელთა ხვედრითი წილი პერსისტული ვირემიით მერყეობს <1%-დან ჩრდილოეთ ამერიკაში, 20%-მდე მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში. მატარებელ ადამიანებს სისხლში აქვთ ადვილად აღმოჩენადი HBsAg ანუ ზედაპირული ანტიგენი (მაგ. ავსტრალიული ანტიგენი). განვითარებულ ქვეყნებში მაღალი რისკის ჯგუფში ერთიანდებიან ინტრავენური ნარკომანები, ჰომოსექსუალები, ადამიანები, რომელთაც ბევრი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ, იკეთებენ ტატუირებას და პირსინგს ან ადამიანები, რომლებიც აკუპუნქტურული წესით მკურნალობენ, ასევე პატიმრები, საერთო საცხოვრებლებში მცხოვრებნი, და იქ მომსახურე პერსონალი. ზოგადად, B ჰეპატიტის მატარებლები სუსტი იმუნიტეტისა და ჰემოდიალიზის მქონე პაციენტები არიან. B ჰეპატიტი ასევე შეიძლება ჯანდაცვის სისტემაში ცუდად სტერილიზებული მრავალჯერადი შპრიცების გამოყენებით გავრცელდეს, რასაც ხშირად ჰქონდა ადგილი მაგალითად, ჩინეთსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. დაავადების გადაცემა შემცირებულია სისხლისა და სისხლის პროდუქტების HBsAg-ზე სკრინინგისა და სისხლისა და სხეულის თხევადი ნაწილების თანამედროვე ტექნიკის დახმარებით დამუშავების საფუძველზე.

B ჰეპატიტი კლინიკურად ინფიცირებული ბავშვების 10%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში ვლინდება, მაშინ როცა მოზრდილებში კლინიკური გამოვლენა 30-50%-ს აღწევს. კლინიკურად B ჰეპატიტი შემდეგი სიმპტომებით იწყება: ანორექსია, აბდომინური დისკომფორტი, გულისრევა, ღებინება და სიყვითლე.Dდაავადების მიმდინარეობა შეიძლება იყოს სუბკლინიკური, ძალიან მსუბუქი ან სწრაფად განვითარებად ღვიძლის ნეკროზში გადაიზარდოს და სიკვდილის მიზეზი გახდეს. ის ღვიძლის კიბოს, ღვიძლის ქრონიკული დაავადებისა და ღვიძლის უკმარისობის ძირითადი გამომწვევი მიზეზია. ყველა ეს დაავადება მძიმე ზიანს აყენებს ჯანმრთელობას და მათი მკურნალობა ძვირადღირებულია.

მსოფლიოში B ჰეპატიტის ვირუსი ღვიძლის კიბოს შემთხვევათა 60%-ის გამომწვევ მიზეზადაა მიჩნეული და სიგარეტის შემდეგ ის ყველაზე გავრცელებულ კანცეროგენადაა აღიარებული. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა მიხედვით, B ჰეპატიტით 2 მილიარდზე მეტი ადამიანია ინფიცირებული. ასევე დადგენილია, რომ 350 მილიონი ადამიანი B ჰეპატიტის ქრონიკული მატარებელია, აქედან ყოველწლიურად დაახლოებით 1-1.5 მილიონი ადამიანი ციროზით ან ღვიძლის კიბოთი იღუპება; ეს ფაქტები B ჰეპატიტის კონტროლს სასიცოცხლო მნიშვნელობას ანიჭებს და ბევრ ქვეყანაში ჯანდაცვის პრიორიტეტების გადაფასებას განაპირობებს.

სისხლის ბანკებსა და სისხლის დონაციის ყველა ინსტიტუტში სავალდებულოა მკაცრი დისციპლინა B ჰეპატიტის, ასევე HIV-ვირუსის და C ჰეპატიტის თავიდან ასაცილებლად. დაავადებულთან კონტაქტის მქონე პირების იმუნიზაცია HBV იმუნოგლობულინით და HBV ვაქცინით უნდა მოხდეს. ყველა ქვეყანაში უნდა დამკვიდრდეს და ჩვილთა რუტინულ აცრებში უნდა იყოს შეტანილი იაფი რეკომბინანტი HBV ვაქცინა. ასევე სასურველია მოზრდილ ბავშვთა ვაქცინაციაც. იმუნიზაციის პროგრამაში ჩართული უნდა იყვნენ ჯანდაცვის სტრუქტურები, ციხეში მომუშავე პერსონალი და მეძავეები. HBV ვაქცინა შესულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაფართოებული იმუნიზაციის პროგრამაში (EPI-PLUS).

C ჰეპატიტი პირველად იდენტიფიცირებულ იქნა 1989 წელს, მანამდე ცნობილი არ იყო იგი A ჰეპატიტი იყო თუ B. C ჰეპატიტს (HCV) აქვს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული მიმდინარეობა. მწვავე მიმდინარეობისას ვლინდება სიყვითლე, გადაღლილობა, მუცლის ღრუს ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება. მან შეიძლება გამოიწვიოს, როგორც მსუბუქი, ასევე მძიმე დაავადება ლეტალური გამოსავლით, მაგრამ ქრონიკული მიმდინარეობისას დაავადება ციროზსა და ღვიძლის უკმარისობაში გადაიზრდება. აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების მონაცემების მიხედვით 4 მილიონი ამერიკელი ინფიცირებულია C ჰეპატიტის ვირუსით, შედეგად ყოველწლიურად 8.000-10.000 ადამიანი იღუპება, ასევე გაზრდილია ღვიძლის გადანერგვის მაჩვენებელი. C ჰეპატიტი უმეტესად სისხლის პროდუქტებით ვრცელდება, ის აგრეთვე ადვილად ვრცელდება ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარებისას (1998

წელს ვანკოვერში ჩატარებული გამოკვლევების მიხედვით ინტერვენურ C ჰეპატიტის ვირუსი ნარკომანთა 90%-ს გამოუვლინდა) და ასევე საშიშია ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალისთვის. დაავადება შეიძლება დიალიზის ცენტრებსა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში გავრცელდეს. გაურკვეველია ხდება თუ არა დაავადების გავრცელება პირდაპირი კონტაქტით. ტრანსმისიის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა დონორთა სისხლის ტესტირება, სისხლის პროდუქტების ანტივირუსული მკურნალობა, ძველი შპრიცების შეცვლის პროგრამა და ჰიგიენა. 1998 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჰეპატიტის პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითად კრიზისად გამოაცხადა, ასევე ხაზი გაუსვა, რომ ამ „ჩუმ ეპიდემიას„ არასათანადო ყურადღება ექცევა მაშინ, როცა 170 მილიონი ადამიანი (1996 წელი) ინფიცირებულია და ცნობილია, რომ ქრონიკული C ჰეპატიტი, ციროზის და ღვიძლის კიბოს მთავარი გამომწვევი მიზეზია. დღეისთვის ვაქცინა ხელმისაწვდომი არ არის, თუმცა ექსპერიმენტალური ვაქცინა საცდელ ეტაპს გადის. კვლევების შედეგები უჩვენებს, რომ ინტერფერონითა და რიბავირინით მკურნალობა შემთხვევათა 40%-ში ეფექტურია.

D ჰეპატიტი. D ჰეპატიტის ვირუსი, ასევე ცნობილი, როგორც დელტა ჰეპატიტი, შეიძლება თვითშეზღუდული იყოს ან ქრონიკული ჰეპატიტი გამოიწვიოს. ის გამოწვეულია ვირუსის მსგავსი ნაწილაკით, რომელიც ორგანიზმს აინფიცირებს B ჰეპატიტის ვირუსთან ერთად, როგორც კოინფექცია ან ჩნდება B ჰეპატიტის ქრონიკულ მატარებლებში. D ჰეპატიტის ვირუსი მსოფლიო მასშტაბით იგივე რისკის ჯგუფებში ვრცელდება, რომელშიც B ჰეპატიტი. D ჰეპატიტის მართვა ხდება კონტაქტირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფის წევრებს შორის პასიური იმუნოგლობულინის შეყვანით, ასევე უნდა მოხდეს HBV-თი ვაქცინაცია, ვინაიდან ეს ორი დაავადება ხშირად ერთდროულად გვხვდება. დღესდღეობით D ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა არ არსებობს.

E ჰეპატიტი. E ჰეპატიტის ვირუსს A ჰეპატიტის მსგავსი ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს. ლიტერატურაში აღწერილი არ არის E ჰეპატიტის ქრონიკული მიმდინარეობის შესახებ. მის ერთ-ერთ მახასიათებელად ფეხმძიმე ქალებში მაღალი ლეტალობა ითვლება. დაავადება ვირუსის ტიპის ნაწილაკისგანაა გამოწვეული, რომლის ინკუბაციური პერიოდი 15-64 დღეა და ყველაზე ხშირად მოზარდებს შორის ვლინდება. ცალკეული შემთხვევები, ისევე როგორც ეპიდემიები ინდოეთში, პაკისტანში, ჩინეთში, რუსეთში, მექსიკაში და ჩრდილოეთ აფრიკაში აღირიცხა. E ჰეპატიტის ეპიდემიები ხშირად კონტამინირებულ წყალს უკავშირდება, ცალკეული შემთხვევების მიზეზი კი ცუდი ჰიგიენური პირობებია და ფეკალური-ორალური მექანიზმით ვრცელდება. E ჰეპატიტის ვაქცინა არ არსებობს და პასიური იმუნიზაცია საკმარისი არ არის.

Haemophilus influenzae type b. b ტიპის ჰემოფილუს ინფლუეზა ბაქტერიაა (Hib), რომელიც 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში მენინგიტს და სხვა სერიოზულ ინფექციებს იწვევს. ეფექტური ვაქცინების შემოღებამდე 200 ბავშვიდან 1 ბავშვს ინვაზიური B ტიპის ჰემოფილური ჩხირი (Hib) აღენიშნებოდა, მათგან 2/3-ს მენინგიტი უვითარდებოდა, რომელთა შორის ლეტალობა 2-5%-ს შეადგენდა. გრძელვადიანი გართულებები, როგორიცაა სმენის დაქვეითება და ნევროლოგიური აშლილობა, გადარჩენილი ბავშვების 15-30%-ს შეადგენდა.

პირველმა ვაქცინამ, რომელიც ბაქტერიის კაფსულურ ნივთიერებაზე იყო დაფუძნებული, ლიცენზირება 1985 წელს გაიარა. ფინეთში ჩატარებულმა ფართო კლინიკურმაNკვლევებმა მისი ეფექტურობის მაღალი ხარისხი აჩვენა, მაგრამ პოსტმარკეტინგული გამოკვევლევებით ნაკლებად სახარბიელო შედეგები მიიღეს. 1989 წლისთვის მოიწონეს, იმონოლოგიური რეაქციის გაზრდის უნარის მქონე კონიუგირებული ვაქცინა, რომელიც დაფუძნებულია უჯრედის კაფსულური ფაქტორის დამატებით პროტეინზე. დღესდღეობით ხელმისაწვდომი რამდენიმე კონიუგირებული ვაქცინაა.

კონიუგირებული ვაქცინები ამჟამად კომბინირებულია DPT (დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი) ვაქცინასთან, რადგან მათი აცრის სქემები ერთმანეთს ემთხვევა. მიუხედავად იმისა, რომ Hib ვაქცინა რენტაბელური აღმოჩნდა, თავდაპირველად ისეთივე ძვირი იყო, როგორც ძირითადი ვაქცინები (DPT, OPV, MMR და HBV). ამ მიზეზის გამო, მისი გამოყენება აქამდე შეზღუდული იყო, იყენებდნენ მხოლოდ ინდუსტრიულ ქვეყნებში. ვაქცინა იმუნოლოგიური უზრუნველყოფისთვის ძვირფასი დანამატია, ევროპის ქვეყნებში მან ბავშვთა აღნიშნული ინფექციის ადგილობრივი ერადიკაციის თვალსაზრისით, ეფექტური შედეგები აჩვენა, ხოლო აშშ-ში ავადობა მკვეთრად შეამცირა.

გამბიაში ჩატარებულმა საველე კვლევებმა ინვაზიური სტრეპტოკოკური ინფექციისგან გამოწვეული სიკვდილიანობის მკვეთრი შემცირება აჩვენა. ვაქცინის ფასიც 1990-იანი წლების შუა ხანებიდან მკვეთრად შემცირდა. შედეგად, 1997 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ განვითარებად ქვეყნებში Hib ვაქცინის რუტინული იმუნიზაციის პროგრამაში შეტანას რეკომენდაცია გაუწია.

გრიპი (influenza) მწვავე, ვირუსული, სასუნთქი სისტემის დაავადებაა, რომელსაც სიცხე, თავის ტკივილი, მიალგია, პროსტრაცია და ხველება ახასიათებს. ინფიცირებულ ადამიანებთან ახლო კონტაქტის შემთხვევაში, ჰაერწვეთოვანი ნაწილაკებით სწრაფად გადამდებია, ინკუბაციური პერიოდი 1-5 დღეა. დაავადება უმეტესად მსუბუქია და გამოჯანმრთელება დაახლოებით 2-7 დღეში ხდება. თუმცა, მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, როგორიცაა ასაკოვნები და ქრონიკულად დაავადებული ადამიანები, ინფექციამ შეიძლება მწვავე გართულებები გამოიწვიოს. ნაწლავური სიმპტომები უმეტესად ბავშვებში აღინიშნება. ეპიდემიების დროს სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იზრდება, ვინაიდან დაავადებულ ადამიანთა რაოდენობა დიდია, თუმცა ლეტალობა ძირითადად ძალიან დაბალია.

გასული საუკუნეების განმავლობაში, გრიპის პანდემიები 1889, 1918, 1957 და 1968 წლებში მოხდა. 1918 წელს მომხდარმა პანდემიამ მილიონობით ახალგაზრდის სიკვდილი გამოიწვია. ზოგიერთი გამოთვლების თანახმად, ამ პანდემიას უფრო მეტი ადამიანი შეეწირა, ვიდრე პირველ მსოფლიო ომს. აშშ-ში 1976 წელს, რეციდივის თავიდან ასაცილებლად, დაავადებათა კონროლის ცენტრებმა, მასობრივი იმუნიზაციის პროგრამა ჩაატარა.

ყოველწლიურად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ეპიდემიოლოგიური სამსახურები და მოკავშირე ცენტრები, როგორიცაა დაავადების კონტროლის ცენტრები რეკომენდაციას უწევენ, თუ რომელი შტამები უნდა იყოს გამოყენებული ვაქცინის მოსამზადებლად, მოსახლეობის მგრძობიარე ჯგუფში გამოყენებისთვის. ეს ვაქცინები მომზადებულია წინასწარ შემოწმებული ეპიდემიური შტამებით. გრიპის სამ ძირითად ტიპს (A, B და C) განსხვავებული ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები აქვთ. A ტიპი და მისი ქვეტიპები, რომლებიც ანტი-

ჩანართი 4.6 მაღალი რისკის ჯგუფები, რომელთაც ექომენდებათ გრიპის საწინააღმდეგო ყოველწლიური ვაქცინაციისთვის:

1. სამედიცინო დაკვირვების ქვეშ მყოფი მოზარდები და ბავშვები, რომელთაც ქრონიკული გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი გზის პრობლემები აქვთ;
2. ხანგრძლივი მკურნალობის დაწესებულებების, მოხუცთა ან ინვალიდთა სახლის (სადაც სამედიცინო მომსახურება ვრცელდება) ბინადარნი;
3. 65 წლის ასაკის ზემოთ ადამიანები;
4. გრძელვადიანი ასპირინის თერაპიის პაციენტები, რომლებიც გრიპის ინფექციის შემდგომი რეის სინდრომის რისკის ქვეშ მყოფნი არიან;
5. აივ-ით ინფიცირებული და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე ადამიანები;
6. სამედიცინო პერსონალი;
7. ხანგრძლივი მკურნალობის დაწესებულებების, მოხუცთა ან ინვალიდთა სახლის მომსახურე პერსონალი;
8. სახლის პირობებში მომვლელ ადამიანთა და მაღალი რისკის მქონე პირებთან კონტაქტის მქონე ადამიანები.

წყარო: ბ. კასენსი 1992 წ, პრევენციული მედიცინა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მეორე გამოცემა, მალვერნი, პენსილვანია: ჰარვოლ, კო. გვ. 99

გენური ცვალებადობის (antigenic shift) შედეგია, დაკავშირებულია ფართოდ გავრცელებულ ეპიდემიებთან და პანდემიებთან. B ტიპიც ანტიგენურ ცვალებადობას განიცდის (antigenic drift) და ნაკლებად გავრცელებულ ეპიდემიებთანაა დაკავშირებული. C ტიპის გრიპი უფრო მეტად ლოკალურად ვრცელდება.

ფართოდ გავრცელებული ველური შტამის წინააღმდეგ აქტიური იმუნიზაცია მაღალი რისკის ჯგუფებში 70-80% დაცვას იწვევს. ყოველწლიური იმუნიზაციის სარგებელი ბევრად აღემატება მასზე გაწეულ ხარჯებს და დამტკიცდა, რომ ეფექტურია გრიპის შემთხვევების შემცირებასა და შემდგომი გართულებების (როგორიცაა მაღალი რისკის ჯგუფებში სასუნთქი გართულებებისგან გამოწვეული პნევმონია ან სიკვდილი) თავიდან ასაცილებლად.

პნევმოკოკური დაავადება. პნევმოკოკური დაავადებები, რომლებსაც streptococcus pneumonia იწვევს, პნევმონიის, მენინგიტის და ოტიტის სახით ვლინდება. მიკროორგანიზმის უკვე ნაცნობი 83 ტიპისგან ვაქცინისთვის შეარჩიეს 23 კაპსულური ჯგუფის პნევმოკოკი, რომელიც პნევმოკოკური პნევმონიის შემთხვევების 88%-ის და ამერიკის შეერთებულ შტატებში პნევმონიის შემთხვევების 10-25%-ის გამომწვევია. ამასთან, ყოველწლიურად პნევმოკოკურ დაავადებას 40.000 ლეტალური შემთხვევა უკავშირდება. ვაქცინა მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის რენტაბელური აღმოჩნდა, რომლებსაც მიეკუთვნებიან ქრონიკული დაავადების მქონე და ასპლენიური პაციენტები, აივ-მატარებლები, ხანდაზმულები და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირები. ვაქცინა ჩართული უნდა იყოს ქრონიკული ავადმყოფების პრევენციაზე ორიენტირებულ პროგრამებში, რომლებიც ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებენ. ვინაიდან პნევმოკოკი ბაქტერიულ მენინგიტს იწვევს, იგი მომავალში შეიძლება ბავშვთა რუტინული იმუნიზაციის პროგრამაში გამოყენონ.

ჩუტყვავილა *(Chicken Pox, Shingles, Herpes Zoster).* ჩუტყვავილა მწვავე, ფართოდ გავრცელებული ვირუსული დაავადებაა, რომელიც ჩუტყვავილას ვირუსითაა გამოწვეული. მიუხედავად იმისა, რომ ჩუტყვავილა უვნებელ დაავადებადაა მიჩნეული, ის შეიძლება მძიმედაც მიმდინარეობდეს. სიცხე და დამახასიათებელი წითელი გამონაყარი რამდენიმე საათი გრძელდება, მას თან სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში ბუშტუკოვანი გამონაყარი სდევს. გამონაყარი შეიძლება თვალის მემბრანაში, პირსა და სასუნთქ გზებში გაჩნდეს. დაავადება შეიძლება ძალიან მსუბუქ ფორმებში გამოვლინდეს, ან მძიმე მიმდინარეობა მიიღოს, განსაკუთრებით მოზარდებში. ლეტალური გამოსავალი მოზარდებში ვირუსული პნევმონიის, ხოლო ბავშვებში სეფსისის ან ენცეფალიტის განვითარების შემთხვევაში ვითარდება. ახალშობილებში, რომელთა დედებს დაავადება მშობიარობიდან 2 დღეში გამოუვლინდათ, ლეტალური გამოსავლის რისკი შეიძლება 30%-მდე გაიზარდოს. პერსისტირებულმაჰვირუსმა შეიძლება მწვავე ჰერპესი გამოიწვიოს მტკივნეული, ვეზიკულარული გამონაყარით ნერვული დაბოლოე-

ჩანართი 4.7 პნევმოკოკური ვაქცინასთვის ჰეკომენდასია შემდეგ ჩისკის ჯგუფებს ეძლევათ.

ვაქცინა უნდა მიეცეთ ერჯერადად მაღალი რისკის მქონე შემდეგ კატეგორიებს

1. ადამიანები 65 წლის ზევით;
2. ქრონიკულად დაავადებულნი, მაგ:, გულსისხლძარღვთა, სასუნთქი, ღვიძლის, თირკმლის დაავადებები, დიაბეტი, კიბო, ციროზი;
3. პაციენტები, რომელთაც ამოცლილი აქვთ ელენთა;
4. სუსტი იმუნიტეტის მქონე მოზარდები, აივ-ვირუსით ინფიცირებულები;
5. 2 წლის ან უფროსი ასაკის ბავშვები, რომელთაც ქრონიკული დაავადება ან სუსტი იმუნიტეტი აქვთ;
6. ადამიანები, რომლებიც ბევრს მოგზაურობენ.

წყარო: *ბ. კასენსი 1992 წ, პრევენციული მედიცინა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მეორე გამოცემა, მალვერნი, პენსილვანია: ჰარვოლ, კო. გვ. 95*

ბების გარშემო, რომელიც თვეები გრძელდება. მისი გამოვლინების შანსი ასაკთან ერთად მატულობს და ძირითადად ხანდაზმულებში გვხვდება. დაავადება ასევე გავრცელებულია სუსტი იმუნიტეტის მქონე ბავშვებში (განსაკუთრებით ვისაც ქიმიოთერაპია უტარდებათ), შიდსის მქონე პაციენტებსა და სხვა დაავადებულებში. მოსახლეობის 15%-ს შესაძლოა მთელი სიცოცხლის მანძილზე ჰქონდეს ჰერპესი. რეის სინდრომი, რომელიც საკმაოდ იშვიათია, ჩუტყვავილას და B ტიპის ინფლუენზას სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს, ის უმეტესად ბავშვებში ვლინდება და ღვიძლსა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემას აზიანებს. თანდაყოლილი ჩუტყვავილას სინდრომი, რომელიც თანდაყოლილ წითურას სინდრომს ჰგავს, ახლახან იდენტიფიცირებულ იქნა. ჩუტყვავილას ვაქცინა აშშ-ში რეკომენდებულია ბავშვთა რუტინული იმუნიზაციისათვის 12-18 თვის ბავშვებისთვის. ვაქცინა ასევე რეკომენდებულია არაფეხმძიმე ქალებისთვის რეპროდუქციის პერიოდში. ჩუტყვავილას ვაქცინა ემატება კომბინირებული ტიპის ვაქცინებს, რომელიც შეიცავს DPT, პოლიოს ინაქტივირებულ ვაქცინას (IPV) და Hib-ს.

მენინგოკოკური მენინგიტი. მენინგოკოკური მენინგიტი, გამოწვეული მენინგოკოკის ბაქტერიით, თავის ტკივილით, სიცხით, კისრის გაშეშებით, კომით ან კრუნჩხვებით ხასიათდება. ინკუბაციური პერიოდი 2-10 დღეა. დროული და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, ლეტალობა 5-15%-ია, ხოლო თუ მკურნალობა არ ჩატარდა, მაჩვენებელი 50%-მდე იზრდება. დაავადებას ბაქტერიის რამდენიმე შტამი განაპირობებს (A, B, C, X, Y და Z). A და C სეროლოგიური ჯგუფები ეპიდემიის მთავარი გამომწვევი მიზეზებია, ხოლო B ტიპი სპორადულ შემთხვევებს იწვევს და ლოკალურად ვრცელდება. ინფექციის გადაცემა პირდაპირი კონტაქტის და წვეთოვანი გზით ხდება.

მენინგიტი (A ჯგუფი) ზოგადად სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებშია გავრცელებული, მაგრამ ეპიდემიები მსოფლიო მასშტაბითაც გვხვდება. ეპიდემიის პერიოდში დაავადება ყველაზე ხშირად და მძიმედ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ვლინდება. განვითარებულ ქვეყნებში, დაავადება უმეტესად სტუდენტურ და სამხედრო დასახლებებში ვრცელდება. 1997 წელს მენინგოკოკური მენინგიტი „მენინგიტურ სარტყელში„ ანუ ცენტრალურ აფრიკაში ფართოდ გავრცელდა.

ეპიდაფეთქების კონტროლის მიზნით ქიმიოპროფილაქტიკა ანტიბიოტიკების საშუალებით დაავადებულთან კონტაქტის მქონე პირებში ტარდება. ხელმისაწვდომია ვაქცინები A და C (ბივალენტური) ან A, C, W და Y სეროტიპების წინააღმდეგ. მათი გამოყენება ეფექტურია ეპიდემიის კონტროლისა და პრევენციის მიზნით, ახლადგაწვეულ სამხედრო პირებში განსაკუთრებით A და C სეროტიპები გამოიყენება.

იმუნიზაციის პროგრამის საფუძვლები

ვაქცინაცია ინფექციური დაავადებათა პირველადი პრევენციის მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს. იმუნიზაცია რენტაბელურია, მოსახლეობას დაავადების ფართო მასშტაბით გავრცელებისგან და სიკვდილისგან იცავს. მიუხედავად საერთო კონსენსუსისა, საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ვაქცინაციის ცენტრალურ როლთან დაკავშირებით, დაპირისპირება და განუხორციელებელი მოლოდინი მაინც არსებობს.

ვაქცინაციის პროგრამა მიზნად უნდა ისახავდეს 95%-იან მოცვას ჩვილების, სკოლის ასაკის ბავშვების და მოზრდილების ჩათვლით. იმუნუზაციის პოლიტიკა მიმდინარე საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით უნდა შემუშავდეს და ამასთან, პროგრამა ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობასა და ფინანსურ შესაძლებლობებს უნდა მიესადაგოს (ცხრილი 4.6). აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვალიფიციური პერსონალი გათვითცნობიერებული იყოს ვაქცინებით მართვადი დაავადებების კონტროლში, რომლებიც კონსულტაციას გაუწევენ ჯანდაცვის სამინისტროებსა და პედიატრიული საზოგადოების პრაქტიკოსებს ვაქცინაციისას არსებული პრობლემების შესახებ და მეთვალყურეობას გაუწევენ პროგრამების განხორციელებას და განვითარებას. დებატები და განსხვავებული მოსაზრებები დამახასიათებელია იმუნიზაციის პოლიტიკისთვის, ასე რომ, დისკუსიები უწყვეტად უნდა მიმდინარეობდეს. იმუნიზაციის პოლიტიკა ეროვნული იმუნუზაციის საკონსულტაციო კომიტეტის, მათ შორის,

ცხრილი 4.6 ბავშვებში რეკომენდებული იმუნიზაციის სქემა[a], აშშ, 1999 წ.

ვაქცინა	ასაკი (თვეები)									
	დაბ.	1 თვე	2 თვე	4 თვე	6 თვე	12 თვე	15-18 თვე	4-6 წ.	11-12 წ.	14-16 წ.
B ჰეპატიტი	Hep B1									
DPT/DTaP			Hep B2			Hep B3			Hep B#	
Hib			DPT1	DPT2	DPT3	DPT4		DPT5		TD
პოლიოვირუსი[b]			Hib1	Hib2	Hib3	Hib4				
MMR			IPV1	IPV2		OPV1		OPV2		
ჩუტყვავილა						MMR1		MMR2 (4–6 ან 11–12)		
როტავირუსი						Var1			Var#	
			Rv1	Rv2	Rv3					

წყარო: დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, 1999 წ. ბავშვთა იმუნიზაციის რეკომენდირებული განრიგი-აშშ, 1999 წ. *Mordibity and Mortality Weekly Report*, 48:12-16.

[a]OPV, ორალური პოლიო ვაქცინა; IPV, ინაქტივირებული პოლიო ვაქცინა; DPT ან DPaT, დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, უპირატესად უჯრედული მომზადება (DTap) და ტეტანუსის ტოქსოიდი (DPT4-ის მიღება 12 თვის ასაკში შეიძლება, მხოლოდ მაშინ, როდესაც წინა DPT-დან 6 თვეა გასული); Td- დიფტერია და ტეტანუსი; MMR- წითელა, ყბაყურა, წითურა, Hep B- B ჰეპატიტის, Hib, B —*haemophilus influezae, type b*; Var- ჩუტყვავილას ვირუსი; RV- როტავირუსი; # მათთვის, ვინც ბავშვობაში აცრილი არ არის.

[b]1999 წელს, ჩვილთა პოლიო ვირუსის წინააღმდეგ იმუნიზაცია IPV-ის 3 დოზით შეიცვალა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, აკადემიის, იმუნოლოგიის, ლაბორატორიული მეცნიერებების, ეკონომიკისა და შესაბამისი კლინიკური სფეროების მხრიდან, მუდმივ მეთვალყურეობას საჭიროებს.

ვაქცინის მიწოდება ადეკვატური და უწყვეტი უნდა იყოს. მისი შეკვეთა უნდა ხდებოდეს მწარმოებელთან, რომელიც საწარმოო პრაქტიკის საერთაშორისო სტანდარტებს აკმაყოფილებს. ვაქცინის ყველა პარტიამ მოხმარებამდე უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის ტესტი უნდა გაიაროს. სითბოს მიმართ არამდგრადი ვაქცინების, შრატისა და სხვა აქტიური ბოილოგიური პრეპარატების მაღალი ტემპერატურიდან დასაცავად საჭიროა შესაბამისი და უწყვეტად კონტროლირებული „ცივი ჯაჭვის„ პრინციპის გამოყენება. ეს პრინციპი უნდა მოიცავდეს შენახვის ეტაპებს, ტრანსპორტირებას და გამოყენების ადგილზე პრეპარატების უსაფრთხოების შენარჩუნებას. ვაქცინაციის დროს სასურველია მხოლოდ ერთჯერადი შპრიცების გამოყენება, რათა თავიდან ავიცილოთ სისხლით გადამდები ინფექციების შესაძლო გავრცელება.

ვაქცინაციის პროგრამები დაფუძნებულია ადვილად ხელმისაწვდომ მომსახურებაზე ყოველგვარი ბარიერებისა და წინაპირობების გარეშე, მშობლებისთვის ვაქცინის უფასო ან მინიმალურ ფასად მიწოდებაზე. ერთჯერადი შპრიცებით ვაქცინების შეყვანა სათანადოდ მომზადებული პირების მიერ უნდა ხდებოდეს, რომლებიც პაციენტზე და საზოგადოებაზე ორიენტირებული მიდგომებით ხელმძღვანელობენ. დაზღვევის სააგენტოების მიერ წამახალისებელი გადახდები ან ავადმყოფთა მოვლის სისტემები ხელს შეუწყობს ვაქცინაციით სრულ მოცვას.

ვაქცინაციას უმნიშვნელო უკუჩვენებები გააჩნია. ვაქცინის მიცემა მსუბუქი ავადმყოფობის, ანტიბიოტიკებით მკურნალობის და გამოჯანმრთელების დროსაც კი შეიძლება, ასევე რეკომენდებულია იმ პირთათვისაც, რომლებსაც ანამნეზში მსუბუქი, ზომიერი ადგილობრივი რეაქციები, ან კონვულსია ან ოჯახურ ანამნეზში ახალშობილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი აქვთ. მონო და კომბინირებული ვაქცინის ერთდროული დანიშვნა ექიმთან ვიზიტის რაოდენობას ამცირებს, რითაც მოცვა უმჯობესდება. ვაქცინის ანტიგენებს შორის ურთიერთზემოქმედების შემთხვევები აღწერილი არ არის.

სრული და ზუსტი ანგარიშების კომპიუტერიზაცია ავტომატური შეხსენებით, ასევე სხვა სერვისებთან შეთანხმებული გრაფიკი გვეხმარება თანხმობის მიღწევაში. არასასურველი შემთხვევების შესახებ ანგარიში სწრაფად, ზუსტად და სრულად უნდა გაკეთდეს. მეთვალყურეობის სისტემით უნდა ხორციელდებოდეს შეხსენება მომავალი თუ გამოტოვებუ-

ლი ვაქცინაციის შესახებ. გამოიყენეთ ფოსტა, ტელეფონი და სამედიცინო დახმარება ბინაზე განსაკუთრებით მაღალი რისკის ოჯახებისთვის ნახევარწლიან აუდიტთან ერთად ვაქცინაციით მოცვის შესაფასებლად და პაციენტთა რეგისტრაციის შესამოწმებლად. მეთვალყურეობამ უნდა გამოავლინოს ის ბავშვები, რომლებიც ნაწილობრივ აცრილნი არიან და დოკუმენტაციის ხარისხი შეაფასოს. მნიშვნელოვანია, დაცული იქნას უახლესი, ადვილად ხელმისაწვდომი სამედიცინო პროტოკოლები, სადაც აღნიშნულია ვაქცინების შეყვანის გზები, მითითებულია დოზები, უკუჩვენებები და არასასურველი შემთხვევების მართვა.

ჯანდაცვის ყველა პროვაიდერმა და მენეჯერმა იმუნიზაციის კურსის ჩატარებისა და ხელშეწყობის შესახებ სწავლება უნდა გაიაროს. ინფორმირების პროგრამები მიზანმიმართული უნდა იყოს როგორც მშობლების, ასევე ფართო საზოგადოების მიმართ. გამოყენებული ვაქცინებისა და აცრილი ბავშვების მონოტორინგი შეიძლება გამარტივდეს იმუნიზაციის ანგარიშების კომპიუტერიზაციით ან ბავშვთა სოციალური დაცვის სამსახურის ანგარიშების რეგულარული მიმოხილვით. კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთა მიერ იმუნიზაციის ჩატარებისას, მაგ. აშშ-ში, ვაქცინაციით მოცვის განსაზღვრა პერიოდული კვლევების საშუალებით ხორციელდება.

ვაქცინების რეგულაცია

ვაქცინების შემოწმება უსაფრთხოებაზე, აქტიურობაზე და სტანდარტებზე რეგულაციის ერთ-ერთი ნაწილია. ვაქცინა ბიოლოგიურ პროდუქტს წარმოადგენს და ამიტომაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ კანონმდებლობას ექვემდებარება. აშშ-ში იგი ემორჩილება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების კანონს, ასევე საკვები პროდუქტების, მედიკამენტებისა და კოსმეტიკური საშუალებების შესახებ კანონს, რომელსაც ფედერალური რეგულაციების კოდექსი არეგულირებს.

ფედერალური ორგანო, რომელიც უფლებამოსილია ეს რეგულაცია განახორციელოს, არის საკვები პროდუქტებისა და მედიკამენტური საშუალებების ფედერალური კონტროლის მმართველობის ბიოპრეპარატებისა და მედიკამენტების ცენტრი.

ვაქცინების უკუჩვენებების შესახებ წარმართულმა სასამართლო პროცესებმა სასამართლო ხარჯების ინფლაცია და სასამართლოში საკითხის გადაწყვეტილების მცდელობა გამოიწვია. ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალურმა მთავრობამ 1988 წელს ბავშვებში ვაქცინაციით გამოწვეული ზიანის შესახებ კანონი გამოსცა. კანონი მოითხოვს ყველა გაკეთებული ვაქცინა და ვაქცინით გამოწვეული ყველა გართულება და რეაქცია წერილობით აღირიცხოს. იყო მცდელობები ვაქცინაციით დაზარალებული ადამიანებისთვის ზარალი მატერიალურად აენაზღაურებინათ, რაც უფრო სწრაფად ხდებოდა და ასევე ხდებოდა სამოქალაქო სარჩელის თავიდან აცილება. ამ სისტემის გამოყენებით მოსარჩლეებს აღარ სჭირდებოდათ იმის მტკიცება, რომ მწარმოებლები ან ადამიანები, ვინც ვაქცინას ნიშნავდა, დამნაშავენი იყვნენ. მათ უნდა დაემტკიცებინათ მხოლოდ ის, რომ ვაქცინამ გვერდითი მოვლენები გამოიწვია, რათა კომპენსაცია მიეღოთ. აღნიშნული კანონმდებლობა DTP, MMR, OPV და IPV ვაქცინებს ეხება.

ვაქცინის განვითარება

მე-18 საუკუნეში ჯენერის მიერ შექმნილი ვაქცინის განვითარება 1987 წელს რეკომბინანტული B ჰეპატიტის ვაქცინამდე, ასევე არაუჯრედული ყივანახველას, ჩუტყვავილის, A ჰეპატიტისა და 1990-იან წლებში შექმნილი როტავირუსის ვაქცინები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი დასაყრდენი გახდა და უამრავი ადამიანი სიკვდილს გადაარჩინა. რეკომბინანტული ტექნოლოგიების გამოყენებით და გენეტიკური მიდგომის გზით მიმდინარეობს კვლევები ადამიანებში ვირუსული ინფექციების, აივ-ინფექციის, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსის, პაპილომას, ეპშტეინ-ბარის ვირუსის, დენგეს ცხელების და ჰანტას (მდინარე ჩრდილოეთ და სამხრეთ კორეაში) ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინების შესაქმნელად. ვაქცინების მიღების სამომავლო პოტენციალზე დიდ ზეგავლენას მოახდენს გენურ ინჟინერიაში მიღწეული სამეცნიერო განვითარება, კერძოდ, მცენარეებზე მიკრობული ბაქტერიისა და პროტეინის ჩანერგვით ვაქცინის მიღება, რომელიც შეიძლება მიცემულ იქნას კომბინირებული სახით მიკროორგანიზმების მზარდი სპექტრისა და მათი მავნე პროდუქტების წინააღმდეგ.

1970-იანი წლებიდან რეკომბინანტული დნმ-ის ტექნოლოგიამ ზოგად და ბიოსამედიცინო კვლევაში გარდატეხა მოახდინა. ბიოტე-

ქნოლოგიურმა ინდუსტრიამ მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ტესტები შექმნა, როგორიცაა აივ-ვირუსის ტესტი, რამაც ვაქცინის განვითარების შესაძლებლობა გაზარდა. ტრადიციული მთლიანი ორგანიზმის ვაქცინები, ცოცხალი ან დახოცილი, შეიძლება ტოქსიკურ პროდუქტებს შეიცავდეს, რომლებმაც შესაძლოა როგორც სუსტი, ასევე მძიმე რეაქცია გამოიწვიოს. ვაქცინების ქვეჯგუფების დამზადება მიკროორგანიზმის კომპონენტებისგან ხდება. ამით ავიცილებთ ისეთ ცოცხალ ორგანიზმებს, რომლებმაც შესაძლოა დაავადება გამოიწვიონ ან რეაქციის გამომწვევი ტოქსიკური პროდუქტები გამოყონ. ნაწილობრივად გაწმენდილი ტოქსინების ინაქტივაციით დამზადებული ამ სახის ვაქცინები ძვირია, რთული დასამზადებელია და იმუნოგენურად სუსტია. რეკომბინანტული ტექნოლოგიები ძალიან მნიშვნელოვანია მთლიანი უჯრედის ან ქვეჯგუფების ახალი ვაქცინების წარმოებისთვის, რომლებიც უსაფრთხოა, იაფი და პროდუქტიულია. მათი წვლილი იმუნოლოგიის მომავალში მნიშვნელოვანი იქნება.

მოლეკულურმა ბიოლოგიამ და გენურმა ინჟინერიამ შესაძლებელი გახადა ახალი, გაუმჯობესებული და ნაკლებად ძვირი ვაქცინების შექმნა. ახალი ვაქცინები უნდა იყოს იაფი, მაკროორგანიზმში ადვილად შესაყვანი, ხელმისაწვდომი, გაყინვის გარეშე ტრანსპორტირებადი და სასურველია ხორციელდებოდეს ორალური გზით მიღება. დიარეას გამომწვევი ვირუსების ჯგუფთა წინააღმდეგ იაფი და ეფექტური ვაქცინების ძიებამ საფუძველი დაუდო როტავირუსის ვაქცინის განვითარებას. ზოგიერთი კვლევა ფოკუსირებას ახდენს მცენარეების გენურ პროგრამირებაზე, რათა მოხდეს დნმ-სა და ვაქცინების წარმოება. ვაქცინების მწარმოებლები, რომლებიც წლების განმავლობაში იკვლევენ და უზარმაზარ თანხებს ხარჯავენ ახალ პროდუქციაზე, უმეტესად ისეთ ვაქცინებზე მუშაობენ, რომელთაც კომპანიისთვის დიდი ფინანსურ მოგება მოაქვს და ადგილობრივი ჯანდაცვის ორგანოს მიმართ კრიტიკულები არიან. ამის შედეგად ნაკლები ძალისხმევა იხარჯება ვაქცინის შექმნაზე ისეთი დაავდების მიმართ, როგორიცაა მალარია. თუმცა, ინდუსტრია ამ სფეროს წინსვლაში მაინც დიდ როლს თამაშობს.

ინფექციური დაავადებების პონტი/ეპიდემიოლოგია

მას შემდეგ რაც ყვავილის ერადიკაცია მოხდა, ყურადღება დაეთმო სხვა, მსგავსი დაავადებების ერადიკაციის მცდელობებს. ზოგიერთი დაავადების აღმოფხვრის მცდელობა არსებული ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული პრაქტიკული სირთულეების გამო გვერდზე გადაიდო. დაავადებებს, რომელთა ერადიკაციის შესახებ დისკუსია მიმდინარეობდა, მიეკუთვნება წითელა, ტუბერკულოზი და ზოგიერთი ტროპიკული დაავადება, როგორიცაა მალარია და დრაკუნკულოზი. ერადიკაცია მაშინ მიიღწევა, როდესაც ადგილი აღარ აქვს ახალი შემთხვევების აღმოცენებას და დაავადების კონტროლის ზომები საჭირო აღარაა. ინფექციური დაავადებების ეპიდემიის შემცირებამ, კონტროლისა და გარკვეულ ადგილებსა და სამიზნე ჯგუფებში დაავადების ერადიკაციის გზით, ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება დაავადების საბოლოო ერადიკაცია გამოიწვიოს. ლოკალური ერადიკაცია მაშინ მიიღწევა, როცა უცხო ორგანიზმის ადგილობრივი მიმოქცევა შეწყვეტილია და მხოლოდ შემოტანილი შემთხვევების ცირკულაცია ხდება. ეს საჭიროებს ძლიერ, განუწყვეტელ იმუნიზაციის პროგრამას, რომელიც ადაპტირებული იქნება მატარებელთა მიერ ინფექციის იმპორტირებაზე და ცვალებად ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლებზე.

ყვავილი

ყვავილი შუა საუკუნეების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პანდემური დაავადება იყო. მის შესახებ ჩანაწერები ანტიკური ხანიდან მოდის. ყვავილის პრევენცია ანტიკურ ჩინეთში ჰო კუნგის მიერ განიხილებოდა, ხოლო დაავადების წინააღმდეგ ინოკულაცია (მიკრორგანიზმის შეყვანა ადამინის ორგანიზმში) ჩვენი წელთაღრიცხვით მე-11 საუკუნიდან დაიწყო. პრევენციას ყვავილის ბუშტუკების გამომშრალი ქერქების ფხვნილის ნაზალური ასპირაციით ახორციელებდნენ. ბავშვებში ყვავილის გავრცელებაზე დაკვირვებამ, როცა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაავადების შესუსტებული ფორმის გამო ყველაზე დაბალი იყო, უჩვენა, რომ ის ადამიანს ცხოვრების მანძილზე მხოლოდ ერთხელ ემართება. ევროპაში, მე-16 და მე-17

საუკუნეებში, იზოლაციას და კარანტინს ფართოდ იყენებდნენ.

ვარიოლაცია წარმოადგენდა საშუალებას, როცა ახალგაზრდებს ყვავილის იოლი ფორმის ბუშტუკების ქერქისგან აღებული მასალით ინოკულაციას იმ იმედით უტარებდნენ, რომ დაავადების უფრო იოლი ფორმა განვითარებულიყო. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მეთოდს სიკვდილი აშკარად მოყვებოდა, მას მაინც ფართოდ მიმართავდნენ, რადგან ვარიოლაციისგან გამოწვული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შედარებით დაბალი იყო, ვიდრე ეპიდემიების დროს ყვავილისაგან დაღუპულთა რაოდენობა. 1721 წელს ინგლისში წარმოდგენილი ეს პრაქტიკა (იხ თავი 1) მედიცინის მუშაკებისთვის მე-18 საუკუნეში მომგებიანი აღმოჩნდა. 1720-იან წლებში, ვარიოლაცია ამერიკულ კოლონიებში, რუსეთში, შემდეგ კი, შვედეთსა და დანიაში გავრცელდა.

მიუხედავად ყველა მცდელობისა, მე-18 საუკუნის დასაწყისში ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილიანობის მთავარი და წამყვანი მიზეზი ყვავილი იყო. მე-18 საუკუნის ბოლომდე, ევროპაში ყოველწლიურად 400.000 ადაიანი იღუპებოდა. ვაქცინაცია ან ძროხის ყვავილის ვირუსის გამოყენება ყვავილის წინააღმდეგ მე-18 საუკუნის მიწურულს დაიწყო. 1774 წელს, იორკშირში, ინგლისში, მესაქონლემ, ყვავილის ეპიდემიის პერიოდში, დაავადებისგან დაცვის მიზნით, ცოლი და ორი შვილი ძროხის ყვავილით აცრა. 1796 წელს, ედუარდ ჯენერმა, ინგლისელმა მეცნიერმა, ექსპერიმენტი ჩაატარა, ძროხის ყვავილით დაავადებული მწველავი ქალის პუსტულასგან დამზადებული ვაქცინა ჯანმრთელ ახალგაზრდას გაუკეთა, რომელსაც ვარიოლაციის შემდგომ ყვავილის წინააღმდეგ ბრძოლისუნარიანობის გამომუშავება დაუდასტურდა (იხ. 1 თავი). ვაქცინაცია ძროხის ყვავილის მასალით, უნივერსალურად ძალიან ნელა იქნა ათვისებული, მაგრამ 1801 წლისთვის ინგლისში უკვე 100.000-ზე მეტი ადამიანი იყო აცრილი. ვაქცინაციამ დიდი მხარდაჭერა მე-19 საუკუნეში სამხედრო დაწესებულებებსა და ზოგიერთ ქვეყნებში მოიპოვა.

ვაქცინაციას, რელიგიურ მოსაზრებებზე დაყრდნობით, თითქმის ერთი საუკუნის განმავლობაში ეწინააღმდეგებოდნენ, უარს ამბობდნენ ვაქცინაციაზე იმუნიტეტის გაძლიერების მიზნით, ვინაიდან ეს ინდივიდის უფლებების დარღვევად მიიჩნეოდა. ხშირად პროტესტი იმ პირებისგან მოდიოდა, რომლებიც ვარიოლაციას ახორციელებდნენ, რადგანაც მათი სამედიცინო პრაქტიკა და დიდი შემოსავალი საფრთხის ქვეშ დადგებოდა, თუ ვაქცინაციის მსურველთა რიცხვი მაქსიმალურად გაიზრდებოდა. დაავადების წინააღმდეგ საბრძოლველად გამოვიდნენ ასევე „სანიტარიული ინსპექტორებიც„, რომლებიც მიკრობის თეორიას დაუპირისპირდნენ და აღნიშნავდნენ, რომ სისუფთავე პრევენციის ყველაზე კარგი საშუალებაა. უნივერსალური ვაქცინაცია ევროპასა და ამერიკაში უფრო მეტად მე-19 საუკუნის დასაწყისში გავრცელდა, ხოლო ყვავილის ლიკვიდაციას განვითარებულ ქვეყნებში მე-20 საუკუნის შუა ხანებში მიაღწიეს.

1958 წელს საბჭოთა კავშირმა მსოფლიო ჯანმრთელობის ასამბლეას მსოფლიოში ყვავილის ლიკვიდაციის პროგრამა შესთავაზა და შემდგომში, მსოფლიო მოსახლეობის სულ მცირე 80%-ის ასაცრელად ყოველწლიურად საჭირო ვაქცინის 250 მილიონი დოზიდან 140 მილიონი დოზა უფასოდ გაიღო. 1967 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ყვავილის ერადიკაცია მიზნად დაისახა. შემუშავებული პროგრამა მოიცავდა ვაქცინაციით მოცვის გაზრდის საფუძველზე პირდაპირი კონტაქტის გზით ვირუსის ცირკულაციის შემცირებას. ყვავილის ენდემურ კერებში, სადაც აუცრელთა დიდი რიცხვი იყო, მასობრივი ვაქცინაციის ფაზის მიზანი, 80%-იანი მოცვის მიღწევა იყო.

ვაქცინაციით მოცვის გაზრდამ განვითარებად ქვეყნებში დაავადების პერიოდული და ლოკალური ეპიდაფეთქებები შეამცირა. 1967 წელს, 33 ქვეყანა ენდემურად იყო მიჩნეული, ხოლო დამატებით 11 ქვეყანაში შეტანილი შემთხვევები რეგისტრირდებოდა. 1970 წლისთვის ენდემური ქვეყნების რაოდენობა 17-მდე შემცირდა, ხოლო 1973 წლისთვის მხოლოდ 6 ენდემური ქვეყანა რჩებოდა, მათ შორის, ინდოეთი, პაკისტანი, ბანგლადეში და ნეპალი. ამ ქვეყნებში ახალი სტრატეგია იყო საჭირო, დაფუძნებული შემთხვევათა აქტიურ გამოვლინებაზე და ყველა კონტაქტირებულთა ვაქცინაციაზე, რათა ავადობის მაჩვენებელი ყოველ 100.000 მოსახლეზე 5-ზე ნაკლები ყოფილიყო. პროგრამამ შემდეგ კონსოლიდაციის ფაზაში გადაინაცვლა, რომელიც ახალშობილთა და ახალჩამოსულთა ვაქცინაციას ხაზს უსვამდა. ეპიდზედამხედველობა და შემთხვევის აქტიური გამოვლენა მიზნად ისახავდა კონტაქტირებულთა და რისკის ჯგუფების ვაქცინაციას. სარეაბილიტაციო ფაზა მაშინ დაიწყო,

როცა მეთვალყურეობამ და აღრიცხვამ ნაციონალური და რეგიონული სახე მიიღო და ყველა საეჭვო შემთხვევის ინტენსიური დაკვირვება და მეთვალყურეობა ხდებოდა. ეპიდემიის ხანა მასობრივი ვაქცინაციით კონტროლდებოდა, რაც დაავადების საერთო სიმძიმეს ამცირებდა, მაგრამ დაავადების ერადიკაცია ყველა ინდივიდუალური შემთხვევის იზოლაციასა და პოტენციური კონტაქტის მქონე ადამიანების ვაქცინაციას მოითხოვდა.

ტექნიკურმა ინოვაციებმა მსოფლიო მასშტაბით მასობრივი ვაქცინაციასთან დაკავშირებული პრობლემები მკვეთრად გააუმჯობესა. 1920-იან წლებში ყვავილის ვაქცინის ფართო არჩევანი არსებობდა. 1930-იან წლებში გამოყენებული შტამების შესუსტებისა და სტანდარტიზების მცდელობამ ვაქცინაციით გამოწვეული გართულებების მაჩვენებელი შეამცირა. ინგლისში 1950-იან წლებში ლიოფილიზაციის შედეგად ვაქცინა შეიქმნა, რომელიც მაღალ ტემპერატურაზეც გამძლეობას ინარჩუნებდა, რაც ტროპიკული მხარის განვითარებად ქვეყნებში მის გამოყენებას აადვილებდა. ორწვეტიანი (bifurcated) ნემსის (ბერნარდ რუბინი, 1961 წელი) გამოგონებამ გაამარტივა და ხელი შეუწყო ვაქცინაციას შორეულ მხარეებში, სადაც აცრებს შედარებით ნაკლებად გამოცდილი პერსონალი აკეთებდა. ამ ინოვაციებმა საბოლოოდ მსოფლიოში ვაქცინაციით მოცვის გაზრდა და დაავადების გავრცელების შემცირება გამოიწვია. მოსახლეობის კოლექტიური იმუნიტეტის გაზრდით შესაძლებელი გახდა ყვავილის შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანა, რამაც ხელი შეუწყო დაავადების ინდივიდუალური შემთხვევების იზოლაციის და მონიტორინგის ფაზაში გადასვლას.

1977 წელს ყვავილის ბოლო შემთხვევა სომალში დაფიქსირდა. 1980 წელს კი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ დაავადება ლიკვიდირებულად გამოაცხადა. ვინაიდან შემდგომი შემთხვევები მსოფლიოში აღარ დაფიქსირებულა, გარდა რემდენიმე შემთხვევისა, რაც 1978 წელს დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ლაბორატორიაში უსაფრთხოების წესების დარღვევასთან იყო ასოცირებული. 1999 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ყვავილის ვირუსის საცავები უნდა განადგურებულიყო. ერადიკაციის პროგრამის ღირებულება 112 მილიონი დოლარს შეადგენდა (ან წელიწადში 8 მილიონი დოლარს). მსოფლიო მასშტაბით წლიურად 1 ბილიონი დოლარი დაიზოგა. ამ გასაოცარმა მიღწევამ სხვა ინფექციური დაავადებების ერადიკაციის პრეცედენტს დაუდო საფუძველი. 1999 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეამ ატლანტასა და მოსკოვში დარჩენილი ყვავილის ვირუსის ორი საცავის განადგურება გადაწყვიტა. დარჩენილი საცავების განადგურება 2002 წლამდე გადაიდო შემდეგ მოსაზრებებზე დაყრდნობით: შესაძლოა, ზოგიერთ სახელმწიფოში არაკანონიერად კვლავ ყოფილიყო ყვავილის ვირუსი შენახული, ამასთან, არსებობდა პოტენციური ბიოტერორისტების მიერ მასობრივი განადგურების იარაღის შექმნის საშიშროება. საცავების შენარჩუნების სხვა გამართლებას წარმოადგენდა მაიმუნის ყვავილის გავრცელების ალბათობა და ვირუსის მომავალი სამეცნიერო კვლევებისთვის გამოყენება.

პოლიომიელიტის ლიკვიდაცია

1988 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2000 წლისთვის პოლიომიელიტის ლიკვიდაციის გეგმა შეიმუშავა. OPV-ის სამი დოზით გლობალური იმუნიზაციის მოცვა 45%-დან (1984 წ.) 80%-მდე გაიზარდა (1990 წ.), რასაც 1991-1993 წლებში მცირედი შემცირება მოჰყვა. გაეროს წევრი ქვეყნების და საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერამ, როგორიცაა გაეროს ბავშვთა ფონდი და როტარის საერთაშორისო ორგანიზაცია, მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში იმუნიზაციით მოცვის ფართო მასშტაბით გაზრდა განაპირობა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ხელს უწყობს OPV-ს გამოყენებას მხოლოდ ჩვილთა რუტინული იმუნიზაციის მიზნით ან იმუნიზაციის ნაციოლურ დღეებში. ეს სტრატეგია წარმატებული იყო ამერიკასა და ჩინეთში, მაგრამ ინდოეთსა და შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში, საკითხი ისევ პრობლემატურია. 2000 წლისთვის პოლიომიელიტის ერადიკაციას ვაქცინაციის სტრატეგიების მოქნილობა და კომბინირებული მეთოდი დასჭირდება, OPV-სა და IPV-ს ერთობლივი გამოყენებით, როგორც ეს მოხდა აშშ-ში ვაქცინა-ასოცირებული კლინიკური შემთხვევების თავიდან ასაცილებლად. OPV-სა და IPV-ს კომბინაცია შეიძლება საჭიროა იქ, სადაც ენტერული დაავადებები ხშირია და მივყავართ OPV-ს შთანთქმის შეფერხებამდე, განსაკუთრებით ტროპიკულ ზონებში, სადაც ენდემური პოლიოვირუსი და დიარეული დაავადებები ჯერ კიდევ არსებობს. მსოფლიო ბანკის გამოთ-

ვლით დაავადების გლობალური ერადიკაცია მხოლოდ აშშ-ს წლიურად 300 მილიონი დოლარის დანაზოგს მოუტანს.

ერადიკაციის სხვა კანდიდატები

მას შემდეგ, რაც ყვავილის ერადიკაცია მოხდა, ყურადღება დაეთმო სხვა დაავადებების აღმოფხვრის შესაძლებლობებს. თუმცა ზოგიერთ დაავადებასთან ბრძოლაზე უარი ითქვა არსებულ ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული პრაქტიკული პრობლემების გამო. დაავადებებს, რომელთა ერადიკაციაც მსჯელობის საგანია, მიეკუთვნება წითელა, ტუბერკულოზი და ტროპიკული დაავადებები, როგორიცაა მალარია და დრაკუნკულოზი. 1950-იან წლებში თითქოს გამოჩნდა მალარიის ერადიკაციის შესაძლებლობა, როცა დაავადების კონტროლის თვალსაზრისით, სერიოზული ნაბიჯები გადაიდგა, გარემოს მკაცრი დაცვის, შემთხვევათა აღმოჩენის და სწორი მენეჯმენტის გზით. თუმცა, გადამტანების არასაკმარისმა კონტროლმა და არაეფექტურმა ვაქცინამ ხელი შეუშალა დაავადების გლობალურ ერადიკაციას. მალარიის კონტროლმა სერიოზული უკუსვლა განიცადა პოლიტიკური გადაწყვეტილების მარცხისა და საჭირო პროგრამების არასაკმარისი მხარდაჭერის გამო. 1960-70-იან წლებში დაავადების კონტროლის ზომები ზოგიერთ ქვეყანაში არ იყო დაცული და 1980-იან წლებში აფრიკასა და აზიაში დაავადებამ კვლავ იფეთქა. ინსექტიციდების მიმართ კოღოების მდგრადობამ და მალარიის საწინააღმდეგო მედიკამენტებისადმი მალარიის გამომწვევის რეზისტენტობამ, დაავადების კონტროლი უფრო ძვირი და ძნელი გახადა.

მალარიის კონტროლის მცდელობამ შეიძლება ახალი მიდგომები და მეთოდები მოითხოვოს. 1990-იან წლებში, კოლუმბიის ენდემური რეგიონების პატარა სოფლებში ადგილობრივი ჯანდაცვის მუშაკების აქტივობამ, მალარიით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება გაანაპირობა. ჯანდაცვის მუშაკები საეჭვო შემთხვევიდან დიაგნოსტიკის მიზნით სისხლის ნაცხს იღებდნენ და მეთვალყურეობას ახორციელებდნენ. დიაგნოზის დასმის მიზნით ისინი მალარიის პარაზიტებზე სისხლის ნაცხს იკვლევდნენ. ინიშნებოდა მკურნალობა და პაციენტიც მას ემორჩილებოდა. ხარისხის კონტროლის მონიტორინგი პროფესიონალურ ლაბორატორიებში სლაიდების სწორად წაკითხვის მაღალ დონეს განაპირობებდა.

ჩანართი 4.8 დაავადებების ეპიდემიასის შეფასების ჩარჩოები, დაავადების ეპიდემიასის საერთაშორისო ჯგუფი.

1. მეცნიერული შესაძლებლობა
   ა. ეპიდემიოლოგიური მგრძნობელობა; არაადამიანური რეზერვუარის ნაკლებობა; ადვილი გავრცელება; ბუნებრივი იმუნიტეტის არარსებობა; რეციდივის შესაძლებლობა;
   ბ. ეფექტური ინტერვენცია შესაძლებებლია; არსებობს ვაქცინა ან სხვა პირველადი პრევენციული და სამკურნალო საშუალება ან ვექტოროციდი (ფეხსახსრიენების საწინააღმდეგო საშუალება), რომელიც უსაფრთხო, იაფი, ხანგრძლივი და ადვილად გამოყენებადია;
   გ. კონკრეტულ ადგილებში, კუნძულებსა და სხვა გეოგრაფიულ ერთეულებში განხორციელებული ელიმინაციის დემონსტრირება;
2. პოლიტიკური ნება/ხალხის მხარდაჭერა;
   ა. დაავადების სიმძაფრის აღქმა; ავადობა, სიკვდილიანობა, უნარშეზღუდულობა და მკურნალობის ღირებულება განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში;
   ბ. ერადიკაციის შესაძლო ღირებულება;
   გ. სხვა პროგრამებთან სინერგია;
   დ. ერადიკაციის და კონტროლის შედეგების შედარება.

წყარო: Morbidity and Mortality Weekly Review 1992. *Update International Task Force for Disease Eradication 1991.* 41:40–42.

1970-იანი წლების ბოლოს, ლიტერატურაში წითელასა და ტუბერკულოზის ლიკვიდაციის შესაძლებლობებს ფართოდ განიხილავდნენ. წითელას ლიკვიდაციამ მარცხი განიცადა, ვინაიდან 1980-90-იან წლებში ეპიდემიამ აშშ-ში, კანადასა და ბევრ სხვა ქვეყანაში იფეთქა, მაგრამ რეგიონულ ლიკვიდაციას გაორმაგებული დოზის გამოყენებით მიაღწიეს, აცრას მოზრდილ ბავშვებს უკეთებდნენ ან ნაციონალური იმუნიზაციის დღეებში ატარებდნენ, როგორც ამ ქვეყნებში, ისე კარიბის ქვეყნებში.

აშშ-სა და რამდენიმე ევროპულ ქვეყანაში ტუბერკულოზის შემთხვევები გაიზარდა. არარეალისტურმა მოლოდინმა შეიძლება არასათანადო შეფასება და პოლიტიკური მიდგომა გამოიწვიოს, როდესაც ფაქტორების შერწყმა ეპიდემიოლოგიური მოვლენების კურსს ცვლის. ასეთი შემთხვევაა ტუბერკულოზი, როდესაც კონტროლი და ერადიკაცია რეალურ სურათს სცილდება. ეს უმძიმესი დაავადება განვითარებულ ქვეყნებში კვლავ დაბრუნდა, რაც ნაწილობრივ დაკავშირებულია აივ ინფექციასთან, ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტრულ შტამებთან, ასევე სიღარიბესა და უსახლკარობასთან, პატიმართა სიმრავლესა და სხვა საზიანო სოციალურ პირობებთან. თერაპია პირდაპირი მეთვალყურეობით ძალიან მნიშვნელოვანი გარღვევაა, რაც 21-ე საუკუნეში ტუბერკულოზის კონტროლში ხელმისაწვდომი ტექნოლოგიების უფრო ეფექტურად გამოყენებასთან ერთად ძირითად როლს ითამაშებს.

სამომავლო კანდიდატები ერადიკაციისათვის

ყვავილის ერადიკაციიდან ათი წლის შემდეგ დაავადებათა ერადიკაციის საერთაშორისო ჯგუფი დაარსდა, რათა სისტემატურად შეფასებულიყო დაავადებათა გლობალური აღმოფხვრის შესაძლებლობა. მათი მიზანი იყო დაავადებების ერადიკაციის კონკრეტული ბარიერების განსაზღვრა, რომელთა გადალახვაც შესაძლებელი იქნებოდა და ასევე ერადიკაციის მცდელობისადმი ხელშეწყობა.

ინფექციური დაავადებების ერადიკაციის საკითხი განსხვავებით კონტროლის ღონისძიებებისგან, მომავალში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკვანძო საკითხი იქნება, რადგანაც 21-ე საუკუნეში ტექნოლოგიები საშუალებას მოგვცემს ვაქცინების წარმოება და ვექტორების კონტროლი გაიზარდოს. ეპიდემიების კონტროლი, რომელსაც ტრანსმისიის ხელის შეშლა და საბოლოოდ დაავადების ერადიკაცია მოჰყვება, უამრავი ადამიანის სიცოცხლეს გადაარჩენს და თავიდან აგვაცილებს სერიოზულ ზარალს, რომელიც ბავშვებს ელით. ყვავილის ერადიკაცია, რაც თავისთავად მნიშვნელოვანია, სხვა მძიმე დაავადებების ერადიკაციის შესაძლებლობაზე მიუთითებს. უკვე არსებული და ახალი ტექნოლოგიების სწორედ გამოყენება თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია. ადაპტაცია და მოქნილობა ისევე სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა, როგორც რესურსები და მომსახურე პერსონალი.

ცხრილი 4.7. დაავადებები, რომლებიც კონტროლის და ერადიკაციის პოტენციურ კანდიდატებს წარმოადგენენ, 1998 წ.

ორგანიზმი	კონტროლი-ელიმინაცია როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემა	ერადიკაცია-რეგიონული/ გლობალური
ბაქტერიული დაავადებები	ყივანახველა; ახალშობილთა ტეტანუსი; თანდაყოლილი სიფილისი; ტრაქომა; ტუბერკულოზი; კეთრი	დიფტერია ჰემოფილუს ინფლუენცა B ტიპი
ვირუსული დაავადება	ჰეპატიტი B; ჰეპატიტი A; ყვითელი ცხელება; ცოფი; იაპონური ენცეფალიტი	პოლიომიელიტი; წითელა; წითურა; ყბაყურა
პარაზიტული დაავადებები	ონხოცერიაზი; მალარია; ჰელმინთოზი; შისტოსომატოზი; ლეიშმანიოზი; ვისცერული	დრაკუნკულოზი; ჩაგასის დაავადება; ფილარიატოზი; ეხინოკოკოზი; ტენიოზი
არაინფექციური დაავადებები	ტყვიით მოწამვლა; სილიკოზი; მიკროელემენტების დეფიციტი; იოდის ნაკლებობა; ვიტამინ A-ს ნაკლებობა; ფოლიუმის მჟავის ნაკლებობა; რკინის ნაკლებობა	

ლიკვიდაცისთვის დაავადებების შერჩევა მხოლოდ პროფესიონალურ მიდგომას არ მოითხოვს, გასათვალისწინებელია როგორც ვაქცინა და სამუშაო ძალა, ასევე ორგანიზაცია და ფინანსები. ეს დამოკიდებულია ასევე პოლიტიკურ ნებაზე და დაავადების პრიორიტეტულობის აღქმაზე. ამ საკითხს შესაძლოა თან ახლდეს ურთიერთსაწინააღმდეგო დებატები. გადაწყვეტილებამ, რომლის მიხედვითაც შეირჩა პოლიომიელიტის ერადიკაცია და არა წითელასი, მაშინ, როცა პოლიოს ბევრად ნაკლები ადამიანი ემსხვერპლა, დიდი დავა და დისკუსია გამოიწვია. დაავადებათა კონტროლის ცენტრების მიერ დაწესებული კრიტერიუმები, რომელთა გათვალისწინებითაც უნდა მოხდეს ერადიკაციისთვის დაავადების არჩევა მოცემულია ჩანართი 4.8-ში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1998 წელს 21-ე საუკუნესთვის ინფექციური დაავადების კონტროლის სფეროში ჯანდაცვის მიზნების განხილვისას შემდეგი ამოცანები შეარჩია: ჩაგასის დაავადების, ახალშობილთა ტეტანუსისა და კეთრის ლიკვიდაცია 2010 წლისთვის; წითელასა და ტრაქომას ლიკვიდაცია 2020 წლისთვის, ტუბერკულოზისა და აივ/შიდსის თანამედროვე ტენდენციების შეცვლა. 1998 წელს ატლანტაში, ჯორჯიის შტატში, გამართულ კონფერენციაზე ეს საკითხი განიხილეს და ის დღესაც განხილვის სტადიაშია. ცხრილი 4.7 იმ დაავადებების ამონარჩევს აჯამებს, რომლებიც დღესდღეობით კონტროლირებადია და დაავადებებს, რომელთა ერადიკაცია პოტენციურად შესაძლებელია. ეს საკითხი მომავალშიც განხილვის საგანი იქნება.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზს ადამიანებში *Microbacterium tuberculosis* იწვევს, ხოლო მსხვილფეხა საქონელში — *Microbacterium bovis*. დაავადება ძირითადად ადამიანებში გვხვდება, თუმცა გარკვეულ რეგიონებში საქონელსა და პრიმატებშიც ვლინდება. ტუბერკულოზი ფილტვის ან ხორხის ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანის ხველების, ცემინების, ლაპარაკის ან სიმღერის დროს ჰაერ-წვეთოვანი გზით გადაეცემა. ინფექციის დასაწყისი შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს, მაგრამ ტუბერკულინის მგრძნობელობა თავს იჩენს ერთი-ორი კვირის ფარგლებში. ინფიცირებულთა დაახლოებით 95% ლატენტურ ფაზაში გადადის და მთელი სიცოცხლის მანძილზე დაავადების რეაქტივაციის რისკია. შემთხვევათა დაახლოებით 5%-ში ინფექციის საწყისი ფაზიდან ფილტვის ტუბერკულოზი ვითარდება. იშვიათად ინფექცია ექსტრაპულმონალურია და ვლინდება მთავარი ბრონქის, ტვინის გარსის, ლიმფური კვანძების, პლევრის, პერიკარდიუმის, ძვლების, თირკმელებისა და სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზი.

მკურნალობის გარეშე ტუბერკულოზის აქტიური ფორმით დაავადებულ პაციენტთა ნახევარი ორი წლის განმავლობაში იღუპება, მაგრამ თანამედროვე ქიმიოთერაპიით მკურნალობა თითქმის ყოველთვის წარმატებით მთავრდება. ფილტვის ტუბერკულოზის სიმპტომებია ხველა და წონაში დაკლება, გულმკერდის გამოკვლევისას გამოვლენილი კლინიკური სურათი, დაავადების დადასტურება ნახველის შეფერილ ნაცხში ტუბერკულოზის ჩხირის გამოვლენით და გულმკერდის რენტგენული გამოკვლევისას გამოვლენილი ცვლილებებით ხორციელდება. ტუბერკულოზი ზემოქმედებს ახალგაზრდა, შრომისუნარიან ადამიანებზე და შემთხვევათა 80-90% 15-დან 49 წლამდე ასაკის ადამიანებში გვხვდება. ის გამანადგურებლად მოქმედებს სამუშაო ძალაზე, აქედან გამომდინარე მისი კონტროლი ეკონომიური თვალსაზრისით მეტად ეფექტურია.

დღეისთვის მსოფლიოში ტუბერკულოზის ჩხირით დაინფიცირებული დაახლოებით 1.7 მილიარდი ადამიანია. აქედან, 7 მილიონზე მეტი დაავადებულია და 1997 წელს დაახლოებით 3 მილიონი ლეტალურად დასრულდა. 1995 წელს ტუბერკულოზის 2.8 მილიონი (40%) ახალი შემთხვევა გამოვლინდა სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიაში და წყნარი ოკეანის დასავლეთ რეგიონში; 2.3 მილიონი – ინდოეთში და 0.5 მილიონი – ინდონეზიაში. 1990—1999 წლებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ტუბერკულოზით დაავადების 88 მილიონი ახალი შემთხვევა აღრიცხა, საიდანაც 8 მილიონი აივ-ინფექციასთან იყო ასოცირებული. 1990-იან წლებში ტუბერკულოზით 30 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა, მათ შორის, 2.9 მილიონი – აივ-ინფიცირებული.

ტუბერკულოზის გააქტიურების ახალი და საშიში პერიოდი პარალელურად არსებული ეპიდემიების შედეგს წარმოადგენს: პირველი, აივ ინფექციის გამოჩენა და, მეორე, მულტი-რეზისტენტული ტუბერკულოზის გამოვლენა ანუ, როცა გამომწვევი მიკროორგანიზმი რეზისტენტულია ტუბერკულოზის მკურნალობის ორი ძირითადი მედიკამენტის – იზონიაზიდისა და რიფამპიცინის მიმართ. მულტი-რეზისტენტული შტამების შემთხვევაში ლეტალობა შეიძლება 70%-ს ჩაგაუტოლდეს. აივ-ი უჯრედულ იმუნიტეტს ასუსტებს, ასე რომ, ლატენტური ტუბერკულოზით დაავადებულები დაავადების აქტივაციის მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. შეფასებულია, რომ აივ-ზე უარყოფითი ტესტის მქონე ადამიანებს სიცოცხლის მანძილზე ტუბერკულოზით დასნებოვნების 5-10%-იანი საფრთხე ემუქრებათ, მაშინ, როცა აივ-ის მატარებელ ადამიანებს ყოველწლიურად კლინიკური ტუბერკულოზის განვითარების 10%-იანი რისკი გააჩნიათ.

მედიკამენტისადმი რეზისტენტულობა, ხანგრძლივი მკურნალობის საჭიროება, ტუბერკულოზით დაავადებულ ადამიანთა უმრავლესობის სოციოეკონომიური მდგომარეობა, მკურნალობის ახალი მეთოდების შესაქმნელად წინაპირობას ქმნის. მკურნალობამ უშუალო მეთვარყურეობით (DOTS – Directly observed treatment short-course) მაღალი ეფექტურობა აჩვენა იმ პაციენტებში, რომლებიც არასასურველ პირობებში იმყოფებიან: უსახლკაროები, ნარკოტიკის მომხმარებლები და შიდსით დაავადებულნი. DOTS-ი იყენებს სტრატეგიებს: სამედიცინო მუშაკების ავადმყოფებთან ბინაზე მისვლა, მათ მიერ მედიკამენტების მიღების კონტროლი, სტიმულირება, მხარდაჭერა და მორალური იძულება, რათა პაციენტმა მკურნალობისთვის აუცილებელი 6-8-თვიანი კურსი ბოლომდე მიიყვანოს. DOTS-მა განკურნების 95%-იანი შედეგი აჩვენა, მინიმალური დანახარჯებით, პაციენტზე წელიწადში 11 აშშ დოლარი.

1994 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ტუბერკულოზის კონტროლისა და რეგულაციის ახალი სტრატეგია მომავალი ათწლეულისთვის გამოაქვეყნა. გეგმა ახალ მეთოდურ რეკომენდაციებს და განვითარებადი ქვეყნებისთვის დახმარების ფონდების და არასამთავრობო ორგანიზაციების ხელშეწყობას ითვალისწინებს. ახალი მეთოდური რეკომენდაციები ინფექციური დაავადებების თერაპიასთან ერთად ხანმოკლე ქიმიოთერაპიაზეც ამახვილებს ყურადღებას და მიზნად ისახავს მკურნალობის მაჩვენებლის 85%-მდე გაზრდას. არასასურველ პირობებშიც კი, მკურნალობაზე უშუალო დაკვირვებამ საუკეთესო შედეგები გამოიღო. ეს ერთ-ერთი ყველაზე რენტაბელური სამედიცინო ჩარევაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კლინიკური მედიცინის მეთოდებთან კომბინაციაში.

აშშ-ში ტუბერკულოზის ინციდენტობა 1985 წლამდე სტაბილურად მცირდებოდა, შემდეგ 1990 წელს გაიზარდა, 1990 წლიდან კი ისევ მცირდება. 1986 წლიდან 1992 წლამდე დაავადების შემთხვევებმა მოსალოდნელ Nორმას 51 600-ით გადააჭარბა. ეს ზრდა უმეტესწილად გამოიწვია აივ/შიდსის ეპიდემიებმა და ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული შტამების გამოვლენამ და აგრეთვე, დაავადების მაღალმა ინციდენტობამ ემიგრანტებში, ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და უსახლკაროებში.

1992-97 წლებში ტუბერკულოზის ინციდენტობა აშშ-ში 26%-ით შემცირდა. ზოგიერთ შტატში, მათ შორის ნიუ-იორკში – 50%-ით ან მეტით. ეს დიდი ცვლილება ტუბერკულოზის მკაცრი კონტროლის პროგრამებმა გამოიწვია, რომელთა დახმარებითაც დროულად ვლინდებოდნენ დაავადებული პირები და ხორციელდებოდა სათანადო მკურნალობის დასრულება. ამ წარმატებისთვის ინტენსიურ ტრენინგებს, დახმარების პროგრამებს და შემთხვევის სწორად მართვას სასიცოცხლო მნიშვნელობა ჰქონდა. ემიგრანტებს შორის დაავადების ინციდენტობის ზრდამ, აივ/შიდსის უწყვეტმა შემთხვევებმა, ნარკოტიკების მომხმარებლებში B და C ჰეპატიტების გავრცელებამ და დაბალი სოციალური ფენის მოსახლეობის ჯგუფებმა დაადასტურა, რომ აუცილებელია ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამებისადმი უწყვეტი მხარდაჭერა.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინა (BCG) ტუბერკულოზის დასუსტებული ბაცილაა, რომელიც ტუბერკულოზის პრევენციაში ფართოდ გამოიყენება, განსაკუთრებით იქ, სადაც ინციდენტობის მაღალი მაჩვენებელია. იგი ასტიმულირებს ტუბერკულინის მგრძნობელობას ან „ანტიგენ-ანტისხეულის„ რეაქციას, სადაც წარმოქმნილი ანტისხეულები შეიძლება ტუბერკულოზის ბაცილისგან დამცველი გახდეს ვაქცინაციის 90%-ში. მისი საყოველთაო გამოყენებისადმი მხარდაჭერა წინააღმდეგობრივია, თუმცა „შემთხვევა-კონტროლით„ და „კონტაქტების„ კვლევებით მიღებული შედეგები ადასტურებს, რომ ვაქცინა მენინგიტური ტუბერკულოზისგან და მწვავე მილი-

არული ტუბერკულოზისგან კარგად იცავს, რომელიც 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში გვხვდება. ზოგიერთ განვითარებულ ქვეყანაში ის გამოიყენება არა რუტინულად, არამედ შერჩევითად. მისი გამოყენება შესაძლებელია აგრეთვე ასიმპტომატურ აივ-ინფიცირებულებში და მაღალი რისკის მქონე სხვა ჯგუფებში.

BCG ვაქცინის გამოყენება ტუბერკულოზის წინააღმდეგ საკამათო თემად რჩება. იმ დროს, როცა ის ფართოდ გამოიყენება მსოფლიოში, აშშ-ში და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში მიაჩნიათ, რომ ნაცვლად ხელშეწყობისა, ის ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლას უფრო აფერხებს. ეს მოსაზრება დამყარებულია დიაგნოსტიკაში ტუბერკულინის სინჯის გამოყენების სარგებლობაზე. იქ, სადაც BCG იქნა გამოყენებული, ტუბერკულინის სინჯის დიაგნოსტიკური ღირებულება შემცირებულია, განსაკუთრებით BCG-ს გამოყენების შემდგომ პერიოდში. ამ საკამათო საკითხს დაემატა გამოკვლევები, რომლებმაც ტუბერკულოზის პრევენციაში BCG ვაქცინის საეჭვო სარგებლობა აჩვენეს. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეული პირები BCG-ს გამოყენების წინააღმდეგ ბრძოლას აგრძელებენ, მას საერთაშორისო მხარდაჭერა კვლავ აქვს და ითვლება, რომ ვაქცინას ტუბერკულოზის პრევენციის თვალსაზრისით სარგებლობა მოაქვს, განსაკუთრებით ბავშვებში.

1994 წელს BCG-ს შესახებ არსებული ლიტერატურის მეტა ანალიზის საფუძველზე, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჰარვარდის სკოლის ტექნოლოგიური შეფასების ჯგუფის მიერ ჩატარდა, შემდეგი დასკვნა გაკეთდა:

ბცჟ-ს ვაქცინა ტუბერკულოზის რისკს საშუალოდ 50%-ით ამცირებს. დაცვა დაფიქსირდა სხვადასხვა პოპულაციების, განსხვავებული კვლევის დიზაინისა და ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმების შემთხვევაში. ვაქცინაციის ასაკი არ მოქმედებს ბცჟ-ს ეფექტურობაზე. ვაქცინით დაცვა უფრო ეფექტურია ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობის და მენინგიტის შემთხვევაში, ვიდრე ტუბერკულოზის საერთო შემთხვევების მიმართ, თუმცა ეს შედეგი შეიძლება დაავადების კლასიფიკაციაში დაშვებულ მცდარობას უფრო ასახავდეს, ვიდრე ბცჟ-ს ეფექტურობას.

ამჟამად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას უწევს ბცჟ-ს გამოყენებას ბავშვის დაბადებისთანავე, როგორც იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამის შემადგენელ ნაწილს.

ტუბერკულოზის კონტროლი თანამედროვე სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეთოდების გამოყენებით ხორციელდება. დაავადების გავრცელების თვალსაზრისით, მდგომარეობის გაუარესებამ სასოწარკვეთილება და პასიურობა არ უნდა გამოიწვიოს. ბოლოდროინდელი ტენდენციის მიხედვით DOTS-ის მიერ ტუბერკულოზის წარმატებულ მართვაში, მულტირეზისტენტული შტამების მზარდი პრობლემების მიუხედავად, კონტროლი და თანმიმდევრული შემცირება შეიძლება მიღწეულ იქნას საზოგადოების აქტიური ძალისხმევით. 1999 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ტუბერკულოზის კონტროლი ერთ-ერთ ძირითად პრიორიტეტად სცნო და შეშფოთება

ჩანართი 4.9. ტუბერკულოზის კონტროლი

1. ტუბერკულოზის კლინიკურად აქტიური ფორმით დაავადებულ ადამიანთა იდენტიფიკაცია.
2. დიაგნოსტიკური მეთოდები — კლინიკურად საეჭვო, ნახველის ნაცხი მიკრობიოლოგიური ანალიზისთვის, ტუბერკულინის კანის სინჯი, გულმკერდის რენტგენოგრამა;
3. შემთხვევათა აქტიური გამოვლენა და კვლევითი პროგრამები მაღალი რისკის ჯგუფებში;
4. კონტაქტირებულთა გამოკვლევა;
5. იზოლაცია საწყისი მკურნალობის მიმდინარეობისას;
6. კლინიკურად აქტიური ფორმით დაავადებულთა უმთავრესად ამბულატორიული მკურნალობა;
7. კონტაქტირებულთა მკურნალობა;
8. მოკლევადიანი მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობით (DOTS);
9. გარემო პირობების კონტროლი და მკურნალობის კურსის რეგულირება ჰაერ-წვეთოვანი ინფექციის შესამცირებლად;
10. ჯანდაცვის პროვაიდერების სწავლება ტუბერკულოზის საეჭვო ფორმის გამოვლენაზე და საეჭვო შემთხვევის გამოკვლევაზე.

გამოხატა, იმის გამო, რომ მულტირეზისტენტულმა მიკროორგანიზმებმა, რომლებიც ამჟამად აზიის ქვეყნებში ფართოდაა გავრცელებული, აღმოსავლეთ ევროპასა და ყოფილ საბჭოთა კავშირში, შეიძლება დაავადების უფრო ფართო გავრცელება გამოიწვიოს. ეს დაავადება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ დიდ პრობლემას წარმოადგენს.

სტრეპტოკოკური დაავადებები

სტრეპტოკოკური დაავადებები მწვავე ინფექციური დაავადებებია, გამოწვეული A ჯგუფის სტრეპტოკოკებით; მოიცავს ფარინგიტს, ქუნთრუშას, სამშობიარო პერიოდთან დაკავშირებულ ცხელებას, სეპტიცემიას, წითელ ქარს, ფლეგმონას, მასტოიდიტს, შუაყურის ანთებას, პნევმონიას, პერიტონზილიტს, ჭრილობის ინფექციას, ტოქსიკური შოკის სინდრომს. A ჯგუფის პიოგენური სტრეპტოკოკის სეროლოგიურად განსხვავებული დაახლოებით 80 ტიპი არსებობს, რომლებიც გეოგრაფიული გავრცელებით და კლინიკური მნიშვნელობით განხვავდებიან. გადაცემა ხდება წვეთოვანი გზით, ადამიანთან პირდაპირი კონტაქტით და საკვებით. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, დაავადებების სერიოზულ გართულებებს მწვავე გლომერულონეფრიტი და რევმატიზმი, ასევე კანის ინფექციები და პნევმონია წარმოადგენს.

მწვავე რევმატიული ცხელება A ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექციისგან გამოწვეული გართულებაა, რომელიც ინდუსტრიული ქვეყნებში, გაუმჯობესებული ცხოვრების დონისა და ანტიბიოტიკებით მკურნალობის შედეგად, ფაქტიურად გაქრა. მიუხედავად ამისა, 1985 წელს დაავადებამ აშშ-ში თავი იჩინა და 1990 წლიდან შემთხვევების მზარდი რაოდენობა დაფიქსირდა. განვითარებად ქვეყნებში რევმატიული ცხელება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემად რჩება. ეს დაავადება განსაკუთრებით სკოლის ასაკის ბავშვებში ვლინდება, რომელთაც ცხოვრება ხალხმრავალ ადგილებში უხდებათ. მისი გართულება გულის მიტრალური და აორტული სარქველის ნაკლოვანებაა, რომელიც სარქველების აღსადგენად ან შესაცვლელად, კარდიოქირურგიულ მკურნალობას საჭიროებს.

მწვავე გლომერულონეფრიტი სტრეპტოკოკური ინფექციის ტოქსინების მიმართ თირკმლის ქსოვილში განვითარებული საპასუხო რეაქციაა. მან შეიძლება ხანგრძლივი დროით თირკმლის უკმარისობა და დიალიზისა ან თირკმლის გადანერგვის საჭიროება გამოიწვიოს. ეს დაავადება ინდუსტრიულ ქვეყნებში უფრო და უფრო მცირდება, მაგრამ განვითარებად ქვეყნებში ჯერ კიდევ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემად რჩება. სტრეპტოკოკური დაავადებები დიაგნოზის ადრე დასმისა და ანტიბიოტიკებით მკუნრალობის გზით კონტროლირებადია. ეს ჯანდაცვის პირველადი სისტემების მთავარი ფუნქციაა. რევმატული ცხელებების ბოლოდროინდელი ზრდა შესაძლოა პრობლემის თავიდან აღმოცენების მაუწყებელი გახდეს. სოციალური ჰიგიენის გაზრდილ პრობლემებთან ერთად მისი მიზეზი შესაძლოა ის იყოს, რომ აშშ-ში მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის ჯანდაცვის პირველადი რგოლი სათანადოდ ხელმისაწვდომი არ არის.

სადაც ჯანდაცვის პირველადი რგოლისადმი ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, სტრეპტოკოკურმა ინფექციებმა შეიძლება გულისა და თირკმლის მძიმე ქრონიკული დაავადებები გამოიწვიოს. სწრაფი და ეფექტური მკურნალობისთვის საჭიროა სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის და საზოგადოებრივი ინფორმირებულობის გაუმჯობესება, რათა ქრონიკული დაავადებების და მათი გართულებების თავიდან აცილება მოხდეს.

ზოონოზები

ზოონოზები ინფექციური დაავადებებია, რომლებიც ხერხემლიანთა ოჯახის ცხოველებიდან ადამიანებზე გადაეცემა. არაინდუსტრიული ქვეყნების საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის მნიშვნელოვანი ზოონოზების ყველაზე გავრცელებული სახეობებია ბრუცელოზი და

ცოფი. ინდუსტრიულ ქვეყნებში სალმონელოზმა, ციმბირის წყლულმა და ფრინველის გრიპმა ცხოველთა და ადამიანთა ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირის მნიშვნელობა განამტკიცა. მსგავსი დაავადებების თავიდან აცილებისა და მონიტორინგისთვის საჭიროა საზოგადოებრივი და ვეტერინარიული ჯანდაცვის მმართველებს შორის მტკიცე თანამშრომლობა.

ბრუცელოზი

ბრუცელოზი დაავადებაა, რომელიც მსხვილფეხა საქონელში (*Brucella abortus*), ძაღლებში (*Br. canis*), თხებსა და ცხვრებში *(Br. melitensis)* და ღორებში *(Br. sius)* ვრცელდება. ადამიანებზე ეს დაავადება გადადის დაბინძურებული რძის პროდუქტების მიღებით, კონტაქტითა და ინჰალაციის გზით. ბრუცელოზი (ასევე ცნობილი, როგორც მალტის ან ხმელთაშუაზღვისპირეთის ცხელება) სისტემური ბაქტერიული დაავადებაა მწვავე ან ფარული სიმპტომებით, რომლებიც სიცხით, თავის ტკივილით, სისუსტით, ოფლიანობით, შეციებით, ართრალგიით, დეპრესიით, წონაში დაკლებითა და ზოგადი დისკომფორტით ხასიათდება. გართულებებმა შეიძლება ოსტეოართრიტი ან დაავადების რეციდივი გამოიწვიოს. ლეტალობა 2%-ზე დაბალია, მაგრამ ინვალიდობა ხშირია.

დაავადება უმეტესად ხმელთაშუაზღვისპირეთის ქვეყნებში, შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში, ინდოეთში, ცენტრალურ აზიასა და ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაშია გავრცელებული. ბრუცელოზი უმეტესად იმათ ემართება, ვინც კონტაქტშია ან ინფიცირებული ცხოველების (განსაკუთრებით თხებისა და ცხვრების) ქსოვილებთან, სისხლთან და შარდთან მუშაობს. ეს დაავადება წარმოადგენს პროფესიულ რისკს ვეტერინარების, საკონსერვო ქარხნის მუშების, ყასბების, ტყავის ქარხანასა და ლაბორატორიებში მომუშავე პერსონალისთვის. დაავადება ასევე გადაეცემა ინფიცირებული ცხოველებისგან მიღებული არაპასტერიზებული რძის მოხმარებისას. ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ გარეული ცხოველებიც, რომელთა ერადიკაცია ფაქტიურად შეუძლებელია. დიაგნოზის დადასტურება სისხლში მიკროორგანიზმის ან სხვა ქსოვილოვანი ნიმუშების ლაბორატორიული აღმოჩენით, ასევე სისხლში მომატებული ანტისხეულის ტიტრის არსებობით და სისხლის კულტურის გამოვლენით ხდება.

კლინიკური შემთხვევების მკურნალობა ანტიბიოტიკებით მიმდინარეობს. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს დასნებოვნებულ ცხოველთა გამოვლენას. ცხოველთა რუტინული იმუნიზაცია, მაღალი რისკის მქონე ადგილებში ცხოველთა მონიტორინგი, დაავადებული ცხოველების კარანტინი, ინფიცირებული ცხოველების განადგურება, რძისა და რძის პროდუქტების პასტერიზაცია ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების თავიდან აცილებას. კონტროლის ზომები მოიცავს ფერმერებისა და საზოგადოების ინფორმირებას, რათა არ გამოიყენონ არაპასტერიზებული რძე. ისინი, ვინც ცხოველებთან (მსხვილი რქოსანი საქონელი, ღორი, თხები, ცხვარი, ძაღლი, კოიოტები) მუშაობენ, უნდა მიიღონ უსაფრთხოების ზომები, როდესაც დაკლულ ცხოველს ხელით ეხებიან. ცხოველთა ლაბორატორიული გამოკვლევა, მატარებლების განადგურება და სავალდებულო პასტერიზაციის დამკვიდრება დაავადების გავრცელებას შეზღუდავს. ეს საკითხი როგორც ეკონომიკის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემაა, რომელიც ჯანდაცვისა და სასოფლო-სამეურნეო სამინისტროებს შორის სრულ თანამშრომლობას მოითხოვს.

ცოფი

ცოფი უმეტესად ცხოველებშია გავრცელებული. სხვადასხვა ველური ცხოველი ამ დაავადების რეზერვუარს წარმოადგენს, მათ შორის, მელიები, მგლები, ღამურები, სკუნსები, ენოტები, რომელთაც შეუძლიათ შინაური ცხოველები დაასნებოვნონ. ცხოველთა ნაკბენი კანს ან ლორწოვან მემბრანას აზიანებს, ინფიცირებული ნერწყვით ინფექცია სისხლში აღწევს. ვირუსის ინკუბაციური პერიოდი 2-8 კვირაა. მან შეიძლება რამდენიმე წელს გასტანოს ან მხოლოდ 5 დღე გაგრძელდეს. ამიტომაც, საჭიროა სასწრაფო, გადაუდებელი პოსტექსპოზიციური პრევენციული მკურნალობა.

კლინიკური დაავადება ხშირად შიშის შეგრძნებით, თავის ტკივილით, ჰიპერთერმიით იწყება, რომელსაც თან სდევს კუნთოვანი სპაზმი, მწვავე ენცეფალიტი და სიკვდილი. წყლის (ჰიდროფობია) ან გადაყლაპვის შიში ამ დაავადების მახასიათებელია. ცოფი სიმპტომების გამოვლენიდან ერთი კვირის ფარგლებში თითქმის ყოველთვის ლეტალური გამოსავლით მთავრდება. დაავადება განვითარებად ქვეყნებში ყოველწლიურად 30.000 ადამიანის სიკვდილს იწვევს. დაავადება იშვიათად გვხვდება განვი-

თარებულ ქვეყნებში.

ცოფის კონტროლი ადამიანებში, შინაურ ცხოველებსა და ბუნებაში დაავადების პრევენციას გულისხმობს. ადამიანებში პრევენცია რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების (მაგ:, ვეტერინარები, ზოოპარკის თანამშრომლები) პრეექსპოზიურ პროფილაქტიკაზე და იმ ადამიანების პოსტექსპოზიურ იმუნიზაციაზე დაფუძნებული, რომლებიც შესაძლოა ცოფზე საეჭვო ცხოველმა უკბინა. ვინაიდან რთულია შეამცირო შინაური ცხოველების კონტაქტი გარეულ ცხოველებთან, შინაური ცხოველების იმუნიზაცია ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრევენციის ზომაა. ოჯახში ბინადარი ცხოველების აცრა სავალდებულოა, რათა მოხდეს შინაურ ცხოველებში დაავადების პრევენცია. ყველა შინაური ცხოველი სამი თვის ასაკში აცრილი უნდა იყოს და ვეტერინარის მითითებების მიხედვით, ხელახლა უნდა აიცრას.

გარეულ ცხოველებში დაავადების პრევენცია, რეზერვუარის რიცხვის შემცირების მიღწევა შესაძლოა ლოკალური ერადიკაციით იმ არეალში, სადაც მეზობელი არეალიდან ხელახლა შემოსვლა შეზღუდულია. 1978 წლიდან ცოფის ორალური ვაქცინის გამოყენება ცოფის ვირუსით დაავადებული გარეული ცხოველების რაოდენობის შემცირებაზე წარმატებულად მოქმედებს. საჰაერო გზით მელიის ცოფის ვაქცინის გავრცელებით ცოფის ლიკვიდაციის მცდელობა ბელგიის, საფრანგეთის, გერმანიის, იტალიის და ლუქსემბურგის ინფიცირებულ ტერიტორიებზე 1989 წლიდან გამოიყენება. ცოფის შემთხვევები ამ ტერიტორიებზე დაახლოებით 70%-მდე შემცირდა. ვაქცინაციის ამ პროგრამის წყალობით ეს დაავადება შვეიცარიაში აღარ არსებობს. არსებობს ლოკალური ერადიკაციის შესაძლებლობა, განსაკუთრებით კუნძულებზე ან ნაწილობრივ შემოფარგლულ ტერიტორიებზე, სადაც გარეული ცხოველების შესვლა შეზღუდულია. შინაური საქონელი (პირუტყვი) ცოფის საწინააღმდეგო რუტინულ აცრას არ საჭიროებს, გარდა მაღალი რისკის ზონებისა. იმ ადგილებში, სადაც დაავადების რეზერვუარები ღამურები არიან, როგორც ამერიკის შეერთებულ შტატებში, დაავადების ლიკვიდაცია შეუძლებელია.

სალმონელა

სალმონელა ცხოველებში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ინფექციური დაავადებაა და ადამიანებს შინაური ფრინველების ხორცის, კვერცხის და რძის პროდუქტებით ადვილად გადაეცემა. ამ თავში ქვემოთ განხილულია დიარეულ დაავადებებეთან ერთად. კონკრეტული ანტიგენური ტიპები დაკავშირებულია ადამიანებში საკვების გზით გადაცემასთან, რაც გენერალიზებულ დაავადებას და გასტროენტრიტს იწვევს. დაავადება სიმძიმის მიხედვით განსხავებულია და განსაკუთრებით მძიმედ შეიძლება მიმდინარეობდეს მოსახლეობის ახალგზარდა, ხანდაზმულ და სუსტი იმუნიტეტის მქონე პირებში.

საკვებით გამოწვეული ეპიდაფეთქების ეპიდემიოლოგიურმა გამოკვლევამ საკვების დამუშავების სარისკო ქცევები შესაძლოა ვერ გამოავლინოს. ლაბორატორიული დადასტურება და სეროტიპები დაავადების მონიტორინგს ხელს უწყობს. საკვების წარმოებისას ჰიგიენის მაღალი სტანდარტები, შემოწმება, რეგულაცია და საკვების დამუშავების მეთოდები, დაავადების პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია.

ციმბირის წყლული

ციმბირის წყლულის გამომწვევი ბაქტერია *Bacillus anthracis* ბალახისმჭამელ ცხოველებში ბაქტერიულ ინფექციას იწვევს. მათი სპორები მსოფლიო მასშტაბით ნიადაგს აბინძურებს. დაავადება ძირითადად პროფესიულ ხასიათს ატარებს. ციმბირის წყლულის კანის ფორმა კონტაქტური გზით გადაეცემა, კუჭ-ნაწლავის ფორმა – ალიმენტური გზით, რესპირატორული ფორმა კი – ინჰალაციური გზით. ბოლო დროს მან დიდი ყურადღება მიიქცია (ერაყი, 1997 წელი), როგორც ტერორიზმისა და ბიოლოგიური იარაღის პოტენციურმა საშუალებამ. ვაქცინის შეზღუდული მარაგი ხელმისაწვდომია.

კრეიტცფელდ–იაკობის დაავადება

კრეიტცფელდ-იაკობის დაავადება ცენტრალური ნერვული სისტემის დეგენერაციული დაავადებაა, რომელიც ძროხის ღრუბლოვანი ენცეფალოპათიით დაავადებული მსხვილფეხა რქოსანი საქონლის ხორცს უკავშირდება. დაავადება პრიონების გზით გადაეცემა, დასნებოვნებული ცხოველის ხორცისგან დამზადებული საკვების მოხმარებით, და გადანერგილი ორგანოებით. დაავადების იდენტიფიცირება დიდ ბრიტანეთში მოხდა, რაც ინფიცირებულ ცხოველებს დაუკავშირეს. ამ ფაქტმა 1997 წელს მსოფლიოს ბევრ

ნაწილში ბრიტანული ხორცის აკრძალვა გამოიწვია, აიკრძალა ასევე შესაძლო ინფიცირებული ცხოველების დიდი რაოდენობით დაკვლა.

სხვა ძირითადი ზოონოზური დაავადებები

დიფილობოტრიოზის გამომწვევი ჰელმინთი დასავლეთ ამერიკის მტკნარი წყლის თევზებში ფართოდაა გავრცელებული, რომელიც კიბოსნაირებიდან თევზებზე და შემდეგ ადამიანზე გადადის, უმეტესად მტკნარი წყლის უმი თევზის ჭამის გზით. დაავადება ძირითადად ესკიმოსებშია გავრცელებული და შესაძლოა უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს ან მძიმე სისტემური და აბდომინალური აშლილობები გამოიწვიოს. საკვების მომზადებისას (საკვების გაყინვა და გათბობა) რეკომენდებულია ჰიგიენური პირობების დაცვა. მკურნალობა ანტიჰელმინთოზური საშუალებების გამოყენებით ხდება.

ლეპტოსპიროზები ზოონოზური ბაქტერიული დაავადებების ჯგუფია, რომელიც ფართოდაა გავრცელებული ვირთხებში, ენოტებსა და შინაურ ცხოველებში. დაავადება ფერმერებში, საკანალიზაციო გაყვანილობაში მომუშავეებში, რძის და ხორცის კომბინატებში მომუშავე პირებში, ვეტერინარებში, სამხედრო პერსონალში და მაღაროელებში გვხვდება. დაავადება დაავადებული ცხოველების შარდით დაბინძურებული წყლით ან ქსოვილებით ექსპოზიციისას ან მიღებისას გადაეცემა. დაავადება ხშირად ასიმპტომურად ან მსუბუქად მიმდინარეობს, მაგრამ შესაძლოა გენერალიზებული ფორმა განვითარდეს, გრიპის, მენინგიტის ან ენცეფალიტის მსგავსი სიმპტომებით. პრევენციისთვის საჭიროა საზოგადოების ინფორმირება თავდაცვის ღონისძიებების შესახებ, ზემოაღნიშნული პროფესიის ადამიანების და შინაური ცხოველების იმუნიზაცია, ასევე გარეული ცხოველების კონტროლი.

ტრანსმისიული დაავადებები

ტრანსმისიული დაავადებები იმ დაავადებათა ჯგუფს წარმოადგენს, რომელთა გამომწვევი აგენტით ადამიანების დაინფიცირება ფეხსახსრიანი სისხლისმწოველების (ვექტორი) მიერ ხდება. ვექტორი შუამავალია რეზერვუარსა და მასპინძელს შორის. ორივე მათგანზე შეიძლება კლიმატურმა პირობებმა იმოქმედოს. სითბოში და წვიმიან ამინდში კოღოები ადვილად მრავლდებიან, ხოლო ცივ ამინდში, პირიქით, სუსტდებიან. ადამიანებს კი თბილ ამინდში შეიძლება ნაკლებად დამცავი ტანსაცმელი ეცვათ.

მალარია

მალარიის ერთადერთი რეზერვუარი ადამიანია. დაავადება ადამიანიდან ადამიანზე მდედრი კოღო ანოფელისის ნაკბენით გადაეცემა (რონალდ როსი, ნობელის პრემიის ლაურეატი, 1902 წელი). დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმი ერთუჯრედიანია, რომლის 4 სახეობაც არსებობს: *Plasmodium vivax, Plasmodium malariae, Plasmodium falciparum da Plasmodium ovale.* კლინიკური სიმპტომები გამოწვეულია პარაზიტის მიერ, რომელიც ორგანიზმში იჭრება და სისხლის წითელ უჯრედებს ანადგურებს. ინკუბაციური პერიოდი დაახლოებით 12-30 დღეა, რაც კონკრეტულ პლაზმოდიუმზეა დამოკიდებული. P. vivax-ის ზოგიერთ შტამს შეიძლება ხანგრძლივი ინკუბაციური პერიოდი – 8-10 თვე ჰქონდეს, ხოლო P. ovale-ს კი – უფრო ხანგრძლივიც. დაავადება ასევე შეიძლება სისხლის გადასხმის გზითაც გადაეცეს. დიაგნოზის დასმისთვის საჭიროა სისხლის ნაცხში მალარიის პარაზიტების აღმოჩენა.

ტროპიკული მალარია, გამომწვევი *Plasmodium falciparum*, ერთ-ერთი მძიმე ფორმაა. მას ცხელება, ციება, ოფლიანობა და თავის ტკივილი ახასიათებს. დაავადების პროგრესირებისას შეიძლება სიყვითლე, სისხლდენა, შოკი, თირკმლისა და ღვიძლის უკმარისობა, ენცეფალიტი, კომა გამოვლინდეს და სიკვდილიც გამოიწვიოს. დაუყოვნებელი მკურნალობა სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. ლეტალობის მაჩვენებელი არანამკურნალებ ბავშვებსა და მოზრდილებში 10%-ზე მეტია. ამ შემთხვევაში დაავადება შესაძლოა 18 თვე გაგრძელდეს. მალარიის სხვა ფორმები შეიძლება არასპეციფიკური ცხელებით გამოვლინდეს. *Plasmodium* ovale-ს რეციდივი შეიძლება პირველადი ინფექციიდან 5 წლის შემდეგ განვითარდეს. მალარიამ ქრონიკული ფორმით შეიძლება 50 წელზე მეტხანს გასტანოს.

მალარიის კონტროლი მე-19 საუკუნის 40-60-იან წლებში განვითარდა, გაუმჯობესებული ქლოროქინით მკურნალობის და გადამტანების DDT-თი კონტროლის გზით და იმედოვნებდნენ დაავადების ერადიკაციას. თუმცა, მალარიის კონტროლმა ბევრ განვითარებად ქვეყნაში რეგრესი განიცადა, ვინაიდან გარემო პირობების კონტროლი და შემთხვევების აღმოჩენა და მკურნალობა შემცირდა. ასევე გაიზარდა მედიკამენტებისადმი რეზისტენტულობა. ამგვარად, ეს დაავადება მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში ჯერ კიდევ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალზე სერიოზულ პრობლემად რჩება. მალარიის კონტროლის მიზნით ვაქცინის საჭიროება დღეისთვის მეტად აქტუალურია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1997 წელს სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში მალარიის 270 მილიონი ახალი შემთხვევა გამოავლინა, რომელთა 5%-ს ადგილი ჰქონდა 5 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში. ყოველწლიურად მალარიით სიკვდილის 1 მილიონი შემთხვევა ვლინდება, რომელთა 2/3 სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებზე მოდის. დიდი სივრცეები, ტყეები და სავანის რეგიონები, სადაც უხვი ნალექი მოდის, ჰოლოენდემურია. მაღალ რეგიონებში, ენდემურობა ნაკლებია, მაგრამ ეპიდემიები მაინც ვლინდება. ქლოროქინისადმი რეზისტენტული *P. falciparum* მთელ აფრიკაში გავრცელდა, რომელსაც თან ახლავს დაავადების მწვავე კლინიკური ფორმის მზარდი მაჩვენებელი. მსოფლიო ბანკის გამოთვლებით, ყოველწლიურად სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში ინვალიდობის შედეგად დაკარგული სიცოცხლის წლების 11% მალარიაზე მოდის, რაც ჯანდაცვის სისტემაში მძიმე ეკონომიურ ხარჯებს იწვევს.

ამერიკაში გამოვლენილი მალარიის შემთხვევები 1974 წლიდან გაიზარდა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, 1991 წელს 2.2-2.5 მილიონი შემთხვევა დაფიქსირდა. 1994-97 წლებში ამერიკის ცხრა ყველაზე ენდემურ ქვეყანაში მალარიით სიკვდილიანობა 60%-ით შემცირდა.

1996 წელს აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში მალარიით 3.4 მილიონი და ტუბერკულოზისგან 8.000 სიკვდილის შემთხვევა დაფიქსირდა. ეს დაახლოებით არა აფრიკული ქვეყნების მალარიის შემთხვევების 1/3-ია. გაზრდილია რეზისტენტულობა ყველა ხელმისაწვდომი მედიკამენტებისადმი და კოღოების მდგრადობა ინსექტიციდების მიმართ.

ვექტორის კონტროლი, შემთხვევის აქტიური გამოვლენა და მკურნალობა დაავადების კონტროლის ძირითადი ელემენტებია. საწოლის გარშემო კოღოებისაგან დამცავი ბადის ან ფარდების გამოყენება, სახლში სპეციალური აეროზოლის შესხურება და ვექტორის გაძლიერებული კონტროლი, ისევე როგორც დაავადების დროული დიაგნოზი და სწორედ არჩეული მკურნალობა, ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. მალარიის კონტროლი საბოლოოდ დამოკიდებული იქნება უსაფრთხო, ეფექტურ და იაფ ვაქცინაზე. მალარიის ვაქცინის განვითარება დღემდე წარუმატებელია, რაც გამოწვეულია *P. falciparum*-ის გენეტიკური ტიპების მრავალფეროვნებით, მცირე ტერიტორიებზეც კი. მიმდინარეობს კოლუმბიური ვაქცინის განვითარება, რომელიც ამ ეტაპზე ტესტირების პროცესშია და ნაწილობრივ ეფექტურია. მალარიის წინააღმდეგ ვაქცინების ძიებას ხელს უშლის ის ფაქტიც, რომ ვაქცინის მწარმოებელთათვის ის ნაკლებად პრიორიტეტულია, ვინაიდან ფინანსური მოგების შესაძლებლობა დაბალია. მალარიის სფეროში ჩატარებული კვლევები უმეტესად ორიენტირებულია დაავადების ფარმაკოლოგიურ ასპექტებზე, რაც მედიკამენტებისადმი გაზრდილი რეზისტენტულობითაა გამოწვეული.

1998 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ახალი კამპანია წამოიწყო „შევამციროთ მალარია„, რათა მომავალში დაავადების ერადიკაციის საფუძველი არსებობდეს. დაბალტექნოლოგიური ეფექტური ინტერვენცია შემთხვევების აქტიურ გამოვლენას, ხარისხიან და დროულ მკურნალობას, ინსექტიციდების გამოყენებას და გადამტანის (ვექტორის) კონტროლს მოიცავს. ენდემურ კერებში ადგილობრივი ჯანდაცვის პერსონალის მუშაობამ იმედის მომცემი შედეგები აჩვენა. ადგილობრივი კონტროლი და ერადიკაცია შესაძლებელია მიღწეულ იქნას არსებული ტექნოლოგიების გამოყენებით. ეს მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტეგრაციასა და კლინიკურ მიდგომებს, რომლებსაც თან მტკიცე პოლიტიკური ვალდებულება უნდა ახლდეს.

რიკეციული ინფექციები

რიკეციები ობლიგატური პარაზიტებია, მათ მხოლოდ ცოცხალ უჯრედში შეუძლიათ გამრავლება, თუმცა სხვა მხრივ ბაქტერიის თვისებები გააჩნიათ. რიკეციული ინფექციები კლინიკურად მსგავსი დაავადებების ჯგუფია, რომელიც ხშირად მწვავე თავის ტკივილით, სიცხით, მი-

ალგიით, გამონაყრითა და კაპილარებიდან სისხლის დენით ხასიათდება, რომელიც ტვინის, ფილტვების, თირკმელებისა და გულის დაზიანებას იწვევს. დაავადების იდენტიფიცირება ანტისხეულების სეროლოგიური ტესტირებით ხდება, თუმცა კულტურის მიღება შესაძლებელია ლაბორატორიულ ცხოველებში, ემბრიონულ კვერცხებში ან უჯრედთა კულტურაში. რიკეციები ისეთი მწერების გზით გადაეცემა, როგორიცაა ტილები, რწყილები და ტკიპები. ანტიბიოტიკის გამოგონებამდე დაავადება მილიონობით სიკვდილის მიზეზი იყო ომისა და შიმშილის პერიოდში.

ეს დაავადებები ბუნებაში ისეთი სახით არსებობს, რომ მათი ლიკვიდაცია შეუძლებელია, მაგრამ კლინიკური დიაგნოზის, თავდაცვისა და გადამტანთა (ვექტორთა) კონტროლის მეშვეობით, შესაძლებელია დაავადების სიმძიმის შესუსტება და გავრცელებისთვის ხელის შეშლა. თვითდაცვა, შესაფერისი ტანისამოსის ტარება, ტკიპების მოსაცილებელი და ადგილობრივი კონტროლის მეთოდები, როგორიცაა სპეციალური აეროზოლები და საცხოვრებელი ადგილის მოდიფიცირება, ძალიან სასარგებლოა.

ეპიდემიური ტიფი, რომლის იდენტიფიცირება პირველად 1836 წელს მოხდა, *Rickettsia prowazeki*-ის მიერაა გამოწვეული. დაავადება უმეტესად სხეულის ტილის საშუალებით გადაეცემა. ამ დაავადებამ დაახლოებით 1915-1922 წლებში, ომისა და შიმშილის პერიოდში, პოლონეთსა და საბჭოთა კავშირში, 3 მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა. არანამკურნალებ პირებში ლეტალობის მაჩვენებელი 5-40%-ია. ტიფის გამომწვევი ანტიბიოტიკებზე კარგად რეაგირებს. ენდემური კერები ცენტრალურ აფრიკაში, ცენტრალურ აზიაში, აღმოსავლეთ ევროპასა და სამხრეთ ამერიკაში გვხვდება. დაავადების მართვა შესაძლებელია პირადი ჰიგიენის დაცვით და პედიკულოზის წინააღმდეგ ისეთი პრეპარატების გამოყენებით, როგორიცაა DDT და ლინდანი. ვაქცინა ხელმისაწვდომია ლაბორატორიის პერსონალისთვის.

ენდემური ტიფი დაავადების მსუბუქი, კეთილთვისებიანი ფორმაა, რომელსაც *Rickettsia typhi* იწვევს. ის მღრღნელებში მრავლდება. ცუცუგამუში ანუ იაპონური მდინარის ცხელება ლოკალიზებულია შორეული აღმოსავლეთის მთელ ტერიტორიაზე და წყნარი ოკეანის კუნძულებზე. დაავადება სერიოზულ პრობლემას უქმნიდა ამერიკის შეერთებული შტატების შეიარაღებულ ძალებს მეორე მსოფლიო ომის დროს. ის რიკეციული ცუცუგამუშის საშუალებით ვრცელდება და გამოსავალი დამოკიდებულია რეგიონზე, მიკროორგანიზმზე და პაციენტის ასაკზე. ქვიანი მთის *(Rocky Mountain)* ცხელება ტიფის მწვავე ფორმაა, რომელიც ჩრდილოეთ ამერიკაში, ევროპასა და აზიაში გვხვდება, დაავადებას იწვევს *Rickettsia rickettsii* და ტკიპით გადაეცემა. Q ცხელებას გამომწვევია *Coxiella burnetii* და გადამტანს ტკიპა წარმოადგენს, დაავადება ფართოდაა გავრცელებული, გააჩნია მსუბუქი და მძიმე ფორმები და უკავშირდება ფერმაში მუშაობას. ტკიპას საწინააღმდეგო აეროზოლების რეგულარული შესხურება ცხვრების, ძროხებისა და თხებისადმი, მუშებს დაავადებისაგან დაცვაში ეხმარება. დამცავი ტანსაცმელი და სხეულიდან ტკიპას რეგულარული მოშორება დაცვის საშუალებებს წარმოადგენენ.

არბოვირუსები (ვირუსული დაავადებები, რომელთა გადამტანს ფეხსახსრიანები წარმოადგენს)

ვირუსულ დაავადებებს, რომელთა გადამტანსაც ფეხსახსრიანები წარმოადგენენ, ვირუსების მრავალფეროვანი ჯგუფი იწვევს. მისი გადაცემა ხერხემლიან ცხოველებში (ხშირად შინაური ცხოველები და მღრღნელები) და ადამიანებში სისხლისმწოველი გადამტანების მიერ ხდება, როგორიცაა კოღო, ტკიპა, ქინქლა და დაინფიცირებული ცხოველის ჩონჩხთან პირდაპირი კონტაქტი. ჩვეულებრივ, ვირუსები გადამტანის სანერწყვე ჯირკვალში მრავლდებიან, მაგრამ ზოგიერთი პირის ღრუს აპარატით მექანიკურად გადადის.

არბოვირუსები იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის მწვავე ინფექციას (მენინგოენცეფალიტი), მიოკარდიტს, არადიფერენცირებულ ვირუსულ დაავადებებს პოლიართრიტით, გამონაყარით ან მწვავე ჰემორაგიულ ცხელებას.

ხშირად, არბოვირუსული დაავადებები ასიმპტომურია ხერხემლიანებში, მაგრამ ადამიანებში დაავადება შეიძლება მძიმე ფორმით გამოვლინდეს. 250-ზე მეტი ანტიგენურად განსხვავებული არბოვირუსი ადამიანებში სხვადასხვა კლინიკურ სიმპტომებს იწვევს, რაც ხანმოკლე უხიფათო სიცხიანობასა და მწვავე ჰემორაგულ ფებრილურ ცხელებას შორის მერყეობს. თითოეულ მათგანს სპეციფიკური გეოგრაფიული გავრცელება, გადამტანი (ვექტორი), კლინიკური და ვირუსოლოგიური თავისებურებები

გააჩნია. დაავადება საერთაშორისო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, რადგან მათ გავრცელების დიდი პოტენციალი გააჩნიათ – გადამტანებს და ადამიანს, რომელთა ორგანიზმშიც შესაძლოა ინკუბირებდეს გამომწვევი ან იყოს დაავადებული, სწრაფი ტრანსპორტირების უნარი შესწევს და დაავადება შეიძლება ფართოდ გავრცელდეს ახალ ტერიტორიაზე.

ენცეფალიტები

მრავალი არბოვირუსი ცერებრალური დაავადებების გამომწვევი მიზეზია, ისინი სხვადასხვა გადაცემის მექანიზმით და გეოგრაფიული არეალით ხასიათდებიან. კოღოთი გადამდები არბოვირუსებისგან გამოწვეულ ენცეფალიტებში შედის აღმოსავლეთის და დასავლეთის ცხენის, ვენესუელური, იაპონური და მურეი ჰილის ენცეფალიტები. იაპონური ენცეფალიტის გამომწვევია არბოვირუსი, გადაეცემა კოღოთი და დაავადების შემთხვევები გვხვდება იმ ადგილებში, სადაც ბრინჯი მოჰყავთ. ის ხასიათდება თავის ტკივილით, სიცხით, კონვულსიით და დამბლით. მწვავე შემთხვევებში ლეტალობის მაჩვენებელი მაღალია – 60%. ამჟამად ხელმისაწვდომი ვაქცინა რუტინულად გამოიყენება ენდემურ კერებში მცხოვრებთათვის (იაპონია, კორეა, ტაილანდი, ინდოეთი და ტაივანი) და ამ ქვეყნებში მოგზაურობის მსურველთათვის. პოვასანის ვირუსით გამოწვეული ენცეფალიტი არბოვირუსით გამოწვეული ენცეფალიტების ჯგუფში შედის, გადამტანს ტკიპა წარმოადგენს. დაავადება დროდადრო აშშ-სა და კანადაში ვლინდება. ენცეფალიტები, რომლებიც ტკიპით გადაეცემა, ენდემურად აღმოსავლეთ ევროპაში, სკანდინავიაში და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ტერიტორიაზე გვხვდება. 1999 წელს ნიუ-იორკში ენცეფალიტის ეპიდემიამ, რომლის გადამტანს კოღო წარმოადგენდა, დაავადების 54 შემთხვევა გამოიწვია და 6 ადამიანი იმსხვერპლა. ეპიდემიის მიზეზი დასავლეთ ნილოსის ცხელება იყო, რომელიც აშშ-ში მანამდე არ ყოფილა რეგისტრირებული.

რიფტის ველის ცხელება *(Rift Valley Fever)*

რიფტის ველის ცხელება ვირუსული ინფექციაა, რომელიც კოღოს და სხვა სისხლისმწოველი მწერების საშუალებით ვრცელდება. დაავადება ადამიანებსა და ცხოველებში გვხვდება, რომლებსაც პირდაპირი კონტაქტი ჰქონდათ დაინფიცირებული ცხოველების ხორცთან ან სისხლთან. დაავადებისთვის დამახასიათებელია ენცეფალიტი, სისხლდენა, რეტინოპათია და რენალური სისხლდენა, რომელიც ნაწილობრივ ან აბსოლუტურ სიბრმავეს და სიკვდილს (1-2%) იწვევს. ის ასევე იწვევს ორსულობის ნაადრევ შეწყვეტას ცხვრებში და სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებლებს ბატკნებში. მათი ბუნებრივი გავრცელების არეალია აღმოსავლეთ აფრიკის ხეობის ველი (დიდი სირიულ-აფრიკული ნაპრალი). ხშირად სამხრეთ აფრიკაში ვრცელდება, რაც დამოკიდებულია კლიმატურ პირობებზე. ძირითადი გადამტანი და რეზერვუარი არისA კოღო *Aedes* და ინფიცირებული ცხოველები, სადაც გამომწვევი მრავლდება და ისევ სისხლისმწოველების საშუალებით ან დაინფიცირებულ ცხოველურ სითხეებთან კონტაქტის გზით მიმღებ ორგანიზმს გადაეცემა.

1977-1978 წლებში ცხოველებში რიფტის ველის ცხელების უჩვეულო გამრავლებამ სუდანის ჩრდილოეთისკენ და ასუანის კაშხლის გაყოლებით ეგვიპტისკენ, ასი ათასობით ცხოველის დახოცვა, 18.000 ადამიანის დაავადება და 598 შემთხვევაში ლეტალური გამოსავალი გამოიწვია. 1993 წელს ეგვიპტეში რიფტის ველის ცხელებამ კვლავ იფეთქა. ეჭვობენ, რომ ეს ცხელება ეგვიპტის ათი შავი ჭირთაგან ერთერთია, რომელმაც ისრაელიანთა ბავშვების ეგვიპტიდან გაქცევა გამოიწვია და რომელიც ბიბლიური დროიდან მომდინარეობს. კენიაში 1997 წლის რიფტის ველის ეპიდემია, რომელიც თავდაპირველად ციმბირის წყლული ეგონათ, უკავშირდება ანომალიური წვიმების სეზონს და გადამტანების გამრავლებას. ამ ეპიდემიის დროს ასობით დაავადების შემთხვევა და ათეულობით სიკვდილი დაფიქსირდა. ცხოველთა იმუნიზაცია, ვექტორის კონტროლი და ინფიცირებულ ცხოველებთან კონტაქტის შეზღუდვა ამ დაავადების გავრცელებას ამცირებს.

ჰემორაგიული ცხელება

არბოვირუსები აგრეთვე ჰემორაგიულ ცხელებებს იწვევენ, როგორიცაა მწვავე ფებრილური დაავადებები ძლიერი სისხლდენით (შინაგანი და გარეგანი), ღვიძლის დაზიანებით, შოკით და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები აქვთ. საერთაშორისო გავრცელების საშიშროება მაღალია.

ყვითელი ცხელება მოკლევადიანი, მწვავე ვირუსული დაავადებაა სიყვითლის ცვალებადი სიმძიმით. ის შეიძლება ღვიძლის დაავადებაში და ძლიერ ინტესტინალურ სისხლდენაში გადაიზარდოს. ენდემურ კერებში სიკვდილიანობა 5%-ზე ნაკლებია, მაგრამ არაენდემურ რაიონებში და ეპიდემიის დროს 50%-მდე შეიძლება გაიზარდოს. წარსულში დაავადებამ ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკაში დიდი ეპიდემიები გამოიწვია, მაგრამ გადამტანის ლიკვიდაციით მისი კონტროლი მოხერხდა. ენდემურ რაიონებში რუტინული იმუნიზაციის მიზნით ცოცხალი დასუსტებული ვაქცინა გამოიყენება, რომელიც აგრეთვე რეკომენდებულია ინფიცირებულ რეგიონებში ვიზიტორთათვის. ყვითელი ცხელების გადაცემის მექანიზმის დადგენამ და ვექტორის კონტროლმა მთავარი როლი ითამაშა საზოგადოების დაავადებისგან დაცვის თვალსაზრისით (თავი 1). 1997 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში ყვითელი ცხელების 200.000 შემთხვევა და სიკვდილიანობის 30.000 შემთხვევა გამოვლინდა.

დენგეს ჰემორაგიული ცხელება მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომელიც მოულოდნელად იწყება და ახასიათებს 3-5 დღიანი სიცხე, ძლიერი თავის ტკივილი, მიალგია, ართრალგია, კუჭ-ნაწლის აშლილობა და გამონაყარი.

ლეტალური შემთხვევების 50% ჰემორაგიებთანაა დაკავშირებული. ეპიდემია შესაძლოა სწრაფად გავრცელდეს, მაგრამ სათანადო მკურნალობამ სიკვდილიანობის რიცხვი შეიძლება საგრძნობლად შეამციროს. დენგე სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში, წყნარი ოკეანის კუნძულებზე, ავსტრალიაში, დასავლეთ აფრიკაში, კარიბის ზღვის აუზის კუნძულებსა და ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაში გვხვდება. 1981 წელს კუბაში დაავადების 500.000-ზე მეტი და სიკვდილიანობის 158 შემთხვევა დაფიქსირდა. ვექტორის კონტროლს (*Aedes aegypti*-ის სახეობის კოღო) 1950-70-იან წლებში შედეგად ავადობის შემცირება მოჰყვა, მაგრამ კოღოების ხელმეორე გამოჩენამ გამოიწვია ტრანსმისიის გაზრდა და ეპიდემიები წყნარი ოკეანისა და კარიბის ზღვის კუნძულებზე და 1980-1990-იან წლებში ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაში.

1987 წელს ვიეტნამში დაავადების აფეთქებამ 370.000 შემთხვევა გამოიწვია, 1990-ში — 116.000 შემთხვევა, 1997 წელს კი ავადობის ასეთივე მასშტაბები. იმავე წელს ინდონეზიაში 13.000-ზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა, აქედან 240 ლეტალური გამოსავლით დასრულდა და 1998 წელს — 19.000-ზე მეტი შემთხვევა (იანვარი–მაისი), სულ მცირე 531 ლეტალური დასასრულით. 1998 წელს დენგეს ცხელების ეპიდემიები ფუჯის, კუკის კუნძულებზე, ახალ კალედონიასა და ჩრდილოეთ ავსტრალიაში გამოვლინდა.

1997 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ მსოფლიოში ლეტალობის 140.000 და დაავადების 3.1 მილიონი შემთხვევა აღრიცხა. მაიმუნები ძირითად რეზერვუარს წარმოადგენენ, ხოლო გადამტანი *Aedes aegypti*-ის სახეობის კოღოა. ვაქცინა დღეისთვის ხელმისაწვდომი არ არის.

ჩანართი 4.10 დენგეს ცხელება და დენგეს ჰემორაგიული ციება

დენგეს ცხელება, მწვავე გრიპის მსგავსი დაავადებაა. იგი დენგეს ჰემორაგიული ცხელებასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული. მას იწვევს ოთხი განსხვავებული ვირუსი, რომელიც *Aedes aegypti*-ის სახეობის კოღოს გადააქვს. კოღოს მიერ გადატანილ ინფექციებს შორის დენგეს ცხელება მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ვირუსული ინფექციაა. მსოფლიო მასშტაბით 2.500 მილიონი ადამიანი ინფექციის რისკის ქვეშ იმყოფება. ყოველწლიურად დაახლოებით 20 მილიონი ადამიანის დაავადების შემთხვევას აქვს ადგილი, საიდანაც 500.000 ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს. ეს დიდი პრობლემაა, განსაკუთრებით, ტროპიკულ და სუბტროპიკულ რაიონებში. დიდი ეპიდაფეთქებები გამოვლინდა კოლუმბიაში, კუბაში, და ბევრ სხვა ქვეყანაში.

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1998 წ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში, 1998 წ. ჟენევა.

სხვა ჰემორაგიული ცხელება

ლასას ცხელება პირველად 1969 წელს ლასაში, ნიგერიაში გამოვლინდა. ის ფართოდაა გავრცელებული დასავლეთ აფრიკაში, სადაც ყოველწლიურად დაავადების 200.000-დან 400.000-მდე შემთხვევა და 5.000-მდე ლეტალური გამოსავალი ვლინდება. დაავადება სისხლთან, შარდთან ან ინფიცირებული მღრღნელების სეკრეტთან კონტაქტის და ჰოსპიტალებში პირდაპირი კონტაქტის გზით გადაეცემა. დაავადება ხასიათდება მუდმივი ცხელებით 2-4 კვირის მანძილზე და შეიძლება მწვავე ჰიპოთენზია, შოკი და სისხლდენა დაერთოს. ლეტალობის მაჩვენებელი 15%-ია.

მარბურგის ცხელება ვირუსული დაავადებაა, რომელსაც სიმპტომების მოულოდნელი დაწყება ახასიათებს: დისკომფორტი, სიცხე, მიალგია, თავის ტკივილი, დიარეა, ღებინება, გამონაყარი და ჰემორაგია. დაავადება პირველად 1967 წელს, გერმანიაში, მარბურგში, აღმოაჩინეს, რომელსაც მწვანე მაიმუნებში დაავადების აფეთქება მოჰყვა. ინფექციის გადაცემა ხდება ინფიცირებული სისხლით, სეკრეტით, შინაგანი ორგანოებით და სპერმით პირდაპირი კონტაქტის გზით. ლეტალობის მაჩვენებელი 50%-ია.

ებოლას ცხელება ვირუსული დაავადებაა, რომელსაც ისეთი ზოგადი სიმპტომები ახასიათებს, როგორიცაა დისკომფორტი, სიცხე, თავის ტკივილი, ღებინება, გამონაყარი და სისხლდენა. ის პირველად 1976 წელს ზაირსა და სუდანში ეპიდაფეთქების დროს აღმოაჩინეს, რომელმაც 400-ზე მეტი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა. დაავადება ადამიანიდან ადამიანს ინფიცირებული სისხლის, შარდის, განავლის და დაავადებული პაციენტების სხვა სეკრეტებით გადაეცემა. მას მოკლე ინკუბაციური პერიოდი ახასიათებს, ლეტალობა 90%-ს აღწევს. 1995 წლის მაისში ქ. კიკვიტში (ზაირი), ებოლას აფეთქებამ 316 შემთხვევიდან 245 ადამიანი იმსხვერპლა (78%), რამაც, შესაძლო გავრცელების გამო, საერთაშორისო შეშფოთება გამოიწვია, თუმცა ეპიდემიის ლოკალიზება მოხერხდა. ებოლას მეორე ეპიდემია გაბონში 1996 წლის დასაწყისში დაფიქსირდა. დაავადების 37 შემთხვევიდან 21-ში

ჩანართი 4.11 ლაიმის დაავადება

1970-იან წლებში ქ. ლაიმში, ორი ახალგაზრდა ვაჟის დედამ, რომლებსაც ართრიტის დიაგნოზი დაუსვეს, ქალაქის სხვა მცხოვრებლებს შორის კერძო გამოკვლევა ჩაატარა. მან შეადგინა რუკა, რომელზედაც სათითაოდ აღნიშნა ართრიტის ექვსი შემთხვევა, რომლებიც დროის მცირე შუალედით ერთმანეთთან ახლოს მცხოვრებ ბიჭებს შორის გამოვლინდა, რაც ბადებდა ეჭვს, რომ „ახალგაზდრული რევმატოიდული ართრიტის„ სინდრომი შესაძლოა ბიჭების ტყეში თამაშთან ყოფილიყო დაკავშირებული. ამ ქალბატონმა თავისი მონაცემები ნიუ ჰეივენის იელის სამედიცინო სკოლის რევმატოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელს წარუდგინა, რომელმაც „ახალი დაავადების ჯგუფი„ გამოიკვლია. რამდენიმე მშობელმა განაცხადა, რომ მათი ბიჭები ტკიპამ დაკბინა და ართრიტის გამოვლენამდე გამონაყარი აღენიშნებიდათ. დადგინდა, რომ დაავადების გამომწვევი სპირალის ფორმის ბაქტერია-სპიროქეტაა – *Borrelia burgdorferi,* ხოლო მისი გადამტანი ტკიპაა. დაავადება ანტიბიოტიკებით მკურნალობას დაემორჩილა.

1996 წელს 45 შტატში დაავადების 16.000-ზე მეტი შემთხვევა გამოვლინდა. 1965 წლის 11.000 შემთხვევის შემდეგ, 1994 წელს 13.000 შემთხვევა დაფიქსირდა. დაავადების შემთხვევებს უმეტესად ადგილი ჰქონდა ჩრდილო-აღმოსავლეთ, ჩრდილო-ცენტრალურ და შუა-ატლანტიკურ ნაწილებში. არსებული მონაცემების მიხედვით, 1995 წელს დაავადება ძირითად ინფექციათა შორის რიგით მეცხრე ადგილზე იყო. ლაიმის დაავადება რეგისტრირებული იყო ჩრდილოეთ ამერიკის ბევრ რაიონში, ევროპაში, ყოფილ საბჭოთა კავშირში, ჩინეთსა და იაპონიაში. ახლად ლიცენზირებული ვაქცინა ეფექტურია ტკიპისგან დაუცველი ადამიანებისთვის, მაგრამ არა ზოგადი გამოყენებისთვის. დაავადების შესამცირებლად მნიშვნელოვანია პირადი ჰიგიენა ტკიპისგან თავის დასაცავად და გარემო პირობების მოდიფიკაცია.

წყარო: CDC, 1996, *MMWR,* 45:481–484; and CDC, 1997, *MMWR,* 46, no. 23. ინტერნეტ მისამართი:

http://www.cdc.gov/ncidad/disease/lyme/lyme.htm

ინფექციის გავრცელება ინფიცირებული მაიმუნის პირდაპირი ექსპოზიციის გზით მოხდა, დანარჩენ შემთხვევათა უმრავლესობის მიზეზი დაავადებულ ადამიანთან უშუალო კონტაქტი იყო, ხოლო ზოგ შემთხვევაში, გადაცემის მექანიზმის დადგენა ვერ მოხერხდა. 21 შემთხვევა ლეტალური გამოსავლით დასრულდა. ითვლება, რომ ებოლას ცხელება ძალიან საშიში დაავადებაა, თუ ეპიდემიის ეფექტური კონტროლი არ განხორციელდა. ზაირში ძირითადი სანიტარიული საშუალებების დეფიციტი, როგორიცაა საავადმყოფოებისთვის ქირურგიული ხელთათმანები, ხელს უწყობს რეციდივის შემთხვევაში ამ ავადმყოფობის გავრცელებას.

ლაიმის დაავადება

დაავადებას ახასიათებს გამონაყარი, ძვალკუნთოვანი, ნევროლოგიური და გულ-სისხლძარღვოვანი სიმპტომები. დიაგნოზის დადასტურება ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგად ხდება. გადაცემის ტრანსმისიული მექანიზმის მქონე დაავადებებს შორის აშშ-ში ის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. 1993-1995 წლებში დაავადების 33.000 შემთხვევა გამოვლინდა. დაავადებას ძირითადად ადგილი აქვს 5-14 წლის ასაკის ბავშვებსა და 30-49 წლის ასაკის მოზრდილებში. ლაიმის დაავადების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა გამოვიყენოთ მწერების საწინააღმდეგო საშუალება (რეპელენტი), ინფექციის საშიშროების ადგილებში ჩავიცვათ გრძელმკლავიანი და გრძელტოტიანი ტანსაცმელი და დროულად მოვიშოროთ ტკიპა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში რამდენიმე მწარმოებელი უშვებს ვაქცინას, რომელიც მოწოდებულია გამოსაყენებლად, როგორც ცხოველებში და ასევე ადამიანებშიც.

პარაზიტული დაავადებები

სამედიცინო თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი პარაზიტები არიან ორგანიზმები, რომლებიც ცოცხლობენ, იკვებებიან და მრავლდებიან „მასპინძლის„ სხეულში და აზიანებენ ან არ აზიანებენ მას, მაგრამ სარგებლობა არასოდეს მოაქვთ. პარაზიტულ დაავადებებს იწვევს ერთუჯრედიანი ორგანიზმები, როგორიცაა პროტოზოა (მალარიის, შისტოსომოზის, ამებიაზის და კრიპტოსპორიდიუმის გამომწვევები) და ჰელმინთები (ჭიები), რომლებიც დაყოფილია კლასებად: ნემატოდები, ცესტოდები და ტრემატოდები. პარაზიტული დაავადებები განვითარებად ქვეყნებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი პრობლემაა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში აღმოაჩინეს ლამბლიოზისა და კრიპტოსპორიდიუმის წყლისმიერი და სხვა ეპიდაფეთქებები. პარაზიტული დაავადებები ავადობის და სიკვდილიანობის გამომწვევ ძირითად მიზეზთა შორისაა, მაგ. მალარია. ისეთი დაავადებების იოლი ფორმები, როგორიცაა ლამბლიოზი და ტრიქომონიაზი, ავადმყოფობის ფართოდ გავრცელებას იწვევს. ჰელმინთებით ნაწლავის ინვაზიამ შეიძლება მძიმე გართულებები გამოიწვიოს, თუმცა ისინი, ჩვეულებრივ, იწვევენ ქრონიკულ დუნედ მიმდინარე სიმპტომთა ჯგუფს და რკინა-დეფიციტურ ანემიას.

ექინოკოკოზი

ექინოკოკოზი, რომლის გამომწვევია ძაღლის პატარა სოლიტერი – *Echinococcus granulosus* ინფექციური დაავადებაა. ის ერთკამერიან ცისტას ქმნის „მასპინძელ„ ორგანიზმში, განსაკუთრებით, ღვიძლსა და ფილტვებში, მაგრამ გამომწვევი აგრეთვე თირკმელებში, ელენთაში, ცენტრალურ ნერვულ სისტემასა და ძვლებში მრავლდება. ცისტები, რომლებიც შესაძლოა 10 სმ-მდე გაიზარდნენ, შესაძლოა ასიმპტომურნი იყვნენ ან შესაძლოა მძიმე ფორმები და ლეტალობა გამოიწვიონ, თუ არ ჩატარდა სათანადო მკურნალობა. ეს პარაზიტი ჩვეულებრივ იმ აგილებში გვხვდება, სადაც ძაღლები ნახირს მწყემსავენ და ადამიანებთან ახლო კონტაქტი აქვთ. ახლო აღმოსავლეთი, საბერძნეთი, სარდინია, ჩრდილოეთ აფრიკა და სამხრეთ ამერიკა ენდემური რაიონებია, ხოლო ამერიკის შეერთებული შტატების და კანადის ტერიტორიაზე ენდემური ადგილები შედარებით მცირეა. ავსტრალიასა და კვიპროსზე ლიკვიდირებულია ადამიანის დაავადების შემთხვევები. ძაღლი ძირითადი „მასპინძელია„, ხოლო შუალედური „მასპინძელი„, შეიძლება იყოს ცხვარი, მსხვლფეხა საქონელი, ღორი, ცხენი, ამერიკული ცხენ-ირემი და მგელი. პრევენციული ზომებია ჰიგიენის დაცვა საკვებ პროდუქტებთან და ძაღლებთან კონ-

ტაქტის დროს, ველური და მაწანწალა ძაღლების განადგურება და დაკლული პირუტყვის შიგნეულობისგან მათი მოშორება.

მსგავსი, მაგრამ მრავალკამერიანი კისტოზური დაავადება მრავლადაა აღმოჩენილი ველური „მასპინძელი„ ცხოველების ორგანიზმში ჩრდილოეთ ნახევარსფეროში ცენტრალური ევროპის, ყოფილი საბჭოთა კავშირის, იაპონიის, კანადის და ამერიკის შეერთებული შტატების ჩრდილოეთ და ცენტრალური ნაწილის ჩათვლით. სხვა ექინოკოკური დაავადება (*Echinococcus vogeli*) აღმოჩენილია სამხრეთ ამერიკაში, სადაც მისი ბუნებრივი „მასპინძელი„ მაწანწალა ძაღლია, ხოლო მისი შუალედური „მასპინძელი„ – ვირთხა. ინფექციის წყარო შეიძლება იყოს შინაური ძაღლიც. ქირურგიული რეზექცია ყოველთვის წარმატებული არ არის და შესაძლოა ხანგრძლივი მკურნალობა გახდეს საჭირო. კონტროლი ხორციელდება ჰიგიენის დაცვით, აგრეთვე იმ ველური ცხოველების კონტროლით, რომლებიც კონტაქტში იყვნენ ადამიანებთან და შინაურ ცხოველებთან.

სოლიტერი

სოლიტერის ინვაზია ტროპიკული ქვეყნებისთვისაა დამახასიათებელი, სადაც სანიტარიული პირობები არადამაკმაყოფილებელია. ხარის (*Taenia saginata*) და ღორის (*Taenia solium*) სოლიტერი ჩვეულებრივ იმ ადგილებში გვხვდება, სადაც ცხოველები იმ საკვებითა და წყლით იკვებებიან, რომელშიც ადამიანის განავალი ხვდება. ხორცის გაყინვისა ან მომზადების შემთხვევაში სოლიტერი იღუპება. თევზის სოლიტერი (*Diphyllobothtium latum*) დამახასიათებელია იმ ადგილებისთვის, სადაც მოსახლეობა უმი თევზით იკვებება, მაგ. ინუიტები (ესკიმოსთა წარმომადგენლები). ეს სოლიტერი ჩრდილოეთის კლიმატთან ასოცირდება.

ბავშვები, რომლებიც სიარულს სწავლობენ, განსაკუთრებით ძაღლის სოლიტერის (*Dipylidium caninum*) მიმართ, მგრძნობიარენი არიან, რომელიც ფართოდაა გავრცელებული მსოფლიოში. ინფექციის წყაროს შინაური ცხოველები წარმოადგენენ კვერცხების ორალურ-ფეკალური გადაცემის გზით. დაავადება, ჩვეულებრივ, სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს. ამის მსგავსად, ჯუჯა სოლიტერი (*Hymenolepis nana*) ადამიანიდან ადამიანს ორალურ-ფეკალური ან კონტამინირებული საკვებისა და წყლის საშუალებით გადაეცემა. ვირთხის სოლიტერი (*Hymenolepis diminuta*) ძირითადად ბავშვებში გვხვდება.

ონქოცერკოზი

ონქოცერკოზი (მდინარის სიბრმავე) პარაზიტული ჰელმინთის მიერ გამოწვეული დაავადებაა, რომელიც მილიონობით მატლს წარმოქმნის, ისინი სხეულში მოძრაობის დროს ძლიერ ქავილს, სისუსტეს (გამოფიტვა) და საბოლოოდ, სიბრმავეს იწვევენ. დაავადება ქინქლის საშუალებით ვრცელდება, რომელსაც ინფიცირებული ადამიანიდან ჯანმრთელ ადამიანზე მატლები გადააქვს. ის ძირითადად საჰარის სამხრეთ ნაწილში, აფრიკასა და ლათინურ ამერიკაში ბინადრობს, სადაც რისკის ქვეშ 120 მილიონზე მეტი ადამიანია. დაავადების კონტროლი ღონისძიებათა კომბინაციით ხორციელდება, როგორიცაა გარემოს დაცვა ლარვიციდების საწინააღმდეგო აეროზოლების საშუალებით, რათა ვექტორის (გადამტანის) რაოდენობა შემცირდეს, მოხდეს პოტენციური "მასპინძლის" დაცვა დამცავი ტანსაცმლითა და რეპელენტებით და პაციენტის მკურნალობა.

1974 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით დაიწყო პროგრამა, რომლის სპონსორია ოთხი საერთაშორისო სააგენტო: სურსათისა და სოფლის მეურნეობის ორგანიზაცია (FAO), გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა (UNDP), მსოფლიო ბანკი და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ეს პროგრამა სუბსაჰარული აფრიკის 11 ქვეყანას მოიცავს. განსაკუთრებული ყურადღება ქინქლის კონტროლს ექცევა, ძირითადად, მისი მატლების განადგურებას ინსექტიციდების გამოყენების გზით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 1997 წელს დაავადების პრევალენტობა 17 მილიონს შეადგენდა.

პროგრამის წარმატებად შეიძლება ის ფაქტი ჩაითვალოს, რომ დაცული იქნა 30 მილიონი ადამიანი, ხოლო 1.5 მილიონ ინფიცირებულ ადამიანს მკურნალობა ჩაუტარდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით ამ პროგრამის ფარგლებში 2000 წლისთვის შესაძლებელი იქნება სიბრმავის 500.000 შემთხვევის თავიდან აცილება და 25 მილიონი ჰექტარი მიწის გაწმენდა ხელახლა დასახლებისა და დამუშავებისთვის. პროგრამის ღირებულება 570 მილიონი დოლარია. მსოფლიო ბანკი თვლის, რომ ეს ინვესტიცია მიწების ვრცელი ფართობის ხელახალი გამოყენებისა და ნაყოფიერების თვალსაზრისით 16-28%-ის მოგებას მოიტანს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგნიზაციის მიერ

ინიცირებული ონქოცერკოზის კონტროლის აფრიკული პროგრამა 1996 წელს დაიწყო. გამოიყენება ახალი სამკურნალო პრეპარატი (ივერმექტინი-Ivermectin) და გადამტანის კონტროლი აეროზოლების საშუალებით ხორციელდება. პროგრამა აფრიკის 30 და სამხრეთ ამერიკის 6 ქვეყანაში მოქმედებს. იხილეთ ვებ.გვერდი http://www/who.int/ocp. ის დაფინანსებულია ბევრი დონორი ქვეყნის, საერთაშორისო ორგანიზაციების, „მერკი და კომპანიისა“ და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ.

დრაკუნკულოზი

დრაკუნკულოზი (რიშტა-გვინეის ჭიის დაავადება) საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის დიდი მნიშვნელობის მქონე პარაზიტული დაავადებაა ინდოეთში, პაკისტანში და ცენტრალურ და დასავლეთ აფრიკაში. ეს კანქვეშა და უფრო ღრმად განლაგებული ქსოვილების ინფექციაა, რომელიც გამოწვეულია 60 სმ-იანი ნემატოდას მიერ, რომელიც, ჩვეულებრივ, ქვედა კიდურებს აზიანებს და ტკივილსა და შრომის უნარიანობის დაკარგვას იწვევს. ნემატოდა კანზე მხურვალე ბებერას იწვევს, როდესაც ის კვერცხების დასადებადაა მზად. ბებერას გასკდომის შემდეგ, როგორც კი წყალი შეეხება, ჭია მატლებს ყრის. კვერცხები წყალში ხვდებიან და გამოჩეკილი მატლები ვისცერალური გზის გავლით ქვედა კიდურის კანქვეშა ქსოვილში განლაგდებიან. ინკუბაციური პერიოდი დაახლოებით 12 თვეა. მატლებს, რომლებიც წყალში ხვდებიან, კიბოსნაირნი ყლაპავენ და ერთი თვის მანძილზე ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ.

წყლის მარაგის უვნებლობის დაცვა და ინფიცირებული ადამიანების მიერ კონტამინაციის პრევენცია ხელს უწყობს დაავადების თავიდან აცილებას. ენდემურ რაიონებში მოსახლეობის ინფორმირება წყლის წყაროების საფრთხის და სასმელი წყლის გაფილტრის აუცილებლობის შესახებ ტრანსმისიას ამცირებს. კიბოსნაირების წინააღმდეგ ინსექტიციდები გამოიყენება. ქლორი ანადგურებს მატლებს და კიბოსნაირებს. ვაქცინა არ არსებობს. მკურნალობა შედეგიანია, თუმცა საბოლოო განკურნება რთულია.

დრაკუნკულოზი ტრადიციულად ენდემური იყო დასავლეთ აფრიკიდან ახლო აღმოსავლეთის გავლით ინდოეთამდე სარტყელში და ცენტრალურ აზიაში. მისი ლიკვიდაცია წარმატებით განხორციელდა ცენტრალურ აზიასა და ირანში, აღმოიფხვრა ახლო აღმოსავლეთში და აფრიკის ზოგიერთ ქვეყანაში (გამბია და გვინეა).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ხელს უწყობს დრაკუნკულოზის ლიკვიდაციას. ცნობილია, რომ 1980-1990 წლებში დაავადების გავრცელება 12 მილიონიდან 3 მილიონ შემთხვევამდე შემცირდა. შესაბამისად 1996 და 1997 წლებში 152.814 და 77.863 შემთხვევა გამოვლინდა. მისი ერადიკაცია 2000 წლისთვის იყო გათვალისწინებული. 1995 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ კომისია შექმნა, რომელიც ყოფილ ენდემურ რაიონებში ლიკვიდაციას მონიტორინგს გაუწევდა და დაადასტურებდა. ინდოეთში 1987 წელს აღრიცხული 17.000 შემთხვევა 1992 წელს 900-მდე შემცირდა და 1997 წელს ქვეყანა ტრანსმისიისგან გათავისუფლდა. ამავე წელს, დაავადების მაღალი გავრცელების ქვეყნებში, როგორიცაა კენია, არც ერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, ხოლო ჩადში, სენიგალში, კამერუნში, იემენსა და ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკაში 30-ზე ნაკლები შემთხვევა გამოვლინდა. როგორც ჩანს, ამ დაავადების ერადიკაცია ახლო მომავალში შესაძლებელია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ერადიკაციის პროგრამა წარმატებით განვითარდა, როგორც დამოუკიდებელი პროგრამა თავისი საკუთარი მმართველობითა და პერსონალით, მაგრამ შემდგომი პროგრესი, ჯანდაცვის სხვა პროგრამებთან ამ პროგრამის ინტეგრაციას მოითხოვს, რათა მან, როგორც საზოგადოების ჯანდაცვის განუყოფელმა ნაწილმა, დახმარების გარეშე არსებობა შეძლოს. დრაკუნკულოზის თემზე-დაფუძნებული ეპიდზედამხედველობის სისტემა თემში ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების მონიტორინგს მოემსახურება.

შისტოსომოზი

შისტოსომოზი (ლოკოკინას ცხელება) პარაზიტული ინფექციაა, გამოწვეული ტრემატოდების მიერ და რომელიც ადამიანიდან ადამიანს გადაეცემა შუალედური „მასპინძლის„ – ლოკოკონას საშუალებით. დაავადება ენდემური აფრიკის, სამხრეთ ამერიკის, კარიბის ზღვისა და აზიის 74 ქვეყანაში გვხვდება. მსოფლიოში დაახლოებით 200 მილიონი ინფიცირებული ადამიანია, ხოლო 600 მილიონზე მეტი რისკის ქვეშ იმყოფება. კლინიკური სიმპტომებია: ცხელება, გულისრევა, ღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, დიარეა და ჰემატურია. ჴპარაზიტები – *Schistosoma mansoni* და *S. japonicum* ნაწლავურ და ღვი-

ძლის სიმპტომებს იწვევენ, აგრეთვე დიარეას და ტკივილს მუცლის ღრუში, ხოლო *Schistosoma haematobium* შარდ-სასქესო სისტემას აზიანებს, ქრონიკულ ცისტიტს, პიოლონეფრიტს, შარდის ბუშტის კიბოს განვითარების მაღალ რისკს იწვევს, რომელიც რიგით მეცხრე ადგილზეა კიბოთი სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის. ინფიცირება ხორციელდება კანის კონტაქტით მტკნარ წყალთან, რომელიც კონტამინირებული ლოკოკინებს შეიცავს. ცერკარიუმი კანში აღწევს, პარაზიტის მატარებელი ადამიანის ორგანიზმში მწიფდება მოზრდილ ჭიად და კვერცხებს დებს. ხდება კვერცხების გავრცელება სხეულის სხვა ნაწილებში, შარდის ბუშტის ან კუჭ-ნაწლავის ირგვლივ ვენებში და შესაძლოა ნევროლოგიური სიმპტომები გამოიწვიოს. კვერცხების გამოვლენა შესაძლებელია შარდისა და განავლის მიკროსკოპიული ანალიზით. შესაძლებელია სეროლოგიური ტესტირებაც. შისტოსომოზის სამივე ძირითადი სახეობის მკურნალობა ეფექტურია. დაავადების ერადიკაციის მიღწევა შესაძლებელია სარწყავი არხების გამოყენებით, ინფიცირებული ადამიანების მკურნალობით, წყლის დაცვით ასეთი ადამიანის შარდითა და ექსკრემენტებით დაბინძურებისგან, ლოკოკინების განადგურებით და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებით. ენდემურ რაიონებში მცხოვრები ადამიანები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ ინფექციის საშიშროების შესახებ. მასობრივი ქიმიოთერაპიის, წყლის ხარისხის და სანიტარიული პირობების გაუმჯობესების შედეგად ამ დაავადების კონტროლიც უმჯობესდება.

ლეიშმანიოზი

ლეიშმანიოზი კანისა და შინაგანი ორგანოების დაავადებებს იწვევს. კანის ფორმის დროს კანის ქრონიკული წყლული ვითარდება, რომელიც სხვადასხვა სახელითაა ცნობილი: „იერიქონის ვარდი,„ ‘‘აღმოსავლეთის წყლული“ და „ალეპოს წყლული“. დაავადებას იწვევს *Leishmania tropica, Leishmania brasiliensis, Leishmania Mexicana* ან *Leishmania donovani*. ქრონიკული წყლული შეიძლება რამდენიმე კვირიდან ერთ წელზე მეტხანს გაგრძელდეს. დიაგნოზის დასმა ბიოფსიით, კულტურის მიღებით და სეროლოგიური ტესტების საშუალებით ხდება. მიკროორგანიზმი მრავლდება ქინქლას ნაწლავში და ნაკბენის საშუალებით ადამიანებს, ძაღლებსა და მღრღნელებს გადაეცემა. პარაზიტი შესაძლოა არანამკურნალევი დაზიანების ადგილზე 5-24 თვის განმავლობაში დარჩეს. დაზიანება არ შუშდება, სანამ პარაზიტების განადგურდება არ მოხდება. პრევენცია გარემოს კონტროლის ღონისძიებების გზით ქინქლა ფლებოტომუსის განადგურებით ხორციელდება. წარმატებით დასრულდა ქინქლას განადგურების მიზნით მისი გამრავლების ადგილებში ინსექტიციდების გამოყენება. დაავადების შემთხვევების გამოვლენა და მკურნალობა ახალი შემთხვევების რიცხვს ამცირებს. ვაქცინა არ არსებობს და მკურნალობა სპეციფიკური ანტიბიოტიკებითა და სურმით (სტიბიუმით) მიმდინარეობს.

ვისცერული ლეშმანიოზი

ვისცერული ლეშმანიოზი (ინდური ვისცერული ლეშმანიოზი, კალა-აზარი) ქრონიკული სისტემური დაავადებაა. პარაზიტი „მასპინძლის„ შინაგანი ორგანოების უჯრედებში მრავლდება. დაავადების ნიშნებია ცხელება, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება, ლიმფადენოპათია, ანემია, ლეიკოპენია, პროგრესული სისუსტე და გამოფიტვა. დიაგნოზის დასმა ხდება ბიოფსიის ან ასპირაციის გზით მიღებულ მასალაში მიკრორგანიზმების გამოვლენის საშუალებით, აგრეთვე, ძვლის ტვინიდან ღვიძლიდან და ელენთიდან აღებულ შეფერილ ნაცხში და სისხლში ინტრაცელულური (ლეიშმან-დონოვანი) სხეულების აღმოჩენით.

კალა-აზარი ძირითადად გავრცელებულია სოფლად, გვხვდება ინდოეთის სუბკონტინენტში, ჩინეთში, ყოფილი საბჭოთა კავშირის სამხრეთ რესპუბლიკებში, ახლო აღმოსავლეთში, ლათინურ ამერიკაში და საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკის რესპუბლიკებში. დაავადება ჩვილებს, ბავშვებსა და მოზრდილებს ემართებათ. ტრანსმისია ინფიცირებული ქინქლას ნაკბენით ხდება; ინკუბაციური პერიოდი 2-4 თვეა. არ არსებობს ვაქცინა, მაგრამ სპეციფიკური მკურნალობა ეფექტურია და გარემოს კონტროლის ღონისძიებები (მათ შორის, მალარიის საწინააღმდეგო აეროზოლები) დაავადების გავრცელებას ამცირებს. იმ ადგილებში, სადაც ძაღლების პოპულაცია მცირეა, დაავადება ნაკლებად გავრცელებულია.

ტრიპანოსომოზი

ძილიანობით დაავადებას იწვევს *Trypanosoma brucei*, რომელიც ძირითადად გავრცელებულია აფრიკის უდაბნოებში და ბუზი ცეცეს

საშუალებით გადაეცემა, მოქმედებს რქოსან საქონელსა და ადამიანებზე. სუბ-საჰარულ აფრიკაში დაახლოებით 55 მილიონი ადამიანი რისკის ქვეშ იმყოფება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 1996 წელს დაავადების 200.000 ახალი შემთხვევა გამოვლინდა, პრევალენტობა 300.000 შემთხვევას შეადგენდა, ხოლო გარდაცვლილთა რაოდენობამ 150.000-ს მიაღწია. პრევენცია ვექტორის კონტროლსა და ეფექტურ მკურნალობაზეა დამოკიდებული.

ჩაგას დაავადება (ამერიკული ტრიპანოსომოზი)

ჩაგას დაავადება ქრონიკული, უკურნებელი პარაზიტული დაავადებაა (გამომწვევი – *Trypanosoma cruzi*), რომელიც სისხლისმწოველი მწერებით და სისხლის გადასხმით გადაეცემა, იწვევს ინვალიდობას და სიკვდილს. რისკის ქვეშ იმყოფება დაახლოებით 17 მილიონი ადამიანი, ძირითადად, ლათინურ ამერიკაში, ყოველწლიურად 300.000 ახალი შემთხვევით და 45.000 ლეტალური გამოსავლით. ინფიცირებულთა დაახლოებით 30%-ს გულის მძიმე დაავადება უვითარდება. ტრანსმისია ლიკვიდირებულ იქნა ურუგვაიში 1996 წელს, ვენესუელაში – 1997 წელს, ხოლო არგენტინაში – 1999 წელს. ბრაზილიაში, სადაც ლათინურ ამერიკაში გამოვლენილი შემთხვევების 40% ვლინდებოდა, 1998 წელს ტრანსმისიის ლიკვიდაციას მიაღწიეს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას 2010 წლისთვის დაგეგმილი აქვს ტრანსმისიის ელიმინაცია.

დაავადების კონტროლი ძნელია, თუმცა საკონტროლო ღონისძიებები მოიცავს „მასპინძელი„ ცხოველის და გადამტანი მწერების პოპულაციის შემცირებას ეკოლოგიური მეთოდების და ინსექტიციდების გამოყენების გზით, მოსახლეობის ინფორმირებას გრძელსახელოიანი სამოსის და რეპელენტების გამოყენების შესახებ და შემთხვევათა მართვას ქიმიოთერაპიის საშუალებით.

სხვა პარაზიტული დაავადებები

ამებიაზი. ამებიაზი ინფექციური დაავადებაა, გამოწვეული უმარტივესი პარაზიტით (*Entamoeba histolytica*), რომელიც ინფექციური ცისტის სახით გვხვდება. ინვაზია შეიძლება იყოს ასიმპტომური ან მწვავე, სისხლიანი და ლორწოვანი ძლიერი დიარეა ან პირიქით, შეკრულობა გამოიწვიოს. ამებური კოლიტი შეიძლება არასპეციფიკურ წყლულოვან კოლიტში აგვერიოს. კოლიტის დიაგნოზს განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევით ტროპოზოიდისა და ცისტის გამოსავლენად ადგენენ. გადაცემა ხორციელდება ფეკალური მასებით დაბინძურებული და ცისტის შემცველი საკვები პროდუქტების და წყლით ან ორალურ-ანალური სქესობრივი კონტაქტით. ამებიაზი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა. წყლის მარაგის ქვიშით ფილტრაცია თითქმის ყველა ცისტას ანადგურებს. საეჭვო წყალი უნდა ადუღდეს. ძირითადი საკონტროლო ღონისძიებებია მოსახლეობის განათლება საკვებისა და წყლის მიმართ ჰიგიენური პირობების დაცვის შესახებ, ფეკალური მასების გაუვნებელყოფა.

ასკარიდოზი. ასკარიდოზი წვრილი ნაწლავის ინვაზიაა, გამოწვეული მრგვალი ჭიების (ნემატოდების) – *Ascaris lumbicoides* მიერ, რომელიც შეიძლება აღმოჩნდეს განავალში, იშვიათად, ცხვირში, ან პირის ღრუში, ან ნახველში (ფილტვის ინვაზია). მრგვალი ჭია ძალზედ გავრცელებულია ტროპიკულ ქვეყნებში, სადაც ინვაზია აღწევს ან მოსახლეობის 50%-ს აღემატება. დაავადების მიმართ განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან 3-8 წლის ასაკის ბავშვები. ინვაზიამ შესაძლოა ფილტვებთან დაკავშირებული სიმპტომები და კვების დეფიციტი გამოიწვიოს, განსაკუთრებით, რკინა-დეფიციტური ანემია. გადაცემა შეიძლება მოხდეს ინფიცირებული კვერცხის (ჩვეულებრივ, ბავშვებში, რომლებიც დაბინძურებულ ტერიტორიაზე თამაშობენ) ან ინფიცირებულ ნიადაგზე მოყვანილი უმი საკვები პროდუქტის მიღებით. ჭიის კვერცხმა შეიძლება სიცოცხლისუნარიანობა წლების მანძილზე შეინარჩუნოს. მკურნალობა ვერმოქსით და სხვა მედიკამენტებით ეფექტურია. პრევენციული საშუალებებია პირადი ჰიგიენური ნორმების დაცვა, გარემოში ჭიის კვერცხების მოსპობა, ნიადაგის დაცვა განავლით დაბინძურებისგან. ადამიანის ფეკალიების სასუქად გამოყენებამ, თუნდაც ნაწილობრივი მკურნალობის შემდეგ, შეიძლება ინვაზიის გავრცელება გამოიწვიოს. მასობრივი მკურნალობა რეკომენდირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში.

ენტერობიოზი. ფართოდაა გავრცელებული ყველა სოციო-ეკონომიურ ფენებში, თუმცა ის უფრო მეტადაა გავრცელებული იქ, სადაც ხალხით გადატვირთული და ანტისანიტარიული საცხოვრებელი პირობებია. ნაწლავების *Ente-*

robius vermicularis-ით ინვაზია შეიძლება სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობდეს ან გამოიწვიოს ძლიერი ქავილი შორისის მიდამოებში ან ვულვოვაგინიტი, შესაძლებელია უფრო მძიმე გართულებებიც. განსაკუთრებით გავრცელებულია სკოლამდელ და სკოლის ასაკის ბავშვებში. მოზრდილი ჭიები თვალითაც შეინიშნება ან გამოვლინდება განავლის ან პერიანალური ნაცხის ლაბორატორიული ანალიზით. გადაცემა ხდება ჭიის კვერცხების ფეკალურ-ორალური მიღებით. მკურნალობის მეთოდები იგივეა, რაც ასკარიდოზის შემთხვევაში.

ექტოპარაზიტებში შედის სკაბიესი (*Sarcoptes scabiei*), ბაღლინჯო (*Cimex lectularius*), რწყილი და ტილები: ტანსაცმლის ტილი (*Pediculus humanis*), ბოქვენის ტილი (*Phthirius publis*) და თავის ტილი (*Prdiculus humanus capitis*). თავის ტილი ფართოდაა გავრცელებული სკოლის ასაკის ბავშვებში და ძირითადად უხერხულობის გრძნობას იწვევს. ტანსაცმლის ტილი ეპიდემიური ტიფის, ტრანშეის ცხელების და ეპიდემიური პარტახტიანი ტიფის გადამტანია. სტიქიური უბედურების დროს ეპიდემიური ტიფის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია დეზინფექცია და ჰიგიენის დაცვა. რწყილი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს შავი ჭირის გავრცელებაში გამომწვევის გადატანით მღრღნელებიდან ადამიანზე. მღრღნელების პოპულაციის კონტროლი რწყილის პოპულაციას ამცირებს, მაგრამ ომისა და კატასტროფების დროს, მღრღნელის და რწყილის პოპულაცია შესაძლოა გაიზარდოს. სკაბიესი, რომელსაც იწვევს ტკიპა, ფართოდაა გავრცელებული და ადამიანიდან ადამიანს გადაეცემა. ტკიპა კანქვეშ იმალება და ინტენსიურ ქავილს იწვევს. ყველა აღნიშნული ექტოპარაზიტის პრევენცია ხდება ჰიგიენის დაცვით და შემთხვევების მკურნალობით. ეს დაავადებები სწრაფად ვრცელდება და ამიტომაც ჰიგიენიური პირობების დაცვას, სასკოლო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განსაკუთრებულ პოლიტიკას მოითხოვს.

ლეგიონერთა დაავადება

ლეგიონერთა დაავადება მწვავე ბაქტერიული დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია გრამუარყოფითი *Legionnelae*-ის მიერ. განასხვავებენ მის 35 სახეობას და ბევრ სერო-ჯგუფს. პირველი დოკუმენტირებული შემთხვევა 1947 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაფიქსირდა, ხოლო დაავადების პირველი აფეთქება 1976 წელს ისევ ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოვლინდა ომის ვეტერანებს შორის. დაავადება ზოგადი სისუსტით, ანორექსიით, მიალგიით, თავის ტკივილით იწყება, რასაც სიცხე, ხველება, აბდომინური ტკივილი და დიარეა მოჰყვება. პნევმონიას შეიძლება რესპირატორული უკმარისობა დაერთოს. ჰოსპიტალიზირებულ შემთხვევებში ლეტალობის მაჩვენებელი 40%-ზე მაღალია. დაავადების უფრო მსუბუქი არაპნევმონიური ფორმა ფაქტიურად ლეტალობასთან დაკავშირებული არ არის.

გამომწვევი გვხვდება წყლის რეზერვუარებში და გათბობის, გაგრილებისა და კონდიცირების სისტემებით, ასევე ონკანის წყლიდან, შხაპიდან, საუნადან და ჯაკუზიდან გადადის. დაავადება გამოვლინდა ავსტრალიაში, კანადაში, სამხრეთ ამერიკაში, ევროპაში, ისრაელში და კრეისერებზე. პრევენციისთვის საჭიროა წყლის კოშკების და კონდიცირების სისტემების, ასევე ჯაკუზების გასუფთავება. წყლის სისტემების ჰიპერქლორირება და ფილტრების შეცვლა აუცილებელია იქ, სადაც შემთხვევები დაფიქსირდა ან მიკროორგანიზმია აღმოჩენილი. ანტიბიოტიკებით (ერითრომიცინით) მკურნალობა ეფექტურია.

ჯეთრი

კეთრი (ჰანსენის დაავადება) მრავალი საუკუნის განმავლობაში ფართოდ იყო გავრცელებული ევროპასა და ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნებში, სადაც 1300 წელს დაახლოებით 19.000 ლეპროზორიუმი (საავადმყოფო კეთრით დაავადებულთათვის) არსებობდა. მე-14 საუკუნეში შავი ჭირის ეპიდემიის დროს კეთრი მნიშვნელოვნად განადგურდა, თუმცა ის ენდემური ფორმით

მე-20 საუკუნემდე გაგრძელდა. კეთრი კანის, პერიფერიული ნერვებისა და სასუნთქი გზების ქრონიკული ბაქტერიული ინფექციაა. ლეპრომატოზური (ხორკლიანი) ფორმის დროს ხდება კანის კვანძებისა და ლაქების გაფანტული ინფლიტრაცია, რაც ხშირად ორმხრივი და ფართოა. დაავადების ტუბერკულოზური ფორმა კანის მკაფიოდ გამიჯნული დაზიანებებით ხასიათდება, რომელიც პერიფერიულ ნერვებსაც აზიანებს. დიაგნოზის დასმა კანის კლინიკური გამოკვლევის და პერიფერიული ნერვების დაზიანების ნიშნების, კანის ბიოფსიისა და კანის ანაფხეკის ანალიზის საფუძველზე ხდება.

მიკროორგანიზმის – *Mycobacterium leprae* გადაცემა დაავადებულ ადამიანთან ახლო კონტაქტით ხორციელდება. ინკუბაციური პერიოდი 9 თვიდან 20 წლამდეა (საშუალოა 4-8 წელი). რიფამპიცინი და სხვა მედიკამენტები მოკლე პერიოდში პაციენტს არაინფექციურს ხდის, ამგვარად, ამბოლატორიული მკურნალობა შესაძლებელია. მულტიმედიკამენტური თერაპია (მდთ) დაავადების დამარცხებაში ეფექტური აღმოჩნდა, ძალიან დაბალი რეციდივის მაჩვენებლით. მდთ-ით მკურნალობისას გამომწვევი მედიკამენტებისადმი რეზისტენტულობას არ ავლენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 1996 წელს მდთ გამოვლენილი შემთხვევების 91%-ს მოიცავდა, მაშინ როცა 1994 წელს – მხოლოდ 55%-ს. ამ მაჩვენებლის ზრდა შემთხვევების გამოვლენის გაუმჯობესებასთანაა დაკავშირებული. ბცჟ (ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინა) შეიძლება სასარგებლო იყოს კონტაქტის მქონე ადამიანებში ტუბერკულოზური კეთრის შემცირებისთვის. კონტაქტების გამოკვლევა 5 წლის განმავლობაშია რეკომენდებული.

დაავადება ჯერ კიდევ ძლიერ ენდემურია 5 ქვეყანაში – ინდოეთში, ბრაზილიაში, ინდონეზიაში, მიანმარსა და ბანგლადეშში და არსებობს სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის დაახლოებით 80 ქვეყანაში, ფილიპინებისა და ბირმის ჩათვლით, სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში, ახლო აღმოსავლეთში (სუდანი, ეგვიპტე, ირანი) და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ნაწილში (მექსიკა, კოლუმბია), ხოლო აშშ-ში ცალკეული შემთხვევების სახით გვხვდება. დაავადების მსოფლიო მასშტაბით გავრცელება თანდათანობით მცირდება: 1980 წელს – 10.5 მილიონი შემთხვევა, 1990 წელს – 5.5 მილიონი, ხოლო 1995 წელს – მილიონზე ნაკლები შემთხვევა გამოვლინდა. 2000 წლისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია იმედოვნებს კეთრის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემის, ლიკვიდაციას: 10000 სულ მოსახლეზე 1 შემთხვევის ან საერთო ჯამში 300.000-ზე ნაკლები შემთხვევის გამოვლენით.

ტრაქომა

ტრაქომა დღესდღეობით 6 მილიონი ადამიანის სიბრმავის ან მსოფლიოში უსინათლობის 15%-ის მიზეზია. დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმი – *Chlamydia trachomatis* ბაქტერიაა, რომელიც მხოლოდ უჯრედში ცოცხლობს. გადაცემა თვალთან კონტაქტისას ხდება, მაგალითად ბუზების ან საოჯახო ნივთების მოხმარებით (მაგ:, ცხვირსახოცი, სარეცხი ტილოებიდან). ტრაქომა გავრცელებულია ცენტრალური ამერიკის, ბრაზილიის, აფრიკის, აზიის სხვადასხვა ნაწილისა და ზოგიერთი ხმელთაშუა ზღვისპირა ქვეყნების ღარიბ მოსახლეობაში. ინფექცია იწვევს კონუქტივიტს, ხოლო არანამკურნალებ შემთხვევაში, სიბრმავეს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გამოთვლებით, დაავადების 148 მილიონი შემთხვევა 46 ენდემურ ქვეყანაში გამოვლინდა. პირადი ჰიგიენით, გადამტანის (ვექტორის) კონტროლითა და თვალის ანტიბიოტიკური მალამოებით მკურნალობის გზით ან დაზიანებული ქუთუთოებისა და ჩაბრუნებულ წამწამებზე ოპერაციით შესაძლებელია სიბრმავის თავიდან აცილება. ახალი მედიკამენტი, აზიტრომიცინი, დაავადების მკურნალობის თვალსაზრისით საკმაოდ ეფექტურია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მხარს უჭერს ტრაქომას გლობალურ ლიკვიდაციას აზიტრომიცინის გამოყენებითა და ენდემურ ადგილებში მოსახლეობის განათლებით ჰიგიენურ საკითხებზე.

ეჭვობენ, რომ ქლამიდიოზი განაპირობებს კორონალური არტერიის დაავადებას შიდაარტერიული ინფექციის განვითარების გზით, თუ ეს დადასტურდა, მაშინ შესაძლებელი გახდება მცირეხარჯიანი ინტერვენცია, რათა მსოფლიოში სიკვიდილიანობის გამომწვევი წამყვანი მიზეზი შემცირდეს.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები მსოფლიო მასშტაბითაა გავრცელებული, ყოველწლიურად 330 მილიონი შემთხვევა აღირიცხება, მათ შორის განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს, აივ-ინფექცია/შიდსი 5.8 მილიონი ახალი შემთხვევით, 30 მილიონზე მეტი საერთო შემთხვევებით და 2.3 მილიონი ლეტალური გამოსავლით (1997). ამ დაავადებების გლობალური ტვირთი უზარმაზარია (ცხრილი 4.8) ვინაიდან, მისი გავლენა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე და სოციალური სფეროზე ბევრ ქვეყანაში დამანგრეველია.

ცხრილი 4.8 ძირითადი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით ავადობა მსოფლიოში, 1997 წელი.

დაავადება	გამომწვევი ორგანიზმი	ახალი შემთხვევები
ტრიქომონიაზი	*Trichomonas vaginalis*	170 მილიონი
ქლამიდიოზი, გენიტალური	*Chlamydia trachomatis*	89 მილიონი
გონორეა	*Neisseria gonorrhea*	62 მილიონი
გენიტალიური პაპილომა	*Human papolloma virus*	30 მილიონი
ანოგენიტალიური ჰერპესი	*Herpes simlex virus*	20 მილიონი
სიფილისი	*Treponema pallidum*	12 მილიონი
აივ-ვირუსი	*Human immunodeficiency virus HIV*	5.8 მილიონი
რბილი შანკი	*aemophilus ducreyi*	2 მილიონი

წყარო: *მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია 1998 წ, მსოფლიო ჯანდაცვის ანგარიში 1998 წ.*

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, განსაკუთრებით ქალებში, შეიძლება თავიდან უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და პაციენტი ვიდრე მკურნალობას დაიწყებს, მძიმე შედეგებამდე მივიდეს. სქესობრივი გზით გადამდები ერთ-ერთი დაავადებით ინფიცირება ამ ჯგუფის სხვა დაავადებებით ინფიცირების რისკს ზრდის.

სიფილისი

სიფილისი გამოწვეულია სპიროქეტა – *Treponema pallidum*-ის მიერ. პირველადი სიფილისის დროს 10-90-დღიანი (საშუალოდ 21 დღე) ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ ჩნდება უმტკივნეულო წყლულები მამაკაცის სასქესო ორგანოზე, საშვილოსნოს ყელში, ცხვირში, პირში ან წვრილი ნაწლავის ანალურ დაბოლოებაზე, რაც 4-6 კვირა გრძელდება. პაციენტს მეორეული სიფილისი შეიძლება გამოუვლინდეს ჩვეულებრივი გამონაყარით და დისკომფორტით, სიცხით, თმის ცვენით, ართრიტით და სიყვითლით ინფიცირების შემდეგ 6-8 (12 კვირამდე) კვირაში. სიმპტომები სპონტანურად ქრება კვირეების განმავლობაში ან 12 თვის შემდეგ. მესამეული სიფილისი შეიძლება პირველადი ინფიცირებიდან 5-20 წლის შემდეგ გამოვლინდეს. მესამეული სიფილისის გართულებებმა შესაძლოა კარდიოვასკულური და ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე დაზიანება გამოიწვიოს. ანტიბიოტიკებით დროული მკურნალობა ძალიან ეფექტურია, როდესაც პაციენტს ეძლევა დიდი საწყისი დოზა, თუ პაციენტი გვიან იწყებს მკურნალობას, საჭიროა ხანგრძლივი თერაპია.

გონორეა

გონორეა გამოწვეულია *Neisseria gonorrhoeae* ბაქტერიის მიერ. ინკუბაციური პერიოდი 1-14 დღეა. გონორეა ხშირად ასოცირებულია ქლამიდიოზურ ინფექციასთან. ქალებში გონორეა შეიძლება იყოს უსიმპტომო ან გამოიწვიოს ვაგინალური გამონადენი, ტკივილი შარდვისას, სისხლდენა ან მცირე აბდომინალური ტკივილი. მკურნალობის უგულვებელყოფა შეიძლება უშვილობის მიზეზი გახდეს. დაავადება მამაკაცებში შარდსაწვეთი მილიდან გამონადენს და შარდვისას ტკივილს იწვევს. ანტიბიოტიკებით მკურნალობა ინფექციას აქრობს, ხოლო განუკურნებელი შემთხვევები თვეობით არის ინფექციური. პენიცილინისა და ტეტრაციკლინისადმი რეზისტენტულობა ბევრ ქვეყანაში გაიზარდა, ამგვარად მკურნალობისთვის უფრო ძვირადღირებული და ხშირად ხელმიუწვდომელი მედიკამენტებია საჭირო. ახ-

ალშობილებში თვალის გონოკოკური ინფექციის პრევენცია ანტიბიოტიკური მალამოებითაა შესაძლებელი.

სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებები

შანკროიდი. დაავადებას იწვევს *Haemophilus ducreyi.* ქალებში შეიძლება გამოიწვიოს მტკივნეული, არაერთგვაროვანი წყლული ვაგინასთან ახლოს, ტკივილი სქესობრივი აქტისას და შარდვისას, მაგრამ შეიძლება უსიმპტომოდაც მიმდინარეობდეს. მამაკაცებში იწვევს მტკივნეულ, არაერთგვაროვან წყლულს მამაკაცის სასქესო ორგანოზე. ზოგადად, ინკუბაციური პერიოდია 3-5 დღეა, მაგრამ შეიძლება 14 დღემდეც გაგრძელდეს. დაავადება, ჩვეულებრივ, გადამდებია 1-3 თვე, სანამ ადამიანს აქვს წყლულები. მკურნალობა ერითრომიცინითა და აზიტრომიცინით ხდება.

ჰერპესი. ჰერპესს იწვევს ჰერპეს ვირუსის (simplex) ტიპი 1 და ტიპი 2, ინკუბაციური პერიოდია 2-12 დღე. გენიტალური ჰერპესი იწვევს მტკივნეულ ბებერებს ტუჩის გარშემო, სასქესო ორგანოებსა და სწორი ნაწლავის ანალურ დაბოლოებაზე. გენიტალური დაზიანებები ინფექციურია 7-12 დღის განმავლობაში. ჰერპესმა შეიძლება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება გამოიწვიოს და მენინგოენცეფალიტი განვითარდეს. დაავადება შეიძლება გადაედოს ახალშობილებს ფიზიოლოგიური მშობიაროზისას, რაც ენცეფალიტსა და სიკვდილს იწვევს. საკეისრო კვეთა საჭიროა, როდესაც დედა ინფიცირებულია. მკურნალობის მიზნით გამოიყენება ანტივირუსული მედიკამენტები შინაგანი მიღებისთვის, ადგილობრივად ან ინტრავენურად.

ქლამიდიოზი. ქლამიდიოზის გამომწვევი ბაქტერიაა *Chlamydia trachomatis.* ქალებში ხშირად უსიმპტომოა, თუმცა მას შეუძლია გამოიწვიოს ვაგინალური გამონადენი, ლაქები, ტკივილი შარდვისას, მცირე აბდომინალური ტკივილი და მენჯის ორგანოების ანთება. ახალშობილებში ქლამიდიოზმა შეიძლება გამოიწვიოს თვალისა და სასუნთქი ორგანოების ინფექციები. მამაკაცებში იწვევს უნებლიე შარდვას და შარდვისას ტკივილს. ინკუბაციური პერიოდი 7-21 დღეა, ხოლო ინფექციურობის პერიოდი უცნობია. მკურნალობა ხდება დოკსიციკლინის, აზიტრომიცინისა და ერითროციმინის გამოყენებით. ქლამიდიოზის გადაცემა მხოლოდ სქესობრივი გზით არ ხდება, ის ინფიცირებული დედებისგან ახალშობილებზეც გადადის. ამჟამად მიმდინარეობს *Chlamydia pneumonia*-ს შესწავლა, როგორც კორონალური დაავადებების ერთერთი შესაძლო ხელისშემწყობი მიზეზის. ის გავრცელებულია ისეთ ადგილებში, სადაც ჰიგიენური პირობები დაცული არ არის.

ტრიქომონიაზი. ტრიქომონიაზს იწვევს *Trichomonas vaginalis*. ინკუბაციური პერიოდია 4-20 დღე (საშუალოდ 7 დღე). ქალებში ტრიქომონიაზი შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს ან მყრალსუნიანი ვაგინალური გამონადენი (ქაფიანი) და შარდვისას და სექსუალური აქტისას ტკივილი გამოიწვიოს. მამაკაცებში უფრო მსუბუქად მიმდინარეობს, იწვევს ტკივილს მხოლოდ შარდვისას. მკურნალობა ხდება მეტრონიზადოლის შინაგანად მიღების გზით. მკურნალობის გარეშე, ინფექცია შეიძლება ორგანიზმში დარჩეს და სხვებისთვის გადამდები იყოს.

კონდილომა. კონდილომა ან ვირუსული მეჭეჭი გამოწვეულია ადამიანის პაპილომა ვირუსით, სპორადული დაავადებაა, რომელიც დაკავშირებულია საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიასთან ან სიმსივნესთან. პაპილომა ვირუსის ბევრი ტიპი არსებობს, რაც სხვადასხვა მდგომარეობას განაპირობებს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს საწინააღმდეგო ვაქცინის ძიება იმედის მომცემია.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კონტროლი

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კონტროლის მიზნით რეკომენდებულია „სინდრომული მიდგომა„ ისეთ ადგილებში, სადაც სრული დიაგნოსტიკური მომსახურება შესაძლებელი არ არის. დიაგნოზი ეყრდნობა დაავადებათა სიმპტომებს და მათი მკურნალობის იმ პროტოკოლს, რომელიც ყველა დაავადებას მიესადაგება, რომლებმაც შესაძლოა აღნიშნული სიმპტომები გამოიწვიოს, ძვირადღირებული ლაბორატორიული ტესტებისა და განმეორებითი ვიზიტების გარეშე. დროული მკურნალობა, რომელიც ლაბორატორიულ დადასტურებამდე იწყება, ადამიანებს განკურნებაში ეხმარება, რომლებსაც შემდგომში აღარ დასჭირდებათ ექიმის მეთვალყურეობა ან დაავადება ხდება არაინფექციური, ისე, რომ ის აღარ იყოს გადამდები თუნდაც შემდგომი კონტროლის გარეშე. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ავადობის მაჩვენებელი 1950-1996 წლებში მო-

ცემულია 4.9 ცხრილში.

პრენატალური სკრინინგი, ასევე ოჯახის დაგეგმვის კლინიკები, ციხის სამედიცინო მომსახურება და კლინიკები, სადაც მეძავებს, ჰომოსექსუალებს ან მაღალი რისკის მქონე სხვა ჯგუფის წარმომადგენლებს ემსახურებიან, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სუბკლინიკურ შემთხვევებს შეამცირებს. მკურნალობა შეიძლება იაფად და დაუყონებლივ ჩატარდეს. მაგალითად, 1998 წელს სიფილისის სკრინინგ-ტესტის ღირებულება 0.10$ შეადგენდა, ხოლო ბენზინპენიცილინის ინექციით მკურნალობა – დაახლოებით 1.40$-ს. პარტნიორის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება სადავო საკითხია, მაგრამ შეიძლება საჭირო გახდეს იმ კონტაქტის მქონე ადამიანების განსაზღვრა, ვინც სხვებისთვის ტრანსმისიის წყაროს წარმოადგენს.

ცხრილი 4.9 წლიური მაჩვენებელი (100 000 მოსახლეზე) შეტყობინებადი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები,* აშშ, 1950-1996 წწ.

დაავადება	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996
სიფილისი (ყველა სტადია)	146	69	45	31	29	54	20
გონორეა	192	145	297	445	384	278	124
შანკროიდი	3.3	0.9	0.7	0.4	0.9	1.7	0.1

წყარო: Health United States, 1998

* 1985-1990 წლებში სიფილისის ზრდა და შემდგომში აღრიცხული შემთხვევების 50%-მდე შემცირება მოიცავს სიფილისის სამივე სტადიას, ისევე როგორც თანდაყოლილ სიფილისს. მაჩვენებელი მოცემულია 100 000 მოსახლეზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ხელს უწყობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კონტროლს, რომელიც პირველად სამედიცინო დახმარებაზე დაფუძნებული „სინდრომული მიდგომის„ მეშვეობით ხორციელდება. მაღალი რისკის მქონე სამიზნე ჯგუფების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირება ძალიან მნიშვნელოვანია. უფასო და უსაფრთხო მკურნალობის უზრუნველყოფა არსებითია შემთხვევების დროული მკურნალობის სტიმულირებისთვის და ამ გზით ტრანმისიის რისკის შემცირებისთვის.

პრევენციის ხელშეწყობა პრეზერვატივების გამოყენებითა და მონოგამიით (ერთი სქესობრივი პარტნიორი) საჭიროებს ხანგრძლივ საგანმანათლებლო ძალისხმევას. პრეზერვატივების გამოყენება აივ-ვირუსის პრევენციის მიზნით, სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებების გადაცემის რისკს ასევე ამცირებს. სამედიცინო მომსახურების მუშაკების მომზადება სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სფეროში აუცილებელია ბაკალავრიატისა და განათლების შემდგომ საფეხურებზეც.

აივ/შიდსი

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) რეტროვირუსია, რომელიც აინფიცირებს იმუნური სისტემის სხვადასხვა უჯრედებს და ასევე აზიანებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. იდენტიფიცირებულია ორი ტიპი: აივ 1, მსოფლიო მასშტაბით გავრცელებული და ნაკლებად პათოგენური აივ 2, რომელიც უმეტესად დასავლეთ აფრიკაში გვხვდება. აივ-ვირუსი სქესობრივი გზით, სისხლითა და სისხლის პროდუქტებით, პერინატალურად და დედის რძით გადაეცემა. გადამდებლობის პერიოდი უცნობია, თუმცა კვლევები აჩვენებს, რომ ინფიცირების დონე მაღალია როგორც ინფიცირების საწყის პერიოდში, ასევე შემდგომშიც. ზოგადად, აივ-ვირუსების ანტისხეულები 1-3 თვეში ვლინდება.

ინფიცირებიდან რამდენიმე კვირასა ან თვეში ადამიანებს შეიძლება გრიპის მსგავსი სინდრომი განუვითარდეთ, რის შემდეგაც თვეების ან 10 წელზე მეტი პერიოდის განმავლობაში მათ შეიძლება არ გააჩნდეთ დაავადების ნიშნები ან სიმპტომები. ზოგადად, დაავადების დაწყება ფარულია და არასპეციფიკური სიმპტომები ახასიათებს, ისეთი როგორიცაა ოფლიანობა, დი-

არეა, წონაში კლება და დაღლილობა.

შიდსი აივ-ვირუსით ინფიცირების მომდევნო კლინიკური სტადიაა. ატლანტის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების შიდსის შემთხვევის განახლებული განსაზღვრების მიხედვით (1993 წ.), შიდსი შეიცავს ნებისმიერ ერთს ან მეტს ჩამოთვლილთაგან: იმუნური CD4 უჯრედების შემცირებული რაოდენობა, მძიმე სისტემური სიმპტომები, ოპორტუნისტული ინფექციები, როგორიცაა პნევმოცისტური პნევმონია ან ტუბერკულოზი, აგრესიული სიმსივნეები, როგორიცაა კაპოშის სარკომა ან ლიმფომა და/ან ნევროლოგიური მანიფესტაცია, მათ შორის დემენცია და ნევროპათია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრება უფრო მეტად კლინიკურ ნიშნებზეა ორიენტირებული და ნაკლებად ეყრდნობა ინდიკატორი დაავადებების ხშირად ხელმიუწვდომელ ლაბორატორიულ დიაგნოზს.

შიდსი კლინიკურად პირველად 1987 წელს ლოს-ანჯელესსა და ნიუ-იორკში ამოიცნეს. 1982 წლისთვის ის უკვე ეპიდემიად მიიჩნიეს აშშ-ის სხვა ქალაქებშიც. პირველად დაავადება ჰომოსექსუალებსა და სისხლის პროდუქტების რეციპიენტებში იყო გავრცელებული. თავდაპირველი შეცდომების შემდეგ, სისხლისა და სისხლის პროდუქტების ტესტირება აუცილებელი გახდა და ამ გზით ტრანსმისია აღმოიფხვრა. დაავადების საწყისი აფეთქების შემდეგ გადაცემის მექანიზმები საგრძნობლად შეიცვალა. ტრანსმისიის ძირითადი ფაქტორები ხდება: ინტრავენურ ნარკომანებში საერთო შპრიცის გამოყენება, ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი, დედისგან ნაყოფის ინფიცირება. სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების არსებობა მკვეთრად ზრდის აივ-ით ინფიცირების რისკს და შეიძლება ხელი შეუწყოს დაავადების ჰეტეროსექსუალური გადაცემის გააქტიურებას.

დაავადება ამერიკის შეერთებულ შტატებში გეომეტრიული პროგრესით გაიზარდა (ცხრილი 4.10), მაგრამ 1993 წლიდან ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა იკლო. შიდსი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი პრობლემა გახდა თითქმის ყველა განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში, მაგრამ სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში კატასტროფულ მაჩვენებელს მიაღწია და მოსახლეობის 30%-ზე მეტი ინფიცირებული აღმოჩნდა.

1993 წელს აშშ-ში აივ-ინფექციით გამოწვეული სიკვდილიანობა რიგით მერვე ადგილზე იყო, 25-44 წლის მამაკაცების სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი იყო, ხოლო ამავე ასაკის ქალებში რიგით მეოთხე მიზეზი გახლდათ. 1996 წელს შიდსი 548 000 ადამიანს დაუდგინდა, ხოლო 343 000 იყო ლეტალური შემთხვევა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში აივ-ვირუსით 1 მილიონამდე ადამიანია ინფიცირებული.

1997 წელს მსოფლიოში, შიდსით 2.3 მილიონი ადამიანი დაიღუპა, ხოლო 1997 წლამდე პანდემიის შედეგად დაახლოებით – 11.7 მილიონი ადამიანი. 1998 წელს, დაახლოებით 3.1 მილიონი ადამიანი იყო აივ-ით ინფიცირებული, ხოლო 1997 წელს 5.8 მილიონი ახალი შემთხვევა გამოვლინდა.

ინდუსტრიულ ქვეყნებში ავადობის მაჩვენებლის შემცირება შეიძლება დაავადებისა და გადაცემის მექანიზმების პრევენციის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობა იყოს. დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით კომბინირებული თერაპიის პროგრამები, რომლებიც ეფექტურად უშლის ხელს სიმპტომების გამოვლენას, ძალიან მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ შიდსის პანდემიის კონტროლში. სანამ ეფექტური ვაქცინა იქნება ხელმისაწვდომი, პრევენცია ისეთ სტრატეგიებს ეყრდნობა, როგორიცაა თვითდაცვა, ერთჯერადი შპრიცებისა და პრეზერვატივების გამოყენება მოსახლეობის მაღალი რისკის ჯგუფებში.

მსოფლიოში აივ-ინფექცია სწრაფად ვრცელდება, განსაკუთრებით ღარიბ ქვეყნებში, აფრიკაში, აზიასა და სამხრეთ და ცენტრალურ ამერიკაში. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, 21 მილიონი ადამიანი ცხოვრობს აივ/შიდსით, რომელთა 90% ცხოვრობს განვითარებად ქვეყნებში, სადაც გადაცემის 85% ჰეტეროსექსუალური კავშირით ხდება. ყოველდღიურად 8.500 ადამიანზე მეტი ინფიცირდება, აქედან 1000 ბავშვია. ტაილანდში ყოველი 50 ადამიანიდან ერთი ინფიცირებულია, სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში ყოველი 40 ადამიანიდან – ერთი, ხოლო ზოგიერთ ქალაქში 3 ადამიანიდან ერთი ვირუსის მატარებელია. სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში ახალი შემთხვევების წლიური მაჩვენებელით 1-დან 2 მილიონამდეა, მაშინ, როცა აზიაში წლიურად 1.2-დან 3.5 მილიონამდე ადამიანი ინფიცირდება.

შიდსის პანდემიიდან კვლავაც გრძელდება გარკვეული გამოცდილების მიღება. ინფექციის სწრაფი გავრცელება და 1980 წელს არსებული 100.000 აივ-ით ინფიცირებული ადამიანიდან შემთხვევების გაზრდა 40 მილიონამდე აჩვენებს, რომ მსოფლიოში ჯერ კიდევ

ცხრილი 4.10 შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის შემთხვევები (X1000), ასაკის/სქესის[ა] მიხედვით, აშშ, 1985-1997 წწ.

	წლიური შემთხვევები (X000)												
ჯგუფები	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997[ბ]
მთლიანი	8.2	13.1	21.1	30.7	33.6	41.7	43.7	45.8	102.4	77.4	71.3	66.7	30.2
კაცები ≥ 13	7.5	12.0	19.1	27.1	29.6	36.3	37.6	39.1	85.4	62.9	57.2	52.8	23.3
ქალები ≥ 13	0.5	1.0	1.7	3.0	3.4	4.5	5.3	6.0	16.0	13.3	13.1	13.2	6.6
ბავშვები < 13[გ]	0.1	0.2	0.3	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.9	1.0	0.7	0.7	0.3

წყარო: ჯანდაცვა აშშ-ში, 1998 წ.

[ა]დაავადებათა კონტროლის ცენტრმა განავრცო შიდსის შემთხვევის განსაზღვრების კრიტერიუმი 1985, 1987 და 1993 წლებში, მოიცავს შემთხვევების გაზრდილ მაჩვენებელს (განსაკუთრებით ქალებში 1993 წელს)

[ბ]1997 წლის მონაცემებში შედის 1997 წლის 30 ივლისამდე აღრიცხული შემთხვევები.

[გ]ბავშვებში შედის ორივე სქესი 13 წლის ასაკამდე. მნიშვნელობები დამრგვალებულია.

შესაძლოა „ახალი„ ინფექციური დაავადებების გამოჩენა. ტურისტების, საქმიანი ადამიანების, სატვირთო მანქანების მძღოლების, მიგრანტების, ჯარისკაცებისა და ლტოლვილების გადაადგილება ხელს უწყობს მსგავსი დაავადებების გავრცელებას. ფართოდ გავრცელებული სქესობრივი კავშირი, სისხლის პროდუქტების გადაზიდვა, უკანონო მედიკამენტების გამოყენება, ეს ყველაფერი ხელს უწყობს პანდემიის საერთაშორისო გავრცელებას, ხოლო ომი და დიდი რაოდენობით ლტოლვილები გაუპატიურებასა და პროსტიტუციას უწყობს ხელს, რაც აფრიკის ზოგიერთ ნაწილში სიტუაციას (შიდსის თვალსაზრისით) აუარესებს.

აივ-ინფექცია მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაშია გავრცელებული. მიუხედავად ამისა, იმედის მომცემია ის ფაქტი, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში ინფიცირებით ზრდის მაჩვენებელმა იკლო. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს თავდაცვითი ქცევების შედარებით მაღალი დონით ან თავიდან მოსახლეობის განსაკუთრებული რისკის მქონე ჯგუფებში ინფექციის სწრაფი გავრცელებით და დანარჩენ ნაწილში გავრცელების შედარებით დაბალი მაჩვენებლის გამოვლენით. შესაძლებელია ეს უბრალოდ, „შტორმის“ მინელება იყოს, რადგან ჰეტეროსექსუალური კავშირი გადაცემის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფორმა ხდება.

შიდსის მე-11 საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომელიც ვანკოვერში, კანადაში, 1996 წლის ივლისში ჩატარდა, განაცხადეს, რომ ანტირეტროვირუსული მედიკამანტების რამდენიმე წამლის კომბინაციამ ინფიცირებულ ადამიანებში შიდსის ვირუსის შენელებული გამრავლების იმედისმომცემი ნიშნები აჩვენა. მკურნალობის წლიური ფასი 10.000-15.000 დოლარია და ბევრი განვითარებადი ქვეყნის შესაძლებლობების ზღვარს სცილდება. დაავადების გამომწვევი ვირუსის განსაზღვრის ახალი მეთოდების განვითარებამ შესაძლებელი გახადა თერაპიული მეთოდების შეფასება და თერაპიის ქვეშ მყოფი პაციენტების მონიტორინგი. განვითარებულ ქვეყნებში სისხლის პროდუქტებით გადაცემის კონტროლი სკრინინგ-ტესტებით ხდება, ჰომოსექსუალებში – უსაფრთხო სექსის წესების დაცვით, ახალშობილებში კი – თერაპიის უახლესი მიღწევებით. უსაფრთხო სექსმა და პრეზერვატირების გამოყენებამ შეიძლება ჰეტეროსექსუალური გადაცემის შემცირებას შეუწყოს ხელი. თერაპიაში მომავალი მიღწევები და ვაქცინით პრევენცია მოსალოდნელია მომავალ ათწლეულში.

აივ-ინფექციის/შიდსის პანდემია 21-ე საუკუნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მძიმე ტვირთია სხვადასხვა მიზეზების გამო, როგორიცაა, საერთაშორისო გავრცელება, სქესობრივი და სხვა გზებით გადაცემა, მძიმე და მკურნალობის თვალსაზრისით ძვირადღირებული კლინიკური შედეგები და მისი გავლენა სხვა დაავადებებზე, როგორიცაა ტუბერკულოზი, სასუნთქი გზების ინფექციები და სიმსივნე. შიდსით ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობა შეიძლება ძალიან ძვირი დაჯდეს. საჭირო პროგრამებში შედის ბინაზე სამედიცინო დახმარება და კვებისა და თავდაცვის საკითხებზე

ადგილობრივი ჯანდაცვის მუშაკების მიერ ინფორმირება, ასევე აივ-ის მატარებლებისა და შიდსის პაციენტების ურთიერთდახმარება. შიდსთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხიც საკმაოდ რთულია: ორსულებისა და ახალშობილების სკრინინგი, პარტნიორის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება, კონტაქტის აღრიცხვა, ისევე როგორც მკურნალობის დაფინანსება.

დიარეული დაავადებები

დიარეული დაავადებები სხვადასხვა ტიპის ბაქტერიებით, პარაზიტებითა და ვირუსებით (იხილეთ ცხრილი 4.11) არის გამოწვეული, რომელიც აინფიცირებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და იწვევს სითხეების სეკრეციასა და ნაწლავში მარილების დაშლას, რასაც შეიძლება მწვავე გართულება ან ფატალური შედეგი მოჰყვეს. განვითარებად ქვეყნებში დიარეული დაავადებები საერთო ავადობის ნახევრის, ხოლო სიკვდილიანობის მეოთხედი, შემთხვევების მიზეზია. თვითონ დიარეა სიკვდილს არ იწვევს, მაგრამ სითხისა და ელექტროლიტის დაკარგვით გამოწვეული დეჰიდრატაცია მსოფლიო მასშტაბით ბავშვებში სიკვდილიანობის ერთერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია. დეჰიდრატაციით სიკვდილიანობის პრევენცია შეიძლება ორალური რეჰიდრატაციით მოხდეს. ეს ინტერვენციის იაფი და ადვილი მეთოდია, რომელიც შეიძლება გამოიყენებული იყოს პირველადი დახმარების არასამედიცინო მუშაკის ან მშობლების მიერ სახლში მკურნალობის პირობებში. 1993 წელს, დიარეის დაავადებით 4 მილიონი ბავშვი გარდაიცვალა, მაგრამ 1996 წლისთვის ეს რიცხვი ორალური რეჰიდრატაციის წყალობით 2.4 მილიონამდე შემცირდა.

დიარეული დაავადებები გადადის წყლით, საკვებითა და საყოფაცხოვრებო კონტაქტისას ფეკალურ-ორალური გზით. საკვების და წყლის დაბინძურების დროს დიარეული დაავადებები ეპიდემიის სახეს იღებს, თუმცა დაბინძურების გარეშეც ამ დაავადებებმა შეიძლება მაღალ დონეს მიაღწიოს. სასმელი წყლის დაბინძურება და წყლის მარაგის ცუდი კონტროლი ამ დაავადების გამომწვევი მნიშვნელოვანი მიზეზებია. დიარეულ დაავადებებს ბოსტნეულის ნახმარი წყლებით მორწყვაც იწვევს.

ცხრილი 4.11 დიარეულ დაავადებებთან დაკავშირებული ძირითადი მიკროორგანიზმები

კლასიფიკაცია	ორგანიზმი
ბაქტერია	*salmonella*, *Shigella*, *Esherichia coli* (ნაწლავის ჩხირი), *Vibrio cholerae*, *Bacillus cereus, Campylobacter jejuni*
ვირუსი	ენტეროვირუსები, როტავირუსები, ასტროვირუსები, კალიცივირუსები, კორონავირუსი, პატარა წრიული ვირუსთა ჯგუფი, ნოვოვირუსთა ჯგუფი
პარაზიტი/პროტოზოა	შისტოსომები, ლამბლია (ჟიარდია), კრიპტოსპორიდიოზი, ამებიაზი

სალმონელა

სალმონელა ბაქტერიული ორგანიზმების ჯგუფია, რომელიც მწვავე გასტროენტერიტს იწვევს, რაც ასოცირებულია ზოგად ცვლილებებთან, მათ შორის თავის ტკივილთან, სიცხესთან, აბდომინურ ტკივილთან და დეჰიდრატაციასთან. არსებობს სალმონელას 2000 სეროტიპი, ბევრი მათგანი ადამიანისთვის პათოგენურია, რომელთაგან ყველაზე ხშირია *Salmonella typhimurium, S. enteritidis,* და *S. typhi*. ინფექციის გადაცემა ხდება საკვებ პროდუქტებში არსებული მიკროორგანიზმის ჩაყლაპვით, რომელიც ინფიცირებული ადამიანის ან ცხოველის ფეკალური მასალიდან გამოიყოფა. ინფექციის წყაროა: უმი ან ცუდად მოხარშული კვერცხი, აუდუღარი რძე, ხორცი, შინაური ფრინველები და მათი პროდუქტები, ისევე, როგორც შინაური კუ ან წიწილა. ადამიანიდან ადამიანზე ხშირია

ფეკალურ-ორალური გზით გადაცემა. პრევენციის საშუალებებია: საკვების გადამუშავებისას და ცხოველებთან კონტაქტისას სიფრთხილის გამოჩენა, საკვები პროდუქტების გაყინვა, სანიტარია, საკვების დაცვა მღრღნელების და მწერების მიერ კონტამინაციისგან და პაციენტის მოვლისას სტერილური ინსტრუმენტების გამოყენება. ანტიბიოტიკების მიღებამ შეიძლება მიკრობის მატარებელ ადამიანთა მდგომარეობა ვერ გააუმჯობესოს და რეზისტენტული შტამების გამოვლენა განაპირობოს.

შიგელა

შიგელა ბაქტერიათა ჯგუფია, რომელთაგან ოთხი ადამიანისთვის პათოგენურია. ტიპი A=*Shigella dysenteriae,* ტიპი B = *Shigella flexneri,* ტიპი C = *Shigella boydii,* ტიპი D = *Shigella sonnei.* თითოეული ტიპი A, B და C კიდევ იყოფა, საერთო ჯამში, 40 სეროტიპად. შიგელები პირდაპირი ან არაპირდაპირი ფეკალურ-ორალური მექანიზმებით პაციენტიდან ან მატარებლიდან გადაეცემა. თუნდაც მცირე რაოდენობით მიკრობის ჩაყლაპვა დაავადების განვითარებას იწვევს. წყლიდან ან რძიდან დაინფიცირება მათი კონტამინაციის შედეგად ხდება. მიკროორგანიზმის გადატანა ბუზებსაც შეუძლიათ, გაუყინავ საკვებ პროდუქტზე მიკრობი შეიძლება ისე გამრავლდეს, რომ ინფიცირებისთვის საკმარის დოზას მიაღწიოს. დაავადების კონტროლი ჰიგიენური ნორმების დაცვით, საკვებისა და წყლის გადამუშავებისას უსაფრთხოების წესების გათვალისწინებით ხორციელდება.

ნაწლავის ჩხირი (ეშერიხია კოლი)

Esherichia coli არასათანადოდ გასუფთავებული და მომზადებული საკვების ყველაზე გავრცელებული ფეკალური მინარევია. ვირულენტურმა შტამმა, როგორიცაა O157:H17, შეიძლება ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომით მიმდინარე მძიმე დიარეული დაავადების (ენტეროჰემორაგიული) აფეთქება და მაღალი ლეტალობა გამოიწვიოს, როგორც მოხდა იაპონიაში 1998 წელს საკვებით გამოწვეული ეპიდემიის დროს, რომელსაც დაავადების შემთხვევები და სიკვდილიანობა მოჰყვა. სხვა შტამები იწვევს შედარებით მსუბუქ, მოგზაურთა დიარეასა და ინფექციებს ბავშვებში. არასათანადოდ მომზადებული ჰამბურგერი, არაპასტერიზებული რძე და სხვა კვებითი ფაქტორები მე-8 თავშია განხილული.

ქოლერა

ქოლერა მწვავე ბაქტერიული ნაწლავთა ინფექციაა, გამოწვეული *Vibrio cholerae*-ს მიერ. დაავადება სწრაფად ვითარდება და ახასიათებს წყლიანი ხშირი ფაღარათი, პერიოდული ღებინება, მკურნალობის გარეშე ვითარდება სწრაფი დეჰიდრატაცია, გულის უკმარისობა და სიკვდილი. ფართოდაა გავრცელებული დაავადების მსუბუქი ფორმები და უსიმპტომო მიმდინარეობა ან მატარებლობა. დაავადების მძიმე ფორმების შემთხვევაში, მკურნალობის გარეშე, ლეტალობის მაჩვენებელი 50%-ზე მაღალია, მაგრამ შესაბამისი მკურნალობის ფონზე ლეტალობა 1%-ზე ნაკლებია. დიაგნოზი ეფუძნება კლინიკურ ნიშნებს, ეპიდემიოლოგიურ და სეროლოგიურ ანალიზს და ბაქტერიოლოგიურ დადასტურებას კულტურის გამოყოფით. ქოლერის ვიბრიონის ორი ბიოლოგიური ვარიანტი არსებობს *vibrio cholerae* და *vibrio el tor* (*Inaba* და *Ogawa* სეროტიპებით).

1997 წელს სამხრეთ ამერიკის უმეტეს ნაწილში ქოლერის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია გავრცელდა. დაავადება შემოვიდა ჩინური სატვირთო გემის მიერ, რომლის ჩამდინარე წყალმაც დააბინძურა მოლუსკები პერუში, ლიმას ნავსადგურში (ცხრილი 4.12). 1991 წლიდან ეს ეპიდემია ასიათასობით შემთხვევის და ათასობით სიკვდილის მიზეზი გახდა.

პრევენცია სანიტარიულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას მოითხოვს. კერძოდ, სასმელი წყლის ქლორირებას, დაუმუშავებელი ნახმარი წყლებით ბოსტნეულის მორწყვის აკრძალვას, საზოგადოებრივი, საკვების და პირადი ჰიგიენის მაღალი სტანდარტების შენარჩუნებას.

მკურნალობა ტარდება ინფუზიური თერაპიის გამოყენებით, ორგანიზმში ელექტროლიტების შემცველი დიდი რაოდენობით ხსნარების შეყვანით, რათა დაკარგული სითხის აღდგენა მოხდეს. ორალური რეჰიდრატაცია სტანდარტული მეთოდების გამოყენებით უნდა ჩატარდეს. ტეტრაციკლინი დაავადების ხანგრძლივობას ამცირებს, ხოლო კონტაქტირებულ პირთა ქიმიოთერაპია, რასაც თან უნდა ახლდეს განავლოვანი მასალის ლაბორატორიული ანალიზი, მის გავრცელებას აფერხებს. ვაქცინა ხელმისაწვდომია, მაგრამ დაავადების ეპიდაფეთქებათა პრევენცისათვის საკმარისი არ არის.

ᲩᲐᲜᲐᲮᲗᲘ 4.12 ᲞᲐᲜᲓᲔᲛᲘᲣᲮᲘ ᲥᲝᲚᲔᲮᲐ ᲩᲮᲔᲘᲚᲝᲗ ᲐᲛᲔᲠᲘᲙᲐᲨᲘ, 1991-1998 ᲬᲬ.

1980-იან წლებში, პერუს ოფიციალურმა პირებმა შეწყვიტეს წყლის მარაგების ქლორირება, რადგან გამოითქვა შეშფოთება ტრიჰალომეტანის (trihalomethanes) შესაძლო კანცეროგენური ეფექტის გამო. ამ მოსაზრებას მხარი დაუჭირა აშშ-ის გარემოს დაცვის სააგენტომ (EPA) და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა. 1991 წლის იანვარში, ლიმაში (პერუ) შემოვიდა იაპონური სატვირთო გემი, რომელმაც ნახმარი წყლები ჩაღვარა ნავსადგურში, რითაც აშკარად დააინფიცირა ადგილობრივი მოლუსკები. უმი მოლუსკები პოპულარული ადგილობრივი დელიკატესია და სწორედ მას უკავშირდებოდა ადგილობრივ საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზირებული ქოლერის შემთხვევები.

წყლის მარაგის დაბინძურებამ შემთხვევების გეომეტრიული ზრდა გამოიწვია და 1992 წლის ბოლოსთვის ჯანმრთელობის პანამერიკულმა ორგანიზაციამ (PAHO) გამოაცხადა ეპიდემია, რომელსაც დაავადების 391.000 და გარდაცვალების 4.002 შემთხვევა უკავშირდებოდა. ეპიდემია 21 ქვეყანაში გავრცელდა, ის 1999 წლამდე გრძელდებოდა. 1992 წელს სამხრეთ ამერიკაში დაავადების 339 000 და 2321 სიკვდილის შემთხვევა გამოვლინდა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1992 წელს ქოლერის 102 შემთხვევა აღირიცხა, აქედან 75 შემთხვევას და 1 გარდაცვალებას იმ მგზავრებს შორის ჰქონდა ადგილი, რომლებიც სამხრეთ ამერიკიდან ლოს-ანჯელესში მიფრინავდნენ. მიზეზი თვითმფრინავზე ინფიცირებული ზღვის პროდუქტების საკვებად გამოყენება იყო. 1993 წელს აშშ-ში ქოლერის 91 შემთხვევა გამოვლინდა, რაც საერთაშორისო მგზავრობასთან არ იყო დაკავშირებული. ეს შემთხვევები უკავშირდებოდა აშშ-ის სანაპიროზე არსებული წყნარი ოკეანის ყურის მოლუსკების საკვებად მოხმარებას, რომლებიც ქოლერის ვიბრიონის მსგავს შტამებს შეიცავდნენ. ქოლერას გამომწვევი ამერიკის შეერთებული შტატების სხვა ნავსადგურის წყლებშიც იყო ნაპოვნი (Promed, 1999 წწ.)

წყარო: Anderson, C. 1991. Cholera epidemic traced to risk miscalculation. *Nature,* 354:255; CDC. 1993. Update cholera—Western hemisphere, 1992. *MMWR,*42:89–91; CDC. 1993. Isolation of *Vibrio cholerae* O1 from Oysters—Mobile Bay, 1991–1992. *MMWR,* 42:91–93; Promed, 1999.

ᲕᲘᲠᲣᲡᲣᲚᲘ ᲒᲐᲡᲢᲠᲝᲔᲜᲢᲔᲠᲘᲢᲘ

ვირუსული გასტროენტერიტი ჩვილებში, ბავშვებსა ან მოზრდილებში შეიძლება სპორადული ან ეპიდემიური ფორმით გავრცელდეს. ზოგიერთი ვირუსი, ისეთი, როგორიცაა როტავირუსები და ადენოვირუსები, უმეტესად ჩვილებსა და ბავშვებზე ზემოქმედებს და შესაძლოა, იმდენად მძიმედ მიმდინარეობდეს, რომ დეჰიდრატაციის გამო ჰოსპიტალიზაცია გახდეს საჭირო. სხვა ტიპის ვირუსები, როგორიცაა პარვოვირუსები და მისი მსგავსი ვირუსები მოქმედებს უფროს ბავშვებსა და მოზრდილებზე და იწვევს გასტროენტერიტების ოჯახურ შემთხვევებს ან ეპიდაფეთქებებს სხვადასხვა დაწესებულებებსა და თემებში.

ᲠᲝᲢᲐᲕᲘᲠᲣᲡᲔᲑᲘ

როტავირუსები იწვევს მწვავე გასტროენტერიტს ჩვილებსა და ბავშვებში, რასაც თან ახლავს სიცხე და პირღებინება, დიდი რაოდენობით წყლის შემცველი დიარეა, რის შედეგადაც შეიძლება მწვავე დეჰიდრატაცია განვითარდეს, ხოლო მკურნალობის ჩაუტარებლობის შემთხვევაში, ლეტალური Dგამოსავალი აღინიშნოს. დიაგნოზს ადგენენ განავლის და სწორი ნაწლავიდან ნაცხის ლაბორატორიული ანალიზით. როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში, ჩვილებში და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში, დიარეული დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების დაახლოებით ერთი მესამედი როტავირუსითაა გამოწვეული.

განვითარებად ქვეყნებში აღნიშნული დაავადება 4 წლის ბავშვებში ვლინდება, შემთხვევათა უმრავლესობა 6-24 თვის ასაკში გვხვდება. ამ ქვეყნებში, ყოველწლიურად როტავირუსს გარდაცვალების 800.000-ზე მეტი შემთხვევა უკავშირდება. ეს ვირუსი ზომიერი კლიმატის ქვეყნებში ცივ თვეებში გვხვდება, ხოლო ტროპიკულ ქვეყნებში, მთელი წლის განმავ-

ლობაში. ძუძუთი კვება ვერ იცავს ბავშვებს დაავადებისგან, მაგრამ შესაძლოა მისი სიმძიმე შეამციროს. მკურნალობა ძირითადად ორალური რეჰიდრატაციის (ORT) საშუალებით წარმოებს. 1998 წელს საკვები პროდუქტებისა და მედიკამენტების კონტროლის ადმინისტრაციამ (FDA) ცოცხალი დასუსტებული ვაქცინა მიიღო. 1999 წელს აშშ-ის მიერ რეკომენდებული იყო მისი ჩართვა გეგმიური ვაქცინაციის პროგრამაში.

ადენოვირუსები

მსოფლიოში ადენოვირუსები და სხვა მსგავი ვირუსები (ასტროვირუსების, კალცივირუცების და სხვა ჯგუფის ჩათვლით) სპორადულ მწვავე გასტროენტერიტს იწვევს, ძირითადად ეპიდაფეთქებების სახით. გადაცემა ხორციელდება ფეკალურ-ორალური მექანიზმით, ხშირად საავადმყოფოში ან თემში, შემდგომი გავრცელებით ოჯახის წევრებს შორის. გადაეცემა როგორც წყლით, ასევე საკვები პროდუქტებით. ვაქცინა არ არსებობს. დაავადების მართვა შესაძლებელია ორგანიზმში ხსნარების შეყვანით, ხოლო პრევენცია – ჰიგიენის მკაცრი დაცვით, რათა მეორადი შემთხვევების თავიდან აცილება მოხდეს.

პარაზიტული გასტროენტერიტი

ლამბლიოზი. ლამბლიოზი (იწვევს *Giardia lamblia*) ზედა წვრილი ნაწლავის პროტოზოული, პარაზიტული ინფექციაა. ჩვეულებრივ, სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება ქრონიკული დიარეა, აბდომინური კრუნჩხვა, მეტეორიზმი, თხელი და ხშირი ნაწლავთა მოქმედება, გადაღლილობა და წონაში კლება გამოვლინდეს. ცხიმებისა და ვიტამინების შეწოვის დარღვევამ შეიძლება კვების მოშლა გამოიწვიოს. დიაგნოზის დასმა ხდება ექსკრემენტებში, დუოდენალური სითხესა ან ბიოფსიის შედეგად მიღებულ ნაწლავის ლორწოვან გარსში ცისტის ან ორგანიზმის სხვა ფორმების გამოვლენით. დაავადება მსოფლიო მასშტაბითაა გავრცელებული და უმეტესად ბავშვებზე მოქმედებს. ვრცელდება ისეთ ადგილებში, სადაც დაბალი სანიტარიული პირობებია, აგრეთვე სკოლამდელ დაწესებულებებში და საცურაო აუზებში. დაავადება შეიძლება მეორადი ინფექცია გახდეს მათთვის, ვისაც სუსტი იმუნიტეტი აქვს, განსაკუთრებით შიდსით დაავადებულ პაციენტებში.

წყლით გავრცელებულმა ლამბლიოზმა 1980-90-იან წლებში ამერიკის შეეთებულ შტატებში სერიოზული პრობლემები შექმნა, ვინაიდან ქლორი ვერ ახდენს პროტოზოას სწრაფ ინაქტივირებას და ქლორირების დაწყებამდე ის შესაბამის ფილტრაციას მოითხოვს. ხშირია ინფექციის პირდაპირი კონტაქტით გადაცემა ადამიანიდან ადამიანზე საბავშვო ბაღებსა და მოხუცთა და ინვალიდთა სახლებში, ასევე, მოსალოდნელია ინფიცირება მდინარეების, ნაკადულებისა და ტბების გაუფილტრავი წყლებით, რომლებიც შესაძლოა დაბინძურებული იყოს ცხოველური და ადამიანის ექსკრემენტებით. ხშირად ადგილი აქვს უსიმპტომო მატარებლობას. პრევენცია ეფუძნება ჰიგიენის დაცვას ზემოხსენებულ ცენტრებში, საზოგადოებრივი წყლის მარაგის ფილტრაციას ან აუცილებლობის შემთხვევაში გადადუღებული წყლის გამოყენებას.

კრიპტოსპორიდიუმი

კრისტოსპორიდიუმი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ადამიანში, დიდ და პატარა ზომის ხერხემლიანებსა და ძუძუმწოვრებში გვხვდება. ინფექცია შეიძლება იყოს ასიმპტომური ან პროფუზული, წყლის შემცველი დიარეა, მუცლის სპაზმები, საერთო დისკომფორტი, სიცხე, ანორექსია და ღებინება გამოიწვიოს. იმუნოსუპრესიულ პაციენტებში, მაგალითად, შიდსით დაავადებულებში, ინფექცია სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. დაავადება უმეტესად გავრცელებულია 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში და მათთან მჭიდრო კონტაქტის მქონე პირებში, ასევე ჰომოსექსუალებში. დიაგნოზი ისმება განავალში კრიპტოსპოროდიუმის ცისტების აღმოჩენით. დაავადება მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული. ევროპასა და აშშ-ში გამოკვლეულ პირთა 1-4.5%-ს მიკროორგანიზმი აღმოაჩნდა. ინფექციის გადაცემა ადამიანიდან ადამიანზე ხორციელდება პირდაპირი კონტაქტისას ფეკალურ-ორალური მექანიზმით, განსაკუთრებით საბავშვო ბაღებში. ბოლო წლებში ასევე გამოვლინდა აუდუღარი რძითა და წყლით დაინფიცირების შემთხვევები. კრისტოსპორიდიუმით ავადობა ყველაზე მასშტაბური 1986 წელს მილვოკიში იყო (მე-9თავი). მკურნალობა რეჰიდრატაციის გზით ხდება, ხოლო პრევენცია საკვებისა და წყლის უსაფრთხოების ღონისძიებების დაცვით.

Helicobacter pylori-ის იდენტიფიცირება 1986 წელს მოხდა, ის დუოდენალური წყლულებისა

და გასტრიტის გამომწვევი ბაქტერიაა, კუჭის კიბოს განვითარების მაღალი მაჩვენებლით (თავი 5). ეს შემთხვევა ინფექციურ და ქრონიკულ დაავადებებს შორის კავშირის საუკეთესო მაგალითია. ბაქტერიის წინააღმდეგ ბრძოლას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის კიბოს და პეპტიური წყლულის პროფილაქტიკისთვის, რაშიც საავადმყოფოები და სხვა სამედიცინო დაწესებულებები ფართოდ უნდა იქნას გამოყენებული (იხილეთ თავი 5).

დიარეულ დაავადებებთან ბრძოლის პროგრამული მიდგომა

დიარეულ დაავადებათა კონტროლი და პროფოლაქტიკა კომპლექსურ პროგრამას საჭიროებს, რაც მოიცავს ფართო სპექტრის საქმიანობას, საკვები პროდუქტებისა და წყლის მარაგის ხარისხის მენეჯმენტს, სანიტარულ განათლებას და იქ, სადაც ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მაღალია, ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიის გამოყენებას. გაეროს ბავშვთა ფონდი და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მიიჩნევს, რომ 1990-იან წლებში ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიამ ყოველწლიურად ერთი მილიონი ადამიანის სიცოცხლე გადაარჩინა. დიარეას შემთხვევის ჩორალური რეჰიდრატაციით სწორი მართვა (ცხრილი 4.12) და კარგი კვება არა მარტო იცავს ბავშვს დეჰიდრატაციისგან და უეცარი სიკვდილისგან, არამედ ხელს უწყობს ადეკვატური კვების დროულ აღდგენას და ხელს უშლის კვების დეფიციტის ხანგძლივ ზემოქმედებას.

ცხრილი 4.12 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიის ფორმულა

ინგრედიენტები	რაოდენობა მმოლი/ლ	კოცენტრაცია გრ/ლიტრი	იონი
ნატრიუმქლორიდი (NaCL)	3.5	ნატრიუმი	90
ნატრიუმის ციტრატი, დიჰიდრატი, ან ნატრიუმის ბიკარბონატი ($NaHCO_3$)	2.9 (ან 2.5)	ლიმონის მჟავა[ა]	20 ლიმონის მჟავა[ბ]
კალიუმის ქლორიდი (KCL)	1.5	კალიუმი	კალიუმი – 10 ქლორიდი – 80
გლუკოზა (უწყლო)	20.0	გლუკოზა	111

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1992 წ. *Readings on Diarrhoea: Student Manual;* Benenson, 1995, *Control of Communicable Diseases Manual.*

[ა]ან 2.5 გრ ნატრიუმის ბიკარბონატი

[ბ]ან 30 მმოლ ბიკარბონატი

ბავშვთა მსოფლიო სამიტზე, რომელიც 1990 წელს ჩატარდა, შესაბამისი სამსახურების მიმართ მიიღეს მოწოდება, რომ დიარეული დაავადებებით გამოწვეული ბავშვთა სიკვდილიანობა ერთ მესამედამდე უნდა შეემცირებინათ, ხოლო კვების დეფიციტის მაჩვენებელი – 50%-ით, რაც მოითხოვს ყურადღების გამახვილებას მოსახლეობის განათლებისა და ორალური რეჰიდრატაციის დანერგვის თვალსაზრისით. საჭიროა პროგრამული მიდგომის დანერგვა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელმძღვანელობამ უნდა მოამზადოს პირველადი დახმარების ექიმები, პედიატრები, ფარმაცევტები, მედიკამენტების მწარმოებლები და ჯანდაცვის ყველა სახის მუშაკები ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიის წესებსა და გამოყენებაში. მათ სჭირდებათ საჯარო მხარდაჭერა მშობელთა ინფორმირებულობის ასამაღლებლად.

ორალური რეჰიდრატაციის თერაპია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მართვის მნიშვნელოვანი მეთოდია როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. განვითარებულ ქვეყნებში დიარეულმა დაავადებამ შეიძლება ხშირი სიკვდილიანობა არ გამოიწვიოს, მაგრამ ის ჩვილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობაში ჯერ კიდევ საყურადღებო ფაქტორს წარმოადგენს, ვინაიდან ყველაზე ოპტიმალურ მდგომარეობაშიც კი შეიძლება კვების მდგომარეობისა და ბავშვის ფიზიკური განვითარების გაუარესება გამოიწვიოს. ორალური რეჰიდრატაციის

თერაპიის გამოყენება დაავადების პრევენციას არ განაპირობებს (მაგ, ეს არ არის პირველადი პრევენცია), მაგრამ საუკეთესო საშუალებაა მეორადი პრევენციის თვალსაზრისით დიარეული დაავადებების გართულებების თავიდან ასაცილებლად და ის ყველა ოჯახისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დიარეის სიმპტომური მკურნალობის მიზნით.

ადაპტირებული ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიამ ადგილი დაიმკვიდრა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კერძოდ, „სპორტული სასმელი„ გამოიყენება სპორტში, როდესაც სპორსტსმენები ოფლისა და სასუნთქი გზების საშუალებით დიდი რაოდენობით სითხეს და მარილებს კარგავენ. მშრალ კლიმატებში მოზრდილებში და მძიმე ფიზიკური დატვირთვის მქონე ადამიანების მიერ ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიის გამოყენების წესები დამატებით გამოკვლევას ჯერ კიდევ საჭიროებს.

დიარეულ დაავადებათა მართვა გათვალისწინებული უნდა იყოს ბავშვთა სწორი კვების მიდგომების შემუშავებისას. ბავშვს, რომელსაც დიარეული დაავადება ხშირად უვლინდება, ზრდასა და განვითარებაში შეიძლება დაბრკოლება გაუჩნდეს. დამხმარე ღონისძიებები საჭიროა როგორც დიარეის გამოვლინების დროს, ასევე შემდგომშიც. ამიტომ პირველადი დახმარების ცენტრების საქმიანობა მიმართული უნდა იყოს ცალკეული ჩვილისა და ბავშვის ზრდის მონიტორინგზე. ეპიდზედამხედველობა ბავშვის ზრდის მაჩვენებლებზე მნიშვნელოვანია ცალკეული ბავშვის და ბავშვთა პოპულაციის ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასების თვალსაზრისით. ჩვილის A და D ვიტამინებით კვება, ასევე რკინის მიცემა, ანემიის თავიდან ასაცილებლად, ძალიან მნიშვნელოვანია ჩვილისა და ბავშვის მოვლაში და იმ პრობლემების მართვისას (მაგალითად, დიარეული დაავადებების), რომლებიც ბავშვთა კვებაზე ზემოქმედებენ.

სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები

განვითარებად სამყაროში ბავშვთა დაავადებათა და სიკვდილიანობის საერთო მიზეზებს შორის რესპირატორულ ინფექციებზე 1/4-ზე მეტი მოდის. მას შემდეგ, რაც დიარეული დაავადებებისაგან გამოწვეული სიკვდილიანობა შემცირდა, განვითარებად ქვეყნებში ჩვილთა სიკვიდილიანობის მთავარი მიზეზი მწვავე რესპირატორული ინფექციები გახდა. ინდუსტრიულ ქვეყნებში ამ სახის ინფექციებს დიდი ყურადღება ექცევა, რადგან ხანდაზმულებსა და ქრონიკულად დაავადებულ პირებში მათ მძიმე შედეგები მოაქვთ. აღნიშნული ინფექციები განვითარებულ ქვეყნებშიც ჩვილთა ავადობის მთავარი მიზეზია. მოწევა, ქრონიკული ბრონქიტი, ცუდად გაკონტროლებული დიაბეტი ან გულის უკმარისობა, თირკმლისა და ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები, მწვავე რესპირატორული ინფექციებისადმი მგრძნობელობას ზრდის. ეს ინფექციები როგორც ჯანდაცვის სისტემისთვის, ასევე ცალკეული ოჯახებისთვის მძიმე ტვირთს წარმოადგენს. მსგავსი ქრონიკული დაავადებების მართვის მეთოდების გაუმჯობესება იმისთვისაა საჭირო, რომ მათთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდეს, ისევე როგორც ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ხარჯები.

სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები გამოწვეულია უფრო მეტად ვირუსული, ვიდრე ბაქტერიული მიკროორგანიზმით. ამ უკანასკნელის ზემოქმედებით შეიძლება პნევმონია განვითარდეს, ლეტალობის 10-20%-იანი მაჩვენებლით. ვირუსული ეთიოლოგიის მწვავე რესპირატორულ ინფექციებში შედის ისეთი დაავადებები, რომლებიც ზედა სასუნთქ გზებს აზიანებენ და მწვავე ვირუსულ რინიტს, ფარინგიტს და ლარინგიტს იწვევენ, ასევე აზიანებენ ქვედა სასუნთქ გზებს – ტრაქეობრონქიტის, ბრონქიტის, ბრონქიოლიტის და პნევმონიის განვითარებით. მწვავე რესპირატორული დაავადებები ხშირად ასოცირებულია ვაქცინით პრევენცირებად დაავადებებთან, როგორიცაა წითელა, ჩუტყვავილა და გრიპი. მათი გამომწვევი სხვადასხვა ჯგუფის ვირუსების დიდი რაოდენობაა, რაც სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციების ფართო სპექტრს განაპირობებს. ზოგიერთი მიკროორგანიზმი სასუნთქი გზების ნებისმიერ ნაწილს აზიანებს, მაშინ, როცა დანარჩენებს აქვს ტროპიზმი სპეციფიკური ორგანოების მიმართ, მაგრამ ყველა მათგანი მეორადი ბაქტერიული ინფექციის წინაპირობას ქმნის. ბავშვებსა და ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მაღალია სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციებით

გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა, ხოლო მოზრდილებში ეს დაავადებები დაკავშირებულია დიდ ეკომონომიკურ ზარალთან მათი მიერ გაცდენილი სამუშაო დღეების გამო.

ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის გამომწვევი ბაქტერიული აგენტებია A ჯგუფის სტრეპტოკოკები, *micoplasma pneumoniae*, ყივანახველას და პარაყივანახველას გამომწვევები. პნევმონია ან ქვედა სასუნთქი გზებისა და ფილტვების ქსოვილის მწვავე ბაქტერიული ინფექცია პნევმოკოკური ინფექციითაა გამოწვეული (გამომწვევი *Streptococcus pneumoniae*). ცნობილია ამ ორგანიზმის 83 ტიპი, განსხვავებული კაპსულის მახასიათებლებით. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პნევმოკოკური ინფექციების 88%-ს 23 ტიპი იწვევს. მრავალვალენტიანი ვაქცინა ხელსმისაწვდომია მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებისთვის: ხანდაზმულები, სუსტი იმუნიტეტის მქონე პაციენტები და გულის, ფილტვის, ღვიძლისა და სისხლის ქრონიკული დაავადებებისა და დიაბეტის მქონე ადამიანები.

ოპორტუნისტული ინფექციები ქრონიკულად დაავადებულებზე მოქმედებენ, განსაკუთრებით მათზე, ვისაც სუსტი იმუნური სისტემა აქვს და ხშირად სიცოცხლისთვის სახიფათო გართულებებს იწვევენ. მიკოპლაზმა (პირველადი ატიპური პნევმონია) ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციაა, რომელიც ხანდახან პნევმონიაში გადადის. ტუბერკულოზი და *Pneumonocytis carynia* განსაკუთრებით პრობლემატურია შიდსით დაავადებული პაციენტებისთვის. პნევმონიის გამომწვევი სხვა მიკროორგანიზმებია: *Chlamydia pneumoniae, H. influenza, klebsiella pneumonia,* სტაფილოკოკები, რიკეციები (Q ცხელება) და *Legionella*. ფილტვის პარაზიტული ინვაზიები შეიძლება გამოიწვიოს ნემატოდამ (მაგ. Aსკარიდოზი), ფილტვის სოკოვანი ინფექცია კი – ასპერგილოზმა, ჰისტოპლაზმოზმა და კოკციდიომიკოზმა, რაც ხშირად ანტიბიოტიკოთერაპიით გამოწვეული გართულებაა.

სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციებისაგან გამოწვეული სიკვდილიანობის კონტროლის მიზნით არსებითია პირველადი დახმარებისა და დროული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა. განვითარებად ქვეყნებში, განსაკუთრებით ღატაკ ფენებში, დაავადებები დიდ პრობლემას წარმოადგენს, როგორც ჩვილთა სიკვდილიანობის ხელშემწყობი მიზეზი. ვინაიდან დაავადებათა აღნიშნული ჯგუფები არაპროპორციულად განაპირობებენ ბავშვთა სიკვდილობას სხვადასხვა პოპულაციებში, ჩვილთა სიკვდილიანობა შედარებით შემცირდა აშშ-სა და რუსეთში, რასაც სხვა ინდუსტრიულ ქვეყნებზე ვერ ვიტყვით. აშშ-ში თეთრკანიან და შავკანიან ბავშვებს შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მზარდი სხვაობა შეიძლება მწვავე რესპირატორული ინფექციების გავრცელებით და პირველადი დახმარებისადმი ხელმიუწვდომლობით აიხსნას. ბავშვები გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში მიჰყავთ მხოლოდ მაშინ, როცა დაავადება პროგრესირებს და სიცოცხლისთვის უკვე საშიშია. დროული პროფესიული ჩარევა კი დაავადებას შეაფერხებდა. აღნიშნული ინფექციების პრევენციის პროგრამებმა ექსპერიმენტული კვლევის ტესტები წარმატებით გაიარა, რაც მოიცავდა მშობლების ინფორმირებას, პირველადი დახმარების ექიმების მომზადებას პრობლემის დროული შეფასების და საჭირო შემთხვევაში მკურნალობის დაწყების თვალსაზრისით. პროგრამები საველე პირობებში შემდგომ ტესტირებებს საჭიროებს.

სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციების პრევენცია მხოლოდ არსებულ ვაქცინებზე დაყრდნობით ჯერჯერობით არარეალურია. მწვავე რესპირატორული ინფექციები გამოწვეულია ფართო სპექტრის ვირუსებით, ხოლო ამ სფეროში ვაქცინების განვითარება შეზღუდულია და ნელა მიმდინარეობს. პნევმოკოკური პნევმონიის ვაქცინა მნიშვნელოვანი მიღწევაა, თუმცა ქრონიკულად დაავადებულთა შორის მისი გამოყენება ვაქცინის შეზღუდული რაოდენობის, ფასის და არასაკმარისი ინფორმირებულობის გამო ჯერ კიდევ ფართოდ დანერგილი არ არის. ვაქცინა ძალიან ძვირია განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობისთვისაც. ბაქტერიული და ვირუსული ვაქცინების განვითარების გაუმჯობესება ამ ინფექციების სიმწვავეს შეამცირებს. პროგრამული მიდგომა კლინიკური რეკომენდაციებით, ოჯახისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ინფორმირებით ამ დაავადებებისგან გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების ერთადერთი შესაძლო გზა.

ბაღამდებ დაავადებათა ჯონტროლი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემაში

ვაქცინებისა და ანტიბიოტიკების წარმატებულმა გამოყენებამ ბევრი იმ დასკვნამდე მიიყვანა, რომ, ადრე თუ გვიან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და სამედიცინო ტექნოლოგიები ინფექციური დაავადებებს დაამარცხებდნენ. სამწუხაროდ, ეს დასკვნა ნაადრევი და საშიშიც კია. მიუხედავად ვაქცინის ეფექტურობისა და სიიაფისა, წითელა ყოველწლიურად კვლავ ერთ მილიონამდე ბავშვის დაღუპვის მიზეზია. ეს მიუთითებს როგორც ვაქცინის, ასევე ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური გამოყენების მარცხზე. ტუბერკულოზისა და მალარიის ხელახალმა გააქტიურებამ ისეთი ახალი სტრატეგიების გამოყენებამდე მიგვიყვანა, როგორიცაა მართვადი ან პირდაპირი დაკვირვების მეთოდით მკურნალობა საზოგადოებრივი (სათემო) ჯანმრთელობის მუშაკების დახმარებით, რათა ის პაციენტები, რომლებიც მკურნალობაზე უარს აცხადებენ, დაარწმუნონ, რომ მკურნალობა საჭიროა დაავადების გავრცელების აღკვეთის და მატარებელთა რიცხვის შესამცირებლად.

თანამედროვე მიღწევები პოლიომელიტის, დრაკუნკულოზის, ონქოცერკოზის შემთხვევების შემცირების და სხვა დაავადებების ერადიკაციის თვალსაზრისით, იმედს იძლევა, რომ წარმატების მიიღწევა სხვა სფეროებშიც შესაძლებელია. მაგრამ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში ბევრი მნიშვნელოვანი ინფექციური დაავადება არსებობს, სადაც არსებული ტექნოლოგიები სრულად გამოყენებული არ არის. ორალური რეჰიდრატაციის თერაპია ეკონომიკურად ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ეფექტური მეთოდია დიარეული დაავადებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილიანობის პრევენციაში, რომელიც საკმარისი მასშტაბით ჯერ კიდევ გამოყენებული არ არის. ტენდენციურმა ცვლილებებმა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების დაფინანსებასა და მენეჯმენტში შეიძლება არსებული ეფექტური ვაქცინების არასაკმარისად გამოყენება გამოიწვიოს. ჰოსპიტალური შტამებით განპირობებული ინფექცია საავადმყოფოში ხანგრძლივად დარჩენას და ხარჯების გაზრდას იწვევს, თუმცა ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების გამოყენება და კლინიკებში გაუმჯობესებული სამედიცინო მომსახურება ამ ტვირთს ამცირებს.

კომბინირებული თერაპიის გამოყენებით შიდსის გავრცელების კონტროლი ბევრ ქვეყანაში ფინანსურად და ლოჯისტიკურად შესაძლებელი არ არის, მაგრამ განათლება „უსაფრთხო სექსის“ შესახებ ქმედითუნარიანია. ჯანდაცვის მუშაკების პროგრამები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ტუბერკულოზის, მალარიის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კონტროლს, ხოლო შიდსის შემთხვევაში ხელს უწყობს მის პროფილაქტიკასა და სათანადო მკურნალობას.

ინდუსტრიულ და საშუალო დონის განვითარებად ქვეყნებში ეპიდემიოლოგიურმა და დემოგრაფიულმა გადანაცვლებამ ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკაში ახალი პრობლემები შექმნა. ინფექციური დაავადებების პრევენცია და ქრონიკულად დაავადებულთა და მოხუცთა დროული მკურნალობა არა მხოლოდ სამედიცინო მნიშვნელობის საკითხია, არამედ ეკონომიკურიც. პაციენტები, რომლებსაც აქვთ ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (COPD), ღვიძლის ან თირკმლის ქრონიკული დაავადება, ან გულის შეგუბებითი უკმარისობა, მაღალი რისკის პაციენტები არიან და ინფექციური დაავადების განვითარების შემთხვევაში ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია ემუქრებათ.

შეჯამება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ორიენტირებული იყო და კვლავაც განაგრძობს მუშაობას ინფექციური დაავადებების პრობლემის გადაჭრის მიმართულებით, რადგან ეს დაავადებები თითოელი ადამიანის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით ერთ-ერთი საკვანძო პრობლემაა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩარევის ტიპიური მეთოდებია: სანიტარია, იმუნიზაცია, ინფორმირება სწორი კვების შესახებ, სწავლება, დაავადების შემთხვევების გამოვლენა და მკურნალობა და არაჯანსაღი ქცევითი ჩვევების შეცვლა. მშო-

ბლების, პოლიტიკოსების და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა ცოდნა, დამოკიდებულებები, შეხედულებები და გამოცდილება ისევე მნიშვნელოვანია ინფექციური დაავადებების კონტროლის წარმატებაში, როგორც ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვის ფინანსირების მეთოდები. ყოველივე ეს ინფექციური დაავადებების რეგულირებაში თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფართო პროგრამულ მიდგომას მოიცავს.

სწრაფი საერთაშორისო გადაადგილებისა და მოსახლეობებს შორის გაადვილებული კონტაქტის სამყაროში აუცილებელია პათოგენების გავრცელების პოტენციალის მონიტორინგის სისტემების არსებობა. ახალი ან გართულებული ინფექციური დაავადებების საერთაშორისო გავრცელების პოტენციალი საფრთხეს უქმნის კაცობრიობას ეკოლოგიური და სხვა ანტროპოგენული კატასტროფების მსგავსად. ყვავილის ერადიკაციამ გზა გაუხსნა პოლიომელიტის და უახლოეს მომავალში წითელას შესაძლო ერადიკაციას. ახალი ვაქცინები წითურას სინდრომით, ყბაყურით, მენინგიტითა და ჰეპატიპით დაავადების შემცირების პოტენციალს ავლენენ. უახლესი ვაქცინები, რომლებიც რეალურად უკვე გამოჩნდა, 21-ე საუკუნეში იმუნოლოგიურ გადატრიალებას მოახდენენ.

თუმცა, ბავშვთა ინფექციური დაავადებების კონტროლისა და ლიკვიდაციის ტრიუმფი გრძელდება. აივ-ინფექციის რეგულირების პროგრესი ნელი ტემპით მიმდინარეობს. ნაწილობრივ აივ-ისა და შიდსის შედეგად, ტუბერკულოზი ბევრ ქვეყანაში ისევ დაბრუნდა, სადაც ის მხოლოდ რეზიდუალურ პრობლემად მიაჩნდათ. ამავე დროს, ჩარევის ძველი ან ახალი მეთოდების გამოყენებამ, მაგალითად, პირდაპირი დაკვირვებით ტუბერკულოზის რეგულაციაში მოკლევადიანმა თერაპიამ დიდ წარმატებას მიაღწია. ტუბერკულოზის ხელახალი აღმოცენება უფრო სახიფათოა, რადგანაც მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი (MDRTB _ multidrug-resistant tuberculosis) საყოველთაოდ გავრცელებული პრობლემა აღმოჩნდა. ანტიბიოტიკების ახალი თაობების კვლევაში ეს საკითხი ხაზს უსვამს წამლებისადმი რეზისტენტულობის წინასწარ გათვალისწინების აუცილებლობას, რაც ერთგვარი გამოწვევაა ფარმაცევტული მრეწველობისთვის, მეცნიერებისა და ჯანდაცვის მუშაკებისათვის.

განვითარებულ ქვეყნებში ინფექციური დაავადებების ტვირთი, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი პრიორიტეტი, შემცირდა, მაგრამ განვითარებად ქვეყნებში ის ისევ მწვავე პრობლემად რჩება. ინდუსტრიული და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ინფექციურ სნეულებათა ხანგრძლივობის და მნიშვნელობის გაზრდა, ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებსა და ასაკოვნებზე ზეგავლენა და მათი სამედიცინო მომსახურება თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვაში მეტად მნიშვნელოვანია. ქრონიკულ დაავადებათა ხანგრძლივი მენეჯმენტი მაღალი რისკის მქონე პაციენტების მკურნალობას და არსებული ვაქცინების და ანტიბიოტიკების გამოყენებას საჭიროებს. ყველაზე მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ისეთი სისტემის განვითარება, რომელიც უზრუნველყოფს ინფექციურ დაავადებათა სპეციფიკური რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტების, განსაკუთრებით კი ხანდაზმულების, ქრონიკული დაავადებების და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირთა მონიტორინგს. ტრადიციული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომბინაცია უშუალო სამედიცინო დახმარებასთან, რომელიც აუცილებელია გადამდები დაავადებების კონტროლისა და აღმოფხვრისთვის, თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს. სირთულე ისაა, რომ ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის მიზნების განსაზღვრასა და მიღწევაში კომპლექსური მიდგომა და რესურსების სწორად გამოყენება უნდა მოხდეს.

ელექტრონული მედია

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმდინარე პრაქტიკაში ელექტრონული ფოსტისა და ინტერნეტისადმი ხელმისაწვდომობა არსებითი მნიშვნელობისაა, განსაკუთრებით კი გადამდებ დაავადებების შემთხვევაში. ბევრია ინფორმაციული საიტები, რომელთა რიცხვიც მომავალში კიდევ უფრო გაიზრდება. ინტერნეტი ძალიან კარგი საშუალებაა ამ სფეროში მიმდინარე სიახლეების შესახებ ინფორმაციის მოძიებისთვის.

Eurosurveillance Weekly is available at eurowkly@eurosurv.org or at website http://www.eurosurv.org

Gideon, outstanding encyclopedia database on infectious diseases (available via mdcassoc@ix.netcom.com at reduced price for Promed users, and free to sub-Saharan African sites); website http://www.cyinfo.com

Infectious disease early warning system via wilsonml@biology.lsa.umich.edu or web server

http://eotest2.gsfc.nasa.gov/IDP/form.html (NB: Capitalized letters must be capitalized)

Morbidity and Mortality Weekly Reports is available on the Internet via the CDC home page and may be downloaded; consult CDC's home page at www.cdc.gov

Promed is an excellent, free report on current events in communicable diseases internationally; join via owner-promed@usa.healthnet.org

Weekly Epidemiologic Bulletin of the WHO is available on the World Wide Web via http://www.who.ch/programmes/emc/news.htm

World Health Organization, Diseases and Vaccines website, http://www.who.int/gpv-dvacc and http://www.who.int/gpv-surv/country/

ᲮᲔᲯᲛᲐᲬᲓᲘᲮᲔᲑᲔᲚᲘ ᲡᲐᲯᲘᲗᲮᲐᲕᲘ

Centers for Disease Control. 1992. Update: International Task Force for Disease Eradication, 1990 and 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 41:40–42.

Centers for Disease Control. 1994. Addressing emerging infectious disease threats: Aprevention strategy for the United States. Executive summary. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43(RR-5):1–18.

Centers for Disease Control. 1997. Update: trends in AIDS incidence–United States, 1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:861–867.

Centers for Disease Control. 1998. One thousand days until the target date for global poliomyelitis eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:234–239.

Centers for Disease Control. 1998. Tuberculosis morbidity–United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:253–257.

Centers for Disease Control. 1998. Measles–United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:273–277.

Centers for Disease Control. 1998. National adult immunization awareness week–October 11–17, 1998; and influenza and pneumococcal vaccination levels among adults aged – 65 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:797–803.

Centers for Disease Control. 1998. Impact of the sequential IPV/OPV schedule on vaccination coverage—United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:1017–1019.

Centers for Disease Control. 1998. Advances in global measles control and elimination: Summary of the 1997 international meeting. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47(RR-11):1–23.

Centers for Disease Control. 1999. Recommended childhood immunization schedule–United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:12–16.

Centers for Disease Control. 1999. Impact of vaccines universally recommended for children–United States, 1990–1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:243–248.

Centers for Disease Control. 1999. Progress toward global poliomyelitis eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:893–897.

Goodman, R. A., Foster, K. L., Trowbridge, F. L., Figuero, J. P. (eds). 1998. Global Disease Elimination and Eradication as Public Health Strategies: Proceedings of a Conference Held in Atlanta, Georgia, USA, 23–25 February 1998. *Bulletin of the World Health Organization,* 76(Supplement 2):1–161.

Peter, G. 1992. Childhood immunizations. *The New England Journal of Medicine,* 327:1794–1800.

Weekly Epidemiologic Record. 1999. Rotavirus vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiologic Record,* 74:33–38.

ბიბლიოგრაფია

Anderson, R. 1992. *Infectious Diseases of Humans: Dynamic and Control.* Oxford: Oxford University Press. 1992.

Basch, P. 1994. *Vaccines and World Health: Science, Policy, and Practice.* New York: Oxford University Press.

Benenson, A. S. (ed). 1995. *Control of Communicable Diseases Manual,* Sixteenth Edition. Washington, DC: American Public Health Association.

Brooks, G. E., Butel, J. S., Morse, S. A. 1998. *Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology,* Twenty-first Edition. Stamford, CT: Appleton & Lange.

Cassens, B. 1992. *Preventive Medicine and Public Health,* Second Edition. Malvern, PA: Harwal Co.

Colditz, G. A., Brewer, T. F., Berkey, C. S., Wilson, M. E., Burdick, E., Fineberg, H. V., and Mosteller, F. 1994. Efficacy of BCG vaccine in the prevention of tuberculosis. Meta-analysis of the published literature. *Journal of the American Medical Association*, 271:698–702. (See also Brewer *et al.,* 1996. Evaluation of tuberculosis control policies using computer simulation. *JAMA*, 246:1898–1903 and related articles.)

Cook, G. C. 1996. *Manson's Tropical Diseases,* Twentieth edition. London: Saunders.

Cutts, F. T., Smith, P. G. (eds). 1994. *Vaccination and World Health.* Chichester: Wiley and Sons.

Mandel, G. L. 1994. *Principles and Practice of Infectious Diseases.* Edinburgh: Churchill, Livingstone.

Plotkin, S. A., Mortimer, E. A. 1994. *Vaccines,* Second Edition. Philadelphia: WB Saunders.

ვაქცინ-პრევენტირებადი დაავადებები

American Academy of Pediatrics. 1997. Immunization of adolescents: recommendations of the advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians and the American Medical Association. *Pediatrics,* 99:479–488. (http://www.aap.org/policy/re9711.html)

American Academy of Pediatrics. 1999. Combination vaccines for childhood immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians and the American Medical Association. *Pediatrics,* 103:1064–1077.

American Academy of Pediatrics, Committee of Infectious Diseases. 1999. Poliomyelitis prevention: Revised recommendations for use of inactivated and live oral poliovirus vaccines. *Pediatrics,* 103:171–172.

Centers for Disease Control. 1993. Diphtheria outbreak–Russian Federation, 1990–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:840–841, 847.

Centers for Disease Control. 1993. Resurgence of pertussis—United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:952–953, 959–960.

Centers for Disease Control. 1994. Rubella and congenital rubella syndrome–United States, January 1, 1991–May 7, 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:397–401.

Centers for Disease Control. 1996. Compendium of animal rabies control, 1996: National Association of State Public Health Veterinarians. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45(RR-3):1–9.

Centers for Disease Control. 1998. Progress toward elimination of *Haemophilus influenzae* type b disease among infants and children in the United States, 1987–1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:993–998.

Centers for Disease Control. 1997. Tetanus surveillance–United States, 1991–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46(SS-2):15–25.

Centers for Disease Control. 1998. Recommendations and reports–Vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of measles: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47(RR-8):1–59.

Centers for Disease Control. 1998. National, state and urban area vaccination coverage levels among children aged 19–35 months–United Sates, July, 1996–June, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:108–116.

Centers for Disease Control. 1998. Varicella related deaths among children–United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:365–368.

Centers for Disease Control. 1999. Progress toward global poliomyelitis eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:416–421.

Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements–United States, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:241–243, 243–248.

Tulchinsky, T. H., Abed, Y., Shaheen, S., Toubassi, N., Sever, Y., Schoenbaum, M., Handsher, R. 1989. Aten-year experience in control of poliomyelitis through a combination of live and killed vaccines in two developing areas. *American Journal of Public Health,* 79:1648–1652.

Tulchinsky, T. H., Ginsberg, G. M., Abed, Y., Angeles, M. T., Akukwe, C., Bonn, J. 1993. Measles control in developing and developed countries: the case for a two-dose policy. *Bulletin of the World Health Organization,* 71:93–103.

World Health Organization. 1999. Integration of vitamin Asupplementation with immunization. *Weekly Epidemiological Record,* 74:1–6.

სხვა გამოცემები დაავადებების

Anderson, C. 1991. Cholera epidemic traced to risk miscalculation. *Nature,* 354:255.

Centers for Disease Control. 1993. Update cholera–Western hemisphere, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:89–91.

Centers for Disease Control. 1993. Isolation of *Vibrio cholerae* O1 from oysters–Mobile Bay, 1991–1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:91–93.

Centers for Disease Control. 1993. Estimates of future global tuberculosis morbidity and mortality. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:961–964.

Centers for Disease Control. 1994. Arbovirus disease–United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:385–387.

Centers for Disease Control. 1994. Update: outbreak of Legionnaire's disease associated with a cruise ship, 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:574–575.

Centers for Disease Control. 1994. Rift Valley Fever–Egypt 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:693, 699–700.

Centers for Disease Control. 1996. The role of BCG vaccine in the prevention and control of tuberculosis in the United States: A joint statement by the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis and the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45(RR-4);1–18.

Centers for Disease Control. 1997. Update: Trends in AIDS incidence–United States, 1964. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:861–867.

Centers for Disease Control. 1997, Case definition for infectious conditions under public health surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46(RR-10):1–55.

Centers for Disease Control. 1998. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47(RR-1):1–118.

Centers for Disease Control. 1998. Primary and secondary syphilis–United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:493–497.

Dolin, P. J., Raviglione, M. C., Kochi, A. 1994. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990–2000. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:213–220.

Halstead, S. B. 1992. The 20th century pandemic: Need for surveillance and research. *World Health Statistics Quarterly,* 45:292–298.

Slutsker, L., Ries, A. A., Greene, K. D., Wells, J. G., Hutwagner, L., Griffin, P. M. 1997. *Escherichia coli* O157:H7 diarrhoea in the United States: clinical and epidemiologic features. *Annals of Internal Medicine,* 126:505–513.

UNICEF. (1995–1998). *The State of the World's Children 1995, 1996, 1997, and 1998.* New York: United Nations Children's Fund, Oxford Press.

World Health Organization. 1990. *The Rational Use of Drugs in the Management of Acute Diarrhoea in Children.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1994. The malaria situation in 1991. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:160–164.

World Health Organization. 1994. *AIDS: Images of the Epidemic.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1996. Dracunculiasis: Global surveillance summary. *Weekly Epidemiologic Record,* 71:141–148.

World Health Organization. 1996. Progress toward the elimination of leprosy as a public health problem. *Weekly Epidemiologic Record,* 71:149–156.

World Health Organization. 1996. *The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1997. *The World Health Report 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *Health for All in the Twenty-first Century.* EB101/8. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *The World Health Report 1998: Life in the Twenty-first Century: A Vision for All.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference.* Geneva: WHO.

5
არაგადამდები დაავადებები

შესავალი

განვითარებულ ქვეყნებში „თანამედროვეობის დაავადებები“ ან არაგადამდები დაავადებები ავადობის და სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი გახდა. ეპიდემიოლოგიური გარდასვლის (Epidemiological Transition) ეს პროცესი ბევრ განვითარებად ქვეყანაშიც დაიწყო. არაგადამდები (ქრონიკული) დაავადებების გამომწვევი მიზეზები კომპლექსურია და პრევენციული აქტივობების დაგეგმვისა და განხორციელებისას მხედველობაში უამრავი ხელშემწყობი და რისკის ფაქტორები უნდა გავითვალისწინოთ. მიუხედავად ამ სირთულისა, უამრავ ქვეყანაში უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში, ინსულტისა და გულის დაავადებების სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებაში უდიდესი წარმატება იქნა მიღწეული. დამტკიცდა, რომ სერიოზული არაგადამდები დაავადებების დროს, მაგალითად, როგორიც კიბოა და ასევე ტრავმების დროს, გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება გაცილებით რთულია.

არაგადამდები დაავადებები დიდ მოთხოვნას უყენებენ ჯანდაცვის სისტემებს. ამავე დროს ისინი ართულებენ პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენციის პოტენციალს, რომელთა მიზანია, როგორც სიკვდილიანობისა და ინვალიდობის, ასევე დაავადებების შემცირება. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და მკურნალობის ყველა ასპექტს და ამიტომ მტკიცედ მოითხოვს ამ დაავადებათა და მათთან დაკავშირებული საჭიროებების მიმართ მრავალმხრივ მიდგომას.

არაგადამდები დაავადებების ბავშვებში

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დაფიქსირდა, რომ არაგადამდებმა დაავადებებმა, ჩაანაცვლეს ინფექციური დაავადებები, როგორც ნაადრევი სიკვდილის გამომწვევი ძირითადი მიზეზი. ანტიობიოტიკებმა და ვაქცინებმა, ცხოვრების დონის, სანიტარიის, და კვების გაუმჯობესებამ უსაფრთხო წყალზე ხელმისაწვდომობასთან ერთად შეამცირა ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაზარდა. ინფექციური დაავადებები განვითარებულ ქვეყნებში უკვე აღარ წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემას, იგივე ტენდენცია შეიმჩნევა განვითარებად ქვეყნებშიც.

სიკვდილის მიზეზების დრამატული გადასვლა ინფექციური დაავადებებიდან არაგადამდებ დაავადებებზე საუკუნის განმავლობაში ყველა განვითარებულ ქვეყანაში მომხდარ ცვლილებებს ასახავს. ამაზე 5.1 ცხრილი მიუთითებს, რომელშიც აშშ-ში 1900 და 1990 წლებში სიკვდილის ძირითადი მიზეზებია ჩამოთვლილი.

არაგადამდები დაავადებები, როგორც ავადობისა და სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი, დემოგრაფიულ და ეპიდემიოლოგიურ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული. მიზეზი რამდენიმეა: პირველი, ინფექციურ დაავადებებში სიკვდილიანობის შემცირებამ სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა გამოიწვია. იმ ასაკობრივ ჯგუფში, როცა კიბო და გულის დაავადებები ძალიან გავრცელებულია, გადარჩენილი ადამიანების მზარდი რაოდენობა შეიმჩნევა. მეორე, რისკები ცხოვრების წესის ცვლილებამ გაზარდა, მაგ. თამბაქოს მოხმარებამ, არასაკმარისმა ფიზიკურმა აქტივობამ, არაჯანსაღი ცხიმებით და შაქრით მდიდარმა საკვებმა და რისკის შემცველმა ქცევებმა, გამოიწვია ის, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და კიბო ინვალიდობისა და სიკვდილის ძირითად მიზეზად

ცხრილი 5.1 სიკვდილის ძირითადი მიზეზები (მაჩვენებელი ყოველ 100,000 მოსახლეზე), აშშ, 1900-1995წწ.

1900	მაჩვენებელი	%	1990	მაჩვენებელი	%
ყველა მიზეზი	1719	100.0	ყველა მიზეზი	880	100.0
პნევმონია, გრიპი	202	11.8	გულის დაავადებები	281	32.0
ტუბერკულოზი	194	11.3	ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები	204	23.2
გასტრიტი, ენტერიტი, კოლიტი	143	8.3	ცერებრო-ვასკულური დაავადებები	60	6.8
გულის დაავადებები	137	8.0	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები (ფქოდ)	40	4.5
ასაკთან დაკავშირებული დაავადებები, ქრონიკული ფუნქციური დარღვევები	118	6.8	ტრავმა	34	3.9
ცენტრალური ნერვული სისტემის სისხლ-ძარღვოვანი დაზიანებები	107	6.2	პნევმონია, გრიპი	32	3.6
ქრონიკული ნეფრიტი, სკლეროზი	81	4.7	შაქრიანი დიაბეტი	23	2.6
უბედური შემთხვევებით გამოწვეული ტრავმა	72	4.2	აივ ინფექცია	16	1.8
ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები	64	3.7	თვითმკვლელობა	12	1.3
დიფტერია	40	3.3	ციროზი, ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები	10	1.1
ყველა სხვა მიზეზი	561	32.6	ყველა სხვა მიზეზი	168	19.2

წყარო: Data compiled from National Center for Health Statistics, in *Chronic Disease Epidemiology and Control.* Second Edition. 1998. Washington, D.C.: American Public Health Association with permission.

გადაიქცა. მესამე, ტრავმა და არაგადამდები დაავადებები ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის ძირითად მიზეზს წარმოადგენენ. მეოთხე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოცდილება და ახალი სამეცნიერო ცოდნა პრევენციისა და მკურნალობის იმ ახალი მეთოდების დანერგვის ძირითად ხელშემწყობს წარმოადგენს, რომლებიც არაგადამდები დაავადებების ტვირთს და ინვალიდობას ამცირებს.

მრავალი რისკ-ფაქტორის გამოვლენამ და არაგადამდები დაავადებების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკის მეთოდების განვითარებამ, ამ დაავადებებისა და მათი გართულებების შესამცირებლად გამიზნული ინტერვენციების პოტენციალი გაზარდა. ამ ცვლილებების შედეგად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მოქმედების არეალი გაფართოვდა. ამ თავში განვიხილავთ ძირითად არაგადამდებ დაავადებებს და მათ გავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, ასევე მათ რისკ-ფაქტორებს და იმ ინტერვენციებს, რომელთა მიზანი არაგადამდები დაავადებების გავრცელების შემცირებაა.

არაგადამდები დაავადებების მიზეზები, ეფექტური ინტერვენციები და მკურნალობის მეთოდები, რომლებიც მომავალში ამ დაავადებების გავრცელების ტენდენციებს შეცვლიან, უკვე აღმოჩენილია. გარდა ამისა, დადგენილია, რომ ჯანდაცვის მუშაკების მიერ განხორციელებული პრევენციის მეთოდები, მათ შორის მეორადი და მესამეული პრევენცია, დაავადების შემცირებაში ისეთივე მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ცხრილი 5.2 აშშ-ის ჯანდაცვის დანახარჯები დიაგნოსტიკური ჯგუფებისა და მომსახურების ტიპების მიხედვით

დიაგნოსტიკური ჯგუფი	დანახარჯები, 1987 წ. (მილიარდი აშშ დოლარი)α	%	მომსახურების ტიპი	დანახარჯები, 1987 წ. (მილიარდი აშშ დოლარი)δ	%
გულ-სისხლძარღვთა (გსდ)	79.6	13.9	ჰოსპიტალური	371.1	34.0
ტრავმა	69.1	12.1	თერაპიული	217.6	19.9
ახალწარმონაქმნები	49.6	8.7	დენტალური	50.6	4.6
შარდ-სასქესო სისტემა	49.3	8.7	სხვა პროფესიული	61.9	5.7
ორსულობა/მშობიარობა	39.7	6.9	სახლის პირობებში	32.3	3.0
რესპირატორული	38.3	6.7	მედიკამენტები, სხვა სამედიცინო მოთხოვნები	108.9	10.0
საჭმლის მომნელებელი	35.9	6.3	მხედველობა, სხვა სამედიცინო	13.9	1.3
ძვალ-კუნთოვანი	27.7	4.8	სახლში ექთნის მიერ მოვლა	82.8	7.6
სისხლის მიმოქცევის	20.2	3.5	სხვა ინდივიდუალური	29.9	2.7
ფსიქიკური	19.3	3.4	კვლევა	18.0	1.6
სამედიცინო მომსახურება	17.4	3.0	მშენებლობა	16.9	1.5
თანდაყოლილი დეფექტები	8.7	1.5	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა (სახელმწიფო)	38.5	3.5
იატროგენული დაავადებები	6.9	1.2	ადმინისტრაცია	50.0	4.6
სხვა	110.6	19.3	სულ დანახარჯები	1,092.4	100
სულ	572.3	100	დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე	3,925.0	-

წყარო: Centers for Disease Control 1994. Medical care spending—United States. *MMWR,* 43:581–586; and Levit K, Cowan C, Braden B, Stiller J, Senseni A, Lazenby H. 1998. National health expenditures in 1997; more slow growth. *Health Affairs,* November/ December: 99–110.

α ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები და კერძო რესურსები. არ შეიცავს: საექთნო მკურნალობას სახლში, სტომატოლოგიურ, არასამედიცინო მენტალურ ჯანდაცვის მომსახურებებს და დაზღვევის ხარჯებს. 1987 წლის ნაციონალური სამედიცინო ხარჯთაღიცხვის გამოკითხვა მოსახლეობაზე დაყრდნობით ჩატარდა. გრძივი კვლევა შეეხება სამოქალაქო არა ინსტიტუციონალურ მოსახლეობას 1987 წლისთვის, გადაყვანილია დოლარებში 1993 წელს. მომდევნო გამოკითხვებმა მოიცვა გადახდის წყაროები და მომსახურების ტიპები, მაგრამ არა დიაგნოსტიკური კატეგორიები.

δ შეიცავს მთლიან ჯანდაცვის ხარჯებს, საზოგადოებრივს და კერძოს, ასევე საექთნო მკურნალობას სახლში.

ᲐᲮᲐᲑᲐᲖᲓᲐᲛᲓᲔᲑᲘ ᲓᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘᲡ ᲢᲕᲘᲠᲗᲘ

ქრონიკული მდგომარეობები უმძიმეს ტვირთად აწვება ადამიანს, ოჯახს და საზოგადოებას. ავადობის და სიკვდილიანობის თვალსაზრისით, დაავადებების ტვირთის განსაზღვრა (განხილულია მე-3 თავში) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციების მთავარი მოვალეობაა. მოსახლეობის ჯანდაცვის ეკონომიკური ტვირთი, დაფინანსებულია სახელმწიფო ინსტიტუციის მიერ, როგორც ყველა ინდუსტრიულ ქვეყანაში (იხილეთ მე-10 და მე-13 თავები), თუ საზოგადოებრივი და კერძო დანახარჯებით, მოცემულია ცხრილში 5.2.

ყველაზე რთულია დაავადების ტვირთის განსაზღვრა ინდივიდთან, ოჯახთან და საზოგადოებასთან მიმართებაში. ავადობისა და სიკვ-

ცხრილი 5.3 ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობები, როგორც დამოუკიდებელი ფუნქციონალური უნარების ინდიკატორები

პირადი აქტივობები	ოჯახური აქტივობები	სოციალური აქტივობები
ბანაობა	ტელეფონის გამოყენება	კონტაქტები-ოჯახში, მეგობრების, მეზობლების ვიზიტები
ჩაცმა	მაღაზიაში სიარული/ყიდვა	სოციალური აქტივობები
ტუალეტი	საკვების მომზადება	სექსი
კვება	სახლის მსუბუქი დალაგება	რეგულარული ვარჯიში, სეირნობა
სწირნობა, მოძრაობა	მსუბუქი დატვირთვა	ავტობუსის, მანქანის გამოყენება
დაწოლა/ადგომა, დაჯდომა/ადგომა	სამრეცხაო	რელიგიური აქტივობები
	ფინანსების მართვა	ჰობი, სხვა საქმიანობა
	საკუთარი მედიკამენტების მართვა	

დილიანობის ტრადიციული განზომილებებია QALY და DALY, მაგრამ სხვისი მოვლით განპირობებული ფიზიკური და ემოციური ტვირთის გაზომვა ფაქტიურად შეუძლებელია. არაგადამდები დაავადებების ტვირთი ადამიანზე ისახება მის ფუნქციურ უნარზე განახორციელოს ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობები. ქრონიკული მდგომარეობის მქონე ადამიანის ფუნქციური მაჩვენებელი განისაზღვრება მისი ყოველდღიური აქტივობის (activities of daily living – ADL) უნარით, როგორც ცხრილ 5.3-დან ჩანს.

ქრონიკულმა მდგომარეობებმა შეიძლება ინვალიდობა გამოიწვიოს, რომელიც ხელს უშლის ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობებისას ფუნქციების ოპტიმალურად განხორციელებას. ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობები დამოუკიდებლად განსაზღვრავს პირადი მოვლის, ოჯახურ და სოციალურ აქტივობებს. ეს გვეხმარება სახლში მკურნალობის/მოვლის საჭიროების დონე და მოცულობა ან დაწესებულების ტიპი განვსაზღვროთ, რაც პაციენტს შეიძლება ჭირდებოდეს. ADL ზომავს პაციენტის ფუნქციას„ მაგრამ არა მომვლელის ემოციურ, ფიზიკურ და ფინანსურ სტრესს.

ᲥᲠᲝᲜᲘᲙᲣᲚᲘ ᲛᲓᲒᲝᲛᲐᲠᲔᲝᲑᲔᲑᲘᲡ ᲠᲘᲡᲙ-ᲤᲐᲥᲢᲝᲠᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲛᲘᲖᲔᲖᲔᲑᲘ

ინფექციური დაავადებების ეტიოლოგიური კრიტერიუმები, გარჩეული I თავში, ცნობილია, როგორც კოხის და ჰენლეს პოსტულატები. ეს პოსტულატები არაგადამდები დაავადებების ეტიოლოგიური კრიტერიუმების შესაქმნელად იქნა გამოყენებული“ რომელიც ცნობილია ევანსის კრიტერიუმის სახელით (ჩანართი 1). ევანსის კრიტერიუმები გვაჩვენებებენ არაგადამდები დაავადებების წინასწარგანმწყობ ან რისკ ფაქტორებს და ამით არის მოსახლეობაში დაავადებების ხელშემწყობი ფაქტორების შეფასებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანი.

დაავადებების გამომწვევი მიზეზების დადგენა არაგადამდები დაავადებების შემთხვევაში შესაძლებელია კომპლექსური იყოს, რადგან გამომწვევი მიზეზი მრავალია. ძალიან იშვიათია დაავადებას მხოლოდ ერთი ფაქტორი იწვევდეს. არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორები განხილულია ცხრილში 4, სადაც მოცემულია დაავადებების სხვადასხვა ჯგუფების გამომწვევი მრავალი რისკ-ფაქტორი. დაავადების თითქმის ყველა ჯგუფში ფიგურირებს დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსი (სეს), როგორც რისკ- ფაქტორი..

არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორები აღმოჩენილ იქნა ბოლო ოთხი ათწლეულის განმავლობაში განხორციელებული მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგად. ჯ. მორისის კლასიკურმა ნამუშევარმა აჩვენა ლონდონის ავტობუსის მძღოლებსა და ავტობუსის კონტროლიორებს შორის გულის კორონარული დაავადებების განვითარების რისკების განსხ-

ჩანართი 5.1 ეტიოლოგიური ჩხიკვები - ევანსის ჩხიკვები

1. სავარაუდო გამომწვევი მიზეზის გავრცელება მოსახლეობაში უნდა ემთხვეოდეს დაავადების გავრცელებას მოსახლეობაში.
2. დაავადებათა შემთხვევები მნიშვნელოვნად მაღალი უნდა იყოს მათ შორის, ვინც განიცადა სავარაუდო მიზეზის ზემოქმედება, ვიდრე მათ შორის, ვისაც ეს ზემოქმედება არ ჰქონია.
3. იმ ადამიანებში, ვისაც აქვს დაავადება, საავარაუდო მიზეზის ზეგავლენა უფრო ხშირი უნდა იყოს„ ვიდრე დაავადების არმქონე პირებში (კონტროლის ჯგუფი)„ როდესაც ყველა სხვა რისკ-ფაქტორი იდენტურია.
4. დაავადება უნდა განვითარდეს სავარაუდო მიზეზის ზემოქმედების შემდეგ, რაც უფრო დიდია ექსპოზიციის დოზა და ხანგრძლივობა, მით უფრო დიდია დაავადების განვითარების ალბათობა.
6. ზოგიერთი დაავადების შემთხვევაში, ადამიანის ბიოლოგიური რეაქციის გრადიენტის გამოხატულება (მსუბუქიდან მძიმემდე) სავარაუდო მიზეზის ზემოქმედების ხარისხს შეესაბამება.
7. ასოციაცია სავარაუდო მიზეზსა და დაავადებას შორის მოძიებული უნდა იყოს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფში კვლევის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებით.
8. სავარაუდო მიზეზის ზემოქმედებასა და დაავადებას შორის დამოკიდებულების სხვა განმარტებები გამორიცხული უნდა იქნას.
9. სავარაუდო მიზეზის აღმოფხვრამ ან მოდიფიკაციამ დაავადების ახალი შემთხვევები უნდა შეამციროს.
10. სავარაუდო მიზეზის ზემოქმედებაზე ორგანიზმის რეაქციის მოდიფიკაციამ დაავადება უნდა შეამციროს ან აღმოფხვრას.
11. ექსპერიმენტულ პირობებში ექსპოზირებულ მოსახლეობას დაავადება უფრო ხშირად უნდა გამოუვლინდეთ„ ვიდრე მათ, ვინც არ ყოფილა ექსპოზირებული.
12. ყველა ურთიერთკავშირს და აღმოჩენას ბიოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური დადასტურება უნდა ჰქონდეს.

ვავება. კონტროლიორებს, რომლებიც ფიზიკურად დატვირთულნი არიან, მუდმივად უხდებათ ავტობუსის კიბეებზე მოძრაობა და ამავდროულად, სამსახურში ნაკლები სტრესი აქვთ, გულის კორონარული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის უფრო დაბალი მაჩვენებელი აქვთ, ვიდრე მძღოლებს, რომლებიც ფიზიკურად არ არიან აქტიურნი და მუდმივ სტრესში იმყოფებიან..

თამბაქო, როგორც რისკ-ფაქტორი, ერნესტ ვაინდერმა და სხვა მეცნიერებმა აშშ-ში 1940-იან და 1950-იან წლებში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე აღმოაჩინეს. ბრიტანელი ექიმების რიჩარდ დოლის და ბრედფორდ ჰილის მიერ 1950-იან წლებში ჩატარებული ხანგრძლივი კვლევების საფუძველზე გამოვლინდა, რომ 35 წლის მწეველ მამაკაცს ნაკლები შანსი აქვს იმისა, რომ 65 წლამდე მიაღწევს (73%), არამწეველებთან (85%) და ყოფილ მწეველებთან (81%) შედარებით. აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მეთაურის (Surgeon General) 1964 წლის ანგარიშმა თამბაქოსა და ჯანმრთელობის შესახებ იმ დროისთვის გამოქვეყნებული ასობით კვლევა შეაჯამა და დაასკვნა, რომ სიგარეტი ჯანმრთელობის მთავარი მტერი და ფილტვის კიბოს, გულის კორონარული დაავადების, ფილტვის ქრონიკული დაავადების და ინსულტის გამომწვევი მიზეზია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად 1983 და 1984 წლებში მოწევა აღიარებულია, როგორც გულის კორონარული დაავადების 30% და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების 80-90% გამომწვევი. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი მიზანი თამბაქოს მოხმარების შემცირება გახდა. მწეველების რაოდენობა 33.5%-დან (1979წ.) შემცირდა 24.7%-მდე (1997წ.), თუმცა თამ-

ცხრილი 5.4 ქრონიკული დაავადებების რისკ ფაქტორები

რისკ- ფაქტორი	გსდ	კიბო	ფქდ	დიაბეტი	ციროზი	ძვალ-კუნთოვანი დაავადებები	ნევროლოგიური აშლილობები
თამბაქოს მოხმარება	+	+	+	0	0	+	?
ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება	+	+	0	0	+	+	+
ქოლესტეროლის მაღალი დონე	+	0	0	0	0	0	0
ჰიპერტენზია	+	0	0	0	0	0	+
კვება	+	+	?	+	0	+	+
დაბალი ფიზიკური აქტივობა	+	+	0	+	0	+	0
სიმსუქნე	+	+	0	+	0	+	+
სტრესი	?	?	0	0	0	0	0
პასიური მოწევა	?	+	+	0	0	0	0
მავნე პროფესიული ფაქტორები	+	+	+	0	?	+	?
ჰაერის დაბინძურება	+	+	+	0	0	0	0
დაბალი სეს	+	+	+	+	+	+	0

წყარო: Modified from Brownson *et al.,* 1998, p. 4.

ბაქოს მოხმარება სკოლის მოსწავლეებს შორის იზრდება.

ფრამინგემში, მასაჩუსეთში (1948წ.) ჩატარებულმა ფართომასშტაბიანმა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კვლევამ უმნიშვნელოვანესი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები წარმოადგინა. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ჰიპერტენზია (სისტოლური და დიასტოლური წნევის მაღალი ციფრები), თამბაქოს მოხმარება და სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალ რისკთანაა დაკავშირებული. ფრანინგემის კვლევამ პიონერის როლი ითამაშა ახალი ეპიდემიოლოგიურ მიდგომის ჩამოყალიბებაში, რომლის საშუალებითაც უფრო ღრმად იქნა გაგებული კარდიოვასკულური დაავადებების ეტიოლოგია. ეს იყო პროსპექტული კოჰორტული კვლევა, რომლის საშუალებითაც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების აბსოლუტური და ფარდობითი რისკები დადგინდა. ამ კვლევებმა მიგვიყვანა მიზეზ-შედეგობრივ დასკვნებამდე, მაგ, სისხლის მაღალი წნევა ზრდის ინსულტის განვითარების რისკს.

ფრენინგემის მიგნებებმა შემდგომ კვლევებს შეუწყო ხელი. ჰიპერტენზია დაკავშირებულია მიოკარდიუმის ინფარქტით, ინსულტითა და თირკმლის დაავადებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის გაზრდილ რისკთან. სხვადასხვა პარამეტრების „ოპტიმალური“ მნიშვნელობის დადგენის შემდეგ ნორმის კონცეფციებს გადახედეს, მაგალითად, სისხლის ლიპიდების და სისხლის წნევის ციფრების ნორმები. შრატის საერთო ქოლესტეროლის ათეროგენული პოტენციალი განპირობებულია დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებით (LDL-low density lipoprotein), რომლებიც გულის კორონარულ დაავადებებს იწვევენ. მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები (HDL-high density lipoprotein) ხელს უშლის გულის კორონარული დაავადებების განვითარებას, ვინაიდან ხელს უწყობს ქსოვილებიდან ქოლესტეროლის გამოძევებას.

ალადემას ოლქში ლესტერ ბრესლოუს და მისი კოლეგების მიერ ჩატარებული კოჰორტული კვლევებისას (დაახლოებით 7000 ადამიანი 1 მილიონიდან 1965 წლიდან დღემდე) აღმოაჩინეს შვიდი ფაქტორი, რომლებიც დაკავშირებული იყო სიკვდილიანობისა და ინვალიდობის დონის შემცირებასთან. შესწავლილ იქნა შემდეგი ფაქტორები: ალკოჰოლის ჭარბი მიღება, თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, დღეში 7-8 საათზე მეტი ან ნაკლები ძილი, ფიზიკური აქტივობა, ჭამა კვე-

ბებს შორის და საუზმის არ მიღება. სტანდარტიზაცია განხორციელდა ასაკის, სქესის, ჯანმრთელობისა და სოციალური სტატუსის მიხედვით. შედეგად, ჯანმრთელობის დადებითი ქცევების მქონე ადამიანებში ინვალიდობა ორჯერ ნაკლებად განვითარდა, ვიდრე იმ ადამიანებში, რომლებიც მავნე ჩვევებით ხასიათდებოდნენ. ინვალიდობისა და სიკვდიალიანობის შემცირებით ამ კვლევებმა ჯანმრთელ ცხოვრების წესის დადებითი ეფექტი დაადასტურა არა მხოლოდ სიცოცხლის გახანგრძლივების, არამედ ჯანმრთელობის შენარჩუნების თვალსაზრისითაც.

ინფექსიური დაავადებების ქრონიკული მანიფესტაცია

ინფექციები, როგორც არაგადამდები დაავადებების გამომწვევი მიზეზები, ძალიან მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის, რადგან ასეთმა ასოციაციებმა შეიძლება მკურნალობის და პრევენციის ახალ მეთოდებამდე მიგვიყვანოს. ზოგიერთი ასეთი ასოციაცია კარგად არის ჩამოყალიბებული; სხვებზე გაკეთებულია განცხადებები, მაგრამ ჯერ არ არის დამტკიცებული. დამტკიცების შემდეგ კი, ვაქცინების კვლევამ შეიძლება გამოიწვიოს იმუნიზაციის წარმატება ბავშვთა მწვავე ინფექციური დაავადებების კონტროლში. ეს სამომავლოდ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი თემა იქნება.

გარკვეულ ორგანიზმებს და არაგადამდებ დაავადებებს შორის ჩამოყალიბებული და დადგენილი ურთიერთკავშირების რაოდენობა იზრდება. ურთიერთკავშირი B ჰეპატიტსა და ქრონიკულ ჰეპატიტს, ციროზსა და ღვიძლის კარცინომას შორის იძლევა მტკიცებულებას, რომ იმ ინდივიდების დასაცავად, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში, რომლებიც B ჰეპატიტის ინფექციის რისკის ქვეშ იმყოფებიან, საყოველთაო იმუნიზაცია დაინერგოს. ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV-human papilllomavirus) დაკავშირებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი მიღწევაა. ჰიგიენურ საკითხებში მოსახლეობის განათლება თავიდან აგვაცილებს ამ ორგანიზმების გავრცელებას. მოსალოდნელია, რომ გენური ინჟინერიის ტექნოლოგიებით მიღებული ადამიანის პაპილომავირუსის ვაქცინა (HPV-human papillomavirus vaccine) 21-ე საუკუნეში ხელმისაწვდომი იქნება საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისთვის. ჩუტყვავილას ვირუსი დაკავშირებულია ჰერპეს ზოსტერსა და პოსტჰერპესულ ნევრალგიასთან. ჩუტყვავილას ვაქცინა, რომელიც ამჟამად რეკომენდირებულია ბავშვთა რუტინული იმუნიზაციისთვის, წლების განმავლობაში აღმოფხვრავს პრობლემას.

ბაქტერიულ ინფექციებს ასევე შეიძლება მოჰყვეს ქრონიკული გართულებები. მაგალითად, ჰელიკობაქტერ პილორი (*Helicobacter pylori*) კუჭის წყლულსა და ქრონიკული გასტრიტს იწვევს (ჩანართი 5.2). 1991 წელს ოთხმა შემთხვევაკონტროლის კვლევამ დაამტკიცა, რომ *H. pylori* ასევე ასოცირებულია კუჭის კიბოსთან. ეს მოიცავს ანტისხეულების მანიფესტაციასა და ორგანიზმის ზრდას კიბოს დიაგნოსტირებამდე და დიაგნოსტირების შემდეგ. ერთ–ერთმა კვლევამ აჩვენა კავშირი ინფექციის სიმძიმესა და კუჭის კიბოს განვითარების რისკს შორის. კუჭის კიბოს მქონე პაციენტთა დაახლოებით 60%-ს გადატანილი აქვს *H. pylori* ინფექცია, შანსების თანაფარდობით 1.6-17.7, რაც *H. pylori* ინფექციასა და კუჭის კიბოს შორის არსებულ მყარ კავშირს ამტკიცებს.

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულების სტანდარული მკურნალობა ამჟამად ფოკუსირებულია გასტროკოპიასა და ბიოფსიაზე, *H. pylori*-ის ტესტებზე და ანტიჰისტამინებით მკურნალობაზე, რათა შემცირდეს მჟავის გამოყოფა (H_2 ინჰიბიტორი) და არაძვირადღირებული ანტიბიოტიკების გამოყენება. ეს შემდგომში შეამცირებს ჰოსპიტალიზაციასა და ქირურგიულ ჩარევას ქრონიკული პეპტიური წყლულის გართულებების სამკურნალოდ და ძვირადღირებული მედიკამენტებით (H_2 ანტაგონისტები ან ინჰიბიტორები) ხანგრძლივ მკურნალობას. *H. pylori* მიჩნეულია ქრონიკული პეპტიური წყლულის მთავარ გამომწვევ მიზეზად, რომელიც ახლა უკვე განკურნებადია; ეს საკითხი ახალ სიცოცხლეს სძენს კონცეფციას – ინფექცია, როგორც ქრონიკული დაავადების მიზეზი.

გონორეას და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგდ) გრძელვადიანი გართულებაა სტერილურობა, არანამკურნალევმა სიფილისმა შეიძლება ხანგრძლივი ნევროლოგი-

ური დაზიანებები და გულის სარქვლოვანი დაავადება გამოიწვიოს. ეს უკვე დამტკიცებული და სხვა არაჯეროვნად დამტკიცებული ჰიპოთეზები მოცემულია ცხრილში 5.5. ინფექციური დაავადებების მაგალითები, როგორც ქრონიკული დაავადებების გამომწვევის რიცხვი ბიოლოგიური მეცნიერების განვითარებასთან ერთად გაიზრდება, რაც პრიონების, როგორც გადამტანების იდენტიფიცირებით მტკიცდება.

1990-იან წლებში ინდუსტრიულ და ბევრ განვითარებად ქვეყანაში მზარდმა მტკიცებულებებმა *Chlamydia pneumoniae* ინფექციისა, როგორც იშემიური გულის დაავადების მთავარი მიზეზისა, ბიძგი მისცა პრევენციის ახალი მიდგომების დანერგვას. საწყისი შეტყობინებები ფინეთიდან, დიდი ბრიტანეთიდან და იტალიიდან აშშ-ში ჩატარებული კვლევებით განმტკიცდა. ასოციაციებმა ჯერ კოხი-ჰენლეს პოსტულატები ვერ დააკმაყოფილეს, თუმცა მტკიცებულებების რაოდენობა იზრდებოდა. უფრო მეტი მეცნიერული და კლინიკური კვლევების ჩატარება გახდა საჭირო და 1999 წელს, მინიმუმ ორი დიდი პროსპექტული კლინიკურ–ეპიდემიოლოგიური კვლევა ჩატარდა ანტიბიოტიკებით მკურნალობაზე, როგორც გულის კორონარული დაავადების პრევენციულ ინტერვენციაზე. კარდიოლოგებს ამ საკითხზე კონსენსუსისთვის ჯერ არ მიუღწევიათ. თუმცა, როგორც არ უნდა იყოს, მალე ქლამიდიის ვაქცინის შექმნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უპირველესი მნიშვნელობის მიზანი შეიძლება გახდეს.

ჩანართი 5.2 Helicobacter pylori, პეპტიური წყლული და კუჭის კიბო

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით გამოწვეული სიკვდილიანობა აშშ-ში შემცირდა 1950 წლიდან 1980 წლამდე (4-დან 1-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე), როცა კუჭის წყლულით სიკვდილიანობა დარჩა უცვლელი (1 ყოველ 100,000 მოსახლეზე). ჰოსპიტალიზაცია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის მიზეზით მამაკაცებს შორის შემცირდა 28-დან 8-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე 1965-დან 1982 წლამდე, მაგრამ წელიწადში მაინც ფიქსირდებოდა სისხლისდენით, პერფორაციით ან ობსტრუქციით გამოწვეული 5000 სიკვდილი (2 ყოველ 100,000-ზე). 1975 წელს ამ დაავადებებთან დაკავშირებულმა დანახარჯებმა 1,3-2,6 მილიარდი აშშ დოლარი შეადგინა. 1977 წელს წყალბადის იონის ანტაგონისტის შემოღებამ, ხელი შეუწყო პეპტიური წყლულით განპირობებული ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას. ამ დაავადების გამომწვევ მიზეზად მრავალი ფაქტორი განიხილებოდა, მათ შორის: ასპირინი, ალკოჰოლი, თამბაქო, ყავა, სტრესი, პროფესია და გენეტიკა.

Helicobacter pylori, რომლის შესახებაც პირველად 1983 წელს დაიწერა ლანსეტში, ბაქტერიაა, რომელიც გასტრიტთანაა დაკავშირებული და მსოფლიოს მოსახლეობის ნახევარზე მეტს აქვს. დასნებოვნების შემთხვევაში იგი ორგანიზმში ნარჩუნდება და შეიძლება დაავადება დასნებოვნებიდან ათწლეულების შემდეგ გამოიწვიოს. იგი მოქმედებს როგორც მიკრობული პარაზიტი. ავსტრალიელი ექიმების ბ. მარშალის და ჯ. უორენის მიერ, 1984 წელს, პეპტიური წყლულის მქონე 100-დან 58 პაციენტის კუჭის ასპირაციულ მასალაში იდენტიფიცირებული იქნა *Helicobacter pylori.* მარშალმა ექსპერიმეტის ფარგლებში გადაყლაპა ორგანიზმი, რამაც გამოიწვია ღებინება, კუჭის ტკივილი და ქოშინი. მათ ივარაუდეს, რომ ორგანიზმი შეიძლება ყოფილიყო პეპტიური წყლულის და კუჭის კიბოს გამომწვევი მიზეზი. პეპტიური წყლულის სტანდარტული მკურნალობის პროცესი მოიცავს: გასტროკოპიას, ბიოფსიას და ორგანიზმის დემონსტრირების შემდეგ, ანტიბიოტიკების ხანმოკლე კურსს საჭიროებს.

ეკოლოგიურმა კვლევებმა აშშ-ში აჩვენა მაღალი კორელაცია იმ ადგილებში, სადაც *H.Pylori*-ი და კუჭის კიბოა გავრცელებული. 1998 წელს *H.pylori* ზედაპირულ წყლებში აღმოაჩინეს, რაც მიგვითითებს მთავარი რეზერვუარისა და გადაცემის გზისკენ. ქლორი კლავს ორგანიზმს.

წყარო: National Institute of Health Consensus Statement. 1994. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NIH *Consensus Statement February* 7–9, Washington D.C. 12:1–23. Website http://www.opd.nih.gov/consensus/cons/094/094 intro.htm

ცხრილი 5.5 ქრონიკული დაავადებების გამომწვევი ინფექციები, დამტკიცებული და ჰიპოთეტური კავშირები

დამტკიცებული კავშირები	ჰიპოთეტური კავშირები
სგგდ – სტერილურობა	ქლამიდია – გულის იშემიური დაავადება და ინსულტი
სიფლისი – ნევროლოგიური და გულის დაავადებები	სოკოვანი ინფექცია – თირკმლის პოკისტოზი
სტრეპტოკოკული ინფექცია – გულის ქრონიკული რევმატიული დაავადება და გლომერულონეფრიტი	ბორნას ვირუსი – შიზოფრენია, ფრინველებისგან და ცხოველებისგან გადადებული ადამიანზე
B და C ქრონიკული ჰეპატიტი – ღვიძლის ციროზი და ღვიძლის კიბო (82%)	წითელა – კრონის დაავადება
ადამიანის პაპილომავირუსი – საშვილოსნოს ყელის კიბო (83%)	ჰანტავირუსი – თირკმლისმიერი ჰიპერტენზია
Helicobacter pylori – პეპტიური წყლული და კუჭის კიბო (55%)	
ეპშტეინ-ბარის ვირუსი – ბურკიტის ლიმფომა აფრიკაში	
შისტოსომიაზი – შარდის ბუშტის კიბო განვითარებად ქვეყნებში (4%)	
შიდსი – კაპოშის სარკომა და არაჰოჯკინის ლიმფომა	

წყარო: World Health Organization, 1996; Morse, 1993; and *Journal of Emerging Diseases,* 1998.

ᲒᲣᲚ-ᲡᲘᲡᲮᲚᲫᲐᲠᲦᲕᲗᲐ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები მიეკუთვნება დაავადებათა ჯგუფს, რომელშიც გაერთიანებულია გულისა და სისხლძარღვების დაავადებები, მათ შორის გულის იშემიური დაავადება, ჰიპერტენზია და ცერებროვასკულური დაავადება (ინსულტი). ეს დაავადებები ასოცირებულნი არიან ათეროსკლეროზთან, ცხიმებით მდიდარ კვების რეჟიმთან და ჰიპერლიპიდემიასთან, ხშირად ასევე ენდოკრინული ფუნქციის დარღვევასთან, რაც გლუკოზის მეტაბოლიზმს უკავშირდება და ასევე შაქრიან დიაბეტთან. გულის კორონარული დაავადება არის დაავადება, რომელიც დაკავშირებულია გულის კუნთების მკვებავი არტერიების შევიწროებასა და ბლოკირებასთან. კორონალური არტერიები შეიძლება დაიბლოკოს ათეროსკლეროზული ფოლაქებით და თრომბებით, რაც სისხლისა და ჟანგბადის მიწოდების შეწყვეტას (იშემია, გულის იშემიური დაავადება), გულის კუნთის სიკვდილს (ნეკროზს), მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტს, ან გულის შეტევას იწვევს. გულის სხვა დაავადებებს განეკუთვნება გულის რევმატიული დაავადება, რომლის დროსაც გულის სარქველები ზიანდება და სხვა დაავადებები, რომლის დროსაც ხდება გულის კუნთის დაზიანება. იმის მიხედვით თუ რამდენად არის დაზიანებული გულის კუნთი, პაციენტს შეიძლება გულის მწვავე უკმარისობა განუვითარდეს.

ცერებროვასკულური დაავადებისას ტვინის მკვებავი სისხლძარღვების ბლოკირება ან სისხლდენა ხდება, რაც ტვინის ქსოვილის სიკვდილს იწვევს, რაც სხვანაირად ცნობილია როგორც ცერებროვასკულური ინციდენტი ანუ ინსულტი. თუ ეს პროცესი ტვინის დომინანტურ არეშია (მემარჯვენეების შემთხვევაში ტვინის მარცხენა ნაწილი), გამოჯანმრთელების შემდეგ შესაძლოა არსებობდეს მოძრაობის და მენტალური შეზღუდვები. ნაწილობრივმა ოკლუზიამ შეიძლება ტრანზიტორული იშემიური შეტევები გამოიწვიოს, რის შედეგად ადამიანებს მოძრაობის და მენტალური მცირე დარღვევები უჩნდებათ. როგორც მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის, ასევე ცერებროვასკულური ინციდენტების დროს დაზიანებული ქსოვილის არე ანთებითი და დაზიანებული ქსოვილებით გარშემოირტყმება. მკურნალობის მიზანია სისხლის მიმოქცევის აღდგენა და ანთებისა ან შეშუპების მინიმუმამდე დაყვანა (ედემა). დაზიანების მინიმალიზაციისთვის და სრული გამოჯანმრთელებისთვის უმნიშვნელოვანესია მკურნალობის გადაუდებელი დაწყება.

კარდიოვასკულური დაავადებები განვითარებულ და ბევრ განვითარებად ქვეყანაში სიკვდილის ძირითადი გამომწვევი მიზეზია. მათ „თანამედროვე ცხოვრების“ დაავადებებს ეძახიან, ვინაიდან ეტიოლოგიურად ისეთი ფაქტორებითაა გამოწვეული, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ცხოველური ცხიმებით მდიდარი კვების რე-

ჟიმი. ამ ფაქტორების ერთობლიობა ცნობილია, როგორც „ცხოვრების წესის“ რისკ-ფაქტორები. მათი შეცვლა შესაძლებელია, როგორც მაღალი რისკის, ასევე პოპულაციური ინტერვენციებით. 1950-იანი წლების შემდეგ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში ყველაზე მნიშვნელოვანი აღმოჩენა ის არის, რომ ამ რისკ-ფაქტორებისა და მათთან ასოცირებული დაავადებების შემცირება შესაძლებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესაბამისი ინტერვენციებით მოხდეს.

ამ დაავადების გავრცელების ზუსტი დადგენა ეპიდემიოლოგიურად კარგად გამართული პოპულაციური პრევალენტობის კვლევებით სტანდარტული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების და ტერმინოლოგიების ნაკლებობის გამო ამჟამად რთული ან შეუძლებელია. ისეთმა შეფასებებმა, როგორიცაა სიკვდილიანობის დონე და ჰოსპიტალიზაციის მონაცემები, შეიძლება ჭეშმარიტი პრევალენტობა არ ასახოს, მაგრამ მნიშვნელოვანი ტენდენციები და სხვადასხვა ტიპის შედარებები მოგვაწოდოს, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციების დაგეგმვაში ვალიდურია. კარდიოვასკულურ დაავადებებს და დიაბეტს საერთო პათოფიზიოლოგიური თვისებები აქვს, რომელიც კვებას, ფიზიკურ აქტივობას, ცხოვრების სტილს და სხვა ფაქტორებს უკავშირდება. ცერებროვასკულური და გულის კორონარული დაავადება მნიშვნელოვანი კლინიკური გამოვლინებებით, რისკის ჯგუფებით, სკრინინგის მეთოდებით, გაზომვის მეთოდებით და აუცილებელი იტნერვენციების სახეებით განსხავდება.

გულ–სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ტენდენციები

გულის კორონარული და ცერებროვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა დასავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყნებში 1920-იანი წლებიდან გაიზარდა და პიკს 1950-იან წლებში მიაღწია. ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დონის შემცირება 10 წლის შემდეგ დაიწყო და 1990-იან წლებშიც აგრძელებს შემცირებას.

ცხრილი 5.6 გვიჩვენებს კარდიოვასკულური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დრამატულ ვარდნას და ყველა გამომწვევ მიზეზს აშშ-ში 1950-დან 1995 წლამდე. გულის იშემიური დაავადების ასაკ-სპეციფიური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აშშ-ში 1950-დან 1995 წლამდე 55%-ით, ხოლო ინსულტის სიკვდილიანობა 70%-ით შემცირდა, სიკვდილიანობა ყველა მიზეზით დაეცა 40%-ით. ვარდნის ეს მაჩვენებლები ყველა რეგიონის ან მოსახლეობის ჯგუფისთვის ერთნაირი არ იყო.

საშუალო წლიური ვარდნა ამ პერიოდში იყო 3% ქალებში და 3.8% კაცებში. აშშ-ში, გულის დაავადებებითა და ცერებროვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები პოპულაციის ყველა ჯგუფში შემცირდა – კაცებში, ქალებში, შავკანიანებში, თეთრკანიანებში, თუმცა სხვადასხვა დონით.

მიუხედავად გულის კორონარული დაავადებების შემცირებისა, უმეტეს ინდუსტრიულ ქვეყნებში, ის სიკვდილის გამომწვევ უმთავრეს მიზეზად მაინც რჩება. აშშ-ში ყოველწლიურად ფიქსირდება გულის შეტევის დაახლოებით 1.5 მილიონი ფაქტი და დაახლოებით ნახევარი მილიონი იღუპება. რეგიონული ვარიაციები შტატების მიხედვით საკმაოდ მრავალფეროვანია. ნიუ-იორკის შტატს სხვა შტატებთან შედარებით მრავალი ათწლეულის მანძილზე იშემიური გულის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს. ნიუ-იორკის შტატში 1979 წლიდან 1992 წლამდე 35 წლის ზემოთ მამაკაცებში სიკვდილიანობა შემცირდა 28%-ით, როცა ნაციონალური მაჩვენებლები შემცრიდა 33%-ით

ცხრილი 5.6 ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, 1950-1996 წწ.

მიზეზი	წლები							ცვლილების % 1950-1996
	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996	
ყველა მიზეზი	842	761	714	586	549	520	492	-42
გულის დაავადებები	307	254	254	202	181	152	135	-56
ცერებროვასკულური დაავადებები	89	66	66	41	33	28	26	-77
კიბო	125	130	130	133	134	135	128	+2

წყარო: *Health, United States,* 1998.

(შესაბამისად 738-დან 530-მდე ყოველ 100,000 მისახლეზე და 583-დან 389-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე). ნიუ-იორკის შტატის მოსახლეობის ნახევარი ქალაქ ნიუ-იორკში ცხოვრობს, მეორე ნახევარი კი შტატში. ისინი მოსახლეობის ეთნიკური შემადგენლობით, ეკონომიური ფაქტორებით, ცხოვრების წესით განსხავდებიან. გულის იშემიური დაავადება უფრო გავრცელებულია ქალაქ ნიუ-იორკში, ხოლო ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობა – შტატის დარჩენილ ნაწილში. გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობა უფრო მაღალია ქალაქ ნიუ-იორკში შტატის დარჩენილ ნაწილთან შედარებით, როგორც თეთრკანიან, ისე არათეთრკანიან მოსახლეობაში. ზემოაღნიშნული მიუთითებს, რომ ჰიპერტენზიის მართვა ქალაქ ნიუ-იორკში და თეთრკანიან მოსახლეობაში უფრო კარგად ხორციელდება.

კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ცვალებადია: ქვეყნებს, ქვეყნების რეგიონებს, ქალებს და მამაკაცებს, ან სხვადასხვა პერიოდებში სხვადასხვა ქვეყნებს შორისაც (ცხრილი 5.7). ზოგიერთ ქვეყანაში კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები პიკზე იყო 1950-იან წლებამდე, შემდეგში მაჩვენებლებმა დრამატული ვარდნა განიცადა. ეს ტენდენცია დღემდე შენარჩუნებულია. სხვა ქვეყნებში უმაღლეს ნიშნულს მიაღწია ადრეულ 1960-იანებში ან გვიანდელ 1970-იანებში, რასაც ზომიერი კლება მოჰყვა. ზოგიერთ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში კარდიოვასკულური დაავადებებით და ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები იზრდება 1990-იან წლებში და პიკს 1994-95 წლებში აღწევს.

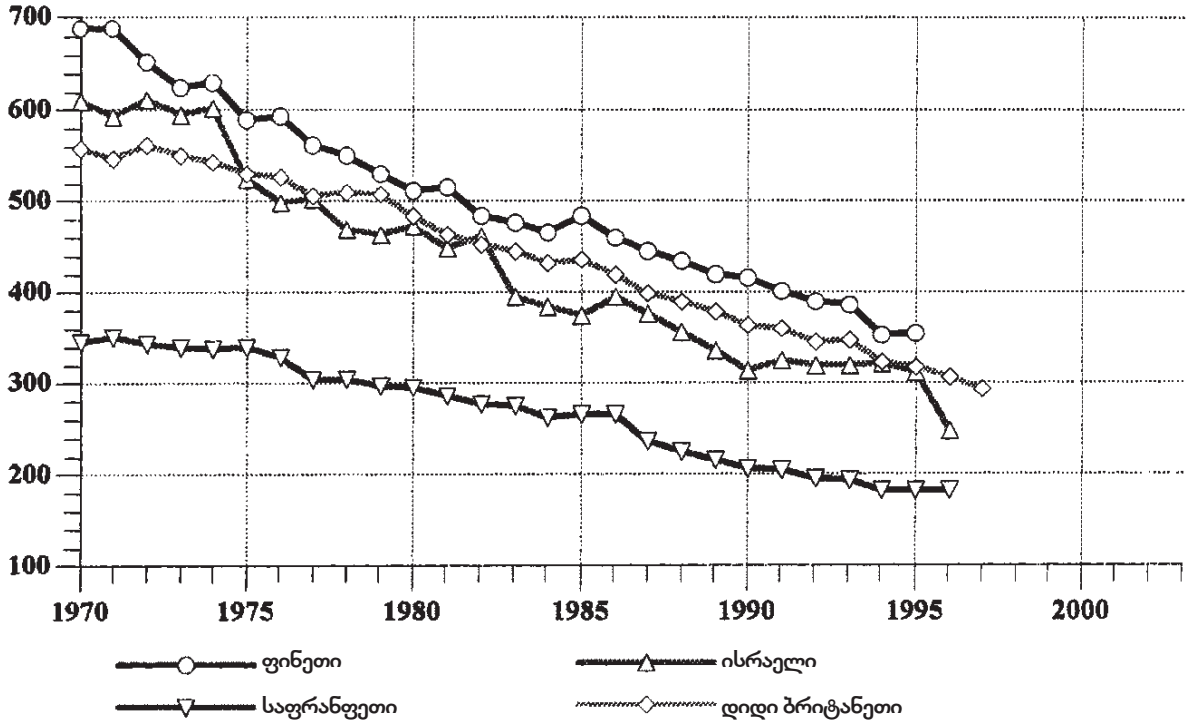
ქვეყანათაშორისი შედარება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და პრიორიტეტების შეფასების საშუალებას იძლევა. ერთი ქვეყნის ან რეგიონის გამოცდილება არ იქნება აუცილებელი განმსაზღვრელი სხვა ქვეყნისთვის, მაგრამ კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ტენდენციები 40-50%-ით იკლებს ბევრ ქვეყანაში. ყველა იმ ქვეყანამ ან ქვეყნის რეგიონმა, სადაც მაღალი მაჩვენებლები ნარჩუნდება, თავიანთ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების პრიორიტეტებს უნდა გადახედონ.

სურათი 5.1 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებზე დაყრდნობით გვიჩვენებს სიკვდილიანობის სტანდარტიზირებულ მაჩვენებლებს ევროპის რეგიონის რამდენიმე ქვეყნისთვის. ფინეთი ხასიათდებოდა კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის ძალიან მაღალი მაჩვენებლებით, მაგრამ 1970-იანი წლების შემდეგ სწრაფი ვარდნა დაიწყო, იგივე მოხდა ისრაელში და ცოტა ნაკლები დონით შვედეთში. დანიასა და დიდ ბრიტანეთში კლების ტენდენცია გვიან 1970-იან წლებიდან შეინიშნება, ალბათ, იმიტომ, რომ მათ მიოკარდიული მწვავე ინფარქტის ინოვაციური მკურნალობის სქემა და კვების ჯანსაღი რეჟიმისა და მოწევის რისკის შემცირებაზე მიმართული ინტევენციები გვიან დაამკვიდრეს.

ცხრილი 5.7 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ტენდენციები ზოგიერთ ინდუსტრიულ ქვეყნებში, 1952-1967 და 1970-1985წწ.

ქვეყანა	ცვლილების %, კაცი 1962-1967	ცვლილების %, კაცი 1970-1985	ცვლილების %, ქალი 1962-1967	ცვლილების %, ქალი 1970-1985
იაპონია	-8.4	-51.7	-31.7	-57.5
აშშ	-7.9	-38.8	-25.5	-38.9
კანადა	-6.4	-38.8	-33.3	-42.8
ახალი ზელანდია	+15.7	-31.9	-19.0	-33.6
შვედეთი	+2.0	-6.4	-38.0	-30.3
გაერთიანებული სამეფო	+5.2	-20.9	-22.0	-26.7
პოლონეთი	-	+35.7	-	+12.4
უნგრეთი	+13.7	+29.5	-21.4	+4.9

წყარო: Uemura and Pisa, 1988.



სურათი 5.1 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის სტანდარტიზირებული მაჩვენებლები

(100,000 მოსახლეზე) ზოგიერთ ქვეყნებში, 1970-1997წწ.

კარდიოვასკულური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემსწავლელმა მრავალმა კვლევამ აჩვენა რასობრივი, სქესობრივი და რეგიონული განსხვავებები, მაგრამ შესაძლებელია ამ გასხვავებების ხელშემწყობი სხვა ფაქტორებიც არსებობდეს, რომელთა აღმოჩენა ძალიან მნიშვნელოვანია, რათა შესაბამისი ინტერვენციები დაიგეგმოს. ეს ფაქტორებია: განათლება, კვების რეჟიმი, ჯანდაცვისადმი ხელმისაწვდომობა, ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა.

ჰიპერტენზია, ლაბილური თუ სტაბილური, სისტოლური თუ დიასტოლური, მსუბუქი თუ მწვავე, დამოუკიდებლად ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფებისა, წარმოადგენს გულის კორონალური დაავადების დამოუკიდებელ ხელშემწყობ ფაქტორს. დამატებით, დიაბეტი ათეროგენულია, განსაკუთრებით ქალებისთვის. გულის კორონალური დაავადების ოჯახური ანამნეზი, ასევე რისკის შემცველია, როგორც თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ცხიმებით მდიდარი კვების რეჟიმი. მულტივარიაციულმა კვლევებმა ის რისკ-ფაქტორები განსაზღვრა, რომლებზეც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციები უნდა იყოს მიმართული.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ადრეული და კარგი ხარისხის მკურნალობას შეუძლია ლეტალობის მაჩვენებლები შეამციროს. მეორად პრევენციას პირველი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემდეგ შეუძლია რისკი შეამციროს ან რეციდივი გადაავადოს და გადარჩენის მაჩვენებელი გაზარდოს. რისკის ფაქტორების წინააღმდეგ მიმართული პირველადი პრევენცია ასევე მნიშვნელოვანია კარდიოვასკულური დაავადების ტვირთის შემცირებისთვის. ლიტერატურის მიმოხილვამ და აშშ-ის გამოცდილების კომპიუტერული მოდელირების შედეგებმა, რომელიც 1997 წელს გამოქვეყნდა, გვიჩვენა, რომ 1980 წლიდან და 1990 წლამდე პირველადი პრევენციის ღონისძიებებმა ხელი შეუწყო სიკვდილიანობის 1/3-ზე შემცირებას. გაუმჯობესებულმა მკურნალობამ სიკვდილიანობა გაანახევრა, ხოლო მეორადი პრევენციის ღონისძიებებმა, როგორიცაა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემდეგ ასპირინის და ბეტაბლოკერების რუტინული გამოყენება, შემცირება განაპირობა.

სამედიცინო ინტერვენციების ერთობლიობა, როგორც მე-15 თავშია განხილული, ზოგრჯერ ძალიან ნაჩქარევი ჩანს, მაგრამ დამტკიცებულია, რომ მარტივი და იაფიანი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება, როგორიცაა ასპირინი და ბეტაბლოკერები, ეფექტურია განმეორებითი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის რისკის შემცირებაში, თუმცა ეს მიდგომა, როგორც გამოკითხვამ აჩვენა, 1990-იან წლებში აშშ-ის პრაქ-

ტიკოსი ექიმების უმეტესობამ არ გამოიყენა. მაგრამ, ადგილობრივ ექიმებთან ინფორმირებული მიდგომით მეორადი პრევენციის მედიკამენტების გამოყენება მკვეთრად იზრდება.

ინსულტის რისკის ფაქტორებია: გულის დაავადება, წინაგულოვანი ფიბრილაცია, სისტოლური ჰიპერტენზია, მარცხენა პარკუჭოვანი ჰიპერტროფია, დიაბეტი, ცხიმებითა და შაქრით მდიდარი კვების რეჟიმი, თამბაქოს მოხმარება, ადრეული ინსულტის ოჯახური ისტორია და დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, ისევე როგორც გადატანილი ინსულტი და ტრანზიტორული იშემიის ეპიზოდები. ინსულტით სიკვდილიანობის შემცირება დამოკიდებულია ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკასა და მართვაზე, მის კონტროლზე, ცხოვრების წესზე და მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე. აუცილებელია გრძელვადიანი მენეჯმენტი. იქ, სადაც ინსულტით სიკვდილიანობა მაღალია, რისკ-ფაქტორების შესამცირებლად აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების თანამშრომლობა, რათა განათლება, სკრინინგი და მენეჯმენტის პროგრამები განვითარდეს.

სიკვდილიანობის შემცირების ფონზე, მიოკარდიული ინფარქტითა და ჰიპერტენზიით გამოწვეული გულის შეგუბებითი უკმარისობის პრობლემა იზრდება. 1998 წელს დაახლოებით 4.8 მილიონი ამერიკელს ჰქონდა ზემოაღნიშნული დაავადება. ამ დაავადების გამო ექიმთან მიმართვიანობა გაიზარდა 1.7 მილიონიდან (1980 წ.) 2.9 მილიონამდე (1993 წ.). იმავე წლებში 45-64 წლის ადამიანების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები გაიზარდა 140 -დან 200-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე. აშშ-ის ნაციონალურმა გულის, სისხლის და ფილტვის ინსტიტუტმა 1996 წელს ივარაუდა, რომ პაციენტებმა 1993 წელს 17.8 მილიარდი დოლარი დახარჯეს ამ დაავადებაზე: ჰოსპიტალიზაცია, ექიმთან ვიზიტები, სახლში მოვლა, საექთნო სახლებში მოვლა და მედიკამენტები.

კარდიოვასკულური დაავადებების პრევენცია

ინდუსტრიალურ ქვეყნებში ბოლო 25 წლის მანძილზე კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება მრავალი ფაქტორითაა განპირობებული, რომელიმე ერთი ფაქტორის უპირატესობა მტკიცებულებებით არ არის გამყარებული. სიკვდილიანობის შემცირება მოიცავს სავარაუდო დაავადებების პრევალენტობის ან სიმძიმის (ლეტალობა) შემცირებას, რაც გამოწვეულია გავრცელებული რისკ-ფაქტორების შემცირებით. ლეტალობის მაჩვენებლის შემცირება გამოიწვია: ცხოვრების მაღალმა დონემ; დასვენებისა და რეკრეაციის კარგმა პირობებმა; ჯანსაღი კვების საკითხებზე ინფორმირებულობამ; ჯანსაღი საკვების შესაბამის ფასებში ხელმისაწვდომობამ; რისკ-ფაქტორებთან დაკავშირებით საზოგადოების და ინდივიდუალური ცნობიერების ამაღლებამ;

ᲩᲐᲜᲐᲮᲐᲢᲘ 5.3 ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ - ᲛᲔᲝᲠᲐᲓᲘ ᲞᲠᲔᲕᲔᲜᲪᲘᲐ

1. ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და კონტროლი მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს კარდიოვასკულურ სიკვდილიანობის დაქვეითებას, ეს განსაკუთრებით ინსულტითა და გულის უკმარისობით გამოწვეულ სიკვდილიანობას ეხება. პოპულაციაში დიასტოლური წნევის 2 მმ-ით შემცირება 5%-ზე მეტით ამცირებს პოპულაციაში გულის კორონალური დაავადების რისკს.
2. ჰიპერტენზიის სკრინინგი წნევის გაზომვით რეკომენდირებულია:
   ა. ორსულობის დროს;
   ბ. 16-64 წლამდე ასაკის ყველა ადამიანს მინიმუმ ყოველ 5 წელიწადში, ან ყოველწლიურად (კანადა, 1979), ან 2 წელიწადში ერთხელ (აშშ, 1989), დამოკიდებულია დიასტოლური წნევის ციფრებზე;
   გ. 65 წლის და უფროსი ასაკის ყველა ადამიანს მინიმუმ წელიწადში 2 ჯერ.
3. ჰიპერტენზიის მენეჯმენტი არის ღონისძიებათა ერთობლიობა: კვების რეჟიმი, თამბაქოს მომხარების შეწყვეტა, სტრესის მართვა, წონის დაკლება, მარილის მოხმარების შეზღუდვა და საჭიროების შემთხვევაში შარდმდენების და სხვა ანტიპერტენზიული მედიკამენტების მიღება.

წყარო: Adapted from Cassens BJ. 1992. *Preventive Medicine and Public Health,* Second Edition

სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებულმა ხარისხმა და ჯანდაცვის სერვისებზე მზარდმა ხელმისაწვდომობამ; გაუმჯობესებულმა მედიკამენტებმა და სხვა ინტერვენციებმა; გაუმჯობესებულმა ტრანსპორტმა; რეანიმაციამ და გადაუდებელმა დახმარებამ.

არსებული მონაცემები არ იძლევა საშუალებას მკაფიოდ გამოიკვეთოს ცალკეული რისკის ფაქტორის შემცირების ან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციის როლი სიკვდილიანობის შემცირებაში. საზოგადოებრივმა ჯანმრთელობამ უნდა განაგრძობს სიკვდილიანობის შემცირებაზე ზრუნვა და შემცირების ტენდენცია გააძლიეროს, ძირითადად იმ ადგილებში, სადაც მაჩვენებლები საშუალოზე მაღალია.

კარდიოვასკულური დაავადებების პირველადი პრევენცია მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის აქტივობების ფართო სპექტრს, რომელიც მიმართულია სპეციფიკური რისკ-ფაქტორების შემცირებისკენ. ეს მოიცავს თამბაქოს მოხმარების და სიმსუქნის შემცირებას, გაუმჯობესებულ კვებით ჩვევებს, ჯანსაღ საკვებს, მომატებულ ფიზიკურ აქტივობას. პრევენცია მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომებს, რომელიც დამყარებულია გულის დაავადებებისა და ინსულტის გამომწვევი რისკ-ფაქტორების ცვლილებაზე პოპულაციურ და ინდივიდუალურ დონეზე, კარგ სამედიცინო ზედამხედველობასთან ერთად.

კარდიოვასკულური დაავადებების პირველადი და მეორადი პრევენციის განხორციელება მოითხოვს ინსტიტუციური მხარდაჭერის შექმნას, საზოგადოების განათლებას, რისკ-ფაქტორების შემცირებისკენ დაფუძნებულ აქტივობებს, ჯანსაღ სამუშაო გარემოს, ადეკვატურ საინფორმაციო სისტემას, რათა განხორციელდეს ავადობის და რისკ-ფაქტორების მონიტორინგი და სამედიცინო საზოგადოების ინფორმირებულობა. სამედიცინო ინტერვენციები მოიცავს ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის გამოვლენას და აგრესიულ მკურნალობას, კონსულტაციებს, რათა კვების რეჟიმი გაუმჯობესდეს, თამბაქოსგან თავისუფალ ცხოვრების წესს, რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობას და დამხარე ფსიქოსოციალურ გარემოს. სამედიცინო სერვისის მომწოდებელი სკრინინგში და მკურნალობაშია ჩართული. ის პაციენტების რჩევებს აძლევს, რათა იცოდნენ როგორ უნდა მოხდეს რისკ-ფაქტორების შემცირება სიმპტომების გამოვლენამდე და მის შემდეგ. პაციენტმა უნდა ჰქონდეს პირადი ვალდებულება პრევენციის ბევრ ასპექტზე, როგორიცაა არტერიული წნევის სკრინინგი და მართვა, სისხლის ლიპიდების მაღალი დონის დაქვეითება, სიმსუქნის შემცირება, დიაბეტის სკრინინგი და მართვა, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ვარჯიში და კვების რეჟიმი.

თემზე დაფუძნებული პროგრამები, რომლებიც გულის კორონარული დაავადების შესამცირებლად მიმართული ცხოვრების წესის ცვლილებების განსახორციელებლად შეიქმნა, საზოგადებრივი ჯანმრთელობის ნაწილი გახდა. პოპულაციური ინტერვენციული პროგრამები, რომლებიც მინესოტას ხუთ ქალაქში და სტენფორდში განხორციელდა, სადაც მიზნობრივი ჯგუფები საკმაოდ ფართო იყო, ნაკლებ ეფექტური აღმოჩნდა, მაგრამ როდესაც კვლევა ფოკუსირებულია სპეციფიკურ მიზნობრივ ჯგუფებზე, როგორიცაა მოზარდთა მოწევის პრევენცია, უფრო ეფექტურ შედეგს იძლევა. სოციალური ქცევის კვლევა, ეკონომიკური სტატუსის ინდიკატორები, განათლების დონე, ეთნიკურობა და სხვა ფაქტორები ქცევით რისკს განეკუთვნება და გვეხმარება მაღალი რისკის სამიზნე ჯგუფები და მიდგომის მეთოდები, ქცევით რისკებზე სოციალური წნეხის გავლენა განვსაზღვროთ, მაგ. მანქანის სახიფათო მართვა, თამბაქოს მოხმარება და გადაჭარბებული სმა.

მთავრობებმა და მწარმოებლებმა შეიძლება პირდაპირ ან არაპირდაპირ ხელი შეუწყონ თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარებას. როდესაც მთავრობები არ კრძალავენ ალკოჰოლის და სიგარეტის რეკლამებს მედიაში ან ვერ ახერხებენ სიგარეტის მოწევის აკრძალვას საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, ეს გულისხმობს ამ ჩვევებზე ფაქტობრივ თანხმობას. განვითარებად ქვეყნებში, სადაც დამცავი მექანიზმი, როგორიც არის ჯანმრთელობის რისკების ცოდნა, უფრო დაბალია, ვიდრე საშუალო კლასის მოსახლეობაში, მწარმოებლები ახალგაზრდებში და მოხუცებში აუმჯობესებენ თავიანთი პროდუქტების გაყიდვებს. როცა მთავრობა სიგარეტის და ალკოჰოლის მოხმარებისგან იღებს მოგებას, მაშინ ჯანმრთელობის საკითხებსა და მთავრობის შემოსავლებს შორის ინტერესთა კონფლიქტი ჩნდება.

1992 წლის კონფერენცია გულის ჯანმრთელობის შესახებ ვიქტორიაში, ბრითიშ კოლუმბიაში, ყველა საზოგადოებრივ სააგენტოს მოუწოდებდა, ამ თანამედროვე ეპიდემიის დასამარცხებლად ახალი პოლისების შემოღებით, სარეგულაციო ცვლილებების შექმნით, ჯანმრთელო-

ბის ხელშეწყობის განხორციელებით და მთელი მოსახლეობისკენ მიმართული დაავადებათა პრევენციის პროგრამებით ძალები გაეერთიანებინათ. ჯანდაცვის მუშაკები მოტივირებულნი გახდნენ, რომ ემუშავათ პოპულაციაში ჯანდაცვის ხელშეწყობის საკითხებზე მედიასთან, საგანმანათლებლო სისტემასთან, სოციალურ მეცნიერებებთან, პროფესიულ ასოციაციებთან, სამთავრობო სააგენტოებთან, კერძო სექტორთან, საერთაშორისო და კერძო მოხალისე ორგანიზაციებთან და თემის ჯანმრთელობის კოალიციებთან ერთად.

კარდიოვასკულური დაავადებების პრევენციის ვიქტორიას კონფერენციის პროგრამული მიდგომა შემდეგში მდგომარეობს:

1. განათლება: რისკ-ფაქტორების შემცირების შესახებ განათლება მიიღოს საზოგადოებამ, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებმა, საზოგადოებრივმა ჯგუფებმა და მთავრობებმა.
2. საკვების პოლიტიკა: რძეში და ხორცის პროდუქტებში ცხიმის შემცველობის შემცირება, მზა საკვებში მარილის შემცველობის შემცირება, თანამშრომლობა სოფლის მეურნეობის, ინდუსტრიის სამინისტროსთან და კომერციულ ორგანიზაციებთან, ასევე რძისა და ხორცის პროდუქტების, საკვების მწარმოებლებთან.
3. თამბაქოს მოხმარების შემცირება: გაიზარდოს სიგარეტის ფასი დაბეგვრით, აიკრძალოს რეკლამები, აიკრძალოს მოწევა სამუშაო და საზოგადოებრივ ადგილებში, თამბაქოს ბეგარიდან მოგების ნაწილი მოხმარდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და საზოგადოების განათლებას თამბაქოს წინააღმდეგ.
4. ფიზიკური ვარჯიშების ხელშეწყობა: გაუმჯობესდეს პირადი და საზოგადოების განწყობა, ასევე ნაგებობები, რომლებიც საზოგადოებას რეგულარული ვარჯიშის მოტივაციას მისცემს.
5. სიმსუქნის შემცირება: მოტივირებული იქნას ინდივიდუალური და თემზე დაფუძნებული საზოგდოებრივი ჯანმრთელობა.
6. თემზე დაფუძნებული ინიციატივები: ხელი შეეწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესს, მათ შორის თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა და ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა; ამაღლდეს თვითშეგნება პირადი ჰიგიენის საკითხებზე; ისწავლებოდეს გადაუდებელი დახმარება.
7. სამედიცინო მომსახურება: პირველადი პრევენციის ხელშეწყობა, მათ შორის რისკ-ფაქტორების სკრინინგი, ჰიპერტენზიის მართვა და პაციენტებისთვის რჩევები რისკ- ფაქტორების შემცირების და სტრესის მართვის შესახებ.
8. სკრინინგი: სკრინინგი რისკ-ფაქტორებისა, როგორიც არის დიაბეტი, სისხლში ლიპიდების მაღალი დონე და ჰიპერტენზია; მტკიცებულებებზე დაფუნებული რჩევები.
9. გადაუდებელი და ჰოსპიტალური მომსახურება: შემცირდეს ლეტალობის მაჩვენებლები, ჩატარდეს რეანიმაცია, სასწრაფო ტრანსპორტირება ინტესიური თერაპიის მქონე სამედიცინო ცენტრებში, სადაც შესაძლებელია ანტითრომბული სტანდარტული მკურნალობა (ასპირინი, სტერპტოკინაზა ან სხვა), ბალონირება, სტენტირება და შუნტირება.
10. რეაბილიტაცია: ხელი შეეწყოს ჯანმრთელობის მაქსიმალურ აღდგენას და ფუნქციას სამუშაოზე და პირად ცხოვრებაში; პათოლოგიური პროცესის შესაჩერებლად პრევენციული მიდგომები ჩამოყალიბდეს.

კარდიოვასკულური დაავადების მაღალი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნებმა ეროვნულ და თემის დონეზე აგრესიული მულტისექტორული ინტერვენციების პროგრამა უნდა განავითარონ. ზოგიერთ აშშ-ის შტატში და ჩრდილოეთ და აღმოსავლეთ ევროპაში კარდიოვასკულურ დაავადების მაჩვენებლის შესამცირებლად აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს შეთანხმებული ძალისხმევა, სხვა შესაბამის სამინისტროებთან, მედიასთან, არასამთავრობოებთან, საკვების მწარმოებლებთან და ადგილობრივ თემებთან ერთად. კანონმდებლობის ცვლილებებმა, სასამართლო დავებმა თამბაქოს მწარმოელების წინააღმდეგ შეიძლება გავლენა მოახდინოს გაყიდვებზე და თამბაქოს მოხმარების მახასიათებლებზე, თუმცა პრობლემა საზოგადოების ჯანმრთელობის ძირითადი საკითხია.

ეს საკითხი ეროვნულ დონეზე აუცილებლად უნდა იქნას დაყენებული განვითარებად ქვეყნებშიც. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია იმ საშუალო განვითარების ქვეყნებისთვის, სადაც ეპიდემიოლოგიური გარდასვლის პროცესი მიმდინარეობს და კარდიოვასკულური მიზეზით სიკვდილი გახშირდა. განვითარებად ქვეყნებში, კარდიოვასკულური დაავადების პრობლემას წონის ინფექციური დაავადებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალი დონე და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავ-

შირებული პრობლემები. სახეზეა კარდიოვასკულური დაავადებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის ზრდის ტენდენცია, რომელიც გავლენას ახდენს მზარდ საშუალო კლასზე, რაც კვებითი რეჟიმისა და თამბაქოს მოხმარების მახასიათებლების ცვლილებებს უკავშირდება. კარდიოვასკულური დაავადებით გამოწვეული ასაკ-სპეციფიური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ეგვიპტეში მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია, ვიდრე ევროპის უმეტეს ქვეყნებში (იხილეთ თავი მე-3); კარდიოვასკულური დაავადები სიკვდილის ძირითადი მიზეზია ასევე ბევრ განვითარებად ქვეყანაში. მოწევას განვითარებად ქვეყნებში ხელს უწყობენ კომერციული მიზეზებით. სიგარეტი იყიდება გამაფრთხილებელი პიქტოგრამებისა და წარწერების გარეშე, არ არის შეზღუდვები რეკლამაზე, არ მოქმედებს კანონმდებლობით დადგენილი სხვა ამკრძალავი ფაქტორები. ეს მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალთა განსაკუთრებულ ყურადღებას განვითარებად ქვეყნებისადმი და იმ გამოცდილების გამოყენებას, რომლებიც ინდუსტრიულ ქვეყნებში ბოლო 30 წლის მანძილზე შეისწავლეს.

ფილტვის ქრონიკული დაავადებები

ფილტვის ქრონიკული დაავადებები მნიშვნელოვანი, მრავალფეროვანი და ძირითადად პრევენცირებადი დაავადებათა ჯგუფია, რომელიც მაღალ ავადობასა და სიკვდილიანობას იწვევს. 1995 წელს აშშ-ში ფილტვის ქრონიკული დაავადება სიკვდილის მიზეზად მეხუთე ადგილას დასახელდა და მთელი სიკვდილიანობის 5%-ი შეადგინა; ფილტვის ფუნქციის დაქვეითება აღენიშნებოდა მოსახლეობის 4-6%-ს, მოსახლეობის ზოგიერთ ჯგუფებში კი მაჩვენებელი 13%-ს აღწევდა. ფილტვის ქრონიკული დაავადებების პრევენცია კარგი პირველადი ჯანდაცვით და თვითმკურნალობის სწავლებითაა შესაძლებელი.

როდესაც ფილტვის ქრონიკული დაავადებები დაკავშირებულია მწვავე რესპირატორულ დაავადებებთან, როგორიცაა გრიპი, ბრონქიტი და პნევმონია, იგი იწვევს გრძელვადიან ჰოსპიტალიზაციასა და ნაადრევ სიკვდილს. ხველა, სუნთქვის უკმარისობა, ფიზიკური დატვირთვების შეზღუდვა (მაგ: კიბეებზე ასვლა) და ძილთან დაკავშირებული პრობლემები, ნახველის დარღვეული კლინერსთან და ფილტვის ფუნქციონალური მოცულობის შემცირებასთან ერთად ფილტვის ქრონიკული დაავადების სიმპტომებია.

ასთმა

ასთმა სასუნქთი გზების ობსტრუქციის გარდამავალი, რევერსიული მდგომარეობაა სხვადასხვა გამღიზიანებლების საპასუხოდ, რომელიც იწვევს სუნთქვის გაძნელებას და სუნთქვის უკმარისობას. ასთმა, როგორც წესი პირველად 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ვლინდება, აშშ-ში დაახლოებით 14-15 მილიონ ადამიანს აქვს ეს დაავადება, მათ შორის 4,8 მილიონი 0-18 წლამდეა (6.9%). ასთმა ბავშვებს შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა.

1980-იან წლებში აშშ-ში და სხვა ქვეყნებში ასთმის გავრცელება და სიკვდილიანობა გაიზარდა. აშშ-ში 1982-1991 წლებში ასთმით გამოწვეული ასაკ-სპეციფიური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 5-34 წლამდე 1 მილიონ პოპულაციაში 40%-ით გაიზარდა, მატება უფრო მეტად ქალებში აღინიშნა. სიკვდილიანობის წლიური მაჩვენებლები ხუთჯერ უფრო მაღალი იყო შავკანიან მოსახლეობაში, თეთრკანიანებთან შედარებით. 1994-1995 წლებში ასთმით 11,274 ადამიანი გარდაიცვალა (2.1 ყოველ 100,000 მოსახლეზე).

ასთმის სპეციფიკური ეტიოლოგია არ არის ცნობილი, თუმცა ის მემკვიდრულ, ინფექციურ, ალერგიულ, გარემო და ფსიქოსოციალურ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული. რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: ცხოველური ალერგენები (ძირითადად შინაური ცხოველები), სახლის მტვერი და ტკიპები, აქტიური და პასიური მოწევა, გარე ალერგენები და დამაბინძურებლები. ჰაერის დაბინძურება ასევე შეიძლება იყოს ასთმის შემთხვევების ზრდის მიზეზი; 63% შემთხვევებისა ხდება იმ ადგილებში, სადაც ჰაერის დაბინძურების მაჩვენებელი ნორმას აჭარბებს. ოზონის დაბინძურება, გამოწვეული ავტომობილების გამონაბოლქვში არსებული ჰიდროკარბონატებითა და აზოტის ოქსიდით, ხიხინს, ხველას და სუნთქვის გაძნელებას იწვევს, განსაკუთრებით ბავშვებში. აშშ-ში ასთმის უფრო მაღალი მაჩვენებლები შავკანიანებში შეი-

ძლება გამოწვეული იქნას უფრო დაბალი სოციოეკონომიკური მდგომარეობით და ქალაქის მჭიდროდ დასახლებულ რაიონებში ცხოვრებით. მეორეს მხრივ, უსაფრთხოების მიზნით ბავშვების სახლში, ცუდი ვენტილაციის მქონე შენობაში გამოკეტვამ, ამ დაავადებას შეიძლება ხელი შეუწყოს.

ანტიგენების იდენტიფიკაცია და მოცილება, ბრონქოდილატატორებისა და კორტისტეროიდების გამოყენება და ინფექციის მკურნალობა, დაავადების აღმოჩენის მომენტიდანვე, ასთმის მართვის ძირითადი მეთოდია. პაციენტების, მათი ოჯახების, სკოლის პერსონალის და ზოგადად საზოგადოების განათლება დაავადების პრევენციისთვის მთავარი მექანიზმია. სიკვდილიანობა შეიძლება გამოწვეული იქნას მედიკამენტების ზედოზირებით, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენებით და თამბაქოს მოხმარებით. ჯანდაცვის მუშაკებს ესაჭიროებათ მუდმივი სამედიცინო განათლება ამ დაავადებისა და მისი მართვის საკითხებზე, განსაკუთრებით ფეხმძიმობის დროს, მედიკამენტების გამოყენებასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე.

ᲤᲘᲚᲢᲕᲘᲡ ᲥᲠᲝᲜᲘᲙᲣᲚᲘ ᲝᲑᲡᲢᲠᲣᲥᲪᲘᲣᲚᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ

ტერმინი ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები (ფქოდ) წარმოადგენს ქრონიკული რესპირტორული დაავადებების შორს წასულ სტადიას, როდესაც ჰაერის ნაკადის მოძრაობა მცირე სასუნთქ გზებში ქრონიკული ბრონქიტით გამოწვეული დაზიანებების გამო დაბრკოლებულია. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები მოიცავს სხვადასხვა მდგომაროებებს, რომელიც ფილტვის ქსოვილის დაზიანებით, რესპირატორული გზების ქრონიკულ შევიწორებით და ობსტრუქციითაა განპირობებული. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება მოიცავს ქრონიკულ ბრონქიტს, ემფიზემას და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამომწვევ სხვა მიზეზებს. აშშ-ს ზრდასრული მამაკაცების 20%-ს ქრონიკული ბრონქიტი აქვს. 1994-1995 წლებში ფილტვის ქრონიკული დაავადებებით 100,000 ადამიანი გარდაიცვალა.

ქრონიკულმა ბრონქიტმა და ასთმამ შეიძლება ემფიზემა გამოიწვიოს, რომელიც ფილტვის ქსოვილის მდგრადი გაფართოებით, ფილტვის რიგიდულობით და ჟანგბადის ცვლის ფუნქციის დაქვეითებით ხასიათდება. სუნთქვის უკმარისობა, ხველა, ფიზიკური აქტივობის უნარის დაკარგვა, უძილობა, ინფექციის რეციდივი, ჰოსპიტალიზაცია და სიკვდილი საკმაოდ ხშირია.

თამბაქოს მოხმარება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია. ფქოდის პრევენციისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა და სახლში და სამუშაო ადგილზე ჰაერის დაბინძურების შემცირება (იხილეთ მე-9 თავი). მეორადმა და მესამეულმა პრევენციამ გრიპის ყოველწლიური ვაქცინაცია და პნევმოკოკური ვაქცინის გამოყენება უნდა მოიცვას. პაციენტის საგულდაგულო მონიტორინგი სახლში და ინფექციის ადრეული სიმპტომების გამოვლენა ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ ჰოსპიტალიზაციას თავიდან აგვაცილებს.

ᲤᲘᲚᲢᲕᲘᲡ ᲞᲠᲝᲤᲔᲡᲘᲣᲚᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ

ფილტვის პროფესიული დაავადებები გულისხმობს მდგომარეობების ისეთ ჯგუფს, რომელიც დაკავშირებულია სამუშაო პირობებში მტვრის და ორთქლის ზემოქმედებასთან, რომლებიც მოქმედებენ, როგორც გამღიზიანებლები, კარცინოგენები და იმუნოლოგიური აგენტები. პირველადი პრევენცია ექსპოზიციის ხარისხის შემცირებით და მეორადი პრევენცია ყოფილი და ამჟამად ექსპოზირებული მუშაკების მუდმივი და ხანგრძლივი სამედიცინო მეთვალყურეობით, ხელს უწყობს პროფესიული დაავადების ადრეულ გამოვლენას და უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პროფესიული ჯანმრთელობისთვის. ამ სერიოზული დაავადებების მიმდინარეობას კიდევ უფრო ართულებს ისეთი რისკები, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარება და გარემოს დაბინძურება (იხილეთ მე-9 თავი).

მაღაროელთა პნევმოკონიოზი. ხშირად მოხსენიებულია, როგორც შავი ფილტვის დაავადება. იგი ქვანახშირის ხანგრძლივი (10ან მეტი წელი) ზემოქმედების შედეგად ვლინდება; დიაგნოსტიკა გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ან ბიოფსიით ხდება.

სილიკოზი. სილიკოზს იწვევს კვარცის კრისტალების ქრონიკული ინჰალაცია. დაავადება პროგრესირებს 20-40 წლის განმავლობაში, ხველებიდან და ნახველის პროდუქციიდან ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებამდე და ფიტლვის ქსოვილის მასიურ ფიბროზამდე. აშშ-ში წელიწადში 2,000 შემთხვევა ფიქ-

სირდება. სილიკოზით დაავადებულები ტუბერკულოზის რისკის ქვეშ არიან და რუტინული ტესტირება უნდა გაიარონ.

აზბესტოზი. აზბესტოზი აზბესტის ზემოქმედებით გამოწვეული დაავადებაა. ეს არის ფილტვის ქსოვილის ფიბროზული დაზიანება, რომელიც ზრდის ფილტვის კიბოს (განსაკუთრებით მწეველებს შორის) და მეზოთელიომის განვითარების რისკს. მეზოთელიომა კიბოს სწრაფი და ლეტალური ფორმაა, რომელსაც აზბესტის ზემოქმედების შედეგად გამოწვეული პროფესიული დაავადება იწვევს .

ბიზინოსი. ბიზინოსი არის როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული დაავადება, რომელიც გამოწვეულია ბამბის, სელის და კანაფის მტვერის ზემოქმედებით, იწვევს სუნთქვის უკმარისობას, გულმკერდის შებოჭილობის შეგრძნებას და ქრონიკულ ხველას. 10 წელიწადზე დიდი დროის განმავლობაში მისი მავნე ზემოქმედება ფილტვის ფუნქციის დაქვეითებას და ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებას იწვევს.

პროფესიული ასთმა. პროფესიული ასთმა ბრონქების შევიწროებაა, რომელიც გამოწვეულია მასენსიბილიზირებელი აგენტების ზემოქმედებით. სასუნთქი გზების შევიწროების ხარისხის მიხედვით ასთმა შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული. რისკის ქვეშ არიან სხვადასხვა პროფესიის ადამიანები, ელექტრონული მრეწველობის მუშაკებიდან დაწყებული დალაქებით დამთავრებული, რომლებიც მტვრის, ქიმიური აგენტების და ცხოველური ანტიგენების ზემოქმედებას განიცდიან.

შაქრიანი დიაბეტი

დიაბეტი გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევებით, რაც გამოწვეულია პანკრეასის დისფუნქციით, რის შედეგადაც იზრდება სისხლში გლუკოზის დონე. დიაბეტი თავის მხრივ ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დაავადება და ამავდროულად კარდიოვასკულური დაავადებების, მათ შორის გულის კორონალური დაავადების, ინსულტისა და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადების, რისკ-ფაქტორია. დიაბეტი ზიანს აყენებს ნერვულ სისტემას, თირკმელებს, თვალებს და სხვა ორგანოებსაც. არსებობს დიაბეტის ორი ძირითადი სახეობა: ტიპი 1 – ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი და ტიპი 2 – ინსულინ-დამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი.

1959-1966 წლებში დიაბეტის გავრცელება აშშში 69%-ით გაიზარდა. შემდგომი 41%-იანი ზრდა 1966-დან 1973 წლამდე მოხდა, 1973-დან 1980 წლამდე გავრცელება 21%-ით და 1980-დან 1989 წლამდე 4%-ით გაიზარდა. 1996 წელს დიაბეტით 15.7 მილიონი ამერიკელი იყო ავად, მათგან ერთი მესამედი დიაგნოსტირებული არ იყო. ყოველწლიურად 700,000-ზე მეტი დიაბეტის დიაგნოზი ისმება, მათ შორის 12,000 სკოლის ბავშვები არიან. აშშ-ის შავკანიან მოსახლეობაში გავრცელების მაჩვენებლები ორჯერ უფრო მაღალი იყო, ვიდრე თეთრკანიანებში. შავკანიანებში დიაბეტის მაჩვენებელი 1980-1989 წლებში 28%-ით გაიზარდა. დიაბეტის და მისი გართულებების მაღალი მაჩვენებელი ასევე იყო ამერიკის ადგილობრივ მკვიდრებში და ესპანური წარმოშობის მოსახლეობაში. დიაბეტი 1930-იანი წლებიდან სიკვდილის გამომწვევ 10 ძირითად დაავადებას შორის სახელდება, 1996 წელს ამ დაავადებამ მე-7 პოზიციაზე გადაინაცვლა და დაახლოებით 61,000 შემთხვევა სიკვდილით დასრულდა. დიაბეტი კარდიოვასკულურ დაავადების, ასევე სიბრმავის, თირკმლის მწვავე უკმარისობისა და ქვედა კიდურების ამპუტაციის ძირითადი მიზეზია.

1921 წელს ტორონტოში ფრედერიკ ბანტინგის და ჩარლზ ბესტის მიერ ინსულინის აღმოჩენამ და გამოყენებამ (ნობელის პრემია ფ. ბანტინგს, 1923 წელი) ინსულინ-დამოკიდებულ (ასევე ცნობილია, როგორც იუვენილური დიაბეტი, ტიპი 1 დიაბეტი) პაციენტებს სრულფასოვანი სიცოცხლის საშუალება მისცა. მონიტორინგის სფეროში ბოლოდროინდელმა მიღწევებმა, ინსულინის პრეპარატების და ინსულინის საინფუზიო საშუალებების გამოყენებამ ტიპი 1 დიაბეტის მართვა უფრო ადვილი და ეფექტური გახადა. ამჟამად ინსულინის საინჰალაციაო პრეპარატების კლინიკური გამოცდები მიმდინარეობს. ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები ძალიან ეფექტურია ტიპი 2 დიაბეტის სამკურნალოდ წონაში კლებასთან, ფიზიკურ აქტივობასთან და დიაბეტის ეფექტურ მართვასთან ერთად.

სიკვდილიანობის და ჰოსპიტალიზაციის ნაციონალური მონაცემების გამოყენებით, შესაძლებელია, დიაბეტის და მისი გართულებების, შორის გულის კორონარული, ცერებეროვასკუ-

ᲩᲐᲜᲐᲮᲗᲘ 5.4 ᲓᲘᲐᲑᲔᲢᲘᲡ ᲐᲨᲨ-ᲨᲘ - ᲑᲐᲕᲘᲡᲪᲔᲒᲔᲑᲐ ᲑᲐᲮᲗᲔᲒᲔᲑᲘ, ᲓᲐᲜᲐᲮᲐᲠᲯᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲮᲐᲠᲕᲔᲜᲡᲘ

დიაბეტი სიკვდილიანობის მე-7 მთავარი მიზეზია აშშ-ში. 16 მილიონი ამერიკელი დიაბეტითაა დაავადებული, აქედან ნახევარზე მეტი არ არის დიაგნოსტირებული. დიაბეტით დაავადებულებს გულის იშემიური დაავადების, ინსულტის, თირკმლის, თვალისა და პერიფერული სისხლძარღვოვანი დაავადების, ისევე როგორც დიაბეტის პირდაპირი დაზიანებების განვითარების ძალიან მაღალი რისკი აქვთ. ჰიპერტენზიის ეფექტური კონტროლი ამცირებს ინსულტით გამოწვეული სიკვდიალიანობის მაჩვენებლებს 75-90%-ით, და გულის კორონარული დაავადებით გამოწვეული სიკვდიალიანობის მაჩვენებლებს 25-50%-ით. დიაბეტით გამოწვეული თვალის დაავადება სიბრმავის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია, ყოველწლიურად ფიქსირდება 25,000 ახალი შემთხვევა, რომელთა 90% შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ადრეული დიაგნოსტიკითა და მკურნალობით. დიაბეტით გამოწვეული ქვედა კიდურების დაავადება ყოველწლიურად 57,000 ფეხის, ტერფის და ფეხის თითის ამპუტაციას იწვევს; რომელთა ნახევარზე მეტის პრევენცია შესაძლებელია, რაც 600 მილიონ აშშ დოლარს დაზოგავს. დიაბეტთან დაკავშირებული პირდაპირი და ირიბი დანახარჯები აშშ-ში 92 მილიარდ დოლარს შეადგენს წელიწადში, მათ შორის 27% ანუ 30 მილიარდი წელიწადში სამედიცინო ხარჯებია. თემზე დაფუძნებული ინტერვენციული პროგრამები მოიცავს გაუმჯობესებულ პრევენციას, განათლებას და სერვისებს დიაბეტით გამოწვეული გართულებების თავიდან ასაცილებლად. ასეთი პროგრამები მიმართული უნდა იყოს დიაბეტის გავრცელების მაღალი მაჩვენებლების მქონე პოპულაციებისკენ, ეპიდემიოლოგიურმა მონიტორინგმა კი მაღალი პრევალენტობის ჯგუფების იდენტიფიცირება უნდა მოახდინოს.

წყარო: United States Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health, and Human Services (Chairman, Senator Arlen Specter), *Action Alert, The Nation's Health,* August, 1996.

ლური, თვალისა და ქვედა კიდურების სისხლძარღვოვანი დაავადებების რეგიონალური მახასიათებლების შედარება. ამ დაავადებების მაღალი ინსიდენსისა და პრევალენსის მქონე მოსახლეობის ჯგუფების იდენტიფიცირება საშუალებას იძლევა დაიგეგმოს თემზე დაფუძნებული მიზნობრივი ინტერვენციული პროგრამები, რაც გააუმჯობესებს დიაბეტისა და მისგან გამოწვეული მდგომარეობების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკას და ეფექტურ მართვას.

ᲓᲘᲐᲑᲔᲢᲘᲡ ᲓᲐ ᲛᲘᲡᲘ ᲒᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲔᲑᲘᲡ ᲞᲠᲔᲕᲔᲜᲪᲘᲐ

დიაბეტის პრევენცია შესაძლებელია როგორც პირველად, ასევე მეორად და მესამეულ დონეზე.

1. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა გულისხმობს საზოგადოების განათლებას დიაბეტის, მისი რისკ- ფაქტორებისა და გართულებების შესახებ.
2. პირველადი პრევენცია გულისხმობს სიმსუქნის, როგორც დიაბეტის რისკ-ფაქტორის პრევენციას ჯანსაღი კვებითი ჩვევებით, რათა შემცირდეს ტიპი 2 დიაბეტის რისკი.
3. მეორადი პრევენცია, დიაბეტით გამოწვეული გართულებების თავიდან ასაცილებლად გულისხმობს ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკასა და მართვას. დიაბეტის რუტინული სკრინინგის შედეგად შესაძლებელია დაავადების გამოვლენა ადრეულ სტადიაზე, როდესაც მკურნალობა შეამცირებს გართულებების სიმძიმეს. სკრინინგი რეკომენდირებულია:
   ა. ადამიანებისთვის, ვისაც ოჯახურ ანამნეზში აქვთ დიაბეტის შემთხვევები;
   ბ. თირკმლის, კარდიოვასკულური და თვალის დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის;
   გ. ფეხმძიმობის დროს;
   დ. ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ ნახშირწყლოვანი პრობლემები ორსულობისას ან ჩვილები რომლებიც 4,000 გრამზე მეტს იწონიან;
   ე. მსუქანი ადამიანებისთვის.

დიაბეტის გართულებების თავიდან ასაცილებლად იმ ადამიანებში, ვისაც სისხლში გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, აუცილებელია

დაავადების სწორი მართვა და მუდმივი მონიტორინგი. კვების შესაბამისი რეჟიმი, ფიზიკური აქტივობა, შარდის და სისხლში გლუკოზის რეგულარული ტესტირება, პირადი ჰიგიენა და ფეხების მოვლა უნდა გაგრძელდეს ამბულატორიულად და სახლშიც. ტიპი 2 დიაბეტის დროს სისხლში გლუკოზის დონის რეგულირებისთვის ზოგჯერ აუცილებელია ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები. ტიპი 1 დიაბეტის კონტროლისთვის კი ინსულინი ყოველთვის აუცილებელია. სოციალური და სამედიცინო მხარდაჭერა შეიძლება საჭირო აღმოჩნდეს იმ ადამიანებისთვის, ვისაც არ შეუძლიათ თავის ადეკვატური მოვლა, ეს განსაკუთრებით ეხება მოხუცებს, ღარიბებს და ნაკლებად განათლებულ ადამიანებს.

4. მესამეული პრევენციის მიზანია ფუნქციის აღდგენა და შემდგომი გაუარესების თავიდან არიდება. პერიფერული სისხლძარღვოვანი დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის, ვისაც აქვთ განგრენის რისკი, ფეხის მოვლამ შესაძლებელია გადაავადოს ამპუტაცია, ამპუტირებულთათვის, კი რეაბილიტაცია უმნიშვნელოვანესია სრული დისფუნქციის თავიდან ასარიდებლად. დიაბეტით დაავადებულთა ზედამხედველობა ოფთალმოლოგის მიერ და ფოტოკოაგულაციით ადრეული მკურნალობა ხელს უწყობს დიაბეტური რეტინოპათიის პრევენციას (ჩანართი 5.5).

1990 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ დაფინანსებულ კონფერენციაზე მიღებულ წმინდა ვინსენტის დეკლარაციაში ჩამოყალიბდა შაქრიანი დიაბეტის გართულებების შემცირების მიზნები ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის (ჩამონათვალი 5.6). ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის ქვეყნებმა დასავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში, ყირგიზეთსა და აზერბაიჯანში დიაბეტის ეროვნული პროგრამები დააფუძნეს. თითოეული პროგრამა შეიქმნა ფართო სამუშაო ჯგუფების მიერ, რომლებშიც ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები, ექთნები, პაციენტები და ამ სფეროს ექსპერტები იყვნენ გაერთიანებული. მსგავსი ინიციატივები 1997 წელს აშშ-ში იქნა წარმოდგენილი. შეიქმნა დიაბეტის საგანმანათლებლო ნაციონალური პროგრამა (დაფინანსებული დაავადებათა კონტროლის ცენტრი (CDC) და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი (NIH) მიერ), რომელშიც ამერიკის დიაბეტის ასოციაცია და სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები მონაწილეობდნენ. ასეთი პროგრამების მიზანია საზოგადოებისა და ჯანდაცვის მუშაკების ინფორმირებულობის ზრდა ამ პრობლემებთან დაკავშირებულ საკითხებზე, ინტეგრირებული მიდგომების ხელშეწყობა და დიაბეტის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის ზრდა.

ჩანართი 5.5 დიაბეტით ბამოწვეული სიბრმავის პრევენცია: სტოკჰოლმის ჰებიონი, 1989-1996 წლები.

დიაბეტით დაავადებულებს შორის სიბრამვის ადრეული პრევენციის პროგრამა შვედეთში, სტოკჰოლმის რეგიონში (1.7 მილიონი მოსახლეობა) 1989 წელს დაიწყო. შეტყობინებები 10,000 დიაბეტით დაავადებულს დაეგზავნა, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ 100 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში. პროგრამაში ჩართული იყო 500 ოჯახის ექიმი და შინაგანი სნეულებების და პედიატრიის 2 ჰოსპიტალური დეპარტამენტი, რომლებმაც დიაბეტით დაავადებულთა რეგისტრი შექმნეს. შემოწმებები მობილური ჯგუფების მიერ წელიწადში 2-ჯერ ტარდებოდა. სტანდარტული პროტოკოლი მოიცავდა: დაავადების ანამნეზს, მხედველობის ტესტებს, თვალის ფსკერის მაღალი ხარისხის ფოტოგრაფირებას და ტონომეტრიას. ფოტოგრაფიები ფასდებოდა და შიდა ვალიდაციისთვის მოწმდებოდა მეორე ცენტრში (ჰამერსმიტის ჰოსპიტალი, ლონდონი). რეგისტრირებული შემთხვევები რეფერირებული იყო ადრეულ ფოტოკოაგულაციაზე. სიბრმავის წლიური ახალი შემხვევები რეგიონში ყოველ 100,000 მოსახლეზე 46%-ით (0.63-დან 0,34-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე) შემცირდა.

წყარო: Karolinska Institute, St. Eric's Eye Hospital and the Department of Social Medicine, Uppsala University, as reported in EuroDiabcare, *St. Vincent's Newsletter,* Summer, 1996.

თირკმლის მწვავე უკმარისობა

თირკმლის მწვავე უკმარისობა, რომელიც განისაზღვრება, როგორც თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება (ნორმალურის 10%-ზე ნაკლები), სიცოცხლის გადარჩენისთვის დიალიზს ან თირკმლის გადანერგვას მოითხოვს. თირკმლის მწვავე უკმარისობა გამოწვეულია ინფექციით, გლომერულონეფრიტით, ჰიპერტენზიით, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენებით ან დიაბეტით გამოწვეული თირკმლის ქსოვილის მწვავე დაზიანებით. აშშ-ში დაახლოებით 40 ადამიანს ყოველი 100,000-დან თირკმლის მწვავე უკმარისობა აქვს; დაახლოებით 100,000 ადამიანი ქრონიკულ დიალიზზეა, 20,000-ზე მეტ ადამიანს კი გადატანილი აქვს თირკმლის ტრანსპლანტაცია. ამ მდგომარეობების დაახლოებით ნახევარი დიაბეტითაა გამოწვეული და უმეტესობაში თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა ვითარდება. დაავადების გავრცელების დონე ქვეყნებს და აშშ-ის ეთნიკურ ჯგუფებს შორის მერყეობს. მაღალი მაჩვენებლები გვხვდება ისეთ ეთნიკურ ჯგუფებში, როგორებიცაა მექსიკელი და ესპანელი ამერიკელები, აფროამერიკელები, ჩრილოამერიკელი ინდიელები, მაორი და ავსტრალიელი აბორიგენები, რაც სავარაუდოდ ამ ეთნიკურ ჯგუფებში დიაბეტის და ჰიპერტენზიის მაღალი მაჩვენებლებითაა გამოწვეული.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის გავრცელების შესამცირებლად პრევენციულმა პროგრამებმა უნდა განახორციელონ:

1. ხორხის სტრეპტოკოკული ინფექციების იდენტიფიკაცია და ეფექტური მკურნალობა.
2. საჭიროა იმ მედიკამენტების ფრთხილი გამოყენება, რომელთაც ახასიათებთ თირკმლის დამაზიანებელი გვერდითი ეფექტები.
3. საშარდე გზების ინფექციების ადეკვატური მკურნალობა.
4. სკრინინგი დიაბეტის და ჰიპერტენზიის ადრეული დიაგნოსტიკისთვის.
5. დიაბეტის და ჰიპერტენზიის ეფექტური მონიტორინგი და კონტროლი.

თირკმლის მწვავე უკმარისობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემაა, რადგან გარკვეულწილად მისი პრევენცია შესაძლებელია და ამავდროულად ეს დაავადება მოითხოვს ჯანდაცვის სერიოზულ რესურსებს. თირკმლის მწვავე უკმარისობასთან დაკავშირებულმა დანახარჯებმა აშშ-ში 1988 წელს 5,4 მილიონი აშშ დოლარი შეადგინა. თირკმლის ტრანსპლანტაცია მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მეთოდია, დაახლოებით გრძელვადიანი ჰემოდიალიზის დანახარჯების 1/3 ჭირდება, მაგრამ შეზღუდულია დონორების სერიოზული ნაკლებობის გამო. განგრძობითი ამბულატორიული პერიტონიალური დიალიზი ხარჯთეფექტური არჩევანია, განსაკუთრებით მაშინ, როცა არსებობს შეზღუდვები დონორებზე. როგორც წესი, პერიტონიალურ დიალიზს პაციენტი სახლში იკეთებს, რაც მას ნორმალურ ცხოვრებისეული აქტივობების განხორციელების საშუალებას აძლევს, და ამავდროულად უკუაგდებს ძვირადღირებული ჰოსპიტალიზაციას და ჰემოდიალიზის ხელსაწყოების გამოყენებას აღარ საჭიროებს.

დიდმა ბრიტანეთმა დიაბეტოლოგების რეკომენდაციებსა და წმინდა ვინსენტის დეკლარაციაზე დაყრდნობით დასახა ჯანმრთელობის ნაციონალური მიზანი – თირკმლის მწვავე უკმარისობა 1/3-ით შეამციროს. აშშ-ის მიზანია 2000 წლისთვის თირკმლის მწვავე უკმარისობის გავრცელება შემციროს: 13-მდე (1987 წელს – დაახლოებით 14) და შავკანიან მოსახლეობაში 30-მდე ყოველ 100,000 მოსახლეზე.

თირკმლის მწვავე უკმარისობასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები აქტუალურია როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში. ზოგიერთი განვითარებადი ქვეყნები, რომლებშიც არსებობს სპეციალური სამედიცინო ცენტრები, თირკმლის დონორებად „სამედიცინო“ ტურისტებისთვის ღარიბ მოსახლეობას იყენებენ. განვითარებულ ქვეყნებში თირკმლის მწვავე უკმარისობის გავრცელება მოსახლეობის ასაკის ზრდასთან ერთად იზრდება. ჰემოდიალიზი სასიცოცხლოდ აუცილებელი პროცედურაა და, რადგან ჯანდაცვის ხარჯები იზრდება, ჩნდება ახალი მნიშვნელოვანი ეთიკური საკითხი, რადგან იზრდება ჰემოდიალიზის გამოყენება განსაკუთრებით დაუძლურებულ პაციენტებს შორის.

ჩანართი 5.6 ნმინდა ვინსენტის დეკლარაცია

მიზანი:

ჯანმრთელობის და ცხოვრების მდგრადი გაუმჯობესება, გამოხატული ხარისხობრივად და რაოდენობრივად: დიაბეტის და მისი გართულებების პრევენცია და მკურნალობა. ინტენსიური კვლევების საფუძველზე.

ამოცანები:

1. დიაბეტის უკეთესი მართვა ინფორმაციის კოსტრუქციული გამოყენებით.
2. დიაბეტის უკეთესი მართვა დემონსტრირებითა და განათლებით.
3. დიაბეტის უკეთესი მართვა პარტნიორობით.

მეთოდები:

1. საზოგადოების დახმარებით დიაბეტის დიაგნოსტიკისა და კონტროლის სრულყოფილი პროგრამების განვითარება.
2. მოსახლეობის და ჯანდაცვის პროფესიონალთა ცნობიერების ამაღლება.
3. დიაბეტის მართვის საკითხებზე ტრენინგებისა და სწავლებების ორგანიზება.
4. დიაბეტით დაავადებული ბავშვების მკურნალობის უზრუნველყოფა სპეციალიზირებული ჯგუფების მიერ.
5. არსებული დიაბეტის ცენტრების გაძლიერება.
6. დიაბეტით დაავადებულთათვის დამოუკიდებლობის, თანასწორობის თვით-კმაყოფილების უზრუნველყოფა.
7. დიაბეტით დაავადებულთა საზოგადოებაში ინტეგრირებისთვის ხელისშემშლელი ფაქტორების მოცილება.
8. დიაბეტით დაავადებულთათვის ლაბორატორიების და ტექნიკური პროცედურების ხარისხის უზრუნველყოფა.
9. დიაბეტის კვლევის და განვითარების საკითხებზე საერთაშორისო თანამშრომლობის ხელშეწყობა.
10. ამ რეკომენდაციების განხორციელებისთვის აუცილებელია გადამჭრელი ზომები, მიმართული თანამშრომლობის ინიცირებისა და დაჩქარებისთვის.

მიზნები:

1. 1/3-ით ან მეტად იქნას შემცირებული დიაბეტით გამოწვეული სიბრმავის შემთხვევები.
2. 1/3-ით ან მეტად იქნას შემცირებული დიაბეტით გამოწვეული თირკმლის მწვავე უკმარისობის შემთხვევები.
3. 1/2-ით ან მეტად იქნას შემცირებული დიაბეტური განგრენით გამოწვეული კიდურების ამპუტაცია.
4. იქნას შემცირებული დიაბეტით გამოწვეული გულის კორონალური დაავადების ავადობა/სიკვდილიანობა რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ მიმართული პროგრამებით.
5. გაუმჯობესდეს ფეხმძიმობის გამოსავალი დიაბეტიკებში და გახდეს ისეთივე, როგორც დიაბეტის არ-მქონე ქალებში.

წყარო: World Health Organization, Regional Office, Europe and International Diabetes Federation (Europe), 1997. Website: http://www.who.dk/cpa/pr99/pr9928e.htm

ჯიბო

კიბო სიკვდილის მეორე მთავარი მიზეზია ინდუსტრიულ ქვეყნებში და ფართოდ ვრცელდება განვითარებად ქვეყნებშიც. აშშ-ში კიბოს განვითარების ალბათობა ყოველ 3 ადამიანში 1-ია.

1930-დან 1990 წლამდე, კიბოთი გამოწვეული ასაკ-სპეციფიური სიკვდილიანობა გაიზარდა, მაგრამ შემდეგ კლებადი ტენდენციით ხასიათდება (ცხრილი 5,8). ფილტვის კიბოს მაჩვენებლები იზრდება, მაშინ როცა სხვა ლოკალიზაციის, მაგ, კუჭის, საშვილოსნოს და სწორი ნაწლავის კიბოს ახალი შემთხვევები იკლებს. ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა უცვლელია.

ცხრილი 5.8 ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებლები[α] სქესისა და რასის მიხედვით, აშშ, 1950-1996 წწ.

ჯგუფი	1950	1960	1970	1980	1990	1996
მთელი პოპულაცია	12.8	19.2	28.4	36.4	41.4	39.3
თეთრკანიანი კაცები	21.6	34.6	46.9	58.0	59.0	52.6
შავკანიანი კაცები	16.9	36.6	60.8	82.0	91.0	78.5
თეთრკანიანი ქალები	4.6	5.1	10.1	18.2	26.5	28.0
შავკანიანი ქალები	4.1	5.5	10.9	19.5	27.5	27.6

წყარო: *Health, United States*, 1998.

[α] მაჩვენებელი ყოველ 100,000 მოსახლეზე, სტანდარტიზირებული აშშ-ის 1970 წლის მოსახლეობასთან. ფილტვი მოიცავს ტრაქეას და ბრონქებს.

კიბო საზოგადოებას სერიოზულ ეკონომიკურ და ფსიქოლოგიურ ზარალს აყენებს, რაც ჯანდაცვის სერვისებში, სამუშაოს დაკარგვასა და ნაადრევ სიკვდილში გამოიხატება. კიბოს პრევენცია იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნებისმიერმა პროგრამამ უნდა გაითავისოს, როგორც მისი ერთ-ერთი უმთავრესი მოვალეობა.

კიბოს კლინიკურ მართვაში და მისი მიზეზების გააზრებაში ბევრი წარმატებული ნაბიჯი გადაიდგა. უკვე არსებობს ძლიერი და მზარდი მტკიცებულება კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებისთვის უმნიშვნელოვანესია. ყველაზე მკაფიო მაგალითი თამბაქოს მოხმარებაა, რაც პირდაპირ არის დაკავშირებული ფილტვის კიბოსთან, ასევე შარდის ბუშტისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ფაქტორებია. ქიმიური კარცინოგენის, მაგ, აზბესტის, ზემოქმედება ადამიანზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერესის მნიშვნელოვანი სფეროა, ისევე როგორც ღვიძლის კიბოს პრევენცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ იმუნიზაციით. მიმდინარე გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კვებითი ფაქტორები მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს კოლორექტალური, ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და შესაძლოა ფილტვის კიბოს განვითარებას. როგორც უკვე განვიხილეთ, მას შემდეგ რაც დადგინდა კავშირი *Helicobacter pylori* ინფექციასა და გასტრიტსა და კუჭის კიბოს შორის, ამ დაავადებათა ახალი შემთხვევების რაოდენობა მთელს მსოფლიოში მცირდება.

აშშ-ში ყველა ლოკალიზაციის კიბოს მაჩვენებლები თეთრკანიანებში უფრო მაღალია შავკანიანებთან შედარებით (შეფარდებითი რისკით 1.1), მაშინ როცა კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შავკანიანებში უფრო მაღალია (1.3:1). კიბოს მაჩვენებლები განსხვავებულია ეთნიკურ ჯგუფებშიც: იაპონელებს, ფილიპინელებს, ამერიკელებს, ინდიელებს და მექსიკელ ამერიკელებს აქვთ დაბალი ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებლები. ამერიკაში მცხოვრებ იაპონელებს ბევრად უფრო მაღალი კიბოს მაჩვენებელი აქვთ, ვიდრე იაპონიაში მცხოვრებ იაპონელებს, რაც ამტკიცებს, რომ სწორედ განსხვავებები ცხოვრების წესში, როგორიცაა კვების რეჟიმი და თამბაქოს მოხმრება, არის ამის მიზეზი.

აშშ-ში არსებობს დიდი სხვაობა კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელში სოციალური კლასის მიხედვით. აშშ-ში შავკანიანი ადამიანის ფილტვის კიბოთი სიკვდილის შეფარდებთი რისკი თეთრკანიანთან შედარებით 1950 წელს 0.8 იყო, მაგრამ 1990 წლისთვის ეს მაჩვენებელი 1.5-მდე გაიზარდა. ეს განსხვავებები, ისევე როგორც გულის კორონარული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის უფრო მაღალი მაჩვენებლები აფრო-ამერიკელ მამაკაცებს შორის, რასობრივ განსხვავებებს უკავშირდებოდა, თუმცა ამის რეალური მიზეზი სოციო-ეკონომიური განსხვავებებია, დაკავშირებული თამბაქოს მოხმარებასთან, პროფესიასთან, კვებით ჩვევებთან და ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობასთან.

ეს ფაქტები ცხადი გახდა ბრიტანეთსა და სკანდინავიურ ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების შედეგად, რომლებიც სიკვდილიანობის მაჩვენებლების განსხვავებებს სოციალური კლასის მიხედვით შეისწავლიდნენ.

აშშ-ში ფილტვის კიბო სიკვდილის მთავარი მიზეზია. 1993 წელს ყველა ლოკალიზაციის კიბოთი გარდაცვლილი 500,000 ადამიანიდან 149,000 ფილტვის კიბოთი გარდაიცვალა. ფილტვის კიბო ყველაზე გავრცელებული კიბოა მსოფლიოშიც, იგი 2-3-ჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში; ქალებში იგი ძუძუს კიბოსაც ჭარბობს, რომელიც სიკვდილის მთავარი მიზეზი იყო ქალებში. გადარჩენის მაჩვენებლები ძალიან დაბალია (აშშ-ში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 13%-ია), აქედან გამომდინარე, ფილტვის კიბოს სკრინინგი საეჭვოა. პირველადი პრევენცია მიმართული თამბაქოს ახალი მომხმარებლების და უკვე მწეველების რაოდენობის შემცირებისკენ, ფილტვის კიბოს თავიდან ასარიდებლად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი აქტივობაა.

ქალებში კიბოს გავრცელების ტენდენციები აშშ-ში მოცემულია ცხრილი 5.9-ში, 1950-1996 წლებში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს მცირედი კლების ტენდენცია აქვს, ხოლო ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დრამატულად იზრდება. იმავე პერიოდში, ძუძუს კიბოს მაჩვენებელი უცვლელია. 1987 წელს, ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა ძუძუს კიბოს იგივე მაჩვენებელს გადააჭარბა, თუმცა, ძუძუს კიბო კვლავ რჩება სიცოცხლის წლების დაკარგვის ძირითად მიზეზად, რადგან იგი უფრო ახალგაზრდა ქალებს აავადებს, ვიდრე ფილტვის კიბო.

ცხრილი 5.9 კიბოსგან გამოწვეული სიკვდილიანობის ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებლები ქალებში, ზოგიერთი ლოკალიზაციის კიბო[ა], აშშ, 1950-1996წწ.

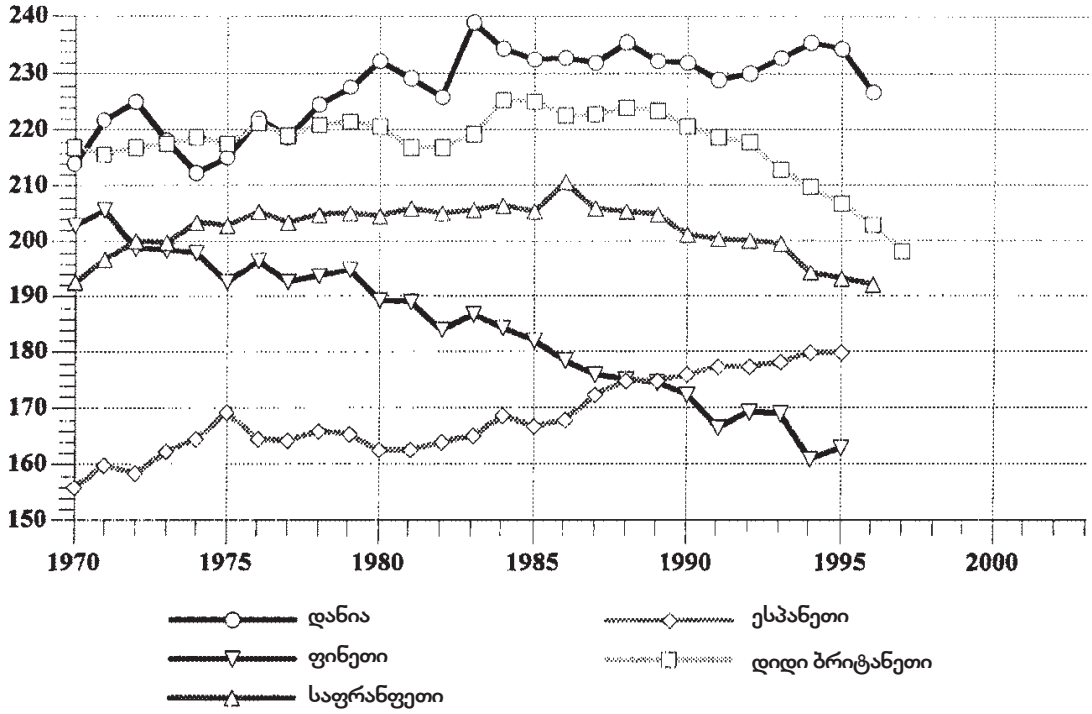
კიბო	1950	1960	1970	1980	1990	1996
რესპირატორული ტრაქტი	4.6	5.2	10.1	18.3	26.2	27.5
ძუძუ	22.2	22.3	23.1	22.7	23.1	20.2
საერთო (ყველა ლოკალიზაცია)	120.8	111.2	108.8	109.2	112.7	108.8
საერთო სიკვდილობა (ყველა მიზეზი)	688.4	590.6	532.5	432.6	390.6	381.0

წყარო: *Health, United States*, 1998.

[ა] მაჩვენებელი ყოველ 100,000 მოსახლეზე, სტანდარტი — აშშ-ის 1970 წლის მოსახლეობა.

1970-1994 წლებში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები კანადაში როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში უცვლელი იყო. ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ქალებში გაოთხმაგდა, როცა კოლორექტალური, საშვილოსნოს, საშვილოსნოს ყელის და კუჭის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლებმა დაიწია. ძუძუს და საკვერცხის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები თითქმის უცვლელი იყო.

კიბოს ინსიდენსი ქვეყნებს შორის და ქვეყნების რეგიონებს შორის ცვალებადია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად განსხვავებულია, როგორც ეს სურათი 5.2-შია ნაჩვენები; ზოგიერთ ქვეყანაში (ფინეთი) 1970-იანი წლებიდან კლების ტენდენცია შეინიშნება, სხვა ქვეყნებში იგივე ტენდენცია 1980-იანი წლებიდან (დიდი ბრიტანეთი) გვხვდება, ზოგ ქვეყანაში კი მაჩენებლები მზარდია (დანია და ესპანეთი). სკანდინავიის ქვეყნებშიც კი სერიოზული განსხვავებებია ზოგადი სიკვდილიანობის, ფილტვისა და ძუძუს კიბოს მაჩვენებლებში. ასეთი განსხვავებების მიზეზები არ არის გარკვეული, მაგრამ იგი შეიძლება ისეთ რისკ-ფაქტორებს უკავშირდებოდეს, როგორიცაა, მაგალითად: გარემო ფაქტორები, კვებითი რეჟიმი, თამბაქოს მოხმარება და ასევე განსხვავებები მკურნალობაში. ასეთი საერთაშორისო შედარებები ახდენს ჰიპოთეზების ჩამოყალიბებას შემდგომი კვლევებისთვის.



სურათი 5.2 ყველა ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნით გამოწვეული სიკვდილიანობის სტანდარტიზირებული მაჩვენებლები (ყოველ 100,000 მოსახლეზე), ევროპის ზოგიერთი ქვეყანა, 1970-1997წწ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონი. ჯანმრთელობა ყველასათვის, 1999წწ.

ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს კლებადი ტენდენცია აქვს, მაგ, ფინეთში 1981-1995 წლებში შემცირდა 28%-ით, ბრიტანეთში 1980-იანი წლებიდან 17%-ით. დიდ ბრიტანეთში 1969-1989 წლებში ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 55-64 წლის კაცებში 37%-ით შემცირდა, 45-54 წლის კაცებში კი – 52%-ით. იმავე პერიოდში ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ქალებში 55-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 71%-ით გაიზარდა. ფილტვის კიბოთი სიკვდილის შეფარდებითი რისკი (კაცი/ქალი) 55-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 6:1-დან 2.7:1-მდე შემცირდა.

კიბო და პრევენცია

კიბოს პირველადი პრევენცია რისკ-ფაქტორების შემცირებას გულისხობს: თამბაქოს მოხმარება (ფილტვის და შარდის ბუშტის კიბო), ცხიმებით მდიდარი კვების რეჟიმი (ძუძუს და კოლორექტარული კიბო), კარცინოგენური ქიმიური ზემოქმედება (მეზოთელიომა, ფილტვის კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა), კარცინოგენური ინფექციური აგენტების ზემოქმედება (ღვიძლის კიბო), მრავალი სქესობრივი პარტნიორი (საშვილოსნოს ყელის კიბო) და მზის სხივების ჭარბი ზემოქმედება (მელანომა). ფილტვის და კანის კიბო, პროფესიასთან დაკავშირებული კიბო და ნაწლავის ზოგიერთი კიბო პირველად პრევენციას განსაკუთრებით კარგად ექვემდებარება. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია საშუალებას იძლევა ღვიძლის კიბო თავიდან ავიცილოთ.

მეორადი პრევენცია დაავადების ადრეულ ეტაპზე აღმოჩენას გულისხმობს. ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა აქტივობებს, როგორიცაა ძუძუს, პროსტატის, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტული კიბოს სკრინინგი, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მეორადი პრევენციისას. საყოფაცხოვრებო, გარემო და სოციალური ფაქტორები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კიბოს განვითარებაში. შედეგად, კიბოს პრევენციისთვის ინტერსექტორული ქმედებებია აუცილებელი.

კიბოს პრევენციამ მთელი მოსახლეობა უნდა მოიცვას, რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობა უნდა ამაღლდეს. ჯანდაცვის პროფესიონალები უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობენ მოსახლეობის განათლებაში, იღებენ გადაწყვეტილებას თუ როდის და როგორ უნდა განხორციელდეს დაავადების სკრინინგი, პაციენტებთან მისაღწევად გადალახავენ სოციოეკონომიურ ბარიერებს.

ᩋᲐᲜᲐᲧᲗᲘ 5.7 ᲧᲘᲑᲝᲡ ᲞᲠᲔᲕᲔᲜᲪᲘᲐ

1. პირველადი პრევენცია
   ა. თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა.
   ბ. ბოსტნეულით, ხილითა და მარცვლეულით მდიდარი, ცხიმების დაბალი რაოდენობით შემცველი კვების რეჟიმი.
   გ. აზბესტიანი პროდუქტების ექსპოზიციის აღმოფხვრა.
   დ. მაღალი ინტენსივობის მზის სხივების ექსპოზიციის შეზღუდვა.
   ე. ქიმიური კანცეროგენების, მაგ.,ბენზპირენის ექსპოზიციის შემცირება.
   ვ. B ჰეპატიტის ვაქცინაცია.
   ზ. შენობების შემოწმება რადონზე და სადაც მაღალია, მაჩვენებლის შემცირება.
   თ. რისკის შემცველი სქესობრივი ქცევების შემცირება.

2. მეორადი პრევენცია — ადრეული დიაგნოზი
   ა. ფილტვის კიბო: სკრინინგი რენტგენოგრაფიით ან ფილტვის ციტოლოგიით არც ეფექტურია და თან არც აუმჯობესებს ფილტვის კიბოს გამოსავალს.
   ბ. ძუძუს გამოკვლევა: ყოველთვიური თვითგასინჯვა და მამოგრაფია ყოველ 2-3 წელიწადში 40-50 წლის ქალებისთვის და ყოველწლიურად ან უფრო ხშირად 50 წელზე უფროსი ასაკის ქალებისთვის. მაღალი რისკის პოპულაციას მიეკუთვნებიან თეთრკანიანი ქალები, რომლებსაც უფრო მაღალი სოციო-ეკონომიური სტატუსით აქვთ 40 წლის ზემოთ; ქალები, რომლებსაც ანამნეზში აქვთ ძუძუს კიბოს ოჯახური ისტორია, ძუძუს კეთილთვისებიანი სიმსივნე ან გადატანილი ძუძუს კიბო.
   გ. კოლორექტული კიბო: 45 წელზე უფროსი ასაკის კაცებსა და ქალებში რექტალური გამოკვლევა, მათ შორის განავალში ფარული სისხლდენის გამოკვლევა (სამი ნიმუში) და სიგმოიდოსკოპური გამოკლევა მაღალი რისკის მქონე 50 წელზე უფროსი ასაკის ინდივიდებში. მაღალი რისკის ჯგუფებში შედიან 45 წელზე უფროსი ასაკის ინდივიდები, ადამიანები რომლებსაც აქვთ კოლიტი, პოლიპოზი ან ნაწლავის კობოს ოჯახური ანამნეზი.
   დ. საშვილოსნოს ყელის კიბო: პაპ-ტესტით სკრინინგი ხარჯთეფექტურია, განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფებში. 1996 წელს აშშ-ში სკრინინგი რეკომენდირებულია ყოველ 1-3 წელიწადში ერთხელ შემდეგი რისკ-ფაქტორების მიხედვით:
      I. სქესობრივად აქტიური ქალი.
      II. დაბალი სოციო-ეკონომიური სტატუსი.
      III. პატიმრები ან მეძავეები.
      IV. სგგდ-ს ისტორია.
      V. ადრეულ ეტაპზე დაწყებული სქესობრივი ცხოვრება.
      VI. მრავალი პარტნიორი.
      VII. წინამორბედი აბორტები.
      VIII. წინამორბედი უჯრედების დისპლაზია.
      IX. ქორწინებაში არმყოფი დედები.

წყარო: Adapted from Canadian Task Force on Screening (1994) and U.S. Task Force on Screening (1996).

უფრო მეტი კვლევების საშუალებით შესაძლებელი გახდება მნიშვნელოვანი გარღვევა ამ სფეროში. გენების, რომელიც ზრდის რისკს ან კიბოს გამომწვევი მიზეზია და კარცენოგენეზთან დაკავშირებული ინფექციური აგენტების იდენტიფიცირება ძალიან მნიშვნელოვანია. მედიკამენტები, რომლებიც აჩერებენ ან გადაავადებენ კიბოს განვითარებას და სხვა კვლევები იმედის მომცემია. მტკიცებულება კვების ფაქტორებისა და კიბოს მიზეზ-შედეგობრივი კავშირისა სულ უფრო დამაჯერებელი ხდება.

ღვიძლის ქრონიკული დაავადება

1996 წელს აშშ-ში ღვიძლის ქრონიკული დაავადება და ციროზი სიკვდილის მეშვიდე ძირითადი მიზეზი იყო 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში. ღვიძლის ციროზი ასევე ავადობის მნიშვნელოვანი მიზეზია და ჰოსპიტალიზაციის 1%-ს განაპირობებს. ღვიძლის უკმარისობის მქონე პაციენტები ხშირად ხვდებიან საავადმყოფოში ისეთი სერიოზული გართულებების გამო, როგორიცაა სისხლდენა საყლაპავიდან. ეს არის დაავადებათა ჯგუფი, რომელსაც იწვევს ქრონიკული ალკოჰოლიზმი და ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი (ძირითადად B და C ჰეპატიტი). ციროზის რისკი განსაკუთრებით მაღალია ალკოჰოლის ხანგრძლივად და დიდი რაოდენობით მომხმარებლებში, დამოკიდებულია ყოველდღიურ დოზებზე. კვების სხვა ფაქტორები, როგორიცაა B ვიტამინის ნაკლებობა, შეიძლება მეორე ხელშემწყობი ფაქტორი იყოს.

B ჰეპატიტის ინფექცია, რომლის გადაცემა ხდება სისხლით, ორგანიზმის სითხეებით და ოჯახური კონტაქტით, ბევრ ქვეყანაშია გავრცელებული. დაახლოებით 2 მილიარდ დაავადებულს და 350 მილიონ ვირუსის მატარებელს ციროზის და ღვიძლის კიბოს განვითარების მაღალი რისკი აქვთ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით C ჰეპატიტის 170 მილიონი შემთხვევაა დაფიქსირებული. ინფექციის მაჩვენებელი მერყეობს 1%-დან (კანადა, ავსტრალია და დასავლეთ ევროპის ნაწილი) 1-2.4% მდე (აშშ და ევროპის უმეტესი ნაწილი, ინდოეთი და უმეტესი სამხრეთ ამერიკა), ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია 10% (ჩინეთი, აფრიკა და სამხრეთ ამერიკა). საკვების აფლატოქსინით ექსპოზიცია განვითარებად ქვეყნებში ღვიძლის ქრონიკული დაავადების ძირითადი გამომწვევია.

ღვიძლის კიბო და ციროზი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. B ჰეპატიტი ღვიძლის კიბოს განვითარების მიზეზია 60-80% შემთხვევაში, განსაკუთრებით სუბსაჰარის აფრიკის, აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის და წყნარი ოკეანეს ბასეინის განვითარებად ქვეყნებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში 1997 წელს ღვიძლის კიბოთი გარდაცვალების 505,000 ფაქტი დაფიქსირდა. რადგან 2 მილიარდი ადამიანი დაავადებულია და 350 მილიონი მატარებელი, ჯანმრთელობისMმსოფლიო ორგანიზაცია რეკომედაციას იძლევა, B ჰეპატიტის ვაქცინა ჩართული იქნას ბავშვთა რუტინულ იმუნიზაციაში, უფროსი ასაკის ინდივიდებში კი საჭიროების მიხედვით. C ჰეპატიტი, მხოლოდ 1988 წელს იქნა აღმოჩენილი. სავარაუდოდ, მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 3%-ს C ჰეპატიტი აქვს. ისინი C ჰეპატიტის ქრონიკულ მატარებლებთან ერთად ციროზის და ღვიძლის კიბოს განვითარების მაღალი რისკი ქვეშ არიან. სისხლის და სისხლის პროდუქტების C ჰეპატიტზე სკრინინგი მსოფლიო მასშტაბით სტანდარტული პროცედურა უნდა იყოს. ვირუსი ასევე ძალიან ხშირად ვრცელდება ზიარი შპრიცების და ჭურჭლის გამოყენებისას ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარების დროს. C ჰეპატიტის ვაქცინა ჯერ კიდევ არ არსებობს. ციროზის პრევენცია ალკოჰოლის ყოველდღიური მოხმარების შემცირებას და B ჰეპატიტის წინააღმდეგ უნივერსალურ იმუნიზაციას გულისხმობს. შპრიცების გაცვლითი პროგრამები ამცირებს ჰეპატიტის გავრცელებას ნარკოტიკების ინტრავენურ მომხმარებლებში.

ართრიტი და ძვალ-კუნთოვანი დაავადებები

ართრიტი და ძვალ-კუნთოვანი მდგომარეობები ფიზიკურ უუნარობას იწვევს. ექიმთან დაგვიანებული ვიზიტი და დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია მდგომარეობას ამწვავებს. ართრიტი ინვალიდობის მთავარი მიზეზია აშშ-ში. 65 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის თითქმის ნახევარზე მეტი ართრიტითაა დაავადებული. უკანასკნელი ჯანმრთელობის ეროვნული გამოკვლევის (1992წ.) მონაცემების მიხედვით ართრიტთან დაკავშირებულმა პირდაპირმა და არაპირდაპირმა ხარჯებმა 65 მილიარდი დოლარი შეადგინა. ართრიტი და სხვა რევმატოიდული მდგომარეობები (ბურსიტი, მგლურა, ფიბრომიალგია) ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელე-

ბული ქრონიკული მდგომარეობებია, დაახლოებით 43 მილიონი ადამიანია დაავადებული აშშ-ში; 2020 წლისთვის ნავარაუდებია, რომ ეს რიცხვი 60 მილიონამდე გაიზრდება. რევმატოიდული ართრიტი ინვალიდობის მთავარი მიზეზია, იგი 2-3-ჯერ უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში, ასევე შეიმჩნება ბავშვებშიც. აშშ-ში 1997 წელს ართრიტსა და ძვლოვან-კუნთოვან მდგომარეობებზე მოდიოდა ჰოსპოტალიზაციის (744,000 მიმართვა, 61% ქალი) და მკურნალობის დღეების (დაახლოებით 4 მილიონი დღე, 66% ქალი) 2.4%.

ოსტეოპოროზი. ოსტეოპოროზი მოტეხილობების, ინვალიდობისა და სიკვდილის, ასევე ძვირიანი ინსტიტუციონალური მკურნალობის ძირითადი მიზეზია. აშშ-ში ჩატარებული ჯანმრთელობის ეროვნული გამოკვლევის (1996წ.) მიხედვით დაახლოებით 26-38 მილიონ ამერიკელს ჰქონდა ოსტეოპოროზი და ბარძაყის ყელის მოტეხილობის მაღალი რისკი. რისკი უფრო მაღალია 65 წლის და უფროსი ასაკის ინდივიდებში. 1986-1996 წლებში მოტეხილობებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ამ ჯგუფში 7 მილიარდი დოლარიდან 14 მილიარდამდე გაიზარდა. უპირველესი რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ პოსტმენოპაუზის პერიოდში მყოფი ქალები ძვლის დაბალი მასის გამო. ქალებში ცხოვრების განმავლობაში ოსტეოპოროზით გამოწვეული მოტეხილობების განვითარების რისკი 40%-ია. ბარძაყის ყელის მოტეხილობის განვითარების რისკი მკრედის, საშვილოსნოს და საკვერცხის კიბოს კომბინირებული რისკის ტოლია (აშშ ოსტეოპოროზის ეროვნული ფონდი, 1999, http://www.nof.org). ამ მდგომარეობების რენტგენოლოგიური სკრინინგი, რომლის საშუალებითაც დგინდება ძვლების სიმკვრივე, შეიცვალა უფრო იაფი, პორტატული, ულტრაბგერითი ინსტრუმენტით, რომელიც ამბულატორიულად გამოიყენება. პოსტმენოპაუზის პერიოდში მყოფ ქალებს, რომელთაც უვითარდებათ ბარძაყის ყელის მოტეხილობა, აქვთ D ვიტამინის ნაკლებობა.

ოსტეოპოროზის პირველადი პრევენცია და რისკ-ფაქტორების შემცირება შესაძლებელია. პირველადი პრევენცია მიმართულია მოზარდებისკენ, ახალგაზრდა მოზრდილებისკენ და პერიმენოპაუზის პერიოდში მყოფ ქალებისკენ. იგი გულისხმობს ადეკვატურ ფიზიკურ აქტივობას, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას, კალციუმის და D ვიტამინის ადეკვატური რაოდენობით მიღებას, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შემცირებას და დაცემის პრევენციას. პოსტმენოპაუზის პერიოდში მყოფი ქალებისთვის, პრევენციამ ასევე უნდა მოიცვას უსაფრთხოების ზომები სახლში, ძვლის სიმკვრივის სკრინინგი და ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია.

დეგენერაციული ოსტეოართრიტი. ოსტეოართრიტი არის დეგენერაციული დაავადებაა. მისი გავრცელება მოსახლეობის ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ქალებში იგი განსაკუთრებით ხშირად ვითარდება მუხლის, კაცებში კი თეძოს ტერიტორიაზე. დეგენერაციული ოსტეოართრიტი მჭიდროდ არის დაკავშირებული სიმსუქნესთან და ასაკის მატებასთან. შეზღუდვები ყოველდღიური ცხოვრებისეული ერთი ან მეტი აქტივობის განხორციელებაში გვხვდება 18 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანების 21%-ში და 55 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანების 43%-ში. დეგენერაციული ოსტეოართრიტი, როგორც სამედიცინო დანახარჯების, ასევე შემცირებული პროდუქტიულობის სახით, სერიოზულ ტვირთად აწევს ეკონომიკას.

სიმსუქნის შემცირება პრევენციის მთავარი მიდგომაა, რაც ინდივიდუალურ კონსულტაციებს, თემზე ორიენტირებულ აქტივობებს საჭიროებს. მკურნალობა სიმპტომების შემსუბუქებასა და მობილურობის გაუმჯობესებაზეა ფოკუსირებული. მუხლის და ბარძაყის ყელის სახსრების ხელოვნური სახსრებით ქირურგიული ჩანაცვლება, შემდგომი ფიზიოთერაპია და სხვა სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, გართულებების პრევენციას ახდენს და სიცოცხლის ხარისხს ზრდის.

რევმატოიდული ართრიტი და პოდაგრა. რევმატოიდული ართრიტი აუტოიმუნური დაავადებაა და იწვევს სახსრის ქრონიკულ ანთებას, შებოჭილობას, დეფორმაციას, ტკივილს და ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შეზღუდვას; რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულია მოზრდილების 1%. იგი 2-3-ჯერ უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში და ასევე შეიმჩნევა ბავშვებში. რევმატოიდული ართრიტი ასოცირებულია რესპირატორული ტრაქტის ინფექციური დაავადებით გამოწვეულ ნაადრევ სიკვდილთან. სამედიცინო დახმარება უნდა მოიცავდეს იმუნიზაციას (მაგ: გრიპი და პნევმოკოკური პნევმონია), ისევე როგორც ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობას.

პოდაგრა არის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევაა, რაც იწვევს შარდმჟავას კრისტალების დეპონირებას სახსრებსა და მის გარშემო ქსოვილებში, განსაკუთრებით ტერფის მიდამოებში. პოდაგრა ასევე დაკავშირებულია იმ პროფესიულ ჯგუფებთან, რომლებიც განიცდიან ტყვიით ექსპოზიციას, მაგალითად მხატვრები, გემთმშენებლები და სხვ. ჯანმრთელობის ეროვნული კვლევის მონაცემებით, აშშ-ში პოდაგრის გავრცელების მაჩვენებელი 6-ია ყოველ 1000 ქალზე და 13-ი ყოველ 1000 კაცზე. ტყვიის ექსპოზიციის შემცირება, ადრეული დიაგნოსტიკა, დაავადების მართვა და მუდმივი მონიტორინგი გამოსავალს და სიცოცხლის ხარისხს აუმჯობესებს.

წელის სინდრომები. პირდაპირი და არაპირდაპირი დანახარჯები, დაკავშირებული კუნთების ტრავმით გამოწვეულ წელის ტკივილთან, ხერხემლის, დისკების, ან სახსრების დაზიანებებთან ლუმბარული ნერვების კომპრესიით ან მის გარეშე, აშშ-ის ეკონომიკას წელიწადში 15-25 მილიარდი აშშ დოლარი უჯდება. წელის სინდრომები განსაკუთრებით გავრცელებულია ინდუსტრიულ მუშებში, მამაკაცებში და ქალებში თანაბრად, ძირითადად 20-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. აღდგენა ხშირია (90%), მაგრამ ქრონიკული მდგომარეობები ხშირად იწვევს ძვირადღირებულ და ძირითადად არააუცილებელ ქირურგიულ ჩარევას. პრევენცია გულისხმობს სამუშაო პირობების ცვლილებას და განათლების დონის ამაღლებას, რათა შემცირდეს ზურგზე დაჭიმულობა, განსაკუთრებით მძიმე საგნების აწევის დროს.

ᲜᲔᲕᲠᲝᲚᲝᲒᲘᲣᲠᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ

ნევროლოგიური დაავადებები სერიოზულ ტვირთს წარმოადგენენ დაავადებული ინდივიდისთვის და საზოგადოებისთვის, რაც გამოწვეულია ინვალიდობის მაღალი ხარისხით, პროდუქტიულობის კარგვით, ადრეული სიკვდილით და ჯანდაცვაზე დიდი დახარჯებით. აშშ-ში ქრონიკული ნევროლოგიური დაავადებების პირდაპირი დანახარჯები 140 მილიარდ დოლარს აჭარბებს, იწვევს 400 მილიონი სამუშაო დღის დაკარგვას. დაავადებათა ეს ჯგუფი მოიცავს სკლეროზს, პარკინსონის დაავადებს, ნეირო-დეგენერაციულ აშლილობებს და ალცჰეიმერის დაავადებას. ნევროლოგიური დაავადებები გამოწვეულია ტვინისა და პერიფერიული ნერვების მწვავე და ქრონიკული ტრავმით, ინფექციითა და ქიმიური მოწამვლით.

ალცჰეიმერის დაავადება. ალცჰეიმერის დაავადება სავარაუდოდ გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც ვლინდება ხანდაზმულ ასაკში. იგი მოზრდილთა დემენციის გამომწვევი წამყვანი მიზეზია (50-60%). ალცჰეიმერის დაავადება, როგორც წესი, ვლინდება 50 წლის ასაკის შემდეგ და ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში (1.6:1). ჯერჯერობით არ არსებობს პირველადი პრევენციის ეფექტური მიდგომები, მაგრამ გარკვეული მტკიცებულებებით, ჰორმონებით ჩამანაცვლებელი და ვიტამინებით გამდიდრებელი თერაპია გარკვეულ ეფექტს ქმნის. ამ შემთხვევათა მართვა მოითხოვს თემის ჯანდაცვითი რესურსებით ოჯახში მომვლელების მხარდაჭერას. დემენციის სხვა სახეები, ან ტვინის ორგანული სინდრომები გამოწვეულია ცერებრო-ვასკულური დაავადებით, პარკინსონის დაავადებით, კრეტცფელდ-ჯაკობის დაავადებით და შიდსით.

პარკინსონის დაავადება. პარკინსონის დაავადება ხშირია 50 წლის ასაკის შემდეგ და გამოხატულია სპეციფიკური ტრემორით, სიარულის შეზღუდულობით, გადაადგილების შენელებით და კუნთების რიგიდულობით. მაჩვენებლები მერყეობს 108-დან 347 ყოველ 100,000 მოსახლეზე ჩრდილოეთ ევროპაში, 44-81 ყოველ 100,00 მოსახლეზე აზიაში, აფრიკასა და ხმელთაშუაზღვისპირეთში. არსებობს ვარაუდი ამ დაავადების გენეტიკური ბუნების შესახებ. მკურნალობა მიმართულია ფუნქციონალური სტატუსის გაუმჯობესებისკენ, მას ოჯახში მომვლელების მხარდაჭერასთან ერთად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დაავადებული ინდივიდების მაქსიმალურად დამოუკიდებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობასა და ინსტუტციონალიზაციის თავიდან არიდებაში. რადგან კუნთების რიგიდულობა გავლენას ახდენს გულმკერდის კუნთებზეც, ხშირია რესპირატორული ინფექციები და შესაბამისად, იმუნიზაცია გრიპზე და პნევმონიაზე საკმაოდ მნიშვნელოვანია.

გაფანტული სკლეროზი. გაფანტული სკლეროზი ნეირონების მიელინური გარსის დაავადებაა და მხედველობის გაუარესებას, სისუსტეს, ტრემორს, კოორდინაციის დაკარგვას, შეგრძნებების დაკარგვას, უნებლიე შარდვასა და დეფეკაციას იწვევს. ეს დაავადება ყველაზე ხშირია 20-50 წლის ასაკში და ხშირია ეკვატორიდან დაცილებულ ქვეყნებში, მაგალითად: კანადაში, ჩრდილოეთ ევროპაში და ავსტრალიაში. არსებობს გარკვეული მტკიცებულებები, რომ იგი გენეტიკური დაავადებაა, თუმცა სხვა მტკიცებულებები მის ინფექციურ ბუნებაზე მიანიშნებს. გაფანტული სკლეროზის პრევენცია შემთხვევის ეფექტურ მართვაზე, გართულებების პრევენციასა და რეაბილიტაციაზეა ფოკუსირებული. ახალი მედიკამენტები სავარაუდოდ რეციდივის სიხშირეს ამცირებს და რემისიის ხანგრძლივობას ზრდის. რეკომენდირებულია იმუნიზაცია გრიპზე და პნევმონიაზე.

ეპილეფსია ან კრუნჩხვები. ეპილეფსია ხასიათდება უეცარი არაკონტროლირებადი კონვულსიებით, რომლებიც მიმდინარეობს გამაფრთხილებელი სიმპტომებით ან მის გარეშე და გონების დაკარგვით ან მის გარეშე. დაავადება გამოწვეულია თავის ტვინის ფუნქციის დარღვევით, რაც ტვინში პათოლოგიური ელექტრული აქტივობითაა გამოწვეული. იზოლირებული გულყრა შეიძლება ყველას განუვითარდეს, ვისაც ტვინის ჰიპოქსია და ჰიპოგლიკემია აღენიშნება, ასევე ბავშვებსაც მაღალი ტემპერატურის დროს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ეპილეფსია ყოველ 130 ადამიანიდან ერთს უვლინდება, ანუ მსოფლიოში 40 მილიონ ადამიანს. დაავადების 80% განვითარებად ქვეყნებში გვხვდება. ყოველწლიურად 2 მილიონი ახალი შემთხვევა ფიქსირდება. ეპილეფსიის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია: გენეტიკური ფაქტორები, ინფექციები და ტვინის ტრამვები. იგი მოიცავს პრენატალური პერიოდის ინფექციებსა და ინტოქსიკაციას (მაგ., დედებში კოკაინის გამოყენება), ასფიქსიას და ტრავმას დაბადების დროს, დაბადების შემდგომ ინფექციებს, რომელიც იწვევს ფებრილურ კონვულსიებს, ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციებს (მაგ., მენინგიტი და ენცეფალიტი), პარაზიტულ დაავადებებს (მაგ., მალარია, შისტოსომიაზი), ასევე ალკოჰოლით, ტრავმითა და ტოქსიური ნივთიერებებით (მაგ., ტყვია, პესტიციდები) გამოწვეულ ტვინის დაზიანებებს. ეპილეფსიის პრევენცია გულისხმობს მაღალი ხარისხის პრენატალურ მომსახურებას, უსაფრთხო მშობიარობას, ჩვილებისა და ბავშვების სრულ იმუნიზაციას, ბავშვებში ცხელების კონტროლს, ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების ეფექტურ მართვას, ტვინის ტრავმის შემცირებას (მაგ., საყოფაცხოვრებო და ავტოსაგზაო უბედური შემთხვევები) და კონსულტაციები გენეტიკის საკითხებზე.

თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმა. აშშ-ში ტვინის ტრავმული დაზიანება ასოცირებულია სიკვდილის 52,000 შემთხვევასთან და ტრავმით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების 1/3-თან. დაახლოებით 80,000 ადამიანს, ვინც გადაურჩა ტვინის ტრავმულ დაზიანებას, ახასიათებს ფუნქციის გარკვეული დონით დაკარგვა, ნარჩენი ინვალიდობა და გაზრდილი მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე. თავის ტვინის ტრავმა იწვევს ხანგრძლივ ჰოსპიტალიზაციას და ხშირად ტვინის შეუქცევად დაზიანებებს. თავის ტვინის ტრავმის ძირითადი მიზეზებია: ავტოსაგზაო ტრავმა (40-50%), დაცემა (25-30%) და სპორტული ან რეკრეაციული ტრავმა (5-10%).

ზურგის ტვინის ტრავმა ძირითადად გამოწვეულია ავტოსაგზაო შემთხვევებით (50%), რეკრეაციული ტრავმით (15%) და დაცემით (15%). ხერხემლის კისრის მიდამოში დაზიანება იწვევს ოთხივე კიდურის დამბლას, ხერხემლის ქვედა მიდამოში დაზიანება კი პარაპლეგიას. ზურგის ტვინის ტრავმა განსაკუთრებით ხშირია 15-24 წლის ახალგაზრდებში. აშშ-ში ყოველწლიურად 110,000-200,000 შემთხვევა ფიქსირდება, ზურგის ტვინის ტრავმა საჭიროებს გრძელვადიან ჰოსპიტალურ და რეაბილიტაციურ მომსახურებას.

ტვინის და ხერხემლის ტრავმის პრევენცია გულისხმობს უსაფრთხო ტრანსპორტს, სამუშაო და საყოფაცხოვრებო გარემოს. ჩაფხუტის გამოყენება ველოსიპედისა და მოტოციკლეტის მძღოლებში, ფეხბურთის და ჰოკეის მოთამაშეებში და სპორტის იმ სახეობებში მოთამაშე სპორტსმენებში, სადაც თავის ხშირი ტრავმაა დაფიქსირებული, ტრავმის შემთხვევებსა და ტრავმის სერიოზულობას ამცირებს. ტრავმირებულების უსაფრთხო ტრანსპორტირებამ და გადაუდებელი დახმარების სწორმა მართვამ ტვინის დაზიანების ხარისხი შეიძლება შეამციროს.

მხედველობის პრობლემები

სიბრმავე განმარტებულია, როგორც მხედველობის ისეთი გაუარესება, რომელიც ხელს უშლის ადამიანს შესრულოს ისეთი სამუშაო, რომლისთვისაც მხედველობა აუცილებელია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 45 მილიონი ბრმა და 180 მილიონი მხედველობადაქვეითებულია, შემთხვევათა უმრავლესობა ფიქსირდება განვითარებად ქვეყნებში, სადაც სიბრმავის გავრცელების მაჩვენებელი 1-2%-ია. სიბრმავის გამომწვევი მიზეზებია (მილიონებში): კატარაქტა (19), გლაუკომა (6.4), ტრაქომა (5.6), ბავშვთა სიბრმავე (1.5), ონქოცერკოზი (0.3), და სხვა მიზეზები (10).

დიდ ბრიტანეთში 65 წელზე უფროს ადამიანებში სიბრმავის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია: სენილური მაკულარული დეგენერაცია (47%), კატარაქტა (20%), გლაუკომა (12%), დიაბეტური რეტინოპათია (2%) და სხვა მიზეზები (19%). ინგლისში ჩატარებული კვლევების შედეგების მიხედვით მაჩვენებელი ყოველ 100,000 მოსახლეზე მამაკაცებში იზრდება 3-დან (15-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) 400-მდე (75 და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფი), ხოლო ქალებში 2-დან 475-მდე იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში.

განვითარებად ქვეყნებში ვიტამინ A-ს ნაკლებობით გამოწვეული მხედველობის დარღვევები საკმაოდ ხშირია 5 წელზე უმცროსი ასაკის ბავშვებში. იგი სიბრმავეს ყოველწლიურად ნახევარ მილიონ ბავშვში იწვევს, მხედველობის დარღვევებს კი – მილიონებში. საერთაშორისო ძალისხმევით ამ დაავადების პრევენცია ვიტამინი A-ს დაამატებით ხდება. ონქოცერკოზით (მდინარის სიბრმავე) გამოწვეულია მილიონი აფრიკელის და უფრო ნაკლები ლათინოამერიკელის სიბრმავე, ონქოცერკოზის შემთხვევების კონტროლის გაუმჯობესებას უკავშირდება მნიშვნელოვანი ეკონომიკური და ჯანდაცვითი სარგებელი დასავლეთ აფრიკის ბევრ ქვეყანაში.

გავითარებულ ქვეყნებში არანამკურნალები გონორეა, სიფილისი, წითელა, კატარაქტა და გლაუკომა სიბრმავის გამომწვევი მნიშვნელოვანი მიზეზებია. არანამკურნალები ტრაქომა, გამოხატული კონიუნქტივიტითა და ქუთუთოს დეფორმაციით, კონიუქტივის შემდგომ აბრაზიას და სიბრმავეს იწვევს. იგი გავრცელებულია ახლო აღმოსავლეთში, აფრიკაში და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ნაწილში. ეს დაავადება სიღარიბესთან, ხალხმრავალ ადგილებში ცხოვრებასა და სანიტარიული პირობების ნაკლებობასთანაა ასოცირებული. სიბრმავის შემთხვევების მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი აბსოლუტურად პრევენცირებადია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბაზისური ღონისძიებებით. მარტივი, იაფფასიანი მკურნალობა ხარჯთეფექტურია და სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების პროგრამებში ფართოდ გამოიყენება.

სიბრმავის პრევენცია გულისხმობს დიაბეტის ეფექტურ მკურნალობას, გლაუკომის სკრინინგს და მკურნალობას, კატარაქტის მკურნალობას, თვალის მოვლას მზის სათვალეების გამოყენებით, იმ ადგილებში სადაც მზის ინტენსიური გამოსხივებაა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომები ასევე გულისხმობს დამცავი სათვალეების გამოყენებას, დარტყმაგამძლე ფანჯრებს, მანქანაში ღვედებს და დამცავ ბალიშებს, ინფექციური დაავადებების პრევენციას (სგგი, წითელა, წითურა), თვალის დაავადების ადრეულ ეტაპზე მკურნალობას და ინკუბტორებში რეტინოპათიის პრევენციისთვის ჟანგბადის სათანადო კონტროლს.

სმენის პრობლემები

სმენის დაკარგვა იწვევს სერიოზულ ინვალიდობას. ყრუ-მუნჯი კომუნიკაციას ჟესტებით ან წერილობით ამყარებს. ადამიანებს, სმენის მინიმალური შესაძლებლობებით, შეუძლიათ ისწავლონ ტუჩების მოძრაობით სიტყვების ამოკითხვა და მეტყველება. ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ სმენის დარღვევები, მაგრამ ცოტაოდენი სმენა, მაინც ესაჭიროებათ ტუჩების მოძრაობით სიტყვების ამოკითხვა. პრევენციის პროგრამების დაგეგმვისას აუცილებელია სიყრუით გამოწვეული ფსიქოლოგიური სტრესის გათვალისწინება ინდივიდებზე, ოჯახსა და

საზოგადოებაზე. სმენის დაქვეითების აღმოჩენა და კორექტირება ადამიანის კეთილდღეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს.

სმენის დაკარგვა ინვალიდობის გამომწვევი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში 121 მილიონ სმენადაქვეითებულია. აშშ-ში 10 მილიონ ადამიანს აქვს ხმაურით გამოწვეული დაქვეითებული სმენა; 20 მილიონი სამუშაო ადგილზე ხმაურის მავნე დონის ექსპოზიციის ქვეშ იმყოფება. პრევენციის პროგრამები ამ მდგომარეობით გამოწვეულ ტვირთს ამცირებს.

ნევროლოგიური დეფექტებით გამოწვეული სმენის დაკარგვა შეიძლება იყოს კონდუქციური ან სენსორული. სმენის კონდუქციური დაკარგვა გამოწვეულია სასმენი მილის ან შუა ყურის ობსტრუქციით. ამ შემთხვევების მკურნალობა მექანიკურად ან ქირურგიულად შეიძლება. სმენის ნეიროსენსორული დაკარგვა გამოწვეულია შუა ყურის სპეციალური სმენითი უჯრედების დაზიანებით, რასაც თავის მხრივ იწვევს სიბერე, ხმაურით გამოწვეული ტრავმა, ინფექცია, თანდაყოლილი დეფექტები, მეტაბოლური და აუტოიმუნური დაავადებები, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები, და ასევე დაუდგენელი მიზეზები. სმენის დაკარგვის ზოგიერთი შემთხვევის პრევენცია შესაძლებელია ბავშთა ადეკვატური ვაქცინაციით და იმ მედიკამენტების მიღების შეზღუდვით, რომლებსაც სმენის დაქვეითება შეუძლიათ გამოიწვიონ, თუმცა თუ სხვა ალტერნატივა არ არსებობს, მათი მიღება სისხლის მუდმივ მონიტორინგთან ერთად უნდა მოხდეს.

სმენის დაქვეითების პრევენცია გულისხმობს ხმაურის კონტროლს, განსაკუთრებით სამუშაო ადგილზე. ხმაურის გაზომვა სამუშაო ადგილას გულისხმობს დეციბელების დონის, ბგერითი ტალღების სიხშირის (ციკლი წამში ან ჰერცი), მსმენელის მიერ ხმაურის აღქმის და ზემოქმედების დროისა ან ხანგრძლივობის გაზომვას. თვითმფრინავების ხმაურის დონე აეროპორტებთან ახლოს, ავტოტრანსპორტის, ბაღის ხელსაწყოების და როკმუსიკის ხმაურის კონტროლი რთულია და ურბანული დაგეგმარების პროცესში აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული. პრევენციული პროგრამები აპარატურის მოდიფიცირებას, ხმის საიზოლაციო ბარიერების დამონტაჟებას და ყურის დამცავი საშუალებების გამოყენებას მოიცავს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამები სკოლებში გულისხმობს მობილური ლაბორატორიების საშუალებით სმენის სკრინინგს და ზედმეტი ხმაურით გამოწვეული ყურის დაზიანების შემცირებისკენ მიმართული მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას. აუცილებელია ჩვილების სმენის სკრინინგი 3 თვის ასაკამდე, შემთხვევათა შესაბამისი მკურნალობა, მართვა და განათლება.

ტრავმა, ძალადობა და დაზიანება

ტრავმა, ან გარე დაზიანება საკმაოდ ვრცელი კატეგორიაა, რომელშიც გაერთიანებულია უბედური შემთხვევები, მოწამვლა, თვითმკვლელობა, მკვლელობა და ძალადობა. ბევრ ქვეყანაში ტრავმა სიკვდილის მთავარი მიზეზია, რადგან საკმაოდ ხშირია ახალგაზრდა და შუახნის ადამიანებში. უმეტეს განვითარებულ ქვეყნებში იგი პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლების (YPLL) მთავარი მიზეზია და თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციული პროგრამების მთავარი სამიზნეა. შესაძლო ინტერვენციები მრავალფეროვანი და ეფექტურია, რაც სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე მნიშვნელობან გავლენას ახდენს (ცხრილი 5.10).

ტრავმით გამოწვეული ავადობის შემცირება შესაძლებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომებით, როგორიცა პირველადი, მეორადი და მესამეული პრევენცია. პირველადი პრევენცია მიმართულია ტრავმის გამომწვევი რისკ-ფაქტორების შემცირებისკენ და მოიცავს სხვადასხვა მიმართულებების ინტერვენციებს: არაფხიზელ მდგომარეობაში ავტომანქანის მართვის წინააღმდეგ ბრძოლა, კანონი მოტოციკლის ტარების დროს ჩაფხუტის უცილებელი გამოყენების შესახებ, კანონი მანქანის ტარებისას ღვედის აუცილებები გამოყენების შესახებ, სიჩქარის შეზღუდვის კანონები და ა.შ. მეორადი პრევენცია გულისხმობს ადრეულ და ადეკვატურ პირველად სამედიცინო ჩარევას შემთხვევის ადგილზე და ტრავმატოლოგიურ ცენტრში პაციენტის სწრაფ ტრანსპორტირებას. შემთხვევის ადგილზე კარდიოპულმონარული

ცხრილი 5.10 ტრავმებისა და პირველადი პრევენციის ღონისძიებების კლასიფიკაცია

ტრავმის სახეობა	საკონტროლო ღონისძიებები	პრევენციული განათლება
ავტოსაგზაო ტრავმა	მანდატორული ღვედი, ბავშვთა უსაფრთხოების სავარძლები და სიჩქარის შეზღუდვის კანონები; პოლიციის მიერ სისწრაფისა და მთვრალი მართვის კანონების აღსრულება; მართვის უფლების მიღების ასაკის აწევა; მართვის უფლების შეზღუდვა მაღალი რისკის ჯგუფებში; მაქანის უსაფრთხოების შემოწმება და საჰაერო ბალიშები, სტანდარტების შესაბამისად; ფეხითმოსიარულეთათვის უსაფრთხო გზები.	მძღოლთა სწავლება: ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების შესახებ ინფორმირებულობის კამპანიები, ფეხითმოსიარულეთათვის უსაფრთხოების სწავლება.
ვარდნა	ბავშვებისა და მოხუცებისთვის უსაფრთხოების მექანიზმები: არამოსრიალე ხალიჩები, მოაჯირები მოხუცებულთათვის სახლში, აბაზანაში; მედიკამენტების მიღების მონიტორინგი.	საგანმანათლებლო და საინფორმაციო კამპანიები.
დამწვრობა	სახლის გათბობის სისტემის რეგულაცია, ხელსაწყოების რეგულაციები; დამწვრობა გამძლე სათამაშოები, ბავშვების ტანსაცმელი, ლოგინის თეთრეული; ელექტრო გაყვანილობის სტანდარტებით გაკეთება, ხანძრის დეტექტორები, კარები რომელიც შიგნიდან გარეთ იღება.	ხანძრის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის ხელშეწყობა და უსაფრთხოების გზამკვლელები; თერმული ტრავმების მოვლის სწავლება.
მოწამვლა	მწარმოებლის მარკირება; მედიკამენტებსა და ოჯახში არსებული ქიმიკატებზე სპეციალური ხუფი ბავშვებმა, რომ ვერ გახსნან.	სწავლება მედიკამენტებთან და ქიმიკატებთან დაკავშირებული საფრთხის, უსაფრთხო შენახვის, მარკირების შესახებ.
ოჯახური ძალადობა	ყურადღება მიექცეს ბავშვის და ქალის ტრავმებს, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ოჯახური ძალადობით; პოლიციის და ექიმების მზაობა; თავშესაფარი ძალადობის მსხვერპლთათვის; პატიმრობა და/ან თერაპია მოძალადეებისთვის.	სწავლება ოჯახური ძალადობის რეპორტირების შესახებ.
საწარმოო ტრავმა	უსაფრთხოების სტანდარტების გაძლიერება, საფრთხის შემცველი გარემოსა და ტრავმების გამო დამსაქმებლის კრიმინალური პასუხისმგებლობა; პატარა მაღაზიების და დიდი საწარმოების, სამშენებლო ობიექტების, მეთევზეობის, სატყეო ობიექტების მონიტორინგი.	დამსაქმებელთა და დასაქმებულთა სწავლება.
სპორტული ტრავმა	ჩაფხუტის მანდატორული ხმარება მოტოციკლისტებისთვის, ველოსიპედისტებისთვის, სპორტში, მოყვარულებისთვის და პროფესიონალებისთვის; რეკრეაციული სპორტის/ სათამაშო ტექნიკის მონიტორინგი.	კონტაქტური სპორტის სახეობებში ვარჯიშის უსაფრთხოების სწავლება; კარგი წვრთნა.
თვითმკვლელობა	ცნობიერების ამაღლება მოსახლეობაში, განსაკუთრებით ჯანდაცვის მუშაკთა, მასწავლებელთა და სოციალური მუშაკთა შორის.	ცხელი ხაზი
ჩაძირვა	წყლის უსაფრთხოების კომისიის მიერ რეკრეაციული საცურაო ადგილებისთვის სამეთვალყურეო სახელმძღვანელოების შექმნა, საცურაო ადგილების შემოღობვა; გაწვრთნილი მაშველები და კარდიოპულმონალური რეანიმატაცია (CPR) სანაპიროებსა და საცურაო აუზებზე.	საცურაო და სანაოსნო უსაფრთხოების შესახებ ინფორმირებულობა; ცურვის სწავლება სკოლებში, საზაფხულო ბანაკებში, CPR.

რეანიმაცია, სუნთქვის ხელშეწყობა, სისხლდენის შეჩერება და შოკის მკურნალობა ლეტალობას მნიშვნელოვნად ამცირებს. მესამეული პრევენცია გულისხმობს ეფექტურ და ადრეულ რეაბილიტაციას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ინვალიდობას და გრძელვდიან მართვას უფრო ეფექტურს ხდის, ისევე როგორც თავის ტრავმული დაზიანების დროს.

უბედური შემთხვევა უეცარი და მოულოდნელი მოვლენაა, რომლის დროსაც შესაძლებელია ადამიანს ზიანი მიადგეს. ეს არ გულისხმობს, რომ შემთხვევის თავიდან აცილება შეუძლებელია, რადგან არსებობს ფუნდამენტური პრევენციული ღონისძიებები, თუმცა, მიუხედავად ამისა, უბედური შემთხვევების რისკი მზარდია.

თუ მძღოლი მანქანას მთვრალი ატარებს და სიჩქარეს აჭარბებს, ავარიის და სიკვდილის შემთხვევაში, იგი სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის ქვეშ უნდა დაგეს. თუ ქარხნის მმართველი ავალებს ან ნებას რთავს მუშას იმუშაოს სახიფათო პირობებში, რომელიც შეიძლებოდა პრევენცირებული ყოფილიყო, მას ასევე სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა ემუქრება.

ზოგიერთი დაზიანება და სიკვდილი შეიძლება განზრახ იქნას ჩადენილი, ასეთია მკვლელობა, გაუპატიურება, ფიზიკური შეურაცხყოფა, ბავშვებზე ძალადობა და თვითმკვლელობა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ორიენტირებულია როგორც განზრახ, ასევე შემთხვევით დაზიანებებზე და სხვადასხვა პრევენციული პროგრამით, დაგეგმვით, ორგანიზაციით, საზოგადოების განათლებით, სწავლებით და გადარჩენის ღონისძიებებით მათ შემცირებას ცდილობს.

ძალადობის პრევენცია გულისხმობს მასწავლებლების, პოლიციის, სოციალური მუშაკების, ჯანდაცვის პროფესიონალების და მთლიანად საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლებას ძალადობის პონტეციური და ფაქტიური ნიშნების, განსაკუთრებით ბავშვებში და ქალებში, აღმოჩენასთან დაკავშირებით. ძალადობის პრევენციის სხვა ინტერვენციები მოიცავს ცეცხლსასროლი იარაღის კონტროლს, სკოლებში იარაღის შეტანის პრევენციას, ძალადობის მსხვერპლთათვის ცხელი ხაზების ფუნქციონირებას, თავშესაფრებს პოტენციურ და ფაქტიურ მსხვერპლთათვის, ტრენინგებს თავდაცვაში, პოლიციის სწრაფ რეაგირებას, სასმელზე შეზღუდვების აღსრულებას და მოზარდების რეკრეაციული აქტივობების მონიტორინგს. სხვადასხვა მიზეზებით გამოწვეულ ტრამვასთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებლები აშშ-ში ნაჩვენებია ცხრილში 5.11.

ცხრილი 5.11 ასაკთან შესაბამისებული სიკვდილობა შერჩეული ტრავმის მიზეზებით, მთლიანი მოსხლეობა, მაჩვენებელი ყოველ 100,000 მოსახლეზე, აშშ, შერჩეული წლების მიხედვით, 1950-1996 წლები

შემთხვევა	1950	1960	1970	1980	1990	1996
ავტოსაგზაო	23.3	22.5	27.4	22.9	18.5	16.2
მკვლელობა	5.4	5.2	9.1	10.8	10.2	8.5
თვითმკვლელობა	11.0	10.6	11.8	11.4	11.5	10.8

წყარო: *Health, United States,* 1998.

ავტოსატრანსპორტო შემთხვევები

ტრავმით გამოწვეული სიკვდილის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი ავტოსაგზაო შემთხვევებია. ავტოსაგზაო შემთხვევები ასოცირებულია სიკვდილთან, ტრავმასთან და სამედიცინო მომსახურების ხარჯებთან. აშშ-ში, ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგად 45,000 ადამიანი იღუპება, მათგან 60% 35 წლის და უფრო ახალგაზრდაა. ტვინის და ხერხემლის დაზიანებების 50% ავტოსაგზაო შემთხვევებითაა გამოწვეული. 2000 წლისთვის აშშ-ის ჯანმრთელობის მიზანია ყოველ 100,000 მოსახლეზე ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილობა 19-დან (1987 წ.) 17-მდე (2000 წ.) შემცირდეს.

ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული ტრავმა არა მხოლოდ განვითარებულ ქვეყნების, არამედ განვითარებადი ქვეყნების პრობლემაცაა, სადაც ავტოსაგზაო შემთხვევების მაჩვენებლები განსაკუთრებით მაღალია. განვითარებად ქვეყნებში, სავარაუდოდ, ალკოჰოლის მოხმარება უფრო ნაკლებადაა შეზღუდული, გზის უსაფრთხოება დაბალ დონეზეა, მანქანები მოძველებული და ცუდადაა შენახული, მძღოლები ნაკლებად გამოცდილები არიან.

ტრავმების შემცირება ავტოსაგზაო შემ-

თხვევების გამო მოითხოვს კომპლექსურ ინიციატივებს სხვადასხვა მიმართულებით, კერძოდ, კანონმდებლობა, განათლება და ტექნიკური განვითარება. შეზღუდვებმა მგზავრთა უსაფრთხოებისთვის (უსაფრთხოების ღვედები, ბავშვთა უსაფრთხო სავარძლები, უსაფრთხოების ბალიშები) და ჩაფხუტებმა (მოტოციკლისტების და ველოსიპედისტების) დაამტკიცა, რომ სიკვდილიანობის შემცირების პოტენციალი არსებობს. სიჩქარის გადაჭარბებით, ალკოჰოლის მოხმარებით, დაღლილობით ან დაუდევრობით გამოწვეული ავტოსაგზაო შემთხვევების პრევენცია გულისხმობს ადამიანურ ფაქტორთან გამკლავებას და მკაცრ შეზღუდვებსა და განათლებაზეა დამყარებული. კანონებმა და შეზღუდვებმა ტრანსპორტის, განსაკუთრებით მუხრუჭების და განათების, გამართული მუშაობა უნდა უზრუნველყოს. მთავრობებმა გზის ადეკვატურ განათებაზე, მხედველობის ბარიერების მოცილებაზე და კარგ გზებზე უნდა იზრუნონ.

უნდა დაინერგოს მძღოლების, განსაკუთრებით 25 წელზე ახალგაზრდა და 75 წელზე უფროსი ასაკის, მკაცრი ტესტირება. სტატისტიკურად, ქალები უფრო უსაფრთხო მძღოლები არიან, ვიდრე მამაკაცები და ისინი წახალისებულები უნდა იქნან, რომ ავტობუსები, სატვირთო მანქანები და სამხედრო ტრანსპორტი ატარონ. სიჩქარის ლიმიტის შენარჩუნება, 55 მილზე ნაკლები საათში (90 კმ/სთ; 50მილი/სთ ან 80 კმ/სთ სატვირთო მანქანებისთვის) ისევე ამცირებს ტრავმის ლეტალობას, როგორც გზის ცენტრალური და გვერდითი ბარიერები.

კანონმდებლობა ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილისა და ტრავმების შემამცირებელი ძირითადი ფაქტორია. უსაფრთხოების ღვედის მანდატორული გამოყენება ტრავმების სამძიმის შემცირების ძირითადი ხელშემწყობი ფაქტორია. სიჩქარის შეზღუდვების შემოღებამ და მთვრალი მძღოლების დაკავებამ მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინა, სიკვდილობა და მძიმე ტრავმების რაოდენობა შეამცირა. კანონოს დამრღვევთა ადეკვატური დასჯა პოლიციის ჩარევით, მაღალი ჯარიმებით, სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობით და მართვის მოწმობის ჩამორთმევით უნდა განხორციელდეს.

სიჩქარისა და ტრავმის ფიზიკური ურთიერთქმედება მექანიკური ენერგიის ან მოძრაობის სიჩქარის კანონს ეფუძნება. ადამიანს, რომელიც მოძრაობს 55 მილი/სთ-ში (90 კმ/სთ) აქვს ოთხჯერ მეტი კინეტიკური ენერგია, ვიდრე ადამიანს, რომელიც მოძრაობს 30 მილი/სთ-ით (45 კმ/სთ). ტრავმა მით უფრო მძიმეა, რაც უფრო დიდია სიჩქარე. სიჩქარის ლიმიტის აწევა 55 მილი/სთ ზემოთ ან საერთოდ გაუქმება სავალალო შედეგებს გამოიწვევს. ეს სიკვდილიანობის კვლევებში დამტკიცდა. მათი შედეგების მიხედვით ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილიანობა იზრდება, როცა სიჩქარის ლიმიტი ზევით იწევს და მცირდება, როცა შეზღუდ-

ᲩᲐᲜᲐᲮᲐᲗᲘ 5.8 ᲐᲕᲢᲝᲡᲐᲑᲖᲐᲝ ᲨᲔᲛᲗᲮᲕᲔᲕᲔᲑᲘᲡ ᲑᲐᲛᲝᲬᲕᲔᲣᲚᲘ ᲢᲠᲐᲕᲛᲔᲑᲘᲡ ᲨᲔᲛᲪᲘᲠᲔᲑᲘᲡ ᲐᲜ ᲞᲠᲔᲕᲔᲜᲪᲘᲘᲡ ᲘᲜᲢᲔᲠᲕᲔᲜᲪᲘᲔᲑᲘ

1. უსაფრთხოების ღვედის მანდატორული გამოყენება.
2. მძღოლებისთვის ალკოჰოლის სტანდარტების შემოღება და ტესტირება.
3. ადმინისტრაციული კანონის საფუძველზე მართვის მოწმობების ჩამორთმევა.
4. მოტოციკლის და ველოსიპედის ჩაფხუტების მანდატორული გამოყენება.
5. სიჩქარეზე შეზღუდვების დაწესება: 55 მილი/სთ (90 კმ/სთ) ქალაქში (50 მილი/სთ ან 80 კმ/სთ სატვირთოებისთვის).
6. ალკოჰოლის მოხმარების ასაკის მინიმუმამდე დაწევა.
7. ბავშვთა უსაფრთხო სავარძლების მანდატორული გამოყენება.
8. უსაფრთხოების ბალიშები მძღოლებისა და მგზავრებისთვის.
9. ტრანსპორტის და გზის სტანდარტები.
10. განათლების და საზოგადოებრივი კანონების დაცვა.

წყარო: Centers for Disease Control. 1992. Setting the national agenda for injury control in the 1990s. *MMWR,* 41:1–4.

ვები სიჩქარეზე ქვევით იწევს. ქვეყნებმა, განსაკუთრებით შეზღუდული რესურსებით, უნდა დააწესონ უფრო დაბალი შეზღუდვა სიჩქარეზე და ინვესტიცია განახორციელონ საზოგადოებრივ ტრანსპორტში, პოლიციის მუშაობის გაუმჯობესებაში და მძღოლთა განათლებაში, ვიდრე ინვესტირება მოახდინონ ძვირადღირებული ავტობანების მშენებლობაში.

უკანასკნელი რამდენიმე ათწლეულის მანძილზე მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა გადაუდებელ დახმარებასთან დაკავშირებით, რამაც უდავოდ მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი ტრავმისგან გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებლების შემცირებას. ცენტრალურ ტრავმატოლოგიურ ცენტრებს მრავალფეროვანი სერვისები გააჩნიათ და უკეთესი შედეგები აქვთ, დიდი რაოდენობით ადამიანებს ემსახურებიან და შესაბამისი გამოცდილებითაც გამოირჩევიან. ორგანიზებული სასწრაფო დახმარება, კარგად ტრენირებული და მუდმივად მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ექიმებით, რომლებსაც პაციენტები ტრამვატოლოგიურ ცენტრებში გადაყავთ, სიკვდილიანობისა და დაზიანების მაჩვენებლების შესამცირებლად ეფექტური აღმოჩნდა. იმ მიზნების მისაღწევად, როგორიც არის ტრავმების კონტროლი, სიკვდილობისა და ტრავმების შემდგომი გართულებების შემცირება, ამ პროგრამებს სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვთ.

ოჯახური ძალადობა

ოჯახურ ძალადობას დღესდღეობით უფრო დიდი ყურადღება ექცევა საზოგადოების მიერ ვიდრე ეს ხდებოდა ადრე, ასე რომ, მათი რაოდენობის ზრდა დაკავშირებული უნდა იყოს ანგარიშგების გაუმჯობესებასთან. ზოგიერთი ფაქტორი, რომელიც ამ ტიპის განზრახ მიყენებულ ტრავმებს განსაზღვრავს, მოიცავს სოციო-ეკონომიურ სტატუსს, ალკოჰოლის გამოყენებას და ოჯახის წევრთა ოჯახურ ანამნეზს, შეიძლება რომელიმე მათგანი თვითონ იყოს ძალადობის მსხვერპლი. მონაცემები ბავშვთა, სქესობრივი და ცოლ-ქმრული ძალადობის შესახებ ჯერჯერობით არ არის ხელმისაწვდომი. ოჯახური ძალადობის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდამ ანგარიშგების გაუმჯობესება გამოიწვია. პრევენცია გულისხმობს საზოგადოების სერიოზულ დაინტერესებას, პოლიციის და სასამართლოს მკაცრ ჩარევას ძალდატანებითი მკურნალობის სახით და განმეორებით დამრღვევების დაპატიმრებას.

თვითმკვლელობა და თვითმკვლელობის მცდელობები

საერთაშორისო მასშტაბით თვითმკვლელობის მაჩვენებლები განსხვავდება, უმეტესი შემთხვევები ფიქსირდება მოზარ მამაკაცებში და მოხუცებში. 1950-1990 წლებში თვითმკვლელობის მაჩვენებლები კანადელ ახალგაზრდა (15-24 წ.) მამაკაცებში 317%-ით, ხოლო ქალებში 257%-ით გაიზარდა. მამაკაცთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში 10-ზე ნაკლებია, მაგრამ აშშ-სა და კანადაში იგი 20-ზე მეტია (ყოველ 100,000 მოსახლეზე). ევროპაში, თვითმკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები უფრო დაბალია ხმელთაშუაზღვისპირეთის ქვეყნებში (იტალია, ესპანეთი, საბერძნეთი); 40-ზე მეტია (ყოველ 100,000 მოსახლეზე) საფრანგეთში, შვეიცარიაში, შვედეთში, დანიაში, ფინეთში, ავსტრიასა და ბელგიაში. თვითმკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები უნგრეთში 100-ზე მეტია მამაკაცებში, ხოლო ქალებში 30 (ყოველ 100,00 მოსახლეზე).

აშშ-ში თვითმკვლელობა სიკვდილიანობის მე-8 ძირითადი მიზეზია. 15-19 ასაკის ადამიანებში თვითმკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები სტაბილურია, 11 (ყოველ 100,000 მოსახლეზე) 1950 წელს და 10.8 1996 წელს, მაგრამ ამ სტაბილურობით შენიღბულია ასაკობრივი და სქესობრივი განსხვავებები. 45 წელზე უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში სერიოზული კლება და 15-24 წ. ასაკობრივ ჯგუფში კი სამმაგი ზრდა ჯერ კიდევ ფიქსირდება. ყოველი ათი თვითმკვლელობის მცდელობიდან ერთია წარმატებული და უფრო ხშირად მამაკაცებში. სავარაუდოდ თვითმკვლელობების 30% მენტალური აშლილობებით, დანარჩენი კი ცხოვრებისეული პრობლემებით, დაბალი თვითშეფასებით, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარებით და დეპრესიითაა გამოწვეული.

ითვლება, რომ თვითმკვლელობის საშუალებებზე, როგორიც არის იარაღზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, თვითმკვლელობის წარმატებულობის ალბათობას ამცირებს. თვითმკვლელობის მაჩვენებლებს ასევე ამცირებს ამ შემთხვევების გასაჯაროების შემცირება. თვითმკვლელობის საფრთხე სერიოზულად უნდა აღვიქვათ. ჯანდაცვის მუშაკები, მასწავლებლები, ფსიქოთერაპევტები და რელიგიური ლიდერები სუიციდის პრევენციის და დეპრესიის პერიოდში

დახმარების შესახებ ტრენინგს უნდა გადიოდნენ. მენტალური ჯანმრთელობა და მხარდამჭერი რჩევები ჯანდაცვის ნებისმიერი სისტემის ნაწილი უნდა იყოს, ვინაიდან სუიციდისკენ მიდრეკილი ინდივიდი გადაუდებელ ყურადღებას და მოვლას მოითხოვს. სუიციდის პრევენციისთვის მოხალისეების სატელეფონო რჩევები ცხელი ხაზის საშუალებით ძალზე მნიშვნელოვანია.

მკვლელობა

ზოგიერთ ქვეყანაში მკვლელობა სიკვდილის ძირითადი მიზეზი გახდა, მაგალითად, კოლუმბიაში. აშშ-ში ახალგაზრდა მამაკაცებში (15-24 წ.) მკვლელობა სიკვდილის მეოთხე ძირითადი მიზეზია. მკვლელობების ეპიდემიოლოგიური ანალიზით ვლინდება მკვლელობების კავშირი ნარკოტრეფიკთან, რომელიც მოიცავს როგორც მდიდარი ნარკოდილერების კონკურენციას, ასევე ქუჩურ გარჩევებს. ძალადობა სკოლის ბავშვებს შორის საკმაოდ ხშირი მოვლენაა, ისევე როგორც მანქანებიდან შემთხვევითი სროლა, რომელიც ხშირად ბავშვთა სიკვდილით მთავრდება. მკვლელობები ხშირად დაკავშირებულია მტრულად განწყობილ დაჯგუფებებთან და უბრალოდ ძალადობრივ სიკვდილთან, რომელიც ძალიან ხშირია ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. ძალადობა აშშ-ის ქალაქებში დაკავშირებულია სოფლებთან, სადაც პატარა ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ მკვლელობისკენ მიდრეკილება, ხელი მიუწვდებათ იარაღზე. იარაღის კონტროლზე კანონის შემოღებამ გარკვეული შედეგი გამოიღო, მაგრამ იარაღი აშშ-ის მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის მაინც ხელმისაწვდომია.

მონაცემები ეპიდემიოლოგიური კვლევებისთვის ხელმისაწვდომია ნაციონალური და ადგილობრივი პოლიციიდან, მაგრამ საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ჩანაწერები უფრო სრულ სურათს იძლევა, რადგან პოლიციაში ძალადობის შემთხვევების 50% არ არის რეგისტრირებული. 1990-იან წლებში მკვლელობის მაჩვენებლებმა აშშ-ში დაიკლო. კლება ხშირად განპირობებულია ეკონომიური მდგობარეობის გაუმჯობესებით, უმუშევრობის დაბალი მაჩვენებლით, მკაცრი სადამსჯელო კანონებით და წარმატებული საზოგადოებრივი პოლიტიკით. თუმცა აშშ-ში მკვლელობის მაჩვენებლები ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ინდუსტრიულ ქვეყნებში.

ძალადობის პრევენცია

ბევრ ქვეყანაში ძალადობა სიკვდილის გამომწვევი მთავარი მიზეზია, განსაკუთრებით მოზარდებში და ახალგაზრდა მამაკაცებში. ოჯახური ძალადობა, რომელიც ხშირად მკვლელობამდე მიდის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. ძალადობის და ძალადობასთან დაკავშირებული ტრავმების პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა, რადგან მაღალია სიკვდილიანობის და ტრავმების მაჩვენებლები, ხოლო საზოგადოებას გრძელვადიანი ზიანი ადგება. ინტერვენციები მოიცავს მთელ საზოგადოებას და არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორს. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ადვოკატირების პროცესში.

რელიგიური, ეროვნული და სხვა პოლიტიკური მოტივებით გამოწვეული ძალადობა, რომელსაც ხშირად თან ახლავს შოკისმომგვრელი მხეცობა, ცხოვრებისეული ფაქტია, როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. ბომბები, რომლებსაც ავტობუსებში, მეტროში, თვითმფრინავებში ან შენობებში ამონტაჟებენ, ასევე ეთნიკური წმენდა, უდიდეს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ტრავმას იწვევს. ამ ფაქტორს ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალთა მიერ სერიოზული ყურადღება უნდა მიექცეს.

დრამატული მოვლენები, როგორიცაა ძალადობა სკოლაში და მოზარდების მიერ მასობრივი მკვლელობები, მთელ მსოფლიოში ძირითადად 1990-იან წლებში დაიწყო პატარა თემებში, რომლებიც კრიმინალის დაბალი დონით გამოირჩეოდნენ, მაგალითად, ჯონესბორო, არკანზასი, ლითლტონი, კოლორადო, ასევე ავსტრალია, კანადა და შოტლანდია. 1997 წელს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ეროვნული კვლევის ანგარიშის მიხედვით კვლევის ჩატარებამდე 12 თვის განავლობაში აშშ-ის სტუდენტების 8.5% სკოლაში იარაღს ატარებს, 7.4%-ს კი იარაღით დაემუქრნენ. ბევრი ადამიანი ამ შემზარავ სტატისტიკაში ბრალს მედიას სდებს, რომელიც ძალადობას ფილმების, ტელევიზიისა და ინტერნეტის საშუალებით აშუქებს. ინტერნეტი გახდა პოლიტიკური ექსტრემისტებისა და ნეო-ნაცისტური იდეალების ფორუმი, ისევე როგორც იარაღით არალეგალურად ვაჭრობის საშუალება. შედეგი კი ის არის, რომ ახალგაზრდებს ეძლევათ შესაძლებლობა, ფანტაზიით მკვლელობა წარმოიდგინონ, ჩაიდი-

ჩანართი 5.9 ძალადობის და ძალადობით გამოწვეული ტრავმების პრევენცია

1. ოჯახური ძალადობის მსხვერპლის ამოცნობის გაუმჯობესება და დამნაშავეების წინააღმდეგ სადამსჯელო ღონისძიებების ხელშეწყობა.
2. სამედიცინო ობიექტების მზადყოფნა ოჯახური ძალადობის გამაფრთხილებელი ნიშნების გამოცნობისთვის და შემთხვევათა ანგარიშგების ვალდებულება.
3. თემების განათლებისა და გაძლიერების საშუალებით სპეციალური პროგრამების განვითარება ძალადობის შესამცირებლად.
4. კანონის ძალით ცეცხლსასროლი იარაღის ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა.
5. ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების ქრონიკული მომხმარებლების, რომლებსაც მიდრეკილება აქვთ ძალადობისკენ, მონიტორინგი, მკურნალობა ან დაპატიმრება.
6. ბავშვების ტრენინგი თავდაცვისა და პრევენციის შესახებ.
7. საზოგადოებასა და სკოლაში ძალადობრივი ქცევის საწინააღმდეგო სწავლების ხელშეწყობა.
8. მენტალური ჯანმრთელობის სამსახურების განვითარება, რომელთა მთავარი მიზანი ძალადობის და თვითმკვლელობის პრევენციაა.
9. შემცირდეს ალკოჰოლის მოხმარება გადასახადების დაწესებით, პოლიციის გაძლიერებით და განათლებით.
10. ძალადობის და გაუპატიურების მსხვერპლთათვის კრიზისული ინტერვენციების და საერთო საცხოვრებლების მომსახურების ხელშეწყობა.
11. ბავშვებისთვის განკუთვნილ დროს სატელევიზიო გადაცემებში ძალადობის აკრძალვა.
12. ძალადობის მსხვერპლთათვის ცხელი ხაზებისა და თავშესაფრების ფუნქციონირება.
13. ძალადობის და გაუპატიურების სიტუაციების იდენტიფიცირებასა და კონსულტაციებში ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების ტრენინგი.
14. საზოგადოებრივი მასმედიის საშუალებით ოჯახური ძალადობის შესახებ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

წყარო: U.S. Public Health Service Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services.* Second Edition. Baltimore: Williams and Wilkins.

ნონ დანაშაული, დაიკმაყოფილონ შურისძიების წყურვილი, იმოქმედონ სიძულვილით ან მიაღწიონ დიდებას. რადგან მოზარდ მამაკაცებში სარისკო ქცევების მაღალი მაჩვენებელია, განსაკუთრებული სიფხიზლე მართებთ მშობლებს, ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებს, საგანმანათლებლო სისტემას და საზოგადოებას. შემაშფოთებელი ნიშნების ძიება, იარაღების გაყიდვის აკრძალვა საზოგადოებას ამ სერიოზული პრობლემის მოგვარებაში დაეხმარება.

ქრონიკული მდგომარეობები და ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

ქრონიკული მდგომარეობების ტვირთი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფართო კონტექსტით პირველადი, მეორადი და მესამეული პრევენცია კარგი კლინიკური პრაქტიკის და კარგი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრაქტიკის ნაწილია. კლინიკურ მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას შორის კავშირი მოითხოვს გაძლიერებას, სტიმულირებას და ადმინისტრაციულ ცვლილებებს, რაც ხელს შეუწყობს არსებული ტექნიკის უფრო ფართოდ გამოყენებას, რომელიც საშუალებას მისცემს ქრონიკულ პაციენტებს, შეინარჩუნონ ჯანმრთელობა საკუთარ სახლში. ჯანდაცვის ეკონომიკა ჯანდაცვის პოლიტიკის განუყოფელი ნაწილია, ხარჯთეფექტური მკურნალობის მეთოდების კვლევა, დაავადებებისა და ინვალიდობის პრევენცია ჯანდაცვის

ნაწილია.

ქრონიკული მდგომარეობები ხშირად ასოცირებულია დაავადების მწვავე კრიზისთან, რომელსაც ბევრი ფაქტორი იწვევს. გაუმჯობესებულ მკურნალობას კრიზისის პრევენცია შეუძლია. ჯანდაცვის სისტემას მწვავე შემთხვევების პრევენციაზე პასუხისმგებლობა აკისრია, რათა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებები არ იყოს ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებით გადავსებული, რასაც ძირითადად ის ფაქტი იწვევს, რომ პაციენტები თავის დროზე არ მიმართავენ ექიმს. ამ მდგომარეობების მართვა და პრევენცია ჯანდაცვის სისტემის ყველა კომპონენტის მოვალეობაა.

შეიძლება უფრო რთული იყოს უბედური შემთხვევის ან დიაბეტური განგრენის მიზეზით ფეხის ამპუტაციის პრევენცია, ვიდრე მისი შედეგების მკურნალობა. ადამიანისა და საზოგადოების სარგებელი პრევენციის შედეგად უსასრულოდ დიდია. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა შეზღუდული რესურსების და განვითარებადი სამედიცინო ტექნოლოგიების, ადამიანების ღირსების და უფლებების შენარჩუნების და ეთიკური საკითხების კონტექსტში, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და დაავადებულთა მკურნალობას გულისხმობს.

ᲘᲔᲖᲘᲪᲛᲔ

ქრონიკული მდგომარეობები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი პრობლემაა როგორც მრავალ ინდუსტრიულ ქვეყანაში, ასევე განვითარებად ქვეყნებშიც. დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში კარდიოვასკულური დაავადებები, კიბო და ტრავმა სიკვდილის მთავარი გამომწვევი მიზეზია, მაგრამ სიცოცხლის პოტენციური წლების დაკარგვის მთავარი მიზეზი მაინც ტრავმაა. მზარდი სიცოცხლის ხანგრძლივობა, გაუმჯობესებული კვება, სოციალური დახმარება და მკურნალობა უფროსი ასაკის მოსახლეობას სიცოცხლეს უხანგრძლივებს და მათ უფრო ჯანმრთელს ხდის, ვიდრე წინა თაობებს. საშუალო და უფროსი ასაკის მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა რისკ-ფაქტორების შემცირებით, ჯანმრთელობის ხელშეწყობით და ეფექტური სამედიცინო მკურნალობით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა კლინიკურ სერვისებს შორის პარტნიორობას გულისხმობს, რათა პრევენცირებული იქნას და გაკონტროლდეს ქრონიკული დაავადებები, ასევე პრევენცირებული იქნას ან გადაიდოს მათი გართულებები. ცერებროვასკულური და გულის კორონარული დაავადებებისგან გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის დრამატული შემცირება ამგვარი სწორად მიდგომითაა მიღწეული. დაავადებულთა კეთილდღეობის გაუმჯობესებისკენ მიმართული პრევენციული ღონისძიებები ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მთავარი ელემენტი უნდა იყოს.

ᲔᲚᲔᲥᲢᲠᲝᲜᲣᲚᲘ ᲛᲔᲓᲘᲐ

American Diabetes Association. http://www.diabetes.org/

Arthritis Foundation. http://www.arthritis.org/

National Cancer Institute. http:/www.nci.nih.gov/

National Eye Institute. http://www.nei.nih.gov/

National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Congestive heart failure in the United States: A new epidemic (1996). http://www.nhbi.nhi.gov/nhlbi/cardio/other/gp/CHF.htm

National Institute of Arthritis and Skin Diseases. http://www.nih.gov/niams

National Institute of Deafness and other Communication Disorders. http://www.nih.gov/nided

National Institute of Diabetes and Digestive and Diseases of the Kidney. (NIDDK). http://www.niddk.nih.gov/

National Institutes of Health. http://www.nih.gov/icd/

National Institute of Health Consensus Program. http://www.opd.nih.gov/consensus/cons

National Osteoporosis Foundation. http://www.nof.org/

World Health Organization, European Region, Health for all data base (1999). See website for instructions to download HFA database. http://www.who.dk/country/readwin1.htm.

ჩვეულებრივი სვეტით

Andrews, H. F., Kerner, J. F., Zauber, A. G., Mandelblatt, J., Pittman, J., Struening, E. 1994. Using census nd mortality data to target small areas for breast, colorectal, and cervical cancer screening. *American Journal of Public Health,* 84:56–61.

Braunwald, E. 1997. Shattuck lecture—Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: Triumphs, concerns, and opportunities. *New England Journal of Medicine,* 337:1360–1369.

Breslow, L., Breslow, N. 1993. Health practices and disability: Some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine,* 22:86–95.

Campbell, L. A., Kuo, C.-C., Grayston, J. T. 1998. *Chlamydia pneumoniae* and cardiovascular disease. *Emerging Infectious Diseases.* 4:571–579.

Centers for Disease Control. 1992. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:649–656.

Centers for Disease Control. 1997. National diabetes awareness month. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:1013–1027.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900–1999. Decline in deaths from heart disease and stroke, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:649–656.

Elders, M. J., Perry, C. L., Erikson, M. P., Giovano, G. A. 1994. The Report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health,* 84:543–547.

Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly,*46:78–85.

Hoffman, C., Rice, D., Sung, H-Y. 1996. Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association,* 276:1473–1479.

Jeanneret, O., Sand, E. A. 1993. Intentional violence among adolescents and young adults: An epidemiological perspective. *World Health Statistics Quarterly,* 46:34–51.

Kannel, W. B., Wolf, P. A. [editorial]. 1992. Inferences from secular trend analysis of hypertension control. *American Journal of Public Health,* 82:1593–1595.

LeBoff, M. S., Kohlmeister, L., Hurwitz, S., Frankin, J., Wright, J., Glowacki, J. 1999. Occult vitamin D deficiency in postmenopausal U.S. women with acute hip fracture. *Journal of the American Medical Association,* 281:1505–1511.

Mosterd, A., D'Agostino, R. B., Silbershatz, H., Sytkowski, P. A., Kannel, W. B., Grobbee, D. E., Levy, D. 1999. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *New England Journal of Medicine,* 340:1221–1238.

Sytkowski, P. A., D'Agostino, R. B., Belanger, A., Kannel, W. B. 1996. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: The Framingham Heart Study, 1950–1989. *American Journal of Epidemiology,* 143:338–350.

Winkleby, M. A., Taylor, C. B., Jatulis, D., Fortmenn, S. P. 1996. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention: The Stanford Five-City Project. *American Journal of Public Health,* 86:1773–1779.

ბიბლიოგრაფია

Advisory Board, International Heart Health Conference. 1992. *The Victoria Declaration on Heart Health.* Ottawa: Health and Welfare, Canada.

Blaser, M. 1997. *Heliobacter pylori* persistence and injury of the human stomach. *In* Brown, F., Burton, D., Doherty, P., Breslow, L., Beck, J. L., Morgenstern, H., Fielding, J. E., Moore, A., Carmel, M., Higa, J. (eds). Development of a health risk appraisal for the elderly (HRA-E). *American Journal of Health Promotion,* 11:337–343.

Brownson, R. C., Remington, P. L., Davis, J. L. (ed.). 1998. Second Edition. *Chronic Disease Epidemiology and Control.*Washington, DC: American Public Health Association.

Canadian Task Force on Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* Ottawa: Health Canada.

Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Prevention of blindness associated with diabetic retinopathy. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:191–195.

Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:669–672.

Centers for Disease Control. 1993. Mortality trends for selected smoking related cancers and breast cancer—United States, 1950–1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:857–866.

Centers for Disease Control. 1993. Surveillance for diabetes mellitus, United States, 1980–1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:SS-2:1–20.

Centers for Disease Control. 1994. Deaths resulting from firearm and motor-vehicle-related injuries—United States, 1968–1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:37–42.

Centers for Disease Control. 1994. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost, by state—United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:SS-1: 1–8.

Centers for Disease Control. 1995. Asthma—United States, 1982–1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:952–955.

Centers for Disease Control. 1996. Asthma mortality and hospitalization among children and young adults—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:350–353.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in Public Health, 1900–1999. Motor vehicle safety: a 20th century public health achievement. *Morbity and Mortality Weekly Report,* 48:369–374.

Centers for Disease Control. 1999. Tobacco use—United States, 1900–1999; and cigarette smoking among adults—United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:986–993, 993–996.

Cole, P., Amoateng-Adjepong, Y. [editorial]. 1994. Cancer prevention: Accomplishments and prospects. *American Journal of Public Health,* 84:8–10.

Diekstra, R. F., Gulbinat, W. 1993. The epidemiology of suicidal behavior: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly,* 46:52–68.

Dobrossy, L. (ed). 1994. *Prevention in Primary Care: Recommendations for Promoting Good Practice.* CINDI 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Doll, R., Peto, R. 1976. Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors. *British Medical Journal,* 2:1525–1536.

Guide to Clinical Preventive Services. 1996. *Report of the U.S. Preventive Services Task Force.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Hunink, M. G. M., Goldman, L., Tosteson, A. N. A., Mittleman, M. A., Goldman, P. A., Williams, L. W., Tsevat, J., Weinstein, M. C. 1997. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980–1990: The effect of secular trends in risk factors and treatment. *Journal of the American Medical Association,* 277:535–542.

Jousilahti, P., Tuomilehto, J., Korhonen, H. J., Vartianinen, E., Puska, P., Nissinen, A. 1994. Trends in cardiovascular disease risk factor clustering in eastern Finland: Results of 15-year follow-up of the North Karelia Project. *Preventive Medicine,* 23:6–14.

Manson, J. E., Tosteson, H., Ridker, P. M., Satterfield, S., Hebert, P., O'Connor, G. T., Buring, J. E., Hennekens, C. H. 1992. The primary prevention of myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine,* 326:1406–1416.

Marmot, M., Elliott, P. (eds). 1994. *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health.* New York: Oxford Medical Publications.

Morse, S. S. 1993. *Emerging Infectious Diseases.* New York: Oxford University Press. National Institute of Health Consensus Statement. 1994. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *NIH Consensus Statement,* Feb. 7–9, 12:1–23.

Nichols, E. S., Peruga, A., Restrepo, H. E. 1993. Cardiovascular disease mortality in the Americas. *World Health Statistics Quarterly,* 46:134–150.

Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., Klepp, D. I. 1992. Community wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health,* 82:1210–1216.

Uemura, K., Pisa, Z. 1988. The trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Quarterly,* 41:155–178.

United States Public Health Service. 1964. The Surgeon General's Report on Smoking and Health 1964. Washington, DC: U.S. Department of Health Education and Welfare.

United States Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health, and Human Services. 1996. *Action Alert, The Nation's Health.* Washington, D.C.: American Public Health Association.

Waller, J. A. 1994. Reflections on a half century of injury control. *American Journal of Public Health,* 84:664–670.

World Health Organization. 1992. Epidemiology and public health aspects of diabetes. *World Health Statistics Quarterly,* 45:314–381.

World Health Organization MONICA Project. 1988. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35–64 years. *World Health Statistics Quarterly,* 41:115–140.

World Health Organization. 1994. *Prevention of Diabetes Mellitus.* Technical Report Series 844.ð Geneva: WHO.

World Health Organization. 1996. *The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1997. *The World Health Report 1997: Conquering Suffering and Enriching Humanity.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1998. *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 1990. *Is the Law Fair to the Disabled?* European Series No. 29. Copenhagen: Regional Office for Europe.

6
ოჯახის ჯანმრთელობა

შესავალი

ოჯახის სტრუქტურა პიროვნებისა და საზოგადოების ფიზიკური და ემოციური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი საფუძველია. ოჯახური მდგომარეობა და ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობა გავლენას ახდენს თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობაზე და საზოგადოებისა და ერის კეთილდღეობაზე. ეს მოსაზრება ეყრდნობა კულტურულ, ეკონომიკურ და სოციალურ კონტექსტს, რომელიც თითოეული საზოგადოებისთვის უნიკალურია. თუმცა, ყველა ის ადამიანი, რომელმაც ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპი სხვადასხვა ჯანმრთელობის საჭიროებებით გადალახა, უნიკალურია არა მხოლოდ ოჯახურ სიტუაციაში, არამედ სხვა თანასწორ ჯგუფებშიც და საზოგადოებაში.

ოჯახის ჯანმრთელობის საკითხები გარკვეულ პერიოდებს უკავშირდება, როგორიცაა: შობადობა, ჩვილობა, ბავშვობა, მოზარდობა, მოზრდილობა და ხანდაზმულობა და ასევე ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობას. ყოველ ასაკს ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები ახასიათებს და ამ პრობლემებთან მიმართებაში პრევენცია და ჯანმრთელობის სხვადასხვა სერვისების გამოყენება მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. ეს თავი ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის საჭიროებებს ეხება. მოსახლეობის არც ერთი ჯგუფი სხვებისგან იზოლირებული არ არის. ორსულობის ცუდი გამოსავალი გავლენას ახდენს დედაზე, ბავშვზე, ოჯახსა და საზოგადოებაზე. იმ ადამიანის ოჯახს, რომელიც ქრონიკულად ავადაა, ტრავმირებულია, სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულების დროს ან სამანქანო გზაზე დაიღუპა, უჭირს ეკონომიურად, ემოციურად და სოციალურად. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის სისტემა თითოეული ოჯახის განსაკუთრებული მოთხოვნილებების მიმართ მგრძნობიარე უნდა იყოს, ისინი დაავადებების სათანადო პრევენციით ჯანმრთელობის დაცვით, ასევე ოჯახის თითოეული წევრისა და მთელი ოჯახის დამხმარე პროგრამებით უნდა უზრუნველყოს.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ყველა იმ ტრადიციულ ელემენტს მოიცავს, რომელიც საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში შედის, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, თუმცა მთელი ოჯახის მოთხოვნილებებს უფრო ფართო კონტექსტში ითვალისწინებს. Aამერიკის შეერთებულ შტატებში თითოეული მოზარდის ორსულობა უამრავ ოჯახურ, სოციალურ და ეთიკურ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. საზოგადოებაში, სადაც ქალთა უფლებები ირღვევა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა უკიდურესად მძიმეა. ასეთ შემთხვევაში საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ ხელი უნდა შეუწყოს სოციალურ ცვლილებებს და უშუალოდ უპასუხოს სოციალური ფაქტორებით განპირობებულ ჯანმრთელობის საჭიროებებს, როგორიცაა, მაგ., პირველადი სამედიცინო მომსახურების ან ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის ნაკლებობა, რაც ქალთა და ბავშვთა ავადობის მაღალ მაჩვენებელს იწვევს.

ოჯახის ეთიკა

ოჯახი მთავარი სოციალური მხარდამჭერი ერთეულია თითქმის ყველა საზოგადოებაში, რომელიც ბავშვის დაბადებისა და აღზრდის შესაძლებლობას იძლევა. ოჯახი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მოთხოვნილებების უზრუნველყოფასა და ასევე ოჯახის თითოეული წევრის ეკონომიკური მდგომარეობის სტაბილურობაში. ჩოჯახი

მნიშვნელოვანი გარემოა აგრეთვე ემოციური საჭიროებების, სოციალიზაციის, წევრებს შორის ურთიერთდახმარებისა და ბავშვების აღზრდისთვის.

ოჯახი წარმოადგენს ჯგუფს, რომელიც ორი ან მეტი ადამიანისგან შედგება. ისინი დაკავშირებული არიან შეუღლების, საერთო შეთანხმების, ბავშვის დაბადების, ბავშვის აყვანის საფუძველზე და შეიძლება ერთი, ორი ან რამდენიმე თაობისგან შედგებოდეს. ოჯახის ერთეულში შედიან ადამიანები, რომლებიც ცხოვრობენ ერთად, აქვთ სქესობრივი ურთიერთობა და ერთად ზრდიან ბავშვებს, ვიდრე ისინი არ მიაღწევენ იმ ასაკს, როდესაც დამოუკიდებლად ცხოვრებას შეძლებენ. ოჯახი ასევე გულისხმობს ბავშებთან ერთად ოჯახის ხანდაზმულ წევრებზე ზრუნვასაც.

ბირთვული ოჯახი გულისხმობს მამაკაცსა და ქალს, რომლებსაც აკავშირებთ ქორწინება ან საერთო შეთანხმებით ერთად ცხოვრობენ, ჰყავთ ან არ ჰყავთ შვილები. ოჯახის ერთეული აგრეთვე მოიცავს მარტოხელა დედებს ან მამებს, რომლებიც ცხოვრობენ მხოლოდ შვილებთან ან მშობლებთან ერთად და ადამიანთან, რომელთანაც შეიძლება ქორწინება არ აკავშირებდეს. ჰოჯახის ერთეულის განმარტება გაფართოვდა და მოიცავს აგრეთვე ჰომოსექსუალ წყვილებსაც, რომლებსაც შესაძლოა არ ჰყავდეთ შვილები ან ისინი ჰყავდეთ წინა ქორწინებიდან, ხელოვნური განაყოფიერების და აყვანის შედეგადაც.

გაფართოებული ოჯახი მრავალთაობიანია და ბირთვული ოჯახისგან და ორივე მხარის ნათესავებისგან შედგება, განურჩევლად მათი გეოგრაფიული სიშორისა. გაფართოებული ოჯახი ურთიერთმხარდაჭერის უფრო ფართო საფუძველს იძლევა. ამგვარი ოჯახი დასავლურ საზოგადოებებში დღესაც არსებობს, მაგრამ ხშირად სახეშეცვლილი ფორმით. მრავალთაობიანი ოჯახები, რომლებიც მარტოხელა, განქორწინებული ან ქვირივი დედებისგან შედგება, რომელთაც შვილები ჰყავთ, აჟამად საკმაოდ გავრცელებულია და განქორწინებების მაღალ სიხშირესთან, მარტოხელა მშობლების რაოდენობის მატებასთან და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთანაა ასოცირებული, განსაკუთრებით ქალებში.

განვითარებად ქვეყნებში ხშირად ბავშვები ღარიბ ოჯახებსა და გაუნათლებელ მშობელთა გარემოცვაში იბადებიან. Mმამა ან უფრო იშვიათად დედა შესაძლოა ოჯახისგან ხანგრძლივი დროით იყოს მოწყვეტილი შორ მანძილზე მუშაობის გამო. ამას შეუძლია სერიოზული საფრთხე შეუქმნას ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას. იმ საზოგადოებაში, სადაც მოზრდილები სამოქალაქო ომის, შიმშილისა და შიდსის გამო იღუპებიან, ბავშვების გაზრდა მარტოხელა მშობლის, მეზობლების ან მოზრდილი დაძმის მიერ ბუნებრივი მოვლენაა.

განქორწინებული და მარტოხელა მშობლების არსებობა ძირითადად სიღარიბესთანაა დაკავშირებულია, რაც ოჯახის ფუნქციონირებაში დამატებით სტრესს ქმნის. ერთ-ერთი მშობლის, ჩვეულებრივ მამაკაცის, არყოფნამაც შესაძლოა ოჯახი შეარყიოს. მოძალადე მშობლები, მათი ფსიქოლოგიური, სექსუალური ზეწოლა და სხვა ძალადობა ძალიან დიდი ტვირთია ბავშვებისთვის, განსაკუთრებით გარდამავალ ასაკში, რაც შორეულ ფსიქიკურ დარღვევებს იწვევს.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში საგრძნობლად იკლო იმ ბავშვების პროცენტულმა მაჩვენებელმა, რომლებსაც ორივე მშობელი ჰყავთ. 1980 წელს თეთრკანიანთა ოჯახების 86% განსაზღვრულ იქნა, როგორც ორმშობლიანი ოჯახი, თუმცა ეს რაოდენობა 1997 წელს 81%-მდე შემცირდა. 1980 წელს აფრო-ამერიკელთა ოჯახების 56% ორმშობლიანი იყო, 1997 წელს კი ეს მაჩვენებელი 46%-მდე შემცირდა. ამავდროულად, შავკანიანი მარტოხელა ქალების ოჯახების რაოდენობა 40%-დან 47%-მდე გაიზარდა. 18 წლამდე ბავშვებს შორის 1997 წელს შავკანიანთა ერთმშობლიანი ოჯახების პროცენტული მაჩვენებელი 64% იყო, თეთრკანიანთა ერთმშობლიანი ოჯახების – 26% და ესპანურენოვანი ერთმშობლიანი ოჯახების – 36%. შავკანიანი ოჯახებისა და ბავშვების ასეთი მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი სიღარიბის, დაუცველობისა და არასაკმარისი ჯანმრთელობის დაზღვევის მაღალ რისკთანაა ასოცირებული. ეს იწვევს 6 წლამდე ამერიკელი ბავშვების დაახლოებით 25%-თვის ოჯახის ექიმსა და რეგულარულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას, რაც გამოიხატება იმუნიზაციის დაბალი მაჩვენებლითა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხშირი გამოყენებით. კანადაში ერთმშობლიანი ოჯახები ოჯახების საერთო რაოდენობის 13%-ს შეადგენენ, მაგრამ ისინი ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში. დიდ ბრიტანეთში ერთ მეოთხედზე ოდნავ მეტი ბავშვი დაბადებულია მარტოხელა დედის მიერ, დაუქორწინებელი წყვილების ჩათვლით, მაგრამ თითოეული

მათგანი ასევე ჩართულია ჯანმრთელობის ნაციონალურ სერვისში ისე, რომ საზოგადოება უზრუნველყოფს მათ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურებაზე მათი ოჯახური მდგომარეობის მიუხედავად.

ცვლილებები ოჯახის სტრუქტურაში გავლენას ახდენს როგორც მოზრდილების, ისე ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კაცებთან შედარებით ქალების სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდამ, განქორწინებების რაოდენობის მატებასთან ერთად, დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის მქონე მარტოხელა ქალების რაოდენობის მკვეთრი მომატება გამოიწვია. ქალების ეს უნარი, მარტივად შეეგუონ ამგვარ მდგომარეობას, სოციალური მხარდაჭერის მძლავრი სისტემების არსებობითაა განპირობებული, სადაც ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის, სახელმწიფო პენსიების, მეუღლეთა პენსიებისა და განქორწინების შემთხვევაში ეკონომიკური უფლებების სამართლებრივი დაცვის შედეგად წარმოიშვა ხანდაზმული მოსახლეობის შედარებით კარგად დაცული ჯგუფი.

დაავადებები, რომლებიც საშუალო ასაკის ზემოთ ვითარდება, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებსა და სხვა პათოლოგიურ მდგომარეობებს მოიცავს, რომლებიც მამაკაცებში თავს იჩენს 10 წლით ადრე, ვიდრე ქალებში. ავთვისებიანი სიმსივნე სიკვდილიანობის მეორე წამყვანი მიზეზია. ეპიდემიოლოგიური და დემოგრაფიული ცვლილებები უარყოფით გავლენას ახდენს ოჯახზე სხვადასხავ მიზეზების გამო. მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად ხანდაზმულთა მოვლა მნიშვნელოვანი ფაქტორი გახდა ოჯახურ ცხოვრებაში არა მხოლოდ სამედიცინო მოვლის, არამედ ჯანდაცვის ეკონომიკის თვალსაზრისითაც. იქ, სადაც ჯანმრთელობის დაზღვევა არ ფარავს ხანგრძლივ მოვლას, სერიოზული ფინანსური ტვირთი აწვებათ ხანდაზმული მშობლების საშუალო ასაკის შვილებს. პოპულაციის დაბერებასთან ერთად ბუნებრივი მოვლენა გახდა საშუალო ასაკის ან ხანდაზმული შვილების მიერ მათი ღრმად მოხუცებული მშობლების მოვლა. იმ შემთხვევაში, როდესაც საზოგადოება სამედიცინო ხარჯებს ფარავს, ქრონიკული დაავადებების პრევენცია და კონტროლი აუცილებელი ხდება, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური კრიზისი.

დედათა ჯანმრთელობა

ქალთა ჯანმრთელობის საკითხები დაკავშირებულია მათ მიერ საზოგადოებაში შესრულებულ მრავალ როლთან, როგორიცაა: პიროვნება, მუშაკი, ცოლი, დედა და ქალიშვილი. ეს მოთხოვს სიცოცხლის მანძილზე პასუხისმგებლობების აღებას განათლებაზე, საკუთარი თავის მოვლასა და ოჯახის ჯანმრთელობაზე, მათ შორის, კვებაზე, ჰიგიენაზე, განათლებაზე, ვარჯიშზე, უასფრთხოებაზე, შობადობაზე, ბავშვებისა და მოხუცების მოვლასა და ზრუნვაზე. ქალის სოციალური როლის ცვლილება დამატებით მოთხოვნილებებსა და რისკებს ქმნის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

შობადობა

მშობიარობა, ჩვილებისა და ბავშვების მოვლა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტრადიციული პრობლემა იყო ადამიანთა სიცოცხლის დაუცველობისა და ისტორიულად სიკვდილის ძალზე ხშირი შემთხვევების გამო. განვითარებულ ქვეყნებში კვებისა და ცხოვრების დონის გაუმჯობესებამ, მშობიარობამდე და მშობიარობის დროს ორსულებზე ზრუნვამ, მკვეთრად შეამცირა დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. თუმცა, ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 100.000 ცოცხალშობილზე შესაძლოა 1800 დედის სიკვდილით დამთავრდეს მაშინ, როცა განვითარებულ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი უფრო ნაკლებია – 100 000 ცოცხალშობილზე 15 შემთხვევა. მოსახლეობის ეს ჯგუფები ერთმანეთისგან სოციო-ეკონომოკური მდგომარეობითა და ქალთა ჯანმრთელობის სტატუსით განსხვავდებიან, მათ შორის: ფერტილობის ასაკით, მშობიარობების რაოდენობით, ორსულობებს შორის დროის ინტერვალით და ჯანდაცვის სისტემის მიერ გაწეული ზოგადი სამედიცინო მომსახურებით.

სწორი კვება, ინფექციური დაავადებების კონტროლი და განათლება მშობიარობისა და ბავშვების აღზრდისთვის ფერტილური ასაკის ქალების ფიზიკურ და ინტელექტუალურ მზადყოფნას უზრუნველყოფს. ქალების წიგნიერება ხელს უწყობს ბავშვების სიცოცხლისუნარი-

ანობის მაჩვენებლის გაზრდას. წიგნიერ დედას შეუძლია თავად მოიპოვოს საჭირო ინფორმაცია ნაბეჭდი მასალის გამოყენებით და უკეთ გაუმკლავდეს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ სირთულეებს, ვიდრე სრულიად დამოკიდებული იყოს საზოგადოების გავრცელებულ ტრადიციებზე. განათლებას ასევე შეუძლია დადებითი გავლენა იქონიოს მის დასაქმებასა და ოჯახის შემოსავალზე.

შობადობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხები მოიცავს მშობიარობისთვის მომზადებას და მშობიარობის დროის განსაზღვრას, ასევე კვალიფიციურ სამედიცინო მომსახურებას, როგორც მშობიარობის პროცესში, ისე მშობიარობის შემდეგ. სამედიცინო განათლებისა და პრევენციული სერვისების გამოყენებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვა იმ აუცილებელ რესურსებს უზრუნველყოფს, რომელთა მეშვეობითაც ამ საკითხების გადაჭრაა შესაძლებელი. სიგარეტის, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების, ასევე სხვა მავნე ჩვევებისგან გათავისუფლება, თუნდაც მხოლოდ ორსულობის დროს, ნაყოფის დაცვისკენ მიმართული უმნიშვნელოვანესი პრევენციული ღონისძიებებია.

შობადობის მახასიათებლებზე გავლენას ახდენს სოციალური, კულტურული, რელიგიური და სხვა ფაქტორები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის ტექნოლოგიური საშუალებები. განვითარებულ ქვეყნებში ოჯახის დაგეგმვის უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდების ხელმისაწვდომობისა და აგრეთვე, განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობების გაზრდის შედეგად შობადობის მახასიათებლები საგრძნობლად შეიცვალა. თუმცა, ქვეყნის შიგნით ეთნიკური განსხვავებები შესაძლოა კვლავ თვალსაჩინო იყოს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში აფრო-ამერიკელი ქალების შობადობის უხეში მაჩვენებელი 1991 წლიდან 1996 წლამდე 1000 მოსახლეზე 21,9-დან 17,8-მდე დაეცა, მაშინ, როცაეს მაჩვენებელი იმავე პერიოდში, თეთრკანიან ქალებში 15,4-დან 14,1-მდე შემცირდა.

განვითარებულ ქვეყნებში შობადობის მაჩვენებლები საგრძნობლად შემცირდა „ბავშვთა ბუმის“ პიკის შემდეგ, რასაც ადგილი ჰქონდა მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ წლებში. ამ ფაქტმა შეშფოთება გამოიწვია, რადგან შობადობის რიცხვი უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე საჭირო იყო მოსახლეობის რაოდენობის თუნდაც არსებული დონის შესანარჩუნებლად. საპირისპირო სურათია განვითარებად ქვეყნებში, სადაც შობადობის მაღალი მაჩვენებლები ავადობის მაჩვენებლების შემცირებასთან ერთად მძიმე ეკონომიკურ, სოციალურ და სამედიცინო ტვირთად აწევს საზოგადოებას. კულტურული და რელიგიური მხარდაჭერა ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის მიმართ თითქმის უმნიშვნელოა.

მიუხედავად შობადობის შემცირებისა, გლობალურად მსოფლიო მოსახლეობის რაოდენობა 1804 წლიდან 1927 წლამდე გაიზარდა 1 მილიარდიდან 2 მილიარდამდე, 1960 წელს – 3 მილიარდამდე, ხოლო 1996 წელს – 6 მილიარდამდე. მოსალოდნელია, რომ 2013 წლისათვის ეს რაოდენობა 7 მილიარდამდე გაიზრდება, ხოლო 2028 წლისათვის – 8 მილიარდამდე (გაერთიანებული ერების მოსახლეობის განყოფილება 1999 წელი).

ოჯახის დაგეგმვა და ორსულობებს შორის ინტერვალის დაცვა განვითარებად ქვეყნებში სასიცოცხლო მნიშვნელობის საკითხებია, სადაც ხშირი ორსულობის ტვირთი დიდ როლს თამაშობს დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობაში. ამ ქვეყნებში შობადობის შეზღუდვის ტრადიციული საშუალება გახანგრძლივებული ძუძუთი კვება იყო, რაც ბავშვთა ხელოვნური საკვების კომერციული საშუალებების ფართოდ გავრცელებასთან ერთად მკვეთრად შემცირდა. განვითარებად ქვეყნებში სოციალური და ეკონომიკური პირობების, ქალთა განათლების, ახალშობილებისა და ბავშვების სიცოცხლისუნარიანობისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისების გამოუჯობესებამ შესაძლებელია ხელი შეუწყოს კონტრაცეპტივების მოხმარების გაზრდასა და შობადობის შემცირებას.

შობადობასთან დაკავშირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემები

ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობა, პრენატალური, მშობიარობისა და ორსულობის შემდგომი პერიოდის მოვლასთან ერთად, ნებისმიერი ჯანდაცვის მომსახურების უმნიშვნელოვანესი დანიშნულებაა. ინდუსტრიულ ქვეყნებში წარსულში არსებული დედათა სიკვდილიანობის მაღალი დონე კვლავ აქტუალური რჩება განვითარებად ქვეყნებში. განვითარებად ქვეყნებში შობადობის მაღალი მაჩვენებლები, არასასურველი ორსულობების სიხშირე, მშობიარობის არაკვალიფიციურ დამსწრეთა გავრცელებული სარისკო პრაქტიკა და ქალების გარეთა სასქესო ორგანოების მუტილაციის (დასახიჩრების ოპერაციები) ტრადიციები ქალთა ჯანმრთელობის მდგო-

მარეობას მკვეთრად აუარესებს.

მეოცე საუკუნეში უსაფრთხო პრენატალური მოვლისა და მშობიარობის პრაქტიკების დანერგვამ, ქალების ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარებისა და კვების გაუმჯობესებასთან ერთად, დედათა ავადობა და სიკვდილიანობა, მკვეთრად შეამცირა, თუმცა სამედიცინო მომსახურების თვალსაზრისით, განვითარებად და ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებს შორის, კვალავ უზარმაზარი სხვაობა რჩება. მსოფლიოს უდიდეს ნაწილში შობადობის მაჩვენებლების შემცირება აღინიშნება, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის განათლების დონის ამაღლებასთან, სოფლად ხშირი შობადობის ნაცვლად ნაკლები შობადობის წახალისებასთან, ურბანიზაციის პროცესთან და ჯანდაცვის მომსახურებისა და ცხოვრების მაღალ სტანდარტებზე მოთხოვნილებების გაზრდასთან.

ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ფართო ხელმისაწვდომობასთან ერთად უკეთ განათლებულ ქალებს შესაძლებლობა ეძლევათ თავად აკონტროლონ საკუთარი შობადობა. მსოფლიოს ყველა ნაწილში აღინიშნება შობადობის შემცირების დადებითი დინამიკა, მათ შორის სუბ-საჰარულ აფრიკაში, სადაც 1980 წლის ჩათვლით შობადობის მაჩვენებელი სტაბილურად იზრდებოდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ხელს უწყობს ორსულობებს შორის დროის ინტერვალის დაცვას, რათა გაუმჯობესდეს როგორც დედის, ისე ახალშობილის ჯანმრთელობის გამოსავალი, რაც, თავის მხრივ, დადებით გავლენას ახდენს მთელი ოჯახის ჯანმრთელობაზე.

ცხრილი 6.1 შობადობის საერთო მაჩვენებელი მსოფლიოს დემოგრაფიულ რეგიონებში*, შერჩეული წლების მიხედვით. 1960-1997 წწ.

რეგიონი/ჯგუფი	1960	1970	1980	1990	1997
სუბ-საჰარული აფრიკა	6.6	na	6.7	6.3	5.9
ინდოეთი	5.9	5.6	4.9	3.7	3.1
ჩინეთი	5.7	5.3	2.8	2.2	1.8
სამხრეთ აფრიკა	6.1	na	5.2	4.0	3.4
ლათინური ამერიკა და კარიბის კუნძულები	6.0	5.1	4.2	3.2	2.7
ახლო აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	7.1	6.2	5.9	5.1	4.4
დსთ/აღმოსავლეთ ევროპისა და ბალტიის ქვეყნები	3.0	2.2	2.2	2.3	1.8
განვითარებული ქვეყნები	2.8	2.5	1.9	1.7	1.7
მსოფლიო	5.0	na	na	3.2	2.8

წყარო:World Development Report, 1993; UNICEF, 1999.

* შობადობის საერთო მაჩვენებელი (იხ.. მესამე თავი და ტერმინების განმარტება). დსთ (დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობა)გულისხმობს ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს.

მრავალ ქვეყანაში უნაყოფობის პრობლემა ძლიერ ინდივიდუალურ სტრესთან და სოციალურ სტიგმასთანაა დაკავშირებულია. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სდგ) უნაყოფობის მთავარი მიზეზია, ამიტომ ამ დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა უნაყოფობის მართვის მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს. უნაყოფობის მკურნალობა დაკავშირებულია არა მხოლოდ დიდ ხარჯებთან, არამედ ემოციურ ტრავმასთანაც. უნაყოფობის მკურნალობის თანამედროვე სერვისები, მათ შორის ოვულაციის სტიმულაცია, *in vitro* ფერტილიზაცია და სუროგატული დედობა, მრავალ ეთიკურ და ფინანსურ პრობლემებს აღძრავს. ამ და სხვა პრობლემების მიუხედავად, უნაყოფობის მკურნალობა, ისევე როგორც ხშირი მშობიარობები, მცირეწონიანი ახალშობილების მაღალი მაჩვენებლები და მათთან დაკავშირებული პერინატალური და განვითარების პრობლემები, უმთავრესად თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილია.

ოჯახის დაგეგმვა

ოჯახის დაგეგმვა ქალებს საშუალებას აძლევს, განსაზღვრონ ორსულობის დრო, ინტერვალი და სიხშირე და, ასევე ბავშვების შვილად აყვანა. ის მოიცავს მთელ რიგ ჩასა-

ხვის საწინააღმდეგო მეთოდებს, რომლებიც ამავდროულად ხელს უწყობს ნორმალური სქესობრივი ცხოვრების შენარჩუნებას. ოჯახის დაგეგმვის ტექნოლოგიების დახვეწასთან ერთად ინდუსტრიულ და განვითარებად ქვეყნებში ხელმისაწვდომ ფასად უამრავი უსაფრთხო და ეფექტური კონტრაცეპტიული საშუალება გაჩნდა. შობადობის კონტროლი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხი და პასუხისმგებლობაა (ცხრილი 6.2). შობადობის კონტროლის მეთოდების შესახებ ცოდნის ნაკლებობას და მათზე შეზღუდულ ხელმისაწვდომობას შობადობის ზრდამდე ან შობადობის საკონტროლოდ აბორტის გამოყენებამდე მივყავართ, რამაც შესაძლებელია შემდგომი ორსულობების გართულება გამოიწვიოს. შობადობის ან ორსულობის მაღალი სიხშირე ცხოვრების გვიან პერიოდში დამატებითი რისკის ქვეშ აყენებს როგორც დედის, ისე ახალშობილის ჯანმრთელობას, რაც შედეგად მთელ ოჯახს მძიმე ტვირთად აწვება.

შობადობის კონტროლის თანამედროვე მეთოდები მოიცავს ჩასახვის საწინააღმდეგო ფარმაკოლოგიურ და ქიმიურ საშუალებებს (ჰორმონალური აბები, იმპლანტები, სპერმიციდები) და ფიზიკურ მეთოდებს (ქალებისა და მამაკაცების კონდომები და საშვილოსნოსშიდა საშუალებები). ტრადიციული მეთოდები, როგორებიცაა ძუძუთი კვება, რითმის მეთოდი და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, ნაკლებად საიმედოა, ვიდრე თანამედროვე მეთოდები, განსაკუთრებით აბები, კონდომები და საშვილოსნოსშიდა საშუალებები.

ორსულობის დაგეგმვა შობადობის კონტროლის თანამედროვე საშუალებებით ქალების ფუნდამენტური უფლებაა. მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში შობადობის კონტროლი რელიგიურ და პოლიტიკურ პრობლემად რჩება და შეიძლება სხვადახვა სქესის წარმომადგენლებს შორისაც მწვავე დავის საკითხი იყოს. რომის კათოლიკური ეკლესია, ისევე როგორც მრავალი პოლიტიკური რეჟიმი, შობადობის კონტროლს, სხვადასხვა მოსაზრებების გამო, კატეგორიულად ეწინააღმდეგება. მიუხედავად ამისა, ბევრ კათოლიკურ ქვეყანაში შობადობის დონე დაეცა და ზოგ ქვეყანაში მოსახლეობის განახლების დონეზე დაბლაც კი ჩამოვიდა. უკანასკნელი რამდენიმე ათწლეულის მანძილზე ლათინურ ამერიკასა და აღმოსავლეთ აზიაში შობადობის კონტროლის მეთოდების გამოყენება მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებშიჰოჯახის დაგეგმვას სათანადოდ ვერ აღიქვამდნენ, ამიტომ თანამედროვე კონტრაცეპტივები ფართოდ გავრცელებული და ხელმისაწვდომი არ იყო. შობადობის საკონტროლოდ ქალები უმთავრესად აბორტს მიმართავდნენ.

ცხრილი 6.2 ქორწინებაში მყოფი ქალების პროცენტული მაჩვენებლები, რომელებიც იღებენ კონტრაცეპტივებს, მსოფლიოს რეგიონები, 1960-1965 წლებიდან 1990–1998 წლებამდე

რეგიონი	1960-1965	1990-1998
სუბ-საჰარული აფრიკა	5	16
შუა, აღმოსავლეთ და ჩრდილოეთ აფრიკა	2	50
სამხრეთ აზია	15	39
ლათინური ამერიკა და კარიბის კუნძულები	11	65
აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანის კუნძულები	17	75

წყარო: UNICEF, State of the World's Children, 1994, 1999.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში კონტრაცეპტივების ფართო ხელმისაწვდომობის მიუხედავად თინეიჯერთა ორსულობას საერთო შობადობაში დიდი პროცენტული წილი უკავია. ეს საზოგადოებივი ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა, რომელიც უმეტესად დაბალი სოციალური და ეკონომიკური კლასის ჯგუფებშია გამოხატული და რომელსაც თან ახლავს სოციალურ დახმარებაზე დამოკიდებული მარტოხელა დედობის პრობლემა, რაც საბოლოოდ ჯანმრთელობის არასასურველ გამოსავალთანაა ასოცირებული. მარტოხელა თინეიჯერთა ორსულობა სოციალური განათლებისა და დასაქმების პრობლემათა კომპლექსს წარმოადგენს, რომელთა გადაჭრა იოლი არ არის. ეს განვითარებულ ქვეყნებშიც მზარდი პრობლემაა. განვითარებად ქვეყნებში თინეიჯერებისა და ბავშვების ქორწინება დედათა ჯანმრთელო-

ბის მთელ რიგ პრობლემებს იწვევს და ამავდროულად ფიზიკურად და ემოციურად მოუმწიფებელი დედებს განათლებისა და დასაქმების ყოველგვარ შესაძლებლობას უკარგავს.

დედათა სიკვდილიანობა და ავადობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დედის სიკვდილი გასზაღვრულია, როგორც ქალის სიკვდილი ორსულობის დროს, ან მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში, რომელიც გამოწვეულია ორსულობასთან დაკავშირებული ან ორსულობის ან მისი მართვის შედეგად გამწვავებული ნებისმიერი მიზეზით, მაგრამ არა შემთხვევითობით. დედათა სიკვდილიანობა ორ ჯგუფად იყოფა:

1. პირდაპირი სამეანო სიკვდილი, გამოწვეული ორსულობის სამეანო გართულებებით;
2. არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილი, გამოწვეული ორსულობამდე არსებული დაავადების ან მდგომარეობის გამო, რომელიც არ არის პირდაპირ დაკავშირებული სამეანო მიზეზებთან.

გასულ საუკუნეებში მშობიარობა სიცოცხლისთვის სახიფათოდ ითვლებოდა. პარიზის საავადმყოფოს „ოტელ დეუს“ 1664 წლის ანგარიშის მიხედვით, ჰოსპიტალიზებული მშობიარე ქალების გარდაცვალების პროცენტული მაჩვენებელი 33%-ს აღწევდა. 1660-1680 წლებში ინგლისში მშობიარობის დროს ყოველი 44 მშობიარე ქალიდან ერთი კვდებოდა. სემელვეისის მონაცემებით, 1850 წელს ვენაში მშობიარობის დროს ან უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ ქალების 2 პროცენტი კვდებოდა, ხოლო 10% მშობიარობის შემდგომ პალატაში იღუპებოდა, რაც გამოწვეული იყო სამედიცინო პერსონალის მიერ ჰიგიენური ნორმების დაუცველობის შედეგად გავრცელებული მშობიარობის შემდგომი ცხელების პრევენციული ღონისძიებების არარსებობით. სემელვეისის ნაშრომი საფუძვლად დაედო სტრეპტოკოკული სეპტიცემიის, როგორც დედათა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზის (თავი 1), პრევენციის დანერგვას.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100.000 ცოცხალშობილზე 1930 წლის 670 შემთხვევიდან (ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების მსგავსი სიკვდილიანობის დონე 1980-1990 წლებში) 1950 წლის 80 და 1996 წლის 6 შემთხვევამდე შემცირდა. თუმცა, დედათა სიკვდილიანობა შავკანიანთა შორის, თეთრკანიან მოსახლეობასთან შედარებით, სამჯერ მეტია. დედათა სიკვდილიანობის ასეთი მკვეთრი ვარდნა, რაც დამახასიათებელია განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობისთვის, მრავალ ფაქტორთანაა დაკავშირებული, მათ შორის, ცხოვრების პირობებისა და კვების უფრო მაღალ სტანდარტებთან, გაუმჯობესებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და სამეანო განათლებისა და სწავლების წინსვლასთან. მშობიარობების გადანაცვლებამ სამშობიარო სახლებსა და განყოფილებებში მშობიარობის უსაფრთხოების გაუმჯობესებას ხელი შეუწყო. ამ პერიოდის განმავლობაში შობადობის დონე ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის გამო დაეცა, რაც ორსულობათა შორის ინტერვალის დაცვისა და ორსულობის სურვილისამებრ დაგეგმვის საშუალებას იძლეოდა. ეს კი მნიშვნელოვნად ხელს უწყობდა დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებას. დედათა სიკვდილიანობის დაბალი დონე სამედიცინო მოსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას ასახავს, რადგან ამერიკელთა მზარდი რაოდენობა სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობს ან გადახდისუნარიანია.

ცხრილი 6.3 დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები[ა], შერჩეული მოსახლეობის ჯგუფებისა და წლების მიხედვით. აშშ, 1930-1996

ჯგუფი	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990 [ბ]	1996
თეთრკანიანი	na	na	53.1	22.4	14.4	6.7	5.1	4.1
შავკანიანი	na	na	na	92.0	65.5	24.9	21.7	19.9
საერთო	670	380	73.7	32.1	21.5	9.4	7.6	6.4

წყარო: *Health, United States,* 1991, 1998.

[ა] მაჩვენებლები ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე.

[ბ] ჯანდაცვის სამიზნე 1990 წლისათვის, არაუმეტეს 5/100.000 საერთოდ და ყველა ადგილობრივი და ეთნიკური ჯგუფების მაჩვენებლებისთვის

სიტუაციის ზოგადი გაუმჯობესების მიუხედავად, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების სხვაობა თეთრკანიანებსა და შავკანიანებს შორის თვალსაჩინო რჩება. 1960 წლიდან ორივე რასის წარმომადგენლებში ამ მაჩვენებლების 75%-ით შემცირების მიუხედავად, დედათა სიკვდილიანობის შეფარდებითი რისკი შავკანიანებსა და თეთრკანიანებს შორის მეტია 4/1-ზე. დიდი სხვაობა რჩება ასაკის, მშობიარობისთვის მზადებისა და ადეკვატური სამედიცინო დახმარების მიღების თვალსაზრისითაც, რაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, განსაკუთრებით ღარიბ შავკანიან ორსულ მოზარდებში.

1997 წელს საერთაშორისო მასშტაბით დაახლოებით 585 000 ქალი გარდაიცვალა ორსულობისა და მშობიარობის გართულებების გამო, მათ შორის 99% განვითარებად ქვეყნებში დაიღუპა. 1990 და 1997 წლებში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე მერყეობდა ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების 1000 შემთხვევიდან (საერთო შობადობის 1%) განვითარებადი ქვეყნების 100-500 შემთხვევამდე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების 50 შემთხვევამდე და ინდუსტრიული ქვეყნების 10-ზე უფრო ნაკლებ შემთხვევებამდე, მათ შორის ზოგან 5 შემთხვევამდე. (ისრაელი, შვედეთი, შვეიცარია).

მსოფლიო ბანკის გამოთვლებით, მსოფლიო მოსახლეობის 80%-ის დაფარვა პრენატალური, ინტრანატალური და პოსტნატალური მოვლით არაუსაფრთხო მშობიარობასთან დაკავშირებული ავადობის ტვირთს 40%-ით შეამცირებს. მათი რეკომენდაციებით, ამგვარი ჯანმრთელობის პროგრამა ინფორმაციის გავრცელებას, განათლებას, კომუნიკაციას, ტრანსპორტირებასა და ადგილობრივ და რაიონულ საავადმყოფოებში კვალიფიციურ სამეანო მომსახურებას უნდა მოიცავდეს. დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები შობადობის მაღალ მაჩვენებლებთან და არაკვალიფიციურ სამეანო პერსონალის მიერ მიღებულ მშობიარობებთანაა ასოცირებული (ცხრილი 6.4).

დედათა სიკვდილიანობის განხილვა დედათა სიკვდილის შესწავლის ყველაზე მიღებული მეთოდია, რაც საშუალებას იძლევა მოძიებულ იქნას ის მიზეზები, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია. ამგვარი ანალიზი შესაძლებლობას იძლევა გამოვავლინოთ ის ფაქტორები, რომლებიც დედის სიკვდილს განაპირობებს და ჯანდაცვის, სამეანო და ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს სათანადო რეკომენდაციები მივაწოდოთ. ასეთია კანადასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის მოთხოვნები (იხილეთ მე-13 და მე-16 თავები).

ცხრილი 6.4 ქალთა ჯანმრთელობის ინდიკატორები ქვეყნის განვითარების დონის მიხედვით

ქვეყნის განვითარების დონე	შობადობის უხეში მაჩვენებელი		% გამოცდილი პერსონალი მშობიარობის დროს 1990-1997	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1990
	1970	1997		
ნაკლებად განვითარებული	48	39	28	1100
განვითარებადი	38	25	55	470
დსთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები [ა]	20	14	93	85
განვითარებული	17	12	99	13

წყარო: UNICEF, State of the World's Children, 1999.

[ა] დსთ/ცაე ეკუთვნის ყოფილი საბჭოთა კავშირს და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს.

ორსულთა მოვლა

პრენატალური, ინტრანატალური, ნეონატალური და ჩვილ ბავშვთა მოვლის ძირითადი მიზნებია დედისა და ბავშვის უზრუნველყოფა ოპტიმალური პირობებითა და ზედამხედველობით, რათა მიღწეულ იქნას მშობიარობის საუკეთესო გამოსავალი, დედის ჯანმრთელო-

ბისა და ახალშობილის სიცოცლისუნარიანობის შენარჩუნებისა და ბავშვის ოპტიმალური განვითარების შესაძლებლობა. იმდენად, რამდენადაც ორსულობა დედისა და ნაყოფის პოტენციურ პრობლემებს გულისხმობს, აუცილებელია როგორც პროფესიული პრენატალური მოვლა, ისე ორსული ქალის ზრუნვა საკუთარ თავზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები პასუხისმგებელნი არიან, უზრუნველყონ მთელი მოსახლეობა პრენატალური მოვლით, როგორც პირდაპირი გაგებით, ისე სამეანო სერვისების საშუალებით. ორსულობა ხშირად დაგეგმილი მოვლენაა, ისე რომ ორსულობისთვის მზადება წინასწარ განსაზღვრულია. მზადება მოიცავს ზოგად გასინჯვას, გენეტიკური ისტორიის გამოკითხვას, ტესტებს სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციასა და აივ ვირუსზე, კვებითი სტატუსის შემოწმებას და კონსულტაციებს, ფოლიუმის მჟავისა და რკინის დანამატების მიღებას და ასევე სიგარეტის, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტას. მშობლებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ნაბეჭდ საინფორმაციო მასალებზე ორსულობისა და ბავშვის მოვლის შესახებ. სწორი პრენატალური მეთვალყურეობა ითვალისწინებს სპეციალისტთან ორსულის აუცილებელ ვიზიტებს და ასევე, განსაკუთრებული რისკის შემთხვევაში, დამატებით მოვლას.

პრენატალური მოვლა ადგილობრივ დონეზე ექიმთან ადრეულ ვიზიტს, მაღალი რისკის შეფასებას, რეფერალის განხორციელებასა და მთელი ორსულობის მანძილზე მეთვალყურეობას მოიცავს. ორსულობის ადრეული დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვანია, რადგან ქალებს საშუალება ეძლევათ, რაც შეიძლება ადრე, სავარაუდოდ პირველ ტრიმესტრში, პრენეტალური მეთვალყურეობა დაიწყონ. ადრეული პრენატალური ვიზიტების დროს დროულად ხდება ქალის ჯანმრთელობის შემოწმება და რჩევების მიცემა სწორი კვებისა და თვითმოვლის შესახებ. გარდა ამისა, ეს ხელს უწყობს დედისა და სამედიცინო პერსონალის საქმიანი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. დედაც და მამაც ჩართულნი უნდა იყვნენ პრენატალურ მომზადებაში შესაბამისი კლასებისა და ვარჯიშებზე დასწრების ჩათვლით. პრენატალური გართულებების ადრეული დიაგნოსტიკა უზრუნველყოფს მეთვალყურეობის უკეთეს გამოსავალს და გენეტიკური პათოლოგიების ადრეულ გამოვლენას.

პრენატალური მოვლა სამ ძირითად პრინციპს უნდა ემყარებოდეს, რომლებიც რეკომენდებულია 1980 წელს ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა კოლეჯისა და ამერიკის ჯანმრთელობის და ადამიანის სერვისების დეპარტამენტის დელფი ჯგუფის პანელის მიერ. ეს პრინციპებია:

1. რისკის ადრეული და უწყვეტი შეფასება.
2. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.
3. სამედიცინო და ფსიქოლოგიური ჩარევა საჭიროების შემთხვევაში.

ამერიკის მეანთა და გინოკოლოგთა კოლეჯის რეკომენდაციების თანახმად, მიზანშეწონილია ორსულობამდე პერიოდის კონსულტაციები ორსულობისა და ახალშობილის მოვლის საკითხების შესახებ. ამავდროულად, პრენატალური ზრუნვა ნორმალური ორსულობის დროს უნდა მოიცავდეს ექიმთან 13-15 ვიზიტს, პრენატალურ კლასებს ფიზიკურ მოვლაზე და მომზადებას მშობიარობის, ძუძუთი კვებისა და ახალშობილის მოვლისათვის. დედების რუტინული შემოწმების დროს უნდა ხდებოდეს მათი კვების რეჟიმის, წონის მომატების, არტერიული წნევისა და შესაძლო გართულებების მონიტორინგი. ჯანმრთელი დედების ექიმთან ვიზიტების სიხშირე და მოცულობა სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულია, ზოგან კი გადაჭარბებულიცაა. დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის დაბალი დონისა და მცირეწონიანი და განვითარების პრობლემების მქონე ახალშობილების რისკის დაბალი მაჩვენებლების მიღწევამ მთელი ორსულობის მანძილზე აქტიური ზედამხედველობის მნიშვნელობა უნდა გაზარდოს.

ზოგიერთ ქვეყნებში, როგორებიცაა ისრაელი და საფრანგეთი, პრენატალური მოვლა რეგულარული პირველადი სამედიცინო მომსახურების ცენტრებისგან გამოყოფილია და უზრუნველყოფილია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრებში ან ქალთა კლინიკებში. სხვა ქვეყნებში, როგორებიცაა ჰოლანდია და ინგლისი, ოჯახის ექიმები პრენატალურ და სამეანო სერვისებს ახორციელებენ. ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და კანადაში კი როგორც მეანები, ისე ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, პრენატალურ მოვლასა და მშობიარობას ახორციელებენ. ისრაელში პრენატალურ მოვლას, ძირითადად, მედდები აწარმოებენ, ხოლო ბებიაქალები ჰოსპიტალურ მშობიარობების უმრავლესობას მართავენ. განურჩევლად იმისა პრენატალური მოვლა პირველადი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილია თუ დამოუკიდებელი სამედიცინო მომსახურება, მისი მიზანი უნდა იყოს უნივერსალ-

ური მოცვა ორსულობამდე ან ორსულობის ადრეული პერიოდიდან, მაღალი რისკის ორსულობის გამოვლენა რეფერალის განხორციელებით და სათანადო მკურნალობა, ისევე, როგორც სპეციალიზირებულ დაწესებულებებზე დაუყოვნებელი ხელმისაწვდომობა. პრენატალურ კლასებში ორსული ქალისა და მისი პარტიორის სამედიცინო განათლება დამატებით კონსულტაციებსა და თანასწორთა ჯგუფის მხარდაჭერას უზრუნველყოფს.

განვითარებად ქვეყნებში პრენატალურ მოვლაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და საშუალო მედპერსონალის მზარდი ჩართულობა „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილ“ სამშობიარო სახლებში, ისევე როგორც მშობიარობის ტრადიციულ დამსწრეთა გადამზადება და მეთვალყურეობა, ორსულობის დაგეგმვა, რისკების შეფასება და რეფერალის განხორციელება აუცილებელია დედათა და პერინატალური სიკვდილიანობის მაღალი დონის შესამცირებლად.

ორსულ ქალს საშუალება უნდა მიეცეს დაგეგმილი ვიზიტების დროს სამედიცინო ჩანაწერები წაიკითხოს მისი პრენატალური მეთვალყურეობის შესახებ, რათა შემდგომში სამშობიარო განყოფილების ექიმს ორსულობის მიმდინარეობასთან დაკავშირებით ადეკვატური ინფორმაცია გადასცეს. ჴპაციენტი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ საჭიროების შემთხვევაში ეს ჩანაწერები ხელმისაწვდომი იქნება მისთვის, რაც სამშობიარო განყოფილების ექიმს საშუალებას მისცემს მიღებული დოკუმენტაციის საფუძველზე პაციენტის შესახებ სრული ინფორმაცია მოიპოვოს. საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ სამშობიარო სახლებისთვის ადეკვატური სამედიცინო ფორმების სისტემა უნდა უზრუნველყოს, რათა მშობიარობის დროს არასასურველი გართულებები და სიკვდილი თავიდან აიცილოს.

მაღალი რისკის ორსულობა

დაბალი რისკის ორსულობა განისაზღვრება, როგორც 18-დან 34 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ ქალთა ორსულობა, რომლებიც პირველ ტრიმესტრში ერთხელ მაინც მიმართავენ ექიმს; რომელთაც ჰქონდათ არაუმეტეს 3 ბუნებრივი მშობიაროობა ცოცხალი ნაყოფით; ანამნეზში არ აღენიშნებათ მკვდრადშობადობა და სამეანო გართულებები (მაგ. გესტაციური დიაბეტი ან პრეეკლამპსია); არ მოიხმარდნენ ნარკოტიკებს ან ალკოჰოლს, არ აღენიშნებათ არტერიული ჰიპერტენზია და თირკმლის დაავადებები. ასეთი ქალები ჩართულნი უნდა იყვნენ რუტინული პრენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში.

მაღალი რისკის მქონე ორსულობები უნდა გამოვლინდეს რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე, რათა ორსულს სპეციალური მკურნალობა დაენიშნოს მისი და განსაკუთრებით მისი ნაყოფის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. მაღალი რისკის ფაქტორების გამოვლენა და მართვა ორსულობის დასაწყისსა და მთელი შემდგომი პერიოდის განმავლობაში ორსულობის გამოსავალს აუმჯობესებს, როგორც დედის, ისე ახალშობილისთვის. მაღალი რისკის ორსულობის განმსაზღვრელი ფაქტორებია ქალის ასაკი, სამეანო გართულებების ისტორია, არასაკმარისი კვება, სიღარიბე, მრავლობითი ორსულობები, ადრეული ან გვიანი სამშობიარო ასაკი, ქალები, რომლებიც მიმართავენ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კლინიკებს, ეწევიან სიგარეტს, მოიხმარენ ალკოჰოლს ან ნარკოტიკს. რისკის ფაქტორები შეიძლება სოციალურ და ეკონომიურ ფაქტორებს მოიცავდეს, როგორებიცაა: ცუდი ყოფითი პირობები, ფინანსური პრობლემები და არასახარბიელო სამუშაო პირობები.

სამედიცინო და სამეანო ისტორიები საფუძველს იძლევა გამოვავლინოთ ისეთი რისკები, როგორებიცაა: ხშირი აბორტები, ორსულობის დროს გართულებები ან სამედიცინო მდგომარეობები, რომლებსაც შეეძლოთ უარყოფითი გავლენა მოეხდინათ დედის ორსულობაზე ან მშობიარობაზე. ორსულობა 16 ან 17 წელზე ქვემოთ ან 35 წელზე ზემოთ ნორმალურზე უფრო მაღალ რისკად ავტომატურად უნდა ჩაითვალოს. მრავლობითი მშობიარობა (5 მშობიარობაზე მეტი) ან პირველი მშობიარობა (პრიმიგრავიდა) ასევე უნდა ჩაითვალოს დამატებით რისკად დედისთვის, მაგრამ უფრო მეტად, ახალშობილისთვის.

ქულათა სისტემა ხელს უწყობს რისკების შეფასების სტანდარტების ან გაიდლაინების შემუშავებას, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს რისკების ადრეულ გამოვლენაში და ობიექტური კრიტერიუმების საფუძველზე რეფერალის დროულ განხორციელებაში ეხმარება. საჭიროა დეტალური გაიდლაინების შემუშავება მაღალი რისკის ორსულობის მოვლისა და აქტიური მონიტორინგის სტანდარტების დასანერგად. შემუშავებული გაიდლაინები უნდა ითვალისწინებდეს ადგილობრივ რისკ-ფაქტორებსაც, როგორებიცაა ზოგიერთ საზოგადოებაში ნათესაური ქორწინების მაღალი სიხშირე ან მოსახლეობის კვების ქრონიკული უკმარისო-

ცხრილი 6.5 მაღალი რისკის ორსულობის შეფასება ქულებით და რეფერალის ფორმა

1. პირადი მონაცემი
სახელი
პირადი ნომერი
დაბადების თარიღი
მისამართი
ქალაქი/დაბა/სოფელი
კლინიკა
ბოლო მენსტრუალური ციკლის თარიღი
პირველი ვიზიტის თარიღი

2.სოციალური/პერსონალური მონაცემები
ასაკი (<17, >35)
განათლება (<6 წელი)
ოჯახური მდგომარეობა
ეკონომიკური მდგომარეობა
ნათესაური ქორწინება
თამბაქოს წევა
ალკოჰოლის მოხმარება
წამალდამოკიდებულება
საცხოვრებელი პირობები
შეჯამება
_____
_____
ა ბ გ

3. სამეანო ისტორია
გრავიდა – ორსულობების რ-ბა (1 ან >5)
პარა – მშობიარობების რ-ბა
ცოცხალი ახალშობილით (0 ან >5)
აბორტები (>2)
თვითნებითი აბორტი (1+)
ნაყოფის სიკვდილი (1)
სისხლდენა მესამე ტრიმესტრში
მკვდრადშობადობა (1)
საკეისრო კვეთა (1)
ნაადრევი მშობიარობა
ახალშობილის წონა
ჩვილთა სიკვდილიანობა (1)
ტოქსემია (1)
თანდაყოლილი სიმახინჯე (1)
შეჯამება
_____
_____
ა ბ გ

IV. სამედიცინო ისტორია
დიაბეტი
არტერიული ჰიპერტენზია
თირკმლის დაავადებები
გულის დაავადებები
გულმკერდის ქრონიკული დაავადებები
სისხლის პათოლოგიები
ენდოკრინული დაავადებები
ფლებიტი
სხვა
შეჯამება
_____
_____
ა ბ გ

V. მიმდინარე ორსულობა
მიმდინარე ორსულობის რიგითობა
პირველი ვიზიტის დრო (ტ1, ტ2, ტ3)
წონა ორსულობამდე (<50 კგ)
სიმაღლე (<145 სმ)
სისხლდენა
პრეეკლამფსია
რეზუსი
მრავალნაყოფიანი ორსულობა
ნაყოფის არასწორი მდებარეობა
შეჯამება
_____
_____
ა ბ გ

VI. რისკ-ფაქტორების შეჯამება
I. პერსონალური **ა ბ გ**
II. სოციალური **ა ბ გ**
III. სამეანო ისტორია **ა ბ გ**
IV. სამედიცინო ისტორია **ა ბ გ**
V. მიმდინარე ორსულობა **ა ბ გ**
VI. ჯამური შეფასება **ა ბ გ**

რეფერალის განხორციელების მიზეზთა შეჯამება: _____

თარიღი _____ ხელმოწერა:_____

პოზიცია: _____

მაღალი რისკის კლინიკის დასკვნა:_____

თარიღი_____ ხელმოწერა:_____

პოზიცია: _____

ბა. ქულათა სისტემა კუმულაციური რისკის შეფასებას აწარმოებს იმ ფაქტორების შეკრებით, რომლებიც დამოუკიდებლად ორსულობის მაღალ რისკად არ ჩაითვლებოდნენ, მაგრამ ერთობლივად პოტენციური პრობლემების არსებობაზე მიუთითებენ. ასაკის, მშობიარობების რიცხვისა და განათლების ზღვრული დონეების განსაზღვრა შესაძლებელია ყოველი ქვეყნის პირობების გათვალისწინებით ხდებოდეს, მაგრამ მნიშვნელოვანია ნაციონალური სტანდარტების პრინციპის დაცვა.

ცხრილში 6.5 წარმოდგენილია სოფლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში შემუშავებული და გამოყენებული მაღალი რისკის ორსულობის შეფასების ქულები და რეფერალის ფორმები, რომლებიც შემდგომში ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორის მიერ მთელ განვითარებად არეალში დაინერგა (დასავლეთ სანაპირო და ღაზას სექტორი). ამ შემთხვევაში ა შეესაბამება დაბალ რისკს, ბ – საშუალო რისკს, ხოლო გ – მაღალ რისკს. ამავდროულად, პერსონალი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს საჭირო განმარტებებითა და ინსტრუქციებით, რათა ეფექტურად გამოიყენოს შეფასების ეს სისტემა. ზოგიერთ შემთხვევაში ერთი გ საჭიროებს რეფერალს (მაგ. ჰიპერტენზია), სხვა შემთხვევაში კი რამდენიმე გ ან ბ ნიშნავს სავალდებულო რეფერალის საჭიროებას. ფორმატი და ქულათა სისტემები შესაძლოა განსხვავდებოდეს, როგორც, მაგალითად, თითოეულ საკითხს ქულები შეიძლება მიენიჭოს 1-დან 10-მდე ქულების სისტემატური შეკრებით. მაღალი რისკის ორსულობების კლინიკაში რეფერალის განხორციელება არამარტო რეფერალის ჩვენების ან მიზეზის მკაფიოდ მითითებას საჭიროებს, არამედ რეფერალური დაწესებულების სპეციალისტის მიერ სრულფასოვან შეფასებასაც და პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერისთვის ან სხვა ექიმისთვის დასკვნის უკან გაგზავნას, რომელმაც ეს რეფერალი განახორციელა.

მაღალი რისკის ორსულობის კლინიკამ პაციენტი უკან უნდა გააგზავნოს რეფერალის განმახორციელებელ ცენტრში გამოკვლევების შედეგებით და შემდგომი მოქმედების მკაფიო გეგმით. მაღალი რისკის ორსულობის კლინიკამ შესაძლოა გააგრძელოს პაციენტის მეთვალყურეობა თანმხლები რისკ-ფაქტორების გამო, მაგრამ რეფერალის განმახორციელებელი ექიმიც უნდა ფლობდეს ამ ინფორმაციას, რათა რეფერალურ კლინიკას მეთვალყურეობის განხორციელებაში დაეხმაროს.

მაღალი რისკის ორსულობის შეფასების-რეფერალის-მეთვალყურეობის კარგად შემუშავებული სისტემა ხელს უწყობს ჯანმრთელობის უკეთეს გამოსავალს როგორც დედისათვის, ისე ახალშობილისათვის და, აგრეთვე, დედათა და ჩვილ ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის გრძელვადიანი და ძვირადღირებული შედეგების პრევენციას. ამ სისტემის როლი მშობიარობის პერიოდისა და მშობიარობის შემდგომი გართულებების პრევენციაში სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეკონომიკური თვალსაზრისით ძალზე მნიშვნელოვანია.

განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებს შეიძლება განსხვავებული პრობლემები ჰქონდეთ, თუმცა პრინციპები მაინც ერთნაირი რჩება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობენ მოსახლეობის ჯგუფები, მათ შორის მაღალი რისკის მქონე ორსული ქალები, რომლებსაც პრენატალური მოვლის მიღება ფინანსური ან სხვა ბიუროკრატიული მიზეზების გამო არ შეუძლიათ. რუსეთში მაღალი რისკის ორსულობის მართვა აუცილებელია, თუ ქვეყანა აპირებს დედათა სიკვდილიანობის მაღალი დონის შემცირებას. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, უნივერსალური ხელმისაწვდომობისა და კარგად განვითარებული პრენატალური მოვლისა და რისკის შეფასების სისტემების მქონე ქვეყნებს, როგორც წესი, დედათა სიკვდილიანობის დაბალი მაჩვენებლები აქვთ (ავსტრალია, ბელგია, დანია, ისრაელი, ნორვეგია). დედათა სიკვდილიანობის დონე ადეკვატურად რეაგირებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე, ისე, როგორც ეს იტალიასა და პორტუგალიაში მოხდა, სადაც დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა, მათ მიერ 1970 წელს სახელმწიფო სამედიცინო სერვისების შემოღების შედეგად.

მშობიარობა

მშობიარობა უკიდურესად პერსონალური სერვისია, თუმცა ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასპექტებსაც მოიცავს. უსაფრთხო მშობიარობა გავლენას ახდენს როგორც დედაზე, ისე ახ-

ალშობილზე. გასული საუკუნის განმავლობაში მშობიაროობამ სახლიდან სამშობიარო სახლებში, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების სამშობიარო განყოფილებებსა და ასევე, „დედისა და ბავშვისადმი კეთილგანწყობილ“ სამშობიარო ცენტრებში (ჰოსპიტალურ დაწესებულებებში) გადაინაცვლა. განვითარებულ ქვეყნებში სამშობიარო სახლებსა და განყოფილებებში მშობიაროობამ დადებითი გავლენა იქონია დედებისა და ახალშობილების სიკვდილიანობის შემცირებაზე. გამომდინარე აქედან, სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის პროგრამების უმთავრეს ამოცანად უნდა ჩაითვალოს.

საავადმყოფოში მშობიარობა ბევრ ქვეყანაში დედებისთვის ნაციონალური სადაზღვევო სისტემის მიერ სამშობიარო გრანტების გაცემით ან სოციალური დახმარებებითაა წახალისებული, რათა მათ საავადმყოფოს ხარჯების დაფარვა შეძლონ. ეს წარსულში საფრანგეთსა და ისრაელში ნაციონალური დაზღვევის შემოღებამდე განხორციელდა. საფრანგეთში ეს ტრადიცია დღემდე გრძელდება და გრანტები იმ ქალებს ეძლევათ, რომლებიც პრენატალურ მოვლას ადრეული ეტაპზე იწყებენ და ხშირად მას ორსულობის განმავლობაში იყენებენ. განვითარებად ქვეყნებში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მშობიარობის ადგილებს, რათა არსებული რესურსების მაქსიმალური გამოყენებით მიღწეულ იქნას დედათა სიკვდილიანობისა და ავადობის მაღალი მაჩვენებლების შემცირება.

გადაუდებელმა სიტუაციებმა შესაძლოა თავი იჩინონ მშობიარობის ნებისმიერ ეტაპზე, რისთვისაც შესაძლოა საჭირო გახდეს საკეისრო კვეთა, სისხლის გადასხმა, ზოგადი ანესთეზია, ნაყოფის რეანიმაცია ან რესპირაციული დისტრეს-სინდრომის მართვა. გამომდინარე აქედან, მშობიარობა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს სამშობიარო განყოფილებაში გაცილებით უსაფრთხოა, ვიდრე სახლის პირობებში ან თუნდაც ცალკე მდგომ სამშობიარო სახლში. მშობიარობის დროს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი კლინიკურ აუსკულტაციასთან შედარებით მნიშვნელოვნად არ ამცირებს ინტრაკრანიალური დაზიანების, განვითარებაში ჩამორჩენისა ან ცერებრალური დამბლის რისკს, მაგრამ ხელს უწყობს აღელვებული დედის დამშვიდებას და სამშობიარო განყოფილების გადატვირთულ გარემოში სამედიცინო პერსონალის სწრაფ მოქმედებას.

სამშობიარო მოვლა უნდა წარმოებდეს სახლის პირობებთან მაქსიმალურად მიმსგავსებულ გარემოში და მას უნდა დაესწროს ქმარი ან ორსული ქალისთვის სასურველი ადამიანი. სამშობირო მოვლა საჭიროებს პრენატალური პერიოდის ინფორმაციას, რომელიც ჩანაწერების სახით მშობიარეს ხელთ უნდა ჰქონდეს. ეს ჩანაწერები აჯამებს წარსულში მის სამედიცინო, სამეანო და პრენატალურ მოვლას, მშობიარობების რაოდენობას, ბოლო მენსტრუალური პერიოდის თარიღს, რისკის ფაქტორებს და პრენატალური მეთვალყურეობის მონაცემებს. სასურველია, რომ ამ ჩანაწრებს დედა თან ატარებდეს, რადგან მათზე ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეზღუდული იყოს პრენატალურ კლინიკებში ან იქ არსებული ჩანაწერები არ შეიცავდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ან სხვა კერძო ექიმის მიერ ჩატარებული მკურნალობის შესახებ ინფორმაციას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ზოგიერთი ქვეყანა, მათ შორის ისეთებიც, სადაც დედათა სიკვდილიანობის დონე დაბალია, რუტინული მშობიარობების დროს ფართოდ იყენებს კვალიფიციურ ბებიაქალებს, მაშინ როცა მეანები პასუხისმგებელნი არიან ფიზიოლოგიური მშობიარობების მეთვალყურეობაზე და გართულებული მშობიარობების მართვაზე. ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობს ასეთი ბებიაქალების ლიცენზირების საჭიროება, რათა დაკმაყოფილებულ იქნას თანამედროვე სამეანო მოთხოვნილებები, განსაკუთრებით იქ, სადაც მეანების ნაკლებობაა. ბებიაქალის კვალიფიკაციის მისაღებად პროფესიონალ ან აკადემიური დონის რეგისტრირებულ ექთანს ერთწლიანი დამატებითი სწავლება ესაჭიროება.

მშობიარობის დროს ნაყოფის აუსკულტაციური მონიტორინგი სტანდარტული პრაქტიკის სახით 1830 წელს დუბლინში ევორი კენედის ნაშრომის გამოქვეყნების შემდეგ დაინერგა. ახალშობილების ელექტრონული მონიტორინგი 1950-იანი წლებიდან ფართოდ გავრცელდა, რაც დედებს ძალიან ამშვიდებს და გადატვირთული სამშობიარო პალატის სამედიცინო პერსონალს ეხმარება.

კვალიფიციური ანესთეზიოლოგის და პედიატრის დასწრება გათვალისწინებულ უნდა იქნას რუტინული მშობიაროობისას და სავალდებულო უნდა იყოს მაღალი რისკის მშობიარობის დროსაც. ჴპედიატრის ან პედიატრიული ექთნის დასწრება მშობიარობის დროს ბავშის მოვლას ადრეული ასაკიდან უზრუნველყოფს, რაც გან-

საკუთრებით მნიშვნელოვანია მცირეწონიანი ახალშობილის, რესპირაციული დისტრეს-სინდრომის ან მშობიარობის სხვა გართულებების შემთხვევაში. იმ ქვეყნებში, სადაც ჩვილ ბავშვთა საერთო სიკვდილიანობის დონე დაბალია, ადრეული ნეონატალური სიკვდილობა ამჟამად ბავშვთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეინიშნება სახლში მშობიარობების გარკვეული ტენდეცია მომზადებული ბებიაქალების თანდასწრებითა და, საჭიროების შემთხვევაში, გარანტირებული გადაუდებელი სერვისების უზრუნველყოფით. ინგლისში სახლში მშობიარობის შემთხვევები მცირდება და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში სპეციალიზირებული სამეანო განყოფილებების რიცხვი იზრდება. სახლის პირობებში მშობიარობა შესაძლოა საავადმყოფოში მშობიარობის ადეკვატური ალტერნატივა იყოს დაბალი რისკის მქონე მშობიარეებისათვის, თუმცა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მას პროფესიონალი ბებიაქალი ესწრება და საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფილია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გუნდის ჩართვა, რომლებიც მზად არიან რამდენიმე წუთში მშობიარობის ნებისმიერი გართულება მართონ. ამ ტენდენციამ არასასურველი გვერდითი მოვლენების განვითარების შედეგად შესაძლოა დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის ზრდა გამოიწვიოს. სამშობიარო სახლში მშობიარობა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს სამშობიარო განყოფილებაში მშობიარობის ალტერნატივაა, მაგრამ ეს არ უნდა ხდებოდეს განვითარებად ქვეყნებში, რადგან მშობიარობის გართულებების მართვა ამ შემთხვევაში შეზღუდულია. მშობიარობის ადგილი და მეთოდი შეიძლება იცვლებოდეს, მაგრამ გათვალისწინებულ უნდა იქნას არა მარტო დედის სურვილები, არამედ როგორც დედის, ისე ბავშვის უსაფრთხოება. მაღალი რისკის მქონე დედებმა, მათ შორის პირველად მშობიარე ქალებმა, აუცილებლად უნდა მიმართონ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებს.

უსაფრთხო დედობის ინიციატივები

უსაფრთხო დედობის ინიციატივა 1987 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაიწყო, რათა უსაფრთხო ორსულობის, მშობიარობისა და ჯანმრთელი ბავშვების დაბადებისთვის ხელი შეეწყოთ. ყოველწლიურად ასიათასობით ქალი იღუპება ან ავადდება ორსულობისა და მშობიარობის სერიოზული გართულებების გამო. უსაფრთხო დედობა იწყება ჩასახვამდე სწორი კვებითა და ჯანსაღი ცხოვრების წესით. ეს პროცესი გრძელდება დაგეგმილი ორსულობით, შესაბამისი პრენატალური მოვლით, გართულებების პრევენციით, თუკი ეს შესაძლებელია, და ასევე გართულებების ადრეული და ეფექტური მკურნალობით. შემდგომ ის გაგრძელდება დროული მშობიარობით და შესაბამისი მოვლით, თუმცა ზედმეტი ჩარევების გარეშე, რასაც მოჰყვება ჯანმრთელი ბავშვის დაბადება და მშობიარობის შემდეგ ჯანსაღი გარემოს უზრუნველყოფა, რაც ხელს უწყობს ქალის, ბავშვისა და ოჯახის ემოციური და ფიზიკური საჭიროებების დაკმაყოფილებას.

სახლის პირობებში მშობიარობა განვითარებად ქვეყნებში კვლავ გავრცელებულია. ამ ტიპის მშობიარობებს ესწრება ან არ ესწრება მშობიარობის ტრადიციული დამსწრე. ეს შესაძლოა დედისთვის ერთადერთი არჩევანი იყოს, ამიტომ ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა უნდა იზრუნონ მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეების სწავლებაზე და მათ მეთვალყურეობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენას, ტეტანუსის პრევენციას და მაღალი რისკის შემთხვევების გამოვლენასა და რეფერალს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინები განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემაში მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეების ინტეგრაციას მოუწოდებს. სტანდარტების შემუშავებასა და მშობიარობის ტრადიციულ დამსწრეებზე ზედამხედველობის დაწესებას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს განვითარებად ქვეყნებში დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების შესამცირებლად. პირველადი მშობიარე რაიონულ საავადმყოფოში უნდა გაიგზავნოს, სადაც ასევე უნდა მოხდეს მაღალი რისკის მქონე ორსულების მშობიარობაც, მათ შორის იმ ქალების, რომლებსაც წარსულში ბევრი მშობიარობა ჰქონდათ, რომელთა ასაკი 35 წელზე მეტია, ჰყავთ ტყუპი ნაყოფი, გვიან დაიწყეს პრენატალური მოვლა, ანამნეზში გართულებული მშობიარობები, მკვდრადშობადობა, კვების უკმარისობა ან ქრონიკული დაავადებები აღენიშნებათ.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტოებმა შეძლებისდაგვარად უნდა უზრუნველყონ საავადმყოფოებში მშობიარობა, აღნიშნული საავადმყოფოების დაკომპლექტება კარგად მომზადებული სამედიცინო პერსონალით და ყველა

დედისთვის ადრეული და უწყვეტი პრენატალური მოვლა. რაიონული საავადმყოფო უზრუნველყოფილი უდა იყოს გადაუდებელი სამეანო და ნეონატალური დახმარებისთვის საჭირო აღჭურვილობითა და სერვისებით, მათ შორის, ქირურგიული და ანესთეზიოლოგიური სამსახურებით, სისხლის ბანკით, რეანიმატოლოგებით და ნორმალური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთისათვის განკუთვნილი ფართებით. ადგილობრივი და რაიონული სამედიცინო დაწესებულებების, ისევე როგორც მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეების ჩანაწერები, წარმოებული უნდა იყოს ჯანდაცვის მესვეურთა მიერ შემუშავებული სტანდარტების შესაბამისად.

საჭიროა რაიონული და ადგილობრივი სამეანო სერვის-ცენტრების შემდგომი განვითარება, რათა მათ შეძლონ პრენატალური რისკის სწორი და დროული შეფასება და მკურნალობა, მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეების დახმარება და მეთვალყურეობა. ადგილობრივი სამეანო დაწესებულებები სათანადოდ უდნა იყოს აღჭურვილი და დაკომპლექტებული კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით, რათა მათ შეძლონ ნორმალური მშობიარობის მართვა, უსაფრთხო აბორტის გაკეთება და ისეთი გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა, როგორიცაა პრეეკლამპსია, სისხლდენა და პლაცენტის ხელით გამოძევება. მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეები სათანადოდ უნდა იყვნენ მომზადებული, რათა დროულად გადაიყვანონ მაღალი რისკის მქონე დედები და ახალშობილები რაიონულ საავადმყოფოებში. პროფესიონალი ბებიაქალები და მედდები ზედამხედველობას უნდა უწევდნენ მშობიარობის ტრადიციულ დამსწრეებს სოფლებში ვიზიტებისა და ინდივიდუალური ტრენინგების მეშვეობით. მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეები, რომლებიც მაღალი რისკის პაციენტების მშობიარობას მართავენ, გადაუდებელი შემთხვევების გამონაკლისის გარდა, ჯანდაცვის ხელმძღვანელობის მიერ უნდა დაჯარიმდნენ.

მშობიარობის ტრადიციულ დამსწრეებზე ზედამხედველობა ითვალისწინებს რეგულირებისა და განათლების პროცესს და აგრეთვე წახალისებას, რათა მოხდეს მაღალი სტანდარტის პრაქტიკის უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის ხელმძღვანელობას უფლება აქვს განახორციელოს ყველა სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირება და კონტროლი და დასაჯოს ის კანონდამრღვევები, რომლებიც სამედიცინო პრაქტიკას ლიცენზიის გარეშე აწარმოებენ ან მომსახურების დაწესებულ სტანდარტებს არ აკმაყოფილებენ. მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეები შესაძლოა ფინანსური წახალისებით მოტივირებულ იქნან სასწავლო პროგრამებში მონაწილეობა მიიღონ და საბაზისო აპარატურითა და მარაგით აღიჭურვონ. მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეები ვალდებულნი არიან ყოველი მშობიარობის აღრიცხვა სახელმწიფოს მიერ მოწოდებულ ჟურნალებში აწარმოონ, აუცილებელი დეტალებისა და მშობიარობის გამოსავლის მითითებით. წერა-კითხვის არცოდნის შემთხვევაში მათ უნდა მოიწვიონ ადამიანი, ვინც ამ ჩანაწერებს გააკეთებს. მათი მომზადება უნდა მოიცავდეს პრენატალური და მშობიარობის საშიში ნიშნების, ჰიგიენის, ახალშობილის რეანიმაციისა და მოვლის და მაღალი რისკის სიტუაციების სწავლებას. მშობიარობის ტრადიციული დამსწრეები შეიძლება ასევე მომზადნენ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ ინფექციის, ანემიის, იოდის დეფიციტისა და სამეანო ან სამედიცინო რისკის საკითხებში.

ახალშობილის მოვლა

ახალშობილი მთლიანად დამოკიდებულია იმ ფაქტორებზე, რომლებმაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა მოახდინონ მის ზრდასა და განვითარებაზე. ამგვარი დამოკიდებულება იწყება ჩასახვამდე და გრძელდება მთელი პრენატალური პერიოდის განმავლობაში, მშობიარობის დროს და სიცოცხლის პირველი წლის ბოლომდე. ახალშობილის მოვლა მოიცავს დაბადებისთანავე სითბოს უზრუნველყოფასა და სასუნთქი გზების საქციას, რათა ასპირაცია თავიდან იქნას აცილებული და ახალშობილმა პირველივე წუთებიდან სუნთქვა შეძლოს. მრავალი რისკ-ფაქტორი პრევენციას ექვემდებარება, რასაც გასული საუკუნის განმავლობაში ახალშობილთა სიკვდილიანობის მკვეთრი შემცირება ადასტურებს.

ახალშობილთა სიცოცხლისუნარიანობა დაბადებისას მათი წონის კლების შესაბამისად მცირდება. დაბადებისას ახალშობილის 2500 გრამზე ნაკლები წონა ითვლება მცირე წონად, ხოლო 2500-დან 4000 გრამამდე წონა ნორმალურად ითვლება. განვითარებულ ქვეყნებში მცირეწონიან ახალშობილთა პროცენტული მაჩვენებელი ძირითადად 7%-ზე დაბალია, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 10%-ზე მაღალია. ახალშობილებს, რომელთა წონა დაბადებისას 1500

ან 1000 გრამზე ნაკლებია, გადარჩენის ძალიან დაბალი შანსი აქვთ და ხშირად ინვალიდებად რჩებიან. მაღალი დონის პრენატალური მოვლის ძირითადი მიზანია ორსულობის ვადის გახანგრძლივება 36 კვირაზე მეტად, თითქმის სრულ ვადამდე, რათა ხელი შეუწყოს საშვილოსნოში ნაყოფის სრულ მომწიფებასა და განვითარებას და შედეგად დაბადებისას მისი სიცოცხლისუნარიანობის უზრუნველყოფას. ტყუპი ნაყოფით მშობიარობის ფაქტორის უგულველყოფის მიზნით, ზოგჯერ ახალშობილის მცირე წონას, როგორც ტერმინს, ხმარობენ მხოლოდ ერთი ნაყოფით მშობიარობის შემთხვევაში.

ახალშობილებს ესაჭიროებათ უმაღლესი დონის მოვლა. ეს მოითხოვს მდგომარეობის მყისიერ შეფასებასა და დაუყოვნებელ რეაგირებას რეანიმაციისა ან სხვა აუცილებელი ჩარევების საჭიროების შემთხვევაში. აპგარის შკალა, რომელიც 1950 წელს ვირგჯინია აპგარმა შეიმუშავა, ახალშობილის, მისი გამოკვლევებისა და ინტენსიური თერაპიის საჭიროებების შეფასების მნიშვნელოვან სტანდარტულ მეთოდს წარმოადგენს (ცხრილი 6.6). დაბადებისას 6-ზე დაბალი აპგარის ქულა ახალშობილის რეანიმაციისა და სპეციალური ყურადღების საჭიროებაზე მიუთითებს. აპგარის დაბალი ქულები დაბადებიდან 2 წუთის შემდეგ ახალშობილის რისკის შესახებ მიუთითებს.

სახლის პირობებში მშობიარობის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს მძიმე ახალშობილის დაუყოვნებელი ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა ნეონატალური მოვლის ცენტრში. პრობლემის ადრეული გამოვლენა ახალშობილებში სიკვდილინობისა და ავადობის არასასურველ გამოსავალს ამცირებს.

ყველა ახაშობილმა უნდა მიიღოს მაღალკვალიფიციური პროფესიონალური მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში რეანიმაციის ჩათვლით. ასევე უზრუნველყოფილ უნდა იქნას თვალების რუტინული მოვლა გონოკოკური ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით. ჯK ვიტამინი ახალშობილს უნდა მიეცეს რუტინულად ინექციის სახით ან ორალურად, რათა მოხდეს ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების პრევენცია. ახალშობილთა 20%-ს აქვს დაბალი პროთრომბინი – სისხლის შედედების ფაქტორი, რაც პოტენციურად სერიოზული ან ფატალური სისხლდენის რისკს წარმოადგენს, რომლის პრევენცია K ვიტამინის ინექციით ან ორალური მიღებითაა შესაძლებელი.

ცხრილი 6.6 აპგარის ქულები

სიმპტომი	ქულა		
	0	1	2+
გულისცემის სიხშირე (დარტყმა/წთ)	არ არის	შენელებული (<100)	100+
რესპირაცია/ჰიპოვენტილაცია	არ არის	სუსტი ტირილი	ძლიერი ტირილი
კუნთების ტონუსი/მოძრაობა	ჰიპოტონია	კიდურების სუსტი ფლექსია (მოხრა)	აქტიური
რეფლექსი გაღიზიანებაზე	რეაქცია არ არის	გრიმასი	ხველა ან ცემინება
სხეულის (კანის) ფერი	ციანოზური/ ფერმკრთალი	აკროციანოზი (სხეულის წარზიდული ნაწილების სილურჯე)	მთლიანად ვარდისფერი

წყარო: Kendig, 1992.

აუცილებელია ახალშობილთა სკრინინგი აივ ინფექციაზე დედის უცნობი აივ სტატუსის შემთხვევაში და ასევე დედის მიერ მიღებული ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ზემოქმედების ნიშნებზე მაღალი რისკის ცენტრებში.

პედიატრის მიერ ახალშობილის სრულფასოვანი გასინჯვა მიზნად ისახავს თანდაყოლილი დეფექტების გამოვლენას ან ნორმალური განვითარების შეფასებას და საფუძველს უდებს ბავშვის უწყვეტ მოვლას ადრეული ჩვილობის ასაკში. ახალშობილის შემოწმება მოიცავს მისი სიმაღლის, თავის გარშემოწერილობის და წონის გაზომვას, გესტაციურ შეფასებას და სიყვითლის დადგენას სათანადო ჩანაწერების უზრუნველყოფით. ბავშვის გასინჯვა ასევე მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემების შეფასებას. ამავე პერიოდში უნდა მოხდეს ახალშობილის სკრინინგი

ჩანართი 6.1 ჩვილ ბავშვთა ინტინული მოვლის სტანდარტები: აშშ-ის ჰედიატრთა აკადემია

1. კვალიფიციური პერსონალის მიერ განხორციელებული რეანიმაციული მომსახურება ხელმისაწვდომია ყველა მაღალი რისკის სამშობიარო დაწესებულებაში; საჭიროების შემთხვევაში ბავშვი გადაყვანილია ნეონატოლოგთან;
2. პირისა და ცხვირის საქცია და სასუნთქი გზების განთავისუფლება;
3. ახალშობილის გამშრალება, გათბობა, ქუდის დახურვა, სხეულზე დაფარება და დედისთვის გადაცემა;
4. ახალშობილის სტიმულაცია ზურგისა და ტერფების დაზელვით;
5. ჟანგბადის მიწოდება ნიღბიანი ამბუს პარკის გამოყენებით საჭიროების შემთხვევაში; გულმკერდის გასინჯვა ადეკვატური ვენტილაციის შესამოწმებლად;
6. აპგარის ქულების შეფასება დაბადებიდან პირველ და მეორე წუთებზე;
7. აპგარის ქულების შეფასება დაბადებიდან მეხუთე წუთზე;
8. საჭიროების შემთხვევაში გახანგრძლივებული რეანიმაცია, აპგარის ქულების შემდგომი შეფასება და ჩაწერა;
9. კანით-კანთან კონტაქტისა და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ახალშობილის დედასთან გადაყვანით;
10. K ვიტამინის რუტინული გამოყენება ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადების პრევენციის მიზნით;
11. თვალების მოვლა ანტიბიოტიკური მალამოს გამოყენებით თვალის ქლამიდიური ან გონოკოკური ინფექციის პრევენციის მიზნით;
12. ჭიპლარის სისხლის აღება სეროლოგიური ანალიზისათვის;
13. ჭიპლარის გადაჭრა, გადაკვანძვა და დამუშავება ანტისეპტიკური ან ანტიბიოტიკური საშუალებით;
14. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო Bვაქცინაცია; პირველი დოზა სამი დოზიდან;
15. ახალშობილის შეხვევა თავისუფლად, და არა მჭიდროდ;
16. ახალშობილის მუდმივად ყოფნა დედასთან;
17. მამის ვიზიტებისა და ახალშობილის მოვლაში მონაწილეობის წახალისება;
18. ძუძუთი კვების აქტიური წახალისება;
19. სრულყოფილი გასინჯვა პედიატრის ან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ;
20. ოჯახისა და და-ძმის ვიზიტების სასურველობა.

წყარო: Kending, 1992; and American Academy of Pediatrics/ Americal College of Obstetrics and Gynecology, 1992; Guidelines for Perinatal Care. Third Edition. Washington DC.:ACOG, and Elk Grove Village, IL:AAP.

თანდაყოლილ დაავადებებზე, როგორიცაა გულის თანდაყოლილი მანკები, დაუნის სინდრომი, მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, ტერფმრუდობა, სათესლე პარკში სათესლე ჯირკვლის ჩამოუსვლელობა, ფენილკეტონურია, ჰიპოთიროიდიზმი, ჰემოლიზური ანემია (თალასემია და ნამგლისებრუჯრედოვანი დაავადება), გალაქტოსემია და მეტაბოლიზმის სხვა დარღვევები. ადრეული დიაგნოსტიკა ბავშვის დროულ მკურნალობას უზრუნველყოფს.

ძუძუთი კვების დაწყება როგორც დედის, ისე ბავშვისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოვლენაა, ამიტომ ის სამედიცინო პერსონალმა აქტიურად უნდა წაახალისოს. ის აუცილებელია დედასა და ბავშვს შორის მჭიდრო კავშირის დასამყარებლად და ბავშვის ოპტიმალური განვითარებისთვის. ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს ბავშვის დაბადებიდან მინიმუმ ნახევარი წლის განმავლობაში და შეიძლება გახანგრძლივდეს კიდეც, თუკი უზრუნველყოფილია ადეკვატური დამატებითი კვება მყარი საკვების

სახით. ძუძუთი კვება განხილულია კვებისა და ჯანმრთელობის გლობალიზაციის შესაბამის თავებში (თავი 16).

მშობიაროგბის შემდგომი მოვლა

მშობიარობის შემდგომი პერიოდი მოიცავს პლაცენტის გამოძევებიდან 6-8 კვირას ოვულაციის პროცესის განახლებამდე. მეძუძური დედისთვის ეს პერიოდი შეიძლება გახანგრძლივდეს, რაც განპირობებულია ლაქტაციისა და ჰორმონალური ბალანსის ზეგავლენით. ეს მნიშვნელოვანი პერიოდია დედისა და ახალშობილისთვის, რომლის განმავლობაშიც ორივე აღიდგენს ძალებს დაბადების დამღლელი პროცესის შემდეგ და ახდენს ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ადაპტაციას. მშობიარობის შემდგომი ადეკვატური მეთვალყურეობა დედასა და ბავშვზე გართულებების პრევენციას და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას უზრუნველყოფს.

უშუალოდ მშობიარობის შემდგომი მოვლა ფოკუსირებულია პლაცენტის სრულ გამოძევებაზე, საშვილოსნოს შეკუმშვაზე, სისხლდენის ან ფლებიტის არარსებობაზე. დედის ბაზისური გამოკვლევები მოიცავს მკერდის გასინჯვას, საშოსა და შორისის მიდამოში ნახეთქების ან ინფექციის გამოვლენას და ჰემოგლობინის ტესტს. დედას მიეწოდება ინფორმაცია სხვადასხვა საკითხების შესახებ, მათ შორის ძუძუთი კვებაზე, კვების რეჟიმზე, შემდგომი ორსულობის დაგეგმვაზე და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე. დედა ასევე ინფორმირებული უნდა იყოს მშობიარობის შემდგომი შესაძლო დეპრესიის შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში სათანადო დახმარება უნდა გაეწიოს.

დედის მდგომარეობის გაუმჯობესება ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ გულისხმობს მისი ძალებისა და ნორმალური ოჯახური ცხოვრების აღდგენას. მშობიარობის შემდგომი დეპრესია საკმაოდ გავრცელებულია და სამედიცინო პერსონალის განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს. წონაში სწრაფი დაკლების სურვილი კვების თვალსაზრისით ეწინააღმდეგება დედის მოთხოვნილებებს, რომლებიც კიდევ უფრო იზრდება ძუძუთი კვების შემთხვევაში. რკინის დანამატების მიღება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში და ძუძუთი კვების დროს უნდა გაგრძელდეს, რათა სისხლში რკინის შემცველობა აღდგეს, რომელიც დედამ ორსულობის, მშობიარობისა და ძუძუთი კვების დროს დაკარგა. საჭიროების შემთხვევაში მეანმა შესაძლოა Rh იმუნოგლობულინი გამოიყენოს დედასა და ნაყოფს შორის შესაძლო იმუნური რეაქციის პრევენციისთვის. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში შეიძლება ასევე გაკეთდეს წითურის საწინააღმდეგო ვაქცინა თანდაყოლილი წითურის სინდრომის შესაძლო განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

მშობიარობის შემდგომი მოვლა უნდა მოიცავდეს ექთნის მიერ ბინაზე ვიზიტებს დედისა და ბავშვის ადაპტაციის პროცესისა და სახლის პირობების შესაფასებლად. სამედიცინო გასინჯვა მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ბოლოს პერინატალური მოვლის აუცილებელი ელემენტია, რადგან ეს ახალშობილის პირველი სრულფასოვანი შეფასებაა საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ. ახალშობილის შეფასების უმთავრესი კრიტერიუმები მოიცავს ძუძუთი კვებას და დედასთან კავშირს, ჰიგიენასა და სისუფთავეს, წონაში მატებას, ვიტამინების დანამატს, იმუნიზაციის დაწყებასა და ოჯახის მხრივ მიმღეობას. პირველი იმუნიზაცია BCG, B ჰეპატიტისა და პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ვაქცინებით იწყება დაბადებიდან რაც შეიძლება ადრე, ხოლო რუტინული იმუნიზაციის პროგრამა სიცოცხლის პირველი 6 კვირის განმავლობაში ხორციელდება (იხ. თავი 6). სახლში მშობიარობების შემთხვევაში პოსტნატალური ბინაზე ვიზიტები მიზნად უნდა ისახავდეს ახალშობილის შეფასებასა და აწონვას, K ვიტამინის მიცემას, ვაქცინაციის პროგრამის დაწყებას და რუტინულ სკრინინგ-ტესტებს, ასევე კონსულტაციებს ძუძუთი კვებისა და ბავშვის მოვლის შესახებ.

დედისთვის, განურჩევლად წინა მშობიარობების რაოდენობისა, სამედიცინო პერსონალის კონსულტაცია ძალზე მნიშვნელოვანია. დედის განათლება და მასზე ზრუნვა, შემდგომი ორსულობების დაგეგმვის მიზნით, უნდა მოიცავდეს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გაცნობას. ამ პერიოდში საკმაოდ დიდია დახმარებისა და რჩევების საჭიროება დედის დასამშვიდებლად და დედისა და ბავშვის მრავალი სხვა საკითხის მოსაგვარებლად. მშობიარობასა და ახალშობილის მოვლაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი ყურადღებას უნდა ამახვილებდეს ამ როლზეც, ისევე როგორც მშობიარობისა და ახალშობილის მოვლის პროფესიულ უნარჩვევებზე.

გენეტიკური დაავადებები

ყოველწლიურად დაახლოებით 8 000 ჩვილი კვდება და 150 000 ბავშვი იბადება თანდაყოლილი დეფექტებით, რომელთა მკურნალობაზე გაწეული ხარჯები 8 მილიარდ დოლარს შეადგენს. თანდაყოლილი დეფექტებისა და გენეტიკური დაავადებების პრევენცია და მართვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერესს წარმოადგენს არამხოლოდ იმიტომ, რომ მათი პრევალენტობა მრავალ სპეციფიკურ პოპულაციურ ჯგუფებში მაღალია, არამედ ასევე ოჯახებისა და საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანი ფინანსური და სოციალური ხარჯების გამო. ამჟამად გენეტიკური დაავადებების მკურნალობა და პრევენცია სულ უფრო წარმატებული ხდება. გენური თერაპიის განვითარებასთან ერთად სკრინინგის, საზოგადოების განათლებისა და ინდივიდუალური გენეტიკური კონსულტაციების მნიშვნელობა საგრძნობლად იზრდება.

თანდაყოლილი დეფექტების პრევენცია საჭიროებს გენეტიკური და თანდაყოლილი დაავადებების, ასევე რეზუს შეუთავსებლობის სკრინინგს, განათლებას, ასევე ფოლიუმის მჟავის დამატებას ორსულობამდე და ორსულობის განმავლობაში, სახლში, სამსახურსა და საზოგადოებაში ტერატოგენული ქიმიური ნივთიერებების მავნე ზემოქმედებისგან დაცვას და ორსულობის დროს სხვადასხვა ინფექციების პრევენციას. რეზუს შეუთავსებლობის პრევენცია ორსული ქალების სკრინინგითა და მართვით ხორციელდება იმ შემთხვევაში, როდესაც დედისა და ნაყოფის სისხლის შეუთავსებლობის რისკი არსებობს. ისეთი თანდაყოლილი დაავადებების სკრინინგის შედეგები, როგორიცაა ფენილკეტონურია და ჰიპოთიროიდიზმი, უნდა გადამოწმდეს და დადასტურების შემთხვევაში, არსებული სტანდარტების მიხედვით, შესაბამისი მკურნალობა ჩატარდეს. სხვა თანდაყოლილი დეფექტები, როგორიცაა მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, რომელიც ყოველი 1000 ახალშობილიდან 50 შემთხვევაში აღინიშნება და თანდაყოლილი კატარაქტები, ასევე უნდა იქნას გათვალისწინებული ახალშობილის გასინჯვისას, ისევე როგორც უნდა შემოწმდეს სმენა დაბადებიდან 3 თვის განმავლობაში. შედეგები პედიატრიულ სამსახურებში უნდა გადააგზავნონ.

თანდაყოლილი დაავადებები სხვადასხვაგვარია და ქრომოსომულ და განვითარების პათოლოგიებს მოიცავს, ისევე როგორც მეტაბოლურ, ჰემატოლოგიურ, ძვალ-კუნთოვან, გულსისხლძარღვთა და ნევროლოგიურ დარღვევებს. გენეტიკური დაავადებები ერთ-ერთი ან ორივე მშობლის პათოლოგიური ქრომოსომისგან გადაეცემა. დომინანტურია ის გენი, რომელიც იწვევს გენეტიკურ დარღვევებს ჰეტეროზიგოტაში, რაც ნიშნავს ადამიანს, რომელსაც ერთი ანომალური და ერთი ნორმალური გენი აქვს. თუ მხოლოდ ერთი მშობელია დაავადებული, არსებობს 50% შანსი იმისა, რომ ნაყოფიც იყოს დაავადებული. რეცესიულ ან ჰომოზიგოტურ შემთხვევებში ორივე მშობელია პათოლოგიური გენის მატარებელი. ამ შემთხვევაში თითოეულ ბავშვს 25% შანსი აქვს იმისა, რომ იყოს დაავადებული, 50% შანსი, რომ იყოს დაავადების მატარებელი, და 25% შანსი, რომ არ იყოს დაავადებული. თუ მხოლოდ ერთი მშობელია ჰომოზიგოტური გენის მატარებელი, დაავადება არ გადაეცემა, თუმცა ბავშვი შეიძლება იყოს მატარებელი.

ახალშობილთა რეზუს ჰემოლიზური დაავადებები. ახალშობილთა რეზუს ჰემოლიზური დაავადებები სერიოზული პრობლემაა, რომელიც გამოწვეულია ნაყოფისა და დედის სისხლის შეუთავსებლობით და შედეგად იწვევს ერიტროციტების დაშლას. ის ვითარდება მაშინ, როდესაც დედა რეზუს-უარყოფითია, ხოლო ნაყოფი რეზუს-დადებითი (მამისგან მემკვიდრეობით გადაცემული). ნაყოფის ერითროციტები შეიძლება შეერიოს დედის სისხლს მშობიარობის დროს და დედის ორგანიზმში გამოიწვიოს ნაყოფის სისხლისადმი ანტისხეულების გამომუშავება. Aამან შეიძლება გავლენა იქონიოს შემდგომ ორსულობებზე და გამოიწვიოს ნაყოფის სისხლის ჰემოლიზი, რასაც შედეგად მოყვება ანემია, სიყვითლე, ტვინის დაზიანება ან სიკვდილი. ეს მკვდრადშობადობისა და ახალშობილების სიკვდილის ხშირი მიზეზი იყო, ვიდრე ახალშობილებში სისხლის შენაცვლებითი ტრანსფუზია დაინერგებოდა, რის შედეგადაც სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საგრძნობლად შემცირდა. 1970-იან წლებში შემოიღეს ანტი-D იმუნოგლობულინები. ის მშობიარობის შემდეგ რეზუს უარყოფით ქალებს ეძლევა, რომელთაც რეზუს დადებითი შვილი ეყოლათ, რათა თავიდან აიცილონ დედის მიერ ანტისხეულების გა-

ჩანართი 6.2 თანდაყოლილი დეფექტების პრევენცია

1. საზოგადოებრივი პრევენცია
   ა. მარილის გამდიდრება იოდით, რათა თავიდან ავიცილოთ იოდის დეფიციტით გამოწვეული თავის ტვინის დაზიანებები;
   ბ. ფქვილის გამდიდრება ფოლიუმის მჟავით, რათა თავიდან ავიცილოთ ნერვული ღეროს დეფექტები;
   ც. წითურის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია ორსულობამდე, რათა თავიდან ავიცილოთ თანდაყოლილი წითურას სინდრომი;
   დ. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობა, რათა თავიდან ავიცილოთ თანდაყოლილი სიფილისი, გონოკოკური, ციტომეგალოვირუსული და აივ ვირუსული ინფექციები.
   ე. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია, რათა თავიდან ავიცილოთ მისი დედიდან შვილზე გადაცემა;

2. პრენატალური პრევენცია
   ა. სიგარეტის, ალკოჰოლის, ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტა ნაყოფის Dდაზიანების თავიდან ასაცილებლად;
   ბ. ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდის კონსულატაცია კვების რეჟიმის შესახებ, რათა ხელი შევუწყოთ ნაყოფის ოპტიმალურ განვითარებას;
   გ. გენეტიკური კონსულტაცია მაღალი რისკის მქონე მშობლებისათვის (მაგალითად ნათესაური ქორწინება);
   დ. არასაჭირო წამლების მიღების თავიდან არიდება;
   ე. რკინის, ფოლიუმის მჟავისა და მულტივიტამინების დამატება (და იოდი, თუ მარილი არ არის გამდიდრებული);
   ფ. რისკის შეფასება და რეფერალი მაღალი რისკის მოვლის პროგრამაში;
   გ. პრენატალური მოვლის პროტოკოლის დაწყება პირველი ტრიმესტრიდან;
   ჰ. უზმოზე შაქრის განსაზღვრა, რათა თავიდან ავიცილოთ გესტაციური დიაბეტი;
   ი. ქრონიკული დაავადებების სწორი მართვა (მაგალითად დიაბეტი და გულის დაავადებები) ორსულობამდე და ორსულობის განმავლობაში;
   ჯ. ტერატოგენული ნივთიერებების ზემოქმედების პრევენცია ორსულობამდე და ორსულობის შემდეგ (მაგალითად საანესთეზიო საშუალებები);
   კ. ტყვიის და ვერცხლისწყლის ზემოქმედების პრევენცია;
   ლ. ჰემოგლობინის, Rh ტესტირება, კუმბსის ტესტი და შარდის ანალიზი;
   მ. წონის ადეკვატური მომატება (11-14 კილოგრამი);
   ნ. სონოგრაფია სავარაუდო მრავალნაყოფიანი ორსულობისთვის, სტრუქტურული ან პლაცენტარული პათოლოგიების გამოვლენისათვის;
   ო. ნაყოფის მონიტორინგი, ზომა, მდებარეობა, გულისცემის სიხშირე;
   პ. უსაფრთხო მშობიაროობა მინიმალური სედაციით და ახალშობილის დაუყოვნებელი რეანიმაცია ტვინის დაზიანებების პრევენციის მიზნით.

წყარო: U.S. Preventive Services Task Force, 1996.

მომუშავება, რაც უარყოფით გავლენას მოახდენდა შემდეგ ორსულობაზე. ანტი-D იმუნოგლობულინებით მკურნალობა ამ დაავადების პრევენციას ახდენს, რაც ზოგადად პრევენციული პრაქტიკის დიდი გამარჯვებაა.

ნერვული ღეროს დეფექტები. ნერვული ღეროს დეფექტები ნერვული ღეროს – თავისა და ზურგის ტვინის წინამორბედის პათოლოგიას წარმოადგენს. დაავადებათა ეს ჯგუფი მოიცავს ისეთ ანომალიებს, როგორიცაა ანენცეფალია, თავის ტვინის დეფექტური განვითარება, რომელიც, როგორც წესი, დაბადებიდან რამდენიმე საათში ახალშობილის სიკვდილით მთავრდება და სპინა ბიფიდა – ზურგის ტვინის თიაქარი, რომელიც ხერხემლის დეფექტური დახურვითაა გამოწვეული. ნერვული ღეროს დეფექტების ხარისხი მერყეობს, თუმცა უმრავლესობა

ფართო ქირურგიულ და სამედიცინო ჩარევას საჭიროებს. ჩრდილოეთ ამერიკაში ნერვული ღეროს დეფექტების მაჩვენებელი ყოველ 1000 ახალშობილზე 2 შემთხვევას შეადგენს, მაგრამ დაავადების ინციდენტობა მცირდება ორსულობის დროს სკრინინგისა და ორსულობამდე და ორსულობის ადრეულ პერიოდში ფოლიუმის მჟავით, პირველადი პრევენციული ღონისძიებების შედეგად. ნერვული ღეროს დეფექტების სკრინინგი შესაძლებელი გახდა 1970-იან წლებში ამნიოცენტეზითა და ამნიონური სითხის ტესტირებით, მოგვიანებით კი სისხლის ანალიზით ალფა-ფეტოპროტეინის არსებობაზე. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ასევე შესაძლებელია ნერვული ღეროს დეფექტების გამოვლენა.

1980-იან წლებში ბრიტანელმა მკვლევრებმა აჩვენეს, რომ ფოლიუმის მჟავის ორსულობამდე მიღება სიმახინჯეების განვითარების შანსს ამცირებს. ჰორსულობამდე მოვლა არ არის ფართოდ გავრცელებული და ფოლიუმის მჟავის რეკომენდებული მიღება, როგორც წესი, 30 პროცენტზე ნაკლებ შემთხვევებში ხდება. ამიტომ ამერიკის შეერთებული შტატების საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციამ 1996 წელს დაამტკიცა პურში ფოლიუმის მჟავის დამატება და ეს სავარაუდოდ ასევე კანადაში, ინგლისსა და სხვა ქვეყნებშიც დამტკიცდება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას აღნიშნული დაავადების პირველადი პრევენცია. 1998 წლის აპრილში აშშ-ის საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციამ და დაავადებათა კონტროლის ცენტრებმა რეკომენდაცია გაუწიეს ორსულობის დროს ფოლიუმის მჟავის მიღებას 400µg დღიური დოზით და პურში ფოლიუმის მჟავის შემცველობის გაზრდას, რათა მიღწეული ყოფილიყო რეკომენდებული დღიური დოზის 100%-ით მიღება (იხ. მე-8 თავი). აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების ვარაუდით, პურის გამდიდრება ფოლიუმის მჟავით და ფერტილური ასაკის ქალების მიერ ფოლიუმის მჟავის დამატებით მიღება, არსებითად შემცირებს აშშ-ში ნერვული ღეროს დეფექტების ყოველწლიურად აღრიცხულ 3000 შემთხვევას.

ცერებრული დამბლა. ცერებრული დამბლა ნერვული სისტემის დაავადებათა ჯგუფია, რომელიც ყოველი 400 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში ვითარდება და მოტორულ დარღვევებს განაპირობებს. ის შეიძლება ასოცირებული იყოს გონებრივ ჩამორჩენილობასთან, კრუნჩხვებთან, მოტორულ სპასტიურობასთან ან სენსორულ პრობლემებთან. ცერებრული დამბლა დაკავშირებულია დაბადებისას მცირე წონასთან (<2500 გრ) და ძალიან მცირე წონასთან (<1500 გრ), ისევე როგორც ქალასშიდა სისხლჩაქცევებთან, რეზუს შეუთავსებლობასთან, საშვილოსნოსშიდა და სამშობიარო ტრავმასთან, დედის ორგანიზმზე მძიმე მეტალების, მათ შორის ვერცხლისწყლის ზემოქმედებასთან და სხვა დაუდგენელ ფაქტორებთან. ცერებრული დამბლის შემთხვევათა 20% საშვილოსნოსშიდა ჰიპოქსიითაა განპირობებული. პრევეცნიული ღონისძიებები მოიცავს მცირეწონიან ახალშობილთა რაოდენობის შემცირებას დედის კვების გაუმჯობესებით, სიგარეტის მოწევის შეწყვეტას ორსულობის დროს, პრენატალურ და ინტრანატალურ მოვლას, K ვიტამინის მიღებას და ახალშობილთა ტრავმის შემცირებას. კვალიფიციური ბებიაქალების გამოყენება მშობიარობის მართვისას ცერებრული დამბლის რისკს ამცირებს. დაავადების პრევენცია ლიმიტირებულია, რადგან ჯერ კიდევ შეუძლებელია მრავალი გამომწვევი ფაქტორის გამოვლენა.

გონებრივი ჩამორჩენილობა. მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა (ინტელექტუალური განვითარების კოეფიციენტი – IQ < 50) ვითარდება ყოველი 1000 ახალშობილიდან 3-5 შემთხვევებში. ჩამორჩენილობა შეიძლება დაკავშირებული იყოს პრენატალურ ფაქტორებთან და ხშირად ასოცირებულია ცერებრული დამბლასთან და კრუნჩხვებთან. შემთხვევათა ერთ მესამედზე მეტი გამოწვეულია ქრომოსომული ანომალიებით. პრენატალური დიაგნოსტიკა, 35 წელზე მეტი ასაკის ორსულ ქალებში, ამნიოცენტეზის ფართოდ გამოყენება და სარისკო ორსულობის შეწყვეტა ხელს უწყობს გონებრივი ჩამორჩენილობის მაჩვენებლების შემცირებას. ფენილკეტონურია, თანდაყოლილი წითურა, თანდაყოლილი ჰიპოთიროიდიზმი და დედის ინფექციები ტოქსოპლაზმოზითა და ციტომეგალოვირუსით მძიმე გონებრივ ჩამორჩენილობას იწვევს. ორსულობის გართულებები, როგორიცაა ტოქსემია, საშარდე გზების ინფექციები და ანემია ზრდის ჩამორჩენილობის რისკს. მსუბუქი ჩამორჩენილობა (IQ<50-70) შეიძლება დაკავშირებული იყოს პერინატალურ და პოსტნატალურ ფაქტორებთან, მათ შორის დაბადებისას ახალშობილთა მცირე წონასთან და ასფიქსიასთან. მისი პრევენცია კარგად ორგანიზებულ პრენატალურ, პერინატალურ და პოსტნატალურ მოვლას საჭიროებს.

დაუნის სინდრომი. დაუნის სინდრომი ფართოდ გავრცელებული გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყოველი 650 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში გვხვდება. რისკი მკვეთრად იზრდება დედის ასაკის ზრდასთან ერთად. 40 წელზე მეტი ასაკის დედების შემთხვევაში ის გვხვდება ყოველი 40 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს დაავადება, როგორც წესი, გავრცელებულია ხანდაზმული დედების შემთხვევაში, მათი უმეტესობა უფრო ახალგაზრდა ქალებს შორის აღინიშნება. ინდუსტრიულ ქვეყნებში დაუნის სინდრომი გონებრივი ჩამორჩენილობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. რისკის არსებობის შემთხვევაში, პრენატალური სკრინინგი ტარდება ამნიოცენტეზით, ქორიონის ხაოების ბიოფსიით და ნაყოფის სისხლის ანალიზით, რაც საშუალებას აძლევს მშობლებს, ქრომოსომული ანომალიების გამოვლენისას, ორსულობის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღონ. ქორიონის ხაოების ბიოფსია შეიძლება პირველ ტრიმესტრში გაკეთდეს, ამნიოცენტეზი კი მეორე ტრიმესტრში კეთდება. დადგინდა, რომ ქორიონის ხაოების ბიოფსია თავად იწვევს უმნიშვნელო თანდაყოლილ დეფექტებს და ამჟამად განხილვის საგანია. 35 წელზე მეტი ასაკის ქალებმა ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ სტადიაზე სკრინინგი უნდა ჩაიტარონ. ბიოქიმიური მარკერები საშუალებას იძლევა სკრინინგი გაფართოვდეს ნაკლებ ინვაზიური პროცედურებით. აშშ-ში დაუნის სინდრომით დაავადებულ ახალშობილთა ინციდენტობა 1960 და 1978 წლებს შორის 50%-ით შემცირდა, რაც ასაკოვან ქალებში შობადობის შემცირებასთან, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ფართოდ გამოყენებასთან და პრენატალურ სკრინინგთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული.

დაუნის სინდრომით დაავადებული ბავშვები გონებრივად ჩამორჩენილები არიან, რასაც ხშირად თან ახლავს გულის თანდაყოლილი მანკები და გასტროინტესტინალური ობსტრუქციები. ამჟამად ამგვარი პაციენტები 30 წლამდე ინარჩუნებენ სიცოცხლეს, მათ შორის ნახევარი კი – 50 წლამდე. გამოთვლების მიხედვით, ინსტიტუციური მზრუნველობა სიცოცხლის მანძილზე დაახლოებით 300 000 დოლარს საჭიროებს, თუმცა აქცენტი გადატანილ იქნა საზოგადოებაში საკუთარ თავზე ზრუნვაზე. უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო დაუნის სინდრომით დაავადებული ბავშვების განათლებასა და ტრენინგს. პროფესიული და ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების სწავლების შედეგად მრავალ მათგანს შესაძლებლობა მიეცა დამოუკიდებლად ან საზოგადოების ჯგუფებში იცხოვროს, ინსტიტუციურ დაწესებულებებში არსებობის ნაცვლად. ისინი, ვინც საზოგადოებაში უკეთ არიან ინტეგრირებული, უფრო დიდხანს ცხოვრობენ და ცხოვრების უკეთესი ხარისხი აქვთ, ვიდრე მათ ვინც ინსტიტუციურ დაწესებულებებში იზრდება.

ცისტური ფიბროზი. ცისტური ფიბროზი გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც ყველაზე მეტად იწვევს ლეტალობას ამერიკის თეთრკანიან მოსახლეობაში. იგი 1:3500 შემთხვევაში ჩრდილოეთ ამერიკის ჩრდილო-ევროპული წარმომავლობის ახალშობილებში გვხვდება, 1:14000 შემთხვევაში – შავკანიანთა შორის და 1:11500 შემთხვევაში – ესპანური წარმოშობის ახალშობილებში. დაავადება რეცესიულ გენეტიკურ დეფექტს წარმოადგენს. გენი წარმოდგენილია ამერიკის შეერთებული შტატების თეთრკანიანი მოსახლეობის 5%-ში და შავკანიანი მოსახლეობის 2%-ში. ჰომოზიგოტაში არსებული დეფექტი იწვევს პათოლოგიურად სქელი ლორწოს პროდუქციას ფილტვებში, ნაწლავებსა და სხვადასხვა ჯირკვლებში.

კლინიკური დარღვევები მოიცავს ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებებს, განმეორებით ინფექციებს და ფილტვის ქსოვილის დესტრუქციებს, რაც საუკეთესო მკურნალობის შემთხვევებშიც კი, ხშირ ჰოსპიტალიზაციას და სიკვდილს იწვევს. გადარჩენის მაჩვენებლები საგრძნობლად გაუმჯობესდა 20 წლიდან 30 წლამდე 1970-1994-იან წლებში. ჴპრენატალური სკრინინგი შესაძლებელია განხორციელდეს ქორიონის ხაოების ბიოფსიით ან ამნიოცენტეზით. იმ ორსულთა სკრინინგი, რომლებსაც მანამდე ცისტური ფიბროზით დაავადებული ბავშვი ეყოლათ, ხელს უწყობს ამავე დაავადების მქონე მეორე შვილის დაბადების პრევენციას. თუმცა, მთელი მოსახლეობის სკრინინგი ჯერჯერობით არ არის შესაძლებელი. ადრეული დიაგნოსტიკა და მშობლების მხარდაჭერა და განათლება დაავადებულ ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხს მნიშვნელოვნად ზრდის. მკურნალობა რთული და ძვირადღირებულია და მულტიდისციპლინურ მიდგომას მოითხოვს. გენური თერაპიის ტექნიკა შეიძლება უახლოეს რამდენიმე წელიწადში ხელმისაწვდომი იყოს, რათა ამგვარი შემთხვევების მართვა გაუმჯობესდეს.

ნამგლისებრ-უჯრედოვანი ანემია. ნამგლისებრ-უჯრედოვანი ანემია სისხლის წითელი უჯრედების (ერითროციტების) ამინომჟავური დეფექტია, რომელიც აშშ-ში გვხვდება ყოველი 400 შავკანიანი ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში და კიდევ უფრო გავრცელებულია აფრიკაში, სადაც მას შეიძლება მალარიის პარაზიტებისგან თავდაცვის ეფექტი ჰქონდეს. დაავადება გამოწვეულია რეცესიული გენით, რომელიც გავლენას ახდენს ჰემოგლობინის სტრუქტურაზე. მატარებლის მდგომარეობაში, როგორც წესი, მას ახასიათებს კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა, თუმცა ჰომოზიგოტურ მდგომარეობაში, წვრილი სისხლძარღვების დახშობის გამო, თან ახლავს ეპიზოდური ტკივილები. კლინიკური სიმპტომები ვლინდება სიცოცხლის პირველი წლის მეორე ნახევარში. პაციენტს უვითარდება საშუალო სიმძიმის ანემია, რასაც თან ახლავს მზარდი მგრძნობელობა მძიმე ბაქტერიული ინფექციების მიმართ (მენინგიტი, პნევმონია, სეფსისი). აშშ-ში ახალშობილთა სკრინინგი 1972 წლიდანაა რეკომენდებული, თუმცა, რეალურად, სკრინინგი შერჩევითად 20 შტატში ხორციელდება და შავკანიანი ბავშვების 57%-ს მოიცავს. აშშ-ს მიზანია 2000 წლისათვის მიღწეული იქნას 95%-იანი მოცვა. კლინიკურად გამოვლენილი შემთხვევებისა და მატარებლების იდენტიფიცირება მნიშვნელოვანია, რათა უზრუნველყოფილ იქნას დაუყოვნებელი მკურნალობა კრიზების დროს, პენიცილინის პრევენციული გამოყენება ინფექციების სიხშირის შესამცირებლად და გრიპისა და პნევმოკოკური ინფექციების საწინააღმდეგო ვაქცინების გამოყენება. მატარებლებმა უნდა მიიღონ ქორწინებასა და ორსულობასთან დაკავშირებული გენეტიკური კონსულტაციები.

თალასემია. ბეტა თალასემია ჰემოგლობინის სტრუქტურის რეცესიული გენეტიკური დაავადებაა. მცირე ბეტა თალასემია, ჩვეულებრივ, უმნიშვნელო კლინიკური გამოვლინებით მიმდინარეობს. დიდი ბეტა თალასემია ჰომოზიგოტურ მდგომარეობაში ჰემოლიზური ანემიით ხასიათდება (სისხლის წითელი უჯრედების ადრეული დაშლა). დიდი ბეტა თალასემია, ასევე ცნობილი როგორც კულის ანემია ან ხმელთაშუა ზღვის ანემია, ახლო აღმოსავლეთში, სამხრეთ ევროპაში და სამხრეთ ინდოეთსა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაშია გავრცელებული. დაავადებულებისთვის ის საბოლოოდ ფატალურია, თუმცა პაციენტების სიცოცხლისუნარიანობა, მკურნალობის თანამედროვე სტანდარტების შედეგად, 30 წლამდე გახანგრძლივდა, რაც სისხლის გადასხმასა და ხელატების გამოყენებით (რკინით შებოჭვა მის გამოყოფის მიზნით) რკინის გადაჭარბებული რაოდენობისა და ჰემოქრომატოზის შემცირებას გულისხმობს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გამოთვლებით, 1995 წელს თალასემიითა და ნამგლისებრ-უჯრედოვანი ანემიით გამოწვეული 240 000 სიკვდილის ფაქტი, 290 000 ახალი შემთხვევა და მთლიანად 2,32 მილიონი შემთხვევა დაფიქსირდა. ჰემოგლობინის პათოლოგიები ფართოდაა გავრცელებული, თუმცა თავდაპირველად ლოკალიზებული იყო ხმელთაშუა ზღვის არეალში, საიდანაც შემდგომ გავრცელდა სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიაში თალასემიის სახით და სუბ-საჰარულ აფრიკაში ნამგლისებრ-უჯრედოვანი ანემიის სახით. მიგრაციის გამო ეს დაავადება მსოფლიო მასშტაბით გავრცელდა, მათ შორის, აშშ-ში, სადაც მოსახლეობის 10% რისკის ქვეშ იმყოფება.

თალასემიის პრევენცია გენეტიკური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი დიდი წარმატებაა. 1970 წლის შემდგომ ამ დაავადების მიმართ პრევენციულმა მიდგომებმა დიდი ბეტა თალასემიის ახალი შემთხვევების რაოდენობისა და მაჩვენებლების შემცირების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი შედეგები გამოიღო სარდინიაში, კვიპროსზე, საბერძნეთში, დიდ ბრიტანეთში, კანადასა და სხვა ადგილებში, სადაც ეს დაავადება ენდემური იყო ხმელთაშუა ზღვის მოსახლეობას შორის. ქორწინებამდე სკრინინგი, სამედიცინო სწავლება სკოლებში და პრენატალურ სკრინინგზე ხელმისაწვდომობა, ახალი შემთხვეების შემცირებისკენ მიმართული პროგრამის შემადგენელი ნაწილია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ხაზს უსვამს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის ამ დაავადების მნიშვნელობას და რეკომენდაციას იძლევა, რომ განსაკუთრებულად წარმატებული პრევენციული მიდგომები დანერგილ იქნას ამ ორგანიზაციის წევრ სხვა ქვეყნებშიც, სადაც ეს პრობლემა აღინიშნება.

თანდაყოლილი ანემიის სკრინინგი დაბადებისთანავე და სკოლის ასაკში უნდა ჩატარდეს, რადგან კლინიკური შემთხვევები შეიძლება დაბადებიდან მხოლოდ რამდენიმე წლის შემდეგ გამოვლინდეს. გარკვეულ ასაკში გენის მატარებლებს ესაჭიროებათ ცოდნა იმ შეზღუდვების შესახებ, რომლებსაც ეს დაავადება განაპირობებს. ყოველი ფეხმძიმობის დროს,

ჩანართი 6.3 დიდი თალასემიის აღმოფხვრა კვიპროსსა და სარდინიაში

დიდი თალასემიის თითქმის სრული აღმოფხვრა მიღწეული იქნა ყოფილ ენდემურ ადგილებში. კვიპროსის მოსახლეობის 14% ჰქონდა ბეტა თალასემიის მატარებლის სტატუსი, ხოლო მოსახლეობის 1%-ს (1 ყოველი 158 ახალშობილიდან) დაავადება აღენიშნებოდა. 1970 წელს დაწყებული ინტერვენციული პროგრამების შედეგად კვირპოსსა და ხმელთაშუა ზღვის სხვა ქვეყნებში, მათ შორის სარდინიასა და საბერძნეთში, დიდი ბეტა თალასემიის ახალი შემთხვევები უკვე იშვიათობას წარმოადგენს. ეს მიღწეული იქნა ხანგრძლივი პრევენციული პროგრამებით, რომლებიც საზოგადოების განათლებას, მატარებლების სკრინინგსა და კონსულტაციებს მოიცავდა. მატარებლებს შორის ქორწინება შემცირებულია საზოგადოების განათლების პროგრამის შედეგად, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ ქორწინება მაინც ხდება, ორსულების საგულდაგულო სკრინინგი და დაავადების აღმოჩენის შემთხვევაში, ორსულობის შეწყვეტა დიდი თალასემიის ახალი შემთხვევების რაოდენობას ამცირებს. კვიპროსის წარმატებულმა მიდგომამ გენეტიკური დაავადებების კონტროლის მოდელი შექმნა, რომელიც სამედიცინო განათლების, სკრინინგის და საზოგადოებრივი მხარდაჭერის ერთობლიობას ემყარება.

წყარო: Angastiniotis *et al*. 1986. How thalassemis was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291–297.

თუ ორივე მშობელი მატარებელია, ქორიონის ხაოების ბიოფსია და ამნიცენტეზი უნდა გაკეთდეს, რათა გაირკვეს ნაყოფი დაავადებულია თუ არა. აბორტი რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ ნაყოფი დაავადებულია დიდი თალასემიით. თუმცა, ძვლის ტვინის გადანერგვა საიმედო შედეგებს იძლევა ახალი შემთხვევების მკურნალობის თვალსაზრისით. პირველადი პრევენციის წარმატება თალასემიის ახალი შემთხვევების შემცირებაში იძლევა მოდელს, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას იმ დაავადებებისთვისაც, რომლებიც მოსახლეობის სხვა ჯგუფებს აზიანებს, როგორიცაა მაგ. ნაგმლისებრ-უჯრედოვანი ანემია.

ფენილკეტონურია. ფენილკეტონურია მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევაა, რომელიც რეცესიული გენით გადაეცემა. ჩრდილოეთ ამერიკაში ის ყოველი 12 000 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში გვხვდება, თუმცა მერყეობს შოტლანდიელ-ირლანდიელი მშობლებს შორის 1:5000 შემთხვევიდან, შავკანიან მშობლებს შორის 1:300000 შემთხვევამდე. დაავადების დროს დნმ-ის მუტაცია ვითარდება, რომელიც იმ ფერმენტის არაადეკვატურ გამომუშავებას იწვევს, რომელიც ამინომჟავა ფენილალანინის მეტაბოლიზმისათვისაა საჭირო. თუ ახალშობილს ეს ფერმენტი აკლია, სისხლში ფენილალანინი გროვდება და შედეგად თავის ტვინისა და სხვა ნევროლოგიურ დარღვევებს და მძიმე გონებრივ ჩამორჩენილობას იწვევს. ადრეული გამოვლენის შემთხვევაში შესაძლებელია ფენილკეტონურიის მკურნალობა ფენილალანინის დაბალი შემცველობის სპეციალური დიეტით, რაც გონებრივი ჩამორჩენილობის გამოვლენის პრევენციას უზრუნველყოფს.

განვითარებულ ქვეყნებში გავრცელებულია ყველა ახალშობილის სკრინინგი ამ დაავადებაზე, რაც ამცირებს შემთხვევებს, რომლებსაც ხანგრძლივი ინსტიტუციონალური მკურნალობა სჭირდებათ. იქ, სადაც სკრინინგი არ არის უნივერსალური, ორსული ქალი, რომელსაც ფენილკეტონურიით დაავადებული შვილი ჰყავს, ფეხმძიმობის დროს ამ დაავადებაზე უნდა შემოწმდეს, ხოლო ახალშობილი – დაბადებისთანავე.

თანდაყოლილი ჰიპოთიროიდიზმი. თანდაყოლილი *ჰიპოთიროიდიზმი* გავრცელებული თანდაყოლილი დაავადებაა, რომელიც კავკასიური რასის მოსახლეობაში ყოველი 3 500 – 4 000 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში გვხვდება და ყოველ 10 000 ახალშობილზე 1-დან 20 შემთხვევამდე მერყეობს, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში მათი გენეტიკური წყობისა და ნათესაური ქორწინების სიხშირის

მიხედვით. ეს გენეტიკური დაავადება იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის განვითარების შეფერხებას და შეიძლება შეცდომით მოიაზრებოდეს, როგორც იოდის დეფიციტით გამოწვეული პათოლოგია, რომელიც გავრცელებულია ისეთ ადგილებში, სადაც იოდის შემცველობა წყალსა და ნიადაგში დაბალია. ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ჩანაცვლებითი თერაპია თანდაყოლილი ჰიპოთირეოიდიზმის შემთხვევაში მძიმე ინტელექტუალური ჩამორჩენილობის პრევენციას ახდენს, რომელიც არანამკურნალევ შემთხვევებში ვითარდება. სკრინინგი დაბადებიდან 48 საათის განმავლობაში ხელს უწყობს შემთხვევების გამოვლენას მათი გრძელვადიანი მონიტორინგისა და მართვისათვის.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი. ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი გამოწვეულია ალკოჰოლის ტოქსიკური ზემოქმედებით ნაყოფზე პლაცენტის გავლით. ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობამდე და ორსულობის დროს ქცევითი და შემეცნებითი დარღვევების რისკს ზრდის. დედის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ზეგავლენა ნაყოფზე, განსაკუთრებით ხშირი სმის შემთხვევაში, ნაყოფის განვითარების შეფერხებისა და მისი ცენტრალური ნერვული სისტემის ანომალიების მიზეზია. ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი პრევენციას სრულიად ექვემდებარება, რადგან იგი მხოლოდ მაშინ ვითარდება, როცა დედა ალკოჰოლს მოიხმარს.

თეი–საქსის დაავადება. ეს დაავადება მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევაა, რომელიც ასოცირებულია გონებრივი განვითარების პროგრესირებად დარღვევასთან და მხედველობის დაკარგვასთან 4-8 თვის ასაკის ბავშვებში და სიკვდილთან 3-4 წლის ასაკში. ის გვხვდება ყოველი 2 500 ახალშობილიდან 1 შემთხვევაში აღმოსავლეთ ევროპის ებრაულ მოსახლეობას შორის. თეი-საქსის დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ამ რისკის ჯგუფების სკრინინგით ქორწინებამდე, ქორწინების დროს ან ორსულობის ადრეულ ეტაპზე. პრენატალური სკრინინგი ამნიოცენტეზით ან ქორიონის ხაოების ბიოფსიით ადგენს დაავადებულია თუ არა ნაყოფი. დაავადების შემთხვევაში რეკომენდებულია ორსულობის შეწყვეტა. სკრინინგის პროგრამებმა ახალი შემთხვევების რაოდენობა მნიშვნელოვნად შეამცირა.

G6PD. გლუკოზა-6-ფოსფატ დეჰიდრგენაზას ნაკლებობა გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც გავრცელებულია ხმელთაშუა ზღვის მოსახლეობაში, მათ შორის ჩრდილოეთ აფრიკისა და ახლო აღმოსავლეთის ებრაულ მოსახლეობაში (სეფარდული ებრაელები), საბერძნეთში, სამხრეთ იტალიაში, სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიასა და სამხრეთ ჩინეთში. ის იწვევს ჰემოლიზური ანემიის ეპიზოდებს, რომლებიც გამოწვეულია ინფექციით ან სხვადასხვა საკვებზე ან დამჟანგავ ნივთიერებებზე რეაქციით, როგორიცაა სულფანილამიდები, ანტიპირეტული და ანტიმალარიული მედიკამენტები. ჰემოლიზის ხარისხი მერყეობს აგენტის სახეობისა და ფერმენტის ნაკლებობის ხარისხის მიხედვით. დაავადების გამოვლენა პაციენტს ეხმარება ჰემოლიზის გამომწვევ აგენტებს თავი აარიდოს და ჰემოლიზური კრიზის დროს დაუყოვნებელი მკურნალობა დაიწყოს.

ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელება. ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელება რეცესიული მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომელიც არაბებში, სომხებსა და სეფარდულ ებრაელებში გვხვდება. იგი ხასიათდება პერიოდული ცხელებით და ტკივილებით კისრის, მუცლისა და სახსრების არეში. დაავადების კონტროლი გენეტიკური კონსულტაციებით ხორციელდება.

ბავშვთა და ჩვილთა ჯანმრთელობა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დიდი ხანია ლიდერის როლს თამაშობს ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში დაავადებათა პრევენციის რეგულირებით, ადრეული და ადეკვატური მკურნალობითა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობით. პედიატრია, როგორც კლინიკური სპეციალობა, აბრაამ იაკობის მეთაურობით განვითარდა, რომელმაც 1860 წელს ნიუ-იორკში გერმანული მოდელის მიხედვით, პირველი პედიატრიული კლინიკა გახსნა. პირველი ბავშვთა ჰოსპიტალი აშშ-ში ფილადელფიაში 1865 წელს გაიხსნა და დღემდე ფუნქციონირებას აგრძელებს.

ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ, აღიარა

რა, რომ ზოგადად მოსახლეობისგან განსხვავებით, ქალებსა და ბავშვებს ჯანმრთელობის სპეციფიკური მოთხოვნილებები გააჩნიათ, 1879 წელს ჩამოაყალიბა სპეციალური სექცია ამ მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, რამაც შემდგომში ხელი შეუწყო 1888 წელს აშშ-ის პედიატრიული საზოგადოების დაარსებას. პედიატრია, როგორც ცალკე სპეციალობა, ზოგად მედიცინას გამოეყო, რათა ფოკუსირებული ყოფილიყო ბავშვთა დაავადებებისა და თანდაყოლილი ანომალიების მკურნალობაზე, ინფექციური დაავადებების პრევენციასა და ჩვილთა კვებაზე. ჯანმრთელი ბავშვის მოვლას დასაბამი მიეცა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კერძოდ, ნიუ-იორკის იმიგრანტთა ღარიბ უბნებში, ეგრეთწოდებული რძის სადგურების გამოყენებით, რომლებიც საფრანგეთის მაგალითზე შეიქმნა. ამან ხელი შეუწყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩართვას ახალშობილთა კვებაში და ექთნების ბინაზე ვიზიტების პრაქტიკის დანერგვას.

პედიატრიის პირველი სახელმძღვანელო 1869 წელს ნიუ-იორკის ბელევიუს სამედიცინო კოლეჯის ბავშვთა დაავადებების პროფესორის ჯ. ლ. სმიტის მიერ დაიწერა. 1896 წელს მას მოჰყვა ჰოლტის სახელმძღვანელო „ჩვილთა და ბავშვთა დაავადებები“. ეს უკანასკნელი ამჟამად მე-19 გამოცემის სახით მოიპოვება და ცნობილია, როგორც რუდოლფის პედიატრია. აშშ-ის ფედერალურმა მთავრობამ 1913 წელს დედათა და ჩვილთა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემების შესაგროვებლად ბავშვთა ბიურო დააარსა. ეს უკანასკნელი შემდგომში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ბიუროდ გარდაიქმნა, რომელსაც მოგვიანებით ფედერალური კანონმდებლობით უფლება მიენიჭა, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისების განსავითარებლად შტატებისთვის გრანტები გაეცა. ამერიკის პედიატრთა აკადემიას, აშშ-ის მეანობისა და გინეკოლოგიის კოლეჯთან ერთად, წამყვანი ადგილი უკავია ბავშვთა მოვლის სტანდარტების გაუმჯობესების ხელშეწყობაში და ბავშვთა ჯანმრთელობის სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებული კლინიკური გაიდლაინებისა და პროფესიული სტანდარტების შემუშავებაში, ძუძუთი კვებიდან დაწყებული, ცისტური ფიბროზის სკრინინგით დამთავრებული.

საერთაშორისო ჯანმრთელობის უფრო ფართო კონტექსტში, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა ერთ-ერთი უმთავრესი პრიორიტეტია პირველადი ჯანდაცვის განსაკუთრებული როლის აღიარებით. პირველადი ჯანდაცვა, რომელიც ალმა-ატის კონფერენციის შემდეგ განსაკუთრებული მხარდაჭერით სარგებლობს, ფოკუსირებულია ჩვილთა იმუნიზაციაზე, დიარეული დაავადებების კონტროლზე, ძუძუთი კვებისა და და ზოგადად ჯანსაღი კვების პრაქტიკაზე და თანდაყოლილი დაავადებების პრევენციაზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდი და მრავალი არასამთავრობო ორგანიზაცია განვითარებად მსოფლიოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მხრივ ლიდერის როლს ასრულებენ. პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისკენ მიბრუნებამ დადებითი შედეგები გამოიღო ასევე ინდუსტრიულ სამყაროშიც, სადაც ჯანდაცვის ხარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა 1970-1980-იან წლებში. აშშ-ში საზოგადოებრივ ჯანდაცვას დამატებით მოუწია გამკლავება სამედიცინო დაზღვევის ნაკლებობასთან მოსახლეობის დიდ ნაწილში, ისე რომ, მე-20 საუკუნის ბოლოსთვისაც კი, ფედერალური ინიციატივები მიმართული იყო აშშ-ის ბავშვთა 75 მილიონიანი პოპულაციის 15%-თვის სამედიცინო დაზღვევის უზრუნველყოფისკენ.

ნაყოფისა და ჩვილთა სიკვდილიანობა

ცოცხლადშობადობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და აშშ-ის ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მიერ განსაზღვრულია, როგორც ნაყოფის სრული გამოძევება ან ექტრაქცია დედის სხეულიდან, განურჩევლად ორსულობის ხანგრძლივობისა, რომელიც განცალკავების შემდეგ სუნთქავს ან სიცოცხლის რაიმე ნიშანს ავლენს, როგორიცაა გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან ჩონჩხის კუნთების თვითნებითი შეკუმშვა, მიუხედავად იმისა გადაჭრილია თუ არა ჭიპლარი. ამგვარი მშობიარობის ყოველი პროდუქტი ცოცხალშობილად ითვლება. მშობიარობა შეიძლება მოხდეს სპონტანურად ვაგინალურად, მაშებით, ვაკუუმ ექსტრაქციით, საკეისრო კვეთით ან ვაგინალურად წინა საკეისრო კვეთის შემდეგ.

ნაყოფის სიკვდილი ან მკვდრადშობადობა განსაზღვრულია, როგორც სიკვდილი დედის სხეულიდან ნაყოფის სრულ გამოძევებამდე ან ექსტარქციამდე, განურჩევლად ორსულობის ხანგრძლივობისა. სიკვდილი დგინდება იმ შემთხვევაში, თუ განცალკავების შემდეგ ნაყოფი არ სუნთქავს ან არ ავლენს სიცოცხლის არანაირ ნიშანს, როგორიცაა გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან ჩონჩხის კუნთების თვითნებითი

შეკუმშვა. სტატისტიკური მიზნებისთვის არსებობს ცხრილები, სადაც მოცემულია ნაყოფის სიკვდილი დადგენილ ან სავარაუდო 20 ან მეტი კვირის გესტაციურ ასაკში და 28 ან მეტი კვირის გესტაციურ ასაკში. ეს უკანასკნელი ცნობილია, როგორც ნაყოფის გვიანი სიკვდილი. ჩვილთა სიკვდილიანობის სხვა მაჩვენებლები აღწერილია ჩანართში 6.4.

ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საზოგადოდ მიღებული ინდიკატორია მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის შიდარეგიონულ და საერთაშორისო დონეებზე შედარებების გასაკეთებლად, რადგან ის სოციო-ეკონომიკური, გარემოსა და ჯანდაცვის მომსახურების მრავალი ფაქტორის კუმულაციურ ეფექტს ასახავს. ინდუსტრიულ ქვეყნებში ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ახალშობილზე 9 შემთხვევაზე ნაკლებია, ზოგან კი 5 და 4 შემთხვევამდეც კი შეიძლება იყოს. (ცხრილი 6.7). ამ ქვეყნებში ჩვილთა სიკვდილიანობა უმეტესად გამოწვეულია თანდაყოლილი ანომალიებითა და პერინატალური მდგომარეობებით, რომლებიც დღენაკლულობასთან და ნეონატალურ პერიოდთანაა ასოცირებული და, როგორც წესი, ადგილი აქვს ცხოვრების პირველი კვირის განმავლობაში (ადრეული ნეონატალური სიკვდილი).

განვითარებად ქვეყნებში ჩვილთა სიკვდილიანობის უმრავლესობა გამოწვეულია მწვა-

ჩანართი 6.4 ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები

1. მკვდრადშობადობის მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{რაოდენობა}}{\text{ახალშობილთა საერთო რ-ბა+საერთო მკვდრადშობადობა (წლიური)}} \times 1000$

2. მკვდრადშობადობის პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{რაოდენობა+პირველ კვირაში სიკვდილის შემთხვევათა რ-ბა}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

3. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{პირველ კვირაში სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

4. გვიანი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა დაბადებიდან 7-28-დღეში}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

5. ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა დაბადებიდან პირველ 28 დღეში}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

6. პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი = $\frac{\text{სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა დაბადებიდან 28-364 დღეში}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

7. ჩვილთა სიკვდილოანობის მაჩვენებლები = $\frac{\text{სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა დაბადებიდან 364 დღემდე}}{\text{ახალშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$

ვე რესპირატორული ინფექციებით, დიარეული დაავადებებითა და დღენაკლულობით, ასევე წითელასა და ტეტანუსის მიზეზებით, რომლებიც ჩვილ ბავშვთა მასშტაბური დანაკარგის მნიშვნელოვან მიზეზებად რჩება. განვითარებად ქვეყნებში ჩვილთა სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი 30 შემთხვევაზე მეტია ყოველ 1000 ახალშობილზე, ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილის მაღალი მაჩვენებლების ჩათვლით. ჯანდაცვის პრევენციული ღონისძიებები, როგორიცაა იმუნიზაცია, ძუძუთი კვება და საკვები დანამატები, მწვავე რესპირატორული ინფექციების სწორი მართვა და დიარეული დაავადებების დროს ორალური რეჰიდრატაციული საშუალებების გამოყენება ძირითადად პოსტნეონატალურ პერიოდში ეფექტურია. ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შეიძლება შემცირებული იქნას მცირეწონიანი ბავშვების დაბადების შემცირებით, დედათა სწორი კვებითა და პრენატალური მოვლით, სამშობიარო ტრავმების შემცირებითა და დაბადებისთანავე ადეკვატური მოვლის უზრუნველყოფით. ეს ყოველივე ერთად წარმოადგენს ბავშვთა სიცოცხლის შემანარჩუნებელი სერვისების პაკეტს, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთერთი უმთავრესი მიმართულებაა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნობრივ პროგრამებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოსახლეობის იმ ნაწილის მოვლას, რომელსაც ხელი არ მიუწვდება ფასიან სამედიცინო მომსახურებაზე. ფედერალური ჯანდაცვის მესვეურებმა მიზნად დაისახეს ქვეყნის მასშტაბით ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება და ამ მიზნის მისაღწევად პრენატალურ და ჩვილ ბავშვთა მოვლაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 1950 წლიდან 1995 წლამდე აშშ-ში ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ყოველ 1000 ახალშობილზე 29.2-დან 7.6 შემთხვევამდე დაეცა და, შესაბამისად, 79 პროცენტით შემცირდა. აშშ-ის ჯანდაცვამ 1979 წელს, როდესაც ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ახალშობილზე 15 შემთხვევა იყო, ამოცანად დაისახა 1990 წლისთვის ამ მაჩვენებლის არაუმეტეს ყოველ 1000 ახალშობილზე 9 შემთხვევამდე შემცირება და ეს თითქმის მიღწეულ იქნა. მიუხედავად ამისა, მაჩვენებლები არსებითად განსხვავდება თეთრკანიან და შავკანიან ბავშებში. მიუხედავად იმისა, რომ სიკვდილიანობის მაჩვენებლებმა ყველა ეთნიკურ ჯგუფში დაიკლო, შავკანიან ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ორჯერ უფრო მაღალია, თეთრკანიანი ჩვილების მაჩვენებლებთან შედარებით, რაც სოციო-ეკონომიკურ განსხვავებებს და სამედიცინო მომსახურებაზე შავკანიანი მოსახლეობის უფრო ნაკლებ ხელმისაწვდომობას ასახავს (ცხრილი 6.7).

ცხრილი 6.7 ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები[ა] რასის მიხედვით, აშშ, და პროცენტული ცვლილება, 1950-1995 წლები

ჯგუფი	1950	1960	1970	1980	1990	1995	ცვლილების % 1950-1995
ნეონატალური თეთრკანიანებში	19.4	17.2	13.8	7.5	4.8	4.1	-79
ნეონატალური შავკანიანებში	27.8	27.8	22.8	14.6	11.6	9.6	-65
პოსტნეონატალური თეთრკანიანებში	7.4	5.7	4.0	3.5	2.8	2.2	-70
პოსტნეონატალური შავკანიანებში	16.1	16.5	9.9	7.3	6.4	5.0	-69
მთლიანი ჩვილთა სიკვდილიანობა	29.2	26.0	20.0	12.6	9.2	7.6	-74

წყარო: Source: *Health, United States,* 1998

[ა] მაჩვენებლები ყოველ 1000 ახალშობილზე

ჩანართი 6.5 ჩვილთა სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზები

განვითარებული ქვეყნები – ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები < 20/1000
1) თანდაყოლილი ანომალიები.
2) ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი.
3) დღენაკლულობა/დაბადებისას მცირე წონა.
4) რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი.
5) დედათა გართულებების ეფექტი ახალშობილზე.

განვითარებადი ქვეყნები – ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები > 30/1000
1) მწვავე რესპირატორული ინფექციები.
2) დიარეული დაავადებები.
3) დღენაკლულობა/დაბადებისას მცირე წონა.
4) წითელა.
5) დედათა გართულებების ეფექტი ახალშობილზე.
6) ნეონატალური ტეტანუსი.

ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი ჩვილობის მოგვიანებით პერიოდში და სიცოცხლის მეორე წლის განმავლობაში ვითარდება. დიდ ბრიტანეთში 1990 წელს მან პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის 45% შეადგინა. ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი შეიძლება სხვადასხვა მიზეზებით იყოს გამოწვეული, მათ შორის ორსულობის დროს დედის მიერ თამბაქოს მოხმარების რისკ-ფაქტორით. ის ასევე უხშირესად ვითარდება არასახარბიელო საყოფაცხოვრებო პირობებში.

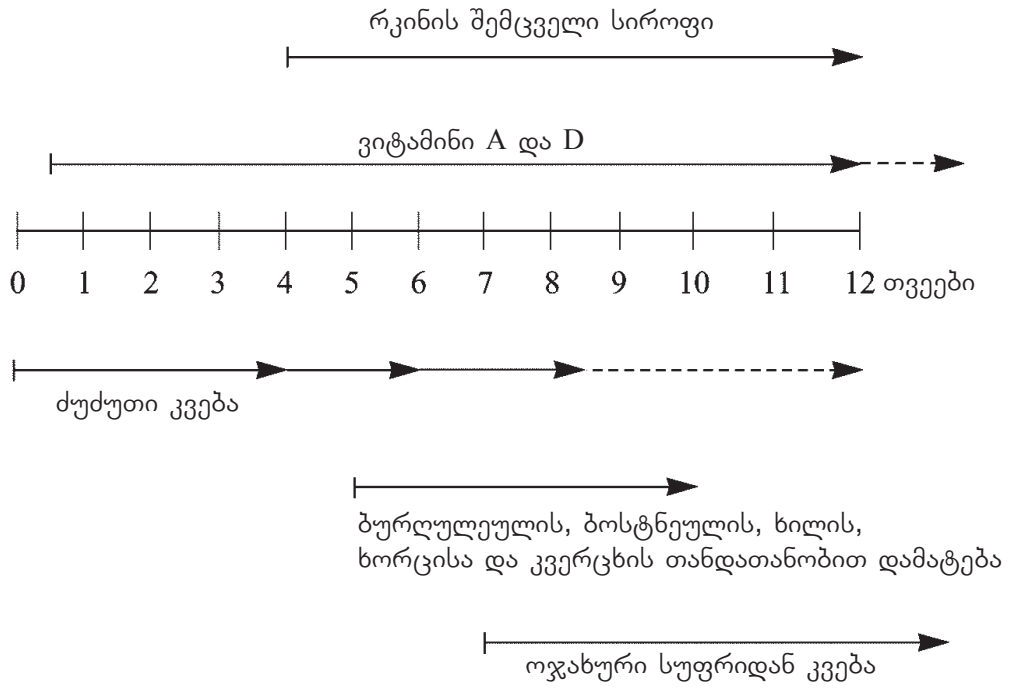
ჩვილ ბავშვთა მოვლა და ჯვება

ახალშობილი მთლიანად დამოკიდებულია ჯანსაღ და მზრუნველ დედაზე, რომელსაც მხარს უჭერს ოჯახი და ჯანდაცვის პროვაიდერებზე. ფიზიკური და ემოციური სითბო, სისუფთავე და დედასთან კავშირი ძალიან მნიშვნელოვანია მათი სწორი მოვლისა და კვების უზრუნველყოფისათვის (იხილეთ მე-8 თავი). ჩვილობის ასაკში ჯანსაღი კვება ჩვილთა მოვლისა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურეობის უმთავრესი საკითხია და ისევე მნიშვნელოვანია ჩვილთა სიცოცხლის შენარჩუნებისა და კეთილდღეობისთვის, როგორც ინფექციური დაავადებების კონტროლი და იმუნიზაცია. ამიტომ მას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია დედათა განათლებასა და ჯანდაცვის პროვაიდერთა ორიენტაციაში.

ძუძუთი კვება უნდა დაიწყოს დაბადებისთანავე და ერთადერთი საკვების სახით გაგრძლდეს 4-დან 6 თვემდე დედის რძის იდეალური ნუტრიციული შემადგენლობისა და ჩვილის იმუნოლოგიური დაცვის საჭიროებიდან გამომდინარე. ძუძუთი კვების გაგრძელება იდეალური იქნებოდა 1 წლამდე და უფრო ხანგრძლივადაც. A და D ვიტამინები ახალშობილს უნდა მიეცეს ყოველდღიურად დაბადებიდან დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ, რათა როგორც ბუნებრივ, ისე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში თავიდან იქნას აცილებული ამ ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული კლინიკური და სუბკლინიკური მდგომარეობები.

რკინის ნაკლებობით გამოწვეული ანემიის პრევენცია მნიშვნელოვანია, რადგან ის გავლენას ახდენს 6-24 თვის ასაკის ჩვილებზე, როცა ტვინის სწრაფი ზრდა და ფსიქომოტორული განვითარება პიკს აღწევს. რკინის დანამატი უნდა მიეცეს ყველა ჩვილს (ნორმალური წონით დაბადებულ ბავშვებს 4-დან 12 თვემდე, ხოლო დაბადებისას მცირეწონიან ბავშვებს 2 თვიდან) რკინით გამდიდრებული ხელოვნური საკვების, რკინის შემცველი საკვები დანამატისა და/ან რკინით გამდიდრებული საკვები პროდუქტის სახით. თუ ბავშვი არ იღებს რკინით გამდიდრებულ ხელოვნურ საკვებს, მას რკინის სიროფი (სასურველია C ვიტამინთან ერთად)

ჩანართი 6.6 ჩვილთა ხელოვნებული ჯვება და საჯვები ღანძატები



უნდა მიეცეს ყოველდღიურად 4-დან 12 თვემდე დღეში 7-15 მგ დღიური დოზით, წონის შესაბამისად. მეორადი პრევენცია გულისხმობს 9-დან 12 თვემდე ასაკის ყველა ბავშვის სკრინინგს, რათა დადგინდეს ჰემოგლობინი არის თუ არა ნორმაში და საჭიროებს თუ არა იგი შემდგომ მკურნალობასა და გამოკვლევას.

ძუძუთი კვების შეწყვეტის შემდეგ სასურველია ჩვილს 1 წლამდე მიეცეს რკინით გამდიდრებული ხელოვნური საკვები. ჯანმრთელი ძროხის რძე არ უნდა იქნას გამოყენებული, ვიდრე ჩვილი 1 წლის ასაკს არ მიაღწევს. რკინითა და ვიტამინებით გამდიდრებული ბურღულეული ასევე მნიშვნელოვანია ბავშვთა კვებაში ხილთან, ბოსტნეულთან, ხორცთან და კვერცხთან ერთად, რაც ოპტიმალური ზრდისა და განვითარების ხელშემწყობი და ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტის პრევენციის საშუალებაა. სიცოცხლის პირველი წლის ბოლოსთვის ჩვილმა ოჯახური სუფრიდან უნდა მიირთვას.

დედის, მამისა და ოჯახის ფიზიკური და ემოციური სიყვარული უსაფრთხოებასა და სტიმულს უზრუნველყოფს, რომელიც ბავშვს ფიზიკური, ინტელექტუალური და ემოციური განვითარებისთვის სჭირდება. ბავშვთან თამაში და საუბარი ჩვილის ნორმალური განვითარების სტიმულს აძლიერებს.

იმუნიზაცია დეტალურადაა განხილული მეოთხე თავში, სადაც წარმოდგენილია აშშ-ის პედიატრიული იმუნიზაციის ცხრილი. მიუხედავად იმისა, რომ ვაქცინაციის მრავალი ცხრილია მოწოდებული და ეს საკითხი ჯერ კიდევ მწვავე დავის საგანს წარმოადგენს, იმუნიზაციით ჩვილთა მაქსიმალურ მოცვას, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ჩვილობისა და სკოლის ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების წარმატებისთვის.

ნინასნარი კონსულტაციები

პედიატრებს, ოჯახის ექიმებსა და ჯანდაცვის სერვისის სხვა პროვაიდერებს მნიშვნელოვანი როლი ეკისრებათ მშობელთა კონსულტირებაში იმის შესახებ, თუ რა არის მოსალოდნელი ბავშვის განვითარების თითოეულ ეტაპზე. ეს მოიცავს გაფრთხილებებსა და რჩევებს მოსალოდნელი სირთულეებისა და მათი გადალახვის მეთოდების შესახებ. აშშ-ს პედიატრთა აკა-

დემიამ პრაქტიკოსი ექიმებისთვის შეკითხვების დეტალური გაიდლაინი გამოსცა, რომელიც ამ საკითხებს ეხება ადრეული ჩვილობიდან თინეიჯერულ ასაკამდე (იხილეთ ვებ-გვერდი http://www.aap.org/).

დოკუმენტაცია, ჩანაწერები და მონიტორინგი

პირველადი ჯანდაცვის სტანდარტიზირებული, ადვილად გამოყენებადი ბავშვთა სამედიცინო ისტორიის ფორმები ბავშვთა მკურნალობის ეროვნული სტანდარტების დანერგვაში გვეხმარება, განსაკუთრებით, პრევენციული მომსახურების დროს (ცხრილი 6.8). ისინი გადატვირთულ ექიმებს უადვილებენ მუშაობას, ხელს უწყობენ სამართლებრივ უსაფრთხოებას და კოლეგების ჯგუფის პროფესიული სტანდარტების შემუშავებას. სამედიცინო ისტორიის ფორმების დიზაინსა და მათი გამოყენების სწავლებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემაში, მათ შორის კერძო სამედიცინო პრაქტიკაში.

სწორად შედგენილი ბავშვთა სამედიცინო ისტორიის ფორმები მომსახურეობის სტანდარტებს განსაზღვრავენ, რომლებიც ჯანდაცვის პროვაიდერმა უნდა დაიცვას. ისინი უზრუნველყოფენ მოვლის უწყვეტ პროცესს, როდესაც ჯანდაცვის სისტემასთან კონტაქტი ეპიზოდური ხასიათისაა ან როცა ბავშვის ჯანმრთელობის შემოწმება სხვადასხვა ექიმის მიერ ხდება. ისინი ექიმს მნიშვნელოვან ინფორმაციას აწვდიან დროის შესახებ, რომელსაც შეიძლება კლინიკური ან ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა ჰქონდეს. ბავშვთა ზოგიერთი სამედიცინო ისტორიის ფორმა შედგენილია ისე, რომ მოიცავს მოზარდობის პერიოდსაც, ზოგი კი მხოლოდ ბავშვის სკოლამდელ ასაკზეა ფოკუსირებული, რომელსაც შემდგომ ისტორიის სხვა ფორმა ჩაანაცვლებს. სამედიცინო ისტორიის ფორმა, რომელსაც დედა თან ატარებს, აწვდის მას ბავშვის მოვლისთვის საჭირო სრულყოფილ ინფორმაციას და სასურველია მოზარდობის პერიოდსაც მოიცავდეს. ამავდროულად, ის შედგენილი უნდა იყოს ისე, რომ ყველა სახის ძირითად ინფორმაციას ერთ ფურცელზე შეიცავდეს, რომელიც მოთავსებული უნდა იყოს ლამინირებული კონვერტში ან ჰქონდეს გარეკანი. ბავშვთა ჯანმრთელობის ჩანაწერების შენახვა დედის მიერ მნიშვნელოვანია მათი შემდგომი გამოყენების მიზნით.

ჩვილობის პერიოდში ბავშვის ფიზიკური განვითარება ასაკის შესაბამისი წონისა და სიმაღლის მონაცემების გათვალისწინებით და მისი ფსიქოსოციალური განვითარების მაჩვენებლები ყურადღებით უნდა იყოს დოკუმენტირებული იმუნიზაციისათვის საჭირო ვიზიტების დროს. ზრდის მახასიათებლები ჯანმრთელობის საუკეთესო მარკერებია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ზრდის მრუდები შემუშავებულია აშშ-ის ჯანმრთელობის სტატისტიკის ნაციონალური ცენტრის მიერ (NCHS) ჯანმრთელი საშუალო კლასის თეთრკანიანი მოსახლეობის მონაცემებზე დაყრდნობით. ის წარმოადგენს საერთაშორისო მასშტაბით გამოყენებად ოპტიმალურ, ეგრეთწოდებულ „ოქროს სტანდარტს“, განსხვავებით ადგილობრივი სტანდარტებისა, რომლებიც შეიძლება ასახავდეს ბავშვის ნაკლებად ოპტიმალურ ჯანმრთელობასა და განვითარებას. ჯანმრთელობის სტატისტიკის ნაციონალური ცენტრი მოსახლეობის უფრო ფართო ჯგუფების მონაცემებზე დაყრდნობით ზრდის მრუდების განახლებას აწარმოებს. ამასთან, ის შეიმუშავებს დამატებით სტანდარტსაც, რომელიც, ადგილობრივ დონეზე, დროის გარკვეულ პერიოდში მომხდარი ცვლილებების შედარების შესაძლებლობას იძლევა.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს უთანხმოება საერთაშორისო და ადგილობრივი სტანდარტების გამოყენებასთან დაკავშირებით (განხილულია მე-8 თავში), სრული თანხმობაა მიღწეული ზრდის მონიტორინგისა და ზრდასა და განვითარებაში ჩამორჩენის ნიშნების გამოვლენისას ადრეული ჩარევის საჭიროებაზე. ზრდაში ჩამორჩენა ხდება არამხოლოდ კვების უკმარისობის გამო, არამედ პერიოდული დაავადებების გამოც, რომლებიც არასაკმარისი კვების ფონზე შეიძლება კიდევ უფრო დამძიმდეს. ამის ნათელი მაგალითია წითელას ან სხვა ინფექციით გამოწვეული მაღალი ლეტალობა A ვიტამინის თანმხლები დეფიციტის შემთხვევაში. განვითარების შეფერხება გადაუდებელი სიტუაციაა, რომელიც სრულყოფილ შეფასებასა და რაც შეიძლება დროულ და თანმიმდევრულ ჩარევას მოითხოვს.

ცხრილი 6.8 ბავშვთა სამედიცინო ისტორიის ფორმის კომპონენტები (ჩვილობის ასაკი, მცირეწლოვანი ბავშვი, სკოლამდელი ასაკი და სკოლის ასაკი)

I. პერსონალური მონაცემი	**II. ორსულობა/მშობიარობა**	**III. რისკ-ფაქტორები**
დედა: სახელი და გვარი, ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება	გესტაცია	მცირე წონა
მამა: სახელი და გვარი, ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება	დაბადების ადგილი	ანამნეზი
მისამართი, ტელეფონის ნომერი პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი	რიგითობა
სახლის სიტუაცია: მშობლები, და-ძმა	წონა დაბადებისას	ოჯახური სტატუსი: მარტოხელა მშობელი
	მშობიარობის მიმღები	სოციალური მდგომარეობა
	მდგომარეობა დაბადებისას და პირველ და მე-5 წუთზე: აპგარი	საყოფაცხოვებო პირობები
		ოჯახური სამედიცინო ისტორია
		რისკის საერთო შეფასება
IV. ზრდის მახასიათებლები:	**V. იმუნიზაციის დოზა, თარიღი,**	**VI. კვება, ასაკი დამატებისას**
NCHS გრაფიკული მრუდები	რეაქცია	ძუძუთი კვება: ხანგრძლივობა
წონა ასაკის შესაბამისად	BCG	ხელოვნური კვება
სიმაღლე ასაკის შესაბამისად	B ჰეპატიტი	ვიტამინი A და D
წონა სიმაღლის შესაბამისად	დყტ	რკინა
თავის გარშემოწერილობა	პოლიომიელიტი ორალური ინაქტივირებული პოლიომიელიტი	დანამატები: მყარი საკვები, ბურღულეული, ხილი, ბოსტნეული, კვერცხი, ხორცი
	წითელა, წითურა, ყბაყურა	
	ჰემოფილუს ინფლუენცა B	
	ვარიცელა, როტავირუსი	
VII. პერიოდული დაავადებები	**VIII. განვითარება**	**IX. სამედიცინო გასინჯვები**
დიარეა: ასაკი, ხანგრძლივობა	სმენა	დაბადება
რესპირატორული: ასაკი, ხანგრძლივობა	მხედველობა	6 კვირა
ჰოსპიტალიზაცია	პასუხის უნარი	3 თვე
ქირურგიული ჩარევა	ოჯახთან ურთიერთობა	6 თვე
სხვა	ტაცება, ღიმილი, წართმევა	12 თვე
	გადაბრუნება	24 თვე
	ჯდომა, ხოხვა	36 თვე
	დოგმა, სიარული	48 თვე
	საუბარი: სიტყვები, წინადადებები	სკოლამდელი ასაკი
		სკოლის ასაკი
	სხვა მნიშვნელოვანი ნიშნები	
X. რისკ-ფაქტორების შეჯამება	**XI. ლაბორატორიული**	**XII. მიმდინარე შენიშვნები**
სოციალური	გამოკვლევის შედეგები	დოკუმენტი, განვითარება, რუტინული გამოკვლევა, დაავადებები და გაწეული მომსახურება
ოჯახური	ფენილკეტონურია	
გენეტიკური	ჰიპოთიროიდიზმი	
სამედიცინო	ჰემოგლობინი	
სხვა	სხვა	

სკოლამდელი ასაკის ბავშვი (1-5 ნლის)

სკოლამდელი ასაკის ბავშვი სწრაფად იზრდება და ვითარდება. ამერიკის პედიატრთა აკადემიის მიერ რეკომენდებულია ჯანმრთელობის შემოწმება ბავშვთა 12, 15 და 18 თვის, ასევე 2, 3, 4, და 5 წლის ასაკში (ბავშვისა და ოჯახის ჯანმრთელობის ფსიქოლოგიური ასპექტების კომიტეტი, 1985-1988 წწ, ამერიკის პედიატრთა აკადემია, 1988 წ.). სამედიცინო გასინჯვა

მოიცავს განვითარების სტატუსისა და ფიზიკური მონაცემების შემოწმებას და ასევე, მშობლის ჩივილებისა და უნარ-ჩვევების შეფასებას. სმენის შემოწმება უნდა მოხდეს სიელმის ნიშნების შემოწმებასა და ზოგად სამედიცინო გასინჯვასთან ერთად. საჭიროა ასევე ქცევის შემოწმებაც დაკვირვებისა და გამოკითხვის მონაცემებზე დაყრდნობით. ჯანდაცვის მუშაკები იყენებენ ბინაზე ვიზიტებს, რათა შეაფასონ მშობელთა ჩივილები და მიიღონ ინფორმაცია ბავშვის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესახებ. ფიზიკური გასინჯვის ან განვითარების შეფასების უარყოფითი შედეგების შემთხვევაში ბავშვი უნდა გაიგზავნოს კლინიკაში ან ბავშვთა განვითარების შეფასების სამსახურში. ჰემოგლობინი (ან ჰემატოკრიტი) და შარდი მინიმუმ ერთხელ მაინც უნდა შემოწმდეს 18 თვიდან 5 წლამდე ასაკში.

კონსულტირება ბავშვის მოვლის უხშირეს პრობლემებზე (მაგ. ღამე ტირილი) და საუბრები უსაფრთხოებასა და ბავშვის სტიმულირების საკითხებზე აუცილებლად უნდა ტარდებოდეს მშობლის ყოველი ვიზიტის დროს. უბედური შემთხვევების რისკი ამ ასაკში საკმაოდ მაღალია. შემთხვევითი დაცემის, მოწამვლის, საკვების გადაცდენის (ასპირაციის), ელექტროდენის ზემოქმედების და დამწვრობის პრევენცია მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებასა და სახლში უსაფრთხოების პირობების დაცვას. მშობლები უნდა განათლდნენ იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა აუხსნან თავიანთ შვილებს უსაფრთხოების წესები და როგორ უნდა შექმნან სახლში ბავშვისთვის უსაფრთხო პირობები (ბავშვისთვის მიუწვდომელი კარადის საკეტები, უსაფრთხო კიბეები, დაფარული ელექტროშესაერთებლები, საყოფაცხოვრებო ქიმიური ნივთიერებების უსაფრთხოდ შენახვა, მომწამვლელი სახლის მცენარეების მოშორება). ბავშვზე ძალადობის ან მის მიმართ სრული უყურადღებობის ნიშნების, განსაკუთრებით კი აუხსნელი დაზიანებების აღმოჩენისას, აუცილებლად უნდა ეცნობოს პოლიციას ან კეთილდღეობის სააგენტოებს. შეფასება და კონსულტაციები მადის პრობლემებზე, ტუალეტთან დაკავშირებული ჩვევების სწავლებაზე, მარტოობით გამოწვეულ მღელვარებაზე, მომთხოვნ ან ჯიუტ საქციელზე, მშობლებთან და და-ძმებთან ურთიერთობაზე, კვებაზე, დამოუკიდებელი კვების ჩვევებზე და ფსიქომოტორულ განვითარებაზე – ყველა ეს კომპონენტი ჯანმრთელი ბავშვის მოვლის განუყოფელი ნაწილია.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ჯანსაღი ფიზიკური და ემოციური მდგომრეობა მისი შემდგომი ჯანმრთელობისა და პოტენციალის განმსაზღვრელი ფაქტორია. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება იმუნიზაციის დასრულებას, სწორ კვებას აუცილებელი ვიტამინებისა და მინერალების დამატებით და პერიოდული დაავადებების ადეკვატურ მკურნალობას. სითბოს გამოხატვა, დროული რეაგირება და ასევე რეგულარული კითხვა და საუბრები წიგნების, სურათებისა და მუსიკის მიმართ მისი ინტერესის გაღვივების მიზნით საჭირო სტიმულაციისა და თამაშის შემადგენელი ნაწილია. თბილი და მზრუნველი მშობლებიც კი საჭიროებენ ჯანდაცვის პროვაიდერის მითითებებსა და რჩევებს ბავშვის ოპტიმალური განვითარების მისაღწევად.

საზოგადოებრივ და სახელმწიფო სტრუქტურებს უდიდესი როლი ეკირებათ სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში. ბავშვთა უსაფრთხოების სავალდებულო პრაქტიკების დანერგვას მრავალი ბავშვის სიცოხლის გადარჩენა და მათი ავადობის მკვეთრად შემცირება შეუძლია. ამგვარი ღონისძიებები მოიცავს ავტომობილებში უსაფრთხო საბავშვო სავარძლების სწორ გამოყენებას, მედიკამენტებისა და მომწამვლელი ნივთიერებებისათვის სპეციალური უსაფრთხო კონტეინერების წარმოებას, ტყვიის შემცირების პროგრამებს, ბავშვთა ტანსაცმლის სტანდარტების რეგულირებას აალებადი მასალების გამოყენების აკრძალვის მიზნით, სათამაშოების უსაფრთხოების სტანდარტებსა და სკოლამდელი დაწესებულებებისა და მასწავლებელთა კვალიფიკაციის მეთვალყურეობას.

ბავშვების მიმართ ძალადობა სულ უფრო ფართოდ გავრცელებული საფრთხეა ყველა ასაკობრივ და სოციოეკონომიკურ ჯგუფში. პრევენციული ზომები მოიცავს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებას განათლების გზით და მასწავლებლების, სოციალური მუშაკებისა და ექიმების მიერ ძალადობის ნიშნების შესახებ სავალდებულო შეტყობინებას. სადამსჯელო ღონისძიებები მოძალადე მშობლებისა და ძიძებისთვის, მათ შორის დაპატიმრება და სავალდებულო მკურნალობა, სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება. ამავდროულად, აღინიშნება შეფარული ფიზიკური, მენტალური და სქესობრივი ძალადობის შემთხვევების უფრო მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები. სახლის, სკოლის და სათამაშო მოედნების უსაფრთხოება მოიცავს

საზოგადოებრივი ინიციატივების ფართო სპექტრს, მათ შორის ველოსიპედის ტარებისას და ასევე სპორტის ზოგიერთ სახეობებში ჩაფხუტების სავალდებულო გამოყენებას, ავტომობილებში უსაფრთხო საბავშვო სავარძლებისა და ღვედების გამოყენებას, ცეცხლსასროლ იარაღზე ბავშვების ხელმისაწვდომობის მაქსიმალურ შეზღუდვას.

ინდუსტრიულ ქვეყნების უმრავლესობაში ქალების უმეტესი რაოდენობა სახლის გარეთ მუშაობს, ამიტომ ბავშვის მოვლა ხდება სკოლამდელ ცენტრებში, სადაც ჯანმრთელობის ფაქტორები შეიძლება დადებითიც იყოს და უარყოფითიც. ამგვარ ცენტრებში ინფექციური დაავადებების გავრცელების ალბათობა და საკვებით გამოწვეული დაავადებების აფეთქებების რისკი უფრო მაღალია. აშშ-ში ლიცენზირებულ ბავშვთა ცენტრებში მიმაგრებულ ბავშვებში დიარეული დაავადებები 3-4-ჯერ უფრო ხშირია ვიდრე იმ ბავშვებში, ვინც ამ ცენტრებში არ დადის. ფინეთის კვლევამ (1984-1989) აჩვენა, რომ ერთი წლის ასაკის ბავშვებში გაციების, შუა ყურის ანთებისა და პნევმონიის 41-85% ვითარდება იმ ბავშვების გამო, რომლებიც დაყავთ დღის ცენტრებში. მეორეს მხრივ, სათანადოდ კონტროლირებულ დღის ცენტრებში ბავშვები სარგებელს იღებენ მასწავლებლებთან და სხვა ბავშვებთან ურთიერთობით სოციალური უნარ-ჩვევების განვითარების, ჯანსაღი კვებისა და პროფესიული ყურადღების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. სკოლამდელ ცენტრებში უნდა ხდებოდეს მშობელთა სწავლება ჰიგიენის, კვების, იმუნიზაციისა და განვითარების შეფასების შესახებ. ამგვარი სერვისები მშობლებს ეხმარება ბავშვის ემოციური და ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასებასა და მოგვარებაში.

სკოლამდელი განათლების ღირებულება, განსაკუთრებით, დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ბავშვებისთვის, დემონსტრირებულ იქნა აშშ-ის კვლევით, რომელიც ხანგრძლივი დროის მანძილზე 1960-იან წლებში დაკვირვებას აწარმოებდა, სიღარიბის წინააღმდეგ გაჩაღებული ომის პერიოდში, "Headstart" (ჰედსთართ) პროგრამაში ჩართულ ბავშვებზე. როგორც აღმოჩნდა, სოციალურად დაუცველი ბავშვები უფრო უკეთ სწავლობდნენ სკოლაში და უფრო ნაკლებად იყვნენ ჩაბმული კრიმინალურ სიტუაციებში, ვიდრე ის ბავშვები, რომლებიც არ მონაწილეობდნენ ამ პროგრამაში. ამან ხელი შეუწყო სპეციალიზირებული განათლებისა და საზოგადოების დახმარებისთვის საჭირო ხარჯების შემცირებას.

სკოლამდელი შემოწმება და განვითარების, შემეცნებითი და ქცევითი პრობლემების სკრინინგი მნიშვნელოვანია როგორც მშობლების, ისე სასწავლო პერსონალისთვის. ამჟამად ხელმისაწვდომი და გამოყენებული სკრინინგის ტესტები იწვევს აზრთა სხვადასხვაობას მათ სარწმუნოობისა და პროგნოზულ შესაძლებლობების თვალსაზრისით. ისინი შეიძლება სპეციფიკური იყოს გარკვეული კულტურისთვის, მაგრამ სხვა სიტუაციებში მათი გამოყენება ადაპტირების გარეშე სარწმუნო შედეგებს არ იძლეოდეს. მიუხედავად კულტურული თავისებურებებისა, მხარდაჭერა, სტიმული და სწორი მართვა მოზარდი ბავშვის აუცილებელ საჭიროებებს წარმოადგენს.

სკოლის ასაკის ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობა

ის საფრთხეები, რომლებიც სკოლის ასაკის ბავშვებს ემუქრება, უამრავ საზოგადოებრივ საკითხს მოიცავს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი მიზანია ახალგაზრდა პოპულაციაში ცხოვრების უნარ-ჩვევების განვითარება, რათა ხელი შეუწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და სარისკო ქცევის თავიდან არიდებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევა, რომელიც მიმართულია მოზარდების ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირებისკენ (ცხრილი 6.9), შეთანხმებული უნდა იყოს განათლების, სოციალური და პოლიციის სისტემების ხელმძღვანელობასთან. რისკის ჯგუფებისთვის მესიჯის გადაცემა უნდა ხდებოდეს სპორტსა და მუსიკაში აღიარებული პოპულარული სახეების გამოყენებით, რათა ყურადღება გამახვილდეს თინეიჯერული ასაკის გადალახვისა და ზრდასრულ ასაკში გადასვლის წარმატებულ მაგალითებზე. საჭიროა კვლევა, რომელიც ხელს შეუწყობს მაღალი რისკის მოზარდებისა და ახალგაზრდა ზრდასრულებისთვის საგანმანათლებლო მიდგომების განვითარებას.

სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამამ ბავშვებისთვის უნდა უზრუნველყოს უსაფრთხო

და ჯანსაღი გარემო, სანიტარიული პირობების დაცვა, ძალადობის პრევენცია, ტემპერატურული კონტროლი და სწავლისა და გართობისთვის საჭირო ფართები. სკოლის ასაკის ბავშვების ჯანსაღი განვითარებისთვის აუცილებელია მათი ფიზიკური აქტივობა, რაც სკოლის სამედიცინო განათლების სრულფასოვანი პროგრამის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს. სკოლის კვების პროგრამა ხელს უწყობს ბავშვისა და მოზარდის სწორ კვებას, წარმატებულ სწავლასა და მოსწრებას.

ჯანმრთელობის მონიტორინგი მოიცავს სკოლის მოსწავლეების სრულ იმუნიზაციას სკოლაში შესვლისას და მის გაგრძელებას ელემენტარულ, საშუალო და მაღალ კლასებში შესაბამისი ვაქცინის დოზის დამატებით. ზრდის, მხედველობის, სმენის, სქოლიოზისა და კანის სინჯებით ტუბერკულოზის მონიტორინგი სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამის მთავარი ელემენტებია.

საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ ხელი უნდა შეუწყოს სკოლაში ჯანმრთელობის საკითხების სწავლებას განათლების მუშაკების მოტივირებით, რათა ეს საკითხები სკოლის სასწავლო პროგრამაში გაერთიანდეს და უზრუნველყოფილ იქნას მასწავლებელთა სათანადო მომზადება ამ სფეროში. დაბალ კლასებში სწავლება შეიძლება მოიცავდეს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა უსაფრთხოება (ხანძარი და ქუჩაში მოძრაობა), პირის ღრუს მოვლა (ფთორირება, კბილების გამოხეხვა და კბილთაშუა სივრცეების გაწმენდა), ჯანსაღი კვების ჩვევები, ჰიგიენა, ორგანიზმის ფუნქციონირება და ჯანსაღი ცხოვრება (ძილი და ვარჯიში). მასწავლებელთა უწყვეტი განათლების საკითხები მოიცავს ბავშვზე ძალადობის, სუიციდური ან ძალადობრივი მიდრეკილებების, კვების სტატუსისა და მავნე ნივთიერების მოხმარების შეფასებას. უკანასკნელ ხანს ძალადობის პრევენცია საგანმანათლებლო სისტემების აუცილებელი საკითხი გახდა.

ცხრილი 6.9 ბავშვებისა და ახალგაზრდა მოზარდების სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებლები[ა] და პროცენტული ცვლილება. აშშ, 1950-1996

ასაკობრივი ჯგუფი	1950	1960	1970	1980	1990	1996	% ცვლილება 1950-1996
1-4	139	109	85	64	47	38	-73
5-14	60	47	41	31	24	22	-63
15-24	128	106	128	115	99	90	-30

წყარო: *Health, United States,* 1998.

ა მაჩვენებლები ყოველ 100 000 მოსახლეზე ყოველ ასაკობრივ ჯგუფში (დამრგვალებული)

საშუალო სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამები ყურადღებას ამახვილებს ინდივიდუალური ქცევის საკითხებზე, მათ შორის, პერსონალურ და ოჯახურ კომუნიკაციებზე, სქესობრივ ურთიერთობებზე, უარის თქმის უფლებაზე (თანატოლთა ზეწოლისას ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებასა და სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებით), მშობლების პასუხისმგებლობაზე, ოჯახის დაგეგმვაზე და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის პრევენციაზე. პოპულაციის ამ ჯგუფისათვის არანაკლებ მნიშვნელოვანია უბედური შემთხვევების პრევენციის საკითხები, როგორიცაა უსაფრთხოება სპორტში, ავტომანქანის ტარებისას, სამუშაო ადგილზე და ზოგადად უსაფრთხო ცხოვრების სტილი.

მოზარდი ბავშვი სოციალური ზეწოლის ობიექტია, რაც ხელს უწყობს ადრეულ სქესობრივ აქტივობას, თამბაქოს წევას, მავნე ნივთიერებათა მოხმარებას, კვებით დარღვევებს, უბედურ შემთხვევებს, თვითმკვლელობასა და ძალადობას. სკოლა მათი ცხოვრების მნიშვნელოვანი ნაწილია და სათანადო პოტენციალი აქვს, რომ ითამაშოს სოციალური განმანათლებლის როლი, რომლის შედეგები დამოკიდებულებებისა და პრაქტიკის ჩამოყალიბების თვალსაზრისით შეიძლება მთელი ცხოვრება გაგრძელდეს. სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის აქტიური ხელშეწყობა ინტეგრირებული უნდა იყოს სკოლის სასწავლო პროგრამაში. სკოლის მოსწავლეთა, მასწავლებელთა და მშობელთა ჯანმრთელობის კომიტეტები საზოგადოების წარმომადგენლებთან ერთად მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ბავშვების ცნობიერების ამაღლებასა და პროგრამის შემდგომ განვითარებაში.

შეზღუდული ფიზიკური და გონებრივი შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სპეციალური მოთხოვნილებების გამოვლენა აღიარე-

ბულ უნდა იქნას, როგორც სკოლის რეგულარული ვალდებულებების შემადგენელი ნაწილი. საჭიროა მასწავლებელთა მომზადება და შენობების მოდიფიცირება ამგვარი ბავშვების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად და ასევე, ფიზიკური და სოციალური ფაქტორებით განპირობებული ჯანმრთელობის პრობლემების ამოცნობა, დაწყებული კვების პრობლემებიდან და დამთავრებული ბავშვზე ძალადობის შემთხვევებით.

სკოლის ასაკის ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდა ზრდასრულების ჯანმრთელობა უმეტეს ქვეყნებში გაუმჯობესდა, რაც დაკავშირებულია სანიტარიული პირობების, იმუნიზაციისა და კვების გაუმჯობესებასთან. სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ზოგადად შემცირდა ყველა ამ ასაკობრივ ჯგუფში, მაგრამ უფრო მეტად სკოლამდელი ასაკისა და დაწყებითი კლასების ბავშვებში (ცხრილი 6.9). მოზარდებისა და ახალგაზრდა ზრდასრულების ჯანმრთელობა გაუმჯობესდა, მაგრამ სხვადასხვა ფორმის ტრავმების პრობლემა იწვევს ახალგაზრდა სიცოცხლის დიდ დანაკარგს.

მოზარდობის ასაკი ბავშვობიდან ზრდასრულ ასაკში გადასვლის ძალზე რთული და სახიფათო პერიოდია. მოზარდი თავს გრძნობს დაუცველად,

ჩანართი 6.7 სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამის შინაარსი

1. ჯანსაღი, სუფთა და უსაფრთხო სკოლის გარემო;
2. ჯანმრთელობა, როგორც სკოლის სასწავლო პროგრამის საკითხი;
3. გადაუდებელი ან სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება სკოლაში;
4. ფიზიკური განათლება/ფიზიკური მომზადება;
5. განათლება სპეციალური ან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის რეგულარული სკოლის პროგრამებით;
6. მასწავლებელთა მომზადება ჯანმრთელობის საკითხებზე და მათზე მეთვალყურეობა;
7. განათლება კვებისა და კვებითი დარღვევების პრევენციის შესახებ და შემთხვევების გამოვლენა;
8. სკოლის საუზმისა და სადილის პროგრამები;
9. ოჯახური ცხოვრებისა და სექსის სწავლება/მშობლის პასუხისმგებლობა/ოჯახის დაგეგმვა;
10. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და შიდსის სწავლება და პრევენცია;
11. ძალადობისა და სექსუალური თავდასხმების პრევენცია და შეტყობინება;
12. უსაფრთხოებაზე ორიენტაცია — უსაფრთხოება და ხანძრების, ფეხით მოსიარულეთა, ავტომანქანის მძღოლების, მოტოციკლისა და ველოსიპედის მტარებელთა ან მგზავრთა ტრავმების, სახლში უბედური შემთხვევების პრევენცია, ცურვა და წყლის უსაფრთხოება;
13. მავნე ნივთიერებათა მოხმარების, მათ შორის თამბაქოს წევის, ზიანის შესახებ ცნობიერების ამაღლება;
14. პერსონალური ჰიგიენა და სხეულის მოვლა;
16. პირველადი დახმარების /გულ-ფილტვის რეანიმაცის სწავლება;
17. გადამდები დაავადებების კონტროლი;
18. მენტალური და ემოციური ჯანმრთელობა – თვითმკვლელობის და ძალადობის პრევენცია;
19. საზოგადოების ჯანმრთელობის გაცნობიერება;
20. ოჯახის ჯანმრთელობის გაცნობიერება (მოხუცებზე ზრუნვა);
21. გარემოს და ჯანმრთელობის კავშირის გაცნობიერება;
22. მოხალისეობის ხელშეწყობა ჯანდაცვაში.

წყარო: Derived from committee on School Health. American Academy of Pediatrics Website http://www.aap.org and www.schoolhealth.org/cshcap.htm and American School Health Association http://www.ashaweb.org/

მაგრამ მაინც მოითხოვს დამოუკიდებლობას და პასუხისმგებლობას საკუთარი კეთილდღეობაზე. ეს კომბინაცია შედეგად იწვევს მძაფრ გარდატეხას პირად და ოჯახურ ცხოვრებაში, რაც მის ფიზიკურ და მენტალურ ჯანმრთელობას მნიშვნელოვან საფრთხეს უქმნის. ძალადობა, უბედური შემთხვევები და თვითმკვლელობა ამ ასაკობრივ ჯგუფებში სიკვდილის გამომწვევი მთავარი მიზეზებია, განსაკუთრებით მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში. სქესობრივი აქტივობა ზრდის მოზარდთა ორსულობის საფრთხეს და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის ინფექციის რისკს, განსაკუთრებით ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების შემთხვევაში. ყველა ამ კატეგორიასთან მიმართებაში საჭიროა ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის განვითარება, რასაც თან ახლავს ოჯახის, განათლების სისტემისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის თანადგომა.

ცხრილი 6.10 აჩვენებს აშშ-ში მოზარდთა და ახალგაზრდა ზრდასრულთა (15-24 ასაკი) სიკვდილიანობის მაჩვენებლების დაქვეითებას. მიუხედავად იმისა, რომ სიკვდილიანობის მაჩვენებლებმა ამ ასაკობრივ ჯგუფში დაიკლო, როგორც შავკანინანებში, ასევე თეთრკანიანებში, გვიან 1980-იან წლებში მკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობის მკვეთრი ზრდა აღინიშნა, განსაკუთრებით შავკანიან ახალგაზრდებში. სწორედ ძალადობა გახდა ძირითადი მიზეზი იმისა, რომ 1990 წელს აშშ-მ ვერ შეძლო ეროვნული ჯანდაცვის მიერ 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფისთვის განსაზღვრული სიკვდილიანობის მაჩვენებლის (<85 ყოველ 100000 მოსახლეზე) მიღწევა. ავტოსატრანსპორტო შემთხვევებით, მკვლელობებითა და თვითმკვლელობებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1990-იან წლებში შემცირდა, თუმცა ეს ფაქტორები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარ პრობლემას კვლავ წარმოადგენს, რაც უმთავრესად მამრობითი სქესის მოზარდებისა და ახალგაზრდა მამაკაცების სარისკო ქცევასთანაა დაკავშირებული (იხილეთ მე-5 თავი).

ცხრილი 6.10 თვითმკვლელობით, მკვლელობითა და ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილიანობა[ა] 15-24 წლის მამრობითი სქესის წარმომადგენლებს შორის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აშშ, 1980-1996 წწ

ჯგუფი	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1993	1996
თეთრკანიანები მამაკაცები								
ავტოსაგზაო შემთხვევა	58	63	75	74	57	53	44	42
მკვლელობა	4	4	8	16	11	15	17	14
თვითმკვლელობა	7	9	14	21	22	23	23	21
შავკანიანები მამაკაცები								
ავტოსაგზაო შემთხვევა	42	46	58	35	32	36	34	35
მკვლელობა	59	46	103	84	66	138	167	123
თვითმკვლელობა	5	4	11	12	13	15	20	17

წყარო: *Health, United States,* 1998.

ა მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე. მკვლელობა მოიცავს „კანონიერ ინტერვენციას“

აშშ-ის ჯანდაცვის მიერ 2000 წლისთვის დასახული მიზნები მოიცავს 15-24 ასაკობრივ ჯგუფებში თვითმკლელობის მაჩვენებლების ყოველ 100.000 მოსახლეზე 11-მდე შემცირებას, რაც მიღწეულ უნდა იქნას უპირველესად ჯანმრთელობისა და განათლების ხელშეწყობით და ასევე საზოგადოებრივი კონტროლითა და სკოლებში იარაღის პრევენციის გამკაცრებული პროგრამებით. კანადაში მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა სიკვდილის მიზეზებს შორის თვითმკვლელობას მე-7 ადგილი უკავია, რაც თითქმის ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას უტოლდება და უფრო მაღალია, ვიდრე დიაბეტით გამოწვეული სიკვდილიანობა. ჩრდილოეთ ამერიკასა და ევროპაში ახალგაზრდა ზრდასრული მამაკაცები სუიციდის ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ეს მაჩვენებლები განსაკუთრებით მაღალია ასევე ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, როგორიცაა უნგრეთი, ფინეთი და შვედეთი.

თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხარება თანამედროვე საზოგადოებაში ავადობისა და ადრეული სიკვდილის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფაქტორებია. ამგვარი სარისკო ქცევები, ეგრეთწოდებული „ცხოვრების წესის ფაქტორები“, რომლებიც იწვევენ ჯანმრთელობის გაუარესებას და ადრეულ სიკვდილს, საზოგადოებას უმძიმეს ტვირთად აწვება. ისინი, როგორც წესი, თავს იჩენენ გვიან ბავშვობაში, ადრეული მოზარდობისა და მოზარდ ასაკში და მათი გავლენა ჯანმრთელობაზე ზრდასრულ ასაკში გრძელდება. პერიოდული გამოკითხვის მონაცემების მიხედვით, ახალგაზრდების სარისკო ქცევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგის უმნიშვნელოვანესი ასპექტია (დაავადებათა კონტროლის ცენტრები, 1996 წელი).

თამბაქოს წევა. თამბაქოს წევა გულსისხლძარღვთა დაავადებების, ფილტვის კიბოსა და სხვა დაავადებების მთავარი ხელშემწყობი ფაქტორია. აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემის 1964 წლის ანგარიშში მოცემული იყო ქრონიკული დაავადებების განვითარებაში თამბაქოს წევის ცენტრალური როლის დამადასტურებელი მთელი რიგი მტკიცებულებები. მომდევნო ანგარიშები თამბაქოს წევის შედეგების ჩამონათვალსა და (პრევალენტობას) მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში მის გავრცელებას ეძღვნებოდა. თამბაქოს მოხმარება, ჩვეულებრივ, იწყება 18 წლის ასაკამდე და მოზარდ მწეველთა უმეტესობა ნიკოტინზე დამოკიდებული ხდება. 1995 წელს აშშ-ში მე-9 – მე-12 კლასების მოსწავლეთა ერთი მეექვსედი სიგარეტის მუდმივი მწეველი იყო. თამბაქოს წევა ფსიქო-სოციალურ რისკ-ფაქტორებს მოიცავს, რომელთა გამოვლენა ადვილად შესაძლებელია. კვლევებმა აჩვენა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევას შეუძლია წარმატებით შეამციროს მოზარდების მიერ თამბაქოს მოხმარება. 1997 წელს აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების მოზარდთა რისკების ზედამხედველობის სისტემის მიერ ჩატარებულმა გამოკითხვამ 50 შტატსა და კოლუმბიის ოლქში აჩვენა, რომ მაღალი კლასის მოსწავლეების 70%-ზე მეტი მუდმივი მწეველი, 36% ამჟამად მწეველი, ხოლო 17% სიგარეტის ხშირი მწეველი იყო. ამჟამად, მწეველთა მაჩვენებელი 1991-1997 წლებში 28%-დან 43%-მდე გაიზარდა. მაღალი კლასების მოსწავლეთა 42%-ზე მეტი სხვადასხვა ფორმით ეწეოდა კვლევამდე 30 დღის განმავლობაში (დაავადებათა კონტროლის ცენტრები, 1998).

ალკოჰოლის მოხმარება. ალკოჰოლის მოხმარება საზოგადოებრივი კულტურის ნაწილია ჯერ კიდევ ადრეული ცივილიზაციის ხანიდან. მისი ჭარბი გამოყენება ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემებს იწვევს როგორც პიროვნების, ისე საზოგადოებისთვის. ალკოჰოლის მოხმარება შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული ან მასზე დამოკიდებულების შესაბამისი. ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობის მიღება (ერთ ჯერზე 5 მიღებაზე მეტი) საფრთხეს უქმნის როგორც თავად მსმელებს, ისე მათ მეგობრებსა და მთლიანად საზოგადოებას ძალადობის, თვითმკვლელობის, საგზაო და საწარმოო უბედური შემთვევების მაღალი რისკის გამო. ალკოჰოლის მომხმარებლებში სიკვდილის ყველა მიზეზის რისკი ბევრად უფრო მაღალია. 1988 წელს აშშ-ში ალკოჰოლთან დაკავშირებულმა სიკვდილიანობამ საერთო სიკვდილიანობის 5% შეადგინა და შეესაბამებოდა 1.5 მილიონ სიცოცხლის პოტენციური წლების დანაკარგს 65 წლამდე ასაკისთვის და 3 მილიონ სიცოცხლის პოტენციური წლების დანაკარგს მთლიანობაში. ალკოჰოლი უარყოფით გავლენას ახდენს სხეულის ყველა ორგანოზე და მისი მოხმარება მთელი რიგი დაავადებების რისკ-ფაქტორების ერთობლიობას წარმოადგენს, რომელთა შორისაა ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება და ღვიძლის, საყლაპავის, ფილტვის, კუჭის, მსხვილი ნაწლავისა და ძუძუს კიბო. ის ხელს უწყობს რეპროდუქციული დაავადებების განვითარებას, როგორიცაა ამენორეა, ანოვულაცია, ადრეული მენოპაუზა და ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი მცირეწონიანი ნაყოფის ან ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომის სახით. 1997 წელს აშშ-ში საშუალო სკოლის მაღალი კლასის მოსწავლეების 52.7% აღნიშნავდა ალკოჰოლის მოხმარებას, მათ შორის 31.3% აქტიური მომხმარებელი იყო (5 მიღება და მეტი ერთ ჯერზე, ერთხელ ან ორჯერ წინა 2 კვირის განმავლობაში).

ნარკოტიკების მოხმარება. მიუხედავად იმისა, რომ ნარკოტიკების მოხმარება სიახლეს არ წარმოადგენს, უკანასკნელ ხანს ის ძალიან გავრცელდა ინდუსტრიული ქვეყნების უმრავლესობაში. მოზარდობის პერიოდი მოიცავს ექსპერიმენტებს, ინტენსიურ სოციალურ ზეწოლასა და სარისკო ქცევას. აშშ-ში ფართოდ გავრცელებული და ხელმისაწვდომი ნარკოტიკების უკანონო მოხმარებისა და სხვა ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედებით გამოწვეული მოზარდთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1987-1989 წლებში ყოველ 100.000 მოსახლეზე 3.8-დან 4.1-მდე გაიზარდა. კოკაინთან დაკავშირებული მიმართვიანობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში აშშ-ში 1985-1995 წლებში გაიზარდა 29 000 შემთხვევიდან 80 000 შემთხვევამდე 1990 წელს და 142,000 შემთხვევამდე 1995 წელს, რომელთა შორის 2000 იყო 6-17 წლის, ხოლო 22 000 – 18-25 წლის (*ჯანმრთელობა, აშშ, 1998*). მოზარდები იყენებენ ისეთ ნარკოტიკებს, როგორიცაა წებო (ან სხვა ინჰალაციური საშუალებები), მარიჰუანა, და ძლიერ ნარკოტიკებს, მათ შორის ჰეროინსა და კოკაინს. 1997 წელს აშშ-ის სკოლის მაღალი კლასების მოსწავლეთა 23.7% და მერვე კლასელების 10.2% აცხადებდა, რომ მინიმუმ ერთხელ მაინც იყენებდა მარიჰუანას წინა თვის განმავლობაში. მაღალი კლასების მოსწავლეთა მიერ წინა თვეში მოხმარებული სხვა ნარკოტიკებიდან აღსანიშნავია კოკაინი (2.3%) და ინჰალაციური ნივთიერებები (2.5%).

ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება იძულებითი მდგომარეობაა, რომელიც მოითხოვს ამ ნივთიერების გამოყენებას და მის მოპოვებას ნებისმიერი გზით და ასევე, დოზის თანდათანობით გაზრდას სასურველი ეფექტის მისაღწევად. ნარკოტიკულ ნივთიერებაზე დამოკიდებულება შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური ან ფსიქოლოგიური. ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება დამანგრეველ გავლენას ახდენს ოჯახსა და საზოგადოებაზე სტრესის, ძალადობისა და კრიმინალის გაზრდილი ხარისხის გამო. ნარკოტიკების მოხმარება მოტივაციის მიხედვით შეიძლება კლასიფიცირებულ იქნას როგორც ექსპერიმენტული, გასართობი, სიტუაციური ან გარემოებრივი, ინტესიური და იძულებითი. ექსპერიმენტული მოხმარება ყველაზე უფრო გავრცელებულია და მოტივირებულია ცნობისმოყვარეობითა და ახალი შეგრძნებების განცდის სურვილით. გართობის მიზნით გამოყენება ნებაყოფლობითია, მაგრამ თავს იჩენს ისეთ სოციალურ წრეებში, სადაც მომხმარებლები არ არიან მასზე დამოკიდებული. გარემოებრივი ან სიტუაციური მოხმარება შეიძლება დაკავშირებული იყოს გარკვეულ სიტუაციებთან, როგორიცაა მაგალითად ამფეტამინის გამოყენება მოსწავლეების მიერ გამოცდების დროს ან სატვირთო მანქანების მძღოლების მიერ შორ მანძილებზე გადაადგილებისას. ნარკოტიკების ინტესიური მოხმარება ხდება ყოველდღიურად, რაც განპირობებულია სტრესით ან მუშაობის უნარის შენარჩუნების სურვილით და ასევე დამამშვიდებლების, ბარბიტურატების ან ტრანკვილიზატორების გამოყენებით. ყველა ამ შემთხვევაში პიროვნება ინტეგრირებული რჩება საზოგადოებრივ და ეკონომიკურ კონტექსტში. იძულებითი გამოყენება ნარკოტიკების მაღალი სიხშირით მოხმარებაა, რაც იწვევს მასზე ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ დამოკიდებულებას. ასეთი კატეგორია ნარკოტიკების ძირითადი მომხმარებელია, რომელთა სიცოცხლე კონტროლირდება მასზე დამოკიდებულებით და ქცევის ფინანსირებით. ეს იწვევს ჯანმრთელობის კიდევ უფრო სერიოზულ პრობლემებს, რომლებიც დაკავშირებულია ნარკოტიკის სანაცვლოდ სექსის შეთავაზებასთან სავარაუდოდ კონდომის გამოყენების გარეშე, საზიარო ნემსებისა და შპრიცების გამოყენებასთან, ჰიგიენისა ნაკლებობასა და კვების უკმარისობათან. შედეგად, ამ კატეგორიაში ჰეპატიტები, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და შიდსი საკმაოდ გავრცელებულია. ამავდროულად, დაპატიმრება, ციხეში ჩასმა, ტრავმა ან ძალადობრივი სიკვდილი ნარკოტიკთან დაკავშირებული ტიპიური კრიმინალური სიტუაციებია.

სარისკო სქესობრივი ქცევა. მოზარდთა სქესობრივი რისკები მოიცავს დაუგეგმავ ორსულობასა და დედობას, სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს და მოზარდობის ასაკისთვის არაადეკვატურ მომზადებას. განათლების როლი ამგვარი ქცევის პრევენციაში სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამის მთავარი ელემენტია. ეროვნული

ძალისხმევა მიმართული უნდა იყოს ბავშვთა პროსტიტუციის გაკონტროლებისკენ, სახლიდან გამოქცეულ, უსახლკარო და ქუჩის ბავშვებზე ზრუნვისკენ და ობოლი და უნარშეზღუდული ბავშვების მოვლის სტანდარტების გაუმჯობესებისკენ. ეს პრობლემები განსაკუთრებით მწვავეა სამხრეთ ამერიკისა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში. აივ/შიდსის ეპიდემია განსაკუთრებით გავრცელებულია მოზარდებსა და ახალგაზრდა პროფესიულ სექს-მუშაკებში, სატვირთო მანქანების მძღოლებში, სამხედროებში და იზრდება ზოგადად მოსახლეობაში.

მოზარდები განსაკუთრებულ ინტერესს იჩენენ სქესობრივი ურთიერთობების მიმართ. მაგალითად, აშშ-ის საშუალო სკოლის მოსწავლეთა 53%-მა განაცხადა, რომ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ჰქონდათ სქესობრივი ურთიერთობა, 18%-ს ჰყავდა ოთხი ან მეტი სქესობრივი პარტნიორი და 38% სქესობრივად აქტიური იყო კვლევის პერიოდშიც. მათგან ნახევარზე ოდნავ მეტმა გამოიყენა კონდომი, ხოლო 17%-მა – ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და შიდსი ხშირად ასოცირებულია მაღალი რისკის სქესობრივ ქცევასთან და ნარკოტიკების მოხმარებასთან.

სარისკო დიეტური ქცევა. მოსწავლეთა მხოლოდ 27%-მა აღნიშნა რეკომენდებული დღიური დიეტური ნორმების შესაბამისი ხილისა და ბოსტნეულის რაოდენობის მიღება კვლევამდე 24 საათის განმავლობაში (აშშ, 1995). გარდა ამისა, 28% თვლიდა, რომ იყო მსუქანი და 41% იცავდა გარკვეულ დიეტას. გულისრევის ან საფაღარათო საშუალების გამოყენებით წონის დაკლებას ცდილობდა გოგონების დაახლოებით 8% და ბიჭების 2%. დიეტური დეფიციტის მდგომარეობები, განსკუთრებით რკინადეფიციტური ანემია, საკმაოდ გავრცელებულია მოზარდ გოგონებში სარისკო დიეტური ქცევისა და მენსტრუალური დანაკარგის შესავსებად დამატებითი რკინის საჭიროების გამო.

კვებითი დარღვევები ჩვეულებრივი მოვლენაა, განსაკუთრებით მოზარდ გოგონებში, რომლებიც მოდელების სხეულის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან. ისინი ერთვებიან ანორექსიისა ან ბულემიის მანკიერ წრეში, რომელიც შეიძლება ფატალურად დასრულდეს ან შედარებით ნაკლებად მძიმე ფორმის გამოსავლით, რაც ძალზე ტრავმულია მოზარდისა და ოჯახისთვის. ამგვარი მდგომარეობები აშშ-ის კოლეჯის ასაკის გოგონების 5%-ში აღინიშნება და ასევე შეიძლება ასოცირებული იყოს გარკვეულ პროფესიებთან, რომელთა წარმომადგენლები არიან ათლეტი ქალები, პროფესიონალი ბალერინები და მოდელები. ზედმეტი ჭამის მოყვარულები, რომლებისთვისაც სიმსუქნე ცხოვრების წესია, ასევე უჩივიან ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის დამახასიათებელ მელანქოლიას. პრევენცია მოიცავს განათლებას და შემთხვევის ადრეულ გამოვლენას შესაბამისი კონსულტაციითა და ჯგუფური თერაპიით.

ფიზიკური აქტივობა. აშშ-ის კვლევის მიხედვით, მოსწავლეთა დაახლოებით 2/3 დაკავებული იყო ფიზიკური აქტივობით 3 ან მეტი დღის განმავლობაში კვლევამდე ერთი კვირით ადრე, 60% ჩართული იყო ფიზიკური განათლების კლასებში, ხოლო ნახევარი – თავიანთი სკოლების სპროტულ გუნდებში. სიმსუქნე ბავშვებსა და მოზარდებს შორის იზრდება. 1963-1965 წლებიდან ჭარბწონიანი 6-8 წლის ასაკის ბიჭების პროცენტული მაჩვენებელი გაიზარდა 15.4%-მდე 1988-1994 წლებში. მსგავსი დინამიკა აღინიშნება ასევე 9-11, 12-14 და 15-17 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში. გოგონებში ჭარბწონიანობის ზრდა ისეთივე იყო, როგორც ბიჭებში, გარდა 15-17 წლის ასაკობრივი ჯგუფისა. ამგვარი ტენდენცია დაკავშირებულია ტელევიზორის ყურებასთან და სამოყვარულო ან პროფესიული სპორტულ აქტივობების ნაკლებობასთან.

ძალადობა და ჯგუფური ქცევა. მოზარდთა ძალადობა განვითარებად და ინდუსტრიულ ქვეყნებში უდიდეს ზიანს აყენებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვას. მოზარდთა გაუცხოება, ნარკოტიკებსა და იარაღზე ადვილი ხელმისაწვდომობა და ძალადობრივი კულტურის კერპების თაყვანისცემა, ნაყოფიერ ნიადაგს იძლევა კრიმინალური დაჯგუფებების შექმნისა და მათი ძალადობრივი ქმედებებისათვის ან ძალადობის ინდივიდუალური გამოვლინებებისთვის, რაც ცალკეულ ან ორგანიზებულ დანაშაულებებში ან ტერორიზმში შეიძლება გადაიზარდოს.

მოზრდილთა ჯანმრთელობა

ოჯახისა და საზოგადოების კეთილდღეობისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია 25-64 წლის მოზრდილთა ჯანმრთელობა. ამ ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცების სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები სოციალურ დისბალანსს იწვევს, რაც მოხუცებულთა ასაკობრივ ჯგუფებში ქალების სიჭარბეს განაპირობებს. მამაკაცთა ნააადრევი სიკვდილი ან უნარშეზღუდულობა იწვევს როგორც ოჯახის შემოსავლის, ისე საზოგადოების პროდუქტიულობის მკვეთრ შემცირებას. მამაკაცების დიდი რაოდენობის დაკარგვა შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული კლინიკურ მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში დაგროვებული ცოდნისა და თანამედროვე ტექნიკური საშუალებებით. ამის მაგალითია გარკვეულ ასაკობრივ ჯგუფებში გულის დაავადებებითა და ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის სიხშირის შემცირება. ზრდასრული მამაკაცები ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და გავრცელებული რისკების შესამცირებლად პრევენციული სამკურნალო სერვისების კოორდინირებულ ძალისხმევას საჭიროებენ.

ავადობისა და სიკვდილიანობის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები შეიძლება იყოს როგორც შინაგანი, ისე გარეგანი ხასიათის. შინაგანი ფაქტორებია ასაკი, სქესი და გენეტიკა. გარეშე ფაქტორებია ცხოვრების სტილი და გარემო. ზრდასრული მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება პირველადი და მეორადი პრევენციული პროგრამების ფართო სპექტრს მოითხოვს, რომლებიც გარეშე ფაქტორებზეა ფოკუსირებული და პერსონალური რისკების, ქრონიკული დაავადებებითა და ტრავმით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებისკენაა მიმართული (იხილეთ მე-5 თავი). ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების პროგრამები ისეთ აქტივობებს, მოიცავს როგორიცაა:

1. თამბაქოს წევის შეწყვეტა;
2. ჯანსაღი დიეტა (ცხიმის დაბალი და ნახშირწყლების ზომიერი შემცველობა და ხილის, ბოსტნეულისა და უჯრედისის მაღალი შემცველობა);
3. ვიტამინებისა და მინერალების მიღება (კალციუმი, რკინა, ვიტამინები A, B, C, D, E და სხვა);
4. ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა (30-წუთიანი საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური ვარჯიშები კვირაში 5 დღე);
5. საგზაო უსაფრთხოება (უსაფრთხოების ღვედები, სიჩქარის შეზღუდვა, მძღოლების მიერ ალკოჰოლის გამოყენების აკრძალვა);
6. სამუშაო ადგილის უსაფრთხოება (უსაფრთხოების ჩაფხუტები და ფეხსაცმელები, სამუშაო ადგილის პრევენციული ინსპექცია);
7. ძალადობის შემცირება (იარაღის კონტროლი, მოზარდთა რეკრეაციული აქტივობის პროგრამები);
8. სამედიცინო შემოწმებები შერჩევითი სკრინინგით (დიაბეტი, გლაუკომა, მამოგრაფია, PAP ტესტები);
9. ჰიპერტენზიის ზოგადი სკრინინგი და მართვა;
10. კიბოს სკრინინგი ზოგადად და მაღალი რისკის ჯგუფებში და მისი მართვა;
11. ქრონიკული დაავადებების მართვა, როგორიცაა დიაბეტი და გლაუკომა;
12. მენტალური ჯანმრთელობისა და სოციალური სტრესის მხარდამჭერი სერვისები;
13. ინფექციური დაავადებების სწორი მართვა და პრევენცია;
14. დიფთერიისა და ტეტანუსის ვაქცინაცია ყველა მოზრდილისთვის, გრიპის და პნევმონიის ვაქცინაცია მაღალი რისკის ჯგუფებში (65 წლის ზემოთ და მათთვის, ვისაც ქრონიკული დაავადებები აქვს);
15. სოციალური და რეკრეაციული აქტივობა და მხარდამჭერი ჯგუფები;
16. დასაქმება, ეკონომიკური შესაძლებლობები და სოციალური თანასწორობა.

ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობაა ხელი შეუწყოს პირველადი პრევენციისა და სკრინინგის პროგრამებს ზრდასრულ მოსახლეობის ავადობის ტვირთის შესამცირებლად.

ქალთა ჯანმრთელობა

ქალთა ჯანმრთელობა მოიცავს შობადობასთან, სქესობრივ აქტივობასთან და სოციალურ გარემოსთან დაკავშირებულ მრავალ ფაქტორს, რომლებიც ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს. ტრადიციულად, მენარქესა და მენოპაუზას შორის პერიოდში ქალთა ჯანმრთელობის საჭიროებები ძირითადად დაკავშირებული იყო შობადობასთან. ქალთა განათლების დონის გაუმჯობესების, მათი მზარდი დასაქმებისა და სხვა საზოგადოებრივი ცვლილებების შედეგად, ქალთა ჯანმრთელობის საკითხები გასცდა მხოლოდ შობადობის პრობლემას (ცხრილი 6.11).

1980-იანი წლებიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორი უფრო მეტ ყურადღებას უთმობს ქალთა ჯანმრთელობის მოთხოვნილებებს. ქალები ჯანდაცვის ყველაზე აქტიური მომხმარებლები არიან, ისევე როგორც მისი უმთავრესი მომწოდებლები. ამავდროულად, ისინი უფრო დიდხანს ცხოვრობენ, ვიდრე მამაკაცები. ქალების მიმართვიანობა ექიმთან 25%-ით უფრო მაღალია, მამაკაცებთან შედარებით და მათი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 15%-ით აღემატება ამავე მაჩვენებელს მამაკაცებში. ინდუსტრიული ქვეყნების უმრავლესობაში ფიტლვის კიბო, როგორც ქალთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი, მკერდის კიბომ ჩაანაცვლა. მიუხედავად სიკვდილიანობის მაჩვენებლების ზოგადი შემცირებისა, გულის დაავადებები ქალებში უფრო ფართოდაა გავრცელებული, ვიდრე მანამდე ითვლებოდა. მართლაც, საზოგადოდ მიღებულმა სტერეოტიპმა, რომ ქალები მამაკაცებთან შედარებით უფრო იშვიათად ავადდებიან სიმპტომური გულის იშემიური დაავადებით, ამ პრობლემის არასათანადოდ შეფასება განაპირობა.

ქალის ცხოვრების ციკლი მენარქესა და მენოპაუზას შორის შობადობის ფსიქოსოციალურ და ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს მოიცავს. მენარქე, პრემენსტრუალური სინდრომი და მენოპაუზა ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ სტრესთანაა ასოცირებული, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც კლინიკური, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით.

ოჯახის, კოლეგებისა და ზოგადად საზოგადოების გათვითცნობიერებულობა ქალის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების შესახებ მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მისი ჯანმრთელობის გამოსავალს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის მნიშვნელოვანი ქალთა ჯანმრთელობის სხვა საკითხები მოიცავს რკინის დეფიციტით გამოწვეულ ანემიას, კვებით დარღვევებს და ჯანსაღ კვებას (იხილეთ მე-8 თავი).

ქალთა ჯანმრთელობა ბიოლოგიურ და სოციოლოგიურ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული. მენოპაუზის შემდგომ პერიოდში ქალი ხდება ისეთი დაავადების სამიზნე, როგორიცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და ოსტეოპოროზი, თანხლები მოტეხილობების ჩათვლით, მაშინ როცა მანამდე ის ამ დაავადებებისგან დაცული იყო ჰორმონებით. ქალებში მენტალური დაავადებების, მათ შორის შფოთვის, დეპრესიისა და კვებითი დარღვევების, მაღალი მაჩვენებელი ასოცირებულია მათ იმიჯთან, ეკონომიკურ ფაქტორებთან და მათზე საზოგადოების მხრიდან სხვასხვა ზეწოლასთან. ლოგინობის ხანისა და მენოპაუზის პერიოდის დეპრესია, ბავშვების მოვლის ტვირთთან ერთად მუშაობა, მარტოობის ხანგრძლივი პერიოდები ოჯახის დანგრევის ან დაქვრივების შედეგად, ყველა ეს ფაქტორი ხელს უწყობს მენტალური დაავადებების გახშირებას. გამომდინარე იქედან, რომ ქალი გახდა სამუშაო ძალის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილი, დასაქმება და კარიერა გახდა შემოსავლის, თვითშეფასებისა და, ამავდროულად, სტრესის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორი. სამსახურის დაკარგვამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს მის ჯანმრთელობაზე როგორც ფინანსური, ისე ფსიქოლოგიური მიზეზების გამო.

ქალებისთვის სპეციფიკური ავთვისებიანი სიმსივნეების, მათ შორის მკერდის, საკვერცხის, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მნიშვნელოვანი ნაწილია, რაც ადრეული დიაგნოსტიკასა და დროულ მკურნალობას უზრუნველყოფს. სექსუალური ძალადობა, ოჯახური ძალადობა, მარტოხელა დედო-

ცხრილი 6.11 ქალთა ჯანმრთელობის რისკები და მათი პრევენცია ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკი	ჯანმრთელობის ძირითადი რისკ-ფაქტორები	სკრინინგი/პრევენციული აქტივობები
18-34	კვება, რკინადეფიციტური ანემია, კალციუმისა და მიკროელემენტების დეფიციტ. კვებითი დარღვევები, საკუთარი სხეულის იმიჯი, ქორწინება და დედობა. ორსულობა და ბავშვის მოვლა. მარტოხელა დედობა. ფიზიკური ვარჯიში. თვითშეფასება, თვითგამორკვევა. სქესობრივი აქტივობა და შობადობის კონტროლი. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი. უსაფრთხოება, არასასურველი სექსუალური განვითარება, სექსუალური ზეწოლა და ძალადობა. უსაფრთხოება ფიზიკური და მენტალური ოჯახური ძალადობისგან. მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები, პრედმენსტრუალური სინდრომი. თამბაქოს წევა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება. სიღარიბე და ეკონომიკური სტატუსი.	კვებითი კონსულტაცია, დანამატები. განათლება, ოჯახი, სოციალური დახმარება. ოჯახის დაგეგმვის შესახებ განათლება და მასზე ხელმისაწვდომობა. განათლება უსფრთხო სექსზე. პრენატალური მოვლა და მაღალი რისკის შეფასება. უსაფრთხო მშობიარობა. ჯანსაღი კვება, ვარჯიში, წონის კონტროლი თავდაცვა. თამბაქოს წევის შეწყვეტა. ქორწინებამდე კონსულტაცია. ფიზიკური ვარჯიში. პროფესიული ტრენინგი, აკადემიური მუშაობა. მხარდამჭერი ჯგუფები. თავშესაფარი ძალადობის, მათ შორის, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის. პოლიციის, სოციალური სერვისებისა და მასწავლებელთა გააქტიურება.
35-44	გვიანი ორსულობა. ბავშვის აღზრდის პრობლემები. ოჯახური სტრესი, დაშორება, განქორწინება. დიეტა. ფიზიკური ვარჯიში. ოჯახური ძალადობა. სიმსუქნე. ავთვისებიანი სიმსივნეები (მკერდის, საშვილოსნოს ყელის, ფილტვის). მენოპაუზა.	კონსულტაცია და მხარდამჭერი ჯგუფები. მკერდის, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი. ფიზიკური ვარჯიში, წონის კონტროლი. სიმსუქნის, ჰიპერტენზიის და ქოლესტერინის სკრინინგი. დიეტური კონსულტაციები, წონის კონტროლი. მომზადება მენოპაუზისთვის (კონსულტირება, ჰორმონალური თერაპია). იმუნიზაცია (დიფტერია, ტეტანუსი).
45-64	მენოპაუზა. ავთვისებიანი სიმსივნე (ფილტვის, მკერდის). დიაბეტი, ჰიპერტენზია. ფიზიკური ვარჯიში. დეპრესია. ცვლილება დასაქმების სტატუსში. გულ-სისხძარღვთა დაავადებები. ქვრივობა, განქორწინება.	პერიოდული ფიზიკური ვარჯიშები. დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, ძვლის სიმკვრივის სკრინინგი. მკერდის, საშვილოსნოს ყელისა და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი. ფარისებრი ჯირკვლისა და ვიტამინების სტატუსის სკრინინგი. ცხოვრებისეულ კრიზისის საკითხებზე კონსულტირება. იმუნიზაცია (დიფტერია, ტეტანუს), გრიპი. ფიზიკური აქტივობა, რეგულარული ვარჯიში. საპენსიო პერიოდის დაგეგმვა.

წყარო: Adapted from U.S. Preventive Services Tak Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994.

ბა და ქვრივობა უმთავრესი ფაქტორებია, რომლებიც ქალისთვის საჭირო ჯანდაცვის სერვისების პროფილს განსაზღვრავს. მამაკაცებთან შედარებით ქალები ნაკლებად იყვნენ წარმოდგენილნი ქრონიკული დაავადებების კვლევებში. შესაბამისად, მხოლოდ მამაკაცების კვლევის შედეგებზე დამყარებული დასკვნების განზოგადება მკურნალობისა და პრევენციის მეთოდების შესახებ ხშირად შეიძლება გამართლებული არ იყოს. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ იდგა უსიმპტომო გულის დაავადებებთან, ინსულტთან და არანამკურნალევი ჰიპერტენზიის საკითხებთან მიმართებაში.

ქალთა ჯანმრთელობის მოთხოვნილებები დაკავშირებულია მათ როლთან საზოგადოებაში, რაც მოიცავს განათლების, დასაქმებისა და თანაბარი სამუშაოს თანაბარი ანაზღაურების საკითხებს. ქალის უფლებების მიმართ არსებული დამოკიდებულებები, ტრადიციები, კანონები და მათი ძალაში მოყვანა მსოფლიოს სხვადასხვა საზოგადოებაში მკვეთრად განსხვავებულია. განვითარებულ ქვეყნებში ღარიბი მოსახლეობის უმრავლესობას ქალები და ბავშვები შეადგენენ.

განვითარებად ქვეყნებში, ქალთა ჯანმრთელობა მთელ რიგ პრობლემებს მოიცავს, რომელთა შორისაა ორსულობისა და დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და აივ/შიდსი და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე დაბალი ხელმისაწვდომობა. აფრიკის ზოგიერთ ნაწილში ორსული ქალების თითქმის 1/3 შიდსით დაავადებულია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გამოთვლებით, მსოფლიოს ქალთა დაახლოებით ერთი მეოთხედი ოჯახური ძალადობის მსხვერპლია. ეს მაჩვენებელი 50%-ზე მაღალია ტაილანდში, პაპუა ახალ გვინეასა და კორეაში, ხოლო პაკისტანსა და ჩილეში 80%-ს აღემატება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, განვითარებად ქვეყნებში 85-115 მილიონ ქალს გაკეთებული აქვს გარეთა სასქესო ორგანოების მუტილაცია და ყოველწლიურად დამატებით ორ მილიონზე მეტ გოგონას ეს პროცედურა უკეთდება. მუტილაციიის უშუალო გართულებები შეიძლება იყოს სისხლისდენა, შოკი და ინფექცია. შორეული გართულებები კი მოიცავს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებით დაავადებებს, უნაყოფობას, ფსიქოლოგიურ პრობლემებსა და სექსუალურ დისფუნქციას. მუტილაციამ შეიძლება ასევე ობსტრუქციული მშობიარობა გამოიწვიოს, რომელიც, თავის მხრივ, დედათა სიკვდილიანობის გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს. მუტილაციის პრევენცია ქალების მიმართ სოციალურ დამოკიდებულების, მათი განათლებისა და საზოგადოებაში მათი ადგილის მხრივ ძირეულ ცვლილებებს მოითხოვს.

1995 წლის პეკინის კონფერენცია ქალთა საკითხების შესახებ ჯანმრთელობასა და რეპროდუქციას უმთავრეს პრიორიტეტულ პრობლემებად მიიჩნევდა. შობადობის კონტროლისა და სქესობრივი ურთიერთობების საკითხებზე კონსერვატიული რელიგიის წარმომადგენლებსა და ლიბერალ დელეგატებს შორის მძაფრი წინააღმდეგობის მიუხედავად, ორივე მხარე შეთანხმდა, რომ ქალებს უფლება აქვთ თავად აკონტროლონ საკუთარი ქცევა ამ სასიცოხლო მნიშვნელობის სფეროებში. ამავდროულად, საყოველთაოდ იქნა აღიარებული, რომ ძალადობა, არასაკმარისი განათლება და მძიმე ეკონომიკური პირობები ქალთა ჯანმრთელობის სტატუსზე უარყოფითად მოქმედი ფაქტორებია, როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში.

ქალთა ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, განათლება, ინფორმაცია, საზოგადოებრივი უთანასწორობა, დასაქმების შესაძლებლობები და ქალთა მონაწილეობა ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის შემუშავებაში. მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებათა უმრავლესობაში ქალებს აკისრიათ უმთავრესი პასუხისმგებლობაოჯახურ მზრუნველობაზე, საზოგადოებრივმა თავისებურებებმა შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს მათ ჯანმრთელობაზე. ქალების ადგილი საზოგადოებაში შეიძლება პრობლემებს ქმნიდეს დასაქმებული დედისთვის შობადობისა და ბავშვის მოვლის პროცესში საზოგადოებრივი მხარდაჭერის თვალსაზრისით. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს საკითხები შეიძლება პოლიტიკური, რელიგიური და სოციალური დავის საგანიც კი იყოს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა აქტიურადაა ჩართული ამ პრობლემების მოგვარებაში, ასრულებს რა ინოვაციური ლიდერისა და ქალთა უფლებების დამცველის მნიშვნელოვან როლს.

მამაკაცთა ჯანმრთელობა

ზრდასრული მამაკაცების ჯანმრთელობის დაცვას ისეთივე ყურადღება არ ეთმობა, როგორც ქალთა ჯანმრთელობის საკითხებს. ქალებთან შედარებით მამაკაცებში უფრო მაღალია ადრეული სიკვდილიანობა, 8 წლით ნაკლებია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და ადრეულ ასაკში უფრო ხშირია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სპეციფიკური ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები, ძალადობა და ტრავმა, თვითმკვლელობა და პროფესიული დაავადებები (ცხრილი 6.12).

მამაკაცების სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე მოქმედ ფაქტორთა შორის შეიძლება იყოს საკუთარი თავის მოვლა, პროფესიული მოვლა, ნაკლები სოციალური და ფსიქოლოგიური ადაპტაციის უნარი, სარისკო ქცევა და სირთულეები საშუალო ასაკიდან ხანდაზმულ ასაკში გადასვლასთან დაკავშირებით. ემოციური და ფსიქოსოციალური სტრესები, რომლებსაც განიცდიან საშუალო ასაკის (45-64 წლის) მამაკაცები, შეიძლება ძალზე მნიშვნელოვანი იყოს მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შეფასებისას.

დასაქმება და კარიერა ტრადიციულად

ცხრილი 6.12 მამაკაცთა ჯანმრთელობის რისკები და მათი პრევენცია ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკი	ჯანმრთელობის ძირითადი რისკ-ფაქტორები	სკრინინგი/პრევენციული აქტივობები
18-34	ტრავმა, უბედური შემთხვევა, მკვლელობა, ძალადობა. თვითმკვლელობა. ალკოჰოლის, ნარკოტიკების მოხმარება. სექსუალური პრობლემები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები. ემოციური პრობლემები. თამბაქოს წევა. ცხიმიანი საკვები – ქოლესტერინი. ვარჯიშის ნაკლებობა. ქორწინება და მამობა.	კვებითი კონსულტაციები, დანამატები. მთვრალ მდგომარეობაში საჭის მართვის, უსაფრთხო ღვედების, მოტოციკლისა და ველოსიპედის ტარებისას ჩაფხუტების გამოყენების შესახებ კანონების ამოქმედება. სქესობრივი ცხოვრების შესახებ განათლება. თამბაქოს საწინააღმდეგო განათლება. თანატოლთა მხარდაჭერა. ფიზიკური ვარჯიში და დიეტა. ქორწინებამდე სკრინინგი/გენეტიკურ დაავადებებზე კონსულტაცია. მომზადება მამობისათვის.
35-44	დიეტა. ჰიპერტენზია. მომატებული ქოლესტერინი. ვარჯიშის ნაკლებობა.	სიმსუქნის, შეზღუდული ფიზიკური აქტივობის, არტერიული წნევის, ქოლესტერინის სკრინინგი. იმუნიზაცია (დიფთერია, ტეტანუსი). კონსულტაცია ცხოვრებისეულ კრიზისზე (პროფესიული, მენტალური, ოჯახური).
45-64	გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორები. ჰიპერტენზია და დიაბეტი. სწორი ნაწლავის და პროსტატის კიბო გლაუცომა. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერტროფია. ცვლილებები დასაქმების სტატუსში. დეპრესია.	პერიოდული ფიზიკური გასინჯვები. ჰიპერტენზიის, გულ-სისხლძარღვთა დაავდებებისა და დიებეტის სკრინინგი. სწორი ნაწალავისა და პროსტატის კიბოს სკრინინგი. კონსულტაცია ცხოვრებისეულ კრიზისზე. ჯგუფური მხარდაჭერა. იმუნიზაცია (დიფთერია, ტეტანუსი). ადრეული საპენსიო პერიოდის დაგეგმვა. ფიზიკური აქტივობა.

წყარო: Adapted from U.S. Preventive Services Tak Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994.

უმნიშვნელოვანესია მამაკაცების თვითშეფასებისთვის. ახალგაზრდობაზე ორიენტირებულ საზოგადოებაში არსებული მძაფრი კონკურენცია უფრო აგრესიულ, უმცროსი ასაკის ორივე სქესის კოლეგებთან, შეიძლება უარყოფით გავლენას ახდენდეს საშუალო ასაკის მამაკაცებზე. მოძველებული ტექნოლოგიებითა და უნარ-ჩვევებით ან ძირეული ეკონომიკური ცვლილებით განპირობებული პირადი წარუმატებლობა სამსახურში ან უმუშევრობა, თვითშეფასების დაქვეითებას და ოჯახურ კონფლიქტებს იწვევს, რაც, თავის მხრივ, მამაკაცების ფიზიკურ და მენტალურ ჯანმრთელობას საფრთხეს უქმნის. სოციალური და ეკონომიკური ცვლილებები იწვევს უმუშევრობას და სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებლებს საშუალო ასაკის მამაკაცებში. ადრეულ 1990-იან წლებში ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მკვეთრი ზრდა რუსეთსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებში ასახავს სწრაფად მიმდინარე გარდამავალ პერიოდში სოციალური ფაქტორების გავლენას საზოგადოების ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ამ თვალსაზრისით, საჭიროა ფსიქოლოგიურ, სოციოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ სფეროებში დამატებითი კვლევების ჩატარება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და კლინიკური სერვისები უნდა აცნობიერებდნენ და ყურადღებას ამახვილებდნენ მამაკაცების ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა საკუთარ თავზე წარმოდგენა, სოციალური როლი და პროფესიული საკითხები. ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა მიმართონ სამედიცინო განათლებასა და ჯანსაღი ცხოვრების პროპაგანდას, რათა ხელი შეუწყონ რისკფაქტორების შემცირებას მამრობითი სქესის მოსახლეობაში.

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობა

ინდუსტრიულ ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შედეგად იწვევს ფიზიკური, მენტალური, სოციალური და ფინანსური კეთილდღეობის მქონე მოხუცი მოსახლეობის რაოდენობის ზრდას. მოსახლეობის დაავადებათა სრუქტურის ცლილებების გამო სულ უფრო მეტი ადამიანი ცხოვრობს ხანგრძლივად და ჯანმრთელობას დიდხანს ინარჩუნებს. მრავალი სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა, რომლებიც თავს იჩენდა საშუალო ასაკში, ღრმა მოხუცებულობის ასაკამდე აღარ ვლინდება. ამდენად, როგორც წესი, მოხუცები თავს კარგად გრძნობენ და არ ავადმყოფობენ.

მოხუცების (65 წლის და ზემოთ) რაოდენობა ინდუსტრიულ ქვეყნებში უსწრაფესად იზრდება. გამომდენარე იქედან, რომ სიკვდილიანობა ზრდასრულ და საშუალო ასაკის მოსახლეობაში შემცირდა, უფრო მეტი ადამიანი ინარჩუნებს სიცოცხლეს 65 წლის ზემოთ, 75 წლის ზემოთ და 85 წლის ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფებში. განვითარებად ქვეყნებში მოხუცები მოსახლეობის 3.5 %-ს შეადგენენ, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში მოსახლეობის დაახლოებით – 20%-ს. განვითარებულ ქვეყნებში ეს პროპორცია იზრდება და ზოგიერთ ქვეყანაში შეიძლება 30%-ს მიაღწიოს. უნდა აღინიშნოს რომ, განვითარებად ქვეყნებში განსაკუთრებით სწრაფად იზრდება ღრმა მოხუცების (75 წლის ზემოთ) რაოდენობა. მოსახლეობის დაბერება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სერვისებზე, რადგან მოხუცები ჯანდაცვის ყველაზე უფრო ფართო მომხმარებლები არიან, რასაც შემცირებული სამუშაო ძალა ანაზღაურებს.

საერთაშორისო მასშტაბით მოხუცებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლები, ისევე როგორც მათი მოვლის პროგრამები, ფართოდ მერყეობს. (ცხრილი 6.13). მოხუცების მოვლის ოჯახური ტრადიცია შეიცვალა ინდუსტრიულ საზოგადოებებში, სადაც მამაკაცებიცა და ქალებიც მუშაობენ, ყოფითი პირობები გადატვირთულია და მოხუცების მიმართ ტოლერანტობა დაქვეითებულია. ამ ფაქტორებმა, ინდუსტრიულ ქვეყნებში მოხუცი მოსახლეობის ზრდასთან ერთად, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროება გამოიწვია. ამ ტენდენციის კომპენსირება დასავლურ ქვეყნებში ადეკვატური საპენსიო სისტემების, სოციალური დახმარებისა

ცხრილი 6.13 სიცოცხლის ხანგრძლივობა დაბადებისას და 65 წლის ასაკში. შერჩეული ქვეყნები, 1994 წელი

	სიცოცხლის ხანგრძლივობა მამაკაცი			სიცოცხლის ხანგრძლივობა ქალი	
ქვეყანა	დაბადებისას	65 წლის ასაკში	ქვეყანა	დაბადებისას	65 წლის ასაკში
იაპონია	76.6	16.8	იაპონია	82.5	21.3
შვედეთი	76.1	16.0	საფრანგეთი	81.5	21.0
საბერძნეთი	75.2	16.2	შვეიცარია	81.9	20.5
შვეიცარია	75.1	16.1	შვედეთი	81.4	19.8
ავსტრალია	75.1	15.8	ესპანეთი	81.1	19.6
ისრაელი	75.1	15.8	კანადა	81.0	19.9
კანადა	74.8	15.8	ავსტრალია	80.9	19.7
ჰოლანდია	74.6	14.8	იტალია	80.7	19.3
ნორვეგია	74.2	14.8	ჰოლანდია	80.4	18.8
იტალია	74.0	15.5	ნორვეგია	80.3	18.8
ინგლისი და უელსი	73.8	14.4	საბერძნეთი	80.2	18.5
საფრანგეთი	73.8	16.2	ფინეთი	80.2	18.5
ესპანეთი	73.7	15.8	ავსტრია	79.8	18.6
სინგაპური	73.5	15.2	ინგლისი და უელსი	79.7	18.6
ავსტრია	73.3	15.1	ჩრდ. ირლანდია	79.7	18.6
ახალი ზელანდია	73.3	14.7	გერმანია	79.6	18.4
გერმანია	73.0	14.7	აშშ	79.0	19.0
ფინეთი	72.8	14.7	სინგაპური	79.0	18.3
დანია	72.7	14.1	პუერტო რიკო	78.9	19.4
ირლანდია	72.6	13.6	ახალი ზალანდია	78.9	17.7
ჩრდ. ირლანდია	72.5	13.6	ისრაელი	78.9	17.7
აშშ	72.4	15.5	პორტუგალია	78.6	17.9
პორტუგალია	71.5	12.7	ირლანდია	78.2	17.3
შოტლანდია	71.4	13.1	დანია	77.9	17.6
ჩილე	71.4	14.7	შოტლანდია	77.7	17.3
პუერტო რიკო	69.6	16.3	ჩეხეთის რესპუბლიკა	76.6	16.2
ჩეხეთის რესპუბლიკა	69.5	12.9	სლოვაკეთი	76.5	16.5
სლოვაკეთი	68.3	12.9	ჩილე	76.3	17.6
პოლონეთი	67.4	12.7	პოლონეთი	76.0	16.4
ბულგარეთი	67.1	12.7	ბულგარეთი	74.7	15.4
რუმინეთი	66.0	12.7	უნგრეთი	74.3	15.7
უნგრეთი	64.9	12.0	რუმინეთი	73.3	15.0
რუსეთის ფედერაცია	57.7	10.6	რუსეთის ფედერაცია	73.1	15.6

წყაროirlandia: *Health, United States,* 1998.

და უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარებით მოხდა, შედეგად, ღრმა მოხუცებულობის ასაკი გადავადდა.

ბიოლოგიური ასაკი იზომება ინდივიდის სხვადასხვა ფუნქციური შესაძლებლობებითა და ქმედითუნარიანობით და მისი ქრონოლოგიური ასაკით არ განისაზღვრება. დაბერებას თან სოციალური, პროფესიული, ფსიქოლოგიური, ფინანსური და ფიზიკური ცვლილებები ახლავს. ეს ყველაფერი პირდაპირ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე და შესაბამის მომსახურებასა და მხარდაჭერაზე, რაც მოხუცებს საკუთარი თავის მოსავლელად ესაჭიროებათ. შეიძლება ასევე ამ ფაქტორების ურთიერთგადაკვეთა მოხდეს, რაც მოხუცთა ჯანმრთელობის პრობლემების გაღრმავებას განაპირობებს.

ჯანმრთელობის ფიზიკური და მენტალური გაუარესება ასაკის მატებასთანაა დაკავშირებული, რაც ხშირად მძიმე ტვირთად აწვება როგორც ოჯახს, ისე სოციალური მხარდაჭერისა და ჯანდაცვის სისტემებს. ქრონიკული დაავადებების რისკი.

როგორიცაა დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და კიბო, როგორც წესი, ასაკის მომატებასთან ერთად იზრდება. ფიზიკურ შეზღუდვებს შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ სოციალურ ურთიერთობებსა და მენტალურ სტატუსზე, მათ შორის დეპრესიის განვითარებაზე, რაც, თავის მხრივ, უარყოფითად მოქმედებს ფიზიკურ შესაძლებლობებზე. ალცჰაიმერის დაავადება 50 წლის ზემოთ ასაკში სერიოზულ მენტალურ დარღვევებს იწვევს. მისი მაჩვენებლები ასაკთან ერთად იზრდება. პარკინსონის დაავადება კუნთების პროგრესირებად რიგიდო-

ჩანართი 6.8 პოტენციუსად საყოფითი სვლილებები, ომილების ბავშვებს ახდენს მოხუცებზე

1. სოციალური/დასაქმების/ეკონომიკური სტატუსი
   ა. პენსიაზე გასვლა;
   ბ. დაქვრივება და მძიმე დანაკლისი;
   გ. ადგილის შეცვლა;
   დ. ოჯახისა და მეგობრების დაკარგვა;
   ე. ფინანსური უსაფრთხოების დაკარგვა;
   ვ. პროფესიული სტატუსის დაკარგვა და თვითშეფასების დაქვეითება;
   ზ. ცუდი კვება;
   თ. შეზღუდული ფიზიკური აქტივობა.
2. ფიზიოლოგია
   ა. ჰორმონალური ცვლილებები;
   ბ. ინსულინდამოუკიდებული დიაბეტის განვითარება;
   გ. ჰიპერტენზია;
   დ. ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია;
   ე. ოსტეოპოროზი;
   ვ. აბსორბციის დაქვეითება (მაგ. ვიტამინი B);
3. პათო-ფიზიოლოგია
   ა. ერთი ან რემდენიმე ორგანოთა სისტემების ქრონიკული დაავადებები;
   ბ. სამედიცინო/ქირურგიული მდგომარეობები, მედიკამენტებით მკურნალობა ან მხარდამჭერი სამსახურები;
   გ. ინვალიდობა, მოძრაობისა და ყოველდღიური აქტივობის შეზღუდვა;
4. მენტალური
   ა. მარტოობა და დეპრესია;
   ბ. მეხსიერების დაკარგვა;
   გ. სიბერე და აგზნებულობა;
   დ. ბავშვების, ოჯახისა და მეგობრებისგან იზოლაცია.

წყარო: Derived from National Institute of Aging: Improve Health and Quality of Life of Older People Website http://www.nih.gov/nia/plan/stratplan.htm

ბას და მოძრაობის შეზღუდვას იწვევს (იხილეთ მე-5 თავი).

მოხუცთა ჯანმრთელობის შენარჩუნება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ცდილობს ხელი შეუწყოს მოხუცთა კეთილდღეობას ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდითა და ხარისხიან სამედიცინო მომსახურეობაზე ხელმისაწვდომობით. ეს მოიცავს კვებას, სხეულის ფიზიკურ გაჯანსაღებას, რეკრეაციას, მუშაობას ან ყოველდღიურ აქტივობას, პოზიტიურ ოჯახურ ატმოსფეროს, სოციალურ და რელიგიურ აქტიურობას და აქტიურ სქესობრივ ცხოვრებას, რომელთა ერთობლიობა პიროვნებას ფიზიკურ და ემოციურ შესაძლებლობებს უნარჩუნებს.

ჯანსაღი კვება, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია მოხუცებისთვის, შეიძლება ფინანსური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად გაუარესდეს. ინდუსტრიულ ქვეყნებში მოხუცები უზრუნველყოფილნი არიან კარგი პენსიებით თავიანთი სამსახურებისა და სოციალური დაცვის მიერ, თუმცა არიან ისეთებიც, ვისაც არა აქვს ადეკვატური ფინანსური მხარდაჭერა და სიღარიბეში ცხოვრობს. იზოლაცია, მარტოობა, პასიურობა და არასაკმარისი კვება მათი ცხოვრების სტილია, რაც იწვევს ავადმყოფობას. მრავალი მოხუცი ცხოვრობს ძალიან მწირ ბიუჯეტზე, რომელიც საკმარისი არ არის საკვები პროდუქტების შესაძენად. გარდა ამისა, ბევრ მათგანს დენტალური პრობლემებიც აწუხებს. ყოველივე ეს განაპირობებს ნახევრად შიმშილობის ეგრეთწოდებულ „ჩაისა და პურის'' სინდრომს, რომელიც მოსახლეობის ამ ჯგუფებისთვის ცხოვრების ჩვეული სტილი ხდება. შეძლებული და ჯანმრთელი მოხუცებიც კი, რომლებიც მარტო ცხოვრობენ, უმადობისა და მოტივაციის უქონლობის გამო, შეიძლება ვერ ახერხებდნენ კარგად დაბალანსებული დიეტის დაცვას. მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება მაშინ, როდესაც პიროვნება უნარშეზღუდულია და არ შეუძლია სიარული. ვიტამინების, განსაკუთრებით B da D ვიტამინების ნაკლებობა, ამ ასაკში ფართოდ გავრცელებული პრობლემაა. პიროვნების ინდივიდუალური შეფასებისას ნებისმიერი პროვაიდერი უნდა ითვალისწინებდეს კვების უკმარისობას მოხუცებში, განსაკუთრებით მათ შორის,

ჩანაწერი 6.9 ევროპისა და ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის მიზნები მოხუცებისთვის 2000 ნლისთვის

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ევროპა

1. ჯანდაცვის თანასწორობის უზრუნველყოფა ქვეყნებსა და ქვეყნის შიგნით ჯგუფებს შორის ჯანმრთელობის სტატუსის განსხვავებების შემცირებით;
2. სიცოცხლის გახანგრძლივება ფიზიკური და მენტალური შესაძლებლობების სრულფასოვანი განვითარებითა და გამოყენებით, რათა უზრუნველყოფილ იქნას მაქსიმალური სარგებელი და ცხოვრების გამკლავება ჯანსაღი გზით;
3. ჯანმრთელი სიცოცხლის გახანგრძლივება დაავადებებისა და უნარშეზღუდულობის შემცირებით;
4. სიცოცხლის გახანგრძლივება ადრეული სიკვდილის შემცირებითა და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდით 65 წლის ასაკის ზემოთ;

აშშ

1. აქტიური ვარჯიში – 20% ჩართული იქნება აქტიურ ვარჯიშში კვირაში სამჯერ 30 წუთის განმავლობაში;
2. კუნთების ტონუსი და გამძლეობა – 50% მონაწილეობას მიიღებს ფიზიკურ აქტივობაში, რომელიც ხელს შეუწყობს და განავითარებს კუნთების ტონუსსა და გამძლეობას;
3. მოქნილობა – 50% რეგულარულად მიიღებს მონაწილეობას ფიზიკურ აქტივობაში, რომელიც ხელს შეუწყობს მოქნილობას;
4. ყველას ექნება რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშების მხრივ უკეთესი ცოდნა, დადებითი დამოკიდებულება და მეტი პრაქტიკა.

ვინც ფიზიკურად და მენტალურად უუნაროა და ვისაც მძიმე დენტალური პრობლემები აწუხებს. საზოგადოებრივი ან მოხალისეობრივი პროგრამები, რომლებიც კვებისა და აქტივობის მხრივ, მოხუცებს დახმარებას უწევენ, მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მათ მიერ დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარის შენარჩუნებაში. დაბალანსებული დიეტა მოხუცებისთვის იგივეა, რაც ზრდასრულებისთვის, მაგრამ გათვალისწინებული უნდა იქნას აქტივობისას უფრო ნაკლები კალორიების გამოყოფა და მზის ზემოქმედების ქვეშ იშვიათად ყოფნა, განსაკუთრებით ზამთარში.

ძირითადი საკვები პროდუქტების ფორტიფიკაცია შესაძლოა მოხუცებსა და მოსახლეობის სხვა დაუცველ ჯგუფებში, მიკროელემენტების დეფიციტის პრევენციისთვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყველაზე ეფექტური ღონისძიება იყოს. საკვების ფორტიფიკაცია მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ აუცილებელი ნუტრიენტების ფართო ხელმისაწვდომობის გამო, არამედ ასევე მოხუცებისთვის რკინის, იოდისა და B, C, D და E ვიტამინების რეკომენდებული სადღეღამისო მარაგის უზრუნველყოფის გამოც. ვიტამინების ყოველღიური დანამატები გერიატრიულ და პროფესიონალ ნუტრიციოლოგთა წრეებში მზარდი პოპულარობითა და მხარდაჭერით სარგებლობს. 1998 წელს აშშ-ის საკვებისა და წამლების ადმინისტრაციამ მოხუცებისთვის B ვიტამინის რუტინულ და კომპლექსურ დანამატებს რეკომენდაცია გაუწია. ყოველწლიურად გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია და პერიოდულად პნევმოკოკური პნევმონიის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია (ყოველ 6 წელიწადში ერთხელ) და დიფთერია-ტეტანუსის ვაქცინაცია (ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ) მოხუცებში სტანდარტული მოვლის პრაქტიკა უნდა იყოს.

სხეულის ფიზიკური გაჯანსაღება მნიშვნელოვანი პრევენციული ღონისძიებაა ხანდაზმული ასაკისათვის წინასწარი მომზადებისთვის და ამ ასაკში ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის. პიროვნების შესაძლებლობის შესაბამისი რეგულარული ინდივიდუალური და ჯგუფური აქტივობები ხელს უწყობს მადის, ძილისა და გარეგნული იერ-სახის გაუმჯობესებას. ის შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს ასევე ლეთარგიის, აპათიის და ატროფიის პრევენციისთვის. ურთიერთმხარდაჭერა ჯგუფური ფიზიკური აქტივობისას რეგულარული სოციალიზაციისა და მენტალური კეთილდღეობის აუცილებელი ელემენტია. ინდივიდს, თუნდაც უნარშეზღუდულ მოხუცს, შეუძლია ფიზიკური ვარჯიში გააკეთოს მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობებშიც.

სოციალური და ოჯახური კავშირები მოხუცებისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია და ხელს უწყობს მათში აღიარებულობისა და კეთილდღეობის განცდას. ოჯახური და სოციალური ურთიერთობები პირდაპირ გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობის გამოსავალზე, მათ შორის ინსტიტუციონალიზაციის სიხშირის შემცირებაზე. მენტალური ჯანმრთელობაზე ძლიერ ზემოქმედებას ახდენს მოხუცთა დამოკიდებულებები თავიანთი როლის მიმართ ოჯახსა და საზოგადოებაში. რეკრეაცია და სოციალური აქტივობა, მათ შორის სქესობრივი ურთიერთობები, მოხუცი ადამიანის ცხოვრების მნიშვნელოვანი ნაწილია. რეკრეაციული და სოციალური დაწესებულებები ხელს უწყობს სოციალურად იზოლირებული მოხუცების მონაწილეობის სტიმულირებას რეკრეაციულ და მხარდამჭერ აქტივობებში, რაც მოითხოვს ადეკვატური, მომხმარებლის მიმართ კეთილგანწყობილი და ადვილად ხელმისაწვდომი კომპლექსური მხარდაჭერი სისტემების განვითარებას, როგორიცაა რეაბილიტაცია, სოციალური დაცვა, ტრანსპორტირება და რეკრეაციული საშუალებები.

მოხუცებისთვის საჭირო პრევენციისა და სკრინინგის სერვისები

მოხუცებულთა პრევენციული სერვისები 65 წლის ასაკამდე გაცილებით ადრე იწყება. მოხუცთა კეთილდღეობისთვის აუცილებელი ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი ღონისძიებები ჯანმრთელი ხანდაზმულობისთვის მომზადებას მოიცავს და საკუთარი თავის მოვლასა და პრევენციაზე ორიენტირებულ მიდგომას მოითხოვს, რომელიც ადრეულ ასაკში იწყება. ეს, თავის მხრივ, ქრონიკული დაავადებების შემთხვევების ადრეულ გამოვლენასა და არსებული დაავადებების მკურნალობას მოიცავს, რათა თავიდან იქნას აცილებული შემდგომი გართულებები. მოხუცებთან ჯანდაცვის პროვაიდერების უწყვეტმა კონტაქტმა და მხარდაჭერამ შეიძლება ისეთი გართულებების პრევენციას ან შემსუბუქებას ხელი შეუწყოს, რომლებიც გამოწვეულია სამედიცინო შეცდომებით, ჯანმრთელობის საჭიროებების მცდარი გაგებით, არაადეკვატური კვებითა და სოციალური იზოლაციით.

კომუნიკაციას მოხუცთა სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის სასიცოცხ-

ჩანართი 6.10 მოხუცთა მოთხოვნილებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართ

მოხუცთა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებმა ხელი უნდა შეუწყონ მათი განათლების, თვითმოვლისა და მხარდამჭერ სერვისებს, რომლებიც საჭიროა ქრონიკული დაავადებებით განპირობებული ადრეული ინვალიდობისა და ფუნქციური დარღვევების პრევენციისთვის, რათა მათ მაქსიმალურად დამოუკიდებლად, მზრუნველი საზოგადოების უსაფრთხო და ჯანსაღ გარემოში იცხოვრონ.

1. პრევენციული თვითმოვლა: ჯანსაღი კვება, რეგულარული ვარჯიში და მზის ზემოქმედება;
2. სოციალური კონტაქტი: რეგულარული კონტაქტი ოჯახთან, მეგობრებთან და სოციალური მხარდაჭერის სისტემებთან (ეკლესია, რეკრეაცია და სოციალური კლუბები);
3. სამედიცინო განათლება: მოხუცთა საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებისა და განათლების ხელშეწყობა;
4. სამედიცინო მოვლის სერვისები: პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, ჰოსპიტალიზაცია და რეაბილიტაცია;
5. კვების მხარდამჭერი პროგრამები: კონსულტირება, საკვების სახლში მიტანა და ჯგუფური კვება მოხუცთა ცენტრებში მათი სოციალიზაციის ხელშეწყობისთვის;
6. ტრავმის პრევენციული პროგრამები: სახლების შემოწმება და უსაფრთხოების საშუალებების, მათ შორის, არასრილა ხალიჩების, მოაჯირების, საშხაპის სახელურებისა და აბაზანის საფენების უზრუნველყოფა;
7. სამედიცინო მოწყობილობების გაქირავების სამსახური: სამედიცინო მოწყობილობების, მათ შორის ინვალიდის სავარძლის, სამზარეულოსა და სააბაზანო დამხმარე მოწყობილობების გაქირავებისა და შეკეთების სერვისი;
8. ბინაზე მოვლა: ორგანიზებული მოვლა, ფსიქოთერაპია, საყიდლებზე წასვლა, დასუფთავება და სხვა სერვისები, რაც ხელს შეუწყობს უნარშეზღუდული ან უსუსური მოხუცების სახლის პირობებში დარჩენას;
9. ჰოსპიტალური მოვლა: ხელმისაწვდომი, მაგრამ რაც შეიძლება ხანმოკლე ინფექციებისა და სხვა გართულებების თავიდან ასაცილებლად;
10. მოხუცთა სახლები: აკრედიტირებული დაწესებულებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოვლასა და სხვა სერვისებს იმ მოხუცებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ცხოვრება და ყოველდღიურ ზრუნვას საჭიროებენ;
11. მოხუცთა სამეთვალყურეო თავშესაფრები: ჯგუფური თავშესაფრები ორგანიზებული მოვლითა და მეთვალყურეობით, საზოგადოებრივი კვება, რეკრეაციული აქტივობები;
12. რეკრეაციული და ოკუპაციური თერაპია: განხორციელებული საზოგადოებრივ ცენტრებში ან ბინაზე;
13. მოხალისეობრივი მუშაობის პროგრამები: საგზაო მოძრაობის მოხალისეობრივი კონტროლი, საზოგადოებრივი პარკის მოვლა, ურთიერთდახმარების ორგანიზაციები და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკები;
14. გადაუდებელი გამოძახების სერვისები: სიგნალიზიის სერვისი გადაუდებელი სიტუაციის შემთხვევაში;
15. უსაფრთხოების საშუალებების ინსტალირება: აბაზანის სახელურები, კვამლის დეტექტორები, კარის უსაფრთხო საკეტები და ფანჯრის საკეტები;
16. ბინაზე დახმარების სერვისი: მოხალისეობრივი სერვისები, რომლებიც ხელს უწყობენ საკუთარი ბინის მოვლას რეგულარულ საყიდლების, დასუფთავებისა და შეკეთების უზრუნველყოფით;
17. ბინაზე სამედიცინო დახმარების სერვისი: დასუფთავება, დაბანა, სახლის განათება, საყიდლები, დარეცხვა, საკვების ადგილზე მიტანა;
18. ორმხრივი საკომუნიკაციო სერვისი: სატელეფონო მონიტორინგის სერვისები მარტოხელა მოხუცებთან მუდმივი კონტაქტის უზრუნველსაყოფად.

ლო მნიშვნელობა აქვს. გადაუდებელი კომუნიკაციის სისტემის ხელმისაწვდომობა მოხუცის სიცოცხლის, ისევე როგორც მისი თავდაჯერებულობის უნარის შენარჩუნებას უზრუნველყოფს. ტელეფონი შეიძლება გამოყენებული იქნას როგორც პირადი კონტაქტებისა და სოციალური მხარდაჭერისთვის, ისე გადაუდებელი შემთხვევებისთვის და სამედიცინო პერსონალთან დასაკავშირებლად, რაც ხელს უწყობს დაცულობის შეგრძნებას და ოჯახთან და სხვებთან კონტაქტის შენარჩუნებას.

მოხუცთა და უნარშეზღუდულთათვის გათვალისწინებული სატრანსპორტო საშუალებები უზრუნველყოფს მათ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე, სოციალურ აქტივობებზე, საყიდლებზე და სხვა ყოველდღიურ საქმიანობებზე. მუნიციპალური ავტობუსის კომპანიები მოხუცებისთვის სპეციალურ სერვისებს ხშირად სთავაზობენ. მათ შეიძლება მოხუცებისთვის შეიმუშაონ სპეციალური მარშრუტები, ასევე უზრუნველყონ ზარები ბინაზე და საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მგზავრობის დაბალი ფასები. უნარშეზღუდულებისთვის განკუთვნილი სპეციალური პანდუსები საშუალებას აძლევს მათ გადაადგილდნენ ინვალიდის სავარძლებით და საჯარო, საცხოვრებელ და კომერციულ შენობებში იმოძრაონ და მონაწილეობა მიიღონ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მათი შესაძლებლობების შესაბამისად.

ადგილის შეცვლა და გარდატეხა მოხუცი ადამიანის ცხოვრების შემადგენელი ნაწილია. §პენსიაზე გასვლას თან ახლავს, ერთის მხრივ, დასვენებისა და რეკრეაციის შესაძლებლობა და, მეორეს მხრივ, იზოლიაციისა და დეპრესიის საფრთხე. ხანდაზმული ადამიანების მომზადება ცხოვრების გარდატეხის პერიოდისთვის ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც მათი ფიზიკური კეთილდღეობა. სიკვდილი და მძიმე დანაკლისიც გარდატეხის პროცესის ნაწილია და საზოგადოების მობილიზებასა და ოჯახის მხარდაჭერას მოითხოვს.

ორგანიზებული საზოგადოებრივი მხარდაჭერისა და ინტერვენციის სისტემები, რომლებიც საზოგადოებრივ საწყისებზე ან სოციალური ქსელებზე დაყრდნობით ფუნქციონირებენ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედითუნარიანობასა და მხარდაჭერას მოითხოვს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები მოიცავს საჭიროებების გამოქვეყნებას, პროფესიულ მხარდაჭერას რესურსების განვითარებისთვის, ისევე როგორც სერვისების უშუალო მიწოდებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა საჯარო დამცველისა და აგიტატორის როლს ასრულებს, თუმცა მრავალი სერვისი სხვა სააგენტოების მიერაა უზრუნველყოფილი, როგორიცაა ბინაზე ჰოსპიტალური მკურნალობის პროგრამები ან არასამთავრობო მოხალისეობრივი ორგანიზაციები, რომლებიც მოხუცებს მხარდამჭერ სერვისებს აწვდიან.

აუცილებელია მოხუცების ფუნქციური უნარების შენარჩუნებისა და სახლის პირობებსა და საზოგადოებაში მათი ადაპტაციის მხარდამჭერი მეთოდების შემუშავება, რათა ჯანდაცვის სისტემამ წარმატებით შეძლოს მოსახლეობის ამ ჯგუფის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. ეს მეთოდები შეიძლება მოიცავდეს მარტივ დამხმარე სერვისებს, როგორიცაა საყიდლებზე წასვლა და სახლის დასუფთავება. ისინი შეიძლება ასევე ითვალისწინებდნენ ყოველდღიური საქმიანობის დამხმარე მოწყობილობებს, როგორიცაა ღუმელის საადაპტაციო საშუალებები, აბაზანისა და საპირფარეშოს სახელურები, და უსაფრთხოების ზომებს, მათ შორის არასრიალა ხალიჩებს, სიგნალიზაციას, გათბობის მოწყობილობებს, უსაფრთხო საკეტებსა და პოლიციის დაცვით სისტემებს ქურდებისა და ყაჩაღებისგან თავდასაცავად.

მოხუცებზე გაწეული ფინანსური ხარჯები შეიძლება ახალგაზრდა თაობას მძიმე ტვირთად აწვეს. ახალგაზრდებს შეიძლება დასჭირდეთ ფინანსური დახმარების გაწევა ოჯახის მოხუცი წევრებისთვის, რომლებსაც შესაძლოა ადეკვატური პენსია ან სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემის დახმარება არ ჰქონდეთ. ამან შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს ოჯახურ ურთიერთობებზე, ყოფით პირობებზე, კვებაზე, სამედიცინო მომსახურებაზე, სოციალურ კონტაქტებსა და ცხოვრების სხვა ასპექტებზე. ინდუსტრიული ქვეყნების უმრავლესობაში განვითარებული სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემები მოხუცთა შემოსავლის უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს, მუშაობის პერიოდში მათი კუთვნილი ხელფასიდან გადახდილი თანხებით. ზოგიერთი სოციალური დაცვის სისტემა ფინანსურ და პოლიტიკურ ზეწოლას განიცდის. სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების შედეგად სიტუაცია შეიქმნა, სადაც სამუშაო ძალა შეიძლება უფრო მცირე იყოს, ვიდრე საზოგადოების დამოკიდებული ნაწილი. სოციალურ დაცვის სისტემაში კრიზისმა შეიძლება საფრთხე შეუქმნას ცხოვრების სტანდარტებს და მოხუცების

უსაფრთხოებას იმ ქვეყნებში, სადაც მოხუცებისთვის ამჟამად, უზრუნველყოფილია კარგი შემოსავალი და სხვა მხარდამჭერი სისტემები.

ბევრ ქვეყანაში მოხუცები მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს შეადგენენ და მძლავრ პოლიტიკურ ძალას ქმნიან. ამან შექმნა სიტუაცია, სადაც პოლიტიკოსმა მოხუცთა სპეციალური საჭიროებები უნდა გაითვალისწინოს. მოხუცები მძლავრად არიან წარმოდგენილნი პოლიტიკურ პროცესში, პროფესიულ ორგანიზაციებში და მუნიციპალურ, პროვინციულ და ნაციონალურ პარტიებში. ეს „რუხი ძალა" საკმაოდ გავლენიანი ფაქტორია დასავლეთ ევროპისა და ჩრდილოეთ ამერიკის პოლიტიკაში, სადაც 65 წელზე ზემოთ ასაკობრივი ჯგუფები მთლიანი მოსახლეობის 15%-ს შეადგენენ და პროცენტულად უფრო მეტნიც არიან, ვიდრე ზრდასრული და პოლიტიკურად აქტიური მოსახლეობა.

მოსახლეობის დაბერების ეკონომიკური ასპექტები მოიცავს მათ დახმარებას პენსიით და ჯანდაცვის მზარდი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას. მეორეს მხრივ, მოხუცები ის მომხმარებლები არიან, რომელთა დანაზოგები და სოციალური დახმარება მრავალი მუშაკის, მათ შორის ჯანდაცვის პროვაიდერების, დასაქმებას განაპირობებს. ამავდროულად, მოხუცები ქვეყნისთვის მნიშვნელოვან სოციალურ სარგებელს ქმნიან არა მხოლოდ გაფართოებული ოჯახური ქსელების თვალსაზრისით, არამედ ასევე მოხალისეობრივი საზოგადოებრივი სამუშაოების უზრუნველყოფითაც.

მიუხედავად ჯანდაცვის რესურსების ჭარბი გამოყენებისა, ან სწორედ ამ მიზეზის გამო, მოხუცები უფრო ჯანმრთელები არიან, ვიდრე ოდესმე და მრავალი მათგანი, ჯერ კიდევ განაგრძობს ოფიციალურ თუ მოხალისეობრივ მუშაობას. უფრო მეტიც, მოხუცები მნიშვნელოვანი მომხმარებელთა ჯგუფია, რომლებსაც საკმარისი დრო, ფული და ჯანმრთელობა აქვთ, რათა სერიოზული როლი ითამაშონ ქვეყნის ეკონომიკურ და სოციალურ ცხოვრებაში. ჯანსაღი მოხუცი მოსახლეობა უნდა განიხილებოდეს არა როგორც ოჯახისა და საზოგადოების ტვირთი, არამედ როგორც მათი აქტიური ნაწილი. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ცდილობს მაქსიმალურად გააუმჯობესოს მოხუცთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა და უზრუნველყოს მხარდაჭერისა და ჯანდაცვის ადეკვატური სერვისების მიწოდება, რათა მათ შეძლონ საკუთარ სახლებში დამოუკიდებლად ფუნქციონირება. საზოგადოებამ და ახალმა საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ ხელი უნდა შეუწყონ მოხალისეთა და თვითდახმარების ქსელებს, რათა უზრუნველყონ მოხუცების დროული დახმარება კრიტიკული სიტუაციებში, როგორიცაა ავადმყოფობა ან ტრავმა და შემდგომი ჰოსპიტალიზაცია, ან ემოციური, სტრესული და დეპრესიული პერიოდები.

ᲘᲡᲖᲘᲕᲔ

ადამიანები ცხოვრების უმეტეს ნაწილს ატარებენ ოჯახურ გარემოში, მაგრამ ისინი ასევე გადიან სოციალური დაუცველობის გარკვეულ ეტაპს, როგორც ინდივიდუალურად, ისე ჯანმრთელობის საერთო პრობლემების მქონე მოსახლეობის ჯგუფების სახით. ტრადიციულად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ზოგიერთ სოციალურად დაუცველ ჯგუფებს, ისევე როგორც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას. საზოგადოებრივი სარგებელი უფრო დიდია იქ, სადაც ასეთი პროგრამები კარგადაა განვითარებული. საშუალო ასაკის მამაკაცები და ქალები პირველადი და მეორადი პრევენციული პროგრამების მნიშვნელოვანი სამიზნე ჯგუფებია ხანდაზმული ასაკისთვის მოსამზადებლად. მოხუცებს ასევე სჭირდებათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალური ყურადღება მათი რაოდენობის მატების, საზოგადოებაში მომხდარი ცვლილებებისა და მათი ჯანმრთელობის ხელშემწყობი მეთოდების მზარდი საჭიროების გამო, რათა შესაძლებელი გახდეს ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება.

თითოელი ასაკობრივ ჯგუფს, ახალდაბადებულიდან მოხუცებულობამდე, მათთვის სპეციფიკური პრობლემები და ინტერესები აქვს, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემის მიერ უნდა იმართოს. საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ეს ასპექტები უამრავ სამედიცინო, ეკონომიკურ და ეთიკურ საკითხს მოიცავს. საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ მუდმივი მეთვალყურეობა უნდა გაუწიოს ოჯახის ჯანმრთელობისა და სოციალურ მდგომარეობას, რაც ინდივიდსა და ზოგადად

მოსახლეობაზე ორიენტირებული მისი პასუხისმგებლობის უმთავრესი ნაწილია. სხვა შემთხვევაში მივიღებთ ადრეული სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებლებსა და სამედიცინო და ჰოსპიტალური მკურნალობის მაღალ ხარჯებთან დაკავშირებულ არასასურველ შედეგებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ოჯახს განიხილავს როგორც მნიშვნელოვან რესურსს, ისე სამიზნე ჯგუფს, რომელსაც ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე პრევენციული და სამკურნალო სერვისები ესაჭიროება. ოჯახის წევრებზე შეიძლება იზრუნონ ჯანდაცვის სხვადასხვა სერვისებმა, მაგრამ მათ შორის უნდა არსებობდეს ფუნქციური და ეკონომიკური კავშირები. არაადეკვატური პრენატალური მოვლა ზრდის ჩვილთა ჯანმრთელობის უარყოფით გამოსავალს, რასაც შეიძლება გრძელვადიანი გავლენა ჰქონდეს ბავშვის განვითარებაზე. არაადეკვატური მხარდაჭერა ოჯახისა, რომელიც ცდილობს გაუმკლავდეს ქრონიკულად ავადმყოფი ბავშვების ან მშობლების პრობლემებს, ინსტიტუციონალიზაციის არასასურველ და ზიანის მომტან შედეგს განაპირობებს. კვების, უსაფრთხოებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის სხვა საკითხების ხელშეწყობის ნაკლებობამ შეიძლება მშობლის, განსაკუთრებით მამაკაცების, ადრეული სიკვდილი გამოიწვიოს, რასაც ოჯახის დანარჩენი წევრებისათვის სერიოზული ეკონომიკური, სოციალური და ემოციური შედეგები მოჰყვება.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემური მიდგომა ოჯახის ჯანმრთელობის მიმართ სოციალურ და ეკონომიკურ საკითხებს მოიცავს, რომლებიც ოჯახის ფუნქციონირებაზე გავლენას ახდენს ან ზღუდავს. უმუშევრობა და სიღარიბე აღრმავებს ოჯახურ სტრესსა და კრიზისს, რასაც თან ახლავს მძიმე შორეული შედეგები ოჯახის თითოეული წევრისთვის. ოჯახის ჯანმრთელობის კომპლექსური პრობლემების გადასაჭრელად სწორი დაგეგმვა და სათანადო რესურსების მობილიზაციაა საჭირო.

ეს მიდგომა დამყარებულია სხვადასხვა ფაქტორების ერთიანობაზე, როგორიცაა მომსახურების სხვადასხვა სისტემების ინტეგრაცია და ახალი ტიპის კავშირების დამყარება სამედიცინო ჩანაწერებსა და ჯანდაცვის ახალ პროვაიდერს შორის, რაც ოჯახს ნორმალური ჯანმრთელობის პრობლემებსა და ქრონიკული დაავადებების დამატებითი ტვირთს გამკლავებაში დაეხმარება. იდეალურ შემთხვევაში, ოჯახის ექიმს ოჯახის ექთანი უნდა ეხმარებოდეს ოჯახის მონიტორინგისა და მხარდაჭერის გუნდური პრინციპით გახორციელებაში. მათ ერთობლივად შეუძლიათ დაეხმარონ ოჯახს მისი თითეული წევრის ჯანმრთელობის პრობლემების გადაჭრაში.

ელექტრონული მედია

American Academy of Pediatrics http://www.aap.org/

American College of Obstetrics and Gynecology http://www.acog.org/

Beijing Conference on Women 1995 http://www.ijc.org/beijing

March of Dimes Foundation http://www.modimes.org/

National Institute of Child Health and Human Development http://www.nichd.nih.gov/

United Nations Population Division http://www.popin.org/pop1998/4.htm

United Nations Population Fund http://www.unfpa.org/

World Health Organization, Division of Child Health and Development http://www.who.org/int/chd/

World Health Organization, Division of Women's Health and Development whd@who.ch

World Health Organization, Family Planning and Population http://www.who.org/rht/fpp/

ჰეჯმეენდებული საჯითხავი

American Academy of Pediatrics: Work Group on Breast-Feeding. 1997. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics,* 100:1035–1039.

Angastiniotis, M., Kyriakidou, S., Hadjiminas, M. 1986. How thalassemia was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291–297.

Baker, J. P. 1994. Women and the invention of well child care. *Pediatrics,* 94:527–531.

Caravella, S., Clark, D., Dweck, H. S. 1987. Health codes for newborn care. *Pediatrics,* 80:1–5.

Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly,* 46:78–85.

Hilgartner, M. W. [editorial]. 1993. Vitamin K and the newborn. *The New England Journal of Medicine,* 329:957–958.

Kendig, J. W. 1992. Care of the normal newborn. *Pediatrics in Review,* 13:262–268.

Lozoff, B., Brittenham, G. M., Wolf, A. W. 1987. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. *Pediatrics,* 79:981–995.

Paneth, N. [editorial]. 1990. Technology at birth. *American Journal of Public Health,* 80:791–792.

Rodriguez-Trias, H. [editorial]. 1992. Women's health, women's lives, women's rights. *American Journal of Public Health,* 82:663–664.

Rowland, D. 1992. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs,* 11:205–215.

Wegman, M. E. 1996. Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics,* 98:1020–1027.

ბიბლიოგრაფია

American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. *Guidelines for Perinatal Care.* Third Edition. Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. 1998. Screening for blood lead levels. *Pediatrics,* 101:1072–1078.

American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1989. Iron fortified formulas. *Pediatrics,* 84:1114–1115.

American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1992. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics,* 89:1105–1109.

American Academy of Pediatrics. 1996. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk new-born infants (RE 9636). *Pediatrics*, 98:786–788.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989. *Standards for Obstetric and Gynecologic Services.* Seventh Edition. Washington, DC: ACOG.

Belsey, M. A. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Statistics Quarterly,* 46:69–77.

Beresford, S. A. 1994. How do we get enough folic acid to prevent some neural tube defects? *American Journal of Public Health,* 84:348–350.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* Ottawa: Health and Welfare Canada.

Centers for Disease Control. 1995. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis—United States, 1985–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44 SS-4:1–13.

Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States. 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:694–699.

Centers for Disease Control. 1996. Youth risk behavior surveillance—United States 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:SS-4:1–84.

Centers for Disease Control. 1997. Children with elevated blood lead levels attributed to home renovation and remodeling activities—New York. 1993–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:1121–1123.

Centers for Disease Control. 1998. Tobacco use among high school students—United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:229–233.

Centers for Disease Control. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:RR-3:1–30.

Centers for Disease Control. 1999. Prevalence of selected maternal and infant characteristics. Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (SS-5):1–43.

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1985–1988, American Academy of Pediatrics. 1988. *Guidelines for Health Supervision I, II.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Cooke, R. E. 1993. The origin of the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics,* 92:868–871.

Haddad, J. G (editorial). 1992. Vitamin D—Solar rays, the milky way or both? *The New England Journal Medicine,* 326:1213–1215.

Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics,* 92:469–470.

Oski, F. A., Honig, A. S., Helu, B., Howanitz, P. 1983. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics,* 71:877–880.

Royston, E., Armstrong, S. (eds). 1989. *Preventing Maternal Deaths.* Geneva: World Health Organization.

Stopp, G. H. 1994. *International Perspectives on Healthcare for the Elderly.* New York: Peter Lang.

Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C. 1989. A case control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *The New England Journal of Medicine,* 320:1361–1367.

UNICEF. 1996–1999. *The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999.* New York: United Nations Children's Fund, Oxford University Press.

United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services,* Second Edition. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins.

Williams, C. D., Baumslag, N., Jelliffe, B. 1994. *Mother and Child Health: Delivering the Services,* Third Edition. New York: Oxford University Press.

World Health Organization. 1983. Community control of hereditary anaemias: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization,* 61:63–80.

World Health Organization. 1992. *The Prevalence of Anemia in Women: A Tabulation of Available Information,* Second Edition. Geneva: World Health Organization.

7
განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებები

შესავალი

ყველა საზოგადოებაში არსებობენ ინდივიდთა ჯგუფები, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემისგან განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ. ეს ჯგუფები შეიძლება იმ ინდივიდებს მოიცავდეს, რომელთაც გონებრივი პრობლემები აქვთ. ამ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ასევე დევნილები, უსახლკაროები, სამხედროები, პატიმრები და სხვადასხვა ქვეყნის აბორიგენი მოსახლეობა. სპეციალური საჭიროებები გააჩნიათ სტომატოლოგიურ და სასწრაფო დახმარების დაწესებულებებსაც. აღნიშნული საჭიროებების გათვალისწინება მოსახლეობის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლადაა აუცილებელი. ტრადიციულად, ასეთი ტიპის საჭიროებების დაკმაყოფილება ზოგადი ჯანდაცვის სისტემისგან დამოუკიდებელი სერვისების საშუალებით ხდებოდა. თუმცა, აღნიშნული სერვისების ჯანდაცვის სისტემისგან ასეთი გამოცალკავების საწყისი მიზეზები უკვე არააქტიური და არარელევანტურია, თუმცა ტრადიციები ან სისტემის გამტკიცებული ინტერესები ხანდახან ამ გამოცალკევებას ხელს უწყობს.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სპეციალური საჭიროებების მქონე ინდივიდებზე ზრუნვის მნიშვნელობას განსაკუთრებულად უსვამს ხაზს, ასევე ყურადღებას ამახვილებს მთელი მოსახლეობის სპეციალურ საჭიროებებზე და მათ საზოგადოებრივი და ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის კონტექსტში განიხილავს. ეს თავი სწორედ ისეთ განსაკუთრებულ სამედიცინო საჭიროებებს ეხება, რომელთაც გავლენა აქვთ საზოგადოებაში გარკვეულ ჯგუფებსა და მთლიანად პოპულაციაზე. ზოგიერთი ინტერვენცია, რომელიც პოპულაციაში მყოფი განსაკუთრებული ჯგუფების ჯანმრთელობის დასაცავად გამოიყენება, სპეციალურად ამ რისკის ჯგუფებისკენაა მიმართული, ზოგი კი შეიძლება მიმართული იყოს ზოგადად მთლიანად მოსახლეობისკენ, რადგან მთელი მოსახლეობა მეტ-ნაკლებად ასევე რისკის ქვეშ იმყოფება.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზანია ნაკლებად პრივილეგირებული პოპულაციისა და ინდივიდების საჭიროებები გაითვალისწინოს; პრევენციისა და გრძელვადიანი მკურნალობის დროს ჯანმრთელობის ყველა ასპექტის გათვალისწინებით, განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ჯგუფების მიმართ ადეკვატური ყურადღება უზრუნველყოს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

„ფსიქიკური ჯანმრთელობა კომპლექსური ფენომენია, რომელიც მრავალი სოციალური, ბუნებრივი, ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების მიერაა განსაზღვრული და ნაწილობრივ დამოკიდებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძალისხმევაზე, მოახდინოს ისეთი ნეიროფსიქიატრიული მოშლილობების კონტროლი, როგორიცაა დეპრესია, ნერვული აშლილობა, შიზოფრენია, დემენცია და ეპილეფსია“ (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1996 წ.). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, დახლოებით 1.5 მილიარდ ადამიანს, რომლის სამი მეოთხედიც განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს, ერთი ან ორი ნეიროფსიქიატრიული დაავადება აღენიშნება.

ამავდროულად, ქცევითი, ნევროლოგიური და სოციოლოგიური ფაქტორების გათვითცნობიერებაში და ეფექტური მედიკამენტებითა და

ინტერვენციის სხვა საშუალებებით ფსიქიკური და ნევროლოგიური დაავადებების პრევენციის და მართვისას ახალი მეთოდების გამოყენებაში მიღწეული დიდი პროგრესი, ჯანდაცვის ამ მიმართულებას ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უაღრესად მნიშვნელოვან სფეროდ წარმოგვიდგენს. ნებისმიერ საზოგადოებაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე არსებული დაავადებებისა და შეზღუდულუნარიანობის მთლიანი ტვირთის დიდი ნაწილი მოდის. ფსიქიკურ დაავადებებს ინდივიდსა და ოჯახზე, ასევე სოციუმის ცხოვრების დონეზე უაღრესად დიდი გავლენა აქვს და შესაბამისი პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯები ძალიან მაღალია. მთლიანად მსოფლიოში ასობით მილიონ ადამიანს, გარკვეული ფორმით, შედარებით მსუბუქი ფორმიდან ტოტალურ უნარშეზღუდულობამდე ფსიქიკური დარღვევები აღენიშნება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა დეფინიციები ინდივიდების ფუნქციონალურობაზე ფოკუსირდება. 1988 წელს კანადის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის დეპარტამენტის მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობა განსაზღვრული იყო, როგორც „ინდივიდების, ჯგუფებისა და გარემოს უნარი, ჰქონდეთ ურთიერთშორისი კავშირები იმ ფორმით, რომელიც ხელს უწყობს საერთო კეთილდღეობას, მენტალური შესაძლებლობების ოპტიმალურ განვითარებასა და გამოყენებას, იმ ინდივიდუალური და კოლექტიური იმ მიზნების მიღწევას, რომელიც კანონმდებლობასთანაა შესაბამისობაში და ფუნდამენტური თანასწორუფლებიანობის პირობების მოპოვებასა და შენარჩუნებას გულისხმობს„. დონალდსონი ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადამიანს შეუძლია საზოგადოებაში აქტიური ფუნქციური როლი შეასრულოს, ურთიერთობა დაამყაროს სხვა ადამიანებთან და ფსიქიკური აშლილობისა და პათოლოგიური ქცევის გარეშე გადალახოს სირთულეები“ (Essential Public Health Medicine, 1993 წ.) .

მოკლე ან გრძელვადიანმა ფსიქიკურმა და ემოციურმა პრობლემებმა ცხოვრების განმავლობაში ყველა ადამიანზე შეიძლება გარკვეული ხარისხით იმოქმედოს და სხვადასხვა მდგომარეობებით გამოვლინდეს, როგორიცაა: აგზნება, დეპრესია, იზოლაციაა, ფსიქოზური მდგომარეობები, აკვიატება, ქცევითი აშლილობა, ნარკოდამოკიდებულება, სამართალდარღვევა, თვითმკვლელობა და ძალადობა, ალკოჰოლიზმი, ოჯახური ფიზიკური და ფსიქიკური ძალადობა. ეს კონდიციები პაციენტზე, ოჯახსა და მთლიანად საზოგადოებაზე ახდენს გავლენას. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი სამედიცინო სერვისი მხოლოდ მაშინ გამოიყენება, როცა სიმპტომების სრული კლინიკური მანიფესტაცია ხდება. ეს ხშირად ხელს უწყობს გახანგრძლივებულ ინსტიტუციონალიზაციას, რასაც ადგილი არა აქვს მაშინ, როცა ინტერვენცია კრიზისის ადრეულ ეტაპზევე ხდება.

ფსიქიატრიული მდგომარეობები ტრადიციულად კლასიფიცირებული იყო, როგორც ფსიქოზური ან ნერვული. ფსიქოზი არის ძირითადი ფსიქიკური დაავადება, რომელიც ისეთი მწვავე სიმპტომებით ხასიათდება, როგორიცაა ჰალუცინაციები და ილუზიები. ფსიქოზი, თავის მხრივ, არსებობს ორი სახის: ორგანული და ფუნქციონალური. ორგანული ფსიქოზი ფიზიკური პათოლოგიით ხასიათდება, მაშინ, როცა ფუნქციონალური ფსიქოზის დროს არანაირი ფიზიკური დაავადებები არ აღინიშნება. ფუნქციონალურ ფსიქოზს თან ახლავს შიზოფრენია, ემოციური ანუ აფექტური აშლილობა.

ნერვული მდგომარეობები შეიძლება სიმწვავის მიხედვით განსხვავდებოდეს, მაგრამ ისინი ძირითადად ჩვეულებრივ ცხოვრებისეული მოვლენების მიმართ ისეთი გადაჭარბებული რეაქციითაა გამოხატული, როგორიც შფოთვა ან აკვიატებული ფიქრებია. ნერვული მდგომარეობები თავის მხრივ ქვეჯგუფებად იყოფა: ნევროზი, რომელიც შიშთანაა დაკავშირებული; ნევროზი, რომელიც იწვევს აკვიატებებს; ისტერია და დეპრესია.

ფსიქიკური ჩამორჩენა და ემოციური აშლილობა ტრადიციულად გონებრივი დაავადებებისგან დამოუკიდებლად იყო განხილული, რადგანაც ეს დაავადებები მცირე ან მოზარდობის ასაკიდან იწყება, გონებრივი დაავადებები კი თავს ზრდასრულ პერიოდში იჩენს. აღნიშნული დაავადებები თანდათან საზოგადოების ჯანმრთელობის პრობლემებთან ერთად განიხილება.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გავლენას ბევრი გარეგანი თუ შინაგანი ფაქტორი ახდენს. ფსიქიკური დაავადებისას შეიძლება დატვირთული იყოს გენეტიკური მემკვიდრეობა და ოჯახური ანამნეზი, თუმცა სიმპტომების გამოვლენისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გარეგან ფაქტორებს. სტრესი ოჯახებსა და საზოგადოებაში ქცევით და ფუნქციონალური პრობლემების არსებობას ხელს უწყობს. ისეთმა ცხოვრებისეულმა შემთხვევებმა, როგორიცაა ავადმყოფობა,

ჩანართი 7.1 მოწყვლადი ჯგუფები და ფსიქიკური დისფუნქციის ფაქტორები

ბავშვები:

გენეტიკური ფაქტორები, სამშობიარო ტრავმა, ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი, დაბადებისას მცირე წონა, მუცლადყოფნის დროს ნარკოტიკული ზემოქმედება;
კვებითი უკმარისობა: ოიდის, რკინის;
სიღარიბე და ფსიქოლოგიური აშლილობა;
ძალადობა: სახლში და საზოგადოებაში;
ინფექციები და ტოქსიკური ზემოქმედება.

მოზარდები:

სქესობრივი მომწიფება და მასთან ასოცირებული სტრესი;
ოჯახური სტრესი, ძალადობა, გაჭირვება;
წარუმატებლობის შიში სკოლასა და კარიერაში;
ტრავმა, სტრესი;
სიმსუქნის შიში;
ალკოჰოლზე და ნარკოტიკზე დამოკიდებულება.

მოზრდილები:

ალკოჰოლზე და ნარკოტიკზე დამოკიდებულება;
ქალებში ნაყოფიერების და ორსულობის პრობლემა;
მარტოხელა მშობლები, სიღარიბე;
ქალების მიმართ სექსუალური, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა;
სამსახურებრივი სტრესი, უმუშევრობა;
სიბერის შიში, კლიმაქსი, რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა;
მამაკაცური პოტენციის დაქვეითება;
სამსახურისა და სოციალური სტატუსის დაკარგვა, თვითშეფასების დაქვეითება.

ხანდაზმულები:

მეუღლის, მეგობრების, საცხოვრებლის დაკარგვა;
სიღარიბე და იზოლაცია;
პენსიაზე გასვლა და შესაბამისად სამსახურებრივი სტატუსის დაკარგვა;
გონებრივი და ფიზიკური შესაძლებლობების დაქვეითება;
კვებისდეფიციტი;
ძალადობა, დამოუკიდებლობის დაკარგვა;
სიკვდილის და სრულფასოვნების დაკარგვის შიში.

რაიმე მძიმე დანაკლისი, უმუშევრობა ან პენსიაზე გასვლა, ეკონომიკური სტრესი, დისფუნქციონალური ოჯახები, ოჯახური ძალადობა, უიმედობა ან მეუღლესთან განშორება, შესაძლოა სოციალური ან გონებრივი აშლილობა გამოიწვიოს. შესამისად, ყოველი ზემოჩამოთვლილი შეიცავს რისკ-ფაქტორებს, რომელთა მიხედვითაც შეიძლება პრევენციული და ინტერვენციული პროგრამები განისაზღვროს და დაიგეგმოს. უმოციებს, ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური რეაქციების სტიმულირების გზით, შეუძლია ფიზიკურ და გონებრივ ჯანმრთელობაზე დიდი გავლენა იქონიოს. ზოგჯერ სტრესზე რეაქციის არსებობა სასარგებლოა, რადგან ასეთი მდგომარეობები პიროვნებას პირადი პრობლემების გადასაჭრელად ამზადებს. თუმცა ხანგრძლივი სტრესი შესაძლებელია ქრონიკული ემოციური მდგომარეობის მიზეზი გახდეს და შესაძლოა ფიზიოლოგიურ სისტემაზე უარყოფითად იმოქმედოს. შედეგი კი სოციალური პათოლო-

გიებია, რომლებიც ინდივიდისა და მისი ოჯახის ფიზიკურ და გონებრივ ჯანმრთელობას ზიანს აყენებს.

ისტორიული ცვლილებები მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით

ტრადიციულად, გონებრივი ავადმყოფობის მქონე ადამიანები სტიგმატიზირებულნი იყვნენ ცრურწმენების, სასტიკი მოპყრობისა და საზოგადოებისგან იზოლირებულად მკურნალობის გამო. გონებრივად ავადმყოფი ადამიანების მკურნალობა მათი საზოგადოებისგან იზოლაციას და ხანგრძლივ ინსტიტუციონალიაზაციას, მათ სამართლებრივ და ფიზიკურ შეზღუდვას და ფიზიკური შოკის თერაპიის სხვადასხვა მკაცრ ფორმებს გულისხმობდა. მეთვრამეტე საუკუნის ბოლოს იტალიაში, ვიჩენცო ჩიარუგის, ინგლისში, ვილიამ ტუკის და საფრანგეთში, ფილიპ პინელის მიერ გატარებული რეფორმების შედეგად, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ჯაჭვებით დაბმის, შიმშილობის და ცემის სამკურნალო პრაქტიკა შეწყდა. თუმცა, ამგვარი დაწესებულებები იზოლირებულად მაინც რჩებოდა და იქ მკურნალობა კვლავ შემზარავი მეთოდებით მიმდინარეობდა. მეოცე საუკუნემდე მსგავსი მეთოდები სტანდარტად იყო მიჩნეული.

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, მეცხრამეტე საუკუნეში, ადგილობრივ მმართველობებს მხარდაჭერა ჰქონდათ, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები აეშენებინათ და კერძო ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ზედამხედველობა განეხორციელებინათ. ფსიქიკური მკურნალობის 1930 წლის აქტის მიხედვით, საზოგადოებრივი ფსიქიატრიული კლინიკები დაარსდა, როგორც არსებული სასტიკი ფსიქიატრიული ჰოსპიტალების ალტერნატივა. 1948 წელს, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ეროვნულ ჯანდაცვის მომსახურების სააგენტოს კონტროლს დაუქვემდებარდა.

1950 წლისთვის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში საწოლების რაოდენობა შეერთებულ შტატებში და ბევრ სხვა ქვეყანაში ინტენსიური მკურნალობისთვის განკუთვილ საწოლების რაოდენობას უტოლდებოდა. ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის ჰოსპიტალიზაცია ხანგრძლივი და ხშირად სამუდამო იყო, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციითა და იზოლირებულ სიტუაციაში მკურნალობის კურსით, რაც, საბოლოო ჯამში, მდგომარეობის გაუმჯობესებას და გამოჯანმრთელების მცირე შანსს იძლეოდა. ამ ავადმყოფებისადმი თერაპიული მიდგომა იზოლირებულ მდგომარეობაში ტრანკვილიზატორების ჭარბი დოზით მკურნალობას გულისხმობდა, ასევე ინსულინის, ელექტროშოკის და ხანდახან ლობოტომიის, როგორც თერაპიის ჩვეულებრივი მეთოდის გამოყენებას. მესამეული სიფილისის და სხვა ისეთი ორგანული ფაქტორების შემცირებამ, რომლებიც ფსიქიატრიულ დაავადებას იწვევდნენ, ასევე ფსიქოტროპული წამლების განვითარებამ, მკურნალობის მეთოდებიც შეცვალა.

აღმოჩნდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, რომლებიც ძირითადად custodial care-ზე იყო დაფუძნებული, არაეფექტური და მაღალხარჯიანია. იზოლირებული მკურნალობისთვის საავადმყოფოებს ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი რესურები სჭირდებოდათ. ბევრ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახ-

ჩანართი 7.2 ტიპიური ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის სისტემის ხარვეზები

„არსებულმა ჯანდაცვის სისტემამ ვერ მოახერხა ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანების საჭიროებებზე დროული და ეფექტური რეაგირება, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. სისტემების უმეტესი ნაწილი არის ცენტრალიზებული, ჰოსპიტალზე დაფუძნებული და დაავადებაზე ორიენტირებული. ამ შემთხვევაში მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ პაციენტსა და ექიმს შორის პირისპირ ურთიერთობას ეფუძნება. მკურნალობის ეს მეთოდი არათანმიმდევრულია სოციალური თანასწორობის პრინციპებთან მიმართებაში, რაც ყველაზე უფრო მეტად იგრძნობა განვითარებად ქვეყნებში.“

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია 1990 წელი. პირველად ჯანდაცვაში ფსიქიკური ჯანდაცვის როლის შესავალი, ჟენევა: ჯანმო

ურების ძირითადი საბჯენი ისეთი დაწესებულებები იყო, რომელთაც ყოველ 1000 სულ მოსახლეზე 5 საავადმყოფო საწოლი, მაღალი ხარჯები, მცირე რაოდენობის პრეპარატები ჰქონდათ და საერთო ჯამში, ინსტიტუციონალიზაციით პაციენტებს მეტ ზიანს აყენებდნენ, რადგან ისინი საზოგადოებაში დაბრუნებას ვეღარ ახერხებდნენ.

ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმების ადვოკატირების გაძლიერებამ, ასევე 1946 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ნაციონალური ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტის მიღებამ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში ახალი მიმართულებების განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, 1959 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტმა ხელი შეუწყო საავადმყოფო საწოლების შემცირებას. 1952 წელს მათი რაოდენობა 152 000 იყო, 1975 წელს რაოდენობა 98 000-მდე შემცირდა, ხოლო 1990 წლის დასაწყისისთვის 59 000-ს მიაღწია. ამ პერიოდის განმავლობაში ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული განყოფილებების რაოდენობა გაიზარდა, სადაც პაციენტებს შედარებით ხანმოკლე დროით ღებულობდნენ. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეხედულება იმის შესახებ, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების უმეტესი ნაწილი მოსახლეობის უსახლკარო ფენას მიეკუთვნება, ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის გადასინჯვის მიზეზი გახდა.

1960 წლიდან პაციენტების დიდი რაოდენობის დეინსტიტუციონალიზაცია მოხდა, რის შედეგადაც ისინი საზოგადოებას დაუბრუნდნენ. ამ პროცესის შედეგად, აუცილებელი იყო ეფექტური მედიკამენტების შექმნა, საზოგადოებაში მკურნალობის მიდევნების სერვისების უზრუნველყოფა და სხვა სახის თერაპიის განვითარების აუცილებლობა. იმ ქვეყნებში, სადაც საზოგადოებრივი სერვისები არაადეკვატურია, ამ პოლიტიკამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს უსახლკარო ფსიქიკურად დაავადებული ისეთი ადამიანების რიცხვის ზრდას, რომელთაც თანამედროვე საზოგადოებაში არსებობა არ შეუძლიათ. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 1969-1993 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში, შტატებისა და ქვეყნის მასშტაბით შემცირდა, მაგრამ მოკლევადიან ინტენსიურ მკურნალობაზე მოთხოვნა ზოგადი პროფილის სავადმყოფოებსა და კერძო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში გაიზარდა (ცხრილი 7.1).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგია

ფსიქიკური დაავადებები ყველა ქვეყნისთვის საერთო პრობლემაა; ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაახლოებით 10 მილიონამდე ხანდაზმული და 4 მილიონამდე ბავშვი სერიოზული ფსიქიკური დაავადებით ცხოვრობს (ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1996 წ.). ფსიქიატრიული ეპიდემიოლოგია ბოლო წლებში ჩამოყალიბდა როგორც სამეცნიერო დისციპლინა და ამ დაავადებების პრევალენტობას, მიზეზებსა და შედეგებს შეისწავლის.

ცხრილი 7.1 საავადმყოფოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა[a] ჰოსპიტალიზაციის რიცხვი, აშშ, 1969-1992 წწ.

მიღება ტიპის ან საავადმყოფოს მიხედვით	1969	1975	1983	1988	1992
ქვეყნის ან შტატის საავადმყოფოებში მიღება	244	205	46	125	109
მწვავე ზოგადი პროფილის საავადმყოფო (არარეფერალური)	240	257	337	359	377
ვეტერანების საავადმყოფოების ფსიქიატრიული მომსახურები	68	86	64	101	72
კერძო ფსიქიატრიული საავადმყოფოები	46	59	71	156	186
სულ (სხვა კატეგორიები ჩათვლით)	644	737	701	819	830

წყარო: ჯანმრთელობა, აშშ, 1990 წ. და 1996–1997 წწ.

a მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე.

1950 წლის მიდთაუნ მანჰეტენის კვლევამ მოსახლეობის კლასიფიკაცია მოახდინა: მთლიანად მოსახლეობის 19% ჯანმრთელი აღმოჩნდა, 36%-ს ე.წ. „ბუნდოვანი სიმპტომები“ აღმოაჩნდა, საშუალო და თვალსაჩინო სიმპტომები მოსახლეობის 45%-ს ახასიათებდა, ხოლო მწვავე სიმპტომები – 10%-ს. კვლევები მოწმობს, რომ დასავლურ ქვეყნებში, მაგალითად, ფინეთში და

ისეთ ქალაქებში, როგორებიცაა ათენი, კანბერა და კამბერველი (დიდ ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო) კლინიკური დეპრესია 4.5%-დან 7.2%-მდე მერყეობს. 1985 წელს, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში მთლიანად საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის 29% და ჰოსპიტალიზაციის 4% ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციენტებზე მოდიოდა. ჩატარებული კვლევები მოწმობს, რომ ზოგადი პროფილის ექიმებთან მოსული პაციენტების 25-30%-ს, მნიშვნელოვანი ან განსაკუთრებული ფსიქიატრიული მიზეზები აქვთ.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1990-1992 წლებში ერთ-ერთმა ნაციონალურმა კვლევამ, მოზრდილების შემთხვევით შერჩეულ ნაწილში, მთელი ცხოვრებისა და უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, ფსიქიატრიული აშლილობის პრევალენტობა შეისწავლა.

რესპოდენტების პასუხების თანახმად, ფსიქიკური დარღვევა მთელი ცხოვრების მანძილზე, მინიმუმ ერთხელ მაინც, თითქმის 50%-ს აღენიშნებოდა, ხოლო 30%-ს – ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ყველაზე მეტად გავრცელებული ავადმყოფობები დეპრესია, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება და სოციალური ან მარტივი ფობიები იყო. ცხოვრებაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების ნახევარს სამი ან მეტი დარღვევა აღენიშნებოდა. ეს მთლიანად გამოკითხულთა 14%-ს შეადგენდა. აღსანიშნავია, რომ 40%-ზე ნაკლებმა, მათ შორის, რომელთაც ცხოვრებაში ფსიქიკური დარღვევები ჰქონიათ, პროფესიონალური სამედიცინო დახმარება მიიღეს. ქალბატონები მაღალი აფექტურობითა და აღგზნებულობით გამოირჩეოდნენ; მამაკაცებს კი მაღალი აღგზნებადობა და ანტისაზოგადოებრივი პიროვნული დაავადება ჰქონდათ. ამდენად, ფსიქიატრიული დაავადებების პრევალენტობა მოსალოდნელზე მაღალი აღმოჩნდა და მათგან მხოლოდ უმცირეს ნაწილს ჰქონდა მიღებული პროფესიონალური სამედიცინო დახმარება. ეს მიგნებები იმ მოსაზრებას მოწმობს, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ფსიქიატრიული დახმარების ინტეგრირება აუცილებელია. ფსიქიატრიული დაავადებების სიხშირის შესწავლა უამრავი მეთოდითა და პროცედურითაა გადატვირთული, რომლებიც, თავის მხრივ, ცდომილების ალბათობას იძლევა და კვლევით სირთულეებს წარმოშობს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგია ეროვნული სააგენტოებისა და რეესტრების მონაცემებს ეყრდნობა, ასევე საზოგადოებრივი მეცნიერების, ეპიდემიოლოგების, ბიოსტატისტიკოსების, ანთროპოლოგების, გენეტიკოსების და სხვა დისციპლინების მოსაზრებებს ითვალისწინებს, რათა უფრო ზუსტი და უტყუარი ინფორმაციის შედეგად, მათი ფილტრაცია და ანალიზი მოხდეს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ვარაუდობს, რომ ევროპის მოსახლეობის მინიმუმ 5%-ს დიაგნოზირებადი ფსიქიკური დაავადება აქვს (ნევროზი და ფუნქციონალური ფსიქოზი), თუმცა სხვადასხვა კვლევაში პრევალენტობა განსხვავებულია. როგორც მინიმუმ, მოსახლეობის შემდგომ 15%-ს ნაკლებად მწვავე ფსიქიკური დაავადების ფორმა აქვს, რომელმაც შეიძლება პაციენტს ნაწილობრივ დააკარგვინოს ფუნქციონირების უნარი. ამას, თავის მხრივ, გავლენა აქვს მათ კეთილდღეობაზე და უფრო მეტად მწვავე დაავადების რისკებს ჰქმნის, როგორიც მწვავე დეპრესია, ქრონიკული ფსიქიატრიული მდგომარეობები ან ფსიქოემოციური პრობლემებია, ასევე ცხოვრებისთვის საბიფათო ისეთი ქცევები, როგორიც თვითმკვლელობა და ძალადობაა. 1980-1990 წლებში დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფსიქიატრიულ სფეროში რადიკალური ცვლილებები შეიმჩნეოდა, რაც ძირითადად დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესში გამოიხატებოდა, რომელიც გრძელვადიან იზოლაციაში მყოფ პაციენტებს საზოგადოებაში აბრუნებდა. საზოგადოებრივი მკურნალობისა და მხარდამჭერი სერვისების დანერგვამ მათ დამოუკიდებელ არსებობას, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სოციალური და სამუშაო უნარების განვითარებას ხელი შეუწყო.

ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტის (NIMH internet http://www.nimh.gov) მონაცემებით, შიზოფრენია 2 მილიონამდე ამერიკელს აღენიშნება, ხოლო ბიპოლარული აშლილობა – 10 მილიონამდე ადამიანს. სხვა დაავადებებით (ფობიები, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობები და ა.შ.) კი დაახლოებით 30 მილიონამდე ამერიკელი იტანჯება. დაახლოებით ამდენივე რაოდენობას აქვს ალცჰეიმერის დაავადება ან სხვა გონებრივი აშლილობა. კვებასთან დაკავშირებული დარღვევები მილიონობით მოზარდს აწუხებს. გარკვეულ ნივთიერებაზე დამოკიდებულებით გამოწვეული დარღვევები და მასთან დაკავშირებული დაავადებები, ასევე მილიონობით ადამიანს აღენიშნება. ამერიკის შეერთებულ შტატების რეგულირებადი სამედიცინო მომსახურების მზარდი ტენდეცია, ფსიქიატრი-

ული სამედიცინო მომსახურებების ზოგად ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაცია და ხარჯების ეფექტურობა ჯანდაცვის ეკონომისტებისა და სისტემის მენეჯერებისთვის მზარდი ინტერესის საგანი ხდება.

ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტის მისიაა ტვინზე, ქცევასა და გენეტიკაზე კვლევები ჩაატაროს, რათა ეფექტური დიაგნოსტიკა შეიქმნას და მკურნალობის მეთოდები დაინერგოს, რომელიც რეალურ პირობებში იქნება გამოცდილი. ეს კვლევები ნევროლოგიურ მეცნიერებებზეა ფოკუსირებული, განსაკუთრებით მოლეკულურ დონეზე (Nobel Prize, Julius Axelrod, 1970).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ფსიქიკურ დაავადებებს განსაზღვრავს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ გლობალურ პრობლემას, რომელიც მილიონობით სხვადასხვა შემთხვევას მოიცავს (როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 7.2). ეს შემთხვევები 1990 წელს დაახლოებით 10% DALYs-ს მოიცავდა. ფსიქიკური ავადმყოფობა ისეთივე მნიშვნელოვანია განვითარებად ქვეყნებში, როგორც ინდუსტრიულ ქვეყნებში, ბევრი სხვადასხვა სახის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური (დაბერება, სიღარიბე, ომი და ტრავმა, ადამიანის უფლებების დარღვევა, შეზღუდული განათლება, გენდერული დისკრიმინაცია, კვების ნაკლებობა) ფაქტორების კომპლექსური ურთიერთდამოკიდებულების გამო.

ფსიქიკური დაავადება ისეთივე პრიორიტეტული უნდა იყოს, როგორც ფიზიკური დაავადებები. ფსიქიკურ დარღვევებთან დაკავშირებული პრობლემების ტვირთია ოჯახებისა და ზოგადად საზოგადოების სოციალური და ეკონომიკური ხარჯი, პროდუქტიულობის დაკარგვა, პერსონალური ფინანსური დანახარჯები. თავის მხრივ, ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემას ტვირთად აწევს ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმა და ადამიანის უფლებების დარღვევა. საზოგადოების, ოჯახისა და დამსაქმებლის მხრიდან ფსიქიკური პრობლემების მქონე პიროვნებების მიმართ მსგავსი დამოკიდებულება ამ ადამიანების იზოლაციას, განდევნას ხელს უწყობს და მათ ტკივილს აყენებს.

ცხრილი 7.2 ფსიქიკური და ქცევითი დაავადებების გლობალური გავრცელება, 1998 წ.

აშლილობა	შეფასებითი პრევალენსი (000-ში)
შფოთვითი აშლილობა	400,000
ხასიათის (ამსახველი) აშლილობა	340,000
ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სინდრომი	288,000
ფსიქიკური ჩამორჩენა (ყველა სახის)	60,000
შიზოფრენიული დარღვევები	45,000
ეპილეფსია	40,000
დემენცია (ალზჰაიმერის დაავადების ჩათვლით)	29,000
ნივთიერებებზე დამოკიდებულების სინდრომი	28,000
სუიციდი (მცდელობა)	10,000–20,000
სუიციდი (განხორციელებული)	835

წყარო: WHO, *World Health Reports*, 1998 და WHO Mental Health Program, 1999

ფსიქიკური აშლილობის სინდრომი

ფსიქიკური დაავადებები უამრავი სიმპტომით ხასიათდება, მათ შორის, პიროვნული თვისებების ცვლილებით, დაბნეულობით, არანორმალური აღგზნებით, ეჭვიანობით, საზოგადოებასთან კონტაქტის გაწყვეტით, სუიციდური ფიქრებით ან ქცევებით, უძილობით, კვების დარღვევით, ნერვული აფეთქებებით, ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკზე დამოკიდებულებით. ამ დროს ადამიანები ყოველდღიურ პრობლემებს ვერ უმკლავდებიან. 1999 წ.). ფსიქიკური დარღვევები აშლილობების არაერთგვაროვან ჯგუფებს მოიცავს, სტრესულ სიტუაციებზე გადაჭარბებული რეაგირებით დაწყებული, სპეციფიკური ნევროლოგიური და გენეტიკური ანომალიებით დამთავრებული (U.S. Department of Health and Human Resources, 1999). დაავადე-

ბების ქრონიკული ხასიათის გამო, ფსიქიატრიული პაციენტები, გრძელვადიან ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებდნენ. უკანასკნელ პერიოდში გაუმჯობესებული მედიკამენტების არსებობის და საზოგადოებრივი მედიცინის მართვის გაუმჯობესების გამო, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა შემცირდა.

ორგანული ფსიქიკური სინდრომები. ორგანული ფსიქიკური აშლილობების დროს შესაძლოა ისეთი სიმპტომები გამოვლინდეს, როგორიცაა მეხსიერების, აზროვნების, სწავლის უნარის, ენობრივი ბარიერის, მსჯელობის, ასევე ფიქრისა და გამოთვლის შესაძლებლობის დაქვეითება ან მწვავე დემენცია. ალცჰეიმერის დაავადება ამ კატეგორიაში ერთ-ერთი ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადებაა, თუმცა შეიძლება გვხვდებოდეს ტვინის დაზიანების სხვა მიზეზებიც, როგორიცაა ცერებროვასკულური დარღვევები, პარკინსონის დაავადება, ალკოჰოლიზმი, კროიცფელდ-იაკობის დაავადება, ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსი, სიფილისი, დემენცია და ტვინის ფიზიკური დაზიანებით გამოწვეული სხვა სახის ფსიქიკური აშლილობები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ვარაუდით, დაახლოებით 22 მილიონი ადამიანი ზემოხსენებული ავადმყოფობებითაა დაავადებული. გონებრივი დაქვეითება ხანშიშესულ 75 წლამდე ადამიანთა შორის 5 %-ზე ნაკლებს აღენიშნებათ, ხოლო 80 წლის შემდეგ – 40%-ზე მეტს.

ტვინის დაზიანების, ინსულტის და ენცეფალიტის პრევენცია, ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული პრობლემის მართვა და ადეკვატური კვება დემენციის გავრცელებას ამცირებს. გონებრივი პრობლემების გაანალიზება ხანდაზმულ ადამიანებში – პირველად ჯანდაცვის და სპეციალიზებულ გერიატრიულ და ფსიქიატრიული მომსახურების უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა. ტვინის ორგანული სინდრომის შემთხვევები შესაძლოა ჯანდაცვის სისტემასა და დაავადებულთა ოჯახებს დიდ ტვირთად დააწვეს. ასეთი ოჯახებისთვის მხარდამჭერი სერვისები ჯანდაცვის პროგრამის ნაწილია და რესპირატორულ მკურნალობას, ბინაზე მკურნალობასა და გრძელვადიან მკურნალობას უნდა მოიცავდეს. აღნიშნული სინდრომების კვლევა ჯანდაცვის სისტემისთვის პრიორიტეტული აუცილებლად უნდა იყოს, რადგანაც ამ მიზეზით უფრო მეტი ადამიანის პიროვნულობა იმსხვრევა და შედეგად მიღებული ეფექტი ოჯახისა და ინდივიდის მატერიალურ და არამატერიალურ ხარჯებს ზრდის.

ნარკოტიკების ან მედიკამენტების ჭარბად გამოყენება: ეს არის ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები ფსიქოაქტიური მედიკამენტების გამოყენების გამო და ნივთიერებით ინტოქსიკაციით ხასიათდება, რომელიც ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ ზიანს, აზროვნების დაქვეითებას ან დისფუნქციონალურ ქცევებს იწვევს, რომელიც საბოლოოდ პერსონალურ ურთიერთობებს აზიანებს ან შეუძლებელს ხდის. დამოკიდებულების სინდრომი შემდეგი ფაქტორების არსებობით ხასიათდება: მედიკამენტების ბოროტად გამოყენება, მათ მიმართ ტოლერანტობის ჩამოყალიბება, ნეგატიური შედეგების მიუხედავად მათი მოხმარების გაგრძელება, აღკვეთის მდგომარეობის სიმპტომების აღმოცენება. ეს დაავადება ისეთ სერიოზულ პრობლემებთან ასოცირდება, როგორიც არის ჭარბი დოზისგან გარდაცვალება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ ინფექციისა და ჰეპატიტის გავრცელება, დაპატიმრება, სოციალური იზოლაცია და გრძელვადიანი ფსიქიკური ზიანი.

ამგვარი დაავადება პანდემიურ ზღვარს უახლოვდება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, წამალზე დამოკიდებულების სინდრომით 28 მილიონი ადამიანია დაავადებული. ყოველწლიურად 100 000-დან 200 000-მდე ადამიანი დოზის გადაჭარბების გამო იღუპება. აქროლადი გამხსნელი ნივთიერებების (წებო, საღებავების გამხსნელები, აეროზოლები) ინჰალაცია მოზარდებს შორის ფართოდ არის გავრცელებული და ტვინის სერიოზულ დაზიანებას იწვევს. ყველაზე მეტად გავრცელებულია მარიხუანას მოხმარება. ასევე დროთა განმავლობაში ახალი სახეობის ნარკოტიკული საშუალებები ჩნდება, რომელიც ადამიანის ტვინს უფრო სწრაფად და მეტად აზიანებს. ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენება საზოგადოების ყველა ფენას, განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში თანაბრად ვნებს. ამ პროცესზე გავლენა აქვს ურბანიზაციასა და სხვა სოციალურ სტრესებს და მისი მხარდაჭერა ნარკოტიკების საერთაშორისო ვაჭრობის ეკონომიკური და პოლიტიკური ინტერესებიდან გამომდინარე ხდება. ნარკოტიკებით ვაჭრობის კონტროლის ან მისი ელიმინაციის მცდელობა შესაძლებელია შევადაროთ მეთვრამეტე საუკუნის საერთაშორისო ძალისხმევას მონებით ვაჭრობის წი-

ნააღმდეგ. ზოგიერთი ქვეყანა აქტიურად იბრძვის ნარკოტიკით ვაჭრობის წინააღმდეგ, მაშინ როცა რიგი ქვეყნები ამ პროცესს ფარულად მხარს უჭერს.

პრევენცია მოსახლეობის მოწყვლად ჯგუფებზე უნდა იყოს გათვლილი, განსაკუთრებით ახალგაზრდებზე, უსახლკარო ბავშვებსა და ნარკოტიკის ქალ-მომხმარებლებზე. მეტადონის პროგრამა ნარკოტიკზე დამოკიდებულებასთან საბრძოლველად აქტიურად გამოიყენება. ნემსების გაცვლის პროგრამები აქტიურად იყო გამოყენებული, რათა ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის აივ ინფექციისა და B და C ჰეპატიტის შემთხვევები შემცირებულიყო. დეტოქსიკაცია, გრძელვადიანი მკურნალობა და გამოჯანმრთელების შემდგომი პროგრამები ხშირად მაღალხარჯიანი და არასაიმედოა.

მსოფლიოს მასშტაბით ალკოჰოლზე დამოკიდებულება აღენიშნება დაახლოებით 120 მილიონ ადამიანს. ალკოჰოლზე დამოკიდებულება და ქრონიკული ალკოჰოლიზმი ციროზთან, სიმსივნურ წარმონაქმნებთან ასოცირდება და ბევრ ქვეყანაში საკმაოდ გავრცელებულია. ეს, თავის მხრივ, მოჭარბებულ ავადმყოფობებს და სიკვდილიანობის ზრდას, ასევე ოჯახურ და ბავშვებზე ძალადობას იწვევს. ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ორსულობის დროს მკვდრადშობადობასთან, ნაადრევ მშობიარობასთან და ფეტალურ ალკოჰოლურ სინდრომთან ასოცირდება.

ალკოჰოლზე დამოკიდებულების შემცირების სტრატეგია ალკოჰოლზე ფასის გაზრდას და მისი ხელმისაწვდომობის შემცირებას მოიცავს, განსაკუთრებით მოზარდებში. ამ დროს ასევე მნიშვნელოვანია შემდეგი რეგულაციები: ალკოჰოლის შესაძენად მინიმალური დასაშვები ასაკის დაწესება, ნასვამ მდგომარეობაში საჭის მართვაზე გარკვეული რეგულაციების განსაზღვრა, ალკოჰოლის მარკეტინგსა და რეკლამირებაზე შეზღუდვების არსებობა. ამასთანავე, დიდი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოებრივი განათლების პროგრამებს, ინდივიდუალურ ფსიქოლოგიურ კონსულტაციებს, ჯგუფურ თერაპიას, თვითდახმარების ჯგუფებსა და სარეაბილიტაციო პროგრამებს.

შიზოფრენია. შიზოფრენია არის ქრონიკული მდგომარეობის ერთ-ერთი ჯგუფი ფსიქოზური დაავადების ეპიზოდებით, რომელსაც მანიაკალური ფიქრები და ქცევითი აშლილობები ახლავს თან. ეს დაავადება უფრო მეტად 20 წლის ასაკში, დამახინჯებული აზროვნებით, აღქმით და მსჯელობით ვლინდება. სიმპტომები შეიძლება აღგზნებას, იზოლაციას ან კატატონიურ მდგომარეობას მოიცავდეს. ჰალუცინაციები შეიძლება ხილვადი ან სმენადი იყოს.

აშლილობა ეპიზოდურად ვლინდება და რამდენიმე თვე გრძელდება, ამას გარკვეული ხანგრძლივობის ინტერვალი მოსდევს, რომლის დროსაც პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ეს დაავადება ორივე სქესის წარმომადგენლისთვისაა დამახასიათებელი, განურჩევლად სოციალური მდგომარეობისა. დღესდღეობით აღნიშნული დაავადება მთლიანად ზრდასრული ადამიანების 1%-ს აწუხებს. ეს დაავადება ქრონიკულობით ხასიათდება და შესაბამისად პერიოდულად ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს. დღეს არსებული მედიკამენტებით მკურნალობა ბევრ პაციენტს მდგომარეობას უმსუბუქებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ვარაუდით, მსოფლიოში შიზოფრენიით 45 მილიონი ადამიანია დაავადებული, რომელთაგანაც 33 მილიონი განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მკურნალობის პირდაპირი ხარჯები მთლიანი ეროვნული შემოსავლის (GNP) 0.5%-ს უტოლდება. მიჩნეულია, რომ ეს დაავადება ბიოლოგიურია და ცხოვრების სოციალური და კულტურული მდგომარეობების გავლენის ქვეშ ექცევა. ინტენსიური მკურნალობა და შემდგომი გრძელვადიანი მეთვალყურეობა კარგად ინტეგრირებულ საზოგადოებრივ და ჰოსპიტალურ მომსახურებებს საჭიროებს. ისეთი ნეიროლეპტიური პრეპარატები, როგორიც 1950 წლებში წარმოდგენილი ქლორფრომაზინია, სიმპტომებს მნიშვნელოვნად ამცირებს და შესაბამისად იმ პაციენტების რიცხვი მცირდება, რომელთაც საზოგადოებაში ცხოვრება არ შეუძლიათ. თუმცა აუცილებელია ოჯახის მხარდაჭერა, შესაბამისი საზოგადოებრივი სერვისები და პერიოდული მოკლევადიანი ჰოსპიტალიზაცია.

ემოციური აშლილობა. ხასიათის ზეგრძნობიერი ან დეპრესიული მდგომარეობა მსოფლიოს მასშტაბით 340 მილიონ ადამიანს აწუხებს, ის განვითარებად ქვეყნებში მთლიანად არსებული დაავადებების მეოთხე მთავარი მიზეზია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, დეპრესიის შედეგად გამოწვეული ხარჯები 44 მილიარდ დოლარს უტოლდება. კარდიოვასკულური დაა-

ვადებების სამკურნალოდ ამდენივე იხარჯება (WHO, World Health Report 1997).

აღნიშნული აშლილობები როგორც მანიაკალურ, ისე დეპრესიულ, ან ორივე მდგომარეობას ერთდროულად მოიცავს (მანიაკალური-დეპრესია და ბიპოლარული აშლილობა). სავარაუდოდ, დეპრესია ყველაზე მეტად გავრცელებული აშლილობაა, რომელიც მსოფლიო მოსახლეობის თითქმის 5%-ს ნებისმიერ დროსა და პერიოდში მუდმივად აწუხებს. დეპრესიის დიაგნოზი შემდეგ ოთხ ან მეტ სიმპტომს მოიცავს: ინტერესის ან სიამოვნების მიღების დაკარგვა, ემოციური რეაგირების ნაკლებობა, ძილის დარღვევა (ადრე გაღვიძება, უძილობა ან მოჭარბებული ძილი), დეპრესია, რომელიც უფრო მძიმეა დილით, მადის დაკარგვა, ყოველთვიურად სხეულის მასის 5%-ის დაკარგვა, სქესობრივი ლტოლვის დაკარგვა, ფსიქომოტორული დაქვეითება. დეპრესია შეიძლება იყოს ზომიერი ან მწვავე. დეპრესიული ეპიზოდები შესაძლოა მეორდებოდეს. იგი ხშირად თვითმკვლელობების და ან სოციალური სტატუსის ნგრევის მთავარი რისკ-ფაქტორია. მწვავე დეპრესია უფრო მეტად ზრდასრულებშია გავრცელებული. სეზონური აფექტური აშლილობა სიბნელესთანაა დაკავშირებული და ზამთრის თვეებში ვლინდება. ის ძირითადად ჩრდილოეთ ქვეყნებში მცხოვრებ ხალხს ახასიათებთ, სადაც გრძელი ზამთარია და ცხოვრების სტილიც უფრო ჩაკეტილია. ასეთ ქვეყნებში ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, გულის დაავადებები და თვითმკვლელობები უფრო ხშირია.

ეკონომიკური სიდუხჭირე, უმუშევრობა, დისკრიმინაცია და პროცესები, რომლებიც ქალთა უფლებებს არღვევს, ასევე ხელს უწყობს ამ დაავადების განვითარებას.

ქალებს ყველაზე მეტად ემოციური აშლილობები ახასიათებთ. დეპრესია გავრცელებულია განსაკუთრებით გათხოვილ ქალებში, რომელთაც შვილები ჰყავთ. ეს სოციალურ იზოლაციასა და სოციალური სტატუსის თვითგაუფასურებასთანაა დაკავშირებული. ლოგინად ჩავარდნის დეპრესია შესაძლოა ქრონიკული დეპრესიის წინამორბედი იყოს, რომელსაც შესაძლოა რეფერალური მკურნალობა დასჭირდეს.

ანტიდეპრესანტების ჯგუფის მედიკამენტები ემოციურ აშლილობებთან საბრძოლველად მნიშვნელოვან წინგადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენს, მაგრამ მათი მიღება აუცილებლად პროფესიონალის მეთვალყურეობით უნდა ხდებოდეს. 1970 წელს, აშშ-ის კვებისა და წამლის ორგანიზაციამ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, ლითიუმი მანიაკალური ეპიზოდების დროს, ყველაზე ეფექტურ სამკურნალო საშუალებად მიიჩნია. მან ბევრი სარგებლობა მოუტანა იმ პაციენტებს, რომელთაც ბიპოლარული აშლილობა აწუხებდათ. ლითიუმი და ანტიდეპრესიული მედიკამენტები მონიტორინგს საჭიროებს ჯანდაცვის მომსახურებების პროვაიდერებისგან. ეს მედიკამენტები ხასიათობრივი აშლილობების სიმძიმეს და საზოგადოებაზე ეკონომიკურ ტვირთს ამცირებს, შესაბამისად პაციენტსა და მათ ოჯახებს დაავადებისგან მიყენებულ ტანჯვას უმსუბუქებს.

იმისთვის, რომ საჭირო რეფერალი და იმ პაციენტების კონსულტაცია გამარტივდეს, რომლებიც ნაკლებად მოსალოდნელია, პირდაპირ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებს მიაკითხონ, საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისა და ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტების ერთობლივი მუშაობა. ამ პრობლემასთან გასამკლავებლად უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის ხასიათობრივი აშლილობის სპეციფიკის ცოდნა. ამ დროს, თუ პროცესი ქრონიკულია, აუცილებელია მხარდამჭერი თერაპია და რეფერალური მკურნალობა. ფსიქოთერაპიული უნარები პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენელთათვის ასევე უმთავრესია, თუმცა სპეციალიზირებულ მომსახურებებს საჭიროებს. საზოგადოებრივი მხარდაჭერა და გათვითცნობიერება არსებულ ძალადობასთან საბრძოლველად აუცილებელია, რომელიც ხასიათობრივი აშლილობითაა პროვოცირებული.

ნერვული აშლილობა. დაავადებების ეს ჯგუფი სხვადასხვა სიმპტომატიკით და სიმწვავის სხვადასხვა ხარისხით ხასიათდება, რომელიც პანიკას, ფობიებს, აკვიატებით აშლილობებს, აღელვებულ და აფორიაქებულ მდგომარეობებს და პოსტტრავმულ სინდრომებს მოიცავს; სპეციფიკური ფობიებია: ხალხმრავლობის, საზოგადო ადგილების, მოგზაურობის, სოციალური მდგომარეობების, ობიექტების, ცხოველების და დახურული სივრცის შიში. პანიკური მდგომარეობები ინტენსიური შიშის ცალკეული ეპიზოდებია, რომლებიც მოულოდნელად ფიზიკური სიმპტომებით იწყება და გარკვეულ სიტუაციაში შეუსაბამოა. აშლილობა, რომელიც აკვიატებითი ქმედებებით

გამოვლინდება, განმეორებადი, უსიამოვნო შეგრძნებაა, რომელიც ფსიქოლოგიურ აშლილობას იწვევს და ნორმალურ ფუნქციონირებას ხელს უშლის. ეს მოიცავს აკვიატებით ქცევას, როგორიცაა ხელების ხშირი დაბანა, თმის ვარცხნა, წმენდა ან თვლა. ზოგიერთი აკვიატებითი დაავადების მქონე პაციენტები ახალი წარმოშობის მედიკამენტების საშუალებით შვებას პოულობენ. სტრესული რეაქციები შეიძლება მწვავე იყოს ან კონკრეტული შემთხვევიდან დიდი ხნის განმავლობაში გრძელდებოდეს.

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა. ეს დაკავშირებულია რაიმე მტკივნეულ მოგონებებთან და ჩვეულებრივ ამ სტრესული შემთხვევიდან 6 თვის განმავლობაში გამოვლინდება. ეს შეიძლება დეპრესიის მანიფესტაციას ან სხვა აფექტურ და ქცევით აშლილობებს მოიცავდეს. პოსტტრავმული აშლილობა თავიდან იმ ხალხთან მიმართებაში აღწერეს, რომლებიც ვიეტნამის ომში მონაწილეობდნენ. დღეს აღიარებულია, რომ აღნიშნული მდგომარეობა ისეთ შემთხვევებთანაა პირდაპირ კავშირში, როგორიცაა: სექსუალური და სხვა სახის ძალადობა, გენოციდი, წამება.

დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობა. დისოციაციური აშლილობა ამნეზიას, სტუპორს მოიცავს, რომელსაც არავითარი ორგანული გამომწვევი მიზეზი არ აქვს, მაგრამ რაიმე სპეციფიურ შემთხვევასთანაა დაკავშირებული. სხვადასხვა ფიზიკური სიმპტომების გამოვლენა რაიმე ახსნადი ფიზიკური აშლილობის გარეშე სომატოფორმული აშლილობაა. ამ დროს პაციენტი ჩვეულებრივ უარს ამბობს სამედიცინო დახმარებაზე. სიმპტომები განსხვავდება, მაგრამ ჩვეულებრივ გასტროინტესტინალურ, კარდიოვასკულურ, დერმატოლოგიურ, შარდსასქესო და ტკივილის სიმპტომებს მოიცავს.

ფიზიოლოგიური დარღვევებით მიმდინარე ქცევითი სინდრომები. აღნიშნული სინდრომები მოიცავს კვებასთან დაკავშირებულ აშლილობას, ნევროზულ ანორექსიას (შიმშილობა) და ნევროზულ ბულემიას (თვითინდუცირებულ ღებინებას), ძილის დარღვევას, ძილის დროს სიარულს და ღამის კოშმარებს. სექსუალური დისფუნქციის სინდრომი მოიცავს სექსუალური მოთხოვნილების და სიამოვნების მიღების დაკარგვას, სექსუალურ ზიზღს, სექსუალური ინტერესის უგულებელყოფას, სექსუალურ დისფუნქციას, ადრეულ ეაკულაციასა და სექსუალური კავშირის დროს ტკივილის არსებობას.

აღნიშნული დარღვევების პრევენციისთვის საჭიროა საჯარო დისკუსიები, განსაკუთრებით მედიის საშუალებით, ასევე განათლების დონის ამაღლება იმ ოჯახებსა და გარემოცვაში, რომლებშიც მოზარდები ცხოვრობენ და რომლებიც მათ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე დიდ გავლენას ახდენენ. ნორმალური აღგზნებადობის კონვერსია სერიოზულ, ზოგ შემთხვევაში სიცოცხლისთვის საშიშ აშლილობაში, როგორიცაა ნევროზული ანორექსია და ბულემია, მოზარდების მკურნალობისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. გარკვეულწილად დადგენილი სოციალური ნორმები, როგორიცაა, მაგალითად, სატელევიზიო რეკლამებში ზედმეტად გამხდარი მოდელების გადაღება, ამგვარ მდგომარეობებს ართულებს. შუახნის მამაკაცებს, რომლებიც სამსახურებრივი არასტაბილურობის ან სტატუსის დაკარგვის გამო სტრესის ქვეშ არიან, შესაძლოა ძილის ან სექსუალური დისფუნქცია გამოუვლინდეთ. ამასთანავე ისინი ისეთი დაავადებების განვითარების რისკჯგუფს მიეკუთვნებიან, როგორიცაა ნაადრევი გულსისხლძარღვთა დაავადებები. უმუშევრობამ, ოჯახის დანგრევამ ან ფინანსურმა პრობლემებმა შესაძლოა სხვადასხვა ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური დარღვევები გამოიწვიოს, რამაც, თავის მხრივ, შესაძლოა ადამიანის სიცოცხლე საფრთხის ქვეშ დააყენოს. პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ორიენტირებული უნდა იყოს მოწყვლად ჯგუფებში პოტენციურად სერიოზული ქცევითი სინდრომების გამოსავლენად. ამ დროს მათი უწყვეტი მხარდაჭერა და რეფერალური მომსახურებები უნდა მოხდეს.

პიროვნული აშლილობები. პიროვნული აშლილობის დროს პიროვნებებისა და პროცესების არასწორი აღქმა ხდება. ეს დაავადება იმ სიძნელეებთან ასოცირდება, რომელსაც პაციენტი იმპულსების გაკონტროლებისას და საჭიროებების დაკმაყოფილებისას აწყდება, ასევე მას გარკვეულ სიტუაციებში და ადამიანებთან ურთიერთობებისას სხვადასხვა სირთულეების გამოვლენა ახასიათებს. ამ დაავადების სიმპტომები მუდმივი და მოუქნელია და ზოგად აშლილობას იწვევს, რომელიც სხვა ფსიქიკური აშლილობების ჩარჩოში არ ჯდება. პიროვნული აშლილობები განსხვავდება და მოიცავს სიმპტომებს პარაონოიდულ ან ზედმეტი ეჭვიანობიდან შიზოიდობამდე (უემოციობა, დაგვიანებული

ეფექტი და ა.შ.). ემოციურად არამდგრადი პერსონალური აშლილობა სიბრაზითა და ძალადობით გამოხატულ იმპულსურ ქცევებს მოიცავს. პიროვნული აშლილობისას ხშირია თვითშეფასების დაქვეითება, ემოციური კრიზისი, თვითდაზიანება და ქრონიკული სიცარიელის შეგრძნება. ამ ჯგუფის ადამიანების ამოცნობასა და მხარდაჭერაში, ისევე, როგორც სხვა მნიშვნელოვანი ფიზიკური დაავადებების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სისტემას უდიდესი როლი ენიჭება; ასეთი მდგომარეობების შედეგები შესაძლოა პაციენტისთვის, მისი ოჯახისა და საზოგადოებისთვის სერიოზული იყოს. დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა მნიშვნელოვანია დროული მკურნალობის დაწყებისა და ამ პაციენტთათვის ცხოვრების კრიტიკულ პერიოდში მხარდაჭერისთვის. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ოჯახური მხარდაჭერის ჯგუფებს.

ფსიქოლოგიური განვითარების დარღვევები. ფსიქოლოგიური განვითარების დარღვევებს გარკვეულ დონემდე მეტყველების, ხმის გარჩევის, მხედველობითი შეგრძნებების, ყურადღების და მოძრაობების გაკონტროლების დარღვევები მიეკუთვნება. ეს დაავადება ასევე მოიცავს ბავშვობის ასაკის აუტიზმს, რომელიც სამ წლამდე ასაკში სოციალური კომუნიკაციის დარღვევაა და სოციალური და ემოციური ურთიერთქმედების დარღვევით და ასაკობრივი გონებრივი ჩამორჩენით ხასიათდება. დაავადების ადრეული გამოვლენა და სპეციალისტებთან დროული რეფერალი განათლებისა და ჯანდაცვის სისტემებს შორის ურთიერთთანამშრომლობას მოითხოვს.

ქცევითი და ემოციური დარღვევები ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში. ჰიპერკინეზიური დარღვევები მაღალ იმპულსურობას, მაღალ აქტიურობას და უყურადღებობას გულისხმობს. ეს დაავადება ასევე ყურადღების დარღვევის მრავალ ტიპს მოიცავს, როგორიც არის ყურადღების დეფიციტის სინდრომი და ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიური აშლილობა (ADHD). აღნიშნული დარღვევები აგრესიული ქცევებით, ისტერიკის განმეორებითი გამოვლინებებით, ტყუილის თქმით, მოპარვის შიშით, საშიში იარაღების გამოყენებით და მსგავსი საქციელით ხასიათდება. გამოთვლები მოწმობს, რომ ბავშვების 10-12% ისეთი ფსიქიკური დაავადებებით არის შეპყრობილი, როგორიცაა აუტიზმი, ჰიპერაქტიურობა, დეპრესია, განვითარებაში ჩამორჩენა, ქცევითი აშლილობა და ემოციური ლაბილობა. ბავშვებისა და მოზარდების დიდი რაოდენობა, რომლებიც ფსიქიკური აშლილობის გამო სრულყოფილ ფუნქციონირებას ვერ ახერხებენ, შესაბამის თერაპიასა და სამედიცინო დახმარებას არ ღებულობენ. მოზარდებს შორის ფსიქიკური აშლილობის ყველაზე არასასურველი შედეგი თვითმკვლელობაა. 1996 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 5-დან 24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში 4460 თვითმკვლელობა დაფიქსირდა, ხოლო მთლიანად თვითმკვლელობების რიცხვი ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის 30 903 იყო (Health, United States, 1998). სასკოლო სისტემამ და ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა მოზარდების თვითმკვლელობის მზარდ რაოდენობას ყურადღება აუცილებლად უნდა მიაქციონ.

ადვილად ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, ასევე შესაბამისი სპეციალისტებისა და ოჯახის მხარდაჭერა აუცილებელია იმ დაავადების და აშლილობების კრიტიკულ პერიოდში, რომელმაც საბოლოოდ შეიძლება ემოციური მოშლა ან თვითმკვლელობა გამოიწვიოს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის მიზნები 2000 წლისთვის

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონმა 2000 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზნები განსაზღვრა. ეს კი, პირველ რიგში, ტრადიციული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის სერვისების გაუმჯობესებას ემსახურება, რათა პათოლოგიური და დესტრუქციული ქცევები და ფსიქიკური ავადმყოფობების გავრცელება შემცირდეს, საზოგადოებრივი კეთილდღეობა კი გაიზარდოს. ამ მიდგომაში ასევე ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და თვითმკვლელობის მზარდი ტენდენციის შემცირება იგულისხმება. ამასთანავე მნიშვნელოვანია ისეთი სოციალური ფაქტორების გაუმჯობესება, როგორიც უმუშევრობა და სოციალური იზოლაციაა, რომელიც დიდი სტრესის ქვეშ ამყოფებს პიროვნებებს; ასევე საზოგადოების უფრო მეტად მომზადება, რათა სტრესულ სიტუაციებთან გამკლავება ეფექტურად შეძლონ; ფსიქიკური აშლილობის (განსაკუთრებით დემენციის) მქონე პაციენტებისთვის ფორმალური და არაფორმალური მხარდამჭერი სერვისებისადმი უფრო მეტი ხელმისაწვდომობა; საზოგადოებაზე დაფუძნებ-

ული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების უფრო მეტად განვითარება; სპეციალური ძალისხმევა ჯანმრთელობის დამაზიანებელი ისეთი ფსიქიკური დაავადების პრევენციისთვის, როგორიც ნივთიერების ან მედიკამენტების ბოროტად გამოყენებით გამოწვეული დაავადებაა; თვითმკვლელობის პრევენციის პროგრამის უზრუნველყოფა (World Health Organization, Mental Health Program, 1998).

ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის მიზნები საზოგადოებაში ფსიქიკური ჯანმრთელობა სერვისების შესახებ ცოდნის გაღრმავებას და მოსახლეობის სპეციალურ ჯგუფებში რისკის შემცირებას მოიცავს, როგორებიც არის ახალგაზრდები, რომლებიც თვითმკვლელობის, მკვლელობის და სხვა ტიპის ძალადობის რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ამერიკის შეერთებული შტატების ფსიქიკური ჯანდაცვის მიზნებია:

1. მხარდამჭერი სერვისების ხელმისაწვდომობის ზრდა;
2. სამედიცინო და ფსიქოლოგიური დახმარების უნარების გათვალისწინებით, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტთა პროცენტული ზრდა 60%-მდე;
3. 15 წლის ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში სტრესული სიტუაციების დროს საჭირო დაწესებულებების იდენტიფიცირების შესაძლებლობის მქონე პირთა ზრდა 50%-ზე მეტად;
4. 15-24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თვითმკვლელობის შემთხვევების ყოველ 100,000 სულ მოსახლეზე 11-მდე შემცირება.
5. ბავშვებზე ძალადობით გამოწვეული ზიანისა და სიკვდილის 25%-ით შემცირება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა

1960-იან წლებში, ტრადიციული ფსიქიკური ჰოსპიტალების რაოდენობა ამერიკის შეერთებული შტატებში, კანადასა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში მნიშვნელოვნად შემცირდა. კანადაში ფსიქიატრიული საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა 32 000-ით შემცირდა, მაშინ როცა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში იმ საწოლების რაოდენობა, რომლებიც ფსიქიკურად დაავადებულ ავადმყოფებზე იყო გათვლილი, გაიზარდა. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოები საშუალო სიმძიმის ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანებს ემსახურებოდა (მაგ. ადამიანებს საშუალო სიმძიმის დეპრესიით). ამავდროულად აღსანიშნავია, რომ საჭირო რაოდენობის რესურსები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებში უფრო მწვავე დაავადების მქონე ავადმყოფების სამკურნალოდ გათვალისწინებული არ იყო.

საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, საზოგადოებაში ხელახლა მოხვედრისას დინამიკაში მეთვალყურეობის არაადეკვატურობა ყოფილი პაციენტების სიმპტომების ხელახალ გაღვივებასა და გამწვავებას, უიმედობას, უსახლკარობას, საზოგადოებისგან გარიყვას და თვითმკვლელობას იწვევს. ფსიქიკური ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი პროგრამები შემთხვევების პროცესის მართვას, რეაბილიტაციას, დასახლების პროგრამას და სხვა მხარდამჭერ სერვისებს უნდა მოიცავდეს. ეს კი კარგად ორგანიზებულ სისტემას საჭიროებს ისეთი არადამაკმაყოფილებელი შედეგების თავიდან ასაცილებლად, როგორიცაა: დინამიკაში პაციენტების დაკარგვა, ანგარიშვალდებულების განცდის ნაკლებობა, შემთხვევების არაეფექტური მენეჯმენტი, ხელახალი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე და ჰოსპიტალურ და ამბულატორიული მკურნალობის სისტემას შორის არაადეკვატური კავშირი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების ბოლო რამდენიმე ათწლეულის მიმოხილვის შედეგად ბევრი საკითხი წამოიჭრა, მათ შორის, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების უფლებების დაცვა, გრძელვადიანი ინსტიტუციონალიზაციური მკურნალობის დამანგრეველი შედეგები, ნევროლოგიური მეცნიერების და ახალი სამედიცინო პრეპარატების განვითარებით მიღებული დამატებითი გამოცდილებით პაციენტების უკეთესად მართვის საშუალებები, ასევე ინსტიტუციონალური მკურნალობის მაღალხარჯიანობა. ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის განსაზღვრის მნიშვნელოვანი საკითხებია: მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის დანერგვა, მართული სამედიცინო სისტემა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში სულადი გადასახადის დანერგვა.

საზოგადოებაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მედიკამენტოზურ თერაპიაში მიღწეული წარმატებები, გრძელვადიანი ინსტიტუციონალიზაციური მკურნალობის უარყოფითი ეფექტი და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში განკურნების დაბალი მაჩვენებელი საზოგადოებაზე ორიენ-

ტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების ჩამოყალიბების მთავარი მოტივი გახდა. 1960-იან წლებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი სერვისების მიწოდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საზოგადოებრივ ცენტრებში, ამ მოდელის მიხედვით ხდებოდა. უფრო მოგვიანებით, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების როლი ფსიქიკურ ჯანდაცვაში გაიზარდა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საზოგადოებაში სხვა ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისების ერთ-ერთი უმთავრესი მიმართულება უნდა იყოს. პაციენტის სათანადო მკურნალობა შეიძლება რამდენიმე მომსახურების ინტეგრირებას მოიცავდეს. ეს კი სხვადასხვა ჯანდაცვის სექტორებს შორის უწყვეტ კოოპერირებასა და კოორდინაციას, ასევე საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და სერვისების შესახებ პერსონალის გადამზადებას გულისხმობს. საზოგადოებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვა პრობლემის გადასაჭრელად პროგრამული მიდგომაა, რომელიც ჰოსპიტალურ და გრძელვადიან სამკურნალო სერვისებთან პირველადი დახმარების კავშირს უზრუნველყოფს და სოციალურ მხარდაჭერას, რეაბილიტაციას და პრევენციულ მომსახურებებს მოიცავს. ეს სერვისები საჭიროა განვითარდეს და ფუნქციონირებდეს როგორც ერთი მთლიანი სისტემა, რათა პაციენტებისთვის, ისევე როგორც მთლიანად საზოგადოებისთვის, დაავადების გარკვეულ სტადიასა და ვითარებაში შესაბამისი სამედიცინო დახმარება უზრუნველყოს. საზოგადოებაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარება დიდ ქალაქებში პატარა ქალაქებთან შედარებით, შესაძლოა განსხვავებულ მიდგომებს საჭიროებდეს. სამედიცინო სერვისები კონკრეტული დაწესებულებებისთვის უნდა იყოს შექმნილი და უფრო მრავალმხრივიც უნდა იყოს, რათა მწვავე დაავადების მქონე ავადმყოფსაც დაეხმაროს და ასევე მოემსახუროს ავადმყოფს საზოგადოებრივი მხარდაჭერის რეჟიმში, რაც სასურველია თვითონ საზოგადოებაში მოხდეს. პაციენტის დაავადებასთან დაკავშირებული გარკვეული პრობლემების ან ოჯახის სოციალური პირობების გამო, როგორც სამედიცინო სერვისის ერთ-ერთი ეტაპი, შესაძლოა საავადმყოფოში მოკლე პერიოდით ჰოსპიტალიზაცია გახდეს საჭირო.

საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობა იმ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ჩართულობას მოიცავს, რომელთაც სურვილი და უნარი აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები გამოავლინონ და მართონ. ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და პარაპროფესიონალების სერვისები ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისთვის შესაძლოა აუცილებელი გახდეს, განსაკუთრებით თუ ისინი უმცირესობებს მიეკუთვნებიან. ეს აქტიურ საგანმანათლებლო და ორგანიზაციულ ძალისხმევას საჭიროებს, რათა ტრადიციული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები და პირველადი ჯანდაცვა ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირში იყოს. პირველადი ჯანდაცვის ექიმები და სამედიცინო სფეროს სხვა წარმომადგენლები ისეთი ფსიქიკური დისფუნქციონალური მდგომარეობებთან გასამკლავებლად უნდა იყვნენ მომზადებულნი, როგორიც არის, მაგალითად, ხასიათობრივი აშლილობები და აღგზნებადობის სიმპტომები. პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები და რეგულარული სამედიცინო მომსახურების პროგრამები ისეთი რისკის ჯგუფების საჭიროებების შეფასებას მოითხოვენ, როგორიც არიან ქალები მენოპაუზის პერიოდში და საპენსიო ასაკის ადამიანები, ასევე საჭიროა მკურნალობის ისეთი პირობები, რომლებსაც მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ვერ უზრუნველყოფენ. ამავდროულად, ტრადიციული პრევენციული და სამკურნალო სერვისები ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებების გარეშე ვერ იფუნქციონირებენ. ამდენად, აღნიშნული სერვისები ურთიერთდამოკიდებულნი არიან. ფსიქიკურ ჯანდაცვაში საზოგადოებაზე ორიენტირებული ქსელის ჩამოყალიბების მიდგომა შესაძლოა ერთად მუშაობის ახალი გზების პოვნას საჭიროებდეს, რომელიც შეიძლება, როგორც მულტიდისციპლინარულ გარემოში, ასევე სხვადასხვა ერთეულების ახლო კოორდინაციის საშუალებით განხორციელდეს.

პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

პრევენცია იმ რისკ-ჯგუფებთან და ერთგვარი პრობლემების მქონე პიროვნებების ჯგუფებთან ურთიერთობას საჭიროებს, სადაც თვითდახმარება ან მხარდამჭერი გუნდი შესაძლოა ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდეს. ეს რესურსების ფართო სპექტრს მოიცავს, რომელიც ითვალისწინებს, რომ სოციალური, ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა ურთიერთკავშირშია. რისკ-ჯგუფებში მყოფი ისეთი ადამიანების იდენტიფიკაცია, რომლებიც, მაგალითად, თვითმკვლელობის ან ძალადობის

ჩანართი 7.3 საზოგადოების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა

1. მიზნობრივი მოსახლეობის, მათ შორის, მნიშვნელოვნად უნარშეზღუდულთა საზოგადოებაში მკურნალობა მაქსიმალურად მაღალ დონეზე;
2. ზოგადი ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ერთეულების კავშირი საზოგადოებრივი მკურნალობის სერვისთან, 48-საათიანი ზედამხედველობის საწოლების, დღის საწოლების, კრიზისული მდგომარეობების ინტერვენციის, მწვავე მკურნალობის და დეტოქსიკაციის ერთეულების მეტი დივერსიფიკაციით;
3. ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ძირითადი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობისთვის (დემენცია, ტვინის დაზიანება და ა.შ.). ამგვარ საავადმყოფოებში თანდათან მცირდება საწოლების რაოდენობა, თუმცა ეფექტურობა იმ შემთხვევაში გაიზრდება, თუკი საზოგადოებრივი მკურნალობის სერვისები უკეთ დაფინანსდება;
4. მკურნალობის უწყვეტობა მთავარია, რათა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მდგომარეობა არ დამძიმდეს. ამისთვის კი საჭიროა ინდივიდუალური მკურნალობა, საჭიროებების შეფასება, დაგეგმვა და მონიტორინგი;
5. მეტი ყურადღება ორი დაავადების თანაარსებობის შემთხვევაში. მაგალითად, ნარკოტიკზე დამოკიდებულება და ფსიქოპათოლოგია;
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების პირველად და ჯანდაცვის სხვა სახის სერვისებთან ინტეგრაცია;
7. სტიმულირების და ადვოკატირების ჯგუფები ხელს უწყობს ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის საჭიროებების განსაზღვრას, ოჯახში მხარდამჭერი მომსახურებებით, თვითდახმარების ჯგუფებით, შემოსავლის შენარჩუნებით, ხელახალი ტრენინგითა და დასაქმებით, ასევე დასახლებით და საზოგადოებრივი მხარდაჭერით;
8. პროგრამები, რომლებიც ხელს უწყობს დამოუკიდებლობას;
9. ფსიქიატრიული ეპიდემიოლოგია ფსიქიკური ავადმყოფობის სიჭარბის უფრო მეტ მტკიცებულებას იძლევა და შესაძლებელია მონაცემების გამოყენებით სხვადასხვა სახის მკურნალობის ხარჯები და სარგებელი შედარდეს;
10. საზოგადოებრივი ორიენტაცია მოიცავს საავადმყოფოს გარეთ დახმარების პროგრამებს, დასახლებაში დახმარებას, სახლში მომსახურებას, უმცირესობების ჯგუფებში მყოფი პაციენტებისა და მათი ოჯახების მხარდამჭერ მომსახურებებს, კულტურული და ორგანიზაციული საჭიროებებიდან გამომდინარე.
11. შემთხვევის პროცესის მენეჯმენტი მრავალდისციპლინური მედჯგუფების მიერ, სპეციალისტებისა და საავადმყოფოს დახმარებით;
12. ბინაზე გრძელვადიანი მკურნალობა თერაპიული მომსახურებებით.

წყარო: WHO, Mental Health Program, website, 1999.

რისკის ქვეშ არიან, მასწავლებლების, ექიმების, პოლიციელების, სოციალური მუშაკების, სამხედრო პირების და ზოგადი მოსახლეობის მხრიდან აღნიშნული პრობლემების ცოდნას საჭიროებს. მხარდამჭერი ჯგუფები ბევრ საკითხზე მუშაობენ. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ალკოჰოლზე დამოკიდებული ადამიანების ანონიმური ჯგუფური შეკრებები, რეაბილიტაციის პროგრამები,

მენტალურად დაავადებული პირების ნაციონალური ასოციაციები, რომლებიც ამ პაციენტთა ოჯახებს და ა.შ. წარმოადგენს.

პრევენციული პროგრამების მთავარი საზრუნავია ფსიქიკური დისფუნქციის პროგრესირება და უფრო მწვავე ფორმის ჩამოყალიბება შეამციროს, რომელსაც შეიძლება ფსიქიკის დანგრევა მოჰყვეს. სოციალური ფაქტორები საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკაში სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. ფსიქიკური ჯანდაცვის შემთხვევების პრევენცია მოიცავს პაციენტის მკურნალობას პირველადი, მეორეული და მესამეული მკურნალობის რეჟიმში. ჯანმრთელი ცხოვრების ხელშეწყობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით მოიცავს საზოგადოების ინფორმირებას იმის შესახებ, თუ მათთვის ჯანმრთელი ცხოვრების წესი, ფიზიკური აქტივობა, დასვენება, რეკრეაცია და სოციალიზაცია, რამდენად მნიშვნელოვანია და მედიკამენტებით მიღებული ზიანი რამდენად საზიანოა. მეტი სოციალიზაციისა და მეტი ფიზიკური აქტივობისთვის განკუთვნილი სპეციალური პროგრამები ახალგაზრდებსა და ხანშიშესულებზე უნდა იყოს გამიზნული. მეორეული პრევენცია დაავადების ადრეულ გამოვლენას და მკურნალობას მოიცავს, ხოლო მესამე დონის პრევენცია, საზოგადოებაში ადეკვატური მხარდამჭერი სისტემის არსებობასთან ერთად, გრძელვადიანი ფსიქიკური დაავადების მართვას მოიცავს.

პირველად პრევენციაში შედის ნუტრიციული დეფიციტის პრევენცია (იოდის, რკინის და ვიტამინების ნაკლებობისას), ბუნების დაბინძურების შემცირება (მაგ. ტყვიით დაბინძურებისას), სოციალური და განათლების უფლების დაკარგვის შემცირება (მაგალითად, განათლების და რეკრეაციის ხელშეწყობა ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც კრიმინალურ უბნებში ცხოვრობენ), სკოლამდელი ასაკისა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვების ხელშეწყობის პროგრამები, საოჯახო მხარდაჭერის სისტემების არსებობა (მარტოხელა მშობლების მხარდაჭერა), პროფესიული და დასაქმების ხელშეწყობა (ახალგაზრდა დედებისთვის), ხეიბართა და ასაკოვანი ადამიანებისთვის სოციალური მხარდაჭერა (სოციალური დახმარება), ოჯახური და სოციალური ძალადობის (ძალადობა ოჯახში, სკოლაში, ანტიფემინისტური) პრევენცია, საჯარო და პროფესიული ცოდნისა და კოოპერირების ხელშეწყობა (მაგალითად, განათლებისა და ჯანდაცვის სისტემების).

მეორეული პრევენცია უნდა მოიცავდეს კრიზისის დროს ინტერვენციას გამოცდილი პროფესიონალების, პარაპროფესიონალების მიერ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე; სოციალურ მხარდაჭერას და ძალადობის მსხვერპლთა მხარდაჭერას (მაგალითად, უსახლკაროთა თავშესაფრებში); ფსიქიკური აშლილობების ადრეულ დიაგნოსტიკას სკრინინგის ჩათვლით; საზოგადოების ყველა რგოლის: პოლიციის, სასამართლოს, სკოლის, შეიარაღებული ძალების და დასაქმებულების მიერ ადეკვატური მკურნალობისთვის ადრეულ რეფერალს; ეფექტურ მკურნალობასა და მონიტორინგს, როგორც საავადმყოფოში, ასევე საავადმყოფოს გარეთაც; პარაპროფესიონალთა გამოყენებას საზოგადოებაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის ჯგუფებში; საზოგადოებრივ დონეზე კრიზისის ინტერნვენციისთვის საჭირო სერვისების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის გაზრდას; არსებული დაწესებულებების (მაგალითად, საავადმყოფოების) გამოყენებას დეტოქსიკაციისა და კრიზისის დროს საჭირო ინტერვენციებისთვის; სამკურნალო მიზნებისა და მკურნალობის ხარისხის განსაზღვრას და პაციენტთა მონიტორინგს უზრუნველყოფას.

მესამე დონის პრევენცია პაციენტებთან მუდმივ კონტაქტს მოიცავს, რათა მოხდეს მათი მედიკამენტების მიღების, ხასიათის, ფუნქციონირების, ოჯახური და სოციალური ურთიერთობების მონიტორინგი; მხადამჭერი სერვისების და რეფერალის არსებობას; მკურნალობისა და მეთვალყურეობის უზრუნველყოფას; სოციალური მხარდაჭერის ქსელებთან პაციენტების ურთიერთობის ხელშეწყობას; პაციენტების, მათი ოჯახების და საზოგადოების დაცვასა და რეაბილიტაციას დაავადებების მიზეზით გამოწვეული ეფექტებისგან (მაგალითად, წამლისადმი დამოკიდებულებისგან); მხარდამჭერი ჯგუფებისა და სტრუქტურირებული რეაბილიტაციის უზრუნველყოფას; საზოგადოებაზე დაფუძნებული ჯგუფების დაფინანსებას; პაციენტის დამოუკიდებლობის და თვითდახმარების ხელშეწყობას; საზოგადოების, პაციენტების და მათი ოჯახების, ასევე სამედიცინო მუშაკების უწყვეტ განათლებასა და ტრენინგებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევები კლინიკურ-ფსიქიატრიული მდგომარეობების მართვის სხვადასხვა სახის მიდგომებს ხდის ხელმისაწვდომს. საზოგადოებაში ასევე აყალიბებს იმ აზრს, რომ ფსიქიკური დაავადება რეალური და განკურნებადია. ფსიქოთერაპიული მედიკამენტები და ფსიქოთერაპია ეფექტური სა-

შუალებაა და მენტალური დაავადების მქონე ადამიანების სამკურნალოდ გამოიყენება. თუმცა ჯერ კიდევ ბევრი კვლევაა ჩასატარებელი, რათა უფრო მეტად იქნეს შესწავლილი ტვინისა და ქცევების ურთიერთქმედება და დამოკიდებულება. ახალი ცოდნა უფრო მეტად უწყობს ხელს ამ მიმართულებით მეტი ინფორმაციის მიღებას და ასევე ცნობილი ხდება გენეტიკური და გარემო ფაქტორების როლი მათ ურთიერთქმედებაში. ნევროლოგიურ მეცნიერებებსა და გენეტიკაში მიღწეული პროგრესი ბიოსამედიცინო მეცნიერებს ეხმარება ტვინის ნორმალური და პათოლოგიური ფუნქციების შესწავლასა და ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების დანერგვაში. ეს პროცესი იმედს მოუტანს მილიონობით ადამიანს და მათ ოჯახებს, რომლებიც ფსიქიკური დაავადებით გამოწვეულ ნეგატიურ ეფექტებს განიცდიან.

ბონებრივი ჩამორჩენა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მენტალურ უუნარობას განსაზღვრავს როგორც შეზღუდული უნარის მქონე პიროვნებას, რომელსაც სწავლის უნარი არ გააჩნია. საერთაშორისო მასშტაბით, სამეცნიერო კვლევებში და ჯანდაცვის მომსახურების პრაქტიკაშიც მრავალგვარი ტერმინოლოგია არსებობს. ასე რომ, საკმაოდ მნიშვნელოვანია, რომ სწორედ ჩამოყალიბდეს და განისაზღვროს გონებრივი ჩამორჩენა, რომელიც ინტელექტუალური ჩამორჩენას, სწავლის უუნარობას, ფსიქიკურ უუნარობას ან შეზღუდვას მოიცავს:

1. ინტელექტუალური ჩამორჩენა: ინტელექტის დაბალი მაჩვენებელი, რომელიც დასტურდება ინტელექტუალური განვითარების ტესტით (IQ). განუვითარებლობის დონის შეფასება ICD-10-ის მიხედვით ნაჩვენებია ცხრილში 7.3;
2. სწავლის უუნარობა ან დისფუნქცია: სწავლის მხრივ სპეციფიკური დარღვევები, როგორიც არის დისლექსია, რომელიც გონებრივ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული არ არის და სპეციალისტის შეფასებას და საგანმანათლებლო მხარდაჭერას საჭიროებს;
3. გონებრივი ჩამორჩენა: ამ დროს სოციალური ადაპტაციის ნაკლებობა აღინიშნება.

ტერმინი – გონებრივი ჩამორჩენა, გამომწვევი მიზეზებისა და მდგომარეობების საკმაოდ ვრცელ სიას მოიცავს. მათ შორის არის ორგანული ნევროლოგიური დარღვევა, გენეტიკურად თანდაყოლილი ფაქტორი და განვითარების ან განათლების უნარის შეფერხება. ასევე სხვა ისეთ ფაქტორები, როგორიცაა გარკვეული სერვისების სტრუქტურა და მიმართულება, პროფესიონალების საკითხისადმი მიდგომა და მათი ტრენინგი, სოციალური და კულტურული მხარდაჭერა, ოჯახური და ნათესაური კავშირები, ასევე ჯანდაცვის საკანონმდებლო მხარე, კეთილდღეობა, განათლება და დასაქმება. ყველაფერ ამას პაციენტის საზოგადოებაში ფუნქციონირებაზე მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს.

ბევრი მდგომარეობა, რომლის შედეგიც გონებრივი ჩამორჩენაა, შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ. პრევენცია შესაძლებელია შემდეგ კატეგორიებად დაიყოს:

1. პრევენციული პროცესი დაავადების აღმოჩენამდე ჯანდაცვის საგანმანათლებლო პროგრამებს გულისხმობს, რათა თანდაყოლილი დაავადებების პრევენცია იმ ოჯახებში მოხდეს, სადაც მსგავსი შედეგები სავარაუდოა. ეს მოიცავს წითურას საწინააღმდეგო აცრას, ადეკვატურ კვებას და ორსულობამდე თამბაქოს მოწევის შეწყვეტას, გენეტიკურ სკრინინგსა და ქორწინებამდელ კონსულტაციას, ასევე მთლიანად მოსახლეობის სკრინინგს. სხვა პრევენციული ზომებია ისეთი გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შემცირება, როგორიც არის ნარკოტიკი, ქიმიური ნივთიერებები, რადიაციული ფონი და ასევე წითურას პრევენცია.
2. პრევენცია ორსულობისას და მშობიარობისას მოიცავს ფეხმძიმე ქალის სრულფასოვან კვებას; ფოლის მჟავის დამატებას; რკინის უკმარისობით გამოწვეული ანემიის, ასევე ფეხმძიმობამდე და მის განმავლობაში იოდის ნაკლებობის პრევენციას; ალკოჰოლის, ნარკოტიკის და თამბაქოს გამორიცხვას; მუცლადყოფნის დროს ჩანასახისთვის ზიანის მიყენების რისკის მინიმალიზაციას; სკრინინგს ფსიქიკურ დარღვევებთან დაკავშირებული ნაყოფის ანომალიების გამოსავლენად;

ცხრილი 7.3 დაავადებების საერთაშორისო კლაფისიფიკაცია (ICD-10) დიაგნოსტიკური კატეგორიების მიხედვით ფსიქიკურ და ქცევითი დაავადებებისთვის (F00-F99)

დიაგნოსტიკური კატეგორია	ICD-10 კოდი	კლინიკური მახასიათებლები
ორგანული, სიმპტომატური, მენტალური აშლილობა	F00–09	გონებრივი დარღვევა ტვინის დაზიანების, ტოქსიურობის ან ტრამვის გამო (მაგ: ალცჰაიმერის ვასცულარული დემენცია)
მენტალური და ქცევითი აშლილობა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიღების გამო	F1–19	ალოჰოლი, ოპიატები, სედატივები, კანაბისი, კოკაინი, ჰალუცინოგენები, აქროლადი ნივთიერებები, სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალებების ერთდროული მოხმარება და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები
შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობა	F20–29	ბოდვითი ფსიქოტური დარღვევები და შიზოაფექტური აშლილობები
ხასიათის აშლილობები	F30–39	მანიაკალური, ბიპოლარული და დეპრესიული აშლილობები
ნევროტული, სტრესთან დამოკიდებული და სომატოფორმული აშლილობები	F40–49	ფობიები, შფოთვითი აშლილობა, ობსესიური, კომპულსური აშლილობები, სტრესული რეაქციები, დისასოციაცია, სომატოფორმა და სხვა აშლილობები
ქცევითი სინდრომები ასოცირებული ფსიქოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან	F50–59	კვების, ძილის, სექსუალური, ქცევითი და სხვა აშლილობები
ზრდასრული პიროვნების აშლილობები და ქცევა	F60–69	სხვადასხვა სპეციფიური პიროვენების აშლილობის სინდრომები, ჩვევის და იმპულსების აშლილობების ჩათვლით, გენდერული აშლილობების ჩათვლით, სექსუალური უპირატესობების ჩათვლით (მაგ: პედოფილიზმი, ვუაერიზმი)
გონებრივი ჩამორჩენილობა	F70–79	მსუბუქი, საშუალო, მძიმე და ძალიან მზიმედ გამოხატული
ფსიქოლოგიური განვითარების დარღვევები	F80–89	მეტყველების და ენის, სქოლასტური, მოტორული და განვითარების აშლილობები (მაგ: აუტიზმი)
ქცევითი და ემოციური აშლილობები, რომელიც ძირითად ვლინდება ბავშვობაში ან მოზარდობის პერიოდში	F90–98	ჰიპერკინეტური ქცევა, სოციალური და ემოციური დიფუნქციის აშლილობა
დაუდგენელი გონებრივი აშლილობები	F99	

ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის ფსიქიატრიული დაავადებების კლასიფიკაცია ალკოჰოლისა და ნარკოტიკზე დამოკიდებულების მრავალ კატეგორიას, ასევე ფობიებს, დეპრესიას, აკვიატებით დაავადებებს, ანტისოციალურ პიროვნულობას, პანიკურ დაავადებებს, შემეცნებით დაქვეითებას, შიზოფრენიას, მანიაკალურ დაავადებებს და სომატიზაციას მოიცავს. წარმოდგენილი კლასიფიკაცია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერაა შედგენილი და ICD-10 კლასიფიკაციას უახლოვდება.

წყარო: American Psychiatric Association, in 1994, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, in cooperation with the World Health Organization.

სრულფასოვანი პრენატალურ და სამეანო ზედამხედველობას ნაყოფის ზიანის, ჟანგბადის უკმარისობის და მშობიაროზის დროს მიღებული ტრავმის პრევენციისთვის; კარგ ნეონატალურ მეთვალყურეობას, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჰიპოქსია, ასევე K ვიტამინის უკმარისობა, რომელიც, თავის მხრივ, ინტრაკრანიალურ ჰემორაგიას იწვევს; ინტრანატალურ პერიოდში ნაყოფის მონიტორინგს.

3. პრევენციული ღონისძიებები დაბადების შემდეგ გულისხმობს: ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ვაქცინაციას, რომლებმაც, თავის მხრივ, შეიძლება ტვინის დაზიანება გამოიწვიოს; სკრინინგს ფენილკეტონურიის, მეტაბოლოზმის თანდაყოლილი დარღვევის და სხვა გენეტიკური დაავადებების აღმოსაჩენად; ჩვილთა კარგ მოვლას და სწორ კვებას, რათა თავიდან იქნას აცილებული კვებითი და ემოციური დარღვევები, რომელიც ფსიქომოტორული განვითარების შეფერხებას იწვევს; ასევე სტრატეგიები უბედური შემთხვევების შესამცირებლად.

ორსულობის პერიოდში რისკის ფაქტორების შესახებ ცოდნის გაუმჯობესებას და სხვადასხვა ტექნოლოგიურ მიღწევებს დიდი წვლილი შეაქვთ ფეტალური ანომალიების ანტენატალურ პერიოდში გამოვლენასა და მკურნალობაში, ასევე გენეტიკური რისკების იდენტიფიკაციაში. დაუნის სინდრომის შემთხვევები შესაძლებელია ოჯახის დაგეგმარების საშუალებით, ასევე მოგვიანებით ასაკში ქალების დაორსულებისგან თავის არიდებით და ისეთი სკრინინგის მეთოდის გამოყენებით შემცირდეს, როგორიც არის ამნიოცენტეზი. დაუნის სინდრომის სპეციფიკაში სწავლების და სოციალური ადაპტაციის უფრო მაღალი დონის მიღწევაში საზოგადოების უფრო მეტად გაცნობიერება გასული ათწლეულებისგან განსხვავებით უკვე შესაძლებელია.

გონებრივად ჩამორჩენილი ადამიანების ნორმალურ ცხოვრებასთან და საზოგადოებაში ფუნქციონირებასთან ადაპტაცია რეაბილატაციის კურსის ნაწილია. პოლიტიკური, საზოგადოებრივი და მშობლების მიერ დაავადებულთა აღიარება და მათი საზოგადოების წევრებად მიღება ძირითადი საშუალებაა, რათა ამ ჯგუფში მყოფმა ადამიანებმა, შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, თავიანთი თავის რეალიზება წარმატებულად მოახდინონ. საზოგადეობრივ ჯანდაცვას შეუძლია იმ საკითხების განხილვა, რომელიც ადამიანების სოციალურ ადაპტაციას ემსახურება არა ინსტიტუციონალური, არამედ საზოგადოებრივი მიდგომებით. ეს კი დამსაქმებლების და ზოგადად საზოგადოების შესაბამის მომზადებასა და განათლებას მოიცავს.

პირის ღრუს ჯანმრთელობა

ზოგიერთ ქვეყანაში ტერმინი სტომატოლოგია კბილებთან და პირის ღრუსთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობას მიესადაგება. „სტომა“ ბერძნული სიტყვაა და პირს ნიშნავს. ორალური ჯანმრთელობა ზოგადად ჯანდაცვაში უმნიშვნელოვანესია და ის ყველას შეიძლება შეეხოს. კბილების ცუდმა მდგომარეობამ შესაძლოა ტკივილი და კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები გამოიწვიოს. კბილების დაავადებები შესაძლოა კბილების დაკარგვის მიზეზი გახდეს და ძვირადღირებული მკურნალობა გახდეს საჭირო, თუმცა თავიდანვე შესაძლებელია ბევრი მათგანის თავიდან აცილება. გართულებულ შემთხვევებში, სტომატოლოგიურმა დაავადებებმა შესაძლოა ოსტეომიელიტი, ტვინის აბსცესი, სისტემური ინფექცია და საბოლოოდ სიკვდილი გამოიწვიოს. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას უმნიშვნელოვანესი როლი აქვს პირის ღრუს ჯანმრთელობაში, რადგანაც ამ დაავადებების ასაცილებლად ბევრი პრევენციული ღონისძიება არსებობს. მათ შორის, პირის ჰიგიენის შესახებ სამედიცინო განათლება, სასმელი წყლის ფტორირება და, რა თქმა უნდა, სტომატოლოგიური ხარისხის სტანდარტების დანერგვა და მათი განხორციელება.

ასეულობით წლის წინ, საზოგადოებას მწვავე სტომატოლოგიური დაავადებები აწუხებდა. მათი ღრმა რწმენით, შესაძლებელი იყო პრაქტიკული გამოცდილების გამოყენებით მკურნალობა. ეგვიპტური მუმიების შესწავლისას გაირკვა, რომ სტომატოლოგიური მკურნალობა იმ პერიოდშიც ხდებოდა. ჰიგიენის მნიშვნელობა სტომატოლოგიური დაავადებების თავიდან ასაცილებლად ჰიპოკრატეს მიერ იყო განხილული, ხოლო მოგვიანებით ამ საკითხს იბნ სინაც (ავიცენა) შეეხო. 1672 წელს, რუსი „ლეკარები“, იგივე სამხედრო ექიმები, მოსამზადებელ კურსს სტომატოლოგიაში არმიაში გადიოდნენ. სტომატოლოგიური მკურნალობა ზოგადი მედიცინის ნაწილად იყო მიჩნეული, თუმცა მე-17 საუკუნის ბოლოს იგი ზოგად მედიცინას გამოეყო და ცალკე დარგად ჩამოყალიბდა. თანამედროვე სტომატოლოგიის მამად წოდებულმა, ფრანგმა ქირურგმა პიერ ფაუშარდმა (1678-1761) დაახლოებით 130-მდე პირისა და კბილების დაავადება განიხილა.

1736 წელს კბილებისთვის ხელოვნური ოქროს საფარი პირველად გამოიყენეს. 1819 წელს კი ღრმულების ამოსავსებად ვერცხლის მინარევი იქნა გამოყენებული. პირველად ჰორას ველსმა 1844 წელს სტომატოლოგიური ანესთეზიისთვის აზოტის ყანგი იხმარა, რომელიც ეთერთან ერთად სამედიცინო სფერომ ზოგადი ქირურგიისთვის სწრაფად აითვისა. 1855 წელს ღრმულების შესავსებად სპეციალური საშენი მასალა. ხოლო სამედიცინო ბურღი 1870 წელს გამოიგონეს, 4 წლის შემდეგ კი დადგინდა, რომ ფტორი ხელს უშლის კბილის დაზიანებას. 1942 წელს „სტომატოლოგიური ჯანდაცვის ოფიცერის" მიერ 13 ქალაქში ჩატარებული კვლევების შედეგად ფტორის გამოყენებასა და კარიესის შემცირებას შორის ურთიერთდამოკიდებულება დადგინდა. თუმცა, ამავე კვლევის თანახმად, ფტორის ჭარბი რაოდენობა ფლუოროზს იწვევს. 1946 წელს გრანდ რაპიდში, მიჩიგანში, კინგსტონში, ნიუ-იორკში, ბრანტფორდსა და ონტარიოში, სადაც საზოგადოებრივი სასმელი წყალი ფთორირებული იყო, კვლევა ჩატარდა. კვლევის შედეგად მიღებული შედეგები იმ ქალაქების შედეგებს შედარდა, სადაც სასმელი წყალი ფტორირებული არ იყო. შედარებამ ცხადყო, რომ სასმელი წყლის ფტორირების შედეგად კარიესის მაჩვენებელი 48%-დან 78%-მდე შემცირდა. 1999 წლისათვის, 144 მილიონი ამერიკელი ფტორირებულ სასმელ წყალს მოიხმარდა.

განვითარებად ქვეყნებში, ცხოვრების სტანდარტების ზრდასთან ერთად შაქრისა და ტკბილეულობის მოხმარება იზრდება, რომელიც, თავის მხრივ, ბავშვებში სტომატოლოგიურ პრობლემებს იწვევს. წყალში ან ჩაიში შაქრის გარევა ბავშვის დასამშვიდებლად მთელს მსოფლიოში საკმაოდ გავრცელებულია, რაც არასწორი მიდგომაა. ჯანმრთელი ცხოვრების ხელშეწყობაზე ზრუნვისას მშობლების განათლება ამ მიმართულებით აუცილებელია.

სტომატოლოგიის მთავარი საკითხებია: კარიესი, პარადონტური დაავადებები, კბილების არასწორი განლაგება და პირის ღრუს სიმსივნური დაავადებები. ყველა ეს ფაქტორი ხელს უწყობს კბილების არასწორ ამოსვლას, რომელიც, თავის მხრივ, ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე გავლენას ახდენს. მნიშვნელოვანი ინტერვენციული მიდგომა კარიესის და პარადონტური დაავადების შესამცირებლად არის სასმელი წყლის ფტორირება, პირის ჰიგიენის აუცილებლობის დანერგვა, ბავშვების მიერ მიღებული შაქრის დოზის შემცირება, რეგულარული სტომატოლოგიური მკურნალობა და სტომატოლოგიური ბუენები. ბავშვებისთვის შაქრიანი წყლის ან ჩაის მუდმივად გამოყენებამ ან შაქრიანი სითხით სავსე ბოთლით დაძინებამ შესაძლოა კბილების დაზიანება გამოიწვიოს. ყოველი ჭამის შემდეგ კბილების გახეხვა, საწმენდი ძაფით კბილების რეგულარულად გაწმენდა, რეგულარული სტომატოლოგიური შემოწმება, პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის აუცილებელია და როგორც ზოგადი სამედიცინო განათლების ნაწილი სახლში და სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს.

სასმელი წყლის ფტორირება

სასმელი წყლის ფტორირება კარიესის დაავადების დონეს და ზრდასრულებსა და ბავშვებში ექსტრაქციას 60%-ით ამცირებს. დღესდღეობით ფტორი თითქმის ყველა სასმელ წყალში ბუნებრივად მოიპოვება. როდესაც დონის შევსება ყოველ მილიონზე ერთი ნაწილით ხდება, იგი უკვე კბილის დაზიანებას ხელს უშლის. ეს მეთოდი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ერთ-ერთი ყველაზე მეტად ეფექტური ინტერვენციაა. წყლის ფტორირების პროცესი აუცილებლად უნდა კონტროლდებოდეს, რადგანაც დოზაზე მეტის მიღებამ შესაძლოა ფლუოროზი გამოიწვიოს, რომელიც კბილის სიმყიფეს ზრდის და ასევე კბილების დალაქავებას იწვევს. საზოგადოებრივმა ჯანმრთელობამ ფტორის საჭირო დოზის წყალში შერევა უნდა უზრუნველყოს, რათა კარიესის დონე შემცირდეს, მაგრამ თავიდან იქნას აცილებული ჭარბი ფტორის მიღება.

ფტორის სხვა სახით საზოგადოებისთვის მიწოდების მეთოდები გულისხმობს აბებს, ფტორის სავლებ ხსნარებს, კბილის საწმენდ საშუალებებში ფტორის შეტანას ან მარილისა და რძის ფტორით გამდიდრებას. ფტორის ტაბლეტები ეფექტური პრევენციული დანამატია ბავშვებისთვის, განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, სადაც სასმელი წყალი საჭირო რაოდენობის ფტორს არ შეიცავს, თუმცა, ხარჯების მხრივ, ყველაზე უფრო მეტად ეფექტური მეთოდი წყლის ფტორირებაა. წყლის ფტორირებისთვის გაწეული დანახარჯი საზოგადოების მოცულობაზეა დამოკიდებული. ამერიკის შეერთებულ შტატებში წლიურად იმ რეგიონებში, სადაც მოსახლეობა 200.000-ს აღემატება, ერთ სულ მოსახლეზე იგი 12-დან 21 ცენტამდე მერყეობს, ხოლო შედარებით პატარა დასახლებებში ერთ სულ მოსახლეზე – 60 ცენტიდან 5.41 დოლარამდე.

სასმელი წყლის ფტორირება ბევრ ქალაქსა და ქვეყანაში მწვავე პოლიტიკური და ემოციური განხილვის თემა იყო. შედეგად ამ მეთოდის უნივერსალურად გამოყენება არ ხდება, თუმცა რაც დრო გადის, მისი ეფექტურობა სულ უფრო ფართოდ აღიარებულია და შესაბამისად მისი იმპლემენტაციაც უფრო ხშირი ხდება. ამერიკის შეერთებული შტატების უმეტეს ქალაქში სასმელი წყალი ფტორირებულია. მოსახლეობის 60% ფტორით გამდიდრებულ სასმელ წყალს ღებულობს. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემის მიზანი იყო, რომ 2000 წლისთვის მოსახლეობის 75%-ს სასმელი წყალი მიეღო, რომელიც ფტორით ოპტიმალურად იქნებოდა გაჯერებული. 1990-იანი წლებისთვის 20-ზე მეტ შტატში ეს მიზანი უკვე მიღწეული იყო. ჯანდაცვის სისტემის მეორე უმთავრესი მიზანია ფტორირებული სასმელი წყლით უზრუნველყოფილ იქნას 50% იმ სასკოლო ასაკის ბავშვებისა, რომლებიც ისეთ რეგიონში ცხოვრობენ, სადაც ფტორის ნაკლებობა აღინიშნება. მესამე და ასევე უმნიშვნელოვანესი მიზანია, რომ სკოლის ასაკის ბავშვების 65%-ს ათვისებული ჰქონდეს პირის პირადი ჰიგიენის დაცვის მეთოდები და საჭირო სტომატოლოგიურ დახმარებას ღებულობდნენ.

კბილის კარიესის სიხშირის შემცირების პროცესი ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში იმ ქვეყნებში გრძელდებოდა, სადაც სასმელი წყლის ფტორირება აქტიურად მიმდინარეობდა. მსოფლიოში დაახლოებით 210 მილიონი ადამიანი ღებულობს ოპტიმალური რაოდენობის ფტორით შევსებულ სასმელ წყალს. სამედიცინო განათლება, ფტორის აბები ან სავლებები, როდესაც სასმელი წყლის ფტორირება ვერ ხერხდება, სტომატოლოგების ხელმისაწვდომობა, რათა პირის ღრუს შემოწმება მოხდეს, გაწმენდა და მკურნალობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. უფრო მოგვიანებით, პლასტიკური ბუნების, რომელიც 1970 წელს ღრმულების შესავსებად და კბილების ბზარების შესამცირებლად შეიქმნა და სასმელი წყლის ფტორირების გამოყენების სიხშირის გაზრდამ აჩვენა, რომ ეს მიდგომები ეფექტური იყო.

პერიოდონტალური დაავადებები

პირის ღრუს ქსოვილის დაავადებას პერიოდონტალური დაავადება ეწოდება. დაავადების თანმდევი პროცესი, ღრძილების ანთება, კბილქვეშ ვრცელდება და საყრდენი ძვლის დაზიანებას იწვევს. თუკი დაავადების აღმოჩენა დროულად არ ხდება, კბილი ზიანდება და მისი ამოღება აუცილებელი ხდება. პაროდონტული დაავადების მთავარი მიზეზი პირის ჰიგიენის დაცვის დაბალი დონეა. ამ დაავადების პრევენცია კბილების მუდმივი გახეხვითა და გასუფთავებით, ასევე ანტიანთებითი სავლები სითხის გამოყენებითაა შესაძლებელი.

სტომატოლოგიური მკურნალობა

ამერიკის შეერთებულ შტატებში სტომატოლოგთა მიერ გაწეული სერვისების ღირებულება 1960 წლიდან 1980, ხოლო შემდეგში უკვე 1996 წლამდე, 2 მილიარდი დოლარიდან 13.3 მილიარდამდე, და ბოლოს უკვე 47.6 მილიარდამდე გაიზარდა. თუმცა, 1960, 1980 და 1996 წლების მონაცემებით, მთელი სამედიცინო მომსახურებების ღირებულებასთან შედარებით, სტომატოლოგიურმა მომსახურებებმა 7.3%-დან 5.4%-მდე და ბოლოს 4.6%-მდე იკლო. 1960 წლიდან, ინდუსტრიულ ქვეყნებში ბავშვებში კბილის კარიესი მნიშვნელოვნად შემცირდა. ამავდროულად, ძვირადღირებული სტომატოლოგიური სერვისების გამოყენება გაიზარდა. ამავე პერიოდში მოხდა შეფასება, თუ რა რაოდენობის სტომატოლოგები იყო საჭირო. იმ დროისთვის დასავლურ ქვეყნებში მოსაზრება არსებობდა, რომ აუცილებელი იყო სტომატოლოგიური სკოლების რაოდენობისა და მოცულობის ზრდა. სტომატოლოგიური მკურნალობა ძვირადღირებულია და სტომატოლოგთა რაოდენობის გაზრდამ კონკურენციის შედეგად მომსახურების ფასი შესაძლოა ვერ შეამციროს.

სტომატოლოგების რაოდენობაზე გავლენა აქვს სერვისებზე არსებულ მოთხოვნას, ამის გამო 1985 წლიდან 1996 წლამდე ამერიკის შეერთებულ შტატებში სტომატოლოგიური სკოლების რაოდენობა 60-დან 53-მდე შემცირდა, ყოველწლიური კურსდამთავებულების რიცხვი კი 1985 წლიდან 1993-96 წლებამდე 5400-დან 3700-3800-მდე შემცირდა.

სტომატოლოგთან ვიზიტები პრევენციის, კბილების გაწმენდის ან აღდგენისთვის ეკონომიკურ ფაქტორებისა და პერსონალის ნაკლებობის გამო ბევრ ქვეყანაში შეზღუდულია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 25 წელს ზემოთ მყოფი ადამიანების სტომატოლოგებთან ვიზიტები 1963 წლიდან 1993 წლამდე 54%-დან 61%-მდე გაიზარდა, ეს მაჩვენებელი ასაკობრივი ჯგუფების,

განათლების სტატუსის, სიღარიბის მდგომარეობისა და სქესის მიხედვით განსხვავდება (როგორც წესი, ქალები უფრო ხშირად სტუმრობენ სტომატოლოგებს, ვიდრე მამაკაცები). 1988 წელს სტომატოლოგიური დაავადებების შედეგად 6.4 მილიონი უუნარობის დღე იყო, 14.3 მილიონი – შეზღუდული ფუნქციონირების და 20.9 მილიონი – გაცდენილი სამუშაო დღე. ბევრ ქვეყანაში, სადაც უნივერსალური სამედიცინო ჯანდაცვის გეგმა არსებობს, სტომატოლოგიური მკურნალობა შემოთავაზებულ სერვისებში მომსახურების სიძვირიდან გამომდინარე გათვალისწინებული არ არის.

სტომატოლოგიური მკურნალობის პროგრამები სკოლებსა და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში ზოგადი განათლების კურსს, რეგულარულ შემოწმებასა და მკურნალობას უნდა შეიცავდეს. ასევე ინფორმაცია უნდა მივაწოდოთ ფტორის შემცველი სავლებების შესახებ იქ, სადაც სასმელი წყალი ნაკლებ ფტორს შეიცავს. სტომატოლოგიური ბჟენების გამოყენება ბავშვებში, პირველი რიგის კბილების (6-8 წლის ასაკში) და ძირითადი კბილების (12-14 წლის ასაკში) ამოსვლის შემდეგ არის დაცული და ეფექტური გზაა კარიესთან საბრძოლველად. იგი აუცილებლად უნდა გამოვიყენოთ განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც წყლის ფტორირება არ ხორციელდება.

იმ ქვეყნებში, სადაც სტომატოლოგიური ჯანმრთელობა ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში განიხილება, მაგ. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, სასმელი წყლის ფტორით გამდიდრება, ფტორის სავლების პროგრამის დანერგვა და სტომატოლოგიური ბჟენების გამოყენება პრიორიტეტულია, რომელიც, საერთო ჯამში, კბილის აღდგენისთვის საჭირო მომსახურებების სიჭარბეს, სტომატოლოგიური პერსონალის რაოდენობას და სტომატოლოგიის ხარჯებს ამცირებს. სტომატოლოგი მედდები, რომლებიც მკურნალობას, პირის ჰიგიენას და განათლებას სასკოლო პროგრამების დონეზე უზრუნველყოფენ, წარმატებით გამოიყენება ახალ ზელანდიაში და კანადის ზოგიერთ ადგილას. ისინი ბავშვებისათვის სტომატოლოგიურ მომსახურებებს უფრო ხელმისაწვდომს ხდიან.

პირის ღრუს კიბო

პირის ღრუს კიბოს კონტროლი ხდება დაავადების ადრეული გამოვლენისას, თუმცა დაავადების პრევენციისთვის ასევე მნიშვნელოვანია მოსახლეობისთვის ინფორმაციის მიწოდება ეპიდემიოლოგიისა და სიმპტომატოლოგიის შესახებ, ისევე როგორც ამ სფეროში პროფესიული სტომატოლოგებისა და ჯანდაცვის სხვა პროვაიდერების მომზადება. ყველა საეჭვო დაზიანებაზე ბიოფსიური დაკვირვების განხორციელება დაავადების პრევენციისთვის უმნიშვნელოვანესია, განსაკუთრებით რისკის ჯგუფში მყოფ პაციენტთა შორის, როგორებიც არიან 40 წელს გადაცილებული მწეველი ან ალკოჰოლზე დამოკიდებული მამაკაცები. ჯანმრთელი ცხოვრების ხელშეწყობა, რომელიც ძირითადად აქცენტირებს რისკის ფაქტორების შემცირებაზე, უმნიშვნელოვანესია. რისკის ფაქტორები მოიცავს მწეველობას (განსაკუთრებით ჩიბუხისა და სიგარის მწველებში), ალკოჰოლის ჭარბად მიღებას, საღეჭი თამბაქოს გამოყენებასა და პირის ღრუს ჰიგიენის ნორმების დარღვევას.

ფიზიკური უუნარობა და ინვალიდობა

უნარშეზღუდულ ადამიანთა უმრავლესობას გრძელვადიანი მკურნალობა ესაჭირეობა. საჭირო მკურნალობის მიღება საავადმყოფოებში მხოლოდ ნაწილობრივ გვარდება; უმეტესი სერვისების მიწოდება საზოგადოებაში ოჯახების მიერ ხდება. პროფესიონალი ჯანდაცვის პროვაიდერები, როგორებიც ფიზიოთერაპევტები, ოკუპაციური და მეტყველების თერაპევტები არიან, ასევე სამედიცინო და საექთნო პერსონალი, მხარდამჭერ მომსახურებებში უნდა იყვნენ ჩართულნი. მაღალხარისხიანი სარეაბილიტაციო მომსახურებების საზოგადოებაში უზრუნველყოფა უნდა მოიცავდეს:

1. უნარშეზღუდულ ადამიანთა სრულ აღნუსხვასა და შესაბამისი მხარდამჭერი მომსახურებების სისტემის დანერგვას;
2. სამკურნალო გეგმის დასახვას;
3. სპეციალური ზომების მიღებას და მომსახურებების უზრუნველყოფას, რათა სამკურნალო გეგმის შესრულება მოხდეს.

უნარშეზღუდულობა საკმაოდ ძვირადღირე-

ბული და კომპლექსური სფეროა, რადგანაც ეს დაავადება თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე მრავალმხრივია. უმეტეს ქვეყნებში უნარშეზღუდულთათვის განკუთვნილი საკანონმდებლო ბაზა და სამედიცინო მომსახურებები ხშირად სოციალური რეფორმების მომხრეთა აქტიური ლობირებით განვითარდა. ბოლო წლებში საკმაოდ უნარშეზღუდულთა ჯგუფები წინ წავიდა, რომლებიც ამგვარ რეფორმებს თავად ლობირებენ.

1975 წლის გაეროს უნარშეზღუდულთა უფლებების დეკლარაციაში, ასევე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1981 წლის უნარშეზღუდულთა საერთაშორისო წლად გამოცხადებისას, 1983-1992 წლებში გაეროს მიერ „უნარშეზღუდულთა ათწლეულის“ გამოცხადებისას, აქტიურად განიხილეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული რეგიონის ქვეყნებში არსებული საკანონმდებლო ბაზა და უნარშეზღუდულთათვის სამედიცინო პროგრამები. ამ კონრეტული მიმართულებით პროგრესის სტანდარტი ასევე განისაზღვრა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, მსოფლიოში 450 მილიონი უნარშეზღუდული ადამიანია. მათი ვარაუდით, ნებისმიერი ქვეყნის მოსახლეობის 10% უნარშეზღუდულია. ეს რაოდენობა განვითარებულ ქვეყნებში დაახლოებით 65 წლის და მეტი ასაკის ადამიანების ან 0-4 წლამდე ბავშვების რაოდენობას უტოლდება. ხანდაზმულებსა და 5-წლამდე ასაკის ბავშვებს სამედიცინო მომსახურებისას და სოციალური პროგრამების დაგეგმარებისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევათ. მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა, უნარშეზღუდულებს არ ექცევათ იმდენივე ყურადღება, რამდენიც ზემოხსენებული მოსახლეობის ორ ასაკობრივ ჯგუფს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დიდი ძალისხმევით იმ ქვეყნებში, სადაც უნარშეზღუდულობას ნაკლები ყურადღება ექცევა, პრობლემის პოლიტიკური და პროფესიონალური ცოდნა ამ სფეროში გაიზარდა.

პრინციპები, რომლებიც ევროპის ქვეყნებისთვის საერთოა, საერთო აღიარებას მოიცავს, რომ უნარშეზღუდულობის პრევენცია სრულფასოვანი მიდგომის ერთ-ერთი უმთავრესი ელემენტია, რომელშიც გაერთიანებულია: პირველადი პრევენცია (ავადმყოფობის ან დაზიანების მიღების თავიდან არიდება), მეორეული პრევენცია (თუკი ადამიანი დაავადდება, იმ გართულების სიმწვავის შეჩერება ან შემცირება, რომელმაც შეიძლება საბოლოოდ უნარშეზღუდულობა გამოიწვიოს), მესამეული პრევენცია (დაზიანებული ადამიანის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფუნქციონირების სრული აღდგენა). სამშობიარო ტრავმის გამო, მუცლადყოფნისას, ბავშვის ფიზიკური განუვითარებლობისას, ასევე ავარიისას მიღებული ტრავმით გამოწვეული უნარშეზღუდულობის პრევენცია ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია, რომელიც განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს.

ბევრ ქვეყანაში უნარშეზღუდულთათვის კანონთა ნუსხა, სამუშაო მიმართულებები და პროგრამები განისაზღვრა, რომელიც უნარშეზღუდულობის პრევენციას, გართულებების თავიდან არიდებას, ფიზიკურ, სოციალურ და სამსახურებრივ რეაბილიტაციას, ასევე საკომპენსაციო სისტემის ხელშეწყობას მოიცავს. თუმცა უმრავლეს ქვეყანაში სამედიცინო სერვისების, მხარდამჭერი სისტემებისა და პოლისების კოორდინირებული მუშაობა გართულებულია.

უმრავლეს ქვეყანაში უნარშეზღუდულთა გარკვეულ ნაწილს იმ ადამიანთა ჯგუფები შეადგენს, რომლებიც სამედიცინო, ავარიის ან სამსახურეობრივი დაზიანების მსხვერპლი არიან: ვეტერანები და სამოქალაქო ომის მსხვერპლნი, უსინათლოები, გონებრივად ჩამორჩენილები, სმენის პრობლემის მქონე ადამიანები, გონებრივად დაავადებულები და სხვ. სამედიცინო, სარეაბილიტაციო და პრევენციულ მომსახურებებთან ერთად ეროვნული პროგრამები დაავადებულის შემოსავლის შენარჩუნებასა და კომპენსაციას, საკანონმდებლო უფლებებს, ადეკვატურ და სპეციალურ განათლებას, პროფესიულ ტრენინგს, დაცულ ან ნორმალურ პირობებში მუშაობას, საცხოვრებელი პირობებით, კომუნიკაციითა და ტრანსპორტით უზრუნველყოფას, სპორტულ ცხოვრებასა და თვითდახმარების ჯგუფებს მოიცავს.

საგზაო ავარიების, სამუშაოზე უბედური შემთხვევების და ტოქსიკური დაავადებების პრევენცია ეროვნული გეგმის ნაწილია. ზოგიერთ ქვეყანას მკვეთრად განსაზღვრული ამოცანები გააჩნია, რომლის მიხედვითაც სიკვდილიანობა უნდა შემცირდეს და რომელიც კონკრეტულ რაოდენობამდე ავარიების დროს დაღუპულთა რიცხვის შემცირებას ემსახურება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 1985 წლის გეგმით, განსაკუთრებული ძალისხმევის შედეგად, 2000 წლისთვის ავარიებში (საგზაო შემთხვევები, სახლსა და სამუშაოზე მომხდარი შემთხვევები) დაღუპულთა რიცხვი 25%-მდე უნდა შემცირე-

ჩანართი 7.4 ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამის პრინციპები შეზღუდული უნარების მქონე ადამიანებისთვის

1. საზოგადოების, ადგილობრივი მთავრობებისა და სახელმწიფოს პოლიტიკური ანგარიშვალდებულება;
2. შესაბამისი სამთავრობო სააგენტოების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, პროფესიონალების, სასამართლო სისტემების, ეკლესიის, კერძო სექტორის პროცესში აქტიური მრავალსექტორული მონაწილეობა;
3. სამართლებრივი, მარეგულირებელი ძალაუფლებისა და მორალური მხარდაჭერის აქტიური გამოყენება;
4. მიდგომის ყოვლისმომცველობა;
5. პრევენციაზე ორიენტირებული მიდგომა;
6. ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალური ფუნქციონირების აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომა;
7. უნარშეზღუდულთა საზოგადოებაში სრული მონაწილეობა და თანაბარუფლებიანობა;
8. საზოგადოებაში უნარშეზღუდულთა მიღება;
9. ინსტიტუციონალური მკურნალობის ნაცვლად საზოგადოებაში მკურნალობის ხელშეწყობა;
10. რესურსების გადანაწილება საზოგადოებრივი მკურნალობის ხელშესაწყობად;
11. ადგილობრივი მომსახურების პასუხისმგებლობა;
12. ეროვნული კოორდინაცია, მხარდაჭერა და დაფინანსება;
13. უნარშეზღუდულთა მონაწილეობა იმ გადაწყვეტილების მიღებისას, რომელიც მათ საჭიროებებს შეეხება;
14. განათლების, დასაქმების, დასახლების და მხარდამჭერის მომსახურებების ხელშეწყობა;
15. განსაზღვრული საკანონმდებლო, ფინანსური და სოციალური უფლებები;
16. სოციალური სარგებლები და სასამართლოს ჩარევის გარეშე კომპენსაციის მიღება.

ბულიყო (ჯანმო, ევროპის რეგიონი, 1985 წ.).

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო სოციალურ უსაფრთხოების კანონებსა და მხარდამჭერ სისტემასთან ერთად, ხაზს უსვამს პრევენციის სასიცოცხლო მნიშვნელობას. ეს პრევენცია განისაზღვრება მინერალებით, ვიტამინებით გამდიდრებული საკვების მიღებით, თამბაქოს მოწევის შემცირებით, დაბალი წონის ბავშვების შობადობისა და პერინატალური სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლების პრევენციით, ინფექციური დაავადებების კონტროლით, მუშათა ჯანმრთელობითა და უსაფრთხოებით, ავარიების პრევენციით, გონებრივი დარღვევების და ჩამორჩენის საკომპენსაციო სისტემების შექმნით. ეროვნული ჯანდაცვის სერვისი რაიონული ჯანდაცვის სისტემებისთვის გადაწყვეტილების მიღების დელეგირებით ეტაპობრივად დეცენტრალიზებულ მართვაზე გადავიდა. უნარშეზღუდულთათვის სერვისების ორგანიზაციების ჩამოყალიბება იმ ფაქტზე მიუთითებს, რომ ელიზაბეტ პურის პრინციპების გათვალისწინება დაავადებების ამ მიმართულებით ხდება.

უნარშეზღუდულთა დანიური პროგრამა სოციალური კანონმდებლობის მიხედვით ბოლო 100 წლის განმავლობაში განვითარდა. უნარშეზღულთათვის სხვადასხვა სახის საკანონმდებლო მიდგომა და პროგრამა სხვადასხვა ქვეყნებში შეიქმნა. დიდ ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, დანიური პროგრამის მთავარი მიმართულება ცენტრალური მთავრობისგან ადგილობრივი მთავრობებისთვის მენეჯმენტისა და პროგრამების შემუშავების დელეგირება იყო, ცენტრალური მთავრობისა და სხვა ორგანიზაციების აქტიური მხარდაჭერით.

ფინეთში არსებული დაბალწონიანი ჩვილების

შობადობის მაჩვენებელი ბოლო 10 წლის განმავლობაში 5%-დან 4%-მდე შემცირდა. ეს კი უმთავრესად დედათა და ბავშვთა ცენტრებში 99%-იანი მიმართვიანობითაა გამოწვეული. ორსულობის პერიოდში ფინელ ქალებს ასეთ ცენტრებში საშუალოდ 12 პრენატალური და პოსტნატალური ვიზიტი აქვთ. მშობლის 125 დოლარიან დახმარებას ის ფეხმძიმეები იღებენ, რომლებიც 4-თვემდე განკუთვნილ პრენატალურ მეთვალყურეობას გაივლიან.

საფრანგეთს აქვს ასევე შთამბეჭდავი პროგრამა, რომლის ერთ-ერთი უმთავრესი მიმართულება პრევენციაა. მაგალითისათვის, განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაბალწონიანი ახალშობილების შობადობისა და მასთან ასოცირებულ ავადობის პრევენციას, რაც შემდეგში გამოიხატება: მოთხოვნილია ორსულობის ადრეულ ეტაპზე პრენატალური მოვლის დაწყება და ბავშვის დაბადებიდან 6 წლამდე სავალდებულო 20 ვიზიტი პედიატრთან, საიდანაც 9 ვიზიტი დაბადებიდან პირველი წლის განმავლობაში უნდა შესრულდეს. მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევების გამო ახლა უკვე აქტიურად გამოიყენება სკრინინგი თალასემიის, ჰემოფილიის და ნამგლისებურ უჯრედოვანი ანემიის დასადგენად. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება უნარშეზღუდული ბავშვების სკოლაში და მოზრდილი ადამიანების საზოგადოებაში ინტეგრაციას. შემოსავლით უზრუნველყოფის სისტემა ისეა მოდელირებული, რომ ზემოხსენებულ მიზნებზე მოხდეს კონცენტრაცია. მაგალითად, იმისთვის, რომ ადამიანმა მიიღოს მშობიარობის ან ბავშვებისთვის განკუთვნილი ფინანსური დახმარება, მან ფეხმძიმობისას სავალდებულო მეთვალყურეობა უნდა გაიაროს, ხოლო მოზარდმა – მისი ასაკისთვის განკუთვნილი სამედიცინო შემოწმება.

უნარშეზღუდულთა მდგომარეობის შესწავლა რუსეთში შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ერთობლივ მიმოხილვას საჭიროებს. უნარშეზღუდულობის პრევენციის მთავარი საკითხია ძალადობის, თვითმკვლელობის, მკვლელობის, მოწამვლის, ინდუსტრიული და საგზაო ავარიების პრევენცია. გარდა იმისა, რომ ყოველივე ამის გამო, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მაღალია, იგი ასევე იწვევს დაზიანებებისა და უნარშეზღუდულობის სიხშირის ზრდას. დაბადებისას ბავშვთა მცირეწონიანობის (დაახლოებით 7%), ნაყოფის დაღუპვის და დაავადების პრევენცია რუსეთში ბავშვების სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს შეამცირებს, რომელიც სხვა ინდუსტრიულ ქვეყნებთან შედარებით დღესდღეობით ორმაგია, ასევე აღნიშნული პრევენციის ზომები უნარშეზღუდულობის რაოდენობას შეამცირებს.

ამერიკის შეერთებული შტატების 1990 წლის ჯანდაცვის სისტემის მიზანი იყო, რომ საავტომობილო შემთხვევებიდან ყოველ 100,000 სულ მოსახლეზე დაღუპულ ადამიანთა რიცხვი 18-მდე შემცირებულიყო. ეს მიზანი მიღწეულ იქნა, რადგანაც 1985 წლისთვის ეს მაჩვენებელი 27.4-დან 18.8-მდე დაეცა, ხოლო 1996 წლისთვის უკვე 16.2-ს გაუტოლდა. რაც შეეხება თვითმკვლელობის მსგავს მაჩვენებელს, ყოველ 100 000 მოსახლეზე 1960 წელს 5.4 იყო, ხოლო 1993 წლისთვის 10.7-მდე გაიზარდა და 1996 წლისთვის 8.5-მდე დაეცა. ცეცხლსასროლი იარაღით გამოწვეული სიკვდილის მაჩვენებელი ყოველ 100.000 სულ მოსახლეზე 1980 წელს 1.8-დან 1993 წლისთვის 15.6-მდე გაიზარდა, ხოლო 1996 წლისთვის 12.9-მდე დაეცა.

ცხრილი 7.4 დაზიანების სიმძიმე, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1995 წ.

	რაოდენობა
ეპიზოდი	147,891
სიკვდილი	2,591,000
საავადმყოფოდან გაწერა	36,961,000
გადაუდებელ სამსახურსი ვიზიტები	59,127,000
მოხსენებული დაზიანების ეპიზოდები	

წყარო: *Health, United States*, 1996–1997 წწ.

დაზიანებების მონიტორინგისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში მრავალი სისტემა გამოიყენება, მათ შორის ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, ეროვნული დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემა, ამბულატორიული სამედიცინო კვლევების ეროვნული ჰოსპიტალი, საავადმყოფოდან გაწერის კვლევების, დაავადების კონტროლისა და პრე-

ვენციის ცენტრი. ტრავმების ტვირთი ამერიკის შეერთებულ შტატებში საკმაოდ მაღალია (ცხრილი 7.4).

უნარშეზღულთა მკურნალობის, სერვისების და დაავადების პრევენციის ნაციონალური პროგრამების გაუმჯობესების მიმართულებით განვითარებად ქვეყნებში პროგრესი შესამჩნევია. სხვადასხვა ქვეყნებს შორის გამოცდილების გაზიარება სასარგებლოა იმის განსასაზღვრად, თუ რამდენად უფრო ეფექტურად შეიძლება ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურებების ორგანიზება უნარშეზღუდულობის პრევენციისთვის და უნარშეზღუდულების საზოგადოებაში ინტეგრირებისთვის. საკანონმდებლო ბაზისა და მომსახურების ორგანიზების გადახედვა და ახალი სამედიცინო, თერაპიული და ტექნოლოგიური ინოვაციების პროცესში ინტეგრირება მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

სპეციალური ჯგუფების სამედიცინო საჭიროებები

ყველა საზოგადოებაში არის ადამიანთა ჯგუფები, რომელთაც სპეციალური სამედიცინო საჭიროებები გააჩნიათ. საზოგადოება ხშირად იმის მიხედვით ფასდება, თუ როგორ ზრუნავს იგი მკვიდრ მოსახლეობაზე, პატიმრებზე, უსახლკაროებზე და ა.შ. გარკვეული ეკონომიკური, ეთნიკური, ისტორიული ან იურიდიული გარემოების გამო ისინი საზოგადოებისგან შეიძლება მოწყვეტილნი იყვნენ, შესაძლოა სპეციალურ ყურადღებას საჭიროებდნენ, რათა ჯანმრთელობის პრობლემებს გაუმკლავდნენ, რადგანაც ეს ინდივიდები უფრო დამოკიდებულნი არიან ან მათთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია ის სამედიცინო სერვისები, რომლებიც ტრადიციულ სამედიცინო პრაქტიკაზეა დაფუძნებული, ან უბრალოდ მათი საჭიროებები უფრო დიდია, ან უფრო სპეციალიზირებულია, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობის საჭიროებები. ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას მნიშვნელოვანი როლი აკისრია, რათა ასეთი ჯგუფების საჭიროებები მთელი მოსახლეობის საჭიროებებთან ერთად განიხილოს.

ჰომოსექსუალ მამაკაცთა და ლესბოსელთა ჯანმრთელობა

მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 10%-ს ლესბოსელები, ჰომოსექსუალი მამაკაცები და ბისექსუალები შეადგენენ. მათი რიცხვის ზუსტად დადგენა შეუძლებელია. ჰომოსექსუალიზმთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმის გამო შესაძლოა ამ ჯგუფის შემადგენელთა შედარებით დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდეს. არარანდომიზირებულმა კვლევებმა კი, (მაგალითად კვლევა კლინიკებში, სადაც ძირითადად სქესობრივად გადამდები დაავადების მქონე პაციენტები არიან) თავის მხრივ, შესაძლოა რეალურ მაჩვენებელს გადააჭარბოს. უფრო მეტიც, ხშირად სექსუალური ორიენტაცია შეიძლება განსხვავადებოდეს სექსუალური ქცევისაგან (გამოკითხულ ჰომოსექსუალთა 70% ადასტურებს, რომ მათ ჰქონდათ სექსუალური კავშირი დაოჯახებულ მამაკაცებთან, ხოლო გამოკითხულ ლესბოსელთა 45% ადასტურებს, რომ ჰქონდა სექსუალური კავშირი მამაკაცთან). მიუხედავად იმისა, რომ ზუსტი ციფრები არ არის ცნობილი, ჰომოსექსუალი მამაკაცები, ლესბოსელები და ბისექსუალები მოსახლეობის დიდ ნაწილს წარმოადგენენ. ისეთ ჰეტეროგენულ საზოგადოებაში, როგორიც ამერიკის შეერთებული შტატებია, ჰომოსექსუალი და ლესბოსელი მოსახლეობა ეთნიკურობის, რელიგიის, სოციო-ეკონომიკური სტატუსისა და გეოგრაფიის მიხედვით საზოგადოების მრავალფეროვნებას ასახავს. ამგვარად, ის ჯანდაცვის საჭიროებები, რომლებიც ჰომოსექსუალთა ქცევის თავისებურებებითაა გამოწვეული, შესაბამის სოციალურ კონტექსტში უნდა იყოს განხილული.

ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები, რომლებიც ერთსქესიანი ადამიანების სექსუალური ურთიერთობითაა გამოწვეული, უმეტესად სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს, კუჭნაწლავის ინფექციებს და ღვიძლის და სწორი ნაწლავის კიბოს მოიცავს ჰომოსექსუალ მამაკაცებს შორის. ეს ხშირ შემთხვევაში სექსუალური კავშირის ისეთი ფორმებითაა გამოწვეული, როგორიცაა ორალურ-ანალური, ორალურ-გენ-

იტალური და ა.შ. ლესბოსელებს შორის საკმაოდ გავრცელებული დაავადებებია მკერდის, საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს კიბო, რაც, თავის მხრივ, შეიძლება მათ მიერ ბავშვის გაჩენისა და შესაბამისად ძუძუთი კვების, ასევე ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების დაბალი მაჩვენებელს უკავშირდებოდეს. იმის გამო რომ ლესბოსელები იშვიათად დადიან გინეკოლოგებთან, ისინი შესაბამისად მამოგრაფიასა და სხვა ტესტებს ნაკლებ იტარებენ. ძალადობა ჰომოსექსუალთა წინააღმდეგ ასევე მნიშვნელოვანია ჯანდაცვისთვის, რადგანაც ძალადობის შედეგად ჰომოსექსუალებში თამბაქოს მოწევის სიხშირე, ალკოჰოლის მიღება, წამლებზე დამოკიდებულება, დეპრესია, თვითმკვლელობის შემთხვევები და კარდიოვასკულური დაავადებები იზრდება. ყველა ზემოჩამოთვლილი კი, თავის მხრივ, ჰომოფობიურ საზოგადოებაში ცხოვრების სტრესს უკავშირდება.

ჰომოსექსუალი მამაკაცებისა და ლესბოსელთათვის მათი ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად უმნიშვნელოვანესი და შედარებით მარტივი საშუალება პრევენციული და ადრეული მკურნალობის სერვისების გაუმჯობესებაა, რომლებიც ნეგატიური სამედიცინო გამოცდილების და სამედიცინო საზოგადოებისგან სტიგმის არსებობის გამო არასრულფასოვანია. კვლევები მოწმობს, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა მხოლოდ 10-40% რუტინულად იღებს ახალგაზრდა პაციენტისგან ინფორმაციას მისი სექსუალური ცხოვრების შესახებ და მხოლოდ 30% გრძნობს თავს კომფორტულად ჰომოსექსუალ პაციენტებთან. ჰომოსექსუალთა სამედიცინო ასოციაციის გამოკითხულთა 60%-მა განაცხადა, რომ სექსუალური ორიენტაციის გამჟღავნებით, მათ სტანდარტული მკურნალობის მიღების შესაძლებლობა რისკის ქვეშ დააყენეს. საერთო შედეგი ის არის, რომ სკრინინგი, დიაგნოზის დასმა და ჰომოსექსუალი პაციენტების მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემების მკურნალობა არ ხდება.

აივ ინფექციამ სექსუალური ქცევების შესწავლა უფრო მნიშვნელოვანი გახადა, განსაკუთრებით ჰომოსექსუალურ მოსახლეობაში. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ამერიკის შეერთებული შტატებში სექსუალურ განათლებას მხოლოდ 10% ღებულობს და პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა 5-ზე ნაკლები რუტინულად იღებს ინფორმაციას მაღალი რისკის ქცევის ფაქტორების შესახებ. შედეგად, არსებული ინფორმაციული ვაკუუმის შევსება თვითონ ჰომოსექსუალთა ორგანიზაციების წევრებს უხდებათ. მნიშვნელოვანი წარმატება მიღწეული იქნა განათლების მიმართულებით (როგორიც არის 1980-იან წლებში ჰომოსექსუალ მამაკაცებში პრეზერვატივის გამოყენების პრაქტიკის ფართოდ დანერგვა), თუმცა განათლების პროგრამები ჯერ კიდევ დიდი გამოწვევების წინაშე დგას.

ერთ-ერთი მიზნობრივი ჯგუფი, რომელიც განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს, მოზარდი ლესბოსელი და ჰომოსექსუალი მამაკაცების მოსახლეობაა. ამერიკის პედიატრიის აკადემიის მონაცემების მიხედვით, აღნიშნული მოზარდები: „განიცდიან უამრავ დაბრკოლებას საზოგადოებრივი სტიგმატიზაციისა და ცრურწმენების, არასაკმარისი სექსუალური განათლების, გასაიდუმლოების აუცილებლობის და სოციალიზაციის ნაკლები შესაძლებლობების გამო. ოჯახის წევრებისგან, თანატოლებისგან, სკოლის ადმინისტრაციისგან და ზოგადად საზოგადოებისგან ღია უარყოფის შედეგად, ისინი მხარდაჭერას და შვებას მშობლებისგან ეძებენ, მაგრამ შესაძლოა ვერც იქ მოიპოვონ აღიარება. ასეთმა უარყოფამ შესაძლოა იზოლაცია, სახლიდან გაქცევა და შესაბამისად უსახლკარობა, სახლში ძალადობა, დეპრესია, თვითმკვლელობა, წამალზე დამოკიდებულება, სკოლასა და სამსახურში წარუმატებლობა გამოიწვიოს. ჰეტეროსექსუალური ან ჰომოსექსუალური სხვადასხვაგვარობა შესაძლოა სიცოცხლის გადასარჩენად პროსტიტუციის მიზეზი გახდეს.“

ამგვარად, ახალი თაობისა და ძველი თაობის მიერ ჰომოსექსუალთა და ჰეტეროსექსუალთა საზოგადოებრივი დევნა სოციალური იზოლაციის მზარდ რისკს და ისეთი დაავადებების გავრცელებას იწვევს, როგორიცაა ჰეპატიტი და შიდსი. ამ საკითხის შესახებ მცდარი აღქმისა და მიდგომების მსხვრევა კონცენტრირებულ მრავალდისციპლინურ ძალისხმევას საჭიროებს, სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს და ჰომოსექსუალთა ორგანიზაციებს სირთულის დასაძლევად უმთავრესი როლი აკისრიათ.

მკვიდრი მოსახლეობის ჯანმრთელობა

მკვიდრი მოსახლეობისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და კანადაში სპეციალური კატეგორიების ჯანდაცვის სერვისები არსებობს, რომლებიც ფედერალური სამთავრობო სააგენტოების მიერაა უზრუნველყოფილი. მკვიდრი მოსახლეობა ხშირად განსხვავებული სასწავლო დაწესებულებებით, სამართლებრივი და ჯანდაცვის სისტემით, საზოგადოებისგანაა გამოყოფილი.

კანადაში მცხოვრები ინდიელების რაოდენობა მე-16 საუკუნეში დაახლოებით 220.000 ადამიანს შეადგენდა, მაგრამ დაავადებებმა და შიმშილობამ, რომელიც ევროპიდან ემიგრაციამ გამოიწვია, ეს რიცხვი 1867 წლისთვის 102.000-მდე შეამცირა (კანადის კონფედერაციის წელი). 1941 წლისთვის აბორიგენი მოსახლეობის რიცხვი 100,000-სა და 120,000 შორის მერყეობდა, მაგრამ 1988 წლისთვის აღნიშნულმა რიცხვმა 443,884-ს მიაღწია. ამ დროისთვის თვალსაჩინო იყო ტომური ენერგიის კონცენტრირება და განახლება, რომელიც ზოგად საზოგადოებასთან შერწყმის და შეერთების მცდელობის მარცხით დასრულდა, რამაც იმედგაცრუება გამოიწვია და, თავის მხრივ, ეპიდემიურ ალკოჰოლიზმს, ძალადობას, ნარკოტიკების მოხმარებას, პროსტიტუციასა და სოციალურ სტატუსის ნგრევას ხელი შეუწყო.

კანადის მკვიდრი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორები ნათელს ხდიან, რომ ადგილობრივი მოსახლეობა კოლექტიურად და აქტიურად მოიხმარს ალკოჰოლს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. წებოს შესუნთქვა, დიაბეტი, მომატებული სისხლის წნევა და ჰოსპიტალიზაცია აბორიგენ მოსახლეობას შორის ორჯერ უფრო მეტია, ვიდრე კანადის მთლიანი მოსახლეობის საშუალო მაჩვენებელი ჩამოთვლილი კატეგორიების მიხედვით. ბოლო რამდენიმე ათწლეულში სიკვდილიანობამ კანადის ინდიელებსა და ესკიმოს მოსახლეობაში მნიშვნელოვნად იკლო, თუმცა ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია. 1973 წელს ნუტრიციულმა კვლევამ და შემდგომმა მონიტორინგმა აჩვენა, რომ კანადის ინდიელი და ესკიმოსი მოსახლეობა საჭირო რაოდენობის საკვებ მიკროელემენტებს ვერ ღებულობდა და მათ ორგანიზმი A და D ვიტამინის, კალციუმის და რკინის დიდი რაოდენობით ნაკლებობას განიცდიდა, რაც ანემიასა და რაქიტს იწვევდა. 1990 წელს მთლიან მოსახლეობის სიკვდილიანობასთან მკვიდრი მოსახლეობის სიკვდილიანობის შეფარდება ბავშვთა ასაკში 5:1 უტოლდებოდა და 65 წელს გადაცილებულ ადამიანებში – 1:1. სიკვდილის მთავარი მიზეზი სიხშირის კლებადობის მიხედვით იყო: ტრავმები და მოწამვლა, სისხლისმიმოქცევის სისტემის დაავადებები, ნეოპლაზმები (სიმსივნეები) და სასუნთქი სისტემის დაავადებები. თვითმკვლელობის რიცხვი 15-24 წლამდე აბორიგენ მოსახლეობაში კანადის მთლიან მოსახლეობასთან შედარებით, ამ ასაკობრივი ჯგუფის მაჩვენებელს, 5-ჯერ აღემატებოდა.

1997 წელს ბავშვების სიკვდილიანობა კანადის აბორიგენ მოსახლეობაში ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს ორჯერ აღემატებოდა, ხოლო ცხოვრების ხანგრძლივობა დაბადებისას რვა წლით ნაკლები იყო. ქრონიკული დაავადებები, როგორიცაა დიაბეტი, კარდიოვასკულური დაავადება, სიმსივნე და ბოლო სტადიის თირკმლის დაავადება, ასევე ინფექციური დაავადებები, როგორიც არის ტუბერკულოზი, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ჰეპატიტი ბევრად უფრო ხშირია აბორიგენ მოსახლეობაში, ვიდრე მთლიანად ქვეყნის მოსახლეობაში. სიღარიბე, ფიზიკური ძალადობა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარება, ადგილობრივ მოსახლეობაში, აგრეთვე საკმაოდ გავრცელებულია.

ინდიელი და ესკიმოსი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ფედერალური მთავრობის პასუხისმგებლობაა. ისინი არ არიან თითოეული პროვინციის მიერ ოპერირებული კანადის ჯანდაცვის უნივერსალური დაზღვევის პროგრამის ნაწილი. სერვისებით უზრუნველყოფა ფედერალური დეპარტამენტის „სამედიცინო ფილიალის“ მიერ ხდება. მიმდინარე ტენდენცია სამედიცინო სერვისების მართვის დეცენტრალიზაციის და ტომური საბჭოს მიერ მათი უზრუნველყოფის შესახებ საკონსტიტუციო ცვლილებას შეესაბამებოდა, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია აბორიგენი საზოგადოების სამთავრობო დონეზე აღიარება. თუმცა, ეს ცვლილება არ იქნა მიღებული. სოციალური პრობლემები როგორიც არის, უმუშევრობა, დაბალი დონის განათლება, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, ოჯახების დანგრევა და ძალადობა, კანადელ ინდიელებს, რომლებიც საცხოვრებლად ქალაქებში მიდიან უფრო ვნებს, ვიდრე

იმათ, რომლებიც საცხოვრებელ ადგილს არ იცვლიან.

ამერიკის შეერთებული შტატების ძალადობის შესახებ ანგარიშის თანახმად, ინდიელების წინააღმდეგ ომებს თან სდევდა მათი კონცენტრაცია და უკაცრიელ ადგილებში დასახლება, სადაც ადმინისტრაციული მმართველობა ბევრად უფრო უხეში და სასტიკი იყო, ვიდრე კანადის შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, სოციუმის ნგრევის პრევენციისა და მკურნალობის უზრუნველყოფა, მეოცე საკუნის მეორე ნახევარში ამერიკის შეერთებულ შტატებთან შედარებით, კანადაში ნაკლებად ეფექტურად ხორციელდებოდა.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამერიკელი ინდიელი და ადგილობრივი ალიასკელი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებების უზრუნველყოფა თანაბრად პრობლემატურია. მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისიდან ინდიელების მომსახურებებით უზრუნველყოფა ფედერალური მთავრობის მიერ ხდებოდა, კერძოდ, ეს პასუხისმგებლობა სამხედრო ექიმებს 1849 წლამდე ეკისრებოდათ. შემდგომში კი ეს ინდიელთა საქმეთა ბიუროს მიერ ხორციელდებოდა, რომელიც შინაგან საქმეთა დეპარტამენტის ნაწილს წარმოადგენდა, შემდგომში კი 1954 წლისთვის, ეს პასუხისმგებლობა ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივ ჯანდაცვას დაეკისრა. ინდიელთა ჯანდაცვის სერვისი, რომელიც ფორმირებულია, როგორც ინდილებისთვის ნაციონალური ჯანდაცვის სერვისი, რეგიონულ ოფისებშია ადმინისტრირებული, რომლებიც, საზოგადოების აქტიური მონაწილეობითა და კონტროლით, პირველად და სპეციალურ მკურნალობას უზრუნველყოფენ,

ამერიკის შეერთებული შტატების ადგილობრივი ამერიკელებისა და ესკიმოსი მოსახლეობის რაოდენობა 1996 წლისთვის 2.3 მილიონ ადამიანს უტოლდებოდა. ინდიელთა ჯანდაცვის სერვისი მოსახლეობის 60%-ს ემსახურება. ჯანდაცვის მდგომარეობის სარგებელი, რომელსაც წარმოქმნის ბავშვების და ზოგადად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, მოწმობს, რომ ადგილობრივი მოსახლეობა ჯანდაცვის მაჩვენებლებით მთლიან მოსახლეობას ჯერ კიდევ ჩამორჩება. არასწორი კვება, დაბინძურებული წყალი, იზოლაცია, ცუდი ტრანსპორტირება, ნარჩენების არაადეკვატური მოშორება, სიმსუქნის სიხშირე, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება და ძალადობა, ცხოვრების ხანგრძლივობას ამცირებს. ინდიელთა სამედიცინო მომსახურება 43 საავადმყოფოს და 110 სამედიცინო ცენტრს მოიცავს. ინდიელთა ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე ნაციონალური საშუალო დანახარჯის 60-65% შეადგენს. ადგილობრივი ამერიკელების ცხოვრების ხანგრძლივობა 1950 წლიდან 1989-1991 წლამდე 60 წლიდან 73.2 წლამდე გაიზარდა. ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, ასევე ტუბერკულოზით, გასტროენტერიტის და მწვავე რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებას თან სდევდა ალკოჰოლითა და ძალადობით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება. დიაბეტის შემთხვევები ინდიელ მოსახლეობაში საკმაოდ ხშირია და არაინდიელ მოსახლეობასთან შედარებით მზარდი ტენდენცია ახასიათებს. ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი კვლავ ადგილობრივი მოსახლეობის მწვავე პრობლემად რჩება (ინციდენტობა არის 2.7 შემთხვევა ყოველ 1 000 მშობიარობაზე). ამერიკის შეერთებული შტატებში ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი ინდიელ მოსახლეობაში, ნებისმიერ სხვა ეთნიკურ ან რასულ ჯგუფთან შედარებით, ყველაზე მაღალია. ჯანდაცვის სერვისების ტომური მენეჯმენტის ხელშეწყობას თან სდევდა ტომური აქტივობები ძალადობისა და ალკოჰოლის გამოყენების შესამცირებლად. 2000 წლის ჯანდაცვის სისტემის გეგმებში შედის კიბოს, ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ალკოჰოლიზმის შემცირება.

აბორიგენი მოსახლეობა, თავდაპირველად მასობრივად შიმშილისა და მწვავე ინფექციური დაავადებების გამო იღუპებოდა, ხოლო დღესდღეობით ამის მიზეზი ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება, ძალადობა და დიაბეტია. მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა კანადისა და ამერიკის მთლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას ჯერ კიდევ საკმაოდ ჩამორჩება. ფედერალური ადმინისტრაცია და ზოგადი ჯანდაცვის სისტემისგან განცალკევება ხშირად ორივე ქვეყანაში კრიტიკის მიზეზი იყო. სხვა მომსახურებებთან ინტეგრაცია და მენეჯმენტის დეცენტრალიზაცია საზოგადოების პროცესში მეტი მონაწილეობით მიმდინარე ტენდენციაა. აღნიშნული მომსახურებების ფედერალური დაფინანსება დასტაბილურდა, თუმცა კერძო სამედიცინო ბაზრის პირობებში მზარდმა ადგილობრივმა მენეჯმენტმა, შეიძლება ამ პოპულაციის მიერ გამოყენებული ხარჯების ზრდა გამოიწვიოს. ამერიკის შეერთებული შტატების, კანადის და სხვა ქვეყნების ადგილობრივი მო-

სახლეობის პერსპექტივა, თვითმმართველობის გარკვეული დონის პირობებში, სოციალურ და ეკონომიკურ განვითარებაზეა დამოკიდებული. 1999 წელს კანადის მთავრობამ ავტონომიური (თვითმმართველი) ტერიტორია დააარსა, რომელიც ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურებებს, განათლებას, საგადასახადო დაბეგვრის პირობებს და ეკონომიკურ უფლებებს თავად განაგებდა. ეს მიდგომა ახალი კონცეფციის კარგი ტესტირების საშუალებას იძლევა.

მსგავსი პრობლემები აწუხებთ სხვა ქვეყნების (ავსტრალია, ახალი ზელანდია, პერუ, სამხრეთ ამერიკის სხვა ქვეყნები, პაპუა ახალი გვინეა, ტაივანი, ცენტრალური აფრიკა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები) ადგილობრივ მოსახლეობას და ეროვნულ უმცირესობაში მყოფ მოსახლეობას. ავსტრალიის ადგილობრივი მოსახლოების სერიოზულ სამედიცინო პრობლემას წარმოადგენს ხშირი კარდიოვასკულური დაავადება, დიაბეტი, მძიმე თირკმლის დაავადება, ალკოჰოლიზმი, წებოს სუნთქვა და ნარკოტიკის მოხმარება, რევმატიული ცხელება, ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი და სოციუმის ზოგადი ნგრევა. ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდომარეობა განსაკუთრებით აშკარაა იმ ქვეყნებში, სადაც არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული სამედიცინო პასუხისმგებლობა, უფლებამოსილება და პროგრამირება. ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობა ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რათა ადეკვატური პრევენციული და სამკურნალო მომსახურებებით მოსახლეობის უზრუნველყოფა მოხდეს და სოციალური სხვადასხვაობა შემცირდეს, რაც აპათიასა და სოციალურ დაცემას იწვევს.

პატიმართა ჯანმრთელობა

1980 წლის შუა პერიოდიდან ამერიკის შეერთებული შტატების საპატიმროებისა და მასში მყოფი ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ურბანულმა დეგრადაციამ, უკანონო ნარკოტიკული ნივთიერებების გამოყენებამ, სიღარიბემ და ეპიდემიებმა ამერიკელი პატიმრების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დიდი გავლენა იქონია. ციხის სამედიცინო მომსახურება საგუშაგოებად გარდაიქმნა, რომლისთვისაც სამედიცინო მოთხოვნების დაკმაყოფილება თითქმის შეუძლებელი იყო.

ციხეების რაოდენობა ამერიკის შეერთებულ შტატებში სწრაფი ტემპით იზრდებოდა. 1997 წლისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1.6 მილიონი პატიმარი იყო. 1985-1996 წლებში, ფედერალურ და სახელმწიფო ციხეებში პატიმართა რაოდენობა 480,568-დან 1 მილიონ პატიმრამდე გაიზარდა, ხოლო ადგილობრივ ციხეებში მსჯავრდებულთა რაოდენობა 256,615-დან 507,044-მდე გაიზარდა. მთლიანი დაპატიმრებების მაჩვენებელი ყოველ 100 000 სულ მოსახლეზე ამ პერიოდის განმავლობაში 313-დან 615-მდე გაიზარდა.

პატიმართა დემოგრაფიული მახასიათებლები ქვეყნის ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით მკვეთრად განსხვავებულია. თეთრკანიანი მამაკაცების დაახლოებით 6% დაპატიმრებულია და შავკანიანი მამაკაცების დაახლოებით 23% გამოსასწორებელი სისტემის სუპერვიზიის ქვეშ იმყოფება. დაახლოებით პატიმართა 47% აფრო-ამერიკელია, დიდი ნაწილი კი ახალგაზრდა და ღარიბ მოსახლეობას მიეკუთვნება.

1970 წელს, პატიმართა ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ და ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციამ პატიმართა ჯანდაცვის სერვისები განიხილა, რეკომენდაციები წარადგინა, რომელთა მიხედვითაც პატიმართა ჯანმრთელობის მომსახურებების სტანდარტები განისაზღვრა, რაც, საბოლოო ჯამში, მომსახურებების ხარისხის გაუმჯობესების მიზეზი გახდა. პატიმართა ჯანდაცვის მომსახურებები უფრო მეტად პროფესიონალ ექიმებს დაექვემდებარა, განსხვავებით ძველი მდგომარეობისა, როცა დროებით განაკვეთზე მომუშავე ზოგადი სპეციალობის ექიმები პატიმართა ჯანმრთელობაზე იყვნენ პასუხისმგებლები. ციხის სამედიცინო მომსახურებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაცია, რომელიც აშშ-ის ჯანდაცვის მომსახურებების აკრედიტაციის საბჭომ მოამზადა, პროცედურების გარეგან ანალიზს ემსახურება.

პატიმრები, რომლებიც გამოსასწორებელ დაწესებულებებში იმყოფებიან, ტუბერკულოზის განსაკუთრებული რისკის ქვეშ არიან. ასეთ ადგილებში განსაკუთრებით გავრცელე-

ბულია ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსი, B ჰეპატიტი და ლატენტური ტუბერკულოზი, გადატვირთულობა, ცუდი ვენტილაცია. პატიმრების დაწესებულებიდან დაწესებულებაში ხშირი გადაყვანა ასევე ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. ბოლო პერიოდში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელება, რომელიც იმუნოდეფიციტის ვირუსის მქონე ადამიანების პოტენციური დაავადებაა, ხაზს უსვამს ინფექციური დაავადებების კონტროლის გამკაცრების საჭიროებას. რუსეთში ტუბერკულოზის გავრცელება 1990 წლიდან ნაწილობრივ პატიმართა ციხიდან მასობრივი გამოშვებითაა გამოწვეული, რისი ისტორიული და პოლიტიკური მიზეზი 1980-იანი წლების „პერესტროიკა“ იყო. გამოსასწორებელ დაწესებულებებში დაავადებების კონტროლის შემდეგი ზომები უნდა იყოს გათვალისწინებული:

1. დაწესებულებაში მყოფთა რეგულარული და სისტემური სკრინინგი იმუნოდეფიციტის ვირუსისა და ტუბერკულოზის აღმოსაჩენად. დადებითი პასუხის შემთხვევაში აუცილებელია პრევენციული თერაპია.
2. ტუბერკულოზის საეჭვო შემთხვევების სწრაფი იდენტიფიკაცია, იზოლაცია და საჭიროებისამებრ მკურნალობა.
3. უშუალო ზედამხედველობის ქვეშ მკურნალობა, ასევე ზუსტი და მკაცრი დაკვირვება დინამიკაში და მონაცემთა ორგანიზება, რათა დამტკიცდეს, რომ დაავადებული განიკურნა.
4. მონიტორინგი, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მკურნალობის უწყვეტობა, როგორც დაწესებულებაში, ასევე მის გარეთ.

პატიმრები სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის ქვეშაც არიან. მდედრობითი და მამრობითი სქესის პატიმრები შესაძლოა სექსუალური და ფიზიკური თავდასხმის ან დაშინების მსხვერპლი გახდნენ სხვა პატიმრების ან ციხეში მომუშავეთა მხრიდან. ციხის სამედიცინო მომსახურება, აღნიშნული მიმართულებით, აუცილებლად უნდა მოიცავდეს სკრინინგს და მკურნალობას, ასევე გარანტირებული უნდა იყოს მოწყვლადი პატიმრების უსაფრთხოება. უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად საშიში ან მოძალადე პატიმრებისგან შესაძლებელია მოხდეს ახალგაზრდა პატიმრების განცალკევებით მოთავსება.

1990-იან წლებში, ამერიკის შეერთებული შტატების მიერ ფედერალური კანონმდებლობის მიხედვით, განმეორებად დანაშაულზე პატიმრის სასჯელი სამუდამო პატიმრობით განისაზღვრებოდა. ამ კანონის მიღების შედეგად ციხეში უფროსი ასაკის პატიმართა რაოდენობა, რომელთა ციხიდან პირობით გათავისუფლება აღარ ხდებობა, გაიზარდა. რადგანაც პატიმრები მათი სიცოცხლის უმეტეს ნაწილს ციხეში ატარებენ, მათი ჯანმრთელობის განხილვა ზოგადი მოსახლეობის ჯანმრელობის თანაბარ მნიშვნელოვნად უნდა მოხდეს.

ის გრძელვადიანი და მოკლევადიანი ჯანმრთელობის რისკები, რომელშიც საპატიმროებში მომუშავე პერსონალი იმყოფება, საპყრობილის ჯანდაცვის სერვისების განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს. ოჯახის ნგრევა და კარდიოვასკულური დაავადებებისგან ნაადრევი სიკვდილი, ალკოჰოლიზმის, თამბაქოს ჭარბად გამოყენების და სამსახურებრივი სტრესის შედეგია. საპყრობილეების პერსონალი დახმარებას საჭიროებს, რათა სამსახურებრივ სტრესსა და ძალადობას გაუმკლავდნენ და, შესაბამისად, შეამცირონ მათი პირადი რისკი და მათ მიერვე პატიმრებზე ინიცირებული ძალადობისადმი მიდრეკილება.

საპყრობილეებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების უზრუნველყოფა უმნიშვნელოვანესია. საზოგადოებრივი ფსიქიკური მომსახურებების არასაკმარისობის გამო, ადამიანები უფრო და უფრო ხშირად ქუჩიდან პენიტენციურ სისტემაში ხვდებიან. ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გაირკვა, რომ პატიმართა 25% ფსიქოზური იყო, 14%-ს კი ფსიქოზური სინდრომები ჰქონდა გამოხატული. ფსიქიკური დაავადება შესაძლოა ძალადობისა და ძალადობრივი კრიმინალის მიზეზი გახდეს. ამგვარად, აუცილებელია ციხეში მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგრამების ურთიერთკომბინირება.

პატიმრის ჯანრთელობაზე საუბრისას მნიშვნელოვანია ეთიკური საკითხები, რადგანაც ციხეებში ხშირად პატიმართა წამება, გაუპატიურება, მკვლელობა, შიმშილი, არაეთიკური სამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარება და არაადეკვატური სამედიცინო და ფსიქიატრიული მკურნალობა ხდება. სამედიცინო ექპერიმენტების ჩატარების დროს ნიურმბერგსა და ჰელსინკში მიღებული ქცევის კოდექსები საერთაშორისოდ მიღებული სტანდარტებია. უენევის კონვენციის კოდექსი, რომელიც ომს და სამხედრო სამსახურს ეხება, ასევე საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტია, მიუხედავად იმისა,

რომ ზოგ შემთხვევაში კოდექსი იგნორირებულია. 1990-იან წლებში ბოსნიის სამოქალაქო ომის პერიოდში პატიმრებზე ძალადობა გენოციდში, შიმშილობასა და გაუპატიურებაში გადაიზარდა. სამედიცინო საზოგადოებას ნებისმიერ ქვეყანაში და ნებისმიერ სიტუაციაში პროფესიული ვალდებულება აქვს, რომ პატიმრების მკურნალობა უზრუნველყონ და მათი მხარდამჭერები იყვნენ, როგორც მშვიდობის, ასევე სამოქალაქო ომის დროს.

მიგრანტი მოსახლეობის ჯანმრთელობა

მრავალ ქვეყანაში ადამიანები და მათი ოჯახები, საფერმო საქმიანობის ან დროებითი საქმიანობის გამო, ხშირად სეზონურად გადაადგილდებიან. ისინი სტაბილური სოციალური გარემოს და მხარდამჭერი სისტემის ნაკლებობას განიცდიან და ხშირად დამოკიდებულნი არიან დამსაქმებლებზე, რომლებისგანაც ხშირად მინიმალურ ანაზღაურებასა და მტრულად განწყობილ საზოგადოებრივ გარემოს ღებულობენ. ამ მოსახლეობას შეადგენს მიგრანტები და სეზონური ფერმის მუშები, მაღაროელები, მეტყევეები და სამშენებლო მუშახელი, რომლებიც ოჯახიდან შორს დიდი ხნის განმავლობაში მუშაობენ.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ეს ფენომენი საკმაოდ გავრცელებულია. ამერიკის შეერთებული შტატების დეპარტამენტის ჯანდაცვისა და ადამიანური მომსახურებების მიგრანტთა ჯანმრთელობის პროგრამის თანახმად, შტატების ტერიტორიაზე 1.5 მილიონი მიგრანტი მუშა და 2.5 მილიონი მიგრანტი ფერმერია. მათი უმეტესობა დაოჯახებულია და ჰყავს ბავშვები, ეს კი ნიშნავს, რომ დაქვემდებარებული მოსახლეობის ჩათვლით, მათი რიცხვი ბევრად მეტია. ამ ოჯახების უმეტესობა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ იმყოფება. ბევრი მათგანი არალეგალი მიგრანტია, რომლებიც დამსაქმებლებისგან ან კონტრაქტორებისგან ექსპლუატაციის და ძალადობის რისკის ქვეშ არიან. მათი ყოველდღიური პრობლემა ასევე ცუდი სანიტარიული და საცხოვრებელი პირობები, პესტიციდები და ინფექციური დაავადებებია.

მიგრანტი მუშახელი ამერიკის შეერთებულ შტატებში მრავალეთნიკურია, მათ შორის არიან: თეთრკანიანი ამერიკელები, სამხრეთ ამერიკელები, ჰაიტელები და იამაიკელები. იმიგრანტთა ჯგუფებში, როგორებიც არიან ჰაიტელები, მექსიკელები და ფილიპინელები, გავრცელებულია ტუბერკულოზი. მათ მუშაობის დროს შესაძლოა სხვა მუშახელზე ინფექციის გავრცელება გამოიწვიონ. ექვსჯერ უფრო მეტია იმის შანსი, რომ მიგრანტ ფერმერებს ტუბერკულოზი დაემართოთ, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობის დასაქმებულ ზრდასრულებს.

მიგრანტმა ფერმერებმა შესაძლოა ოჯახები თავიანთთან წაიყვანონ, სადაც მათ დამსაქმებლების მიერ ორგანიზებულ ბანაკებში, ანტისანიტარიულ პირობებში მოუწევთ ცხოვრება, სადაც საკვებსა და სხვა საარსებო მნიშვნელობის საგნებისადმი ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია. ასეთ ბანაკებში, ბუნებრივია არაადეკვატური სამედიცინო სერვისები და სასკოლო დაწესებულებები იქნება. მიგრანტ მუშახელს ქალაქად ხშირად მარტოხელა მამაკაცები წარმოადგენენ, რომლებმაც შესაძლოა თავიანთი ოჯახები დატოვეს და იმავე ქვეყნის სოფლებიდან წამოვიდნენ ან სხვა ქვეყნიდან არიან ჩამოყვანილნი, სპეციალური სასოფლო სამეურნეო, სამშენებლო და სამთო სამუშაოების შესასრულებლად. ქალები ძირითადად სახლის დამლაგებლებად ან ძიძებად მუშაობენ ან პროსტიტუციით არიან დაკავებულნი. თუმცა ხშირია პროფესიონალი მიგრანტი მუშაკები საექთნო მედიცინაში, კომპიუტერულ ტექნოლოგიებში და სხვა სფეროებში. ადამიანები, რომლებიც უცხო კულტურაში სამუშაო კონტრაქტით ცხოვრობენ, ძალადობისა და ექსპლუატაციის, ასევე სოციალურ იზოლაციაში (რომელსაც თან სდევს ფსიქიკური სტრესი, ძალადობა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები) რისკის ქვეშ მყოფებიან.

მიგრანტი მუშები, ცუდი საცხოვრებელი პირობებით და სამედიცინო მკურნალობის მომსახურებებით, უმეტესად სიღარიბეში, ანტისანიტარიასა და გადატვირთულ საცხოვრებელში ცხოვრობენ. ამავდროულად, მათ არ აქვთ ყველა საჭირო დოკუმენტაცია, რათა რეზიდენტის ლეგალური სტატუსი მიიღონ. ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელმისაწვდომობა და რეგულარული მკურნალობა, განსაკუთრებით ბავშვებისა და ქალებისთვის, ხშირად ერთ-ერთი ყველაზე პრობლემატური საკითხია, განსაკუთრებით არალეგალური იმიგრანტებისთვის. კვებითი პრობლემები

(რკინის ნაკლებობა) და შეფერხებული განვითარება, ისევე როგორც მიკრონუტრიენტული მდგომარეობები, ამ პოპულაციაში ხშირია. მიგრირებული ოჯახების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი და საყურადღებო პრობლემაა სტომატოლოგიური დაავადებები. პრობლემას ისიც ართულებს, რომ სტომატოლოგიური მომსახურება, როგორც წესი, მათთვის ხელმისაწვდომი არ არის. ფერმაში დასაქმებული მუშების ფიზიკური ტრავმები და სიკვდილიანობა სამუშაო შემთხვევების შედეგად, ასევე ხშირია. სასოფლო სამეურნეო სფეროში დასაქმებულ მუშებში სამსახურებრივი შემთხვევების შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყველაზე ხშირია (ყოველ 100. 000 სასოფლო სამეურნეო მუშაზე 37 გარდაცვლილი) (იხილე თავი 9).

სიფილისის, აივ ინფექციისა და ტუბერკულოზის მაღალი გავრცელება მიგრანტ მუშებს შორის იმ ფაქტზე მიანიშნებს, რომ აუცილებელია გამოცდილი, ისეთი პროფესიონალი სამედიცინო მუშაკების არსებობა, რომლებსაც მიგრანტი მუშების სამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილება შეუძლიათ. შესაბამისმა კვლევებმა ხელი შეუწყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების ტრენინგს მიგრანტ ფერმერ მუშებში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ტუბერკულოზის და სხვა გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის.

მიგრანტი მუშები საერთაშორისო პრობლემაა. ევროპის მასშტაბით, მიგრანტი მუშები სოფლის მეურნეობისთვის და სამშენებლო სექტორისთვის არაკვალიფიციურ მუშახელს წარმოადგენენ, რომლებიც მდიდარ ქვეყნებში მრავალი წლის განმავლობაში ჩრდილოეთის, საჰარის ქვედა აფრიკის და აღმოსავლეთ ევროპის ღარიბი ქვეყნებიდან უწყვეტად შედიოდნენ. მიგრანტების უწყვეტი ნაკადი გრძელვადიან სოციალურ და პოლიტიკურ პრობლემებს ქმნიდა მუშებისა და მათი ოჯახებისთვის, რომლებიც ხშირად ეთნიკური შეურაცხყოფის და ძალადობის მსხვერპლნი არიან. გარდა ამისა, მიგრანტებსა და მათ ოჯახებს კულტურული ბარიერის გადალახვა და ადგილობრივ კულტურასთან შეგუება უჭირთ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტოებმა თვალი უნდა ადევნონ აღნიშნული მოსახლეობის ჯგუფის საცხოვრებელ პირობებს და ისინი ყველაზე გავრცელებული დაავადებების სკრინინგით, პრევენციითა და სამკურნალო მომსახურებებით უნდა უზრუნველყონ.

უსახლკარო მოსახლეობის ჯანმრთელობა

სიღარიბით გამოწვეული უსახლკარობა და მუდმივი საცხოვრებლის უქონლობა მწვავე პრობლემაა როგორც ინდუსტრიულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. უსახლკარო ადამიანების და მდიდარი ადამიანების ცხოვრების სტილის ურთიერთშედარება მედიაში აქტიურად შუქდება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, 1997 წლის მსოფლიო ჯანდაცვის ანგარიშის მიხედვით, მსოფლიოში 100 მილიონიდან 1 ბილიონამდე უსახლკაროა. სავარუდოდ, ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოსახლეობის 7.4% ცხოვრების გარკვეულ მონაკვეთში უსახლკარო იყო. ის ადამიანები, რომლებიც გრძელვადიან პერსპექტივაში უსახლკაროები არიან, ჯანმრთელობის პრობლემების მხრივ, დიდი რისკის ქვეშ დგანან.

ჯანდაცვა, განსაკუთრებით პრევენციული ღონისძიებები, უსახლკაროებისთვის არაპრიორიტეტულია. პრევენციის ნაცვლად, ისინი მთელ თავიანთ რესურსს (ფულს, დროს და ა.შ.) იმისთვის იყენებენ, რათა ჰქონდეთ უსაფრთხო, თბილი და სანდო ადგილი ღამის გასათევად, საკვების შესაძენად და ხშირად ალკოჰოლისა და ნარკოტიკისთვის.

უსახლკაროთა გლობალური პანდემია, ხელმისაწვდომი საცხოვრებლის, უმუშევრობის და სოციალური მხარდაჭერისა და მომსახურებების არარსებობის შედეგია. უსახლკაროები თავად არ ირჩევენ ქუჩაში ცხოვრებას, ისინი ხშირად შემთხვევის ან გარკვეული გარემოებების მსხვერპლნი ხდებიან. არსებობს მოსაზრება, რომ უსახლკარობა ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის დეინსტიტუციონალიზაციის შედეგად გაიზარდა. ამ მოსაზრებას ისიც ამყარებს, რომ სავარაუდოდ, უსახლკარო ადამიანების 25-50%-ს ფსიქიკური დაავადება აწუხებს. რთულია იმის თქმა, რეალურად უსახლკარობა იწვევს ფსიქიკურ დაავადებას თუ, პირიქით, თუმცა ერთი ცხადია, ორივე შემთხვევის შედეგია სოციალური იზოლაცია, არაადეკვატური კვება, ჰიგიენური ბარიერი მათ დასასაქმებლად და საცხოვრებლის მისაღებად, რომლებიც ავად-

მყოფობის განვითარებასა და დაუცველობას ხელს უწყობს.

უსახლკაროებს შორის ჯანმრთელობის პრობლემების გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ქრონიკული და მწვავე დაავადებების რიცხვი მოსახლეობის ამ ჯგუფში ძალიან მაღალია. ინსულტების, კიბოსა და სიმსუქნის გარდა, უსახლკარო ადამიანები რეალური საფრთხის წინაშე დგანან, რადგან თავისუფლად შესაძლებელია, ნებისმიერ მათგანს ნებისმიერი კატეგორიის ქრონიკული დაავადება დაემართოს შესაბამისი გართულებებით. ამ ადამიანების ცხოვრების სტილიდან გამომდინარე, დაავადებები, რომლებიც განსაკუთრებულ ყურადღებასა და ზრუნვას საჭიროებენ, როგორიც არის ტუბერკულოზი, გაუკონტროლებელია, რაც, ცხადია, მთელი მოსახლეობისთვის საფრთხის შემცველია. ინდუსტრიულ ქვეყნებში, ისევე როგორც ციხეებში, უსახლკაროთა თავშესაფრებში, ტუბერკულოზი ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადებაა. ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები მოიცავს: გაციებას, სხეულის გაყინვას, ფეხის წყლულებს, დამწვრობებს, რესპირატორულ ინფექციებს, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს, იმუნოდეფიციტურ ინფექციას, ძალადობას, ძარცვის შედეგად მიღებულ ტრავმებს, დაკბენას და გაუპატიურებას. უსახლკაროები მოკლებულნი არიან კარგ კვებას, თავშესაფარს, სითბოს, უსაფრთხოებას, პირად ჰიგიენას და ძირითად პირველად დახმარებას. ვიდრე უსახლკარო ადამიანის მდგომარეობა უკიდურესად არ დამძიმდება, მისთვის სამედიცინო მკურნალობა ხელმისაწვდომი არ არის .

რადგანაც მოსახლეობის ეს ჯგუფი დაზღვეული არ არის, ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობას შესაბამისი ხარჯები და სამედიცინო დაწესებულებამდე არსებული დიდი მანძილი ზღუდავს. ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური საშუალება ასეთი მოსახლეობის დასახმარებლად მობილური დახმარების ჯგუფების შექმნაა. ვაშინგტონში, საქველმოქმედო ორგანიზაციების ორგანიზებით, მობილური ჯანდაცვის მანქანები, ასევე მოძრავი საკვების მანქანები არსებობს, რომლებიც უსახლკაროებს სამედიცინო სერვისებითა და საკვებით უზრუნველყოფენ. თუკი ადამიანის მდგომარეობა იმდენად მძიმეა, რომ საფუძვლიანი სამედიცინო დახმარებაა აუცილებელი, ის კერძო ან სახელმწიფო უსახლკაროთა თავშესაფარში უნდა მივიდეს ან პირდაპირ უნდა მოითხოვოს სამედიცინო დახმარება. ამგვარ სიტუაციაში ადეკვატური დახმარება შესაბამის სამედიცინო დახმარებას, ცხელ შხაპს, ღამის გასათევ ადგილით უზრუნველყოფას და ცხელ საკვებს მოიცავს. არასამთავრობო და საქველმოქმედო ორგანიზაციებს უსახლკარო ადამიანების დასარჩენად მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ, თუმცა, ეს მილიონობით უსახლკარო ადამიანებისთვის, რომლებიც სახიფათო პირობებში ცხოვრობენ, პრობლემის დროებითი გადაწყვეტაა.

უსახლკარო ქალების, რომელთაც შვილები ჰყავთ, ქუჩაში ცხოვრებას შესაძლოა სათუნლად ედოს მეუღლის მიერ ძალადობის შედეგად ოჯახის დანგრევა, დედის მიერ ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარება, ფეხმძიმობა, მიგრაცია, ეკონომიური გაჭირვების შედეგად გამოსახლება. სახლიდან გამოქცეული უსახლკარო ბავშვები და მოზარდები სერიოზული სოციალური და სამედიცინო პრობლემების წინაშე დგანან (ძალადობა, ნარკოტიკების მოხმარება, თვითმკვლელობა, რისკის შემცველი ქმედებები, რომლებსაც ფეხმძიმობა, შიდსი მოსდევს). ბევრ განვითარებად ქვეყანაში, უსახლკარობა და სიღარიბე ბავშვებითა და ორგანიზებით ვაჭრობას და ბავშვების პროსტიტუციას ხელს უწყობს.

უსახლკარობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემაა, რომელიც, პირველ რიგში, თვითონ უსახლკაროებს აწუხებთ, თუმცა ასევე გავლენა აქვს მთელ საზოგადოებაზე. ბევრი სხვა სოციალური პრობლემის გადაწყვეტის მსგავსად, ამ პრობლემიდან გამოსავალი კომპლექსური და ძვირადღირებულია. უსახკლარობის პრობლემის ძირითადი მახასიათებელია: სიღარიბე და არაადეკვატური მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი. უსახლკაროთა საზოგადოებაში რეინტეგრაცია საზოგადოებაზე დაფუძნებულ მკურნალობასა და სოციალურ მომსახურებებს საჭიროებს. ეს მიდგომა უსახლკაროების პროგრამაში ჩართვას, კონკრეტული შემთხვევების მართვას, საცხოვრებლით უზრუნველყოფას, გრძელვადიან მომდევნო დახმარებასა და მხარდაჭერას გულისხმობს. აგრეთვე მნიშვნელოვანი უსახლკაროთა პროფესიული ტრენინგი და დასაქმება. ვიდრე მსგავსი მიდგომა რეალურად არ განხორციელდება, უსახლკარობის შედეგად ბევრი სოციალური პრობლემა იქნება, რომელთა აქტიურ გადაჭრასა და გადაწყვეტას საქველმოქმედო და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემა ცდილობს.

ლტოლვილთა ჯანმრთელობა

1990-იან წლებში დაახლოებით 35 მილიონ ადამიანმა თავისი ქვეყანა დატოვა ან ქვეყნის შიგნით გადაადგილდა, როგორც ლტოლვილი. 20 მილიონი ლტოლვილიდან, რომლებმაც თავიანთი ქვეყანა დატოვეს, 14 მილიონი აფრიკიდან, სამხრეთ აზიიდან და შუა აღმოსავლეთიდან არიან. ადამიანების საცხოვრებელი ადგილიდან მასობრივი გადაადგილება შესაძლოა გამოწვეული იყოს ეთნიკური ან რელიგიური დევნით, პოლიტიკური კონფლიქტით, ომით, სამოქალაქო დაპირისპირებით, ბუნებრივი დეგრადაციით ან ეკონომიკური რესურსების კონფლიქტით. ყოველწლიურად, მილიონობით ადამიანი თავის სახლს, ფერმას, რეგიონს ან ქვეყანას ტოვებს, საკვების, წყლის, სამსახურის და უსაფრთხოების პოვნის იმედით.

იმის მიხედვით, თუ როგორ ფუნქციონირებს ქვეყნის ინფრასტრუქტურა და ძირითადი მომსახურებები, როგორია უსაფრთხოების მდგომარეობა და რამდენად ეფექტურად ხდება მოსალოდნელი უბედურებებისთვის მზადება, განისაზღვრება შესაძლებლობა იმისა, თუ რამდენად ძალუძს ქვეყანას ლტოლვილების მოსალოდნელ მასობრივ გადაადგილებას გაუმკლავდეს. შესაფერისი და დროული რეაგირება ადგილობრივ ძალისხმევაზეა დამოკიდებული, ასევე საერთაშორისო დახმარებასა და მხარდაჭერაზე, რაც საჭირო მარაგებისა და მომსახურებების უზრუნველყოფით გამოიხატება. ეფექტური სამაშველო დახმარება უნდა მოიცავდეს უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, თავშესაფარს, თბილ სამოსს, სანიტარიულ უზრუნველყოფას, უსაფრთხო სასმელ წყალს, საკვებს, ოჯახთან ერთად მოთავსებას, პირადი პრევენციისა და სამკურნალო მომსახურებების უზრუნველყოფას. როდესაც ლტოლვილობის პერიოდი გრძელვადიანია, ლტოლვილების განათლება, ოჯახის დაგეგმვა და გრძელვადიანი ჯანდაცვის მომსახურებები, მუდმივად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

გაეროს ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარის მიზანია მონიტორინგი და კოორდინაცია გაუწიოს ლტოლვილთა საჭიროებებს და სამაშველო სერვისებს. გაეროს ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარის მონაცემებით, მსოფლიოს მასშტაბით 1997 წლის ბოლოს 12 მილიონი ლტოლვილი მოსახლეობა იყო, 1.2 მილიონით ნაკლები, ვიდრე 1996 წელს, მეტწილად აფრიკის მასშტაბით. 1997 წელს თითქმის 900 000 ლტოლვილი ნებაყოფლობით და უმაღლესი კომისრის მხარდაჭერით, საკუთარ საცხოვრებელს დაუბრუნდა. 1999 წლის კოსოვოს ლტოლვილთა კრიზისისა და სერბეთის ხელისუფლების მიერ ეთნიკური წმენდის პოლიტიკის შედეგად, დაახლოებით 1 მილიონამდე ადამიანი ლტოლვილთა სიას დაემატა.

ლტოლვილთა მდგომარეობის მწვავე ფაზა, რომელიც შესაძლოა გამოწვეული იყოს ადამიანის ან ბუნებრივი კატაკლიზმების შედეგად (განხილულია მომდევნო პარაგრაფებში), შესაძლოა გარკვეული დროის განმავლობაში გაგრძელდეს და სხვადასხვა სახის პრობლემები შექმნას. მდგომარეობის სიმწვავიდან გამომდინარე, მდგომარეობა შესაძლოა საერთაშორისო მედიის განხილვის თემა გახდეს და არასამთავრობო ორგანიზაციებმა ქვეყანას სამაშველო მარაგებით დახმარება და ფინანსურად უზრუნველყოფა აქტიურად შესთავაზონ. თუკი სიტუაცია დიდი ხნის განმავლობაში გრძელდება, საერთაშორისო საზოგადოების ჩართულობის მნიშვნელობა უფრო იზრდება და უფრო მეტი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ გაეროს ლტოლვილთა უმაღლეს კომისარსა და ისეთ არასამთავრობო ორგანიზაციებს, როგორიც არის საერთაშორისო წითელი ჯვრის ორგანიზაცია, ექიმები საზღვრებს გარეშე, კათოლიკური დახმარების სერვისები და სხვ. (იხილე თავი 2). ლტოლვილთა გრძელვადიანი დახმარების ცენტრი მოსახლეობის ნებისმიერი ჯგუფისთვის ყველა ძირითად მომსახურებას უზრუნველყოფს, თუმცა შეიცავს სანიტარიული კოლაფსის, განმეორებითი შემთხვევის ან პოლიტიკური ცვლილების შედეგად სამედიცინო მომსახურებების შეწყვეტის რისკს. 1999 წლის კოსოვოს კრიზისის შედეგად გაეროს უმაღლესი კომისარი, ნატო და ბევრი სხვა საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაცია ერთობლივი ძალისხმევისთვის გაერთიანდა, რათა ქვეყნას დახმარებოდნენ. მათ ერთობლივად უზრუნველყვეს ფინანსური სახსრებისა და სამაშველო ტექნიკის ორგანიზება რეგიონში, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ პრობლემის გადაჭრა მხოლოდ სამხედრო და პოლიტიკური ძალისხმევის შედეგად მოხერხდა, რითაც ქვეყანა აიძულეს ლტოლვილებისთვის ნება მიეცათ საკუთარ საცხოვრებლებს დაბრუნებოდნენ.

სამხედრო მედიცინა

სამხედრო მედიცინა ქირურგიისა და მასთან დაკავშირებული უნარებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. რომაელთა სამხედრო წარმატება განპირობებული იყო სამხედრო მედიცინის განვითარებით. რომაელთა ჯარში ჯანმრთელობის პრევეცნიულ ზომებს, ჰიგიენასა და სამხედრო ბანაკებში დისციპლინას დიდი ყურადღება ექცეოდა. საზღვაო და სახმელეთო არმია დამოკიდებულია სამედიცინო მხარდაჭერასა და საკვებით მომარაგების უზრუნველყოფაზე, რათა ჯანმრთელობა შეინარჩუნოს და დაკისრებული მისიები შეასრულოს. აშშ-ის არმიამ ჯენერის მეთოდის აღიარების შედეგად, ვაქცინაცია სავალდებულო გახადა. მეცხრამეტე საუკუნეში მიღწეული სამედიცინო ინოვაციები განსაკუთრებულად მასშტაბური იყო. ამ პერიოდის ინოვაცია რონალდ როსის ნაშრომია მალარიის პარაზიტისა და ყვითელი ციებ-ცხელების საწინააღმდეგოდ, რომელიც ამერიკის არმიისთვის 1901 წელს, კუბაში, სერიოზული პრობლემა გახდა.

შეიარაღებულ ძალებს ეროვნული პასუხისმგებლობა აკისრიათ, ამიტომაც სამხედრო სისტემასთან დაკავშირებულ ჯანდაცვის საკითხებს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს. შეიარაღებული ძალები აქტიურად ეძებენ ჯანმრთელ ადამიანებს მათ რიგებში სამუშაოდ, თუმცა ჯარის საცხოვრებელმა პირობებმა, როგორც ომის, ასევე მშვიდობის დროსაც, შეიძლება გარკვეული დაავადებები გამოიწვიოს. სამხედრო მედიცინა ხაზს უსვამს პრევენციის მნიშვნელობას პერსონალის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად, რომელთაც სახიფათო პირობებში ყოფნა მოუწევთ.

აშშ-ის არმიის მონაცემებით, მეოცე საუკუნის დასაწყისში, ვიეტნამის სამოქალაქო ომის დროს, დაავადებებით გარდაცვლილთა რიცხვმა ომში დაღუპული ჯარისკაცების რიცხვს, ბევრად გადააჭარბა (იხილეთ ცხრილი 7.5).

ცხრილი 7.5 დაავადების და ომის შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტული და რიცხობრივი რაოდენობა, ამერიკის შეერთებული შტატების არმია, 1860- 1975 წწ.

ომი	დაავადება (დ)	საბრძოლო ტრავმა (სტ)	დ/სტ%
სამოქალაქო ომი, 1861–1865	199,720	138,154	145
ესპანეთ-ამერიკის ომი, 1898	1,939	369	525
ფილიპინები 1899–1902	4,356	1,061	410
I მსოფლიო ომი, 1917-1918	51,447	50,510	102
II მსოფლიო ომი, 1941–1945	15,779	234,874	7
კორეის ომი, 1950–1953	509	27,704	2
ვიეტნამის ომი, 1961–1975	1,433	30,900	5

წყარო: Adapted from Legters and Llewellyn, 1992. Military medicine, In (Last, J. M., Wallace, J. B. Eds.). *Public Health and Preventive Medicine*

სამხედრო მედიცინამ ხელი შეუწყო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების განვითარებას, რომელმაც სამოქალაქო სექტორს უდიდესი სარგებელი მოუტანა. ამ მხრივ, აღსანიშნავია ისეთი ინოვაციები სამხედრო სამედიცინო ტექნოლოგიებიდან, როგორიც არის მაგალითად, ულტრაბგერის გამოყენება.

დაავადებები შესაძლებელია ადვილად გავრცელდეს ყაზარმებსა და გემზე ცხოვრების დროს. შესაბამისად, აღნიშნული დაავადებებისგან დაცვა ისეთი პრევენციული ღონისძიებების გატარებას საჭიროებს, როგორიცაა ბავშვობის ასაკში მიღებული ვაქცინაციების ხელმეორედ ჩატარება (დიფტერიის, ტეტანუსის, B ჰეპატიტის, გრიპის, პოლიომელიტის, წითელას, ყბაყურას, წითურას, მენინგოკოკური მენინგიტის, A ჰეპატიტი, ციმბირის წყლულის და სხვ. წინააღმდეგ). ჯარის ადგილსამყოფელის სპეციფიკის მიხედვით შეიძლება საჭირო გახდეს ანტიმალარიული და სხვა სახის პრევენციული ზომების განხორციელება.

სრულფასოვანი კვება, ალიმენტური, წყლით

და აირ-წვეთოვანი გზით გადამდები დაავადებისგან დაცვა, წვრთნების დროს ტრავმების მიღების, თვითმკვლელობის, ტოქსიკურ ნივთიერებებთან ახლოს ყოფნის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, მათ შორის, აივ ინფექციის განვითარების პრევენცია შეიარაღებული ძალებისათვის უმნიშვნელოვანესია. წრთვნების დროს ასევე მნიშვნელოვანია ძალადობის, სისასტიკისა და თვითმკვლელობის პრევენცია. წვრთნების დროს აუცილებელია ოფიცერთა სიფხიზლე და სამედიცინო ზედამხედველობა.

სამხედრო და სამოქალაქო პირების დაშავებისა და მსხვერპლის თავიდან აცილების საუკეთესო საშუალება ომის პრევენციაა. ომის დროს, საბრძოლო დაზიანებების პრევენცია დამოკიდებულია დისციპლინასა და ხელმძღვანელობაზე, ასევე თუ რა სახის საბრძოლო საშუალებებით მიმდინარეობს ბრძოლა და ამ საშუალებებს რამდენად კვალიფიციური ადამიანები მართავენ. ამ სფეროში სამედიცინო მხარდაჭერა, ევაკუაცია, ჭრილობების სირთულის მიხედვით დაშავებულთა შერჩევა, სამედიცინო ცენტრებში დაშავებულთა სწრაფი გადაყვანა, უმნიშვნელოვანესია, რათა ფატალური გამოსავალი შემცირდეს, ნაკლები დაშავებული იყოს და ბევრი ახალგაზრდის სიცოცხლე გადარჩეს. ექიმთა მიერ სამედიცინო მომსახურებების ორგანიზება საბრძოლო წერტილებში, საევაკუაციო პოსტებსა და ძირითად საავადმყოფოებში, საჭიროებს კვალიფიციურ მართვას, ორგანიზებას და ყველა საჭირო მარაგების, როგორიც არის წყალი, საკვები, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო რესურსები, საკმარისი რაოდენობით უზრუნველყოფას.

უბედური შემთხვევის მართვა პრევენციაზე, ერთად კონცენტრირებაზე, მკურნალობასა და ევაკუაციაზეა დაფუძნებული. აღნიშნული პროცესის განხორციელებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს ჯარის მორალის ამაღლებაზე და დაჭრილთა მოსალოდნელი გართულებებისა და სიკვდილის პრევენციაზე. ჭრილობების სირთულის მიხედვით შემდეგი ღონისძიებები უნდა განხორციელდეს: გადაუდებელი შემთხვევებისას აუცილებელია სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა, სისხლდენის კონტროლი და ჩანაცვლებითი თერაპია, რათა თავიდან ავიცილოთ სწრაფი სიკვდილი. დაუყოვნებელ შემთხვევებს მიეკუთვნება სიცოცხლისთვის სახიფათო ჭრილობები, რომლებიც დროებით სტაბილური შეიძლება იყოს, თუმცა აუცილებლად მოითხოვს დროულ ქირურგიულ ჩარევას, რის შემდეგადაც დაზიანებულს გამოჯანმრთელების კარგი შანსი აქვს. დაგვიანებული შემთხვევაა, როდესაც ჭრილობის წარმატებით მკურნალობა შესაძლებელია ჭრილობის მიღებიდან 8-16 საათის განმავლობაში. მინიმალური ანუ ზედაპირული ჭრილობები ელემენტარულ ქირურგიულ ჩარევას, მოტეხილობის შეხვევას ან უბრალოდ დაკვირვებას საჭიროებს. „მოლოდინს დაქვემდებარებული“ შემთხვევებია, როდესაც ადამიანი სასიკვდილოდაა დაჭრილი და გადარჩენის მცირე შანსი აქვს.

პოტენციურ ატომურ, ბიოლოგიურ ან ქიმიურ ომს, ზემოხსენებულ ყველა ღონისძიებებთან ერთად სპეციალური წინასწარი მომზადება სჭირდება. ასეთი პერსპექტივა რეალურად არსებობს, ამიტომ აუცილებელია სამხედრო მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხისმგებლობა სამხედრო დანაყოფებსა და მოქალაქეებზე მოსალოდნელი ეფექტისთვის მოსამზადებლად.

ჯანმრთელობის დაცვა კატასტროფების დროს

ბუნებრივი და ადამიანის ქმედებით გამოწვეული კატასტროფები საკმაოდ ხშირია (ცხრილი 7.6) და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. ბუნებრივი კატასტროფები ადამიანის ჩარევის გარეშე ხდება და შეუძლია ჭარბი სიკვდილიანობა, ავადმყოფობები გამოიწვიოს და გარემო დააზიანოს. ბუნებრივი კატასტროფები მიწისძვრებს, წყალდიდობებს, ქარიშხალს, გვალვას, შტორმს და ვულკანის ამოფრქვევას მოიცავს. ტერმინი კატასტროფა ასევე გულისხმობს ისეთ მოვლენებს, როგორიცაა ომი, ინდუსტრიული ავარიები, ტერორისტული აქტები და სხვ. კატასტროფა შემდეგნაირად კლასიფიცირდება: ადამიანის მიერ გამოწვეული კატასტროფები და ბუნებრივი კატასტროფები, ასევე კატასტროფები, რომლებიც ნელა ვითარდება და რომლებიც ჩქარა ვითარდება. ბუნებრივ და ადამიანების მიერ გამოწვეულ კატასტროფას შორის განსხვავება ხშირად ბუნდოვანია, რადგანაც კატასტროფა შესაძლებელია

იყოს არასწორი პოლიტიკური გადაწყვეტილების შედეგი, როგორიცაა, მაგალითად, გვალვა, რომელიც ადამიანის არასწორი მოქმედების შედეგად შეიძლება განვითარდეს. ნახევრად უდაბნოებში, სადაც საკვები გაიშვიათებულია და ქრონიკული კვების უკმარისობაა, საშუალო სიმძიმის კატასტროფამ შესაძლოა ფართომასშტაბიანი პრობლემები, კვების უკმარისობა გამოიწვიოს, რომელიც შესაძლოა დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში გაგრძელდეს.

ცხრილი 7.6 ბუნებრივი და ადამიანის მიერ გამოწვეული ბოლო დროის კატასტროფები

მდებარეობა	ტიპი	წელი	ეფექტი
გუატემალა	მიწისძვრა	1976	23,000 გარდაცვლილი, 77,000 დაშავებული, 1.2 million დაზარალებული
სერვესო, იტალია	ქიმიური ქარხნის აფეთქება	1976	17,000 ევაკუირებული
კამბოჯა	გენოციდი, პოლიტიკური	1979	1–2 million გადარაცვლილი
ბოპალი, ინდოეთი	ქიმიური გაჟონვა	1984	2000 გარდაცვილი, 70,000 ევაკუირებული
მექსიკა	მიწისძვრები	1985	10,000 გარდაცვილი, 60,000 უსახლკაროდ დარჩენილი
კოლუმბია	ვულკანი	1985	23,000 გარდაცვილი, 200,000 უსახლკაროდ დარჩენილი
ჩერნობილი, უკრაინა	ატომური სადგურის აფეთქება	1986	30 გარდაცვლილი, 100,000 ევაკუირებული,გრძელვადიანი ეფექტები უცნობია (კიბო, თანდაყოლილი დეფექტები)
ბოსნია, ჰერცოგოვინა	სამოქალაქო ომი, გენოციდი	1993-1995	ათი ათასობითი დანაკარგი, მასობრივი გაუპატიურება და მკვლელობები, სამოქალაქო მომსახურებების განადგურება
რუანდა	გენოციდი, გვაროვნული	1994	ნახევარ მილიონამდე გარდაცვლილი
კობე, იაპონია	მიწისძვრა	1995	6000 გარდაცვლილი
კარიბები	ქარიშხალი გორდონი	1995	11,000 გარდაცვლილი ჰაიტიზე, კუბაზე, იამაიკაზე და დომიკინის რესპუბლიკაში
ჩინეთი	წყალდიდობა	1998	4150 გარდაცვლილი, 18.4 მილიონი იძულებით გადაადგილებული და 180 მილიონი დაზარალებული
ნიკარაგუა	ქარიშხალი მიტჩი	1998	10,000 გარდაცვლილი, ათასობით დაკარგული, 120,000 უსახლკაროდ დარჩენილი
კოსოვო	სამოქალაქო ომი, ექნიკური წმენდა	1999	დაახოებით 1 მილიონი ადამინი იძულებით გადაადგილებული, მასობრივი მკვლელობები, საზოგადოების განადგურება

წყარო: Adapted from Menu, J.-P. (ed). Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 1996, and 1999 Internet website http://www.reliefweb.int

კატასტროფების მართვის შედეგად მიღებულ გამოცდილებას ბოლო რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში დაემატა გაუმჯობესებული და განვითარებული თანამედროვე ტექნოლოგიები კომუნიკაციაში, ასევე თვითმფრინავის საშუალებით სხვადასხვა სახის საჭირო მარაგების (კარვები, საბნები, საკვები, გენერატორები, მძიმე ტექნიკა ნანგრევების გადასა-

დგილებლად, აგრეთვე საველე საავადმყოფოები, სამედიცინო მარაგები: სტერილიზაციისა და სპეციალური მოწყობილობები, ანტიბიოტიკები, ვაქცინაციები, ორალური რეჰიდრაციული თერაპიის საშუალებები) ტრანსპორტირების შესაძლებლობა.

კატასტროფების დროს საჭიროა მაღალკვალიფიციური და აგრესიული ქმედება, რომელიც სხვადასხვა სექტორებს შორის ურთიერთთანამშრომლობაზე იქნება დაფუძნებული. კატასტროფა შესაძლოა მოსახლეობის დიდი ნაწილის სიკვდილის მიზეზი გახდეს. კატასტროფები შესაძლოა მოხდეს როგორც დიდ ქალაქებში, ასევე შორეულ ჯუნგლებში. ბუნებრივია, სხვადასხვა ადგილას განსხვავებული მდგომარეობები იქნება, თუმცა ძირითადი ადამიანური მოთხოვნილებები ყველასთვის საერთოა. კატასტროფის შემდგომ, სიკვდილისა და დაზიანების მიღების თავიდან ასარიდებლად, პრიორიტეტულია დაზარალებულთა დაცვა, უსაფრთხოება, წყალი, საკვები და თავშესაფარი. ორგანიზებული პრევენციისას აუცილებელია სანიტარიული პირობების უზრუნველყოფა და ყველაზე მეტად გავრცელებული, ანტისანიტარიასთან დაკავშირებული ისეთი დაავადებების მართვა, როგორიცაა დიარეა, მწვავე რესპირატორული დაავადება, წითელა და სხვ. (მაგ. ჰეპატიტი, ტიფი, ქოლერა, გასტროენტერიტი). დიზენტერია, არასრულფასოვანი კვება და რესპირატორული უკმარისობის აფეთქებამ შესაძლოა დიდი რაოდენობით დაუძლურებული ბავშვისა და მოზარდის სიკვდილი გამოიწვიოს. პოსტტრავმულ სინდრომთან გამკლავება შესაძლოა საზოგადოებაზე ორიენტირებული მხარდამჭერი პროგრამების მეშვეობით მოხდეს, შესაბამისი მოსახლეობის აქტიური ჩართულობით.

სიკვდილის, დაზიანების და დაავადებების ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი ხშირად რთულია, რადგან კატასტროფებს თან ქაოსური მდგომარეობა ახლავს. ნებისმიერი კატასტროფის დროს პროცესისა და ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის მონიტორინგი ინტერვენციის შესახებ ინფორმაციას და გაკვეთილს იძლევა, რომელიც შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს მომავალში კრიზისის მენეჯმენტისას და დაგეგმარებისას. საავადმყოფოში მონიტორინგის საშუალებით შეიძლება მივიღოთ ინფორმაცია ისეთი დაავადებების შესახებ, როგორიცაა ტიფოზური ცხელება ან ვირუსული ჰეპატიტი. მაგალითად 1980 წელს სამხრეთ იტალიაში მომხდარი მიწისძვრის შედეგად, წყალი დაბინძურდა. რუანდის მაგალითზე შესაძლოა ითქვას, რომ კატასტროფის დროს ქოლერის გავრცელება ასევე სერიოზული პრობლემაა. შეზღუდული რაოდენობის სასმელი წყლის დაბინძურება მნიშვნელოვან სირთულეებს ქმნის და შესაბამისად პორტატული ქლორინატორები და სპეციალური წყალსატუმბები ამ დროს ბაზისურ საჭიროებებს მიეკუთვნება. ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა საკვებისა და კარვების ადგილსამყოფელის შეიარაღებული გუშაგების მიერ დაცვა.

დახმარების სააგენტოების მიერ გაწეული ინტერვენცია უნდა მოიცავდეს ნითელასა და პოლიომელიტის, აგრეთვე დიფტერიის, ყივანახველას და ტეტანუსის წინააღმდეგ რეგულარულ ვაქცინაციას და ვიტამინებისა და რკინის შემავსებლების მიწოდებას განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუკი თვეების განმავლობაში ნორმალური მდგომარეობაში დაბრუნება ვერ ხერხდება. მუცლის ტიფთან და სალმონელასთან ბრძოლა სანიტარიული მდგომარეობის გამოსწორებითა და კონკრეტული შემთხვევის თვალყურისდევნით ხდება. დასალევად ვარგისი წყლისა და ორალური რეჰიდრაციის თერაპიის დიდი რაოდენობით მიღების აბსოლუტური აუცილებლობა 1993-1994 წლებში რუანდის კატასტროფის დროს გამოჩნდა.

უფრო გრძელვადიან პერიოდში აუცილებელია ბავშვების წონის, ასაკისთვის შესაბამისი სიმაღლის და კვების მონიტორინგი, რომელიც შესაძლებელია გაკეთდეს შემთხვევით შერჩეულ მოსახლეობის ნაწილზე, რათა ცვალებადი სიტუაციის ეფექტი შეფასდეს. ბავშვებში არასრულფასოვანი კვების შედეგად წარმოქნილი დეფიციტი ვიტამინებითა და რკინის შემავსებლების მიღებით უნდა შეივსოს. წყალთან და თავშესაფართან ერთად ძირითადი საკვები პროდუქტებით მომარაგება კატასტროფების დროს პრიორიტეტულია, თუმცა დიდი რაოდენობით საკვების მომარაგებით გამოწვეული ხარჯების გაღება შესაძლოა განვითარებულ ქვეყნებსაც გაუჭირდეთ.

ანტისანიტარიის შედეგად მეორადმა დაზიანებამ შესაძლოა ინფექციური დაავადებები წარმოშვას. სიტუაციას საკვები პროდუქტების, სასმელი წყლისა და სანიტარიული დაწესებულებების ნაკლებობა ამძიმებს. 1994 წლის რუანდის სამოქალაქო ომის და ეთნიკური წმენდის შედეგად გაჩენილი ლტოლვილების მძიმე სიტუაციამ მათი მასობრივი სიკვდილი გამოიწვია. კოორდინაციის ნაკლებობის გამო, საერ-

თაშორისო ან ადგილობრივი ძალისხმევა შესაძლოა შეფერხდეს. ლტოლვილთა ბანაკების მოწყობისას უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ბუნებრივი სანიაღვრეები, სასმელი წლით მომარაგება, მისასვლელი გზები, სანიტარიული დაწესებულებებისა და ნაგავსაყრელისგან საჭმლისა და წყლის საცავების განცალკევება.

1995 წელს ფლორიდის სანაპიროს თავს ქარიშხალი ოპალი დაატყდა, რომელმაც 27 ადამიანის სიკვდილი გამოიწვია, მათგან 13 მოწყვეტილი ხეების დაცემის შედეგად დაიღუპა, 4 – ნახშირბადის მონოქსიდისგან მოწამვლით, 7 – ავტოავარიის შედეგად და 5 – ქარიშხლის აქტიური ფაზის შემდეგ დატბორვის შედეგად, დენის დარტყმით და სხვა მიზეზებით. შტორმის შესახებ გაფრთხილებისას შეიძლება უკეთესი კოორდინაცია მოხდეს და შესაბამისად, შესაძლებელია ზღვისპირა ქალაქებში სიკვდილიანობის შემცირება. გზების სახიფათო მონაკვეთებში გამაფრთხილებელმა ნიშნებმა შესაძლებელია ავტოავარიების შედეგად დაღუპულთა რიცხვი შეამციროს. კატასტროფის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება უსაფრთხო ევაკუაციას, უსაფრთხო თავშესაფარს, რისკების თავიდან აცილებას და მხარდამჭერი მომსახურებებს უზრუნველყოფს, რაც კატასტროფების დროს ძირითადად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხისმგებლობაა სხვა ადგილობრივ, სახელმწიფო და ფედერალურ სააგენტოებთან ერთად.

ლტოლვილების მასობრივმა კრიზისმა, რომელსაც კომპლექსური პოლიტიკური და ეთნიკური მიზეზები ჰქონდა, 1996 წელს რუანდასა და ზაირში გენოციდური სამხედრო მოქმედების შედეგად, მასობრივი სიკვდილიანობა, დაავადებები, დეჰიდრატაცია და შიმშილობა გამოიწვია. საერთაშორისო ინტერვენცია, რომელიც საველე სამხედრო საავადმყოფოებს და ჰუმანიტარულ დახმარებას მოიცავდა, სპორადული და არასაკმარისი იყო. ამ დროს უმნიშვნელოვანესია ისეთი არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარება, როგორებიცაა „ექიმები საზღვრების გარეშე“ და გაეროს ჰუმანიტარული ორგანიზაციები. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ სამხედრო და პოლიტიკური მხარდაჭერის გარეშე, მათი ძალისხმევის ეფექტურობა შეზღუდულია. სამედიცინო ინტერვენცია საველე საავადმყოფოების საშუალებით მედიის ყურადღებას იპყრობს, მაგრამ თავშესაფრების მოწყობა, უსაფრთხო წყლით მომარაგება და სანიტარიული უზრუნველყოფა, საერთაშორისო მასშტაბით, უფრო ნაკლებ ყურადღებას იმსახურებს და შესაბამისად, მხარდაჭერაც უფრო ნაკლებია.

1998 წელს, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, 37 სასტიკმა კატასტროფამ (15 წყალდიდობა, 6 მიწისძვრა, 1 ვულკანური ამოფრქვევა, 6 ციკლონი და ქარიშხალი, 3 გვალვა) გამოიწვია ბევრი ადამიანის სიკვდილი, საცხოვრებელი ადგილიდან ადამიანების იძულებით გადაადგილება, უზარმაზარი ხარჯები, რომლებიც, თავის მხრივ, გამოწვეული იყო უძრავი ქონების დაზიანებითა და სხვა ეკონომიკური ხარჯებით. 1999 წელს მარტის თვემდე 13 ასეთი შემთხვევა დაფიქსირდა. 1998 წლის ზაფხულში ჩინეთში მომხდარმა წყალდიდობამ 4,150 ადამიანის სიკვდილი, 18.4 მილიონი ადამიანის ევაკუაცია გამოიწვია, სულ ჯამში, 180 მილიონი დაზარალებული იყო. ეკონომიკურმა ზარალმა 26 ბილიონ დოლარს მიაღწია (http://www.reliefweb.org). 1999 წელს თურქეთში მომხდარმა ორმა მიწისძვრამ ნგრევა და სიკვდილი გამოიწვია, მეტწილად არასწორი მშენებლობის სტანდარტების გამო.

კატასტროფების დროს დაზიანებებისა და სიკვდილის პრევენციისას, გათვალისწინებული უნდა იყოს ადგილმდებარეობის შესახებ დაგროვებული გამოცდილება. კალიფორნიაში მომხდარი მიწისძვრები მოსახლეობისთვის მნიშვნელოვან საფრთხეს წარმოადგენს. საფრთხის გააზრებით, ამ რეგიონში სამშენებლო სტანდარტების კოდექსი გამკაცრდა, რამაც დაზიანება და განმეორებითი შემთხვევებისას სიკვდილი უნდა შეამციროს. მონიტორინგის საშუალებით შესაძლებელია მოსალოდნელი კატასტროფის შესახებ შეტყობინების მიღება და საევაკუაციო გეგმის და დაწესებულებების მომზადება, რაც კატასტროფის მართვის პროცესს მთლიანად ცვლის. რაიონებად დაყოფის მუნიციპალური კანონებისა და სამშენებლო სტანდარტების შესრულება ხელს უწყობს ბევრი ადამიანის სიკვდილის თავიდან აცილებას, როდესაც რაიონებს თავს ატყდება მიწისძვრა. გამოცდილების მიხედვით, სახიფათო რეგიონებში წყალდიდობის კონტროლის ზომების მიღება მნიშვნელოვანი ინვესტიციაა, რათა თავიდან იქნას აცილებული საკუთრებისა და სახლების დაზიანება. საჭირო აღჭურვილობისა და მარაგების დასაწყობება და მუშახელის გადამზადება მსგავსი შემთხვევებისთვის, საჯარო ადმინისტრირების ერთ-ერთი მთავარი მიმართულებაა, რომელიც, რა თქმა უნდა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვისაც მნიშვნელოვანია.

კატასტროფებში მიღებული გამოცდილების აღნუსხვა მომავალ მსგავს სიტუაციებში გა-

ჩანართი 7.5 ჯატასტროფის დაგეგმარების საკითხები

1. დაშავებულთა მკურნალობა და ევაკუაცია;
2. სიკვდილის, დაზიანების და დაავადების შემთხვევების მინიმალიზაცია;
3. უსაფრთხოების, დაცვის, საზოგადოებრივი წესრიგის უზრუნველყოფა, რათა პოლიციის, არმიის, ოფიციალური ჯანდაცვის სააგენტოების, ადგილობრივი და საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციების ინტერვენციების კოორდინაცია მოხდეს;
4. უსაფრთხო წყლით, საკვებით, სითბოთი და თავშესაფრით უზრუნველყოფა;
5. სანიტარიული პირობების უზრუნველყოფა და ბუნებრივი საფრთხეების პრევენცია;
6. ეპიდემიის კონტროლისა და პრევენციის უზრუნველყოფა. გადამდები დაავადებების მკურნალობა(დიარეა, მწვავე რესპირატორული ინფექცია, წითურა, ჰეპატიტი, მალარია);
7. დაშავებულთა და ავადმყოფთა მუდმივი მკურნალობის უზრუნველყოფა;
8. ყველა ოფიციალური, საქველმოქმედო, ადგილობრივი, საშტატო, ეროვნული და საერთაშორისო დახმარების მობილიზება და კოორდინირება;
9. არასრულფასოვანი კვების პრევენცია და საკვები მიკროელემენტების შემავსებლებით მომარაგება;
10. ბავშვების, ორსულთა და ჩვილ ბავშვთა მკურნალობა;
11. დაავადებების და ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონიტორინგი;
12. დაზარალებული მოსახლეობისთვის სამედიცინო დახმარების მობილიზება;
13. ნორმალურ ფუნქციონირების დროული აღდგენა;
14. პოსტტრავმული სინდრომის პრევენცია;
15. შესაბამისი სიტუაციის შეფასება და მონიტორინგი;
16. გამოკვლევა, აღწერა, გამოცემა და დინამიკაში მეთვალყურეობა;
17. განათლება (დროებითი სკოლამდელი და სასკოლო სწავლებები);
18. ლტოლვილთა დახმარებაში მონაწილეობის წახალისება;
19. დროული რეაბილიტაცია და სახლში დაბრუნება;
20. გამოცდილების მიმოხილვა და შესაძლო კატასტროფებისთვის დაგეგმარება;

სათვალისწინებლად უმნიშვნელოვანესია. კატასტროფების დაგეგმარება სახელმწიფო, პროვინციულ, რაიონულ და ადგილობრივი თვითმმართველობის დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტოებისთვის ძირითადი კომპონენტია. პოლიციის, არმიის, სამოქალაქო დაცვის, სახანძრო სერვისის, ადგილობრივი და სახელმწიფო კატასტროფის დაგეგმარების, საავადმყოფოების და ბევრი სხვა ადგილობრივი და საეთაშორისო დახმარების სააგენტოების ურთიერთკოორდინაცია კატასტროფის დროს შექმნილი სიტუაციიდან გამოსავლის პოვნას განსაზღვრავს. სამოქმედო პროცედურებისთვის გეგმის შემუშავებამ და პრაქტიკულმა სწავლებებმა შესაძლოა შედეგებზე დიდი გავლენა იქონიოს. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა კატასტროფა ერთმანეთისგან განსხვავდება, დაგეგმარებისას მათი საზიარო ნიშნების გათვალისწინება, რომელიც ამოღებულია კვლევების, შეცდომებისა და გამოცდილების აღწერის ნუსხიდან, გამოსადეგი და შედეგობრივია.

ᲮᲔᲖᲘᲣᲛᲔᲒ

საზოგადოება ხშირად ფასდება იმით, თუ როგორ ექცევა იგი უმცირესობის წარმომადგენლებს, ღარიბებს, პატიმრებს, ლტოლვილებს და ა.შ ზოგადად ძირითადი მოსახლეობის ჯგუფების მსგავსად. ყველა ასეთ ჯგუფს სპეციალური ყურადღება სჭირდება, რადგან მათ სპეციალური საჭიროებები გააჩნიათ. გარდა ამისა, მათი დახმარება მნიშვნელოვანია, რათა ამ ჯგუფების მდგომარეობა ხშირად გავლენას ახდენს მთელ პოპულაციაზე. ამის მაგალითად შესაძლებელია მოვიყვანოთ ამერიკის შეერთებული შტატებში პატიმრებისგან ციხის პერსონალზე და საბჭოთა კავშირში ყოფილი პატიმრებისგან მთელ მოსახლეობაზე ტუბერკულოზის გავრცელება.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სააგენტოები ხშირად ასეთი ჯგუფებისთვის პროგრამების განხორციელების უპირველესი მხარდამჭერები არიან. ეს მხარდაჭერა შესაძლებელია მიმართული იყოს მთლიანად პოპულაციის სპეციალურ საჭიროებებზე ან ამ პოპულაციაში გარკვეული ჯგუფების საჭიროებებზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ხაზს უსვამს პრევენციას ნებისმიერ ფაზაში, წინასწარ განსაზღვრული და მოულოდნელი შემთხვევებისთვის მომზადებას, რომელიც უნდა განხორციელდეს არამხოლოდ ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მომსახურებების სერვისებით, არამედ ყველა საზოგადოებრივი სააგენტოების ურთიერთკოორდინაციით.

გაუთვალისწინებელ შემთხვევებთან გასამკლავებლად მომზადება ჯანდაცვის სისტემის ყველა რგოლისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა (სანიტარიაზე ზრუნვიდან და პესტიციდების კონტროლიდან დაწყებული, ნეიროქირურგიულ მკურნალობამდე დამთავრებული). დაშავებულების მოსავლელად და სხვა დაზიანებების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია ყველა ელემენტის ერთობლივი კოორდინირებული მუშაობა. ამისთვის საჭიროა მომზადებასთან ერთად შემთხვევის იმპროვიზაციაც. ფსიქიკური და სტომატოლოგიური ჯანმრთელობა ის ორი სფეროებია, სადაც საზოგადოებაზე დაფუძნებული მკურნალობა და პრევენცია ეფექტურ საშუალებადაა მიჩნეული, მაგრამ ორივე მათგანი ჯანდაცვის მომსახურებების დაფინანსებისა და ორგანიზებისგან ცუდი კოორდინაციის შემთხვევაში განცალკევებით არის განხილული.

სპეციალური ჯგუფები, როგორიც არის ლტოლვილები, პატიმრები, ადამიანები, რომლებიც ბუნებრივი ან ადამიანის მიერ ინიცირებული კატასტროფების მსხვერპლნი გახდნენ, ჯონ დონის ცნობილ მოსაზრებას ამყარებენ იმის შესახებ, რომ ერთეული ადამიანები საზოგადოებისგან გამოცალკავებულად ზიანს არ განიცდიან. დღევანდელი პატიმარი ხვალ შესაძლოა თავისუფალი მოქალაქე გახდეს, რომელსაც აივ ინფექცია ან ტუბერკულოზი აქვს. კატასტროფის შედეგად შესაძლოა ნებისმიერი დაზარალდეს. ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტოების როლი უმნიშვნელოვანესია. ისინი მსგავსი შემთხვევებისთვის მზად უნდა იყვნენ. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანია პრევენციისა და სამედიცინო მზრუნველობისთვის საჭირო რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენება, პოპულაციის იმ ნაწილის დასახმარებლად, რომლებსაც ადრე დიდი მნიშვნელობა არ ენიჭებოდათ.

ᲔᲚᲔᲥᲢᲠᲝᲜᲣᲚᲘ ᲛᲔᲓᲘᲐ

American Psychiatric Association, http://www.apa.org/

American Dental Association, http://www.ada.org/

Disasters, http://www.reliefweb/

Disaster medicine, http://wwwnotes.reliefweb.int

Indian Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, http://www.ihs.gov/

Mental health, http://www.nimh.nih.gov/, http://www.who.int/msa/, and http://www.medscape.co/ Medscape/MentalHealth/public

Migrant health, http://www.bphc.hrsa.dhhs.gov/uhsc/Pages/about nhsc/3D1b migrant.htw

Migrant health, http://www.aap.org/policy? and http://www.bphc.hrsa.gov
National Institute of Mental Health, http://www.nimh.nih.gov/
National Institute of Dental and Craniofacial Research, http://www.nider.nih.gov/
Native peoples' health, http://www.cdc.gov/ and http://www.aaip.com/
Prisoner's health (U.S.), http://www.ojp.usdoj.gov:80/bjs/pub/pdf/cpius95.pdf
Women's health, http://www.ahcpr.gov/research/womenres.htm
World Health Organization, Mental Health Program, http://www.who.int/msa/

Note. For full listing of electronic resources related to mental health, see *American Journal of Public Health* 1999;89:1440.

ჩეზომენდირებული სახითხავი

Breakey, W. R. (editorial). 1997. It's time for the public health community to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health,* 87:153–154.

Centers for Disease Control. 1992. Famine-affected, refugee and displaced populations: Recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 41(RR-13):1–76.

Centers for Disease Control. 1992. Public health focus: Fluoridation of community water supplies. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 41:372–375.

Centers for Disease Control. 1993. Public health consequences of a flood disaster—Iowa, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:653–656.

Centers for Diseases Control. 1993. Prevalence of work disability—United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:757–759.

Centers for Diseases Control. 1993. Reduction in alcohol-related traffic fatalities—United States, 1990–1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:905–909.

Centers for Disease Control. 1994. Core public health functions and state efforts to improve oral health—United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:201, 207–209.

Centers for Disease Control. 1996. Deaths associated with Hurricanes Marilyn and Opal—United States, September–October, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:32–38.

Durkin, M. S. (editorial). 1996. Beyond mortality—Residential placement and quality of life among children with mental retardation. *American Journal of Public Health,* 86:1359–1360.

Easley, M. 1990. The status of community water fluoridation in the United States. *Public Health Reports,* 105:348–353.

Elias, C. J., Alexander, B. H., Sokly, T. 1990. Infectious disease control in a long-term refugee camp: The role of epidemiologic surveillance and investigation. *American Journal of Public Health,* 80:824–828.

Gaiter, J., Doll, L. S. (editorial). 1996. Improving HIV/AIDS prevention in prison is good public health policy. *American Journal of Public Health,* 86:1201–1203.

Johnston, I. 1992. Action to reduce road casualties. *World Health Forum,* 13:154–162.

Jorgensen, J. G. 1996. Recent twists and turns in American Indian health care. *American Journal of Public Health,* 86:1362–1364.

Kessler, R. C., McGonagle, A., Zhao, S., Nelson, B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittche, H. U., Kemder, K. S. 1994. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry,* 51:8–19.

Kunitz, S. J. 1996. The history and politics of U.S. health care policy for American Indians and Alaska natives. *American Journal of Public Health,* 86:1464–1473.

Neugebauer, R. 1999. Mind matters: the importance of mental disorders in public health's 21st century mission. *American Journal of Public Health,* 89:1309–1311.

Phelan, J. C., Link, B. G. 1999. Who are the "homeless": reconsidering stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health,* 89:1334–1338.

Shenson, D., Dubler, N., Michaels, D. 1990. Jails and prisons: The new asylums? *American Journal of Public Health,* 80:655–656.

Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W-Y., Wyatt, R. J. 1997. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health,* 87:256–262.

Teplin, L. A. 1990. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health,* 80:663–669.

Ustün, T. B. 1999. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health,* 89:1315–1318.

ბიბლიოგრაფია

American Academy of Pediatrics. 1993. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics,* 92:631–634.

American Medical Association Council on Scientific Affairs. 1996. Health care needs of gay men and lesbians. *Journal of the American Medical Association,* 275:1354–1359.

American Psychiatric Association. 1994. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* Fourth Edition. Washington, DC: The American Psychiatric Association.

Braddock, D. 1992. Community mental health and mental retardation services in the United States: A comparative study of resource allocation. *American Journal of Psychiatry,* 149:175–183.

Buckner, J. C., Trickett, E. J., Corse, S. J. 1985. *Primary Prevention in Mental Health: An Annotated Bibliography.* Bethesda, MD: National Institutes of Mental Health.

Eaton, W. W. 1985. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiologic Reviews,* 7:105–126.

Fisher, W. H., Geller, J. L., Altaffer, F., Bennett, M. B. 1992. The relationship between community resources and state hospital recidivism. *American Journal of Psychiatry,* 149:385–390.

Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., Vincent, M. L. 1993. Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health,* 83:179–184.

Hveman, M. J. 1996. Epidemiologic issues in mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry,* 9:305–311.

International Helsinki Federation for Human Rights. 1999. *Annual Report on United States, 1997.* Vienna, Austria: IHF.

Kemp, D. A. (ed). 1993. *International Handbook on Mental Health Policy.* Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Leaning, J., Briggs, S. M., Chen, L. C. 1999. *Humanitarian Crises: The Medical and Public Health Responses.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Leff, H. S., Lieberman, M., Mulkern, V., Raab, B. 1996. Outcome trends for severely mentally ill persons in capitated and case managed mental health programs. *Administration and Policy in Mental Health,* 24:3–23.

Legters, L. J., Llewellyn, C. H. 1992. Military medicine (Chapter 71). In Last, J. M., Wallace, R. B., *Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine,* Thirteenth edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Lieberman, E. J. 1975. *Mental Health: The Public Health Challenge.* American Public Health Association. Washington, DC.

Logue, J. N. 1996. Disasters, the environment, and public health: Improving our response. *American Journal of Public Health,* 86:1207–1210.

Menu, J-P. (ed). 1996. Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly,* 49:165–242.

Nease, D. E., Volk, R. J., Cass, A. R. 1999. Investigation of the severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice,* 12:21–31.

Olfson, M. 1990. Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry,* 41:634–641.

O'Neill, D. M. 1996. Measuring changes in resource use in state hospitals, 1969–1990: The effect of alternative deflators. *Administration and Policy in Mental Health,* 24:3–23.

Post, B. 1997. The underserved and desperate: Native health, its time for action. *Canadian Medical Association Journal,* 157:1655–1656.

Sandhaus, S. 1998. Migrant health: A harvest of poverty. *American Journal of Nursing,* 98:52–54.

United States Census Bureau. 1998. *Statistical Abstract of the United States, 1998.* Washington, DC: U.S. Census Bureau.

United States Department of Justice. 1997. Prisoners in 1996. *Bureau of Justice Statistics Bulletin,* June: 1–8.

World Health Organization. 1985. Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization. 1991. *Health for All Targets: The Health Policy for Europe. European Health for All Series No. 4. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.*

World Health Organization. 1997. The World Health Report 1997. Conquering Suffering, Enriching Humanity. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *The World Health Report, 1998: Life in the 21st century: a Vision for All.* Geneva: WHO.

8
კვება და საკვების უსაფრთხოება

შესავალი

კვება უშუალო გავლენას ახდენს ადამიანის ზრდაზე, განვითარებასა და რეპროდუქციაზე, როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე. კვება პიროვნების ან საზოგადოების ჯანმრთელობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია და შესაბამისად, თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მნიშვნელოვან თემას წარმოადგენს. ადამიანს საკვები ნივთიერებები ესაჭიროება, რათა გამოიმუშაოს სითბო და ენერგია (ნახშირწყლები, ცხიმები და ცილები); დაარეგულიროს ნივთიერებათა ცვლის პროცესები (წყალი, მინერალები, ბოჭკო, ვიტამინები, ცილები და აუცილებელი ამინომჟავები), ააგოს და განაახლოს სხეულის ქსოვილები (წყალი, პროტეინები და მინერალური მარილები). ინდივიდისა და საზოგადოების კვების სტატუსს მიწოდება, ხარისხი, დისტრიბუცია, ხელმისაწვდომობა და სურსათის ფასი განაპირობებს. აღნიშნულზე ასევე გავლენას ახდენს ცოდნა აუცილებელი და დაბალანსებული კვების შესახებ, დამოკიდებულებები, რწმენა და გამოცდილება. სასურსათო პოლიტიკა ინდივიდუალურ და სახელმწიფო დონეზე, კვების რეჟიმი, ასევე ეკონომიკური და ტექნიკური ფაქტორები საზოგადოებრივ და პერსონალურ კვებით სტატუსს განაპირობებს.

გასულ საუკუნეებში სასურსათო პრობლემის გადაჭრამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში. მეოცე საუკუნეში სწორი კვება ძირითად და გამოყენებით მეცნიერებად გადაიქცა. სწორი კვების ელემენტების ცოდნამ და მისმა როლმა თავიდან ავიცილოთ საკვები ნივთიერებების დეფიციტთან ასოცირებული ან ქრონიკული დაავადებები თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარებაში გადამწყვეტი როლი ითამაშა. მიუხედავად მოსახლეობის სწრაფი ზრდისა, სურსათის წარმოება და საკვების საშუალო მოხმარება მთელ მსოფლიოში სტაბილურად გაუმჯობესდა.

თუმცა, შიმშილობა ფართოდაა გავრცელებული მსოფლიოში. განვითარებული ქვეყნები არასწორი და ზედმეტი კვების შედეგად დამდგარ პრობლემებს ებრძვიან, რომლებმაც შეიძლება ქრონიკული დაავადებები გამოიწვიოს. ბევრ განვითარებად ქვეყანაში ცხოვრების დონის ზრდამ თანამედროვე ცხოვრებასთან დაკავშირებული დაავადებების წინ წამოწევა გამოიწვია, მაშინ, როდესაც გადამდებ დაავადებათა კონტროლის შესაძლებლობანი მნიშვნელოვნად იზრდება. როგორც მდიდარი, ასევე ღარიბი ქვეყნების მოსახლეობის ქვეჯგუფები ერთნაირად განიცდიან კვებასთან დაკავშირებული დაავადებებების ფართო სპექტრის ზემოქმედებას.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მიისწრაფვის, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ადეკვატური, მაგრამ არაგადაჭარბებული საკვების მოხმარება მოსახლეობის მიერ ძირითადი პროდუქტების ჯგუფების მიხედვით, აგრეთვე, აუცილებელი ვიტამინები და მინერალები ზრდის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ფიზიკური აქტივობისთვის. ყოველივე აღნიშნული, მოიცავს რეკომენდაციებს საკვებსა და ენერგიაზე ადამიანის ყოველდღიური ფიზიოლოგიური საჭიროებების შესახებ, რომლებიც განსხვავდება ასაკის, სქესის, სხეულის ზომის, ფიზიკური აქტივობის დონის, ინდივიდუალური ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და გარემო პირობების მიხედვით და მოითხოვს მთლიან მოსახლეობასა და მის ქვეჯგუფებში კვების სტატუსის მონიტორინგს.

კვების განვითარება საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

XVII-XIX საუკუნეებში ევროპასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაუმჯობესება სავარაუდოდ კვებისა და სანიტარიის გამოსწორებას უკავშირდება. XVII საუკუ-

ნის შუახანებში ჯეიმს ლინდის და XX საუკუნის დასაწყისში ჯოზეფ გოლდბერგის ინოვაციურმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა კვებითი ეპიდემიოლოგია განავითარა. თითოეულმა მათგანმა დეფიციტური პირობების მტკიცებულებები წარმოადგინა, რომლებიც ეპიდემიოლოგიაში კოხპასტერის გამომწვევ კრიტერიუმებს ემთხვეოდა.

ისევე როგორც, სნოუს ნამუშევარი ქოლერას შესახებ კოხის ქოლერის ვიბრიონის აღმოჩენას 30 წლით წინ უსწრებდა, ასევე, ლინდის ნამუშევარი სურავანდის შესახებ საუკუნეზე მეტი ხნით, წინ უძღოდა ასკორბინის მჟავის იზოლაციას. ანტუან ლავუაზიემ (1743-1794) მეტაბოლიზმის ძირითადი კონცეფციები განავითარა, რომლებიც ჟანგბადის მოხმარებასა და ნახშირბადის დიოქსიდის წარმოების გაზომვას ეძღვნებოდა. მას „კვებითი მეცნიერების მამას“ უწოდებენ. იუსტუს ლიბიჰმა (1803-1873) დაამტკიცა, რომ ცხიმი, პროტეინი და ნახშირწყლები ორგანიზმში წვას განიცდის და საფუძველი ჩაუყარა საკვების შემადგენლობის, სხეულის ქსოვილების, შარდისა და განავლის ანალიზის მეთოდებს. XIX საუკუნის შუახანებში საფრანგეთში და გერმანიაში, შემდგომში კი ბრიტანეთსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მეცნიერებმა ჟანგბადის, ნახშირბადის დიოქსიდის, კალციუმის, იოდისა და რკინის ქიმიის საკითხებში მნიშვნელოვან წინსვლას მიაღწიეს. 1897 წელს ქრისტიან ეიკმანმა ბერი-ბერის (პოლინევრიტი) დაავადების წყარო დაადგინა. მისი კვლევით ეს დაავადება იმ მოსახლეობაში იყო გავრცელებული, რომელიც თეთრი (გასუფთავებული) ბრინჯით იკვებებოდა, მოსახლეობის ნაწილი, რომელიც ბრინჯს ჩენჩოიანად მიირთმევდა, დაავადება არ აღენიშნებოდა (ნობელის პრემია მიენიჭა 1982 წელს).

XX საუკუნის ადრეულ წლებში ცხოველებზე ჩატარებულმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ დიეტები, რომლებიც მხოლოდ სუფთა პროტეინის, ნახშირწყლებისა და ცხიმისგან შედგებოდა, ზრდაში ჩამორჩენა (ფაილურე-ტო-ტჰრივე -მოსალოდნელი ნორმული ფიზიოლოგიური განვითარების სხვა დარღვევები, ICD 10 – R62.8), ავადმყოფობა და სიკვდილი გამოიწვია. ამან კაზიმირ ფუნტე იმ აზრამდე მიიყვანა, რომ დიეტას, შედგომში ვიტამინებად წოდებული, „სასიცოცხლო მნიშვნელობის ამინები (ვიტალ ამინეს)“ აკლდა და თიამინისა და ანევრინის თვისებების მქონე ქიმიური ნივთიერებების იზოლაცია მოახდინა. დაავადების შესაჩერებლად და ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად აუცილებელი ვიტამინების აღწერილობამ ადამიანის ჯანმრთელობა ყველგან, სადაც ეს ცოდნა იყო გამოყენებული საკმაოდ გააუმჯობესა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნუტრიციული ინტერვენციების გამოყენების განვითარებას ამერიკის შეერთებულ შტატებში სოფლის მეურნეობისა და განათლების ფედერალური დეპარტამენტები ხელმძღვანელობდნენ, თუმცა ჯანმრთელობისა და სოციალური მომსახურების დეპარტამენტმა ასევე დიდად შეუწყო ხელი ამ ევოლუციას. პელაგრას (ნიკოტინმჟავას დეფიციტი, ICD 10 – E52) კვლევებმა, რეკომენდებული ეროვნული დიეტური ულუფებისა და ეროვნული კვების დანამატის დაწესებამ, სასკოლო საუზმის პროგრამებმა, ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში კვების საკითხი ცენტრალური მნიშვნელობის მოვლენად აქციეს. მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში ცოდნის გამოყენება აუცილებელი ვიტამინების, დანიშნული მინერალების (ტრაცე მინერალს) მნიშვნელობის შესახებ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საზომად დანერგვას ჯერ კიდევ საჭიროებს.

ᲙᲕᲔᲑᲐ ᲑᲘᲝᲑᲐᲚᲔᲮᲝᲜᲢᲔᲥᲡᲢᲨᲘ

1997 წელს „მსოფლიო მოსახლეობის“ დაახლოებით მეოთხედი უკიდურეს სიღარიბეში ცხოვრობს და ბევრ რეგიონში ის ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. ასევე მზარდია სხვადასხვაობა უღარიბეს მეოთხედსა და პრივილეგირებულთა ცხოვრების სტანდარტებს შორის (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1998). სიღარიბით ყველაზე დაზარალებულნი არიან ქალები, ბავშვები და მოხუცები. არასაკმარისი კვება სიღარიბისა და არადამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის ერთ—ერთი ძირითადი შუამავალია. დედის არასრულფასოვანი კვება ახალშობილის ჯანმრთელობაზე შეიძლება სამუდამოდ აისახოს. მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები, მიუხედავად მათი პრევენტაბელურობისა, იაფი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების მეშვეობით, მაინც ფართოდაა გავრცელებუ-

ცხრილი 8.1 კვების მდგომარეობა განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში

საკითხები	ფაქტორები განვითარებად ქვეყნებში	ფაქტორები განვითარებულ ქვეყნებში
სიღარიბე	რესურსების ნაკლებობა ან ჯანსაღ საკვებზე ხელმისაწვდომობის არ ქონა; ტრადიციული მარცვლეული და საკვები არ არის ადექვატური ჯანსაღი დიეტისთვის	ზოგადი კეთილდღეობა, მაგრამ სიღარიბე მნიშვნელოვან უმცირესობაში; დამატებითი პროგრამები (მაგ: საკვების ბეჭდები, სკოლის ლანჩები, WIC), ოფსეტური აღკვეთა
განათლების შემცირება	ჯარგი ნუტრიციის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა	კარგი ნუტრიციის შესახებ მაღალი განათლება, მაგრამ სიმსუქნე არის გავრცელებული განსაკუთრებით ღარიბებში;
მიკრონნუტრიენტების ნაკლებობა	ფართოდ გავრცელებული რკინის, იოდის, და ვიტამინი A, B, C და D-ს ნაკლებობა; არაადექვატური საკვების გადამუშავების ტექნოლოგიები,	საკვების ფორტიფიკაცია იოდით, რკინით, ვიტამინი A, B, C, D-თი, აშშ-ში, კანადაში და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში
მალნუტრიცია-ინფექციის ციკლი	არასაკმარისი ჰიგიენა, ვაქცინით თავიდან აცილებადი დაავადებების კონტროლის ნაკლებობა, პარაზიტული, დიარეული, რესპირატორული დაავადებები, აივ ინფექცია, ტუბერკულოზი, მალარია – ყველა ავნებს ნუტრიციულ სტატუსს	სანიტაციის მაღალი დონე, ვაქცინაციის საკმარისი დაფარვა, ჰიგიენის მაღალი დონე რასაც ნუტრიციაზე დადებითი გავლენა აქვს, მაღალი რისკის ქვეჯგუფები (აივ, ტუბერკულოზი, ნარკოტიკების მომხმარებლები, უსახლკაროები)
საკვების უსაფრთხოება	სოფლის მეურნეობის მავნე პრაქტიკა; გადაჭარბებული ხვნა-თესვა, ნიადაგის ეროზია, პატარა ნაკვეთები; არაადექვატური და უყაირათო შენახვა და სადისტრიბუციო ადგილები, შემოსავალთან შედარებით ძვირად ღირებული საკვები	მეცნიერებაზე დაფეძნებული ტექნოლოგიური სოფლის მეურნეობა, მაღალი პროდუქტიულობა, უხვი წარმოება, მრავალფეროვნება, საკვები შემოსავალთან შედარებით იაფი
არაჯანსაღი დიეტა და არაგადამდები დაავადებები	არასაკმარისი ნუტრიცია სი|ღარიბესთან ერთად, თითო ადამიანზე არასაკმარისი კალორიები, საშუალო კლასის ჭარბი ნუტრიცია მომატებული გულ-სისხლძარღვთა დააავადებებით, დიაბეტით	ჭარბი ნუტრიცია, შაქრის და ცხოველური ცხიმის ჭარბი გამოყენებით, გულსისხძარღვთა დაავადებების სიჭარბე, სირარიბის ჯიბეები და ნუტრიციის არაადექვატურობა, გულ-სისხძარღვთა დაავადებით გამოწვეული სიკვდილობის დაკლება,
ძუძუთი კვება	ჩვეული და გახანგრძლივებული, მაგრამ არასაკმარისი სუპლემენტაციის პრაქტიკით	მზარდი და კარგად სუპლემენტირებული
საკვების რაოდენობა, ხარისხი, რაოდენობა, ფასი	დაბინძურება, ნაგავი და დესტრუქცია არის ჩვეული; ბოსტნეულის, ხილის, პროტეინის არასაკმარისი და არამრავალფეროვანი მარაგი; ძვირადღირებული, უყაირათო	კარგი მომარაგება და ხარისხი, კარგი დისტრიბუცია და მარკეტინგის სისტემები, მარკირება, რეგულაცია და ზედამხედველობა, შედარებით ხელმისაწვომი ფასი
მონიტორინგი	შაკვების მიღების, მომარაგების და დისტრიბუციის მონიტორინგი; ზრდის, ანემიის და საკვების მიღების კვლევების საჭირო	ნუტრიციული კვლევები
ერონვული პოლიტიკის და მიზნების საჭიროება	მიწის დაკარგვის და დეფორესტაციის პრევენცია; რურალური სიღარიბე, არასაკმარისი განათლება; არასაკმარისი საკრედიტო და სოფლის მეურნეობის მხარდაჭერა; ცუდი და მავნე ფერმერული პრაქტიკა; პესტიციდების სახიფათოდ გამოყენება	ხელისუფლება ხელს უწყობს სოფლის მეურნეობას, მხარდამჭერ სისტემებს, ტრანსპორტს და მარკეტინგს, პესტიციდების ლიმიტირებული მოხმარება; ინდისტრიული ფერმერობა

წყარო: Adapted from International Conference on Nutrition: Nutrition the Global ChallengeWorld Health Organization and Food and Agricultural Organization, 1992.

ლია. მაშინ როდესაც, მილიონობით ადამიანი შიმშილობს ან საკვების ქრონიკულ ნაკლებობას განიცდის, მსოფლიოში ყველას გამოსაკვებად საკმარისი სურსათი მოიპოვება. ასე რომ, სიღარიბის გამომწვევ შედეგებთან საბრძოლველად ეროვნული სტრატეგიების შემუშავებაა საჭირო, რაც დაფუძნებული იქნება კარგ მმართველობაზე, შესაბამის კანონმდებლობაზე, საზოგადოების ყველა წევრის მონაწილეობასა და ძირითადი სამსახურების ეფექტურობის უზრუნველყოფაზე. მსოფლიოში შიმშილის მთავარი ხელისშემწყობი ფაქტორებია: სიღარიბე, შემოსავლებისა და საკვების არათანაბარი განაწილება, უცოდინარობა, განათლების დაბალი დონე, მრავალწევრიანი ოჯახები, მწვავე და ქრონიკული დაავადებები და ხელისუფლების უმოქმედობა (ცხრილი 8.1).

კუმულაციურ ეფექტს, რომელიც გამოწვეულია სიღარიბით, მოსახლეობის ზრდით, გარემოს დეგრადაციით, მიწის გამოფიტვით, ნიადაგის ეროზიით, მავნე სამეურნეო პრაქტიკით, არაადეკვატური შენახვა-დასაწყობებითა და ტრანსპორტირებით, გლობალური ჯანმრთელობისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს. მოსახლეობა, რომელიც კვების დეფიციტს განიცდის, განსაკუთრებით კი ბავშვები მიდრეკილნი არიან ისეთი დაავადებებისადმი, როგორიცაა დიარეა, მწვავე რესპირატორული ინფექციები და სხვა მრავალი, რომელთა თავიდან არიდება ვაქცინაციითაა (აცრებით) შესაძლებელი.

ხშირი ორსულობა განათლების არმქონე, ცუდად გამოკვებილ და ანემიურ ქალებს შორის, ხელს უწყობს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდას და დაბალწონიანი ბავშვების დაბადებას, რომელთაც შემდგომში ინფექციებისადმი აქვთ მიდრეკილება. დაბალი ხარისხის დედის რძე მავნე გავლენას ახდენს ინფექციებისადმი მოწყვლად ახალშობილებზე. აუცილებელი ვიტამინებისა და მინერალების არაადეკვატური მიღება ან საკვების არასაკმარისი რაოდენობა, ნეგატიურად მოქმედებს სხეულის მეტაბოლიზმზე, სისხლით ჟანგბადის გადატანის უნარიანობაზე, კუნთებისა და ტვინის ქსოვილის ჩამოყალიბებასა და ფუნქციონირებაზე, ასევე საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ძვლების ზრდაზე. ყოველივე აღნიშნული კი განაპირობებს ქვეყნის დაბალ მწარმოებლურობასა და ეკონომიკური განვითარების შეფერხებას. მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გააუარესა დიდი ქალაქების ჯურღმულებში სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული მუშახელის მიგრაციამ და ანტისანიტარიული საყოფაცხოვრებო პირობებით გამოწვეული ავადობის უწყვეტი ციკლის ჩამოყალიბებამ.

მდიდარ ქვეყნებშიც შეიძლება შევხვდეთ მოსახლეობის ჯგუფებს, რომლებიც არაადეკვატურად იკვებებიან ან განიცდიან საკვების ნაკლებობას. მათ შორის უნდა აღინიშნოს ე.წ. „საშუალო კლასის“ სტატუსის მქონე მოხუცები, მომუშავე ღარიბები, მოზარდები, ქალები და ბავშვები, რომლებიც დაზარალებულები არიან დიეტებით და განსაკუთრებით საკვები ნივთიერებების დეფიციტით, რასაც ჯანმრთელობაზე გრძელვადიანი ეფექტი აქვს. ამგვარი საკითხები ასევე მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მთავრობის ჩარევას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სათანადო განათლება სწორი კვებითი პრაქტიკის შესახებ, ასევე კვების პროდუქტების ხარისხის უზრუნველყოფა, მათ შორის, სურსათის ფორტიფიკაცია აუცილებელი მინერალებითა და ვიტამინებით.

ᲯᲕᲔᲑᲐ ᲓᲐ ᲘᲜᲤᲔᲥᲡᲘᲐ

ინფექციური დაავადება — არასაკმარისი კვების ციკლი ყოველწლიურად იწვევს მილიონობით ბავშვის სიკვდილს პრევენტაბელური მიზეზებით. წითელას კონტროლსა და ფართოდ გამოყენებულ ორალური რეჰიდრატაციის თერაპიას ასობით ათასი სიცოცხლისა და მილიონობით ბავშვის კვების სტატუსის გაუმჯობესება შეუძლია. არასაკმარისი კვება და ინფექცია ურთიერთქმედებენ და ერთმანეთს ამწვავებენ. თუ ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში, ისეთი ინფექციებით, როგორიცაა წითელა, სიკვდილიანობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 კაცზე 2-ს შეადგენს, განვითარებად ქვეყნებში, სადაც ფართოდაა გავრცელებული აუცილებელი საკვები ნივთიერებების ელემენტების დეფიციტი, როგორიცაა ვიტამინი, სიკვდილიანობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 კაცზე 50 ან მეტს აღწევს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნებისმიერ ჩვეულებრივ ინფექციას შეუძლია უარყოფითად იმოქმედოს ბავშვის კვების სტატუსზე, ზრდის ტენდენციაზე და სხვა ინფექციების მიმართ მდგრადობაზე (რეზისტენტობაზე). ინფექციური

დაავადების გადატანით განპირობებული საკვები ნივთიერებების (ნუტრიენტების) დანაკარგის აღდგენას, თავად ინფექციის მიმდინარეობის ხანგრძლივობაზე ორჯერ ან სამჯერ მეტი დრო სჭირდება. წონასა და სიმაღლეში ნორმალური ზრდა განსაზღვრავს ბავშვის ორგანიზმის უნარს წინ აღუდგეს ინფექციას ან მისი მიმდინარეობის გახანგრძლივობას. ბავშვთა ჯანმრთელობის გადარჩენის სტრატეგიები ორ ძირითად საყრდენს ემყარება: ინფექციურ დაავადებათა კონტროლსა და ადეკვატურ კვებას. კვების დეფიციტი, ასევე შეიძლება წარმოადგენდეს ინფექციებისადმი მედეგობის შემცირების ძირითად ფაქტორს მოხუცებსა და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირებში, რადგან ორივე სოციალური ჯგუფი შეიძლება ინდუსტრიულად განვითარებული ქვეყნების საზოგადოებაშიც კი სოციალურ და ეკონომიკურ იზოლაციას განიცდიდეს.

საჯვების ფუნქციები

მოხმარებული საკვები ნივთიერებები უზრუნველყოფს სხვადასხვა დონის ენერგიის მიწოდებას და აუცილებელი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას ორგანიზმის ნორმალური ზრდა-განვითარებისა და ფუნქციონირებისათვის. ვარჯიში და ზომიერი კვების რეჟიმი უზრუნველყოფს სხეულის წონის შენარჩუნებას და ამცირებს ჭარბ წონასთან ასოცირებული ისეთი ქრონიკული დაავადებების რისკს, როგორიცაა: დიაბეტი, ჰიპერტენზია, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და ზოგიერთი ტიპის კიბო.

საკვებ ნივთიერებებს თითოეული ორგანოსთვის კონკრეტული დანიშნულება გააჩნია, მაგრამ მათი ფუნქციები ურთიერთდამოკიდებულია. ინდივიდუალური კვების ტიპი საკვები ნივთიერებებით ორგანიზმის უზრუნველყოფას განსაზღვრავს. შესაბამისად, ზოგადი მოხმარების პროდუქტებში საჭიროა მიზნობრივი პოპულაციისთვის პროტეინების, ნახშირწყლების, ცხიმების, ვიტამინებისა და მინერალების წყარო დადგინდეს. ექვს ყველაზე მნიშვნელოვან საკვებ ნივთიერებათა ჯგუფს შეადგენს წყალი, ცხიმში ხსნადი მაკროელემენტები (ნახშირწყლები, ცხიმები და პროტეინები), მიკროელემენტები (მინერალები და ვიტამინები). მაკროელემენტები უზრუნველყოფენ ენერგიის, აუცილებელი და სხვა ამინომჟავებისა და აუცილებელი ცხიმოვანი მჟავების მიწოდებას, ხოლო მიკროელემენტები საჭიროა ამ ენერგიის გამოსაყენებლად.

ორგანიზმი უზრუნველყოფს საკვების გადამუშავებას უფრო მარტივ ფორმებად, რათა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გავლით დამუშავების უწყვეტი მექანიკური და ქიმიური პროცესების მიმდინარეობისას მათი შეწოვა გაადვილდეს.

პირველ რიგში, საჭმელი იღეჭება, რაც მოითხოვს ჯანსაღი კბილების არსებობას. საჭმლისა და ნერწყვის შერევითა და გადაყლაპვით, ნაწილობრივ მონელებული საჭმელი კუჭსა და წვრილ ნაწლავში გადაინაცვლებს, სადაც მასზე ზემოქმედებას ფერმენტები იწყებენ. აღნიშნული ფერმენტები უზრუნველყოფენ საკვების დაქუცმაცებას კიდევ უფრო მცირე ნაწილებად, წვრილი ნაწლავების კედლებით შთანთქმისა და სისხლის მომოქცევის სისტემაში შეღწევისათვის. კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს შეუძლიათ ამ პროცესის დარღვევა.

პანკრეასის ჯირკვალის მიერ გამომუშავებული ფერმენტები გამოიყოფა წვრილ ნაწლავებში პროტეაზების (რომლებიც შლიან პროტეინებს), ამილაზების (რომლებიც შლიან პოლისაქარიდებს) და ლიპაზების (რომელიც შლის ცხიმებს) სახით. ნახშირწყლები შაქრის სახით შეიწოვება ორგანიზმში და ენერგიის გამომუშავებას უწყობს ხელს. ნახშირწყლები ღვიძლში გლიკოგენის სახით ინახება და შემდეგ გამოიყოფა სისხლში გლუკოზის დონის შესანარჩუნებლად. ღვიძლი აგრეთვე ინახავს ცხიმში ხსნად ვიტამინებს და აწარმოებს ფერმენტებს, ქოლესტერინს, პროტეინებს, ვიტამინს, სისხლის კოაგულაციის ფაქტორებსა და ნაღვლის მჟავას მარილებს, რომლებიც გამოიყოფა ნაწლავებში შეწოვის გასაადვილებლად. პანკრეასი ასევე გამოყოფს ინსულინს, რომელსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს სისხლში შაქრის დონის გასაკონტროლებლად.

ადამიანის ორგანიზმის შემადგენლობა

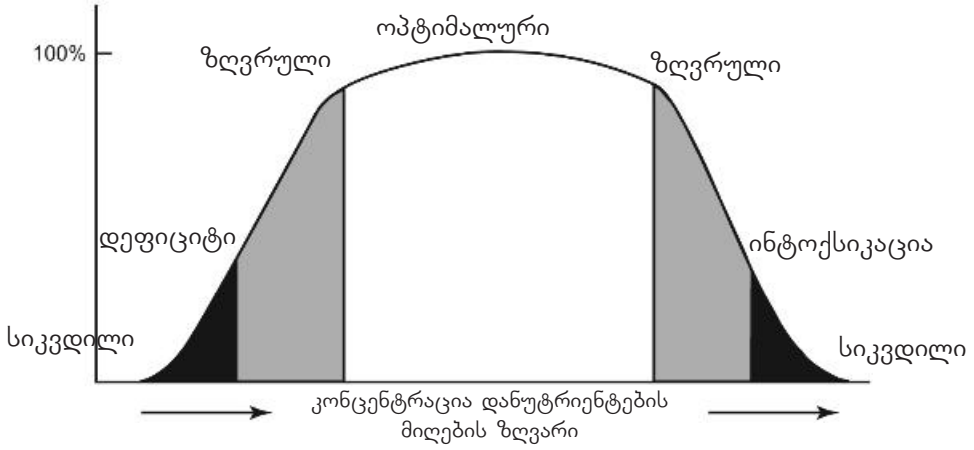
ადამიანის ორგანიზმი შედგება დაახლოებით 62% წყლის, 17% პროტეინის, 13% ცხიმის, 6% მინერალებისა და 2% ნახშირწყლებისგან. ადამიანის აღნაგობა შეიძლება განსხვავდებოდეს

სტრესისა და კვების სტატუსის მიხედვით. საჭმლის მიღების აღკვეთით ადამიანის ორგანიზმი იყენებს ორგანიზმის მარაგებს. შიმშილობისას ნახშირწყლების გამოფიტვის ანაზღაურება ხდება სინთეზის მეშვეობით ცხიმისა და პროტეინების მარაგებიდან. მთლიანი ორგანიზმის წყლის 10%-მდე დაკარგვას შესაძლოა არ მოჰყვეს სერიოზული რისკი ჯანმრთელობისათვის, მაგრამ პატარა ბავშვებში უსაფრთხოების ზღვარი მნიშვნელოვნად მცირეა.

ადამიანის კვებითი მოთხოვნილებები

საკვები ნივთიერებების (ნუტრიენტების) საჭირო დონის განსაზღვრა ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით საკმაოდ რთულ ამოცანას წარმოადგენს. საკვებიდან მიღებული ენერგია კონვერტირდება მექანიკურ შრომად (25%—მდე) და ზრდად, იხარჯება სითბოს სახით და გამოიყენება ძირითადი ფუნქციებისა და სხეულის ტემპერატურის შესანარჩუნებლად. ერთი კალორია წარმოადგენს ენერგიას, რომელიც საჭიროა 1 გრამი წყლის ტემპერატურის 1 გრადუსი ცელსიუსით ასაწევად. საკვების ენერგია გამოიხატება კილო კალორიებით (კკალ შეიცავს 1000 კალორიას). ენერგიის საერთაშორისო ერთეულს წარმოადგენს ჯოული, თუმცა საკვები ნივთიერებების ენერგიის საზომად უფრო მიღებულია კილო კალორია, ან კალორია (1კკალ= 1 კალ= 4,1868 კილოჯოული=კჯ). ორგანიზმის მოთხოვნა ენერგიაზე დამოკიდებულია სხეულის ზომაზე და იზრდება აქტიური შრომისა და დასვენებისას. ადამიანებს, რომლებსაც მჯდომარე ცხოვრების წესი და საშუალო ზომის სხეული აქვთ, ნაკლები საკვები ესაჭიროებათ, ვიდრე ზომიერი ან აქტიური ცხოვრების წესის მიმდევართ ან სხეულის უფრო დიდი ზომების მქონე ადამიანებს, რათა შეინარჩუნონ სტატუს-ქვო.

როგორც კვების დეფიციტმა, ასევე ნებისმიერი საკვები ნივთიერების (ნუტრიენტის) ჭარბად მიღებამ შეიძლება დაავადება ან სიკვდილი გამოიწვიოს. ორგანიზმის ოპტიმალური ფიზიოლოგიური ფუნქციონირებისათვის საჭირო საკვების რაოდენობა დამოკიდებულია ასაკზე, სხეულისის ზომაზე, სქესსა და აქტივობის დონეზე, ისევე როგორც ორსულობაზე, დაავადებასა ან დაზიანებაზე. ოპტიმალური ჯანმრთლობისათვის საჭირო საკვები ნივთიერებების რაოდენობა (ნაჩვენებია 8.1 ცხრილში) მიუთითებს, რომ განისაზღვრება კვების ნაკლებობისა და ჭარბი კვების სუბკლინიკური ფა-



სურათი 8.1. ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის ნუტრიენტების მიღების ზღვარი.

საკვები ნივთიერებებისა და ენერგიისათვის საჭიროა სხვადასხვა საკვების მიღება, რაც ხელს შეუწყობს ოპტიმალურ ფიზიოლოგიურ ფუნქციას. ამ ზღვარს ქვემოთ დეფიციტურობას შეუძლია დაავადება ან სიკვდილი გამოიწვიოს. გადაჭარბებულმა კვებამ ასევე შესაძლოა ტოქსიკოზის მზარდ სიმპტომებთან მიგვიყვანოს. ოპტიმალური დიაპაზონი სხვადასხვა საკვები ნივთიერებისთვის განსხვავებულია და მასზე ბევრი ინდივიდუალური და გარემო ფაქტორი ახდენს გავლენას. (მერცი. ხელახალი გამოცემა 1981. არსებითი საკვები ნივთიერებები. მეცნიერება 213:1332—1338 ნებართვა გენერალური ქირურგიის კვებისა და ჯანმრთელობის ანგარიშის მიერ, 1988წ.)

ზები. 8.2 ცხრილში ჩამოთვლილია აუცილებელი საკვები ნივთიერებები და მათი ფუნქციები ადამიანის ორგანიზმისათვის.

ნახშირწყლები. ნახშირწყლები არის ენერგიის მთავარი წყარო (4 კკალ. თითო გრამში), რომელიც გამოიყენება მეტაბოლიურ პროცესებში და უჯრედული ნივთიერებების, მათ შორის ფერმენტებისა და უჯრედის მემბრანების საწარმოებლად. ნახშირწყლები დაყოფილია მონოსაქარიდებად და დისაქარიდებად (მარტივი ნახშირწყლები) და პოლისაქარიდებად (რთული ნახშირწყლები).

მონოსაქარიდები გვხვდება გლუკოზისა და ფრუქტოზის სახით ხილში, ბოსტნეულსა და თაფლში. ის მარტივი შაქარია, რომელიც შეიძლება შეიწოვოს ნაწლავში ყველანაირი საჭმლის მომნელებელი პროცესების გარეშე. დისაქარიდები შედგება ორი მონოსაქარიდისა და ჩვეულებრივ გვხვდება ხილსა და ბოსტნეულში, მათ შორის, შაქრის ჭარხალსა და ლერწამში.

პოლისაქარიდები არის მონოსაქარიდების უფრო დიდი ერთმანეთთან დაკავშირებული მოლეკულური სტრუქტურები. დისაქარიდები და პოლისაქარიდები უნდა დაიშალოს მონოსაქარიდებად შეწოვამდე. ზედმეტი გლუკოზა ინახება ღვიძლში გლიკოგენის სახით ან სხეულის ცხიმის ქსოვილში. რთული ნახშირწყლებით (პოლისაქარიდები) და ბოჭკოებით სავსე დიეტები კიბოსა და გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შემცირებასთან ასოცირდება.

ცილები. ცილები დიდი მოლეკულებია, იგი ამინომჟავების ჯაჭვისგან შედგება, რომლებიც თავიანთ შემადგენელ ნაწილებში საჭმლის მომნელებელი პროცესით იშლება (1გრ. ცილა წარმოქმნის 4 კკალ.—ს). ბიოლოგიურ მასალებში ოცი ჩვეულებრივი ამინომჟავა არსებობს, რომ-

ცხრილი 8.2 აუცილებელი საკვები ნივთიერებები და მათი ფუნქციები

საკვების შემადგენლობა	ტიპები	ფუნქციები
ნახშირწყლები (4 კკალ/გრ)	შაქარი და სახამებელი	უზრუნველყოფს ეფექტურ ენერგიას; წყალში ხსნადი, ადვილად გადაადგილებადი და ხელმისაწვდომია ქსოვილის სითხეებში; უნდა მოიცავდეს 40—85% ენერგიის ნაკადს.
ცილები (4 კკალ/გრ)	აუცილებელი ამინომჟავები	უზრუნველყოფს ამინომჟავებს და სხეულის უჯრედების სამშენებლო მასალას, განსაკუთრებით კუნთებსა და ძვლებს, უნდა მოიცავდეს 10—15% ენერგიის ამაღლებას.
ცხიმები და ზეთები (9 კკალ/გრ)	აუცილებელი ცხიმოვანი მჟავები (ლინოლეური და ლინოლენური მჟავები)	კონცენტრირებული ენერგიის წყარო; გადაადგილებს ცხიმში ხსნად ვიტამინებს (A, D, E, და K); აძლიერებს არომატს; უნდა მოიცავდეს 20% დიეტურ, ძირითადად არაცხოველურ წყაროებს.
ვიტამინები	ცხიმში ხსნადი, წყალში ხსნადი მინერალები კალციუმი, ქლორიდი, ფოსფორი, კალიუმი, ნატრიუმი	ჯანსაღი სხეულის ქსოვილი სხეულის სითხე და ელექტროლიტური ბალანსი; ძვლები და კბილები
სასარგებლო ელემენტები	ქრომი, კობალტი, სპილენძი, ფთორი, იოდი, რკინა, მანგანუმი, სელენი, თუთია და სხვები	აუცილებელი ჯანსაღი სხეულის, ქსოვილის, სისხლის და ჰორმონების შესაქმნელად.
ბოჭკო	მცენარეული მასალა	საკვების მოცულობა და კიბოს პრევენცია.
წყალი		სითხისა და სხეულის ქსოვილის ბალანსი; საკვებისა და წყალში ხსნადი ვიტამინების გადამტანი.

წყარო: Adapted from Surgeon General's Report on Nutrition and Health, 1988.

ლებიც ორგანიზმისთვისაა საჭირო. ადამიანებს აკლიათ უნარი მინიმუმ ცხრა ამინომჟავის სინთეზირებისა, ამიტომ აუცილებელია ისინი ცილებით ცხოველური წყაროებიდან ან საჭმლის კომბინაციიდან მივიღოთ, როგორებიცაა პარკოსანი მცენარეები და მარცვლეული. პატარა ბავშვებსა და მოზარდებს ცილა ზრდისთვის სჭირდებათ. ცილები, უჯრედების, ქსოვილების, ფერმენტების სტრუქტურული კომპონენტია, რომლებიც მოქმედებენ ქიმიურ რეაქციებში, როგორც კატალიზატორები და ჰორმონები. კვებაში პროტეინებისა და კალორიების ნაკლებობას ცილური ენერგიის კვების ნაკლებობა (ცენ) ეწოდება.

ცხიმები. ცხოველური და მცენარეული წარმოშობის საკვები შეიცავს სხვადასხვა ნივთიერებებს, რომლებიც ცნობილია როგორც ცხიმები და ლიპიდები, რომლებიც იხსნება ორგანულ გამხსნელებში, მაგრამ არა წყალში. საკვები ცხიმები იშლება ნაწლავში სხეულში შთანთქმის მიზნით, რათა გამოიმუშავოს ენერგია და ცხიმოვანი მჟავები, რომლებიც ბევრი ფიზიოლოგიური ფუნქციებისთვისაა საჭიროა. ისინი წარმოშობენ ენერგიის კონცენტრირებულ ფორმას (9 კკალ. თითო გრამისთვის, ამასთან შედარებით 4კკალ. თითო ცილებისა და ნახშირწყლებისთვის და 7კკალ. ალკოჰოლისთვის). ისინი ასევე უზრუნველყოფენ სხეულს აუცილებელი ცხიმოვანი მჟავებით, რომლებიც საჭიროა ჰორმონების, უჯრედის მემბრანებისა და სხვა ნივთიერებების საწარმოებლად. ლინოლეური და ლინოლენური მჟავები აუცილებელი ცხიმოვანი მჟავებია, რომლებიც სხეულში არ სინთეზირდება, მაგრამ ცხოველების ცხიმში მოვიპოვოთ.

სხეულის ცხიმოვან ქსოვილში შენახული ცხიმები ან ლიპიდები აცალკავებენ და იცავენ სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებს, იზოლაციას უკეთებენ სხეულს სითბოს დაკარგვისგან და გამოიმუშავებენ ენერგიას შემცირებული მოხმარების პერიოდში ან ზრდის, ავადმყოფობის ან ჭრილობის დროს, როდესაც სხეულს უფრო მეტი ენერგია ესაჭიროება. ცხიმები წარმოქმნის ნაღვლის მჟავებს, რომლებიც საჭიროა ცხიმებში ხსნადი ვიტამინების (A, D, E, და K) დასაშლელად.

საკვები ცხიმები შედგება ქიმიურ სტრუქტურაზე დამოკიდებული გაჯერებული, მონოგაჯერებული და პოლიგაჯერებული ცხიმების ნარევისგან. ცხიმოვანი მჟავების გაჯერების ხარისხი ჯაჭვური მოლეკულების მხარეს ორმაგი კავშირების რაოდენობაზეა დამოკიდებული, რომლებიც ნახშირბადის, წყალბადისა და ჟანგბადის ატომებისაგან შედგება. ცხოველური წყაროებიდან მიღებული ცხიმები (ხორცი, ფრინველი, თევზი და რძის პროდუქტები) უმეტესად გაჯერებული ცხიმებია (ანუ არ შეიცავენ ორმაგ კავშირებს). მცენარეული წყაროებიდან მიღებული ცხიმები, როგორებიცაა მზესუმზირის, ზეითუნის ან მიწის თხილის ზეთები მონოგაჯერებულია (ანუ, შეიცავენ გვერდულ ჯაჭვებს ერთი ორმაგი კავშირით) და გაჯერებულზე ან პოლიგაჯერებულ ცხიმებზე სასურველია. როდესაც ქოქოსი და პალმის ზეთები მაღალი ხარისხის გაჯერებული ცხიმებია, თევზი გაუჯერებელი ცხიმების კარგი წყაროა.

ცხოველური წარმოშობის ცხიმები შეიცავენ დიდი რაოდენობით გაჯერებულ ცხიმებს, როგორებიცაა ტრიგლიცერიდები და ქოლესტერინი. ქოლესტერინი, რომელიც აგრეთვე შეიძლება სხეულში სინთეზირდეს, საჭიროა სქესობრივი ჰორმონების, ვიტამინის და უჯრედული მემბრანის სინთეზისათვის. საკვებში ჭარბი ტრიგლიცერიდებისა და ქოლესტერინის მიღება ათეროსკლეროზის, სისხლძარღვოვანი დაავადებების, დიაბეტითა და ზოგიერთი კიბოს ფორმის რისკს ზრდის.

ვიტამინები. ვიტამინები ორგანული ნაერთებია. ისინი აუცილებელია მცირე დოზებით სხეულის სპეციფიკური ფუნქციების, ჯანმრთელობის, ზრდის, გამრავლების და ინფექციისადმი წინააღმდეგობის გასაწევად (ცხრილი 8.3). ისინი განსხვავდებიან ფიზიკური და ქიმიური თვისებებით და ბიოლოგიური ფუნქციებით. ვიტამინები ფუნქციონირებენ კარგად სპეციალიზირებულ მეტაბოლურ პროცესებში. მათი საკმარისი რაოდენობით სინთეზირება მხოლოდ სხეულის მიერ ვერ ხდება, ამიტომ მათი მიღება საკვებიდან ან დანამატებიდან უნდა მოხდეს.

ვიტამინები კლასიფიცირებულია ცხიმში ან წყალში ხსნადობის მიხედვით. ცხიმში ხსნადი ვიტამინები (A, D, E, და K) საკვების ცხიმოვანი ცილების მაღალ კონცენტრაციებში მოიპოვება. ასეთი ტიპის ცხიმის ჭარბი მიღების გამოყოფა მინიმალურია. C და B კომპლექსური ჯგუფის ვიტამინები წყალში ხსნადია. კვებით რაციონში მათი მიღება ადეკვატური რაოდენობით უნდა ხდებოდეს, რადგან მათი გამოყოფა ადვილია.

წყალში ხსნადი ვიტამინების შენახვა ორგანიზმში შეზღუდულია, ასე რომ, რეგულარული

ცხრილი 8.3 აუცილებელი ვიტამინები

ვიტამინები	წყარო და აქტივობა სხეულში	დეფიციტის მდგომარეობა
წყალში ხსნადი ვიტამინები	შეიწოვება ნაწლავებში, გამოიყოფა შარდში, ასე რომ, ძალიან დიდი რაოდენობაა საჭირო, რომ დოზის გადაჭარბებით ვაწარმოოთ; სხეულს ესაჭიროება ადეკვატური დღიური კვება ან ხდება ქსოვილის გამოფიტვა კვირების ან თვეების განმავლობაში; ისინი აუცილებელია ფერმენტებისთვის, რათა მოხდეს კატალიზირება ბიოქიმიური რეაქციისა ენერგიის წარმოების, ბიოსინთეზისა და ნერვული სისტემის განვითარებისა და შენარჩუნებისათვის.	
B ვიტამინის კომპლექსი	თიამინი(1), რიბოფლავინი, ნიაცინი, პირიდოქსინი (6), კობალამინი(12) და ფოლიუმის მჟავა; მოიპოვება ყველა მარცვლეულში, პარკოსან მცენარეებში, ფოთლოვან ბოსტნეულში, ხორცსა და რძის პროდუქტებში.	მეხსიერების დაკარგვა, გონებრივი დაბნეულობა; ხდება ქრონიკულ დაავადებებთან, ალკოჰოლთან, კვების შეზღუდვებთან ერთად.
თიამინი, ვიტამინი B1	ფერმენტული სისტემის ნაწილი ნახშირწყლებისგან ენერგიის გასათავისუფლებლად.	ერიბერი, ანორექსია, ემოციური ცვალებადობა, დეპრესია, დაღლილობა, შეკრულობა; კარდიომიოპათია, გულის მწვავე უკმარისობა, პოლინევრიტი; ვერნიკის ენცეფალოპათია, კორსაკოფის ფსიქოზი.
რიბოფლავინი, ვიტამინი B2	ფერმენტები პროტეინებისა და ნახშირწყლების მეტაბოლიზმისათვის.	კანი და ლორწოვანი აპკი შრება, სტომატიტი, ფოტოფობია, ბუნდოვანი ხედვა, პოლინევრიტი
პირიდოქსინი, ვიტამინი B6	ფერმენტული პროცესის ნაწილი პროტეინებსა და ნახშირწყლებში.	სიფიცხე, დეპრესია, კუნთების სისუსტე, კარდიომიოპათია, ღვიძლის დაზიანება, ხელს უშლის ნევროპათიას იზონიაზიდურ თერაპიაში ტუბერკულოზისათვის.
ნიაცინი, ნიკოტინის მჟავა	ინარჩუნებს ნორმალურ ნაწლავურ და ნერვულ სისტემას.	პელაგრა, გასტრონინტესიური, კანი და ნევროლოგიური ცვლილებები, დეპრესია, ფსიქოზი, ნევროპათია.
ფოლიუმის მჟავა, ფოლატი	წითელი სისხლის უჯრედების ფორმირება	მეგალობლასტური ანემია ორსულობისას; ნერვული მილის დეფექტები (TDs, სპინა ბიფიდა და ანენცეფალია)
ვიტამინი B12,	კობალამინი წყარო მხოლოდ ცხოველური წარმოშობის საკვებშია; აუცილებელია წითელი სისხლის უჯრედების ფორმირებისთვის.	მაკროციტარული ანემია; ფსიქიკური ჩამორჩენა.
C ვიტამინი, ასკორბინის მჟავა	წყაროა ხილბოსტნეული; საჭიროა შიდაუჯრედოვანი ნივთიერებების ფორმირებისთვის და შესანარჩუნებლად.	სკორბუტი, სუსტი ძვალი და ხრტილოვანი ანემია,ზრდის შეჩერება, ინფექციები, სისხლდენა, სისუსტე, სიკვდილი.

ცხიმში ხსნადი ვიტამინები	ძირითადად მოიპოვება საჭმლის ცხიმოვან კომპონენტში; შეიწოვება და გადაადგილდება ცხიმთან ერთად; მოითხოვს ნაღვლის და დიეტურ ცხიმებს; ინახება სხეულის ცხიმებში და წყალში ხსნად ვიტამინებზე უფრო გვიან იფიტება.	
A ვიტამინი,	რეტინოლი მოიპოვება ყვითელ ბოსტნეულში, აუცილებელია ლორწოვანი აპკის ეპითელური უჯრედებისთვის; ხედვის დასარეგულირებლად მკრთალ სინათლეში.	ღამის სიბრმავე, ფერების აღქმის დაკარგვა, სიმშრალე, რქოვანას ლაქის დაწყლულება და ნაიარევად დარჩენა, სიბრმავე; სუსტი ძვლები და ფეხების ფორმირება; მგძნობელობა ინფექციისა და გადარჩენისადმი.
D ვიტამინი, კალციფეროლი	იწარმოება კანში მზის ზემოქმედებით, მოიძებნება გამდიდრებულ საკვებში, რძის პროდუქტებში; აუმჯობესებს კალციუმისა და ფოსფორის გამოყენებას და ძვლის ზრდას.	რაქიტი, ზრდის შეჩერება, სუსტი ძვლები, მოღუნული ფეხები, კბილის კარიესი, ოსტეომალაცია, დაჟეჟილობები, მოზარდებში კუნთების ტკივილი; ხელს უწყობს ოსტეოპოროზს.
E ვიტამინი, ტოქოფეროლი	მოიპოვება ფოთლოვან მწვანე ბოსტნეულში, პარკოსან მცენარეებში, თხილში იცავს ცხიმს ჟანგვისგან (ანტიოქსიდანტი) და წითელ უჯრედების შლისგან.	დაბალი წონის ახალშობილები; ახალდაბადებულთა ჰემოლიზი, გადაგვარებული დაავადებები; შესაძლოა თამაშობს როლს გულის დაავადებებში.
K ვიტამინი, ფილოქვინონი (K1), მენანქვინონი (K2).	ისპანახი, კომბოსტო, ყვავილოვანი კომბოსტო; პროტრომბინის ფორმირება.	ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადებები.

წყარო: Adapted from Canada's Food Guide Handbook; Passmore and Eastwood, 1986, and The Surgeon General's Report on Nutrition and Health, 1988

წყაროები კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ცხიმში ხსნადი ვიტამინები, რომლებიც სხეულის ცხიმსა და ღვიძლში ინახება. კვებითი ხარვეზები სხეულის მარაგის გამოფიტვას იწვევს, რასაც არასპეციფიკური სიმპტომები (დაღლილობა, დაბნეულობა, სისუსტე, ნევრიტი და ინფექციისადმი დაქვეითებული წინააღმდეგობა) მოჰყვება, ვიდრე კლასიკური დეფიციტი კლინიკურად დამტკიცდება. ერთი ვიტამინის ნაკლებობამაც კი ჯანმრთელობას შეიძლება საფრთხე შეუქმნას.ს

ვიტამინები ბუნებრივ საკვებში გვხვდება. შესაბამისმა კვებამ ორგანიზმი ვიტამინით უნდა უზრუნველყოს, თუმცა, რადგან დაბალანსებული დიეტა ხშირად პრობლემატურია, საკვების გამდიდრება ან შევსება აუცილებელია, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის: ბავშვებისთვის, ხანდაზმულებისთვის, მოზარდებისთვის და ინსტიტუციონალური პაციენტებისთვის. გამდიდრებაში იგულისხმება საკვები ნივთიერებების ჩანაცვლება ნატურალურ პროდუქტში არსებული დონეებით დამუშავებამდე. მაგალითად, თეთრ ფქვილის გამდიდრებამ უნდა ჩაანაცვლოს 22 ნატურალური ელემენტი, რომლებიც ჩვეულებრივ წარმოდგენილია მთელ მარცვლებში, მაგრამ დამუშავების დროს ამოღებულია, მათ შორის ვიტამინი B, ვიტამინი D, კალციუმი და რკინის მარილები.

მინერალები და საკვები მიკროელემენტები. მინერალები განაწილებულია სხვადასხვა სახის საკვებში, მაგრამ ჩვეულებრივ წარმოდგენილია შეზღუდული რაოდენობით. კვება უნდა შეიცავდეს საკმარის და მრავალფეროვან საჭმელს, რათა დღიური მოთხოვნილებები დააკმაყოფილოს. თვრამეტი ცნობილი მინერალია საჭირო ორგანიზმის მარეგულირებელი ფუნქციების შესანარჩუნებლად. ეს რეკომენდირებული კვებითი დაშვებები შვიდი მათგანისთვის ჩამოყალიბდა: კალციუმი, იოდი, რკინა, მაგნიუმი, ფოსფორი, სელენი და თუთია. სხეულში

ცხრილი 8.4 აუცილებელი მინერალები

მინერალები	ორგანიზმში მოქმედება	დეფიციტის ეფექტი	საკვების წყარო
კალციუმი	აშენებს და ინარჩუნებს ძვლის და კბილის სტრუქტურას; კუნთისა და გულის ფუნქციას, სისხლის კოაგულაციას, ნერვკუნთოვანი გაღიზიანება	ძვლებისა და კბილების ჩამოყალიბების პრობლემა, რაქიტი ბავშვებში, ოსტეოპოროზი მოზრდილებში	ფორტიფირებული რძე, მაგარი ყველი, კვერცხის გული, კომბოსტო, მოლუსკები, ყვავილოვანი კომბოსტო, შპინატი, სოიო
რკინა	ჰემოგლობინის კუნთისა და ძვლის შემადგენელი; სისხლის წითელ უჯრედებში, იმაგრებს და გადააქვს ჟანგბადი	რკინა დეფიციტური ანემია, სისუსტე, შეფერხებული ზრდა ჩვილებში, ფსიქომოტორული დეფიციტი, **რომელიც** მოქმედებს სწავლისა და მუშაობის ხარისხზე	ღვიძლი, წითელი ხორცი, ინდაური, კვერცხის გული, ატამი, ვაშლი, ქიშმიში, შავი ქლიავი, პარკოსანი მცენარეები, ბადაგი
იოდი	თიროქსინის შემადგენელი, ნორმალური თიროიდის ფუნქცია, საჭირო ზრდისა და მენტალური განვითარებისთვის.	კრეტინიზმი, გონებრივი განუვითარებლობა, ზრდის შეჩერება	იოდიზრებული მარილი, ზღვის პროდუქტი
ფოსფორი	აშენებს და ინარჩუნებს ძვლებს, კბილებს, უჯრედებს, სხეულის სითხეს	სუსტი კბილები, რაქიტი, ზედის შეჩერება	რძე, ყველი, კვერცხის გული, ხორცი, თხილი, ბოსტნეული, მარცვლეუილი, პარკოსანი მცენარეები
ქლორი	საჭიროა სხეულის სითხეებში მჟავა-ტუტოვანი და ოსმოსური ბალანსის შესანარჩუნებლად	შოკით, **დეჰიდრატაციით** მძიმე ფაღარათი და სიკვდილიანობა ჩვილებსა და მოხუცებში ფაღარათული დაავადებების გამო	რძე, მარილი, თევზი, ყველი
სპილენძი	საჭიროა ცნს-ის და ჰემოგლობინის წარმოქმნისთვის	ანემია, ღვიძლის ფუნქცია, ასკორბინის მჟავის მეტაბოლიზმი	ზღვის პროდუქტები, თხილი, მსხვილ მარცვლოვანი პურეული, ღვიძლი, ხორცი, ბოსტნეული,პარკოსანი მცენარეები
ფთორი	კბილის ემალს ამაგრებს, ძვლის წარმოქმნა	კარიესი და ოსთეოპოროზი მოზრდილებში	ფთორირებული სასმელი წყალი, ფთორის სავლებები
მაგნიუმი	ძვლის და კბილების შემადგენელი, ენზიმები; გულის და ნევროლოგიური ფუნქციისთვის საჭირო	არითმია, ნერვული გაღიზიანება	კალციუმისა და ფოსფორის მსგავსი დიეტა
ნატრიუმი	უჯრედშიდა და უჯრედგარეთა სითხის ბალანსი, კუნთისა და ნერვის გაღიზიანება	სითხის კარგვა, ცირკულატორული კოლაფსი	სუფრის მარილი, ხორცი, რძე
კალიუმი	ელექტროლიტური **დისბალანსი**, არითმია	სითხის დაკარგვა, ცირკულატორული კოლაფსი, კუნთის გაღიზიანებადობა	ბოსტნეული, მარცვლეული, ხილი, ბანანი, ნესვი
სელენიუმი	ანტიოქსიდანტი	ცვლილებები ბიოქიმიურ სისტემაში, კარდიომიოპათია, კარდიოგენეზი, ღვიძლის დაზიანება	ხორცი, ზღვის პროდუქტები, პურეული, მარცვლეუილი

წყარო: Adapted from The Surgeon General's Report on Nutrition, 1988.

სხვა აქტიური მინერალები მოიცავენ ნატრიუმს, ქლორიდს, კალიუმს, ქრომს, კობალტს, სპილენძს, ფთორს, მანგანუმს, მოლიბდენს, გოგირდსა და ვანადიუმს. ნატრიუმი, კალიუმი, ქლორიდი და კალციუმი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისხლსა და სხეულის ქსოვილში ელექტროლიტების ბალანსისათვის. აუცილებელი საკვები მინერალები ოპტიმალური ზრდისა და მემბრანის ფუნქციისათვის აგრეთვე შეიცავენ ბორს, სილიკონს, ნიკელსა და დარიშხანს. სხეულს ამ ელემენტების ცოტა, მაგრამ უწყვეტი მიღება სჭირდება. თუ მეტაბოლური საჭიროებანი არაა დაკმაყოფილებული, დეფიციტი წარმოიშობა. დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები ჩართული მინერალური ელემენტების, დიეტური მინაღების დეფიციტის ხანგრძლივობის და განფენილობისა და სხეულის გამოფიტვის მიხედვით განსხვავდება (ცხრილი 8.4).

ზრდა

ზრდა არათანაზომიერი პროგრესის ფორმა როდია, ეს არის პროცესი, რომლის დროსაც საკვების მოთხოვნები გენეტიკური განრიგით განისაზღვრება, რომელზედაც ზემოქმედებას ახდენს მიღებული საკვები და ჯანმრთელობის სტატუსი. ოპტიმალური ზრდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში ხდება, თუ ორგანოები და ქსოვილები პროტეინისა და სხვა მოლეკულების სინთეზისათვის საჭირო საკვებ ნივთიერებებს მიიღებენ. არასაკმარისი ენერგია და პროტეინი (პროტეინული ენერგიის კვებითი ნაკლებობა ან პენ) წარმოადგენს წარუმატებელი ზრდის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზებს, მაგრამ აუცილებელი მინერალებისა და ვიტამინების ნაკლებობა ასევე უარყოფითად მოქმედებს ზრდაზე. იოდის დეფიციტი ჰორმონების გამოყოფას ანელებს და განვითარებასთან დაკავშირებულ ეფექტებს იწვევს. ვიტამინების ან მინერალების ნაკლებობა, როგორებიცაა: რკინა, იოდი, კალციუმი და ფოსფორი, ნეგატიურად მოქმედებს ზრდასა და ეპითელური უჯრედების, ძვლისა და წითელი სისხლის უჯრედების განვითარებაზე.

სხეულის მასის განსაზღვრა

სხეულის მასის ინდექსი (სმი-BMI) არის სხეულის მასის განმსაზღვრელი სტანდარტული მეთოდი. ის ერთ ციფრში გამოისახება, რომელიც წარმოდგენას გვაძლევს ადამიანის კვებით სტატუსზე, სიმაღლესა და წონაზე. სმი კლინიკურად მოსახერხებელი და გამოსადეგია, როგორც ინდივიდუალური პაციენტისთვის, ასევე მოსახლეობის კვებითი სტატუსის დადგენისთვის. მისი გამოთვლა ხდება:

სმი = სხეულის მასა კილოგრამებში / (სიმაღლე მეტრებში)2
ან სმი = წონა ფუნტებში X 703 / (სიმაღლე დიუმებში)2.

სიმსუქნე მამაკაცებისა და ქალებისთვის ითვლება, როდესაც სმი-ს მაჩვენებელი არის 30-ზე მეტი; ხოლო ჭარბწონიანი — 25-30; ნორმის ქვემოთ მყოფი (კვების დეფიციტი) კი — 18.5-ზე ნაკლები.

სხეულის წონას, როგორც წესი, იღებენ, როგორც ჩვეულებრივ წონას და სასურველ წონას პროცენტებში გამოხატავენ. სმი მოსახერხებელი საზომია. მისი ზღვრები მოცემულია ცხრილში 8.5 იგი დაუსაბუთებელია, მაგრამ გამოსადეგ დაყოფას იძლევა, რომელთა გაზრდა შესაძლოა კლინიკური და სხვა ანთროპომეტრიული მაჩვენებლების გამოყენებით. გულის, ფილტვების და სისხლის ეროვნულმა ინსტიტუტმა საკუთარი სტანდარტები 1998 წელს შეასწორა, რომლის მიხედვითაც სმ-სი 25-ზე მაღალი მაჩვენებელი ჭარბ წონად ითვლება, ხოლო 30-ზე მაღალი – სიმსუქნედ. ამის თანახმად, ამერიკის შეერთებული შტატების პოპულაციის 55% ჭარბწონიანი ან მსუქანია და ისინი ჰიპერტენზიის, დიაბეტისა და გულის დაავადებების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ამ ახალმა სტანდარტებმა აშშ-ის სტანდარტები ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ გამოცემულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოიყვანა. კვების დეფიციტად ითვლება სმი-ს 18.4 და მასზე დაბალი მაჩვენებელი.

ჰეჯოგენდებული ჯვებით ნოხები

1941 წელს ნაციონალური კვლევის საბჭოს კვების კომიტეტმა, აშშ-ის ეროვნული დაცვის საკონსულოს მოთხოვნის საფუძველზე, რეკომენდებული დღიური საკვების დასაშვები რაოდენობა შექმნა, რომელიც მეორე მსოფლიო ომის დროს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე შესაძლო საკვებ დეფიციტს და კვების საზიანო ეფექტებს შეეხებოდა.

საკვების დასაშვები რაოდენობა აუცილებელ საკვებ ნივთიერებებს გამოსახავს, რომლებიც ვირტუალურად ყველა ჯანმრთელი ადამიანის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლადაა საჭიროა. მათი გამოყენება ეროვნული გაუთვალისწინებელი შემთხვევების დასაგეგმად და ინსტიტუციური ან სოციალურად დაბალი ფენის პირთათვის ხდება. საკვების დასაშვები რაოდენობის მოდიფიცირება იმისთვის ხდება, რათა საკვებ ნივთიერებებზე ცოდნა გაფართოვდეს. ის ჯანმრთელი ადამიანის სათანადო ნუტრიციის დირექტივა გახდა.

ცხრილი 8.5 სმი და ქრონიკული ცილოვან-ენერგიული მალნუტრიციის და სიმსუქნე

ხარისხი	BMI (სხეულის მასის ინდექსი)
სიმსუქნე	>30
ჭარბი წონა	25-30
ნორმალური	18.5 – 25
ცილოვან-ენერგიული მალნუტრიცია*	
I	17 — 18.4
II	16 — 16.9
III	<16

წყარო: National Heart Lung and Blood Institue, 1998

*Shils et al., 1994.

ცხრილი გვიჩვენებს, თუ რა უნდა იყოს აუცილებლად ჩვენს ყოველდღიური კვების რაციონში და რისი თავიდან აცილებაა საჭირო, რადგან მათი ჭარბი მიღება პოტენციურად დამაზიანებელი შეიძლება გასდეს. აშშ-ის მეცნიერებათა ეროვნულმა აკადემიამ საკვების დასაშვები რაოდენობა 1989 წელს და 1997 წლებში განაახლა; ახლა მათი, როგორც მითითებული საკვების მისაღები რაოდენობის კლასიფიცირება ხდება. საკვების მისაღები რაოდენობა განისაზღვრა, 13 ვიტამინით, 15 მინერალით და კიდევ სხვა ელემენტებით, მათ შორის ცილებით (კვების ჯანმრთელობის ანგარიშების ვებგვერდი, 1999).

საკვების მისაღები რაოდენობა გამოიყენება, როგორც კვების დირექტივა და გამოსადეგია საკვების შეფუთვის იარლიყის სტანდარტიზაციისთვის და აგრეთვე საგანმანათლებლო პრაქტიკებისთვის. საკვების მისაღები რაოდენობა ძირითადად მთელს მსოფლიოში კლინიკური კვებისა და ჯანდაცვის კვების სტანდარტების დასადგენად გამოიყენება. საკვების მისაღები რაოდენობა საშუალო რიცხვია და, მიუხედავად იმისა, რომ ასაკისა და სქესის მიმართ სპეციფიკურია, ის ავადმყოფობას, დაზიანებას, ფიზიკურ სტრესსა და მოხუცებულობას გულისხმობს. საკვების მისაღები რაოდენობის მნიშვნელობაზე სხვადასხვა მოსაზრება არსებობს. გამდიდრებული საკვების, დამატებითი ვიტამინებისა თუ მინერალების მიღება, ზოგიერთის აზრით, არის პოტენციური მიზეზი ამ ნივთიერებების ჭარბად მიღებისა, თუ გამოიყენება მათი მიღების სხვადასხვა წყარო. აშშ-ის მეცნიერებათა ეროვნული აკადემია საკვების მისაღებ რაოდენობას ადგენს, რაც ხელისუფლების, ინდუსტრიის, მკვლევრებისა და კლინიცისტების მიერ, ინდივიდუალური ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის მიზნებისთვის გამოიყენება. აშშ-ის მეცნიერებათა ეროვნულმა აკადემიამ უკანასკნელ პერიოდში რეკომენდაცია გაუკეთა ფოლიუმის მჟავისა და ვიტამინ B12-ის რუტინულ გამოყენებას, რათა მოხდეს მშობიარობის დეფექტებისა და მიკრონუტრიენტული დეფიციტური მდგომარეობების პრევენცია აშშ-ის მოსახლეობის იმ ჯგუფებში, რომლებიც ამ პათოლოგიების მიმართ მიდრეკილნი არიან.

არასრულფასოვანი კვება პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც გამოწვეულია დაახ-

ცხრილი 8.6 საკვების რეკომენდებული შემადგენლობა (RDA) ასაკისა და სქესის* მიხედვით, აშშ, 1993

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	წონა (კგ)	სიმაღლე (სმ)	საშუალო ენერგიის მოთხოვნა (კკალ)	პროტეინი (გ)	ცხიმში ხსნადი ვიტამინები (A, D ,E)	წყალში ხსნადი ვიტამინები (C, თიამინი, რიბოფლავინი, ნიკოტინის მჟავა,B6, ფოლატი, B12)	მინერალები (კალციუმი, ფოსფორი, რკინა, მაგნიუმი, ცინკი, იოდი)
ახალშობილები							
0-0.5	6	60	kg X 115 (95–145)	Wt X 2.2	A 410 –g	Vit C 35 mg	Ca 450 mg
0.5-1.0	9	71	kg X 105 (80–135)	Wt – 2.0	D 10 –g	Thiam 0.4 mg	P 300 mg
					E 4 –g	Ribofl 0.5 mg	Mg 60 mg
						Niac 7 mg	Fe 13 mg
						B6 0.5 mg	Zn 4 mg
						Folic 38 –g	I 45 –g
						B12 0.1 –g	
ბავშვები							
1-3	13	90	1300 (900–1800)	23	A 500 –g	Vit C 45 mg	Ca 800 mg
4-6	20	112	1700 (100–2300)	30	D 10 –g	Thiam 0.4 mg	P 800 mg
7-10	28	132	2400 (1650–3300)	34	E 7 –g	Ribofl 1.2	Mg 200 mg
						Niac 14 mg	Fe 10 mg
						B6 1.3 mg	Zn 10 mg
						Folic 120 –g	I 80 –g
						B12 3 –g	
კაცები							
11-14	45	157	2700 (2000–3700)	45	A 1000 –g	Vit C 55 mg	Ca 1000 mg
15-18	66	176	2800 (2100–3900)	56	D 8 –g	Thiam 1.1 mg	P 1600 mg
19-22	70	177	2900 (2500–3300)	56	E 10 –g	Ribofl 1.0 mg	Mg 300 mg

23-50	70	178	2700 (2300–3100)	56		Niac 14 mg	Fe 15 m
51-75	70	178	2400 (2000– 2800)	56		B6 2 mg	Zn 10 mg
76+	70	178	2050 (1650–2450)	—		Folic 400 –g	I 135 –g
						B12 3 –g	
ქალები							
11-14	46	157	2200 (1500–3000)	46	A 1000 –g	Vit C 55 mg	Ca 1200–800
15-18	55	163	2100 (2100–3000)	46	D 5-10 –g	Thiam 0.5 mg	P 1200–800
19-22	55	163	2100 (1700–2500)	44	E 8 –g	Ribofl 1.2 mg	Mg 300 mg
23-50	55	163	2000 (1600–2400)	44		Niac 14 mg	Fe 18 m
51-75	55	163	1800 (1400– 2200)	44		B6 2 mg Zn	15 mg
76+	55	163	1600 (1200–2000)	—		Folic 400 –g	I 150 –g
						B12 3 –g	
ორსულობის დროს			+300	+20	A + 200 – 400 –g	Vit C +30 mg	Ca +400 mg
ლაქტაციის პერი-ოდში			+500	+30	D + 1+5 –g	Vit C +30 mg	Ca +400 mg
					E + 2-3 –g	Thiam +0.4 mg	P +400 mg
						Ribofl +0.4 mg	Mg +150 mg
						Niac +4 mg	Fe +30–60 mg
						B6 +0.5 mg	Zn 15–10 mg
						Folic 400 –g	I 125є50 –g
						B12 +1–g	

წყარო: From the Surgeon-General's Report on Nutrition and Health, 1988; and National Academy of Science, 1980, Recommended Dietary Allowances

* ვიტამინებისა და მინერალების მოთხოვნილებების საშუალო მაჩვენებელი; ენერგიისა მოთხოვნათა ზღვარი, ორსულებისა და ძუძუთი მკვებავი დედებისათვის.

ლოებითი, ან აბსოლუტური დეფიციტით, ან ჭარბი რაოდენობით ერთი ან რამდენიმე ძირითადი მინერალის მიღებით. კლინიკური შედეგი ფიზიკური გამოკვლევის, ბიოქიმიური, ანთროპომეტრიული ან ფიზიოლოგიური ტესტების მეშვეობით დგინდება. არასრულფასოვანი კვება დერიკ ჯელიფმა გარკვეულ ტიპებად დაყო: ნორმის ქვედა ზღვარი/მოშიმშილე, ჭარბწონიანი/სიმსუქნე, სპეციფიკური დეფიციტები და დისბალანსი.

ᲐᲠᲐᲡᲐᲙᲛᲐᲠᲘᲡᲘ ᲙᲕᲔᲑᲘᲗ ᲒᲐᲛᲝᲬᲕᲔᲣᲚᲘ ᲓᲐᲠᲦᲕᲔᲕᲔᲑᲘ

არასაკმარისი კვებით გამოწვეული დარღვევები მინიმუმ 25 ტიპის დეფიციტურ დაავადებებს მოიცავს, რომლებიც ერთი ან რამდენიმე ძირითადი ნივთიერების, ცილების, ვიტამინების, ცხიმების ან მინერალების არქონითაა გამოწვეული (იხ. ცხრილი 8.7). ალბათობა იმისა, რომ ადამიანს აქვს მრავალი ნივთიერების დეფიციტი და არა მხოლოდ ერთი ნივთიერების, უფრო დიდია. დეფიციტური დარღვევები შეიძლება იყოს სუბკლინიკური და არანაირი დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინება არ ჰქონდეს.

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციამ და გაეროს ბავშვთა ფონდმა განსაზღვრეს, რომ განვითარებად ქვეყნებში 200 მილიონზე მეტი ბავშვი კვებით დეფიციტს განიცდის და ეს კვებითი დეფიციტი ნახევარზე მეტი ასეთი ბავშვის გარდაცვალების მიზეზი ხდება. განვითარებად ქვეყნებში ყოველწლიურად დაახლოებით 12 მილიონი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი იღუპება. კვებითი დეფიციტის მქონე ბავშვები ფიზიკური და მენტალური უნარების შეზღუდვით იტანჯებიან. ისინი უფრო მგრძნობიარენი არიან დაავადებების, გართულებების და სიკვდილის მიმართ, ვიდრე ჯანსაღი ბავშვები. უმეტესად ეს ძუძუთი კვების ადრე შეწყვეტით, არასაკმარისი საკვების მიღებითა და უცოდინრობით არის გამოწვეული. ამის მიზეზს ასევე წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ამგვარი მოსახლეობის ჯგუფების საკმარისი რაოდენობის საკვებით მომარაგებას. თუმცა, მთავარი მიზეზი პოლიტიკური ქაოსი ან რეპრესიებია, ამასთანავე სიღარიბისა და მისი შედეგების მიმართ ინდიფერენტულობაა (UNICEF, 1998).

პოლიტიკური სისტემების მიერ საკვების ადეკვატურად მიწოდების დარღვევამ ან დისტრიბუციული სისტემების ადეკვატურობის შემცირებამ შეიძლება ფართოდ გავრცელებული კვების დეფიციტი ან შიმშილობა გამოიწვიოს. პოლიტიკურ სისტემებში ქაოსი ისეთ მდგომარეობას ქმნის, რომელშიც საკვების წარმოება, შენახვა და მარკეტინგი ინგრევა და მზარდი მოსახლეობისთვის არაადეკვატური ხდება. შიმშილი პრაქტიკულად ჩვეული მდგომარეობაა სუბსაჰარულ აფრიკაში, ინდოეთის სუბკონტინენტსა და სამხრეთ-დასავლეთ აზიაში. კვების დეფიციტის მქონე მოსახლეობები ასევე გვხვდება მსოფლიოს ყველა ქვეყნის საზოგადოებაში.

წონის ნაკლებობა: პროტეინული ენერგიის ნაკლებობა. წონის ნაკლებობა ანუ იგივე პროტეინული ენერგიის დეფიციტი ადამიანის სხეულის ძირითადი მოთხოვნების დაკმაყოფილებისთვის საჭირო ნივთიერებების არაადეკვატური რაოდენობაა (იზომება კალორიებში ან ჯოულებში). კვების ნაკლებობის მთავარი მახასიათებლები წონაში კლება და სხეულის ცხიმოვანი და კუნთოვანი ქსოვილების განლევა, სიმაღლესთან შეუთავსებელი წონა და ასაკთან შეუთავსებელი სიმაღლეა. მძიმე ფორმების მახასიათებლებია: ზრდის შეფერხება, მარასმუსი (ყველა ნუტრიენტის დეფიციტი) ან კვაშიორკორი ბავშვებში და შიმშილი ზრდასრულებში. ზრდასრულებში წონაში კლება შეიძლება გამოწვეული იყოს მადის დაქვეითებით, შიმშილით, ნერვული ანორექსიით, მუდმივი პირღებინებით, ყლაპვის უუნარობით, არასრული შეწოვით და ძირითადი მეტაბოლური სიჩქარის მომატებით, რაც გახანგრძლივებული სიცხის, ჰიპერთიროიდიზმის, სიმსივნის, შაქრის დიაბეტის ან სხვა სამედიცინო მდგომარეობების დროს გვხვდება. ქრონიკულად ნორმის ქვედა ზღვარზე ყოფნის მიზეზი განვითარებულ ქვეყნებში მაღალი რისკის მოსახლეობის ჯგუფებში სიღარიბის, ავადმყოფობის ან სათანადო კვებითი რეჟიმის იგნორირების გამო ხდება.

ბავშვებში პროტეინული ენერგიის დეფიციტი ინფექციით ან საკვების არქონით შეიძლება იყოს გამოწვეული. განვითარებად ქვეყნებში ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში წონის ნაკლებობა, საკვების უქონლობით ან სიღარიბით

ცხრილი 8.7 კვების დეფიციტის ტერმინები და სიინდრომები.

სინდრომის ტერმინები	მდგომარეობა
დაბალი წონა დაბადებისას (LBW)	ახალშობილის წონა 2500 გრ ან ნაკლები; LBW% მოსახლეობის ნუტრიციული სტატუსის განსაზღვრის კარგი ინდიკატორია
მარასმუსი	მწვავე ზრდაში ჩამორჩენის მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია მკვეთრი კალორიული და ცილოვანი დეფიციტით. ეს პათოლოგია როგორც წესი გვხვდება 6 – 18 თვის ასაკობრივ ჯგუფში, ხშირად გამოწვეული ადრეულად ძუძუდან ბავშვის მოცილებით. ის ხშირია ურბანულ ჯურღმულებში; ახალშობილი გამოიყურება როგორც მოხუცი, კანქვეშა ცხიმოვანი და კუნთოვანი ქსოვილი გალეულია, და აქვს ხელახალი ინფექციები; იწვევს ტვინის განვითარების მუდმივ დაზიანებას, საჭიროებს სითბოს, ყურადრებას, ადექვატურ კვებას, და დედის განათლებას, ინფექციური დაავადებებისგან ორევენციას
კვაშიორკორი	ენერგიის, ვიტამინების და პროტეინის დეფიციტი, რომელიც ხშირად გვხვდება 2-4 წლის ბავშვებში, რომლებიც მოსცილდებიან ძუძუთი კვებას როდესაც შემდეგი ბავშვი დაიბადება და არ აქვთ საკმარისი საკვები, რაც გამწვავებულია ინფექიებით (მაგ: წითელა); დეპიგმენტირებული ქერცლიანი კანი და თმა; უმადობა, ალბუმინის დაბალი დონე, ედემა ან შეშუპებული მუცელი, გადიდებული ღვიძლი ბავშვებში რომლებიც არიან გამხდრები ტანზე, ხელებზე და ფეხებზე.
პროტეინული ენერგიის მალნუტრიცია (PEM)	პიროვნება ვერ იღებს საკმარის საკვებს, კალორიებს, ან პროტეინს რომელიც სჭირდება ნორმალური ზრდისა და ენერგიისთვის ან ნორმალური ადამიანური საქმიანობებისთვის; დაბალი წონა და სიმაღლე ასაკთან შედარებით; დაღლილობა, დაბალი მუშაობის ან სწავლის შესაძლებლობები.
სპეციფიური დეფიციტებით გამოწვეული მდგომარეობები	A ვიტამინის სპეციფიური დეფიციტი – ქსეროფთალმია B ვიტამინის დეფიციტი – პელლაგრა ფოლიუმის მჟავას დეფიციტი – ანემია და თანდაყოლილი დეფექტები C ვიტამინის დეფიციტი – სურავანდი D ვიტამინის დეფიციტი – რაქიტი K ვიტამინის დეფიციტი – ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება რკინადეფიციტური ანემია იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები
ასაკთან შედარებიტ დაბალი წონა (wasting)	მიმდინარე ენერგიისა და პროტეინების ნაკლებობის ინდიკატორი (ქრონიკული ან მწვავე ან ორივე)
ასაკთან შედარებით დაბალი სიმაღლე (stunning)	ასაკთან სედარებით დაბალი სიმაღლე მიუთითებს ქრონიკულ დაბალ ნუტრიციულ სტატუსზე ზრდის წლების რაღაც პერიოდში, მაგრამ შესაძლოა არ ახლსედ თან მიმდინარედ დაბალი განვითარებულობა
სიმაღლესთან შედარებით დაბალი წონა	გამხდარი ადამიანი, რომლის წონას ნაკლებია მის სიამღლესთან შედარებით მიუთითებს მიმდინარე დაბალ ნუტრიციულ სტატუსზე.
ინფექცია-მალნუტრიციის ციკლი	ნუტრიციული სტატუსის და ინფექციებისადმი მგრძნობელობის ურთიერთკავშირი ინფეციური დაავადების გავლენით ნუტრიციულ სტატუსზე

წყარო: Williams, C. D., Baumslag, N., and Jelliff, D. 1994. Mother and Child Health: Delivering the Services. Third Edition. New York: Oxford University Press.

გამოწვეული ერთადერთი ყველაზე გაბატონებული ჯანდაცვის პრობლემაა. არასრულფასოვანი კვების პირობებში ბავშვი უფრო ადვილად ინფიცირდება, იმის გამო, რომ ინფექციების მიმართ რეზისტენტულობა და იმუნიტეტი დაქვეითებული აქვს. ინფექციით დაავადებული ბავშვი, რომელიც ცუდად იკვებება, შეიძლება ზრდის ჩამორჩენის გამო ხანგრძლივად იტანჯებოდეს.

შიმშილობის დროს მეტაბოლური სიხშირე კომპესაციურად მცირდება, ნელდება და პულსი სუსტდება, არტერიული წნევა ქვეითდება, ცხიმოვანი ქსოვილი მცირდება, კუნთები განილევა და მათი ტონუსი მცირდება, კანის ელასტიკურობა მცირდება, მენტალური სტატუსი ირღვევა, ადამიანი ადვილად იღლება. ვიტამინებისა და მინერალების სპეციფიკური დეფიციტის სიმპტომები მინიმალურია. წონის კარგვის რევერსია ადეკვატური კვების დაწყების შემდეგ მოზრდილებში უფრო ნელა მიმდინარეობს, ვიდრე ბავშვებში. შიმშილობა უფრო მძიმედ აისახება ბავშვებზე, ქალებსა და მოხუცებზე. ჩვილები და ბავშვები, რომლებიც სიარულს იწყებენ განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან.

ᲕᲘᲢᲐᲛᲘᲜᲔᲑᲘᲡᲐ ᲓᲐ ᲛᲘᲜᲔᲠᲐᲚᲔᲑᲘᲡ ᲓᲔᲤᲘᲪᲘᲢᲣᲠᲘ ᲛᲓᲒᲝᲛᲐᲠᲔᲝᲑᲔᲑᲘ

ერთი ან რამდენიმე ძირითადი საკვები ნივთიერების დეფიციტის მდგომარეობა ჯანდაცვის სფეროში მნიშვნელოვანი თემაა. განვითარებად ქვეყნებში შემთხვევების რაოდენობა დამოკიდებულია ქალაქის, სოფლის საცხოვრებელსა და სოციალურ კლასზე, მაგრამ ამ ადგილებში გაჭირვებულთა უმრავლესობა გადაჭარბებულ ავადმყოფობებისა და სიკვდილიანობის მთავარ ფაქტორს წარმოადგენენ. განვითარებულ ქვეყნებში უმთავრესი კვების პრობლემა სიმსუქნეა, თუმცა გარკვეულ სპეციფიკურ მოსახლეობის ჯგუფებში მაინც არის საკვები ნივთიერებების დეფიციტის პრობლემა.

განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, შეიძლება ფართოდ გავრცელებული იყოს სპეციფიკური ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტის პრობლემა. ადრეულ 1970-იან წლებში კანადის ეროვნული კვების კვლევამ აჩვენა, რომ გარკვეული რაოდენობით, ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტი ქვეყნის სხვადასხვა ნაწილებში შეიმჩნეოდა, განსაკურებით ადგილობრივ მოსახლეობაში, თინეიჯერებში, ქალებსა და მოხუცებში. ბევრმა განვითარებულმა ქვეყანამ ამ პრობლემის შესამცირებლად ზომები მიიღო, რაც ცხოვრების სტანდარტების გაუმჯობესებასა და ვიტამინებითა და მინერალებით ძირითადი საკვების გამდიდრების პოლისების დანერგვაში გამოიხატებოდა.

1992 წელს რუსეთის პრეზიდენტის მოხსენება ჯანმრთელობის თაობაზე მიგვითითებს ფართოდ გავრცელებულ იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებაზე, რკინადეფიციტურ ანემიაზე და აგრეთვე პროტეინების ენერგიის ნაკლებობაზე. სიტუაცია რუსეთში მიმდინარე ეკონომიკური კრიზისის გამო გაუარესებულია. რუსეთის მოსახლეობის დიდ სეგმენტს არ აქვს საკმარისი შემოსავალი, რაც ძირითადი ნივთიერებების დეფიციტს განაპირობებს. შესაბამისად, მოსახლეობის დაუცველ ჯგუფებში კვების დეფიციტის აშკარა საშიშროება არსებობს. ასეთ მოსახლეობის ჯგუფებს მიეკუთვნება ორსული და მეძუძური ქალები, ჩვილები და მცირეწლოვანი ბავშვები, მოხუცები, განსაკუთრებით, რომლებიც ღარიბ ჯგუფებს მიეკუთვნებიან. რისკის ქვეშ მყოფ სხვა ჯგუფებს მიეკუთვნებიან ალკოჰოლიკები, ქრონიკული ან ხშირი ინფეციების მქონე ადამიანები, როგორიც არის აივ ინფიცირებული და ადამიანი ქრონიკული დაავადებით ან ისინი, ვინც საკუთარ თავს გარკვეული სახის საკვებს უკრძალავს, მაგალითად ვეგეტარიანელები. ვეგეტარიანიზმი კარგ ჯანმრთელობასთან სავსებით შეთავსებადია, როდესაც ის ადეკვატურ კვებასთან დაკავშირებულ რჩევებს ითვალისწინებს.

A ᲕᲘᲢᲐᲛᲘᲜᲘᲡ ᲓᲔᲤᲘᲪᲘᲢᲘ

A ვიტამინი მხედველობის პიგმენტის სინთეზში მისი პირდაპირი როლის გამო ნორმალური მხედველობისა და თვალის ფუნქციისათვის აუცილებელია. ამ ვიტამინის მიღების წყარო ცხოველური პროდუქტებია, მაგალითად, კვერცხის გული, ღვიძლი, რძის პროდუქტები, დედის რძე, მცენარეები. ისინი შეიცავენ კაროტენოიდებს, მაგალითად მუქი მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული, ყვითელი და მოწითალო ხილი და წითელი პალმის ზეთი. A ვიტამინის დეფიციტის სიმპტომებია ზრდაში ჩამორჩენა, ეპითელური

და მეზენქიმური ქსოვილების დიფერენციაციისა და მორფოლოგიის დარღვევები, მხედველობის დარღვევა. A ვიტამინის დეფიციტი ინფექციების მიმართ ორგანიზმის რეზისტენტულობას ამცირებს და სხვადასხვა დაავადებებისგან სიმწვავის, გართულებებისა და სიკვდილის რისკს ზრდის. მისი დეფიციტი ასევე იწვევს ღამის სიბრმავეს და ქსეროფთალმიას (თვალების სიმშრალეს, რაც თავის მხრივ ნაწიბურების ჩამოყალიბებას იწვევს). ეს დეფიციტი განვითარებად ქვეყნებში ბავშვებში ფართოდ გავრცელებულია. ამ პრობლემის გამძაფრება ისეთ საზოგადოებებში ხდება, სადაც გარკვეული კულტურული თუ სხვა მიზეზის გამო ბავშვისთვის ბოსტნეულის მიცემა შეზღუდულია. A ვიტამინის დეფიციტი წითელათი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაღალ სიხშირესთან ასოცირდება. ამიტომ წითელას ეპიდემიის დროს მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თვალსაზრისით მაღალი დოზით ვიტამინის მიწოდება უნდა მოხდეს. WHO და UNICEF-ი ანგარიშობს, რომ ვიტამინის დეფიციტი ბავშვების დიდ რაოდენობაში ვითარდება:

მიღების დეფიციტი (სუბკლინიკური)	562 მილიონი.
მიღების დეფიციტი (კლინიკური მიდრეკილება ინფექციების მიმართ)	231 მილიონი.
ღამის სიბრმავე (ქათმის სიბრმავე)	13.5 მილიონი.
ქსეროფთალმია	3.1 მილიონი.
თვალის მწვავე დაზიანება/სიბრმავე	0.5 მილიონი.

პრევენციულ ქმედებებს იმ მოსახლეობისთვის, რომელსაც ადრეული ან მარგინალური ვიტამინის დეფიციტი აქვს, შეუძლია მკვეთრად შეამციროს ნაწლავური და რესპირატორული ინფექციებისა და წითელასგან გამოწვეული სიკვდილობის რისკი. A ვიტამინის სტატუსის გაუმჯობესების მეთოდები მოიცავს ასაკისთვის შესაბამის დიდი დოზების კაფსულების დისტრიბუციას, გამზადებული საკვების ფორტიფიკაციას, A ვიტამინით გამდიდრებული საკვების გაზრდილი რაოდენობით მიღებას. მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კანადასა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ცდის მიზნით მარგარინში, რძესა და რძის პროდუქტებში A და D ვიტამინები დაამატეს. ეს პრაქტიკა სავალდებულოა კანადაში და თითქმის უნივერსალურია ამერიკის შეერთებულ შტატებში. 1980-ანი წლების შუიდან მოყოლებული, შეჯამებულმა მტკიცებულებებმა ინფექციებითან ბრძოლაში A ვიტამინის მნიშვნელობა ცხადყო, რის გამოც საკვების ფორტიფიკაცია რეკომენდებულია განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში ან მოსახლეობებში, სადაც ინფექციის განვითარების მაღალი სიხშირეა, მაგალითად, აივ-ით დაავადებული ადამიანები. WHO ახლა უკვე ბავშვებისთვის იმუნიზაციის პროგრამასთან ერთად (EPI პლუს, იხილეთ მეოთხე თავი) A ვიტამინის რუტინულ მიწოდებას რეკომენდაციას უწევს. A ვიტამინის დიდი დოზები გართულებებისა და სიკვდილიანობის შემცირების კარგი შედეგის გამო იმ ბავშვებში გამოიყენება, რომელთაც წითელა აქვთ. A ვიტამინის შაქარში ფორტიფიკაცია რიგ ქვეყნებში დაინერგა, მაგალითად, სამხრეთ და ცენტრალურ ამერიკაში. 1998 წლის განმავლობაში ფილიპინებში მარგარინი A ვიტამინით გაამდიდრეს. ინდონეზიაში მრავალ ტექნიკას იყენებენ დეფიციტური მდგომარეობების აღმოსაფხვრელად. მომარაგების პოლისები, რომლებიც ბავშვებისა და ნამშობიარევი ქალებისთვის A ვიტამინს გასცემენ, 1996 წელს 78 ქვეყანაში დაინერგა. ეს მოძრაობა უფრო და უფრო ფართოვდება WHO და UNICEF-ის მეშვეობით.

ვიტამინის ტოქსიკურობა შეიძლება განვითარდეს მაშინ, როდესაც რეკომენდებულზე სამჯერ მეტი რაოდენობის მიღება მოხდება, ძირითადად ეს ხდება წამლის ზედმეტი დოზით, განსაკუთრებით ორსულებში, ალკოჰოლიკებში ან ქრონიკული ღვიძლის დაავადების მქონე ადამიანებში. ამ ტოქსიკურობამ, თავის მხრივ, შეიძლება ჰიპერკერატინოზის (იგივე, ფორთოხლისფერი კანი), გულისრევის, პირღებინების, მშობიარობის დეფექტების, ნევროლოგიური, გასატროინტესტინური და დერმატოლოგიური სიმპტომები გამოიწვიოს.

D ვიტამინის დეფიციტი (რაქიტი და ოსტეომალაცია)

D ვიტამინის დეფიციტით გამოწვეული რაქიტი განვითარებული მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ჩვეულებრივ დარღვევად ითვლებოდა. ის შეადგენს ჩვილთა ასაკის ყველაზე მნიშვნელო-

ვან დაავადებას მისი სერიოზული გართულებების გამო, როგორიცაა გრძელი ძვლების ზრდის დარღვევა, ფეხების გამრუდება, მენჯის დეფორმაცია. ხოლო უკიდურეს შემთხვევებში ტეტანია და კონვულსიები ვითარდება. D ვიტამინის რაოდენობა დედის რძეში ძალიან დაბალია, ამიტომ მიუხედავად დედის რძით კარგი კვებისა, თუ ბავშვის მზეზე გაყვანა არ მოხდა, შეიძლება კლინიკური რაქიტი განვითარდეს. დიდებში მალაბსორბაციამ ან ვიტამინის ღარიბმა მიღებამ შეიძლება ოსტეომალაცია და ოსტეოპოროზი გამოიწვიოს, ადვილად მსხვრევადი ძვლებით და ხშირი მოტეხილობებით. ვიტამინის დეფიციტი ხშირია მოხუცებში, რომლებიც სახლში ჩაკეტილნი არიან, განსაკუთრებით ზამთრის პერიოდში, ასევე საწოლს მიჯაჭვულ ან ინსტიტუციალიზირებულ პაციენტებში.

D ვიტამინის რამდენიმე ბუნებრივი წყარო არსებობს, მაგრამ დეფიციტის პრევენცია შესაძლებელია კანის, მზის ულტრაიისფერ სხივებზე ექსპოზიციით. პრევენცია ჩვეული გახდა ბავშვისთვის თევზის ქონის მიცემით. ეს საუკეთესო ანტირაქიტული საშუალება იყო, ვიდრე ჩვილებისთვის D ვიტამინით მისი ჩანაცვლება არ მოხდა. ცივ კლიმატურ გარემოში ან ნისლიან ტერიტორიებზე, სადაც მზეზე ყოფნა შესაძლოა ლიმიტირებული ყოფილიყო, რაქიტი ხშირად გვხვდებოდა. თუმცა სეზონური დეფიციტი შეიძლება მზით მდიდარ გარემოშიც განვითარდეს.

1940-იან წლებამდე დიდ ბრიტანეთსა და ჩრდილოეთ ამერიკაში, მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში, ვიდრე რძის ფორტიფიკაციას მიიღებდნენ, რაქიტი ფართოდ გავრცელებულ დაავადებად რჩებოდა. რაქიტის სიხშირემ დიდ ბრიტანეთში საგრძნობლად დაიკლო, განსაკუთრებით ჩრდილოეთ ინგლისის და შოტლანდიის ინდუსტრიულ ქალაქებში. 1971 წელს კანადის ეროვნულმა კვების კვლევამ D ვიტამინის დეფიციტი გარკვეულ ასაკობრივ, სქესობრივ, ეთნიკურ და გეოგრაფიულ მოსახლეობის ჯგუფებში აღმოაჩინა. მიუხედავად იმისა, რომ 1940-იან წლებში ანტირაქიტული პროცედურები (თევზის ქონისა და ვიტამინის დამატება რძეში) რუტინული იყო, ამ პრაქტიკამ 1950 და 1960-იან წლებში იკლო. მონრეალში რაქიტიან პაციენტების ჰოსპიტალიზაციამ რძის D ვიტამინით გამდიდრების აკრძალვა გამოიწვია.

ვიტამინის დამატება რძეში, თითქმის უნივერსალური იყო ამერიკის შეერთებულ შტატებში და სავალდებულო გახდა კანადაში 1979 წელს, რის შედეგადაც რაქიტი ამ ქვეყნებში გაქრა. D

D ვიტამინის ტოქსიკურობის არც ერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. D ვიტამინის ტოქსიკურობამ, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ადამიანის მიერ ვიტამინის ფორმულაში დაშვებული შეცდომით ან ჭარბი რაოდენობით მისი მიღებით, ისეთ სიმპტომებს გვაძლევს, როგორიცაა ზრდაში ჩამორჩენა, გულისრევა, პირღებინება და სისუსტე.

მზიანი კლიმატის მქონე ადგილებში კი D ვიტამინის არსებობა სეზონური ცვალებადობაა. სოციალურმა წეს-ჩვეულებებმა, როგორიც არის ბავშვის კარგად შეფუთვა და მზისგან მორიდება, შეიძლება მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში რაქიტი გამოიწვიოს. ვიტამინის დონის გასასინჯად ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ინსტიტუციონალიზებულ მოხუცებში მისი დონე დაბალი იყო, ხოლო მოსახლეობაში მყოფ მოხუცებში მხოლოდ ზამთრის პერიოდში იყო დაბალი.

D ვიტამინის დეფიციტის პრევენციის მიზნით 1-დან 12 თვემდე ჩვილ ბავშვებში (და 24 თვემდე) ვიტამინით მუდმივი შევსება უნდა მოხდეს. ბავშვის საკვებისა და მარცვლეულის ფორტიფიკაცია ხშირია. პედიატრიისა და ჯანდაცვის სტანდარტულ სასწავლო წიგნებში ერთნაირად მნიშვნელოვნად მოიხსენიება რაქიტი – ვიტამინის დეფიციტი. ვიტამინის დეფიციტის პრობლემა ჩვილ ბავშვებსა და მოზრდილებში არ შეიძლება მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებისთვის ვიტამინების მიწოდებით აღმოიფხვრას, ასე რომ, რძის ფორტიფიკაცია გამართლებულია. ჯანდაცვის ნუტრიციის სფეროში გამოყენებული ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ზომა რძის ფორტიფიკაციაა. ჯანდაცვის საზოგადოების მნიშვნელოვანი მარცხი ამ ზომის საერთაშორისო დამკვიდრების ხელშეუწყობლობა იყო.

C ვიტამინის დეფიციტი (სურავადნი)

სურავანი არის C ვიტამინის (ასკორბინის მჟავის) ნაკლებობის გამო გამოწვეული დეფიციტური დაავადება. ეს დაავადება ხშირი იყო მეზღვაურებში (იხილეთ 1 თავი) და ისეთ მოსახლეობაში, ვისაც ახალი ხილი და ბოსტნეული არ გააჩნდათ. C ვიტამინის ნაკლებობა იწვევს კანის დაზიანებას, სისუსტეს, დაღლილობას, წონაში დაკლებას, კუნთების ტკივილს, ინფექციების მიმართ მიდრეკილებას, ჰემორაგიას, სისუსტესა და სიკვდილსაც კი. ეს ნაკლებობა შეიძლება ნებისმიერ ასაკში არაადეკ-

ვატური კვების გამო განვითარდეს. სურავანდი უვითარდებოდათ ძირითადად ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ჩვილ ბავშვებს. თუმცა შემდგომში C ვიტამინის დამატებამ ინდუსტრიულ ქვეყნებში ხელოვნურ საკვებში სურავანდის სიხშირე შეამცირა. ჩვილ ბავშვს C ვიტამინის წყარო ცხოვრების პირველივე თვიდან უნდა მიეწოდოს, მაგალითად, ფორთოხლის წვენი. ინფექციების დროს პრევენციული მიზნით რეკომენდებულია C ვიტამინის დიდი რაოდენობით მიღება. C ვიტამინი ფართოდ რეკომენდებულია, აგრეთვე, ქოლესტეროლის რაოდენობის შესამცირებლად და სიმსივნის პრევენციისათვის, თუმცა ეს უკანასკნელი საბოლოოდ დამტკიცებული არ არის.

K ვიტამინის დეფიციტი (ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადება)

K ვიტამინის დეფიციტი ახალშობილებში გვხვდება და მნიშვნელოვანი სისხლის შემადედებელი ფაქტორის, პროთრომბინის, პროდუქციის დარღვევას იწვევს. პროთრომბინის არ არსებობა დაბადებიდან რამდენიმე ხნის შემდეგ ახალშობილის ჰემორაგიულ დაავადებას გამოიწვევს (იხილეთ მეექვსე თავი). მეორადი ჰემორაგიული დაავადება დაბადებიდან კვირეების შემდეგ შეიძლება განვითარდეს. დეფიციტის პრევენციისთვის დაბადებისთანავე K ვიტამინის ერთი ინექცია კეთდება და ამ ვიტამინით ბავშვის საკვების გამდიდრება ხდება.

B ვიტამინის დეფიციტი

ნიაცინის დეფიციტი (პელაგრა). ნიაცინი (ნიკოტინის მჟავა) არის აუცილებელი სპეციფიკური ნივთიერება მჟავა ორგანიზმის ჟანგვა-აღდგენით რეაქციებში. ნიაცინის დეფიციტი იწვევს ფაღარათს, დერმატიტსა და დემენციას. 1917-1922 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატების სამხრეთში, პელაგრა ნუტრიციულ დეციფიტურ მდგომარეობად (არაინფექციური) ჩაითვალა საავადმყოფოებსა და ობლებში (იხილეთ I თავი). პელაგრას პრევენცია ხდება ნიაცინის ან ნიაცინის შემცვლელის ადეკვატური კვებით მიწოდებით, რომლებიც ვიტამინებით მდიდარ პურში, ღვიძლში, ხორცში, თევზში, ფრინველებში, კატოფილში, მწვანე ბოსტნეულში, მიწის თხილსა და მარცვლეულშია. ნიაცინს აგრეთვე სასარგებლო ეფექტი აქვს. ის სისხლის ლიპიდებს ამცირებს, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებს (HDL) ზრდის და ათეროსკლეროზის და კორონარული არტერიების დაზიანებებს ანელებს.

1998 წელს მეცნიერების ეროვნულმა ფონდმა ყველა მოზრდილისთვის მრავალი ვიტამინის მიწოდებას გაუწია რეკომენდაცია.

თიამინის (B1) დეფიციტი (ბერი-ბერი)

თიამინის დეფიციტი იწვევს ნახშირწყლების მეტაბოლიზმის დარღვევებს. „მშრალი ბერი-ბერი“ იწვევს ნევროლოგიურ სიმპტომებს და სიკვდილს. „სველი ბერი-ბერი“ ხასიათდება კარდიოლოგიური სიმპტომებით, გულის უკმარისობითა და სიკვდილით. მეორე მსოფლიო ომის დროს იაპონელების ბანაკებში მყოფი ტყვეები, ძირითადად ამ ავადმყოფობით ავადდებოდნენ, იმის გამო, რომ მხოლოდ გაპრიალებული ბრინჯით იკვებებოდნენ. პრევენცია მოითხოვს ღვიძლით, ჯირკვლოვანი ორგანოებით, სოკოთი, ხორბლის ბუტკოთი, დაუფქველი მარცვლეულითა და ფქვილით, გაუპრიალებელი ბრინჯით, რძით, სოიოთი, მიწის თხილითა და პარკოსანი მცენარეებით დიეტის გამდიდრებას.

ალკოჰოლური (კორსაკოვის სინდრომი) ან ნუტრიციული დემენცია (ვერნიკეს ენცეფალოპათია) შეიძლება იყოს B ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტის კომპლექსი და ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენდეს. ვერნიკეს ენცეფალოპათიასა და კოსრაკოვის სინდრომს ერთად ეწოდება „ცერებრალური ბერი-ბერი“. საუზმის რაციონის გამდიდრება ხდება პურით, მარცვლოვანითა და სხვა პურეულით კანადასა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, ასევე ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც.

ფოლატების დეფიციტი

ფოლიუმის მჟავა საჭიროა სისხლის ნორმალური ჩამოყალიბებისთვის და ნევროლოგიური ჯანმრთელობისთვის. დაბალი სოციო-ეკონომიკური ჯგუფის პოპულაციაში ეს დაავადება საკმაოდ ხშირია, განსაკუთრებით ორსულობის დროს, ჩვილ ასაკში და ბავშვებში. დეფიციტი ასევე ხშირია ალკოჰოლიკებში არასრულფასოვანი კვების ან შეწოვის დარღვევის გამო. იმ ალკოჰოლიკებს, ვინც კარგად იკვებებიან, ნაკლები შანსი აქვთ ფოლიუმის მჟავის დეფიციტი განუვითარდეთ. ფოლიუმის მჟავის დეფიციტი სერიოზული რისკია ალკოჰოლიკებში ზურგის ტვინის, ოპტიკური ან პერიფერიული ნერვების

ნევროლოგიური დაზიანებისა. დადგინდა, რომ ფოლიუმის მჟავის დეფიციტი ნერვული ღეროს დეფექტის გამომწვევია (იხილეთ მეექვსე თავი). ეს მდგომარეობა სიმწვავის მიხედვით ენცეფალიიდან ზურგის ტვინის უნარის ჩამორთმევის დეფექტებამდე მერყეობს. მისი პრევენცია შესაძლებელია პრენატალურად ფოლიუმის მჟავის მიწოდებით ან ამ მჟავით საკვების გამდიდრებით, რაც 1998 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში სავალდებულო იყო.

ფოლიუმის მჟავის მიწოდებით შეიძლება ისეთი სერიოზული პათოლოგიების პრევენცია, როგორიც არის გულის კორონარული დაავადება, იმიტომ, რომ ფოლიუმის მჟავა ჰომოცისტეინის დონეს ამცირებს, თუმცა ამას შემდგომი დასაბუთება ესაჭიროება (იხილეთ 5 თავი).

ვიტამინი B12–ის დეფიციტი

ვიტამინი B12-ის დეფიციტი იწვევს ერითროციტების ზომაში გაზრდას, ჰემოგლობინის მცირე შემადგენლობით (მაკროციტული ანემია). ვიტამინი B12-ის დეფიციტი შეიძლება იყოს კუჭში შეწოვის დარღვევის (პერნიციოზული ანემია) ან ვიტამინი B12-ის ხანგრძლივი დროით მიღების შეწყვეტის მიზეზი, მაგალითად ვეგეტარიანული დიეტის მიღების დროს, რომელიც კვერცხს და რძის პროდუქტებს გამორიცხავს. ორსული და მეძუძური ქალები, განსაკუთრებით თუ ისინი ვეგეტარიანელები არიან, ვიტამინი B12-ით მომარაგება ესაჭიროებათ. ვიტამინი B12-ის დეფიციტმა შეიძლება ზურგის ტვინის, ოპტიკური ნერვის, ცერებრალური ქსოვილების და პერიფერული ნერვების დეგენარაცია გამოიწვიოს. პრევენცია ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციაში მდგომარეობს, რომელიც B ჯგუფის ვიტამინებით მდიდარია. მნიშვნელოვანია ჩვილი ბავშვებისთვის B ჯგუფის ვიტამინებისა და გამდიდრებული მარცვლეულის მიწოდება.

რკინადეფიციტური ანემია

რკინადეფიციტური ანემია მსოფლიოში ყველაზე ხშირი კვებითი დეფიციტია, რომელიც როგორც განვითარებად, ისე განვითარებულ ქვეყნებშია გავრცელებული. ადამიანის სისხლში ჟანგბადის გადატანაში რკინას კრიტიკული როლი აქვს. საკვებში რკინა ორი მთავარი ფორმით არსებობს. პირველი, ჰემის რკინაა, რომელიც მხოლოდ ცხოველურ პროდუქტებში (ხორცში) გვხვდება. ის მზა მდგომარეობაშია ხელმისაწვდომი, რადგან მის შეწოვას საკვების სხვა შემადგენელი პროდუქტები ხელს არ უშლის. მეორე ტიპი, არაორგანული რკინაა, რომლის შეწოვაზეც მასთან ერთად მიღებული საკვები ძლიერად მოქმედებს. საკვების შემადგენლობამ შეიძლება გავლენა იქონიოს მიღებული რკინის მარაგის რაოდენობაზე. იმ საკვების შემადგენლობა, რომელშიც ჰემის რკინაა არაჰემის რკინის შეწოვას გააუმჯობესებს. ვიტამინი არაჰემის რკინის შეწოვას აუმჯობესებს, მაგრამ ტანინის მსგავსი ნივთიერებები (მაგ. ჩაიში) შეწოვას აჩერებენ, რადგან ისინი ნაწლავში რკინას თავადვე იერთებენ.

რკინადეფიციტურმა ანემიამ, როგორც ჯანდაცვის პრობლემამ, 1980-იან წლებში ისეთი ორგანიზაციების, როგორიცაა UNICEF და WHO ყურადღება მიიპყრო. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განვითარებადი ქვეყნებისთვის, თუმცა განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, ძირითადი საკვებში, რკინით მომარაგება ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ნაბიჯად ითვლება. რკინადეფიციტური ანემია ფართოდ გვხვდება, ძირითადად ჩვილ ბავშვებში, ორსულ ქალებში, მოზარდებსა და ზრდასრულ მოსახლეობაში, ასევე მოხუცებში. იერუსალიმში 1985 წლის კვლევამ, სავარაუდოდ ჯანმრთელი ადამიანების სისხლში აღმოაჩინა, რომ 21%-ს შრატში ფერიტინის დაბალი დონე ჰქონდა, 30%-ს კი – ასკორბინის მჟავის დაბალი რაოდენობა.

განვითარებად ქვეყნებში, ბავშვების და რეპროდუქციული ასაკის ქალების ორი მესამედი რკინის დეფიციტს განიცდის, ამათგან ერთ მესამედს ან მეტს უფრო მწვავე დარღვევა, ანემია აქვს. სიმპტომები დაღლილობა და გულგრილობაა. რკინის დაბალი დონე ხშირად ტვინის განვითარების შეუქცევად დაზიანებასთანაა ასოცირებული. კვლევებმა გვაჩვენა, რომ რკინადეფიციტური ანემიის დროს შემცირებული ფსიქომოტორული შესაძლებლობები აღინიშნება, რაც ტვინის დისფუნქციაზე ან დაზიანებაზე მიგვანიშნებს. ეს რკინის დეფიციტითაა გამოწვეული, მიუხედავად ანემიის არქონისა. ანემიის დროს ინტელექტუალური განვითარება და ფიზიკური აქტივობა, ისევე როგორც ბავშვებში, ასევე ზრდასრულებშიც დარღვეულია. დაბალი ჰემოგლობინის დონესა და დიარეული და სასუნთქი გზების დაავადებებს შორის, რომლებიც იმუნური სისტემის დაქვეითებითაა გამოწვეული, პირდაპირი კავშირია. ამ ცვლილებების შეუქცევადობა მიგვითითებს იმაზე, თუ

რამდენად მნიშვნელოვანია რკინის დეფიციტის პრევენცია საკვების გამდიდრებითა და ჯანმრთელობის თემაზე განათლების ამაღლებით.

რკინის დეფიციტის ანემიის პრევენციის საერთაშორისო საზოგადოება პოპულარიზაციას უწევს რკინადეფიციტური ანემიის პრევენციის გზებს, როგორიცაა ძირითადი საკვების (პური, შაქარი, მარილი) გამდიდრება რკინით და ჩვილი ბავშვებისა და ორსულების რუტინულად რკინით მომარაგებით, რათა განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში ამ ფართოდ გავრცელებული კვების დეფიციტის პრევენცია მოხდეს. გლობალურად დაახლოებით ორი მილიარდი ადამიანი ანემიურია, 3.6 მილიარდი კი – რკინა დეფიციტური.

იოდდეფიციტური დაავადებები

იოდი საკვებ ნივთიერებებში ძირითადი ელემენტია. იოდის არასკმარისი რაოდენობა ბუნებრივ საკვებში კლინიკურ ან სუბკლინიკურ თიროიდულ დაავადებებს იწვევს. დეფიციტური ან არარეგულარული იოდის მომარაგება ნაყოფის განვითარებას მნიშვნელოვნად არღვევს და ნაყოფის ჰიპოთიროიდიზმს, ცირკულაციაში თიროიდული ჰორმონების და შარდში იოდის დეფიციტს იწვევს, რაც, თავის მხრივ, ჩვილი ბავშვის ტვინის სხვადასხვა დაზიანებების მიზეზი ხდება, მაგალითად კრეტინიზმის. მსოფლიოს იმ ტერიტორიებზე, სადაც მიწა და ზედაპირული წყლები (მდინარეები, ზღვა) იოდით ღარიბია, ჩიყვი და თიროიდული ჯირკვლის გადიდება ძალიან ხშირია. ეს თიროიდული ფუნქციის სუბოპტიმალურობაზე მიგვანიშნებს.

იოდის დეფიციტი დაახლოებით 1.5 მილიონ ადამიანს აქვს, აქედან 844 მილიონს აქვს ჩიყვი, 49.5 მილიონს – კრეტინოიდი და 16.5 მილიონს – კრეტინიზმი (WHO, 1998). იოდის დეფიციტის პრევენცია, პირველად დევიდ მარნმა და დევიდ კოუიმ დაიწყეს, რასაც 1910 წლიდან და შემდგომშიც, მრავალი კვლევა მოჰყვა. ამის შედეგად 1924 წელს სუფრის მარილის იოდით გამდიდრება მოხდა (მორტონის იოდიზირებული მარილი, იხილეთ I თავი). 1930 წლისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოხმარებული მარილის უმეტესობა იოდიზირებული იყო და ჩიყვის შემთხვევითობა, ენდემურ რეგიონებშიც კი, საგრძნოლად შემცირებული. პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ მარილის იოდიზირება მრავალ ქვეყანაში პრევენციულ ნაბიჯად იქცა. კანადაში ეს 1979 წლიდან სავალდებულო გახდა.

მარილის იოდიზირება, როგორც პროფილაქტიკური ღონისძიება, პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ, მრავალ ქვეყანაში სამოქალაქო ჯანდაცვის სტანდარტულ პრაქტიკად დამკვიდრდა. 1979 წლიდან ეს სავალდებულო გახდა კანადაში, ასევე დასავლეთ ევროპაში, თუმცა საყოველთაო მაინც არ ყოფილა და ეფექტურადაც ყოველთვის არ ხორციელდებოდა.

1980 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ მსოფლიოს უამრავ ადგილას, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების ფართოდ გავრცელების გამო, შეშფოთება გამოხატა. ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია, ჩინეთი, ყოფილი საბჭოთა კავშირი, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზია და ბევრი განვითარებადი ქვეყანა. 1986 წელს, ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეამ, ამ მდუმარე პანდემიის შესამცირებლად, ყველა სახელმწიფოს მარილის იოდიზირება მოუწოდა ან სხვა შესაბამისი ტექნოლოგიის დანერგვა.

ავსტრალიელმა მეცნიერმა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მხარდამჭერმა ბეზილ ჰეტცელმა აჩვენა, რომ ნაყოფის განვითარების დროს არასაკმარისი იოდი უარყოფითად მოქმედებდა ტვინის განვითარებაზე და ხელი შეუწყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორანიზაციისა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების გამოხმაურებას იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების საკითხზე.

იოდის დეფიციტი 1993 წლის ახალი ინგლისის სამედიცინო ჟურნალის სარედაქციო სტატიაში შემდეგნაირად იყო აღწერილი: „იოდის დეფიციტი განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ის იწვევს კონტინუუმს მცირე გონებრივი დაზიანებებიდან სრულ კრეტინიზმამდე“. „საუკეთესოდ მიღწეული მარილის იოდიზირება არის ეროვნული მასშტაბით იოდის 1 ნაწილის შეფარდება ყოველ 10 000 — 20 000 მარილის ნაწილზე.“ (ბოლო ჯ.მ. 1986) – ეს იოდის დეფიციტის პრევენციის საუკეთესო საშუალებაა. ამჟამად, სახეზეა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებების პრევენციის საყოველთაო მცდელობა.

გაეროს ბავშვთა ფონდმა, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების კონტროლის საერთაშორისო საბჭომ, ევროპის ფარისებრი ჯირკვლის ასოციაციამ, კივანის კლუბმა, ზოგიერთმა ქვეყანამ (მაგ: კანადამ) და მსოფლიო ბანკმა გავრცელებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კონტროლისათვის ადგილობრივ და საერთაშორისო ღონისძიებების გატარების

სურვილი გამოთქვეს. მსოფლიო სამიტმა 1995 წლისთვის ყველა ქვეყანას ბავშვებისთვის მარილის საყოველთაო 95%-ით იოდიზირება მოუწოდა. 1994 წლისთვის მარილის იოდიზირების ეროვნული პროექტები 94 ქვეყანაში განხორციელდა, 58 ქვეყანას კი გეგმაში ჰქონდა, რომელიც მსოფლიო ბავშვების თითქმის 60%-ს მოიცავს. პროგრესი აშკარად შეიმჩნევა, მაგრამ ინერტულობა და ზედმეტი სიმშვიდე, მიზნის სრულყოფილ მიღწევას კვლავაც ხელს უშლის.

ოსტეოპოროზი

ოსტეოპოროზი მნიშვნელოვანი ქრონიკული მდგომარეობაა, (განხილული მე-5 თავში) სერიოზული ჯანმრთელობის შედეგებით, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ქალებში ბარძაყის, ხერხემლის და მკლავის მოტეხილობების თვალსაზრისით. ბარძაყის მოტეხილობით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 12% და 20%-ს შორის მერყეობს და ბევრი მათგანი, ვინც გადარჩა, გართულებების გამო ინსტიტუციონალიზებულია. ოსტეოპოროზის პრევენცია კალციუმისა და D ვიტამინის ადეკვატური დამატებით, ასევე ვარჯიშით და ცხოვრების ადრეული წლებიდან მიღებული მზის სხივებითაა შესაძლებელი. წყალში ფთორის გაშვებას შეიძლება სასარგებლო ეფექტი ჰქონდეს. ვარჯიში ზრდის ძვლის მასას. მოსახლეობაში მოხუცი ადამიანების რაოდენობის მატების გამო, განსაკუთრებით ქალების, ოსტეოპოროზი და მისი გართულებები პრევენციის, მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო მომსახურების მნიშვნელოვანი პრობლემაა, იგი ასევე, წარმოადგენს სადავო საკითხს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დიეტური, სხვა თვითმკურნალობისა და პრევენციული ზომების თვალსაზრისით, როგორც ინდივიდუალურ სამედიცინო პრაქტიკაში, ასევე საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში. საკვების გამდიდრება კალციუმითა და D ვიტამინით ამ მდგომარეობის სიმძიმის შემცირებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, რაც ამჟამად დაახლოებით 28 მილიონ ამერიკელს ეხება (ეროვნული ოსტეოპოროზის ფონდი, 1999).

ჯვებითი მოშლილობები

კვებითი მოშლილობები მნიშვნელოვან ჯანმრთელობის რისკს წარმოადგენს, ძირითადად, არასრულწლოვანი გოგონებისთვის. იგი ასევე პროფესიასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკიცაა, რომლებიც სპორტთან, ბალეტთან და მოდელობასთან ასოცირდება. ეს დარღვევები შეიძლება გავრცელდეს ადამიანების გავლენით, განსაკუთრებით არასწრულწლოვან გოგონებსა და ახალგაზრდა ქალებს შორის მჭიდრო კონტაქტით. მოდას უდიდესი გავლენა აქვს დაუცველ მოზარდებზე, რომლებმაც შეიძლება დაიწყონ კვების თვითაღკვეთა ან კუჭ-ნაწლავის რეგულარული გაწმენდა, რაც შეიძლება უკიდურესად საზიანო და საბედისწეროც კი იყოს.

ნერვული ანორექსია. ნერვული ანორექსია არის თვითდაწესებული მკაცრი დიეტური შეზღუდვა, რომელიც შეიძლება იყოს ქრონიკული ან მწვავე. ეს მდგომარეობა ყველაზე გავრცელებულია თინეიჯერ გოგონებსა და პროფესიულ ჯგუფებში, რომელიც მოიცავს მოდელებსა და ბალეტის მოცეკვავეებს. გავრცელებული ინფორმაციით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში კვებითი მოშლილობა კოლეჯების მდედრობითი სტუდენტების 5%-ს აწუხებს. ანორექსია ხშირად საფაღარათო და შარდმდენი საშუალებების ზედმეტ გამოყენებასთან ან გადამეტებულ ვარჯიშთან ასოცირდება. ნერვული ანორექსიის მახასიათებლები ზოგადად არის არანორმალური შეგრძნება იმისა, რომ ხარ მსუქანი და მიღებული საკვების რაოდენობაზე კონტროლის დაკარგვის შიში; საკვების მიღების მკაცრი შეზღუდვა და საკვების მიღებაზე უარის თქმა, წონის მნიშვნელოვნად დაკლება, მენსტრუაციული ციკლის შეწყვეტა, კბილების დაზიანება და ქრონიკული კბილის ტკივილი და უფრო სერიოზული შედეგები, როგორიცაა: ღვიძლისა და გულის კუნთის დაზიანება. სიმკაცრის, პერფექციონიზმის ფსიქოლოგიური მახასიათებლები და სიმსუქნის შიშის წინაპირობა ჩვეულებრივ მკურნალობას ეწინააღმდეგება. ჰოსპიტალიზაცია, მკაცრი ანტიდეპრესანტული რეჟიმითა და ქცევის თერაპიით, როგორც წესი, აუცილებელია. ნერვულმა ანორექსიამ შეიძლება შიმშილით სიკვდილი ან თვითმკვლელობა გამოიწვიოს.

ბულიმია ან გადაჭარბებული კვება („ღორმუცელობა“). „ღორმუცელებს“ ახასიათებთ დიდი რაოდენიბის საკვების მიღება დროის მოკლე პერიოდში, ჩვეულებრივ 2 საათში ან კიდევ უფრო ნაკლებ დროში. ისინი ღებინებას წინასწარ გეგმავენ, რათა მოიშორონ საკვები, რათა დაიკლონ ან შეინარჩუნონ წონა. ბულიმიასა და ნერვულ ანორექსიას მრავალი საერთო მახასიათებლები აქვთ. კვებითი დარღვევის ამ ფორმის ფიზიკური ეფექტები შეიძლება იყოს მძიმე (მაგალითად, ღებინებებით გამოწვეული საყლაპავის დაზიანება) მაგრამ, როგორც წესი, ნერვულ ანორექსიაზე ნაკლები. დეპრესიის არსებობა შეიძლება ფსიქოთერაპიით ანტიდეპრესანტულ მკურნალობას ან ქცევის მოდიფიკაციის თერაპიასა და ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებდეს. ანორექსიის მსგავსად, ეს დარღვევაც არის ყველაზე გავრცელებული ისეთ საზოგადოებაში, რომელიც ხელს უწყობს სიგამხდრეს, როგორც სილამაზის ფორმას რეკლამების საშუალებით.

ჭარბი ჯვებით გამოწვეული დაავადებები

იმის მიუხედავად, რომ მედიის ყურადღება არასრულფასოვანი კვების უკიდურეს ფორმებზეა ფოკუსირებული, ინდუსტრიულ ქვეყნებში კვებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები უმეტესად კონკრეტულ დეფიციტსა და დიეტურ დისბალანსს უკავშირდება. 1988 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კვებასა და ჯანმრთელობაზე ქირურგთა ანგარიში 80-იან წლებში განვითარებად ქვეყნებში არსებულ კვებით პრობლემებს დაეთმო და ყურადღება გამახვილდა არასრულფასოვანი კვების ისეთ ტიპზე, როგორიცაა ზედმეტი კვება. ანგარიში ასევე შეეხო გარკვეული ვიტამინისა და მინერალის დეფიციტების საკითხებს და საკვების ფორტიფიკაციას. ზედმეტი კვების დაავადებები, რომლებიც განხილულია მე-5 თავში, მნიშვნელოვანია განვითარებად ქვეყნებში. გაუმჯობესებული ცხოვრების სტანდარტების დაავადებები ასევე გავლენას ახდენს საშუალო ფენის მოსახლეობაზე მაშინ, როდესაც სოციალური მოდელები, საკვები, კვებითი ჩვევები ტრადიციული სტილიდან დასავლური ტიპოლოგიისკენ იხრებიან, რომელიც მოიცავს ზედმეტ კალორიებს, განსაკუთრებით ცხიმიანი საჭმელი და წითელი ხორცი.

ზედმეტი წონა/სიმსუქნე

ეკონომიკური განვითარება მოსახლეობის კვებაში ცვლილებებს იწვევს. „მდიდარ“ ან დასავლური ცხოვრებასთან გაიგივებული დიეტური ჩვევებისთვის დამახასიათებელია ცხიმიანი საკვების და შაქრის სიჭარბე, ასევე ნახირწყლებიანი საკვების დეფიციტი. ეკონომიკური მდგომარეობის მოკრძალებული გაუმჯობესება ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიურ გადაადგილებასთანაა დაკავშირებული, რომელიც განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრების შუა და გვიან ზრდასრულ პერიოდში ქრონიკული დაავადებების შემთხვევების ზრდით ხასიათდება. ეს, ჩვეულებრივ, ტრადიციულ და მუდმივ კვების დეფიციტებთან არსებულ პრობლემებთან თანაარსებობს. ინდუსტრიულ ქვეყნებში არსებული სიმსუქნე ხშირად სიღარიბესთანაა დაკავშირებული.

სიმსუქნე ორგანიზმში ცხიმის სიჭარბეა, რაც იმითაა გამოწვეული, რომ ენერგიის მოხმარება უფრო მეტია, ვიდრე მისი ხარჯვა. საკვების სიჭარბე შეიძლება მოხდეს მოკლე პერიოდში ან უფრო მეტ დროში (საკვების ქრონიკული ტოქსიკურობა). სხეულისთვის ზედმეტი წონა სამოქალაქო ჯანდაცვის პრობლემაა, რადგან ნაადრევ სიკვდილთან ასოცირდება და გულის კორონარული დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, ასთმის და კუჭ-ნაწლავის დაავადებების რისკის ფაქტორია. როდესაც არსებობს საფუძველი სიმსუქნის გენეტიკურ მიდრეკილებასთან, საკვებმა და სხვა გარემო ფაქტორებმა, როგორიცაა მჯდომარე ცხოვრების სტილი, შეიძლება ცხიმის სიჭარბეში მთავარი როლი ითამაშოს.

კალორიების მიღების აკრძალვა და ვარჯიშის მომატება იმ ადამიანებისთვისაა მიზანშეწოლილი, ვისაც წონაში დაკლება სურს. მსუქანი ადამიანები ინერტულები არიან. ფიზიკური ვარჯიშების გაზრდის მცდელობას დადასტურებული ჯანმრთელობის სარგებლები აქვს. წამლები და მკაცრი დიეტები ისეთი სამკურნალო საშუალებებია, რომელთაც ჯანმრთელობის დაზიანების პოტენციალი გააჩნიათ და ნებისმიერი წონის დაკლება დროებითია. ქირურგიულ მკურნალობას მუდმივი წონის კლება შეუ-

ძლია გამოიწვიოს, მაგრამ ხშირად სერიოზული გვერდითი ეფექტები აქვს, როგორიცაა ქრონიკული დიარეა. მთავარი რჩევა დაბალცხიმიანი საკვების მიღება და ფიზიკური ვარჯიშია.

სიმსუქნე მკურნალობის მიმართ საკმაოდ რეზისტენტულია, ამიტომ სიმსუქნის პირველადი პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი მიზანია. ეს მოითხოვს დედებისა და მცირეწლოვანი ბავშვების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ განათლებას. ბავშვობაში ნასწავლი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ჩვევების შეცვლა ძალიან რთულია, თუმცა არა შეუძლებელი. საკვების არჩევანზე ინფორმირებამ უნდა უზრუნველყოს, რომ აუცილებელია ცხიმისა და მარილის მიღების შემცირება და დიეტური ბოჭკოებისა და კომპლექსური ნახჭირწყლების რაოდენობის მიღების გაზრდა. საკვებზე არსებული ეტიკეტები ინფორმაციას იძლევა პროდუქტში კალორიულობისა და ცხიმიანობის შემცველობაზე. მთავრობები, სკოლები, მშობლები, მედია და საზოგადოება, ყველა პასუხისმგებელი უნდა იყოს, რათა სიმსუქნის პრევენციას ხელი შეეწყოს.

დიაბეტი

დიაბეტი (განხილული მე-5 თავში) არის ქრონიკული ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, რომელიც მთელ მსოფლიოში არსებობს. იგი ვითარდება იმ ადამიანებში, ვისაც ინსულინის წარმოების ნაკლებობა აქვს ან რომლის ინსულინის წარმოქმნის ფუნქციაც დასუსტებულია. შედეგად, მათ უმცირდებათ უნარი, რომ გამოიყენონ ნახშირწყლოვანი საკვებიდან ან სხეულის გლიკოგენიდან წარმოებული გლუკოზა. პირველი ტიპის, ინსულინდამოკიდებული დიაბეტი ან ახალგაზრდული დიაბეტი, ბავშვობაში ან ყრმობაში იმის გამო ჩნდება, რომ საკვებისგან ინსულინის წარმოება ვერ ხერხდება. მისი მართვა მოითხოვს, როგორც დიეტურ კონტროლს ასევე ინსულინს. მეორე ტიპი ან მომწიფების დასაწყისის, კვებითი ან ინსულინზე არადამოკიდებული დიაბეტი, გვხვდება შუა ზრდასრულ ასაკში ან ხანდაზმულობაში, უმეტესად კალორიული საკვების მიღების სიჭარბით, გაჯერებული ცხიმითა და დიეტური ბოჭკოების მიღების ნაკლებობით, რაც ინსულინის მგრძნობიარობის შემცირებას და გლუკოზის დაშვებას იწვევს. გენეტიკური მიდრეკილება და შესაძლოა ნაყოფზე ზემოქმედება წარმოშობს მეორე ტიპის დიაბეტს ზოგიერთ ეთნიკურ ჯგუფებში, როგორიცაა მკვიდრი ამერიკელები, ესკიმოსები და ავსტრალიერი აბორიგენები, მაგრამ გავრცელება არის გადამეტებული სოციალური ფაქტორებით, რომელშიც შედის ცუდი კვება, ფიზიკური ვარჯიშის ნაკლებობა და ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება. ეს სხვა რისკ-ფაქტორებთან ურთიერთქმედებს, მაგალითად, სხეულის წონასთან, რომელიც დაავადების დაწყების პროვოცირებას იწვევს.

ტიპი 1 და ტიპი 2 დიაბეტი სწორ კვებას მოითხოვს. ფრედერიკ ბანტინგისა და ჩარლზ ბესტის მიერ 1921 წელს ტორონტოში ინსულინის აღმოჩენის შემდეგ, პირველი ტიპის დიაბეტი ყოველდღიური ინსულინის ინექციით სისხლში შაქრის რეგულირებით, ასევე შაქრის მონიტორინგით, დიეტით და ვარჯიშით იმართება. მეორე ტიპის დიაბეტი არის დიეტით და ვარჯიშით კონტროლირებადი, მაგრამ ასევე მოითხოვს მედიკამენტებს შაქრის შესამცირებლად. მეორე ტიპის დიაბეტიანი პაციენტების დაახლოებით 80% მსუქანია. თანამედროვე სამოქალაქო ჯანდაცვა დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს წონის დაკლებას მსუქანი დიაბეტიანი პაციენტებისთვის, რათა მათი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ინსულტის მაღალი რისკი შეამცირონ. კვება მეორე ტიპის დიაბეტის გამოწვევაში და მის მართვაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

როგორც მე-5 თავში განვიხილეთ, კვებას, ცხოვრების სტილსა და კარდიოვასკულურ დაავადების რისკს შორის მჭიდრო კავშირი არსებობს, განსაკუთრებით გაჯერებულ ცხიმის მიღებასა და ამ დაავადების შემთხვევათა შორის. ქოლესტერინის დონემ შეიძლება დაიკლოს მაღალი ქოლესტერინის შემცველობის მქონე საკვების მიღების შემცირებით და ბოჭკოვანი და მკვრივი ლიპიდების მქონე საკვების მიღების გაზრდით, როგორიცაა ზეთის ხილი და ავოკადო.

გულის კორონარული დაავადებისა და ინსულტისგან სიკვდილიანობა დასავლეთ ქვეყნებში მკვეთრად შემცირდა, მაგრამ ყოველწლიურად ამერიკის შეერთებულ შტატებში ინსულტი დაახლოებით ნახევარ მილიონ ადამიანს კვლავ ემართება, რაც 150 000 ადამიანის სიკვდილით მთავრდება. იგი მრავალგვარ უნარშეზღუდულობას იწვევს და ჯანდაცვის ხარჯებთანაა დაკავშირებული (დაახლოებით 11 მილიარდი დოლარი 80-იან წლების ბოლოს). ფრემინგემის კვლევაზე დაყრდნობით (მე-5 თავი), ინსულტის შემთხვევების შეფასება ნამდვილ სურათს

სათანადოდ ვერ აშუქებს, რადგან ის უპირველესად საშუალო ფენის თეთრ მოსახლეობას ეყრდნობა; წარმომადგენლობით მოსახლეობაზე დაფუძნებული კვლევა, უფრო მაღალ კოეფიციენტს იძლევა, რადგან ინსულტი უფრო ხშირია შავ და ესპანურენოვან მოსახლეობაში.

ჰიპერტენზია და დიაბეტი გულის დაავადებისა და ინსულტის მთავარ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს. ჰიპერტენზია დისბალანსურ კვებასთანაა დაკავშირებული, როგორიცაა ცხიმის სიჭარბე, მცირე რაოდენობით ხილის და ბოსტნეულის მიღება. პირველადი პრევენცია უმეტესად დიეტურია, რაშიც შედის წონის დაკლება, მარილის შეზღუდვა და ფიზიკური აქტივობის გაზრდა. კვება და დიეტა მთავარ როლს თამაშობს კარდიოვასკულური დაავადებების მქონე პაციენტების კლინიკურ მკურნალობაში, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკაში, რომელიც საჭმელთან, კვებასთან და მოსახლეობის ინფორმირებულობასთანაა დაკავშირებული. ალკოჰოლის, განსაკუთრებით წითელი ღვინის ზომიერ მიღებას, დაცვითი ეფექტი აქვს გულის კორონარული დაავადების წინააღმდეგ, მაგრამ სიჭარბე მის გაზრდას ხელს უწყობს. კლინიკური და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ინტერვენციამ ასევე უნდა დააწიანუროს აწეული არტერიული წნევისა და დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების რეგულარული სკრინინგი, ასევე ფრთხილი კლინიკური ჰიპერტენზიის მართვა გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შესამცირებლად. ამ მდგომარეობის ცნობილი გართულებების პრევენციაში ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

კიბო

გარკვეულ საკვებ ნივთიერებებსა და კიბოს შორის კავშირი ნაკლებად არსებობს, ვიდრე საკვებსა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებას შორის (მე-5 თავი). საკვების მოხმარების მონაცემებსა და კიბოს რაოდენობის განაკვეთს შორის კავშირი შემდეგი კვლევებითაა გამყარებული: მიგრაციის შედეგად დიეტურ მოდელებში ცვლილებასთან ერთად იცვლება კიბოს რაოდენობის განაკვეთი ეთნიკურ ჯგუფებში; ონკოლოგიური ავადმყოფების კონტროლი; უკვე კარგად ნაცნობი კვებითი ჩვევების მქონე მოსახლეობის სამომავლო კვლევები; ცხოველთა ექსპერიმენტების მონაცემები.

შემთხვევები, როდესაც საკვები წარმოადგენს, მიზეზობრივ ფაქტორს, მოიცავს პირის ღრუსა და ხახის, ხორხის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, მკერდის, ღვიძლის, პანკრეასის, ფილტვის, ენდომეტრიუმის, საშვილოსნოს ყელისა და პროსტატის კიბოებს (იხ. ცხრილი 8.8). მიღებულია, რომ არსებობს კავშირი საკვებსა და გარკვეულ კიბოს ადგილმდებარეობას შორის. ყველაზე ძლიერი დიეტური ასოციაციები კიბოსთან არის შემდეგი: ბევრი ცხიმის მიღება პროსტატისა და კიბოსთან; დიდი წონა ენდომეტრიუმის კიბოსთან; ალკოჰოლის მიღება საყლაპავი მილის კიბოსთან; შებოლილი, დამწნილებული ან დამარილებული საკვების მიღება კუჭის კიბოსთან. ხილის, ყველა მარცვლეულისა და ბოსტნეულის დამცავი ეფექტი მსხვილი ნაწლავისა და სხეულის სხვა ნაწილების კიბოებზე შესაძლოა გამოწვეულია ვიტამინი A , C და მათი ანტიოქსიდანტური ეფექტის გამო.

ზოგიერთი ეპიდემიოლოგი კაცებში 30-40% და ქალებში 60% კიბოს შემთხვევას საკვებს მიაწერს. 60-იანი წლებიდან იზრდება კონსენსუსი იმაზე, რომ საკვები თამაშობს მნიშვნელოვან, თუმცა კვლავ გაურკვეველ როლს კანცეროგენში. „ხმელთაშუაზღვისპირა დიეტა“, სადაც არის დაბალი რაოდენობის გაჯერებული ცხიმი, ბევრი მწვანე და ყვითელი ბოსტნეული და ციტრუსები, ცოტა ალკოჰოლი, მცირე რაოდენობით დამარილებულ-დამწნილებული, შებოლილი და დაკონსერვებული საკვები, დღესდღეობით, ძირითადი კიბოების გაჩენაში უფრო ნაკლებად რისკიანად ითვლება.

კიბოს პრევენციისთვის კვებასთან დაკავშირებული მითითებები შემდეგია:

1. ხილის, ბოსტნეულისა და მარცვლეულის მაღალი მიღება.
2. მარილიანი, დაკონსერვებული, დამწნილებული და შებოლილი საკვების მწირი მიღება.
3. დაბალი ცხოველური ცხიმის მოხმარება (ყველა წყაროდან ცხიმის კალორიულობის 30%-ზე ნაკლების მიღება).
4. ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარება.
5. კალორიების ზომიერი მიღება და ფიზიკური აქტივობა სიმსუქნის შესამცირებლად.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვება მოიცავს ჯანმრთელობითი განათლების ფართო სპექტრის პროგრამებს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამები ეფექტურ პრევენციას წარმოადგენს. მთავრობებმა, განსაკუთრებით სოფლის მეურნეობისა და ფინანსთა სამინისტროებმა უნდა მიიღონ ზომები, რათა მომხმარებლისთვის დაბალი ხარჯებით ხილი-

ცხრილი 8.8 კავშირი დიეტურ ფაქტორებსა და კიბოს ადგილმდებარეობას შორის

კიბოს ლოკალიზაცია	სხეულის წონა	ცხიმი	ბოჭკო	ხილი/ ბოსტნეული	ალკოჰოლი	შებოლილი, დამარილებული, დამწნილებული საკვები
ფილტვი	0	0	0	P	0	0
ძუძუ	C	C	0	0	C	0
ნაწლავი	0	C*	P	P	0	0
პროსტატა	0	C*	0	0	0	0
შარდ-საწვეთი	0	0	0	P	0	0
სწორი ნაწლავი	0	C	0	P	0	0
ენდომეტრიუმი	C*	0	0	0	0	0
პირის ღრუ	0	0	0	P	C	0
კუჭი	0	0	0	P	0	C*
საშვილოსნოს ყელი	0	0	0	P	0	0
საყლაპავი მილი	0	0	0	0	C*	C

C=ხელს უწყობს კიბოს განვითარებას; C=უფრო მეტად უწყობს ხელს კიბოს განვითარებას; P=დამცავი ეფექტი კიბოს წინააღმდეგ; 0=ეფექტი უცნობია.

წყარო: World Health Organization, 1990; and The Surgeon General's Report on Nutrition and Health 1988.

სა და ბოსტნეულის მიწოდება უზრუნველყონ. გადაწყვეტილებები, რომლებიც ეხება საკვების მიწოდებასა და ფასებს ფერმერების ინტერესებთან, მწაროებლებთან, აგრო-ბიზნესთან, ტრანსპორტირებასთან და შენახვასთან ურთიერთქმედებს, ასევე საკვების ბაზრის თანამშრომლები მომხმარებლებთან და კვების წარმოების ინდუსტრიასთან. თუმცა, ისინი არსებობენ სოციალური კონტექსტის ფარგლებში, რომელშიც საზოგადოებრივი აზრი და მსყიდველობითი ძალა შეთავაზებულ და შესაძლებელ პროდუქციის სახეობებზე მოქმედებს.

ᲬᲕᲔᲑᲐ ᲝᲮᲡᲕᲘᲚᲝᲑᲘᲡ ᲓᲐ ᲪᲘᲥᲢᲘᲡᲘᲘᲡ ᲞᲔᲠᲘᲝᲓᲨᲘ

ფეხმძიმე და მეძუძური ქალები კვებავენ ორ ადამიანს. მათ უნდა ჭამონ საკმარისად, რათა მოცემულ მომენტში საკუთარი გაზრდილი მოთხოვნები დააკმაყოფილონ და ასევე ნაყოფისა და ახალშობილის გაზრდა უზრუნველყონ. ფეხმძიმობის დროს, ყოველდღე ქალს დამატებით 300 კალორია და 20 გრ პროტეინი ესაჭიროება. ძუძუთი კვების პერიოდში, თავისი კვების გარდა, რომელიც დამოკიდებულია სიმაღლეზე, წონაზე და მოქმედების დონეზე, დედას დამატებით 500 კალორია და 20 გრ პროტეინი სჭირდება. ფეხმძიმობისა და ლაქტაციის დროს ბევრ ვიტამინსა და მინერალზე მოთხოვნა მაღალია (იხ. ცხრილი 8.6).

ორსულობის დროს შესაბამისი კვება და წონის მომატება ნაყოფის განვითარებისთვის და ქალის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანია. დედის წონაში მომატება ახალშობილის დაბადების წონაზე კარგად მეტყველებს, რადგანაც ახალშობილის წონა გადარჩენისა და მომავალი განვითარების შესაძლებლობის განმსაზღვრელია. წონაში რეკომენდირებული მომატება დედისთვის მნიშვნელოვანია. ქალებს, ვისი ნორმალური წონა თავიანთ სიმაღლესთან მიმართებაში, ნორმალური ან ოდნავ მეტია, უკეთესი ორსულობის შედეგები აქვთ, ვიდრე მათ ვისაც წონა ნაკლები აქვთ.

კალორიების მიღება და საკვების ხარისხი

ორივე უნდა იყოს გათვალისწინებული. ფეხმძიმე ქალს სჭირდება ფოლიუმის მჟავის, რკინისა და გარკვეული ელემენტების მიღების გაზრდა. ეს შეიძლება შევსებით და ასევე საკვების ფორტიფიკაციით გაკეთდეს. სხვა წონის მატებაზე გავლენის ფაქტორები მოიცავს მოწევას, ძლიერ ფიზიკურ სამუშაოს და ქრონიკულ ავადმყოფობას. საზოგადოებრივი ზეწოლა ქალებზე, რომ ისინი გამხდრები უნდა იყვნენ, მათ ადეკვატურ წონაში მატებაზე ცუდად მოქმედებს. ფეხმძიმობის დროს კვების საჭიროებაზე დამატებითი განხილვისთვის იხილეთ მე-6 თავი.

ორსულობისა და ლაქტაციისთვის მინერალებისა და ვიტამინების დამატება ასევე მნიშვნელოვანია. რკინა, იოდი, სელენიუმი, ფოლიუმის მჟავა და A, B, და C ვიტამინები განსაკუთრებით საყურადღებოა, როდესაც ეს დამატებითი საჭიროებები მხოლოდ საკვებიდან ვერ მოიპოვება. როგორც მე-6 თავშია აღნიშნული, ფოლიუმის მჟავის დამატების საჭიროება წინ უძღვის ორსულობას, ნაყოფის ნერვული ღეროს დეფექტის თავიდან აცილებაში, რადგანაც ნერვული ღერო ჩასახვიდან პირველ კვირებში ვითარდება, როდესაც ქალმა შეიძლება ვერ შეამჩნიოს რომ ორსულადაა. რადგანაც ყველა ფეხმძიმობა არ არის დაგეგმილი და ორსულობის წინა მომზადება არ არის მიღებული, ფოლიუმის მჟავით პურის ფქვილის ფორტიფიკაცია კანადასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში ნერვული ღეროს დეფექტების თავიდან აცილების მიზნით სავალდებულო გახდა. საკვების გამდიდრება მოგვიანებით ამ თავშია განხილული.

მეძუძურმა ქალებმა უნდა გააგრძელონ რკინის, ფოლიუმის მჟავისა და მრავალი ვიტამინის მიღება. ორსულობამდე არსებული წონის დაბრუნება ხშირად მთავარი საზრუნავია, თუმცა მეორეხარისხოვანი უნდა იყოს, რათა ლაქტაციისთვის კალორიის, საკვების მიკროელემენტებისა და სითხის საჭიროებები, ასევე ახალშობილის მოვლისთვის ენერგიის მოთხოვნები დაკმაყოფილდეს.

ჯანსაღი ჯვებისა და ცხოვრების ნესის ხელშეწყობა

კვება ადამიანებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაში ძირითად როლს თამაშობს, რის გამოც, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს. კვება ასევე პერსონალური საკითხია და როგორც თითოეული პიროვნების, ასევე მთელი საზოგადოების გაგებას მოითხოვს, რომელიც სურსათისა და სოფლის მეურნეობის პოლიტიკას, ხარჯებსა და ინფრასტრუქტურას, კულტურულ სტანდარტებს, სურსათის გამდიდრებასა და საკვების ბევრ სხვა ასპექტს ეხება. საზოგადოების განათლება ნუტრიციაში არის კვების სოციალური ცნობიერების შექმნისა და ჯანდაცვაში მისი როლის ნაწილი (აშშ-ის სოფლის მეურნეობის სამინისტრო, 1995წ.).

ჯანსაღი კვების მოდელების განვითარებისთვის ეროვნული და საზოგადოებაზე დაფუძნებული განათლება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის აუცილებელი ნაწილია. ჯანდაცვის განათლება შეიძლება დაწინაურდეს ჯანდაცვის, განათლებისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროების და, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. საკვების ხელმისაწვდომობა, ხარისხი, მრავალფეროვნება და ხარჯები ეროვნულ პოლიტიკაზე, ეკონომიურობასა და პირად გემოვნებაზე, ცოდნასა და საზოგადოების შაბლონებზეა დამოკიდებული. ნუტრიციის პროგრამამ მომხმარებელს საკვების შერჩევის შესახებ ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს და უნდა განიხილოს თუ რატომ აკეთებს მოსახლეობა თავის არჩევანს.

ჯანსაღი კვება ცხოვრების ყველა სტადიის ნაწილია. საბავშვო ბაღიდან და საშუალო სკოლიდან დაწყებული, ბავშვებს შეიძლება საჭმლის კვებითი ღირებულებები ასწავლონ. სკოლის პროგრამამ და მასწავლებელთა ტრენინგებმა ნუტრიციაში საკმარისი საფუძველი უნდა შექმნან, რათა ბავშვებს საკვების შერჩევისას უხელმძღვანელონ და კვების სასურველ ჩვევებს პოპულარიზაცია გაუწიონ. ბავშვთა და მოზრდილთა საგანმანათლებო პროგრამები სთავაზობს ბავშვებისთვის და დედების ჯანმრთელობისთვის ნოყიერი, დაბალანსებული და სათანადო საკვების ღირებულებისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მინიჭების შესაძლებლობებს.

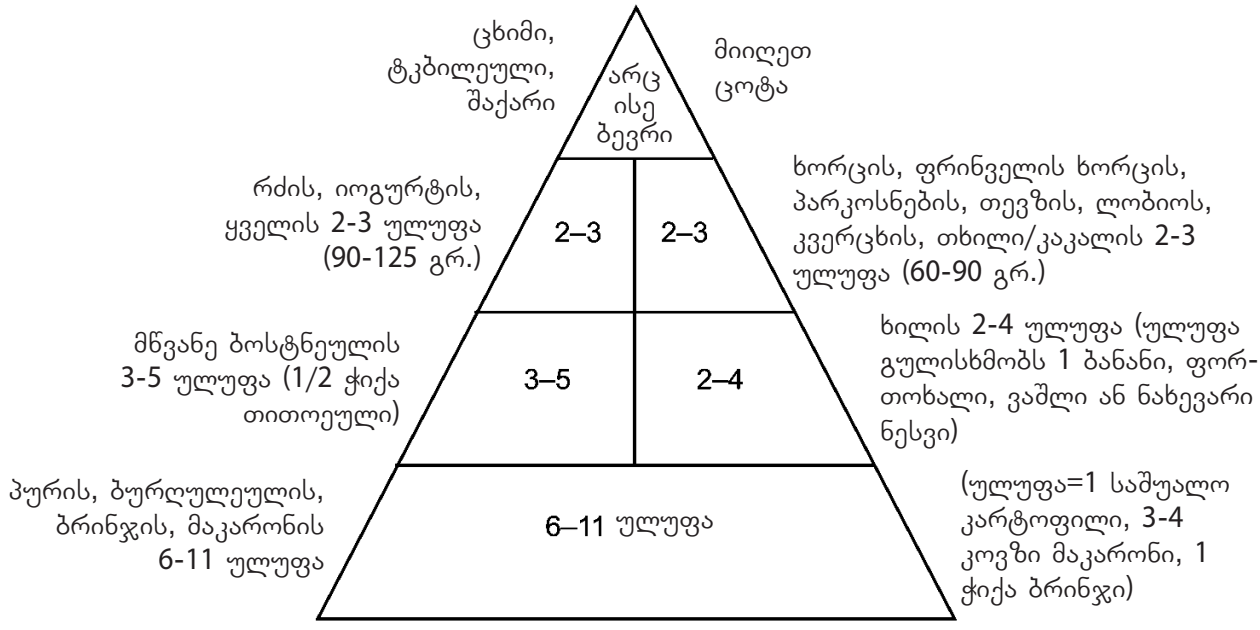
კვებითი ჩვევების ნაირსახეობათა პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს კულტურულ შეხედულებებს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფების შესაბამის საკვებზე, ჯანსაღი საკვების ეკონომიკურ ბარიერებსა და სურსათის სახეობების

ხელმისაწვდომობაზე. საკვების არჩევნისთვის მოსახლეობის ინფორმირება მასობრივი საინფორმაციო საშუალებების გამოყენებით შეუმჩნეველი არ უნდა დარჩეს.

ჯანსაღი კვების ხელშესაწყობად სურსათის მხარდასაჭერი პროგრამები უნდა იყოს გამოყენებული. ჯანსაღი კვების საზოგადოებრივი პოპულარიზაცია შესაძლებელია დაინერგოს სკოლების, ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების მეშვეობით, განსაკუთრებით, გაჭირვებული ჯგუფებისთვის, რომელშიც შედის მენოპაუზის ასაკში მყოფი ქალები, ერთმშობლიანი ოჯახები, მოხუცები, უსახლკაროები და იმუნიტეტდაქვეითებული ადამიანები.

სახელმძღვანელოები ჭვების საკითხებზე

სახელმძღვანელოები ჯანსაღი კვების საკითხებზე ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი განათლების საფუძველია. ყოველდღიური რეკომენდირებული კვების პირამიდა (სურ. 8.2) ჯანსაღი კვების გაიდლაინს უზრუნველყოფს. მოზარდებს, ორსულებსა და მეძუძურ ქალებს ყველა კატეგორიაში ესაჭიროებათ უფრო მეტი რაოდენობა, ვიდრე მოზრდილებს. მოხუცებმა თავიანთ დღიურ კვებაში დაახლოებით 2 ლიტრი წყალი უნდა შეიტანონ, რადგან მათი წყურვილის მექანიზმი შესუსტებულია და რეგულარულად უნდა მიიღონ სითხე. უპირატესობა უნდა მიენიჭოს მუქ მწვანე და ყვითელ ბოსტნეულებს. შერჩეული რძის პროდუქტები და ხორცი უნდა იყოს დაბალცხიმიანი. შინაური ფრინველს, თევზსა და მჭლე ხორცს უნდა მიენიჭოს განსაკუთრებული მნიშვნელობა. პური უნდა იყოს მარცვლეულის და გამდიდრებული, თუ შესაძლებელია, მინერალებით და ვიტამინებით. მოხუცებმა ყოველდღიურად ასევე უნდა მიიღონ კალციუმის, D და B12 ვიტამინების დანამატები, რადგანაც ძნელია მიიღო ამ მნიშვნელოვანი მკვებავი ნივთიერებების საკმარისი რაოდენობა მხოლოდ საკვებისა ან მზის სხივებიდან.



სურათი 8.2 ყოველდღიური რეკომენდირებული საკვების პორციები. პორციების ზომები (75–100 კალ) არის ფრჩხილებში. (წყარო: ვილეტი, 1994.)

ბაზისური საჭმების გამდიდრება ვიტამინებითა და მინერალებით

დაუცველი მოსახლეობის ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტის მნიშვნელოვანი გამოვლინებების თავიდან ასაცილებლად კვების კარგი პრაქტიკების შესახებ მხოლოდ ჯანდაცვითი განათლება საკმარისი არის. ეს სამოქალაქო ჯანდაცვის ვალდებულებაა, რათა

ყველა ადამიანის შესაბამისი ვიტამინებისა და მინერალების დღიური მიღება უზრუნველყოს მაშინაც კი, თუ მათი კვების ბიუჯეტი ან მიღების ცოდნა შეზღუდულია. ამის უზრუნველყოფა შეიძლება ძირითადი საკვების, როგორიც არის პური, რძე და მარილი, სათანადო ვიტამინებითა და მინერალებით გამდიდრებით. საკვების გამდიდრების შედეგად აუცილებელი ელემენტების წარმოება ჩრდილოეთ ამერიკასა და დიდ ბრიტანეთში საყოველთაოდ გავრცელებული სტანდარტული პრაქტიკაა და თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი კომპონენტი უნდა გახდეს იმ ქვეყნებშიც, სადაც ის ჯერ კიდევ არ დანერგილა.

დიდ ბრიტანეთში მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ სავალდებულო გახდა თეთრი ფქვილის გამდიდრება ორი ვიტამინით – თიამინითა და ნიაცინით, ასევე ორი მინერალით – რკინითა და კალციუმით. შედეგად, 1971 წლის კანადის ნაციონალური კვების კვლევამ, კანადის ფედერალური მთავრობის სურსათისა და წამლის მმართველობამ შემოიღო კანონები, რითაც რძის პროდუქტების A და D ვიტამინების; პურის რკინის, ვიტამინისა და ნიაცინის; მარილის იოდის, მითითებული დონის გარეშე გაყიდვა, უკანონო გახდა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამდიდრებული პური დაშვებულია და ამერიკის სურსათისა და წამლის საქმეთა სამმართველოს დებულებების მიერ განისაზღვრება. ფორთიფიკაცია ფართოდ დანერგილია. ყველა პური ამ დებულებების შესაბამისადაა გამდიდრებული.

90-იან წლებში დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მშობიარობის დროს ან მანამდე ფოლიუმის მჟავის მიღებამ ნერვული მილის დეფექტების, მათ შორის ანენცეფალიისა და ხერხემლის დეფექტის შემცირება გამოიწვია. ამ მნიშვნელოვანმა აღმოჩენამ კვების მხრივ მშობიარობის დეფექტების პრევენციისთვის ახალი შესაძლებლობები წარმოშვა. განათლებულ ქალებში დაგეგმილ ორსულობებისთვის, ეს შეიძლება გაკეთდეს სწავლებითა და ექიმის რჩევით, ასევე ორსულობამდე ან ორსულობის პერიოდში ფოლიუმის მჟავის დამატებების მიღებით. თუმცა, უმეტესი ორსულობებისთვის ეს პრაქტიკული არ არის. ალტერნატივას წარმოადგენს ძირითად საკვებზე ფოლიუმის მჟავის დამატება, როგორიცაა პური, რათა თავიდან ავიცილოთ ფატალური ან რთული მშობიარობის დეფექტების რისკი. შედეგად, გამდიდრებული ფქვილის ფოლიუმის მჟავით ფორტიფიკაცია ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კანადასა და დიდ ბრიტანეთში სავალდებულოა.

აზრთა სხვადასხვაობა საკვების გამდიდრებაზე

ამერიკის შეერთებული შტატების, კანადისა და დიდი ბრიტანეთის საკვების გამდიდრების მოდელი მთელ მსოფლიოში ფართოდ დანერგილი არ არის. საკვების გამდიდრებაზე უმოქმედობა დაფუძნებულია ინერტულობაზე, ტრადიციაზე, კვების საკითხებში პროფესიონალი ლობისტი ჯგუფების ნაკლებობაზე, საკვები პროდუქტების ფორტიფიკაციის, როგორც ადამიანის უფლებებში შემოჭრის ინტერპრეტაციასა და სრულყოფილი დეფიციტის მტკიცებულების ნაკლებობაზე. ხარჯები სადავო საკითხი არ არის, რადგან რკინითა და B ვიტამინით, როგორიც არის ნიაცინი, პურის გამდიდრების ხარჯები უმნიშვნელოა. A და D ვიტამინებით რძის გამდიდრებისა და მარილის იოდიზირების ხარჯებიც მსგავსია. მოსახლეობაზე დაფუძნებული სტრატეგია გამართლებულია, რადგან ფორტიფიკაცია იაფი და უვნებელია.

არის თუ არა საკვების გამდიდრება პირადი უფლებების დარღვევა ან „ლიბერალიზმის წინააღმდეგ ზედმეტი მზრუნველობის“ გამოვლენა? ყველაზე ლიბერალურ ქვეყნებს, როგორიცაა კანადა, ამერიკის შეერთებული შტატები და დიდი ბრიტანეთი, მიღებული აქვთ ძირითადი საკვების გამდიდრება, ხოლო ტრადიციული, უფრო ცენტრალიზებული, ნაკლებად ლიბერალური ქვეყნები ამ საკითხის იგნორირებას აგრძელებენ. სასმელი წყლის ქლორითა და ფთორით დამუშავება დასავლური მსოფლიოს დადებითი გამოცდილების მქონე პრეცედენტებია. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფილოსოფია ეფუძნება არა მარტო დაავადებების პრევენციას, არამედ ასევე ოპტიმალური ჯანმრთელი გარემოს უზრუნველყოფას, განსაკუთრებით საზოგადოებაში არსებული დაუცველი ჯგუფებისთვის (იხილეთ მე-7 და მე-15 თავები).

სავალდებულო გამდიდრება გამტკიცებული უნდა იყოს სავალდებული ეტიკეტირების მოთხოვნით, ვიტამინებისა და მინერალების გამდიდრების დონეების მონიტორინგით და სათანადო კვების ჩვეულებების უწყვეტი სამედიცინო განათლებით. მოსახლეობის კვებითი მდგომარეობის ეროვნული მონიტორინგი მოსახლეობის რიგ ჯგუფებში შესაბამისი განმსაზღვრელების გამოყენებით უნდა განხორციელ-

დეს (ჰემატოლოგიური, ბიოქიმიური და ანტროპომეტრიული).

ცუდი კვება მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული, რაც ყველაზე ხშირად მიკროელემენტების დეფიციტის ფორმით გამოიხატება. ეს არ არის მხოლოდ ჯანმრთელობის პრობლემები, როგორც განსაზღვრულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ, იგი ზემოქმედებს მოსახლეობის კეთილღეობაზე და მის პოტენციურ ეკონომიკურ ზრდაზე. მსოფლიო ბანკმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვების მნიშვნელობა აღიარა, როგორც ინფრასტრუქტურისა და ეკონომიკური ზრდის საფუძველი და კვებაში ჩარევა, როგორც ყველაზე რენტაბელური სამოქალაქო ჯანდაცვის განმსაზღვრელი. ეს მოიცავს კვებით განათლებას (მათ შორის ძუძუთი კვების ხელშეწყობას), საკვები მიკროელემენტების ფორტიფიკაციას, საკვები მიკროელემენტების დამატებას, საკვების დამატებას, საკვების ფასების სუბსიდიებსა და პარაზიტული დაავადებების კონტროლს (მსოფლიო განვითარების ანგარიში, 1993წ.).

საკვები და კვების პოლიტიკა

კვების ეროვნული პოლიტიკა, რომელიც მიისწრაფვის იმ გარემოებათა პრევენციისკენ, რომლებიც საკვების დეფიციტსა და სიჭარბეს უკავშირდება, წარმატებული იქნება მხოლოდ დარგთაშორისი უწყვეტი თანამშრომლობის საშუალებით. საკვები პროდუქტების რეგულაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოების მიერ ნაციონალურ და რეგიონულ მთავრობებს მოიცავს, ისევე როგორც ადგილობრივ ჯანდაცვის უწყებებს. საკვების გადამამუშავებელი მრეწველობა უნდა იყენებდეს თვითრეგულირებას, როგორც კორპორაციული კულტურის შემადგენელ ნაწილს, რომელიც შესაბამის სამთავრობო რეგულირებებსა და მომხმარებლის მოთხოვნას ეფუძნება, სადაც ბაზრის კონკურენცია დადებით როლს ასრულებს. საჭიროა სახელისუფლო სამინისტროების, საკვების მწარმოებლებისა და გამყიდველების, საზოგადოების ლიდერების, ჯანდაცვის მუშაკების, პედაგოგების, ქალთა ჯგუფების აქტიური მხარდაჭერა, ისევე როგორც მედიის მიერ საზოგადოების აქტუალური საკითხებზე ინფორმირება.

ფედერალური მთავრობის როლის ევოლუცია

გასულ საუკუნეში ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალური მთავრობა კვების გაუმჯობესებისათვის იბრძოდა, რაც მოიცავდა სასწავლო პროგრამების გაფართოებას, ისევე როგორც სურსათსა და სოფლის მეურნეობაში კვლევასა და განვითარებას და საკვების დამატებების პროგრამებს. ფედერალური მთავრობის ქმედებებს კვებით კვლევაში 1887 წელს საკვების ლაბორატორიის დაფუძნებით დაედო საფუძველი, რომელიც ეროვნული ჯანდაცვის ინსტიტუტის წინამორბედი იყო. ამერიკის სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ 1893 წელს საკვების მონიტორინგის პროგრამები დაიწყო, 1914 წელს კი კვებითი განათლების ხელშეწყობის მიმართულებით არეალი გააფართოვა.

1917 წელს ნაციონალური შეშფოთება კვებაზე გაიზარდა მას შემდეგ, რაც საკმაოდ დიდი რაოდენობის ახალწვეულები სამხედრო სამსახურისთვის კვებასთან დაკავშირებული მდგომარეობის გამო დაიწუნეს (მაგ. ჩიყვი). ამერიკის სურსათის სამინისტრო პირველი მსოფლიო ომის დროს საკვების მიწოდების ზედამხედველობისთვის შეიქმნა. კვებაში ეროვნული ინიციატივები დიდი დეპრესიის დროს (1929-1936) გაიზარდა სურსათის დასახმარებლად სოფლის მეურნეობის ზედმეტი საქონლების გამოყენებით. მოგვიანებით ეს ინიციატივები განვითარდა ნაციონალურ დონეზე დადგენილ სკოლის სადილის პროგრამებში და დღემდე გრძელდება.

1927 წელს ამერიკის სურსათისა და წამლის სამინისტრო დაარსდა. 30-იანი წლების პერიოდში, ამერიკის სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ ეროვნული საკვების მოხმარების პირველი კვლევები ჩაატარა და 1939 წელს სურსათის ვაუჩერის ფედერალური პროგრამა შეიქმნა. 50-იან და 60-იან წლებში სურსათის ვაუჩერისა და სადილის პროგრამები გაფართოვდა. 1972 წელს სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ ქალების, ჩვილთა და ბავშვების პროგრამები შექმნა, რომლებიც გაჭირვებული ფეხმძიმე ქალებისა და რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვებისთვის საკვების მიწოდებას უზრუნველყოფდნენ. პროგრამები, რომლებიც მოხუცებს საჭმლით ამარაგე-

ჩანართი 8.1. სურსათისა და ჯვების პოლიტიკა: ეროვნული და საერთაშორისო ხელისუფლების მოვალეობები

საერთაშორისო სააგენტოები: აყალიბებენ და ავითარებენ სურსათის წარმოების, გადამუშავების, დისტრიბუციის და შესაბამისი საკვების საერთაშორისოდ ვაჭრობის მეცნიერებებსა და პრაქტიკას. დაკავშირებული ორგანოები არიან გაერთიანებული ერების სურსათისა და სოფლის მეურნეობის ორგანიზაცია, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს განვითარების პროგრამა, მსოფლიო ბანკი და მრავალი ორმხრივი სამთავრობო დახმარების სააგენტოები (მაგ: საერთაშორისო განვითარების სააგენტო).

ეროვნული სააგენტოები: აყალიბებენ ეროვნულ სტანდარტებსა და მარეგულირებელ მოთხოვნებს ისეთ სფეროებში, როგორიცაა სურსათის მიწოდება და უსაფრთხოება, ეტიკეტირება, ფორტიფიკაცია და სურსათის შიგთავსი. პასუხისმგებელნი არიან იმპორტირებული საკვების რეგულირებაზე; აყალიბებენ სტანდარტებსა და ზემოქმედებენ უსაფრთხოებაზე, შეფუთვასა და ეტიკეტირებაზე; ახდენენ კვების მდგომარეობის მონიტორინგს; ხელს უწყობენ კვებით განათლებასა და მთავრობის პოლიტიკას; ახდენენ კოორდინაციას სხვა სამინისტროებთან (მაგ: სოფლის მეურნეობის, ვაჭრობისა და მრეწველობის) და საერთაშორისო სააგენტოებთან.

სახელმწიფო/რეგიონალური მმართველობები: გამოცემენ ბრძანებულებებს, რომლებიც განამტკიცებენ ეროვნულ სტანდარტებს; ახდენენ კვების დაწესებულების ლიცენზირებას; გააჩნიათ სამეთვალყურეო და მარეგულირებელი ფუნქციები; ახდენენ კოორდინაციას სოფლის მეურნეობისა და მრეწველობის სამთავრობო დეპარტამენტებთან; ხელს უწყობენ კვებით განათლებას; ურთიერთქმედებენ კერძო სურსათის წარმოებასთან, გადამუშავებასა და სავაჭრო ინდუსტრიასთან.

ადგილობრივი მმართველობა: ზედამხედველობას უწევს ადგილობრივ სურსათის მწარმოებლებს; აკონტროლებს ხორცისა და რძის პროდუქტების, ასევე გარკვევულად დამუშავებული საკვებს; მონიტორინგს უწევს სკოლის კვებით პროგრამებს; უზრუნველყოფს კვებით მომსახურებასა და განათლების; საზოგადოებრივი კვების ადგილების პერიოდული შემოწმება; კვებითი განათლებას; ხელს უწყობს ძუძუთი კვებისა და ძუძუდან ბავშვის მოშორების ჯანსაღ პრაქტიკებს; უზრუნველყოფს ბავშვის კარგად მოვლის პრაქტიკას, მათ შორის ზრდის მონიტორინგსა და კვებით განათლებას.

ბენ, ასევე განვითარდა, გაფართოვდა სკოლის საუზმის პროგრამები და მოიცვა გაჭირვებულ მოსახლეობაში საუზმის მიწოდება.

1940 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ცუდ კვებასთან დაკავშირებული ანგარიში საფუძვლად დაედო ეროვნული კვების კონფერენციასა და რეკომენდირებული კვებითი დახმარებების დამკვიდრებას (რკდ—ები RDAს). 1941 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების სურსათისა და წამლის სამინისტრომ ფქვილისა და პურისთვის B ვიტამინის კომპლექსითა და რკინით გამდიდრების სტანდარტები გამოსცა, 1942 წელს კი დამატებითი A და D ვიტამინები რძესა და მარგარინში შეტანა დამტკიცდა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, 1946 წელს, ეროვნული სკოლის საუზმის პროგრამა შეიქმნა. 1965 წელს, როგორც სიღარიბესთან ბრძოლის შემადგენელი ნაწილი, საფუძველი ჩაეყარა ჰედსტარტის პროგრამას, კონგრესის მიერ საკვების ვაუჩერის აქტი დამტკიცდა, რასაც 1966 წელს ბავშვთა კვების აქტი და სკოლის საუზმის პროგრამა მოჰყვა. ეროვნული ჯანმრთელობისა და კვების შემოწმების მიმოხილვის (NHANES) I (1971–1974), NHANES II (1976–1980), და NHANES III (1988–1991) საშუალებით შესაძლო გახდა ამერიკის შეერთებული შტატების მოსახლეობის კვების სტატუსის სურათის შეფასება.

1972 წელს ქალების, ჩვილთა და ბავშვების პროგრამები მიიღეს და დამატებული საკვები ნივთიერებებით საკვების ეტიკეტირება დამტკიცდა. მოითხოვეს ნორჩი მარცვლოვანებისა და

ფორმულების B1, B2, B6 ვიტამინებით, ხოლო სასმელებისა და სადესერტო ფხვნილების რკინის C ვიტამინით გამდიდრება. 1979 წელს ჯანდაცვის საბჭომ და მთავარი ექიმის პუბლიკაციამ „ჯანმრთელი ხალხი„ კვების მიზნები ჩამოაყალიბა. 1988 წელს დოქტორ ევერეტ კუპმა, ამერიკის შეერთებული შტატების მთავარმა ექიმმა, კვებასა და ჯანმრთელობაზე მოხსენება გააკეთა. ფედერალური წესები კვების ეტიკეტირებისა და საგანმანათებლო აქტის შესაბამისად 1993 წელს გამოიცა, ხოლო 1994 წელს ხორცისა და შინაური ფრინველების ეტიკეტირებასთან დაკავშირებული წესები გამოქვეყნდა, რასაც, 1996 წელს, მოჰყვა ფედერალური მოთხოვნები გამდიდრებულ ფქვილში ფოლატეის დამატების თაობაზე. 1998 წელს კი ფედერალურმა სააგენტოებმა ასაკოვანი ადამიანებისთვის B ვიტამინის დამატებას გაუწიეს რეკომენდაცია.

კვების საკითხები განვითარების პოლიტიკაში

ღარიბმა ქვეყნებმა ან რეგიონებმა, რომლებიც განიცდიან საშუალო ან მწვავე კვების ნაკლებობას, უნდა მიმართონ მოსახლეობის კვების მოთხოვნებს, როგორც ქვეყნის განვითარების აუცილებელ გეგმას. ეკონომიკური განვითარება და კვების სტატუსი პირდაპირ კავშირში არიან, რადგან ცუდად გამოკვებილი მოსახლეობა არაპროდუქტიულია და არ შეუძლია კარგად სწავლა. ეფექტური დაგეგმვა და პოლიტიკის გატარება მოითხოვს ყველა მთავრობისგან შეფასების ციკლის გამოცემას, ინტერვენციასა და არსებული კვების სიტუაციის მონიტორინგს.

მილებში გამავალი ან სუფთა წყალი, საზოგადოებრივი სანიტარია და გაუმჯობესებული კვების უსაფრთხოება ხელს უწყობს დიარეულ დაავადებათა შემცირებას, რომელიც, განსაკუთრებით ბავშვებში, კვების პროცესს არეგულირებს. სესხებს და სასოფლო და ღარიბ ურბანულ ტერიტორიებზე მცირე სასოფლო-სამეურნეო, საჭმლის წარმოებისა და მარკეტინგული ბიზნესების განვითარებისათვის ტექნიკურ დახმარებას, შეუძლია ღარიბი მოსახლეობისათვის საჭმლის მიწოდება და ხარისხის გამოსწორება.

წარმატებული კვების პოლიტიკა საბოლოო ჯამში დამოკიდებულია მომხმარებლის ცოდნასა და ხარისხიან საკვების მისაღებ ფასებში ხელმისაწვდომობასთან. ფორტიფიკაცია მნიშვნელოვანი დანართია, მაგრამ მწარმოებლის, გადამამუშავებლის, გამყიდველისა და მომხმარებლის განათლებაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია. ყურადღება უნდა მიექცეს არა მარტო საჭმლისა და საკვები ნივთიერებების მიწოდებას, არამედ ასევე მოკლე და გრძელვადიან სამეურნეო პოლიტიკის ეფექტებს. საჭმლის უსაფრთხოების პოლიტიკა მიზანმიმართული უნდა იყოს და ყველა ოჯახს მინიმალური სასურსათო მოთხოვნების ხელმისაწვდომობის გარანტია უნდა მიეცეს.

ჯანმრთელობის სისტემისთვის ავადმყოფობის ხარჯი, რომელიც ჭარბ ან კვების ნაკლებობასთანაა ასოცირებული, საგანმანათლებლო მცდელობასთან დაკავშირებულ ხარჯებს ამართლებს.

კერძო სექტორისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი

კერძო სექტორი იზრდება, ამუშავებს, კვების პროდუქტებს ყიდის და, შესაბამისად, კვებასა და პროდუქტების უსაფრთხოებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს. ეს მოიცავს მწარმოებელ ფერმერსა თუ საკვების მწარმოებელს, საბაზრო ინდუსტრიას. კერძო სექტორი აკმაყოფილებს მომხმარებელს, მაგრამ ასევე შეუძლია შექმნას მოთხოვნა ჯანმრთელობის კომპონენტების შემცველ ახალ პროდუქტებზე ეტიკეტებით, რეკლამირებითა და მარკეტინგული პრაქტიკით.

1924 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში მარილის მწარმოებლებმა ხელი მიჰყვეს მარილის იონიზაციას ფართოდ გავრცელებული იოდიზირებული მარილის წარმოების და მარკეტინგის საშუალებით, რათა ჩიყვი თავიდან აეცილებინათ. ბავშვების საკვების მწარმოებლებმა პროდუქტები კანონით მოთხოვნის გარეშე ვიტამინებითა და მინერალებით გაამდიდრეს. სადაც ხელისუფლებას სურს მანდატი გაუწიოს საკვების გამდიდრებას, კერძო ინდუსტრიას შეიძლება უკვე მიღებული ჰქონდეს მსგავსი გადაწყვეტილება. ეს შეიძლება ღირებული მარკეტინგული ინსტრუმენტი იყოს და როცა მთავრობის რეგლამენტი ნებადართულ დანამატს ითვალისწინებს, კერძო ინდუსტრია დანამატის პოლიტიკის განხორციელებით მნიშვნელოვან ჯანდაცვით ფუნქციას ასრულებს.

არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, განსაკუთრებით ქალთა ორგანიზაციებმა, დიდი როლი ითამაშეს კვების ინდუსტრიაში, რაც მეოცე საუკუნის ადრიან წლებში ჩრდილოეთ ამერიკაში, ქალთა სასოფლო ორგანიზაციებში გამოჩნდა. მათ ხელი შეუწყვეს უკეთესი კვების

შესახებ განათლებისა და ცნობიერების ამაღლებას. მთავრობისა და კერძო ინდუსტრიის მიერ კვების პოლიტიკის კონსტრუქციული ლობირება დაუცველ ჯგუფებში ჯანსაღი კვების კულტურის ხელშესაწყობად ასევე მნიშვნელოვანია. არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ კვების დახმარების პროგრამების მხარდაჭერა, რომლებიც ასაკოვან ადამიანებს ეხება, შეიძლება ძალიან ეფექტური იყოს. ქალთა ჟურნალებმაც დიდი როლი ითამაშეს ჯანსაღ კვებაზე ინფორმაციის გავრცელებაში და კვებასა და ჯანმრთელობაზე ინტერესის გაზრდაში.

ჯანდაცვის პროვაიდერთა როლი

პროვაიდერები საკვანძო როლს თამაშობენ პაციენტების შესაბამის კვებასთან დაკავშირებულ განათლებაში. სამედიცინო დახმარების პროვაიდერს აქვს პაციენტების ნდობა და პროფესიული ცოდნა იმისათვის, რომ პაციენტს უფრო ეფექტურ დროში სათანადო ინფორმაცია გადასცეს. ეს მოიცავს პიროვნებას, რომელიც გულის იშემიური დაავადების, არტერიული ჰიპერტენზიის ან სხვა, კვების ფაქტორებთან დაკავშირებული დაავადებების რისკის ქვეშაა.

ცხრილი 8.9 სტანდარტები და მოსახლეობის კვების სტატუსის მონიტორინგის ნიმუშები

სტანდარტები/ნიმუშები	ფაქტორები
შესადარებელი სტანდარტი	საერთაშორისო შესადარებელი მოსახლეობა უმჯობესია შესადარებლად ადგილობრივ სტანდარტებთან შედარებითგარკვეული დროის განმავლობაში ცვლილების მონიტორინგისთვის ოპტიმალური „იდეალური ზრდით“ („ოქროს სტანდარტი„).
წარმომადგენელთა ნიმუშები	ეპიდემიოლოგიურად რისკის ქვეშ მყოფი მთლიანი პოპულაციის რეპრეზენტაბელური ნიმუში
გუშაგი მომსახლეობები	მოსახლეობის მონიტორინგი განსაზღვრულ პროგრამაში როგორიცაა საკვების დამატების პროგრამა (მაგ:WIC) ან დედათა და ბავშვთა პრევენციული პროგრამის მონაწილეების
გუშაგი ცენტრები	მომსახლეობასთან საკონტაქტოდ შერჩეული გარკვეული ადგილები სადაც მონიტორინგი ემატება საბაზისო პროგრამას (მაგ: დედათა და ბავშვთა ზრუნვის ცენტრები, გადაუდებელი დახმარების ცენტრები, ექიმის კაბინეტები, სკოლები)

კვების ნაკლებობა ინფექციური და ქრონიკული დაავადებების ზრდასთან ასოცირდება. ამასთანავე, დაავადებამ, ინფექციურმა თუ ქრონიკულმა, შესაძლოა არსებული კვების ნაკლებობის გაუარესება გამოიწვიოს. სამედიცინო დაწესებულებები უფრო მგრძნობიარენი უნდა იყვნენ ამ ურთიერთქმედებებისა და შედეგებისადმი. პრევენციასა და ინფექციური დაავადებების მენეჯმენტს შეუძლია მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს ბავშვების კვების სტატუსზე, რომლებიც პროტეინის ნაკლებობის, ზრდის შეფერხების რისკის ქვეშ არიან. კვების ნაკლებობის რისკის ქვეშ არსებული ბავშვების იდენტიფიკაციამ შედეგად შეიძლება საფუძველი ჩაუყაროს დამატებით ყურადღებასა და შესაბამის კვებასთან დაკავშირებით დედის ინფორმირებულოს გაზრდას. კონსულტაცია და განათლება ჯანსაღ კვებაზე, ასაკისა და მოთხოვნების მიხედვით, ყველა პაციენტის მოვლის მთავარი ელემენტია, რადგან ეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხია.

ჯვების მონიტორინგი და შეფასება

სამიზნე მოსახლეობის წარმომადგენელი ნიმუშების კვების სტატუსის მიმდინარე მონიტორინგი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მონიტორინგის მნიშვნელოვანი ნაწილია (ცხრილები 8.9 და 8.10). ეს შეიძლება განხორციელდეს რიგ მოსახლეობის ჯგუფებში ან დაკვირვების ქვეშ მყოფ ცენტრებში. კვების მონიტორინგის სისტემები, როგორებიცაა ამერიკის შეერთებული შტატების ნაციონალური ჯანდაცვა და კვების კვლევითი მიმოხილვა (NHANES), მთავრობას

ცხრილი 8.10 ღონისძიებები კვების სტატუსის მონიტორინგისთვის

შეფასება	ინდიკატორები
არაპირდაპირი ღონისძიებები	
განათლების დონე და კულტურული ჩვეულება	წიგნიერებამ, სკოლაში გატარებულმა წლებმა, განსაკუთრებით ქალების განათლების დონემ პირდაპირ და არაპირდაპირ გავლენა მოახდინა ოჯახის გაუმჯობესებულ **შემოსავალზე და ბავშვის ზრუნვის მცდელობებზე**; კვების ტრადიციული ნიმუშები და ინდივიდუალური არჩევანი.
ოჯახის შემოსავლისა და საკვების შესყიდვის შესახებ კვლევები	ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი ნაციონალური პროდუქტი, საშუალო შემოსავალი და სხვა მსყიდველობითი უნარის განმსაზღვრელები გამომდინარეობს აღწერის მონაცემებიდან და სპეციალური კვლევებიდან, მათ შორის შეძენის გამოცდილებები.
საკვების ბალანსის ცხრილები	კვების მდგომარეობის არაპირდაპირი გაზომვა საკვები პროდუქტების ეროვნული მონაცემებზე იმპორტის დამატებით და ექსპორტის გამოკლებით; **ბალანსი გადაყვანილია კალორიებში და მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე წარმოიშვება, რაც გონივრულად ფაქტიურ საშუალო მოხმარებას** აფასებს.
ჩვილების სიკვდილიანობა, პატარა წონიანების დაბადება	სადაც ეს კოეფიციენტები მაღალია, სავარაუდოა, რომ ცუდი კვება ფართოდ გავრცელებულია.
პარაზიტოზი	პარაზიტოზის მაღალი კოეფიციენტები ხელშეწყობილია ცუდი კვებით.
პირდაპირი ღონისძიებები	
კლინიკური შეფასება	ჰოსპიტალიზაცია პირველადი ან მეორადი დიაგნოსტიკით მსახურობს, როგორც უკიდურესი კვებითი პრობლემების იდექსის შემთხვევები , როგორებიცაა რაქიტი, დიაბეტი.
ანთროპომეტრიული ზომები და კვლევები	ასაკის მიხედვით წონა და სიმაღლე ან წონა სიმაღლისთვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის სტანდარტის მიხედვით, იხმარება, როგორც საერთაშორისო „ოქროს სტანდარტი„; ასევე გამოიყენება ზედა მკლავის კანის ნაკეცის სისქე; ესენი განსაზღვრავენ ინდივიდუალური ბავშვის ან ბავშვების მოსახლეობის პროტეინის/კალორიების სტატუსს; სხეულის მასის ინდექსი მნიშვნელოვანი ინდივიდუალური და მოსახლეობის ჯანმრთელობის საზომია.
ბიოქიმიური ზომები და კვლევები	სხეულის სითხეების, მათ შორის სისხლის, შარდის. გასინჯვა საკვები ნივთიერებების ან მეტაბოლური პროცესების ინდიკატორია; ანემია იზომება ჰემოგლობინით, მიკროჰემატოკრიტით, შრატის რკინით ან ფერიტინით; ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ტესტები და იოდის დონეები შარდში იოდის სტატუსს ზომავს; უჯრედებსა და შრატში არსებული C, B და D ვიტამინები ასევე გამოიყენება შრატის დონეებში; ესენი ძვირადღირებული ტესტებია, რომლებიც კვლევებისთვის ადვილად ხელმისაწვდომი არ არის, ამიტომ შემცვლელი იაფიანი, როგორიცაა, თუთიის ფეროპროტოპორფირინის ტესტები, შეიძლება, როგორც სისხლის განხრის ან ანემიის ინდიკატორი გამოვიყენოთ; მძლავრ სისხლდენაში შაქრის დონემ შეიძლება გლუკოზისადმი არატოლერანტობა ცხადყოს.
კვებითი შეფასება	კვლევები ეფუძნება ინსტიტუტებში ან ოჯახებში 24 საათის ან 7 დღის განმავლობაში მიღებულ საკვებს ან კვებით ჩანაწერებს მიწოდებული და შეუჭმელი საკვების აწონვით.

საშუალებას აძლევს მიღებულ საკვებსა და მოსახლეობის კვების სტატუსისა და საერთო ჯანმრთელობის ტენდენციებზე მონიტორინგი ჩაატარონ. გამოკვლევის შედეგებმა პოლიტიკოსებს შესაძლოა კვების სტანდარტები ურჩიონ და მწარმოებლებს, სახელმწიფო და ადგილობრივ მთავრობასა და ფართო საზოგადოებას რეკომენდაციები გაუწიონ.

საკვების ყიდვასა და მოხმარებასთან შესახებ გამოკითხვებმა და ოჯახის წევრებთან გასაუბრებამ, შესაძლოა კვების მონიტორინგის სასარგებლო მონაცემები უზრუნველყონ. საჭმლის მიწოდებისა და მოხმარების ცხრილების მეშვეობით შეიძლება მთლიანი ეროვნული მონაცემები დადგინდეს, რომლითაც საშუალო მოხმარება შეფასდება. სიმაღლისა და წონის, კანის ნაკეცის და სხეულის მასის ინდექსის ანთროპომეტრიულ გაზომვებს შეუძლიათ კვების სტატუსზე ღირებული მონაცემები წარმოადგინონ, როგორც ამას ჰემატოლოგიური (რკინა, ფერიტინი) და ბიოქიმიური მაჩვენებლები (ქოლესტერინი, ლიპიდები, სისხლში შაქრის დონე, ვიტამინების დონე) წარმოადგენენ. ფართომასშტაბიანი კვლევები ძვირადღირებულია, ასე რომ, დამცავი ცენტრების კვლევები შერჩეულ ადგილებში შეიძლება უფრო პრაქტიკული იყოს.

ამერიკის შეერთებული შტატების ეროვნული ჯანდაცვის სტატისტიკის ცენტრის ზრდის მოდელის მონაცემები, საშუალო ფენის თეთრკანიანი მოსახლეობის ნიმუშიდან მიღებული, გამოიყენება, როგორც მოსახლეობის სტანდარტული ფორმა. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის სტანდარტები მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ მიიღო, რათა საერთაშორისო მოსახლეობის შესახებ სტანდარტული ცნობა ჰქონოდათ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ დაასკვნა, რომ ბავშვის ზრდის პოტენციალი ეროვნულ და ეთნიკურ ფენებში მსგავსია, თუ კვება სათანადოა და იმავდროული ავადმყოფობა არ არის გადაჭარბებული.

ეს მიდგომა გაკრიტიკებულია იმის საფუძველზე, რომ ადგილობრივი კვლევები ადგილობრივ სტანდარტებსა და პირობებს უნდა შეედაროს. თუმცა, დროთა განმავლობაში ეს ვერ უზრუნველყოფს ცვლილებებს, ენდემური კვების ნაკლებობის შესაძლებლობას და საერთაშორისო სტანდარტებს მოსალოდნელ სიმაღლესთან, წონასთან და თავის გარშემოწერილობასთან შედარების მიზნით. დაპირისპირება

ცხრილი 8.11 ბავშვის ზრდისა და პროტეინის — ენერგიის ნაკლებობის მონიტორინგის საერთაშორისოდ გამოყენებული სისტემა.

კლასიფიკაციები	მახასიათებლები
გომესი (წონა ასაკისთვის ჰარვარდის სტანდარტის გამოყენებით)	ჰარვარდის სტანდარტის მიხედვით მოსახლეობის 90% ან მეტი მედიანა განიხილება ნორმალურად; 76-90%-მდე მცირე კვების ნაკლებობას განიცდის (პირველი ხარისხი); მედიანას 61-75% – ზომიერი კვების ნაკლებობას (მეორე ხარიხი); 60% ან ნაკლები – სასტიკი კვების ნაკლებობას (მესამე ხარისხი)
უოთერლოუ (წონა სიმაღლისთვის და სიმაღლე ასაკისთვის)	სიმაღლე ასაკისთვის განსაზღვრავს კვების ნაკლებობას და წონა სიმაღლისთვის მიუთითებს მიმდინარე კვების ნაკლებობას; გამოიყენება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის/ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მიერ შერჩეული მოსახლეობა.
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია/ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი	წონა და სიმაღლე ასაკისთვის, წონა სიმაღლისთვის და თავის გარშემოწერილობის სტანდარტები დაფუძნებულია ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის კვლევაზე, რომელიც ძირითადად ეფუძნება შუა ფენის თეთრკანიან ბავშვებს აიოვადან; ეს მიღებულია მჯო-ს მიერ საერთაშორისო სტანდარტად.
შაკირის მკლავის გარშემოწერილობა (სტანდარტის % ეფარდება წონას როგორც სტანდარტული ასაკის %-ს)	კარგად გამოკვებილ ბავშვს აქვს იგივე მკლავის გარშემოწერილობა 1-სა და 6-ს წლებს შორის. შაკირი იყენებდა ზონრით მკლავის გარშემოწერილობას, როგორც სკრინინგის უბრალო საშუალებას სკოლამდელი ასაკის კვების სასტიკი ნაკლებობის მქონე ბავშვებში; ეფექტურია ზომიერი და ძლიერი კვების ნაკლებობის შემთხვევების მოსაძიებლად.

გაგრძელდება, მაგრამ შერჩეული მოსახლეობის შესახებ ინფორმაციის გამოყენების საერთაშორისო პრაქტიკა ფართოდაა მიღებული.

ანთროპოლოგიური კვლევები პირველად რიჩერის მიერ მეცხრამეტე საუკუნეში ჩატარდა, რომელიც კანის ნაკეცის სისქეს სიმსუქნის მაჩვენებლად იყენებდა. პირველი მსოფლიო ომის დროს, მატიეგამ ადამიანის სხეულის შემადგენლობის გაზომვის გზები განავითარა, რათა ჯარისკაცების ფიზიკური ქმედითუნარიანობა შეეფასებინა. ანთროპომეტრია მოიცავს სხეულის კომპოზიციას ატომურ, მოლეკულურ, უჯრედულ, ქსოვილურ და მთლიანი სხეულის დონეებზე. მთლიანი სხეულის შესწავლა შეიცავს სხეულის წონისა და სიმაღლის გამოთვლას, კანის ნაკეცების, გარშემოწერილობისა და ძვლების ზომების ჩათვლით. ამ კვლევებს როგორც კლინიკური, ასევე ჯანდაცვის საზოგადოებრივი მნიშვნელობა აქვთ. წონის კლებასა და დაავადებების შედეგებს შორის კავშირი პაციენტზე ინდივიდუალური ზრუნვის პროგნოზირებისთვის სასარგებლო ფაქტორი გახდა.

ანთროპომეტრიაში ფართოდ გამოყენებული საზომები მოიცავს:

1. სიმაღლე და წონა სხეულის მასის ინდექსის დასადგენად(სმი);
2. მუხლის სიმაღლე მოზარდის ტანის დასადგენად.
3. გარშემოწერილობითი გაზომვები, მათ შორის თავის, შუა ზედა მკლავის, შუა ბარძაყის და შუა კანჭის.
4. კანის ნაკეცის გაზომვები, მათ შორის ბიცეფსის, ტრიცეფსის, ბეჭის ფართის (1სმ. ბეჭის უფრო დაბალი კუთხის ქვევით), სუფრაილიურის (საშუალო კუნთქვეშა ჯიბე 2 სმ ბორცვის ქედის ზემოთ) ბარძაყის და კანჭის.

ასეთი კომბინაციები გამოიყენება ცხიმისა და სხეულში უცხიმო მასის გამოსათვლელად, რაც სასარგებლოა კლინიკური შეფასებისა და სპეციალური კვლევითი ჯგუფებისათვის. სხეულის უცხიმო მასა (სუმ) მიუთითებს კუნთოვან მასას ნუტრიციული კვლევებისათვის.

გადახრის გაზომვა

შესასწავლი მოსახლეობის ზრდის ტენდენციის სტანდარტთან შედარება სისხლში ქოლესტერინის ნორმალურ ზღვართან შედარების მსგავსია. მოსახლეობის შედარების მარტივი მეთოდები, როგორიცაა ეროვნული ჯანდაცვის სტატისტიკის ცენტრის, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მითითებული, წარმოადგენს ბავშვების სიმაღლისა და წონის ჩაწერას, შემდგომ ხდება გამოკვლეულთა საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარება. ეს უზრუნველყოფს პერსონალის პირველად დახმარებას მოსახლეობის მონიტორინგის მეთოდით, რომელსაც ემსახურებიან. ცხრილი 8.11 მოიცავს ბავშვების ზრდის მონიტორინგის კლასიფიკაციის სისტემას.

z–ქულები ფართოდ გამოყენებული მეთოდია ანთროპომეტრიული მონაცემების სტანდარტთან შესადარებლად. z–ქულა აჩვენებს საშუალოდან გადახრას. ამიტომ დაბადებისას წონა ან ზრდის ტენდენცია ბავშვებში შეიძლება შედარდეს სტანდარტულ გადახრებში ნორმას და არა აბსოლუტურ რიცხვებს. დაკვირვებები, რომლებიც ნორმალური განაწილების მრუდის 68%—ს წარმოადგენს, შედის ერთ სტანდარტულ გადახრაში, ხოლო 95% – 1.96 სტანდარტულ გადახრაში (იხ. მესამე თავი). z–ქულები ანთროპომეტრიული კვლევების მონაცემების გრაფიკულ შეჯამებას ამარტივებს.

საჯვების ხასიათი და უსაფრთხოება

ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარ საკითხს წარმოადგენს. განვითარებად ქვეყნებში ის ავადობისა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია; ყველაზე მოწინავე ქვეყნებში კი, მთავრობამ, კვების ინდუსტრიამ და მომხმარებელმა, დიდი ზრუნვა უნდა გამოიჩინონ ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებების თავიდან ასაცილებლად. ორივეს, მთავრობასა და კვების ინდუსტრიას, ნოყიერი და უსაფრთხო საჭმლის მისაღებ ფასებში უზრუნველყოფის ინტერესი აქვთ. კერძო ინდუსტრიას სხვაგვარი საზრუნავი აქვს და ის საჭმლის მიმზიდველობას, მის შეფუთვას, ხანგრძლივ შენახვის ვადას, საჭმლის დანაკარგის, გაფუჭების, დაბინძურების და გაუარესების დაბალ მაჩვენებლებს ეხება. ვინაიდან საჭმლის მწარმოებელ და გადამამუშავებელ, ასევე გამყიდველ ინდუსტრიებს მოგების მაქსი-

მალიზაცია სურთ, თვითმმართველობა საკმარისი არ არის და მთავრობის ძლიერმა მარეგულირებელმა სააგენტომ საზოგადოებრივი ინტერესი აუცილებლად უნდა დაიცვას.

ცხრილი 8.12 ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებების გამომწვევები, ორგანიზმები, ქიმიკატები და ვექტორები.

აგენტი	ორგანიზმი/ქიმიკატი	საკვების ვექტორი
ბაქტერია	კამპილობაქტერია, ბაცილები, E. coli, სალმონელა, ქოლერა ,ლისტერიოზი	დაუმუშავებელი და დამუშავებული საკვები დაბინძურებული ადამიანების, ფრინველების, ცხოველების ფეკალური მასების მიერ; საჭმლის არასწორად მომზადება და დაბინძურება მომზადების, შენახვის ან მირთმევის დროს.
ვირუსები	პოლიომეილიტი, A და E ჰეპატიტი	ბოსტნეული, ჩამდინარე წყლებით მორწყული ბოსტნეული, მოლუსკები;
პატარა ზომის ზღვის ფრინველები	მსხვილფეხა რქოსანი ღრუბლისებრი ენცეფალოპათია(მრღე)	ცხოველური წარმოშობის საჭმელი პირუტყვისათვის გადადებს ადამიანებს კრეიცფელდ-იაკობის დაავადებას.
შაბლონები	მიკოტოქსინები, აფლატოქსინები, ოჩარატოქსინები;	შენახული თხილები და მარცვლეული
პროტოზოა	ამებები, ლაბლიოზი, კრიპტოსპორიდიოზი	ხილბოსტნეული, წყალი, არაპასტერიზებული რძე
პარაზიტული ჭიები, პარაზიტები	ასკარიდი, ფასციოლა, სოლიტერი, ტრიქინელოზი, ტრიჩურა, ოპოსტორქიზი	ბოსტნეული, არასაკმარისად მომზადებული ხორცი, უმი თევზი ადგილებიდან, სადაც დაბინძურებული წყალია, დაუმუშავებელი საკანალიზაციო ან სარწყავი წყლები.
ქიმიკატები, სოფლის მეურნეობის და ვეტერინარული	პესტიციდები, ფუნგიციდები, სასუქები, ჰორმონები, ანტიბიოტიკები	ქიმიური აგენტებისგან დაბინძურებული წყალი; ფართოდ გავრცელებული ანტიბიოტიკების გამოყენებამ შეიძლება ალერგია და ორგანიზმის წინააღმდეგობა გამოიწვიოს.
მძიმე მეტალები	მერკური, კადმიუმი, თუნუქი	თევზი, ინდუსტრიული ნარჩენებისგან დაბინძურებული წყლიდან ზღვის პროდუქტები
რადიოაქტიური ბირთვები	რადიოაქტიური მასალები	ატმოსფერული ნალექებისგან დაბინძურებული საკვები

წყარო: Adapted from World Health Organization and Food and Agriculture Organization, 1992.

დაავადების ჩვეულებრივი გამომწვევი მიზეზი არის ნაწლავური პათოგენებით დაბინძურებული ხილ-ბოსტნეული. დაბინძურებული პროდუქტების მიღება ხშირი გასტროენტეროლოგიური და დიარეული დაავადების წინაპირობაა. ადამიანის საკვებად გამოყენებული ცხოველები შეიძლება გადამცემი და ქრონიკული დაავადებების წყარო აღმოჩნდნენ. ეს შეიძლება იყოს ინფექციური დაავადების ფორმით, როდესაც საჭმელი დაბინძურებულია პათოგენური ორგანიზმებით ზრდის, ტრანსპორტირების, მომზადების, შენახვის ან გამოყენებამდე მოხმარების დროს. საჭმლით მოწამვლა ან დიარეა შეიძლება გამოწვეულ იქნას ქათმის ხორცში ან კვერცხში სალმონელათი ან კამპილობაქტერიით. საჭმელად გაზრდილმა ცხოველებმა შეიძლება დამალონ დაავადებები, როგორიცაა ბრუცელოზი, რო-

მელიც შეიძლება ადამიანს გადაეცეს დაავადებული პირუტყვის არაპასტერიზებული რძის პროდუქტების მიღების გზით. ადამიანებზე სერიოზულად შეიძლება იმოქმედოს ცხოველური წარმოშობის საჭმლიდან მიღებულმა ტოქსინებმა, მათ შორის ხორციდან, რძიდან და ზღვის პროდუქტებიდან. დაავადებები, როგორებიცაა ბრუცელოზი, ციმბირის წყლული და რიფტ ვალის ციებ-ცხელება შეიძლება გავრცელდეს ადამიანების დაავადებული შინაური ცხოველებთან პირდაპირი კონტაქტისას. ცხრილში 8.12 ჩამოთვლილია სხვადასხვა ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებების აგენტები, რომლებსაც ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედება შეუძლიათ.

მეცხოველეობა უკვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმეა, როგორც საჭმლის გადამუშავება, ტრანსპორტირება და მომზადება. ე. კოლის ინფექციები უმეტესად დაბინძურებული ხორციდან ვრცელდება. 1990-იანი წლების ბოლოდან ინდუსტრიული ქვეყნებიც კი, როგორიცაა: ამერიკის შეერთებულ შტატები, იაპონია და სხვ. პოტენციური საფრთხის წინაშე დგანან. ძვირიანი იონჯას ნაცვლად ცხოველების გამოსაკვებად ცხოველური მასალების გამოყენება ჩვეულებრივი პრაქტიკაა, რაც სალმონელასა და კამპილობაქტერიის შემცველობის გამო სერიოზულ რისკს წარმოადგენს. 1997 წლის აგვისტოში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ერთი კომპანიის პროდუქტებში ნაპოვნ გაფუჭებულ ძროხის ხორცის შედეგად ათი ათასობით ტონა ჰამბურგერის ხორცი დაიწუნეს. 1990-იანი წლების ბოლოს ევროკავშირის მიერ აიკრძალა ბრიტანული ძროხის ხორცი მსხვილფეხა რქოსანი ღრუბლისებრი ენცეფალოპათიის (ცძდ ან ცოფიანი ძროხის დაავადება) მიზეზით, რაც ადამიანებში კრეიცფელდ-იაკობის დაავადების შემთხვევებს იწვევს (ნახეთ თავები IV და V).

საჭმელთან დაკავშირებულ საშიშროებების თავიდან ასაცილებლად მთავრობის, საჭმლის ინდუსტრიისა და მომხმარებლების მუდმივი სიფხიზლეა საჭირო. მთავრობას და საჭმლის მწარმოებლებს, გადამამუშავებლებსა და მეწარმეებს შორის თანამშრომლობა, მარეგულირებელ ფუნქციებთან ერთად, საერთო ინტერესის წყაროა. კერძო ინდუსტრიამ მთავარი როლი უნდა ითამაშოს საკვების მომარაგების და ხარისხის გამოსწორებაში კომერციული და იურიდიული პასუხისმგებლობის საფუძველზე. მომხმარებელი ასევე პასუხისმგებელია უსაფრთხო საკვების გადამუშავების პრაქტიკაზე ჰიგიენის, შენახვისა და გამოყენების თვალსაზრისით. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების წყაროები არსებობს საკვები პროდუქტების წარმოების, გადამუშავების, ტრანსპორტირების, შენახვის, გაყიდვის, მომზადების და მირთმევის თვალსაზრისით. ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებების აღმოცენებამ უნდა ცხადყოს ახალი პროდუქტების, ხორცის და რძის პროდუქტების და გადამუშავებული საჭმლის ფრთხილი ინსპექციის აუცილებლობა, როგორც ადგილობრივ, ასევე ეროვნულ დონეზე.

ბევრ სასოფლო რეგიონში მომხდარი უბედურებები პათოგენების მიერ დაბინძურებას მოიცავს. განვითარებად ქვეყნებში საკვების პათოგენებისგან დაბინძურება იშვიათი არ არის, რადგან დაუცველი სარწყავად დაუმუშავებელი ან არაადეკვატურად დამუშავებული საკანალიზაციო წყალი გამოიყენება ან საკანალიზაციო სისტემა ცუდად მუშაობს ან სასუქად ფეკალური მასებს ხმარობენ. ასეთი ხილ-ბოსტნეულის უმად მიღებამ შეიძლება მომხმარებელში უამრავი ინფექციური დაავადება წარმოშვას, რომელთა გადადება ფეკალურ—ორალური გზითაა შესაძლებელი. უსაფრთხოებისა და საჭმლის მიწოდების ადეკვატურობის მთავარი ფაქტორებია საკვების განადგურება. მაღალგანვითარებულ სოფლის მეურნეობაშიც კი, საჭმლის დაბინძურება, მისი გადამუშავების დროს, ბევრ ეტაპზე შეიძლება მოხდეს. 1997-1999 წლებში აშშ-ში იმპორტირებულმა ოხრახუშმა, ბაზილიკამ, სალათის ფოთლებმა და მარწყვმა, რიგ შტატებში შიგელოზი და ციკლოსპორიაზის მასობრივი მომრავლება გამოიწვია (CDC, 1999).

ასევე დიდ საზრუნავს წარმოადგენს საფრთხე, რომელიც საკვების წარმოებაში გამოყენებული ქიმიკატების მიღებითაა გამოწვეული. თანამედროვე სოფლის მეურნეობა ქიმიური სასუქებისა და პესტიციდების ფართო გამოყენებას ეყრდნობა. პესტიციდების ნარჩენები ბაღის და ყანის მოსავალში და გადამუშავებულ საჭმელში დაქლორილ ნახშირწყალბადებს, დიელდრინსა და DDT—ს შეიცავს. პესტიციდებმა ფერმაში მომუშავეებზე შეიძლება ტოქსიკური ზემოქმედება გამოიწვიოს. სერიოზული პრობლემები შეიძლება გამოიწვიოს ზედაპირულ ან მიწისქვეშა წყალში წვიმის ჩამონადენმა და არასათანადოდ გარეცხილმა და დაბინძურებულმა პროდუქციამ. მომხმარებლმა შეიძლება

ჩანართი 8.2 საჯვებში გამოყენებული დანამატები

საკვები დანამატები წარმოებაში, გადამუშავებაში, შეფუთვაში, ტრანსპორტირებაში ან საკვების შენახვაში გამოყენებული ნივთიერებებია და მარტივ დანამატებს მოიცავენ, როგორებიცაა მარილი, გამაფხვიერებელი სოდა, ვანილი ან საფუარი, ასევე მოიცავენ კომპლექსურ დანამატებსაც.

დანამატები გამოიყენება საკვებში პროდუქტის გამძლეობის შესანარჩუნებლად, კვების ღირებულების გასაუმჯობესებლად (ვიტამინები და მინერალური გამდიდრება); სასიამოვნო გემოსა და გაფუჭების დასაყოვნებლად; გასაფუებლად და მჟავიანობის გასანეიტრალებლად; არომატის ან სასურველი ფერის გასაძლიერებლად.

ყველა დანამატი ამერიკის სურსათისა და წამლის სამინისტროს რეგულირებას ექვემდებარება და ზოგიერთი მავნე ზემოქმედების გამო აიკრძალა, მათ შორის, ციკლამატები (შაქრის შემცვლელი), კობალტის მარილები (ლუდი), საჭმლის შესაღებად გამოყენებული კუპრის ნაწარმი, ზოგიერთი პესტიციდი, ფუნგიციდები და ჰერბიციდები და პლასტმასის ჭურჭლებში პოლივინის ქლორიდი.

თავი დაიცვას საკვების არჩევით და გამოყენებამდე პროდუქტის გარეცხვით, მაგრამ განათლება ეძებს ეფექტურ ალტერნატივებს. პესტიციდების მოხმარების შემცირება არის მნიშვნელოვანი პირველადი პრევენცია (იხილეთ მეცხრე თავი).

ზრდის გამაძლიერებლებმა, მათ შორის ანტიბიოტიკებმა და ჰორმონებმა, რომლებსაც სწრაფი და ენერგიული ცხოველების ზრდისთვის და, ასევე რძის წარმოებაში გამოიყენებენ, რძისა და ხორცის ნაწარმზე შესაძლოა მავნე ზეგავლენა მოახინოს. ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს მტკიცე ორგანიზმების რაოდენობის ზრდას, რომლებსაც პოტენციურად შეუძლიათ საფრთხე შეუქმნან საზოგადოებრის ჯანმრთელობას.

საკვები დანამატებისა და ნივთიერებების გამოყენება მიზანმიმართულად ხდება გემოს, ფერის, ქსოვილის, ნოყიერების, გარეგნობის და გამძლეობის შესაცვლელად. ზოგიერთი მათგანის, როგორიცაა შაქარი, მარილი და სუნელები, გამოყენება დიდი ხანია ხდება. ბუნებრივი დანამატები მნიშვნელოვანია გადამუშავებელ საჭმელში. ზოგ დანამატს, როგორიცაა ვიტამინები და მინერალები, სარგებელი მოაქვს..

შეშფოთება გარკვეული დანამატების გამოყენების მიმართ მათ ტოქსიკურ და სიმსივნურ ეფექტებს უკავშირდება. მით უმეტეს, როდესაც ეს დანამატები მხოლოდ კოსმეტიკური თვალსაზრისით გამოიყენება. 1958 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების კვების, წამლებისა და კოსმეტიკის აქტს კვების დანამატების ცვლილება დაემატა, რომელიც საჭმლის მწარმოებლებისგან ამერიკის სურსათისა და წამლის სამინისტროს საკვებ დანამატებთან დაკავშირებული დადგენილებების დაცვას მოითხოვს. იმავე წელს ცნობილმა დელანის კანონმა ყველა სიმსივნური დანამატის ნებისმიერი რაოდენობით გამოყენება აკრძალა. შედეგად, ფართომასშტაბიანი დანამატების ტესტირება ჩატარდა. ის დანამატები, რომლებიც უკვე ხმარებაში იყო,

ცხრილი 8.13 საკვების წარმოების და შენახვის ძირითადი ტექნოლოგიები

ტექნოლოგია	მაგალითები
გაშრობა	სხივური (მზის), შესასხურებელი, საჰაერო, საყინულე ან ვაკუუმური გაშრობა
ფერმენტაცია	იოგურტი, ყველი, სოიოს სოუსი, ღვინო და ლუდი, ძმარი, მჟავე კომბოსტო
ქიმიური დამუშავება	დამარილება, დამწნილება, დაშაქვრა, შებოლვა, დეზიმფიცირება ან საკვები დანამატებით დამუშავება.
ცივი დამუშავება	მაცივარში გაციება, გაყინვა
დასხივება	მიკროტალღურ ღუმელში მომზადება, ხორცის, ფრინველების, თევზის, სანელებლების, ახალი ხილ-ბოსტნეულის და მომზადებული საჭმლის დასხივების იონიზება პათოგენური ორგანიზმების განადგურების მიზნით.

„ზოგადად უსაფრთხოდ მიჩნეულ“ კატეგორიაში მოხვდნენ. ზოგიერთი მათგანი მოგვიანებით გამოიკვლიეს და რადგან სიმსივნურები აღმოჩნდნენ, ხმარებიდან ამოიღეს (ჩანართი 8.2).

საკვების შესანარჩუნებლად გამოყენებული ზოგიერთი მეთოდი საკვების ხარისხის დასაცავად და მიწოდების უზრუნველსაყოფად შემუშავდა. მათი გამოყენება მიკრობული ან ქიმიური საკვების გაფუჭების პრევენციისთვის ხდება. საჭმლის ხარისხის დაცვა და შენარჩუნება ნებისმიერი მოსახლეობის ჯგუფისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. ზოგიერთი კვების შენახვის ტექნოლოგიის მთავარი ფორმები ნაჩვენებია ცხრილში 8.13.

იქამდე, ვიდრე ხელისუფლებასა და მრეწველობას უსაფრთხო საჭმლის უზრუნველყოფაში მთავარი როლი აკისრიათ, საბოლოო პასუხისმგებლობა მომხმარებელს ეკისრება. საჯარო განათლება, ცოდნა, დამოკიდებულებები და გამოცდილება ოჯახში მიღებული საჭმლის უსაფრთხოებას განსაზღვრავს. მომხმარებელს შეუძლია გავლენა იქონიოს საბაზრო ეკონომიკაზე და განსაზღვროს კიდეც რომელი საქონელი შეიძინოს. ბაზარზე იგრძნობა შექმნილი მოთხოვნები, რომლებიც ხელმძღვანელობენ მწარმოებლებსა და გადამამუშავებლებს შეცვალონ შიგთავსი, შეფუთვა, მარკირება, რეკლამა და ფასები. მომხმარებელს შეუძლია ბაზარზე ზეგავლენა მოახდინოს, თუ კონკრეტულ საქონელს არ შეიძენს. სამომხმარებლო ადვოკატურას ასევე შეუძლია საჭმლის ხარისხში თავისი როლი ითამაშოს, ვინაიდან მწარმოებლები და მთავრობები მგრძნობიარენი არიან მედიის საშუალებით საჭმლის ხარისხზე შეშფოთების საჯაროდ გამოხატვისადმი. სურსათისა და წამლის აქტი, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში მარეგულირებელ მექანიზმებს ჰქმნის, გაზეთის სტატიებისა და მოთხრობების საპასუხოდ ამოქმედდა (როგორიცაა აპტონ სინკლერის „ჯუნგლები“), რომელშიც 1906 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში საკვების ხარისხი იყო ნაჩვენები. მომხმარებელთა ბოიკოტმა მწარმოებლები საჯარო შეშფოთებების მიმართ მგრძნობიარენი გახადა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა შეშფოთებას გამოთქვამს საკვებით მოწამვლის სერიოზულ ინციდენტებთან დაკავშირებით, როგორიცაა ე.კოლი და სალმონელას ახალი ვარიანტები. ისინი უძლებენ ანტიბიოტიკებს, ამიტომ მოსახლეობის დიდი ნაწილი დაუცველია, განსაკუთრებით იმუნიტეტდაქვეითებულები, როგორიც არიან აივ გადამზიდველები და ელენთა ამოჭრილი პაციენტები. 1997 წლის ზაფხულში 11 მილიონი კილოგრამის ოდენობის დაბეგვილი ძროხის ხორცი ამერიკის შეერთებულ შტატებში უკან დააბრუნეს, რადგან სავარაუდოდ დაბინძურებული იყო ე.კოლი O157:H7—ით (აშშ-ის სურსათისა და წამლის სამინისტრო, 1998წ.).

1990-იან წლებში მიუხედავად სუფთა სასმელი წყლის, კარგი ჰიგიენის და კვების ტექნოლოგიისა, საჭმლით მოწამვლა ბევრ ინდუსტრიულ ქვეყანაში გაიზარდა. არსებული გამოთვლების თანახმად, ეს ყოველწლიურად ინდუსტრიული ქვეყნების მოსახლეობის 5—10%-ს ეხება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ამგვარი ფაქტების 3.3-12.3 მილიონი შემთხვევაა. საკვებით მოწამვლის შედეგად გარდაცვლილთა რაოდენობა ყოველწლიურად 3900-მდე აღწევს. ინფექციურ-ტოქსიკური და წყლით გამოწვეული დაავადებები განვითარებად ქვეყნებში, ალბათ, ყველაზე მნიშვნელოვანი საჯარო ჯანდაცვის პრობლემაა. დიარეული დაავადებები 1.5 მილიარდი შემთხვევაა და ყოველწლიურად 3 მილიონი ადამიანის სიკვდილით სრულდება. მომხმარებელთა წინააღმდეგობა გამოიყენონ საკვების ირადიაცია ჯერ კიდევ მაღალია, მიუხედავად იმისა, რომ ფართოდ მიჩნეულია, როგორც სურსათის დაბინძურებისაგან საწინააღმდეგო საშუალება. ამ წინააღმდეგობამ შეიძლება იკლოს, თუ საზოგადოებრივი მაუწყებლობა საჭმლის დაბინძურების შესახებ უფრო მეტ ინფორმაციას მიაწვდის.

საჭმლის დასხივება უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად, გენური ინჟინერია უფრო კარგი ხარისხის საკვების მოსავლის საწარმოებლად და პესტიციდებისა და ქიმიური სასუქის საჭიროებისგან გათავისუფლება, სოფლის მეურნეობასა და საკვების უსაფრთხოებაში უდაოდ წინგადადგმული ნაბიჯია. ეს მეთოდები სადავოა და ხშირად კრიტიკული განხილივის საგანი ხდება. მიუხედავად ამისა, ისინი ახალ მნიშვნელოვან ტექნოლოგიებს წარმოადგენენ, რომელთაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა ექნებათ განვითარებადი ქვეყნების მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად, ასევე კარგი კვებისა და სურსათის უვნებლობის ხელშესაწყობად მსოფლიო მასშტაბით.

ჯვება და ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

მოსახლეობა და ინდივიდუალური ჯანმრთელობა მჭიდრო კავშირშია კვების სტატუსთან. ყოველდღიური არაადეკვატური კვების შედეგად ქრონიკულად დაავადებულმა პაციენტმა შეიძლება მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება განიცადოს. ასეთი ადამიანების ჰოსპიტალიზაციის ხარჯმა შეიძლება გადააჭარბოს ისეთი სერვისების ღირებულებას, რომლებმაც ხელი უნდა შეუწყონ ამ ადამიანებისთვის სათანადო კვების უზრუნველყოფას. აშკარა ან სუბკლინიკური დეფიციტის პირობებმა შეიძლება ჯანმრთელობის გაუარესება გამოიწვიოს, თუ ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკა პრევენციისათვის ვერ შეძლებს არსებული ცოდნისა და გამოცდილების გამოყენებას. ამგვარი პოლიტიკის განხორციელების უუნარობა კვების ნაკლებობას წარმოშობს შემდგომი უარყოფითი შედეგებით. განვითარებული ქვეყნების წარმატება მიკრონუტრიენტული დეფიციტის პირობების გაკონტროლებაში ნაწილობრივ სოციალური და ეკონომიკური განვითარების და გაუმჯობესებული პედიატრიული ზრუნვის შედეგად იქნა მიღწეული, ასევე საკვების ფორტიფიკაციის პოლიტიკის საშუალებითაც. განვითარებადი ქვეყნებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია მოსახლეობაზე ორიენტირებული კვების პოლიტიკის მიღება, რათა მოსახლეობის დაუცველი ნაწილი კვების ნაკლებობას გაუმკლავდეს.

ანალოგიურად, ჭარბი კვება და მასთან დაკავშირებული დაავადებები, როგორებიცაა: დიაბეტი, სისხლძარღვთა დაავადებები და კიბო ფართოდ გავრცელებულ პათოლოგიებს იწვევენ და ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების გამოყენების საფუძველს ქმნიან, მაშინ, როდესაც განათლებასა და სხვა ინტერვენციის პროგრამებს მნიშვნელოვანი შემაჩერებელი ეფექტი შეიძლება ჰქონდეს. პრობლემათა გადაჭრა ცალკეული პაციენტისადმი ყურადღების დათმობით ვერ აღმოიფხვრება, საჭიროა პარალელურად საზოგადოებრივი მიდგომა ჩამოყალიბდეს, რომელიც სურსათისა და საკვების პოლიტიკის ფართო ნაკრებს შეიცავს. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დაავადებების თავიდან ასაცილებლად და მათ სამართავად, ისევე, როგორც ოპტიმალური ჯანდაცვის ხელშესაწყობად, კომპლექსურ მიდგომას იყენებს. კვება ცენტრალური ამოცანაა, რომელიც ეროვნულ, საზოგადოებრივ და ინდივიდუალურ დონეზე კარგად დაგეგმილ ინტერვენციას მოითხოვს.

ისტორია

გასული საუკუნის განმავლობაში, მაშინ როცა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიღწევების უმეტესობა სანიტარიასა და ინფექციური დაავადებების კონტროლს ეხებოდა, გაუმჯობესებული კვებისა და საკვების უსაფრთხოებისთვის გაწეული შრომა უზარმაზარი იყო. სიკვდილიანობამ ყველანაირი მიზეზით, მათ შორის ინფექციური დაავადებებით, მეჩვიდმეტე საუკუნეში იკლო, იქამდე, ვიდრე ორგანიზებული ინფექციური დაავადების კონტროლი დაწესდა, რაც, ნაწილობრივ, სასოფლო მეურნეობაში რევოლუციისა და საკვების წარმოების გაუმჯობესებული მეთოდების შედეგი იყო.

დღეისთვის განვითარებად ქვეყნებში კვება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი საკითხია. ძირითადად პრობლემებს წარმოადგენს გადაჭარბებული ჭამა ან არასათანადო ბალანსი და უზომო რაოდენობის კალორიების მიღება. განვითარებად ქვეყნებში მასობრივი შიმშილი, ალბათ, ყველაზე მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემაა, რასაც შედეგად ფართო მასშტაბის კალორიების, პროტეინის და აუცილებელი ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტი მოჰყვება. საშუალოდ განვითარებულ ქვეყნებში სწრაფად იზრდება სიკვდილიანობა კარდიოვასკულური მიზეზებით, რასაც ცხოველური ცხიმის ჭარბი მიღება იწვევს. ცხოვრების სტანდარტი ნაწილი მოსახლეობისთვის იზრდება, ხოლო მოსახლეობის უმრავლესობა საკვების ნაკლებობას განიცდის.

1960 წლის შემდეგ ყველაზე ინდუსტრიული ქვეყნების მოსახლეობამ პერსონალურ კვებას დიდი ყურადღება დაუთმო, რასაც ხელი შეუწყო მედიასა და სამედიცინო სამსახურებში გამოთქმულმა შეშფოთებამ. დასავლეთის უმრავლეს ქვეყანაში პრევენციულ ჯანდაცვისად-

მი დიეტურმა მიდგომამ ხელი შეუწყო იშემიური დაავადების, ინსულტის და კუჭის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის კოეფიციენტის მკვეთრ კლებას.

მთავრობის მთავარი ფუნქცია კვების სტატუსის მონიტორინგი და ეროვნული პოლიტიკის განვითარებაა, რათა შესაფერისი და მაღალხარისხიანი კვება უზრუნველყოს. ეკონომიკურ, სოფლის მეურნეობის და მარკეტინგული სისტემებს მოსახლეობის კვებითი ჯანმრთელობით უზრუნველყოფაში დიდი როლი აკისრია. სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს საჭმლის ფორტიფიკაციასა და ჯანსაღი კვების ჩვევების ხელშეწყობას იმ დარღვევების შესაჩერებლად, რომლებიც კვების ნაკლებობით ან სიჭარბითაა გამოწვეული. მზარდი მოსახლეობისთვის საკვების მიწოდება და ხარისხი, მაშინ, როდესაც მოსახლეობის მოლოდინი იზრდება, არსებული დაპირისპირებისა და საზოგადოების შეშფოთებების მანიპულირების მცდელობების მიუხედავად, დამოკიდებულია ახალ მეცნიერებასა და ტექნოლოგიაზე, როგორიცაა გენური ინჟინერია და საკვების დასხივება. ექიმი ინდივიდუალურ პაციენტებთან მუშაობს, საზოგადოებრივ ჯანდაცვა კი, საზოგადოებისა და ერისთვის იღწვის. სწორედ ეს ორმაგი დატვირთვაა ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, რომელშიც კვება მთავარ როლს თამაშობს.

ᲔᲚᲔᲥᲢᲠᲝᲜᲣᲚᲘ ᲛᲔᲓᲘᲐ

Food and Agriculture Organization (FAO) home page, http://www.fao.org/

Health Canada, Review of Canada's Policies on the Addition of Vitamins and Minerals. April 1999, Canadian Food Inspection Agency via http://www.hc-sc.ca/food-aliment/

U.S. Food and Drug Administration (FDA) home page, http://www.fda.gov/

U.S. Department of Agriculture (USDA) home page, http://www.usda.gov/

USDA National Agricultural Library home page, http://www.nal.usda.gov/

USDA nutrient data and RDAs for specific foods can be found at http://www.nal.usda.gov/fnic/foodcomp/ and http://www.nal.usda.gov/fnic/dga/rda.pdf/

USDA Nutrient Data Laboratory, Riverdale, MD, ndlinfo@rbhnrc.usda.gov/

U.S. Environmental Protection Agency (EPA) home page, http://www.epa.gov/

ᲮᲔᲯᲝᲛᲔᲜᲓᲘᲮᲔᲑᲔᲚᲘ ᲡᲐᲯᲘᲗᲮᲐᲕᲘ

Anderson, S. H., Vickery, C. A., Nicol, A. D. 1986. Adult thiamine requirements and the continued need to fortify processed cereals. *Lancet,* 2:85–89.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900–1999. Safer and healthier foods. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:905–913.

DeMaeyer, E. M., Dallman, P., Gurney, J. M., Hallberg, L., Sood, S. K., Srikantia, S. G. 1989. *Preventing and Controlling Iron Deficiency Anemia through Primary Health Care.* Geneva: World Health Organization.

Dunn, J. T. (editorial). 1992. Iodine deficiency—The next target for elimination? *The New England Journal of Medicine,* 326:267–268.

Foster, P. 1992. *The World Food Problem: Tackling the Causes of Undernutrition in the Third World.* London: Boulder Adamantine Press.

Gorstein, J., Akre, J. 1988. The use of anthropometry to assess nutritional status. *World Health Statistics Quarterly,* 41:48–58.

Rose, D., Oliveira, V. 1997. Nutrient intakes of individuals from food-insufficient households in the United States. *American Journal of Public Health,* 87:1956–1961.

Scrimshaw, N. S. 1992. Iron deficiency. *Scientific American,* 265:46–52.

Scrimshaw, N. 1995. The new paradigm of public health nutrition. *American Journal of Public Health,* 85:622–624.

Sidel, V. 1997. The public health impact of hunger. *American Journal of Public Health,* 87:1921–1922.

ბიბლიოგრაფია

Barkan, I. D. 1985. Industry invites regulation: the passage of the Pure Food and Drug Act of 1906. *American Journal of Public Health,* 75:18–26.

Beghin, I., Cap, M., Dujardin, B. 1988. *A Guide to Nutritional Assessment.* Geneva: World Health Organization.

Bothwell, T. H. E., Charlton, R. W. 1981. *Iron Deficiency in Women.* Washington DC: International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG).

Centers for Disease Control. 1989. CDC criteria for anemia in children and child bearing-aged women. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 38:400–404.

Centers for Disease Control. 1994. Daily dietary fat and total food energy intakes—Third National Health and Nutrition Examination Survey, Phase 1, 1988–1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:116–117, 123–125.

Centers for Disease Control. 1994. Epidemic neuropathy—Cuba 1991–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:183, 189–192.

Compston, J. E. 1998. Vitamin D deficiency: Time for action. *British Medical Journal,* 317:1466–1467.

Delange, F., Burgi, H. 1989. Iodine deficiency disorders in Europe. *Bulletin of the World Health Organization,* 67:317–325.

Dunn, J. T., Van der Haar, F. 1990. *A Practical Guide to the Correction of Iodine Deficiency.* Amsterdam: International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Editorial. 1986. Prevention and control of iodine deficiency disorders. *Lancet,* 2:433–434.

Food and Agriculture Organization. 1987. *The Fifth World Food Survey.* Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.

Gerstner, H. 1997. Vitamin A—Functions, dietary requirements and safety in humans. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research,* 67:71–90.

Gibson, R. S. 1990. *Principles of Nutritional Assessment.* New York: Oxford University Press. Health Protection Branch, Health and Welfare Canada. 1974. *Addition of Vitamin and Mineral Nutrients to Foods* 426:1–4. Ottawa: Health and Welfare Canada.

Henkel, J. 1998. Irradiation: A safe measure for safer food. *FDA Consumer,* 32:12–17.

Krebs-Smith, S. M., Cook, D. A., Subar, A. F., Cleveland, L., Friday, J. 1995. US adults' fruit and vegetable intakes, 1980 to 1991: Arevised baseline for Health People 2000 objectives. *American Journal of Public Health,* 85:1623–1629.

Marshall, J. R. (editorial). 1995. Improving American diet—Setting public policy with limited knowledge. *American Journal of Public Health,* 85:1609–1611.

Mertz, W. 1981. The essential trace elements. *Science,* 213:1332–1338.

Morley, J. E., Mooradian, A. D., Silver, A. J., Heber, D., Alfin-Slater, R. B. 1988. Nutrition in the elderly. *Annals of Internal Medicine,* 109:890–904.

National Academy of Sciences–National Research Council. 1968. *Recommended Dietary Allowances,* Seventh Edition, Washington, DC: Food and Nutrition Board.

National Research Council. 1989. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk.* Washington, DC: National Academy Press.

Palti, H., Tulchinsky, T. H. 1988. Anemia as a public health problem in Israel. *Public Health Reviews,* 16:215–250.

Passmore, R., Eastwood, M. A. 1986. *Davidson and Passmore Human Nutrition and Dietetics,* Eighth Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Pinstrup-Andersen, P., Pelletier, D., Alderman, H. (eds.). 1995. *Child Growth and Nutrition in Developing Countries: Priorities for Action.* Ithaca: Cornell University Press.

Shils, M. E., Olson, J. A., Shike, M. (eds.). 1994. *Modern Nutrition in Health and Disease,* Eighth Edition, Philadelphia: Lea & Febiger.

UNICEF. 1998. *The State of the World's Children, 1998.* New York: Oxford University Press.

United States Department of Agriculture. 1995. *Dietary Guidelines for Americans, Fourth Edition.* Washington, DC: USDA.

United States Department of Health and Human Services. 1988. *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health 1988.* DHHS (PHS) Publ. No. 88-50210, Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.

Weber, P., Bendich, W. A., Schach, W. 1995. Vitamin C and human health—A review of recent data relevant to human requirements. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research,* 66:19–30.

West, K. P. (ed). 1993. *Bellagio Meeting on Vitamin A Deficiency and Childhood Mortality.* New York: Helen Keller Foundation.

Willett, W. 1990. *Nutritional Epidemiology.* New York: Oxford University Press.

Willett, W. C. 1994. Diet and health: What should we eat? *Science,* 264:532–537.

Williams, C. D., Baumslag, N., and Jelliffe, D. B. 1994. *Mother and Child Health: Delivering the Services, Third Edition.* New York: Oxford University Press.

World Bank. 1993. *World Development Report, 1993: Investing in Health.* New York: Oxford University Press.

World Health Organization. 1990. *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases.* Technical Series Report 797. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1998. *World Health Report 1998.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization and Food and Agricultural Organization. 1992. *Major Issues for Nutrition Strategies, 1992: International Conference on Nutrition.* Italy: FAO and WHO, 199

ჟურნალები კვებისა და საკვების ტექნოლოგიების შესახებ

American Journal of Clinical Nutrition (American Society of Clinical Nutrition)

Food and Nutrition Digest (Kansas State University)

Food Technology

International Journal of Vitamin and Nutrition Research

Journal of Food Sciences

Journal of Nutrition (American Society for Nutritional Sciences)

9
გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობა

შესავალი

უსაფრთხო გარემო პირობები ჯანმრთელობის საფუძველს წარმოადგენს. ჯანმრთელობის შენარჩუნების და ხელშეწყობის საჭიროებათა იერარქიულ კლასიფიკაციაში საკვებსა და თავშესაფარზე უპირატესი მნიშვნელობა ჰაერსა და წყალს ენიჭება. უსაფრთხო წყალმომარაგება და ნარჩენების მენეჯმენტი კვლავ რჩება საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ზოგადი ჰიგიენის პრობლემატურ ასპექტებად. მე-20 საუკუნის დასასრულისთვის, ბიოლოგიური, ქიმიური, ფიზიკური ან დაავადების გამომწვევი სხვა ნებისმიერი აგენტით გარემოსა და სამუშაო ადგილების დაბინძურების საკითხი პოლიტიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მზარდი ინტერესის საგანი გახდა. 1960-იანი წლებიდან მოყოლებული, განსაკუთრებით მაღალ ხარისხს მიაღწიეს აღნიშნული პრობლემების გაცნობიერებასთან დაკავშირებით. ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის უფლების, მომხმარებელთა ინტერესების დაცვისა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ადვოკატირების კონცეფციების აღმოცენებამ, აგრეთვე განაპირობა ამ საკითხებით დაინტერესება მრავალ ქვეყანაში. ჰაერის, წყლის, ნიადაგისა და სამუშაო ზონის დაბინძურების საკითხები თანაბრად მნიშვნელოვნად აქტუალურია საზოგადოებისთვის, ბიზნესისთვის, მედიისთვის, არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის, მთავრობისთვის და ჩვენი დროის ზოგადი კულტურის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს.

პროფესიული ჯანმრთელობა, გარემოს ჯანმრთელობისგან განცალკევებულ სფეროდ ჩამოყალიბდა და განვითარდა, თუმცა ბოლო ხანებში მან უფრო ზოგადი ხასიათი შეიძინა და მრავალი მიმართულება მოიცვა. ადვოკატირების, პროფესიონალური, ტექნოლოგიური და რეგულირების განსხვავებული მიდგომების გამო ეს სფერო განხილულია მოცემული თავის მეორე ნაწილში. გარემოს საფრთხეების მიმართ საზოგადოების მიდგომის ცვლილება ატომური ექსპერიმენტებისა და ბუნებრივი დაბინძურების წინააღმდეგ საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებით გამოიხატება, რაც მეოცე საუკუნის პროპაგანდისტული ჯგუფებისა და რეფორმატორების დამსახურებად უნდა ჩაითვალოს, რომელთაც თავიანთი წვლილი შეიტანეს საჯარო პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში. აღნიშნული მიღწევები, თავისი არსით მეთვრამეტე-მეცხრამეტე საუკუნეში მიღწეულ პროგრესს უტოლდება, როცა გაუქმდა ბატონყმობა, განვითარდა ჰუმანური მოპყრობისა და ჯანმრთელობის სერვისებით უზრუნველყოფის პრინციპები ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისა და პატიმრებისადმი, შეიცვალა შრომის პირობები ქარხნებსა და მაღაროებში, გაუმჯობესდა ზოგადი სანიტარული მდგომარეობა.

დღესდღეობით გარემოს ჯანმრთელობის საკითხები სულ უფრო კომპლექსურ ხასიათს ატარებს და მნიშვნელოვნად გასცდა ტრადიციული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა პრევენციის საზღვრებს. გარემოს ჯანმრთელობის პრობლემატიკა ფართო ადგილს იმკვიდრებს არსებული ბუნებრივი პირობებისადმი კაცობრიობის შემგუებლობის შესაძლებლობათა შეფასების სფეროში. ბუნებრივი გარემოს დაბინძურების მაპროვოცირებელ პრობლემებთან, როგორიც არის არაადეკვატური სანიტარიული მდგომარეობა და ჰაერისა და ნიადაგის დაბინძურების მაღალი დონე, საბრძოლველად საჭირო რესურსები ნაკლებად ხელმისაწვდომი და ორგანიზებულია, რაც გრძელვადიან პერიოდში საზოგადოებაზე პრობლემის ზოგად ეფექტს ზრდის.

კაცობრიობამ უნდა მიმართოს საერთო ძალისხმევას, რათა მის მიერ ბუნებრივი რესურსების მოხმარებამ რესურსების სრულად განლევა და თვითაღდგენის შესაძლებლობის მოსპობა არ გამოიწვიოს. გარემოს ჯანმრთელობა ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრალურ საკითხის წარმოადგენს, რადგან დეგრადირებული გარემო დაავადებათა აღმოცენებას და გავრცელებას იწვევს, ხოლო საზოგადოების საერთო დანაკარგი გარდაუვალი ხდება.

ბაჰემოს საკითხები

გარემო და საზოგადოება არამარტო ურთიერთქმედებს, არამედ ურთიერთდამოკიდებულია. ეკოლოგიური საკითხები, რომლის წინაშეც დღესდღეობით მსოფლიო დგას, ისეთ მიმართულებებს მოიცავს, რომელთა მართვაც შესაძლებელია ადგილობრივ და ეროვნულ დონეზე, ხოლო მეორე ნაწილის გადასაჭრელად საერთაშორისო ძალისხმევის კონცენტრაცია და თანამშრომლობაა აუცილებელი. აქტივობა ადგილობრივ დონეზე გლობალური პასუხისმგებლობის ნაწილია. ადგილობრივი საკითხების მოგვარება მჭიდრო კოოპერაციას მოითხოვს, როგორც სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებათა შორის, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, მედიასთან და მოხალისეთა ჯგუფებთან, რომელთაც სურთ გარემო უფრო ჯანმრთელი გახდეს. მოსახლეობის რაოდენობის ზრდა და ცხოვრების დონის განმსაზღვრელი სტანდარტების განვითარება საერთაშორისო და ადგილობრივი ძალისხმევის გაძლიერებას მოითხოვს, რათა დავიცვათ ბუნებასა და ადამიანებს შორის ურთიერთზეგავლენის ბალანსი.

საკითხები, რომლებიც მძიმე ტვირთად აწვება მსოფლიო საზოგადოებას ისეთ პრობლემებს მოიცავს, როგორიცაა ყველაზე ღარიბ ქვეყნებში სიღარიბე და მოსახლეობის ჭარბი კვლავწარმოება. ბევრ სხვა საკითხთან ერთად უმთავრესია სასმელი წყლის ხარისხი, რომელსაც საფრთხეს უქმნის ჭარბი მოხმარება და მიწისქვეშა რესურსების დაბინძურება. ჰაერისა და ნიადაგის დაბინძურება, ტყეების გაჩეხვა და ნიადაგის გამოფიტვა ადგილობრივ და საერთაშორისო მრავალსექტორულ ურთიერთშეთანხმებულ დაგეგმვასა და პრევენციას საჭიროებს.

ამ საკითხების ირგვლივ საზოგადოებრივი თვითშეგნება ბოლო ათწლეულებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში ბუნებრივი პირობების საკითხი საჯარო ფილოსოფიის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი გახდა. განვითარებად ქვეყნებში ნაკლებად პრიორიტეტულია ბუნებრივი პირობები. ღარიბ ქვეყნებში უფრო პრიორიტეტულია ეკონომიკური განვითარება, მოსახლეობის ზრდით გამოწვეული მწვავე პრობლემები და მომსახურების ძირითადი სახეობების განვითარება. თავის მხრივ, ეკონომიკური განვითარება და ჯანმრთელობა მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული სოფლის მეურნეობასთან, საკვებთან და

ჩანართი 9.1 ბაჰემოს ღვინის 21-ე საუკუნის ბლობალური გამოწვევები

1. მოსახლეობის ზრდა;
2. ეკომონომიკური ზრდა;
3. სურსათის წარმოება და დისტრიბუცია;
4. ბუნებრივი და ენერგორესურსების ამოწურვა;
5. ნიადაგის ეროზია/გაუდაბნოება;
6. ტყეების გაჩეხვა;
7. სასმელი წყლების მარაგი/დეფიციტი;
8. ჰაერის დაბინძურება;
9. ქიმიური/ტოქსიკური ნარჩენები;
10. ომი/ბირთვული საფრთხეები/ტერორიზმი/შეიარაღების ხარჯები;
11. ოზონის შრის განლევა;
12. გლობალური დათბობა;
13. სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური უთანასწორობა ნაციონალურ დონეზე;
14. ინდუსტრიულ და არაინდუსტრიულ ქვეყნებს შორის უთანასწორობა.

წყარო: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია 1992 წ. ჩვენი პლანეტა ჩვენი ჯანმრთელობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კომისიის დასკვნა ჯანმრთელობასა და ბუნებრივ პირობებზე.

სადისტრიბუციო სისტემებთან, აგრეთვე სასოფლო-სამეურნეო მიწების მოვლა-შენარჩუნებასა და ბუნებრივი რესურსების რაციონალურ მოხმარებასთან. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ყველა არსებულ ბუნებრივ პრობლემაზე უფრო პრიორიტეტულად ქვეყნის ინდუსტრიალიზაცია მიიჩნევა, შესაბამისად პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში მომავალ თაობებს მრავალი წლის განმავლობაში განვითარებული ბუნებრივი პირობების დეგრადაცია მძიმე ტვირთად დააწვება. ეს ტენდენცია ინდუსტრიული განვითარებისას და ურბანიზაციისას სხვა ქვეყნებშიც შეიმჩნეოდა.

გეობახაფიული და ბახემოს ეპიდემიოლოგია

გეოგრაფიული ეპიდემიოლოგია განმარტებულია, როგორც დაავადებათა ახალი შემთხვევებისა (ინციდენტობა) და სიკვდილიანობის სივრცითი მოდელის აღწერილობა. გეოგრაფიული ეპიდემიოლოგია აღწერითი ეპიდემიოლოგიის ნაწილია, რომელიც დემოგრაფიული პარამეტრების მიხედვით, მოცემულ დროსა და ადგილზე, ზოგადად მთლიანი მოსახლეობის დაავადებათა შემთხვევებს განსაზღვრავს. სნოუს მიერ, 1854 წელს ლონდონში ქოლერას შემთხვევების აღწერით და ბევრი სხვა ობზერვაციული კვლევების შედეგად მხარდაჭერილი იყო მრავალი ჰიპოთეზა, რომლებიც პრაქტიკაში რეალურად გვხვდება, მიუხედავად იმისა, რომ პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი დამოკიდებულების დამტკიცება იმ დროისთვის ვერ მოხერხდა.

გეოგრაფიული ეპიდემიოლოგია ჰიპოთეზების გენერირებაში გვეხმარება, რომლებიც შემდგომ შესაძლებელია უფრო ზუსტი მეთოდების გამოყენებით შემოწმდეს. გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგია შეისწავლის დაავადებებს გარემო და სამუშაო პირობებთან ასოცირებულ ფაქტორებთან მიმართებაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყოველდღიური პრაქტიკის მიხედვით, კვლევების შედეგად, დაავადების ან სიკვდილის საერთო მიზეზი შესაძლოა პირდაპირ მიუთითებდეს ისეთ წყაროებზე, როგორებიცაა დაბინძურებული სასმელი წყალი, ტოქსიკური გამოსხივება სამუშაო ადგილზე ან ქალაქის დაბინძურებული ჰაერი, თუმცა დასადასტურებლად შესაძლოა საჭირო გახდეს შემთხვევა-კონტროლის ტიპის ან სხვა სახის ფორმალური კვლევები.

ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგად, რიცხობრივად შეიძლება განისაზღვროს ურთიერთკავშირი დაავადების სიხშირესა და კონკრეტული აგენტის ექსპოზიციის დონეს შორის. ასეთი კვლევები ხშირად შეიცავს ცდომილებებს ექსპოზიციის დონის გაზომვასთან დაკავშირებით. ექსპოზიციის დონის შეფასება საცხოვრებელი ადგილის ან სამუშაო ადგილის მიხედვით მხოლოდ მიახლოებითი ანალიზის ხასიათს ატარებს. უფრო მეტიც, ერთსა და იმავე პოპულაციაში ფაქტობრივი ექსპოზიციის დონის ფართო ვარიაციებს შევხვდებით ერთი და იგივე ტოქსიკური აგენტისადმი. ესა თუ აგენტი მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებსა და ქვეჯგუფებზე სხვადასხვაგვარად შეიძლება ზემოქმედებდეს.

ბახემოს დაცვის სამომავლო მიზნები

1985 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონმა გამოაქვეყნა საერთო შეთანხმება ჯანმრთელობის მიზნების შესახებ 2000 წლისთვის, რომელთა ნაწილი 9.1 ცხრილშია მოყვანილი. ჯანმრთელობის მიზნები ასახავს ფართო საზოგადოებრივ ვალდებულებას შეჩერდეს გარემოს შემდგომი დეგრადაცია.

ცხრილი 9.1 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ჯანდაცვის მიზნები და საკითხები 1985-1997 წწ.

18. გარემოს დაცვის მულტისექტორული პოლიტიკა	საერთაშორისო, რეგიონალურ, ნაციონალურ და ლოკალურ დონეებზე სააგენტოებს შორის კოორდინაცია
19. გარემო საფრთხეების მონიტორინგის და კონტროლის მექანიზმები	ქიმიური ნივთიერებები, მაიონიზირებელი რადიაცია, ხმაური, ბიოლოგიური აგენტები, მომხმარებლის საგნები, რისკის შეფასება
20. უსაფრთხო სასმელი წყლის ადექვატური მარაგი	წყლის რაოდენობა, ხარისხი; საერთაშორისო, ნაციონალური პროგრამები, მიწისქვეშა და მიწისზედა წყლის ზედამხედველობა, ხარისხის კონტროლი; წყლის მენეჯმენტის სტანდარტები
21. ჰაერის დაბინძურებისგან დაცვა	შენობის შიგნით და შენობის გარე ჰაერის დაბინძურების კონტროლის საკანონმდებლო, ტექნიკური და ადმინისტრაციული ზომები
22. საკვების დაბინძურების შემცირებული რისკი, მავნე დანამატების ჩათვლით	საკვების დაბინძურების და დანამატების, წარმოების, შენახვის, ტრანსპორტის, გაყიდვის და მოხმარების კონტროლის საკანონმდებლო, ტექნიკური და ადმინისტრაციული ზომები
23. საშიში ნარჩენების რისკის შემცირება	გადაყრილი ნარჩენის ზედამხედველობისა და კონტროლის საკანონმდებლო, ტექნიკური და ადმინისტრაციული ზომები
24. ჯანმთელი და უსაფრთხო ურბანული გარემო	სახლის და ურბანული დაგეგმარების სტანდარტები, ნარჩენების გადაყრა, წყლის მომარაგება, რეკრეაცია, ღია სივრცეები, საგზაო მოძრაობის კონტროლი, სანიტაცია
25. სამუშაოსთან დაკავშირებული რიკსებისგან დაცვა	ბიოლოგიური, ქიმირიური, ფიზიკური საშიშიროებებისგან დაცვა; მუშების განათლება, ინდუსტრიის თვით-მონიტორირება, მთავრობის რეგულაცია

1997 წლამდე მიღწეულ პროგრესზე შემუშავებული დასკვნა ცხადყოდს რომ საშუალო დონის პროგრესი მიღწეულია.
წყარო: WHO European Region. 1997. *Health in Europe.*

ბლობალური ბუნებრივი სვლილებები

სანიტარიას, ბინათმშენებლობას და ურბანულ დაგეგმარებას საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ინფექციური დაავადებების გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში ტრადიციულად განსაკუთრებულ პრიორიტეტს ანიჭებდა. მეცხრამეტე საუკუნეში განვითარებულმა ე.წ. სანიტარიულმა მოძრაობამ (Sanitary Movement) უზარმაზარი ზეგავლენა იქონია გადამდები დაავადებების კონტროლის შესაძლებლობის ჩამოყალიბებაზე. თუმცა, წყლის დეზინფექციიდან, მყარი და თხევადი ნარჩენების დამუშავებიდან მიღებული გაკვეთილებისა და გამოცდილების უნივერსალური გათვალისწინება დღესაც არ ხდება. ეს ტენდენცია განვითარებად ქვეყნებთან ერთად საშუალოდ განვითარებულ და ინდუსტრიულ ქვეყნებშიც შეიმჩნევა. ადგილობრივი, ეროვნული და საერთაშორისო დაავადებების საფრთხეებმა, რომლებიც სამხრეთ ამერიკასა და რუსეთში ქოლერის კვლავ გამოჩენას ეხება, ასევე ლამბლიოზის ეპიდაფეთქებებს ამერიკის შეერთებულ შტატებში, წყლის ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული საკითხები სარბიელზე კვლავ დააბრუნა და თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალურ პრობლემად აქცია. 1994 წელს შავი ჭირი ინდოეთში და რიფტის ველის ცხელება ეგვიპტეში უმძიმეს მოვლენას წარმოადგენს, ამავდროულად კი მალარიისა და დენგეს ცხელების გახშირება ცხადყოფს თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვაში მზარდი პრობლემების არსებობას გამომწვევთა კონტროლთან (vector control) დაკავშირებით.

გარემოს ჯანმრთელობის კონცეფცია გარემოს გლობალური ცვლილებების სპექტრის გამო, ბოლო ათწლეულში კიდევ უფრო მეტად გაფართოვდა, რაც ანთროპოგენული ზემოქმედებისა

და ბუნებრივი კატაკლიზმების შედეგია. სათბურის ეფექტი გლობალურ დათბობას განაპირობებს, რაც ნაწილობრივ სტრატოსფეროში ოზონის შრის განლევის მიზეზითაა გამოწვეული. ტოქსიკური და რადიოაქტიური ნარჩენების მართვასთან დაკავშირებული საკითხები მრავალ ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის მწვავე პრობლემას წარმოადგენს. ნიადაგის დაბინძურება და გამოფიტვა, ტყეების გაჩეხვა, მიწისქვეშა წყლების ამოწურვა, ნიადაგებისა და წყლის მჟავიანობის მატება (აციდიფიკაცია), ახალ საუკუნეში გარემოს ჯანმრთელობის უმთავრეს გამოწვევებს წარმოადგენს.

გარემოს გლობალური ცვლილებების წინასწარი განსაზღვრა სრული სიზუსტით შეუძლებელია. ისინი საერთაშორისო დონეზე რეაგირებას ბევრად უფრო მეტად მოითხოვს, მხოლოდ ადგილობრივი ძალისხმევა საკმარისი არ არის. ღარიბ ქვეყნებში განათლების დაბალი დონე და მოსახლეობის სწრაფი ზრდა, სურსათის წარმოების შეზღუდული პოტენციალი და სიღარიბე, ხოლო ინდუსტრიულ ქვეყნებში ენერგეტიკული რესურსების ჭარბი მოხმარება და მოსახლეობის ზრდის დაბალი ტემპი ურთიერთდამამძიმებელ გარემოებებს ჰქმნის. გარემოს ჯანმრთელობის მრავალი საკითხი არსებულ პრობლემასთან საბრძოლველად ხშირად რამდენიმე ქვეყნის გაერთიანებას საჭიროებს, რაც ერთი ქვეყნიდან მეორეში სახიფათო ნარჩენებისა და საშიში მასალების გადატანითაა განპირობებული, ასევე დაბინძურების გავრცელებით წყლისა და ჰაერის მეშვეობით. ადამიანის უნებური მოქმედების შედეგად ეკონომიკური განვითარების ინტერესების სფეროში ისეთი საკითხები ექცევა, როგორიცაა თევზსაშენი მეურნეობების განადგურება, ტყეების გაჩეხვა და მათი რაოდენობის შემცირება და უფრო გლობალური საკითხები, როგორიცაა ოზონის შრის დაზიანება, გლობალური დათბობა და ოკეანის დაბინძურება. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დღის წესრიგის ერთ-ერთი მიზანია ურთიერთთანამშრომლობის განვითარება სექტორებს შორის, როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე საერთაშორისო დონეზე, რათა ზღვებში, მდინარეებსა და ტბებში საერთო წყლების დაბინძურება შემცირდეს.

გოგირდისა და აზოტის ჟანგეულები, რომლებიც ბუნებრივი წიაღისეულის გადამამუშავებელი ელექტროსადგურების საკვამურიდან გამოიფრქვევა, შემდეგ დიდ ტერიტორიებზე იფანტება. ამ დამაბინძურებელთა მჟავური ნალექების სახით დაბრუნებამ ის ვითარება გამოიწვია, რომ ერთ ქვეყანაში წარმოქმნილი მჟავური წვიმა სხვა ქვეყნებში ჩამოედინება, რაც ტყეებთან ერთად წყლებს, ფლორასა და ფაუნას აზიანებს. მჟავური წვიმების შემცირებას ჩრდილოეთ ამერიკაში, 1980-იან წლებში წიაღისეული ენერგიის შერჩევითობით მიაღწიეს, რამაც შედეგად ტყეებისა და წყლის რესურსების დაზიანების დონე შეამცირა.

სხვადასხვა ორგანული გამხსნელების გაფრქვევა, როგორიცაა ქლოროფლუოროკარბონები (ასევე ცნობილია ფრეონის სახელით) და გამოიყენება გაგრილების სისტემებში, მაცივრებში, აეროზოლებში, დედამიწის ოზონის შრის დაზიანებას იწვევს, რაც ხელს უწყობს ჭარბი ულტრაიისფერი გამოსხივების შემოღწევას, რომელსაც ადრე დედამიწის ატმოსფერო აკავებდა. ჭარბი ულტრაიისფერი გამოსხივება იწვევს კანის კიბოსა და კატარაქტის შემთხვევების რისკის ზრდას. ფრეონის ჩანაცვლებას სასიცოცხლო მნიშვნელობა ენიჭება. ადამიანებს შეუძლიათ პირადად შეიტანონ წვლილი ფრეონის ჩანაცვლებაში, თუკი ყოველდღიურ ცხოვრებაში მის ნაცვლად წყლის საფუძველზე დამზადებულ საღებავებსა და ქიმიურ პროდუქტებს გამოიყენებენ. გარემოსა და დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დამაზიანებელი ტოქსიკური ქიმიური ნივთიერებების შემცვლელების ძიება, გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობის სფეროში უმნიშვნელოვანეს ღინისძიებას წარმოადგენს.

ატმოსფეროში სათბურის გაზების დაგროვება ნახშირბადის დიოქსიდის გამოყოფის გამო ხდება, რომელიც წიაღისეული საწვავის წვისას წარმოიქმნება. სათბური გაზები დედამიწის ზედაპირიდან ინფრაწითელ გამოსხივებას აკავებს, რაც სითბოს დაგროვებას იწვევს, რაც თავისი არსით სათბურებში მინისა და პლასტიკატის სახურავების გამოყენებით სითბოს შენარჩუნების ეფექტს ემსგავსება. გლობალური დათბობის ეფექტს შესაძლოა დედამიწის თერმულ ბალანსზე ხანგრძლივი და სერიოზული გავლენა ჰქონდეს. პოლარულ ყინულოვან ტერიტორიებზე თერმული ბალანსის დარღვევამ შესაძლოა ოკეანის დონის გლობალური ცვლილება გამოიწვიოს. სათბური ეფექტის შემცირება საერთაშორიოსო, ეროვნულ და ინდივიდუალურ ძალისხმევას საჭიროებს, განსაკუთრებით ისეთ საზოგადოებაში, სადაც გარემოს დაცვის აუცილოებლობასთან დაკავშირებით ცნობიერება მაღალია.

სახიფათო ნარჩენების ექსპორტირება განვითარებული ქვეყნებიდან განვითარებად ქვეყნებში ხდება. ამ პრობლემის გადაწყვეტა შესაძლებელია საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებით, საერთაშორისო კონვენციებით რეგულირებადი მოთხოვნების გაძლიერებით, რომელთა მიხედვით, საერთაშორისო სასამართლოები უფლებამოსილნი არიან კონვენციის დამრღვევი კონკრეტული ქვეყნის ან კომპანიის მიმართ ჯარიმები დააწესონ. გლობალურ ეკონომიკაში ყველა ამ ფაქტორის გაერთიანებულ ეფექტს ფიზიკური გარემოს ცვლილება, სამუშაო პირობების შეცვლა და სოციალურ/პოლიტიკური ასპექტების ცვლილება წარმოადგენს, როგორიცაა სხვაობის გაღრმავება ღარიბებსა და მდიდრებს შორის.

წყალმომარაგება

მტკნარი წყალი უფრო და უფრო იშვიათი რესურსი ხდება. ამ ტენდენციამ ადამიანის ჯანმრთელობა შესაძლოა სერიოზული საფრთხის ქვეშ დააყენოს. წყლით გამოწვეული დაავადებები სიკვდილიანობის ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს განვითარებად ქვეყნებში, სადაც ადეკვატური სასმელი წყლის მარაგები არ არსებობს. როგორც განვითარებად, ასევე განვითარებულ ქვეყნებში, დაბინძურების კონტროლს, მეორადი წყლის ხელახალ გამოყენებასა და წყალმომარაგების მართებულ გეგმარებას ქვეყნის ეკონომიკისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობა ენიჭება. 1970-1980-იანი წლების სასმელი წყლისა და სანიტარიის საერთაშორისო ათწლეულის ფარგლებში განიხილებოდა ეროვნული, ქვეყნებს შორის და საერთაშორისო ძალისხმევის ხელშეწყობა, რათა გაუმჯობესებულიყო წყალმომარაგება, სანიტარია, წყალარინება, განათლება და ჰიგიენა. ხაზგასმული იქნა სათანადო ტექნოლოგიების დანერგვის აუცილებლობა წყალმომარაგებისა და სანიტარიის ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის. სასმელი წყალმომარაგების უსაფრთხოება, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრების შესაბამისად, საჭიროებს სტანდარტებისა და წყლის რესურსების დაბინძურებისგან დაცვის კომბინირებას. სასმელი წყალმომარაგების უზრუნველყოფა მოითხოვს სედიმენტაციის, კოაგულაციის, ფილტრაციის, დაქლორვისა და უწყვეტი მონიტორინგის პროცესების წარმოებას. სასმელი წყლის გამანაწილებელი სისტემის მშენებლობისა და მოვლის მაღალი სტანდარტების დაცვა მოითხოვება, როგორც მუნიციპალური სასმელი წყლის სისტემისთვის, ასევე სოფლის ჭისთვის. წყლის ფილტრაცია უზრუნველყოფს წყლის მყარი და შეწონილი ნაწილეკების მოცილებას, რაც წყლის ხარისხს აუმჯობესებს, ხოლო დეზინფექცია და დაქლორვა წყალში არსებული მიკროორგანიზმების უმრავლესობას ეფექტურად ანადგურებს.

სასმელი წყლის დასაცავად აუცილებელია რეზერვუარებისა და არხების სპეციალური მოვლა, რათა თავიდან ავირიდოთ ბუნებრივი დაბინძურება ფრინველების და ცხოველების მიერ ან ვეგეტაციის შედეგად. სასმელი წყალმომარაგების რეგულირება და მასზე ზედამხედველობა მოითხოვს წყალმომარაგების წყაროს ფიზიკურ მოვლას და გაუვნებელყოფას, რათა საზოგადოება მიკრობიოლოგიური, ქიმიური და ჯანმრთელობისთვის სხვა სახის საშიშროებისგან დაცულ იქნას. სასოფლო სამეურნეო პესტიციდებისა და ცხოველთა ფეკალიების წყალთან შერევა, დაბინძურების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენს.

ამერიკის შეერთებული შტატების წყლის დაბინძურების კონტროლის ფედერალურ აქტში (Federal Water Pollution Control Act), რომელიც 1972 წელს მიიღეს, შეტანილი იქნა ცვლილებები 1977 წელს სუფთა სასმელი წყლის აქტით (Clean Water Act – CWA). იმ დროისთვის ზოგიერთი დიდი ტბა უკიდურესად დაბინძურებული იყო, ისევე როგორც ქვეყნის ძირითადი მდინარეები. სუფთა სასმელი წყლის აქტმა ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფედერალურ, სახელმწიფო და ადგილობრივ მმართველობის დონეებზე, ახალი სტანდარტები და სარეგულაციო მექანიზმები დაადგინა. აქტმა სარეგულაციო ძალაუფლება გაზარდა, რომლის მიხედვითაც აუცილებელი იყო „სასმელი წყლის ხარისხის გაუმჯობესება და ქვეყნის წყლების ფიზიკური, ქიმიური და ბიოლოგიური ერთიანობის შენარჩუნება“. აქტის მიხედვით შემუშავებულმა რეგულაციებმა შესაძლებელი გახადა ეფექტური ზომების მიღება საწარმოების და დაბინძურების სხვა წყაროების წინააღმდეგ და კონტროლს დაუ-

ქვემდებარა რამდენიმე მუნიციპალიტეტის მიერ საერთო წყლების გამოყენება. აღნიშნულმა ცვლილებებმა შედეგად თანდათან გააუმჯობესა წყლის ხარისხი ტბებში, მდინარეებსა და მიწისქვეშა წყლებში მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა 1999 წლისთვის ამერიკის შეერთებული შტატების წყალსატევების 40% აშშ-ის გარემოს დაცვის სააგენტოს (EPA – Environment Protection Agency) წყლის სტანდარტებს (EPA 1999 წ.) ვერ აკმაყოფილებდა.

სამჰალოგენჩანაცვლებული მეთანის პოტენციური კანცეროგენული ეფექტის თაობაზე არსებული ინფორმაციის გამო ზედაპირული წყლების დაქლორვის სავალდებულო პრაქტიკა შეიძლება გაუქმდეს. დეზინფექციისთვის დაქლორვის პრაქტიკის გამოყენების არასაკმარისობა და მით უმეტეს ასეთი პრაქტიკის არარსებობა მნიშვნელოვნად ზრდის წყლის ფაქტორით გამოწვეული სერიოზული დაავადებების გავრცელების რისკს, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა სამხრეთ ამერიკაში 1991-1999 წლებში ქოლერის ეპიდემიის გავრცელებისას. ახალი სტანდარტების დანერგვის განხორციელება შესაძლოა დროს საჭიროებდეს რადგანაც, არსებული კონსერვატიული მიდგომების პრაქტიკიდან ამოღება პროცესს ართულებს. მაგალითად, ისრაელში თანდათანობით დაინერგა დაქლორვის სავალდებულო პრაქტიკა, რაც რამდენიმე ფაქტორით იყო გამოწვეული: სასმელი წყლის ხარისხის მნიშვნელობის უფრო მეტად გაცნობიერება საზოგადოებისა და მედიის მიერ, ჯანდაცვის სამინიტროს მიერ გამომწვევი გარემო პირობების უდიდესი მნიშვნელობის აღიარება ნაწლავური დაავადებების განვითარებაში, ახალგაზრდა, უკეთ დატრენირებული სანიტარიული ინჟინრების მეტი რაოდენობის ჩართვა, რომელთაც შეუძლიათ გავლენა იქონიონ იმ პროცესებზე, რომლებიც წლების განმავლობაში დოგმად ითვლებოდა და ასევე, დაბინძურებული წყლით გამოწვეული ინფექციურ დაავადებების ეფექტის აღრიცხვიანობისა და დოკუმენტირების მოწესრიგება.

წყლისმიერი დაავადებები

წყლისმიერი დაავადებები იმდენად საერთო ხასიათს შეიძლება ატარებდეს, რომ ვერც კი ხდებოდეს ეპიდაფეთქების დაფიქსირება. რეალურად ასეთი შემთხვევები ისეთ ქვეყნებში ფიქსირდება, სადაც ჰეპატიტი (განსაკუთრებით A და E ჰეპატიტი) ენდემურ დაავადებას წარმოადგენს და სადაც შიგელასა და E.coli-ით გამოწვეული გასტროენტერიტების ინციდენტობა მაღალ მაჩვენებლებს ინარჩუნებს. ინდუსტრიულ ქვეყნებში წყლისმიერი დაავადებების ეპიდაფეთქებებს იშვიათად აქვს ადგილი და ამის მთავარი მიზეზი წყლის მენეჯმენტის მაღალი დონეა. წყლის დაბინძურება და ენტერული დაავადებები შესაძლოა ისეთი ორგანიზმების მიზეზით წარმოიშვას, რომელთა რუტინული მონიტორინგი არ არის დანერგილი. მაგალითად, როტავირუსების (რომელიც ენტერულ დაავადებებს იწვევს) და ისეთი ორგანიზმების რუტინული ტესტირება, როგორიც არის კამპილობაქტერია და ლამბლიები, არ ხდება, თუმცა წყლის შემოწმება ტარდება, თუ დაბინძურების ეჭვი არსებობს. უსაფრთხო სასმელი წყალი ფიზიკურ მოვლას, ასევე ზედაპირული წყალმომარაგების ყველა წყაროს დეზინფექციას საჭიროებს. სასმელი წყლის ხარისხის ეფექტური მენეჯმენტის შემთხვევაში, შესაძლებელია გასტროენტერული დაავადებების ტვირთი ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებშიც შემცირდეს.

ისრაელში, რომელიც 1960-იან წლებში აქტიურად ვითარდებოდა, წყალსაცავი აშენდა, რომელიც გაუფილტრავ დაქლორილ წყალს მოსახლეობას პირადი მოხმარებისა და სასოფლო-სამეურნეო მიზნებისთვის აწვდის. ადგილობრივი წყლების დაქლორვა აუცილებლობად მიჩნეული არ იყო, ხოლო საკანალიზაციო სისტემა არაადაკვეტური იყო. შედეგად, 1970-იან 1980-იან წლებში, ისრაელში წყლით გამოწვეულმა დაავადებებმა იფეთქა. 1985 წელს დაავადებების მასობრივი გავრცელება გამოწვეული იყო მიწისქვეშა წყლების დაბინძურებით, რომელიც გზების რეაბილიტაციის დროს დაზიანებული საკანალიზაციო მილიდან გამოსული წყლის მასით დაბინძურდა. ავარიის შედეგად დაფიქსირდა შიგელოზის 9000 შემთხვევა, ტიფოიდური ცხელების 49 შემთხვევა და გარდაცვალების ერთი ფაქტი. 1988 წელს წყლის სავალდებულო დაქლორვის პრაქტიკის დანერგვის შედეგად, ისრაელში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა კომუნალური სასმელი წყლის ხარისხი, შემცირდა წყლით გამოწვეული დაავადებების ეპიდაფეთქებათა რიცხვი და დიარეული დაავადებების საერთო ტვირთი. ამავდროულად, მთელი ქვეყნის მასშტაბით საგრძნობლად შემცირდა ნაწლავური დაავადებები, ასევე A ჰეპატიტი, თუმცა საკვებით გამოწვეული სალმონელოზის შემთხვევები ჯერ კიდევ განაგრძობს ზრდას.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1995-1996

ჩანართი 9.2 წყლის მენეჯმენტის საერთაშორისო სტანდარტები

1. საერთაშორისო: გაეროსა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩატარდა სასმელი წყლისა და სანიტარიის საერთაშორისო ათწლეული, რომლის მიზანიც კომუნალური წყალმომარაგების წყლის ხარისხის სტანდარტების ჩამოყალიბება და ხელშეწყობა იყო. (1958, 1963, 1971, 1984, 1997 წწ.)
2. ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი მმართველობები: პოლიტიკის დანერგვა, დაფინანსება და წყალმომარაგების სისტემების საზედამხედველო პროფესიული დეპარტამენტები.
3. მუნიციპალური წყლის სისტემები: წყლის მენეჯმენტი და მისი შემოწმება განსხვავდება წყალმომარაგების წყაროს ტიპის მიხედვით, ხოლო წყლის დამუშავების მეთოდები მოიცავს:
   ა) მაღალი სტანდარტების გამოყენება ზედაპირული წყალმომარაგების წყაროების მოხმარებისას;
   ბ) ფიზიკური დამუშავება (კოაგულაცია და ფილტრაცია);
   გ) დეზინფექცია (დაქლორვა) – რუტინული და სავალდებულო;
   დ) ნარჩენი ქლორის მოცილება და მონიტორინგი;
   ე)წყალსაცავებისა და წყლის გამანაწილებელი სისტემების მშენებლობა და მოვლა;
   ვ) ნაწლავური დაავადებების მონიტორინგი;
   ზ) წყლისმიერ დაავადებებზე საეჭვო ეპიდაფეთქებების გამოკვლევა;
   თ) მუდმივი მონიტორინგის წარმოება ბაქტეროილოგიური და ქიმიური ტესტირებების მეშვეობით;
   ი) საკანალიზაციო მილებსა და სასმელი წყალმომარაგების სისტემის მილებს შორის დისტანციის დაცვის უზრუნველყოფა;
   კ) წყალგამანაწილებელი სისტემის ერთიანობის (ცენტრალიზების) უზრუნველყოფა სხვა წყლების სისტემაში ჩადინების თავიდან ასაცილებლად.
4. სასოფლო ჭები:
   ა) ჭების დაცვა ანთროპოგენული ან ცხოველების ნარჩენებისგან;
   ბ) რეგულარული ან პერიოდული დაქლორვა;
5. სანიტარიული განათლება: უზრუნველყოფა საზოგადოების ყველა დონეზე, მათ შორის, სამთავრობო, არასამთავრობო ორგანიზაციების, ინტერსექტორული კოოპერაციის, საზოგადოებრივი, პროფესიული საზოგადოებისა და სასკოლო.

წლებში წყლით გამოწვეული დაავადებების 22 ეპიდაფეთქება (სულ 2567 შემთხვევა) დაფიქსირდა, რომლის მთავარი მიზეზი დაბინძურებული სასმელი წყალი იყო და ძირითადად ლამბლიოზის გავრცელება აღინიშნა. 1993 წელს სასმელი წყლის დაბინძურებამ კრიპტოსპორიდიუმით მილოუქისა და კიდევ რამდენიმე ქალაქში წყლისმიერი დაავადებების გავრცელება გამოიწვია. წყლის ბინადარი ზოგიერთი ორგანიზმი, როგორიცაა ლამბლია და კრისტოსპირიდუმი განსაკუთრებული რისკის შემცველია იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც სუსტი იმუნური სისტემა აქვთ, მათ შორის: სიმსივნით დაავადებული პაციენტები, რომლებიც ქიმიოთერაპიის კურსს გადიან, აივ პოზიტიურნი, პაციენტები, რომლებსაც ტრანსპლანტაცია გაუკეთდათ და იმუნოსუპრესანტებით მკურნალობას გადიან. კრისტოსპირიდუმისა და ლამბლიოზის გავრცელებამ ამერიკის შეერთებულ შტატებში საფუძვლიანი დაინტერესება გამოიწვია, რადგან წყლის დამუშავების სტანდარტული პროცედურების შედეგად გამომწვევების განადგურება ვერ ხერხდება, ხოლო წყლის ხარისხის რეგულარული მონიტორინგი ამ ორგანიზმებზე რუტინულ ტესტირებას არ ითვალისწინებს.

1993 წლის მილუოქის ეპიდაფეთქება ერთერთი ყველაზე მასშტაბური იყო ამერიკის შეერთებული შტატების ისტორიაში, 403.000

დაავადებული, რომელთაგან 4.400-ს ჰოსპიტალიზაცია დასჭირდა. ზოგიერთ ქალაქში დაავადებულთა რაოდენობა მოსახლეობის 50% უტოლდებოდა. კრიპტოსპორიდიუმი, გარდა იმისა, რომ შესაძლებელია ადამიანიდან ადამიანზე და ცხოველიდან ადამიანზე გავრცელდეს, ასევე შეიძლება ადამიანს გადაედოს საცურაო აუზის წყლით. *Criptosporidium*-ის გამოვლენის დონე ამერიკის შეერთებულ შტატების ზედაპირული წყლების ტესტირებისას 65-87% შეადგენს.

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მეშვეობით ამ ორგანიზმების ადრეული აღმოჩენა სპეციალურ მომზადებას საჭიროებს. წყლის უსაფრთხოების მონიტორინგისთვის აუცილებელია რეგულარული შემოწმებების წარმოება, როგორც წყალმომარაგების წყაროებში (სათავე ნაგებობებში), ასევე მთელ წყალგამანაწილებელ სისტემაში. კოლიფორმული ბაქტერიების არსებობა ფეკალიებით წყლის დაბინძურებაზე და შესაბამის პოტენციურ საფრთხეებზე მიუთითებს, რაც, თავის მხრივ, ერთგვარი სიგნალია სანიტარიული ზედამხედველობის განმახორციელებელი დაწესებულებებისთვის, სხვა ორგანიზმების არსებობის საშიშროების თაობაზე, როგორიცაა დიზენტერიის ბაცილა ან ჰეპატიტების გამომწვევი ენტერული ვირუსები. კრიპტოსპორიდიუმის, ლამბლიოზისა და ვირუსული დაავადებების გამომწვევთა რუტინული ტესტირება რთულ, ძვირადღირებულ და ნაკლებ ეფექტურ ღონისძიებას წარმოადგენს, ამიტომაც ამგვარი ტესტირება რუტინულად არ ხორციელდება. დაქლორვა და ფილტრაცია შესაძლებელია საკმარისი არ იყოს, რათა წყლისმიერი დაავადებების გამომწვევი ორგანიზმების გადაცემის პრევენცია მოხდეს. ეს საკითხი კი, თავის მხრივ, სანიტარიული კონტროლის პრობლემას წარმოადგენს. შესაბამისად, აუცილებელია წყალმომარაგების სისტემის წყლის ტესტირებისა და დეზინფექციის ახალი მეთოდების შემუშავება. დღეისთვის, ფილტრაცია და ქლორირება სასმელი წყლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ძირითად საშუალებად რჩება. დაავადებების ეპიდაფეთქების დროს კი ეფექტურ საშუალებად მიჩნეულია საეჭვო წყლების ადუღება.

წყლის დამუშავების სტანდარტული პროცესი უზრუნველყოფს მყარი და შეწონილი ნივთიერებების, ბაქტერიებისა და სუნის მოცილებას, რაც წყლისმიერი დაავადებების თავიდან ასაცილებლად საკმაოდ ეფექტურია. უკანასკნელ ათწლეულში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სასმელი წყლის ქიმიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საკითხებს. დაბინძურების მაღალი დონის მქონე წყლები ნევროლოგიური დაზიანებების, შარდ-სასქესო, კუჭ-ნაწლავის, ღვიძლის და თირკმელის სიმსივნეების გამომწვევ მიზეზადაა მიჩნეული. 1974 წლის ამერიკის

ჩანართი 9.3 ამერიკის შეერთებული შტატების ბაჰემოს დასვის სააბენტოს წყლის დამაბინძურებელი ჯომპონენტების ჩებულასია

მიკრობიოლოგიური დამაბინძურებლები: სიმღვრივე, საერთო კოლიფორმები, ვირუსები, *Giardia lamblia; Criptosporidium; Legionella;*

აქროლადი ორგანული ქიმიური ნივთიერებები: ტრიქლორეთილენი, ტეტრაქლორეთილენი, ნახშირბადის ტეტრაქლორიდი, ვინილქლორიდი, ბენზოლი, ეთილენი, ეთანის შენაერთები;

სინთეზური ორგანული შენაერთები: პესტიციდები (ლინდანი, ენდრინი, 2,4-დ) სამჩანაცვლებული ჰალოგენ მეთანები, დიოქსინები, პოლიქლორირებული ბიფენილები (PCBs)

არაორგანული ქიმიური ნივთიერებები: დარიშხანი, ბარიუმი, კადმიუმი, ქრომი, ტყვია, ვერცხლისწყალი, ნიტრატები, ნიტრიტები, სელენი, ნიკელი, ვერცხლი, ფტორი, სპილენძი, თუთია, თალიუმი, ბერილიუმი, ციანიდი და ალუმინი.

რადიოლოგიური დამაბინძურებლები: რადიუმი, ალფა და ბეტა ნაწილაკების აქტივობა, ბუნებრივი ურანი, რადონი.

შენიშვნა: ყველა დამაბინძურებელისთვის არ არის განსაზღვრული მაქსიმალური დასაშვები დონე (MCLs).

წყარო: ნადაკავუკარენ ა. 1990 წ. ადამიანი და ბუნება. მესამე გამოცემა: ვეივლენდის პრესა

შეერთებული შტატების უსაფრთხო სასმელი წყლის აქტის მიხედვით, რომელშიც 1996 წელს ცვლილებები შეიტანეს, დადგენილია წყალმომარაგების სისტემის წყლის მიკრობიოლოგიური, ქიმიური და სხვა დამაბინძურებელი ნივთიერებების მონიტორინგის კრიტერიუმები. ამ აქტის მიხედვით, კონკრეტული ქიმიური დამაბინძურებლებისთვის დაბინძურების მაქსიმალური დონეები განისაზღვრა. 1989 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების გარემოს დაცვის სააგენტომ დაბინძურების მაქსიმალური დონეები 83 კომპონენტისთვის განსაზღვრა, რომელიც ამოირჩიეს ქვეყნის წყლებისთვის დამახასიათებელი დამაბინძურებელი 700 სახის ორგანული, არაორგანული, ბიოლოგიური და რადიოაქტიური ნივთიერებებიდან. დამაბინძურებელი ნივთიერებების ნორმირების საკითხი განეკუთვნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროს განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე ასპექტს და ეპიდემიოლოგიისა და სანიტარიული ინჟინერიის მიმართულებების მიხედვით ინტენსიურ კლევების წარმოებას საჭიროებს.

მომხმარებელთა უფლებების დაცვის კანონმდებლობას, კრიტიკული კვლევების წნეხსა და საზოგადოების გათვითცნობიერებულობას გარემოს დაცვით საკითხებში ეკოლოგიური დეგრადაციის პრევენციაში ფუნდამენტური მნიშვნელობა ენიჭება.

გარემოს დაცვითმა აქტივობამ თვალსაჩინო წვლილი შეიტანა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, თუმცა შედეგები ცალსახად პოზიტიურად ვერ ჩაითვლება. ერთ-ერთი მაგალითია, დაქლორვისა და მისი ნარჩენი პროდუქტების გავლენა გარემოზე, რომელსაც დღესდღეობით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ტრიჰალომეთანის შემცველობა, რომელიც გაუფილტრავ ზედაპირულ წყლებში აზოტის კომპონენტებისა (ქლოროფორმი, ბრომოფორმი, ბრომქლორმეთანი და ქლორდიბრომმეთანი) და ქლორის კომბინირების შედეგად წარმოიქმნება, შესაძლოა კანცეროგენულ დონეს აღწევდეს. თუმცა, დაშვებული ნორმის ფარგლებში, რომელიც არაუმეტეს 0.1 მგ/ლ (EPA, 1998 წლის დეკემბერი) შეადგენს, ტრიჰალომეთანის შემცველობა უსაფრთხოდაა მიჩნეული.

დეზინფექციისთვის ქლორირების მეთოდის გამოყენების ოპონენტთა მოსაზრებები ამ არგუმენტებს ეფუძნება და 1991-1995 წლებში სამხრეთ ამერიკაში ქოლერის გავრცელების შემდგომ წარმოიშვა. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, რისკებისა და სარგებლის ბალანსის ანალიზისას, პროფესიონალები შეთანხმდენენ, რომ არ არსებობს საფუძველი ქლორირების მეთოდის უარყოფისთვის, თუმცა განხილული უნდა იქნას ნედლი წყლის ფიზიკური დამუშავების დამატებითი ტექნოლოგიები აზოტოვანი ნივთიერებების შემცველობისა და შესაბამისად ქლორთან ურთიერთქმედების შესაძლებლობის შესამცირებლად, სასმელი წყლის ვარგისიანობისა და გამჭვირვალობის გასაზრდელად.

ადგილობრივი და ფართომასშტაბის წყალსაცავების განვითარების პროგრამებმა შესაძლოა უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, დიდი ხნის მანძილზე კონტროლირებად დაავადებათა გამომწვევების ხელახლა აღმოცენების თვალსაზრისით, როგორიცაა მალარია და ჰელმინთოზები (შისტოსომოზი, ონქოცერკოზი). განვითარების პროექტების დაგეგმვისას აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს პოტენციური ეკოლოგიური ეფექტი და საჭირო კონტროლის ზომების მიღება, რათა შესაძლო ზიანმა შესაძლო სარგებელს არ გადააჭარბოს.

წყალსარინების (საკანალიზაციო) სისტემა

წყალარინების სისტემის გამართულ მუშაობას, სასმელი წყლის ფილტრაციასა და დეზინფექციასთან ერთად, უაღრესად დიდი როლი ენიჭება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, რაც თავისი მნიშვნელობით შესაძლოა აჭარბებდეს კიდეც თანამედროვე ვაქცინებისა და მედიკამენტების გამოყენებას. ჩამდინარე წყლები მრავალი სერიოზული დაავადების გამომწვევ ბაქტერიებს, ვირუსებს, პროტოზოებსა და სხვა პათოგენებს შეიცავს. გამართული წყალარინება უზრუნველყოფს გარემოს, ასევე მიწისქვეშა და ზედაპირული წყლების დაბინძურების თავიდან აცილებას. წყალარინების სისტემის მეშვეობით წყლის დამუშავების მიზანია მოხმარებული (მეორადი) წყლის ხარისხის მიყვანა ისეთ კატეგორიამდე, რომ შესაძლებელი გახდეს მათი წყლის არხებში გაშვება ან მოხდეს მათი გამოყენება სასოფლო-

სამეურნეო მიზნებისთვის და ადამიანის ჯანმრთელობას წყლისმიერი დაავადებების გავრცელებით საფრთხე არ შეექმნას, ასევე ზოგადად გარემოს წყლის რესურსების დაბინძურებით. ეს პროცესი კი აუცილებლად საჭიროებს საკანალიზაციო სისტემაში არსებული პათოგენური ორგანიზმების გაუვნებელყოფას.

ჩამდინარე წყლების პირველადი დამუშავება მყარი ფრაქციის მოცილებაში მდგომარეობს. ეს პროცესი სკრინინგისა და სედიმენტაციის სახით რამდენიმე მექანიკურ პროცედურას მოიცავს. ჩამდინარე წყალი ეკრანს გაივლის, რომლის შედეგადაც დიდი ზომის მყარი მინარევების პირველადი ფილტრაცია ხორციელდება; შემდეგ ეტაპზე გადის უფრო წვრილ ფილტრში, რათა მყარი მინარევების დაქუცმაცება მოხდეს; შემდგომ წყალი დაბალ სიჩქარეზე სალექარს გაივლის, სადაც ღრავის, ქვიშისა და სხვა არაორგანული ნივთიერებების დალექვა მოხდება. სალექარ რეზერვუარში ხორციელდება ჰაერის ჩატუმბვა, რათა დაგროვილი გაზების გამოდევნა და თავისუფალი ჟანგბადით გამდიდრება მოხდეს. აქედან წყალი მეორად სალექარ რეზერვუარში გადადის, სადაც მყარი ნაწილაკების შემდგომი დალექვა (სედიმენტაცია) უნდა გაგრძელდეს. ჩამდინარე წყლების პირველადი დამუშავების დროს ხორციელდება ნივთიერებებისა და მინარევების მოცილება და მეორადი დამუშავებისთვის მომზადება.

მეორადი დამუშავებისას, მთავარი აქცენტი ბიოლოგიურ გაწმენდაზე კეთდება, რომელიც ხორციელდება მექანიკური მეთოდებით და ორგანული ნარჩენების ბუნებრივი დეკომპოზიციის (დაშლის) დაჩქარებით. აქტიურად ხდება ჟანგბადის შემცველი მიკროორგანიზმების გამოყენება, რათა მოხდეს ორგანული ნივთიერებების ნახშირბადის დიოქსიდად, წყლად და მინერალებად დაშლა. შემდეგ ეტაპზე ხდება მჟონავ ფილტრებსა ან წვრილად დამტვრეული ქვების ფილტრებზე, რომელიც დაფარულია შლამით და შეიცავს სხვადასხვა მიკრობებს. წყლის ჭავლური გაფრქვევა, მიკრობების მიერ ხორციელდება ორგანული ნივთიერებების შეწოვა და სხვადასხვა კომპონენტებად დაშლა. შემდეგ ეტაპზე, საკანალიზაციო წყლის დამუშავება ხდება ე.წ. აქტივირებული ტალახის მეთოდით, რომლის დროსაც შეკუმშულ ჰაერთან ერთად რეზერვუარში ბაქტერიის შემცველი ტალახი ჩადის. 4-10 საათის განმავლობაში მასის არევა მიმდინარეობს. მიკრობების მიერ ხდება დალექილი ნაწილაკების შთანთქმა და ორგანული ნივთიერებების დაჟანგვა. ეტაპის ბოლოს, ტალახი, რომელიც ბაქტერიებს შეიცავს, რეზერვუარში ილექება და მისი გამოდევნა, გადამუშავება და სხვა რეზერვუარში ჩაბრუნება ხდება.

პირველადი და მეორადი დამუშავების შემდეგ, ნივთიერებების და ჟანგბადის ბიოქიმიური მოთხოვნილების დონე 90%-ითაა შემცირებული. ეს პროცესი დამოკიდებულია ტემპერატურაზე, რომელსაც გავლენა აქვს მეტაბოლიზმის სისწრაფეზე და იმ ორგანიზმების აქტივობაზე, რომლებიც ორგანულ ნივთიერებებს შლიან. მეორადი დამუშავება ყველაზე მეტად ეფექტურია პროტოზოასთან, ჭიებთან და ბაქტერიებთან საბრძოლველად, მაგრამ ნაკლებად ეფექტური ვირუსების, მძიმე მეტალების და სხვა ქიმიური ნაერთების საწინააღმდეგოდ. 1988 წლის შემდეგ ამერიკის შეერთებული შტატების საკანალიზაციო წყლების ყველა ქარხანაში სავალდებულოა მეორადი დამუშავების პროცედურა.

ჩამდინარე წყლების მესამეული დამუშავება სავალდებულოა იმ შემთხვევაში, თუ გამიზნულია მისი რეციკლირება სასმელი, საირიგაციო ან სარეკრეაციო მიზნებით გამოყენებისთვის. მესამეული დამუშავება მოიცავს ფიზიკური, ქიმიური და ბიოლოგიური პროცესების კომბინაციას, რათა ნაწილაკები და ჟანგბადის ბიოქიმიური მოთხოვნილების დონე 1%-ზე ნაკლებს შეადგენდეს. პროცესი მოიცავს ქიმიურ კოაგულაციას, ფილტრაციას, სედიმენტაციას (დალექვას), აქტივირებული ნახშირბადით ადსობრციას, ოქსიგენაციას და აერაციას წყალსატევებში, ოსმოსიზაციას, იონცვლას, ქაფის სეპარაციას და ნიადაგზე აპლიკაციას. ყველა ეს პროცესი ხელს უწყობს ჩამდინარე წყალში არსებული სხვადასხვა დამაბინძურებელი კომპონენტების მოცილებას, კერძოდ კი, ორგანული ნივთიერებების ცალკეული უმცირესი ნაწილაკების გაუვნებელყოფას. აღნიშნული პროცესების შედეგად, ასევე ხდება სინთეტიკური ქიმიური ნივთიერებების, ამონიუმის, ნიტრატების, ფოსფატების და წყალში ხსნადი ორგანული ნივთიერებების მოცილება.

საკანალიზაციო წყლის დამუშავების შემდეგ დარჩენილი ნალექის მოშორება ინსინერაციით ან ოკეანეში ჩაშვებით, უაღრესად პრობლემატურ საკითხს წარმოადგენს გარემოსდაცვითი თვალსაზრისით. ნალექის სასუქად გამოყენება სოფლის მეურნეობაში მიღებული პრაქტიკაა, თუმცა დაბინძურებამ შესაძლოა სურსათში შეაღწიოს და სხვა საშიშროება წარმოშვას. ნა-

ლექის მოშორების რეგულაცია აუცილებელია.

ფინალურ ეტაპზე წყლის დეზინფექცია ხორციელდება, წყალში ქლორის დამატებით, რათა მოხდეს წყლის დაბინძურებისგან დაცვა წყალშემგროვებელ და წყალგამანაწილებელ სისტემაში. ბევრ ქვეყანასა და რეგიონში, არასაკმარისი ადგილობრივი წყლების მარაგები სასოფლო-სამეურნეო და ინდუსტრიული მიზნებისთვის, აუცილებელს ხდის გამოყენებული წყლის გადამუშავებას და მის ხელმეორედ გამოყენებას, რათა წყლის რესურსები დაიზოგოს. წყლის რესურსების შევსება, რაც გამოიხატება წყლის გამტკნარებასა და რეციკლირებაში, უმნიშვნელოვანესია თუკი გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ მოსახლეობის ზრდა, ცხოვრების სტანდარტები და სასოფლო სამეურნეო და ინდუსტრიული პროცესები განაპირობებს წყლის რესურსების დაბინძურების დონის ზრდას. მემბრანული ფილტრაციის ახალი ტექნოლოგიები იმედს იძლევა, რომ ეკოლოგიური მეცნიერების ეკონომიკა და ეფექტურობა გაიზრდება.

მყარი ნარჩენები

მყარი ნარჩენების მოცილება საზოგადოებისთვის პრეისტორიული ხანიდან დღემდე დიდ პრობლემას წარმოადგენდა. ეს პრობლემა სამომავლოდ სულ უფრო მეტად გართულდება. ქალაქების ზრდის კვალად, მყარი ნარჩენების მოცილებასთან დაკავშირებული საკითხები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს. ბიბლიურ ხანაში, იერუსალიმში, ნაგვის დაწვა ქალაქის კედლებს გარეთ არსებულ ველებზე ხდებოდა (“გეჰენამ“, შემდგომში ჯოჯოხეთად მოხსენიებული). ბერძნული ქალაქ-სახელმწიფოები გამორჩეულები იყვნენ ქალაქში ან მის სიახლოვეს ნაგვის დაწვისადმი განსაკუთრებული მიდგომით. მათ ნაგვის განთავსებისთვის სპეციალური ადგილები ჰქონდათ გამოყოფილი. შუა საუკუნეების ევროპულ ქვეყნებში ნაგვის, ადამიანური და ცხოველური ნარჩენების გადაყრა ხდებოდა ქუჩებში, სახლების გარშემო არსებულ ტერიტორიებზე. მეცამეტე საუკუნეში პარიზელებს ეკრძალებოდათ ნაგვის ქუჩებში დაყრა და ვალდებულნი იყვნენ ნარჩენები ქალაქის კედლებს გარეთ დაეწვათ. 1388 წელს ინგლისის პარლამენტმა ნარჩენების საჯარო წყლის არხებში გადაყრა აკრძალა. ინდუსტრიული რევოლუციის დროს მუშათა კლასის ვიწრო დასახლებებში შუა საუკუნეებისდროინდელი ქალაქები დაარსდა. სივიწროვემ, დაბალი დონის საცხოვრებლებმა პირობებმა და ცუდმა სანიტარიამ მუნიციპალური მთავრობები აიძულა მიეღოთ ზომები, რათა უკმაყოფილება შემცირებულიყო და შეემცირებინათ ჯანმრთელობის საფრთხეები, რომლებიც გამოწვეული იყო მყარი ნარჩენების სიჭარბით.

ნარჩენების მენეჯმენტი კვლავ დიდ პრობლემას წარმოადგენს და მათი უმეტესი წილი ინდუსტრიული ქვეყნების მოსახლეობაზე მოდის. განვითარებად ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობა სოფლიდან და ქალაქში ინაცვლებს, მოსახლეობის სწრაფი ზრდა, სივიწროვე და დასახლებები მყარი ნარჩნებების გადაყრის ტვირთს საზოგადოებაზე კიდევ უფრო ამძიმებს. 1980-1990-იან წლებში ზოგიერთ ქვეყანაში აქტიურად დამკვიდრდა ნარჩენების გადამუშავებისა და ხელახალი გამოყენების კულტურა და შესაბამისად სანაგვე სამარხების საჭიროება შემცირდა.

მყარი ნარჩენების წარმოშობის ძირითადი წყაროებია სოფლის მეურნეობა, წიაღისეულის მოპოვება, მრეწველობა და ურბანული ნარჩენები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მყარი ნარჩენების 95% წარმოქმნილია სოფლის მეურნეობის, წიღისეულის მოპოვების და ინდუსტრიული საქმიანობის შედეგად. დანარჩენი 5% მოიცავს საოჯახო ნარჩენებს, რომელიც წლიურად 150-180 მილიონ ტონა მყარ ნარჩენს წარმოშობს. ეს რაოდენობა დღიურად ერთ სულ მოსახლეზე 4 გირვანქა ნაგავს უტოლდება. მუნიციპალური ნარჩენების შეგროვება და გადაყრა დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული და თუ პროცესი სრულყოფილი არ არის, იგი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან საფრთხეს წარმოადგენს.

ნარჩენების მენეჯმენტი მრავალი სახის ტექნოლოგიას მოიცავს, მათ შორის, რეციკლირებას, დაკომპოსტირებას, ინსინერაციას და სამარხ პოლიგონებზე დაფლვას. თითოუელ მათგანს უპირატესობაც აქვს და სუსტი მხარეც. ის კომუნალური ინფრასტრუქტურის ინჟინერიის ნაწილს წარმოადგენს. ზოგიერთ ქვეყანაში საზღვაო წყლებში ნაგვის გადაყრა კვლავ მიღებუ-

ლია, მაგრამ საზღვაო წყლების დაბინძურების მიმართ, რომელსაც დიდი ზეგავლენა აქვს ტბებისა და მდინარეების ეკოლოგიაზე, გლობალური დაინტერესება უფრო და უფრო იზრდება. ნარჩენების მოშოროების ერთ-ერთი ალტერნატივაა სანიტარიული ნაგავსაყრელები, დაკომპოსტირება, ინსინერაცია და კულტივაცია გადამუშავებისა და ხელახალი გამოყენების საშუალებით.

ნაგავსაყრელების ორგანიზება ერთ-ერთი მთავარი მეთოდია მყარი ნარჩენების გადასაყრელად. ეს პროცესი გულისხმობს ნაგვის 8-10 ფუტის (ანუ 2.5-3.9 მეტრი) სიღრმეზე ჩატვირთვას და მიწის თხელი ფენით დაფარვას. კარგი დაგეგმვისა და ზედამხედველობის შემთხვევაში, ეს მეთოდი ყველაზე უფრო ადეკვატურია. ტოქსიკური ნივთიერებებისა და დაგროვებული აალებადი აირების ნაგავსაყრელიდან გაჟონვის საფრთხე საჭიროებს სამარხი პოლიგონებისთვის განკუთვნილი ადგილების გულმოდგინედ შესწავლას და რისკების შემცირებას, რაც მათ პოტენციალს ამცირებს. ნაგავსაყრელების ქალაქებში მოწყობის შეზღუდული არჩევანი, ნაგვის გადაყრის ამ მეთოდის გამოყენებით, ურბანულ დაგეგმარებას მნიშვნელოვან წინააღმდეგობას უქმნის. სანიტარიული ნაგავსაყრელების მოწყობა დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული, რადგანაც დიდი თანხები სჭირდება ნაგვის შეგროვებას და ტრანსპორტაციას, მიწის შეძენასა და მუშა ხელის დაქირავებას. ნაგავსაყრელების ფუნქციონირება სანიტარიული პირობების დაცვით, ნარჩენების კომპაქტურობისა და მიწისქვეშა და ზედაპირული წყლებიდან სათანადო დაშორების უზრუნველყოფას საჭიროებს. აუცილებელია მყარი ნარჩენების პოლიგონებისთვის გამოყოფილი ნაკვეთების შემოღობვა, ადამიანებისა და ცხოველების შეღწევის, აგრეთვე ნარჩენების არასანქცირებული განთავსების შეზღუდვის მიზნით. ტერიტორიაზე აუცილებლად უნდა იყოს მოპირკეთებული და სადრენაჟო სისტემით გამართული მისასვლელი გზები. აუცილებელია ნაგავსაყრელების განთავსება საცხოვრებელი ტერიტორიიდან მოშორებით, ტერიტორიის სისუფთავის შენარჩუნება და მოვლა. ტერიტორიის მოვლაზე უნდა ზრუნავდნენ გამოცდილი სანიტარები, რომელთა მიერ უნდა მოხდეს ათვისებულ ტერიტორიებზე მცენარეული საფარის გაშენების გაშენება ეროზიის საფრთხის კონტროლის მიზნით. შემდგომი გამოყენების მიზნით შესაძლებელია ნაგავსაყრელზე წარმოქმნილი მეთანის გაზის მოპოვების ტექნოლოგიების დანერგვა.

ნარჩენი პროდუქტების კომპოსტირება და გარდაქმნა ნიადაგის ფენად შესაძლოა განხორციელდეს, როგორც შინამეურნეობების, ასევე მუნიციპალიტეტების დონეზე. ხისა და საკვების გადამუშავების შედეგად წარმოქმნილი კომპოსტირებული თანაპროდუქტების გამოყენება შესაძლებელია ნიადაგის ნავთობპროდუქტებით დაბინძურებისგან დასაცავად. ეს პროცესი მოიცავს არაბიოდეგრადირებადი ნივთიერებებისა და ბიოდეგრადირებადი ნივთიერებების დაცალკევებას და ნივთიერებების დამუშავებას, რათა მოხდეს ორგანული ნარჩენების დაშლა. მაღალ ტემპერატურაზე (140^{0}F ანუ 60^{0}C) დეკომპოზიცია კლავს მწერებს, პოტენციურად პათოგენურ ორგანიზმებს და ანადგურებს სარეველა ბალახის თესლს. დახურულ სისტემაში, დამატებითი აერაციის პირობებში, ეს პროცესი შესაძლოა რამდენიმე დღეში დასრულდეს. თუმცა, ნაკლებად აქტიური მეთოდებით ეს პროცესი შესაძლოა რამდენიმე თვის განმავლობაში გაგრძელდეს. დამატებითი დამუშავების ფილტრაციისა და დაქუცმაცების შემდეგ, შესაძლებელია ნიადაგის საუკეთესო კონდიციონერის მიღება, სანერგე მეურნეობაში, საჯარო სკვერებსა და პარკებში გამოყენებისთვის. ინსინერაციის მეთოდი საკმაოდ აღიარებული პრაქტიკაა, მაგრამ დაკავშირებულია დიდ კაპიტალურ ხარჯებთან და ატმოსფეროში პოტენციურად ტოქსიკური ნივთიერებების გაფრქვევის რისკთან, როგორიც არის დიოქსინები და მძიმე მეტალები. ინსინერაციის გამოყენებისას, აუცილებელია სტანდარტებით დადგენილი მოთხოვნების ზედმიწევნით დაცვა, რათა სწორად მოხდეს ნივთიერებების შერევა და მაღალტემპერატურული წვის უზრუნველყოფა. ამასთან ერთად, დაწვის შედეგად წარმოქმნილი ფერფლის გადაყრაც გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული, რადგანაც იგი შეიცავს ტოქსიკურ ელემენტებს. ნარჩენების ინსინერაცია მის მოცულობას 80-90%-ით ამცირებს, რომელიც, თავის მხრივ, წარმოქმნის ენერგიას და გარდაქმნის შემთხვევაში, მიიღება წიაღისეული ენერგიის შემცვლელი ელექტროენერგია. იაპონიასა და დასავლეთ ევროპაში, მყარი ნარჩენების 30-40% ინსინერაციისთვის სწორედ ამგვარი ტექნოლოგიები გამოიყენება. საყოფაცხოვრებო ნარჩენებით ღორების გამოკვება, აღარ არის დაშვებული, რადგანაც იგი იწვევს დაავადებას ტრიქინელოზით. თუმცა, ეს პრაქტიკა კვლავ

ბრუნდება ექსპერიმენტალურ დონეზე, რაც ორთქლით დამუშავების პრაქტიკის გამოყენებას გულისხმობს პირუტყვის საკვებად გამოყენებამდე. ცხოველური ნარჩენებით პირუტყვის გამოკვების კონტროლის საკითხი კვლავ აქტიური განხილვის საგანი გახდა და უფრო ინტენსიურად რეგულირდება მსხვილი რქოსანი პირუტყვის ღრუბლისებრი ენცეფალოპათიის შემთხვევებით 1990-იანი წლებში დიდ ბრიტანეთსა და ევროპის სხვა ქვეყნებში მიღებული გამოცდილების შედეგად (თავი მე-4).

რეციკლირება და ნარჩენების შემცირება დღესდღეობით ყველაზე მიღებული პრაქტიკაა. ერთჯერადი მასალების გამოყენების შემცირება (შესაფუთი მასალები, ჰიგიენური პაკეტები) ეკოლოგიურად გათვითცნობიერებული საზოგადოების, მუნიციპალიტეტის, არასამთავრობო ან მოხალისეთა შემგროვებელი ჯგუფების სისტემის არსებობას საჭიროებს. მეტალის ჯართის, ქაღალდის, მინის და პლასტიკური ნარჩენების გადამუშავება შესაძლებელია კომერციულად წარმატებული იყოს. შესაძლებელია ინდუსტრიული და კომერციული საწარმოების დარწმუნება, რათა შეამცირონ პროდუქტების შესაფუთად არაბიოდეგრადირებადი მასალების გამოყენება და ბუნების ნაკლებად დამაბინძურებელი პრაქტიკა დანერგონ. პლასტმასისა და რეზინის მასალების რეციკლირება ეკონომიურად მომგებიან წარმოებაა და ამგვარი პრაქტიკის დანერგვის საფუძველს ეკოლოგიური თვითშეგნება წარმოადგენს.

ფოლადის, რკინისა და ალუმინის რეციკლირება ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1991 წელს ამ მასალების წარმოების ძირითად ნაწილს შეადგენდა. დაახლოებით 11 მილიონი მანქანაა გადამუშავებული, რომელიც მთლიანი რკინის შემცველი ჯართის 37%-ს შეადგენს. რეციკლირებული ფოლადისა და რკინის გამოყენება ჰაერის დაბინძურებას 86%-ით, წყლის დაბინძურებას 76%-ით და მყარი ნარჩენებით დაბინძურებას 105%-ით ამცირებს, მადნეულის გადამუშავების შედეგად წარმოებულ მასალასთან შედარებით. მსგავსი სარგებელი მიიღება ასევე, ალუმინის ჯართის გადამუშავების შედეგად. მეტალისა და ალუმინის წარმოება მადნეულის გადამუშავებით მნიშვნელოვნად აბინძურებს ბუნებას და ენერგიის ჭარბ მოხმარებას იწვევს.

ტოქსინები

ტოქსინებს წარმოადგენს გარემოში არსებული ნივთიერებები, რომლებმაც პოტენციურად შესაძლებელია დაავადებები გამოიწვიოს და ადამიანს ზიანი მიაყენოს. ტოქსიკოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის ასეთ ნივთიერებებს და მათ ეფექტს ადამიანებზე. ყველა ქიმიური ნივთიერება გარკვეული პირობებში ტოქსიკურია, დოზის და კონცენტრაციის, მოცემული სახეობის ამ ნივთიერებასთან ურთიერთქმედების მიხედვით.

ქიმიური ტოქსინების და მეთოდების კლასიფიკაციის სია მოყვანილია 9.2 ცხრილში. ფაქტორები, რომლებსაც გავლენა აქვთ ნივთიერებების ტოქსიკურობაზე, ექსპოზიციის ხანგრძლივობასთან ერთად, მიმღები ორგანიზმის მრავალ ფაქტორს მოიცავს (ასაკს, სქესს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, წინა ექსოზიციას) ბუნებრივ ფაქტორებს (მაგ: ტემპერატურა, ჰაერის ნაკადი) და ტოქსიკური ნივთიერებების ბუნებას (ფიზიკური და ქიმიურ მახასიათებლებს). ტოქსიკოლოგი ბუნებრივი და ოკუპაციური ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანეს ნაწილს წარმოადგენს. მომდევნო დახასიათებები სპეციალიზებულ ტექსტს და შესაბამის ინტერნეტგვერდებს საჭიროებს (იხ. ბიბლიოგრაფია).

ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედება ფერტილობაზე

შესაძლებელია ტოქსინებმა უარყოფითად იმოქმედოს ფერტილობაზე, ორსულობაზე ან ბავშვის ადრეულ ან შემდგომ განვითარებაზე. მაგალითად, მამაკაცის რეპროდუქციულ პოტენციალზე უარყოფითი გავლენის უნარი გააჩნია ისეთი პესტიციდის ექსპოზიციას, როგორიც არის დიბრომქლორპროპანი (DBCP). სხვა ქიმიური ნივთიერებები მიჩნეული იყო აბორტების გამომწვევ მიზეზად, ექსპონირებულ ორსულ ქალებში. განვითარების დეფექტი ან ტერატოგენული ზემოქმედება თალიდომიდით ექსპოზიციას მოჰყვება. სხვა ქიმიური ნივთიერებები ახალშობილების დაბალ წონას და ინტოქსიკაციას უკავშირდება. ტყვიით მოწამვლა ბავშვებში გონებრივი განვითარების შეფერხებას და ტვინის დაზიანებას იწვევს.

ჩანართი 9.4 ტოქსიკოლოგიის ძირითადი კონცეფციები

ბიოხელმისაწვდომობა: ნივთიერების უნარი, ორგანიზმში მოხვედრის შემდეგ გათავისუფლდეს თავისი ბუნებრივი მატრიციდან (წყალი, ქსოვილი, ნიადაგი) და მიმოქცევის სისტემაში ჩაერთოს.

დოზისა და ეფექტის ურთიერქმედება: მიღებული ტოქსიკური ნივთიერების რაოდენობისა და ფაქტიური კონცენტრაციის ზემოქმედების ალბათობის კავშირი მოწყვლად ორგანოებზე.

შუალედური მეტაბოლიზმი: მეტაბოლური ცვლილებები, რომელსაც ქიმიური ნივთიერება განიცდის მას შემდეგ, რაც ორგანიზმის ქსოვილებს გაივლის, მეტწილად ღვიძლს. ნივთიერებამ შესაძლოა უვნებელ ნაწილებად დეტოქსიკაცია განიცადოს ან ბიოლოგიურად მავნე მეტაბოლიტად გარდაიქმნას (ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტად).

მოქმედების მექანიზმი: ტოქსიკური ნივთიერების მოქმედების გზა ქსოვილოვან და ქვექსოვილოვან დონეზე, რომელიც განაპირობებს ცოცხალი ორგანიზმის დაზიანებას. ზოგიერთი ტოქსიკური ნივთიერება მეტაბოლური შხამია, სხვა ნივთიერებები ქსოვილის მემბრანაზე მოქმედებენ, ქიმიურ რეაქციაში შედიან ან ნუკლეინის მჟავებს უკავშირდებიან.

მგრძნობელობა: ცოცხალი ორგანიზმის დაზიანებადობის უნარი აგენტის მიერ, რაც შეიძლება განპირობებულ იქნას ასაკით, სქესით, გენეტიკური თავისებურებით, კვებით, წინა ექსპოზიციით, იმუნური სტატუსით ან ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობით, სტრესით, სამუშაო პირობებით, ჰაერცვლით, ტემპერატურით, ტენიანობით.

ზღვრული დონე: ქიმიური ნივთიერების უმცირესი დოზა, რომელსაც განსაზღვრადი ეფექტი გააჩნია.

ტოქსიკური ეფექტი: ორგანიზმის მიერ მიღებული დაზიანება, რომელიც გამოხატულია, დაკარგულ, შემცირებულ ან შეცვლილ ფუნქციონირებაში, კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების მიხედვით. ამასთან, ეფექტი შესაძლებელია იყოს პრინციპულად განსხვავებული ინდივიდუალურ დონეზე და ის, რასაც მავნე ზეგავლენა ჰქონდა ერთი ინდივიდზე, მეორისთვის უსაფრთხო აღმოჩნდეს.

ტერატოგენები წარმოადგენს ნივთიერებებს, რომლებიც იწვევს შობადობის დეფექტებს, დაავადებებს ან ემბრიონის ან ნაყოფის განვითარების ანომალიას, დედის ჰომეოსტაზის დარღვევით ან ნაყოფზე უშუალო ზემოქმედებით. თანდაყოლილი დეფექტები ისტორიულად ახსნილი იყო ჩადენილი ცოდვის პასუხად, გრძნეულობით ან ჯადოთი, დედის ფიზიკური ან მორალური დეფექტით. 1940-იანი წლებიდან გენეტიკური დაავადებების სამეცნიერო ცოდნა განვითარდა და შედეგად შობადობის დეფექტის მიზეზად ბევრი ფაქტორი დასახელდა. ეს ფაქტორები მოქმედებს ნაყოფის განვითარებაზე და არა გენეტიკურ დნმ-ზე, ასე რომ, ზღვრული ეფექტი განსაზღვრულია. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ეფექტი მხოლოდდამხოლოდ იმ შემთხვევაში არსებობს, თუ მავნე ნივთიერებით ექსპოზოცია გარკვეულ ზღვარს აჭარბებს. ზოგიერთი ტერატონეგული ფაქტორი და მათი ეფექტი ნაჩვენებია ცხრილში 9.3.

ტყვიის ტოქსიკური ეფექტი გარემოზე

1920-იან წლებში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ავტომობილის ფუნქციონირების გასაუმჯობესებლად საწვავში ტეტრაეთილ ტყვიის შერევა მიღებული პრაქტიკა იყო. ამ პრაქტიკამ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, სარეგულაციო სააგენტოებსა და ინდუსტრიებს შორის დაპირისპირება გამოიწვია. დაპირისპირებაში ინდუსტრიამ გაიმარჯვა. ტყვიით შევსებული საწვავი 1960-იან წლებიდან ფართოდ გამოიყენებოდა, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში დღესაც აქტიურად იყენებენ. 1920-იან წლებში ალის ჰამინგტონმა გამოიძია ფართოდ გავრცელებული ტყვიის გამოყენება ინდუსტრიაში და საკმაოდ წარმატებულად მოახერხა სარეგულაციო სააგენტოების იძულება, რათა გაზრდილიყო ზედამხედველობა და გაუმჯობესებულიყო უსაფრთხოება, შემცირებული ექსპოზიციის საშუალებით. ტყვიით მოწამვლას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის კლასიფიკაცია მიეცა 1960-იან წლებში, როდესაც საკვებში, სასმელში, ნიადაგსა და ჰაერში ტყვიის კვალი აღმოაჩინეს. 1920-იან 1960-იან წლებში ავტომობილების საწვავში და საღებავებში გამოყენებული ტყვია მოწამვლის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენდა.

ავტომობილებისა და ინდუსტრიული გამონაბოლქვის, ასევე ტყვიის შემცველი საღებავებით შეღებილი სახლების სიმრავლის ფონზე,

ცხრილი 9.2 ტოქსიკური ნივთიერებების კლასიფიკაცია, გარემოსა და პროფესიულ ჯანმრთელობაში

კლასიფიკაცია	ქვეჯგუფები
სტრუქტურის მიხედვით: ორგანული, არაორგანული	ორგანული: არომატიზატორები (მაგ: ბენზენები), პოლიარომატიზატორები არაორგანული: ანიონები, მძიმე მეტალები, მეტალოიდები (მაგ: სელენიუმი) ამინები, ეთერები, კეტონები, ალკოჰოლი
ქიმიური ტიპის მიხედვით	ორგანოქლორინები, ორგანოფოსფატები, ჰალოგენირებული ალიფატური ჰიდროკარბონები, ჰალოგენირებული ეთერები, პოლიქლორილებული ბიფენილები, მონოციკლური არომატული ჰიდროკარბონები, პოლიციკლური არომატული ჰიდროკარბონები, ნიტროამინები, ლითონები და არაორგანული ნივთიერებები, სხვა
წყაროს მიხედვით	ნატურალური: მცენარეები, ბაქტერია, სოკო სინთეზური: ინდუსტრიული რეაგენტები, პროდუქტები; ფარმაცევტული ნივთიერებები
გამოყენების მიხედვით	პესტიციდები, გამხსნელები, საღებავები, მოსაპირკეთებელი ნივთიერებები, სადეზინფექციო საშუალებები, საწმენდი საშუალებები, ფარმაცევტული ნივთიერებები
მოქმედების მიხედვით	ენზიმური დაზიანება, მეტაბოლური მოწამვლა; მაკრომოლეკულების (მაგ. DNA) ბმა; უჯრედის მემბრანის დაზიანება; სენსიტიზაცია, ირიტაცია
სამიზნე ორგანოს მიხედვით	ზემოქმედებს ნერვული სისტემაზე, სისხლზე, თირკმელებზე, ღვიძლზე, ფილტვებზე, კანზე, მეტაბოლურ პროცესებზე; რეპროდუქციულ სისტემასა და გენეტიკურ ეფექტებზე, ტერატოგენებზე; კარცინოგენებზე

წყარო: Adapted from Last, 1992.

ადგილი ჰქონდა ბავშვებში ტყვიით მოწამლის შემთხვევებს. ამასთან, ბავშვებში კლინიკური ეფექტი სისხლში ტყვიის კონცენტრაციის ნავარაუდევზე ნაკლები დონის შემთხვევაშიც შეინიშნებოდა. ამიტომ, შემცირდა დასაშვები დონე და შემუშავდა ტყვიით ექსპოზიციის შემცირების პროგრამები. ეს პროგრამები უკიდურესად მნიშვნელოვანი იყო ქალაქებისთვის, სადაც ბავშვები უფრო მეტად ექვემდებარებოდნენ მაღალ ექსპოზიციას ტყვიის შემცველი საღებავებით შეღებილ სახლებსა და გადატვირთული მაგისტრალებთან სიახლოვეს ცხოვრების გამო. ასეთ ადგილებში მცხოვრებ ბავშვებს სისხლში ტყვიის შემცველობა გაცილებით მეტი აქვთ, რასაც შედეგად ტვინის დაზიანების რისკის ზრდა მოყვება. 1992 წელს ამერიკის პედიატრიის აკადემიამ ტყვიის შემცველობის დაბალი დონეც სახიფათო ნიშნულად შეაფასა. აკადემიის მიხედვით, ამ ნიშნულზეც კი, ტყვიის ტოქსიკურობა საკმარის დონეს აღწევს, იმისთვის, რომ ბავშვების ტვინი დაზიანდეს.

სისხლში ტყვიის შემცველობის უსაფრთხო დონე დღემდე განსჯის საგანს წარმოადგენს, რადგან ტყვიის შემცველობის უსაფრთხო დონე შესაძლებელია არც კი არსებობდეს. მიმდინარე რეკომენდაციები მოიცავს ბავშვებისა და დაუცველი მუშების რუტინულ ტესტირებას, გამონაბოლქვის შემცირებას, ინდუსტრიულ და საოჯახო საქმიანობაში ტყვიის შემცველი პროდუქტების გამოყენების მინიმალიზაციას.

ბუნებრივი საფრთხეები

პესტიციდებისა და ჰერბიციდების გამოყენება სასოფლო სამეურნეო წარმოების მოცულობის გასაზრდელად მსოფლიოში გავრცელებული პრაქტიკაა. მასშტაბურად გამოყენებული ქიმიური ნივთიერებების საწინააღმდეგოდ აქტიურად მიმდინარეობს ახალი ქიმიური ნივთიერებების შემუშავება. ასეთი ნივთიერებების ჭარბ მოხმარებას გავლენა აქვს ეკოსისტემაზე,

ცხრილი 9.3 ზოგიერთი ტერატოგენი და მისი ეფექტი ჩანასახზე და ახალშობილზე

ტერატოგენი	ეფექტი ჩანასახზე და ახალშობილზე
დედის ინფექციები	
წითურა	თანდაყოლილი წითურის სინდრომი, სიყრუე, კატარაქტა, გულის დაზიანებები
სიფილისი, მარტივი ჰერპესი	გონებრივი ჩამორჩენა, მიკროცეფალია
ციტომეგალოვირუსი	ინფიცირებული თირკმელი, ღვიძლი, ფილტვები
ტოქსოპლაზმოზი	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება
აივ	აივ-ის ნეონატალური გადაცემა
კვებითი უკმარისობები	
პროტეინების ნაკლებობა	აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, წონანაკლულობა დაბადებისას
ფოლიუმის მჟავის ნაკლებობა	ანენცეფალია, ნერვული მილის დეფექტი (spina bifida)
მაიონიზირებელი რადიაცია	
X-გამოსხივება, ან ბირთვული რადიაცია, ან რადიაქტიული ნალექი	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, მიკროცეფალია, გონებრივი ჩამორჩენა
მედიკამენტები	
ალკოჰოლი	გონებრივი ჩამორჩენა, მიკროცეფალია, სახის დეფექტები
კოკაინი	ნაადრევი მშობიარობა, ჩამორჩენა, მიჩვევა (addiction)
თალიდომინი	კიდურების დეფორმირება
დილანტინი, ვალპროის მჟავა	გულის მანკები, მგლის ხახა, ჩამორჩენა, მიკროცეფალია
დიეთილსტიბესტროლი (DES)	გოგონებში საშვილოსნოს კიბო, ბიჭუნებში გენიტალური დეფორმაციები
ანესთეზია	უნებლიე აბორტი, სტრუქტურული დეფორმაციები
ბარბიტურატები	გულის დეფექტები, მიკროცეფალია, ჩამორჩენა
ქიმიური ნივთიერებები და მძიმე მეტალები	
მეთილ ვერცხლისწყალი, ტყვია, კადმიუმი	უნებლიე აბორტი, მიკროცეფალია, გონებრივი ჩამორჩენა, ნევროლოგიური დაზიანებები
დიოქსინი	ფიზიკური დეფორმაციები, უნებლიე აბორტი
თამბაქოს მოხმარება, პასიური მოწევა	უნებლიე აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, წონანაკლულობა დაბადებისას

Source: Adapted from Nadakavukaren, 1990.

რადგანაც ეს ნივთიერებები საკვები საშუალებების ჯაჭვსა და მიწის ქვეშა წყლებში ილექება და გრელვადიანი შედეგი შესაძლოა უფრო მეტად სერიოზული აღმოჩნდეს.

სასოფლო-სამეურნეო დანიშნულების ქიმიური ნივთიერებების მოკლევადიანმა გამოყენებამ შესაძლოა მწვავე მოწამვლები გამოიწვიოს, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში, სადაც შესაძლოა ყოველწლიურად დაახლოებით 3 მილიონი ადამიანი დაზარალდეს და 220,000 გარდაიცვალოს. ძუძუს ცხიმოვან ქსოვილში პესტიციდების საეჭვო კონცენტრაცია შესაძლოა დაკავშირებული იყოს მკერდის სიმსივნის მომრავლებულ შემთხვევებთან. ჩრდილოეთ ამერიკასა და ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში პესტიციდების გამოყენება საკმაოდ ხშირია, თუმცა 1980-იან წლებში ინტენსივობის კლება შეიმჩნევა, ხოლო დასავლეთ ევროპაში ასე-

ჩანართი 9.5 ტყვიით ექსპოზიციის შემცირება ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 1977-1994 წწ.

ამერიკის შეერთებული შტატებში ჩატარებულმა კვლევებმა, რომელიც ჯანმრთელობისა და ნუტრიციული სტატუსის მეორე ეროვნული კვლევის შედეგებს ეფუძნებოდა, ცხადყო, რომ სისხლში ტყვიის შემცველობამ 1976-1980 წლებიდან 1988-1991 წლებამდე 78%-ით დაიკლო. 1-2 წლამდე ასაკის ბავშვებში, სისხლში ტყვიის შემცველობა 88%-ით შემცირდა. აღნიშნული, შემცირება გამოწვეული იყო რამდენიმე ფაქტორით:

1. 1976-1990 წლებში საწვავში ტყვიის შემცველობა 99.8%-ით შემცირდა;
2. საკვებისა და უალკოჰოლო სასმელების შესაფუთ ქილებში ტყვიის შემცველობის დონე 1980 წელს არსებული 47%-დან 1990 წელს 0.9%-მდე შემცირდა.
3. ტყვიის შემცველი საღებავებით სახლებში სამღებრო სამუშაოების შემცირება;
4. მრეწველობაში ტყვიის გამოყენების სტანდარტების დაკანონება;
5. ტყვიით შედუღების პრაქტიკის აკრძალვა წყალმომარაგებაში;
6. ბავშვების სკრინინგი და ინტერვენციული ღონისძიებების გატარება, სისხლში ტყვიის შემცველობის ზღვრული დონის გადაჭარბების გამოვლენისას;
7. ტყვიით ექსპოზიციის შემცირება, საოლქო ჯანდაცვის დეპარტამენტების მიერ ძველ სახლებში ტყვიის შემცველი საღებავებით შეღებილი კედლების რესტავრაციით;
8. პროვაიდერებისა და მშობლების განათლება, ტყვიით მიყენებული ზიანის შესახებ გონებრივი განვითარებისთვის;
9. დაავადებათა კონტროლის ცენტრების, ამერიკის პედიატრიის აკადემიის, სახელმწიფო და საოლქო ჯანდაცვის დეპარტამენტების, ბავშვთა დაცვის ორგანიზაციების მყარი და პრინციპული პოზიცია;
10. სამოქალაქო ცნობიერება;

წყარო: დაავადებათა კონტროლის ცენტრები. 1999 წ. ავადობა და სიკვდილიანობა, ყოველკვირეული ანგარიში.48:461-469

თი ნივთიერებების გამოყენება ორივე ზემოხსენებულ რეგიონს აჭარბებს და მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. განვითარებად ქვეყნებში პესტიციდების მასშტაბურ გამოყენებას ხშირად საჭირო ყურადღება არ ექცევა და პესტიციდებით მოწამვლა საკმაოდ ხშირია.

ჰერბიციდებისა და პესტიციდების გამოყენება უსაფრთხოდ მიიჩნევა "Codex Alimentarius" (გაეროს სურსათისა და სოფლის მეურნეობის ორგანიზაციისა (FAO) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ ერთობლივად შემუშავებული სასურსათო სტანდარტები) მიერ რეკომენდირებულ საზღვრებში და საერთაშორისო ქცევის კოდექსის, პესტიციდების განაწილებისა და მოხმარების მიერ დადგენილი მეთოდებით. რეკომენდებული პრაქტიკა პესტიციდებისა და ჰერბიციდების რაოდენობის შემცირებას ემსახურება, რომელსაც თან ერთვის უსაფრთხო დასაწყობებისა და შენახვის პრაქტიკა, რათა მწვავე მოწამვლის რისკები შემცირდეს. სოფლის მეურნეობის პრაქტიკის ალტერნატიული მეთოდები, როგორიცაა ქიმიური ნივთიერებები, საერთოდ არ გამოიყენება ან მცირე დოზით იხმარება და ფართო განხილვისა და შესწავლის საგანია.

ჰაერის დაბინძურება

შენობის გარე ჰაერის დაბინძურება

ჰაერის დაბინძურება გულისხმობს გამონაბოლქვით, მყარი და ქიმიური ნივთიერებებით დაბინძურებას, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ეკოლოგიისთვის ზიანს იწვევს. აღნიშნული ფაქტი ადგილობრივი მასშტაბით, დიდ დისტანციებზე, ასევე ქვეყნებს შორისაც, გოგირდისა და აზოტის ოქსიდების

ჩანართი 9.6 აპტონ სინჯერის - ჯუნგლები

„ვიდრე ჯგუფი ქალაქს მიაღწევდა, შენიშნეს რომ ატმოსფერო განსაცვიფრებლად შეიცვალა. უფრო და უფრო ბნელდებოდა, ბალახის ფერი მკრთალდებოდა; მატარებლით მგზავრობის ყოველი მომდევნო წუთის შემდეგ ფერები ბუნდოვანი ხდებოდა; მინდვრებს ეტყობოდა, რომ გამომშრალი და გაყვითლებული იყო; მიწა კი – გაცვეთილი და საზარელ მდგომარეობაში. კვამლის მასის გასქელებასთან ერთად, მათ ახალი დეტალი შეამჩნიეს, უცნაური, მწვავე სუნი. ახლა უკვე ეს ყველაფერი შორეულ წარმოსახვას სულ არ ჰგავდა, რომელსაც ნიავის ქროლვაშიც შეიგრძნობ“.

წყარო: სინკლერ უ. 1906 ჯუნგლები. კლასიკური ნაწარმოებები, 1965. ნიუ-იორკი: Airmont Co.

გავრცელებას მოიცავს. დამდგარი შედეგები უმნიშვნელოვანესია ეფექტის თვალსაზრისით, რადგანაც წიაღისეული საწვავი აქტიურად გამოიყენება შიდა წვის ძრავებში, გამათბობელ სისტემებში და ენერგოგენერატორებში. მე-19 და მე-20 საუკუნის ლონდონში სახლების ქვანახშირით გათბობამ ჰაერი მნიშვნელოვნად დააბინძურა. ეს პროცესი 1950-იან წლებში შემსუბუქდა, როდესაც ყავისფერი ქვანახშირის საოჯახო გამოყენება შემცირდა. ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში ქვანახშირის ენერგო ქარხნების გამოყენებამ ჰაერის დაბინძურების ნაცრისფერი ზონა შექმნა, რომელიც გრძელ დისტანციას მოიცავდა, ნადგურდებოდა ტყის მასივები და საფრთხე ექმნებოდა გარემოსა და მოსახლეობის დიდი ნაწილის ჯანმრთელობას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში გენერირებულმა მჟავე წვიმებმა კანადაში ტყის განადგურება გამოიწვია.

თანამედროვე, წიაღესეულ საწვავზე მომუშავე ენერგოგამომამუშავებელი ქარხნები, რომლებიც მოსახლეობასთან ახლოსაა აშენებული, გამონაბოლქვის გაბნევის მიზნით, მაღალ საკვამურებს უნდა იყენებდეს. ეს პროცესი გარშემო მყოფი მოსახლეობის დაზიანებას ამცირებს, მაგრამ დიდ დისტანციებზე დამაბინძურებელი ეფექტით მნიშვნელოვნად აზიანებს გარემოს, რადგანაც ხდება აზოტისა და გოგირდის ოქსიდის ტყისა და წყლების მიმართულებით გადატანა, რომლებიც, თავის მხრივ, გოგირდოვან და აზოტოვან მჟავებს წარმოქმნიან და მჟავური წვიმების საფრთხეს ქმნიან. მჟავური ნალექებს გავლენა აქვთ მდინარეებზე, შენაკადებზე და ტბებზე, რომელთა ნაწილიც საკანალიზაციო ნარჩენებით და პესტიციდებით უკვე დაბინძურებულია. ყოველივე ზემოხსენებული კი მნიშვნელოვნად აზიანებს ეკოსისტემას, ფლორასა და ფაუნას. პროცესის ეფექტი პირდაპირი გამოთვლით ადამიანის ჯანმრთელობაზე რთული გასაზომია, თუმცა ბუნებრივი ზიანი ცხოვრების ხარისხზე დიდ გავლენას აქვს. ბუნებრივი დაზიანების საერთაშორისო გავრცელება, ევროპის ტყის მასივების დაახლოებით მეოთხედ ნაწილში შეინიშნება. ამ ფართობზე მოსული მჟავური წვიმები გენერირებულია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც გამონაბოლქვის კონტროლის მწირი სტანდარტებია.

დაზიანების გაზომვა მკვდარი და დაზიანებული ხეების მიხედვით მთლიანი რაოდენობიდან ხდება და რომელთა წილი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში 50%-ს უტოლდება (ჩეხეთის რესპუბლიკა და პოლონეთი), ცენტრალური და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში კი (დანია, ნორვეგია, ჰოლანდია და გერმანია), დაახლოებით 24%-ს. 1979 წელს შორ მანძილებზე ჰაერის ტრანსსასაზღვრო დაბინძურების კონვენციის ფარგლებში, ევროპის სახელმწიფოები შეთანხმდნენ, რომ 1993 წლისთვის ტრანსსასაზღვრო დაბინძურება 30%-ით შეემცირებინათ.

ჰაერის დამაბინძურებელი ნივთიერებები შესაძლოა საკვებში, თევზის, ფრინველის და პირუტყვის ექსპოზიციის მეშვეობით მოხვდეს. წყლის მჟავიანობის ცვლილებამ შესაძლოა კოროზიული ეფექტი გამოიწვიოს, რაც წყლის მილების დაჟანგვაში გამოიხატება, რომელსაც, თავის მხრივ, გავლენა ექნება სასმელ წყალში შემავალი ტყვიის, ვერცხლისწყლის, ალუმინის, კადმიუმის და სპილენძის შემადგენლობაზე. დაჟანგულმა მეტალებმა შესაძლოა ქრონიკული მდგომარეობების განვითარება გამოიწვიოს, როგორიც არის ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება და ასთმა, ასევე სპეციფიკური ქიმიური ტოქსიკურობა. ეპიდემიოლოგიურად ამ

პროცესის განსაზღვრა რთულია, ამიტომ გამონაბოლქვი წყაროების რეგულაცია, ჯანმრთელობისთვის საშიშ დამაბინძურებელ ნივთიერებებთან საბრძოლველად სარწმუნო პრევენციულ ღონისძიებადაა მიჩნეული.

ჰაერის დაბინძურების გამომწვევ ისეთ ფაქტორებს, როგორიცაა მყარი ნაწილაკები, ცხვირ-ხახასა და რესპირატორულ სისტემაზე ფიზიკური და ქიმიური ეფექტი აქვს. ექსპონირებულ პოპულაციაში ადგილი აქვს რესპირატორული სისტემის, მათ შორის, ფილტვის კიბოსა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების სიჭარბეს. მრავალი სინდრომი რესპირატორული ტრაქტის სპეციფიკურ გამაღიზიანებელთან ასოცირდება, როგორიცაა ქვანახშირის მტვერი (მეშახტის ფილტვი), კოტონის მტვერი (ბისინოზი, ანუ პნევმოკონიოზი) და სხვა დაავადებები სხვადასხვა პროფესიული ჯგუფების მიხედვით. 1980-იან წლებში სიმსივნის მასშტაბის რეგიონული კვლევის შედეგად ისრაელში დადგინდა ცხვირ-ხახისა და რესპირატორული ტრაქტის მოჭარბებული კიბო, იმ ადამიანებში, რომლებიც ახლოს ცხოვრობდნენ სილიკატური მასალებით ექსპოზიციის პირობებში. ცემენტის ქარხნის ემისიების გამო სიმსივნის გეოგრაფიული ეპიდემიოლოგია გაერთიანებულ სამეფოში მოწმობს მრავალი დაავადების გახშირებულ შემთხვევების კორელაციაზე ჭარბად დაბინძურებულ არეალებში. (მესამე თავი).

ლონდონის „მკვლელი ნისლის“ ინციდენტის შედეგად 1952 წელს 4.000 ადამიანი გარდაიცვალა, რომელმაც დაბინძურების კრიტიკული დონის ფატალური ეფექტისა და გრძელვადიანი ეფექტის გარშემო საერთაშორისო აჟიოტაჟი გამოიწვია. დიდ ბრიტანეთში მომხდარმა ინციდენტმა მთავრობა აიძულა ოჯახების მიერ მოხმარებული ქვანახშირი გაეკონტროლებინა და ეტაპობრივად შეემცირებინა დედოფალ ვიქტორიას ეპოქისთვის დამახასიათებელი დონის სმოგი, რომელმაც მთლიანად ჭუჭყში მოაქცია ბრიტანეთის ინდუსტრიული და კომერციულ ცენტრების გარშემო არსებული ჰაერის ნაკადი. მსგავსივე ინციდენტის შედეგად 1948 წელს პენსილვანიაში, ქალაქ დონორაში, 14 000-იანი მოსახლეობის 40% დაზარალდა და 20 ადამიანი დაიღუპა. 1966 წლის ნიუ-იორკის სმოგის კრიზისი ერთი თვით წინ უსწრებდა ჰაერის დაბინძურების მესამე ეროვნულ კონფერენციას, რომელსაც კალიფორნიაში სმოგის კრიზისთა სერია მოჰყვა.

ლოკალიზებულად ჰაერის დაბინძურებას მეტწილად ავტოტრანსპორტი და მრეწველობა განაპირობებს. ურბანული ტერიტორიების დაბინძურება ტყვიით, გოგირდის და აზოტის ოქსიდით შემცირდა იმ ქვეყნებში, სადაც კატალიზური გარდამქნელები და ბენზინში ტყვიის გამოუყენებლობა სავალადებულოა. თუმცა, სასარგებლო ეფექტი შემცირებულია ავტომობილების საერთო რაოდენობის გაზრდით, როგორც ეს კალიფორნიის პრაქტიკით ჩანს. 1960-იან და 1970-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაბინძურების შესახებ ცნობიერება გაიზარდა. 1970-იან წლებამდე მყარი და თხევადი ინდუსტრიული ნარჩენების ჩაშვება და გადაყრა გადარჩევის გარეშე ხორციელდებოდა, ხოლო ამ პროცესის შედეგად აქროლადი ქიმიური ნივთიერებებით წყლის რესურსები და ჰაერი იწამლებოდა. ქალაქებში მდინარეებისა და ტბების დაბინძურებისა და ჰაერის დაბალი ხარისხის საპასუხოდ საკანონმდებლო აქტები შეიქმნა, მათ შორის, გარემოს დაცვის სააგენტოს (EPA) დაარსების შესახებ 1970 წელს, 1967 წლის ძრავიანი მანქანების მიერ ჰაერის დაბინძურების კონტროლის აქტი, ჰაერის ხარისხის 1967 წლის აქტი; უფრო ეფექტური, სუფთა ჰაერის 1970 წლის აქტი, 1977 წლის სუფთა წყლის აქტი და 1974 წლის უსაფრთხო სასმელი წყლის აქტი (შესწორებულია 1996 წელს).

ავტომაგისტრალების გადატვირთულობა თანამედროვე ქალაქებში ფეხით მოსიარულეებსა და მანქანის მფლობელებს გამონაფრქვევების მავნე ზემოქმედების საფრთხის წინაშე აყენებს, რომელიც მყარ ნაწილაკებსა და გარკვეულ ჰაერის დამაბინძურებელ ნივთიერებებს შეიცავს. ასეთი ნივთიერებების ჰაერში არსებობამ შესაძლოა სხვა რისკ-ფაქტორების ეფექტი უფრო დაამძიმოს, როგორიცაა თამბაქოს მოწევა. ლოს-ანჯელესში მაღალი დონის დაბინძურება და ტემპერატურის ცვალებადობა, სახიფათო მდგომარეობებს წარმოქმნის ისეთი ადამიანებისთვის, რომლებიც ბრონქიტისკენ, ასთმისკენ და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებისკენ არიან მიდრეკილნი.

ლოს-ანჯელესში ჩატარებული კვლევის შედეგად გაირკვა, რომ ჰაერში ნახშირბადის მონოქსიდის შემცველობის დონის ერთი მემილიონედის 10 ნაწილით ზრდა, ჰოსპიტალიზაციების 37%-იან ზრდასთან ასოცირდება. სხვა დიდ ქალაქებში, სადაც დაბინძურების საკონტროლო ზომები არ განხორციელებულა, მაგალითად,

ცხრილი 9.4 ჰაერის დამაბინძურებელი ნივთიერებები: წყაროები, ჯანმრთელობისა და გარემოს ეფექტი, გამონაბოლქვისა და ჰაერის კონცენტრაციის ცვლილება, აშშ 1988-1997 წ.[a]

პოლუტანტი	გარემოსა და ჯანმრთელობის ეფექტი	კლება (%) 1988-1997 წწ.	
		კონცენტრაცია	ემისია
ნახშირჟანგი (CO), საწვავის არასრული წვის შედეგად	ურთიერთქმედებს ჰემოგლობინის ჟანგბადთან, რაც იწვევს აზროვნების შენელებას, თავის ტკივილს; შეიძლება გამოიწვიოს გონების დაკარგვა და სიკვდილი; ხანგრძლივი ზემოქმედება უარყოფითად მოქმედებს გულის იშემიურ დაავადებასა და ნაყოფის განვითარებაზე	38	25
აზოტის ოქსიდები (NO_x), საწვავის წვისას გამოყოფის შედეგად	ფილტვის ქსოვილის გაღიზიანება, პოლინოზი, ასთმა, ალერგია, ბრონქიტი, პნევმონია; წარმოქმნის მჟავური წვიმისა და „მწვანე სახლის“ აირების ერთ მესამედს	14	1
ჰიდროკარბონატები (მაგ. ბენზინი), სატრანსპორტო და ინდუსტრიული გამონაყოფები	ასოცირებულია კიბოსთან, ლეიკემიასთან და იმპოტენციასთან		
აიროვანი ნაწილაკები, სატრანსპორტო (ტყვია 80%, ქრომი) და ინდუსტრიული (PM-10) გამონაყოფები	ტყვია აქვეითებს ნაყოფის და ჩვილის გონებრივ განვითარებას; მძიმე მეტალები არიან რესპირატორული გამღიზიანებლები, კანცეროგენები და ტოქსინები, რომლებიც აზიანებენ ნერვულ, ცირკულატორულ და რეპროდუქციულ სისტემებს	Pb 67	44
ოზონი (O_3), წარმოიშობა მზის სინათლის ზემოქმედებით გარემომცველ NO_x-თან და აქროლად ორგანულ შენაერთებთან	აღიზიანებს თვალებს, ყურებს, ტრაქეასა და ფილტვებს; იწვევს ხველებას, თავის ტკივილს, ამცირებს იმუნიტეტს; ამძიმებს ასთმას, ბრონქიტს, გულის დაავადებებს; მჟავურმა წვიმამ სეიძლება გაანადგუროს ტყე	16-19	20
ნახშირორჟანგი (CO_2), წარმოიშობა ტრანსპორტის გამონაბოლქვის შედეგად	არ არის პირდაპირი ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე, მაგრამ მნიშვნელოვანია ე.წ. „მწვანე სახლის ეფექტი“ (greenhouse effect), რაც გლობალურ დათბობას უკავშირდება	na[b]	na
გოგირდის ორჟანგი (SO_2), საწვავის გოგირდიდან (ნავთობი, ქვანახშირი)	აღიზიანებს ბრონქებსა და ფილტვებს; მჟავური წვიმის მთავარი წყარო	39	12

Source: Office of Air Quality Planning and Standards, 1998. Latest Findings on National Air Quality: 1997 Status and Trends. Research Triangle Park, NC: Environmental Protection Agency, EPA-454/F-98-009, December 1998.

*a*In 1997, the EPArevised ozone (O) and particulate matter (PM) national air quality standards. PM size was reduced from 10 _m (PM-10) to 2.5 _m (PM-2.5). Air quality data were derived from averaging thousands of yearly measurements from thousands of monitoring sites around the United States. Emission data were derived from engineering estimates of tonnage of pollutants released into the air annually, and emission monitoring of SO2 and

NO*x* from electric utility plants.

*b*na, Not available.

მექსიკო სიტიში, ჰაერის დაბინძურება კვლავ უმნიშვნელოვანეს პრობლემად რჩება.

ისეთ ქალაქებში, სადაც სატვირთო და მსუბუქი ავტომობილების რაოდენობა იზრდება, მაგრამ სათანადო ზომები არ მიიღება, ჰაერის დაბინძურებას შესაძლოა საგანგაშო ეფექტი ჰქონდეს ბავშვების ჯანმრთელობაზე, სისხლში ტყვიის შემცველობის გაზრდის და რესპირატორული ტრაქტის დაზიანების ფორმით. ნახშირბადის მონოქსიდი ხელს უშლის სისხლის წითელ უჯრედებს ჟანგბადის მიღებაში და შესაძლოა სისხლში ჟანგბადის შემცველობა შემცირდეს. ისეთ მოწვლად ჯგუფებში, როგორიცაა ბავშვები, მოხუცები, ორსული ქალები და შეზღუდული იმუნიტეტის ადამიანები, ეს პროცესები მნიშვნელოვნად აზიანებს ფსიქომოტორულ ფუნქციას. მანქანის გამონაბოლქვში არსებული პოლიციკლური ნახშირწყალბადები კანცეროგენს წარმოადგენსს. აზოტის ოქსიდებს გავლენა აქვს რესპირატორული ტრაქტის ალვეოლებზე, რომელიც ბავშვებში ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციის რისკებს ზრდის. ოზონი და მეორადი დამაბინძურებლები ულტრაიისფერი გამოსხივების აბსორბციას ხელს უწყობენ, რაც კანის სიმსივნეების განვითარებას იწვევს. ოზონის ეფექტი მაგისტრალიდან საკმაოდ შორს ვრცელდება და კლინიკურ ეფექტებს იწვევს. ნახშირორჟანგი ხელს უწყობს გლობალურ დათბობას და შედეგად შესაძლოა მსოფლიო კლიმატი და წყალმოხმარება მნიშვნელოვნად გაუარესდეს. ჰაერის დამაბინძურებელი ნივთიერებების ეფექტი გარემოსა და ჯანმრთელობაზე შეჯამებულია 9.4 თავში.

ემისიების კონტროლი რეგულაციისა და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის საშუალებით განხილული უნდა იყოს ზოგადი სატრანსპორტო პოლიტიკის შემუშავების დროს. სატრანსპორტო პოლიტიკას უნდა ჰქონდეს გრძელვადიანი ეფექტი ჰაერის დაბინძურების, ნიადაგის გამოყენებისა და ავტოავარიების შედეგად გამოწვეული სიკვდილიანობის დონის განსაზღვრისთვის. ავადობისა და სიკვდილიანობის ეკონომიკური დანახარჯების აღრიცხვაში, რომელიც ჰაერის დაბინძურებითა და მაგისტრალური ავარიებითაა გამოწვეული, გათვალისწინებული უნდა იყოს მჭიდროდ დასახლებულ და მცირე ტერიტორიის ქვეყნებში სარკინიგზო ტრანსპორტის ხარჯ-ეფექტურობა, ნაცვლად საგზაო ტრანსპორტისა.

აშშ-ის 1970 წლის სუფთა ჰაერის ფედერალური აქტით ჰაერის ხარისხის სტანდარტებია დადგენილი, მთავარი დამაბინძურებელი ნივთიერებების მიხედვით, როგორებიცაა NO, CO, SO2, ოზონი, აზბესტი, დიოქსინი და სხვა ტოქსიკური ნივთიერებები. სტანდარტების დაცვისა და დანერგვის შედეგად, განსაკუთრებით ავტომობილების გამონაბოლქვის მიმართულებით, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ჰაერის ხარისხი ქვეყნის ბევრ ნაწილში.

აღნიშნული ფედერალური კანონმდებლობა შტატის დონეზე მოქმედებს. კანონმდებლობაში განხილულია დასახლებული ადგილების ჰაერის ხარისხი, ავტომომობილების ემისიები და ემისიები გაფრქვევის სტაციონარული წყაროებიდან, როგორიც არის ენერგოგამომამუშავებელი ქარხნები და სამრეწველო ობიექტები. ასეთი სტანდარტები ბევრ სხვა ქვეყანაში მიიღეს.

1990 წლის სუფთა ჰაერის აქტის ცვლილებებში, მოყვანილია 189 საშიში, ჰაერის დამაბინძურებელი ნივთიერება, რომელთათვისაც კონგრესმა გარემოს დაცვის სააგენტოს სტანდარტების შემუშავება დაავალა. სია მოიცავს, აზბესტს, დიოქსინს, დიზელს და ბევრ სხვა ტოქსიკურ ნივთიერებას, მაგ: კაუჩუკს, რომელიც იწვევს ასთმას. სურსათისა და წამლის ადმინისტრაცია (Food and Drug Administration) აგრძელებს ჰაერის დამაბინძურებელი საშიში ნივთიერებებისთვის სტანდარტების შემუშავებას. შესწორებულ სუფთა ჰაერის აქტში განხილულია, თუ როგორ უნდა მოხდეს შტატის დონეზე სააგენტოების მიერ ადგილობრივი რეგულაცია.

კალიფორნიის ჰაერის ხარისხის მართვის საბჭო (California Air Quality Management Board) ჰაერის ხარისხის ადგილობრივი მართვის საბჭოების რეგულაციას უზრუნველყოფს, რომელთა უფლებამოსილებაში შედის რეგიონული ჰაერის ხარისხის მართვის საბჭოების დონეზე ადგილობრივი წარმოებისების სერტიფიკაცია. აღნიშნულ საბჭოს საკმარისი ძალაუფლება გააჩნია, რათა წარმოების პრაქტიკის ცვლილებისას სანქციები დააწესოს, თუკი სამრეწველო პროცესის შედეგად ჰაერის დაბინძურება ხდება. უკიდურეს შემთხვევაში შესაძლებელია დამაბინძურებელი წარმოების დახურვა. 1980-იანი წლებიდან კალიფორნიაში ჰაერის დაბინძურება მნიშნველოვნად შემცირდა. შემცირების ტენდენცია 1997 წელს კალიფორნიაში სმოგის წარმოქმნისას დაირღვა, რომელიც შესაძლებელია 1987 წლის ლოს-ანჯელესის სმოგს შედარდეს. ტექნოლოგიური ინოვაციები ბევრი ახალი ავტომობილისთვის უკვე სტანდ-

არტად იყო მიჩნეული 1990-იანი წლებისთვის, რომელიც გამონაბოლქვს უფრო მეტად შეამცირებს. სხვა ინოვაციები წყალბადის საწვავის, ჰიბრიდული და ელექტრო მანქანების შექმნასა და გავრცელებას ითვალისწინებს, რომელთა დაბინძურების დონეც თითქმის ნულს უტოლდება.

დიზელის წვის შედეგად ჰაერის დაბინძურება სახელმწიფო საჰაერო რესურსების საბჭოს განხილვის საკითხი გახდა, რომელმაც მეტა-ანალიზის შედეგად დაასკვნა, რომ დიზელის წვის შედეგად ჰაერში ჯანმრთელობისთვის სახიფათო ნივთიერებები გამოიყოფა. საკითხი საჭიროებს საუკეთესო ხელმისაწვდომი საკონტროლო ტექნოლოგიების გამოყენებას, რათა შემცირდეს ემისიები, რომლის დადგენილი დასაშვები რისკის გათვალისწინებისას, ყოველ მილიონ ადამიანზე 10-ით მეტი სიმსივნის შემთხვევა ფიქსირდება. დიზელის ნამწვის ემისიების შემთხვევაში კი ეს მაჩვენებელი დასაშვებ დონეს 100 ერთეულით აჭარბებს. მრეწველობა ასეთ ნაბიჯებს ეწინააღმდეგება და მიიჩნევს, რომ ასეთი გადაწყვეტილების შემთხვევაში, მათი ღრმა რწმენით, მძიმე ეკონომიკური შედეგები გარდაუვალი იქნება, თუმცა მათი მოსაზრებით საუკეთესო ხელმისაწვდომი საკონტროლო ტექნოლოგიების დანერგვა საფრთხეს შეამცირებს. ამავდროულად, საკითხის იდენტიფიცირების პროცესი ხელს უწყობს საწარმოებს, რათა პრობლემის გადაჭრის ტექნოლოგიური გზა მოიძებნოს, რომელიც გრძელვადიან პერიოდში ეფექტური იქნება.

მეთილ ტერტ-ბუთილ ეთერი

მეთილ ტერტ-ბუთილ ეთერი (MTBE) არის მეთანოლისა და იზობუტილენის სინთეზის შედეგად მიღებული ნივთიერება, რომელიც საწვავის შემავსებელი დანამატის სახით ოქტანობის გასაუმჯობესებლად შეიქმნა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფართოდ გამოიყენება, კალიფორნიაში განსაკუთრებით ეთანოლს იყენებენ. ეთანოლი ფერმერული პროდუქტია, რომლის ხმარებასაც აშშ-ის სოფლის მეურნეობის დეპარტამენტმა ხელი შეუწყო, რადგან ეკონომიკურად გამართლებული ფერმერული საშუალება იყო და გარემოსთვის ნაკლებად ტოქსიკურ ნივთიერებებს შეიცავდა. ზოგიერთი საწვავის მწარმოებელი არჩევდა MTBE გამოეყენებინა, რამდენადაც ქიმიური მრეწველობის მიერ იყო წარმოებული და რეკლამირებული. MTBE აქროლადი ეთეროვანი ქიმიური ნივთიერებაა, რომელიც სასმელ წყალში შერევის შემთხვევაში, წყალს ცუდ გემოს აძლევს. MTBE-ს ათვისება ტოქსიკური ეფექტის ყოველგვარი ადეკვატური ტესტირების გარეშე მოხდა და დღეისთვის აქტიური განხილვის საგანია. თაგვებში კარცინოგენეზის აღმოჩენის მაგალითი კითხვის ნიშნებს იწვევს, რომ მას შესაძლოა გავლენა ჰქონდეს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და მძღოლების, ბენზინგასამართი სადგურებზე მომუშავეთა და გადამამუშავებელ ქარხნებში მომუშავე ადამიანების ჯანმრთელობისთვის საფრთხეს შეიცავდეს.

MTBE-ს გამოყენების მთავარი გამამართლებელი მიზეზი, რომ იგი ხელს უწყობს საწვავის წვას და ამცირებს გამონაბოლქვის შედეგად დაბინძურებას, ჯერ კიდევ განხილვის თემაა. MTBE აღმოჩენილია კალიფორნიის რაიონული წყლების 3,4%-ში. 1995-წელს სანტა მონიკაში, კალიფორნიის შტატში, სასმელი წყლების წყალსატევების 50% გამოყენებისთვის დაიხურა, რადგან MTBE-ით იყო დაბინძურებული.

MTBE-ს შემთხვევა მოწმობს, რომ გარემოს დაცვის სააგენტოს თანხმობით ქიმიური ნივთიერებები აქტიურად გამოიყენება ინდუსტრიულ მრეწველობაში საწვავის შემავსებლად და შესაბამისად ეს ნივთიერებები ჰაერში ავტომობილის გამონაბოლქვიდან ხვდება. გარემოსთვის უფრო უსაფრთხოდ მიჩნეული ფერმერული ინდუსტრიის ნაწარმოები ნივთიერების გამოყენება უფრო ადრე იყო ნებადართული, ვიდრე გარემოს დაცვის საკითხები სამოქალაქო განხილვის საგანი გახდებოდა. ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაციამ (American Public Health Association) 1996 წლიდან სურსათისა და წამლის ადმინისტრაციისგან (FDA) MTBE-ს აკრძალვა მოითხოვა, როგორც სახიფათო ქიმიური ნივთიერებისა, ასევე შეზღუდვების დაწესება ტბებსა და მდინარეებზე საწვავზე მომუშავე კატერებისთვის და დაებრუნებინათ ეთანოლით გამდიდრებული საწვავის მოხმარების პრაქტიკა. გარემოს დაცვის სააგენტოს მიერ არჩეულმა კომიტეტმა 1999 წელს რეკომედაცია გაუწია MTBE შემცირებულ გამოყენებასა და ეთანოლის გამოყენების ჩანაცვლებას, ასევე მნიშვნელოვანია ძალისხმევა, რომ შემცირდეს MTBE-ით მიწისქვეშა და ზედაპირული წყლების დაბინძურება (გარემოს დაცვის სააგენტო, 1999 წ.).

შენობის შიდა ჰაერის დაბინძურება

შენობის შიდა ჰაერის დაბინძურება შესაძლოა უფრო მეტად საზიანო იყოს ჯანმრთელობისთვის, ვიდრე შენობის გარეთ არსებული ჰაერის დაბინძურება. შენობის შიდა ჰაერის დაბინძურება ყველაზე მეტად აზიანებს ქალებს, ბავშვებს, ავადმყოფებსა და ხანდაზმულებს, რადგან ისინი მეტ დროს ატარებენ სახლში. გაზრდილი იზოლაცია, ფანჯრების ფენები, დალუქული კარები, თამბაქოს მოწევა, ყველაფერი ეს ხელს უწყობს სახლის შიგნით დამაბინძურებელი ნივთიერებების კონცენტრაციას. ეს ნივთიერებებია: ბენზინი, ფორმალდეჰიდი, ნახშირბადის მონოქსიდი და რადონის გაზი, ასევე ბაქტერიები, ვირუსები და სოკო. თამბაქოს მოწევა ფართოდ გავრცელებული ჩვევაა. პასიური მწეველობა, რაც სხვა ადამიანების მიერ მოწეული თამბაქოს კვამლის ინჰალაციას ნიშნავს, გრძელვადიან პერიოდში ჯანმრთელობისთვის სახიფათოა.

ხე და მისი ნარჩენი პროდუქტები, ბოსტნეულის ნარჩენი და ცხოველების ექსკრემენტები ხშირად საწვავად გამოიყენება. ამ ტიპის საწვავი არ არის ეფექტური, თუკი შევადარებთ 1კგ ერთეულის მიერ წარმოებულ წიაღისეულ ენერგიას. ამ სახის საწვავი ძირითადად სოფლად გამოიყენება, რადგანაც იაფია და დიდი რაოდენობით მოიპოვება, თუმცა მის შესაგროვებლად დიდი დროა საჭირო და შედეგად ტყის მასივები ნადგურდება. ხშირად სოფლად მარტივი მოყვანილობის ქურები გამოიყენება, რომლებიც მნიშვნელოვნად აბინძურებს საცხოვრებელს, რადგან სავენტილაციო სისტემა ადეკვატური არ არის. დაბინძურებასთან ერთად ხანძრის გაჩენის საშიშროებაც არსებობს. ასევე დიდია ძილის დროს ნახშირბადის მონოქსიდით მოწამვლის საფრთხე. მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარი ყოველდღიური გამოყენების მიზნით ასეთი სახის საწვავზეა დამოკიდებული.

ე.წ. ბამბუკის საწვავის გამოყენების საფრთხეები ხანძრის გაჩენას, კვამლის ინჰალაციას და შენობის შიდა ჰაერის მუდმივ დაბინძურებას მოიცავს. ამ სახის საწვავის მოხმარების შედეგად დიდი რაოდენობით ქიმიური შენაერთები ჰაერში გამოიფრქვევა, მათ შორის, ნახშირბადის მონოქსიდი, აზოტისა და გოგირდის ოქსიდები, ალდეჰიდები, ჰიდროკარბონები, ბენზინი, ფენოლი და რთული ჰიდროკარბონები. ინდოეთში მცხოვრებ ქალებში ხშირია გულის პულმონარული დაავადებები (cor pulmonale), რაც გამოწვეულია საკვების მოსამზადებლად გამოყენებული ღუმელების მიერ გამოფრქვეული კვამლით. უფრო ეფექტური შეშის ღუმელების ტექნოლოგიური განვითარებით შესაძლებელია პრობლემის შემცირება, თუმცა ენერგიის სხვა ფორმები უფრო ეფექტურია და ჯანმრთელობას ნაკლებად აზიანებს.

სამშენებლო მასალებით გამოწვეული შიდა დაბინძურება ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. მშენებლობაში აზბესტის გამოყენებამ შესაძლოა ფილტვის კიბო და მეზოთელიომა გამოიწვიოს. ტყვიის შემცველი საღებავების გამოყენება სახლის შესაღებად მცირეწლოვან ბავშვებში ტყვიით მოწამვლის საფრთხეს იწვევს, რომელიც, თავის მხრივ, ტვინს აზიანებს. არასაიმედოდ შეფუთული საოჯახო მოხმარების ქიმიური გამხსნელები იწვევს მოწამვლებს, ხოლო სახლებში არსებული ობი ასთმური დაავადებების განვითარების გამო დაავადებებებისა და სიკვდილიანობის მატებას.

რადონის გაზი

რადონი ძალიან მძიმე გაზია, რომელიც წარმოქმნის ალფა ნაწილაკებს. იგი წარმოიშვება ურანიუმის ბუნებრივი რადიოაქტიური დაშლისას მიწისა და ქვისგან, როგორებიცაა გრანიტი, თიხიანი ფიქალი და ფოსფატი. რადონი გვხვდება მიწის ნაპრალებში, იხსნება წყალში და იშლება ჰაერში. რადონი სახლებში აღწევს შენობის საძირკვლის ნაპრალებიდან და ჭის წყლიდან. რადონის სუბპროდუქტები ხვდება ფილტვებში. რადონი პირველად 1984 წელს აშშ-ში ფილადელფიასთან საცხოვრებელ ბინებში აღმოაჩინეს. პირველადი გამოკვლევებით რადიაციული ექსპოზიციის ისეთი დონე გამოვლინდა, რომელიც ეკვივალენტური იყო 455,000 გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური დასხივების. შემდგომმა კვლევებმა გამოავლინა, რომ პენსილვანიის აღმოსავლეთის, ნიუ-ჯერსის და ნიუ-იორკის ნაწილები, ურანით მდიდარ გეოლოგიურ ფორმაციებზე მდებარეობდნენ, რაც რადონის მაღალი დოზით დაბინძურებას იწვევდა. აშშ-ის გარემოს დაცვის სააგენტომ 1988 წელს რეკომენდაცია გასცა, რომ ყველა

სახლი რადონზე შემოწმებულიყო. არსებობს იაფფასიანი რადონის დეტექტორები, რომლებიც გარემოს დაცვის სააგენტოს სტანდარტებს აკმაყოფილებენ. 1988 წელს გარემოს დაცვის სააგენტომ დაადგინა, რომ რადონი წარმოადგენდა წელიწადში 7000-დან 30000-მდე ფილტვის კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევების გამომწვევ მიზეზს, რაც კიბოთი სიკვდილიანობის საერთო რაოდენობის 10%-ს შეადგენდა. ასობით ათასი ამერიკელი მოქალაქე იღებდა ისეთივე დონის რადიაციულ დასხივებას, რამდენსაც ჩერნობილის სიხლოვეს მცხოვრებნი 1986 წლის ავარიის დროს. სიგარეტის მოწევას ახლავს სინერგიული ეფექტი, იმ მხრივ, რომ იგი რადონთან დაკავშირებული ფილტვის კიბოს რისკს ათჯერ ზრდის. მაღალი რისკის სახლებში რადონის შემცირება შეიძლება წყაროების დალუქვით, ვენტილაციით და სარდაფებში ვენტილატორების დამონტაჟებით.

შენობის გარე და შენობის შიდა ჰაერის დამაბინძურებლები

ნახშირბადის მონოქსიდი (მხუთავი აირი), აზოტი, ქიმიკატები და მყარი ნაწილაკები, წარმოადგენს შენობის გარე ჰაერის დამაბინძურებლებს, რომლებიც ბინაში ნავთისა და ხის ღუმელების, საავტომობილო გარაჟების გამოყენების ან თამბაქოს მოწევის გამო აკუმულირდება. პასიური მოწევა ბენზოლითა და სხვა კანცეროგენებით არამწეველთა ექსპონირებას იწვევს. ფორმალდეჰიდი საიზოლაციო მასალების, ფანერისა და იატაკისგან წარმოიქმება, განსაკუთრებით მოძრავ სახლებში. საყოფაცხოვრებო პროდუქტების, სადენზიფექციო საშუალებების, თმის მოვლის გასაფრქვევი საშუალებების, ავეჯის გამწმენდი საშუალებების და გამათეთრებლებისგან წარმოქმნილი ქიმიური ორთქლი შენობის შიდა ჰაერს აბინძურებს და ბავშვებისთვისაა საშიში (მოწამვლის რისკი).

ნახშირბადის მონოქსიდისგან მოწამვლა, არასაკმარისი ვენტილაციის გამო, გაერთიანებულ სამეფოში წელიწადში 100-მდე სიკვდილის შემთხვევას იწვევს. ზოგიერთი ფატალური შემთხვევა შესაძლებელია გულის დაავადებებით იყოს გამოწვეული, ზუსტი პასუხისთვის აუცილებელია ჰაერში ნახშირბადის მონოქსიდის დონის ან სისხლში კარბოქსილ ჰემოგლობინის შემცველობის შემოწმება.

ბიოლოგიური დამაბინძურებელი ნივთიერებები

ბაქტერიებისა და სოკოს სპორებმა შეიძლება შენობაში შეაღწიონ და იქ მცხოვრები ადამიანების დაავადება გამოიწვიოს. შენობაში მოხვედრის ერთ-ერთი გზა სავენტილაციო სისტემაა, როგორიც „ლეგიონერის“ დაავადების შემთხვევაში (იხილეთ მეოთხე თავი). შენობის ბინადარ ადამიანებს შესაძლოა ჰქონდეთ ალერგია სოკოვანი სპორებზე, ტკიპებზე, ცხოველების კანის ჩამონაცვენზე, ტარაკნების ან ტკიპების ექსკრემენტებზე. ასეთი შემთხვევები ხშირია ისეთ შენობებში, სადაც დამატენიანებელი ან დაორთქლვის სისტემები გამოიყენება, რომლებშიც დიდი ხნის განმავლობაში არის წყალი უცვლელად და შესაბამისად, ეს ხელს უწყობს ბაქტერიული და სოკოვანი მოთესვიანობის ზრდას.

არაჯანსაღი შენობის სინდრომი

ტერმინი არაჯანსაღი შენობის სინდრომი გამოიყენება ზოგადი სიმპტომების კომპლექსის აღსაწერად (თავის ტკივილი, თვალებისა და ცხვირის გაღიზიანება, თავბრუსხვევა, დაღლილობა, სუნთქვის გაძნელება ან სასუნთქი გზების ინფექციის ხშირი რეციდივები) იმ ადამიანებში, რომლებიც სპეციფიკურ შენობებში მუშაობენ. აღნიშნული მოვლენები შეიძლება გამოიწვიოს გაუმართავმა სავენტილაციო სისტემამ, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს საკმარისი რაოდენობით სუფთა ჰაერის მიწოდებას; დამატენიანებელი ან სავენტილაციო სისტემების მიკრობიოლოგიურმა დაბინძურებამ; სავენტილაციო სისტემაში მანქანის გამონაბოლქვის მოხვედრამ; ფოტოკოპირების დანადგარებიდან ოზონის ემისიამ; ხის პანელებსა და ავეჯში არსებულმა ფორმალდეჰიდმა; ასევე სიგარეტის კვამლმა. არასაცხოვრებელი შენობები ხშირად მექანიკური საშუალებებით ნიავდება, ამიტომაც მსგავსი სინდრომები შეიძლება გაუმართავმა სისტემამ გამოიწვიოს. სამშენებლო სტანდარტები აუცილებლად უნდა განსაზღვრავდეს გარედან ჰაერის შემოდენის მინიმალური რაოდენობის, ჟანგბადის შემცველობის დონის, ნახშირბადის მონოქსიდისა და დიოქსიდის, არომატული ნივთიერებების კონცენტრაციის დასაშვებ ნორმებს, აგრეთვე მოთხოვნებს სავენტილაციო დანადგარების ადეკვატურობისადმი.

სახიფათო ან ტოქსიკური ნარჩენები

სამრეწველო პროცესებში გამოყენებული ტოქსიკური მასალები შეიძლება დაავადებების გამომწვევი მიზეზი გახდეს იმ მუშებში, რომელთაც წარმოების, შენახვის, ტრანსპორტის ან გამოყენების პროცესში მათთან შეხება აქვთ. მათ ასევე შეიძლება მავნე ზეგავლენა იქონიონ იმ ადამიანებზე, რომლებიც ამ მასალების სიახლოვეს ცხოვრობენ. ტოქსიკური მასალები გარემოსთვის ასევე საზიანოა. მრავალმა კვლევამ, რომელიც გარემოს დამაბინძურებლებსა და ჯანმრთელობაზე მათ ეფექტებს შეისწავლიდა, ზემოხსენებული მოსაზრებები დააზუსტა. სახიფათო ნარჩენებად ნებისმიერი წუნდებული მასალა ან გადანაყარი განისაზღვრება, რომელსაც, არასწორი მოპყრობის შემთხვევაში, ადამიანის ჯანმრთელობისა და გარემოსთვის სერიოზული ზიანის მიყენება შეუძლია. ტოქსიკურ ნარჩენებს განეკუთვნება დარიშხანი, მძიმე მეტალები, პესტიციდები, რომელთაც ადამიანის ჯანმრთელობაზე მწვავე და გრძელვადიანი ეფექტების მოხდენა შეუძლიათ; აალებადი ნარჩენები, როგორებიცაა, ორგანული გამხსნელები, ნავთობი, პლასტიფიკატორები და საღებვის ნარჩენები; აგრეთვე, კოროზიული ნივთიერებების ნარჩენები (PH 2-ზე ნაკლები ან 12.5-ზე მეტი), რომელთაც შეუძლიათ მეტალის კონტეინერების ან ცოცხალი ქსოვილების შეჭმა. რეაქტიულ ნარჩენებს განეკუთვნება მოძველებული სამხედრო აღჭურვილობა და ის მჟავეები, რომლებიც წყალთან ან ჰაერთან თანაობისას ფეთქებადია ან ტოქსიკურ ორთქლს წარმოქმნის. რადიოაქტიური და ინფექციური სამედიცინო ნარჩენები, აგრეთვე სახიფათოა ჯანმრთელობისთვის. სამედიცინო ნარჩენებმა ახალი მნიშვნელობა შეიძინა B ჰეპატიტის, აივ/შიდსის და რეზისტენტული მიკროორგანიზმების გავრცლების საშიშროების გამო დაბინძურებული მასალებით. ამ პრობლემამ მსოფლიოს ყურადღება 1980-იან წლებში მიიპყრო, როდესაც აშშ-ის სანაპიროებზე ნარჩენები საავადმყოფოებიდან ჩაირეცხა. ლავის არხის (Love Chanal, უილიამ ლავის სახელობის) ინციდენტის გამო და საზოგადოებისა და მედიის შეშფოთების შემდეგ ფედერალურმა, შტატებისა და ადგილობრივმა მთავრობებმა დაბინძურების პრევენციასა და მსგავს ნარჩენებთან ბრძოლას დიდი ყურადღება მიაქციეს.

ლავის არხი. ლავის არხის ინციდენტმა სამოცდაათიანი წლების აშშ-ში გარემოს დაცვაზე და ჯანმრთელობაზე საზოგადოებრივი აზრის კონცენტრირება მოახდინა. 1890-იან წლებში უილიამ ტ. ლავმა ნიაგარას ჩანჩქერის გვერდის ავლით არხი გაიყვანა, რათა შესაძლებელი ყოფილიყო ინდუსტრიული ქალაქის მშენებლობა და იაფი ჰიდროელექტროენერგიის გამოყენება, თუმცა პროექტი ჩავარდა, არხი მიატოვეს, მიწა აუქციონზე გაიყიდა. 1942 წელს „ოქსიდენტალ პეტროლიომის“ (Occidental Petroleum Company) შვილობილმა „ჰუკერის ქიმიურმა კომპანიამ“ (Hooker Chemical Company) უფლება მიიღო ეს არხი ქიმიური ნარჩენების მოსაშორებლად გამოეყენებინა. 1953 წლამდე 21,000 ტონა ქიმიური ნარჩენი (მჟავები, ტუტეები, გამხსნელი ნივთიერებები, დაქლორილი ჰიდროკარბონატები) ამ გზით გადაყარეს, რომლებიც შემდეგ მიწით დაფარეს. გაფრთხილებების მიუხედავად, მიწა მაინც გაიყიდა და 1000-მდე სახლი, საცხოვრებელი შენობა და სკოლა არხის მიდამოებში განთავსდა. 1950-იანი წლებიდან ადგილობრივმა მცხოვრებლებმა სუნისა და ქიმიური ნივთიერებების არხიდან გამოჟონვის გაპროტესტება დაიწყეს. 1978 წელს კი ადგილობრივი კონგრესმენისა და მედიის ზეწოლის შედეგად გარემოს დაცვის სააგენტომ და ნიუ-იორკის შტატის ჯანმრთელობის დეპარტამენტმა გამოძიება დაიწყო. 2000-მდე ქიმიური ნივთიერება აღმოაჩინეს, დიოქსინებისა და 12 ნაცნობი თუ საეჭვო კანცეროგენის, მუტაგენისა და ტერატოგენის ჩათვლით. ნიუ-იორკის შტატის ჯანმრთელობის დეპარტამენტის კომისარმა ზონა ჯანმრთელობისთვის საშიშად გამოაცხადა და ფეხმძიმე ქალებისა და ორ წლამდე ბავშვების ევაკუაცია მოხდა. საშიში ზონიდან 1000-მდე ოჯახი გაიყვანეს და 300-მდე სახლი დაანგრიეს. ქიმიკატების შეკავების და მიწისქვეშა წყლის დაბინძურების თავიდან ასაცილებლად დაწყებული სამუშაოების ხარჯმა 180 მილიონი აშშ დოლარი შეადგინა. ამ ყველაფრის თავიდან აცილება კი თავის დროზე შესაძლებელი იქნებოდა „ჰუკერის ქიმიური კომპანიის“ მიერ ორი მილიონი აშშ დოლარის ინვესტიციით. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გამოავლინა, რომ ადგილობრივ მცხოვრებლებში სტატისტიკურად მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა სპონტანური აბორტების, განვითარების თანდაყოლილი დე-

ფექტის და ქრომოსომების ანომალიების, თუმცა კვლევის მეთოდები და დასკვნები საკამათოა. ამ ინციდენტის შემდეგ აშშ-ის მასშტაბით 16.000-მდე საშიშ ზონას განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმეს. 1980 წელს კონგრესმა „სუპერფონდის პროგრამა“ დაამტკიცა, რომელიც ქიმიური და ნავთობის კომპანიებისგან ფედერალური გადასახადებით იყო დაფინანსებული და მთელი ქვეყნის მასშტაბით საშიში ზონების მოძიებას, გასუფთავებას და გაწმენდას ხმარდებოდა.

მინიმატას დაავადება – მინიმატას დაავადება ქრონიკული ნევროლოგიური აშლილობაა, რომელიც მეთილვერცხლისწყლითაა გამოწვეული. დაავადება პირველად 1968 წელს, იაპონიაში, მინიმატას ყურეში აღმოაჩინეს. ადგილობრივი ქარხნიდან ყურეში ვერცხლისწყლის ჟანგი იღვრებოდა, რომელიც ტალახსა და ყურის ფსკერის ლორწოში არსებული ორგანიზმებით ორგანულ ნივთიერებად გარდაიქმნებოდა და შემდგომ თევზებს წამლავდა. 1990 წელს 2.248 შემთხევა დაფიქსირდა, რომელთაგან 1.004 ფატალური აღმოჩნდა. გასუფთავების, ზარალის ანაზღაურების და სხვა ხარჯების რაოდენობამ რამდენიმე ასეული მილიონი დოლარი შეადგინა. ამ შემთხევამ, როგორც ჯანმრთელობისთვის საშიშ ფენომენზე, ტოქსიკურ ნარჩენებზე, საერთაშორისო საზოგადოების ყურადღების გამახვილება გამოიწვია. ვერცხლისწყლით თევზების მოწამვლა ხდება ინდუსტრიული ნარჩენების მდინარეებსა, ტბებსა თუ ზღვებში ჩაშვების შედეგად. მოწამლული თევზი კი საკვებ პროდუქტად გამოიყენება. 1999 წელს ბრაზილიის გარკვეულ რეგიონებში ადამიანთა მოწამვლის შემთხვევები დაფიქსირდა, რომლებიც სავარაუდოდ იმ თევზის მოხმარებით იყო გამოწვეული, რომელიც მეთილვერცხლისწყლით (გამოიყენებოდა ოქროს დამუშავებისას) დაბინძურებულ მდინარეში დაიჭირეს.

ტოქსიკური დაბინძურების მართვა. დაბინძურების თავიდან აცილება სამუშაო ადგილებზე პროფესიული ჯანმრთელობის მენეჯმენტის პროცესის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს. სამრეწველო სექტორი იძულებული გახდა ცვლილებები განეხორციელებინა, მას შემდეგ რაც გამკაცრდა ფედერალური და ადგილობრივი კანონები, ხოლო საზოგადოების მკაცრმა მოთხოვნებმა ჯარიმების გაზრდა გამოიწვია. 1986 წელს, ტექნოლოგიების შეფასების ფედერალურმა ოფისმა სახიფათო ნარჩენების შემცირების შესახებ დადგენილება გამოაქვეყნა. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის 1992 წლის გამოცემაში გამოქვეყნდა მოწოდება მუშაკების მიმართ, რათა მათ უფრო დიდი როლი ეთამაშათ დაბინძურების თავიდან აცილებაში. ქიმიური მრეწველობა გამოვიდა გარემოს დაცვის მუდმივი მართვის ინიციატივით (TQEM), რომელიც ინდუსტრიული პროცესის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი უნდა გამხდარიყო. ისეთმა კომპანიებმა როგორებიც არის 3M, Monsanto და Rhone-poulenc, აგრეთვე ასოციაციებმა (ქიმიური პროდუქტების მწარმოებელთა ასოციაცია) გაატარეს გარემოს დაცვის პოლიტიკა, რასაც ხელი შეუწყო საზოგადოებრივმა აქტივობამ. ტოქსიკური ნარჩენების მოშორების ალტერნატიური გზების კვლევა შესაძლოა დიდ ხარჯებთან იყოს დაკავშირებული, თუმცა ამით კომპანიამ შეიძლება თავიდან აიცილოს სარჩელები, ჯარიმები და რეპუტაციის ზიანი. ამ პრობლემას აქტიურად განიხილავენ სამთავრობო და კერძო სექტორები, მეცნიერები და მუშები, ინჟინერები, კანონმდებლები და მცხოვრებლები, აგრეთვე გარემოს დაცვის ორგანიზაციები. გარემოს დაცვის სააგენტო (EPA) ამჟამად აქტიურად ახდენს ტოქსიკური ნარჩენების მინიმიზაციის კამპანიის ხელშეწყობას, რაც შეიცავს სახიფათო ნარჩენების პროდუქტების გადამუშავებასა და შემცირებას.

ᲮᲐᲓᲘᲐᲡᲘᲐ

1895 წელს ვილჰელ რენტგენის მიერ რენტგენის სხივების აღმოჩენამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა მედიცინის განვითარებაში, აგრეთვე ფიზიკისა და ქიმიის შესაბამისი ახალი დარგების შექმნაში. მაიონიზირებელი გამოსხივება მოიცავს ალფა და ბეტა ნაწილაკების, ამასთანავე ელექტრომაგნიტური რენტგენისა და გამა სხივების გამოსხივებას. ალფა ნაწილაკების შეჩერება უბრალო ქაღალდითაც კი არის შესაძლებელი, მაგრამ ბეტა და გამა რადიაციებს შეუძლიათ სხეულში შეაღწიონ. დასხივებას შეუძლია ატომების ან ატომთა ნაწილების განცალკევება გამოიწვიოს, აგრეთვე ქიმიური კავშირების დაშლა, რომელმაც შეი-

ძლება უარყოფითად იმოქმედოს ცოცხალ ორგანიზმებზე, განსაკუთრებით ებრიონულ უჯრედებზე და გამოიწვიოს მუტაცია ან კანცეროგენეზი.

მაიონიზირებელი გამოსხივება

მაიონიზირებელი დასხივება მოიცავს მაღალი ენერგიის მქონე ელექტრომაგნიტურ რადიაციას, როგორებიცაა რენტგენისა და გამა სხივები. ისინი ულტრაიისფერსა და ხილვად რადიაციაზე მოკლეტალღოვანი და უფრო მაღალი ენერგიის მქონენი არიან. მაიონიზირებელი რადიაცია აგრეთვე შეიცავს ისეთ ნაწილაკებს, როგორებიცაა: ელექტრონები, ნეიტრონები, პროტონები და ალფა ნაწილაკები. რადიაციის აღნიშნული ფორმებით ხანგრძლივ ექსპოზიციას აქვს გარკვეული ადრეული და გვიანი ეფექტები, რაც ქსოვილზე და დასხივების დონეზეა დამოკიდებული. რადიაციის მაღალი დოზის ადრეული შედეგი შეიძლება იყოს ფატალური კუჭ-ნაწლავური, სისხლმბადი და ცენტრალური ნერვული სისტემების დაზიანების შედეგად. გვიანი ეფექტები არის ისეთი ავთვისებიანი დაავადება, როგორიცაა ლეიკემია და თანდაყოლილი დეფექტები. ფართო საზოგადოების დასხივების ძირითადი წყაროებია: რადონი (55%), გარე სამყარო (8%), დედამიწა (8%), ჩასუნთქული ან ჩაყლაპული ნივთიერებები (11%), სამედიცინო (15%), ბირთვული (ატომური) წყაროები (1%) და სამომხმარებლო პროდუქტები (3%). ბუნებრივი, სამშენებლო მასალების და გეოგრაფიული წყაროების ვარიაცია საკმაოდ მაღალი შეიძლება იყოს. მოკლევადიანი და მაღალი დოზით დასხივება უფრო საშიშია, ვიდრე გრძელვადიანი და დაბალი დოზით მომხდარი დასხივება. ჰიროსიმასა და ნაგასაკიში, ატომური აფეთქების შედეგად, რადიაციით დასხივებული ადამიანების დაზიანებები დოზისა და გამოვლინების დროის მიხედვით განსხვავდებოდა. გრძელვადიანი გამოვლინების დაავადებები საბედნიეროდ მოსალოდნელზე უვნებელი აღმოჩნდა. მაიონიზირებელი დასხივება ადამიანებზე შესაძლოა იყოს მუტაგენური, კანცეროგენული ან ტერატოგენული ეფექტების მქონე. მან შეიძლება კატარაქტა, დაქვეითებული ნაყოფიერება, ადრეული დაბერება და კანის დაზიანება გამოიწვიოს. რადიაციით გამოწვეული კიბო შესაძლოა 2-5 წელიწადში ან ლატენტური პერიოდის შემდეგ დასხივებიდან 25 წლის განმავლობაში გამოვლინდეს. რისკი უფრო მაღალია იმ შემთხვევებში, როდესაც დასხივება ჯერ-კიდევ *in utero* მოხდა. რენტგენის დასხივებით განპირობებული დაავადება ჭარბი ექსპოზიციის გამო, დაზიანებული აპარატურისგან ან ადამიანური შეცდომისგან სამედიცინო მომსახურების რისკებს წარმოადგენს. რამდენადაც არ არსებობს მაიონიზირებელი გამოსხივების სრულიად უსაფრთხო დოზა, რაც ატმოსფერულ ფონურ დონეს აჭარბებს, ყოველი დამატებითი დასხივება თავიდან უნდა ავიცილოთ. საჭიროა რენტგენის ფრთხილად გამოყენება და ბირთვული რადიაციის, სამხედრო თუ საშინაო გამოყენების შეზღუდვა.

არამაიონიზირებელი გამოსხივება

არსებობს ორი სახის არამაიონიზირებელი დასხივება: ოპტიკური და ზოგიერთი ელექტრომაგნიტური ველები. ოპტიკური რადიაცია მოიცავს ულტრაიისფერსა და ინფრაწითელს. ელექტრომაგნიტური ველები, როგორებიცაა მიკროტალღოვანი ღუმელების ან რადიოს სიხშირეების, გვხდება სხვადასხვა სიხშირეებისა და ტალღების სიგრძის მიხედვით. ძირითადად გამოყოფენ, არამაიონიზირებელი რადიაციის სამ უარყოფით ეფექტს: ფოტოქიმიურს (მზის დამწვრობა ან თოვლის ოფთალმია), თერმულს და ელექტრონულს. ულტრაიისფერი დასხივების უარყოფითი ეფექტებია ბაზალური უჯრედის კარცინომის გაზრდილი შემთხვევები და კანის მელანომა (ავთვისებიანი კიბო). ძირითადი გამომწვევი მიზეზი კი მზეში დიდი ხნით ყოფნაა, რაც კიბოს გარდა იწვევს კანისა და თვალების დამწვრობებს, კატარაქტას, დაქვეითებულ იმუნიტეტს და სისხლძარღვების დაზიანებას. დიდი დოზის ინფრაწითელი დასხივება კი კატარაქტის გაზრდილ რისკთან, დაქვეითებულ ნაყოფიერებასთან და ქსოვილის დაზიანებასთან ასოცირდება. ხანგრძლივი ექსპოზიცია მაღალი ძაბვისა და რადიოს გადამცემებთან შესაძლოა კიბოს რისკის ზრდასთან იყოს დაკავშირებული, თუმცა ეს მოსაზრება ჯერ დამტკიცებული არ არის. მიკროტალღოვანი დასხივება გარკვეული დოზით ფაქიზ ქსოვილებს აზიანებს, მაგრამ საშიში დოზის ზღვარი ჯერ დადგენილი არ არის. ბევრი აგრეთვე გამოხატავს შიშს მობილური ტელეფონების ხშირ ხმარებასთან დაკავშირებით. ლაზერი არის პულსირებული ელექტრომაგნიტური ტალღა, რომელიც მრეწველობაში უფრო და უფრო ხშირად გამოიყენება. ის არ არის განკუთვნილი სამედიცინო გამოყენებისთვის,

არასწორმა მოხმარებამ შეიძლება გამოუსწორებელი, თვალის ბადურასთან დაკავშირებული დაზიანება და მწვავე დამწვრობა გამოიწვიოს. მცირე დოზით დასხივება გამოიყენება წარმოებისას, დამუშავებისას და საკვები პროდუქტების დამუშავებისას, სურსათის უვნებლობის უზრუნველსაყოფად, რასაც პროფესიონალური ორგანიზაციები მხარს უჭერენ. აღნიშნული ხელს უწყობს კარგი სანიტარიული პრაქტიკის დამკვიდრებას საკვებისმიერი დაავადებებით ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად. ამ მოსაზრებას ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და სხვა ქვეყნებში 40-წლიანი კვლევები ასაბუთებს. მცირედი დოზის გამოსხივების გამოყენება, როგორც საკვებისმიერ დაავადებებთან ბრძოლის იარაღი, აშშ-ში და საერთაშორისო დონეზე სწრაფად იმკვიდრებს თავს, თუმცა საზოგადოების აზრი კვლავ სკეპტიკურია.

ბავშვი ბიზნესზე

1970 წელს მიღებულმა აშშ-ის გარემოს დაცვის ნაციონალური პოლიტიკის აქტმა (NEPA) გარემოს დაცვა და მისი აღდგენა ნაციონალური პოლიტიკის საკითხი გახადა. NEPA-მ ყველა ფედერალური სამსახური დაავალდებულა გადაწყვეტილებების მიღებისას და პროგრამების განხორციელებისას გარემოს დაცვის საკითხები გაეთვალისწინებინა. ანგარიში გარემოზე გავლენის შესახებ სავალდებულოა დიდი სამშენებლო და საჯარო სამუშაოების პროგრამებისთვის. მან პროექტის პოზიტიური ზეგავლენა, შესაძლო ნეგატიური ეფექტები და გამოუსწორებადი შედეგები უნდა აღწეროს. ზემოხსენებულმა საკანონმდებლო აქტმა ბევრ ნაციონალურ პროექტში ცვლილება გამოიწვია და განამტკიცა სახელმწიფოს მარეგულირებელი დამოკიდებულება ადამიანების ჯანმრთელობისა თუ გარემოსთვის მავნე ნივთიერებებითა და პროცესებით დაბინძურების მეთვალყურეობის, კონტროლისა და აღკვეთისადმი.

საშიშ სუბსტანციებთან დაკავშირებული საგანგებო სიტუაციები

მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ მკვეთრად გაიზარდა შექმნილი და გამოყენებული ქიმიკატების რაოდენობა. დღესდღეობით 60 000-ზე მეტი ქიმიკატი არსებობს, ყოველ წელს კი 600 ახალი იქმნება. უცნობია მათგან პოტენციურად საშიში რამდენია. ხშირად ისიც უცნობია სახიფათო ნივთიერების გავრცელებამ ადამიანების ჯანმრთელობისთვის რა შედეგი შეიძლება მოიტანოს. საშიში ნივთიერების გავრცელება განიმარტება, როგორც ქიმიკატების ან მათი პოტენციურად სახიფათო მეორადი პროდუქტების უკონტროლო ან არალეგალური გავრცელება ან გავრცელების საშიშროება.

შეტყობინებადი შემთხვევა განიმარტება, როგორც შემთხვევა, როცა საჭიროა სუბსტანციის ამოღება ან დაბინძურების გაწმენდა. როგორც სამოქალაქო, ისე სისხლის სამართალი წარმოების ხელმძღვანელობას ზარალისთვის პასუხისმგებლობას აკისრებს, რომელიც გაუფრთხილებლობითაა გამოწვეული. როცა თემი საფრთხის წინაშე დგება უყურადღებობის, ინციდენტის ან ბუნებრივი კატასტროფის გამო, სავალდებულოა საგანგებო მდგომარეობის გამოცხადება, რომლის დროსაც მოქმედება წინასწარ ჩამოყალიბებულ გეგმას უნდა დაეფუძნოს.

1988 წლიდან 1992 წლამდე ამერიკის შეერთებულ შტატებში ტოქსიკურ ქიმიკატებთან დაკავშირებული 34.755 ინციდენტი აღირიცხა. მათგან 2.186-ში სიკვდილიანობა, ტრავმები ან ევაკუაციები ფიგურირებდა. ამ ინციდენტების შედეგად გარემოში 680 მილიონი ფუნტი ტოქსიკური ქიმიკატი დაიღვარა. ინციდენტების ორ მესამედზე მეტი პოლიქლორირებულ ბიფენილებთან (PCBs) იყო დაკავშირებული, ხოლო ამ ქიმიკატების ნუსხაში ყველაზე ხშირად ამიაკი, გოგირდმჟავა, ქლორი, ეთილენ გლიკოლი, გოგირდის დიოქსიდი, რადიოაქტიური მასალები და გოგირდოვანი მჟავა ფიგურირებდა. ქიმიკატების გამანდგურებელი პოტენციალი ინდუსტრიის მხრიდან ფედერალურ და შტატების დონეზე ფუნდამენტურ პრევენციულ მიდგომას საჭიროებს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მთავარი ფედერალური სამსახურები გარემოს დაცვის სააგენტო (EPA) და პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ადმინისტრაცია (OSHA) ამ საქმიანობაში ჩართულნი არიან.

საერთაშორისო მასშტაბით, მთელ რიგ კატასტროფებს ადგილი ჰქონდა უკანასკნელი

ათწლეულების მანძილზე. 1976 წელს იტალიაში, სევესოში, ქიმიურ ქარხანაში მომხდარმა აფეთქებებმა 17.000 ადამიანის ევაკუირება და ორსულობის შეწყვეტის მრავალი შემთხვევა გამოიწვია.

1984 წელს, ინდოეთში, ბოპალში, ქიმიური ქარხნიდან მაღალტოქსიკური მეთილის იზოციანიდის უეცარმა გავრცელებამ ათასობით ადამიანის სიკვდილი, დაბრმავება ან დაზიანება გამოიწვია, გარდა ამისა, საჭირო გახდა ქარხნის მიმდებარედ მცხოვრები 300. 000-მდე ადამიანის ევაკუაცია. ბოპალის ტრაგედიამ მთავრობა და საზოგადოება დაარწმუნა, რომ ტოქსიკური კატასტროფების შესაძლებლობა არსებობს ყველგან, ყოველთვის და არა მხოლოდ განვითარებულ ქვეყნებში. პოტენციურად საშიში სამუშაოებისა და ინდუსტრიების ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში გადატანა მზარდი მნიშვნელობის მქონე საკითხია.

ბირთვული და ქიმიური კატასტროფები, საგანგებო სიტუაციების დაგეგმვის მთავარი ელემენტი გახდა კორპორაციებისთვის, ინვესტორებისთვის, პროფესიული და გარემოს ჯანმრთელობის სააგენტოებისთვის, ისევე, როგორც იმ თემებისთვის, რომლებიც ქიმიკატების წარმოების, შენახვის ან ტრანსპორტირების ადგილის მახლობლად სახლობენ. ქიმიურ, რადიაციულ ან ბიოლოგიურ კატასტროფებზე რეაგირება სპეციალიზებულ სტრატეგიას გულისხმობს, რომელიც პრევენციაზე, მონიტორინგზე და კრიზისის მენეჯმენტის ზოგად პრინციპებზეა დაფუძნებული. ეს მოიცავს საგანგებო სიტუაციებში მოქმედების წინასწარ დაგეგმვას, სისწრაფეს, სამოქალაქო და სამხედრო რესურსების კოორდინირებას, გამოცდილ პროფესიონალთა გუნდებს, ინფორმაციის გავრცელებას და საზოგადოების ინტერესის დაკმაყოფილებას, ლოჯისტიკურ, სამედიცინო და ლაბორატორიულ მხარდაჭერას, შემთხვევის ადგილზე სიტუაციის ხელმძღვანელობას და ევაკუაციის ჩატარებას, შემთხვევების გამოძიებას, საქმიანობაში ჩართულ სამსახურებს შორის თანამშრომლობას.

Exxon Valdez, დიდი ნავთობის ტანკერი, ალასკაში, 1989 წელს, სანაპიროს შეეჯახა და პრინც უილიამის არხში დიდი მოცულობის გადაუმუშავებელი ნავთობი ჩაიღვარა. გამწმენდმა სამუშაოებმა უზარმაზარი ხარჯები მოითხოვა, თავად ინცინდენტმა კი გარემოს დაცვის მოძრაობის ყურადღება მიიპყრო. მან ქიმიური ნივთიერებებითა და საწვავით დატვირთული საზღვაო ტრანსპორტის მონიტორინგის საჭიროება ცხადყო. მომდევნო წლებში გაწმენდის ახალი საშუალებები შემუშავდა და დაინერგა. მოვლენამ სამართლებრივი პრეცედენტიც წარმოქმნა, ვინაიდან საზოგადოებრივი და სამართლებრივი აღიარება მოჰყვა იმ ფაქტს, რომ ასეთი შემთხვევებისას პირადი პასუხისმგებლობა გემის კაპიტანს ეკისრება, ფინანსური კი – გემის მფლობელ კომპანიას, რომელმაც გამწმენდი სამუშაოებისა და გარემოსთვის მიყენებული ზარალის შესამცირებლად საჭირო სხვა ზომებისთვის ხარჯები უნდა გაიღოს. ამის პასუხად, საინვესტიციო ფონდების მრჩეველებისა და სოციალური ადვოკატების „კოალიციამ გარემოსადმი პასუხისმგებელი ეკონომიკისთვის“ (Coalition for Environmentaly Responsible Economics) ჩამოაყალიბა პრინციპები „CERES principles„, რომლითაც მოითხოვა კორპორაციების მიერ გარემოსდაცვითი მონიტორინგის წარმოება ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორებიცაა ენერგიის გამოყენება, ინფორმაციის გასაჯაროება, ზარალის ანაზღაურება, ბუნებრივი რესურსების მდგრადი გამოყენება, გარემოსდაცვითი ორგანიზაციების წარმომადგენლის ყოფნა კორპორაციების მმართველობასა და საბჭოებში.

ანთროპოგენული კატასტროფები, ომი, ტერორიზმი

ისეთ ანთროპოგენულ კატასტროფებში, როგორიცაა ომები ადამიანის მიერ გამოიყენება განადგურების ქიმიური, ბიოლოგიური, ბირთვული მეთოდები ომის წარმოების ტრადიციულ საშუალებებთან, მათ შორის, ეკონომიკურ ბლოკადასთან ერთად. ტერორისტული აქტების დროს უკვე გამოიყენეს ქიმიური შეიარაღება და ადრე თუ გვიან, შეიძლება ბიოლოგიური ან თვით ბირთვული იარაღი გამოიყენონ. ყველა მათგანს შეუძლია დიდძალი ზარალი მიაყენოს ადამიანების ჯანმრთელობას. ამიტომაც მეოცე საუკუნის დასასრულს მათი გაკონტროლება საზოგადოების ჯანმრთელობის პასუხიმგებლობათა ნაწილს შეადგენს. კატასტროფას, ბუნებრივსა თუ ადამიანის მიერ წარმოქმნილს, შეუძლია გვასწავლოს როგორ გავაუმჯობესოთ უსაფრთხოების ზომები, შემდგომი კატასტროფებისთვის უფრო მომზადებულნი გაგვხადოს (იხ. თავი 7).

პირველი ომის შემდგომ მომწამვლელი აირი გამოიყენებოდა როგორც არმიების, ისე მშვი-

დობიან მოსახლეობის წინააღმდეგ. ამას ადგილი ჰქონდა თითქმის მეოცე საუკუნის ბოლომდე. ებრაელთა ჰოლოკოსტის დროს ნაცისტებმა მეორე მსოფლიო ომში საზარელი ეფექტურობით გამოიყენეს მომწამვლელი გაზი. ეგვიპტემ მომწავლელი გაზი გამოიყენა 60-იან წლებში იემენთან ომისას, ერაყმა კი – 80-იან წლებებში ქურთული სოფლების წინააღმდეგ ათასობით მამაკაცის, ქალისა და ბავშვის გასანადგურებლად. ვიეტნამის ომში ფართოდ გამოყენებულმა დეფოლიანტებმა (Agent Orange) გრძელვადიანი ეფექტი იქონიეს ვიეტნამელი სამხედროებისა და სამოქალაქო პირების ჯანმრთელობაზე.

1991 წელს, სპარსეთის ყურის ომის მიმდინარეობისას, მომწავლელი აირების შემცველი რაკეტებით მოსახლეობის დაბომბვა ცოტა

ჩანაჩთი 9.7 უჯანასჯნელი ჰეიიოდის ბიჩთველი ინსიდენტები: ჯუნძული თჩი მილი და ჩეჩნობილი, 1979 და 1986 წწ.

კუნძული თრი მილი: 1979 წელს, პენსილვანიაში, კუნძულ თრი მილზე განთავსებულ ატომურ ელექტროსადგურში აფეთქება მოხდა, რომელმაც ქარხანა გაანადგურა, მაგრამ ბირთვული მასალები არ გამოუთავისუფლებია. მას მოჰყვა უსაფრთოების პროცედურების გადახედვა და საზოგადოების ყურადღების გამახვილება ბირთული ენერგიის გამომამუშავებელი დაწესებულებების უსაფრთხოებისადმი.

ჩერნობილი: 1986 წელს, უკრაინაში, ჩერნობილის ატომურ ელექტროსადგურზე მომხდარმა რადიოაქტიური ნივთიერებების გაჟონვამ რეაქტორის მასიური აფეთქება გამოიწვია. პერსონალის შეცდომების სერიას რეაქტორზე კონტროლის დაკარგვა, სიმძლავრის 120-ჯერ ზრდა, ბირთვული საწვავის შემცველი კონტეინერის მთლიანობის დარღვევა და გამაცივებელი სისტემის მწყობრიდან გამოსვლა მოჰყვა. შემდგომ ორთქლის აფეთქებამ რეაქტორს 100-ტონიანი ხუფი მოხადა და უკონტროლო ხანძრები გააჩინა. მომსახურეთა თავგანწირული მცდელობების მიუხედავად, ხანძრების გაკონტროლება ვერ მოხერხდა. ქვიშის, ხრეშის და ტყვიის გადმოყრამ შესაძლებელი გახადა ხანძრების გაკონტროლება, მაგრამ რეაქტორის ტემპერატურისა და გამოსხივების შემცირება მრავალი დღის განმავლობაში ვერ მოხერხდა. მყისიერად 33 ადამიანი გარდაიცვალა, უმეტესად მეხანძრეები, 237-მა კი მწვავე რადიაციული მოწამვლა მიიღო. 19 კვადრატული მილის ფართობიდან 135 ათასი ადამიანის ევაკუაცია მოხდა.

გამოთავისუფლებული რადიოაქტიული ნაწილაკების 1900 ფუტიანი სვეტი, რომელიც იოდ-131-ს, ცეზიუმ-137-ს და ქსენონის იზოტოპებს შეიცავდა, ევროპის უმეტეს ნაწილზე გაიფანტა. რადიოაქტიულმა ღრუბელმა 20 ქვეყანას მიაღწია და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საერთაშორისო მასშტაბის საფრთხე შეიქმნა. ინციდენტიდან 20 წლის შემდეგ დაზიანებულ ქვეყანათაგან სამში, უკრაინაში, ბელორუსსა და რუსეთში ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის ძლიერ გაზრდილი მაჩვენებლები აღირიცხა. გრძელვადიანი ეფექტები, გამოხატული კიბოსა და თანდაყოლილი დეფექტების მაჩვენებლების ზრდაში, რთული დასადგენია, თუმცა ამჟამინდელი გამოთვლებით 100 000 ადამიანზე, ვინც 10-20 რადით დასხივდა, სიმსივნის 500 (1-2%) დამატებითი შემთხვევა მოდის. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს, სხვა სიმსივნეების, თანდაყოლილი დეფექტების მაჩვენებლებისა და ჯანმრთელობაზე ინციდენტის მთლიანი გავლენის დადგენა შესაძლებელი იქნება მხოლოდ მრავალი წლის მანძილზე დაზარალებული მოსახლეობის ფრთხილი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევით. კატასტროფისგან მიყენებულმა ეკონომიკურმა ზარალმა 19 მილიარდი დოლარი შეადგინა. ერთი ამდენიც ელექტროსადურის შეცვლა დაჯდა. ინციდენტის 10 წლისთავამდე ცოტა ხნით ადრე, ადამიანური შეცდომის გამო, კინაღამ კიდევ ერთი ბირთვული გაჟონვა მოხდა. უკრაინის მთავრობამ 1999 წელს ხელახლა გახსნა მეორე რეაქტორი.

წყარო: International Conference One Decade after Chernobyl. Sponsored by WHO, International Atomic Energy Agency, and other international agencies. Austria, 1996. Available at website http://www.iaea.or.at/worlatom/this week/preview/chernobyl/conclsn9.html

ხნით ადრე თავიდან აირიდეს. რამდენიმე წლის შემდეგ, ამერიკის შეერთებული შტატების მომსახურე პერსონალის ათასობით წარმომადგენელს სხვადასხვა ნევროლოგიური სიმპტომები და საერთო სისუსტე აღენიშნა. 1996 წელს თავდაცვის დეპარტამენტმა აღიარა, რომ ეს შემთხვევები შესაძლოა ყოფილიყო გრძელვადიანი შედეგი ერაყში ქიმიური შეიარაღების განაგურებისას ტოქსიკურ აგენტებთან ჯარისკაცების შეხების ან ანტიდოტების გამო, რომლებიც ჯარისკაცებმა ქიმიური ომის საფრთხის გამო მიიღეს (სომანი). 1995 წელს იაპონურმა ექსტრემისტმა ტოკიოს მეტროს მგზავრებზე თავდასხმა განახორციელა, რომლისთვისაც უკიდურესად საშიში ქიმიური აგენტი სარინი გამოიყენა. თავდასხმის შედეგად დაიღუპა 12 და დაზიანდა 3.000 ადამიანი, ასობით ადამიანი საავადმყოფოებში მოათავსეს.

90-იან წლებში მსოფლიოს ბევრ ადგილას ტერორისტული აფეთქებები მოხდა. 1995 წელს აშშ-ში ოკლაჰომა სიტის ფედერალურ შენობაში ადგილობრივი ტერორისტების მიერ ჩადებული ბომბის აფეთქებამ 160 ადამიანი იმსხვერპლა. ტერორისტულმა აფეთქებებმა უამრავი ადამიანის სიკვდილი და დაზიანება გამოიწვია: საუდის არაბეთში ამერიკის შეერთებული შტატების სამხედროების საცხოვრებელ კომპლექსზე განხორციელებულმა თავდასხმამ, ასევე 1996 წელს ისრაელის ავტობუსებზე, 1998 წელს აფრიკაში აშშ-ის საელოჩებზე და 1999 წელს მოსკოვის საცხოვრებელი კორპუსებზე თავდასხმამ. თითოეულმა ამ ინციდენტმა ქვეყნის მოსახლეობის შეშფოთება გამოიწვია, იმ შესაძლო მასობრივი ზარალის გამო, რისი გამოწვევაც ტერორისტულ აქტებს შეუძლიათ. შიში გაიზარდა, როცა ადამიანებმა გააცნობიერეს, რომ მრავალი სახეობის ბომბი შეიძლება ადვილად ხელმისაწვდომი ქიმიკატების ან ასაფეთქებელი ნივთიერებების გამოყენებით დამზადდეს. სპარსეთის ომის შემდგომ ნავთობსადენებისა და ჭაბურღილების განადგურებამ გარემოს დიდი ზიანი მიაყენა.

ომის შემდგომ ან მისთვის მზადებისას დატოვებული ნაღმები განსაკუთრებით ფერმერებსა და ბავშვებში ხშირად იწვევს სიკვდილს ან კიდურების დაკარგვას. ნაღმები მილიონობით გვხვდება წარსული თუ მიმდინარე კონფლიქტების ადგილას, მათგან ტერიტორიის გაწმენდა კი სახიფათო და ძვირია. 1997 წელს ნაღმის აფეთქებისგან 800 ადამიანი დაიღუპა და 1.200 დაზარალდა. დაზარებულთა მესამედს სხეულის რომელიმე ნაწილის ამპუტაცია დასჭირდა. დანაღმული ტერიტორიები მიწისა და წყლის გამოყენებას ზღუდავს და ფერმერებს ძლიერ ეკონომიკურ ზარალს აყენებს. საერთაშორისო მოძრაობამ ნაღმების გამოყენების აკრძალვისთვის ინტერნაციონალური აღიარება მოიპოვა მას შემდეგ, რაც მისი მხარდაჭერა პრინცესა დიანამ გამოხატა, მოძრაობის დამფუძნებელი ჯუდი უილიამსი კი 1997 წელს ნობელის მშვიდობის პრემიის ლაურეატი გახდა. მოძრაობა ცდილობს ნაღმების საკითხს ყურადღება მიაპყროს, პოლიტიკური ქმედება გააძლიეროს, რომელიც მიმართული იქნება ნაღმების გამოყენების პრევენციისკენ და მხარი დაუჭიროს ნაღმებისგან ტერიტორიების გასუფთავების მცდელობებს. ამერიკის შეერთებული შტატები ერთ-ერთია იმ რამდენიმე ქვეყნიდან, ვინც უარი თქვა ხელი მოეწერა შესაბამისი საერთაშორისო შეთანხმებისთვის.

გამიზნული უყურადღებობით ან შემთხვევით გამოწვეული კატასტროფები, ადამიანის მიერ წარმოქმნილი თუ ბუნებრივი, არის რეალური და მყოფადი საფრთხე, რომელიც მოითხოვს ჯანდაცვის ოფიციოზისგან ითანამშრომლონ სამოქალაქო თავდაცვისა და სამხედრო წარმომადგენლებთან კატასტროფების დროს მოქმედების გეგმების შესამუშავებლად და ივარჯიშოს ასეთი მოვლენებისთვის მოსამზადებლად. დაგეგმვას შეუძლია ძლიერ შეამციროს ტოქსიკურ ქიმიკატებთან დაკავშირებული კატასტროფების რაოდენობა და სიმძიმე.

გარემოს საგანგებო სიტუაციების პრევენცია და მენეჯმენტი

საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშოს ადამიანის მიერ წარმოქმნილი და ბუნებრივი კატასტროფების პრევენციის, მენეჯმენტისა და შემცირების საქმეში. 1986 წელს ბოპალის ინციდენტის პასუხად ამერიკის შეერთებულმა შტატების კონგრესმა გამოსცა აქტი „საგანგებო სიტუაციების დაგეგმვა და საზოგადოების უფლება – იცოდეს“ (EPCRA – Emergency Planning and Community-Right-to-Know Act). ამ საკანონმდებლო აქტის საფუძველზე შტატებისა და ადგილობრივ დონეზე ჩამოყალიბდა სააგენტოები ქიმიური ნივთიერებებით გამოწვეული საგანგებო მდგომარეობების დროს მოქმედებისთვის და საშიშ ქიმიურ ნივთიერებებთან მომუშავე ორგანიზაციები დაავალდებულა ინფორმაცია სა-

ჯარო გაეხადათ. [1]

აქტმა ასევე მოითხოვა ზომების მიღება ქიმიური ინციდენტებისთვის მოსამზადებლად. ზომები გულისხმობს ჰოლისტიკურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს ტექნოლოგიას, პროცედურებს და მენეჯმენტის პრაქტიკას. უმთავრესი პასუხისმგებლობა აქვს ხელმძღვანელობას, რომელიც დიდი ყურადღებით უნდა მოეკიდოს და ჩაერთოს ინციდენტების პრევენციასა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფაში. თანამედროვე საზოგადოებებში ძალიან ფართოა რისკის ქვეშ მყოფი ინდუსტრიების სპექტრი: ქიმწმენდიდან და ავეჯის წარმოებიდან დაწყებული ქიმიურ ინდუსტრიამდე დამტავრებული. „უფლება – იცოდეს“ ერთნაირად ეხება მთავრობას, პროფესიულ საზოგადოებებს, სავაჭრო ასოციაციებს, პროფკავშირებს, მკვლევარებს, მედიას, გარემოს დამცველი ორგანიზაციების წარმომადგენლებსა და ფართო საზოგადოებას. ამდენად, „უფლება – იცოდე“ გახდა „საჭიროება – იცოდე„.

ქიმიკატების ან რადიაციის ჰაერში გავრცელება გარემოს დაცვის საგანგებო მდგომარეობას წარმოადგენს. ინჰალაცია და რადიაციული ნალექების ეფექტები ამინდზე და მომწამვლელი კვამლის ღრუბლის გაფანტვაზეა დამოკიდებული. დაზიანებული მოსახლეობისა

1 ინფორმაციისა და ტექნიკური დახმარების ბიულეტენებისთვის დაუკავშირდით: Emergency Planning and Community-Right-to-Know Information Service, U.S. Environmental Protection Agency, OS 120, 401 M Street SW, Washington, DC. იხ. საიტი http://www.epa.gov/swercepp/crtk.html

ჩანართი 9.8 საშიშ სუბსტანსიებთან, ქიმიკატებთან ან ხადიასიასთან დაკავშირებულ საგანგებო სიტუასიებში მოქცევის ჰოსედურები:

1. შეზღუდო და შეამცირო ტოქსინის გავრცელება;
2. ინფორმაცია მიაწოდო თემს;
3. შეატყობინო მუნიციპალურ, შტატის და ფედერალურ საგანგებო სიტუაციების ორგანიზაციებს;
4. მინიმუმამდე დაიყვანო ადამიანების დაზარალება ევაკუაციით ან იმის უზრუნველყოფით, რომ საფრთხის ქვეშ მყოფი მოსახლეობა სახლში დარჩეს, დაზიანებული ტერიტორია კი დაიხუროს და მასზე კარანტინი გამოცხადდეს;
5. აღმოაჩინო, მოაშორო ქიმიური ნარჩენები და უზრუნველყო დაზარალებულთა ტრიაჟი;
6. გაზომო დაზიანების დონე და რეაქცია მასზე;
7. დაადგინო დაზიანების გამომწვევი აგენტები და მათი ანტიდოტები;
8. წამოიწყო ანტიქიმური გაწმენდითი პროცედურები (ტანსაცმლის მოცილება, შხაპი, ანტიდოტი) დაზიანებულთათვის;
9. ადგილზე, დაზარალებულთა ტრიაჟისა და ევაკუაციის კოორდინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად;
10. უზრუნველყო დაზიანებულთა სამედიცინო დახმარება ან მათი საავადმყოფოში განთავსება;
11. მიაწოდო საზოგადოებას ადეკვატური ინფორმაცია;
12. ხელი შეუწყო დაზარალებულთა მკურნალობას და დახმარებას ევაკუაციის ადგილზე;
13. ჩაატარო როგორც პროფესიონალური, ისე კრიმინალური გამოძიება;
14. გაიღო კომპენსაცია დაზიანებულთა და უსახლკაროდ დარჩენილთათვის;
15. აღძრა სამოქალაქო და სისხლის სამართლის საქმეები უყურადღებო მენეჯერებისა და კორპორაციების წინააღმეგ;
16. მოამზადო დოკუმენტაცია და რეკომენდაციები, რომელთა შედგენისას მიღებულ გამოცდილებას გაითვალისწინებ;
17. გადახედო პროცედურებს და გეგმიურ ოპერაციებს კატასტროფისას;
18. ხელი შეუწყო საზოგადოებრივ და პროფესიონალურ დისკუსიებს.

და საგანგებო სიტუაციის სამსახურების წარმომადგენლების კლინიკური მენეჯმენტი ჯანდაცვის მენეჯმენტის ნაწილს წარმოადგენს, რომელიც პაციენტების პრიორიტეტების მიხედვით დანაწილებას (ტრიაჟი) და კატასტროფის ადგილიდან ტრანსპორტირების უზრუნველყოფას მოიცავს. გადაწყვეტილებას ევაკუაციის შესახებ ხშირად არასრული ინფორმაციის საფუძველზე იღებენ, თუმცა მისი მიღებისას უნდა გაითვალისწინონ ევაკუაციის დროს საშიში ნივთიერებისგან დაზიანების საფრთხე და ისეთი დაცვითი ღონისძიებების ეფექტურობა, რაც სახლის დაკეტვას და შინ დარჩენას აქვს.

ამგვარი სიტუაციების მართვის გუნდი მოიცავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პროფესიული ჯანმრთელობის სპეციალისტებსა და ეპიდიმიოლოგებს, პოლიციელებთან, სახანძრო სამსახურების და სამოქალაქო თავდაცვის წარმომადგენლებთან, შეირაღებულ ძალებთან, ქიმიური ბრძოლის დანაყოფებთან და ფსიქოლოგებთან ერთად. კატასტროფის შემდგომი აღდგენის დაგეგმვა ზოგადი დაგეგმვის პროცესის ნაწილია. კატასტროფის დროს მოქმედების დაგეგმვა მეშვიდე თავშია განხილული. გრძელვადიან ეფექტებში შედის პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობაც (PTSD), რომელმაც დაზარალებულებში შეიძლება მძიმე ფსიქოლოგიური დისფუნქცია გამოიწვიოს. PTSD შეიძლება შემსუბუქდეს მასობრივი კატასტროფის მსხვერპლთა ადრეული ფსიქოლოგიური დახმარებით კატასტროფის ადგილზე, ევაკუაციისას ან დახმარების ცენტრებში. იგი უნდა გაითვალისწინონ საგანგებო სიტუაციებში ზრუნვის დაგეგმვისას.

რისკის სწრაფი განსაზღვრა მოიცავს სახიფათო ნივთიერების, დაზარალების საშიშროების, დოზა-შედეგის, მოკლე და გრძელვადიანი რისკების შეფასებას. საჭიროა მართვის ცენტრები და არჩეული ლიდერები, რათა გაკონტროლდეს საჭირო ინფორმაციის მიწოდება, სააგენტოებს შორის კოორდინაცია და რესურსების მიწოდება იმ ადგილებისთვის, რომლებთაც ისინი ყველაზე მეტად სჭირდებათ. შესაძლოა აუცილებელი გახდეს გრძელვადიანი ეპიდემიოლოგიური შეფასება, როგორც სამართლებრივი და საკომპენსაციო მიზნებისთვის, ისე წვრთნისა და მომავალი მოვლენების მომზადებისთვის.

ადვოკატირება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციაა, გარემოს დაცვისა და უსაფრთხოების საკითხები კი – სფერო, რომელსაც საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანი სარგებლობის მოტანა შეუძლია.

გარემოს ჯანმრთელობის ორგანიზაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო გარემოს ჯანმრთელობის კომისიის ანგარიში (1992 წ.) წარმოადგენს კონსენსუსის დოკუმენტირებას გარემოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. ამ კომისიის მიერ, რომელსაც ევროპის პარლამენტის წარმომადგენელი სიმონ ვეილი თავმჯდომარეობდა და მასში მრავალი გამოჩენილი მეცნიერი, პროფესიონალი ლიდერი და საერთაშორისო ორგანიზაციის წევრი შედიოდა, უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში ევროპაში განვითარებული პროცესების საპასუხოდ, ერთობლივ მოქმედებათა შესახებ გარემოს დეგრადაციის პრევენციასა და მდგრადი განვითარების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით მტკიცე საერთაშორისო შეთანხმება წარმოადგინეს.

გარემოს ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ორგანიზაციამ სხვადასხვა ფორმა შეიძლება მიიღოს. წარსულში მიღებული იყო ჯანდაცვის სამინისტროს ჰქონოდა გარემოს ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, თუმცა ბოლო წლებში ტენდენცია ამ დეპარტამენტის გარემოს დაცვის სამინისტროში განთავსებისკენ იხრება. 1970 წელს ამერიკის შეერთებულმა შტატებმა გარემოს დაცვის სააგენტო (EPA) დააფუძნა. EPA წარმოადგენს მთავარ ფედერალურ სააგენტოს, რომელიც ანგარიშვალდებულია პრეზიდენტის წინაშე და უზრუნველყოფს კოორდინაციას გარემოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლების ფართო სპექტრის ადმინისტრირების საკითხებზე. იგი ადგენს სტანდარტებს და რეგულაციებს სახელმწიფო სამართლებრივი აქტებისთვის, რომლებიც გარემოს დაცვის ისეთ საკითხებს ეხება, როგორებიცაა წყლისა და ჰაერის დაბინძურება, სახიფათო ნარჩენები, ხმაური, წყალმომარაგების სისტემა, პესტიციდები და რადიაცია. მიუხედავად EPA-ს გაფართოებისა და მის მიერ ტოქსიკური და სხვა ნარჩენების ადგილების მაკონტროლებელი ფონდის კონტროლისა, კოორდინაცია

რთულ ხასიათს ატარებს. ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალურ მთავრობაში გარემოს დაცვაზე პასუხისმგებლობა სხვადასხვა დეპარტამენტებში შემავალ მრავალ სხვადასხვა სააგენტოს აკისრია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ბოლო 25 წლის მანძილზე მიღწეული მნიშვნელოვანი პროგრესი გარემოს დაცვის სფეროში მოცემულია ცხრილში 9.5.

პროფესიული ჯანმრთელობა: შესავალი

პროფესიული ჯანმრთელობის არსი მდგომარეობს ნებისმიერი პროფესიის მშრომელთა ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში ჯანმრთელობის დარღვევის პრევენციის, რისკების კონტროლის, სამუშაოსა და ადამიანის ურთიერთადაპტაციის გზით (შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია (ILO) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO, 1950 წ.). პროფესიასთან დაკავშირებული დაავადების პრობლემა, რომელიც ყოველთვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილს შეადგენდა, სულ უფრო მეტად არის დაკავშირებული გარემოს სიჯანსაღესთან, თუმცა მასზე გავლენას ჯანდაცვის სხვა სფეროებიც ახდენენ. მშრომელი არის ოჯახის წევრი და სარჩოს შემტანი, ასე რომ, მშრომელის ჯანმრთელობა ოჯახის ჯანმრთელობასთანაა დაკავშირებული. ის ღელავს არა მხოლოდ იმაზე, თუ რასთან მოუწევს შეხება სამუშაო ადგილზე, არამედ იმაზეც, რომ საშიში აგენტები შემთხვევით სახლში შეიძლება მიიტანოს. გადამდგარი ან განთავისუფლებული მშრომელისთვის მნიშვნელოვანია კარგად ანაზღაურებული და ღირსეული პენსია. პროფესიული ჯანდაცვა, ამ ფართო კონტექსტითურთ, ახალ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს.

პროფესიული ჯანმრთელობის განვითარება

პროფესიული ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი უძველესია სფეროა, რომლის ისტორიაც ძველ რომში იწყება. პროფესიულ დაავადებებზე დოკუმენტაციის შედგენა პირველმა 1700 წელს რამაზინიმ დაიწყო. სამუშაოსთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საფრთხეებისა და დაავადებების ისტორიული მაგალითები მოიცავს სურავანდს მეზღვაურებში, სათესლეების კიბოს მეცხრამეტე საუკუნის ინგლისელ საკვამურის მწმენდავებში, შავი ფილტვის დაავადებას მაღაროელებში, ვერცხლისწყლით მოწამვლას მექუდეებში, პნევმოკონიოზებს ბამბის წარმოებაში დასაქმებულებში და მეზოთელიომას აზბესტზე მომუშავეებში. სია ვრცელია და აგრეთვე მოიცავს ძვალკუნთოვან დაზიანებებსა და B ჰეპატიტს სამედიცინო პერსონალში, ზურგის დაავადებებს მბეჭდავებში და კომპიუტერული მუშაკების მედიალური ნევრიტით (carpal tunnel syndrome) დაავადებას. განსხვავებული იყო დაავადებათა წინააღმდეგ სამუშაო პროცესში ჩარევაც: აზბესტის გამოყენების აკრძალვიდან სამუშაო გარემოს მოდიფიცირებამდე, რაც გულისხმობდა უკეთესი სკამების შეძენას, სავარჯიშო შესვენებების გამოყოფას და მშრომელების ერგონომიულ გაწრთვნას.

მე-19 საუკუნის დასაწყისში ბავშვების, ქალებისა და ზოგადად მშრომელების რთულმა სამუშაო პირობებმა მაღაროებისა და ქარხნების სახელმწიფო რეგულირებისთვის პარლამენტის გააქტიურება გამოიწვია, რასაც შრომის პირობების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მოჰყვა. ქარხნების პირველი ინსპექტორები გაერთიანებულ სამეფოში 1833 წელს დაინიშნა. მათ ევალებოდათ ქარხნებისა და სახელოსნოების აქტის განხორციელების ადმინისტრირება. 1898 წელს ტომას ლეგე პირველი მედიკოსი გახდა, ვინც გაერთიანებულ სამეფოში ქარხნის მთავარ ინსპექტორად დაინიშნა. მან შეიმუშავა მშრომელების ჯანმრთელობისადმი საჯარო ჯანდაცვის მიდგომის საფუძვლები და ჩამოაყალიბა პრინციპი, რომლის თანახმადაც საწარმოს ხელმძღვანელობა დაქირავებულის ჯანმრთელობაზეა პასუხისმგებელი. ეს საკითხები ჩამოყალიბებულია ლეგეს აქსიომებად, რომლებიც პროფესიული ჯანდაცვის სფეროში დღემდე აქტუალურია.

სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სტანდ-

ცხრილი 9.5 გარემოს ჯანმრთელობის პროგრესი, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1970 - 1995 წწ.

კრიტერიუმი	მიღწევების მაგალითები	არსებული გამოწვევები
ჰაერის ხარისხი	90 დიდ ქალაქში იყო 72%-იანი კლება იმ დღეებისა, როდესაც ჰაერი ოზონით იყო დაბინძურებული (ლოს ანჟელესი 33% კლება) (1985-94)	60-70 მეტროპოლიტენმა (62 მილიონი მოსახლეობა) ვერ მიაღწია ჰაერის ხარისხის სტანდარტებს 1 ან მეტი დამბინძურებელისათვის
	6 გავრცელებული პოლუტანტით დაბინძურების კლება 24%-ით	NO_x-ით დაბინძურების ზრდა 14%-ით
	ნაწილაკებით დაბინძურების კლება 78%-ით	შენობის შიდა ჰაერის დაბინძურება კვლავ სახიფათოა
	ტყვიით დაბინძურების კლება 90%-ით	დედამიწის დამცავი ოზონის შრე და „მწვანე სახლი“ აირები
	SO_2-ით დაბინძურების განახევრება	კვლავ გლობალური საფრთხეა
	ოზონით გამოფიტული ჰიდროკარბონატების კლება >60% (1987-93)	
წყლის ხარისხი	ტბებისა და მდინარეების 60% სუფთაა ცურვისა და თევზაობისათვის	ტბებისა და მდინარეების 40% არ არის საკმარისად სუფთა ცურვისა და თევზაობისათვის
	ოკეანის დაბინძურება ინდუსტრიული, სამედიცინო, პლასტიკური და სხვა ნარჩენებით აკრძალულია	წყალდიდობა ანადგურებს 70,000-90,000 აკრ მიწას ყოველწლიურად
	წყალარინების სტანდარტები შემუშავებულია >50 სხვადასხვა ინდუსტრიისათვის	პესტიციდები წყლის დაბინძურების მთავარი მიზეზია ამჟამად
	57,000 საწარმო დაბინძურების კონტროლის ქვეშაა	ხდება ადგილობრივი წყლების დაბინძურება ახალი ორგანიზმებით, რაც ზოგჯერ არ არის დროულად აღმოჩენილი ან გაუვნებელყოფილი რუტინული მონიტორინგის შედეგად; მაგ. კრიპტოსპორიდიუმის აფეთქება მილუოკიში 1993 წელს
	სასმელის წყლის სტანდარტების გაუმჯობესება	
	წყლისმიერი დაავადებების შემთხვევების კლება 200,000-470,000-ით ყოველწლიურად	
	ათასობით თემმა გააუმჯობესა ნაგავსაყრელების გაუვნებლობა	საჭიროა უკეთესი კოორდინირება ფედერალურ და სახელმწიფო სააგენტოებთან
ნარჩენების, ტოქსინების და პესტიციდების მართვა	ტოქსიური აირით დაბინძურების კლება 39%-ით	Toxic Release Inventory (TRI) პროგრამა მხოლოდ დაიწყო
	ტოქსიური ნარჩენებით წყლის დაბინძურების კლება 13%-ით	აუცილებელია საზოგადოების გააქტიურება
	ტოქსიური ნარჩენებით ღრმა წყალსატევების დაბინძურების კლება 57%-ით, ხმელეთის 44%-ით	საჭიროა საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდა
	230 პესტიციდზე მეტი აიკრძალა ან ამოიფხვრა, მათ შორის 20,000 პესტიციდური პროდუქტი; პესტიციდების გამოყენების კლება, უსაფრთხო გამოყენება, ახალი უსაფრთხო პესტიციდები	ინტეგრირებული მიდგომებისათვის ლეგალური ბარიერების არსებობა-დაწესებულება, ინდუსტრია, საზოგადოება
	უსაფრთხო სამუშაო პირობები 4 მილიონი აგრარულ სექტორში დასაქმებულისათვის	
	1990 წლიდან გაწმენდილია 141,000 მიწისქვეშა საცავი	
	1,300 საფრთხის შემცველი ადგილიდან 95% ნაწილობრივ ან სრულად (349 ანუ 27%) გაწმენდილია	

Source: Environmental Protection Agency. *Twenty-five years of Environmental Progress at a Glance.* Website: http://www.epa.gov/25year/intro.html

არტების დაწესებაზე, მონიტორინგზე, ჩარევა და კომპენსაციის რეგულაციაზე ნელ-ნელა წინა საუკუნის განმავლობაში იზრდებოდა. შემთხვევების შესახებ მოხსენებებმა, ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა და ადვოკატირებამ ტყვიის, ასბესტოზის, პოლიმერების, ქლორიდების, სილიკონის დიოქსიდის შესახებ დასაქმებულთა საფრთხის შესამცირებლად ზომების მიღება გამოიწვია და პროფესიონალებისგან საკანონმდებლო ინიციატივების მხარდაჭერა აამაღლა. ერთა ლიგის, შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჩამოყალიბებულმა სტანდარტებმა ამ სფეროს განვითარებას ხელი შეუწყო.

მუშა-მოსამსახურეთა ჯანმრთელობა

მუშა-მოსამსახურეთა ჯანმრთელობა იგივე კონტექსტში განიხილება, როგორც ზოგადად ზრდასრული მოსახლეობის ჯანმრთელობის საკითხები, თუმცა სამუშაო პირობებთან დაკავშირებული სპეციფიკური საშიშროებანიც არსებობს. მუშებში სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო დაბალია, ვიდრე ზოგადად მოსახლეობაში, რადგან მათი პოპულაცია დემოგრაფიულად მთელი მოსახლეობისგან და ეპიდემიოლოგიურად შესაბამისი ასაკისა და სქესის მოსახლეობისგან განსხვავდება. ამის მიზეზი მუშათა სელექციის პროცესია, რომლის დროსაც დასაქმებისას მძიმე ავადმყოფებისა და უნარშეზღუდულების გამორიცხვა ხდება. სელექციის პროცესი ჯანმრთელობაშერყეული ადამიანების სამუშაოდან დათხოვნით გრძელდება. ამას ჯანმრთელი მშრომელის ეფექტი (Healthy Worker Effect) ეწოდება და მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომლის გათვალისწინებაც პროფესიული ჯანმრთელობის კვლევისა და განხორციელებისას უნდა მოხდეს. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და მთელი საზოგადოების სხვა პოპულაციაზე დაფუძნებული ნორმა შეიძლება შედარებისთვის არ გამოდგეს, თუკი ამ ეფექტს მხედველობაში არ მიიღებენ. ამ ფენომენთა გასათვალისწინებლად საჭიროა შემთხვევების შესაბამისობის ან საკონტროლო კვლევების ჩატარება. ამავე კატეგორიას განეკუთვნება მოსახლეობის ისეთი ჯგუფები, როგორებიცაა ემიგრანტები და ლტოლვილები, სადაც მხოლოდ ჯანმრთელი შეიძლება მოხვდეს ან გადარჩეს.

ცხრილი 9.6. ტომას ლეგეს აქსიომები მუშათა ჯანმრთელობაზე და მათ თანამედროვე ეკვივალენტებზე:

ლეგეს აქსიომა	თანამედროვე მოსაზრება
1. სანამ დამქირავებელი ყველაფერს არ გააკეთებს -ყველაფერი ნიშნავს კარგ გარიგებას – მუშას საკუთარი დაცვისათვის შეუძლია გააკეთოს თითქმის არაფერი	ნუ ადანაშაულებთ მსხვერპლს; მუშის ჯანმრთელობა მმართველობის პასუხისმგებლობაა
2. თუ შეძლებთ ისეთი პირობების შექმნას, როდესაც მუშას შეუძლია თვითონ აკონტროლოს გარე ზემოქმედება, თქვენ მიაღწევთ წარმატებას; მაგრამ თუ ვერ ან არ შეძლებთ, ვერასოდეს იქნებით წარმატებული	სტრუქტურული ცვლილებები საუკეთესოა
3. პრაქტიკულად ყველა ინდუსტრიული ტყვიით მოწამვლა გამოწვეულია მტვრისა და ორთქლის ინჰალაციით; თუ შეაჩერებთ ინჰალაციას, შეაჩერებთ მოწამვლას	თუ შეაჩერებთ ზემოქმედებას, შეაჩერებთ მოწამვლას
4. ყველა მუშას უნდა ეთქვას იმ მასალის საფრთხის შესახებ, რომელთანაც მათ უხდებათ კონტაქტი; და არ უნდა იყოს მივანდოთ მათ ამის აღმოჩენა – ხშირად მათი სიცოცხლის ფასად	მუშას აქვს უფლება იცოდეს ჯანმრთელობის საფრთხეების შესახებ მათ სამუშაო ადგილზე
5. გარე ზეგავლენა დამოკიდებულია მუშის სურვილზე, სურს თუ არა გამოიყენოს – რესპირატორი, თვალსაფარი და სხვა	ასწავლეთ მუშებს რისკის შემცირების საკითხები

Source: Hunter, D. 1969. *The Diseases of Occupations.* Fourth Edition. London: The English Universities Press Ltd. and Harrington, J. M. 1999. 1998 and beyond—Legge's legacy to modern occupational health. *Annals of Occupational Health,* 43:1–6.

ᲞᲠᲝᲤᲔᲡᲘᲣᲠᲘ ᲐᲕᲐᲓᲝᲑᲘᲡᲐ ᲓᲐ ᲡᲘᲯᲐᲓᲘᲚᲘᲐᲜᲝᲑᲘᲡ ᲢᲕᲘᲠᲗᲘ

ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამუშაო ძალა 110 მილიონ ადამიანს შეადგენს. სამუშაო ადგილზე მიღებული ტრავმები, ნაადრევი ავადმყოფობა, და სიკვდილი ეკონომიკისა და ჯანდაცვის სისტემებისთვის მნიშვნელოვანი ტვირთია. 1980-1994 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში 88.622 მშრომელი გარდაიცვალა სამუშაოზე მიღებული ტრავმების, 60.000 კი – პროფესიული დაავადებებისგან. მხოლოდ 1992 წელს ზარალმა დაახლოებით 145 მილიარდი დოლარი შეადგინა.[2]

სამუშაო ადგილზე მიღებული ტრავმებისგან გამოწვეული სიკვდილიანობა ნელ-ნელა მცირდებოდა. 1980 წელს 7.400 შემთხვევა აღინიშნა (8.9 ყოველ 100.000 მშრომელზე), 1985 წელს – 6.250 (7.0 ყოველ 100.000-ზე), 1989 წელს – 5.714 (5.6 ყოველ 100.000-ზე), 1994 წელს – 5.406 (4.4 ყოველ 100.000-ზე). სიკვდილიანობის ყველაზე დიდი წილი შემდეგ ინდუსტრიებზე მოდის: მშენებლობა (18.2 %), ტრასპორტი/კომუნიკაციები/საჯარო დაწესებულებები (17.7%) და მანუფაქტურა (14.0%). 1980-1994 წლებში სამუშაოსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის კლება დაკავშირებულია ამ საკითხისადმი გაზრდილი ყურადღებით და სამუშაო ადგილზე არსებული საშიშროებებისა და ტოქსინების რეგულირებით, ასევე ახალი ტექნოლოგიების დანერგვითა და მექანიზაციით, ცვლილებებით ეკონომიკასა და სამუშაო ძალის განაწილებაში.

მიუხედავად იმისა, რომ სამუშაოსთან დაკავშირებულმა სიკვდილიანობამ იკლო, შრომისას მიღებულმა პერმანენტულმა დაზიანებებმა 1980-იან წლებში იმატა. 1987 წელს ამ მიზეზით გამოწვეული მსხვერპლი 70.000-მდე მშრომელი გახდა, უნარშეზღუდულთა რაოდენობამ კი 1.8 მილიონს მიაღწია. გარდა ამისა, გაიზარდა გაცდენილი სამუშაო დღეების რაოდენობაც. სიკვდილიანობის კლების პარალელურად, სამუშაოზე მიღებული ტრავმების ზრდა შეიძლება გამოწვეული იყოს დაზარალებულთა მკურნალობის გაუმჯობესებით ან დაზიანებათა მაჩვენებლების რეალური ზრდით.

1996 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში კერძო სექტორში ყოველ 100 დაქირავებულზე არასასიკვდილო დაზიანების გამო გაცდენილი 3.1 სამუშაო დღე მოდიოდა, რაც მნიშვნელოვანი შემცირებაა, რადგან 1990 წელს იგივე მაჩვენებელი 3.9-ს შეადგენდა. 90-იან წლებში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესესება იქნა მიღწეული შედარებით სახიფათოდ პროფესიებშიც, როგორებიცაა სოფლის მეურნეობა, მეთევზეობა და მეტყეობა, სამთო მრეწველობა, მშენებლობა და მანუფაქტურა. ეს ნაჩვენებია ცხრილში 9.7

შრომასთან დაკავშირებული ყველაზე

2 მონაცემები მოცემულია პროფესიული უსაფრთხოების ნაციონალური ინსტიტუტის საიტიდან. http://www.cdc.gov/niosh/homepage.html. ასევე გამოყენებულია დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემები. იხ: Worker's Memorial Day–April 28, 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:297.

ცხრილი 9.7 სამუშაო ადგილზე მიღებული ტრავმებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (100.000 მშრომელზე) ინდუსტრიის მიხედვით, ამერიკის შეერთებული შტატები, შერჩეული წლები 1980 – 1993 პერიოდიდან

ინდუსტრია	1980	1985	1990	1993	Δ%
სამოქალაქო სამუშაო ძალა	7.6	5.8	4.6	4.2	-44.7
მაღარო	43.8	30.0	30.0	25.4	-42.0
აგრარული, თევზჭერა, სატყეო	24.4	23.7	18.0	18.5	-24.2
მშენებლობა	21.3	16.6	14.0	11.8	-44.6
ტრანსპორტი, კომუნიკაციები, კომუნალური დაწესებულება	21.2	15.7	10.4	10.1	-52.4
ადმინისტრირება	7.7	6.4	3.8	4.2	-45.5
დამუშავებითი მრეწველობა	4.7	4.0	4.0	3.6	-23.4
საბითუმო ვაჭრობა	4.4	2.8	3.6	3.6	-18.2
საცალო ვაჭრობა	3.7	2.7	2.8	2.9	-21.6
სერვისები	2.4	1.8	1.5	1.4	-41.7

Source: *Health,* United States, 1998

გავრცელებული ტრავმები და დაზიანებები:

1. ფილტვის დაავადება;
2. ძვალ-კუნთოვანი დაზიანებები;
3. ავთვისებიანი სიმსივნეები;
4. მძიმე ტრავმა;
5. კარდიო-ვასკულური დარღვევები;
6. რეპროდუქციული სისტემის დარღვევები;
7. ნეირო-ტოქსიკური დარღვევები;
8. ხმაურით გამოწვეული სმენის დაკარგვა;
9. დერმატოლოგიური პრობლემები;
10. ფსიქოლოგიური დაძაბულობა და დეპრესია.

პროფესიულ დაზიანებათა ზედამხედველობას ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაავადებათა კონტროლის ცენტრის პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური ინსტიტუტი ახორციელებს.[3]

3 დაზიანებათა ელექტრონული მეთვალყურეობის ნაციონალურ სისტემას (NEISS) ინახავს სამოხმარებლო პროდუქციის უსაფრთხოების კომისია. ის მეთვალყურეობისთვის 1981 წლიდან აგროვებს მონაცემებს სამუშაოსთან დაკავშირებული დაზიანებების შესახებ, რომლებსაც მკურნალობენ ამერიკის 91-დან 65 გადაუდებელი დახმარების სერვისების მიმწოდებელი ჰოსპიტალებში, რომლებიც შერჩეულია სტრატიფიცირებული ნიმუშის სახით აშშ ჰოსპიტალებს შორის. (*Morbidity and Mortality Weekly Report,* 47:302–306, 1988 წ.).

პროფესიული ჯანმრთელობის საერთაშორისო მნიშვნელობა

გამომდინარე იქიდან, რომ ეკონომიკის გლობალიზაციის პირობებში ძლიერ სწრაფად და ადვილად ხორციელდება წარმოების გადატანა ერთი ქვეყნიდან მეორეში, პროფესიულმა ჯანმრთელობამ საერთაშორისო რეზონანსი შეიძინა.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის ძირითად მოტივაციას დასაქმებულებისთვის ნაკლები ხელფასის გადახდის და ბავშვთა შრომის შესაძლებლობა წარმოადგენს, ისევე, როგორც პროფესიული და გარემოს დამცველი რეგულაციების და ტოქსიკური დაზიანებებისგან მკაცრი სამართლებრივი დაცვის ნაკლებობა. ინდუსტრიული

ჩანართი 9.9 პროფესიული ჯანდაცვის საკითხები ბლობალურ ეკონომიკაში

1. ტექნოლოგიის გადატანა ინდუსტრიული ქვეყნებიდან განვითარებადში ან ქვეყნის შიგნით ერთი ადგილიდან მეორეში;
2. ბავშვთა შრომა განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში;
3. პესტიციდების ჭარბი გამოყენება, ტოქსიკურობა და საკვების დაბინძურება;
4. ეკოლოგიური ზიანი ტოქსიკური ნარჩენების ჩადინებისა და მათი განთავსების გამო;
5. ტოქსიკური ნარჩენების გადაზიდვა ინდუსტრიული ქვეყნებიდან განვითარებადში;
6. მაღალტექნოლოგიური ინდუსტრიული ტოქსიკური ნარჩენები;
7. ბირთვული ენერგია, უბედური შემთხვევები და ნარჩენები;
8. პროფესიული და გარემოს ჯანმრთელობის საერთო პროფესიონალური და ტექნოლოგიური ინტერესები;
9. უსაფრთხოებისა და კონტროლის დაბალი სტანდარტები ყოფილ საბჭოთა და განვითარებად ქვეყნებში;
10. დაბალი ხელფასები, ფსიქოლოგიური სტრესი, დაღლილობა, ცვლებში მუშაობა;
11. ხელმძღვანელობის გულგრილობა და პასუხისმგებლობის ნაკლებობა სამუშაო ადგილის უსაფრთხოებისადმი;
12. მთავრობის გულგრილობა და კორუფცია მარეგულირებელი ფუნქციის განვითარებისას;
13. ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების არადეკვატური ღონისძიებები განვითარებად ქვეყნებში;
14. მზარდი განსხვავება მაღალი და დაბალი სოციალური ფენების შემოსავლებს შორის.

ქვეყნებიდან განვითარებად ქვეყნებში პროფესიული საფრთხეების ტრანსფერი საერთაშორისო თანამშრომლობისა და სავაჭრო შეთანხმებების საკითხად იქცა. განვითარებულ ქვეყნებს უფრო მკაცრი გარემოსდაცვითი რეგულაციები და შრომის ორგანიზებისადმი წაყენებული მოთხოვნები გააჩნიათ, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებს, რომლებიც მზად არიან ნებისმიერი ფასი გაიღონ სამუშაო ადგილების შემქმნელი ინდუსტრიისთვის.

ᲔᲮᲝᲕᲜᲔᲚᲘ ᲓᲐ ᲛᲔᲓᲘᲪᲘᲜᲘᲡᲗᲕᲘᲡ ᲮᲐᲡᲣᲮᲘᲡᲛᲒᲔᲑᲔᲚᲝᲑᲐ

ამერიკის შეერთებულ შტატებში მშრომელის ჯანდაცვისთვის კომპანიის მიერ გამოყოფილი ბენეფიტები წარმოებას უფრო მეტი უჯდება, ვიდრე მანქანის დასამზადებლად საჭირო ფოლადი. შედეგად, ხელმძღვანელობაც და მშრომელებიც სულ უფრო მეტად არიან დაინტერესებულნი მშრომელთა ჯანმრთელობის ისეთი საშუალებებით გაუმჯობესებაში, როგორებიცაა სურსათის მაღაზიებისა და კაფეტერიების რაციონის უკეთესი მონიტორინგი, მოწევის საწინააღმდეგო აქციები და ფიტნესის პროგრამები. ხელმძღვანელობის ინ-

ᲩᲐᲜᲐᲗᲘ 9.10 ᲮᲔᲚᲛᲫᲦᲕᲐᲜᲔᲚᲝᲑᲘᲡ ᲛᲗᲐᲕᲐᲠᲘ ᲐᲛᲝᲪᲐᲜᲔᲑᲘ

1. წინასწარი ღონისძიებები: პოტენციურ დაავადებასთან ან ტრავმასთან გამკლავება, რომელიც მოიცავს მზადებას პრევენციისთვის დაწესებულებათა დაგეგმარებისას ან განახლებისას;
2. მეთვალყურეობა და მონიტორიგი, რომელიც უზრუნველყოფს პროფესიულ დაავადებათა ან ტრავმათა დროულ და ზუსტ დადგენას, შეტყობინებას და აღრიცხვას; სამედიცინო მეთვალყურეობა: პასიური ან აქტიური, აგრეთვე მეთვალყურეობა სამრეწველო ჰიგიენისა და უსაფრთხოების ზედამხედველობა;
3. „უფლება-იცოდეს„: მშრომელებისთვის, ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ზოგადად, საზოგადოებისთვის;
4. ეპიდემიოლოგიური ანალიზი: შეგროვებული მონაცემების ანალიზი, კერძოდ, დაზიანების მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების განსაზღვრა ტენდენციების, კლასტერების, ასოციაციებისა და გამომწვევი მიზეზების ლოკალიზაციისთვის, რომლებიც შემდგომ უფრო ფუნდამენტური გამოძიებებისა და პრევენციისთვის იქნება გამოყენებული;
5. ექსპოზიციის შემცირება: ტოქსიკურობის მინიმუმამდე დაყვანა, რათა არ მოახდეს დადგენილ ზღვართან მიახლოება და მისი გადაჭარბება;
6. ჩანაცვლება: მაღალტოქსიკური ნივთიერებების ჩანაცვლება ნაკლებად ტოქსიკურით;
7. ინფორმირება: მთავრობის, კომპანიების ხელმძღვანელობის, საზოგადოების, მშრომელების და მომხმარებლების ინფორმატიულობის ამაღლება;
8. სახელმწიფო რეგულირება: მარეგულირებელი სააგენტოების მიერ სამუშაო ადგილის ზედამხდეველობა; ნორმებისა და „კარგი პრაქტიკის“ სტანდარტების დამტკიცება;
9. კომპენსაცია: სამუშაოზე მომხდარი ინციდენტების, ტოქსიკურობის, სტრესის გამო დაავადებულებისთვის და გარდაცვლილთა ოჯახებისთვის კომპენსაციების გაცემა.
10. დამსაქმებლისა და დასაქმებულების თანამშრომლობა: გათვითცნობიერება იმისა, რომ მშრომელების ჩართვა ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საკითხების გადაწყვეტაში ორივე მხარისთვის მომგებიანია.

წყარო: Weeks, J. L., Levy, B. S., Wagner, G. R. (eds.) 1991. *Preventing Occupational Disease and Injury.* Washington, DC.: American Public Health Association.

ტერესი, ჰყავდეს უფრო ჯანმრთელი სამუშაო ძალა, რათა ჯანდაცვის ხარჯები შეამციროს, თანამედროვე კორპორატიული კულტურის ნაწილია. თუმცა, უპირველესი პასუხისმგებლობა, მორალურიც და სამართლებრივიც, ხელმძღვანელობას აწევს, რომელმაც რისკების მონიტორინგით მშრომელთა დაცვასთან ერთად, უსაფრთხო გარემო და დაზიანების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურება უნდა უზრუნველყოს.

პროფესიული დაავადებები და ტრავმები, ისევე როგორც მმართველობითი საქმიანობა, სოციალური მოვლენებია. კომპენსაციები, სასამართლო დავები, კოლექტიური სარჩელები და პროფკავშირების აქტივობები უკავშირდება მშრომელების ტოქსიკური და ტრავმატული დაზიანებისადმი ყურადღების ზრდას და კომპანიის ხელმღვანელობის ვალდებულებებთან დაკავშირებით მიღებულ სასამართლო გადაწყვეტილებებს. საკითხი რთულდება იმის გამო, რომ ზოგიერთი პროფესიული დაავადება დაზიანებიდან დიდი ხნის შემდგომ შეიძლება გამოვლინდეს: სილიკოზი, აზბესტით გამოწვეული მეზოთელიომა და აზბესტოზი 20-30-წლიანი ლატენტურობის პერიოდის შემდგომ შეიძლება განვითარდეს. დაზიანებული მშრომელისთვის თვალყურის მიდევნება შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, კომპენსაციის საკითხი კი – გაურკვეველი. ამდენად, პროფესიული ჯანმრთელობა მოიცავს სახელმწიფოს მარეგულირებელ ფუნქციას და ვალდებულების დაკისრებას სამართლებრივი აქტებით მშრომელების დასაცავად ტოქსიკური ან ფიზიკური რისკებისგან სამუშაო ადგილზე.

სტანდარტები და მონიტორინგი

პროფესიული ჯანმრთელობის მონიტორინგი მოიცავს ღონისძიებათა კრებულს, მიმართულს მშრომელთა უსაფრთხოებისა და დაცულობის ზრდისკენ. კერძოდ კი, მთელ რიგ სერვისებს მშრომელთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, სამუშაო გარემოს უსაფრთხოების გაზრდისა და ამ ღონისძიებათა კოორდინაციის მიმართულებით ერთიანი სტრატეგიიდან გამომდინარე.

1970 წლამდე ამერიკის შეერთებულ შტატებში პროფესიული ტრავმების, დაავადებებისა და სიკვდილიანობის პრევენციას ახორციელებდნენ მხოლოდ შტატის და ადგილობრივი მთავრობები და საბაზრო ურთიერთობები. პროფესიული ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების გაუმჯობესებისკენ მიმართული ფედერალური ინიციატივები 1970 წელს მიღებულ პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის აქტში გაერთიანდა, რომელმაც ამავე აქტის დამნერგავი ორი სამთავრობო სამსახური დააფუძნა, პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის ადმინისტრაცია (OSHA) და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის ნაციონალური ინსტიტუტი (NIOSH). OSHA პასუხისმგებელია მიზნების დეკლარირებასა და განხორციელების უზრუნველყოფაზე ამერიკის შეერთებული შტატების შრომის დეპარტამენტის ეგიდით. იგი უზრუნველყოფს სტანდარტების დადგენას პროფესიული ორგანიზაციების მონაწილეობით და მათი კონსენსუსის საფუძველზე, ხოლო საბოლოო სახეს აძლევს პროფკავშირების, ინდუსტრიისა და ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან კონსულტაციების შედეგად, რაც მიზნად ისახავს დასაქმებულთა უსაფრთხოების ამაღლებასა და რისკების შემცირებას და დამსაქმებელთათვის სამოქმედო სტანდარტების დაწესებას. NIOSH-ის დაფუძნების უმთავრეს მიზანს იმთავითვე წარმოადგენდა კვლევების ჩატარების უზრუნველყოფა ფედერალური აქტის მიზნებთან დაკავშირებულ საკითხებზე, კერძოდ კი, პროფესიულ დაავადებებთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით ტოქსიკური, ფიზიკური და ქიმიური აგენტებით გამოწვეული დაავადებების შესახებ.

1970 წელს მიღებული პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის აქტი მყარ სამართლებრივ გარემოს ქმნის პროფესიული ჯანმრთელობის საკითხების რეგულირებისა და შესწავლისთვის, საჯარო პეტიციებისთვის, სასამართლო გადაწყვეტილებებისა და ახალი სამეცნიერო მიდგომებისთვის, რომლებიც სტანდარტების განვითარების პრიორიტეტების განსასაზღვრად გამოიყენება. მონიტორინგს ფედერალური, შტატის და ადგილობრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლების ერთობა ახორციელებს პროფესიული და ინდუსტრიული ორგანიზაციების მონაწილეობით. მშრომელის უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობა დამქირავებელს ეკისრება (იხ. ცხრილი 9.8), თუმცა მშრომელების დაინტერესება და მონაწილეობა უსაფრთხოების პროგრამებში წარმატებული მიდგომის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია.

პროფესიული ჯანმრთელობის მიზნები

აშშ-ის მთავარი ექიმის ანგარიშმა „ჯანმრთელი ხალხი 2000“ ჩამოაყალიბა რიგი მიზნებისა პროფესიული ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების საკითხებში (იხ. ცხრილი 9.9). ეს არის ნაციონალური მიზნები, რომლებიც შტატის ჯანდაცვის დეპარტამენტებმა უნდა მიიღონ. ისინი როგორც ორგანიზაციულ, ასევე სამართლებრივ ხასიათს უნდა ატარებდნენ.

ტოქსიკოლოგია სამუშაო ადგილებსა და გარემოში

ტოქსიკური ნივთიერებები ფართოდ გამოიყენება ინდუსტრიაში, წარმოებაში და ლაბორატორიებში. ეს ნივთიერებები პროფესიული ჯანმრთელობისა და გარემოს ჯანმრთელობის მთავარ საზრუნავს წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრი ფართო ინფორმაციას აქვეყნებს ტოქსიკურ ნივთიერებათა შესახებ.[4]

4 Toxic Substances and Disease Registry, Division of Toxicology, Centers for Disease Control, 1600 Clifton Road N.E., Atlanta, GA 30333.

ცხრილი 9.8 ხელმძღვანელობისა და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობანი მშრომელების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

ხელმძღვანელობის ვალდებულება	სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა
ნაკლებად სახიფათო მასალით შეცვლა	კანონმდებლობა: სეცვლა, აკრძალვა, იურიდიული პასუხისმგებლობა (სამოქალაქო და კრიმინალური) და კომპენსაცია
შეზღუდვა/განცალკევება	ტოქსიკური დაბინძურების სტანდარტებისა და კონტროლის რეგულირება
პროცესის შეწყვეტა	დავა: სამოქალაქო დავა ან კომპენსაცია
ცენტრალური ვენტილაცია	გარემოსა და მუშათა ტესტირება, ტესტის შედეგების გაცნობა
კარგი სამნეო სამუშაო	სახიფათო მასალების ეტიკეტირება, ეტიკეტირებისა და და განლაგების რეგულირება
მუშათა ჯანმრთელობის მონიტორინგი	მუშათა ჯანმრთელობის მონიტორინგი
ინდივიდუალური დაცვა	მენეჯერებისა და მუშების განათლება
კვლევა	კვლევა: სამეცნიერო და ოპერაციული
კარგი საწარმოო პრაქტიკა	ეკონომიკური დანაკარგებისა და ჯანმრთელობის დაზიანების კომპენსირება

აქამდე, პროფესიული ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემებს სამუშაო ადგილზე ტოქსიკური ნივთიერებების აღმოჩენა, პრევენცია და მათ მიერ მშრომელთა დაზიანების შემცირება იყო. ბოლო ხანებში კი ამას გარემოს დაბინძურებაც დაემატა. სამუშაო ადგილებზე არსებული ტოქსინების, მათი წყაროების, ეფექტების, ქმედებების და სამიზნე ორგანოების შესახებ სამეცნიერო ცოდნა საკმაოდ ფართოა. ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ აგენტის ტოქსიკურ ზეგავლენაზე, აგენტით დაზიანების ხანგრძლივობასა და ინტენსივობასთან ერთად, მოიცავენ დაზიანების ობიექტისეულ ფაქტორებს, როგორებიცაა ასაკი, სქესი, ჯანმრთელობა, წინა დაზიანება და აგრეთვე თანმხლები რისკ-ფაქტორები, როგორიცაა მაგალითად თამბაქოს მოხმარება. გარემოსთან დაკავშირებული ფაქტორები მოიცავს ტემპერატურას და ჰაერის მოძრაობის სიჩქარეს, ასევე ტოქსიკური აგენტის ფიზიკურ და ქიმიურ შემადგენლობას.

ტოქსიკური ნივთიერებებისა და მათ გასაკონტროლებლად მიღებული ზომების რამდენიმე მაგალითი პრობლემის კომპლექსურობას წარმოაჩენს.

ტყვია. ტყვია არის მინერალი, რომელსაც თავისი პლასტიკურობისა და სირბილის გამო ათასობით გამოყენება მოეძებნება. ტყვიით მოწამვლა ანტიკური ხანიდან მშრომელებისთვის საფრთხეს წარმოადგენდა. ტყვია ორგანიზმში ჩასუნთქვის ან ჩაყლაპვის შედეგად ხვდება და კუჭ-ნაწლავის, ნერვულ, ჰემატოლოგიურ და მიმოქცევის სისტემებზე მოქმედებს. მას უკავშირებენ ნაწლავის კოლიკას, ენცეფალოპათიას, გონებრივ დარღვევებს და მწვავე ფორმებში თვით კომასაც კი. პლუმბიზმის ან ტყვიით მოწამვლის ქრონიკული ფორმების ნიშნები შეიძლება იყოს გონებრივი ჩამორჩენილობა, თავის ტკივილი, გონების დაკარგვა, ნევროლოგიური დეფექტები, ანემია და ღრძილებზე ლურჯი ხაზები.

ტყვიით მოწამვლა ტრადიციულად პრობლემებს უქმნიდა მომპირკეთებლებისა და მეთუნუქეების ჯანმრთელობას, რადგან ამ წარმოებათა პროცესში ტყვია გამოიყენება. მე-17 და მე-18 საუკუნეებში ღვინისა და რომის მწარმოებელთა შორის გავრცელებული ე.წ. „მშრალი ჭვალი“ ტყვიის კონტეინერებში ან პიუტერის (ტყვიისა და კალის შენადნობი) ჭურჭელში დაზადებას უკავშირდება. დევონშირული კოლიკა, რომელიც 1776 წელს ჯორჯ ბეიკერმა აღწერა, ფართოდ იყო გავრცელებული ინგლისში 100 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში ქვეყნის იმ ნაწილებში, სადაც ვაშლის ღვინოს (სიდრი) ტყვიის კონტეინერებში ამზადებდნენ ან ინახავდნენ.

ტყვიით მოწამვლა და მისგან დაზიანება ამერიკის შეერთებულ შტატებში დღემდე პრობლემად რჩება. ტყვიისგან გამოწვეული ჰიპერტენზია, ნეიროპათია, კანცეროგენეზი, რეპროდუქციული სისტემის დაზიანება მამაკაცებში და იძულებითი აბორტი ქალებში უმთავრესი ტოქსიკური ეფექტებია. 1995 წელს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის NIOSH ინსტიტუტის მიერ ინიცირებული მოზრდილთა სისხლში ტყვიის შემცველობის ეპიდემიოლოგიური შესწავლისა და ზედამხედველობის პროგრამამ, რომელიც სისხლში ტყვიის შემცველობას უწევს მონიტორინგს, დაადასტურა, რომ ტყვიით ექსპოზიცია სამუშაო ადგილებზე ამერიკის შეერთებულ შტატებში მზარდპროფესიულ საფრთხეს წარმოადგენს. ამერიკის შეერთებული შტატების ინდუსტრიულ დაწესებულებებში მშრომელების ტყვიით ექსპოზიციის შესწავლამ აჩვენა, რომ მაჩვენებელი დაწესებულ ლიმიტებს ბევრგან აჭარბებს. ეს ეხება მშრომელისთვის ტრადიციულად მაღალი ზიანის მიმყენებელ ინდუსტრიებს, როგორიცაა ტყვიის პირველადი და მეორადი გადადნობა, ბატარეებისა და პიგმენტების წარმოება, თითბერისა და ბრინჯაოს ქარხნები და 47 სხვა ინდუსტრია. ტყვიით მოწამვლის მაღალ რისკს განეკუთვნება საღებავების წარმოება. სამუშაო ადგილზე ექსპოზიცია დღემდე მნიშვნელოვანი წყაროა ტყვიით ინტოქსიკაციისთვის. OSHA-ს მიერ 1978 წელს გამოქვეყნებული სტანდარტები დაემთხვა პერიოდს, როცა ტყვიის ფასმა იკლო, რამაც მწარმოებელთა რაოდენობა და უსაფრთხოების ზომებისადმი შესაბამისობის ხარისხი შეამცირა.

ტყვიით ინტოქსიკაციის თავიდან აცილებაზე ზრუნვა სამუშაოს დროს ზიანთან დაკავშირებით დაიწყო და იმის გაცნობიერებით გაგრძელდა, რომ ეს ფართოდ გამოყენებული მეტალი უარყოფითად მოქმედებს, როგორც მასთან უშუალო შეხების მქონე მშრომელზე, ისე ზოგადად მოსახლეობაზე. 1997 წელს CDC-მ სისხლში ტყვიის შემცველობის (BLL) სტანდარტი დაადგინა, რომლის დონეა <10მკგ/ერთ დეცილიტრში და რომელზეც აღირიცხება უარყოფითი გავლენა კოგნიტურ განვითარებაზე. 1976-1980 და 1980-1991 წლებში BLL-ის საშუალო მაჩვენებელმა ამერიკის შეერთებული შტატების 1-74 წლამდე მცხოვრებლებში 12.8 მკგ/დლ-იდან 2.9 მკგ/დლ-ამდე იკლო. 1991-1994 წწ. მაჩვენებელი კიდევ უფრო შემცირდა და 2.3მკგ/დლ-ამდე მიაღწია (NHANES-ის კვლევების მიხედვით).

მიუხედავად მნიშვნელოვანი წინსვლისა (იხ. ჩანართი 9.5), ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1-5 წლამდე 1.7 მილიონ ბავშვს კვლავაც აღენიშნება BLL-ის 10მკგ/დლ-ზე მაღალი დონე. შემდგომ პროგრესს, ამ მხრივ, დასჭირდება ტყვიასთან დაკავშირებული საყოფაცხოვრებო საფრთხეების, ტყვიის შემცველ მტვერთან კონტაქტის, საღებავებში არსებულ ტყვიასთან შემცირება და სამუშაო ადგილზე არსებულ საფრთხეებთან გაფრთხილება. სამუშაოსთან და გარემოსთან დაკავშირებული ტყვიით მოწამვლა ამერიკის შეერთებულ შტატებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის პრობლემად კვლავაც რჩება და პედიატრებისა და თერაპევტების ერთიან ძალისხმევას მოითხოვს, ისევე, როგორც

ცხრილი 9.9 ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის მიზნები პროფესიულ ჯანდაცვასთან მიმართებაში 2000 წლისთვის.

საკითხი	ძველი მაჩვენებელი	მიზანი
სამუშაოსთან დაკავშირებული დაზიანებებისგან სიკვდილიანობის შემცირება	6 ყოველ 100 000-ზე, სრული განაკვეთით მშრომელზე (1983-1987)	<4 ყოველ 100 000 -ზე
სამუშაოსთან დაკავშირებული დაზიანებების შემცირება, რომელიც იწვევს სამედიცინო ჩარევას, სამუშაოდან მოცდენას ან სამუშაო აქტივობის შეზღუდვას	< 7.7 ყოველ 100-ზე, სრული განაკვეთით მშრომელზე 1987 წელს	<6 ყოველ 100-ზე
B ჰეპატიტით ინფიცირების შემცირება სამუშაოზე ადგილზე მშრომელთა 90%-ზე მეტისთვის იმუნიზაციის ხელმისაწვდომობის გაზრდით	6200 შემთხვევა 1987 წელს	<1250 შემთხვევაზე
გაზრდა იმ დაწესებულებების წილისა, სადაც 50 ან მეტი დაქირავებულია და სავალდებულოა მოტორიზებული ტრანსპორტის გამოყენებისას მშრომელის დაცვის სისტემა (ისეთები, როგორიცაა დამცავი ღვედი)		>75%
შემცირება იმ მშრომელების რაოდენობისა, ვინც საშუალო დღიურ 85 დეციბელზე მაღალი ხმაურის ზემოქმედების ქვეშაა		<15%
ლიკვიდაცია ექსპოზიციისა, რომელიც მშრომელების სისხლში ტყვიის შემცველობის კონცენტრაციის 25 μ/დლ-ზე მაღალ დონეს იწვევს		
დანერგვა შტატის პროფესიული ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების გეგმებისა, რათა მოხდეს სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადებებისა და ტრავმების იდენტიფიკაცია, მენეჯმენტი და პრევენცია	10 შტატი 1989 წელს	50 შტატი
ექსპოზიციის სტანდარტების დადგენა, რომლებიც ადეკვატური იქნებოდა ფილტვების უმთავრესი დაავადებების ლიკვიდაციისათვის, მათ შორის ბისინოზის, აზბესტოზის, ქვანახშირის წარმოებაში დასაქმებულთა პნევმოკონიოზის და სილიკოზის		50 შტატი
იმ დაწესებულებათა წილის გაზრდა, რომლებსაც ჰყავთ 50 ან მეტი დაქირავებული და დანერგილი აქვთ მშრომელთა ჯამრთელობის დაცვისა და უსაფრთხოების პროგრამები		70>%
გაზრდა იმ დაწესებულებათა წილისა, რომლებსაც ჰყავთ 50 ან მეტი დაქირავებული და სთავაზობენ მათ ზურგის ტრავმის პრევენციისა და რეაბილიტაციის პროგრამებს.	28.6 % 1985 წელს	>70%
დაფუძნება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ან შრომის დეპარტამენტის პროგრამებისა, რომლებიც დაეხმარება მცირე ბიზნესებს კონსულტაციებით თავიანთი დაქირავებულებისთვის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვაში		
გაზრდა პირველადი სამედიცინო დახმარების იმ მიმწოდებლების წილისა, რომლებიც პროფესიულ ჯანმრთელობას მათი რუტინული შემოწმების სქემაში რთავენ და მას შესაბამის დახმარებას აწვდიან.		>75%

წყარო : Rossner, P., Markowitz, G. 1985. A„Gift of God“? The public health controversy over leaded gasoline in the 1920s. *American Journal of Public Health,* 331:161–167; and CDC. 1999. Improvements in workplace safety—United States, 1900–1999. MMWR, 48: 461–469.

ჩანაჩთი 9.11 ელის ჰემილტონი და ტეტრაეთილის ტყვია

ელის ჰემილტონმა, გამოკვლევათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადვოკატირების პიონერმა, 1910-იან და 20-იან წლებში, სხვებთან ერთად, სამუშაო ადგილებზე არსებული საფრთხეები წარმოაჩინა, რომლებიც დაკავშირებული იყო ისეთ ტოქსიკურ ნივთიერებებთან, როგორებიცაა ასანთის წარმოებისას გამოყენებული თეთრი ფოსფორი, ტყვიის დანამატები ბენზინში და რადიუმი საათების ციფერბლატებში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ნივთიერება სახიფათოდ იყო ცნობილი, DuPont აწარმოებდა ტეტრაეთილის ტყვიას (TEL). ჰამილტონი და სხვები ეწინააღმდეგებოდნენ მის გამოყენებას, მაგრამ TEL-ის მოხმარება გაიზარდა, თუმცა ამავდროულად მოიმატა შტატებისა და ფედერალური სამთავრობო კომისიებისთვის ჰემილტონის მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა. გარემოს ტყვიით ექსპოზიცია 1970-იან წლებამდე იზრდებოდა, როცა მომდევნო გამოკვლევებმა პრობლემის მასშტაბი და საზოგადოებრივ, განსაკუთრებით ბავშვების ჯანმრთელობაზე, მისი გავლენა ცხადყო. ჰამილტონის ნაშრომებმა დაადგინა სტანდარტები პროფესიული და გარემოს ჯანმრთელობის ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევებისთვის, რომლებიც საფუძვლად დაედო 1970 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში რეგულირების სფეროში მიღწეულ წარმატებებს.

წყარო : Rossner, P., Markowitz, G. 1985. A„Gift of God“? The public health controversy over leaded gasoline in the 1920s. *American Journal of Public Health,* 331:161–167; and CDC. 1999. Improvements in workplace safety—United States, 1900–1999. MMWR, 48: 461–469.

პროფესიული და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალიტთა მხრიდან.

პოლონეთის ზემო სილეზიის რეგიონში, რომლის დედაქალაქია კატოვიცე და 4 მილიონი კაცი ცხოვრობს, მრავალი ლითონის მწარმოებელი ქარხანაა განთავსებული, განსაკუთრებით ტყვიისა და თუთიის. კატოვიცეს გარეუბანში ოთხი ასეთი ქარხანა ფუნქციონირებს, რომელთაგან ორი, საუკუნეზე მეტი ხნის წინაა აგებული და ატმოსფეროში დიდი ოდენობით ტყვიას გამოაფრქვევს, კიდევ ორი კი, 1960-იან წლებშია აგებული და დაბინძურების კონტროლის საშუალებებით ადეკვატურად აღჭურვილი არ არის. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ცნობათა მიხედვით, 1980-იან წლებში ერთ-ერთი ქარხნიდან ტყვიისა და კადმიუმის გამოყოფა შემცირდა, ბავშვების სისხლში ამ ნივთიერებების მაღალი შემცველობა შეინიშნება. ასევე მაღალია ნიადაგის დაბინძურებაც, რაც ბოსტნეულის ძლიერ დაბინძურებაში გამოიხატება. ეს პრობლემა ევროპაში ფართოდაა გავრცელებული.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ტყვიით დაზიანების შემცირება საკანონმდებლო, პროფესიონალთა და სოციალური ზეწოლის კომბინაციით მიაღწიეს, რომლის შედეგადაც შეირჩა ტყვიის არშემცველი ბენზინი. ტყვია ამოიღეს საღებავების წარმოებიდან და სხვა ბევრ ინდუსტრიულ საქმიანობაშიც ჩაანაცვლეს. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ჩართული ჯგუფების ყურადღებამ და მათი მხრიდან აქტიურმა ლობირებამ თემებსა და სამუშაო ადგილებზე ტყვიით ტოქსიკურობის შესამცირებლად დადებითი ეფექტი იქონია. ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაცია კვლავაც შეშფოთებულია იმით, რომ 1-5 წლამდე ამერიკელ ბავშვთა 4.4%-ს BLL-ის 10 მკგ/დლ-ზე მაღალი დონე აღენიშნება. ასოციაცია საზოგადოებას სთავაზობს საღებავებში არსებული ტყვიის შემცირების ფართო სპექტრის მქონე პროგრამას, რომელიც მწარმოებელთა წინააღმდეგ სასამართლო დავებს მოიცავს, პრევენციული ღონისძიებების გატარებას თემების დონეზე და ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებულ საგანმანათლებლო პროგრამებს.

აზბესტოზი. აზბესტოზთან დაკავშირებული დაავადებები პროფესიული და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემად მას შემდეგ იქცა, რაც მეორე მსოფლიო ომის დროს აზბესტის გამოყენება მკვეთრად გაიზარდა და რომლის შედეგები დაავადებებისა და სიკვდილიანობასთან დაკავშირებით ცხადი მხოლოდ მრავალი წლის შემდგომ გახდა. 1927 წელს W. E. Cooke-მა აზბესტთან კონტაქტით გამოწვეულ ფილტვის ფიბროზულ დაავადებას აზბესტოსი უწოდა. შემდგომ, ბრიტანეთის მთავრობის გამოძიებამ ამ თემასთან დაკავშირებით, პარლამენტს აცნობა, რომ ხან-

გრძლივი დროის მანძილზე აზბესტის შემცველი მტვრის ჩასუნთქვა, ფილტვის მძიმე ფიბროზის განვითარებას იწვევს. გამოძიებამ პარლამენტს მტვრის შემზღუდავი ღონისძიებების გამოყენება შესთავაზა. ამას მრავალი შემთხვევის აღწერა და აზბესტთან დაკავშირებული ჯანდაცვითი საფრთხეების ფართო აღიარება მოჰყვა. მეორე მსოფლიო ომის დროს ამერიკის შეერთებული შტატების ფლოტმა უსაფრთხოების მინიმალური მოთხოვნების სია იმ გემსაშენებისთვის გამოსცა, რომლებსაც ფლოტი საზღვაო სამუშაოებისთვის დაიქირავებდა. ეს მოთხოვნები 1 მილიონ მშრომელს შეეხო.

პირველი ცნობები აზბესტოზსა და ფილტვის კიბოს შორის კავშირის შესახებ 1930-იან წლებში გამოჩნდა. ირვინგ სელიკოვის (Irving Selikoff) მიერ 1965 წელს ნიუ-იორკში ჩატარებულმა კვლევებმა, აჩვენა ფილტვის კიბოს მაღალი სიხშირე მოსახლეობის რამდენიმე ჯგუფში, რომელიც გემსაშენების ყოფილი მუშაკებისგან შედგებოდა. სელიკოვმა და მის კოლეგებმა ასევე აჩვენეს სინერგიზმი აზბესტოზით დაზიანებასა და სიგარეტის მოწევას შორის (იხ. ცხრილი 9.10), კერძოდ, ფილტვის კიბოს რისკის ზრდა ხშირი მოწევის შემთხვევაში და რისკის კლება მოწევის შემცირებისას.

ცხრილი 9.10 ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის სიხშირე (ასაკ- სტანდარტული[a]) მშრომელებში, რომლებსაც შეხება აქვთ აზბესტთან და ეწევიან სიგარეტს და საკონტროლო ჯგუფში

ჯგუფი	აზბესტთან შეხება	მოწევა	სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	განსხვავება სიკვდილიანობაში	სიკვდილიანობის თანაფარდობა
საკონტროლო	არა	არა	11.3	-	1.0
აზბესტზე მომუშავეები	კი	არა	58.4	+47	5.2
საკონტროლო	არა	კი	122.6	+111	10.9
აზბესტზე მომუშავეები	კი	კი	601.6	+590	53.2

წყარო : Selikoff, I. J. 1986. Asbestos-associated disease. In Last, J. M. (ed.). *Maxcy-Rosenau: Public Health and Preventive Medicine*. Twelfth Edition. Norwalk, CT: Appleton–Century–Crofts.

[a] სიხშირე ყოველ 100 000 ადამიან-წელიწადზე, ასაკ-სტანდარტული, 1967-1976 წლებში პროსპექტული დაკვირვება 12.051 აზბესტთან შეხების მქონე მშრომელში. საკონტროლო ჯგუფი მოიცავს 73.763 ადამიანს, ამერიკის სიმსივნის ასოციაციის პროსპექტულ კვლევაში იმავე დეკადის განმავლობაში. ფილტვის სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილის რიცხვი შედგენილია გარდაცვალების ცნობების (სერტიფიკატების) მიხედვით.

ამერიკის შეერთებული შტატებში 1976 წელს გამოცემული ტოქსიკური ნივთიერებების კონტროლის აქტი, პასუხისმგებლობას მავნე ქიმიკატებზე, მათ შორის აზბესტზე, აკისრებს მათ, ვინც ამ ნივთიერებების გაყიდვით მოგებას ნახავს. ხანგრძლივმა ჩამორჩენამ აზბესტთან დაკავშირებული დაავადებების შესახებ პირველ ცნობებს, დასკვნით კვლევებსა თუ კონტროლის ზომების დანერგვას შორის კითხვები გააჩინა იმის შესახებ, თუ როგორ ფუნქციონირებს პროფესიული ჯანდაცვის სისტემა. ამ კვლევებისა და მათ საპასუხოდ ფედერალური კანონმდებლების მიერ შემოღებული რეგულაციების შედეგად, 1972-1982 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში აზბესტის გამოყენება ოთხჯერ შემცირდა. 1986 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების მიერ მიღებულმა, აზბესტის საფრთხეზე საგანგებო რეაგირების აქტმა, აზბესტის გამოყენებაზე ფედერალური რეგულაციები განამტკიცა.

აზბესტით ექსპოზიცია მეზოთელიომის, მკერდისა და აბდომინალური ავთვისებიანი სიმსივნეების გამომწვევ მიზეზად მიიჩნევა. ლატენტურობის პერიოდი შეიძლება 20-30 წელი გაგრძელდეს, დაავადების რისკი კი დაზიანების ხარისხზეა დამოკიდებული. შესაძლოა დაზიანდნენ აზბესტ-ცემენტის წარმოებისა და გემსაშენების მუშაკები, ავტოფარეხის ის თანამშრომლები, რომლებსაც სამუხრუჭე ხუნდებთან აქვთ შეხება, წყალმომარაგების სისტემის ტექნიკური პერსონალი და მშენებლობაზე მომუშავეები რომლებიც აზბესტის შემცველ მასალებს იყენებენ. 1980-იანი წლების განმავლობაში შეშფოთება გამოითქვა იმის შესახებ, რომ აზბესტის ექსპორტი ხდებოდა განვითარებად ქვეყნებში, სადაც, განვითარებული ქვეყნები-

ჩანართი 9.12 ჰამაზინი სილიკოზისის შესახებ, 1700

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის სნეულებები, რომლებიც ემუქრება ქვისმთლელებს, მოქანდაკეებს, სამტეხლოში მომუშავეებს და სხვა ამგვარ მშრომელებს. როცა ისინი მიწისქვეშ ტეხავენ და ჭრიან მარმარილოს ან კვეთენ მას ქანდაკებისა თუ სხვა რაიმე საგნის დასამზადებლად, ხშირად ჩაისუნთქავენ გამოყოფილ უხეშ, ბასრ, ხორკლიან ნაწილაკებს, რის გამოც აწუხებთ ხველება, განიცდიან ასთმურ შეგრძნებებს და ტუბერკულოზით ავადდებიან.

წყარო : Ramazzini, B., De Morbis Artificum Diatriba, 1700. ციტირებულია : Hunter, D. 1969. The Diseases of Occupations, Fourth Edition. London: English University Press.

სგან განსხვავებით, მისი მარეგულირებელი მექანიზმები არ არსებობდა. 1990-იან წლებში შემაშფოთებლად რჩება ის გარემოება, რომ განვითარებად ქვეყნებში დამზადებული აზბესტის შემცველი პროდუქტების იმპორტი განვითარებულ ქვეყნებში ხდება.

1999 წელს ევროკავშირმა ეფექტურად აკრძალა აზბესტის პროდუქტების გამოყენება.

კვარცი. სილიკოზი ერთ-ერთი ყველაზე ადრე აღმოჩენილი პროფესიული დაავადებაა, რომელიც, განსაკუთრებით, მაღაროელებს ვნებს. მას ანტიკურ საბერძნეთსა და რომში აღწერდნენ, როგორც „ფატალურ მტვერს„. სილიკა მსოფლიოში გვხვდება მინერალებსა და ქვებში, როგორც თავისუფალი სახით, ისე კვარცთან, კაჟთან, ქვიშა-ქვასთან კომბინაციაში. სამთო-სამადნო საქმე, გვირაბების გაყვანა, ქვის ჭრა, სამტეხლოების მუშაობა, რკინასა და ფოლადზე სამუშაოები, ქვიშით წმენდა, აგურების დამზადება, ქვის, მინისა და მეტალების გაპრიალება, ბევრი სხვა ინდუსტრია იწვევს მშრომელების დაზიანებას კვარცის მტვრის ჩასუნთქვით.

სილიკოზი არის ფილტვების მასიური ფიბროზის მდგომარეობა, რომელსაც ხანგრძლივი დროის მანძილზე კვარცის მტვრის ჩასუნთქვა იწვევს. ის კლასიფიცირდება, როგორც პნევმოკონიოზი, ფილტვების ზოგადი ანთებითი ფიბროზული მდგომარეობა, გამოწვეული მტვრის მყარი ნაწილაკების ჩასუნთქვით. ეს მდგომარეობა შეიძლება მსუბუქი სიმპტომებიდან სუნთქვის უკმარისობამდე განვითარდეს, პულმონარული კონსოლიდაციის რადიოლოგიური დადასტურებითა და თანამდევი ტუბერკულოზით. კვარცის კანცეროგენობა დადასტურებული არ არის.

მეცხრამეტე საუკუნეში ქვანახშირის მაღაროების მუშაკთა ჯანმრთელობის შესწავლამ სილიკოზის ეფექტები აღწერა. 1918 წლისთვის ინგლისელ მშრომელებს შეეძლოთ სილიკოზისა და ტუბერკულოზისთვის კომპენსაციები მიეღოთ. 1920-იან და 1930-იან წლებში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში კვლევებმა სილიკოზი აჩვენა ცემენტის წარმოების მუშაკებში, ქვანახშირის მაღაროებში, იმ ადამიანებში, რომლებიც გვირაბებზე, ტყვიისა და თუთიის მაღაროსა და სხვა წიაღისეულის მომპოვებელ საწარმოებში მუშაობენ. 1930-იანი წლების შუახანებში, ვირჯინიაში, ფაიეტის საგრაფოში, გოლეი ბრიდჯზე ჰოქს ნესტის გვირაბის მშენებლობას დაახლოებით 700 მუშის სიცოცხლე შეეწირა, ხოლო კანონმდებლობის შესაბამისად, სილიკოზით დაავადებულებზე კომპენსაციები გაიცა. დღეისთვის კვლავაც სადავოა სამართლებრივი სტანდარტების საკითხი და პრობლემის პრევენცია რთულად მიღწევადად რჩება.

ბამბის მტვერი (ბისინოზი). ბამბის მტვერი ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა ტექსტილის ინდუსტრიაში ხანგრძლივად მომუშავეთა შორის ფილტვის ქრონიკული, ობსტრუქციული დაავადებისა, რომელიც 1960-იან წლებამდე ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფართოდ იყო გავრცელებული. OSHA-მ 1978 წელს ახალი სტანდარტები შემოიღო, რომელიც დაფუძნებული იყო გაუმჯობესებული ვენტილაციისა და ფილტრაციის მანქანების გამოყენებაზე. იმ დროისთვის ტექსტილის ინდუსტრია გადიოდა მოძველებული აღჭურვილობის თანამედროვე და უფრო ავტომატიზირებული დანადგარებით შეცვლის პროცესს, რომელმაც შედეგად მოიტანა წარმოების სისწრაფის ზრდა, სივრცის უფრო ეფექტური გამოყენება, წარმოებაში ნაკლები სამუშაო ძალის ჩართვა და უფრო მაღალი ხარისხის პროდუქტი, მტვრის დონეების შემცირებასთან ერთად. რამდენადაც მაღალი აღმოჩნდა სტანდარტების ტექნოლოგიური და ეკონომიკური ეფექტურობა, ასევე მათ დან-

ერგვასთან დაკავშირებით ინდუსტრიის მზაობა, შედეგებმა მოსალოდნელი ხარჯების თითქმის ერთი მესამედით მოლოდინს გადააჭარბა.

ვინილქლორიდი. ვინილქლორიდი უფერო, აალებადი აირია ოდნავ შესამჩნევი მოტკბო სურნელით. ის ქიმიური ინდუსტრიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია თავისი ცეცხლ-მაქრი თვისებების, დაბალი ფასისა, და მრავალმხრივი გამოყენების გამო. ვინილქლორიდი კანცეროგენია, რომელიც იწვევს ღვიძლის, ტვინისა და ფილტვის კიბოს, ასევე ორსულობის შეწყვეტას და უშუალო შესუნთქვისას ან გადაყლაპვისას საფრთხეს წარმოადგენს. ვინილქლორიდის გამოყენება 1930-იან წლებში იზრდებოდა, უფრო მეტად კი მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ 1970-იან წლებამდე. 1960-იანებში აჩვენეს პოლივინილქლორიდის (PVC) კავშირი რეინოდის (Rayunad's) ფენომენთან, მოგვიანებით – სიმსივნეებთან, მათ შორის ღვიძლის ჰემანგიოსარკომასთან.

PVC-ს კანცეროგენობა ამერიკის შეერთებული შტატების ტექნოლოგიის შეფასების სამსახურისა და OSHA-ს მტკიცებულებათა განხილვის შედეგად დადასტურდა. მეცნიერებმა დაასკვნეს, რომ ვინილქლორიდთან ექსპოზიციის უსაფრთხო დონე არ არსებობს. OSHA-მ მაქსიმალურ დოზად ყოველ მილიონზე 1 ნაწილი დაადგინა. მიუხედავად იმისა, რომ რისკის შეფასების საკითხებზე დავა გრძელდება, სამუშაო ადგილზე ვინილქლორიდის მსგავს კანცეროგენებთან ექსპოზიციის შემცირება თანამედროვე პროფესიული ჯანმრთელობის აღიარებული სტანდარტია.

მიუხედავად შესაძლო ექსპოზიციის დონის (PEL) ამ შემცირებისადმი ინდუსტრიის ენერგიული წინააღმდეგობისა, სრული თავსებადობა მიღწეულ იქნა 18 თვეში ვენტილაციის გაუმჯობესებით, გაჟონვების შემცირებით, რეაქტორის დიზაინისა და ქიმიური გზების მოდიფიცირებით, პროცესის მეტი ავტომატიზაციით. კიდევ უფრო ეფექტური გამოდგა PVC-ის წარმოების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, რის შემდეგაც მასში ნაკლები ვინილქლორიდი გამოიყენება. ექსპოზიციის შესამცირებლად ინდუსტრიის მიერ გაღებული ხარჯები მოსალოდნელზე 25%-ით ნაკლები აღმოჩნდა, რაც წარმოების პროცესში ინოვაციების დანერგვით გახდა შესაძლებელი.

Agent Orange. ეს არის ჰერბიციდი, რომელსაც ფართოდ გამოიყენებდნენ ამერიკის შეერთებული შტატების შეიარაღებული ძალები ვიეტნამთან ომისას ამ ქვეყნის ტერიტორიების დეფოლიაციისთვის (მცენარეული საფარისგან გასაწმენდად). ის შეიცავს დიოქსინს და კანცეროგენულია. ვიეტნამის მოსახლეობაში ჩატარებული კვლევებით დიოქსინის მაღალი დონე ქალის რძეში ცხიმოვან ქსოვილში და სისხლში აღმოაჩინეს. მიუხედავად იმისა, რომ მაგალითების სისტემური აღწერა არ მომხდარა, 1984 და 1992 წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა დიოქსინის მსგავსი დამბინძურებლების (TCDD) ან 2,3,4,8,-ტეტრაქლორდიბენზოლ-p-დიოქსინის შემცველობის მაღალი დონე სისხლის ნიმუშებში ვიეტნამის იმ მოსახლეობაში, ვინც ომის დროს ამ ნივთიერებისგან დაზიანდა.

ვიეტნამის ომში მონაწილე ამერიკელ ვეტერანებზე გავლენის კვლევებმა ვერ აჩვენა გრძელვადიანი ეფექტების არსებობის დამაჯერებელი საბუთები. დამატებითი კვლევებია საჭირო ისეთი ეფექტების დასადასტურებლად, როგორიცაა კიბოსა და თანდაყოლილი დეფექტების რაოდენობის ზრდა. თუმცა, ეპიდემიოლოგიური მტკიცებულებების სათუობის მიუხედავად, სასამართლო და საკომპენსაციო გადაწყვეტილებები იმ ვეტერანთა სასარგებლოდ მიიღეს, ვისაც ამ ნივთიერებებთან ჰქონდა შეხება.

ძალადობა სამუშაო ადგილზე

ძალადობა ენდემურ ხასიათს ატარებს მრავალ საზოგადოებაში და ბევრ ორგანიზაციასა და ინსტიტუციას ეხება. ძალადობას წამყვანი მიზეზია სამუშაო ადგილზე მიღებული სასიკვდილო ტრავმები. ხანგრძლივი ისტორია აქვს ძალადობას სამკურნალო დაწესებულებებში, რომლის პირველი დოკუმენტირებული შემთხვევა 1849 წელს აღწერეს. ამ ფაქტის მიხედვით, ფატალურად დამთავრდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პაციენტის თავდასხმა ფსიქიატრზე. მას შემდეგ მრავალი კვლევა ჩატარდა, რომელიც აღწერდა თავდასხმებს, მძევლად აყვანას, გაუპატიურებებს, ძარცვებს და სამედიცინო და საზოგადოებრივ დაწესებულებებში

სხვა ძალადობრივ აქტებს. 1990-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში მკვლელობა სამუშაო ადგილზე სიკვდილის მთავარი მიზეზი გახდა ქალებისთვის და ავტოკატასტროფების შემდგომ, მეორე მთავარი მიზეზი, მამაკაცებისთვის.

ასევე მნიშვნელოვანი პროფესიული პრობლემა გახდა საყოფაცხოვრებო საქონლის მაღაზიების თანამშრომლების მკვლელობა. 1998 წლის აპრილში NIOSH-მა ამ პრობლემასთან დასაპირისპირებლად ახალი სახელმძღვანელოები გამოსცა. ოპერატორთა ასოციაციის გამოხმაურება ისეთ შემოთავაზებულ ზომებს შეეწინააღმდეგა, როგორებიცა ტყვიაგაუმტარი მინისა და მონიტორების დამონტაჟება, ღამის საათებში ორი დაქირავებულის გამოყენება. თუმცა, სწორედ ამგვარი ღონისძიებების გატარებამ გამოიწვია ძალადობისა და მკვლელობების შემცირება შეიარაღებული ძარცვის შემთხვევებში. ადგილი ჰქონდა ძალადობის სულისშემძვრელ ინციდენტებს, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც აბორტი კეთდებოდა, თანამშრომლების მოსაკლავად პისტოლეტები და ბომბები გამოიყენეს. ჰოსპიტალებში და სხვა სამედიცინო დაწესებულებში ჯანდაცვის მუშაკებზე თავდასხმები და მკვლელობა არაერთხელ მოხდა.

მკვლელობა სამუშაო ადგილზე პროფესიულ საფრთხედ მხოლოდ ახლახანს მიიჩნიეს, ამიტომაც კვლევა ამ კუთხით ჯერ კიდევ ჩანასახოვან მდგომარეობაშია. არ არსებობს უნივერსალური სტანდარტი მშრომელის სამუშაო ადგილზე ძალადობისგან დასაცავად, ამ მიმართულებით არც რაიმე პოლიტიკა შემუშავებულა. სამუშაო ადგილზე ძალადობის პრევენცია უაღრესად მნიშვნელოვანია და მასთან გამკლავება ნაციონალურ დონეზე უნდა დაიწყოს. ახლახანს, კალიფორნიის პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის წარმომადგენელმა ოფიციალური რჩევები შეიმუშავა, რომლებშიც აქცენტი გაკეთებულია ძალადობის პრევენციაზე, სამუშაო ადგილის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად ეფექტური პოლიტიკის შემუშავებით. ხელმძღვანელობა და მშრომელთა ორგანიზაციები, მათთან ერთად ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებლობას იზიარებენ. სამუშაო ადგილზე ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების, სექსუალური შეურაცხყოფის, ექსპლუატაციის პრევენცია სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა სამუშაო ადგილზე ძალადობის პრევენციისთვის.

პროფესიული ჯანმრთელობა კლინიკურ პრაქტიკაში

კლინიკის ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის პროფესია და სამუშაო ისტორია. კითხვარში წინა სამუშაოების შესახებ შეკითხვის დასმა (იხ. ცხრილი 9.11) შეიძლება პაციენტის გამოკვლევისას გადამწყვეტი მნიშვნელობის აღმოჩნდეს და მის გარეშე შესაძლოა მიუღწევადი გახდეს დაავადების მიზეზის დადგენა. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელმა უნდა გაითვალისწინოს თუ რა ტიპის წარმოებაშია დასაქებული თემის წარმომადგენლები და იცნობდეს მათთან დაკავშირებულ პოტენციურ საფრთხეებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ექიმის ყურადღება, რადგან ის შეიძლება აღმოჩნდეს პირველი, ვინც ინტოქსიკაციის ახალ შემთხვევას იხილავს. საჭიროა მარტივი კითხვების დასმა, მაგალითად: რა არის თქვენი საქმიანობა ან ჰობი? რას აკეთებთ სამსახურში? გაქვთ თუ არა შეხება ქიმიკატებთან სამუშაო ადგილზე ან სახლში? არიან თუ არა სხვები თქვენს სამსახურში, ვისაც იმავე ქიმიკატებთან აქვს შეხება და იგივე სიმპტომები აღენიშნებათ? რამდენი ხანია გაქვთ ქიმიკატებთან შეხება? კლინიკური ეჭვი შეიძლება გახდეს გასაღები სიმპტომების პოტენციური ტოქსიკური გამომწვევის დასადგენად და მიგვიყვანოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფრო ფართო პრობლემის აღმოჩენამდე.

სამუშაო ადგილის ინსპექტირება

სამუშაო ადგილებზე ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელი თანამდებობის პირი შეიძლება მუშაობდეს, როგორც შრომის სამინისტროს, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის დაქვემდებარებაში. სამუშაო ადგილის ინსპექტირების

მიზანია მითითებების შემუშავება წარმოების მმართველობისა და მშრომელებისთვის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის საკითხებზე. შეუთავსებლობამ ფედერალურ, შტატის ან ადგილობრივ სტანდარტებთან უნდა გამოიწვიოს მარეგულირებელი ქმედებანი ნაკლოვანებათა გამოსასწორებლად, რომლებიც, თუ საჭირო გახდა, წარმოების ხელმძღვანელობის მიმართ სადამსჯელო ღონისძიებებსაც უნდა მოიცავდეს. სამუშაო ადგილის ინსპექტირება ადგილზე დაკვირვებებს გულისხმობს, რომელიც ჩამოთვლილია ცხრილში 9.11., ამასთან შემდგომი შემოწმებისთვის უნდა მოხდეს შემოწმების დოკუმენტირება და დოკუმენტების მიწოდება ხელმძღვანელობისთვის, მშრომელებისთვის.

ჰისჯების შეფასება

პროფესიული და გარემოსთან დაკავშირებული რისკების ამოცნობა და დახარისხება რთულია, მაგრამ კლინიკური ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საზედამხედველო ღონისძიებების გატარებისას ეპიდემოლოგიურ ანალიზთან ერთად, შეიძლება ამოიცნონ ტოქსიკური ან კანცეროგენული ფაქტორები, რომელთა შემცირებაც ან აღკვეთაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მხრიდან ჩარევითაა შესაძლებელი. პროფესიული ან გარემოს ჯანმრთელობის ფაქტორებთან ექსპოზიციის ამოცნობა ექიმების მხრიდან, შეიძლება დაგვეხმაროს ახალი შემთხვევების ამოცნობაში, ისე, როგორც ეს ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში ხდება და გამოწვიოს გამოკვლევის დაწყება დაავადების მიზეზის აღსაკვეთად. აღნიშნუ-

ცხრილი 9.11 სადამკვირვებლო ფაქტორები სამუშაო ადგილების შემოვლითი ინსპექტირებისას

მარკერი	დაკვირვება პირობებზე, უსაფრთხოების ღონისძიებებზე და ზეგავლენაზე მშრომელებისთვის
სენსორული დაკვირვება	თვალის გაღიზიანება, ცუდი განათება, ხმაურის დონე, მეტალის არომატი ჰაერში, სუნი, ხილვადი კვამლი, გამონაფრქვევი, ტემპერატურა (სიცხე/სიცივე)
დამცავი საშუალებები	გამოყენება მტკიცე ჩაფხუტების, შედუღაბებისას დამცავი ნიღბების, უსაფრთხოების ფეხსაცმლისა და ტანსაცმლის, ყურის დამცავების, თვალებისა და სახის დამცავების, პირველი დახმარების საშუალებების, რესპირატორების, დამცავი ხარაჩოების, მონიტორინგის პროცედურების
შენახვა-დასაწყობება	სახიფათო ქიმიური ნივთიერებების სათავსო; ბოთლები და კონტეინერები ეტიკეტის გარეშე
საპირფარეშო	სისუფთავე, დანადგარები, საპონი, ტუალეტის ქაღალდი, ნაგვის ურნები
მშრომელთა ჰიგიენა	ტანსაცმლის გამოსაცვლელი ადგილი, საშხაპე, კარადა
სასადილო	ცალკე მაგიდები, სისუფთავე, სამრეცხაოები
მშრომელთა ასაკი/მდგომარეობა	ბავშვები, თინეიჯერები, მოხუცები, ორსულები
ჩივილები	თავის ტკივილი, სისუსტე, თავბრუსხვევა, ღებინება, ჰაერის უკმარისობა, კანის პრობლემები
მშრომელთა მორალური მდგომარეობა	მშრომელთა მორალური მდგომარეობა აისახება პერსონალის ცვლისა და არასაპატიო გაცდენების სიხშირეზე
სამუშაო ადგილის მოწყობა	მასალების, პროდუქციიის გადაადგილებისა და ვენტილაციის უსაფრთხოება
საფრთხის კონტროლი	მარკირება, პროცესის ჩაწერა, მშრომელთა აღრიცხვა, ჯანმრთელობის პერიოდული შემოწმება
სისუფთავე	ნაგვის მოშორება, იატაკიდან, მანქანებიდან და მაგიდებიდან ბენზინისა და ქიმიკატების მოწმენდა
განიავება, ვენტილატორები	კვამლის, სუნის, მტვრის გადინება
მშრომელებისა და ხელმძღვანელობის თანამშრომლობა	მექანიზმები მშრომელთა და ხელმძღვანელობის კონსულტაციებისა და პასუხისმგებლობის გაზიარებისთვის, რათა მოხდეს საფრთხეების შემცირება და საქმიანობის გაუმჯობესება

წყარო : Weeks J. L., Levy, S. S., Wagner, G. R. (eds.) 1991. *Preventing Occupational Disease and Injury*.Washington, DC: American Public Health Association.

ლის მსგავსად, მცირე ტერიტორიის ეპიდემიოლოგიურ ანალიზს შეუძლია გამოავლინოს სიმსივნისა და სხვა ტოქსიკური ეფექტების მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაცია, რითაც მოგვცემს ლოკალიზაციის შესაძლებლობას შემდგომი კვლევებისთვის.

დოზა-შედეგი მიდგომის ჩამოყალიბება კარგად გათვლილ დაკვირვებებს საჭიროებს. ზოგიერთი კვლევა შეიძლება იმდენად უგულისყუროდ ჩატარდეს, რომ დაბალი სტატისტიკური მნიშვნელობის მქონე, მაგრამ მაინც აცილებადი რისკები არ გაითვალისწინონ, რომლებიც შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს კომპენსაციის გამოსაყოფად. ასე მოხდა 1960-იან წლებში ვიეტნამის ომში Agent Orang-ით და 1991 წელს სპარსეთის ყურეში ტოქსიკურ ნივთიერებებთან ექსპოზიციით დაზიანებული ამერიკელი ვეტერანების შემთხვევებში.

მარეგულირებელ ან საკომპენსაციო საკითხებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები ხშირად უნდა მიიღონ ეპიდემიოლოგიური კვლევებისგან მიღებულ არადამაჯერებელ ან ურთიერთსაწინააღმდეგო დასკვნების ფონზეც. 1960-იან წლებში FDA-მ გამოიყენა საკვები დანამატებისა ან საღებავების მიმართ შემოღებული დელანეის მუხლი (Delaney Clause), რომლის თანახმადაც ცხოველებზე გამოცდისას გამოვლენილი ნებისმიერი უკუეფექტი წამლის დისკვალიფიკაციისთვის და ბაზარზე დაშვების ასაკრძალად საკმარისი იყო. თუმცა, ეს არ გამხდარა აღიარებული სამართლებრივი სტანდარტი. საკითხი რჩება დავისა და ურთიერთსაწინააღმდეგო მოსაზრებების საგნად, რომელთან დაკავშირებული ცალკეული შემთხვევები მომავალი სასამართლო და მარეგულირებელი გადაწყვეტილებებისთვის პრეცედენტებს ქმნიან. ეპიდემოლოგიის წვლილი ასეთი საკითხების გადაწყვეტაში ასევე დავის საგნად რჩება.

ჯანმრთელობის ჰიგიენური სამუშაო ადგილზე

სამუშაო ადგილზე მომხდარ კატასტროფას შეუძლია გავლენა იქონიოს მშრომელზე და გარშემო თემზე. პრევენციისთვის პასუხისმგებლობა უმთავრესად ხელმძღვანელობას ეკისრება, თუმცა მშრომელებსა და საზოგადოებასაც ამ პროცესში თავიანთი როლი აქვთ. პრევენცია მოიცავს მშრომელთა და ხელმძღვანელობის განათლებას და გამუდმებულ ყურადღებას. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ეკისრება სამართლებრივად შეიმუშაოს და გაატაროს სტანდარტები, შრომის უსაფრთხოების მოთხოვნები, ასევე გააკონტროლოს ტოქსიკური ნივთიერებები და დაზიანებულთა და დაავადებულთათვის სამართლიანი კომპენსაციის გაცემა უზრუნველყოს. მარტივ ხარისხობრივ დაკვირვებებს, რომლებიც ჩამოთვლილია ცხრილში 9.12, შეუძლიათ სამუშაო ადგილზე კატასტროფის მენეჯმენტის შესაძლებლობები წარმოაჩინონ. ამ დაკვირვებების ჩატარება შეუძლია ხელმძღვანელობას, ჯანდაცვის პროფესიონალებს და მშრომელთა წარმომადგენლებს, რათა მონიტორინგი მოახდინონ და მშრომელთა გაუმჯობესებულ ჯანდაცვასა და უსაფრთხოებას მხარი დაუჭირონ.

„კარგი სამუშაო ადგილის პრაქტიკა“ პარალელს ავლებს კარგ საწარმოო პრაქტიკასთან, რომელიც მოეთხოვებათ საკვებისა და წამლების წარმოებაში. ის დაფუძნებულია კონცეფციაზე, რომ ამჟამინდელი სტანდარტები მისაღები უსაფრთხოებისა, მოიცავს სტანდარტებს დაწესებულებათა, დასაქმებულთა შერჩევისთვის და ოპერაციულ კრიტერიუმებს. ჯანსაღი და უსაფრთხო სამუშაო ადგილი უნდა შენარჩუნდეს და აღნიშნულის საფუძველზე აღიარებულ იქნას.

დასაქმება და ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სოციალური კლასი, რომელიც ხშირად პროფესიითა და განათლებით განისაზღვრება, მნიშვნელოვანწილად ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელია. დაბალი კვალიფიკაციის მშრომელებს კორონარული დაავადებებისა და სიმსივნეების მაღალი სიხშირე აღენიშნებათ, მათ შვილებს კი – ასევე ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები, ვიდრე მაღალი კვალიფიკაციის მშრომელებს, ბიზნესმენებსა და პროფესიონალებს. მტკიცებულე-

ბები მიუთითებს, რომ ამის უმთავრესი მიზეზია საკუთარ ცხოვრებაზე პასუხისმგებლობისა და კონტროლის ნაკლებობა. მშრომელი, ვისაც თავის ქმედებებზე მცირე გავლენა აქვს, შეიძლება სამსახურში უფრო დიდ სტრესს განიცდიდეს, მაგალითად, კონვეირთან, ან სამსახურის შენარჩუნებასთან, დაწინაურებასთან, ხელფასთან დაკავშირებით. სამსახურის დაკარგვა ძირითადი ფაქტორია, რომელიც მშრომელთა მოწყვლადობას ზრდის, განსაკუთრებით სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობებთან, მათ შორის, სუიციდთან, ალკოჰოლიზმთან, ძალადობასთან, კარდიოვასკულურ დაავადებებთან მიმართებაში. შემცირებების ანუ სამუშაო ძალის რაოდენობის კლების ტენდენცია არაპროპორციულად ეხება მშრომელებს, თუმცა ხელმძღვანელობის საშუალო და ზემო დონეებამდე აღწევს. ასე რომ, ასაკში საშიშროება სამუშაოს დაკარგვისა, როცა ახლის პოვნა ნაკლებად მოსალოდნელია, ხდება რეალური საფრთხე ჯანმრთელობისთვის. დასაქმებულობასთან და სამუშაოსთან დაკავშირებული რისკებისადმი ყურადღება და მათ საპასუხოდ ქმედებებისთვის მზაობა ჯანდაცვის პასუხისმგებლობების ნაწილია. ზოგიერთ სიტუაციაში უმნიშვნელოვანესი შეიძლება პრევენცია იყოს, ზოგში – გამოკვლევა სხვებში იმავე შემთხვევების აღმოსაჩენად, ზოგშიც – კლინიკური მენეჯმენტი.

ცხრილი 9.12 ინდუსტრიულ დაწესებულებაში კატასტროფის მენეჯმენტის შესაძლებლობის მახასიათებლები და ინდიკატორები

მახასიათებლები	ინდიკატორები
ადმინისტრაციული	პროცესიული ჯანდაცვის კატასტროფის შემთხვევაში მოქმედების გეგმა; წვდომა პირველად დახმარებაზე; კატასტროფული სიტუაციებისთვის ხშირი წვრთნები; სუბკონტრაქტორების მიერ გაწეული საქმიანობის ზედამხედველობა
გამოძიება	საჩივრების, გაჟონვების, დაღვრების სრული გამოძიება
მშრომელთა მონიტორინგი	მშრომელთა დაზიანებისა და ავადმყოფობის, ტოქსიკურობის დონის, უსაფრთხოების ზომათა გამოყენების მონიტორინგი
ტექნოლოგიური	მწყობრიდან გამოსვლისგან დაცული მოწყობილებები; მონიტორინგი რეალურ დროში; ნივთიერებათა სამუშაო ადგილზე მინიმალური განთავსება; განგაშის/მუშაობის შეჩერების ავტომატური სისტემა; ადგილზე გაუვნებელყოფა/ნეიტრალიზაცია
ტრანსპორტირება	მანქანებისა და კონტეინერების სტანდარტები; მძღოლების გაწვრთნა; გადაღლილობის, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების, მოძრაობის წესების დარღვევის კონტროლი
ინფორმაცია	მშრომელთა ინფორმირება; „უფლება-იცოდე“ მშრომელებისა და თემისთვის; კატასტროფის შემთხვევაში მოქმედების გეგმა თემისთვის

წყარო : Richter *et al.,* 1992. Recognition and use of sentinel markers in preventing industrial disaster.*Prehospital and Disaster Medicine,* 7:389–395.

ᲮᲔᲖᲘᲣᲛᲔᲒ

გარემოს ჯანმრთელობა და პროფესიული ჯანმრთელობა, მზარდი ეკოლოგიური ინტერესების გათვალისწინებით ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს, განსაკუთრებით მეოცე საუკუნის 60-იანი წლებიდან. ახალი ეკოლოგიური ინტერესების წარმოშობასთან ერთად, ბოლო ათწლეულების მანძილზე პრობლემები ამ სფეროში უფრო და უფრო რთულდებოდა. მათ შორის იყო გლობალური დათბობა, ჩერნობილის მასშტაბის ატომურ კატასტროფებთან დაკავშირებული საფრთხე, ქიმიური კატასტროფები, რომლებსაც ხშირად აქვთ ადგილი პლანეტის მასშტაბით. სხვა გარემოსთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი თემები, გაუდაბნოება, მწვანე საფარის განადგურება და ჰაერის დაბინძურება გარდა ჯანდაცვისა, საყოველთაო საზოგადო საკითხებს წარმოადგენს. ხშირად გარემოსა და მუშა-ხელის ინტერესები ეკონომიკურ ზრდასთან დაკავშირებით ურთიერთშეუთავსებელია,

განსაკუთრებით ღარიბ ქვეყნებში, რომელთა მოსახლეობის ზრდის სწრაფ ტემპს თან უკეთესი ცხოვრების მზარდ სურვილი ერთვის.

მნიშვნელოვანი წინსვლა წყლის, ნარჩენი პროდუქტების, ტოქსიკური ნარჩენებისა და ჰაერის ხარისხის მართვაში აღინიშნება, განსაკუთრებით მეოცე საუკუნის 70-იანი წლებიდან. მშრომელების ჯანმრთელობის დაცვა და უსაფრთხოება გასული საუკუნის მანზილზე ინდუსტრიულ ქვეყნებში მკვეთრად გაუმჯობესდა. ზოგიერთი ამ გაუმჯობესებათაგანი გლობალური ეკონომიკის შედეგად, მოხდა ტოქსიკური წარმოებებისა და შესაბამისი სამუშაო ადგილების გადატანის ხარჯზე ახლად ინდუსტრიულ, განვითარებადი ეკონომიკის სახელმწიფოებში.

დიდი გამოცდილების მქონე ჯანდაცვის სექტორსაც კი მხოლოდ საკუთარი ძალებით გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობის პრობლემებთან გამკლავება საკმაოდ უჭირს. მსგავსი პრობლემების გადაჭრა სახელმწიფოს მრავალი უწყების ჩართულობას, დიდ ძალისხმევას და საზოგადოებრივი აზრის მხარდაჭერას მოითხოვს. საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ მაღალპროფესიული დამცველის როლი უნდა ითამაშოს სექტორთაშორისი თანამშრომლობის ჩამოყალიბებაში ამ რთული და საკვანძო საკითხების მოსაგვარებლად. ეპიდემიოლოგია უზრუნველყოფს მექანიზმების შემუშავებას ავადობის, სიკვდილიანობის და გარემოს დაზიანების შედეგად გამოწვეული ფიზიოლოგიური ცვლილებების გასაზომად, მაგრამ ეს ინსტუმენტები ხშირად არასაკმარისად სწრაფი და სენსიტიურია. ეპიდემიოლოგია და ტესტირების ტექნოლოგია ნელ-ნელა იხვეწება და სუფთა, უსაფრთხო და უფრო ესთეტიკური სამუშაო სტანდარტების მიღწევის იმედს აღვივებს.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა პროფესიულ ჯანმრთელობასა და გარემოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გრძელვადიან საკითხებს ეხება. ამასთანავე, აფართოებს მოქმედებათა არეალს კლინიკური სერვისების ჩართვით პოპულაციურ და ინდივიდუალურ დონეზე. ყველა უნდა ჩაერთოს ჯანსაღი საზოგადოებრივი პოლიტიკის მხარდასაჭერად, გარემოსა და სამუშაოსთან დაკავშირებული ჯანდაცვის რისკების გამოვლენასა და დოკუმენტურად დადასტურებაში. ნაკლებ სახიფათო და ტოქსიკურ გარემოში საზოგადოებას არჩევანის გაკეთების საშუალება ეძლევა. მაგალითად, არჩევანი პირად და საზოგადოებრივ ტრანსპორტს შორის, ტოქსიკურ გამონაბოლქვთან დაკავშირებულ ინდუსტრიასა და ატომური ენერგიის ან წიაღისეული საწვავის მომპოვებელ ინდუსტრიაში სამუშაოს შორის. ტოქსიკური მასალების შემცვლელის მოძებნა და სოციალური ცნობიერების დონის ამაღლება იმ ნეტო დაბინძურების შესამცირებლადაა აუცილებელი, რომლის ფასადაც მე-20 საუკუნის ინდუსტრიალიზაცია მოხდა. მსგავსი მნიშვნელობისაა ბუნებრივ და ანთროპოგენურ კატასტროფებთან გამკლავებისთვის მზაობა, რომელიც შესაძლოა კონვენციებით განსაზღვრული ასაფეთქებელი მოწყობილობების ან ბიოლოგიური, ქიმიური და ბირთვული განადგურების მეთოდებს ეხებოდეს. შეუზღუდავი დაბინძურების და ანთროპოგენული ნგრევის საფასური მეტად დიდია. ინვესტიცია ჯანმრთელ გარემოში მთელი კაცობრიობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელია.

ელექტრონული მედია

Agency for Toxic Substances and Disease Registry, http://www.atsdr.cdc.gov/atsdrhome.html

PCBs, http://www.atsdr.cdc.gov/HAC/PCB/b pcb cvr.html

Full list of hazardous substances, http://www.astrdr1.astdr.cdc.gov:8080/97list.html

America Public Health Association, http://www.apha.org/science/

American Public Health Association, policy statements, http://www.apha.org/science.policy.html

Environmental Protection Agency (EPA), http://www.epa.gov/

EPA Office of Air and Radiation, http://www.epa.gov/oar/

http://www.epa.gov/airsdata

National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS), http://www.niehs.gov/

Occupational Safety and Health Agency, http://www.osha.gov/

Unified Air Toxic Website, Office of Air Quality, Planning and Standards (EPA), http://www.epa.gov/ttn/uatw/basicfac.html

ჰეპატოენდოთელური სპეციფიკა

Centers for Disease Control. 1995. *Vibrio cholerae* O1—Western hemisphere, 1991–1994, and *V.cholerae* O139-Asia, 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:215–219.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900–1999. Improvements in workplace safety-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:461–469.

Elling, R. H. 1998. Workers health and safety (WHS) in cross-national perspective. *American Journal of Public Health,* 78:769–771.

Froines, J. R., Dellenbaugh, C. A., Wegman, D. H. 1986. Occupational health surveillance: Ameans to identify work-related risks. *American Journal of Public Health,* 76:1089–1096.

Herz-Picciotto, I. 1995. Epidemiology and quantitative risk assessment: A bridge from science to policy. *American Journal of Public Health,* 85:484–491.

MacKenzie, W. R., Hoxie, N. J., Proctor, M. E., Gradus, M. S., Blair, K. A., Peterson, D. E., Kazmierczak, J. J., Addiss, D. G., Fox, K. R., Rose, J. B., Davis, J. P. 1994. A massive outbreak in Milwaukee of cryptosporidium infection transmitted through the public water supply. *The New England Journal of Medicine,* 331:161–167.

Rossner, D., Markowitz, G. 1985. A "Gift of God"?: The public health controversy over leaded gasoline in the 1920's. *American Journal of Public Health,* 75:344–352.

Wartenberg, D., Simon, R. 1995. Comment: Integrating epidemiologic data into risk assessment. *American Journal of Public Health,* 885:491–493.

World Health Organization. 1992. *Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment.* Geneva: WHO.

ბიბლიობაფია - წყლის ხაისხი და წყლისმიერი დაავადებები

Centers for Disease Control. 1993. Update: Cholera—Western hemisphere, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:89–91.

Centers for Disease Control. 1994. Assessment of inadequately filtered public drinking water—Washington, D.C., December 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:661–663.

Centers for Disease Control. 1996. Surveillance for waterborne-disease outbreaks—United States, 1993–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:SS-1:1–33.

Craun, G. F. (ed). 1986. *Waterborne Diseases in the United States.* Boca Raton, FL: CRC Press. Esrey, S. A., Potash, J. B., Roberts, L., Shiff, C. 1991. Effects of improved water supply on ascariasis, diarrhoea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. *Bulletin of the World Health Organization,* 69:609–621.

Hurst, C. J. 1991. Presence of enteric viruses in freshwater and their removal by the conventional drinking water treatment process. *Bulletin of the World Health Organization,* 69:113–119.

Last, J. M. 1992. *Public Health and Preventive Medicine,* Thirteenth Edition.

Tulchinsky, T. H., Burla, E., Halperin, R., Bonn, J., Ostory, P. 1993. Water quality, waterborne disease and enteric disease in Israel, 1976–1992. *Israel Journal of Medical Sciences,* 29:783–790.

World Health Organization. 1993. *Guidelines for Drinking Water Quality,* Volume 1. *Recommendations.* Second Edition. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1994. *Operation and Management of Urban Water Supply and Sanitation Systems: A Guide for Managers.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 1996. *Guidelines for Drinking Water Quality,* Volume 2. *Health Criteria and other Supporting Information.* Second Edition. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1997. *Guidelines for Drinking Water Quality,* Volume 3. *Surveillance and Control of Community Water Supplies.* Second Edition. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *Guidelines for Drinking Water Quality, Addendum to Volume 2. Health Criteria and other Supporting Information.* Geneva: WHO.

ბიბლიოგრაფია - სამუშაო ადგილისა და გარემოს ჯანმრთელობა

American Public Health Association. 1997. Policy Statement 9704. Responsibilities of the lead pigment industry and others to support efforts to address the national child lead poisoning problem, APHA, 1997. Available on APHA home page, http://www.apha.org/science.policy.html

American Public Health Association. 1998. Policy Statement 9806. Preventing adverse occupational and environmental consequences of methyl tertiary butyl ether (MTBE) in fuels, APHA, 1998.

Available on APHA home page, http://www.apha.og/science.policy.html

Attfield, M. D., Castellan, R. M. 1992. Epidemiological data on US coal miners' pneumoconiosis, 1960 to 1988. *American Journal of Public Health,* 82:964–970.

Centers for Disease Control. 1993. Prevalence of work disability—United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 42:757–759.

Centers for Disease Control. 1994. Surveillance for emergency events involving hazardous substances—United States, 1990–1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43 (SS-2):1–6.

Centers for Disease Control. 1994. Occupational injury deaths—United States, 1980–1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 43:262–264.

Centers for Disease Control. 1995. Agriculture auger-related injuries and fatalities—Minnesota, 1992–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:660–663.

Centers for Disease Control. 1996. Mercury exposure among residents of a building formerly used for industrial purposes—New Jersey, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:422–424.

Centers for Disease Control. 1999. Adult blood lead epidemiology and surveillance—United States, second and third quarters, 1998, and annual 1994–1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:213–223.

Corn, J. K. 1992. *Response to Occupational Health Hazards: A Historical Perspective.* New York: Van Nostrand Rheinhold.

Deutsch, P. V., Adler, J., Richter, E. D. 1992. Sentinel markers for industrial disasters. *Israel Journal of Medical Sciences,* 28:526–533.

Doll, R. 1992. Health and the environment in the 1990s. *American Journal of Public Health,* 82:933–941.

Dwyer, J. H., Flesch-Janys, D. 1995. Agent Orange in Vietnam. *American Journal of Public Health,* 85:476–478.

Editorial. 1992. Environmental pollution: It kills trees but does it kill people? *Lancet,* 340:821–822.

Edling, C. (editorial). 1985. Radon exposure and lung cancer. *British Journal of Industrial Medicine,* 42:721–722.

Elliott, P., Cuzick, J., English, D., Stern, R. (eds). 1992. *Geographic and Environmental Epidemiology: Methods for Small Area Studies.* World Health Organization Regional Office for Europe, Oxford University Press.

Environmental Protection Agency. 1989. Why Accidents occur: Insights from the Accidental Release Infor-

mation Program. *Chemical Accident Prevention Bulletin,* Series 8 number 1, July. Washington, DC: US EPA.

Froines, J. R., Baron, S., Wegman, D. H., O'Rourke, S. 1990. Characterization of airborne concentrations of lead in U.S. industry. *American Journal of Industrial Medicine,* 18:1–17.

Ginsberg, G. M., Tulchinsky, T. H. 1992. Regional differences in cancer incidence and mortality in Israel: Possible leads to occupational causes. *Israel Journal of Medical Sciences,* 28:534–543.

Gottlieb, R. (ed). 1995. *Reducing Toxins: A New Approach to Policy and Industrial Decisionmaking.* Washington, DC: Island Press.

Harrington, J. M. 1999. 1998 and beyond—Legge's legacy to modern occupational health. *Annals of Occupational Health,* 43:1– 6.

Hunter. D. 1969. *The Diseases of Occupations.* Fourth Edition. London: The English Universities Press Ltd.

Kvale, G., Bjelke, E., Heuch, I. 1986. Occupational exposure and lung cancer risk. *International Journal of Cancer,* 37:185–193.

Landrigan, P. J. 1992. Environmental disease—a preventable epidemic. *American Journal of Public Health,* 82:941–943.

McMichael, A. J. 1993. Global environmental change and human population health: Aconceptual and scientific challenge for epidemiology. *International Journal of Epidemiology,* 22:1–8.

Nadakavukaren, A. 1990. *Man and Environment: A Health Perspective,* Third Edition. Prospect Heights, IL: Waveland press.

Nicholls, G. 1999. The ebb and flow of radon. *American Journal of Public Health,* 89:993–995 Office of Air Quality Planning and Standards. 1998. *Latest Findings on National Air Quality: 1997*

Status and Trends. Research Triangle Park, NC: Environmental Protection Agency. EPA-454/F-98-009, December 1998.

Richter, E. D., Deutsch, P. V., Adler, J. 1992. Recognition and use of sentinel markers in preventing industrial disasters. *Prehospital and Disaster Medicine,* 7:389–395.

Rosenstock, L., Olenec, C., Wagner, R. R. 1998. The national occupation research agenda: a model of broad stakeholder input into priority setting. *American Journal of Public Health,* 88:353–356.

Selikoff, I. J. 1986. Asbestos-associated diseases. In: Last, J. M. (ed.). *Maxcy-Rosenau: Public Health and Preventive Medicine.* Twelfth Edition, pp. 523–525. Norwalk, CT: Appleton–Century–Crofts. Sinclair, U. 1906. *The Jungle.* Classic Series. New York: Airmont Publishing Co. Reprint, 1965.

Stayner, L. 1999. Protecting public health in the face of uncertain risks: the example of diesel exhaust. *American Journal of Public Health,* 89:991–993.

Steenland, K. (ed). 1993. *Case Studies in Occupational Epidemiology.* New York: Oxford University Press.

Stern, C., Young, O. R., Druckman, D. (eds). 1992. *Global Environmental Change: Understanding the Human Dimensions.*Washington, DC: National Academy Press.

Sundin, D. S., Pederson, D. H., Frazier, T. M. (editorial). 1986. Occupational hazard and health surveillance. *American Journal of Public Health,* 76:1083–1084.

Tulchinsky, T. H., Ginsberg, G. M., Shihab, S., Goldberg, E., Laster, R. 1992. Mesothelioma mortality among former asbestos-cement workers in Israel, 1953–90. *Israel Journal of Medical Sciences,* 28:543–547.

United States Congress, Office of Technology Assessment. 1985. *Preventing illness and injury at the Workplace.* Washington DC: Office of Technology Assessment, OTA Publications _OTA-H256.

Weeks, J. L., Levy, B. S., Wagner, G. R. (eds). 1991. *Preventing Occupational Disease and Injury.* Washington DC: American Public Health Association.

Wegman, D. H. 1992. The potential impact of epidemiology on the prevention of occupational disease. *American Journal of Public Health,* 82:944–954.

World Health Organization. 1991. *Drinking Water and Sanitation, 1981–1990: AWay to Health: AWHO Contribution to the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade.* Geneva: WHO.

World Health Organization European Region. 1997. *Health in Europe: Report of the Third Evaluation of Progress Toward Health for All in the European Region of WHO (1996–1997).* Copenhagen: WHO European Region.

Zirm, K. L., Mayer, J. 1989. *The Management of Hazardous Substances in the Environment.* London: Elsevier Applied Sciences.

10
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემების ორგანიზება

შესავალი

ამ თავში აღწერილია აშშ-ში არსებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალური მომსახურების სერვისები, რომლებიც შეიძლება იდეალური სისტემები არ არის, მაგრამ იმის საილუსტრაციოდ გამოდგება თუ როგორ თანაარსებობენ ისინი ერთმენეთისგან დამოუკიდებლად. თითოეულ ამ სისტემას საკუთარი ორგანიზაციული და ფინანსური სტრუქტურა აქვს, თუმცა ეს სისტემები, მიუხედევად იმისა, რომ სულ უფრო და უფრო ურთიერთდამოკიდებულნი ხდებიან, სამედიცინო მომსახურებასა და პრევენციას შორის საერთო საფუძველს ეძებენ. ტრადიციული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სამედიცინო სფეროს სექტორებთან, სამთავრობო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან უნდა თანამშრომლობდეს. მათ შორისაა: სასოფლო-სამეურნეო სფერო, ბიზნესი, სოციალური კეთილდღეობა, პოლიცია, განათლება, საზოგადოებაზე დამყარებული ორგანიზაციები და სხვა.

ხელისუფლების კანონიერი, რეგულაციური და დაბეგვრითი სისტემები, რომლებიც საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ეხება, ინდივიდუალურ ქმედებებს კრძალავს და საერთო ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზეა ორიენტირებული. ძველი საბერძნეთის ქალაქების მთავრობები მოსახლეობისთვის სანიტარულ მომსახურებას უზრუნველყოფდნენ და ღარიბებს სამედიცინო დახმარებას უწევდნენ. დიდ ბრიტანეთში, ელისაბედის დროინდელმა კანონებმა ღარიბების შესახებ (მე-17 საუკუნეში), ადგილობრივ მმართველობას საზოგადოების ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და კეთილდღეობაზე პასუხისმგებლობა დააკისრა. მოგვიანებით ადგილობრივი, სახელმწიფო და ეროვნული ხელისუფლება სანიტარიის, დაავადებების კონტროლისა და ჯანმრთელობის დაგეგმარების სხვადასხვა ასპექტებში ჩაერთო. ამასთან, ის პასუხს აგებდა მთელი საზოგადოების ან მისი გარკვეული ნაწილის ჯანდაცვის სერვისების ადეკვატურ უზრუნველყოფაზე.

საზოგადოებამ ისწავლა, რომ დაავადებების პრევენცია და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვა სოციალურ ქმედებებზეა დამოკიდებული. მთავრობა იმის მიუხედავად, საზოგადოება რომელ სისტემას ემყარება, დემოკრატიულ და თავისუფალი ბაზრის თუ ცენტრალიზებულად მართულ, ბრძანებაზე დამყარებულ ეკონომიკას, ამ პროცესში ყველა შემთხვევაშია ჩართული. საზოგადოებამ შეიმუშავა საზოგადო კუთვნილებაზე კერძო პირების უფლებების გარკვეული შეზღუდვა. ამ შეზღუდვების მიხედვით პიროვნებებს არ აქვთ კერძო თუ საზოგადოებრივი საკუთრების დაზიანების, თავდასხმისა და ზარალის მიყენების უფლება. ადამიანებს ეკრძალებათ ქუჩების დანაგვიანება, ინდუსტრიულ საწარმოებს კი – გარემოს დაბინძურება და მუშების საფრთხის წინაშე დაყენება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოლიტიკა, კანონები და ღონისძიებები ცალკეული პირისა და საზოგადოების დასაცავადაა მიმართული. სავალდებულო ზომებს მიეკუთვნება: ინფექციურ სნეულებათა დაფიქსირება, საზოგადოებრივი წყლის სისტემის ქლორირება და ფთორირება, ფარმაცევტული და საკვები ინდუსტრიის კონტროლი, სკოლამდელი ბავშვების იმუნიზაცია, იმ მეწარმეების დაჯარიმება ან დაპატიმრება, რომელთა ნაწარმი გარემოს და ადამიანს ვნებს ან იწვევს სიკვდილს. მიზნების მიღწევა ორგანიზებულობას მოითხოვს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტრუქტურა გარკვეულ საზოგადოებაზეა გათვლილი, რომელთა ფინანსები, მართვა, შემადგენლობა, მოცულობა კანონებისა და რეგულაციის ფარგლებშია მოქცეული. სტრუქტურა მოიცავს იმ სერვისებს, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობას იცავს. ის ადამი-

ანებს განსაზღვრულ ადგილებში უნდა მოემსახუროს: სახლში, საგანმანათლებლო ცენტრებში, სამსახურში, საზოგადოებრივ ადგილებში, საავადმყოფოებსა და კლინიკებში. სტრუქტურა ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ გარემოს ითვალისწინებს. ჯანმრთელობის სისტემა ნებისმიერ დონეზეა ორგანიზებული, პრიმიტიული, პირველადი, თემის დონიდან დაწყებული, რეგიონული, საოლქო, საშტატო, ეროვნული და საერთაშორისო დონეებით დამთავრებული. საერთაშორისო სტრატეგია და ეროვნული სისტემები ჯანმრთელობის, როგორც ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზნის მისაღწევად, ინვესტიციას არ იშურებს და არსებული სამედიცინო დაწესებულებებისა და სერვისების მართვას ნაკლებ ყურადღებას აქცევს.

ფუნქცია და სტრუქტურა ურთიერთდამოკიდებულია. სტრუქტურა იმ ფუნქციისგან უნდა მომდინარეობდეს, რომელიც მიზნებისა და ამოცანების შესრულებას გულისხმობს. კანონიერი, სარეგულაციო, ფინანსური და მომსახურების ფუნქციები ყველა ქვეყანაში ჯანმრთელობის საძირკველს წარმოადგენს. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე პასუხს სამთავრობო სისტემა აგებს. ზოგი აქცენტს ჯანდაცვის დაფინანსებაზე აკეთებს, ზოგან კი ყურადღებას ამ სფეროს შესაძლებლობებს, კვლევებსა და მოსახლეობის ქვეჯგუფების დაფინანსებას აქცევენ. ამ თავში განხილულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციის საკითხები აშშ-ში, ფედერალური, ცალკეული შტატებისა და ადგილობრივი მმართველობის მიხედვით. ინდუსტრიული ქვეყნებისგან განსხვავებით, აშშ-ს ჯანმრთელობის საყოველთაო გეგმა არ გააჩნია, ამიტომაც მომსახურება, კერძო თუ საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ დამოუკიდებლად ტარდება. ზოგჯერ, ამას „არასისტემას„ უწოდებენ, თუმცა რეალურად ის მომსახურებების კომპლექსურ ქსელს წარმოადგენს. მიუხედავად ამისა, ეს სისტემა უნივერსალური არ არის, რის გამოც მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ჯანდაცვის მომსახურების გარეშე რჩება. თუმცა, აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მაგალითია იმისა, თუ როგორ შეიძლება დაუკმაყოფილებელი მოსახლეობის მოთხოვნების გარკვეული წარმატებით შესრულება. ჯანდაცვის მომსახურებების დანაწევრების გამო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, დაცვისა და განვითარების მხრივ მთავარ როლს თამაშობს.

მთავრობა და ეროს ჯანმრთელობა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სხვადასხვა საკითხის ფართო ნაკრებს წარმოადგენს, რომელსაც მთავრობა უნდა ხელმძღვანელობდეს, რადგან ის კანონების, უფლებამოსილებისა და გადასახადების გარეშე ვერ იარსებებს. ეს სისტემა გარემოს, კვების, საკვებისა და მედიკამენტების კონტროლს, სანიტარიას, იმუნიზაციას, მოძრაობის კანონებს, ცეცხლსასროლი იარაღების კონტროლს და ჯანმრთელობის საკითხში მოსახლეობის ინფორმირებას მოიცავს. მრავალ ფუნქციაზე სამთავრობო რეგულაციის დაცვით პასუხისმგებელი არასამთავრობო ორგანიზაციაა.

ჯანდაცვის სფეროში სხვადასხვა ღონისძიებების საჯარო ფინანსების ალოკაცია და დაფინანსება ძალზედ მნიშვნელოვანია. ეს შეიძლება ნიშნავდეს კვლევებზე, სასწავლო საშუალებებსა და სერვისების უზრუნველყოფაზე საჯარო ფინანსების განაწილებას. ხელისუფლებას, რა თქმა უნდა, შეუძლია იზრუნოს სხვადასხვა მომსახურებაზე, თუმცა ამაზე პასუხისმგებელი სულ უფრო მეტად დაბალი დონის მმართველობა (რეგიონული, საოლქო, მუნიციპალური) და არასამთავრობო ორგანიზაციები ხდება. ეს ფუნქციები პროფესიულ, სამომხმარებლო და აკადემიურ დაწესებულებებზე ვრცელდება. შედეგად, ხელისუფლება ნორმებისა და სტანდარტების დაწესებით არაპირდაპირ მონაწილეობას იღებს. იგი სტიმულირებაზე, ანგარიშვალდებულებაზე, აკრედიტაციასა და ლიცენზირებაზე პასუხს აგებს, ასევე, განსაზღვრავს სარეგულაციო სტანდარტებსა და ფინანსურ სანქციებს.

ფედერალური და ერთიანი სახელმწიფოების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა იურიდიულ, ადმინისტრაციულ და ფინანსურ საფუძვლებზეა დამყარებული. სხვადასხვა ქვეყნები სამთავრობო ფორმით (ფედერალური ან ერთიანი) ერთმანეთისგან განსხვავდება. ფედერალურ სისტემაში, მთავრობის სამ დონეს, ფედერალურს, საშტატოს და ადგილობრივს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებში აქვს დამოუკიდებელი და ამავე დროს ერთმანეთზე გადაჯაჭვული პასუხისმგებლობები. ფედერ-

ალურ შტატებში კონსტიტუცია მაშინ შეიქმნა, როდესაც ცალკეულმა შტატმა უფლებები მოიპოვა. ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება ჩამოყალიბდა როგორც კერძო პრაქტიკა ექიმსა და პაციენტს შორის. შედეგად, პირველადი პასუხისმგებლობა შტატსა და პროვინციას დაეკისრა. მართალია, ეროვნულ დონეს უფრო მეტი რესურსი გააჩნდა, მაგრამ ფედერალური მთავრობის როლი თანდათანობით მაინც გაიზარდა. ეროვნული მთავრობა სოციალური პოლიტიკის თანასწორობას უზრუნველყოფს. ფედერალური როლის გაზრდა მრავალ ქვეყანაში მნიშვნელოვან ისტორიულ პროცესს წარმოადგენს. სულ მცირე იგი პასუხს აგებს ჯანმრთელობის ეროვნულ პოლიტიკაზე, დაგეგმარებასა და მიზნების დასახვაზე. ხელისუფლების ფედერალური ფორმით აშშ-ში, კანადაში, არგენტინაში, რუსეთსა და ნიგერიაში სარგებლობენ.

ერთიანი სახელმწიფო არის ხელისუფლების ისეთი ფორმა, რომელიც მოიცავს ცენტრალური, ეროვნული და ადგილობრივი ხელისუფლებების დონეებს, შუამდებარე საკანონმდებლო დონის გარეშე. ამ სისტემით სარგებლობს დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო და ფრანგულ ნაპოლეონურ კოდზე დაფუძნებული, ესპანურენოვანი ქვეყნები. ამ სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვაზე ცენტრალურ ხელისუფლებას უდიდესი როლო აკისრია, ადგილობრივი ხელისუფლება კი სანიტარიისა და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებზეა პასუხისმგებელი. რეგიონული და ადგილობრივი მმართველობები ეროვნული სტრუქტურიდან მომდინარეობს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ადგილობრივ დონეზე მოიცავს: სანიტარიას, ბიზნესის ლიცენზირებას, საკვების კონტროლს და სხვ. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, ეროვნულმა მთავრობამ ხელი შეუწყო ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზებას, მოგვიანებით მთელი მოსახლეობის მასშტაბით პერსონალური მომსახურების პროგრამები შეიმუშავა. ეს ცენტრალურად კონტროლირებულ „ეროვნული ჯანმრთელობის სერვისს“ წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის სფეროში, მმართველობის დაყოფა ყველა სისტემისთვის საერთოა, თუმცა დონეების მიხედვით განსხვავდება. ისინი ისტორიულ პრეცედენტებს ემყარება. მე-20 საუკუნის ბოლოს ეროვნული ჯანმრთელობის მმართველობა პასუხისმგებელი მრავალ ასპექტზე გახდა: იურისპრუდენცია, მონიტორინგი, სტანდარტები, დაფინანსება, კვლევები, მომსახურების უზრუნველყოფა. მომსახურების მართვა, როგორც წესი, განაწილებულია შტატის, რეგიონულ და ადგილობრივი მმართველობის, ასევე დაწესებულებების დონეზე. პასუხისმგებლობის განაწილება დონეებს შორის მნიშვნელოვანია იმ ინტერესებისა და ღონისძიებების გასატარებლად, რომლებიც საზოგადოების ჯანმრთელობასთან უშუალო კავშირშია. არასამთავრობო ორგანიზაციები ხშირად წინ უსწრებს სამთავრობო სექტორს. მათი მონაწილეობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, ისინი მხარს უჭერენ და სერვისებს უზრუნველყოფენ, მოიპოვებენ დაფინანსებას იმ პროგრამებისთვის, რომლებსაც სახელმწიფო თავისი „მომსახურებების ალათის“ ფარგლებში ვერ ახორციელებს. სერვისის ადმინისტრაციას ხშირად ადგილობრივი მმართველობის და დამოუკიდებელი დაწესებულებების დონეზე მიმართავენ. პასუხისმგებლობის განაწილება სხვადასხვა დონეზე ხდება მომსახურების ადმინისტრაციაში, განათლებაში, ტრეინინგში, სამედიცინო პროფესიონალების რეგისტრაციაში, კვლევების სისტემაში, მთავრობის სექტორთაშორის ურთიერთობებში, პროფესიონალთა და სააკრედიტაციო არასამთავრობო ორგანიზაციებში, საადვოკატო გუნდებში, კვლევითი და აკადემიური საშუალებების გამოყენებისას. კანონმდებლობამ ჯანმრთელობის პროგრამები რეგულაციური და ფინანსური გზებით შეიძლება შეცვალოს, მაგრამ ამის განხორციელება შეუძლებელია მომმარაგებლების, მომხმარებლებისა და სხვა დაინტერესებული ჯგუფების გარეშე. ჯანმრთელობა განყენებული დარგი არ არის. ის საზოგადოების ეკონომიკურ და სოციალურ განვითარებასა და ღირებულებებს ასახავს და ურთიერთდამოკიდებულ სამთავრობო, არასამთავრობო და სხვა ორგანიზაციებს მოიცავს.

ჯანმრთელობის მმართველობის შემოწმება და ბალანსი

მთავრობასა და კერძო ორგანიზაციებს, რეგულაციასა და თვითმმართველობას შორის წონასწორობის მიღწევა და განსაზღვრა არც თუ ისე მარტივია. ისტორიულად ჯანდაცვის ელემენტები სხვადასხვა დროს პოლიტიკური, ეკონომიკური და მოსახლეობის დახმარების თვალსაზრისით სხვადასხვაგვარად ვითარდებოდა. თანამედროვე ჯანდაცვის დაგროვილი გამოცდილება გვასწავლის, რომ თითოეული ელემენტი ერთი საერთოს შემადგენელია.

რომელიმე ნაწილის სისუსტე საფრთხის ქვეშ მთლიან სისტემას აყენებს. არადამაკმაყოფილებელი კვებითა და სანიტარული ნორმების დარღვევით გამოწვეული დაავადებების განკურნება უფრო ძვირი და ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე პრევენცია. ამავდროულად, არასაკმარისი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არაადეკვატური ტრეინინგით, მოტივაციით, რესურსებითაა განპირობებული, მოსახლეობის ჯანმრთელობას ასევე ზიანს აყენებს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაცია, იმის მიუხედავად ინტეგრირებული თუ განცალკევებულია სამკურნალო სისტემისგან, ცენტრალიზირებულ და დეცენტრალიზირებულ პასუხისმგებლობას მოითხოვს. ნაციონალური პასუხისმგებლობა რეგიონული და სოციალური თანასწორობის დაცვით პოლიტიკური მიზნებისა და სტანდარტების შექმნას გულისხმობს. დეცენტრალიზაცია ადგილობრივ ავტორიტეტებს შესაბამისი საშუალებებითა და ანგარიშვალდებულებებით პასუხისმგებლობას თხოვს. პასუხისმგელობის განაწილება ნიშნავს, იმას რომ მრავალი ორგანიზაციის მუშაობა სხვადასხვა დონეს ემყარება. თითოეულ მათგანს საკუთარი ინტერესი გააჩნია, რომელიც კონტროლის, ბალანსისა და ურთიერთთანამშრომლობის გათვალისწინებით ერთიან სამუშაო სისტემას ქმნის. ავტორიტარული კონტროლის თავიდან ასაცილებლად „აცენტრირებული„ ორგანიზაცია, რომელიც პოლიტიკას, ადმინისტრაციას, ფინანსებს, ტრეინინგს, სერვისებსა და კვლევებს არეგულირებს, შესაძლოა შემოწმებისა და წონასწორობის გარეშე მუშაობდეს. ჯანმრთელობის ცენტრალიზებული სისტემები დეცენტრალიზაციას იყენებენ ადგილობრივი ინტერესების, პირადულობის, ხარისხის შეგრძნებისა და დამატებითი ფონდების მოსაპოვებლად. იგი უნდა იყოს რეგიონულ, ეთნიკურ და სოციალურ დონეზე საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი და მიუკერძოებელი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის გამოწვევას სრულყოფილება და ხარჯების შეზღუდვა წარმოადგენს. ფედერალურ სტრუქტურაში ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის განაწილებას ბევრი დადებითი მხარე აქვს. მაღალი დონე ფინანსურ და რეგულაციურ მხარეზე პასუხს აგებს. საშტატო მმართველობა საზოგადოებასთან უფრო დაახლოებულია და მათ ინტერესებს წარმოადგენს. კიდევ უფრო ახლოს მდგომი ადგილობრივი დონე კი საშტატო და ფედერალური მიმართულებებისა და კონტროლის დონეზე მოსახლეობის ინტერესებს განიხილავს. დღევანდელ დღეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სახელმწიფო სამედიცინო სერვისებსა და კერძო კონკურენტ ორგანიზაციებს შორის წონასწორობისა და თანამშრომლობის გზებს ეძებს. ისინი ერთად მუშაობენ და რესურსებს ეფექტურად იყენებენ იმ მიზნების მისაღწევად, რომლებიც ცალკეული პირისა და მოსახლეობის მოთხოვნილებებს დააკმაყოფილებს.

მთავრობა და ინდივიდი

მთავრობამ, რომლის ზოგიერთი იდეა სადავოდ შეგვიძლია მივიჩნიოთ, საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დიდი გავლენა უნდა მოახდინოს. 1869 წელს ჯონ სტიუარტ მილი (თანამედროვე ეკონომიკის ერთ-ერთი ფუძემდებელი) თავის ნაშრომში „თავისუფლებაზე„ წერდა: „ერთადერთი შემთხვევა, როცა ცივილიზებული საზოგადოების წარმომადგენელზე მისი ნების საწინააღმდეგოდ ძალა შეიძლება გამოვიყენოთ, სხვისი დაზარალების თავიდან აცილებაა. საკუთარი ფიზიკური თუ მორალური მხარე საკმარისი გარანტი არ არის„.

სანიტარიისა და საზოგადოებრივი ჰიგიენის ინსტიტუტები მსგავს ინდივიდუალურ მოსაზრებებს არ ეთანხმებოდნენ. ხელისუფლების ჩარევა „კერძო საკითხებში„, როგორიცაა ჯანმრთელობა ახალი მიდგომა სულაც არ არის, ამ თემას დასავლეთის ინდუსტრიულ საზოგადოებებში, პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებსა და განვითარებად სახელმწიფოებში აქტიურად განიხილავენ. ეკონომისტთა გარკვეული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ ხელისუფლება მინიმალურად უნდა ერეოდეს ეკონომიკაში და ისეთ სოციალურ დარგშიც კი, როგორიც ჯანდაცვაა.

მე-19 და მე-20 საუკუნეებში დადასტურდა, რომ ჯანმრთელობის დაცვასა და მის გაუმჯობესებაში სახელმწიფო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. თუმცა იმ შემთხვევამ, როცა მთავრობა სამედიცინო მომსახურებაზე სრულ პასუხისმგებლობას იღებდა, არ გაამართლა. მრავალ ქვეყანაში ეს ორი განსხვავებული მიდგომა გაწონასწორებულია. პარადოქსია, მაგრამ აშშ-ში ჯანდაცვის დეცენტრალიზებული და კერძო სისტემა ნაციონალური და პროფესიული სტანდარტების განვითარებაზე, დაკვირვებაზე, მიზნებსა და რეგულაციაზე ამახვილებს ყურადღებას. ის დღეისთვის ინდივიდუალური მზრუნველობიდან მომსახურების ჩამოყალიბებულ სისტემამდე გარდაიქმნდა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციები

ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია, რომელიც 1872 წელს ჩამოყალიბდა, ჯანდაცვის ორგანიზაციის მისიასა და აუცილებელ მომსახურებაზე პერიოდულად პოლიტიკურ განცხადებებს აქვეყნებს.

ეს გაიდლაინები მთავრობებს სხვა ორგანიზაციების დახმარებით, მომსახურების უზრუნველყოფაში ეხმარება. 1994 წ. შემუშავებულმა APHA-ს უწყებამ ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხედვასა და მისიაზე (ჩანართი 10.1) შტატის, ქალაქისა და ტერიტორიული ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლებს, ქვეყნის ნაციონალური ასოციაციის წევრებს, სამედიცინო დაწესებულებებში, აშშ-ს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სხვადასხვა ასოციაციებსა და მომსახურების სფეროში დიდი მოწონება დაიმსახურა. პერიოდული გადახედვა, რევიზია და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიული ორგანიზაციების ურთიერთშეთანხმება დადებით შედეგებს იძლევა. მეტად მნიშვნელოვანია პასუხისმგებლობის შემუშავება ნაციონალური, შტატური, რეგიონული და ად-

ჩანართი 10.1 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მისიები და აუცილებელი მომსახურება; ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია

მისიები და პასუხისმგებლობა

1. ეპიდემიისა და დაავადების გავრცელების პრევენცია.
2. გარემოს მავნე ზემოქმედებისგან დაცვა.
3. დაზიანების თავიდან აცილება.
4. ჯანმრთელი ქცევისთვის ხელის შეწყობა.
5. უბედურ შემთხვევებზე რეაგირება და საზოგადოების გამოჯანმრთელებისთვის ხელშეწყობა.
6. მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

აუცილებელი მომსახურებები

1. საზოგადოების ჯანმრთელობის პრობლემების განსაზღვრის მიზნით ჯანმრთელობის სტატუსის დადგენა.
2. საზოგადოებაში ჯანმრთელობის პრობლემებისა და რისკ-ფაქტორების გამოკვლევა და დადგენა.
3. სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ინფორმირება, განათლება და უფლებამოსილების მინიჭება.
4. პარტნიორების მობილიზაცია და მოქმედება პრობლემების გადასაჭრელად.
5. ცალკეული პირისა და საზოგადოების ჯანმრთელობასთან მიმართებაში პოლიტიკისა და გეგმების შემუშავება.
6. ჯანმრთელობის დაცვისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით კანონებისა და რეგულაციის შემუშავება.
7. სამედიცინო მომსახურებასთან მოსახლეობის დაკავშირება და ჯანდაცვის უზრუნველყოფა, მაშინ როდესაც სხვაგვარად შეუძლებელია.
8. სისტემაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტების ჩართვა.
9. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის, ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის შეფასება.
10. შორსმჭვრეტელობა და ჯანმრთელობის პრობლემების გადაჭრის ახალი გზების ძიება.

წყარო: Essential Public Health Services Work Group. 1997. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:150–152; see also http://www.apha.org/science/

გილობრივი მმართველობის დონეებზე. ცხრილი 10.1 იმ ღონისძიებებს ასახავს, რომლებსაც აშშ-ს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მმართველობა მიმართავს.

ცხრილი 10.1 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მმართველობის პასუხისმგებლობა და ღონისძიებები.

პასუხისმგებლობა	პროგრამები, ღონისძიებები
ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგი	დემოგრაფიული სტატისტიკის წარმოება და მონიტორინგი, აღრიცხვას დაქვემდებარებული დაავადებები, სპეციალური დაავადებების რეგისტრები, ჰოსპიტალური უტილიზაციის მონაცემები, საგუშაგო ცენტრები, ბავშვებოს ზრდის ტენდენციები, სკოლაში და სამსახურში დასწრება, სპეციალური კვლევები, ჯანმრთელობის მონაცემების მოპოვება და დამუშავება, ჯანმრთელობის მომსახრურების ეფექტურობის და ხარისხის შეფასება
ჯანმრთელობის პოლიტიკის და სამიზნეების შემუშავება	ჯანმრთელობის ინტერესების წარმოჩინება ურბანულ დაგეგმარებაში, გარემოს საკითხებში, სოციალურ და სამიზნე პოლიტიკაში, ჯანდაცვის დაწესებულებების დაგეგმვაში და მუშაობაში, კატასტროფების დაგეგმვაში; სააგენტოს პროგრამულ დაგეგმვა; მოსახლეობის ჯანმრთელობის საკითხებში განათლება; ჯანმრთელობის ხელისშეწყობა; სააგენტოს გარეთ ჯანდაცვის პროვაიდერების ჩართულობ; კვლევა და განვითარება; თემის ჩართულობა; სამედიცინო სააგენტოს წყობა; სამედიცინო საგენტოს პოლიტიკის მიმართულებები; პერსონალი; ფინანსები; ფედერალურ და სახელმწიფო ჯანდაცვის მეთაურებთან ურთიერთობა;
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	მოსახლეობის ჯანმრთელობის საკითხებზე განათლება; უსაფრთხოების და თემის ჯანმრთელობისთვის საჭირო ინფრასტრუქტურის და მომსახურების ხელშეწყობა
თემის ჯანმრთელობის სერვისები	იმუნიზაცია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ტუბერკულოზი, კომუნიკაბელური დაავადებების კონტროლი, ქრონიკული დაავადებების კონტროლი სა სამედიცინო რეაბილიტაცია; ოჯახის ჯანრთელობა, პრენატალური, ჯამრთელი და ტრამვირებული ბავშვების, სასკოლო ჯანმრთელობის და ოჯახის დაგეგმარების ჩათვლით; სტომატოლოგიური ჯანმრთელობა; ნივთიერებების მავნე მოხმარება; ნუტრიციული მომსახურება და განათლება
გარემოს, საკვების, წამლების, სამუშაოს და სხვა ესენციური ჯანდაცვის სერვისების რეგულირება	რეგულაცია და ზედამხედველობა; საკვების დაცვა; საშისი სუბსტანციების და პროდუქტების უსაფრთხოება; წყალმომარაგების სანიტაცია; თხევადი ნარჩენების კონტროლი; წლის დაბინძურების კონტროლი; საცურაო აუზების სანიტაცია და უსაფრთხოება; რადიაციის კონტროლი; ჰაერის ხარისხის მართვა; ხმაურის დაბინძურების კონტროლი; ვექტორ კონტროლი; მყარი ნარჩენების მართვა; ინსტიტუციური სანიტაცია; რეკრეაციული სანიტაცია; კოსერვაცია და რეაბილიტაცია; გარემო დაზიანებებისგან დაცვა
ფინანსირება	გადასახადებიდან და შიდასახელმწიფო ფინანსებიდან ჯანდაცვის ღონისძიებების და სერვისების ხელშეწყობა ჯანდაცვის საჭიროებების საპასუხოდ; მოტივაციის ასამაღლებელი გრანტების ან დაფინანსების უზრუნველყოფა ხელისუფლების უფრო დაბალი დონეებისთვის ან პროვაიდერებისთვის, მკვლევარებისთვის
მენტალური ჯანრთელობის სერვისები	მენტალური აშლილობების პირველადი პრევენცია; თემის რესურსებტან კონსულტაციები; დიაგნოსტირება და მკურნალობა: ამბულატორიულოი, გადაუდებელი, მოკლე ვადიანიო ჰოსპიტალიზაცია, დღის და ღამის სამედიცინო მომსახურების ცენტრები, მკურნალობის შემდგომ მზურველობის სერვისები, დიაგნოსტიკა და შეფასების მომსახურება გონებრეივად ჩამორჩენილთათვის
პირადი ჯანმრთელობის სერვისები	სამედიცინო დახმარება მათთვის ვისაც არ აქვს ადექვატური კერძო სამედიცინო დაზღვევა (მოხუცები, ღარიბები, მოძრავი ჯგუფები), სამედიცინო დაწესებულების მუშაობა; გადაუდებელი სამედიცინო სერვისები, დასაქმებულთა სამედიცინო პროგრამა; სამედიცინო პატიმართათვის და სასჯელრმსრულებითი დაწესებულებებისთვის
ინტერსექტორული თანამშრომლობა	სხვადასხვა სააგენტოებთან კოორდინაცია გნაათლების, სოციალური მომსახურების, ურბანული დაგეგმარების, სფეროდან; პოლიციასთან, საჯარო დაცვასთან, სასჯელაღმსრულებელ დაწესებულებებთან, სამხედრო დაწესებულებეთან, ციხეების მომსახურებასთან; არასამათავრობო ორგანიზაციებტან კოორდინაცია, ვოლუნტარული ორგანიზაციების ჩათვლით, საზოგადოებაზე დაფუძნებული ორგანზიაციების ჩათვლით, ეთნიკური და რელიგიური ორგანიზაციების ჩათვლით.

მარეგულირებელ ფუნქციებში ის ფუნქციები იგულისხმება, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონიერი მმართველობის მიერ დადგენილ და ამოქმედებულ სტანდარტებზეა დაფუძნებული. ჯანმრთელობის სამიზნეების (target), პოლიტიკის და დაფინანსების დადგენა და ეროვნული და შტატის ფარგლებში მოქმედი სტანდარტები ახალი პროგრამების ინიცირების ხელშეწყობაშია (promotion) მნიშვნელოვანი. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მხოლოდ პირდაპირ და ფორმალურ სწავლებას არ ნიშნავს, არამედ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ საზოგადოების, ჯანმრთელობის მომსახურების მომწოდებლების და სხვა სააგენტოების ინფორმირებულობის ამაღლების ხელშეწყობასაც გულისხმობს. პირდაპირი სერვისი არის, მოსახლეობისთვის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით იმ სფეროებში, სადაც სტანდარტული პროგრამის უნივერსალური დაფარვაა საჭირო (მაგ: იმუნიზაცია), ან მაღალი რისკ-ჯგუფებისთვის, რომლებსაც სხვა სერვისებზე ხელი არ მიუწვდებათ. (მაგ: პრენატალური მზურნველობა ღარიბთათვის).

ინტერსექტორული კოოპერაცია არის საერთო მიზნების მისაღწევად მთავრობის სხვა სააგენტოებთან, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ან სერვისების მიმწოდებლებთან კოორდინაცია, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ემსახურება. ეს არის სფერო, სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადვოკატირება იმ კუთხითაა მნიშვნელოვანი, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მმართველობითი ორგანო ცდილობს საქმეში სხვა სააგენტოებიც ჩართოს, როგორც მაგალითად წყლის და საკანალიზაციო სისტემების განვითარების საკითხში ან საპოლიციო მაგისტრალებზე პატრულირების გზით საგზაო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილობის შესამცირებლად. ჯანდაცვის პროგრამების განვითარების საკითხში გადამწყვეტი როლი არასამთავრობო სექტორს, მოხალისეთა ორგანიზაციებსა და ადვოკატირების ჯგუფებს წარსულშიც ჰქონდათ და მომავალშიც ექნებათ.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციების სარეგულაციო ფუნქციები

სარეგულაციო ფუნქციები ემყარება კანონიერ მანდატს, რომელიც გულისხმობს საზოგადოების დაცვას დამაზიანებელი და საშიში ზეგავლენისგან და სტანდარტების ფარგლებში მზრუნველობის გარანტიას. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას ცენტრალური სტანდარტები გააჩნია, რომლებიც ფედერალურ დონეზეა შენარჩუნებული. მათ მოიხმარენ კვების, სანიტარიის, საკვებისა და მედიკამენტების კონტროლის საკითხში, ასევე იმ სფეროებში, რომლებსაც სამედიცინო სერვისის მომწოდებელი და ინდივიდუალური მოქალაქე ვერ აკონტროლებს. სარეგულაციო ფუნქციები მრავალ ღონისძიებას მოიცავს:

1. დაბადებისა და გარდაცვალების მოწმობა: ადგილობრივი, შტატისა და ეროვნული დონე, როგორიცაა მაგალითად აშშ-ის ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი (NCHS);

2. ბიზნესის ლიცენზირების დამტკიცება: ადგილობრივი მმართველობა.

3. შენობის კოდის თანხმობა: ადგილობრივი მმართველობა ფედერალური და შტატის კოდის მიხედვით.

4. სანიტარია და გარემოს ჯანმრთელობა: მუნიციპალური, შტატისა და ეროვნულ დონე, როგორიცაა გარემოს დაცვის სააგენტო (EPA).

5. სამედიცინო პროფესიონალთა რეგულირება: სახელმწიფო საბჭო.

6. სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება და სერტიფიცირება: ადგილობრივი, შტატისა და ფედერალურ დონეებზე.

7. გადამდებ დაავადებათა კონტროლი: ადგილობრივი, შტატისა და ფედერალური მმართველობა, დაავადებათა კონტროლის ცენტრებთან ერთად (CDC);

8.საკვების უსაფრთხოება: ადგილობრივ, შტატისა და ფედერალური სტანდარტებითა და დაკვირვებით საკვებისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციის მიერ (FDA);

9.ფარმაცევტული სტანდარტები: FDA-ის მიერ უსაფრთხოების, ეფექტურობის, ეტიკეტისა და წარმოების სტანდარტების გათვალისწინებით.

10. პროფესიული ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება: ადგილობრივი, შტატისა და ფედერალური სტანდარტებითა და დაკვირვებით შესაბამისი სფეროს ადმინისტრაციისა (OSHA) და იმ დაწესებულებების მიერ, რომლებიც პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის სფეროში მუშაობენ. (NIOSH)

სერვისების უზრუნველყოფის მეთოდები – პირდაპირი თუ არაპირდაპირი?

სამთავრობო ორგანიზაციების მიერ სერვისების უზრუნველყოფის მეთოდები სხვადასხ-

ვა ქვეყანაში ერთმანეთისგან განსხვავდება. კანადაში ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებზე ფედერალურ ხარჯთა გაზიარებით პასუხისმგებელი პროვინციებია. სხვადასხვა პროვინციებისგან შემდგარი ჩრდილოეთის ქვეყნები მოსახლეობას ჯანდაცვის სერვისებს ადგილობრივ დონეზე სთავაზობენ. ცენტრალურად მართულ ეკონომიკურ სისტემაში, როგორიცაა ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, სერვისი მაღალი დონის ცენტრალური ზედამხედველობით ხორციელდება. დღეს საყოველთაოდ აქტუალურია მართვის დეცენტრალიზაცია. აღსანიშნავია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მრავალი ფუნქცია მთავრობის ჩარევის გარეშე ვერ განხორციელდება, რადგან მას იურისდიქციული, საგადასახადო, რეგულაციური უფლებამოსილება გააჩნია, ასევე იმის გამოც, რომ ეს სერვისები მთელი მოსახლეობის მასშტაბით უნდა გატარდეს. ცენტრალური კოორდინაცია ჯანდაცვის სფეროში მნიშვნელოვანი ელემენტია, განსაკუთრებით ეპიდემიოლოგიისა და დაავადებათა კონტროლის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მონიტორინგის მხრივ.

საზოგადოება, პროფესიონალები, ადგილობრივი, შტატისა და ეროვნული სამმართველოები ეროვნულ თუ საერთაშორისო დონეზე დიდ მიზნებს ისახავენ, მაგალითად, როგორიცაა სპეციალური ლაბორატორიების შექმნა. შეერთებულ შტატებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციების სერვისები მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის ჯგუფებისთვის გათვალისწინებული არ არის. ბევრი ასეთი სერვისი, როგორიცაა იმუნიზაცია, პრენატალური მზრუნველობა, ტყვიის მავნე ზეგავლენის შემცირება, აივ-ტესტირება მთავრობის მიერ ფინანსდება. სერვისების გარკვეული ნაწილი, კერძოდ, მომუშავე ექიმებისა და ჯანდაცვის სისტემების მიერ არაადეკვატურადაა შექმნილი.

იმუნიზაცია ზოგიერთ ქვეყანაში სამთავრობო სერვისს წარმოადგენს, ასეა, მაგალითად, ისრაელში, ხოლო დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში ამ სერვისზე პასუხისმგებელი ჯანდაცვის კერძო და დაქვემდებარებული ორგანიზაციებია. იმ ქვეყნებშიც, სადაც კარგად განვითარებული პირველადი დახმარების სერვისებია, დამატებითი მომსახურებებია საჭირო, მაგალითად ჰიპერტენზიისა და თანდაყოლილი დაავადებების სკრინინგი. ჯანმრთელობის საკითხზე ინფორმირება ყველა დონეზე სამთავრობო თუ არასამთავრობო მომსახურებების ფუნქციაა. ეს სექტორები ყურადღებას ამახვილებენ პროფესიული, საზოგადოებრივი, მიზანმიმართული ჯგუფების განათლებაზე. გრანტების სახით ან სხვა ფორმით ფინანსური წახალისება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების, კვლევებისა და განათლების გასაუმჯობესებლადაა მიმართული. ფინანსური წახალისება სპეციფიკური პრობლემის გადაჭრის გზების ძიებაში ფართოდ გამოიყენება. მაგალითად ექიმებისთვის შესრულებული სამუშაოსთვის გასამრჯელოს მიცემა. ვგულისხმობთ ექიმების მონაწილეობას ისეთ ღონისძიებებში, როგორიცაა იმუნიზაციის ჩატარება, პაპ-ტესტირება, გარკვეული ჯგუფის ქალებისთვის მამოგრაფია. წარდგენილი წინადადებები ხარისხის გათვალისწინებით და მიზნების შესაბამისობით განიხილება. წამახალისებელი ან კატეგორიული ფონდები ახალი ღონისძიებების ჩასატარებლად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სუსტი სფეროების განსამტკიცებლად და ჯანდაცვის სისტემაზე ყურადღების გამახვილებისთვისაა საჭირო.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი ჯანმრთელობაში

როგორც სამთავრობო, ისე კერძო ორგანიზაციები, არ აქვს მნიშვნელობა მოგებაზე იქნება თუ არა ორიენტირებული, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს. კერძო სექტორი მოიცავს არა მხოლოდ სერვისის მიმწოდებლებს, არამედ პროფესიულ ორგანიზაციებს, უნივერსიტეტებს და მომხმარებელთა, მოხალისეთა და დამცველ გუნდებს. ამ ორგანიზაციებს მომსახურების მიწოდებაში, პროფესიული სტანდარტების ჩამოყალიბებასა და მედპერსონალის განათლებაში წვლილი მიუძღვით. ამიტომაც მათ შეუძლიათ ფინანსური თუ ადმინისტრაციული მხარის მიუხედავად, ჯანმრთელობის სისტემის განვითარებას ხელი შეუწყონ. არასამთავრობო ორგანიზაციებს ნებაყოფლობით შეუძლიათ სიახლეების შემოღება და ახალი პროგრამების დამკვიდრება. ისინი ამით შეძლებენ იმ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას, რომელთა შესრულება ჯანმრთელო-

ჩანართი 10.2 "ათცენტიანთა მარში" (THE MARCH OF DIMES)

„ათცენტიანთა მარში“ 1938 წელს დაარსდა, რომელშიც თვით პრეზიდენტი ფრანკლინ დელანო რუზველტი მონაწილეობდა. იგი პოლიომიელიტით იყო დაავადებული. ამ ორგანიზაციამ დაავადებულ ბავშვთა მზრუნველობასა და პრევენციული ვაქცინის შემოღებაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა. ვაქცინის კლინიკურ გამოცდას ათასობით მოხალისემ ხელი შეუწყო. აშშ-ში პოლიომიელიტის ლიკვიდირების შემდეგ „ატცენტიანთა მარშმა“ ყურადღება გაამახვილა სხვა პრობლემებზეც: თანდაყოლილ სიმახინჯეებზე, ნაყოფის მცირე წონაზე, ბავშვთა სიკვდილიანობასა და პრენატალური მზრუნველობის ნაკლებობაზე.

2000 წლისათვის ორგანიზაციამ შემდეგი გეგმა დასახა:

1. თანდაყოლილი დეფექტების 10 %-ით შემცირება, ამ ეტაპზე 150,000 მათი წლიური რაოდენობიდან და როგორც სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი.
2. სიკვდილიანობის შემცირება 7-მდე ყოველი 1000-დან. წლიურად ბავშვთა სიკვდილიანობის რაოდენობა 33,0000-ია, აშშ ამ მხრივ 24-ე ადგილს იკავებს.
3. დაბადებისას მცირე წონიანი ახალშობილების რაოდენობის შემცირება 5%-მდე. გარდაცვლილ ან დაზარალებულ ბავშვთა რაოდენობა ამ მიზეზით წლიურად 290,000-ია.
4. პირველ ტრიმესტრში პრენატალური მოვლის გაზრდა ორსულების 79%-დან 90%-მდე.
5. გენეტიკური სამეცნიერო კვლევების მხარდაჭერა გენური თერაპიით, ტესტირებით, კონსულტირებითა და გენური რუკების შედგენით.
6. სოლკის ინსტიტუტის დაფინანსება ბიოლოგიური კვლევითი სამუშაოსთვის „ადამიანის გენომის პროექტი„, რომელიც გულისხმობს გენურ სისტემასა და იმუნურ დარღვევებს, ლეიკემიას, გონებრივი ჩამორჩენილობის მიზეზების დადგენას, ახალშობილების სკრინინგის, ცერებრული დამბლისა და რესპირაციული დისტრესის პერინატალურ მართვის გაუმჯობესებას.
7. რეპროდუქციული ასაკის მქონე ქალებში ფოლიუმის მჟავის მოხმარების უზრუნველყოფა ნერვული მილის დეფექტების შესამცირებლად.

წყარო: March of Dimes Birth Defects Foundation. 1999. Website http://www.modimes.org/

ბის სისტემას უჭირს. აშშ-ში არასამთავრობო ორგანიზაციების ნებაყოფლობითი ქმედებების თვალსაჩინო მაგალითს ე.წ. „ათცენტიანთა მარში“ წარმოადგენს. ღონისძიება მიმართული იყო პოლიომიელიტით დაავადებულთა მზრუნველობის, სოლკის პოლიომელიტის ვაქცინის შემოღებისა და თანდაყოლილი დეფექტების (birth defects) პრევენციისთვის.

ბევრი ორგანიზაცია მუშაობს სპეციფიკური დაავადებების სამკურნალოდ, დიაბეტით დაწყებული გაფანტული სკლეროზით დამთავრებული, დაფინანსების მოპოვებაზე.

მოხალისეთა ორგანიზაციამ მოსახლეობას შესაძლოა ისეთი მომსახურება შესთავაზოს, რომლის შესრულება საზოგადოებრივ სექტორს არ შეუძლია. მაგალითები საკმარისადაა: იერუსალიმში 1976 წელს მამა-შვილმა შექმნა ასეთი სახის ორგანიზაცია თავისი მეუღლისა და დედის საპატივცემულოდ(იედ სარა). ისინი ავადმყოფებს უფასო სერვისებს სთავაზობდნენ: ინვალიდის სავარძლებს, კლინიკურ ცენტრებში ყოველდღიურ საკვებს, სასწრაფო დახმარებას. ისინი მოხუცებულებსა და ინვალიდებს საკუთარ სახლებში ცხოვრების საშუალებას აძლევდნენ. შედეგად, ისრაელის 70 და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების 25 ქალაქში ამ ორგანიზაციის მრავალი ფილიალი ჩამოყალიბდა. მსგავსი პროექტი ნიუ-იორკშიც იგეგმება.

სამედიცინო პრაქტიკა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

კლინიკური მომსახურება და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სასიცოცხლო მნიშვნელობის, ურთიერთდამოკიდებულ დარგებს წარმოადგენენ. მათი მიზანი ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებაა. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობის უფლებაა. მის ხარისხზე ზრუნვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მოვალეობაა. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება როგორც კლინიკური, ისე პრევენციული მედიცინის მხრიდან პროფესიულ კადრებს მოითხოვს. საზოგადოებრივ კლინიკურ ცენტრებში ექიმებისთვის კერძოდ გადახდა საკმაოდაა გავრცელებული. ასევე ხშირად გვხვდება სამუშაო საათების შემდეგ ექიმების კერძო პრაქტიკა. ამის შეჩერება შეუძლებელია, თუმცა რეგულირებადია. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, კერძო პაციენტების მიღება დაშვებული და წახალისებულიც კია. ასეთ პაციენტებს სხვებთან შედარებით კლინიკურ მომსახურებას უფრო მალე სთავაზობენ, რაც შეიძლება უსამართლოდაც გვეჩვენოს. ისრაელში სასწავლო საავადმყოფოებში, კერძო მომსახურებას უფრო მაღალი თანამდებობის ექიმები ეწევიან, ფონდის ნაწილის საავადმყოფოებზე განაწილებით. გადასახადზე ორიენტირებული სამედიცინო პრაქტიკა ამერიკასა და კანადაში კვლავ აქტუალურია, თუმცა ისინი მომსახურების დაფინანსების მეთოდით განსხვავდებიან. კანადაში ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა კერძო გადასახადს ემყარება. ექიმს ეკრძალება აიღოს რაიმე დამატებითი ანაზღაურება. ეს ხელს უშლის მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურება თანაბრად ხელმისაწვდომი იყოს. ეს საკითხი რეგიონული ჯანმრთელობის დაგეგმარებაში ფედერალურ კრიტერიუმს წარმოადგენს.

აშშ-მ კერძო სამედიცინო დაზღვევაში ბევრი რამ გააერთიანა: სამედიცინო მომსახურება მოხუცებულებისთვის (Medicare) 65 წლის ასაკის ზემოთ და ღარიბებისათვის (Medicaid). აღსანიშნავია, რომ 40 მილიონი დაუზღვეველია, ხოლო 15 მილიონი არადამაკმაყოფილებლადაა დაზღვეული. ისინი, ვინც ხშირად იცვლიან სამუშაოს და სამედიცინო დაზღვევას კარგავენ, სიძნელეებს აწყებიან. აშშ-ში მმართველობის ქვეშ მყოფი სამედიცინო სისტემა, როგორც ჩანს, კერძო პრაქტიკას ჩრდილავს. ასეთი სახის, მოგებაზე ორიენტირებული თუ არაორიენტირებული სისტემა, მოსახლეობას უფრო დაბალ ფასებს სთავაზობს და უფრო ფართო მასშტაბით მუშაობს, ვიდრე ტრადიციული სადაზღვევო კომპანიები.

სამედიცინო მომსახურების მხრივ რეფორმა მრავალ ქვეყანაში ტარდება. ეს ამბულატორიულ და საზოგადობრივ მომსახურებაში (community outreach services) ფინანსურ წახალისებებს მოითხოვს. მან ჰოსპიტალური და გრძელვადიანი მზრუნველობა უნდა მოიცვას. აშშ-ში მმართველობის ქვეშ მყოფი სამედიცინო მომსახურება საკმაოდ მნიშვნელოვანია. იგი სხვადასხვა ქვეყნისთვის ნიმუშს წარმოადგენს, სადაც საავადმყოფოსა და სპეციალისტის მომსახურებას უსარგებლოდ იყენებენ. აღნიშნული სისტემა მთავარ აქცენტს პირველად დახმარებასა და პრევენციულ მომსახურეობაზე აკეთებს.(იხ. თავი 11-13)

ნახსენებები და ჰეგელსტა

სტიმული ან, პირიქით, მის გარეშე მუშაობა ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი საკითხია. მთავრობა დიდ მონაწილეობას იღებს ადეკვატური, ხარისხიანი საშუალებებისა და მედპერსონალის მოძიებაში, რომელიც მოსახლეობის მოთხოვნებს დააკმაყოფილებს. ასევე, პასუხს აგებს ამ სისტემის დამაკმაყოფილებელ დაფინანსებაზე. მნიშვნელოვანია ბალანსირებული და ხარისხიანი მომსახურება მოსახლეობისთვის ყველა რეგიონიდან და სოციალური კლასიდან თანაბრად ხელმისაწვდომი იყოს. სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებლობა უპირველესად მთავრობას აკისრია და არა მოგებაზე დამყარებულ ორგანიზაციებს თუ კერძო სამედიცინო დაწესებულებებს. ყველა შემთხვევაში საჯარო მმართველობამ მოსახლეობის მოთხოვნები უნდა დააკმაყოფილოს. დიდი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სისტემებს შორის ბალანსის დაცვას, რომლებიც ოლქებისა თუ რეგიონების

მცხოვრებლებს ემსახურება. ჰოსპიტალურ, გრძელვადიან და საზოგადოებრივ მომსახურებებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მმართველობა აკანონებს და მართავს. რეგულირება საჭიროა, მაგრამ სტიმულირებისა და შემაკავებელი მოქმედებების კომბინაცია ("სტაფილო და ჯოხის" მიდგომა) არანაკლებაა მნიშვნელოვანი. ეს კომბინაცია სახელმწიფო თუ ადგილობრივი მოთხოვნების გათვალისწინებით სამედიცინო საშუალებების განვითარებას განაპირობებს. განვითარებულ ქვეყნებში, როგორიცაა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო, აშშ, კანადა, სკანდინავიისა და ევროპის ბევრი ქვეყანა, რუსეთის ნაწილი, ეს მოითხოვს საავადმყოფოს საწოლების ნამატსა და საზოგადოებრივ სერვისებზე რესურსების გადანაწილებას. საავადმყოფოს საწოლებისა და მედპერსონალის მაჩვენებელი ყოველ 1000-ზე სამედიცინო ეკონომიკას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს. ჯანდაცვის მმართველობამ, სახელმწიფო და შტატის დონეზე, სამედიცინო საშუალებების მარაგი და დისტრიბუცია უნდა არეგულიროს. ექიმების ჭარბი რაოდენობა ზოგიერთ საშუალო განვითარების ქვეყანაში, მაგალითად ლათინურ ამერიკაში, სერიოზული პრობლემაა. რეგულაციურ და ფინანსურ უფლებამოსილებასა და კონტროლს მედიცინის ფაკულტეტების შემცირება შეუძლია. ექიმების რიცხვის ზრდა შეიძლება თავიდან ავიცილოთ ამ პერსონალის გაგზავნით იმ რეგიონებში, სადაც სამედიცინო სერვისები ნაკლებად ხელმისაწვდომია. ფედერალურ მთავრობას ჯანმრთელობის პროგრამების დაგეგმარება ფინანსური სტიმულირებითა და ასევე შეზღუდვით შეუძლია. გრანტები რაიმე სპეციფიკური მიზნებისთვის გამოიყოფა, გადასახადის გადანაწილების გეგმა კი გაიდლაინებს მიყვება. კანადაში სამედიცინო დაზღვევა ფედერალური გაიდლაინების მიხედვით და გადანაწილებული ხარჯების გათვალისწინებით რეგიონულ გეგმას ემყარება. ეროვნული სამედიცინო დაზღვევა სოციალური კეთილდღეობის ასპექტი რუზველტის მმართველობის დროს გახდა, თუმცა იგი 1935 წლის სოციალური უსაფრთხოების აქტიდან ამოიღეს, რადგან პოლიტიკურად სარისკო იყო.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, 1946 წელს

ჩანართი 10.3 ჰილი-ბარტონის აქტი

ჰილი-ბარტონის აქტმა ფედერალურ-საშტატო-ადგილობრივი პარტნიორობით, დახმარების მიზნით 16 მილიონი დოლარი დახარჯა (საავადმყოფოს კვლევა და მშენებლობის აქტი, 1946წ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტის IV სათაური). ჰოსპიტალური, გრძელვადიანი მომსახურების, სარეაბილიტაციო საშუალებების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების 11.500 პროექტში 3800 გაერთიანება ჩაერთო. ამ პროგრამამ ეროვნული სტანდარტების შექმნა და ადგილობრივი საავადმყოფოების დაფინანსება განაპირობა. მანვე აშშ-ში (1950-60წწ.) მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას ხელი შეუწყო. შედეგად, რეგიონებში, სადაც სამედიცინო სერვისები ნაკლებად იყო განვითარებული, საავადმყოფოების რიცხვი გაიზარდა, ხოლო მოძველებული საშუალებები განახლდა. ამ პროგრამას აშშ-ს სამხრეთით დეზინტეგრაცია მოჰყვა. დაუზღვეველი პირების ეროვნულ საავადმყოფოებში მკურნალობის გეგმა შემუშავდა. ასევე წარმატებით შეიზღუდა საავადმყოფოს საწოლების რიცხვი, შემუშავდა სტანდარტები: სტაციონარში 4-4,5 საწოლი ყოველ 1000-ზე (უფრო მეტად რეგიონებში), საწოლების რიცხვი საჭიროზე მეტი არ უნდა ყოფილიყო.

პროგრამამ არა მხოლოდ საშუალო ფენა, არამედ ღარიბთა კლასიც მოიცვა თანაბარი ხელმისაწვდომობისა და სტანდარტების გაზრდით. საჭირო იყო ფედერალური დაფინანსება, რომ ღარიბებს ფასდაკლებით ან უფასოდ, ხოლო დაუზღვევლებს სასწრაფო დახმარების სერვისით მომსახურებოდნენ. (თავი 11). ამან საავადმყოფოების გაფართოება შეზღუდა და ჰოსპიტალიზაციის დღეების რიცხვი შეამცირა.

ყველაფრის მიუხედავად, პროგრამამ კრახი განიცადა, როდესაც ჰოსპიტალი სამედიცინო მომსახურების ცენტრად დამტკიცდა და საზოგადეობრივი სერვისები უგულებელყო. შედეგად, დანახარჯების დიდი ნაწილი საავადმყოფოებზე განაწილდა და 34.5%-დან (1960წ.) 41.5 %მდე (1980წ.) გაიზარდა, თუმცა შემდეგ 35.4%-მდე (1995წ.) ისევ დაეცა. 1980-იან წლებში, ჰილი-ბარტონის აქტმა კლინიკური და პირველადი მომსახურებები მოიცვა.

ვაგნერ-მურეი-დინგელის დადგენილებამ, სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კონგრესის დონემდე ვერ მიაღწია და კრახი განიცადა. მას ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია და სამედიცინო დაზღვევის ინდუსტრია ებრძოდა. თუმცა, ნაწილობრივ მაინც რეალიზდა, როდესაც ჰილი-ბარტონის აქტმა საავადმყოფოების განახლებასა და აშენებაზე ფედერალური დაფინანსება მოითხოვა. ჰილი-ბარტონის ნიმუში ფედერალურ შტატს მიესადაგება. მას ჯანმრთელობის პრიორიტეტულ საკითხებზე აქვს აქცენტი აღებული, რომლისთვისაც ე.წ „კატეგორიზირებული გრანტებია“ გამოყოფილი. ეს მიდგომა გაძლიერებაში ისეთ სუსტად განვითარებულ პროგრამებს ეხმარება, როგორიცაა იმუნიზაცია და განვითარებულ ქვეყნებში დედებზე მზრუნველობა. ამასთან, ის სერვისების მარაგსა და რესურსებს აბალანსებს. წახალისებებისა და ხარჯთა განაწილების სისტემას საწოლების რიცხვის შემცირებით, დედათა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის, გერიატრიის, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო საშუალებების უზრუნველყოფით, კაპიტალური ფონდების შექმნა შეუძლია. „შემამცირებელი და განმაახლებელი“ პირობითი გრანტით შეიძლება საავადმყოფოს სერვისების მოდერნიზება მოხდეს. ფედერალური გრანტები კი ადგილობრივ მმართველობას დაეხმარება ფედერალური კრიტერიუმებისა და გაიდლაინების გათვალისწინებით ფონდში თავისი წილი შეიტანოს. ისეთ ცენტრალიზებულ ქვეყნებში, როგორიცა დიდი ბრიტანეთი და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებია, დეცენტრალიზაცია ფინანსურმა მექანიზმმა განაპირობა. კანადაში კი სამედიცინო დაზღვევის გეგმა ფედერალური მთავრობის მხრიდან სახაზინო ხარჯთა განაწილების წახალისებების საფუძველზე შეიქმნა. ამის მიზანი იყო რეგიონებისგან თანხმობის მიღება ფედერალურ პირობებზე, ყოვლისმომცველობაზე, პორტატიულობასა და საზოგადოებრივ ადმინისტრაციაზე, როგორც პროვინციული დაგეგმარების კრიტერიუმზე. როდესაც ფიქსირებული დანახარჯების სისტემიდან ბლოკირებული გრანტების სისტემაზე გადავიდნენ, პროვინციული დაგეგმარების კონტროლი ოდნავ გაძნელდა, თუმცა თანასწორობა, პორტაბელობა (დაზღვეულთა სარგებლიანობით), საზოგადოებრივი ადმინისტრაცია, დამატებითი გადასახადების აკრძალვა შენარჩუნდა. ფედერალური ფონდების შემცირებასთან ერთად რეგიონული დანახარჯების განაწილებამაც მოიკლო, ამიტომაც პროვინციებში სამედიცინო სერვისების ორგანიზაციის ჩამოყალიბებითა და საავადმყოფოს საწოლების რიცხვის შემცირებით ცვლილებების შეტანა გახდა საჭირო.

აშშ-ში კერძო დაინტერესებით განპირობებულმა დაურეგულირებელმა მუდმივმა მომსახურებამ სერვისების ხარისხის მკვეთრი გაუარესება გამოიწვია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციებს ჩარევა მხოლოდ არადამაკმაყოფილებელი სანიტარული პირობებისა და დაუდევრობის შემთხვევებში შეეძლოთ. ღარიბებისა და მოხუცების სამედიცინო დახმარების პროგრამის წარდგენამ ფედერალური და სახელმწიფო ორგანიზაციების მობილიზაცია განაპირობა. მათ მინიმალური სტანდარტები განსაზღვრეს, გარკვეული საშუალებები დასახეს, რომელთა აკრედიტირება ფედერალური სამმართველოს თანხმობით არასამთავრობო ორგანიზაციებს დაეკისრა. ეს აშშ-ში და კანადაში სტანდარტად განისაზღვრა, სადაც არააკრედიტირებულ საავადმყოფოზე ფინანსური სანქცია იწერება. სამედიცინო მომსახურების გასაუმჯობესებლად, ამის გარდა, სხვა ზომებსაც მიმართეს: ნებისმიერი საავადმყოფო განახლებისა და გაფართოების მიზნით „მოთხოვნათა სერთიფიკატს„(CON) საჭიროებდა. ეს უკანასკნელი აშშ-ში ჯანდაცვის კანონმდებლობითაა შემოღებული და სახელმწიფო რეგულაციის შესაბამისად ფონდებისა და რესურსების საჭიროებას ასახავს. ეს წამახალისებელ გრანტებსა და მარტივ სარეგულაციო ძალებს შეიძლება დავუკავშიროთ. შტატის დეპარტამენტების მიერ დაფუძნებულმა CON-ის მიდგომამ საავადმყოფოს შესაძლებლობების არარეალური გაფართოება ნაწილობრივ მაინც შეზღუდა. 1980-იან და განსაკუთრებით 1990-იან წლებში აშშ-ში გადახდის რეფორმამ საავადმყოფოების დახურვა და შემცირება განაპირობა.

კვლევებისა და სწავლების მხარდაჭერა

სამედიცინო კვლევა და განათლება მომავალში სამედიცინო მომსახურების განვითარებას უზრუნველყოფს. ისინი სამეცნიერო განვითარებასაც განაპირობებენ, მაგალითად ვაქცინების შემოღებასა და გენეტიკური და ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ „ადამიანის გენომის პროექტის“ შექმნას. ეს არამხოლოდ სამედიცინო სასწავლებლებისთვისაა სასარგებლო, არამედ მომსახურების სტანდარტებისა და ხარისხის ამაღლებაზეც დადებითად იმოქმედებს. კვლევა ეყრდნობა საბაზისო და კლინიკურ დისციპლინებს, ასევე ეპიდემიოლოგიასა და დოკუმენტირებულ გამოცდილებას.

აშშ-ში ჯანმრთელობის ეროვნულმა ინსტი-

ტუტებმა (NIH) (მათ შორის პირველი „კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი“ იყო 1930-იან წლებში) დიდი წვლილი შეიტანა სამედიცინო განათლებისა და კვლევის გაუმჯობესებაში. მათი გრანტების სისტემამ კვლევები და შესაბამის სკოლებში არსებული სამედიცინი ფაკულტეტები დააფინანსა. აშშ-ში სწორედ ამის შედეგად გაუმჯობესდა სამედიცინო სწავლება. ამასთან, NIH-მ აშშ-ში მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ბიოსამედიცინო მეცნიერებების წინ წაწევაც განაპირობა. ქვემოთ ცხრ. 10.2 ჩამოთვლილია ჯანმრთელობის ცალკეული 24 ეროვნული ინსტიტუტი.

ცხრილი 10.2 აშშ-ს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტები, ცენტრები და განყოფილებები. ინტერნეტ მისამართებით, იანვარი 2000

ინსტიტუტები (ზოგადი ვებ გვერდი http://www.nih.gov)

კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი – National Cancer Institute (NCI) www.nci.nih.gov
თვალის ეროვნული ინსტიტუტი – National Eye Institute (NEI) www.nei.nih.gov
გულის, ფილტვის და სისხლის ერონვული ინსტიტუტი – National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi/htm
ადამიანის გენომის კვლევის ეროვნული ინსტიტუტი – National Human Genome Research Institute (NHGRI) www.nhgri.nih.gov
ასაკის მატების ეროვნული ინსტიტუტი – National Institure on Aging (NIA) www.nih.gov/nia
ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების და ალკოჰოლიზმის ერონული ინსტიტუტი National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) www.niaaa.nih.gov
ალერგიის და ინფექციური დაავადებების ერონვული ინსტიტუტი – National Institute Allergy and Infectious Diseases (NIAID) www.niaid.nih.gov
ძვალკუნთოვანი, ართრიტის და კანის დაავადებები ერონვული ინსტიტუტი – National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS) www.nih.gov/niams
ბავშვის ჯანმრთელობის და ადამიანის განვიტარების ერონვული ინსტიტუტი – National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) www.nih.gov/nichd
სიყრუვის და სხვა კომუნიკაციასტან დაკავშირებული პრობლემების ერონვული ინსტიტუტი – National Institute of Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) www.nih.gov/nidcd
დენტალური და ყბა-სახის კვლევითი ერონვული ინსტიტუტი – National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) www.nidr.nih.gov
დიაბეტის და საჭმლის მომნელებელი და თირკმლის დაავადებების ეროვნული ინსტიტუტი – National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NDDK) www.nddk.nih.gov
ნარკომანის ეროვნული ინსტიტუტი – National Institute of Drug Abuse (NIDA) www.nida.nih.gov
გარემო ჯანმრთელობის მომსახურებების ეროვნული ინსტიტუტი – National Institute of Environmental Health Services (NIEHS) www.niehs.nih.gov
ზოგადი სამედიცინო მეცნიერებეი ს ერონვიული ინსტიტუტი – National Institute of General Medical Sciences (NIGMS) www.nih.gov/nigms
მენტალური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსიტუტი – National Institute of Mental Health (NIMH) www.nimh.nih.gov
ნევროლოგიური აშლილობების და ინსულტის ერონვული ინსიტიტუტი – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) www.ninds.nih.gov
საექთნო კვლევის ერონვული ინსტიტუტი – National Institute of Nursing Research (NINR) www.nih.gov/ninr

ცენტრები და განყოფილებები

უორენ გრანტ მაგნუსონის კლინიკური ცენტრი – Warren Grant Magnuson Clinical Center (CC) www.cc.nih.gov
საინფორმაციო ტექნოლოგიების ცენტრი – Center for Information Technology (CIT) www.
მედიცინის ერონვული ბიბლიოთეკა – National Library of Medicine (NLM) and MEDLARS*a* www.nlm.nih.gov
კვლევითი რესურესების ეროვნული ცენტრი – National Center for Research Resources (NCRR) www.ncrr.nih.gov
დამატებითი და ალტერნატიული მედიცინის ეროვნული ცენტრი – National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) www.nccam.nih.gov/
ფოგარტის საერთასორისო ცენტრი – Fogarty International Center (FIC) www.nih.gov/fic
კომპუერული კვლევის და ტექნოლოგიების განყოფილება – Division of Computer Research and Technology (DCRT) www.dcrt.nih.gov
მეცნიერული რეცენზიის ცენტრი – Center for Scientific Review (CSR) www.drg.nih.gov/

წყარო: National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892. Website Jan, 2000 http//www.nih.gov/*a*MEDLARS _ Medical Literature Analysis and Retrieval System

კოლეგიური კონკურენცია, უფასო პუბლიკაციები, გაცვლითი სამეცნიერო კვლევები, თანაბარი დონის ჟურნალ-გაზეთები, სამთავრობო ორგანიზაციებში პროფესიული შეხვედრები სამედიცინო სფეროს სამეცნიერო პროგრესს განაპირობებს. წამლისა და სამედიცინო ტექნიკის წარმოების კერძო სექტორი სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მეცნიერებას ავითარებს. საზოგადოებრივი ჯანრთელობის გაუმჯობესებაზე სხვადასხვა ეროვნული ცენტრი ზრუნავს, მაგალითად საფრანგეთში პასტერის უნივერსიტეტი და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში კემბრიჯის ლაბორატორიები. პროფესიონალი მკვლევარებით დაკომპლექტებული ცენტრები ეროვნული ფონდებით სარგებლობს. სამედიცინო სასწავლებლებისთვის გამოყოფილი ფედერალური ფონდები დიპლომამდელი განათლებისთვის აკადემიურ სტანდარტებს აყალიბებს. ეს გრანტები ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლებსა და შესაბამისი დარგის ადმინისტრაციას აუმჯობესებს. მისი მიზანი სამედიცინო სფეროს, ახალი თაობის მეცნიერებისა და მმართველების მომზადებაა. კვლევას შესაბამისი მოთხოვნის საპასუხოდ უნივერსიტეტი, კვლევითი ინსტიტუტი, სამთავრობო თუ კერძო სექტორი აწარმოებს. საკონკურსო გრანტები სამედიცინო განათლების, უნივერსიტეტის აკადემიური სტანდარტების განახლების, კვლევისა და სადიპლომო სწავლების გაუმჯობესებისთვისაა საჭირო.

აკრედიტაციისა და ხარისხის რეგულირება

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მმართველობას საკმარისი ძალა გააჩნია სამედიცინო შესაძლებლობების სამართავად. კერძო აკრედიტაცია, კი რომელიც პროფესიულ გაიდლაინებსა და არასამთავრობო სისტემას ეყრდნობა, ჯანდაცვის ორგანიზაციის ხარისხის მოპოვებასა და სამედიცინო დეპარტამენტების რეგულაციაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

აშშ-ში 1913 წელს, კანადაში კი უფრო მოგვიანებით 1951-1959 წწ. აკრედიატაციის სისტემა – „ერთობლივი კომისია საავადმყოფოს აკრედიტაციაზე“ შეიქმნა (JCHI). მან ამერიკის ქირურგთა კოლეჯის, ჰოსპიტალის ასოციაციისა და მოხალისე პროფესიული პირების კონსორციუმის სახით ჩრდილო ამერიკის საავადმყოფოების შესახებ კვლევა ჩაატარა. კომისიამ 1918 წელს 18 ძირითადი სტანდარტი, აგრეთვე, ფიზიკური, ორგანიზაციული და პროფესიული კრიტერიუმების მიხედვით გაიდლაინები შეიმუშავა. მათი მიზანი პაციენტების დაცვის, მკურნალობის სტანდარტებისა და ეფექტური მომსახურების უზრუნველყოფა იყო. თავდაპირველად, მიმოხილვას მხოლოდ ინსტიტუტები აწარმოებდა. აკრედიტაცია შესაძლებლობებს, ორგანიზაციას, თანამშრომლებსა და მათ კვალიფიკაციას, უწყვეტ განათლებას, სამედიცინო ჩანაწერებს, ხარისხის უზრუნველყოფას და სხვა საკითხებს მიმოიხილავს. (იხ. მე-15 თავი).

მართალია, JCHI აკრედიტაციას თავიდან მხოლოდ მოხალისეები მიმართავდნენ, მაგრამ მოგვიანებით იგი აშშ-სა და კანადის საავადმყოფოების არსებობისათვის სავალდებულო გახდა. 1965 წლიდან სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციებმა “Medicare“ და „Medicaid“ აკრედიტაცია ფედერალურ სტანდარტების თანახმად ფინანსური ანაზღაურებისთვის მიიღეს, შესაბამისად გადახდაზე არააკრედიტირებულ ცენტრებში გადახდაზე უარს აცხადებდნენ. სისტემა ახალი სახელწოდებით „ერთობლივი კომისია ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციაზე„ დროთა განმავლობაში კიდევ უფრო განვითარდა. მან სამედიცინო შესაძლებლობების აკრედიტაციის სტანდარტები შეიმუშავა: გონებრივად ჩამორჩენილებისთვის, (1969წ.), ფსიქიატრიული(1970წ.), გრძელვადიანი(1971წ.), ამბულატორიული(1975წ.), თავშესაფრებისა (1983წ.) თუ სახლის პირობებში სერვისებისთვის (1990წ.), ასევე მართვადი მზრუნველობის პროგრამებისთვის (1989წ.) (ამბოლატორიულთან ერთად, 1990წ.). დღეს, დიდი ყურადღება ექცევა სოფლის საავადმყოფოების, სამედიცინო ცენტრების, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამებისა და ლაბორატორიების ხარისხის გაუმჯობესებას. მოგვიანებით კომისია გასცდა აშშ-ს საზღვრებს და ავსტრალიისა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ორგანიზაციების აკრედიტაციაზე ზრუნვა დაიწყო.

ნიუ-იორკს საავადმყოფოებისა და გრძელვადიანი მომსახურებისთვის თავისი საკუთარი სავალდებულო სარეგულაციო სისტემა აქვს. მიმწოდებლებში ეს რეგულაცები არაპოპულარულია, მაგრამ სახელმწიფო მოხელეთა მხრიდან ეს განიხილება, როგორც მნიშვნელოვანი ფაქტორი ხარისხის სტანდარტების შესანარჩუნებლად და პროფესიული თუ ადამიანის უფლებების დარღვევის თავიდან ასაცილებლად. ისრაელში კერძო გრძელვადინი მომსახურებისთვის დამკვირვებელთა სექტორი ჩამოყალიბდა, რომელიც 1990-იან წლებში საკმაოდ

გაუმჯობესდა. ოპონენტები ამას სახელმწიფოს მხრიდან გადაჭარბებულ ჩარევად მიიჩნევენ, თუმცა ასევე აღიარებენ, რომ ჩარევა მაინც აუცილებელია. შესაძლოა ეს მოდელები სხვა სამედიცინო მომსახურების ცენტრების გაუმჯობესებისთვის მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს.

ეროვნული მთავრობის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები

მთავრობას როგორც პირდაპირი, ისე არაპირდაპირი წესით არასამთავრობო ორგანიზაციის დახმარებით, ასევე შტატის, პროვინციის თუ ადგილობრივ დონეებზე თავისი ფინანსური ძალაუფლების გამოყენება შეუძლია. არასამთავრობო ორგანიზაციები მოიცავს უნივერსიტეტებს, სამოხალისო სწავლებას, საავადმყოფოებსა და კერძო არასამთავრობო ორგანიზაციებს. მათ შეუძლიათ ფონდების პირდაპირი თუ არა პირდაპირი წესით გამოყენება იმ ეროვნული სტანდარტების გასაუმჯობესებლად, როგორიცაა სამედიცინო განათლება და კვლევა. მათ ასევე გრანტებითა და ხარჯთა გადანაწილებით ღარიბი რეგიონების მცხოვრებლებსაც თანაბარი მომსახურება შეუძლიათ გაუწიონ. ეროვნულ-სამთავრობო ჯანდაცვის ორგანიზაციებს მუდმივი კავშირი უნდა ჰქონდეთ ისეთ გაერთიანებებთან, როგორიცაა გაერო, ჯანმო, საკვების, სასოფლო-სამეურნეო, საერთაშორისო შრომითი ორგანიზაციები(იხილეთ თავი მე-16). ამასთან, აუცილებელია ურთიერთობა სხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სამინისტროებსა და საკუთარი ქვეყნის სხვა სააგენტოებთან.

მეორე მსოფლიო ომამდე და მის შემდგომ ჯანმრთელობის ეროვნული პროგრამა ბევრმა დასავლურმა ქვეყანამ შექმნა. ჩრდილო ამერიკაში, ჯანდაცვის მომსახურებაზე პასუხს კერძო დაზღვევა აგებდა, რომელიც გაერთიანებულ, დასაქმებაზე დაფუძნებულ გეგმას წარმოადგენდა. აშშ დიდი ძალისხმევით ცდილობდა

ჩანართი 10.4 ჯანმრთელობის ფედერალური ან ეროვნული დეპარტამენტისა ან სამინისტროს ფუნქციები

ეროვნული ჯანმრთელობის დაგეგმარება.
ეროვნული ჯანმრთელობის დაფინანსება.
ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა.
რეგიონული თანასწორობის უზრუნველყოფა.
მიზნები, ამოცანები, სამიზნეები (targets).
მზრუნველობის ხარისხი და სტანდარტები.
კვლევების გაუმჯობესება და ხარისხი.
პროფესიული სტანდარტები და ლიცენზირება.
გარემოს დაცვის კანონი, სტანდარტები და დაკვირვება.
საკვებისა და მედიკამენტების ლიცენზირება, სტანდარტები და კანონები.
მწვავე და ქრონიკული დაავადებების ეპიდემიოლოგია.
ჯანმრთელობის სტატუსზე დაკვირვება.
სამედიცინო/ფარმაცევტიული წარმოების განვითარება.
ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.
კვებისა და საკვების პოლიტიკა.
ეროვნული ლაბორატორიები.
სოციალური დახმარება.
სოციალური უსაფრთხოება.

1946წელს ჯანდაცვის ეროვნული დაზღვევა შემოელო. მან შტატისა და სახელმწიფოს დონეზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების, კვლევებისა და სწავლების დასაფინანსებლად კატეგორიული პროგრამები შექმნა. ქვეყანამ ეს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტების დახმარებით განახორციელა. შედეგად, თანასწორი, მაგრამ ამავდროულად კონკურენტული პროგრამების ხარისხი გაუმჯობესდა, თუმცა აშშ-მ საყოველთაო ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის მომსახურებაზე მაინც ვერ მიაღწია. (იხ. მე-13 თავი).

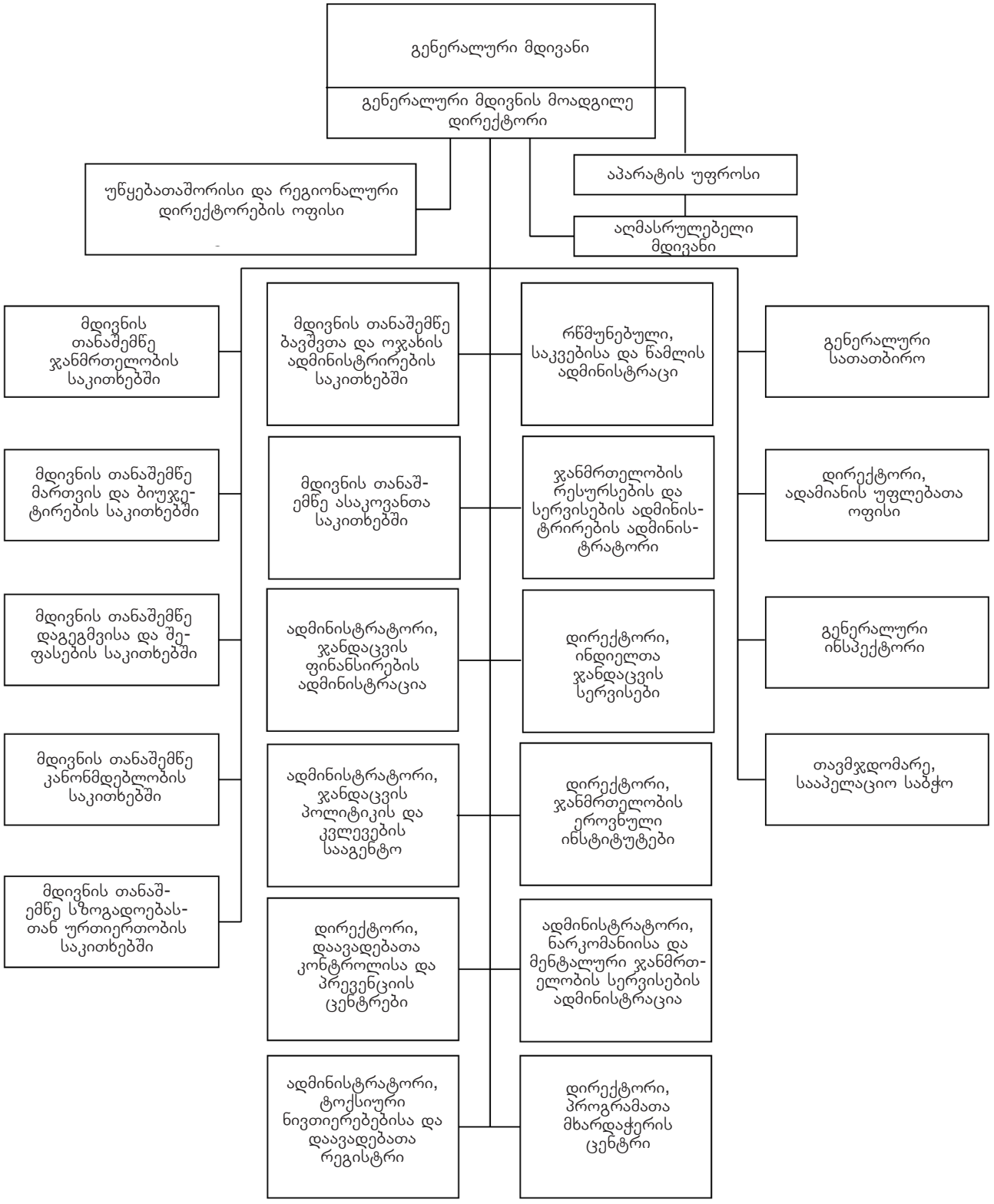
მთავრობის ყველა ფორმაში, ეროვნულმა პასუხისმგებლობამ სარეგულაციო და ზედამხედველობით ფუნქციებთან ერთად სპეციალიზირებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები ჩამოაყალიბა.

ეს მოიცავს ისეთ სასიცოცხლოდ აუცილებელ მომსახურების გაუმჯობესებას, როგორიცაა ლაბორატორიები, ეპიდემიოლოგია და გადამდებ დაავადებათა კონტროლი, (ეროვნული ეპიდემიოლოგიის პუბლიკაციები, აეროპორტი, პორტის გამოკვლევა), ეროვნული ჯანმრთელობის სტატისტიკა, ბიოლოგიური ნივთიერებებისა და მედიკამენტების კონტროლი, კვლევა და სწავლება, თანამშრომლობა ფედერალურ, შტატისა და ადგილობრივ სამმართველოებს შორის. სტანდარტის ბიუროები და სააგენტოები „გაიდლაინებს“ ქმნიან, ჯანდაცვის მომსახურებაზე დაკვირვებას აწარმოებენ და სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო ორგანიზაციების დაბალ დონეებზე ზედამხედველობას ახორციელებენ.

ფედერალურმა მთავრობამ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მხოლოდ იმ სფეროში შეაღწია, სადაც ეროვნულ იურისპრუდენციას ფუნქციონირება შეეძლო. საზღვაო საავადმყოფოები, რომლებიც 1798 წლიდან არსებობენ როგორც ამერიკელ, ისე უცხოელ მეზღვაურეებს ემსახურებოდნენ. საკვებისა და მედიკამენტების ფედარალური აქტი (1906წ.) მომხმარებელს ფალსიფიცირებული საკვებისა და უეფექტო ან საშიში მედიკამენტებისგან იცავს. სოციალური უსაფრთხოების აქტმა (1935წ.) კი მოხუცებისა და ინვალიდებისთვის პენსია გამოყო. 1965 წელს სოციალური უსაფრთხოების აქტმა მოხუცებისთვის სამედიცინო მომსახურება ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამად აქცია. იმავე წელს, ღარიბებისთვის სამედიცინო დახმარების პროგრამაც შეიქმნა. იგი შტატისა და ადგილობრივი სამმართველოების ხარჯთა გადანაწილების საშუალებით განხორციელდა. აშშ-ში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ისტორია მრავალ მონაცემს ასახავს: მეცნიერულ განათლებას, უკეთესი ჯანმრთელობისთვის სოციალურ მოთხოვნებს, ფედერალური, შტატისა და ადგილობრივი ორგანიზაციების განვითარებას. აღსანიშნავია, რომ საერთაშორისო დონეზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მხრივ ამერიკა ნამდვილად ლიდერობს. სხვა მხრივ კი, ეს ქვეყანა სხვა ინდუსტრიულ სახელმწიფოებს ჩამორჩება. ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური კეთილდღეობის დეპარტამენტი 1953 წელს „ეინსჰოვერის„ ადმინისტრაციის აღმასრულებელი ოფიცრის ხელმძღვანელობით ჩამოყალიბდა. ეს სისტემა ფედერალური სააგენტოებისა და პროგრამების ურთიერთშეთანხმებით მუშაობდა.

რეორგანიზაციამ ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მომსახურეობის (HHS) დეპარტამენტები და განყოფილებები ჩამოაყალიბა (იხ. ცხრილი 10.3). პირდაპირ რეგულაციასა და პროექტების დაფინანსებაში ფედარალური როლი ეროვნული ინტერესებითაა განპირობებული. იგი საზოგადოებრივ ჯანდაცვის პრობლემებზე შტატისა და ადგილობრივი სამმართველოების რეაქციით გამოიხატება. კატეგორიულმა გრანტებმა სხვადასხვა ღონისძიებების გაუმჯობესება განაპირობა, მაგალითად დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მხრივ. ეს უკანასკნელი რჩება შტატისა და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მნიშვნელოვან საკითხად. ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის (HCFA) ინიციატივები სადიაგნოსტიკო ჯგუფების დახმარებით (იხ. 12 და 13 თავები) საავადმყოფოებში გადახდის მეთოდებს ცვლიან. ამან ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობისა და საწოლების რაოდენობის შემცირებას ხელი შეუწყო. აშშ-ში მთავარი ქირურგის როლი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განვითარების მხრივ საკმაოდ დიდია. ამისი ნათელი მაგალითი ექიმი ქ. ევერეტ კუპი გახლავთ, რომელიც რეიგანის პრეზიდენტობის დროს მოღვაწეობდა. კუპი, ბავშვთა კარდიოლოგი ქირურგი, თავდაპირველად ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციას უპირისპირდებოდა. მოკლე დროში, მან საზოგადოებას თავისი პროფესიული და მორალური მხარე დაანახა. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში კუპის მუშაობა ნამდვილად დაფასდა. დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი (CDC) ეპიდემიოლოგიურ მონაცემთა შეგროვებასა და განვითარებაში, როგორც

ცხრილი 10.3 – ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და ადამიანის სერვისების დეპარტამენტი (United States Department of Health and Human Services (HHS))



შენიშვნა: ჯანმრთელობის სფეროში გენერალური მდივნის თანაშემწე აშშ-ს მთავარი ქირურგია.

საკუთარი ქვეყნის, ისევე მთელი მსოფლიოს მაშტაბით (იხ. მე-4 თავი) მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. ტრეინინგის პროგრამა ფედერალურ, შტატისა და ადგილობრივ დეპარტამენტებში პროფესიონალ ეპიდემიოლოგებს ამზადებს, რომელთაც აღნიშნულ სფეროში ლიდერობის უნარი აქვთ. სხვა ორგანიზაციები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა საკითხს აკონტროლებს: ესენია სასოფლო-სამეურნეო, თავდაცვის, გარემოს დაცვის, შრომის, შინაგან საქმეთა და ტრანსპორტირების დეპარტამენტები. სასოფლო-სამეურნეო დეპარტამენტი პასუხს აგებს სასკოლო კვებისა (lunch) და ღარიბებისთვის საკვების მარაგის პროგრამაზე. შრომის დეპარტამენტი ჯანმრთელობის ადმინისტრაციასა და პროფესიულ უსაფრთხოებას განაგებს. გარემოს დაცვის დეპარტამენტი კი ჰაერისა და წყლის ხარისხს არეგულირებს, დაბინძურებასა და პესტიციდებით გაჯერებას აკონტროლებს, ამასთან მყარი ნარჩენების, რადიაციის, ტოქსიკური ნივთიერებებისა და ხმაურის შემცირებაზე პასუხს აგებს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამთავრობო სერვისები

ფედერალური ქვეყანებში მთავრობა, ჯანმრთელობის დაცვის მხრივ შტატისა თუ პროვინციის დონეზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. ის ორგანიზაციის ადეკვატურობაზე, სტანდარტებისა და ამოცანების დასახვაზე, ფინანსურ დახმარებასა და ჯანმრთელობის ადგილობრივი დეპარტამენტების პროფესიულ-ტექნიკური მხარდაჭერაზეა პასუხისმგებელი. შტატის ფუნქციები, როგორიცაა დაფინანსება, ზოგ შემთხვევაში პირდაპირი მომსახურება და დაკვირვება, მოიცავს შემდეგს:

1. კოორდინაცია მთავრობის სხვა დეპარტამენტებთან: სამთავრობო გეგმები და პრიორიტეტები, განათლება, სოციალური კეთილდღეობა, სოფლის მეურნეობა, ფსიქიური ჯანმრთელობა და უნივერსიტეტების დაფინანსება.
2. სტანდარტების შექმნა, განვითარება, დაფინანსება, რჩევა და ადგილობრივ დეპარტამენტებზე ზედამხედველობა.
3. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების დაკანონება და რეგულირება:

ჩანართი 10.5 ეროვნული/ფედერალური მთავრობის პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობაზე:

რესურსების განაწილება.
ჯანმრთელობის დაგეგმარება.
ეპიდემიოლოგია.
დემოგრაფიული სტატისტიკა.
გადამდებ დაავადებებათა კონტროლი, იმუნიზაცია, გამოკვლევა და მოხსენება.
სამედიცინო პროფესიონალთა განათლება.
პროფესიონალების ლიცენზირება და დისციპლინა.
სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება და ზედამხედველობა.
ლაბორატორიების მუშაობა, ხარისხი და ლიცენზირება.
სამედიცინო განათლება.
ხარისხის გაუმჯობესება.
გარემოს დაცვის მონიტორინგი.
კვება.
სამედიცინო მომსახურეობა დედებისა და ბავშვებისათვის.
ფსიქიკური ჯანმრთელობა.

მომზადება, დახმარება და განხორციელებაზე ძალისხმევა.

4. დაგეგმარება და პრიორიტეტებისა და ამოცანების განსაზღვრა.
5. ადგილობრივი სამედიცინო დეპარტამენტების პირდაპირი მომსახურება: ეპიდემიოლოგიის, ლაბორატორიების მუშაობის, ბიოლოგიური კვლევების, პროგრამების დაგეგმვისა და განვითარების მხრივ.
6. დემოგრაფიული სტატისტიკის, ეპიდემიოლოგური მაჩვენებლებისა და სამედიცინო ინფორმაციის გამოქვეყნება.
7. სტანდარტების განვითარება და ხარისხზე, რაოდენობაზე და სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო მომსახურეობის დისტრიბუციაზე დაკვირვება.
8. პროფესიულ ჯანმრთელობაზე დაკვირვება.
9. გარემოს დაცვის უზრუნველყოფა.
10. სამედიცინო პროფესიონალებისა და ინსტიტუტების ლიცენზირება და დისციპლინა.
11. სახელმწიფო მოხელეებისთვის პროფესიული და ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურება.
12. სერვისებთან კოორდინირება: სოციალაური მომსახურება, დედათა ჯანმრთელობა, განვითარების შეფერხება, ნარკოტიკები და რეაბილიტაცია და ციხის სერვისები.
13. ეროვნული და შტატის/პროვინციის ჯანდაცვის მმართველობასთან კოორდინირება.
14. შტატის, პროვინციის და ადგილობრივი მმართველობის მხრიდან ჯანმრთელობის სტატუსის მაჩვენებლებზე დაკვირვება (მონიტორინგი).

შტატისა და პროვინციის ჯანმრთელობის დეპარტამენტები კომპლექსურ ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, მათ უდიდესი პასუხისმგებლობა გააჩნიათ: დაფინანსება, რეგულირება, დაკვირვება და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ღონისძიებების უზრუნველყოფა. აშშ-ში, ეს მოიცავს ღარიბებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევასაც მოიცავს, კანადაში კი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევა პროვინციის დონეზე იგეგმება. შტატებს შეუძლიათ ჯანმრთელობის ადგილობრივ სამმართველოსთან გაზიარებითა და ფედერალურ ხარჯთა განაწილებით პროგრამების წამოწყება. ასევე ფედერალურ ინიციატივაზე შეუძლიათ რეაგირება და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და სხვა სახის "კატეგორიზირებული გრანტებისათვის" ფონდების მოძიება.

ნიუ-იორკის ჯანდაცვის დეპარტამენტი (DOH) ტრადიციულად ქრონიკული მომსახურების შესაძლებლობებს, ლაბორატორიებს, საავადმყოფოებსა და გარემოს დაცვას არეგულირებს. საავადმყოფოების მომსახურებების კომპენსაციის მეთოდები (იხ. მე-13 თავი), ჯანმრთელობის სტანდარტები, ზედამხედველობის სისტემები და სოფლის ჯანმრთელობის სისტემა ჯანდაცვის მართვისთვის მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია. ნიუ-იორკის ჯანდაცვის დეპარტამენტი ახალშობილებში თანდაყოლილ და ინფექციურ სნეულებებზე სკრინინგ პროგრამებს აქტიურად ატარებს, ასევე ლაბორატორიების სერთიფიკატებსა და ხარისხს უზრუნველყოფს. შიდსის ინსტიტუტი სკრინინგზე, პრევენციასა და მკურნალობის პროგრამებზე პასუხს აგებს. „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი„ ჯანდაცვის მრავალ პროგრამას მართავს, მზრუნველობამოკლებულ პირებში ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობიდან დაწყებული პრენატალურ და ახალშობილთა მკურნალობით დამთავრებული. პროგრამები ასევე, კვებაზე მონიტორინგს, საზოგადოების ჯანდაცვასა და სხვა იმ საკითხებს მოიცავს, რომელიც მაღალი რისკის ჯგუფებზეა ფოკუსირებული. გარემოს ეპიდემიოლოგია და მონიტორინგი განსაკუთრებით ძლიერია იმ შტატებში, რომლებმაც „სიყვარულის არხის ინციდენტი„ განიცადეს (იხ. მე-9 თავი). ცხრილი 10.4 წარმოადგენს 1996 წლის კონფიგურაციას. ის არ მოიცავს ტიპიურ მონაცემებს, მაგრამ ღონისძიებების ფართო სპექტრს ასახავს. ქვემოთ მოყვანილია ნიუ-იორკის ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიზნები 1995-1997 წლებში:

1. ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა: საავადმყოფოს დაფინანსების შეცვლილი ფორმა შტატის რეგულირებული ტარიფიდან დაწყებული საკონკურსო სისტემით დამთავრებული, სადაც საავადმყოფო დამზღვეველთან ერთად გადასახადებს საზღვრავს. მათი მიზანი კონკურენცია, ეფექტურობა და დაბალი ფასების მიღწევაა.
2. 1996 წლის ჯანმრთელობის რეფორმის აქტით ღარიბების სამედიცინო მომსახურებისა და დაზღვევის, დიპლომამდელი განათლების მხარდაჭერის, პირველადი დახმარებისა და საავადმყოფოებში ახალი ეკონომიკური კლიმატის შექმნისთვის 2,6 მილიარდიანი

ცხრილი 10.4 ორგანიზაციის ცხრილი, ნიუ-იორკის ჯანდაცვის დეპარტამენტი, 1996 წ

კომისარი
ჯანმრთელობის დაწესებულების მართვა
მართვადი მომსახურების ოფისი
მთავრობა და სტრატეგიული დაგეგმარება
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა
უმცირესობების ჯანმრთელობის ოფისი

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ოფისი (OPH)	ჯანმრთელობის სისტემის მართვის ოფისი
შიდსის ინსტიტუტი	ჯანდაცვის დაფინანსება
აივ ინფექციის მზურველობის და საგოდადოებრივი სერვისები	ხანში სესულთა ფარმაცევტული დაფარვა
პრევენცია	ფინანსური მენეჯმენტი და ინსიტიტუციური მხარდაჭერა
საზოგადოების ჯანრთელობის ცენტრები	ჯანდაცვის ეკონომიკა
ოჯახი და ადგილობრივი ჯანმრთელობა	გრძელვადიანი მკურნალობის ანაზღაურება
კვება	პირველადი და მწვავე მკურნალობის ანაზრაურება
ეპიდემიოლოგია	ჯანდაცვის სტანდარტები და ზედამხედველობა
ქრონიკული დაავადებების პრევენცია და კონტროლი	სახლში მომსახურება
გარემოს ჯანრთელობის ცენტრი	ჰოსპიტალური მომსახურება
გარემოს ჯამრთელობის დაცვა	პროფესიული სამედიცინო შეცდომები
გარემოს ჯანმრთელობის შეფასება	გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება
ოკუპაციური და გარემოს ეპიდემიოლოგია	დასაფლავება
რეგიონალური ოფისები	კონტროლირებადი სუბსტანციები
ლაბორატორიული ცენტრები	სამედიცინო დაწესებულების დაგეგმარების სტანდარტები
მოლეკულარული მედიცინა	სხვადასხვა
ინფექიური დაავადებები	არქიტექტურული ინჟინირება
გარემოს დაავადებების პრევენცია	სამედიცინო დაწესებულების დაგეგმარება
ლაბორატორიის ხარისხის სერტიფიცირება	გრძელვადიანი მკურნალობის ინიციატივები
ლაბორატორიული მუშაობა	დაწესებულების და სერვისების გადახედვა
გენეტიური აშლილობები	ფინანსური ანალიზი და გადახედვა
	პროექტის მართვა

საქველმოქმედო ფონდი შეიქმნა;

3. მართვადი მომსახურების ინიციატივა „Medicaid„-ის 3 მილიონიან ბენეფიციარზე მოლაპარაკებას აწარმოებს ფედერალურ საagენტოსთან ჩართვით (ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაცია);
4. მართვადი მომსახურების გეგმა უფლებებზე: 6 მილიონი ნიუ-იორკელი ამ პროგრამაშია ჩართული. ეს გეგმა მონაწილეებს პოტენციური მკურნალობის შესახებ უფლებებს განუმარტავს და აცნობს, რომ მათ უფლება აქვთ მშობიაროზის შემდეგ 2 დღე საავადმყოფოში დარჩნენ;
5. 1996 წელს კანონმდებლობით გატარებული ექიმის დისციპლინის რეფორმა, რომელიც ლიცენზიის გაუქმების შემთხვევაში ექიმთა პრაქტიკის შეწყვეტას გულისხმობდა. 1995 წელს გამოიძიეს 6000 შემთხვევა, მიმართეს 363 პროფესიული ქმედებას, აქედან 15 ლიცენზიის სასწრაფო ჩამორთმევას წარმოადგენდა;

6. მომავალი დეკადის კონსულტაციების გზით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტების განსაზღვრა.
7. შტატის გუბერნატორი დაფინანსების, დაზღვევის, მართვისა და სახლში მზრუნველობის რეფორმის გატარების რეკომენდაციით გრძელვადიან მომსახურებას ნერგავს.
8. აივ-ის სკრინინგი. ახალნამშობიარები ქალების 90%-მა ახალშობილების აივ-ის სკრინინგზე თანხმობა განაცხადა. ეს მნიშვნელოვანია, რადგან ანტივირუსული თერაპია ნაყოფზე ვირუსის გადაცემას 70%-ით ამცირებს;
9. ახალი ინფექციური დაავადებები: ნაწლავის ჩხირის აღმოჩენა (O157) ჰამბურგერში, ხოლო კრიპტოსპორიდიის წყალში აღმოჩენა. ასევე: ჯგუფის სტრეპტოკოკი- მულტირეზისტენტული პნევმონიის გამომწვევი, ჰანტავირუსის გავრცელება მღრღნელების მიერ ,ხოლო ერლიხიოზის -ტკიპების მიერ გავრცელება;
10. ჯანდაცვის კრიზისზე რეაგირება, საავადმყოფოებსა და საექთნო სახლებში მომსახურების ხარისხის გაზრდა. აიკრძალა ეფედრინის შემცველი მცენარეული სტიმულატორის გაყიდვა, რადგან მან 15 ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა.

ნიუ-იორკში ჯანდაცვასთან დაკავშირებული სხვა ბევრი დეპარტამენტი ფუნქციონირებს: განათლების (სკოლების სანიტარია, სამედიცინო განათლება, ექიმებისა და სხვა სამედიცინო პროფესიონალების ლიცენზია) შრომის (მომუშავეთა ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება, დაბინძურებისა და რადიაციის კონტროლი), გარემოს დაცვითი (პესტიციდების, ცოფის, ჰაერის დაბინძურების, კანალიზაციისა და მყარი ნარჩენების კონტროლი), სოციალური სერვისების („Medicaid„) , ნიუ-იორკის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (ჯანმრთელობის სკოლა, სტუდენტთა სამედიცინო მომსახურეობა), ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფსიქიკური დაწესებულებები და საზოგადოებრივი სერვისები), ნარკოტიკზე დამოკიდებულების კონტროლის კომისია (სამკურნალო საშუალებები, კვლევა და ინფორმირება), სასოფლო-სამეურნეო (ხორცის გამყიდველებისა და სასაკლაოს ლიცენზია, რესტორნების ინსპექცია, (სასკოლო საკვების დანამატების კონტროლი), კორექტივებისა (ცხის საავადმყოფოებისა და კლინიკების მართვა, ტუბერკულოზის კვლევა (TB case finding) და ავტომანქანების დეპარტამენტები (გზატკეცილების უსაფრთხოების გაუმჯობესება). ნიუ-იორკის ჯანდაცვის დეპარტამენტი უნიკალურია, იგი ამავე ქალაქის სახელმწიფო უნივერსიტეტთან თანამშრომლობს, სადაც ლექტორებად დეპარტამენტების თანამშრომლები გვევლინებიან, ხოლო სტუდენტები ჯანდაცვის დეპარატმენტის სხვადასხვა განყოფილებებში სტაჟიორებად არიან განაწილებული. სხვა შტატებისგან განსხვავებით, სამთავრობო დონეზე ეს დეპარტამენტი ჯანდაცვის ფართო სპექტრს მოიცავს.

ჯანდაცვის ადგილობრივი მმართველობა

როგორც წესი, ჯანდაცვის ადგილობრივი მმართველობა (LHA)გჭსანიტარიასა და ღარიბებისა თუ მაღალი რისკის მქონე პირთა მომსახურებაზე პასუხს აგებს. ამ მიზნით, ფილადელფიაში 1794 წელს და ნიუ-იორკში 1796 წელს ჯანდაცვის საბჭოები ჩამოყალიბდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები, ქალაქსა თუ სოფელში ყველაზე მეტად მოსახლეობასთანაა დაახლოებული. ჯანდაცვის ადგილობრივი მმართველობას ადგილობრივ, შტატისა და ფედერალურ სანიტარიულ კოდებთან შეთანხმებით სანიტარიული ფუნქციები აქვს შეთავსებული. ამ დეპარტამენტს ასევე პირდაპირი სერვისები გააჩნია. მას შეუძლია მოსახლეობას ადგილობრივი სამმართველოს ან მასზე მაღალი დონის ხელისუფლების მიერ დაფინანსებული პრევენციული ღონისძიებები შესთავაზოს. აშშ-ში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივი დეპარტამენტი ცდილობს იმ პირებს დაეხმაროს, რომელთაც მოხალისე ან ფედერალური და შტატის დაზღვევის სისტემა არაადეკვატურად ემსახურება. პროგრამების დაფინანსება ხარჯთა გადანაწილებით ან შტატისა თუ ფედერალური მთავრობის მიერ გამოყოფილი კატეგორიული და ბლოკირებული გრანტებით შეიძლება.

მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მთავრობის საკმაოდ მაღალი დონეა ჩართული, ამ სფეროში მოსახლეობის დონეზე, LHA მაინც ყველაზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს.

აშშ-სა და კანადაში ეს სისტემა ქალაქისა თუ

ჩანართი 10.6 ჯანმრთელობის ადგილობრივი მმართველობის პასუხისმგებლობები:

რეგისტრაცია და დემოგრაფიული სტატისტიკა.
ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია.
სამედიცინო განათლება და ჯანმრთელობის მხარდაჭერა.
გარემოს დაცვა და სანიტარია.
გადამდებ დაავადებათა კონტროლი (აივი, ტუბერკულოზი, სქესობრივად გადამდები დაავადებები).
პრენატალური, ჩვილთა და ახალშობილთა პრევენციული მზრუნველობა.
მთავრობის მაღალი დონის საშუალებით, რესურსების ძიება და გადანაწილება.
მომსახურების დაგეგმვა და მართვა.
სამედიცინო შესაძლებლობებზე ზედამხედველობა და ლიცენზირება.
საავადმყოფოებსა და სახლებში მომსახურება.
შეზღუდულ უნარიანთა მზრუნველყოფა.
რეაბილიტაცია და გრძელვადიანი მომსახურება.
სამედიცინო სერვისების კოორდინაცია, საზოგადოებრივი-პირადი პარტნიორობა.
სექტორთაშორისი თანამშრომლობა.
ფსიქიკ.ური ჯანმრთელობა
სოციალური დახმარება.
კვება.
საზოგადოების მონაწილეობა.

რეგიონის დეპარტამენტების მიერაა ორგანიზებული. ჯანდაცვის ადგილობრივმა სისტემამ მრავალი პროექტი შეიმუშავა: „ჯანმრთელობა ყველასთვის„, „ჯანდაცვის სისტემა რეგიონებში„ და „ჯანმრთელი ქალაქები„. ამრიგად, ის საზოგადოებრივ საქმეებში აქტიურადაა ჩართული. მიზნების მისაღწევად, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს, სკანდინავიის, განვითარებადი ერებისა და პოსტსაბჭოთა ქვეყნების ჯანდაცვის ცენტრალიზებულმა სისტემებმა დეცენტრალიზაცია განიცადა. ცენტრალური ფონდების, დაგეგმარებისა და მართვის დონეები გამოიყო. 1940 წელს, ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციამ ადგილობრივი სამმართველოს 6 ძირითადი სტანდარტი შეიმუშავა:

1. სასიცოცხლო სტატისტიკა.
2. გადამდებ დაავადებათა კონტროლი: ბავშვთა სნეულებები, ტუბერკულოზი, ტროპიკული და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები.
3. გარემოს დასუფთავება: აქ მოიაზრება წყალი, საკვების წარმოება და მარკეტინგი, ნაგავი, კანალიზაცია, სანიტარიის მდგომარეობა ბიზნეს, სამუშაო და კვებით ტერიტორიებზე.
4. ლაბორატორიული სერვისები
5. დედათა, ბავშვთა და სკოლის მოსწავლეების ჯანმრთელობა.
6. სამედიცინო განათლება.

1950 წელს, APHA-მ ზემოაღნიშნულ სტანდარტებს შემატა შემდეგი:

1. ქრონიკულ დაავადებათა კონტროლი.
2. დასახლებებისა და ქალაქების დაგეგმარება.
3. უბედურ შემთხვევათა პრევენცია.
4. სხვა სააგენტოებთან თანამშრომლობა.
5. ჯანმრთელობის სტატუსის, შობადობის, სიკვდილიანობის, ქრონიკულ დაავადებათა, ავადობის მაჩვენებლის ზედამხედველობა და საზოგადოებრივი საჭიროებების შეფასება.
6. საზოგადოებრივი და პროფესიონალური გაერთიანებების ინფორმირება ჯანმრთელობის სტატუსსა და მოთხოვნილებებზე.
7. ზედამხედველობა და რეგულაცია, მათ შორის მომსახურე პირებზეც.
8. ინდივიდუალური ჯანმრთელობის სერვისები: გაუმჯობესება და მხარდაჭერა, მომსახურება ყველასთვის და განსაკუთრებით, მათთვის ვინც ამას საჭიროებს.
9. სამედიცინო შესაძლებლობათა დაგეგმარება, ქალაქის გეგმა და განახლება.

ჩანართი 10.7 ალბანის რეგიონის (ნიუ-იორკი) ჯანდაცვის დეპარტამენტი

ალბანის რეგიონის (ნიუ-იორკი) მოსახლეობა 1993 წლის მონაცემებით 298,500-ს შეადგენდა, შობადობა 12.9 ყოველ 1000-ზე, ბავშვთა სიკვდილიანობა 5.7 ყოველ 1000-ზე, მცირე წონიანი ბავშვების მაჩვენელი 7.6 %-ს შეადგენდა. იგივე მაჩვენებლები ფიქსირდებოდა ნიუ-იორკის შტატის ჩრდილოეთ ნაწილშიც. თუმცა, ალბანში სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები: ცერებროვასკულური და კარდიოლოგიური დაავადებები 10%-ით მეტი იყო, ხოლო ავტოსაგზაო შემთხვევევების შედეგად დაღუპულთა რიცხვი და მკვლელობათა მაჩვენებელი – უფრო დაბალი. ინფექციური დაავადებების რიცხვი ერთნაირი იყო. ალბანის ჯანდაცვის დეპარტამენტის ფინანსების წყარო პროგრამების საშემოსავლო სისტემა (31%), რეგიონის მმართველობა (26%), შტატის მმართველობა (22%) და გრანტების (21%). ეს უკანასკნელი შტატის მმართველობის ნაწილია, განკუთვნილი ჩვილთა, ბავშვთა(1-5 წლამდე), პრენატალური მზრუნველობისთვის, ასევე ტყვიით მოწამვლის პრევენციისთვის. ფიზიკურად შეზღუდული უნარის მქონე პირებისთვის, სკოლამდელი ბავშვებისა (3-5 წ.) და მათთვის, ვისაც სპეციალური საჭიროებები გააჩნიათ (მათი ხარჯი 18 მილიონი დოლარიდან 12 მილიონს შეადგენს) პროგრამებია შემუშავებული. დეპარტამენტი ასევე აქტიურადაა ჩართულია ცოფის საწინააღმდეგო, გარემოს დაცვით და საგანმანათლებლო ღონისძიებებში (განსაკუთრებით სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და აივ ვირუსთან მიმართებაში). ასევე დაინტერესებულია, თამბაქოს მოხმარების შემცირების, გულის დაავადებებისა და ინფარქტის პრევენციის, ტუბერკულოზის კონტროლის, მოგზაურთა იმუნიზაციის, ლაიმის დაავადების, პაპ-ნაცხის, ტრამვის თავიდან აცილების, ოჯახის ექიმების ტრეინინგისა და ფთორირების საკითხში.

1995 წელს, დეპარტამენტის ბარძანებით, ღარიბი ფენისთვის განკუთვნილი სამეანო და პედიატრიული მომსახურება ორ ძირითად სისტემად დაიყო. იგი კათოლიკურ ჰოსპიტლებსა და ფედერალური ფონდებით დაფინანსებულ სამედიცინო ცენტრებს შეეხო. რეგიონების საავადმყოფოები ახლა ამ სისტემას დაექვემდებარა. „პარტნიორობამ ჯანმრთელობის დარგში„ თავისი სერვისები 1000-მდე ოჯახს შესთავაზა. მოსახლეობისთვის სერვისები უფრო მეტად ხელმისაწვდომი გახდა, რამაც კმაყოფილება გამოიწვია. სამედიცინო მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის თანამშრომლობის ეს ნიმუში ამერიკის სხვა შტატებშიც გამოიყენება.

წყარო: მედიცინისა და საზ. ჯანმრთელობის კომისია (რ.დ ლაზკერი) 1997წ. „მედიცინა და საზ. ჯანმრთელობა: თანამშრომლობის ძალა„ . ამერიკის სამედიცინო და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ასოციაცია, 1997წ. ნიუ-იორკის სამედიცინო აკადემია, 1997წ, ალბანის რეგიონის ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, 1998 წ.

10. სპეციალური სადიაგნოსტიკო სერვისები: კიბო, ტუბერკულოზი, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა განვითარება, სტომატოლოგია.

მიზნების მისაღწევად მთავრობის სხვადასხვა დონეებს შორის თანამშრომლობაა აუცილებელი. თითოეულ დონეს უნიკალური მნიშვნელობა გააჩნია. დეცენტრალიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ეროვნული დაფინანსებისა და პოლიტიკის გარეშე ბევრს ვერაფერს მიაღწევს და სხვადასხვა რეგიონებშიც არათანაბარ შედეგს გამოიწვევს.

ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგი

როგორც მე-3 თავში განვიხილეთ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დამოკიდებულია ინფორმაციაზე, ისევე როგორც სამხედრო ჯარი გონებამახვილობაზე. ეს, რა თქმა უნდა, მდგომარეობისა და საჭიროებების შესაბამისად მიდგომის განსაზღვრისთვისაა აუცილებელი. ინფორმაციის

შეგროვება, შეჯერება და ანალიზი ჯანდაცვის პოლიტიკისთვის მნიშვნელოვანია. იგი უნდა ვრცელდებოდეს, ყველგან სადაც ჯანმრთელობის ანალიზსა და პოლიტიკურ დებატებს აქვს ადგილი. ჯანმრთელობის სტატუსის მონიტორინგი გეოგრაფიულ ინფორმაციასაც მოიცავს, რომელიც განსაზღვრული ტერიტორიების მიხედვით ჯანმთელობის მაჩვენებლების ერთგვარ კრებულს წარმოადგენს. ეს სხვადასხვა დასახლებებში არსებული პრობლემების დასადგენად გვეხმარება.

სტატისტიკის დადგენა, როგორც წესი, ისევე როგორც ინფექციურ დაავადებათა აღრიცხვა, მთავრობის ადგილობრივი დონის მოვალეობაა. მოგვიანებით, ამ საქმიანობაში უფრო მაღალი დონე, ჯანდაცვის სამმართველო ერთვება, საბოლოოდ კი კი ეს ინფორმაცია ნაციონალურ დონეზე განიხილება.

ინფორმაციის შეგროვება მრავალ განვითარებულ, ინდუსტრიულ სახელმწიფოში, მაგალითად აშშ-ში, ერთგვარი ტრადიციაც კია. აქ დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, რომელიც ამ სფეროში ლიდერობს, ინფორმაციას აგროვებს არა მხოლოდ ინფექციურ, არამედ ქრონიკულ დაავადებებზეც, მაგალითად კარდიოვასკულარულ სნეულებებზე, კვებაზე, პერინატალურ ეპიდემიოლოგიაზე, დიაბეტზე და ა.შ.

ამრიგად, მონიტორინგის გარეშე ჯანმრთელობის სტატუსის განსაზღვრა შეუძლებელია. მისი მიზანია თანდაყოლილ დეფექტებზე, სქესობრივად გადამდებ დაავადებებზე, აივ-ინფექციასა და ტუბერკულოზზე ეპიდმიოლოგიური ინფორმაცია დაადგინოს. ეს სისტემა შტატისა და ფედერალური მთავრობისა და ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ადმინისტრირებული და დაფინანსებულია. მონიტორინგში მესამეული დონის სამედიცინო მომსახურება, ბიოქიმიური და ეპიდემიოლოგიური კვლევები მოიაზრება, ეს კი ანალიზის ხარისხსა და თვით ჯანდაცვასაც მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს. ჯანდაცვის ეროვნული სამმართველო ინფორმაციის შეჯერებასა და ანალიზზეა პასუხისმგებელი. ეს ინფექციურ და ქრონიკულ დაავადებებს, სასიცოცხლო სტატისტიკას, ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე სერვისების გამოყენებასა და მონიტორინგს მოიცავს. ინფორმაცია, შეგროვების, დამუშავებისა და გამოქვეყნების შემდეგ ჯანდაცვის ადმინისტრატორების, დაგეგმარების სამსახურში მომუშავების, ეპიდემიოლოგების, მომსახურე პირებისა და თვით საზოგადოებისთვისაა ხელმისაწვდომი. მოსახლეობის რაოდენობრივი მონაცემების დადგენა სიკვდილიანობისა და ავადობის ან პრევალენსის მაჩვენებლების განსაზღვრაში გვეხმარება.

დღევანდელ დღეს, თანამედროვე ტექნოლოგიის საშუალებები იქნება ეს მოდემიანი პერსონალური კომპიუტერი, ფაქსი თუ ტელეფონი, ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანიზაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ინფორმაციას მუდმივად იღებს. მონაცემთა წყარო მოიცავს შემდეგს:

1. ჯანმრთელობის დასადგენად დემოგრაფიული სტატისტიკა და ეროვნული ცენტრები.
2. ინფექციური და გადამდები დაავადებების (მათ შორის სქესობრივად გადამდები) ეპიდემიოლოგიური აღწერა.
3. დაავადების კონტროლის შტატის, ეროვნული და საერთაშორისო ცენტრები.
4. მოსახლეობის რაოდენობრივი მონაცემი.
5. სპეციფიკურ დაავადებათა რეგისტრაცია (მაგ. კიბო).
6. საავადმყოფოს ხარჯთა აღწერა.
7. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიები.
8. შხამ-ქიმიკატების კონტროლის ცენტრი.
9. ცენტრალური სამედიცინო ბიბლიოთეკები, „მედლაინთან„ ერთად.
10. პროფესიონალი მკურნალების, ექთნებისა და სტომატოლოგების რეგისტრაცია.

გეოგრაფიული ეპიდემიოლოგია საზოგადოებრივ ჯანდაცვის დარგში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. ინფორმაციის ფრაგმენტაციული სისტემა თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიებს მოვლენების შესაფასებლად იყენებს, მონაცემებს კი სხვადასხვა წყაროებიდან აგროვებს.

ეროვნული ჯანმრთელობის მიზნები

აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები ეროვნული მიზნებს 1979 წლიდან საზღვრავს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყოველი დონისთვის ეს მნიშვნელოვანი მოვლენაა. ეს მიზნები მთავრობისა და ჯანდაცვის სისტემის ძალისხმევას წინა პლანზე აყენებს.

მათ ასევე მედპერსონალისა და საზოგადოებისთვის საგანმანათლებლო როლი აკისრიათ.

სწორედ „თვითდაცვის„ შეგრძნებამ და ფართო ინფორმირებულობამ ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება განაპირობა. აშშ-ის ჯანმრთელობის სტატისტიკის ცენტრმა სტატია გამოაქვეყნა; „ჯანმრთელი ხალხი: 2000 მიმოხილვა, 1994წ.„, რომელმაც 300 ობიექტის მაგალითზე დაავადებათა და ტრამვათა პრევენციისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრესი აჩვენა. 8%-ში მიზნების სრულყოფილი მიღწევა, 41%-ში – პროგრესი, 16%-ში – რეგრესი, ხოლო 7%-ში უცვლელი ან შერეული შედეგი გამოვლინდა. ყოველწლიური პუბლიკაცია „აშშ, ჯანმრთელობა„ სტატისტიკას მუდმივად ანახლებს. ქვემოთ მოყვანილია მიღწეული მიზნების ზოგიერთი მაგალითი:

1. ბავშვთა სიკვდილიანობა 1994 წელს ყოველ 1000-ზე 7,9-ს შეადგენდა. 1993წელს მაჩვენებელი 5%-ით შემცირდა, 1996 წელს კი რიცხვმა უფრო იკლო.
2. გულის დაავადებებითა და ინსულტით განპირობებული სიკვდილიანობა მცირდებოდა, როგორც თეთრ, ისევე შავ რასაში, თუმცა შავკანიანებში სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო.
3. შემცირდა კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკ-ფაქტორთა რიცხვი (ქოლესტეროლის მაღალი დონე, მოწევა და ცხიმების მაღალი ათვისება), თუმცა ჭარბწონიანთა რიცხვი, თინეიჯერებს შორისაც კი გაიზარდა.
4. რეგულარულად მოვარჯიშეთა რიცხვმაც იმატა, სამუშაო ადგილებზე კი სავარჯიშო პროგრამებს საფუძველი ჩაეყარა. დაიკლო მწეველთა რიცხვმა, შტატებში აიკრძალა მოწევა. 1991-1993 წლებში ფილტვის კიბოთი ავადობამ მნიშვნელოვნად იკლო, როცა მანამდე 50 წლის განმავლობაში ის საკმაოდ ხშირად ფიქსირდებოდა.
6. ალკოჰოლით განპირობებულმა საავარიო შემთხვევებმაც იკლო. 37 შტატში ამ მიზეზით ლიცენზიის ჩამორთმევა დაწესდა, ხოლო 48 შტატში მგზავრობისას ღვედის ხმარება სავალდებულო გახდა. დღეს მოზარდთა 2/3 ამ წესს ემორჩილება.
7. თინეიჯერებს შორის (15-19 წლამდე) სუიციდის რიცხვი მეტ-ნაკლებად შემცირდა. თუმცა ამავდროულად მისმა მცდელობამ მოიმატა.
8. კიბოთი (სწორი ნაწლავისა და სარძევე ჯირკვლის) განპირობებულმა სიკვდილიანობამ იკლო. უფრო მეტი ქალი იტარებდა მამოგრაფიას, 50 წლის ასაკის ზემოთ მქონე ქალებს შორის (25-დან 55 %მდე) კლინიკაში გამოკვლევის მსურველთა რიცხვმაც მოიმატა. პროფესიული დაავადებების რიცხვი და ტრამვებით განპირობებული სიკვდილიანობა ოდნავ შემცირდა.
10. შემცირდა სტომატოლოგიური პრობლემები, განსაკუთრებით მოხუცებს შორის.

პრევენცია და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ერთმანეთისგან განუყოფელია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მათ შორის მონიტორინგისა და ორგანიზაციის მხრივ საკუთარ თავზე დიდ პასუხისმგებლობას იღებს, რათა დასახულ მიზნებს მიაღწიოს. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ამ პროცესებისთვის კონცეპტუალურ საფუძველს ქმნის.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაცია და თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

აშშ-ს ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა არ გააჩნია, ამიტომ ბევრი ამას მოიაზრებს როგორც „არასისტემას„, რამაც შესაძლოა შეცდომაში შეგვიყვანოს. ეს სისტემა, დაუსრულებელი და ზედმეტად კომპლექსურია. ეს შეიძლება შევადაროთ შემთხვევას, როდესაც პესიმისტი აუვსებელ ჭიქას, ნახევრად ცარიელს უწოდებს, ოპტიმისტი კი ნახევრად სავსეს. აშშ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში, ვაქცინების წარმოებაში, მნიშვნელოვანი წინსვლის განხორციელებაში (მაგალითად საზოგადოებრივი წყლის ფთორირება). აშკარა ლიდერია. აშშ, ეს ის ქვეყანაა, სადაც სამედიცინო მომსახურება ყველაზე ძვირია, თუმცა ჯანმრთელობის სტატუსის მხრივ, ის ბევრ სხვა განვითარებულ ქვეყანას უკან მოიტოვებს (იხ. მე-13 თავი). აშშ-ს და რამდენიმე სხვა ქვეყანას აქვს სასკოლო სადილის პროგრამა. აშშ-ს სამედიცინო სისტემა ორგანიზაცათა რთულ კოპლექსს, ჯანმრთელობის სამეცნიერო დარგის მხრიდან მრავალ ცვლილებასა და ინოვაციას, ჯანდაცვის ადმინისტრაციასა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას მოიცავს.

აშშ-ში დაზღვევის სისტემა საზოგადოების თითოეული ფენისთვის ხელმისაწვდომია. საშუალო ფენისთვის დაზღვევას დასაქმებაზე დაფუძნებული სისტემა უზრუნველყოფს, მოხუცებისათვის – „მედიქეარი„, ღარიბებისათვის კი – ფედერალური, შტატისა და ადგილობრივი „მედიქეიდი„. ეროვნული დაზღვევის პროგრამამ კრახი განიცადა, რაც ღარიბებისა და საზოგადოებისგან იზოლირებული ფენის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის შემაფერხებელი ფაქტორი აღმოჩნდა. მთავრობა მთელ თავის ენერგიასა და რესურსებს იმ მიზნით ხარჯავს, რომ ის ხარვეზები გამოასწოროს, რომლებიც საზოგადოებრივ ფენებს შორის სამედიცინო მომსახურების არათანაბარ გადანაწილებას შეიძლება მოჰყვეს.

აშშ-ში შეინიშნება ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც საავადმყოფოს მომსახურებას ამბულატორიულ და პრევენციულ სერვისებთან შედარებით ნაკლებ იყენებენ. 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან მედიცინამ და საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ თანამშრომლობა დაიწყო. შესაბამისმა ორგანოებმა პროგრამები ერთად შეიმუშავა, რათა საზოგადოების მოთხოვნები დაეკმაყოფილებინა. ამრიგად, ხაზი გაესვა ორივე დარგის მნიშვნელობას. სექტორთაშორისი დიალოგი თანამშრომლობის მაჩვენებელია, რომელიც ჯანდაცვის ორგანიზაციაში მნიშვნელოვან ცვლილებებს გულისხმობს. სკანდინავიასა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ჯანდაცვის ორგანიზაციამ რეგიონული სახე მიიღო და კლინიკური სერვისები საზოგადოებრივ ჯანდაცვას სრულიად შეათანხმა, პრევენციული ღონისძიებები კი ეკონომიკურ მდგომარეობასა და მოსახლეობისთვის გათვლილ პროგრამებს ეყრდნობა. მართვადი მომსახურების რევოლუციას (1990-იან წლებში) ასევე შეეძლო მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის ურთიერთობის ჩამოყალიბება. „მედიქეარი„ და „მედიქეიდი„ ინტეგრირებულ პროგრამებს აფინანსებენ, რომელებიც ასაკობრივი და სიღარიბის მაჩვენებლის მიხედვითაა შემუშავებული. მისი დახმარებით, მრავალ ადამიანს, რომელიც აქამდე მართვად მომსახურებაში ჩართული არ იყო, ახლა ამის შესაძლებლობა ეძლევა.

ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: საავადმყოფოს სექტორებად დაყოფა, გადასახადების შემცირება, მართვად მომსახურებაში მოსახლეობის მაქსიმალურად ჩართვა, მიზნებზე ფოკუსირება თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანდაცვას აყალიბებს. აშშ სამედიცინო სერვისების ეფექტურობის მისაღწევად ფინანსებს არ იშურებს, სხვა ქვეყნები ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის დაგეგმარებისთვის იმავე მეთოდს იყენებს. აშშ სხვადასხვა ქვეყანაში, მაგ, კანადასა და ევროპულ სახელმწიფოებში ამ რეფორმების გატარებისას სარგებელს ნახულობს.

ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაციას პროფესიონალურ მართვასა და დამცველობით სისტემასთან ერთად საკმარისი გამოცდილება და შესაძლებლობა აქვს. ამრიგად, მას შეუძლია თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანდაცვის განვითარებას ხელი შეუწყოს.

ამერიკის 50 შტატში, მოსახლეობაზე გათვლილ სერვისებზე მთელი ფონდიდან 3%, ხოლო შტატების ჯანდაცვის დეპარტამენტებში პერსონალურ მომსახურეობაზე 66%-ია გამოყოფილი, განსაკუთრებით იმ პირებისთვის, ვისაც გამოუსადეგარი ჯანმრთელობის დაზღვევა ჰქონდა შეძენილი; თუმცა ეს პროგრამა პრევენციულ მზრუნველობას არ ითვალისწინებს. ეს საავადმყოფოსა და ამბულატორიულ მომსახურებაში პრედომინანტურ პრიორიტეტებს ასახავს, რომელიც გათვლილია დაზღვეულ ან გადახდის უნარიან პირებზეა გათვლილი. ამბულატორიული მომსახურება საპრევენციო ღონისძიებებსაც მოიცავს.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი დაბალი ხარჯები ტრადიციულ ღირებულებებს უგულებელყოფს, შედეგად კი მოსახლეობაზე ორიენტირებული მიდგომა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ვეღარ ახერხებს.

საავადმყოფოები და თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

საავადმყოფოს თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სფეროში დიდი მნიშვნელობა გააჩნია. სამედიცინო დაწესებულებები, ეს იქნება სარეაბილიტაციო ცენტრი, საექთნო სახლი, ფსიქიატრიული კლინიკები თუ სხვა დაწესებულებები „საავადმყოფოდ“ იწოდება. თითოეულ მათგანს განსაზღვრული როლი, ადმინისტრაციული სტრუქტურა, ბიუჯეტი და ე. წ.

„მოდუს ოპერანტი„ (უნიკალური ორგანიზაცია) გააჩნია. საავადმყოფოს განვითარება პირდაპირ კავშირშია მუნიციპალურ, რელიგიურ, სამთავრობო, საუნივერსიტეტო, კერძო და სხვა სახის სპონსორებასთან. მართალია საავადმყოფოების ადმინისტრაცია სხვა სამედიცინო დაწესებულებებისგან განცალკავებულია, თუმცა ამავე დროს, სამედიცინო და პარამედიკოსთა ტრეინინგის პროგრამასთან აქტიურად თანამშრომლობს. საორგანიზაციო სტრუქტურა ორგანიზაციის ისტორიულ მხარეს ასახავს, ასევე აფასებს შესაძლებლობათა მისიას, რესურსებსა და თავის როლს საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სისტემაში.

საავადმყოფო დამსაქმებელი დაწესებულებების ერთ-ერთ ლიდერად რჩება. მთელი მედ. პერსონალის 3/4 სწორედ საავადმყოფოში მუშაობს. მუშაობის პრინციპი დამოკიდებულია ქვეყნის ტრადიციებსა და რეფორმებზე, საავადმყოფოებზე სამედიცინო ხარჯის 38-75 % მოდის. საავადმყოფოს სექტორის მნიშვნელობა თავისი სერვისების დაგეგმარებას, დუბლიკაციას, საწოლთა ნამატს განაპირობებს, რომელიც სპეციალიზირებულ სერვისს ზედმეტად ანიჭებს უპირატესობას ვიდრე პირველად დახმარებას.

თანამედროვე საავადმყოფო საზოგადოების თვალში ყველაზე ძვირი და სამედიცინო სტრუქტურის ყველაზე თვალსაჩინო ელემენტია. ის სამედიცინო პერსონალს ასაქმებს და მძიმე ავადმყოფებს მკურნალობს. საავადმყოფოს მართვა მთელი სამედიცინო სისტემის მენეჯმენტის სფეროში მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს.

ჯანდაცვა რთული საორგანიზაციო სისტემაა, ხოლო საავადმყოფო, როგორც ორგანიზაციული გაერთიანება, სტრუქტურას, მართვასა და დაგეგმარებას მოითხოვს.

მართვადი მომსახურების სისტემაში გაერთიანებული საავადმყოფო ცდილობს მუდმივად დააკმაყოფილოს პაციენტი და ფინანსები შეძლებისდაგვარად შეზღუდოს. ორი სხვადასხვა კლიენტი შესაძლოა მოვლენას განსხვავებულად მიუდგეს და დაწესებულების ფუნქციონირება შეაფასოს. ფაქტია, რომ დაზღვეული პაციენტი, რომელსაც შეუძლია სამედიცინო გეგმა შეცვალოს, თავის სამედიცინო მომსახურებაზე მეტ-ნაკლებად გავლენას ახდენს. შესაბამისად, მართვადი მომსახურების სისტემას შეუძლია საავადმყოფოს მუშაობა შეაფასოს, უკმაყოფილება გამოხატოს და პროვაიდერი შეცვალოს.

საავადმყოფოს მიზანია პაციენტს სტანდარტული ცოდნისა და რესურსების გათვალისწინებით კვალიფიციური სერვისები შესთავაზოს. გარდა ამისა, საავადმყოფოს, როგორც ორგანიზაციას, რა თქმა უნდა, სხვა მიზან-მიმართულებებიც გააჩნია. ის პროფესიულ და ეკონომიკურ საკითხებს, საგანმანათლებლო პროგრამებს, კვლევასა და პუბლიკაციებს მოიცავს. ამრიგად, საავადმყოფო, როგორც საზოგადოებრივი დაწესებულება, ხელს უწყობს დასაქმებას, ფინანსურ სტაბილურობას, პრესტიჟის შექმნას, საგანმანათლებლო კვლევების ჩატარებასა და ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას.

სხვადასხვა ამოცანის შესრულების მიზნით, საავადმყოფო კომპლექსურ ორგანიზაციად იქცა, რომელიც მრავალ განყოფილებადაა დაყოფილი(იხ. მე-12 თავი). იგი მრავალმხრივი ფუნქციონირების მხრივ, შეიძლება სასტუმროს შევადაროთ, რომელიც საკვებზე, სარეცხზე, დალაგებაზე, მარაგზე, პერსონალის მუშაობასა და ფინანსურ მხარეზე პასუხს აგებს.

სასტუმროს, როგორც კომპლექსურ ორგანიზაციას, მართვისა და პასუხისმგებლობის მიმართულებებით ბიუროკრატიული სტრუქტურა გააჩნია. ამრიგად, საავადმყოფო ადმინისტრაციის ტრადიციული მოდელის მიხედვით აღარ ფუნქციონირებს. საავადმყოფოს ფუნქციონირებისთვის, დეპარტამენტებსა და პერსონალს შორის კოორდინაცია საჭირო ყველა შემთხვევაშია. შედეგად, ეს დაწესებულება მომუშავე პერსონალის მოტივაციასა და ინტეგრაციაზე, სხვადასხვა დეპარტამენტებსა თუ პროფესიონალებთან შეუზღუდავ კავშირზეა დამოკიდებული.

საავადმყოფოს ფუნქციონირებისა და ღონისძიებების პროგნოზირებისთვის მმართველობის, დისციპლინისა და მოთხოვნების გათვალისწინება აუცილებელია. ახალი მოთხოვნები ჩამოყალიბდა, რომელიც ნარჩენების, სერვისების გაორმაგების, არადამაკმაყოფილებელი პირობებისა და საშუალებების, კორუფციის, გულგრილობისა და ქურდობის აღკვეთას გულისხმობს. დღევანდელ დღეს თანამედროვე საავადმყოფოს მმართველობის ბიუროკრატიული ფორმა, ასობით და ათასობით არაფორმალური და ფორმალური კავშირები გააჩნია. ის პაციენტის მკურნალობის გეგმის შემუშავებაზე, მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე, „მზრუნველობის კარგი სტანდარტის„ შექმნასა და

რესურსების ეფექტურ გამოყენებაზე ყოველდღიურად მუშაობს. მმართველობასა და პასუხისმგებლობას შორის წონასწორობა არსებობს, ხოლო ადმინისტრაციულ და პროფესიონალურ ელემენტებს შორის გარკვეული დაძაბულობა შეინიშნება.

საავადმყოფოების კლასიფიკაცია

თითოეული საწოლი, რომელიც პაციენტზეა გათვლილი, საავადმყოფოს ინვენტარად ითვლება. მათ აღრიცხვას, როგორც წესი, აღწერის ბოლო ეტაპზე მიმართავენ.

ჩანაჩთი 10.8 საავადმყოფოს სახეები

მცირეხნიანი მომსახურების მქონე საავადმყოფოებში პაციენტთა ნახევარი საშუალოდ 30 დღეზე ნაკლები დროის განმავლობაში წევს. ეს მოიცავს: სერვისების ფართო სპექტრით საგანმანათლებლო, ზოგად, საზოგადოებრივ და რეგიონულ საავადმყოფოებს, ასევე სპეციალიზებულ დაწესებულებებსაც, რომელიც ავადმყოფის სქესზე, ასაკსა და სამედიცინო მდგომარეობაზეა ორიენტირებული.

გრძელვადიანი მომსახურეობის მქონე საავადმყოფოებში პაციენტთა ნახევარი საშუალოდ 30 დღეზე მეტი დროის განმავლობაში წევს. მას მიეკუთვნება სპეციალური საავადმყოფოები, რომელთა მართვა ზემოხსენებულ დაწესებულებებთან ერთად შეიძლება.

საექთნო სახლები 3 ან 4 საწოლს ფლობს და ძირითადად მოხუცებს, უძლურებსა და ქრონიკულად დაავადებულებს ემსახურება. საექთნო სახლებში ერთი ან მეტი კვალიფიციური მედდა მუშაობს, რომლებიც განსაზღვრულ საათებზე მეტ ხანს მუშაობენ. ეს დაწესებულებები თავის მომსახურებას სულ მცირე მოსახლეობის ნახევარს სთავაზობს.

სამედიცინო დაწესებულებასთან მიმაგრებული საერთო საცხოვრებლები პაციენტს ღამის გასათევით უზრუნველყოფს. მონასტრებთან არსებული დაწესებულებები (ჰოსპისები) მომაკვდავ ავადმყოფს ადამიანურ და ოჯახზე ორიენტირებულ სამედიცინო მომსახურეობას სთავაზობს.

არაკომერციული საავადმყოფოები სამთავრობო, რელიგიური, მოხალისეთა, საუნივერსიტეტო ორგანიზაციების მიერ ფინანსდება.

კერძო საავამდყოფოები კი სარგებელზეა გათვლილი და კერძო პირების, პარტნიორებისა და კორპორაციების მიერ ფინანსდება.

ზოგადი პროფილის საავადმყოფო სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობის მქონე პაციენტებს ემსახურება, სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო მეთოდებს სთავაზობს, იგი რამდენიმე დისციპლინას ერთად მოიცავს. (ზოგადი და სპეციალიზებული მედიცინა და ქირურგია, მეანობა). შესაბამისად, ამ საავადმყოფოთა რიცხვში უფრო შეზღუდული პროფილის მქონე სამედიცინო დაწესებულებები არ შედის. საზოგადოებრივი საავადმყოფოები ქალაქებში მცხოვრებლებს ემსახურება, მათ, როგორც წესი, მცირეხნიანი ჰოსპიტალიზაციის რეჟიმი აქვთ.

რეგიონული საავადმყოფოები რომელიმე კონკრეტული ოლქის მცხოვრებლებისთვის მუშაობს და სულ მცირე 4 მიმართულება გააჩნია: ზოგადი მედიცინა, ქირურგია, მეანგინეკოლოგია და პედიატრია.

საგანმანათლებლო საავადმყოფოები უნივერსიტეტებისა და ინსტიტუტების სამკურნალო ფაკულტეტის სტუდენტებისთვისაა გათლილი .

სპეციალურ საავადმყოფოებს ერთი კონკრეტული კატეგორია გააჩნია. მაგალითად: დედათა, ბავშვთა, გერიატრიული, ფსიქიატრიული, ასევე ტუბერკულოზის, ქრონიკული დაავადებების, რეაბილიტაციის, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისგან განკურნების მიმართულებით.

მეოთხეული დონის საავადმყოფო საგანმანათლებლო და რეფერალურია. მეორადი კი საზოგადოებრივი და რეგიონულია, რომელიც სერვისთა ფართო სპექტრს მოიცავს. ხოლო პირველადი დონის საავადმყოფო მომსახურების მხრივ უფრო შეზღუდულია და სოფლებში ფუნქციონირებს.

წყარო: *Health United States, 1996–1997,* and American Hospital Association website http//www.aha.org/

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო) საავადმყოფოს ინტენსიურ განყოფილებაში საწოლს განსაზღვრავს, როგორც საშუალებას პაციენტების განთავსებისა და მზრუნველობისთვის. საწოლთა რიცხვი მომსახურე პერსონალის რაოდენობითა და მუშაობის ხარისხით განისაზღვრება. ასევე ყურადღება ექცევა პაციენტების სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურეობას.

საავადმყოფო ესაა დაწესებულება, რომლის პირველადი ფუნქცია თერაპიული, საექთნო, სადიაგნოსტიკო მომსახურების გაწევაა ყველა იმ პაციენტისთვის, ვინც ამას საჭიროებს. საავადმყოფოს სულ მცირე 6 საწოლი გააჩნია და მკურნალებისა და ექთნებისგან დაკომპლექტებულ გუნდებს მოიცავს. ჯანმო საავადმყოფოდ ცნობს იმ დაწესებულებას, რომელსაც სულ მცირე 1 ექიმი, პაციენტის განთავსების საშუალება და სამედიცინო თუ საექთნო მომსახურეობის გაწევის შესაძლებლობა გააჩნია.

საავადმყოფოები როგორც კომერციულ , ისევე არაკომერციულ დაწესებულებებს მოიცავს. ამ უკანასკნელს, როგორც წესი, სამთავრობო, სამოქალაქო, რელიგიური და მოხალისეთა ორგანიზაცია აფინანსებს. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ნაციონალური ჯანმრთელობის სისტემის მიერ ფორმალურად გახსნილი საავადმყოფოები სარგებელზე არაორიენტირებული ფორმით მუშაობს და ამით საზოგადოების ნდობას იმსახურებს. სკანდინავიაში, რაიონულ საავადმყოფოებს ჯანდაცვის ადგილობრივი სამმართველოები მართავს. კერძო და არაკომერციულ საავადმყოფოთა რიცხვი თანდათან იზრდება, თუმცა მათი საერთო რაოდენობა მაინც ცოტაა. აღსანიშნავია, რომ ისინი ქრონიკულ დაავადებათა მართვის საკმაოდ ფართო შესაძლებლობებს ფლობს.

აშშ-ში, კანადასა და ისრაელში საავადმყოფოები, რომლებიც მოხუცებსა და უძლურებს გრძელვადიან მომსახურებას სთავაზობს, კერძო, არაკომერციული ფორმით მუშაობს. ამ ქვეყნებში, კერძო შესაძლებლობების გაუმჯობესება საზოგადოებრივი რესურსების არაადეკვატურობამ გამოიწვია.

გადასახადის სისტემის გაუმჯობესებამ კერძო მმართველებს გზა გაუხსნა. დღეს, მთავრობა 1960-იანი წლების ხარვეზების გამოსწორებასა და ექსპლუატაციის შემცირებაზე მუშაობს, თუმცა მომსახურების სტანდარტები მაინც სარგებელზეა მოტივირებული.

ჩვენ მრავალი ნათელი მაგალითი გვაქვს იმისა, კერძო საავადმყოფოებმა როგორ წარმატებებს მიაღწიეს გრძელვადიან მომსახურეობაში, ეფექტურობის მიღწევაში და დადებითი სტანდარტების ჩამოყალიბებაში. ყუთში # 10.8 ჩვენ ვხედავთ საავადმყოფოთა კლასიფიკაციას, სერვისების, მოსახლეობისა და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის მიხედვით.

საავადმყოფოს საწოლთა მარაგი

საავადმყოფოს საწოლთა მარაგს ყოველ 1000 მოსახლეზე საწოლების მიხედვით ითვლიან. ეს მაჩვენებელი სხვადასხვა ქვეყნებისთვის სხვადასხვაა, ასევე ცალკეული ქვეყნის რეგიონებისთვისაც განსხვავდება. ისტორიულად, საავადმყოფოს ჩამოყალიბების იდეა საეკლესიო, რელიგიურ, მოხალისეთა, მუნიციპალურ გაერთიანებებს ეკუთვნოდათ. მათი დაარსება ადგილობრივი თუ ეროვნული მთავრობის ხელმძღვანელობით ხორციელდებოდა. ადმინისტრაციისა და დაფინანსების მეთოდის მიუხედავად, საავადმყოფოს საწოლთა მარაგი და მათი გამოყენება ჯანდაცვის ეკონომიკისა და დაგეგმარების სფეროში ფუნდამენტურ ფაქტორს წარმოადგენს.

საავადმყოფოს საწოლი ხშირად პოლიტიკურ მნიშვნელობასაც კი იძენს. საწოლი განიხილება, როგორც თავშესაფარი არადამაკმაყოფილებელი ცხოვრების, კლიმატისა და სოციალურ პირობებში მცხოვრები პირებისათვის, განსაკუთრებით სოფლებში, სადაც ჯანდაცვის სერვისები არც თუ ისე ხელმისაწვდომია. საწოლთა რიცხვის მომატება შესაძლოა როგორც ექიმის, ისევე მოსახლეობის მოთხოვნა იყოს. საავადმყოფოებს საწოლებით პოლიტიკური ფიგურები ამარაგებენ, რითაც საზოგადოებრივ საქმიანობას ეწევიან, სამედიცინო დახმარებას უზრუნველყოფენ და კეთილდღეობას ქმნიან.

ჯანდაცვის დაგეგმარებაში საწოლებით მომარაგების საკითხი ერთ-ერთი ყველაზე რთულია. პოლიტიკოსები პასუხს აგებენ საავადმყოფოს ხარჯების დაფარვაზე, მათ შეუძლიათ წინააღმდეგობის გადალახვა. ხშირად, ეს წინააღმდეგობები რთული დასაძლევია, განსაკუთრებით დაფინანსების მხრივ. ეს კიდევ უფრო რთული ხდება არაეკონომიური საწოლების შემთხვევაში, რომელიც ხშირად სამსახურის დაკარგვასა და პერსონალის სხვა სერვისზე გადართვას გულისხმობს. ყოველივე ეს მორალურადაც საკმაოდ მძიმეა.

ამრიგად, საავადმყოფო საწოლს საკმაოდ

მნიშვნელოვანი ეკონომიკური დატვირთვა გააჩნია. თითოეულის ფასი საერთო ხარჯებიდან გამოითვლება. დადგენილია, რომ ხარჯები საწოლის აწყობაზე დაახლოებით იმავეს შეადგენს, რაც 2-3 წლის განმავლობაში მის ფუნქციონირებაზე გათვალისწინებული. ჯანდაცვის სისტემას მისი უტილიზაციის მიუხედავად საწოლებზე გაღებულ ხარჯთა აღრიცხვა ევალება. საავადმყოფოს დაგეგმარება საკუთარ შესაძლებლობებზე, მათ შორის ჯანდაცვის კონკურენტუნარიან, ეკონომიკაზე ორიენტირებულ სისტემაშიც ინიციატივების წამოწყებას აღარ ითვალისწინებს.

საავადმყოფოს რაოდენობის ნამატისა და მათი შენარჩუნების მიღწევა როგორც განვითარებად, ისევე განვითარებულ სახელმწიფოებში პრობლემას წარმოადგენს. საწოლთა მარაგის ნამატი მათ მაღალ გამოყენებასა და გრძელვადიან ჰოსპიტალიზაციას უკავშირდება.

ხშირად თვითონ ექიმები პაციენტების განკურნებით არ არიან დაინტერესებულები, ამიტომაც პაციენტის საავადმყოფოში დარჩენა დროში იწელება. ეს კი თავის მხრივ პროფესიონალურ წარუმატებლობის, სრულ კრახს იწვევს. ხარვეზებია მომსახურებისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფაში, ხშირია ანესთეზიურ შეცდომები და ნოზოკომიალურ ინფექციები. ამიტომაც, საწოლთა მარაგს, სამედიცინო პერსონალსა და მიზნებს შორის აშკარად გამოხატული შესაბამისობა უნდა არსებობდეს.

1980-იანი წლებიდან დაწყებული ბევრ ქვეყანაში საწოლთა გამოყენების ხანგრძლივობა ჰოსპიტალიზაციის დღეების შეკვეცით შემცირდა. აქ იგულისხმება სადიაგნოსტიკო პროცედურების ეფექტურობა, შეუსაბამო ქირურგიული ოპერაციებისა და ტრამვული პროცედურების ჩატარების შეზღუდვა (ენდოსკოპიური ქირურგია, მკერდის შენარჩუნება კიბოს შემთხვევაში). ასევე, დღეს, მრავალ ქვეყანაში ამბულატორიულმა ქირურგიული სერვისები ჩაანაცვლა. მაგალითად, ყელ-ყურ-ცხვირის, თვალის, ფსიქიკური, ონკოლოგიური, ჰემატოლოგიური მომსახურება. (იხ. მე-11 თავი).

საავადმყოფოს მზრუნველობის განვითარება, რომელიც მაგალითად სახლში მისვლით ორგანიზებულ მომსახურებას გულისხმობს, პაციენტებს მწვავე მდგომარეობის პრევენციაში ეხმარება. ეს მოიცავს საექთნო სერვისს, ფიზიოთერაპიას, ინტრავენურ ინფუზიებს, ოპერაციული ნაკერების მოხსნას და სხვა. პოსტოპერაციული რეაბილიტაცია, მაგალითად მუხლისა თუ ბარძაყის ჩანაცვლებისას, მინიმალურ გადასახადებს მოითხოვს. გრძელვადიანი გერიატრიული მომსახურება ფართოპროფილიან საექთნო მზრუნველობას საჭიროებს, თუმცა ამის გარდა, ალტერნატიული სერვისებიც არსებობს. საწოლების შემცირების საშუალებით დაზოგილი თანხა სწორედ მათ უნდა მოხმარდეს. ამასთან ერთად, ეს შესაძლოა სხვა დამატებით ინვესტიციებსაც მოითხოვდეს.

გადასახადების გაწერის სისტემა რეგიონული და მართვადი მომსახურებისთვის გარკვეული სტიმულია, რომ შეზღუდოს ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გადასახადის შემცირებას განაპირობებს. შვედეთი ამის ნათელი მაგალითია (1980-იანი წლები), ამასთან ერთად, სახელმწიფოს მუდმივი პროგრესი ჰქონდა ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებაში. ამავე მიდგომას ირჩევს დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოც, აშშ-ში კი მსგავსი შედეგი სადიაგნოსტიკო ჯგუფებმა აჩვენა.

ეს საკმაოდ კომპლექსური და საკამათო თემაა, მაგრამ ფაქტია, რომ ამართლებს. განსაკუთრებით, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მოხუცებს შორის ქრონიკული დაავადებების რიცხვი იმატებს, ასევე იზრდება პაციენტთა რაოდენობაც, რომლებსაც ფართოპროფილიანი და ინტენსიური სამედიცინო მომსახურება სჭირდებათ. (იხ. მე-11 თავი)

საავადმყოფოს როლის შეცვლა

საავადმყოფოები მზარდი ტექნოლოგიური განვითარებითა და გადასახადების სისტემით ფუნქციონირებს. ფასების მატება, ისეთი ალტერნატივების მოძიებას იწვევს, როგორიცაა სახლში მომსახურება, ამბულატორიული სერვისები და გრძელვადინი მზრუნველობა. საავადმყოფოს მმართველი ორგანიზაციისა და ეკონომიკური გაერთიანების აზრით, საზოგადოებაზე დამყარებული სერვისების გასაუმჯობესებლად, ფინანსური და საორგანიზაციო საკითხების მოგვარებაა საჭირო. ამისათვის კი როგორც ტექნოლოგიური კუთხით, ისევე მენეჯმენტის მხრივაც ცვლილებები უნდა გატარდეს.

ამბულატორიულ-სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო სერვისების და სახლში მომსახურების სისტემის შემოღება საავადმყოფოს რეორგანიზაციას მოითხოვს. ასევე საჭიროა საავადმყოფოზე დაყრდნობილ და საზოგადოე-

ბაზე ორიენტირებულ მომსახურებას შორის ურთიერთობა. ეს კი თავისმხრივ მენეჯმენტის კულტურისა და საზოგადოების მიდგომის შეცვლას განაპირობებს. ყოველივე ამის ხარისხიანი განვითარება მენეჯმენტის კულტურის ნაწილს წარმოადგენს.

ქვეყნები, სადაც საავადმყოფოები ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარების ქვეშაა, გარკვეული რეფორმების გატარებას ცდილობს: საავადმყოფოს მფლობელობის სისტემის შეცვლას ანუ რეგიონული ჯანდაცვის მმართველობასთან მის მიერთებას, ასევე მათ არაკომერციულ ანდა დამოუკიდებელ ეკონომიკურ დაწესებულებად გარდაქმნას. ამას მოჰყვება, კონკურენცია პაციენტებისა და გადასახადების მხრივ, განსაკუთრებით სადიაგნოსტიკო ჯგუფებს შორის. ასევე, საჭირო გახდება ეკონომიკური ხარჯების შემცირების მიზნით საავადმყოფოს შესაძლებლობების გაუმჯობესება. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, ისრაელსა და სხვა მრავალ სახელმწიფოში, საბჭოთა კავშირის დაშლისა და კოლონიზაციის შემდეგ, ჯანდაცვა უფრო ნაკლებ ცენტრალიზებულ და კონკურენტუნარიან სისტემად იქცა. სხვა რეფორმებიდან აღსანიშნავია, საავადმყოფოების რეგიონული ჯანდაცვის მმართველობასთან მიერთება, ისე როგორცაა ჩრდილოეთის ქვეყნებში.

აშშ-ში საავადმყოფოები ახალი მართვის ფორმითა და ხარჯთა დაზოგვის სისტემით კომერციულ და არაკომერციულ სექტორებად იყოფა. ამასთან, ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან დადებულმა კონტრაქტებმა ადრე არსებული

ჩანართი 10.9 ლოს-ანჯელესის გაერთიანებული საავადმყოფოები, კალიფორნიის უნივერსიტეტი, ლოს-ანჯელესი (UCLA), ჯანმრთელობის სამეცნიერო ცენტრები და მათი საზოგადოებრივი გავრცელება.

ლოს-ანჯელესი სამხრეთ კალიფორნიის დიდი, მულტიეთნიკური ქალაქია, მზარდი მოსახლეობით (9მლნ). ქალაქის არაკომერციული საავადმყოფოები რელიგიური, ეთნიკური და სხვა ორგანიზაციების მიერაა დაფინანსებული, ხოლო ჯანმრთელობის სერვისების დეპარტამენტი და საუნივერსიტეტო დაწესებულებები მოგებაზეა გათვლილი. 1980-1990-იან წლებში, საავადმყოფოს საწოლების რიცხვი ყოველ 1000 მოსახლეზე 3,5-ს წარმოადგენდა. დიაგნოსტიკური ჯგუფების გადასახადებმა და მენეჯმენტის განვითარებამ, საწოლების გამოყენების მაჩვენებელი 1996 წელს 45%-ით შეამცირა. 1998 წელს ლოს-ანჯელესის დაზღვეული მოსახლეობის უმრავლესობა სწორედ მართვადი ჯანდაცვის ნაწილი გახდა. შედეგად, საავადმყოფოების ნაწილი არაკომერციულ სისტემაში ჩაება და დახურვის საფრთხის წინაშე დადგა ან გრძელვადიანი და ამბულატორიული მომსახურების ცენტრად გარდაიქმნა.

კალიფორნიის უნივერსიტეტი ფლობს სამეცნიერო ცენტრს, რომელიც სტუდენტების სასწავლებელ საავადმყოფოს წარმოადგენს. 1990-იანი წლების შუა პერიოდში ცენტრმა კონტრაქტები დადო სხვადასხვა ორგანიზაციებთან, რათა ჯანდაცვის მართვის პროგრამები და საავადმყოფოს მომსახურება განევითარებინა. ამ სისტემაში შესაბამისი უნივერსიტეტისა და ლოს-ანჯელესის სხვა დაწესებულებების თანამშრომლები იყვნენ ჩართულნი. საზოგადოებაზე ორიენტირებული სერვისების გაფართოების მიზნით, ცენტრმა რამდენიმე საავადმყოფო შეისყიდა და სამედიცინო ჯგუფებთან ხელშეკრულება გააფორმა. ამან პაციენტების მოზიდვა და კონკურენტუნარიანობა განაპირობა. აქცენტი უფრო და უფრო მეტად პირველადი სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესებაზე კეთდება.

დღეს ლოს-ანჯელესის ჯანდაცვის სამეცნიერო ცენტრი 1994 წლის მიწიძვრის გამო დაზიანებულ საავადმყოფოს ცვლის, თანაც პირველ მათგანს უფრო ნაკლები რაოდენობით საწოლები გააჩნია. ეს ცვლად სამედიცინო ბაზარსა და 21-ე საუკუნეში ცენტრის გადარჩენის სტრატეგიას წარმოადგენს. მისი მიზანია, ზემოაღნიშნული დაწესებულება შემსწავლელ და საზოგადოებაზე ორიენტირებულ მთავარ საავადმყოფოდ აქციოს.

წყარო: UCLA Medical Center, *Health Sciences.* 1998.

სისტემა შეცვალა, რაც გულისხმობდა დაზღვეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციას იქ, სადაც მის მკურნალ ექიმს პრივილეგიები ჰქონდა.

აღსანიშნავია, რომ კომერციულმა საავადმყოფოებმა სხვა ეკონომიკურ სექტორებთან შედარებით, ჯანდაცვა საფონდო ბაზარზე უფრო წარმატებით წარადგინა. ამრიგად, საავადმყოფო სხვა ბიზნესებთან ერთად შეგვიძლია განვიხილოთ.

საავადმყოფოს რეგულაცია

მთავრობა პასუხისმგებელი და უფლებამოსილია საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე სტანდარტები შექმნას. სამედიცინო უნარ-ჩვევების ლიცენზირება, როგორც წესი, მოსახლეობის ინტერესების გათვალისწინებასა და საზიანო ფაქტორების თავიდან აცილებას გულისხმობს. ლიცენზირება სტანდარტების რეგულაციას, დამაკმაყოფილებელ სერვისებსა და გადასახადების კონტროლის საფუძველს წარმოადგენს.(იხ. მე-11 თავი).

მთავრობა საავადმყოფოს სხვადასხვაგვარი მეთოდით არეგულირებს. ერთ-ერთი მათგანი გადასახადის სისტემის კონტროლია, რომელიც დამაკმაყოფილებელ მომსახურებას, სტანდარტებზე გავლენასა და შეთანხმებას განაპირობებს. მეორე, ლიცენზიისა და სტანდარტების სამმართველოს მიერ საავადმყოფოს საწოლების რეგულაციაა. მესამე, კაპიტალური ხარჯების კონტროლია, ხოლო მეოთხე წესის მიხედვით, აკრედიტირებული საავადმყოფო ვალდებულია დაზღვეული პაციენტის ხარჯები დაფაროს.

მთავრობის პასუხისმგებლობის ფორმა სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. ეს დამოკიდებულია მის ფართობზე და მთავრობის გარკვეულ დონეებზეა განაწილებული. როგორც წესი, სახელმწიფო და ადგილობრივ სამმართველოებს ყველაზე დიდი ზეგავლენა გააჩნია.

მთავრობის მიერ საავადმყოფოს პირდაპირი მართვა ინტერესების გარკვეულ კონფლიქტს წარმოშობს. ჯანდაცვის, ფინანსებისა და სხვა სფეროს ცენტრალიზირებულ მართვას ბევრი დადებითი მხარე აქვს, თუმცა ხარისხიანი სერვისები ამ ფუნქციების განაწილებასაც შეუძლია. დღეს უკვე საკმაოდ აქტუალურია სერვისების მართვის ფუნქციისგან ფინანსებისა და რეგულაციის გამოყოფა.

მთავრობა თავისი სტანდარტების მიხედვით არასამთავრობო ორგანიზაციების აკრედიტაციას სავალდებულოს ხდის. მაგალითად, აშშ-ში მთავრობა საავადმყოფოებისა და გრძელვადიანი სამედიცინო მომსახურების სრულ აკრედიტაციას მოითხოვს. ხოლო არასამთავრობო ორგანიზაციების ინსპექციის ჩართვით, ხელისუფლებას აღარ უწევს ფართომასშტაბიანი რეგულაციისა და დაკვირვების სისტემის ჩამოყალიბება.

დაუზღვეველი პირები - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა

აშშ-ში 40 მლნ დაუზღვეველი და არასრულად დაზღვეული ამერიკელი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. შესაბამისად, თვით სახელმწიფო და ჯანდაცვის მუნიციპალური დეპარტამენტი აქცენტს პირველ რიგში ასეთ მოსახლეობაზე და მათ მომსახურებაზე აკეთებს. „მედიქეიდისა“ (Medicaid) და „მედიქეარის“ (Medicare) ორგანიზაციების მიერ მოხუცებისა და ღარიბების დაზღვევამ შედეგი ნამდვილად გამოიღო, თუმცა არასრულად, განსაკუთრებით მათ ფინანსურ შესაძლებლობებს თუ გავითვალისწინებთ. დაუზღვეველ პირების ზრდასთან ერთად, ეს პრობლემაც იზრდება. განსაკუთრებით, 1994 წლის დაზღვევის კანონის გატარების წარუმატებლობის შემდეგ. თუმცა, აღსანიშნავია ისიც, რომ ფედერალური და საშტატო ინიციატივები სულ უფრო და უფრო მეტად იჩენს თავს. განსაკუთრებული ყურადღება ბავშვებს ექცევა, რომელთა 20 %-ის დაზღვევა მთავრობის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს.

აშშ შეიძლება ითქვას, რომ ერთადერთი ინდუსტრიული ქვეყანაა, რომელსაც უნივერსალური სამედიცინო დაზღვევა არ გააჩნია. სამაგიეროდ, მან ჩამოაყალიბა სხვა მნიშვნელოვანი და საჭირო სერვისები: სასკოლო სადილი, პრენატალური მზრუნველობა, სკრინინგი, მამოგრაფია, პაპ-ტესტი და სხვა პრევენციული მომსახურება.

არავინ იცის ჩამოაყალიბებს თუ არა ეს ქვეყანა უნივერსალურ სამედიცინო დაზღვევას. თუმცა ფაქტია, რომ ეს საკითხი ამერიკის მოსახლეობისა თუ ინდივიდუალური პირის ჯანმრთელობის პოტენციალის სრული რეალიზაციის ერთგვარ დაბრკოლებას წარმოადგენს.

ხეზიუმე

მიზნებზე ორიენტირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზება ადგილობრივ შტატისა და ეროვნულ დონეებზე მიმდინარეობს. ბალანსირებულ ჯანდაცვის სისტემაში რესურსები საპრევენციო, სამკურნალო და გარემოს დაცვით საკითხებზე სწორედ უნდა გადანაწილდეს. ასევე, მნიშვნელოვანია საზოგადოების სოციალურად დაუცველი ნაწილის განსაზღვრა და შესაბამისად, სხვადასხვა რესურსებით მათი დახმარება. ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა კვება, სანიტარია, საყოფაცხოვრებო და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები მოხუცებსა და ღარიბებზე არათანაბრად ზემოქმედებს. საჯარო პოლიტიკამ შესაბამისი პერსონალისა და დაწესებულებების ჩართვით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, სტანდარტების შექმნასა და რეგულირებას, პროცედურების ლიცენზირებასა და ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებს ყურადღება უნდა მიაქციოს.

აშშ-ში საზოგადოებრივმა ჯანმრთელობამ დაახლოებით ორი საუკუნის განმავლობაში თვალსაჩინო პროგრესი განიცადა. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინო გახდა საზღვაო საავადმყოფოს ჩამოყალიბებითა და მე-20 საუკუნეში ჯანდაცვის განვითარების შემდეგ. მართალია, აშშ-ს ეროვნული ჯანდაცვის სრულყოფილი სისტემა არ გააჩნია, მაგრამ ქვეყანა ადმინისტრაციულ დარგში მაინც ლიდეროობს. ამ უკანასკნელის მიზანი სამედიცინო მომსახურეობის გაუმჯობესებაა.

აშშ-ს ჯანდაცვის რევოლუცია, (1990-იან წლებში) რომელიც მიმართული იყო მართვადი მომსახურების ჩამოყალიბებისადმი, დღეს საავადმყოფოების ფართომასშტაბიან რეორგანიზაციას იწვევს. ეს როგორც ვერტიკალურ, ისევე ლატერალურ ინტეგრაციას მოიცავს, რომელიც თავის მხრივ საავადმყოფოების ქსელს აყალიბებს და პირველად დახმარებასთან მის კავშირს უზრუნველყოფს.

ამრიგად, 21-ე საუკუნეში, საავადმყოფოს ორგანიზაციის მხრივ, მრავალ ცვლილებას ვხვდებით. პირველ რიგში, ეს ამბულატორიულ და სახლის მომსახურებებსა და პირველად დახმარებასთან მათ კავშირს გულისხმობს. ეს ცვლილება მოსახლეობის „მოზიდვისთვისაა“ აუცილებელი. პირველად დახმარებასთან ერთად, საავადმყოფოს სერვისების გამოყენებასა და შესაბამისად მის ფუნქციონირებას საზოგადოება განსაზღვრავს, ამიტომ სამედიცინო სისტემა სწორედ მათზეა ორიენტირებული.

აშშ-ში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სამედიცინო მომსახურებისგან არათანაბრად დაკავშირებული და გამოყოფილია. მოსახლეობის დიდ ნაწილზე გათვლილი მართვადი ჯანდაცვა ორივე სფეროს ეკონომიკურ და პროფესიულ გამოწვევებს უქმნის. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ჩამოყალიბების მიზნით, ორგანიზებული ჯანდაცვის სისტემა ზემოაღნიშნულ დარგს უფრო მეტად უნდა დაუკავშირდეს. ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესების გარდა, როგორც პაციენტის, ისევე საკუთარი ეკონომიკური ინტერესები უნდა გაითვალისწინოს. თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ორგანიზაციისა და ინდივიდუალური სერვისების დაფინანსების გარეშე დარჩება, ნათელია, რომ იგი კვლავ იზოლირებულად იარსებებს.

თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრინციპების მიხედვით საავადმყოფოს მომსახურება, პრევენცია და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული. მაგალითად, აშშ-ში კლინიკური მედიცინა, სამედიცინო მოსახურებების მენეჯმენტი და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომა ურთიერთკავშირშია. ჩრდილოეთ ევროპასა და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და ინდივიდუალურ მომსახურებაზე პასუხისმგებელი ჯანდაცვის რეგიონული სამმართველოა, რომელსაც ბიუჯეტი ერთ სულ მოსახლეზე აქვს გათვლილი.

ჩვენთვის უკვე ცნობილია, რომ აშშ-ს არ გააჩნია გადასახადებისა და სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის უნივერსალური სისტემა, თუმცა მან მაინც მოახერხა მართვადი ჯანდაცვის განვითარება და მისი დაკავშირება სხვა სამედიცინო სფეროებთან. ამის მიუხედავად, საზოგადოებრივ ჯანდაცვას მაინც იზოლირებული დაფინანსებისა და ორგანიზაციის სისტემა გააჩნია.

თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და მთავრობას შორის ადგილობრივ, შტატისა თუ ეროვნულ დონეებზე დამაკავშირებელ გზებს ეძებს. იგი ისეთი მნიშვნელოვანი სერვისების გაუმჯობესებისკენაა მიმართული, როგორიცაა საავადმყოფოებსა და საზოგადოებაში ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი და გრძელვადიანი მომსახურება.

ელექტრონული მედია

Agency for Health Care Policy Research, http://www.ahcpr.gov/

American Hospital Association, http://www.aha.org/

American Public Health Association, http://www.apha.org/

Bureau of Primary Care, DHHS, http://www.bphc.hrsa.gov/

Centers for Disease Control and Prevention, DHHS, http://www.cdc.gov/

Department of Health and Human Services (DHHS), http://www.hhs.gov/

Health Care Financing Administration, DHHS, http://www.hcfa.gov/

Health Care Indicators, United States, http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/indicatr.htm and DNHS@hcfa (National Health Indicators)

Health, United States, 1998, http://www.cdc.gov/nchswww/products/pubs/pubd/hus/hus.htm

Hill-Burton Obligated Facilities, Health Resources and Services Administration, http://www.hrsa.dhhs.gov/osp/dfcr/obtain/hbstates.htm

Indian Health Services, DHHS, http://www.ihs.gov/

Institute of Medicine, National Academy of Science, http://www.nas.edu/IOM/IOMHome.nsf

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Facilities, http://www.jcaho.org/index.htm

National Center for Health Statistics, http://www.cdc.gov/nchswww/

National Institutes of Health, http://www.nih.gov/

ჰეჯმაენდიჰებელი საჯითხავი

Afifi, A., Breslow, L. 1994. The maturing paradigm of public health. *Annual Review of Public Health,* 15:223–235.

Alpert, J. J. 1998. Editorial: Serving the medically underserved. *American Journal of Public Health,* 88:347–348.

Centers for Disease Control. 1996. Historical perspectives of CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 45:526–530.

Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services—selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:150–152.

Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements—United States, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:241–243.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900–1999: changes in the public health system. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 48:1141–1147.

Citrin, T. 1998. Topics of our time: Public health—Community or commodity: Reflections on healthy communities. *American Journal of Public Health,* 88:351–352.

Oberle, M. W., Baker, E. L., Magenheim, M. J. 1994. Healthy people 2000 and community health planning. *Annual Review of Public Health,* 15:223–235.

Rosenbaum, S., Hawkins, D. R., Rosenbaum, E., Blake, S. 1998. State funding of medical care service programs for medically underserved populations. *American Journal of Public Health,* 88:357–363.

ბიბლიოგრაფია

American Public Health Association. 1991. *Healthy Communities 2000: Model Standards,* Third Edition. Washington, DC: APHA.

Buttery, C. M. G. 1991. *Handbook for Health Directors.* New York: Oxford University Press. Centers for Disease Control. 1991. *Profile of State and Territorial Public Health Systems: United States, 1990.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services—Selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 46:150–152.

Green, L. W., Ottoson, J. M. 1994. *Community Health,* Seventh Edition. St. Louis: Mosby. Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health.* Washington, DC: National Academy Press.

Lasker, R. D. (ed.) and Committee on Medicine and Public Health. 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration.* American Public Health Association and American Medical Association. New York: New York Academy of Medicine.

Mill, J. S. 1869. *On Liberty.* London: Bartleby Co. (www.bartleby.com/130).

Miller, C. A., Moos, M.-K. 1981. *Local Health Departments: Fifteen Case Studies.* Washington DC: American Public Health Association.

Patrick, D. L., Erickson, P. 1993. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation.* New York: Oxford University Press.

Pickett, G., Hanlon, J. J. 1990. *Public Health Administration and Practice,* Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.

Rohrer, J. E. 1996. *Planning for Community-Oriented Health Systems.* Washington, DC: American Public Health Association.

Turnock, B. J. 1997. *Public Health: What It Is and How it Works.* Gaithersburg, MD: Aspen. United States Department of Health and Human Services. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives.* DHHS Publication PHS 91-50212. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.

United States Department of Health and Human Services. 1994. *Healthy People 2000 Review, 1994.* DHHS Publication No. (PHS) 94-1256-1. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

United States Department of Health and Human Services. 1998. *Health, United States, 1998: with Socioeconomic Status and Health Chartbook.* DHHS Publication No. (PHS) 98-1232.

Williams, S. J., Torens, P. R. (eds). 1998. *Introduction to Health Services,* Fifth Edition.

11

დანახარჯების ბაზომვა: ჯანდაცვის ეკონომიკა

შესავალი

ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი ელემენტია ჯანდაცვის ეკონომიკა, როგორც სტრატეგიულ (მაკროეკონომიკურ) ასევე ტაქტიკურ (მიკროეკონომიკურ) დონეზე. ჯანდაცვა მაკროეკონომიკურ დონეზე განხილულია, როგორც ჯანმრთელობისა და ფინანსური რესურსების განაწილება, ხოლო მიკროეკონომიკურ დონეზე, მხოლოდ ჯანმრთელობის სპეციფიკური საკითხებისადმი მიდგომის ალტერნატივების შედარება. რამდენადაც მონეტარული რესურესები ლიმიტირებულია, არჩევანი მათ განაწილებაზე უნდა გაკეთდეს. ჯანდაცვის მართვა რესურსების, პრიორიტეტებისა და ალტერნატივების ფუნდამენტურ ცოდნას მოიცავს. ჯანდაცვის სერვისის ყველა პროფესიონალ მიმწოდებელს ჯანდაცვის ეკონომიკის სტიმულატორებისა და ბერკეტების ეფექტის პრაქტიკული ცოდნა ესაჭიროება. პრაქტიკული ცოდნა მიმწოდებლებს საშუალებას აძლევს წარმოდგენა იქონიონ გამოყენებული რესურსების ღირებულებაზე, იმ პირობებში, როდესაც მომსახურების წყალობით ავადმყოფობის სტატისტიკა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მცირდება.

ჯანდაცვის ეკონომიკის ანალიზი მმართველ ორგანოებს ეხმარება სხვადასხვა ინსტრუმენტების საშუალებით პრიორიტეტების სწორი შერჩევა განახორციელოს. ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩამოყალიბებას ამ მიდგომამ შესაძლოა ემპირიულად მნიშვნელოვანი ელემენტი შესძინოს, როგორც აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი პირობა. ჯანდაცვის ეკონომიკა რიგ შემთხვევებში პროფესიულ, ეთიკურ და მორალურ მიდგომებს ეწინააღმდეგება, ყოველდღიური პრობლემების მოგვარებისას, როგორიცაა სამკურნალო და პრევენციული მომსახურებები. ამ საკითხების დამბალანსებელი დღევანდელი ჯანდაცვის მენეჯმენტი და ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვაა.

ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური მიმართებები

ჯანდაცვის დანახარჯი ყველა ქვეყანაში განსხვავდება და მერყეობს ქვეყნის მ.შ.პ.-ს 4%-დან 14%-მდე. მაღალი და მზარდი ჯანდაცვის მომსახურების ფასი მასობრივი ეკონომიკური ანალიზის განხილვის თემა ხდება. ჯანდაცვის ხარჯები და მათი განაწილების პრინციპები ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში ფართოდ განიხილება.

ჯანდაცვაში არსებობს ორი ძირითადი ეკონომიკური პრობლემა, რომლებიც სხვადასხვა ქვეყნებში სირთულეებს ერთნაირად ქმნიან: ფართო და მცირე ინვესტიციები, უფრო ზუსტად კი, ჯანდაცვის რესურსების არასწორი განაწილება. მსოფლიო ბანკის 1993 წლის მსოფლიო განვითარების დასკვნა/ანგარიშში წერია: ჯანდაცვის სისტემის გაუმართაობის ერთერთი მიზეზი ამ სფეროში განხორციელებული ინვესტიციებია; ეს უფრო განვითარებადი ქვეყნებისთვისაა დამახასიათებელი. ამავე დასკვნაში ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ ჯანმრთელობა ეკონომიკური ზრდისა და პროდუქტიულობის მთავარი წინაპირობაა და ჯანდაცვის ლიმიტირებული რესურსების გამოყენება ძვირ, შედარებით არაპროდუქტიულ სფეროებში, როგორიც არის რესურსების ჭარბი დანახარჯები სამხედრო ძალებში, ხელს უშლის ბევრ ქვეყანას ჯანმრთელობის ოპტიმალური ზღვრის შენარჩუნებაში.

ინვესტიციები ჯანდაცვის სისტემაში

1993 წლის მსოფლიო განვითარების დასკვნა/ანგარიში აღნიშნავს ჯანდაცვის როლს ეკონომიკურ განვითარებაში. ამ დასკვნის მიხედვით ჯანმრთელი მოსახლეობა, ისევე როგორც განათლებული მოსახლეობა ეკონომიკური განვითარების მთავარი ფაქტორია. ჯანმრთელ საზოგადოებას შეუძლია უფრო დიდი წვლილი შეიტანოს ეკონომიკურ წინსვლაში. ჯანმრთელი მოზარდი თაობა, სკოლაში მიღებულ განათლებას უკეთესად ითვისებს და ზრდასრულობის ასაკში უფრო პროდუქტიულია.

აღნიშნული დასკვნა ჯანდაცვის სისტემაში ინვესტირებას შემდეგნაირად განმარტავს:

1. ჯანმრთელობა სამოქალაქო კეთილდღეობის განუყოფელი ნაწილია;
2. ჯანდაცვის დაფინანსება შესაძლებელია წმინდა ეკონომიკური გათვლებით;
3. გაუმჯობესებული ჯანმრთელობა ხელს უწყობს ეკონომიკურ ზრდას:
   ა) მცირდება მუშახელის ავადმყოფობით გამოწვეული საწარმოო დანაკარგები;
   ბ) ბუნებრივის რესურსები ხდება ხელმისაწვდომი, მაშინ როცა დაავადების გამო ვერ ხდებოდა მათი ექსპლუატაცია.
   გ) უფრო მეტი ბავშვი მიდის სკოლაში და უკეთ სწავლობენ.
   დ) ასევე თავისუფლდება ალტერნატიული რესურსები, რომლებიც სხვა შემთხვევაში შესაძლებელია დაავადებების სამკურნალოდ ყოფილიყო დახარჯული.
4. სწორი დაფინანსებისა და რესურსების განაწილების პოლიტიკა საწყისი წერტილია კარგი ჯანმრთელობის მისაღწევად.

მსოფლიო ბანკის დასკვნა მოუწოდებს მთავრობებს, რათა გაზარდონ ჯანდაცვის დაფინანსება და ხელი შეუწყონ ინდივიდუალურ ოჯახებს, რომ მათაც გაზარდონ ჯანდაცვის დანახარჯები. ეს დასკვნა ნათელს ხდის კონკურენციას მრავალფეროვან ჯანდაცვის მომსახურებაზე, რაც ეკონომიკურ არგუმენტაციასა და რაციონალურ გათვლებს ეფუძნება, განვითარების იმ გზით რომელიც ნახსენებია ცხრილში 11.1. ეს დასკვნა საერთაშორისო ჯანდაცვაში საორიენტაციო წერტილს წარმოადგენს, რომელიც მნიშვნელობით შესაძლებელია უტოლდებოდეს ალმა-ატის დეკლარაციასა და ჯანდაცვა ყველასთვის დოკუმენტს 2000. ეს დასკვნა ჯანდაცვის ინვესტირებას წარმოაჩენს, როგორც ეფექტურ საშუალებას ეკონომიკური განვითარებისთვის და ჯანდაცვას საერთაშორისო და ეროვნული საინვესტიციო პრიორიტეტებს შორის აყენებს.

ცხრილი 11.1 ძირითადი, ხარჯთეფექტური სამედიცინო მომსახურება განვითარებადი ქვეყნებისთვის, მსოფლიო ბანკი, 1993 წ.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენცია	კლინიკური მომსახურება
1. იმუნიზაცია: დყტ, პოლიო, წითელა, B ჰეპატიტი, ყვითელი ცხელება, ვიტამინი A, იოდის შემცველი დანამატები.	1. ქიმიოთერაპიის მოკლე კურსი ტუბერკულოზის სამკურნალოდ.
2. სამედიცინო სერვისები სკოლაში, სამედიცინო განათლება, მიკრონუტრიენტებით გამდიდრებული საკვები, დეჰელმენტიზაცია.	2. ავადმყოფი ბავშვის მოვლა: დიარეული დაავადებები, წითელა, მალარია, უხარისხო კვება, მწვავე რესპირატორული ინფექციები.
3. ინფორმაცია ჯანმრთელობაზე, კვებასა და ოჯახის დაგეგმვაზე.	3. ფეხმძიმობა და მშობიარობა.
4. თამბაქოსა და ალკოჰოლის მაკონტროლებელი პროგრამები.	4. ოჯახის დაგეგმვა.
5. დაავადების მონიტორინგი, ზედამხედველობა და ვექტორ კონტროლი.	5. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობა.
6. შიდსის პრევენცია.	6. ტკივილის კორექცია, ტრავმა და ინფექციის კონტროლი.

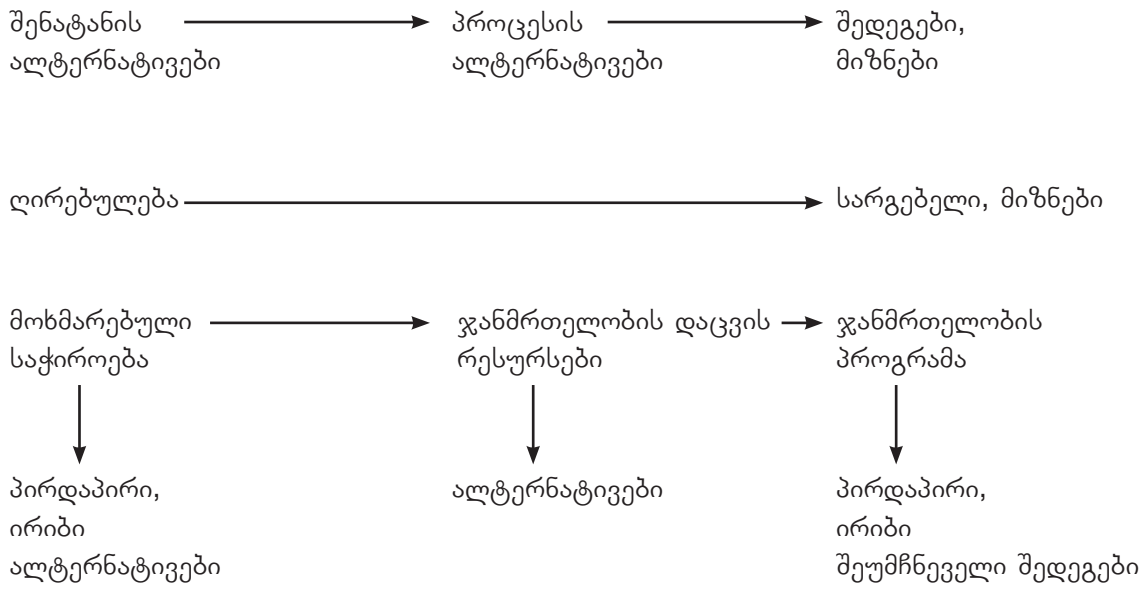
Source: მსოფლიო ბანკი ***1993წ.*** მსოფლიო განვითარების ანგარიში, *1993წ: ინვესტიცია ჯანმრთელობაში: მსოფლიო განვითარების ინდიკატორები* ***New York: Oxford University Press, page 117.***

ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი კონცეფციები

რესურსები ყველა საზოგადოებას შეზღუდული აქვს. აუცილებელია პოლიტიკურად განსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით განათლებასთან, სოფლის მეურნეობასთან და თავდაცვასთან ერთად ჯანდაცვის დაფინანსება მოხდეს. შეზღუდული რესურსების გამო, სწორი არჩევანი უნდა გაკეთდეს. მიღებული გადაწყვეტილება ჯანდაცვის მიმართ მთლიან პოლიტიკურ ვალდებულებებს ასახავს, რომელიც მაქსიმალურად სხვადასხვა ალტერნატივების, ხარჯებისა და სარგებლის ობიექტურ შეფასებასა და შედარებაზე უნდა იყოს დაფუძნებული.

ჯანდაცვის ეკონომიკური კომპონენტების შეფასება გამოსახულია ცხრილში 11.2. პირდაპირი, ასევე არაპირდაპირი რესურსების ხარჯვა, ფინანსური თუ ადამიანური, ჯანდაცვის პროგრამაზეა გამიზნული. ამ ყველაფერმა კი, შესაძლებელია ჯანდაცვაში სარგებელი წარმოშვას, რომელიც არის პირდაპირი ან არაპირდაპირი. სარგებელი შესაძლებელია გამოხატული იყოს სიკვდილიანობისა და ავადობის კლებაში, რომელიც პირდაპირ ეფექტს წარმოადგენს, ისევე როგორც გაზრდილი ნაყოფიერება და სიცოცხლის ხარისხი.

ჯანდაცვის მენეჯმენტის მთავარი ნაწილი რეზულტატისა და დახარჯული რესურსების შეფასებაა. სავარაუდო ხარჯები მოიცავს: შენობების, ხანდაზმულთა მოვლის ცენტრებისა და საავადმყოფოების მშენებლობას, აღჭურვილობას, პერსონალს, სახლზე მომსახურების, ამბულატორიული მკურნალობისა და პრევენციული პროგრამების დახვეწასა და შექმნას. ჯანდაცვის სხვა, ირიბი და არამატერიალური ხარჯები ასევე მოიცავს, პაციენტების მიერ გაწეულ ხარჯს სახლიდან საავადმყოფომდე, დრო, რომელიც ეკარგებათ პაციენტებსა და ექიმებს მკურნალობის პროცესში, სრული დატვირთვით ცხოვრებისთვის შემოკლებული წლები, გაუარესებული ცხოვრების ხარისხი. ხარჯებისა და სარგებლის ურთიერთობის ეკონომიკური თეორია შესაძლებელია ადვილად მოგვეჩვენოს, მაგრამ ის წარმოადგენს ხარჯებისა და სარგებლის კარგ საზომს. ალტერნატივების შედარება შეიძლება გაკეთდეს მათი რენტაბელობის მიხედვით იმისთვის, რომ საუკეთესო არჩევანი იქნას მიღებული.



სურათი 11.1 ჯანმრთელობის შეფასების ეკონომიკური მოდელები: რესურსები-პროგრამები-სარგებელი

საჭიროება, მოთხოვნა და ჯანდაცვის მომსახურებების გამოყენება

ჯანდაცვის მომსახურების საჭიროება და მოთხოვნა ყოველთვის ერთი და იგივე არ არის. სამედიცინო მომსახურების საჭიროება არსებობს მაშინ, როდესაც ადამიანს აქვს სიმპტომე-

ბი, დაავადება ან უუნაროობა, რომელთათვისაც შესაძლებელია არსებობდეს შესაბამისი მკურნალობა, რომლიდანაც პაციენტმა შეიძლება მიიღოს სარგებელი. საჭიროება ასევე მიესადაგება არასამედიცინო კონდიციებს, როგორებიცაა გეგმური პრევენციული მომსახურებები – იმუნიზაცია. სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა არსებობს მაშინ, როდესაც ადამიანი ფიქრობს, რომ ჯანმრთელობას უნდა გაუფრთხილდეს. ის თანახმაა დახარჯოს რესურსი – თანხა, დრო, ენერგია, დაკარგოს სამსახური, იმგზავროს, იმისთვის რომ, მიიღოს სამედიცინო მომსახურება. სწორედ მაშინ, როდესაც ადამიანი მოქმედებს ამ მოთხოვნის ან საჭიროების მიხედვით, ხდება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია, გამოყენება.

ნორმატიული საჭიროებები: ნორმატიულ საჭიროებებად ექსპერტთა მიერ, მიჩნეულია ის სამედიცინო მომსახურებები, რომლებიც მოსახლეობის სპეციფიკური ნაწილისთვის არის მნიშვნელოვანი. ეს მოიცავს ბევრ სტანდარტულ წესს, როგორც კლინიკურ, ასევე პრევენციულ ჯანდაცვაში, მაგალითად: ორსულთა მომსახურება, იმუნიზაცია, ბავშვთა და მოზარდთა, დიაბეტით დაავადებულთა, მაღალწნევიანთა მომსახურება და ასევე მკერდისა და პროსტატის სიმსივნის გამოვლენა. ექსპერტთა აზრი, რომელიც გამყარებულია გამოქვეყნებული შრომებით, თავისუფლად შესაძლებელია მიჩნეული იქნას ობიექტურად და მას სამედიცინო ენაზე „მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინა“ ეწოდება. სხვადასხვა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობიდან გამომდინარე ანდა მტკიცებულებათა არასრულფასოვნების გამო, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში პროფესიულ პრობლემებზე, მოსაზრებათა განსხვავებული ინტერპრეტაციები არსებობს. უფრო მეტიც, რადგანაც საკითხების სამეცნიერო ცოდნა ვითარდება, ახალი ინფორმაციები გადაწყვეტილებების მისაღებად მყისიერად გათვალისწინებული შეიძლება არ იყოს. სამედიცინო ტენდენციებიდან გამომდინარე, პროფესიული ღირებულებები, შესაძლებელია მიკერძოებული იყოს ან შესაძლებელია კლინიკური ტექნოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური მტკიცებულებების განვითარების გამო ზეგავლენის ქვეშ მოხვდეს. მსგავსი ნორმატიული საჭიროებები, მუდმივად უნდა იყოს კვლევისა და ზედამხედველობის საგანი, კვალიფიცირებული პროფესიონალების და მეცნიერების მიერ, რომლებიც კლინიკურ და სამოქალაქო ჯანდაცვის ე. წ. სერვის-პროვაიდერებს წარმოადგენენ. ასევე მნიშვნელოვანია ამ პროცესში მომხმარებელთა ჩართულობა. სხვა მეცნიერებები, როგორიცაა ჯანდაცვის ეკონომიკა, სოციოლოგია, სამედიცინო განათლება და დაგეგმარება, ხელს უწყობს სხვადასხვა დაავადებებთან მიდგომის შესწავლის პროცესს. თითოეული სფერო ეხმარება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემების სტანდარტების შესახებ სწორი გადაწყვეტილებების მიღებას.

პიროვნებებს, რომელთაც სურთ შესაბამისი მკურნალობა ჩაიტარონ, მათი ინდივიდუალური მახასიათებლები, ისეთები როგორიცაა ასაკი, სქესი, ეხმარებათ მოახდინონ მომსახურებების ტიპებისა და მოცულობების იდენტიფიცირება, რათა შემდგომ ადეკვატური სერვისები მიიღონ. მაგალითად, 40 წლის ქალბატონებს შესაძლებელია არც დაჭირდეთ მამოგრაფია ისე ხშირად, როგორც ეს ჭირდებათ 50 წელს გადაცილებულ ქალბატონებს. იგივე შეიძლება ითქვას ჩვილ და 3 წელზე უფროს ბავშვებზე. ჩვილების შემოწმება პრევენციის მიზნით, უფრო ხშირად ხდება, ვიდრე 3 წელზე უფროსი ბავშვებისა. 45 წლის მამაკაცებს უფრო ინტენსიური წნევის კონტროლი ჭირდებათ ვიდრე 25 წლის ახალგაზრდებს.

გაცნობიერებული მოთხოვნილება: ამგავრი მოთხოვნილება შესაძლებელია იყოს პაციენტის ან საზოგადოების სუბიექტური თვალთახედვა, რომელიც შეიძლება დაფუძნებული იყოს არაფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებზე. გაცნობიერებული მოთხოვნილება წინაპირობაა იმისა, ადამიანი იწყებს თუ არა მკურნალობის გზების ძიებას. უფრო და უფრო ნათელი ხდება, რომ ჯანდაცვაზე ინფორმაციის გავრცელება, რაციონალური გადაწყვეტილებების მისაღებად, მზარდ მნიშვნელობას იძენს. იმისთვის, რომ საზოგადოება ადვილად დამყოლი იყოს პრევენციულ პროგრამებზე, როგორიცაა იმუნიზაცია და ქრონიკული დაავადებების წინააღმდეგ მკურნალობის კურსები და სხვ. ძალიან მნიშვნელოვანია. სამოქალაქო ცოდნის ამაღლებას, გაცნობიერებულ მოთხოვნილებებს ასევე აქვს ეფექტი ჯანმრთელობის დაგეგმარებაზე. საზოგადოებამ ან დონორმა ორგანიზაციებმა შესაძლებელია იფიქრონ, რომ საზოგადოებას ჭირდება ახალი საავადმყოფო, როდესაც იგივე რესურსების უკეთ გამოყენებით შესაძლებელია საზოგადოებაში სამედიცინო განათლების ამაღლება, რასაც მოსახლეობის ჯანრმთელობაზე უფრო მეტი ზეგავლენა აქვს. ავტორიტარული

რეჟიმის პირობებშიც კი, შესაძლებელია საზოგადოების აზრმა გადაწყვეტილების მიმღებებზე გავლენა მოახდინოს და არარაციონალური გადაწყვეტილება მიაღებინონ. მაგ. არ გატარდეს ღონისძიებები თამბაქოს მოხმარების ან არაჯანსაღი საკვების წინააღმდეგ.

გამოხატული მოთხოვნილება: გამოხატული მოთხოვნილება გრძნობითი მოთხოვნილებაა, როდესაც პაციენტს სურს იმკურნალოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ან კლინიკას მიაკითხოს. თუმცა ეს სურვილი შესაძლებელია არ დაკმაყოფილდეს, რადგანაც ეკონომიკურმა, გეოგრაფიულმა, სოციალურმა ან ფსიქოლოგიურმა ბარიერებმა, ადამიანი შეაფერხოს და ვერ იმკურნალოს. მკურნალობა შესაძლებელია არ იყოს ხელმისაწვდომი. ასევე შესაძლებელია, რომ მომსახურება იყოს უფასო, მაგრამ არსებობდეს სხვა სახის დაბრკოლებები, როგორიცაა მდებარეობა, ენობრივი ან კულტურული ბარიერები, ხანგრძლივი მოლოდინის პერიოდი ან რთული ჩაწერის პროცესი. ასეთ შემთხვევაში, ადამიანმა, რომელსაც სურს იმკურნალოს, შესაძლოა უარი თქვას მკურნალობაზე, ვიდრე მისი მდგომარეობა უფრო არ დამძიმდება და სამედიცინო ჩარევა, შესაძლოა უფრო ძვირი და აუცილებელი გახდება. დისტანცია, დრო, მგზავრობის ხარჯები, მოუხერხებელი ადგილმდებარეობა, სახელფასო დანაკარგები, უფრო დიდ გავლენას ახდენს პრევენციულ მომსახურებებზე, ვიდრე ქირურგიულ ჩარევაზე, მიუხედევად იმისა, რომ პრევენციული მომსახურება შეიძლება უფასო იყოს. მიწოდების, ადგილმდებარეობის და სერვისების ტიპის ცვლილებამ შესაძლოა ეს ფაქტორები შეცვალოს და მომსახურება უფრო ხელმისაწვდომი გახადოს. უფროსი თაობის ადამიანებმა შესაძლოა უარი თქვან მკურნალობაზე, რადგან ავადმყოფობაზე საუბრისას დისკომფორტს განიცდიან. რელიგიურმა, კულტურულმა ან პოლიტიკურმა ფაქტორებმა შესაძლოა ქალებს ხელი შეუშალონ გააკონტროლონ ორსულობა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ორსულობამ შესაძლოა მათი სიცოცხლე საფრთხის წინაშე დააყენოს. უცოდინრობამ, შესაძლებელია არსებულ კლინიკურ და პრევენციულ სამკურნალო კურსების განხორციელებას ხელი შეუშალოს.

შედარებითი მოთხოვნილება: ეს ტერმინი ეხება მოსახლეობის მსგავსი ჯგუფების მოთხოვნილებებს, ორ მეზობელ რეგიონში, სადაც ცხოვრობენ ერთი და იმავე ასაკის, სქესის, სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ადამიანები. ერთ რეგიონს შესაძლოა ჰქონდეს განსხვავებული სერვისი, როგორიც არის წყლის დაწმენდა, ხოლო მეორე რეგიონს – არა. მეორე რეგიონის მოსახლეობას ობიექტურად ჭირდება ან მეზობელი რეგიონის სერვისი ან ის სერვისი, რომელიც საუკეთესოა. არ არსებობს ჯანდაცვის ისეთი აბსოლუტური მაჩვენებლები, რომელთა განსაზღვრაც შესაძლებელია, მაგრამ არსებობს ზოგადად მიღებული ჯანდაცვის სტანდარტები, რომლებიც გარკვეულ ასპექტში მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისია. ეს გამომდინარეობს, როგორც მეცნიერებიდან ასევე შეცდომებზე სწავლის გამოცდილებიდან. Aუცილებელია, ახალი ინფორმაციების მიღებისთანავე გადასინჯვა, ისევე როგორც მათგან გამომდინარე, რიცხვობრივი სარგებლების და ხარჯების გაანალიზება.

მოთხოვნა: მოთხოვნა დაფუძნებულია, როგორც პიროვნებების, ასევე საზოგადოების მოლოდინზე. (სურათი 11.2) ეკონომისტები მიიჩნევენ, რომ მოთხოვნა უნდა შეესაბამებოდეს ეკონომიკური ჩაურევლობის მოდელს (ლაისსეზ-ფაირე), რომლის მიხედვითაც პიროვნებამ უკეთ იცის რა სახის მოთხოვნილებები აქვს. მან შესაძლოა იგრძნოს გარკვეული საჭიროება, ხოლო ექსპერტმა შესაძლოა იგივე საჭიროება შეაფასოს, როგორც არაგონივრული. პაციენტმა შესაძლოა ექიმისგან ვირუსული ინფექციის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკის დანიშვნა მოითხოვოს, რომელსაც არანაირი ეფექტი არ ექნება და შესაძლოა მისი მდგომარეობა კიდევ უფრო დაამძიმოს. საჯარო საავადმყოფომ შესაძლოა გადაწყიტოს, გაზარდოს საწოლების რაოდენობა ან მომხმარებელთა მოთხოვნის საფუძველზე მაღალ-ტექნოლოგიური აღჭურვილობა შეიძინოს. პაციენტმა შესაძლოა იფიქროს, რომ რეფერალზე უარის თქმა ექიმის მიერ გეგმიური მკურნალობის კურსის მიმდინარეობისას გაუმართლებელია, მაგრამ უარის მიზეზი, შესაძლოა არის კანონიერი ან ეთიკური ფაქტორი. ექიმებს სურთ პრესტიჟული და კეთილმოწყობილი საავადმყოფო ჰქონდეთ, მაღალი ხარისხის აღჭურვილობით, თუმცა დაგეგმარებამ მოსალოდნელია ცხადყოს, რომ ეს სურვილი ეკონომიკურად გაუმართლებელია. თუმცა ეს მიდგომა ცალსახა არ არის; ტექნოლოგიური და კლინიკური გამოცდილების დაგროვების შედეგად შესაძლოა პროცედურული ხარჯები შემცირდეს და რაც ადრე

გაუმართლებლად იყო მიჩნეული, მისაღები და მართებული გახდეს. მსგავსი კონფლიქტური შემთხვევები ჯანდაცვის განვითარების პროცესის თანმდევია და გარდაუვალია.

მიწოდება: მოთხოვნის სტიმულირება შესაძლებელია, როგორც ჯანდაცვის მომსახურებების შეთავაზებით, ასევე მიწოდების ცვლილებების საშუალებით. საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის გაზრდამ შესაძლებელია მათი გამოყენება გაუმართლებელ მოთხოვნამდე გაზარდოს. ასევე შესაძლებელია, რომ მიწოდების გაზრდამ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს საავადმყოფოში უფრო ხანგრძლივი დაყოვნებისკენ უბიძგოს. უფასო მომსახურებების დანერგვამ თავისუფლად მოსალოდნელია, რომ ადამიანებს მისცეს მოტივაცია უფრო ხშირად გამოიყენონ მსგავსი მომსახურებები, ვიდრე ეს მათ რეალურად ესაჭიროებათ, ყველა თანამედროვე საუკეთესო სტანდარტების გათვალისწინებით. ზოგიერთი სერვისის ჭარბი და არაზომიერი გამოყენება აქტიურად შეიძლება იყოს მოთხოვნილი და გამოყენებული საშუალო და მაღალი ფენის მიერ, ხოლო ის სერვისები, რომლებიც დაბალი ფენისთვის უფრო აუცილებელი და საჭიროა, რესურსების არათანაბარი განაწილების გამო შესაბამისად მიწოდებული არ იყოს. ხანდახან პროვაიდერების მთავარი ინტერესია, რომ მომსახურებებზე მოთხოვნა გაზარდონ, რადგანაც თანხის გადახდა თითოეულ სერვისზე სათითაოდ ხდება. ეს განსაკუთრებით მაშინ შეიმჩნევა, როცა ქირურგების ზედმეტი მიწოდება ბაზარზე ისეთ კონდიციებს ქმნის, როდესაც არააუცილებელი ქირურგიული ჩარევები იზრდება.

გროსმანის მოთხოვნის მოდელი: ეკონომიკური მოთხოვნის გროსმანის მოდელი, საკმაოდ ხშირად გამოიყენება. ეს მოდელი, ჯანდაცვას წარმოების ფუნქციის კუთხიდან განიხილავს, როდესაც ჯანმრთელობის მდგომარეობა (გამოსავალი) არის ჯანდაცვის მომსახურების (არგუმენტირებულად დახარჯული რესურსი) რეზულტატი. არგუმენტი განისაზღვრება შემდეგ ტიპებად: გარემო, ინდივიდი და ჯანდაცვის სისტემა. ინდივიდის ჯანდაცვის მომსახურების მოთხოვნაზე დიდი ეფექტი აქვს შემდეგ ბარიერებს: სოციო-ეკონომიკური, განათლება, კულტურული სხვაობები, ასაკობრივი და ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ამ მოდელის მიხედვით, ყველა ადამიანს დაბადენისთანავე ერგო ჯანმრთელობა. ჯანმრთელობა განიცდის „ცვეთას“ რომლის აღსადგენად და შესანარჩუნებლად აუცილებელია „ინვესტიცია“. ის ტემპი, რომლითაც „ჯანმრთელობა ცვეთას„ განიცდის გამოსახულია მაჩვენებლით, რომელიც ასახავს დროისა და „ჯანმრთელობის ცვეთის“ ურთიერთდამოკიდებულებას. ინვესტიცია, რომელიც ადამიანს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში ხელს უწყობს, შესაძლებელია გამოხატული იყოს მუდმივი ვარჯიშით ან ფიტნესით, რეგულარული ჯანმრთელობის ხელშემწყობი აქტივობით.

ამგვარად, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილება წარმოადგენს სამედიცინო ზრუნვის ფუნქციას, ისევე როგორც ვარჯიში, კარგი თა-

სურათი 11.2 ჯანმრთელობის სამსახურებისთვის საჭირო ფაქტორები

ვშესაფარი, თამბაქოზე ნაკლებად დამოკიდებულება და ის სოციალური ფაქტორები, რომელთა რიცხვობრივი გამოსახვა რთულია. ცხოვრების მიმდინარეობასთან ერთად მზარდი „ჯანმრთელობის ცვეთის“ ტემპი, შესაძლებელია გაზრდილი „ინვესტიციით“ დაბალანსდეს, რომლითაც უფრო ინტენსიური მომსახურებების კურსების მიღება მოხდება. წარმოების ფუნქცია თავის მხრივ გარემოს ცვლადებზეა დამოკიდებული, როგორიც არის განათლება და რომელიც წარმოების პროცესის ეფექტურობას ცვლის. პერსონალურ არჩევანს ჯანდაცვაზე თავისი ეფექტი აქვს, როგორიც არის დროის დათმობა სირბილზე, არჩევანი მიიღო თუ არა ცხიმიანი საჭმელი და მოიხმარო თუ არა თამბაქოს ნაწარმი.

ჯანმრთელობა არის ერთგვარი ინვესტიცია. ავადმყოფობას თან სდევს დისკომფორტი, შემცირებული შემოსავალი სამსახურიდან. ჯანმრთელობას, როგორც მოხმარების საგანს, შეუძლია ინდივიდს სიცოცხლის მაღალი სტანდარტი შეუქმნას, ააცილოს დისკომფორტი და მის გარეგნობაზე ისევე იმოქმედოს, როგორც პლასტიკურმა ქირურგიამ. ხანდაზმული ადამიანები საავადმყოფოებს უფრო ხშირად აკითხავენ, ვიდრე ახალგაზრდები, რადგანაც მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ასაკის მატებასთან ერთად უარესდება და ჯანმრთელობის პრობლემა უფრო ხშირად აქვთ. ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები, თავის მხრივ, ინდივიდების მოქმედების თავისუფლებას ზღუდავს. სადაზღვევო კომპანიებმა შესაძლებელია დაზღვევაზე უარი თქვან, თუ მსურველის ასაკი მათ მიერ დაწესებულ ზღვარს ცდება, თუ მისი ჩვევები (მწეველია თუ არა) კომპანიის პოლიტიკას ეწინააღმდეგება ანდა არ აკმაყოფილებს მსურველის ჯანრმთელობის სტატუსის ისტორია(გადატანილი ან ქრონიკული დაავადებები).

გროსმანის მოდელში, მზარდი შემოსავალი შესაძლოა ჯანმრთელობაზე უარყოფითად აისახოს. ამის მთავარ მიზეზად კი ადამიანების რისკის მიმართ ტოლერანტობის ზრდა სახელდება. 1940-1950-იან წლებში ინდუსტრიულ ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე ცხიმიანი საკვების ჭარბი მიღება, თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის მიღება, ავტოკატასტროფები შემოსავლის ზრდასთან, კარდიოვასკულური დაავადებებისგან და ტრავმისგან გარდაცვლილთა რიცხვთან ერთად იზრდებოდა. მსგავსი ტენდენცია შეიმჩნეოდა 1980-1990 წლებში განვითარებადი ქვეყნების მზარდ საშუალო ფენაში. განვითარებად ქვეყნებში უკიდურესად გაჭირვებული მოსახლეობის ნაწილზე, რომელთა ძირითადი პრობლემა არაადეკვატური კვება და ინფექციური დაავადებებია, გაზრდილი შემოსავალი უფრო უკეთესად აისახება, რადგანაც ისინი ახერხებენ უკეთ იკვებონ და საერთო ჯამში ჯანმრთელობის მდგომარეობა გამოისწორონ.

მოხმარების საგანი, ეკონომისტების მიერ მიმდინარე მტკიცებულებების საფუძველზე ახსნილი იყო, როგორც რესურსების საუკეთოსოდ გამოყენება საზოგადოებისა და ინდივიდების სასარგებლოდ. თავისუფალი ბაზრის მომხრე ეკონომისტები და მსოფლიო ბანკი, ერთ დროს ჯანდაცვის ინვესტირებას რესურსების არაეფექტურ მოხმარებად მიიჩნევდნენ. მათი მოსაზრებით, ინვესტიციები უფრო პროდუქტიულ სფეროებში უნდა განხორციელებულიყო, რომელიც თითოეულ მოსახლეზე აისახებოდა. დემოკრატი სოციალისტები და ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნები, ჯანდაცვის ფინანსირებას გამართლებულ ინვესტიციად მიიჩნევდნენ, როგორც ეკონომიურად ასევე სოციალურად. მათი ღრმა რწმენით, ყველა ადამიანს აქვს უფლება სრულფასოვანი განათლება მიიღოს და ჯანმრთელი იყოს. ამ მიდგომამ საერთაშორისო აღიარება დაიმსახურა პროგრამაში „ჯანმრთელობა ყველასთვის“, ფუნდამენტური საზოგადოებრივი სამართლისა და ადამიანის უფლებებისთვის. მსოფლიო ბანკის 1993 წლის უტილიტარულ დასკვნაში ინვესტიციები ჯანდაცვაში, ჯანდაცვის დაფინანსება განხილულია, როგორც ინვესტიცია ეკონომიკურ ზრდაში.

ᲞᲝᲜᲓᲣᲠᲔᲜᲢᲣᲚᲘ ᲯᲐᲜᲓᲐᲪᲕᲐ

ჯანდაცვის სერვისი ისტორიულად როგორც პრივატულ, საქველმოქმედო, რელიგიურ ან სამთავრობო საქმიანობად იყო აღქმული. იმ ქვეყნებშიც კი, რომლებშიც ჯანდაცვას სახელმწიფო აფინანსებს, ბაზარზე ორიენტირებული მიდგომა განვითარდა. ეს მომხმარებელს საშუალებას აძლევს რამდენიმე კონკურენტული ალტერნატივიდან საუკეთესო ვარიანტი ამოირჩიოს. ამგვარი მიდგომა 1990-იანი წლების დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის რეფორმის საფუძველს

წარმოადგენს, სადაც პირველადი დახმარების მიმწოდებელი არის ფონდი, რომელშიც მომხმარებლები საკუთარი ნება-სურვილით წევრიანდებიან. ფონდი თავისი პაციენტებისთვის, საუკეთესო საავადმყოფოებსა და სპეციალისტებს უზრუნველყოფს, რათა მომხმარებელთა მოთხოვნილებები საუკეთესოდ დააკმაყოფილონ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაგეგმილი პროგრამები ან მსგავსი ფონდები მომხმარებლებისგან სადაზღვევო გადასახადს კაპიტაციურად იღებენ და მათ საავადმყოფოებსა და სპეციალისტებს არსებული ალტერნატივებიდან ურჩევენ. მსგავსი ტენდენცია შეინიშნება სხვა ქვეყნებშიც (ისრაელი, კოლუმბია, ფილიპინები, იორდანია), სადაც მომხმარებელი არჩევს ჯანდაცვის პროგრამას ან ფონდს, რომელიც მომსახურების ხარისხსა და ღირებულებაზე პასუხისმგებელი ავტომატურად ხდება. თავის მხრივ მსგავსი ფონდები თავიანთი მომხმარებლებისთვის კონკურენტულ გარემოში საუკეთესო ალტერნატივებს ეძებენ.

ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა, საავადყოფოებმა თუ პირველადი დახმარების ცენტრებმა ინდივიდებისთვის და მთლიანად საზოგადოებისთვის ხარისხიანი მომსახურება უნდა უზრუნველყონ, რათა კონკურენტულ გარემოში არ-

ჩანართი 11.1 ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის ვალდებულებები

1. უწყვეტი მომსახურება შესაძლებლობა: 24-საათიანი უწყვეტი მომსახურება ყოველ დღე არდადეგებსა და უქმეებზე.
2. მდებარეობა: პაციენტს შეუძლია ადვილად და დროულად მივიდეს მომსახურების ცენტრში.
3. ანგარიშვალდებულება: მიმწოდებელი უხსნის პაციენტს პროგრამებს, გადაწყვეტილებებს და პროცესებს.
4. ხელმისაწვდომობა: მომსახურებას ადევს ზომიერი და მისაღები ფასი ყველასთვის.
5. მიღებადობა: მოსახერხებელი სტილი და მანერა კადრების, პაციენტის და ოჯახის.
6. აკრედიტირებულობა: ორგანიზაცია გადის მესამე პირის (სპეციალური სააგენტოს) შეფასებასა და მონიტორინგს და რეკომენდაციებს ითვალისწინებს.
7. თანასწორუფლებიანობა: თანაბარი მიდგომა სხვადასხვა, ასაკის, სქესის, რელიგიის, ეთნიკური წარმომავლობის, სოციუმის, პოლიტიკური შეხედულების, გადამხდელუნარიანობის პაციენტებთან.
8. ეფექტურობა: პერსონალის, ფინანსური რესურსისა და სხვა რესურსების ეფექტური გამოყენება.
9. ეთიკური: აკმაყოფილებს მიმდინარე სოციალურ, მორალურ, ეთიკურ და იურიდულ სტანდარტებს.
10. მომხმარებელთა უფლებების დაცულობა: პაციენტები მომსახურების ან გადაწყვეტილების განხორციელების წინ, გაფრთხილებულნი არიან, მათი უფლებებისა და სხვა ალტერნატივების შესახებ.
11. ფინანსური სიჯანსაღე: შესაძლებლობა, რომ მიმდინარე ფინანსური ვალდებულებები დააკმაყოფილოს.
12. მიზნები: გაწერილი, განსაზღვრული, განხილული და გამოყენებული, როგორც გეგმარებისა და მონიტორინგის საფუძველი.
13. ინოვაციური: კლინიკური და პრევენციული მეთოდების მიმართ დამყოლი.
14. ხარისხი: ხელს უწყობს მომსახურების მაღალი სტანდარტებისა და ბაზარზე არსებული კომპანიების სერვისების კონკურენტული მომსახურებების დანერგვას.
15. საზოგადოებისთვის მისაღები: საზოგადოების მოლოდინების დაკმაყოფილება, მათი პროცესებში ჩართულობით, ჯანმრთელობის სტანდარტების მისაღწევად.
16. სერვისის მრავალფეროვნება: შესაძლებლობა, რომ დააკმაყოფილონ მომხმარებელთა სხვადასხვა მოთხოვნები.

სებობა შეძლონ. მსგავსი ინსტიტუტებისთვის მომხმარებელი მთავარი საორიენტაციო წერტილია, რომლის გარშემოც პროცესები ვითარდება. ზოგიერთ ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის რეფორმა კონკურენციისა და საბაზრო მექანიზმის რეგულირებას მოიცავს.

ჯანდაცვის ბაზრის მექანიზმი რთულად აღსაქმელია მათთვის, ვინც ფიქრობს, რომ ხელმისაწვდომობაზე და თანაბარუფლებიანობაზე შესაძლებელია ყურადღების მოდუნება. მათთვისაც, ვისაც მიაჩნია, რომ მომხმარებლის სრული ინფორმირება სავარაუდო ალტერნატივებით აუცილებელი არ არის. რეალურად კი არსებობს ჯანდაცვის ბაზრის მრავალი ფაქტორი, რომელსაც გავლენა აქვს ისეთ მოთხოვნაზე, როგორიც არის, სერვისებისა და გამოცდილი კადრების მიწოდება, ასევე ექიმების ანაზღაურების პირობები და მეთოდები. ეს ყველაფერი ერთად ჯანდაცვის ეკონომიკაზე მოქმედებს. თუმცა, მაშინ, როცა მომხმარებლებს პროვაიდერების არჩევანის საშუალება არ აქვს, პროვაიდერებისა და მომხმარებლებისგან ექსპლუატაციის საშიშროება არსებობს. მკურნალობის მართული სისტემა დამოკიდებულია საავადმყოფოს არასაჭირო გამოყენების შემცირებასა და ამბულატორიული და სახლზე მკურნალობის მომსახურების გაზრდაზე. სერვისები, რომლებიც პაციენტებს საავადმყოფოში ემსახურება, თავისუფლად შესაძლებელია, რომ უფრო წარმატებულად იქნეს მიწოდებული სახლში მყოფი პაციენტებისთვის. ჯანდაცვის ორგანიზაციის მენეჯერმა ან აღმასრულებელმა დირექტორმა გარდამავალი ეტაპი უნდა აკონტროლოს, რომლის დროსაც სამედიცინო დახმარება ხდება არა საავადმყოფოში, არამედ მის გარეთ. თუმცა, აუცილებელია ხარჯები გაკონტროლდეს იმისთვის, რომ კომპანიამ კონკურენტუნარიანობა და ფინანსური სიჯანსაღე შეინარჩუნოს.

მოთხოვნის ელასტიურობა

მოთხოვნა შესაძლებელია მოექცეს იმ ფაქტორების გავლენის ქვეშ, რომელსაც მომხმარებელი, მიმწოდებელი, მიწოდება და მომსახურების ადგილმდებარეობა განსაზღვრავს. მოთხოვნის ელასტიურობა წარმოადგენს მომსახურებების ან ნივთების მოთხოვნისა და ფასის ურთიერთქმედებას. მომხმარებლის ხარჯი არის არჩევნის ფაქტორი, იყიდოს ნივთი თუ მიიღოს მომსახურება. თუკი ფასი აიწევს, მოთხოვნა დაიწევს, შესაძლებელია მოხდეს პირიქითაც.

კლასიკური კაპიტალისტური თეორიის მიხედვით, ინდივიდს საუკეთესოდ შეუძლია განსაზღვროს მისი მოთხოვნილებები და გადაწყვიტოს რა შეიძინოს. ამავე თეორიის მიხედვით, ინდივიდები იძენენ ჯანდაცვის პაკეტებს ღირებულებისა და ხარისხის მიხედვით, ისევე, როგორც მაცივრის ყიდვის დროს ხდება. ინდივიდები გადაწყვეტილებებს იღებენ, მათ ხელთ არსებული ინფორმაციის, რესურსებისა და შემეცნების მიხედვით. საბაზრო ეკონომიკის მომხრეები ვარაუდობენ, რომ ჯანდაცვის სისტემამ მომხმარებლებს არჩევნის გაკეთების მეტი თავისუფლება და კონტროლის საშუალება უნდა მისცეს. მათი აზრით, მსგავსი პირობების შექმნა კონკურენციას გაზრდის და ფასების შემცირებას გამოიწვევს.

ამ მიდგომის მოწინააღმდეგები ამტკიცებენ, რომ ჯანდაცვა უფრო კომპლექსური და რთულია, ვიდრე გამყიდველის და მყიდველის ურთიერთობა. ბაზარს არ აქვს საშუალება, რომ ეს სფერო მართოს. ბაზრის მექანიზმი ისევე განისაზღვრება მოთხოვნით, ხელმისაწვდომობითა და გადახდის მეთოდებით, როგორც მომხმარებელთა არჩევანით. მომსახურების მიწოდება არის მოთხოვნის წინაპირობა, ისევე როგორც წინასწარ გადახდა. მომხმარებლები ენდობიან თავიანთ ექიმებს; მსგავს თანამშრომლობას ეწოდება „სააგენტოსთან ურთიერთობა“. მედიკოსები გადაწყვეტილებებს იღებენ პაციენტების მოთხოვნებისა და არსებული მიწოდების გათვალისწინებით, როდესაც ანგარიშსწორება მესამე პირის მიერ ხორციელდება, მაგალითად, სადაზღვევო კომპანიის მიერ ან სახელმწიფოს მიერ და მომხმარებელი უმნიშვნელო ნაწილს იხდის, არასაჭირო სამედიცინო მომსახურების რისკი იზრდება, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც ექიმის ანაზღაურება მომსახურების რაოდენობით განისაზღვრება.

ზოგიერთმა ასევე შესაძლოა შეიძინოს დამატებითი ან განსხვავებული მომსახურება, რომელიც დამოკიდებულია მოსალოდნელი სარგებლის მასშტაბებზე (ზღვრული სარგებლიანობა). ზღვრული დანახარჯი თავის მხრივ წარმოადგენს დამატებითი შესყიდვის ხარჯს. კლასიკური

ეკონომიკის თეორიის მიხედვით, მომხმარებელი თანახმაა შეიძინოს სერვისი, როდესაც ზღვრული სარგებელი ზღვრულ დანახარჯს აღემატება ან უტოლდება. აღნიშნულმა თავისუფალი ბაზრის თეორიამ შესაძლოა ზოგიერთი სასიცოცხლო მნიშვნელობის მომსახურებების არასაკმარისი მიწოდება გამოიწვიოს, განსაკუთრებით პრევენციული მომსახურებების, რომლებიც მოსახლეობას ყველაზე მეტად ჭირდება. თუკი სამედიცინო მომსახურება თავისუფალ ბაზარზე ხორციელდება, მაშინ მომხმარებლები საზოგადოების სხვა ნაწილის მოთხოვნილებებს არ ითვალისწინებენ. მაგალითად, თუკი ვაქცინები ხელმისაწვდომია აბსოლუტურად თავისუფალ ბაზარზე, ბევრი ადამიანი საკუთარი მოსაზრებით არ იყიდის ვაქცინას, რაც შემცირებული იმუნიტეტის გამო საზოგადოების ზოგადი რისკის ზრდას გამოიწვევს. საზოგადოების ერთ მთლიან ორგანიზმად აღქმის შემთხვევაში, გარეშე ფაქტორები გათვალისწინებული უნდა იყოს საჯარო ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებისას.

იმ ბაზრებზე, სადაც ბევრი მიმწოდებელი ოპერირებს, კონკურენცია უფრო მაღალია და კომპანიები პაციენტებს მომსახურების უფრო მაღალ ხარისხს და დაბალ ფასებს სთავაზობენ. თუმცა, ისეთ ბაზრებზე, სადაც რამდენიმე კომპანიის მიერ მომსახურების ფასები და სახელფასო განაკვეთები კოლექტიურად დგინდება, კონკურენცია დაბალია და შესაბამისად ფასებზე და ხარისხზე კონკურენციის გაწევა არ ხერხდება. საავადმყოფოს და სადაზღვევო მომსახურებების ბაზარზე არსებული მონოპოლიები (მხოლოდ ერთი მიმწოდებელი) ან ოლიგოპოლოები (რამდენიმე მიმწოდებელი) ხელს უშლის ფასების კონკურენციას და ხშირად ერთ ფასზე ხდება შეთანხმება. მონოპსონია არის ბაზრის ის მდგომარეობა, როდესაც ბაზარზე არის მხოლოდ ერთი მყიდველი. სამედიცინო სფეროში მონოპსონია აიხსნება მყიდველთა ანუ პაციენტთა საერთო მოთხოვნილებებით, რომ შემცირდეს ფასები ან ბაზარზე უფრო მეტი სერვისები დაინერგოს. მონოპსონიის პირობებში, პროვაიდერები წნეხის ქვეშ ექცევიან და იძულებულნი არიან მომხმარებელთა მოთხოვნებს აყვნენ.

პრივატიზებულ ჯანდაცვის სისტემაში, როგორიც ეს იყო ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1990-იან წლებამდე, მკურნალობაზე მოთხოვნა იყო ფასის, მომხმარებლის თანაგადამხდელობის ან სადაზღვევო პაკეტების შეზღუდვით რეგულირებული. გარანტირებული სადაზღვევო პაკეტები, მომხმარებლის თანხობრივ მონაწილეობას მოითხოვს, დაზღვეულმა უნდა გადაიხადოს მომსახურების ნაწილი, ან უნდა აიღოს დამატებითი სადაზღვევო პაკეტი, რომ სრულყოს მომსახურება. შეერთებულ შტატებში დაზღვეულებს აქვთ ორი ალტერნატივა: მომსახურების ღირებულების ნაწილი თავად გადაიხადონ ან გეგმიური ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტის მფლობელები გახდნენ, მაგრამ ლიმიტირებულ მომსახურებებზე მიუწვდებოდეთ ხელი. ასე რომ, მათ უნდა აირჩიონ მაღალი ფასი ან ლიმიტირებული მომსახურება.

საჯარო ჯანდაცვის სისტემაში მოთხოვნა მიწოდებაზე ლიმიტების დაწესებით ან მომხმარებლის იძულებით რეგულირდება. პაციენტმა თავდაპირველად უნდა მიმართოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, რომელიც შემდეგ წყვეტს მისთვის რა იქნება უკეთესი. ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ჯანდაცვის ჯაჭვში ჩაბმით ხდება მოთხოვნის რეგულირება. ეს მიდგომა გამოყენებული იყო მრავალი ჯანდაცვის სისტემით, მათ შორის ამერიკის შეერთებული შტატების გეგმური ჯანდაცვის პაკეტებით. ეს მიდგომა მომხმარებელთა მხრიდან აღქმულია, როგორც საკამათო შეზღუდვა, რადგანაც მათ შესაძლებელია სურდეთ თავად აირჩიონ რომელ ექიმთან სურთ მკურნალობა, მეორე მხრივ კი, საშუალებას აძლევთ თავიდან აირიდონ რამდენიმე სხვადასხვა ექიმთან ვიზიტი და შესაბამისად ზედმეტი თანხის გადახდა.

საბაზრო მიდგომა მომხმარებელთა არჩევანზეა დაფუძნებული, რომელთა მთავარი საზრუნავიც გაუმჯობესებული ჯანმრთელობაა. დამსაქმებელმა დასაქმებულს დაზღვევის რამდენიმე ალტერნატივა უნდა შესთავაზოს. არსებობს სერვისის ტიპი „გადასახადი მომსახურება“, როდესაც მომხმარებლები გადასახადს ყოველთვიურად იხდიან, ხოლო გეგმური მომსახურებისას გადახდა ხდება მაშინ, როდესაც ხდება მომსახურება. გარკვეულწილად, მსგავსი მიდგომა არათანაბარუფლებიანობის ელემენტებს შეიცავს. მომხმარებლებს, რომელთაც შესაძლოა ყველაზე მეტად ჭირდებოდეთ სამედიცინო დახმარება, თანხის უქონლობის გამო შიძლება უარის თქმა მოუწიოთ სამედიცინო მომსახურების შეძენაზე. მუდმივი შემოსავლის უქონლობის გამო მათთვის შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურება შეიძინონ თავისუფალ ბაზარზე და მთლიანად საქველმოქმედო დახმარებებზე ხდებიან დამოკიდებულნი. ეს პრობლემა შეიძლება რამდენიმე გზით მოგვარდეს, კერძოდ: უფასო სამედიცინო დაზღვევის

შეთავაზებით ან უფასო მომსახურების ვაუჩერების დარიგებით.

თუმცა, პაციენტთა ქმედებები და გადაწყვეტილებებები მომსახურების ღირებულებებთან და ხელმისაწვდომობასთან ერთად, სამედიცინო ცოდნაზე და ჯანდაცვის მიმართ მომხმარებელთა მიდგომაზეცაა დამოკიდებული. ადამიანი, რომელმაც არ იცის თანამედროვე შობადობის რეგულაციის მეთოდების შესახებ ან უბრალოდ ცხოვრობს ისეთ საზოგადოებაში სადაც ადამიანთა ცხოვრებას რელიგიური ან პოლიტიკური პრინციპები განსაზღვრავს, ვერ იღებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას თუ რა არის მისი ჯანმრთელობისთვის საჭირო. საბაზრო მექანიზმები სხვადასხვა სისტემაში სხვადასხვაგვარად მუშაობს. იმ ჯანდაცვის სისტემებშიც კი, სადაც ჯანდაცვის სერვისები უფასოა და ჯანმრთელობა ადამიანთა უფლებადაა მიჩნეული, მომსახურებათა მიწოდებაში შეზღუდვები არსებობს. ხარისხის ამაღლებით, მომხმარებლებისთვის მიმწოდებლის არჩევის თავისუფლების მიცემით, ასევე გარკვეული ბარიერების ხელშეწყობით, არასაჭირო სერვისების შესამცირებლად, საბაზრო მექანიზმებს ჯანდაცვის სისტემების რეფორმირებისას უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება.

ხარჯების ანალიზი

ჯანდაცვის ხარჯების ანალიზი შესაძლებელია რამდენიმე მიმართულებით: პაციენტის ხარჯი; დამზღვევის ხარჯი ან ფონდის ხარჯი, რომელსაც მომხმარებლის მაგივრად იხდის; საავადმყოფოს ან სხვა მიმწოდებელის ხარჯი; პაციენტის, მისი ოჯახის, მისი დამსაქმებლის არაპირდაპირი და არამატერიალური ხარჯები, როგორიც არის მისი ავადმყოფობით გამოწვეული გაცდენილი სამუშაო საათები და შემცირებული პროდუქტიულობა.

ალტერნატიული დანახარჯი არის იმ რესურსების გამოყენება, რომელიც საჭირო იქნებოდა მათი სხვაგვარი გამოყენებისას. საავადყოფოს აშენების ხარჯები და ის მიწა, რომელზეც იგი აშენდა, შესაძლოა სხვაგვარად ყოფილიყო გამოყენებული, მაგალითად პირველადი დახმარების ცენტრი ან ბავშვებისთვის დამატებითი სასკოლო პროგრამების ცენტრი. ჯანდაცვაზე მთლიანი ეროვნული პროდუქტის სწრაფმა პროცენტულმა მატებამ შესაძლოა სხვა სექტორების დაფინანსება შეამციროს, როგორიც არის განათლება და მნიშვნელოვანი სოციალური პროგრამები.

არამატერიალურია ასევე სოციალური ხარჯი, რომელიც მთელ საზოგადოებაზე შემცირებული სამსახურებრივი პროდუქტიულობის გამო ვრცელდება. პერსონალური ხარჯები კი მოიცავს მომსახურებისთვის პაციენტის მიერ გადახდილ თანხას, დაზღვევის ხარჯებს, გაცდენილი სამუშაო საათების გამო დაკარგული ხელფასის ნაწილს, მედიკამენტებში გადახდილ თანხას და ა.შ.

ჯანდაცვის მდგომარეობის ეკონომიკური საზომები

ეკონომიკური ანალიზი, მხოლოდ გასაწევი ხარჯებისა და დასახარჯი რესურსების ანალიზს არ გულისხმობს, იგი ასევე შესაბამისი შედეგების ანალიზს მოიცავს. სავარაუდო შედეგები მოიცავს, სიცოცხლის ხანრგძლივობის გაზრდას, მოკვდავობის შემცირებას, დაავადებების სიხშირის კლებას. უფრო მაღალ ფუნქციურ დონეებზე გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხი ჯანდაცვის სისტემის შედეგების საზომია. ეროვნული და პერსონალური რესურსების გამოყენება და ხარჯვა ეკონომიკური შეფასების საგანია. ერთ-ერთი ეკონომიკური საზომია „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“(DALY) და „სიცოცხლის წლებზე ასახული ცხოვრების ხარისხი“(QALY), რომლებიც მთლიანი სოციუმის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორებს წარმოადგენს. „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“ გულისხმობს ჯანმრთელ ცხოვრებას, რომელიც შესაძლებელია შეწყდეს ნაადრევი სიკვდილის ან დაავადების გამო. „სიცოცხლის წლებზე ასახული ცხოვრების ხარისხი“ ზომავს ცხოვრების ხანრგძლივობას, რომელშიც გათვალისწინებული და ასახულია ცხოვრების

ხარისხის ცვლილებები. ცვლილებები მოიცავს ჯანმრთელობის ორ ან რამდენიმე ასპექტს: ტკივილი, დაავადება, ხასიათი ან ადამიანის შესაძლებლობა, რომ გარკვეული ტიპის სამსახური შეასრულოს. „სიცოცხლის წლებზე ასახული ცხოვრების ხარისხი“ და „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“ შექმნილია ექსპერტთა შეფასებებით. შეფასებები გაკეთებულია გარკვეული დაავადებებისგან მიღებული ზიანის მიხედვით. ზიანი შესაძლოა იყოს – კომუნიკაციის დაქვეითებული უნარი, უძილობა, ტკივილი, დეპრესია, სექსუალური, კვებისა და მობილიზებულობის მოშლილობა.

ინდივიდის ჯანმრთელობის შეფასება აღნიშნული მიდგომით შეიძლება კონკრეტულ ციფრებში აისახოს. ქულები არის დაჯამებული შედარებისთვის. მთლიანი ქულა მაქსიმალური შესაძლო ქულის მიხედვითაა გამოთვლილი. ეს პროცესი საშუალებას იძლევა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედარებები გაკეთდეს და შეფასდეს ალტერნატიული ინტერვენციები რამდენად ეფექტურად ხორციელდება. თუმცა შედეგები შემფასებლის სუბიექტურ აღქმაზეა დამოკიდებული. მიუხედავად იმისა, რომ ეს საზომები არ მოიცავს ავადმყოფობის ყველა განმსზაღვრელ ფაქტორს, მოკვდავობისა და ეკონომიკური ინდიკატორების შერწყმა, საშუალებას იძლევა ავადმყოფობის ეკონომიკური ეფექტი გაიზომოს და ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარებისას სწორი ანალიზი გაკეთდეს.

„სიცოცხლის წლებზე ასახული ცხოვრების ხარისხი“ და „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“ მოკვდავობისა და ცხოვრების ხარისხის შედარების საფუძველს წარმოადგენს. აღნიშნული ჯანდაცვის მდგომარეობის ინდიკატორები, მიჩნეულია საიმედოდ იმისთვის, რომ პრიორიტეტთა სწორი განსაზღვრა მოხდეს და ჯანდაცვის პოლიტიკის სხვადასხვა ვარიანტი ჩამოყალიბდეს. მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და სხვა ორგანიზაციები ხსენებულ საზომებთან ერთად, იყენებენ სხვა ინდიკატორებს იმისთვის, რომ ჯანდაცვის მდგომარეობისა და მისი განმსაზღვრელი ფაქტორების ურთიერთკავშირით შესაძლებელი იყოს დაავადებების ზოგადი მდგომარეობის შესწავლა. მთავარ მიზანს კი პრიორიტეტების და ინტერვენციის პოლიტიკის განსაზღვრა წარმოადგენს.

სამედიცინო ინტერვენციის შედეგები შესაძლებელია უკვე გამოქვეყნებული მონაცემებით განისაზღვროს. ცხოვრების ხანგრძლივობის ცვლილება იმ ადამიანისთვის, რომელმაც არითმიული შეტევა გადაიტანა და ხელოვნური გულის სტიმულატორი გადაუნერგეს, არის დაახლოებით 36-46 თვით გახანგრძლივებული ცხოვრების პერიოდი. ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის შედეგად, იმ პაციენტისთვის, რომელსაც განმეორებადი ლიმფომა (არა-ჰოდკინის) აწუხებდა, ცხოვრების გახანგრძლივება შესაძლებელია 72 თვით მოხდეს. პრევენციული პოლიტიკის შედეგები, რომელიც მთლიანი მოსახლეობის მასშტაბით არის გამოთვლილი ბევრად ნაკლებია. საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოკვლევა ზოგადად ქალის სიცოცხლის ხანგრძლივობას 3 თვით ზრდის, ხოლო დროული გამოკვლევა, გამოვლენა და ადრეული სწორად ჩატარებული მკურნალობა კონკრეტული ადამიანის შემთხვევაში, დაახლოებით – 25 წლით. ეს ციფრები საჯარო ინფორმაციას ეყრდნობა, რომელიც შესაძლებელია ალტერნატიულ სტრატეგიებთან და ჯანდაცვის პრიორიტეტებთან საკმაოდ ეფექტურად იყოს შედარებული.

ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი

ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი ჯანდაცვაში განისაზღვრება, როგორც კონკრეტული ინტერვენციული პოლიტიკის განხორციელების, შესაბამისი ხარჯებისა და წმინდა სარგებლის ანალიზით. ანალიზი გამოიყენება იმისთვის, რომ განისაზღვროს ყველაზე ნაკლებად ძვირი ალტერნატივა, რომელიც მიზნის მისაღწევადაა საჭირო. ამ პროცესის ძირითადი მიმართულებაა ალტერნატიული მეთოდების განუწყვეტელი ძიება და მათი შედარება. ყველაზე მეტად ეფექტური ალტერნატივაა ის, რომელიც იგივე მიზნის მისაღწევად მინიმალურ რესურსებს იყენებს. „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“(DALY) – ამ ინდიკატორის გაუმჯობესებით გამოწვეული ხარჯების მინიმალიზაცია ხარჯების ეფექტურ მენეჯმენტზე მიანიშნებს. ამგვარად, ინტერვენციის შესაბამისი ალტერნატივა პრიორიტეტული უნდა იყოს.

მკურნალობის სხვადასხვა ალტერნატივები შეიძლება შედარდეს, მაგალითად, როგორიც

არის ქირურგიული ჩარევა ან მედიკამენტებით მკურნალობა, ერთდღიანი ქირურგიული ჩარევა (რომლის დროსაც არ არის საჭირო ოპერაციის შემდეგ საავადმყოფოში დარჩენა) ან სტანდარტული ქირურგიული ოპერაცია (პაციენტი რჩება საავადმყოფოში რამდენიმე დღე), სახლში მკურნალობა თუ ჰოსპიტალური მკურნალობის კურსი. როგორც 11.2 ცხრილშია ნაჩვენები, განვითარებადი ქვეყნებისთვის ყველაზე მეტად ეფექტური მომსახურება იმუნიზაციის ინტენსიური პროგრამაა, რადგანაც სწორედ ის დაავადებებია „სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის პერიოდი“-ის ნეგატიური ეფექტის მიზეზი, რომელთა პრევენციაც ვაქცინაციითაა შესაძლებელი. სხვა ეფექტური პროგრამები მოიცავს იოდისა და A ვიტამინის ნაკლებობის, ასევე ნაწლავური ჭიის პრევენციას, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ინდიკატორებზე არც თუ ისე მყისიერად აისახება.

1993 წლის მსოფლიო ბანკის დასკვნის მიხედვით, სხვადასხვა სახის ინტერვენციები, რომლებიც განვითარებად ქვეყნებში სამოქალაქო ჯანდაცვისა და კლინიკურ მომსახურებებს ეფუძნება, ერთმანეთს ეკონომიკური ინდიკატორებისა და შესაბამისი ხარჯების მიხედვით შედარდა. ასეთი ანალიზი ხელს უწყობს ძირითადი და აუცილებელი მომსახურებების

ცხრილი 11.2 ბავშვთა ავადმყოფობის/დაავადებების სიმძიმის ძირითადი მიზეზები განვითარებად ქვეყნებში და რენტაბელური ინტერვენციები, 1990წ.

	დაავადება	„სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის დანაკარგები (მილიონები)	„სიცოცხლის წლებზე ასახული ავადმყოფობის დანაკარგების % მაჩვენებელი	შესაბამისი ჩარევა	რენტაბელობა ($ ყოველ DALY-ზე)
1.	ბავშვთა დაავადებები, რომლებიც ექვემდებარებიან აცრებს	65	10	იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა	12-30
2.	ვიტამინ „A“-ს ნაკლებობა	12	2	იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა ვიტამინებითა და იოდის დანამატებით	12-30
3.	იოდის ნაკლებობა	9	1	იოდის დამატება	19-37
4.	კუჭ-ნაწლავის პარაზიტული ჭიები	17	3	ჯანმრთელობა სკოლაში	20-34
5.	დიარეული დაავადებები	92	14	ავადმყოფი ბავშვის მოვლის ინტეგრირებული სამედიცინო მომსახურება	30-100
6.	ცუდი კვება პროტეინის ენერგიის მიღების თვალსაზრისით	12	2		20-150
7.	ჩვილთა ავადმყოფობა და სიკვდილიანობა	96	15	ოჯახის დაგეგმვა, მოვლა ფეხმძიმობისას და მშობიარობის შემდეგ	30-100
8.	სასუნთქი გზების ინფექციები	98	15		30-100
9.	მალარია	31	5		30-100
10.	თანდაყოლილი პათოლოგიები	35	5	ქირურგია	მაღალი
11.	სხვა დაავადებები	193	28		
12.	მთლიანად/ჯამში	660	100		

წყარო: Bobadilla et al.,1994

კალათის განსაზღვრას, შედარებითი ხარჯების ეფექტურობის საფუძველზე. მაღალი ეფექტურობის ინტერვენციები მოიცავს A ვიტამინის ნაკლებობის პრევენციას, წითელას კონტროლს, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ დანიშნულ ქიმიოთერაპიის დაკვირვებას, მაღალხარჯიან, მაგრამ მაღალეფექტურ ინტერვენციას 15 წლამდე ბავშვებში ლეიკემიის საწინააღმდეგოდ. ამ ტიპის ინტერვენცია გამართლებულია, გამომდინარე იქიდან, რომ მიღებული შედეგები საკმაოდ მაღალეფექტურია. იგივე ტიპის ინტერვენცია 75 წლის პაციენტებისთვის გაუმართლებელი იქნებოდა, იმ მიზეზით, რომ ინდიკატორები მნიშვნელოვნად არ შეიცვლებოდა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პაციენტებს, რომლებსაც თირკმლის უკმარისობის უკანასკნელი სტადია აქვთ, თირკმლის გადანერგვა უფრო იაფი უჯდებათ (3600 დოლარი თითოეულ განაგრძლივებულ წელზე), ვიდრე სახლის პირობებში ჩატარებული დიალიზი (4200 დოლარი თითოეულ გახანგრძლივებულ წელზე) ან საავადმყოფოს პირობებში ჩატარებული დიალიზი (116,000 დოლარი თითოეულ გახანგრძლივებულ წელზე). უფრო მეტიც, ტრანსპლანტაცია უფრო მაღალი ხარისხის სიცოცხლისუნარიანობის გარანტიას იძლევა. „ხარჯების გამოყენების“ ანალიზის მაგალითი, შესაძლოა ზუსტად ის მიდგომაა, რომელშიც გახანგრძლივებული წლები (QALY) ცხოვრების ხარისხის ცვლილებასთან ერთადაა შეფასებული. ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრა, რომელიც მსგავს კვლევებსა და მიდგომებზეა დაფუძნებული, შეზღუდულია იქიდან გამომდინარე, რომ ძნელია საჭირო რაოდენობის დონორი თირკმლის მოძიება და საკმარისი პირობების და სწორი ტრანსპლანტაციის განხორციელება.

ნაღვლის ბუშტის ამოღება დღესდღეობით ენდოსკოპიით ხორციელდება, რაც ადრე მუცლის ქირურგიული ქოლეცისტექტომიით კეთდებოდა. ენდოსკოპია ნაკლებად ტრავმულია და რეაბილიტაციას ბევრად ნაკლები დრო სჭირდება. პაციენტს მეორე დღესვე შეუძლია დაუბრუნდეს სახლსა და სამსახურს, როცა ქოლეცისტექტომიის შემთხვევაში საავადმყოფოში დარჩენა და სამსახურში დაბრუნებამდე სახლში რეაბილიტაცია ჭირდებოდა. ახალი პროცედურა პაციენტისთვის უფრო ხელსაყრელი და უსაფრთხოა. ხარჯებისა და სარგებლის ანალიზისას, სამედიცინო და საავადმყოფო ხარჯებთან ერთად გასათვალისწინებელია დაკარგული სამუშაო საათებით გამოწვეული დანაკარგები. კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ ბევრი არასაჭირო, ხშირად საშიში და ნაკლებად ეფექტური პროცედურები ჩაანაცვლა. ამ მეთოდის საშუალებით, რომელიც ერთ დროს ძვირ და განსაკუთრებულ მომსახურებას წარმოადგენდა, შესაძლებელია ბევრი კონდიციის შესწავლა.

ხანდაზმული, დაუძლურებული ან გარკვეული სიმძიმით დაავადებული ადამიანის მოვლა სახლში, რაც მოიცავს საკვების მომზადებას, მიტანას, მედდობას, ფიზიოთერაპიას, ბევრად უფრო იაფია, ვიდრე ავადმყოფის საავადმყოფოში მკურნალობა. სახლში მკურნალობა მოიცავს, საავადმყოფოში მინიმალური ყოფნის პერიოდსა და სახლში რეაბილიტაციას. მსგავსი მიდგომისას, ასევე გასათვალისწინებელია სოციალური ხარჯები და ის ხარჯები, რომლების გასტუმრებაც პაციენტის ოჯახს მოუწევს. ეს ხარჯები მოიცავს, კვების, ელექტროენერგიის, გათბობის ხარჯებს, სანიტარულ მოვლას და ა.შ. სახლში მომსახურება რეაბილიტაციის შემცირებულ პერიოდს და ინფექციის რისკის არიდებას უზრუნველყოფს, რომელიც შეიძლება პაციენტს საავადმყოფოში წოლისას დაემართოს, ასევე კომფორტს, რომელიც ავადმყოფს საავადმყოფოში აკლია. თუმცა იმ ავადმყოფებისთვის, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაც უფრო მძიმეა და უფრო მეტ ყურადღებასა და მოვლას საჭიროებენ, ხარჯების ოპტიმიზაციის მიზნით საავადმყოფოში მკურნალობა უკეთესი ალტერნატივაა.

ფსიქიატრიული პრობლემის მქონე ადამიანების მკურნალობის ხარჯები სამკურნალო დაწესებულებების მიხედვით განსხვავდება. დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს, ზოგადი მკურნალობის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ ნაწილსა და დღიური მკურნალობის ცენტრს შორის ყველაზე იაფი დღიური მომსახურების ცენტრი ჯდება. თუმცა დაავადების სიმწვავე მსგავსი ანალიზის გაკეთებისას დიდ როლს თამაშობს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დაგეგმვა, შემცირებული ჰოსპიტალიზაციით, ფსიქიკური პრობლემების სამკურნალოდ ადეკვატურ რესურსებს მოითხოვს. საზოგადოებაში რესურსების ხელმისაწვდომობას იმ ხშირი ფაქტების პრევენცია განსაზღვრავს, როდესაც ადამიანები რეგულარული ფსიქიკური პრობლემებით აღმოჩნდებიან ხოლმე უსახლკაროდ, როგორც ეს დიდი ქალაქების შემთხვევაში ხდება.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ყველაზე იაფიანი მეთოდი, ყველაზე ნაკლებად ეფექტურია. მაგ-

ალითად შესაძლებელია განვიხილოთ ორსულობის თავიდან აცილებისთვის შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, რომელიც გაცილებით მარტივი და იაფია ჩასახვის საწინააღმდეგო აბებთან შედარებით, თუმცა გაცილებით ნაკლებ ეფექტური საშუალებაა. სტატისტიკის მიხედვით, აბორტი არასასურველი ორსულობის პრევენციის ყველაზე იაფი საშუალებაა, ჩასახვის საწინააღმდეგო სხვა მეთოდებთან შედარებით, თუმცა თუკი მას ეთიკურ ნორმებთან ერთად გავნიხილავთ, შესაძლოა ზოგ შემთხვევებში სირთულეებს წავაწყდეთ. მან ასევე შესაძლოა სხვა დაავადებები გამოიწვიოს, ასევე მომდევნო ფეხმძიმობისას როგორც დედას ასევე ჩვილსაც სირთულეები შეუქმნას.

ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი ინტერვენციის ხარჯებსაც და მის ეფექტურობასაც ითვალისწინებს, თუმცა უპასუხოდ ტოვებს შეკითხვას, როდის უნდა განხორციელდეს ინტერვენცია.

ხარჯისა და სარგებლიანობის ანალიზი

ეს ანალიზი ძირითადად დაფუძნებულია სპეციფიკური პროგრამის ხარჯისა და მისი მონეტარული შემოსავლის ან დანაზოგის შედარებაზე. ხარჯები მოიცავს როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ ხარჯებს, როგორიცაა შემცირებული პროდუქტიულობა და საკუთარი ავადმყოფობით საზოგადოებრივი განვითარების შეფერხება. პირდაპირი სარგებლები მოიცავს ავადობისა და მოკვდავობის შემცირებას, ჯანდაცვის მომსახურების შესაბამისი ხარჯების შემცირებას, როგორიც არის ჰოსპიტალიზაცია, ექიმის მომსახურება, მედიკამენტების ხარჯები და შემცირებული სიცოცხლის წლების დანაკლისი. არაპირდაპირი სარგებელი გულისხმობს, პაციენტის ოჯახის წევრების დაზოგილ თანხებს, რომელიც საჭიროა სახლიდან საავადყოფომდე მისასვლელად, ან სამუშაო საათები, რომლის გამოყენებაც ოჯახის წევრებს ავადმყოფის მოსასვლელად უწევთ. სხვა არაპირდაპირი სარგებელია, ოჯახის წევრებისა და პაციენტის დრო, რომელიც ჯანმრთელად ყოფნისას შესაძლებელია გამოყენებული იყოს სამსახურში.

ხარჯებისა და სარგებლის შეფასება სამ ეტაპს: აღნუსხვას, გაზომვას და მიუკერძოებელ შეფასებას მოიცავს. კონკრეტული მკურნალობის შეფასება ან აღრიცხვა საჭიროებს ჯანდაცვის მდგომარეობის, რესურსების გამოყენების ხარჯის ცვლილების შესწავლას ისევე, როგორც პაციენტის პროდუქტიულობის ცვლილებას. მკურნალობის მეთოდის ეკონომიკური შეფასება, დამოკიდებულია სამედიცინო ფაქტორების განსაზღვრაზე, რომელიც პრობლემის მოსაგვარებლად და მოსალოდნელი რეზულტატის განსასაზღვრადაა საჭირო. მიუკერძოებელი შეფასება ამ ფაქტორების ეკონომიკურ ღირებულებაზეა დაფუძნებული. ხშირად ბევრი ფაქტორი უნდა იქნას გათვალისწინებული და გამარტივებული, შედეგად მიახლოებითი მაჩვენებელი და არა ზუსტი ციფრი მიიღება.

ხარჯებისა და სარგებლის კუთხით ფენილკეტონურიის (თანდაყოლილი ნივთიერებათა ცვლის) დაავადების ანალიზმა გამოავლინა, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში 660 000 ახალშობილის შესწავლა, ამ დაავადების გამოსავლენად დაახლოებით 1.39 მილიონი ამერიკული დოლარი დაჯდა. ეს თანხა პროგრამის დანერგვასა და ადმინისტრირებას, დადასტურების ტესტს და სპეციალურ დიეტას მოიცავდა. სამედიცინო და სხვა მომსახურებიდან მიღებული სარგებელი 1.26 მილიონი დოლარი და სარგებელი, რომელიც გამოწვეული იყო პროდუქტიულობის კლების პრევენციით, 1.05 მილიონ დოლარს შეადგენდა, საერთო ჯამში კი 2.31 მილიონი დოლარი შეადგინა. სარგებლისა და ხარჯების შეფარდება შესაბამისად იყო – 2.31/1.39=1.66. თითოეული ინვესტირებული დოლარისთვის, საზოგადოების სარგებელმა 1.66 დოლარი შეადგინა. ხარჯებისა და სარგებლის ანალიზის მიხედვით, წითელას საწინააღმდეგოდ მეორე დამატებითი დოზის დანიშვნა ან ერთი დოზის დამატება „ბ“ ჰეპატიტიანი ავადმყოფისთვის, პირველი მიდგომა ხარჯებისა და სარგებლის უფრო მაღალ შეფარდებას იძლევა, როგორც განვითარებად ასევე განვითარებულ ქვეყნებში. აღმოჩენილი იყო, რომ „ბ“ ჰეპატიტის ვაქცინაციას უფრო მაღალი ხარჯებისა და სარგებლის შეფარდება აქვს (4.5/1). ჰემოფილური „ბ“ ვირუსის ვაქცინაციისას, აღმოჩნდა, რომ საზოგადოება უფრო მეტ სარგებელს იღებს ვიდრე ხარჯავს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ბევრი სარგებელი ჯანდაცვის სისტემის გარეთ ხვდება. ხარჯებისა და

სარგებლის შეფარდება, თუკი შეფასება გაკეთდებოდა მხოლოდ ჯანდაცვის სფეროს მიხედვით, იყო დაბალი. თუკი ხარჯებისა და სარგებლის ანალიზი მოხდება ვიწრო მასშტაბით, მაშინ თავისუფლად შესაძლებელია, რომ მომგებიანი პროექტი არ იქნას დამტკიცებული და მიღებული.

კონკრეტული პროგრამის მიღებისას, ხარჯებისა და სარგებლის ანალიზთან ერთად შესაძლებელია გათვალისწინებული იყოს სხვა კონდიციებიც, როგორიც არის პოლიტიკური ან სოციალური მოტივი. ხარჯების და სარგებლის ანალიზს შეუძლია ალტერნატიულ ინტერვენციულ პროგრამებს ქულები მიანიჭოს და ამით ხელი შეუწყოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესს. გრადაცია, რომელიც შედგენილია ფარდობითი ხარჯებისა და სარგებლის პრინციპით ჯანდაცვის სამინისტროს ეხმარება აირჩიოს სად გამოიყენოს რესურსები, განავითაროს მაღალ-ტექნოლოგიური საავადმყოფო, განავითაროს სახლზე მკურნალობის პროგრამა, გახადოს იმუნიზაციის პროგრამა უფრო ფართო მასშტაბური, თუ გააკეთოს ინვესტიცია პირველადი დახმარების ცენტრების შესაქმნელად.

ხარჯებისა და სარგებლის ანალიზი, ისევე როგორც ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი, მოიცავს როგორც მიმდინარე ხარჯებს, ასევე საწყის ხარჯებს, თუმცა ანალიტიკოსმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ფულის დროითი ღირებულების მიხედვით, მომავალში ფულს სხვადასხვა მიზეზების (გაუფასურების) გამო სხვა ღირებულება ექნება, ვიდრე მას ანალიზის მომენტში აქვს. ხარჯები და სარგებელი, უნდა იქნას შეფასებული დაგროვების პრინციპის მიხედვით, როდესაც ეფექტის ნაწილი მიმდინარე წელს მიიღება, სრული ეფექტი კი – შემდეგ წლებში. დაგროვებულ (გაუფასურებულ) ღირებულებას წმინდა მიმდინარე ღირებულება ეწოდება.

ინტერვენციის ხარჯების და შედეგების ძირითადი შეფასების სქემა

ინტერვენციის ხარჯებისა და ეფექტურობის შეფასება ჯანდაცვის პოლიტიკის განუყოფელი ნაწილი გახდა. მიდგომა რომელსაც ეწოდება „ინტერვენციის ხარჯებისა და შედეგების ძირითადი სქემა“ დაავადებათა კონტროლის ცენტრებში ფართოდ გამოიყენებოდა. აღნიშნული მეთოდი უფრო კომპლექსურია და ინტერვენციის ხარჯებზე, ეფექტურობაზე, პირდაპირ, არამატერიალურ და პროდუქტიულობის ხარჯებზეა ორიენტირებული.

როგორც მოგეხსენებათ ხარჯები არსებობს სხვადასხვაგვარი, მათ შორის, *ფიქსირებული ხსენება,* რომელიც არ იცვლება მომსახურების მოცულობასთან ერთად, მაგრამ მოიცავს შენობის ქირის ნაწილს, კომუნალური გადასახადების ნაწილს; *საშუალოება მომ* პროგრამის მთელი ხარჯი შეფარდებული ნაწარმოები პროდუქციის ან სერვისის მოცულობაზე; *ცვლადია მის მთ* ხარჯი, რომელიც იცვლება წარმოების მასშტაბთან ერთად, მაგალითად, მედდის ვიზიტის რაოდენობა სახლში მყოფი პაციენტის მოსანახულებლად. *ზღვრულიც იცვლე* დამატებითი ხარჯი რომელიც წარმოიშვება ძირითად პროგრამაზე სხვა სერვისების დამატებით.

აღნიშნული ანალიზი ორიენტირებულია ინტერვეცნიის ხარჯებზე და პირდაპირი ხარჯების დაზოგვაზე. წმინდა ხარჯი, შესაძლებელია ფორმულირებული იყოს შემდეგნაირად: ინტერვენციისა და გვერდითი ეფექტის ხარჯს n ადამიანისთვის, გამოკლებული მოსალოდნელი თავიდან აცილებული შემთვევების პირდაპირი ხარჯი n ადამიანისთვის:

წმინდა ღირებულება (ფასი) = პროგრამის ღირებულება + გვერდითი მოვლენების ღირებულება – თავიდან აცილებული შემთვევების ხარჯი

აღნიშნული ანალიზის ეტაპები შედგება:

1. პროგრამის აღწერა, მისი მიზნები, მოსახლეობის მიზნობრივი ნაწილი, ინტერვენციის ეფექტურობა, გარეშე ფაქტორები, საჭირო რესურსები, პროგრამის მენეჯმენტი, სტრატეგიის განხორციელება, ეფექტურობის სამეცნიერო მტკიცებულება.
2. დაავადების სიმძიმის განსაზღვრა, დაავადების გავრცელების (ინციდენტობა და პრევალენტობა) მასშტაბი პროგრამის გარეშე.
3. განისაზღვროს შედეგები გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხის მიხედვით, შემცირებული ინციდენტობა, მოქმედების სფერო,

დაავადების სიმძიმე და ნაადრევი სიკვდილი.

4. განისაზღვროს ინტერვენციის ეფექტურობა, იმის გათვალისწინებით, რომ 100 %–იანი წარმატების შედეგი არ არსებობს.
5. დადგინდეს ინტერვენციის ხარჯი, თითოეულ ერთეულ მომსახურებაზე.
6. დადგინდეს, ინტერვენციით თავიდან არიდებული შედეგის პირდაპირი სამედიცინო ხარჯი.
7. განისაზღვროს ინტერვენციის განსახორციელებლად გამოყენებული რესურსი, რომელიც მოიცავს ფიქსირებულ, ცვლადს, მთლიან და ერთეულოვან ხარჯს.

ადამიანის სიცოცხლის ღირებულება

ჯანდაცვის ინტერვენციის ერთ-ერთი, წინასწარ განსაზღვრადი სარგებელია ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა. ადამიანის ცხოვრების ეკონომიკური შეფასება გამოსადეგია სხვადასხვა ინტერვენციის სარგებლის შეფასებისას, ასევე კომპენსაციის შესაფასებლად, რომელიც უნდა გაიცეს იმ პაციენტების ოჯახებზე, რომლებიც ექიმის ან მენეჯერის დაუდევრობით გარდაიცვალნენ.

ადამიანის სიცოცხლის ეკონომიკური ღირებულება, ეკონომიკურად პირველად უილიამ პეტის მიერ 1699 წელს განისაზღვრა. უილიამ ფარი 1876 წელს სიცოცხლის ცხრილებს იყენებდა, რათა სიცოცხლის ეკონომიკური ინდიკატორები დაეთვალა. უფრო მოგვიანებით კი ეკონომისტებმა ადამიანური კაპიტალი, მომსახურებებში თანხის გადახდის მზადყოფნა და სხვა მეთოდები დაითვალეს, რომლებიც ადამიანის ცხოვრების ღირებულების ციფრებში გამოსახატად გამოიყენება.

ეთიკურ და პოლიტიკურ საკითხებზე დავა ხშირად შეფასების თანმდევი პროცესია. მატერიალისტური მიდგომის მიხედვით, ადამიანის სიცოცხლის ღირებულება იმ ნაწარმოები დოვლათით განისაზღვრება, რომელიც ადამიანს საზოგადოებისთვის შეუძლია შექმნას, სიცოცხლის განმავლობაში. ჰუმანისტური მიდგომის მიხედვით კი, ადამიანის სიცოცხლის ღირებულება განუსაზღვრელია და მისი გადარჩენა მთელი საზოგადოების გადარჩენას ნიშნავს. ადამიანის სიცოცხლის ჰუმანისტური შეფასებისას, ექიმებმა შესაძლოა გამოიყენონ ყველაზე ძვირფასი და იშვიათი რესურსი იმისთვის, რომ ადამიანის სიცოცხლე გადაარჩინონ, იმის გაუთვალისწინებლად, რომ ეს სხვათა სიცოცხლის ხარჯზე შეიძლება მოხდეს. მაგალითად, გულის ტრანსპლანტაციის ღირებულება, რომელმაც შესაძლებელია ადამიანს სიცოცხლის წლები მოუმატოს, გამოყენებული იყოს პრევენციული პროგრამის გასავითარებლად და რომლის შედეგადაც, უფრო მეტი ადამიანის სიცოცხლე გადარჩება. ისმის ლოგიკური კითხვა: მაგალითად, პოლიომელიტის აღმოსაფხვრელად ასობით მილიონი დოლარი უნდა დაიხარჯოს თუ არა, რომელიც ნაკლებ საშიშია, ვიდრე წითელა, რომელიც საკმაოდ სახიფათო დაავადებადაა მიჩნეული და რომელიც წელიწადში 1 მილიონი ბავშვის დაღუპვის მიზეზი ხდება? ადამიანის სიცოცხლის შეფასება ეთიკური არგუმენტის გასამყარებლად არ გამოდგება, თუმცა კარგი საშუალებაა იმისთვის, რომ პრიორიტეტების სწორი კლასიფიკაცია მოხდეს.

ჯანდაცვის ეკონომიკაში ხანდახან გამოიყენება ხელოვნური საზომები იმისთვის, რომ მოხდეს შეზღუდული რესურსების ალტერნატიული გამოყენების დემონსტრაცია. ადამიანის *სიცოცხლის შეზღუდული რესურსების ალტერნატიული გამოყენება* (ინგლ. აბრევიატურა ISV). ISV პროგრამას აფასებს იმის მიხედვით თუ რამდენი ადამიანის სიცოცხლეს იხსნის იგი და აკეთებს დაშვებას, რომ დემოკრატიულ საზოგადოებაში ყველა ადამიანის სიცოცხლეს ერთი და იგივე ღირებულება აქვს. არათანმიმდევრული შეფასებები ISV შემჩნეული იყო სხვადასხვა მთავრობის ზოგიერთ გადაწყვეტილებაში. დიდი ბრიტანეთის მთავრობამ მიიღო გადაწყვეტილება, რომ აუცილებელი იყო ისეთი წამლის პაკეტების შექმნა, რომელსაც ბავშვი ვერ გახსნიდა, რითაც დაზოგა 5000 დოლარი თითოეულ გადარჩენილ სიცოცხლეზე, ამავე მთავრობამ შეცვალა შენობების მშენებლობის პრინციპები და ამ ცვლილებამ კი თითოეულ გადარჩენილ სიცოცხლეზე 50 მილიონი დოლარი დაზოგა. მიახლოებითი ღირებულებები ადამიანის სიცოცხლის თითოეულ გადარჩენილ წელზე განსხვავდება ინტერვენციის სხვადასხვა მეთოდებთან ერთად: წლიური მამოგრაფიის კურსი ქალბატონებისთვის, რომელთა ასაკიც

ჩანართი 11.2 სიცოცხლის პასუხადი სოციალური ღირებულება

ISV = (მთლიანი ხარჯების ჯამს – მთლიანი სარგებლის ჯამი)/გადარჩენილი სიცოცხლის წლების ჯამური რაოდენობა

მაგალითად შესაძლებელია მოვიყვანოთ დიდი ბრიტანეთის მთავრობის 1960-იანი წლების მიდგომა, როდესაც მიუხედავად იმისა რომ ხარჯები 5 000 დოლარით აღემატებოდა სარგებელს, პაციენტებს დიალიზი მაინც სახლში უკეთდებოდათ. სხვაგვარად რომ ვთქვათ „საზოგადოება“ მზად იყო გადაეხადა 5 000 დოლარი იმისთვის, რომ საზოგადოების ერთი წევრის, ერთი წლის სიცოცხლე გადაერჩინა. ამით შეგვიძლია ვთქვათ რომ ISV= 5 000 დოლარს.

მერყეობს 40-49 წლამდე, თითოეულ გადარჩენილ სიცოცხლეზე დაახლოებით 62 000 დოლარი ღირს, ხოლო იმ ქალბატონებისთვის, რომელთა ასაკიც 60-65 წლამდე მერყეობს სამ წელიწადში ერთხელ მამოგრაფიის კურსი 2 700 დოლარია.

ადრეული დროის ეკონომისტები სხვაგვარად აფასებდნენ სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. მათი აზრით, ადამიანის სიცოცხლით გამოწვეული საზოგადოების მარგი ქმედების კოეფიციენტის დანაკარგი რელევანტური იყო. ამ მიდგომის სიმარტივის გამო იგი ფართოდ გამოიყენება დღესდღეობითაც. თუმცა ამ მოდელში არ არის გათვალისწინებული ოჯახის მიერ მიღებული ტრავმა. ასევე საგულისხმოა, რომ მოდელი პენსიონერ ადამიანს წარმოაჩენს უარყოფითი ნიშნით, რადგანაც ის აღარ არის ჩართული სამსახურებრივ საქმიანობაში და საზოგადოებისთვის აღარაფერს აღარ ქმნის, ასევე დიასახლისების სახლში ყოველდღიური საქმიანობა, საზოგადოებისთვის ნული ღირებულების საქმიანობადაა მიჩნეული.

ცხოვრების შეფასების სხვა მიდგომაა სასამართლოს მიერ შეფასებული სიცოცხლის ღირებულება. ამ შემთხვევაში ხდება, ადამიანის სიცოცხლის შეფასება და ფასი დგება შესაბამისი საკომპენსაციო თანხის მიხედვით. ეს მიდგომა აღიარებულია სუბიექტურად, რადგანაც სასამართლო განიხილავს რამდენად გულგრილი იყო ადამიანი გარკვეული შემთხვევისას, მაგალითად, ავარიისას დაზღვეულს უსაფრთხოების ღვედი შეკრული ჰქონდა თუ არა, მსგავსი მიდგომა კი სუბიექტურად შეიძლება შეფასდეს.

ჩამოთვლილ მიდგომებს შორის ყველაზე გამოსადეგია გადახდის უნარიანობის მიდგომა. ამ მიდგომის პრინციპი შემდეგია: რა თანხის გადახდისუნარიანია ადამიანი იმისთვის, რომ სიკვდილის ალბათობა შეამციროს. მაგალითად, რამდენს გადაიხდიდა ადამიანი მანქანის ახალ საბურავებში ან რამდენით მეტს გადაიხდიდა უფრო დაცული და უსაფრთხო ავიახაზების თვითმფრინავით რომ ეფრინა. უკვე ნაყიდი სადაზღვევო პაკეტის თანხაზე რამდენით მეტს გადაიხდიდა პაციენტი იმისთვის, რომ მისთვის ოპერაცია მსოფლიოს წამყვან ქირურგს გაეკეთებინა. ეს მიდგომა არცთუ ისე ადვილია და ჰიპოთეტურ სიტუაციებზე კითხვები ხშირად ჩნდება. თუმცა პასუხების მიღებისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია რესპოდენტის შემოსავლის ოდენობა, რისკის მიმართ მისი მიდგომა და მისი გარდაცვალების მიახლოებითი ალბათობა.

თუმცა საკითხი არ არის მხოლოდ თეორეტიკული. თუკი ახალშობილებში იმუნოდეფიციტის ვირუსის გავრცელების პრევენცია დაახლოებით 3000 დოლარი ღირს და იმუნოდეფიციტის შემთხვევები ფეხმძიმე ქალებში იმდენად მაღალია, რომ კონკრეტული ვირუსის პრევენციაში განვითარებადი ქვეყნის ბიუჯეტის დიდი ნაწილი უნდა დაიხარჯოს, მაშინ სხვადასხვა ალტერნატივებს შორის არჩევანი უნდა გაკეთდეს, რომელიც შესაძლებელია საკმაოდ მტკივნეულიც იყოს. ყველა ქვეყნის საზოგადოებამ უნდა გააკეთოს პრიორიტეტებსა და რესურსების განაწილებას შორის არჩევანი. დიდი ავტობანის მშენებლობის გადაწყვეტილება საჯარო ტრანსპორტის განვითარების ხარჯზე არის იმ ტიპის გადაწყვეტილება, რომელიც გარკვეულ საზოგადოებრივ ღირებულებებზეა დაფუძნებული, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ გაზრდილ გამონაბოლქვსა და ავტოშემთხვევებს საზოგადოების ჯანმრთელობაზე გავლენა აუცილებლად ექნება.

ჯანდაცვის დაფინანსება - მაკროეკონომიკური დონე

ჯანდაცვის ფინანსირება ხდება სხვადასხვა გზით: კერძო სექტორის მიერ (როგორიც არის წინასწარი გადახდა) ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის შეძენით, დამსაქმებლის ან დასაქმებულის მიერ, ან სახელმწიფოს მიერ სხვადასხვა სოციალური პაკეტებით და პროგრამებით, ან ზოგადად გადასახადების საშუალებით სხვადასხვა მიმართულების დაფინანსებით. მიუხედავად კერძო სექტორის შესაძლებლობებისა, სახელმწიფოს დახმარება აუცილებელია ჯანდაცვის ფინანსირებისათვის, განსაკუთრებით კი საზოგადოების იმ ნაწილისა, რომელიც სოციალურად დაუცველია, ან იმ შემთხვევაში, როდესაც ბაზარზე არსებული მომსახურების დონე დაავადების სამკურნალოდ არაეფექტურია, ან ძალიან ძვირად ღირებული სერვისია და დამატებით თანხებს საჭიროებს, ან საზოგადოების სპეციალური ჯგუფებისთვისაა შექმნილი. სხვადასხვა ქვეყანაში დაფინანსების წყაროები განსხვავდება.

ჯანდაცვის დაფინანსება, მოიცავს არა მხოლოდ ფინანსური რესურსის მოზიდვის გზების პოვნას, არამედ მათი განაწილების ალტერნატივების ანალიზსაც. ჯანდაცვის მთლიანი შიდა დანახარჯი, წარმოიშვება სამთავრობო და არასამთავრობო

ცხრილი 11.3 ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაფინანსების წყაროები/საშუალებები

დაფინანსება სახელმწიფოს მიერ	კერძო დაფინანსება	საერთაშორისო თანამშრომლობა
ფედერალური, სახელმწიფო და ადგილობრივი ხელისუფლების ძირითადი შემოსავლები, არსებითად მიღებული გადასახადებისგან; შემოსავალი, აქციზი, რესურსები, მემკვიდრეობა, დამატებითი ღირებულება, მოგება კაპიტალზე, ქონება, სპეციალური სოციალური უსაფრთხოების გადასახადი; სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა; ლატარიები; კონკრეტული გადასახადები: სიგარეტზე, ალკოჰოლზე, აზარტულ თამაშებზე.	ჯანმრთელობის დაზღვევა კერძო კომპანიების მიერ, პირადი დანახარჯები, კერძო შემოწირულობები, ანდერძები, კერძო ფონდები, ნებაყოფლობითი საზოგადოებრივი სამსახური, მომხმარებელთა შესატანი.	გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის განყოფილებები, ფონდები, რელიგიური ორგანიზაციები, სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები, მსოფლიო ბანკი, მთავრობათა(შორისი) ორმხრივი დახმარება.

რესურსებიდან და მრავალი პროგრამისა და მომსახურების განვითარების დასაფინანსებლად გამოიყენება. ჯანდაცვის ნებისმიერ სისტემაში, არსებობს ფინანსური რესურსების გამოყენების კონკურენცია. როგორ არის რესურსები განაწილებული, ის მოქმედებს არა მარტო მომსახურების შეთავაზების გზებზე, არამედ როგორაა პრიორიტეტები განაწილებული. ყოველივე აღნიშნული რეგულირდება ჯანდაცვის ეკონომიკის „კანონმდებლობაში“. (ჩანართი 11.3)

11.4 ცხრილში წარმოდგენილია სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე (ერთ სულ მოსახლეზე) წარმოებული ნაციონალური ჯანდაცვის დანახარჯები.

რესურსების განაწილების გადაწყვეტილების მთავარი განმსაზღვრელი ეკონომიკური შედეგებია. ყველა ქვეყნის მთავრობას უწევს, ერთი და იგივე საკითხები განიხილოს, რადგანაც რეფორმების განხორციელების პროცესში, სხვა ჯანდაცვის მომსახურებებზე მოთხოვნა ჩნდება და მთავრობების გამოწვევაა, რომ ამ პროცესში მოთხოვნილი ცვლილებები ასახონ. ასევე საგულისხმოა, შესაბამისი ეკონომიკური შედეგების გამოვლენისთანავე წინა გადაწყვეტილებების კორექტირება მოხდეს. ქვეყნების მიხედვით ჯანდაცვის დანახარჯების შედარება მოყვანილია 11.5 ცხრილში. ამ ცხრილის ლიდერი ამერიკის შეერთებული შტატებია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ 1990—იან წლებში ხარჯების ზრდის ტემპი უფრო და უფრო მცირდებოდა. კანადა ამერიკის შეერთებული შტატების მსგავსად 1970-1980 წლებში რესურსს ჯანდაცვაზე საკმაოდ უხვად ხარჯავდა, თუმცა მომდევნო წლებში ხარჯების ზრდის ტემპის დარეგულირება მოახერხა. იგი ერთ სულ მოსახლეზე ხარჯის მიხედვით ამერიკის შეერთებული შტატების, გერმანიისა და საფრანგეთის

ჩანაჩთი 11.3 ჯანდაცვის ხესუხსების ბანანიღების ჯანონები

1. სატონის კანონი: ერთ-ერთ ცნობილ ბანკის მძარცველს ვილი სატონს ჰკითხეს თუ რატომ ძარცვავდა ბანკებს, მან უპასუხა: „ბანკი არის ის ადგილი, სადაც არის ფული“. ეს გამოთქმა მიანიშნებს იმას, რომ ხაზი ესმევა ჯანდაცვის მომსახურების იმ ასპექტებს, რომელიც უკეთ ფინანსდება. თუკი სამკურნალო მომსახურებებისთვის უფრო მეტი რესურსია მიმართული, ვიდრე პრევენციული ნაწილისთვის, მაშინ მეტი აქცენტი სამკურნალო მომსახურებაზე უნდა გაკეთდეს.
2. ალ კაპონეს კანონი: ცნობილი ამერიკელი განგსტერი თავის კოლეგებთან ერთად ჩიკაგოს განაწილებას გეგმავდა. განგსტერმა მათ ასეთი ალტერნატივა შესთავაზა: „თქვენ აიღებთ ჩრდილოეთის მხარეს, მე კი – სამხრეთის მხარეს“. იგი ქალაქის ორმხრივი ინტერესის მიხედვით გაყოფას გულისხმობდა. ეს გამოთქმა ჯანდაცვის კუთხიდან ასახავს პროვაიდერების და არა მოსახლეობის ინტერესს. კონცეფცია ალტერნატიული მოდიფიკაციით, ჯანდაცვის მაკროეკონომიკურ დონეზე დაგეგმარება, ინდივიდუალური პაციენტის ხარჯზე, საერთო ინტერესის მიხედვით ხორციელდება.
3. რომერის კანონი: „მიუხედავად იმისა, როგორი სიდიდის საავადმყოფო აშენდება, იგი აუცილებლად შეივსება“. საავადმყოფო საწოლების მიწოდება მათი გამოყენების მთავარი განმსაზღვრელია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სარგებელი გარანტირებულია. ეს კანონი მოდიფიცირებული იყო გადახდის სისტემის ცვლილელებიდან მიღებული გამოცდილების საფუძველზე (შემოღებულ იქნა დიაგნოზი ჯგუფების მიხედვით(DRG), რომელიც გამოიყენებოდა იმისთვის, რომ საავადმყოფო საწოლების უტილიზაცია ეკონტროლებინათ.

შემდეგ მეოთხე ადგილს იკავებს.

ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები ყველა სექტორის მიერ დახარჯულ თანხას მოიცავს, მიუხედავად იმისა, კონკრეტულ სერვისს კერძო სექტორი აფინანსებს თუ მართავს. ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდები მოიცავს, ყველა სექტორის მიერ განხორციელებულ ყოველგვარ დაფინანსებას. ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მის დაგეგმარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის ხარჯებსა და მათი ხარჯვის პრინციპებს. რესურსების განაწილება მაკროეკონომიკურ დონეზე რთული პროცესია და მაღალკვალიფიციურ დაგეგმვას აუცილებლად მოითხოვს იმისთვის, რომ ქვესექტორების დაბალანსებული ფინანსირება მოხდეს და თავიდან არიდებული იყოს სოციოეკონომიკური ან გეოგრაფიული დისკრიმინაცია.

რა რაოდენობა არის ჯანდაცვის დასაფინანსებლად საკმარისი? ეს უფრო პოლიტიკური ელფერის შეკითხვაა, რომელიც ასახავს საზოგადოება ადამიანის ჯანმრთელობას როგორ სოციალურ და ეკონომიკურ ღირებულებას ანიჭებს. მსჯელობის ამ მიმართულებაში იკვეთება ისეთი საკითხები, როგორიცაა რა შემოსავალი აქვს სამედიცინო პერსონალს, სხვა პროფესიის ადამიანებთან შედარებით. ვირტუალურად, თითქმის ყველა ქვეყანამ სცნო ჯანდაცვის მოქნილი სისტემის არსებობისა და მისი განუყოფელი ნაწილის – ფინანსირების აუცილებლობა. მე–13 თავის მიხედვით, ამ საკითხისადმი მიდგომა ყველა ქვეყანაში განსხვავდება, თუმცა მიუხედავად განსხვავებებისა, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ დაფინანსების სისტემას მომსახურების დონესა და ხარისხზე დიდი გავლენა აქვს. დიდი ბრიტანეთი, უკვე რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში აგრძელებს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ოპერირებას მშპ (მთლიანი შიდა პროდუქტი) საკმაოდ დაბალ პროცენტზე.

როგორც უკვე აღინიშნა, დანახარჯების მოცულობები სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავდება. უკვე ჩამოყალიბებულ საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემისთვის მშპ-ის 9.3 %-ია განკუთვნილი, მაშინ როცა ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 3.6 % უტოლდება, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 4.5%—ს Aაჭარბებს. თუმცა ეს მაჩვენებელი არ ასახავს რესურსები რამდენად ეფექტურად გამოიყენება. სამწუხაროდ, ბევრი ქვეყანა რომელსაც დაბალი ჯანდაცვის დაფინანსება

აქვს, მათ ეფექტურად განაწილებას ვერ უზრუნველყოფს.

მიუხედავად იმისა, რამდენად ეფექტურად არის თანხები განაწილებული, ის ქვეყნები, რომლებიც მეპ–ის (მთლიანი ეროვნული პროდუქტი) 4%-ზე ნაკლებს ხარჯავენ ჯანდაცვაზე, ჯანდაცვის განუვითარებელი სისტემა აქვთ. ის ქვეყნები კი, რომლებიც 4-დან 5%-მდე ხარჯავენ, სწორი განაწილების შემთხვევაში, აქვთ შანსი, რომ მინიმალურ დონეზე განვითარებული სისტემა ჰქონდეთ. თუმცა ეს მიიღწევა, მინიმალური სახელფასო ფონდით, არაადეკვატური რაოდენობის მოწყობილობით და ლიმიტირებული რესურსების, რაც შეიძლება მწირი მიწოდებით. ასეთი შემთხვევები მაშინ ხდება, როცა ბაზარზე საავადმყოფოების და ექიმების ჭარბი მიწოდება შეინიშნება ან მაშინ როდესაც რესურსები ქალაქებშია კონცენტრირებული, თუმცა მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი ქალაქგარეთ ცხოვრობს.

ცხრილი 11.4 ერთი ადამიანის ჯანმრთელობის ხარჯები მზარდი შემოსავლის პროდუქტთან მიმართებაში შერჩეულ ინდუსტრიულ ქვეყნებში, 1960-1997წწ.

ქვეყანა	1960	1970	1980	1990	1995	1997
ამერიკის შეერთებული შტატები	5.1	7.1	8.9	12.2	13.6	13.5
კანადა	5.5	7.1	7.3	9.2	9.7	9.0
საფრანგეთი	4.2	5.8	7.6	8.9	9.9	9.6
გერმანია	4.3	5.7	8.1	8.2	10.4	10.4
შვედეთი	4.7	7.1	9.4	8.8	7.2	8.6
იაპონია	na	4.4	6.4	6.0	7.2	7.3
დანია	3.6	6.1	6.8	6.5	6.4	7.4
დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო	3.9	4.5	5.6	6.0	6.9	6.7

წყარო: ჯანმრთელობა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 1998წ. და OECD ჯანმრთელობის მონაცემები, 1998წ.; გ.ფ ანდერსონი, ჟ. პ. პულიე, ჯანმრთელობის ხარჯების ხელმისაწვდომობა და შედეგები: ტენდენციები ინდუსტრიულ ქვეყნებში. ჯანმრთელობის საკითხები, იქვე.

განვითარებულ ქვეყნებს კი, რომლებიც დაახლოებით მეპ-ზე 6%-დან 14%-მდე ხარჯავენ, ჯანდაცვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვნად აქვთ შეფასებული. ასეთ ქვეყნებში ექიმებს საკმაოდ მაღალი შემოსავალი აქვთ, იმ შემთხვევაშიც კი თუ სხვა პროფესიის ადამიანებს შევადარებთ. როდესაც ფინანსების განაწილება ერთ კონკრეტულ ორგანოშია კონცენტრირებული, ადმინისტრაციული ხარჯები უფრო ნაკლებია, ვიდრე რამდენიმე ორგანოს არსებობის შემთხვევაში. კანადის პროვინციის დაზღვევის სააგენტოს ადმინისტრაციული ხარჯები 5 %-ზე ნაკლებს შეადგენს, როცა შეერთებულ შტატებში 30%-იან მაჩვენებელს უტოლდება.

მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციამ (WHO) 1981 წელს გლობალური ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია განსაზღვრა, რომელიც რესურსების ეფექტური განაწილების აუცილებლობას ხაზს უსვამს. მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია, იძლევა რეკომენდაციას რომ რესურსები პრიორიტეტების მიხედვით განაწილდეს პირველადი დახმარებისა და შუალედური დონის მომსახურებებზე, განსაკუთრებით მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის, რომელიც ქალაქგარეთ ცხოვრობს. უმეტეს ქვეყნებში, ამ დასკვნის შემდეგ შესაძლოა, საჭირო გახდეს, რესურსების განაწილების პრინციპების ცვლილება, რათა გაძლიერდეს პირველადი დახმარების მომსახურება და ახალი ტექნოლოგიებისა და ჯანდაცვის პროგრამების დროული ათვისება მოხდეს, რომლებიც განვითარების შედეგად ხარჯებისა და სარგებლის თვალსაზრისით უფრო მეტად ეფექტურია.

იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვა რამდენიმე წყაროდან ფინანსდება, განვითარება ძნელია დამატებითი რეგულაციებისა და სახელმწიფოს მიერ დამატებითი დაფინანსების გარეშე, რათა თავიდან ავირიდოთ არათანაბარი მიდგომა, სხვადასხვა სოციო–ეკონომიკური წარმომავლობის მოსახლეობისა. როდესაც სხვადასხვა სააგენტოების მიერ ჯანდაცვის დაზღვევისა და სახელწიფო გრანტების სისტემის დაფინანსება ხდება, შეთავაზებული მომსახურებები არის არასრულფასოვანი, განსაკუთრებით მოსახლე-

ობის იმ ნაწილისთვის, რომლებიც არ არიან პოლიტიკურად წარმოდგენილები და რომელთაც შესაძლოა სამედიცინო მომსახურებები ყველაზე მეტად ჭირდებათ. ძალიან ხშირად ასეთ შემთხვევებში, ჯანდაცვის საჯარო მომსახურებები დაუზღვეველი მოქალაქეებისთვის ძირითადი სერვისების მიწოდებაზე ორიენტირებული ხდება. ეს კი, ჯანმრთელობის საჯარო მომსახურების სისტემისთვის უზარმაზარი ტვირთია, რადგანაც კლინიკურ მომსახურებასთან შედარებით მას ბევრად ნაკლები დაფინანსება აქვს. მეტიც, ზოგიერთ ქვეყანაში მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ნაწილისთვის სადაზღვევო პაკეტები იქმნება (ხანდაზმულთათვის და გაჭირვებულთათვის). ასეთი პაკეტები ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და საშუალო განვითარების ქვეყნებშიც არსებობს.

იმ ქვეყნებში, რომლებშიც ჯანდაცვის ფინანსირება ცენტრალიზებულია, რესურსების სწორი განაწილების პოტენციალი არსებობს. თუმცა, ეს მთლიანი დაფინანსების მოცულობის ადეკვატურობასა და განაწილების რაციონალურ პოლიტიკაზეა დამოკიდებული, რომელიც მომსახურებების ხელმისაწვდომობას და მომსახურების სხვადასხვა სექტორების დაფინანსების ბალანსს უზრუნველყოფს. სექტორების არასწორმა დაფინანსებამ, შესაძლებელია ურთიერთსაწინააღმდეგო მომსახურებების შექმნა გამოიწვიოს, როგორიც არის დამატებითი მკურნალობის ჭარბი დაფინანსება, როცა პირველადი დახმარების მომსახურება არ არის საკმარისად განვითარებული.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ფინანსური რესურსი რეგიონალურ და ადგილობრივ თვითმმართველობებზე ნაწილდება, ადგილობრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილების პოტენციალი უფრო მაღალია. თუმცა მონაცემების არასაკმარისი რაოდენობისა და მათი ანალიზის გამო შესაძლებელია პრიორიტეტების სწორი განსაზღვრა გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით გართულდეს. იქ, სადაც საკმაოდ დეცენტრალიზებული მართვის სისტემაა, ზოგიერთი ფუნქციის ცენტრალიზება აუცილებელია იმისთვის, რომ ფინანსების თანაბარი გეოგრაფიული განაწილება შენარჩუნდეს. ეს მოიცავს პოლიტიკის და სტანდარტების შემუშავებას. ჯანდაცვის მდგომარეობის ინდიკატორების მუდმივი მონიტორინგი და ჯანდაცვის მიზნების განსაზღვრა აუცილებელია იმისთვის, რომ მოხდეს პრიორიტეტების სწორი შემუშავება. მომსახურებების და პროგრამების სია, რომელიც საჭიროებს დაფინანსებას მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების მიხედვით წარმოდგენილია 11.6 ცხრილში.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 1997 წლის მონაცემების მიხედვით, 43.4 მილიონს ანუ მოსახლეობის 16.1%-ს ჯანმრთელობის დაზღვევა

ცხრილი 11.5 სამედიცინო დანახარჯების ძირითადი კატეგორიები

1.	ინსტიტუციური მოვლა. სასწავლო საავადმყოფო. ზოგადი პროფილის საავადმყოფო. მენტალური და სხვ. სპეციფიკური საავადმყოფოები. გრძელვადიანი საექთნო მოვლა. სახლში მოვლა. ჰოსპისი.	6.	მიზნობრივი პროგრამები: იმუნიზაცია, დედათა და ბავშვთა, ოჯახის დაგეგმვა, მენტალური ჯანმრთელობა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, შიდსი, ტუბერკულოზი; სკრინინგული პროგრამები: ონკოლოგია, დიაბეტი, ჰიპერტენზია.
2.	წამლები და ვაქცინები	7.	სტომატოლოგია
3.	ამბულატორიული მოვლა: პირველადი. პედიატრიული, ოჯახის ექიმი, პრენატალური. სამედიცინო (დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, დღის სტაციონარი, გერიატრიული, დიალიზი, ქირურგიული, ნარკოლოგიური და ალკოჰოლური, ფსიქიატრიული, ონკოლოგიური)	8.	საზოგადოების სამედიცინო აქტივობა: ჯანმრთელი საზოგადოება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, რისკ-ჯგუფები, გარემოს და პროფესიული დაავადებები, კვებისა და საკვების უსაფრთხოება, უსაფრთხო წყალი.
4.	ბინაზე მოვლა	9.	სამეცნიერო კვლევები
5.	ხანდაზმულთა დახმარების მომსახურების ცენტრები.	10	პროფესიული განათლება და ტრენინგები.

არ ჰქონდა. „მედიქიედმა“ (Madicaid), რომელიც გაჭირვებულთათვის წარმოადგენს ყველაზე მსხვილ საჯარო დაზღვევის პროგრამას და ხანდაზმულთათვის და უუნაროებისთვის გრძელვადიან მკურნალობას მოიცავს, 1997 წელს 41.3 მილიონი დაზღვეული დააფინანსა და მათ სამკურნალოდ 160 მილიარდ დოლარამდე დახარჯა. ეს ორგანიზაცია არსებობდა ფედერალური, სახელმწიფო და ადგილობრივი შენატანებით. „მედიქეარმა“ (Medicare), რომელიც აზღვევს ხანდაზმულებს, უუნაროებს და თირკმელის დაავადების ბოლო სტადიის პაციენტებს, 1997 წელს ბენეფიციარების სასარგებლოდ დაახლოებით 215 მილიარდი დახარჯა (ერთ სულ მოსახლეზე 4083 დოლარი). „მედიქეარ“ და „მედიქაიდ“ ორივე ორგანიზაცია არის 1965 წლის „შესწორების აქტის“ ნაწილი, პირველი არის ფედერალური ადმინისტრაციის, ხოლო მეორე ფედერალური, სახელმწიფო და ადგილობრივი ადმინისტრაციის დაქვემდებარების ქვეშ.

ავადმყოფობის ღირებულება

ჯანდაცვის **პირდაპირი დანახარჯები, ავად**მყოფობების **მიხედვით ამერიკის შეერთე**ბულ შტატებში განისაზღვრება პერიოდული ეროვნული სამედიცინო ხარჯების კვლევით, მოქალაქეების **მიხედვით. დანახარჯების უმე**ტესი ნაწილი, კარდიოვასკულურ დაავადებებს მიეკუთვნებოდა, **რომელსაც მოსდევს ჭრილო**ბები და შემდეგ ნეოპლაზმები. 1993 წლიდან ჯანდაცვის ხარჯებში განსაკუთრებული ზრდა შეიმჩნეოდა, **რაც 1980-იანი წლებისთვის შეს**აბამისი **ნაბიჯების შედეგად შეჩერდა. ნაწილო**ბრივ **ეს გამოწვეული იყო გეგმური მკურნალო**ბის **განვითარებით და დაბალი სიხშირით საა**ვადმყოფოების **უტილიზაციით, ასევე საავად**მყოფოს და ამბულატორული მომსახურებისას მოქნილი **გადახდის გრაფიკის შექმნით; ამა**ვდროულად „მედიქეარმა“ 1991-1997 წლებში ზოგადი **ექიმების დაფინანსება 36%-ით გაზარ**და **და სამედიცინო სპეციალისტების დაფინან**სება 15 % -ით შეამცირა, თვალის ქირურგების – 18.4%-ით, კარდიოქირურგების კი – 9.3%-ით.

ხარჯები და ვარიაციები სამედიცინო პრაქტიკაში

ჯანდაცვაზე დანახარჯების გაზრდა, არასწორი ხარჯვა, ვარიაციები და ქრთამი ჯანდაცვის სისტემის ყოველდღიურობაა, მიუხედავად იმისა, სად ხდება ანგარიშსწორება კერძო თუ სახელმწიფო სექტორში. ვარიაციები მოსახლეობის ჯგუფების სხვადასხვა მოთხოვნილებების გამო შესაძლებელია გამართლდეს, მაგრამ თუკი ეპიდომიოლოგიური ანალიზის შედეგად ვარიაციის აშკარა მიზეზი არ ჩანს, მაშინ ეს უკვე ადმინისტრაციული პრობლემაა, რომელსაც სხვა მიდგომა ჭირდება. მომსახურებების რაოდენობისა და ხარისხის შედარება, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს შორის, ეპიდემიოლოგიური და ადმინისტრაციული ანალიზის ნაწილია. როდესაც ეს მიდგომა განხილულია, რელევანტურ, თანამედროვე ლიტერატურასთან ერთად, რომელიც მკურნალობის მეთოდებს ეხება, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამედიცინო თეორიას ზუსტად წარმოადგენს.

სამედიცინო პრაქტიკის ანალიზმა, სამედიცინო და საავადმყოფოს ჩანაწერებიდან, შესაძლოა ქალაქების, რეგიონებისა და ქვეყნების მიხედვით მნიშვნელოვანი სხვაობები გამოავლინოს. ამას „პატარა ფართობის ანალიზს“ უწოდებენ. „პატარა ფართობის ანალიზი“ სხვადასხვა სამედიცინო პრაქტიკაზე ამახვილებს ყურადღებას და იკვლევს ასეთი სხვაობის მიზეზი, თუ რა შეიძლება გამხდარიყო. მაგალითად, არ არსებობს მტკიცებულება რომლის საფუძველზეც შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ჰისტერექტომიული, ქოლეცისტექტომიული და ტონზილექტომიური ქირურგიის გახშირება, სარგებელს გაზრდის და უკეთეს შედეგებს მივიღებთ. უფრო მეტიც, ქირურგიული ჩარევა სიკვდილის გარკვეულ რისკს შეიცავს, რასაც ანესთეზია და სხვა იათროგენული გართულებები წარმოშობს. ქოლეცისტექტომიის რაოდენობა 1990 წელს კანადაში ყოველ 100,000 მოსახლეზე 600 შემთხვევა იყო, 370 ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 122 დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში. აღნიშნული კვლევები მოწმობს, რომ ქირურგების სიჭარბე და „გადახდა სერვისის“ ანგარიშსწორების პოლიტიკა უსარგებლო და პოტენციურად სახიფათო ქირურგიულ პროცედურებს იწვევს.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციებმა საკუ-

თარი გამოცდილებით დაამტკიცეს, რომ შეუძლიათ მოსახლეობის დიდ ჯგუფებს ამომწურავი სამკურნალო მომსახურებები გაუწიონ და ამით ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობა შეამცირონ.

უფრო ადვილი, იაფი და ნაკლებად რისკიანი პროცედურების ტექნოლოგიურმა ინოვაციებმა, ჯანდაცვის სტანდარტებში ბევრი რამ შეცვალა. დაგროვებული გამოცდილების, ცოდნის და წამყვან კონცეფციებზე კონსესუსის მუდმივი შეფასება, ანალიზი, არის ხარისხის ძირითადი განმავითარებელი საშუალება.

ცხრილი 11.6 ნიმუში ჯანრთელობის მომსახურების პროგრამების ხარჯებთან დაკავშირებით

პროგრამა	მოქმედების გზები
მკურნალობა სახლში	ამცირებს საავადმყოფოში ყოფნის ხანგრძლივობას ჰოსპიტალური მკურნალობის ან ქირურგიული ჩარევის შემდეგ; ამცირებს საავადმყოფოში/ჰოსპიტალურ ინფექციათა შეძენის ალბათობას; ხანდაზმულ ან ქრონიკულ ავადმყოფებს საავადმყოფოში ხანგრძლივად დარჩენის ნაცვლად, სახლში ყოფნის საშუალებას აძლევს.
საავადმყოფოები ხანგრძლივი მოვლისთვის/ მკურნალობისთვის	მათთვის, ვისი მკურნალობაც სახლის პირობებში შეუძლებელია, ამცირებს საავადმყოფოში მოვლის ხანგრძლივობას.
შეზღუდვები	საწოლთა შეზღუდული რაოდენობა; შეზღუდული სამედიცინო მომსახურება
ამბულატორიული ან დღიური მკურნალობა – ქირურგიული, სამედიცინო/მედიკამენტოზური, გონებრივი/ ფსიქოლოგიური	ამცირებს საავადმყოფოში ყოფნის ხანგრძლივობას, მეორადი ინფექციების შეძენისა და ***იატროგენული*** გართულებების ალბათობას.
პრევენცია	პრევენცია (პირველადი, მეორადი ან მესამე ტიპის) ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას იმ დაავადებებისთვის, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია ვაქცინებით/ვაქცინაციით.
ჯანმრთელი გარემო	მოსახლეობის სასმელი წყლის დაქლორვა დიარეის/ფაღარათის, ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების საშუალებაა. Fluoridation ამცირებს დენტალურ დაავადებებს.
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	ინტერვენციები ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგად მიღებული ტრავმების *სამკურნალოდ*. ინტერვენციები ავტოსაგზაო შემთხვევების დროს ტრავმების ალბათობის შესამცირებლად. აკრძალვების დაწესება თამბაქოს, ტყვიის გამონაბოლქვზე ფილტვის კიბოს და გულის კორონარულ დაავადებათა ალბათობის შესამცირებლად.
დიაგნოსტირებასთან დაკავშირებული ჯგუფები	გადახდა ხელს უწყობს საავადმყოფოში ყოფნის ვადის შემცირებას.
ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციები და *მკურნალობის მართვადი ორგანიზაციები*	ხელს უწყობს ალტერნატივების მოძიებას ჰოსპიტალიზაციისა და საავადმყოფოში ხანგრძლივი ვადით დარჩენისათვის; ამცირებს საავადმყოფოებით სარგებლობის სიხშირეს; დამსაქმებელთა, დასაქმებულთა და მთავრობათა ინიციატივებს ავადმყოფები/ მოათავსონ უფრო ნაკლებხარჯიან სამკურნალო დაწესებულებებში. სულადობრივი გადასახადი ხელს უწყობს დაავადების პრევენციასა და ინსტიტუციური მკურნალობის ინიციატივას, აძლიერებს ამბულატორიულ და პრევენციულ მკურნალობას.
რაიონული ჯანრთელობის სისტემა და რეგიონალიზაცია	ხელს უწყობს მომსახურების რაციონალურ განაწილებას, საავადმყოფოთა სიჭარბისა და დუბლიკაციების თავიდან აცილებას.

ხარჯების შეკავება

საზოგადოებისგან და პროფესიონალებისგან დიდმა მოლოდინმა ხანდაზმული მოსახლეობის მზარდმა მოთხოვნებმა, ძვირადღირებულმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა და მაღალ ტექნოლოგიურმა სამედიცინო მომსახურებებმა მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯების კრიზისს ხელი შეუწყვეს. ხარჯების შეკავება, მას შემდეგ გახდა მნიშვნელოვანი, რაც 1970-1980 წლებში ხარჯების ზრდის ტემპმა, ეკონომიკური ზრდის ტემპს გადააჭარბა. ხარჯების ეფექტურობისა და ხარჯების სარგებლიანობის ანალიზი ახალი ინტერვენციების, დაგეგმარებისა და მართვის კონტროლის ნაწილი გახდა. ორივე ანალიზი ეფექტური ბერკეტია, როგორც კაპიტალური, ასევე საოპერაციო ხარჯების საკონტრელებლად. იმის გამო, რომ საავადმყოფოები მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯების უდიდეს ნაწილს ინაწილებენ (40-60%), ყურადღება მაქსიმალურად გამახვილდა საავადმყოფოს უტილიზაციის შემცირებაზე, ალტერნატიული მომსახურებებისა და სხვადასხვა პროგრამების შემუშავებასა და დანერგვაზე.

ხარჯების შეკავების პოლიტიკა და მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის მომსახურებების თანაარსებობა დასაშვები და სრულიად რეალურია. რეალურად, ხარჯების შეკავების

ბერკეტი, პირდაპირ არის დაკავშირებული მკურნალობის მეტ სიზუსტესთან და რესურსების უფრო სწორ გამოყენებასთან, ვიდრე ეს განხილულია წინა პარაგრაფებში. ზოგიერთი ბერკეტი, პირდაპირ საჭიროებს დაბალფასიანი მომსახურების ძვირადღირებულით ჩანაცვლებას, ამავდროულად სხვა ბერკეტები მიანიშნებს, რომ საჭიროა დაინერგოს ამბულატორიული ქირურგია ან მიოკარდიული ინფარქტის შემდეგ საავადმყოფოში პაციენტის საწოლდღეები შემცირდეს.

ქვეყნები, სადაც ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი დამფინანსებელი კერძო სექტორია, ცდილობენ, ხარჯების შეკავების პოლიტიკა დანერგონ, რათა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპი კიდევ უფრო შეამცირონ. კანადაში, მთავრობამ აღებული გეზი შეცვალა და ხარჯების შეკავების პოლიტიკაზე გადავიდა. 1980-იან წლებში ჯანდაცვის ხარჯები ყოველდღიურად 12.5%-ით იზრდებოდა, ბევრად მეტით ვიდრე ეკონომიკა. კანადის ხარჯების შეკავების პოლიტიკა მოიცავს: საფასო პოლიტიკის კონტროლს, რეგიონალიზაციასა და ჭარბი ჰოსპიტალიზაციის მიწოდებისა და უტილიზაციის კონტროლს. შედეგად კანადამ 1990-იანი წლებისთვის ზრდის ტემპი შეამცირა.

სამედიცინო და ჰოსპიტალური ჯანდაცვა - მაკროეკონომიკა

რესურსების განაწილების პოლიტიკის შემუშავებისას, აუცილებლად გათვალისწინებული უნდა იყოს სპეციფიკური ფაქტორები, რომელთაც გავლენა აქვთ, იმაზე, თუ როგორ ხდება მომსახურებების მიწოდება და როგორია შესაბამისი ანაზღაურება, მიუხედავად იმისა, თუ რომელ დონეზე ხდება პოლიტიკის შემუშავება, იქნება ეს ქვეყნის მასშტაბით, რეგიონულ დონეზე თუ დაფინანსების მოძიებისას. მოტივატორები და დემოტივატორები ეფექტური ჯანდაცვისთვის, მოიცავს თუ როგორ ანაზღაურებას იღებენ ექიმები და საავადმყოფოები და როგორ ხდება მომსახურებების ორგანიზება. ექიმების ანგარიშსწორების ტიპები, საკმაოდ მრავალფეროვანია (მაგ. გადახდა შემთხვევის; გადახდა მომსახურებისას; სულადი გადასახადი-კაპიტაციური; მოჭრილი ხელფასი ან კომბინირებული). თითოეულ მათგანს წარმოშობის ისტორია, სუსტი და ძლიერი მხარეები აქვს და, რა თქმა უნდა, მხარდამჭერები და მოწინააღმდეგეები ჰყავს.

ექიმის ანაზღაურება

„გადასახადი მომსახურებისას“ არის ისეთი ტიპის ანაზღაურება, რომელიც თითო ერთეული სერვისის მიღებისას ხდება, როგორიც არის ვიზიტი ექიმთან ან ქირურგიული პროცედურა. როდესაც ანგარიშსწორება ხდება სამეანო მომსახურებისას, რომელიც ასევე მოიცავს მომსახურებას ფეხმძიმობისას, ან სხვა დაავადების სრული მომსახურება, ან ანგარიშსწორება მკურნალობის პერიოდის ბოლოს, ასეთი ანგარიშსწორების ტიპს ჰქვია – *გადასახადი თითო*

შემთხვევაზე. თუმცა უნდა ითქვას, რომ *„გადასახადი თითო მომსახურებაზე“* არის ყველაზე მეტად გამოყენებული ანგარიშსწორების ტიპი და ჯერ კიდევ, კანადაში, გერმანიაში და სხვა ქვეყნებში ანგარიშსწორების ნორმად ითვლება. ზოგიერთ ქვეყნებში კი ანგარიშსწორება სადაზღვევო კომპანიებსა და ექიმებს შორის შემუშავებული *ფიქსირებული გრაფიკის* მიხედვით ხდება. გადასახადის გრაფიკი, სამედიცინო სპეციალისტების მიერაა შედგენილი, რომლებიც უფრო მეტი ავტორიტეტით სარგებლობენ, ვიდრე პირველადი დახმარების ექიმები.

“გადასახადი მომსახურებისას“ ხელს უწყობს უფრო ძვირადღირებული მომსახურებების გამოყენებას, მაშინ როცა ამის რეალური საჭიროება არ არსებობს, მაგალითად, როგორიც არის ქირურგია. ეს განსაკუთრებით მაშინ ხდება, როდესაც პაციენტი დაზღვევით სარგებლობს და სრული ანაზღაურება აქვს გარანტირებული. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ზოგიერთი სადაზღვევო კომპანია ანგარიშსწორებისას პაციენტის ფინანსურ მონაწილეობას მოითხოვს. ეს მიდგომა გამართლებულია იმ იდეით, რომ პაციენტი მოერიდება საკუთარი თანხა საჭიროების გარეშე დახარჯოს, თუმცა ამ მიდგომის ოპონენტები ამტკიცებენ, რომ ეს უარყოფითად მოსახლეობის იმ ნაწილზე აისახება, რომელიც გაჭირვებულია, არ შეუძლია აუცილებლობის შემთხვევაში დაზღვევის ანაზღაურებას საკუთარი თანხა დაამატოს და სრულფასოვანი მომსახურება მიიღოს.

შემდეგი ანგარიშსწორების ტიპი *„სულად გადასახადს“* ნიშნავს, რომლის მიხედვითაც ანგარიშსწორება ხდება სამკურნალოდ დარეგისტრირებულ პაციენტზე, დროის გარკვეულ პერიოდში, ფიქსირებული გადასახადის პრინციპით. ანგარიშსწორების ეს ტიპი, პირველად 1911წელს დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში დამკვიდრდა, როდესაც ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა დაინერგა.

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის ბიუჯეტის განმკარგავი ორგანო, ზოგად ექიმებს ანაზღაურებას უხდის რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით. ისინი თანხმდებიან საავადმყოფოებთან, რომლებიც მოქმედებენ, როგორც კონტრაქტორი პროვაიდერები. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ფონდი, საავადმყოფოებს ანაზღაურებას აძლევს *დიაგნოზის ჯგუფების მიხედვით*(DRG). ეს სისტემა შემუშავდა 1980-იან წლებში და საკმაოდ დიდ მოწონებასა იმსახურებს, რადგანაც ამცირებს საავადმყოფო საწოლების ჭარბ რაოდენობას და რესურსების გამოყენება პრევენციულ და ამბულატორიულ პროგრამებში ხდება.

ჯანდაცვის მუშაკებისა და ექიმების *ხელფასით* დაქირავება საკმაოდ გავრცელებულია იმ საავადმყოფოებშიც კი, სადაც *„გადასახადი მომსახურებისას“* და *„სულადი გადასახადი“* მოქმედებს. ეს მეთოდი საკმაოდ პრიორიტეტულია რადგანაც, ექიმს არანაირი მოტივაცია არ აქვს, რომ მოემსახუროს პაციენტს, თუკი ეს მომსახურება არის უსარგებლო და საჭიროებას მოკლებული. სახელფასო ანაზღაურება შესაძლებელია სამოტივაციო ანაზღაურებასთან ერთად იყოს *კომბინირებული.*

ექიმთა ანაზღაურებას დიდი გავლენა აქვს, თუ როგორ გამოიყენება სამედიცინო მომსახურებები. ემპირიული მტკიცებულება მოწმობს, რომ *„გადახდა მომსახურებისას“* ხელს უწყობს მომსახურებების საჭიროზე მეტ გამოყენებას, როგორიც არის ქირურგიული პროცედურები, თავის მხრივ *სახელფასო* ანაზღაურება გაკრიტიკებულია იმ მიზეზით, რომ პაციენტებისა და მათი პრობლემების სწორი იდენტიფიკაცია არ ხდება. დღესდღეობით კი თანამედროვე ჯანდაცვაში *კომბინირებული* ანგარიშსწორების ტიპები, სულ უფრო იკიდებს ფეხს, განსაკუთრებით კი *„სულადი გადასახდი“.*

სრული მკურნალობის ანაზღაურება

ერთ სულ მოსახლეზე ბიუჯეტირება, არის ანაზღაურების სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია მოსახლეობის იმ ნაწილის მომსახურების ანაზღაურებაზე, რომელიც რეგისტრირებულია, გარკვეული მკურნალობის კურსზე და სპეციფიკურ სამედიცინო მომსახურებასა და სრულ მკურნალობას საჭიროებს. „სულადი გადასახადი“ ფარავს სრულ მომსახურებას, ასე რომ საავადმყოფო მკურნალობაზე ეკონომია, შესაძლებელია გაკეთდეს ძლიერი ამბულატორიული მკურნალობის, სახლზე მკურნალობისა და გრძელვადიანი მკურნალობის ხარჯზე, რაც ბევრად ხარჯეფექტურია.

სხვა შემთხვევებში, მოსახლეობის მკურნალობა შესაძლებელია დაფინანსდეს, ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგაზაციებში ან გეოგრაფიული პირობების მიხედვით, ან რეგიონულ და რაიონულ ჯანდაცვის სისტემებში.

ზოგიერთი დაფინანსების სისტემა, ერთ სულ მოსახლეზე ბიუჯეტირებისას, ასაკის და სქესის მიხედვით, ითვალისწინებს გეოგრაფიულ გა-

ნაწილებას, ადგილმდებარეობას ან რეგისტრირებულ მოსახლეობას. ამ მიდგომისას წესდება საავადმყოფოს უტილიზაციის განაკვეთები ასაკისა და სქესის მიხედვით. „სულადი გადასახადის“ მეთოდი წარმოადგენს დემოტივატორს არასაჭირო ვიზიტების დასანიშნად და საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობას ამცირებს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ საავადმყოფოს ინტერესებში არ შედის პაციენტების ნაადრევად გაწერა, რათა თავიდან აირიდოს მოსალოდნელი იურიდიული გართულებები და პაციენტების მდგომარეობის დამძიმება, რაც საერთო ჯამში პაციენტს საავადმყოფოში დააბრუნებს და ხარჯებს კიდევ უფრო გაზრდის.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების და ბებერი მჯდინარობის ორგანიზაციები

ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციები (HMO) დაზღვევისა და მომსახურების მიმწოდებლის ინტეგრირებულ სისტემას წარმოადგენს, რომელიც საავადმყოფო, ამბულატორიულ მომსახურებასა და ამბულატორიულ მკურნალობაზეა პასუხისმგებელი. ეს არის წინასწარი გადახდის მკურნალობის სისტემა, რომელშიც გაწევრიანებული დაზღვეული, ჯანდაცვის პროგრამაში ერთვება, რომელიც მზღვეველისგან ფიქსირებულ გადასახადს იღებს. იგი განსაზღვრულია ერთ სულ მოსახლეზე და გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ამ პროგრამით იღებს სრულ მომსახურებას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში შექმნილი ეს სისტემა, მოგებაზე არაორიენტირებულ ორგანიზაციებს ქმნის, რომლებიც პროფესიული კავშირების და ინდუსტრიული და კოოპერატიული ჯგუფების მიერ ფინანსდება. ეს მიდგომა მეორე მსოფლიო ომის დროს კალიფორნიაში კაიზერ პერმანენტმა გამოიგონა და მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში სწრაფადვე გავრცელდა.

1973 წლის ჯანდაცვის შენარჩუნების ორგანიზაციების აქტის მიხედვით, ჯანდაცვის შენარჩუნების ორგანიზაცია გახდა, ჯანდაცვის ძირითადი დინების წევრი, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობდა. ზოგიერთი დიდი ჯანდაცვის შენარჩუნების ორგანიზაცია ფლობს საკუთარ საავადმყოფოს — 1.5 საწოლი ყოველ 1000 მოსახლეზე. ეს მაჩვენებელი შეერთებულ შტატების საშუალო მაჩვენებელზე საკმაოდ დაბალია, იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი ასაკისა და შერჩევის პრინციპის გათვალისწინება მოხდება. ეს საავადმყოფოები ოპერირებენ 1.2 ექიმით ყოველ 1000 წევრზე, როცა ჩვეულებრივ საავადმყოფოებში, სადაც, „გადასახადი მომსახურებისას“ მოქმედებს, 4.5 ექიმი მოდის ყოველ 1000 პაციენტზე. ექიმები, რომლებიც ასეთ საავადმყოფოებში მუშაობენ, ანაზღაურებას იღებენ ან ხელფასის სახით, ან „სულადი გადასახადის“ პრინციპის მიხედვით, ან „გადასახადი მომსახურებისას“ პრინციპით.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვაზე, დიდი გავლენა იქონია ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციების გამოჩენამ და სხვა ჯანდაცვის მზღვეველი კომპანიების ხარჯების კონტროლის პოლიტიკამ, რომლებიც იყენებდნენ შეუზღუდავ „გადასახადი მომსახურებისას“ პოლიტიკას. ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციების და მართული მკურნალობის მიდგომის უპირატესობა ის არის, რომ სწორი და უკეთესი მენეჯმენტის შედეგად, პაციენტის მომსახურება უფრო იაფი ჯდება, განსხვავებით სხვა ტიპის ორგანიზაციებისგან.

მართული მკურნალობის მიდგომის განვითარების ეტაპად, 1990-იანი წლებია მიჩნეული, როდესაც ეს მიდგომა მოგებაზე ორიენტირებულმა პროვაიდერებმა სწრაფად აითვისეს, რამაც მათ ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზრის უფრო დიდი წილი მოუტანა. ამის მიზეზი კი ის იყო, რომ იგი ტრადიციულ „გადასახადი გადახდისას“-ზე პრიორიტეტული იყო, რადგანაც უფრო მეტი დაფარვა ჰქონდა და უფრო ნაკლებად ხარჯიანიც იყო. გეგმური მკურნალობის პროგრამები, წევრების სრულ მომსახურებას უზრუნველყოფს. 1995 წლისათვის 58-მა მილიონმა ამერიკელმა მიიღო მომსახურება ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციებისგან, დანარჩენმა 91 მილიონმა კი მომსახურება სხვა გეგმური მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში ჩაიტარა. 1997 წელს „მედიქეიდის“ ბენეფიციარების თითქმის 48% ჩართული იყო გეგმური მკურნალობის პროგრამაში. იმავე წელს, „მედიქეარის“ 38 მილიონი ბენეფიციარიდან 4.9 ჩართული იყო გეგმური

ჩანართი 11.4 ჯანმრთელობის შენახჩენების ოხბანიზასიების (ჯშო) მოდელი

1. პერსონალი და ჯგუფი: ჯშო-ს ტრადიციული მოდელის მიხედვით, ჯშო-ს თანამშრომლები ან კონტრაქტით აყვანილი ექიმთა ჯგუფი უზრუნველყოფს წევრების სრულ სამედიცინო მომსახურებას, ძირითადად ჯშო-ს საავამყოფოებში ან სამედიცინო ცენტრებში, რომლებსაც მართავს იგი ან კონტრაქტით მომსახურე საავადმყოფოებში. ჯშო-ს ჯგუფები შესაძლებელია იყოს ამხანაგობა, რომელიც სამოტივაციო ანაზღაურებას ინაწილებს.
2. პრაქტიკის ინდივიდუალური ასოციაცია (პია): სამედიცინო ორგანიზაცია, რომელიც თვითონ უზრუნველყოფს ექიმების პრაქტიკის ამაღლებას, რომ მოემსახუროს, როგორც კონტრაქტორი ჯშო-ს წევრებს. პია-ს ექიმები შესაძლებელია მოემსახურონ სხვა პაციენტებსაც, რომლებიც არ არიან ჯშო-ს წევრები.
3. სასურველი მიმწოდებელი ორგანიზაცია: ფორმალურად ორგანიზებული გაერთიანება, ძირითადად ექიმების, საავადმყოფოების, ფარმაცევტული კომპანიების, ლაბორატორიებისა და სხვა. იმისთვის, რომ მოემსახურონ ჯშო-ს წევრებს წინასწარ შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის მიხედვით ან „სულადი გადასახადის“ მიხედვით“. თითოეული მიმწოდებელი ინდივიდუალურად მოქმედებს, მაგრამ კონტრაქტის პირობებზე თანხმდება. ბენეფიციარს თავის მხრივ აქვს მიმწოდებლის არჩევის საშუალება.

მკურნალობის პროგრამაში.

გეგმური მკურნალობის სისტემებს, ხელს უწყობენ კერძო თანამშრომლები, სადაზღვევო კომპანიები და ფედერალური მთავრობა. გეგმური მკურნალობა ჯანდაცვის სისტემის დომინანტური მიმართულება გახდა. 1997 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების მოსახლეობის ერთი მეოთხედი იყო ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციების წევრი. ეს დაახლოებით 67 მილიონ ადამიანს შეადგენდა, მაშინ, როცა 1991 წელს ჯშო-ს წევრს მხოლოდ ამ ნიშნულის ნახევარი წარმოადგენდა. 1991 წელს ჯშო-ს წევრების ნახევარი ჯგუფურ პროგრამებში იყო ჩართული, თუმცა მათი რიცხვი 17%-მდე დაეცა და 10%-დან 43%-მდე გაიაზარდა კომბინირებულ პროგრამებში ჩართულთა რაოდენობა. ხოლო დანარჩენი 40% ინდივიდუალური მომსახურების ასოციაციებში იყო გაწევრიანებული. 1999 წლის მაისისთვის გეგმური მკურნალობის პროგრამებში 181.4 მილიონი ამერიკელი მონაწილეობდა.

გეგმური ჯანდაცვა, განსაკუთრებით მოგებაზე ორიენტირებული სექტორის მიერ, სამედიცინო და საჯარო ჯანდაცვის ორგანიზაციებში, საგაზეთო გამოცემებში, მედიასა და ფედერალურ ხელისუფლებაში მწვავედ არის გაკრიტიკებული. მიჩნეულია, რომ ეს სისტემა უარს ამბობს პროფესიონალებზე და სხვა აუცილებელ მომსახურებებზე, რადგანაც მოგებაზე ორიენტირებული კომპანიების „სულადი გადასახადის“ პოლიტიკაში მოქმედებს ეკონომიკური მოტივატორები. ზოგადად ეკონომიკური სარგებელი დასაშვებია, მაგრამ ამ სარგებლის მიღება პაციენტების ხარჯზე დაუშვებელია. გეგმური ჯანდაცვის ხარისხი და ეთიკური საკითხები მე-15 თავშია განხილული. იმისთვის, რომ განესაზღვრათ პაციენტთა უფლებები და მომსახურებების მინიმალური კალათა საკანონმდებლო ნაბიჯები 1998 წელს გადაიდგა და პაციენტთა უფლებების კრებული შეიქმნა, რომელსაც ბილ კლინტონი მხარს აქტიურად უჭერდა. ეს კრებული სავარაუდოდ კონგრესში კვლავ განიხილება.

გეგმური ჯანდაცვის მიდგომის ოპონენტები ამტკიცებენ, რომ ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციების საავადმყოფოების დაბალი უტილიზაცია შეიძლება მიღწეული იყოს, წევრების სელექციით. ჯშო-ები ხარჯების შესამცირებლად საჭიროზე დაბალ ხარისხზე ოპერირებენ. ხელმისაწვდომი მტკიცებულებები მოწმობს, რომ ჯშო-ები პაციენტებს უფრო დაბალ ფასებს სთავაზობენ, ვიდრე სხვა სტანდარტული მომსახურების პაკეტები. ხარჯების ზრდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1994-1999 წლებში მეტწილად „გადასახადი მომსახურებისას“ პოლიტიკის მართულ ჯანდაცვაზე გადასვლითაა გამოწვეული. მართული ჯანდაცვა უფრო და უფრო იკიდებს ფეხს სხვა ქვეყნებშიც, განსაკუთრებით ლათინურ ამერიკაში (არგენტინა, ბრაზილია, მექსიკა, ჩილე, პერუ), ასევე ფილიპინებში.

ჩეხეთის ჯანდაცვის სისტემა

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში და სკანდინავიის ქვეყნებში მრავალი წლის განმავლობაში რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის ფორმით სრული მომსახურების მოდელი არსებობდა. რეგიონების მცხოვრებლები ჯანდაცვის მომსახურებას რეგიონების მიხედვით იღებენ. რეალურად რეგიონული მომსახურების ცენტრს, პროვაიდერებისა და დაზღვევის სისტემის ფინანსური ინტერესის ხარჯზე, საჭიროებისამებრ შეუძლია ეფექტურად ცვალოს რესურსების გამოყენება სერვისების მიხედვით.

სკანდინავიის ქვეყნებს ჯანდაცვის სისტემის რეგიონული მართვის მრავალწლიანი გამოცდილება აქვთ, რისთვისაც ისინი საგადასახადო შემოსავლებით და გრანტებით ფინანსდებიან. 1980 წლის შემდეგ განხორციელებულმა რეფორმებმა ხელი შეუწყო სხვადასხვა მომსახურებების ინტეგრაციას რეგიონულ სისტემაში და საავადმყოფო საწოლების შემცირებას.

1980-იან წლებში რეგიონული განაწილების სამუშაო პარტიის მიერ დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში ბიუჯეტის რეგიონების მიხედვით განაწილება, დიდი ხნის განმავლობაში განხილვის თემა იყო. საბოლოოდ, მიიღეს გადაწყვეტილება, რომ რესურსების რეგიონული ცენტრების მიხედვით ოპტიმალური განაწილება ერთ სულ მოსახლეზე გრანტების განაწილებით უნდა მოხდეს.

ახალი რეფორმის მიხედვით, კანადაში ხდება საავადმყოფო საწოლების შემცირება და ჯანდაცვის სისტემის რეგიონალიზაცია. კანადის ერთ-ერთ პროვინციაში(სასკატჩევანში), შეიქმნა 30 რეგიონის ჯანდაცვის საბჭო, რომელმაც საავადმყოფო, მზრუნველობის სახლი და საჯარო ჯანდაცვა გააერთიანა. ერთ სულ მოსახლეზე ფინანსირება საშუალებას იძლევა, მოხდეს საავადმყოფოს დაფინანსების გადასროლა, სახლზე მკურნალობისა და საზოგადოების მკურნალობის სექტორში. ამით პროვინციამ მოახერხა რომ მშპ ზრდის ტემპზე ქვევით დაწია ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპი. რეგიონული ჯანდაცვის ხელშეწყობა ნიუ-იორკში და მის შემოგარენშიც განხორციელდა, თუმცა დაფინანსების ბარიერებმა და პოლიტიკურმა აზრთა სხვადასხვაობამ ეს პროცესი შეაფერხა.

საავადმყოფოებისა და სხვა მომსახურებების რეგიონალიზაცია ჯანდაცვისა და ხარჯების კონტროლის რაციონალიზაციისთვის მორიგი მიდგომაა. იმ საზოგადოებრივ ერთეულებში, სადაც საავადმყოფო საწოლების ჭარბი მიწოდება და კონკურენტული მომსახურებებია, რეგიონალიზაცია რაციონალიზაციის ერთ-ერთ მეთოდს წარმოადგენს, სადაც სასურველი შედეგი, არასაჭირო და კონკურენტული დეპარტამენტების გაუქმებით, ან კვლევითი ერთეულების შექმნით მიიღწევა, როგორიც არის ხელოვნური განაყოფიერება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში იყო ზოგიერთი მომსახურების რეგიონალიზაციის მცდელობა, როგორიც არის ფეხმძიმეთა მკურნალობის სისტემა, თუმცა ფეხი ვერ მოიკიდა. მოგვიანებით, რეგიონალიზაცია შედგა და სხვადასხვა კომპანიებს უბიძგა, რომ ვერტიკალური ინტეგრაცია მოეხდინათ და ბაზრის მეტი წილისთვის უფრო აქტიურად ებრძოლათ.

საავადმყოფო მომსახურების გაღასახადი

საავადმყოფოები, ჯანდაცვის სისტემის ყველაზე ძვირი სექტორია. ტრადიციულად, საავადმყოფოებში გადახდა დღიური განაკვეთით ან საწოლდღის პრინციპით ხდებოდა. დღიური განაკვეთი შესაძლებელია განისაზღვროს რეალური ხარჯების მიხედვით ქვეყნის ან რეგიონის საშუალო ხარჯების საწოლების რაოდენობაზე გაყოფით.

დღიური გადასახადი ხელს უწყობს საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობას, ანელებს გადაიარაღების პროცესს. თუკი სტანდარტად აღებულია რეგიონული საშუალო მაჩვენებლები, შესაძლებელია საავადმყოფოს ზედმეტი პერსონალი ჰყავდეს და აღჭურვილობაც მეტი ჰქონდეს. როდესაც მომსახურება დაზღვეულია, არანაირი მოტივაცია არ არსებობს იმისა, რომ პაციენტის საავადყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობა შემცირდეს. დღიური ანაზღაურება ინფრასტრუქტურის არაეფექტურ გამოყენებასთანაა ასოცირებული. მაგალითად, პაციენტის საავადმყოფოში დატოვება დამატებითი გამოკვლევების ჩასატარებლად, რომელიც

შესაძლებელია უფრო იაფი საშუალებებითაც განხორციელდეს. როდესაც დაზღვევის პაკეტი თანაბარ პირობებში აყენებს მძიმე ავადმყოფს და შედარებით მსუბუქ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს, მომსახურების მიმწოდებელს აქვს მოტივაცია, რომ საავადმყოფო პალატაში დატოვოს მსუბუქი ავადმყოფი, რათა შეიმციროს ფინანსური ვალდებულება, რომელიც მძიმე ავადმყოფის მკურნალობისას წარმოიშვება. ეს სისტემა არ არის იმდენად მოქნილი, რომ ამბულატორიული მკურნალობის დანიშვნისთვის მოტივაცია შექმნას და ეფექტურად მომუშავე საავადმყოფოებს ცუდ მდგომარეობაში აგდებს, რომლებიც ცდილობენ საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობა შეამცირონ.

გადასახადი გადახდისას, თითო შესრულებულ მომსახურებაზე, იწვევს არასაჭირო ზღვრულ მკურნალობას და ხაგრძლივ დარჩენას საავადმყოფოში. ეს მეთოდი გავრცელებული იყო ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მრავალფუნქციური დაზღვევის სისტემით, თუმცა იგი დიაგნოსტიკური მონათესავე ჯგუფების გადახდის პოლიტიკით მალევე ჩანაცვლდა. ამ მოდელში არ არსებობს არანაირი მოტივაცია, რომ ხარჯები და უტილიზაცია შემცირდეს.

ისტორიული ბიუჯეტირება ინფლაციის და ახალი მომსახურებების ხარჯის გათვალისწინებით წინა წლის ბიუჯეტის დაგეგმარების გამოცდილებაზეა დაფუძნებული. ბიუჯეტი, შესაძლებელია განხილული იყოს ან დამფინანსებლის მიერ, ან გლობალურ, ან რეგიონულ დონეზე, რაც მთელ საავადმყოფოზე თანხის განაწილების შემდეგ საავადმყოფოს იხსნის იმ სირთულისგან, რომ შიდა გადანაწილებები თავად საავადმყოფოებმა გააკეთონ. გადახდამ, შეიძლება საოპერაციო თანხებთან ერთად კაპიტალური განახლების ხარჯები მოიცვას. ეს მეთოდი მაშინ გამოიყენება, როდესაც საავადმყოფოები ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ იმართება. დღიური გადასახადის საპირისპიროდ ამ მეთოდმა საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობის შემცირებას და საავადმყოფო რესურსების ეფექტურ გამოყენებას თეორიულად ხელი უნდა შეუწყოს.

გადასახადი გარკვეული ნორმების მიხედვით, როგორც ეს საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში იყო, მოტივატორების შექმნას უზრუნველყოფდა, რომ ყოფილიყო ჭარბი საავადმყოფო საწოლების მიწოდება, დაბალი ხელფასები და შესაბამისად დაბალი მომსახურების დონე. პოსტსაბჭოთა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები რეფორმებს საჭიროებენ, რათა პირველ რიგში, ეს ისტორიული ნორმები გაუქმდეს, საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა შემცირდეს და საერთო ჯამში ეფექტური ჯანდაცვის სისტემა შეიქმნას.

მაღალი ხარჯებისა და უტილიზაციის მაღალი დონის პასუხად ალტერნატიული გადახდის მეთოდები 1960 წლისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეიქმნა. 1983 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალური ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციამ (ფჯდა) დანერგა გადახდის ტიპი დიაგნოზი ჯგუფების მიხედვით(DRG), და იგი ძირითადად „მედიქეარ“-ის პაციენტებისთვის მოქმედებდა. დიაგნოზი ჯგუფების მიხედვით სისტემა ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1999 წლიდან საავადმყოფო მომსახურების გადახდის ბაზისს წარმოადგენს და იგი უფრო ფართოდ იკიდებს ფეხს სხვა ინდუსტრიულ ქვეყნებში, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, ისრაელში და ზოგიერთ განვითარებად ქვეყნებში, მაგალითად, როგორიც არის ფილიპინები.

დიაგნოზი ჯგუფების მიხედვით საავადმყოფოს მომსახურების გადახდის მომავალი სისტემაა. დღესდღეობით სისტემა საავადმყოფოებს გადასახადს უხდის 495-მდე დიაგნოზის მკურნალობის კლასიფიკაციისა და პროცედურის მიხედვით, თითოეული ფიქსირებული გადახდის განაკვეთით. ეს საშუალებას იძლევა, რომ საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობა შემცირდეს, ხელს უწყობს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უფრო ეფექტურ გამოყენებას და, რაც მთავარია, შემცირებული საწოლების რაოდენობას. შედეგად, 1990-იანი წლებისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში ამბულატორიული მომსახურებები მყისიერად გაიზარდა, საწოლების გამოყენება და საწოლებისა და მოსახლეობის შეფარდება შემცირდა. „დიაგნოსტიკური ჯგუფების“ სისტემამ ასევე შესაძლებელია შემოსავლის გასაზრდელად მცდარი დიაგნოზების შემთხვევები გაახშიროს.

საავადმყოფოს ბიუჯეტირების სხვადასხვა მეთოდებს, აქვს სუსტი და ძლიერი მხარეები. გადახდა „დიაგნოსტიკის ჯგუფების“ პრინციპით ხელს უწყობს საავადმყოფო მკურნალობის რაციონალურ მოხმარებას. რეგიონული ბიუჯეტები, რომელიც განაწილებულია ერთ სულ მოსახლეზე და მოქმედებს „დიაგნოსტიკის ჯგუფების“ საავადმყოფო მომსახურების გადახდის პრინციპი, შესაძლებელია ამბულატორიული და საავამყოფო მკურნალობის გასაერთიანებლად საუკეთესო გამოსავალი იყოს.

რეგიონული თანაბარუფლებიანობისა და მოტივატორების კომბინირებამ შესაძლებელია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მომსახურების ეფექტურ გამოყენებას ხელი შეუწყოს.

ᲙᲐᲞᲘᲢᲐᲚᲣᲠᲘ ᲮᲐᲠᲯᲔᲑᲘ

კაპიტალური ხარჯები, რომლებიც განკუთვნილია სამედიცინო დაწესებულებების ასაშენებლად ან გასაახლებლად, გრძელვადიანი გეგმების გაანალიზებაზეა დაფუძნებული, თუმცა ამ ხარჯებს, მიმდინარე საოპერაციო ხარჯებზე მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს. ახალი დაწესებულების საოპერაციო ხარჯი 2-3 წლის შემდეგ შესაძლოა გაწეულ კაპიტალურ დანახარჯს გაუტოლდეს. კაპიტალური ხარჯების ინვესტირება საჯარო ან კერძო შემოწირულობებით, კაპიტალის მოზიდვით, ან სახელწიფო უზრუნველყოფით მოზიდული სესხითაა შესაძლებელი. სახელწიფო მაკონტრელებელი ორგანო, შემოთავაზებული მშენებლობის ან გადაიარაღების კაპიტალურ პროექტს გარკვეული დოკუმენტაციის წარდგენის და განხილვის შემდეგ ამტკიცებს. მას შემდეგ, რაც პროექტი მტკიცდება, საჭირო ინვესტიციის მოზიდვის გზები განიხილება. ეს მიდგომა უკვე მრავალი წელია ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჰილ-ბარტონის აქტის შესაბამისად და კანადაში ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის ფარგლებში მოქმედებს. ის საავადმყოფოები კი, რომლებიც მთავრობისგან დამოუკიდებლად ოპერირებენ, შეუძლიათ გრძელვადიანი ობლიგაციები გამოსცენ ან დაბალი საპროცენტოგანაკვეთიანი სესხები აიღონ. სესხის გადახდა, საოპერაციო ხარჯებში აისახება და სასესხო გადასახადი რამდენიმეწლიანი სესხის ამორტიზაციის გრაფიკის მიხედვით განისაზღვრება.

როდესაც მთავრობები კაპიტალურ ხარჯებს აფინანსებენ, შესაბამისად მათ სამედიცინო დაწესებულების მიმართულების, განაწილებისა და მიწოდების მეტი კონტროლი აქვთ. მთავრობის დადგენილი ნორმების გათვალისწინებით, შესაძლებელია გაჩნდეს მეტი საავადმყოფო საწოლები დამატებითი საავადმყოფოების აშენებით ან არსებული საწოლების შეკეთებით, საერთო ჯამში კი შეიძლება მივიღოთ დაბალი ხარისხის მომსახურება და საერთოდ გამოუყენებელი საწოლების რეზერვი. ნორმები, ასევე შესაძლებელია გამოყენებული იყოს უკუეფექტის გამოსაწვევად. 1990-იან წლებში, ბევრ ინდუსტრიულ ქვეყანაში ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მთავარი ელემენტი საავადმყოფო საწოლების შემცირება იყო, რომელიც ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხზე უარყოფით ეფექტს არ ახდენს. საავადმყოფო საწოლების შემცირება ნაწილობრივ დაბალანსებულია სახლში მკურნალობის პროგრამების დანერგვით, მზრუნველობის სახლების შექმნით. მთლიანობაში, საწოლებისა და მოსახლეობის შეფარდების მაღალ დონეზე შენარჩუნება არ არის ხარისხიან მომსახურებასთან შეთავსებადი, რადგანაც საწოლებისა და საავადმყოფოების მოსავლელად ჭარბი რესურსებია საჭირო.

ᲡᲐᲐᲕᲐᲓᲛᲧᲝᲤᲝ ᲡᲔᲠᲕᲘᲡᲔᲑᲘᲡ ᲛᲘᲬᲝᲓᲔᲑᲐ, ᲣᲢᲘᲚᲘᲖᲐᲪᲘᲐ ᲓᲐ ᲮᲐᲠᲯᲔᲑᲘ

საავადმყოფო საწოლებისა და მოსახლეობის შეფარდება 1940-1980 წლებში იზრდებოდა, 1980 წლის შემდეგ კი შემცირებას იწყებს. საავადმყოფო საწოლების მიწოდება და უტილიზაცია იცვლება, რადგან ეკონომიკური მოტივაცია ჯანდაცვას უბიძგებს, რომ მკურნალობის უფრო იაფი საშუალებები მოძებნოს. 1980-1995 წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში საავადმყოფოს უტილიზაცია, საავადმყოფოში დარჩენის საშუალო ხანგრძლივობა და საწოლების მოხმარების სიხშირე მისი რელევანტურობის შემცირებისკენ მიუთითებს. საავადმყოფოს პერსონალი ყოველ 100 საწოლ დღეზე იზრდებოდა 226-იდან (1960 წელი) 583-მდე (1991 წელი), შედეგად კი მიიღებოდა ჰოსპიტალიზებულთა უფრო მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობა. მზარდმა პერსონალმა, ტექნოლოგიურმა ინოვაციებმა და ძვირმა პრეპარატებმა პაციენტის საავადმყოფოში მოვლა

ცხრილი 11.7 პირველადი დახმარების/სასწრაფო/მწვავე საჭიროების საავადმყოფოების საწოლების უზრუნველყოფა და გამოყენება, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1940-1996წწ.

საავადმყოფოები/საწოლები	1940	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996
საწოლები ყოველ 1000 მოსახლეზე.	3.2	3.3	3.6	4.3	4.5	4.2	3.7	3.3
გამოწერილთა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე.	na[a]	na	na	na	159	138	113	105
საავადმყოფოში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა, დღეების რაოდენობა,	na	na	na	na	7.3	6.5	6.7	6.5
მოვლის სრული ხანგრძლივობა, ყოველ 1000 მოსახლეზე დღეების მიხედვით	na	na	na	na	1129	872	705	544
დაკავებულ საწოლთა პროცენტული მაჩვენებელი	70	na	7.5	7.7	75	65	67	62

წყარო: *ჯანმრთელობა ამერიკის შეერთებულ შტატებში*, 1993 და OECD, 1998
შენიშვნა: არ მოიცავს ფედერალურ საავადმყოფოებს

გააძვირა. 11.7 ცხრილი ასახავს საავადმყოფო საწოლების მიწოდების ტენდენციას და პროცენტულ მოხმარებას 1940-1996 წლებში.

1980-1990 წლებში საწოლების მიწოდებასა და უტილიზაციას ამერიკის შეერთებულ შტატებში უარყოფითი ტენდენცია ჰქონდა. მიუხედავად მოსახლეობის დაბერებისა, საწოლების უტილიზაციის ტენდენციის შემცირებას თავისი მიზეზები გააჩნდა: ცვალებადი დაავადებების ტიპები, საავადმყოფოს ნაცვლად, ამბულატორიული მკურნალობის დანერგვით, „დიაგნოსტიკის ჯგუფების“ გადახდის პოლიტიკის დანერგვით, საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობის შემცირებით, ხარჯების შეკავების პოლიტიკისა და ჯანდაცვის ეკონომიკაზე ყურადღების გამახვილებით, უფრო ეფექტური ჯანდაცვის მეთოდების განვითარებით, საკუთარ ჯანმრთელობაზე საზოგადოების უფრო მეტი ზრუნვით და პრევენციული მომსახურებების განვითარებით.

ამ პერიოდში, გულის კორონარული დაავადებებისგან გარდაცვლილთა რიცხვი, მკვეთრად დაეცა, თუმცა საავადმყოფო მიღებების რაოდენობა არ შემცირებულა, შემცირდა მკურნალობის დღეები დაახლოებით 38%-ით. ეს მიუთითებს მკურნალობის ცვალებად მეთოდებზე, მიოკარდიული ინფარქტისას აქტიურ და აგრესიულ რეაბილიტაციაზე, ასევე ყურადღებას ამახვილებს ამბულატორიულ მკურნალობაზე. სამედიცინო პრეპარატები მიოკარდიული ინფარქტის დროს უფრო ეფექტურია, ვიდრე წინა მკურნალობის ტიპები, მაგალითად: სტეპტოკინაზა, ანგიოპლასტიკა, სტენტირება და სხვა ინტერვენციები. ყველაფერ ამის თანმდევი შემცირებული მოკვდავობის დონე იყო. 1980-იან წლებში დასავლეთ ევროპის ქვეყნებმა საავადმყოფო საწოლების შემცირება დაიწყო. როგორც ჩანს 11.8 ცხრილში შვედეთმა და ფინეთმა საავადმყოფო „წარმადობა“ შეამცირა 53%-დან 36%-მდე, ხოლო მთლიანად დასავლეთ ევროპაში 26%-მდე.

აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა ქვეყნებს გააჩნდათ ბევრი აღჭურვილობა, თუმცა ერთ სულ მოსახლეზე შედარებით დაბალი ჯანდაცვის დანახარჯი.

საავადმყოფოს უტილიზაციისა და საწოლების შემცირება იწვევს პერსონალისა და რესურსების ხელახალი გადანაწილების პრობლემას. საავადმყოფო დაწესებულებები შესაძლებელია გარდაიქმნას სხვა დაწესებულებებად როგორც 11.10 ცხრილშია ნაჩვენები. ხშირად იმისთვის, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებები კონსტუქციულად იქნას გამოყენებული, საჭიროა მათი სხვა მიმართულებით გამოყენება და მიწისა და შენობის სხვა მიზნებისთვის გამოთავისუფლება(ცხრილი 11.10).

ცხრილი 11.8 საავადმყოფოების საწოლები სასწრაფო/უკიდურესი საჭიროების და მთლიანი დანახარჯები მშპ-სთან პროცენტულ მიმართებაში, შერჩეული ქვეყნები, 1980-1997 წწ.

	საწოლები ყოველ 1000 მოსახლეზე			მთლიანი დანახარჯები მშპ-სთან პროცენტულ მიმართებაში		
ქვეყანა	1980	1990	1996	1980	1990	1997
იტალია	7.5	6.0	5.1	7.0	8.1	7.6
საფრანგეთი	6.2	5.2	4.5	7.6	8.9	9.9
დანია	5.6	4.6	3.9	8.7	8.2	7.7
ნიდერლანდები	5.2	4.0	3.4	7.9	8.3	8.5
შვედეთი	5.1	4.1	2.8	9.4	8.8	8.6
ისრაელი	3.0	2.6	2.3	6.8	7.8	8.4
დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო	2.9	2.3	2.0	5.6	6.0	6.7

წყარო: მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია, რეგიონული ოფისი ევროპისთვის, *ჯანმრთელობა ყველა მონაცემთა ქსელისთვის,* ივნისი 1999წ.

ჩანაჰთი 11.5 ჯანდაცვის დანესებულების ალტერნატიული გამოყენება

1. გრძელვადიანი მკურნალობის დაწესებულება: გახანგრძლივებული მკურნალობა; რეაბილიტაციის ცენტრი; ქრონიკულ დაავადებათა მკურნალობის ცენტრი და ხანდაზმულთა მზრუნველობის სახლი.
2. დახურული სამშობიარო სახლები, ჩანაცვლებული სამშობიარო განყოფილებებით მრავალპროფილიან საავადმყოფოებში.
3. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში, მწვავე ფსიქიატრიული ბლოკის შექმნა: მწვავე დაავადებების სამკურნალო ოთახების უტილიზაცია; გრძელვადიანი ფსიქიატრიული დანიშნულების საწოლების გაუქმება; საზოგადოებრივი მომსახურებების ცენტრის განვითარება.
4. მწვავე გერიატრიული მკურნალობის დანერგვა ზოგად საავადმყოფოში: მოკლევადიანი მკურნალობა, სახლსა და დაწესებულებაში.
5. ტუბერკულოზის სამკურნალო ნაწილის განვითარება ზოგად საავადმყოფოში: მოკლევადიანი კვლევისა და თერაპიის დანერგვა, გრძელვადიანი ტუბერკულოზის სამკურნალო საწოლების გაუქმებითა და საზოგადოებრივი მკურნალობის მომსახურებების დანერგვით.
6. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მომხმარებელთა დეტოქსიფიკაციური სამკურნალო ცენტრის შექმნა მრავალპროფილიან საავადმყოფოში.
7. სპეციალური თავშესაფრების შექმნა უსახლკაროთათვის ან სხვა სოციალური პრობლემების ადამიანთათვის.
8. ამბულატორიული მკურნალობის დაწესებულების და დღის სტაციონარების შექმნა.
9. თავშესაფარი, ლეტალური სტადიის დაავადების მქონე პაციენტებისთვის.
10. სხვა სოციალური დაწესებულების შექმნა: საზოგადოებრივი ცენტრები, სკოლები და საარდადეგო ტრეინინგების ცენტრი.
11. უძრავი ქონების გაყიდვა და მიღებული შემოსავლის ნაწილით სხვა ახალი ჯანდაცვის პროგრამის შექმნა.

მოდიფიცირებული ბაზრის ფაქტორები

კლასიკური ეკონომიკის მიხედვით, ბაზრის ფაქტორებად მიჩნეულია ის პირობები, რომლებიც მყიდველს უბიძგებს, ბაზარზე იპოვოს, იაფი საუკეთესო პროდუქტი ან მომსახურება კონკურენტული პროვაიდერებისგან. ჯანდაცვაში მოქმედებს მოდიფიცირებული ბაზრის ფაქტორები, რომელთაც გავლენა აქვთ ბაზარზე.(11.9 ცხრილი), ამ ფაქტორების გააზ-

ცხრილი 11.9 საბაზრო ძალები და მოდიფიკაციის ფაქტორები სამედიცინო ეკონომიკაში

სამედიცინო მოთხოვნების განმსაზღვრელი ფაქტორები	უტილიზაციის მოდიფიკატორები	მაგალითები
კლასიკური ბაზრის ფაქტორები	მიწოდება	პროვაიდერები ერთიანდებიან მიწოდების შესამცირებლად
	მოთხოვნა	წინასწარი გადახდა ზრდის მოთხოვნის ეფექტურობას
	ფასებისა და ხარისხის კონკურენცია	მართული სამედიცინო დახმარება გადახდა მომსახურებაზე
	სისტემური მაკროეფექტურობა	რაიონული სამედიცინო სისტემები და ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციები
	ვერტიკალური ინტეგრაცია	მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფისთვის მრავალფუნქციური მომსახურება
	ლატერალური ინტეგრაცია	საავადმყოფოების ქსელი ეფექტურობის ასამაღლებლად
	სისტემური მიკროეფექტურობა	ხარისხის გაუმჯობესება, კომპიუტერიზაცია, თანამშრომლების სამუშაო პირობები
მარეგულირებელი ფაქტორები	სტიმული და დაბრკოლება	ბიუჯეტური გადახდები: დღიური, დიაგნოზზე დაფუძნებული, ფიქსირებული
	რეპუტაცია	მომხმარებლის, საზოგადოების და მიმწოდებლის კმაყოფილება
	რეგულირებული მიწოდება	საავადმყოფო საწოლებისა და კადრების შემცირება (1000-ზე)
	რეგულირებული მოთხოვნა	ინფორმაციის ფილტრი
	რეგულირებული ფასი	ხელფასი, კაპიტაციური ანაზღაურება
სამედიცინო და საზოგადოებრივი ფაქტორები	გადახდის რეგულირებული მეთოდი	დიაგნოზზე დაფუძნებული ან ბიუჯეტური (საავადმყოფოებისთვის)
	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	უსაფრთხოების ღვედები, თავდაცვის საშუალებები
	მოსახლეობის სხვადასხვა საჭიროებები	ეპიდემიოლოგიური და დემოგრაფიული
	სოციალური უთანასწორობა	სოციალური განსხვავებები და არათანაბარი ხელმისაწვდომობა
სისტემური დეტერმინანტები	ინფრასტრუქტურის განვითარება მოთხოვნათა შესამცირებლად;	წყლისა და გზების უსაფრთხოება
	სოციო-ეკონომიკური წინსვლა;	ნაციონალური და ოჯახის შემოსავალი
	საზოგადოების განვითარების	პენსიები და კომპენსაციები
	სოციალური პოლიტიკა;	სამედიცინო სისტემების რეფორმა
	ჯანმრთელობა, როგორც	საზოგადოებისთვის პრევენციული ღონისძიებები
	ეროვნული და ადგილობრივი	მიმწოდებელების, ბენეფიციარების და მომხმარებლების უფლებები, საჭიროებები და მოვალეობები
	პრიორიტეტი;	
	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;	ურთიერთბალანსი (ინსტიტუციონალური და თემის)
	ცოდნის, ჩვევების, რწმენის,	თანამედროვე აპარატურა, მედიკამენტები...
	პრაქტიკის განვითარება;	ბინაზე მომსახურება, საბაზისო მედიკამენტები,
	ცვლილება რესურსების განაწილებაში	პრაქტიკოსი ექთნები
	ტექნოლოგიური სიახლეები;	შიდა სისტემური აუდიტი, აკრედიტაცია, პაციენტის არჩევანი, ხარისხის უწყვეტი ამაღლება
	ჩანაცვლებები;	
	ხარისხის მენეჯმენტი	

რება და ზუსტი ანალიზი მენეჯერის, მიმწოდებლის ან პოლიტიკის მგეგმავის მოვალეობაა. ზოგიერთი ფაქტორი მოიცავს სახელმწიფო რეგულირების ძალებს, როგორიც არის საავადმყოფო საწოლების მიწოდება. სხვა ფაქტორებია: გადახდის ფორმები, საფასო პოლიტიკა და მომსახურებების ხელმისაწვდომობა, ასევე მომსახურების ეფექტურობა და ხარისხი. საბაზრო მექანიზმები მოდიფიცირებულია რეგულაციების, მოტივაციებისა და სხვა ფაქტორების მიერ, როგორებიცაა პრევენციის, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურებების ხელშემწყობი გარემოებები (11.11 ცხრილი).

ეკონომიკა და ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, საარსებო მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდების, ჯანდაცვის ეკონომიკის, რესურსების განაწილების: ფულადი, ფიზიკური, თუ ფიქსისრებული რესურსებისთვის. არც ერთ სხვა მიდგომას არ გამოუვლენია პრევენციული, სამკურნალო და გრძელვადიანი მკურნალობის მომსახურებების ამგვარი ფართო ხედვა. მათ ბალანსსა და ურთიერთდამოკიდებულებაზე დიდი გავლენა აქვს დაფინანსების სისტემებსა და რესურსების გახარჯვის ალტერნატიულ გზებს.

ეკონომიკური ანალიზი, ისევე როგორც ეპიდემიოლოგიური შეფასება, მნიშვნელოვანი ბერკეტია ჯანდაცვის დაგეგმვასა და მართვაში, განსაკუთრებით რესურსების განაწილების შეფასებაში. არასწორ შეფასებას არაეფექტური ჯანდაცვის დაგეგმარება მოსდევს. ეკონომიკური ანალიზის მეთოდები, რომელიც ამ თავშია აღწერილი, ერთგვარად ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობას შეიარაღებაა. ისევე, როგორც ჯანდაცვის პროფესიონალ, ვეტერან მუშაკს, ასევე დილეტანტსაც ჭირდება ეკონომიკური საკითხების ცოდნა, იმისთვის, რომ შეძლოს, პრიორიტეტების, მომსახურების ორგანიზების, მომსახურების უტილიზაციის და ეთიკური, პოლიტიკური, სოციალური და მმართველობითი საკითხების კომპლექსის სწორი შეფასება.

ისტორია

1993 წლის მსოფლიოს განვითარების დასკვნის მიხედვით მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ყველაზე მისაღები ხედვა 1978 წლის ალმა-ატას კონფერენციაზე გამოითქვა: პირველადი მომსახურებისა და საავადმყოფო მკურნალობას შორის საუკეთესო შუალედის არსებობა ჯანდაცვის სისტემის უპირველესი ამოცანაა, ხოლო პირველადი მომსახურებისა და ჯანმრთელი ცხოვრების ხელშეწყობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ყველაზე ეფექტური ინტერვენციაა.

ჯანდაცვის ფინანსირებასა და ადმინისტრირებაში ინოვაციები, როგორიც არის ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის კონცეფციის განხორციელება, გეგმური მკურნალობა, სულადი გადასახადი, რეგიონული ჯანდაცვის სისტემები და დიაგნოსტიკური ჯგუფები, არის განუწყვეტელი შრომა იმისთვის, რომ რესურსების ხარჯვის უფრო ეფექტური გზები გამოიძებნოს. მკურნალობის განვითარება, როგორიც არის ენდოსკოპიური, ერთდღიანი ქირურგიული პროცედურის დანერგვა და სახლზე მკურნალობა, ჯანდაცვის ეკონომიკაზე განსაკუთრებულ ეფექტ ახდენს. მოსახლეობის დაბერებასა და ტექნოლოგიურ განვითარებასთან ერთად, აუცილებლად გაიზრდება ხარჯები, თუკი რესურსების განაწილების პრინციპები არ გადაიხედა, რათა მოხდეს ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანების შეტევის თავიდან არიდება ან დაავადების პრევენცია.

ჯანდაცვამ რესურსების განაწილებისას სხვა სამთავრობო პროგრამებს კონკურენცია უნდა გაუწიოს. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოლიტიკაში ჯანდაცვა მიჩნეულია, როგორც ინვესტიცია ქვეყნის განსავითარებლად, ასევე ითვლება საზოგადოების ეთიკური მოვალეობად, მისი ინდივიდუალურ წევრების წინაშე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ჯანდაცვის მენეჯმენტის ყველა ასპექტის

განუყოფელი ნაწილია. ასე რომ, ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი ასპექტების ცოდნა, ისევე როგორც, დაავადებების სპეფიციკის ცოდნა, უმნიშვნელოვანესია.

ელექტრონული მედია

American Public Health Association, Policy Statement 9615(PP), Supporting national standards of accountability for access and quality in managed health care, http://www.apha.org/science/policy.html

American Public Health Association, Policy Statement 9716(PP), The issue of profit in health care,

http://www.apha.org/science/policy.html

American Public Health Association, Policy Statement 9802, Managed care and people with physical/mental disabilities, http://www.apha.org/science/policy.html

Health Care Financing Administration, http://www.hcfa.gov/

Managed Care, http://www.managedcare.hhs.gov

Managed Care On-Line, Claire@mcol1.mcareol.com, www.managedcaredigest.com

Organization of Economic Cooperation and Economic Development (OECP), http://www.oecd.org

World Bank Health Reform Online, http://www.worldbank.org/healthreform/

World Health Organization, European Region Health for All Data Set, http://www.who.org/dk

ჰეჯმაენდიჰებელი საჯითხავი

Anderson, G. F., Ponllier, J.-P. 1999. Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries. *Health Affairs,* May/June:178–192.

Bobadilla, J.-L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:653–662.

Centers for Disease Control. 1995. Assessing the effectiveness of disease and injury prevention programs: costs and consequences. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:RR-10:1–10. Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:694–699.

Chang, W.-Y., Henry, B. M. 1999. Methodologic principles of cost analysis in the nursing, medical, and health services literature, 1990–1996. *Nursing Research,* 48:94–104.

Evans, R. G., Lomas, J., Barer, M. L., Labelle, R. J., Fooks, C., Stoddart, G. L., Anderson, G. M., Feeny, D., Gafni, A., Torrance, G. W., Tholl, W. G. 1989. Controlling health expenditures: The Canadian reality. *The New England Journal of medicine,* 320:571–577.

Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:623–637.

Wennberg, J. E. 1990. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *The New England Journal of Medicine,* 323:1202–1204.

Wickham, J. E. A. 1993. An introduction to minimally invasive therapy. *Health Policy,* 23:7–15.

World Bank. 1993. *World Development Report, 1993: Investing in Health. World Development Indicators.* New York: Oxford University Press.

Wright, J. C., Weinstein, M. C. 1998. Gains in life expectancy from medical interventions—Standardizing data on outcomes. *New England Journal of Medicine,* 339:380–386.

ბიბლიოგრაფია

Abel-Smith, B. 1991. Financing health for all. *World Health Forum,* 12:191–200.

Anderson, R. M., Rice, T. H., Kominski, G. F. 1996. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Anderson, T. F., Mooney, G. (eds). 1990. *The Challenge of Medical Practice Variation: Economic Issues in Health Care.* Hong Kong: MacMillan.

Bodenheimer, T. 1999. The American health care system: Physicians and the changing medical marketplace. *The New England Journal of Medicine,* 340:584–588.

Brownson, R. C., Remington, P. L., Davis, J. R. 1998. *Chronic Disease Epidemiology and Control,* 2nd Edition. Washington, DC: American Public Health Association.

Bunker, J. P. 1970. Surgical manpower: A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. *The New England Journal of Medicine,* 282:135–144.

Centers for Disease Control. 1992. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 41:RR-3:1–12.

Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy—United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:694–699.

Chassin, M. R., Kosecoff, J., Park, R. E., Winslow, C. M., Kahn, K. L., Merrick, N. J., Keesey, J., Fink, A., Solomon, D. H., Brook, R. H. 1987. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? *Journal of the American Medical Association,* 258:2533–2537.

Creese, A. L., Henderson, R. H. 1980. Cost–benefit analysis and immunization programmes in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization,* 58:491–497.

Drumond, M. F. 1985. Survey of cost-effectiveness and cost–benefit analyses in industrialized countries. *World Health Statistics Quarterly,* 38:383–401.

Drumond, M. F., Stoddart, G. L. 1985. Principles of economic evaluation of health programmes. *World Health Statistics Quarterly,* 38:355–367.

Drumond, M. F., Stoddart, G., Labelle, R., Cushman, R. 1987. Health economics: An introduction for clinicians. *Annals of Internal Medicine,* 107:88–92.

Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. 1997. *The Economics of Health and Health Care,* Second Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Friede, A., Taylor, W. R., Nadelman, L. 1993. On-line access to a cost–benefit/cost-effectiveness analysis bibliography via CDC WONDER. *Medical Care,* 31(Supplement):JS12–17.

Ginsberg, G. M., Tulchinsky, T. H., Abed, Y., Angeles, H. I., Akukwe, C., Bonn, J. 1990. Costs and benefits of a second measles inoculation of children in Israel, the West Bank, and Gaza. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 44:274–280.

Ginsberg, G. M., Berger, S., Shouval, D. 1992. Cost–benefit analysis of a nationwide inoculation programme against viral hepatitis B in an area of intermediate endemicity. *Bulletin of the World Health Organization,* 70:757–767.

Ginsberg, G., Tulchinsky, T., Filon, D., Godfarb, A., Abramov, L., Rachmilevitz, E. A. 1998. Cost–benefit analysis of a national thalassemia programme in Israel. *Journal of Medical Screening,* 5:120–126.

Inglehart, J. K. 1999. The American health care systems—Medicare. *New England Journal of Medicine,* 340:327–332.

Jacobs, P. 1991. *The Economics of Health and Medical Care,* Third Edition. Gaithersburg, MD: Aspen.

Kelley, J. E., Burrus, R. G., Burns, R. P., Graham, L. D., Chandler, K. E. 1993. Safety, efficacy, cost and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy; a prospective analysis of 228 consecutive patients. *American Surgeon,* 59:23–27.

Kinnon, C. M., Velasquez, G., Flori, Y. A., World Health Organization Task Force on Health Economics. 1994. *Health Economics: A Guide to Selected WHO Literature.* Geneva: WHO.

Lieu, T. A., Cochi, S. L., Black, S. B. 1994. Cost-effectiveness of a routine varicella vaccination program for U.S. children. *Journal of the American Medical Association,* 271:375–381.

Lord, J., Thomason, M. J., Littlejohns, P., Chalmers, R. A., Bain, M. D.,

12

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემები

შესავალი

მიუხედავად იმისა, სხვადასხვა ქვეყანაში თუ რა პრინციპებზეა დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია, ის კომპლექსურ სტრუქტურას წარმოადგენს, რომლის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა დიდ ფინანსურ დანახარჯებთან და საკმაო რაოდენობის თანამშრომელთა დასაქმებასთანაა დაკავშირებული. ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსურობიდან გამომდინარე ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისტემის (ორგანიზაციის) სწორ მართვას, რაც თავის მხრივ, მის მდგრადობას, სისტემის სერვისების მომხმარებლებისა და მიმწოდებლების კეთილდღეობას უზრუნველყოფს.

ორგანიზაციას წარმოადგენს ორი ან მეტი ერთად მომუშავე ადამიანი და გაერთიანება, რომელთაც საერთო მიზანი გააჩნიათ. სისტემის მართვა მოიცავს ამ მიზნების განსაზღვრას და მუშაობის სწორი ორგანიზების დახმარებით მათ მიღწევას. მცირე გაერთიანებებიც კი საჭიროებენ მართვას (მენეჯმენტს).

ჯანდაცვის სიტემების მართვის პრინციპები, ეკონომიკის სხვა დარგების მართვის პრინციპების მსგავსია. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის მენეჯმენტს, ჯერ კიდევ ბევრი აქვს სასწავლი სხვა სფეროებისგან. თუ ეს სერვისები არც თუ ისე სარგებლიანია, შეიძლება შემოსავლიანი ბიზნესის პრაქტიკისა და თეორიის გამოყენებაც.

მმართველობა გულისხმობს ადამიანური რესურსების მართვას, რესურსების ეფექტურ გამოყენებას, სერვისების უზრუნველყოფასა და მიზნების მიღწევას.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და დაბეგმარება

ჯანდაცვის პოლიტიკა, როგორც სახელმწიფოებრივი ამოცანა იდეოლოგიურ გავლენას განიცდის. ამასთანავე აუცილებელი არ არის, რომ იგი მმართველი პარტიის სოციალურ ორიენტაციას ან თავისუფალი მეწარმეობის პრინციპებისადმი მის ერთგულებას ასახავდეს. გერმანიაში 1881 წელს ბისმარკის მიერ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის დანერგვის შემდეგ, რომელიც განხორციელდა როგორც ანტისოციალისტური ნაბიჯი, მრავალმა ინდუსტრიულად განვითარებულმა ქვეყანამ, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები დანერგა. როგორც წესი, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების დანერგვის ინიციატივა სოციალისტურ პარტიებს ეკუთვნოდათ, მიუხედავად ამისა, ლიბერალური და კონსერვატიული პარტიები, ხელისუფლებაში მოსვლის შემდეგ, უკვე დანერგილ პროგრამებს არ აუქმებდნენ.

1990-იანი წლების კონსერვატიზმის ახალი ტალღისა და ეკონომიკაში საბაზრო მექანიზმებზე ორიენტაციის გაძლიერების პერიოდში, სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში და მისი პასუხისმგებლობა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე არ გახდა კრიტიკის ობიექტი.

იდეოლოგიური განსხვავებების მიუხედავად, ეროვნული, სახელმწიფო და ადგილობრივი მმართველობების როლი დღითიდღე იზრდება. ეს სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის დაფინანსებასა და პასუხისმგებლობის ჩამოყალიბებას განაპირობებს. ჯანდაცვის პოლიტიკა ეროვნულ, სახელმწიფო, ადგილობრივ მოთხოვნილებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ეს დადგენილია პროფესიონალურად და პოლიტიკურად კონსტიტუციური, ლეგალური და ფინანსური ვალდებულებებით. ჯანმრთელობის სერვისების

არჩევა მრავალ ფაქტორზეა დამყარებული, ითვალისწინებს სახელმწიფოსა და საზოგადოების აზრს, მიზანშეწონილ მოთხოვნილებებს, ეპიდემიოლოგიური კვლევებიდან გამომდინარე, ღირებულების-სარგებლიანობის ანალიზს და ექსპერტების რეკომენდაციებს. პროფესიონალური და გარკვეული ინტერესის მქონე ჯგუფების ლობირება, პოლიტიკის შექმნის ნაწილს წარმოადგენს. ეს ფაქტორი ჯანდაცვის რესურსების დაგეგმარებისა და მართვისთვის მნიშვნელოვანია. ლიმიტირებული რესურსების გამოყენებაზე ერთმანეთის მიმართ კონკურენტული აზრები იჩენს თავს, როგორც უშუალოდ ჯანმრთელობის სფეროში, ისევე მის გარეთ. პოლიტიკა ჯანდაცვის მართვაზე ზეგავლენას ახდენს, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი წილის განსაზღვრისა და გამოყოფილი სახსრების, ჯანდაცვის სისტემის შიგნით გადანაწილების გზით. პოლიტიკური გადაწყვეტილება, ადეკვატური რესურსებით უნდა იყოს უზრუნველყოფილი. ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსურობიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის პოლიტიკას მთლიანად საზოგადოება განსაზღვრავს და არ არის მხოლოდ მთავრობის, ჯანდაცვის პროვაიდერების ან ცალკეული დაწესებულებების პრეროგატივა.

სხვადასხვა კავშირების და იურიდიული თუ პოლიტიკური დაჯგუფებების ბრძოლის შედეგად ძირითადად ეკონომიკურად განვითარებულ სახელმწიფოებში ჯანმრთელობის დაცვა ეროვნულ ვალდებულებად და საზოგადეობრივ აუცილებლობად იქცა. ამ ქვეყნებში დანახარჯები ჯანდაცვაში მშპ-ის 7-დან 14 %-მდე მერყეობს. უმეტეს განვითარებად ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 4 %-ია. რესურსების სწორი განაწილება და დაფინანსება, ჯანდაცვის სისტემის პირველად, მეორეულ და მესამეულ დონეებს შორის ბალანსს მოითხოვს. ეკონომიკური მხარე, მონიტორინგი და მომსახურების შეფასება საზოგადოების ჯანმრთელობის მოთხოვნილებების განსაზღვრის აუცილებელ პირობებს წარმოადგენს. მარეგულირებელმა სააგენტოებმა შედეგის მისაღებად ამოცანები, პრიორიტეტები და მიზნები უნდა განსაზღვრონ. ამ მეთოდებმა, განსახორციელებელი და შესაფასებელი მიზნები უნდა დასახოს. ამოცანებისა და სტრატეგიების გარდა, მოთხოვნათა დაგეგმარება პროექტის განხორციელების დროს მეთოდების შემუშავებასა და კოორდინაციას გულისხმობს. მითითებები, პასუხისმგებლობის შეფასება და რესურსების გამოყენება პროექტის განსახორციელებლად უმნიშვნელოვანესია. პროექტის პარტნიორები ამ პროცესის უშუალო მონაწილეები არიან. არასწორ გადაწყვეტილებებს მაქსიმალურად უნდა მოვერიდოთ, რადგან ის ფინანსურ მხარეს აზიანებს, უფრო მეტიც, ავადობასა და სიკვდილიანობას ზრდის.

ჯანდაცვის პოლიტიკა ისეთივე არაერთმნიშვნელოვანი დარგია, როგორც მედიცინა. განსხვავება ისაა, რომ არასწორმა პოლიტიკამ შეიძლება მთელი მოსახლეობა დააზარალოს, როცა ექიმი შეცდომას მხოლოდ ინდივიდუალურ დონეზე უშვებს. ზოგჯერ სწორი პასუხი არც არსებობს, წინააღმდეგობები კი ბევრია. ჯანდაცვის პოლიტიკა მეტწილად უფრო „ხელოვნებაა“, განსხვავებით მათემატიკურად დასაბუთებული და, მაშასადამე, უფრო ზუსტი ჯანდაცვის ეკონომიკისგან.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, დაგეგმარება და მენეჯმენტი დამოუკიდებელია, ამასთანავე, ერთმანეთთანაა კავშირში. ყველა მიზანს, თავისი გეგმაც უნდა ჰქონდეს. პოლიტიკამ თავისი ღირებულებები უნდა შეინარჩუნოს, ფონდის წყარო განსაზღვროს და პროექტის მენეჯმენტზე იზრუნოს. დანახარჯებისა და სარგებლიანობის ანალიზი სწორი გადაწყვეტილებების მიღებაში გვეხმარება. ეს ყოველივე მოითხოვს ორგანიზაციებისა და მათი პარტნიორების ჩართვას. ამოცანების განხორციელების მეთოდები ამ პოლიტიკას ქმნის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივა „ჯანმრთელობა ყველასთვის„, პირველ რიგში ქვეყნების პოლიტიკური ხელისუფლების ორგანოებისადმი იყო მიმართული. ეს ითვალისწინებდა ხელისუფლების უფრო მეტ ყურადღებას ჯანდაცვისადმი, რადგან იგი ქვეყნის განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. პირველადი დახმარება ჯანმრთელობის სტატუსის გასაუმჯობესებლად ყველაზე ეფექტური ინვესტიციაა. 1993 წლის მსოფლიო ბანკის მოხსენებამ „საყოველთაო განვითარებაზე“ ჯანდაცვის საკითხი წინ წამოწია და ეკონომიკური თუ სოციალური განვითარების გარანტად აქცია. თუმცა, ეკონომიკის დარგში პრივატიზაციამ და ჯანმრთელობის საკითხში რეგულარობის დარღვევამ ამ მიზნის განხორციელებას შესაძლოა ხელი შეუშალოს. დღეს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მოიცავს კლინიკურ და პრევენციურ მხარესაც, მოსახლეობისა თუ ინდივიდუალური პირის კეთილდღეობა მხოლოდ ასე თუ მიიღწევა. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამა ნებისმიერ დონეზე დაგეგმარებას, მართვასა და კოორდიანციას მოითხოვს.

ორგანიზაციის ელემენტები

თავდაპირველად ორგანიზაციების შესწავლა სოციოლოგიის ფარგლებში განვითარდა, თუმცა მალე მულტიდისციპლინურ საქმიანობად გადაიქცა, რომელიც მრავალ სხვა ისეთ სფეროს მოიცავს, როგორიცაა ეკონომიკა, ანთროპოლოგია, პოლიტიკური მეცნიერება და ინჟინერია.

კერძო თუ საზოგადოებრივი სექტორის ორგანიზაციები მიზნების მისაღწევად თავის სტრუქტურულ ერთეულებს, მონაწილეებსა და ტექნოლოგიებს იყენებენ. მათ ფიზიკურ, სოციალურ, კულტურულ და ეკონომიკურ გარემოსთან შეჩვევა უწევთ.

ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანდაცვაში სერვისების მიმწოდებლებს (პროვაიდერებს) და ამ სერვისების მომხმარებლებს უკავშირდება და მთავარ მიზნად ისახავს ინდივიდულური თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. ინსტრუმენტები, რომლებიც ამ მიზნების მისაღწევად გამოიყენება მოიცავს კანონებს, რეგულაციებს, რესურსების გენერირებას (ადამიანური რესურსები, ინფრასტრუქტურა, მედიკამენტები და სამედიცინო დანიშნულების საგნები), სერვისების მიწოდების ორგანიზებას, განათლებას. სოციალური სტრუქტურა შეიძლება იყოს „ფორმალური“ (სტრუქტურულად მდგრადი), „ბუნებრივი“ (ჯგუფები საერთო ინტერესებით, როგორიცაა თემზე დაფუძნებული ორგანიზაცია), ან „ღია“ (სუსტი გავშირების ურთიერთქმედი ჯგუფები, მიზნების მისაღწევად ისინი იყენებენ ენერგიას, ინფორმაციასა და მასალას). ფორმალური ჯგუფები მიზანმიმართულადაა შექმნილი ორგანიზაციების მიზნების მისაღწევად. ბუნებრივ ჯგუფში, რომელიც ნაკლებ ფორმალურია, ადამიანები ერთად მუშაობის შედეგად ორგანიზაციების მიერ განსაზღვრულ ამოცანებს ასრულებენ. ღია ჯგუფი კი გულისხმობს პარტნიორების კოალიციას საერთო მიზნების მიღწევით.

ორგანიზაციის სოციალური სტრუქტურა მოიცავს ღირებულებებს, ნორმებს და ფუნქციებს, რომლებიც ორგანიზაციის წევრების ქცევას განსაზღვრავენ. ეს სტრუქტურები ხელისუფლების, ბიზნესისა და მომსახურებების ორგანიზაციების ფუნქციონირებისთვისაა აუცილებელი (მათ შორის ჯანდაცვის სფეროშიც). მნიშვნელოვანია სტრუქტურების მასშტაბები, კომპლექსურობა და, რა თქმა უნდა, აუცილებელია განისაზღვროს ამოცანები, რომელთა მიღწევაცაა განზრახული. ორგანიზაცია მთელი სამუშაოს სწორედ მათი დახმარებით ანაწილებს და ათანხმებს. ორგანიზაციის ძირითადი ორგანიზაციული მოდელები, რომლებიც ურთიერთს არ გამორიცხავს და შესაძლოა ერთმანეთს ავსებდეს კიდეც პირამიდალურ (ბიუროკრატული) და ქსელურ სტრუქტურებს წარმოადგენს. ბიუროკრატიული მოდელი ნათლად განსაზღვრული როლებით იერარქიულ პრინციპზეა დაფუძნებული. ამის საპირისპიროდ, ქსელური ორგანიზაციები განაპირობებენ პროფესიონალური და ტექნიკური პერსონალის მუშაობას პროგრამებზე, პროექტებსა და დავალებებზე.

მეცნიერული მართვა

კლასიკური ორგანიზაციების თეორიული კონცეფციები გვეხმარება ჯანდაცვის სექტორის თანამედროვე მმართველობის იდეების შემუშავებაში. მეცნიერული მენეჯმენტის პიონერად ფრედერიკ ვინსლოუ ტეილორი (1856-1915) ითვლება. მისი სამუშაო პრაგმატული იყო და ემპირიულ ინჟინერიას ემყარებოდა. მისი ემპირიული კვლევები მომუშავეთა კვალიფიკაციის გასაზრდელად იყო მიმართული. თავის ნაშრომში „მეცნიერული მმართველობა“ ტეილორი ამტკიცებდა, რომ მომუშავეთა პროდუქტიულობა მხოლოდ შესაბამისი მეთოდებითა და ტექნოლოგიების შემოღებით იყო შესაძლებელი. ამ თეორიის მიხედვით, მომუშავეები ინსტრუმენტების როლში იყვნენ, რომელთაც მენეჯერი მართავდა. გონივრულად დაგეგმილი მეთოდები კი უკეთეს ინდუსტრიულ შედეგს და წესრიგს გამოავლენდა.

უფრო ეფექტური მართვის მეთოდების შემუშავება პრაქტიკული ამოცანების დინამიკური ცვლილებებით იყო გამოწვეული. დასაქმებულთა მოტივაცია შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გადახდას და მწარმოებლობის გაზრდაში ეკონომიკურ დაინტერესებას გულისხმობდა. ტეილორის კვლევების მიზანი, თითოეული დასაქმებულის მუშაობის ეფექტურობისა და

დამსაქმებლისა თუ დასაქმებულის შემოსავლის გაზრდა იყო. მანვე აღმოაჩინა, რომ დასაქმებული უკეთ მაშინ მუშაობდა, როცა ორიენტირებული იყო მიზანზე და არა დავალებაზე. ეს თეორია მე-20 საუკუნის პირველ დეკადებში საკმაოდ აქტუალური იყო.

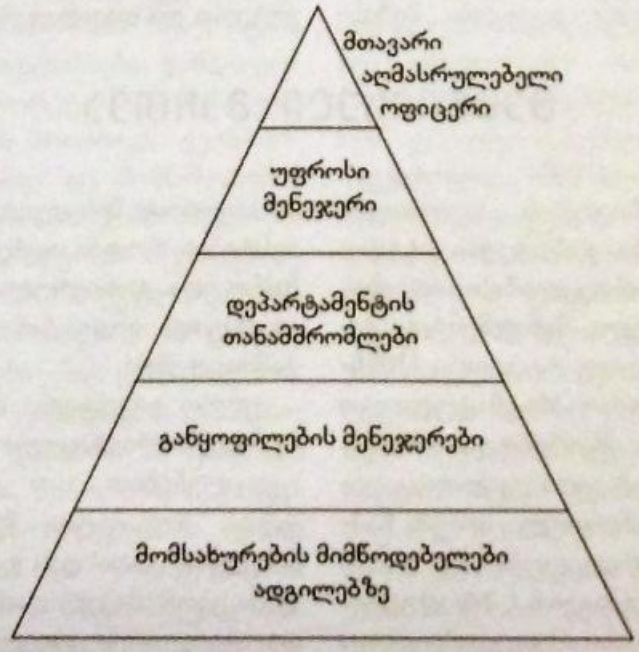
ბიუროკრატიული პირამიდული ორგანიზაცია

ტრადიციული პირამიდული ბიუროკრატიული ორგანიზაცია პირველი საზოგადოებების ჩამოყალიბებასთან ერთად გაჩნდა. მისი პირველადი ანალიზი (1904-1924წწ.) სოციოლოგ მაქს ვებერს ეკუთვნის. ორგანიზაციის ეს ფორმა სამხედრო, სამოქალაქო, მსხვილ ინდუსტრიაში გამოიყენება და ორგანიზაციისადმი დაქვემდებარებას, ერთგულებასა და დისციპლინას მოიცავს. ამ დროს ინდივიდუალურობა უმნიშვნელოა. მას ხელისუფლების მაღალი დონე მართავს, რომლის წევრებიც, უფრო დაბალი დონის მომუშავეებზე მეტად არიან განათლებულები. მენეჯმენტის ეს სახე საკმაოდ ეფექტურია, თუკი სტაბილური, რუტინული, განსაზღვრული ტექნოლოგია, შინაგანი და გარეგანი გარემო და ფუნქციები გააჩნია.

პირამიდული სისტემის (ცხრ. 12.1) მწვერვალში დგას პოლიტიკის განმსაზღვრელი და აღმასრულებელი ფუნქციები, მმართველი პერსონალი და დამხმარე თანამშრომლები საშუალო დონეზე არიან განლაგებული, ხოლო პირამიდის ქვედა ნაწილში, განლაგებულნი არიან ადამიანები, რომლებიც ორგანიზაციის პროდუქციას უშუალოდ ქმნიან. განკარგულებების ჯაჭვი მკაფიოდ არის განსაზღვრული, ორგანიზაციის წევრებმა ზუსტად იციან ვის ექვემდებარებიან, როგორია მათი ფუნქციები და ამოცანები. განსაზღვრულ პირობებში ორგანიზაცია შეიძლება მოუქნელი აღმოჩნდეს, ახლად წარმოქმნილ გარემოებებზე სწრაფად ვერ რეაგირებდეს, რომლებიც სისტემის ცალკეულ ელემენტებს შორის ურთიერთქმედების, დიალოგისა და კომუნიკაციისათვის თავისუფლების უფრო მაღალ ხარისხს მოითხოვენ.

ბიუროკრატიული ორგანიზაციისთვის დამახასიათებელია:

1. სამუშაოს განაწილება ეყრდნობა იურისდიქციასა და დოკუმენტებს, რომელთა შეცვლა, მხოლოდ ხელმძღვანელს შეუძლია.
2. ოფისებს გააჩნია იერარქიული წყობა. უფრო დაბალი დონის ოფისებს მაღლა მდგომები არეგულირებენ და აკონტროლებენ.
3. დოკუმენტით დადასტურებული, სტაბილური წესები ქმედებებსა და გადაწყვეტილებებს მართავს.
4. უფლებები და მფლობელობა ეკუთვის უშუალოდ ოფისს და არა მის ხელმძვანელს.



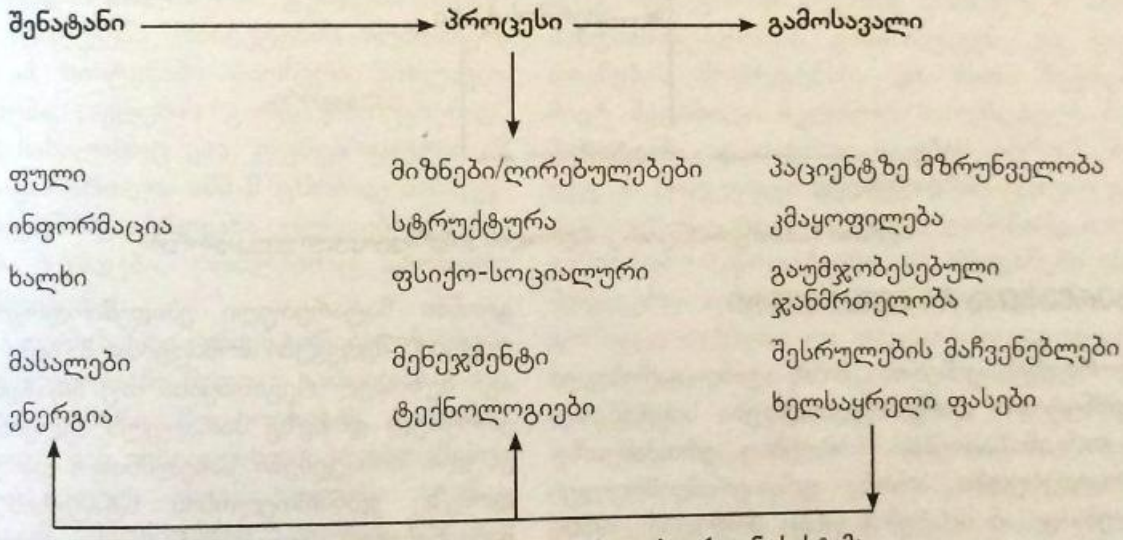
სურათი 12.1 ორგანიზაციის პირამიდული სტრუქტურა

5. თანამდებობის პირები კვალიფიკაციის მიხედვით არიან შერჩეულები, ხელფასი და მოგება ტექნიკურ კვალიფიკაციას ეყრდნობა.
6. დასაქმება თანამდებობის პირებისთვის აღიქმება, როგორც უვადო კონტრაქტი, პირველი საცდელი პერიოდის შემდეგ.

ბიუროკრატიული სისტემა, რომელიც რაციონალურობას, სტრუქტურასა და დისციპლინას ეყრდნობა, მწარმოებლობით, მომსახურეობრივ და სახელისუფლებო ორგანიზაციების მიერ ფართოდ გამოიყენება.

ორგანიზაციები, როგორც სისტემები

ჯანდაცვის სისტემა, სხვა ორგანიზაციების მსგავსად, მმართველობას, რეგულირებასა და კონტროლს მუდმივად მოითხოვს. საჭიროა განუწყვეტელი მონიტორინგი, უკურეაქცია, შეფასება, დახმარება ინდივიდულური და საზოგადოებრივი მოთხოვნილებების გასათვალისწინებლად. ხარჯებისა და პროდუქციის მოდელი, უკურეაქციის სისტემაზეა დამოკიდებული. ის განსაზღვრული მიზნების მისაღწევად ადმინისტრაციულ თუ საგანმანათლებლო ცვლილებებს მოიცავს.



სურათი 12.2 ორგანიზაცია, როგორც ერთიანი სისტემა

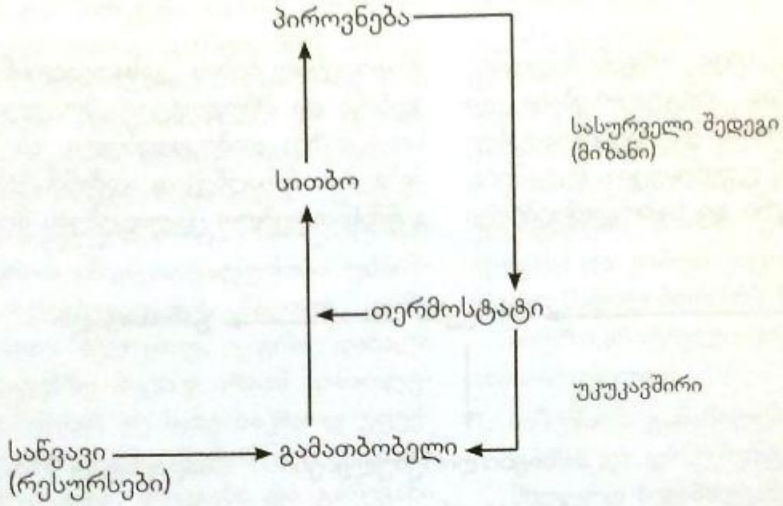
ისინი შედეგის მისაღებად წარმოების ხარჯებს იყენებენ, რომელიც ფულის, პერსონალის, ინფორმაციისა და მარაგისგან შედგება. პროცესი კი არის შედეგებისადმი მიმართულ ქმედებათა ერთგვარი შეჯამება. ნაწარმი ან შედეგი კი არის პროდუქტი, მისი მარკეტინგი და სარგებელი. ჯანმრთელობის სფეროში, პროდუქტიულობა ისეთი მაჩვენებლებით გამოითვლება, როგორიცაა: ავადობისა და სიკვდილიანობის რიცხვი, გაუმჯობესებული ჯანმრთელობა, წარმატებით განკურნებული და კმაყოფილი პაციენტების რაოდენობა. მმართველობა რესურსებსა და პროცესის ორგანიზაციას უზრუნველყოფს, რისი საშუალებითაც ის სასურველ მიზნებს მიაღწევს.

პროგრამის განსახორციელებლად პროცესზე მუდმივი ზედამხედველობაა საჭირო, რათა იმპლემენტაცია ეფექტური იყოს. როდესაც ამოცანები დასახულია და სტრატეგია განსაზღვრულია, ახალი თუ არსებული რესურსები პროგრამაში ადვილად ჩაერთვება. იმპლემენტაცია შედეგების გაზომვითა და შეფასებით ფასდება, ხოლო ანალიზდება პროგრამის წარმოებითი დანახარჯებისა და პროცესის ეფექტურობის კუთხით.

ჯანმრთელობის სისტემას ბევრი ქვესისტემა გააჩნია, თითოეულის ორგანიზაციით, მმართველობით, მიზნებით, ამოცანებითა და ინფორმაციული სისტემით. ისინი ერთმანეთსა და მაკროსისტემას უნდა უკავშირდებოდნენ, ასევე თანაბარი ორგანიზაცია უნდა გააჩნდეთ. მმართველობა ამ სისტემაში ცენტრალურ ადგილს იკავებს. მართალია, ქირურგი საოპერაციოში მთავარია, მაგრამ უკიდურესადაა დამოკიდებული გუნდის

სხვა წევრებზეც: ანესთეზიოლოგზე, მედდაზე, პათანატომზე, რადიოლოგზე, ლაბორატორიის დირექტორზე და სხვა სპეციალისტებზე. საავადმყოფოს დირექტორი ვერ იმუშავებს მაღალი დონის დეცენტრალიზებული პასუხისმგებლობისა და კვალიფიციური გუნდის მუშაობის გარეშე.

ჯანმრთელობის სერვისების ადმინისტრაცია მოითხოვს სერვისების პოლიტიკის, ბიუჯეტისა და გადაწყვეტილებების ანალიზს. აქ იგულისხმება მოქმედება, რეგულაცია, კონტროლი, დახმარება, უზრუნველყოფა, ეთნიკური სტანდარტები და კანონმდებლობა. ამ პოლიტიკის ჩამოყალიბება ქმედებების განსახორციელებლად გადაწყვეტილებების მიღებას მოითხოვს, ეს კი ჯანმრთელობის სფეროში მიზნების მიღწევას განაპირობებს.



სურათი 12.3 ორგანიზაციის კონტროლის კიბერნეტიკული უკუკავშირები

კიბერნეტიკა და მენეჯმენტი

ნორბერტ ვინერის მიერ განვითარებული კიბერნეტიკის დარგი მიესადაგება სისტემებსა თუ ორგანიზაციებს, რომლებიც ერთმანეთზე დამოკიდებულნი არიან. ურთიერთდამოკიდებულება კი ამ სისტემას უნდა მოერგოს. 1950-იან წლებში კიბერნეტიკამ, ინჟინერიაში დიდი ნდობა მოიპოვა, უკუკავშირის სისტემები კი თანამედროვე მენეჯმენტის ნაწილი გახდა. მოგვიანებით, მართვის ინფორმაციის სახით ოპერატიულ სერვისებში გარკვეულმა გარდაქმნებმა იჩინა თავი. კონცეფცია ჯანდაცვასაც მოიცავს. კომპიუტერული ტექნოლოგიები: პერსონალური კომპიუტერების, ინტერნეტის, მონაცემების ფართო ბაზის სახით, ამ პროცესის პროგრესს განაპირობებს. მექანიკურ სისტემაში მოქმედება იძულებითი და შეზღუდულია, ორგანულში კი სისტემის მხარეები უფრო მეტად ურთიერთობენ. მოყვანილი მაგალითი (ცხრილი 12.3) გვაჩვენებს, რომ თერმოსტატის მოხმარება ტემპერატურისა და ოთახების გათბობას არეგულირებს ანუ ის უკუკავშირის სისტემას წარმოადგენს.

კიბერნეტიკა ახალ გზებს გვიჩვენებს, რითაც ინფორმაციის გამოყენებით ჯანმრთელობის სისტემის მართვას შევძლებთ. ცალკეულ რეგიონში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგები მონაცემთა ბაზაში აისახება. იგი მეზობელ რეგიონებსა თუ შტატებს შორის ეროვნულ დონეზე პარალელს ავლებს. შედარებული მონაცემები სახელმწიფო და ეროვნულ დონეზე ჯანმრთელობის სტატუსის ნათელი მაჩვენებელია. მონაცემები თითოეულ რეგიონში ონლაინ რეჟიმში უნდა მუშაობდეს და ჯანმრთელობის მიმდინარე სტატუსი უნდა ასახოს. მონაცემები მართვის მოთხოვნების მიხედვით, უნდა გაერთიანდეს, დასახოს რეალური მიზნები და დაადგინოს, რამდენად ახლოს დგას თითოეული მათგანთან. გეოგრაფიულმა ინფორმაციებმა შესაძლოა, ავადობის მაღალი მაჩვებელი მოგვაწოდოს. ეს ადგილობრივი მოსახლეობის გაზრდილ რისკფაქტორთანაა დაკავშირებული და ინტერვენციის საფუძველს წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის სფეროში, სპეციფიკური დაავადებების აღწერა, ინტეგრაციული სისტემისა და გეოგრაფიული კვლევის არარსებობის გამო რთულდება. ინტერნეტში და კომპიუტერში, მონაცემები რეალური დროში და „მეგობრული“ მანერით უნდა გროვდებოდეს. ეს ადგილობრივ მმართველობას აიძულებს საზოგადოების ჯანმრთელობის აქტუალური პრობლემები გადაწყვიტოს.

მიზანზე ორიენტირებული მართვა

რესურსების სწორი მართვა წარმოების ზრდასა და წარმატებას განაპირობებს. ამ დროს, ორგანიზაციაში მომუშავე პირებმა პრობლემის მოგვარებისა და განსაზღვრული ამოცანების მიღწევის გზები უნდა ეძებონ.

ოპერატიული გადაწყვეტილებების კონცეფცია

ეს კონცეფცია ბრიტანელი მეცნიერებისა და სამხედრო პერსონალის მიერ გარკვეული საომარი პრობლემების მოსაგვარებლად დამკვიდრდა. I და II მსოფლიო ომის დროს. საჭირო იყო მეცნიერებისა და პერსონალისგან მულტიდისციპლინური გუნდები შემდგარიყო. წყალქვეშა ობიექტების აღმომჩენი კომისია ამ სისტემაში პიონერი გახლავთ. მათი ნიმუში „აქლემის გარდაქმნა ცხენად“ შეიძლება სახალისოც კია, თუმცა ფაქტია ამ მოდელმა გაამართლა. აშშ-მ ცნობილ მანჰეტენის პროექტში გააერთიანა კვლევები და ჩამოაყალიბა გუნდები, რომლებმაც ატომური ბომბი გამოიგონეს.

გუნდსა და მიზანზე ორიენტირებულმა მუშაობამ მნიშვნელოვანი შედეგი გამოიღო. ომის პერიოდში საომარი მოთხოვნების სიმძიმის მიუხედავად, მან სხვადასხვა პრობლემების მოგვარება შეძლო. ასევე გავლენა იქონია ომისშემდგომ მეცნიერულ განვითარებაზე, როგორიცაა ატმოსფერული და კომპიუტერული ინდუსტრია. კომპიუტერის მყარი და მსუბუქი დისკის შესაქმნელად, აუცილებელი იყო კომპეტენტური პირებისგან შექმნილი გუნდების ნოვატორული იდეები, ჯგუფების დინამიკურობა და პრობლემის მოგვარების ვალდებულება. „მაკინტოშისა“ და „მაიკროსოფტის“ ახალგაზრდა სწავლულებმა დროს გაუსწრეს და პერსონალური კომპიუტერი წარმოადგინეს. მსგავსმა გუნდებმა ინტერნეტი შექმნეს და „კალიფორნიის სილიკონის ხეობის“ პროდუქცია წარმოადგინეს. აღსანიშნავია, რომ ქვეყნის შიგნით თუ გარეთ მათ მრავალი მიმბაძველი ჰყავდათ.

ჯანმრთელობის სფეროში ახალი იდეების რეალიზაციამ წინასწარი გადახდით გუნდური პრაქტიკის დანერგვა განაპირობა. ამის შედეგად ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია, მოგვიანებით კი მართვადი სამედიცინო მომსახურების სისტემა ჩამოყალიბდა. დღეს ის აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემის მთავარ რგოლს წარმოადგენს. ასეთი სახის მაგალითებს ფარმაცევტულ სფეროში, ვაქცინებზე მომუშავე გუნდებში, განსაკუთრებით კი, ინტენსიურ და სახლში მომვლელ ბრიგადებში შევხვდებით.

მიზნობრივი მენეჯმენტი

ეს კონცეფცია 1960-იან წლებში შეიქმნა და ჯანმრთელობის მართვის მნიშვნელოვად საკითხად იქცა. იგი წარმოადგენს სისტემას, სადაც მენეჯერები თავიანთ ამოცანებთან ერთად, შედეგის მისაღებად თითოეული პირის პასუხისმგებლობას განიხილავენ. ეს გაერთიანების მოქმედებისა და მათი წევრების მიერ შეტანილი წვლილის მაჩვენებელს წარმოადგენს. აუცილებელია ჯერ საერთო, შემდეგ კი ცალკეული გუნდების ამოცანები განისაზღვროს, ისევე როგორც დამხმარე საორგანიზაციო სტრუქტურა. ეს ამოცანები ისეთ შედეგებსა და მაჩვენებლებს ეყრდნობა, როგორიცაა ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა. ასევე, ისინი პროცესის შუალედურ ცვლადებზეა დამოკიდებული, როგორიცაა მოსახლეობის 95%-ის იმუნიზაცია, პრენატალური მეთვალყურეობა, სარძევე ჯირკვლის კვლევების და მამოგრაფიის სკრინინგი. მიღწევებს კი შესაბამისობით, ქმედითუნარიანობით, ეფექტურობითა და ზემოქმედებით ზომავენ, თუმცა ეს სისტემა კრიტიკის ობიექტი არაერთხელ გამხდარა, რადგან აქცენტს არა ხარისხზე, არამედ მექანიკური გზებით, რაოდენობრივ შედეგებზე აკეთებს. ამ მიდგომამ გავლენა მოახდინა ჯანმო-ს პროექტზე „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ და აშშ-ის ჯანმრთელობისა და ადამიანების დაცვის დეპარტამენტის მიზნებზე 2000 წლისთვის. დაავადებების ლიკვიდირების მიზნებმა შესაძლოა ორგანიზაციების გამოცდილებისა და ტექნიკური კომპეტენციის გაზრდის გზით ინსტიტუციურ განვითარებას ხელი შეუწყოს. მეორე მხრივ, მიზნობრივ პროგრამებს შეუძლია ხელი შეუშალოს უფრო ფართო, ყოვლისმომცველი მიდგომების განვითარებას. ამრიგად, ამ ორ მიდგომას შორის წონასწორობის შესაქმნელად აუცილებელი კვალიფიციური მართვაა.

ინტერესონალური ურთიერთობების მართვა

მართვა, ორგანიზებული რესურსების კოორდინაციასა და ინტეგრაციას მოითხოვს და ხალხს, ფულს, მასალას, დროსა და სივრცეს მოიცავს. მიზნის მიღწევა კი რაც შეიძლება ეფექტურად და კვალიფიციურად უნდა მოხდეს. მომუშავეები ნაწარმის მისაღებად, სერვისის განსახორციელებლად და ამოცანის შესასრულებლად ერთგვარ „გასაღებს“ წარმოადგენენ, ამიტომ მმართველობა, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ადამიანურ მოტივაციასა და ურთიერთობასაც გულისხმობს. ინდივიდუალური კლიენტისა თუ საზოგადოების ცოდნა და მოტივაცია ჯანმრთელობის მისაღწევად მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ამრიგად, მენეჯმენტმა სპეციალისტებზე მეტადაც კი მომხმარებლის ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკა უნდა გაითვალისწინოს. მენეჯმენტი, ისევე როგორც მედიცინა, მეცნიერებაცაა და ხელოვნებაც. სამეცნიერო ცოდნისა და ტექნოლოგიების გამოყენება მოითხოვს როგორც თეორიის ცოდნას, ასევე პრაქტიკას. ამის მსგავსად, მართვის პრაქტიკა საორგანიზაციო თეორიებს ეყრდნობა, რომელიც თავის მხრივ, ქცევით და სოციალურ სფეროსა და რაოდენობრივ მეთოდოლოგიას ემყარება. სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, ანთროპოლოგია, პოლიტიკური მეცნიერება, ისტორია, ეთიკა გვეხმარება მნიშვნელოვანი საკითხები შევიცნოთ; მათ შორისაა: ფსიქოსოციალური სისტემები, მოტივაცია, სტატუსი, გუნდის დინამიკა, ზეგავლენა, ძალა, ავტორიტეტი და ლიდერობა. რაოდენობრივი მეთოდები, როგორიცაა სტატისტიკა, ეპიდემიოლოგია, კვლევები და ეკონომიკა სისტემების კონცეფციების განვითარებისთვისაა აუცილებელი. შემადარებელი ანალიზი ორგანიზაციისა და მართვის პრინციპებს აყალიბებს; ეთიკა, ფილოსოფია და სამართალი კი – ინდივიდუალურ თუ საგუნდო ღირებულებებს. ორგანიზაციული თეორია ახალი დისციპლინაა. მენეჯმენტში მისი პრაქტიკული გამოყენება ცოდნას, დაგეგმარებას, ორგანიზაციას, რესურერსების წყაროს, მოტივაციასა და კონტროლს მოითხოვს. ჯანდაცვის ორგანიზება რთული და მაღალხარჯიანი საქმეა, რომელიც მეცნიერებას, ტექნოლოგიებს და პროფესიულ მომსახურებას მოიცავს. ორგანიზაციასა და მენეჯმენტს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს თანამედროვე ჯანდაცვის პრინციპების გამოყენებაში; იგი ტრადიციულად განცალკევებულ სერვისებს აერთიანებს. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სამედიცინო სისტემაში პასუხისმგებლობების დელეგირება, მაგალითად, ეს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ფუნდამენტურია, სადაც მძიმე პაციენტის მართვაში ექთნების მიერ პასუხისმგებლობების აღება მომსახურების წარმატებას განაპირობებს.

ჰოვთორნის ეფექტი

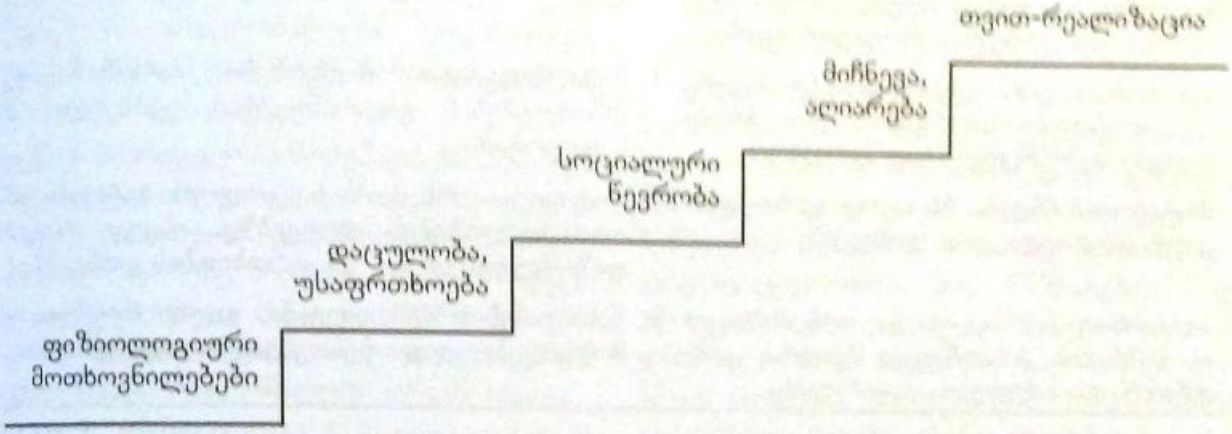
ელტონ მეიომ (ჰარვარდის ბიზნესის სკოლის წარმომადგენელი) ჰოვთორნში, ილინოისის შტატში დაკვირვებითი კვლევები ჩაატარა, სადაც 1927-32 წლებში „დასავლეთის ელექტრო-კომპანია“ ფუნქციონირებდა.

მეიომ ფსიქოლოგ და ინჟინერ კოლეგებთან ერთად მართვის თეორია ჩამოაყალიბა. მან სამრეწველო საინჟინრო კვლევების საფუძველზე შეისწავლა წარმოებაზე თუ რამდენად მოქმედებდა სინათლის ხანგრძლივი მინოდება. მეიომ სამუშაო პირობები გააუმჯობესა, რომელიც მოიცავდა სამუშაო საათების შემცირებას, დასვენების დღეების მატებას, უკეთესს განათებას, ფერთა სქემას, მუსიკის ფონსა და ფიზიკური გარემოს სხვა ფაქტორებს. დადგინდა, რომ გარემოს გაუმჯობესებას წარმოების ზრდა მოჰყვა. თუმცა, ყველას გასაოცრად, ამ ცვლილებების გარეშეც შედეგი იგივე იყო. იმ საკონტროლო ჯგუფში, რომელშიც პირობები იგივე დარჩა, მწარმოებლობა მაინც გაიზარდა. მეიომ დაასკვნა, რომ მუშაობის ხარისხი მას შემდეგ გაუმჯობესდა, როცა თანამშრომლებმა გაიგეს რომ მმართველობა ამით დაინტერესებული იყო.

ტრადიციულად, ინდუსტრიული მენეჯმენტი მომუშავეებს განიხილავდა, როგორც მწარმოებლობის მექანიკურ კომპონენტებს. წინა თეორიის მიხედვით, პროდუქტიულობა სამუშაო პირობებსა და ფულად წახალისებაზე იყო დამოკიდებული, „ჰოვტონის ეფექტმა „კი ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორებს ხაზი გაუსვა. პროდუქტიულობაში საკვანძო ელემენტს, მენეჯმენტსა და მომუშავეებს შორის, ფორმალური თუ არაფორმალური სოციალური ფაქტორები წარმოადგენდა. მას დღეს ინდუსტრიულ ჰუმანიზმს უწოდებენ.

კვლევებმა, ინდუსტრიული მენეჯმენტის განვითარებაში დიდი როლი ითამაშა. ორგა-

ნიზაციისა და სამეცნიერო მენეჯმენტის ბიუროკრატიული მოდელის შექმნა ქცევითმა მეცნიერებამ განსაზღვრა. ამან ორგანიზაციისა თუ კომპლექსური სტრუქტურების ანალიზიც განაპირობა. ეს უკანასკნელი მოიცავდა ურთიერთდამოკიდებულ ელემენტებს, ურთიერთქმედებებსა და კავშირს მმართველობასა და მომუშავეებს შორის.



სურათი 12.4 მასლოუს მოთხოვნათა(საჭიროებათა) იერარქია

მოთხოვნილებების იერარქია, მასლოუს მიხედვით

აბრაამ მოსლოუს მიხედვით მენეჯმენტის თეორიების ჩამოყალიბებაში „ადამიანური მოთხოვნილებების იერარქია" მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. მოსლოუმ (1908-1970წწ.) პრიორიტეტები გამოყო და ადამიანის გადარჩენის არსებითი ფაქტორები: კვება, თავშესაფარი, უსაფრთხოება, სითბო მნიშვნელოვან საჭიროებებად მიიჩნია. ის შეეხო ისეთ საკითხებს, როგორიცაა სოციუმის წევრობა, პატივისცემის დამსახურება და თვითმართვა. სოციალიზაცია და თვითრეალიზაცია იერარქიის სხვა საფეხურზეა. ადამიანური მოთხოვნილებების გარდა, ეს კონცეფცია მნიშვნელოვანია ფიზიკური და ეკონომიკური კეთილდღეობის, სამუშაო გარემოში სოციალური ფაქტორების, როგორიცაა: აღიარების, თავმოყვარეობის, კმაყოფილების შეგრძნება. ამ კონცეფციამ, ასევე გამოყო მმართველობის კვლევების დადებითი მხარეები, არამარტო მომუშავისა თუ პროდუქტიულობის მოტივით, არამედ მომხმარებლების მხრივაც. ცხრილი 12.4 გვიჩვენებს მოსლოუს ადამიანთა საჭიროებების იერარქიულ დაყოფას.

ამ თეორიამ მენეჯმენტს, მომხმარებლებსა თუ მომუშავეებს შორის ღია დისკუსიები გამოიწვია. მეცნიერმა კლიენტის ქცევის სოციოლოგიური თეორიები ცალკე გამოყო და ჯანმრთელობის სტატუსზე ცხოვრების წესის გავლენა დაადგინა. ასე, მაგალითად, გულსისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციისთვის რისკ-ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

თეორია X და თეორია Y

ეს თეორია 1960-იან წლებში კლინიკურმა ფსიქოლოგმა დუგლას მაკგრეგორმა ჩამოაყალიბა. მან ადამიანური ბუნების ორი უკიდურესობა შეისწავლა, რომელიც მუშაობაზე გავლენას ახდენს. ცენტრალიზირებული მართვა, იერარქიული პირამიდა და გარეშე კონტროლი ადამიანის გარკვეულ ბუნებას ემყარება. მაკგრეგორის თეორიები მოსლოუს იერარქიულ მოთხოვნილებებს ჩრდილავს და ადამიანის თვით-მართვის საკითხს უფრო მაღალ დონეზე აყენებს.

თეორია X ვარაუდობს, რომ ბრძანებებითა და კონტროლით მართვისას მომუშავეები ზარმაცები, უამბიციოები, არაკრეატიულები ხდებიან და შიშის შეგრძნებით მუშაობენ (ცხრილი 12.1). თეორია Y კი ადამიანის პოტენციალს უფრო ოპტიმისტურად უყურებს, თვლის, რომ მოტივირებული თანამშრომელი კრეატიულია და საკუთარ თავს თვითონვე მართავს, მენეჯმენტი კი ხელს უწყობს მომუშავეებში ამ პოტენციალის გაზრდას.

ცხრილი 12.1 თეორია X – თეორია Y

თეორია X	თეორია Y
1. მუშაობა არსებითად უსიამოვნოა ხალხისთვის.	1. მუშაობა ისეთივე ბუნებრივი პროცესია, როგორც თამაში კომფორტულ გარემოში.
2. ადამიანთა უმრავლესობა არ არის ამბიციური, ნაკლებად იღებს პასუხისმგებლობას და ურჩევნია მართული იყოს.	2. თვითკონტროლი მიზნის მისაღწევად აუცილებელია.
3. ადამიანთა უმრავლესობას აქვს მცირე შესაძლებლობა საორგანიზაციო პრობლემები შემოქმედებითად გადაჭრას.	3. შემოქმედებითი მიდგომები ორგანიზაციული პრობლემების გადასაწყვეტად გაბნეულია მოსახლეობაში.
4. მოტივაცია ჩნდება მხოლოდ ფიზიოლოგიურ და თავდაცვით დონეებზე.	4. მოტივიცია არსებობს სოციალურ, პატივისცემის, თვითრეალიზების დონეებზე, ისევე, როგორც ფიზიოლოგიურ და უსაფრთხოების დონეებზე.
5. ადამიანთა უმრავლესობა ორგანიზაციის მიზნების მისაღწევად მჭიდრო კონტროლს და იძულებას საჭიროებს.	5. წახალისების შემთხვევაში, ხალხს შეუძლია დამოუკიდებლად და შემოქმედებითად მუშაობა.

მოტივაციისა და მენეჯმენტის მრავალი თეორია ხსნის, თუ როგორ უნდა გამოვიყენოთ უნარ-ჩვევები კრეატიული სამუშაო პირობების შესაქმნელად, ცვლილებების წინააღმდეგობებისა და არასაჭირო დისკუსიის შესამცირებლად, და უფრო ეფექტური ორგანიზაციის ჩამოსაყალიბებლად.

მოტივაციების თეორიების შემუშავებამ, კიდევ უფრო მეტად შეუწყო ხელი ორგანიზაციების შესწავლის პროცესებს და მმართველობის ზეგავლენის შესწავლას ცალკეული დასაქმებულის ქცევასა და განვითარებაზე. თეორია X–ის ვარაუდით, მმართველობა პასუხს ნაკლებად აგებს ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა: მომუშავის პასიურობა, დამოკიდებულება, ზედაპირული ინტერესი, არაპერსპექტიულობა, სუბორდინაცია, თვითინფორმირების ნაკლებობა. ამის საპირისპიროდ, „მომწიფებული“ მომუშავე აქტიური, დამოუკიდებლად მოაზროვნე, პასუხიმგებელი, ღრმა, ფართო ინტერესების მქონე, პერსპექტიული, თვითინფორმირებული და მაკონტროლებელია. ამ კვლევებზე სხვადასხვა ინდუსტრიულ დაწესებულებებში მრავალი ექსპერიმენტი ჩატარდა. გამოვლინდა, რომ ფსიქოლოგიურ მოთხოვნილებებთან შედარებით, ზრდა- განვითარებისთვის პირობების შექმნა, უკეთესს მუშაობასა და მიზნების მიღწევას განაპირობებს.

ნაშრომში „მუშაობის მოტივაცია“ (1959წ.), აშშ-ის კლინიკურმა ფსიქოლოგმა, ფრედერიკ ჰერცბერგმა აღწერა თეორია „მოტივაციები შრომის ჰიგიენაში„. მან ეს კონცეფცია ინჟინერებისა და ბუღალტრების მუშაობაზე დაკვირვების შედეგად განავითარა. იგი იკვლევდა ე.წ. ჰიგიენის ფაქტორებს (ადმინისტრაციის ზედამხედველობის, ფინანსების, სამუშაოზე უსაფრთხოების მდგომარეობას). ჰერცბერგისეული ფაქტორები დადებითად მოქმედებდა სამსახურეობრივ განწყობაზე: აღიარებაზე, მიღწევებზე, სამუშაო გამოწვევებზე, პასუხისმგებლობაზე, ცალკეული პირისა თუ კოლექტიურ განვითარებაზე.

ადამიანური რესურსების თეორიამ, შეცვალა ინდუსტრიული მიდგომა „სამსახურის გამდიდრების“ კონცეფციიდან უფრო ფუნდამენტურ და გამიზნულ მიდგომამდე, რაც პასუხისმგებლობას, კომპეტენციას, გამოწვევებს, დასაქმებულების მიერ დასახული ამოცანების შესრულების გზების შემუშავების საშუალებას მოიცავს. ამ თეორიების გამოყენებამ თუნდაც არაკვალიფიციურ პირებში მდგომარეობა საგრძნობლად შეცვალა, თუ აქამდე ისინი საქმისადმი ინდიფერენტულები იყვნენ, ახლა მომუშავეების ეს გუნდი სამუშაოს ბევრად უფრო შეთანხმებულად მიუდგა და სიამაყის გრძნობაც დაუბუნდა. ისინი აქტიურები გახდნენ და პრობლემის გადაწყვეტაზე პასუხისმგებლობაც აიღეს. შედეგად, თანამშრომლები სამსახურს უფრო ნაკლებად აცდენდნენ, მორალური მხარდაჭერით, წარმოება გაზარდეს და გააუმჯობესეს. რენსის ლიკერტმა მაკდუგლასთან და ჰერცბერგათან ერთად, შეძლო მენეჯმენტში „ადამიანური ურთიერთობების“ თეორიის ჩართვა. ეს თეორიები კლასიფიცირებულია 4 ძირითადი სისტემის სახით:

სისტემა 1. მმართველობა არ ენდობა მომუშავეებს, არ რთავს გადაწყვეტილებების მიღებასა და მიზნების დასახვაში. ის ამოცანაზე ორიენტირებულია, ავტორიტეტულია. მენეჯმენტი მიმართავს დასჯას, შიშის ჩანერგვას, მუქარასა და ანაზღაურებას იშვიათად იძლევა, მომუშავეები კი შიშისა და წნეხის ქვეშ მუშაობენ. არაფორმალური ორგანიზაცია მიზნის მისაღწევად ბევრ წინააღმდეგობას და დაბრკოლებას ქმნის.

სისტემა 2. მმართველობა მომუშავის მიმართ შემწყნარებლურია, გარკვეულ დონეზე ენდობა კიდეც. ძირითადად, გადაწყვეტილებები ცენტრალურ დონეზე მიიღება, თუმცა ზოგჯერ თანამშრომლებსაც რთავენ. მიმართავენ როგორც დაჯილდოებას, ასევე დასჯას. მნიშვნელოვანია არაფორმალური ორგანიზაცია.

სისტემა 3. მმართველობა ნამდვილად ენდობა ხელქვეითებს, რომლებიც გადაწყვეტილებებს თავისით იღებენ. მართვის ძირითადი პოლიტიკა ცენტრალიზებულია.

სისტემა 4. მმართველობა სრულად ენდობა ხელქვეითებს, გადაწყვეტილებების მიღება ყველა დონეზე ხდება, შესაბამისად ასეთივეა ურთიერთობებიც. მომუშავეები კარგი მუშაობისთვის პრემიებს იღებენ. ურთიერთობები მენეჯერსა და ხელქვეითს შორის მეგობრულია, თანამშრომლები გუნდურად მუშაობენ და ერთმანეთს პატივს სცემენ.

დადგინდა, რომ I–სა და IV სისტემას შორის, წარმოების, ხარჯების, მუშახელის რაოდენობის, მორალის დონის მხრივ დიდი განსხვავებაა. ბოლო საფეხურებზე, თანამშრომლები და მენეჯერები ნაწარმის ხარისხზე, მომსახურების კვალიფიციურობასა თუ წარმატების მიღწევაზე ერთობლივად არიან პასუხისმგებლები. ჯანმრთელობის სფეროში გაერთიანებულნი არიან როგორც პროფესიონალი, ისე არაპროფესიონალი პირები. ისინი ერთმანეთზე არიან დამოკიდებულნი და შეთანხმებულად მუშაობენ. მაგალითად, ქირურგიულ თუ სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში.

ქსელური ორგანიზაცია

ქსელური ან ამოცანაზე ორიენტირებული სამუშაო გუნდის მუშაობის პრინციპი უფრო ურთიერთობებზეა დამყარებული, ვიდრე მმართველობაზე. მუშაობის ასეთ ფორმას ადჰოკრატიას უწოდებენ. ქსელური ორგანიზაცია საკმაოდ მოქნილია, უფრო ეფექტურად ახერხებს გარემო პირობების ცვლილებებზე რეაგირებასა და ადაპტირებას. ამ სისტემაში პროფესიონალთა გუნდი და სხვადასხვა ტექნოლოგიებია ჩართული. კომპლექსურობა და ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება ახალ იდეებს, მათ გაცვლა-გამოცვლას, ინფორმაციას, ექსპერტიზასა და მოხერხებულობას მოითხოვს. ქსელურ ორგანიზაციაში მმართველობა ან ფორმალურია, ან არაფორმალურია, ან დროებითია, ან საშუალო ხანგძლივობისაა ან მუდმივია, რაც დამოკიდებულია დასახული ამოცანის შესრულებისთვის საჭირო დროზე. დროებითი სამუშაო გუნდები, როგორც წესი, მოკლე-ვადიანია. რეგიონის სამედიცინო სერვისების ინტეგრაციის საკითხებზე მუშაობს გუნდი, შუალედური ვადით. ხოლო კომისია გრძელვადიანი ამოცანების შესასრულებლად იქმნება, როგორიცაა იმუნიზაციის პროგრამების მონიტორინგი.

ამ ორგანიზაციის დადებით მხარეს გამოწვევები და ინფორმაციისა თუ პასუხისმგებლობის განაწილება წარმოადგენს, რომელიც კრეატიული პროფესიონალების წარმოჩენას უწყობს ხელს, უზრუნველყოფს მათი შემოქმედების დემონსტრირებას, რასაც თანამშრომლების კმაყოფილება მოჰყვება. სამუშაო გუნდის წევრებს შეუძლიათ საკუთარი პირამიდული სტრუქტურები წარადგინონ, მაგრამ ისინი ამოცანის შესასრულებლად ერთიანად მუშაობენ. დისციპლინური და უწყებათაშორისი მუშაობა კოორდინაციას, ადრეშექმნილი პროექტების განხილვასა და მომავალზე ზრუნვას განაპირობებს.

ქსელურ ორგანიზაციას ხელისუფლების დონეზეც მიმართავენ. იგი სხვადასხვა დეპარტამენტების კონტროლისა და პოლიტიკური კოორდინაციისთვისაა საჭირო. შტაბების გაერთიანებული კომიტეტი შეიარაღებულ ძალებს აკონტროლებს. კოორდინირებული ფუნქციების შესასრულებლად, საავადმყოფოებში, ასევე მიზანმიმართული ექსპერტების მულტიდისციპლინურ ჯგუფებში ასეთ მიდგომას იყენებენ.

ორგანიზაციული ღონისძიებების ჩატარება

ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალების პრეროგატივაა. არაფორმალური ქსელი მოიცავს ექიმებს, თავის კოლეგებთან ერთად, ის უფრო ოფიციალური სტრუქტურის ნაწილს წარმოადგენს. დეპარტამენტები ფუნქციის შემსრულებელ ორგანიზაციას ექვემდებარება, სადაც ექიმები გუნდურად უფრო კარგად მუშაობენ, ვიდრე პირამიდული წესით. ჯანდაცვის სამინისტრო ტრანსპორტის სამინისტროსა და პოლიციასთან უნდა თანამშრომლობდეს. მათ ავარიების შედეგად გარდაცვლილთა და ტრავმირებულთა რიცხვი ერთად უნდა შეამცირონ. თუ გავითვალიწინებთ წითელას დამარცხების პროექტს, მივხვდებით, თუ რამდენად აუცილებელია მულტიორგანიზაციული გუნდის შექმნა და მიზნების დასახვა. (იხ. ცხრ. 12.5).

ორგანიზაციულმა პრაქტიკამ და თეორიამ პირამიდულ მოდელში ქსელური მოდელის ინკორპორირება მოახდინა, როგორც ხარისხის სრული მართვის (TQM) ან ჯანმო-ს „ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესების“ სახით. ჯანმო აგრძელებს ხარისხის გაუმჯობესებაზე მუშაობას. ხარისხის საყოველთაო მართვის დროს საწარმოში პროდუქციის შემქმნელი თანამშრომლები ერთიან გუნდად მუშაობენ. ხარისხის კონტროლი წარმოების განუყოფელი ნაწილია.

თავმჯდომარე, ფასილიტატორი, კოორდინატორი

A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L

სურათი 12.5 ქსელური ორგანიზაციის სტრუქტურა. წითელას დასამარცხებლად შექმნილი გუნდის თავმჯდომარე სამედიცინო სამსახურის ოფიცერია. წევრები არიან: მთავარი მედდა, ბუღალტერი, ფარმაცევტი, რეგიონის პედიატრიული საავადმყოფოს მთავარი ექიმი, სკოლის ადმინისტრატორი, ინფორმატორი, სამედიცინო ასოციაციის წარმომადგენელი, ლაბორატორიის დირექტორი, მომმარაგებელი სამსახურის უფროსი, განათლების დეპარტამენტის წარმომადგენელი, ამ საკითხში დაინტერესებული მოხალისეთა ორგანიზაციის წევრი.

ჯანდაცვის პროგრამაში თვითშეფასებისთვის მულტიდისციპლინური გუნდებია ჩამოყალიბებული. საავადმყოფოებში ასევე აუცილებელია შეკრებების ჩატარება, რომელზეც პაციენტის მოვლისა და პროფესიონალური სერვისების ფუნქციონირების საკითხებს განიხილავენ. ადგილობრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისთვის თანამშრომლების შეკრება კომუნიკაციისთვის, ნდობის მოსაპოვებლად და მიზნების მისაღწევად აუცილებელია. ორგანიზაციებში უმეტესად იყენებენ, როგორც პირამიდულ, ასევე ქსელურ სტრუქტურას. პირამიდა ხშირად სტრუქტურულად შექმნილ პარალელურ ორგანოებს ვერ უმკლავდება, ქსელური მიდგომა კი გარეშე პირთა ურთიერთობებს განაპირობებს და ამით საერთო ამოცანის შესრულებას უწყობს ხელს. ქსელი ფუნქციური, დემოკრატიული დაჯგუფებაა, რომელშიც სხვადასხვა სფეროდან მიზანმიმართული პირები და ორგანიზაციებია ჩართული. ჯანმრთელობის საკითხში, ეს მიდგომა უაღრესად მნიშვნელოვანია. სხვადასხვა რეგიონებში ჯანდაცვის სერვისების მენეჯმენტი თანდათან ვითარდება. ვერტიკალურად ინტეგრირებულ მართვის სისტემაში პროფესიონალთა გუნდი და გაერთიანებებია ჩართული. პაციენტის მზრუნველობაზე პასუხისმგებლობა და ფინანსური დახმარება თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი ნაწილია.

ხარისხის სრული მართვა

აშშ-ში II მსოფლიო ომის პერიოდში, ედვარდ დემინგმა, ექიმმა და სტატისტიკოსმა, ხარისხის კონტროლის ეკონომიკური და სტატისტიკური მეთოდები განავითარა. ომის შემდგომ ის მასწავლებლად მიიწვიეს იაპონიაში. დემინგმა უნივერსიტეტიდან ინდუსტრიული მენეჯმენტის სფეროში გადაინაცვლა. მისი ნამუშევარი იაპონელებმა აითვისეს და წარმოების სფეროში დანერგეს. ათწლეულების მანძილზე ხარისხის მენეჯმენტი დიდი წარმატებით სარგებლობდა. ეს კონცეფცია, რომელსაც მოგვიანებით ხარისხის სრული მენეჯმენტი (TQM) ეწოდა, მსგავსი წარმატებით აშშ-შიც გამოიყენება.

დემინგის მიხედვით, ხარისხი პირველ ადგილზე უნდა იყოს და პასუხიმგებლობა არა მომუშავეებს, არამედ მმართველობას ეკისრება. თუ მენეჯმენტი საქმეში მომუშავეებსაც ჩართავს, ხარისხი გაუმჯობესდება, ღირებულება დაეცემა, მომხმარებელი უფრო კმაყოფილი და ერთგული დარჩება. ამით თანამშრომლის სიამაყე იზრდება, მის იდეებს უსმენენ, დასჯით მეთოდებს არ მიმართავენ. ლიდერი ვალდებულია შიში დაძლიოს და საერთო ინტერესების მქონე გუნდი ჩამოაყალიბოს. აღსანიშნავია ასევე, რომ ტრენინგი კომპანიის აუცილებელ ნაწილს წარმოადგენს. სტანდარტული მენეჯმენტის თეორიასა და სრული ხარისხის მენეჯმენტს შორის განსხვავება იხილეთ 12.1 და 12.2 -ში.

იგი აერთიანებს სამეცნიერო მენეჯმენტსა და ადამიანურ ურთიერთობებს, მომუშავეებს უფრო მეტ ინტელექტუალურ გასაქანს, ამოცანების ანალიზისა და გაუმჯობესების საშუალებას აძლევს. ეს დიზაინის, ნაწარმის, მომსახურების და ასევე მარკეტინგის შექმნას უწყობს ხელს. ეს იდეები ბიზნესის მართვის მხრივ ახალი სიტყვა და წარმატების გარანტი აღმოჩნდა. TQM-ის კონცეფცია დისკუსიის მუდმივი თემაა. ჯანმო-მ ამ კონცეფციის მოდელს „ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება" უწოდა, იგი ჯანმრთელობის სისტემაში აქცენტს საერთო პასუხისმგებლობაზე აკეთებს. TQM-ის თვითგანვითარებაზე, რეგულაციასა და სხვა საკითხებზე უფრო დეტალურად მე-15 თავში ვისაუბრებთ.

ჩანართი 12.1 სტანდარტული მენეჯმენტის თეორია

1. ხარისხი ძვირია.
2. დაკვირვება ხარისხის და კონტროლის საუკეთესო საშუალებაა, ამას ექსპერტები და ინსპექტორები დაადასტურებენ.
3. სისტემები გარეშე ექსპერტების მიერაა შედგენილი.
4. სტანდარტები და მიზნები მუშაობის პროდუქტიულობას ზრდის.
5. თანამშრომლები დაქირავებულები ან განთავისუფლებულები არიან საჭიროების მიხედვით.
6. პრემია ან დასჯა, პროდუქტიულობასა და კრეატიულობას ზრდის.
7. იყიდე ყველაზე დაბალ ფასში.
8. შეცვალე მომმარაგებლები ხშირად, საქონლის ფასების შესაბამისად.
9. სარგებელი შემოსავლის გაზრდისა და გასავლის შემცირების ხარჯზე მოდის.
10. სარგებელი, კომპანიის წარმატების საუკეთესო მაჩვენებელია.

ადამიანური ქცევის შესწავლა

ადამიანის ქცევა სოციალურ სფეროში ინდივიდუალურია. ქცევის შეცვლა დაავადების რისკების შესამცირებლადაა აუცილებელი, თუმცა საფრთხილოა. იგი ცვლილებებს, ჩანაცვლებებს, ტრანფორმაციას, ასევე, მიზნების, პროცედურების, მეთოდიკის შეცვლას მოითხოვს. ხშირად გეგმების განხორციელების გზაზე მრავალი დაბრკოლება შეიძლება შეიქმნას. ეს წინააღმდეგობები პროფესიონალური, ტექნიკური, ფსიქოლოგიური, პოლიტიკური, ემოციური და სხვა სახისაა. ჯანმრთელობის მომსახურების მენეჯერი ამ ცვლილებებს უნდა გაუმკლავდეს

ჩანართი 12.2 სიცილი ხარისხის მენეჯმენტი

1.ხარისხს მოაქვს დაბალი ფასები.
2. ინსპექცია დაგვიანებულია – მომუშავის საქმეში ჩართვა შეცდომების აცილების საუკეთესო საშუალებაა.
3.ხარისხს ქმნის მენეჯმენტი.
4.შეცდომას უშვებს სისტემა და არა მომუშავე.
5. არავითარი წილები და სტანდარტები.
6. შიში ამ სისტემაში დამანგრეველია.
7. მნიშვნელოვანია თანამშრომლების უსაფრთხოება.
8. განსჯა, დასჯა, ჯილდო საშუალოზე მეტი თუ ნაკლები სამუშაოს შემსრულებლისთვის ხელს უშლის ხარისხიანი ნაწარმის შექმნას.
9. მომმარაგებელთან თანამშრომლობა ხარისხისა და ღირებულების გაუმჯობესებისთვისაა აუცილებელი.
10. სარგებელი მოაქვს ერთგულ მომხმარებელს, თუმცა მხოლოდ სარგებლის ქონა კომპანიისთვის იგივეა რაც, მანქანის მართვისას უკანა სარკეში ყურება.

და იმ პირთა მხარდაჭერა მოიპოვოს, რომლებიც ამ ცვლილებებს განაპირობებენ.

კომპანიის წარმატება დამოკიდებულია როგორც თანამშრომლის, ასევე მომხმარებლის ქცევაზე. ჯანმრთელობის სისტემაში, მმართველს აუცილებლად უნდა შეეძლოს ორგანიზაციული პრობლემების დადგენა. ცვლილებებისა და ორგანიზაციული საკითხების გასაუმჯობესებლად, არანაკლებ მნიშვნელოვანია ცვლადების განსაზღვრა და შეცვლა. რაც უფრო დიდია მოლოდინი, მით უფრო კარგად მუშაობენ თანამშრომლები, და პირიქით. ეს უკანასკნელი, როგორც წესი, იწვევს „სპირალურ“ ეფექტს. ეს ეხება არა მხოლოდ ორგანიზაციას, არამედ ინდივიდულურ პირებსა და საზოგადოებას, როგორც პროდუქციის წარმოებას, ისევე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევას.

ხალხი ცვლილებებს, ხშირად, შიშის გამო გაურბის. პრობლემებისა თუ ალტერნატივების განსაზღვრაში, მიზნების დასახვაში მონაწილეობა სწორედ ცვლილებებისთვისაა აუცილებელი. ცვლილება კომპლექსური და ლიდერის გამოსაცდელი მოვლენაა. ინდივიდუალურ დონეზე ის საგუნდო მიზნების შესრულებას განაპირობებს და არა მხოლოდ საავადმყოფოსთან დაკავშირებულ მოვლენებს მოიცავს, არამედ თუნდაც იმას, რომ ადამიანი მოწევას ანებებს თავს. ცალკეული ადამიანისა და მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობა ამ სფეროში მომუშავე გუნდის წევრების მოტივაციასა და მოქმედებაზეა დამოკიდებული.

ინდივიდუალური პირის ქცევაზე დამოკიდებულია საკუთარი და საზოგადოების ჯანმრთელობა. სასურველია, დაფასდეს სასურველი ცვლილებისკენ გადადგმული თუნდაც მცირე ნაბიჯები (დადებითი ქმედებების განმტკიცება). ქცევის შეცვლა დამყარებულია ადამიანის შეგრძნებებსა და თვალსაზრისზე. ცვლილება მოითხოვს, სხვადასხვა ელემენტის დახმარებით, დაადგინო: „ახლა რა დონეზე დგახარ?“

1. ცოდნა: ჯანმრთელობის ადეკვატური ინფორმაციის დონე.
2. დამოკიდებულება: რამდენად აანალიზებს ადამიანი ამ ინფორმაციას?
3. ცალკეული ინდივიდუალის ქცევა: რას აკეთებს იგი?
4. გუნდის ქცევა: სოციალური ნორმები და აქტები.
5. ორგანიზაციის ქცევა: რას აკეთებს ჯანმრთელობის სისტემა ამ ფაქტორების შესაცვლელად?

ქცევის შეცვლა ხშირად, სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი (თავი 2) ზეგავლენას ახდენს ფსიქოლოგიასა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. „რწმენა-ინტერვენციის“ მიდგომა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემებისა და რისკ-ფაქტორების შემცირებისკენაა მიმართული. ეს მოითხოვს ორგანიზაციული ქცევის შეცვლას, იმ ხალხის ჩართვით, რომლებიც პოლიტიკას განსაზღვრავენ. ისინი სერვისების მართვასა და საზოგადოების მომსახურეობაზე არიან პასუხისმგებლები.

უფლებამოსილების ბაძიეხება

1980-იან წლებში აშშ-ის ინდუსტრიული სფერო იაპონიის ელექტრონულ და ავტომობილების ინდუსტრიას კონკურენციას ნამდვილად ვერ უწევდა. მართვის თეორიამ ყურადღება გაამახვილა უფლებამოსილების საკითხზე. TQM-ის მიდგომა გუნდურ მუშაობას და უკეთესი ხარისხის მისაღებად მომუშავის სამუშაოში ჩართვას გულისხმობს. თანამშრომელს, რომელსაც მინიჭებული აქვს უფლებამოსილება, ერთვება წარმოების პროცესის შედგენაში და სამუშაოს მაღალ ხარისხს უზრუნველყოფს. ამის შედეგად, ინდუსტრია უფრო თვალსაჩინო, ეფექტურ სფეროდ იქცა. თანამშრომლები სამსახურს ნაკლებად აცდენდნენ და ნაწარმის გაუმჯობესების საშუალებებს ეძებდნენ. ისინი მენეჯმენტში აქტიურად იყვნენ ჩართულნი. ამის მსგავსად, უფლებამოსილებამ მომსახურების ინდუსტრიაც მოიცვა.

ეფექტურობისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად მომუშავე, როგორც ფიზიკურად, ასევე ემოციურადაც, უნდა ჩაერთოს საქმეში. უფლებამოსილება სწორედ გადაწყვეტილებების მიღებაში მონაწილეობას გულისხმობს. აუცილებელია, რომ თანამშრომელმა, მაღალკვალიფიცირებულ შრომას ასრულებს, თუ ფიზიკურად მუშაობს, თავი აქტიურ მონაწილედ უნდა იგრძნოს. ჯანდაცვაში ამ პრინციპის წარმატებით გამოყენება ვრცელდება პაციენტზე, მის ოჯახზე, საზოგადოებაზე. ინფორმირებული პაციენტი გადაწყვეტილებებს თავად ღებულობს, მისი პრივატულობა და ღირსება დაცულია.

უფლებამოსილება ნაწილდება მართვის დეცენტრალიზაციის შემთხვევაში. უფლებების გადაცემა პროფესიული ასოციაციებისადმი, ასამთავრობო ორგანიზაციებისადმი და უფლებადამცველი ორგანიზაციებისადმი ჯანდაცვის ორგანიზაციის უფლებამოსილების გაზრდის ნაწილს წარმოდგენს. ხელისუფლების მმართველობით სფეროში შემავალი საკითხები, როგორიცაა: ლიცენზირება, ტრენინგები, აკრედიტაცია, კვლევები შესაძლებელია გადაეცეს ადგილობრივ თვითმმართველობებსა და არასამთავრობო ორგანიზაციებს. ორგანიზაციულმა ცვლილებებმა შესაძლოა დეცენტრალიზაცია განაპირობოს. ადგილობრივი კანონიერი ცვლილებები: საავადმყოფოების გაერთიანებები, გრძელვადიანი სერვისები, ამბულატორიები და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები აუცილებელია რესურსების სწორად გამოყენების მისაღწევად. ჯანდაცვის სერვისების ინტეგრაცია, ადგილობრივი თვითმმართველობის დაქვემდებარების ქვეშ, ადგილობრივ დონეზე ფინანსირების საკითხების დელეგირებას მოითხოვს. ეს ცვლილებები ლიდერის უნარებს და ქცევას ცდის, ჯანმრთელობის სფეროს მუშაკებს კი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და მენეჯმენტში რთავს.

ჯანმრთელობის სისტემის სტრატეგიული მართვა

სტრატეგიული მენეჯმენტი ხაზს უსვამს, არსებულ გარემოში ორგანიზაციის პოზიციის მნიშვნელობას, აუცილებელია განისაზღვროს მისი მისია, მომხმარებლებთან და კონკურენტებთან ურთიერთობა. მიზნების მისაღწევად აუცილებელია მოქმედების გეგმების განვითარება და სტრატეგიების რეალიზაცია. მისიის დადგენისას, უნდა გავითვალისწინოთ გარე და შიდა გარემო, რესურსები და ქმედითი საჭიროებები, რათა შეფასდეს მუშაობის შედეგები. სტრატეგიები ერთმანეთს გარე და შიდა ფაქტორებს ადარებს, მაგალითად კონკურენტსა და მომხმარებელს. ჯანდაცვის სფეროს მმართველის მეთოდებისა და უნარების ჩამოყალიბება, ამოცანების შესრულებას განაპირობებს. მათ მიეკუთვნება:

1. ხარისხიანი მომსახურება.
2. ინოვაცია, რომ თავი დააღწიოს მოძველებით განპირობებულ დანაკარგებს.
3. გარე და შიდა პროფესიონალური ურთიერთობების ჩამოყალიბება.
4. ადამიანური რესურსების სწორად გამოყენება.
5. გარემოს ფაქტორის გათვალისწინება.
6. სერვისების გაუმჯობესებით მარკეტინგის წინ წაწევა.
7. ფინანსების ეფექტური მართვა.
8. ფიზიკური რესურსების ადეკვატური და სწორი მოხმარება.

პოლიტიკა პრიორიტეტებისა და მიზნებისგან შედგება. სტრატეგია კი მიზნების მისაღწევად ფართომასშტაბიან გეგმებს მოიცავს. იგი ყველანაირ მოქმედებას არ განსაზღვრავს, მაგრამ მიზნის გათვალისწინებით პროგრესს სწორედ აფასებს. სტრატეგიას, არამარტო სამხედრო სფეროში მიმართავენ, არამედ ბიზნესში, ინდუსტრიასა და ჯანდაცვაში. ტაქტიკა სტრატეგიის განხორციელების მეთოდს წარმოადგენს. ჯანდაცვაში გამოყენებული სტრატეგიული მენეჯმენტი ამოცანების დასახვასა და მათი შესრულების საშუალებების ძიებას გულისხმობს. (იხ. ჩანართი 12.3)

ჯანმრთელობის ორგანიზაციის ცვლილებებმა შეიძლება შეცვალოს ასევე არსებული, დამკვიდრებული საშუალებებისა და პროგრამების მასშტაბები და კავშირები (ცხრ. 12.2).

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შენარჩუნება, მიზნების ხელახლა განსაზღვრა და უკმაყოფილება არსებული მდგომარეობით ჯანდაცვის სფეროში რეფორმებს განაპირობებს. ეს მომავლის მოდელირებას, მიზნების განსაზღვრას, სტრატეგიულ გეგმასა და კარგად დაგეგმილ პროგრამას მოითხოვს. ცვლილებას შესაძლოა ხელი შეუშალოს ფსიქოლოგიურმა, სოციალურმა და ეკონომიკურმა მიზეზმა, ასევე სამსახურის დაკარგვის, ხელფასის, დაბეგვრის, მმართველობის, სარგებლისა თუ სტატუსის შეცვლის შიშმა. ჰოსპიტალური სექტორის შემცირება და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების გაძლიერება მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენს. რეფორმები, შეიძლება განხორციელდეს გრძელვადიან პერიოდში, სამედიცინო პერსონალის პენსიაზე გასვლის შედეგად ან ახალი მოთხოვნების შესაბამისად პერსონალის გადამზადება მოხდეს. ამ ყველაფრისთვის კვალიფიციური მმართველობაა აუცილებელი.

ჩანართი 12.3 სტრატეგიული მენეჯმენტის პროცესი

1. პოლიტიკა და დაგეგმარება.
   ა. მისიის, მიზნების, ამოცანების განსაზღვრა.
   ბ. ზედამხედველობა.
   გ. გარე გარემოს ანალიზი.
   დ. შიდა გარემოს ანალიზი.
   ე. შესაძლებლობების შეფასება.
   ვ. მცირემასშტაბიანი სტრატეგიების შეფასება.
   ზ. ფართომასშტაბიანი სტრატეგიების განვითარება.
   თ. განსახორციელებელი პროცესის ხელმძღვანელობა.
   ი. პოლიტიკის მიმართულებასთან კომუნიკაცია.

2. განხორციელება.
   ა. მოტივაცია: მიზნებისა და გეგმების დაკავშირება.
   ბ. მოკლე და გრძელვადიანი ამოცანების ერთმანეთისგან გამოყოფა.
   გ. თანამშრომლების მათ პასუხისმგელობაში დარწმუნება.
   დ. ადეკვატური რესურსების უზრუნველყოფაში დარწმუნება.
   ე. თანამშრომლების ჩართვა.
   ვ. სტრუქტურების მოდიფიკაცია, საჭიროებების მიხედვით.
   ზ. უფლებამოსილების მინდობა, პასუხისმგებლობის გადაცემა.
   თ. დეპარტამენტთაშორისი კოორდინაციისა და ადამიანების ურთიერთობებისათვის ხელის შეწყობა.
   ი. ცვლილებასთან გამკლავების უნარიანობა.
   კ. პოლიტიკის მიმოხილვა, მისი პროგრესულობის შენარჩუნებით.
   ლ. ცვლილებების შეცნობის ხელშეწყობა და დაბრკოლებებთან ბრძოლა.

3. მონიტორინგი.
   ა. ეფექტურობის შეფასება.
   ბ. შედეგებისა და გამოცდილების შეფასება.
   გ. სტრატეგიული გეგმის გადახედვა.
   დ. რესურსების გამოყენების ხელახალი ორგანიზირება, გამოცდილების მიხედვით.

ცხრილი 12.2 სამედიცინო მომსახურების ტრანსფორმაციის პარადიგმები (ნიმუშები)

ძველი პარადიგმა	ახალი პარადიგმა
სტაციონარული მკურნალობა, როგორც პრიორიტეტი	პრიორიტეტულია მკურნალობა კომპლექსურად
ავადმყოფობის მკურნალობა, როგორც პრიორიტეტი	პრიორიტეტულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება
პასუხისმგებლობა თითოეულ ინდივიდზე (პაციენტზე)	პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯგუფებზე
ვიწრო სპეციალიზაცია პრიორიტეტულია ზოგად პრაქტიკასთან შედარებით	მეტი ეკონომიკური პარიტეტი პროვაიდერებს შორის
ქირურგია პრიორიტეტულია სხვა სამედიცინო მომსახურებებთან შედარებით	პრევენციული ღონისძიებები პრიორიტეტულია ქირურგიასთან შედარებით
მიზანია საწოლების შევსება	მკურნალობის წარმოება დაავადების სტადიის (სიმძიმის) მიხედვით
პრიორიტეტულია დამოუკიდებელი ორგანიზაციები, ფინანსდება საავადმყოფოები და სხვა სერვისები	ინტეგრირებული სამედიცინო მომსახურების სისტემები
მენეჯერები მართავენ ორგანიზაციებს, დეპარტამენტებს	მენეჯერები ხელმძღვანელობენ საბაზრო პრინციპით
მენეჯერები კოორდინაციას უწევენ სერვისებს	მენეჯერები ხელმძღვანელობენ ინტერსექტორული თანამშრომლობის პრინციპებით

წყარო: შორტელი და კალუზნი, 1994წ.

ჯანმრთელობის სისტემის ორგანიზაციის მოდელები

თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, პროგრამებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ინტეგრაციას ან კოორდინაციას წარმოადგენს. ის როგორც ქსელი, თავის შემადგენელ ნაწილებს შორის ადმინისტრაციული და ფინანსური ურთიერთობებით ვითარდება. თითოეული ორგანიზაცია სფეციფიკურ სერვისს ან სერვისებს გვთავაზობს. მათი ფუნქციონირება, ფინანსური და ფუნქციური ურთიერთობები მენეჯმენტსა და ჯანმრთელობის სისტემის შედეგზე აისახება. ჯანმრთელობის სისტემა მუშაობს, როგორც ქსელი, ფორმალური თუ არაფორმალური კავშირებით. ის საკმაოდ ფართო მასშტაბისაა, სუსტი კავშირებით დეცენტრალიზებული სისტემის მსგავსად. მას გადახდის, კომუნიკაციის, რეგულაციის, სტანდარტების, მმართველობის სხვადასხვა ფორმა გააჩნია.

მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების სხვადასხვა სისტემებს შორის ურთიერთობა და ფუნქციური თუ ეკონომიკური ელემენტების ურთიერთგაცვლა. ამის აუცილებლობას მივხვდებით, როცა შევადარებთ ჯანმრთელ ორსულს პრენატალური მოვლით და ორსულს, რომლის ჯანმრთელობას არ აქცევენ ყურადღებას და მოითხოვს მშობიარობის შემდეგ საავადმყოფოში მკურნალობას. ნორმალური პრენატალური მოვლის ფასი მკურნალობის ხარჯის ნაწილს წარმოადგენს. ეს აუცილებელია პოტენციური გართულებებისა და დედისა და ახალშობილისთვის ზიანის მიყენების თავიდან ასაცილებლად. ჯანმრთელობის სისტემა ვალდებულია რეპროდუქციული ასაკის ქალებს ორსულობის დადგომამდე ფოლიუმის მჟავა მიაწოდოს; დაეხმაროს ოჯახის დაგეგმარებასა და სასურველი ორსულობის მიღწევაში; დაადგინოს, რომ ორსულობებს შორის პერიოდი ქალისა და ბავშვისთვის ადეკვატურია; უზრუნველყოს ნორმალური პრენატალური მზრუნველობა. ამ საქმიანობაში სამეანო განყოფილებაც უნდა იყოს ჩართული, განსაკუთრებით, როცა საქმე მაღალი რისკის მქონე ორსულებს ეხება. განყოფილება აკონტროლებს, რომ მშობიარობა ჰიგიენური პირო-

ბების დაცვით და პროფესიონალთა დაკვირვებით მიმდინარეობს.

ჯანმრთელობის სისტემა პასუხისმგებელია ბავშვთა და ხანდაზმულთა მოვლაზეც. მისი მრავალმხრივი პერსონალური და საზოგადოებრივი სერვისები და პროგრამები ადეკვატური და ეფექტურია. ავადმყოფი ბავშვების მკურნალობის ხარჯებს საავადმყოფო თავის თავზე იღებს. როდესაც დაფინანსება რეგიონებში ერთ სულ მოსახლეზეა გამოყოფილი, როგორც საავადმყოფო, ასევე პირველადი დონის სამედიცინო დაწესებულებები, დაინტერესებულია ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაში. ეს პრინციპი საფუძვლად უდევს ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ ორგანიზაციებსა(HMO) და თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას.

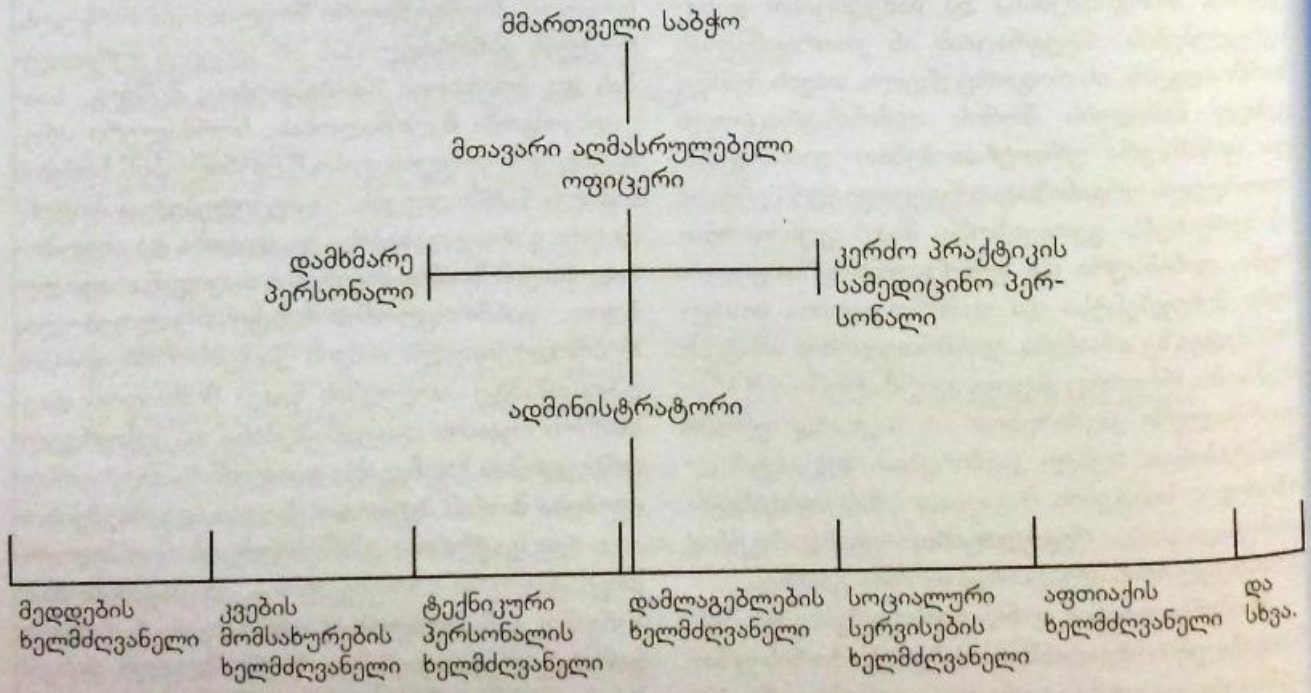
ჯანდაცვის ორგანიზაციები ერთმანეთისგან მასშტაბების, სირთულის, მფლობელობის, მომსახურების სახეებისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით განსხვავდება. როგორც წესი, დაწესებულებები გვთავაზობს ერთი სახის სერვისებს, მძიმე პაციენტების ეპიზოდურ სტაციონარულ მომსახურებას ან ავადმყოფების მოვლას, სახლში მისვლით. დღეს სხვადასხვა ორგანიზაციების რეგიონული ცენტრები მოიცავს მოსახლეობაზე დამყარებულ პროგრამებსა და სერვისებს. თითოეულ მათგანს უნდა გააჩნდეს საკუთარ მიზნებთან მორგებული სტრუქტურა. საერთო ელემენტები, რომელიც ყველა ორგანიზაციას უნდა ჰქონდეს, ესაა: პოლიტიკის, მომსახურების, წარმოების მართვა, მხარდაჭერა, დაფინანსება, გარე გარემოსთან კავშირი, შეცვლილ პირობებთან ადაპტაცია.

ფუნქციური მოდელი

ორგანიზაციის ფუნქციურ მოდელს აყალიბებს შედარებით მცირე საავადმყოფოებში საქმის სხვადასხვა დეპარტამენტებზე განაწილება. მაგალითად: სამედიცინო, მედდების, ფინანსურ, ფარმაცევტულ განყოფილებებსა და დიასახლისზე. თითოეული მათგანი მთავარ აღმასრულებელ ოფიცერს ექვემდებარება (CEO) (იხ. ცხრ. 12.6).

მმართველობითი სააგენტო, იქნება ის ადგილობრივი საბჭოს სახით, თუ ეროვნულ დონეზე, საავადმყოფოს ქმედებებსა და ფინანსურ სტატუსზე პასუხს აგებს. ასევე მისი მიზანია, მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად კაპიტალი გაზარდოს.

სამედიცინო პერსონალს შეუძლია კერძო პრაქტიკა ჰქონდეს და ასევე ჰოსპიტალში მუშაობდეს. ამ შემთხვევაში მას ოფიციალურად "attending physician" წოდება აქვს მიღებული. საავადმყოფოს დირექტორის ადგილს უმეტესწილად მედპერსონალის წარმომადგენელი იკავებს. ამ პრინციპს ჩრდილოეთ ამერიკაში მისდევენ. როგორც წესი, სამთავრობო „მოხალისეთა" საბჭოს, არასამთავრობო და იმ ორგანიზაციებს, რომლებიც სარგებელზე ორიენტირებული არ არის, თავისი მუნიციპალური და საზოგადოებრივი



სურათი 12.6 ორგანიზაციის ფუნქციური მოდელი

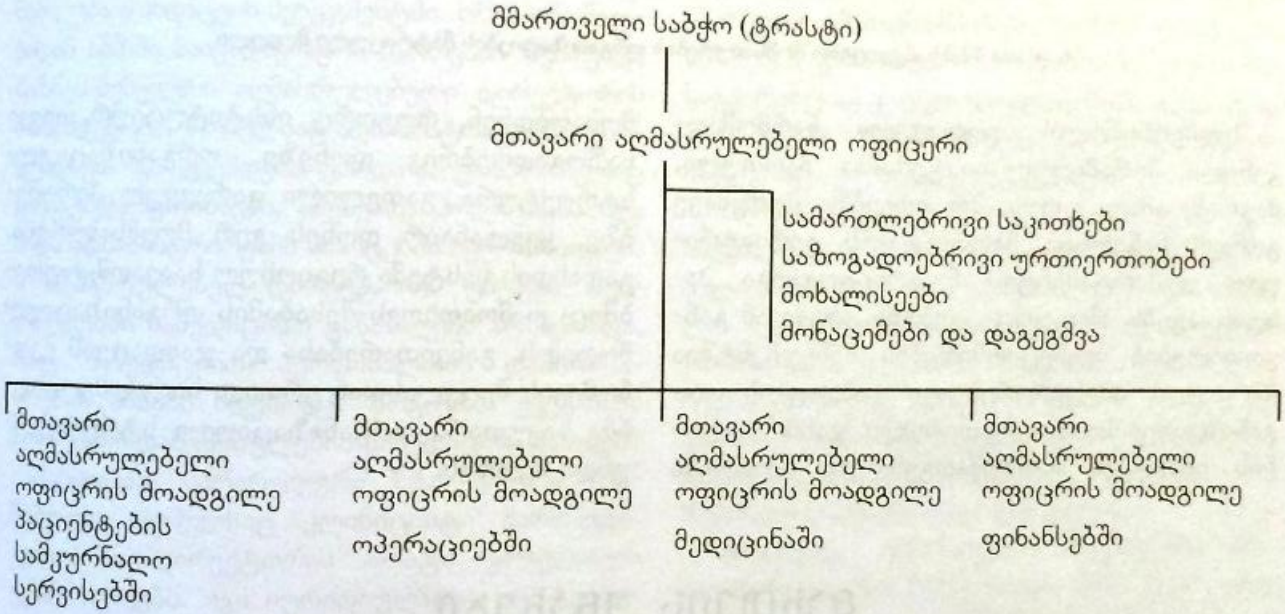
წარმომადგენლები ჰყავს. ისინი, თავის მხრივ, რელიგიურ, მუნიციპალურ და ამხანაგურ ორგანიზაციებს უწევენ სპონსორობას.

კორპორაციული მოდელი

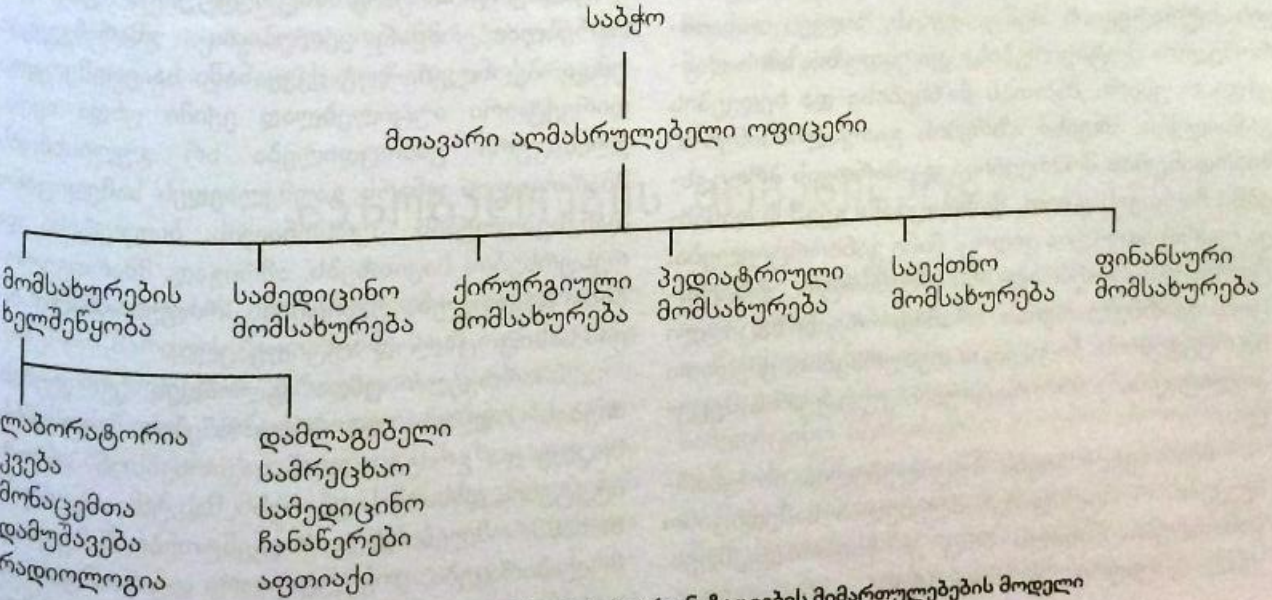
ჯანდაცვაში კორპორაციული მოდელი (სურ. 12.7) დიდ საავადმყოფოებსა ან სხვადასხვა საავადმყოფოების გაერთიანებულ სისტემაში გამოიყენება. CEO საავადმყოფოს სექტორებში განხორციელებულ სხვადასხვა ქმედებებზე პასუხისმგებლობას უფროსი მმართველების გუნდს აკისრებს. სამედიცინო დაწესებულების ორანიზაციის აღნიშნული მოდელი სერვისების მიმწოდებელ დამოუკიდებელ ერთეულებს ეფუძნება, რომელთაც დამოუკიდებელი ფინანსირება გააჩნიათ და ფუნქციონირებენ როგორც დამოუკიდებელი ეკონომიკური ერთეული. ეს მოდელი აშშ-ის ბევრ კერძო კომპანიაში გამოიყენება, მაგ. „ჯენერალ მოტორსში“, ასევე აშშ-ის ჯანმრთელობის სისტემაში.

მატრიცული მოდელი

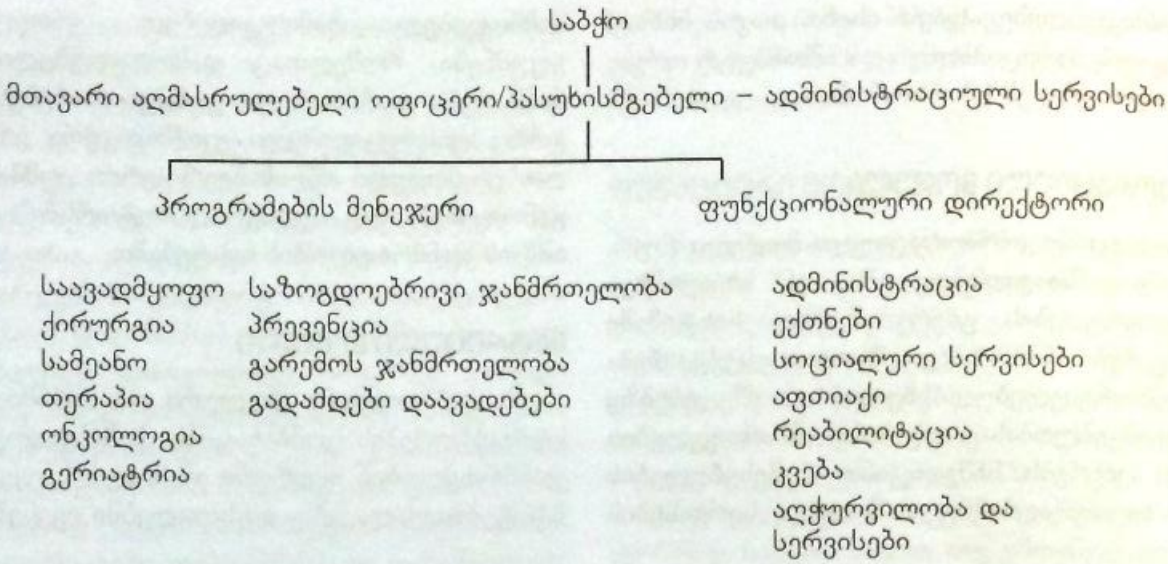
ეს წარმოადგენს ქსელური და პირამიდული სტრუქტურების კომბინაციას. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სფეროში ამ მოდელს იყენებენ შტატებში, ქალაქებსა და სოფლებში იყენებენ.



სურათი 12.7 სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციების კორპორაციული მოდელი



სურათი 12.8 სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციების მიმართულებების მოდელი



სურათი 12.9 სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციების მატრიცული მოდელი

მედპერსონალის ცალკეული წარმომადგენელი, პირამიდულ სისტემაშია ჩართული, მაგრამ, ამავე დროს, პროექტებზე მომუშავე გუნდის ნაწილსაც წარმოადგენს. გერიატრიული დეპარტამენტის ნუტრიციოლოგი პასუხს აგებს როგორც კვებაზე, ასევე ამ განყოფილების ფუნქციონირების მენეჯმენტშია ჩართული. ინტეგრირებული ჯანდაცვის ორგანიზაციებისა და რეგიონული ჯანმრთელობის სისტემის წარმომადგენლები შეიძლება მუშაობდნენ, როგორც ინსტიტუციურ, ისევე საზოგადოებრივ დონეზე. ორგანიზაციული სტრუქტურა, გათვლილი გარკვეულ პირობებზე, ყველანაირ დონეს ვერ მოემსახურება. გადახდის სისტემა რეგიონულ საავადმყოფოებშიც კი მოითხოვს შესაბამის ორგანიზაციულ მოდელს. განვითარებასა და ჯანდაცვის ეკონომიკის შეცვლასთან ერთად, საავადმყოფოებმა საკუთარი ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა შექმნან.

მათთვის უნარები

ორგანიზაციის ლიდერობა, მოითხოვს მიზნების განსაზღვრასა და მათი მიღწევისთვის სტრატეგიის შემუშავებას. ასევე თანამშრომელთა მოტივირებისა და ენთუზიაზმის დანერგვის უნარს მათთან მიზნებისა და ხედვების განხილვის, სხვისი აზრების გათვალისწინების, მხარდაწერის მოპოვებისა და მართვის პროცესებში ჩართვის გზით. ჯანდაცვაში გეგმის დასახვა უფრო ადვილია ვიდრე, მისი განხორციელება. ცვლილება წარმოადგენს არამარტო კონცეფციის ფორმულირებას, არამედ ორგანიზაციული სტრუქტურის, ბიუჯეტის რესურსების, ქმედითი პოლიტიკის, კორპორაციული კულტურის შეცვლას.

მმართველისთვის აუცილებელია ის უნარჩვევები, რომელიც შესაძლებელია სამედიცინო განათლების ნაწილს არც კი წარმოადგენდეს. კვალიფიციური კლინიცისტები მმართველობით თანამდებობებზე ხშირად ინიშნებიან. მათ საავადმყოფოს ინფრასტრუქტურის განსავითარებლად მმართველობითი უნარ-ჩვევები უნდა ჰქონდეთ. ზოგ ქვეყანაში საავადმყოფოს დირექტორი აუცილებლად ექიმი უნდა იყოს. კლინიკური გამოცდილება არ გულისხმობს მმართველის უნარს გაუმკლავდეს სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის, ბიუჯეტისა და რესურსების საკითხებს. ამრიგად, მმართველობითი განათლება მედიცინის პროფესიონალისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელია.

მმართველი უნდა ფლობდეს კვლევების, ძიების, ხალხისა და პროგრამების შეფასების, მოკლე და გრძელვადიან საკითხებთან პრიორიტეტების დასახვის უნარებს. მას უნდა შეეძლოს თანამშრომლებთან და სააგენტოებთან მუდმივი მოლაპარაკება, ყოველდღიური თუ მასშტაბური გადაწყვეტილებების მიღება და მათი განხორ-

ციელება. შეიძლება ითქვას, რომ მისი ყველაზე საჭირო თვისება კომუნიკაციის უნარია, აზრი გადასცეს ვერბალური, წერილობითი თუ სხვა ფორმით და შესაბამისად, მიღებული პასუხიც გაითვალისწინოს. თანამშრომლების კვალიფიკაცია პრაქტიკული მენეჯმენტის ნაწილია. კარგ მმართველს თანამშრომლებთან დაკავშირება ღია ფორმით ნებისმიერ დონეზე შეუძლია. ეს აუცილებელია იმისთვის, რომ თანამშრომელს სიამაყის განცდა ჰქონდეს და ამოცანების შესრულებაში თავისი როლი და მნიშვნელობა იგრძნოს. ამავე დროს, მენეჯერი უნდა გასცემდეს ინფორმაციას, მიზნების მისაღწევად ორგანიზაცია თუ რამდენად კარგად მუშაობს.

ᲐᲛᲐᲡᲮᲔᲚᲔᲑᲔᲚᲘ ᲓᲘᲠᲔᲥᲢᲝᲠᲘ ᲯᲐᲜᲛᲠᲗᲔᲚᲝᲑᲘᲡ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲐᲨᲘ

ადრე საავადმყოფოს დირექტორის ადგილს ხშირად ექიმი იკავებდა, რომელსაც მთავარი ექიმი ერქვა. აღსანიშნავია, რომ მას არ ჰქონდა განათლება ჯანდაცვის მენეჯმენტში. 1950-იანი წლებიდან აშშ-ში საავადმყოფოს მართვაში შემოვიდა ბიზნეს-მენეჯერი აღმასრულებელი დირექტორის თანამდებობა, რომელსაც ადმინისტრატორს უწოდებდნენ. იგი ექვემდებარებოდა საბჭოს, რომელიც განაგებდა ფინანსებს, აწესებდა პოლიტიკასა და შიდა ადმინისტრირების პროცესში იყო ჩართული.

აღმასრულებელ დირექტორს უმეტეს შემთხვევებში სამედიცინო განათლება არ ჰქონდა, რაც სამედიცინო პერსონალთან დაპირისპირების საბაბი ხდებოდა. ზოგიერთ ქვეყანაში ამის გამო დაწესებულების სამედიცინი ნაწილის სამართავად პარარელური სტრუქტურა იქმნებოდა, რომელსაც კლინიცისტი მართავდა. ევროპაში დირექტორის პოსტს ყოველთვის ექიმი იკავებს. იგი იურიდიულადაა დამტკიცებული და კლინიკის დირექტორობასთან ერთად მმართველის ფუნქციებიც აქვს შეთავსებული. ეს ყველაზე მიღებულ ფორმას წარმოადგენს.

ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასთან და სამედიცინო სერვისების გაძვირებასთან ერთად, იცვლებოდა აღმასრულებელი დირექტორის მნიშვნელობაც და ფუნქციებიც. ის უფრო საგარეო ურთიერთობებშია ჩართული, ვიდრე ყოველდღიურ მმართველობაში. ის წარმოადგენს „პირველს იმ თანასწორებს შორის“, რომლებიც მიზნების განსაზღვრისა და პრობლემების მოსაგვარებლად ყოველდღიურად მუშაობენ. ამითი ყურადღება არა მმართველზე, არამედ საერთო ინტეგრაციულ სისტემაზე გადადის.

აღმასრულებელი დირექტორი პასუხს აგებს საექპლუატაციო და კაპიტალურ ბიუჯეტზე, რომელიც აუცილებელია განვითარებისა და მომავლის გეგმების განსახორციელებლად. *ბიუჯეტი ძირითად 4 ფაქტორს მოიცავს*: შემოსავალი, რეგულირებული და ფიქსირებული ან ცვლადი და არაპროგნოზირებადი ხარჯები, კაპიტალური დანახარჯები, და ორგანიზაციული განვითარებისთვის საჭირო სხვა ფინანსები.

ზოგადად, მმართველის ფუნქციები მრავალმხრივია, მან მიზნები და ამოცანები უნდა დასახოს, პირობები, ფინანსური სიმტკიცისა და მზრუნველობის ხარისხი გააუმჯობესოს, დაწესებულება საზოგადოებას წარუდგინოს. საერთო პასუხისმგებლობა ყოველთვის მთავარ აღმასრულებელ დირექტორსა (CEO) და სამეთვალყურეო საბჭოს ეკისრება.

ᲡᲐᲖᲝᲒᲐᲓᲝᲔᲑᲘᲡ ᲛᲝᲜᲐᲬᲘᲚᲔᲝᲑᲐ

საზოგადოების მონაწილეობა სამედიცინო სფეროს მართვის საკითხებში საკმაოდ მდგრად და შემოქმედებით ტრადიციას წარმოადგენს. საავადმყოფოს ტრადიციული საბჭოები, როგორც მექანიზმი, ხელს უწყობს საზოგადოების ჩართვას მენეჯმენტსა და შესაძლებლობების განვითარებაში. საბჭოს ფუნქციები დროთა განმავლობაში ფილანტროპიული და ფინანსური რესურსების მოძიების ფუნქციებიდან პოლიტიკის განმსაზღვრელ და გეგმების დამსახველ ფუნქციებამდე შეიცვალა, რომელსაც ის დაწესებულების მენეჯმენტთან და უფროს სამედიცინო პერსონალთან ერთად ახორციელებს. სამედიცინო სერვისებზე ფასების სწრაფმა ზრდამ, სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის განვითარებამ, სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ, სასამართლოს გადაწყვეტილებებმა, უკანონო მოქმედებისა და ხარისხის კონტროლში

საბჭოების როლი გაზარდა. ცენტრალიზირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების ფარგლებშიც კი, მაგალითად დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, რეგიონულ დონეზე ჯანდაცვის მართვაში საზოგადოებრივ საბჭოებს უდიდესი როლი აქვს.

ვერტიკალური და ლატერალური ინტეგრაცია

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების რაციონალიზაცია ადრინდელი დამოუკიდებელი დაწესებულებების კავშირს გულისხმობს. ჯანმრთელობის სისტემაში მათი გაერთიანება მეტად მნიშვნელოვანია. აშშ-ში ხშირია ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციებთან (HMO) და ჯანდაცვის მართვად სისტემასთან დაკავშირებული დაწესებულებების გაერთიანებები. მსგავსს რეფორმებს სხვა ქვეყანაშიც ატარებენ.

ლატერალური ინტეგრაცია ერთმანეთის მსგავსი დაწესებულებების გაერთიანებას წარმოადგენს. ასეთივე პრინციპით, ხშირად სასტუმროებსა და ორ ან ორზე მეტ საავადმყოფოებს აერთიანებენ. ეს ქმედება ეფექტურობისა და დაფინანსების გასაზრდელად, ხარჯებისა და მომსახურების დუბლირების შესამცირებლადაა მიმართული. ქალაქის საავადმყოფოები ხშირად სხვა საავადმყოფოებს ყიდულობენ, რითაც მარკეტინგულ კონკურენციას პასუხობენ. ეს მმართველსა და თანამშრომლებს საქმეს უადვილებს, თუმცა თავს არიდებენ თემის დონეზე სერვისების მიმწოდებლებთან (მაგ. მოხუცებულთა სახლები) გაერთიანებას.

ვერტიკალური ინტეგრაცია კი წარმოადგენს, განსხვავებული დაწესებულებების გაერთიანებას, რომელიც ყოვლისმომცველი მომსახურებების ქსელის ჩამოყალიბებას განაპირობებს. რესურსები მოიცავს სტაციონარულ, გრძელვადიან, ამბულატორიულ მომსახურებასა და მოვლას სახლში მისვლით. ეს მართვადი და რეგიონული ჯანმრთელობის სისტემის მოდელს წარმოადგენს. საზოგადოების ინტერესი სერვისების გაერთიანებაა, რომელიც მენეჯმენტის კულტურის მთავარ ცვლილებად (განსაკუთრებით საავადმყოფოებში) შეიძლება მივიჩნიოთ. ჯანდაცვის სისტემის არსებობა მმართველობის შესაფერის ცვლილებებზეა დამოკიდებული. 1990-იან წლებში, კალიფორნიის შტატის მაცხოვრებელთა უმეტესობა ჯანმრთელობის დაზღვევის მაღალი გადასახადის გამო მომსახურების მართულ პროგრამაში ჩაერთო. დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი საავადმყოფოები, რომლებიც მართვადი მომსახურების სიტემის პროგრამებში არ იყო ჩართული, გაკოტრების საფრთხის წინაშე იდგა. მათი დატვირთვის მაჩვენებელი 1975-1996 წლებში 75-დან 62 %-მდე დაეცა. დიდმა სამედიცინო ცენტრებმა ამ გამოწვევას საზოგადოებრივი საავადმყოფოების ყიდვით, მართვადი მომსახურების ორგანიზაციებთან კონტრაქტებითა და გაერთიანებული სამედიცინო ჯგუფების შექმნით უპასუხეს. ამით ისინი „საბაზრო წილის მქონე“ მომსახურებების გამტკიცებას მიაღწევდნენ. ამჟამად ინტეგრაციის ეს სახე გამოიყენება როგორც ქალაქებში, ისევე სოფლებში, განვითარებულ თუ განვითარებად ქვეყნებში. რეგიონული საავადმყოფოები და პირველადი დახმარების ცენტრები ინტეგრირებულად მუშაობენ და საკმაოდ მაღალი ხარისხის მომსახურეობას უზრუნველყოფენ. ინდუსტრიულ ქვეყნებში, საავადმყოფოზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის სისტემა ფინანსურ ფონდებს სწორედ საავადმყოფოებზე გასცემს, პირველად დახმარებას კი არაადეკვატურად აფინანსებს. ამრიგად, განვითარებადი ქვეყნები პირველადი დახმარების მომსახურებას უფრო ადვილად უნდა მიუახლოვდნენ, რადგან დღეს ის ჯანდაცვის სისტემის საფუძველს წარმოადგენს. მათ საავადმყოფოს სერვისების შეზღუდვით შეუძლიათ ამბულატორიული თუ პრევენციული მომსახურება წინ წამოსწიონ.

ნორმები და შესრულების მაჩვენებლები

ნორმები რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენებისა და მზრუნველობის მაღალი სტანდარტების უზრუნველსაყოფადაა განკუთვნილი. ნორმა ემპირიულ სტანდარტებზე უნდა იყოს დაყრდნობილი. ეს გამოცდილებით, შეცდომებით, სამეცნიერო გამოკვლევებითაა დადას-

ტურებული. არასაკმარისი მტკიცებულებების შემთხვევაში, ნორმები უნდა დამტკიცდეს გამოცდილებით, დაკვირვებით, ექსპერიმენტებით, რაც მონაცემების შეგროვებასა და კვალიფიციურ პირებს მოითხოვს. ეს პირები, გარდა გამოცდისა, თავის აღმოჩენებს კვალიფიცირებულ კოლეგებთან განიხილავენ და მედიასა და საზოგადოებასთან ურთიერთობენ.

დაგეგმვის ნორმატიულ სტანდარტებს წარმოადგენს მოსახლეობის ის რიცხვი, რომელიც შესაბამისია საზოგადოებრივი საჭიროებებისთვის. მაგალითად, ექიმებისა და საწოლების რიცხვი ყოველ 1000 კაცზე, ან ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა. მრავალი ორგანიზაცია დამყარებულია ბიუროკრატიულ მოდელზე, რომელიც რესურსებს, სერვისების დაგეგმარებისა და დაფინანსებისათვის იყენებს. (იხ. მე-11 თავი). ამან განაპირობა გადასახადის იმ სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც რესურსების გამოყენებას უწყობს ხელს. თუ კი მაგალითად, ფაბრიკას უხდიან თანამშრომლების რაოდენობისა და არა წარმოებული მანქანების ხარისხისა და რიცხვის მიხედვით, ის წინ ნამდვილად ვერ წავა. ასევე, თუ საავადმყოფო დაფინანსებულია საწოლებისა და მასში მომსახურების ხანგრძლივობის მიხედვით, უკვე არც იმის აუცილებლობაა, რომ ალტერნატივის სახით, მიმართონ მოვლას სახლში მისვლით ან ამბულატორიულ ქირურგიას.

შესრულების მაჩვენებელს გატარებული პრევენციული ზომები წარმოადგენს, როგორიცაა მამოგრაფია და იმუნიზაცია, პაპ-ნაცხი, დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის სკრინინგი. ისინი შედეგიანობისა და ეფექტურობის დონეს არაპირდაპირ გვიჩვენებენ და მომსახურების მონიტორინგის საუკეთესო საშუალებად მიიჩნევიან. შესაბამისად, ასეთი სერვისისთვის გადახდა არ უნდა დაგვენანოს, ისევე, როგორც, ვთქვათ, პრემიის გაცემა. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ზოგადი პრაქტიკოსები უფრო მაღალ ხელფასს იღებენ, იმ შემთხვევაში, როცა მათთან დარეგისტრირებულ ყველა ბავშვს იმუნიზაცია ჩაუტარდება. ბლოკებსა და ერთ სულ მოსახლეზე გათვლილმა თანხამ შესაძლებელია პრევენციისა და მზრუნველობის კარგი სტანდარტები ასახოს, როგორიცაა ახალშობილთა, ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობის შემცირება, ხოლო საავადმყოფოებზე გაღებულმა წამახალისებელმა თანხებმა, შეიძლება უზრუნველყოს ამბულატორიული სერვისები, როგორც ალტერნატივა, და საავადმყოფოში წოლის ხანგრძლივობა შეამციროს. მრავალ ინდუსტრიულ თუ განვითარებად ქვეყანაში ფინანსური რესურსები შეზღუდულია, ამიტომაც რესურსების მართვაში "შესრულების ინდიკატორის" გამოყენება მეტად მნიშვნელოვანია.

ახალი ორგანიზაციული მოდელები

ჯანდაცვის ახალი ორგანიზაციული მოდელები ერთიანდება და მრავალ ქვეყანაში სწრაფად ვითარდება. მოდელი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებისთვის ეკონომიკურ მეთოდებს ეძებს და მიზანზე ორიენტირებულ მიდგომას წარმოადგენს. განვითარებული ქვეყნების მთავარი მიზანი ფასების მატებისთვის ხელის შეშლაა, ხოლო განვითარებადი ქვეყნები ცდილობენ, რაც შეიძლება იაფად და სწრაფად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტანდარტების გაუმჯობესებას. ახალი მიზანმიმართული ორგანიზაციული მოდელები რეგიონულ ჯანმრთელობის სისტემასა და მართული ჯანდაცვის სისტემას მოიცავს. ეს საკითხები უფრო დეტალურად განხილულია მე-11 თავში.

მენეჯმენტი და ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

ჯანდაცვის სისტემის მართვის მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და დაწესებულების დახმარებაა. საზოგადოებისთვის განკუთვნილი სამედიცინო შესაძლებლობების განცაკლევებულად მართვა ისტორიული განვითარებისა და დაფინანსების სისტემიდან მომდინარეობს. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ყველა სერვისს განიხილავს, როგორც ქსელს ურთიერთდამოკიდებული ფაქტორებით. ყველანაირი სახის სერვისები ჯანმრთელობის საჭიროებე-

ბზეა გათვლილი, ეს იქნება საავადმყოფოს მზრუნველობა თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონი საკვების მწარმოებლებზე.

ამ სისტემის განცალკევებით მართვა და დაფინანსება, შედეგად ფონდების, თანამშრომლებისა და ტრადიციულ სერვისებზე ყურადღების არათანაბარ განაწილებას იწვევს. ასეთ შემთხვევაში, რთულდება იმ რესურსების გამოყენება, რომლის მიზანიც მომგებიანი და პაციენტისთვის ღირებული მომსახურების უზრუნველყოფაა. ამის მაგალითია, მოვლა სახლის პირობებში და პრევენციული ზომების მიღება.

ფინანსურ სისტემაში წამახალისებელი და შემაკავებელი ეფექტები ასახავს, თუ მმართველობა რამდენად გეგმავს პროექტებს და ჭრის პრობლემებს. ეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს.

მმართველს პრობლემის გადაჭრაში პროფესიონალური ხედვა და ლიდერობის უნარი ეხმარება. ამით ის თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას უფრო აფართოებს. არსებობენ ისეთი მმართველები, რომლებიც ტრადიციულ მოძველებულ საკითხებზე ამახვილებენ ყურადღებას და შორს არ იყურებიან. ამ შემთხვევაში, საავადმყოფო შესაბამისად, არათანამედროვე და არაკონკურენტულია იმ ახალ გარემოში, რომელშიც ეკონომიკური წახალისებები ხელს უწყობს დაწესებულებების შემცირებას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას.

ამრიგად, შეზღუდული ხედვის, თვითჩაკეტილი მმართველობის სტილი მოძველებულია, ხოლო აგრესიულად შორსმჭვრეტელი მენეჯმენტი თანამედროვე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში ახალი სიტყვა იქნება.

ᲮᲔᲖᲘᲣᲛᲔ

ჯანდაცვა ნებისმიერ ქვეყანაში, GNP-ის 3-დან 14 %-მდე მოხმარებით, ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და მსხვილ ინდუსტრიას წარმოადგენს. ეს არის მომსახურება და არა წარმოება. მას ადამიანისა და მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ეკონომიკური კეთილდღეობის მხრივ სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს. ჯანდაცვის სფერო, რომელიც მოიცავს პროფესიონალებსა თუ არაპროფესიონალებს, მცირე საზოგადოებების ეკონომიკურ გადარჩენასა და კეთილდღეობას განაპირობებს.

მმართველობა მოიცავს დაგეგმვას, წინამძღოლობას, კონტროლს, ორგანიზებას, მოტივირებას, გადაწყვეტილებების მიღებას, მიზნების მისაღწევად ის რესურსებსა და თანამშრომლებს იყენებს. მენეჯმენტი მოითხოვს რესურსების მართვის ცოდნას, ამ საქმეში ჩართული პირების (მწარმოებელი, მომმარაგებელი, კლიენტი, მომხმარებელი, პაციენტი) მოტივაციისა და ფუნქციების შესწავლას. ეს პროცესები ინფორმაციის მონიტორინგისა და კომუნიკაციების სახით უნდა მიმდინარეობდეს. ეს ფუნქციები საერთოა ყველა დონის მმართველისთვის, პოლიტიკით დაწყებული, სერვისისა და წარმოების ქმედითი მენეჯმენტით დამთავრებული.

ჯანმრთელობის სისტემის კრეატიული მენეჯმენტი, აუცილებელია როგორც სისტემის ფუნქციონირების მაკრო დონეზე, ასევე ცალკეულ დეპარტამენტსა და სერვისთან მიმართებაშიც. იგი რესურსების ეფექტურ გამოყენებას გულისხმობს მიზნების, საზოგადოების, მომხმარებლისა და მომმარაგებლის კმაყოფილების მისაღწევად.

ეს მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, არა მხოლოდ მატერიული უზრუნველყოფის, არამედ ძნელად მისაღები გადაწყვეტილებებისა და შეზღუდული რესურსების შემთხვევაშიც.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა საკმაოდ ფართო მასშტაბებს მოიცავს. ის ტრადიციულ პროგრამებს მიმართავს, ამავე დროს ყოვლისმომცველ სერვისებს მართავს და გეგმავს და მათ ფუნქციებს აფასებს. ხშირად არჩეული მიზნები და პრიორიტეტები არა იდეალური, არამედ უბრალოდ განხორციელებადია. ჯანმრთელობის სფეროს მმართველმა, მაკრო დონეზე თუ კლინიკაში, რეალური შესაძლებლობები უნდა გაითვალისწინოს და არსებული თანამედროვე და შესაფერისი მეთოდები გამოიყენოს. კარგი მენეჯმენტი შესაძლებელი და სასურველი პირობების წონასწორობის დაცვით მიზნების დასახვას გულისხმობს. ეს აზრი შეიძლება შემდეგ გამოთქმაში გამოვხატოთ: „კარგის მტერი იდეალურია“. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არა მარტო კონცეფციაა, არამედ ესაა მმართველობა, რომლის მიზანია ცალკეული პირებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

ჩვეულებრივი საკითხავი

Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly,* 41:19–25.

McMahon, R., Barton, E., Piot, M., Gelina, N., Ross, F. 1992. *On Being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care,* Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Scott, R. W. 1992. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems,* Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Woodall, J. P. 1988. Epidemiological approaches to health planning, management and evaluation. *World Health Statistics Quarterly,* 41:2–10.

ბიბლიოგრაფია

Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Adler, P. S. 1993. Time-and-motion regained. *Harvard Business Review,* January–February: 97–108.

Aguayo, R. 1990. *Dr. Deming: The American Who Taught the Japanese About Quality.* New York:Simon & Schuster.

Cohen, J. 1990. Health policy, management and economics. *In* Lambo, T., Day, S. B. (eds). *Issues in Contemporary International Health.* New York: Plenum.

Darr, K., Rakich, J. S. 1989. *Hospital Organization and Management,* Fourth Edition. Owings Mills, MD: National Health Publishing.

Donabedian, A. 1976. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care.* Boston: Harvard University Press.

Duncan, W. J. P., Ginter, P. M., Swayne, L. E. 1995. *Strategic Management of Health Care Organizations.* Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business.

Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care,* 17:221–243.

Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach.* Oxford: Oxford University Press.

Ezioni, A. 1964. *Modern Organizations.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s.* London: W. B. Saunders.

Griffith, J. R. 1993. *The Moral Challenges of Health Care Management.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Katzenbach, J. R., Smith, D. K. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization.* Cambridge, MA: Harvard Business School Press.

Maslow, A. 1954. *Motivation and Personality.* New York: Harper.

May, E. 1945. *The Social Problems of an Industrial Civilization.* Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Mintzberg, H. 1994. The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review,* January–February:107–114.

Mooney, G. 1987. What does equity in health mean? *World Health Statistics Quarterly,* 40:296–303.

Reinke, W. A. (ed). 1988. *Health Planning for Effective Management.* New York: Oxford UniversityPress.

Robbins, S. P. 1990. *Organization Theory: Structure, Design and Applications,* Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Shortel, S. M., Kazluny, A. D. (eds.). 1994. *Health Care Management: Organization Design and Behavior,* Third Edition. Albany, NY: Delmar Publishers.

Sloan, M. D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers.* Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.

Tarimo, E. 1991. *Towards a Health District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care.* Geneva: World Health Organization.

Taylor, C. E. 1992. Surveillance for equity in primary care: Policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology,* 21:1043–1049.

Taylor, F. W. 1947. Scientific Management. New York: Harper & Brothers, reprint.

Vaughn, J. P., Morrow, R. H. 1989. *Manual of Epidemiology for District Health Management.* Geneva

World Health Organization.

World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level.* Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: World Health Organization.

13
ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები

შესავალი

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა თითოეული ჩვენგანისთვის, ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი პრინციპია. ზოგადად ჯანდაცვა მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ინდივიდებისთვის, არამედ მთლიანად მოსახლეობისთვის. ის მოიცავს მრავალ ეფექტურ მეთოდს, რომელთა საშუალებითაც მრავალი დაავადების პრევენცია და პროგრესირების შეჩერებაა შესაძლებელი. მიუხედავად დიდი ფასეულობისა, დამოუკიდებლად მდგომ სამედიცინო მკურნალობას არ შეუძლია მოსახლეობას მაღალი ხარისხის სტანდარტი შესთავაზოს. პიროვნებას შეიძლება ხელი მიუწვდებოდეს სამედიცინო მკურნალობაზე, მაგრამ ინდივიდუალური და საზოგადო რისკ-ფაქტორები იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას, რასაც სამედიცინო მომსახურება ცდილობს მხოლოდ შეამსუბუქოს. სამედიცინო მომსახურების არსებობა და მასზე ხელმისაწვდომობა წარმოდგენილი უნდა იყოს დაავადებების თავიდან აცილებისთვის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ინდივიდებისა და საზოგადოების მიერ გაწეული აქტივობების კონტექსტში.

განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობამ ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემებისა თუ ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების სახით ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამები შეიმუშავა. თითოეული მათგანი განვითარდა, როგორც ქვეყნის მიერ განსაზღვრული პოლიტიკის ნაწილი და საკუთარ და საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით სრულყოფას დღემდე განიცდის. განვითარებადი ქვეყნებიც იბრძვიან ჯანდაცვის მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობისთვის, პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაფართოების და სოციალური სადაზღვევო გეგმების შემუშავების გზით, რომლის მიხედვითაც მომუშავე ფენას გარკვეული სარგებელი ექნება. განვითარებადი ქვეყნები ეკონომიკურად ვითარდებიან, ასევე დიდ ყურადღებას აქცევენ იმ პრობლემას, რომელიც არსებობს ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის თანასწორობის მხრივ და ცდილობენ ჯანდაცვის დაფინანსება ეროვნული დაზღვევის გზით გაზარდონ.

ჯანდაცვის თითოეულ ეროვნულ სისტემას საკუთარი მახასიათებლები და პრობლემები გააჩნია. ამ სისტემების მართვა უწყვეტ განვითარებას მოითხოვს, რომელიც ეფუძნება მაღალ დონეზე განვითარებულ ინფორმაციულ სისტემებს, კარგად ნასწავლ სამედიცინო პერსონალს და პროფესიული ორგანიზაციების და ინტერესთა დამცველი ჯგუფების მეშვეობით საზოგადოების ჩართულობას. არ არსებობს ერთი რომელიმე „ოქროს სტანდარტი“ გეგმა, რომელიც ყველა ქვეყნისთვის საერთო იქნება და რომელიც ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს. თითოეული ქვეყანა საკუთარ ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემას ავითარებს, რომელიც შესაბამისობაშია ქვეყნის კულტურასთან და ამ ქვეყანაში არსებულ რესურსებთან. თუმცა, ჯანდაცვაში არსებობს გარკვეული ჩამოყალიბებული ტენდენციების კრებული, რომელიც ქვეყნებს შეუძლიათ ერთმანეთისგან ისწავლონ.

ფინანსურის გარდა, ჯანდაცვის სფეროში წარმოქმნილი ბარიერები შეიძლება იყოს, გეოგრაფიული, კულტურული, სოციალური, ფსიქოლოგიური და ფინანსური. ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის ფინანსური წინააღმდეგობის გადალახვა საჭიროა, მაგრამ არ არის საკმარისი. მაღალი სტანდარტის მქონე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის უმნიშვნელოვანესია, დემოგრაფიული და რეგიონებს შორის არსებული მინიმალური განსხვავებების მქონე თანასწორობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. საჭირო სამედიცინო მომსახურება არის არა მხოლოდ ის, რომელიც აკმაყოფილებს კონკრეტული პაციენტის მოთხოვნას, არამედ ის მომსახურებები, რომლებიც გაწვდება მთელი მოსახლეობას, განსაკუთრებით საზოგადოების მაღალი რისკის მქონე ნაწილს, მათ ვინც ხშირად ყველაზე ნა-

კლებად ახერხებენ ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას.

პროგრამამ, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ჯანდაცვაზე თანასწორი ხელმისაწვდომობა, შეიძლება დასახულ მიზანს ვერ მიაღწიოს, რომელიც გულისხმობს მოსახლეობის ჯანრთელობის გაუმჯობესებას, ვიდრე მას არ ექნება გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობის საკითხებში სახელმწიფოს მხრიდან საკანონმდებლო და სააღმსრულებლო მხარდაჭერა, ასევე მნიშვნელოვანია კვების, სასმელი წყლის სტანდარტების, განათლების უკეთესი ხარისხის და ჯანდაცვის სფეროში არსებული ინფორმაციების საზოგადოებისთვის მიწოდება. დამატებითი ეროვნული პროგრამები საჭიროა ჯანდაცვის ხელშეწყობისთვის და იმ რისკ-ფაქტორების შესამცირებლად, რომლებიც დაავადებებს და სიკვდილიანობას იწვევენ. ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობა ეკისრებათ არა მხოლოდ სამედიცინო სფეროში მომსახურე პროფესიონალებს, არამედ მთელ საზოგადოებას და მის ძირითად აღმასრულებელ საშუალებებს, მთავრობასა და ნებაყოფლობით ორგანიზაციებს, ასევე ინდივიდებს და ოჯახებს.

ინდივიდუალური ხელმისაწვდომობა ამ სფეროში არსებულ აუცილებელ სამომხმარებლო კალათაზე (მაგ. დაზღვევა), როგორც წინასწარ მიღებული ბენეფიტი, წარმატებული ჯანდაცვის პროგრამისთვის უმნიშვნელოვანესია. თითოეული ქვეყანა ამ საკითხს მის ტრადიციებთან შესაბამისობაში განიხილავს, მაგრამ ეს ბენეფიტი უნდა შემოწმდეს რა შემთხვევაშია ყველაზე ეფექტური, როგორც მინიმუმ, გაწეული ხარჯები უნდა იყოს თანხვედრაში ეპიდემიოლოგიურ და დემოგრაფიულ მოთხოვნებთან. გულის ტრანსპლანტაციის საფასურის გადახდა ჯანდაცვის სისტემამ შეიძლება ვერ შეძლოს, მაგრამ მიოკარდიული ინფარქტის დროს საკმაოდ ხელმისაწვდომ ფასში ადრეული ჩარევა და აგრესიული მართვა, სიცოცხლის გადასარჩენად ეფექტური საშუალებაა. გაუმჯობესებული დიეტა, თამბაქოს ნაკლები მოხმარება და ვარჯიში ჯანმრთელობისკენ კიდევ უფრო იაფი და ეფექტური გზაა. პრევენცია ხარჯების დაზოგვას უზრუნველყოფს და სამედიცინო მომსახურების კალათის პრიორიტეტების განსაზღვრაში ძირითადი შემადგენელი ნაწილი უნდა იყოს.

ამ თავში ნაჩვენები ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები მთავარ მოდელს წარმოადგენს, რომელმაც შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემების ფორმულირებაში გავლენა იქონიოს, როგორც განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებისთვის, ასევე იმ სახელმწიფოებისთვის, რომლებიც არსებული ჯანდაცვის სფეროს რესტრუქტურიზაციაში უკვე ჩართულნი არიან. ჯანდაცვის სისტემა და მისი დაფინანსება ზეწოლას ყველგან განიცდის, რადგან მან არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა უნდა უზრუნველყოს, არამედ ხარჯების შენარჩუნების ფონზე სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებასაც უნდა აუწყოს ფეხი, ვინაიდან ჯანდაცვის სისტემის შეფასება არ ხდება მხოლოდ მისი დანახარჯებით და საზომი მაჩვენებლებით. ამ თავში ნაჩვენებია ზოგიერთი მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის მაჩვენებელი ინდიკატორი, ავადობის და სიკვდილიანობის ჩათვლით. თემას მისთვის დამახასიათებელი საკმაოდ რთული ტერმინოლოგია აქვს, რამდენიმე ძირითადი ტერმინის განმარტება ტექსტში და სარჩევშია მოცემული.

ჯანდაცვის სისტემები განვითარებულ ქვეყნებში

ჯანდაცვის სისტემების განვითარება

ჯანდაცვაზე ხარჯების წინასწარ გაწევის ტრადიცია ანტიკური ხანიდან მოდის, მაშინ ჯერ კიდევ, როცა ადგილობრივი მმართველების მიერ დაქირავებული მუნიციპალური ექიმები მონების და საზოგადოების გაჭირვებული ნაწილის ჯანმრთელობაზე ზრუნავდნენ. შუა საუკუნეებში ეს მისია ეკლესიამ იკისრა. რენესანსის პერიოდში ცალკეული ჯგუფები თავიანთი წევრებისთვის ჯანდაცვის ხარჯების გაღებას უზრუნველყოფდნენ. დროთა განმავლობაში კეთილმოსურნეთა ჯგუფები ჩამოყალიბდა, რომლებიც თავიანთი ჯგუფის წევრებს, ჯანდაცვის, საპენსიო და დაკრძალვის ხარჯებით უზრუნველყოფდნენ. მეოცე საუკუნეში კი ყოველივე ეს განვითარდა კავშირების მიერ დაფინანსებულ და კერძო სადაზღვევო კომპანიების ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმებამდე.

სოციალური დაზღვევა. გერმანიის კანცლერმა, ოტო ვონ ბისმარკმა, მუშებისთვის პირველი

ნაციონალური სადაზღვევო გეგმა წარმოადგინა. უფრო ადრე მიიღეს კანონი რკინიგზაზე მომსახურე მუშების კომპენსაციის (1838 წ.) და მეშახტეთა საზოგადოებების შესახებ (1854). 1871 წლიდან კომპენსაციების გაცემა მრეწველობის სხვადასხვა დარგებში დასაქმებულ მუშაკებზე გავრცელდა, მაგალითად მეზღვაურებზე, ფაბრიკის მუშაკებზე და სხვ. ბისმარკის მიერ 1883 წელს შემუშავებულ კანონპროექტს უნდა გაეუმჯობესებინა მუშაკების და მათი ოჯახების ჯანმრთელობა, განსაკუთრებით თუ საქმე პოტენციურ ჯარისკაცს ეხებოდა, ის ასევე ხელს უშლიდა სოციალისტური პარტიების პოლიტიკურ გაძლიერებას. პროგრამა აწყობილი იყო სოციალური დაზღვევის პრინციპებზე და ითვალისწინებდა დარიცხული ხელფასიდან გარკვეული მარჟების გამოყოფას, როგორც დამქირავებლის, ასევე დაქირავებულის მხრიდან, რითაც ჯანდაცვის, პენსიების და უმუშევართა ბენეფიტების დაფინანსება ხდებოდა. ბისმარკისეულმა ეროვნულმა ჯანმრთელობის დაზღვევის მოდელმა ჩამოაყალიბა ე.წ. დაავადებულთა ფონდები (Sick funds-*Krankenkassen)* რომელიც დაზღვევის ფუნქციებს ასრულებდა. ის ექიმების, საავადმყოფოების ან სხვა პროვაიდერების ანაზღაურებას უზრუნველყოფდა. პირველ მსოფლიო ომამდე ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების დიდმა ნაწილმა ჯანდაცვის მსგავსი გეგმები შეიმუშავა. მეორე მსოფლიო ომამდე ინდუსტრირებულ სამყაროში დაზღვევის ეროვნული სისტემები საკმაოდ განვითარდა. ევროპული ქვეყნების დიდმა ნაწილმა მოდელები შეიმუშავა, რომლებიც ბისმარკის მიდგომაზე იყო დაფუძნებული და დამქირავებლის და დაქირავებულის მხრიდან სოციალური უზრუნველყოფის თანადაფინასებას ითვალისწინებდა, რაც უზრუნველყოფდა კერძო სამედიცინო პრაქტიკის შენარჩუნებას გაწეული მომსახურების მიხედვით ანაზღაურებაზე დაფუძნებით დაავადებულთა ფონდების მეშვეობით. ბისმარკის მოდელი ასევე ფართოდ გამოიყენება ევროპასა და ისრაელში. ამ მოდელმა ასევე გავლენა იქონია პოსტსაბჭოთა ჯანდაცვის რეფორმებზე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში.

1911 წელს სახელმწიფო ხაზინის კანცლერის დევიდ ლოიდ-ჯორჯის ინიციატივით დიდი ბრიტანეთის მთავრობამ მუშაკთათვის და მათი ოჯახებისთვის ნაციონალური სადაზღვევო პაკეტი წარმოადგინა. ამ პაკეტის მიხედვით ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება განისაზღვრა გამომუშავებით და არა ხელფასით, რითაც მათ თვითდასაქმებული პროფესიონალების სტატუსი შეინარჩუნეს. დასაწყისში, დაზღვევის ამ გეგმაში ქვეყნის მოსახლეობის მესამედი იყო ჩართული, ხოლო 1940 წლისთვის მისი რიცხვი მოსახლეობის ნახევრამდე გაიზარდა. ადმინისტრირება დამტკიცებული ორმხრივი ბენეფიტის მიმღები საზოგადოებების (მეგობრული საზოგადოებები) მეშვეობით და ზოგჯერ სადაზღვევო კომპანიებსა და სავაჭრო ერთეულებზე დაყრდნობით ხორციელდებოდა. ევროპულმა სახელმწიფოებმა და იაპონიამ პირველი მსოფლიო ომიდან მოყოლებული, თანდათან სავალდებულო სადაზღვევო მომსახურება განავითარა, მისი გავრცელება მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ უნივერსალური გახდა.

მუშაკთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სოციალური დაცვის მოდელი (social security model) საკმაოდ პოპულარული გახდა ლათინურ ამერიკის ზოგიერთ ქვეყანაშიც. სოციალური დაცვის გეგმები მუშაკთა და დამსაქმებელთა მიერ გაღებული სავალდებულო შესაწირებიდან ფინანსდება და სახელმწიფოს მიერ იმართება. დიდი დეპრესიის პერიოდში ამერიკის შეერთებული შტატების 1935 წლის „სოციალური დაზღვევის აქტის“ შედეგად შემოიღეს ბენეფიტები ქვრივებისთვის, ობლებისთვის, შემდეგ უკვე ხანდაზმულობის პენსია, ასევე საფუძველი ჩაეყარა მომავალ რეფორმას ჯანმრთელობის დაზღვევის ჩათვლით. 1965 წლის შემდეგ ამ კანონმა ამერიკაში საფუძველი დაუდო ისეთი პროგრამების შექმნას, როგორიცაა მოხუცებისთვის „MMedicare“ და ღარიბებისთვის „Medicaid“. 1995 წლის აშშ-ის ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის წინადადებაც სოციალური დაცვის დაფინანსების სისტემაზე იყო დაფუძნებული.

ეროვნული ჯანმრთელობის სერვისი. ზოგიერთი ქვეყნების მთავრობებმა როგორც სოციალურ, ასევე ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობა საკუთარ თავზე იკისრა. ქვეყნის კეთილდღეობა იზომება უმუშევრობის დონით და უნარშეზღუდულთა დაზღვევით, სპეციალური ბენეფიტებით ბრმებისთვის, ქვრივ-ობლებისთვის და ხანდაზმულობის პენსიებით, ასევე ბავშვებზე მზრუნველობით და მათი კვებით სახელმწიფოს შემოსავლების ხარჯზე, საგადასახადო და სხვა წყაროებიდან.

1918 წელს, რუსეთის რევოლუციის შემდეგ, საბჭოთა კავშირმა ეროვნული ჯანდაცვის გეგმა წარმოადგინა, რომელიც გულისხმობდა უნივერსალურ მოცვას და გათვალისწინებული იყო

სახელმწიფოს მართვის ქვეშ მდგომი ჯანდაცვის სისტემისთვის. ნიკოლაი სემაშკოს მიერ დასახული და განხორციელებული საბჭოთა მოდელი, მთელი მოსახლეობისთვის უფასო ჯანდაცვას ითვალისწინებდა, რადგან მომსახურების დაფინანსება და ორგანიზება სახელმწიფოს მიერ ხდებოდა. ამ გეგმის უპირველესი მიზანი იყო პირველადი და მეორადი ჯანდაცვის ბალანსით მთელი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის უფასოდ მიწოდება და მომსახურების რეგიონული ორგანიზების გზით ყველასთვის მასზე უნივერსალური და თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ამ გეგმის წყალობით მიღწეულ იქნა ეპიდემიური და ენდემური დაავადებათა კონტროლი და ქვეყნის ყველაზე მიუვალ ტერიტორიებზე მომსახურების გაფართოება.

მეორე მსოფლიო ომის დასაწყისში დიდი ბრიტანეთის მთავრობამ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება ჩამოაყალიბა, რათა ემართათ საავადმყოფოები მოსალოდნელი ფართო მასშტაბების ტრავმების დროს. ამ გეგმამ დიდი დეპრესიის პერიოდში ბევრი სამედიცინო დაწესებულება გაკოტრებას გადაარჩინა. მეორე მსოფლიო ომის განმავლობაში, უინსტონ ჩერჩილის ბრძანებით, უილიამ ბევერიჯმა პოსტსაომარი სოციალური რეკონსტრუქციის პროგრამა შეიმუშავა. 1942 წლის „ბევერიჯის ანგარიშმა“ და სოციალურმა დაზღვევამ სახელმწიფოს მომავალ კეთილდღეობაზე დადებითად იმოქმედა. ანგარიში ეროვნულ ჯანდაცვის მომსახურებას მოიცავდა. სამედიცინო მზრუნველობა ქვეყნის ზოგადი სოციალური პოლიტიკის უმთავრეს ნაწილად ითვლებოდა.

სამედიცინო ასოციაციის წინააღმდეგობის მიუხედავად ომისდროინდელმა სამთავრობო კოალიციამ ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურება დაამტკიცა, რომელსაც საზოგადოების მხრიდან ასევე დიდი მხარდაჭერა ჰქონდა. 1948 წელს კლემენტ ეთლის ლეიბორისტულმა პარტიამ ნაციონალური დაფინანსებით წარმოებული „ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურება“ განახორციელა, რომელიც ეროვნული დაფინანსების, უნივერსალური მოცვის მქონე სისტემა იყო და ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, სპეციალისტების, ჰოსპიტალების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების მიერ უფასო მომსახურებას უზრუნველყოფდა.

ჩანახატი 13.1

ბამოხჩენილია!!!!!

ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა. სასკაჩევანის პროვინციის პრემიერმა ტომ დუგლასმა გადასახადებზე დაფუძნებული, კანადური ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა განავითარა. 1946 წელს ინიცირებულმა გეგმებმა, რომლებიც პროვინციებს ეხებოდა, დაზღვეული საავადმყოფოს მიერ მოწოდებული სამედიცინო მომსახურების წარმოება უზრუნველყო, რასაც მოგვიანებით სამედიცინო და სხვა მომსახურებები მოჰყვა. არსებული გეგმები 1946-1971 წლებში ვითარდებოდა, რასაც სახელმწიფოს მხრიდან ხელს უწყობდა დახმარება ხარჯების გაზიარების, პოლიტიკური მხარდაჭერის და რეგულირების კუთხით. ეს გეგმები თავიდან გადასახადებით და შემოწირულობებით ფინანსდებოდა, მოგვიანებით კი მხოლოდ საგადასახადო შემოსავლებით. კანადური „Medicare“-ის გეგმები საჯაროდ არის მართული პროვინციების მიერ ფედერალურ სტანდარტებზე დაყრდნობით, ხარჯების განაწილებით და ყოველმხრივი გავრცელებით. ზრუნვა კერძო სამედიცინო პრაქტიკოსის მიერ, გაწეული მომსახურებისთვის ფულადი ანაზღაურებით ხორციელდება, რომელიც სამედიცინო ხარჯების ცხრილის ფარგლებში ორ მხარეს შორის თანხმდება. საავადმყოფოები ადგილობრივი ბიუჯეტების ხარჯზე არაკომერციული ორგანიზაციების ან ადგილობრივი ხელისუფლებების დახმარებით ფუნქციონირებენ. დროთა განმავლობაში ამ ტიპის ‘‘Medicare’’ გეგმა სხვადასხვა ქვეყანამ შეიმუშავა, მათ შორის ავსტრალიამ.

ამერიკის შეერთებული შტატები

1997 წელს აშშ-ს მოსახლეობა 271.6 მილიონ ადამიანს შეადგენდა. 1996 წლის მონაცემებით მთლიანი ეროვნული პროდუქტი (GNP) ერთ სულ მოსახლეზე 28,020 $ შეადგენდა, ჩვილთა სიკვდილიანობა კი ყოველ 1000 ცოცხლად შობილზე 8-ს (30-ე ადგილი მთელს მსოფლიოში). აშშ-ს სახელმწიფო მართვის ფედერალური სისტემა აქვს, 50 შტატით, რომელთაც გააჩნიათ საკუთარი არჩეული საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და სასამართლო ხელისუფლება და საგადასახადო სისტემა. ამ ქვეყნის კონსტიტუცია სახელმწიფოს ჯანდაცვასა და კეთილდღეობაზეა პასუხისმგებელი. ფედერალური მომსახურებით სამხედრო პირები, ვეტერანები და ადგილობრივი წარმომავლობის ამერიკელები სარგებლობენ. ფედერალურმა მთავრობამ უმთავრესი როლი შეასრულა ჯანდაცვის სფეროში, ეროვნული სტანდარტების, სარეგულაციო და საინფორმაციო სისტემების შექმნაში. ის ასევე კვლევების, ჯანდაცვის მომსახურების და სატრენინგო პროგრამების მთავარ დამფინანსებელ სააგენტოს წარმოადგენს.

ჯანდაცვის ფედერალური ინიციატივები

1798 წელს ფედერალურმა მთავრობამ მეზღვაურების ჯანმრთელობაზე საზღვაო ჰოსპიტალების დაფუძნების გზით ვალდებულება აიღო (მომავალში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისი). მე-19 საუკუნის ბოლოს და მე-20 საუკუნის დასაწყისში სოფლის მეურნეობის ფედერალური დეპარტამენტის გაფართოების სერვისმა ქვეყნის განაპირა რაიონებში ხელი შეუწყო სწორი კვებისა და ჰიგიენური განათლების განვითარებას. მოგვიანებით კანონმდებლობამ ფედერალური გრანტების საშუალებით სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის დეპარტამენტების შექმნა უზრუნველყო. დაბალი სტანდარტის მქონე საკვებით და მედიკამენტებით, მოხუცთა თავშესაფრებით, ასევე დაბალი ხარისხის, სახიფათო ავტომობილებით, გარემოს დაბინძურებით და ჯანდაცვის მომსახურების დეფიციტით გამოწვეულმა ჯანმრთელობის რისკებმა საზოგადოების ინტერესების დასაცავად სახელმწიფოს ჩარევის საჭიროება გამოკვეთა. 1906 წლის კვებისა და მედიკამენტების კონტროლის აქტით ამ სფეროებში კერძო საქმიანობის რეგულირება ხორციელდებოდა. 1921 წელს შეფარდ-თაონერის აქტის (რომელიც მომავალში სოციალური უსაფრთხოების აქტად გარდაიქმნა), საფუძველზე „ბავშვთა ფედერალური ბიურო“ შეიქმნა, რომელიც დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამების განსახორციელებლად გრანტებს გამოყოფდა.

1927 წელს კომიტეტმა სამედიცინო ხარჯების შესახებ, რომელიც რამდენიმე კერძო ფონდისგან შედგებოდა, აშშ-ში ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამის ამოქმედებას გაუწია რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც ჯანდაც-

ვის მომსახურება ჯგუფური პრაქტიკის პრინციპით ნებაყოფლობითი წინასწარი გადახდებით განხორციელდებოდა, იმისთვის, რომ საკმარისი ჯანადაცვის მომსახურება ყველასთვის უზრუნველყოფილიყო. გასული საუკუნის 20-იან წლებში პროფკავშირებმა კოლექტიური მოლაპარაკებების საშუალებით დაზღვევის სარგებლიანობა მოიგო. მიუხედავად ამისა, ეს ინიციატივები 1929-39 წლებში „დიდი დეპრესიის“ პერიოდში შეფერხდა. 1935 წლის „სოციალური უსაფრთხოების აქტმა“ გაზარდა სოციალური მხარდაჭერა მილიონობით დაზარალებული და უუნარო ადამიანისთვის, ქვრივთა და ობოლთათვის, ასევე მოხუცთათვის, იმ ხალხისთვის, რომლებზეც დეპრესიამ ყველაზე მეტად იმოქმედა.

მეორე მსოფლიო ომის მიმდინარეობისას მილიონობით ამერიკელი ჯარისკაცი და მათზე დამოკიდებული პირები, რომლებიც აქამდე სამედიცინო მოსახურებას მოკლებული იყვნენ, ჯანდაცვის უფასო ეროვნულ გეგმაში ჩართულნი აღმოჩნდნენ (გადაუდებელი დედათა და ბავშვთა მზრუნველობა ჯარისკაცების ცოლშვილისთვის). იმავდროულად, მუშაკთათვის ჯანდაცვის სარგებლიანობა ნებაყოფლობითი დაზღვევის გზით, ხელფასების ზრდასთან ერთად, საგძნობლად გაფართოვდა, რაც ომის პერიოდის რეგულაციებით აკრძალული იყო. ომის დასრულების შემდეგ უამრავ ომის ვეტერანს უფლება მიენიჭა ჯანდაცვის მომსახურებით ესარგებლა, „ვეტერანთა ადმინისტრაციის“ (VA) საშუალებით, რომელმაც ამ მიზნით ფედერალური ჰოსპიტალების ქსელი ჩამოაყალიბა.

1946 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის კანონპროექტმა (the Wagner-Murray-Dingell Bill) კონგრესში წარუმატებლობა განიცადა, თუმცა ერთმა ნაწილმა მხარდაჭერა ჰპოვა, რომელიც ფედერალურ მთავრობას საშუალებას აძლევდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ჰილ-ბარტონის აქტის ფარგლებში, საავადმყოფოების პირობების გასაუმჯობესებლად კატეგორიზირებული გრანტების (categorical grants) გამოყოფა უზრუნველყო. დაფინანსების დიდი ოდენობა ასევე ჯანდაცვის ეროვნულ ინსტიტუტებზე (NIH) მოდიოდა, რომლებიც მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დაარსდა და კვლევების მხარდაჭერა და საჯარო და კერძო სამედიცინო სკოლების, სასწავლო საავადმყოფოების და კვლევითი დაწესებულებების გაძლიერება ევალებოდათ. 50-იან წლებში, იმ გრანტების გაზრდასთან ერთად, რომლებიც დახმარებას უწევდა სახელმწიფო და ადგილობრივ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების განხორციელებას, მთავრობამ ასევე დაავადებათა კონტროლის ცენტრი (CDC) დააფუძნა.

1940-60 წლებში, ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა სამედიცინო ხარჯების წინასწარ დაფარვის მთავარი მეთოდი გახდა, რომელიც ძირითადად სამუშაო კონტრაქტების მეშვეობით ხორციელდებოდა. კერძო სადაზღვევო ინდუსტრიამ, სახელმწიფოს მხრიდან მინიმალური ჩარევით, სამართლიანი ფასის და გადახდის მექანიზმის დასარეგულირებლად, სწრაფი ტემპებით განვითარება დაიწყო. 70-80-იან წლებში მუშაკების ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯებით შეშფოთებულმა დამქირავებლებმა ზეწოლა მოახდინეს სახელმწიფოზე, რათა მათი სადაზღვევო დანახარჯები შეემცირებინა. ფედერალური ინიციატივები ასევე მოიცავდა სახელმწიფო დაზღვევას მოხუცთათვის და ღარიბთათვის, რაც ხელს უწყობდა საავადმყოფოს სამედიცინო მომსახურების გადასახადების ეფექტიანობას, მოგვიანებით კი ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციებს (HMOs) და მართულ სამედიცინო მომსახურებას.

MEDICARE და MEDICAID

1960-იანი წლების შუა პერიოდში, ნებაყოფლობითი და სამსახურეობრივი სამედიცინო დაზღვევის ფართოდ გავრცელების მიუხედავად, ამერიკის ხანდაზმული და ღარიბი მოსახლეობის უმეტესობას ჯანმრთელობის დაზღვევა მაინც არ გააჩნდა. 1965 წელს პრეზიდენტმა ლინდონ ბ. ჯონსონმა, სოცუზრუნველყოფის შესახებ 1935 წლის აქტის XVII თავის შესაბამისად, ხანდაზმული ადამიანებისთვის (65 წელზე უფროსებისთვის), შეზღუდული უნარის მქონე და დიალიზზე მყოფი პირებისთვის „Medicare” შემოიღო. ამის შედეგად, მოსახლეობის 10%-მა სოცუზრუნველყოფის შესახებ აქტის XIX თავის შესაბამისად, შეზღუდული ფორმით, ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა Medicaid მიიღო. ეს აქტი 1965 წელს დაარსდა. იგი ადგილობრივი ორგანოების მონაწილეობით შტატის ჯანდაცვის გეგმებისთვის, ღარიბებისთვის ფედერალურ დაფინანსებას უზრუნველყოფდა. ერთად, ამ ორი გეგმით, ამერიკელების 25% ჯანმრთელობის დაზღვევის საჯარო სისტემებში მოხვდა. შეზღუდვები მოიცავდა სიღარიბის განსაზღვრას სხვადასხვა შტატში და ასევე თანადაფინანსებას Medicare-ის ბენეფიციარებისთვის.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვის საჯარო (სახელმწიფო) დაფინანსება მოიცავს Medicare—ს და Medicaid—ს, კვლევებს და სამედიცინო განათლებას, თემის ჯანდაცვის ცენტრების ხელშეწყობას და მომსახურებას გაღატაკებულებისთვის, ვრცელდება იმ ტერიტორიებზე, სადაც მომსახურების ნაკლებობაა (იხ, ცხრილი 13.1). ამერიკის შეერთებულ შტატებში სახელმწიფო დაფინანსება გაიზარდა 1960 წლიდან ჯანდაცვის ჯამური ხარჯების 25%-დან, 1996-1998 წლებში 46%-მდე. 1996 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების 65 წელზე ახალგაზრდა მოსახლეობის 71%-ს კერძო დაზღვევა ჰქონდა, უმთავრესად სამსახურეობრივი, 11%-ს აზღვევდა Medicaid, 2%-ს — სხვა სახელმწიფო დაზღვევა, ხოლო 16% არ იყო დაზღვეული. Medicare-ში რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობა 1966 წელს 19 მილიონიდან, 1997 წელს 38.4 მილიონამდე გაიზარდა, მათ შორის, 4.8 მლნ 65 წელზე ახალგაზრდა უნარშეზღუდული ადამიანი იყო. იმ ადამიანების საშუალო რაოდენობა, რომლებმაც მომსახურება მიიღეს, 1977 წელს 570-დან, 1995 წელს 826-მდე გაიზარდა, ყოველ 1000 რეგისტრირებულზე, ხოლო ერთ პირზე გადახდილი თანხა ამავე პერიოდში 1.332-დან 5.074 დოლარამდე გაიზარდა. Medicaid-ში რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობა 1991 წელს 28.2 მილიონიდან, 1997 წელს 32 მილიონამდე გაიზარდა, ხოლო იმ ადამიანების წილი, რომლებიც სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის დახმარების პროგრამებშია რეგისტრირებული, 1991 წელს 9.5%-დან, 1997 წელს 47.8%-მდე გაიზარდა.

Medicare-მ და და Medicaid-მა ბევრი იმ ადამიანის სამედიცინო დაზღვევა უზრუნველყო, რომლებიც ადრე არ იყვნენ დაზღვეული. ამან სახელმწიფო სექტორში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას ხელი შეუწყო, რაც სახელმწიფო ჯან-

ცხრილი 13.1 ჯანდაცვის ხარჯები: ჯამური, სახელმწიფო, მომსახურების ტიპების მიხედვით, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1960-1988 წწ.

ხარჯები	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
სულ ($ მლრდ)	26.9	73.2	247.2	428.2	697.5	988.5	1.146.8
ხარჯები ერთ სულზე ($)	143	346	1.063	1.711	2.688	3.621	ნა
ხარჯები, როგორც მშპ-ის %	5.3	7.4	9.2	10.5	12.1	13.6	13.7
სახელმწიფო ხარჯები, როგორც ჯამური ხარჯების %	24.5	37.2	42.0	41.3	42.2	46.2	46.1
კვლევები და მშენებლობა (%)	6.3	7.3	4.7	3.8	3.5	3.1	2.9
ჯანდაცვის მომსახურება, სულ (%)	93.7	92.7	95.3	96.2	96.5	96.9	97.1
% საავადმყოფოები	34.5	38.2	41.5	39.3	36.8	35.4	33.4
% მოხუცთა სახლები	3.2	5.8	7.1	7.2	7.3	7.9	7.6
% ბინაზე მომსახურება	0.2	0.3	1.0	1.3	1.9	2.9	2.9
% ჯამი	37.9	44.5	49.6	47.8	46.0	46.2	43.9
% ექიმები	19.7	18.5	18.3	19.5	21.0	20.4	19.3
% სტომატოლოგები	7.3	6.4	5.4	5.1	4.5	4.6	4.7
% სხვა პროფესიონალები	2.3	1.9	2.6	3.9	5.0	5.3	5.8
% მედიკამენტები, სამედიცინო მასალები	15.8	12.0	8/.7	8.7	8.6	8.4	9.3
% სხვა, ხედვა და ა. შ.	6.0	4.0	3.6	3.0	3.1	3.9	4.0
% ადმინისტრირების და სამედიცინო დაზღვევის სუფთა ხარჯი	4.3	3.7	4.8	5.6	5.5	4.9	6.5
% სახელმწიფო ჯანდაცვა	1.4	1.8	2.7	2.7	2.8	3.2	3.6

წყარო: Health, United States, 1996–1997; 1998 data from Smith et al., 1999.!!!!!!!!!!!1

დაცვის პროგრამების მომხრეებისთვისაც და მოწინააღმდეგეებისთვისაც დამაფიქრებელი იყო. ჯგუფები, რომლებიც საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის წინააღმდეგ გამოდიოდნენ, ხარჯების ზრდაზე მიუთითებდნენ. 1997-1999 წწ. კონგრესის კონსერვატორული უმრავლესობა Medicare-ის დახმარების შეკვეცაზე საუბრობდა. საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მომხრეები სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდისა და საავადმყოფოების გადამეტებულად გამოყენების შეზღუდვის გზით ხარჯების შემცირებას მოუწოდებენ. ყველა აღიარებს, რომ ხარჯების შეუზღუდავი ზრდა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას ზიანს მიაყენებს. ადმინისტრაციული ხარჯების მატებაც დებატებს იწვევს. მოსახლეობის დიდი ნაწილი (18%) დაუზღვეველია, ხოლო მეორე ნაწილი — 15% — არასათანადოდაა დაზღვეული. ამდენად, პოლიტიკური ზეწოლა, გარკვეული ფორმის ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის უზრუნველყოფისთვის, მომავალშიც კვლავ იარსებებს.

ჯანდაცვის გარემოს ცვალებადობა

1960-იანი წლებიდან 1990-იანი წლების ჩათვლით, ხარჯების სწრაფი ზრდა რამდენიმე ფაქტორითაა განპირობებული: ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მატება; ავადობის მაღალი დონე ღარიბ მოსახლეობაში; შიდსის გავრცელება; სწრაფი ინოვაცია და ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიები; სპეციალიზაცია; ლაბორატორიული მომსახურების მაღალი ხარჯები; სამედიცინო განათლების და კვლევების სფეროში და სამედიცინო დაწესებულებების მშენებლობაში მსხვილმასშტაბიანი სახელმწიფო ინვესტიციები; პროფილაქტიკური ჰოსპიტალიზაციის მაღალი დონეები; ჯანდაცვის სისტემის ინსტიტუციონალური ორიენტაცია; მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, კერძო დაზღვევის დარგში მრავალი კერძო ბილინგის სააგენტოს არსებობა; ექიმების მაღალი შემოსავლები, განსაკუთრებით სპეციალისტების შემთხვევაში და ასევე სამედიცინო შეცდომისგან დაზღვევის მაღალი ხარჯები. ხარჯების შეკვეცის მოითხოვნა წამოვიდა სახელმწიფოსგან, დარგისგან და კერძო დაზღვევის ინდუსტრიისგან.

საავადმყოფოების უმეტესობას ფლობს და ამუშავებს არაკომერციული სააგენტოები, მათ შორის, ფედერალური, შტატის და ადგილობრივი მთავრობები, ნებაყოფლობითი ორგანიზაციები და რელიგიური ორგანიზაციები. კერძო მფლობელობაში არსებული იმ საავადმყოფოების რიცხვი, რომლებიც მოგებისთვის მუშაობენ, საავადმყოფოს მოკლევადიანი საწოლებისთვის, 1975 წელს 7.8%-დან, 1996 წელს 12.7%-მდე გაიზარდა. კერძო სამედიცინო პრაქტიკა, გაწეული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპით (fee for service), 1990-იან წლებამდე სამედიცინო მომსახურების ძირითადი ფორმა იყო. ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციები (HMOs) და სამედიცინო სერვისების მართვის სხვა ფორმები სწრაფად იზრდება და მალე ამერიკის შეერთებულ შტატებში ორგანიზებული ჯანდაცვის დომინანტური ფორმა გახდება.

წინასწარანაზღაურებადი ჯგუფური პრაქტიკა (Prepaid group practice _ PGP) წარმოიშვა კომპანიების მიერ უზრუნველყოფილი საკონტრაქტო სამედიცინო დახმარებიდან, განსაკუთრებით, მოშორებულ მაღაროებში. ოკლაჰომას შტატის, ელკ სითის თემის საავადმყოფო, რომელიც 1929 წელს დაარსდა, პირველ ნამდვილ სამედიცინო კოოპერატივად ან წინასწარანაზღაურებად ჯგუფურ პრაქტიკად ითვლება. მოგვიანებით ბევრი სასოფლო კოოპერატივი დაარსდა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას წინასწარგადახდით უზრუნველყოფდნენ. განვითარდა კავშირების მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურება, რომელიც ღარიბ საკაშხლე ტერიტორიებზე, აპალაჩის მთებში, სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფდა, ისევე, როგორც ქალაქის კოოპერატივი ვაშინგტონში, კოლუმბიის ოლქში, 1937 წელს. 1940-იან წლებში, ნიუ-იორკ სითიმ დიდი ნიუ-იორკისთვის, წინასწარანაზღაურებადი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად, ქალაქის განახლებულ და დაბალშემოსავლიან საცხოვრებელ უბნებში, სამედიცინო დაზღვევის გეგმა დააფინანსა. მოგვიანებით, ამას მხარდაჭერა გაუწიეს პროფკავშირების ორგანიზებულმა ჯგუფებმა, როგორებიცაა მუნიციპალური მოხელეების და ტანსაცმლის წარმოების მუშაკების პროფკავშირები.

წინასწარანაზღაურებადი ჯგუფური პრაქტიკა ყველაზე მეტად ცნობილი გახდა Kaiser Permanente-ის ქსელში, რომელიც შეიქმნა Henry J. Kaiser Industries-ის თანამშრომლებისთვის, Boulder Dam-ისა და Grand Coulee Dam-ის მშენებლობებზე, 1930-იან წლებში. ეს გამოცდილება გაავრცელეს Kaiser-ის სწრაფად მზარდი ინდუსტრიისთვის, სან-ფრანცისკოს ყურის ტერი-

ცხრილი 13.2 ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციათა გეგმები და წევრები, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 1976-1997 წწ პერიოდში

HMO	1976	1980	1985	1990	1995	1997
გეგმების რიცხვი	174	235	478	572	562	651
რეგისტრაცია (მლნ)	6.0	9.1	21.0	33.0	50.9	66.8

წყარო: Health, United States, 1998..!!!!!!!!!!!!1

ტორიაზე. ამჟამად, Kaizer Permanente-ის ჯანდაცვის გეგმები სამედიცინო დახმარებას მილიონობით ამერიკელისთვის, ბევრ სხვა შტატშიც უზრუნველყოფს. თავდაპირველად, ორგანიზებული სამედიცინო პროფესიის და კერძო სადაზღვევო ინდუსტრიის მიერ გაკრიტიკებული, წინასწარანაზღაურებადი ჯგუფური პრაქტიკა (PGP) იმის გამო გახდა მისაღები, რომ ის ნაკლები ხარჯებით მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფდა. ეს ერთნაირად მიმზიდველი გახდა დამქირავებლებისთვის და პროფკავშირებისთვის, მოგვიანებით კი, ხელისუფლებისთვისაც, რომელიც ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეზღუდვას ცდილობდა.

1970-იანი წლებიდან გამოიყენება უფრო ზოგადი ტერმინი, ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO), განსაკუთრებით ფედერალური ხელისუფლების მიერ, რომელიც ამ კონცეფციის ხელშეწყობას ცდილობდა. HMO–ის ცნება, რომელიც ერთსა და იმავე ორგანიზაციაში ჯანმრთელობის დაზღვევასა და სამედიცინო მომსახურებას აერთიანებს, HMO-ს შესახებ აქტით, 1973 წელს პრეზიდენტ რიჩარდ ნიქსონის მიერ დამკვიდრდა. HMO ჯანდაცვის მომსახურება მიღებული ნაწილი გახდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში და გაწეული მომსახურების ანაზრაურების პრინციპზე დაფუძნებული კერძო ფასიანი სამედიცინო პრაქტიკის მნიშვნელოვან ალტერნატივას წარმოადგენს (ცხრილი 13.2).

სტაციონარული მომსახურების უფრო ეფექტური გამოყენების სტიმულირებისთვის, 1980-იან წლებში გადახდის მეთოდი შეიცვალა. 1983 წელს Medicare-სთვის პერსპექტიული გადახდის სისტემა მიიღეს, რომელსაც დიაგნოზთან დაკავშირებულ ჯგუფებს (DRG) უწოდებდნენ და რომელიც დიაგნოზის მიხედვით გადახდის კატეგორიებს (HCFA, 1998 წ.) ითვალისწინებდა. მან ადრე არსებული სისტემა შეცვალა, რომელიც საავადმყოფოში გატარებული დღეების მიხედვით ან დღიურად გადახდას ითვალისწინებდა. DRG საავადმყოფოს შტატს უბიძგებს პაციენტს ეფექტურად და სწრაფად უმკურნალოს და საავადმყოფოდან რაც შეიძლება სწრაფად გამოწეროს. Medicare-ის და Medicaid-ის პაციენტებისთვის გადახდა ამ მეთოდზე გადავიდა. ბევრ შტატში ეს ასევე სტანდარტული გახდა კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პაციენტებისთვისაც. 1980 წლიდან 1990 წლამდე პერიოდში, გადახდის DRG სისტემის და HMO-ების ან სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემების წყალობით, რომლებიც ბინაზე და ამბულატორიული მკურნალობის ალტერნატივებს უწყობს ხელს, ამერიკის შეერთებულ შტატებში სტაციონარული მომსახურების გამოყენება შემცირდა. ამ პერიოდში ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებიც გაიზარდა, თუმცა, საავადმყოფოების მომსახურების გამოყენების შემცირების გარეშე ასეთი ზრდა გაცილებით უფრო დიდი იქნებოდა.

1980-იანი წლების ბოლოს შემოვიდა ტერმინი სამედიცინო სერვისების მართვა, რომელიც Kaizer Permanente-ის ტიპის HMO-ებიდან გავრცელდა და სხვა კომერციული და არაკომერციული სისტემები მოიცვა. HMO-ს ტიპის სამედიცინო სერვისების მართვის გეგმები საკუთარ კლინიკებს და პერსონალს ამუშავებენ (ე. ი. პერსონალის მოდელი). სხვა მართვის გეგმები კომერციულ ან არაკომერციულ საფუძველზე მუშაობს. ასეთებია დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციები (IPA), რომლებიც მუშაობენ კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმებთან ან შერჩეულ პროვაიდერ ორგანიზაციებთან (PPO), რომლებიც უზრუნველყოფენ ჯანდაცვის მომსახურების დაფარვას ექიმებთან და სხვა პროვაიდერებთან, რომლებიც დაკავშირებული არიან გეგმასთან, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურებას დარეგისტრირებული წევრებისთვის ან ბენეფიციარებისთვის შეთანხმებულ ფასად (თავი 12).

1994 წ. კლინტონის ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის წინადადების (იხ. ქვემოთ) ჩავარდნის შემდეგ, სამედიცინო სერვისის მართვის სისტემა რადიკალურად გაიზარდა, რამდენადაც დამქი-

რავებლები ცდილობდნენ გონივრული ხარჯებით მათი თანამშრომლებისთვის ყოველმხრივი დაზღვევა უზრუნველყოთ. სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემამ შეძლო ჯანდაცვის ხარჯების იმ გზით შემცირება, რა გზითაც ამას ამერიკის შეერთებული შტატების მთავრობა ვერ გააკეთებდა. 1996 წელს დაზღვეული მომუშავე ამერიკელების 74% გაერთიანებული იყო სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაში, მაშინ, როცა 1992 წელს მათი რაოდენობა 55%-ს შეადგენდა. კალიფორნიაში, HMO-ების ხანგრძლივი ტრადიციით, 1997 წელს, დაზღვეული ადამიანების 75%, Medicare-ის და Medicaid-ის ბენეფიციარების გამოკლებით, გაერთიანებული იყო სამედიცინო სისტემის მართვის გეგმებში. მთლიანად ამერიკის შეერთებულ შტატებში, HMO-ებში გაერთიანებული დაახლოებით 58 მილიონი ადამიანის გარდა, 91 მილიონი ადამიანი გაერთიანებულია PPO–ებში, მათგან 25% Medicare-ის და 10% Medicaid-ის ბენეფიციარები, სამედიცინო სერვისების მართვის გეგმებში (ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის ვებსაიტი, 1998 წ.). ამერიკის შეერთებულ შტატებში ხარჯების შემცირების გზების ძიების შედეგად ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების, გადახდისა და საინფორმაციო სისტემების სფეროებში მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ინოვაციები შეიმუშავეს. HMO-ებმა უჩვენეს, რომ კარგი მომსახურება, რომლის მიწოდებაც ეფექტიანად ხდება, საავადმყოფოებში მიღებული პაციენტების რაოდენობას უფრო მეტად ამცირებს, ვიდრე fee-for-service მომსახურება.

1990-იანი წლების სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის რევოლუციამ ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის ორგანიზების სფეროში მნიშვნელოვანი ცვლილებები გაანაპირობა. საავადმყოფოები და სხვა სპეციალური სამსახურები სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ორგანიზაციებს კონტრაქტების მოპოვებაში კონკურენციას უწევენ და დაზღვეული კლიენტების „საბაზრო წილისთვის“ კონკურენციის გასაწევად თემის მომსახურების საკუთარ სისტემებს თავად ქმნიან. ბევრ ადგილას საავადმოყოფოებში ზედმეტი საწოლები ეკონომიკურ ტვირთად იქცა, რის გამოც ბევრმა საავადმყოფომ საწოლების რაოდენობა შეამცირა, ხოლო უფრო მსხვილი საავადმყოფოების ჯაჭვები გაიყიდა. საავადმყოფოებმა ამ პრობლემას სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ორგანიზაციებთან კონტრაქტების დადებით და საწოლების რაოდენობის შეზღუდვით უპასუხეს; სხვა ბევრი საავადმყოფო კი დაიხურა, რადგან არასაკმარისი პაციენტების დინების გამო კონკურენციის გაწევა ვერ შეძლეს.

ფედერალური და შტატის საკანონმდებლო ინიციატივები ცდილობენ სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაში პაციენტის უფლებები განსაზღვრონ, რამდენადაც საზოგადოება ამ სისტემაში გარკვეულ შეზღუდვებს უჩივის. ამავე დროს, მზადდება ინიციატივები, რომლებიც ითვალისწინებს Medicare-ის და Medicaid-ის ბენეფიციარების რეგისტრირების ზრდას სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაში. სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ფარგლებში სპეციალისტების ხელმისაწვდომობის და საავადმყოფოში დროის შემცირებასთან დაკავშირებული საჩივრების საპასუხოდ, 1998 წ. ამერიკის შეერთებული შტატების კონგრესმა მიიღო ორპარტიულად დაფინანსებული კანონი, რომლის მიხედვითაც აუცილებელია მშობიარეთა საავადმყოფოში დატოვება, სულ მცირე 48 საათის განმავლობაში. კონგრესი და შტატების კანონმდებლობა ითვალისწინებს ბევრი სხვა ისეთი წესების შემოღებას, რომლებიც მომხმარებლის და ექიმის არჩევანის უფლებებს დაიცავს. ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციამ, 1997 წელს, მოუწოდა სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის დეტალური მონიტორინგისა და შეფასებისკენ, განსაკუთრებით, როდესაც მომსახურებას კომერციული ორგანიზაციები ახორციელებენ. ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია (AMA) ხელს უწყობს კანონმდებლობას, რომლითაც სამედიცინო სერვისების მართვის გეგმები იზღუდება. ფედერალური და შტატის საკანონმდებლო ინიციატივები, სავარაუდოდ, არ ითვალისწინებს რაიმე ძლიერ საკანონმდებლო ქმედებებს, რამდენადაც მათ ეშინიათ ჯანდაცვის დანახარჯების კუთხით ახალ ინფლაციურ ზეწოლას არ უბიძგონ. თუმცა, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ფასიანი (fee-for-servise) მომსახურება ისევ გახდეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის დომინანტური რეჟიმი.

ჯანმრთელობის ინფორმაცია

ამერიკის შეერთებულმა შტატებმა ძლიერი ადგილობრივი და საერთაშორისო მნიშვნელობის საინფორმაციო სისტემები შექმნა. CDC აქვეყნებს ყოველკვირეულ ანგარიშს ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ (MMWR), რომელიც დაავადებების შესახებ ანგარიშგებისა

და პოლიტიკის ანალიზის სფეროში საერთაშორისო სტანდარტებს განსაზღვრავს. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი (NCHS), ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაცია (HCFA), შეერთებული შტატების საზოგადოებრივი ჯანმრთელო-

ცხრილი 13.3 ჯანდაცვის სექტორის ამოცანები და პროგრამების სფეროები, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, 1979-1995 წწ.

კატეგორია	კონკრეტული ჯგუფები ან საქმიანობა, გაზომვადი მიზნობრივი მაჩვენებლით
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	ფიზიკური აქტივობის და ფიზიკური ფორმის გაუმჯობესება
	კვება: დეფიციტის და სიჭარბის დიეტური პირობების შემცირება
	თამბაქოს მოხმარების და მისი ზემოქმედების შემცირება
	ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება
	ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობა
	ფსიქიატრიული დაავადებებისა და დარღვევების მკურნალობის გაუმჯობესება
	ძალადობრივი და შეურაცხმყოფელი ქცევის შემცირება
	საგანმანათლებლო და სათემო პროგრამების ხელშეწყობა
ჯანმრთელობის დაცვა	შემთხვევითი ტრავმების შემცირება
	პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის გაუმჯობესება
	ეკოლოგიური ტოქსიური ზემოქმედების შემცირება
	სასურსათო პროდუქტებისა და მედიკამენტების უსაფრთხოების გაუმჯობესება
	პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესება
პრევენციული მომსახურება	დედებისა და ჩვილების ავადობისა და რისკ ფაქტორების შემცირება
	გულის დაავადებებისა და ინსულტის რისკ-ფაქტორების შემცირება
	კიბოთი ავადობის რისკ-ფაქტორების შემცირება
	დიაბეტის და სხვა ქრონიკული დაავადებების და ინვალიდობის შემთხვევების დაფიქსირების და მენეჯმენტის გაუმჯობესება
	აივ ინფიცირების შემთხვევების შემცირება
	სქესობრივი გზით გავრცელებადი დაავადებების შემცირება
	იმუნიზაციის გავრცელების გაუმჯობესება, ინფექციური დაავადებების კონტროლისთვის
	კლინიკური პრევენციული მომსახურებით სარგებლობის გაზრდა
ზედამხედველობა და მონიტორინგი	ზედამხედველობისა და მონაცემთა სისტემების გაუმჯობესება ფედერალურ, შტატის და ადგილობრივ დონეებზე
ასაკთან დაკავშირებული ამოცანები	ბავშვებისთვის, მოზარდებისთვის, ახალგაზრდებისთვის, უფროსებისთვის და ხანდაზმულებისთვის მომსახურების გაუმჯობესება და მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება
სპეციალური პოპულაციები	მცირეშემოსავლიანი ადამიანებისთვის მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და მათი მკურნალობის გაუმჯობესება
	აფროამერიკელები, ესპანურენოვანები, აზიელები და წყნარი ოკეანის კუნძულების მოსახლეობა
	ამერიკელი ინდიელები და სხვა ადგილობრივი მოსახლეობა

წყარო: Public Health Service, 1992, and Healthy People Website, 1999.

ბის სახელმწიფო სამსახური (PHS), სასურსათო პროდუქტებისა და მედიკამენტების ადმინისტრაცია (FDA), ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტები (NIH) და მრავალი არასამთავრობო ორგანიზაცია (NGOs) მონაცემების შეგროვებას, გამოქვეყნებას, ჯანდაცვის მომსახურების კვლევის საქმიანობას ახორციელებენ, რაც ჯამრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისთვის მნიშვნელოვანია. კვების ეროვნული ზედამხედველობა (NHANES, იხ. თავი 8) და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის სხვა სისტემები პროფესიონალურ ლიტერატურაში და CDC-ის პუბლიკაციებშია მოხსენიებული. საავადმყოფოებიდან გამოწერის შესახებ ინფორმაციის ეროვნული მონიტორინგი გამოყენებისა და ავადობის ტენდენციების გაგებას ამარტივებს. ამ საინფორმაციო სისტემებს სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა და ჯანდაცვის სისტემის მართვისთვის.

1965 წელს, ამერიკის შეერთებული შტატების მთავარი ექიმის ანგარიშმა მოწევის შესახებ, პუბლიკაციებმა, რომლებიც მოწევას ფილტვის კიბოს უკავშირებდნენ, საზოგადოების ცოდნასა და ქცევაზე არსებითი ზემოქმედება მოახდინა. 1988 წელს მთავარი ექიმის ანგარიში კვების შესახებ, კიდევ ერთი საეტაპო დოკუმენტი იყო, რომლითაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საერთაშორისო სტანდარტები დადგინდა. ჯანდაცვის სფეროში ღონისძიებებისა და თემების პრესაში მიმოხილვა ძალზე ინტენსიურად ხდება და საზოგადოების ცოდნა ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ სტაბილურად უმჯობესდება, თუმცა, დიდად განსხვავდება სხვადასხვა სოციალური კლასებისა და განათლების დონისგან.

ჯანმრთელობის მიზნები

1970-იან – 1980-იან წლებში ჯანდაცვის სფეროში ხარჯების, ჯანდაცვის ღონისძიებების გაუმჯობესების და სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფად განვითარების მიუხედავად, აშშ-ის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უფრო ნელა უმჯობესდებოდა, დასავლეთის სხვა ქვეყნებთან შედარებით. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1996 წ. უფრო მაღალი იყო, ვიდრე 21 სხვა ქვეყანაში. ეს მაჩვენებელი, თეთრკანიანი მოსახლეობისთვისაც კი უფრო მაღალი იყო, ვიდრე 16 სხვა ქვეყანაში, სადაც ერთ სულზე ხარჯვა გაცილებით უფრო ნაკლებია და მეპ-ი (GNP) ერთ სულზე ჯანდაცვის სფეროში პროცენტულად უფრო დაბალია.

1979 წელს მთავარი ექიმის ანგარიშში „ჯანმრთელი ადამიანები“ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხების ფართო სპექტრისთვის მთელი რიგი მიზნობრივი მაჩვენებლებია განსაზღვრული. გამოიკვეთა და დამუშავდა 226 ამოცანა, 15 პროგრამულ სფეროში, პრევენციის, დაცვისა და ხელშეწყობის სამ კატეგორიაში. ამ მიზნებს და ამოცანებს სხვადასხვა სფეროს იმ 167 ექსპერტის კვლევები და კონსულტაციები დაედო საფუძვლად, რომლებმაც ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის კონფერენციაში მონაწილეობა მიიღეს. კონსენსუსი ეყრდნობოდა სტატიებს, გამოკვლევებსა და კონფერენციებს, რომლებშიც მონაწილეობდა ეროვნული სახელმწიფო ჯანდაცვის ორგანო, მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის სამედიცინო ინსტიტუტი და ისეთი პროფესიონალური ორგანიზაციები, როგორებიცაა ამერიკის პედიატრიის აკადემია და ამერიკის მეან-გინეკოლოგიის კოლეგია. ამ ძალისხმევაში თავისი წვლილი მრავალმა კერძო პირმა და ორგანიზაციამ შეიტანა, მათ შორის, შტატის და ადგილობრივმა ჯანდაცვის სააგენტოებმა, მომხმარებლებისა და პროვაიდერების ჯგუფების წარმომადგენლებმა, აკადემიურმა ცენტრებმა და ჯანდაცვის ნებაყოფლობითმა ასოციაციებმა.

პერიოდულად ხდება მიზნობრივი მაჩვენებლების, როგორც ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის ინდიკატორების შეფასება და შემდეგ მათი განახლება (იხ. ცხრილი 13.3). 1980-იან წლებში სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შემცირდა, რასაც სამი ძირითადი მიზეზი იწვევდა: გულის დაავადებები, ინსულტი და შემთხვევითი ტრავმები. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა შემცირდა, ისევე, როგორც იმ ინფექციური დაავადებების შემთხვევები, რომელთა პროფილაქტიკაც ვაქცინაციით ხდება.

ამერიკის შეერთებული შტატების მთავარი ექიმის ანგარიში „2000 წ. ჯანმრთელი ადამიანები“, რომელიც 1992 წელს გამოქვეყნდა, დეტალურად განიხილავს ჯანდაცვის 332 კონკრეტულ მიზნობრივ მაჩვენებელს, 2000 წლისთვის. ეს მაჩვენებლები ექვს ჯგუფში ერთიანდება: ჯანდაცვის ხელშეწყობა, ჯანმრთელობის დაცვა, პრევენციული მომსახურება, ზედამხედველობისა და მონაცემთა სისტემები და ასაკთან დაკავშირებული და სპეციფიკური მოსახლეობის ჯგუფები (იხ. თავი 11). გაანგარიშებულია,

რომ წელიწადში დაახლოებით 1 მილიონი ადამიანი კვდება ისეთი მიზეზების გამო, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელი იყო. სარისკო ქცევის შემცირება, სამსახურში ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, რეგიონებს შორის ჯანდაცვის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით უთანასწორობის შემცირება, ასევე განათლება ჯანმრთელობის თვითმართვაში, ყოველივე ეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს და ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდის ტემპს ამცირებს.

ბევრმა შტატმა ეს მიზნობრივი მაჩვენებლები მიიღო, როგორც ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მუშაობის მაჩვენებლების საზომი. ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის და ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ერთობლივი ყოველწლიური პუბლიკაციები მრავალფეროვან მონაცემს შეიცავს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის და პროცესების შესახებ. მათი მეშვეობით შესაძლებელია შეფასდეს წინსვლა ეროვნული ჯანდაცვის აღნიშნული მიზნებისკენ. ჯანდაცვის მიზნობრივი მაჩვენებლების მიღწევისთვის მუშაობის მნიშვნელობა საზოგადოდაა აღიარებული და ბევრმა შტატმა მიიღო ეს მიდგომა. „2010 წელი ჯანმრთელ ადამიანებზე“ მუშაობა დაიწყო ფოკუს ჯგუფებთან შეხვედრებით, საზოგადოებასთან შეკრებით და შესაბამისი ვებსაიტით (http://www.health.gov/healthypeople), რაც ადამიანებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით საკუთარი მოსაზრებების გამოთქმის შესაძლებლობას აძლევს. ანგარიშში „2000 წ. ჯანმრთელი ადამიანები“, უჩვენებს, რომ გრძელდება პროგრესი ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის, ასევე გულის დაავადებების და ინსულტის შედეგად ლეტალობის შემცირებისკენ, ასევე შემცირდა გარდაცვალების შემთხვევები ავტოავარიების დროს, რომელთა მიზეზი ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა იყო. ზრდასრული ადამიანები მოიხმარენ ნაკლებ თამბაქოს, იღებენ ნაკლებ ცხიმს, მეტს ვარჯიშობენ და ქოლესტერინის დონე და სტრესტებთან დაკავშირებული პრობლემების რაოდენობა შემცირდა. თუმცა, 1998 წელს, ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტების საბჭომ ახალი სახელმძღვანელო პრინციპები შეადგინა, სადაც ნათქვამია, რომ ამერიკის შეერთებული შტატების მოსახლეობის 55%-ზე მეტს აქვს ჭარბი წონა. ჯანმრთელობის ამ პრობლემასთან ყოველწლიურად დაკავშირებულია დაახლოებით 100 მლრდ აშშ დოლარის დანახარჯები. კიბოს შემთხვევები და სიკვდილიანობა 1991-1995 წწ. პერიოდში დაახლოებით 8%-ით შემცირდა. მცირდება ასევე წითელას და გონორეას შემთხვევები. თითქმის აღარა აქვს ადგილი *Haemophilus influenzae*-ით ავადობას და სიკვდილიანობას. უფრო მეტი ადამიანი ცხოვრობს გარემოში, სადაც სუფთა ჰაერია, ბავშვებს შორის მცირდება სისხლში ტყვიის შემცველობა. შიდსი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ურთულესი პრობლემაა, მისი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1980-იანი წლებიდან სწრაფად იზრდებოდა და პიკს 1994 წ. მიაღწია. მას შემდეგ კი მნიშვნელოვანი კლება შეინიშნა და 1995-1996 წწ. პერიოდში 25-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 26%-ით შემცირდა. მოზარდების ფეხმძიმობა ძალზე ფართოდაა გავრცელებული, თუმცა, მოზარდების მშობიარობის მაჩვენებელი სტაბილურად მცირდება 1990-იანი წლებიდან. მკვლელობების რიცხვი 1994-1995 წწ. ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებასა და უმუშევრობის შემცირებასთან ერთად ამერიკის შეერთებული შტატების ქალაქების უმეტესობაში შემცირდა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1980-იანი და 1990-იანი წლების განმავლობაში ჯანდაცვის ხელშეწყობას დიდი მხარდაჭერა აქვს საზოგადოების, მთავრობისა და პროფესიონალების მხრიდან. ნაწილობრივ, ეს ასახავს ჯანმრთელობის საკითხებზე განათლების ხანგრძლივ ტრადიციებს, სასოფლო-სამეურნეო სექტორში და ასევე ჯანმრთელობის შესახებ სასკოლო განათლებას. ამაღლდა ცნობიერება კვებასთან და თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით, რაშიც გარკვეულ როლს მასმედიაც თამაშობს. იგი მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური კვლევების მიმართ დიდ ყურადღებას იჩენს.

ადვოკატირება

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, მეოცე საუკუნეში, განსაკუთრებით, 1960-იან წლებიდან, მომხმარებლებისთვის ადვოკატირება ცვლილებების განხორციელების ძალზე ძლიერ ფაქტორს წარმოადგენდა. მან საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მრავალ სფეროში სახელმწიფო რეგულირების გაძლიერებას ხელი შეუწყო. (თავი 2). ეს მოიცავს ავტომანქანების უსაფრთხოებას და ემისიების კონტროლს, ეკოლოგიურ სტანდარტებს, „დედები ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვის წინააღმდეგ“ (MADD), ძირითადი საკვები პროდუქტების ეტიკეტირებას და მათ გაძლიერებას და ასევე, საკანონმდებლო ღონისძიებებს თამბაქოს მწარ-

მოებლების წინააღმდეგ. საკვები პროდუქტების გაძლიერება, რომელიც პირველად ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაინერგა, სავალდებულო არ არის, როგორც ეს კანადაშია, თუმცა, ის მაინც თითქმის საყოველთაოა, ადვოკატირების, საზოგადოების ინფორმირებული აზრის და ინოვაციური, უაღრესად კონკურენტუნარიანი სასურსათო პრუდუქტების ინდუსტრიის წყალობით. საზოგადოებაში ბევრი ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრის მიუხედავად, წყლის მიწოდებისას მისი ფთორიზაცია მოიცავს მოსახლეობის 52%-ს, რაც უფრო მაღალი მაჩვენებელია, ვიდრე ინდუსტრიული ქვეყნების უმეტესობაში.

პროპაგანდისტულ ჯგუფებს ასევე შეუძლიათ ხელი შეუწყონ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების რეგრესს, როგორც ეს ხდება ამჟამად, იმუნიზაციასთან ბრძოლის შემთხვევაში, ვაქცინებზე რეაქციასთან დაკავშირებით გადაჭარბებული შეშფოთების გამო. აბორტების მოწინააღმდეგეებმა დიდი ზემოქმედება მოახდინეს სახელმწიფო პოლიტიკაზე და ზოგჯერ ისინი ხელს უწყობენ ძალადობრივ ზემოქმედებას აბორტების მომხრეებსა და ამ მომსახურების მიმწოდებლებზე. ჯანმრთელობის საკითხების კვლევებმა და ასევე პრესაში ფართოდ გაშუქებამ ხელი შეუწყო ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებაში ინდივიდუალური და თემების ცნობიერების ამაღლებას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას.

სოციალური უთანასწორობა

საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა ხელს უწყობს ადრეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ უყურადღებობას, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე და ჰოსპიტალიზაციაზე არასათანადო დაყრდნობას. დაუზღვეველი ადამიანების დიდი რაოდენობა, ისევე, როგორც იმ ადამიანების სიმრავლე, რომლებსაც არა აქვთ სათანადო დაზღვევა, განაპირობებს იმას, რომ პროფილაქტიკური მკურნალობის ხელმისაწვდომობა და მისი გამოყენება ძალიან დაბალ დონეზე დგას. ამის გამო ჯანდაცვაში სოციალური თანასწორობა არ მიიღწევა, განსაკუთრებით ეს შეეხება დედებისა და ბავშვების ჯანმრთელობას, ასევე, ისეთ ქრონიკულ დაავადებებს, როგორიცაა დიაბეტი, კიბო და გულის დაავადებები. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებით თუ ვიმსჯელებთ, ამერიკის შეერთებულ შტატებში თეთრკანიან და შავკანიან მოსახლეობას შორის ჯერ კიდევ დიდი სხვაობაა. პირიქით, ეს სხვაობა 1983-1995 წწ. პერიოდში (თავი 6) გაიზარდა კიდეც. ამ სოციალური უთანასწორობის ერთ-ერთი მიზეზია ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვის უთანასწორობა და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩვილ ბავშვთა იმუნიზაციის გადაფარვის გაუმჯობესების ღონისძიებები, ეროვნული მიზნობრივი მაჩვენებლების მიღწევისთვის, ნაწილობრივ წარმატებულია. 1991-1992წლებში დიდი ქალაქების ცენტრალურ რაიონების და ღარიბი სოფლების ვაქცინაციით ჯერ კიდევ არასაკმარის დაფარვაზე მიუთითებს წითელას აფეთქებები. 1980-იანი წლების ბოლოს გადაფარვის მაჩვენებლები გაიზარდა DPT—სთვის 83%-დან, პოლიომიელიტისთვის — 72%-დან და წითელასთვის — 83%-დან 90%-ზე ზემოთ, ხოლო ვაქცინების უმეტესობისთვის, 1996-1997 წწ. პერიოდში. თუმცა, 1996-1997წწ. გამოკვლევების მიხედვით მთლიანად იმუნიზებულთა პროცენტული წილი, არსებული რეკომენდებული გრაფიკის მიხედვით, 78%-ს შეადგენდა. 50 შტატში შემოღებულია სავალდებულო იმუნიზაცია, როგორც სკოლაში მიღების აუცილებელი პირობა და ეს სასარგებლო აღმოჩნდა, თუმცა, სკოლამდელი პოპულაციის დროული სრული იმუნიზაცია მომავალ წლებშიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის სპეციალურ ყურადღებას საჭიროებს, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ იმუნიზაციის სტანდარტულ პროგრამას მნიშვნელოვანი ახალი ვაქცინები დაემატება, როგორიცაა ჩუტყვავილას ვაქცინა.

აშშ-ში სკოლის ლანჩის პროგრამებმა და კვების დახმარებამ, ღარიბი ორსული ქალებისა და ბავშვებისთვის, სიღარიბის ზოგიერთი უარყოფითი შედეგი შეამცირა, თუმცა სამედიცინო დაზღვევის არქონა ამ ჯგუფებზე მაინც მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს.

ქრონიკული დაავადებები და ტრავმები, ასევე სიღარიბესთანაა დაკავშირებული, რაც ავადობისა და სიკვდილიანობის უფრო მაღალ მაჩვენებლებს განაპირობებს, პრაქტიკულად ყველა კატეგორიაში. ყოველმხრივი ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობას შეუძლია სოციალური უთანასწორობა იმ შემთხვევაშიც კი შეამციროს, როდესაც შემოსავლებს შორის დიდი განსხვავებაა. ასევე, პირიქით, ოჯახის შემოსავლის ზრდა, გაჭირვებულებისთვის, ჯანდაცვის სფეროში სოციალური უთანასწორობის შესამცირებლად ეფექტური გზაა. ეს ორი

ფაქტორი ერთმანეთს ემატება და ამერიკის შეერთებულ შტატების სოციალური პოლიტიკისთვის ერთნაირად მნიშვნელოვნი ხდება.

კლინტონის გეგმა და მის ფარგლებს გარეთ

1990-იანი წლების დასაწყისში აშშ-ში ეროვნულ და შტატის პოლიტიკაში სამედიცინო დაზღვევა უმთავრესი პოლიტიკური საკითხი გახდა. მოსახლეობის დიდ ნაწილს ჯანმრთელობის დაზღვევა არ გააჩნდა, ან მათი დაზღვევა არაადეკვატური იყო. სამუშაო ადგილის შეცვლისას ჯანმრთელობის დაზღვევის დაკარგვა და კერძო სამედიცინო დაზღვევის სწრაფად მზარდი ხარჯები, ჯანდაცვის ეროვნულ პროგრამაზე ზეწოლას ახდენდა. ასევე ბიზნეს საზოგადოებამაც დაკარგა რწმენა ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის მიმართ, რამდენადაც საერთაშორისო ბიზნეს გარემოს მზარდი კონკურენციის პირობებში, სწრაფად იზრდებოდა, როგორც სამედიცინო დაზღვევის ხარჯები, ასევე დასაქმების ხარჯებიც. არკანზასის შტატის ყოფილი გუბერნატორი, ბილ კლინტონი, 1992 წლის საპრეზიდენტო კამპანიის დროს ამომრჩევლებს ჯანდაცვის ეროვნული გეგმის შექმნას დაპირდა. 1993 წლის შემოდგომაზე საზოგადოებას კლინტონის ჯანდაცვის გეგმა წარუდგინეს და დაიწყო კონგრესის მიერ მხარდაჭერის მოპოვების პროცესი.

კლინტონის გეგმას საფუძვლად ედო ფედერალურად ადმინისტრირებადი სავალდებულო საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევა, დასაქმების ადგილის მიხედვით, ალტერნატიული გეგმებით, რომლებსაც სხვადასხვა ფასი ჰქონდა. შტატს შეეძლო აერჩია და შეექმნა საკუთარი სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა და ამ ფუნქციის შესრულება საკუთარი ჯანდაცვის დეპარტამენტისთვის დაევალებინა. ექიმებს შეეძლოთ სამედიცინო დაზღვევის კომპანიებთან, მომსახურების მიწოდებაზე, ფიქსირებული საფასურით, ან HMO-ებში, ჯგუფური ან ინდივიდუალური პრაქტიკის საფუძველზე კონტრაქტები გაეფორმებინათ.

1994 წლის ბოლოს, კონგრესზე კლინტონის გეგმა ჩავარდა. მოსახლეობის უმეტესობა აპათიაში იყო. მათ უკვე ჰქონდათ კარგი სადაზღვევო შემწეობები, Medicare-ის ან სამსახურებრივი სამედიცინო დაზღვევის ფარგლებში. მათი ინტერესი იყო სტატუს ქვო და დაზღვევის სექტორმა და ორგანიზებულმა სამედიცინო თანამეგობრობამ გეგმის ჩასაგდებად ეს გამოიყენა. ფედერალური კანონმდებლობა იცავს მომუშავეთა შეღავათებს, კოლექტიური შეთანხმებების ფარგლებში, რის გამოც შტატებმა ვერ შემოიღეს სავალდებულო სადაზღვევო შემწეობები. ფედერალური დახმარება და უარი შტატის მიერ სამედიცინო დაზღვევის უზრუნველყოფის მიღებაზე შტატებს საშუალებას აძლევს Medicaid-ის ბენეფიციარებისთვის სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემა აირჩიოს. Medicare—ის და Medicaid-ის უარი ამ უფლებებზე შტატს ასევე საშუალებას აძლევს ეს ბენეფიციარები შტატის ჯანდაცვის გეგმებში ჩართონ, თუმცა ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობა კონგრესის მიერ შესაბამისი კანონმდებლობის მიღებას საჭიროებს. ამავე დროს, კონსერვატორების თავდასხმა ისეთ სახელმწიფო პროგრამებზე, როგორიცაა Medicare დღის წესრიგში ტოვებს ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის საკითხს. შტატის ინიციატივები, ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით, ალტერნატიული მიდგომაა.

სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის რევოლუცია

ბევრი დამქირავებელი სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაზე გადავიდა. ისინი თანამშრომლებს დამატებით ფასად კომპენსაციის გეგმებს სთავაზობენ. სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაზე გადასვლა ძალზე ფართოდ გავრცელდა 1990-იან წლებში და სამსახურეობრივი დაზღვევის მქონე მოსახლეობის დიდი წილი HMO-ების ან სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის სხვა ფორმების წევრები გახდნენ. სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემაზე გადასვლამ დიდი ზემოქმედება მოახდინა ჯანდაცვის სისტემაზე. ზეწოლა ხდებოდა არამარტო ექიმებზე, რათა ისინი HMO-ებში ან PPO-ებში შესულიყვნენ, არამედ ასევე საავადმყოფოებზე და მომხმარებლებზე, რომლებიც იძულებული იყვნენ სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის წესებს შეგუებოდნენ. სპეციალისტებისა და ახალი პროცედურების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვამ საზოგადოებისა და პოლიტიკოსების მხრიდან კრიტიკა გამოიწვია, თუმცა, ვერ შეაჩერა ეკონომიკური მიზეზებით განპირობებული ცვლილებები და მათი ზემოქმედება ჯანდაცვის სისტემაზე.

1996 წელს ბევრმა შტატმა შემოიღო კანონმდებლობა HMO-ების რეგულირებისთვის,

რომელთაგან 56 კანონი 35 შტატში ამოქმედდა. კომერციული HMO-ებს პოპულარული მასმედია ხშირად აკრიტიკებს, ძლიერდება უარყოფითი რეაქცია სპეციალისტებთან რეფერალის, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ჰოსპიტალიზაციის და ზოგიერთი თერაპიული ინტერვენციების (როგორიცაა ძვლის ტვინის გადანერგვა კობოს ტერმინალურ შემთხვევებში) შეზღუდვაზე. ამან გამოიწვია ბევრი სარჩელის შეტანა ექიმის არაკეთილსინდისიერ პრაქტიკასთან (malpractice) დაკავშირებით და შესაბამისად, დიდი კომპენსაციების გადახდა. 1998 წლის ჯანდაცვის ხარისხის კომისიამ, რომელიც პრეზიდენტმა კლინტონმა შექმნა, პაციენტების უფლებების ანგარიში გამოსცა, რომელიც ჯანდაცვის გეგმების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღებას უზრუნველყოფდა და მათ უფლებას აძლევდა ჯანდაცვის გეგმის გადაწყვეტილებების გასაპროტესტებლად დამოუკიდებელი საბჭოსთვის მიემართათ, რადგან უარი ეთქვათ სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე ან სპეციალისტებთან დაშვებაზე.

არაკომერციული წინასწარანაზღაურებადი ჯგუფური პრაქტიკის ტიპის HMO, პრემიების 90%-ზე მეტს პაციენტების მკურნალობისთვის იყენებს, მაშინ, როცა ფასიანი გეგმები პრემიების უფრო დიდ ნაწილს ადმინისტრირებაზე ხარჯავს, რაც აღმასრულებელი პერსონალისთვის (ხელმძღვანელებისთვის) ასევე ძალზე მაღალ ხელფასებს მოიცავს. სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ზრდის ტენდენცია უდავოდ გაგრძელდება, თუმცა, სავარაუდოდ, არაკომერციული HMO-ების უფრო მნიშვნელოვანი რეგულირებით, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მომსახურების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო კრიტერიუმებზე დაყრდნობით, პაციენტების ინტერესების გათვალისწინებით და ხარისხის უზრუნველყოფით.

რეზიუმე

ამერიკის შეერთებულმა შტატებმა მოახერხა ბევრი იმ მიზნობრივი მაჩვენებლის მიღწევა, რომელიც მთავარი ექიმის 1979 წ. ჯანმრთელი ადამიანების ანგარიშში დაისახა. ამავე დროს ამერიკის შეერთებულ შტატებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვის ხარჯების წლიური ზრდის ტემპი, 1986-1990 წწ. პერიოდში 10.7%-დან, 1991-1994 წწ. პერიოდში 6.9%-მდე. ნაწილობრივ, ეს განპირობებულია უფრო დაბალი საერთო ინფლაციის მაჩვენებლით (<3%), თუმცა, ასევე ხარჯების შემცირების ღონისძიებებით, რომლებიც სამედიცინო დაზღვევის ინდუსტრიამ განახორციელა, სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ზრდით და ჰოსპიტალური სექტორის რაციონალიზაციით, ჰოსპიტლების შემცირების და მკურნალობის უფრო მცირეხარჯიანი ალტერნატიული ფორმების ხელშეწყობის გზით.

ეროვნული სამედიცინო ჯანდაცვა კვლავ შეფერხდა კონგრესის მიერ კლინტონის ჯანდაცვის გეგმის უარყოფით. სავარაუდოდ, ამ საკითხს კვლავ დაეთმობა ყურადღება ფედერალურ დონეზე. თუმცა, შტატის ინიციატივებმა, ფედერალური ხელისუფლების ნებართვით და, სავარაუდოდ, ხარჯების გაზიარებით, შეიძლება განაპირობოს ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება ოცდამეერთე საუკუნის პირველ წლებში. 1990-იანი წლების შუა პერიოდში დამქირავებლები თანამშრომლებისთვის ხელს უწყობენ სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის ალტერნატივების გამონახვას, ისე, რომ საბაზრო მექანიზმების მეშვეობით სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემა სწრაფად იზრდება. შტატის მთავრობები ცდილობენ ამის დარეგულირებას კანონმდებლობის მეშვეობით, მაგალითად, საავადმყოფოში მინიმალური დროის განსაზღვრით სამეანო შემთხვევებისთვის, გარკვეული სახის სამსახურეობრივი კონტრაქტებისთვის სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის პროგრამების შეზღუდვის გზით და სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემის წევრებისთვის გასაჩივრების მექანიზმების დანერგვით. Medicaid-ის გაზრდილი ხელმისაწვდომობა, სიღარიბის განმსაზღვრელი შემოსავლების დონის გაზრდით, ჯანდაცვის დაზღვევის გავრცელებას გაზრდის, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო სერვისების მართვის სისტემა ხელს შეუწყობს დანახარჯების შეზღუდვის შენარჩუნებას.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვის სექტორის მიმართ ხშირად გამოიყენება ტერმინი „უსისტემო“, თუმცა, კრიტიკა ყოველთვის გამართლებული არ არის. ეს არის ჯანდაცვის სისტემა, უფრო ზუსტად, შერეული სისტემა. ჯერ კიდევ არსებობს სოციალური და რეგიონული უთანასწორობა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით, თუმცა, ის შეიძლება არც აღემატებოდეს უთანასწორობას იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობაა. ჩგარდა ამისა, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ბევრი პარალელური პროგრამა არსებობს, რომლებიც საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე პოზიტიურ გავლენას ახდენს. ასეთი პროგრამებია: სკოლებში საყოველთაო ლანჩის,

ღარიბი ქალების, ჩვილებისა და ბავშვებისთვის კვების დახმარების პროგრამა (WIC პროგრამა), ასევე სასურსათო კუპონები მომუშავე გაჭირვებულებისთვის, ძირითადი სასურსათო პროდუქტების გაძლიერება, უფასო მომსახურება სასწრაფო დახმარების განყოფილებებში და სასწრაფო სტაციონარული დახმარება გაჭირვებულებისთვის, Medicare ხანდაზმულებისთვის და Medicaid ღარიბებისთვის. მიუხედავად ამისა, არ არსებობს თანასწორი საყოველთაო ხელმისაწვდომობა, სისტემა კი მსოფლიოში ყველაზე მაღალხარჯიანია, ამასთან ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგებით არ გამოირჩება. ამას მიუთითებს პროცესის ინდიკატორები: იმუნიზაცია და პრენატალური მომსახურების მოცვა; ასევე შედეგობრივი ინდიკატორები: ჩვილ ბავშვთა და სხვა სიკვდილიანობის დონეები. ამერიკის შეერთებული შტატების პოტენციალის სრულად რეალიზების თვალსაზრისით, ჯანდაცვის სფეროში სოციალური უთანასწორობის ინდიკატორები ჯანდაცვის სისტემის წარუმატებლობის მნიშვნელოვანი ინდიკატორებია.

კანადა

კანადა ფედერალური ქვეყანაა. მასში ათი პროვინცია და ორი ჩრდილოეთის ტერიტორია შედის. მოსახლეობა 29,9 მილიონია და თითო სულ მოსახლეზე მთლიანი ეროვნული შემოსავალი 1996 წელს 19,020 აშშ დოლარს შეადგენდა. ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობა კონსტიტუციის მიხედვით, მუნიციპალური მთავრობების პასუხისმგებლობის ქვეშაა. გარდა ადგილობრივ ინდიელთა და ინუტების დასახლებებისა, შეიარაღებული ძალებისა და ვეტერანებისა. მიუხედავად ძალიან ბევრი გეოგრაფიული, ისტორიული, კულტურული და პოლიტიკური მსგავსებისა მეზობელ ამერიკის შეერთებულ შტატებთან, კანადამ ჯანმრთელობის დაზღვევის საკუთარი, უნიკალური ეროვნული პროგრამა შეიმუშავა.

1930 წლიდან პროვინციებს ჯანდაცვის სპეციალური პროგრამებისთვის (categorical health programmes) ფედერალური გრანტები გადაეცათ, როგორიცაა კიბოს და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამები. აქედან გამომდინარე, ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამა, ფედერალური მთავრობის დაფინანსებითა და სტანდარტებით, ჯანმრთელობის მუნიციპალური დაზღვევის სისტემას წარმოადგენს. ის 1946-1971 წლებში ჩამოყალიბდა. მასში თავიდან ჰოსპიტალური და დიაგნოსტიკური მომსახურება შედიოდა, შემდეგ კი სამედიცინო დაზღვევაც დაემატა და ამ ყველაფერს ერთად „Medicare“ დაერქვა. მან ყველა კანადელი სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფ ჯანდაცვის სისტემაში გააერთიანა, თუმცა ამავე დროს შენარჩუნდა კერძო სამედიცინო მომსახურების მოდელიც. ჰოსპიტალური მომსახურება ძირითადად არაკომერციულ და არასამთავრობო საავადმყოფოების მიერ არის უზრუნველყოფილი.

კანადის ჯანდაცვის პროგრამა მკვეთრად განსხვავდება დიდი ბრიტანეთისა და აშშ-ის ჯანდაცვის პროგრამებისგან. სამივე სისტემა თავისი ქვეყნის პოლიტიკურ და კულტურულ ტრადიციებს ასახავს. ყოველი მათგანი ფასების ზრდის შეჩერებას და უნივერსალური დაფარვის სისტემის შენარჩუნებას ან განვითარებას ემსახურება. ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის შემუშავებაზე რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში აქცენტის გაკეთების შემდეგ, კანადა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დარგში წამყვანი ინოვატორი გახდა.

ჯანდაცვის ეროვნული სადაზღვევო სისტემის განვითარება

კანადის ჯანდაცვის ეროვნული სადაზღვევო სისტემის შექმნაში პირველი ნაბიჯები 1920 წლიდან გადაიდგა, მაგრამ რეალური მოქმედება მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დაიწყო. ეს ნაწილობრივ განპირობებული იყო 1930-იანი წლების დიდი დეპრესიის შედეგად მიღებული გამოცდილებით, მიწათმოქმედთა კოოპერაციის მოძრაობის გაძლიერებით და ომის შემდეგ უკეთესი საზოგადოების შექმნის საერთო სურვილით. 1946 წელს სასკაჩევანის დასავლეთის ველებში მდებარე ხორბლის მწარმოებელი დიდი პროვინციის(1 მილიონი მაცხოვრებლით) ახლადარჩეულმა დემოკრატიულმა მთავრობამ, კანადის Medicare პროგრამის ფუძემდებლის, ტომი დაგლასის ხელმძღვანელობით, ჰოსპიტალური დაზღვევის გეგმა შეიმუშავა. გეგმა ითვალისწინებდა წინასწარ გადახდის საფუძველზე საჯარო ადმინისტრირების პირობებში პროვინციის ყველა მცხოვრებლის უფასო სამედიცინო მომ-

სახურებას. მას შემდეგ, რამდენიმე წლის განმავლობაში, მსგავსი გეგმები სხვა პროვინციებმაც შეიმუშავა და 1956 წელს ფედერალურმა მთავრობამ გამოსცა კანონი (ჰოსპიტალური მომსახურებისა და სადიაგნოსტიკო მომსახურების აქტი), პროვინციებში თანაგადახდის გეგმის უზრუნველსაყოფად, უნივერსალური, საჯარო ადმინისტრირების საავადმყოფოს დაზღვევის გეგმების მიღებით. 1961 წლისთვის ათივე პროვინციაში და ორივე ტერიტორიაზე ჰოსპიტალური დაზღვევის გეგმა დაინერგა, რომელიც ფედერალური კრიტერიუმების გათვალისწინებით, ორსაფეხურიან ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას მოიცავდა. ეს არის პროვინციების ჯანდაცვის უნივერსალური გეგმები და თანაგადახდა.

1961-62 წლებში დაგლასმა და სასკაჩევანის პროვინციამ სამედიცინო მომსახურების უნივერსალურ გეგმას (Medicare) გზა გაუკვალეს. ამას ძლიერი წინააღმდეგობა შეხვდა. ექიმების ოცდასამდღიანი გაფიცვა გარკვეული კომპრომისების მიღებით დამთავრდა, მაგრამ უნივერსალური გეგმა ძალაში შევიდა, ექიმებისთვის საფასურის გადახდის გაწეული მომსახურების ანაზღაურების მოდელზე დაფუძნებით (fee-for-service). ეს ისევ და ისევ უნივერსალური დაფარვის, მრავალმხრივი შეღავათების და საჯარო ადმინისტრირების პრინციპებზე იყო აგებული.

ამ გეგმასთან დაკავშირებული ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრის გათვალისწინებით, ფედერალურმა სამეფო კომისიამ ჯანდაცვის სერვისებზე ფედერალური თანაგადახდის საფუძველზე (the Hall Commission) მსგავსი გეგმების ჩამოყალიბებას რეკომენდაცია გაუწია. 1966 წელს ფედერალურმა მთავრობამ გამოსცა ე.წ. „მედიქეარის“ აქტი, რომელიც მიღებული მუნიციპალური გეგმებისთვის ფედერალურ თანაგადახდას უზრუნველყოფდა. ფედერალური კომპენსაცია პროვინციებისთვის ერთ სულზე საშუალო სამედიცინო მომსახურების 25%-ს და თითოეულ პროვინციაზე ფაქტიური ხარჯის 25%-ს მოიცავდა. ეს ღარიბი პროვინციებისთვის საშუალოზე მეტი დახმარების გაწევას და აგრეთვე პროვინციებს შორის პორტაბელურობას უზრუნველყოფდა. 1971 წელს მსგავსი გეგმები ყველა პროვინციაში ამოქმედდა.

რეფორმის სირთულეები და ინიციატივები

კანადის ჯანდაცვის პროგრამამ სამედიცინო მომსახურების მრავალმხრივი შეღავათების უნივერსალური დაზღვევის სისტემა ჩამოაყალიბა ისე, რომ არ შეცვლილა ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პრაქტიკა, რომელიც გაწეული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპზეა (fee-for-service) დაფუძნებული. ღარიბმა პროვინციებმა სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების ასამაღლებლად თანაგადახდის მექანიზმის გამოყენების საშუალება მიიღეს. სამედიცინო მომსახურების დონე მთელს ქვეყანაში ამაღლდა.

1969 წელს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების სწრაფმა ზრდამ ჯანდაცვის პოლიტიკის გადახედვის საჭიროება გამოიწვია (ფედერალურ-პროვინციული კომიტეტი ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯებზე). კომისიის საბოლოო ანგარიშში ხაზგასმულია საავადმყოფოების რაოდენობის შემცირებისა და ჰოსპიტალური მომსახურების ისეთი დაბალფასიანი ალტერნატივების შექმნა, როგორიცაა სახლში სამედიცინო მომსახურება და გრძელვადიანი მომსახურება. ფედერალური ინიციატივის შედეგად ამ პერიოდში გაიზარდა სახლში მომსახურებისა და გრძელვადიანი საექთნო მოვლის მოცვა, ამავდროულად შეიზღუდა ფედერალური მონაწილეობა თანაგადახდაში მთლიანი ეროვნული პროდუქტის ზრდის დონემდე. ამის შემდეგ ბევრი პროვინციისა და ფედერალური ანგარიშის შესაბამისად რეკომენდებული გახდა ცვლილებების შეტანა დაფინანსებაში, თანაგადახდაში, ჰოსპიტალურ მომსახურებასა და პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაში.

1974 წელს ჯანდაცვის ფედერალურმა მინისტრმა მარკ ლალონდმა თავის საეტაპო საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტში „კანადელთა ჯანმრთელობის ახალი პრესპექტივები“ ჯანდაცვის სისტემის ახალი ხედვა შემოგვთავაზა. ამ მოხსენებაში აღწერილი იყო ჯანმრთელობის სფეროს თეორია. ჯანმრთელობა განხილული იყო, როგორც გენეტიკის, ცხოვრების სტილისა და გარემო ფაქტორების ერთობლიობის შედეგი, ისევე, როგორც თავად სამედიცინო მომსახურების შედეგი. შედეგად, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა კანადის საჯარო პოლიტიკის ძირითადი მახასიათებელი გახდა, რომელიც ორიენტირებული იყო ისეთი რისკ-ფაქტორების შემცირებისკენ, როგორიცაა მოწევა, სიმსუქნე და ფიზიკური პასიურობა. 1971 წელს ეროვნული კვების კვლევის შედეგები გამოიცა, რის შემდეგაც სავალდებული გახდა ძირითადი საკვები პროდუქტების ვიტამინებითა და მინერალებით გამდიდრება. ამ და სხვა ინიციატივებმა

1980-იან წლებში მიგვიყვანა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ოტავის ქარტიამდე (თავი 2).

80-იანი წლების შუა ხანებში ექიმთა ორგანიზაციებმა პაციენტებისგან „Medicare“-ით გათვალისწინებულ გადახდილ თანხაზე მეტი საფასურის აღება მოითხოვეს, მაგრამ ეს ეროვნული კანონმდებლობით იყო (სამედიცინო მომსახურების აქტი), რომელიც ანონიმურად გავიდა ფედერალურ პარლამენტში. ამ აქტით ჯარიმდება ყველა პროვინციული მთავრობა, რომელიც ექიმებს ფედერალური ფონდების ზედმეტად გამოყენების უფლებას მისცემდა.

კანადის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა ყოველწლიურად ფასების დაახლოებით 12%-იან ზრდას განიცდიდა მაშინ, როდესაც მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდა მხოლოდ 3%-ი იყო. ჯანდაცვაზე ეროვნულმა დანახარჯებმა 1992 წლისთვის მთლიანი შიდა პროდუქტის 10,1%-ს მიაღწია, ხოლო 1996 წელს 9,5%-მდე შემცირდა. 90-იანი წლების ბოლოსთვის ჯანდაცვის ფასების ზრდა ხარჯების საკმაოდ მტკივნეული შეზღუდვის ხარჯზე შემცირდა, განსაკუთრებით საავადმყოფოებში. წინა ათწლეულში, 1975-1991 წლებში, კანადა ამერიკის შეერთებული შტატების შემდეგ, მეორე ადგილზე იდგა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ხარჯების მხრივ მთლიანი ეროვნული პროდუქტიდან, რაც დაახლოებით 11%-ს შეადგენდა. 1991-1996 წლებში სამედიცინო მომსახურების ღირებულება ყოველწლიურად 2,5%-ით იზრდებოდა და 1998 წლისთვის კანადაში ჯანდაცვის დანახარჯების პროცენტულმა მაჩვენებელმა მთლიანი ეროვნული პროდუქტიდან მსოფლიოში მეოთხე ადგილს მიაღწია (მთლიანი ეროვნული პროდუქტის 9.2%, 1996 წ.), ამერიკის შეერთებული შტატების, გერმანიის და საფრანგეთის შემდეგ.

1996 წელს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარჯების 34% საავადმყოფოებზე ნაწილდებოდა, 14% – ექიმებზე, 14% – მედიკამენტებზე. საერთო დანახარჯებიდან ინსტიტუტების, მედიკამენტების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანახარჯები იზრდებოდა, მაშინ, როდესაც ჰოსპიტალური მომსახურების დანახარჯები მცირდებოდა და ექიმების ანაზღაურება სტაბილური რჩებოდა, 1991 წლის მონაცემებთან შედარებით (39% საავადმყოფოები, 15% ექიმები 12% მედიკამენტები). (კანადის სტატისტიკა 1999წ.)

1996 წელს მთლიანი დანახარჯების 70% მოდიოდა საჯარო სექტორის წყაროებიდან (1991 წელს ეს წილი 74.6% იყო), მათ შორის იყო ფედერალური, პროვინციული, მუნიციპალური მთავრობები და მუშაკთა კომპენსაციები. 70-იანი წლების შემდეგ ფედერალური მთავრობის თანამონაწილეობა ჯანდაცვის დანახარჯებში თანდათან შემცირდა. პროვინციულ მთავრობებს მნიშვნელოვანი სირთულეები შეექმნათ დაფინანსების არსებულ დონის გაგრძელებასთან დაკავშირებით. ისინი წნეხის ქვეშ მოექცნენ, რათა ზრდის მაჩვენებელი გაეკონტროლებინათ. ამან გამოიწვია ის ფაქტი, რომ ბევრ პროვინციაში საჭირო გახდა ჰოსპიტალური მომსახურების შემცირება 1000 კაცზე 1979 წელს 6.9 საწოლიდან, 1995 წელს 4,7-მდე. მაგალითად, ყველაზე მჭიდროდ დასახლებულ პროვინცია ონტარიოში, 1995 წელს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საავადმყოფოს საწოლები 3,9-ზე შემცირდა 1000 კაცზე.

ჯანდაცვის სხვა რეფორმები ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე აქცენტის გადატანას და გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების ალტერნატიული გზების ძიებას გულისხმობდა. 70-იან წლებში, მანიტობას პროვინციაში რეფორმები გატარდა, რომლებიც საავადმყოფოების, სამშობიარო სახლების, სახლში მომსახურების, პრევენციული ღონისძიებების და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციას გულისხმობდა. ეს რეფორმა მომდევნო ათწლეულების განმავლობაში მთელს პროვინციაზე გავრცელდა. 90-იან წლებში სასკაჩევანის პროვინციამაც დაიწყო მსგავსი ინტეგრირებული სამედიცინო მომსახურების შემოღება და ჰოსპიტალური სისტემის რეგიონალიზაცია მოახდინა. სხვა პროვინციები, რომლებიც ასევე ფინანსურ სიძნელეებს განიცდიდნენ, შეამცირეს ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა, მიმართეს რეგიონალიზაციას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის მომსახურებაზე აქცენტი გააძლიერეს.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა

კანადის ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკა ფოკუსირებულია დიაგნოსტიკის და ქირურგიული პროცედურების ხანგრძლივობაზე (ამერიკის შეერთებულ შტატებთან შედარებით), მაღალგანვითარებული ტექნიკისა და პროცედურების ხელმიუწვდომლობაზე და საავადმყოფოს მომსახურე პერსონალის სიმცირეზე. თუმცა, ასეთი შედარება არ არის გამყარებული არც ობიექტური ანალიზით და არც რაიმე ჯანმრ-

თელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორით. „Medicare“-ის შემოღების შემდეგ კანადაში სხვა ქეყნებთან შედარებით, ჯანდაცვის ინდიკატორების თვალსაზრისით გაცილებით უკეთესი მდგომარეობა შეიქმნა. 60-იან წლებამდე ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ამერიკის შეერთებულ შტატებში (1000 სულზე 28, 22-ის წინააღმდეგ), ხოლო 90-იან წლებში უფრო დაბალი (6, 7-ის წინააღმდეგ 1000 სულზე, 1997 წელი). 1980-97 წლებში კანადაში დედების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000-ზე 5 იყო, მაშინ, როდესაც აშშ-ში ეს მაჩვენებელი 12-ს, ხოლო დიდ ბრიტანეთში 10-ს შეადგენდა. 1997 წელს კანადაში სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი 79 წელი იყო, ამერიკის შეერთებულ შტატებში კი – 77. კანადასა და აშშ-ს შორის სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლის სხვაობა 1988 წელს 2 წელი იყო მამაკაცებშიც და ქალებშიც, ხოლო 1993 წლისთვის მამაკაცებში 2,7 წლით გაიზარდა, ქალებში კი – 2,9 წლით.

1995-96 წლებში იმუნიზაციით გავრცელების შემდეგი სურათი იყო: აცრა პოლიომიელიტის წინააღმდეგ ჩაუტარდა ბავშვების 89%-ს, DPT -ს (დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი) წინააღმდეგ – 93%-ს და წითელას წინააღმდეგ – 98%-ს. იმუნიზაციის გავრცელების მრივ კანადა ამერიკის შეერთებულ შტატებს უსწრებს, მაგრამ ჩამორჩება დიდ ბრიტანეთსა და სკანდინავიის ქვეყნებს. კანადა სიკვდილიანობის, ცერებრო-ვასკულური დაავადებების, გულის დაავადებების ყველაზე დაბალი დონით გამორჩეულ ათ ქვეყანას შორის არის. მაგრამ მეთხუთმეტე ადგილზე დგას სიმსივნური დაავადებების, დიაბეტის, საგზაო უბედური შემთხვევების და მკვლელობების გავრცელების მხრივ.

დასკვნა

კანადის ჯანდაცვის სისტემამ ჩრდილოეთ ამერიკაში წარმატებით დანერგა უნივერსალური, საგადასახადო მხარდაჭერით ოპერირებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა. კანადის ჯანდაცვის პროგრამა მნიშვნელოვანი მაგალითია ჯანდაცვის სისტემების რეფორმებისთვის საერთაშორისო მასშტაბით. ჯანმრთელობის დაზღვევის უნივერსალური სისტემა დაინერგა სერვისების სისტემაში რეფორმების, მათი დაფინანსების გზების ცვლილებების და თავდაპირველად, პრევენციისადმი ადეკვატური მიდგომით. ეს ის საკითხებია, რომლებზეც კანადური გამოცდილების განხილვისას, ყურადღების გამახვილება ნამდვილად ღირს. ამავე დროს, 70-იან წლებში კანადამ პირველმა დანერგა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ცნება, ისეთი პროგრამების განვითარებით, როგორიცაა ჯანსაღი ქალაქები, ფიტნესი და საკვების გამდიდრება. ამ მოდელს თავისი ნაკლიც გააჩნია, ნაწილობრივ იმიტომ, რომ მან კერძო პრაქტიკის მოდელის შეფერხება განაპირობა; ასევე, რეფორმული ღონისძიებების ნელი ტემპის გამო, მაშინ როდესაც პროვინციებს არ ჰქონდათ საშუალება ხარჯების წნეხს გამკლავებოდნენ, იქიდან გამომდინარე, რომ ფედერალურმა მთავრობამ ჯანდაცვის დაფინანსებაზე თავის წილი შეამცირა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საკმაოდ მაღალია და „Medicare“ ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული საზოგადოებრივი პროგრამაა, რომლითაც ყველა კანადელი ამაყობს, მათ შორის ექიმებიც. მიმდინარე რეფორმები ზოგიერთ პროვინციაში ფასების ზრდის კონტროლის საკითხში წარმატებული აღმოჩნდა. კანადელთა ჯანმრთელობის სტატუსი მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია. მიუხედავად გარკვეული ფინანსური ტვირთისა და ეკონომიკური ანალიზის ჩატარების საჭიროებისა, რომლის მეშვეობითაც პრიორიტეტების განსაზღვრა მოხდება, კანადა უნივერსალური, საჯაროდ ადმინისტრირებული ჯანდაცვის სისტემის ერთგული რჩება. კანადური მოდელი სხვა ქვეყნებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანი მაგალითია. განსაკუთრებით კი მეზობელი ამერიკის შეერთებული შტატებისთვის.

დიდი ბრიტანეთი

დიდი ბრიტანეთის მოსახლეობის რაოდენობა 1997 წელს 58,2 მილიონი ადამიანი იყო. მთლიანი ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე 19,600 აშშ დოლარს შეადგენდა. ეს მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა სკანდინავიურ, ჩრდილოეთ ამერიკულ და რიგ ევროპულ ქვეყნებს. დიდი ბრიტანეთი 1997 წელს წამყვან ქვეყნებს შორის ოცდამეორე ადგილზე იდგა ბავშვთა სიკვდილიანობის მხრივ, რომელიც 1000 სულზე 7-ს შეადგენდა. დედათა სიკვდილიანობა კი

100000 სულზე 10-ს (1980-1997 წწ.).

დიდი ბრიტანეთი უნიტარული ქვეყანაა, სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ადგილობრივი მთავრობების დონეზე ვითარდება. ამ ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული ინიციატივები მე-19 საუკუნის შუა ხანებიდან ნელი ნაბიჯებით მიიწევს წინ. ეროვნული ჯანდაცვის სერვისები განვითარდა და მიუხედავად მწირი დაფინანსებისა, მაღალ პროფესიონალურ და ტექნიკურ სტანდარტებს მიაღწია. 1995-96 წლებში DPT-ს იმუნიზაცია ჩაუტარდა 94%-ს, პოლიომიელიტის – 96%-ს, ხოლო წითელას საწინააღმდეგო – 92%-ს, განმეორებითი აცრების ჩათვლით სკოლაში შესვლისას.

დიდმა ბრიტანეთმა შექმნა ჯანდაცვის უნიკალური და მნიშვნელოვანი მოდელი, როგორც გადასახადების მიერ ფინანსირებადი საჯარო სერვისი, რომელმაც სხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებზე დიდი გავლენა იქონია. ის პოპულარული და საკმაოდ წარმატებულია. ჯპროგრამა მისი შექმნისთანავე 1948 წლიდან პერიოდულ რეფორმას განიცდიდა, იმისათვის რომ ხელისუფლებისა და პოლიტიკური ფილოსოფიის ცვლილებებს მორგებოდა.

ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დიდი ბრიტანეთის ეროვნულ ჯანდაცვის სამსახურს მრავალი ათწლეულის წინ ჩაეყარა საფუძველი. მისი განვითარების გზა მოიცავდა მე-18 – მე-19 საუკუნეების კანონთა სრულყოფას, ჯანდაცვის ეროვნულ დაზღვევას 1911 წელს მუშებისა და მათი ოჯახებისთვის, ეროვნული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების შემოღებას II მსოფლიო ომის დროს და 1942 წლის ბევერიჯის მოხსენებას. 1946 წელს ლეიბორისტი კლემენტ ეთლის მთავრობის ინიციატივით პარლამენტმა ეროვნული ჯანდაცვის აქტი მიიღო, რომლის განხორციელებაც 1948 წელს ენურინ ბევანის ხელმძღვანელობით დაიწყო.

ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური (NHS) ძირითადი საშემოსავლო გადასახადების ხარჯზე ფინანსდება და მთელი მოსახლეობის მრავალმხრივ მომსახურებას ითვალისწინებს. თავდაპირველად, NHS ორგანიზებული იყო, როგორც სამი პარალელური სერვისი: ჰოსპიტალური მომსახურება ექიმების სახელფასო ანაზღაურებით; ზოგადი პრაქტიკის ექიმების (და სტომატოლოგების) მომსახურება, რომელიც უზრუნველყოფილი იყო დამოუკიდებელი პრაქტიკოსების მიერ და ოპერირდებოდა კაპიტაციური ანაზღაურების პრინციპით და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურება სახელფასო ანაზღაურებაზე მყოფი შტატით. ჰოსპიტალური და ზოგადი პრაქტიკის მომსახურებების მართვას სხვადასხვა სახალხო საბჭოები ახორციელებდნენ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურება ადგილობრივი მთავრობების მიერ ადმინისტრირდებოდა.

ეროვნული ჯანდაცვის სერვისების სტრუქტურული რეფორმები

1970-80-იანი წლების რეფორმების სხვადასხვა ეტაპზე ჯანდაცვის სისტემამ რეორგანიზაცია განიცადა, ადმინისტრაციული დონეები შეამცირა და მაღალ სპეციალიზებულ და ფრაგმენტულ მომსახურებებს შორის ინტეგრაციას მიაღწია. 1974 წლის რეფორმის ფარგლებში ჯანდაცვის რეგიონული მმართველობები და მისდამი დაქვემდებარებული ჯანდაცვის ინტეგრირებული რაიონული მმართველობები (AHAs) დაარსდა. ასეთმა მმართველობამ ჰოსპიტალური მენეჯმენტის კომიტეტები, მმართველთა საბჭოები და ადგილობრივ მმართველთა საბჭოები ჩაანაცვლა. რაიონული მმართველობა არაარჩევითი წარმომადგენლებისგან შედგება, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალური მენეჯმენტის ფუნქციებს ითავსებს და მრავალ მანამდე არსებული იურისდიგციას აერთიანებს. რაიონულ და რეგიონული მმართველობებს მრავალპროფილური მმართველი გუნდები ჩაუდგა სათავეში, რომლებიც პროფესიონალურ მენეჯერული კომპეტენციაზე აქცენტის გაკეთებით გადაწყვეტილებებს კონსესუსის შედეგად იღებდნენ.

1982 წელს რაიონული მმართველობა (AHAs) გაუქმდა, მმართველობითი ფუნქციები ჯანდაცვის საოლქო მმართველობას გადაეცა და ჰოსპიტალური და საზოგადოებრივი სერვისების სტრუქტურებამდე მენეჯმენტის დეცენტრალიზაცია მოხდა. კონსერვატიული მთავრობის დროს, მარგარეტ ტეთჩერის ხელმძღვანელობით, ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური გადაიხედა. აქცენტი გაკეთდა მენეჯმენტის ეფექტიანობაზე, სამთავრობო და ბიზნეს შეხედულებებზე, კერძო სექტორის ზრდაზე, მომხმარებელთა ჯგუფების ადვოკატირების საკითხებზე და მომხმარებელთა უფლებების დაცვაზე.

1977 წლიდან 1996 წლამდე 1000 სულ მოსახლეზე ჰოსპიტალურ საწოლთა რაოდენობა

სამიდან ორამდე შემცირდა, ხოლო ჰოსპიტალური მომსახურების საშუალო ხანგრძლივობა 9,8 დღიდან (1977წ.) 4,8 დღემდე (1996წ.). ამ პერიოდში საზოგადოებრივი მომსახურების ყველა სახეობის დონემ იმატა.

რეფორმები 1990 წლიდან

1990 წელს ეროვნული ჯანდაცვის სერვისების და საზოგადოებრივი დახმარების აქტით ეროვნული ჯანდაცვის სერვისების რაციონალიზაცია მოხდა. გამოიკვეთა სამი სახის მმართველობა: ჯანდაცვის რეგიონული მმართველობა (RHAs), ჯანდაცვის საოლქო მმართველობა (DHAs) და საოჯახო ჯანმრთელობის მომსახურების მმართველობა (FHSAs). რეგიონული და საოლქო მმართველობები ძირითადი ადმინისტრაციული დონეები გახდა. საოჯახო ჯანმრთელობის სერვისების მმართველობა ადგენდა კონტრაქტებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან (GPs). ეროვნული ჯანდაცვის სერვისები უელსში, შოტლანდიასა და ჩრდილოეთ ირლანდიაშიც ანალოგიური წყობით მუშაობს.

რეგიონული მმართველობის 14 ორგანო ახდენს ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასებას, სახავს სტრატეგიულ მიმართულებებს სერვისის გაუმჯობესებისთვის, აკეთებს მართვის და მომსახურების მონიტორინგს და ახდენს რესურსების ალოკაციას ჯართეფექტური სერვისების მიწოდების ხელშეწყობისთვის. ისინი აგრეთვე აწარმოებენ სამედიცინო აუდიტს, ზრუნავენ სპეციალური პროგრამების განვითარებაზე (მაგ. ტრანსპლატაციის მომსახურება) და დახმარებას უწევენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს, მაგალითად, საავადმყოფოებს მენეჯმენტთან დაკავშირებული სირთულეების მოგვარებაში. საოლქო მმართველობის ორგანოებს ისეთივე საბჭოები მართავს, როგორებიც რეგიონულს. ისინი წარმოადგენენ სერვისის ძირითად შემსყიდველებს ჰოსპიტალებისა და სხვა პროვაიდერებისგან, საავადმყოფოებთან კონტრაქტებს აფორმებენ საჭიროებების შეფასებასა და პროვაიდერების მომსახურების ხარისხზე დაფუძნებით. საოლქო მმართველობის ორგანოებმა შესაძლოა ასევე მართონ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურების საავადმყოფოები ან სხვა სერვისები, როგორიცაა სასწრაფო დახმარების სერვისი.

1990 წლის რეფორმები ასევე მოიცავდა კონკურენციის წარმოშობას პროვაიდერებს შორის, ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სერვისების განვითარებას და ჰოსპიტალური საწოლების კიდევ უფრო შემცირებას. ყოველივე ეს კეთდებოდა იმ მიზნით, რომ პაციენტებს და პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს (GP) მეტი არჩევანის საშუალება შექმნოდათ, ეფექტიანობასა და მომსახურების ხარისხზე სტიმულირებით.

1990 წლის აქტის მიხედვით, საოჯახო ჯანმრთელობის სერვისების ორგანოები, რეგიონული და საოლქო ორგანოების მსგავსად, საბჭოების მიერ იმართება. საოჯახო ჯანმრთელობის სერვისების ორგანო პასუხისმგებელია კონტრაქტები გააფორმოს ზოგადი პროფილის ექიმებთან, ზოგადი პროფილის სტომატოლოგებთან, ოპტიკოსებთან და თემის ფარმაცევტებთან. მათ მოვალეობებში შევიდა აგრეთვე პოლისების ფორმულირება, დაწესებულებების და სერვისების ზედამხედველობა და პროვაიდერების ანაზღაურების უზრუნველყოფა. პაციენტი რეგისტრირდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან და საჭიროების მიხედვით საავადმყოფოში და სხვადასხვა სპეციალისტებთან იგზავნება. ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურება ანაზღაურდება ანგარიშსწორების კაპიტაციის მეთოდით, მათთან დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით. ამასთან, პაციენტს ყოველთვის აქვს ექიმის შეცვლის მოთხოვნის უფლება.

კაპიტაცია არის ფულადი სახსრების ალოკაცია, რომლის მიხედვითაც იფარება გარკვეული სერვისების სპექტრი ერთ პირზე, რომელიც დარეგისტრირებულია, როგორც სერვისის ბენეფიციარი დროის გარკვეული მონაკვეთით. შეწონილი კაპიტაცია არის ალოკაცია ერთ პირზე, იმ ფაქტორებზე გაკეთებული დაზუსტებების საფუძველზე, რომლებიც ასახავს ჯანდაცვის მოთხოვნასა და საჭიროებებზე, როგორიცაა ასაკი, სქესი და რეგიონულური სტანდარტიზირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. სტანდარტიზირებული სიკვდიალიანობის მაჩვნებლები (SMRs) გამოიყენება ავადობისთვის კაპიტაციური ალოკაციისას (იხილეთ თავი 3). ზოგადი პროფილის ექიმებს ამჟამად დამატებითი პრემიუმები ეძლევათ შესრულების ინდიკატორებზე დაფუძნებით, მაგალითად, სპეციფიური პრევენციული სერვისები, როგორიცაა იმუნიზაცია, პაპ-ტესტები და მამოგრამული სკრინინგი.

რადიკალური ინოვაციის შემდეგ საოჯახო ჯანმრთელობის სერვისების მმართველობებს საშუალება აქვთ სახსრების მფლობელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ბიუჯეტის ადმინისტრი-

რება მოახდინონ, per capita გადახდის ფორმით, რომელიც მოიცავს ორივეს, ზოგადი პრაქტიკის ექიმისა და ჰოსპიტალურ მომსახურებას. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების რიცხვი, რომლებიც ჯანდაცვის ცენტრებში მუშაობენ, ოლქის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნებთან ერთად მატულობს. 1995 წლისთვის, ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დაახლოებით ერთი მესამედი მუშაობდა, როგორც სახსრების მფლობელი, რომელთა ანგარიშსწორებაც ეროვნული ჯანდაცვის სერვისის მიერ per capita მექანიზმით ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებისთვის ხდებოდა. ეს აძლევს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს საკმარის ძალაუფლებას, რომ მოლაპარაკებები აწარმოოს საავადმყოფოებთან, მოცდის დროს შემცირებაზე და სხვა სამედიცინო მომსახურების პირობების გაუმჯობესების თაობაზე, რაც საავადმყოფოებს ისეთ პოზიციაში ამყოფებს, როდესაც მათ უწევთ კონკურენციის გაწევა სხვა საავადმყოფოებთან ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისგან რეფერალური პაციენტების მიღებაზე. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების გავლით საავადმყოფოების დაფინანსების ექსპერიმენტები შეიქმნა მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და ფასების შენარჩუნების მიზნით. მოდელი, რომლის მიხედვითაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმები სახსრების მფლობელებს წარმოადგენენ, წარმატებული ჩანს, თუმცა არ არის კარგად შეფასებული.

საავადმყოფოები წახალისებულები არიან გახდნენ ჯანდაცვის ეროვნული სერვისის ნდობით აღჭურვილნი, რაც წარმოადგენს არაკომერციულ საჯარო კორპორაციებს, რომლებიც მართულია სამეურვეო საბჭოს მიერ. ის კი ეროვნული მთავრობის მიერაა დანიშნული და როგორც წესი წარმოდგენილია ადგილობრივი მთავრობებით. ნდობით აღჭურვილმა ჰოსპიტალურმა კორპორაციებმა უნდა მოახდინონ მართვის უნარის და ეკონომიკური ერთეულების ოპერირების შესაძლებლობის დემონსტრირება. მათ რეფერალების მიღებაში ერთმანეთს კონკურენცია უნდა გაუწიონ და პაციენტისა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დაკმაყოფილებისკენ უნდა მიისწრაფოდნენ. საავადმყოფოები აღარ არიან პირდაპირ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის მიერ დაფინანსებული, არამედ მათი შემოსავალი მომდინარეობს ჯანდაცვის ორგანოებისთვის, სახსრების მფლობელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის, კერძო დაზღვევისთვის და თვითგადამხდელი პაციენტებისთვის, სერვისებისთვის გადახდის DRG სისტემაზე დაფუძნებით. ეს მათ აძლევს უფლებას იარსებონ, როგორც დამოუკიდებელმა ეკონომიკურმა ერთეულებმა, რაც აძლევთ საშუალებას სერვისებისთვის აიღონ საფასური, განსაზღვრონ პერსონალის პირობები, გაზარდონ კაპიტალი ფულის სესხების გზით და გარკვეული შეზღუდვებით, მაგრამ მაინც გაყიდონ ან იყიდონ მიწა ან დაწესებულებები.

ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურს სახელმწიფო ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით აფინანსებს. ზოგიერთი შემოსავალი სხვა წყაროებიდან მოდის, მომხმარებელთა გადასახადების ჩათვლით, როგორიცაა რეცეპტით გამოწერილი წამლები და სტომატოლოგიური მომსახურება. საოპერაციო ბიუჯეტის ალოკაცია ხდება რეგიონულ ჯანდაცვის მმართველობებში იმისთვის, რომ დაიფაროს საავადმყოფოს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების საფასური. ლოკაცია განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობაზე, რაც კორექტირებულია სტანდარტიზირებული სიკვდიალიანობის მაჩვენებლების მიხედვით, ასევე ზოგიერთ ადგილობრივ შეწონვის ფაქტორებზე, რომლებიც სერვისების გამოყენებასთანაა დაკავშირებული. საოლქო ჯანდაცვის სამმართველოები, თავის მხრივ, ანალოგიური კრიტერიუმების მიხედვით რეგიონული ჯანდაცვის სამმართველოებიდან ფინანსდება. რეგიონული ჯანდაცვის სამმართველოები მართავენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების სახსრების გამკავებელ ერთეულებს, მაშინ, როდესაც საოჯახო ჯანმრთელობის სერვისების მმართველობები პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სერვისებისთვის ფინანსდებიან. დაწესებულებების და აღჭურვილობის მოდერნიზაციისთვის კაპიტალის ალოკაცია დაფუძნებულია გრძელვადიან დაგეგმვაზე რეგიონული ჯანდაცვის მმართველობის დონეზე.

დიდ ბრიტანეთში საბაზრო რეფორმები კვლავ მიმდინარეობს. მიუხედავად იმისა, რომ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური პოლიტიკურ დონეზე მუდმივი გამოძიების საკითხია, მან უზრუნველყო უნივერსალური ხელმისაწვდომობა და მისაღებ ფასად მაღალი ხარისხი შეინარჩუნა. ჯანდაცვის დანახარჯებმა მთლიანი შიდა პროდუქტით 1980 წელს 5,6%-ით დაიკლო, 1990 წელს 6.0%-ით და 1997 წელს 6.8%-ით, 1970 წლის 4.5%-თან შედარებით. ეს ინდუსტრირებულ ქვეყნებს შორის იყო და კვლავ რჩება ყველაზე დაბალ დანახარჯად, რამაც გამოიწვია კრიტიკა ზოგიერთ მნიშვნელოვანი სფეროსთან დაკავშირებით, რო-

გორიცაა ონკოლოგიური მომსახურება არასაკმარისი დაფინანსების გამო.

სოციალური უთანასწორობები

სოციალური უთანასწორობა დიდ ბრიტანეთში, რაც გარკვეულწილად გახდა 1946 წელს ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის შექმნის მიზეზი, კვლავ გრძელდებოდა. ეს პრობლემა ბლექის მოხსენებაშია ასახული (დაგლას ბლექი, 1980წ.). მას შემდეგ სხვა მოხსენებებიც იგივეს ასახავენ და ზოგიერთ მათგანში 1990-იან წლებში სოციალური უთანასწორობის თვალსაზრისით სიტუაციის გაუარესებაც კია აღწერილი. სხვადასხვა სოციალურ ფენებში მოსახლეობის გადანაწილებაში განხორციელებული ცვლილებით შესაძლოა აიხნას სოციალური ჯუთანასწორობის ასეთი გაუარესება, თუმცა ნაპრალი სოციალურ კლასებს შორის იზრდება. მუდმივი ზრდის ტენდეცია შეინიშნება სტანდარტიზირებულ სიკვდილის მაჩვნებელში V კლასის წარმომადგენლებში და შემცირების ტენდეციით I და II კლასის წარმომადგენლებში (იხილეთ თავი 4). შეფარდება I და V კლასებს შორის სტანდარტიზირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლისთვის 1931 წელს იყო 90/110, 1961 წელს – 75/142, ხოლო 1981 წელს – 65/168. უფრო მაღალი მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელია დაფიქსირებული დაბალი სოციალური კლასის წარმომადგენლებში, განსაკუთრებით გულ-სისხლაძარღვთა დაავადებების, ტრავმებისა და კიბოს მხრივ.

ეს სოციალური ნაპრალი არ აიხსნება მარტივად, მხოლოდ კლასიკური ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორებზე დაყრდნობით. ჯანმრთელობის ნაპრალი რომელიც ეკონომიკურ უთანასწორობასთანაა კორელაციაში, შესაძლოა გამოწვეული იყოს არადამაკმაყოფილებელი კვებით, თამბაქოს მოხმარების მატებით, ნაკლები ფიზიკური აქტივობით და ისეთი სოციალური და სამუშაო პირობებით, რომლებიც სტიმულს არ იძლევა, არ მოაქვს პირადი კმაყოფილება და ცხოვრებისეულ მოვლენებზე ნაკლებად იძლევა პერსონალური კონტროლის საშუალებას. დიდ ბრიტანეთში სტანდარტიზირებულ სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მიხედვით რეგიონული განსხვავებებიცაა. ამის მიზეზები ყოველთვის კარგად გარკვეული არ არის. სავარაუდოდ იგი ეხება რიგ სოციალურ, ეკონომიკურ, პირადი ცხოვრების წესის და გარემო რისკ-ფაქტორებს. 1998 წელს დონალდ აქესონმა, რომელიც იყო დიდი ბრიტანეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უფროსი პროფესორი, საპასუხო მოხსენება გააკეთა ბლერის მთავრობის მიერ წამოწყებულ ძიებაზე ბრიტანეთის ჯანდაცვაში სოციალურ უთანასწორობასთან დაკავშირებით. მისმა მოხსენებამ ბლექის მოხსენებაში ასახული ფაქტები დაადასტურა და ჯანმრთელობის სტატუსში სოციალური გრადიენტების შესახებ კვლევის აღმოჩენები შეაფასა, რომლებიც ბლექის მოხსენების გამოცემის შემდეგ ჩატარდა. აქენსონის მოხსენება, წარმოადგენს მთავრობის საგადასახადო და კეთილდღეობის პოლიტიკის რეფორმების, სკოლამდელ ბავშვთა მზრუნველობის პროგრამების, თამბაქოს კანონმდებლობის და ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის ზოგიერთი ასპექტის რეფორმების ფაქტორს.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

1950-იან და 1960-იან წლებში დიდ ბრიტანეთსა და სხვა ინდუსტრირებულ ქვეყნებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გაიზარდა. 1970-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და სხვა ევროპის ქვეყნებში ამ მაჩვენებლის შემცირება დაიწყო, თუმცა ის დიდ ბრიტანეთში მაინც მაღალი დარჩა. 1985 წლიდან მხოლოდ კორონარული გულის დაავადებით გამოწვეულმა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა დაიკლო. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაჩვენებლის დაკლებაში შეფერხება შეიძლება აიხსნას, მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის იმ დროისთვის არსებული კონსერვატიული მიდგომით, როგორიცაა აგრესიული ინტერვენციული მკურნალობა და ინტენსიური მზრუნველობის ერთეულები. ეროვნულმა ჯანდაცვის სამსახურმაც ვერ უპასუხა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიდგომების ცვლილებებით და რისკ-ფაქტორების შემცირებით. 1978 წლამდე გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იზრდებოდა. დიდ ბრიტანეთში სხვა ევროპის ქვეყნებთან შედარებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები კვლავ მაღალი იყო. ამ და სხვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებმა, შედარებით დაბალი იმუნიზაციის გავრცელების დონის ჩათვლით, ჯანდაცვის დეპარტამენტი მიიყვანა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიების შემუშავებამდე.

1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი

წლების დასაწყისში რიგი მასშტაბური ინიციატივებით ცდილობდნენ დიდ ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებები გაეუმჯობესებინათ, აემაღლებინათ საზოგადოებრივი ცნობიერება ჯანსაღი კვების და მოწევით გამოწვეული რიკსების ჩათვლით. 1978 წლიდან 1997 წლამდე გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლებმა 41%-ით დაიკლო. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის წამახალისებელი გადასახადების ხარჯზე საგრძნობლად გაიზარდა იმუნიზაციის მაჩვენებლები. ადგილობრივი მმართველობები ვალდებულნი არიან ჰყავდეთ სოციალიზირებული პერსონალი, რომლებიც ხელს შეუწყობენ ავტომობილით უსაფრთხო სიარულის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას, რამაც თავის მხრივ, 1980 წლიდან 1995 წლამდე ხელი შეუწყო საგზაო შემთხვევებით სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებას. წყლისა და გარემოს დაბინძურების ახალმა აქტებმა, რომლებიც 1990 წელს გამოიცა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში ეროვნული ხელისუფლების როლი ზედამხედველობისა და რეგულირების მხრივ გაზარდა.

ერის ჯანმრთელობის ანგარიშში (ჯანდაცვის სახელმწიფო მდივანი, 1991წ; იხილეთ ასევე თავი 2) ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჯანმრთელობის სამიზნეები განხილულია, როგორც ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამის უმთავრესი მიმართულება. ძირითადი მიზეზებით (გულსისხლძარღვთა დაავადებები, კიბო, ტრავმა) გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება შესაძლოა გამოწვეული იყოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების ეფექტურობის გაზრდით.

1997 წელს არჩეულმა ტონი ბლერის ლეიბორისტულმა მთავრობამ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურში რეფორმა გაატარა, განსაკუთრებით კი პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდების და ფონდების მფლობელი ზოგადი პრაქტიკოსების საბაზრო ძალების საკითხებში. მთავრობამ ასევე პასუხისმგებლობა აიღო 1999-2003 წლების პერიოდში ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური ინფლაციაზე 4%-ით ზევით დაეფინანსებინა, რათა გაეძლიერებინა კლინიკური სერვისების სექტორები, რომლებიც წინა ათწლეულში გადაჭარბებულ ფინანსურ შეძღუდვას განიცდიდა.

1999 წელს ბლერის მთავრობამ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის ახალი რეფორმა წამოიწყო, რის შედეგადაც Mთელი ქვეყნის მასშტაბით ზოგადი პრაქტიკის ექიმებით პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფები (PCGs) ჩამოაყალიბა, რომლებიც მოსახლეობის 30,000-დან 250,000-მდე რაოდენობის ჯგუფებს ემსახურებიან. პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფებმა სერვისების შესყიდვის ფუნქციით სახსრების მფლობელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და ჯანდაცვის მმართველობები ჩაანაცვლა. მათ შეუძლიათ შეინარჩუნონ წლიური გადაჭარბება იმისთვის, რომ თავისი სერვისების მქონე დაწესებულებები გააუმჯობესონ. 1999 წელს დაარსებული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების კომიის (CHIMP) და კლინიკური წარჩინების ეროვნული ინსტიტუტის (NICE) მეშვეობით ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის ცენტრალურმა მმართველობამ მონიტორინგის გაუმჯობესების ახალი იარაღი შეიძინა. შეიცვალა ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის კომუნიკაცია პაციენტებთან, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა მოიპოვეს ვიზიტის დანიშვნის ინტერნეტ სისტემა, ხოლო პაციენტებმა ექთნის კონსულტაციის 24-საათიანი სატელეფონო მომსახურება მიიღეს.

რეზიუმე

სხვადასხვა პოლიტიკური პარტიების თანმიმდევრულმა მთავრობებმა მხარი დაუჭირა ეროვნულ ჯანდაცვის სამსახურს და, მიუხედავად კრიტიკისა, ის ბრიტანეთის საზოგადოებაში პოპულარულ დაწესებულებად რჩება, რომელმაც ბოლო 50 წლის განმავლობაში პოლიტიკური ხელმძღვანელობის ბევრ ცვლილებას გაუძლო. საშუალოდ ყოველ ათწლეულში ერთხელ გატარებულმა რეფორმამ ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურს საშუალება მისცა განვითარებულიყო, გამოცდილება შეეძინა და ქვეყნის ცვალებადი ეკონომიკური და ჯანმრთელობის საჭიროებები დაეკმაყოფილებინა. საოლქო ჯანდაცვის მმართველობამდე დეცენტრალიზაცია მიღწეული იქნა ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის მიერ საოლქო ჯანდაცვის მმართველობისთვის per capita მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის გზით, ასაკზე, სქესსა და ავადობაზე დაფუძნებული დაზუსტების ფაქტორით. კლინიკურ მომსახურების შემცირებამ გამოიწვია კრიტიკა იმის შესახებ, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საფრთხის ქვეშაა და საოლქო ჯანდაცვის სამმართველოების მუშაობის ეროვნულ ზედამხედველობას გაძლიერება სჭირდება.

ცვალებადმა ეპიდემიოლოგიურმა მდგომარეობამ ჯანდაცვის დეპარტამენტი და ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური ჯანმრთელობის მხარდაჭერის სტრატეგიების შემუშავებამდე მიიყვანა. ამან მნიშვნელოვანი დახმარება გაუწია გულ-სისხლძარღვთა და ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებას. ეს კი შესაძლოა დაეხმაროს, ჯანმრთელობის ასპექტში სოციალური და რეგიონული უთანასწორობების შემცირებას, რაც, მიუხედავად თითქმის ნახევარსაუკუნოვანი უნივერსალური ხელმისიწვდომობისა, კვლავ თვალსაჩინოა. 1990-იანი წლების ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის რეფორმები მიზნად ისახავდა მომხმარებლის უფლებების ხელშეწყობას და ზოგადი პრაქტიკის ექიმების კმაყოფილებას მეორადი და მესამეული სამედიცინო მომსახურებით, ზოგადი პრაქტიკის ექიმისთვის ე.წ. „კარიბჭის მცველის“ (gatekeeper) როლის არსებობის პირობებში. ჯერ კიდევ ძალიან ადრეა, 1990-იან წლებში დაწყებული ინოვაციების შეფასება, რომლებიც მიზნად ისახავდა ეკონომიკური ხარჯთეფექტურობის და ხარჯების შესახებ ცნობიერების ამაღლების მხარდაჭერას.

ეროვნულმა ჯანდაცვის სამსახურმა უზრუნველყო ჯანდაცვა ყველასთვის, მაგრამ ვერ შეძლო სოციალური კლასების მიხედვით ჯანმრთელობის სტატუსში არსებული უთანასწორობის გაუმჯობესება. ეს განსხვავება შეინიშნება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, სიმსივნის და სხვა ისეთი დაავადებების დროს, რომლებიც უფრო მეტად მოქმედებს ღარიბებზე, ვიდრე ეკონომიურად წელში გამართულ მოსახლეობაზე. ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება ჯერჯერობით ვერ მოხერხდა. ეროვნულმა ჯანდაცვის სამსახურმა წარმატებით შეასრულა საგადასახადო შემოსავლებით დაფინანსებული და შედარებით შეღავათიანი ფასის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მისია. ბევრიჯის ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის მოდელი 1950-იანი წლებიდან ჩრდილოეთის ქვეყნებისთვის საკმაოდ გავლენიანი აღმოჩნდა, 1970-იანი წლებიდან კი მან კარგად იმუშავა სამხრეთ ევროპის ქვეყნებისთვის (საბერძნეთი, იტალია, პორტუგალია, ესპანეთი და თურქეთი). ამ ქვეყნებში ბევრი რეფორმატორული პროგრამა განხორციელდა. ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის მოდელი აგრძელებს განვითარებას და ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან და წარმატებულ, ასევე ერთ-ერთ ყველაზე ხარჯთეფექტურ ჯანდაცვის სისტემების საერთაშორისო მოდელს წარმოადგენს.

სკანდინავიის ქვეყნები

თითოეულ სკანდინავიურ ქვეყანას მისთვის დამახასიათებელი, რეფორმების პროცესში მყოფი ჯანდაცვის სისტემა გააჩნია. სოციალ-დემოკრატიული მთავრობებით, როგორც მეორე მსოფლიო ომამდე, ასევე ომის შემდეგ, დანიამ, შვედეთმა, ნორვეგიამ, ისლანდიამ და ფინეთმა მთელ რიგ საკითხებში, სახელმწიფო კეთილდღეობას პირველებმა მიაღწიეს. მოგვიანებით მათზე გავლენა მოახდინა ბრიტანულმა „ეროვნულმა ჯანდაცვის სამსახურმა“, მაგრამ ძლიერმა რეგიონულმა და ადგილობრივმა სამთავრობო წყობამ და საგადასახადო შემოსავლებმა გაცილებით დიდი აქცენტი ჯანდაცვის მომსახურების დეცენტრალიზებულ პროგრამაზე გააკეთა. სხვა განვითარებული ქვეყნებისთვის მათი მიღწევები სოციალურ კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მხრივ წარმატებულ მოდელად ითვლებოდა.

როგორც წესი, ჯანდაცვიდან მიღებული შემოსავლების 50%-დან 70%-მდე საშემოსავლო გადასახადებიდან მოდის, რომლის აკრეფაც ხდება რეგიონულ (მაგ. შვედეთი, ნორვეგია, დანია) და მუნიციპალურ დონეებზე (ფინეთი). შემოსავლების დანარჩენი ნაწილი შემოდის სამთავრობო დღგ-დან ან სააქციზო და კორპორატიულ საშემოსავლო გადასახადებიდან. ფინანსური სახსრები გადანაწილებულია ისე, რომ რეგიონებთან დაკავშირებით, უსამართლობა არ მოხდეს, ასევე გამოყოფილია დამატებითი გრანტები სამედიცინო განათლებისთვის. დაავადებათა ეროვნული ფონდი პაციენტის ექიმთან ამბულატორიულ ვიზიტს აფინანსებს. მუნიციპალური მთავრობები ფარავენ ხარჯებს მოხუცთა გრძელვადიანი მზრუნველობისთვის. შვედეთის ჯანდაცვის დანახარჯების 2-3%-ს პაციენტთა თანადაფინანსება უზრუნველყოფს, რომელიც 1993 წელს შემოიღეს. სკანდინავიურ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების (user fee)

დაფარვა არ წარმოადგენს სირთულეს, საყოველთაოდ გავრცელებული კეთილდღეობის და კარგად ჩამოყალიბებული სოციალური დაცვის სისტემის გამო.

სკანდინავიურ ქვეყნებში ძირითადი აქცენტი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე კეთდება, რისი შედეგიც ჩვილ-ბავშვთა სიკვდილიანობის დაბალი მაჩვენებელია. სამაგიეროდ, სამხრეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ამ ქვეყნებში უფრო მაღალია. ამის გამომწვევ მიზეზებად ტრადიციული მაღალცხიმიანი საკვები, თამბაქო და ალკოჰოლის დიდი რაოდნობით მოხმარება სახელდება. ამ რისკ-ფაქტორების შემცირების გამო დიდ ძალისხმევას მიმართავენ და შესაბამისად მდგომარეობაც უკეთესი ხდება.

შვედეთი

1997 წელს შვედეთის მოსახლეობა 8.8 მილიონს შეადგენდა. 1996 წელს მეპ ერთ სულ მოსახლეზე 25,710 Aაშშ დოლარი იყო. 1997 წლის მონაცემებით ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ბავშვზე 4 იყო, სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ 78 წლამდე განისაზღვრებოდა. 1997 წელს შობადობის ნედლი მაჩვენებელი ყოველ 1000 მოსახლეზე 12 იყო, მაშინ როცა მშობიარობათა 100% სამედიცინო დაწესებულებებში ხდებოდა. დედათა სიკვდილიანობა ყოველ 100000 მშობიარეზე (1980-1997წწ.) 5 იყო. იმუნიზაციით დაფარვა ჩვილებში 1995-1997წწ. პოლიოზე და DPT 99% იყო და წითელაზე კი – 96%.

შვედეთში არსებული სადაზღვევო სისტემა წლების განმავლობაში ვითარდებოდა და სავალდებულო 1955 წელს გახდა, რომელიც სამედიცინო კლინიკების და ჰოსპიტალების, ასევე კერძო ამბულატორიული მომსახურების კომპენსაციებს ფარავდა. შვედური ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად სახელმწიფოს და კერძო კომპანიების მიერ გადახდილი საშემოსავლო გადასახადებიდან ფინანსდება, მაგრამ პაციენტების თანადაფინანსებით. ჯანდაცვის დანახარჯები 1972 წელს არსებული 7.5%-დან, 1982 წელს 9.6%-მდე გაიზარდა, ხოლო 1993 წელს ისევ შემცირდა 7.5%-მდე.

რაიონები და მუნიციპალიტეტები ჯანდაცვის მართვაში მთავრობის ძირითად საშუალებებს წარმოადგენს. არსებობს 23 რაიონული საბჭო და 3 დიდი მუნიციპალიტეტი, რომლის მოსახლეობაც 60000-დან 1.5 მილიონამდე მერყეობს. 1993 წელს ამ საბჭოებმა და მუნიციპალიტეტებმა, რომლებიც ძირითადად გადასახადებით ფინანსდება, ჯანდაცვის სისტემის 75%-ის დაფინანსება უზრუნველყო, მთავრობამ – 7%-ის, დაზღვევამ – 5%-ის, ხოლო 2-3% დანარჩენი სხვა წყაროებიდან პაციენტების მიერ გადახდილი თანხებზე მოდიოდა. მიმდინარე რეფორმები გაუმჯობესებულ პირველად დახმარებას უზრუნველყოფს, რაც თან ერთვის საავადმყოფოებში შემცირებულ საწოლების რაოდენობას. პირველადი დახმარება პაციენტებს სამედიცინო ცენტრებში გაეწევათ, სადაც დაქირავებული ექიმები, ექთნები და სხვა პერსონალი მუშაობს, რომლებიც 15000-მდე პაციენტს ემსახურებიან. 1993 წელს კერძო პრაქტიკის ექიმებთან ვიზიტი ექიმებთან მთლიანი ვიზიტის 20%-ს შეადგენდა.

შვედეთს საავადმყოფო საწოლების დიდი რაოდენობა მოსახლეობასთან მიმართებაში ტრადიციულად ჰქონდა (ცხრილი 13.4). 1960-იანი წლების ბოლოს ეს შეიცავდა 1000 კაცზე 5 მწვავე, 5 ხანგრძლივ და 6 გონებრივ დაავადებათა საწოლს.

ჰოსპიტალიზაცია იყო მზრუნველობის გავრცელებული ფორმა, განსაკუთრებით ისეთ

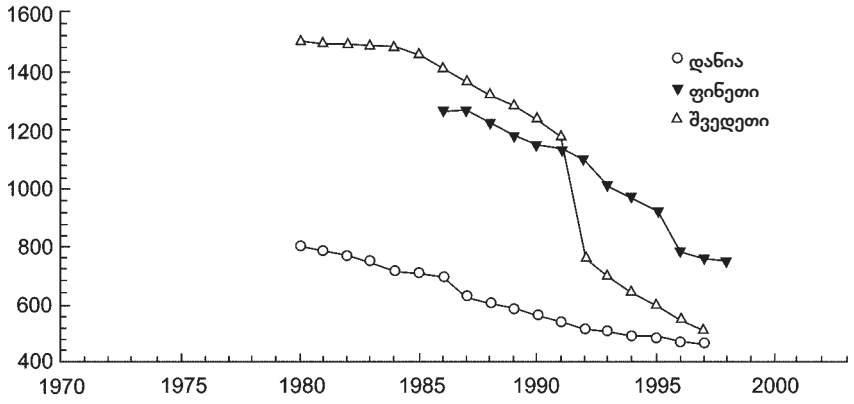
ცხრილი 13.4 საავადმყოფოს საწოლები საწოლთა ტიპის მიხედვით, შვედეთი, შერჩეული წლები, 1973-1996[a]

საწოლი	1975	1985	1990	1993	1996
მწვავე (სამედიცინო/ქირურგიული) საწოლები/1000	5.4	4.4	3.8	3.1	2.8
ფსიქიატრიული საწოლები/1000	3.9	2.5	1.7	1.2	0.8
ხანგრძლივე დაყოვნების, მათ შორის გერიატრიული	4.6	6.2	5.4	1.2	0.5
სულ საწოლი/1000[b]	na	14.6	12.4	7.0	5.6

Source: Statistical Yearbook of Country Councils, Sweden, 1995 [in Swedish]. Data for 1996 from WHO European Region HFA data set.

a Reform in 1992 included transfer of 31,000 nursing home beds from health to social care agencies.

b na, Not available.



სურათი 13.1 არაა თარგმნილი!!!!!!!!!!!!!!!!!!

რეგიონებში, რომლებიც მოსახლეობის სიმცირით და სამკურნალო დაწესებულებამდე დიდი მანძილით ხასიათდება. შვედეთში 40-იან წლებამდე საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობის შემცირება გრძელვადიანი სტრატეგია იყო, ხოლო 60-იანი წლებიდან მცირდებოდა სამედიცინო, ქირურგიული და ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობაც. გრძელვადიანი სოციალური მზრუნველობა მოხუცებზე სოციალური მომსახურების სააგენტოებს გადაეცა. ამ პოლიტიკის შედეგად, შვედეთი მსოფლიოში ერთერთი იშვიათი ქვეყანა გახდა, რომელმაც 1994 წელს მშპ-ის დანახარჯი ჯანდაცავზე რეალურად 7.6%-მდე შეამცირა. ეს ყველაფერი მაღალი ხარისხის მომსახურების შენარჩუნებით და ნაციონალური ჯანდაცვის ინდიკატორების გაუმჯობესებით შესრულდა, როგორიცაა ჩვილ ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. ეს მაჩვენებლები ერთ-ერთი ყველაზე დაბალია მსოფლიოში. 13.1 გრაფიკული გამოსახულება ასახავს საწოლთა შემცირებას ჰოსპიტალებში 1970 წლიდან 1990-იანი წლების ბოლომდე.

შვედეთში გატარებულმა უახლესმა რეფორმებმა შესაძლებელი გახადა საჯარო სექტორის სერვისების დაკონტრაქტება. ამან გააძლიერა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების როლი და შესაძლებელი გახდა უფრო ქმედითი და მომხმარებელზე მორგებული მომსახურების გაწევა. საავადმყოფოები ახალი საჯარო ბაზრის კონკურენციის პირობებში ფუნქციონირებენ როგორც ეკონომიკური ერთეულები, თავიანთი შემოსავლებითა და ხარჯებით. სახელმწიფო დაწესებულებები ასევე კონკურენციას უნდა უწევდნენ კერძო სექტორის წარმომადგენლებს და ზოგ შემთხვევებში მათი მომსახურების შესყიდვასაც უნდა ახდენდნენ. ამან ხელი შეუწყო საოპერაციო მომსახურების დროის შემცირებას და არაქმედითი სამედიცინო დაწესებულებების გაკოტრებას.

ფინეთი

ფინეთი არის რესპუბლიკა, რომლის მოსახლეობა 1997 წელს 5.1 მლნ ადამიანს შეადგენდა. 1996 წ. მეპ-ი ერთ სულზე 23.240 აშშ დოლარი იყო. ფინეთმა მსოფლიოში ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ყველაზე დაბალ მაჩვენებელს მიაღია, რომელიც 1960 წლიდან 1000 ცოცხლადდაბადებულ ბავშვზე 22-დან, 1997 წლისთვის 4-მდე შემცირდა. დედათა სიკვდილიანობა 1990-1997წწ. 100,000 ცოცხლად დაბადებულ ბავშვზე 6-ს შეადგენდა. ბავშვთა ჯანდაცვას უფასოდ უზრუნველყოფს მუნიციპალიტეტები, რის შედეგადაც ვაქცინაციის მაჩვენებლებია: 100% პოლიომიელიტი, 100% DPT, 100% MMR, 1 წლის ასაკის ბავშვებისთვის (1995-1997წწ.). პოლიომიელიტის იმუნიზაციის მაღალი მაჩვენებლის მიუხედავად, ფინეთში პოლიომიელიტის აფეთქება 1980-იან წლებში დაფისირდა, იმის გამო, რომ არასათანადო IPV ვაქცინა გამოიყენებოდა. 1971 წლიდან 1991 წლამდე პერიოდში სიცოცხლის ხანგრძლივობა მამაკაცებს შორის 5.5 წლით გაიზარდა, ქალებს შორის – 5.1 წლით, ამასთან, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1997 წ. 77 წელს შეადგენდა, მაშინ, როცა 1960 წელს ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 68 წელი იყო.

ფინეთში მთავრობა სამი დონისგან შედგება. ძლიერი მუნიციპალური მთავრობები უზრუნველყოფს პირველად, მეორად და მესამეულ დონის ჯანდაცვის მომსახურებას, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, განათლებისა და სხვა სოციალურ მომსახურებას.

შტატები აფინანსებენ მუნიციპალიტეტებს, რათა მათ უზრუნველყონ მომსახურება, ხოლო მენეჯმენტს ადგილობრივად არჩეული თანამდებობის პირები უზრუნველყოფენ. საშემოსავლო გადასახადი მუნიციპალურ და ეროვნულ მთავრობებს შორის ნაწილდება. ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობა გარანტირებულია ყველასთვის.

ჯანდაცვის პოლიტიკა ეროვნული ხელისუფლების დონეზე განისაზღვრება, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში კაპიტალურ ინვესტიციებს არეგულირებს და მუნიციპალიტეტებს აფინანსებს, რომლებიც ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელი არიან. სახელმწიფო და მუნიციპალური მთავრობები ერთად იღებენ მთლიანი გადასახადების დაახლოებით ნახევარს, რაც სხვა ქვეყნებთან შედარებით, საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია და მშპ-ის 46%-ს აღწევს. 1990-იანი წლების დასაწყისში ადგილი ჰქონდა ეკონომიკურ რეცესიას, რამაც მშპ-ს შემცირება გამოიწვია. ამის შედეგად, მეპ-ის წილი, რომელიც ჯანდაცვაზე იხარჯებოდა, მკვეთრად გაიზარდა, 1982 წელს 6.8%-დან, 1992 წელს 9.4%-მდე. შემდეგ კი შემცირდა 1993 წ. 8.8%-მდე და 1997 წ. 7.5%-მდე შემცირდა.

სიკვდილიანობის არაპროპორციულად მაღალი დონეები აღინიშნება შუა ხნის მამაკაცებს შორის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ტრავმებისა და თვითმკვლელობების შედეგად. ჩრდილოეთ კარელიის ფართოდ ცნობილი პროექტი (იხ. თავი 5) გათვალისწინებულია გულის დაავადებების რისკ-ფაქტორების შემცირებისთვის და მან მნიშვნელოვნად შეამცირა ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1970 წლიდან 1996 წლამდე 52%-ით შემცირდა, ნაწილობრივ, კვების რაციონში ხორცის პროდუქტების შემცირების და ბოსტნეულის უფრო ფართოდ მოხმარების წყალობით. მწეველი მამაკაცების რაოდენობა, 1970-იან წლებში, 50%-ს შეადგენდა, თუმცა, 1993 წლისთვის ერთ მესამედამდე შემცირდა, როდესაც მწეველი ქალების წილი 20%-ს შეადგენდა. სპირტიანი სასმელების საერთო მოხმარება დაბალია, მაგრამ გავრცელებულია დღესასწაულებზე ჭარბად სმა, რაც თვითმკვლელობებისა და ტრავმატულობის მაღალ მაჩვენებლებს განაპირობებს.

ფინეთში საავადმყოფოს საწოლების დაკავების მაღალი მაჩვენებლები იყო, 1980-იან წლებამდე, როდესაც ქვეყანაში შეიცვალა ჯანდაცვის პოლიტიკა, აღიარეს სტაციონარული მკურნალობის შეზღუდვები და უფრო დიდი აქცენტი გაკეთდა პირველად ჯანდაცვაზე, პრევენციულ და სოციალურ მომსახურებაზე და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე. საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა კვლავაც მცირდება, საავადმყოფოში დარჩენის დროის შემცირების და ამბულატორიული და პოლიკლინიკური მკურნალობის გაფართოების წყალობით. ფსიქიატრიული საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობა 80-იანი წლების განმავლობაში 50%-ით შემცირდა. საავადმყოფო საწოლების ჯამური რაოდენობა და მოსახლეობის თანაფარდობა 1980 წ. 1000 მოსახლეზე 15.6-დან, 1995 წ. 9.3-მდე შემცირდა. სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა შემცირდა 1975 წ. 1000 მოსახლეზე 4.8-დან, 1995 წ. 3.9-მდე (იხილეთ სურათი 13.1) და 1998 წ. 2.4-მდე.

1980-იანი წლების განმავლობაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმამ შეამცირა არაეფექტიანობა, ბიუროკრატია და მოლოდინის დრო, ამასთან, გაიზარდა მომხმარებლების კმაყოფილება. ჩგამოიყენება ერთ სულზე გადაანგარიშებისა (capitation) და ფასიანი მომსახურების (fee for service) კომბინაცია. 1993 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმებმა შეცვალა მუნიციპალური ჯანდაცვის სერვისების ეროვნული მხარდაჭერა, იმისათვის, რომ დაებლოკა მუნიციპალიტეტებისთვის კაპიტაციის ფორმულაზე დაფუძნებული გრანტები, რომლებიც ახლა აფინანსებენ ორივეს, ჰოსპიტალურ და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს. ეს მუნიციპალიტეტებს უფრო მეტ თავისუფლებას აძლევს განსაზღვრონ მომსახურებებს შორის თანაფარდობა და საავადმყოფოებიდან პირველადი ჯანდაცვის სექტორებისთვის რესურსების გადამისამართება მოახდინონ. ადგილობრივი სამედიცინო ცენტრები უზრუნველყოფს სამედიცინო და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომსახურებების უმეტესობას, მათ შორის, რეაბილიტაციის და დამოკიდებულებების მკურნალობის ჩათვლით.

საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმებს უფლება მიეცათ ჰქონდეთ კერძო პრაქტიკა. ზოგადი ექიმების 90%-ზე მეტი სახელმწიფო ჯანდაცვის დაწესებულებებში მუშაობს, თუმცა, მათი დაახლოებით ერთი მესამედი, თავისუფალ დროს კერძო პრაქტიკას ეწევა. ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებების გამო ექიმები კმაყოფილნი არიან, რადგან ამჟამად გათვალისწინებულია

როგორც ფასიანი, ასევე უფასო მომსახურების გარკვეული კომბინაცია.

ამჟამად, ეფექტიანობის ამაღლებისთვის ჯანდაცვის სექტორში გათვალისწინებული ღონისძიებები მოიცავს გეგმიურ და საბაზრო ეკონომიკის კომბინაციას. სახელმწიფო ჯანდაცვის მომსახურების ძლიერი ტრადიციები კვლავაც გაგრძელდება, საბაზრო ელემენტების დანერგვის მიუხედავად, თუმცა, რეგიონული უთანასწორობა შეიძლება არასასურველი შედეგი იყოს. ფინეთში ჯანდაცვის რეფორმა მომსახურების მენეჯმენტის დეცენტრალიზებული სისტემით, ცენტრალური დაგეგმვითა და ფინანსური მხარდაჭერით გაგრძელდება.

დასავლეთ ევროპა

კონტინენტალური დასავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნები, დასაქმების ადგილის მიხედვით, ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის პიონერები არიან, ამასთან, დაზღვევის პირობებს ეროვნული მთავრობები არეგულირებენ, რომლებიც ასევე ადგენენ გადახდის განრიგებს და ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკას განსაზღვრავენ. პირველ ასეთ პროგრამას ბისმარკის ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა ერქვა და ის დამახასიათებელი იყო გერმანიის, საფრანგეთის, ჰოლანდიის, ბელგიის, ლუქსემბურგის, ავსტრიის და შვეიცარიისთვის, რომელთაგან თითოეულს გარკვეული თავისებურებები და სოცუზრუნველყოფის და ეროვნული მომსახურების ელემენტების კომბინაცია ჰქონდა. ამას ერქვა „ავადმყოფობის დაზღვევა“, რომელსაც საფუძვლად ედო მომუშავეთა შეღავათების სოლიდარობის პრინციპი. იგი მოიცავდა ხანდაზმულობის პენსიებს, ინვალიდთა შეღავათებს და შრომის უნარის დაკარგვასთან დაკავშირებულ კომპენსაციებს. ფონდები ინარჩუნებდა მკურნალობაზე ორიენტირებულ მიდგომას და დაავადებების პრევენციას ისინი მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში ახორციელებდენ, გაცილებით უფრო ნაკლები იყო ჯანმრთელობის ხელშეწყობაც.

გერმანია

გერმიანია ფედერაციული ქვეყანაა, რომელსაც სოციალური დაცვის კანონმდებლობის საუკუნოვანი ტრადიცია აქვს. მენეჯმენტის ასპექტების უმეტესობა გადაცემული აქვთ თვითმმართველ მზღვეველებს და მიმწოდებლების ასოციაციებს. 1997 წელს, დასავლეთ და აღმოსავლეთ გერმანიის გაერთიანების შემდეგ, გერმანიის მოსახლეობა 82.1 მილიონი იყო, ხოლო მისი მეპ-ი ერთ სულზე, 1996 წლისთვის, 28.870 აშშ დოლარს შეადგენდა. 1997 წელს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, 1000 ცოცხლად დაბადებულ ბავშვზე 5-ს შეადგენდა. 1990-1997 წწ. პერიოდში მშობიარე დედების სიკვდილიანობა 100.000 ფეხმძიმეზე 8 იყო. 1997 წელს, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 77 წელს შეადგენდა. იმუნიზაციას კერძო პრაქტიკოსები უზრუნველყოფენ. ჩვილების იმუნიზაციის მაჩვენებლები შედარებით დაბალია: 45% DPT-სთვის, 80% პოლიომიელიტისთვის და 75% წითელასთვის, 1995-1997 წწ. პერიოდში (UNICEF 1999).

ბისმარკის სამედიცინო დაზღვევა. გერმანიის სამედიცინო დაზღვევის ეროვნული სისტემას საფუძვლად უდევს ოტო ფონ ბისმარკის გეგმა, რომელიც მან დაბალშემოსავლიანი მომუშავეებისთვის შემოიღო. გეგმა ფინანსდება სოცუზრუნველყოფის სისტემის მეშვეობით, დამქირავებლებისა და თანამშრომლების მიერ. როგორც ადრე აღინიშნა, 1883 წლის აქტი ავადმყოფობისგან დაზღვევის შესახებ, ყველა იმ მომუშავის დაზღვევას ითვალისწინებდა, რომლებსაც განსაზღვრულზე დაბალი შემოსავალი ჰქონდათ, ავადმყოფობის ფონდის მიერ, რომელიც დამქირავებლებისა და თანამშრომლების მიერ ფინანსდებოდა.

ავადმყოფობის ფონდები (*Krankenkassen*) შეიძლება ყოფილიყო პროფკავშირების ან დამქირავებლების ასოციაციების მფლობელობაში, რომლებსაც შეეძლოთ საკუთარი ჯანდაცვის სამსახურების ოპერირება, ყოველმხრივი სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველსაყოფად, აღრიცხვაზე აყვანილი თანამშრომლებისა და მათი ოჯახებისთვის. გვერდითი ფონდები ან ურთიერთდახმარების საზოგადოებები უზრუნველყოფდა ფულად დახმარებას ავარიებში დაშავებულებისთვის, ასევე დახმარებებს დასაფლავებისთვის და პენსიებს ქვრივებისთვის. შემდგომ ეს

გეგმა გაფართოვდა, პრაქტიკულად მთელი მოსახლეობა მოიცვა და ამჟამად გერმანიის სამედიცინო და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის საფუძველს წარმოადგენს.

ავადმყოფობის ფონდში შენატანები თანამშრომლებისთვის განისაზღვრება შემოსავლებით და მიღებულ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული არ არის. ავადმყოფობის ფონდების ასოციაციები და ექიმთა ასოციაციები მომსახურების საფასურის გადახდის გრაფიკებს ათანხმებენ. ავადმყოფობის ფონდებს უფლება აქვთ პროგნოზირებული ხარჯების მიხედვით დამქირავებლებისა და თანამშრომლების განაკვეთები განსაზღვრონ.

1914 წლისთვის დაზღვეული იყო მთლიანი მოსახლეობის 13%. 1932 წელს ამ მაჩვენებელმა 32% შეადგინა, 1960 წელს – 85%, ხოლო 1986 წელს – 90%. 1993 წელს მოსახლეობის 85% დაზღვეული იყო სავალდებულო დაზღვევის რეჟიმში, ადგილობრივი ან ეროვნული ავადმყოფობის ფონდების მიერ, ხოლო 25% დაზღვეული იყო კერძო ნებაყოფლობითი დაზღვევის სქემებით. დღეისთვის, სტატუსური სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ფინანსდება დამქირავებლების (50%) და თანამშრომლების (50%) მიერ. ჯანდაცვის შეღავათები ძალზე ფართო სპექტრისაა და სამედიცინო, სტომატოლოგიურ და სტაციონარულ მომსახურებას მოიცავს, ასევე განსაზღვრულია რეცეპტით გათვალისწინებული მედიკამენტები, ბინაზე მომსახურება და სანატორიუმებში რეაბილიტაცია.

სახელმწიფო ხელისუფლებას უფლება აქვს დაგეგმოს საავადმყოფოები, რომელთაგან ნახევარს ამუშავებს მუნიციპალიტეტები, მესამედს – არაკომერციული არასამთავრობო ორგანიზაციები, ხოლო დანარჩენი კომერციული ოპერაციებია. 1972 და 1985 წლების კანონმდებლობის მიხედვით, საავადმყოფოების კაპიტალური ხარჯები სახელმწიფოს და ადგილობრივი მთავრობების მიერ, საჭიროების შესახებ ცნობების საფუძველზე ფინანსდებოდა. საოპერაციო ხარჯების გადახდა ხდება დღიურად, ავადმყოფობის ფონდების მიერ, სტანდარტული განაკვეთებით, ყველა პაციენტისთვის, თუმცა, განსხვავებულად სხვადასხვა საავადმყოფოებში. საავადმყოფოებს არავითარი სტიმული არა აქვთ გამოყენების ხარჯები შეამცირონ.

პროფესიული ასოციაციები და საავადმყოფოები მნიშვნელოვან როლს თამაშობდნენ ჯანდაცვის ხარჯების განსაზღვრისას, მაღალი ხელფასების და მაღალ ტექნოლოგიებზე, ქირურგიის მაღალ დონესა და ურთიერთგადამფარავი მომსახურების საფუძველზე. პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ ექიმი, მაგრამ, ისინი შეიძლება დაავალდებულონ, რომ შევიდნენ რომელიმე 1241 მოქმედი ავადმყოფობის ფონდში, დამქირავებლის ან პირის პროფესიონალური ჯგუფის არჩევანის მიხედვით. ღარიბები და უმუშევრები უნდა შევიდნენ AOK ავადმყოფობის ფონდში (*Allegemeine Ortskrankenkasse*), რომელსაც სპეციალური სახელმწიფო მხარდაჭერა აქვს და ვალდებულია ყველა მსურველი მიიღოს.

სამედიცინო დაზღვევის რეფორმა. გერმანიაში ჯანდაცვის ხარჯების 21%-ს სახელმწიფო უზრუნველყოფს, მაშინ, როცა დამქირავებლებისა და თანამშრომლების წილი 60%-ია, პირადად გადახდილი თანხები 11%-ს შეადგენს, ხოლო კერძო დაზღვევა – 7%-ს. საავადმყოფოებს უხდიდნენ დღეების მიხედვით, ხელფასიანი ექიმის მომსახურების ჩათვლით. 1986 წელს საავადმყოფოებისთვის შემოიღეს გლობალური ბიუჯეტი, რომელიც რენტაბელური მომსახურების, ამბულატორიული მკურნალობის გაფართოების და სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის ხელშეწყობისთვისაა განსაზღვრული. გერმანიაში მაღალია საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობა, დაკავების მაჩვენებლები კი დაბალია. 1988 წელს და შემდეგ, 1993 წ., მიღებულ იქნა ჯანდაცვის შესახებ კანონები, რომლებითაც ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას შეეცადნენ. აღნიშნული კანონი ზღუდავს საფასურის მომატებას, ექიმების რაოდენობას და ამბულატორიული მომსახურებისთვის ძვირადღირებული ტექნოლოგიების გამოყენებას. 1986 წ. გერმანია ჯანდაცვაზე, ერთ სულზე, 1.014 აშშ დოლარს ხარჯავდა (1.289 აშშ დოლარი კანდადაში და 1.197 აშშ დოლარი ამერიკის შეერთებულ შტატებში). ეს მაჩვენებელი გერმანიაში 2.233 აშშ დოლარამდე გაიზარდა, კანადაში – 2.065 დოლარამდე და ამერიკის შეერთებულ შტატებში 3.898 დოლარამდე. 1996 წ. გერმანიაში ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების წილი, მთლიან შიდა პროდუქტზე, 1986 წ. 9.2%-დან, 1996 წ. 10.5%-მდე გაიზარდა. ეს მეორე უდიდესი მაჩვენებელია მსოფლიოში, ამერიკის შეერთებული შტატების შემდეგ.

გერმანიაში ჯანდაცვის სტანდარტები ერთერთი ყველაზე მაღალია მთელს მსოფლიოში, თუმცა, კიბოს, ცერებრო-ვასკულური დაავადებებისა და გულის დაავადებების გამო, გერ-

მანია მეთექვსმეტე და ოცდამეოთხე ადგილებს შორისაა, წამყვან ქვეყნებში. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიდგომები არ შედის ავადმყოფობის ფონდის პასუხისმგებლობაში, თუმცა, მიმდინარეობს მათი განხილვა, ჯანდაცვის რეფორმასთან დაკავშირებით. გერმანიის ჯანდაცვის სისტემამ უნდა დასძლიოს ყოფილი აღმოსავლეთ გერმანიის ჯანდაცვის სისტემასთან და მოსახლეობის გაერთიანებასთან დაკავშირებული პრობლემები. ეს სამედიცინო მომსახურების სტანდატების გაზრდაზე მეტია; აბსორბციის ამ პროცესის მთავარი ფაქტორებია სიღარიბე, უმუშევრობა, ცუდი საცხოვრებელი პირობები და არასათანადო კვება.

ნიდერლანდები

1997 წელს ნიდერლანდების მოსახლეობა 15.7 მილიონს შეადგენდა. 1996 წ. ერთ სულზე მშპ 25.940 აშშ დოლარი იყო, ხოლო სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა — 78 წელი, რაც მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა 1980 წ. 1000 ცოცხლად დაბადებულ ბავშვზე 18 შემთხვევიდან 5-მდე შემცირდა, ამერიკის შეერთებული შტატების მონაცემები 1997 წ. 1000 ბავშვზე 26 და 7 იყო. დედების სიკვდილიანობა 1980-1997 წწ. პერიოდში 100.000-ზე შეადგენდა 10 შემთხვევას. იმუნიზაცია 1995-1997 წწ. პერიოდში DTP-თვის, პოლიომიელიტისა და წითელასთვის 95-96%-ს შეადგენდა. ნიდერლანდებში 1987 და 1992 წლებში არაიმუნიზირებულ რელიგიურ ჯგუფებში იმპორტირებული პოლიოვირუსისგან პოლიომიელიტის ორმა ეპიდემიამ იფეთქა.

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა სახელმწიფო და კერძო დაფინანსების კომბინაციას წარმოადგენს, ხოლო მომსახურებას კერძო სექტორი უზრუნველყოფს. სისტემა განვითარდა შუა საუკუნეების გილდიებიდან და ურთიერთდახმარების საზოგადოებებიდან სამედიცინო დაზღვევამდე, დამქირავებლებისა და თანამშრომლების მიერ შენატანებით, ან არაკომერციული ავადმყოფობის ფონდებით, ან კერძო დაზღვევის გეგმებით. 1933 წლისთვის სამედიცინო დაზღვევა ასეთი ჯგუფების მიერ, მოსახლეობის 41%-ს მოიცავდა. ეროვნული სამედიცინო დაზღვევა 1941 წელს დაინერგა (გერმანელების მიერ). ავადმყოფობის ფონდები გეოგრაფიული ნიშნის საფუძველზე შეიქმნა და მოსახლეობის უმეტესობას მოიცავდა. თანამშრომლების შენატანები შეადგენს ხელფასების 4.95%-ს, დამქირავებლების 3.15%-ს. ექიმებს უხდიან მომსახურების მიხედვით დაზღვეული პაციენტებისთვის და ერთ სულზე, ავადმყოფობის ფონდის პაციენტებისთვის.

პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ მიმართვა ზოგადი პრაქტიკის ექიმისგან, ვიდრე სპეციალისტთან მივლენ (ე. ი. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი მეკარის როლს ასრულებს). ეს ხელს უწყობს არაადეკვატური მიმართვების შემცირებას, ამყარებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის როლს და ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლის საშუალებას იძლევა. სპეციალისტების უმეტესობა საავადმყოფოებშია ბაზირებული და მათ მომსახურების საფასურს უხდიან. საავადმყოფოები არაკომერციულია და მათ ბლოკური ბიუჯეტის საფუძველზე აფინანსებენ, რომელიც შეთანხმებულია ავადმყოფობის ფონდს და კერძო მზღვეველებს შორის. საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობას სახელმწიფო არეგულირებს, როგორც ტექნოლოგიებში ინვესტირებას, რითიც ის ჰოსპიტალურ სექტორში ფასების ზრდას ზღუდავს.

ნიდერლანდებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა აქცენტს აკეთებს კონკურენციასა და საბაზრო მიდგომაზე, რათა მომხმარებლებს ავადმყოფობის ფონდების და კერძო მზღვეველების უფრო ფართო არჩევანი ჰქონდეთ. ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ის პროცენტი, 1972 წ. 6.7%-დან, 1982 წ. 8.4%-მდე გაიზარდა, რაც 1993 წლამდე სტაბილური რჩებოდა, ვიდრე ამ წელს 8.9%-მდე არ გაიზარდა, ხოლო 1996 წლისთვის თანდათანობით 8.6%-მდე შემცირდა. საავადმყოფოების გადაუდებელი ზრუნვის ჯანდაცვის საწოლების რაოდენობის თანაფარდობა მოსახლეობასთან 1000 ადამიანზე 1970 წ. 5.5-დან, 1995 წ. 3.9 საწოლამდე შემცირდა.

სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მიუთითებს, რომ ნიდერლანდების მოსახლეობაში შედარებით მაღალია კიბოს რისკი, თუმცა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი აქ უფრო ნაკლებია, ვიდრე ჩრდილოეთ ევროპის სხვა ქვეყნებში. ჰოლანდიის ჯანდაცვის სისტემა ძალზე წარმატებულია და ზღუდავს ხარჯების მომატებას, როგორც ამერიკის შეერთებული შტატები, კანადა და ბევრი სხვა ევროპული სახელმწიფო, მაშინ, როცა უზრუნველყოფს საყოველთაო დაზღვევას, პროფილაქტიკას, პირველადი დახმარების სამედიცინო მომსახურებას. ჰოლანდია ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით ერთ-ერთი პირველია მთელს მსოფლიოში.

იაპონია

იაპონია არის ცენტრალიზებული, ინდუსტრიული, დემოკრატიული ქვეყანა, 125,6 მილიონი მოსახლეობით. 1996 წლის მონაცემებით ერთ სულ მოსახლეზე მშპ 40,940 აშშ დოლარია. მას აქვს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე დაბალი ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, 1997 წლის მონაცემებით, ყოველ 1000 დაბადებულზე 4. დედათა სიკვდილიანობა 1980-1997 წლის მონაცემებით ყოველ 100,000 მოსახლეზე 8 იყო. იმუნიზაციის დაფარვა 1995-1997 წლებში იყო 100%, 98% და 94%, იგი ეხებოდა DPT-ს, პოლიოს და წითელას ვაქცინებს. ამ ქვეყანაში ცხოვრების ხანგრძლივობა მსოფლიოში ყველაზე მაღალია. 1970-1997 წლების განმავლობაში მამაკაცების და ქალების ცხოვრების ხანგრძლივობა ერთად 72 წლიდან 80 წლამდე გაიზარდა.

მეორე მსოფლიო ომიდან მოყოლებული, იაპონიამ ყურადღება გაამახვილა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე, აწარმოებდა უფასო დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სერვისებს. ფეხმძიმე ქალი იღებს დედის ბონუსებს, რათა წახალისებული იქნას პრენატალური მზრუნველობა; ბავშვთა მზრუნველობის მომსახურება შეიცავს: ვრცელ იმუნიზაციის პროგრამას, ახალდაბადებულების სკრინინგს დაავადებებზე, განვითარების ტესტებს და მცირეწონიან და უნარშეზღუდულ ახალდაბადებულებზე სპეციალურ მკურნალობას.

იაპონიას აქვს გულის დაავადების, დიაბეტის და ავთვისებიანი დაავადებების სიკვდილიანობის საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი, მაგრამ საკმაოდ მაღალი ინსულტის და ტრავმის (ავტოსაზგაო შემთხვევები და თვითმკვლელობა) მაჩვენებლები.კორონალური გულის დაავადების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იაპონიაში დაბალია, 25 ყოველ 100.000 მოსახლეზე მამაკაცებში. კანადაში ეს ციფრი 118-164-ია, ამდენივეა აშშ-ში, შვედეთსა და დიდ ბრიტანეთში. თუმცა, ცერებრო-ვასკულური დაავადებით სიკვდილიანობის მაჩვენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ქვეყნებში. კუჭის კიბოს მაჩვენებლები არის უფრო მაღალი, მაგრამ ფილტვის და მკერდის კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები – უფრო დაბალი. იაპონური დიეტა შეიცავს ცხოველის ცხიმის და ქოლესტერინის დაბალ შემცველობას, რომელიც უკავშირდება კარდიო-ვასკულურ დაავადებების დაბალ მაჩვენებელს, მაგრამ შებოლილი და მარილიანი საკვების დიდი რაოდენობა, არის ახსნა ცერებრო-ვასკულური დაავადებისა და კუჭის კიბოს სიკვდილიანობის დონეებისა.

ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა

საბაზისო ჯანმრთელობის დაზღვევის ძირითადი პროგრამა იაპონიაში 1922 წელს ამოქმედდა, როგორც დასაქმებასთან დაკავშირებული სოციალური დაზღვევის კანონის გაგრძელება, რომელიც 1874 წელს შემოიღეს. 1935 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევა გაფართოვდა მუშებზეც, შემდეგ 1938 წელს თვითდასაქმებულ ადამიანებზე. 1960-იანების შუა პერიოდში ჯანდაცვის დაზღვევის გეგმით პრაქტიკულად მთელი მოსახლეობა დაიფარა, ჩვეულებრივი დაქირავებულებიდან დაწყებული, მთავრობით გაგრძელებული და სავაჭრო ასოციაციებით დამთავრებული. მთავრობის მიერ მართული ჯანმრთელობის დაზღვევა ფარავს პატარა ბიზნესის თანამშრომლებს (300-ზე ნაკლებს), რომელიც მოიცავს მოსახლეობის 29%-ს. მსხვილ კომპანიებს ან კომპანიის ჯგუფებს 700-ზე მეტი მომუშავეთი, ჯანდაცვის ალტერნატიული დაზღვევის პროგრამით, შეუძლიათ დამოუკიდებელი დაზღვევის პროგრამა შეადგინონ. ასეთ პროგრამაში ამჟამად მოსახლეობის 25%-ია ჩართული. საერთო დახმარების ასოციაციები საჯარო მოხელეების, განმანათლებლების და სხვების დაფარვას ახდენენ (დაახლოებით 10% მოსახლეობისა).

1972 და 1992 წლებში ორი გამოქვეყნებული კანონის მიხედვით დააზღვიეს მოხუცები და დაბალშემოსავლიანი ადამიანები (მოსახლეობის 32%-ი). ამ ჯგუფების დაზღვევა ადმინისტრირებულია ადგილობრივი მთავრობის ან სავაჭრო ასოციაციების მიერ. ასევე არსებობს სხვა მრავალი ჯანდაცვის კანონები, რომლებიც უმნიშვნელოვანეს საკითხებს ეხება, მათ შორის: კვებას, ტუბერკულოზის პრევენციას, გადამდები დაავადებების კონტროლს, მენტალურ ჯანმრთელობას, გარემოს სანიტარიას და ჯანმრთელობის დაგეგმარებას.

დაფინანსება და მომსახურება

იაპონიის ჯანდაცვის სამსახური დაფინანსებულია სახელფასო გადასახადით, რომელსაც

გააჩნია ფიქსირებული განაკვეთი — 3.6-4.55% დაქირევებულებისთვის და 4.1-4.7% დამქირავებლებისთვის. მთავრობა აფინანსებს ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯების 65%-ს, რომლებიც კონტროლდება ეროვნული სავალდებულო მოსაკრებლის ცხრილებით დაფარული მომსახურებების კალათისთვის. ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურებისთვის პაციენტების მიერ თანადაფინანსება შეადგენს 10%-ს დაქირავებულებისთვის და 30%-ს მათი დაქვემდებარებაში მყოფ პირთათვის. ჯანდაცვის სარგებლის გეგმა მოიცავს მედიკამენტებს, გრძელვადიან მზრუნველობას, სტომატოლოგიას და ზოგიერთ პრევენციულ მომსახურებას, ისევე, როგორც სამედიცინო და ჰოსპიტალურ მომსახურებებს. პრევენციული მკურნალობა უფასოა, საერთაშორისო ჯანდაცვის ცენტრების ქსელის წყალობით, რომლის ხარჯებსაც ცენტრალური და ადგილობრივი მთავრობები იყოფენ. ჯანდაცვის დანახარჯები გაიზარდა მშპ-ს 4.5%-დან 6,8%-მდე (1972წ.-დან 1982წ.-მდე), მაგრამ შემდეგ შეინარჩუნა სტაბილურობა 1996 წელს 7.1%-ით, რაც საკმაოდ დაბალია ინდუსტრირებული ქვეყნების უმეტესობასთან შედარებით. დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე იაპონიაში იყო 1996 წელს 1,713 აშშ დოლარი, აშშ-ში 3,926 – აშშ დოლარი, კანადაში – 2,112 აშშ დოლარი და დიდ ბრიტანეთში – 1,358 აშშ დოლარი.

იაპონიას აქვს ჰოსპიტალური საწოლების პოპულაციასთან თანაფარდობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი და ცოტა საწოლი, რომელიც განკუთვნილია გრძელვადიანი ან საექთნო მომსახურებისთვის. ამის გამო, ჰოსპიტალის გამოყენების მაჩვენებლები სხვა დასავლეთის ქვეყნებთან შედარებით დამახინჯებულია. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებიც არის უფრო დაბალი, ვიდრე დასავლეთის ქვეყნებში, უფრო დიდი ამბულატორიული მკურნალობის მაჩვენებლით, ჰოსპიტალში საშუალოდ 4-8 დღიანი გაჩერებით. ჰოსპიტალური საწოლების ფარდობითი მთლიანი მაჩვენებელი 1996 წელს ყოველ 1000 მოსახლეზე 16.2 იყო, საშუალო კი 49 დღე, რაც უფრო მაღალია, ვიდრე ეკონომიკის თანამშრომლობის და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც არის 8,4 დღე და 14,4 ლოგინი ყოველ 1000 მოსახლეზე. საავადმყოფოები, საშუალოდ 166 ლოგინით, მოიცავს როგორც მწვავე ასევე ქრონიკული დაავადების საექთნო მკურნალობას. მეორეს მხრივ, იაპონიას ჰყავს საკმაოდ მცირე რაოდენობის ექიმები, 1996 წლის მონაცემებით ყოველ 1000 მოსახლეზე 1,8. თუ შევადარებთ ეკონომიკის თანამშრომლობის და განვითარების ორგანიზაციის მონაცემებს ყოველ 1000-ზე იგი 2,7-ია.

პაციენტებს აქვთ ექიმების არჩევის თავისუფლება, რომელთაგან 2/3 მუშაობს კერძო პრაქტიკოსად, როგორც საჯარო, ისე კერძო საავადმყოფოებში, დაახლოებით 1/3 ექიმებისა არიან ზოგადი პრაქტიკოსები, რომელთა ანაზღაურებაც დამოკიდებულია მომსახურებაზე, რომელიც ეხება პირველად დახმარებას. ეროვნული მოსაკრებლის ცხრილი ხელს უწყობს პირველადი დახმარების ფინანსურ მოტივაციას. ექიმები ცდილობენ ასევე დაარიგონ წამლები თავიანთ კერძო კლინიკებში, ასე რომ, იაპონია მოიხმარს ყველაზე მეტ წამალს, ვიდრე სხვა ინდუსტრირებული ქვეყნები. ექიმებთან დაკავშირების მაჩვენებლები დასავლეთის ქვეყნებთან შედარებით მინიმუმ ორმაგია; ყოველ წელს ერთ სულ მოსახლეზე 12,9 დაკავშირება, როცა შვედეთში არის 2,8, ხოლო კანადაში, აშშ-სა და დიდ ბრიტანეთში – 5-7.

იაპონიას ჰქონდა ძალიან დაბალი შობადობის და ნაყოფიერების მაჩვენებლები 1950- იანი წლებიდან მოყოლებული. ეს სიკვდილიანობის დაბალ დონესთან შერწყმით, ხელს უწყობს მოსახლეობის დაბერებას, პრობლემას უქმნის ჯანდაცვის მომსახურებას, რომელიც პრობლემად დარჩება რამდენიმე წლის შემდეგაც. ასეთი რეალობა მოითხოვს გერიატრიული დაწესებულებების საჭიროებას, საექთნო სახლებს, სახლში მზრუნველობას და ხელშემწყობ მომსახურებებს ოჯახისთვის, რათა მოუარონ მოხუცებს. სამედიცინო ტექნოლოგიის გავრცელება ჯანდაცვის სისტემის პრობლემაა. ხარჯის შემცირება არის მთავარი საკითხი, რაც სავარაუდოდ ჯანდაცვის საკითხებში მთავრობის რეგულაციებს გაზრდის.

რეზიუმე

იაპონიის ჯანდაცვის სისტემა საკმაოდ დეცენტრალიზირებულია, თუმცა ხელისუფლების მიერაა რეგულირებული. ამან განაპირობა მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, უმეტეს ასაკობრივ ჯგუფებში, დაბალი სიკვდილიანობა და ამასთან ხარჯების შეზღუდვა. პირველადი სამედიცინო დახმარების მოტივირება აღმოჩნდა წარმატებული, მიუხედავად ზედმეტი წამლების გამოყენებისა. იაპონიას აქვს ყველაზე მაღალი

საავადმყოფოს საწოლის შეფარდება, რადგან მოსახლეობაში მოხუცების მაღალი პროცენტულობაა და ალტერნატიული ხანგრძლივი მკურნალობის საშუალებები ცოტაა. მოხუცებზე ზრუნვა ამ ქვეყნისთვის მომავალ წლებში სერიოზული გამოწვევა იქნება.

ჩესეთი

რუსეთის ფედერაცია არის მსოფლიოში უდიდესი ქვეყანა, რომელიც გადაჭიმულია ევროპიდან წყნარ ოკეანემდე, რომლის ტერიტორიის 77% დასახლებულია და ცხოვრობს განათლებული, მრავალეთნიკური მოსახლეობა, რომელიც 1997 წლის მონაცემებით 148 მილიონი იყო. რუსეთს გააჩნია მძლავრი ინდუსტრიული საფუძველი და მრავალი ბუნებრივი რესურსი. მიუხედავად დიდი წინსვლებისა ჯანდაცვაში სსრკ-ის პერიოდში, მისი მოსახლეობის ჯანდაცვის სტატუსი ჩამორჩება განვითარებულ ქვეყნებს. საბჭოთა კავშირის რეჟიმის დანგრევის შემდეგ, ჯანმრთელობის მდგომარეობები საგრძნობლად გაუარესდა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა 69 წლიდან 65 წლამდე შემცირდა (1970-1997წწ.).

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა განვითარდა 1918 წლიდან, რომელმაც უზრუნველყო ჯანდაცვა დიდი, განუვითარებელი ქვეყნისთვის. ეს სისტემა გვთავაზობს უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას, რომლის მომსახურებაც ოპერირებულია მთავრობის მიერ. იგი სსრკ-ის სიამაყის ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენდა. ამ მოდელმა საერთაშორისო აღიარება მოიპოვა, რადგან 1930-იანი წლებიდან წარმატებული იყო. მოსახლეობის პრევენციულ და სამკურნალო ჯანდაცვასთან უნივერსალური ხელმისაწვდომობის გამო, ინფექციური დაავადებების კონტროლი მიღწეული იქნა და მოსახლეობის ჯანდაცვის სტატუსი გაუმჯობესდა. 1950-იან წლებში საბჭოთა ჯანდაცვის მოდელი საკმაოდ პოპულარული გახდა და გავრცელდა აღმოსავლეთ ევროპაში, აფრიკის, აზიის, ახლო აღმოსავლეთის და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ქვეყანაში. მან ასევე გავლენა მოახდინა ე.წ. ალმა-ატას „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ მიდგომის განვითარებაზე, რომელიც პირველად ჯანდაცვაზე იყო დაფუძნებული.

1960-იანი წლებიდან სსრკ-ის რესპუბლიკებში და ეთნიკურ მოსახლეობაში სხვადასხვა ხარისხით ეპიდემიოლოგიური გარდამავლობა მოხდა. გარდამავლობის პროცესის მახასიათებელი იყო ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება და არაინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გაზრდა. ცხოვრების ხანგრძლივობა 1970-იანებში და 1980-იანებში იგივე დარჩა. 1990-იანი წლიდან კი ცხოვრების ხანგრძლივობა ძალიან შემცირდა, განსაკუთრებით მამაკაცებში, რაც სსრკ-ის დაშლის შემდეგ ეკონომიკურმა და სოციალურმა კრიზისმა გამოიწვია. 1992 წელს რუსეთის ფედერაციის პრეზიდენტმა ბორის ელცინმა რუსეთის ფედერაციის ჯანდაცვის შესახებ ანგარიში გამოაქვეყნა, რომელიც დეტალურად აღწერდა ეროვნული ჯანდაცვის სავალალო მდგომარეობას და რეფორმის საჭიროებას მოასწავებდა.

1991 წლიდან, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, რუსეთის ფედერაციაში პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური რეფორმის პერიოდი დაიწყო, რომელიც ასევე ეროვნულ ჯანდაცვასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას მოიცავდა. 1993 წელს მიიღეს სავალდებულო ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმა, რომლის მიხედვითაც უნდა მომხდარიყო ჯანდაცვაზე დაფინასების გაზრდა, დეცენტრალიზებული მენეჯმენტის ხელშეწყობა და ჯანდაცვაში საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა. თუმცა ჯანდაცვის საკითხები არის კომპლექსური, და სიტუაცია მხოლოდ დაფინანსების მეთოდების ცვლილებამ შეიძლება გააუარესოს, რადგან შემცირდება ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა. ამ მიზეზით ეს სექცია უმკლავდებოდა არა მხოლოდ მკურნალობის სისტემას, არამედ რეფორმასაც. ამის გამო, ამ სექციაში საუბარი იქნება არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების სისტემაზე, არამედ რეფორმის მოთხოვნების შინაარსზეც.

საბჭოთა კავშირის მოდელი

1917 წლის რევოლუციამდე რუსეთი იყო ჩამორჩენილი ქვეყანა, რომელსაც ჰქონდა უფრო მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, ვიდრე ევროპის ქვეყნებს. საზოგადოების სამედიცინო და სხვა სოციალური მომსახურებები

სოფლის მოსახლეობის უმეტესობისთვის მეფის რუსეთში 1864 წელს შეიქმნა, ზემცოვის მეთაურობით, რაც ბეგარით ფინანსდებოდა. ჯანმრთელობის დაზღვევა 1912 წელს შემოიღეს, რომელიც ბისმარკისეულ სოციალური დაცვის მოდელზე იყო დამყარებული. იგი ინდუსტრიული მუშების 20%-ს ფარავდა.

პირველი მსოფლიო ომი, 1917 წლის ოქტომბრის რევოლუცია და სამოქალაქო ომი რუსეთისთვის დამანგრეველი აღმოჩნდა, რამაც მასობრივი შიმშილი და ეპიდემია გამოიწვია. 1998 წელს რეკონსტრუქციის დაგეგმარება მოიცავდა ჯანდაცვის საბჭოთა კონცეფციას, რომელიც ფორმულირებული იყო ნიკოლაი სემაშკოს მიერ, ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის პრინციპებზე დაყრდნობით. ეს პრინციპებია: უნივერსალური ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა; ჯანდაცვისა და მეცნიერების ახლო კავშირი; მკურნალობის პროფესიონალიზმის ხარისხი; ჯანდაცვის ხელშეწყობის, ავადმყოფების მკურნალობის და რეაბილიტაციების მუდმივობა და ასევე საზოგადოების მონაწილეობა.

სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უფასო სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ყველასთვის, სახელმწიფო, გაერთიანებული ჯანდაცვის სისტემის მეშვეობით. „სოციალურ დაავადებებს“ მიეკუთვნებოდა: ცუდი ცხოვრება და სამუშაო მდგომარეობა, ინფექციები და პროფესიული დაავადებები, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პრობლემები. ეპიდემიის კონტროლი სასწრაფო წესით განხორციელდა, განსაკუთრებით ტუბერკულოზის, ტიფოიდური ცხელების, ტიფის, მალარიის და ქოლერასი. საზოგადოებრივი პრევენციის მიდგომები ხშირად ძალიან მასშტაბური იყო. პროფილაქტიკური ზომები, როგორიც არის კარანტინი, ურბანული სანიტარია და ჰიგიენა გაუმჯობესდა, ხოლო მალარიის ჭაობები ამოივსო. სოციალური დაავადებების პრევენცია ფოკუსირებული იქნა რეგულარულ შემოწმებებზე, იმ მოსახლეობაში, რომლებიც რისკის ქვეშ იმყოფებოდნენ. 1920-იან წლებში ხაზი გაესვა ინფექციური დაავადებების პრევენციასა და კონტროლს. იმისთვის, რომ ქვეყნის მასშტაბით დაკმაყოფილებული ყოფილიყო ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნები, საავადმყოფოების, პოლიკლინიკების, ექიმების და ექთნების რაოდენობის გაზრდა, ეროვნული პრიორიტეტი გახდა. 1937 წელს ყველა სადაზღვევო და საავადმყოფოზე დაფუძნებული ავადმყოფების ფონდი დაიხურა. საავადმყოფოები და სხვა ჯანდაცვის დაწესებულებები ნაციონალიზირებული იქნა და ორგანიზებული რაიონული ჯანდაცვის მართვის ქვეშ მოექცა. პრაქტიკულად ჯანდაცვის პერსონალი საჯარო მოხელე გახდა. პარალელური სერვისები უზრუნველყოფილი იყო მხოლოდ ინდუსტრიებში და გარკვეულ კატეგორიას ეხებოდა: ლიდერებს, ზოგიერთ სამინისტროს, დაცვის პერსონალს, მაღაროელებს, მუშებს მძიმე ინდუსტრიებში და ტრანსპორტზე მომუშავეებს.

ჯანდაცვის სერვისების, როგორც ეკონომიკური და სოციალური განვითარების გეგმის ნაწილის დაფინანსება, მთავრობის შემოსავლებიდან ხორციელდება. ცენტრალური ადმინისტრაცია თანამშრომლებს პირდაპირი დაქირავების პრინციპით იყვანდა, უხდიდა ხელფასებს და ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებას, კვლევისა და ტრენინგების ინსტიტუტებს ამარაგებდა. ჯანდაცვის ცენტრების დირექტორები მათთვის მინიჭებულ რესურსებს, მარაგებს და ცოცხალ ძალას განაგებდნენ, რაც მათ არ აძლევდა პროგრამის მართვისა ან სერვისების ხარჯის ფინანსური ანგარიშგების საშუალებას.

ჯანდაცვის სისტემა განვითარებული, დაფინანსებული და მართული იქნა ცენტრალური მთავრობის მკაცრი კონტროლის ქვეშ. დაწესებულებებში სავალდებულო ნორმები და ცოცხალი ძალა ორგანიზებული იყო ჯანდაცვის კომისარიატის (შემდგომ სამინისტრო) თაოსნობით, კომუნისტური პარტიის მკაცრი კონტროლით. ეს ნორმები პერიოდულად გადაიხედებოდა პარტიის კონგრესზე, სადაც მომსახურებების გაფართოება პოლიტიკის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა. საავადმყოფოს საწოლების და სამედიცინო პერსონალის ზრდის მუდმივი პოლიტიკა, რომელიც 1980-იან წლებში დაინერგა, 1990-იან წლებშიც გაგრძელდა.

მეორე მსოფლიო ომის დროს საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა მობილიზებული იქნა ომისთვის, რომელიც უამრავი სამხედროს და მშვიდობიანი მოქალაქის მკურნალობას ახდენდა. მიუხედავად უმძიმესი პირობებისა, როგორც სამხედრო, ასევე მშვიდობიან მოსახლეობაში, მასობრივმა ეპიდემიამ არ იფეთქა. გარე დამკვირვებლები გარიზონი (1920-იანებში), სიგერისტი (1940-იანებში), ფილდი (1960-იანებში) და როემერი (1991-1993), ისევე როგორც რუსეთის სამედიცინო ისტორიკოსები იერავინსკი, სმირნოვი და სხვები, აღნიშნავდნენ, ეპიდემიური დაავადებების შემცირებაში, ომისდროინდელი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაში და

ჯანდაცვით მთელი ქვეყნის უზრუნველყოფაში მნიშვნელოვან მიღწევებს. ომის შემდეგ სტაბილიზაციის შედეგად აღსდგა ჯანდაცვის მომსახურება.

იმისთვის, რათა ყოფილიყო თანაბარი ხელმისაწვდომობა, შემოიღეს საოლქო სისტემა, რომლის მიხედვითაც ყველას უნდა ჰქონოდა სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები, საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები და სპეციალური სამკურნალო დაწესებულებები, რომელიც ეროვნული ნორმების შესაბამისი იქნებოდა. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები აკონტროლებდა წყალს, კანალიზაციას, ჰაერს და მიწის ხარისხს, ისევე, როგორც აკეთებდა ეპიდემიოლოგიურ გამოძიებებს ინფექციური დაავადებების აფეთქებებთან დაკავშირებით და ახდენდა მონიტორინგს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე და მათი კვების სტატუსზე. კლინიკები განლაგებული იყო ინდუსტრიულ ადგილებში, სამედიცინო მომსახურება ღია ცის ქვეშ ხდებოდა. პროფილაქტიკური ჯანდაცვის ცენტრები ახდენდნენ სხვადასხვა სამედიცინო რეაბილიტაციური სამსახურების მომსახურებებს, სანატორიუმების და შვებულებების სარგებლით. თავდაპირველად ყველა ოლქის პოლიკლინიკები ეხმარებოდნენ ოლქის საავადმყოფოს, ხდებოდა თანამშრომელთა როტაცია, რათა მკურნალობის მუდმივობისთვის ხელი შეეწყოთ და პროფესიული განათლება გაეუმჯობესებინათ. თუმცა, იგი შემდეგ გახდა არაპრაქტიკული, რადგან მოხდა პოლიკლინიკების ძალიან სწრაფი გაფართოება. დაავადების პრევენცია გაგრძელდა და იგი დამყარებული იქნა რუტინულ სკრინინგზე მუშების და სპეციფიკური ჯგუფების შემოწმების დროს.

ქრონიკული დაავადების მზარდი გავრცელების პასუხად, რომელიც 1960-იანი წლების შუა პერიოდში აღინიშნებოდა, კომუნისტურმა პარტიამ 1983 წელს შემოიღო ყოველწლიური დისპანსერიზაცია ან შემოწმების პროგრამა საერთო მოსახლეობისთვის, რომელიც ხდებობდა პოლიკლინიკებში, საავადმყოფოებში და სპეციალურ კლინიკებში. შემოწმება და მკურნალობა მოიცავდა კლინიკურ მკურნალობას, შემდგომ ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მკურნალობას, სანატორიუმში დასვენებას და აუცილებლობის შემთხვევაში სამუშაოს შეცვლა. სკრინინგის პროგრამამ გაზარდა ჰოსპიტალიზაციის მოთხოვნა, რადგან დიაგნოსტიკის ამბულატორიული რესურსები შეზღუდული იქნა.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვას შეზღუდული რესურსები ჰქონდა, საავადმყოფოს საწოლების და ცოცხალი ძალის გაზრდაზე მთავრობა ყურადღებას ამახვილებდა (ცხრილი 13.5). 1980-იანი წლების შუა პერიოდში ჯანდაცვის სამინისტრომ ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულება შეიმუშავა, რომლის საფუძველზეც, ჯანდაცვის პროგრამით, პრევენციული მედიცინის განვითარება და ჯანდაცვის დაწესებულების გაუმჯობესება მოხდებოდა. ცენტრალური ფინანსირების საფუძველზე, სახელმწიფომ განსაზღვრა ცოცხალი ძალის და საავადმყოფოს საწოლების სავალდებულო ნორმები, ასევე სახელმწიფო აკონტროლებდა სამედიცინო განათლებას, რათა მომხდარიყო ცოცხალი ძალის შექმნა, რომელიც გამართავდა სისტემას. სახელმწიფოს ჯანდაცვაზე მონოპოლია აიღო, თუმცა მოხდა კონცეპტუალური სტაგნაცია, რომელმაც სისტემა ჰოსპიტალური მკურნალობის მიმართ ფინანსური ან ეპიდემიოლოგიური ანგარიშვალდებულებების გარეშე მიკერძოებული გახადა.

მთავრობის მიერ ოპერირებული სისტემა დაფინანსებულ იქნა მთლიანი ეროვნული პროდუქტის 3-3,5%-ით, როცა სხვა ინდუსტრიულმა ქვეყნებმა ის 7-13%-მდე გაზარდეს, ოღონდ მათი დაფინანსება ხდებოდა მთლიანი შიდა პროდუქტით. რუსეთის მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 1991-1996 წლების განმავლობაში 3220 აშშ დოლარიდან 2410 აშშ დოლარამდე დაეცა. 1994 წლის ვარაუდით, ჯანდაცვის ხარ-

ცხრილი 13.5 საავადმყოფოს ლოგინები და ექიმები ყოველ 10000 მოსახლეზე, რუსეთის ფედერაცია, შერჩეული წლები, 1913-1998 წწ.

რესურსები	1913	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1996
საავადმყოფოს ლოგინები//10,000	15	43	39	82	113	130	131	111
ექიმები/10,000[a]	1.5	7.4	14.5	20.9	29.0	40.3	40.7	42.1

Source: Adapted from Field, 1988, Ministry of Health of the Russian Federation, 1996, and Health for All Data Set. WHO European Region.

*a*Includes all categories of doctors.

ჯები იყო მშპ-ს 2,3%. მიუხედავად ჯანდაცვის რესურსების შემცირებისა, რუსეთი პოპულაციასთან მიმართებაში საავადმყოფოების საწოლების ძალიან მაღალ რაოდენობას ინარჩუნებს და სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტების გამოშვებას მაღალი მაჩვენებლებით აგრძელებს.

ეპიდემიოლოგიური გარდასვლა

1960-იან წლებში ცხოვრების ხანგრძლივობა გაუმჯობესდა, მაგრამ ჩამორჩა სხვა ქვეყნებს. 1960 წელს ცხოვრების ხანგრძლივობა 69 წელი იყო, მაგრამ 1990-იანი წლების პირველ ნახევარში შემცირდა (61 წელი მამაკაცებში და 73 – ქალებში), შემდეგ 1998 წელს 67 წლამდე ისევ გაიზარდა. ძალიან მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ჰქონდა კარდიო-ვასკულურ დაავადებებს და ტრავმას, რომელიც არის პირდაპირ პასუხისმგებელი დაბალ და შემცირებად სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. კარდიო-ვასკულური დაავადებით სიკვდილიანობა რუსეთში ორჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ეკონომიკური თანამშრომლობის და განვითარების (OECD) ორგანიზაციის ქვეყნებში. ტრავმით სიკვდილიანობა კაცებში არის 2.5-3-ჯერ მეტი, ვიდრე დასავლეთის ინდუსტრიულ ქვეყნებში.

საბჭოთა კავშირის დაშლამდე (1991 წელი), სიკვდილიანობის მაჩვენებლები რუსეთში ბევრად მაღალი იყო, ვიდრე სხვა ინდუსტრიულ ქვეყნებში, როგორც ცხრილ 13.6-დან ჩანს. სტანდარტიზირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელები რუსეთში 1.5-ჯერ მაღალი იყო, მთლიანი სიკვდილიანობის მაჩვენებლისთვის, და კიდევ უფორ მაღალი ისეთ კატეგორიებში, როგორიცაა ცერებრო-ვასკულური დაავადება, ტრავმა და ინფექციური დაავადება. ინფექციური დაავადებების კონტროლი შემცირდა 1991 წლის შემდეგ, რასაც მთელს რუსეთში, უპირატესად ზრდასრულებში, დიფტერიის ეპიდემია მოჰყვა, ასევე წითელას და ყივანახველას შემთხვევებიც გაიზარდა. სამხრეთ რუსეთში ქოლერის შემთხვევების ფაქტები დაფიქსირდა.

რუსეთში შობადობის მაჩვენებლები 1987-1998 წწ. ყოველ 1000 მოსახლეზე 17-დან 9-მდე შემცირდა. მთლიანი ნაყოფიერების მაჩვენებლები 1989-1997 წწ. 2.0-დან 1.2—მდე შემცირდა. ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1980-1998 წწ. ყოველ 1000 მოსახლეზე 22-დან 16-მდე დაეცა, რაც მაინც 3-ჯერ ან 4-ჯერ

ცხრილი 13.6 ასაკ-სტანდარტიზირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 100000 მოსახლეზე სიკვდილის შერჩეული მიზეზები რუსეთში და სხვა ქვეყნებში, 1990- 1991წწ. *a*

ქვეყანა	მთლიანი სიკვდილიანობა	კიბო სულ	ფილტვის კიბო	გიდ	ცვდ	რესპირატორული დაავადებები	ინფექციური დაავადებები	ტრავმა
რუსეთი	1454	237	56	404	308	76	13	152
ლიტვა	1246	218	47	546	154	59	10	129
გერმანია	1015	238	42	201	119	61	6	55
დანია	997	258	57	241	90	72	8	67
აშშ	933	255	64	215	62	84	13	62
ინგლისი/ უელსი	926	248	58	241	105	98	5	31
ისრაელი	910	183	28	183	86	68	19	52
შვედეთი	845	188	25	226	89	62	6	27
კანადა	826	227	60	189	62	72	6	51
იაპონია	720	185	32	43	101	94	11	33

წყარო: მსოფლიო ჯანდაცვის სტატისტიკა წელიწდეული 1993წ., გვერდი. 438-463.

a მონაცემები არის სტანდარტიზირებული ევროპის მოსახლეობასთან. ტრავმა მოიცავს შემთხვევებს, მოწამვლებს, მკვლელობას და თვითმკვლელობას. გიდ- გულის იშემიური დაავადება; ცვდ-ცერებრო-ვასკულური დაავადება.

მეტია ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებზე. აბორტი შობადობის კონტროლის მთავარი მეთოდია, თანამედროვე მეთოდები ხელმისაწვდომი არ არის ან არ ენდობიან. დედათა სიკვდილიანობა 1980 წელს ყოველ 100 000 დაბადებულზე 65-დან 1998 წელს 44-მდე შემცირდა. მაღალი სიკვდილიანობა და დაბალი დაბადების მაჩვენებლები მოსახლეობის კლებადობის ტენდენციას ქმნის. 1993 წელს სიკვდილმა დაბადებას 800 000-ით გადააჭარბა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება 1990 წლის შემდეგ მხოლოდ მიმდინარე ეკონომიკური კრიზისით და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემით განპირობებული არ იყო. სიკვდილიანობა გამოწვეულია შემდეგი ფაქტორებით: სტრესი, ალკოჰოლი, მოწევა, ძალადობა, დაბალანსებული დიეტის ნაკლებობა, თანამედროვე ჯანდაცვის ტექნოლოგიის ნაკლებობა, გარემოს დაბინძურება, შფოთვა და დეპრესია, რომელიც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია 1990 წლის შემდეგ ეკონომიკის და პოლიტიკის სტაბილურობის კლებასთან. მამაკაცები ვერ აღწევენ საპენსიო ასაკამდე (60 წელი).

ფაქტორთა კომბინაციამ ხელი შეუწყო სამედიცინო ცდომილებას ინდივიდუალური პაციენტების მიმართ და 1930-იანი წლებში არაგადამდები ეპიდემიოლოგიური დაავადებების კონტროლის მხრივ წარმატებული გამოცდილების დანერგვის მარცხს. პრევენციის კონცეფციამ პირველ რიგში ორიენტაცია მოახდინა მედიცინაზე, ყურადღებას ამახვილებდა რუტინულ გამოკვლევებზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა ხელს უწყობდა, ექიმების, პოლიკლინიკების და საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობის ზრდას. ჩგადაჭარბებულად გაზრდილ საავადმყოფოს სექტორს, სადაც მკურნალობის პასიური სტრატეგია და სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნების პირობები ჰქონდათ, არ შეეძლო აყოლოდა ტექნოლოგიურ განვითარებებს. მოიხმარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ძალიან ლიმიტირებული ფინანსების უდიდეს ნაწილს. დაბალხარისხიანი სამედიცინო მკურნალობა, არაადეკვატური დიეტა, გარემოს დაბინძურება და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძალისხმევის ნაკლებობა, ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კრიზისს.

პოსტ–საბჭოთა რეფორმა

რუსეთის ფედერაცია აგრძელებს ძირითადი სოციალური დაცვის და ჯანდაცვის წარმოებას ყველა მოქალაქისთვის. 1993 წლამდე, როცა შემოღებული იქნა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა, ყველა სოციალური სარგებელი მთავრობის ზოგადი ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა. ჯანდაცვის დაზღვევის სქემა დამყარებული იქნა სავალდებულო გადახდაზე დამქირავებლის მიერ, რეგიონული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში. სახელმწიფო მომსახურებების მართვის და დაფინანსების დეცენტრალიზაციამ გაზარდა რეგიონული და ადგილობრივი ჯანდაცვის ავტონომია. ხარჯების შემცირებამ და უცხოური ვალუტის დანაკლისმა წამლების და სხვა მასალების მარაგების შეფერხება გამოიწვია. უეცარმა და მთლიანმა დეცენტრალიზაციამ ხელი შეუშალა ცენტრალური მენეჯმენტის შესაძლებლობებს, რათა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებისადმი ახალი პოლიტიკა განევითარებინა, როგორიც არის: იმუნიზაცია, კვება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ისევე, როგორც ჯანდაცვის საკითხების მენეჯმენტი, როგორიც არის: ცოცხალი ძალის და საავადმყოფოს ლოგინების ეროვნული ნორმები.

ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური, და ხარჯთეფექტურობის ანალიზი მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს ჯანდაცვის რეფორმა, განსაკუთრებით მკაცრ ეკონომიკურ კონდიციებში. მომსახურების ხარჯების დათვლა ასევე საყურადღებოა. რეგიონის ან რაიონების მმართველებს ამჟამად აქვთ ფინანსური პასუხისმგებლობა და ძალა, რათა მოხდეს ფონდების თავიდან განაწილება და პრიორიტეტების განსაზღვრა ინსტიტუციონალური მკურნალობიდან, პრევენციამდე და ამბოლატორიულ მკურნალობამდე. თუმცა აღინიშნება კვალიფიციური ჯანდაცვის მენეჯმენტის ნაკლებობა, რათა შეიცვალოს ძველი მოსაზრებები, რაც ეხება ჰოსპიტალური საწოლების და ცოცხალი ძალის ნორმებს.

საინფორმაციო სისტემის განვითარება, თანამედროვე მართვის თეორიების და პრაქტიკის ფარგლებში პერსონალისთვის ლიდერობის სწავლება და ჰოსპიტალური სექტორის შემცირება, რესურსების პირვე-

ლად ჯანდაცვაში გადატანა მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ ჯანდაცის ეფექტურობა და ხარისხი განვითარდეს. რეფორმები, რომლებიც ნაწილობრივ, არსებული რესურსების ახლიდან გადანაწილებაზეა დამყარებული, დამატებით დაფინანსებას მოითხოვს, რათა დააკმაყოფილოს გარდამავლობის ხარჯები და გაზარდოს მკურნალობის ხარისხი.

ჯანდაცვის რეფორმები მნიშვნელოვანია, რათა შენარჩუნდეს უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, გაიზარდოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი, სამედიცინო მკურნალობა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად. ცვლილებები ჯანდაცვის დაფინანსებებში, საერთაშორისო ჯანდაცვის მიზნების ათვისება და ცლილებები ცოცხალი ძალის განვითარების პროგრამებში, აუცილებელია. მაგრამ ესენი დამოკიდებულია ახალ პრიორიტეტებზე და ახალ ეროვნულ სტანდარტებზე, რეგიონული და ადგილობრივი ჯანდაცვის მართვის დონეების განვითარებაზე. დეცენტრალიზაცია და დიფუზია ზედმეტად ცენტრალიზებული სისტემისა, მოითხოვს ეპიდემიოლოგიურ ინფორმაციას და დიალოგს ჯანდაცვის საკითხებზე, რათა გაიზარდოს ჯანდაცვისადმი ცოდნა და მართვის პრაქტიკები, რომ დაკმაყოფილებული იქნას ხალხის საჭიროებები ჯანმრთელობის მხრივ.

სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიურ სადგურებს აქვთ პოტენციალი, საზოგადოებრივ და საუბნო დონეზე, ჯანდაცვის ხელშეწყობის აქტივობებს გაუძღვნენ საზოგადოების ცონდის და განათლების ამაღლების საკითხებში. ეს ნიშნავს მიდგომის შეცვლას ძველი სისტემიდან საზოგადოების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებამდე; მიზნების ახლიდან განსაზღვრას; სასწავლო პროგრამების ინსტიტუციონალიზაციას; ლაბორატორიებისთვის ტექნოლოგიების მოდერნიზებას და გარემოს ხარისხის საკითხების ახლიდან განსაზღვრას.

ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეგროვების ტრენინგი, ანალიზები და მისი განაწილება არის მნიშვნელოვანი, რათა რისკ-ფაქტორების და მათი კონტროლის შესახებ ცოდნის ამაღლებას ხელი შეეწყოს. პოლიტიკამ, პროვაიდერებმა და საზოგადოების დონეებმა უნდა განსაზღვრონ ხარჯების ეფექტურობის პროგრამები, რათა დააკმაყოფილოს ადგილობრივი პირობები. საზოგადოებაში საჭიროა განათლების, მიდგომების, რწმენის და პრაქტიკების ცვლილება.

მთავრობასა და ზოგად მოსახლეობაში საჭიროა შესაბამისი მონაცემების ფართო დისტრიბუცია, იმისთვის, რომ შეიცვალოს ცოდნის დონე, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკა რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში.

რუსეთში ახლანდელი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია და ფინანსირება მოითხოვს თანამედროვე მკურნალობის სისტემაზე გადასვლას, კაპიტაციური გადახდების დანერგვას, როგორიც გამოიყენება სკანდინავიის ქვეყნებში, დიდ ბრიტანეთში და აშშ-ის HMO-ს მოდელში. HMO-ს პრინციპების ადაპტაცია პილოტური პროგრამებით ტულაში და კალუგაში დაიწყო. ექსპერიმენტი, ცდა და შეცდომა, ახალი ჯანდაცვის დაზღვევის გეგმა და ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზებული მართვა არის რეფორმის პოტენციალი.

რუსეთის ჯანდაცვის სისტემას მნიშვნელოვანი აქტივები აქვს, რომელსაც ცვლილების პოტენციალი გააჩნია. უნივერსალური ხელმისაწვდომობა უნდა შენარჩუნდეს. დეცენტრალიზაცია ჯანდაცვის რეფორმაში ადგილობრივი ინიციატივების სტიმულირებას ახდენს. ინოვაცია ხარჯების ეფექტურობის ჯანდაცვის გაზომვაში და ადგილობრივი და რეგიონული ეპიდემიოლოგიური სამხილების წინააღმდეგ რეაგირება საჭიროა, რათა მომხმარებლის მოთხოვნილება დაკმაყოფილდეს და სამედიცინო სტანდარტები განვითარდეს. ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმამ შეიძლება რესურსების დონე გაზარდოს, თუმცა ეს ნაკლებად შესაძლებელია ეკონომიკური გარდამავლობის დროს. საჭირო რესურსების მოძიება შესაძლებელი იქნება პრიორიტეტების გადალაგებით და დანახარჯების რეალოკაციით.

შეჯამება

1990-იან წლებში რუსეთის ჯანდაცვა კრიზის განიცდიდა, სიცოცხლის ხანგრძლივობის კლებით, მაღალი და მზარდი სიკვდილიანობის მაჩვენებლებით და ეპი-

დემიოლოგიური დაავადებების განახლებით. ეს კრიზისი უკავშირდება არა მარტო ეკონომიკური გარდამავლობის პერიოდს, არამედ ასევე ყოფილი საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისტემას. სახელმწიფოს მიერ მართული ეს მომსახურება უფასო იყო, საკმარისი უნივერსალური ხელმისაწვდომობით, მიუხედავად ამისა, შეინიშნებოდა ჯანდაცვის პერსონალის, საავადმყოფოს საწოლების, პოლიკლინიკების და სხვა მომსახურებების ჭარბი რესურსები, რის გამოც რაოდენობა და ხარისხსი ერთმანეთთან შეუსაბამობაში იყო. სისტემა მუშაობდა, როგორც სახელმწიფო მონოპოლია, ცენტრალური დაგეგმარებით, სავალდებულო ნორმებით და ცოცხალი ძალის ტრენინგის და კვლევების მთლიანი კონტროლით. იგი განიცდიდა ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური ანალიზის მექანიზმის ნაკლებობას და საზოგადოებასთან ანგარიშვალდებული იყო. ეპიდემიოლოგიური გარდამავლობა ინფექციური დაავადებების დომინირებიდან არაინფექციური დაავადებების დომინირებამდე მიმართული იყო მომსახურებების რაოდენობის მომავალ ზრდაზე. პოლიტიკა და დაფინანსება უფრო მეტად მიმართული იყო საავადმყოფოებზე და არა ამბულატორიულ მომსახურებაზე და ინდივიდუალურ რუტინულ გამოკვლევებზე, ნაცვლად საზოგადოებაზე ორიენტირებული პრევენციული მიდგომებისა.

რეფორმამ 1991 წლის შემდეგ ყურადღება გაამახვილა ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევაზე და სერვისების დეცენტრალიზებულ მართვაზე. მიუხედავად ამისა, რეფორმა განიცდის ეროვნული ჯანდაცვის სტრატეგიის ნაკლებობას, იმისთვის, რომ გადაჭრას ფუნდამენტური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემები, განსაკუთრებით კი, პრევენციული დაავადებებით სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის საკითხი. ახალი მიმართულების შექმნა რუსეთის ფედერალური და ადგილობრივი ჯანდაცვის ჩინოვნიკების ვალდებულებაა. ადეკვატური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შექმნა და ჯანდაცვის მიზნებისკენ მიმართული მუშაობა მოითხოვს პოლიტიკურ, მორალურ, პროფესიულ და ფინანსურ მხარდაჭერას, როგორც ქვეყანაში, ასევე მის ფარგლებს გარეთაც.

ისრაელი

1997 წელს ისრაელის მოსახლეობა 5.8 მილიონს შეადგენდა, მეპ-ი კი 1996 წ. ერთ სულ მოსახლეზე 15.870 აშშ დოლარი იყო. ახალშობილთა სიკვდილიანობა 1997 წელს ყოველ 1000 ახალშობილზე 6 იყო, 1980-1997 წწ. ყოველ 100.000-ზე დედათა სიკვდილიანობა 5-ს შეადგენდა. იმუნიზაციის მაჩვენებლები მაღალია: 1995-1997 წწ. DPT 92%, პოლიო 93% და წითელა 94%. მიუხედავად იმუნიზაციის მაღალი მაჩვენებლებისა, 1988 წელს პოლიოს ეპიდემიის 15 შემთხვევა დაფიქსირდა, 1991 და 1994 წლებში კი – წითელას ეპიდემია, რამაც დააჩქარა გაუმჯობესებული იმუნიზაციის პოლიტიკის მიღების აუცილებლობა.

ისრაელის ჯანმრთელობის ინდიკატორები მიუთითებს საკმაოდ მოწინავე ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, თუმცა შეინიშნება მნიშვნელოვანი ეთნიკური, რეგიონული და სქესობრივი უთანასწორობა. ახალშობილთა სიკვდილიანობით ისრაელი 1995 წელს განვითარებული ქვეყნების სიაში 22-ე ადგილზე იყო, მაშინ, როცა 1990 წელს 25-ე ადგილზე იმყოფებოდა. ცხოვრების ხანგრძლივობას რაც შეეხება, ისრაელი მეორე ადგილზეა წამყვან ქვეყნებს შორის მამაკაცების ცხოვრების ხანგრძლივობის მიხედვით, ხოლო ქალების ცხოვრების ხანგრძლივობის მიხედვით პირველ 10-ეულში შედის.

ისრაელის ჯანდაცვის სისტემის წარმოშობა

ისრაელის ჯანდაცვის სისტემა ბოლო საუკუნის განმავლობაში ძალიან განვითარდა. ოსმალეთის იმპერიის ბატონობის ქვეშ მყოფ პალესტინაში უამრავი დაავადება არსებობდა. მის პროვინციებში მალარიის შემაშფოთებელი, ასევე დიზინტერიის და სხვა ინფექციური დაავადებების

გავრცელების დონე იყო. აღმოსავლეთ ევროპიდან ებრაელების და შემოგარენი ქვეყნებიდან არაბების ემიგრაციამ, 1880-იანი წლების შემდეგ, საქველმოქმედო საავადმყოფოების ჩამოყალიბება გამოიწვია, რათა ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი გამხდარიყო ურბანული ღარიბი ხალხისთვის.

ებრაელმა ემიგრანტებმა აღმოსავლეთ ევროპიდან ჩამოაყალიბეს მუშათა ბრიგადები და ორმხრივი დახმარების ასოციაციები. ავადმყოფთა ფონდები 1912 წელს ჩამოყალიბდა და დამყარებული იყო ორმხრივი სარგებლის პრინციპებზე, რომელიც გადმოიღეს ევროპული მოდელისგან. იგი გაერთიანებულ მოძრაობას და მოგვიანებით სხვა პოლიტიკურ ორგანიზაციებს უკავშირდებოდა. ავადმყოფთა ფონდები ისე გაფართოვდა, რომ ისინი სამედიცინო დაზღვევას ახორციელებდნენ და მოსახლეობის 95%-ზე მეტს ემსახურებოდნენ: სამეზობლოებს და სპეციალიზირებულ კლინიკებს ან ექიმებს თავისივე კლინიკებში, ყიდულობდნენ ჰოსპიტალურ მკურნალობას მთავრობის ან NGO-ს მიერ მართული საავადმყოფოებიდან, იმ ადგილებში სადაც მათი ნაკლებობა შეინიშნებოდა.

პრევენციული მკურნალობა სათავეს 1911 წლიდან იღებს, რომელსაც საფუძველი ამერიკელმა ექთნებმა ჩაუყარეს. მათ ჰადასა (საერთაშორისო ქალთა ორგანიზაცია) ასპონსორებდა. ბრიტანეთის მიერ ტერიტორიის დაპყრობის შემდეგ, 1917 წელს, ჰადასამ აშშ-დან ამერიკული სიონისტური სამედიცინო შენაერთი გაგზავნა, რათა პალესტინაში ჯანდაცვის დაწესებულების ქსელის შექმნაში დახმარებოდა. იგი 44 ექიმისგან, ექთნებისგან, სტომატოლოგებისგან და სხვა პერსონალისგან შედგებოდა, რომლებსაც ჰადასასგან და გაერთიანებული სადისტრიბუციო კომიტეტისგან ტექნიკა და ფინანსური მხარდაჭერა ჰქონდათ. შენაერთმა საავადმყოფოები ბევრ ურბანულ ცენტრში გახსნა, ჩამოაყალიბა ექთანთა ტრენინგების და ემიგრანტებისთვის და სკოლის მოსწავლეებისთვის პრევენციული პროგრამები, ასევე შექმნა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სადგურები. ისინი ძირითადად განლაგებული იყვნენ ქალაქებში, სოფლებში და სამეზობლოებში ქვეყნის მასშტაბით, რომლებიც ახორციელებდნენ პრენატალურ მკურნალობას და ბავშვთა მკურნალობას ჩვილთათვის და მოზარდებისთვის. ისინი ახდენდნენ იმუნიზაციას, ბავშვთა განვითარების მონიტორინგს და კვების კონსულტაციას თითქმის ყველა ახალშობილისთვის, ასევე პრენატალურ მკურნალობას ქალებისთვის მთელი ქვეყნის მასშტაბით. დარჩენილი მოსახლეობა კერძო პრაქტიკის ექიმებს მიმართავდა.

ბრიტანეთის მანდატმა 1917 წლიდან 1948 წლამდე სასარგებლო კოლონიური ადმინისტრაციული გამოცდილება დააგროვა და განავითარა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონები და სისტემა, ექიმების ლიცენზირება, სანიტარია, საკვების და წამლის კანონები, ისევე, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ლაბორატორიები, მალარიის კონტროლი, ასევე იზრუნა სხვა ბევრი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მახასიათებელზე იმ დროის სტანდარტების შესაბამისად.

1912 წლიდან 1948 წლამდე, ჯანდაცვის სისტემა გაიზარდა პირველად ჯანდაცვაზე დაყრდნობით ტიპოტ ჰალავის და მთელს ქვეყნის მასშტაბით, ქალაქებსა და სოფლებში არსებული მუშათა მოძრაობის ავადმყოფობის ფონდებზე დაფუძნებული კლინიკების საშუალებით. ეს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში და რეფერალურ მომსახურებასთან პირდაპირ მიღწევადობას უზრუნველყოფდა.

1948 წელს ისრაელის სახელმწიფოს ჩამოყალიბებიდან მოყოლებული, მასობრივი ემიგრაცია დაიწყო პოსტ-ჰოლოკოსტური ევროპიდან და ახლო აღმოსავლეთიდან, რაც ქვეყნის ჯანდაცვას დიდ ტვირთად დააწვა. ჯანდაცვის ახალმა სამინისტრომ ქვეყნის მასშტაბით რეგიონული საავადმყოფოები ჩამოაყალიბა და მიატოვა ბრიტანული არმიის ბანაკები, ახორციელებდა მწვავე დაავადებების მკურნალობას, რეაბილიტაციურ მომსახურებას, მენტალურ ჯანმრთელობის სერვისებს და ქრონიკული მკურნალობის მომსახურებებს. სხვა საავადმყოფოები უმსხვილესი ავადმყოფობის ფონდების და NGO-ს მფლობელობაში არიან. ამბულატორულ და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე დაყრდნობა, რეგიონული სამედიცინო და საავადმყოფო ცენტრებთან ერთად ისრაელის ჯანდაცვის საფუძველს წარმოადგენდა.

ჯანდაცვის რესურსები და დანახარჯები

ჯანდაცვის ხარჯები, როგორც მშპ-ს პროცენტი 1980 წ. 6.9%-დან, 1990 წელს 7.9%-მდე გაიზარდა, ხოლო 1997 წელს 8.4% გახდა (ცხრილი 13.7). 1985-1997 წლების პერიოდში მთლიანი საწოლების მოცულობა ყოველ 1000 მოსახლეზე 6.5-დან 6-მდე შემცირდა, მაგრამ იყო გადანაცვლება საწოლების კომპოზიციაში. გერიატრიული და რეაბილიტაციური საწოლების რაოდენობაში ზრდა აღინიშნა, ყოველ 1000-ზე 1.8-დან 2,7-მდე, შემცირდა მწვავე დაავადების მკურნალობისთვის გამოყოფილი საწოლების რაოდენობა, ყოველ 1000 მოსახლეზე 2.8-დან 2.3 მდე და ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე 1.9-დან 1.1 —მდე.

ჰოსპიტალურ მკურნალობაზე დანახარჯები 1975-1990 წლების განმავლობაში მთლიანი დანახარჯებიდან 34%-დან 41%-მდე გაიზარდა, შემდეგ მოჰყვა კლება 1993 წელს 39%-მდე (იხილეთ ცხრილი 13.8).

მკვეთრად შემცირდა ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა, მკურნალობის დღეები და საშუალო ხანგრძლივობა. ამბულატორიული მკურნალობა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მთლიანი დახ-

ცხრილი 13.7 ჯანდაცვის ხარჯები, საავადმყოფოს რესურსები და მოხმარება, ისრაელი 1960-1997 წლები

რესურსები/გამოყენება	1960	1970	1980	1985	1990	1997
ჯანდაცვის ხარჯები მშპ-ს % GNP	5.5	5.4	6.9	6.8	7.9	8.4
მწვავე მკურნალობის საწოლები/1000	3.1	3.2	3.0	2.8	2.6	2.3
ჰოსპიტალიზაცია (მწვავე) დღეები/1000 წელი	954	1148	997	911	834	785
გაწერები (მწვავე)/1000 წელი	115	129	158	163	158	181
ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა (მწვავე მკურნალობა)	8.3	8.9	6.3	5.6	4.8	4.3
მენტალური ჯანდაცვის საწოლები/1000	2.1	2.4	2.2	1.8	1.5	1.1
მენტალური დაავადებები დღეები/1000	615	631	721	623	496	379

წყარო: ისრაელის აბსტრაქტული სტატისტიკა, 1975 წელი და ჯანდაცვის სამინიტრო, ისრაელის ჯანდაცვა, 1998 წელი.

ცხრილი 13.8 ჯანდაცვის ხარჯები (%) მომსახურებების მიხედვით, ისრაელი, 1975-1995

კატეგორია	1975	1985	1990	1995
საავადმყოფოები და კვლევა	33.9	42.7	40.7	40.6
საზოგადოებრივი კლინიკები/პრევენცია	28.6	32.5	32.6	34.5
კბილის მკურნალობა	11.5	11.0	12.0	11.1
კერძო ექიმები	3.1	3.4	4.9	4.5
მედიცინა, ტექნიკა შეძენილი ინდივიდების მიერ	4.5	4.7	4.8	3.5
ფიქსირებული კაპიტალის ფორმაცია	17.4	4.9	5.3	4.7
მთავრობის ადმინისტრაცია	1.0	0.8	0.8	1.1
ჯამი	100	100	100	100
ეროვნული დანახარჯები მშპ %	6.0	6.8	7.8	8.6

Source: *Statistical Abstract of Israel,* 1996, and *Health in Israel,* 1998.

არჯების 1/3 მოიხმარს, რაც 1975 წლის შემდეგ გაზრდილია. ფიქსირებული კაპიტალის ფორმაცია 1970-იანი წლების შემდეგ დაეცა, როგორც მთლიანი დანახარჯების პროცენტი. ხელფასები ჯანდაცვის სექტორში უფრო დაბალი იყო, ვიდრე სხვა სექტორებში, რადგან კაპიტალური ინვესტიცია ხორციელდებოდა. ხარჯების შეკავება, ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განვითარება და ტექნოლოგიური განვითარებების შენარჩუნება მედიცინაში მომავლის მთავარი გამოწვევაა.

ჯანდაცვის რეფორმები

ისრაელმა 1995 წლის 1 იანვარს ეროვნული ჯანდაცვის დაზღვევის გეგმა (NHI) შემოიღო, რომელიც მთლიან მოსახლეობას ფარავდა, უნივერსალური ეროვნული დაზღვევის სოციალური დაცვის სისტემის მეშვეობით მრავალწლიანი დებატებისა და თანდათანობითი ჯანდაცვის რეფორმის მომსახურებების შემდეგ. ადამიანი თავისი ხელფასიდან 3%-ს იხდის, დაქირავებულის სავალდებულო ეროვნული დაზღვევის გადასახადთან ერთად, რომელიც ასევე ასაკოვანი და უუნარო პენსიონერების, მუშების კომპენსაციას და სხვა სოციალურ სარგებელს ფარავს. ყველა ოჯახი ავადმყოფთა ფონდის წევრი უნდა გახდეს, რომლის ფუნქცია ჯანდაცვის ორგანიზაციის შენარჩუნებაა. ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტი ავადმყოფთა ფონდებში per capita ფორმულით ფულს რიცხავს, უფრო დიდი ერთ სულ მოსახლეზე გადასახადით მოხუცებისთვის და მოსახლეობისთვის განვითარებად ქალაქებში.

ჯანდაცვის სამინისტრო ავადმყოფთა ფონდებს აკონტროლებს, რომელიც ახალ კანონებს შეესაბამა. ავადმყოფთა ფონდები ვალდებულია სპეციალური მომსახურება განახორციელოს. ისინი ახდენენ ყოვლისმომცველ მომსახურებებს ახლომდებარე კლინიკების მეშვეობით ან კერძო ექიმებით, რომლებსაც თითოეული პაციენტის მიხედვით უხდიან. მომსახურების სავალდებულო კალათას ემატება, ახალი წამლები, რასაც ჯანდაცვის სამინისტროს აფინანსებს.

ავადმყოფთა ფონდები ვალდებულნი არიან მომსახურებები აწარმოონ. ადამიანს უფლება აქვს იგი ყოველ ნახევარ წელიწადში შეიცვალოს. უმეტესი საავადმყოფო ლოგინები ჯანდაცვის სამინისტროს მიერაა ოპერირებული. სამთავრობო საავადმყოფოები ივარაუდება, რომ დამოუკიდებელ ნდობაზე გადავა, რათა იმოქმედონ, როგორც ეკონომიკურმა ერთეულებმა. მათ უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა რესურსები ისე გაანაწილონ, როგორც საჭიროდ თვლიან. მომსახურებების რეგიონალიზაციის მიღწევა, ეროვნული დაზღვევის კანონის კონფიგურაციის გამო, საკმაოდ რთული იქნება, იმიტომ რომ ყოველ ავადმყოფობის ფონდს თავისი რეგიონული ორგანიზაცია აქვს.

ჯანდაცვის ხელშეწყობა ისრაელში ძალას იკრებს. ჯანდაცვის შესახებ ინფორმირებულობა საგრძნობლად გაიზარდა (ცხრილი 13.9). სავალდებულო უსაფრთხოების ღვედის კანონს უმეტესი მძღოლები დაემორჩილნენ, მსგავსი კანონი უსაფრთხოების ჩაფხუტის ტარების შესახებაც მიიღეს. იგივე მოთხოვნებია ველოსიპედის მძღოლებისთვისაც. დასაშვები სიჩქარეების გაზრდამ ავტობანებზე ავტოსატრანსპორტო შემთხვევებისგან სიკვდილიანობის და უბედური შემთხვევების გაზრდა გამოიწვია.

მოწევის შეზღუდვამ საზოგადოებრივ ადგილებში მოზარდებში მოწევის შემცირება გამოიწვია, განსაკუთრებით მამაკაცთა შორის, თუმცა მოზარდთა 30% მაინც ეწევა. დაბალი ცხიმის შემცველი საკვები ახლა ხელმისაწვდომია სუპერმარკეტებში. საკვების კერძო მწარმოებლები ბავშვთა საკვებს ვიტამინებით და მინერალებით ამდიდრებენ. საუზმის მარცვლეული ასევე გამდიდრებულია, მაგრამ საკვების ფორტიფიკაცია (გამდიდრება), განსაკუთრებით პურის, რძის და მარილის მნიშვნელოვანი მინერალებით და ვიტამინებით, ჯერ არ გამოიყენება. სიმსუქნე გავრცელებულია, განსაკუთრებით ქალებში 45 წელზე ზემოთ, ამავდროულად კარგი ფიზიკური ფორმის შენარჩუნების აუცილებლობის აღქმა იზრდება, მაგრამ მისი დონე მისაღები მაინც არ არის.

ისრაელის ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასებისას კვლავ მნიშვნელოვანი ფაქტორებია რეგიონული, სოციალური და ეთნიკური განსხვავებები. არაბ მოსახლეობას უფრო მაღალი ახალშობილთა

ცხრილი 13.9 ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ინიციატივები და მათი ეფექტი, ისრაელი, 1997 წელი

თემა	მოქმედება	გავლენა
თამბაქოს მოხმარება	თამბაქოს საწინააღმდეგო კანონმდებლობა რეკლამირების აკრძალვა თამბაქოს საწინააღმდეგო აქტივობები არასამთავრობოების მიერ	1973-1998 წლებში შემცირდა კაცებში 41%-დან 33%-მდე ქალებში 36%-დან 25%-მდე
კიბოს პრევენცია	მამოგრაფიის ჩატარების ხელშეწყობა, მზის ზემოქმედების შემცირება მოწევის აკრძალვა	მოსახლეობის გათვითცნობიერების ნელი ზრდა; კიბოს მაჩვენებლის ზრდა, თუმცა ბევრად ნაკლებად, ვიდრე ევროპაში, ძუძუსა და ნაწლავის კიბოს გარდა
კვება	ჯანმრთელობის სწავლება ხმელთაშუაზღვის კვების რეჟიმი; ხილისა და ბოსტნეულის ხშირი მიღება; დიდი რაოდენობით, მაგრამ კლებადი ტენდენციით შაქრის მიღება; ცხოველური ცხიმების იშვიათი მიღება	შესაძლოა იყოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის სწრაფი კლებისა და კიბოს დაბალი მაჩვენებლის მიზეზი
ავტოსაგზაო შემთხვევები	კანონი ღვედების სავალდებულო გამოყენების შესახებ გზატკეცილებზე სიჩქარის შეზღუდვები	ავტოსაგზაო შემთხვევებისა და ფატალური შემთხვევების ზრდა მძღოლთა ჩვევების ცვლილება სასჯელის შიშით; ელექტრონული მონიტორინგი უფრო ეფექტური აღმოჩნდა
წყლის ხარისხი	სავალდებულო ქლორირება 1988 წ.-დან არასავალდებულო ფილტრაცია, კოაგულაცია	წყლისმიერი დიარეული დაავადებების შემცირება
ნარჩენების გაუვნებლობა	გაუვნებლობის ზრდა	წყლის განმეორებითი გამოყენების ზრდა
ძირითადი საკვების გამდიდრება	კანონი ნებას რთავს, მაგრამ არ მოითხოვს კერძო მეწარმეთა ინიციატივები	ბურღულეული (საუზმის) გამდიდრებულია ბავშვთა საკვები და ბურღულეული გამდიდრებულია ძირითადი საკვები (პური, მარილი, რძე) არ არის გამდიდრებული
საკვების ხარისხი	საკვებზე გაძლიერებული კონტროლი სტანდარტების საერთაშორისო დონემდე გაუმჯობესება	მოსახლეობის გათვითცნობიერების გაზრდილია; ცხიმის დაბალი შემცველობის პროდუქტი ფართოდ ხელმისაწვდომია
აივ/შიდსი/სგგი პრევენცია	ჯანმრთელობის სწავლება სკოლებში	ფართოდ გავრცელებული ინფორმაცია კონდომების შესახებ, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისას ამ დაავადებების თავიდან აცილება
ჯანსაღი ქალაქები	ჯანსაღი ქალაქების აქტიური ასოციაცია	სხვადასხვა ქალაქების მიერ ორგანიზებული ჯანსაღი ქალაქების პროგრამები
კბილების ჯანმრთელობა	მუნიციპალური წყალმომარაგების სავალდებულო ფლორიდაცია	ფლორიდაცია აღწევს მოსახლეობის 47%-ს სავალდებულო ფლორიდაცია 2001წლისთვის
სასკოლო ჯანმრთელობა	ხანგრძლივად გადადებული, გაუმჯობესდა 1990-იანებში	„იცოდე შენი სხეული“ სწავლება ფართოდ არის გავრცელებული სკოლებში საკოლო სადილის პროგრამა არ არსებობს

Source: Adapted from Israel Center for Disease Control. Health Status in Israel, 1999.

სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აქვს, ვიდრე ებრაელებს, 1996 წ. ყოველ 1000 მოსახლეზე 12 6-ის წინააღმდეგ. 1990-იან წლებში რუსეთიდან და ეთიოპიიდან ემიგრაციამ, თავი მოუყარა ხალხს, რომლებსაც სხვადასხვა რისკ-ფაქტორები გააჩნიათ. ტრადიციული ჯანდაცვის რესურსების განაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ნაწილში უფრო კონცენტრირებულია, ვიდრე სოფლებში, სადაც მოსახლეობა ერთ სულ მოსახლეზე ნაკლებ რესურსს იღებს.

ჯანდაცვის ხელშეწყობას მზარდი ყურადღება ეთმობა, ისევე, როგორც ჯანდაცვის მომსახურების სტრუქტურებს, ჯანდაცვის ახალი რეფორმისთვის. ჯანდაცვის სამინისტრო კონცენტრირებას ახდენს ჯანდაცვის სამსახურების რეფორმაზე და ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევაზე, მაგრამ ჯანდაცვის მიზნებით და ჯანდაცვის ხელშეწყობის სტრატეგიების გაძლიერებით ერთობლივი სტრატეგია სჭირდება. დეცენტრალიზებული ადმინისტრაციული მომსახურებები ავადმყოფობის ფონდებით ჯანმრთელობის შენარჩუნების ფუნქციას უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებენ. რეგიონული განსხვავებები ჯანდაცვის რესურსებში და ჯანდაცვის სტატუსში რეგიონული ბიუჯეტირების ძლიერ არგუმენტს შეადგენს, რომელიც დღეისათვის უკვე ცენტრალურად მართულ ავადმყოფთა ფონდების მიერ განიხილება.

რეზიუმე

ისრაელმა ჯანდაცვის მაღალ სტანდარტებს და ჯანმრთელობის სტატუსის ინდიკატორებს მიაღწია. ისრაელის ჯანდაცვის სისტემა მრავალი წლის განმავლობაში კვაზი-ეროვნული მომსახურება იყო. სისტემა ისრაელის მოსახლეობას დაეხმარა, დაბალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლებისთვის მიეღწია ინფექციური და არაინფექციური დაავადებებით. ქვეყანაში ცხოვრების ხანგრძლივობა გაიზრდა. იგი ისრაელში ყველაზე ხანგრძლივია. სამედიცინო და პარასამედიცინო პროფესიონალურმა განათლებამ, კვლევამ და სამედიცინო და წამლის ინდუსტრიებმა უმაღლეს დონეებს მიაღწიეს. 1995 წლის ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოღება ჰქმნის თანასწორობას დაფინანსებაში და ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკურ მანიპულაციას. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებები ისევ გამოყოფს ერთმანეთისგან პრევენციულ და სამკურნალო საზოგადოებაზე დაფუძნებულ დაწესებულებებს, რის შედაგადაც ავადმყოფობის ფონდები პრევენციაზე არასაკმარისადაა ორიენტირებული. დაფინანსების და მომსახურების მენეჯმენტის რეგიონალიზაცია საჭიროა, რათა უთანასწორობა შემსუბუქდეს. ისრაელის ჯანდაცვის სისტემამ მთელი მოსახლეობისთვის ხელი შეუწყო ჯანდაცვის მაღალ სტანდარტებს.

ჯანდაცვის სისტემები ბანვითარებად ქვეყნებში

უმეტეს განვითარებად ქვეყნებს ჯანდაცვის სამსახურები კოლონიური რეჟიმებისგან მემკვიდრეობით გადმოეცათ და შემდგომ 1950-1960-იან წლებში მათზე გავლენა ჯანდაცვის საბჭოთა მოდელმა იქონია. პირველადი ჯანდაცვის განვითარება იყო უყურადღებოდ მიტოვებული, დაუფინანსებელი, ქვეყნის ცენტრალურ ნაწილში სასწავლო ჰოსპიტალებში გადაჭარბებული რესურსების განაწილების გამო სოფლის მცხოვრებლებს მცირედი ხვებოდა. უმეტეს განვითარებად ქვეყანას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ესაჭიროება.

1980-იან წლებში აქცენტი ნელ-ნელა პირველად ჯანდაცვაზე გადავიდა, რომელიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ ინიციატივით დაფინანსდა. მიღწევები 1980-იან – 1990-იან წლებში მოიცავდა გაუმჯობესებულ იმუნიზაციას, რეჰიდრაციული თერაპიის ფართო გამოყენებას და სანიტარიის გაუმჯობესებას. უმეტეს რეგიონში, მათ შორის საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკაში, რომელიც 1990-იან წლებში შობადობის კონტროლს ეწინააღმდეგებოდა, შობადობის მაჩვენებლების კლება აღინიშნა. ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამები იმუნიზაციასთან ერთად აქცენტს აკეთებს პირველად ჯანდაცვაზე, ორალურ რეჰიდრატაციულ თერაპიაზე, ძუძუთი კვების ხელშეწყობაზე, ჩვილთა დამატებით კვებაზე (Supplement feeding) და დაბადების ინტერვალებზე.

ბევრი ქვეყანა განვითარებად მსოფლიოში პროდუქტიულობას და ერთ სულ მოსახლეზე მეპ-ს ზრდის. უნივერსალური პირველადი განათლება და გაუმჯობესებული ეკონომიკური სტატუსი ჯანდაცვის სტანდარტების გაუმჯობესების პოტენციალს ზრდის. საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკაში დაბალი და კლებადი ეკონომიკური აქტივობა ჯანდაცვის ფონდების ზრდის ალბათობას ამცირებს. შიდსი, ტუბერკულოზი, წითელა, სხვა ინფექციური დაავადებები, სიღარიბე, ცუდი კვება და მაღალი შობადობა ჩვილთა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთან ერთად, აუარესებს მოსახლეობის-სიღარიბის-გარემოს (PPE) პრობლემას, რომელიც მოიცავს ეროვნული ზრდის პოტენციალს. რადგან დასავლური დიეტები, ცხოვრების სტილი და ტექნოლოგია მიღებულია განვითარებად ქვეყნებში, ისინი ისეთი ქრონიკული დაავადებების ზრდას იწვევენ, როგორიცაა ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ინსულტი, კორონალური გულის დაავადება და ავტოსატრანსპორტო შემთხვევები. ეს მზარდ დანახარჯიან ტექნოლოგიებთან ერთად ჯანდაცვის სამსახურებს დამატებით ტვირთად აწვება.

უმეტესი განვითარებადი ქვეყნები ჯანდაცვაზე და დედაქალაქებში უმეტესწილად ხარჯიან საავადმყოფოებზე თავიანთი დაბალი ეროვნული შემოსავლების 4%-ს ხარჯავენ. მთავრობის ადეკვატური დაფინანსების ნაკლებობა ზრდის ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ინტერესს, განსაკუთრებით საშუალოდგანვითარებად ქვეყნებში, უფრო მეტი მოსახლეობის ჯანდაცვის სისტემაში ჩართვის და ჯანდაცვის სისტემისთვის დამატებითი ფინანსების მიღების მიზნით, იმ მცირეოდენის გარდა, რომელიც მთავრობის მიერაა გამოყოფილი.

მოკლე რეგიონული გადახედვის შემდეგ, ამ სექციაში, ჩვენ გაწვდით საკუთარი ჯანდაცვის რეფორმაზე აქტიურად მომუშავე რამდენიმე განვითარებადი ქვეყნის მაგალითს. ჯანმრთელობის დაზღვევა საჭიროა, რათა გაიზარდოს ჯანდაცვის დაფინანსება და მოხდეს მზარდი ურბანული დასაქმებული და საშუალო კლასის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, მაგრამ, ამავე დროს, ჯანდაცვის სამინისტროებმა უნდა უზრუნველყონ პირდაპირი მომსახურებები სოფლის ღარიბი მოსახლეობისთვის. განვითარებად ქვეყნებში სასარგებლო იქნება განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების გაზიარება.

საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკა

საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკა მოიცავს 40 ქვეყანას 576 მილიონი მოსახლეობით 1996 წ. და მეპ-ს ერთ სულ მოსახლეზე – 501 აშშ დოლარს. წლიური შობადობა არის 24.8 მილიონი, 1996 წ. აჩვენებს კლებას ჯამურ ნაყოფიერების მაჩვენებლებში 1960 წელს 6.6-დან, 1997 წელს 5.9-მდე. ცხოვრების ხანგრძლივობა გაიზარდა 1970 წ. 44 წლიდან 1996 წ. 51 წლამდე. ბავშვთა სიკვდილიანობა 5 წლამდე შემცირდა 1997 წ. ყოველ 1000-ზე 256-დან 170-მდე. დედათა სიკვდილიანობა მაღალი რჩება 1990 წ. ყოველ 100 000-ზე, 597, 1997 წ. მშობიარობებს დაესწრნენ ტრენინგგავლილი დამსწრეების 37%. იმუნიზაციის მაჩვენებლები ბავშვთა მთავარი დაავადებების 52%-ს ფარავს, მათ შორის ტეტანუსის ვაქცინები ფეხმძიმეთა 39%-ს უკეთდება. არასაკმარისი კვება ბავშვთა ჯანმრთელობას აზიანებს. ტუბერკულოზი, მალარია, შიდსი, წითელა და სხვა ინფექციური დაავადებები, დაავადების მთლიანი ტვირთის სიკვდილიანობის და ავადობის მაღალი მაჩვენებლების მთავარი ხელშემწყობია. გარდა ამისა, ქრონიკული დაავადებები და ტრავმა მზარდი მნიშვნელობის ხელშემწყობია.

ეკონომიკური დაცემის და პოლიტიკური ქაოსის ფონზე, ასევე ზემოაღნიშნული პრობლემების გამო, ბევრ ქვეყანაში რესურსების განაწილება ჯანდაცვის ბიუჯეტისთვის რისკის ქვეშ დადგა. მიუხედავად სირთულეებისა პროგრესი მაინც იქნა მიღწეული სანიტარიის და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ძალისხმევაში, ცუდად მომსახურებულ სოფლებში და ქალაქის გარეუბნებში. იმედია ეფექტური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა აქ 21-ე საუკუნეში დაიძლევა.

დრამატული პროგრესი იქნა მიღწეული პოლიომელიტის, დრაკუნკულიაზის და ონკოცერკიაზის აღმოფხვრაში. ნაკლები პროგრესი შეიმჩნევა ტუბერკულოზის, შისტოსომიაზის და მალარიის კონტროლში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მოუწოდებს უფრო მეტი ძალისხმევისკენ კიბოს პრევენციაში, რომელიც მიღწ-

ევადია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ იმუნიზაციით, C ჰეპატიტისთვის სისხლის გადასხმის სკრინინგით, მოწევის და ალკოჰოლის კონტროლით, კარდიო-ვასკულური დაავადების და დიაბეტის რისკ-ფაქტორების შემცირებით, მენტალური ჯანდაცვით და პირის ღრუს ჯანდაცვით. სამოქალაქო ომებმა ზოგიერთ რეგიონში მთავრობები გაანადგურა, ლტოვლვილთა მდგომარეობამ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე შემაშფოთებელი გავლენა მოახდინა. 1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, მას შემდეგ, რაც მოხდა საჰარის სამხრეთ მდებარე აფრიკის ზოგიერთ ქვეყნებში მთავრობების სტაბილიზაცია და ეკონომიკური პროგრესი, ამ პოტენციურად მდიდარ კონტინეტზე მომავლის იმედი ჩაისახა.

ნიგერია

ნიგერიაში საჰარის სამხრეთით მდებარე აფრიკის ქვეყნებში ყველაზე დიდი რაოდენობის მოსახლეობაა 1997 წ. 118 მილიონი, დაახლოებით 1/3 ურბანული და 2/3 სოფლის, უკანასკნელი 97,000 სოფელში ცხოვრობს. ბავშვთა წლიური შობადობა 5 მილიონია. მიუხედავად ნავთობის დიდი რაოდენობისა, რომელიც 1980-იან წლებში აღმოაჩინეს, ნიგერია რეპრესიული სამხედრო რეჟიმებით დიდხანს იმართებოდა და მეპ-ი ერთ სულ მოსახლეზე 1996 წ. 240 აშშ დოლარი ჰქონდა. ძირითად ჯანდაცვის ინდიკატორებში ეს ქვეყანა ყველაზე ნაკლებად განვითარებულთა სიაშია.

ზრდასრულთა წიგნიერების მაჩვენებლები მამაკაცებში 1960 წელს 47%-დან გაიზარდა, 1995 წელს – 67%-მდე და ქალებში 23%-დან 47%-მდე. შობადობის მაჩვენებელი განათლებულ ურბანულ მოსახლეობაში შემცირდა, მაგრამ მაღალი რჩება ჩრდილოეთ მუსულმანურ ნაწილში და სამხრეთ ქრისტიანულ სოფლურ რეგიონებში, მთლიანი ნაყოფიერების მაჩვენებელი არის 1997 წ. ყოველ ერთ ქალზე 6.0 ბავშვი. ახალშობილთა მხოლოდ 37%-ი მოხვდა გაწვრთნილი ჯანდაცვის პერსონალის ხელში.

ახალშობილთა სიკვიდილიანობა 1960-1997 წწ. ყოველ 1000 დაბადებულზე 122-დან 112-მდე შემცირდა. ბავშვთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000-ზე 187-ს შეადგენდა, ამ ციფრმა 1960 წლის შემდეგ დაიკლო და 207 გახდა. დედათა სიკვდილიანობა 1990 წ. ყოველ 100 000 ახალშობილზე 1000 იყო. 1990-1996 წწ. მხოლოდ მშობიარობების 31%-ს ესწრებოდა გაწვრთნილი ჯანდაცვის პერსონალი. ყოველ წელს დაახლოებით 750 000 ბავშვი და 42 000 ქალი იღუპება მშობიარობისას. ცხოვრების ხანგრძლივობა 1970-1997 წწ. 43 წლიდან 52 წლამდე გაიზარდა.

ინფექციური დაავადებები სიკვდილის მთავარი მიზეზია, პირველ რიგში მალარია, წითელა, მენინგიტი, პნევმონია, ყვითელი ცხელება, დიზინტერია, ტუბერკულოზი და შიდსი. იმუნიზაციის მაჩვენებლები 1980-იანებში გაიზარდა, მაგრამ შემდგომი ათწლეულის მანძილზე დაიკლო. ფეხმძიმეთა იმუნიზაცია ტეტანუსის წინააღმდეგ 1995-97 წლებში 23% იყო. ჩვილთა იმუნიზაცია BCG წინააღმდეგ 29% იყო, DPT წინააღმდეგ 21%, პოლიოსი – 25% და წითელასი – 38%. წითელა ბავშვების სიკვდილის მიზეზია – 12%. შიდსი ნიგერიაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი პრობლემაა, ისევე როგორც სხვა საჰარის სამხრეთ მდებარე აფრიკის ქვეყნებში.

ჯანმრთელობის დაზღვევა ხდება სოციალური დაცვით და სახელმწიფოს ეროვნული მხარდაჭერით, სპეციალური ჯგუფთან ერთად, რომელიც ფარავს შეიარაღებულ ძალებს, როგორიც არის ტრანსპორტის სექტორში მომუშავენი. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურებები ხასიათდება დაბალი ხელფასებით და მომარაგების ნაკლებობი. წამლები არის ძვირი და შემოდის შეუზღუდავად.

ჯანდაცვის სისტემა გადმოღებულია ბრიტანული კოლონიზაციის პერიოდში, რომელიც მოიცავს ჰოსპიტალურ მკურნალობას ურბანულ ცენტრებში და ზოგიერთ სამედიცინო ტრენინგებს. 1960 წლის დამოუკიდებლობიდან მოყოლებული სახელმწიფოს მიერ ოპერირებულმა ჯანდაცვის სიტემამ სახელმწიფო პირველადი განათლების გაფართოების პარალელურად ქსელის გაფართოების პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების განვითარება დაიწყო. ჯანდაცვის ხარჯები 1992 წ. ერთ სულ მოსახლეზე 1.5 აშშ დოლარი იყო და ეროვნული ბიუჯეტის 5%-ს შეადგინა. ახლანდელი ჯანდაცვის ბიუჯეტი არასაკმარისად დაფინანსებულია და მოსახლეობის 2/3-ს ფარავს, სოფლის მოსახლეობის დიდი ნაწილი სისტემის გარეთაა მოქცეული. ჯანდაცვის მომსახურებასთან ხელმისაწვდომობა 1985-1992 წლებში, როგორც UNICEF-ს მიერ იქნა დათვლილი, ურბანული მოსახლეობისთვის 85% იყო, სოფლის მოსახლეობისთვის – 62% და მთლიანი მოსახლეობისთვის – 66%. სამკურნალო მომსახურებებმა ფისკალური რესურსების მთავარი წილი მიიღეს საავადმყოფოებში და პირველადი

დახმარების კლინიკებში. ნიგერიაში შემოთავაზებული ცვლილებები ალოკაციაში, ჯანდაცვის რესურსებში შემდეგნაირად განაწილდება: 15% ფედერალური სახელმწიფოს მიერ ოპერირებულ სპეციალიზირებულ საავადმყოფოებს ერგებათ; 25% – სახელმწიფო მთავრობის მიერ ოპერირებულ საუბნო საავადმყოფოებს და 60% – ადგილობრივი მთავრობის მიერ ოპერირებულ პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, სასკოლო ჯანმრთელობის და სხვა პირველადი ჯანდაცვის ასპექტების ჩათვლით.

სამედიცინო ცოცხალი ძალა არის 1 ყოველ 10 000 მოსახლეზე, მაგრამ უმეტესი ექიმები ურბანულ ადგილებში არიან თავმოყრილი. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ტრენინგები მაღალ სტანდარტებს შეესაბამებოდა, მკურნალობის მთლიანი ხარისხი და ჯანდაცვის მენეჯმენტის ეფექტურობა დაბალია. ფედერალურ მთავრობას ჯანმრთელობის დაზღვევის გაფართოების ინიციატივები შემოაქვს, რათა ჯანდაცვის შემოსავალი და მომსახურების ხელმისაწვდომობაში თანასწორობა გაიზარდოს. ეროვნული ჯანდაცვის ცენტრის ფონდი ჩამოყალიბებული იქნა, რომელიც მიიღებს დაფინანსებას ფედერალური მთავრობის ძირითადი შემოსავლისგან, სოფლის ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიებს და დასაქმებული ხალხის ჯანმრთელობის დაზღვევას. ეს მოასწავებს ძირითადი ჯანდაცვის გაზრდას სოფლის უფრო ფართო მასებისთვის და ღარიბი მოსახლეობისთვის ურბანულ რაიონებში.

ნიგერიის ჯანდაცვის პრობლემები განვითარებადი ქვეყნის სტანდარტებისთვისაც კი ძალზე სერიოზულია. სამედიცინო განათლებამ პრიორიტეტი 12 სამედიცინო სკოლას მიანიჭა, მაგრამ არ არსებობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლები. ეს ასახავს სამკურნალო მომსახურების პრიორიტეტებს, რადგან ქვეყნის ძირითადი ჯანდაცვის პრობლემები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კარგად ნაცნობ და ხარჯთეფექტური პროგრამების გამოყენებას მოითხოვს. მზარდი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები არაინფექციური დაავადებებისგან და ტრავმისგან სამომავლოდ პრევენციის და სამკურნალო მომსახურებების საკითხების დაგეგმვაში ყურადღებას მოითხოვს.

რეზიუმე

კოლონიური ჯანდაცვის მომსახურებების ძალიან შეზღუდული არეალი, ცენტრალური მართვის მომსახურება დაფინანსების სერიოზული ნაკლებობით და შემდეგ უფრო უნივერსალური სისტემით ბევრ ქვეყანაში მიმდინარე ტენდენციებს ასახავს. მოსახლეობის აფეთქების და კონტრაქტული ეკონომიკის წინაშე აფრიკის ქვეყნებმა 1980-იან წლებში ძალიან რთული გარდამავალი პერიოდი გაიარეს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემას გაძლიერება სჭირდება, რათა პრევენციული დაავადების გამოწვევებს გაუმკლავდეს, რომლებიც იმუნიზაციის დაფარვის ზონის კლების გამო გაუარესდა. ორგანიზაციის დეცენტრალიზაციამ, რათა გაიზარდოს სახელმწიფოს და ადგილობრივი მთავრობის მმართველების როლი, შეიძლება საზოგადოების ჩართულობა და მომსახურების ეფექტურობა გააუმჯობესოს. ამან შეიძლება ასევე გაზარდოს შემოსავალი, ადგილობრივი ფინანსური ინვესტიციებისთვის მექანიზმის შექმნით.

ლათინური ამერიკა და კარიბები

ლათინური ამერიკის და კარიბების რეგიონი შეიცავს 22 ქვეყანას, 487 მილიონი მოსახლეობით. საშუალო მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 1994-1996 წწ. 2.883 აშშ დოლარიდან 3.681-მდე გაიზარდა. შობადობის მაჩვენებლები 1960 წ. ყოველ 1000 მოსახლეზე 42-დან 1997 წ. 23-მდე დაეცა, ხოლო ნაყოფიერების მთლიანი მაჩვენებელი 1960-1997 წწ. 6.0-დან 2.7 დაეცა. სიკვდილიანობა 1970-1997 წწ. ყოველ 1000 მოსახლეზე 11-დან 6-მდე დაეცა, როცა ბავშვთა სიკვდილიანობა 1960-1997 წწ. ყოველ 1000-ზე 158-დან 41-მდე დაეცა, ჩვილთა სიკვდილიანობა კი – ყოველ 1000 ახალშობილზე 106-დან 33-მდე. ეს ყველაფერი მეტყველებს რეგიონში შთამბეჭდავ ეკონომიკურ და ჯანდაცვის პროგრესზე. დედათა სიკვდილიანობა 1990 წელს ისევ მაღალი იყო, ყოველ 100• 000 დაბადებულზე 190, მშობიარობის 78%-ს გაწვრთნილი სამედიცინო პერსონალი დაესწრო. ცხოვრების ხანგრძლივობა 1970-1997 წწ. 60-დან 70-მდე გაიზარდა.

კონტინენტის მასშტაბით პოლიოვირუსების

და წითელას აღმოფხვრაში და ვაქცინით პრევენტაბელური სხვა დაავადების კონტროლში წარმატებებს მიაღწიეს. ტუბერკულოზი, მალარია, ცხელება, ჩაგასის დაავადება და ქოლერა ისევ რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემად. გადამდები, დედათა და პერინატალური მიზეზები მთელი სიკვდილიანობის 32%-ს ითვლის, ტრამვები – 10%-ს, როცა არაგადამდები დაავადებები – 58%-ს. კარდიოვასკულური დაავადებები იზრდება, რადგან რისკ-ფაქტორები: მოწევა, ცხიმიანი დიეტა, პასიურობა, ჰიპერტენზია და დიაბეტი, წარსულთან შედარებით მთელს ტერიტორიაზე უფრო გავრცელებულია.

სწრაფმა ურბანიზაციამ შექმნა მოფენილი ურბანული ჯურღმულები, სერიოზული სანიტარიული და სხვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საშიშროებებით, რაც დიდ ზიანს აყენებდა სოციალურ და ინფრასტრუქტურულ მომსახურებებს. სოფლის მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის მომსახურებებზე და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საკითხში მთელი კონტინენტის მასშტაბით ერთერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება.

კოლუმბია

კოლუმბია არის საშუალოდ განვითარებული ქვეყანა, რომლის მოსახლეობაც 1997 წ. 37 მილიონს შეადგენდა, 2/3-ზე მეტი ურბანული. მშპ 1992 წ. ერთ სულ მოსახლეზე 1330 აშშ დოლარი იყო, რომელიც 1996 წ. 2140 აშშ დოლარამდე გაიზარდა. ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლმა 1960 წ. ყოველ 1000-ზე 82-დან 1997 წ. 25-მდე დაიკლო. ბავშვთა სიკვდილიანობამ 130-დან 30-მდე დაიკლო, სიცოცხლის ხანგრძლივობა 57-დან 71 წლამდე გაიზარდა. დედათა სიკვდილიანობა მაღალი რჩება, 1980-1997 წწ. ყოველ 100.000-ზე 50. 1970 და 1997 წლამდე ყოველ 1000 მოსახლეზე მთლიანი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 9-დან 6-მდე დაეცა. პირველადი სკოლის ჩართულობა უნივერსალურია, წიგნიერება მაღალია 1990 წ. 87%. ხალხის პროცენტული მაჩვენებელი, რომელიც სრულ სიღარიბეში ცხოვრობს ურბანულიდან 32%-ია, სოფლის მოსახლეობიდან – 70%-ი.

ეროვნული ტერიტორია გაყოფილია 32 დეპარტამენტად, ისინი თავის მხრივ დაყოფილია 107 რეგიონად და ადგილობრივი მთავრობის სამმართველოებად. ადგილობრივი მთავრობა ჯანდაცვის ცენტრებზე, ჯანდაცვის ხარჯებზე, სანიტარიულ სამსახურებზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა (community health workers) პროგრამებზეა პასუხისმგებელი. ექიმებს ხელფასებს უხდიან, მაგრამ ისინი ხშირად რამდენიმე სხვადასხვა ადგილას მუშაობენ ან კერძო პრაქტიკასაც ეწევიან.

პირველი საავადმყოფოები ესპანეთის კოლონიის დროს, 1513 წელს შეიქმნა, კეთროვანთა საავადმყოფოც ამ პერიოდში დაარსდა, 1564 წელს. 1798 წელს ესპანეთის კანონმა მოითხოვა, რომ ყველა პროვინციის საავადმყოფოს რელიგიური კანონების მიხედვით ემოქმედა. საბაზისო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონები 1601 წელს შემოიღეს, პირველი სამედიცინო სკოლა 1636 წელს დაარსდა. სანიტარიის საბჭო 1825 წელს ჩამოყალიბდა, ქველმოქმედების და ჯილდოს დეპარტამენტი – 1848 წელს, აქედან იმართებოდა საავადმყოფოები მონებისთვის და ღარიბებისთვის. ჰიგიენის ცენტრალური საბჭო 1887 წელს ჩამოყალიბდა, მოგვიანებით ეროვნული ჯანდაცვის მმართველობაში შევიდა და 1946 ჯანდაცვის სამინისტრო გახდა.

ჯანდაცვის სისტემა. ჯანდაცვის სისტემა კოლუმბიაში სამი დიდი ელემენტისგან შედგება: ოფიციალური სექტორი, სოციალური დაცვა და კერძო სექტორი. თითოეული სექტორს ცალკე კონსტიტუცია და მომსახურებები გააჩნია, მაგრამ არსებითად ისინი იკვეთებიან.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა უდიდესი სექტორია, რომელიც 1975 წელს შეიქმნა. მას მოსახლეობის 70% უნდა დაეფარა. იგი იმართება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, რომელიც ახდენს ეროვნული პოლიტიკის განსაზღვრას და საოლქო დონეზე ლოკალურ იმპლემენტაციას. მუნიციპალიტეტები უზრუნველყოფენ ჰოსპიტალურ და ამბოლატორიულ მომსახურებას promatoras de salud ანუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების ფართოდ გამოყენებით.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის 36% მთავრობის მიერაა დაფინანსებული, დეპარტამენტების და ადგილობრივი გადასახადების წვლილი 22%-ია, მომსახურების გაყიდვებით სადაზღვევო გეგმაზე 12%-ია, დანარჩენი სხვადასხვა წყაროებიდან ფინანსდება, მათ შორის ქონებები და ქველმოქმედება.

სოციალური დაცვა 1937 წელს შემოიღეს, რომელიც ფარავს ინდუსტრიულ და კომერციულ მუშებს, ასევე თვით დასაქმებულებს. იგი

შემოიღეს საზრიანი სამედიცინო სამსახურებისთვის. სამოქალაქო პირები, პოლიცია, სამხედრო პერსონალი და ოჯახები დაზღვეულები არიან პარალელური პროგრამით. სოციალური უსაფრთხოების სისტემა მოსახლეობის 24%-ს ფარავს. კერძო სექტორი მოიცავს კერძო სამედიცინო დაზღვევას 3%-თვის და შეიარაღებული ძალებისთვის, (მოსახლეობის 2.6%).

კერძო სექტორი, კერძო საავადმყოფოებით და სამედიცინო მომსახურებებით მოსახლეობის პატარა პროცენტულ ნაწილს ფარავს, მოსახლეობის მხოლოდ ნახევარს. ჯანდაცვის ადგილობრივი მესვეურები, თავისი ბიუჯეტებით ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას ახდენენ, უფრო ნაკლებ შემთხვევებში, დედათა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფასაც, თავის საკუთარი მოსახლეობის ფარგლებში.

ეროვნული ჯანდაცვის გეგმები. 10-წლიანი ეროვნული ჯანდაცვის გეგმა ყურადღებას ამახვილებს ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირებაზე ვაქცინაციით, რომელიც გამოწვეულია თავიდანაცილებადი დაავადებებით. ამ გეგმებში ასევე შედის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და მალარიის კონტროლი, კვება, პროეფიული და სტომატოლოგიური ჯანმრთელობა, ასევე ჯანდაცვის სერვისების ორგანიზაციის და მიწოდების გაუმჯობესება. 1970 წელს ჯანდაცვის მთავარი პრობლემები იყო დიარეული დაავადებები, ბავშვების ინფექციური დაავადებები, ცუდი კვება, ტუბერკულოზი და მალარია. 1986 წლისთვის მოხდა ეპიდემიოლოგიური გარდამავლობა. სიკვდილის პირველადი მიზეზები გახდა მკვლელობა და ძალადობა, კარდიო-ვასკულური დაავადებები, ნეოპლაზიები და ცუდი კვება. მალარია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარი პრობლემაა ზღვისპირა დაბლობებში. მას აკონტროლებენ იმ ადგილებში, რომელსაც ემსახურება ტრენინგგავლილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებსაც შეუძლიათ ამ დაავადების დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა.

მოსახლეობის დაახლოებით 40% განიცდის ჯანდაცვის მომსახურების ნაკლებობას, როცა არსებობს სხვებისთვის ამ მომსახურების ჭარბი მოხმარება. საავადმყოფოების და სამედიცინო პრაქტიკის რეგულაციები სუსტია. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება გადაჭარბებულად მოიხმარება, მაშინ როცა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება საკმარისად ათვისებული არ არის. ჯანდაცვის ხარჯები მშპ-ს 4%-ზე ნაკლებს შეადგენს. 1993 წელს კოლუმბიას ყოველ 10.000 მოსახლეზე 105 ექიმი ჰყავდა აშშ-სთან შედარებით, სადაც 245 ექიმი იყო; მაგრამ ყოველ 10.000 მოსახლეზე მხოლოდ 49 ექთანი და ბებიაქალი ჰყავდა, აშშ-სთან შედარებით, სადაც ექთანი და ბებიაქალი 878 იყო. მიუხედავად ამისა, კერძო სამედიცინო სკოლების გაუკონტროლებელი ზრდა ექიმების გამოშვების სწრაფ ზრდას იწვევს. საოჯახო პრაქტიკის ტრენინგების ზრდა გამოიწვევს სპეციალიზაციის და გადაჭარბებული მომარაგების კლების ტენდენციას, ასევე ექიმების უმუშევრობის კლებას.

მუნიციპალიტეტის მიერ მართული ოფიციალური სისტემა ფოკუსირებულია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდირებზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკების გამოყენებით, რომლებიც დაქირევებულნი არიან მოსახლეობიდან, ჩატარებული აქვთ ტრენინგები 3 თვის განმავლობაში, რათა შეეძლოთ მოსახლეობასთან მისვლითი და მათი ჯანდაცვის საკითხებში განათლების ფუნქციების შესრულება.

ამან, რა თქმა უნდა, ხელი შეუწყო ჩვილთა და ბაშვთა სიკვდილიანობის გაუმჯობესებას, ასევე იმუნიზაციის დაფარვის გაზრდას 92-98%, ისევე როგორც წარმატებულ ეროვნულ იმუნიზაციის დღეებს პოლიოს აღმოფხვრაში და წითელასთან ბრძოლაში. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებამ ასევე ხელი შეუწყო ოჯახურ დაგეგმარებას, რაც აისახა კონტრაცეფციის მომხმარე ქალების 72%-ით და 1996 წ. ყოველ 1000 მოსახლეზე ნედლი დაბადების მაჩვენებლების 37-დან 24-მდე შემცირებით.

1990-1993 წლების განმავლობაში ჯანდაცვის გადახედვამ ახალი ეროვნული სტრატეგიის შემუშავება გამოიწვია, რომელიც განსაზღვრული იყო ეფექტიანობის ხელშეწყობისთვის და მომსახურების დაფარვის ზონის გაზრდისთვის. ამ რეფორმამ ფუნქციონირება 1994 წელს დაიწყო, რომლის მიზანი იყო სხვადასხვა ეროვნული პროგრამების ინტეგრირება და სავალდებულო ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ინსტიტუციონირება დამყარებული დასაქმებაზე, დამქირავებლის და დაქირავებულის წვლილით და გადასახადების მხარდაჭერით. რეფორმა ცდილობს, შემოიღოს უნივერსალური დაფარვა, ხელმისაწვდომობის თანასწორობა, პროვაიდერის არჩევანის თავისუფლება, ინსტიტუციონალური ავტონომია, დეცენტრალიზირებული ადმინისტრაცია და ეროვნული სარეგულაციო მექანიზმი.

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა

სოციალური დაცვის ქვეშ ფარავს ხელფასიან და თვითდასაქმებულ მუშაკებს. მათი წვლილია შემოსავლის 12% (8% დამქირავებლისგან და 4% მუშისგან). ხელმოკლე ადამიანები ასევე შედიან ამ გეგმაში, რომელთა სოციალური დაზღვევა ეროვნული მთავრობისგან და ადგილობრივი უფროსობისგანაა დაფინანსებული. გეგმის დაფარვა გაიზარდა 4.5 მილიონიდან 20 მილიონამდე (1994-1998 წლები, 50%-ზე მეტი მოსახლეობა). დანარჩენი მოსახლეობა საჯარო საავადმყოფოებში და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ცენტრებში მკურნალობს. ყურადღება გადატანილი იქნა ჰოსპიტალური მკურნალობიდან ამბულატორიულზე და პირველად ჯანდაცვაზე, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ასევე კერძო სექტორებში. ეს აფინანსებს ეროვნული მომსახურების კალათას, რომელიც განსაზღვრულია სოციალური დაცვის ეროვნული საბჭოს მიერ, რომელსაც ჯანდაცვის მინისტრი ხელმძღვანელობს და მომხმარებლების მხრიდანაც ჰყავს წარმომადგენლები.

ჯანდაცვის რეფორმა, გულისხმობს უნივერსალური დაფარვის და HMO-ს მსგავსი ორგანიზაციების მომხმარებლის მიერ არჩევის შემოღებას, რაც დამყარებული იქნება ბაზარზე ორიენტირებული მომსახურებების პაკეტების ალტერნატივების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის კონცეფციაზე. ისინი მოახდენენ მკურნალობას, რომელიც ანაზღაურებული იქნება ერთ სულზე და აკრედიტაციის და ხარისხის კონტროლის სუბიექტები იქნებიან, სადაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმს „კარის მცველის“ როლი ექნება. პირველადი ჯანდაცვის პირდაპირი მომსახურების განვითარება გრძელდება, როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობა, NGO-ების დახმარებით. *Promatoras* ანუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები სტრატეგიის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ეს სერიოზული გამოცდილება იქნება საშუალო განვითარების ქვეყნის ჯანდაცვის რეორგანიზაციის საკითხში. ისევე როგორც უდიდესი წინ გადადგმული ნაბიჯია კოლუმბიის სოციალური დაცვის მხრივ. თუმცა ვერ გადაჭრის სამედიცინო დახმარების მიწოდების პრობლემას სოფლებში მცხოვრები, ძალზე მწირი მომსახურების მიმღები პოპულაციისთვის.

აზია

გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF) აზიას ორ ჯგუფად ჰყოფს: სამხრეთ აზია და აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანეთი (ცხრილი 13.10). ერთი მოიცავს ინდოეთს, მთლიანი მოსახლეობა 1.3 მილიარდ ადამიანს შეადგენს; მეორე კი — ჩინეთს, მოსახლეობა 1.8 მილიარდ ადამიანს შეადგენს. იაპონია ამ ჯგუფში არ შედის, რადგან ის ინდუსტრიულ ქვეყნებს მიეკუთვნება. სამხრეთ აზიის ქვეყნებში პროგრესი ნაკლებად სწრაფად მიმდინარეობს, ვიდრე აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში: ეკონომიკის, დემოგრაფიის და ჯანდაცვის სტატუსის განმსაზღვრელების თვალსაზრისით. ეს ქვეყნები ერთმანეთისგან ბევრი რამით განსხავდებიან, მაგრამ აქვთ საერთო პრობლემები, მათ შორის ინფექციური დაავადებები (შიდსი, ტუბერკულოზი, მალარია), უმეტესი მოსახლეობისთვის ცუდი კვება, სწრაფი ურბანიზაცია და არაინფექციური დაავადებები.

ჩინეთი

ჩინეთის მოსახლეობა შეადგენს 1.2 მილიარდ ადამიანს. მთლიანი ეროვნული პროდუქტი გაიზარდა 300 აშშ დოლარიდან 370-მდე, რის შემდეგაც კიდევ გაიზარდა 750-მდე (1988წ.-1990წ.-1996წ.). ჩინეთი ცვლილებებისა და ეკონომიკური ზრდის უსწრაფეს პროცესში იმყოფება. ცხოვრების ხანგრძლივობა 61 წლიდან 70 წლამდე გაიზარდა. ჩვილთა სიკვდილიანობა 140-დან 38-მდე დაეცა. იმუნიზაციის დაფარვა იყო 95-97%: DPT, პოლიო, წითელა და ტუბერკულოზი. ნედლი შობადობის მაჩვენებელი 33-დან 16-მდე დაეცა. დედათა სიკვდილიანობა 1980-1997 წლებში ყოველ 100.000-ზე 60 იყო, რაც საგრძნობი დაცემაა 1949 წელთან შედარებით, ყოველ 100.000 მოსახლეზე 1500.

ძალიან დიდ სოციალურ ფასეულობად არის მიჩნეული ჯანდაცვა და განათლება. მე-20 საუკუნეში ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარებაში დიდი მიღწევები განხორციელდა. პირველადი სკოლის განათლება არის უნივერსალური. ზრდასრულთა წიგნიერება 1980-1995 წწ. გაიზარდა 79-დან 90% მამაკაცებში და 53-დან 73% ქალებში. მშობიარობები, რომლებსაც დაესწრო პროფესიონალი ჯანდაცვის პერსონალი 1990-1996 წლებში იყო 84%. შობადობის და

ცხრილი 13.10 სამხრეთ და აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნები, დემოგრაფიის და ჯანდაცვის ინდიკატორები

ინდიკატორი	სამხრეთ აზია	აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანე
ქვეყნები	ინდოეთი, პაკისტანი, ბანგლადეში, ნეპალი, ავღანეთი, შრი-ლანკა, ბუტანი	ჩინეთი, ინდონეზია, მალაიზია, კორეა (ჩრდილოეთი და სამხრეთი), ფილიპინები, ტაილანდი, ვიეტნამი, კამბოჯა, ჰონგ-კონგი, სინგაპური და სხვ.
მოსახლეობა (000) 1997	1,291,153	1,818,498
შობადობა (000) 1997	35,361	34,141
GNP ერთ სულ მოსახლეზე 1996	380	1193
ფერტილობის მთლიანი მაჩვენებელი		
1960	6.2	5.8
1990	4.0	2.5
1997	3.4	2.1
5 წლამდე სიკვდილობა		
1960	239	201
1990	135	58
1997	116	52
სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა დაბადებისას		
1960	44	49
1990	48	58
1997	61	68

Source: UNICEF, *State of the World's Children,* 1999.

სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შედეგად მოსახლეობის პირამიდა განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის პირამიდებს ემსგავსება, სადაც ჩანს მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია.

ძველ ჩინეთს მდიდარი სამედიცინო ტრადიციები და დემოგრაფიული სტატისტიკა ჰქონდა. კონფუცის და ლაო-ძის ჩინური კულტურა მხარს უჭერდა მაღალწესრიგიან სამედიცინო სისტემას, რომელიც ყურადღებას ამახვილებდა პრევენციულ და სამკურნალო მომსახურებებზე. კლასიკური სამედიცინო ტექსტები იყო დოკუმენტირებული ემპირიულ საფუძველზე ფარმაკოპიების და თერაპიული ტრადიციებით. რეზონანსული ჰარმონიის პრინციპებსა და ალტერნატიურ სტრუქტურას შორის არსებული განსხვავება იყო ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, თუ რატომ გაამახვილა ყურადღება მასზე დასავლურმა კულტურამ. ძველი ჩინეთის მედიცინა დამყარებული იყო მცენარეულ მკურნალობაზე და, ამავე დროს, მოიცავდა კომპლექსურ მიდგომას, ფსიქსომატიურ პერსპექტივას. პრევენციული მედიცინა მოიცავდა დიეტის მიმართ ყურადღებას, ელემენტარულ ჰიგიენას, პირად ჰიგიენას, დაავადებული ცხოველების განადგურებას, აღებული ჰქონდათ ორიენტაცია ადამიანის კარგად ყოფნაზე, რადგან ეს მნიშვნელოვანია ჯანდაცვისთვის, თუმცა ეს წესრიგიანი მედიცინა მხოლოდ თავადებისთვის იყო ხელმისაწვდომი. დანარჩენი საზოგადოება იძულებული იყო ტრადიციული მეთოდებით ემკურნალა, რომელიც მოიცავდა მცენარეულ მკურნალობას და სხვა ტრადიციულ პრაქტიკებს.

დასავლეთის მედიცინა ჩინეთში შემოვიდა მისიონერული აქტივობებით მე-19 საუკუნეში. იგი მიღებული იქნა, როგორც მედიცინის ეკლექტიკური ელემენტი. სამედიცინო სკოლები

მე-20 საუკუნეში გაიხსნა, რათა სამედიცინო პერსონალს ტრენინგი გაეარათ დასავლეთის მედიცინის მიხედვით. 1911-1949 წლების პერიოდში, სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა განვითარდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული სამინისტროს, 30 სამედიცინო კოლეჯის, მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტების, სოფლის საუბნო ჰოსპიტალების, სამხედრო სამედიცინო სამსახურების, ქარხნების ინსპექციის სამსახურის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიული დეპარტამენტების, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის და დიდი რაოდენობის პროვინციული სამედიცინო ცენტრების ჩამოყალიბებით. ამ ყველაფერმა დანერგა ვაქცინაცია, ოფთალმოლოგია და სხვა ქირურგიის ფორმები, დასავლეთის ტიპის ჰოსპიტალები, კლინიკები და პროვინციების და სოფლების სამედიცინო სკოლები. იაპონიის შემოსევამ და სამოქალაქო ომმა, რომელმაც ააოხრა ჩინეთი, 1936 წლიდან 1948 წლამდე ეს პროგრესი შეაფერხა.

ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკის შექმნის შემდეგ, მაო ცე ტანგის მეთაურობით, 1949 წელს, ჩინეთი დადგა ცხოვრების და ჯანდაცვის კონდიციების განვითარების გზაზე, სადაც სოფლის მოსახლეობა იყო ეროვნული პრიორიტეტი. 1949 და 1965 წლების პერიოდში ჩინეთის ჯანდაცვა მოქმედებდა საბჭოთა კავშირის კონსულტანტებთან ერთად, რომლის მთავარი მიზანი იყო საშუალო დონის ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგი და ქირურგების, მედდების, დისპანსერების განვითარება (თავი 14), ისევე, როგორც ექიმების, რომელთა რიცხვიც 1945-1966 წწ. 13 000-დან 150 000-მდე გაიზარდა. საავადმყოფოების ლოგინების მომარაგება, ასევე სწრაფად გაიზარდა, ასე რომ, 1965 წელს ყველა სოფელს მინიმუმ ერთი თანამედროვე საავადმყოფო ჰქონდა.

1966 წელს, ტრადიციული მედიცინა, როგორც კულტურული რევოლუციის ნაწილი, გადაიხედა და კვლავ პოპულარული გახდა. დასავლური სამედიცინო ტრენინგი მასშტაბით და ხანგრძლივობით შემცირდა. დამხმარე ექიმების ტრენინგი სწრაფად ხდებოდა, დასავლური და ჩინური მედიცინისგან შემდგარი პროგრამით. დამხმარე ექიმებმა ჯანდაცვა გაიტანეს სოფლის მოსახლეობაში 27,000 კომლში, ისევე როგორც, ურბანულ სამეზობლოებში, რომელიც ყურადღებას ამახვილებდა სანიტარიაზე, ოჯახური დაგეგმარების ინფორმაციაზე, იმუნიზაციაზე და გავრცელებული დაავადებების მკურნალობაზე. 1960 წლის შემდეგ ოჯახურ დაგეგმარებას დიდი ყურადღება მიექცა და ბევრი სანქცია შემოიღეს. ამან გამოიწვია სოციალური პრობლემები, მათ შორის ქალების მიერ შვილების მკვლელობა და მიტოვება, ასევე მამაკაცთა მაღალი თანაფარდობა ქალებთან მიმართებაში ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში.

სოფლის მოსახლეობა ჩინეთის მოსახლეობის 80% შეადგენს. მათი ჯანდაცვა დამყარებული იქნა კოოპერაციულ სამედიცინო სერვისებზე, რომელიც დაფინანსებული იყო სოფლის კავშირებით, დამხამარე ექიმების გამოყენებით და რეფერალური მომსახურებებით. 1960-1970-იან წლებში ეს უზრუნველყოფდა ეფექტურ პრევენციულ და სამკურნალო მომსახურებებს სოფლის მოსახლეობის უმეტესობისთვის. თუმცა, ეკონომიკური რეფორმა სოფლის მეურნეობაში იყო ეკონომიკური გარდამავლობის ნაწილი, ეფექტმა გააუქმა სოფლის საზოგადოებები. შედეგად კოოპერაციულ სამედიცინო სერვისების სისტემას არ ჰქონდა ორგანიზაციული ან ფინანსური ბაზები და ჩანაცვლდა სისტემით გადახდა სერვისისთვის ყოფილი დამხმარე ექიმების დახმარებით, რომლებიც 1980-იან წლებში კერძო სამედიცინო პრაქტიკოსები გახდნენ. 1986 წლისთვის სოფლის მოსახლეობის მხოლოდ 9.5% იყო კოოპერაციული სამედიცინო სერვისების დაფარვის ქვეშ, თუ შევადარებთ 1978 წელს – 90%-ი. ამან გამოიწვია გადაუდებელი სერვისების უფრო ფართო გამოყენება და ჰოსპიტალიზაციის, პრევენციულ ჯანდაცვის მომსახურებებში შედარებით ნაკლები წარმატება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამინისტრო და რეგიონული დეპარტამენტი პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სერვისებზე მათი იურისდიქციის ქვეშ, ადგილობრივი ავტონომიის მაღალი ხარისხით.

1976 წლიდან დღემდე ახალმა მოდერნიზაციის მიზნებმა შეცვალა იდეოლოგია და ძალადობრივი კულტურული რევოლუცია, რაც დაკავშირებული იყო სწრაფი ეკონომიკური ზრდის პერიოდთან. დამხმარე ექიმებს თავიდან ჩაუტარდათ ტრენინგი და სოფლის ექიმობის ლიცენზირებისთვის გამოცდა ჩააბარეს. 1993 წელს ჩინეთის ექიმებმა შეადგინა ყოველ 10000 ადამიანზე 115 და ყოველ 10.000 ადამიანზე 88 ექთანი/მედდა, თუ შევადარებთ იაპონიას, სადაც ყოველ 10000 მოსახლეზე 177 ექიმი და 641 მედდა იყო.

საავადმყოფოების საწოლთა თანაფარდობა ჩინეთში 1985-1989 წწ. ყოველ 1000 მოსახლეზე

4.6-დან 6.1-მდე გაიზარდა ურბანულ ადგილებში და იმავე პერიოდში სოფლის მოსახლეობაში 1.5-დან 1.4-მდე დაიკლო. იგივენაირად, ჯანდაცვის პროფესიონალები ურბანულ ადგილებში ყოველ 1000 მოსახლეზე 12.6-მდე გაიზარდნენ სოფლის მოსახლეობას კი ეს მაჩვენებელი 2.3 ჰქონდა. პოლიკლინიკები და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები ქვეყნის მასშტაბით ჩამოყალიბდა. პაციენტებს ეკისრებოდათ გადასახადი მომსახურებისთვის, რათა ჯანდაცვის სისტემისთვის მხარი დაეჭირათ. მსოფლიო ბანკი ვარაუდობს ჯანდაცვის დანახარჯებს 3.3% მშპ-დან. ეროვნული და პროვინციული მთავრობები მთლიანი ჯანდაცვის დანახარჯების 30% ფარავს, როცა დასაქმებაზე დამოკიდებული დაზღვევა 31%-ს ფარავს, კერძო ხარჯები 32%-ია და საზოგადოებრივი – 7%.

1990-იან წლებში პოლიომიელიტის აღმოსაფხვრელად ეროვნული კამპანია დაიწყო, რომელმაც კარგი შედეგები აჩვენა, შემთხვევები 1990-1992 წწ. 5065-დან 1191-მდე შემცირდა, დამატებითი ორალური პოლიოს ვაქცინაციებით, ეროვნული იმუნიზაციის დღეების ეგიდით, რომლებიც განკუთვნილი იყო 4 წელზე უმცროსი ბავშვებისთვის. სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1949-1970-1996 წლებში ყოველ 1000-ზე 25-დან 9-მდე დაეცა. დედათა სიკვდილიანობა 1949-1990 წწ. ყოველ 100 000 დაბადებულზე 1500-დან 95-მდე დაეცა. სხვა ჯანდაცვის ინდიკატორები ნაჩვენებია ცხრილებში 13.11 და 13.12.

ჩინეთის ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემა ფილტვის კიბოს მაღალი მაჩვენებელია, რომელიც შესამჩნევია დაბინძურებულ ინდუსტრიულ ქალაქებში და მოწევის მაღალი მაჩვენებლებით. სიკვდილის მთავარი მიზეზები იგივეა, რაც განვითარებულ ქვეყნებში, მაგრამ რეგიონული უთანასწორობა აშკარაა, სოფლის მოსახლეობის მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლებით ყველა კატეგორიებში. ჩინეთში ურბანული ჯანდაცვა აშკარა უპირატესობით სარგებლობს.

ჩინეთის წარმატებები ინფექციური დაავადებების კონტროლში დაკავშირებულია შობადობის კონტროლის წარმატებასთან და იმასთან, რომ სამედიცინო მკურნალობა 1.2 მილიარდზე მეტი მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომია. ჩინეთმა მიაღწია უკეთეს შედეგებს ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობაში და ცხოვრების ხანგრძლივობა არის დაბალი ჯანდაცვის ხარჯი (3.5% მშპ), ვიდრე სხვა განვითარებად ქვეყნებში. ეს სავარაუდოდ არის სოფლის და ურბანულ ღარიბ მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის გრძელვადიანი პროგრამის განვითარების შედეგი. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა ბევრს მკურნალობის გარეშე დატოვებს. მოსახლეობის ასაკის მატება და თითო ოჯახში ერთშვილიანობის პოლიტიკა, ქმნის სიტუაციას, როცა მოხუცებზე ზრუნვის ოჯახური ტრადი-

ცხრილი 13.11 ჯანდაცვის განმსაზღვრელები, ჩინეთი, 1960 და 1997

ინდიკატორი	1960	1997
ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	140	38
ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	209	47
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	44	70
შობადობის უხეში მაჩვენებელი	37	16

Source: UNICEF, *State of the World's Children,* 1999.

ცხრილი 13.12 მნიშვნელოვანი სტატისტიკა, ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკა, 1949-1992 წლები

ინდიკატორიი	1949	1952	1965	1970	1980	1990	1992
შობადობის უხეში მაჩვენებელი/1000	36.0	34.0	37.8	33.4	18.2	21.1	18.2
სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებელი//1000	25.0	10.9	9.5	7.6	6.3	6.7	6.6
ბუნებრივი ზრდა/1000	16.0	23.1	28.3	25.8	11.9	14.4	11.6

Source: Ministry of Public Health, Beijing, 1994.

ცია ერთ წყვილზე გავრცელდება, რომელსაც მარტოს მოუწევს ოთხ მშობელზე ზრუნვა. Aმას დაერთვება უფრო ახალგაზრდა ადამიანების სწრაფი გადაბარგება ქალაქებში ეკონომიკური შესაძლებლობების საძიებლად, ასე რომ, მოხუცებზე ზრუნვა მომდევნო ათწლეულების მთავარი პრობლემა გახდება.

რადგან ქვეყანა თავის ეკონომიკურ პოტენციალს სწრაფად აფართოებს, ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის ხდება მზადება. ჩინეთის გამოცდილება თავის მრავალრიცხოვანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საკითხში, ქაოსურ პერიოდში არის უდიდესი მიღწევა, თუ მხედველობაში მივიღებთ ეკონომიკური ქვეყნის განვითარების დონეს. ქვეყანამ წარმატებულად დაწია ნაყოფიერების მაჩვენებლები, რათა შეეზღუდათ მოსახლეობის ზრდა, ასევე შემცირდა ჩვილთა, ბავშვთა და ზოგადად სიკვდილიანობის დონეების მაჩვენებლები, მაგრამ ჩინეთი უამრავი გამოწვევის წინაშე დგას, არა მარტო ჯანდაცვის სისტემის საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის კუთხით, არამედ დიდი დემოგრაფიული გადახრის ეფექტის კუთხითაც.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების შედარება

ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ქსელში მონაწილეობენ: მთავრობები, დამსაქმებლები, დამზღვევები, მომხმარებლები, მიმწოდებლები და საზოგადოება. მთავრობები მივიდნენ იმ აზრამდე, რომ აღიარონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური და სოციალური ფასეულობები. ისინი ამას ახორციელებენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ჩანართი 13.2 ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მონაწილეები:

1. მთავრობა – ეროვნული, სახელმწიფო და ადგილობრივი ჯანდაცვის მესვეურები;
2. დამქირავებლები – შეთახმებული ჯანდაცვის სარგებლების გზით დაქირავებულებისთვის;
3. დამზღვევები – საჯარო, არაკომერციული და კერძო კომერციული;
4. პაციენტები, კლიენტები ან მომხმარებლები – როგორც ინდივიდები ან ჯგუფები;
5. რისკების ჯგუფები – ადამიანები სპეციალური დაავადებების რისკ-ფაქტორებით, მაგ: ასაკი, სიღარიბე;
6. პროვაიდერები – საავადმყოფოები, მართული მკურნალობის გეგმები, სამედიცინო, სტომატოლოგიური, საექთნო, ლაბორატორიები და სხვები;
7. არაკომერციული პროვაიდერი უწყებები;
8. კომერციული უწყებები, ინდივიდუალური პროვაიდერები და ჯგუფები;
9. სასწავლო და კვლევითი ინსტიტუტები – უნივერსიტეტები, საავადმყოფოები, ინსტიტუტები;
10. პროფესიული ასოციაციები, საზოგადოებები, აკადემიები, კოლეჯები;
11. სოციალური უსაფრთხოების სისტემები – დამქირავებლის და დაქირავებულის შეტანილი წვლილით;
12. საზოგადოება, თემი, საზოგადოებრივი აზრი;
13. პოლიტიკური პარტიები, ფილოსოფიები და სოციალური დღის წესრიგები;
14. ადვოკატირების ჯგუფები – ასაკის, დაავადების, სიღარიბის ან საზოგადოების ინტერესის ჯგუფები;
15. მედია – ადვოკატირების და „დარაჯი ძაღლის“ ანუ მეთვალყურის როლები;
16. ეკონომიკები – ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი;
17. საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციები და მოძრაობები;
18. ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნოლოგიის ინდუსტრიები.

ცხრილი 13.13 ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემების დაფინანსებისა და ადმინისტრირების ტიპები

ტიპი	დაფინანსების წყარო	ადმინისტრირება
სოციალურ დაცვაზე დაფუძნებული *ბისმარკის* ტიპის დაზღვევის სისტემა; ასეთი ქვეყნებია: გერმანია, იაპონია, საფრანგეთი, ავსტრია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი	დასაქმებულისა და დამსაქმებლის სავალდებულო დაბეგვრა დაავადებულთა ფონდების (sick funds) სასარგებლოდ ან ბეგარა სოციალური დაცვის გზით	გერმანიაში, მთავრობა აკონტროლებს საავადმყოფო ფონდებს, რომლებიც, თავის მხრივ, სერვისებს კერძო სექტორისგან ყიდულობს; ექიმებსა და საავადმყოფო ფონდებს შორის ძლიერი სინდიკატებია; ისრაელში საავადმყოფო ფონდები ოპერირებენ, როგორც ჯანდაცვის სერვისპროვაიდერები, რომელთა დაფინანსება აუცილებელ სამომხმარებლო კალათზე კაპიტაციური ტიპისაა
ბევერიჯის ტიპის ნაციონალური ჯანდაცვის სერვისები; ასეთებია: დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია, შვედეთი, დანია, იტალია, ესპანეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი.	მთავრობა– დაბეგვრისა და საშემოსავლო გადასახადების გზით; დიდ ბრიტანეთში დაფინანსება ხდება ნაციონალური დაფინანსების გზით, ხოლო სკანდინავიურ ქვეყნებში ნაციონალური, რეგიონული და ადგილობრივი დაბეგვირის სუმაციის შედეგად.	ცენტრალური დაგეგმარების ტიპი; ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის დეცენტრალიზებული ტიპი; ოჯახის ექიმისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისები; ჯანდაცვის სისტემების მაღალ ინტეგრირებული ტიპი, კაპიტაციური დაფინანსების ტიპით სკანდინავიურ ქვეყნებსა და დიდ ბრიტანეთში.
სემაშკოს ტიპის ნაციონალური ჯანდაცვის ტიპი; ასეთი იყო ყოფილ სსრკ–ში.	მთავრობა– დაბეგვრისა და საშემოსავლო გადასახადების გზით; პოსტ–საბჭოური ნაციონალური დაზღვევა	მკაცრი სამთავრობო კონტროლი და ცენტრალიზებული დაგეგმარების ტიპი; დაფინანსება თითოეულ პოპულაციაზე ფიქსირებული ნორმების მიხედვით; დაწესებულებებისა და ადამიანური რესურსის ალოკაციის თავისებურება ხელს უწყობდა საწოლებისა და ექიმი სპეციალისტების რიცხობრივ მატებას. 1990–იან წლებში გატარებულმა რეფორმებმა განსაკუთრებული აქცენტი სწორედ, დეცენტრალიზაციაზე, კაპიტაციასა და სავალდებულო დაზღვევაზე ანუ საშემოსავლო დაბეგვრაზე გააკეთა;
დუგლასის ტიპის ნაციონალური სამთავრობო დაზღვევა; კანადა, ავსტრალია	დაბეგვრა– ხარჯების გადანაწილება პროვინციებისა და ფედერალურ მთავრობებს შორის.	ადმინისტრირება ხორციელდება პროვინციების მთავრობების მიერ, ხოლო ფედერალური მთავრობა მარეგულირებელი რგოლია. სერვისების მიწოდება სერვისზე მიბმული გადასახადის მეშვეობით ხორციელდება; ჰოსპიტალები ბლოკ ბიუჯეტირების გზით ფინანდებიან; ტარდება შესაბამისი რეფორმები, რათა მოხდეს სერვისების კიდევ უფრო მეტი ინტეგრაცია.
კერძო და საჯარო სისტემების *მიქსი;* ასეთია აშშ–ში, ლათინურ ამერიკაში (მაგ :კოლუმბია), აზიასა (მაგ: ფილიპინები) და აფრიკულ ქვეყნებში (მაგ: ნიგერია)	კორპორატიული კერძო დაზღვევა და სოციალურ დაცვაზე დაფუძნებული საზოგადოებრივი დაზღვევა განსაკუთრებული პოპოულაციური ჯგუფებისათვის	მკაცრი სამთავრობო კონტროლი (აშშ); შერეული ტიპის კერძო სამედიცინო სერვისები; კერძო და საზოგადოებრივ მფლობელობაში არსებული საავადმყოფოები; სახელმწიფოებრივი პრევენციული სერვისები, ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსება დდჯ–ის მიხედვით; მართული მოვლის სწრაფი ზრდა; მედიქაიდის დაფარვის ზრდა.

საზომით, რათა უზრუნველყონ ერის ძირითადი ჯანმრთელობა, ისევე როგორც კანონის ძალით, რომელიც ეხება ჯანმრთელობის დაზღვევის სპეციფიკას, არის თუ არა იგი უზრუნველყოფილი კერძო ან სახელმწიფო დაზღვევის მექანიზმით. დიდი ბრიტანეთის ბევერიჯის, ისევე, როგორც საბჭოთა სემაშკოს მოდელში, მთავრობა ჯანდაცვას პირდაპირ აფინანსებს და უზრუნველყოფს.

მომსახურებებს დიდ ბრიტანეთში დამოუკიდებელი კონტრაქტორები, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და საავადმყოფოები აწარმოებენ, რომლებსაც დამოუკიდებელი საავადმყოფოს საბჭოები ამუშავებენ. სემაშკოს მოდელი მთლიანად სახელმწიფოს მიერაა დაფინანსებული და მომსახურება ოპერირებულია, დეცენტრალიზებული მენეჯმენტით.

ბისმარკის მოდელში ჯანმრთელობის დაზღვევა დაფინანსებულია სოციალური დაზღვევით, რომლის საფასურის გადახდაც ხდება დაქირავების ადგილას, სადაც ავადმყოფობის ფონდები იხდიან კერძო სამედიცინო მომსახურებების და არასამთავრობო ჰოსპიტალებში გაწეული სამედიცინო მომსახურებების საფასურს. კანადური გეგმის მიხედვით ჯანდაცვის მომსახურებები პროვინციული მთავრობებით ფინანსდება, რომელიც დაფინანსებულია საგადასახადო შემოსავლებით ფედერალური მთავრობის ფინანსური მხარდაჭერით, მაგრამ მკურნალობა წარმოებულია კერძო პრაქტიკოსების და არამოგებაზე ორიენტირებული საზოგადოებაზე დამყარებული საავადმყოფოების მიერ. ყველა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის ვარიანტში, მთავრობის ადგილი, როგორც პროვაიდერის და დამზღვევის, არის მნიშვნელოვანი მომხმარებლის მიერ მიღებული მკურნალობისთვის და ზოგადად სახელმწიფოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობისთვის.

არსებობს ბევრი მეთოდი ეროვნული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად. ჯანდაცვის სისტემაში თუ როგორი სტრუქტურა და მიდგომები არსებობს აშშ-ში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთში, ევროპაში და ჩრდილოეთის ქვეყნებში, იაპონიაში, ისრაელში და განვითარებად ქვეყნებში მოცემულია ამ თავში. გაუმჯობესებული ჯანდაცვა, რომელიც ფასდება ისეთი ინდიკატორებით, როგორებიცაა: შემცირებული ავადობა, სიკვდილიანობა ან სოციო-ფიზიოლოგირი დისფუნქცია ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზანია. ხანდახან დებატებში ამას ივიწყებენ, რომლის დროსაც შეიძლება მხოლოდ გარკვეული ჯგუფების ინტერესები ასახონ, როგორებიც არიან დამზღვევები, პროვაიდერები, უწყებები, მთავრობები, პროფესიული ჯგუფები და პოლიტიკური ფილოსოფიებიც კი.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ტიპი, რომელიც დაფუძნებულია დაფინანსების მეთოდებზე და ჯანდაცვის მომსახურების ადმინისტრაციაზე, უზრუნველყოფს ჩარჩოს მათი კლასიფიკაციისა და შედარებისთვის. (ცხრილი 13.13). ასევე განვითარდა შერეული მოდელები, რადგან ჯანდაცვის სისტემის დინამიკის რეფორმა ბევრ ქვეყანაში ხდება.

ეკონომიკური საკითხები ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებში

როგორც აღინიშნა, ჯანდაცვის ხარჯები მთავარი საკითხია ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებში. ეს ნაწილობრივ სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარჯების ზრდით და მოსახლეობის ასაკის მატებითაა გამოწვეული, რომელიც ასოცირებულია ქრონიკული დაავადებების ზრდასთან, მაგრამ ასევე ინსტიტუციონალურ მოვლაზე ტრადიციული ხაზგასმის გამო. პრევენციული მოვლის, ჯანდაცვის ხელშეწყობის და გარემოს ჯანმრთელობის ჯანდაცვის ხარჯები როგორც წესი ცუდად დაფინანსებული და გაანალიზებულია რუტინული ეკონომიკური მონაცემების ანგარიშებში. ეს ართულებს ეკონომიკური ანალიზების გაკეთებას და ინტერვენციების შედარებას, რითიც ზღუდავს ხარჯთეფექტური ინტერვენციების მოძებნას.

ჯანდაცვაზე ეროვნული დანახარჯები, როგორც წესი, აშშ დოლარებშია ასახული, მშპ-ს პროცენტის ან მეპ-ს პროცენტის სახით. ეს ორი ეკონომიკური მონაცემი ქვეყანაში მთლიანი საქონელის და მომსახურების აღმნიშვნელია, მაგრამ მშპ არ მოიცავს ფინანსური სახსრების საერთაშორისო ტრანსფერებს. ჯანდაცვის დანახარჯები ასევე არის ასახული პირდაპირ, როგორც ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (წელიწადში) და არაპირდაპირ, როგორც რესურსები, როგორებიც არის საავადმყოფოს საწოლები ან სამედიცინო ცოცხალი ძალა ყოველ 1000 (ან 100,

000) მოსახლეზე (იხილეთ ცხრილი 13.14). დახარჯული მეპ-ს პროცენტი ჯანდაცვაზე ხშირად არ არის პირდაპირ დამოკიდებული ჯანდაცვის ინდიკატორებთან, როგორებიც არის ჩვილთა სიკვდილიანობა და ცხოვრების ხანგრძლივობა, რადგან ფონდები შეიძლება განაწილებული იქნას ან დაიხარჯოს ნაკლებად ეფექტურად და უფრო ხარჯიანად. ეს ეხება ქვეყნებს დაბალი მშპ-თი ერთ სულ მოსახლეზე, რომლებიც ხარჯავენ 4%-ზე ნაკლებს და აქვთ უფრო ცუდი ჯანდაცვის ინდიკატორები, იმიტომ რომ არ არსებობს საკმარისი რესურსები, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ჯანდაცვის საბაზისო დონე ყველასათვის. ნაკლებად დაფინანსება და ფონდების არაშესაბამისი განაწილება საბჭოთა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემაში და უმეტეს განვითარებად ქვეყნებში დიდ პრობლემას წარმოადგენდა.

ჯანდაცვის სამსახურების მომარაგება ჯანდაცვის დაგეგმარებაში ერთ-ერთ ყველაზე რთულ პრობლემად და საკამათო საკითხად რჩება. ეკონომიკური ანალიზები, როგორც წესი, ფოკუსირებულია ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდზე და მომსახურებისთვის ანაზღაურების ან გადახდის მეთოდებზე, უფრო ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებს მომარაგებას და მომსახურების ხარისხს. წინა თავებში გარჩეული მსოფლიო ბანკის 1993 წლის ანგარიში, ხაზს უსვამს პრევენციის ეკონომიკურ სარგებელს და ხარჯთეფექტურ ზომებს, რათა დაავადების ტვირთი შემცირდეს. სტაციონარული მომსახურების ზედმეტი გამოყენება არ არის ხარჯთეფექტური.

როემერის კანონი (იხილეთ თავი 11) ამბობს, რომ საავადმყოფოს გამოყენება დაზღვევით იცვლება ლოგინების მომარაგების შესაბამისად. მიუხედავად ამ მოსაზრების ფუნდამენტური ჭეშმარიტებისა, მტკიცებულება აჩვენებს, რომ საავადმყოფოს მკურნალობის გადახდის სისტემა შეიძლება იყოს მოდიფიცირებული, ისე, რომ არსებობდეს საავადმყოფოში არასაჭირო მიღების თავიდან აცილების და საავადმყოფოში გაჩერების შემცირების მოტივაცია. რადგან ჯანდაცვის ხარჯები სწრაფად გაიზარდა, ჯანდაცვის პოლიტიკა ბევრ ქვეყანაში 1970-იანი წლების შემდეგ მიმართული იყო ჰოსპიტალიაციის შემცირებისა და ამბოლატორიული მომსახურების გაზრდისკენ.

ჯანდაცვის რესურსების ინდიკატორები განვითარებული საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებში საკმაოდ ცვალებადია. მწვავე დაავადებისთვის სამკურნალო საწოლების შეფარდებები წარმოადგენს მოკლევადიანი საწოლების რაოდენობას ყოველ 1000 მოსახლეზე. მთლიანი ლოგინები ყოველ 1000 კაცზე მოიცავს ყველა ინსტიტუციონალურ ლოგინს, რომელიც სტა-

ცხრილი 13.14 მოსახლეობა, მეპ ერთ სულ მოსახლეზე, ჯანდაცვის დაწესებულებები და გამოყენება, ჯანდაცვის ინდიკატორები, შერჩეული ქვეყნები და წლები, 1994-1997

ქვეყანა	მოსახლეობა (მილ.), 1997	GNP ერთ სულ მოსახლეზე ($) 1996	GNP ჯანმრთელობისათვის 1997	მწვავე საწოლები/1000 1995	დაყოვნების საშუალო მაჩვ (დღე) 1995	გამოწერა /1000 1994-95	ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობა/1000 1996	სიცოცხლის ხანგრძლ 1997
აშშ	271.6	28,020	13.5	3.4	6.5	88	7.8	77
კანადა	29.9	19,020	9.2	4.3	7.5	na	6.0	79
შვედეთი	8.8	25,710	8.6	3.0	5.2	163	4.0	78
გერმანია	82.2	28,870	10.4	6.9	12.1	92	5.0	77
ფინეთი	5.1	23,240	7.2	4.0	5.5	209	3.9	77
დანია	5.2	32,100	7.4	4.0	6.1	197	5.6	76
ისრაელი	5.8	15,870	8.0	2.4	4.5	203	6.3	75
დიდი ბრიტანეთი	58.2	19,600	6.7	2.0	4.8	117	6.1	77

Source: *Health United States, 1998;* UNICEF, *State of the World's Children,* 1999; OECD Health Data 1998.

ციონალური სამედიცინო მკურნალობისთვის გამოიყენება, მაგრამ არა გერიატრიულ საპატიმრო მკურნალობისას. ეს არის არასტანდარტიზირებული საერთაშორისო განსაზღვრებების კრებული და ზოგიერთი განსხვავება შეიძლება იყო განსაზღვრებების ცვალებადად გამოყენების გამო, მაგრამ მწვავე საავადმყოფოს ლოგინები ყოველ 1000-ზე არის უფრო ზუსტი და შედარებადი განსაზღვრება (ცხრილი 13.13). ბევრი ქვეყანა, რომელიც ამცირებს საავადმყოფოს საწოლების მომარაგებას (დიდი ბრიტანეთი, ჩრდილოეთის ქვეყნები, უმეტესი დასავლეთ ევროპის ქვეყნები, აშშ და ისრაელი), ავითარებენ საავადმყოფოს საწოლების ალტერნატივებს, მოტივირებადი გადასახადების გამოყენებით, რათა ხელი შეუწყონ ამბოლატორიულ ან დღეებზე დაფუძნებულ სტაციონარულ მკურნალობას.

საავადმყოფოს ლოგინების შეფარდება ასახავს ისტორიულ მაგალითებს, სამედიცინო პრაქტიკის ტრადიციებს და კონცეფციებს, სამედიცინო ტექნოლოგიას და ორგანიზაციას, ისევე, როგორც უფრო ეფექტური მკურნალობის არსებულ ფინანსურ მოტივაციას და დემოტივაციას. რადგან მოხუცები ჯანდაცვის უფრო დიდი მომხმარებლები არიან, სხვა დიდი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ამ შეფარდებაზე არის ასაკის განაწილება მოსახლეობაზე. ინვესტიცია საავადმყოფოს ალტერნატივაზე და ჯანდაცვის ხელშეწყობაზე ამცირებს ავადობას, რომელიც ეხმარება ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლს. ეს მოითხოვს ინვესტიციას განათლებაში, ლეგალურ სანქციებს, სკრინინგს, კვების განათლებას, ჯგუფურ კონსულტაციას და შერჩეულ სახლის მხარდამჭერ მომსახურებებს და ჯანდაცვის ხელშეწყობის ფართო კონცეფციის ბევრ სხვა ელემენტში.

მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების ხარჯებს განსაზღვრავენ, შეიცავს ხელფასებს ან შემოსავლებს, რომლებიც პროვაიდერებს გააჩნიათ, ტექნოლოგიის დონეებს მომსახურებებში, ჯანდაცვის დაგეგმარების კრიტერიუმებს, საავადმყოფოს საწოლების მომარაგებას და გამოყენებას, სახლში მკურნალობის შესაძლებლობას და ყოვლისმომცველ საზოგადოების მკურნალობის მომსახურებებს, ჯანდაცვის მიღების ინტეგრირებულ ან რეგიონალიზირებულ მოდელებს, ჰოსპიტალური გადახდის მომსახურებებს, მოტივაციაზე დაფუძნებულ გადახდის სისტემების გამოყენებას, რათა ხელი შეეწყოს რესურსების ეფექტურ გამოყენებას და ხაზგასმას პრევენციაზე და ჯანდაცვის ხელშეწყობაზე. ყველაფერი ეს არის რეფორმის საკითხები ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში. ცხრილი 13.14 აჩვენებს შედარებას ხარჯების, რესურსების, გამოყენების და შედეგის ინდიკატორების, შერჩეული ინდუსტრიული ქვეყნებისთვის.

ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი ვერ იქნება სრულყოფილი, თუ არ იქნება მიმართული სიღარიბის მნიშვნელობაზე, როგორც ავადობის და სიკვდილიანობის ხელშემწყობი მთავარ ფაქტორზე. სიღარიბე დაკავშირებულია სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებლებთან, რომელიც გამოწვეულია ინსულტით, გულის კორონალური დაავადებით, ტრავმით, ასთმით და კიბოთი. სიღარიბე ასევე დაკავშირებულია დაავადებების სხვადასხვა სპეციფიკური რისკ-ფაქტორებთან: განათლების დაბალი დონეები, ცუდი საცხოვრებელი პირობები, ცუდი კვება, ფსიქოლოგიური დეპრესია, სიგარეტის მოწევა, ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მოხმარება, მოზარდების ორსულობა, მარტოხელა მშობლობა, ადრეული დიდი დანაკარგი ან მიტოვება, პრენატალური მკურნალობის უკმარისობა, მცირე წონა დაბადებისას, ოჯახის და სამეზობლოს ძალადობა და სხვები. ტრადიციულ მედიცინაზე უნივერსალურმა ხელმისაწვდომობამ შეიძლება შეამსუბუქოს ეს ეფექტები, მაგრამ ის მაინც ვერ გადაჭრის ძირითად საკითხებს. სოციალური პოლიტიკა და ჯანდაცვის პროგრამები არის ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი, თითოეული მათგანი ხელს უწყობს ცხოვრების ხარისხის და ხანგრძლივობის გაუმჯობესებას. ჯანდაცვის დაგეგმარებამ, მათ შორის ეკონომიკურმა ინდიკატორებმა, მხედველობაში უნდა მიიღოს ეს ფაქტორი.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების ეფექტიანობა

ჯანდაცვის სისტემები მუდმივად ვითარდება. ჯანდაცვის წარმატებული რეფორმისთვის მნიშვნელოვანია ხარჯთა შეზღუდვა, უნივერსალური დაფარვა, რესურსების გამოყენების ეფექტურობა, მომხმარებელთა ან პროვაიდერების კმაყოფილება (იხილეთ ცხრილი 13.15).

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზანი ასევე არის მოტივაცია, გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობა, თანასწორობა, ეფექტიანობა, მკურნალობის ხარისხი და შედეგები.

პოლიტიკური და ფილოსოფიური ჯანდაცვის რეფორმის განხილვაში შედის საკითხები, როგორებიც არის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა და თანასწორობა რესურსების განაწილებაში, ცოცხალი ძალა და საავადმყოფოს ლოგინები, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია, დაისახოს ზოგადად მოსახლეობისთვის და სპეციალური რისკის ქვეშ მდგომი ჯგუფებისთვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნები. ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფილოსოფიური და ისტორიული საკითხები და არგუმენტები მოიცავს სოციალური დაცვის საჭიროებას, როგორც ეროვნული სიამაყის საკითხს, მაგრამ სისტემა, რომელიც ვერ ახერხებს ეროვნული ჯანდაცვის გაუმჯობესებას, საერთაშორისო შედეგის ინდიკატორების მიხედვით ვერ პასუხობს ამ ამოცანას.

„ჯანმრთელობა ყველასთვის“ პოლიტიკური ამოცანა, რაც უფრო ეჯახება ხარჯების გაზრდის რეალობას, მით უფრო იზრდება ჯანდაცვის სისტემების ორგანიზაციასთან დაკავშირებული დებატები და რეფორმები თავის ინტენსივობით.

რესურსების გამოყენების ეფექტიანობა და საზოგადოებისა და პროვაიდერების კმაყოფილება არის ყველა ჯანდაცვის სისტემის მთავარი საკითხი. არ არსებობს ერთი საუკეთესო გამოსავალი, მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ ოპერირებული სისტემის მომხრეების მტკიცებებისა და ანალოგიურად იდეოლოგიური მტკიცებებისა საბაზრო სისტემის მომხრეების მხრიდან. ერთი მთლიანი ჯანდაცვის სისტემის მოდელის პირდაპირი იმპორტირება არ არის რეალისტური, მრავალი ფაქტორია, რომელიც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რაც დაკავშირებულია თითოეული ქვეყნის პოლიტიკურ, სოციალურ და პროფესიულ კულტურასთან.

მოსაზრება, რომ საბაზრო ძალები უკეთესი ჯანმრთელობის ხარისხს უზრუნველყოფენ, აღიარებულია. ეს თვალთახედვა იმსახურებს ყურადღებას, თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ჯანმრთელობის მომსახურების ფინანსების და არჩევანის პირადი მართვა ინდივიდულურ არჩევანს აძლიერებს. ეს შეიძლება დადებით მხარედ ჩაითვალოს უკეთესად განათლებული ურბანული მოსახლეობისთვის, რომელიც ცხოვრობს სპეციალიზირებულ სერვისებთან ახლოს, რაც არ არის ხელმისაწვდომი სხვებისთვის.

თავისუფალი არჩევანი მომხმარებლისთვის და არჩევანის თავისუფლება (ავტონომია) პროვაიდერებისთვის საბაზრო ძალის საკითხში განსხავებული ასპექტებია. ერთად, ისინი უზრუნველყოფენ პროვაიდერების და მომხმარებლების ჯანდაცვის სისტემის არჩევანის უფლების დაცვის მექანიზმს. თუმცა, ისინი აქვეითებენ სისტემის პასუხისმგებლობას და შესაძლებლობას, რომ მიწვდეს და აწარმოოს მკურნალობა და პრევენციული მომსახურება, ასე რომ, მნიშვნელოვანი პროგრამები როგორიც არის იმუნიზაცია, პრენატალური მკურნალობა და მოხუცთა მკურნალობა შეიძლება შეფერხდეს. უფლებების ამგვარი წყობა ზოგჯერ ასევე კონფლიქტში მოდის ხარჯების კონტროლის უმთავრეს საკითხთან და შესაძლოა არასასურველი ეფექტები ჰქონდეს ჭარბი მომსახურების გამოყენების ხელშეწყობის მხრივ, როგორიცაა, მაგალითად, არასაჭირო ქირურგიული ოპერაციები, რასაც ხარჯიანი და პოტენციურად საზიანო შედეგები აქვს. საბაზრო მექანიზმებს, რომლებიც ერთნაირად ხელს უწყობენ ინდივიდუალურ და ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანონ ჯანმრთელობის საკითხში.

ჯანდაცვის ხელშეწყობის მთავრობის ვალდებულება მოითხოვს ინიციატივებს, რომლებმაც შეიძლება შეზღუდოს ინდივიდუალური უფლებები. ქლორის და ფთორის წყალში დამატებამ, ან იოდის – მარილში, ან ფოლიუმის მჟავის – პურში, შეიძლება ყველასთვის სარგებელი არ მოიტანოს. ხელისუფლებამ შეიძლება დახუროს ბიზნესი, რომელიც მავნებელია ჯანმრთელობისთვის, მაგ., არაჰიგიენური რესტორანი. ჯანდაცვის სისტემების მენეჯმენტი უნდა პასუხობდეს მაკრო და მიკროეკონომიკურ საკითხებს ეფექტიანობისთვის. საზოგადოებები და რეგიონები ხშირად მიმართავენ ჯანდაცვის დაგეგმარებას, ითვალისწინებენ მრავალ ასპექტს, რადგან არ აღმოჩნდეს ეროვნული ან რეგიონული გეგმების და პრიორიტეტების საწინააღმდეგო.

1970-იანების შემდეგ ჯანდაცვის ხელშეწყობაზე დიდი ძალისხმევა დაიხარჯა. იგი მიიჩნეოდა ქრონიკული დაავადებების და ამ დაავადებებზე ჯანდაცვის ხარჯების შემამცირებელ ერთადერთ გზად. ეს იქნა სტიმულირებული და ხელშეწყობილი ჯანდაცვის სფეროს კონცეფციის მიერ (1974წ.), ალმა-ატას კონფერენციით პირველად ჯანდაცვაზე (1978წ.) და ჯანდაც-

ცხრილი 13.15 მიზნები, საკითხები, სტრატეგიები და ტაქტიკები ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკისთვის

მიზნები	საკითხები	სტრატეგია/ტაქტიკა
ჯანმრთელობის ყველასათვის გაუმჯობესების ეროვნული პოლიტიკური ვალდებულება	ჯანმრთელობა, როგორც მთავრობის ვალდებულება უნივერსალური ხელმისაწვდომობა საერთაშორისო სტანდარტების დამტკიცება რეგიონალური და სოციალური თანასწორობა სერვისების მიმწოდებლების და მომხმარებლების თავისუფალი არჩევანი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, როგორც ეროვნული პოლიტიკა	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, როგორც კანონი კანონები/რეგულაციები მომხმარებელთა უფლებების რეგულირება ჯანმრთელობის საკითხებზე მასობრივი ინფორმაცია ადვოკატირების ჯგუფები-საზოგადოებრივი, პროფესიული
ფინანსირება სოციალური სარგებლისათვის	ადექვატური საერთო დაფინანსება (>6% GNP) გადასვლა მომარაგების დაგეგმარებიდან ყოველი შედეგის ღირებულებაზე გრანტები ეროვნული მიზნების ხელშეწყობისათვის	დაფინანსების გაზრდა ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე ჯანმრთელობის დაზღვევა მწვავე საწოლების შემცირება <3.51/1000 ჯანდაცვის ადგილობრივი წარმომადგენლების კაპიტაციური დაფინანსება
ხარჯთეფექტურობის მართვა	ფასების რეგულირება ჯანდაცვის ხარჯთეფექტური ინტერვენციები დეცენტრალიზებული მართვა ეროვნული პოლიტიკა, მონიტორინგი და სტანდარტები საინფორმაციო სისტემები/მონიტორინგ ადგილობრივი ჯანდაცვის სახეობები	პირველადი ჯანდაცვის ზრდა სახლში მოვლის, ხანგრძლივი დაყოვნების საწოლების ზრდა სახლში მოვლის, არაჰოსპიტალური ქირურგიის, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების ზრდა ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები მართვითი მოვლა და DRG
ჯანმრთელობის ეროვნული მიზნების განსაზღვრა	ავადობის, სიკვდილობის ძირითადი მიზეზების განსაზღვრა, სიცოცხლის პოტენციური დაკარგვის წლები (Years of potential life lost -YPLL), ჰოსპიტალიზაცია რეგიონალური ანალიზით ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მკურნალობის ფილოსოფიის წინააღმდეგ არსებული რესურსების გამოყენების პრიორიტიზაცია შესაბამისი საერთაშორისო სტანდარტების გამოყენება	ჯანმრთელობის სოციალური ფაქტორების ანალიზი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება (KABP) ჯანმრთელობის ხელშეწყობისადმი საზოგადოების დამოკიდებულება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, კვების, გარემოს, იმუნიზაციის პოლიტიკის ხელშეწყობა

ვის მსოფლიო ორგანიზაცია ყველა კონცეფციით (1978წ.). ამერიკის შეერთებულ შტატების (ჯანმრთელი ხალხი, 2000წ.) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის (1985წ.) ჯანმრთელობის სპეციფიკური სამიზნეების განსაკუთრებული აქცენტი იყო გაზომვადი მიზნები, როგორც ჯანდაცვის დაგეგმარების საფუძველი, რომელიც გავლენას ახდენს დაგეგმვის პროცესზე.

1990-იანი წლები იყო ეროვნულ ჯანდაცვების სისტემებში დიდი რეფორმების ათწლეული. ინდუსტრიულმა ქვეყნებმა სცადეს ხარჯების ზრდის შეკავება, ამავე დროს უნივერსალური ხელმისაწვდომობის შენარჩუნება. შვედეთმა შეამცირა ხარჯები საავადმყოფოს საწოლების მომარაგების შემცირებით. აშშ-მ ააწყო სოციალური დაცვა ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმაზე, მოხუცებისთვის და ღარიბებისთვის, ვერ შეძლო 1995 წელს ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ განიცდის დიდ ცვლილებებს მართულ მკურნალობის რევოლუციაში, რომელსაც ბიძგი მისცა ხარჯების ზრდის მაჩვენებლების გაკონტროლების საჭიროებამ. კანადა განიცდის კრიზისს, ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის შენარჩუნებაში, რადგან ფედერალური დაფინანსება უბიძგებს პროვინციებს, რომ დააფინანსოს დიდი მასშტაბის ბენეფიტები და საავადმყოფოს ლოგინების დიდი მარაგი. ისრაელი გადავიდა ნებაყოფლობითი ავადმყოფთა ფონდებიდან ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევაზე, ავადმყოფთა ფონდების მკურნალობის სისტემაზე. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიც გარდამავლობის გზაზე არიან 1990-იანი წლების საბჭოთა მოდელიდან, ადაპტაციას ახდენენ ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევაზე და მომსახურებების დეცენტრალიზებულ ადმინისტრირებაზე. განვითარებად ქვეყნებში არის შეხედულება, რომელიც პირდაპირ აფინანსებს მომსახურებებს მთავრობიდან, რომელიც შეაფერხებს ჯანდაცვის სამსახურების განვითარებას, ასე რომ, მათი ტენდენცია უნდა განიხილოს როგორც ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა, როგორც მომსახურებების დაფინანსების განვითარება და უნდა მოიზიდოს უფრო მეტი ადამიანი სამკურნალოდ. ჩინეთმა გადადგა ნაბიჯი „გადასახადი-მომსახურებისთვის“-კენ, სოფლის მოსახლეობის 70% იყენებს ასეთ მომსახურებას. ყველა ქვეყანა განიცდის სირთულეს, რომ განავითაროს ადეკვატური პრევენციის მოდელი, რათა შეამციროს დაავადების ტვირთი, რომელმაც შეიძლება გააკოტროს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა.

უნივერსალური ხელმისაწვდობა მაინც და მაინც არ პასუხობს სოციალურ უთანასწორობას ჯანმრთელობის საკითხში. ფინანსური ბარიერების მოხსნა არ არის კარგი ჯანმრთელობის გარანტია. ბევრი სოციალური, კულტურული და გარემო რისკ- ფაქტორები არ არის გამოსწორებადი ან თავიდან აცილებადი სამედიცინო ან სტაციონარული მკურნალობით. ისინი შეიძლება იყოს უფრო დიდი მნიშვნელობის, ვიდრე მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება (იხილეთ მე-3 თავი). წარმოდგენილი მოდელები შეიძლება ემსახუროს, როგორც მაგალითები სხვა ქვეყნებს. ამრიგად, მნიშვნელოვანია იმის გაგება, თუ როგორ განვითარდნენ ისინი, მათი წარმატებების და წარუმატებლობების გაგება და თუ როგორ აგრძელებენ ისინი განვითარებას.

რეფორმის ორი ძირითადი მიმართულება არსებობს, რომლებიც ხანდახან კონფლიქტშია ერთმანეთთან. ერთი არის პირველადი ჯანდაცვის მიდგომა. იგი დამყარებულია ძირითადი ჯანდაცვის პრობლემების გამკლავებაზე, განვითარებად ქვეყნებში, ჯანდაცვის ხელშეწყობით, როგორც საზოგადოებრივი მომსახურების დეცენტრალიზირებული მიღების და ადმინისტრაციის გზით. მეორე, ალტერნატიული მიდგომა, დამყარებული საბაზრო ეკონომიკის თეორიაზე, დაფინანსებული დამქირავებლის და დაქირავებულის შეტანილი წვლილით ან გადასახადებით.

ამ ორ მიდგომას შორის მთავარი განსხვავებები წარმოადგენს დილემას განვითარებადი ქვეყნებისთვის და ბევრ საკითხში განვითარებული ქვეყნებისთვისაც, რადგან ისინი იბრძვიან ჯანდაცვის ხარჯების გასაკონტროლებლად. ჯანმრთელობის დაზღვევის მიდგომამ შეიძლება გაზარდოს არსებული ჯანდაცვის ფონდები, მაგრამ ასევე გვთავაზობს მზარდ ხარჯებს მკურნალობისთვის, უთანასწორობას მკურნალობის ხელმისაწვდომობაში და ხაზგასმას მკურნალობაზე, რომელიც ეწინააღმდეგება პრევენციის მომსახურებას. ეს არის სამედიცინო მიდგომა, რომელიც ხელს უწყობს საავადმყოფოს და ექიმთა მომსახურებებს.

საბაზრო მიდგომა ვარაუდობს, რომ კონკურენციის ხელშეწყობა გაზრდის მკურნალობის ხარისხს და მომხმარებელთა საჭიროებების მიმართ ყურადღებას, მაგრამ იგი ასევე ხშირად დაკავშირებულია ხარჯიანი მომსახურებების ზედმეტად გამოყენებასთან და ჯანდაცვის ხარჯებს ძალიან მაღალ მაჩვენე-

ბლებამდე მიიყვანს. ეს არის ფუფუნება, რომელიც ხელმისაწვდომია მხოლოდ უმდიდრესი ქვეყნებისთვის და მაინც არ უზრუნველყოფს მომსახურებებზე ყველა მოქალაქის თანაბარ ხელმისაწვდომობას. განვითარებად ქვეყნებს შეიძლება არ ჰქონდეთ ადეკვატური ფინანსები, რომ უზრუნველყონ ჯანდაცვა ყველასთვის. ამავე დროს განვითარებულ ეკონომიკებს შეიძლება არ შეეძლოთ ჯანდაცვის მომსახურებების დაფინანსება იმ მოთხოვნის მიხედვით, რომელსაც პროვაიდერები და მომხმარებლები იდეალურად მიიჩნევენ. ამან ბევრ ქვეყანაში გამოიწვია შეზღუდული ხელმისაწვდომობა სპეციალისტების მომსახურებებზე და დააწესა სხვა შეზღუდვები მომსახურებებზე. ეს პრინციპი არის ჯანდაცვის მიდგომის საფუძველი აშშ-ში.

საზოგადოებრივი მომსახურების მოდელი ხშირად ტოვებს ეროვნულ პროგრამას დაუფინანსებელს, რაც იწვევს ხარისხის და მორალის პრობლემებს, როგორც პროვაიდერებში, ასევე მომხმარებელში. თუმცა, ეროვნული პროგრამის პოლიტიკა მაინც მნიშვნელოვანია მოსახლეობის დაუცველი ჯგუფებისთვის ან ტერიტორიებისთვის, მიუხედავად იმისა განვითარებადია, თუ განვითარებული ქვეყანა. ყველაზე განვითარებულ ქვეყნებსაც კი ჰყავთ მოსახლეობის ჯგუფები, რომლებიც ცხოვრობენ სიღარიბეში, ცუდი ჯანმრთელობის კონდიციებში. აშშ-ს ჰყავს 43 მილიონზე მეტი ადამიანი, მოსახლეობის 16% (1997წ.) ჯანმრთელობის დაზღვევის გარეშე და სავარაუდოდ, იგივე რაოდენობა არადეკვატური დაფარვით. აშშ-ში ასევე არის სოფლები, სადაც ჯანდაცვის მომსახურება პრაქტიკულად არ არსებობს. ჯანდაცვის სისტემების საერთაშორისო გამოცდილების შესწავლა ეხმარება საერთაშორისო სტანდარტების და კრიტერიუმების ხელშეწყობას.

ჯანდაცვის სექტორი არის ხარჯების შეზღუდვის დიდი წნეხის ქვეშ. დაქირავებულ-დამქირავებლის წვლილის სისტემა განიცდის ცვლილებებს, რათა ხარჯები გაკონტროლდეს, გამომდინარე იქიდან, რომ ჯანდაცვის ხარჯები ნაწილობრივ არის პასუხისმგებელი გლობალურ ბაზარზე თავისი ინდუსტრიის ნაკლებადკონკურეტულად ქცევაში. ამავე დროს, არსებობს ინფლაციური ზეწოლები მოსახლეობის ასაკზე, სამედიცინო ტექნოლოგიების ინოვაციებზე და პროფესიული და საზოგადოების მაღალი მოლოდინები. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა მოიცავს საავადმყოფოს სექტორების შემცირებას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მშენებლობას.

ჯანდაცვის სისტემა და ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები მსოფლიოში ცვლილებების პროცესშია. ყველა ქვეყანაში ცდილობენ მზარდი ხარჯების შეკავებას, უნივერსალურ დაფარვას, თანასწორობას ხარისხზე და ხელმისაწვდომობაზე, რესურსების გამოყენების ეფექტურობას, რათა მიღწეული იქნას ჯანდაცვის მიზნები. ბევრი ქვეყანა ეძებს უნივერსალური და თანასწორი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფის გზებს, ხარჯების კონტროლთან და ეფექტიანობის გაუმჯობესებასთან ერთად. არ არსებობს ერთი პასუხი ჯანდაცვის ისეთი სისტემის მოძებნაში, რომელიც მუშაობს.

მე-20 საუკუნეში სოციალური უსაფრთხოების და სოციალური კეთილდღეობის სისტემებმა თავის თავზე აიღეს სამედიცინო მომსახურების სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები განვითარდა სამედიცინო, სტაციონარული, პრევენციული და საზოგადოების ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველსაყოფად. მომსახურების დაფინანსება გადასახადების გადახდით, დამყარებული პროგრესულ შემოსავლის გადასახადზე, რესურსების გადასახადზე და სააქციზო გადასახადზე, შეიძლება იყოს ყველაზე თანასწორი დაფინანსების გზა. ბევრი ქვეყნის სოციალური უსაფრთხოების სისტემები დამქირავებელ-დაქირავებულის წვლილზეა დამყარებული, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებებისთვის იხდიან. უნივერსალური ხელმისაწვდომობა არის მთლიანი მოსახლეობისთვის ეკონომიკური ბარიერის მოხსნის საშუალება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო და სტაციონარული მომსახურების მზარდი ხელმისაწვდომობა. იგი, რა თქმა უნდა, არ იძლევა ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი მიზნების მიღწევის გარანტიას. რესურსების ალოკაცია უფრო მეტად ფუნდამენტური პრობლემაა.

დაფინანსების და რესურსების განაწილების გარდა ჯანდაცვაში ძალიან ბევრი „არა ტარი-

ფული“ ბარიერებიცაა. ძალიან განვითარებულ ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებშიც კი, ისეთი, როგორიცაა, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, სოციალური კლასი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, დონე და ეთნიკურობა ავადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. სამედიცინო და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების გარდა, სხვა ფაქტორებიც მნიშვნელოვანია, როგორც კლასიკური რისკ-ფაქტორები დაავადებებისთვის, როგორებიც არის: დიეტა, მოწევა, და ფიზიკური მდგომარეობა. მართალია, ნაწილობრივ, მაგრამ მაინც, სოციალური კლასის განსხვავებები ავადობაში და სიკვდილიანობაში არის სიღარიბის კარგად განსაზღვრული ასპექტების შედეგი, როგორიც არის: დეპრესია, შიში, დაუცველობა და ცხოვრებაზე ნაკლები კონტროლი. ესენი არის საკითხები, რომლებიც ეროვნული ჯანდაცვის მიზნების და თანასწორობის მისაღწევად მნიშვნელოვანია.

ჯანდაცვის სისტემები მუდმივად უნდა შეფასდეს. ტრადიციული შედეგის ინდიკატორები, როგორებიც არის ჩვილთა, ბავშვთა, დედათა და დაავადებასთან სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, მნიშვნელოვანია, მაგრამ არასაკმარისი. ვაქცინით თავიდან აცილებადი დაავადებების ინციდენტობა, ჩვილთა იმუნიზაციის მაჩვენებლები, ანემიის მაჩვენებლები ჩვილებში და ფეხმძიმეებში და უნარშეზღუდულთა მდგომარეობები ასევე აუცილებელია. ახალი საზომები, როგორებიც არის DALY და QALY (იხილეთ მე-3 და მე-11 თავი) შეფასებისას ეხმარება სიკვდილიანობის შეფასების საზომებიდან აქცენტის ცხოვრების ხარისხის საზომებზე გადატანაში. ეროვნული ჯანდაცვის სისტემებს სჭირდება მონაცემთა სისტემები, რომლებიც ინფორმაციას აგროვებენ, რაც ამ უწყვეტი მონიტორიგნის პროცესისთვისაა აუცილებელი.

ეპიდემიოლოგიის, სოციოლოგიის და ეკონომიკის ანალიზების მაღალი ხარისხის აკადემიური ცენტრები საჭიროა, რათა მოხდეს ჯანდაცვის ლიდერებისა და მენეჯერების ტრენინგი, სწავლება და კვლევა, რაც უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის პროგრესისთვის.

ჯანდაცვის სისტემაში მიუხედავად სტრუქტურული მრავალფეროვნებისა და ხაზგასმული ფილოსოფიური განსხვავებებისა, არსებობს მნიშვნელოვანი საერთო ელემენტები. ისინი არიან დიდი დამქირავებლები და არიან ყველაზე დიდ ინდუსტრიებს შორის შესაბამის ქვეყნებში. ყველა აწყდება დაფინანსების, ხარჯის შეზღუდვის პრობლემებს, ცდილობს გადალახონ სტრუქტურული არაეფექტურობა და პოულობს სტიმულებს მაღალი ხარისხისთვის და ეფექტიანობისთვის.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა არის ჰოლისტიკური ობიექტი ბევრი შემადგენელი ნაწილით: საზოგადოების ინფრასტრუქტურის ხარისხი (კანალიზაცია, წყალი, გზები, კომუნიკაცია), საკვების რაოდენობა და ხარისხი, განათლების დონე და პროფესიული ორგანიზაცია. ყველაფერი ეს არის ამ განგრძობითობის ნაწილი. ჯანდაცვის სისტემების ვიწრო დაგეგმარება იგნორირებას უკეთებს იმ გზავნილს, რაც მის მიზნებს გაუმჯობესებული ჯანდაცვის ინდიკატორების შესახებ გამოტოვების რისკის ქვეშ აყენებს. ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები არ არის მხოლოდ დაფინანსებისა და მომსახურებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მეთოდი, ის არის საზოგადოების უფრო დიდი სოციალური და ეკონომიკური განვითარების ნაწილი და გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხის მთავარი ხელშემწყობი.

ელექტრონული მედია

Canadian Institute for Health Information, National Health Expenditure Trends, 1975–1998, website, http://www.cihi.ca/medrls/execsum.htm

Health Care Financing Administration website, http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/tables/

Healthy People website, http://www.health.gov/healthypeople/

United States Department of Health and Human Services, *Health United States,* 1998, http://www.cdc.gov/nchsww/products/pubs/pubd/hus/hus.htm (note: this requires Adobe Acrobat

software to download; also available on CD-ROM including Lotus spreadsheet)

World Bank, Health reform.online website, http://www.worldbank.org/healthreform/index.htm

World Health Organization, European Region Health for All Data Set. Download from website: http://www.org/dk

ჩეჯომენდიჩებელი საჯითხავი

Bobadilla, J. L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essentia national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:653–662.

Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization,* 72:623–627.

Roemer, M. I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health,* 14:335–353.

Russel, L. B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine,* 329:352–354.

Schieber, G. J., Poullier, J. P. 1989. International health care expenditure trends: 1987. *Health Affairs,* 8:169–177.

Schieber, G. J., Poullier, J. P., Greenwald, L. M. 1991. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs,* 10:22–38.

Young, Q. D. 1993. Health care reform: A new public health movement. *American Journal of Public Health,* 83:945–946.

ბიბლიოგრაფია

Abel-Smith, B. 1992. Cost containment and new priorities in the European community. *The Milbank Quarterly,* 70:393–416.

Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Avian, R., Abel-Smith, B., Tombari, G. 1990. Health Insurance in the Developing Countries—The Social Security Approach. Geneva: International Labor Organization.

Blendon, R. J., Leitman, R., Morrison, I., Donelan, K. 1990. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs,* 9:185–192.

Chernikovsky, D. 1995. Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm.

Milbank Memorial Fund Quarterly, 73:339–372.

Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care,*

17:221–243.

Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach.* Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly,* 41:19–25.

Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., Tabibzadeh, I. (eds). 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience.* Geneva: World Health Organization.

Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency.* Social Policy Studies No. 7.

Roemer, M. I. 1991 and 1993. *National Health Systems of the World,* Volumes 1 and 2. New York: Oxford University Press.

Saltman, R. B. (ed). 1988. *The International Handbook of Health Care Systems.* New York: Greenwood Press.

UNICEF. 1998. The State of The World's Children, 1998. New York: UNICEF.

World Health Organization. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.*

Report of a WHO Study Group, Technical Report Series No. 829. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1993. *World Health Statistics Annual 1993.* Geneva: WHO.

United States

Anderson, R. M., Rice, T. H. E., Kominski, G. F. (eds). 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management.* San Francisco: Jossey-Bass.

Bergner, L. 1993. Race, health, and health services. *American Journal of Public Health,* 83:939–941.

Blumenthal, D. (editorial). 1993. Administrative issues in health care reform. *The New England Journal of Medicine,* 329:428–429.

Brown, E. R. 1992. Health USA: Anational health program for the United States. *Journal of the American Medical Association,* 267:552–558.

Fries, J. F., Koop, E., Beadle, C. E., Cooper, P. P., England, M. J., Greaves, R. F., Sokolov, J. J., Wright, D. 1993. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine,* 329:321–325.

Levit, K. R., Lazenby, H. C., Sivarajan, L. 1996. Health care spending in 1994: Slowest in a decade. *Health Affairs,* 15:130–144.

National Center for Health Statistics. 1997. *Health, United States* 1996–1997 and *Injury Chartbook*

Hyattsville, MD: 1997.

National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States: With Socioeconomic Status and Health Chartbook, 1998.* DHHS Publication number (PHS) 98-1232.

Public Health Service. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives.* U.S. Department of Health and Human Services. Boston: Jones and Bartlett.

Smith, S., Freeland, M., Heffler, S., McKusick, D., and the Health Expenditures Projection Team. 1999. The next ten years of health spending: What does the future hold? *Health Affairs,* 17:128–132.

Welch, W. P., Miller, M. E., Welch, H. G., Fisher, E. S., Wennberg, J. E. 1993. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England Journal of Medicine,* 328:621–627.

Canada

Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper.* Ottawa: CPHA.

Deber, R. B., Hastings, J. E., Thompson, G. G. 1991. Health care in Canada: Current trends and issues. *Journal of Public Health Policy,* 12:72–82.

Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1993. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There from Here?* Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics. Toronto: University of Toronto Press.

Evans, R. G. 1989. Controlling health expenditures—The Canadian reality. *The New England Journal of Medicine,* 320:571–577.

LaLonde, M. 1974. *New Perspectives on the Health of Canadians.* Ottawa: Department of National Health and Welfare.

Naylor, C. D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs,* 18: 9–26.

Pineault, R., Lamarche, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. 1993. The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation? *Journal of Public Health Policy,* 14:198–219.

Rachis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System.* Toronto:HarperCollins.

Roos, N. P., Brownell, M., Shapiro, E., Roos, L. R. 1998. Good news about difficult decisions: The Canadian approach to hospital cost control. *Health Affairs,* 17(Sept/Oct):239–246.

Saskatchewan Health. 1992–1995. *A Saskatchewan Vision for Health: Introduction of Needs-Based Allocation of Resources to Saskatchewan District Health Boards for 1994–1995; and Planning Guide for Saskatchewan Health Districts.* Regina: Government of Saskatchewan.

United Kingdom

Acheson, D. 1998. *Independent Inquiry into Inequalities in Health.* London: Her Majesty's Stationery Office.

Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group.* London: Department of Health and Social Security.

Bone, M. R. 1992. International efforts to measure health expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 46:555–558.

Coulter, A. 1995. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Epidemiology.* 5:233–239.

Day, P, Klein, R. 1991. Britain's health care experiment. *Health Affairs,* 10:39–59.

Dobson, F. 1999. Modernizing Britain's National Health Service. *Health Affairs,* 18:40–41.

Donaldson, R. J., Donaldson, L. J. 1993. *Essential Public Health Medicine.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s.* London: W. B. Saunders.

Illsey, R. 1999. Reducing health inequalities: Britain's latest attempt. *Health Affairs,* 18:45–46.

LeGrand, J. 1999. Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs,* 18:27–44.

Marmot, M. 1999. Perspective: Acting on the evidence to reduce inequalities in health. *Health Affairs,* 18:42–44.

McKee, M. 1995. What can we learn from the British fundholding experience. *European Journal of Public Health.* 5:231–232.

Pocock, S. J., Shaper, A. G., Cook, D. G., Phillips, A. N., Walker, M. 1987. Social class differences in ischemic heart disease in British men. *Lancet,* 11:197–201.

Secretary of State for Health. 1991, reprinted 1995. *The Health of the Nation.* London: Her Majesty's Stationery Office.

Smith, G. D., Bartley, M., Blane, D. 1990. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal,* 301:373–377.

Europe

Brown, L. D., Amelung, V. E. 1999. "Manacled competition": Market reforms in German health care. *Health Affairs,* 18:76–91.

Elola, J., Daponte, A., Navarro, V. 1995. Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health,* 85:1397–1401.

Hermanson, T., Aro, S., Bennett, C. L. 1994. Finland's health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association,* 271:1957–1962.

Hurst, J. W. 1991. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs,* 10:7–21.

Iglehart, J. K. 1991. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine,* 324:1750–1756.

Roberts, J. L. 1996. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reforms: A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services.* Copenhagen: World Health organization, Office for Europe.

Saltman, R. B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly,* 68:597–618.

Saltman, R. B., Figueras, J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies.*Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization Study Group. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997. *Health in Europe, 1997.* Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 1999. *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Japan

Ikegami, N. 1991. Japanese health care: Low cost through regulated fees. *Health Affairs,* 10:87–109.

Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs,* 18:56–75.

Ingelhart, J. K. 1988. Health policy report: Japan's medical care system, parts 1 and 2. *New England Journal of Medicine.* 319:807–812 and 1166–1172.

Russia

Centers for Disease Control. 1992. Public health assessment—Russian Federation, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 41:89–91.

Centers for Disease Control. 1995. Diphtheria epidemics—New independent states of the former Soviet Union, 1990–1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 44:177–181.

Field, M. G. 1988. Union of Soviet Socialist Republics. In Saltman, R. B. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems.* New York: Greenwood Press.

Golovoteev, V. V., Pustovoj, I. V. 1984. Public health finance and planning in the Soviet Union. *World Health Statistics Quarterly,* 37:364–374.

Tulchinsky, T. H. E., Varavikova, E. A. 1996. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health,* 86:313–320.

Willikens, F., Scherbov, S. 1992. Analysis of mortality data from the former USSR: Age–period–cohort analysis. *World Health Statistics Quarterly,* 45:29–49.

Israel

Central Bureau of Statistics. 1975 (and 1996). *Statistical Abstract of Israel, 1975 (and 1996).* Jerusalem: Herned Press.

Israel Center for Disease Control. 1999. *Health Status in Israel 1999.* Jerusalem: Ministry of Health. Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998.* Jerusalem: Ministry of Health.

Penchas, S., Shani, M. 1995. Redesigning a national health-care system: The Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance,* 8:9–18.

Tulchinsky, T. H. E. 1985. Israel's health system: Structure and content issues. *Journal of Public Health Policy,* 6:244–254.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 1996. *Highlights on Health in Israel.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Developing Countries

Barnum, H., Kutzin, J. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing.*

Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Evans, J. R., Hall, K. L., Warford, J. 1981. Shattuk lecture: Health care in the developing world: Problems of scarcity and choice. *The New England Journal of Medicine,* 305:1117–1127.

Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburri, G. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach.* Geneva: International Labor Office.

Schieber, G., Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs,* 18:135–143.

Tarimo, E., Creese, A. (eds). 1990. *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences.* Geneva: World Health Organization.

Colombia

Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo. 1993. *La Seguridad Social en Colombia, Ley 100 de 1993.* Bogota: Minsterio de Salud/Minsterio de Trabajo.

Pan American Health Organization/World Health Organization. 1986. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000.* Seventh Report on the World Health Situation, Volume 3. Region of the Americas. Washington, DC: PAHO.

Lujan, F. J. Y. 1988. Colombia. In Saltman, R. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems,* pp. 57–72. New York: Greenwood Press.

China

Grogan, C. M. 1995. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science and Medicine,* 41:1073–1084.

Lawson, J. S., Lin, V. 1994. Health status differentials in the People's Republic of China. *American Journal of Public Health,* 84:737–741.

Zheng, X, Hillier, S. 1995. The reforms of the Chinese health care system: The Jiangxi study. *Social Science and Medicine,* 41:1057–1064.

Comparisons

Anderson, G. F., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs,* 18:178–192.

Davis, K. 1999. International health policy: Common problems, alternative strategies. *Health Affairs,* 18:135–143.

Donelan, K., Blendon, R. J., Schoen, C., Davis, K., Binns, K. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs,* 18:206–216.

Sochalski, J., Aiken, L. H. 1999. Accounting for variation in hospital outcomes: Across-national study. *Health Affairs,* 18:256–259.

Tuohy, C. H. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, Canada. *Health Affairs,* 18:114–134.

14

ადამიანური ჩესურსები ჯანდაცვაში

შესავალი

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის უმნიშვნელოვანესია ადამიანური რესურსების ტრენინგი, განაწილება და მართვა, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში მომუშავე პერონალს შორის ბალანსის შენარჩუნება.

ჯანდაცვის სისტემას სჭირდება კარგად მომზადებული და თანამედროვე სერვისის მიმწოდებლები, რათა მოხდეს ჯანმრთელი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა, დაავადებათა პრევენცია, ავადმყოფთა განკურნება და მათი რეაბილიტაცია ეთიკური, პროფესიონალური და ეკონომიკურად ეფექტური გზით.

ჯანდაცვის სერვისის პროვაიდერს უნდა ჰქონდეს არა მხოლოდ კლინიკური ცოდნა, არამედ ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტების შესახებ მუდმივად უნდა ნათლდებოდეს. ასევე, მას უნდა ჰქონდეს ცოდნა ეპიდემოლოგიის, ეკონომიკის, მენეჯმენტისა და სხვა სოციალური მეცნიერებების სფეროში. ჯამში, პრაქტიკოსი ექიმის ხარისხი დამოკიდებულია მის განათლებაზე, გადამზადებაზე, მოტივაციაზე, ასევე ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურაზე.

ადამიანური რესურსების განსასაზღვრად მათი განაწილება უმნიშვნელოვანესი ასპექტია ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარებისას. ბაზარზე ჯანდაცვის ერთი ან რამდენიმე პროფესიის ჭარბი ან არასაკმარისი მიწოდება ჯანდაცვის სისტემასა და მის ეკონომიკაში დისბალანსს ჰქმნის. აღიარებულია, რომ საშუალო რანგის პრაქტიკოსები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ შესაბამისი სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასა და აღნიშნული სერვისების მიწოდებაში, როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეფექტური გზების ძიებისას ახალ ორგანიზაციულ სტრუქტურაში ბევრი ახალი პროფესია გამოჩნდა. რადგანაც ჯანდაცვის მიერ მიწოდებული სერვისები უფრო მრავალფეროვანი გახდა, მთლიანად ჯანდაცვის სპექტრს ახალი სამედიცინო პროფესიები დაემატა. უწყვეტი განათლება უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის შესანარჩუნებლად და ასამაღლებლად. იმისთვის, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ინფორმაცია ყველა იმ რელევანტურ საკითხზე, რაც სამედიცინო მუშახელს უკავშირდება. სარეგისტრაციო და მონაცემთა ბაზის არსებობა მნიშვნელოვანია.

ამ თავის მიზანია ახალ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსების ტრენინგისა და მათი მნიშვნელობის წარმოჩენა.

ადამიანური ჩესურსების მიმოხილვა

ადამიანური რესურსების მოცულობა, ტიპები და განაწილება ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის, რელევანტურობისა და ხარჯების მთავარი განმსაზღვრელია. სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი, ხარისხი, აქტივობები და ის ტექნოლოგია, რასაც ისინი იყენებენ ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარებისას უმნიშვნელოვანესია.

ყველა სამედიცინო მუშაკს აუცილებლად სჭირდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრინციპებისა და მიმდინარე სტანდარტების ცოდნა, რათა თავიანთი პროფესიული მოვალეობა შეასრულონ, რომელიც პრევენციას, ჯგუფურ მუშაობას, მენეჯმენტს, ხარისხის უზრუნველყოფას, ხარჯების შეკავების პოლიტიკასა და შესაბამისი ეთიკის ნორმების ცოდნას მოიცავს.

ბევრ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემაში მომუ-

შავე პერსონალის განათლებისას მთავარი აქცენტი კეთდება კლინიცისტების მომზადებაზე და ნაკლები ყურადღება ექცევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, ჯანდაცვის მენეჯერებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლისის ანალიტიკოსების გადამზადებას. ამ საკითხის მოწესრიგება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როცა ხორციელდება ჯანდაცვის რეფორმები და როცა ჯანდაცვის პრომოცია და პრევენცია უნდა მოხდეს საზოგადოებაში ჯანდაცვის საჭიროებების ცვლილებების შესაბამისად.

ადამიანური რესურსების ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში სხვადასხვა ქვეყანას განსხვავებული პრობლემები აქვს, მაგრამ მათ შემდეგი საკითხები აერთიანებთ:

1. სამედიცინო პროფესიების ტრენინგების დისბალანსი: ჭარბი ექიმების რაოდენობა, მედდებისა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების ნაკლებობა;
2. სამედიცინო სპეციალისტების გადაჭარბებული ტრენინგი, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების არასაკმარისი ტრენინგი, ჯანდაცვის მზარდი ხარჯები და მკურნალობაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა;
3. სოფლად სხვადასხვა სამედიცინო პროფესიების არასაკმარისი განაწილება;
4. კერძო სექტორთან შედარებით საჯარო ჯანდაცვის სისტემის არასაკმარისი დაფინანსება, არასახარბიელო სამუშაო პირობები, დაბალი ანაზღაურება, კარიერული წინსვლის შეზღუდული შესაძლებლობა, მუშახელის დაბალი მორალური სტანდარტები, და შესაბამისად კლიენტების უკმაყოფილება;
5. მაღალკვალიფიციური პროფესიული ლიდერების არსებობის უზრუნველსაყოფად არადამაკმაყოფილებელი სტანდარტები და ექიმების ტრენინგების არასაკმარისი ხანგრძლივობა;
6. ჯანდაცვის სისტემის პროვაიდერების არასწორი მიდგომა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისადმი;
7. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების არასაკმარისი ტრენინგი ეპიდემიოლოგიაში, ჯანდაცვასთან ასოცირებულ სოციალურ მეცნიერებებში, ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის ანალიზსა და ჯანდაცვის სისტემის მართვაში, რაც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემისა და მისი რესურსების განაწილების სისწორის შეფასებისას.
8. მთავრობის მიერ ჯანდაცვის მუშაკთა ლიცენზირება, რამაც შეიძლება რაოდენობის გაზრდის ხარჯზე ხარისხის ვარდნა გამოიწვიოს, ლიცენზირების დელეგირება პროფესიული ორგანიზაციებისადმი შეიძლება ასევე მცდარი გამოდგეს და ხელი შეუწყოს პროტექციონიზმის გამოვლინებებეს;
9. არაადეკვატური განათლების სტანდარტებით, უწყვეტი გამოცდებითა და რესერტიფიკაციით გამოწვეული ადამიანური რესურსების ხარისხის არასრულფასოვნება;
10. აკადემიური, პროფესიული, სამთავრობო და სადაზღვევო სფეროს ინტერესთა კონფლიქტი პაციენტთა ინტერესებთან.

1950-1970 წლებში ახალი სამედიცინო სკოლები გაიხსნა. ამ დროს უკვე არსებულმა სკოლებმა გამოააშკარავეს მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობის პრობლემა, რისი უმთავრესი მიზეზიც ექიმების არასაკმარისი რაოდენობა იყო. ეგონათ, რომ ექიმთა რაოდენობის ზრდა კონკურენციის განვითარებას ხელს შეუწყობდა და მომსახურების ხარჯებს შეამცირებდა. სამედიცინო მომსახურების ხარჯები გაიზარდა, თუმცა სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის პრობლემა ამით ვერ გადაიჭრა. ჯანდაცვის ეკონომიკის განვითარებით, ჯანმრთელი ცხოვრებისა და დაავადებების პრევენციის მნიშვნელობის გაზრდით, თვალნათელი გახდა რომ სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის ზრდა ჯანმრთელობის ხარისხს ვერ გაუმჯობესებდა და შესამისად ჭარბი სამედიცინო პერსონალი ჯანდაცვის სისტემის ვალდებულება არ უნდა გამხდარიყო.

ექიმის რაოდენობის ზრდა ორივე შემთხვევაში: როგორც მომსახურების გადასახადის, ისე სახელფასო ანაზღაურების დროს, ჯანდაცვის მომსახურების ფასს ზრდის. ბაზრის ფაქტორები, როგორიცაა მოთხოვნა-მიწოდება, ჯანდაცვასთან კარგად ადაპტირებული არ არის. ამ დროს მომხმარებლის მოთხოვნა დიდადაა დამოკიდებული თვითონ პროვაიდერის გადაწყვეტილებაზე (მაგ.: განმეორებითი ვიზიტები, გამოკვლევები, ჰოსპიტალიზაცია). გადასახადები შესაძლებელია ხელოვნურად იყოს დაფიქსირებული ან სადაზღვევო კომპანიებთან მოლაპარაკების შედეგად მათი რეგულირება ხდებოდეს. მომსახურების ანგარიშსწორება ხდება მესამე პირის მიერ და შესაბამისად ხარჯების შესახებ მომხმარებელს უფრო ნაკლები ინფორმაცია აქვს, ვიდრე პროვაიდერს.

ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურისა და ოპე-

რირების მიხედვით ყველა ქვეყანა საზღვრავს, თუ რა რაოდენობის და რა ტიპის სამედიცინო პერსონალი სჭირდება. კანადის ერთ-ერთ პროვინციაში, ალბერტაში, 1970-იან წლებში, სამედიცინო მომსახურებების დანახარჯები და ექიმებისა და მომხმარებლების შეფარდება შედარებით სტაბილური იყო. 1980-იან წლებში, პროვინციაში ეკონომიკური ვარდნა და მოსახლეობის ნულოვანი ზრდა აღინიშნა, თუმცა სამედიცინო პერსონალის და სამედიცინო მომსახურების მოცულობა თითოეულ ექიმზე დაახლოებით 20%-ით გაიზარდა. შემცირებული კლიენტების რაოდენობამ თითოეულ ექიმზე მომსახურების ფასები და ერთ სულ მოსახლეზე სერვისების მოცულობა გაზარდა, ისე, რომ ექიმთა შემოსავალი შენარჩუნდა. შედეგად ჯამური და ერთ სულ მოსახლეზე სამედიცინო დანახარჯები გაიზარდა.

ექიმების ჭარბი რაოდენობა ასევე შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სერიოზული პრობლემა გახდეს. ამ შემთხვევაში ჯანდაცვაში შეიძლება აღინიშნებოდეს კლინიკური პროფესიების სიჭარბე ისეთი პროფესიების ხარჯზე, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პირველადი დახმარების და საზოგადოებაში მოწყვლადი ჯგუფების ფუნდამენტური მხარდაჭერის სისტემისთვის ბაზისურ საჭიროებას წარმოადგენს. კლინიკური ორიენტაციის სიჭარბე შეზღუდული რესურსების არასწორ განაწილებას წარმოშობს, რაც იწვევს ე.წ. „მესამეული“ დახმარების განვითარებას და ცენტრალურ ქალაქებში ექიმთა პოზიციების შექმნას, მაშინ, როცა ჯანდაცვა სოფლად და პირველადი ჯანდაცვა განუვითარებელი რჩება. ეს ტენდენცია შეიმჩნევა ისეთ განვითარებად ქვეყნებში, როგორიცაა ბანგლადეში, ინდოეთი, პაკისტანი, მექსიკა, კოლუმბია და სხვა ლათინურ-ამერიკული ქვეყნები. ზოგიერთ განვითარებად ქვეყნებში პრობლემის მიზეზი ხშირად ბიუჯეტის სიმწირეა, რის გამოც საკმარისი რაოდენობით ექიმების დასაქმება ვერ ხორციელდება. ახალგაზრდა ექიმების უმუშევრობა ამ ქვეყნებში ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს.

გლობალურად ჯერ კიდევ პრობლემატურია მედდების უკმარისობა, თუმცა ეს პრობლემა განსაკუთრებით აღინიშნება განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც ეს პროფესია ხშირად მიჩნეულია არაპრესტიჟულ საქმიანობად. თუმცა თავად მედიცინა ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული დარგია. რეგიონული შეფარდებების მიხედვით თუ განვიხილავთ, მედდების შეზღუდული რაოდენობის არსებობა უფრო თვალნათელია განვითარებად ქვეყნებში: ყოველ 10,000 ადამიანზე შეერთებული შტატებში 56 მედდა მოდის, ხოლო სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში მხოლოდ – 3.3.

რათა მიღწეული იქნას მიზანი *ჯანდაცვა ყველასათვის* პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მეშვეობით, საჭიროა ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემაში სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო პერსონალის ეფექტური და კოორდინირებული სერვისების არსებობა. პოლიტიკურმა ფაქტორებმა შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის მომზადებაზე, მის განაწილებასა და სამუშაო პირობებზე გავლენა იქონიოს.

სამედიცინო დანახარჯები დამოკიდებულია იმ პრიორიტეტებზე, რომელსაც მთავრობა ანიჭებს ჯანდაცვას სხვა მიმართულებებთან შედარებით.

ღარიბ ქვეყნებში, თუნდაც კარგად ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის პროგრამით, ძლიერი ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის კონსტრუქცია შეიძლება ვერ განხორციელდეს. 1950-იან წლებში ჩინეთში ჯანმრთელობის პოლიტიკა დაფუძნებული იყო რამდენი ელემეტზე: ქალაქგარე მომსახურებებისთვის ოჯახის ექიმების სამწლიანი ტრენინგის დანერგვა; კვალიფიკაციის ასამაღლებლად სოფლის ექიმების ტრენინგი; ქალაქგარე მუშაობის სტიმულირებისთვის დამატებითი ინსენტივები. ამ პროგრამის შედეგად ჯანდაცვის სტანდარტები იმაზე უფრო მეტად გაიზარდა, ვიდრე ეს შესაძლებელი იყო მისი ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით. ამ რეფორმების შედეგად 1980-1990-იან წლებში სისტემამ ძირეული ცვლილებები განიცადა და მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

ადამიანური ჰესურსების დაგეგმარება

ქვეყნის ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა ხელმისაწვდომ რესურსებს და მათ ორგანიზებას მოიცავს. ადამიანური რესურსი ყველა ტიპის ჯანდაცვის სისტემისთვის მნიშვნელოვანია. ადამიანური რესურსისა და ინფრასტრუქტურის არსებობა, სისტემის ეკონომიკური მხარდაჭერა, მენეჯმენტი და პოლიტიკა, პროვაიდერებისთვის გადახდის მეთოდები და მომსახურებების

ორგანიზება, ჯანდაცვის დაგეგმარების უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია.

ჯანდაცვის სისტემის რესურსები მოიცავს: ადამიანურ რესურსს, ინფრასტრუქტურასა და ფინანსურ რესურსს. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული და ფინანსური სტრუქტურა განსაზღვრავს, თუ როგორ არის ეს რესურსები განაწილებული და გახარჯული როგორც ჯანდაცვის საჯარო, ასევე კერძო სექტორებში. სტრუქტურასა და გადახდის მეთოდებს, თავის მხრივ, გავლენა აქვს მიწოდებულ სერვისებზე. ჯანდაცვის სისტემა საკმარის ეკონომიკურ მხარდაჭერას საჭიროებს, რათა ადამიანური რესურსის მაღალი ხარისხის საბაზისო და უწყვეტი განათლება მოხდეს, ასევე ამ ადამიანური რესურსის შესაბამისი და ოპტიმალური გამოყენება განხორციელდეს.

ადამიანური რესურსების რეგულაცია მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას, რაც სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაა. რაციონალური ჯანდაცვის სისტემის შესაქმნელად, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის ხარისხის კონტროლი.

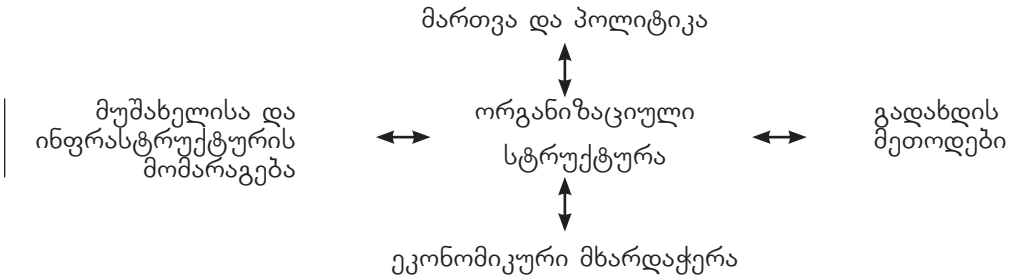
სასურველი ადამიანური რესურსის მოცულობის განსასაზღვრად აუცილებელია არსებული რესურსის შესწავლა და შეფასება. ძირითადი წყარო ამ კვლევის ჩასატარებლად არსებული მონაცემთა ბაზებია, სადაც ჯანდაცვაში მომუშავე პიროვნებათა პერიოდული რეგისტრაცია ხდება. მსგავსი მონაცემთა ბაზების მართვისას აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს, რომ ჯანდაცვის მუშაკთა ნაწილი პენსიაზე გავიდა, ან საცხოვრებელი მდებარეობა შეიცვალა, გარდაიცვალა ან ჯანდაცვის სფეროში აღარ მუშაობს. იმისთვის, რომ მონაცემთა ბაზა არსებულ მდგომარეობას რეალურად ასახავდეს, აუცილებელია აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინება. ეფექტურ მონაცემთა ბაზაში ასახულია კონკრეტული პიროვნების ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული მდებარეობა, სამედიცინო სპეციალობა და მიმდინარე სამსახური.

ქვეყნის სპეციფიკის გათვალისწინებით ადამიანური რესურსის შეფასება და დაგეგმარება ქვეყნის რეალურ შესაძლებლობებს უნდა შეესაბამებოდეს. თუკი არ მოიპოვება საკმარისი რაოდენობის რესურსი, რათა ქვეყნის მიზნები და სტანდარტები დაკმაყოფილდეს, ალტერნატიული მიდგომების ფორმირება ხდება აუცილებელი. მიმდინარე ადამიანური რესურსის შეფასება და მომავალი საჭიროებების განსაზღვრა იმ სამთავრობო სააგენტოების პასუხისმგებლობაა, რომლებიც ეროვნულ სოციო-ეკონომიკურ დაგეგმარებას აწარმოებს. ეს შეიძლება იყოს დაგეგმარების სააგენტო, კომისია, საბჭო ან სახელმწიფოს მიერ უფლებამოსილი კომიტეტები, რომლებიც სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან თანამშრომლობენ. აკადემიური ტრენინგ–ცენტრები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ არა მხოლოდ ტრენინგის პროცესში, არამედ ადამიანური რესურსის ეროვნული პოლიტიკის რეალიზებაში. ისინი პოლიტიკის განმსაზღვრელ საკონსულტაციო პროცესში მონაწილეობას ღებულობენ.

მოთხოვნა და მიწოდება

ყველაზე მეტად გავრცელებული ადამიანური რესურსის რაოდენობრივი დაგეგმარება ბაზარ-

ჩანართი 14.1. ადამიანური რესურსების და ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა



წყარო: Reviewing Health Manpower Development, WHO, 1987წ.

ზე ორიენტირებული მიდგომაა, რომელიც სასწავლო დაწესებულებისა და ტრენინგში მონაწილეთა მოთხოვნაზეა დაფუძნებული. შესაძლოა ექიმთა ტრენინგზე დიდი მოთხოვნა იყოს და ინსტიტუტებს ფინანსური ან პრესტიჟის მიზნით ტრენინგში მეტი სტუდენტის მონაწილეობა აინტერესებდეთ. თუკი მოთხოვნა არ იქნება რეგულირებული, ბაზარზე სხვადასხვა დარგის ექიმების სიჭარბე წარმოიშვება და შესაბამისად მათი დასაქმების პერსპექტივა დაეცემა.

1950-1960-იან წლებში, ისინი, ვინც ჯანდაცვის სისტემას აგეგმარებდნენ, ფიქრობდნენ, რომ სამედიცინო მკურნალობისადმი უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სისტემის ძირითად პრობლემებს გადაჭრიდა, ამისთვის კი ექიმების უფრო მეტი რაოდენობა იქნებოდა საჭირო.

ვარაუდობდნენ, რომ ცენტრალურად დაგეგმილი ჯანდაცვის სისტემის დროსაც კი შესაძლებელი იყო ახალკურსდამთავრებული ექიმების იმ გეოგრაფიულ ადგილებში განაწილება, სადაც ჯანდაცვის სერვისები სათანადო დონეზე განვითარებული არ იყო, თუმცა სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულთა რაოდენობის ზრდა საკმაოდ დიდ ხარჯად აწვება საზოგადოებას. მათი ჭარბი რაოდენობა განსაკუთრებით ურბანულ ცენტრებში შეიმჩნევა.

სამედიცინო მუშახელის ზრდას სამედიცინო მომსახურებებისადმი ხელმისაწვდომობის ზრდა უნდა გამოეწვია, ასევე ექიმების სტიმულირება მომხდარიყო, რათა შედარებით ნაკლებად პოპულარული მიმართულების, მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები გამხდარიყვნენ და ისეთ ადგილებში ემუშავათ, სადაც სამედიცინო სერვისების მიწოდების ნაკლებობა იყო. ეს მიდგომა უფრო ნაკლებად მისაღები გახდა 1980-იანი წლების შემდეგ თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებშიც კი, რადგან ის ზრდიდა ჯანდაცვის ხარჯებს და ვერ აკმაყოფილებდა იმ საჭიროებებს, რაც აუცილებელი იყო ნაკლები სამედიცინო სერვისების მქონე გეოგრაფიული ადგილებისა და გარკვეული სამედიცინო სპეციალობების განვითარებისთვის. სამედიცინო პერსონალის არსებობა და განაწილება ასევე დამოკიდებულია მის მიგრაციასა და ემიგრაციაზე, ასევე ამ დროს გასათვალისწინებელია, რომ ზოგიერთი სამედიცინო მუშაკი აქტიურ სამედიცინო პრაქტიკას წყვეტს.

1980-იან წლებში ჯანდაცვის ხარჯები ძალიან სწრაფად იზრდებოდა. საზოგადოებამ გააცნობიერა, რომ ჯანმრთელობის საჭიროებები უფრო მეტად პრევენციაზეა დამოკიდებული, ვიდრე ექიმთა რაოდენობაზე. ამან, შესაბამისად, სამედიცინო სკოლებში ჩაბარების მსურველების რიცხვი, სპეციალობების მიხედვით ტრენინგების სიხშირე და ექიმების მიგრაცია შეამცირა.

სამედიცინო სკოლების დაარსება და ოპერირება საკმაოდ დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული და შესაძლებელია იგი ჯანდაცვის სისტემას **სერიოზულ ხარჯად დააწვეს, თუ ამ სასწავლებლებს** ჭარბი რაოდენობის კურსდამთავრებული ეყოლება. ახალი სკოლების დაარსება და არსებულ სკოლებში ჩაბარების მსურველების რაოდენობის შენარჩუნება მოითხოვს კურსდამთავრებულთა რაოდენობის ჯანდაცვის სისტემაზე ეფექტის ძირფესვიან შესწავლას. რეგულირებულ გარემოში და თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, სამედიცინო მუშახელის არსებობა შესაძლებელია ჯანდაცვის ხარჯების განმსაზღვრელი ფაქტორი გახდეს. თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის მქონე ქვეყნებშიც კი, როგორიცაა ამერიკის შეერთებულ შტატები, სახელმწიფო დაფინანსების გამოყენებით ხდება გარკვეული სპეციალისტების ტრენინგების შემცირება და პირველადი ჯანდაცვის სასარგებლოდ დამატებითი ინსენტივების გაზრდა.

ცხრილში 14.1 კარგად ჩანს 1950-1996 წლებში ამერიკის შეერთებული შტატებში სამედიცინო განათლებაში არსებული ტენდენციები. სამედიცინო კურსდამთავრებულების რაოდენობა 1950 წლიდან 1980 წლამდე სამჯერ გაიზარდა,

ცხრილი 14.1. სამედიცინო და ოსტეოპათიური სკოლები, კურსდამთავრებულები და ექიმები, აშშ, 1950-1996, პროექტირება 2000 წლისათვის

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
სამედიცინო, ოსტეოპათიური სკოლები	85	92	110	140	141	142	-
კურსდამთავრებულები (000) [a]	5.9	7.5	8.8	16.2	16.9	17.9	18.0
ექიმები/10,000	14.1	14.0	15.5	19.6	23.2	24.7	26.8

Source: *Health United States,* 1996-1997, 1998.

a Includes all graduating and active doctors and osteopaths.

ხოლო 1990 წლიდან ზრდის ნაკლები ტემპი აღინიშნებოდა.

1950-დან 1980 წლამდე სამედიცინო პერსონალი ერთ სულ მოსახლეზე ერთი მესამედით გაიზარდა. 1980-დან 1990 წლამდე ასევე აღინიშნებოდა სამედიცინო პერსონალის ერთი მესამედით ზრდა ერთ სულ მოსახლეზე. ექიმების ზრდის ტემპი კვლავ შენარჩუნებულია.

საკითხისადმი ნორმატიული მიდგომა სისტემურ სტანდარტებსა და ნორმებს იყენებს. სტანდარტები შესაძლებელია ექიმების, მედდების და სხვა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის ემპირიულ კრიტერიუმზე იყოს დაფუძნებული. ეს მიდგომა შეიძლება ზედმეტად ცალსახა იყოს და იმ ცვლილებებზე არ რეაგირებდეს, რაც დაავადებების პრევალენტობასთან და ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებებისთვის აუცილებელ ტექნოლოგიებთანაა დაკავშირებული. სტანდარტების მოძიება შესაძლებელია სხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების მაგალითზე მოხდეს.

სამედიცინო პერსონალის დაგეგმარებისას შესაძლებელია კონკრეტული მიზანი განისაზღვროს, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობის არსებობას მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად. მაგალითად, თუკი ქვეყანას ჰყავს 50 მედდა ყოველ 100 000 ადამიანზე, შეიძლება დაიგეგმოს მედდის რაოდენობის გაზრდა ისე, რომ 5 წელიწადში ყოველ 100 000 ადამიანზე 55 მედდა მოდიოდეს.

ასეთმა მიდგომამ შესაძლებელია ნაკლებად გამოიწვიოს სპეციალისტების მიწოდების სიჭარბე ბაზარზე, მაგრამ ამავდროულად შესაძლებელია შენარჩუნდეს ადამიანური რესურსების რაოდენობა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ცვლილებისა და სერვისების გაუმჯობესებული მიწოდების მიუხედავად. მაგალითად, ტუბერკულოზის შემთხვევების სიხშირის შემცირებასთან ერთად შემცირდა ტუბერკულოზის სპეციალისტების საჭიროებაც, მაგრამ თუ დაავადება ისევ გახშირდა, კვლავ აუცილებელი გახდება შესაბამისი ტრენინგების გაძლიერება და შესაბამისი სპეციალისტების რაოდენობის გაზრდა. ხშირად ზოგიერთი საავადმყოფოები კარგავენ თავიანთ აქტუალობას. საავადმყოფო საწოლების შემცირება მომსახურებების რესტრუქტურირების ერთ-ერთი მთავარი ნაწილია. ამის შედეგად კი ხშირად სამედიცინო პერსონალი ინსტიტუციონალური მომსახურებიდან საზოგადოებრივ მომსახურებებზე გადადის.

ბევრი ქვეყანაში აუცილებელია ახალკურსდამთავრებულმა ექიმებმა სოფლად რამდენიმე წელი იმუშაონ. ახალგაზრდა ექიმებისთვის პირ-

ჩანართი 14.2. ჯანდაცვის პერსონალის დაგეგმარების საკითხები

1. მიმდინარე და მომავალი დემოგრაფიული ცვლილებები, როგორიცაა მოსახლეობის ზრდა და დაბერება;
2. არსებული და მომავალი ექიმების რაოდენობის ზრდა და გეოგრაფიული განაწილება სპეციალობების მიხედვით;
3. ტექნოლოგიური განვითარების შედეგად ახალი პროფესიების არსებობის საჭიროება;
4. მიგრაციისა და ემიგრაციის ეფექტი ადამიანური რესურსის განვითარებაზე;
5. პროფესიონალთა და მოსახლეობის პროპორციების ზრდის ღირებულება/მომგებიანობა პრევენციისა და ჯანდაცვის ხელშეწყობის საშუალებების წინააღმდეგ;
6. ცვალებადი ეპიდემიოლოგიური გარემოებები, როგორიც არის სასმელი წყლის ფთორირების შედეგად სტომატოლოგიური სერვისების შემცირება, მოსახლეობის დაბერებით გამოწვეული ქრონიკული დაავადებების პრევალენტობის გაზრდა;
7. ჯანდაცვის სიტემის ინსტიტუციონალური მომსახურებიდან ამბულატორიულ და პრევენციულ მომსახურებებზე გადასვლა;
8. მომსახურებების შესრულების პასუხისმგებლობის დელეგირება ქვედა დონის სპეციალისტებზე, რომელთაც საკითხის სპეციფიკური ცოდნა აქვთ. ისეთი სამედიცინო პერსონალის დიაპაზონის გაზრდა, როგორიცაა ოპტომეტრისტები, ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ბებიაქალები, სტომატოლოგიური მედდები და საზოგადოებრივი სამედიცინო მუშაკები.

ველად ჯანდაცვაში მუშაობა მათი პროფესიული განვითარების ნაწილს წარმოადგენს. თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ გამოუცდელ ექიმებს ამ შემთხვევაში დამოუკიდებლად უწევთ, ადეკვატური კოლეგიალური მხარდაჭერისა და ზედამხედველობის გარეშე ისეთ ადგილებში პროფესიული საქმიანობა, სადაც ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სავალდებულო პერიოდის შემდეგ, მუშაობას გააგრძელებენ. კურსდამთავრებულებისთვის ხელშეწყობა, რათა იმუშავონ ამგვარ ადგილებში, საკითხის დროებითი გადაწყვეტაა. პრობლემა კვლავ იჩენს თავს, როცა მედდებსა და ექიმებს კონკრეტულას აქ მუშაობის გაგრძელების სურვილი აღარ აქვთ.

როდესაც ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მთავარ მიმართულებად ხარჯების ზრდის შემცირება და რისკის ჯგუფებისთვის ხელმისაწვდომი მომსახურებების დანერგვა განიხილება, შუა რანგის მუშაკების ტრენინგი და გადამზადება საკმაოდ ეფექტურ საშუალებად უნდა ჩაითვალოს.

ტრენინგის დაგეგმვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ბევრ სხვადასხვა დისციპლინას, რომელიც საჭიროა როგორც კლინიკური მკურნალობისთვის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის. ამავდროულად მუდმივად ცვალებადი საჭიროებების დიაპაზონი და ტექნოლოგიური განვითარება უნდა გავითვალისწინოთ.

ჯანდაცვის ორგანიზება გავლენას ახდენს სამედიცინო სფეროში მომუშავე პერსონალის რაოდენობაზე. ექიმთა კერძო პრაქტიკა და სერვისების გამოყენებასთან დაკავშირებით მათი სუბიექტური გადაწყვეტილება, გაზრდილ რიგებს, ხარჯების სწრაფ ზრდასა და პერსონალის ნაკლებობას იწვევს. ცენტრალიზებულად კონტროლირებადი ჯანდაცვის სისტემის, როგორიც იყო მაგალითად საბჭოთა კავშირის შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი–მოსახლეობის არასწორმა შეფარდებამ და ადამიანური რესურსების არასწორმა მართვამ ბაზარზე დაბალეფექტური ჯანდაცვის სერვისების დანერგვა გამოიწვია.

რაოდენობრივ დაგეგმარებასთან ერთად აუცილებელია ხარისხობრივი დაგეგმარებაც. ტრენინგის ხარისხი, აკრედიტირება, ლიცენზირების პროცედურები და მიმდინარე ხარისხობრივი ელემენტების სტანდარტიზაცია, ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის უზრუნველსაყოფად უმნიშვნელოვანესია.

ბაზისური სამედიცინო განათლება

ექიმების განათლება და სპეციალისტების ტრენინგი სახელმწიფოს მოვალეობაა. სახელმწიფო ვალდებულია კარგი განათლების მქონე სამედიცინო მუშაკების არსებობა უზრუნველყოს. ეს პასუხისმგებლობა განაწილებული უნდა იყოს საგანმანათლებლო და სამედიცინო უწყებებს შორის, რომლებიც ფინანსურ მხარდაჭერას უზრუნველყოფენ და შესაბამისი დაწესებულებებისთვის საგანმანათლებლო და ტრენინგ სტანდარტებს შექმნიან. ფინანსური მხარდაჭერა და საგანმანათლებლო ინსტიტუტების აკრედიტაცია საგანმანათლებლო პოლიტიკის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი დაგეგმარების მექანიზმს წარმოადგენს.

ნაციონალური ან რეგიონული განათლების დეპარტამენტები გაიდლაინებს და დაფინანსებისთვის სტანდარტებს აწესებენ. სტანდარტები შესაძლოა შექმნილი იყოს კურიკულუმის შესაქმნელად, ფაკულტეტებისთვის, ბაზისური მეცნიერებებისა და კლინიკური ტრენინგებისთვის.

უმეტეს ინდუსტრიულ ქვეყანაში და მათ ყოფილ კოლონიებში, ახლა უკვე დამოუკიდებელ ქვეყნებში, მრავალფაკულტეტიანი საუნივერსიტეტო სამედიცინო სწავლების ტრადიცია არსებობს.

სამედიცინო სწავლებას მაშინ აქვს განსაკუთრებული ეფექტი, როდესაც შესაბამის სტანდარტებთან ერთად აკადემიურ გარემოში ხდება კვლევებისა და სერვისების ხელშეწყობა. კვლევების სამედიცინო განათლებასა და სერვისებთან დაკავშირება მაღალი სტანდარტების ჩამოყალიბების წინაპირობაა. საუნივერსიტეტო ხარისხი პროფესიას განსაკუთრებულ ხარისხს ანიჭებს.

ეს ძირითადად სამედიცინო უნივერსიტეტებს ეხება, ასევე სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს ექთნებისა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიებისთვის. თუმცა, ყველა სამედიცინო პროფესიას უმაღლესი ხარისხი არ ესაჭიროება. საზოგადოებრივმა კოლეჯებმა შესაძლებელია უფრო მეტად შექმნან მრავალგანხრიანი საგანმანათლებლო გარემო და მედიცინის ზოგიერთი პროვაიდერისთვის საგანმანათლებლო საფუძველი გააფართოონ.

მე-19 საუკუნეში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, თითქმის ყველა სამედიცინო სასწავლო კურსს კერძო კომპანია ან კომერციული სამედიცინო სკოლა ატარებდა, დაბალი სტანდარტებითა და თანამშრომლებით.

კარნეგის ფონდმა კანადასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო კვლევები დააფინანსა, რომელთაც პროფესიით არა ექიმი, განათლების სპეციალისტი აბრაამ ფლექსნერი უძღვებოდა. მან 1910 წელს ანგარიში გამოსცა, რომლის მიხედვითაც კომერციულ სასწავლებლებში საკმაოდ დაბალი ხარისხი აღინიშნებოდა. ანგარიშში ის ასევე საუბრობდა ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის ბაზაზე ჩამოყალიბებული სამედიცინო სკოლების შესახებ, რომელიც თავის მხრივ დაფუძნებული იყო წარმატებულ, გერმანულ სამედიცინო სკოლების პრინციპებზე და კომბინირებული იყო ბრიტანული სასწავლო ჰოსპიტალების სამედიცინო სკოლების ძლიერ კლინიკურ ორიენტაციასთან.

ამ ანგარიშის შემდეგ ამერიკის შეერთებული შტატების თითქმის 450 კომერციული სკოლა დაიხურა და 126 სამედიცინო განათლებისა და უმაღლესი სტანდარტების ძირითადი საუნივერსიტეტო სამედიცინო სკოლით შეიცალა. 1950 წლიდან აღნიშნული სამედიცინო სკოლები კვლევებისა და ტრენინგების კუთხით ფედერალური მთავრობის მიერ ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტიდან (National Institutes of Health – NIH) და ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების სახსრებით აქტიურად ფინანსდებოდა.

სამედიცინო სკოლების მიზანი უნდა იყოს დაბალანსებული განათლების მიწოდება ისეთ აკადემიურ გარემოში, სადაც სწავლება, კვლევა და მომსახურება ურთიერთკავშირშია და იძლევა გარანტიას, რომ სამედიცინო სკოლის დასრულების შემდეგ სპეციალისტი მოსახლეობის ყველა სამედიცინო მოთხოვნას დააკმაყოფილებს. ამ მიზნის მიღწევისათვის კი, თავის მხრივ, ჯანდაცვაში ბიოსამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციოლოგიური ასპექტების გათვალისწინებაა საჭირო. სწავლების მეთოდები ხელს უნდა უწყობდეს პროგრამის მიზნების მიღწევას. ბევრ სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლება დიდ აუდიტორიებში მიმდინარეობს, ხოლო კლინიკურ გამოცდილებას ნაკლები ყურადღება ექცევა. ეს კი, თავის მხრივ, სტუდენტებს უმცირებს შესაძლებლობას, რომ პაციენტთან ურთიერთობის გამოცდილება მიიღონ და პრაქტიკული საქმიანობის დროს წამოჭრილი პრობლემების გადაჭრის უნარები გამოიმუშავონ. ყველაფერი ეს ხელს უწყობს სტუდენტთა განსაკუთრებულ დიდაქტიკურ მიდგომას მედიცინასთან, მაგრამ ამცირებს შესაძლებლობას გუნდური მუშაობის გამოცდილება მიიღონ. სხვა მეცნიერებებისა და პროფესიის სტუდენტებთან მუშაობა სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტს ეხმარება ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე სხვადასხვა პროფესიონალების როლი გააცნობიეროს.

ჩანართი 14.3. ფლექსნერის ანგარიში, 1910 წელი

„დაახლოებით 25 წლის განმავლობაში ხდებოდა დიდი რაოდენობით გაუნათლებელი და ცუდად მომზადებული მედიცინის პრაქტიკოსების მომზადება, რაც სრულ უგულისყურობას წარმოადგენდა. ამ დროს საერთოდ არ იყო გათვალისწინებული საზოგადოების ინტერესები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ექიმთა რაოდენობა პროპორციულად 4-5-ჯერ აღემატება მათ რაოდენობას ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა მაგალითად, გერმანია. ექიმების გადაჭარბებული რაოდენობის მიზეზია დიდი რაოდენობით კომერციული სასწავლებლების არსებობა. კოლეჯებმა და უნივერსიტეტებმა სამედიცინო განათლებაში ვერ შეძლეს წარმატებისთვის მიეღწია. საგანმანათლებლო ჰოსპიტალის არსებობა ისეთივე აუცილებელია სამედიცინო სკოლებისთვის, როგორც ქიმიის ან პათოლოგიის ლაბორატორიის არსებობა. ამიტომაც საზოგადო და კერძო ჰოსპიტალების მეურვეებმა ჰოსპიტალში სასწავლო მიზნით გარკვეული პალატების გამოყოფა უნდა უზრუნველყონ. მომავალში, სავარაუდოდ, სამედიცინო სკოლების გაცილებით მცირე რაოდენობა იქნება საჭირო, თუმცა ეს სკოლები უკეთ აღჭურვილი უნდა იყოს. საზოგადოების საჭიროებების შესაბამისად უნდა მოხდეს უფრო მცირე რაოდენობის, მაგრამ უკეთ განათლებული და მაღალი ხარისხის ექიმების წვრთნა.

Source: Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. Reprint, New York: Arno Press and the New York Times, 1972. Condensed from introduction by H. S. Pritchett.

სამედიცინო მუშაკების ტრენინგების მიზანია პაციენტების ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფა და მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. იმისთვის, რომ ამ მიზანს მივაღწიოთ, აუცილებელია კანდიდატთა შერჩევისას მაღალი სტანდარტების გამოყენება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო სკოლები აბიტურიენტების მიღებისას წინა უნივერსიტეტში მიღებული ხარისხის დამადასტურებელ დიპლომს ითხოვენ. სხვა ქვეყნებში, როგორიცაა დიდი ბრიტანეთი და კანადა, სამედიცინო განათლება ორწლიან მოსამზადებელ სამედიცინო სწავლებას მოიცავს, რასაც ოთხწლიანი სამედიცინო საუნივერსიტეტო კურსი მოჰყვება. ხარისხიანი სამედიცინო განათლება სასწავლო გეგმის მუდმივ განვითარებასა და განხილვას საჭიროებს, ასევე მაღალკვალიფიციური ლექტორების არსებობას, ბიბლიოთეკაზე ხელმისაწვდომობას, კლინიკურ ტრენინგებსა და რეგულარულ გამოცდებს სწავლის პერიოდში და მისი დამთავრებისას.

სამედიცინო საუნივერსიტეტო განათლება მომავალში პროვაიდერთა მიერ მიწოდებული სერვისის ხარისხის განსაზღვრისთვის უმნიშვნელოვანესია. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს სპეციალიზაციის პერიოდს და უწყვეტ განათლებას.

მრავალ ინდუსტრიულ ქვეყანაში, 1980-1990—იან წლებში ქალებისა და უმცირესობების ჩართულობა ჯანდაცვის სისტემაში საკმაოდ გაიზარდა. სოციალური და პოლიტიკური მიზეზების გამო პროფესიული სკოლებისადმი ხელმისაწვდომობა ყველასთვის უზრუნველყოფილ უნდა იყოს. ამასთან პროფესიულ სკოლებში მიღების აკადემიურმა სტანდარტებმა უარყოფითად არ უნდა იმოქმედოს პაციენტისთვის და მთლიანად პოპულაციისთვის მიწოდებულ სამედიცინო სერვისებზე.

კერძო სამედიცინო სკოლების ბიზნესი, ზოგიერთ განვითარებად ქვეყანაში, საკმაოდ შემოსავლიანი კომერციული საქმიანობაა, რომელიც რეგულირების გარეშე დასაქმების ბაზარზე არაპროფესიონალი და არაკვალიფიციური სამედიცინო მუშაკების სიმრავლეს აუცილებლად შექმნის. იმ ქვეყნებში, სადაც სწავლების ენა არ ემთხვევა საერთაშორისო სამეცნიერო ლიტერატურის ენას, ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს მსოფლიოში არსებულ სამედიცინო სახელმძღვანელოებსა და პროფესიულ ლიტერატურაზე შეიძლება ხელი არ მიუწვდებოდეს. არაბული ქვეყნების უმეტეს ნაწილში სწავლება ინგლისურად მიმდინარეობს, ხოლო ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში ინგლისური მეორად სავალდებულო ენად არის მიჩნეული. ინგლისური ენის უცოდინარობა სამედიცინო პერსონალისთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომს ხდის მსოფლიო სამედიცინო ლიტერატურას, საერთაშორისო გაცვლით პროგრამებს და სამეცნიერო პროგრესის გაზიარების შესაძლებლობას.

სასწავლო გეგმის რეფორმა, როგორც ნახსენებია ფლექსნერის რეკომენდაციებში, უწყვეტ პროცესს წარმოადგენს, რათა საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით მოსახლეობის სამედიცინო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება მუდმივად მოხდეს. ამისთვის განსაკუთრებული ყურადღება ძირითად სამედიცინო მეცნიერებებს, კლინიკურ გამოცდილებას, ჰოსპიტალურ და საზოგადოებრივ ტრენინგებსა და კვლევებს უნდა მიექცეს. იმ ბიბლიოთეკებისადმი ხელმისაწვდობა, რომლებშიც განთავსებულია უახლესი საერთაშორისო ლიტერატურა, სახელმძღვანელოები, ასევე კომპიუტერები ინტერნეტითა და ელექტრონული ფოსტის მომსახურებით, სტანდარტების შენარჩუნებისა და განვითარების გარანტიაა.

21-ე საუკუნეში სამედიცინო განათლების რეფორმის მთავარი საზრუნავი ისეთი სამედიცინო მუშაკების აღზრდა და განვითარებაა, რომლებიც როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე სპეციალიზირებული მომსახურებების მოთხოვნებს აკმაყოფილებენ. ბოლო წლებში განსაკუთრებით აქტუალური გახდა მოსაზრება, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამეცნიერო განათლებასა და სპეციალიზაციას ზედმეტი ყურადღება ექცეოდა, ვიდრე პირველად ჯანდაცვას. ყველა სამედიცინო სტუდენტს ტრენინგის საწყის პერიოდშივე უნდა ჰქონდეს ურთიერთობა პაციენტთან სხვადასხვა გარემოში: სასწავლო ჰოსპიტალებში, ამბულატორიულ კლინიკებში, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებში. მათ აუცილებლად უნდა ჰქონდეთ მუშაობის გამოცდილება სხვადასხვა სირთულეების მქონე ინდივიდებთან, როგორებიც არიან ფიზიკურად უძლური და ფიზიკური ნაკლის მქონე ადამიანები. ტრენინგები უნდა იყოს მრავალდისციპლინური, რათა სტუდენტს ჰქონდეს სხვადასხვა დისციპლინების ზოგადი ცოდნა, მათ შორის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და სოციალური მეცნიერებების. 1988 წელს და 1993 წელს სამედიცინო განათლების შესახებ ორი კონფერენცია გაიმართა. მათი მთავარი მიზანი იყო ექიმების განათლების ახალი მიმართულების დანერგვა, რომელიც ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციასა და

ცხრილი 14.2 სამედიცინო განათლების საკითხები 1990-იან წლებში-ედინბურგის დეკლარაცია (1988წ.) და სამედიცინო განათლების მსოფლიო სამიტი, 1993წ.

1. ჩატარებული რელევანტურ საგანმანათლებლო გარემოში – საავადმყოფოში, სამუშაო ადგილზე, საზოგადოებაში, სახლში.
2. ჯანდაცვის მოთხოვნილებებზე დაფუძნებული სასწავლო პროგრამა.
3. დაავადების პრევენციასა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესზე განსაკუთრებული აქცენტირება.
4. მუდმივი აქტიური სწავლება.
5. კომპეტენციაზე დაფუძნებული სწავლება.
6. მასწავლებელთა ტრენინგი.
7. მეცნიერების ინტეგრაცია კლინიკური პრაქტიკასთან.
8. აბიტურიენტთა შერჩევა სოციალური სფეროსთვის ინტელექტუალური მონაცემების საფუძველზე.
9. სამედიცინო განათლების კოორდინაცია ჯანდაცვის სერვისებთან.
10. ექიმების დაბალანსებული მიწოდება სამუშაო ბაზარზე.
11. მრავალპროფესიული ტრენინგი.
12. უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოთხოვნები.
13. სამედიცინო განათლების დაგეგმვისა და შეფასების პროცესში სტუდენტთა ჩართულობა.
14. მრავალმეცნიერული სამედიცინო ხარისხი.
15. სამედიცინო პრაქტიკის ეთიკური და მორალური საკითხები.
16. სასწავლო პროგრამები ინფორმაციის სიმრავლესთან გასამკლავებლად.
17. კურსდამთავრებულთა განათლება საზოგადოებრივი საჭიროებებიდან გამომდინარე.
18. სამედიცინო ჯგუფები და მრავალპროფესიული განათლება.
19. სამედიცინო განათლებაში საზოგადოების მონაწილეობა.
20. მოსახლეობაზე დაფუძნებული განათლება-ინდივიდუალური პაციენტების დახმარება გარკვეული მოსახლეობის მოთხოვნილებების კონტექსტში.

წყარო: Adapted from World Federation for Medical Education. World Summit on Medical Education: The Changing Medical Profession, Edinburgh, August, 1993 წ.

დაავადებების პრევენციაში მათ როლს განსაზღვრავდა (ცხრილი 14.2). აღნიშნულმა კონფერენციამ, რომელიც დააფინანსა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ, გაეროს ბავშვთა ფონდმა, გაეროს განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაციამ, გაეროს განვითარების პროგრამამ და მსოფლიო ბანკმა, საერთაშორისო ფორუმის რეჟიმში განიხილა, თუ როგორი უნდა იყოს 21-ე საუკუნის სამედიცინო განათლება სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტექნოლოგიების, ჯანდაცვის ორგანიზაციის და საზოგადოების მოთხოვნილებების ცვლილების რეჟიმში. სამედიცინო განათლებაში ცვლილება ხშირად იწვევს მთელ რიგ გართულებებს, რადგან განსხვავდება არსებული შეხედულებები ისეთ საკითხებზე, თუ როგორ უნდა ვასწავლოთ სტუდენტს. ნაკლები აქცენტია გაკეთებული იმაზეც, თუ რაზე უნდა იყოს კონცენტრირებული პროფესიონალი ექიმი.

სამედიცინო განათლება საკმაოდ მაღალხარჯიანი საქმიანობაა, რომელსაც სუბსიდირება აუცილებლად სჭირდება. საუნივერსიტეტო გრანტების კომისია ნახევრად ავტონომიური ადმინისტრაციული ერთეულია, რომელსაც ფინანსურ მხარდაჭერას მთავრობის განათლების დეპარტამენტი უწევს. საკუთარი ფინანსური და რეგულაციური ძალაუფლების გამოყენებით ისინი სამედიცინო ფაკულტეტებისთვის აკრედიტაციის კრიტერიუმებს აწესებენ. ეს კი სახელმწიფოს პირდაპირი კონტროლით ძალაუფლებისა და პასუხისმგებლობის ურთიერთშერწყმას წარმოადგენს. **აკრედიტაციის საშუალებით სამედიცინო** სკოლების რეგულაცია ასევე გაძლიერებულია ეროვნული ორგანიზაციების მიერ, რომლებიც სამედიცინო განათლების ნაციონალური სტანდარტების არსებობას ხელს უწყობენ.

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება

დაწყებითი საუნივერსიტეტო სამედიცინო სწავლება ბაზისურ განათლებას წარმოადგენს, თუმცა ეს საკმარისი არ არის, რათა სტუდენტი ექიმად ჩამოყალიბდეს. უმაღლესი განათლე-

ბის შემდგომი ტრენინგები უმნიშვნელოვანესია, რათა ჯანდაცვის მომსახურება უფრო ხარისხიანი გახდეს. სპეციალობის მიხედვით სწავლების სტანდარტების რეგულაცია სახელმწიფო ორგანიზაციის ან იმ პროფესიონალთა ჯგუფის (კოლეჯი ან ასოციაცია) მიერ უნდა მოხდეს, რომლებსაც ექიმების ლიცენზირების ლეგალური უფლება აქვს. ეს მოიცავს ტრენინგებისთვის სამედიცინო დაწესებულებების შექმნას, სასწავლო პროგრამებში აკადემიური და კვლევითი საკითხების გათვალისწინებას, კლინიკურ გამოცდილებას, ტრენინგის ხანგრძლივობას და ტრენინგის განმავლობაში გამოცდების ჩატარებას.

ეროვნული სტანდარტები აუცილებელია, რათა უზრუნველყოფილი იყოს თანაბარი ხარისხი და პროფესიონალების გადაადგილების თავისუფლება. თუმცა ამან, თავის მხრივ, შეიძლება პროვინციული მხარეები აზარალოს, რაც პროფესიონალების დაკარგვით, სოფლიდან ქალაქად და ღარიბი ქალაქებიდან მდიდარ ქალაქებში ე.წ. „ტვინების გადინებით“ გამოიხატება. ინდივიდუალური ექიმების უფლებები, თავად აარჩიონ ადგილი და პრაქტიკის ტიპი, ხშირად იზღუდება.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაწყებითი საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების საბჭომ 1992 წელს გამოსცა რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც დიპლომისშემდგომ სამედიცინო განათლებაში პოზიციების რაოდენობა ქვეყნის კურსდამთავრებულების თვის 110%-მდე უნდა შემცირდეს. რაც ნიშნავს, რომ უფრო მეტი ადგილი გამოეყოფა იმ უცხოელ სტუდენტებს, რომელთა ნაწილი თავის ქვეყანაში დაბრუნდება. საბჭომ ასევე დაამატა პირობა, რომ პოსტდიპლომური განათლების მქონე ექიმთა 50%-მა თავიანთი განათლების ბოლო ეტაპზე უნდა მიიღოს განათლება ზოგად პრაქტიკაში. ამ რეკომენდაციებს მხარი დაუჭირეს სხვა ორგანოებმაც: ამერიკის სამედიცინო კოლეჯების ასოციაციამ და ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ. ეს წარმოადგენს კონსენსუსს, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში სპეციალიზირებული ექიმების ჭარბი რაოდენობა და ზოგადი პროფილის ექიმების სიმცირე აღინიშნება. სამედიცინო სპეციალისტების ლიცენზირება არის სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა, მაგრამ ზოგიერთ ქვეყანაში ეს პასუხისმგებლობა სხვადასხვა

ჩანაჩთი 14.4. დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სტანდარტები

1. ხარისხი, რაოდენობა, ასევე კლინიკური და საზოგადოებაზე დაფუძნებული სწავლება რეგულირებული ეროვნული საბჭოს პროფესიული, სამთავრობო და საზოგადოებრივი წარმომადგენლების მიერ.
2. სწავლების ხანგრძლივობა 4-6 წელი სპეციალობის შესაბამისად.
3. ზედამხედველობის ქვეშ დამოუკიდებელი კლინიკური გამოცდილება.
4. სასწავლო ცენტრების აკრედიტაცია სალიცენზიო ორგანოების მიერ დაწესებული აკადემიური და სერვისების კრიტერიუმების საფუძველზე.
5. სუპერვიზირებული კვლევის პერიოდი საბაზისო ლაბორატორიულ მეცნიერებასა და ეპიდემიოლოგიაში.
6. რელევანტური საერთაშორისო ლიტერატურის ცოდნა.
7. სხვადასხვა სამედიცინო ცენტრებში როტაცია.
8. კლინიკური შესაძლებლობების, პასუხისმგებლობის, ცოდნის, ურთიერთობების და ეთიკური სტანდარტების მაღალი დონის დემონსტრირება.
9. სწავლების განმავლობაში წერითი გამოცდები საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.
10. სწავლების ბოლოს გამოცდა; საერთაშორისო სტანდარტებზე დაფუძნებული კლინიკური და წერითი გამოცდები.
11. გამოცდებისა და სერტიფიკატებზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო საბჭო ან პროფესიული კოლეჯი.
12. ხელახლა სერტიფიცირების მოთხოვნები.

პროფესიული ასოციაციებისთვის დელეგირებულია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში დიპლომისშემდგომი განათლება სახელმწიფო და ნაციონალური მმართველობის კონტროლის ქვეშაა მოქცეული, რომელიც სახელმწიფოს მიერ დანიშნული ოფიციალური, საჯარო და პროფესიონალი წარმომადგენლებისგან შედგება.

კანადაში, ექიმების ლიცენზირებაზე სამედიცინო ასოციაციაა პასუხისმგებელი, ხოლო დიპლომისშემდგომი განათლების პერიოდში გამოცდების ჩატარებასა და სერტიფიკატების გაცემაზე უფლებამოსილება კანადის ექიმთა და ქირურგთა სამეფო კოლეჯს აკისრია. დიდ ბრიტანეთში ლიცენზირებაზე პასუხისმგებელი მთავრობის მიერ დამტკიცებული ზოგადი სამედიცინო საბჭოა, მაშინ, როცა სპეციალობის აღიარება სამეფო კოლეჯების მიერ ხდება. სპეციალობების ტრენინგის სტანდარტებში აუცილებლად უნდა იყოს ასახული სპეციალისტი პრაქტიკოსების მოსაზრება, ისევე როგორც სამოქალაქო ინტერესი. სამოქალაქო ინტერესი საუკეთესოდ არის დაცული, როდესაც სახელმწიფო და პროფესიული ზედამხედველობის სისტემა იურიდიულად ურთიერთდაკავშირებულია. ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში პროფესიულ სპეციალიზაციაში მომზადება ბაზისური სამედიცინო განათლების მიღების დროს მიმდინარეობდა (მაგ. შინაგანი მედიცინა, ქირურგია, პედიატრია, სანჰიგიენა, ეპიდემიოლოგია). საბჭოთა ქვეყნებში არ არსებობდა ეროვნული მმართველობის ექვივალენტი სტრუქტურა, რომელიც აწესებდა სტანდარტებს სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებით განათლების ხანგრძლივობასა და სპეციალობის სტატუსის მინიჭებამდე საჭირო გამოცდების ჩათვლით. სტანდარტების სიმცირის გამო კი სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ჯანდაცვის სისტემაში ძალიან დაბალი იყო.

სპეციალისტს, რომელიც ტრენინგს გაივლის, აუცილებლად სჭირდება დრო და გამოცდილება იმისთვის, რათა პროფესიონალად ჩამოყალიბდეს. კლინიკური გამოცდილება ზედამხედველობის ქვეშ, კვლევითი სამუშაოები, სხვადასხვა ჟურნალებში პუბლიკაციები და კოლეგებთან მუდმივი ურთიერთობა, სამედიცინო განათლების უმთავრესი ნაწილია, რათა არსებობდნენ მოტივირებული სამედიცინო სპეციალისტები. მათ ფეხი უნდა აუწყონ თანამედროვე სამედიცინო სტანდატრების ცვლილებას. კლინიკური სპეციალიზაციისთვის საჭირო დრო სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავდება. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში სპეციალისტების საბჭოზე მოხვედრის უფლებისთვის ჩვეულებრივ უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ 3-4 წლიანი სასწავლო კურსია საჭირო.

სპეციალიზაცია და საოჯახო პრაქტიკა

მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე და სპეციალობის მიხედვით პაციენტთა რეფერალზეა დამოკიდებული. ჯანდაცვის სისტემების უმეტესობაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმი მოიაზრება, როგორც პირველადი რგოლი პაციენტთა რეფერალისას დაავადებების სპეციფიკის შესაბამისად.

სამედიცინო მუშაკების არასწორი განაწილება საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა. ეს ყველაზე თვალნათლად სოფლად და ქალაქის ღარიბ უბნებში სჩანს, სადაც მოსახლეობას პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან ხელი ნაკლებად მიუწვდებათ. ვიწრო სპეციალობის ექიმები ზოგადი სპეციალობების ექიმებთან შედარებით სოფლად ნაკლებად ცხოვრობენ.

ცხრილი 14.3 ზოგადი პროფილის ექიმებისა და სპეციალისტების შეფარდება ყოველ 100.000 სულ მოსახლეზე, ამერიკის შეერთებული შტატები, 1965-1995 წწ.

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
კურსდამთავრებულები (000)[α]	56	65	79	94	106	113	130
ექიმები/10,000	59	50	51	55	60	63	68

Source: Council on Graduate Medical Education. Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas, February 1998.

1995 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში, უდიდესი ქალაქების ყოველ 100.000 სულ მოსახლეზე 304 ექიმი მოდიოდა; შედარებით პატარა ქალაქებში – 235 ექიმი; ხოლო სოფლად – 53-168 ექიმამდე. სპეციალობების მიხედვით არათანაბარი განაწილება სამედიცინო რესურსების დაგეგმვაში არსებული კიდევ ერთი პრობლემაა. ამის შედეგად, ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და ბევრ ქვეყანაში სპეციალური რეგულაციები ამუშავდა, რომლებიც გარკვეულ სამედიცინო პროფესიებში გადასამზადებელი კურსების არსებობას ზღუდავს. ამასთანავე, რეგულაციების მიხედვით სამედიცინო კოლეჯებში აუცილებელია ტრენინგები პირველად ჯანდაცვაში.

ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის რეგულაციები ექიმებს ავალდებულებენ და ფინანსურად აინტერესებენ ქვეყნის ისეთ ადგილებში იმუშაონ, სადაც სამედიცინო მომსახურების შედარებით დაბალი დონეა. დიდ ბრიტანეთში, ისევე, როგორც ბევრ ევროპულ ქვეყანაში, ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების სააგენტო ყველა ბენეფიციარისთვის პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტად ზოგადი პროფილის ექიმს იყენებს. ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც ბენეფიციარები ვალდებულნი არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს მიმართონ.

ᲮᲐᲔᲜᲘᲜᲒᲘ ᲞᲠᲔᲕᲔᲜᲪᲘᲣᲚᲘ ᲛᲔᲓᲘᲪᲘᲜᲐᲨᲘ

ამერიკის შეერთებულ შტატებში პრევენციული მედიცინა ცნობილია, როგორც კლინიკური სპეციალობა. 1970 წლიდან ამ სპეციალობის მეშვეობით საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და კლინიკური მედიცინა ერთმანეთს დაუახლოვდა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პრევენციული მედიცინა 24 აკრედიტებული კლინიკური სპეციალობიდან ერთ-ერთია. ამ სფეროში ტრენინგის შედეგად ექიმები იღებენ ერთ ან რამდენიმე სუბსპეციალობის სერტიფიკატს: ზოგად პრევენციულ მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში, ოკუპაციურ მედიცინასა და ატმოსფერულ მედიცინაში.

ეს პროგრამები ამერიკის პრევენციული მედიცინის საბჭოსთან ერთად ამერიკის მედიცინის ასოციაციის დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემის ნაწილია. მაგისტრის ან დოქტორის ხარისხი სტუდენტებს შეუძლიათ სამედიცინო ფაკულტეტის ბაზაზე არსებული საზოგადოებრივი ან პრევენციული მედიცინის 23-ზე მეტ პროგრამაში მიიღონ.

პრევენციული მედიცინა სამედიცინო პრაქტიკის სფეროს წარმოადგენს. ის სხვადასხვა დისციპლინებისგან შედგება, რომლებიც მოსახლეობის განსაზღვრულ ნაწილთან მუშაობის უნარებს მოიცავს. პრევენციულმა მედიცინამ ხელი უნდა შეუწყოს მოსახლეობის კეთილდღეობას, მათი დაავადებების, უუნარობის და ნაადრევი სიკვდილის პრევენციას. ეს კი მოიცავს ტრენინგებს ბიოსტატისტიკაში, ეპიდემიოლოგიაში, ადმინისტრირებაში, დაგეგმარებაში, ორგანიზებაში, მენეჯმენტში, ფინანსირებასა და ჯანდაცვის პროგრამების შეფასებაში, ოკუპაციურ და გარემოს მედიცინაში, ჯანმრთელობისა და დაავადებების სოციალურ და ქცევითი ფაქტორების შეცნობაში. პრევენციული მედიცინა კლინიკურ მედიცინაში იყენებს პირველად, მეორად და მესამეულ პრევენციის ზომებს. ამ სფეროს კურსდამთავრებულები არიან პოტენციური ჯანდაცვის მგეგმავები, ადმინისტრატორები, პრევენციული მედიცინის მასწავლებლები, მკვლევარები და კლინიცისტები. მათ ასევე შესაძლებელია იმსახურონ სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტებში, საგანმანათლებლო ინსტიტუტებში, ორგანიზებული ჯანდაცვის ჯგუფებში, ინდუსტრიულ სექტორში, საზოგადოებაში, საქველმოქმედო ჯანმრთელობის სააგენტოებსა და პროფესიონალურ ჯანდაცვის ორგანიზაციებში. მოთხოვნები ასევე მოიცავს ერთწლიან კლინიკურ სწავლებასა და კლინიკური გამოცდილების დაგროვებას, ერთწლიან პრევენციული მედიცინის კურსს და სუპერვიზიის ქვეშ ერთწლიან საველე გამოცდილებას. კლინიცისტების ტრენინგი სამედიცინო სერვისების კვლევებსა და კლინიკურ ეპიდემიოლოგიაში ასევე წარმოადგენს გზას წარმატებული კარიერისკენ იმ ექიმებისთვის, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სუბსპეციალობიდან ერთ-ერთს ირჩევენ. ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში სამედიცინო უნივერსიტეტებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კურსი ლიმიტირებულია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების მომზადება უმაღლესი სამედიცინო განათლების საწყის საფეხურზე ხდება. ეს კი არ უზრუნველყოფს დიპლომისშემდგომი განათლების მქონე საზოგადოე-

ბრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების არსებობას, რომელთაც განათლება მრავალდისციპლინურ გარემოში აქვთ მიღებული.

სხვადასხვა სფეროში მოღვაწე კვლევითი ინსტიტუტებში არის საგანმანათლებლო პროგრამები, რომლის შემდეგ დოქტორის ხარისხის (Ph.D. და მეცნიერების კანდიდატი) მინიჭება ხდება. ზოგი დამოუკიდებელი ინსტიტუტი კი, რომელიც არ არის უნივერსიტეტის ნაწილი, სტუდენტებს არ სთავაზობს სწავლების აკადემიურ გარემოსა და მომსახურებას. დიდი ხანი არ არის, რაც ევროპულ ქვეყნებში, კერძოდ პოლონეთსა და რუმინეთში, ასევე 1997 წელს მოსკოვის სამედიცინო აკადემიის ბაზაზე მოსკოვში, დიპლომისშემდგომი განათლებისთვის სპეციალური უმაღლესი სასწავლებლები გაიხსნა.

მედდების განათლება

მედდის პროფესია ერთ-ერთი უმთავრესი პროფესიაა საზოგადოებრივი და ჰოსპიტალური ჯანდაცვისთვის. ჯანდაცვის სისტემაში ექთნის ადგილი და როლი გარკვეულწილად საზოგადოების კულტურულ ღირებულებებს ასახავს და ჯანდაცვის სისტემაზე მნიშვნელოვან ეფექტს ახდენს. ხშირად იმ ქვეყნებში, სადაც მედიცინა პრესტიჟულ პროფესიადაა მიჩნეული, მედდის პროფესია დაბალ სოციალურ სტატუსთან ასოცირდება, რასაც არასწორი მიდგომაც ემატება, რომ მედდა მხოლოდ მდედრობითი სქესის წარმომადგენელი შეიძლება იყოს. ფინეთსა და შვედეთში ყოველ ექიმზე ოთხზე მეტი მედდა მოდის, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში, როგორიცაა ინდოეთი და ბანგლადეში, ყოველ ექიმზე მოდის ერთი ან ორი მედდა. ჯანდაცვის სისტემა პირველად ჯანდაცვაში სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობას განიცდის, რის გამოც კონცენტრირება უფრო ხარჯიან მეორად და მესამეულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხდება. თუმცა, მაღალი დონის პროფესიონალი მედდების არასაკმარისი რაოდენობა მეორადი და მესამეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის განვითარებას აფერხებს. პროფესიული დონის ექთნების ნაკლებობა ჯანდაცვის სისტემის გასავითარებლად ბევრ ქვეყანაში შესაძლებელია ერთ-ერთი უმთავრესი ხელისშემშლელი ფაქტორი გახდეს.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში მედდების რაოდენობა 1950-დან 1996-წლამდე თითქმის გასამმაგდა (ცხრილი 14.4).

1960 წლიდან 1996 წლამდე ბაკალავრი მედდების რაოდენობა ნებისმიერი ხარისხის მქონე მედდების რაოდენობის 13%-დან 34%-მდე გაიზარდა. 1950-იან წლებში მედდების სკოლების შემცირება ძირითადად მედდების ჰოსპიტალური სკოლების დახურვითა და მათი გაერთიანებით იყო გამოწვეული. ჩრდილო ამერიკაში არსებული საექთნო სკოლები დღესდღეობით უნივერსიტეტებთან ან კოლეჯის პროგრამებთანაა ასოცირებული. ამერიკის შეერთებულ შტატებში უნივერსიტეტზე დაფუძნებული სკოლები ბაკალავრის, მაგისტრისა და დოქტორის ხარისხებს იძლევა. საექთნო განათლება დოქტორისა და მაგისტრის დონეზე სწავლებას, კვლევით საქმიანობას და კადრების მენეჯმენტს მოიცავს, რაც ჯანდაცვის სისტემის მუდმივი განვითარებისთვისაა საჭიროა. იმ სერვისების სია, რომელთა შესრულებაც კანონის ფარგლებში პროფესიონალ ექთნებს შეუძლიათ, ბოლო წლებში უფრო და უფრო გაიზარდა. ისინი მრავალ სფეროში არიან განსწავლულნი და დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის კურსის განსაზღვრა შეუძლიათ, თუმცა ეს ხშირად ექიმის ზედამხვედველობის ქვეშ ხდება. ზოგიერთ განვითარებად ქვეყანაში, განსაკუთრებით სოფლად, დამხმარე ექთნები ისევე, როგორც პროფესიონალი ექთნები, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების დიაგნოზირებასა და მკურნალობას ახდენენ, ასევე საგანმანათლებლო სამუშაოს და პირველად და მეორად პრევენციას ახორციელებენ.

საექთნო სპეციალიზაცია შესაძლებელია იყოს სასერტიფიკატო ან სამაგისტრო დონეზე. სასერტიფიკატო კურსები არის იმ სფეროში, სადაც საექთნო საქმე ისეთი უნარ-ჩვევების ცოდნას მოიცავს, რომელიც მნიშვნელოვანია პაციენტისა და ამ პაციენტის დაავადების გამოსავლისთვის. ასეთ უნარ-ჩვევებს მიეკუთვნება, მაგალითად, ინტენსიური ან რეანიმაციული მკურნალობა. სამაგისტრო პროგრამა კი ისეთ სპეციალობებში, როგორიცაა პედიატრია, გერიატრია და მოზარდის ჯანდაცვა, საბოლოოდ დამოუკიდებელ პრაქტიკოსებს, მკვლევარებს ან პედაგოგებს აყალიბებს.

პირველი საექთნო ბაკალავრიატის პროგრამა მინესოტას უნივერსიტეტში, 1909 წელს

ცხრილი 14.4 საექთნო სკოლები და ექთნები ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1950-2000 წლებში

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
საექთნო სკოლები	1770	1137	1340	1385	1470	1508	na[a]
კურსდამთავრებული ექთნები (000)	25.8	30.1	43.1	75.5	66.1	94.8	79.7
კურსდამთავრებული ბაკალავრები (000)[b]	na	4.1	9.1	25.0	18.6	32.4	26.5
რეგისტრირებული ექთნები/10,000	na	na	35.6	56.0	69.0	79.8[ac]	na

Source: Health, United States, 1998.

a na, Not available.

b Includes bachelor of sciences degrees

c Data for 1995.

ჩანაჩთი 14.5 ექთნების დეფისიტი "საჭიროება მოთხოვნის ნინააღმდეგ"

ამერიკის შეერთებულ შტატების ეროვნული საექთნო ლიგის აზრით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1970 წლისთვის არსებული 850.000 ექთნიდან 530.000 აქტიურ პროფესიულ საქმიანობაში იყო ჩართული. 1980 წლისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1.3 მილიონი ლიცენზირებული ექთანი ირიცხებოდა. უმეტესი მათგანი მინიმუმ ნახევარ განაკვეთზე მაინც მუშაობდა. ეს რიცხვი 1994 წლისთვის 2 მილიონამდე გაიზარდა. 1980 წლიდან 1990 წლამდე ექთნებისა რაოდენობა ყოველ 10.000 სულ მოსახლეზე 56 ექთნიდან 69-მდე გაიზარდა, ხოლო 1996 წლისთვის 80-ს მიაღწია. საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა 1980 წლიდან 1990 წლამდე 1.4 მილიონიდან 1.2 მილიონამდე შემცირდა, ხოლო 1996 წლისთვის 1.1 მილიონს მიაღწია, მიუხედავად იმისა, რომ ასაკიანი და ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა გაიზარდა.

2000 წლისთვის ნავარაუდევია, რომ საექთნო სკოლების რაოდენობა 97.000-დან 80.000-მდე დაიკლებს. საექიმო და საექთნო პროფესიები წლების განმავლობაში ერთმანეთს უპირისპირდებოდა. დიდი დროის განმავლობაში საექთნო პროფესია ცდილობდა უფრო მაღალი აკადემიური ხარისხი და მეტი ავტონომია დაემკვიდრებინა; ხოლო სამედიცინო ასოციაციები ცდილობდნენ ექთნების დიდი რაოდენობა და მედიცინაში მათი მოკრძალებული როლი შეენარჩუნებინათ. წინააღმდეგობა „საჭიროებასა და მოთხოვნას“ შორის დამოკიდებულია განმარტებაზე, შეხედულებასა და პრიორიტეტებზე. ჯანდაცვის ცვლილება უფრო მეტად საზოგადოებრივი ორიენტაციის გაფართოებით ექთნების დასაქმებაზე გავლენას იქონიებს.

რადგანაც ჯანდაცვა საზოგადოების დაბერებისა და მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემას უნდა გაუმკლავდეს, ქრონიკულ დაავადებებს საწყის ეტაპზე უნდა მიექცეს ყურადღება, რაც, თავის მხრივ, საჭიროებს ექიმებისა და ექთნების მეტ ჩართულობას ბინაზე მოვლისას. ასევე მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის ჯგუფების ისეთი მოვლის პროგრამები, როგორიცაა ჰიპერტენზიის ან დიაბეტის მქონეთათვის მეორადი პრევენციები.

ჯანდაცვის ეროვნულმა სააგენტოებმა უნდა გაითვალისწინონ ისეთი პროცესუალური დეტალები, როგორიცაა საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის კონტროლი და მათი უტილიზაცია, მკურნალობის ალტერნატიული საშუალებები, მოსახლეობის დაბერება, დაავადების ცვალებადი ბუნება, ტექნოლოგიური ცვლილებები პრევენციასა და მკურნალობაში.

წყარო: ეროვნული საექთნო ლიგის ვებ-გვერდი http:/ /www.nln.org/ და ჯანმრთელობა, ა.შ.შ., 1998 წ.

შეიქმნა. 1962 წლისთვის აქ დაახლოებით 174 ბაკალავრიატის პროგრამა იყო რეგისტრირებული. ის მოსაზრებები, რომელთა მიხედვითაც არსებული პროფესიების (ექთნები, ბებიქალები) საგანმანათლებლო სტანდარტების გაუმჯობესება უნდა მოხდეს, მოიცავს ხარჯების ანალიზ-

სა და პერსონალის რაოდენობრივი მიწოდების ცვლილებებს სტანდარტების გაუმჯობესების შედეგად; ასევე პროფესიული სტანდარტების ცვლილების სასურველობის ანალიზს.

საექთნო განათლებაში ხარისხის პროგრამების გამოჩენამ საექთნო საქმის პრესტიჟულობა, კვლევითი საქმიანობა, ტრენიგების რაოდენობა გაზარდა. ჰოსპიტალური განათლებიდან აკადემიურ საუნივერსიტეტო განათლებაზე გადასვლას თან სდევდა საავადმყოფოს მენეჯმენტებსა და სამედიცინო პროფესიონალებს შორის ინტერესთა კონფლიქტი, მაგრამ ამ წინააღმდეგობამ თავის მხრივ საექთნო პროფესიის რეალური შესაძლებლობა აჩვენა.

უწყვეტი განათლება და განათლება აღგილზე (IN SERVICE)

სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში სწრაფი ცვლილებები აუცილებელს ხდის ადგილზე (in-service) და უწყვეტ განათლებას ნებისმიერ სამედიცინო პროგრამასა და მომსახურებაში, რათა პროფესიონალური სტანდარტები შენარჩუნდეს.

in-service–ის განათლება პერსონალის თვითშეფასებასა და მოტივაციას ზრდის, რათა მათ თავიანთი ვალდებულებები უკეთ შეასრულონ. იგი აგრეთვე ემსახურება სწავლის განმტკიცებასა და ახალი ინფორმაციის სწრაფ მიღებას, რაც აუცილებელია საუნივერსიტეტო ცვლილებების ხელშესაწყობად. იგი აგრეთვე წარმოადგენს შესაძლებლობას მეთვალყურე პერსონალისთვის, რომ განამტკიცოს და აამაღლოს მომსახურების სტანდარტები. ახალი პროგრამის ან ტექნოლოგიის დანერგვა სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ განათლებასთან ერთად უნდა მოხდეს. უწყვეტი განათლება ნიშნავს მუდმივი პროფესიული განათლების მიღებას სხვადასხვა კურსების, კონფერენციების, სემინარებისა და ლიტერატურის საშუალებით. სამედიცინო უნივერსიტეტის კურსდამთავრებულებმა აუცილებელია სპეციალურ დარგებში პერიოდული კურსების საშუალებით კვალიფიკაციის ამაღლება განაგრძონ. მაგალითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ ზაფხულის ეპიდემიოლოგიის კურსების აღება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლებსა და კლინიკური მედიცინის განყოფილებებში. ბევრი სამედიცინო, საექთნო ან სხვა პროფესიული ორგანიზაციები ლიცენზირების გასაგრძელებლად და დასაწინაურებლად დამამატკიცებელ საბუთს ითხოვენ, რომელიც ცხადყოფს, რომ განმცხადებელი უწყვეტ განათლებას იღებს. მთავრობები, პროფესიული ასოციაციები, მიმწოდებელი ორგანიზაციები, არასამთავრობო ჯანდაცვის სააგენტოები და საზოგადოება უწყვეტი განათლების მიმართ დიდ ინტერესს იჩენენ. In-service–ი და უწყვეტი განათლება ჯანდაცვის ინსტიტუტების სამუშაო გრაფიკის ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს, ბიუჯეტის დაგეგმარებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს და ყველა დონის პერსონალს უნდა მოიცავდეს, ტექნიკური პერსონალიდან დაწყებული მენეჯერებით დამთავრებული.

სამედისინო განათლების დანესებულებების აკრედიტაცია

ყოველი საგანმანათლებლო სამედიცინო დაწესებულება ეროვნული, რეგიონული ორგანოს ან იმ სააგენტოს მიერ უნდა იყოს აკრედიტირებული, რომელიც კონკრეტულად ამ საკითზე მუშაობს. კანადაში აკრედიტაციას კანადის სამედიცინო საბჭო გასცემს, რომელიც გამოცდებს ყველა სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულს უტარებს. პროვინციული ლიცენზირების სააგენტოები ცნობენ კანადის სამედიცინო საბჭოს გაცემულ უფლებას, როგორც ლიცენზირების ძირითად მოთხოვნას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ამერიკის სამედიცინო კოლეჯების ასოციაცია დირექტივების ჩამოყალიბებასა და არსებული სკოლების აკრედიტაციას უზრუნველყოფს, ასევე, განიხილავს განცხადებას ახალი სკოლების შექმნის თაობაზე. სამედიცინო კოლეჯები შტატის განათლების სამინისტროს

ექვემდებარება. შტატის სამინისტროები კურსდამთავრებულების გამოცდებსა და მათ ლიცენზირებაზეა პასუხისმგებელი. უნივესიტეტები და კოლეჯები, რომლებიც სხვადასხვა სამედიცინო ფაკულტეტებს აარსებენ, უმაღლესი განათლების მმართველი ორგანოების მოთხოვნებს ექვემდებარებიან. იმ უნივესიტეტს, რომელსაც აქვს სურვილი, შექმნას სამედიცინო, სტომატოლოგიური, საექთნო, ფარმაცევტული ან სხვა პროფესიური ფაკულტეტი, უნდა წარადგინოს წინასწარი მტკიცებულება ამ დაწესებულების საჭიროების, ფინანსური რესურსების, მთლიანი სასწავლო პროგრამის, კადრების უზრუნველყოფის, წევრობისა და მომავალი ამოცანების შესახებ. უნდა მოხდეს დასაქმების სტანდარტებისა და პოლიტიკის, კლინიკური გაერთიანებების, ბიბლიოთეკისა და ბაზისური მეცნიერებების დაწესებულებების ხარისხის, ასევე ბიუჯეტის დაწვრილებითი განხილვა. აკრედიტაციის პროცესი მოიცავს მომსახურე პერსონალის გამოცდილების, თანამდებობებზე აყვანის პროცედურებისა და პუბლიკაციებისა და კვლევების, საერთაშორისო ლიტერატურის ხელმისაწვდომობის, სასწავლო მასალების არსებობისა და სტუდენტთა მიერ მათი გაცნობის (მაგ. უცხო ენებზე) უნარების შეფასებას. ზოგიერთი შედარებით ახალი სამედიცინო სკოლები, როგორებიცაა კანადის ონტარიოს პროვინციის ქალაქ ჰამილტონში არსებული მაკმასტერის უნივერსიტეტი და ისრაელში არსებული ბერშევა, დაარსებიდანვე ფოკუსირებულები იყვნენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მომზადებაზე, თუმცა არ არის ცნობილი ამ მიზანს თუ რამდენად მიაღწიეს.

სამედიცინო სკოლებში ხშირად ხდება სასწავლო პროგრამის გადახედვა, რათა გადამეტებული აქცენტი ძირითად მეცნიერებებსა და კლინიკური მომსახურების სპეციალიზებაზე არ ხდებოდეს. ამის გამო ოჯახურ და საზოგადოებრივ პრაქტიკას ან საზოგადოებრივ ჯანდაცვას მცირე ყურადღება ექცევა. ახალი პროფესიები, როგორიცაა ექთანი-პრაქტიკოსი, აკრედიტირებული პროგრამით სამაგისტრო დონეზე მომზადებას საჭიროებს.

ჯანდაცვის დისციპლინები

ჯანდაცვის ახალი პროფესიების შექმნა და ჩამოყალიბება როგორიცაა: ექთანი-პრაქტიკოსი, ოპტიკოსი ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკი, ჯანდაცვის სისტემების საჭიროებებთანაა დაკავშირებული. სასწავლო პროგრამების განვითარება, პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები და სასწავლო პროგრამების ადგილმდებარეობა პროგრამის მიზნების შესაბამისად უნდა იყოს მართული, მაგრამ ასევე ახალი პროფესიებისა და პოტენციური კარიერული წინსვლის შექმნის ფართო შესაძლებლობა უნდა უზრუნველყოს.

საზოგადოების მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით კი იმ პროგრამებისთვის, რომლებიც მაღალი რისკის მქონე ადამიანების დასახმარებლადაა განკუთვნილი. ტრადიციული მშობიარობაზე დამსწრე პერსონალი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები ჯანდაცვის იმ კატეგორიას მიეკუთვნებიან, სადაც კულტუროლოგიური ადაპტაცია არის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი. კლინიკური მედიცინა საწყისი სამედიცინო და საექთნო სერვისიდან უაღრესად განვითარდა და პროფესიონალების მაღალ განვითარებულ ჯგუფს მოიცავს. შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მთელი რიგი პროფესიების ფართო სპექტრს მოიცავს. ინტერდისციპლინური სწავლება მნიშვნელოვანია განყოფილების ან სერვისის ფუნქციისთვის, რომელიც მეტად არის დამოკიდებული გუნდურ მუშაობაზე. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კლინიკური მომსახურების კომპლექსურობა გამოსახულია სხვადასხვა პროფესიებში, რომელთა ჩამონათვალიც მოცემულია ცხრილში 14.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიების ასეთი ფართო სპექტრი მოითხოვს უმაღლეს განათლებას ინტერდისციპლინური მიდგომით, რაც საშუალებას იძლევა ლიდერები, მასწავლებლები და ამ სფეროს მკვლევარები მომზადდეს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალები განსხვავებულ გარემოში მუშაობენ. ისინი საჭიროებენ კარგ მომზადებას იმისთვის, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფართო პროფესიული ასპექტები გაითავისონ, რომლებიც რთულ და სწრაფად ცვალებად სფეროს მიეკუთვნებიან.

ლიცენზია და ზედამხედველობა

ყველა ქვეყანას აქვს იურიდიული და მარეგულირებელი სისტემები, რომლის მიხედვითაც ახლადმომზადებულ სამედიცინო პერსონალს ნება ეძლევა თავისი პროფესია პრაქტიკაში გამოიყენოს. მოთხოვნები განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებისთვის და ასევე ქვეყნის შიგნით სხვადასხვა ტიპის პერსონალისთვის. ზოგიერთ ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალმა დადგენილი სასწავლო კურსის დასრულების შემდეგ სალიცენზიო გამოცდები უნდა ჩააბაროს. სხვა ქვეყნებში, მთავრობის მიერ დადგენილი სასწავლო კურსის შემდეგ რეგისტრაცია მეტადნაკლებად ავტომატურად ხორციელდება, იმის მიხედვით, თუ როგორ წამატებულად ჩააბარა სტუდენტმა გამოცდები.

ზოგიერთ დისციპლინებში, მაგალითად, სტომატოლოგია, საექთნო საქმე ან ფარმაცევტული საქმიანობა, ლიცენზიისთვის საჭირო იურიდიული მოთხოვნების განხორციელება შეიძლება პროფესიულ კოლეჯებს, სახელმწიფოს ან ნაციონალურ სამმართველოებს გადაეცეს. სამედიცინო და სხვა ჯანდაცვის პრაქტიკოსი ექიმების სერტიფიცირება და განმეორებით ლიცენზირება ამერიკის შეერთებულ შტატებში

ცხრილი 14.5 საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კლინიკური სერვისების ძირითადი პროფესიები.

პროფესიები საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში	პროფესიები კლინიკურ ჯანმრთელობაში
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მენეჯმენტი	ჯანდაცვის დაწესებულების ადმინისტრატორი-ანგარიშები, სასტუმროს ფუნქცია (დიეტური დაწესებულებები, სამრეცხაოები, მომსახურება), შეძენა, დაგეგმვა, იურიდიული, საზოგადოებასთან ურთიერთობა, ადმინისტრაცია, მოხალესეები
ჯანმრთელობის პოლიტიკის ანალიტიკოსი	
ჯანმრთელობის სამედიცინო ოფიცერი	
ეპიდემიოლოგი	
სტომატოლოგიის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ოფიცერი	
ვეტერინარიის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ოფიცერი	ექიმი-ზოგადი და სპეციალისტი
ინდუსტრიული ჯანმრთელობის ექიმი	სტომატოლოგი
სკოლის ჯანმრთელობის ოფიცერი	ექთანი-ადმინისტრაცია, ზოგადი და სპეციალისტი
ჯანმრთელობის ეკონომისტი	ბებიაქალი
სამედიცინო სოციოლოგი	ფარმაცევტი
სამედიცინო ანთროპოლოგი	ფიზიოთერაპევტი
იურიდიული ოფიცერი	ოკუპაციური თერაპევტი
მეცნიერი ინფორმაციის საკითხებში	მეტყველების თერაპევტი
დემოგრაფი	რესპირატორული თერაპევტი
სტატისტიკოსი, ბიომეტრიკოსი	სოციალური მუშაკი-სამედიცინო, ფსიქიატრიული
ჯანდაცვის სერვისების მკვლევარი	ლაბორატორიის პერსონალი-ბიოქიმიკოსი, მიკრობიოლოგი, გენეტიკოსი, სხვ.
ბებიაქალების ზედამხედველი	
ჯანმრთელობის მასწავლებელი-სათემო, საზოგადოების, სასკოლო და ინდუსტრიული	გენეტიკის კონსულტანტი
	რადიოლოგიის ტექნიკოსი
ნუტრიციოლოგი	რენტგენის ტექნიკოსი
კომპიუტერის სპეციალისტი	სტომატოლოგის თანაშემწე
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანი	ნუტრიციოლოგი
სანიტარიის ინჟინერი	დიეტოლოგი
პროდუქციის უსაფრთხოების ინჟინერი	ფარმაცევტის ასისტენტი
საკვების ტექნოლოგი	ექთნის ლიცენზირებული ასისტენტი
ბიოქიმიკოსი, მიკრობიოლოგი, საკვების მეცნიერი, ტოქსიკოლოგი	სამედიცინო ჩანაწერების მუშაკი
	თემის ჯანმრთელობის მუშაკი
ვეტერინარიის მეცნიერი	ვიტალური ჩანაწერების მუშაკი
სანიტარი	ბებიაქალის თანაშემწე
თემის ჯანმრთელობის მუშაკი	სხვა-სამზარეულო, სამრეცხაო, დამლაგებელი, მომმარაგებელი, მომსახურე პერსონალი
სხვა	

და სხვა ქვეყნებში სტანდარტულ პრაქტიკას წარმოადგენს. ზოგადად, ბაკალავრიატის სტუდენტთა შემოწმება სასწავლო დაწესებულებას ევალება, მაგრამ სამედიცინო პრაქტიკისთვის საჭირო ლიცენზიის გაცემა სასწავლო კურსის დამთავრების შემდეგ ეროვნულ ან საერთაშორისო დონეზე უნდა შემოწმდეს. პროფესიული და სახელმწიფო მმართველობების მიერ შედგენილი და კონტროლირებადი ეროვნული გამოცდები სამედიცინო კურსდამთავრებულთათვის სტანდარტებს ინარჩუნებს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო ლიცენზირებასა და სპეციალიზაციის სერტიფიცირებას შტატის სამინისტროები აწარმოებენ.

სამედიცინო პროფესიების ლიცენზირება ზოგიერთ ქვეყნებში, როგორებიცაა დიდი ბრიტანეთი, კანადა და სხვა ბრიტანეთის მოდელის მსგავსი ქვეყნები, სამედიცინო პროფესიების თვითმმართველობას საშუალებას აძლევს სტანდარტები დააწესონ, დაარეგულირონ და მოაწესრიგონ. ეროვნული გამოცდები და შეზღუდვები უცხოეთში კურსდამთავრებულებისთვის პროფესიის მმართველი ორგანოს რეგულირებაში ან გადაწყვეტილებებშია აღნიშნული. უცხოურ სკოლებს შეიძლება ეკვივალენტი სტატუსი მიანიჭონ ან საგამოცდო მოთხოვნილებები დაუწესონ. კანადის სამედიცინო საბჭო და პროვინციული ორგანოების კონსორციუმი ადგენს და ზედამხედველობას უწევს დამამთავრებელ სამედიცინო გამოცდებს, მაგრამ ლიცენზიას შესაბამისი პროვინციული ორგანოები გასცემენ. სხვა ქვეყნები სამედიცინო ლიცენზირებას უშუალოდ არეგულირებენ, თუმცა სპეციალობებში პროფესიული ორგანიზაციებისთვის ტრენინგის ზედამხედველობის დელეგირება ხდება. ბევრმა ქვეყანამ სამედიცინო, სტომატოლოგიურ, საექთნო, ფარმაცევტულ და სხვა პროფესიების ლიცენზირებისთვის ეროვნული გამოცდები შეიმუშავა და განავითარა. ეს მნიშვნელოვანია, რათა უმაღლესი მოთხოვნები დაკმაყოფილდეს და ინტერესთა კონფლიქტები თავიდან აიცილონ, რომლებიც შეიძლება კურსდამთავრებულებში გამოცდების დროს წარმოიშვას.

კანადის საექთნო სასწავლებლების კურსდამთავრებულებს შეუძლიათ ამერიკის შეერთებული შტატების ზოგიერთ შტატში ლიცენზირება გაიარონ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინოს კურსდამთავრებულებს ლიცენზიებს შტატების საბჭოები აძლევენ. ერთი შტატის სამედიცინოს კურსდამთავრებულებმა შეიძლება სხვა შტატში დიპლომისშემდგომი განათლება მიიღონ, მაგრამ ეს შეიძლება სამედიცინო პრაქტიკას არ ეხებოდეს, თუმცა ზოგიერთმა შტატმა გააფორმა შეთანხმებები თანაზიარობის შესახებ. წარსულში კანადის პროვინციები იღებდნენ დიდი ბრიტანეთის სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულებს, მაგრამ 1970 წლიდან ეს პრაქტიკა შეიზღუდა, რათა მიგრანტი ექიმების ნაკადი შეემცირებინათ. დიდ ბრიტანეთში ადგილობრივი კურსდამთავრებულებისა და მიგრანტი ექიმების ლიცენზირებისთვის უფლებამოსილი ორგანო გენერალური სამედიცინო საბჭოა.

ექიმების, ექთნების, ბებიაქალების, ფსიქოლოგების, ოპტიკოსების, პრაქტიკის მქონე ექთნების ან ჯანდაცვის სხვა პროფესიების ლიცენზირება კანომდებლობაზე უნდა იყოს დაფუძნებული ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონით უნდა რეგულირდებოდეს, რათა თითოეულ პროფესიაში დასაშვები აქტივობები, სალიცენზიო და საგამოცდო პროცედურები, ასევე ქცევის კოდექსი განისაზღვროს. ძალაუფლების დიფუზიამ სამედიცინო მმართველობაში ხელი შეუწყო პრაქტიკაში მაღალი სტანდარტების დანერგვას. ანგარიშვალდებულებების სხვადასხვა სისტემების განვითარება წარსულში მთლიანად სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებად სისტემაში, მაგალითად რუსეთში, მოითხოვს მრავალმხრივ ცვლილებებს არსებულ სამედიცინო განათლებაში, გამოცდებში, ლიცენზირებაში, სპეციალობების სწავლებაში, ასევე დამოუკიდებელი პროფესიული ორგანიზაციებისა და სააკრედიტაციო ორგანოების განვითარებაში (იხ. თავი 16).

შეზღუდვები ჯანდაცვის სეხვისების მიმწოდებლებზე

სტანდარტების შენარჩუნება მოითხოვს სამოქალაქო ორგანოების ორგანიზებულ ზედამხედველობას წინასწარ გაწერილი იმ რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც არსებული მკურნალობის სტანდარტებზეა დაფუძნებული. ეს ხშირად პროფესიონალთა შეხედულებებს და პრაქტიკას ეფუძნება, ისევე როგორც პროფესიული ორგანოების რეკომენდირებულ

გზამკვლევებს. ამას ყურადღება უნდა მიექცეს, რათა ავიცილოთ პროფესიონალური აზრის გამოთქმისას უთანხმოება, მაგალითად, ძუძუს კიბოს მკურნალობისთვის მარტივი მასტექტომიაა საკმარისი, თუ რადიკალური მასტექტომიაა საჭირო. ეს ხარისხის გარანტიის ნაწილია, რომელიც მე-16 თავშია განხილული.

ამგვარად, ის შეზღუდვები, რომლებიც ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებს უწესდებათ, არის სწავლების, ლიცენზირების, პრაქტიკის, კოლეგიალური ურთიერთობის, პირადი ეთიკის, ჰუმანურობის და პროფესიული სტანდარტების ნაკრები. ეს პოტენციური დისციპლინარული პროცედურაა. მასში ასევე სამართლებრივი პასუხისმგებლობა და სამკურნალო სტანდარტები მოიაზრება, რომლებიც დამქირავებელმა ან იმ დაწესებულებამ უნდა შეასრულოს, რომელშიც პროვაიდერი მოღვაწეობს. აღნიშნული პროვაიდერი საზოგადოების ან მომხმარებლის მიერ შეიძლება არჩეულ იქნას ან არ იქნას გარკვეული სერვისის მიმწოდებლად. ამ შემთხვევაში მომხმარებლის მიერ არჩევნის გაკეთება ჯანდაცვის სისტემის ნაწილია. საბოლოოდ, სტანდარტების უწყვეტი შეფასება ხელს უწყობს მაღალი ხარისხის სტანდარტების განვითარებას, უზრუნველყოფს ძირითადი სტანდარტების არსებობას, მაგრამ ამავდროულად, შეიძლება ხელი შეუწყოს ინოვაციების შეზღუდვას მედიცინაში, განსაკუთრებით ჯანდაცვის ოგანიზების სფეროში. ახალი პროფესიების აღიარებამ თვითმმართველ პროფესიებში შეიძლება ინტერესთა კონფლიქტები გამოიწვიოს, როგორც მოხდა ოპტიკოსების და ექთან–პრაქტიკოსების შემთხვევაში. ჯანდაცვის დაფინანსებასა და ორგანიზაციაში ცვლილებების მოწინააღმდეგენი ასევე შეიძლება იყვნენ პროფესიული ჯგუფები, საზოგადოების ან პირადი პროფესიული ინტერესების გამო.

ჯანდაცვის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია სტანდარტული სამედიცინო სასწავლო პროგრამების განაცხადი, ეროვნული გამოცდები, ეროვნული სალიცენზიო და დისციპლინური საბჭოები, სამედიცინო პრაქტიკის სტანდარტები. გარე შეფასებები მთლიან ხარისხის მენეჯმენტს ან მიმდინარე ხარისხის გაუმჯობესებას შეესაბამება. როდესაც ექიმები იწყებენ სამედიცინო პრაქტიკას, ისინი ცდილობენ მოხვდნენ იმ საავადმყოფოებში, სადაც შესაძლებელია ისარგებლონ „საავადმყოფოს პრივილეგიებით“ და ასევე, სადაც შეფასება გამოცდილებისა და კვალიფიკაციის მიხედვით ხდება. ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე მუშაკები სასურველია იყვნენ შესაბამისი პროფესიული ორგანიზაციების წევრები და მონაწილეობა მიიღონ იმ განყოფილებების თანამშრომელთა შეხვედრაში, სადაც ისინი მუშაობენ, ასევე უწყვეტი განათლების იმ პროგრამებში, რომლებიც პროფესიული ასოციაციების, ჰოსპიტალებისა და სამედიცინო სკოლების მიერაა ორგანიზებული.

სამედიცინო სადაზღვევო სისტემები ექიმების მიერ ინვოისების შედგენას, ასევე მათ პრაქტიკულ მუშაობას აკონტროლებენ და პოტენციური თაღლითობის შემთხვევებს იძიებენ. ამას შეიძლება ექიმის წინააღმდეგ ადმინისტრაციული ქმედებები ან უკიდურეს შემთხვევაში თაღლითობისთვის სამართლებრივი პროცედურები მოჰყვეს. ქირურგიული პროცედურების მონიტორინგმა შეიძლება ცუდი ტენდენცია გამოავლინოს, რამაც შეიძლება დისციპლინარული შეზღუდვები გამოიწვიოს. კრიმინალური ბრალდება ლიცენზიის შეჩერებას ნიშნავს. დაუდევრობის დაზღვევა აუცილებელია, რათა დაცული იქნას ექიმი ან სხვა სამედიცინო პროვაიდერი დავის შემთხვევაში, რაც ასევე შეიძლება ძალიან ძვირი დაჯდეს. სამედიცინო მომსახურების შედეგად მიღებული ტრავმისათვის, როგორიც არის მაგალითად არასწორი ვაქცინის გამოყენება, კანომდებლობით დაზარალებული მხარისა და პროვაიდერის დასაცავად შეიძლება გამოყენებული იქნას ისეთი დაზღვევა, რომელიც დამოკიდებული არ არის ბრალეულობაზე. ეს შეიძლება უფრო რაციონალური მოდელი იყოს.

პროფესიული პასუხისმგებლობა განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში. დიდ ბრიტანეთში, გენერალური სამედიცინო საბჭო, სახელმწიფოს მიერ უფლებამოსილია გასცეს სამედიცინო ლიცენზიები. პაციენტთა ქარტია ადგენს მოქალაქეთა უფლებებსა და იმ სერვისის სტანდარტებს, რომელიც მოქალაქეებმა უნდა მიიღონ ჯანდაცვის სფეროში. ეს ექიმის შეცვლის უფლებასთან ერთად, პაციენტს უფლებამოსილს ხდის, ანაზღაურება მოითხოვოს დარღვევების შემთხვევაში. საავადმყოფოში მიღებული მკურნალობის შესახებ საჩივრები გამოძიებას ექვემდებარება. დიდი ბრიტანეთის ერთ-ერთი ფონდის (GP) მიერ განხორციელებული ინოვაციის მიზეზი სწორედ მომხმარებლის დაკმაყოფილებაა (იხილეთ მე-13 თავი). ამ ინოვაციის თანახმად, პაციენტებს, ფონდის საშუალებით, აქვთ შესაძლებლობა თავად აირჩიონ

საავადმყოფო და სხვა სახის სერვისები.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა და მოითხოვს კვალიფიციური გუნდის ინტეგრირებულ მუშაობას, რომელიც ეფუძნება პროფესიულ და ეთიკურ მიზნებსა და სტანდარტებს. ეს კარგად ჩანს იმ საავადმყოფოებში, რომლებსაც ვხედავთ პოპულარულ სატელევიზიო გადაცემებში, მაგრამ თანაბრად ეხება უფრო მასშტაბურ ჯანდაცვის სისტემას და ინსტიტუტების, სადაზღვევო და სამოქალაქო ჯანდაცვის ქსელების ურთიერთობასაც. გარდა ამისა, ფინანსური მმართველობისა და აკრედიტირებული ორგანოების ზედამხედველობა, მედიის კრიტიკა, პოლიტიკური სექტორი, მომხმარებლები და საზოგადოება არის ძალიან მნიშვნელოვანი. მოკლედ, სამედიცინო პროვაიდერები და ჯანდაცვის სისტემა არის და უნდა იყოს მუდმივი განხილვის საგანი.

ᲐᲮᲐᲚᲘ ᲡᲐᲛᲔᲓᲘᲪᲘᲜᲝ ᲞᲠᲝᲤᲔᲡᲘᲔᲑᲘ

საზოგადოების განვითარებასთან ერთად ჯანდაცვას ახალი პროფესიები ესაჭიროება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები, ჯანდაცვის მენეჯერები და სამედიცინო პროვაიდერები წარმოადგენენ აუცილებლობას იმ საზოგადოებისთვის, რომელსაც ისინი ემსახურებიან. ჯანდაცვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ტრადიციული ჯანდაცვის მუშაკების ის რაოდენობა, რომელიც საზოგადოებრივი და ეროვნული ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის საკმარისი იქნება. ამის გარდა, არსებობს ჯანდაცვის მუშაკების ახალი დონეების აუცილებლობის რეალიზაცია.

რუსეთში ისეთი საშუალო რანგის ჯანდაცვის მუშაკის როლი, როგორიცაა ფელდშერი, მნიშვნელოვანი იყო სოფლად პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად, სადაც სამედიცინო სერვისების ნაკლებობა აღინიშნებოდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა როლი იზრდება ბევრ განვითარებად და ასევე ზოგიერთ განვითარებულ ქვეყანაში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პრაქტიკოსი ექთანი და ექიმის ასისტენტი არის ახლად შექმნილი სამედიცინო პროფესიები, რათა მათ აწარმოონ თავიანთი სამედიცინო პრაქტიკა ისეთ ადგილებში, სადაც სამედიცინო სერვისების ნაკლებობა აღინიშნება. რიგ შემთხვევებში ისინი ასევე უზრუნველყოფენ მოსახლეობის ისეთი ჯგუფების მკურნალობას, როგორიცაა მაგალითად მოხუცები ან დიაბეტის მქონე პიროვნებები.

ექთანი პრაქტიკოსი

1960 წლისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვის პროვაიდერებმა გააცნობიერეს, რომ იზრდებოდა ვიწრო სპეციალისტების რიცხვი მედიცინაში და კლებულობდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების რიცხვი. სწორედ ამ ფაქტორებმა და მკურნალობის გაზრდილმა ხარჯებმა ხელი შეუწყო ექთნების როლის ზრდას სამედიცინო მომსახურებაში. დანაკლისის შესავსებად გაიზარდა ექთნების როლი.

1965 წელს კოლორადოს უნივესიტეტში ექთან პრაქტიკოსების პირველი სასწავლო პროგრამა შემუშავდა. ექთნებს ასწავლიდნენ კონკრეტულ სამედიცინო ფუნქციებს, რაც ექთნის ტრადიციული ფუნქციების გაფართოებას წარმოადგენდა. ის უნდა დახმარებოდა პაციენტს ჯანმრთელობისა და დამოუკიდებლობის აღდგენაში. 1971 წელს ფედერალურმა მთავრობამ მიიღი ექთანთა სასწავლო აქტი, რომელიც ექთან პრაქტიკოსის როლს განსაზღვრავდა.

ექთანი პრაქტიკოსი არის რეგისტირებული ექთანი, რომელმაც გაძლიერებული სამედიცინო სწავლება გაიარა. ექთანი პრაქტიკოსი ასრულებს დაწვრილებით ფიზიკურ გამოკვლევას, პაციენტს უნიშნავს ლაბორატორიულ ტესტებს, აფასებს მათ შედეგებს, გამოწერს რეცეპტებს მედიკამენტებისთვის და სხვა სამედიცინო მოწყობილობებისთვის, ახორციელებს რეფერალს და ასრულებს სხვა დელეგირებულ სამედიცინო ფუნქციებს. ექთან პრაქტიკოსს, როგორც სამედიცინო ჯგუფის წევრს, შეუძლია აწარმოოს მკურნალობა საავადმყოფოებში ან საზოგადოებაში.

1996 წლის აშშ-ის ჯანდაცვისა და ადამიანური სერვისების ეროვნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ 2.5 მილიონი ახლადლიცენზირებული ექთნიდან 71,000 იყო ექთანი პრაქტიკოსი, ეს მთლიანად ექთნების 2.8%-ია. ექთანი პრაქტიკოსები მოწინავე პრაქტიკის ყველა ექთნის 44%-ს შეადგენდა, რომლებიც მთლიანი რეგისტრირებული ექთნების 6.3%-ს წარმოადგენენ. ექთან პრაქტიკოსების რაოდენობა 1998 წელს 90,000-ს აღწევდა, 1999 წელს კი 100,000-ს. მოსალოდნელია ამ რიცხვის სწრაფი ზრდა, რადგან 1990-95 წლებში ექთან

პრაქტიკოსების სასწავლო ინსტიტუტების რიცხვი 101-დან 202-მდე გაიზარდა. 1990-95 წლებში კლინიკური პუნქტების რიცხვი 210-დან 527-მდე გაიზარდა. 1993 წლიდან 1995 წლამდე ამერიკის შეერთებულ შტატებში აბიტურიენტთა რიცხვი გაორმაგდა, უმაღლესდამთავრებულების რიცხვი კი 1.8-ჯერ გაიზარდა. 21-ე საუკუნის პირველ დეკადაში მათმა რიცხვმა შეიძლება მთლიანად რეგისტრირებული ექთნების 10%-ს მიაღწიოს. ეს მოიცავს ექთან პრაქტიკოსების არსებობას ოჯახის, ქალების, ზრდასრულებისა და სკოლის ჯანდაცვაში, პედიატრიასა და გერონტოლოგიაში. ასევე ახალშობილებისა და მწვავე დაავადებების მკურნალობაში, ოკუპაციურ თერაპიაში, ფსიქიატრიულ და სხვა ინსტიტუციურ მკურნალობაში. ყოველ შტატში ექთნების მომზადება ექთანთა აქტებითა და კანონებითაა დადგენილი და დარეგულირებული. ეს აქტები აყალიბებს საგანმანათლებო და საგამოცდო მოთხოვნებს, უზრუნველყოფს იმ პირების ლიცენზირებას და რეგულირებას, რომელთაც ეს მოთხოვნები გაიარეს და ექთნად მუშაობა შეუძლიათ. სტანდარტები აყალიბებენ კრიტერიუმებს, რისი მიხედვითაც ექთან პრაქტიკოსებს შეუძლიათ მუშაობა. აკრედიტირებული ორგანიზაცია, საუნივერსიტეტო საექთნო განათლების კომიტეტი, ცდილობს ექთან პრაქტიკოსთა სასწავლო პროგრამების სტანდარტიზაცია მოახდინოს, რათა კურსდამთავრებულების ხარისხი გააუმჯობესონ.

ექთნები ამერიკის სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალთა უმსხვილეს ჯგუფს წარმოადგენენ. არსებობს იმის საკმარისი მტკიცებულებები, რომ ექთნების როლის გაზრდამ ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესება გამოიწვია, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ პირებში. მნიშვნელოვანია ექთან პრაქტიკოსების მუშაობა ისეთ სფეროებში, როგორიცაა გერიატრია და ჯანდაცვის უზრუნველყოფა. მათ ხელი შეუწყვეს ნოვატორული პროგრამების წარმოშობას და ჯანდაცვაში ახალ თეორიულ მიმართულებებს ჩაუყარეს საფუძველი. კლინიკური დირექტივების მზარდ გამოყენებასთან ერთად, 21-ე საუკუნეში მოსალოდნელია ექთან პრაქტიკოსების როლის ზრდა.

ექიმის თანაშემწე

1923 წელს ამერიკელი ექიმების 89% ზოგადი პრაქტიკის ექიმები იყვნენ. 60-იანი წლების შუაში ამ მაჩვენებელმა 25%-მდე დაიწია. ქვეყანაში ექიმების უკმარისობით შეშფოთებულმა დიუკის უნივერსიტეტის შინაგანი სნეულებების სპეციალისტმა ევგენი სტიდმა 1965 წლის ოქტომბერში ექიმის თანაშემწის პირველი სასწავლო პროგრამა განავითარა. ექიმის თანაშემწის სასწავლო პროგრამები სამი მიზეზის გამო შემუშავდა: პირველადი ჯანდაცვის ექიმების უკმარისობის შემსუბუქება, ექიმების გეოგრაფიული და სპეციალობით არასწორი განაწილების გამოსწორება, დახმარება სამედიცინო ხარჯების ესკალაციის კონტროლში.

ექიმის თანაშემწის პროგრამები საექთნო საქმის ნაწილს არ წარმოადგენს, რამაც ექთან პრაქტიკოსების პროგრამასა და საექთნო მმართველობებს შორის კონფლიქტი წარმოშვა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 52 აკრედიტირებული ექიმის თანაშემწის სასწავლო პროგრამა არსებობს. ისინი შემდეგ დისციპლინებს მოიცავენ: ნეონატოლოგიას, პედიატრიას, გადაუდებელ მედიცინას, ოკუპაციურ მედიცინასა და ქირურგიას. გარდა ამისა, ექიმის თანაშემწეებს პრევენციულ მედიცინას ასწავლიან: პაციენტთა ინფორმირებულობას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოების უტილიზაცის. ექიმის თანაშემწის სწავლებისას ძირითადი აქცენტი პირველად ჯანდაცვაზე კეთდება. პირველი 6-12 Aსასწავლო თვე პრეკლინიკურ სწავლებებსა და კლინიკური ლაბორატორიის პროცედურებს ეთმობა, შემდეგი 9-15 თვე კი – კლინიკურ სწავლებას. სასწავლო პროგრამა რეგულარულად განიხილება და ჯანდაცვაში ცვლილებებთან ერთად მოდიფიცირდება.

სასწავლო პროგრამის დასრულების შემდეგ ეროვნული საექიმო საატესტაციო კომისია ატარებს გამოცდებს. მას შემდეგ, რაც პიროვნება ამ გამოცდას ჩააბარებს, უფლება აქვს საკუთარ თავს სერთიფიცირებული ექიმის თანაშემწე უწოდოს. შემდეგ, ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ, იგი უნდა დარეგისტრირდეს და 100-საათიანი უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიღების მტკიცებულება წარადგინოს. იმისთვის, რომ ექიმის თანაშემწემ საკუთარი კლინიკური კომპეტენტურობა დაამტკიცოს, ყოველ 6 წელიწადში ერთხელ საატესტაციო გამოცდები უნდა გადააბაროს.

ექიმის თანაშემწეები ისეთ დავალებებს ასრულებენ, როგორიცაა: სამედიცინო ისტორიის გახსნა, ფიზიკური გამოკვლევა, მარტივი დიაგნოსტიკური პროცედურები, მონაცემთა შეგროვება, ექიმისთვის მონაცემთა სინთეზირება, დიაგნოზების ფორმულირება, ზოგადი მწვავე

და გადაუდებელი სიტუაციების, ასევე სტაბილური ქრონიკური მდგომარეობების მართვა, პაციენტისა და ოჯახის კონსულტაცია, მხარდაჭერა და შეზღუდული რეცეპტის გამოწერა ამერიკის 18 შტატის ტერიტორიაზე. ექიმის თანაშემწეებისთვის უფლებამოსილებას თითოეულ შტატში ადგილობრივი სამედიცინო საგამოცდო საბჭო გასცემს. ექიმის თანაშემწე არ არის ექიმის შემცვლელი, არც დამოუკიდებელი პროვაიდერი, როგორიც პრაქტიკოსი ექთანია. ექიმის თანაშემწეს დამოუკიდებელი მუშაობის ლიცენზია არ აქვს, ექიმი ვალდებულია პასუხისმგებლობა საკუთარ თავზე აიღოს და თანაშემწის ყველა პროფესიულ და სამართლებრივ შედეგზე პასუხი აგოს.

ექიმის თანაშემწეების ამერიკული აკადემია დაახლოებით 35,000 წევრს ითვლის. მათ ორ მესამედს ბაკალავრის ხარისხი აქვს. დაახლოებით რესპოდენტთა ერთი მესამედი საავადმყოფოებშია დასაქმებული, ერთი მესამედი — ჯგუფურ სამსახურებში, 9% — საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებში. ექიმის თანაშემწეები დაახლოებით 60 სპეციალობით მუშაობენ, 50%-ზე მეტი ოჯახის ექიმის სამსახურშია დასაქმებული. სხვადასხვა სპეციალობებზე და სამუშაოებზე ექთან პრაქტიკოსების დასაქმების შესაძლებლობა იზრდება. ექიმის თანაშემწეს შეუძლია გაუმკლავდეს ექიმის მიერ შესრულებული კლინიკური სერვისის ნახევრიდან სამ მეოთხედს, რაც მათი დასაქმების პროდუქტიულობასა და ხარჯის ეფექტურობას ცხადყოფს. ექიმის თანაშემწის ხელფასი ექიმის ხელფასის ერთი მეოთხედის ან ერთი მესამედის ტოლია. ასე რომ, მათი გამოყენება ხარჯეფექტურია. ამასთანავე, აღსანიშნავია, რომ, თანაშემწეების მიერ გაწეული მკურნალობის ხარისხი ექიმის მიერ შესრულებულ იგივე სერვისს არ ჩამოუვარდება. ამიტომ ექიმის თანაშემწის პოზიცია, რომელიც ადრე დავის საგანი იყო, საყოველთაოდ აღიარებულია.

ფერშლები

ფერშალი არის საშუალო რანგის ჯანდაცვის მუშაკი რუსეთში. ეს პროფესია, როგორც სამხედრო ქირურგი, მე-17 საუკუნეში პეტრე დიდმა ჩამოაყალიბა. გადამდგარმა სამხედრო ფერშლებმა მუშაობა სოფლად დაიწყეს, სადაც ექიმები არ მსახურობდნენ და იქ სამედიცინო სერვისების ერთადერთი მიმწოდებლები გახდნენ. ფერშალი საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის მიერ ადაპტირებულ იქნა, რათა მათ სამედიცინო სამსახური გაეწიათ იმ ადგილებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ზრდის მიუხედავად, ექიმები არ მსახურობდნენ.

საშუალო სკოლის დამთავრების შემდეგ ფერშალი 2-3-წლიან სამედიცინო კურსს გადის. ფერშლები ავსებენ ექიმებს ქალაქებსა და სოფლებში, განსაკუთრებით მცირე სამედიცინო პოსტებზე, სასწრაფო მობილურ სამედიცინო სერვისებსა და სამრეწველო სამედიცინო სადგურებზე. 1990-იანი წლების ჯანდაცვის რეფორმებმა ფერშალთა როლი შეამცირა, რამაც შეიძლება სოფლად ჯანდაცვის სისტემის შესანარჩუნებლად სერიოზული სირთულეები გამოიწვიოს.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკები

სათემო ჯანდაცვის მუშაკის კონცეფცია არც ისე ახალია, თუმცა მსოფლიოს მრავალ მხარეში ერთგვარ ინოვაციას წარმოადგენს, არის პირველადი დახმარების ჯანდაცვის ინიციატივების ნაწილი და სათავეს იღებს ალმა-ატიდან. ეს არის ერთგვარი ადაპტაცია ტრადიციული ბებიაქალებიდან და სოფლის მკურნალებიდან თანამედროვე, ორგანიზებულ საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სერვისებამდე. სათემო ჯანდაცვის მუშაკები პირველად წარმოიშვნენ განვითარებულ ქვეყნებში, რათა მათ უზრუნველყოთ სამედიცინო სერვისები სოფლად, ისეთ ადგილებში, სადაც ამ სერვისების ნაკლებობა აღინიშნებოდა. ახალახან გაჩნდა ინტერესი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა მოდელის დანერგვაზე ურბანულ საზოგადოებაში, სადაც გეოგრაფიული თუ სოციოეკონომიკური მიზეზების გამო ჯანდაცვა არ არის ბოლომდე ხელმისაწვდომი.

საშუალო რანგის სათემო ჯანდაცვის მუშაკები მოიცავენ ზოგადი პრაქტიკის მქონე ექიმებს, გარკვეული კატეგორიის ან მიზანმიმართული ჯანდაცვისა და პროფილაქტიკური ჯანდაცვის მუშაკებს. ამ პერსონალის ზუსტი ფუნქციები, სწავლების ხანგრძლივობა და მათი სამუშაოს სტრუქტურა მათ რანგთან შედარებით გაცილებით მეტად იცვლებოდა.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკები, მოხალისეებად ხშირად ლათინური ამერიკის ქვეყნებში მუშაობენ. განვითარებად ქვეყნებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების დასაქმება რეკომენდებულია სოფლად, ზედამხედველებისა და პროფესიონალ სამედიცინო მომსახურებასთან

ორგანიზებული კონტაქტის გარეშე. ისინი იქ მრავალ დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო სერვისებს უზრუნველყოფენ.

ჯანდაცვის მუშაკებმა შეიძლება შეასრულონ სერვისები კონკრეტულ დაავადებებთან მიმართებაში. აღნიშნული შესაძლებლობები მოიცავს: მალარიის კონტროლს, ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების მიღებას უშუალო ზედამხედველობის ქვეშ (DOT), ქალაქის ღარიბ რაიონებში მცხოვრები პრობლემური ოჯახების კონსულტაციას, ვენერიული დაავადებების კონტროლსა და იმუნიზაციის ხელშეწყობას. სათემო ჯანდაცვის მუშაკების მაგალითებია მალარიის მაკონტროლიებელი ჯანდაცვის მუშაკები კოლუმბიაში და ტუბერკულოზისა და შიდსის საკითხზე მომუშავეები ნიუ-იორკში.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკთა პროგრამა, რომელიც ძირითადად ფოკუსირებული იყო პრევენციულ ღონისძიებებზე, 1985 წლიდან შემუშავებული იყო ჰებრონაში, რომელიც თავიდან ისრაელის, ამჟამად კი პალესტინის იურისდიქციაში შედის. სათემო ჯანდაცვის მუშაკები ადგილზე მოქმედებენ, როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლები და უზრუნველყოფენ პრენატალურ და ბავშვთა მკურნალობას, იმუნიზაციას, კვებასთან დაკავშირებულ რჩევებს, ორსულთა მოვლას, პირველად სამედიცინო დახმარებასა და გადაუდებელ ან არასასწრაფო პაციენტების გადაყვანას რაიონულ საავადმყოფოებში ან ახლომდებარე სამედიცინო პუნქტებში. სათემო ჯანდაცვის მუშაკი, როგორც ორგანიზებული ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი, მომზადებულია იმისთვის, რომ პირველი დაეხმაროს და მოემსახუროს საზოგადოებას. პროფესიონალი სამეთვალყურეო კადრების ვიზიტები მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისთვის. აქცენტი შეიძლება გაკეთდეს პრევენციულ და საზოგადოებისთვის მიწოდებულ სერვისებზე სოფლად, სადაც ხშირად სამედიცინო სერვისების ნაკლებობაა.

სოფლის სათემო ჯანდაცვის მუშაკების სწავლება ჯანდაცვის სხვა პერსონალის სტანდარტული სწავლებისგან შეიძლება ძალიან განსხვავდებოდეს. სწავლება ჩვეულებრივ სოფლის სამედიცინო ცენტრებსა და საავადმყოფოებში მიმდინარეობს, სადაც საკლასო ოთახები და

ჩანართი 14.6 სათემო ჯანდაცვის მუშაკი პრობლემის მოღეღი

დამოუკიდებელი სათემო ჯანდაცვის მუშაკები:

1. რუსეთში ფერშალი, რომელიც მუშაობს ჯანდაცვის სფეროში სოფლად;
2. ე.წ. „Barefoot doctors“ – ჩინეთში, რომლებიც მუშაობენ ჯანდაცვის სფეროში სოფლად;
3. ლათინო–ამერიკის ქვეყნებში სათემო ჯანდაცვის მუშაკები იქ, „სადაც არ არის ექიმი„. ისინი უზრუნველყოფენ ყველანაირ ჯანდაცვის სერვისებს შორეულ სოფლებში.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკები კატეგორიების მიხედვით:

1. სათემო ჯანდაცვის მუშაკები ისეთი სპეციფიკური პროგრამებისთვის, როგორიცაა მაგალითად, კოლუმბიაში მალარიის კონტროლი, ნიუ–იორკში აივ ინფექციის ან ტუბერკულოზის კონტროლი, ლოს-ანჯელესში – იმუნიზაცია;
2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი, რომელიც „ავსებს“ სათემო ჯანდაცვის მუშაკს, მაგ. ნიუ–იორკის შტატის ოლბანის ჯანდაცვის დეპარტამენტში.

პრევენციაზე ორიენტირებული სათემო ჯანდაცვის მუშაკები:

1. სოფლის პრევენციული ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც გვთავაზობენ ადგილზე სერვისებს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ნაწილს, ასევე ახორციელებენ ვიზიტებს სამედიცინო-საექთნო სერვისების მიწოდებისთვის და სუპერვიზიისთვის, მაგ. პალესტინაში, ჰებრონში;
2. სათემო ჯანდაცვის მუშაკები, როგორც ჯანდაცვის დეპარტამენტის ნაწილი „ურბანიზებულ სოფლებში„, ისინი მაგ. ამერიკის შეერთებული შტატების ქალაქების ღარიბ უბნებში საზოგადოებაზე დამყარებულ ორგანიზაციულ მომსახურებას ახორციელებენ.

სტუდენტური საცხოვრებელი კორპუსებია დამატებული. სწავლება თითქმის ყოველთვის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერაა დაფინანსებული, თუმცა ზოგჯერ დაფინანსება საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებითაც ხდება. კანდიდატები სოფლად მცხოვრები ახალგაზრდები არიან, რომელთაც საკუთარი თემის წარმომადგენლები ირჩევენ. მზადების განმავლობაში, სტუდენტებს ხელფასს უხდიან და კურსის დამთავრების შემდეგ სამუშაოდ საკუთარ საზოგადოებას უბრუნდებიან.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნები სოციალურად დაუცველთა პროგრამებში მონაწილეობენ, სახლებში ვიზიტებს ახორციელებენ და საჭიროების შემთხვევაში ოჯახებს სამედიცინო და საგანმანათლებო მომსახურებით უზრუნველყოფენ. საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო ჯანდაცვა აფართოებს იმ სტრატეგიას, რაც მიზნად ისახავს შერჩეული და მომზადებული ადგილობრივი მცხოვრებლების სათემო ჯანდაცვის მუშაკებად გამოყენებას. 1960-70—იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში სათემო ჯანდაცვის მუშაკებს სოციალური პროგრამების განსახორციელებლად იყენებდნენ. მოხალისეები და ანაზღაურებადი მუშაკები სამედიცინო ინსტუქტორებად ისეთ პროგრამებში მუშაობდნენ, რომლებიც გარკვეულ ადგილებს მოიცავდა და მოსახლეობის ისეთ ნაწილზე ხორციელდებოდა, როგორიცაა ორსული ქალები ან ბავშვიანი ოჯახები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები მოიცავდა ნავაჰოს მოსახლეობას, ურბანულ სამედიცინო ცენტრებს, ტექსასის სოფლებსა და ალიასკას.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკები ტრენირებული იყვნენ, რათა მათ ემუშავათ ნიუ-იორკის შტატის ზოგიერთ რთულ და სოციალურად დაუცველ ადგილებში მაღალი რისკის მქონე ოჯახების დასახმარებლად, ისინი სერვისებს სთავაზობდნენ შიდსით, ვენერიული დაავადებებით და ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს, განსაკუთრებით ამ უკანასკნელთ, რომელთათვისაც მნიშვნელოვანია უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ **ჩატარებული ქიმიოთერაპია**. სათემო ჯანდაცვის მუშაკების უსახლკარო და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებთან მუშაობამ დადებითი შედეგი აჩვენა. ჯანდაცვის პროგრამები შეიმუშავეს ე.წ. ღარიბი „სოფლებისთვის“ ლოს-ანჟელესში, რაც ითვალისწინებს ქალაქის დაბალშემოსავლიანი რაიონების დახმარებას, ხალხის დაბინავების პროექტებს, ადგილობრივი კლინიკების სარეზერვო მომსახურებასა და სამედიცინო ცენტრების დაფინანსებას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შეფასება და მისი მომგებიანობის ან წამგებიანობის გამოთვლა რთულია საკონტროლო ჯგუფების ჩამოყალიბების და სიკვდილიანობის, ავადობისა და ფიზიოლოგიური მაჩვენებლებლების ცვლილების განსაზღვრის თვალსაზრისით. ამგვარი შეზღუდვები გვხვდება არა მარტო პირველად ჯანდაცვაში, არამედ ბევრად მაღალ ტექნოლოგიურად განვითარებულ მედიცინის დარგშიც კი. ბოლო წლებში, სოფლის ჯანდაცვის კონცეფცია გააკრიტიკეს კიდეც, თუმცა მისი მისამართით გარკვეული პროპაგანდა ასევე შეიმჩნეოდა.

სათემო ჯანდაცვის მუშაკის შენარჩუნება, როგორც სხვადასხვა დანიშნულების სამედიცინო სერვისების პროვაიდერის, რომელიც ემსახურება როგორც პრევენციულ ასევე სამკურნალო მედიცინას, ალბათ, შეუძლებელი იქნება, რაც კონცეპტუალურად არც არის სასურველი. ახალი მიდგომები შეიძლება უფრო მისაღები და მართვადი იყოს, რადგან სათემო ჯანდაცვის მუშაკებს ჯანდაცვის სისტემაში დიდი პოტენციალი აქვთ.

ალტერნატიული მედიცინა

ალტერნატიული სამედიცინო მკურნალობის გამოყენება საკმაოდ გავრცელდა და ნაკლებად ინდუსტრიულ ქვეყნებში დღემდე მთვარი სამედიცინო საშუალებაა. ალტერნატიული სამედიცინო დახმარება ეფუძნება რწმენას, რომ ავადმყოფობა მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქიკურ, სოციალურ და სულიერ ფაქტორებს. ალტერნატიული მედიცინა ჯანმრთელობას განიხილავს როგორც პოზიტიურ მდგომარეობას და მიიჩნევს, რომ ადამიანის სხეულს ბუნებრივი მკურნალობის უნარი გააჩნია. სტანდარტულ სამედიცინო მკურნალობისგან განსხვავებით მისი ინტერვენცია არაინვაზიური და ნაკლებად ტექნოლოგიურია.

ალტერნატიული მედიცინის პოპულარობის ზრდა ნაწილობრივ უკავშირდება ტექნოლოგიური ორიენტაციის გაძლიერებას. სხვა ფაქტორები უკავშირდება ჯანდაცვის სისტემის წარუმატებლობას. სამედიცინო შედეგებზე იმედგაცრუება ჩვეულებრივი მოვლენაა. ალტერნატიული სამედიცინო მომსახურებაზე დაკვირვებამ ამერიკის შეერთებულ შტატებში ცხადყო, რომ არატრადიციულ თერაპიაზე ვიზიტების რაოდენობა უფრო მეტია, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან მისული პაციენტების რიცხვი. ალტერნატიული მედიცინის მომხმარებლები უმეტესად 25-49 ასაკის უფრო განათლებული და მეტშემოსავლიანი პირები არიან. ალტერნატიული მედიცინა ისეთ კატეგორიებს მოიცავს, როგორიცაა: ქიროპრაქტიკა, მასაჟი, წონის დასაკლები პროგრამები, დიეტები, მცენარეული მედიცინა, მეგავიტამინური თერაპია, თვითდახმარების ჯგუფები, ენერგიით მკურნალობა, ჰიპნოზი, ჰომეოპათია, აკუპუნქტურა და ხალხური საშუალებები.

სტანდარტულ მედიცინასთან დამოკიდებულების შეცვლა გამოიხატება მანამდე არსებული პროფესიების, როგორიცაა, მაგალითად, ოპტომეტრია, ქიროპრაქტიკა და აკუპუნქტურა, „დაბრუნების„ მზარდი ტენდენციით. ჩვეულებრივი მედიცინა თავად არის ცვლილების პროცესში, იმატებს პარასამედიცინო პროფესიების რიცხვი, რაც ბიოსამედიცინო მოდელის, როგორც ჯანდაცვის ერთადერთი საფუძვლის, შეზღუდვაზე მეტყველებს.

მომხმარებლის მოთხოვნა ისეთივე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ამ ცვლილებებში, როგორც სამედიცინო პრაქტიკოსების სურვილი, დაეძლიათ ისეთი ქრონიკული ჯანმრთელობის პრობლემები, როგორიც არის ზურგისა და კისრის ტკივილი, სტრესი და მასთან დაკავშირებული პრობლემები, ფობიები და მიდრეკილებები, ალერგია და კანის დაავადებები, ჰორმონალური და მენსტრუალური დარღვევები. ჩანს, რომ ალტერნატიული მედიცინის პრაქტიკოსები უფრო მეტად გაცნობიერებულები არიან ისეთი დაავადებების მკურნალობის შესახებ, როგორიცაა კიბო, ჰიპერტენზია, ქრონიკული და მემკვიდრეობითი დარღვევები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში, ექთნის პროფესია ხელს უწყობს „შეხებით“ თერაპიის განვითარებას, როგორც დამოუკიდებელ სამკურნალო მეთოდს.

სამედიცინო მუშაკების მიერ გავრცელდა „ჰოლისტიკური მეთოდების“ ფართო გამოყენება. ბევრი ძირითადი სამედიცინო ცენტრი უკვე შეიცავს ალტერნატიული ან ჰოლისტიკური მედიცინის დეპარტამენტებს და თავიანთ მომსახურების სიაში აკუპუნქტურა, ჰიპნოზი და სხვა არატრადიციული მიდგომები აქვთ. ეს ზრდის პრაქტიკოსთა ლეგიტიმურობას, მათ სტატუსსა და შემოსავლებს, თუმცა ეს ორთოდოქსულ მედიცინასთან ხანგრძლივი კონფლიქტებისა და წინააღმდეგობის შემდეგ იქნა მიღწეული. 1992 წელს ამერიკის კონგრესმა ჯანდაცვის ეროვნულ ინსტიტუტებს ალტერნატიული მედიცინის სამმართველო მანდატით გადასცა, რომელიც 1998 წელს გაფართოვდა და კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის ეროვნული ცენტრი გახდა. ევროპული სამედიცინო და ჯანდაცვის სააგენტოები კომპლემენტარულ და ალტენატიულ მედიცინას, სამკურნალო აბაზანებისა და სიმშვიდით მკურნალობის ხანგრძლივი ტრადიციებით, უფრო იყენებენ ვიდრე მათი ჩრდილო-ამერიკელი კოლეგები.

ბალანსის ცვლილება

ხარჯთა შეკავება სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება და შესაბამისად ბევრი ქვეყანა ჯანდაცვაზე გამოყოფილ სახსრებს იმ მიზნით ამცირებს, რომ ზრდის ტემპები უკეთ აკონტროლოს. ცვლილებებით გამოწვეული სტრესი ძირითადად ჯანდაცვის მუშაკებზე მოდის. თუ ამგვარი ზომები სწრაფად დაინერგება, წარმოიშვება ისეთი პრობლემები, როგორიცაა დაპირისპირება, თავდაცვა და პოლიტიკური ოპოზიცია. თუკი გრძელვადიანი დაგეგმარებისას მუშახელის პიროვნული საკითხებიც იქნა გათვალისწინებული, მაშინ ჯანდაცვის მუშაკების, როგორც პიროვნებების ან ჯგუფის ნაწილის ის მძიმე მდგომარეობა, რაც შტატების შემცირებას მოყვება, მინიმუმამდე იქნება დაყვანილი.

60-იან წლებში კანადა საკუთარი ეროვნული ჯანდაცვის დაზღვევის პროგრამას ავრცელებდა. წამყვანი მოაზროვნეები სამედიცინო და საექთნო სკოლების სწრაფ გაფართოებას ითხოვდნენ, რათა მოსახლეობის მომავალი მოთხოვნილებები

დაეკმაყოფილებინათ. მათი აზრით, ეროვნული ჯანდაცვის სადაზღვევო სისტემა მოსახლეობის იმ ნაწილს მოიზიდავდა, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებებში მკურნალობა არ შეეძლო და ამით სამედიცინო და სტაციონალურ სამსახურებს გადატვირთავდა. 90-იანი წლების შუა პერიოდში, ყველა პროვინციამ შეამცირა საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა, რამაც ექთნებისა და ტექნიკური პერსონალის უმუშევრობა გამოიწვია. რეგიონები ცდილობენ პრაქტიკოსი ექიმების რაოდენობა შეზღუდონ და გადახდის სისტემა შეცვალონ.

განათლება საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და ჯანდაცვის მართვაში

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმატებული განხორციელებისთვის ჯანდაცვის სხვადასხვა დისციპლინის წარმომადგენლებმა ერთად უნდა იმუშაონ. სწავლება ინტერდისციპლინარული უნდა იყოს და უნდა შეიცავდეს ფუნდამენტურ და გამოყენებით კვლევას, ასევე სხვადასხვა სერვისის პროგრამებთან ურთიერთობასა და საზოგადოების ჯანმრთელობის შეფასებას.

თითოეულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტს სჭირდება სამედიცინო მეცნიერებების, ეპიდემიოლოგიის, ეკონომიკის, სოციალური მეცნიერებების, გარემოსა და შრომის ჰიგიენის, ჯანდაცვის სისტემის ანალიზის და მართვის თეორიის საბაზისო ცოდნა, რათა ხელი შეუწყონ გუნდურ მუშაობას. მნიშვნელოვანია ასევე იცნობდნენ სხვა სფეროების ტერმინებსა და ცნებებს. ამ სისტემის განვითარება უფრო შესაძლებელია საუნივერსიტეტო გარემოში და არა ცალკეულ ინსტიტუტებში.

საუნივერსიტეტო რესურსები აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლებისთვის, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მასწავლებლები და სხვა კურსები, როგორიცაა ბიზნეს ადმინისტრირება, სოციალური, ფიზიკური და ბიოლოგიური მეცნიერებები. სკოლებს, რომლებიც არ არიან ხარისხის მიმცემი უნივერსიტეტების წევრები, აკლიათ სრული აკადემიური ატმოსფერო და მოთხოვნები, ასევე არ აქვთ ისეთ მეცნიერებებთან კავშირი, როგორიცაა ეკონომიკა, სოციოლოგია, მიკრობიოლოგია და ბიზნესის მართვის ფაკულტეტები.

ჩანართი 14.7.

სათაური არაა თანმიმდევრობით!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

„კანადაში თითქმის 250 000 რეგისტრირებული ექთანია, თუმცა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ძალიან მცირეა დაკავებული. ექთნების უმრავლესობა ჰოსპიტალებში მუშაობს, სადაც მწვავე დაავადებათა მკურნალობა ხორციელდება. აქ მათი შემცირების რისკი მაღალია, რადგან მცირდება საწოლების რაოდენობა. ასევე აღსანიშნავია, რომ 6 000 რეგისტრირებული ექთანი ექიმების ოფისებში მუშაობს, 7 000 – ბინაზე და თითქმის 10 000 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანია.

„ჰოსპიტალის ბიუჯეტის დაახლოებით 75% პერსონალზეა გათვლილი. აქედან გამომდინარე, შეუძლებელია ხარჯების მკვეთრი შემცირება დასაქმებულების სამსახურიდან გათავისუფლების გარეშე. ბიუჯეტის გადანაწილებისას, ისევე, როგორც სამედიცინო პერსონალის გადაყვანისას საზოგადოებრივი სერვისების მიმწოდებლად, საჭიროა ფრთხილი სტრატეგიის შემუშავება, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ჰოსპიტალის მუშაკები და ექთნები შეიძლება უმუშევრობის გამო ქუჩაში აღმოჩნდნენ. ეს ხშირად ხდება. მაგ. 1993 წლის აპრილში 10 000-ზე მეტი ექთანი გაათავისუფლეს და დაახლოებით ჰოსპიტლის სხვა 20 000 თანამშრომელი უმუშევრობის დაზღვევას თხოულობდა“ .

წყარო: Rachlis M., Kushner C. 1994. Strong Medicine: How to Save Canada’s Health Care System, pp. 245, 291. Toronto: Harper-Collins.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის პროფესიონალთა მომზადება უმაღლესი სასწავლებლის დონეზე უნდა მოხდეს, რასაც მოყვება უწყვეტი განათლება. ამერიკის შეერთებული შტატების მედიცინის ინსტიტუტის 1988 წლის ანგარიში *საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომავალი* განსაზღვრავს ისეთი ჯანდაცვის სკოლების საჭიროებას, სადაც ასწავლიან არა მარტო პროფესიონალურ და ტექნიკური უნარ–ჩვევებს, არამედ იმის გაგებას, თუ გარკვეული დისციპლინები რა ურთიერთკავშირშია საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან. დიდ

ჩანართი 14.8. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სწავლების ელემენტები

ამოცანები (ASPH)

1. გარკვეული მიზნებისთვის პრაქტიკოსების, მკვლევარების, პოლიტიკის ანალიტიკოსების და მენეჯერების მომზადება;
2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსების უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა;
3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევებისა და პოლიტიკის ანალიზის უზრუნველყოფა;
4. საზოგადოებრივ პოლიტიკაში ჯანდაცვასთან ასოცირებული საკითხების ადვოკაცია.

მოთხოვნები (ASPH)

1. მულტიფაკულტატიურ აკადემიურ გარემოში დიპლომისშემდგომი განათლება;
2. მულტიდისციპლინური მიდგომა;
3. პრობლემაზე ორიენტირებული ჩვევების სწავლება, რათა განისაზღვროს სამიზნეები და პრობლემის გადაჭრისთვის აუცილებელი მიდგომები;
4. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში განათლების, კვლევისა და სერვისების ურთიერთკავშირი.

ძირითადი სასწავლო პროგრამა (Roemer)

1. სოციალური ანალიზის ძირითადი საგნები: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორია, დემოგრაფია, სამედიცინო სოციოლოგია და ანთროპოლოგია, ბიოსტატისტიკა, კვლევის მეთოდები, ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკური მეცნიერებები, პროგრამის შეფასების პრინციპები და ჯანდაცვის ეკონომიკა;
2. პოპულაციის ჯანმრთელობა და დაავადებები: ვიტალური სტატისტიკა, ადამიანთა ძირითადი დაავადებები და ზოონოზები, დაავადებებისა და რისკ–ფაქტორების ეპიდემიოლოგია, კლინიკური დიაგნოზისა და პრევენციის მეთოდები, ინფექციური და ქრონიკული დაავადებები, კვება, გარემოსთან დაკავშირებული ჯანმრთელობა, სპეციფიური დაავადებები და რისკ–ჯგუფები, დაავადების გლობალური ეკოლოგია და რისკ–ფაქტორები;
3. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაავადების პრევენცია: გადამდები დაავადებების კონტროლი, ქრონიკული დაავადებები და მათი პრევენცია, გარემოს ჯანმრთელობა და ოკუპაციური ჯანმრთელობა; დედათა, ბავშვთა, მოზარდთა, მოზრდილთა და მოხუცთა ჯანმრთელობის საჭიროებები; სქესობრივად გადამდები დაავადებებისა და აივ ინფექციის კონტროლი, ჯანმრთელობის განათლება და ხელშეწყობა; რეაბილიტაცია; დევნილთა, მიგრანტებისა და სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში მყოფი პირების ჯანმრთელობა;
4. ჯანდაცვის სისტემა და მისი მართვა: ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია, სამედიცინო დაზღვევა და სოციალური უსაფრთხოება, ჯანდაცვის სერვისებისა და მუშახელის განვითარება, ჯანდაცვის დაწესებულებები და მათი მართვა, მედიკამენტები და მათი ლოჯისტიკა, ჯანდაცვის დაგეგმარება, ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტირების მართვის პრინციპები, ხარჯების კონტროლი, ფინანსური მენეჯმენტი, ანგარიშგებისა და ინფორმაციის სისტემები, ჯანდაცვის სისტემის კვლევები, ჯანდაცვის კანონმდებლობა და ეთიკა, ტექნოლოგიების შეფასება, ჯანდაცვაში აკრედიტაცია და ხარისხის უზრუნველყოფა, ინფორმაციული სისტემები, მართვისთვის მონიტორინგისა და კვლევის მეთოდები, გლობალური ჯანმრთელობა.

წყარო: American Association of Schools of Public Health website, http://www.asph.org; Roemer M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. Journal of Nursing Scholarship, 31:43–44.

ბრიტანეთში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმების მომზადება დაიწყო 1871 წელს, დუბლინის კოლეჯში, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დიპლომს (DPH) გასცემდა. პროგრამის მიზანი იყო სამედიცინო ოფიცრების მომზადება, რომლებიც უხელმძღვანელებდნენ ჯანდაცვის სამმართველოებს, რომლებიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტების მიხედვით ჩამოყალიბდნენ და კვალიფიციური სამედიცინო მუშაკების ყოლა მოეთხოვებოდათ. მოგვიანებით, როდესაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვა აღიარებული სამედიცინო სპეციალობა გახდა, სხვა უნივერსიტეტებიც სთავაზობდნენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დიპლომს ან ექვივალენტურ მომზადებას, რომელსაც ექიმებისა და ქირურგების კოლეჯი მართავდა. 1924 წელს ლონდონის ჰიგიენისა და ტროპიკული მედიცინის სკოლამ რამდენიმე ინსტიტუტი შეკრიბა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მომზადებისა და კვლევის მთავარი ცენტრი გახდა. დიდ ბრიტანეთში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების შესახებ 1991 წელს აჩესონის ანგარიშიდან მოყოლებული, გარკვეული რაოდენობის უნივერსიტეტებში სხვადასხვა სახელწოდების მქონე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების სწრაფი ზრდა შეიმჩნეოდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების ტრადიცია განსაკუთრებით ძლიერია ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სადაც 1913 წელს ჯონ ჰოპკინსისა და ჰარვარდის ჯანდაცვის სკოლები დაარსდა. 1915 წელს როკფელერის ფონდმა მიჩიგანის, იელისა და პენსილვანიის უნივერისტეტებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებისთვის ნაციონალური პროგრამა დააფინანსა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის უმაღლესი განათლების კურსები ჩამოყალიბდა, რათა ამერიკის ხალხმრავალი ინდუსტრიული ქალაქების მოთხოვნილებები დაეკმაყოფილებინათ. ამ სკოლებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების, მეცნიერების, პედაგოგებისა და მკვლევარების მომზადება ევალებოდათ. ისინი შეეცადნენ შეემუშავებინათ და მოეხდინათ ახალი ცოდნის ასიმილაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, როგორც მრავალპროფილიანი სფეროს განვითარებამ, ამ ფაკულტეტის დამოუკიდებლად ყოფნა აუცილებელი გახადა, თუმცა სამკურნალო ფაკულტეტთან მჭიდრო კავშირი შენარჩუნდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლებმა ამერიკის შეერთებულ შტატებში შექმნა უამრავი კარგად მომზადებული ეპიდემიოლოგების, სოციალური მეცნიერების, ჯანდაცვის პედაგოგების, პრაქტიკოსებისა და ამ სფეროს განვითარებისთვის აუცილებელი ლიდერთა თაობა.

60-იან წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლებს კლინიკური მედიცინის სწავლებისგან გამოცალკავებისა და არასაკმარისი გავლენის გამო აკრიტიკებდნენ. ამან ზოგან სამედიცინო ფაკულტეტების შიგნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განყოფილებების დახურვა და ჩანაცვლება გამოიწვია. ეს მოხდა დიდ ბრიტანეთში და ბრიტანეთის ერთა მეგობრობის ქვეყნებში. კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორი სასწავლებელი დახურეს და სამედიცინო სკოლების ბაზაზე არსებული სოციალური და პრევენციული მედიცინის დეპარტამენტებით ჩაანაცვლეს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტები ხშირად ნაკლებ პრესტიჟული არიან იმ სამედიცინო სკოლების იერარქიაში, სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისადმი ვიწრო, მედიცინაზე ორიენტირებულ მიდგომაა და არასაკმარისად მრავფალპროფილიან პროგრამასა და ფაკულტეტს მოიცავს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმაღლესი სკოლის სრული აკადემიური პოტენციალი მორგებულია დამოუკიდებელ, მრავალპროფილიან, უნივერსიტეტზე დამყარებულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევასა და სწავლებაზე. ეს მოდელი უზრუნველყოფს სწავლებას საბაკალავრო, სამაგისტრო (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, MPH) და სადოქტორო დონეებზე.

პერიოდულად, არსებობს იმის საშიშროება, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლები ახალ საუნივერსიტეტო სექტორებთან გაერთიანდება. 1994 წელს კალიფორნიის ლოს–ანჯელესის უნივერსიტეტის დახურვისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის საზოგადოებრივი პოლიტიკის სკოლისთვის გადაცემის გეგმა უნივერსიტეტისა და სახალხო პროტესტების საფუძველზე შეაჩერეს. ჯანდაცვის ადმინისტრირება შეიძლება ზოგჯერ ჩაითვალოს უკეთესად, როცა ისინი ინტეგრირებულია ბიზნესის სკოლებთან, როგორც, მაგალითად, მინესოტას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის შემთხვევაში მოხდა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 80-იანი წლებიდან მოყოლებული, უმაღლესდამთავრებულებზე მოთხოვნის ზრდასთან ერთად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების აღორძინების ხანა იწყება. დღეისთვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლების სტუდენტები გათვითცნობიერებულები არიან მრავალ სფეროში, როგორიცაა:

მედიცინა, სტომატოლოგია, საექთნო საქმე, საინჟინრო ტექნიკა, ეკონომიკა, სოციალური მეცნიერებები, სტატისტიკა, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ვეტერინარული მეცნიერებები და სხვ. 1995 წელს 4145 მაგისტრისა და 491 ფილოსოფიის დოქტორის ხარისხი გაიცა. ყველაზე პოპულარული სპეციალობები საერთაშორისო ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია იყო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების კურსდამთავრებულთათვის კარიერულ პერსპექტივაში მოიაზრება როგორც ტრადიციული ჯანდაცვის სექტორში არსებული პოზიციები, ასევე კერძო სექტორში უფრო მაღალანაზღაურებადი სამსახურები, როგორიცაა საკონსულტაციო ფირმები და მომსახურების სააგენტოები. 1996-97 აკადემიურ წლებში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლებში 14,007 სტუდენტი ჩაირიცხა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განათლების საბჭოს მიერ აკრედიტირებული 28 უმაღლესი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებელი არსებობს. ისინი დაფუძნებულია ჯანდაცვის მრავალპროფილიან სწავლების მიდგომაზე, რომელიც მოიცავს გადამდები და არაინფექციური ეპიდემიოლოგიის ტექნიკურ და ადმინისტრაციულ ხელმძღვანელობას, ასევე ბიოსტატისტიკას, პერსონალური სამედიცინო მომსახურების მენეჯმენტს, გარემოს ჰიგიენას, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვას, ჯანდაცვის ეკონომიკას, სამედიცინო განათლებასა და სხვა მათთან დაკავშირებულ დარგებს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერდისციპლინური ასპექტი ხაზგასმულია სტუდენტების დიდი გამოცდილებითა და ცოდნით, ასევე მათი მრავალ სფეროში სპეციალიზაციით. ეპიდემიოლოგიის, სოციოლოგიის და სხვა ახლომდებარე დარგების ცოდნა კურსდამთავრებულებს პრაქტიკულად საშუალებას აძლევს პრობლემები გადაწყვიტონ. დანარჩენი 26 უნივერსიტეტის საზოგადოების ჯანდაცვისა და პრევენციულ მედიცინის სასწავლო პროგრამები ქვეყნის უმეტეს ნაწილში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სწავლებას ატარებენ.

აკრედიტაცია მოიცავს დაწესებულებების, ფაკულტეტის, სასწავლო პროგრამის, სტუდენტთა შერჩევის კრიტერიუმების, სტაჟირების ან ამ სფეროში გამოცდილების და აკადემიური სტანდარტების გარეშე შემოწმებას. აკრედიტირებული სასწავლებელს შეუძლია უფრო მეტად გამოიმუშაოს კვლევითი და სასტიპენდიო თანხები. ასეთი სასწავლებლები სტუდენტებისთვისაც კარიერაში წინსვლის თვალსაზრისით უფრო მიმზიდველია. ეს და ასევე სხვა არაკრედიტებულ სასწავლებლები თუ უნივერსიტეტის დეპარტამენტები უზრუნველყოფენ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და ჯანდაცვის სხვა მიმდინარეობებს კარგად მომზადებული, ფართო საბაკალავრო და პროფესიული გამოცდილების მქონე პერსონალით. ამით ისინი სფეროს ამდიდრებენ არა მარტო პრაქტიკოსებით, არამედ მაღალი ხარისხის მკვლევარებით, ადმინისტრატორებითა და ექსპერტებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლებს მჭიდრო კავშირი უნდა ჰქონდეთ შტატისა და ადგილობრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან, უნდა დაასაქმონ მომსახურების სააგენტოები ფაკულტეტზე ნახევარი განაკვეთით და ჩაატარონ კვლევა საზოგადოების ჯანდაცვის პრობლემებზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლებს შეუძლიათ ჯანდაცვის დეპარტამენტები უზრუნველყონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებთან და შეფასებასთან დაკავშირებული მომსახურებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამების მქონე სკოლების შეფასება ხდება ყოველწლიურად დეკანების, ადმინისტრატორების და ფაკულტეტის სხვა წარმომადგენლების გამოკითხვის შედეგად, რაც უმაღლესი სკოლების იმ მუდმივი გამოკითხვის ნაწილია, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყოველკვირეული ჟურნალების (U.S. News and World Report) მიერ ტარდება. ეს გამოკითხვები ეფუძნება წლიურ შეფასებებს, მათ შორის დეკანებისა და ფაკულტეტების უფროსი რანგის წარმომადგენელთა რეპუტაციას (40%), კვლევით საქმიანობას (30%), სტუდენტთა შერჩევას (20%) და ფაკულტეტის რესურსებს (10%). 1998 წელს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საუკეთესო სასწავლებლების სიაში შედიოდნენ: ჯონ ჰოპკინსის, ჰარვარდის, ჩრდილოეთ კაროლინას, ვაშინგტონის, მიჩიგანის, კალიფორნიის, კოლუმბიის (ნიუ-იორკი), მინესოტას, ემორის (ჯორჯიის შტატი), პიტსბურგისა და იელის უნივერსიტეტები. მიუხედავად იმისა, რომ ამ გამოკითხვებსა და კლასიფიკაციებს არაოფიციალური სტატუსი აქვთ, ისინი უმაღლესი სასწავლებლების სტუდენტთა შერჩევის დროს ფართოდ გამოიყენება, ასევე შესაძლოა მოქმედებდეს კვლევით გრანტებზე, კაპიტალის გაზრდასა და ფაკულტეტის პერსონალის დასაქმებაზე. ევროპაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სწავლება

ტრადიციულად სამუშაოზე იყო ორიენტირებული და სახელმწიფოს ან კერძო ინსტიტუტების მიერ განხორციელებული იყო, როგორც კურსები სამედიცინო ოფიცრებისა და საავადმყოფოს მენეჯერებისთვის. 80-90-იანი წლებიდან უფრო ფართო მოდელის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ევროპული სასწავლებლები ჩამოყალიბდა გერმანიაში, ჰოლანდიაში, საფრანგეთში, ესპანეთში, პოლონეთსა და რუმინეთში. სკანდინავიური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა 70-იან წლებში გიოტებორგში დაარსდა. ამის შედეგად ჯანდაცვის სისტემების ანალიზს დაემატა სოციოლოგიური გავლენა, თუმცა ის ჯერ კიდევ განიცდის ეპიდემიოლოგიურ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკისა და ამერიკის სკოლებისგან განსხვავებით ეკონომიკური სიძლიერის ნაკლებობას. ევროპული ჯანდაცვის სასწავლებლების ასოციაცია ხელს უწყობს ევროკავშირში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრის ხარისხის სტანდარტიზაციისა და თანაზიაროების იდეას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლები განვითარებადი ქვეყნებისთვის განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, რადგან ჯანდაცვის მეთოდებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად უმნიშვნელოვანესი როლი უკავია. ნიგერია არის მრავალრიცხოვანი ქვეყანა, სადაც ძირითადი ჯანმრთელობის საკითხები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორს უკავშირდება. ამ ქვეყანაში ოცზე მეტი სამედიცინო სასწავლებელია, თუმცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებელი საერთოდ არ არის. სოციალური ან სათემო მედიცინის დეპარტამენტები, რომლებიც ჩვეულებრივად გვხვდება უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში, ვერ უზრუნველყოფს სტუდენტების უმაღლეს დონეზე განათლებას, აკადემიური გარემოთი, მრავალპროფილიანი სწავლებითა და სპეციალიზაციით.

ჯანდაცვის სფეროში ხელმძღვანელთა პოზიციებს ადგილობრივ, შტატისა და ფედერალურ დონეზე ხშირად კლინიკურ მედიცინაში ნასწავლი და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მომზადებული ექიმები იკავებენ. მათგან მცირე ნაწილს აქვს განათლება მიღებული ჯანდაცვის მენეჯმენტში და ბევრს მომზადება გავლილი აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონკრეტულ სუბსპეციალობებში. მეორეს მხრივ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებლები სადოქტორო დონეზე აქცენტს კვლევისა და სწავლების მეცნიერების მომზადებაზე აკეთებენ და არა ჯანდაცვის ხელმძღვანელობისა და მართვის საკითხებზე. ზოგი ცდილობს მაგისტრის ხარისხი მიიღოს ბიზნესის ადმინისტრირებაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორების მომზადების ახალი მეთოდი მოითხოვს 5—წლიან პოსტ-ბაკალავრიულ სწავლებას, რომელიც მოიცავს სოციალური ანალიზის ინსტრუმენტების, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ავადმყოფობის პრევენციის, ჯანდაცვის სისტემებისა და მათი მართვის ცოდნას. (იხ. ᲑᲭᲮ 14.8). ზოგიერთი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლებელი სწორედ ამ მიმართულებით ვითარდება ჯანდაცვის ხელმძღვანელობისთვის გაკეთებული სპეციალური ნახევარგანაკვეთიანი პროგრამის უზრუნველყოფილს გზით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იქნება ხელმძღვანელების მოსამზადებლად, რომლებსაც შეეძლებათ მკურნალობისა და რაიონული ჯანდაცვის პროგრამების სირთულეების დაძლევა, რომლებიც ბევრ ქვეყანაში გვხვდება.

ᲯᲐᲜᲓᲐᲪᲕᲘᲡ ᲞᲝᲚᲘᲢᲘᲙᲐ ᲓᲐ ᲐᲓᲐᲛᲘᲐᲜᲣᲠᲘ ᲰᲔᲚᲗᲘᲡᲮᲔᲑᲘᲡ ᲛᲐᲗᲕᲐ

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ბიზნეს სკოლებში, საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და ჯანდაცვის სისტემებში პოლიტიკისა და მართვის როლის შესწავლა ფართოდ გავრცელდა. ეს ტენდენცია უეჭველად გაიზრდება რეგულირებადი სამედიცინო მომსახურების, სხვადასხვა დარგების შერწყმის და სხვა ფუნქციური ღონისძიებების შესაბამისად. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების მენეჯმენტისა და პოლიტიკის ან სამედიცინო სერვისების დეპარტამენტებს მიზნად აქვთ დასახული შეისწავლონ და მონახონ როგორც ინდივიდზე, ისე მთლიანად მოსახლეობაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის ორგანიზაციების ეფექტურობის გაუმჯობესების მეთოდები. როგორც აკადემიური სფეროები, ისინიც მოიცავენ

ინტერდისციპლინურ ფაკულტეტებს, როგორებიცაა: ეკონომიკა, სამართალი, მენეჯმენტი, მედიცინა, ისტორია, სოციოლოგია და პოლიტიკური ანალიზი. ისინი ყურადღებას აქცევენ სოციალურ, მოსახლეობის, ეკონომიკის და ორგანიზაციულ პერსპექტივებს.

ჯანდაცვის ხარჯებში ყველაზე დიდი ადგილი პერსონალზე გამოყოფილ ხარჯებს უკავია. ასე რომ, ამ რესურსის მართვა და გამოყენება ჯანდაცვის სისტემისთვის უაღრესად მნიშვნელოვანია. სამედიცინო პერსონალი უნდა იყოს დაკომპლექტებული, მომზადებული და გამოყენებული ისეთი ფორმით, რაც მოსახლეობის საჭიროებებს დააკმაყოფილებს. მაშასადამე, მათი უნარების გამოყენებამ ეფექტურ მუშაობას უნდა შეუწყოს ხელი. ადამიანური რესურსების მართვა გულისხმობს განისაზღვროს მედიცინის მუშაკთა ის კატეგორია და რაოდენობა, რომელიც საუკეთესოდ შეასრულებს ამა თუ იმ კონკრეტულ სამედიცინო მომსახურებას. გარკვეული უნდა იყოს ის ორგანიზაციული სტრუქტურები, რომლებიც ვალდებულნი არიან ეფექტურად უზრუნველყონ ესა თუ ის საჭირო მომსახურება. ეს მოითხოვს არა მარტო პასუხისმგებლობის დელეგირებას, არამედ დავალებული ამოცანების შესასრულებლად რესურსების გადაცემასაც.

ადამიანური რესურსების მართვა მომავალი ჯანდაცვის სისტემისთვის საჭირო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და ტიპების განსაზღვრას გულისხმობს. პროფესიონალური დონიდან პასუხისმგებლობის დელეგირება შეიძლება მოხდეს სათანადოდ მომზადებული პარაფროფესიონალებისთვის. ეს მოიცავს დაგეგმარებას, მართვას, ფინანსურ შეზღუდვებს, ლიცენზირებას, დისციპლინურ პროცედურებსა და ხარისხის კონტროლის საზომებს. შესრულებულ სამუშაოზე პასუხისმგებლობა აუცილებელია ნებისმიერი სისტემისთვის, რომელიც ხარისხის კონტროლსა და ჯანდაცვის გაუმჯობესებული შედეგებისთვის მიზნების მიღწევას ემსახურება.

პროფესიონალების რაოდენობის შეზღუდვები ზოგჯერ პროფესიული ჯგუფების პირადი ინტერესებისთვის კონკურენციის შესაჩერებლად ხორციელდება. ჯანდაცვის რესურსების გადაჭარბებული მიწოდება შეიძლება იყოს ძვირი და დესტრუქციული. ქირურგების ჭარბი მიწოდება წარმოშობს უფრო მეტ არჩევით ქირურგიულ პროცედურებს, რომლებიც შეიძლება არ იყოს საჭირო და არც უსაფრთხო იყოს. ექთნების დაბალი ხარისხი ჰოსპიტალური მომსახურების და პირველადი ჯანდაცვის პრესტიჟზე ცუდად მოქმედებს. ექთნებისა და საავადმყოფოს სხვა თანამშრომლების მასობრივი გათავისუფლებება კი არ უნდა ხდებოდეს, არამედ კადრები გრძელვადიანად უნდა გადამზადნენ და ჩანაცვლების პოლიტიკა შემუშავდეს.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში რეგულირებადი სამედიცინო მომსახურება და სხვა ქვეყნებში მსგავსი სრულყოფილი მომსახურების პროგრამები, საშუალებას იძლევა სერვისების ახალი ბალანსი მოიძებნოს და ჯანდაცვაში ახალი ფუნქციები დაინერგოს. ექიმები, პრაქტიკოსი ექთნები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები და სხვა სახის ჯანდაცვის პროფესიონალები და სპეციალისტები კომპლექსური ჯანდაცვის მომარაგების სისტემის განუყოფელ ნაწილს ქმნიან. ამ სისტემის ნაწილს წარმოადგენს პრევენცია და მკურნალობა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მხარდაჭერა.

ᲮᲔᲖᲘᲣᲛᲔ

სამედიცინო და მთლიანად ჯანდაცვის პერსონალის განათლება და სწავლება მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის და როგორც რაოდენობრივ, ასევე ხარისხობრივ საკითხებს მოიცავს. რეგულარული გადაფასება საჭიროა იმისთვის, რომ პრაქტიკოსები საჭირო რაოდენობით არსებობდნენ და სტანდარტები არ დაეცეს. მონაცემთა და პროგრამის ანალიზში, ლიდერობაში კვალიფიცირებული მენეჯერებისა და მგეგმავების მომზადება ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ჯანდაცვის პროვაიდერების სწავლება. ჯანდაცვის პროფესიონალების წრთვნა უნდა იყოს ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების თანმხლები. ახალი ჯანდაცვის პროფესიული ფუნქციები ინდივიდუალური პაციენტისა და საზოგადოების ჯანდაცვის საჭიროებებზე დაფუძნებით განვითარდება.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტი ხშირად სამუშაო ძალის მართვის პოლიტიკაში არსებული პრობლემების წინაშე დგება. ეს გულისხმობს არა მარტო სწავლების რაო-

დენობასა და ხარისხს, არამედ გამოყენების მოქნილობას, მათ შორის პერსონალის ინსტიტუციური მომსახურებიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებში გადაყვანას. მუშახელზე გამოყოფილი ხარჯები პაციენტების მკურნალობის ხარჯების 75%-ს შეადგენს. საზოგადოებრივ და პრევენციულ მკურნალობაში გამოყოფილი რესურსების გადანაწილებისას, აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული არა მხოლოდ ეკონომიკური, არამედ ხარისხობრივი მხარეც. ამგვარ პროფესიულ და პიროვნულ საკითხებს მზრუნველობითა და მგრძნობელობით უნდა მოეპყრან.

ამგვარად, ჯანდაცვის სისტემა დამოკიდებულია მისივე გუნდის წევრების ხარისხზე, ეთიკაზე, სიამაყის განცდაზე და პროფესიულ უნარებზე. ამგვარი რესურსების მომზადება და გადამზადება ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის ფუნდამენტურია.

ელექტრონული მედია

American Academy of Nurse Practitioners (AANP), http://www.aanp.org/ care@nurse.net and http://www.nurse.net/

American Academy of Pediatrics (AAP), http://www.aap.org/

American Board of Medical Specialties (ABMS), http://www.abms.org/

American Medical Association (AMA), http://www.ama.org/

American Public Health Association (APHA), http://www.apha.org/

Association of Schools of Public Health (ASPH), http://www.asph.org/

Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), http://www.ensp.fr/aspher/

Association of Teachers of Preventive Medicine (ATPM), http://www.atpm.org/

Council on Education for Public Health (CEPH), http://www.ceph.org/

Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), http://www.jcaho.org/

National League of Nursing (NLN), http://www.nln.org/info-history.html/

ჰეჯმენდიჰებული საჯითხავი

Feil, E. G., Welch, H. G., Fisher, E. S. 1993. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *Journal of the American Medical Association,* 269:2659–2663.

Handler, A., Schieve, L. A., Ippoliti, P., Gordon, A. K., Turnock, B. J. 1994. Building bridges between schools of public health and public health practice. *American Journal of Public Health,* 84:1077–1080.

Kahn, K., Tollman, S. M. 1992. Planning professional education at schools of public health. *American Journal of Public Health,* 82:1653–1657.

Legnini, M. W. 1994. Developing leaders vs. training administrators in the health services. *American Journal of Public Health,* 84:1569–1572.

Roemer, M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. *Journal of Nursing Scholarship,* 31:43–44.

Weiller, P., Hiatt, H., Newhouse, J., Brennan, T. A., Leape, L., Johnson, W. P. 1993. *A Measure of Malpractice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

ბიბლიოგრაფია

Bender, D. E., Pitkin, K. 1987. Bridging the gap: The village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine,* 24:515–528.

Berman, P. A., Watkin, D. R., Burger, S. E. 1987. Community-based health workers: Head start or false step toward Health for All? *Social Science and Medicine,* 25:443–459.

Council on Graduate Medical Education. 1994. *Fourth Report: Recommendations to Improve Access to Health Care through Physician Workforce Reform.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Council on Graduate Medical Education. 1998. *Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. February.

Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1992. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press.

Eisenberg, D. M., Kesser, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., Delbanco, T. L. 1993. Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs and patterns of use. *New England Journal of Medicine,* 328:246–252.

Fee, I., Acheson, R. M. (eds). 1991. *A History of Education in Public Health.* Oxford: Oxford Medical Publications.

Fulop, T., Roemer, M. I. 1987. *Reviewing Human Resources Development: A Method of Improving National Health Systems.* Public Health Papers, 83. Geneva: World Health Organization. General Medical Council. 1993. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education.* London: GMC, December.

Harper, D., Johnson, J. 1998. The new generation of nurse practitioners: Is more enough? *Health Affairs,* 17:158–164.

Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health.* Washington DC: National Academy Press.

Kindig, D. A., Cultice, J. M., Mullan, F. 1993. The elusive generalist physician: Can we reach a 50% goal? *Journal of the American Medical Association,* 270:1069–1073.

Kohler, L. 1991. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health,* 1:2–9.

McKee, M., Clarke, A., Kornitzer, M., Gheyssens, H., Krasnik, A., Brand, H., Levett, J., Bolumar, F., Chambaud, L., Herity, B., Auxilia, F., Castali, S., Lanheer, T., Lopes Dias, J., Ria, T. 1992. Public health medicine training in the European community: Is there scope for harmonization? *European Journal of Public Health,* 2:45–53.

Miullan, F., Rivo, M. L., Politzer, R. M. 1993. Doctors, dollars and determination: Making physician work force policy. *Health Affairs,* 12 (Supplemnent):138–151.

National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States, 1998, with Socioeconomic Status and Health Chartbook.* Hyattsville MD: DHHS (PHS) 98-1232.

Rachlis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System.* Toronto: Harper-Collins.

Richards, R., Fulop, T., Bannerman, J., Greenholm, G., Guilbert, J. J., Wunderlich, M. 1987. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community- Oriented Educational Institutions for Health Sciences.* Publication No. 102. Geneva: World Health Organization.

Roemer, M. I. 1987. Health manpower allocation in developing countries. *Asia–Pacific Journal of Public Health,* 1:20–24.

Schorr, T. M., Kennedy, M. S. 1999. *100 Years of American Nursing: Celebrating a Century of Caring.* Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

Walt, G., Gilson, L. (eds). 1990. *Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, PA: Open University Press.

Werner, D., Thuman, C., Maxwell, J. 1992. *Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook.*

Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation.

15

ტექნოლოგია, ხარისხი, სამართალი და ეთიკა

შესავალი

წარმოებისა და სერვისების მართვა დიდი ყურადღებას მოითხოვს, როგორც მომსახურე პერსონალის ხარისხის, ასევე იმ გარემოსთვის, რომელშიც ისინი მუშაობენ. მათი მოტივაცია და თანამონაწილეობა, პროგრამის მეცნიერულ-ტექნოლოგიური დონე, ისევე როგორც ინდივიდუალური მომწოდებლებისა და მთლიანად სისტემის ეთიკური და ლეგალური სტანდარტები ძალიან მნიშვნელოვანია მიწოდებული სერვისის ხარისხისთვის.

ხარისხი დანახარჯებისა და პროცესის შედეგს წარმოადგენს. მისი გაზომვა ხდება შედეგების ან სამუშაოს შესრულების ინდიკატორებით, ისევე როგორც ამ სერვისის ხარისხმის აღქმით პაციენტის, თანამშრომლებისა და საზოგადოების მიერ. დანახარჯი მოიცავს ფინანსურ, ადამიანურ და ინსტიტუციონალურ რესურსებს, მომარაგებასა და სერვისების ხელმისაწვდომობას. პროცესი ამ რესურსების გამოყენებას უკავშირდება, შედეგი კი, როგორც წესი, მოიცავს ავადმყოფობის, სიკვდილიანობისა და ფუნქციონალურობის სტატუსს. ნაციონალური ჯანდაცვის მიზნების მიღწევების განსაზღვრა და გაზომვა, სერვისების დაფინანსების მეთოდები და ორგანიზაციის დახმარების ეფექტურობა განსაზღვრავს ხარისხს. პერსონალის გადამზადება, მიწოდება და მათი განაწილება ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და მისი ხარისხიანობის მსაზღვრელია. აუცილებელი პრევენციული, დიაგნოსტიკური და მკურნალობის მომსახურების უწყვეტი და ადეკვატური მიწოდება, ისევე როგორც ანგარიშვალდებულება და სტანდარტების დარეგულირების შიდა წესები, ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხიანობის განმსაზღვრელი ელემენტებია.

სერვისის სტანდარტებისა და შინაარსის შეფასება შეუძლიათ როგორც ორგანიზაციაში მომუშავე, ასევე გარეშე პროფესიონალებს. ამ პროფესიონალთა შემოწმებები და გარეშე პირთა მიერ სერვისის შეფასება აკრედიტაციის ან სახელმწიფო ინსპექციის გზით, ხელს უწყობს ანგარიშვალდებულებისა და სერვისის ხარისხის ზრდას. თანამშრომლებს შორის გუნდური პასუხიმსგებლობა მოიცავს პრობლემების წინასწარ განჭვრეტას, საჭირო ცვლილებების დანერგვასა და განხორციელებული ცვლილებების ეფექტურობის დადგენას.

ტექნოლოგია ცვლილებათა უწყვეტი ფაზაა. ინოვაციათა სისტემატიური გადახედვა და ათვისება ხელს უწყობს ჯანდაცვის მეთოდების განახლებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ასრულებს დამრეგულირებლის როლს, რაც უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის მომსახურებას, როგორც თითოეული ადამიანისთვის, ასევე მთლიანად საზოგადოებისთვის. ახალი ტექნოლოგია, იქნება ეს ახალი ტიპის დიაგნოსტიკური პროცედურა, ახალი მედიკამენტი, დანადგარი, ვაქცინა თუ ახალი ტიპის სამუშაო ძალა, აუცილებლად უნდა შემოწმდეს, რათა დადგინდეს, თუ რამდენად ეფექტურია და არსებული სისტემის შესაფერისია.

ჯანდაცვის ლეგალური და ეთიკური სტანდარტები სრულიად ასახავს საზოგადოების წესჩვეულებებს. ინოვაციები ჯანდაცვის ტექნოლოგიებსა და მომსახურებაში ახალ პრობლემებსა და წინააღმდეგობებს წარმოშობს. „საუკეთესო პრაქტიკის“ სტანდარტების განსაზღვრა უწყვეტი პროცესია და ის ცოდნის, ტექნოლოგიისა და გამოცდილების სწრაფ განვითარებას მოითხოვს.

ინოვაცია, ჰეგელიანი და ხარისხის პონტრი

ჯანდაცვის ტექნოლოგიების განვითარება ინოვაციების დიდმა ტალღამ განაპირობა, რომელიც დაიწყო მეჩვიდმეტე საუკუნეში დეკარტის მიერ გონებისა და სხეულის ცალკეულო-

ბის განსაზღვრითა და ჯენერის მიერ ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინის აღმოჩენით. ხოლო მეოცე საუკუნის ბოლოსკენ ყოველივე უდიდეს ინოვაციებში გადაიზარდა (ცხრილი 15.1). ინოვაციათა განვითარების ტემპი ძალიან დიდია, რაც თავისთავად აჩენს რეგულაციის, ხარისხის კონტროლისა და ტექნოლოგიების შეფასების საჭიროებას.

სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ფარმაცევტული და ბიოლოგიური ნაწარმის, მედიკამენტების, საკვებისა და გარემოს რეგულაცია საზოგადოების დაცვის მიზნით. ზოგიერთ ქვეყნებში ეს პასუხისმგებლობა განაწილებულია ვაჭრობის, მრეწველობის, ჯანდაცვისა და გარემოს დაცვის სამინისტროებს შორის. მთავრობის ფედერალურ სისტემაში ამ ვადებულებას შეიძლება ინაწილებდნენ ფედერალური, რეგიონული და ადგილობრივი მმართველობა, ქვეყნის მთავრობასთან ერთად, რომელიც ეროვნული სტანდარტების მომწოდებლისა და წინამძღვრის, მმართველის როლში წარმოგვიდგება.

რეგულირებამ და კონტროლმა უნდა დაიცვას საზოგადოება. ამერიკის შეერთებული შტატების საკვებისა და მედიკამენტების კონტროლის ადმინისტრაცია (Food and Drug Administration-FDA) არის ჯანმრთელობისა და სოციალური მომსახურების დეპარტამენტის სტრუქტურის ნაწილი. ეს ორგანო პასუხისმგებელია საკვების, მედიკამენტებისა და კოსმეტიკის შესახებ კანონის, სათანადო შეფუთვისა და ეტიკეტირების შესახებ კანონების გატარებაზე, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ კანონის იმ ნაწილის შესრულებაზე სადაც გადამდები დაავადებების კონტროლის მიზნით საუბარია ბიოლოგიურ პროდუქტებზე და ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვის მიზნით რადიაციის კონტროლის კანონზე.

FDA-ს მიზანია მომხმარებელი დაარწმუნოს, რომ საკვები სუფთა, სასარგებლო და უსაფრთხოა მოხმარებისთვის და სანიტარული პირობების სრული დაცვითაა წარმოებული; აგრეთვე დაარწმუნოს ისინი, რომ მედიკამენტები და სამედიცინო აპარატურა უსაფრთხოა და დანიშნულების მიზნით გასამოყენებლად ეფექტურია; რომ კოსმეტიკური ნაწარმი უსაფრთხოა და შესაბამისი ინგრედიენტებითაა დამზადებული; და

ცხრილი 15.1 XVII-XX საუკუნეების ინოვაციები ჯანდაცვაში

პერიოდი	მეცნიერული, ტექნოლოგიური და ორგანიზაციული ინოვაციების მაგალითები
მე-17 საუკუნე	დაავადებათა ბიოლოგიური საწყისები (დეკარტე), სისხლის მიმოქცევა (ჰარვი), მიკროსკოპი (ლევენჰუკი)
მე-18 საუკუნე	თერმომეტრი, ვაქცინაცია (ჯენერი), ქირურგიული ანატომია (ჰანტერი), კლინიკური მეცნიერებები (სიდენჰამი)
მე–19 საუკუნე	სტეტოსკოპი, ანესთეზია, ლარინგოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, წნევის საზომი აპარატი, სანიტარია, ანტისეფსისი, ბრაილის შრიფტი, სამეანო ჰიგიენა, კერძო სამკურნალო დაწესებულებები, მიკროსკოპული პათოლოგიები, პათოლოგიური ქიმია, მიკრობიოლოგია, ვაქცინები, რენტგენის სხივი, ნაციონალური ჯანმრთელობის დაზღვევა, შპრიცი, ჯანმრთელი ახალშობილის მოვლა.
1900–1930	ბიოსამედიცინო განათლება, სალვარსანი, ინსულინი, სისხლის ჯგუფები, ვიტამინები, ყვითელი ცხელების შეჩერება, B ვიტამინი, ხარჯ-სარგებლიანობის ანალიზი.
1931–1945	პენიცილინი, შემთხვევითი სამედიცინო ცდები, მალარიის საწინააღმდეგო წამლები და ვექტორული კონტროლი.
1946–1960	ვაქცინები, ანტიჰიპერტენზიული წამლები, ფსიქოტროპიული წამლები, კიბოს ქიმიოთერაპია, წინასწარი გადახდის ჯგუფები.
1961-1980	დმკ, ორალური რეჰიდრაცია, ვაქცინები, ხარჯის ეფექტურობის ანალიზი, გულის ღია ოპერაციები, პეისმეიკერები, ორგანოების ტრანსპლანტაცია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ყვავილთან გამკლავება, ჯანდაცვის ორგანიზაციები, დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები, რეგიონული ჯანდაცვის სისტემები.
1981-2000	მაგნიტო-რეზონანსული კვლევა, პოზიტრონული ტომოგრაფია, ენდოსკოპიური ქირურგია, პოლიომელიტის დაძლევა, *Helicobacter Pylori* და კუჭის წყლული, მართული ჯანდაცვა, მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის გაუმჯობესება.

რომ ეტიკეტი/შეფუთვა მართებული, ინფორმატიული და არა მაცთუნებელია. FDA-ს კანონები და რეგულაციები მოქმედებს როგორც საშინაო, აგრეთვე იმპორტირებულ პროდუქტებზე. მისი დადებითი დასკვნა ფართოდ მიღებულია, როგორც ე. წ. ოქროს სტანდარტი საერთაშორისო დონეზე და ნიშნავს, რომ პროდუქტი შეესაბამება უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის სტანდარტებს. შემადგენლობის, წარმოების სტადარტების, მოქმედების ძალისა და ტოქსიკურობის კვლევა, მიღებული ლაბორატორიული პროცედურების მიხედვით წარმოებს, რომლებიც გაწერილია რეზიუმეში „ოფიციალური მეთოდების ოფიციალური ანალიზი ანალიტიკური ქიმიკოსების ასოციაციის მიერ“. როდესაც FDA-ს მკვლევარები, რომელთაც სხვაგვარად მომხმარებელთა უსაფრთხოების მოხელეებსაც უწოდებენ, აღმოაჩენენ გარემოებას, რომელიც შესაძლოა ნებისმიერი ზემოაღნიშნული კანონით დადგენილ წესებს არღვევდეს, ისინი მწარმოებელს წერილობით დასკვნას გადასცემენ, რომელშიც მოცემულია რეკომენდაციები ამ პრობლემის გამოსასწორებლად. მათ შეუძლიათ აგრეთვე გამოსცენ ბრძანება იმ წარმოებული პროდუქტის ამოღების ან წარმოების შეწყვეტის შესახებ, რომელიც სტანდარტებს არღვევს. მედიკამენტები და აპარატურა მოიცავს ყველა წამალს, დიაგნოსტიკურ პროდუქტებს სისხლსა და მის შემადგენელებს, ბიოლოგიურ, ვეტერინარულ წამლებსა და ცხოველებისთვის განკუთვნილ მედიკამენტის შემცველ პროდუქტებს. ყველა მწარმოებელი და გამავრცელებელი კანონითაა ვალდებული მსგავსი პროდუქტები FDA-ში დაარეგისტრიროს, რათა მათ წარმოებისა და იმპორტირების უფლება მიეცეთ.

ახალი მედიკამენტებისა და ადამიანისთვის განკუთვნილი ბიოლოგიური პროდუქტების კონტროლი აუცილებელია იქამდე, ვიდრე ბაზარზე გასვლისთვის დასტურს მიიღებენ. მწარმოებელს ან სპონსორს თავად შეაქვს განცხადება, რომელშიც მოცემულია მისაღები მეცნიერული მონაცემები ტესტირების შედეგების შესახებ, რომელიც ამოწმებს პროდუქტის ეფექტურობასა და უსაფრთხოებას წინასწარ განსაზღვრული მიზნით მოხმარებისთვის. მედიკამენტების ყველა მწარმოებელს მოეთხოვება FDA-ში რეგისტრაცია და იმ მოთხოვნების დაკმაყოფილება, რომელიც აუცილებელია ყველა მედიკამენტის წარმოებისა და ბაზარზე გატანისთვის, იქნება ეს გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაცია, თუ ეტიკეტირების კრიტერიუმები. მწარმოებლები ვალდებულნი არიან დაემორჩილონ წარმოების პროცესის არსებულ „საუკეთესო პრაქტიკას“, რომელიც მოიცავს წარმოების პროცესის უმკაცრეს კონტროლს, პერსონალის წვრთნას, კომპიუტერიზირებულ ოპერაციებს, ასევე საბოლოო პროდუქტის შემოწმებას. FDA აქვეყნებს გაიდლაინებს, რათა დაეხმაროს მწარმოებელს უკეთ გაეცნოს წარმოების არსებულ სტანდარტებს. აშშ-ის ფარმაცევტული ცნობარი მიღებული პროდუქტების ოფიცილურ ნუსხას წარმოადგენს.

FDA ასევე აკონტორლებს სამედიცინო აპარატურას. ათასობით სამედიცინო დანიშნულების პროდუქტი, თერმომეტრიდან და ინფრაუტერინული მოწყობილობებიდან (IUD) დაწყებული ისეთი რთული მექნიზმებით, დამთავრებული, როგორებიცაა: კარდიალური მონიტორები, პეისმეიკერები, მკერდის იმპლანტანტები და თირკმლის დიალიზის მანქანები. ისინი ბაზარზე გამოსვლამდე წინასწარ შემოწმებას საჭიროებენ. ეს პროდუქტები მკაცრ კონტროლს გადიან საქონლის წარმოების პრაქტიკის, ეტიკეტირების, მწარმოებლის რეგისტრაციისა და ქმედითობის სტანდარტების შესაბამისად.

ეფექტურობისა და პოტენციური საშიშროებების მონიტორინგი 1970-იანი წლებიდან უფრო გამკაცრდა, ესტროგენების კარცინოგენური და მუტაგენიკური ეფექტების და ქლორამფენიკოლის ძვლის ტვინზე ტოქსიკური ეფექტის აღმოჩენის შემდეგ. მაგალითისთვის, მედიკამენტი სახელწოდებით ტალიდომიდი, რომელიც 1960-იან წლებში ფართოდ გამოიყენებოდა ევროპაში, კანადასა და ავსტრალიაში, დაწუნებული იქნა FDA-ს მიერ. აღმოჩნდა, რომ ეს პრეპარატი ახალშობილებში სერიოზულ დეფექტებს იწვევდა და შესაბამისად მრავალმა ქვეყანამ ხმარებიდან ამოიღო. სისხლის და მისი პროდუქტების კონტროლი კიდევ უფრო გამკაცრდა 1980-იან წლებში, ისეთი დაავადებების გავრცელების გამო, როგორებიცა შიდსი, B და C ჰეპატიტები. პასუხისმგებლობა ამ რეგულაციის ფუნქციონირებაზე ნათლადაა ასახული 1995 წელს საფრანგეთში, ჯანდაცვის სფეროს რამდენიმე გავლენიანი წარმომადგენლის წინააღმდეგ აღძრულ საქმეში, რომელშიც მათ ბრალი ედებოდათ შიდსის ვირუსით დაბინძურებული სისხლის გავრცელების შეფერხების მიუღწევლობაში. პრობლემამ, რომელიც მკერდის სიმსივნის იმპლანტანტების შესაძლო კანცეროგენულობას ეხებოდა, ამ ტიპის პროდუქციაზე კონტროლი კიდევ უფრო გაამწვავა. ახალი

პროდუქტის კარგად რეგულირებულ დასტურსა და უსაფრთხოებას შორის ბალანსის დაცვისათვის აუცილებელია მაღალი პროფესიონალიზმისა და მოტივაციის მქონე რეგულირების სააგენტო, მაღალი განვითარების პროცედურებითა და თანამშრომლებით.

ფარმაცევტული პროდუქციის წარმოების, საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკის ან საუკეთესო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის წერილობით პროტოკოლების სტანდარტიზირების იდეა ეფუძნება ნორმებს, რომელთაც, თავის მხრივ, საფუძვლად იმ დროისათვის არსებული მეცნიერული ცოდნა და გამოცდილება უდევს. რეკომენდირებული იმუნიზაციის ცხრილები, წყლის ხარისხის ან გარემო ჰაერის სტანდარტები ან საკვების გაძლიერება და დიაბეტის სანინააღმდეგო ეტაპის სკრინინგის პროგრამები; ეს არის არასრული ჩამონათვალი მიღებული პრაქტიკის მაგალითებისა, რომლებიც შემდგომში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტანდარტებად იქცნენ.

ჯანდაცვის შესაბამისი ტექნოლოგიები

მრავალრიცხოვან ლიტერატურასა თუ სამედიცინო ტექნოლოგიის შეფასების საერთაშორისო საზოგადოების შეკრებებზე განხილული თემები ნათლად მიუთითებს ტექნოლოგიების შეფასების სფეროს დინამიკურობაზე. საკითხები ეხება მედიკამენტების ეკონომიკურ შეფასებას, ცხოვრების დონის საზომებს, ტექნოლოგიების გავრცელებისა და გავლენის დონეს, ჯანდაცვას განვითარებად ქვეყნებში, შედეგების შეფასების კრიტერიუმებს, ფინანსებსა და ჯანმრთელობის დაზღვევას, ინფორმატიკას, ტელერაგიოლოგიას, უნარშეზღუდულთათვის განკუთვნილ ტექნოლოგიებს, მიდგომათა მოდელირებას, სკრინინგს, და ეკონომიურობას. კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური მიდგომების ნაირსახეობა აუცილებელი ელემენტებია, როგორც მაღალი, ასევე დაბალტექნოლოგიური სერვისის შემოწმებისას. ჯანდაცვის ხარჯების ზრდასა და მოსახლეობაში ასაკის მატებასთან ერთად, სამედიცინო ინოვაციები სულ უფრო და უფრო სწრაფი ტემპით ვითარდება და ამის გამოც პაციენტი და საზოგადოებაც ჯანდაცვისგან სულ უფრო და უფრო მეტს ელის.

სათანადო ტექნოლოგიებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია განსაზღვრას როგორც ტექნოლოგიებს, რომლებიც საჭიროა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური, დემოგრაფიული და ფინანსური მდგომარეობის გათვალისწინებით. რესურსები ყველა ქვეყნისთვის შეზღუდულია და მაშასადამე, ყველა მათგანს აუცილებლად სჭირდება ჯანდაცვის სტრატეგიისა და სათანადო ტექნოლოგიების სწორად შერჩევა, რათა შეზღუდული რესურსების ეფექტური გამოყენება მოხდეს.

განვითარებად ქვეყნებში, ბებიაქალების გაწვრთნა პრენატალური მომზადებისა და ნორმალური მშობიარობისთვის აუცილებელია დასახლებულ ადგილებში დედათა სიკვდილიანობის შესამცირებლად. მსგავსად ამისა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკებს შეუძლიათ იზრუნონ ღარიბ მოსახლეობაზე, რომელიც ნაკლებად მიუწედებათ ხელი სამედიცინო მომსახურებაზე ლოკალური საჭიროების მიხედვით შექმნილი პაკეტების შექმნით, რომელიც იმუნიზაციისგან, კვების კონსულტაციისგან და მალარია და ტუბერკულოზის კონტროლისგან შედგება.

სათანადო ტექნოლოგიების საუკეთესო მაგალითია WHO-ს ინიციატივა ნამლების ნაცვლად ფორმულარიების პოპულარიზაციის შესახებ, როგორც შეჯერებულ სიის აუცილებელი პრეპარატებისა, რომლებიც აუცილებელია ქვეყნის ჯანდაცვის მთავარი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად და ამ გზით კომერციულ ბაზარზე დუბლირებული და კომბინირებული პროდუქტების გაჩენისათვის ხელის შეშლასთან დაკავშირებით. WHO-მ მოიწვია ყველა წევრი სახელმწიფო, რათა ხელი შეუწყო ეკონომიკის და პრეპარატების რაციონალური გამოყენებისთვის და მხარი დაუჭირა სახელმწიფოებს ამ აუცილებელი პრეპარატების შესყიდვაში, რომლებიც თავად აირჩიეს. წევრმა ქვეყნებს მიეღებიც შეთავაზება მედიკამენტების მარეგულირებელი სააგენტოების, ლეგალიზების, ხარისხის კონტროლის, ინფორმაციის, მიწოდების და ტრენინგის საკითხებზე. სტანდარტული რეფერალური ლაბორატორიები, საერთაშორისო ფარმაკოპეტია და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კრებული მედიკამენტების შესახებ პროპაგანდას უნევს საერთაშორისო სტანდარტებს და ხელმძღვანელობას უნევს სახელმწი-

ცხრილი 15.2 პრივილეგირებული ეკონომიური ჩარევები დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე განვითარებად ქვეყნებში, 1990 წ.

მომსახურების ტიპი მინიმალური პაკეტიდან	თავიდან აცილებულ დაავადებათა სიმძიმე (%) ქვეყნებში			
	დაბალი შემოსავალი		საშუალო შემოსავალი	
	% აცილებული დაავადებებისა	ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე	% აცილებული დაავადებებისა	ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა				
იმუნიზაციის საყოველთაო პროგრამა (EPI Plus) (დპტ, პოლიომელიტი, წითელა, B ჰეპატიტი, ყვითელი ცხელება+ A ვიტამინი)	6.0	$0.50	1.0	$0.80
სკოლის ჯანდაცვის პროგრამა (მკბენარებისგან დაცვის ჩათვლით)	0.1	1.40	0.4	0.60
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სხვა პროგრამები (ოჯახური დაგეგმვის, ჯანმრთელობისა და კვების შესახებ განათლება)	—[3]	1.40	—[3]	3.10
თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების კონტროლი	0.1	0.30	0.3	0.30
შიდსის პრევენცია	2.0	1.70	2.3	2.0
სულ(საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა)	8.2	4.20	4.0	0.20
პაციენტის მოვლა				
ტუბერკულოზის პდთ (DOTs)[2]	1%	$0.60	1%	$6.80
დაავადებული ბავშვის მართვა	14	1.60	4	0.20
მშობიარობამდელი მოვლა და მშობიარობის მართვა	4	3.80		8.80
ოჯახური დაგეგმვა	3	0.90	1	2.20
სგდ მკურნალობა	1	0.20	1	0.30
შეზღუდული სამედიცინო მომსახურება: ტკივილი, ტრავმა, ინფექცია	1	0.70	1	2.10
სულ (პაციენტის მოვლა)	24	7.80	11	14.70
სულ	32%	12.00	15%	21.50

წყარო: მსოფლიო ბანკი, მოხსენება მსოფლიოს განვითარების შესახებ, 1993
[1]დაბალი შემოსავალი=<$350 მწ ერთ სულ მოსახლეზე; საშუალო შემოსავალი = > $2,500 ერთ სულ მოსახლეზე
[2]პდთ (DOTs) – პირდაპირი დაკვირვებითი თერაპია, მოკლე კურსი (Directly Observed Therapy, short course)
[3]არგებული დათვლილი არ არის

ფოებს. WHO-ს აუცილებელი ნაბიჯების სია ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემის ხარისხისა და ეკონომიურობის ზრდის საუკეთესო საშუალებაა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1993 წელს გამოქვეყნებულ მსოფლიოს განვითარების შესახებ მოხსენებაში წარმოდგენილია კლინიკური და საზოგადებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების ხარჯეფექტური კლასტერები, რომლებიც ითვალისწინებენ დაავადების შედეგების გავლენასთან დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე განვითარებად ქვეყნებში. ეს პროგრამები ორიენტირებულია იმ დაავადებებზე, რომლებიც ყველაზე

თა დიდ და მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენენ და შედარებით იაფფასიან ჩარევას ემორჩილებიან. ამ მოხსენებამ ჩამოაყალიბა ჩარევათა ნუსხა, რომელთაც შეუძლიათ ძირითადი ფონის შეცვლა დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ჩარევების გამოყენებით (ცხრილი 15.2) მაგალითისათვის, იმუნიზაციის საყოველთაო პროგრამა (EPI Plus) თავიდან გვაცილებს ავადმყოფობის ზოგადი ტვირთის 6%-ს დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში და თითოეულ აცრილ ბავშვზე 14.60 დოლარი ღირს, ანუ 0.50 დოლარი ერთ სულ მოსახლეზე.

WHO ენევა ძირითადი რადიოლოგიური ერთეულების (BRU) ფართო გამოყენების პოპულარიზაციასაც, რათა კიდევ უფრო ხელმისაწვდომი გახადოს იაფფასიანი, ეფექტური, დიაგნოსტიკური რენტგენის სხივები, განსაკუთრებით სოფლის მცხოვრებლებისთვის განვითარებად ქვეყნებში. BRU არის ძლიერი, შედარებით ნაკლებფასიანი საშუალება, რომლის გამოყენება შესაძლებელია მოუხერხებელ პირობებშიც რესპირატორული ინფექციებისა და მოტეხილობების მარტივი დიაგნოზირებისთვის. WHO-ს შეფასებებით დიაგნოსტიკური რადიოლოგიის პროცედურების 80%-ის ჩატარება უპრობლემოდაა შესაძლებელი მარტივი, უსაფრთხო და დაბალფასიანი აღჭურვილობის გამოყენებით შესაბამისი წვრთნის მქონე პირების მიერ. ამ შეხედულებას წამყვანი რადიოლოგები და კლინიკური ექიმები იზიარებენ, რომლებიც ორგანიზაციას ეხმარებიან აპარატის მოდელებისა და სანვრთნელი მასალების შეფასებაში.

ინდუსტრიულ ქვეყნებში ტექნოლოგიურმა ნინსვლებმა სამედიცინო და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სფეროში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდაში მთავარი როლი ითამაშა და ქვეყნები მიიყვანა ძვირადღირებული ინოვაციების, მათ უარყოფითი და დადებითი მხარეების შეუფასებლად, მიღების სელექტიურობამდე. მრავალმა ქვეყანამ კიდევ უფრო ფრთხილი პოლიტიკა აირჩია სამედიცინო აპარატურის, პროცედურებისა და მედიკამენტების ახალი ტექნოლოგიების უსაზღვრო ზრდის ფინანსირებასთან მიმართებაში. დღეისთვის ტექნოლოგიათა ორგანიზებული, სწორად მიმართული შეფასება ჯანდაცვის მენეჯმენტის განუყოფელი ნაწილია მომსახურების მიწოდების საერთაშორისო, ეროვნულ თუ ადგილობრივ დონეებზე.

ტექნოლოგიების შეფასებაზე ყველაზე დიდ პასუხისმგებლობა ნაციონალურ დონეზე მოდის დეცენტრალიზაციის მიუხედავად.

ჯანდაცვის სისტემაში სათანადო ტექნოლოგიების საკითხი რთულდება, რადგან მისი დატვირთვა ხდება ეკონომიკური, ლეგალური და ეთიკური პრობლემებით.

დაუდასტურებელი ღირებულების მქონე ტექნოლოგიები შესაძლოა ძალიან ემოციურ და პოლიტიკურ საკითხს წარმოადგენდეს მართული ჯანდაცვის ან ნაციონალური პოლიტიკის კრიტიკისას, თუმცა შეზღუდული ეროვნული რესურსების ხარჯვა ულტრაბგერის დანადგარებზე, მაგნიტო—რეზონანსული კვლევის აპარატებზე ან საავადმყოფოში დიდ ხანს უარყ-

ჩანაჩთი 15.1 კითხვები ტექნოლოგიური შეფასებისთვის

კითხვები რომლებიც წარმოადგენენ სამედიცინო ინოვაციის ტექნიკური შეფასების საწყისებს

1. არის ეს ახალი სერვისი, თუ ის ნაკლებად ეფექტურ სერვისს ჩაანაცვლებს?
2. არსებობს თუ არა მისი საჭიროება?
3. რომელ ადგილს იკავებს იგი დაწესებულების განვითარების პრიორიტეტების ნუსხაში?
4. იმეორებს თუ არა ის საზოგადოებაში უკვე არსებულ მომსახურებას?
5. აქვს თუ არა მას აზრი სამედიცინო მხრივ, სხვაგვარად, ეხმარება თუ არა ის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესს პაციენტის სასარგებლოდ?
6. რა ალტერნატივები არსებობს?
7. რა რესურსებია საჭირო შესყიდვის, აღჭურვის და შენახვისათვის?
8. აქვს თუ არა დაწესებულებას ამის საშუალება?
9. რა ალტერნატიული გამოყენება შეიძლება მოეძებნოთ ინოვაციისთვის საჭირო რესურსებს?

ბლოდ გაჩერებაზე ხელს უშლის ჯანდაცვის სხვა ასპექტების განვითარებას. საზოგადოებას უნდა ჰქონდეს სურვილი და შესაძლებლობა სამედიცინო ინოვაციებში ან სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩარევებით უკეთესი ცხოვრების ხარისხში ფულის გადახდისა. თუმცა ჯანდაცვის სისტემაზე დაზოგვამ შესაძლოა ზუსტად ისეთივე უარყოფითი შედეგი მოგვცეს, როგორც ეს რესურსების არასწორად განაწილების შემთვევაშია შესაძლებელი.

ჯანდაცვის ტექნოლოგიების შეფასება

სამედიცინო და ჯანდაცვის ტექნოლოგიის შეფასება არის სამედიცინო მომსახურების ნებისმიერი ფორმის, თითოეული ადამიანისა და საზოგადოების ჯანმრთელობაში შეტანილი წვლილის დადგენის პროცესი. ეს არის კონკრეტული ტექნოლოგიის სავარაუდო გავლენის, მისი უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის სისტემატური ანალიზი, მისი სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური, სამართლებრივი და ეთიკური შედეგების გათვალისწინებით. ტექნოლოგია შესაძლოა მოიცავდეს დანადგარს, ვაქცინას, ოპერაციას, ან თუნდაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციისა და მართვის ფორმას. ანალიზი უნდა მოიცავდეს ხარჯებისა და სარგებლის, აგრეთვე ხარჯთეფექტურობის კვლევებს და მათთან ერთად კლინიკურ შედეგებსა და ქმედების სხვა ინდიკატორებს. პროფესიონალების, ახალი სამედიცინო აპარატურის მწაარმოებლებისა და საზოგადოების ზეწოლა ახალი მეთოდების მიღებისთვის შესაძლოა ძალიან ძლიერი და უწყვეტი იყოს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოვიჩინოთ, რათა ის სპეციალისტები, რომლებიც შეფასების კომიტეტებში არიან ჩართულნი, არ წარმოადგენენ ადამიანებს, რომელთაც შესაძლოა პირდაპირი სარგებელი ნახონ ამ ტექნოლოგიის გამოყენებით და ამის გამო შესაძლოა განიცდიდნენ ინტერესთა კონფლიქტს. შეფასებები უნდა გაკეთდეს მულტიდისციპლინალური ხედვით, პოლიტიკის ანალიტიკოსების, ექიმების, ეკონომისტების, ეპიდემიოლოგების, სოციოლოგების, სამართალმცოდნეების და ეთიკის სპეციალისტების ჩართვით. ხელმისაწვდომი ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს ფაქტებს კლინიკური ცდებიდან, ლიტერატურისა და რესურსების განაწილებაზე ტექნოლოგიის მიღების ეფექტის კრიტიკულ ანალიზს.

სამედიცინო ტექნოლოგიები განსხვავდებიან, როგორც წარმოების, ასევე მისი გამოყენების სირთულისა და ღირებულების მიხედვით. სამედიცინო ტექნოლოგია, რომელიც არ

ჩანართი 15.2 ენდოსკოპიური ქირურგია

1990-იან წლებში ენდოსკოპიური ქირურგია წარმოადგენდა მნიშვნელოვან წინსვლას სამედიცინო სფეროში, რომელიც ძალიან სასარგებლო იყო პაციენტის მკურნალობისთის ტრავმის, დისკომფორტისა და საავადმყოფოში გაჩერების დროის შესამცირებლად. ქირურგები სულ უფრო და უფრო ხშირად ირჩევდნენ მას როგორც ქირურგიულ მეთოდს. 1990 წელს საფრანგეთში გაკეთებული პირველი 100 ოპერაციის ანგარიშის შემდეგ ენდოსკოპიური ოპერაცია საოცარი სისწრაფით გავრცელდა მთელს მსოფლიოში. დღესდღეობით მას ქირურგები აღიარებენ როგორც უსაფრთხო, ნაკლებად ტრავმულ და ეფექტურ მიდგომას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ტიპის ოპერაციებს მეტი დრო სჭირდება, პაციენტს შეუძლია რამდენიმე დღეში დატოვოს საავადმყოფო და თავის საქმიანობას მოკლე დროში დაუბრუნდეს. ტრადიციული აბდომინალური ქირურგიისგან განსხვავებით, რომლის შემდეგაც პაციენტი დიდი ხნის განმავლობაში თავს ცუდად გრძნობდა და ინტენსიურ მოვლას საჭიროებდა, მთელ რიგ ამბულატორიულ პაციენტებში, ენდოსკოპიური ქირურგია ქოლეცისტექტომიის, საყლაპავის, კოლორექტალური, რენალური, ორთოპედული, ჰერნიორაფილური და სხვა ქირურგიული ჩარევებისთვის უკვე იქცა ქირურგიული ჩარევის სტანდარტად. აღინიშნება გართულებები და მეტი პროცედურები ტარდება, რაც ბადებს ეჭვს, რომ ეს ნაკლებად ტრავმული მეთოდი, ოპერაციის რიცხვის გადაჭარბებულ ზრდას ხომ არ გამოიწვევს. ეკონომიკური შედეგები ასეთ შემთხვევებში ძალიან მნიშვნელოვანია.

საჭიროებს შესყიდვისა და შენახვისთვის დიდ ხარჯებს, დაბალი დონისაა მაშინ, როდესაც მაღალი დონის ტექნოლოგიები (ე.წ. ჰაიტექი) წარმოადგენს ტექნოლოგიებს, რომლებიც კომპლექსური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკისთვისაა განკუთვნილი.

ორალური რეჰიდრატაციის თერაპია სწორედ ერთ-ერთ დაბალტექნოლოგიურ მიღწევას წარმოადგენს და იგი 1960 წელს დიარეული დაავადების დროს დაკარგული წყლის ელექტროლიტების ორალური გზით შევსებისთვის გამოიგონეს. *ლანცეტში* ის აღწერილია როგორც მე-20 საუკუნის ერთ-ერთი უდიდესი სამედიცინო მიღწევა. ამ თერაპიის გამოყენებამ დეჰირდატაციის თავიდან აცილების მიზნით მსოფლიო მასშტაბით ასობით ათასი ადამიანის სიცოცხლე გადაარჩინა. პოლიომელიტის აღმოფხვრაში, საბინის ორალურ ვაქცინას დიდი უპირატესობა გააჩნია მის კონკურენტ სალკის ვაქცინასთან შედარებით, რამდენადაც ის ბევრად ნაკლები ღირებულებისაა და ნაკლებად კვალიფიციური ადამიანებისთვის ადვილად გამოსაყენებელია.

ჯანდაცვის სისტემაში მაღალ და დაბალტექნოლოგიურ პროცედურებს შორის დისონანსი შესაძლოა სერიოზული შედეგების მომტანი გახდეს. არჩევანი მაღალტექნოლოგიურ სამედიცინო მომსახურებაზე რესურსების განაწილებასა და დაბალტექნოლოგიურ პირველ დახმარებას შორის რესურსების განაწილებაში მოითხოვს სარგებლის, ღირებულების, ალტერნატივის, ეთიკის და პოლიტიკური შედეგების კარგად ინფორმირებულ ანალიზს. ჰაიტექ პროცედურები, როგორც წესი, გამოიყენება კლინიკურ პირობებში ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების დროს, უმეტესად კრიტიკულ პაციენტებში. კომპიუტერული ტომოგრაფია, რომელიც 1960-იან წლებში გამოიგონეს, მალევე შეფასდა, როგორც უსაზღვროდ მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური საშუალება. დადასტურებულია, რომ ტომოგრაფია და სხვა მისი მსგავსი გაშუქების ტექნოლოგიები ხარჯდამზოგველი და ამავე დროს სიცოცხლის შემანარჩუნებელია. მათ ჩაანაცვლეს ნაკლებად ეფექტური და საშიში ინვაზიური პროცედურები. კომპიუტერული ტომოგრაფია ექიმს საშუალებას აძლევს სწრაფად დასვას დიაგნოზი მაშინ, როცა ჯერ კიდევ შესაძლოა მცირე და ეფექტური ჩარევა.

ტექნოლოგიური შეფასება სამედიცინო მდგომარეობის პრევენციისა და მართვის მეთოდების კვლევის საშუალებას იძლევა. მკურნალობის ოქმები ან კლინიკური სახელმძღვანელოები დაფუძნებულია ფაქტთა ანალიზზე. გამოქვეყნებული კლინიკური კვლევები ფასდება მეტა—ანალიზების საფუძველზე, სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით, სადაც შერჩეული კვლევები წინასწარ ჩამოყალიბებულ ხარისხის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს. ეს გვაძლევს მონაცემთა გაერთიანებული მიმოხილვის და ამასთან ერთად მონაცემთა შეფასების საშუალებას. კლინიკური სახელმძღვანელოები სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების ზრდის ნაწილია, თუმცა ამასთან ერთად ის ხარჯების დაზოგვისას დიდ როლს თამაშობს. ბევრი ქვეყანა ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პოლიტიკისა და ახალი ტექნოლოგიების მეტა—ანალიზის განსახორციელებლად პროფესიონალურ კვლევით ჯგუფებს აყალიბებს.

ტექნოლოგიების შეფასება საავადმყოფოებში

სხვადასხვა ქვეყნის მეორემდე საავადმყოფოები მთლიანი ნაციონალური ჯანდაცვის დანახარჯების 40–დან 70%-ს მოიხმარენ. პაციენტთა ასაკის ზრდამ და მათმა მოკლევადიანმა დაყოვნებამ საავადმოყოფოებში ინტენსიური სამედიცინო მომსახურებისაკენ გადასვლა გამოიწვია, განსაკუთრებით ინტერვენციული მედიცინის პაციენტებისთვის. სამედიცინო ინოვაცია უწყვეტი პროცესია, რომლის დროსაც ბაზარზე დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი საშუალებები შემოდიან.

საავადმყოფოები სამედიცინო ეკონომიკის ნაწილს წარმოადგენენ. ქვეყნის მთავრობა ატარებს სამედიცინო ტექნოლოგიების განაწილების მარეგულირებელ პროცედურებს. 1960-იანი წლებიდან აშშ-ში საჭიროების სერთიფიკატი (CON) ტექნოლოგიების შეფასების ფორმაა. ის ჰოსპიტალური მომსახურების შეფასებისა და რეგულირებისთვის გამოიყენება, რათა ქვეყანამ ჭარბ მიწოდებას და სერვისების დუბლირების ხარჯიან პრობლემებს თავი აარიდოს. ის ცდილობს ძვირადღირებული ტექნოლოგიების გავრცელებისთვის რაციონალური კრიტერიუმები შეიმუშავოს და დანერგოს. თუმცა ამ ყველაფრის გრძელვადიანი შედეგი მაღალტექნოლოგიური მედიცინის სიჭარბის რეგულირებაზე სადავოა. ეს მარეგულირებელი მიდგომა შემუშავებული იქნა მხოლოდ ჰოსპიტალური პირობებისათვის და ვერ შეძლო შეეჩერებინა ისეთ მოგებაზე ორიენტირებული

ფილალტექნოლოგიური სამედიცინო სერვისცენტრების გავრცელება, რომლებიც დაკავებულები არიან ამბულატორიული CT და სხვა მსგავსი ტიპის კვლევებით.

მრავალმა ქვეყანამ შემოიღო ტექნოლოგიების შეფასების ნაციონალური სისტემები იმ ფართო პროფილის გაიდლაინების შესაქმნელად, როგორებიცაა მწვავე კარდიალური ჩარევები, ღვიძლის, გულისა და ფილტვის გარსხვლანტაცია, მცირე ქირურგიული მანიპულაცია, სხივური და იზოტოპური რადიოთერაპია, დიაგნოსტიკური ულტრაბგერა, ძილის აპნოე, პროსტატის კიბო, მაგნიტური რეზონანსული კვლევა.

მიუხედავად შეზღუდვებისა, რომელთა გამოც მთავრობა ალარ წარმოადგენს ჯანდაცვის მომსახურებათა პირდაპირი კონტროლის ორგანოს, რეგულირება მაინც საჭიროა, რათა მომსახურებისას უთანასწორობა აღმოიფხვრას. რეგულირების მექანიზმები საჭიროა ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვის დროს, რათა შეიზღუდოს ჰაიტექ მომსახურებების გადაჭარბებული და არაგონივრული გამოყენება. საჭიროა მათი ფისკალური ინიციატივებით გამყარება, რომ სხვა აუცილებელი სერვისები განვითარდეს.

ტექნოლოგიების შეფასება პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში

პრევენციული სამედიცინო მომსახურების ტექნოლოგიების შეფასება მოიცავს როგორც თავად მეთოდოლოგიის, აგრეთვე მისი ხარჯებისა და სარგებეილს გაზომვას. მსოფლიო ბანკის შეფასებით, წითელას საწინააღმდეგო აცრის 80%-იანი დაფარვა ბევრად უფრო ეფექტურია, ვიდრე 60%–იანი დაფარვა, ამის ნათელი მაგალითია დამატებით 11 000 ადამიანის გადარჩენა ბანგლადეშის მხარეში. აფრიკის რამდენიმე ქვეყანაში ტუბერკულოზის ამბულატორიული მკურნალობა 1-3 აშშ დოლარი ღირს უუნაროობით დადგენილ ცხოვრების თითოეულ წელზე (DALY) გადაანგარიშებით.

1990-1991 წლებში იმუნიზაციის დაფარვის მაღალი მაჩვენებლის მიუხედავად, კანადაში წითელას ეპიდემია ორჯერ დაფიქსირდა. ამის შემდეგ, 1993 წელს დელფის კონფერენციაზე 31 ქვეყნიდან მოწვეული ექსპერტების ჯგუფი შეთანხმდა იმუნიზაციის პოლიტიკის გაძლიერებაზე და წითელას საწინააღმდეგო აცრის დოზის გაორმაგებაზე. ახალი ვაქცინების შემოსვლისას აუცილებელი და მნიშვნელოვანია მათი ეფექტურობის, ხარჯებისა და მიღებული სარგებელის სწორად შეფასება. B ჰეპატიტის ხარჯი სამდოზიანი იმუნიზაციისთვის 100 აშშ დოლარს შეადგენდა, თუმცა ამერიკის საზღვრებს გარეთ საბითუმო შესყიდვებისთვის ეს ციფრი 2 დოლარამდე საგრძნობლად შემცირდა. ეს ვაქცინა დღესდღეობით ხარჯეფექტური საშუალებაა ღვიძლის კიბოს და ქრონიკული ჰეპატიტის ხანგრძლივი შედეგების პრევენციისთვის.

თელასემიის სკრინინგმა და მისმა სწავლებამ თითქმის მოსპო კლინიკური დაავადებები ძლიერი გავრცელების არეებში, თუმცა მისი გადამტანი სტატუსი კვლავ არსებობს კვიპროსში, სამხრეთ საბერძნეთსა და სხვა ქვეყნებში. ფენილკეტონურიის, ჰიპოთიროიდიზმის, ტაისაქსის დაავადებებისა და სხვა გავრცელებული დაავადებების სკრინინგი და შემთხვევათა მენეჯმენტი ბევრად უფრო ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს, ვიდრე მწვავედ დაავადებულ და დამოკიდებულ ბავშვთა მკურნალობა და მოვლა.

პაპანიკოლაუს ნაცხის გამოყენებით ყელის კიბოს სკრინინგი მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის აუცილებელია ყოველწლიურად, ხოლო მოზრდილი ქალებისთვის – ყოველ ორ-სამ წელიწადში. მამოგრაფია ეფექტურია, თუმცა მხოლოდ 35 წელს გადაცილებულ ქალებში, რომლებიც მოწმდებიან ორჯერ წელიწადის განმავლობაში. ჯანმრთელობის პოპულარიზაცია თავდაპირველი ჯგუფის ან მასების ჩართვით შიდსისა და სიგარეტის წინააღმდეგ აგრეთვე ძალიან ეფექტურია, ამ მეთოდის დაბალტექნოლოგიური ხასიათის მიუხედავად. ჰიპერტენზიის სკრინინგი და შემთხვევათა ანალიზიც დაბალტექნოლოგიური, მაგრამ ეფექტური მეთოდია ინფარქტებისა და სიბრმავის პრევენციისთვის.

1990-იან წლებში დაბალტექნოლოგიურმა ინოვაციებმა დიდი გავლენა იქონიეს სიკვდილიანობისა და დაზიანებათა რიცხვის შემცირებაში. ეს მოიცავდა ავტომანქანებში უსაფრთხოების ღვედების მოხმარების სავალდებულო ქცევას, ავტომანქანებში ბავშვების საჯდომ სკამებს, უსაფრთხოების ბალიშებსა და უსაფრთხოების ჩაფხუტებს ველო და მოტო სპორტში. მარილის იოდიზირება და საკვების ვიტამინით გამდიდრება საშუალებას გვაძლევს თავი ავარიდოთ გონებრივი ჩამორჩენილობის, სიკვდილიანობის და სიბრმავის უამრავ შემთხვევას. კარდიოვასკულური დარღვევების რისკფაქტორების შემცირებისთვის ცოდნის მიწოდება

ბევრად უფრო ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს, ვიდრე ნაადრევი სიკვდილიანობა, ინსულტისა და გულის შეტევების მქონე პაციენტების მოვლა. სამედიცინო განათლება, პრეზერვატივებისა და ნემსების მარაგი, სისხლის დონაციის სკრინინგი შიდსის გავრცელების წინააღმდეგ საბრძოლველად ყველაზე ეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს. ცხრილი 15.3 ერთმანეთს ადარებს ჯანმრთელობის პრობლემების მიმართ მაღალ და დაბალტექნოლოგიურ მიდგომებს, რომლებიც ხშირად ერთმანეთს ავსებენ.

ტექნოლოგიების შეფასება წარმოადგენს გამოქვეყნებული კვლევების შესწავლითა და მაღალკვალიფიციური კლინიკური ექიმების, ეპიდემიოლოგისტებისა და ეკონომისტების აზრთა გაცვლით მიღწეულ ამჟამინდელ კონსენსუსს. შესაძლოა დროთა განმავლობაში ახალი მონაცემებისა და ინოვაციების შემოტანის ხარჯზე მათ ცვლილებები განიცადონ. ტექნოლოგიების შეფასება მობილიზებას უკეთებს ინფორმაციას და კრიტიკულად აანალიზებს სამედიცინო ტექნოლოგიის მრავალ ასპექტს, რათა მიღწეულ იქნას შეთანხმება, რომელიც გავლენას იქონიებს პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებზე. საზოგადოებრივი აზრი, პოლიტიკური ლიდერობა, ადმინისტრაციული პრაქტიკა და მეცნიერული სულისკვეთება აუცილებელი ფაქტორებია ამგვარი კონსენსუსის მისაღწევად.

ტექნოლოგიის შეფასება ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემებში

ტექნოლოგიების შეფასება ეროვნული სარეგულაციო სააგენტოების ჩარჩოებში მოქმედების ორგანიზაციას მოითხოვს. ამერიკის შეერთებული შტატების საკვებისა და წამლის ადმინისტრაცია (FDA) სწორედ ამ მიზნებს ემსახურება. შვედეთს, კანადას, ავსტრალიას, დიდ ბრიტანეთს, ჰოლანდიას, ესპანეთსა და სხვა ქვეყნებს ასევე გააჩნიათ ტექნოლოგიების შეფასების მრჩეველი ან მარეგულირებელი სააგენტოები, რომლებიც ეროვნულმა მთავრობამ ჩამოაყალიბა ახალი ტექნოლოგიების შემოწმებისა და მონიტორინგისთვის. შვედეთში არსებობს ფართო წარმომადგენლობის მქონე ჯანდაცვის ტექნოლოგიების შეფასების ეროვნული საბჭო, რომელსაც ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენელთათვის მრჩეველის როლი აკისრია.

ცხრილი 15.3 ჯანმრთელობის დაბალ და მაღალ ტექნოლოგიური პრობლემების მოგვარების მაგალითები

პრობლემა	მაღალტექნოლოგიური	დაბალტექნოლოგიური
ინფექციური დაავადებები	მკურნალობა	ვაქცინაცია
მკერდის კიბო	მამოგრაფია	მკერდის თვითგასინჯვა, კვება
სკრინინგი		
ნაწლავის კიბოს სკრინინგი	კოლონოსკოპია	ფარული სისხლდენის შემოწმება, კვება
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, პირველადი და მეორადი პრევენცია	კორონარული ანგიოპლასტიკა	სტრეპტოკინაზა, ასპირინი, დიეტა, ვარჯიში, ბეტა ბლოკერები
ნაღველის კენჭები	ლითოტროპერი აბდომინალური ქოლეცისტექტომია	ენდოსკოპიური ქირურგია
თავის ტრავმები	ინტენსიური მოვლა	ჩაფხუტები ველოსიპედისტებისთვის
თალასემია	ტრანსფუზია,	სკრინინგი, განათლება
ღვიძლის ფუნქციის დარღვევები	ღვიძლის გადანერგვა	ჰეპატიტის აცრა, სისხლის კონტროლი
დეჰიდრატაცია	ინფუზია	ორალური რეჰიდრატაცია
ნერვული მილის დეფექტები	ქირურგია, ამოკვეთა	

ცხრილი 15.4 ძირადღირებული სამედიცინო აპარატურის შესყიდვის სტანდარტები, ისრაელი, 1995 წ.

ტექნოლოგია	მდგომარეობა	სამინისტროს მიერ დაშვებული თანაფარდობა
კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT)	საავადმყოფო > 300 საწოლი	1:200,000 მოსახლეობა
კარდიალური კათეტერიზაციის ერთეული (კატ-ლაბი)	საავადმყოფოები >300 საწოლი კარდიალური რეანიმაციით >5 საწოლი	1:200,000
მაგნიტურ რეზონანსული კვლევის აპარატი	საავადმყოფო > 400 საწოლი დაშვებული რადიოლოგიის დეპარტამენტით+CT	1:300,000
გამა კამერა	სტანდარტი საავადმყოფოებში > 300 საწოლი	1:100,000
წრფივი ამაჩქარებელი	მხოლოდ სამინისტროს მიერ ნებადართულ რადიაციული თერაპიის ცენტრებში კობალტის, ჩთ სკანერებით	1-3 ერთეული ყველა 6 რეგიონში, რადიაციული თერაპიის ცენტრებში ან 1-3:1,000,000
ლითოტროპერები (ექსტრაკორპორალური) მობილურობისთვის	მთავარი სამედიცინო ცენტრი	1:1,000,000
პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფია	კვლევითი დანიშნულებისთვის	1:5,500,000

წყარო: ადაპტირებულია შიებზენერი და შემერიდან, 1995წ.

ცხრილი 15.5 მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო აპარატურისა და პროცედურების თანაფარდობები (მილიონ ადამიანზე გათვლით) არჩეულ ქვეყნებსა და 1986-1996 წლებში

	CT (კტ)		MRI (მრკ)	
ქვეყანა	1986	1993-1996	1986	1995-1996
შეერთებული შტატები	12,8	26,9	0,5	16,0
საფრანგეთი	4,7	9,4	0,5	2,3
გერმანია	6,9	16,4	0,7	5,7
ჰოლანდია	3,2	9,0	0,1	3,9
გაერთიანებული სამეფო (დიდი ბრიტანეთი)	2,7	6,3	0,3	3,4
კანადა	---	7,9	---	1,3
შვედეთი	---	13,7	---	6,8
ავსტრალია	---	18,4	---	2,9
იაპონია	27.5	69,7	0,1	18,8

წყარო: 1990 წლის მონაცემები ბანტადან, 1995წ.; 1993-1996 წლების მონაცემები ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციისათვის, 1998
CT=კომპიუტერული ტომოგრაფიის აპარატები მილიონ ადამიანზე; MRI – მაგნიტურ რეზონანსული კვლევის აპარატები მილიონ ადამიანზე

სამედიცინო პროცედურებზე საკვებისა და მედიკამენტების ეფექტურობის, უსაფრთხოებისა და ხარჯის რეგულირების ტრადიციული სისტემების მორგება მხოლოდ ახლახანს დაიწყო. ახალი პროცედურების შეუზღუდავი გავრცელება სერიოზულ დილემას წარმოქმნის ნაციონალური სააგენტოებისთვის, რომლებიც ჯანდაცვის დაფინანსებასა და ხარჯის ზრდის კონტროლზე ზრუნავენ. არასამთავრობო სამედიცინო ჯანმრთელობის დაზღვევა, ისევე როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯების გადამხდელი ინდუსტრიები, ამ პრობლემას იზიარებენ. ამის გამო უმეტესობა ექსპერტებისა მხარს უჭერს ტეგნოლოგიების შეფასებისა და ხარჯების კონტროლის მართვის მთავრობისთვის გადაბარებას.

კანადის ჯანდაცვის ფედერალური დეპარტამენტის ჯანმრთელობის დაცვის ფილიალს ევალება სამედიცინო მოწყობილობების, ისევე როგორც მედიკამენტების გადახედვა და მხოლოდ რეგიონული მთავრობების თანხმობის შემდეგ ენიჭება ლიცენზია ახალ სამედიცინო პროცედურებს. ამ პრაქტიკის დამკვიდრება ხარჯებთანაა დაკავშირებული და 1988 წლიდან სამთავრობო წარმომადგენლებმა და პროფესიონალებმა ტექნოლოგიების შეფასებისთვის არაკომერციული სააგენტო ჩამოაყალიბეს. ეს კიდევ უფრო აძლიერებს ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგიონულ ადმინისტრაციებს, რათა მათ ჯანდაცვის სისტემაში შეუმოწმებელი ტექნოლოგიებისა და პროცედურების შემოტანისთვის პროფესიონალურ და პოლიტიკურ ზეწოლას წინააღმდეგობა გაუწიონ.

მაღალტექნოლოგიური დანადგარების შესყიდვის კონტროლი ნაციონალური და სახელმწიფო მმართველების მიერ აუცილებელია, რათა თავი ავარიდოთ ძვირადღირებულ ტექნოლოგიებზე ხარჯების შესაბამისი შემოწმების გარეშე ზრდას. ცხრილი 15,4 გვიჩვენებს ისრაელის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემოღებულ სტანდარტებს. ზოგიერთი ახალი ტექნოლოგია, როგორიცაა ინ-ვიტრო ფერტილიზაცია, სამინისტროს კონტროლს გადაურჩა და ეს პრაქტიკა სრულიად უკონტროლო გახდა შეშფოთებული კლიენტებისა და მზადმყოფი მომწოდებლებისთვის. თუმცა, სამინისტრომ ჩამოაყალიბა გონივრული მეთოდები მნიშვნელოვანი დანადგარების შესყიდვებისას.

ტექნოლოგიების გავრცელება

მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო აპარატურის გავრცელების სწრაფმა ტემპმა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ჯანმრთელობის ღირებულების ზრდაში. მაგნიტური რეზონანსის კვლევის აპარატების რაოდენობა ავსტრალიაში 1985-დან 1990 წლამდე 0-დან 10-მდე გაიზარდა. მათმა რაოდენობამ 1992 წელს 25-ს, ხოლო 1994 წელს 42-ს მიაღწია. ენდოსკოპიურმა ქირურგიამ 1990 წელს მთელი მსოფლიო მოიცვა. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა ახალი ტექნოლოგიების შესახებ უმალ შეიტყვეს მედიისა და კონფერენციებზე პროფესიული ინფორმაციის გავრცელების საშუალებით, გაცვლით პროგრამებზე გამოქვეყნებულ ნაშრომებისა და სამეცნიერო ჟურნალებიდან. ცხრილი 15,5 გვიჩვენებს 1995-1996 წლებში შერჩეულ ქვეყნებში ტექნოლოგიების ზრდის ტემპს. მაგალითად მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის ხელმისაწვდომობა იაპონიაში მილიონ ადამიანზე 18,6-დან 2663 ერთეულამდე გაიზარდა ანუ მილიონ მოსახლეზე 24-მდე. თუმცა მოცემული ზრდის ტემპი მხოლოდ 1/5, ხოლო გამოყენების მაჩვენებელი მხოლოდ ნახევარია ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1996 წლის იმავე მონაცემებისა.

ეროვნული პოლიტიკა ახალი ტექნოლოგიების შემოღების ხელშესაწყობად საგულდაგულო პროგრამას მოითხოვს, რომელიც მოიცავს მარეგულირებელი და ფინანსური სახის წამახალისებლებს, დემოტივატორებს, რომელთაც შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ან შეუშალონ, პრევენციის, მკურნალობისა და საზოგადოების ჯანდაცვის ახალი მეთოდების წარმოქმნას. ახალი ტექნოლოგიებისა და პროცედურების მხოლოდ შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებების ფარგლებში ლიმიტირება ტექნოლოგიის უარყოფითი და დადებითი მხარეების შესაბამისი შეფასების დროს გვაძლევს, იქამდე, ვიდრე მისი ჯანდაცვის სისტემაში გავრცელება მოხდება. თუმცა, ეს მეთოდი საზოგადოებისთვის ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიებით სარგებლის მიღებაში ხელის შეშლისა და ვაჭრობის შევიწროების საშიშროებას ბადებს. დაზღვევისა და ჯანდაცვის სისტემაზე ახალი ტექნოლოგიების გავლენა აუცილებლადაა ჩართული ახალი

პროცედურების გეგმაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

პროფესიონალური ლიტერატურის ჩარჩოებში სტატიების, ნაშრომების და ა. შ. გამოქვეყნება მკურნალობისა და ინტერვენციის სამეცნიერო შეფასების მიღებული მეთოდია. სამედიცინო პრაქტიკის სწრაფმა გავრცელებამ შესაძლოა დაბნეულობამდე მიგვიყვანოს, როგორც ეს 1960 და 1970-იან წლებში მიოკარდიული ინფარქტის ანტიკოაგულანტური თერაპიის და კუჭის წყლულის შიდა გაყინვის შემთხვევაში მოხდა. ამ ლიტერატურის მიმოხილვა კრიტიკული უნდა იყოს, აუცილებლად უნდა აფასებდეს გამოქვეყნებული ინფორმაციის სამეცნიერო მხარესა და მისი დაფინანსების წყაროებს. ალტერნატიული თერაპიული მეთოდების ღირებულებების ჩამოსაყალიბებლად საჭიროა კარგად კონტროლირებული ფართომასშტაბური კლინიკური ცდები.

ახალი სამედიცინო ინოვაციის შესახებ ინფორმაციის პოპულარულ მედიაში გავრცელება აუცილებელია. უამრავ ძლიერ გაზეთსა თუ ტელევიზიას ჰყავს კარგად ინფორმირებული სამედიცინო მიმომხილველები, რომელთაც ისევე თავისუფალად და სწრაფად მიუწვდებათ ხელი სამედიცინო სფეროს სიახლეებთან, როგორც პროფესიონალებს. ახალმა ჟურნალებმა შესაძლოა გაავრცელონ ინფორმაცია ინოვაციების შესახებ, რითაც შესაძლოა მათზე მოთხოვნა გაზარდონ, რაც, თავის მხრივ, სასარგებლოცაა და საშიშიც.

აშშ-ში სამედიცინო სფეროს დამზღვევლები თავად უძღვებოდნენ ტექნოლოგიების შეფასებისა და საინფორმაციო სინთეზის შექმნის პროცესებს, ისევე, როგორც ახალი პროცედურების ხარჯებისა და სარგებლის გამოთვლას. ამ პროცესზე გავლენა ჰქონდა როგორც საზოგადოებრივ აზრს, ასევე სასამართლო დადგენილებებს. ერთ-ერთი აღსანიშნავი სასამართლო გადაწყვეტილების შედეგად, მკერდის კიბოთი დაავადებული პაციენტის ოჯახს 29 მილიონი დოლარის ოდენობის ანაზღაურება გადაეცა, რადგან ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაციამ უარი განუცხადა ძვლის ტვინის გადანერგვაზე, რაც იმ დროისთვის, ჯერ კიდევ ექსპერიმენტული პროცედურა იყო. ახალ ტექნოლოგიებზე უარის თქმამ შეიძლება უარყოფით შედეგებამდე მიგვიყვანოს. შეზღუდული ფინანსური რესურსების მქონე ქვეყნებში ტექნოლოგიური ინოვაციების არჩევა, რომელმაც შესაძლოა სარგებელი მოუტანოს პაციენტის მკურნალობას ან საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, სიფრთხილეს მოითხოვს, რათა შეზღუდული რესურსების სწორად გამოყენება მოხდეს და ახალმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა შესაბამისი შედეგები მოიტანოს.

გადახდის სისტემები შესაძლოა ეფექტური იყოს ტექნოლოგიების გაფანტვის დროს. კანადაში საავადმყოფოებისთვის ბიუჯეტის გაყინვა უფრო ეფექტური აღმოჩნდა, ვიდრე ამერიკის შეერთებულ შტატებში ახალი ტექნოლოგიების გავრცელება, თუმცა ამან ხელი ვერ შეუშალა საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობის შემცირებას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების სისტემის შემოღებამ ქვეყანა ამბულატორიული ოპერაციების დრამატულად ზრდამდე მიიყვანა: 1980 წელს 16,4%-დან 1992 წელს 53,6%-მდე და 1995 წელს 56,7%-მდე. სტაციონალური ქირურგიული პროცედურების ფარდობამ კი ყოველ 1000 მოსახლეზე 108,6-დან 87,0-მდე საგრძნობლად დაიწია.

ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაციების ფინანსირება ერთ სულ მოსახლეზე პრინციპით ხდება და შესაბამისად, მათ ხარჯების დაზოგვისთვის საკმარისი მოტივაცია გააჩნიათ. ამიტომ შექმნეს პროცედურები და სამედიცინო მიმართულებები კვლევისა და ჩარევებისთვის, რომელთა უმთავრესი მიზანია ზედმეტი პროცედურების შემცირება. ამავე დროს, ეს ორგანიზაციები აქტიურად ეწევიან პრევენციული მედიცინის პოპულარიზაციასა და არაჰოსპიტალურ მკურნალობას, რადგან ეს ჯანმრთელი პაციენტის მოვლის პრინციპებს ეთანხმება..

აორტა-კორონალური შუნტირების პროცედურების გამოყენების სიხშირემ იმატა, თუმცა ძირითადად თეთრკანიან მამაკაცებში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ეს პროცედურა უფრო იშვიათია ქალებსა და შავკანიანთა შორის, რადგან შავკანიანთათვის სამედიცინო დაზღვევა უფრო ნაკლებ ხელმისაწვდომია, ხოლო ქალებში, შესაძლოა მიზეზი შეფასების არაობიექტური კრიტერიუმების გამოყენება იყოს. კარდიალური ინვაზიური პროცედურების რიცხვმა 1980-იან წლებში უმეტეს ინდუსტრიულ ქვეყნებში საგრძნობლად იმატა, თუმცა მათი გამოყენების სახე ცვალებადია. აგრესიული ინვაზიური მკურნალობის სარგებლიანობა კვლავ სადავოა, თუმცა, დამტკიცებულია, რომ ეს პროცედურები სიკვდილიანობის შემცირებასა და ცხოვრების ხარისხის ზრდას ხელს უწყობს.

ქირურგიული ჩარევის საჭიროების კრიტიკულმა ანალიზმა გამოიწვია ტრანზილექტომიისა

და რადიკალური მასტექტომიის ზრდა ამბულატორიული პროცედურების გამოყენების სიხშირის ზრდასთან ერთად. 1960-იან წლებამდე რუტინული პროცედურა ტრონზილექტომია ახლა უკვე იშვიათად ტარდება, მას შემდეგ რაც დადგინდა მისი მცირე სამედიცინო ღირებულება. კატარაქტის ქირურგია ახლა ფართოდ გამოიყენება ამბულატორიულ დონეზე. სახლში მკურნალობის ტექნოლოგიებმა, ისევე როგორც კიბოს ქიმიოთერაპია და რადაციული თერაპიით მკურნალობამ ამბულატორიულ დონეზე, პაციენტის სწრაფ გაწერაზე დიდი გავლენა იქონია.

ხარისხის უზრუნველყოფა

ხარისხის კონტროლი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია და ჯანდაცვის პრაქტიკოსებისა და დაწესებულებების ხარისხის კონტროლს მოიცავს. ეს მეთოდი მიღებული სერვისების ხარისხისა და პროფესიონალურობის შეფასებაში გვეხმარება. საავადმყოფოების აკრედიტაცია ხარისხის კონტროლის გამოცდილი მეთოდია, რომელიც ჩრდილოეთ ამერიკის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებს პირველ გამოცდილებას აძლევს დაწესებულების, ისევე, როგორც ამბულატორიული და მენტალური მომსახურების ხარისხის მართვაში. კანადასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში საავადმყოფოების აკრედიტაციამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა დაწესებულებებისა და პაციენტების მკურნალობის სტანდარტების განვითარებაში; ასევე წარმოადგენს დუპლიკაციის ან ადაპტაციის მოდელს საერთაშორისო დონეზე.

ხელისშემშლელი მოვლენები და დაუდევრობა

იატროგენული დაავადებები მიეკუთვნება მავნე, არახელსაყრელ მოვლენათა რიცხვს და მათი წარმოქმნა ხდება სამედიცინო მენეჯმენტის შედეგად, რაც იწვევს გაზომვად უუნარობას. (measurable disability). დაუდევრობით მიღებული მავნე შედეგების მიზეზი ჯანდაცვის მუშაკების არაშესაბამისი მოქმედებაა.

იატროგენული დაავადებები ავადობის, გახანრძლივებისა და ჰოსპიტალიზაციის გამომწვევი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია; ხშირად, სიკვდილიანობასაც იწვევს. დიდ ბრიტანეთსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების შემთხვევების სიხშირე საშუალოდ 7-10%-ია. პირველ რიგში, მათ იწვევს საშარდე და რესპირატორული ტრაქტის, ასევე ჭრილობათა ინფექციები, ასევე ორგანიზმები, რომლებიც რეზისტენტული არიან ანტიბიოტიკის მიმართ და შესაბამისად, მათი განკურნება რთულია. მაშასადამე, ინფექციის კონტროლი საავადმყოფოებში მათი ორგანიზების განუყოფელი ნაწილია. იმის გამო, რომ საავადმყოფოებს სულ უფრო და უფრო მეტად აფინანსებენ დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები, ნებისმიერმა მეორეხარისხოვანმა მოვლენამ, რომელიც ავადმყოფობის გახანგრძლივებას იწვევს, შესაძლოა უარყოფითი ეკონომიკური გავლენა იქონიოს საავადმყოფოზე, შესაბამისად, არსებობს ძლიერი ეკონომიკური და პროფესიონალური ინტერესი საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების რიცხვის შესამცირებლად. საავადმყოფოში მიღებული ინფექციები, ანესთეზიური მარცხის შემთხვევები, მედიკამენტებში შეცდომები, ყველაზე ხშირი იატროგენული მოვლენებია.

ჰარვარდის უნივერსიტეტის გუნდის მიერ 32000 ჰოსპიტალიზაციის შესწავლამ (2,6 მილიონი საავადმყოფოდან გაწერიდან) ნიუ-იორკის შტატში 1984 წელს აჩვენა, რომ ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტების 3,7% ხელისშემშლელი მოვლენების მსხვერპლნი ხდებოდნენ, ან არასწორი სამედიცინო მენეჯმენტის გამო ხდებოდა მათი დაშავება, რაც იწვევდა გაზომვად უუნარობას. ამათგან 28% გამოწვეული იყო დაუდევრობით, ასე რომ, ჰოსპიტალიზაციის 11,03% მოიცავდა სამედიცინო დაუდევრობას, რომელიც სერიოზულ დაზიანებებს იწვევდა. ამ სასწავლო ჯგუფში არსებული 100 000 მოვლენიდან, 57% გამოჯანმრთელდა ერთი თვის განმავლობაში, 7%-ს ბევრად უფრო სერიოზული დაზიანებები ჰქონდა, 14% ანუ 14 000 ადამიანი ამ სერიოზული დაავადებების გამო გარდაიცვალა. გარდაცვალებათა 51% სწორედ დაუდევრობით იყო გამოწვეული.

აშშ-ის ეროვნული სამედიცინო ინსტიტუტის შეფასებების 1999 წლის ანგარიშში აღინიშნება, რომ საშუალოდ ამერიკის შეერთებულ შტატებში საავადმყოფოებში მომხდარი დაუდევრობის გამო

წლიურად 44000-98000 ადამიანი იღუპებოდა. ეს რიცხვი კიდევ უფრო მეტია ღარიბთა და ასაკოვანთა ჯგუფებში. საუნივერსიტეტო საავადმყოფოებში ეს რიცხვი ბევრად უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე სახელმწიფო დაწესებულებებში. ამ მოვლენების 20% დაკავშირებული იყო წამლებზე რეაქციებსა და ზედმეტ დოზასთან. 33%-ზე ნაკლებ შემთხვევებში დაზარალებულმა პირებმა მოვლენების საჯარო განხილვა მოითხოვა. ე. წ. „ცუდი ვაშლების" ანუ არაეთიკური, კრიმინალური ან არაკომპეტენტური ჯანდაცვის მომწოდებლების ძიება აუცილებელია, თუმცა არასაკმარისი პირობაა თავად ჯანდაცვის სისტემის მიერ შექმნილი პრობლემების აღმოსაფხვრელად. პრევენციას ორგანიზებული ქმედება სჭირდება. არასასურველი მტრული მოვლენების გამოძიებას შეუძლია დაგვეხმაროს პრევენციის მეთოდების ძიებასა და პაციენტის უფლებების დაცვაში. ჰოსპიტალური ინფექციების შესამცირებლად აქტიური საზომების შემოღებისთვის საჭიროა აღწერილი შემთხვევების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი, რომელიც უნდა მოიცავდეს ჩვეული მიზეზებისა და პრევენციული ფაქტორების ძიებას. ორგანიზებული დაკვირვებისა და კონტროლისთვის საჭიროა ინფექციათა კონტროლის 1 პრაქტიკოს-ექიმის ყოლა ყოველ 250 საწოლზე, ასევე გაწვრთნილ ეპიდემიოლოგის ყოლა და ქირურგთათვის ჭრილობათა ინფექციების შესახებ რუტინული ანგარიშის მიწოდება.

სამედიცინო დავის შემთხვევების გახშირების საწინააღმდეგოდ ბევრმა შტატმა შემოიღო კანონმდებლობა, რომელიც ამცირებს სასამართლოს გადაწყვეტილებებს სამედიცინო საქმესთან მიმართებაში. სამედიცინო შეცდომების განსჯის ალტერნატიულ სისტემებად შესაძლოა წარმოვიდგინოთ არბიტრაჟები, კონსილიუმები ან ადმინისტრაციული სისტემები, რომლებიც მუშათა კომპენსაციებისთვის შექმნილი სისტემებისა და ბრალის გარეშე კომპენსაციის (n-fault system of compensation), რომელიც ფართოდ გვხვდება ახალ ზელანდიაში, შვედეთსა და ფინეთში, მსგავსია. ამ უკანასკნელის დროს მომჩივანი არ არის ვალდებული დაამტკიცოს ვინმეს დაუდევრობა, მას მხოლოდ იმის დამტკიცება უწევს, რომ ის მავნე მოვლენის მსხვერპლი გახდა და კომპენსაციას საჭიროებს. აშშ-ში ფედერალური კანონმდებლობა ითვალისწინებს ვაქცინით გამოწვეული დაზიანებებისას ანაზღაურებას; სამშტატს შემოღებული აქვს დამნაშავის გარეშე სისტემები დაბადებისას გამოწვეული ნეუროლოგიური დაზიანებების ასანაზღაურებლად.

ამის გარდა კიდევ უფრო გაძლიერებულია ყურადღება ე.წ. „შეცდომისგან დაზღვეული" "fail-safe" სისტემების შემოღებაზე, რაც გულისხმობს ანესთეზიის აპარატებში გამაფრთხილებელი სისტემის შემოღებას, რაც ანესთეზიოლოგს პაციენტში ჟანგბადის მიწოდების საშიშ ნიშნულამდე ჩამონევის შემთხვევაში გააფრთხილებს. ამ სისტემამ ტესტირება გაიარა ბოსტონის საავადმყოფოებში და ცხადყო, რომ შეუძლია არასასურველი შემთვევების რიცხვი 3-წლიან პერიოდში 0-მდე შეამციროს. ნიუიორკის შტატსა და სხვა შტატებში ვიტამინ K–ს ინექცია სავალდებულო გახდა ყველა ახალშობილისთვის, რათა თავიდან აიცილონ ახალშობილთა ჰემორაგიული სიკვდილიანობა.

ქირურგიული ნორმების შემთხვევების შედარება ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ქვეყნის სხვადასხვა ნაწილში, კორონარული პროცედურების, ჰისტერექტომიებისა და საკეისროების შემთხვევებში, ძალიან დიდ განსხვავებებს აჩვენებს. ზედმეტი ქირურგიის ხარჯები არ არის მხოლოდ ეკონომიკური დანაკარგი. ამის გარდა ის მოიცავს პაციენტისთვის რისკებს ლეგალურ და ეთიკურ საკითხებთან ერთად, რომელიც დაკავშირებულია უგარანტიო ჩარევებთან, რომლებიც პაციენტისთვის სასარგებლო არ არის. ჯანდაცვის სისტემებს სულ უფრო და უფრო მოეთხოვება ზედმეტი ქირურგიული, გამოკვლევითი ან სხვა სამედიცინო პროცედურების კონტროლი და შეფასება არა მხოლოდ ფინანსური მიზეზების გამო, არამედ სასამართლო დავებისგან და პაციენტის უფლებების დარღვევისგან თავის არიდების მიზნით.

ლიცენზირება და სერტიფიცირება

საზოგადოების მიერ მოთხოვნილებათა, რომელთაც ჯანდაცვის სფეროში მომსახურე უნდა აკმაყოფილებდეს, დადგენა არსებითია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად (მე-14 თავი). ამ სტანდარტებით განისაზღვრება თუ რა სახის განათლება და გამოცდილება უნდა ჰქონდეს პიროვნებას, ასევე, საგამოცდო პროცედურები და უწყვეტი სწავლისა და უნარების შენარჩუნების მნიშვნელობა. ყოველივე ეს მოითხოვს საკანონმდებლო საფუძველს და ჯანდაცვის სისტემის მმართველი სააგენტოსგან გამოყოფილ ეროვნულ ორგანოებს. ლიცენზირების სამედიცინო მომსახურებისგან გამოყოფა აუცილებელია მაღალი პროფესიონალური სტანდარტების შესანარჩუნებლად. ლიცენზირების

სისტემა საზოგადოების წინაშე პასუხისმგებელი უნდა იყოს და არ უნდა მოექცეს ლიცენზირებადი პროფესიის გავლენის ქვეშ.

ჯანდაცვის დაწესებულების აკრედიტაცია

საავადმყოფოთა აკრედიტაცია ჩრდილოეთ ამერიკაში ხდება პროფესიონალური ასოციაციების ნებაყოფლობითი დაჯგუფებების მიერ, კანადისა და ამერიკის ქირურგთა და ექიმთა კოლეგიების, საავადმყოფოთა ასოციაციებისა და საექთნო კოლეგიების ჩათვლით. გაერთიანებული კომისია, რომელიც თავდაპირველად ამერიკასა და კანადაში მოქმედებდა, საავადმყოფოების რეგულარულ შემოწმებას ახორციელებს. კანადაში სხვა ორგანიზაციები, ჯანდაცვის ფედერალური დეპარტამენტის, ჯანდაცვის რეგიონული სამინისტროების, კანადის დიაბეტის ასოციაციის, საჯარო ჯანდაცვის ასოციაციის და კანადის სტანდარტების საბჭოს ჩათვლით, როგორც დამკვირვებლები, გაერთიანებულ კომისიებში მონაწილეობენ. აკრედიტაცია, რომელიც თავდაპირველად მხოლოდ ე. წ. ფრთხილი მოვლის საავადმყოფოებზე იყო გათვლილი, გაფართოვდა და სპეციალიზირებულ საავადმყოფოებს, გრძელვადიან დაწესებულებებს, სახლში მოვლის პროგრამებს, საჯარო ჯანდაცვის დეპარტამენტებსა და ამბულატორიულ მომსახურებებს მოიცავს.

ჯანდაცვის დაწესებულების აკრედიტაცია არის სისტემატური, მულტიდისციპლინური ინსპექცია დაწესებულების ან პროგრამის ფიზიკური და ორგანიზაციული ნაწილისა და მისი კომპონენტების ფუნქციონირებისა. შემოწმებადი ფაქტორები მომუშავე პერსონალის კვალიფიკაციას, დაწესებულებას, ორგანიზაციას, ჩანაწერების წარმოებასა და თანამშრომლების უწყვეტ განათლებაზე ზრუნვას მოიცავს.

აკრედიტაციის პროცესი მოიცავს მმართველთა საბჭოს მიერ მოთხოვნას საავადმყოფოს აკრედიტაციისთვის, რომელსაც თან კომისიის მიერ დადგენილი სტანდარტების უდავო აღიარება უნდა ერთვოდეს. კომისია მოწვეულია, რათა ჩა-

ცხრილი 15.6 აკრედიტაციის დროს შეფასებული მომსახურებების ჩამონათვალი დიდ სახელმწიფო და სასწავლო საავადმყოფოებში, კანადა.

1. ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება
2. პედიატრიული მომსახურება
3. კლინიკური ისტორიების წარმოება
4. კრიტიკული სამედიცინო მომსახურების ერთეული
5. დიაგნოსტიკური მომსახურება
6. გაწერის დაგეგმვა
7. განათლება
8. გადაუდებელი დამხმარება
9. მმართველი ორგანო
10. დიასახლისები
11. ადამიანური რესურსები
12. ინტენსიური მოვლის, გულის მოვლისა და სატრანსპლანტაციო ერთეულები
13. ლაბორატორიული მომსახურებები
14. თეთრეული და პირადი ჰიგიენა
15. ბიბლიოთეკები
16. ხანგრძლივი მოვლის/გერიატრიული ერთეულები
17. მენეჯმენტი – მოხმარების კონტროლი, რისკ მენეჯმენტი, ინფექციის კონტროლის ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება, კატასტროფებისა და გადაუდებელ შემთხვევათა დაგეგმარება
18. მასალათა მართვა
19. სამედიცინო აპარატურა
20. სამედიცინო მომსახურება
21. ნეონატალური ინტენსიური მოვლა
22. ქიმიური მედიცინა
23. ბავშვთა მოვლა
24. კვება
25. სამეანო მომსახურება
26. საწარმოო თერაპია
27. საოპერაციო ოთახი, პოსტანესთეზიური ერთეული
28. პალიატრიული მოვლა
29. პასტორალური სერვისები
30. სააფთიაქო მომსახურება
31. ფიზიოთერაპიული მომსახურება
32. ფსიქოლოგიური მომსახურება
33. ფსიქიატრიული მომსახურება
34. რეაბილიტაციის მომსახურება
35. რესპირატორული თერაპია
36. ფიზიკური მოვლა და ჯანმრთელობა
37. სოციალური საქმიანობა
38. მეტყველებისა და აუდიოლოგიის განყოფილება
39. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამის სტანდარტების არსებობა
40. ნებაყოფლობითი საქმიანობა

წყარო: სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაციის კანადური საბჭო, 1992; ახლა უკე ჯანდაცვის მომსახურებათა აკრედიტაციის კანადური საბჭო, http://www.chsa.ca

ატაროს მრავალჯერადი გამოკითხვა. საავადმყოფო იხდის გარკვეულ გადასახადს და ვალდებულებას იღებს კომისიას მიაწოდოს ყველა მოთხოვნილი ინფორმაცია და ითანამშრომლოს ადგილმდებარეობის მონახულებისას. კომისია აქვეყნებს კონფიდენციალურ ანგარიშს, რომელიც მოიცავს სააკრედიტაციო რეიტინგს და ნაკლოვანებათა ნუსხას და მოითხოვს მათი გამოსწორების პროგრესის შესახებ პერიოდული ანგარიშების მიწოდებას. კომისიას ასევე აქვს უფლება დამატებითი ინსპექციები და კვლევები ჩაატაროს. ცხრილში 15,6 ჩამოთვლილია საჯარო ან სასწავლო საავადმყოფოების სექტორები რომელთა სააკრედიტაციო განხილვას ექვემდებარებიან.

შეფასების კვლევა ამოწმებს ორგანიზაციისა და ადმინისტრაციის მიზნებს, დაწესებულების მართვასა და თანამშრომლებით აღჭურვას, შინაგანაწესებს და პროცედურებს. მიმოხილვა მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ორგანიზაციას, სიგელებს და პროცედურების მიმოხილვას, კლინიკურ ჯილდოებს, დეპარტამენტის ხელმძღვანელთა არჩევანს და მათ მოვალეობებს, კომიტეტებს, შეხვედრათა ცხრილს, შინაგანაწესებს, და საავადმყოფოს მმართველი საბჭოს როლს. ხარისხის მართვის ორგანიზაცია, ისტორიების გადახედვა, პროცედურებისა და უწყვეტი სწავლების არსებობა და მისი შინაარსი, აგრეთვე შეფასების საგნებია. კლინიკური ისტორიების ხარისხი მოწმდება ამ ისტორიების გრაფიკებისა და ლაბორატორიული კველევების დასრულებლობის, სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმების საშუალებით.

აკრედიტირებული პროგრამის თითოეული ნაწილი მოქმედებს შემდეგი კატეგორიების მიხედით:

1. მიზნებისა და განზრახვების შესახებ განცხადება.
2. ორგანიზაცია და ადმინისტრირება;
3. ადამიანური და ფიზიკური რესურსები;
4. ორიენტაცია, მომსახურე პერსონალის განვითარება და უწყვეტი სწავლება;
5. პაციენტის მოვლა;
6. ხარისხის მართვა.

საავადმყოფოების აკრედიტაცია 1980-იან წლებში ჩამოყალიბდა დიდ ბრიტანეთსა და ავსტრალიაში, რამაც იმ ქვეყნების ყურადღება მიიპყრო, რომლებიც სტანდარტების შემუშავებისა და პოპულარიზაციის გზების პოვნას ცდილობდნენ. საავადმყოფოთა აკრედიტაცია კანადაში ჯერ კიდევ ნებაყოფლობითია, თუმცა ის პრაქტიკულად ჩვეულებრივ მოვლენად იქცა საშუალო და დიდი საავადმყოფოებისთვის და საკმაოდ ჩვეულია მცირე ზომის საავადმყოფოებისთვის. ეს მიიჩნევა როგორც უპირატესობის მიმცემი ფაქტორი მმართველი საბჭოსა და საზოგადოებისთვის, ასევე სამედიცინო პერსონალისათვის სამედიცინო კოლეგიალური დაზღვევის კუთხით. ამერიკის შერთებულ შტატებში აკრედიტაცია ძალიან უნივერსალური გახდა, იმდენად, რამდენადაც, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული დაზღვევის ანაზღაურება ბენეფიციარებისთვის დაუშვებელია არააკრედიტირებული საავადმყოფოებისთვის და ბევრი კერძო მზღვეველის მოთხოვნაც დღეს უკვე აკრედიტირებული საავადმყოფოებია. ზოგიერთ შტატში აკრედიტაცია სავალდებულოა.

ლიცენზირება და ჯანდაცვის დაწესებულების რეგულაცია სახელმწიფოს ვალდებულებაა, მაგრამ დამოუკიდებელ მაკრედიტირებელ ორგანოს თავისი უპირატესობა აქვს. ეროვნულმა ორგანოებმა შესაძლოა საკუთარი დაწესებულებების მონიტორინგი არ ჩაატარონ ან ვერ მიაღწიონ ობიექტურობის საჭირო დონეს. აკრედიტაციის სფეროში გამოცდილი ქვეყნები შესაძლოა დაეხმარონ სხვა ქვეყნებს აკრედიტირების მექანიზმების შემუშავებაში, აგრეთვე შეუძლიათ ტექნიკური და პროფესიონალური მხარდაჭერა გაუწიონ ქვეყნებს, რომელთაც სურთ მსგავსი პროგრამების დანერგვა.

ცენტრალიზირებულიდან დეცენტრალიზირებული მენეჯმენტისაკენ გადასვლის პერიოდში უამრავ ქვეყანაში, ჯანდაცვის დაწესებულებები სახელმწიფო მართვიდან კერძო მმართველობაში გადაეცემა, როგორც არაკომერციულ ან თუნდაც კომერციულ დაწესებულებებად. დეცენტრალიზაციისა და პრივატიზაციის დროს სახელმწიფოს ან შტატის დონეზე რეგულაციის მეთოდებს შესაძლოა გადახედვა და შეცვლა დასჭირდეთ. სახელმწიფო და არასამთავრობო იურიდიული პირების მიერ რეგულაციები ურთიერთშემავსებელია სტანდარტების, პასუხისმგებლობისა და მომსახურების ხარისხის პოპულარიზაციის საქმეში.

პროფესიონალთა შეფასებები–რეცენზია

კლინიკური და დეპარტამენტული მენეჯერთა საქმიანობის დიდი ნაწილი საავადმყოფოებსა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში

ხარისხის მართვას ეთმობა. სამედიცინო პროგრამების ხარისხის გაუმჯობესების ყველაზე ძლიერი მეთოდი პროფესიონალთა შეფასება-რეცენზიაა, რომლითაც მომსახურე პერსონალი ორგანიზებას უკეთებს სხვადასხვა შემთხვევების, ისტორიების, ჩანაწერების სისტემატურ განხილვებს სტატისტიკური ინდიკატორების გამოყენებით. საავადმყოფოებში ეს მოიცავს გარდაცვალებათა, მ.შ. დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემთხვევებს, ქირურგიულ ჩარევებს და მის შემდგომ გართულებებსა და ინფექციის მაჩვენებლებს. სამედიცინო ჩანაწერები და კომპიუტერიზირებული ინფორმაცია იძლევა ისტორიების დიაგნოზის მიხედვით გადახედვის საშუალებას. იგივე მასალა შესაძლოა გამოიყენონ საავადმყოფოებში ისეთი მოვლენების შესაფასებლად, როგორებიცაა: დრო ქირურგიული ჩარევიდან გაწერამდე, დიაგნოზის მიხედვით დაყოვნების ხანგრძლივობა, ლაბორატორიაში პათოლოგიურ შედეგებზე რეაქცია და სამედიცინო მომსახურების პროცესის ბევრი სხვა საინტერესო ინდიკატორი. სამეანო განყოფილებებს საკეისრო კვეთის სიხშირისა და კრიტერიუმების შეფასება შეუძლიათ. ქირურგიული განყოფილებები მიმოიხილავენ აპენდექტომიის შემთხვევებს და ერთმანეთისგან გამოყოფენ პათოლოგიურ და ნორმალურ შემთხვევებს. ორგანიზებულ პროფესიონალთა შეფასებებს სხვაგვარად სამედიცინო აუდიტსაც უწოდებენ, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, თვით კონტროლსა და გამოცდილებაზე დაყრდნობით მიღებული განათლების პროცესს მოიცავს.

1972 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების სოციალური უსაფრთხოების აქტში შეტანილმა შესწორებებმა ყველა საავადმყოფოს და ხანგრძლივი მკურნალობის დაწესებულებას ხარისხის მონიტორინგი მოთხოვა. საუბარი იყო სამედიცინო აუდიტის კომპანიებზე, რომელთაც დავალებული ჰქონდათ მოხმარება-გამოყენების კონტროლი, სამედიცინო მომსახურების შეფასება და ფიზიკური და ინსტიტუციონალური ფუნქციონირების პროფილის ანალიზი სამედიცინო საზოგადოებაში მიღებულ სტანდარტებთან შედარებით. 1982 წელს ფედერალური აქტის საფუძველზე ჩამოყალიბდა პროფესიული შეფასების ორგანიზაციები (PRO) რათა ჩაენაცვლებინა პროფესიონალური სტანდარტების განხილვის ორგანიზაციები. ეს ორგანიზაციები წარმოადგენენ არაკომერციული კორპორაციებს, რომლებიც დაკომპლექტებულია ექთნებისა და ექიმების მიერ სამედიცინო საჭიროებების, ხარისხის და მედიქეარის პროგრამის ქვეშ, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესაფასებლად.

საავადმყოფოებში ადგილი აქვს განყოფილებების კლინიკურ შეხვედრებს, მავნე მოვლენებისა და შედეგების კომიტეტებს, სიკვდილიანობის შემაჯამებელ შეხვედრებს, ასევე ეწყობა კლინიკურ-პათოლოგიური კონფერენციები, რაც რთული შემთხვევების მაგალითებზე დაყრდნობით შეფასებასა და ცოდნის ამაღლებას უწყობს ხელს. მოქმედი პროფესიონალური კონტროლის მექანიზმის არსებობა იმის მაჩვენებელია, რომ ხარისხი მთავარია პროფესიონალური და ადმინისტრაციული ქსელისთვის, რაც მომხმარებლის ნდობას აძლიერებს.

დედათა სიკვდილიანობის კომიტეტები აგრეთვე ფართოდ გამოყენებულია პრევენციებადი ფაქტორებისა და გასაუმჯობესებელი სფეროების გამოსავლენად. მაღალი რისკის მქონე ორსულობის იდენტიფიკაცია ამ პროცესის შედეგად დაიწყო და დღეს პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვან ნაწილად იქცა. ჩვილთა სიკვდილიანობის შესაფასებელ ჯგუფებსაც შეუძლიათ აჩვენონ თუ რა არის გასავითარებელი ამ სფეროში. სიკვდილიანობასთან დაკავშირებული საკითხების ყოველთვიური განხილვა ე. წ. Death rounds, ხდება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, შემოსვლის შემდგომ სწრაფადვე ან არაშესაბამისი მედიკამენტის მიცემის შედეგად სიკვდილიანობისას.

ფედერალური მთავრობა ცდილობს ამგვარი განხილვები სავალდებულო გახადოს იმ დაწესებულებებში, რომლებიც ემსახურებიან მედიქეარისა და მედიქეიდის, ანუ სახელმწიფო დაზღვევის მქონე პაციენტებს. სტანდარტების მოთხოვნის იდეამ დიდი წვლილი შეიტანა საავადმყოფო გამოცდილების ანგარიშვალდებულების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებაში. ხშირმა სასამართლო დავებმა ცხადყო, რომ ექიმები პასუხისმგებელნი არიან სამედიცინო მომსახურებასა და მის შედეგებზე. PRO–ები წარმოადგენენ ხარისხის რეგულაციის ფორმებს, რომლებიც თავის თავდადებას ადასტურებენ სამედიცინო მომსახურების სფეროში სააგენტოების დაფინანსებით და ორგანიზაციული და ამ სფეროში ადმინისტრაციული სისუსტეების აღმოჩენაში. აშშ–ის ექიმთა და სამედიცინო სფეროს მენეჯერების ის თაობა, რომელიც

გადამზადებული იქნა 1970 წლის შემდგომ პერიოდში პროფესიულ რეცენზიას ჯანდაცვის სერვისების განუყოფელ ნაწილად მიიჩნევს. სხვა ქვეყნები ამ სახის მექანიზმებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დანერგვისა და გაძლიერებისთვის იყენებენ.

წინასწარ ცნობილი ვითარებები. აქ ლაპარაკია სამედიცინო გარემოებებზე, რომელთა დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები კარგად ჩამოყალიბებული და ნათელია. არსებობს მათი პრევენციისა და მკურნალობის მეთოდები და მკურნალობის გარეშე შესაძლოა შესამჩნევი ზიანი მიაყენონ პაციენტს. ამ მდგომარეობათა მაგალითებია აპენდექტომია, საკეისრო კვეთა, და ჰისტერექტომია. ამგვარ ვითარებათა შეფასებამ შესაძლოა გამოსადეგი ინფორმაციები მოგვაწოდოს სტანდარტების შემუშავებისას. მომვლელი პერსონალის ანგარიშები შემთხვევებისა და ნოზოკომიური ინფექციების შესახებ წინასწარგანსაზღვრული გარემოებების კონცეფციის არსებობას ცხადყოფს. შემთხვევებზე რეპორტების მომზადება საავადმყოფოებში შექმნილია შეცდომათა მიზეზების საპოვნელად და მსგავსი მოვლენების პრევენციის გზების შესამუშავებლად. ამ ვითარებათა შესწავლა იმდენად მიღებული ნაწილი გახდა თანამედროვე ჯანდაცვის მენეჯმენტისა, რომ ორგანიზებული გადახედვების სისტემის არარსებობა თავისუფლად შეიძლება იყოს განხილული სერიოზულ სტრუქტურულ ხარვეზად სამედიცინო მომსახურებაში.

სტანდარტების დადგენა. დამოუკიდებელი პროფესიული ორგანიზაციების ან ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შექმნილი მრჩეველობითი კომიტეტების მიერ რეკომენდებულ სტანდარტებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ კონკრეტული მდგომარეობისთვის სტანდარტების შემუშავება—დადგენის საქმეში. ამას გარდა, ორგანიზებულ პროფესიონალურ ორგანოებს შეუძლიათ სახელმძღვანელოებისგაიდლაინების გამოქვეყნება, რათა დაეხმარონ მთავრობებსა და ჯანდაცვის სააგენტოებს კონკრეტული თემებისა და მდგომარეობების გარშემო სტანდარტების და ალგორითმების შემუშავებაში.

პრევენციული სამედიცინო მომსახურებისთვის სტანდარტების შემუშავება, როგორებიცაა ჩვილთა და მოზრდილთა შესახებ სტანდარტები, ეხმარება ჯანდაცვის ადგილობრივ წარმომადგენლებს საკუთარი სერვისების დაგეგმვასა და შეფასებაში. ამერიკის პედიატრთა აკადემიას გააჩნია გამოკვეთლი პროფესიონალთა კომიტეტი, რომელიც პერიოდულად აქვეყნებს გაიდლაინებს პედიატრებისთვის ჩვილთა და ბავშვებთან დაკავშირებულ თემებზე, როგორებიცაა კვება, იმუნიზაცია, ანემიის პრევენცია და ტყვიით მოწამვლა, ბავშვის უსაფრთხოება და სასკოლო ჯანმრთელობა.

ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია (APHA) აქვეყნებს გადამდები დაავადებების კონტროლის სახელმძღვანელოს, მისი მე-16 გამოცემა (1995წ.) კომპაქტ-დისკების სახითაც ხელმისაწვდომია. ამერიკის პედიატრიის აკადემიის „წითელი წიგნი“, რომელიც ეხება ინფექციურ დაავადებებს, ფართოდ გამოიყენება ჩრდილოეთ ამერიკაში პედიატრების მიერ კლინიკურ პრაქტიკაში. ეს ორგანიზაციები და მათი მოკავშირეები სამეანო და სხვა სამედიცინო დარგებში პირდაპირ კავშირში არიან საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან. ისინი უწყვეტად ანხორციელებენ პრაქტიციონისტებისა და პოლიტიკის მუშაკთა „ხელოვნების ნიმუშებსა“ და ოქროს სტანდარტების განახლებას. მართული სამედიცინო მომსახურება და სხვა ჯანდაცვის პროვაიდერები ასევე იყენებენ გაიდლაინებს პრაქტიკოსი ექიმებისთვის, რაც მათ მომსახურების სტანდარტების შენარჩუნებაში ეხმარება.

მკურნალობის პროტოკოლებისა და შეფასების სისტემის ფართო გამოყენება საავადმყოფოებში საშუალებას იძლევა სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების ჩამოყალიბებაში. აპგარის შკალა ახალდაბადებულთა სტატუსის შესაფასებლად გადაიქცა მსოფლიოს მასშტაბით გამოყენებად სტანდარტად, რომელიც ეხმარება ჩვილთა შეფასებისა და მოვლის სტანდარტიზირებას. მწვავე ფსიქოლოგიური და ქრონიკული ჯანდაცვის შეფასება (APACHE -acute physiology and chronic health evaluation) წარმოადგენს შკალას, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში შესული პაციენტის გადარჩენის შანსების შესაფასებლად და შედეგების შესადარებლად, მაგალითისთვის სასწავლო საავადმყოფოებსა და საჯარო საავადმყოფოებს შორის. ის ასევე გამოიყენება მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდოლოგიის დროს პაციენტის მოვლაში მიღებული შედეგების შესადარებლად. შეფასების სისტემები აგრეთვე გამოყენებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემაში, ისევე, როგორც რისკის შესაფასებლად ორსულთა მოვლისას.

ალგორითმები და კლინიკური სახელმძღვანელოები

ალგორითმი წარმოადგენს ე. წ. ხეს ან გადაწყვეტილებათა სისტემატურ წყებას, რომელიც დამოკიდებულია წინამდებარე გადაწყვეტილების გამოსავალზე, ტესტებსა და აღმოჩენებზე. ეს მიდგომა სამედიცინო სფეროში გამოყენებულ ყველა შესაძლო არჩევანს და მის შემდგომ გადაწყვეტილებას იდენტიფიკაციას უკეთებს. ხშირად მისი გრაფიკული ვიზუალიზაცია წააგავს ხეს, რომელიც გვიჩვენებს ალტერნატივებს და სამომავლო გადაწყეტილებებს.

კლინიკური ალგორითმი არის ალტერნატივათა მიმდევრობის დადგენის სისტემატიური პროცესი ანუ ლოგიკური ნაბიჯები. ისინი დამოკიდებულია წინა შედეგებზე, რომელიც მოიცავს კლინიკურ, ლაბორატორიულ და ეპიდემიოლოგიურ ინფორმაციას, რომელიც გამოიყენება პაციენტისთვის რისკების შესამცირებლად. ის აწვდის პროვაიდერს რელევანტური ლიტერატურის მიმოხილვას და რეკომენდებულ სტანდარტებს. ეს გაიდლაინები, როგორც წესი, მულტიდისციპლინალურ სამუშაო ჯგუფებში მიღწეული კონსენსუსიდან გამომდინარეობს.

კლინიკური გაიდლაინები განკუთვნილია მიღებული სტანდარტების ჩამოსაყალიბებლად და მას შესაძლოა კონკრეტული ეკონომიკური განვითარებები ჰქონდეს. ე. წ. *სამედიცინო წერილი*, რომელსაც მომხმარებელთა კავშირი აქვეყნებს, არის ხელსაყრელი გამოცემა და სამედიცინო პრაქტიკის თერაპიულ საკითხებს და რელევანტურ სწავლებებს განიხილავს. ის წარმოადგენს ბალანსირებულ, განახლებულ ხედვას სამედიცინო პრაქტიკისა და თანამედროვე ლიტერატურის შეჯამებაში, რომლებიც განხილულია გამოცდილი და კომპეტენტური სამედიცინო ავტორიტეტების მიერ.

კლინიკური გაიდლაინები წარმოადგენს დამხმარე სახელმძღვანელოს კლინიკურ პრაქტიკასა და პრევენციულ მედიცინაში. მათი გამოყენება უფრო ხშირად ხდება მართულ სამედიცინო მომსახურებაში სტანდარტების, ხარისხის, ხარჯეფექტურობისა და იურიდიული თავდაცვის შესანარჩუნებლად. პრევენციული მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი გაიდლაინები ასევე ინდივიდუალური და საჯარო ჯანმრთელობის პოპულარიზაციისას გამოიყენება (იხ. თავი 11). ჩვილთა იმუნიზაციის პროგრამის ყოველწლიური გადახედვა, რომელიც განხილულია მე-4 თავში, ამის მაგალითია.

სასკაჩევანის ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციისა და კვლევის კომისია პერიოდულად აქვეყნებს სამედიცინო ლექტორების, პათოლოგიისა და ფიზიკური მედიცინის პრაქტიკოსებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ კვებაში, საზოგადოების ჯანმრთელობასა და ეპიდემიოლოგიაში მიღწეული კონსენსუსის შესახებ ინფორმაციას. ეს ანგარიშები ფართოდ გამოიყენება, მიმოქცევაშია და სამედიცინო პრაქტიკოსებისთვის ერთგვარ განახლებას წარმოადგენს, ამცირებს არასაჭირო ტესტებს, პოპულარიზაციას უწევს ლაბორატორიულ პროცედურებში ცვლილებებს და ადგენს ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტანდარტებს. ნაციონალურ დონეზე ექსპერტთა რეპორტები მოიცავს ქოლესტერინის შესახებ კანადის კონფერენციას (1988 წ.) კანადის კონფერენციას ლიპოპროტეინთა შესახებ (1990 წ.), ქოლესტერინის პოლიტიკის შესახებ ტორონტოს სამუშაო შეხვედრას (1991 წ.) და კანადის ჯანმრთელობის პერიოდული განხილვის მუშა-ჯგუფს (1993 წ).

ჯანდაცვის საფინანსო ადმინისტრაციას (HCFA) და ჯანდაცვის ნაციონალურ ინსტიტუტებს (NIH) გააჩნიათ შეთანხმების პროგრამები გაიდლაინების შესამუშავებლად, რომლებიც ფართოდ არის გავრცელებული და ადგენს პრაქტიკის სტანდარტებს. 1997 წელს, NIH-მ გამოაქვეყნა თავისი პირველი წერილი მკერდის კიბოზე შემოწმების შესახებ და მას ყოველწლიურად მოჰყვება მსგავსი ტიპის პუბლიკაციები სხვადასხვა თემებზე. 1997 წელს, ფაქტებით გამყარებული დირექტივები გამოიცა შემდეგ თემებზე: 40-49 წლის ასაკის ქალებში მკერდის კიბოს სკრინინგი, შიდსის რისკის შესამცირებელი ჩარევები, C ჰეპატიტის მართვა, ცისტური ფიბრომის საერთო ტესტი, აკუპუნქტურა და ჰეროინზე დამოკიდებულების ეფექტური მკურნალობა.

კლინიკური გაიდლაინები სულ უფრო და უფრო პოპულარული ხდება პროფესიონალების, სამთავრობო და მართული სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციების მიერ ჯანდაცვის რესურსების რაციონალურად გამოყენების მიზნით და ამავე დროს „კლინიკური პრაქტიკის ძლიერი სტანდარტების“ დანერგვისთვის. კლინიკური პრაქტიკის დირექტივები ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიასა და სხვა სპეციალობებში. 1997 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ 2200 პრაქტიკული გაიდლაინის

ჩამონათვალი გააკეთა, რაც ძირითადად მოდის კერძო ორგანიზაციების, სამთავრობო სტრუქტურებისა და პროფესიონალური ორგანიზაციებიდან, როგორებიცაა ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია და ამერიკის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის ასოციაცია. ჯანდაცვის ლეგალური ასპექტები ასევე ხაზს უსვამენ კლინიკური გაიდლაინების არსებობის საჭიროებას, რადგან შესაბამისი სამედიცინო პროფესიონალები იძლევიან კონკრეტულ საშუალო და მინიმალურ სტანდარტებს კლინიკური დაწესებულებებისთვის. ამგვარად, პროფესიონალების მიერ განხილული დირექტივები ადგენენ შესაბამის ოქროს ან ვერცხლის სტანდარტს ადეკვატური ან არაადეკვატური შემთხვევების განსასჯელად.

ამერიკის პედიატრიის აკადემიის (AAP) განცხადებებში, პრაქტიკის პარამეტრები და სამოდელო კანონპროექტები ფართოდ არის გავრცელებული და ქვეყნდება აკადემიის ჟურნალში, *პედიატრია*. AAP კლინიკური პრაქტიკის ბოლო დირექტივა მოიცავს ურინარული ტრაქტის ინფექციათა დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ხერხებს ჩვილებსა და პატარა ბავშვებში, ციებ-ცხელებიანი ბავშვის ხანგრძლივი მკურნალობის, ბავშვებში მწვავე გასტროენტერიტის და სხვა დაავადებების მკურნალობის ხერხებს. AAP–ს პოლიტიკის განცხადებები მოიცავს ისეთ თემებს, როგორიცაა ველოჩაფხუტების გამოყენება, 55 მლ/სთ მაქსიმუმი სიჩქარის ლიმიტი, ნერვული მილების დეფექტებისას ფოლიკური მჟავის გამოყენება და კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი ჩვილებისა და ბავშვების მკურნალობის ეთიკა.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, რეგულარულად შეფასებული პროფესიონალთა დირექტივები პრაქტიკისა და დაუდევრობის განხილვისათვის სათანადო სტანდარტია, რომელიც ამასთანავე ცდილობს ხარისხისა და ხარჯ-ეფექტურობის

ცხრილი 15.7 მოზრდილთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საკონტროლო ნუსხა

პროცედურა	ასაკი 19-39	ასაკი 40-64	ასაკი 65+
შემოწმებებზე ვიზიტი	ყოველ 3 წელში	ყოველ 2 წელიწადში	ყოველ წელს
ქოლესტერინი	შემოწმებებთან ერთად	შემოწმებებთან ერთად	შემოწმებებთან ერთად
ფარული სისხლდენა	40-49 წლის ასაკში თუ დიდი რისკია	დროულად	დროულად
მკერდის კლინიკური შემოწმება	ყოველ 1-3 წელში	ყოველწლიურად	ყოველწლიურად
მამოგრაფია	35 წლის ასაკიდან	40-49 ყოველ 2 წელში 50-70 ყოველწლიურად	70 ზემოთ ყოველ 2 წელში
მენჯის შემოწმება	ყოველ 1-3 წელიწადში	იგივე	ყოველწიურად
PAP ტესტი	ყოველწლიურად თუ არ არის მიღებული კონტრაცეპტივები; სხვა შემთხვევაში ყოველ 3 წელში	იგივე	იგივე
სიგმოიდოსკოპია	არა	50 წლის ზემოთ ყოველ 3-4 წელიწადში	იგივე
პროსტატა	არა	ყოველწლიურად	ყოველწლიურად
იმუნიზაცია			
ტეტანუს-დიფტერია	ყოველ 10 წელში	ყოველ 10 წელში	ყოველ 10 წელში
პნევმონია	მაღალი რისკის შემთხვევაში	მაღალი რისკის შემთხვევაში	ყოველ 6 წელში
გრიპი	მაღალი რისკის შემთხვევაში	მაღალი რისკის შემთხვევაში	ყოველწლიურად

წყარო: ადაპტირებულია პრევენციული სამედიცინო მოსახურების გზამკვლევიდან, ა.შ.შ–ს პრევენციული მედიცინის სამუშაო ჯგუფის მიერ გამოქვეყნებული ანგარიში, მეორე გამოცემა, 1995წ. და ვებგვერდი http://www.ahcpr.gov/clinic/usps.fact

დაბალანსებას. კლინიკური დირექტივები შესაძლოა შემზღუდველი იყოს., მაგრამ ისინი ხელს უწყობენ სამედიცინო მომსახურების საერთო ხარისხის საგრძნობლად ამაღლებას. ჯანდაცვის დიდ ორგანიზაციებში ისინი ხელს უწყობენ მუშახელის უწყვეტ სწავლასა და ორგანიზაციის სტანდარტების განვითარებას.

სამედიცინო მომსახურების მოწყობა

ადმინისტრაციული და ფინანსური სისტემები ხარისხის მართვის აუცილებელი ელემენტებია. ისინი შესაძლოა გამოყენებული იქნას სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების პოპულარიზაციის და გადამეტებული მომსახურების ფინანსური მოტივატორების შესამცირებლად. ჯანდაცვის ფინანსირების ორგანიზებას მოჰყვება კონკრეტული შედეგები ხარისხის, ტექნოლოგიის და ეთიკასთან დაკავშირებულ საკითხებში.

დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები

დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები (DRG, რომლებიც ვრცლად მე-11 თავშია განხილული) 1960-იან წლებში ჩამოყალიბდა, როგორც ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული საშუალება. მკურნალობის დღეების მიხედვით თანხის გადახდის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ის საავადმყოფოს მომსახურების არასაჭირო, გრძელვადიან და პოტენციურად საშიშ გამოყენებას იწვევდა და წარმოადგენდა ღირებულების ზრდის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს.

სადაზღვევო კომპანია საავადმყოფოს აფინანსებს პროცედურის ან დიაგნოზის მიხედვით და არა იმ დღეების რაოდენობის გათვალისწინებით, რომლებიც პაციენტმა საავადმყოფოში დაჰყო. ამან მიგვიყვანა საავადმყოფოებში დაყოვნების დღეების საგრძნობლად შემცირებამდე და ამბულატორიული ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობის ზრდამდე. ამ უკანასკნელთა რაოდენობა მთლიანი ოპერაციების 1/5-დან ½1/2—de გაიზარდა. ამბულატორიული ქირურგიული ჩარევები უფრო უსაფრთხოა პაციენტისთვის და ნაკლებად ხარჯიანია დამზღვევი ორგანიზაციისთვის.

DRG სისტემა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის საუკეთესო საშუალებად მიიჩნევა, რადგან ის დიაგნოზის სწრაფ დადგენაზე, პაციენტის სწრაფ მობილიზაციაზე და გაწერაზეა ორიენტირებული. კრიტიკოსები ამბობენ, რომ ამან შესაძლოა საავადმყოფოში დაყოვნებების ზედმეტად შემცირება გამოიწვიოს და პაციენტების სრულ გამოჯანმრთელებას ხელი შეუშალოს. სხვები ფიქრობენ, რომ DR ჯგუფებმა, დაყოვნების დროის შემცირებით, საავადმყოფოები ინტენსიური სამედიცინო მომსახურების ერთეულებად გადააქცია. ამ შეხედულებების მიუხედავად, საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირებისა და აქტიური მკურნალობის ტენდენცია საუკეთესოდ შეესაბამება უკეთეს სამედიცინო მომსახურებასა და გაუმჯობესებულ შედეგებს. გულის კორონარული დაავადებებისგან გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება დიდ წილად სწორედ აქტიური მკურნალობის მიდგომას უკავშირდება, რადგან თუ 1970-იან წლებში მწვავე მიოკარდიული ინფარქტის დროს სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება საშუალოდ 6 კვირა იყო, ახლა ეს მაჩვენებელი 1 კვირამდეა შემცირებული.

მართული სამედიცინო მომსახურება (MANAGED CARE)

მართული სამედიცნო მომსახურების სისტემები ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვის ხარჯების კატასტროფული ზრდის საპასუხოდ ჩამოყალიბდა. დროთა განმავლობაში სისტემა განვითარდა ე. წ. შემაჩერებელი და გამაწონასწორებელი ძალების (checks and balances) გამოყენებით, რათა სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურება გაეწია უფრო დაბალ ფასად, გადაჭარბებული მოხმარების მოტივაციის შემცირების გზით და ხარისხის შენარჩუნების გარანტიით. მართული სამედიცინო სისტემები მოიცავს ტრადიციულ HMO–ებს და მრავალ სხვა ორგანიზაციებს, რომლებიც ასაქმებენ ექიმებს ან მათ, ვინც დამოუკიდებელი ექიმების შემადგენლობაში შედიან და კონტრაქტის საფუძველზე მუშაობენ.

რაიონული ჯანდაცვის სისტემები დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში, სკანდინავიურ ქვეყნებსა და ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში მოიცავს ორგანიზაციურ და

ფინანსურ კავშირს სამედიცინო მომსახურების სისტემებსა და გადასახადების წყაროებიდან დაფინანსებას შორის. HMO–ები, ავადმყოფობის ფონდები და რაიონული ჯანდაცვის სისტემები აწარმოებენ, როგორც სამედიცინო მომსახურების წინასწარ დაფინანსებას, ასევე თავად სამედიცინო საქმიანობას. ტრადიციულ კერძო სადაზღვევო სისტემებშიც კი, მზღვეველი უფრო და უფრო მეტად იღებს სამედიცინო მომსახურების კომპენსაციის რეგულატორის როლს, რათა გააკონტროლოს ხარჯები და აღმოფხვრას პროვაიდერების მიერ ჩადენილი დარღვევები. კლინიკური შემოწმებები, მოხმარების კონტროლი, ორგანიზაციული და პროფესიონალური სტანდარტები ჯანმრთელობის დაზღვევის სულ უფრო და უფრო მიღებული ნაწილი ხდება.

საავადმყოფოებს შორის კონკურენციამ მართული სამედიცინო მომსახურებიდან რეფერალების მიღებისთვის ამერიკის შეერთებულ შტატებში ისეთი საბაზრო მდგომარეობა წარმოქმნა, სადაც საავადმყოფო საგრძნობლად ცარიელია და საავადმყოფოთა შეერთება ან დახურვა ხშირია. დახურვა ასევე ხშირია დიდ ბრტანეთსა და ევროპის ინდუსტრიულ ქვეყნების დიდ ნაწილში.

შესრულების ინდიკატორები

შესრულების ინდიკატორები (PI) სიკვდილიანობის, ავადობისა და ფუნქციონალური სტატუსის ან იმუნიზაციის რაოდენობის საზომებია, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შესაფასებლად გამოიყენება. შესრულების დასახულ მიზნებთან შესადარებლად რუტინულად შეგროვებული სტატისტიკის ანალიზი ხდება, რომელიც ეფექტურობისა და ეფექტიანობის საკონტროლოდ და სერვისში არსებული პრობლემატური საკითხების აღმოსაჩენად გამოიყენება. ეს ყველაფერი ჯანდაცვის ადმინისტრირებაში მიზნობრივი მართვის კონცეფციას ეფუძნება და ნაციონალური ჯანდაცვის მიზნების მიღწევებს პოპულარიზაციას უწევს.

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში არსებობს დაავადებათა რუკაზე აღრიცხვის ტრადიცია, როგორც ეპიდემიოლოგიური ანალიზის ბაზა. ამ სტრატეგიის გამოყენება შესრულების ინდიკატორების აღრიცხვასა და ჯანდაცვის სისტემის შესაფასებლად ხდება. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ფინანსური სისტემა დაფუძნებულია სულადობრივი გადასახადის სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე მორგებით და მისი ეროვნულ საშუალო მაჩვენებლებთანაა შედარებული, რაც, თავის მხრივ, საჭიროებათა ინდიკატორებს წარმოადგენს. ამ გზით ისინი ახერხებენ ქვეყნის ღარიბი და მდიდარი რეგიონების თანაბარი დაფინანსების ხელშეწყობას და ამგვარად აუმჯობესებენ მომსახურებას უფრო დიდი საჭიროების ზონებში.

შესრულების ინდიკატორები ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში (NHS) პირველად შემოტანილ იქნა 1980-იანი წლების მიწურულს და დაამკვიდრა შესრულებისა და შედეგების საზომთა წყება, რომლებიც ადგილობრივი ჯანდაცვის მმართველობისთვის ერთ სულ მოსახლეზე გადასახადის გასაწონასწორებლადაა. ადგილობრივი ჯანდაცის მმართველობები (DHA) შესაძლოა დაჯარიმდნენ იმუნიზაციის დაბალი მაჩვენებლისთვის, მაშინ როდესაც ზოგადი პრაქტიკოსები იღებენ წამახალისებელ ანაზღაურებას იმუნიზაციური სრული დაფარვის მისაღწევად. შედეგად 1990-იან წლებში იმუნიზაციური დაფარვის მაჩვენებლები ბავშვებსა და ჩვილებში სწრაფად გაიზარდა. წამახალისებელი ანაზღაურებები ქალებს ბევრ ქვეყანაში უბიძგებს მშობიარობისთვის საავადმყოფოებს მიაკითხონ და მშობიარობამდელი სამედიცინო მომსახურება მიიღონ.

ინდიკატორთა გამოყენება მოითხოვს სამედიცინო ინფორმაციული სისტემის განვითარებას ადგილობრივი ჯანდაცვის პროფილებთან ერთად, რათა ადგილობრივი ჯანმრთელობის რეგიონულ და ეროვნულ ნორმებთან შედარებული ინდიკატორების უწყვეტი მონიტორინგი უზრუნველყოს. ყოველივე ეს პრევენციული და კურაციული მომსახურებების, როგორიცაა ჰიპერტენზიის მართვა ინსულტების და სხვა მსგავსი დაავადებების შესამცირებლად, შესრულების შესწავლის საშუალებას იძლევა.

ᲮᲝᲜᲡᲘᲢᲔᲮᲘᲖᲛᲘ ᲓᲐ ᲮᲐᲘᲡᲮᲘ

მართული სამედიცინო მომსახურების დეცენტრალიზაციასა და ზრდასთან ერთად, ჯანდაცვის სისტემებმა მომხმარებლის მიმართ ყურადღება უნდა გააძლიერონ. ხარისხი, ნაწილობრივ, პაციენტის მიერ სისტემის აღქმასაც გულისხმობს, თუ როგორ ეხმიანება სისტემა მომხმარებლის საჭიროებებს, სადაც პირადულობა, ღირსება, ცოდნის უფლება და დანიშნული სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომის უფლება გარანტირებულია. თუმცა, კლიენტის უფლებები არ არის შეუზღუდავი. საზოგადოებრივი ან კერძო ჯანდაცვის გეგმა საკუთარ სამომხმარებლო კალათას პასუხისმგებლობის გრძნობით უნდა მართავდეს, რაც მოიცავს შეზღუდვებს, მაგალითად, სპეციალიზირებული სერვისების მისაწვდომობას.

ჯანდაცვაში პაციენტთა უფლებები და მომხმარებლის დაცვა მოიცავს მის უფლებას აირჩიოს და შეცვალოს ჯანდაცვის მომწოდებელი, მიიღოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება. მომხმარებლის ფორმალური დაცვა მოითხოვს ჩივილის უფლებას, ანაზღაურების, კომპენსაციის მოთხოვნის უფლებას უყურადღებობის ან არაკომპეტენტური დამოკიდებულების შემთხვევაში. (ცხრილი 15.8)

მომხმარებელმა უნდა იცოდეს და გაცნობიერებული ჰქონდეს ჯანდაცვის ღირებულება მაშინ, როცა ხარჯების შემცირების მცდელობა ეფექტური იქნება. საზოგადოებრივი დამოკიდებულება მნიშვნელოვანია თვითმკურნალობის, სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის, სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის შეზღუდვასა და რესურსებთან მიმართებაში. საზოგადოებრივ მედიასა და მომხმარებელთა ორგანიზაციებს უდიდესი როლი ენიჭება ჯანმრთელობის პროპაგანდაში, თვითმკურნალობის შესახებ საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებაში და დარღვევებზე მეთვალყურეობაში.

მომხმარებლის მზადყოფნა ჯანდაცვის გეგმისა და ექიმის არჩევის დროს ჩნდება ან როცა პირადად ეძებს ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდებს, როცა მომსახურება მიუღებელია ხარისხის ან სტილის გამო. ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სისტემის მიმართ ნდობის სიმცირემ შესაძლოა ორგვაროვან მოწყობასთან მიგვიყვა-

ცხრილი 15.8 პაციენტის უფლებათა ქარტია, გაერთიანებული სამეფოს ნაციონალური ჯანდაცვის მომსახურება, 1992

1. მიიღოთ სამედიცინო მომსახურება კლინიკური ჩვენების საფუძველზე გადახდისუნარიანობის მიუხედავად.
2. დარეგისტრირდეთ ოჯახის ექიმთან.
3. მიიღოთ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება ნებისმიერ დროს ოჯახის ექიმის ან გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების განყოფილების, საავადმყოფოში უბედური შემთხვევის ან სასწრაფოს დახმარები.
4. მიმართული იყოთ თქვენთვის მისაღებ კონსულტანტთან, როცა თქვენი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი მიიჩნევს ამას საჭიროდ, და მიიღოთ მიმართვა მეორეული აზრისათვის, თუ თქვენ და თქვენი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ამის საჭიროებაზე შეთანხმდებით.
5. მიიღოთ მკაფიო განმარტებები ნებისმიერ შემოთავაზებულ მკურნალობაზე, ნებისმიერი რისკის და ალტერნატივების ჩათვლით მანამ, ვიდრე გადაწყვეტთ დაეთანხმოთ თუ არა ამ მკურნალობას.
6. თქვენთვის მისაწვდომი იყოს თქვენივე სამედიცინო ჩანაწერები და იცოდეთ, რომ ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მსახურნი ვალდებულნი არიან დაიცვან ჩანაწერების კონფიდენციალურობა.
7. აირჩიოთ გნებავთ თუ არა სამედიცინო სტუდენტების ტრენინგში მონაწილეობის მიღება.
8. მიიღოთ ინფორმაცია ადგილობრივ სამედიცინო მომსახურებებზე სტანდარტის ხარისხის და ლოდინის მაქსიმალური დროის ჩათვლით.
9. მიიღოთ გარანტია, რომ მკურნალობას ჩაატარებთ არაუგვიანეს 2 წლის განმავლობაში იმ დღიდან, როდესაც თქვენი კონსულტანტი სიაში ჩაგსვამთ.
10. გამოთქვათ ნებისმიერი უკმაყოფილება ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მიმართ და მიიღოთ სრული და სწრაფი პასუხი აღმასრულებელი დირექტორის ან გენერალური მენეჯერისგან.

წყარო: ვებ-გვერდი www.doh.gov.uk/pcharter/patients.htm.

ნოს, სადაც საზოგადოებრივი სისტემა ღარიბებს ემსახურება, პარალელურად კერძო სისტემა კი – საშუალო და მდიდარ ფენებს. ამან შესაძლოა საზოგადოებრივი სისტემა საკმაოდ დააზიანოს.

კერძო პრაქტიკა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ქრონიკულ პრობლემას წარმოადგენს, ისევე, როგორც ისრაელის სამედიცინო სისტემაში და სხვა ბევრ ქვეყანაში, რომლებიც ცდილობენ ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებას კერძო და საზოგადოებრივი სამედიცინო მომსახურების პარალელურად განვითარებით. ეს საკითხი ასევე იჩენს თავს ამერიკის შეერთებულ შტატებში მართული სამედიცინო სისიტემისკენ ტრანზაქციის პერიოდში. ე. წ. ექსტრა-ბილინგი, რომელიც კანადაში აიკრძალა, სამედიცინო პროფესიებთან მიმართებაში ხშირი პრობლემაა.

მომხმარებლის ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკა ჯანდაცვის სისტემის ნაწილია ჯანმრთელობის ხელშეწყობიდან მესამე დონის სამედიცინო მომსახურებამდე. ინფორმირებული და გაცნობიერებული მომხმარებელი უფრო ძლიერი პარტნიორია ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების საქმეში, ვიდრე ცუდად ინფორმირებული და გულგრილი საზოგადოება.

საზოგადოებრივი ინტერესი

ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შესამცირებლად მოსახლეობაზე დაფუძნებული ინტერვენციები უფრო ეფექტური საშუალებებია, ვიდრე ინდივიდუალური პრევენცია და მკურნალობა. საზოგადოებაზე გათვლილი პრევენციული პროგრამა შესაძლოა მოითხოვდეს პიროვნების მიერ ქცევის შეცვლას, როგორიცაა, მაგალითად, უსაფრთხოების ღვედების ხმარების კანონით გაკონტროლება, ასევე მოტოციკლეტის ჩაფხუტის ხმარების დავალდებულება და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში სიგარეტის მოწევის აკრძალვა. ფქვილის, რძისა და მარილის ფორტიფიკაცია აუცილებელ მიკრონუტრიენტებთან ერთად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი დამკვიდრებული საზომია. ძალდატანება გამართლებადია, როდესაც სოციალური უსაფრთხოება ინდივიდუალურ უფლებებზე უფრო მნიშვნელოვანია. ყველა საკითხი საკუთარი მიზნების ჭრილში უნდა უნდა განვიხილოთ, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, თუ რა არის მიღებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საუკეთესო პრაქტიკად, დოკუმენტირებულ გამოცდილებაზე, კლინიკურ ცდებსა და სხვა ქვეყნების მაგალითებზე დაყრდნობით.

ინდივიდუალური და კოლექტიური ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საზომების ეფექტურობა, ცხადია, თუმცა ის ყოველთვის ინდივიდუალური უფლებებისა და საზოგადოებრივი ინტერესის კონტექსტს უნდა ერწყმოდეს.

მთლიანი ხარისხის მენეჯმენტი

მთლიანი ხარისხის მენეჯმენტი (Total quality management-TQM), რომელიც მე-12 თავშია განხილული, 1990-იან წლებში მიიღეს და ჯანდაცვის სისტემის უწყვეტი გაუმჯობესების საწყისს წარმოადგენს. TQM მოიცავს ყველას, ანუ მენეჯმენტის ყველა დონიდან დაწყებული წარმოების ან სერვისის პერსონალითა და დამხმარე მუშაკებით დამთავრებული. ის ეხმარება პერსონალის მორალის ამაღლებას ჩართულობისა და მონაწილეობის შეგრძნების საფუძველზე. ჯანმრთელობის მიწოდება მულტიდისციპლინარული ჯგუფების მიერ ხდება, რომლებიც პრობლემებს უნდა მიუდგნენ ღია, ერთობლივი მეცნიერული კვლევების, მონაცემების ფორმირების და ტესტირების, გადამოწმების, პრობლემათა ოპერატიული გამოსავლების ძიების საფუძველზე. მთლიანი ხარისხის მართვა შეიცავს სტატისტიკურ აზროვნებას, მომსახურებასა და რესურსების ნაირსახეობებს. პოლიტიკური საჭიროების გამოსაელენად ის იყენებს ეპიდემიოლოგიურ მეთოდებს და მიმართულია უწყვეტი განვითარების, თანამშრომლობის ხელშეწყობის, მომსახურების საერთო მიზნებისა და კლიენტთა კმაყოფილების მიღწევისკენ. ფსიქოლოგიური თეორია ხელს უწყობს მოტივაციის ამაღლებას, კონფლიქტების

იდენტიფიკაციასა და გადაჭრას. ლიდერობა გადანაწილებულია. არსებობს კოოპერაციისთვის აუცილებელი ფაქტორები. ღირებულება და ხარისხი ურთიერთდამოკიდებულია. დაბალ ხარისხს მივყავართ დანაკარგებთან, არაეფექტურობასთან, კლიენტთა და პერსონალის უკმაყოფილებასთან. მაღალი ხარისხი, ჰუმანური და ეფექტური მომსახურება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კონკურენტულ გარემოში, სადაც კლიენტს არჩევნის უფლება აქვს და სადაც ხარჯები და ეფექტურობა დაწესებულებათა გადარჩენისა და განვითარების ფაქტორებია.

სამედიცინო მომსახურება უფრო და უფრო ხშირად ხდება ჯანდაცვის დიდი პროგრამების ნაწილი. ტექნიკურად კომპეტენტური სამედიცინო მომსახურება საკმარისი არ არის. პაციენტის უფლებები და პირადი ღირსების შეგრძნება ასევე მნიშვნელოვანია. ჯანდაცვის ისეთი პრიორიტეტების გადანაწილებისთვის, როგორებიცაა საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება, ფინანასური ხელშემწყობის გაჩენა, შესაძლოა პაციენტსა და მის ოჯახს იმის შეგრძნება გაუჩინოს, რომ შესაბამის სამედიცინო მომსახურებას არ იღებენ. DRG–ებმა, HMO–ებმა და სხვა ორგანიზაციულმა და ფინანსურმა სისტემებმა, რომლებმაც სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობა უნდა გაზარდონ, შესაძლოა ჯანდაცვის სისტემასთან პაციენტთა გაუცხოება გამოიწვიონ. პერსონალის დამოკიდებულება პაციენტთა მიმართ აგრეთვე ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია მომხმარებლის კმაყოფილებისთვის. მომსახურება უნდა შეიცავდეს დამხმარე სერვისების, როგორიცაა სახლში მოვლა და კონსულტაცია, ხელმისაწვდომობას, რათა პაციენტმა და ოჯახის წევრებმა მიტოვებულად არ იგრძნონ თავი.

TQM–ის თანდართული პროდუქტი ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებაა (continuous quality improvement-CQI), რომლის დახმარებითაც დაწესებულებები, რომლებსაც სურთ ხარისხის გაუმჯობესება, მუშახელს ჯგუფური მუშაობისკენ მოუწოდებენ, რათა უკეთ შეაფასონ საკუთარი მიღწევები და საკუთარ ოპერაციულ ერთეულში არსებული პრობლემების აღმოფხვრის გზები მოიძიონ. ტრადიციული იერარქიული ორგანიზაციისგან განსხვავებით, სხვადასხვა რანგისა და პროფესიის ადამიანები ორგანიზაციულ ქსელში მუშაობენ. ამგვარი პრაქტიკა მნიშვნელოვანია მომსახურე პერსონალის მორალის, პაციენტისა და დაწესებულების მიმართ პასუხისმგებლობის გრძნობისთვის.

ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება მოიცავს მულტიდისციპლინარულ მიდგომას, არა მხოლოდ პრობლემების გადასახედად, არამედ ფუნქციონირების უკეთესი გზების მოსაძებნად და მომხმარებლის კმაყოფილების გასაზრდელად. ეს პროცესი მოიცავს ყველას, ვინც სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში, დამხმარე სერვისებში დეპარტამენტის, საავადმყოფოს, კლინიკის ან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამის ადმინისტრაციაშია ჩართული. ეს არ არის პროფესიონალთათვის მხოლოდ თვითმაკონტროლებელი საშუალება, არამედ გამოიყენება საჭიროებების აღმჩენის და რესურსების გამოყენებისთვის უკეთესი გზების მოძიებისთვის. ყველა მომწოდებლის ჩართულობა ზრდის მოტივაციას და ხელს უწყობს საერთო მიზნის არსებობის შეგრძნების გაძლიერებას ორგანიზაციაში.

ამ პრინციპების დანერგვა ჯანდაცვის სისტემაში რამდენიმე ფორმას იძენს. თემების არჩევა TQM/CQI კომიტეტების მიერ საავადმყოფოებში შეიძლება ეყრდნობოდეს კვლევებს, პერსონალის, პაციენტების ან მენეჯმენტის გამოკითხვებსა და სხვა რესურსებს. იმ ქალების გამოკითხვამ, რომლებიც გინეკოლოგიურ ერთეულებში მშობიარობის შემდომ იმყოფებიან, შესაძლოა მნიშვნელოვანი პრობლემები ცხდაყოს. გინეკოლოგიურ დეპარტამენტთან დაკავშირებული პრობლემები შეიძლება მოიცავდეს მშობიაობათა მაღალ ან დაბალ რაოდენობას, პერსონალის ტრენინგს, სახარჯ მასალასა და აღჭურვილობას, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციურ პრობლემებს, სისუფთავეს, სტერილურ ტექნიკას, პერსონალისა და მომხმარებლის კმაყოფილებას და სხვ. გუნდი, რომელიც ამ პრობლემებს განიხილავს უნდა იყოს მულტიდისციპლინარული, მთავარი აქცენტი უნდა გაკეთდეს კლიენტთა დამოკიდებულებასა და კმაყოფილებაზე. გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ფუნქციონირების შემოწმება უნდა მოიცავდეს ფუნქციონალური და დამოკიდებულებითი ასპექტების განხილვას, როგორიცაა სერვისის, პერსონალის დამოკიდებულების, ტრენინგის საჭიროების, ლოდინის დროის, კონსულტაციური სერვისებისა და სხვათა ჩათვლით. მაგალითად, საცდელი დროის კონტროლმა, შესაძლოა ის საგრძნობლად შეამციროს და ამგვარად მომხმარებლის კმაყოფილებისა და მენეჯმენტის ეფექტურობის ზრდაზე გავლენა იქონიოს. ნებისმიერი სერვისი პაციენტისა და საზოგადოების მომსახურებისთვის არსებობს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული ნაწილი და ევროპის ნაციონალური სამედიცინო ასოციაციები 1995 წელს შეთანხმდნენ, რომ სამედიცინო ასოციაციებს გადამწყვეტი როლი უნდა ეთამაშა CQI პროგრამებში უკეთესი შედეგების მისაღწევად. იგივეს აღნიშ-

ჩანართი 15.3 ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის ხელშემწყობი ორგანიზაციები ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და კანადაში

1. ხარისხის დაცვის ნაციონალური კომისია (NCQA), არაკომერციული ორგანიზაციაა, რომელიც 1979 წელს მართული სამედიცინო ინდუსტრიის მიერ დაარსდა და ატარებს კვლევებს მართული სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებში კლინიკური სტანდარტების, წევრთა უფლებების და ჯადაცვის სისტემის ფუნქციონირების შესაფასებლად. ის აკრედიტაციას უკეთებს 630 დაწესებულებიდან 50%-ს ამერიკის შეერთებულ შტატებში (1997წ.).
2. ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის კვლევის სააგენტო (AHPCR) ამერიკის შეერთებული შტატების საჯარო სამედიცინო მომსახურების ნაწილია. 1995 წელს მას მიენიჭა ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროგრამის შემუშავების მანდატი ამერიკის შეერთებული შტატებისა და კანადის 12 ცენტრში. ის სისტემატურად განიხილავს ლიტერატურას და შესაბამისად აქვეყნებს ანალიზსა და აღმოჩენებს ჯანდაცვის, ხარისხის გაუმჯობესების პროექტების და შესყიდვების გადაწყვეტილებების შესახებ დირექტივებთან ერთად. ის აფინანსებს შედეგებისა და ხარჯ–ეფექტურობის კვლევებს, ავრცელებს ინფორმაციასა და გაიდლაინებს სამედიცინო პრაქტიკისა და ხარჯ–ეფექტურობის შესახებ.
3. ანგარიშვალდებულების საზოგადოება (FACCT) არაკომერციული ორგანიზაციაა და მის მიზანს წარმოადგენს მომხმარებლისთვის ინფორმაციის მიწოდება ქრონიკული დაავადებათა მკურნალობის ხარისხის, სტანდარტების შესამუშავებლად საჭირო საზომი საშუალებების, აგრეთვე დიაბეტთან, ასთმასთან, მკერდის კიბოსთან, გულის კორონალურ დაავადებასთან და ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული ჯანდაცვის გეგმათა ფუნქციონირების შეფასებების შესახებ.
4. ჯანდაცვის ფინანსირების ადმინისტრაცია (HCFA) წარმოადგენს ჯანმრთელობისა და ადამიანური რესურსების დეპარტამენტის ფედერალურ სააგენტოს, რომლის მთავარი მოვალეობა მედიქეარისა და მედიქეიდის ჯანდაცვის პროგრამების ადმინისტრირებაა.
5. ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტი (IHI) დაარსდა 1991 წელს, როგორც არაკომერციული ორგანიზაცია, რომელიც ყველაფერს აკეთებს კანადასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის კავშირის დამყარებაში ხელის შეწყობით. IHI ამოწმებს ექიმთა საოფისე პრაქტიკას, საგანმანათლებლო რეფორმებს და ხელს უწყობს ინტერდისციპლინარული ჯგუფური მუშაობის ხარისხის გაზრდას.
6. პაციენტის უსაფრთხოების ნაციონალური ორგანიზაცია (NPSF) ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის მიერ იატროგენული დაავადებებისგან დაზიანებებისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლის აღმოჩენის შემდეგ შეიქმნა. ორგანიზაცია, ხელს უწყობს სამედიცინო პროვაიდერების მიერ ჩადენილი შეცდომების კვლევას და ეძებს ისეთი სამედიცინო შეცდომების სიხშირისა და ეფექტების შესამცირებელ გზებს, როგორებიცაა მეტადიაგნოსტიკა, სამედიცინო შეცდომები და პროცედურების დროს დაშვებული შეცდომები.
7. ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციის გაერთიანებული კომისია (JCAHO) 1951 წელს ჩამოყალიბდა და 1953 წელს დაიწყო საავადმყოფოთა აკრედიტაცია, 1987 წელს საკუთარი მანდატი გააფართოვა. აკრედიტაცია აუცილებელია მედიქეარისა და მედიქეიდის გადახდებისათვის. JCAHO ცვლის თავის დამოკიდებულებას სტანდარტებზე–დაყრდნობილ ყოველ 3 წელში შეფასებებიდან კვარტალურ შეფასებებზე რისკების შესამცირებლად.

წყარო: სამედიცინო სიახლეები და პერსპექტივები, ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ჟურნალი, 1997, 278: 155–156

ნავს ევროპული რეგიონების ჯანმრთელობა ყველასთვის (Health for All): ყველა წევრ ქვეყანაში უნდა არსებობდეს ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის ტექნოლოგიების შესაბამისი გამოყენებისა და განვითარებისთვის აუცილებელი სტრუქტურები და პროცესები.

1990-იან წლებში დიდ ბრიტანეთში პაციენტთათვის ზოგადი პრაქტიკის „ფონდის ჰოლდინგის“ (“fund holding”) შემოღებამ ამბულატორიულ მკურნალობაში გააძლიერა მოტივაცია საავადმყოფოების მიერ პაციენტის კმაყოფილების ზრდისთვის, რაც ხელს უწყობს ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების (CQI) გამოყენებას. ამის მსგავსად, ფუნქციონირების ინდიკატორები დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის რეგიონულ და ადგილობრივ მმართველებს ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების (CQI) მიდგომისთვის საჭირო საშუალებებს აძლევენ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში უამრავი სამთავრობო და დამოუკიდებელი ორგანიზაცია გვხვდება, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის ზრდაზე მუშაობენ.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონმდებლობა

კანონი წარმოადგენს საზოგადოების კონსენსუსს. მას ადგენს არჩეული საკანონმდებლო ორგანო, ის ძალაში მოჰყავს სახელმწიფოს აღმასრულებელ ორგანოს, ხოლო სასამართლო მას განმარტავს. საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ორგანოები აშშ-ის კონსტიტუციის მიხედვით, ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად არსებობენ, თუმცა წარმოადგენენ ერთ მთლიან სხეულს საპარლამენტო სისტემაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უზრუნველყოფასა და დაცვაზე პასუხისმგებლობა სუვერენული ხელისუფლების ფუნდამენტური ფუნქცია-მოვალეობაა, რაც შეიძლება ხელისუფლების სხვადასხვა (მაღალ ან დაბალ) ეშელონებს ან საერთოდ, არასახელმწიფო ორგანიზაციასაც კი დაეკისროს. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობა სუვერენული სახელმწიფოს კონსტიტუციაშივეა მოხსენიებული, თუმცა, საზოგადოებაში მიღებული ქმედებები და სასამართლოთა გადაწყვეტილებები (საერთო სამართალი) განსაზღვრავს ქვეყნისა და ადგილობრივ მმართველობათა ძალაუფლებას დაიცვას და დაიფაროს თავისი მოქალაქეების ჯანმრთელობა.

აშშ-ის ეროვნული კანონმდებლობა ფედერალური მთავრობის მიერ შტატთაშორისი ვაჭრობის რეგულირების, გადასახადების დაკისრებისა და მიღებული შემოსავლის საზოგადოების კეთილდეობისთვის მოხმარების უფლების საფუძველზეა აგებული. ქვეყნის კანონმდებლობა ეფუძნება სახელმწიფოს მოვალეობას დაიცვას მოქალაქეთა ჯანმრთელობა, უსაფრთხოება და კეთილდღეობა. სახელმწიფოსა და ცალკეული შტატების ძალაუფლების ქვეშ მუშავდება და ძალაში შედის უამრავი კანონი ჯანდაცვის შესახებ, რაც ასევე მჭიდრო კავშირშია მკურნალობის დაფინანსებასთან, სოფლის მეურნეობასთან, საკვებთან, მედიკამენტებთან, კოსმეტიკურ საშუალებებთან, სამედიცინო მოწყობილობებთან, გარემოს კონტროლსა და საზოგადოების კეთილდღეობასთან. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონები ეყრდნობა კონსტიტუციურ, ადმინისტრაციულ თუ სასამართლო გადაწყვეტილებათა ფართო სპექტრს სამოქალაქო და სისხლის სამართლის საქმეებში.

მარეგულირებელ, მამოტივირებელ და ფინანსურ ფაქტორთა კომბინაცია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში დიდ გავლენას ახდენს გადამდებ თუ არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლზე, საავადმყოფოთა სტანდარტის გაუმჯობესებასა და მკურნალობის ხარისხზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგულაციები, კანონმორჩილება, ზედამხედველობა და დამსჯელობითი ფუნქციები მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სტიმულირებისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად. ხელისუფლების მიერ გადასახადების დაკისრების უფლება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის, რათა საავადმყოფოები მაღალი დონის და ყველასთვის ხელმისაწვდომი იყოს, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე ძალიან სჭირდება ან მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ ჯგუფში შედის.

საზოგადოებისა თუ ცალკეული პიროვნების დასაცავად შეიძლება საჭირო გახდეს რომელიმე კონკრეტული, გადამდები ვირუსის მატარებელი, პიროვნების დაკავება, რათა ამ ვირუსის გავრცელება არ მოხდეს. ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, სახელმწიფომ უნდა

იზრუნოს სულიერად დაავადებულ ადამიანებზეც და იმ ადამიანების იზოლაცია მოახდინოს, ვინც თავიანთი აგრესიით გარშემო მყოფებს საფრთხეს უქმნიან. ამგვარი ზომები მხოლოდ იმ უკიდურეს შემთხვევაში უნდა მიიღონ, როდესაც პიროვნების გადარწმუნება და მისთვის რაიმეს შეგნება შეუძლებელია, ხოლო საზოგადოება იმგვარი საფრთხის წინაშე დგას, რომ ამ ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლების შეზღუდვა გამართლებულია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა უმეტესად პაციენტის კოოპერაციასა და თანადგომას და არა იძულებას ეყრდნობა. მაგალითად, კანონს შეუძლია ადგილობრივ ხელისუფლებას უფლება მისცეს წყლის ქლორით გაწმენდაზე; თუმცა, ამგვარი კანონმდებლობის დამტკიცებამ და მისმა დანერგვამ შეიძლება საზოგადოების რეფერენდუმი მოითხოვოს.

საერთო თანხების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის გამოყენება საკანონმდებლო აქტია. დაფინანსების მიწოდება შეიძლება მოხდეს გრანტების სახით, რომელიც განსაზღვრულია კონკრეტული მომსახურებისთვის, მაგ., იმუნიზაცია, ორსულ ქალთა დახმარება, მოსწავლეთა ჯანდაცვა, საზოგადოებაში ტუბერკულოზის დაავადების კონტროლი, HIV ვირუსის შესახებ საზოგადოებისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება და ა.შ. გრანტი შეიძლება მიზნად ისახავდეს ხელი შეუწყოს გარკვეული ტიპისა და ხარისხის მომსახურებებს. ამგვარი პროგრამების ტიპს მიეკუთვნება ჰილ-ბარტონის აქტი, რომლის საფუძველზეც აშშ-ში 50-70-იან წლებში საავადმყოფოთა ასაშენებლად გაიცა ფედერალური გრანტები. ამგვარი დაფინანსებები ხშირად იზიდავენ სახელმწიფო სტრუქტურის უფრო დაბალ ფენებს, რომლებიც იძულებულნი არიან გრანტის მისაღებად აუცილებელი პირობები შეასრულონ. მაგალითად, კანადის პროვინციული ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯების განაწილების პროგრამა ეფუძნება ფედერალურ კრიტერიუმებს, როგორიცაა საჯარო ადმინისტრაციის მოთხოვნა, პროვინციებს შორის მობილურობა და აკრძალვა ექიმების მიერ პაციენტისათვის ზედმეტი გადასახადების დაკისრება. (თავი 13).

სახელმწიფო თანხები ასევე კანონით განსაზღვრული პროგრამებისთვის გამოიყოფა. მათი მიზანია ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება. ამგვარი პროგრამის კარგი მაგალითია აშშ-ის სოციალური დაზღვევის აქტი. ბევრ ქვეყანაში არსებობს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კანონმდებლობაც.

კანონმდებლობა და სასამართლოთა გადაწყვეტილებები, რომელთა მიზანია პიროვნებათა უფლებების დაცვა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნაწილს წარმოადგენს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონები ერევა ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, რადგან საჭიროების შემთხვევაში, იგი იცავს პიროვნებას პოტენციური ძალადობისგან ზუსტად ისევე, როგორც ეს აშშ-ის უფლებების შესახებ კანონში წერია. ჯანდაცვის კანონების აღსრულებამ შეიძლება მოითხოვოს პიროვნებათა უფლებების შეზღუდვა სანიტარიული კანონებისა და საჯარო სამართლის საფუძველზე; ეს შეიძლება საჭირო გახდეს იმ იშვიათი სავალდებულო მკურნალობისას, როდესაც ავადმყოფი საზოგადოებისთვის საფრთხეს წარმოადგენს. რელიგიის ტავისუფლება შეიძლება ასევე წინააღმდეგობაში მოვიდეს ჯანდაცვის სხვადასხვა კანონებთან. რელიგიურმა აღმკვეთმა ღონისძიებებმა შეიძლება ადამიანს დაუშალოს საზოგადოებრივი საავადმყოფოების გამოყენება, როდესაც რელიგიური საავადმყოფოები მის დახმარებაზე უარს ამბობენ. ასევე, საზოგადოებას შეიძლება საფრთხე შეექმნას, როდესაც ბავშვთა სავალდებულო აცრას რელიგია ზღუდავს. აღსანიშნავია ისიც, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონი კრძალავს არასწორ და არაეთიკურ რეკლამირებას, რითაც არღვევს სიტყვის წარმოთქმის თავისუფლებას.

1973 წლის აშშ-ის უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილების თანახმად ქალებს უფლება მიეცათ უსაფრთხოდ და ლეგალურად გაიკეთონ აბორტი. დღესდღეობით, ეს გადაწყვეტილება აშშ-სა და სხვა ქვეყნებში პოლიტიკური და არა მარტო პოლიტიკური დავის აქტუალურ თემად რჩება. საზოგადოებასა და ინდივიდთა ინტერესებისა და უფლებების პოტენციური კონფლიქტი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონებისა და საზოგადოებრივი სამედიცინო მომსახურების დინამიკის განუყოფელი ნაწილია. კონფლიქტური საკითხები ხშირად მოიცავს ეთიკურ დილემებს, სადაც '"საუკეთესო ერთეული უმეტესი რაოდენობისთვის" პოლიტიკამ შეიძლება პიროვნებათა ლეგიტიმურ უფლებებს ავნოს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონები მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის სათანადო მოქმედებისთვის. ყოველივე მაშინ რთულდება, როდესაც ეს კანონები ეთიკას უპირისპირდება.

ცხრილი 15.9 ჯანდაცვაში პიროვნებათა და საზოგადოების უფლება–მოვალეობათა ეთიკური/ლეგალური მხარეები

ეთიკური/ლეგალური საკითხი	ინდივიდთა უფლებები და მოვალეობები	საზოგადოების უფლებები და მოვალეობები
ადამიანის სიცოცხლის ხელშეუხებლობა	ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უფლება; საკუთარ თავზე ზრუნვისა და რისკის შემცირების მოვალეობა	ვალდებულია მიაწოდოს ყველასათვის ხელმისაწვდომი მომსახურება
პიროვნებათა უფლებები საზოგადოების უფლებების წინააღმდეგ	აცრა პიროვნებათა დასაცავად	აცრები საზოგადოების იმუნიზაციისათვის და დასაცავად; განათლება; საზოგადოებას შეუძლია მოითხოვოს ვაქცინაცია
ჯანრთელობაზე ზრუნვის უფლება	ყველას აქვს უფლება მიიღოს სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და საჭირო მკურნალობა	საზოგადოების უფლება მიიღოს მკურნალობა, გეოგრაფიული მდებარეობის, ასაკის, სქესის, ეთნიკური წარმომავლობის, ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ეკონომიკური სტატუსის მიუხედავად
პირადი პასუხისმგებლობა	ადამიანი პასუხისმგებელია საკუთარ ჯანმრთელობაზე	საზოგადოებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ და მისი პოპულარიზაცია; გვერდი აუარონ „მსხვერპლი დამნაშავე“ პოზიციას
კორპორატიული პასუხისმგებლობა	მწარმოებლისა და მენეჯერის პასუხისმგებლობა კრიმინალურ და საჯარო ქმედებებზე	მწარმოებელი პასუხისმგებელია ჯანმრთელობისთვის საშიში ნივთიერებების გავრცელებაზე, რაც ზიანს აყენებს კერძო პირებსა და საზოგადოებას
პროვაიდერთა პასუხისმგებლობა	პროფესიონალური და ეთიკური მკურნალობა; პაციენტთან კომუნიკაცია	კარგად ორგანიზებულ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, აკრედიტირებული აღიარებული სტანდარტებით
პირადი დაცვა	ძალადობისგან დაცვა	საზოგადოების დაცულობა, კანონმორჩილება, ქალთა უფლებების დაცვა, ბავშვთა და ხანდაზმულთა დაცვა ომის, ტერორიზმისა და ეთნიკური ძალადობისგან
არჩევანის თავისუფლება	სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება, გასაჩივრების უფლება, იძულების შემცირება	საზოგადოება პასუხისმგებელია აკონტროლოს ხარჯები და ამასთანავე დაიცვას ინდივიდთა უფლებები
ევთანაზია	ინდივიდის უფლება სიკვდილზე; სოციალური ეთიკური და ლეგალური სტანდარტების შეზღუდვები	კერძო პირთა და საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინება; ძალადობის აღკვეთა ოჯახის და მათი მხრიდან, ვის ინტერესებთანაც ხდება კონფლიქტი
კონფიდენციალურობა	სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობის უფლება	გარკვეული დაავადებების სავალდებულო გამოკვლევა ეპიდემიოლოგიური ანალიზისთვის; პროვაიდერის უფლება ჰქონდეს ინფორმაცია
ინფორმირებული თანხმობა	უფლება იცოდე რისკი და სარგებელი და დაეთანხმო ან არ დაეთანხმო მკურნალობის მიღებაზე ან ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე	ჰელსინკის კომიტეტის თანხმობა კვლევაზე; სამართლიანობის პრინციპის რეგულირება, ცოდნის უფლება უფლებების შესახებ; პაციენტთა უფლებები

შობადობის კონტროლი	უფლება ინფორმაციის მიღებაზე და შობადობის კონტროლზე ხელმისაწვდომობა; უსაფრთხო აბორტი; ქალების მიერ საკუთარი სხეულის კონტროლი	შობადობის პოლიტიკური და რელიგიური პოპულარიზაცია; ქალთა არჩევანის თავისუფლების დაცვა
ჯანმრთელობის დაცვის რესურსები	ყველასთვის ხელმისაწვდომობა, წინასწარი გადახდა; კერძო პირთა თანამონაწილეობა სამუშაო ადგილის მეშვეობით ან გადასახადებით	სოლიდარობის პრინციპი და ადეკვატური დაფინანსება; ხარჯების შემცირების, სერვისის სარგებლის შეზღუდვის უფლება
რეგულაციები და მოტივაცია ჯანდაცვის პოპულარიზაციისთვის	ისეთი სოციალური სერვისის დაფინანსება, როგორიცაა საავადმყოფოში მშობიარობა, ჩვილის მოვლა-პატრონობა; მზრუნველობა საზოგადოებასა და ამბულატორიაში; დამხმარე საზოგადოებრივი მზრუნველობის სერვისები	წამახალისებელი გრანტები საზოგადოების, ქვეყნის ინტერესში შემავალი პროგრამების დასახმარებლად; დაბალი დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ინსტიტუტების შემცირება; რესურსების გადატანა პირველადი დახმარებისთვის
გლობალური ჯანმრთელობა	ადამიანთა უფლებები და მისწრაფებები, ეკონომიკური განვითარება, ჯანდაცვა, განათლება და სამუშაო	ჯანმრთელობის რისკების გადატანის საშიშორება; ღარიბ და განვითარებად ქვეყნებში სამუშაოზე ჯანმრთელობის დაზიანების საშიშროება, გარემოს დაბინძურება
უმცირესობების უფლებები	უნივერსალური ხელმისაწვდომობა	სპეციალური დახმარება იმ ჯგუფისა, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება
დაკავებულთა ჯანდაცვა	ადამიანთა უფლებები; ძალადობის აღკვეთა, დასჯა, ციხის პირობები	დაცვა და ადამიანის უფლებები
რესურსების განაწილება	ლობირება, ინოვაციისა და კაპიტალის ხელშეწყობა	რესურსების თანასწორი გადანაწილება, მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების თვალყურის დევნება, ხარჯების დაზოგვა

ეთიკის საკითხები საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

ჯანდაცვაში ეთიკა საზოგადოების ფუნდამენტურ ღირებულებებს ეყრდნობა. თუ ადამიანის სიცოცხლის ხელშეუხებლობის პრინციპი უმთავრესია (იხ. თავი 1), მაშინ მის გადასარჩენად ყველა შესაძლო ღონე გამოიყენება, მიუხედავად ავადმყოფის მდგომარეობისა თუ მკურნალობის ხარჯებისა. თუ სიკვდილი და ავადმყოფობა ღვთის ნებად ითვლება, რომელიც სავარაუდოდ, ჩვენი ცოდვებისთვის სასჯელად გვევლინება, მაშინ მათ წინ აღდგომა ციური ნების წინააღმდეგ ნასვლად შეიძლება ჩაითვალოს. შესაბამისად, ასეთ შემთხვევაში ეთიკური პასუხისმგებლობა შემოიფარგლება მხოლოდ წვალებისგან გათავისუფლებით და არა სიცოცხლის შენარჩუნებით. ჰუმანიზმი აბალანსებს ეთიკის ამ ორ იმპერატივს: სიცოცხლის გადარჩენასა და ტანჯვისგან გათავისფულებას. მატერიალისტური თვალსაზრისით, ჯანდაცვის მიზანი ადამიანთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებაა, რათა შემდგომ მათ ეკონომიკური სარგებელი მოიტანონ. ლალონდეს თეორიის მტკიცებით, ადამიანის ქცევა მისი ჯანმრთელობის კარგი განმსაზღვრელია; სწორედ ამიტომ, საკუთარ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი თავად პიროვნებაა და სხვა არავინ. ამ წიგნში ბევრი ეთიკური საკითხია განხილული (ცხრილი15.9).

ჯანდაცვის რესურსები ინდუსტრიულ ქვეყნებშიც კი შეზღუდულია. შედეგის ოდნავ გასაუმჯობესებლადაც კი ახალ ტექნოლოგიებზე ის თანხები იხარჯება, რომელთა გამოყენება კარგად ნაცად მკურნალობისა და მოვლის

ძველ მეთოდებზე შეიძლებოდა დახარჯულიყო. მკურნალობაში სულ უფრო და უფრო მეტი ჩარევისგან მიღებული პოტენციური სარგებელი ხანდახან ძალიან ცოტას თუ მატებს სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხს. ეს შეიძლება დავის საკითხიც გახდეს, როდესაც ერთის მხრივ ექიმი ყველა ძალის გამოყენებით ცდილობს ავადმყოფის სიცოცხლე გაახანგრძლივოს, ხოლო მეორეს მხრივ პაციენტის სიცოცხლის ხარისხი ეცემა და ამასთან, მას უფლება აქვს უარი განაცხადოს მკურნალობაზე. პაციენტმა შეიძლება დიდი ტანჯვა გადაიტანოს იმ მკურნალობის შედეგად, რომელიც მის სიცოცხლეს მხოლოდ რამდენიმე საათით ან დღით გაზდის; ეს კონფლიქტში მოდის ექიმის ეთიკურ მოვალეობასთან, არაფერი დაუშავოს ავადმყოფს, მიუხედავად იმისა, რომ იგი დიდ ფიზიკურ ტკივილს განიცდის. სიცოცხლის ბოლო დღეების შენარჩუნება ისეთი ავადმყოფისთვის, რომელიც სნეულების გამო ფიზიკურად იტანჯება, სადღეისოდ ერთ-ერთ ყველაზე აქტუალურ ეთიკურ დილემას წარმოადგენს. ეს დილემა იზრდება, როდესაც მასში ეკონომიკური მაჩვენებლები ერთვება. პოტენციური კონფლიქტი ეკონომიკურ საკითხებს, ექიმის როლს შეინარჩუნოს პაციენტის სიცოცხლე და არ მაყენოს მას ზიანი, ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების სურვილსა და საზოგადოების მოთხოვნილებებს შორის ყოველთვის იარსებებს.

სახელმწიფო საზოგადოების ორგანიზებულ ფორმას წარმოადგენს, რომელსაც მნიშვნელოვანი პასუხისმგებლობა აკისრია ადამიანებს მიაწოდოს ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო პირობები, მოახდინოს მისი პოპულარიზაცია, ხოლო ჯანდაცვა ყველასთვის ხელმისაწვდომი გახადოს. ჯანდაცვის სფეროში პიროვნებათა უფლებებსა და საზოგადოების მოთხოვნილებებს შორის მუდმივი კონფლიქტია. ჯანდაცვისთვის აუცილებელი ზომების მიღებამ ადამიანთა გარკვეული ჯგუფის სასარგებლოდ შეიძლება საზოგადოების ყველა წევრის თუ ქვეყნის მთელი მოსახლეობის უფლებებში ჩარევა მოითხოვოს. საზოგადოების უმეტესი ნაწილი ჯანდაცვის მექანიზმის მონაწილეა და იცავს მათ, ვისაც სიცოცხლის შენარჩუნება დღეს თუ ხვალ შეიძლება დასჭირდეს. საზოგადოებას შეიძლება მოუწიოს ინდივიდის თავისუფლების შეზღუდვა, რათა წინ აღუდგეს ავადმყოფობის გავრცელებას და მოსახლეობისთვის პოტენციური ზარალის ოდენობა შეამციროს. ალკოჰოლსა და სიგარეტზე გაზრდილი გადასახადები, სიჩქარეზე სავალდებულო ზღვარი, მოძრაობის რეგულირება და უსაფრთხოების ღვედები, თავის მხრივ, ინდივიდთა თავისუფლებას ზღუდავს, თუმცა, ასევე მათ და საზოგადოებას ზიანისგან იცავს.

მასობრივი მკურნალობის ზოგიერთი ფორმა ჯანდაცვის ერთ-ერთი გავრცელებული ფორმაა, რათა საზოგადოებაში დაავადებათა რისკი შემცირდეს. წყლის ქლორირება კარგად დამკვიდრებული, ეფექტური და უსაფრთხო საშუალებაა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზნით. სასმელი წყლის ფთორით გამდიდრებას, ბავშვებში პირის ღრუს დაავადებების აცილების მიზნით, სარგებელი კონკრეტულად ბავშვებისათვის მოაქვს, მიუხედავად იმისა, რომ ამ წყალს ზრდასრული ადამიანებიც სვამენ. საჭმლის მინერალებითა და ვიტამინებით გამდიდრება ჯანდაცვისთვის ხშირად გამოყენებული ხერხია, რომელსაც თავისი მომხრეები და მოწინააღმდეგეები ჰყავს. ვიტამინ B6-ის საკვებში დამატება ჩვილებში ნერვული მილის (neural tube) დეფექტების თავიდან აცილების ერთ-ერთი ეფექტური საშუალებაა. ეს პროცედურა დამტკიცებულია აშშ-ის კვებისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციის მიერ 1998 წლიდან.

კონფიდენციალურობის დაცვა დღესდღეობით ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ეთიკურ საკითხს წარმოადგენს. დაბადება, გარდაცვალება, აღსარიცხი ინფექციური დაავადებები და ჰოსპიტალიზაციის მონაცემები, მკურნალობის მენეჯმენტისა და ეპიდემიოლოგიის ფუნდამენტური ინსტრუმენტებია. თუმცა, საჭიროა სიფრთხილის გამოჩენა, რათა არ მოხდეს ინდივიდთა იდენტიფიკაცია, რასაც შეიძლება არასასურველი შედეგები მოჰყვეს; მაგალითად, ჯანმრთელობის დაზღვევაზე უარის თქმა მწეველთათვის, ალკოჰოლზე დამოკიდებულთათვის და აივ ვირუსით დაავადებულთათვის, რადგანაც ზიანი თავად ინდივიდის მიერაა გამოწვეული. მოძიება და მონიტორინგი ისეთი გადამდები დაავადებებისა, როგორიცაა სექსუალურად გადამდები სნეულებები, მნიშვნელოვანია კარგი ეპიდემიოლოგიური მენეჯმენტისთვის.

აივ ვირუსის ეპიდემიამ 1980 წელს ჯანდაცვისა და ეთიკის უამრავი ახალი საკითხი წამოაყენა. შიდსის ეპიდემიის მენეჯმენტი გარკვეულწილად კონფლიქტში მოდის საზოგადოებაში დამკვიდრებულ წესთან, იზოლაცია მოახდინოს და კარანტინში გადაიყვანოს ის ადამიანი, ვინც ამგვარი გადამდები დაავადების მატარებელია. თანამედროვე საზოგადოებაში აივ ვირუსის გადამტანთა იზოლაცია მიუღებელია, თუმცა, სახ-

ქალწიფო ორგანიზაციების შეცდომამ 1980 წელს არ დაეხურა ნიუ-იორკისა და სხვა ქალაქების ჰომოსექსუალების ფინური აბანოები, რაც დაავადების გავრცელების ერთ-ერთი მთავარი წყარო იყო, შეიძლება დიდ უყურადღებობად ჩაითვალოს. 80-იანი წლების ამერიკაში ყურადღება ჰომოსექსუალთა საზოგადოების უფლებებზე უფრო იყო გამახვილებული, ვიდრე აივ ვირუსზე. არატრადიციული ორიენტაციის მქონე ადამიანებისთვის შიდსზე ანალიზის გაკეთება მათ დისკრიმინაციად ითვლებოდა; ამ მხრივ სახელმწიფო ადამიანთა თავისუფლების დაცვით უფრო იყო დაკავებული, ვიდრე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობით. ტესტირება, მოხსენება და დაავადების შემდგომი მეთვალყურეობა პირად ცხოვრებაში ჩარევად განიხილებოდა. ამგვარი მოქმედება არაპროდუქტიული იყო, რადგანაც საზოგადოების წინააღმდეგობასა და ტესტებისგან თავის არიდებას იწვევდა. შიდსის ეპიდემიამ და საზოგადოების მღელვარებამ ამ ვირუსის უბრალო კონტაქტით გავრცელებასთან დაკავშირებით საჭირო გახადა ინფორმაციის მიწოდება უსაფრთხო სექსის შესახებ; ამან საზოგადოება კვლავ ეთიკურ დილემასთან მიიყვანა, რადგანაც ეს ნაბიჯი შეიძლება აღქმული ყოფილიყო, როგორც ნებართვა მოზარდთა და ოჯახსგარე ურთიერთობებზე. იმ ფეხმძიმე ქალების აივ ვირუსზე ტესტირება, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფში იმყოფებოდნენ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გახდა მას შემდეგ, რაც აღმოჩნდა, რომ სწორი მკურნალობის შედეგად, შვილი შეიძლება ჯანმრთელი დაიბადოს. ასეთ დედებს ჩვილის ძუძუთი კვება ეკრძალებოდათ.

ჯანდაცვაში ყველაზე დიდ ეთიკურ საკითხს იმის უზრუნველყოფა წარმოადგენს, რომ მკურნალობა, პირველ რიგში, სწორედ მათთვის იყოს ხელმისაწვდომი, ვისაც ეს სჭირდება. მთავარი ეთიკური, პოლიტიკური და სოციალური საკითხი 21-ე საუკუნის ამერიკაში ის არის, რომ ჯანდაცვა ყველასთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოება შეიძლება ხედავდეს ჯანდაცვის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის დადებით მხარეებს, მას შეიძლება მაინც მოუწიოს ჯანდაცვის პოპულარიზაცია, როგორც კერძო პირთა სასარგებლო მომსახურებისთვის; მაგალითად, საჭიროების შემთხვევაში საავადმყოფოში გადაყვანა, ფეხმძიმეთა მოვლა, აცრა, მამოგრამა და ა.შ. ზოგიერთი სერვისი შეიძლება არ შედიოდეს ჯანმრთელობის დაზღვევაში, მაგალითად, სტომატოლოგია, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ბავშვებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია და სხვებისთვის ფინანსურად მიუწვდომელია. აშშ-ში მედიკეიდის პროგრამაში მოსახვედრად საჭიროა სიღარიბის გარკვეულ დონეზე ყოფნა. ამ პროგრამაში ვერ ხვდება ბევრი ის უმწეო, ვინც მუშაობს, თუმცა ამგვარად მასში უფრო მეტი ბავშვისთვის რჩება ადგილი.

ჯანდაცვის კანონებში არჩევანი ხშირად ორ „კარგს“ შორისაა გასაკეთებელი. შეზღუდულმა რესურსებმა ეს საკითხი შეიძლება კიდევ უფრო გააღრმავოს თუ ჩავთვლით იმას, რომ მოსახლეობა ბერდება, ხოლო ტექნოლოგია და ხარჯები იზრდება. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის სერვისი ერთი პერიოდი უარს ეუბნებოდა 65 წელს გადაცილებულ ადამიანებს დიალიზით მკურნალობაზე, როდესაც კომპიუტერული ტომოგრაფია პირველად გამოჩნდა აშშ-ში მედიქეარმა (ედიცარე) უარი განაცხადა კლიენტთა ამ სერვისზე, რადგან ეს ტექნოლოგია ჯერ შეუმოწმებელი იყო. საბჭოთა სისტემაში ისეთი აღჭურვილობის არქონის გამო, როგორიცაა ინკუბატორები, ახალდაბადებულები გადარჩენილად და ჯანსაღად ითვლებოდნენ, თუ ისინი 1500 გრამზე მეტს იწონიდნენ, ხოლო დანარჩენებს, რომელთა გადარჩენაც სხვა ქვეყნებში შესაძლებელი იქნებოდა, საყინულეში ათავსებდნენ სასიკვდილოდ. ამის საპირისპიროდ, ბევრი დასავლური სამედიცინო ცენტრი იყენებს ექსტრემალურ და ძვირადღირებულ მეთოდებს იმ ავადმყოფთა სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად, რომელთა განკურნება შეუძლებელია და რომლებიც დიდ ტკივილს განიცდიან. ეს ყოველივე ხდება ჯანდაცვის საზოგადოებრივი ფინანსირების ხარჯზე.

ამერიკაში ფინანსური რესურსების დეფიციტი უმწეო ბავშვთა ვაქცინაციისთვის, მაგრამ თითქმის შეუზღუდავი დაფინანსება აქვს გულის უკმარისობის მკურნალობის პროცედურებს, რაც არათანაბრად მიეწოდება მათ, ვისაც ის სჭირდება. ქალაქგარე საავადმყოფოების დახურვა ეთიკურ საკითხს წარმოადგენს და ცენტრალური ჯანდაცვის წარმომადგენელთა და ადგილობრივ საზოგადოებას შორის დავის საგანია. ბევრ ინდუსტრიულ ქვეყნებში ისეთი ჯანდაცვის რეფორმები, როგორიცაა საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობის შემცირება, ხარჯების დაზოგვის ხელშეწყობა და რესურსების გადანაწილება, წამოჭრიან ეთიკურ და პოლიტიკურ საკითხებს, რაც ხშირად კერძო სადაზღვევო კომპანიების, საავადმყოფოების და კერძო ექიმების ინტერესებს ეყრდნობა.

ეთიკა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევებში

კვლევასა და მკურნალობას შორის ზღვრის გარჩევა ხშირად ადვილი საქმე როდია. ჯანდაცვაში სოციალური გამოკითხვები უმეტესად ანონიმურია, თუმცა, ინდივიდთა ამოცნობა მნიშვნელოვანია ინფექციურ დაავადებათა კონტროლისათვის. ეს ასევე საჭიროა ქრონოკული დაავადებების ეფექტურობის გასაკონტროლებლად, რათა მაგალითად, მოხდეს გულის უკმარისობის მქონე ავადმყოფთა განმეორებით ჰოსპიტალიზაცია მათი მკურნალობის გრძელვადიანი ეფექტების შესაფასებლად.

მთავარი განსხვავება მკურნალობასა და კვლევას შორის სწორედ მიზანია. კლინიკური კვლევა იყენებს ექსპერიმენტულ მეთოდებს, რათა დარწმუნდეს ახალი, აქამდე გამოუცდელი, მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობასა და უსაფრთხოებაში. აშშ-ში ფართოდ გამოყენებულ ბევრ მედიკამენტსა და პროცედურას არასოდეს მიუღია მონაწილეობა კონტროლირებულ ცდებში. თუ ახალი მეთოდი ეფექტურად ითვლება, მისი კვლევა აღარ ხდება. მისი მასობრივი გამოყენება იწყება მას შემდეგ, რაც ექსპერტები მის უსაფრთხოებას დაადასტურებენ. მკვლევარები, რომლებიც აივ ვირუსისა და ბე ჰეპატიტის ინტრავენური წამლების მოხმარებისას ერთი და იმავე ნემსის მრავალჯერ გამოყენების მეშვეობით გადამდებიანობის სიხშირეს იკვლევენ, არაეთიკურად მოიქცეოდნენ, თუ ერთი ექსპერიმენტული ჯგუფის მიერ გამოყენებულ ნემსებს მეორე, საკონტროლო, ჯგუფს მიაწვდიდნენ.

1996 წელს აშშ-ის საზოგადოების ჯანდაცვის მომსახურების კვლევა, რომელსაც მხარს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი (NIH) და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) უჭერდა, ერთმანეთს ადარებდა ზიდოვუდინის მოკლე კურსსა (AZT) და პლაცებოს, რომელსაც აივ ვირუსით დაავადებულ ტაილანდელ ფეხმძიმე ქალებს ფეხმძიმობის გვიან პერიოდში აძლევდნენ. კვლევის მიზანი იყო ენახა, თუ ახალშობილების რომელ ჯგუფს ექნებოდა ვირუსი. ექსპერიმენტი შეჩერდა, როდესაც საპროტესტო სტატია დაიწერა ერთ-ერთ ცნობილ სამედიცინო ჟურნალში. კვლევამ დაადასტურა აქამდე ცნობილი ფაქტი, რომ ზიდოვუდინის ფეხმძიმობის გვიან პერიოდში მიღების შემთხვევაში, ბავშვისთვის ვირუსის გადაცემის საშიშროება 50%-ით მცირდებოდა. ასევე ნათელი გახდა, რომ ამ წამლის განვითარებად ქვეყნებში გამოყენება საჭიროა და მწარმოებლები დაეთანხმნენ მის დაბალ ფასად მიწოდებაზე.

ეთიკა და პაციენტთა მკურნალობა

ეთიკა ინდივიდუალურ პაციენტებსა და ჯანდაცვის პროვაიდერებს შორის მნიშვნელოვანი და აქტუალური საკითხია, რაც ამ წიგნშიცაა განხილული. ექიმს მოეთხოვება ზრუნვა, ცოდნა, გამოცდილება, მიუკერძოებლობა და მკურნალობის მიღებული სტანდარტების დაცვა. ასევე მთავარია, რომ მან პაციენტს ზიანი არ მიაყენოს. ავადმყოფს აქვს უფლება იცოდეს თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მკურნალობის სხვა ალტერნატივების და მასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ. მას ასევე აქვს უფლება ეძიოს სხვა სამედიცინო აზრი, თუმცა ამ უფლების უსასრულოდ გამოყენება ყოველთვის შესაძლებელი არ არის, რადგანაც დაზღვევამ ან სხვა ჯანდაცვის სერვისმა შეიძლება არ დააფინანსოს დამატებითი კვლევები პირველადი წყაროს თანხმობის გარეშე.

ჯანდაცვას უფრო მეტი პასუხისმგებლობა აკისრია, ვიდრე უბრალოდ მკურნალობის ანაზღაურება და ამ სერვისი მიწოდებაა. კონტრაქტი ჯანდაცვის მომსახურებაზე უფრო და უფრო ხშირად ინდივიდსა და ჯანდაცვის სისტემას, მის ადმინისტრაციას შორის იდება, ვიდრე ინდივიდსა და ექიმს შორის. ამგვარი ტენდენცია, თავის მხრივ, უფრო მეტ პასუხისმგებლობას ანიჭებს ექიმს, გაუწიოს პაციენტს ის დახმარება, რაც მას ესაჭიროება. ასევე, აშშ-ში თითოეული პროვაიდერი დილემის წინაშე დგას, რადგანაც ადამიანს შეიძლება ხელი არ მიუწვდებოდეს მის მიერ შეთავაზებულ სერვისზე ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონის გამო.

ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარება

ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარება ერთ-ერთი დიდი პრობლემა გახდა ნაცისტური გერმანიისა და იმპერიული იაპონიის შემდეგ, სადაც პატიმრებზე და კონცენტრაციული ბანაკების მსხვერპლებზე მეორე მსოფლიო ომის დროს ექსპერიმენტებს ატარებდნენ. ნიურნბერგი პროცესის შემდეგ დადგინდა სტანდარტები პროფესიონალური პასუხისმგებლობის შესახებ, რომლის დაცვაც აუცლიებელია საერთაშორისოდ აღიარებული სამედიცინო ქცევისათვის.

ცხრილი 15.10 ეთიკური საკითხები სამედიცინო კვლევებთან დაკავშირებით ნიუმბერგის პროცესის და ჰელსინკის დეკლარაციის მიხედვით

ნიურნბერგის კანონი 1946 წელი	ადამიანის თავისუფალი თანხმობა მნიშვნელოვანია. მისი გადაწყვეტილება არ უნდა იყოს იძულებით, მოტყუებით, თაღლითობით, გაცურებით, თავისუფლების აღკვეთით, ან ძალდატანებით მიღებული. ადრე ჩატარებულმა კვლევებმა უნდა დაადასტუროს, რომ ადამიანებზე ექსპერიმენტის განხორციელება პროდუქტიულ შედეგს მოიტანს. გამოკვლევად პრობლემას ნეიტრალური ისტორია უნდა გააჩნდეს. თავი უნდა აერიდოს არასავალდებულო ფიზიკურ თუ მენტალურ ტანჯვას. რისკმა არ უნდა გადააჭარბოს ექსპერიმენტის ჰუმანიტარულ მნიშვნელობას. ექსპერიმენტზე პასუხისმგებელი მკვლევარები ადეკვატურად უნდა მოემზადონ და მოიმარაგონ რესურსები ექსპერიმენტის ობიექტის დაზიანებისა და სიკვდილის თავიდან ასაცილებლად იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ლეტალური შედეგის ალბათობა ძალიან მცირეა. ადამიანს, როგორც ექსპერიმენტის ობიექტს, უნდა შეეძლოს ექსპერიმენტის ნებისმიერ დროს დატოვება და მეცნიერმა, რომელიც ექსპერიმენტის უკან დგას, უნდა შეაჩეროს კვლევა, თუ მას ადამიანისთვის პოტენციური ზიანის ან სიკვდილის მოტანა შეუძლია.
ჰელსინკის დეკლარაცია 1964 წელი	კვლევა უნდა ეხმიანებოდეს ყველა აღიარებულ მეცნიერულ პრინციპებს და სპეციალურად შექმნილი დამოუკიდებელი კომიტეტების მიერ უნდა დამტკიცდეს. ბიომედიცინის ექსპერიმენტი უნდა ჩაატაროონ კვალიფიცირებულმა პირებმა, მხოლოდ ისეთ საკითხებზე, სადაც პოტენციური სარგებელი აღემატება შეფასებულ რისკს, დაცულია ექსპერიმენტში მონაწილე ადამიანის კონფიდენციალობა, ხოლო პოტენციური საშიშორებების გათვალისწინება შესაძლებელია. პუბლიკაციამ ზუსტად უნდა აღწეროს კვლევის შედეგი. ყველა ექსპერიმენტში მონაწილე ადამიანი ადეკვატურად ინფორმირებული უნდა იყოს კვლევის მეთოდებზე, მიზნებზე, სავარაუდო სარგებელზე და საშიშროებებზე. ადამიანის თანხმობა მიღებული უნდა იქნას მხოლოდ მისი ინფორმირების შემდგომ და სრულად უნდა მისდევდეს ამ წესს. კლინიკურ კვლევებში ექიმს შეუძლია გამოიყენოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდები, თუ მათ მიერ მოტანილი სარგებელი უფრო მეტი იქნება, ვიდრე ძველი მეთოდებისა. ყველა კვლევაში ავადმყოფებმაც და საკონტროლო ჯგუფებმაც უნდა მიიღონ ყველაზე საუკეთესო მკურნალობა. ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე უარის თქმამ არ უნდა იმოქმედოს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაზე. პიროვნების ჯანმრთელობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე საზოგადოებისა თუ მეცნიერული ინტერესები.

Source: Summarized from the Nuremberg Trials (1948) and World medical Association, Declaration of Helsinki; from Basch, 1990. Website sources include:
http://www.wma.net/
http://www.unmc.edu/irb/source documents/nuremberg.htm
http://www.health.gov.au/nhmrc/ethics/helsinki.htm

ჰელსინკის დეკლარაცია, რომელიც პირველად მსოფლიოს სამედიცინო ასამბლეამ 1964 წელს მიიღო, ხოლო 1975, 1983, 1989 და 1996 წლებში დამტკიცდა, სამედიცინო კვლევების სტანდარტებს აყალიბებს, რაც მოითხოვს ექსპერიმენტის სუბიექტების ინფორმირებულ თანხმობას კვლევაში მონაწილეობის შესახებ. სადღეისოდ ეს სტანდარტები საერთაშორისო ნორმაა. დამფინანსებელი სააგენტოები ჰელსინკის კომიტეტის მიერ კვლევის სტანდარტების დასტურს ითხოვენ, ვიდრე რომელიმე პროექტს განიხილავენ; ასევე პროექტში მონაწილეთა ინფორმირებული თანხმობაც აუცილებელი წინაპირობაა.

ტასკიგის ექსპერიმენტი აშშ-ში 1932-1972 წლებში ჩატარებული, ნიუმბერგის კანონის მძაფრი და ტრაგიკული დარღვევა იყო. სიფილისით დაავადებულ აფრო-ამერიკელებზე ჩაატარეს ექსპერიმენტი, რომელიც უბრალოდ აკვირდებოდა დაავადების განვითარებას და მის სტა-

ჩანართი 15.4 ტასკიგის სიფილისის ექსპერიმენტი

აშშ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისმა 1932-1972 წლებში ტასკიგის ექსპერიმენტი ჩაატარა. იგი თვალს ადევნებდა სიფილისის ბუნებრივ განვითარებას ალაბამაში მცხოვრებ 399 აფრო-ამერიკელ მამაკაცებში. მათთვის არავის უთქვამს, რომ ისინი ექსპერიმენტის მონაწილენი იყვნენ და პენიცილინით მკურნალობა არც მაშინ შესთავაზეს, როდესაც 1972 წელს ამ კვლევის შესახებ საზოგადოდ ცნობილი გახდა. ექსპერიმენტის მიზანი იყო ეჩვენებინა, რომ სიფილისით დაავადებულებს დამატებითი მკურნალობა სჭირდებოდათ, თუმცა, მკვლევარებმა ახალი მკურნალობის მეთოდის აღმოჩენის შემდეგ მონაწილეებს ის არ შესთავაზეს მათი ჯარში გაწვევამდე 1942 წელს.

ეს ექსპერიმენტი შეიძლება ჩაითვალოს როგორც არაეთიკური, რადგანაც პიროვნებათა ინტერესები არ გაითვალისწინეს და მათ ვერ მიიღეს შესაბამისი მკურნალობა და ექსპერმიენტის შედეგს არანაირი სარგებელი არ მოუტანია მისი სუბიექტებისთვის. 1997 წელს პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა ბოდიში მოუხადა ამ ექსპერიმენტში მონაწილე ადამიანებსა და მათ ოჯახებს აშშ-ის მთავრობის სახელით. ეს ექსპერიმენტი აფრო-ამერიკელ საზოგადოებაში უნდობლობას დღესაც იწვევს.

წყარო: ვებ-გვერდი http://www.cdc.gov.nshstp/od/tuskegee.htm

დიებს. ავადმყოფებს არ მიეწოდათ შესაბამისი მკურნალობა, მიუხედავად მისი ხელმისაწვდომობისა. ეს კვლევა, რომელიც მაშინ პოპულარულ რასიზმის თემას დააბრალეს, არაეთიკური ექსპერიმენტის მნიშვნელოვან ოფიციალურ მაგალითს წარმოადგენს.

სიცოცხლის ხელშეუხებლობა და ევთანაზია

სიცოცხლის შენარჩუნების აუცილებლობა დღესდღეობით ჯანდაცვაში ეთიკური დავის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს. ევთანაზიის მომხრეები ამტკიცებენ, რომ პაციენტს აქვს უფლება სიცოცხლე ღირსეულად დაასრულოს, როდესაც მისი გადარჩენა შეუძლებელია ან იგი ძლიერ იტანჯება. ეს მხოლოდ სამედიცინო გადაწყვეტილება არ არის, იგი საზოგადოების აზრთა სხვადასხვაობის მიზეზია. ნაცისტების ევთანაზიის პროგრამა და ადამიანებზე ექსპერიმენტების ჩატარება საზოგადოებისთვის ერთ-ერთი ყველაზე დიდი გამაფრთხილებელი ნიშანი იყო იმის გასაგებად, თუ რა შეიძლება მოჰყვეს სიცოცხლის ხელშეუხებლობის პრინციპის დარღვევას. ამ დილემამ თავი იჩინა 1980-იან და 1990-იან წლებში, როდესაც მედიცინაში გაკეთებული წინსვლების საშუალებით ადამიანის სოცოცხლის გახანგრძლივების ახალი საშუალებები გახდა ხელმისაწვდომი. ჰოლანდიამ, აშშ-მ და ჩრდილოეთ ავსტრალიამ ევთანაზია იმ რიგ შემთხვევებში დააკანონეს, როდესაც პაციენტი დიდ ხანს იმყოფება კომაში ან განუკურნებელი სნეულებითაა დაავადებული. თუმცა, ამ შემთხვევაშიც კი პაციენტს შეუძლია უეცრად უარი თქვას პროცედურაზე.

ექიმებს, ავადმყოფებს, ახლობელებსა და სამედიცინო ორგანიზაციებს სჭირდებათ მკაფიო დირექტივები, პროცედურები, დაცვა, შეზღუდვები, რადგანაც ყველა საჭირო ზომის მიუღებლობის შემთხვევაში, ადამიანის სიცოცხლის არ გადარჩენამ, შეიძლება კანონთან დიდი პრობლემები გამოიწვიოს. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის სიკვდილისთვის უფლების მიცემა და ხელშეწყობა იმ ექიმების შემთხვევაში, რომლებიც ინტენსიური მზურნველობის ქვეშ მყოფ პაციენტებს მკურნალობენ, ადვილი ამოსაცნობია, დანაშაულსა და უდანაშაულობას შორის გამყოფი ხაზი ხშირად ბუნდოვანია. საავადმყოფოში მომუშავე ექიმები ყოველდღიურად იღებენ რადიკალურ ზომებს ავადმყოფთა სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად. ამგვარი მაგალითების განხილვა მარტო ეკონომიკური თვალსაზრისით არ უნდა მოხდეს. მაგრამ სინამდვილეში განუკურნებელ, ტერმინალური პაციენტების მოვლაზე დახარჯულ თანხებს დიდი ყურადღება ეთმობა. პაციენტს აქვს უფლება უარი თქვას მკურნალობაზე, ასევე ადვოკატს შეუძლია ამ გადაწყვეტილების მიღება პაციენტის ოჯახის წევრებს მიანიჭოს. ოჯახის დამოკიდებულება მნიშვნელოვანია, თუმცა, პაციენტის უფლება შეწყვიტოს სიცოცხლე ევთანაზიის საშუალებით კვლავ დავის საკითხია 21-ე საუკუნის საზოგადოებაში.

ჩეზიუმე: ტექნოლოგია, ხარისხი, კანონი, და ეთიკა ახალ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში

იმისთვის, რათა მკურნალობის სტანდარტები შენარჩუნდეს და გაუმჯობესდეს, ჯანდაცვის სისტემას სჭირდება ხარისხის გარანტია და შესაბამის ტექნოლოგიათა ფლობა. დაბალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება უფრო მეტი ხარჯის მატარებელია იატროგენული დაავადებების შემთხვევაში განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების და არსებული მეთოდებით დაავადების გავრცელების შეუჩერებლობის გამო. თუ ისეთი ინოვაციები, როგორიცაა ენდოსკოპიური ქირურგია, მალე არ გავრცელდება, მათი ოპერაციისთვის საავადმყოფოში უფრო დიდხანს გაჩერება იქნება საჭირო, რაც ავადმყოფის დროსა და პროდუქტიულობას უმიზეზოდ დახარჯავდა, ასევე ძვირადღირებულია და უფრო ძნელ ოპერაციასთან დაკავშირებულ რისკებს იწვევს.

პაციენტთა ჯანმრთელობაზე ზრუნავენ არა მარტო ადამიანები, არამედ დანესებულებები და მანქანა-დანადგერები. თუმცა, მასზე ზრუნვის ხარისხი უფრო ადამიანებზეა დამოკიდებული, ვიდრე ტექნოლოგიებზე. ჯანდაცვა ცოდნაზე დამყარებული სერვისია. მოუხედავად ამისა, მკურნალობის ტექნოლოგიური მხარის პროგრესი მნიშვნელოვანია ამ სფეროს განვითარებისთვის. თანამედროვე წამლები, მონიტორინგის აპარატებს, ლაბორატორიულ სერვისებსა და ტომოგრაფიულ აპარატებს დიდი წვლილი შეაქვთ ავადმყოფთა მკურნალობაში. საერთაშორისო ჯანდაცვისთვის ტექნოლოგია ძალიან მნიშვნელოვანია, თუმცა, იგი შეიძლება არანაირი შედეგის მომატანი არ აღმოჩნდეს ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ასეთი ტექნოლოგიის მოვლა-შენახვა შეუძლებელია ან არ არსებობს ისეთი ადამიანი, ვისაც მისი სათანადო გამოყენება შეუძლია. ტექნოლოგიის საჭიროება უნდა განვიხილოთ ქვეყნებისა და ჯანდაცვისთვის არსებული რესურსების მიხედვით.

ეთიკური საკითხები ჯანდაცვაში საკმაოდ პოპულარული და მრავლისმომთხოვნია. ინდივიდთა და საზოგადოების ინტერესები შეიძლება ხშირად კონფლიქტში მოვიდეს, რაც დებატების საგანი ხდება. ეს ხელს უშლის ეფექტური გადაწყვეტილების მიღებას ლიბერალურ და პროგრესულ ქვეყნებში.

ჯანდაცვის სფეროში ტექნოლოგია, ხარისხი, კანონი და ეთიკა მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან. ადამიანთა და საზოგადების უფლებათა შორის ბალანსი ძალიან მგრძნობიარეა და ამიტომ საჭიროა მისი მუდმივი თვალყურის დევნება. ეს წიგნი სავსეა ტექნოლოგიური და ეთიკური შეკითხვებით, განსაკუთრებით იმ შეკითხვებით, რომლებიც ხარჯების შემცირებასთანაა დაკავშირებული, რაც ტექნოლოგიურ პოტენციალს და საზოგადოების მოლოდინს ზრდის. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ყოველთვის დაკავშირებული იყო მის სოციო-ეკონომიკურ სტატუსთან და მიუხედავად წინსვლებისა კვლავ პრობლემად რჩება ყველაზე ეგალიტარისტულ ქვეყნებშიც კი. საბაზრო მექანიზმების ექსპანსია, როგორიცაა საავადმყოფოს საწოლების მიწოდების კონტროლი, კონკურენცია, და სხვა ფაქტორები, ჯანდაცვის მენეჯმენტის დინამიკურ სისტემას მოითხოვს. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემას სოციალური პასუხისმგებლობა ეკისრება, რათა საზოგადოებრივი და პიროვნული მოვლის საშუალებების ეფექტური გამოყენებით უზრუნველყოს ჯანდაცვა ყველასთვის.

ელექტრონული მედია

American Academy of Pediatrics http://www.aap.org

Canadian Council of Health Services Accreditation http://www.cchsa.ca

Health Services/Technology Assessment (HSTAT) is a free electronic resource that provides access to a large collection of databases. HSTAT was developed by the National Library of Medicine to provide access to practical guidelines for quick reference for clinicians and public health policy persons. It is available at http://www.text.nlm.nih.gov/ and includes the following:

1. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR);

2. National Institutes of Health (NIH) consensus development conference and technology assessment protocols;
3. HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS) resource documents;
4. Substance Abuse Treatment (SAMSA/CSAT) treatment improvement protocols;
5. U.S. Public Health Service (PHS) Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services; (also www.ahcpr.gov.clinic/nsps.fact)
6. *MMWR* selected special reports;
7. Detoxification and Alcohol Reports;
8. Others.

Hospital Infections Program (HIP), Centers for Disease Conrol http://www.cdc.gov./ucidod/hipWorld Medical Association http://www.wma.net

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, http://www.jcaho.org/

National Institutes of Health Consensus Program, Office on Medical Applications Research, http://opd.od.nih.gov/consensus/about/about.htm

ჩეჯოთენდიჩებელი საჯითხავი

Al Assaf, A. F., Schmele, J. A. 1993. *The Textbook of Total Quality in Healthcare.* Delray Beach, FL: St. Lucie Press.

Anderson, G. F., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs,* 18:178–192.

Centers for Disease Control. Monitoring hospital-acquired infections to promote patient safety United States, 1990–1999. 2000. Morbidity and Mortality Weekly Reports. 49:149–153.

Ellwood, P. M. 1988. Shattuck Lecture: Outcomes management. A technology of patent experience. *The New England Journal of Medicine,* 318:1549–1556.

Fineberg, H. V., Hiatt, H. H. 1979. Evaluation of medical practices: The case for technology assessment. *The New England Journal of Medicine,* 301:1086–1091.

Fuchs, V. R., Garber, A. M. 1990. The new technology assessment. *The New England Journal of Medicine,* 323:673–677.

Grodin, M. 1999. Is informed consent always necessary for randomized controlled trials? *New England Journal of Medicine,* 241:449 – 450.

Grodin, M., Annas, G. J. (editorial). 1996. Legacies of Nuremberg: Medical ethics and human rights. *Journal of American Medical Association,* 276:1682–1683.

Landau, C., Lange, R. A., Hillis, L. D. 1994. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The New England Journal of Medicine,* 330:981–993.

McClellan, M., Kessler, D., for the TECH Investigators. 1999. A global analysis of technological change in health care: The case of heart attacks. *Health Affairs,* 18:250–255.

Mariner, W. K. 1997. Public confidence in public health research ethics. *Public Health Reports,*112:33–36.

Organization for Economic Cooperation and Development. 1998. *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of Twenty-nine Countries.* Paris: Organization of Economic Cooperation and Development.

Van der Werf, F., Topol, E. J., Lee, K. L., Woodlief, L. H., Granger, C. B., Armstrong, P. W., Barbash, G. I., Hampton, J. R., Guerin, A., Simes, R. J., Califf, R. M. (for the GUSTO investigators). 1996. Variations in patient management and outcomes in acute myocardial infarction in the United States and other countries: Result from the GUSTO trial. *Journal of the American Medical Association,* 273:1586–1591.

ბიბლიოგრაფია

Adelman, A. G., Cohen, E. A., Kimball, B. P., Bonan, R., Ricci, D. R., Webb, J. G., Laramee, L., Barbeau, G., Traboulsi, M., Corbett, B. N., Schwartz, L., Logan, A. G. 1993. A comparison of directional atherectomy with balloon angioplasty for lesions of the left anterior descending coronary artery. *The New England Journal of Medicine,* 329:228–233.

Baker, L. C., Wheeler, S. K. 1998. Managed care and technology diffusion: The case of MRI. *Health Affairs,* 17:195–207.

Banta, D. 1995. The diffusion of medical technology in the Netherlands. In Shemer, J., Schersten, T. (eds). Technology Assessment in Health Care: From Theory to Practice. Jerusalem: Gefen.

Banta, H. D., Luce, B. 1993. *Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective.* Oxford: Oxford University Press.

Basch, P. E. 1990. *International Health.* New York: Oxford University Press.

Berwick, D. M. 1989. Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine,* 320:53–56.

Berwick, D. M., Einthoven, A., Bunker, J. P. 1992. Quality improvement in the NHS: The doctor's role I and II. *British Medical Journal,* 304:235–240 and 304–308.

Bittl, J. A. (editorial). 1993. Directional coronary atherectomy versus balloon angioplasty. *The New England Journal of Medicine,* 329:273–274.

Botalden, P. B., Stoltz, P. K. 1993. A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional improvement knowledge to test changes in daily work. *Journal on Quality Improvement,* 19:424–452.

Canadian Council on Hospital Accreditation. 1985. *Guide to Accreditation of Long Term Care Facilities: Survey Questionnaire.* Ottawa: CCHA.

Canadian Council on Health Facilities Accreditation. 1992. *Acute Care: Large Community and Teaching Hospitals.* Ottawa: CCHFA.

Council on Ethical and Judicial Affairs. 1995. Ethical issues in managed care. *Journal of the American Medical Association,* 273:330–335.

DeVille, K. 1998. Medical malpractice in twentieth century United States: The interaction of technology, law and culture. *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* 14:197–211.

Gil, A. V., Galarza, M. T., Guerrero, R., de Velez, G. P., Peterson, O. L., Bloom, B. L. 1983. Surgeons and operating rooms: Underutilized resources. *American Journal of Public Health,* 73:1361–1365.

Goldsmith, J. 1989. A radical prescription for hospitals. *Harvard Business Review,* 67:104–111.

Grad, F. P. 1990. *The Public Health Law Manual,* Second Edition. Washington, DC: American Public Health Association.

United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force.* Second Edition. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Hailey, D. M. 1997. An assessment of the status of magnetic resonance imaging in health acre. *Journal of Quality in Clinical Practice,* 16:221–230.

Harvard Community Health Plan. 1992. *HCHP Screening and Prevention Guidelines, 1992.* Boston: HCHP.

Institute of Medicine. 1985. *Assessing Medical Technologies.* Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. 1985. *Clinical Practice Guidelines.* Washington, DC: National Academy Press. Joint Commission. 1990. *Primer on Indicator Development and Application: Measuring Quality in Health Care.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Joregensen, T., Carrlson, P. (eds). 1998. Early identification and assessment of emerging health technology: Special edition. *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* 14:603–606.

Kearney, B. J. 1996. Health technology assessment. *Journal of Quality in Clinical Practice,* 16:131–143.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. (eds.). Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington DD: National Academic Press.

Loeffel, G., Blumental, D. 1989. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *Journal of the American Medical Association,* 262:2869–2873.

Manning, W. G., Leibowitz, A., Goldberg, G. A., Rogers, W. H., Newhouse, J. P. 1984. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *The New England Journal of Medicine,* 310:1505–1510.

Shaffer N. Short course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok Thailand: Transmission Study Group. 1999. Lancet. 354:156–158.

Siebzehner, M., Shemer, J. 1995. Regulating medical technology in Israel. In Shemer, J., Schersten, T. (eds). *Technology assessment in Health Care: From Theory to Practice.* Jerusalem: Gefen.

Sloan, M. D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers.* Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.

Sidel V. 1996. The social responsibilities of health professionals: lessons form their role in Nazi Germany. Journal of the American Medical Association. 276:1679–1681.

Snider, D. E., Stroup, D. F. 1997. Defining research when it comes to public health. *Public Health Reports,* 112:29–32.

Stocking, B. (ed). 1988. *Expensive Health Technologies.* Oxford: Oxford University Press.

Thomas, L. H., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., Soutter, J., Steen, N. 1998. Effects of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: Asystematic review of evaluations. *Quality in Health Care,* 7:183–191.

Torogi, Y., Takahashi, M. 1997. Cost containment and diffusion of MRI: Oil and water? *European Radiology,* 7 (Supplement 5):256–258.

World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health.* 1993. New York: Oxford University Press.

შესაბამისი ჟურნალები

Health and Human Rights

International Journal of Technology Assessment in Health Care

Journal of Nursing Care Quality

Journal of Quality in Clinical Practice

Journal of Public Health Policy

Medical Letter

Quality and Participation

Quality Assurance in Health Laboratory Technology

Quality in Clinical Practice

Quality in Health Care: British Medical Association

Quality of Care and Technologies Newsletter: World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

შესაბამისი ორგანიზაციები

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), U.S. federal agency founded in 1987

Australian Health Technology Advisory Committee

Canadian Coordinating Office for Health Technology

Institute of Medicine Council on Technology Assessment, Washington, D.C.

International Society of Technology Assessment in Health Care

Medical Technology Assessment and Policy Research Center, United States

16

ჯანმრთელობის გლობალიზაცია

რატომ "ჯანმრთელობის გლობალიზაცია"?

მსოფლიოს ერთ წერტილში მომხდარმა მოვლენამ, შეიძლება გავლენა იქონიოს ხალხის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მსოფლიოს სხვა წერტილში. ურთიერთქმედებისა და ურთიერთდამოკიდებულების დინამიკა ისეთია, რომ გლობალური მიდგომა აუცილებელია, რათა მიღწეული იქნას ჯანმრელობის მიზნები, თუნდაც ადგილობრივი მასშტაბებით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების მომავალი თაობები გარკვეულები უნდა იყვნენ, თუ რა ხდება მათი საზოგადოების და ქვეყნის ფარგლებს გარეთ. მათ კარგად უნდა იცოდნენ, რომ პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური გადატრიალებები, რომლებიც განსაზღვრავს ყოველდღიურ არსებობას, მნიშვნელობა არ აქვს მსოფლიოს რომელ ადგილას ხდება, ისინი თითოეულ ჩვენგანზე დიდ გავლენას ახდენენ. თუნდაც მსოფლიოში ყველაზე მოწყვეტილი დასახლებაც კი არ არის დაცული სამოქალაქო ომის, ბუნებრივი კატაკლიზმების, ეკონომიკური კრიზისგან და ეპიდემიებისგან.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქომაგთა წინა თაობებმა უდიდესი შრომა გასწიეს იმისთვის, რომ დაავადებები, მათი გავრცელების გზები შეესწავლათ და გაერკვიათ თუ რა გავლენას ახდენენ ისინი სიცოცხლეზე. თუმცა, შეცდომები მაინც იქნა დაშვებული; ვერ მოხერხდა დროულად აივ ინფექციის დადგენა და მისი გავლენის გაცნობიერება, ვიდრე პანდემიურ ზომებს არ მიაღწია. 21-ე საუკუნეში უნდა არსებობდნენ „გლობალიზებული“ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები. ყველა ადამიანის ჯანმრთელობა გლობალურად დაკავშირებულია ერთმანეთთან; 10 000 მილის დაშორებით ებლას ვირუსის ან ქოლერას გუშინდელმა გავრცელებამ, დღეს შეიძლება თქვენივე აეროპორტის დარბაზში თავი იჩინოს. ასეთი საკმაოდ რეალური ალბათობის გათვალისწინებით, მომავალში საზოგადოებრივი ჯანდაცვა საერთაშორისო ეკონომიკური, პოლიტიკური და სოციალური სამართლიანობის პოლიტიკის ადვოკატირებას საჭიროებს, ასევე აუცილებელია საერთო ძალისხმევის მიმართვა მთელს მსოფლიოში ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

ისტორიის მანძილზე ტრანსპორტირება, კოლონიზაცია და ვაჭრობა დაავადებების გავრცელების საუკეთესო საშუალება იყო. უამრავი ხალხის ხშირმა და სწრაფმა გადაადგილებამ იალქნიანი გემებით, თბომავალი გემებით, რკინიგზით და მოგვიანებით თვითმფრანავით, დაავადებების გავრცელების ალბათობა გაზარდა და ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მზარდ გლობალური პრობლემად აქცია.

მოსახლეობებს შორის არაგადამდები დაავადებებიც ვრცელდებოდა, რომლის რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენდა: მოწევა, ავტომობილი, პროტეინებით და ცხიმებით დამძიმებული დასავლური დიეტა.

ეკონომიკური, დემოგრაფიული და ეპიდემიოლოგიური გავლენა არც ქვეყნის შიგნით და არც ქვეყნებს შორის ერთგვაროვანი არ არის. სუსტი ჯანმრთელობა და სიღარიბე ძალიან დიდ გავლენას ახდენს თითოეული ადამიანის სტაბილურ ცხოვრებაზე, როგორც ადგილობრივად ასევე გლობალურად. მე-20 საუკუნის პოპულარული სლოგანი მოგვიწოდებს: „ვიფიქროთ გლობალურად და ვიმოქმედოთ ლოკალურად“. ეს საუკეთესო გამოთქმაა, რომელიც დღევანდელობასთან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ურთიერთდამოკიდებულებას გადმოგვცემს.

წინა თავებში სხვადასხვა ქვეყნების მაგალითებზე დემოგრაფიული და ეპიდემიოლოგიური საკითხებია განხილული, ასევე რეგიონული და გლობალური ტენდენციები. ამ თავში საუბარია ჯანდაცვის და დაავადებების ძირითად ტენდენციებზე და მსოფლიოში არსებულ თანამედროვე მოდელებზე და დაავადებებზე. გლობალური ტენდენციების გაანალიზება შესაძლებელია ქვეყნების გეოგრაფიული რეგიონების, ეკონომიკური განვითარების დონის,

პოლიტიკური, კულტურული ან ეთნიკური მახასიათებლების დაჯგუფების მიხედვით. გლობალური ჯანდაცვა საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციების მიერ სტიმულირებას და ხელშეწყობას მოითხოვს, რათა ერთობლივი ძალისხმევით მიღწეული იქნას საერთო მიზნები, როგორებიცაა: გადამდები დააავადებების გავრცელების თავიდან არიდება ან ზოგადად ყველასთვის უკეთესი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

გლობალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა

თანამედროვე ჯანდაცვის მდგომარეობა მოიცავს ფართო და მრავალფეროვან ეკონომიკურ და სოციალურ სტანდარტებს, დაავადებებს, უნარშეზღუდულობას და სიკვდილიანობას მთელს მსოფლიოში.

გარემო და სოციო-ეკონომიკური პირობები, ასევე ჯანდაცვის ინტერვენციები, საკმაოდ დიდ როლს თამაშობს ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრაში. ამ ფაქტორების მიხედვით განსხვავება მსოფლიოს განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის ძალიან დიდია, თუმცა ჯანდაცვის განვითარებასთან დაკავშირებით, საერთო პრობლემები და ინტერესები არსებობს. ქვეყნების შესწავლა, რომლებიც კლასიფიცირებულია გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით (მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია WHO), ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით (ეკონომიკური განვითარების და თანამშროლობის ორგანიზაციაOECD), აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები (CEE), ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები (CIS), გვეხმარება დემოგრაფიული გარდამავლობის და ეპიდემიოლოგიური ცვლილებების შესახებ საერთო სურათი შევქმნათ. ქვეყნების ეკონომიკური ფაქტორის მიხედვით დაჯგუფება დამოკიდებულია ეროვნული პროდუქტიულობის საზომზე, ერთ სულ მოსახლეზე მთლიან ეროვნულ პროდუქტზე, რომელიც განვითარებულ ქვეყნებში 20-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში.

ქვეყნებს, რომლებიც ახლა განვითარებულად მიიჩნევა, დაავადებებთან დაკავშირებით ადრე იგივე პრობლემები ჰქონდათ, რაც ამჟამად განვითარებად ქვეყნებს აქვთ. მაგალითად, განვითარებადი ქვეყნების ჩვილ ბავშვთა და დედათა გარდაცვალების მაჩვენებლები, ისეთივეა, როგორიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1920 წელს იყო. დამატებით, ინდუსტრიულ ქვეყნებში არსებობს გარკვეული სოციალური, ეთნიკური და ემიგრანტული ჯგუფები, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მახასიათებლები ისეთივე დონეზეა, როგორც განვითარებად ქვეყნებში. ძალიან ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში მზარდი საშუალო ფენის მოსახლეობას ისეთივე დაავადებები აღმოაჩნდა, როგორიც განვითარებულ ქვეყნებში, მაგალითად გულის დაავადებები.

1999 წელს მსოფლიოს მოსახელობამ 6 მილიარდიან ნიშნულს გადააჭარბა. 77% განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობდა, ხოლო დანარჩენი – განვითარებულ ქვეყნებში. ინდუსტრიულ, განვითარებადი და ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონაცემები ნაჩვენებია 16.1. ცხრილში.

უზარმაზარი სხვაობები ერთ სულ მოსახლეზე მთლიან ეროვნულ პროდუქტსა და შობადობის მაჩვენებლებში ასახულია ყველა ჯანდაცვის სტატუსის განმსაზღვრელ ინდიკატორზე. მოსახლეობის ზრდა განვითარებად ქვეყნებში მაღალი ფერტილობის დონით და ბავშვთა კლებადი სიკვდილიანობითაა გამოწვეულია, რაც სიღარიბისა და სუსტი ჯანმრთელობის მიზეზია, ეს ჯანდაცვის მთავარი პრობლემა გახდა.

დემოგრაფიულმა ტენდენციამ და ქვეყნების კლასიფიცირებამ ჯანდაცვის ინდიკატორების მიხედვით, როგორებიცაა ინდუსტრიული, განვითარებადი და განვითარებული, ჯანდაცვის მდგომარეობა დადებითად შეცვალა: ფერტილობის და შობადობის დონე, ბოლო წლებში, როგორც განვითარებად, ასევე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში შემცირდა. ქალთა განათლების დონე ნაკლებად განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში იზრდება. იმუნიზაციის მოცვა გლობალურად გაუმჯობესდა, ისევე, როგორც ახალშობილთაAდა ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, ასე რომ, სიცოცხლის ხანგრძლივობა მთლიანობაში იზრდება. მიუხედავად ამისა, მდიდარი და ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის, მაინც ძალიან დიდი განსხვავებაა; ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში დედათა

ცხრილი 16.1 ჯანმრთელობის სტატუსის ინდიკატორები ქვეყნების განვითარების დონის მიხედვით, წლები 1960-1997 წწ.

	ყველაზე დაბალ განვითარებული	განვითარებადი	CEE/CIS[α]	განვითარებული ქვეყნები
GNP ერთ სულ მოსახლეზე აშშ 1996	232	1,222	2,182	27,086
სიცოცხლის ხანგრძლივობა დაბადებისას				
1970	43	53	66	72
1997	51	63	68	78
შობადობის უხეში მაჩვენებელი/1000				
1970	48	38	20	17
1997	39	25	14	12
ფერტილობის საერთო მაჩვენებელი/მოზრდილი ქალი				
1960	6.6	6.0	3.0	2.8
1997	5.3	3.1	1.8	1.7
% მოზრდილ ქალთა წერა-კითხვის ცოდნის მაჩვენებელი				
1980	24	46	na	96
1985	38	62	95	na
% კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიაროზები 1990-97	28	55	93	99
დედათა სიკვდილობა/100,000 ცოცხლადშობილი 1990	1100	470	85	13
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი/1000 ცოცხლადშობილი				
1960	171	138	76	31
1997	108	65	29	6
ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი[c]				
1960	281	216	101	37
1997	168	96	35	7
% წონანაკლულობა დაბადებისას 1990-97	21	18	7	6
% იმუნიზაცია 1995-97				
დტყ[d]	62	80	91	90
პოლიო	62	81	92	89
წითელა	60	79	89	90

Source: UNICEF, *State of the World's Children,* 1998 and 1999.
a CEE_countries of eastern Europe; CIS _Commonwealth of Independent States (including Baltic States), i.e., republics of the former Soviet Union.
*b*na, Not available.
c Child mortality rate _ deaths from birth to 5 years per 1000 live births.
*d*Diphtheria, pertusis, tetanus vaccine.

სიკვდილიანობა 60-ჯერ უფრო მაღალია, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა კი 18-ჯერ უფრო მაღალი, ვიდრე ინდუსტრიულ ქვეყნებში.

მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ ჯანდაცვის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ფაქტორები გაუმჯობესდა, ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში, გაერთიანებული ერების მოსახლეობის განყოფილება, მიმდინარე ტენდეციებზე დაყრდნობით ვარაუდობს, რომ ჩვილთა სიკვდილიანობა განვითარებად ქვეყნებში 2000 წლისთვის ყოველ 1000 დაბადებულზე მაინც 60-თან მიახლოებული იქნება. მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 1/5-ს ადგილობრივი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელი არ მიუწვდებათ. 1991 წელს პირველადი დახმარების დაფარვის ზონამ ყველაზე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში 69% შეადგინა, განვითარებად ქვეყნებში – 89%, განვითარებულ ქვეყნებში კი – 100%.

როცა განსხვავება განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნების ჯანმრთელობის მდგომარეობაში ძალიან დიდია, სამედიცინო ტექნოლოგიების ათვისებას და გავრცელებას უდიდესი ეფექტი აქვს. ყველას შეუძლია ერთმანეთისგან სწავლა. განვითარებადმა ქვეყნებმა ცენტრალურ კლინიკებში ჯანდაცვის რესურსები შეიძლება დახარჯონ მაშინ, როცა პირველადი ჯანდაცვა ყველას ავიწყდება. შესაფერისი პრიორიტეტების განსაზღვრის შემთხვევაში, ახალი ვაქცინების და სხვა სამედიცინო ტექნოლოგიების ჩათვლით, განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სფეროში შესაძლებელი იქნება მნიშვნელოვანი შედეგების მიღწევა. საპირისპიროდ, ინოვაცია განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სფეროში შეიძლება ათვისებული იქნას განვითარებული ქვეყნების მიერ. მაგალითად, ორალური რეჰიდრაციული თერაპია და თემის ჯანმრთელობის მუშაკის პოზიცია, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას აწვდიან განვითარებადი ქვეყნების პირობებში, შეიძლება გამოყენებულ იქნას განვითარებულ ქვეყნებში.

ბლობალური ჯანდაცვის პრიორიტეტები

სიღარიბე – ავადმყოფობა – მოსახლეობა – გარემო

სიღარიბის, მოსახლეობის ზრდის და გარემოს განადგურების ერთმანეთთან ურთიერთქმედება მსოფლიოში განვითარებად ქვეყანაზე და ასობით მილიონ ადამიანზე უარყოფით გავლენას ახდენს. ძალიან ბევრ განვითარებად ქვეყანაში, ეკონომიკური სტაგნაცია და პოლიტიკური არასტაბილურობა ამ საკითხებს უფრო ართულებს, რის გამოც ადამიანები ძირითად მოთხოვნილებებს ვერ იკმაყოფილებენ და მომავალ თაობებს დაავადებებს და ნაადრევ სიკვდილს უსახსოვრებენ. თუმცა მცირე შემოსავლის გავლენა, სანიტარიის ნაკლებობა და სიღარიბე სოფლებსა და დიდ ქალაქებში, არ შეიძლება მხოლოდ ჯანდაცვის ღონისძიებებით გადაილახოს, მით უფრო დიდია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოტენციალი იმისთვის, რომ ცხოვრების დონე ამაღლდეს და სიცოცხლისუნარიანობის კოეფიციენტი გაუმჯობესდეს.

ინდუსტრიულმა ქვეყნებმა მრავალი ასეთი პრობლემა გადალახა, მაგრამ მაინც უწევს გამკლავება სიღარიბესთან, უსახლკარობასთან, ძალადობასთან, პრევენცირებად დაავადებებთან, გარემოს გაუარესებასთან და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მზარდ ხარჯებთან. სამხრეთ ნახევარსფერო ძირითადად განვითარებადი ქვეყნებისგან შედგება, რომლებსაც უდიდესი ეკონომიკური და სოციალური მოთხოვნილებები აქვს. 21-ე საუკუნეში ჩრდილოეთსა და სამხრეთს შორის სოციო-ეკონომიკური უთანასწორობა გლობალურ ჯანდაცვას და პოლიტიკურ კურსს ჩამოაყალიბებს.

1990-იან წლებში, რამდენიმე განვითარებადი ქვეყანა სწრაფი ეკონომიკური და ინდუსტრიული განვითარების ფაზაში გადავიდა, განათლებული დაბალანაზღაურებადი მუშახელის შერწყმით საბაზრო ეკონომიკასთან. ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებლებით ზოგიერთი აზიური ქვეყანა საგრძნობლად დაწინაურდა. სოციალური წყობის დამხობის შემდეგ, უკეთესი განათლების პირობებში ტრადიციული სოფლური ცხოვრება და მრავალთაობიანი ოჯახური სტრუქტურა, მაღალი მობილურობით და პატარა ოჯახური ცხოვრებით შეიცვალა. 1998 წლის კრიზისის დროს სამხრეთ აზიის ქვეყნებში ამ პრობლემების გადაჭრის წინაშე დადგებიან.

იმის გაცნობიერებამ, რომ სიღარიბე და ავადმყოფობა ურთიერთკავშირშია, ინდუსტრიული ქვეყნები (დიდი შვიდიანი რუსეთთან ერთად) აიძულა 1999 წლის შუა პერიოდში უმნიშ-

ცხრილი 16.2 ავადობისა და სიკვდილობის შერჩეული გლობალური მიზეზები, 1997

სიკვდილის მიზეზი	სიკვდილი (000)	ავადობის მიზეზი	ახალი წლიური შემთხვევები (000)
გულის იშემიური დაავადება	7,200	დიარეა	4,000,000
კიბო (საერთო)	6,235	მალარია	300,000-500,000
ცერებროვასკულური დაავადება	4,600	სამუშაო ადგილი	467,000
პნევმონია	3,745	პნევმონია	395,000
ტუბერკულოზი	2,910	სგგი	385,000
ფქოდ	2,890	ფსიქიკური აშლილობები	122,865
დიარეა	2,455	ალკოჰოლიზმი	75,000
მალარია	1,500-2,700	B ჰეპატიტი	67,730
აივ/შიდსი	2,300	ყივანახველა	45,050
ნაადრევი	1,120	წითელა	31,075
B ჰეპატიტი	605	დიაბეტი	10,540
წითელა	960	კიბო	9,240
ფილტვის კიბო	1,050	ტუბერკულოზი	7,250
თვითმკვლელობა	835	აივ/შიდსი	5,800
ყველა მიზეზი	52,200	NA[d]	

Source: Adapted from WHO, *World Health Report,* 1997 and 1998.
*a*Chronic obstructive pulmonary disease.
*b*Human immunodeficiency virus/Acquired immunodeficiency syndrome.
*c*Sexually transmitted disease.
*d*Not applicable.

ვნელოვანესი ნაბიჯი გადაედგათ, დასახმარებელი სესხის სახით გაჭირვებულ ქვეყნებზე, 118 მილიარდი აშშ დოლარის ოდენობის სესხი გასცეს. ეს დაეხმარება აფრიკული საჰარის ქვეყნებს, რომ ვალები 1/3-დან 1/2-მდე შეამცირონ. მიუხედავად ამ მნიშვნელოვანი ნაბიჯისა, ბევრი გაჭირვებული ქვეყანა ამ ფულს ვალების გასტუმრებაში იყენებს და არა ჯანდაცვასა და განათლებაში.

ბავშვთა ჯანმრთელობა

განვითარებად ქვეყნებში გარდაცვლილთა ერთ მესამედს 5 წლამდე ასაკის ბავშვები შეადგენს (დაახლოებით 13 მილიონი წლიურად), როცა განვითარებულ ქვეყნებში ბავშვთა სიკვდილიანობა მთლიანის 2,4%(280,000) წარმოადგენს. განვითარებად მსოფლიოში 5 წლამდე ასაკის ბავშვი საშუალოდ წელიწადში დიარეის სამ შემთხვევას გამოივლის. 1995 წელს დიარეით დაახლოებით 2 მილიონი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი გარდაიცვალა, საწყისი 4 მილიონიდან, რომელიც 1983 წელს დაფიქსირდა. დიარეის მიზეზით გარდაცვლილი 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის 6 პროცენტი წითელასთანაა ასოცირებული. ამჟამინდელი შესაძლებლობების ფართო გამოყენების შედეგად, დიარეასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა მოკლე დროში განახევრდება.

დაახლოებით 2 მილიონი ბავშვი პრევენციერებადი დაავადებებისგან ვაქცინით იღუპება. 1997 წელს წითელათი გარდაცვალების 960,000 ფაქტი დაფიქსირდა (შემცირდა 2,5 მილიონიდან 1983 წლის შემდეგ), 275,000 ნეონატალური ტეტანუსით გარდაიცვალა (1,1 მილიონი 1983 წელს) და 410,000 – ყივანახველათი. 1997 წელს დაახლოებით 35,000 კლინიკური პოლიომიელიტის შემთხვევა დაფიქსირდა, როცა 1983 წელს 350,000 ასეთი შემთხვევა აღირიცხა (ჩინეთის გამოკლებით). მიუხედავათ იმისა, რომ ორივე ვირუსი განკურნებადი და თავიდან აცილებადია, მალარიაც და ტუბერკულოზიც უამრავ

ადამიანს კლავს და სიკვდილიანობით შიდსსაც კი აჭარბებს.

1980 წელს მსოფლიოს მასშტაბით ჩვილთა იმუნიზაციის მოცვის პროცენტი, ტუბერკულოზის, დყტ-ს, პოლიომელიტის და წითელას აცრები 20% იყო. 1992 წლისთვის, 1 წლამდე ასაკში ბავშვთა თითქმის 85% პოლიომიელიტის 3 დოზით იყო იმუნიზებული. როგორც 16.1 ცხრილიდან ჩანს, მოცვა 1995 წლიდან 1997 წლისთვის შემცირდა. ბავშვთა იმუნიზაციის მოცვა ყველაზე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში საშუალოდ 62% იყო, განვითარებად ქვეყნებში – 79%, აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში – 89% და ინდუსტრიულ ქვეყნებში – 90%. დამატებითმა მასობრივმა კამპანიებმა (ნაციონალური იმუნიზაციის დღეები) მთელს მსოფლიოში, პოლიომიელიტი თითქმის აღმოფხვრა. წითელას ვაქცინის მასობრივმა გამოყენებამ ეს დაავადება ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკაში დაამარცხა, თუმცა უცხოეთიდან ვირუსის შემოტანის შემთხვევებმა, 1999 წელს თავი მაინც იჩინა.

ყველაფრის მიუხედავად, მილონობით ბავშვი იმუნიზაციას ძირითადი დაავადებების წინააღმდეგ ვერ იღებს, რომელთა პრევენციაც ვაქცინითაა შესაძლებელი. 1988 წლიდან 1993 წლამდე ორალური რეჰიდრაციული თერაპიის გამოყენება გაიზარდა: აღმოსავლეთ აზიაში და წყნარი ოკეანის სამხრეთ ნაწილში 32%-დან 36%-მდე, აფრიკაში სუბ-საჰარულ ნაწილში 28%-დან 49%-მდე, ხოლო ლათინურ ამერიკაში – 23%-დან 64%-მდე. ამ პროგრესის შენარჩუნება, მომავალში ბავშვთა სიცოცხლის შენარჩუნებას ხელს შეუწყობს, შესაძლებელი იქნება ჩვილთა დაავადებების დაძლევა და კონტროლი.

დედათა ჯანმრთელობა

დადგენილია, რომ ფეხმძიმობასთან დაკავშირებული დაავადებებით, რომელთა უმრავლესობის პრევენციაც შესაძლებელია, ყოველ წელს დაახლოებით 500,000 ქალი კვდება. ფაქტიურად, ყველა ეს გარდაცვალება (99%) განვითარებად ქვეყნებში, აზიასა და აფრიკაში, დაფიქსირდა. ეს ისეთი ფაქტორების ურთიერთქმედების გამო ხდება, როგორიცაა: მშობიარობისას პრენატალური და პროფესიული მოვლის ნაკლებობა, არაჯანსაღი საკვები და რკინადეფიციტური ანემია, შესაფერისი სტანდარტების და სამეანო მომსახურების ნაკლებობა, ძალიან ადრეული, ან ძალიან გვიანი ფეხმძიმობა, ან ფეხმძიმობებს შორის ახლო ინტერვალი. დედათა სიკვდილიანობის დონე განვითარებულ ქვეყნებში ყოველ 100,000 დაბადებულზე 1100 არის, ხოლო ყოველ 100,000 ახალ დაბადებულზე – 13, უმეტეს ინდუსტრიულ ქვეყნებში. (ცხრილი 16.1)

ფერტილობასთან დაკავშირებული ქალთა ჯანმრთელობა ფუნდამენტურია ჯანდაცვის ეროვნული სტანდარტებისთვის. გოგონებისა და ქალების განათლება, შობადობის კონტროლი, ინტერვალი ფეხძიმობებს შორის და ფეხმძიმობის ყველა ეტაპზე ადეკვატური მოვლა პროგრესის მიმანიშნებელია. განვითარებად ქვეყნებში მშობიარობას ტრადიციული დამსწრეები იღებენ. კარგი პრენატალური ჯანმრთელობის დაცვის შემცვლელი არ არსებობს, მაგრამ ტრადიციული დამსწრეების მუშაობა ლიცენზირების, სწავლებისა და ზედამხედველობის მკაცრი პროგრამით შეიძლება გაუმჯობესდეს. (თავი 15). შედეგების გაუმჯობესება შეიძლება მარტივი და არც თუ ისე ძვირად ღირებული ზომების მიღებით: ორსულობის დროს რკინის და ფოლიუმის რუტინულად მიღება, პრენატალური ჯანმრთელობის სადგურების შექმნა (დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა), სამშობიარო ცენტრების შექმნა (თუ ეს შესაძლებელია საავადმყოფოებში), მაღალი რისკების იდენტიფიცირება და რეფერალური სისტემის შექმნა (იხილეთ მე-5 თავი). კარგად მომზადებული ჯანდაცვის მუშაკთა დასაქმებით პრევენციული ჯანდაცვისთვის ამ ღონისძიებების გატარებას ცვლილების მოტანა შეუძლია (15 თავი).

1985 და 1991 წლებს შორის პრენატალური მომსახურების მიღება გლობალურად ყოველ 100 ცოცხლადშობილზე 58%-დან 67%-მდე გაიზარდა. 1991 წელს, განვითარებულ ქვეყნებში, მშობიარობაზე დასწრება ყოველ 100 ცოცხალშობილზე 99% იყო, განვითარებად ქვეყნებში – 65% და ყველაზე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში – 53%. 1985-1991 წლებში მსოფლიო მასშტაბით მშობიარობაზე დასწრების მოცვა ყოველ 100 ცოცხალშობილზე 53-დან 55-მდე გაიზარდა. მშობიარობა გაწვრთნილი ჯანდაცვის პერსონალის მიერ მსოფლიო მასშტაბით 1990-97 წლებში 60% იყო, ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში 28%-დან მერყეობდა, ინდუსტრიულ ქვეყნებში – 99%-მდე. გარდა ამისა, 1995-97 წლებში, განვითარებად ქვეყნებში ორსული ქალების მხოლოდ 52%-მა მიიღო ტეტანუსის ტოქსიდის ორი ან მეტი დოზა (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 1999წ.).

მოსახლეობის ზრდა

მიუხედავად იმისა, რომ შობადობის ზრდა ბევრი საზოგადოების პოლიტიკისა და რელიგიის უთანხმოების საკითხია, შობადობის დონის ვარდნა მსოფლიოს უმეტეს ნაწილში შესამჩნევია. განვითარებადი ქვეყნები აცნობიერებენ, რომ მაღალი შობადობის დონე ეკონომიკურ განვითარებას აფერხებს, სიღარიბეს ინარჩუნებს და ცუდი ჯანმრთელობის მიზეზია. მოსახლეობის პოლიტიკაში არსებობს მოსაზრება, რომ მოსახლეობის ზრდა ეკონომიკური გაუმჯებესებისთვის და ნაციონალური სიძლიერისთვის აუცილებელია. ტრადიციული სოფლის საზოგადოების ვარაუდით, მეტი ბავშვი ოჯახის უსაფრთხოების გარანტიაა. ბოლო ათწლეულების მანძილზე ოჯახური დაგეგმარების ტექნოლოგიების განვითარების შედეგად, ჩამოყალიბდა მოსაზრება, რომ მოსახლეობის უსაზღვრო ზრდა ეკონომიკური განვითარებისთვის ბარიერს წარმოქმნის.

ძალიან ბევრ ღარიბ ქვეყანაში მოსახლეობის ზრდის მაღალმა მაჩვენებელმა სიღარიბეს და დედათა და ბავშვთა სუსტ ჯანმრთელობას ხელი შეუწყო. ბავშვთა სიცოცხლის შენარჩუნების მაჩვენებლების ზრდამ და შემცირებულმა ეკონომიკურმა იმპერატივებმა გამოიწვია ის, რომ უფრო და უფრო მეტი ბავშვი ცდილობს ფერმაში იმუშაოს და საკუთარი თავი ოჯახის შემოსავლის ზრდას მოახმაროს, რამაც შობადობის დონე საგრძნობლად შეამცირა. ქალების განათლების დონის ზრდამ ცოდნის დონე და შობადობის კონტროლი აამაღლა. ძალა დაკარგა რელიგიურმა ზეწოლამ შობადობის კონტროლის წინააღმდეგ, ასე რომ, შობადობის დონე მსოფლიო მასშტაბით დაეცა და უამრავ ქვეყანაში შენაცვლების მაჩვენებლის ზღვარს ქვემოთაა, მაგალითად მოსახლეობის ზრდის უარყოფითი მაჩვენებელი.

ოჯახის დაგეგმვაში მთავარ როლს მთავრობები თამაშობენ. ინფორმაციის გავრცელება და ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობა ეროვნული პოლიტიკა და პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტი უნდა იყოს. 1950-იან წლებში ჩინეთში, თავმჯდომარე მაო ძე ტუნგმა, შობადობის კონტროლს განვითარებული ქვეყნების მიერ განვითარებადი ქვეყნების მიმართ გენოციდი უწოდა. ამ განცხადების შედეგი ისეთივე საზიანო იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის, როგორიც რელიგიური პირების განცხადება, რომლებიც შობადობის კონტროლს ისეთ ცოდვას ადარებდნენ, როგორიც მკვლელობაა. ორივე შემთხვევაში მივიღეთ იმ მოსახლეობის შობადობის ზრდა, რომლებსაც ყველაზე ნაკლებად შეუძლიათ ჯანმრთელობის და იმ ეკონომიკური ტვირთის საკუთარ თავზე აღება, რასაც უამრავი ბავშვის აღზრდა ჰქვია.

უკანასკნელ ათწლეულების მანძილზე ინდოეთში და ჩინეთში, ქვეყნები ყველაზე დიდი მოსახლეობით, შობადობის კონტროლის ხელშეწყობა ხდებოდა, მაგრამ მოსახლეობის ზრდა დღესაც მაინც იგივე ტემპით გრძელდება და მოსალოდნელი არ არის, რომ მომავალი ოცი წლის განმავლობაში დაბალანსდეს. ამასთანავე, ჩინეთის პოლიტიკამ, ერთი შვილი ოჯახში, ქალები შვილების მკვლელობამდე ძალადობრივ აბორტებამდე და სტერილიზაციამდე მიიყვანა, უპირველესად სოფლებში, სადაც უპირატესობა მამრობით სქესს ენიჭებოდა.

მიუხედავად იმისა, რომ ნაყოფიერების მაჩვენებელი მსოფლიოს უმეტეს რეგიონში დაეცა, მოსახლეობამ უკვე 6 მილიარდიან ნიშნულს გადააბიჯა და საშუალო მაჩვენებლით ზრდას განაგრძობს 1,73% (ცხრილი 16.3). აზია მსოფლიოს მოსახლეობის 60%-ს ითვლის, როცა ევროპაში 10%-ზე ნაკლებია. ძალიან ბევრ აზიურ ქვეყანაში, შობადობის მაჩვენებელი საგრძნობლად დაეცა და განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელს მიუახლოვდა. 1960-1992 წლების პერიოდში ნაყოფიერების ჯამური მაჩვენებელი დაეცა: სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიასა და წყნარ ოკეანეთში შობადობის მაჩვენებელი ყოველ ქალზე 5,8-დან 2,6-მდე დაეცა; ლათინურ ამერიკაში და კარიბებზე – 5,8-დან 3,1-მდე; ახლო

ცხრილი 16.3 მსოფლიოს მოსახლეობა, ფაქტიური და პროექტირებული, მილიარდებში, ეკონომიკური დონის მიხედვით 1965-2030

განვითარების დონე	1965	1973	1980	1991	2000	2030
დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები	2.60	3.17	3.66	4.53	5.29	7.74
მაღალი შემოსავლების ქვეყნები	0.67	0.73	0.77	0.82	0.86	0.92
მსოფლიოს მოსახლეობა სულ	3.28	2.90	4.43	5.35	6.16	8.66

აღმოსავლეთში და ჩრდილოეთ აფრიკაში — 7-დან 5,1-მდე. ძალიან ბევრ საჰარის რეგიონის ქვეყნებში, დაახლოებით 20 წელიწადში, მოსახლეობა გაორმაგდება. თუმცა, როგორც ჩანს, ამ ქვეყნებშიც მთლიანი შობადობის დონემ დაკლება დაიწყო.

დემოგრაფიული გარდაქმნა ხდება მაშინ, როცა მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა იცვლება. როგორც ქვეყნების სტატუსი მიიწევს განითარებიდან განვითარებულის ან ინდუსტრიული სტატუსისკენ, შესაბამისად, ასაკობრივი ფორმაც იცვლება. სიცოცხლის უფრო დიდი ხანგძლივობით და კლებადი შობადობის დონით, მოსახლეობის ასაკობრივი ზღვარი უფრო ასაკოვანი ჯგუფისკენ იხრება. განვითარებული ქვეყნები ხანშიშესული ადამიანების მატებას განიცდიან, უფრო მეტი კმაყოფაზე მყოფი მოსახლეობა (75 და 85 წელზე ზემოთ). ეს ტენდენცია მომავალში ძალიან მნიშვნელოვანია ცალკეული ქვეყნებისთვის, რომლებიც ცდილობენ შეინარჩუნონ ან განავითარონ ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობა. ყველა ქვეყანას სჭირდება საკმარისი სამუშაო ასაკის მოსახლეობა, რომ ხანდაზმული და მცირეწლოვანი კმაყოფაზე მყოფი ჯგუფები შეინარჩუნონ.

მაღალი შობადობის მაჩვენებლები განვითარებად ქვეყნებში მაინც აზარალებენ ბავშვებისთვის შესაფერისი ჯანდაცვის და აღზრდის პოტენციალს. საჭმლის მარაგები განვითარებული სოფლის მეურნეობის წყალობით გაიზარდა, მაგრამ ვერ შეძლებს მზარდი მოსახლეობის შენახვას. დამატებით, მზარდი ცხოვრების დონე და სწარფვა მოთხოვნილებებს აჩენს ბუნებრივ რესურსებზე.

კვების ნაკლებობა

მსოფლიოს უმეტეს ნაწილში სურსათის წარმოება გაიზარდა, მაგრამ სუბ-საჰარის აფრიკის რეგიონში, მეპ-თან ერთად ერთ სულ მოსახლეზე, საკმაოდ შემცირდა. 1960 და 1970 წლების მზარდი წარმოება მსოფლიოს სხვა რეგიონების განვითარებად ქვეყნებში 1980 წლისთვის შენელდა. განვითარებად ქვეყნებში შეზღუდულია იმის შესაძლებლობა, რომ მოსახლეობის ზრდაზე სწრაფად საჭმელი აწარმოოს. განვითარებული ქვეყნები, რომლებიც მსოფლიოს მოსახლეობის 1/4-ია, მსოფლიოს საკვების მარაგის ნახევარზე მეტს აწარმოებს. ისინი საკვების წარმოებაში დომინირებენ, მაგრამ მოსახლეობის ზრდის დაბალი მაჩვენებელი აქვთ. განვითარებად ქვეყნებს შეუძლიათ დარჩენილი საჭმელი შეიძინონ, თუმცა მათ ხშირად სახსრები არ გააჩნიათ. მთლიან ეროვნულ პროდუქციას დამოუკიდებლად არ შეუძლია კეთილდღეობის განსაზღვრა. ასევე მნიშვნელობა აქვს საჭმლის წარმოების შესაძლებლობას.

შიმშილი, ადაპტაცია და გამოფიტვა რთული შესაფასებელია. შიმშილი სუბიექტური ფენომენია. ადაპტაცია ხდება მაშინ, როცა ადამიანი მიღებულზე ნაკლებ ენერგიას ხარჯავს. როცა დახარჯული ენერგია მიღებულს აჭარბებს, გამოფიტვა ხდება. გამოფიტვა შეიძლება მწვავე ან მუდმივი იყოს, შიმშილი და შიმშილობა ბუნებრივ კატაკლიზმებთან და ომთანაა დაკავშირებულია, შიმშილი და გამოფიტვა მაშინ უფრო ხდება, როცა საჭმლის წარმოება მოსახლეობის ზრდას ფეხს ვერ უწყობს. რა თქმა უნდა, შიმშილი და შიმშილობა ვნებს ყველას, ასაკის და სქესის მიუხედავად, თუმცა მოსახლეობის ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფები არიან: ჩვილები, ბავშვები, ფეხმძიმე ქალები, ზოგადად ქალები და მოხუცები. შიმშილობა მამაკაცებს იმ გაგებით ვნებს, რომ სამუშაო პოტენციალი ეცემა. შიმშილობა ჩინეთში 1959-61 წლებში მსოფლიოს ერთ-ერთი უდიდესი ტრაგედია იყო. ამ მიზეზით 36 მილიონამდე ადამიანი დაიღუპა.

იმ ციფრის დადგენა თუ რამდენ ადამიანს აკლია საკვები, რთული დასადგენია. მოსახლეობის კვებითი სტატუსი, უფრო სპეციფიკურად ბავშვებში, როგორც წესი, დაბადების წონით, ასაკის მიხედვით წონით და ასაკის მიხედვით სიმაღლით ფასდება. მოცემული ასაკისთვის დაბალი სიმაღლე, ანუ ზრდის შეჩერება, პროტეინის ენერგიის ნაკლებობის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია. განვითარებად ქვეყნებში 2 წლის ასაკის ბავშვებში, დაახლოებით 40%-ში ზრდის შეჩერება აღინიშნება. ზრდის შეჩერების პრევალენტობა მაღალია ინდოეთში 65%, დაახლოებით 40%-ია ჩინეთში და სუბ-საჰარულ აფრიკის რეგიონში, დანარჩენ აზიაში კი – 50%-ზე მეტია. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტანდარტებზე დაყრდნობით, დაახლოებით 780 მილიონ ადამიანს მსოფლიოს მასშტაბით ენერგიის დეფიციტი ან პროტეინული ენერგიის ნაკლებობა აქვთ, რაც მხოლოდ შიმშილით გამოწვეული არ არის. ის უფრო არასწორი კვების შედეგს წარმოადგენს. კვების ნაკლებობა შეიძლება ისეთი გავრცელებული იყოს ბავშვებს შორის, რომ მშობლებმა და სამედიცინო

დაწესებულების წარმომადგენლებმა, ბავშვთა სისუსტე და ზრდაში შეჩერება ნორმალურად ჩათვალონ.

საკვები მიკროელემენტების დეფიციტი მსოფლიოში 2 მილიარდ ადამიანზე ახდენს გავლენას, რომელსაც სერიოზული გართულებები: ნაადრევი სიკვდილი, სუსტი ჯანმრთელობა, სიბრმავე, ზრდის შეჩერება, გონებრივი განვითარების შეჩერება, სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემები და მუშაობის დაბალი პოტენციალი მოჰყვება (მედიცინის ინსტიტუტი 1999 წელი). როგორც წესი, განვითარებად ქვეყნებში იოდის, რკინის და A, B, C, D ვიტამინების დეფიციტია, რაც პირდაპირ ახდენს გავლენას მთლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, განსაკუთრებით კი ყველაზე მოწყვლად ქვეჯგუფებზე. რკინის ნაკლებობა ყველაზე გავრცელებულია, რომელიც ძირითადად გავლენას ახდენს ქალებზე და ბავშვებზე (იხილეთ ცხრილი 16.4), ასევე მამაკაცებზე და მოხუცებზე. განვითარებად ქვეყნებში, ბავშვები და ქალები, ხშირი შობადობის და ღარიბული რაციონის გამო განსაკუთრებით დაუცველები არიან.

როგორც მე-8 თავში აღინიშნა, ანემია მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული კვების დეფიციტია. ეს, პირველ რიგში, მიკროდიეტური კვების დეფიციტია, მაგრამ ხშირად სხვა დეფიციტების გამო (მაგ. ვიტამინი C), ბავშვებში თანმხლები პარაზიტული ინფექციები და ქალებში მრავლობითი ფეხმძიმობა, მწვავდება.

ინდუსტრიულ ქვეყნებში ანემია ფეხმძიმობის დროს ორსულთა 18%-ზე ახდენს გავლენას, ჩინეთში და ლათინურ ამერიკაში – 40%-ზე, ხოლო ინდოეთში – 88%-ზე. რკინის ნაკლებობა რუს ქალებში 50%-ს აჭარბებს. ჰემოგლობინის ტესტის გარეშე რკინის მიღება არ არის პრაქტიკაში მიღებული. რკინის ნაკლებობა ჩვილ ბავშვებში სიმაღლეში ზრდის შეჩერებას და სწავლის უნარის დაქვეითებას იწვევს. ზრდასრულებში კი – სამუშაო პოტენციალის დაქვეითებას. ორსულთათვის და მეძუძური ქალებისთვის, დაბალი შემცველობის რკინის მიღებას (რკინის სულფატი), მძიმე გართულებების პრევენცია შეუძლია. მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ნავარაუდევია, რომ 1997 წლისთვის რკინის მიღება გავლენას მოახდენს 1,8 მილიარდ ადამიანზე.

იოდის ნაკლებობა გლობალური მასშტაბებით დაახლოებით 1,5 მილიარდ ადამიანზე ახდენს გავლენას, რომელიც გამოიწვევს კრეტინიზმს და სერიოზულ გონებრივ ჩამორჩენას. მსოფლიოს ბევრ ადგილას მიწა და წყალი იოდის დეფიციტს განიცდის. იოდის დეფიციტით გამოწვეული მდგომარეობა სუბკლინიკურ და კლინიკურ დონეზე გვხვდება. მარილის იოდით ხელოვნურად გამდიდრება რეკომენდირებულია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პრევენციის მიზნით. ეს რეკომენდაცია 1990 წლის მსოფლიოს ბავშვთა სამიტზე მიიღეს, ვიტამინ A-ს დეფიციტის აღკვეთასთან ერთად, რომელიც 650 მილიონ ადამიანზე ახდენს გავლენას (ცხრილი 16.5). ვიტამინი A-ს მიღება წითელათი გამოწვეულ სიკვდილიანობას ამცირებს და ბავშვებში სიბრმავის და ქსეროფთალმიის პრევენციას ახდენს. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში დიდი ცვლილება გამოიწვია კვების დეციციტის დაავადებაზე გავლენის დემონსტრირებამ და კვებითი ინტერვენციების სასიცოცხლო აუცილებლობამ ავადობის და სიკვდილიანობის თავიდან ასარიდებლად. იოდისა და ვიტამინ A-ს დეფიციტით გამოწვეული ზიანი საკმაოდ ფართოდაა გავრცელებული, თუმცა დღევანდელი ტექნოლოგიებით მისი პრევენცია საკმაოდ მცი-

ცხრილი 16.4 რკინის დეფიციტური ანემიის გავრცელება ორსულ ქალებში და ქალებში, რეგიონების მიხედვით, 1992

რეგიონი	% ქალები	% ორსული ქალები
ინდუსტრიული სამყარო	13	18
ლათინური ამერიკა/კარიბის ქვეყნები	31	40
აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანის ქვეყნები	37	49
შუა აღმოსავლეთი/ჩრსილოეთ აფრიკა	42	52
სუბ-საჰარის აფრიკა	44	52
სამხრეთ აზია	60	75

Source: UNICEF, *State of the World's Children,* 1995.

ცხრილი 16.5 A ვიტამინის ნაკლებობა ბავშვებში და იოდის ნაკლებობის დონე ზოგად მოსახლეობაში მსოფლიო მასშტაბით

A ვიტამინის ნაკლებობა	დაავადებული მოსახლეობა (მლნ)	იოდის ნაკლებობით გამოწვეული დარღვევები	დაავადებული მოსახლეობა (მლნ)
თვალის მწვავე დაზიანება	0.5	კრეტინიზმი	5.7
ქსეროფთალმია	3.1	ტვინის დაზიანება	25
ღამის სიბრმავე	13.5	ჩიყვი	655
ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის მომატებული რისკი	231	სულ[b]	1600
სულ[a]	562		

Source: UNICEF, *State of the World's Children,* 1995.

*a*Total number of children under 5 in developing world.

*b*Total population with IDD's.

რე ხარჯებით შეიძლება. მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია ვარაუდობს, რომ იოდის დეფიციტის აღმოფხვრა მარილის იოდიზირებით შეიძლება, რომლის ხარჯიც ერთ ადამიანზე 0,05 აშშ დოლარი იქნება. ვიტამინ A-ს დეფიციტის აღკვეთის გზა, 6 თვეზე უფროსი ბავშვებისთვის, წელიწადში სამჯერ, მისი კაპსულების სახით მიცემაა, რომლის ხარჯიც 0,02 აშშ დოლარს შეადგენს, ასევე შეიძლება მოხერხდეს დიეტის მოდიფიკაციით, რომლის საფუძველზეც ბავშვები ვიტამინ A-თი მდიდარ საჭმელს მიიღებენ ან ძირითადი საკვების გამდიდრებით (ზეთი, მარგარინი, რძე ან შაკარი).

არასრულფასოვან კვებასთან დაკავშირებული ინფექციური და პარაზიტოლოგიური დაავადებები ბევრ აფრიკულ, სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიურ და აღმოსავლეთ ხმელთაშუა ზღვისპირეთის რეგიონის ქვეყნებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უდიდეს პრობლემად რჩება. რაც ასევე ბავშვებსა და ჩვილებში სიკვდილის უმეტესი მიზეზია. ეს დაავადებები ასევე ამცირებენ სიცოცხლის ხანგრძლივობას (იხილეთ მე-6 თავი).

ინფექციური დაავადებები

დაავადებების გავრცელების გლობალიზაცია ისეთივე ძველია, როგორიც ადამიანების, ცხოველების და დაავადებების ვექტორების მიგრაცია. 1980-იან და 1990-იან წლებში ინტერესი ხელახლა აღიძრა აივ-ის გამოჩენასთან ერთად. ძველი დაავადებების ახლიდან ამოფეთქვა, რომლებიც კონტროლზე აიყვანეს და ახალი დაავადებების წარმოშობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საფრთხეს წარმოადგენს. ტუბერკულოზის მაჩვენებელმა, რომელიც სიკვდილიანობის მაჩვენებლით ყველაზე საშიში ინფექციური დაავადებაა, 1980-იანების შუაში და 1990-იანების ადრეულ პერიოდში მსოფლიო მასშტაბით 25%-ზე მეტად გაიზარდა. ქოლერას მაჩვენებელი 1990 და 1994 წლებში გაოთხმაგდა. დიფტერიამ ახლიდან იჩინა თავი უფრო დიდი მასშტაბებით, საკვებიდან გადამდები დაავადებები, ეშერიხია კოლი და სალმონელა 1990-იან წლებში იზრდება.

შიდსის პანდემიამ, მიუხედავად მათი განვითარების დონისა, მსოფლიოს ყველა ქვეყანაზე დიდი გავლენა მოახდინა. მიჩნეულია, რომ დაახლოებით 27.9 მილიონი ადამიანი აივ-ითაა დაავადებული, 5,8 მილიონი გარდაიცვალა, აქედან 1,4 მილიონი ბავშვია. ძალიან ბევრი განვითარებადი ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას და ჯანდაცვას სისტემას, შიდსი დამატებით ტვირთად აწვება. ჯანდაცვის ხარჯები და ეკონომიკური თვალსაზრისით პროდუქტიული ახალგაზრდების დანაკარგი მძიმეა სუბ-საჰარული აფრიკის და სხვა განვითარებადი სახელმწიფოების ისედაც სუსტი ეკონომიკისთვის. 1993 წლის მსოფლიოს განვითარების ანგარიშის მიხედვით განვითარებადმა ქვეყნებმა შიდსით დაავადებულ პაციენტებზე 340 მილიონი აშშ დოლარი დახარჯეს, უფრო მეტიც, 2000 წლისთვის ეს ხარჯები 1,1 მილიარდ დოლარამდე გაიზრდება. ამ ვირუსის პრევენციისთვის საჭირო რესურსები ნელ-ნელა მცირდება.

როგორც მე-4 თავში უკვე აღვნიშნეთ, ახალი ინფექციების გამოჩენა და უკვე კარგად ნაცნობი მაგრამ ისევ უკონტროლო დაავადების ახ-

ლიდან გამოჩენა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის და კლინიკური ჯანდაცვისათვის დიდი გამოწვევა. ამ დაავადებებთან დაკავშირებულ პრობლემებს მიკრობთა რეზისტენტული შტამების მატება უფრო ართულებს. ინფექციური დაავადებების კონტროლის ძირითადი პრიორიტეტებად რჩება ბავშვთა იმუნიზაციის უნივერსალური მოცვა, საკვების, წყლის უსაფრთხოება და სანიტარიის მაღალი სტანდარტების შენარჩუნება, განათლება სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და აივ-ის შესამცირებლად, პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესება, ტუბერკულოზის და მალარიის მართვა და ანტიბიოტიკური თერაპიის რაციონალურად გამოყენება. ბოლო ათწლეულების მიღწევები ნამდვილად შთამბეჭდავია, მაგრამ ამით დაკმაყოფილება მაინც არ შეიძლება, რადგან ინფექციური დაავადებების გლობალური საფრთხე კვლავ რჩება.

მნიშვნელოვანი ტექნოლოგიური პროგრესია საჭირო იმისთვის, რომ ტუბერკულოზის, აივ-ის და მალარიის გლობალური კონტროლი მოხერხდეს, თუმცა დღევანდელი ტექნოლოგიებითაც შეიძლება ბევრი რამის გაკეთება. 21-ე საუკუნის პირველ ნახევარში ახალი ვაქცინები შემოვა, რომლებიც ინფექციური დაავადებებით გამოწვეულ ავადობას და სიკვდილიანობას შეამცირებენ. უკვე ლიცენზირებულია ჩუტყვავილას, როტავირუსის, A ჰეპატიტის ახალი ვაქცინები და იმუნიზაციის პროგრამებში ინერგება. 21-ე საუკუნის პირველ ნახევარში აივ-ის და მალარიის ვაქცინების, ასევე ახალი თერაპიების სფეროში, საგრძნობი წინსვლებია მოსალოდნელი. იმედოვნებენ, რომ წამლებისადმი რეზისტენტული ორგანიზმების წინააღმდეგ ახალ ანტიმიკრობებს აღმოაჩენენ. საჭირო გახდება ტექნოლოგიების გაუმჯობესება, რათა სალმონელასა და ეშერიხია კოლის ინფექციების პრევენცია მოხდეს, რომლებიც საკვებიდან ვრცელდება. სამედიცინო მომსახურებას მეთოდების გაუმჯობესება დასჭირდება, რათა ახალი ინფექციური დაავადებების წარმოშობა გააკონტროლოს და ძლიერი ანტიბიოტიკების გამოყენების შედეგად, რეზისტენტული მიკროორგანიზმების გაჩენა თავიდან აირიდოს. მნიშვნელოვანი მიღწევები ისეთი დაავადებების განადგურებაში, როგორებიცაა: ყვავილი, პოლიომიელიტი, კეთრი, გვინეის ჭია, ონქოცერკოზი და წითელა, დღევანდელ დღეს ოპტიმიზმის და შესაბამისად დრამატული პროგრესის საფუძველს იძლევა, მიუხედავად იმისა, რომ თუ რეალისტურად შევაფასებთ, ჯერჯერობით მრავალი პრობლემა გადაუჭრელია და მრავალი ახალი გამოწვევა არსებობს, რომლებსაც ინფაქციური დაავადებები გვთავაზობს.

ქრონიკული დაავადებები

ეპიდემიოლოგიურმა გადასვლამ ინფექციური დაავადებებიდან ქრონიკულ მდგომარეობებში, რომელმაც მე-20 საუკუნის შუა პერიოდში ინდუსტრიულ ქვეყნებში იჩინა თავი, დღეს განვითარებად ქვეყნებში გამოჩნდა. კარდიოვასკულური დაავადებები, კიბო, სხვა გადაგვარებული მდგომარეობები და მენტალური აშლილობები, ასევე ტრავმები, ბევრ განვითარებად ქვეყანაში, სიკვიდილის მთავარი გამომწვევი მიზეზებია (იხილეთ ცხრილი 16.2). ტრავმას ასევე საზიანო გავლენა აქვს ინდივიდებზე, საზოგადოებაზე, ეკონომიკაზე და საზოგადოებრივ ჯანდაცვზე. მსოფლიო მასშტაბით 7,2 მილიონი გარდაცვალება იშემიური გულის დაავადებითაა გამოწვეული, 4,6 მილიონი კი – ინსულტით. 2,7 მილიონი გარდაცვალება ტრავმის და მოწამვლის შედეგია, ამათგან 2 მილიონი განვითარებად ქვეყნებში ხდება, რისი შედეგიც სიცოცხლის პოტენციურად პროდუქტიული წლების დაკარგვაა. მსხვერპლის რაოდენობის მიხედვით, ავტოსაგზაო შემთხვევები პირველია რეიტინგით, მას მოჰყვება სახლში მომხდარი უბედური შემთხვევები, რომელიც შეიცავს დაცემას, დაწვას, მოწამვლას და დახრჩობას. ეს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზი ძირითადად ხშირია ახალგაზრდებში და მოხუცებში. განვითარებად ქვეყნებში, ძირითადად მოსახლეობის საშუალო ფენაში და მუშათა კლასში ის დაავადებები იზრდება, რომლებიც მოწევასთან, ზედმეტ ჭამასთან და დიეტის დროს ბალანსის დარღვევასთანაა დაკავშირებული. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში სიკვდილიანობის ზრდა გულის კორონალური დაავადებებისგან და ინსულტებისგან ნაადრევი სიკვდილის ძირიდათი გამომწვევი მიზეზია, რაც ისედაც არასაკმარისად დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემისთვის დამატებითი ტვირთია. რადგან ინფექციური დაავადებები უკეთ კონტროლდება და ქალაქის საშუალო ფენის და მუშათა კლასის საკვები რაციონი ხორციანი და ცხიმიანი საკვებისკენ ინაცვლებს, ინდუსტრიული ქვეყნების მსგავსად, გულსისხლძარღვთა დაავადებები უკვე განვითარებად ქვეყნებშიც ჩნდება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები უნდა მოემზადონ ისეთი ეპიდემიოლოგიური ინ-

ტერვენციისთვის, როგორიცაა მოწევის წინააღმდეგ კამპანიები, კვების შესახებ განათლება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სხვა ღონისძიებები. გარდამავალ პერიოდში მყოფი განვითარებული ქვეყნებისთვის მენტალური, სტომატოლოგიური და საზოგადოების სხვა ჯანდაცვის საჭიროებები გლობალური ჯანდაცვის დაგეგმარების ნაწილია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა, რომელიც მილიონობით ადამიანზე ახდენს გავლენას, თანდათან აღიარებას პოულობს, როგორც ჯანდაცვის გლობალური საკითხი, რომელიც უნარშეზღუდულობას იწვევს, არამხოლოდ ინდუსტრიულ ქვეყნებში, არამედ განვითარებად ქვეყნებშიც. დაავადებათა ტვირთის საზომი როგორც ავადობა და სიკვდილიანობა, აგრეთვე, დეპრესია, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, ბიპოლარული აშლილობა და შიზოფრენია, უუნარობის სიაში, სულ უფრო მაღლა იწევს, განსაკუთრებით 15-44 წლის ადამიანებში, რაც ჯანდაცვის სისტემაში და განსაკუთრებით პირველად ჯანდაცვაში ყურადღებას მოითხოვს.

სტიქიური უბედურების მართვა

ტრაგიკულ მოვლენებს, რომლებიც ბუნებრივი კატაკლიზმებით ან თავად ადამიანებისგანაა გამოწვეული, ქონების განადგურებამდე და მათი სიცოცხლის მოსპობამდე მივყავართ. ეს ყველაფერი საერთაშორისო დონეზე რეაგირებას მოითხოვს, რათა ზარალი და გაჭირვება შემცირდეს და იქნეს ნორმალური მდგომარეობა აღდგეს. სტიქიურ უბედურებებს: ქარიშხლებს, წყალდიდობებს, გვალვებს, მიწისძვრებს და ვულკანის ამოფრქვევებს, საშინელი შედეგები მოაქვს. ადამიანის მიზეზით გამოწვეულმა მოვლენებმა შეიძლება უფრო დიდი მასშტაბები მიიღონ, მაგალითად: ორ ქვეყანას შორის ომი, სამოქალაქო ომი, ეთნიკური წმენდა, სამოქალაქო არეულობა და რეპრესია. ასეთმა მოვლენებმა შეიძლება გადასახლება, სიკვდილი და სხვა სახის სისასტიკე გამოიწვიოს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასპექტები ასეთი მოვლენების დროს შემდეგში მდგომარეობს: უსაფრთხოების აღდგენა, უსაფრთხო წყლის უზრუნველყოფა, თავშესაფრის პოვნა, საკვებით უზრუნველყოფა და მშვიდი სამოქალაქო ცხოვრების აღდგენა. ასეთი მოვლენები მსოფლიო საზოგადოების ყურადღების ცენტრშია მოქცეული და მედიის საშუალებით შუქდება. საერთაშორისო რეაგირება ასეთ დროს მყისიერია, თუმცა ხშირად სამოქალაქო და უსაფრთხოების სტრუქტურების მიერ არაადეკვატურად კოორდინირებული და გადატვირთულია. ასეთი უბედურებების დროს მომზადება და ორგანიზება გლობალური ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი ელემენტია.

გარემო

გარემო გლობალური ჯანდაცვის საზრუნავია, არა მარტო იმიტომ, რომ ის ყველა ქვეყანაზე ახდენს გავლენას, არამედ იმიტომაც, რომ მისი მოწყობა ერთობლივ მოქმედებას მოითხოვს (მე-9 თავი). ჰაერის დაბინძურება ქარხნების, ელექტრო სადგურების და ნახშირის გამოყენებით ურბანულ ადგილებში ხშირია. ინდუსტრიულ ქვეყნებში 1980-იან და 1990-იანი წლების შემდეგ, ჟანგბადის ხარისხი გამოსწორდა, მაგრამ ძალიან ბევრ განვითარებად და ყოფილ სოციალისტურ ქვეყანაში, ელექტრო ენერგიისა და ურბანული მომარაგების დაბალი ხარისხის გამო, გაუარესდა. ნახშირბადის დიოქსიდის გადაჭარბებული წარმოება წიაღისეული საწვავის გამოყენებით, ხელს უწყობს გლობალურ დათბობას, ასევე ინდუსტრიულ საზოგადოებაში ქიმიკატების გამოყენება სერიოზული ეკოლოგიური ზიანის მომტანია და გლობალური ზიანის მოტანა შეუძლია.

განვითარება და ჯანმრთელობა

განვითარებად ქვეყნებში 1,3 მილიარდ ადამიანს სუფთა წყალზე ხელი არ მიუწვდებათ; დაახლოებით 2 მილიარდ ადამიანს ადეკვატური სანიტარული პირობები არ აქვს. განვითარებად ქვეყნებში არსებული სიღარიბე, განათლებისა და სამუშაო უნარ-ჩვევების დაბალი დონე, არაჯანსაღი კვება, ანტისანიტარიული გარემო და ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები, ყველა სახის დაავადებების განვითარებას უწყობს ხელს. ოთახის შიდა ჰაერის დაბინძურების მიზეზი, სამზარეულოში საწვავის გამოყენებასთან ერთად, არასათანადო სავენტილაციო სისტემაა, რომლებიც ხელს უწყობს მწვავე რესპირატორულ დაავადებებს და ბავშვებში

სიკვდილიანობას იწვევს, ასევე მიზეზია მოხუცებში ქრონიკულ დაავადებებისა და ორსულებში ნაყოფის დაზიანებასა. ჯანდაცვის დონე და ეკონომიკური განვითარება ერთმანეთთან ურთიერთკავშირშია. სოციალურ და პოლიტიკურ ფილოსოფიას ჯანდაცვაზე ასევე უდიდესი გავლენა აქვს, არა მარტო იმით, თუ რამდენი თანხაა გამოყოფილი ჯანდაცვისთვის, არამედ იმითაც, თუ როგორი სახის ჯანდაცვა მიეწოდება. სწრაფ ეკონომიკურ განვითარებას თავისი ფასი აქვს. განვითარებადი ქვეყნებისთვის ახალი ტექნოლოგიების გადაცემა გარემოს დაბინძურების და პროფესიული დაავადებების რისკების ზრდას იწვევს. დამატებითი გაუარესება შეიმჩნევა, როცა სოფლის გაჭირვებული მოსახლება ქალაქებში ინაცვლებს, სადაც ძირითადი სანიტარიის და ინფრასტრუქტურის ნაკლებობაა.

ეკონომიკური განვითარების მხოლოდ მთლიანი ეროვნული პროდუქტით შეფასება შეცდომაში შეგვიყვანს. სიმდიდრის განაწილება ქვეყანაში სხვა საზომებთან ერთად მნიშვნელოვნად ცვლადია. ადამიანის განვითარების ინდექსი ცხოვრების ხანგძლივობას, საგანმანათლებლო მიღწევებს და შემოსავლის დონეს შეიცავს (სიღარიბის დონეზე მყოფი ადამიანების შემოსავალს ეძლევა დაბალი წონა, რადგან დამატებითი შემოსავალი დიდშემოსავლიანი ჯგუფებისთვის არსებობისთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია). ადამიანის განვითარების ინდექსთან ერთად DALY და QALY (იხილეთ ტერმინები, მე-3 და მე-11 თავები) ჩვეულებრივ ეკონომიკურ საზომებს დამატებით ელემენტებს სძენს.

ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხის რაოდენობა და ის, თუ ეს თანხა როგორ გამოიყენეს, ერთნაირად მნიშვნელოვანია. ზოგიერთმა ქვეყანამ ჯანდაცვის განვითარებაში წარმატებას მიაღწია, თუმცა მთლიანი ეროვნული პროდუქტის მიხედვით ერთ სულ მოსახლეზე ღარიბები ისევ რჩებიან. ზოგიერთ ქვეყანას უფრო მაღალი ადამიანის განვითარების ინდექსი აქვს, ვიდრე მათი რეიტინგი მთლიანი ეროვნული პროდუქტის მიხედვით. ჩინეთმა, სოფლის უზარმაზარ მოსახლეობაში პირველადი ჯანდაცვით, ერთ სულ მოსახლეზე, 370 აშშ დოლარის ოდენობის მთლიანი ეროვნული პროდუქტით, იმას მიაღწია, რომ ბავშვთა სიკვდილიანობის და სიცოცხლის ხანგრძლივობის დონე საშუალო დონის განვითარებად ქვეყნებს გაუთანაბრა. შრი-ლანკაში, ერთ სულ მოსახლეზე 500 აშშ დოლარი მთლიანი ეროვნული პროდუქტით, ჩვილთა სიკვდილიანობის დონე ყოველ 1000 ახალშობილზე 15-ია, კარგად განვითარებად ქვეყნებთან შედარებით. კერალა, ინდოეთში, ადამიანების განვითარების დონით ნაციონალურ სტანდარტებზე მაღლაა, მაშინ, როცა ეკონომიკურად ერთ სულ მოსახლეზე, ძალიან ღარიბია. მეორეს მხრივ, ქვეყნებს, რომლებსაც მაღალი მთლიანი ეროვნული პროდუქტი აქვთ, უფრო დაბალი ადამიანის განვითარების ინდექსი გააჩნიათ. მაგალითად, კუვეიტს და საუდის არაბეთს უფრო დიდი მთლიანი ეროვნული პროდუქტი აქვთ, მაგრამ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში გაცილებით ნაკლები მიღწევები გააჩნიათ, ვიდრე უფრო ღარიბ ქვეყნებს, როგორებიცაა კუბა, კოსტა-რიკა და იამაიკა. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს შეიძლება დიდი ეკონომიკური სხვაობით იყოს გამოწვეული, მაგალითად, ძალიან მდიდარი მმართველი კლასით და დიდი რაოდენობის ღარიბი მოსახლეობით.

ორგანიზაცია საერთაშორისო ჯანმრთელობისათვის

როგორც 1 თავში გამოჩნდა, რომის იმპერიის დაშლის შემდეგ, ახალი წელთაღრიცხვის მე-5 საუკუნეში, ევროპა სამეცნიერო რეპრესიების ათასწლეულში შევიდა. სამედიცინო განათლებამ ეკლესიის ხელში გაინაცვლა. ბერძნული და რომაული ნაწერები იზოლიაციაში მყოფ ირლანდიის და ევროპის მონასტრებში გადარჩა. ნაშრომები ასევე შემორჩა არაბული ცივილიზაციაში, 100 წლის განმავლობაში არაბმა, ბიზანტიელმა და ებრაელმა სწავლულებმა გადათარგმნეს და შემოინახეს უძველეს სამედიცინო სამეცნიერო ნიმუშები ევროპაში. მე-9 საუკუნეში სალერნოში, ნეაპოლის მახლობლად სამედიცინო სკოლა დაარსდა, სამედიცინო სკოლები ევროპაში და არაბულ სამყაროში გავრცელდა. ევროპული კოლონიზაციის გაფართოებამ, 1415 წლიდან პორტუგალიის შეტევებმა ჩრდილოეთ აფრიკაში მუსულმანურ დასახლებების მახლობლად, უდიდესი გავლენა მოახდინა საერთაშორისო ჯანდაცვაზე. ევროპულმა გემებმა სამხრეთ წყნარი ოკეანეთის და ამერიკის კონტინენტის ადგილობრივ მოსახლეობაში ყვავილი და წითელა

გაავრცელეს, რამაც მასობრივი სიკვდილიანობა გამოიწვია. სიფილისის გავრცელება ამერიკიდან ევროპული გემების დაბრუნებას უკავშირდება. ევროპელი თავგადასვლების მაძიებლები და ახალმოსახლეები ბევრი დაავადების მსხვერპლნი ხშირად ხდებოდნენ, რომელთა მიმართ მათ სუსტი იმუნიტეტი ჰქონდათ. მეტიც, აფრიკიდან მონებით ვაჭრობამ ამერიკის მოსახლეობაში, გადამდები დაავადებები გაავრცელა. კოლონიზაციამ მსოფლიო ადგილობრივი მოსახლეობის განადგურებამდე მიიყვანა და მოსახლეობის მახასიათებლები შეცვალა, განსაკუთრებით ჩრდილოეთ ამერიკაში, ავსტრალიაში, ახალ ზელანდიაში, სამხრეთ აფრიკაში და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ნაწილში. კოლონიურმა მმართველებმა დასავლეთის სამედიცინო პრაქტიკა შემოიღეს, გავლენა იქონიეს დაავადებებზე, ასევე მათ მკურნალობაზე. ფართოდ გავრცელებული განათლება და სამედიცინო ტრენინგები მნიშვნელოვანი მემკვიდრეობა იყო ბევრ, მაგრამ არა ყველა, განვითარებად ქვეყანაში, რომლებმაც დამოუკიდებლობა მე-20 საუკინის შუა პერიოდში მოიპოვეს.

სანიტარიის და მოგვიანებით მიკრობიოლოგიის განვითარება დამოკიდებული იყო მეცნიერებაზე და ტექნოლოგიებზე, რომელიც შესაძლებელი გახდა ინდუსტრიული რევოლუციის შემდეგ. მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარში ევროპაში ქოლერა განმეორდა. გადამდები დაავადებებისგან მიყენებული მუდმივი ზიანი მკვლევრებისთვის სტიმული გახდა, რათა თითქმის ყველა ძირითადი ბაქტერიული და პარაზიტული დაავადების მიზეზი და გადადების მიზეზები აღმოეჩინათ. აზიური ქოლერა ევროპაში 1832 წელს გამოჩნდა და მე-19 საუკუნეში მთელს კონტინენტზე გავრცელდა, რაც პარიზში 1851 წელს საერთაშორისო სანიტარიის კონფერენციის მოწვევის მიზეზი გახდა. განმეორებით მსგავსი კონფერენციები 1874, 1881 და 1885 წლებში მოიწვიეს. ეს შეხვედრები უფრო გახშირდა 1892 და 1903 წლებში, რომლებიც საზღვაო კარანტინს და ქოლერას, ასევე ყვითელი ცხელების და ტიფის საერთაშორისო კონტროლს ეხებოდა. 1880-იან წლების პირველ ნახევარში საერთაშორისო საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში პირველი ნაბიჯი გადაიდგა, როცა საერთაშორისო ქოლერის კომისიის მოითხოვნით რობერტ კოხის ხელმძღვანელობით, ეგვიპტეში ქოლერის ეპიდემიის გამოძიება დაიწყო. შედეგად, ქოლერის ვიბრიონი აღმოაჩინეს და პრევენციული პროცედურების რეკომენდაციები შემუშავდა.

ერთა ლიგის ჯანდაცვის ორგანიზაციამ (1921-1946), რომელიც ჟენევაში შეიქმნა, საერთო უსაფრთხოების იდეის განვითარება სცადა. მისი ფუნქცია ეპიდემიოლოგიური მომსახურების გაწევა იყო. ჯანდაცვის ოფისმა ორგანიზება გაუწია უამრავ ექსპერტთა კომიტეტს ინფექციურ დაავადებთან და სხვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით, მათ შორის შემოიღო სტანდარტები ბიოლოგიაზე, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვაზე, კვებაზე, ჯანმრთელობის დაზღვევაზე და სამედიცინო განათლებაზე. ხელი შეეწყო მალარიის, კეთრის და ცოფის კონტროლს, ასევე შეიქმნა კიბოს რეგისტრები და მზადება დაიწყო საერთაშორისო დაავადებების კლასიფიცირებისთვის. კოორდინირებული იქნა წამლის წარმოება, საყოფაცხოვრებო და კვების სტანდარტები განვითარდა. ორგანიზებული საერთაშორისო მუშაობის მასშტაბები გაფართოვდა, დაწყებული საერთაშორისო გადამდები დაავადების პრევენციიდან დაავადების კონტროლამდე და დაუცველი მოსახლეობის მოწყვლადი ჯგუფებისთვის გაუმჯობესებული ჯანდაცვის პირობების შექმნამდე. 1930-იანი წლების მეორე ნახევარში მშვიდობის დარღვევის შემდეგ ერთა ლიგა დაიშალა.

მეორე მსოფლიო ომის დროს, მოკავშირე ძალების მიერ, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის დახმარებისა და რეაბილიტაციის სააგენტო ჩამოყალიბდა, რათა მილიონობით უსახლკარო ადამიანს დახმარებოდნენ. ეს გახდა ახალი საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციის შექმნის ნაწილი, როგორც საერთაშორისო კონსენსუსისა, რათა ომის შემდეგ უკეთესი მსოფლიო აშენდეს, უფრო ძლიერი და კოორდინირებული.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია 1948 წელს შეიქმნა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდებით ადამიანის ერთ-ერთი მთავარი უფლებაა ჰქონდეს „ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტი“. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის უნივერსალური ადა-

მიანის უფლებების 1948 წლის დეკლარაციის მიხედვით, „ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანმრთელობის ადეკვატური სტანდარტებით, უზრუნველყოფილი იყოს საკუთარი და ოჯახის კეთილდღეობით“.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ უდიდესი შრომა გასწია გლობალური ჯანმრთელობისთვის. ის ჯანდაცვის ყველა სფეროში ყველა ქვეყნის ორგანიზაციათა გაერთიანების საჭიროებებს ავსებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია სახელმწიფოებისგან და ორგანიზაციებისგან შედგება, რომლებიც ერთად მუშაობენ და ჯანდაცვის უმაღლესი დონისკენ მიილტვიან. მან შეცვალა წინამორბედი ორგანიზაციები, ერთა ლიგის ჯანდაცვის ორგანიზაცია და აშშ-ის სანიტარიული ბიურო. ტექნიკურმა მოსამზადებელმა კომისიამ ორგანიზაცია განავითარა და ახალი ოპტიმიზმის ხანაში, უზარმაზარი საქმე ითავა, გლობალური ჯანდაცვის პრობლემების გამკლავება. ორგანიზაციის მიმართულება და კოორდინაციული ფუნქციები პირველადი აქტივია, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მიზნების განსაზღვრა და საერთაშორისო თანამშრომლობის მიღწევის ინიციატივის ქონა. ასევე ეფექტურია მისი ტექნიკური მომსახურება, ეპიდემიოლოგიური ფუნქციები, სტატისტიკა, სტანდარტიზებული დაავადებებისა და წამლების ნომენკლატურები და სხვა პუბლიკაციები.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ორგანიზაციული სტრუქტურა მოიცავს სათავო ოფისს ჟენევაში და რეგიონულ ოფისებს ევროპაში (კოპენჰაგენი), ახლო აღმოსავლეთში (ალექსანდრია), აფრიკაში (ბრაზავილი), სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში (დელი), დასავლეთ წყნარი ოკეანეთში (მანილა) და დასავლეთ ნახევარსფეროში (პან ამერიკან ჯანდაცვის ორგანიზაცია ვაშინგტონში). ჟენევის ცენტრალურ შტაბ-ბინას ბევრი ოფისი გააჩნია, რომლებიც სხვადასხვა თემებს განიხილავენ.

ცხრილი 16.6 სათაო ოფისის პროგრამები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჟენევა, 1997

აივ და სგგი (ASD)
ბავშვის ჯანმრთელობა და განვითარება (CHD)
ტროპიკული დაავადებების კონტროლი (CTD)
ესენციური მედიკამენტები (DAP)
მედიკამენტების მართვა და პოლიტიკა (DMP)
გადაუდებელი და ჰუმანიტარული აქციები (EHA)
გადაუდებელი და სხვა გადამდები დაავადებების ზედამხედველობა და კონტროლი (EMC)
საკვები და კვება (FNU)
UNAIDS
ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური პროგრამა (GPV)
ტუბერკულოზის გლობალური პროგრამა (GTB)
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, განათლება, კომუნიკაცია (HPR)
ჯანდაცვის სისტემების განვითარება (HSD)
ადამიანების რეპროდუქცია (HRP)
ჯანდაცვის მდგომარეობა და ტენდენციების შეფასება (HST)
სტატისტიკური საინფორმაციო სისტემა (WHOSIS)
უწყებათაშორისი ურთიერთობა (INA)
ინფორმაციული სისტემის მართვა (ISM)
კეთრის ელიმინაცია (LEP)
მენტალური ჯანმრთელობა, ნარკოკომანიის პრევენცია (MSA)
არაგადამდები დაავადებები (NCD)
სიბრმავის და სიყრუის პრევენცია (PBD)
ქიმიური უსაფრთხოების ხელშეწყობა (IPCS)
ჯანსაღი გარემოს ხელშეწყობა (PEH)
ჯანმრთელობის ტექნოლოგია (PHT)
გამომცემლობა, ენისა და ბიბლიოთეკის მომსახურება (PLL)
პოლიტიკის პროგრამის განვითარება, შეფასება (PPE)
ნარკომანია (PSA)
რეპროდუქციული ჯანმრთელობა (RHT)
რესურსების მობილიზაცია (RMB)
ჯანდაცვის სამსახურების გაძლიერება (SHS)
ტროპიკული დაავადებები (TDR)
ქალთა ჯანმრთელობა (WHD)
ბიუჯეტი და ფინანსები (BFI)
კონფერენცია და საერთო სერვისები (CGS)
პერსონალი (PER)
სოციალური და ოკუპაციური ჯანმრთელობა (SOH)
სპეციალური სამსახურები — იურიდიული მრჩეველი (LEG), ინფორმატიკა (AOI), შიდა აუდიტი (IAO), კვლევის პოლიტიკის და სტრატეგიის კოორდინირება (RPS), ჯანმრთელობის მსოფლიო ანგარიშგება (WHR)

Source: WHO home page, http://www.who.ch/whosis/whosis.htm (February 25, 1997).

(ცხრილი 16.6)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანდაცვის ახალი პოლიტიკის მიმართულების ფორმულირება და მსოფლიო მასშტაბით კონსენსუსის მიღწევა მოახერხა. ჩამოყალიბდა ისეთი სტრატეგია, რომელიც მოიცავდა პრინციპებს, რომლის მიხედვითაც, სახელმწიფო თავისი ხალხის ჯანმრთელობაზეა პასუხიმგებელი. ხალხს აქვს უფლება ჯანდაცვის განვითარებაში და კონტროლში მონაწილეობა მიიღოს და ჯანდაცვაში თანასწორობას მიაღწიოს. ეს დაეხმარა მათ, ჩამოეყალიბებინათ და განევითარებინათ აზრი, რომლის მიხედვითაც, ჯანდაცვის წინსვლისთვის საზოგადოებრივ და კერძო სექტორებს შორის კოოპერატიული მოქმედება აუცილებელია. შესაფერისი ტექნოლოგიის კონცეფციაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივაა (იხილეთ მე-15 თავი).

მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პრობლემები და შეზღუდვები შეფასდეს. ორგანიზაცია გაერთიანებული ერების სისტემის ნაწილია და ცივი ომისა და რეგიონული კონფლიქტების დროს პოლიტიკური კონფლიქტების სუბიექტი გახდა, როგორიც არის ომი ახლო აღმოსავლეთში. ზიანი მიადგა მის ავტორიტეტს და ლიდერობაზე პრეტენზიას. ეს შედეგია იმისა, რომ ამერიკის შეერთებული შტატები საწევრო გადასახადს წლების განმავლობაში არ იხდიდა.

პოლიტიზირებამ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონტაქტები უმაღლესი დონის პროფესიონალ ხელმძღვანელობასთან შეზღუდა და შეასუსტა მისი შესაძლებლობა შეხებოდა სამედიცინო მეცნიერების ცენტრს, ეპიდემიოლოგიას და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას პრაქტიკაში. მსოფლიო ჯანდაცვის პოლიტიზირებამ ასევე გამოიწვია არაადეკვატური ლიდერობა სფეროებში, სადაც მის პასუხებს მნიშვნელოვან საკითხებზე შეიძლება ნაციონალური ღირსება შეელახა. ამავე დროს, სერიოზული ზარალი მიადგა ეპიდემილოგიური მონიტორინგს და ინ-

ჩანართი 16.1 საერთაშორისო ჯანდაცვის ღიდეობის ნაჰმატებული სფეროები

საერთაშორისო ჯანმრთელობის წარმატებული და მნიშვნელოვანი ინიციატივები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდის თაოსნობით:

1. ყვავილის ერადიკაცია
2. იმუნიზაციის მოცვის მნიშვნელოვანი ზრდა
3. პოლიომელიტის კონტროლი და შესაძლო ერადიკაცია
4. წითელას შემცირებული შემთხვევები (თუმცა, მაინც ერთი მილიონი ადამიანის სიკვდილი წელიწადში 1990-იან წლების მეორე ნახევარში)
5. ტეტანუსის, დიფტერიის და ყივანახველის შემთხვევების მნიშვნელოვანი შემცირება
6. დიარეული დაავადების გაუმჯობესებული კონტროლი და შემცირებული სიკვდილიანობა
7. მწვავე რესპირატორული დაავადებების კონტროლის გაუმჯობესება
8. ტროპიკული დაავადებების გაუმჯობესებული კონტროლი: ონკოცერსიაზი, კეთრი, სხვ. და დრაკუნკულოზის პოტენციური ერადიკაცია
9. ლიდერობა პირველადი ჯანდაცვის პრინციპებში: გავლენა ჯანდაცვის ეროვნულ პროგრამებზე, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში
10. მზარდი საზოგადოებრივი და პოლიტიკური ცნობიერება ჯანდაცვის საკითხებში
11. ჯანდაცვა ყველასათვის ინიციატივები
12. ჯანდაცვის მიზნების ინიციატივები
13. მოძრაობა „ჯანსაღი ქალაქები„
14. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ეროვნული პრიორიტეტებში ჯანმრთელობის წამოწევა
15. ჯანდაცვის ინფორმაციის საჭიროებების შესახებ გათვითცნობიერების ზრდა
16. ვაქცინებისა და იმუნიზაციის საკითხებში დარგთაშორისი თანამშრომლობა

ფორმაციის გაზიარებას.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რომ არ ყოფილიყო, მსოფლიო საზოგადოებას მისი შექმნა დასჭირდებოდა. მიუხედავად იმისა, რომ მას პოლიტიკური ელფერიც დაჰკრავს, არსებობს როგორც საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელიც ყველა ქვეყანას წარმოადგენს და ჯანდაცვას აწესრიგებს ფართო გაგებით. ალმა-ატას დეკლარაციაში და „ჯანდაცვა ყველასთვის“-ში 2000 წელს საერთაშორისო ჯანდაცვაში გადადგმულ ნაბიჯებს გაესვა ხაზი და აღინიშნა პირველადი ჯანდაცვის უდიდესი როლი. (იხილეთ მე-2 თავი).

ტროპიკულ დაავადებებზე მუშაობა და კონტროლი მალარიაზე, ტუბერკულოზზე, ლეიშმანიოზზე, შისტოსომიაზზე, ფილარიაზე, ონკოცერიაზზე, ჭიებით დაავადებებზე და დიარეაზე განვითარებადი ქვეყნებისთვის უმნიშვნელოვანესია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის როლი ყვავილის, გვინეის ჭიის, პოლიომელიტის და ონკოცერიაზის აღმოფხვრაში გლობალურ ჯანდაცვაში უდიდესი მიღწევა იყო. ინიციატივები კვების დეფიციტის გასამკლავებლად, ქრონიკულ დაავადებათა კონტროლზე, ადამიანური რესურსების საჭიროებების განსაზღვრაში და ჯანდაცვის სამსახურების დაფინანსებაში ასევე ძალიან მნიშვნელოვანი იყო როგორც განვითარებული, ასევე განვითარებადი ქვეყნებისთვის.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია სამუშაო პროგრამებს და რეგიონულ ოფისების ავითარებს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მე-8 სამუშაო პროგრამით, 1990-1995 წლის პერიოდისთვის, 15 საკითხი და ყველა საკითხისთვის საკუთარი მიზანი განისაზღვრა. ეს გლობალური ჯანდაცვის სტრატეგიას, საკვების პროდუქციის განვითარებას და დისტრიბუციას, განათლებაში სოციალურ პროგრესს, სიღარიბის შემცირებას და ეკონომიკურ ზრდას შეიცავს, ასევე: დარგთაშორის კოოპერაციას; ჯანდაცვის განვითარებას პირველად ჯანდაცვაზე ყურადღების გამახვილებით; მენეჯმენტის და ეფექტურობის განვითარებას; საზოგადოების ჩართულობას; გაუმჯობესებული დონის ჯანდაცვის რესურსებს, ფინანსური დახმარებით მთავრობისგან და უნივერსიტეტების ჩართულობას ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგებთან ერთად; კვლევას, ტექნოლოგიას და კოოპერაციას ქვეყნებს შორის; გარემოს სანიტარიას. მეცხრე სამუშაო პროგრამა 1996-2001 წლების პერიოდისთვის განსაზღვრავს ახალი გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკას მთავრობის წევრებისთვის, საერთაშორისო ორგანიზაციებისთვის, ბანკებისთვის, არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის და სხვა ორგანიზაციებისთვის, რომლებიც ჯანდაცვასთანაა დაკავშირებული, ასევე ეკონომიკურ და სოციალური განვითარებას.

ბევრი სხვა გაერთიანებული ერების სააგენტო და სხვა ორგანიზაციები საერთაშორისო ჯანდაცვაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ. მაგალითად, გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი, დევნილებისთვის გაერთიანებული ერების უმაღლესი კომისია, გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა, შრომის საერთაშორისო ორანიზაცია, საკვების და სოფლის მეურნების ორგანიზაცია და საერთაშორისო ატომური ენერგიის კომისია.

გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, ახალმა გაერთიანებული ერების გენერალურმა ასამბლეამ გაერთიანებული ერების ბავშვთა გადაუდებელი დახმარების ფონდი შექმნა, რათა დანგრეულ ევროპაში ომისგან დაზარალებულ ბავშვებს დახმარებოდნენ. პროგრამა დიდად გაფართოვდა და სხვა აქტივობები და სფეროები მოიცვა, ძირითადად, განვითარებად ქვეყნებში.

ამ სააგენტომ დიდი რაოდენობის ფული დახარჯა, განსაკუთრებით, საკვებზე და მომარაგებაზე, რათა მსოფლიო მასშტაბით ბავშვთა და დედათა ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა გაეუმჯობესებინათ. ამას გარდა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით, გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი ტუბერკულოზის ვაქცინაციის, ფრამბეზიის და მალარიის კონტროლის დიდ და მნიშვნელოვან პროგრამებს ატარებდა. ერთ-ერთი მთავარი აქტივობა განვითარებად ქვეყნებში ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობაა. გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი მსოფლიო მასშტაბებით პირველადი ჯანდაცვის და საზოგადოების პრევენციული მიდგომების შექმნაში მნიშვნელოვანი ლიდერის როლს თამაშობს.

არასამთავრობო ორგანიზაციები

მსოფლიო მასშტაბით უამრავი არასამთავრობო ორგანიზაცია არსებობს, რომელთაც სპეციალიზებული საქმიანობები გააჩნიათ. ისინი დაფინანსებით, იდეოლოგიით, სამუშაო სტილით და კონტექსტით განსხვავდებიან. ბევრი განვითარებად ქვეყნებს სხვადასხვა ფორმით უჭერს მხარს, ხშირად წარმატებით მუშაობენ იქ, სადაც საერთაშორისო სააგენტოები კრახს განიცდიან. წარმატების მიზეზი ის არის, რომ ეს ორგანიზაციები ეროვნული პოლიტიკის საზღვრებს გარეთ მოქმედებენ. ამგვარი მიდგომა საგანგებო შემთხვევებში და კონფლიქტურ ზონებში განსაკუთრებით ამართლებს.

ადრეული არასამთავრობო ორგანიზაციები სხვადასხვა ეკლესიის მისიები და სექტური ორგანიზაციები იყვნენ. მათ შორის აღსანიშნავია გაერთიანების მომსახურების კომიტეტი, ამერიკის თანამეგობრობის მომსახურების კომიტეტი, კათოლიკური დახმარების სამსახური, ამერიკელ ებრაელთა გაერთიანებული სადისტრიბუციო კომიტეტი, საერთაშორისო როტარი კლუბი და ამერიკული ბიურო ჩინელთა დასახმარებლად. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი, ექიმები საზღვრებს გარეშე, ტერეს დე ჰომსი და სხვა ევროპული ორგანიზაციები პირდაპირ ეხმარება განვითარებად ქვეყნებს კრიზისის პერიოდში. 1999 წელს ორგანიზაცია ექიმები საზღვრებს გარეშე მშვიდობისთვის ნობელის პრემიით დაჯილდოვდა მსოფლიო ჯანდაცვაში მიღწევებისთვის აღიარება მიიღო.

საქველმოქმედო ორგანიზაციები საერთაშორისო ჯანდაცვის განვითარებაში უდიდესი წვლილის შეტანას განაგძობენ. კერძო ორგანიზაციები, როგორებიც არის ფორდი, სოროსი და როკფელერი საერთაშორისო ჯანდაცაში, ექსკლუზიურად თავიანთ სტრუქტურებში, უდიდეს სამუშოებს ასრულებენ. ისინი მნიშვნელოვან გრანტებს გამოყოფენ, რათა ჯანდაცვის სისტემებში პოლიტური პროგრამები და კვლევები განვითარდეს. მეტიც, ისინი დამატებით სამთავრობო ფინანსებებს გამოყოფენ, რომლებსაც ინოვაციური პროგრამების განვითარების სტიმულირება შეუძლიათ, რაც მოგვიანებით ზოგად ჯანდაცვის სამსახურებზე დიდ ეფექტს მოახდენს. 1999 წელს ბილ გეითსის ფონდმა 100 მილიონი აშშ დოლარი შესწირა საერთაშორისო ბავშვთა ვაქცინაციის პროგრამას, რომელიც გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდის მიერ განხორციელდა, ძირითადად მოხმარდა B ჰეპატიტის ვაქცინაციას.

ფონდებს შორის, როკფელერის ფონდი საერთაშორისო ჯანდაცვის დახმარების სფეროში ყველაზე მეტადაა ცნობილი. 1913 წელს მისი დაარსებიდან, მსოფლიოს მასშტაბით, მან თითქმის ყველა ქვეყანაში იღვაწა. მისი მნიშვნელოვანი წვლილი მოიცავს მალარიის და ყვითელი ცხელების კონტროლის პროგრამების მხარდაჭერას, აღიარებული სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლო ცენტრების განვითარებას, დიპლომისშემდგომ სტიპენდიებს, ჯანდაცვის პროგრამების ორგანიზების და მართვის მეთოდების დემონსტრირებას.

მიუხედავად არასამთავრობო ორგანიზაციის ბევრი დადებითი ასპექტისა, ის შეიძლება ჯანდაცვის დაბრკოლების მიზეზი გახდეს როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. მათ უნდა მოახდინონ ფოკუსირება ერთ სამსახურზე, ისინი ამაყობენ იმით, რომ მთავრობისგან დამოუკიდებელნი არიან და სამსახურებზე, რომლებიც ტვირთად დააწვება სისტემის დაფინანსებას და ჯანდაცვის უზრუნველყოფას, ზეწოლის მოხდენა შეუძლიათ. არასამთავრობო ორგანიზაციამ ან ორმხრივმა დახმარებამ შეიძლება საავადმყოფოების განვითარება იმ ადგილებში განაპირობოს, სადაც ისინი უკვე ჭარბად არის და პირველადი ჯანდაცვა შეზღუდულია. მათ შეიძლება პირველადი მომსახურება აწარმოონ, მაგრამ სახელმწიფოს იმუნიზაციის პროგრამასთან კოორდინირების სურვილი არ გამოთქვან. ასე რომ, არც ერთი სააგენტო სრულად პასუხისმგებელი არ არის.

არასამთავრობო ორგანიზაციების მოსახლეობაზე ორიენტირებული მომსახურების კოორდინაცია შეიძლება რისკის ქვეშ აღმოჩნდეს. მომსახურებების ბალანსი საჭიროებს მთავრობის, არასამთავრობო ორგანიზაციის და კერძო მომსახურებების ჩართვას კოორდინაციაში იმ შემთხვევაში მაინც, თუ არ იქნება ინტეგრაცია. ეს შეუძლებელი იქნება მაღალი დამოუკიდებლობის მქონე ორგანიზაციის შემთხვევაში, მაგრამ სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლები ვალდებულნი არიან არასამთავრობო ორგანიზაციების ფუნქციებს გადახედონ, არ აქვს მნიშვნელობა რამდენად საქველმოქმედო და კეთილია მათი განზრახვა.

მსოფლიო ბანკი

განვითარებისა და რეკონსტრუქციის საერთაშორისო ბანკი, რომელიც ასევე მსოფლიო ბანკის სახელითაა ცნობილი, ვაშინგტონში დაფუძნდა. იგი მეორე მსოფლიო ომის დასასრულს, ბრეტონ-ვუდსის კონფერენციის შემდეგ, ინდუსტრიული ქვეყნების მიერ დააარსდა. იგი მნიშვნელოვან ფინანსური ინსტიტუტს წარმოადგენდა, რომელსაც ომისშემდგომი ევროპის რეკონსტრუქცია უნდა მოეხდინა. მას შემდეგ იგი მთელი მსოფლიოს მასშტაბით განვითარების პროექტების მთავარი ფინანსური წყარო გახდა. მისი მთავარი მიმართულება ფართომასშტაბიანი ინფრასტუქტურული, ინდუსტრიული და სასოფლო-სამეურნეო განვითარების პროექტები იყო. ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის მთავარი მიმართულება საბაზრო მექანიზმების შექმნა და ჯანდაცვის პრივატიზაციაა. 1993 წლის მსოფლიოს განვითარების დასკვნაში მსოფლიო ბანკმა ჯანდაცვა ეკონომიკური განვითარების აუცილებელ კომპონენტად წარმოაჩინა. ზემოხსენებულ დასკვნაში, ჯანდაცვის ინვესტირებამ, რომელმაც ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ჯანდაცვის პოლიტიკა და ეკონომიკური განვითარება ერთ საერთო კონცეფციად წარმოადგინა, ცხადყო, რომ ბევრი ეკონომისტის მოსაზრების მიუხედავად, ჯანმრთელობა ეკონომიკის განვითარებისთვის უპირველესი და აუცილებელი კომპონენტია. ამავე დასკვნაში ოთხპუნქტიანი მიდგომაა წარმოდგენილი მთავრობებმა, განვითარებად და ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, თუ როგორ უნდა გააუმჯობესონ ჯანმრთელობა:

1. გაუმჯობესდეს ეკონომიკური გარემო, რათა მოქალაქეებმა შეძლონ უფრო მეტად იზრუნონ საკუთარ ჯანდაცვაზე, სოციალური ინვესტიციის განხორციელებით განათლების სტანდარტების გაზრდაზე, განსაკუთრებით გოგონებში.
2. შეიცვალოს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სპეციალიზებული მკურნალობის სერვისები, დაბალხარჯიანი, მაგრამ უფრო ეფექტური მომსახურებებით, როგორიც არის იმუნიზაცია და ინფექციური დაავადებების სამკურნალო მომსახურებები.
3. განვითარდეს და შეიქმნას მრავალფეროვანი მომსახურებები სამედიცინო ბაზარზე, რაც საბოლოოდ კონკურენტულ გარემოს შექმნის.
4. მოხდეს უფრო მეტი ხელის შეწყობა, რათა არასამთავრობო ორგანიზაციები და კერძო ორგანიზაციები უფრო მეტად იყვნენ ჩართულები პროცესში; ასევე მოხდეს სადაზღვევო ბაზრის რეგულაცია. მსოფლიო ბანკის მიერ დაფინანსებული სამედიცინო პროექტების რიცხვი დღითიდღე იზრდება.

მსოფლიო ბანკსა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას განხორციელებული აქვთ ტროპიკული დაავადებების სპეციალური კვლევისა და ტრენინგის პროგრამა, ასევე დასავლეთ აფრიკაში ონქოცერიაზის დაავადების კონტროლის პროექტი. მსოფლიო ბანკი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ჯანდაცვის ხარჯებს, ფინანსირებას, საავადმყოფოებს, მედიკამენტებსა

ჩანაჩთი 16.2 ჯანმრთელობა და ეკონომიკური განვითარება

„კარგი ჯანმრთელობა... კეთილდღეობის უმნიშვნელოვანესი შემადგენელია, მაგრამ ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეიძლება გამართლებულ იქნას მხოლოდ ეკონომიკური თვალსაზრისითაც. გაუმჯობესებული ჯანმრთელობა იწვევს ეკონომიკურ განვითარებას ოთხი გზით: ამცირებს მუშათა ავადმყოფობით გამოწვეულ პროდუქციის კლებას; საშუალებას იძლევა ნატურალური რესურსების გამოყენებისა, რომლებიც ფაქტიურად ხელმიუწვდომელი იყო ავადმყოფობის დროს; ზრდის ბავშვების სკოლაში ჩართულობას და მათ სწავლის უნარებს; ათავისუფლებს რესურსებს, რომლებიც ავადმყოფობაზე უნდა დახარჯულიყო, ალტერნატიული მიზნებისათვის.„

Source: World Bank, *World Development Report,* 1993, p. 17.

და კვებას. მსოფლიო ბანკი ძირითადი საფინანსო ორგანიზაციაა, რომელსაც ჯანდაცვის სისტემის საერთაშორისო განვითარებისთვის უმნიშვნელოვანესი როლი გააჩნია, რადგან მას შეუძლია დიდი ფინანსური რესურსი მართოს. რადგან ჯანდაცვა პროდუქტიული საინვესტიციო სექტორია, მსოფლიო ბანკის როლი ჯანდაცვის სისტემის გასავითარებლად განვითარებად ქვეყნებსა და ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია.

ბლობალური ჯანდაცვის ტენდენციები

დღესდღეობით დამტკიცებულია, რომ სოციო-ეკენომიკური გარემო ინდივიდისა და მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი განმსაზღვრელია, მიუხედავად ამისა, რელევანტური ფაქტორების ბუნება შეიძლება საკმარისად ცხადი არ იყოს. სამხრეთ ნახევარსფეროს პრაქტიკამ აჩვენა, რომ დემოგრაფიულ ზრდასთან ერთად, ქრონიკული პრობლემების არსებობამ განათლების, კვებისა და მშენებლობის სექტორები უფრო შეაფერხა. ამასთან ერთად, საზოგადოების წინაშე უფრო მწვავე სიტუაციები წამოიჭრა როგორიცაა: კონფლიქტები, დასაქმება, მიგრაცია, ვაჭრობა და ფიზიკური გარემოს დეგრადაცია. ჩრდილოეთ ნახევარსფეროს განვითარებას ნეგატიური ასპექტები თან სდევდა, რომელმაც მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ჯანდაცვაზე: საკვების ჭარბი რაოდენობით მიღება, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, მოწევა, გარემოს დაბინძურება, არალეგალური ნარკოტიკები და ავტოავარიები. მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ჯანდაცვის სისტემის განვითარების საფუძვლადაა მიჩნეული, საზოგადოების მხრიდან მხარდაჭერა მისი განხორციელებისას, მაინც არ არის საკმარისი. ძირითად პრობლემად რესურსების განაწილების არასწორი გზები და პირველადი დახმარების მომსახურებებისკენ ჯანდაცვის მუშაკთა არაადეკვატური მიმართვაა მიჩნეული. საზოგადოება ხშირად არასაკმარისად არის ინფორმირებული, თუ რა როლი ეკისრება მას და ხშირად მზად არის ბევრად უფრო მაღალი ფასი გადაიხადოს მეორეული და მესამეული დონის მკურნალობაში. იმის გამო, რომ რესურსები საკმარისი რაოდენობით არ მოიპოვება, პრევენციული მომსახურებების განვითარება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა რთულდება. ასევე რთულია სამედიცინო მუშაკთა და საზოგადოების დარწმუნება და პასუხისმგებლობა პირველადი ჯანდაცვის მიმართაც.

ჯანდაცვის სამუშაო ძალის ანალიზი და ფორმულირება უფრო და უფრო მნიშვნელოვანი ხდება. ანალიტიკოსთა შორის არსებობს კონსენსუსი, თუ რა მინიმალური ხარისხისა და რელევანტურობის სამედიცინო მუშახელი არის საჭირო იმისთვის, რომ ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნები დაკმაყოფილდეს და თავიდან იქნას არიდებული არაპროფესიონალი მუშახელის ბაზარზე ოპერირება და დისბალანსი სამედიცინო პროფესიებს შორის. განვითარებადი ქვეყნების უმეტეს ნაწილს სამედიცინო მუშახელის განვითარების პოლიტიკა ან არ გააჩნია ან ჩამოყალიბების პროცესშია.

1980-1990 წლების ცვლილებებმა ჯანდაცვა კიდევ უფრო მეტი გამოწვევის წინაშე დააყენა. მოსახლეობის ზრდამ, მოსახლეობის დაბერებამ, ქრონიკული დაავადებების გახშირებამ, ჯანდაცვის სისტემისგან საზოგადოების მაღალმა მოლოდინებმა, მზარდმა ხარჯებმა და სამედიცინო ტექნოლოგიებმა, ეკონომიკურმა რეცესიამ და შეზღუდულმა რესურსებმა უნივერსალური ჯანდაცვის შესანარჩუნებლად რეფორმების ჩამოყალიბება და განხორციელება უფრო დააჩქარა და ხელი შეუწყო. 1970-1980 წლებში, ბევრმა ინდუსტრიულმა ქვეყანამ სამედიცინო სისტემის რეფორმა განახორციელა, რომელიც საავადმყოფო საწოლების ბაზარზე მიწოდებას, საავადმყოფოს გარეთ მკურნალობის დანერგვას, დეცენტრალიზებული მენეჯმენტის, მომსახურებებისა და სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამების კომბინაციას (მაგ. დიდი ბრიტანეთი) ამცირებდა. ხარჯების შეკავების პოლიტიკა ეროვნული სადაზღვევო სისტემის თანმდევი და განუყოფელი ნაწილია. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სწრაფად მზარდმა ხარჯებმა მართვითი ჯანდაცვის სისტემის შექმნასა და განვითარებას ხელი შეუწყო. მრავალი ფაქტორი, რომელსაც პრევენცირებადი დაავადებები უნდა შეემცირებინა, ძირითადად მოქცეულია გენეტიკის ბიოსამედიცინო სტრუქტურის, სამედიცინო მომსახურების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიღმა, მაგრამ

განსაზღვრულია ისეთი სოციალური პირობებით, რომელიც ადამიანის უფლებების სფეროს წარმოადგენს. თუმცა ეს მთავრობას და სამედიცინო საზოგადოებას პასუხისმგებლობისგან არ ათავისუფლებს, რათა ყველასთვის მიიღონ პრევენციული და სამკურნალო ზომები.

ინფექციური დაავადებების ნაიმოშობის საფრთხეები

საერთაშორისო ჯანდაცვამ ეპიდემიური და გადამდები დაავადებების გავრცელების პრევენციისთვის ფუნქციონირება დაიწყო, რამაც მოიცვა ინფორმაციის შეგროვება და დროული გავრცელება; პრევენციული ზომების მიღება, როგორიც არის დაავადების გავრცელების გასაკონტროლებლად შესაბამისი იმუნიზაციის კამპანიები. ყვავილის აღმოფხვრა და ვაქცინით პრევენცირებადი დაავადებების მზარდი კონტროლი ენთუზიაზმის საბაბს იძლევა, რადგან ეპიდემიური დაავადებები კონტროლზე იქნება აყვანილი. თუმცა ეს ოპტიმიზმი გაქარწყლდა მალარიაზე და ტუბერკულოზზე კონტროლის გაუარესებით, ასევე არსებული დაავადებების ახლიდან ამოფეთქვით და ახალი დაავადებების აღმოჩენით.

ინფექციური დაავადებების სპექტრი საზოგადოებაში სწრაფად, გარემოს და საზოგადოების ცვლილებებთან ერთად ვითარდება. მოსახლეობის ზრდა, ქალაქის ჯურღმულებში ხალხის მატება, უსახლკარო მოსახლეობა, მასობრივი მიგრაცია და მოგზაურობა ხელს უწყობს ერთ ადგილას ლოკალიზებული დაავადებების საერთაშორისო გავრცელებას. ახალი ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობა თანამედროვე მედიცინისთვის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის ახალ დილემას ჰქმნის. ინფექციური დაავადებების სინერგია, მაგალითად, შიდსის და ტუბერკულოზის პაციენტებში გაუარესებას იწვევს და სხვა ადამიანებში მეორადი ინფექციების გავრცელებას უწყობს ხელს. „ანტიბიოტიკების შემდეგი“ ხანა კამათის საგანია, რადგან თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის საფრთხეს წარმოადგენს. იმისთვის, რომ გადამდები დაავადებების კონტროლისას მე-20 საუკუნის მიღწევები არ დაიკარგოს, ახალ გამოკვლევებს და სტრატეგიებს მოითხოვს. შიდსისგან მიღებული გამოცდილება

ჩანართი 16.3 ვირუსი ებოლა

ებოლას ვირუსი პირველად 1976 წელს იქნა იდენტიფიცირებული სუდანსა და ზაირში როგორც მძიმე ჰემორაგიული ცხელების მიზეზი, რომელიც მაღალი სიკვდილობით გამოირჩეოდა. ებოლას ვირუსის აფეთქებამ ზაირში 1995 წელს საერთაშორისო მნიშვნელობა შეიძინა, ვინაიდან სიკვდილობის მაჩვენებელმა 77%-ს მიაღწია და დიდი იყო შიში, რომ შესაძლებელი იყო ვირუსის ფართოდ გავრცელება. ეს აფეთქება კიკვიტში შემოიფარგლა 316 შემთხვევით, რომელთაგან 245 ლეტალურად დამთავრდა, მათი უმეტესობა საავადმყოფოს თანამშრომელი იყო. ვირუსი იზოლირებულ იქნა მაიმუნის გარკვეულ სახეობებში და ადამიანს გადაეცემა სისხლისა და ბიოლოგიური სითხეების გზით.

WHO-სა და CDC-ის მიერ მობილიზებული საერთაშორისო ჯგუფი ჩავიდა აფეთქების ადგილას ზაირის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პერსონალის დასახმარებლად. უზარმაზარი შრომის საშუალებით, რომელიც ჯგუფის მიერ განხორციელდა შემთხვევის გამოსავლენად, ლაბორატორიული კონფირმაციისთვის, იზოლაციასა და თანამშრომელთა უსაფრთხოებისათვის, მოხერხდა დაავადების გავრცელების შეჩერება. ეპიდემიის მართვაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა WHO-ს არბოვირუსების კოლაბორანტმა ცენტრმა და CDC-ის ვირუსული ჰემორაგიული ცხელების რეფერენს-ლაბორატორიამ. სწრაფი საერთაშორისო რეაგირება და ძლიერი ზედამხედველობა წარმოადგენს ახლადგამოვლენილ ინფექციურ დაავადებებზე გლობალური რეაგირების ნაწილს; აივ/შიდსის ეპიდემიაზე შენელებული რეაგირება გარკვეულწილად გაკვეთილი გამოდგა.

Source: WHO, *World Health Report,* 1996.

გვკარნახობს, რომ ადრეული გამაფრთხილებელი სისტემების გაუმჯობესება და ახალი სააფრთხეებისადმი ყურადღება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი დავალებაა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ახალი ან აღორძინებული ინფექციური დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საზრუნავს ზრდის. აღნიშნული დაავადებებია: აივ-ს/შიდსი, ეშერიხია კოლი, კრიპტოსპორიდიოზი, კოქციდიომიკოზი, რეზისტენტული პნევმონიური დაავადება, რეზისტენტული ტუბერკულოზი, ვანკომიცინზე რეზისტენტული ენტეროკოკი, A ტიპის გრიპი ბეიჯინგ/32/92, პანტავირუსული ინფექციები, 1991 წლის სპარსეთის ომის ვეტერანებში გავრცელებული ლეიშმანიოზი, ლეგიონერული დაავადება და ლაიმის დაავადება.

ახლად და ხელახლა წარმოშობილი დაავადებების საერთაშორისო მასშტაბით საზრუნავი მოიცავს: აივ-ს/შიდსს, რეზისტანტულ ტუბერკულოზს, მალარიას, ქოლერას, შიგელას დიზინტერიას, დიფტერიას და ეშერიხია კოლის. ტროპიკული დაავადებები, როგორიცაა ყვითელი ცხელება და ცხელება, აზიასა და ლათინურ ამერიკაში ხელახლა იჩენენ თავს, ხოლო რიფტ

ცხრილი 16.7 ახლადგამოვლენილ ინფექციურ დაავადებებზე რეაგირების სტრატეგიები

მიზნები/თემები	ღონისძიებები	მაგალითები
I. ზედამხედველობა	აღმოჩენა, სწრაფი კვლევა, დაავადების გამომწვევი პათოგენის და მასზე ზემოქმედების მქონე ფაქტორების მონიტორინგი	სენტინელური ქსელის მონიტორინგი, მაგ. სისხლის ბანკები, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებები, ლაბორატორიები, სენტინელური ორგანიზაციები პოპულაციაზე დაყრდნობილი ზედამხედველობა აფეთქებების საველე კვლევის ზრდა ეპიდემიოლოგიური მონაცემების დისემინაცია ადგილობრივ და საერთაშორისო დონეზე ელექტრონული მედიის, ინტერნეტის, PROMED ვებ-გვერდის და სხვ. საშუალებით სწრაფი ლაბორატორიული დიაგნოზი გადამტანებით გამოწვეული დაავადებების მონიტორინგი
II. საველე კვლევა	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქმედებების ოპტიმიზაციისათვის ლაბორატორიული და ეპიდემიოლოგიური მეცნიერებების ინტეგრირება	სენტინელური ლაბორატორიებისა და კლინიკების ანგარიშგების ხელშეწყობა ლაბორატორიის დიაგნოსტიკური ტექნიკის, გენოტიპირების, სუბტიპირების და DNA რუკების შედგენის გაუმჯობესება, მაგ. *E.coli*, ქოლერა, პოლიო, წითელა, მენინგიტი
III. პრევენცია და კონტროლი	ჯანმრთელობის საკითხებზე საზოგადოებასთან კომუნიკაცია და პრევენციული სტრატეგიების სწრაფი იმპლემენტაციის უზრუნველყოფა	ინფექციურ დაავადებების შესახებ ინფორმაციის დაუყოვნებლივი და ფართო დისემინაცია ჯანდაცვის პროფესიონალებში, საზოგადოებასა და სპეციალურ რისკ-ჯგუფებში გადამდები დაავადებების გავრცელების პრევენციის შესახებ ჯანმრთელობის სწავლების ხელშეწყობა
IV. ინფრასტრუქტურა	ადგილობრივი, სახელმწიფო და ფედერალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინფრასტრუქტურის გაძლიერება, რათა მოხდეს ზედამხედველობის ხელშეწყობა და პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების იმპლემენტაცია	ლაბორატორიების, ანგარიშგების გაუმჯობესება ტრენინგი

ვეილს ცხელება – ეგვიპტეში, ლასას ცხელება – დასავლეთ აფრიკაში, ებოლა ვირუსი – კონგოში (კერძოდ ზაირში). მარბურგ ვირუსი იმპორტირებული მაიმუნების საშუალებით გავრცელდა, ორპოუჩე აბროვირუსი და საბია – ბრაზილიაში, ჯუნინ ვირუსი -არგენტინაში და მაჩუპო ვირუსი — ბოლივიაში. ეს ვირუსები ჯანდაცვის ორგანიზაციების შეშფოთებას იწვევს, რადგან ისინი სხვა ქვეყნებში მათი ბუნებრივი მატარებლებისგან ვრცელდებიან, ვიდრე მატარებელი სიმპტომს გამოავლენს.

უკვე ვეღარ მივიჩნევთ, რომ ასეთი დაავადებები მის ბუნებრივ მატარებელში დარჩება. ისინი შეიძლება მთელს მსოფლიოში ადამიანის ან ცხოველის მატარებლით და ხელსაყრელ პირობებში გავრცელდეს, სერიოზული ლოკალური ან ზოგადსაკაცობრიო ჯანდაცვის პრობლემა გახდეს. 1995 წელს ებოლას ვირუსის ამოფრქვევამ ყოფილ ზაირში, საერთაშორისო შეშფოთება გამოიწვია, რადგან ამ სასიკვდილო ვირუსის ფართოდ გავრცელების საფრთხე გაჩნდა.

საზოგადოება მედიის, ლიტერატურის და ფილმების საშუალებით, ასეთი სახის სიტუაციების შესახებ გათვიცნობიერებულია.

1996 წლის ივლისში, იაპონიაში ფართომასშტაბიანმა ეპიდემიამ იფეთქა, რაც მოწამლულმა საჭმელმა გამოიწვია, რომელიც ეშერიხია კოლის შეიცავდა (პირველად აღწერილი 1982 წელს). დაავადება გავრცელდა დაბინძურებული სასკოლო საუზმის საშუალებით და 3000 ადამიანი დაავადდა, ასობით ადამიანი სისხლმდენი დიარეას მიზეზით და ბევრი მძიმე ჰემოლიზური ურემიული სინდრომით ჰოსპიტალიზირებული იქნა. 7 ადამიანი გარდაიცვალა. დამტკიცდა, რომ ვირუსის წყაროს აღმოჩენა ძალიან რთულია. ეპიდემიებმა უფრო სუსტი სახით ბევრ სხვა ქვეყანაში იჩინეს თავი: ავსტრალიაში, კანადაში, აშშ-ში და სხვადასხვა ევროპულ ქვეყანაში. ასე რომ, ამ პოტენციურად საშიში ფორმის საკვებით მოწამლის განმეორების საშიშროება კვლავ დარჩა.

საერთაშორისო სააგენტოების და ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემების პრიორიტეტი საერთაშორისო თანამშრომლობაა იმისთვის, რომ ახალი ინფექციური ვირუსები ან სხვა ჯანმრთელობისთვის საშიში საფრთხეები აღმოაჩინონ, რათა მსოფლიოში გლობალური ეპიდემიების პრევენცია მოხდეს. გადამდები დაავადებების კონტროლი სამედიცინო, ლაბორატორიულ და ეპიდემიოლოგიურ მაღალი დონის საინფორმაციო სამსახურებს, სწრაფ საკომუნიკაციო საშუალებებს, პუბლიკაციებს და კოორდინაციას მოითხოვს, რომლებიც გამყარებული იქნება საჭირო უნარ-ჩვევების მქონე პროფესიონალი კადრებით (ცხრილი 16.7). საერთაშორისო საქმიანობის მაგალითები ინფექციური დაავადებების კონტროლზე უამრავია. დამაგვირგვინებელი მიღწევა ამ სფეროში ყვავილის განადგურებაა. ამ დიდი ნაბიჯს მალე შეიძლება პოლიომიელიტის საერთაშორისო აღმოფხვრაც შეუერთდეს. ეს მხოლოდ საერთაშორისო თანამშრომლობით და ვალდებულებით შეიძლება იქნას მიღწეული.

ახალი და განახლებული მიზნები და ამოცანები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩამოყალიბების შემდეგ, საერთაშორისო ჯანდაცვის განვითარების ეფექტური გზების შეუჩერებელი ძიება დაიწყო. 1978 წელს ალმა-ატას კონფერენციაზე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის და გაეროს ბავშვთა ფონდის სპონსორობით, ნაციონალური ჯანდაცვის ჩინოსნებისთვის დღის წესრიგი ნათლად განისაზღვრა. აქცენტი გაკეთდა პირველად ჯანდაცვაზე, რამაც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სტიმულირება მოახდინა. ეს განვითარებად ქვეყნებს დაეხმარა, რომლებსაც ძალიან შეზღუდული რესურები და სერიოზული ჯანდაცვის პრობლემები აქვთ, მაგრამ ასევე განვითარებული ქვეყნებისთვისაც მნიშვნელოვანი გაკვეთილი გამოდგა, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემაში მაღალ ფასებს ინარჩუნებენ და რომელიც მოსახლეობის მოთხოვნებს ხშირად ვერ აკმაყოფილებს.

1980-იან წლებში ჯანდაცვის პროგრესის ინდიკატორები წახალისებელი იყო, როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად და ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებში. 1990 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ბავშვთა მსოფლიო სამიტი დააფინანსა, ისევ ფოკუსირებული ჯანდაცვის მიზნების გადახედვაზე და საერთაშორისო ძალისხმევის მობილიზებაზე, რათა მიღწეული ყოფილიყო დასახული მიზნები, ყველას გაეწაწილებინა წარმატებით მიღებული სარგებელი. ამ კონფერენციაზე 1995 და 2000 წლებისთვის სპეციფიკური მიზნები დაისახა

ჩანაჰთი 16.4 1990 წლის მსოფლიო სამიტი ბავშვებისთვის - მიზნები 1995 წლისათვის

1. იმუნიზაციის მოცვის გაზრდა 80%-ით მაინც;
2. ახალშობილებში ტეტანუსის აღმოფხვრა;
3. წითელას მიზეზით სიკვდილიანობის და წითელას შემთხვევების შემცირება;
4. პოლიომიელიტის განადგურება საკვანძო არეებში;
5. რეჰიდრატაციული მარილის ხსნარის გამოყენების გაზრდა 80%-მდე დიარეული დაავადების შემთხვევაში;
6. „ბავშვებისადმი კეთილგანწყობილი“ სამშობიაროების, ძუძუთი კვების მხარდაჭერა და ხელოვნური საკვების თავიდან აცილება;
7. მარილის იოდიზირება გახდეს უნივერსალური;
8. A ვიტამინის დეფიციტის აღმოფხვრა;
9. დრაკუნკულოზის (ე.წ. guinea worm) აღმოფხვრა;
10. ბავშვთა უფლებების კონვენციის რატიფიცირება ყველა ქვეყანაში.

(ცხრილი 16.4), აღიარებული იქნა, რომ რეგიონის მოსახლეობის ჯანდაცვა, ქვეყნის ან რაიმე ქვეჯგუფის ქვეყნის მასშტაბით დამოკიდებულია შემდეგზე:

1. ეკონომიკური განვითარების დონე და სიღარიბის განაწილება;
2. განათლება (განსაკუთრებით ქალების);
3. პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა;
4. არსებული რესურსები ჯანდაცვისთვის;
5. ჯანდაცვის ორგანიზება და მართვა;
6. სამუშაო ძალის და ნაგებობების სტანდარტები;
7. გარემო და სანიტარია;
8. ოჯახის დაგეგმვა და შობადობის დონე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მოიაზრებს, რომ უმეტესი მიზნები განვითარებული ქვეყნების მიერ მიღწეული იქნა. არაჯანსაღი კვება შემცირდა; იმუნიზაციის დონე შენარჩუნებული ან გაზრდილია; წითელა 80%-ით შემცირდა, ვიდრე ის იმუნიზაციამდე იყო; განვითარებადი ქვეყნების დიდი ნაწილი, დასავლეთ ნახევარსფეროსთან ერთად პოლიომიელიტისგან გათავისუფლდა; ყურადღება მიექცა იოდის ნაკლებობით გამოწვეულ აშლილობებს; ვიტამინი A-ს დეფიციტი უკან იხევს; რეჰიდრატაციული თერაპიის გამოყენება იზრდება, ამით წელიწადში მილონზე მეტი სიკვდილის პრევენცია ხდება; გვინეის მატლის დაავადება 90%-ით შემცირდა და თითქმის განადგურდა; ათასობით საავადმყოფო მხარს უჭერს ძუძუთი კვებას; დაწყებითი განათლების პროგრესი გაგრძელდა; ბავშვთა უფლებათა კონვენცია კი მსოფლიო მასშტაბის გახდა და ისტორიაში ყველაზე სწრაფად რატიფიცირებული კონვენციაა. ალმა-ატას და მსოფლიო ბავშვთა სამიტზე მიღებული პრინციპები და მიზნები 21-ე საუკუნის დასაწყისისთვის, მსოფლიო ჯანდაცვის დღის წესრიგში რჩება. ყველა ქვეყანამ თავისი ეროვნული მოქმედების გეგმა უნდა განავითაროს, რათა ამ მიზნებს მიაღწიოს.

ეს გეგმები მოითხოვს:

1. სტრატეგიულ მიზნებს;
2. საჭირო რესურსებს და მათ შესაბამის განაწილებას;
3. დარგთაშორის თანამშრომლობას;
4. თანამშრომლების ტრენინგებს;
5. საზოგადოების და მიზნობრივი ჯგუფების განათლებას;
6. საზოგადოების მხარდაჭერას.

ასეთი საერთაშორისო მიზნების დასახვა ინდივიდუალურ ქვეყნებს შეზღუდული რესურსების პრიორიტეტულ ადგილებში განაწილებაში ეხმარება. გამოწვევა უდიდესია, მაგრამ პოტენციალი დაავადების ტვირთის შემცირების და ცხოვრების დონის გაზრდის საკმაოდ რეალურია.

ოპტიმიზმის და პროგრესის მიუხედავად, ტრაგიკული სიკვდილი და მენტალური ან ფიზიკური უუნარობა, გამოწვეული პრევენცირებადი ინფექციური დაავადებებისგან ან ვიტამინების

დეფიციტისგან, ასობით მილიონს ითვლის. სხვა საკითხები გლობალური ჯანდაცვის მოსაგვარებელია, განსაკუთრებით, რაც ეხება ქალთა ჯანდაცვას, ოჯახის დაგეგმვას, დედათა სიკვდილიანობის და ავადობის შემცირებას, ქალების მიმართ ცუდ მოპყრობასა და ძალადობის შემცირებას, გაუმჯობესებული განათლებას და მუშაობის შესაძლებლობებს. ძალადობა ბავშვების მიმართ, ბავშვთა შრომა, მდედრობითი სქესის ბავშვების მკვლელობა და ფართომასშტაბიანი სექსუალური ექსპლუატაცია, გლობალური ჯანდაცვის მთავარ პრობლემებად რჩება. მზარდი, არაინფექციური პირობები, რომელიც ახალგაზრდებზე და საშუალო ასაკის მამაკაცებზე ახდენს გავლენას, გლობალური ჯანდაცვისთვის მთავარი საკითხი ხდება. მაგალითად, კარდიოვასკულური დაავადებები და შაქრიანი დიაბეტი, ტრავმა და კიბო. სპეციალური მოთხოვნების ჯგუფების მოვლა, როგორიც არის მენტალურად დაავადებულები, უნარშეზღუდულები და მოხუცები (იხილეთ მე-6 და მე-7 თავები) გლობალური ჯანდაცვის პრობლემაა და ყველა ქვეყანაში ყურადღებას მოითხოვს.

საერთაშორისო, დამოუკიდებელი მთავრობის და საზოგადოების მოქმედება არა მხოლოდ უღარიბეს ქვეყნებში, არამედ განვითარებულ ქვეყნებშიც უმნიშვნელოვანესია, რათა ეს პრობლემები გადაიჭრას. ეფექტურად მორგებულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საზომებს შეუძლია ეს ტვირთი რამდენიმე წელიწადში შეამციროს. ეს არის ისტორიული მნიშვნელობის და აუცილებლობის გამოწვევა.

ეპოვნელი ჯანმრთელობის შესაძლებლობების ბაზიდა

“სანიტარიის კორდონის“ იდეა, ეროვნული ჯანმრთელობა ეპიდემიების შემოტევებისგან რომ დაეცვა, დამცველობის პასიური ფორმაა, რომელიც უმეტესი ეპიდემიების შემთხვევებში მე-20 სუკუნის მეორე ნახევარში არაეფექტური აღმოჩნდა. ადრეული თავდაცვა ახლა ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილია. ქვეყნებს ერთმანეთთან კავშირი სჭირდებათ, რათა საერთაშორისო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა გაძლიერდეს. ეს იქნება მათი თავდაცვის პირველი ხაზი. შიდსის გვიან აღმოჩენის ტრაგედიას და არადეკვატურ ადრეულ რეაგირებას დაემატა ასევე, სამხრეთ ამერიკაში 1991-1996 წლებში ქოლერის ეპიდემიასთან ღარიბი ქვეყნების ვერ გამკლავება.

თავდაცვის პირველი ხაზის შექმნა ნიშნავს, რომ ინდივიდუალური ქვეყნებს შესაძლებლობა ეძლევათ აღმოჩენის, ანგარიშგების და დახმარების მოთხოვნის, რომ გაკონტროლდეს პოტენციურად საშიში ვირუსების გამწვავება. დახმარების მიღება შესაძლებელია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისგან, დაავადებათა კონტროლის ცენტრებიდან, რომელიც განთავსებულია ატლანტაში და ახლად მოძლიერებული მოკავშირეებისგან, საფრანგეთი და ბრიტანეთი, ასევე საერთაშორისო ორგანიზაციებისგან, როგორიც არის წითელი ჯვარი, ექიმები საზღვრებს გარეშე და სხვა მრავალი. ტრენინგები ძირითად ეპიდემიოლოგიაში, სტერილურ ტექნიკებში და ლაბორატორიულ მომსახურებაში, შეიძლება აღნიშნავდეს განსხვავებას ადგილობრივ შეჩერებას და გავრცელებულ ინფექციური ჰომოგრაფიულ ცხელებას შორის, ადამიანიდან ადამიანზე გადადებას, გაძლიერებულს ჰოსპიტალური პარამეტრებით.

ინდუსტრიულ ქვეყნებსაც კი სჭირდებათ ეპიდემიოლოგიური შესაძლებლობების გაფართოება. ცოტას აქვს ინფორმაციები იმ პარამეტრებზე, თუ როგორ უნდა შეგროვდეს ჰოსპიტალიზირების მონაცემები, რომელსაც შუეძლია შექმნას მნიშვნელოვანი საზომები ავადობაზე და ჯანდაცვის სამსახურის ეკონომიკაზე. ცოტას აქვს ტრენინგების შესაძლებლობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეპიდემიოლგებისა, ეკონომისტებისა, სოციოლოგისტებისა, სექსოლოგებისა, ფსიქოლოგებისა და ანთროპოლოგებისა, თავი რომ დავანებოთ ენტომოლოგების, გენეტიკოსებს და სხვა პროფესიონალებს, რომლებისგანაც ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გუნდი შედგება.

ბევრმა ინდუსტრიულმა ქვეყანამ ჩათვალა, რომ ისინი ექიმებზე და საავადმყოფოებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობით უნდა დაკმაყოფილდნენ და ფიქრობდნენ, რომ ინფექციური დაავადებების კონტროლი მხოლოდ სანიტარით, ვაქცინაციით და ანტიბიოტიკებით შეიძლება მოხდეს, ამიტომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაზე სათანადოდ არ იფიქრეს, თუმცა 1990-იანმა წლებმა სხვა რეალობა დაგვანახა. სახეზე იყო: ახალი და ხე-

ლახლა აფეთქებული ინფექციური დაავადებები და ეპიდემიები, ძალადობა და ტრავმა, ნარკოტიკების მოხმარება, გულის დაავადება, კიბო და ინსულტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალების მომზადებაში და მის მხარდამჭერ სისტემებში მომხდარი კრახი, კატასტროფის ტოლფასია, როგორც ეპიდემიოლოგიურად, ასევე ეკონომიკურად. არც ერთ ქვეყანას არ აქვს უფლება ეს დაუშვას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალების მომზადება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების არსებობას მოითხოვს, რომლებიც უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ჭარბი რაოდენობით სამედიცინო სკოლები, როგორც უმეტეს ქვეყანაშია.

ᲑᲠᲝᲑᲐᲚᲣᲠᲘ ᲯᲐᲜᲓᲐᲪᲕᲐ ᲓᲐ ᲐᲮᲐᲚᲘ ᲡᲐᲖᲝᲒᲐᲓᲝᲔᲑᲠᲘᲕᲘ ᲯᲐᲜᲓᲐᲪᲕᲐ

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი მიზანია ჯანდაცვის გლობალიზაცია რამდენიმე განხრით. პირველ რიგში, ის შეიცავს ჯანდაცვის ყველა ღონისძიებას ნებისმიერ ქვეყანაში. მეორე, მსოფლიოში არსებული მდგომარეობა ყველა ქვეყნის პირდაპირი ინტერესი უნდა იყოს, არა აქვს მნიშვნელობა ქვეყანა რამდენად მდიდარი, ინდუსტრიული ან იზოლირებულია. ბუბონის ჭირი შეიძლება არ გამოდგეს კარგ გაკვეთილად, მაგრამ აივ-ი ნამდვილად გამოდგება; ჯონ დონის აზრით, „არც ერთი ადამიანი არ არის კუნძული“, ეს ნათლად აღწერს ზემოაღნიშნულ საკითხს. გლობალური ჯანდაცვა გულისხმობს, რაც შეიძლება ადრეულ სტადიაზე, მწვავე ინფექციების და ქრონიკული დაავადებების აღმოჩენას და რეაგირებას, სანამ ისინი გავრცელდებიან ან საერთო რისკის ფაქტორებს გაზრდიან.

მეოცე საუკუნის ბოლოს, უფრო მეტი ქვეყანა აღწევს ეპიდემიოლოგიურ გარდამავლობას, რომელიც ინდუსტრიულ სამყაროში საუკუნის შუა პერიოდში დაიწყო. უკვე კარგად ნაცნობი დაავადებების და ახალი საშიში დაავადებების ამოხეთქვა მთელ მსოფლიოში ხდება. ინდუსტრიული ქვეყნები განვითარებადი ქვეყნებიდან შემოსული სერიოზული ინფექციური დაავადებების საფრთხის ქვეშ დგანან.

1950 და 1960-იან წლებში, ინფექციური დაავადებების კონტროლი საკმაოდ კეთილსაიმედო ჩანდა. ვაქცინებმა და ანტიბიოტიკებმა უძველეს ინფექციურ დაავადებებს პასუხი თითქოს გასცეს, მაგრამ 1970-იან და 1980-იან წლებში ახალი ინფექციური ორგანიზმები გამოჩნდა. დაავადებები ქვეყნიდან ქვეყანაში ვრცელდებოდა: აივ-ი – 1980-იანებში, ქოლერა – პერუში, 1990-იან წლებში დიფტერია – რუსეთში, 1994-იან წლებში ინდოეთში ეპიდემიური აფეთქება მოხდა.

სამაგიეროდ, ჭარბ კვებასთან და მოწევასთან დაკავშირებული ქრონიკული დაავადებები, არაინდუსტრიულ ქვეყნებს უტევდნენ ზუსტად მაშინ, როცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ბავშვთა ინფექციური დაავადებების კონტროლში ძალას იკრებდა. ჯანდაცვის ხარჯებს და ჯანდაცვის რეფორმის მტკივნეულ პროცესს ყველა ქვეყანა ეწინააღმდეგება. ლეგალური, ეთიკური და ტექნოლოგიური გამოწვევები ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებაში ძალიან მნიშვნელოვანია.

ჯანდაცვის ყველა სისტემა ვალდებულია ეს გამოწვევა ინფორმაციის გაზიარებით, გაუმჯობესებული მონიტორინგით, დაავადებების პრევენციის ეფექტური გზების ძიებით, სწრაფი განვითარებით და ფუნქციის სრული დაბრუნებით მიიღოს. ყველა ინდუსტრიული ქვეყანა თავისი ტრადიციული ფორმით ჯანდაცვის დაფინანსების პრობლემის წინაშე დგას. რეფორმა მიმდინარეობს მოსახლეობის დაბერების, ტექნოლოგიური პროგრესის და ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დიდი მოლოდინის პირობებში. რეფორმის გადანაცვლების აქცენტი და რესურსები, საავადმყოფოებიდან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის იდეასთან რეგულაციით და განათლებით ამბულატორიულ პირველად ჯანდაცვაზე გვაბრუნებს.

ზოგიერთი პასუხი დაუმორჩილებელ ინფექციურ დაავადებებზე მარტივ ტექნოლოგიებში მოიძებნა, როგორებიც არის რეჰიდრაციული თერაპია დიარეის დროს სიკვდილიანობის და ავადობის შესამცირებლად. ტუბერკულოზის და გამძლე ორგანიზმების ამოხეთქვას წარმატებით გაუმკლავდნენ კიდევ ერთი მარტივი ინოვაციით, პირდაპირი დაკვირვებითი თერაპიით, რათა განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფებში გარანტირებული იქნას შეთახმება და მკურნალობის დასრულება. მალარიის კონ-

ტროლი, გაწვრთნილი სოციალური ჯანდაცვის მუშაკების გამოყენებით, კიდევ ერთი იაფი და მარტივი შესაბამისი ტექნოლოგიაა.

მარტივ ტექნოლოგიებს ქრონიკულ დაავადებებზე უდიდესი გავლენა გააჩნია. გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დონე უმეტეს ინდუსტრიულ ქვეყანაში ეცემა, ეს ჯანსაღი ცხოვრების წესით და გაუმჯობესებული მკურნალობის შედეგია. ტრავმით გარდაცვალების დონეც ეცემა, რადგან მოხდა მანქანის და გზის უსაფრთხოების, ასევე სამუშაო ადგილის უსაფრთხოების და ნარკომანების მკურნალობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. ქრონიკულად დაავადებულებს მარტივი ტექნოლოგიები სახლში აბრუნებს, სახლის პირობებში მკურნალობა კი ნაკლებად გრძელვადიანი, ძვირადღირებული და რისკიანი, ვიდრე ჰოსპიტალიზაცია.

ჯანმრთელობის დაცვის მომავალში უდიდესი ცვლილებები და ადაპტაციები, დაავადებების ახალი მართვის და პრევენციის მეთოდები ისახება: რეკომბინატული ვაქცინები ხარჯებს შეამცირებს და ახალ ვაქცინებს შემოიღებს, რომლებიც კონტროლზე აიყვანს უფრო მეტ ინფექციურ დაავადებას, მათ შორის, ვირუსულ ჰეპატიტებს, რესპირატორულ დაავადებებს და დიარეას. კიბოს და გენეტიკური აშლილობის ვაქცინების ტექნოლოგია ვითარდება. თანდაყოლილი დაავადებების გაკონტროლება განათლებით, სკრინინგით და შესაბამისი ჩარევით მოხდება. დიეტის ცვლილებები, ასევე სკრინინგი და ნაკლები კარცინოგენის ზემოქმედება კიბოს გაკონტროლებას უწყობს ხელს. ქრონიკული დაავადებების ინფექციური მიზეზების გაგება, როგორებიც არის ჰელიობაქტერია და კუჭის წყლული, მიკროელემენტების უკმარისობის ურთიერთქმედება ინფექციებთან, როგორიც არის ფოლიუმის მჟავის დეფიციტი და დაბადების დეფექტები, კვლევებისთვის და გამოყენებითი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის უამრავ ახალ შესაძლებლობებს ქმნის.

ჯანმრთელობა ყველასათვის ყველაზე ზრუნვას ნიშნავს. ეს მოითხოვს ეფექტურ ფინანსურ მენეჯმენტს და სხვა რესურსებს საჭირო მომსახურების მიწოდებისთვის. ასევე მოითხოვს სოციალურ და ფიზიკურ გარემოს, რომელიც ადამიანებს ჯანმრთელი, დამაკმაყოფილებელი და პროდუქტიული ცხოვრების შესაძლებლობას აძლევს. ამ მაღალი მიზნების მისაღწევად, უნდა შედგეს ფართომასშტაბიანი პარტნიორობა და კოალიცია ჯანდაცვის სამსახურებისა და მიმწოდებლებისა, რომლებიც უშუალოდ მუშაობენ თემებთან, უნდა მოხდეს მოსახლეობის ცოდნისა და ჩართულობის გაზრდა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმუნიზაციის, ახალშობილთა ჯანმრთელობის, ბავშვთა მოვლისა და კვების, ფეხმძიმეთა თვითმოვლის და ჯანმრთელი ზრდასრულების კვებისთვის. პატერნალისტური, ექიმების ტრადიციული მიდგომა, რომლებიც ჯანდაცვის სისტემაში დომინირებენ და პაციენტებზეც დიდი გავლენა აქვთ, საზოგადოების საჭირო ჩართულობას ვერ ამაღლებენ.

მიზანი, უკეთესი ჯანდაცვა, კლინიკურ და საზოგადოების დონეებს შორის, ასევე ქვეყნებს შორისაც, რესურსების და მოვალეობების განაწილებას მოითხოვს. ქვეყნების დახმარება თანამშრომლების და ეპიდემიოლოგიური ინფექციების და ქრონიკული დაავადებების ინფრასტრუქტურის განვითარებაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და თავდაცვის ინვესტიციაა. ეს არის არსებითი მუშაობა საერთაშორისო ორგანიზაციების და ორმხრივი დახმარებით. ევროპის ინდუსტრიული პარტნიორობის მასშტაბით, ინდუსტრიული ქვეყნები ერთმანეთს ეხმარებიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იფრასტრუქტურის განვითარებაში.

ᲮᲔᲖᲘᲔᲗᲔ

როცა 1977 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ გამოაქვეყნა, ყველამ უიმედო, იდეალისტურ ოცნებად აღიქვა, და მაინც, პროგრესი ამის შემდეგ თვალსაჩინო ოყო: სიკვდილიანობის და შობადობის დონის დაცემა, ცხოვრების ხანგძლივობის დონის ზრდა და ცხოვრების დონის ამაღლება. ჯანმრთელობის გლობალიზაცია გულისხმობს მსოფლიოში არსებული ყველა პრობლემის საერთაშორისო გადაწყვეტას. სამყარომ მიიღო კარგი მაგალითი თუ როგორ დააზარალა იგი ჭირმა მეთოთხმეტე საუკუნეში და შიდსმა მეოცე საუკუნეში. ამავე დროს გლობალიზაცია ნიშნავს ჯანდაცვის ყველა ასპექტს ყველასათვის, ჯანდაცვის ურთიერქმედებას ეკონომიკასთან და პოლიტიკურ პრიორიტეტებთან.

გლობალურად მოქმედება ნიშნავს, რომ ყველა ქვეყანაში, ყველა დონეზე, სახელმწიფო თუ ადგილობრივი მთავრობა, მოხალისეები თუ საზოგადოების სხვადასხვა ფენა, ჯანდაცვისთვის ყველანაირ ღონეს უნდა ხმარობდეს. პოტენციალი უდიდესია და ის სისტემატურ ორგანიზებას, ინფორმირებას, კარგად განსაზღვრულ მიზნებს, სტრატეგიას და ტაქტიკას მოითხოვს. დაავადებების შეფასება, როგორც ინფექციურის, ასევე ქრონიკულის, ოჯახის ჯანმრთელობა, მოსახლეობის სპეციალური ჯგუფები, კვება, გარემო, საოკუპაციო ჯანდაცვა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაცია, ჯანდაცვის სისტემის მართვა, ადამიანური რესურსები, ტექნოლოგიური შეფასებები, ხარისხის უზრუნველყოფა, კანონი, ეთიკა, და ყველა საკითხი, რაც ამ წიგნშია ასახული, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილია. ყველა ერთად კი ყოველდღიური ჯანდაცვის სისტემის სუბიექტია. ყვავილის აღმოფხვრას ჯანდაცვის და ეკონომიკური დიდი სარგებელი მოჰყვება. ინფექციური დაავადების კონტროლის უნარჩვევები, ქრონიკული დაავადების კონტროლში ასევე ცვლილებებს გამოიწვევს. გაჩნდება ახალი მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, წინასწარი მომზადება კი გაზრდის შანსებს, ვიდრე დაავადება ეპიდემიის სახეს მიიღებს. მზარდი გულსისხლძარღვთა დაავადებით სიკვდილიანობის აღმოჩენა ყოფილი საბჭოთა კავშირის და ბევრ განვითარებად ქვეყნებში ნაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე ტუბერკულოზის ან რეზისტენტული ინფექციური დაავადებების აღმოჩენა.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეპტუალური საფუძველი განვითარებად ქვეყნებში იდეალიზებულ, მაგრამ ჯერ კიდევ პრაქტიკაში მყოფ მოდელს უზრუნველყოფს. ამის შემდეგ, მრავალი მოქმედი ფაქტორის გამო, იდეა უფრო ფართომასშტაბიანი გახდა და ჯანდაცვის განვითარება და მისი მიზნები მოიცვა. მან ასევე მოიცვა ჯანდაცვის ფაქტობრივი მართვა და მეორე და მესამე დონის ჰოსპიტალური სამსახურების ინტეგრაცია, ასევე პროგრამების ან მომსახურებების მთელი ნუსხა, რომლებიც ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებასთანაა დაკავშირებული.

საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა და საზოგადოებამ მოახერხა, რომ ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების დღის წესრიგში დაეყენებინათ პრევენცია, პირველადი ჯანდაცვა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. მიზნების ჩამოყალიბებისას საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება ხელს უწყობს ქვეყნებს, შეეწინააღმდეგოს მოსახლეობისგან წამოსულ მოთხოვნებს, გაიზარდოს სამკურნალო მესამეული მომსახურების ფინანსირება. საერთაშორისო ასოციაციამ, რომელიც ცნობილია „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ სახელით, განსაკუთრებული მნიშვნელობა მოიპოვა წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემაში. ასოციაცია დაეხმარა ეროვნულ და რეგიონულ ხელმძღვანელობებს, გამკლავებოდნენ პრიორიტეტების მყისიერ ცვალებადობას – პირველადი დახმარებიდან თანამედროვე საჯარო ჯანდაცვამდე. აუცილებელია ძალთა კოალიცია, რათა იმ მიზნების მიღწევა, რომელიც ჯანდაცვის საზოგადოებებს არ შეუძლიათ, საერთო ძალებით მიაღწიონ. ჯანდაცვის სხვა სექტორებისგან განცალკევება ან ჯანდაცვის სპექტრის დაყოფა, მიზნების მიღწევის ალბათობას ამცირებს. საერთაშორისო ორგანიზაციების ქსელს, რომელშიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდი, მსოფლიო ბანკი, საკვებისა და სოფლის მეურნეობის ორგაზაცია, გაეროს განვითარების ფონდი, კერძო დონორი ორგანიზაციები, კერძო სექტორი ერთიანდება, ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების წინაშე შეუძლია დიდი როლი ითამაშოს. სახელმწიფოს დონეზე, მთავრობას შეუძლიათ ამავე ორგანიზაციებს მიუთითოს, თუ რა პრიორიტეტების მიხედვით უნდა იმოქმედოს და მიზნების მისაღწევად რესურსები როგორ მიმართოს. ალბათ, სწორი იქნება თუკი წიგნის ბოლოს წარმოდგენილი იქნება ჯანმრთელობის უფლებების საერთაშორისო დეკლარაცია, რომელიც მიღებული იყო 1998 წელს ამერიკის შეერთებული შტატებში მიიღეს. ჩვენ ვაცხადებთ სრულ მობილიზაციასა და მზადყოფნას, რომ საკუთარი ძალისხმევა მივმართოთ ყველა ადამიანის ჯანმრთელობის უფლებების უზრუნველსაყოფად. ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობა, რომელიც რეალობაში მიღწევადია, ყველა ადამიანის ძირითადი უფლებაა. იგი არ არის დამოკიდებული ინდივიდის ფინანსურ და სოციალურ მდგომარეობაზე. ჯანმრთელობა უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ დაავადების არქონა. იგი მოიცავს ავადმყოფობის პრევენციას, ინდივიდის პოტენციალის, ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობის განვითარებას. ჯანდაცვა დაფუძნებული უნდა იყოს მოქალაქეების, პროფესიონალების, საზოგადოებისა და პოლიტიკის განმსაზღვრელების დიალოგზე. ჯანდაცვის მომსახურებების ფორმულირებისას აქცენტი უნდა

გაკეთდეს, თანაბარუფლებიანობაზე, ხელმისაწვდომობაზე, საზოგადოების მონაწილეობასა და მდგრადობაზე. ჯანმრთელობა მოზარდის ჯანმრთელი განვითარებით და პოზიტიური ოჯახური გარემოთი იწყება. ჯანმრთელობა უნდა შენარჩუნდეს ჯანდაცვაში მამაკაცისა და ქალის აქტიური როლით. ქალის როლი და მათი უფლებები აღიარებული, ხელშეწყობილი და დაცული უნდა იყოს. ხანდაზმულთა ჯანდაცვა შთაგონებული უნდა იყოს კეთილშობილებით, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებით და არა სიცოცხლის გახანგრძლივებით. ჯანმრთელობას მდგრადი გარემო სჭირდება, სადაც დაბალანსებული მოსახლეობის ზრდა უზრუნველყოფილია და კულტურული მრავალფეროვნება დაცულია.

ჯანმრთელობა არა მხოლოდ მომსახურების ხელმისაწვდომობაზეა დამოკიდებული. იგი ასევე დამოკიდებულია ჯანმრთელ საცხოვრებელ პირობებზე, როგორიც არის: საკვები, წყალი, განათლება, პროდუქტიული სამსახური, დაცვა დაბინძურებისგან და სხვ. ჯანმრთელობა ასევე დამოკიდებულია რასობრივი, რელიგიური, პოლიტიკური, ეთნიკური, სექსუალური, მატერიალური და სოციალური დისკრიმინაციის დონეზე.

ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა კონკრეტული სამედიცინო მიზნების მისაღწევად კონცეპტუალური ზოგადი მონახაზია. ისევე, როგორც ჯანდაცვის სისტემის მართვაა აუცილებელი, საჭიროა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და პრევენციული ღონისძიებები, რათა პრიორიტეტების ცვლილება, შესაბამისი რესურსების ხელახალი განაწილება და სწორად გამოყენება მოხდეს.

ელექტრონული მედია

Food and Agriculture Organization, http://www.fao.org/

Global Health for All Indicators database, available via the WHO home page (http://www.who.int), may be downloaded to IBM compatible computers.

International infectious disease monitoring network, http://www.promedmail.org

Morbidity and Mortality Weekly Report morbidity and mortality tables are available on the World Wide Web, http://www2.cdc.gov/mmwr/distrnds.html

Organization for Economic Cooperation and Development, http://www.oecd.org/

United Nations High Commission for Refugees, http://www.unhcr.ch/

United Nations Children's Fund (UNICEF), http://www.unicef.org/

Weekly Epidemiologic Record (WHO), http://www.who.int/wer/

World Bank, http://www.worldbank.org/

World Health Organization mail and email addresses for headquarters and regional offices are as follows:

WHO Headquarters, Avenue Appia 20, 1211, Geneva, Switzerland (postmaster@who.int)

WHO Regional Office for Africa (AFRO), Parirenyatwa Hospital, PO Box BE 773, Harare, Zimbabwe (regafro@whoafr.org)

WHO Regional Office for the Americas (PAHO), 525 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, USA (postmaster@paho.org)

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), PO Box 1517, Alexandria 21511, Egypt (postmaster@who.sci.eg)

WHO Regional Office for Europe (EURO), 8 Scherfigsvej, DK 2100, Copenhagen, Denmark (postmaster@who.dk)

WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), World Health House, Indaprastha Estate, Mahatma Ghandi Road, New Delhi, India 110002 (postmaster@whosea.org)

WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO), PO Box 2932, 1000 Manila, Philippines (postmaster@who.org.ph)

ჩეჯომენდიჩებელი საჯითხავი

Berlinguer, G. 1992. The interchange of disease and health between the old and new worlds. *American Journal of Public Health,* 82:1407–1413.

Doll, R. 1992. Health and the environment in the 1990s. *American Journal of Public Health,* 82:933–941.

Center for Disease Control, Addressing Emerging Infectious Disease Threats. Atlanta, Georgia: U.S. Public Health Service, 1994.

Eisenstein, B. I. 1990. New opportunistic infections—More opportunities. *The New England Journal of Medicine,* 323:1625–1627.

Krause, R. M. 1992. The origin of plagues: Old and new. *Science,* 257:1073–1078.

Morse, S. S. (editorial). 1992. Global microbial traffic and the interchange of disease. *American Journal of Public Health,* 82:1326–1327.

Sommer, A. 1997. Vitamin A deficiency, child health and survival. *Nutrition,* 13:484–485.

UNICEF. 1993 through 1998. *The State of the World's Children.* New York: Oxford University Press. Yach, D., Bettcher, D. 1998. The globalization of public health I and II: Threats and opportunities; the convergence of self interest and altruism. *American Journal of Public Health,* 88:735–741.

Winkelstein, W. (editorial). 1992. Determinants of worldwide health. *American Journal of Public Health,* 82:931–932.

ბიბლიოზჰაფია

Basch, P. F. 1990. *Textbook of International Health.* New York: Oxford University Press. Center for Disease Control, Addressing Emerging Infectious Disease Threats. Atlanta, Georgia: U.S. Public Health Service, 1994.

Garrett, L. 1994. *The Coming Plague.* New York: Penguin.

Howson CP, Kennedy ET, Horowitz A[eds]. 1998. Prevention of Micronutrient Deficiences: Tools for Policymakers and Public Health Workers. Washington DC: Institute of Medicine, National Accademy Press.

Institute of Medicine. 1992. *Emerging Infections, Microbial Threats to Health in the United States.* Washington, DC: National Academy Press.

Porter, D. (ed). 1994. *The History of Public Health and the Modern State.* Amsterdam: Rodopi V. Wilson, M. E., Levens, R., Spielman, A. 1994. *Disease Evolution.* New York: Academy of Sciences. World Health Organization. 1996. *World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1997. *World Health Report 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1998. *World Health Report 1998: Life in the 21st Century, A vision for All.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 1999. *World Health Report 1999: Making a Difference.* Geneva: World Health Organization.

World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.

ჯებლიჯსიები და ჟჳხნაღები

*Bulletin of the World Health Organization:*World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Bulletin of the Pan American Health Organization: Pan American Health Organization Division of Vaccines

& Immunization 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037 USA

Emerging Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. 1600 Clifton Rd Ne #A23, Atlanta, GA, USA.

Health for All Series: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, 1978–1982.

International Agency for Research on Cancer: IARC Press, International Agency for Research on Cancer, 150 cours Albert Thomas, F-69372 Lyons cedex 08, France.

International Digest of Health Legislation: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Population Reports: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202-4012, USA.

Technical Report Series: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Weekly Epidemiologic Record: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Forum: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Statistics Quarterly: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.

17

ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები საქართველოში

საქართველოში პაციენტთა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების კანონმდებლობის განვითარებაზე ევროპაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმამ დიდი გავლენა იქონია. ეს უკანასკნელი მოიცავს კვლევებს, მოქალაქეთა ჯანდაცვის საკითხთან დაკავშირებულ საგანმანათლებლო თუ საკანონმდებლო საქმიანობას, როგორც ეროვნულ, ისევე საერთაშორისო დონეზე. საბოლოოდ, სახელმწიფოთაშორისი ინსტრუმენტები შემუშავდა ისეთი ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ, როგორიცაა გაერო, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, იუნესკო(UNESCO), ევროპის საბჭო, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია და სხვ.

გარდა ამისა, ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში* (პირველი ქვეყანა, ფინეთი, 1992 წ.) წარმოდგენილია პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეციფიკური აქტები.

ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებების სფეროში არსებული სხვადასხვა სავალებულო და მსუბუქი ინსტუმენტების** (მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გაიდლაინები და დეკლარაციები, სამედიცინო მეცნიერებათა საერთაშორისო ორგანიზაციის საბჭო) პრინციპები და დებულებები ეროვნულ კანონმდებლობას შეესაბამება. ამრიგად, საქართველოში პაციენტთა უფლებების დაცვის კანონმდებლობაზე განსაკუთრებული ზეგავლენა ზემოხსენებულმა ორგანიზაციების სტრატეგიებმა და პრინციპებმა იქონია, ასევე საერთაშორისო კვლევების მონაცემებმა, შემაჯამებელმა მასალამ და პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეციფიკური კანონმდებლობის მქონე ქვეყნების გამოცდილებამ.

თუმცა, ამ სფეროს განვითარებაში ყველაზე მნიშვნელოვანი როლი ისეთმა აქტებმა ითამაშა, როგორიცაა „პაციენტთა უფლებების დაცვის დეკლარაცია და ხელშეწყობა ევროპაში“ (“Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe”) (ჯანმო, 1994 წ.) და „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენცია“ (CHRB) (ევროპის საბჭო, დოკუმენტი შეიქმნა ხელმოწერისთვის ოვიედოში, 1997 წ.).

მოგვიანებით, ეს ხელშეკრულება, თავისი ორი ოქმით ხელმოწერილი და რატიფიცირებული იქნა საქართველოში.

ქვემოთ მოყვანილია ის ძირითადი დოკუმენტები, რომლებიც პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობის კონცეფციალურ საფუძვლებს ასახავს:

- ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948 წ.).
- ადამიანის უფლებათა და ფუნდამენტური თავისუფლების დაცვის კონვენცია (1950 წ.).
- ევროპის სოციალური ქარტია (1961 წ.).
- სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებათა საერთაშორისო პაქტი (1966 წ.).
- ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი (1966 წ.).
- ბავშვთა უფლებების კონვენცია (1989 წ.).
- ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენცია“ (CHRB).
- ადამიანის კლონირების აკრძალვა, როგორც CHRB-ის დამატებითი ოქმი (1998 წ.).
- ადამიანის ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვის, როგორც CHRB-ის დამატებითი ოქმი (2001 წ.).
- CHRB-ის დამატებითი ოქმი ბიოსამედიცინო კვლევების საკითხში (2005 წ.).
- ადამიანის გენომისა და უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია, UNESCO (1997 წ.).
- ჰელსინკის დეკლარაცია: რეკომენდაციები ბიოსამედიცინო კვლევებზე მომუშავე ექიმებისთვის, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია.

* პირველი ქვეყანა, რომელმაც პაციენტთა უფლებების აქტი მიიღო – ფინეთი, 1992 წ.

** მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გაიდლაინები და დეკლარაციები, სამედიცინო მეცნიერებათა საერთაშორისო ორგანიზაციის საბჭო.

- სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, გაერო (1982 წ.).
- საერთაშორისო ეთიკური გაიდლაინები ადამიანის ჩართვით მიმდინარე ბიოსამედიცინო კვლევებისთვის (1982, 1992 წწ.) და საერთაშორისო გაიდლაინები ეპიდემიოლოგიური კვლევების ეთიკურ მიმოხილვასთან დაკავშირებით (CIOMS; 1991, 2002 წ.); დეკლარაცია პაციენტთა უფლებების ხელშეწყობაზე, ევროპაში (WHO; 1994 წ.).
- კონვენცია ადამიანის უფლებებსა და ბიომედიცინაზე (CHRB; ევროპის საბჭო; 1997 წ.);
- ევროპის საბჭოსა და მინისტრთა კომიტეტის საპარლამენტრო ასამბლეის რეზოლუციები და რეკომენდაციები:
  - ✓ საპარლამენტრო ასამბლეის რეკომენდაცია დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფთა და მომაკვდავთა უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ.
  - ✓ მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია № 24 (2003 წ.) წევრი ქვეყნების ორგანიზაციებისთვის, პალიატიურ მზრუნველობასთან მიმართებაში.
  - ✓ მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია № 10 (2004 წ.) წევრი ქვეყნების ორგანიზაციებისთვის, ფსიქიკურად დაავადებულთა უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ.
  - ✓ და სხვ.

მეორე მხრივ, საქართველომ ხელი მოაწერა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული რეგიონული (ევროპული) და საერთაშორისო კანონიერი ინსტრუმენტების დანერგვას.

პრეზენტაციის სტატუსი:

ძირითადი კანონმდებლობისგან განსხვავებით, პრეცენდენტის ძალა არ წარმოადგენს სასამართლოს განხილვის საგანს, ამრიგად, მას უმნიშვნელო გავლენა გააჩნია არსებული პრაქტიკის ინტერპრეტაციაზე.

ამრიგად, დღევანდელი სასამართლოს რეფორმის ძირითად მიზანს ერთიანი პრაქტიკის განვითარება წარმოადგენს.

2007 წლის 5 თებერვალს, სისხლის სამართლისა და გაიდლაინების ჩამოყალიბების დარგში, სასამართლო პრაქტიკის კვლევისა და გენერალიზაციის კომისია ჩამოყალიბდა. ამრიგად, აქტიური და ინტენსიური მუშაობის შედეგად, გაიდლაინები შეიქმნა, რომელიც სისხლის სამართლის კოდექსის გათვალისწინებით, ნებისმიერ შესაძლო ვითარებას განიხილავს და სანქციის სახეს საზღვრავს, რომელსაც მოსამართლე მიანიჭებს მსჯავრდებულს ადეკვატური გარემოებების არსებობისა თუ არარსებობის შემთხვევაში.

გაიდლაინები მხოლოდ იმ მიზნით შემქმნილი არ არის, რომ მოსამართლეები მოვლენებს სწრაფად და ეფექტურად გაუმკლავდნენ, არამედ მას სხვა დატვირთვაც გააჩნია: ისინი ინფორმაციას აწვდიან როგორც პროკურორს, ისევე დაცვის მხარესა და ვექილს, მათი პოზიციის (საჩივრის) წამოყენების მომენტიდან.

ასევე, 2006 წლის თებერვალში იქმნება ახალი ინიციატივა საქართველოს უმაღლესი სასამართლოს მოსამართლეთა რეგულარულ შეკრებასთან დაკავშირებით, რომლის მიზანია, სასამართლოს პრაქტიკის განხილვა და ანალიზი, სხვადასხვა მოსაზრებათა შეჯამება და ერთიანი სფეციფიკური ნორმების შემუშავება. ამ შეკრებათა შედეგები რეკომენდაციის სახით, ეროვნული მასშტაბით, ყველა მოსამართლესთან იწერება და იგზავნება.

ამ შეკრებებს სისხლის სამართლის ერთიანი კანონმდებლობის შემოღებასთან დაკავშირებით რეკომენდაციები მოჰყვა (მრავალი კონტრავერსიული საკითხების დარგში). რეკომენდაციები მოკლე და კონკრეტულია, ისინი საკითხის არსს მკაფიოდ გამოხატავს.

საბოლოო მიზანი ნორმების ერთიანი მიდგომის ჩამოყალიბებაა, რომელიც მართლმსაჯულების ადმინისტრაციის შექმნას განაპირობებს.

სასჯელთაღსრულებო და ჯანდაცვის სისტემა

ა) სასამართლო სისტემა და რეფორმა: საქართველოში სასამართლო უფლებამოსილება განსაზღვრული და ასახულია პარლამენტის მიერ მიღებულ კონსტიტუციაში (1995 წ.). ამ საკითხს კონსტიტუციის მე-5 თავი ეხება. მასში, მოხსენიებულია ყველა ის ორგანო, რომელიც ქვეყანაში

სამართლის დანერგვას განაპირობებს (საკონსტიტუციო სასამართლო, გენერალური იურისდიქციისა და სამხედრო სასამართლო, გენერალური მართლმსაჯულების კომიტეტი საომარი პირობების დროს). კონსტიტუციის დაქვემდებარების ქვეშ მყოფი სახალხო პროკურორის ოფისი სასამართლო უფლებამოსილებისა და ავტორიტეტის ორგანოს წარმოადგენს, კომპეტენციები და საპროცედურო წესები მე-5 თავის შესაბამის პარაგრაფებშია განსაზღვრული.

ადამიანის უფლებებისა და კანონის დაცვის გარანტიის შექმნის მიზნით, კონსტიტუცია დროებითი სასამართლოების შექმნას კრძალავს. ის ძირითად პრინციპებს აყალიბებს:

- სასამართლო უფლებამოსილების დამოუკიდებლობა და ხელშეუხებლობა.
- მოსამართლეთა დამოუკიდებლობა, იმუნიტეტი და უსაფრთხოება.
- სასამართლო სხდომათა გამჭირვალობა.
- კონსტიტუციური სასამართლოს უფლებამოსილება და კომპეტენცია და წესები მათი ჩამოყალიბების შესახებ.
- უზენაესი სასამართლოს უფლებამოსილება და კომპეტენცია და წესები მათი ჩამოყალიბების შესახებ.
  - ა) საოლქო/საქალაქო სასამართლო: სასამართლო სისტემის ინსტიტუციური რეორგანიზაცია, გამართული და ფუნქციურად დაბალანსებული სისტემის ჩამოყალიბება, ამის შესაბამისად, შემთხვევათა თანმიმდევრობის პრინციპების გაუმჯობესება რეფორმის მნიშვნელოვან მიმართულებას წარმოადგენს. ამ მიზნით, დაგეგმილია საოლქო/საქალაქო სასამართლოს მოდერნიზაცია, რაც იმ შემთხვევათა განხილვაში გამოიხატება, რომლებიც მოსამართლეთა სპეციალიზაციის შესაბამისად მათი კომპეტენციის ფარგლებშია.
  - ბ) მაგისტრატი მოსამართლეები: ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით ჩამოყალიბდება მაგისტრატი მოსამართლის ინსტიტუტი. ის საოლქო სასამართლოს ნაწილს წარმოადგენს და, ამავდროულად, ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულის ფარგლებში უფლებამოსილება გააჩნია, ანუ, იქ სადაც, საოლქო სასამართლო წარმოდგენილი არ არის. ასეთი სახის, გაფართოებული საოლქო სასამართლო ზესტაფონში მოქმედებს. მისი იურისდიქცია მომავალში საჩხერეს, ჭიათურას, ხარაგაულს, თერჯოლასა და ტყიბულს მოიცავს. თითოეულ რაიონში მაგისტრი მოსამართლე დაინიშნება. იგი შემთხვევებს ერთჯერადად ისმენს.

    საჭიროებისამებრ, იურისდიქციის ადმინისტრაციის მხრივ შეფერხებების აცილების მიზნით, საოლქო სასამართლოს თავმჯდომარეს მაგისტრი მოსამართლის გაგზავნა სხვა არეალში ანუ სხვა ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულში შეუძლია. ნაკლებად რთული შემთხვევები სწორედ მათი კომპეტენციის ფარგლებშია განხილული. საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის მე-14 მუხლის მიხედვით, მაგისტრი მოსამართლე პირველი ინსტანციის წესით, შემდეგ სამოქალაქო შემთხვევებს ისმენს:

- ქონებრივი დავა, თუ იგი 2000 ლარს არ აღემატება.
- არასადავო და მარტივი შემთხვევები, შვილად აყვანის შემთხვევის გარდა, აგრეთვე გამარტივებული გადასახადებისა და ქონების გაუქმების დეკლარირების შემთხვევები, თუ ქონება ან საჩივრის ღირებულება აღემატება 2000 ლარს.
- დავა ნათესაობრივი ურთიერთობების საფუძველზე, შვილად აყვანის შემთხვევის გარდა, მშობელთა უფლებების ჩამორთმევა, მამობის დადგენისა და განქორწინების შემთხვევები, თუ დავა მეუღლეებს შორის ბავშვის აღზრდის საკითხს ეხება.
- დავა სამსახურეობრივი ურთიერთობის საფუძველზე.

საქართველოში მაგისტრი მოსამართლეები, ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მე-6 მუხლის თანახმად, პირველი ინსტანციის წესის შემდეგ ადმინისტრაციულ შემთხვევებს ისმენს:

- სოფელთან, თემთან, ქალაქთან და მასში არსებულ ოლქთან დაკავშირებული შემთხვევები, ლეგიტიმურობასთან დაკავშირებული, წარმომადგენლობითი და სააღმსრულებლო ორგანოთა მიერ გაცემული ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტები.
- ადმინისტრაციული სამართალდარღვევა ადმინისტრაციულ -სამართლებრივი აქტის ლეგიტიმურობის დამოწმებით (ეს ნორმა ძალაშია 2006 წლის 1 იანვრიდან).

- სოციალური დაცვის საკითხები.
- დავა სასამართლოს მიერ მიღებული იურიდიული უფლებამოსილების მქონე გადაწყვეტილების შესახებ.
  - ✓ დავა შრომითი ურთიერთობის საფუძველზე, საჯარო სამსახურში
  - ✓ დავა სამეწარმეო საქმიანობის შემოწმების შესახებ, მაკონტროლებელი ორგანოს შუამავლობის საფუძველზე.

მაგისტრი მოსამართლეები, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 46-ე მუხლის თანახმად, ისმენენ პეტიციას პროცესისა და სამართლებრივი თავისუფლების აღკვეთის მიღების ან შეცვლის შესახებ, პირველი ინსტანციის წესის გათვალისწინებით.

გ) სააპელაციო სასამართლო: ინსტიტუციური ცვლილებებიდან გამომდინარე, რეფორმა ითვალისწინებს საქართველოში ჭეშმარიტი სააპალაციო სასამართლოს ჩამოყალიბებას. 2005 წელს შემუშავებული საკანონმდებლო ცვლილებების თანახმად, სააპელაციო სასამართლოს ინსტანცია ძალაში 1 ნოემბრიდან შევიდა. ამ ყოველივემ მნიშვნელოვნად შეცვალა საოლქო სასამართლოების ადრე არსებული მოდელი. ის წარმოადგენდა ე.წ „მეორე ინსტანციას“, რომელიც ჭეშმარიტი სააპელაციო სასამართლოსგან შორს იყო. იგი არ განიხილავდა პირველი ინსტანციის კომპეტენციის ქვეშ არსებულ შემთხვევებს. რეფორმების გატარების შემდეგ, სასამართლო ინსტანციების დიფერენცირება მოხდა და დღეს მათი თანმიმდევრობა ზუსტადაა დაცული (დასავლეთში არსებული Instanzenzug-ის პრინციპის შესაბამისად).

დ) საკასაციო სასამართლო: საქართველოს უზენაესი სასამართლო ჭეშმარიტ საკასაციო ინსტანციას წარმოადგენს. იგი აღარ განიხილავს კრიმინალურ შემთხვევებს, თუმცა წარსულში მის კომპეტენციას მძიმე დანაშაულებების განხილვა წარმოადგენდა. საქართველოში არ მოქმედებს ანგლო-საქსონური კანონმდებლობა, რომლის თანახმადაც სასამართლო გადაწყვეტილებები სავალდებულო უფლებამოსილების თანახმად წყდება, თუმცა აქ იურიდიულ პრაქტიკასა და მის გენერალიზაციაზე მაინც მნიშვნელოვან ზეგავლენას, სამართლებრივ ნორმებთან კორელაციაში, ევროპის კონტინენტზე მოქმედი იურისდიქცია ახდენს.

- ✓ მიმდინარე რეფორმა რევიზიის საფუძვლებს ითვალისწინებს, რომლებიც დემოკრატიულ ქვეყნებში მოქმედებს. ეს გულისხმობს იმ შემთხვევათა განხილვას საკასაციო სასამართლოში, რომლებიც ადრე განხილული იყო სააპელაციო სასამართლოზე, თუმცა გადაწყვეტილება არ ყოფილა შესაბამისი. აღსანიშნავია, რომ სამოქალაქო კანონმდებლობის თანახმად, საკასაციო საჩივრებთან დაკავშირებული ქონებრივი დავა შეიძლება უპირობოდ იქნას მიღებული, თუ სადავო სუბიექტის ღირებულება 50,000-ს ლარს არ აღემატება. რაც შეეხება არაქონებრივ დავას, იგი სიტყვის თავისუფლებისა და გამოხატულების საფუძველზე ყალიბდება.

ზემოაღნიშნული ცვლილებებიდან გამომდინარე, უზენაესი სასამართლო რეალურად იურისდიქციის წამყვანი ელემენტი ხდება, და შესაბამის ნორმებთან კორელაციაში, მართლმსაჯულების პრაქტიკის ფუძემდებელი ხდება. ეს კი, თავის მხრივ, სასამართლო სისტემის სწრაფ და ბალანსირებულ მუშაობას განაპირობებს. მეორე მხრივ, იგი საქმის დაყოვნების პრობლემასაც აღმოფხვრის. უზენაესი სასამართლო შემთხვევათა 35-40%-ს აღარ განიხილავს, ისინი სააპელაციო სასამართლოს კომპეტენციაში შევა.

კონსტიტუციური სასამართლო საქართველოში 1996 წელს ჩამოყალიბდა, იგი იურისდიქციის ორგანოს წარმოადგენს, რომელსაც დიდი ზეგავლენა გააჩნია: კონსტიტუციური დებულებების დაცვა, უფლებამოსილების გადანაწილება და მისი ძალაში მოყვანა კონსტიტუციით დადგენილ ფარგლებში. იგი აღიარებული და გარანტირებული ფორმით ადამიანის უფლებასა და თავისუფლებას იცავს, ამავე დროს, საზოგადოებრივ სტაბილურობას განაპირობებს. იგი 9 მოსამართლისგან შედგება, რომელიც 10 წლის ვადით ირჩევა. სხვა მოვალეობებთან ერთად, კონსტიტუციური სასამართლო განიხილავს: კონსტიტუციურ შეთანხმებას, საქართველოს კანონმდებლობას, პრეზიდენტის, აფხაზეთის უზენაესი ორგანოებისა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ მიღებულ ნორმატიულ აქტებს, ასევე ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს საერთაშორისო დონეზე და ზოგადი იურისდიქციის ნორმების შესაბამისად შემთხვევებს მიმოიხი-

ლავს. კონკრეტული შემთხვევის განხილვისას, გენერალური იურისდიქცია ასკვნის კონსტიტუციასთან რამდენად შესაბამისი და საკმარისი არგუმენტები არსებობდა ამა თუ იმ კანონისა თუ ნორმატიური აქტის გასატარებლად.

საქართველოში საკანონმდებლო სისტემის მოქმედ კონსტიტუციურ სასამართლოში მასზე ქვემოთ მდგომი სასამართლოს გადაწყვეტილების გასაჩივრება ხდება. სარეგულაციო სასამართლოს მოსამართლეებს შეუძლიათ შესაბამისი სასამართლოს პროცედურის შეწყვეტა და კონსტიტუციურ სასამართლოში გადანაცვლება, თუმცა ამ შემთხვევაში მათ მხოლოდ შუამავლობა შეუძლიათ.

კონსტიტუციურ სასამართლოს დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთა უფლებების დაცვის მხრივაც, ვინაიდან იგი წარმოადგენს დამოუკიდებელ „ინსტრუმენტს“ კონსტიტუციის ინტერპრეტაციისა და იმის განსაზღვრის მხრივ, ესა თუ ის კანონი, ჯთუ რამდენად კონსტიტუციურია. მისი გადაწყვეტილებების შესრულება სავალდებულოა.

ჯანმრთელობასთან და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული კანონმდებლობა საქართველოში წარმოდგენილია დებულებებით, რომელიც მოიცავს: კვლევითი ობიექტებისა და პაციენტების უფლებებს (მოწყველადი ჯგუფი, უმცირესობა, ფსიქიკურად და აივით/შიდსით დაავადებული პირები), ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისა და დაწესებულებების მოვალეობებსა და პასუხისმგებლობებს, ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაციას, რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებს.

ჯანმრთელობასთან და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული კანონმდებლობა საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს (რომელთა ნაწილს საქართველოც წარმოადგენს), ეროვნულ კანონებსა და ნორმატიულ აქტებს მოიცავს.

ქვემოთ მოყვანილია საქართველოს კანონმდებლობა ჯანდაცვის, ბიომედიცინისა და ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროს შესახებ.

	მიღებულ იქნა	უკანასკნელი განახლება
კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ	1997 (10.12)	2008 (21.03)
კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ	2000 (05.05)	2007 (08.05)
კანონი ექიმის პროფესიონალურ საქმიანობის შესახებ	2001 (08.06)	2008 (21.03)
კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ	2007 (27.06)	არაა განახლება
კანონი აივის/შიდსის პრევენციის შესახებ	1995 (21.03)	2000 (08.11)
კანონი ფსიქიატრიული მზრუნველობის შესახებ	2006 (14.07)[1]	2008 (01.11)
კანონი სისხლის დონორისა და კომპონენტების შესახებ	1997 (30.04)	2006 (29.12)
კანონი ადამიანის ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ	2000 (23.02)	2006 (23.06)
კანონი საწამლო და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ	1996 (25.12)	2008 (18.06)
კანონი ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების, მათი წინამორბედებისა და ნარკოლოგიური მზრუნველობის შესახებ	2002 (05.12)	2007 (08.05)
კანონი ჩვილთა ბუნებრივი კვების გაუმჯობესებისა და დაცვის შესახებ	1999 (09.09)	2000 (09.06)
კანონი სამედიცინო და სოციალური ექსპერტიზის შესახებ	2001 (07.12)	2007 (16.03)
კანონი თამბაქოს კონტროლის შესახებ	2003 (06.06)	
კანონი ადამიანის ჩართვით მიმდინარე ბიოსამედიცინო კვლევების შესახებ	პარლამენტამდე	
კანონი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ	ხელისუფლებამდე	

„საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა“ შესაბამის სფეროში პრიორიტეტებსა და პრინციპებს განსაზღვრავს. „პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობა“ იმ პრინციპებს წარმოადგენს, რომლებიც პაციენტის უფლებების დაცვას გულისხმობს. ეს კანონები ძალაში სასამართლოს გადაწყვეტილებით შევიდა.

„ექიმის პროფესიული საქმიანობის კანონმდებლობა“ პასუხისმგებლობას, ტრენინგებს, პროფესიულ განვითარებასა და საქმიანობას ასახავს. იმის მიხედვით, თუ რამდენად შეესაბამება ექიმის მოვალეობები და პაციენტის უფლებები ერთმანეთს, დისციპლინარული სანქციები იმ შემთხვევაში დგინდება, თუ ექიმმა კრახი განიცადა.

„საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონმდებლობა“ ინდივიდუალურ პირთა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ურთიერთობას ასახავს და კერძო შემთხვევებში, საზოგადოებრივი ინტერესიდან გამომდინარე, ცალკეულ პირთა უფლებებს ზღუდავს. სხვა კანონები იცავს პაციენტის უფლებებს მედიცინის სხვადასხვა დარგებთან მიმართებაში: ფსიქიატრია, ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაცია, აივი/შიდსი და სხვ.

„ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირის“ (ე.წ პროვაიდერის) უფლებების და პასუხისმგებლობის განსაზღვრის მიზნით, აუცილებელია ამ ტერმინის სწორი მნიშვნელობა გავიგოთ. ხშირად იგი დაინტერესებული პირებისთვის გაუგებარი და რთულად ასახსნელია. ჯანდაცვის კანონმდებლობა მას განმარტავს, როგორც: პირი, სამედიცინო ან არასამედიცინო განათლებით, რომელიც სამედიცინო საქმიანობას წარმართავს“, ხოლო „სამედიცინო საქმიანობა“: ეს არის ის, რაც დაავადების პრევენციასთან, დიაგნოზთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მზრუნველობასთანაა დაკავშირებული და ქვეყანაში არსებულ პროფესიონალურ თუ ეთიკურ სტანდარტებს შეესაბამება.

პაციენტთა უფლებები

უფლებები პრევენციულ ზომებზე

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, პაციენტი მიიჩნევა პირად, რომელიც თავისი სამედიცინო მდგომარეობისგან დამოუკიდებლად, იღებს, ან საჭიროებს, ან სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას აპირებს.

პაციენტთა უფლებები ევროპის ქარტიის მიხედვით (ECPR)

ყველას აქვს უფლება სათანადო მომსახურებაზე, დაავადების პრევენციის მიზნით.

საქართველოს კანონმდებლობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობით არ არის მოხსენიებული „უფლებები პრევენციულ ზომებსა“ თუ „პრევენციულ სამედიცინო მომსახურეობაზე“, თუმცა გარკვეული დებულებები პრევენციის უფლების საკითხს არაპირდაპირ მოიცავს, მაგალითად, ისინი, რომელიც ეხება „ჯანსაღი ცხოვრების პირობებს/გარემოს“ და „ჯანდაცვის / სამედიცინო მომსახურებას“.

პირველ შემთხვევაში, „ჯანსაღი გარემოს“ მიღწევისა და შენარჩუნების მიზნით მიღებული ზომები, მოიაზრება, როგორც პრევენციული. მეორე შემთხვევაში კი, „სამედიცინო მომსახურება“ მრავალ საპრევენციო ღონისძიებას მოიცავს. ქვემომოყვანილი განმარტებები ჯანმრთელობაზე მოქმედი გარემოსა და სამედიცინო/ჯანდაცვის მომსახურების ინტერპრეტაციებს ეფუძნება.

უფლებები ქვეყნის კონსტიტუციის/კანონმდებლობის მიხედვით

საქართველოს კონსტიტუცია

კონსტიტუციაში არ არსებობს დებულება, რომელიც უშუალოდ საპრევენციო ზომებსა თუ ჯანმრთელობის უფლებას ეხება. თუმცა 37.7-ე მუხლის* მიხედვით „ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანსაღ გარემოში“, ეს შეიძლება ინტერპრეტირებული იყოს, როგორც პრევენციის სპეციფიკური ასპექტი, მაგალითად, ჯანსაღი

გარემოს შექმნა და შენარჩუნება დაავადების პრევენციის მიზნით. (თამბაქოს გამონაბოლქვისგან, ადამიანის პარაზიტებისგან, ცხოველებით გავრცელებული დაავადებებისგან დაცული გარემო).

ასევე შესაბამისია კონსტიტუციის დებულება ჯანდაცვის (ჯანმრთელობის დაზღვევა) ხელმისაწვდომობის შესახებ. (ამ თავში იხილეთ უფლება ხელმისაწვდომობაზე).

37.7-ე მუხლი *1. ყველას შეუძლია ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევის უფლებით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარება. გარკვეულ შემთხვევებში, კანონით დადგენილი პროცედურის შესაბამისად, სამედიცინო დახმარება პირს უნდა გაეწიოს უფასოდ. 2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვაზე, მედიკამენტების წარმოებასა და კომერციაზე პასუხისმგებელ დაწესებულებებს. 3. ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანსაღ გარემოში და გაიზიაროს კულტურული და ბუნებრივი გარემომცველი არე. ყველაა ვალდებული იზრუნოს ბუნებრივ და კულტურულ გარემოზე. 4. უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით, საზოგადოების ეკოლოგიური თუ ეკონომიკური, ახლანდელი და მომავალი თაობის ინტერესებიდან გამომდინარე, სახელმწიფო გარემოს დაცვისა და ბუნებასთან რაციონალური ურთიერთობის გარანტიას იძლევა. 5. ყველას აქვს უფლება დროულად მიიღოს სრული და ობიექტური ინფორმაცია მისი სამუშაო თუ საცხოვრებელი პირობების შესახებ.

ჯანონმდებლობა

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

ანონმდებლობაში უფრო მეტი აქცენტი სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაზე კეთდება, (რომელიც მომსახურებასა და მის ხარისხს უზრუნველყოფს), ვიდრე პაციენტის სამედიცინო მომსახურების გამოყენების უფლებაზე. კანონმდებლობის თანახმად „ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი უსაფრთხო გარემოს დაცვა სახელმწიფოს ვალია“ (70-ე მუხლი).

კანონი ასევე ეხება „შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს“, იგი შეიმუშავებს ეპიდემიოლოგიური კვლევის ფართომასშტაბიან პროგრამებს, დაავადებათა მკურნალობისა და პრევენციის მექანიზმებს და ამ პროგრამების განხორციელებას უზრუნველყოფს (74-ე მუხლი).

ერთ-ერთი დებულება, რომელიც პრევენციული მომსახურების სფეროს მოიცავს, ყურადღებას ვაქცინაციის საკითხზე ამახვილებს (78-ე მუხლი).

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს ეროვნულ ცხრილს, რომელიც პრევენციული ვაქცინებისა და სამედიცინო პროგრამების დანერგვას ემსახურება“. კანონმდებლობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ჩიყვის პროფილაქტიკის გზებს, განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც იგი პრევენციულ მომსახურებას ადგილობრივი მოსახლეობისთვის უფასოს ხდის. (64-ე მუხლი).

თირეოდოლოგიურ პრობლემაზე აქცენტის გაკეთება საქართველოს მაღალმთიან რეგიონებში ენდემური ჩიყვის არსებობითაა განპირობებული.

კანონი ასევე ცნობს მოსახლეობის უფლებას „რადიაციულ უსაფრთხოებაზე“ და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას საზღვრავს, რომელიც შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას გულისხმობს (71-ე მუხლი).

საბოლოოდ, ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის მიხედვით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს „მოსახლეობას უნივერსალური და თანაბარი ხელმისაწვდომობით სამედიცინო მომსახურებაზე სახელმწიფოს დაფინანსებული სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში“ (მე-4 მუხლი).

კანონმდებლობაში „სამედიცინო მომსახურების“ ტერმინისგან განსხვავებით, „სამედიცინო საქმიანობის“ მნიშვნელობა მკაფიოდაა გასაზღვრული. იგი გულისხმობს “ღონისძიებას, რომელიც დაავადების **პრევენციას,** დიაგნოზს, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას უკავშირდება და ქვეყანაში არსებულ პროფესიონალურ და ეთიკურ სტანდარტებს შეესაბამება“.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო პროგრამებზე ვრცელდება, რომელიც პარლამენტის მიერაა დამტკიცებული. იგი „სახელმწიფო

ბიუჯეტის შესახებ არსებული კანონის“ ნაწილს წარმოადგენს. მაშასადამე, მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებით სარგებლობაზე მხოლოდ სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებს ეხება, რომელიც ყოველწლიურად იცვლება.

კანონი პაციენტის უფლებაზე

კანონი განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურებას, როგორც „ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირის (პროვაიდერის) მიერ ჩატარებულ ნებისმიერ ჩარევას ან პროცედურას, რომელსაც დიაგნოსტიკური, თერაპიული, პრევენციული თუ რეაბილიტაციური მიზანი გააჩნია“ (მე-4 მუხლი). მოგვიანებით, მე-5 მუხლში საუბარია იმაზე, რომ მოსახლეობას უფლება აქვს გაეწიოს სამედიცინო მომსახურება ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირისგან პროფესიული და მომსახურების სტანდარტების დაცვით, რომელიც აღიარებული და დამტკიცებულია საქართველოში“.

მაშასადამე, კანონმდებლობაში აღნიშნულია არაპირდაპირი უფლება ადეკვატური ხარისხის პრევენციულ მომსახურებაზე. ჯანდაცვის კანონის მსგავსად, პაციენტის უფლების კანონიც ზღუდავს ხელმისაწვდომობას სახელმწიფო პროგრამებში ჩართულ გარკვეულ სამედიცინო სერვისებზე. (იხ. ზემოაღნიშნული ჯანდაცვის კანონმდებლობა) მე-11 მუხლის თანახმად:

“სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას“.

კანონი აივ ინფექციასა და შიდსზე

სახელმწიფო პასუხისმგებელია განავითაროს და დანერგოს ყველა ის ღონისძიება, რომელიც აივ ინფექციისა და შიდსის პრევენციას ეხება. ასეთი ღონისძიებები მოიცავს საყოველთაოდ ხელმისაწვდომ მომსახურებას, მათ შორის, აივ ინფექციისა და შიდსის ლაბორატორიულ ანალიზსა და კონსულტაციას. კანონმდებლობის თანახმად, ყველას „აქვს უფლება გაიაროს ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ჩაიტაროს ანალიზი აივ ინფექციაზე, კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის დაცვით“ (მე-6 მუხლი, პირველი პარაგრაფი).

კანონი საზღვრავს სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებს, აივ ინფექციასთან მიმართებაში (მე-5 მუხლი), რომელიც აივ/შიდსის პრევენციის დებულებებს მოიცავს:

- სახელმწიფო პროგრამების განვითარება და დანერგვა აივ/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის მიზნით.
- მოსახლეობის ინდივიდულური ინფორმირება აივ-ის ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ.
- მოსახლეობის ინფორმირება აივ/შიდსის პრევენციის შესახებ, ინდივიდულურად ან მედია საშუალებებით.
- ნებაყოფლობითი კონსულტაციაზე, ანალიზსა და პრევენციაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.
- აივ/შიდსის პრევენციაზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობასა და მხარდაჭერაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, აგრეთვე „ზიანის შემცირების პროგრამის“ განხორციელების ხელშეწყობა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში.

ექსპოზიციისშემდგომი აივ ინფექციის პროფილაქტიკის დანერგვა:

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებს, რომლებიც აივ დადებით ან შიდსით დაავადებულ პირებს მომსახურებას სთავაზობს, ანალიზამდე და ანალიზის შემდგომი კონსულტაცია ყველა იმ პაციენტთან მოეთხოვებათ, რომელსაც ეს მომსახურება გაეწევა (მე-8 მუხლი, მე-4 პარაგრაფი).

ასევე, სავალდებულოა ამ დაწესებულებებმა პრევენციულ ღონისძიებებზე, სხვა ადამიანების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით (მე-8 მუხლი, მე-3 პარაგრაფი), ამ პირებს ინფორმაცია მიაწოდოს.

კანონი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე

ამ კანონის მიზნები მოიცავს: ჯანსაღი ცხოვრების წესის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მათთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფას, ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვას, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციას. მთავრობა ვალდებულია მიმართოს პრევენციულ ზომებს, რომელიც საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საფრთხის არიდებას გულისხმობს.

კანონმდებლობაში ცალსახადაა მოხსენიებული, რომ სახელმწიფო და შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო ვალდებულია სათანადო ხარისხის ვაქცინებითა და პროცედურებით ვაქცინაცია

განახორციელოს, აგრეთვე, ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრის მიერ განსაზღვრული ვაქცინა, ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა პირისთვის, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (მე-6 და მე-7 მუხლები).

კანონმდებლობის მე-5 მუხლის (მე-2 პარაგრაფის) მიხედვით, საქართველოში ყველას აქვს უფლება:

ა) იყოს დაცული გადამდები დაავადებისგან, სამედიცინო შესაძლებლობების გამოყენებით.

ბ) უარი განაცხადოს პრევენციულ ღონისძიებაში მონაწილეობის მიღებაზე, თუ არ არსებობს ეპიდემიისა თუ პანდემიის საფრთხე. ხოლო ისინი ვინც დაავადების გავრცელების მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება, არ აქვთ ანალოგიური უფლება.

გ) იცხოვროს უსაფრთხო გარემოში.

დ) მიიღოს სრული, დროული და ზუსტი ინფორმაცია პრევენციული ვაქცინაციის მნიშვნელობისა და საჭიროების, მოსალოდნელი კლინიკური შედეგებისა და შესაძლო რისკების შესახებ. ვაქცინაციაზე უარის თქმის შემთხვევაში კი შესაძლო შედეგებზე.

კანონმდებლობაში ასევე საუბარია, იმაზე რომ მოსახლეობას უფასოდ ეკუთვნის ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრით დადგენილი ვაქცინები.

სხვა კანონები

ყოველწლიურად დამტკიცებული ჯანდაცვის პროგრამებისა და „სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონმდებლობის“ თანახმად, მოსახლეობას უფასოდ ეკუთვნის ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრით დადგენილი ვაქცინები.

მწარმოებლის შერჩევა, ვაქცინების შესყიდვა და ტრანსპორტირება სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას წარმოადგენს. მაშასადამე, მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინებია უფასო. შესაბამისად, თუ პაციენტი ამჯობინებს სხვა მწარმოებლის ვაქცინას, მას გადახდა მოუწევს. ყველა შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებები, პირველ რიგში, პაციენტს უფასო ვაქცინებს სთავაზობს, რომელიც სახელმწიფო პროგრამითაა დამტკიცებული. ამასთან, მათ ევალებათ პაციენტის ან მისი წარმომადგენლის ინფორმირება სხვა ალტერნატივაზე ანუ იმ ვაქცინაზე, რომელიც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებს ცდება ან კომერციული ხასიათისაა.

მხარდამჭერი დებულებები/ბანჯარბულებები/ბრძანებები

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრი (№122/4.06.2003 ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრის დამტკიცებაზე) საქართველოს მოსახლეობისთვის ვაქცინაციის დეტალურ სქემას, მეთოდებსა და უსაფრთხოების წესებს აკანონებს. დოკუმენტი ვაქცინაციის სქემას პაციენტის ასაკის მიხედვით საზღვრავს, ამასთან იგი ვაქცინაციის კრიტერიუმსა და მეთოდს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების საფუძველზე ადგენს (ტულარემიის, ბრუცელოზის, ყვითელი ცხელების, ა, ბ ჰეპატიტისა და სხვა დაავადებებისთვის).

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის № 215 , 11. 07. 2007წლის ბრძანება (თანამშრომლის სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევას დამსაქმებელი აფინანსებს) ადგენს იმ დაავადებას/დიაგნოზს, რომელიც გარკვეული სამუშაოსთვის ერთგვარ უკუჩვენებას წარმოადგენს. თანამშრომლების რეგულარული კონტროლი დაავადების პრევენციას ხელს უწყობს და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავეთა სისტემატური შემოწმება შესაბამის ობიექტებში ჯანსაღ გარემოს ჰქმნის. ზემოაღნიშნული პრევენციის არაპირდაპირ ფორმას წარმოადგენს.

ეთიკის კოდექსის პროვაიდერი

საქართველოს „ექიმთა ეთიკის კოდექსი“ (დამტკიცებული ქართველ ექიმთა პირველი კონგრესის მიერ) არ მოიცავს დებულებას, რომელიც უშუალოდ პრევენციას ეხება. თუმცა აქ საუბარია ექიმის მოვალეობებზე საზოგადოება იმ პირობებს გააცნოს, რომელთაც მათი ან გარკვეული ჯგუფის ჯანმრთელობაზე დადებითი ან უარყოფითი გავლენა შეუძლიათ იქონიონ. თვითონ ექიმიც ვალდებულია ცდილობდეს შეცვალოს ესა თუ ის პირობა/მდგომარეობა.

სხვა შესაბამისი წყაროები

ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენციის ევროპის საბჭოს თანახმად, არსებული საჭიროებებისა და შესაძლო რესურსების გათვალისწინებით, სახელმწიფოს ევალება სათანადო ხარისხის მქონე სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოს (მე-3 მუხლი). ეს მოიცავს პრევენციულ ღონისძიებებსაც.

ხოლო კონვენციის განმარტებითი დებულების თანახმად, ჯანდაცვა ესაა „მომსახურების იმ საშუალებების ნაკრები, რომელსაც დიაგნოსტიკური, პრევენციული, თერაპიული ან რეაბილიტაციური ხასიათი გააჩნია და რომლის მიზანიც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება, გაუმჯობესებაა ან ტკივილის შემსუბუქება“ (განმარტებითი დებულების 24-ე პუნქტი).

სისხლის სამართლის კოდექსი

სისხლის სამართლის კოდექსში, დებულებები დისკრიმინაციის შესახებ, ჯანდაცვის კერძო და საზოგადოებრივ სექტორს უკავშირდება. სისხლის სამართლის კოდექსის 142-ე მუხლის თანახმად, ცალკეულ პირთა თანასწორობისა და უფლებების დარღვევა რასის, ფერის, ენის, სქესის, რელიგიური რწმენის, პროფესიის, პოლიტიკური ან სხვა სახის მიმდევრობის, ეროვნული, ეთნიკური, სოციალური სტატუსის, საზოგადოებრივი კუთვნილების, წარმოშობის, საცხოვრებელი ადგილის, ქონებრივი მდგომარეობის საფუძველზე ისჯება ჯარიმით ან გამოსასწორებელი სამუშაოებით არაუმეტესი 1 წლის ვადით ან თავისუფლების აღკვეთით 2 წლის ვადით.

ამავე მუხლის მეორე ნაწილში აღნიშნულია, რომ ქმედება, რომელიც თანამდებობის ბოროტად გამოყენებას ან სერიოზულ შედეგებს უკავშირდება, ისჯება ჯარიმით ან გამოსასწორებელი სამუშაოებით, არაუმეტესი 1 წლის ვადით; თავისი თანამდებობისა და საქმიანობის გაგრძელების უფლების შენარჩუნებით ან ჩამორთმევით, არაუმეტესი 3 წლის ვადით.

ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ 142-ე მუხლის თანახმად, თანასწორობის დარღვევა დანაშაულად იმ შემთხვევაში მოიაზრება, თუ იგი პირთა უფლებების დარღვევას მოიცავს, ამიტომ აუცილებელია ვითარება ზუსტად განისაზღვროს. მაშასადამე, სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით, პასუხისმგებლობა დამნაშავეს (სავარაუდო მოძალადეს) მხოლოდ მაშინ ენიჭება, როდესაც პირთა უფლებები არსებითადაა დარღვეული.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია 142.1 მუხლი. მასში საუბარია იმაზე, რომ რასობრივი დისკრიმინაცია ანუ ის ქმედება, რომელიც იწვევს კონფლიქტს ეროვნული ღირსების დაკნინების მიზეზით, პირდაპირი თუ არაპირდაპირი შეზღუდვა რასის, ფერის, სოციალური კუთვნილების, ეროვნულ ან ეთიკურ საფუძველზე, ან სხვისი მკურნალობისთვის პრიორიტეტის მინიჭება, თავისუფლების აღკვეთით ისჯება.

142.2-ე მუხლი მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან იგი უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებულ შეზღუდვას ეხება და ადგენს, რომ უნარშეზღუდულების კანონმდებლობითა და საერთაშორისო დებულებებით მინიჭებული უფლების დარღვევა, ისჯება. დასჯას შეიძლება ჯარიმის ან 3 წლამდე თავისუფლების აღკვეთის სახე ჰქონდეს. მუხლის მეორე ნაწილი ეხება ამ მოქმედების განმეორებით ხასიათს, ოფიციალური პოზიციის ბოროტად გამოყენების სახით, ძალადობას ან საფრთხეს, მძიმე შედეგებს. აღნიშნული კი ისჯება ჯარიმით ან 5 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით.

მხარდამჭერი დებულებები/ განკარგულებები/ბრძანებები

პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობის მე-13 მუხლის თანახმად, შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის განკარგულება №199 „იშვიათ დაავადებათა დამამტკიცებელი სია“, (დადგენილი 14.05. 2001 წელს) მიიღეს. ხარვეზების შესწორების შემდეგ (2004 წ.), ეს სია 23 დაავადებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას მოიცავს.

17

ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები საქართველოში

საქართველოში პაციენტთა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების კანონმდებლობის განვითარებაზე ევროპაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმამ დიდი გავლენა იქონია. ეს უკანასკნელი მოიცავს კვლევებს, მოქალაქეთა ჯანდაცვის საკითხთან დაკავშირებულ საგანმანათლებლო თუ საკანონმდებლო საქმიანობას, როგორც ეროვნულ, ისევე საერთაშორისო დონეზე. საბოლოოდ, სახელმწიფოთაშორისი ინსტრუმენტები შემუშავდა ისეთი ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ, როგორიცაა გაერო, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, იუნესკო(UNESCO), ევროპის საბჭო, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია და სხვ.

გარდა ამისა, ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში* (პირველი ქვეყანა, ფინეთი, 1992 წ.) წარმოდგენილია პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეციფიკური აქტები.

ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებების სფეროში არსებული სხვადასხვა სავალებულო და მსუბუქი ინსტუმენტების** (მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გაიდლაინები და დეკლარაციები, სამედიცინო მეცნიერებათა საერთაშორისო ორგანიზაციის საბჭო) პრინციპები და დებულებები ეროვნულ კანონმდებლობას შეესაბამება. ამრიგად, საქართველოში პაციენტთა უფლებების დაცვის კანონმდებლობაზე განსაკუთრებული ზეგავლენა ზემოხსენებულმა ორგანიზაციების სტრატეგიებმა და პრინციპებმა იქონია, ასევე საერთაშორისო კვლევების მონაცემებმა, შემაჯამებელმა მასალამ და პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეციფიკური კანონმდებლობის მქონე ქვეყნების გამოცდილებამ.

თუმცა, ამ სფეროს განვითარებაში ყველაზე მნიშვნელოვანი როლი ისეთმა აქტებმა ითამაშა, როგორიცაა „პაციენტთა უფლებების დაცვის დეკლარაცია და ხელშეწყობა ევროპაში“ (“Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe”) (ჯანმო, 1994 წ.) და „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენცია“ (CHRB) (ევროპის საბჭო, დოკუმენტი შეიქმნა ხელმოწერისთვის ოვიედოში, 1997 წ.).

მოგვიანებით, ეს ხელშეკრულება, თავისი ორი ოქმით ხელმოწერილი და რატიფიცირებული იქნა საქართველოში.

ქვემოთ მოყვანილია ის ძირითადი დოკუმენტები, რომლებიც პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობის კონცეფციალურ საფუძვლებს ასახავს:

- ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948 წ.).
- ადამიანის უფლებათა და ფუნდამენტური თავისუფლების დაცვის კონვენცია (1950 წ.).
- ევროპის სოციალური ქარტია (1961 წ.).
- სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებათა საერთაშორისო პაქტი (1966 წ.).
- ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი (1966 წ.).
- ბავშვთა უფლებების კონვენცია (1989 წ.).
- ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენცია“ (CHRB).
- ადამიანის კლონირების აკრძალვა, როგორც CHRB-ის დამატებითი ოქმი (1998 წ.).
- ადამიანის ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვის, როგორც CHRB-ის დამატებითი ოქმი (2001 წ.).
- CHRB-ის დამატებითი ოქმი ბიოსამედიცინო კვლევების საკითხში (2005 წ.).
- ადამიანის გენომისა და უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია, UNESCO (1997 წ.).
- ჰელსინკის დეკლარაცია: რეკომენდაციები ბიოსამედიცინო კვლევებზე მომუშავე ექიმებისთვის, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია.

* პირველი ქვეყანა, რომელმაც პაციენტთა უფლებების აქტი მიიღო – ფინეთი, 1992 წ.

** მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გაიდლაინები და დეკლარაციები, სამედიცინო მეცნიერებათა საერთაშორისო ორგანიზაციის საბჭო.

- სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, გაერო (1982 წ.).
- საერთაშორისო ეთიკური გაიდლაინები ადამიანის ჩართვით მიმდინარე ბიოსამედიცინო კვლევებისთვის (1982, 1992 წწ.) და საერთაშორისო გაიდლაინები ეპიდემიოლოგიური კვლევების ეთიკურ მიმოხილვასთან დაკავშირებით (CIOMS; 1991, 2002 წ.); დეკლარაცია პაციენტთა უფლებების ხელშეწყობაზე, ევროპაში (WHO; 1994 წ.).
- კონვენცია ადამიანის უფლებებსა და ბიომედიცინაზე (CHRB; ევროპის საბჭო; 1997 წ.);
- ევროპის საბჭოსა და მინისტრთა კომიტეტის საპარლამენტრო ასამბლეის რეზოლუციები და რეკომენდაციები:
  - ✓ საპარლამენტრო ასამბლეის რეკომენდაცია დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფთა და მომაკვდავთა უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ.
  - ✓ მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია № 24 (2003 წ.) წევრი ქვეყნების ორგანიზაციებისთვის, პალიატიურ მზრუნველობასთან მიმართებაში.
  - ✓ მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია № 10 (2004 წ.) წევრი ქვეყნების ორგანიზაციებისთვის, ფსიქიკურად დაავადებულთა უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ.
  - ✓ და სხვ.

მეორე მხრივ, საქართველომ ხელი მოაწერა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული რეგიონული (ევროპული) და საერთაშორისო კანონიერი ინსტრუმენტების დანერგვას.

პრეცენდენტის სტატუსი

ძირითადი კანონმდებლობისგან განსხვავებით, პრეცენდენტის ძალა არ წარმოადგენს სასამართლოს განხილვის საგანს, ამრიგად, მას უმნიშვნელო გავლენა გააჩნია არსებული პრაქტიკის ინტერპრეტაციაზე.

ამრიგად, დღევანდელი სასამართლოს რეფორმის ძირითად მიზანს ერთიანი პრაქტიკის განვითარება წარმოადგენს.

2007 წლის 5 თებერვალს, სისხლის სამართლისა და გაიდლაინების ჩამოყალიბების დარგში, სასამართლო პრაქტიკის კვლევისა და გენერალიზაციის კომისია ჩამოყალიბდა. ამრიგად, აქტიური და ინტენსიური მუშაობის შედეგად, გაიდლაინები შეიქმნა, რომელიც სისხლის სამართლის კოდექსის გათვალისწინებით, ნებისმიერ შესაძლო ვითარებას განიხილავს და სანქციის სახეს საზღვრავს, რომელსაც მოსამართლე მიანიჭებს მსჯავრდებულს ადეკვატური გარემოებების არსებობისა თუ არარსებობის შემთხვევაში.

გაიდლაინები მხოლოდ იმ მიზნით შემქმნილი არ არის, რომ მოსამართლეები მოვლენებს სწრაფად და ეფექტურად გაუმკლავდნენ, არამედ მას სხვა დატვირთვაც გააჩნია: ისინი ინფორმაციას აწვდიან როგორც პროკურორს, ისევე დაცვის მხარესა და ვექილს, მათი პოზიციის (საჩივრის) წამოყენების მომენტიდან.

ასევე, 2006 წლის თებერვალში იქმნება ახალი ინიციატივა საქართველოს უმაღლესი სასამართლოს მოსამართლეთა რეგულარულ შეკრებასთან დაკავშირებით, რომლის მიზანია, სასამართლოს პრაქტიკის განხილვა და ანალიზი, სხვადასხვა მოსაზრებათა შეჯამება და ერთიანი სფეციფიკური ნორმების შემუშავება. ამ შეკრებათა შედეგები რეკომენდაციის სახით, ეროვნული მასშტაბით, ყველა მოსამართლესთან იწერება და იგზავნება.

ამ შეკრებებს სისხლის სამართლის ერთიანი კანონმდებლობის შემოღებასთან დაკავშირებით რეკომენდაციები მოჰყვა (მრავალი კონტრავერსიული საკითხების დარგში). რეკომენდაციები მოკლე და კონკრეტულია, ისინი საკითხის არსს მკაფიოდ გამოხატავს.

საბოლოო მიზანი ნორმების ერთიანი მიდგომის ჩამოყალიბებაა, რომელიც მართლმსაჯულების ადმინისტრაციის შექმნას განაპირობებს.

საკანონმდებლო და ჯანდასვის სისტემა

ა) სასამართლო სისტემა და რეფორმა: საქართველოში სასამართლო უფლებამოსილება განსაზღვრული და ასახულია პარლამენტის მიერ მიღებულ კონსტიტუციაში (1995 წ.). ამ საკითხს კონსტიტუციის მე-5 თავი ეხება. მასში, მოხსენიებულია ყველა ის ორგანო, რომელიც ქვეყანაში

სამართლის დანერგვას განაპირობებს (საკონსტიტუციო სასამართლო, გენერალური იურისდიქციისა და სამხედრო სასამართლო, გენერალური მართლმსაჯულების კომიტეტი საომარი პირობების დროს). კონსტიტუციის დაქვემდებარების ქვეშ მყოფი სახალხო პროკურორის ოფისი სასამართლო უფლებამოსილებისა და ავტორიტეტის ორგანოს წარმოადგენს, კომპეტენციები და საპროცედურო წესები მე-5 თავის შესაბამის პარაგრაფებშია განსაზღვრული.

ადამიანის უფლებებისა და კანონის დაცვის გარანტიის შექმნის მიზნით, კონსტიტუცია დროებითი სასამართლოების შექმნას კრძალავს. ის ძირითად პრინციპებს აყალიბებს:

- სასამართლო უფლებამოსილების დამოუკიდებლობა და ხელშეუხებლობა.
- მოსამართლეთა დამოუკიდებლობა, იმუნიტეტი და უსაფრთხოება.
- სასამართლო სხდომათა გამჭირვალობა.
- კონსტიტუციური სასამართლოს უფლებამოსილება და კომპეტენცია და წესები მათი ჩამოყალიბების შესახებ.
- უზენაესი სასამართლოს უფლებამოსილება და კომპეტენცია და წესები მათი ჩამოყალიბების შესახებ.

ა) საოლქო/საქალაქო სასამართლო: სასამართლო სისტემის ინსტიტუციური რეორგანიზაცია, გამართული და ფუნქციურად დაბალანსებული სისტემის ჩამოყალიბება, ამის შესაბამისად, შემთხვევათა თანმიმდევრობის პრინციპების გაუმჯობესება რეფორმის მნიშვნელოვან მიმართულებას წარმოადგენს. ამ მიზნით, დაგეგმილია საოლქო/საქალაქო სასამართლოს მოდერნიზაცია, რაც იმ შემთხვევათა განხილვაში გამოიხატება, რომლებიც მოსამართლეთა სპეციალიზაციის შესაბამისად მათი კომპეტენციის ფარგლებშია.

ბ) მაგისტრატი მოსამართლეები: ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით ჩამოყალიბდება მაგისტრატი მოსამართლის ინსტიტუტი. ის საოლქო სასამართლოს ნაწილს წარმოადგენს და, ამავდროულად, ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულის ფარგლებში უფლებამოსილება გააჩნია, ანუ, იქ სადაც, საოლქო სასამართლო წარმოდგენილი არ არის. ასეთი სახის, გაფართოებული საოლქო სასამართლო ზესტაფონში მოქმედებს. მისი იურისდიქცია მომავალში საჩხერეს, ჭიათურას, ხარაგაულს, თერჯოლასა და ტყიბულს მოიცავს. თითოეულ რაიონში მაგისტრი მოსამართლე დაინიშნება. იგი შემთხვევებს ერთჯერადად ისმენს.

საჭიროებისამებრ, იურისდიქციის ადმინისტრაციის მხრივ შეფერხებების აცილების მიზნით, საოლქო სასამართლოს თავმჯდომარეს მაგისტრი მოსამართლის გაგზავნა სხვა არეალში ანუ სხვა ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულში შეუძლია. ნაკლებად რთული შემთხვევები სწორედ მათი კომპეტენციის ფარგლებშია განხილული. საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის მე-14 მუხლის მიხედვით, მაგისტრი მოსამართლე პირველი ინსტანციის წესით, შემდეგ სამოქალაქო შემთხვევებს ისმენს:

- ქონებრივი დავა, თუ იგი 2000 ლარს არ აღემატება.
- არასადავო და მარტივი შემთხვევები, შვილად აყვანის შემთხვევის გარდა, აგრეთვე გამარტივებული გადასახადებისა და ქონების გაუქმების დეკლარირების შემთხვევები, თუ ქონება ან საჩივრის ღირებულება აღემატება 2000 ლარს.
- დავა ნათესაობრივი ურთიერთობების საფუძველზე, შვილად აყვანის შემთხვევის გარდა, მშობელთა უფლებების ჩამორთმევა, მამობის დადგენისა და განქორწინების შემთხვევები, თუ დავა მეუღლეებს შორის ბავშვის აღზრდის საკითხს ეხება.
- დავა სამსახურეობრივი ურთიერთობის საფუძველზე.

საქართველოში მაგისტრი მოსამართლეები, ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მე-6 მუხლის თანახმად, პირველი ინსტანციის წესის შემდეგ ადმინისტრაციულ შემთხვევებს ისმენს:

- სოფელთან, თემთან, ქალაქთან და მასში არსებულ ოლქთან დაკავშირებული შემთხვევები, ლეგიტიმურობასთან დაკავშირებული, წარმომადგენლობითი და სააღმსრულებლო ორგანოთა მიერ გაცემული ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტები.
- ადმინისტრაციული სამართალდარღვევა ადმინისტრაციულ -სამართლებრივი აქტის ლეგიტიმურობის დამოწმებით (ეს ნორმა ძალაშია 2006 წლის 1 იანვრიდან).

- სოციალური დაცვის საკითხები.
- დავა სასამართლოს მიერ მიღებული იურიდიული უფლებამოსილების მქონე გადაწყვეტილების შესახებ.
  - ✓ დავა შრომითი ურთიერთობის საფუძველზე, საჯარო სამსახურში
  - ✓ დავა სამეწარმეო საქმიანობის შემოწმების შესახებ, მაკონტროლებელი ორგანოს შუამავლობის საფუძველზე.

მაგისტრი მოსამართლეები, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 46-ე მუხლის თანახმად, ისმენენ პეტიციას პროცესისა და სამართლებრივი თავისუფლების აღკვეთის მიღების ან შეცვლის შესახებ, პირველი ინსტანციის წესის გათვალისწინებით.

გ) სააპელაციო სასამართლო: ინსტიტუციური ცვლილებებიდან გამომდინარე, რეფორმა ითვალისწინებს საქართველოში ჭეშმარიტი სააპალაციო სასამართლოს ჩამოყალიბებას. 2005 წელს შემუშავებული საკანონმდებლო ცვლილებების თანახმად, სააპელაციო სასამართლოს ინსტანცია ძალაში 1 ნოემბრიდან შევიდა. ამ ყოველივემ მნიშვნელოვნად შეცვალა საოლქო სასამართლოების ადრე არსებული მოდელი. ის წარმოადგენდა ე.წ „მეორე ინსტანციას“, რომელიც ჭეშმარიტი სააპელაციო სასამართლოსგან შორს იყო. იგი არ განიხილავდა პირველი ინსტანციის კომპეტენციის ქვეშ არსებულ შემთხვევებს. რეფორმების გატარების შემდეგ, სასამართლო ინსტანციების დიფერენცირება მოხდა და დღეს მათი თანმიმდევრობა ზუსტადაა დაცული (დასავლეთში არსებული Instanzenzug-ის პრინციპის შესაბამისად).

დ) საკასაციო სასამართლო: საქართველოს უზენაესი სასამართლო ჭეშმარიტ საკასაციო ინსტანციას წარმოადგენს. იგი აღარ განიხილავს კრიმინალურ შემთხვევებს, თუმცა წარსულში მის კომპეტენციას მძიმე დანაშაულებების განხილვა წარმოადგენდა. საქართველოში არ მოქმედებს ანგლო-საქსონური კანონმდებლობა, რომლის თანახმადაც სასამართლო გადაწყვეტილებები სავალდებულო უფლებამოსილების თანახმად წყდება, თუმცა აქ იურიდიულ პრაქტიკასა და მის გენერალიზაციაზე მაინც მნიშვნელოვან ზეგავლენას, სამართლებრივ ნორმებთან კორელაციაში, ევროპის კონტინენტზე მოქმედი იურისდიქცია ახდენს.

✓ მიმდინარე რეფორმა რევიზიის საფუძვლებს ითვალისწინებს, რომლებიც დემოკრატიულ ქვეყნებში მოქმედებს. ეს გულისხმობს იმ შემთხვევათა განხილვას საკასაციო სასამართლოში, რომლებიც ადრე განხილული იყო სააპელაციო სასამართლოზე, თუმცა გადაწყვეტილება არ ყოფილა შესაბამისი. აღსანიშნავია, რომ სამოქალაქო კანონმდებლობის თანახმად, საკასაციო საჩივრებთან დაკავშირებული ქონებრივი დავა შეიძლება უპირობოდ იქნას მიღებული, თუ სადავო სუბიექტის ღირებულება 50,000-ს ლარს არ აღემატება. რაც შეეხება არაქონებრივ დავას, იგი სიტყვის თავისუფლებისა და გამოხატულების საფუძველზე ყალიბდება.

ზემოაღნიშნული ცვლილებებიდან გამომდინარე, უზენაესი სასამართლო რეალურად იურისდიქციის წამყვანი ელემენტი ხდება, და შესაბამის ნორმებთან კორელაციაში, მართლმსაჯულების პრაქტიკის ფუძემდებელი ხდება. ეს კი, თავის მხრივ, სასამართლო სისტემის სწრაფ და ბალანსირებულ მუშაობას განაპირობებს. მეორე მხრივ, იგი საქმის დაყოვნების პრობლემასაც აღმოფხვრის. უზენაესი სასამართლო შემთხვევათა 35-40%-ს აღარ განიხილავს, ისინი სააპელაციო სასამართლოს კომპეტენციაში შევა.

კონსტიტუციური სასამართლო საქართველოში 1996 წელს ჩამოყალიბდა, იგი იურისდიქციის ორგანოს წარმოადგენს, რომელსაც დიდი ზეგავლენა გააჩნია: კონსტიტუციური დებულებების დაცვა, უფლებამოსილების გადანაწილება და მისი ძალაში მოყვანა კონსტიტუციით დადგენილ ფარგლებში. იგი აღიარებული და გარანტირებული ფორმით ადამიანის უფლებასა და თავისუფლებას იცავს, ამავე დროს, საზოგადოებრივ სტაბილურობას განაპირობებს. იგი 9 მოსამართლისგან შედგება, რომელიც 10 წლის ვადით ირჩევა. სხვა მოვალეობებთან ერთად, კონსტიტუციური სასამართლო განიხილავს: კონსტიტუციურ შეთანხმებას, საქართველოს კანონმდებლობას, პრეზიდენტის, აფხაზეთის უზენაესი ორგანოებისა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ მიღებულ ნორმატიულ აქტებს, ასევე ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს საერთაშორისო დონეზე და ზოგადი იურისდიქციის ნორმების შესაბამისად შემთხვევებს მიმოიხი-

ლავს. კონკრეტული შემთხვევის განხილვისას, გენერალური იურისდიქცია ასკვნის კონსტიტუციასთან რამდენად შესაბამისი და საკმარისი არგუმენტები არსებობდა ამა თუ იმ კანონისა თუ ნორმატიული აქტის გასატარებლად.

საქართველოში საკანონმდებლო სისტემის მოქმედ კონსტიტუციურ სასამართლოში მასზე ქვემოთ მდგომი სასამართლოს გადაწყვეტილების გასაჩივრება ხდება. სარეგულაციო სასამართლოს მოსამართლეებს შეუძლიათ შეაბამისი სასამართლოს პროცედურის შეწყვეტა და კონსტიტუციურ სასამართლოში გადანაცვლება, თუმცა ამ შემთხვევაში მათ მხოლოდ შუამავლობა შეუძლიათ.

კონსტიტუციურ სასამართლოს დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთა უფლებების დაცვის მხრივაც, ვინაიდან იგი წარმოადგენს დამოუკიდებელ „ინსტრუმენტს“ კონსტიტუციის ინტერპრეტაციისა და იმის განსაზღვრის მხრივ, ესა თუ ის კანონი, ითუ რამდენად კონსტიტუციურია. მისი გადაწყვეტილებების შესრულება სავალდებულოა.

ჯანმრთელობასთან და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული კანონმდებლობა საქართველოში წარმოდგენილია დებულებებით, რომელიც მოიცავს: კვლევითი ობიექტებისა და პაციენტების უფლებებს (მოწყვლადი ჯგუფი, უმცირესობა, ფსიქიკურად და აივით/შიდსით დაავადებული პირები), ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისა და დაწესებულებების მოვალეობებსა და პასუხისმგებლობებს, ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაციას, რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებს.

ჯანმრთელობასთან და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული კანონმდებლობა საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს (რომელთა ნაწილს საქართველოც წარმოადგენს), ეროვნულ კანონებსა და ნორმატიულ აქტებს მოიცავს.

ქვემოთ მოყვანილია საქართველოს კანონმდებლობა ჯანდაცვის, ბიომედიცინისა და ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროს შესახებ.

	მიღებულ იქნა	უკანასკნელი განახლება
კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ	1997 (10.12)	2008 (21.03)
კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ	2000 (05.05)	2007 (08.05)
კანონი ექიმის პროფესიონალურ საქმიანობის შესახებ	2001 (08.06)	2008 (21.03)
კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ	2007 (27.06)	არაა განახლება
კანონი აივის/შიდსის პრევენციის შესახებ	1995 (21.03)	2000 (08.11)
კანონი ფსიქიატრიული მზრუნველობის შესახებ	2006 (14.07)[1]	2008 (01.11)
კანონი სისხლის დონორისა და კომპონენტების შესახებ	1997 (30.04)	2006 (29.12)
კანონი ადამიანის ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ	2000 (23.02)	2006 (23.06)
კანონი საწამლო და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ	1996 (25.12)	2008 (18.06)
კანონი ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების, მათი წინამორბედებისა და ნარკოლოგიური მზრუნველობის შესახებ	2002 (05.12)	2007 (08.05)
კანონი ჩვილთა ბუნებრივი კვების გაუმჯობესებისა და დაცვის შესახებ	1999 (09.09)	2000 (09.06)
კანონი სამედიცინო და სოციალური ექსპერტიზის შესახებ	2001 (07.12)	2007 (16.03)
კანონი თამბაქოს კონტროლის შესახებ	2003 (06.06)	
კანონი ადამიანის ჩართვით მიმდინარე ბიოსამედიცინო კვლევების შესახებ	პარლამენტამდე	
კანონი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ	ხელისუფლებამდე	

„საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა“ შესაბამის სფეროში პრიორიტეტებსა და პრინციპებს განსაზღვრავს. „პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობა“ იმ პრინციპებს წარმოადგენს, რომლებიც პაციენტის უფლებების დაცვას გულისხმობს. ეს კანონები ძალაში სასამართლოს გადაწყვეტილებით შევიდა.

„ექიმის პროფესიული საქმიანობის კანონმდებლობა“ პასუხისმგებლობას, ტრენინგებს, პროფესიულ განვითარებასა და საქმიანობას ასახავს. იმის მიხედვით, თუ რამდენად შეესაბამება ექიმის მოვალეობები და პაციენტის უფლებები ერთმანეთს, დისციპლინარული სანქციები იმ შემთხვევაში დგინდება, თუ ექიმმა კრახი განიცადა.

„საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონმდებლობა“ ინდივიდუალურ პირთა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ურთიერთობას ასახავს და კერძო შემთხვევებში, საზოგადოებრივი ინტერესიდან გამომდინარე, ცალკეულ პირთა უფლებებს ზღუდავს. სხვა კანონები იცავს პაციენტის უფლებებს მედიცინის სხვადასხვა დარგებთან მიმართებაში: ფსიქიატრია, ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაცია, აივი/შიდსი და სხვ.

„ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირის“ (ე.წ პროვაიდერის) უფლებების და პასუხისმგებლობის განსაზღვრის მიზნით, აუცილებელია ამ ტერმინის სწორი მნიშვნელობა გავიგოთ. ხშირად იგი დაინტერესებული პირებისთვის გაუგებარი და რთულად ასახსნელია. ჯანდაცვის კანონმდებლობა მას განმარტავს, როგორც: პირი, სამედიცინო ან არასამედიცინო განათლებით, რომელიც სამედიცინო საქმიანობას წარმართავს“, ხოლო „სამედიცინო საქმიანობა“: ეს არის ის, რაც დაავადების პრევენციასთან, დიაგნოზთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მზრუნველობასთანაა დაკავშირებული და ქვეყანაში არსებულ პროფესიონალურ თუ ეთიკურ სტანდარტებს შეესაბამება.

პაციენტთა უფლებები

უფლებები პრევენციულ ზომებზე

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, პაციენტი მიიჩნევა პირად, რომელიც თავისი სამედიცინო მდგომარეობისგან დამოუკიდებლად, იღებს, ან საჭიროებს, ან სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას აპირებს.

პაციენტთა უფლებები ევროპის ქარტიის მიხედვით (ECPR)

ყველას აქვს უფლება სათანადო მომსახურებაზე, დაავადების პრევენციის მიზნით.

საქართველოს კანონმდებლობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობით არ არის მოხსენიებული „უფლებები პრევენციულ ზომებსა“ თუ „პრევენციულ სამედიცინო მომსახურეობაზე“, თუმცა გარკვეული დებულებები პრევენციის უფლების საკითხს არაპირდაპირ მოიცავს, მაგალითად, ისინი, რომელიც ეხება „ჯანსაღი ცხოვრების პირობებს/გარემოს“ და „ჯანდაცვის / სამედიცინო მომსახურებას“.

პირველ შემთხვევაში, „ჯანსაღი გარემოს“ მიღწევისა და შენარჩუნების მიზნით მიღებული ზომები, მოიაზრება, როგორც პრევენციული. მეორე შემთხვევაში კი, „სამედიცინო მომსახურება“ მრავალ საპრევენციო ღონისძიებას მოიცავს. ქვემომოყვანილი განმარტებები ჯანმრთელობაზე მოქმედი გარემოსა და სამედიცინო/ჯანდაცვის მომსახურების ინტერპრეტაციებს ეფუძნება.

უფლებები ქვეყნის კონსტიტუციის/კანონმდებლობის მიხედვით

საქართველოს კონსტიტუცია

კონსტიტუციაში არ არსებობს დებულება, რომელიც უშუალოდ საპრევენციო ზომებსა თუ ჯანმრთელობის უფლებას ეხება. თუმცა 37.7-ე მუხლის* მიხედვით „ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანსაღ გარემოში“, ეს შეიძლება ინტერპრეტირებული იყოს, როგორც პრევენციის სპეციფიკური ასპექტი, მაგალითად, ჯანსაღი

გარემოს შექმნა და შენარჩუნება დაავადების პრევენციის მიზნით. (თამბაქოს გამონაბოლქვისგან, ადამიანის პარაზიტებისგან, ცხოველებით გავრცელებული დაავადებებისგან დაცული გარემო).

ასევე შესაბამისია კონსტიტუციის დებულება ჯანდაცვის (ჯანმრთელობის დაზღვევა) ხელმისაწვდომობის შესახებ. (ამ თავში იხილეთ უფლება ხელმისაწვდომობაზე).

37.7-ე მუხლი *1. ყველას შეუძლია ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევის უფლებით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარება. გარკვეულ შემთხვევებში, კანონით დადგენილი პროცედურის შესაბამისად, სამედიცინო დახმარება პირს უნდა გაეწიოს უფასოდ. 2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვაზე, მედიკამენტების წარმოებასა და კომერციაზე პასუხისმგებელ დაწესებულებებს. 3. ყველას აქვს უფლება იცხოვროს ჯანსაღ გარემოში და გაიზიაროს კულტურული და ბუნებრივი გარემომცველი არე. ყველაა ვალდებული იზრუნოს ბუნებრივ და კულტურულ გარემოზე. 4. უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით, საზოგადოების ეკოლოგიური თუ ეკონომიკური, ახლანდელი და მომავალი თაობის ინტერესებიდან გამომდინარე, სახელმწიფო გარემოს დაცვისა და ბუნებასთან რაციონალური ურთიერთობის გარანტიას იძლევა. 5. ყველას აქვს უფლება დროულად მიიღოს სრული და ობიექტური ინფორმაცია მისი სამუშაო თუ საცხოვრებელი პირობების შესახებ.

ჯანმრთელობა

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

კანონმდებლობაში უფრო მეტი აქცენტი სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაზე კეთდება, (რომელიც მომსახურებასა და მის ხარისხს უზრუნველყოფს), ვიდრე პაციენტის სამედიცინო მომსახურების გამოყენების უფლებაზე. კანონმდებლობის თანახმად „ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი უსაფრთხო გარემოს დაცვა სახელმწიფოს ვალია“ (70-ე მუხლი).

კანონი ასევე ეხება „შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს“, იგი შეიმუშავებს ეპიდემიოლოგიური კვლევის ფართომასშტაბიან პროგრამებს, დაავადებათა მკურნალობისა და პრევენციის მექანიზმებს და ამ პროგრამების განხორციელებას უზრუნველყოფს (74-ე მუხლი).

ერთ-ერთი დებულება, რომელიც პრევენციული მომსახურების სფეროს მოიცავს, ყურადღებას ვაქცინაციის საკითხზე ამახვილებს (78-ე მუხლი).

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს ეროვნულ ცხრილს, რომელიც პრევენციული ვაქცინებისა და სამედიცინო პროგრამების დანერგვას ემსახურება“. კანონმდებლობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ჩიყვის პროფილაქტიკის გზებს, განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც იგი პრევენციულ მომსახურებას ადგილობრივი მოსახლეობისთვის უფასოს ხდის. (64-ე მუხლი).

ფარისებრი ჯირკვლის პრობლემებზე აქცენტის გაკეთება საქართველოს მაღალმთიან რეგიონებში ენდემური ჩიყვის არსებობითაა განპირობებული.

კანონი ასევე ცნობს მოსახლეობის უფლებას „რადიაციულ უსაფრთხოებაზე“ და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას საზღვრავს, რომელიც შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას გულისხმობს (71-ე მუხლი).

საბოლოოდ, ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის მიხედვით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს „მოსახლეობას უნივერსალური და თანაბარი ხელმისაწვდომობით სამედიცინო მომსახურებაზე სახელმწიფოს დაფინანსებული სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში“ (მე-4 მუხლი).

კანონმდებლობაში „სამედიცინო მომსახურების“ ტერმინისგან განსხვავებით, „სამედიცინო საქმიანობის“ მნიშვნელობა მკაფიოდაა გასაზღვრული. იგი გულისხმობს „ღონისძიებას, რომელიც დაავადების **პრევენციას,** დიაგნოზს, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას უკავშირდება და ქვეყანაში არსებულ პროფესიონალურ და ეთიკურ სტანდარტებს შეესაბამება“.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო პროგრამებზე ვრცელდება, რომელიც პარლამენტის მიერაა დამტკიცებული. იგი „სახელმწიფო

ბიუჯეტის შესახებ არსებული კანონის“ ნაწილს წარმოადგენს. მაშასადამე, მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებით სარგებლობაზე მხოლოდ სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებს ეხება, რომელიც ყოველწლიურად იცვლება.

კანონი პაციენტის უფლებაზე

კანონი განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურებას, როგორც „ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირის (პროვაიდერის) მიერ ჩატარებულ ნებისმიერ ჩარევას ან პროცედურას, რომელსაც დიაგნოსტიკური, თერაპიული, პრევენციული თუ რეაბილიტაციური მიზანი გააჩნია“ (მე-4 მუხლი). მოგვიანებით, მე-5 მუხლში საუბარია იმაზე, რომ მოსახლეობას უფლება აქვს გაეწიოს სამედიცინო მომსახურება ჯანდაცვის უზრუნველმყოფი პირისგან პროფესიული და მომსახურების სტანდარტების დაცვით, რომელიც აღიარებული და დამტკიცებულია საქართველოში“.

მაშასადამე, კანონმდებლობაში აღნიშნულია არაპირდაპირი უფლება ადეკვატური ხარისხის პრევენციულ მომსახურებაზე. ჯანდაცვის კანონის მსგავსად, პაციენტის უფლების კანონიც ზღუდავს ხელმისაწვდომობას სახელმწიფო პროგრამებში ჩართულ გარკვეულ სამედიცინო სერვისებზე. (იხ. ზემოაღნიშნული ჯანდაცვის კანონმდებლობა) მე-11 მუხლის თანახმად:

“სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას“.

კანონი აივ ინფექციასა და შიდსზე

სახელმწიფო პასუხისმგებელია განავითაროს და დანერგოს ყველა ის ღონისძიება, რომელიც აივ ინფექციისა და შიდსის პრევენციას ეხება. ასეთი ღონისძიებები მოიცავს საყოველთაოდ ხელმისაწვდომ მომსახურებას, მათ შორის, აივ ინფექციისა და შიდსის ლაბორატორიულ ანალიზსა და კონსულტაციას. კანონმდებლობის თანახმად, ყველას „აქვს უფლება გაიაროს ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ჩაიტაროს ანალიზი აივ ინფექციაზე, კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის დაცვით“ (მე-6 მუხლი, პირველი პარაგრაფი).

კანონი საზღვრავს სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებს, აივ ინფექციასთან მიმართებაში (მე-5 მუხლი), რომელიც აივ/შიდსის პრევენციის დებულებებს მოიცავს:

- სახელმწიფო პროგრამების განვითარება და დანერგვა აივ/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის მიზნით.
- მოსახლეობის ინდივიდულური ინფორმირება აივ-ის ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ.
- მოსახლეობის ინფორმირება აივ/შიდსის პრევენციის შესახებ, ინდივიდულურად ან მედია საშუალებებით.
- ნებაყოფლობითი კონსულტაციაზე, ანალიზსა და პრევენციაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.
- აივ/შიდსის პრევენციაზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობასა და მხარდაჭერაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, აგრეთვე „ზიანის შემცირების პროგრამის“ განხორციელების ხელშეწყობა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში.

ექსპოზიციისშემდგომი აივ ინფექციის პროფილაქტიკის დანერგვა:

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებს, რომლებიც აივ დადებით ან შიდსით დაავადებულ პირებს მომსახურებას სთავაზობს, ანალიზამდე და ანალიზის შემდგომი კონსულტაცია ყველა იმ პაციენტთან მოეთხოვებათ, რომელსაც ეს მომსახურება გაეწევა (მე-8 მუხლი, მე-4 პარაგრაფი).

ასევე, სავალდებულოა ამ დაწესებულებებმა პრევენციულ ღონისძიებებზე, სხვა ადამიანების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით (მე-8 მუხლი, მე-3 პარაგრაფი), ამ პირებს ინფორმაცია მიაწოდოს.

კანონი საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე

ამ კანონის მიზნები მოიცავს: ჯანსაღი ცხოვრების წესის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მათთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფას, ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვას, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციას. მთავრობა ვალდებულია მიმართოს პრევენციულ ზომებს, რომელიც საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საფრთხის არიდებას გულისხმობს.

კანონმდებლობაში ცალსახადაა მოხსენიებული, რომ სახელმწიფო და შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო ვალდებულია სათანადო ხარისხის ვაქცინებითა და პროცედურებით ვაქცინაცია

განახორციელოს, აგრეთვე, ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრის მიერ განსაზღვრული ვაქცინა, ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა პირისთვის, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (მე-6 და მე-7 მუხლები).

კანონმდებლობის მე-5 მუხლის (მე-2 პარაგრაფის) მიხედვით, საქართველოში ყველას აქვს უფლება:

ა) იყოს დაცული გადამდები დაავადებისგან, სამედიცინო შესაძლებლობების გამოყენებით.

ბ) უარი განაცხადოს პრევენციულ ღონისძიებაში მონაწილეობის მიღებაზე, თუ არ არსებობს ეპიდემიისა თუ პანდემიის საფრთხე. ხოლო ისინი ვინც დაავადების გავრცელების მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება, არ აქვთ ანალოგიური უფლება.

გ) იცხოვროს უსაფრთხო გარემოში.

დ) მიიღოს სრული, დროული და ზუსტი ინფორმაცია პრევენციული ვაქცინაციის მნიშვნელობისა და საჭიროების, მოსალოდნელი კლინიკური შედეგებისა და შესაძლო რისკების შესახებ. ვაქცინაციაზე უარის თქმის შემთხვევაში კი შესაძლო შედეგებზე.

კანონმდებლობაში ასევე საუბარია, იმაზე რომ მოსახლეობას უფასოდ ეკუთვნის ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრით დადგენილი ვაქცინები.

სხვა კანონები

ყოველწლიურად დამტკიცებული ჯანდაცვის პროგრამებისა და „სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონმდებლობის“ თანახმად, მოსახლეობას უფასოდ ეკუთვნის ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრით დადგენილი ვაქცინები.

მწარმოებლის შერჩევა, ვაქცინების შესყიდვა და ტრანსპორტირება სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას წარმოადგენს. მაშასადამე, მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინებია უფასო. შესაბამისად, თუ პაციენტი ამჯობინებს სხვა მწარმოებლის ვაქცინას, მას გადახდა მოუწევს. ყველა შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებები, პირველ რიგში, პაციენტს უფასო ვაქცინებს სთავაზობს, რომელიც სახელმწიფო პროგრამითაა დამტკიცებული. ამასთან, მათ ევალებათ პაციენტის ან მისი წარმომადგენლის ინფორმირება სხვა ალტერნატივაზე ანუ იმ ვაქცინაზე, რომელიც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებს ცდება ან კომერციული ხასიათისაა.

მხარდამჭერი დებულებები/ბანჯარბულებები/ბრძანებები

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრი (№122/4.06.2003 ეროვნული პრევენციული ვაქცინაციის კალენდრის დამტკიცებაზე) საქართველოს მოსახლეობისთვის ვაქცინაციის დეტალურ სქემას, მეთოდებსა და უსაფრთხოების წესებს აკანონებს. დოკუმენტი ვაქცინაციის სქემას პაციენტის ასაკის მიხედვით საზღვრავს, ამასთან იგი ვაქცინაციის კრიტერიუმსა და მეთოდს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების საფუძველზე ადგენს (ტულარემიის, ბრუცელოზის, ყვითელი ცხელების, ა, ბ ჰეპატიტისა და სხვა დაავადებებისთვის).

შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის № 215 , 11. 07. 2007წლის ბრძანება (თანამშრომლის სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევას დამსაქმებელი აფინანსებს) ადგენს იმ დაავადებას/დიაგნოზს, რომელიც გარკვეული სამუშაოსთვის ერთგვარ უკუჩვენებას წარმოადგენს. თანამშრომლების რეგულარული კონტროლი დაავადების პრევენციას ხელს უწყობს და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავეთა სისტემატური შემოწმება შესაბამის ობიექტებში ჯანსაღ გარემოს ჰქმნის. ზემოაღნიშნული პრევენციის არაპირდაპირ ფორმას წარმოადგენს.

ეთიკის კოდექსის პროვაიდერი

საქართველოს „ექიმთა ეთიკის კოდექსი“ (დამტკიცებული ქართველ ექიმთა პირველი კონგრესის მიერ) არ მოიცავს დებულებას, რომელიც უშუალოდ პრევენციას ეხება. თუმცა აქ საუბარია ექიმის მოვალეობებზე საზოგადოება იმ პირობებს გააცნოს, რომელთაც მათი ან გარკვეული ჯგუფის ჯანმრთელობაზე დადებითი ან უარყოფითი გავლენა შეუძლიათ იქონიონ. თვითონ ექიმიც ვალდებულია ცდილობდეს შეცვალოს ესა თუ ის პირობა/მდგომარეობა.

სხვა შესაბამისი წყაროები

ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის კონვენციის ევროპის საბჭოს თანახმად, არსებული საჭიროებებისა და შესაძლო რესურსების გათვალისწინებით, სახელმწიფოს ევალება სათანადო ხარისხის მქონე სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოს (მე-3 მუხლი). ეს მოიცავს პრევენციულ ღონისძიებებსაც.

ხოლო კონვენციის განმარტებითი დებულების თანახმად, ჯანდაცვა ესაა „მომსახურების იმ საშუალებების ნაკრები, რომელსაც დიაგნოსტიკური, პრევენციული, თერაპიული ან რეაბილიტაციური ხასიათი გააჩნია და რომლის მიზანიც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება, გაუმჯობესებაა ან ტკივილის შემსუბუქება“ (განმარტებითი დებულების 24-ე პუნქტი).

სისხლის სამართლის კოდექსი

სისხლის სამართლის კოდექსში, დებულებები დისკრიმინაციის შესახებ, ჯანდაცვის კერძო და საზოგადოებრივ სექტორს უკავშირდება. სისხლის სამართლის კოდექსის 142-ე მუხლის თანახმად, ცალკეულ პირთა თანასწორობისა და უფლებების დარღვევა რასის, ფერის, ენის, სქესის, რელიგიური რწმენის, პროფესიის, პოლიტიკური ან სხვა სახის მიმდევრობის, ეროვნული, ეთნიკური, სოციალური სტატუსის, საზოგადოებრივი კუთვნილების, წარმოშობის, საცხოვრებელი ადგილის, ქონებრივი მდგომარეობის საფუძველზე ისჯება ჯარიმით ან გამოსასწორებელი სამუშაოებით არაუმეტესი 1 წლის ვადით ან თავისუფლების აღკვეთით 2 წლის ვადით.

ამავე მუხლის მეორე ნაწილში აღნიშნულია, რომ ქმედება, რომელიც თანამდებობის ბოროტად გამოყენებას ან სერიოზულ შედეგებს უკავშირდება, ისჯება ჯარიმით ან გამოსასწორებელი სამუშაოებით, არაუმეტესი 1 წლის ვადით; თავისი თანამდებობისა და საქმიანობის გაგრძელების უფლების შენარჩუნებით ან ჩამორთმევით, არაუმეტესი 3 წლის ვადით.

ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ 142-ე მუხლის თანახმად, თანასწორობის დარღვევა დანაშაულად იმ შემთხვევაში მოიაზრება, თუ იგი პირთა უფლებების დარღვევას მოიცავს, ამიტომ აუცილებელია ვითარება ზუსტად განისაზღვროს. მაშასადამე, სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით, პასუხისმგებლობა დამნაშავეს (სავარაუდო მოძალადეს) მხოლოდ მაშინ ენიჭება, როდესაც პირთა უფლებები არსებითადაა დარღვეული.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია 142.1 მუხლი. მასში საუბარია იმაზე, რომ რასობრივი დისკრიმინაცია ანუ ის ქმედება, რომელიც იწვევს კონფლიქტს ეროვნული ღირსების დაკნინების მიზეზით, პირდაპირი თუ არაპირდაპირი შეზღუდვა რასის, ფერის, სოციალური კუთვნილების, ეროვნულ ან ეთიკურ საფუძველზე, ან სხვისი მკურნალობისთვის პრიორიტეტის მინიჭება, თავისუფლების აღკვეთით ისჯება.

142.2-ე მუხლი მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან იგი უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებულ შეზღუდვას ეხება და ადგენს, რომ უნარშეზღუდულების კანონმდებლობითა და საერთაშორისო დებულებებით მინიჭებული უფლების დარღვევა, ისჯება. დასჯას შეიძლება ჯარიმის ან 3 წლამდე თავისუფლების აღკვეთის სახე ჰქონდეს. მუხლის მეორე ნაწილი ეხება ამ მოქმედების განმეორებით ხასიათს, ოფიციალური პოზიციის ბოროტად გამოყენების სახით, ძალადობას ან საფრთხეს, მძიმე შედეგებს. აღნიშნული კი ისჯება ჯარიმით ან 5 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით.

მხარდამჭერი დებულებები/ განკარგულებები/ბრძანებები

პაციენტთა უფლებების კანონმდებლობის მე-13 მუხლის თანახმად, შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის განკარგულება №199 „იშვიათ დაავადებათა დამამტკიცებელი სია“, (დადგენილი 14.05. 2001 წელს) მიიღეს. ხარვეზების შესწორების შემდეგ (2004 წ.), ეს სია 23 დაავადებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას მოიცავს.

ტერმინთა ბეჭდური

აბრევიატურები

ACSD Accelerated Child Survival and Development
აქსელერანტი ბავშვის გადარჩენა და განვითარება

AIDS Acquired immune deficiency syndrome
შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი

APHA American Public Health Association
ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაცია

ARI Acute respiratory infection
მწვავე რესპირატორული ინფექცია

BCG Bacillus Calmette-Guerin (Antituberculosis vaccine)
ანტიტუბერკულოზური ვაქცინა (Bacillus Calmette-Guerin)

BOD Burden of disease
დაავადების ტვირთი

BSS Behavioral Surveillance Survey
ბაზისური ჩვევითი ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერული კომპონენტით

CBA Cost–benefit analysis
ხარჯებისა და სარგებლიანობის ანალიზი

CBR Crude birth rate
შობადობის უხეში მაჩვენებელი

CDC Centers for Disease Control and Prevention
დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები

CDD Control of Diarrhoeal Diseases–WHO
დიარეული დაავადებების კონტროლი – ჯანმო

CHW Community health worker
თემის ჯანდაცვის მუშაკი

CIMCI Community Integrated Management of Childhood Illness
ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვა თემში

CINDI Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention
არაგადამდებ დაავადებათა ქვეყნის მასშტაბით ინტეგრირებული ინტერვენციები

COPC Community-Oriented Primary Care
თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა

CVD Cardiovascular disease
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

DALYs Disability-adjusted life years
ინვალიდობის შედეგად დაკარგული ცხოვრების წლები

DHHS Department of Health and Human Services
ჯანმრთელობისა და ადამიანური რესურსების დეპარტამენტი

DOTS Directly Observed Treatments (Therapy)/ Short Course
მკურნალობა პირდაპირი ზედამხედველობის ქვეშ/მოკლე კურსი

DPT Diphtheria, pertussis, tetanus vaccines combined
დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი-კომბინირებული ვაქცინა

DtaP Diptheria and tetanus toxoid with a cellular pertusis vaccine
დიფტერია, ტეტანუსი და ყივანახველის უჯრედული ვაქცინა

EPI Expanded program of immunization, includes DPT, BCG, measles, polio
იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა, მოიცავს DPT, BCG, წითელას, პოლიოს

EPI Plus EPI, hepatitis B, yellow fever vaccines, plus vitamin A and iodine supplementation
EPI, ჰეპატიტი B, ყვითელი ცხელების ვაქცინა, ასევე A ვიტამინისა და იოდის დანამატები

FAO Food and Agriculture Organization
საკვებისა და სოფლის მეურნეობის ორგანიზაცია

FFF Food supplementation, family spacing, female education
კვებითი დანამატები, ოჯახის დაგეგმარება, ქალთა განათლება

FGM Female genital mutilation
ქალთა გენიტალური მუტილაცია, ქალთა კასტრაცია (ყველა პროცედურა, რომელიც იწვევს ქალთა გარე სქესობრივი ორგანოების ნაწილობრივ ან სრულ მოცილებას არასამედიცინო მიზნით)

GAVI Global Alliance for Vaccines and Immunization
ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი

GDP Gross domestic product
მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ)

GFATM Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria
შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის საწინააღმდეგო გლობალური ფონდი

GNI Gross national income
მთლიანი ეროვნული შემოსავალი (მეშ)

GNP Gross national product
მთლიანი ეროვნული პროდუქტი (მეპ)

GOBI Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunization
ზრდის მონიტორინგი, ორალური რეჰიდრატაცია, ძუძუთი კვება, იმუნიზაცია

GOBI/FFF GOBI plus family planning, food production, female education
GOBI და ოჯახის დაგეგმარება, საკვების წარმოება, ქალთა განათლება

HCFA Health Care Financing Administration
ჯანდაცვის ფინანსირების ადმინისტრირება

HepB Hepatitis B vaccine
B ჰეპატიტის ვაქცინა

HFA Health for All
ჯანმრთელობა ყველასათვის

Hib Haemophilus influenzae type B vaccine
B ტიპის *Haemophilus influenzae* ვაქცინა

HIS Health information system
ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა

HIV Human immunodeficiency virus
ადამიანის იმუნოდეფიციტის სინდრომი

HMD Health Manpower Development–WHO
ადამიანური რესურსების განვითარება ჯანმრთელობაში – ჯანმო

HMO Health maintenance organization
ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია

HRD Human resource development
ადამიანური რესურსების განვითარება

HRP Human resource planning
ადამიანური რესურსების დაგეგმვა

HRM Human resource management
ადამიანური რესურსების მართვა

IBRD International Bank for Reconstruction and Development–World Bank
რეკონსტრუქციისა და განვითარების საერთაშორისო ბანკი-მსოფლიო ბანკი

IDA Iron-deficiency anemia
რკინა-დეფიციტური ანემია

IDD Iodine-deficiency diseases
იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები

ILO International Labour Organization
შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია

IMNCI Integrated management of neonatal and childhood illness
ნეონატალური და ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვა

IMR Infant mortality rate
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

IPV Inactivated polio vaccine
პოლიოს ინაქტივირებული ვაქცინა

ITN Insecticide-treated mosquito net
ანტიმალარიული დამცავი ბადე

KAPB Knowledge, attitudes, beliefs and practicies
ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკა

LDC Least developed country
ყველაზე ნაკლებად განვითარებული ქვეყანა

MAP Malaria Action Program–WHO
მალარიის სამოქმედო პროგრამა

MCH Maternal and child health
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

MDG Millennium Development Goals
ათასწლეულის განვითარების მიზნები

MMR Maternal mortality rate
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

MMR Measles, mumps, rubella combined vaccine
წითელა, წითურა, ყბაყურის კომბინირებული ვაქცინა

MMWR *Morbidity and Mortality Weekly Report*
ავადობისა და სიკვდილიანობის ყოველკვირეული ანგარიში

MOH Ministry of Health, Medical Officer of Health
ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანმრთელობის სამედიცინო ოფიცერი

MONICA Multinational MONItoring of Trends and Determinants in CArdiovascular Disease–WHO
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ტენდენციებისა და დეტერმინანტების მულტიეროვნული მონიტორინგი

NGO Nongovernmental organization
არასამთავრობო ორგანიზაცია

NHANES National Health and Nutrition Examination Surveys
ჯანმრთელობისა და კვების შემსწავლელი ეროვნული კვლევები

NHS National Health Service, United Kingdom
ჯანმრთელობის ეროვნული სერვისები, დიდი ბრიტანეთი

NID National immunization days
იმუნიზაციის ეროვნული დღეები

NIH National Institutes of Health
ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი

OECD Organization for Economic Cooperation and Development
ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია

OPV Oral polio vaccine
პოლიოს ორალური ვაქცინა

ORT Oral rehydration therapy
ორალური რეჰიდრატაციული მკურნალობა

PAB Protection at birth
დაცვა დაბადებისას

PAHO Pan American Health Organization
ჯანმრთელობის პან-ამერიკული ორგანიზაცია

PHC Primary health care
პირველადი ჯანდაცვა

PPP Purchasing Power Parities
მსყიდველობითი უნარის პარიტეტი

QALY Quality-adjusted life year
ხარისხიანი ცხოვრების წლები

SARS Severe acute respiratory syndrome
მძიმე მწვავე რესპირატორული ინფექცია

STI Sexually transmitted infections
სქესობრივად გადამდები ინფექციები

TB Tuberculosis
ტუბერკულოზი

TBA Traditional birth attendant
მშობიარობის ტრადიციული დამსწრე

TT Tetanus toxoid vaccine
ტეტანუსის ანატოქსინის ვაქცინა

U5MR Under-five mortality rate
5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

UIS Institute for Statistics
იუნესკოს სტატისტიკის ინსტიტუტი

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
გაერთიანებული ერების აივ/შიდსის პროგრამა

UNDP United Nations Development Programme
გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
გაერთიანებული ერების განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაცია (იუნესკო)

UNFPA United Nations Population Fund
გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees
გაერთიანებული ერების ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარი

UNICEF United Nations Children's Fund
გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი

USAID United States Agency for International Development
ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების ფონდი

VHW Village (community) health worker
სოფლის (თემის) ჯანმრთელობის მუშაკი

VPDs Vaccine-prevenntable diseases
ვაქცინით მართვადი დაავადებები

WHO World Health Organization
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჯანმო

YPLL Years of potential life lost
პოტენციური სიცოცხლის დაკარგული წლები

Absolute poverty level – სიღარიბის აბსოლუტური დონე: შემოსავლის დონე, რომლითაც ხელმისაწვდომი არ არის მინიმალური ნუტრიციულად ადექვატური კვების რეჟიმი და ესენციური არა-საკვები საჭიროებები (UNICEF).

Accreditation – აკრედიტაცია: ჯანდაცვის დაწესებულებების და მისი ორგანიზაციის სისტემური, პერიოდული, სახელმწიფო ან საჯარო არამომგებიანი გარე შეფასება დამოუკიდებელი სააგენტოს მიერ.

Activities of Daily Living (ADL) – ცხოვრების ყოველდღიური აქტივობები: ისეთი აქტივობების ფუნქციონალური შესაძლებლობები, როგორიცაა მობილობა, პირადი მოვლა და ჩაცმის, ტუალეტის, კვების, საწოლიდან დახმარების გარეშე ადგომის ინდივიდუალური შესაძლებლობა.

Addiction – დამოკიდებულება: ნივთიერებებზე პათოლოგიური, ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება ან გარკვეული

ქმედების ჩადენის იძულება, ხასიათის ან ცნობიერების ცვლილების გამომწვევი ნივთიერების ან ალკოჰოლის მიღების; ან აზარტული თამაშის შეზღუდვის უუნარობა.

Age-Adjusted Rate – ასაკზე მორგებული მაჩვენებელი: პოპულაციის ასაკზე მორგებული მაჩვენებლის გამოყენება იმისათვის, რომ მოხდეს იმ განსხვავებების აღმოფხვრა რომლებიც წარმოიშობა პოპულაციაში ასაკობრივი განსხვავებების გამო.

Age-Specific Rate – ასაკის სპეციფიური მაჩვენებელი: მაჩვენებელი რომლის მიხედვითაც მოვლენა ან მდგომარეობა გამოვლენილია სპეციფიურ ჯგუფში. მრიცხველიცა და მნიშვნელიც განეკუთვნება ერთი და იგივე ასაკობრივ ჯგუფს.

Aging of the Population – მოსახლეობის დაბერება: დემოგრაფიული ტერმინი, რომელიც გამოხატავს გარკვეული დროის მანძილზე ხანდაზმული მოსახლეობის წილის მატებას მთლიან მოსახლეობაში.

Analytic Study – ანალიტიკური კვლევა: კვლევა ასოციაციების, მიზეზობრივი კავშირების ჰიპოთეზების შესასწავლად და რისკების, ჯანმრთელობის ეფექტების და სპეციფიური ზემოქმედების გამოსამყღავნებლად და გასაზომად; წრფივი/ერთმომენტიანი (cross-sectional), შემთხვევა-კონტროლის (case-control) და კოჰორტული (cohort) კვლევები.

Anemia – ანემია: სისხლში ჰემოგლობინის ნორმაზე დაბალი დონე ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით; გამოწვეულია სისხლის დანაკარგით, წითელი უჯრედების მკვეთრი შემცირებით (ჰემოლიზი), რკინის ან წითელი უჯრედების შემადგენელი სხვა ესენციური ელემენტების ნაკლებობით.

Anopheles Mosquito – კოლო ანოფელესი: კოლო, რომელსაც გადააქვს მალარიის გამომწვევი პარაზიტი ერთი ადამიანი – მასპინძლიდან მეორეზე; სიცოცხლის ხანგრძლივობა 2-3 კვირაა 24 გრადუსზე მაღალი ტემპერატურის პირობებში.

Anorexia Nervosa – ნევროზული ანორექსია: კვებითი მოშლილობა, რომლის დროსაც პაციენტი შეპყრობილია წონაში დაკლების სურვილით, რასაც მიჰყავს თვით-შიმშილობამდე, ზოგიერთ შემთხვევაში კი ლეტალურ გამოსავლამდე.

Antenatal (Prenatal) Care – ანტენატალური (პრენატალური) მეთვალყურეობა: ორსულ ქალთა მეთვალყურეობის მეთოდები და პროცედურები ორსულობის განმავლობაში. იდეალურ შემთხვევაში უნდა დაიწყოს ორსულობამდე, ხოლო აუცილებლად კი პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში, გაგრძელდეს მშობიარობამდე შემდგომი მონიტორინგით პოსტნატალური მზრუნველობის ფარგლებში.

Antibody – ანტისხეული: პროტეინის მოლეკულა, რომელიც გამომუშავდება ორგანიზმში უცხო სუბსტანციის საპასუხოდ (მაგ: ანტიგენი) ან პასიური გადაცემის გზით.

Antigen – ანტიგენი: სუბსტანცია (პროტეინი, პოლისაქარიდი, გლიკოლიპიდი, ქსოვილის ტრანსპლანტი და ა.შ.), რომელიც უცხოა ორგანიზმისთვის და რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს სპეციფიური იმუნური პასუხი და ორგანიზმში ანტისხეულების გამომუშავება.

Antiretroviral therapy (ART) – ანტირეტროვირუსული მკურნალობა: მედიკამენტების გამოყენება შიდსის მკურნალობისთვის, შიდსის განვითარების და პროგრესის გადავადებისათვის, და ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსის გადაცემის პრევენციისათვის (მაგ: დედისგან ნაყოფზე და ახალშობილზე).

Arthropod borne disease – ანთროპოიდული დაავადებები: დაავადებები (ვირუსული, რიკეტსიული, ბაქტერიული ან პროტოზოული), რომლებიც მასპინძელ ორგანიზმს გადაეცემა ანთროპოდების მიერ, როგორიცაა კოღო, ბუზი, ტკიპა, ობობა და ა.შ.

Apgar Score – აპგარის შკალა: ფართოდ გავრცელებული ინდექსი, რომელიც გამოიყენება ნეონატალური სტატუსის შესაფასებლად ქულების მინიჭების პრინციპის გამოყენებით (0-2) სასიცოცხლო ნიშნებისა და ახალშობილის მიერ აქტიურობის გამოვლენისთვის დაბადებიდან 1 და 5 წუთზე; ჯამური ქულები 0-დან 10-მდეა.

Appropriate Health Technology – ჯანმრთელობის შესაბამისი ტექნოლოგია: დიაგნოსტიკური და თერაპიული დაწესებულებები და სერვისები, რომლებიც ეკონომიკურად მდგრადია და შესაბამისობაშია ქვეყნის ფინანსურ შესაძლებლობასთან.

Attributable Risk – ატრიბუტული რისკი: დაავადების ან რაიმე სხვა გამოსავლის მაჩვენებელი ან პროპორცია განსაზღვრულ პოპულაციაში, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს კონკრეტული რისკ ფაქტორის არსებობასთან.

Average Length of Stay – დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა: პაციენტ-დღეების მთლიანი რაოდენობა, რომელშიც შედის პაციენტის მიღების დღე, მაგრამ არ შედის დღე, როცა

პაციენტი გაწერილი იქნა ანგარიშგების პარიოდში, გაყოფილი სტაციონარიდან გაწერილი პაციენტების რიცხვზე.

Bacillus Calmette-Guerin (BCG) Vaccine – კალმეტ-გუერინის ბაცილის (BCG) ვაქცინა: შესუსტებული ან ატენუირებული ტუბერკულოზის ბაცილა, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ტუბერკულოზის ვაქცინაციით პრევენციისთვის, განსაკუთრებით ბავშვებში მაღალი ინციდენტობის ზონებში.

Basket of Services – მომსახურებათა კალათა: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და კლინიკური ინტერვენციების განსაზღვრული ნაკრები, რომლებიც შესულია ჯანმრთელობის ეროვნულ ან სხვა დაზღვევაში ან სერვისის პროგრამაში, რაც ძირითადად მოიცავს პრევენციას, სამედიცინო და დიაგნოსტიკურ სერვისებს, საავადმყოფოში და ბინაზე მომსახურეობას, სავარაუდოდ გამოწერილ მედიკამენტებს, მაგრამ ხშირად გამორიცხავს მენტალური ჯანმრთელობის მომსახურებას და, როგორც წესი, გამორიცხავს სტომატოლოგიურ მომსახურებას.

Bed Occupancy Rate – საწოლის დაკავების მაჩვენებელი: დროის გარკვეულ მანძილზე (კვირა, თვე, წელი) დაკავებული საავადმყოფოს საწოლების, პედიატრიული საწოლების და აბაზანების (ახალშობილების გამოკლებით) პროცენტი გაყოფილი საწოლების მთლიან რაოდენობაზე ეროვნულ, რეგიონალურ, ან ადგილობრივ, საავადმყოფოს ან დეპარტამენტის დონეზე, რაც დახმარებას უწევს მენეჯმენტს დაწესებულებების მოხმარების აღრიცხვაში.

Benefit-Cost Ratio – სარგებლიანობა-ხარჯის მაჩვენებელი: გაზომვადი სარგებლისა და ხარჯების შეფარდებითი მაჩვენებელი; გამოიყენება პროგრამის ეკონომიური შესაძლებლობებისა ან წარმატების განსაზღვრისათვის.

Bias – ცდომილება/მიკერძოება: შედეგების ჭეშმარიტებიდან გადახრა, ან პროცესები, რომლებიც ასეთ გადახრებს იწვევს; შესაძლებელია განპირობებული იყოს გარკვეული ტენდენციებით მონაცემების შეგროვების, ანალიზის, ინტერპრეტაციის, პუბლიკაციის ან გადახედვის პროცესში, რამაც შესაძლოა ისეთ დასკვნებამდე მიიყვანოს, რაც ჭეშმარიტებიდან სისტემატურად განსხვავებულია.

Bimodal Distribution – ბიმოდალური დისტრიბუცია: ორი მაღალი სიხშირის განაწილება, რომელთა შორის დაბალი სიხშირის მაჩვენებლებია; ორპიკიანი განაწილების მრუდი.

Biological Plausibility – ბიოლოგიური ალბათობა: სავარაუდო მიზეზობრივი ასოციაცია, როდესაც ის აიხსნება არსებული ბიოლოგიური და სამედიცინო ცოდნით.

Birth Attended % – სამედიცინო პერსონალის თანდასწრებით მშობიარობის %: მშობიარობის პროცენტი, რომელიც მიღებულია ექთნების, ბებიაქალების, პირველადი ჯანდაცვის გადამზადებული მუშაკების ან გადამზადებული ტრადიციული მედიცინის მუშაკების მიერ

Birth Certificate – დაბადების მოწმობა: სახელმწიფო მანდატის მქონე ლეგალური დოკუმენტი, სადაც ჩაწერილია დაბადების დეტალები. დემოგრაფიული სტატისტიკას უზრუნველყოფს საბაზისო ინფორმაციით დაბადების და დაბადების მაჩვენებლების, ახალშობილთა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შესახებ, ასევე სხვა სტატისტიკური ინფორმაციით პოლიტიკური და ადმინისტრაციული იურისდიქციის ფარგლებში.

Birth Interval – დაბადების ინტერვალი: დრო ერთი მშობიარობის დასრულებიდან მეორე მშობიარობის დასრულებამდე

Birth Weight – წონა დაბადებისას: ახალშობილის წონა, რომელიც დაფიქსირებულია დაბადების მოწმობაზე დაბადებისას. 2500 გრამზე ნაკლები წონის ახალშობილები არიან დაბალი წონის (low birth weight-LBW), 1500 გრამზე ნაკლები ძალიან დაბალი წონის (very low birth weight-VLBW), ხოლო 1000 გრამზე ნაკლები განსაკუთრებით დაბალი წონის (ultra low birth weight-ULBW).

Blind Study – ბრმა კვლევა: კვლევა, რომელშიც კვლევის ობიექტმა და/ან დამკვირვებელმა არ იცის იმ ჯგუფის შესახებ, რომელშიც არის კვლევის ობიექტი კვლევის დროს. როდესაც არც დამკვირვებელმა და არც ობიექტმა არ იცის ამის შესახებ – „ორმაგი ბრმა“, ხოლო როდესაც არც სტატისტიკურმა ანალიტიკოსმა არ იცის – „სამმაგი ბრმა“ კვლევაა.

Body Mass Index (BMI) – სხეულის მასის ინდექსი (სმი): ანთროპომეტრული საზომი, რომელიც ჭარბი წონის ან სიმსუქნის ინდიკატორია; გამოითვლება ადამიანის წონა კილოგრამებში გაყოფილი სანტიმეტრებში გამოსახული სიმაღლის კვადრატზე. წონის დეფიციტი აღინიშნება, როდესაც სმი <18.5; წონა ნორმალურად ითვლება, როცა სმი 18.5 -24.9-ის ფარგლებშია; ჭარბ წონად ითვლება სმი=25-29.9; სიმსუქნედ კი სმი≥30.

Burden of Disease (BOD) – დაავადების ტვირთი: განსაზღვრულ პოპულაციაში დაავადების ზემოქმედების რაოდენობრივი გამოხატულება; მაჩვენებელი გამოხატავს სიკვდილის

შემთხვევების რაოდენობას, ისევე როგორც ნაადრევი სიკვდილით და მოსახლეობაში ინვალიდობით გამოწვეულ ზემოქმედებას.

Capitation – კაპიტაცია: განსაზღვრული ჯანმრთელობის სერვისებისთვის გადახდის მეთოდი, რომლის მიხედვითაც სახსრების ალოკაცია ხდება თითო ადამიანზე, როგორც სერვისების მიმღებზე, დროის გარკვეულ მონაკვეთში.

Case-Control Study – შემთხვევა-კონტროლის კვლევა: აღწერითი ეპიდემიოლოგიური კვლევა, გამოიკვლევა დაავადების ან სხვა გამოსავალის მქონე ადამიანების ჯგუფი და შესაბამისი საკონტროლო ჯგუფი, რომლებსაც აღნიშნული დაავადება/გამოსავალი არ აღენიშნებათ. გარკვეული რისკ-ფაქტორი ისაზღვრება „შემთხვევისა" და „კონტროლის" (პირები, რომლებსაც აქვთ იგივე ასაკობრივი და სქესობრივი მახასიათებლები და შემთხვევის ჯგუფისგან განსხვავდებიან მხოლოდ დაავადების/გამოსავლის არარსებობით) ჯგუფებში. ზემოქმედების სიხშირე იზომება ორივე ჯგუფში, ხშირად გამოისახება შანსების თანაფარდობით (odds ratio).

Case Fatality Rate (CFR) – ლეტალობის მაჩვენებელი: რაიმე კონკრეტული მდგომარეობისას ლეტალური შემთხვევების პროპორცია დიაგნოზიდან ან რაიმე სამედიცინო ინტერვენციიდან გარკვეული დროის განმავლობაში. გამოისახება პროცენტებში = დაავადებით გარდაცვლილების რაოდენობა/იგივე დროში დიაგნოზ დასმულების რაოდენობა X 100

Categorical Service – მომსახურება კატეგორიების მიხედვით: მომსახურების პროგრამა, რომელიც დაფინანსებულია ან შექმნილია სპეციფიურად ერთი დაავადების, სერვისის ან რისკ ჯგუფის კატეგორიისთვის

Cause of Death – სიკვდილის მიზეზი: სიკვდილის მიზეზი მოიცავს იმ დაავადებებს, მდგომარეობებს, ან უბედურ შემთხვევებს და ძალადობას, რომლებმაც გამოიწვიეს დაზიანებები. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი მითითებულია სიკვდილის სამედიცინო ცნობაში როგორც დაავადება ან დაზიანება, რომელმაც გამოიწვია მოვლენათა ჯაჭვი, რომელიც სიკვდილით დასრულდა.

Cause-Specific Rate – მიზეზ სპეციფიური მაჩვენებელი: მაჩვენებელი, რომელიც ახდენს ისეთი მოვლენების ვერიფიცირებას მიზეზის მიხედვით, როგორიცაა სიკვდილი.

Census – აღწერა: მოსახლეობის პერიოდული ოფიციალური აღრიცხვა, რომლიც მიხედვითაც ხდება ყველა ადამიანის აღრიცხვა თითოეულ საცხოვრებელ ადგილზე, ასაკის და დაბადების თარიღის, სქესის, პროფესიის, ერიოვნების, ენის, ოჯახური მდგომარეობის, შემოსავლის მიხედვით, ოჯახის უფროსის და ოჯახის საცხოვრებლის შესახებ დამატებითი ინფორმაციის ჩათვლით. ის ასევე შეიძლება მოიცავდეს დამატებით ინფორმაციას განათლების დონის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მაგალითად, როგორიცაა მუდმივი ინვალიდობა.

Certification – სერტიფიცირება: ნორმატიული ან ლეგალური მიზნებისთვის ოფიციალური ფორმის შევსება როგორც დემოგრაფიულ სტატისტიკაში, ასევე მოთხოვნების დაკმაყოფილება პრაქტიკოსად მუშაობის უფლებისთვის ან ჯანდაცვის დაწესებულად ფუნქციონირების უფლებისათვის, რაც დაწესებულებას ანიჭებს სპეციფიურ უფლებებს გარკვეული სერვისების მიწოდებისთვის. სახელმწიფოს აქვს ოპერირების უფლების გაცემის უფლება, ასევე აქვს უფლება დაწესებულებას ინსპექტირება ჩაუტაროს და ჩამოართვას მას ლიცენზია ან მოსთხოვოს დაწესებულების ფუნქციონირებაში ცვლილებების შეტანა.

Child Mortality Rate – ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი: 5 წლამდე ასაკის ბავშვების წლიური სიკვდილობა გამოსახული როგორც პროცენტი ყოველ 1000 ცოცხლად შობილზე. იმ მოსახლეობაში, სადაც პატარა ბავშვების ასაკი დაზუსტებით არ არის ცნობილი, ეს მაჩვენებელი ხშირად გასაშუალოებულია ბოლო 5 წელზე (UNICEF).

Clinical Guidelines – კლინიკური გაიდლაინები: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული სტანდარტები, რომელიც დაფუძნებულია მეტა ანალიზზე მრავალდისციპლინურ პროფესიონალთა ჯგუფის მიერ შესაბამისი სამეცნიერო ინფორმაციის სრულფასოვანი გადახედვის და ღრმა ანალიზის შედეგად. გაიდლაინები უზრუნველყოფენ ექიმებს და სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერებს კონკრეტული კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური მნიშვნელობის სამედიცინო მდგომარეობის პრევენციის და მკურნალობის მიღებული კრიტერიუმებით.

Cohort Studies – კოჰორტული კვლევა: ეპიდემიოლოგიური კვლევის ანალიტიკური მეთოდი, რომელშიც განსაზღვრული პოპულაციის იმ სუბიექტების იდენტიფიცირება ხდება, რომლებიც არიან, იყვნენ ან მომავალში შესაძლოა ან არ არის შესაძლო რომ იყვნენ გარკვეული ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ, რომლებიც სავარაუდოდ გავლენას ახდენს მოცემული დაავადების ან შედეგის შესაძლო განვითარებაზე. ეს არის დაკვირვება დიდი რა-

ოდენობით ადამიანებზე ხანგრძლივი დროის მანძილზე ინციდენტობის მაჩვენებლის შედარებით ფაქტორების ზემოქმედების განსხვავებული დონის მიხედვით. კვლევის მიზანია პოპულაციის ჯგუფებში ინციდენტობის ან სიკვდილობის სანდო მაჩვნებლების გენერირება.

Coliform Test – სასმელი წყლის სტანდარტული ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, რომლის დროსაც გამოიყენება მარტივი კულტურის მეთოდები, რათა მოხდეს *Escherichia coli*-ს, როგორც წყლის ფეკალური დაბინძურების ინდიკატორის, ტესტირება.

Cold Chain – ცივი ჯაჭვი: გარემოს მაღალი ტემპერატურისგან დაცვის სისტემა სიცხისადმი ლაბილური ვაქცინებისთვის, შრატისა ან სხვა აქტიური ბიოლოგიური პროდუქტებისთვის. თუ ცივი ჯაჭვი არ იქნა დაცული, ეს ნივთიერებები დაკარგავენ თვისებებს და იმუნიზაციის პროცესი იქნება არაეფექტური. ცივი ჯაჭვი დაცული უნდა იყოს წარმოების დროიდან მოხმარების დრომდე, რაც ასევე უნდა მოიცავდეს შენახვის და ტრანსპორტირების ყველა ფაზას.

Community Health Workers (CHWs) – თემის ჯანდაცვის მუშაკები: სამედიცინო მომსახურების გამწევი არაპროფესიონალი პირები, რომლებიც შერჩეულნი არიან კონკრეტულ თემში და გადამზადებულები ზოგადი და სპეციფიური პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმართულებით იმ პოპულაციების ჯგუფისთვის, რომლებსაც ყველაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა აქვთ ჯანდაცვის სერვისებზე.

Community Medicine – თემის მედიცინა: პოპულაციის ჯანმრთელობის ან დაავადების შესწავლა გარკვეულ თემში, რათა მოხდეს პოპულაციის საჭიროებების ინდენტიფიცირება, ასევე იმ საშუალებების იდენტიფიცირება რომლის მეშვეობითაც უნდა მოხდეს ამ საჭიროებების დაძლევა, და მოხდეს იმის შეფასება თუ რომელი სამედიცინო სერვისები პასუხობენ ყველაზე უკეთ ამ საჭიროებებს.

Community-Oriented Primary Care (COPC) – თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა: თემის ან პოპულაციის დონეზე ახდენს თემის მედიცინის პირველად ჯანდაცვასთან ინტეგრაციას. ის იკვლევს ჯანდაცვის საჭიროებებს და უზრუნველყოფს გამოვლენილი საჭიროებების სისტემურ, კოორდინირებულ მართვას პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ, რომელიც შედგება ექიმებისგან, ექთნებისგან, და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებისგან.

Confidence Interval (CI) – სანდოობის ინტერვალი: გამოთვლილი ინტერვალი მოცემული ალბათობის პირობებში (მაგ: 95%), რომლის ფარგლებშიც ხდება ცვლადების განსაზღვრა, როგორიცაა საშუალო, პროპორცია, მაჩვენებელი.

Confoundig variable (Confounder) – დამაბნეველი ცვლადი: ფაქტორი ან ცვლადი, რომელიც არ არის საკვლევი მიზეზობრივი ფაქტორისაგან განცალკევებული და ასვე არ არის შუალედური ცვლადი, მაგრამ პოტენციურად შეუძლია გამოიწვიოს ან ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის გამოსავალს, რომელიც მკვლევარის ინტერესს წარმოადგენს. თუ შემრევი ცვლადი არ იქნა იდენტიფიცირებული და განცალკევებული საკვლევი ფაქტორებისგან, მისი ზემოქმედება გამოიწვევს შესაძლო მიზეზობრივი კავშირის არასწორ ინტერპრეტაციას და დასკვნებს.

Contamination – კონტამინაცია/დაბინძურება: სხეულის ზედაპირზე, საკვებში, წყალში, ნიადაგში, ჰაერში ან უსულო საგნებზე ტოქსინის, ინფექციური ან მავნე აგენტების არსებობა.

Contraception – კონტრაცეფცია: ჩასახვის თავიდან აცილება შემდეგი მეთოდით: ჰორმონალური (ტაბლეტები, ინექციური ან სუბდერმალური იმპლანტები), საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, ბარიერული საშუალებები (კონდომი, დიაფრაგმა), ქიმიური (სპერმიციდები) და ბუნებრივი მეთოდები (რითმული/კალენდარული მეთოდი და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი)

Contraceptive Prevalence Rate – კონტრაცეფციის პრევალენტობის მაჩვენებელი: 15-49 წლის იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ან რომელთა სქესობრივი პარტნიორიც იყენებს კონტრაცეფციის ნებისმიერ თანამედროვე ან ტრადიციულ მეთოდს.

Co-Payments – თანა-გადახდა: გაწეულ სამედიცინო სერვისებზე გადასახადის მომხმარებლის მიერ გადახდილი წილი, რომელიც მოიაზრება როგორც არასაჭირო სერვისების გამოყენების შემაფერხებელი.

Cost – ხარჯები: რესურსების ღირებულება, რომელიც ინვესტირებულია სერვისისთვის, და მოიცავს შენობის, მოწყობილობების, ოპერირების (მაგ: ხელფასი, საკვები, ელექტროენერგია, სარეცხი) ხარჯებს. *არაპირდაპირი ხარჯი* არის დაავადების გამო პროდუქტიულობის დანაკარგი, ზარალი, რომელიც მიადგა პაციენტს, მისი ოჯახის წევრს, საზოგადოებას, დამსაქმებელს. *არახელშესახები ხარჯი* არის ხარჯი, რომელიც გამოწვეულია

ტკივილით, მწუხარებით, გლოვით, თავისუფალი დროის დაკარგვით.

Cost-benefit Analysis (CBA) – ხარჯების და სარგებლიანობის ანალიზი: ანალიზი, რომლის დროსაც გათვალისწინებულია ჯანდაცვის სერვისების/სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური და სოციალური ხარჯები და ნაადრევი სიკვდილის ან დაინვალიდების თავიდან აცილების გამო მიღებული სარგებლიანობა. ძირითადი კანონია, რომ სარგებლიანობის შეფარდება ხარჯებთან უნდა აღემატებოდეს ან უტოლდებოდეს 1-ს.

Cost-benefit Ratio (CBR) – ხარჯები-სარგებლიანობის ფარდობა: ეკონომიკური ანალიზი, რომლის დროსაც ყველა ხარჯი და მოგება არის კონვერტირებული ფულად ღირებულებაზე და შედეგები, როგორც წესი, გამოისახება ა.შ.შ. დოლარებში.

Cost-Effectiveness Analysis (CEA) – ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი: ეკონომიკური შეფასების ფორმა, რომლის დროსაც ყველა ხარჯი გამოისახება ფულადი, ხოლო შედეგები არაფულადი სახით, მაგალითად, როგორც შეძენილი ცხოვრების წლები, აღმოჩენილი შემთხვევები, ან თავიდან აცილებული შემთხვევები. ანალიზის მიზანია განსაზღვროს ხარჯების და ღონისძიებების ეფექტურობა ან შეადაროს მსგავსი ალტერნატიული ღონისძიებები, ასევე განსაზღვროს მათ მიერ მიღწეული მიზნების ან შედეგების დაახლოებითი დონე.

Cross-Sectional Studies – ჯვარედინი/ერთმომენტიანი/წრფივი კვლევები: კვლევები, რომელიც იკვლევს ურთიერთკავშირს დაავადებას ან სხვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მახასიათებელსა და სხვა ცვლადებს შორის განსაზღვრულ პოპულაციაში გარკვეული დროის მონაკვეთში წარსული მდგომარეობის გათვალისწინების გარეშე. ეს ძირითადად მოიცავს დაავადების გავრცელებას და მახასიათებლების არსებობას დაავადებულ მოსახლეობაში არადაავადებულ მოსახლეობასთან შედარებთ.

Crude Birth Rate – შობადობის უხეში მაჩვენებელი: ცოცხლადშობილთა წლიური რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე კალენდარულ წელს, განსაზღვრულ ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე.

Crude Death Rate – სიკვდილობის უხეში მაჩვენებელი: სიკვდილის შემთვევათა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე განსაზღვრული დროის მონაკვეთში (როგორც წესი, კალენდარული წელი).

Days of Care – სამედიცინო მეთვალყურეობის დღეები: გაწერის დღეს პაციენტის მიერ აკუმულირებული პაციენტ-დღის საერთო რაოდენობა ხანმოკლე დროით დასაყოვნებელი საავადმყოფოებიდან რეპორტირების დროის განმავლობაში, მიღების დღის ჩათვლით, მაგრამ გაწერის დღის გამოკლებით; როგორც წესი გამოისახება პროცენტებში.

Death Certificate – სიკვდილის სამედიცინო ცნობა: კანონის შესაბამისი ჩანაწერი, რომელიც ხელმოწერილია ლიცენზირებული ექიმის ან სხვა დანიშნული ჯანდაცვის მუშაკის მიერ, სადაც ასევე მითითებულია სიკვდილის მიზეზი, გარდაცვლილის სახელი, სქესი, დაბადების თარიღი, საცხოვრებელი და გარდაცვალების ადგილი. პირველ ხაზში მითითებულია სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი, ხოლო მომდევნო ხაზში მდგომარეობა, რომელმაც ხელი შეუწყო პირდაპირი მიზეზის განვითარებას. ძირითადი მიზეზი ყველაზე ბოლოს არის მითითებული. ასევე უნდა იყოს მითითებული სიკვდილის დადგომამდე ქონდა თუ არა პაციენტს სამედიცინო დახმარება აღმოჩენილი.

Decentralization of Health Services – ჯანდაცვის სერვისების დეცენტრალიზება: ჯანდაცვის სერვისების ოპერირების უფლებამოსილების და ბიუჯეტის, მენეჯმენტის და პერსონალის ჩათვლით ეროვნულ ან სახელმწიფო დონის ცენტრალური მთავრობიდან ადგილობრივი ჯანდაცვის მმართველობაზე ან დამოუკიდებელ არაკომერციულ კორპორაციებზე გადაცემა/დელეგირება.

Demand for Health Services – ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა: ჯანდაცვის სერვისების ძიების და გამოყენების სურვილი და შესაძლებლობა. *გამოხატული მოთხოვნა* არის რეალური გამოყენება, როდესაც *პოტენციური მოთხოვნა* არის საჭიროების გამოხატულება.

Demographic Transition – დემოგრაფიული გარდასვლა: შობადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლის კლების ხანგრძლივი ტენდენცია, რომელსაც თან ახლავს მოსახლეობის ასაკობრივი შემადგენლობის ცვლილება, გაზრდილი სიცოცხლის ხანგრძლივობით და „მოსახლეობის დაბერებით“

Demography – დემოგრაფია: მოსახლეობის შესწავლა, განსაკუთრებით ზომასთან და სიმჭიდროვესთან, ასევე შობადობასთან, სიკვდილობასთან, ზრდასთან, ასაკობრივ გადანაწილებასთან, მიგრაციასთან, ვიტალურ სტატისტიკასთან მიმართებაში და ყველა ამ მახასიათებლის ურთიერთკავშირი ეკონომიკურ და სოციალურ მდგომარეობასთან.

Dependency Ratio – დამოკიდებულების პროპორცია: ზოგად მოსახლეობაში სხვაზე დამოკიდებული ადამიანების პროპორცია, რომლებსაც ეხმარებიან ან პირდაპირ, ან საჯალდებულო სოციალური დაცვის სისტემის მეშვეობით. დამოკიდებულების პროპორცია არის ეკონომიკურად არააქტიურ და ეკონომიკურად აქტიურ მოსახლეობას შორის არსებული პროპორცია.

Diagnosis-related Group (DRG) – დიაგნოზთან დაკავშირეული ჯგუფი: ჰოსპიტალური პაციენტების კლასიფიკაცია დიაგნოზის და საჭირო სამედიცინო დახმარების სახის და ინტენსივობის მიხედვით, ხშირად გამოიყენება სადაზღვევო კომპანიების მიერ ანაზღაურების დონეების დასაწესებლად.

Direct Costs – პირდაპირი ხარჯი: ჯანდაცვის სისტემაში გაწეული ხარჯი, რომელიც პირდაპირ უკავშირდება პრევენციულ ან სამკურნალო ღონისძიებებს გარკვეული მდგომარეობისას, რაც საწინააღმდეგოა არაპირდაპირი ხარჯისა, როგორიც არის პროდუქტიულობის ან ხელფასის დაკარგვა ავადმყოფობის დროს.

Disability adjusted Life Year (DALY) – ინვალიდობის შედეგად დაკარგული ცხოვრების წლები: მთელი პოპულაციის დონეზე ნაადრევი სიკვდილის მიზეზით (YLL) და კონკრეტული დაავადების შედეგად დაინვალიდების გამო დაკარგული (YLD) ცხოვრების წლების საერთო რაოდენობა. ეფუძნება ინფორმაციას სიკვდილის გამომწვევი მიზეზების შესახებ და ეპიდემიოლოგიურ შეფასებებს ჯანმრთელობის ძირითადი პრობლემების ირგვლივ ჯანმო-ს თითოეულ რეგიონში.

Discharge, Hospital – გაწერა, საავადმყოფოდან: საავადმყოფოდან ფორმალური გაწერა და სტაციონარში ერთი ან მეტი ღამით ყოფნის დასრულება. ჯანრთელი ახალშობილის საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდის გამოკლებით.

District Health Authoritiy (DHA) – ჯანმრთელობის რაიონული ორგანო: ტერმინი, რომელიც აღწერს ადგილობრივი მთავრობის მიერ ოპერირებულ ჯანდაცვის სერვისებს, რაც მოიცავს გარკვეულ სერვისებზე ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას და ზოგად პასუხისმგებლობას გარკვეული უბნის მოსახლეობის ჯანრმთელობაზე, ანგარიშვალდებულებით მთავრობის უფრო მაღალ დონესთან.

DPT Vaccine – DPT ვაქცინა: დიფტერია, ყივანახველა და ტეტანუსის კომბინირებული ვაქცინა

Efficacy – ეფექტურობა: დონე, რომელზეც განსაზღვრული ინტერვენცია, პროცედურა, რეჟიმი ან სერვისი იწვევს წარმატებულ შედეგს იდეალური პირობების შემთხვევაში; ინდივიდის ან მოსახლეობის მიერ მიღებული მომგებიანი შედეგის გაზომვა საუკეთესოდ ხდება რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებით.

Efficiency – ეფექტიანობა: დონე, რომელზეც ცნობილი ეფექტურობის ინტერვენციაზე, პროცედურაზე, რეჟიმზე ან სერვისზე დახარჯული რესურსი, როგორიც არის ფული, ძალისხმევა ან დრო, მინიმუმამდეა დაყვანილი. პროცესი, რომლის მიხედვითაც შეზღუდული რესურსების საუკეთესო გამოყენება ხდება.

Elimination – ელიმინაცია: დაავადების შემთხვევათა გადაცემის წინასწარ გასაზღვრულ ისეთ დონემდე შემცირება, რომ მიღწეული იქნას სიტუაცია, როდესაც ინფექციის აგენტს არ შეუძლია საკუთარი თავის გადარჩენა პოპულაციაში და აღარ წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დიდ პრობლემას.

Enriched foods – გამდიდრებული საკვები: მარტივი საკვები, რომელსაც დამატებული აქვს ნუტრიციულად მნიშვნელოვანი მინერალები და ვიტამინები იმისათვის, რომ გაიზარდოს მისი ნუტრიციული ღირებულება (ფორტიფიკაცია), ან აღუდგეს ის ღირებულება, რომელიც მას დაეკარგა გადამუშავების ან მომზადებისას.

Environmental Protection Agency (EPA) – გარემოს დაცვის სააგენტო: აშშ-ს ფედერალური მთავრობის სააგენტო, რომელსაც აქვს ადამიანის ჯანრთელობაზე მოქმედი გარემო რისკების შეფასების და მართვის, და ყველა გარემო მედიის, ჰაერის, წყლის და მიწის ჩათვლით, მონიტორინგის ვალდებულება.

Epidemic Curve – ეპიდემიის მრუდი: ეპიდემიის გრაფიკული გამოსახულება, რომელიც ასახავს შემთხვევათა განაწილებას დროის მიხედვით, რაც ხელს უწყობს ეპიზოდის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების განსაზღვრას.

Epidemiologic Intelligence Service (EIS) – ეპიდემიოლოგიური განათლების/ინტელექტუალური სერვისი: აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის ტრენინგისა და მომსახურების პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც კლინიცისტები მზადდებიან ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარებაში, როგორც მათი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტებად ჩამოყალიბების ნაწილი.

Epidemiologic Transition – ეპიდემიოლოგიური

გარდასვლა: ადამიანური პოპულაციის დაავადების გამომწვევ აგენტებთან ურთიერთობის რამოდენიმე ფაზა, რომლის დროსაც ხდება საზოგადოებაში დომინანტური დაავადების გავრცელების ტენდენციების ცვლილება. (მაგ: ინფექციური დაავადებების აბსოლუტური და შედარებითი მნიშვნელობის შემცირება ქრონიკული დაავადებების და ტრავმების მნიშვნელობის მომატებასთან შედარებით). ახალი ეპიდემიოლოგიური ტენდენციები მოიცავს ახლად ან ხელახლა აღმოცენებული ინფექციური დაავადების და ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის ზრდას.

Eradication – ერადიკაცია: ინფექციის ყველანაირი გადაცემის დასრულება ინფექციური აგენტის განადგურებით ეპიდზედამხედველობის გზით (მაგ: ყვავილის ერადიკაცია). ჯანმო-ს დეფინიციით ერადიკაცია არის ისეთი სტატუსის მიღწევა, რომლის დროსაც დაავადების შემთხვევები არსად აღარ ფიქსირდება, და შემდგომი ღონისძიებები საჭირო აღარ არის.

Essential Drug List – ესენციური მედიკამენტების ნუსხა: ესენციური მედიკამენტების ნუსხის მოდელი შექმნილია ჯანმო-ს მიერ და მოიცავს ყველა იმ მედიკამენტს, რომელიც მიჩნეულია აუცლილებლად ყველაზე გავრცელებული სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების სამკურნალოდ და პრევენციისთვის. ეს ნუსხა ძირითადად განვითარებად ქვეყნებზეა მიმართული.

Evaluation – შეფასება: პროცესი, რომელიც ცდილობს რაც შეიძლება სისტემურად და ობიექტურად განსაზღვროს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ღონისძიებების შესაბამისობა და გავლენა მათი მიზნებიდან გამომდინარე. შეფასება არის მრავალგანზომილებიანი პროცესი და მოიცავს პოპულაციის, ინფრასტრუქტურის, შენატანის (მაგ: რესურსი), პროცესის (მაგ: გამოყენება) და გამოსავლის (მაგ: სიკვდილობა, ავადობა და ფუნქციონალური სტატუსი) ინდიკატორების აღწერას, შედარებას და ანალიზს; ასევე ხარჯების მიღებულ სარგებელთან შედარებას და ანალიზს.

Evidence-Based Practice – მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა: ეპიდემიოლოგიის, სოციოლოგიის, ეკონომიკისა და სხვა რელევანტური წყაროებიდან მიღებულ საუკეთესო მტკიცებულებების (რაც ასევე მოიცავს რეცენზირებულ სტატიებს და ანგარიშებს), სრულყოფილი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემების მიერ გამოცდილი საუკეთესო პრაქტიკის გამოყენება და დანერგვა.

Expanded Program on Immunization (EPI) – იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა: ჯანმრთელობა ყველასათვის იმუნიზაციის პროგრამა (WHO, UNICEF), რომელიც მოიცავს დიფტერიის, ყივანახველას, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, წითელასა და ტუბერკულოზის ვაქცინებს ახალშობილებისა და ბავშვებისთვის; განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში ტარდება.

Exposure – ზემოქმედება: დაავადების გამომწვევ აგენტთან კონტაქტი, როდესაც ხდება აგენტის ახალ მასპინძელზე გადაცემა. დაავადების გამომწვევი აგენტი, როგორიცაა ტოქსიური ნივთიერება ან რადიაციის დონე, რომლის ზემოქმედების შედეგადაც ადამიანთა ჯგუფს უვითარდება კლინიკური სიმპტომატიკა, რაც შეიძლება დროსთან იყოს დაკავშირებული.

Fee-for-Service – გადასახადი მომსახურებისას: საგადასახადო სისტემა, რომელის დროსაც პაციენტი იხდის ერთეული მომსახურების (კონსულტაცია, გამოკვლევა, დიაგნოსტიკა) საფასურს.

Fertility Rates – შობადობის მაჩვენებლები: მოსახლეობის შობადობის საზომი. *შობადობის საერთო მაჩვენებელი (Total fertility rate)* წარმოადგენს ცოცხლადშობილ ბავშვთა საშუალო რაოდენობას, რომლებსაც ქალი გააჩენდა მთელი ცხოვრების მანძილზე, გათვალისწინებულია ასაკ-სპეციფიური შობადობის მაჩვენებლები მოცემულ წელს. ეს მაჩვენებელი უფრო ზუსტია, ვიდრე *შობადობის ზოგადი მაჩვენებელი (General fertility rate)*, რომელიც წარმოადგენს ცოცხლადშობილი ბავშვების რაოდენობას ყოველ 1000 რეპროდუქციული ასაკის (15–44 წლის) ქალზე წელიწადში.

Filtration – ფილტრაცია: მოსახლეობის წყლით მომარაგების პროცესის ის ეტაპი, როდესაც ხდება წინასწარ, წყლის სათავეშივე მისი გასუფთავება სხვადასხვა მინარევებისაგან, შემდეგ კი მისი დეზინფექცია.

Fluoridation – ფტორირება: სასმელ წყალში ნატრიუმის ფტორიდის სისტემატიური დამატება, განსაზღვრულ დონემდე (0.7–დან 1.2 parts per million ppm), რათა მოხდეს მოსახლეობაში სტომატოლოგიური პრობლემების შემცირება.

Food Balance Sheet – საკვების ბალანსის ცხრილი: სპეციალური ცხრილი, სადაც წარმოდგენილია ქვეყნის საკვებით მომარაგების მოდელი: ქვეყანაში წარმოებული, იმპორტირებული და ექსპორტირებული საკვების სახეობები და რაოდენობა, და ერთ სულ მოსახლეზე მისი გადანაწილება.

Food Security – საკვების უსაფრთხოება: სიტუაცია, როდესაც ყველა ადამიანისათვის ნებისმიერ დროს ხელმისაწვდომია საკმარისი, უსაფრთხო და ნოყიერი საკვები, რათა დაკმაყოფილებულ იქნას მათი კვებითი მოთხოვნილება და კვებითი არჩევანი; აქტიური ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის მიზნით.

Formerly Socialist Economics (FSE) – ყოფილი სოციალისტური ეკონომიკა: ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები და აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის სოციალისტური ქვეყნები.

General Practitioner – ზოგადი პრაქტიკის ექიმი: ექიმი, რომელიც პირველადი დახმარების გარდა, პასუხისმგებლობას იღებს ერთი პაციენტის ან მთელი ოჯახის ხანგრძლივ მეთვალყურეობასა და დახმარებაზე. ასეთი ექიმის მიმართ ასევე გამოიყენება ტერმინი *ოჯახის ექიმი*.

GINI coefficient index – ჯინის კოეფიციენტი ანუ, ეკონომიკური თანასწორობა თუ ეკონომიკური თავისუფლება: ძირითადად გამოიყენება ჯანმრთელობის ეკონომიკაში საზოგადოებაში უთანასწორობის ხარისხის, შემოსავლის რაოდენობისა და ქონების გადანაწილების შესაფასებლად. კოეფიციენტი გამოითვლება სხვადასხვა სოციალური ჯგუფების შემოსავლების შედარებით. რაც უფრო მაღალია ჯინის კოეფიციენტი, მით უფრო დიდია ზემოთ ჩამოთვლილი კომპონენტების სხვაობა მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ ფენებში.

Global Burden of Disease (GBD) – დაავადების გლობალური ტვირთი: ინდიკატორი, რომელიც გამოხატავს დაავადებისა და ფიზიკური უუნარობის გამო ადამიანთა სიცოცხლის წლების შემცირებას. იგი შემოღებულია მსოფლიო ბანკისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და გამოიყენება დაავადებათა ტენდენციების შესაფასებლად და შესადარებლად დროის სხვადასხვა მონაკვეთში, ასევე დაავადების გამოსავალზე სხვადასხვა ინტერვენციის ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით.

Global Fund – გლობალური ფონდი: გლობალური ფონდი დაარსდა რესურსების გაზრდის მიზნით ისეთ დაავადებებთან საბრძოლველად, როგორიცაა შიდსი, ტუბერკულოზი და მალარია. ფონდი არეგულირებს ამ რესურსების მიმართვას იმ სფეროებზე, რომელთაც აქვთ ამის უდიდესი საჭიროება. ეს არის პარტნიორობა სხვადასხვა სახელმწიფოს მთავრობებს, სამოქალაქო საზოგადოებასა და კერძო სექტორს შორის, ასევე არის ინოვაციური მიღწევა საერთაშორისო ჯანმრთელობის დაფინანსებაში.

Gross Domestic Product(GDP) – მთლიანი შიდა პროდუქტი: მაჩვენებელი, რომელიც გამოხატავს დროის გარკვეულ პერიოდში (მაგ., 1 წლის განმავლობაში) სახელმწიფოს შიგნით სოფლის მეურნეობის საქონლისა და მატერიალური წარმოების ყველა დარგიდან მიღებული შემოსავლის ოდენობას (გამოხატული ეროვნულ ვალუტაში).

Gross National Product (GNP) – მთლიანი ეროვნული პროდუქტი: შიდა პროდუქტს დამატებული საგარეო ვაჭრობითა და საერთაშორისო საქმიანობით მიღებული დამატებითი შემოსავალი (გამოხატული ეროვნულ ვალუტაში).

Gross National Product per Capita (GNP per Capita) – მთლიანი ეროვნული პრუდუქტი გაანგარიშებული ერთ სულ მოსახლეზე: მაჩვენებელი, რომელიც გამოითვლება მთლიანი ეროვნული პროდუქტის მაჩვენებლის გაყოფით მოსახეობის რაოდენობაზე (გამოხატული ეროვნულ ვალუტაში).

HALE – ჯანმრთელი ცხოვრების მოსალოდნელი ხანგრძლივობა: მთლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინდიკატორი, რომელიც ასაკობრივ და სქესობრივ ჭრილში ჯანმრთელობის მდგომარეობას და სიკვდილიანობას აჯამებს; სრულიად ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ექვივალენტი წლებში, რომელიც მოსახლეობის საშუალო მონაცემებს ეფუძვნება. HALE–ს ეროვნული შეფასებები ეფუძნება მოსახლეობაში ჩატარებულ კვლევებს და ცხოვრების შესახებ არსებულ მონაცემებს, რომლებიც ასახავს ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მოქმედ ფაქტორებს და დეტალურ ინფორმაციას ინვალიდობის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების შესახებ.

Health education – ჯანმრთელობის განათლება: პროცესი, რომლის საშუალებითაც ადამიანები სწავლობენ როგორ შეუწყონ ხელი ჯანმრთელობას, შეინარჩუნონ ან აღიდგინონ იგი. მისი მიზანია მოსახლეობას მიაწოდოს ინფორმაცია ორგანიზმის ფუნქციონირების, რისკ-ფაქტორების შემცირებისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის შესახებ.

Health Expenditures – ჯანმრთელობის დანახარჯები: პრევენციისა და ჯანმრთელობის პროგრამებზე სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ გაწეული ხარჯები, ასევე პირადი დანახარჯები. ეს არის ხარჯები ჯანმრთელობის მომსახურების სხვადასხვა

სერვისისთვის (ჰოსპიტალური მომსახურება, ექიმის მომსახურება, ექთნის მომსახურება ბინაზე), ასევე ამ სერვისების დაფინანსების წყაროები (სამოქალაქო ან პირადი დაზღვევა, მედიქარი, ჯიბიდან გადახდა); განმეორებითი ხარჯები, რომლებიც წლიდან წლამდე იხარჯება მომსახურე პერსონალზე, საკვებზე, „სასტუმროს ხარჯები", აღჭურვილობაზე და მშენებლობის ხელშეწყობაზე. კაპიტალური დანახარჯები, რომელიც საჭიროა მიწის, მშენებლობების, აღჭურვილობის დასაფინანსებლად, რათა მოხდეს ჯანმრთელობის დაწესებულებების დაარსება და გაფართოება.

Health Field Theory (Lalonde Report) – ჯანმრთელობის თეორია (ლალონდის ანგარიში): თეორია, რომლის მიხედვითაც მემკვიდრეობა, ცხოვრების წესი, გარემო და ჯნმრთელობის მომსახურების ორგანიზება ჯანრთელობის ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორებია.

Health for All – ჯანმრთელობა ყველასათვის: ჯანმრთელობის პოლიტიკის სოციალური ამოცანა, რომელიც განისაზღვრა 1978 წლის ალმა-ატის დეკლარაციით, როგორც 2000 წლისთვის მისაღწევი მიზანი, რომლის მიღწევა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით და დაავადების ტვირთის შემცირებით ყველა ადამინისათვის, მსოფლიოს ყველა ქვეყნისა თუ რეგიონის მოსახლეობისათვის.

Health Insurance – ჯანმრთელობის დაზღვევა: მოსახლეობის ფინანსური დაცვის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის მომსახურების სერვისების ხარჯების დაფარვას რეგულარული გადასახადების (პირადი ანგარიშიდან ან სამსახურის მიერ), ხელფასიდან თანხის დაქვითვის ან სახელმწიფოს მიერ დაბეგვრის გზით.

Health Maintenance Organization (HMO) – ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია: ერთსა და იმავე ორგანიზაციაში ჯანმრთელობის დაზღვევისა და სამედიცინო მომსახურების გაერთიანება; წინასწარ ანაზღაურებადი პრაქტიკა; HMO შეიძლება იყოს მომგებიანი ან არამომგებიანი.

Health Promotion – ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: პროცესი, რომელიც ადამიანებს საშუალებას აძლევს აკონტროლონ და გაიუმჯობესონ საკუთარი ჯანმრთელობა. ეს ეხება მოსახლეობის არა მხოლოდ იმ ჯგუფებს, რომლებიც იმყოფებიან რომელიმე დაავადების რისკის ქვეშ, არამედ მთელ მოსახლეობას; ყველა აქტივობა ფოკუსირებულია ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზე. მაგალითად, ველოსიპედის ბილიკებისა და თამბაქოსგან თავისუფალი ზონების უზრუნველყოფა.

Health Targets – ჯანმრთელობის სამიზნეები: სახელმწიფოს ან სხვა ორგანიზაციების ჯანმრთელობის სტატუსის ინდიკატორების ჩამონათვალი, რომელიც პროგრამის მიერ უნდა იქნას მიღწეული კონკრეტულ ვადებში.

Health Technology Assessment – ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების შეფასება: პრევენციული და სამკურნალო სერვისების არსებული ან ახალი ტექნოლოგიური მეთოდების ხარჯთ-ეფექტურობისა და შესაძლებლობის შეფასება.

Herd Immunity – ჯგუფური იმუნიტეტი: მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფის რეზისტენტულობა ინფექციური აგენტის ინვაზიისა და გავრცელების მიმართ, რომელიც განპირობებულია ამ ჯგუფის უმეტესი წევრების მაღალი რეზისტენტულობით ამ ინფექციის მიმართ.

Home Care Services – ბინაზე მომსახურება: ხანგრძლივი ჰოსპიტალური მომსახურების ალტერნატივა – ბინაზე მომსახურება მათთვის, ვისაც სჭირდება საგულდაგულო მოვლა, რეაბილიტაციური, პალიატიური და მხარდამჭერი დახმარება, ექთნის მომსახურება, საჭმლის მომზადება, საოჯახო საქმეების კეთება.

Hospital bed ratio – საავადმყოფოს საწოლთა მაჩვენებელი: საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე.

Hospital Day – საავადმყოფოში გატარებული დღე: ზრდასრული ადამიანებისა და ბავშვების (გარდა ახალშობილთა მომსახურებისა) მიერ საავადმყოფოში გატარებული დღე (24 საათი).

Hospital Utilization – ჰოსპიტალური მომსახურებით სარგებლობა: საავადმყოფოს საწოლების გამოყენების გამოანგარიშება ხდება ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლისა და საავადმყოფოში გატარებული დღეების მიხედვით ყოველ 1000 მოსახლეზე. საავადმყოფოში გატარებული დღეების საშუალო რაოდენობა გამოითვლება საერთო დღეების რაოდენობის გაყოფით საავადმყოფოდან გაწერილი პაციენტების რაოდენობაზე. საავადმყოფოს დატვირთვის მაჩვენებელი (occupancy rate) არის დროის მოცემულ პერიოდში საწოლების შევსების საშუალო პროცენტული რაოდენობა.

Human Development Index (HDI) – ადამიანის განვითარების ინდექსი: კომპლექსური ინდექსი, რომელიც დაფუძნებულია დაბადებისას ადამიანის სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობაზე, განათლების დონეზე და მთლიანი შიდა პრუდუქტის ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავალზე (GDP per capita income). ეს ინდექსი გამოისახება 0-დან 1-მდე

სიდიდით. ადამიანების განვითარების ინდექსი დაინერგა გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამის მიერ, რათა მომხდარიყო ქვეყნის განვითარების სტატუსის შეფასება და ქვეყნების რანჟირება.

Immunization – იმუნიზაცია: ადამიანის დაცვა გადამდები დაავადებებისგან ცოცხალი მოდიფიცირებული აგენტების (მაგ., წითელას საწინააღმდეგო), მკვდარი მიკროორგანიზმებისა (მაგ., ყივანახველას საწინააღმდეგო) და ინაქტივირებული ტოქსინების (მაგ., ტეტანუსის საწინააღმდეგო) ორგანიზმში შეყვანის გზით. დროებითი პასიური იმუნიტეტი ბავშვს გადაეცემა პლაცენტის გზით. ძუძუთი კვებისას ახალშობილი დედის რძიდან დამატებით იღებს ანტისხეულების ახალ ულუფას. ასეთი პასიური იმუნიტეტი დროებითია და ცხოვრების პირველი წლის ბოლოსათვის კლებულობს.

Incidence Rate – ავადობის, ინციდენტობის მაჩვენებელი: მაჩვენებელი, რომელიც განსაზღვრავს ახალი შემთხვევების (დაავადების) აღმოცენებას მოსახლეობაში. მრიცხველი შემთხვევების ის რაოდენობაა, რომელიც განვითარდა განსაზღვრული დროის პერიოდში, მნიშვნელი კი რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობაა ამავე პერიოდში.

Inequality in Health – უთანასწორობა ჯანმრთელობაში: განსხვავებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში, რომელიც აისახება ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე, როგორიცაა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, დაავადების პრევალენტობა; ეს განსხვავებები ხშირად განისაზღვრება სოციო-ეკონომიკური ფაქტორებით, ასევე განათლების დონით, გარემო ფაქტორებით, პროფესიული ფაქტორით, სქესით, ეთნიკურობით, ცხოვრების წესით და ა.შ.

Inequity – არასამართლიანობა: დისბალანსი რესურსების გადანაწილებას ან სერვისების ხელმისაწვდომობაში მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს შორის; დისბალანსი შეიძლება განპირობებულ იქნას მოსახლეობის ჯგუფებს შორის განსხვავებით საცხოვრებელი ადგილის, ეთნიკურობის ან სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით.

Infant Mortality Rate – ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: ერთ წლამდე ბავშვთა სიკვდილის ყოველწლიური მაჩვენებელი. მნიშვნელი ამავე წლის ცოცხლადშობილთა რაოდენობაა. უფრო კონკრეტულად, ეს არის 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილის ალბათობა.

International Classification of Disease (ICD) – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია: განსაზღვრული მდგომარეობების ან მდგომარეობათა ჯგუფების კლასიფიკაცია ორგანიზმის სისტემების მიხედვით; ყოველ მათგანს მინიჭებული აქვს გარკვეული ნომერი, რომელსაც ადგენს საერთაშორისო ექსპერტთა ჯგუფი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან შეთანხმებით. პერიოდულად ხდება კლასიფიკაციათა ჩამონათვალის გადახედვა. მისი მეათე გადახედვა და გამოქვეყნება მოხდა 1990 წელს, ხოლო მეთერთმეტე იგეგმება 2011 წელს. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია მნიშვნელოვანია ვიტალური სტატისტიკის სტანდარტიზაციისთვის, დაავადებათა რეგისტრისთვის, ჰოსპიტალურ მონაცემთა შეგროვებისათვის ავადობის ტენდენციების დასადგენად და რეგიონალური, ნაციონალური და საერთაშორისო შედარებების გასაკეთებლად.

Intervention – ინტერვენცია: კონკრეტული აქტივობები, რომლებსაც ახორციელებენ ჯანმრთელობის მუშაკები დაავადებათა რისკების შესამცირებლად და მათ სამკურნალოდ, ფიზიკური უუნარობისა და დაავადებათა შედეგების გასაუმჯობესებლად ან ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციისათვის.

Iodine-Deficiency Disorder (IDD) – იოდ-დეფიციტური დაავადებები: ადამიანის ზრდა–განვითარების შეფერხება, სხვადასხვა დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც გამოწვეულია იოდის არასაკმარისი რაოდენობით მიღებით; ტვინის დაზიანებისა და გონებრივი ჩამორჩენის ყველაზე ხშირი მიზეზია.

Knowledge, Attitutudes. Beliefs and Practices – ცოდნა, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკა: ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ არსებული ცოდნის დონე, დამოკიდებულება, რწმენა და პრაქტიკაში გამოყენება ძალიან მნიშვნელოვანია; ჯანმრთელობის პროგრამის წარმატებისთვის აუცილებელია ამ ფაქტორების გათვალისწინება.

Levels of Care – ჯანმრთელობის მომსახურების დონეები: გამოყოფენ *პირველად*, *მეორეულ* და *მესამეულ* ჯანმრთელობის მომსახურებას, რომლებიც განისაზღვრება როგორც ამბულატორიული მომსახურება თემში, ჰოსპიტალური მომსახურება (ძირითადი მომსახურება), სპეციფიური რეფერალური მომსახურება საუნივერსიტეტო კლინიკაში ან რეფერალურ ცენტრში.

Life Expectancy at Birth – სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას: ახალშობილთა სიცოცხლის წლების მოსალოდნელი

საშუალო რაოდენობა, თუ სიკვდილიანობის არსებული ტენდენცია შენარჩუნდება. იგი წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორს; ნაწილობრივ დამოკიდებულია სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე სიცოცხლის პირველ წელს, და შესაბამისად, ეკონომიურად ნაკლებად განვითარებად ქვეყნებში, ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის გამო, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას დაბალია.

Life Expectancy, age-specific – სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, ასაკ-სპეციფიური: ადამიანის სიცოცხლის წლების მოსალოდნელი საშუალო რაოდენობა კონკრეტული ასაკისთვის, თუ სიკვდილიანობის არსებული ტენდენცია შენარჩუნდება. დამოკიდებულია სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე მოცემულ ასაკობრივ ჯგუფში, მაგ., დაბადებისას, 45 წლის ასაკისათვის, 65 წლის ასაკისათვის.

Live Birth – ცოცხლადშობადობა: დედის მუცლიდან ნაყოფის გამოძევების ან ამოყვანის შემდეგ, როცა ჭიპლარი გადაჭრილია და პლაცენტა–მიმაგრებული, თუ ნაყოფი სუნთქავს დამოუკიდებლად ან აქვს სხვა სასიცოცხლო ნიშნები, როგორიცაა გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია, უნებლიე მოძრაობები.

Local Health Authority – ჯანმრთელობის ადგილობრივი ორგანო: მუნიციპალიტეტის ან ქვეყნის მთავრობა, რომლის მოვალეობაში შედის სანიტარული პირობების გაუმჯობესება, ხარისხიანი სასმელი წყლის მიწოდება, ჩამდინარე წყლებითა და ნაგვით დაბინძურებისაგან გარემოს დაცვა, ქალაქის დაგეგმარება, ზონირება, მაწანწალა ცხოველებისა და პარაზიტების კონტროლი, ძირითადი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების უზრუნველყოფა, ბიზნესის, ქარხნებისა და საკვების ინსპექტირება.

Macronutrient – მაკრონუტრიენტები: საკვები კომპონენტები, რომლებიც ორგანიზმს სჭირდება დიდი რაოდენობით. მაგალითად, ცილები (ამინომჟავები), ნახშირწყლები (სახამებელი, შაქარი) და ცხიმები.

Malnutrition – მალნუტრიცია, კვების ნაკლებობა: პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია ერთი ან რამდენიმე ძირითადი საკვები ელემენტის (მაგ.,ცილები, მინერალები, ვიტამინები) ნაკლებობით, სრული დეფიციტით ან გადაჭარბებული რაოდენობით მიღებით. ვლინდება კლინიკურად, ან მხოლოდ კვების კვლევებითა და ანამნეზის საფუძველზე, ან ბიოქიმიური და ფსიქოლოგიური ტესტების საშუალებით.

Malpractice – არაპროფესიული ქმედება: ჯანმრთელობის მუშაკთა საყოველთაოდ მიღებული სტანდარტებიდან გადახრილი, არაეთიკური, არაკეთილსინდისიერი, არაპროფესიონალური ან პირადი ინტერესებიდან გამომდინარე ჩადენილი საქციელი, პაციენტის ინტერესების უგულებელყოფა ფინანსური ან სქესობრივი გამორჩენის მიზნით.

Managed Care Organizations – მკურნალობის მართვადი ორგანიზაციები: ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის ყოვლისმომცველ მომსახურებას, იმ ალტერნატიული პროგრამებისგან განსხვავებით, რომლებიც მოითხოვს მომხმარებლისგან ერთეული მომსახურების საფასურის გადახდას (Fee-for-Service). შეერთებულ შტატებში არის როგორც კომერციული, ისე არაკომერციული ორგანიზაციები, რომლებიც დამქირავებლებსა და დაქირავებულებს სთავაზობს ეფექტურ მომსახურებას დაბალ ფასად. ასეთ ორგანიზაციებს მიეკუთვნება ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციები (HMO) და ჯანმრთელობის მომსახურების სხვა მოდელები.

Maternal and Child Health (MCH) – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა: ჯანმრთელობის სერვისები, რომლებიც დაკავშირებულია ქალებთან და შობადობასთან, მათ შორის ორსულობა და მშობიარობა, ჩვილთა და ბავშვთა, ასევე მოზარდთა ჯანმრთელობის მომსახურება.

Maternal Death – დედის სიკვდილი: ორსულობის პერიოდში ან მისი დამთავრებიდან 42 დღის განმავლობაში (ორსულობის ხანგრძლივობისა და ლოკალიზაციის მიუხედავად), ორსულობასთან დაკავშირებული რომელიმე მიზეზით განპირობებული სიკვდილი, რომელიც მოხდა მათ შორის სამკურნალო ზემოქმედებით ან რომელიმე პათოლოგიით, რომელიც დამძიმდა ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის პერიოდში, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან შემთხვევითი მიზეზით. იმ ქვეყნებში, სადაც სანდო მონაცემების ნაკლებობაა, მისი გამოთვლა ხდება 5 წელიწადში ერთხელ, რეგიონალურ მონაცემებზე დაყრდნობით WHO/UNICEF/UNFPA მიერ.

Maternal Mortality Rate (MMR) – დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: წელიწადში დედის სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა (პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზებით) 100 000 ფერტილურ ქალზე.

Maternal Mortality Ratio – დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი: წელიწადში დედის სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა

(პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზებით) 100 000 ცოცხლადშობილზე.

Median – მედიანა: მონაცემთა ნაკრების ცენტრალური ტენდენციის საზომი; მედიანა ცენტრალური მნიშვნელობაა, რომელიც მეტია ან ტოლია დაკვირვებათა 50%-ის და ნაკლებია ან ტოლია ასევე 50%-ის. მედიანას ცენტრალური მნიშვნელობა უკავია იმ შემთხვევაში, როცა დაკვირვებები ზრდის ან კლების მიხედვითაა დალაგებული.

Medicare: ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული გეგმა, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში მიღებულ იქნა 1965 წელს 1935 წლის „სოციალური დაცვის აქტის" მიხედვით, იგი განკუთვნილია ხანდაზმულთა, უუნაროთა და თირკმლის პათოლოგიის მქონე, უკანასკნელ სტადიაზე მყოფ პაციენტთათვის. მედიქეარის პროგრამის ადმინისტრირება ხდება ფედერალური მთავრობის ჯანდაცვის ფინანსური ადმინისტრაციის მიერ. ასევე გამოიყენება კანადის ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული პროგრამისთვის.

Medicaid: ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული გეგმა, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში მიღებულ იქნა 1965 წელს 1935 წლის „სოციალური დაცვის აქტის" მიხედვით; იგი განკუთვნილია მოსახლეობის ღარიბი ფენისთვის. მისი ფუნქციონირება და ადმინისტრირება ხდება თითქმის თანაბრად – ფედერალური, შტატის და ადგილობრივი მმართველობის მიერ.

Mental Disorder – ფსიქიკური აშლილობა: აშლილობათა ჰეტეროგენული ჯგუფი, სტრესულ სიტუაციაზე ჭარბი რეაქციიდან დაწყებული, ფსიქიკური მდგომარეობის შეცვლამდე ნევროლოგიური და გენეტიკური ფაქტორების გამო. მათ მიეკუთვნება ფსიქიკური დაავადებები, როგორიცაა დეპრესია, შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, პანიკური აშლილობა, ტრავმის შემდგომი ფსიქიკური აშლილობა, პიროვნული აშლილობა.

Mental Health – ფსიქიკური ჯანმრთელობა: პიროვნების ემოციური, ფსიქოლოგიური, ფუნქციური და სოციალური კეთილდღეობა. ჯანმრთელობის მომსახურებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დარგი, რომელიც ახორციელებს ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული დისფუნქციების პრევენციასა და მართვას.

Mental Disability – ფსიქიკური უუნარობა: ფსიქიკური, ემოციური და ინტელექტუალური უნარების დაქვეითება, რის შედეგადაც პიროვნებას დაკარგული აქვს საზოგადოებაში სრულყოფილი ან ნორმალური ფუნქციონირების უნარი.

Meta-Analysis – მეტა-ანალიზი: სტატისტიკური ტექნიკა, რომლის მიზანია ჯგუფთა შორის სხვაობის საერთო შეფასების დადგენა რამდენიმე გამოკვლევიდან (შედარებადი) მიღებული ინფორმაციის კომბინაციის გზით (ხშირად რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევები).

Micronutient – მიკროელემენტები: აუცილებელი საკვები ნივთიერებები (ვიტამინები, მინერალები), რომელიც ორგანიზმმა ყოველდღიურად უნდა მიიღოს გარკვეული მცირე რაოდენობით.

Micronutient Deficiency State – მიკროელემენტდეფიციტური მდგომარეობები: ძირითადი ვიტამინებისა და მინერალების არასაკმარისი მიღებით გამოწვეული სუბკლინიკური ან კლინიკური დეფიციტური მდგომარეობა.

Millennium Development Goals (MDGs) – ათასწლეულის განვითარების მიზნები: 2000 წლის სექტემბერში გაეროს ათასწლეულის სამიტზე წევრი სახელმწიფოები შეთანხმდნენ, რომ 2015 წლამდე ათასწლეულის განვითარების რვა მიზანს მიაღწევდნენ. ეს მიზნები ემსახურება ისეთი საკითხების მოგვარებას, როგორიცაა სიღარიბე, შიმშილი, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, დედათა ჯანმრთელობა, გენდერული უთანასწორობა, აივ/შიდსთან, მალარიასა და სხვა დაავადებებთან ბრძოლა, დაწყებითი განათლების, ეკოლოგიური მდგრადობის უზრუნველყოფა და გლობალური პარტნიორობა. ამ მიზნების განხორციელების მონიტორინგი ხდება UNDP-ის მიერ.

Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) – ავადობისა და სიკვდილიანობის ყოველკვირეული მოხსენება: ატლანტის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ყოველკვირეული პუბლიკაცია, სადაც ქვეყნდება ყოველკვირეული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ინფექციური და არაგადამდები დაავადებების შესახებ. მსგავსი პუბლიკაციები აქვს ბევრ სხვა ქვეყანასაც.

National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) – ჯანმრთელობის და ნუტრიციოლოგიური ეროვნული კვლევა: პირველად ჩატარდა ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მიერ 1971 წელს. კვლევა ახორციელებს ამერიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კვების მდგომარეობის ინდიკატორებზე მონიტორინგს კითხვარების, კვებითი რეჟიმის მონაცემების, ბიოქიმიური ტესტების, ფიზიკური გასინჯვების (მაგ., არტერიული წნევა, სიმსუქნე) საშუალებით.

National Health Expenditures – ჯანდაცვის ეროვნული ხარჯები: ჯანდაცვის ეროვნული ხარჯები გამოითვლება აღრიცხვის საერთაშორისოდ აღიარებული მეთოდოლოგიით, რომელიც აღწერს და აანალიზებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების სისტემა შემუშავებული და მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, მსოფლიო ბანკსა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან თანამშრომლობით. ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში შედის ჯიბიდან გადახდილი თანხა, კერძო დაზღვევა და სახელმწიფო პროგრამები; და დაყოფილია სერვისის ტიპების მიხედვით (მაგ., ჰოსპიტალური მომსახურება, მედდის მომსახურება ბინაზე, ექიმის მომსახურება, სტომატოლოგიური მომსახურება, მედიკამენტები, ჯანმრთელობის სერვისები, ციხეები და ჯარი).

National Health Insurance – ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევა: სისტემა, რომელიც მოსახლეობას უნაზღაურებს იმ ხარჯებს, რომელიც მათ ესაჭიროებათ პერსონალური სამედიცინო ან ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის. სისტემა რეგულირდება სახელმწიფოს მიერ, მოიცავს მთელ მოსახლეობას.

Needs Assessment – საჭიროებათა შეფასება: რესურსების რაციონალურად გამოყენების მიზნით გარკვეული პოპულაციისათვის დამახასიათებელი პრობლემების არსისა და ზომის შესასწავლად განხორციელებული ოფიციალური, სისტემატიური პროცედურა; ეს განსაკუთრებით ეხება მაღალი რისკის ჯგუფებს, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის გარკვეული რისკები. ამაში შეიძლება შედიოდეს მოთხოვნები ჯანმრთელობის მომსახურებაზე და საჭიროებათა შეფასება ექსპერტთა მოსაზრებით *(ნორმატიული)*, პიროვნებების მოსაზრებით (თვითაღქმა), სხვა პირებსა და ინდივიდთა ჯგუფებთან შედარებით (შედარებითი), და სხვა.

Neonatal Mortality Rate – ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: დაბადებიდან სიცოცხლის 28 დღემდე (0-27 დღე) გარდაცვლილ ჩვილთა რაოდენობა ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე.

Nongovernmental Organization (NGO) – არასამთავრობო ორგანიზაცია: ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ორგანიზაცია, რომელსაც მართავს კერძო არამომგებიანი, მთავრობისაგან დამოუკიდებელი ორგანიზაცია; თუმცა შესაძლებელია ფინანსდებოდეს სახელმწიფო ფონდებიდანაც.

Normal (Gaussian) Distribution or Bell Curve – ნორმალური დისტრიბუცია: ნორმალური დისტრიბუცია დაკვირვებათა უწყვეტ, სიმეტრიულ, ზარის ფორმის სიხშირის განაწილებას წარმოადგენს. ნორმალურ დისტრიბუციას აქვს მაღალი და დაბალი მნიშვნელობები, რომლებიც უსასრულოდ შეიძლება გაგრძელდეს, თუმცა ამავდროულად მას ცენტრალური მდებარეობის პარამეტრები გააჩნია, როგორიცაა: საშუალო არითმეტიკული, მოდა და მედიანა. ნორმალური დისტრიბუციის დროს სამივე პარამეტრი ერთმანეთის ტოლია.

Nosocomial Infection – ნოზოკომიური იფექცია: ინფექცია, რომლითაც შეიძლება დაავადდეს პაციენტი ან სამედიცინო პერსონალი საავადმყოფოებსა ან სხვა ჯანმრთელობის მომსახურების ცენტრებში; სამედიცინო დაწესებულებაში შეძენილი ინფექცია.

Notifiable (Reportable) Disease/Conditions – შეტყობინებას (ანგარიშგებას) დაქვემდებარებული დაავადებები/მდგომარეობები: გარკვეული ინფექციური დაავადებები, გამომდინარე მათი საზოგადოებრივ ჯანდაცვითი მნიშვნელობიდან, რომელთა შესახებ მონაცემები ჯანმრთელობის მომსახურების პროვაიდერებმა, კანონის მიხედვით, უნდა აცნობონ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივ წარმომადგენლებს. სხვა კატეგორიებს, რომელთა რეგისტრირება აუცილებელია, წარმოადგენს: თანდაყოლილი დეფექტები; საწარმოო ტრავმები, პროფესიული დაავადებები და გარემო ფაქტორებით გამოწვეული დაავადებები; ეჭვი ბავშვებზე ძალადობის შესახებ; ინფორმაცია პაციენტებზე, რომელთაც აღარ შეუძლიათ მაქანის მართვა; და კიბოს შესახებ მონაცემები.

Null Hypothesis – ნულოვანი ჰიპოთეზა: ჰიპოთეზა, როცა დაკვირვების ქვეშ მყოფი მოსახლეობის ორი ან მეტი ჯგუფი სტატისტიკურად ერთმანეთისგან არ განსხვავდება, და გამოვლენილი მცირედი სხვაობა მხოლოდ შემთხვევითია. შემდეგ ხდება ჰიპოთეზების სტატისტიკური ტესტირება, რათა დადგინდეს რამდენია გამოვლენილი სხვაობა და შესაძლებელია თუ არა, რომ იგი მხოლოდ შემთხვევითი ფაქტორებით იყოს გამოწვეული. თუ განსხვავებები თვალსაჩინოა, მაშინ უნდა მოხდეს შესაძლო მიზეზობრივი ურთიერთკავშირების ანალიზი.

Occupational Health – პროფესიული ჯანმრთელობა: პროფესიული ჯანმრთელობის არსი მდგომარეობს ნებისმიერი პროფესიის მშრომელთა ფიზიკური, ფსიქიკური და სო-

ციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში რისკების კონტროლის, სამუშაოსა და ადამიანის ურთიერთადაპტაციის გზით. იგი მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და ასევე, პროფესიული დაავადებებისა და დაზიანებების პრევენციასა და მკურნალობას.

Occupational Safety – პროფესიული უსაფრთხოება: სამუშაო ადგილზე მიღებული დაზიანებისა და რადიოაქტიური გამოსხივების პრევენცია, ასევე ბავშვთა იძულებითი შრომის აკრძალვა.

Operating costs – საოპერაციო ხარჯები: სერვისის ან წარმოების საოპერაციო ხარჯები ითვლება ყოველწლიურად, ვარირებს სერვისის მოცულობის მიხედვით; განსხვავებით ფიქსირებული გადასახადებისგან, რომელიც მთლიანად იხარჯება სამუშაოს იმ პუნქტისთვის, რომელიც ხელფასით არ ნაზღაურდება. კაპიტალური ხარჯები არის შენობები და აღჭურვილობები, რომელთა ღირებულება იზრდება დროის განმავლობაში.

Operation Research – ოპერაციული კვლევები: ექსპერიმენტებისა და დაკვირვებების საშუალებით ჯანმრთელობის მომსახურების სისტემის შესწავლა, რათა მოიძებნოს მისი გაუმჯობესების გზები, მისი ხარისხისა და ეფექტურობის გასაზრდელად, ფასების შესამცირებლად ან რესურსების გადასანაწილებლად უკეთესი მომსახურების მისაღებად (მაგ., სტაციონალური ქირურგიის ნაცვლად ამბულატორიული ქირურგია).

Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) – ეკონომიური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია: საერთაშორისო ეკონომიკური ორგანიზაცია, რომელიც დაფუძნებულია პარიზში და მასში გაერთიანებულია ბევრი განვითარებული და ინდუსტრიული ქვეყანა. მისი მისიაა უზრუნველყოს სავაჭრო და სოციო-ეკონომიური თანამშრომლობა მის წევრ ქვეყნებს შორის მთელს მსოფლიოში, ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებს დაეხმაროს კვლევების ჩატარებაში და სოციალურ-ეკონომიური პრობლემების გადაჭრაში.

Out-of-Pocket Payments – ჯიბიდან გადახდა: მომხმარებლის მიერ ჯანმრთელობის მომსახურებაზე დახარჯული თანხა, რომელსაც არ ფარავს მისი სადაზღვევო პაკეტი ან არ აფინანსებს სახელმწიფო; კანონიერი ან უკანონო გადასახადი, რომელსაც მომხმარებელი იხდის ჯანმრთელობის მომსახურების პროვაიდერებთან მათ მიერ გაწეული მომსახურებისთვის.

Paliative Care – პალიატიური მზრუნველობა: ყოვლისმომცველი, ინტერდისციპლინარული მომსახურება პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის, რომლებთაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადია; ფოკუსირება ხდება მათთვის კომფორტის შექმნასა და მხარდაჭერაზე, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

Pan American Health Organization (PAHO) – ჯანმრთელობის ამერიკის ორგანიზაცია: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ამერიკის ავტონომიური რეგიონალური ოფისი, რომელიც მდებარეობს ვაშინგტონში და ახორციელებს ამერიკის კონტინენტზე არსებული ჯანმრთელობის საკითხებსა და დაავადებებთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას.

Pasteurization – პასტერიზაცია: პროცესი, რომლის დროსაც ხდება რძის, რძის ნაწარმის ან სხვა მალფუჭებადი პროდუქტების იმ ტემპერატურაზე და იმ ხანგრძლივობით მოთავსება, რომელიც საჭიროა იმ მიკროორგანიზმებისა და პათოგენების მოსაკლავად, რომლებიც იწვევენ მათ გაფუჭებას, ცუდი სუნისა და გემოს მიცემას.

Payroll Tax – სახელფასო ბეგარა: სახელმწიფოს მიერ ხელფასის დაქვითვა როგორც ცალკეული მუშაკებისთვის, ასევე მთლიანად სამსახურებისათვის. ამ თანხის გამოყენება ხდება სხვადასხვა პროგრამების განსახორციელებლად, როგორიცაა ჯანმრთელობის მომსახურება ან დაზღვევა, ასევე სხვადასხვა სოციალური პროგრამებისთვის, როგორიცაა პენსიები და უმუშევართა დაზღვევა.

Peer Review – რეცენზირება: მეცნიერების მიერ გამოსაქვეყნებლად, პრეზენტაციებისა და მეცნიერული შეხვედრებისთვის შექმნილი კვლევითი პროექტების, შრომების, სტატიების, დარგის აღიარებული ექსპერტების მიერ განხორციელებული რეცენზირების პროცესი. ასევე ეხება კლინიკური საქმიანობის განხილვას, ჯანმრთელობის დაწესებულებების და სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირებას, ჯანმრთელობის სერვისების პროვაიდერების შემოწმებას მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

Perinatal Mortality Rate – პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: 28 კვირის ან მეტი გესტაციური ასაკისა და დაბადებიდან 7 დღემდე გარდაცვლილ ჩვილთა რაოდენობა 1000 დაბადებულთა (მკვდრად + ცოცხლად) რაოდენობაზე. განვითარებად ქვეყნებში პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ითვლება ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე.

Physician-to-Population Ratio – ექიმებისა და მოსახლეობის თანაფარდობა: მოსახლეობის უზრუნველყოფა ექიმებით; განისაზღვრება იმის მიხედვით თუ რამდენ მოსახლეს ემსახურება ერთი ექიმი (მაგ., 400 ადამიანზე ერთი ექიმი).

Policy Analysis – პოლიტიკის ანალიზი: ანალიზი და გადასინჯვა იმ პოლიტიკისა, რომლის მიხედვითაც ხორციელდება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოთხოვნებისა და ტექნოლოგიების ცვლილებები, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს რესურსების ეფექტურად და რაციონალურად გამოყენება.

Pollutant – პოლუტანტი, დამაბინძურებელი აგენტი: ნებისმიერი არასასურველი მყარი, თხევადი ან აიროვანი ნივთიერება, რომელიც ზიანს აყენებს ადამიანებს, ცხოველებს, აბინძურებს ნიადაგს, საკვებს, წყალს და ატმოსფეროს თავისი ტოქსიკური თუ არატოქსიკური მინარევებით.

Population-at-Risk – რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობა: მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები, რომლებიც იმყოფებიან სხვადასხვა დაავადების განვითარების საშუალოზე მაღალი რისკის ქვეშ, ან მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელთათვისაც შექმნილია სერვისის სპეციფიური პროგრამები.

Population-Based Services – პოპულაციაზე ორიენტირებული სერვისები: სერვისები, რომლებიც გათვლილია საზოგადოების ყველა წევრისათვის, ჯანმრთელობის პროგრამა გარკვეული ოლქისათვის, ან მოსახლეობის სპეციფიკური ჯგუფებისათვის, როგორიცაა ახალშობილთა და ბავშვთა იმუნიზაცია.

Population Pyramid – მოსახლეობის პირამიდა: სვეტოვანი დიაგრამა, რომელიც ასახავს მოსახლეობის სქესობრივ-ასაკობრივ განაწილებას კონკრეტული წლისთვის.

Post-Neonatal Mortality Rate – პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: 28 –365 დღემდე გარდაცვლილ ახალშობილთა რაოდენობა ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე ყოველწლიურად.

Premiums – პრემიალური ანაზღაურება: ჯანმრთელობის დაზღვევისათვის ბენეფიციარების ან მათი სახელით მოქმედი პირების მიერ გადახდილი თანხა.

Prepaid Group Practice (PGP) – წინასწარანაზღაურებადი ჯგუფური პრაქტიკა: დაფუძნებულია ნებაყოფლობით არჩევანზე; წარმოადგენს ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციების წინამორბედს.

Prevalence (Rate) – პრევალენტობა/გავრცელება (მაჩვენებელი): რეგისტრირებული დაავადება (როგორც პირველადი, ასევე წინა წლებში გამოვლენილი ქრონიკული დაავადების შემთხვევები, რომელთა გამოც მოცემულ წელს პაციენტმა მიმართა ექიმს) ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული შემთხვევები (მაგ., ავტოსაგზაო შემთხვევა) ან მავნე ჩვევების მქონე პირები (მაგ., მწეველები) განსაზღვრულ პოპულაციაში, კონკრეტულ დროს (point prevalence) ან დროის რომელიმე მონაკვეთში (გავრცელების მაჩვენებელი ჩვეულებრივ განისაზღვრება ყოველ 1000 მოსახლეზე კალენდრული წლის განმავლობაში).

Prevention – პრევენცია: დაავადებისა და ინვალიდობის ზეგავლენის ან პროგრესის ერადიკაციის, ელიმინაციისა და შემცირებისკენ მიმართული პოლიტიკა და ქმედებები. პირველადი პრევენციის მიზანია დაავადების თავიდან აცილება, მეორადი პრევენციის მიზანია გადაავადოს დაავადების კლინიკური მანიფესტაცია, შეამციროს მისი ხანგრძლივობა და გართულებები, მესამეული პრევენციისა კი – ხელი შეუწყოს ფუნქციონირების მაქსიმალურ აღდგენას.

Primary Health Care (PHC) – პირველადი ჯანდაცვა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ალმა-ატის დეცლარაციის განმარტებით, პირველადი ჯანდაცვა ძირითადი სამედიცინო მომსახურებაა, რომელიც ქვეყნისა და მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომ ფასად ახდენს იმ მეთოდების გამოყენებას, რომლებიც პრაქტიკული, მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მისაღებია. იგი მოიცავს მრავალ ელემენტს, როგორიცაა სამედიცინო განათლება, გავრცელებული დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა, სწორი კვება, ხარისხიანი სასმელი წყლისა და გარემოს დაცვის უზრუნველყოფა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, გადამდებ დაავადებათა კონტროლი და იმუნიზაცია, ესენციური მედიკამენტებით მომარაგება. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს ოჯახის ექიმთან ან ჯანმრთელობის მომსახურების პროვაიდერთან პირველ კონტაქტს.

Private Health Insurance – კერძო სამედიცინო დაზღვევა: ჯანმრთელობის დაზღვევა, რომელიც ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ცალკეული ინდივიდების ან მომხმარებელთა ჯგუფებისათვის; შეიძლება დაფუძნებული იყოს როგორც კომერციული, ასევე არაკომერციული მიზნით; იგი რეგულირდება სახელმწიფო დაზღვევისა და ჯანმრთელობის კანონის მიხედვით.

Private Practice – კერძო პრაქტიკა: ექიმი ან ჯანმრთელობის სხვა პროვაიდერი, რო-

მელიც მუშაობს დამოუკიდებლად ან თანამშრომლობს ჯანმრთელობის მომსახურების პროვაიდერებთან იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც თანახმანი არიან გადაიხადონ მომსახურებისთვის ან ეს ხარჯები მათ იმ სადაზღვეო კომპანიამ დაუფაროს, სადაც ისინი არიან დაზღვეული.

Private Voluntary Organization – კერძო ნებაყოფლობითი ორგანიზაცია: არასამთავრობო არამომგებიანი ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ჯანმრთელობის მომსახურებას; ფლობენ ქონებას, ქირაობენ ან აკონტრაქტებენ პერსონალს.

Prospective Payment System – პროსპექტული გადახდის სისტემა: საავადმყოფოს მომსახურებისთვის *დიაგნოზზე დაფუძნებული ჯგუფების* მიხედვით გადასახადი სტანდარტული პრაქტიკაა ამერიკის შეერთებულ შტატებში მედიქეარსა და მედიქეიდში, 1982-1983 წლებში სოციალურ დაცვის აქტსა და შტატების კანონებში შეტანილი ცვლილებების შემდეგ. *დიაგნოზზე დაფუძნებული ჯგუფების* მიხედვით გადახდამ ჩაანაცვლა საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის მიხედვით არსებული გადასახადი.

Purchasing Power Parities (PPP) – მსყიდველობითი უნარის პარიტეტი: თეორია, რომლის მიხედვითაც ნებისმიერი ვალუტის ერთი ერთეულით უნდა შეგვეძლოს საქონლის ერთი და იმავე რაოდენობის შეძენა ყველა ქვეყანაში. ეს თეორია იყენებს ორი ნებისმიერი ვალუტის გრძელვადიანი წონასწორობის გადაცვლის კურსს მათი მსყიდველობითი უნარის გასათანაბრებლად. თეორია ემყარება ერთიანი ფასის კანონის პრინციპს. ამ იდეის თანახმად ეფექტური ბაზრის პირობებში საქონელი ყველგან ერთ ფასად უნდა იყიდებოდეს.

Qualitative Research – თვისებრივი/ხარისხობრივი კვლევა: კვლევის ნებისმიერი ტიპი, რომელიც ინდივიდუალური ან ჯგუფური მახასიათებლების შესასწავლად იყენებს არარაოდენობრივ ინფორმაციას, რაოდენობრივი ინფორმაციის შესავსებად. თვისებრივი კვლევის მაგალითებია კლინიკური ან მომსახურების ხარისხის შემსწავლელი კვლევები; ჩვევების ნარატიული კვლევები; ეთნოგრაფიული, ორგანიზაციული ან სოციალური კვლევები.

Quality-Adjusted Life Years (QALYs) – ხარისხიანი ცხოვრების წლები: ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებელი. გამოიყენება სამედიცინო ჩარევებზე დანახარჯების შესაფასებლად.

Regulation – რეგულაცია: იურიდიულად დადგენილი წესები და პროცედურები, რომლთა მეშვეობითაც ხორციელდება საკვების, წამლის, კოსმეტიკური საშუალებების, სამედიცინო აპარატურის, ჯანმრთელობის დაწესებულებების, სადაზღვევო სისტემების, ბიზნესის, რესტორნების, გასართობი ცენტრების და სხვა დანარჩენის, რამაც შეიძლება საფრთხე შეუქმნას საზოგადოების ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას, ზედამხედველობა და ლიცენზირება.

Reimburcement – კომპენსაცია: სისტემა, რომლის მიხედვითაც ხდება ექიმისა და ჯანმრთელობის მომსახურების ანაზღაურება ხელფასის ან/და ცალკეული სერვისის გადასახადის სახით.

Relative Risk (Risk or Odds Ratio) – შეფარდებითი რისკი: გარკვეული რისკის ქვეშ მყოფ და ამ რისკის ქვეშ არმყოფ მოსახლეობაში დაავადების ან სიკვდილის რისკების შეფარდება.

Replacement Rate – აღწარმოების/ჩანაცვლების მაჩვენებელი: შობადობის მაჩვენებელი, როდესაც აღნიშნულ მოსახლეობაში შობადობა აჭარბებს სიკვდილიანობას.

Risk approach – რისკ-ჯგუფებისადმი მიდგომა: სერვისებისა და ინტერვენციების დაგეგმვა ყველაზე მაღალი რისკ–ჯგუფის მოსახლეობაში, „მომსახურების გაწევა ყველასათვის, განსაკუთრებით კი მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად ესაჭიროება“.

Risk-Taking Behavior – რისკის შემცველი ქცევა: როდესაც ადამიანი ავლენს ჯანმრთელობისათვის არასასურველ ან პოტენციურად დამაზიანებელ ქცევებს, მისგან გამოწვეული რისკების შესახებ ცოდნის მიუხედავად. ჯანმრთელობის მუშაკებმა არ უნდა დაადანაშაულონ ასეთი ქცევის მქონე პირები, როდესაც უკვე სახეზეა არასასურველი შედეგი.

Sample – ნიმუში: მოსახლეობის ნაწილი, რომელიც შეირჩა რანდომულად/შემთხვევითად ან არარანდომულად/არაშემთხვევითად და არის რეპრეზენტატული ან არარეპრეზენტატული მთლიანი მოსახლეობისა; იყოფა შემდეგ კატეგორიებად:

Cluster sample – კლასტერული ანარჩევი: შერჩეულ ნიმუშს წარმოადგენს ჯგუფი და არა ინდივიდი (მაგ., ქალაქის ერთერთი უბნის მაცხოვრებლები).

Grab sample – არაშემთხვევითი ანარჩევი: შერჩეულ ნიმუშს წარმოადგენს ადვილად ხელმისაწვდომი ჯგუფები, როგორიცაა მაგალითად, სისხლის დონორები და წნევის გაზომვის მსურველე-

ბი; ასეთი ამონარჩევის კვლევის შედეგების გენერალიზება მთელ პოპულაციაზე არ უნდა მოხდეს.

Probability (random) sample – შემთხვევითი (რანდომული) ანარჩევი: ყველა ინდივიდს აქვს კვლევაში ჩართვის თანაბარი შანსი; თუ გამოიყენება სტრატიფიკაციის მეთოდი, სხვადასხვა ქვეჯგუფის ინდივიდების შერჩევის ფარდობა განსხვავდება, რათა მიღებულ იქნას გარკვეული ჯგუფების მეტი რეპრეზენტატულობა.

Simple random sample – მარტივი შემთხვევითი ანარჩევი: ყველა ინდივიდს, რომელსაც აქვს მინიჭებული გარკვეული რიცხვითი მახასიათებელი (მაგ., შემთხვევითი რიცხვების ცხრილის მიხედვით), აქვს კვლევაში ჩართვის თანაბარი შანსი; ვიდრე არ მიიღება ამონარჩევის სასურველი ზომა.

Stratified random sample –სტრატიფიცირებული რანდომული ანარჩევი: პირებს ყოფენ ქვეჯგუფებად გარკვეული ფაქტორის მიხედვით, მაგალითად ასაკის, სქესის, საცხოვრებელი ადგილის, სოციალურ-ეკონომიური პირობების მიხედვით და შემდეგ თითოეული ქვეჯგუფიდან რანდომულ შერჩევას ახორციელებენ; თითოეულ ქვეჯგუფში ანარჩევის პროპორცია უნდა ემთხვეოდეს თითოეულ ქვეჯგუფში მთელი პოპულაციის პროპორციას.

Systematic sample – სისტემური ანარჩევი: შერჩევა ხდება სისტემური მეთოდით, მაგალითად, ანბანური ან დაბადების თარიღის სიების საშუალებით; შესაძლოა გამოიწვიოს შერჩევის ცთომილება.

Sampling – ნიმუშების შერჩევა: მთელი პოპულაციიდან ცალკეული ინდივიდების ამორჩევის პროცესი.

Sanitation – სანიტარია: მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონებისა და პროცედურების ამოქმედება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დებულებისა და რეგულირებების თანმიმდევრულად, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სასმელი წყლის უვნებლობა, საკვების ხარისხი, ჩამდინარე წყლების, ნაგვისა და სამშენებლო მასალისაგან გარემოს დაბინძურების პრევენცია.

Screening – სკრინინგი: კლინიკურად არამანიფესტირებული დაავადებების ან მათი წინამორბედი მდგომარეობების იდენტიფიკაცია ტესტირების, გამოკვლევების ან სხვა პროცედურების საშუალებით, რათა მოხდეს ჯანმრთელი და სავარაუდოდ დაავადებული ადამიანების ერთმანეთისგან სწრაფად გამიჯვნა. *მასობრივი სკრინინგი* მოიცავს მთელ მოსახლეობას. *მიზანმიმართული სკრინინგის* ამოცანაა შემთხვევათა ადრეული გამოვლენა გარკვეული რისკ–ჯგუფების პრაქტიკულად ჯანმრთელ ინდივიდებში (მაგ., ახალშობილთა თანდაყოლილი დეფექტები). *მრავალფაზიანი სკრინინგი* მოიცავს სხვადასხვა სახის კვლევებს, რომლებიც ტარდება იმავე გარემოებებში (მაგ., საშუალო ასაკის ქალები და კაცები).

Secondary Care Facility – მეორეული სამედიცინო მომსახურების დაწესებულება: საავადმყოფო ან სხვა დაწესებულება, რომელიც რეგიონის მოსახლეობას სთავაზობს სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებას: წამლების მიწოდებას, ზოგადი ქირურგის, მეანის, გინეკოლოგისა და პედიატრის კონსულტაციას, დაავადების დიაგნოსტირებას და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის რეფერირებას მესამეულ სამედიცინო მომსახურების ცენტრებში სპეციალიზირებული გამოკვლევების ჩასატარებლად.

Selective Primary Care – არჩევითი პირველადი სამედიცინო მომსახურება: პროგრამები, რომლებიც ფოკუსირებულია იმ მდგომარეობების პრევენციასა და მკურნალობაზე, რომლებიც უფრო მეტად არიან გავრცელებული და ჯანმრთელობისთვის საზიანო; სარგებელი/ხარჯის მაჩვენებელი მაღალია.

Self-Care – საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა: პროგრამები, რომელთა მიზანია პიროვნებამ თავად იზრუნოს საკუთარი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე (სამედიცინო მომსახურების ცენტრებს გარეთ).

Sensitivity – მგრძნობელობა/სენსიტიურობა: გამოკვლეული პოპულაციიდან ტესტის მიერ დაავადებულად შეფასებულ შემთხვევათა შორის ჭეშმარიტად დაავადებულთა პროპორცია; სკრინინგ-ტესტის სიზუსტის საზომი. მაღალ–სენსიტიური ტესტი ყოველი შემთხვევის დროს (დაავადების არსებობის შემთხვევაში) აჩვენებს დადებით პასუხს (100% სენსიტიური), ხოლო დაბალი სენსიტიურობის ტესტი იძლევა ცრუ-უარყოფით შედეგებს.

Sentinel center – საყრდენი ბაზა: მოხერხებული, მაგრამ ძირითადად წარმომადგენლობითი მომსახურების წერტილები, როგორიცაა პირველადი ჯანმრთელობის მომსახურების ან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი, სადაც ხდება შემთხვევათა სისტემატური მონიტორინგი; იძლევა საზოგადოებრივი

ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი მოვლენების მაჩვენებლებს.

Sentinel Health Event – ექსტრემალური მოვლენა: იშვიათი ან უცნობი ეტიოლოგიის დაავადების ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობის პირველად გამოვლენილი შემთხვევა, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად; ეფუძნება ავადობის, სიკვდილიანობის ან ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენების მონაცემებებს. გამოიყენება პრევენციული ღონისძიებების შესამუშავებლად.

Sick Funds – ავადმყოფთა დახმარების ფონდები: ჯანმრთელობის ორგანიზაციები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მათი წევრებისათვის ჯანმრთელობის მომსახურებას.

Sin Taxes – გადასახადი ჯანმრთელობისთვის საზიანო საქონელზე: გადასახადები „ჯანმრთელობისთვის საზიანო“ არაესენციურ საქონელზე, როგორიცაა თამბაქო, ალკოჰოლი ან სხვა, რომლებიც წარმოადგენენ ბევრი დაავადების რისკ–ფაქტორებს, როგორც მომხმარებლებისთვის, ასევე მათი გარშემომყოფთათვის; გამოიყენება ამ პროდუქტების მოხმარების შესამცირებლად.

Social Class Classification – კლასიფიკაცია სოციალურ კლასებად: მოსახლეობის დაყოფა ჯგუფებად განათლების, დასაქმებისა და შემოსავლის მახასიათებლების მიხედვით. კვლევებში ყოველთვის აისახება მკვეთრი კორელაცია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ და აღნიშნულ მახასიათებლებს შორის; გამოიყენება ეპიდემიოლოგიური მიზნებისთვის.

Social Cost – სოციალური დანახარჯი: აქტივობასა ან დაავადებაზე დანახარჯი საზოგადოებისთვის, და არა იმ ორგანიზაციისათვის, რომელიც ამ აქტივობას უშუალოდ ახორციელებს.

Social Security – სოციალური უსაფრთხოება: ეროვნული სადაზღვევო სისტემები, რომლებიც განსხვავდებიან ყოვლისმომცველობისა და იმ პირების უფლებების უზრუნველყოფის ხარისხით, რომელთაც მიღებული აქვთ საწარმოო ტრავმა ან პროფესიული დაავადება, ასევე პენსიონერების, ვეტერანების ჯანმრთელობის დაზღვევის, ობოლთა, ქვრივთა და უნარშეზღუდულთა პენიებით უზრუნველყოფის ხარისხით. ეს ყველაფერი ფინანსდება იმ თანხებით, რომელიც ბიუჯეტში შედის დამსაქმებლებისა და დასაქმებულების რეგულარული გადასახადებიდან.

Social Support System – სოციალური მხარდაჭერის სისტემები: ოჯახი, მეგობრები, თანამშრომლები და სამეზობლო წარმოადგენენ არაოფიციალურ სოციალურ მხარდამჭერებს ბევრი ადამიანისთვის, რომელთაც ისინი დახმარებას უწევენ სტრესთან გამკლავებასა და ცხოვრებისეულ საჭიროებებთან ადაპტაციაში. საზოგადოებრივ თუ ეროვნულ დონეზე, საკანონმდებლო და სხვა მხარდამჭერი სისტემები უნდა უზრუნველყოფდნენ მოსახლეობის კათილდღეობას, პენსიების დარიგებას, ასევე სხვადასხვა მექანიზმების ჩართვას, რათა არ მოხდეს მოსახლეობის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მოხვედრა.

Social Welfare – სოციალური კეთილდღეობა: მოიცავს სახელმწიფო პროგრამებს, რომლებიც ხშირად ხორციელდება საჯარო სამსახურებთან და საფინანსო ორგანიზაციებთან ერთად, რათა ფინანსური დახმარება მოსახლეობას გაუწიონ ელემენტარული საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, დაურიგონ კვების ტალონები ან სამედიცინო მომსახურების ბარათები.

Standardization – სტანდარტიზაცია: მეთოდი, რომლის საშუალებითაც ხდება პოპულაციებს შორის, რეგიონებსა და ქვეყნებში არსებული სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლების შედარებისას განსხვავებული ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურის ზეგავლენის შედეგად მიღებული განსხვავებების მაქსიმალური უგულვებელყოფა; არსებობს სტანდარტიზაციის პირდაპირი ან არაპირდაპირი მეთოდები.

Standardized Mortality (Morbidity) Rate (SMR) – სიკვდილიანობის (ავადობის) მონაცემთა სტანდარტიზაცია: სტანდარტიზებული სიკვდილიანობისა თუ ავადობის მაჩვენებელი წარმოადგენს შესასწავლ ჯგუფში მოსალოდნელ საერთო მაჩვენებელს ან საერთო რაოდენობას, იმის გათვალისწინებით თუ სპეციფიკური მაჩვენებელი მოცემულ პოპულაციაში იქნებოდა ისეთივე, როგორიცაა სტანდარტულ პოპულაციაში; ჩვეულებრივ გამოისახება პროცენტებში.

Statistical Significance – სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი: დაკვირვება, რომელიც საეჭვოა მხოლოდ შემთხვევითი იყოს; ნულოვანი ჰიპოთეზა ამტკიცებს, რომ ერთი ცვლადი მეორესთან არავითარ კავშირში არ არის და შესწავლილ ორ ან მეტ პოპულაციას შორის სხვაობა არ ვლინდება. ნულოვანი ჰიპოთეზის ჭეშმარიტების დასადგენად სტატისტიკური ტესტი გამოიყენება. ის განსაზღვრავს, მივიღოთ თუ უარვყოთ ნულოვანი ჰიპოთეზა. ჰიპოთეზის ტესტირება საშუალებას გვა-

ძლევს შევაფასოთ ნებისმიერი განსხვავება, რომელიც ვლინდება ორ პოპულაციას შორის არის თუ არა „სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი“ თუ მხოლოდ შემთხვევითობის შედეგია.

Stunting – ზრდაში ჩამორჩენა: ზრდაში საშუალო და მძიმე (სიმაღლე/ასაკთან საშუალო მაჩვენებელზე 2 სტანდარტულ გადახრაზე მეტი) ჩამორჩენა საერთაშორისო რეფერენს პოპულაციის მაჩვენებლებთან შედარებით.

Substance Abuse – ნივთიერებების მავნედ მოხმარება: ნებადართული/ლეგალური (რეცეპტით გამოწერილი მედიკამენტები/ალკოჰოლი) და კანონით აკრძალული საშუალებების/არალეგალური (ნარკოტიკები) ან ქიმიური ნაერთების (გამხსნელები) არასამედიცინო მიზნით გამოყენება ცნობიერების ან ემოციური მდგომარეობის შესაცვლელად; ამ ნივთიერებების სისტემატური მოხმარება იწვევს დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას, რომელიც ფიზიკურ და მენტალურ პრობლემებთან ერთად, სოციალურ ზიანსაც აყენებს როგორც თავად ამ ნივთიერებების მომხმარებლებს, ასევე მათ გარშემომყოფთაც.

Supplementation – დამატება: კვებითი დანამატების, ვიტამინების ან მინერალების მიწოდება მოწყვლადი პოპულაციისთვის, რათა მოხდეს დეფიციტური მდგომარეობების პრევენცია და ხელი შეეწყოს ჯანმრთელობის გაუბჯობესებას.

Supply-induced Demand – მოწოდებით ინდუცირებული მოთხოვნა: სერვისების ხელმისაწვდომობა ზრდის მისი უტილიზაციას/გამოყენებას.

Surveillance of Disease – დაავადების ეპიდზედამხედველობა: სხვადასხვა წყაროდან მოპოვებული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მონაცემების სისტემატური შეგროვება, შეჯერება და ანალიზი, შემდეგ ამ ინფორმაციის დროული გადაცემა იმ უწყებებისათვის, რომლებმაც ამის საფუძველზე უნდა განახორციელონ შესაბამისი ქმედებები (დაავადების პრევენციისა და კონტროლისათვის).

SWOT (Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, and Threats) Analysis – SWOT ანალიზი: სტრატეგიული დაგეგმარებისთვის ორგანიზაციის შიდა და გარე გარემოს სწრაფი მიმოხილვა; აფასებს შიდა ფაქტორებს: ძლიერ და სუსტ მხარეებს, შესაძლებლობებსა და საფრთხეებს.

Tertiary Care Facility – მესამეული ჯანმრთელობის დაწესებულებები: საავადმყოფო ან სხვა დაწესებულება, რომელშიც არის სპეციალიზირებული, მაღალი ხარისხის დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურება, იმ სამედიცინო ცენტრების მსგავსად, რომელთაც აქვთ სასწავლო პროგრამები და ემსახურებიან მოსახლეობის ფართო მასებს.

Total Fertility Rate – შობადობის საერთო მაჩვენებელი: ქალის მიერ მთელი ცხოვრების მანძილზე დაბადებულ ბავშვთა საშუალო რაოდენობა მოცემული ასაკ–სპეციფიკური მაჩვენებლების მიხედვით.

Traditional Birth Attendant (TBA) – მშობიარობის ტრადიციული მიმღები: ადამიანი, რომელიც იღებს მშობიარობას (სახლში მშობიარობა), მაგრამ მას არ გაუვლია ოფიციალური სწავლება ჯანმრთელობის სისტემის ფარგლებში და რომელიც ეყრდნობა საკუთარ გამოცდილებასა და დაკვირვებას.

Undernutrition – არასაკმარისი კვება: მდგომარეობა, გამოწვეული საკვებისა და მიკროელემენტების არასაკმარისი რაოდენობით მიღებით. არასაკმარისი კვების მთავარი გამოვლინებაა წონის დაკლება, ბავშვებში ის გამოვლინდება ზრდის შეჩერებით (ასაკთან შედარებით დაბალი სიმაღლე) და წონის დეფიციტით (დაბალი წონა სიმაღლესთან შედარებით). არასაკმარისი მიკროელემენტების მიღების შედეგია მრავალი დეფიციტური მდგომარეობები, როგორიცაა მაგ., იოდ–დეფიციტური დაავადებები.

Underweight – წონის დეფიციტი: *საშუალო დეფიციტი* – წონა/ასაკთან საშუალო მაჩვენებელზე 2 სტანდარტულ გადახრაზე ნაკლები რეფერენს პოპულაციის მაჩვენებლებთან შედარებით; *მძიმე დეფიციტი* – წონა/ასაკთან საშუალო მაჩვენებელზე 3 სტანდარტულ გადახრაზე ნაკლები რეფერენს პოპულაციის მაჩვენებლებთან შედარებით.

Vaccine-Preventable Disease (VPD) – ვაქცინებით მართვადი დაავადებები: დაავადებები, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელია დღეისთვის არსებული ვაქცინებით.

Women of Reproductive Age – რეპროდუქციული ასაკის ქალები: 15–44 წლის ყველა ქალი.

Women's Health – ქალთა ჯანმრთელობა: ქალთა ჯანმრთელობა მოიცავს შობადობასთან, სქესობრივ აქტივობასთან, მშობიარობასთან, აბორტსა და კონტრაცეფციასთან, მენოპაუზის მართვასა და ქალებში გავრცელებული სიმსივნეების სკრინინგთან, სოციალურ გარემოსთან დაკავშირებულ მრავალ ფაქტორს, რომლებიც ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას. ამ ჯგუფში ასევე განიხილება

ძალადობის, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, ქრონიკული დაავადებების, კვების, ოსტეოპოროზისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბევრი სხვა საკითხი.

World Bank – მსოფლიო ბანკი: აშშ (ვაშინგტონი) რეკონსტრუქციისა და განვითარების საერთაშორისო ბანკი. ეს ბანკი დაარსდა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ინდუსტრიული ქვეყნების მიერ და გახდა მთავარი წყარო გრძელვადიანი სესხებისა, რომლებიც გამოყოფილი იყო გაერთიანებილი ერების მრავალი ქვეყნის განვითარებისთვის.

***World Development Report* (WDR) – მსოფლიოს განვითარების ანგარიში:** მსოფლიო ბანკის ყოველწლიური მოხსენება საერთაშორისო განვითარებასთან დაკავშირებით. 1993 წლის ანგარიში (*Investing in Health*) ხაზს უსვამს ადამიანის ჯანმრთელობას, ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და ეკონომიკურ განვითარებას შორის კავშირს.

World Health Assembly – ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის უმაღლესი, გადაწყვეტილების მიმღები ორგანო. წევრი ქვეყნების მიერ ორგანიზაციის პოლიტიკის განსაზღვრისა და ჯანმრთელობის პრიორიტეტებისა და რესურსების გამოსავლენად იგი ყოველწლიურად მართავს შეხვედრებს ყველა წევრი ქვეყნების დელეგაციებთან.

World Health Organization(WHO) – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წევრი, რომელიც დაარსდა 1946 წელს; აჟამად აერთიანებს 189 ქვეყანას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ემსახურება ჯანმრთელობის საკითხებში საერთაშორისო თანამშრომლობას. მას აქვს 6 რეგიონალური ოფისი, რომლებიც ახორციელებენ რეგიონალურ შეფასებას და საერთო აქტივობებს, რათა ხელი შეუწყონ მსოფლიოს ხალხთა ჯანმრთელობის პრობლემების ზედამხედველობასა და კონტროლს.

Years of Potential Life Lost (YLL) – ნაადრევი სიკვდილის მიზეზით დაკარგული ცხოვრების წლები: მთელი პოპულაციის დონეზე ნაადრევი დაავადებებითა და ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილის მიზეზით დაკარგული ცხოვრების წლების საერთო რაოდენობა.