

მედია ჩიქავა, სტუ-ს პროფესორი
თამარ ცინცაძე, სტუ-ს პროფესორი

Summary

Chronic Diseases Preventive Models

Preventive and therapeutic models use is necessary for proper planning and effective management of prevention and treatment of chronic diseases and conditions. An epidemiological research was conducted by us, using sociological survey method. We have developed Digestive System Chronic Diseases (DSCD) preventive models: for healthy and at DSCD development risk adolescents.

The epidemiological study has shown, that healthy adults need to reduce the impact of early predictors: food and drug allergy (OR=&), acute viral hepatitis (OR=4,82), frequent food poisonings (OR=4,49). Chronic Diseases Prevention Models for at DSCD development risk adolescents includes the most important preventive measures, aimed to reduce following risk factors: eating disorders (OR=26,3), chronic overloads (OR=15,3), psicho-emotional tension (OR=12,2), adolescents bad habits (OR=5,14), obesity (OR=4,62), unsatisfactory living conditions (OR=3,74).

Preventive models developed by us can be used for drawing up appropriate prevention programs, which may form the basis for the development of appropriate business models. This will create a scientific basis for reducing the prevalence of Digestive System Chronic Diseases.

საკვანძო სიტყვები: ქრონიკული დაავადებები, პრევენციული მოდელი, ეპიდემიოლოგიური კვლევა.

* * * * *

ქრონიკულ დაავადებათა და მდგომარეობათა პრევენციისა და თერაპიის სწორად დაგეგმვისა და მართვის ეფექტურობისთვის აუცილებელია შესაბამისი მოდელების სწორად შედგენა. მოდელის ეფექტურობა ფასდება მისი მომხმარებლის — პაციენტის მიერ, რომელიც მისი დამფინანსებელია და ამავე დროს დაინტერესებულია მაღალი ეფექტურობით: სწორი დიაგნოზის დროულად დასმითა და დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მაღალი ხარისხით. ასეთი მოდელები არსებობს აშშ-ის სამედიცინო დაწესებულებათა 60%-ში, ხოლო ევროპის (ძირითადად დიდ ბრიტანეთის) — 20%-ზე ნაკლებში.

ამჟამად საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების მინოდების ეფექტურობის შეფასების მექანიზმი, არ არიან სპეციალისტები, რომლებიც პასუხისმგებელნი იქნებიან ამ მომსახურების შესრულებასა და ხარისხზე. ამიტომ ჩვენს ქვეყანაში საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ინოვაციური მოდერნიზაცია, რომელიც დაფუძნებული იქნება ქრონიკულ დაავადებათა პრევენციული

და თერაპიული მოდელების გამოყენებაზე. ეს საშუალებას მოგვცემს, რადიკალურად გავაუმჯობესოთ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის ხარისხი, რასაც აშშ-ის გამოცდილებაც მოწმობს.

დასავლეთში პრევენციულ ღონისძიებათა ერთობლიობის დასადგენად შემუშავებულია მრავალი ქრონიკული დაავადების: შაქრიანი დიაბეტის, არტერიული ჰიპერტენზიის, დეპრესიის და სხვათა პრევენციის ბიზნეს-მოდელები. აღნიშნულ მოდელებში აღწერილია რისკის ფაქტორთა მოდიფიკაციის მიმართულებები; პრევენციის ღირებულება მაღალი და დაბალი რისკის მქონე ინდივიდთა ჯგუფებისთვის.

დღესდღეობით დამსაქმებლები უკვე აცნობიერებენ, რომ დასაქმებულთა არასათანადო ჯანმრთელობა აისახება არა მარტო თვით თანამშრომელთა პროდუქტიულობაზე, არამედ აგრეთვე — მათი ბიზნესის ფინანსურ „ჯანმრთელობაზე“. ამიტომ აშშ-ში დიდ ფირმათა 35-60% და მცირე ფირმათა 10-32% თავის თანამშრომლებს გარკვეული ტიპის პრევენციულ პროგრამებს სთავაზობს. თანამშრომელთა ჯანმრთელობა და ჯანდაცვის სარგებელი უნდა გაზდეს ყველა დამსაქმებლის სტრატეგიული ბიზნეს-მოდელის ფუნდამენტური ნაწილი, როგორც მართვის გარდაუვალი ხარჯი” (Tracey Moorhead, The Care Continuum Alliance-ის პრეზიდენტი, 2009).

მნიშვნელოვანია, საქართველოშიც გაჩნდეს დამსაქმებელთა ინტერესი პრევენციული პროგრამების განხორციელებისადმი. ასეთი პროგრამები ბიზნეს-მოდელის შემადგენელი ნაწილია. ქრონიკულ დაავადებათა განვითარებას ძირითადად მოზარდობის პერიოდში ეყრება საფუძველი. ამ პერიოდში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებათა (სმსდ) პრევენციული პროგრამების შემუშავება, რადგან, ჩვენს მიერ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიხედვით, მათი გავრცელება საქართველოს 14—21 წლის მოზარდთა შორის საკმაოდ მაღალია — 19,5%.

მასალა და მეთოდები. ეპიდემიოლოგიური კვლევა ჩავატარეთ სოციოლოგიური გამოკითხვის მეთოდით. შევისწავლეთ დემოგრაფიული, გენეტიკური, კვებითი, ფსიქოსოციალური და გარე სამყაროს სხვა რისკის ფაქტორთა სიხშირეები სმსდ-ის მქონე (I ჯგუფი), რისკის ქვეშ მყოფ (II ჯგუფი) და პრაქტიკულად ჯანმრთელ (III ჯგუფი) მოზარდებში.

I ჯგუფის მოზარდთა შორის არსებულ რისკის ფაქტორთა სიხშირეები შევადარეთ II და III ჯგუფში არსებულ შესაბამის სიხშირეებს, რითაც დადგინდა გვიანი პრედიქტორების ზეგავლენის ღონეები სმსდ-თა ფორმირებაზე, ხოლო I და III ჯგუფის შემადგენელი გამოვლინდა ადრეული პრედიქტორების

მნიშვნელობები შანსების თანაფარდობის მაჩვენებლის (OR) მიხედვით.

რისკის ქვეშ მყოფ და პრაქტიკულად ჯანმრთელ მოზარდთა ჯგუფებში გასატარებელ ღონისძიებათა რანჟირებული ნუსხა წარმოდგენილ იქნა რანჟირებული თანმიმდევრობით OR-ის მიხედვით. აღნიშნულის საფუძველზე შევიმუშავეთ სათანადო პრევენციული მოდელები, რაც შეიძლება საფუძვლად დაედოს შესაბამისი ბიზნეს-მოდელების შემუშავებასა და რედიზაინს.

შედეგები და მათი განხილვა. ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელ მოზარდებში საჭიროა ისეთი ადრეული პრედიქტორების ზეგავლენის შემცირებაზე ზრუნვა, როგორებიცაა: კვებითი და მედიკამენტური ალერგია, მწვავე ვირუსული ჰეპატიტის გადატანა, სმირი კვებითი მონამკვლეები, შფოთვის დონის მატება, ცხიმიანი საკვების ჭარბად მიღება, 3-ზე მეტი ბავშვთა ინფექციური დაავადების გადატანა; აგრეთვე — კონფლიქტური სიტუაციები ოჯახში, უარყოფითი ემოციები ჭამამდე ან ჭამის დროს, არარეგულარული კვება, სიჩქარე კვების დროს, თამბაქოს მოხმარება; ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაბალი თვითშეფასება, ჰიპოდინამია (ცხრილი № 1).

ცხრილი № 1

ადრეული პრედიქტორების სისშირეთა განაწილება და შანსების თანაფარდობები

ადრეული პრედიქტორები	sixSireTa განაწილება (%)		d	p	ლ*
	I ჯგუფი	II და III ჯგუფები			
1. კვებითი და მედიკამენტური ალერგია	6,5±2,5	0	2,54	0,0055	&
2. მწვავე ვირუსული ჰეპატიტი	10,2 ±3,0	2,3±1,5	2,29	0,011	4,82
3. სმირი კვებითი მოწამელები	7,6 ±2,7	1,8 ±1,4	1,93	0,0268	4,49
4. შფოთვის მაღალი დონე	44,2 ± 5,0	15,6 ±3,7	4,36	<0,0001	4,29
5. ცხიმიანი საკვების ჭარბად მიღება	49,9±5,0	21,9±4,2	4,09	<0,0001	3,55
6. ბავშვთა ინფექციები (3-ზე მეტი)	23,1 ± 4,32	7,9 ± 2,7	2,95	0,0016	3,5
7. კონფლიქტური სიტუაციები ოჯახში	15,7 ±3,6	6,3±2,5	2,11	0,0174	2,77
8. უარყოფითი ემოციები ჭამამდე ან ჭამის დროს	29,2±4,5	14,3±3,6	2,53	0,0057	2,47
9. არარეგულარული კვება	27,0 ± 4,4	13,6±3,5	2,32	0,0102	2,35
10. სიჩქარე კვების დროს	22,3±4,2	11,4±3,3	2,05	0,0202	2,23
11. თამბაქოს მოხმარება	20,4 ± 4,1	10,8 ± 3,2	1,83	0,0263	2,12
12. ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაბალი თვითშეფასება	37,1±4,8	21,9 ±4,2	2,33	0,0099	2,1
13. ჰიპოდინამია	49,9±5,0	37,5±5,0	1,75	0,0401	1,66

სმსდ-თა განვითარების რისკის ქვეშ მყოფი პირებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რომლებიც მიმართული იქნება ისეთი რისკის ფაქტორების შესამცირებლად, როგორიცაა: კვებითი დარღვევები, ქრონიკული გადატვირთვები, ფსიქოემოციური დაძაბულობა, მოზარდის მაგნე ჩვევები, სიმსუქნე, არადაამაყოფილებელი ცხოვრების პირობები, გადატანი-

ლი დაავადებები, კომპიუტერისა და ტელევიზორის გადამეტებული გამოყენება, ეგზოგენური ფაქტორები (ცხრილი №2; დიაგრამა №2).

მართალია, სმსდ-ით დამდიმებული მემკვიდრეობა საკმაოდ ძლიერ გავლენას ახდენს აღნიშნულ დაავადებათა ფორმირებაზე (R=11,5), მაგრამ ის პრაქტიკულად არამართვად ფაქტორებს განეკუთვნება.

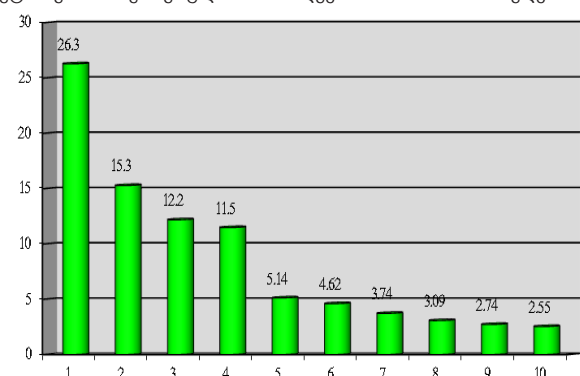
ცხრილი № 2

მოზარდებში სმსდ-თან ასოცირებულ ძირითად რისკ-ფაქტორთა სისშირეთა განაწილება (%) და შანსების თანაფარდობები (OR)

რისკის ფაქტორები ($p < 0,0001$)	sixSireTa განაწილება (%)		d	ლ
	I ჯგუფი	II ჯგუფი		
1. კვებითი დარღვევები	97,6 ± 1,7	60,7 ± 2,6	6,5	26,3
2. ქრონიკული გადატვირთვები	96,4 ± 2,0	63,6 ± 2,6	5,89	15,3
3. ფსიქოემოციური დაძაბულობა	91,3 ± 3,1	46,2 ± 2,7	7,45	12,2
4. სმსდ-ით დამდიმებული მემკვიდრეობა	67,5 ± 5,3	15,3 ± 1,9	9,7	11,5
5. მოზარდის მაგნე ჩვევები	55,0 ± 5,7	19,2 ± 2,2	6,43	5,14
6. სიმსუქნე	40,5 ± 5,4	13,3 ± 1,8	5,74	4,62
7. არადაამაყოფილებელი ცხოვრების პირობები	46,4 ± 5,5	18,8 ± 2,1	5,30	3,74
8. გადატანილი დაავადებები	41,7 ± 5,4	18,8 ± 2,1	4,45	3,09
9. კომპიუტ. ტელევიზორის გადამეტებული გამოყენება	66,7 ± 5,2	42,2 ± 2,7	4,03	2,74
10. ეგზოგენური ფაქტორები	48,8 ± 5,6	27,2 ± 2,4	3,75	2,55

დიაგრამა № 2

მოზარდებში სმსდ-თან ასოცირებული რისკის ძირითადი ფაქტორები რანჟირებული თანმიმდევრობით (OR-ის მიხედვით)



1. კვებითი დარღვევები (OR₁);
2. ქრონიკული გადატვირთვები (OR₂);
3. ფსიქოემოციური დაძაბულობა (OR₃);
4. სმსდ-ით დამძიმებული მემკვიდრეობა (OR₄);
5. მოზარდის მავნე ჩვევები (OR₅);
6. სიმსუქნე (OR₆);
7. ადამაკაყოფილებელი ცხოვრების პირობები (OR₇);
8. გადატანილი დაავადებები (OR₈);
9. კომპიუტერის, ტელევიზორის გადამეტებული გამოყენება (OR₉);
10. ეგზოგენური ფაქტორები (OR₁₀).

ჩვენს მიერ შემუშავებული პრევენციული მოდელები შეიძლება გამოყენებულ იქნას შესაბამისი პრევენციული პროგრამების შესადგენად, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა საფუძვლად დაედოს შესაბამისი ბიზნეს-მოდელების შემუშავებას. ეს კი საჭმლის მომწოდებელი სისტემის დაავადებათა გავრცელების შემცირებისთვის საჭირო მეცნიერულ საფუძველს შექმნის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. BUSINESS MODEL FOR THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASE. Jan 2011. <http://www.gpgc.com.au/getFileLibFile.aspx?FK=1694>
2. И. В. Кузьмин. // Реинжиниринг управления в визуализационной медицине. 1996. <http://oncodome.narod.ru/re-engineering.htm>
3. Farshad Fani Marvasti, M.D., M.P.H., and Randall S. Stafford, M.D., Ph.D. // From Sick Care to Health Care — Reengineering Prevention into the U.S. System. N Engl J Med 2012; 367:889-891. September, 2012. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1206230>
4. მ. ჩიქავა. // საჭმლის მომწოდებელი სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკა და მკურნალობა ზოგიერთი წამლის ზემოქმედებით. დის. მედ. დოქტ. ხარ. მოსაპოვებლად. 2009.
5. BUSINESSES AND OTHER EMPLOYERS PROMOTING HEALTH AND DISEASE PREVENTION. U.S. Department of Health and Human Services. September 2003. <http://aspe.hhs.gov/health/prevention/index.shtml#BUSINESSES>
6. Maureen O Padden MD MPH. CDR MC USN (FS).// Disease Management: Proactive vs. Reactive? Reengineering for success. <http://www.slideserve.com/elina/disease-management-proactive-vs-reactive-reengineering-for-success>
7. Outcomes Research Workshop (ORW) - Randy Stafford, Stanford - Re-Engineering Prevention and Chronic Disease Management: Can We Escape Cultural, Economic and Technological imperatives. February, 2010. <http://event.uchicago.edu/maincampus/detail.php?guid=CAL-402882f8-264c390d-0126-574d3298-0000027ceventscaledar@uchicago.edu>
8. Christensen R. Employment-based health promotion and wellness programs. Employee Benefit Research Institute. 2001 (July); 22(7):1-6