



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი ლ. საყვარელიძის სახელობის

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

National center for Disease Control & Public Health



KA030637046070519

საქართველო, ქ. თბილისი, 0198, კახეთის გზატკეცილი N99; ტელ: (+995 32) 2192595; ცხელი ხაზი: 116001
Kakheti Highway N99, 0198, Tbilisi, Georgia; Tel: (995-32) 2192595; Hot line: 116001; E-mail: ncdc@ncdc.ge

#06/3291

06 / სექტემბერი / 2019 წ.

საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან
დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის
ქალბატონ ეკატერინე ტიკარაძეს

ქალბატონო ეკატერინე,

როგორც მოგეხსენებათ, არაჯანსაღი კვება მოიაზრება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტად არაგადამდებ დაავადებათა რისკებს შორის. არასათანადო ცოდნით და არაჯანსაღი კვებითი ქცევებით მრავალი ქრონიკული დაავადება შეიძლება განვითარდეს (დიაბეტი, კარდიოვასკულური დაავადებები, ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებები, იოდის, რკინის და სხვა მიკრონუტრიენტების დეფიციტით გამოწვეული დარღვევები, ოსტეოპოროზი, სიმსუქნე, კარიესი და სხვ.), რომელთა ხვედრითი წილი მსოფლიოში საერთო სიკვდილიანობის დაახლოებით 60%-ს შეადგენს, და რომელთა თავიდან აცილებაც ადვილადაა შესაძლებელი ჯანსაღი კვებითი გარემოს შექმნით და თავად მოსახლეობის და კონკრეტულად თითოეული ინდივიდის მიერ ჯანსაღი კვების პრინციპების სისტემატური დაცვით (ჯანსაღი კვებითი ქცევებით). უარყოფითი კვების ფაქტორი და დაბალი ფიზიკური აქტივობა განაპირობებს დიაბეტის შემთხვევების დაახლოებით 60%-ის; ძუძუს, ნაწლავისა და პროსტატის კიბოს შემთხვევების 35%-ის; ართრიტების 25%-ის; გულის კორონარული დაავადებებისა (CHD) და ინსულტის შემთხვევების დაახლოებით 20%-ის განვითარებას.

ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მიმართულება ამ სფეროში ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა კარგად დაბალანსებული კვების, კვებითი დეფიციტის პროფილაქტიკის, საკვებით გამოწვეულ დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის საშუალებით. კვება მნიშვნელოვანი ფაქტორია ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისათვის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. კვებასთან დაკავშირებული ქრონიკული დაავადებები წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უდიდეს ტვირთს. ვინაიდან, ერთის მხრივ, იგი დაკავშირებულია პირდაპირ ხარჯებთან, ხოლო მეორეს მხრივ, მათგან გამოწვეული მდგომარეობები ამცირებს ჯანმრთელი სიცოცხლის წლებს და/ან სიცოცხლის ხანგრძლივობას საერთოდ.

არასათანადო კვება იწვევს ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტს, ზრდის შეჩერებას, ინვალიდობასა და სიკვდილობას. 5 წლამდე ასაკის 165 მილიონ ბავშვს აღენიშნება ზრდაში ჩამორჩენა, ქრონიკულად არასაკმარისი და არაბალანსირებული კვების გამო. ამ ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვებში სიკვდილობის 35% დაკავშირებულია არასრულფასოვან კვებასთან. არაჯანსაღ კვებასთან ასოცირებული დაავადებები და არასაკმარისი კვება სერიოზულად აზიანებს არამარტო

ცალკეული ადამიანის ჯანმრთელობას, არამედ სერიოზულად აისახება მის პროდუქტიულობაზეც, და მნიშვნელოვნად აფერხებს ქვეყნის განვითარების პოტენციალს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ყოველწლიურად აძლიერებს ეპიდზედამხედველობას და იმუშავებს სტრატეგიას კვებასთან ასოცირებული დაავადებების გასაკონტროლებლად და შესამცირებლად. კვებასთან დაკავშირებული დაავადებების მზარდი ტენდენცია აღინიშნება სადღეისოდ მთელ მსოფლიოში. 2004 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით შემუშავდა ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის გლობალური სტრატეგია. სტრატეგიის შემუშავებაში აქტიურად მონაწილეობდა ჯანმოს ექვსი რეგიონალური ორგანიზაცია, საზოგადოებრივი და კერძო სექტორის წარმომადგენლები, დამოუკიდებელი ექსპერტები და სხვა საერთაშორისო პარტნიორი ორგანიზაციები. სტრატეგია მიმოიხილავს არაგადამდები დაავადებების ზრდის ტენდენციის გამომწვევ ძირითად რისკ-ფაქტორებს. მ.შ. არაჯანსაღ (არაბალანსირებულ) კვებას და ფიზიკურ აქტივობას, და ჩვილი ბავშვის ძუძუთი კვების უპირატესობებს. გლობალური სტრატეგია ხაზს უსვამს აგრეთვე საკვებ პროდუქტში ტრანს-ცხიმების, ნაჯერი ცხიმების, მარილისა და შაქრის მოხმარების შემცირებას.

არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული დაავადებებისა და სიკვდილობის მზარდი ტენდენციის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი – საკვებ პროდუქტებში ხილისა და ბოსტნეულის მცირე წილია, ზედმეტი წონა, ნაკლები ფიზიკური აქტივობაა. არაჯანსაღი კვება და ინერტული ფიზიკური აქტივობა სხვადასხვაგვარად აისახება მამაკაცისა და ქალის ჯანმრთელობაზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანსაღი კვების მულტისექტორული პოლიტიკა ევროპის რეგიონში მოიცავს შემდეგ ამოცანებს:

1. ნუტრიციული სტატუსის შეფასება, ეპიდზედამხედველობის გაძლიერება, მონიტორინგი, კვლევა.
2. ჯანსაღი კვების პოპულარიზაცია. არაბალანსირებული და მიკროელემენტებით ღარიბი საკვებით გამოწვეული დაავადებების რისკების შემცირება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.
3. ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის უნივერსალური სისტემის უზრუნველყოფა, სასურსათო პროდუქტებზე კონტროლის გაძლიერება და დაავადებების პრევენცია.
4. საერთაშორისო ალიანსების ქსელის შექმნა. ჯანსაღი კვების პრობლემის სწორად მართვა - სამოქალაქო საზოგადოების გაძლიერების ხელშეწყობით.

არაჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული დაავადებების მზარდი ტენდენცია ყველაზე მეტად ევროპის რეგიონში შეინიშნება. არაჯანსაღი კვება და ფიზიკური უმოქმედობა, თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით გამოყენება მნიშვნელოვნად აისახება ცხოვრების ხარისხზე და დემოგრაფიულ მაჩვენებელზე.

2012 წლის სექტემბერში ჯანმოს ევროპის რეგიონალურმა ორგანიზაციამ ჯანმრთელობის ხელშეწყობისათვის 62-ე სესიაზე მიიღო ახალი ჩარჩო-კონვენცია 2020 წლისათვის. კონვენცია ფოკუსირებული იყო სამთავრობო და საზოგადოებრივი მხარდაჭერისაკენ, რათა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის სისტემა, გახდეს უნივერსალური, სამართლიანი, მდგრადი და მაღალი ხარისხის. შემუშავდა ახალი სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა რეგიონულ და გლობალურ დონეზე. 2015 - 2020 წლის სამოქმედო გეგმის მიზანია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში გაძლიერდეს ძალისხმევა, რათა კვებასთან დაკავშირებული დაავადებების ტვირთი შემცირდეს. პოლიტიკის განხორციელებისათვის ქვეყნებს შორის სწორი კოორდინაციაა საჭირო. შემოთავაზებული სამოქმედო გეგმისა და სასურსათო პროდუქტების უსაფრთხოების გაძლიერებით რისკ-ფაქტორების შემცირება, ჯანსაღი კვების პოპულარიზაცია, არაბალანსირებული ან არასაკმარისი კვების ტვირთის (ზედმეტი წონა, სიმსუქნე და ჩამორჩენა ზრდა-განვითარებაში) შემცირება. უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში განხორციელებული პოლიტიკის საფუძველზე წარმატებით ვითარდებოდა სასურსათო პროდუქტების კონტროლი. თუმცა ეს არ აღმოჩნდა საკმარისი. საჭიროა დამატებითი ძალისხმევა, ნება და კოორდინაცია პრობლემის არსებითი მოგვარებისათვის, სასურველია ეკოლოგიური საკითხების გააზრებაც ამ მიმართულებით.

არაჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული დაავადებების ტვირთის შესამცირებლად სასურველია პროცესში აქტიურად მონაწილეობდნენ: მთავრობის ლიდერები, პოლიტიკოსები, დაინტერესებული

მხარეები, საზოგადოებრივი და კერძო სექტორი. ექსპერტების მობილიზებით უნდა მოხდეს სასურსათო უსაფრთხოებისა და საკვები პროდუქტების უზენაესობის ჰიგიენური ნორმების დაცვა.

ევროპულ სტრატეგიაში გამოიყო რამოდენიმე ძირითადი მიმართულება: ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია, უსაფრთხო, ჯანმრთელი და მდგრადი საკვები პროდუქტების შექმნა, მომხმარებლების სრულყოფილი ინფორმირება, არსებული კომპლექსური მოქმედებები: უსაფრთხო კვება, მონიტორინგი, შეფასება და კვლევა. პირველი სამოქმედო გეგმის შემდეგ, ჯანმოს წევრი სახელმწიფოების მესამედმა შეიმუშავა სასურსათო და საკვები პროდუქტებით ვაჭრობის პოლიტიკა და მიიღეს მთავრობის დადგენილებები სასურსათო და საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების დაცვის შესახებ.

ჯანმოს წევრი ქვეყნების უმრავლესობაში ჩატარებულმა ეროვნულმა კვლევამ აჩვენა ხილისა და მცენარეული ცხიმების არასაკმარისი რაოდენობით და ნაჯერი ცხიმების მაღალი შემცველობის სურსათის დიდი რაოდენობით მოხმარება, რაც შემდგომში ზედმეტი წონის, სიმსუქნის, და არაჯანსაღ კვებასთან ასოცირებული დაავადებების განვითარების მაღალ რისკად გვევლინება. 2008 წლის მონაცემებით ყოველ მე-3 ადამიანს აღენიშნა ჭარბი წონა (34% კაცი, 35% ქალი) და სიმსუქნე აღენიშნა ყოველ მე-10 ადამიანს (10% კაცი, 14% ქალი). ანუ ჭარბწონიანობის მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ამერიკის და ევროპის რეგიონის მოსახლეობაში, სადაც ჭარბწონიანობა 50%-ზე მეტს აღენიშნება და სიმსუქნე ყოველ მე-5-ს (20%). 1980 წლის შემდგომ პერიოდში სიმსუქნის გავრცელების მაჩვენებელი მოზრდილებში თითქმის გაორმაგდა. ყოველწლიურად 2.8 მილიონი ადამიანი იღუპება ზედმეტი წონის ან სიმსუქნის შედეგად გამოწვეული გართულებებისაგან. მე-20 საუკუნეში ეს პრობლემა განიხილებოდა ძირითადად მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში, თუმცა ახლა ზედმეტი წონა და სიმსუქნე საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყნებისთვისაც მნიშვნელოვან პრობლემად იქცა. განსაკუთრებით მწვავეა პრობლემა ქალაქის მაცხოვრებლებში. ჭარბი წონა/სიმსუქნე მსოფლიოში მნიშვნელობით მეხუთე რისკ-ფაქტორია რომელიც სიკვდილობას იწვევს. გარდა ამისა, დიაბეტით დაავადების - 44%, გულის იშემიური დაავადებების - 23%, ჰიპერტენზიის - 55% და კიბოს გარკვეული ტიპის განვითარების 7%-41% დაკავშირებულია ზედმეტ წონასა და სიმსუქნესთან, ეს ჩამონათვალი თავის მხრივ ზრდის ინვალიდობისა და სიკვდილობის რიცხვს.

2011 წელს 5 წლამდე ასაკის 6.9 მილიონი ბავშვი გარდაიცვალა და მათგან 35% არასრულფასოვანი კვების მიზეზით. ყოველ მე-4 ბავშვს (26%, 165 მილიონი) აღენიშნებოდა სიმაღლეში ჩამორჩენა და ყოველ მე-6 ბავშვს (16%, 101 მილიონი) ნაკლები წონა, და ყოველ მე-12 ბავშვს (8%, 52 მილიონი) მკვეთრი სიგამხდრე. დაახლოებით 20 მილიონი ბავშვი იტანჯებოდა მწვავე მალნუტრიციით.

რკინის დეფიციტი წარმოადგენს ნუტრიციული დეფიციტის ყველაზე გავრცელებულ ფორმას მსოფლიოში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მოსახლეობის საშუალოდ 40% აღენიშნება ანემია. ცნობილია, რომ სხვადასხვა გენეზის ანემიათა შორის რკინა-დეფიციტურ ანემიაზე (რდა) მოდის შემთხვევის 3/4. რკინის დეფიციტი ასოცირებულია დაახლოებით 861 000 სიკვდილის შემთხვევასთან წელიწადში. ის ყველაზე ხშირად გვხვდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ორსულ და მეძუძურ ქალთა შორის, აგრეთვე ადრეული და პუბერტატული ასაკის ბავშვებში. მწვავე და ქრონიკულად არასაკმარისი კვება კარგად არის დოკუმენტირებული ჯანმოს წევრ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში. რეგიონის ზოგ ქვეყანაში 5 წლამდე ასაკის ყოველი მესამე ბავშვი ზრდის განვითარებაში ჩამორჩება. რკინა-დეფიციტური ანემია მცირეწონიანი ბავშვების დაბადების რისკს ზრდის. ცენტრალურ აზიაში გაიზარდა რკინის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები. ანემიის დაახლოებით 2 მილიარდი შემთხვევა აღირიცხება მსოფლიოს განვითარებად ქვეყნებში. განსაკუთრებით მაღალია ავადობის სიხშირე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებში (არასრულფასოვანი კვება - რკინით, ცილებითა და ვიტამინებით ღარიბი საკვები პროდუქტების მიღება, სამედიცინო მომსახურების ხელმიუწვდომლობა). განვითარებულ ევროპის ქვეყნებში ქალებისა და ბავშვების რდა ავადობა შეადგენს 7-14%. განვითარებად ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 40%-ზე მეტია (ანემიის გავრცელების მაჩვენებელი ორსულ ქალებსა და 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში აღწევს 50%-ს). აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი 65-70% აღწევს. მსოფლიოში ორსული ქალების თითქმის ნახევარი სავარაუდოდ ანემიურია. ამ მხრივ პრობლემაა საქართველოშიც. რასაც ადასტურებს საქართველოში ჩატარებულ ნუტრიციული კვლევები.

განსაკუთრებით მაღალია ავადობის სიხშირე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ქვეყნებში (არასრულფასოვანი კვება - რკინით, ცილებითა და ვიტამინებით ღარიბი საკვები პროდუქტების მიღება, და სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა).

რკინადეფიციტური ანემია განპირობებულია ორგანიზმში რკინის რაოდენობის შემცირებით, რის შედეგადაც ირღვევა ჰემოგლობინის სინთეზი და მცირდება მისი კონცენტრაცია ერითროციტებში. რდა ვითარდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ირღვევა ბალანსი მიღებულსა და დახარჯულ რკინას შორის. გამოყოფენ რკინის დეფიციტის 2 ფორმას: 1. რკინის ფარული (ლატენტური) დეფიციტი - ხასიათდება რკინის მარაგისა და სატრანსპორტო რკინის შემცირებით, ნორმალური ჰემოგლობინისა და ერითროციტების მაჩვენებლებით; 2. რკინადეფიციტური ანემია - ხასიათდება ყველა მეტაბოლური ფონდის (მათ შორის სატრანსპორტოც) შემცირებით, ასევე ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობის შემცირებით.

დადასტურებულია რკინის პრევენციული ეფექტი ტყვიასთან მიმართებაში - ტყვია არის მძიმე მეტალი, რომელსაც ახალშობილებსა და ბავშვებში (აგრეთვე მოზარდებში) გააჩნია მეტად საზიანო შეუქცევადი ზემოქმედება ტვინის განვითარებაზე. განსაკუთრებით მძიმე შედეგები აღინიშნება ადამიანებში, რომელთაც აქვთ რკინის დეფიციტი და ამავდროულად აღენიშნება ექსპოზიცია ტყვიის მაღალ დონესთან. წვრილ ნაწლავში ტყვია და რკინა უკავშირდება ერთი ტიპის სატრანსპორტო პროტეინს, რომელიც ახდენს მეტალის აბსორბციას და ტრანსპორტირებას სისხლში. თუ ადამიანი მოიხმარს მცირე რაოდენობით რკინის შემცველ პროდუქტს, ანუ აღენიშნება რკინის დეფიციტი, ცილა „ტრანსპორტერი“ აქტიურდება და ახდენს დიდი რაოდენობით ტყვიის გადატანას სისხლში, რომელიც ზრდის მძიმე მეტალის ტოქსიკურობის დონეს ადამიანის სხეულსა და ტვინში. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ ტყვიის მაღალი დონის ექსპოზიციაში მყოფი ბავშვების (რომელთაც აღენიშნათ რკინის დეფიციტი) მიერ რკინით ფორტიფიცირებული საკვები პროდუქტის მოხმარება მნიშვნელოვნად ამცირებს სისხლში ტყვიის კონცენტრაციას. ილინოისის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ერთ-ერთი გამოცემა ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ რკინით და იმ მიკრონუტრიენტებით მდიდარი პროდუქტის მიღება, რომელიც რკინის შეთვისებას აუშჯობებს, ამცირებს ტყვიის აბსორბციას ადამიანის ორგანიზმში. რკინის მძიმე დეფიციტის შემთხვევაში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს 7 ჯერ მეტი რაოდენობის ტყვიის აბსორბციას.

ორსულებში **ფოლატის** ნაკლებობა (დეფიციტი) განაპირობებს ნაყოფის თავისა და ზურგის ტვინის განვითარების მანკების წარმოშობას. დედის ჯანმრთელობა უმნიშვნელოვანესია ახალშობილის ჯანმრთელობისათვის. ფოლის მჟავას (ფოლიუმის) დეფიციტით გამოწვეული ნერვული მილის ყველაზე გავრცელებული დეფექტებია „Spina bifida“, ანენცეფალია და თავის ტვინის თიაქარი (encephalocele). მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ ქალებში, რომლებიც ორსულობის წინ და ორსულობის პერიოდში ყოველდღიურად იღებენ 400 მკგ ფოლის მჟავას, ნაყოფის ნერვული მილის სერიოზული დეფექტების განვითარების რისკი 50-70%-ით შემცირებულია.

მსოფლიოში ყოველწლიურად 300 000 ზე მეტი ბავშვი იბადება ნერვული მილის დეფექტით, რომელთა უმთავრესი გამოწვევა ფოლატის დეფიციტია. ანუ ფოლის მჟავას მიღების გაზრდით რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, თავიდან ავიცილებთ ნერვული მილის დეფექტის 150 000 - 210 000 შემთხვევას (აღნიშნული 300 000 დან) წელიწადში.

ფოლის მჟავა (ვიტამინი B9) პასუხისმგებელია ორგანიზმში უჯრედულ დონეზე მიმდინარე უმნიშვნელოვანეს პროცესებზე, როგორიცაა დნმ-ის სინთეზი, უჯრედების გაყოფა და ზრდა, ჯანმრთელი ერითროციტების წარმოება. ორსულებში ფოლატის ნაკლებობა (დეფიციტი) განაპირობებს ნაყოფის თავისა და ზურგის ტვინის მანკების განვითარებას. ფოლის მჟავას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს რეპროდუქციული ასაკის ქალებისთვის. ორსულობისწინა და ორსულობის პერიოდში ქალის ორგანიზმში საკმარისი რაოდენობით არსებული ფოლატი უზრუნველყოფს ნაყოფის ნორმალურ განვითარებას. ნერვული მილის დეფექტები ვითარდება ორსულობის პირველი 28 დღის განმავლობაში - ჩვეულებრივ, სანამ ქალი გაიგებს, რომ იგი ორსულადაა. ორსულობათა დაახლოებით 50% კი დაუგეგმავია მსოფლიოში (მ.შ. საქართველოშიც/ 2010 წლის RHS კვლევის მონაცემებით, ბოლო ორსულობის 36 % იყო დაუგეგმავი; 2005 წელს ეს მაჩვენებელი იყო 52%; ხოლო 1999 წელს - 59%). ამდენად, ყველა ქალი, ვინც კი შესაძლებელია, რომ დაორსულდეს, უნდა იღებდეს ფოლის მჟავას.

მსოფლიოში ფართოდაა გავრცელებული იოდის დეფიციტით გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემები, მსოფლიოს მოსახლეობის 35.2% განიცდის იოდის მიღების ნაკლებობას. ეს პრობლემები განსაკუთრებული სიმწვავეთ ევროპის მოსახლეობაში შეინიშნება, სადაც ეს მონაცემი 56.9%-ს აღწევს. შედარებით მაღალია ანალოგიური ციფრები სასკოლო ასაკის ბავშვთა მოსახლეობაში (36.5% და 59.9%). ბავშვებში იოდის დეფიციტი იწვევს გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხებას, იმუნიტეტის დაქვეითებას და ენდემური ჩიყვის განვითარებას. იოდის

დეფიციტი ორსულობის პერიოდში ასოცირდება მკვდრადშობადობის, ნაადრევი მშობიარობის მაღალ რისკთან და ასევე ნაყოფის ფიზიკური და გონებრივი განვითარების ჩამორჩენასთან. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში (15-49 წ.) იოდდეფიციტი იწვევს რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევასა და უშვილობას. მოზრდილ მოსახლეობაში იოდდეფიციტით გამოწვეული ჩიყვი და ჰიპოთირეოზი ხშირად ფიზიკური სისუსტის და ინტელექტის დაქვეითების მიზეზი ხდება. იოდის დეფიციტის გავრცელება გარკვეულწილად შემცირდა 2003 წლის შემდგომ პერიოდში, იოდირებული მარილის უნივერსალური მოხმარების წყალობით, თუმცა მსოფლიოს 38 ქვეყანას კვლავაც მწვავედ უდგას ეს პრობლემა.

2005 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი, რომლის თანახმად მარილის საყოველთაო იოდირება (ფორტიფიკაცია) გახდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სავალდებულო ინტერვენცია ქვეყანაში იოდის დეფიციტის აღმოსაფხვრელად. პარლამენტის გადაწყვეტილებით აიკრძალა არაოდირებული მარილის იმპორტი და გაყიდვა. ამავდროულად დაწესდა მარილის სტანდარტი. ამის შემდგომ ჩატარებული კვლევების თანახმად საქართველოს ოჯახების 90%-ზე მეტი იყენებდა ადეკვატურად იოდირებულ მარილს. მარილის საყოველთაო იოდირების კანონის ეფექტური განხორციელებით საქართველომ დააკმაყოფილა WHO-ს უმთავრესი კრიტერიუმები - მიღწეული იქნა მოსახლეობის მიერ იოდის ოპტიმალური რაოდენობით მიღება და იოდის დეფიციტით გამოწვეული მდგომარეობების აღმოფხვრა. რაც საბოლოოდ დაადასტურა 2017 წელს UNICEF - ის და იოდის გლობალური ქსელის (IGN) ხელშეწყობით მთელი ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებულმა კვლევამ (სასკოლო ასაკის ბავშვებში შარდში იოდის კონცენტრაციის (UIC) მედიანა (298µg/L) იყო დასაშვები დიაპაზონის ფარგლებში (100-299µg/L); ხოლო ორსულებში 211µg/L, რომელიც იოდის მედიანას ნორმალური დიაპაზონის 150-250µg/L შუაშია). ამას მოწმობს, აგრეთვე, ნუტრიციული ზედამხედველობის შედეგებიც.

საქართველოში კვების სტატუსისა და მოსახლეობაში ჯანსაღი კვებითი ქცევების შესწავლის მიზნით ჩატარდა რამოდენიმე კვლევა, რომელთა შედეგების მიხედვით: დაბალია სწორი კვების ძირითადი პრინციპების ცოდნის დონე საქართველოს მოსახლეობაში (მაღალია არაჯანსაღი კვებითი ქცევებით მოსახლეობის რიცხვი). და შესაბამისად, მრავლადაა პრობლემები კვებითი მდგომარეობის (კვებითი სტატუსის) მხრივ საქართველოს მოსახლეობის დიდ უმრავლესობაში (მ.შ. მიკრონუტრიენტთა დეფიციტით გამოწვეული მდგომარეობა). კერძოდ:

2006-2007 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმოს ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი თანამშრომლობის ფარგლებში ჩატარდა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა, რომელმაც მოიცვა ქ. თბილისის 25-65 წწ ასაკის მოსახლეობა.

კვლევის შედეგების მიხედვით: ა) დარღვეულია კვების რაციონი და სწორი რეჟიმი მოზრდილი მოსახლეობის საკმაოდ მნიშვნელოვან ნაწილში. გამოკითხულთა დაახლოებით 20% არ საუზმობს ყოველდღიურად. ბ) გამოკითხული მოსახლეობის 62.4% არ სვამს რძეს და დაახლოებით 11% არ ღებულობს რძის პროდუქტებს საერთოდ. გ) მოსახლეობის დაახლოებით 44% ამატებს მარილს უკვე მზა საკვებში. დ) გამოკითხული მოსახლეობის 45,6%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო კვირის განმავლობაში საერთოდ არ მიუღია თევზი საკვებად და 43%-მა აღნიშნა, რომ არ მიუღია ხორცის პროდუქტი. ე) მხოლოდ 31%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო კვირის განმავლობაში მიიღო ახალი ბოსტნეული 6-7-ჯერ, ხოლო დაახლოებით 10%-ს საერთოდ არ მიუღია. ვ) მხოლოდ 9,7%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო კვირის განმავლობაში მიიღო ხილი და კენკრა 6-7-ჯერ, ხოლო 37,5%-ს საერთოდ არ მიუღია. ზ) ბოლო კვირის განმავლობაში საკონდიტრო ნაწარმი (ტკბილეულობა) 3-5-ჯერ ან 6-7-ჯერ მიიღო მოსახლეობის დაახლოებით 46%-მა.

2009 წელს საქართველოში ჩატარდა ნუტრიციის ეროვნული კვლევა (GNNS), რომელიც მოიცავდა შინამეურნეოებებს, სადაც 5 წლამდე ასაკის ბავშვები ან 15-49 ასაკის არაორსული ქალები ცხოვრობდნენ. ცალკე შეირჩა ორსულები ქალთა კონსულტაციებიდან.

კვლევის შედეგების მიხედვით: ა) 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა 22,8%-ს და არაორსული ქალების 24,1%-ს და ორსული ქალების 25,6%-ს აღენიშნა სხვადასხვა ფორმით გამოხატული ანემია. ბ) არაორსული ქალების 36,6%-ს აღენიშნა ფოლატის (ფოლიუმის) დეფიციტი. გ) 5 წლამდე ბავშვთა 19,9%-ში აღინიშნა ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, ხოლო ზრდაში ჩამორჩენა (ქრონიკული ცილოვან-ენერგეტიკული დეფიციტი)-11,3%-ში. დ) არაორსულ ქალებში მაღალი BMI (სხეულის მასის ინდექსი) აღინიშნა 42,1%-ში. ე) დაბალი წონა დაბადებისას აღინიშნა 4,9%-ში. ვ) 6 თვემდე ექსკლუზიური ძუძუთი კვება

დაფიქსირდა 54,8%-ში. ზ) ძუძუთი კვების გაგრძელება ერთ წლამდე 36,5%-ში. ზ) არაორსული და ორსული ქალების უმეტესობა საკვებში მარილს მიღებამდე ამატებს, ხოლო ბევრი იმავეს საკვების გასინჯვამდეც კი აკეთებს. შესაბამისად, ამ სამიზნე ჯგუფებში მარილის მოხმარება ჩვეულებრივ პრაქტიკას წარმოადგენს.

2010 წელს საქართველოში ჩატარდა „ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების“ STEPS კვლევა, რომელიც მოიცავდა 18-64 წწ ასაკის მოსახლეობას.

კვლევამ გამოავლინა შემდეგი: ა) საქართველოს მოსახლეობის მიერ საშუალოდ მიღებული კალორიების რიცხვი მნიშვნელოვნად მეტია ინდივიდუალურ ნორმასთან შედარებით. ბ) გამოკითხულთა 69.5% მიირთმევენ ხილის და ბოსტნეულის რეკომენდებულ 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში. გ) მნიშვნელოვნად დაბალია ხორცპროდუქტებისა და თევზის მოხმარების მაჩვენებელი. დ) გამოკითხული მოსახლეობის უმეტეს ნაწილში დარღვეულია კვების სწორი რეჟიმი. კვების რაციონის დარღვევის შედეგია ის, რომ მნიშვნელოვნად მაღალია ჭარბი წონის მქონე პირთა (31,4%) და მსუქანთა (25,1%) პროცენტული მაჩვენებელი გამოკითხულ მოსახლეობაში. ლოგიკურია მისი ჯანმრთელობითი შედეგიც. მაგ: სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით ჰიპერტენზიის გავრცელების სურათში წონის მატებას თან ახლავს ჰიპერტენზიის გავრცელების მკვეთრი მატება. მაღალი არტერიული წნევა ჭარბწონიანებში აღენიშნა 2-ჯერ მეტს (37,6%), ხოლო მსუქნებში 3-ჯერ მეტს (55%), ვიდრე ნორმის ფარგლებში მქონე BMI- ს მოსახლეობას.

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების STEPS პოპულაციური კვლევა საქართველოში ჩატარდა 2016 წლის ივნისიდან სექტემბრამდე პერიოდში და მოიცავდა 18-69 წლის მოზრდილ მოსახლეობას.

ა) გამოკითხულთა 63.0% მიირთმევენ ხილის და ბოსტნეულის რეკომენდებულ 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში; ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში მიღებული ხილის ულუფების საშუალო რაოდენობა შეადგენდა 2.0 -ს; ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში მიღებული ბოსტნეულის ულუფების საშუალო რაოდენობამ შეადგინა 2.4-ს; ხილს და ბოსტნეულს საერთოდ არ მოიხმარს - კაცების 6%, ქალების 4%, ბ) ხორცის მოხმარება დაფიქსირდა კვირაში საშუალოდ 2.2 დღე, ხოლო თევზის მოხმარება - კვირაში საშუალოდ 1 დღე; რძის და რძის პროდუქტების მოხმარება - კვირაში საშუალოდ 5.5 დღე; პურპროდუქტების მოხმარება - კვირაში საშუალოდ 6.7 დღე; ტკბილეულის, ან შაქრის შემცველი პროდუქტების მოხმარება - კვირაში საშუალოდ 5.1 დღე; საკვებს დღეში სამჯერ იღებს - 51.2%, დღეში 2-ჯერ - დაახლოებით 32%, ≥ 4 -ჯერ - 14%; არ იკვებება ყოველდღიურად - 0.1%. გ) საკვებს ყოველთვის ან ხშირად ამატებენ მარილს ან მარილიან საწებელს გაუსინჯავად ან გასინჯვის შემდეგ - 26.7%; ყოველთვის ან ხშირად მიირთმევენ მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვებს 14.3%; მიღებული მარილის საშუალო დღიური რაოდენობა შეადგენს - 8.5 გრამს დ) სხეულის მასის ინდექსის (BMI) საშუალო მაჩვენებელი დაფიქსირდა - 28.1; ჭარბი წონა დაფიქსირდა გამოკვლეული კონტინგენტის 64.6%-ში, ხოლო სიმსუქნე - 33.2%-ში.

ჩატარებული კვლევები ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ საქართველოს მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ იღებს ყოველდღიურად საკმარისი რაოდენობით ხილს და ბოსტნეულს (65-70%). და აგრეთვე ხორცის და თევზის პროდუქტებს, რაც მოსახლეობაში მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის უმთავრესი განმაპირობებელი ფაქტორებია.

მსოფლიოს გამოცდილება, რკინის და ფოლატის დეფიციტის პრობლემებთან მიმართებაში, ადასტურებს საკვები პროდუქტების ფორტიფიკაციის სტრატეგიის დადებით ჯანმრთელობით და ეკონომიკურ ეფექტებს. კერძოდ პურის ფქვილის ფორტიფიკაციის ინიციატივას (FFI) 22 წლიანი ისტორია აქვს. 1996 წელს, ომანი იყო პირველი ქვეყანა, რომელმაც ნაციონალურ დონეზე დანერგა ფქვილის ფორტიფიკაციის სტრატეგია, ნერვული მილის დეფექტების პრევენციის მიზნით. აშშ-მ და კანადამაც ამ წელს (1996) დაიწყეს ფქვილის ფორტიფიკაცია (1998 წლიდან აშშ-ში ამოქმედდა ფედერალური კანონი პროდუქტების სავალდებულო გამდიდრების შესახებ). ფქვილის გამდიდრების ინიციატივა (FFI) ადვოკატირებს ფორტიფიკაციის ტექნიკური მხარდაჭერის უზრუნველყოფისათვის მსოფლიოში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) გამოსცა კონსენსუსის დოკუმენტი, რომელიც იწონებს ფქვილის ფორტიფიკაციის სტრატეგიას რკინით, ფოლის მჟავათი (B9 ვიტამინი), B12 ვიტამინით, A ვიტამინით, და თუთიით. შეგროვდა მტკიცებულებები მსოფლიოს მასშტაბით და მათზე დაფუძნებით შემუშავდა გაიდლაინები. სადღეისოდ უკვე 83 ქვეყანას აქვს შესაბამისი ეროვნული კანონმდებლობა მანდატორული

ფორტიფიკაციისათვის, რომელიც არეგულირებს ფორტიფიცირების პროცესებს. ქვეყნები უმეტესწილად მიმართავენ პურის ფქვილის გამდიდრებას (მისი უნივერსალური მოხმარების გათვალისწინებით). ყველა ქვეყანა სადაც სავალდებულო (მანდატორული) ფორტიფიკაცია ხდება (აშშ, კანადა, ინგლისი, ავსტრალია, არგენტინა, ბრაზილია, მექსიკა, ურუგვაი, ომანი, ჩილე, კოლუმბია, კოსტა რიკა, კუბა, ეგვიპტე, საუდის არაბეთი, კამერუნი, ბოლივია, განა, სამხრეთ აფრიკა, გვინეა, ინდონეზია, ერაყი, ირანი, ყაზახეთი, ყირგიზეთი, მოლდოვა, უზბეკეთი, თურქმენეთი და სხვ. /ქვეყნების ჩამონათვალი - http://www.ffinetwork.org/global_progress/), აწარმოებს ფქვილის მანდატორულ გამდიდრებას სულ ცოტა რკინით და/ან ფოლის მჟავათი. დამატებით კიდევ 12 ქვეყანა მიმართავს ნებაყოფლობით (voluntary) ფორტიფიკაციას (არაბეთის გაერთიანებული ემირატები, ავღანეთი, ინდოეთი, საუდის არაბეთი, ერაყი, ყატარი, ქუვეითი, მალაიზია, ზამბია, ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკა, სიერა ლეონე, ესუათინი) - (წყარო -FFI). სადღეისოდ მსოფლიოს 2 მილიარდზე მეტი მოსახლეობა უკვე მოცულია პურის ფქვილის ფორტიფიცირების სტრატეგიით. 2004 წლიდან ფქვილის გამდიდრების ინიციატივის (FFI) დამსახურებით გამდიდრებული ფქვილის წარმოება მსოფლიოში 18% დან 31%-მდე გაიზარდა.

აშშ-ში გაკეთებულმა ეკონომიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ხარჯთ-ეფექტურობის მაჩვენებელი ფოლის მჟავათი ფქვილის ფორტიფიცირების შემთხვევაში იყო 40:1 (ანუ ინვესტირებული 1 დოლარი იძლევა 40 დოლარის ეკონომიას), ხოლო რკინით ფორტიფიცირების შემთხვევაში 36:1. ნერვული მილის დეფექტების (NTDs) გავრცელების მაჩვენებელმა მნიშვნელოვნად იკლო ფორტიფიკაციის სავალდებულო სტრატეგიის დანერგვის შედეგად. მაგ.: 2006 წლისთვის აშშ-ში ნერვული მილის დეფექტების გავრცელება შემცირდა 37%-ით, კანადაში 46% -ით, კოსტა-რიკაში -35%-ით; ჩილეში -41%-ით; სამხრეთ აფრიკაში კი -31%-ით. ანუ ფორტიფიკაციის დაწყებიდან ქვეყნებმა დაადასტურეს ნერვული მილის დეფექტების (NTDs) საშუალოდ 30-50% -ით შემცირება.

საქართველოში ამ მიმართულებით უკვე გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები თუმცა არასაკმარისია დეფიციტის (რკინა, ფოლატი) ელიმინაციის თვალსაზრისით. კერძოდ, „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული იქნა ორსულთა უზრუნველყოფა ფოლის მჟავას პრეპარატებით, თუმცა იგი ორსულს ეძლევა მას შემდეგ, რაც დადგინდება ორსულობა, ეს კი გარკვეულწილად დაგვიანებულია ნერვული მილის დეფექტების პრევენციის თვალსაზრისით. ამ პროგრამის ფარგლებში, აგრეთვე, ორსულებზე გაიცემა რკინის პრეპარატები დეფიციტის დაფიქსირების შემთხვევაში.

საქართველოში პურის ფქვილის ფორტიფიკაციის (რკინით და ფოლიუმით) პირველი მცდელობა იყო 2006 წელს, „GAIN“-ის გრანტის - 5 წლიანი პროექტის საფუძველზე (“Iron & Folic Acid Flour Fortification Programme in Georgia”). 2009 წლის ნუტრიციული კვლევის მონაცემებით პურის ნიმუშების 24.9%, ანუ ფქვილის ბაზრის 21.2% იყო ადეკვატურად ფორტიფიცირებული.

2013-2014 წლებში გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ საქართველოს პარლამენტში მოხდა საქართველოში ფორტიფიკაციის აუცილებლობის საკითხის აქტიური განხილვა, თუმცა სათანადო (ვალიდური) მტკიცებულებების არარსებობის გამო ეს საკითხი შეჩერდა, ვინაიდან, 2009 წელს ჩატარებულმა ფართომასშტაბიანმა ნუტრიციულმა კვლევამ რიგი მიზეზების გამო ვერ მოგვცა სარწმუნო მონაცემები რკინის დეფიციტის რეალურ სურათთან დაკავშირებით. თუმცა გარკვეული ნიშნები მაინც იქნა დაფიქსირებული, როგორც რკინის ასევე ფოლატის დეფიციტთან მიმართებაში (5 წლამდე ასაკის ბავშვთა 22,8%-ს და არაორსული ქალების 24,1%-ს და ორსული ქალების 25,6%-ს აღენიშნა სხვადასხვა ფორმით გამოხატული ანემია; არაორსული ქალების 36,6%-ს აღენიშნა ფოლატის (ფოლიუმის) დეფიციტი). ყოველივე ამან განაპირობა ნუტრიციული ზედამხედველობის შექმნის საჭიროება ქვეყანაში.

2015 წელს აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ფინანსური მხარდაჭერით საქართველოში დაიწყო ნუტრიციული ზედამხედველობის და მონიტორინგის სისტემის დანერგვის პროცესი „მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის ზედამხედველობის გაძლიერების“ აშშ CDC - NCDC საქართველო კოლაბორაციული პროექტის ფარგლებში. პროექტის რეალიზებას ტექნიკურ მხარდაჭერას უწევდა აგრეთვე გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF). ზედამხედველობა ტარდება საქართველოს 4 რეგიონში (თბილისი, კახეთი/ლაგოდეხი, აჭარა/ბათუმი, და სამეგრელო/მარტვილი). თითოეულ ამ რეგიონში ზედამხედველობის სისტემაში ჩართულია 2 სენტინელური სამედიცინო დაწესებულება (ბავშვთა და ორსულთა). სისტემის 3-4 წლიანმა ფუნქციონირებამ ნათლად წარმოაჩინა რკინის და ფოლატის დეფიციტის მწვავე პრობლემა, და კვლავ აქტუალური გახდა საკითხი ფორტიფიკაციასთან დაკავშირებით. გასული სამი წლის განმავლობაში სამიზნე ჯგუფებში

(ორსულები, ბავშვები-U2) ზედამხედველობის შედეგები აჩვენებს, რომ მნიშვნელოვნად მაღალია რკინის დეფიციტი როგორც ბავშვებში, ასევე ორსულებში და ფოლატის დეფიციტი ორსულებში. კერძოდ, რკინის დეფიციტის მაჩვენებელი 70-80% -ის ფარგლებშია ბავშვებში (12-23 თვის) და 60%-ს ფარგლებში ორსულებში (1-ელ ტრიმესტრში). მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება აგრეთვე ფოლატის დეფიციტთან მიმართებაშიც, იგი 30%-ის ფარგლებში მერყეობს. შედარებით მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში (აღმოსავლეთის რეგიონებთან შედარებით). ასევე მაღალია ნერვული მილის დეფექტების (NTDs) გავრცელების მაჩვენებელი/1000 ცოცხალშობილზე (იგი სენტინელებში დაფიქსირებული შემთხვევების მიხედვით 4-ის ფარგლებშია/WHO-ს რეფერენსების მიხედვით არ უნდა აღემატებოდეს 0.5-ს), რაც მტკიცებულებებზე დაფუძნებით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ორსულებში ფოლატის დეფიციტის უმთავრესი მიზეზითაა გამოწვეული (ნუტრიციული ზედამხედველობის სიტემა აფიქსირებს, როგორც, ნერვული მილის დეფექტით დაბადებულ ბავშვებს, ასევე ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი ნერვული მილის დეფექტის მიზეზით ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შემთხვევებს).

ანემია - 2016-2017-2018 გაერთიანებული მონაცემები რეგიონების (სენტინელების) მიხედვით

რეგიონი	#12-23 თვის ბავშვი	Hb<110 g/L	# ორსული (1-ლი ტრიმესტრი)	Hb <110 g/L
თბილისი	191	37.3%	176	13.3%
კახეთი	198	38.6%	180	15.8%
აჭარა	195	45.4%	181	22.6%
სამეგრელო	197	20.6%	186	13.0%
სულ	781	35.5%	723	16.5%

-

რკინის (ფერიტინი) და ფოლატის დეფიციტი /2016-2018

-

რეგიონი	#12-23 თვის ბავშვი	რკინის დეფიციტი	# ორსული (1-ლი ტრიმესტრი)	რკინის დეფიციტი	ფოლატის დეფიციტი
თბილისი	191	70%	176	51.7%	20.0%
კახეთი	198	72.0%	180	55.0%	28.4 %
აჭარა	195	80.0%	181	62.5%	32.5%
სამეგრელო	197	68.2%	186	60.8%	42.2 %
სულ	781	72%	723	58%	30.6%

-

NTDs გავრცელება /2016-2018 / (მონაცემები მიღებულია პროექტში ჩართული სენტინელების მიხედვით)

	# ცოცხალშობილი	NTDs (ნერვული მილის დეფექტები)	NTDs - 1000 ცოცხალშობილზე
სულ	8741	34	3.9

NTDs გავრცელება/ 2016-2018 / რეგიონების მიხედვით (მონაცემები წარმოდგენილია მხოლოდ სენტინელების მიხედვით)

რეგიონი	# ცოცხალშობილი	NTDs (ნერვული მილის დეფექტები)		
		სულ	# Spina Bifida/ ზურგის ტვინის თიაქარი	# ანენცეფალია / ენცეფალოცელე
თბილისი	6110	17	13	3/1
კახეთი	802	4	3	1
აჭარა	1299	10	6	3/1
სამეგრელო	530	3	2	1
სულ	8741	34	24	8/2

ანთროპომეტრული გაზომვები /2016-2018

#	სამიზნე კონტინგენტი	პროცენტული მაჩვენებლები					
	#ბავშვები (12-23 თვე)	Stunting Height-for-age ზრდაში ჩამორჩენა	Wasting Weight-for-height გამოფიტვა		Underweight Weight-for-age ნაკლები წონა		Overweight Weight-for-height ჭარბი წონა
	ოთხივე რეგიონი	< -2 Z-scores	< -3 Z-scores	< -2 Z-scores*	< -3 Z-scores	< -2 Z-scores	> +2 Z-scores
			მწვავე		მწვავე		
1	1248	10.4	0.5	1.1	0.1	1.2	22.6

საქართველოში დღეს არსებული ინფორმაცია ნუტრიციული სტატუსის შესახებ, შეიძლება ითქვას, რომ იძლევა იმის საფუძველს, რომ ქვეყანამ დაიწყოს მუშაობა ფორტიფიკაციის სტრატეგიის შემუშავებაზე. ექსპერტთა აზრით, აგრეთვე მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის გამოცდილების და პოზიტიური შედეგების გათვალისწინებით, თავისი მოხმარების მასშტაბურობის საფუძველზე მიზანშეწონილად ითვლება პურის ფქვილის ფორტიფიცირების (რკინით და ფოლის მჟავათი) ეროვნული სტრატეგიის შემუშავება და რეალიზება. ფორტიფიკაციის სტრატეგიული დოკუმენტი უნდა მოიცავდეს როგორც ფორტიფიცირების ნუტრიციული ინტერვენციის საკანონმდებლო უზრუნველყოფას, ასევე მოსახლეობის სათანადო ინფორმირებას, ფორტიფიკაციის აუცილებლობის და ფორტიფიცირებული პროდუქტის მოხმარების ჯანმთელობითი დატვირთვის შესახებ, აგრეთვე ადვოკატირების და დაინტერესებული მხარეების (დარგობრივი სამინისტროები, ფქვილის იმპორტიორები, მეწისქვილეები, პურის მწარმოებელი კომპანიები, აგრეთვე მასმედია და სხვ.) ინფორმირების და აქტიური ჩართვის (პრემიქსების განსაზღვრა, რაოდენობრივი უზრუნველყოფა სხვ.) სწორად გათვლილ პროცედურებს. ამასთან ქვეყანაში უნდა არსებობდეს მოსახლეობის ნუტრიციული სტატუსის (მ.შ. მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის) მონიტორინგის და ზედამხედველობის ერთიანი ეროვნული სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სტრატეგიას არა მხოლოდ ნუტრიციული ინტერვენციის საჭიროების მტკიცებულებებით, არამედ ინტერვენციის რეალიზების მონიტორინგისა და შედეგობრივი შეფასების ვალიდური მონაცემებით, და ტენდენციების გამოვლინებით.

არსებობს ფორტიფიცირების სტრატეგიის სხვადასხვა ვარიანტი, რომელთაც გააჩნია თავის უპირატესობები და ნაკლოვანებებიც ერთმანეთთან მიმართებაში. სწორი სტრატეგიის შერჩევა დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე. აქ იგულისხმება როგორც ეპიდემიოლოგიური (მოსახლეობის ნუტრიციული სტატუსი/დეფიციტური), ასევე ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობა.

ვარიანტი 1. მანდატორული ფორტიფიკაცია - ყველა პურის მწარმოებელს შესაბამისი საკანონმდებლო აქტის საფუძველზე უნდა ჰქონდეს იმის ვალდებულება, რომ აწარმოოს მხოლოდ

ფორტიფიცირებული პური (ფორტიფიკაციის ეროვნული სტანდარტის/ტექნიკური რეგლამენტის შესაბამისად).

უპირატესობა (ნებაყოფლობითი შედარებით) და პრევენციული ეფექტი:

- მანდატორული ფორტიფიკაციის დროს გაცილებით ადვილია მოსახლეობაში რკინის და ფოლატის დეფიციტის პრობლემის მოხსნა, და ამასთან გაცილებით მოკლე დროში.
- მეტად დაცულია ერთიანი ეროვნული სტანდარტი ყველა ფქვილის/პურის მწარმოებლისათვის.
- შედარებით ადვილია მონიტორინგის განხორციელება.
- შედარებით ადვილია (ორგანიზაციული თვალსაზრისით) ფქვილის/პურის ყველა მწარმოებლის აღჭურვა ფორტიფიკაციის სტანდარტული აპარატურით.
- შედარებით ადვილად განისაზღვრება საერთო ფორტიფიკაციის ხარჯი (ერთი მაჩვენებლით - ყველა მწარმოებლისთვის).
- შედარებით ადვილია თანაბრობის პრინციპის დაცვა ყველა მწარმოებლისთვის, და
- შედარებით ადვილია პურის ფასის (ნამატის) რეგულირება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

შესაძლო სოციალური პრობლემები:

- მოსახლეობის უკმაყოფილება მცირედ გაზრდილი პურის ფასის გამო, და
- პროტესტი ფორტიფიცირებული პურის სავალდებულო წესით მოხმარებასთან დაკავშირებით (აუცილებელია ეფექტური საინფორმაციო კამპანიის წარმოება მოსახლეობაში პროტესტის შესამცირებლად).

ვარიანტი 2. არამანდატორული (ნებაყოფლობითი) ფორტიფიკაცია. თუ იქნება პურის გამოცხობა და შეძენა ნებაყოფლობითი, აუცილებელია ფართო და ხანგრძლივი საინფორმაციო კამპანიის წარმოება მოსახლეობისთვის, რათა დარწმუნდეს ფორტიფიცირებული პურის მოხმარების აუცილებლობასა და უპირატესობაში, მათი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ამასთან პურის ეტიკეტზე აუცილებელია რომ განთავსდეს წარწერა იმის შესახებ, თუ რამდენად სასარგებლოა იგი ჯანმრთელობისათვის. უმჯობესი იქნება თუ კი თითოეულ საცხობს ექნება იმის ვალდებულება, რომ აუცილებლად აწარმოოს ფორტიფიცირებული პური არაფორტიფიცირებულთან ერთად, ვინაიდან მოსახლეობის გარკვეული კატეგორია უპირატესობას ანიჭებს რომელიმე საცხობის თუ სახეობის პურს და უმეტესწილად მას მოიხმარს. ამდენად ფორტიფიცირებული პურის მოხმარების ალბათობა გაიზრდება. უნდა შეიქმნას ფორტიფიკაციის ეროვნული სტანდარტი, რომლის დაცვაც აუცილებელი გახდება ყველა პურის/ფქვილის მწარმოებლისთვის. კარგი იქნება თუ მოხდება ფორტიფიცირებული პურის ფასების კორექცია (შემცირება) სახელმწიფოსგან მიღებული სუბსიდიების ხარჯზე, რათა მომხმარებელს ჰქონდეს დამატებითი სტიმული ასეთი პურის შესაძენად.

პრევენციული ეფექტი: ასეთ შემთხვევაში, შედარებით გართულდება მოსახლეობაში რკინის და ფოლატის დეფიციტის პრობლემის მოხსნა, და დასჭირდება გაცილებით მეტი დრო (წლები).

შესაძლო სოციალური პრობლემები: მოსახლეობის უკმაყოფილება მცირედ გაზრდილი პურის ფასის გამო, პურის გარკვეულ ნაწილზე (თუ არ მოხდება სუბსიდირება სახელმწიფოს მხრიდან).

გამომდინარე საკითხის აქტუალობიდან მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის და ჩვენი კვლევებით მოპოვებული მტკიცებულებებიდან, შემოვდივართ წინადადებით, საკითხი განხილულ იქნას სამინისტროში და საქართველოს მთავრობაში, დროში გაწერილი შესაბამისი სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შესამუშავებლად.

თუ ჩათვლით მიზანშეწონილად პურის ფქვილის ფორტიფიკაციის (რკინითა და ფოლატით) საკითხზე მუშაობის დაწყებას და იქნება შესაბამისი პოლიტიკური გადაწყვეტილება, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში პარტნიორ ორგანიზაციებთან ერთად (აშშ CDC, WHO, UNICEF) მზადაა წლის ბოლომდე მოვამზადოთ სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის პირველადი ვერსია.

პატივისცემით,

გენერალური დირექტორი

ხელმოწერა/ 
შტამპდასმულია
ელექტრონულად

ამირან გამყრელიძე