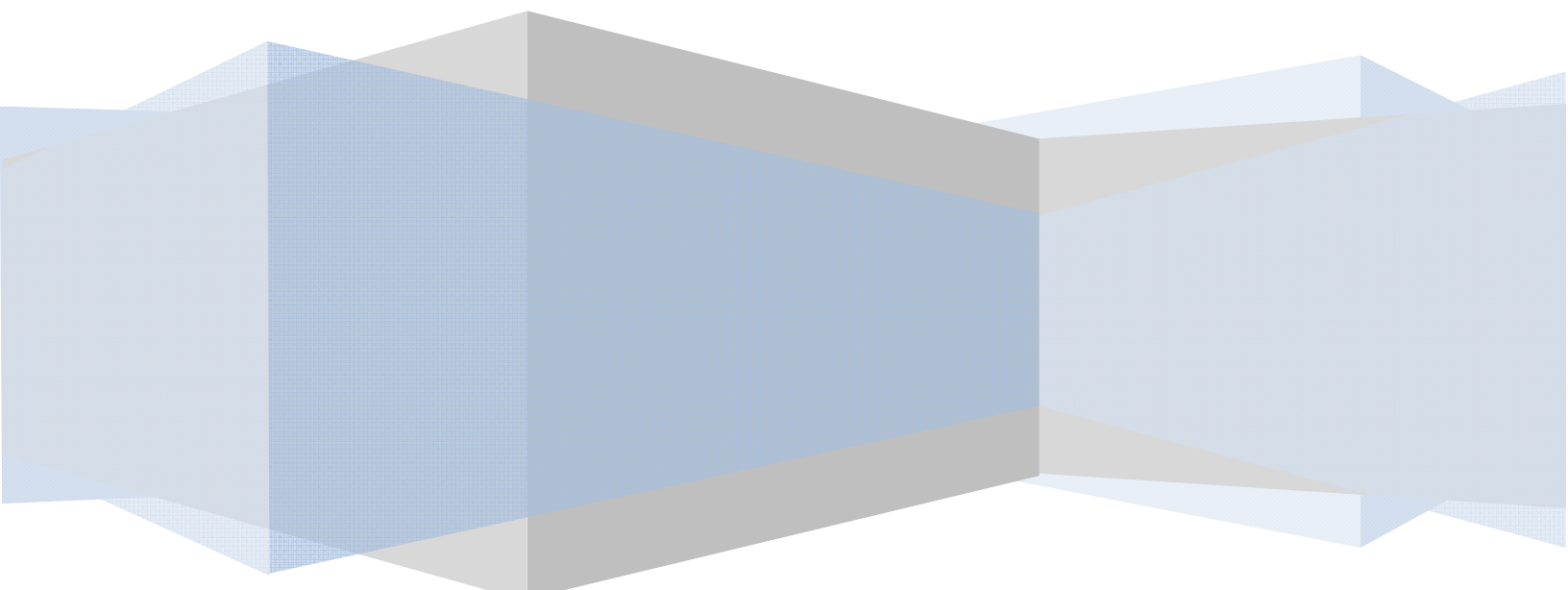


შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

შაქრიანი დიაბეტის კონტროლის ეროვნული სტრატეგია



თბილისი, საქართველო
2014

შინაარსი

წინასიტყვაობა -----	3
შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების თავისებურებები მსოფლიოში -----	5
შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების თავისებურებები საქართველოში -----	6
შაქრიანი დიაბეტის კონტროლის სტრატეგიის ძირითადი მიზანი -----	8
შაქრიან დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური ამოცანები -----	9
შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პირების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება -----	9
შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების პროფილაქტიკა ----	12
შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა უფლებების დაცვა -----	15
მოსალოდნელი შედეგები -----	17

შაქრიანი დიაბეტთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგია

წინასიტყვაობა

შაქრიანი დიაბეტი ქრონიკული ენდოკრინული დაავადებაა, ახასიათებს სისხლში გლუკოზის დონის მატება, რაც პანკრეასის მიერ გამოყოფილი ინსულინის აბსოლუტური ან შედარებითი დეფიციტის ან არსებული ინსულინის არაეფექტური გამოყენებისას ვითარდება¹. განასხვავებენ შაქრიანი დიაბეტის სამ ძირითად ტიპს: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 (ადრე მას ინსულინდამოკიდებული დიაბეტი ეწოდებოდა) აუტომუნური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს პანკრეასის β-უჯრედების სხვადასხვა მიზეზით (გრიპი, წითელა, კოკსაკი, პოლიომიელიტი, ძლიერი შიში) დაზიანება, რასაც თან ახლავს პანკრეასის მიერ გამომუშავებული ინსულინის რაოდენობის შემცირება მის აბსოლუტურ დეფიციტამდე. ამას მოჰყვება გლუკოზის დაგროვება სისხლში, ანუ ჰიპერგლიკემია და შესაბამისად, გლუკოზის დეფიციტი უჯრედებში.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 (ადრე მას ინსულინდამოუკიდებელი დიაბეტი ეწოდებოდა) მეტაბოლური დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ინსულინრეზისტენტობა და ინსულინის შედარებითი დეფიციტი ან ინსულინის აქტივობის შემცირებასამ დროს პანკრეასის β-უჯრედების ფუნქცია ნაწილობრივ ან სრულად შენარჩუნებულია, თუმცა ორგანიზმს გამომუშავებული ინსულინის ეფექტური გამოყენება არ შეუძლია.

გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი - გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევა, რომელიც ორსულობის დროს ვითარდება და დაახლოებით 24-ე კვირისთვის ვლინდება². გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი ემართება 25 -დან ერთ ორსულ ქალს. არადიაგნოსტირებული ნამკურნალევი გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი იწვევს იწვევს ნაყოფის განვითარების სიმახინჯეებს და ზრდის დედის და ნაყოფის /ახალშობილის სიკვდილს. შემდგომში გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი აგრეთვე შაქრიანი დიაბეტი ტიპი2-ის განვითარების რისკს დედაში და შვილში.

დიაბეტის სხვა სპეციფიკურ ტიპებს მიეკუთვნება: გენეტიკური დეფექტებით, პანკრეასის დაავადებებითა და ჰორმონული ან მედიკამენტებით გამოწვეული დარღვევების შედეგად განვითარებული დიაბეტი, რაც საერთო შემთხვევების ძალიან მცირე პროცენტს შეადგენს. აგრეთვე, ცნობილია გლუკოზის დონის ნორმიდან გადახრის უფრო ნაკლები ხარისხის დარღვევები, როგორცაა: უზომოდ გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევა(5.5 – 6.1 მმოლი/ლ) და გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის დარღვევა (პოსტპრანდიული გლიკემია 7.8 – 11.1 მმოლი/ლ). ასეთი დარღვევების მქონე პირები იმყოფებიან დიაბეტის განვითარების მომატებული რისკის ქვეშ.

¹ Harris M., Zimmet p. Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance; Alberti K, Zimmet P, Defronzo R. International Textbook of Diabetes Mellitus. Second edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997, p.9-23

² IDF Diabetes Atlas, sixth edition, 2013, p.23

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის (ადა) თანამედროვე კრიტერიუმებით შემუშავებულია რეკომენდაციები გლუკომეტაბოლური დარღვევის დეფინიციისათვის. კრიტერიუმები ემყარება სისხლში გლუკოზის შემცველობაზე უზმოზე და დატვირთვიდან ორი საათის შემდეგ (*შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, 2010*).

გლუკომეტაბოლური კლასიფიკაციისათვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის მიერ გამოყენებული კრიტერიუმები

გლუკომეტაბოლური კატეგორია	წყარო	კლასიფიკაციის კრიტერიუმი გლუკოზის შემცველობა ვენური სისხლის პლაზმაში მმოლ/ლ (მგ/გლ)
გლუკოზის ნორმალური ცვლა (გნც)	ჯანმო	უგმტდ<6.1(110) +2 სთ პგ* <7.8 (140)
	ადა (2003)	უგმტდ5.6 (100)
უზმოზე გლიკემიის დარღვევა (უგდ)	ჯანმო	უგმტდ≥6.1(110) და <7.0 (126) +2 სთ პგ* <7.8 (140)
	ადა (2003)	უგმტდ ≥ 5.6 (100) და <7.0 (126)
გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა	ჯანმო	უგმტდ <7.0 (126) +2 სთ პგ* ≥7.8 და <11.1 (200)
გლუკოზის დარღვეული ჰომეოსტაზი	ჯანმო	უგმტდან გტდ
შაქრიანი დიაბეტი	ჯანმო	უგმტდ≥7.0 (126) +2 სთ პგ* ≥11.1 (200)
	ადა (2003)	უგმტდ≥7.0 (126)

*2 სთ პგ - პლაზმის გლუკოზა დატვირთვიდან 2 საათში.

არსებობს მონაცემები, რომ ზოგიერთი ინფექციური დაავადება ან ტოქსინი შეიძლება გახდეს დიაბეტი ტიპი 1-ის მაპროვოცირებელი ფაქტორი. მთელი რიგი ერთმანეთთან დაკავშირებული ფაქტორები, როგორცაა - ასაკი, ეთნიკური წარმომავლობა, დიაბეტის ოჯახურ ანამნეზი, არ ექვემდებარებიან მოდიფიცირებას და ახდენენ დიაბეტი ტიპი 2-ის პროვოცირებას. დიაბეტის მიმართ წინასწარგანწყობა დამოკიდებულია გენეტიკურ, ეპიგენეტიკურ, ბიოლოგიურ და გარემოს ფაქტორებზე, რომელთა კონტროლირება დიაბეტით დაავადებულების მხრიდან შეუძლებელია.

დიაბეტის მიმდინარეობას შესაძლებელია თან ახლდესადრეული გართულებები, როგორცაა სისხლში გლუკოზის მაღალი (ჰიპერგლიკემია) ან დაბალი (ჰიპოგლიკემია) დონე, რომლებმაც დროული ჩარევის გარეშე, შესაძლოა, გამოიწვიონ კომა. ეს გართულებები, როგორც წესი, მწვავედ მიმდინარეობს, ცალკეულ შემთხვევებში ადამიანის სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის და სასწრაფო სამედიცინო ჩარევას საჭიროებს. ჩვეულებრივ, გართულებები გვიანი დიაგნოსტიკის, არაადექვატური ან ცუდად შერჩეული მკურნალობის, თანმხლები ან ინფექციური დაავადებების (ტუბერკულოზი, პნევმონია ან დიარეა), ჯანდაცვის სერვისებისა და თვითმართვის სწავლებისადმი დაბალი ხელმისაწვდომობის შედეგებს წარმოადგენს.

დროთა განმავლობაში დიაბეტი აზიანებს გულსა და სისხლძარღვებს, თვალებს, ნერვებს და თირკმელებს და სხვაორგანოებს:

- დიაბეტი ზრდის გულის დაავადებებისა და ინსულტის განვითარების რისკს;
- დიაბეტით დაავადებული ადამიანების გარდაცვალების წამყვანი მიზეზია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები - ძირითადად გულის დაავადებები და ინსულტი;
- სისხლის მიმოქცევის დარღვევასთან კომბინაციაში ქვემო კიდურების პერიფერიული ნეიროპათია ზრდის ტერფზე წყლულების გაჩენის შესაძლებლობას და საბოლოო ჯამში, განგრენის განვითარებას და კიდურების ამპუტაციის რისკს; დიაბეტური ტერფი ქვემო კიდურების არატრავმული ამპუტაციის წამყვანი მიზეზია.
- დიაბეტური რეტინოპათია, რომელიც სიბრმავის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზს წარმოადგენს, ვითარდება ბადურის წვრილი სისხლძარღვების ხანგრძლივი დაზიანების შედეგად. სიბრმავის შემთხვევათა 1 % განპირობებულია დიაბეტით;
- დიაბეტი თირკმლის უკმარისობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია;
- დიაბეტით დაავადებულ ადამიანთა სიკვდილიანობის საერთო რისკი 2-ჯერ აღემატება იგივე ასაკის დიაბეტის არმქონე პირთა სიკვდილიანობის რისკს.

გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, დიაბეტი ამძიმებს ისეთი სერიოზული ინფექციური დაავადებების მიმდინარეობას, როგორცაა ტუბერკულოზი, მალარია და აივ/შიდსი. დიაბეტით დაავადებულ ადამიანს ტუბერკულოზით დაინფიცირების რისკი სამჯერ უფრო მაღალი აქვს. მსოფლიოში ტუბერკულოზის შემთხვევების დაახლოებით 15% ასოცირებულია შაქრიან დიაბეტთან. იმ რეგიონებში, სადაც მალარია ენდემური დაავადებაა, მას ხშირად თან ახლავს დიაბეტი. ამ შემთხვევებში ორივე დაავადების მიმდინარეობა რთულდება და ლეტალური გამოსავლის შანსიც მაღალია. აივ/შიდსი, ისევე როგორც ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობა, ზრდის დიაბეტის განვითარების რისკს.

დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების მოდიფიცირებადი რისკის ფაქტორები, როგორცაა სიმსუქნე, გადაჭარბებული ან არასაკმარისი კვება (მათ შორის ახალშობილებისა და მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის არასრულფასოვანი კვება) და დაბალი ფიზიკური აქტივობა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში განსხვავებულ როლს თამაშობს; აღსანიშნავია, რომ დიაბეტი ქალის ორგანიზმზე უფრო მძიმე ზეგავლენას ახდენს: თუ დედა ორსულობის პერიოდში ვერ იკვებება სათანადოდ ან იკვებება ჭარბად, ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში მიმდინარე პროცესებმა შეიძლება დიაბეტის განვითარების პროვოცირება მოახდინოს ბავშვის შემდგომი ცხოვრების წლებში. გარდა ამისა, ორსულობის დროს დიაბეტმა შეიძლება გამოიწვიოს როგორც დედის, ისე ახალშობილის სიკვდილიანობისა და ავადობის ზრდა.

მნიშვნელოვანი თარიღები დიაბეტის კონტროლისა და პრევენციის თვალსაზრისით:

- 1989 წლის მაისში ჯანმრთელობის 42-ე მსოფლიო ასამბლეაზე მიღებულ იქნა შაქრიანი დიაბეტის პრევენციისა და კონტროლის შესახებ დეკლარაცია, რომლის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი იყო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და მონაწილე ქვეყნების ფოკუსირება შაქრიანი დიაბეტის კონტროლზე.
- 1989 წლის ოქტომბერშისენტ ვინსენტში, იტალიაში მიღებული დეკლარაცია შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პირების დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებისა და ევროპაში მისი

რეალიზაციის პროგრამის შესახებ. წმინდა ვინსენტის დეკლარაციის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობისა და ცხოვრების მდგრადი გაუმჯობესება, გამოხატული ხარისხობრივად და რაოდენობრივად და დიაბეტისა და მისი გართულებების სიხშირესად ა რაოდენობის შემცირება და პრევენცია და მკურნალობა.

- 1991 წლიდან დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით აღინიშნება დიაბეტთან ბრძოლის დღე და 2006 წელს გაერთიანებული ერების გენერალურმა ასამბლეამ 14 ნოემბერი ოფიციალურად აღიარა დიაბეტთან ბრძოლის მსოფლიო დღედ.
- 2006 წელს გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ ხმების აბსოლუტური უმრავლესობით მიიღო რეზოლუცია (61/225) დიაბეტის შესახებ. ეს იყო მე-4 რეზოლუცია ჯანდაცვის პრობლემებზე და პირველი არაგადამდებ დაავადებებზე.
- 2011 წელს დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციამ დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური გეგმა შეიმუშავა, რომლის მიზანია დიაბეტის პრევენციის აქტიური ღონისძიებების დანერგვა 2011-2021 წლებში. მიზნის მისაღწევად გეგმაში წარმოდგენილია მტკიცებულებები, ეკონომიურად ეფექტური გადაწყვეტილებები და ინსტრუმენტები, ასევე, შესრულებისათვის განსაზღვრულია მკაფიო ჩარჩო. დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური გეგმა მიღებულია კონსენსუსის საფუძველზე და გამოსახატავს დიაბეტის მსოფლიო თანამეგობრობის საერთო აზრს.
- დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური გეგმა 2011 წელს ნიუ-იორკში წარმოდგენილი იყო გაეროს უმაღლესი დონის შეხვედრაზე, რომელიც არაგადამდებ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებათა კოორდინაციას მიემდგვნა.

შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების თავისებურებები მსოფლიოში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაცია მონაცემებით მსოფლიოში 347 მილიონზე მეტი ადამიანი დაავადებულია დიაბეტით; შესაბამისი ინტერვენციების გარეშე, მოსალოდნელია, რომ ეს რიცხვი 2030 წლისათვის გაორმაგდება და დიაბეტი სიკვდილობის მიზეზთა შორის მე-7 ადგილს დაიკავებს. ყოველწლიურად მსოფლიოში 3.4 მილიონი ადამიანი იღუპება დიაბეტთან დაკავშირებული გართულებების გამო. დიაბეტით სიკვდილიანობის თითქმის 80% დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში აღინიშნება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიას დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში დიაბეტის და მისი გართულებების ეპიდემიამხედველობის, პროფილაქტიკისა და კონტროლის ეფექტური ღონისძიებების ხელშეწყობა და მხარდაჭერა შეადგენს.

დიაბეტი ჯანდაცვის სისტემის მაღალ დანახარჯებთანაა დაკავშირებული, აქვეითებს შრომისუნარიანობას და ეკონომიკური განვითარების ტემპებს. მსოფლიოში 2011 წელს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯი დიაბეტზე 465 მილიარდ აშშ დოლარს შეადგენდა, რაც ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 11%-ია. ითვლება, რომ ეფექტური და ფართოდ ხელმისაწვდომი ღონისძიებების განხორციელების გარეშე, ეს მაჩვენებლები 595 მილიარდ დოლარამდე

გაიზრდება. მსოფლიო ეკონომიკურ ფორუმზე არაერთხელ აღინიშნა, რომ არაინფექციური დაავადებები (მათ შორის დიაბეტი) საფრთხეს უქმნის ნებისმიერი საზოგადოების ეკონომიკურ განვითარებას და შეიძლება ხელი შეუშალოს ათასწლეულის მიზნების მიღწევას დიაბეტით დაავადებულთა უმრავლესობას აღნიშნება გართულებები, რაც შრომისუნარიანობის დაქვეითებას იწვევს, ხოლო ნაადრევი სიკვდილიანობა ოჯახების შემოსავლის დაკარგვის ერთ-ერთი მიზეზია. აღნიშნულს შეუძლია გამოიწვიოს ნებისმიერი ქვეყნის ნაციონალური შემოსავლის შემცირება და იქ, სადაც სოციალური დაცვა დაბალ დონეზეა, ხდება ოჯახების გაღარიბება და ამ ოჯახებში ბავშვები რჩებიან საკვების, განათლებისა და მომავლის გარეშე. მსოფლიოს არცერთი ქვეყანა არ არის დაცული დიაბეტის ეპიდემიისაგან. თუმცა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც ამჟამად დიაბეტით დაავადებულთა თითქმის 75% ცხოვრობს და სადაც დიაბეტი თითქმის მთელი თაობით ადრე ვლინდება (მათ შორის შრომისუნარიანი მოსახლეობის უფრო მეტად ჩართვით), მოითხოვს სასწრაფო და გადამწყვეტი ზომების გატარებას. ინდოეთსა და ჩინეთში დიაბეტი ვითარდება 10 წლით ადრე, ვიდრე ამერიკასა და ევროპაში. განვითარებულ ქვეყნებშიც დიაბეტი უფრო მეტად გავრცელებულია დაბალ სოციალურ ფენებში, ვიდრე მთელ პოპულაციაში.

შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების თავისებურებები საქართველოში

დიაბეტით ავადობა საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. დაავადების გავრცელება ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია და წლიდან წლამდე მზარდია. საქართველოში დიაბეტზე ეპიდზედამხედველობას დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს.

2008 - 2012 წლებში დიაბეტის **ინციდენტობისა** და **პრევალენტობის** მაჩვენებლები ზრდის ტენდენციით ხასიათდებოდა. 2012 წელს წინა წელთან შედარებით აღინიშნა ინციდენტობის მცირე მატება - 1,3-ჯერ. ინციდენტობის ზრდა შესაძლებელია დაუკავშირდეს სადაზღვევო პროგრამების გაფართოების და პროფილაქტიკური გამოკვლევების გახშირების ფონზე ავადმყოფთა გამოვლენის მომატებას.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ის ინციდენტობის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე ვარირებდა 61-დან 82,8-ის ფარგლებში, აღნიშნული ცვალებადობა შესაძლოა უკავშირდება არასრულყოფილი რეგისტრირების სისტემას; შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის შემთხვევაში სახეზეა ინციდენტობის მატება - უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე ეს მაჩვენებელი 1,7-ჯერ გაიზარდა, ხოლო წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით - 1,2-ჯერ. რაც შეეხება გესტაციურ დიაბეტს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკურ დეპარტამენტში მონაცემები არ მოიპოვება.

2012 წელს შაქრიანი დიაბეტის (ტიპი 1 და ტიპი 2) პრევალენტობის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე ყველაზე მაღალი იყო თბილისსა (2309) და აჭარაში (2172,9), ხოლო დანარჩენ რეგიონებში ვარირებდა 726,9 (სამეგრელო-ზემო სვანეთი) - 1823,2-ის (შიდა ქართლი) ფარგლებში. რაც შეეხება, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ის პრევალენტობის მაჩვენებელს 100000

მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით, ის ვარირებდა 197.2-დან (ქვემო ქართლი) 575-მდე (აჭარა); ამ მაჩვენებლის მიხედვით თბილისი აღმოჩნდა მეორე ადგილზე - 424.1.

0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ით ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღნიშნა შიდა ქართლსა (92.3) და თბილისში (54.7). დანარჩენ რეგიონებში აღნიშნული მაჩვენებელი მერყობდა 10.5-დან (აჭარა) 49.6-მდე (სამცხე-ჯავახეთი).

შაქრიანი დიაბეტის ინციდენტობის მაჩვენებელთა შედარებით ვლინდება, რომ საქართველოს მაჩვენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლები.

საქართველოში დიაბეტის წინააღმდეგ ბრძოლის ფარგლებში მოქმედებს სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები:

- „დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა“, რომელიც მოიცავს შემდეგ ღონისძიებებს:
 - დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურებას;
 - სპეციალიზებულ ამბულატორიულ დახმარებას (რომელიც გულისხმობს ინსულინდამოკიდებულ პაციენტებში მედიკამენტის დოზის კორექციისათვის ექიმ-ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობასა და პროგრამის მოსარგებლების შესაბამის სამედიცინო განათლებას);
 - შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა სპეციფიკური მედიკამენტებითა და საანალიზო ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფას;
 - დიაბეტით დაავადებულ პირთათვის სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემას.
- „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის“ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობის კომპონენტი ითვალისწინებს გაუკონტროლებელი შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ქალების სამედიცინო მომსახურებას.
- „იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა“ ითვალისწინებს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარულ მომსახურებას.
- „სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა“ ითვალისწინებს კლინიკური სიმპტომო-კომპლექსის დიაგნოსტიკას, აუცილებელი, მინიმალური ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევებსა და მართვას.

2010 წელს საქართველოში ჩატარდა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა (STEPS), რომლის ერთ-ერთ კომპონენტს წარმოადგენდა ბიოქიმიური მაჩვენებლების (უზმოზე გლუკოზა, საერთო ქოლესტეროლი და ტრიგლიცერიდები) შეაფასება 18-64 წლის პირებში. უზმოზე სისხლში გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელი აღმოჩნდა 101,2 მგ/დლ, უზმოზე მაღალი გლიკემიის (126 მგ/დლ) გავრცელება იყო 16,3%-ში; ამავე კვლევით დადგინდა, რომ ჭარბი წონის გავრცელება შეადგენდა 31,4%-ს, ხოლო სიმსუქნის გავრცელება - 25,1 %-ს.

არასამთავრობო ორგანიზაცია „დიაბეტის პრევენციისა და მკურნალობის გაუმჯობესება“ თაოსნობით 2013 წლის აგვისტო-სექტემბერში საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ უზმოზე და პოსტპრანდიალური ჰიპერგლიკემია ვლინდებოდა გამოკვლეულთა 10 %-ში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წელს დამტკიცდა გაიდლაინი და პროტოკოლი - „შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში“.

საქართველოში არსებობს დიაბეტის თემატიკაზე მომუშავე არსამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს დიაბეტისა და ენდოკრინოლოგიური ასოციაციების კავშირი“, „დიაბეტურ ბავშვთა ასოციაცია“, „ვაჟა ივერიელის სახელობის საქართველოს ენდოკრინოლოგთა ასოციაცია“, „დიაბეტის პრევენციისა და მკურნალობის გაუმჯობესება“ და სხვ.

ქვეყანაში გამოდის პერიოდული გამოცემა „დიაბეტი და ჯანმრთელობა“.

„საქართველოს დიაბეტისა და ენდოკრინოლოგიური ასოციაციების კავშირი“ ახორციელებს შემდეგ პროექტებს : „დიაბეტი და ორსულობა“ (1997 წლიდან) და „პაციენტთა თერაპიული განათლება“ 2007 წლიდან , რომელიც ითვალისწინებს ექსპერტ-ტრენერებიდ მომზადებას და ტარდება საქართველოსა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში.

ამგვარად, საქართველოში, აღიარებულია დიაბეტის პრიორიტეტულობა, რაც აუცილებელს ხდის, შემუშავდეს დიაბეტთან ბრძოლის სტრატეგიული გეგმა და განხორციელდეს ღონისძიებები დიაბეტის პროფილაქტიკის და მართვის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

შაქრიანი დიაბეტის კონტროლის სტრატეგიის ხედვა: დიაბეტით დაავადებულთა ჯანმრთელობის და ცხოვრების მდგრადი გაუმჯობესება გამოხატული ხარისხობრივად და რაოდენობრივად.

შაქრიანი დიაბეტის კონტროლის სტრატეგიის ძირითადი მიზანი:

- დიაბეტით ავადობის მატების შეჩერება და დიაბეტით ნაადრევი სიკვდილიანობის 25%-ით შემცირება;

სპეციფიკური მიზნები:

- საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე თანამშრომლობის გაძლიერება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისთვის შაქრიანი დიაბეტის პრევენციისა და კონტროლის პრიორიტეტულობის აღიარების მიზნით;
- ეროვნული შესაძლებლობების, ქვეყნის მთავრობის ხელმძღვანელი და მმართველი როლის, მულტისექტორული ღონისძიებებისა და პარტნიორობის გაძლიერება დიაბეტის პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის შემუშავებაში, განხორციელებასა და შეფასებაში;
- შაქრიანი დიაბეტის მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორებისა და შესაბამისი სოციალური დეტერმინანტების შემცირება მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისადმი ხელშემწყობის გზით;

- შაქრიანი დიაბეტის პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესება მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის დანერგვის გზით;
- შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2-ის კონტროლი გაუმჯობესება ექთნების სწავლება -მომზადების (ექთნები-სპეციალისტები) და მათი როლის გაზრდის გზით.
- პაციენტზე ორიენტირებული დიაბეტის გუნდური მიდგომა
- შაქრიანი დიაბეტის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება;
- მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება შაქრიანი დიაბეტის პრევენციის, კონტროლის და რაციონალური მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე და დიაბეტით დაავადებული პაციენტების დისკრიმინაციის თავიდან აცილება;
- შაქრიანი დიაბეტის გავრცელებისა და დეტერმინანტების მონიტორინგი და მისი პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებათა პროგრესის შეფასება;

სტრატეგიის ზოგადი პრინციპები:

- ადამიანთა სიცოცხლის მთელი ხანგრძლივობის მანძილზე პრევენცია;
- რეალური, სავარაუდო ან პოტენციური ინტერესთა კონფლიქტების გამორიცხვა;
- ადამიანებისა და თემების შესაძლებლობების განვითარების ხელშეწყობა;
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სტრატეგიების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის ჯანდაცვითი აქტივობით უნივერსალური მოცვა;
- ადამიანთა უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული მიდგომების ხელშეწყობა;
- ინტერნაციონალური თანამშრომლობა და კოოპერაცია;
- თანასწორობა და სამართლიანობა;
- მულტისექტორული მიდგომა.

შაქრიან დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური ამოცანები

დიაბეტთან ბრძოლის გეგმას დიაბეტის ეპიდემიის შეჩერების მიზნით სამი საკვანძო ამოცანა გააჩნია:

1. დიაბეტით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
2. დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების პროფილაქტიკა;
3. დიაბეტით დაავადებულ პირთა დისკრიმინაციის აღმოფხვრა.

ამ ამოცანების გადაწყვეტისათვის მიმართულ ღონისძიებებს მტკიცებულებითი ბაზა გააჩნიათ, რომელიც ექსპერტების აზრსა და დიაბეტური თანამეგობრობის საერთაშორისო კონსენსუსს ეფუძნება.

1. დიაბეტით დაავადებული პირების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

დიაბეტით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება უკიდურესად მნიშვნელოვანია არა მარტო ჰუმანური, არამედ კაცობრიობის განვითარებისა და ეკონომიკური პროგრესის

თვალსაზრისით. დეკომპენსირებული დიაბეტი, რომელსაც თან ახლავს შორეული გართულებები ნაციონალური შემოსავლის დიდ დანაკლისს იწვევს, ასევე საზოგადოებისა და ეკონომიკურ განვითარებას აფერხებს. დღეისათვის არსებული მტკიცებულებები ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს, რომ შესაძლებელია დიაბეტის გართულებების თავიდან აცილება ან გარკვეული დროით გადავადება. გართულებების განვითარების შემთხვევაშიც შესაძლებელია მისი პროგრესირების შეჩერება მკურნალობის ეფექტური საშუალებების გამოყენებით. მსოფლიოში არსებობს კლინიკური გზამკვლევები, რომლებშიც დეტალურადაა აღწერილი მკურნალობის სარეკომენდაციო სტანდარტები. არსებობს პირველი რიგის პრეპარატები, რომლებიც გამოიყენება ჰიპერგლიკემიის კონტროლისათვისა და დიაბეტის ფონზე განვითარებული ლიპიდური ცვლისა და არტერიული წნევის დარღვევების სამკურნალოდ. ამავე დროს ეს პრეპარატები უსაფრთხო, ეფექტური და ეკონომიურად ხელმისაწვდომია.

დიაბეტის მკურნალობის საკვანძო კომპონენტებია:

- მეტაბოლური და გლიკემიური კონტროლის მიღწევისთვის მკურნალობა და კლინიკური მონიტორინგი;
- თვითმართვის სწავლება და სოციალური მხარდაჭერა;
- გართულებების პროფილაქტიკა და კონტროლი;
- გესტაციური დიაბეტის გამოვლენა, მართვა და მკურნალობა

დიაბეტის ეფექტური მკურნალობისათვის აუცილებელია დიაბეტით დაავადებული ყველა პირისთვის ხელმისაწვდომი იყოს პირველადი აუცილებლობის პრეპარატები, კონტროლის, მკურნალობის და დიაგნოსტიკის მეთოდები და პაციენტთა სწავლება

დიაბეტის გართულებების (ინფარქტი, ცერებრალური ინსულტი, ნეიროპათია, დისლიპიდემია, თირკმლის დაზიანება, თვალების დაზიანება, წყლულები და სხვ.) პრევენციის მიზნით გამოყენებული უნდა იქნას პირველი რიგის პრეპარატები - იაფი, უსაფრთხო და ეფექტური ჯენერიკები: ჰიპერგლიკემიის, მომატებული არტერიული წნევის, ლიპიდური ცვლის დარღვევების კორექციისთვის. პირველი რიგის პრეპარატების რიცხვს მიეკუთვნება ინსულინი (პირველადი აუცილებლობის პრეპარატი არა მარტო დიაბეტი ტიპი 1-ით დაავადებული ადამიანებისათვის, არამედ ზოგიერთ შემთხვევაში დიაბეტი ტიპი 2-ის დროსაც), ტაბლეტირებული პრეპარატები სისხლში გლუკოზის დასაწევად, სტატინები და არტერიული წნევის დამწევი საშუალებები.

დიაბეტის სამკურნალო პრეპარატების ეკონომიკური ეფექტურობა შეიძლება ოპტიმიზირებული იყოს შემდეგი გზებით:

- გადანაწილებისა და მიწოდების სისტემაში რეფორმების ჩატარებით, რომლებიც შეამცირებენ გაუმართლებელ და არაეფექტურ დანახარჯებს;
- ნაციონალური სტანდარტების დანერგვით მკურნალობისა და პრეპარატების სწორედ გამოყენებისათვის.

პირველადი აუცილებლობის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდებს შეიძლება მიეკუთნოს დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგის აღჭურვილობა, სახარჯი მასალა და რეაგენტები, რომლებიც ამჟამად ძვირადღირებული არ არის. ინვესტიციები, რომლებიც ჩადებული იქნება დიაბეტის განვითარების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მონიტორინგის მიზნით,

შესაძლებელს ხდის დიაბეტის შეუქცევადი გართულებების პროფილაქტიკასა და შეფერხებას. დიაბეტის დროს პირველადი აუცილებლობის მომსახურეობა იდეალურ შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს მრავალპროფილიანი გუნდით, რომლის შემადგენლობაში შევლენ პირველადი მედიკო-სანიტარული სამსახურის დატრენინგებული თანამშრომლები.

ამისათვის საჭიროა უნარები შემდეგ სფეროში:

- დიაბეტის დიაგნოსტიკა;
- მკურნალობის დანიშვნისა და მდგომარეობის პირველადი შეფასება;
- გლიკემიური და მეტაბოლური კონტროლის ოპტიმალური და ინდივიდუალურად შერჩეული მაჩვენებლების მიღწევისათვის მუდმივი კლინიკური მონიტორინგის განხორციელება;
- დიაბეტის გართულებების მკურნალობისა და ადრეული გამოვლენის მიზნით სკრინინგის ჩატარება;
- დიაბეტით დაავადებულების, მათი ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დაავადების დამოუკიდებლად მართვის სწავლება;

დიაბეტით დაავადებულთათვის თვითმართვის პრინციპების სწავლებისადმი ხელმისაწვდომობა. დიაბეტის მკურნალობის წარმატება დამოკიდებულია არა მარტო პრეპარატებსა და ჩატარებულ მკურნალობაზე, არამედ პრეპარატების სწორ არჩევანსა და დიაბეტის მონიტორინგზე, ბალანსირებულ კვებასა და ფიზიკურ აქტივობაზე, დიაბეტის შესახებ ცოდნასა და თვითკონტროლის ჩვევებზე და საკუთარი მდგომარეობის მართვაზე. დიაბეტით დაავადებულები იძულებული არიან ყოველდღიურად გადაწყვიტონ ბალანსირებული კვების, ფიზიკური აქტივობისა და პრეპარატების მიღების საკითხები. უმრავლესობას ასევე დამოუკიდებლად უწევს ინსულინის გაკეთება და სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა.

დიაბეტის კონტროლი შეიძლება მნიშვნელოვნად შეიცვალოს ადამიანის ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე და დაავადების სხვადასხვა სტადიასთან დამოკიდებულებაში. ეს იმას ნიშნავს, რომ წარმატებული თვითკონტროლი არამარტო დიაგნოზის უშუალოდ დასმის შემდგომ დიაბეტის შესახებ საწყისი ცოდნაა, არამედ მოტივაციური განათლების რეგულარულად განმეორებითი ციკლი და უნარების შეფასების უწყვეტი პროცესი. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს იმ ადამიანების სწავლებას, ვინც უვლის დიაბეტით დაავადებულებს, მეტადრე თუ მათ დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ თავის მოვლა - მაგალითად, ბავშვები, მოხუცები, ფიზიკური ტრავმისა და ჭკუასუსტობის შედეგად ინვალიდები.

დიაბეტის დროული გამოვლინება და მკურნალობა. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 ხშირად ძალიან ნელა ვითარდება და შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ წლების განმავლობაში გართულებების გამოვლინებამდეც კი, რაც მისი დაგვიანებული მკურნალობისა და კონტროლის მიზეზი ხდება. დიაბეტი ტიპი 2-ის ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიდგომაა მძიმე და ძვირადღირებული გართულებების პროფილაქტიკისთვის. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის ფარულად მიმდინარე რისკის ფაქტორების დროული გამოვლენა ეკონომიურად ეფექტური და ადვილად განხორციელებადია. არსებობს საერთო და აშკარა რისკ-ფაქტორები, რომლებიც გამოავლენენ ფარულად მიმდინარე დიაბეტის უკიდურესად მაღალი

რისკის ადამიანებს. ასეთ რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება სიმსუქნე, გესტაციური დიაბეტი და დიაბეტის ოჯახური ანამნეზი. თუ დიაბეტის განვითარების რისკი მაღალია, საჭიროა ჩატარდეს სადიაგნოსტიკო ტესტები, ამავე დროს სასურველია, რომ ეს ტესტები ჩატარდეს სერტიფიცირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. პოპულაციური სკრინინგი არარაციონალური და ეკონომიურად არაეფექტურია, ამიტომ მისი ჩატარება დღესდღეობით არ არის რეკომენდირებული.

რაც შეეხება დიაბეტი ტიპი 1-ს, იმასთან დაკავშირებით, რომ ამ დაავადების დებიუტი მიმდინარეობს შედარებით სწრაფად და ატარებს მწვავე ხასიათს, ამ შემთხვევაშიც პოპულაციური კვლევისა და სკრინინგის ჩატარება რეკომენდირებული არ არის.

გართულებების ადრეული გამოვლინება და მკურნალობა. დიაბეტის გართულებების ადრეული გამოვლენის მიზნით დიაბეტი ტიპი 1-ითა და ტიპი 2-ით დაავადებულებს მუდმივი კლინიკური მონიტორინგის გარდა, უნდა უტარდებოდეთ ყოველწლიური რუტინული კლინიკური, ფიზიკალური და ბიოქიმიური გამოკვლევები, როგორცაა:

კლინიკური გამოკვლევა: სხეულის წონის, სხეული მასის ინდექსის, წელის გარშემოწერილობის, არტერიული წნევის განსაზღვრა, სისხლის მიმოქცევისა და ნერვული დაბოლოებების დაზიანების სიმპტომების შეფასება, თვალებისა და ტერფის დათვალიერება;

ბიოქიმიური კვლევები: გლიკოზირებული ჰემოგლობინის, ლიპიდური ცვლის, თირკმლის ფუნქციების, ალბუმინურიის განსაზღვრა;

ქცევითი, ცოდნისა და უნარების შეფასება: თვითმართვის ცოდნისა და უნარების სხვა რეგორც, ქცევითი უნარებისა და შესაძლებლობების შეფასება.

სამედიცინო დახმარების ინდივიდუალური ღონისძიებების ეფექტურობა. არსებობს რამდენიმე ღონისძიება დიაბეტის მართვისა და პროფილაქტიკისათვის, რომლებიც დაფუძნებულია ძლიერ მტკიცებულებებზე. ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და ხარჯების შესამცირებლად სულ მცირე სამი ღონისძიება უნდა შესრულდეს. ასეთებია: არტერიული წნევის კონტროლი (130/80 მმ ვწ.სვ-ზე მაღალი წნევის მქონე პირებში), გლიკემიური კონტროლი (იმ პირებისათვის, ვისაც გლიკოჰემოგლობინი 9%-ზე მეტი აქვს) და ტერფის ჰიგიენა იმ პირებში, ვისაც დაწყულულების მაღალი რისკი გააჩნია. დიაბეტით დაავადებულებში არტერიული წნევის კონტროლი აღმოჩნდა ძალზე ეფექტური გულ-სისხლძარღვთა, ნეფროპათიული და რეტინოპათიული გართულებების შესამცირებლად. არტერიული წნევის კონტროლი ყველაზე რეალურად შესრულებადი და ეკონომიკურად ეფექტური ღონისძიებაა დიაბეტით დაავადებულებისათვის, განსაკუთრებით შეზღუდული რესურსების პირობებში.

ღონისძიებები დამტკიცებული ეფექტურობით	მოსალოდნელი შედეგი
ღონისძიებები, რომლებიც მიმართულია ცხოვრების წესის შეცვლაზე მაღალი რისკის ჯგუფებში შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის პროფილაქტიკის მიზნით	ავადობის შემცირება 35-58%-ით
მეთფორმინის დანიშვნა მაღალი რისკის ჯგუფებში შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის პროფილაქტიკის მიზნით	ავადობის შემცირება 25-31 %-ით
გლიკემიური კონტროლი HbA1c-ის 9%-ზე მაღალი დონის შემთხვევაში	მიკროვასკულარული გართულებების განვითარების რისკის 30%-ით შემცირება HbA1c-ის დონის ერთი პროცენტით შემცირების შემთხვევაში

არტერიული წნევის კონტროლი 130/80 მმ ვწ.სვ-ზე მაღალი წნევის შემთხვევაში	მიკრო და მაკროვასკულარული დაზიანების 35 %-ით შემცირება არტერიული წნევის 10 მმ ვწ.სვ-ით შემცირებისას
თვალბის ყოველწლიური შემოწმება	მხედველობის სერიოზული დაკარგვის 60-70%-ით შემცირება
წყლულების განვითარების მაღალი რისკის მქონე ადამიანებში ტერფის ჰიგიენა	ტერფის სერიოზული დაავადებების განვითარების შემცირება 50-60%-ით
ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის (აფგ) ინჰიბიტორების დანიშვნა დიაბეტით დაავადებული ყველა პაციენტისთვის	ნეფროპათიის განვითარების რისკის შემცირება 42%-ით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკის შემცირება 22%-ით.

2. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების პროფილაქტიკა

დიაბეტი ტიპი 2-ის პროფილაქტიკა მნიშვნელოვანია ყველა, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისათვის. ის ამცირებს დიაბეტის კატასტროფულ დანახარჯებს და დიაბეტის ტვირთს; თუმცა პროფილაქტიკა არ წარმოადგენს დიაბეტის კონტროლის ალტერნატივას: სტრატეგია აუცილებელად უნდა ითვალისწინებდეს როგორც დიაბეტის პროფილაქტიკას, ასევე მის ადრეულ გამოვლენას და კონტროლს.

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის პრევენცია უმრავლეს შემთხვევაში შესაძლებელია. ამ დაავადებით გამოწვეული ადამიანური დანაკარგი და ფინანსური დანახარჯი გაცილებით აღემატება პრევენციასა და კონტროლში ჩადებულ ხარჯებს. ფიზიკური ინაქტივობა, არაჯანსაღი კვება და სიმსუქნე შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების მოდიფიცირებადი რისკის მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენს. ბოლო წლებში განვითარებული სოციალური და ტექნიკური პროგრესის შედეგად შეიქმნა ადამიანების თანაცხოვრების ისეთი გარემო და ფიზიკური აქტივობის, მუშაობის, საზოგადოებრივი ცხოვრებისა და დასვენების პირობები, რომლებიც უმოდრაო ცხოვრების წესს და ენერგეტიკულად გაჯერებული, მაგრამ სასარგებლო ნივთიერებებით ღარიბი საკვების გამოყენებას განაპირობენ. დღესდღეობით ადამიანების უმრავლესობას ყოველდღიური ცხოვრება სოციალური, ფინანსური ან გარემო პირობებით დამძიმებულ დაბრკოლებებში უხდებათ, რაც მათ ხელს უშლის არჩევანი გააკეთონ ცხოვრების ჯანსაღ წესზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის შემთხვევთა 80 %-ის პრევენცია შესაძლებელია მარტივი და ეკონომიურად ეფექტური მეთოდების გამოყენებით. საჭიროა შეიცვალოს დღევანდელი პოლიტიკა ფიზიკური აქტივობის გაძლიერებისა და ჯანსაღი წონის შენარჩუნების მიზნით. მაგალითად, კარგად დაგეგმილი დიდი ან პატარა ქალაქები საზოგადოებრივი ტრანსპორტისა და კვების ეფექტურად ორგანიზირებული სისტემებით, რომლებიც თავის მხრივ შექმნიან ფიზიკური აქტივობისა და ჯანსაღი კვების პირობებს, ხელს შეუწყობს შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების რისკის ფაქტორების მინიმალიზაციას.

ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკურ გადაწყვეტილებაში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პროპაგანდას უწევს ისეთ მიდგომებს, რომლებიც საშუალებას იძლევა შეაფასოს სოციალურ, ეკონომიკურ და გარემოს დაცვის სფეროებში გატარებული პოლიტიკის გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური გეგმა მოუწოდებს ყველა ქვეყნის მთავრობას გამოიყენოს მიდგომა „ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებში“. ეს

ნიშნავს, რომ სანამ ჩაიდება ხარჯები ინფრასტრუქტურაში და დაიგეგმება ინოვაციური პროგრამები ნებისმიერ სფეროში, საჭიროა შეფასდეს, თუ როგორ გავლენას ახდენს მიღებული პოლიტიკური გადაწყვეტილებები შაქრიანი დიაბეტისა და სხვა არაგადამდებ დაავადებათა გავრცელებაზე, რათა დავრწმუნდეთ, რომ მათ ექნებათ არა ნეგატიური, არამედ დადებითი გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. უდიდესი მნიშვნელობა აქვს გატარებულ პოლიტიკას დაბეგვრის, ეკონომიკის, განათლების სფეროში, განსაკუთრებით, თუ ის იცავს მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებს.

ხელმისაწვდომობა ჯანსაღი კვებისადმი. ჯანსაღი კვება წარმოადგენს საკვანძო კომპონენტს მთელი რიგი არაგადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის. როგორც კვების დეფიციტი, ასევე ჭარბი კვება ზრდის დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების რისკს და ახდენს უარყოფით გავლენას დაავადების მიმდინარეობაზე. ორსულობის პერიოდში არასრულფასოვანი კვების შემთხვევაში დაბადებულ ბავშვებს, და ასევე ბავშვებსა და მოზრდილებს, რომლებიც მუდმივად ჭარბად იკვებებიან (ამასთან, საკვები შეიძლება იყოს არასაკმარისად სასარგებლო), აქვთ დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკი. მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებში შესაძლებელია ერთდროულად არსებობდეს გადაჭარბებული, ასევე არასაკმარისი კვების პრობლემა. ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე ადამიანებისათვის აუცილებელია წონასწორობის შენარჩუნება მიღებულ და დახარჯულ ენერჯიას შორის. ენერგეტიკული ბალანსის მიღწევა ამცირებს დიაბეტისა და სხვა არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკს. ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის საკითხებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური სტრატეგია აწესებს აუცილებელ ღონისძიებებს, ხოლო დიაბეტთან ბრძოლის გლობალური გეგმა კი მოუწოდებს მთავრობას ჯანსაღი კვების პროგრამებისა და პოლიტიკის დანერგვისაკენ, რაც გადაჭარბებული და არასაკმარისი კვების თავიდან აცილების შესაძლებლობას იძლევა. ასეთი პროგრამები უნდა მოიცავდეს :

- ჩვილებში ძუძუთი კვებისადმი ხელშეწყობას, რომელიც ახალშობილთა კვების დეფიციტისა და შემდგომ წლებში დიაბეტის განვითარების პრევენციას მოახდენს;
- მოზრდილებში ჯანსაღი კვებისადმი ხელშეწყობას:
 - დედისა და ბავშვის ჯანსაღი კვების პროგრამების დანერგვა;
 - კანონები და პოლიტიკური ნაბიჯები, რომლებიც გაზრდიან მაღალხარისხიანი და იაფი საკვები პროდუქტებისადმი ხელმისაწვდომობას;
 - რეკომენდაციები ტექნიკური გადამუშავების შედეგად საკვებ პროდუქტებსა და სასმელებში ცხიმების, შაქრისა და მარილის შემადგენლობის დაქვეითებისა და საკვები პროდუქტებიდან ტრანს-ცხიმების ამოღების შესახებ;
 - მოსახლეობის ინფორმირების გაზრდისა და ქცევის სტერეოტიპების ცვლილების მიზნით მეთოდური და ინფორმაციული მასალების შემუშავება;
 - საერთაშორისო სავაჭრო შეთანხმებები;

ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის პროპაგანდა. ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სიმსუქნესთან ბრძოლაში და შესაძლებელს ხდის დიაბეტი ტიპი 2-ის განვითარების რისკის შემცირებას. საჭიროა ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობისა და თავისუფალ დროს სპორტით დაკავების მოტივირებისადმი მხარდაჭერა:

- პროგრამებისა და პოლიტიკის დანერგვა, რომლებიც მიმართული იქნება ფიზიკური აქტივობის სტიმულირებისკენ, განსაკუთრებით სკოლებსა და სამუშაო ადგილებზე;
- საკანონმდებლო ღონისძიებების, რომლებიც შესაძლებელს ხდის ფიზიკურად აქტიური ცხოვრების წესის მასებში ფართოდ დანერგვას. ასეთი ღონისძიებებია, მაგალითად, ქალაქდაგეგმარება (საფეხმავლო და ველოსიპედის უსაფრთხო ბილიკებისა და ტროტუარების მოწყობა), შენობების დაგეგმარება (კიბის გამოყენების სტიმულირება) და სხვ.
- მოსახლეობაში ფიზიკური აქტივობის პრევალენტობის მონიტორინგი, რაც გულისხმობს სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებას მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის შესახებ;

დიაბეტი ტიპი 2-ის ეფექტური პროფილაქტიკისათვის „მაღალი რისკის“ მიდგომის გამოყენება. შაქრიანი დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფებში შემავალი ადამიანებისთვის კონსულტაციების ჩატარება ჯანსაღი კვების, ფიზიკური აქტივობის და წონის ზომიერი კლების საკითხებთან დაკავშირებით, შესაძლებელს ხდის დიაბეტის პრევენციას. თუმცა ასეთი მიდგომა არაეფექტურია, თუ დიაბეტით დაავადებული ყველა პირისთვის ესენციური (სიცოცხლისათვის აუცილებელი) პრეპარატები და აუცილებელი დახმარება ხელმიუწვდომელია. იქ, სადაც „მაღალი რისკის“ მიდგომის გამოყენება მიზანშეწონილია, დიაბეტის პროფილაქტიკის გარდა, ეს მიდგომა უნდა მოიცავდეს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკასაც, რადგან უმეტეს შემთხვევაში დიაბეტის განვითარების მაღალ რისკს თან ახლავს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკიც.

„მაღალი რისკის“ მიდგომის გამოყენებისათვის საჭიროა:

- არსებული რესურსებიდან გამომდინარე უნდა გადაწყდეს გამართლებულია თუ არა ქვეყანაში „მაღალი რისკის“ მიდგომის გამოყენება;
- თუ „მაღალი რისკის“ მიდგომა გამართლებულია, საჭიროა შესაბამისი პროფილაქტიკის პროგრამის შემუშავება;
- „მაღალი რისკის“ პროფილაქტიკის პროგრამის არამიზანშეწონილობის შემთხვევაში, საჭიროა ძალისხმევა მიმართულ იქნას ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებისაკენ, რათა მომდევნო 5 წელიწადში ჩატარდეს ეფექტური დაბალბიუჯეტის ჩარევები ჯანსაღი ცხოვრების წესის გაუმჯობესების მიზნით. ასეთი ჩარევა მიმართული უნდა იყოს მაღალი რისკის ჯგუფების ცალკეულ ადამიანებზე, ან ისეთ დაწესებულებებზე, როგორცაა: ეკლესიები, სკოლები, სამუშაო ადგილები.

3. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა უფლებების დაცვა

დიაბეტით დაავადებულ პირთა დისკრიმინაციის აღმოფხვრა და მათი ჩართვა საკუთარი დაავადების მართვაში, დიაბეტის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ღონისძიებებში, დიაბეტი

ტიპი 2-თან ბრძოლის მძლავრი ინსტრუმენტია. სოციალური სამმართველოების თვალსაზრისით ასეთი მიდგომა არა მარტო გონივრულია, არამედ ეფექტურიც.

ხელმისაწვდომობა აუცილებელი და ფინანსურად მისაღები მკურნალობისადმი, ინფორმირებულობა თვითკონტროლის მეთოდებისა და დაავადების მართვის შესახებ, ყოველი ადამიანის განუყოფელ უფლებაა, და არა პრივილეგია. დიაბეტით დაავადებულებებს შეუძლიათ შეასრულონ მნიშვნელოვანი როლი და შეცვალონ არსებული სიტუაცია.

ჯანმრთელობის უფლება მთავრობისგან იმ მოქმედებებისა და პოლიტიკის რეალიზაციას მოითხოვს, რომლებიც მოსახლეობას შაქრიანი დიაბეტისაგან დაიცავს და ყველა მოქალაქისათვის ჯანდაცვის სისტემის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს. თუ დიაბეტი დიაგნოსტირებული არ არის ან დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის (ინსულინი, ტაბლეტირებული ჰიპოგლიკემიური და სხვა ესენციური სამედიცინო პრეპარატები) მეთოდები ხელმიუწვდომელია, მაშინ დიაბეტით დაავადებულთა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლებები ირღვევა. დიაბეტით დაავადებულნი არ უნდა იყვნენ დისკრიმინირებულნი არსად - საზოგადოებაში, სკოლასა და სამსახურში, დაზღვევისა და სოციალური დახმარების მიღებისას. ზოგიერთი ადამიანი გენეტიკურად და ეპიგენეტიკურად (მათი გენეტიკური დარღვევები ვლინდება მხოლოდ ერთ თაობაში) არის მიდრეკილი დიაბეტისადმი. მიუხედავად ამისა, დიაბეტით დაავადებული მილიონობით ადამიანი დისკრიმინაციას განიცდის, დიაბეტი ხდება სტიგმა, რაც ხელს უშლის სამსახურის დაწყებაში, ოჯახის შექმნასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში აქტიური მონაწილეობის მიღებაში, რის გამოც იძულებულია დამალოს დაავადება. დიაბეტის ტვირთი მნიშვნელოვნად მაღალია მოსახლეობის ისეთ ჯგუფებში, როგორცაა ეთნიკური უმცირესობა, ბავშვები და ქალები.

დიაბეტი - დაავადებაა, რომელიც ადამიანისაგან მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მოითხოვს რთული გადაწყვეტილებების ყოველდღიურ მიღებასა და დაავადების მართვის ცოდნას. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს სასიცოცხლო მნიშვნელობის კომპონენტს დიაბეტის მკურნალობაში. დიაბეტის ტვირთისა და მისი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით მნიშვნელოვანია დიაბეტით დაავადებულებს, მათ ოჯახის წევრებსა და დიაბეტის ასოციაციებს მიეცეთ უფლება და შესაძლებლობა, ითამაშონ ცენტრალური როლი დიაბეტთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტაში და აუცილებელი ღონისძიებების დაგეგმვაში.

დიაბეტით დაავადებულებისა და მაღალი რისკის მქონე ადამიანების უფლებების დაცვა და პროპაგანდა. იმისათვის, რომ დიაბეტით დაავადებულებს ჰქონდეთ შესაძლებლობა, საჯაროდ განაცხადონ თავიანთი უფლებები, საჭიროა:

- დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის მიერ მიღებული დიაბეტით დაავადებული პირების მოვალეობებისა და უფლებების საერთაშორისო ქარტიის პრინციპების გაზიარება;
- მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ჯგუფების (ბავშვები, მოხუცები, ქალები, ეთნიკური უმცირესობა და ინვალიდები) უფლებების დაცვა.

დიაბეტით დაავადებული პირების აქტიური ქმედებებისადმი მოწოდება და დიაბეტის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში ცენტრალური როლის შესრულება. დიაბეტით დაავადებულებმა ცენტრალური როლი უნდა შეასრულონ დიაბეტის კონტროლის სტრატეგიის მიღებასა და

მათვის საჭირო მომსახურების გზების არჩევაში. დიაბეტის მართვის ყველა პროცესში დაავადებული პირების აქტიური მონაწილეობა უზრუნველყოფს მთავრობის მიერ აღებული ფინანსური და პოლიტიკური ვალდებულებების შესრულებას. გარდა ამისა, ის ხელს უწყობს დიაბეტის თვითკონტროლის განხორციელებას, რაც გამოიწვევს პაციენტის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის, სოციალურ სტერეოტიპებთან და ცრურწმენებთან ბრძოლის გაუმჯობესებას. დიაბეტით დაავადებულნი უნდა იყვნენ თანასწორუფლებიანები ყველა დონეზე, ამისათვის საჭიროა:

- დიაბეტით დაავადებული პირებისა და, მათი ოჯახის წევრების დიაბეტის პოლიტიკის, შესაბამისი პროგრამების სტრუქტურის, მათი დანერგვისა და მონიტორინგის საკითხებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღებაში მონაწილეობა;
- საზოგადოებრივი ორგანიზაციებისა და ქსელების შექმნის მხარდაჭერა, სადაც აქტიურად იქნებიან ჩართული დიაბეტით დაავადებული პირები;
- რეგულარული, მუდმივი და გამჭირვალე სახელმწიფოებრივი ანგარიშგების უზრუნველყოფა დიაბეტთან ბრძოლის სფეროში მიმდინარე პროცესების, ჩატარებული სამუშაოების შედეგების შესახებ.

სოციალურ სტერეოტიპებთან ბრძოლა. სოციალური სტერეოტიპები შეიძლება გახდეს სერიოზული დაბრკოლება ადრეულ სტადიებზე დიაბეტის გამოვლენის, დაავადების თვითმართვის ეფექტური უზრუნველყოფის, სამედიცინო დახმარებისა და მკურნალობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობისათვის. დიაბეტის მკურნალობის და პროფილაქტიკის უმნიშვნელოვანეს წინაპირობას წარმოადგენს მოსახლეობის მაღალი ინფორმირებულობა, სტერეოტიპების დარღვევა, მითებისა და მცდარი წარმოდგენების დამსხვრევა. ამის მიზნის მისაღწევად საჭიროა:

- მოსახლეობის ფართო ფენისთვის დიაბეტის შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლებისა და სოციალური სტერეოტიპების დარღვევის მიზნით კამპანიების ჩატარებისადმი ხელშეწყობა;
- დიაბეტით დაავადებულების მოთხოვნილებებისა და უფლებების დაცვის მიზნით საზოგადოებრივი ლიდერებისა და აქტიური მომხრეების გამოვლენა და მხარდაჭერა;
- ბრძოლა ქცევის სოციალურ ნორმებთან და ნეგატიურ სოციალურ სტერეოტიპებთან, რომლებიც ართულებენ დიაბეტით დაავადებულების ცხოვრებას და აიძულებენ თავისი მდგომარეობის დამალვას.

მოსალოდნელი შედეგები

იმისათვის რომ დიაბეტზე ზემოქმედების შედეგები იყოს მაქსიმალურად ეფექტური, აუცილებელია კოორდინირებული მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელიც მთავრობისა და შაქრიანი დიაბეტის პრობლემით დაინტერესებული ყველა სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციისგან სერიოზულ მხარდაჭერას მიიღებს.

ორგანიზაციებისა და დაწესებულებების კოორდინირებული მოქმედება. დიაბეტის წინააღმდეგ ბრძოლის ეფექტურად წარმართვისათვის და მულტიდისციპლინური მიდგომის ანხორციელებისათვის საჭიროა ქვეყნის მავორდინირებელი სტრუქტურის არსებობა მთავრობაში ან ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში, რაც ითვალისწინებს:

- პოლიტიკის და მოქმედებების კოორდინაცია როგორც შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს შიგნით, ისე სხვადასხვა სამინისტროებს (ფინანსთა, ტრანსპორტის, სოფლის მეურნეობის, ენერგეტიკის, ეკონომიკის და მდგრადი განვითარების) შორის;
- „ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკურ გადაწყვეტილებაში“ მიდგომის დანერგვა;
- პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ნაციონალური პოლიტიკის შემუშავება აღიარებული საერთაშორისო დონის სტანდარტების და გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 61/225 რეზოლუციის შესაბამისად;
- დიაბეტის მკურნალობისათვის ესენციური პრეპარატებისა და დიაგნოსტიკის ნუსხის შემუშავება სახელმწიფოებრივი და კერძო სექტორის მიერ პრეპარატების შესყიდვისა და მეთოდების ეფექტური მიწოდებისათვის;
- დონორული და საერთაშორისო დახმარების პრიორიტეტების დადგენა და ჰარმონიზაცია;
- დიაბეტის მკურნალობის მტკიცებულებითი ბაზის დანერგვა პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებსა და პრაქტიკაში;
- კერძო სექტორთან თანამშრომლობა სიღარიბის, უთანასწორობისა და დიაბეტის დეტერმინანტების აღმოფხვრის მიზნით.

ჯანდაცვის სისტემის მომსახურეობისა და ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაცია და ინტეგრაცია. დიაბეტის ეფექტური მკურნალობა შეიძლება განხორციელდეს ჯანდაცვის სხვადასხვა სპეციალისტებისა და პროფესიონალთა მონაწილეობით. აუცილებელია დიაბეტის მომსახურეობის ინტეგრირება სხვა არაგადამდები ან გადამდები დაავადებისათვის არსებულ მომსახურეობის სტრუქტურაში. მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაცია ხაზს უსვამს ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურის აუცილებლობას, რაც უზრუნველყოფს მომსახურეობის ხელმისაწვდომობას. პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურის ეფექტური მუშაობა მნიშვნელოვნად ზრდის დიაბეტოლოგიური დახმარების ხარისხს. თუმცა აქვე გასათვალისწინებელია ინტერდისციპლინარული მიდგომის გამოყენება, რომელიც გულისხმობს ჰოსპიტალურ მომსახურეობასა და ვიწრო პროფილის სპეციალისტების ჩართულობას. ამგვარი მიდგომა შესაძლებელია ეფექტურად იქნას გამოყენებული პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების გასაძლიერებლად მონიტორინგის, ტრენინგების, ტექნიკური აღჭურვის, რეგულაციებისა და პროტოკოლების უზრუნველყოფის გზით.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია და მისი სააგენტოები რეკომენდაციას უწევენ სხვადასხვა ქვეყნის მთავრობებს რათა ჯანდაცვის სისტემები მწვავე მდგომარეობების მკურნალობის ტრადიციული პრიორიტეტებიდან პერეორიენტირებული იქნეს უფრო პროფილაქტიკურ მოდელებზე. აღნიშნული მოითხოვს დიაბეტის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებზე მომუშავე თანამშრომლების შესაბამის განათლებასა და ასევე დიაბეტის თვითკონტროლის მეთოდების სწავლებაზე ყურადღების გამახვილებას. დიაბეტით დაავადებულები იმ

ადამიანებთან შედარებით, ვისაც არ აქვს დიაბეტი, სამჯერ უფრო ხშირად უჩივიან დეპრესიას და შფოთვას. ამიტომ საჭიროა დიაბეტის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებზე მომუშავე თანამშრომლებმა სწორად ჩაუტარონ კონსულტაციები დიაბეტით დაავადებულებს და ხელი შეუწყონ თვითკონტროლის უნარ-ჩვევების გამომუშავებას.

მიწოდების სისტემების ოპტიმიზაცია. არსებობს უდაო მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ დიაბეტის მკურნალობისათვის ესენციური პრეპარატებისადმი, დიაგნოსტიკის მეთოდებისადმი და პირველადი დახმარების საშუალებებისადმი ადექვატური ხელმისაწვდომობა ამცირებს გართულებების სიხშირესა და აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ასეთი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მოითხოვს შესყიდვისა და განაწილების საიმედო და გამჭვირვალე სისტემის არსებობას და ყველა სამედიცინო დაწესებულების პირველადი აუცილებლობის პრეპარატებით, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საშუალებებით სათანადო უზრუნველყოფას. სწორი განაწილებითა და დანაკარგების შემცირებით შესაძლებელია სახსრების მნიშვნელოვანი ეკონომია. ამავე დროს აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის მოწყობა ისე რომ შესაძლებელი იყოს ადგილებზე პრეპარატების ხარჯვის, დიაგნოსტიკის მეთოდების და მკურნალობის გამოყენების ეფექტური კონტროლი, პრიორიტეტების შერჩევა, დაგეგმვა და პროგნოზირება.

სამეცნიერო კვლევების ჩატარება და არსებული შედეგების სტრატეგიული გამოყენება და მიღება. მტკიცებულებების მოძიება, რომლებიც დიაბეტსა და მასთან დაკავშირებულ არაგადმდებ დაავადებებთან ბრძოლის საფუძველს წარმოადგენს, მოითხოვს კვლევის სხვადასხვა მეთოდებისა და დისციპლინების გამოყენებას. აღნიშნული მოიცავს არა მარტო ლაბორატორიულ და კლინიკურ მედიცინას, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, განათლებას, სოციოლოგიას, ფსიქოლოგიას, სოფლის მეურნეობას, არქიტექტურას, ეკონომიკას და დაგეგმარებას, არამედ სხვა საკითხებსაც. კვლევებზე გათვალისწინებული ხარჯების ეფექტური და ოპტიმალური გამოყენება, შესაძლებელია შემდეგი გზებით:

- ნაციონალურ კვლევით პროგრამებში პრიორიტეტების განსაზღვრა, რომელიც გამოავლენს დიაბეტის კონტროლისა და პროფილაქტიკის ხარვეზებს;
- კვლევითი რესურსების გაზრდა და მხარდაჭერა არჩეული პრიორიტეტების გათვალისწინებით.

მიღებული შედეგების გაცვლა, შეფასება და მონიტორინგი. მონიტორინგის, შეფასების და ინვესტიციების ეფექტური გადანაწილების სისტემის დანერგვა მოითხოვს კონკრეტული საბიუჯეტო სახსრების გამოყოფას. აუცილებელია ადგილობრივი შესაძლებლობების გაძლიერება მონაცემების ზუსტი და გამჭვირვალე შეგროვების, ინტერპრეტაციისა და გამოყენების მიზნით. ჯანდაცვის დეტერმინანტების რეგულარული ანგარიშები (ყოველწლიური, ორ ან ხუთწლიანი) მიღებული შედეგების შესახებ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი. სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ადექვატური და ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება დიაბეტით დაავადებულთათვის, ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და მთავრობისათვის. პირველადი ჯანდაცვისა და ექთნების დონეზე ჯანდაცვის სპეციალისტები უნდა ფლობდნენ ინფორმაციის შეგროვებისა და მოძიების უნარებს,

რომელიც უზრუნველყოფს ინფორმაციის გაცვლას პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების და დიაბეტით დაავადებულებს შორის.

ფართო საზოგადოების ჩართვა. დიაბეტის განვითარება მნიშვნელოვნად დაკავშირებულია ადამიანთა ცხოვრების წესზე. დიაბეტის პრობლემა არ შეიძლება გადაწყვეტილი იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის ძალებით, დიაბეტსა და მასთან დაკავშირებული არგადამდებ დაავადებებთან ეფექტური ბრძოლა მოითხოვს ყველა დონესა და ყველა სფეროში შეთანხმებულ მუშაობას. გამჭირვალე თანამშრომლობა სახელმწიფოებრივ და კერძო სექტორს შორის შესაძლებელს გახდის ინოვაციური მიდგომების სტიმულაციას, ხელს შეუწყობს ახალი ფინანსური ნაკადების მოძიებას. მხოლოდ გაერთიანებული ძალებით (მთავრობა, დონორული ორგანიზაციები, კერძო სექტორი, სამოქალაქო საზოგადოება, ჯანდაცვის სპეციალისტები, სამეცნიერო საზოგადოებები) არის შესაძლებელი დიაბეტის წინააღმდეგ აქტიური ღონისძიებების გატარება. ამისათვის აუცილებელია:

- ბიზნესისა და მრეწველობის წარმომადგენლების ჩართულობა, მაგალითად:
 - ქალაქის დაგეგმარების ხარისხობრივი გაუმჯობესება საშუალებას მოგვცემს ფიზიკურად აქტიური ცხოვრების წესისა და სოციალური ურთიერთობის განვითარებისათვის;
 - ფართოდ ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი, ეკოლოგიურად სუფთა და იაფი კვებითი პროდუქტების წარმოება და ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქტების რეკლამების მინიმუმამდე დაყვანა;
 - საკვები პროდუქტების ხარისხის მკაცრი კონტროლის დანერგვა.
- სამოქალაქო საზოგადოების გამყარება, მაგალითად ნაციონალური დიაბეტური ასოციაციებისა და სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების შექმნისადმი ხელშეწყობა - მხარდაჭერა და უკვე არსებული ასოციაციების ძალების გამყარება.