



ნატა ყაზახაშვილი



დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედათა და ბავშვთა
ჯანმრთელობა

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ნატა ყაზახაშვილი

დედათა და ბავშვთა
ჯანმრთელობა



უნივერსიტეტის
გამომცემლობა

ნიგნი მომზადდა ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის და გაეროს ბავშვთა ფონდის პარტნიორული პროგრამის ფარგლებში (სამაგისტრო საგანმანათლებლო პროგრამა „ბავშვის უფლებები“).

რეცენზენტი ლაშა ლორია, MD, PhD, ასოცირებული პროფესორი,
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

სამედიცინო ტერმინოლოგიის რედაქტორი ოთარ ვასაძე, მედიცინის მეცნიერებათა
დოქტორი, პროფესორი

ეს პუბლიკაცია შექმნილია საფრანგეთის საელჩოს და გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით. მის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ავტორი და შესაძლოა, რომ იგი არ გამოხატავდეს საფრანგეთის საელჩოს და გაეროს ბავშვთა ფონდის შეხედულებებს.



© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2026

ISBN 978-9941-36-471-6

შინაარსი

წინასიტყვაობა	7
---------------------	---

ნაწილი I

ბავშვთა ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა	11
---	-----------

თავი 1

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ფუნდამენტური პრინციპები	15
---	----

თავი 2	28
--------------	----

ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში. პრობლემები და გამონაკვეთები	28
---	----

თავი 3

დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა. ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მიზეზები გლობალურად და საქართველოში	48
---	----

თავი 4

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში	81
---	----

თავი 5

სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (საქართველო). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები	123
--	-----

ნაწილი II

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირი	163
--	------------

თავი 1

შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები	164
--	-----

თავი 2

დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით გატარებული ლონისძიებები: ათასწლეულის განვითარების მიზნები (MDG). მდგრადი განვითარების მიზნები (SDG)	177
---	-----

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

თავი 3

დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში.

მშობიარობა ბუნებრივი გზით და მშობიარობა

საკეისრო კვეთის გზით 195

თავი 4

დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა საქართველოში 226

ლიტერატურული რესურსები 232

ტექსტში გამოყენებული აბრევიატურების განმარტებები 245

რეფერატის თემები 246

წინასიტყვაობა

სახელმძღვანელო „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა“ ეხება ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის და კეთილდღეობის ძირითად საკითხებს. წიგნი მკითხველს ასევე აწვდის ინფორმაციას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირის შესახებ. სახელმძღვანელო, სპეციფიკიდან გამომდინარე, ორი ნაწილისაგან შედგება. პირველ ნაწილში აღწერილია ისეთი უმნიშვნელოვანესი საკითხები, როგორიცაა: ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ფუნდამენტური პრინციპები, ბავშვთა ჯანმრთელობის მნიშვნელობა ქვეყნის სტაბილური და მდგრადი განვითარებისთვის. სახელმძღვანელოში მოწოდებულია ინფორმაცია ბავშვის უფლებების შესახებ სამედიცინო დანესებულებებში; განხილულია ის პრობლემები და გამოწვევები, რომლებიც თავს იჩენს ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების დროს როგორც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ისე ჰოსპიტალურ სექტორში.

სახელმძღვანელოს პირველ ნაწილში ასევე განხილულია დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები მსოფლიოში და საქართველოში; მოწოდებულია ინფორმაცია ბავშვთა მოსახლეობის ავადობისა და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ. წიგნში წარმოდგენილია ინფორმაცია ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზე, მათ შორის ვრცლადაა განხილული ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები როგორც მსოფლიოში, გლობალურად, ისე საქართველოში.

სახელმძღვანელოში გაშუქებულია საკითხები, რომლებიც ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის შეკრებას ეხება. აღნიშნული ინფორმაცია ჯანდაცვის სფეროში ბავშვთა საჭიროებების შეფასებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია. წიგნში ასევე მოწოდებულია ინფორმაცია ბავშვთა სამედიცინო საჭიროებებზე სახელმწიფოს რეაგირების შესახებ; აღწერილია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები. სახელმძღვანელოს თითქმის ყველა თავში განხილულია საკითხები, რომლებიც ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლების დაცვას, ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტებს და ეფექტურ ინტერვენციებს ეხება. აღნიშნული საკითხები ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრისა და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მნიშვნელოვან რეკომენდაციებს ეყრდნობა.

სახელმძღვანელოს მეორე ნაწილში განხილულია საკითხები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირის შესახებ. წიგნის ამ ნაწილში, მრავალწლიან მონაცემებზე დაყრდნობით, წარმოდგენილია სტა-

ტისტიკური ინფორმაცია დედათა სიკვდილიანობის შესახებ როგორც გლობალურად, ისე საქართველოში. წიგნის მეორე ნაწილში მოწოდებულია ინფორმაცია, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, გლობალურად გატარებული ღონისძიებების შესახებ. აღწერილია ათასწლეულის განვითარების მიზნებით მიღწეული შედეგები და ასევე, მდგრადი განვითარების მიზნებით დასახული ამოცანები.

ბავშვის სიცოცხლის უფლების, სიცოცხლის ჯანსაღი სტარტის უაღრესად დიდი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, წიგნში ცალკეა განხილული საკითხი მშობიარობის შესახებ. მიუხედავად მრავალრიცხოვანი კვლევებისა, მშობიარობა რჩება ერთ-ერთ რთულ და ძნელად ასახსნელ, იდუმალებით მოცულ საკითხად. ბავშვი თავად ირჩევს დაბადების გზას და იწყებს მოძრაობას, რათა მოეწოდოს ამ ქვეყანას. დედის ორგანიზმი მშობიარობისთვის 9 თვის განმავლობაში ემზადება და ნაყოფის მოძრაობაზე მყისიერად რეაგირებს, მშობიარობა სპონტანურად იწყება... ბუნებრივი გზით მშობიარობის საკითხთან ერთად, წიგნში ვრცელადაა წარმოდგენილი ინფორმაცია ბოლო 10-15 წლის განმავლობაში საკუთრო კვეთის გზით მშობიარობის სახიფათო ტენდენციების, ასევე, ბავშვის ჯანმრთელობაზე მისი გავლენის და საკუთრო კვეთის რაოდენობის შემცირების შესაძლებლობების შესახებ როგორც მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, ისე საქართველოში. სახელმძღვანელოში მოკლედია აღწერილი დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა საქართველოში.

წინამდებარე სახელმძღვანელო სტუდენტებს დაეხმარება შეიძინონ ცოდნა და გააცნობიერონ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების შესწავლის სამედიცინო-სოციალური მნიშვნელობა. ასევე, მიიღონ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ფორმირების პროცესში ოჯახის როლის შესახებ. წიგნი სტუდენტებს აძლევს შესაძლებლობას გაეცნონ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიღებულ ძირითად ცნებებს, ტერმინებსა და განმარტებებს; შეიძინონ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლების შედარების, ურთიერთდაკავშირების, ანალიზისა და ინტერპრეტაციის უნარები. წიგნში წარმოდგენილი ლიტერატურული წყაროების მიმოხილვის და პრაქტიკული შემთხვევების განხილვის საფუძველზე, სტუდენტები შეძლებენ პრობლემის იდენტიფიცირებას, მისი სიმწვავის შეფასებას, წარმოჩენას, განსხვავებული საკითხების სინთეზსა და ანალიზს.

ვფიქრობ, სახელმძღვანელო ერთნაირად საინტერესო იქნება უმაღლესი განათლების ყველა საფეხურის სტუდენტისთვის და ექიმებისთვის, ასევე, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებით დაინტერესებული ნებისმიერი მკითხველისთვის.

მადლიერება

მსურს მადლიერება გამოვხატო გაეროს ბავშვთა ფონდის საქართველოს ოფისის მიმართ. UNICEF-ის მიერ ინიცირებულმა პროექტებმა დიდი როლი შეასრულა საქართველოში ბავშვის უფლებების ცენტრების დაარსებისა და გაძლიერების საქმეში. დიდი მადლობა გაეროს ბავშვთა ფონდის საქართველოს ოფისის გუნდის თითოეულ წევრს. მათ მიერ გაწეული შრომა დიდად დასაფასებელია. მადლობას ვუხდით დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კვალიფიციურ სპეციალისტთა გუნდს, რომელთა მიერ მოწოდებული სტატისტიკური მასალები და კვლევის შედეგები ძალიან დამეხმარა სხვადასხვა მნიშვნელოვანი საკითხის გაშუქების დროს.

დაბოლოს დიდი მადლობა მინდა გადავუხადო ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბავშვის უფლებათა ცენტრს, ბავშვის უფლებების დაცვისა და კეთილდღეობის შესახებ ჩატარებული საინტერესო შეხვედრებისთვის. მადლობა თსუ მედიცინის ფაკულტეტის დეკანატის ახალგაზრდულ გუნდს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეპიდემიოლოგიის კათედრის თითოეულ თანამშრომელს იმ უდიდესი მხარდაჭერისა და თანადგომისთვის, რომელსაც მუდმივად ვგრძნობდი წიგნზე მუშაობის დროს.

ნანილი I

ბავშვთა ჯანმრთელობა
და კეთილდღეობა

შესავალი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც „სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა“. ჯანმო კეთილდღეობას განსაზღვრავს, როგორც „ინდივიდებისა და ჯგუფების ჯანმრთელობის ოპტიმალურ მდგომარეობას“; კეთილდღეობა გამოიხატება, როგორც „ცხოვრებისადმი პოზიტიური მიდგომა“. (2)

ბავშვების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა ერის ანმყოსა და მომავლისთვის. როგორც წესი, ყველა ცდილობს ბავშვებს ხელი შეუწყოს. სწორედ აქედან მოდის მოწოდება: „ყველაფერი საუკეთესო ბავშვებს“. მშობლები, ბებია-ბაბუები, დეიდები და ბიძები მზად არიან ოჯახში ბავშვებს ყველა შესაძლო უპირატესობა მიაანიჭონ და მათთვის საუკეთესო გარემოს შექმნა უზრუნველყონ, რათა ისინი ჯანმრთელები იყვნენ და ჰქონდეთ ყველა პირობა, რაც მათ საკუთარი პოტენციალის სრულად რეალიზაციის შესაძლებლობას მისცემს. მიუხედავად აღნიშნულისა, სხვადასხვა ქვეყანაში საზოგადოების დამოკიდებულება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ბავშვთა უფლებების დაცვის მიმართ არაერთგვაროვანია. განსხვავებული კულტურისა და ტრადიციების მატარებელ საზოგადოებაში ბავშვთა ჯანმრთელობის მიმართ აზრი და დამოკიდებულება მნიშვნელოვნად განსხვავდება, რაც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უთანასწორობის საფუძველი ხდება. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვისადმი ყურადღების, ერთგულებისა და რესურსების განაწილების მიხედვით შესაძლებელია მსჯელობა, თუ რამდენად ზრუნავს ოჯახი, თემი, საზოგადოება და სახელმწიფო ბავშვების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ეს ასევე მკაფიოდ ჩანს ბავშვთა ჯანმრთელობის მიმართ შემუშავებული პოლიტიკით, სტრატეგიით და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით შემუშავებული პროგრამებით. ზოგადად, ინტერსექტორული, მულტიდისციპლინური მიდგომა ბავშვთა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მიმართ, ასევე, ერთიანი შეთანხმება და ვალდებულება ბავშვების ჯანმრთელობის საკითხებისადმი ჰარმონიულად განვითარებული, სულიერად და ფიზიკურად ჯანმრთელი ახალი თაობის აღზრდის საფუძველია.

ბოლო წლებში სულ უფრო მეტი ყურადღება ექცევა იმ საკითხებს, რომელთაც ბავშვების ჯანმრთელობაზე დიდი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია. ახალი გენერაციის, ბავშვთა ახალი თაობის აღქმა ეფუძნება არა მხოლოდ მოსაზრებებს, თუ ვინ არიან ისინი დღეს, არამედ განსაზღვრას იმისა, თუ ვინ იქნებიან ისინი მომავალში, რა როლი ექნებათ მათ საზოგა-

დოების სტაბილურ განვითარებაში, ოჯახების შექმნასა და რეპროდუქციულ ქცევაში.

ბავშვთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის საკითხების ღრმად შესწავლას უაღრესად დიდი როლი ენიჭება შრომითი რესურსების და ქვეყნის დემოკრატიული განვითარების შესაძლებლობების შეფასების პროცესში. სულ უფრო მეტი მტკიცებულება არსებობს იმისა, რომ ბავშვობაში ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ზრდასრულ ასაკში კარგი ჯანმრთელობის, რეპროდუქციულად და სოციალურად აქტიური, შრომისუნარიანი მოსახლეობის ფორმირების საფუძველია. აღნიშნული არა მხოლოდ ამყარებს უკეთესი საზოგადოების შექმნის პერსპექტივას, არამედ ქმნის მნიშვნელოვან ეთიკურ, სოციალურ და ეკონომიკურ იმპერატივს, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა ბავშვის მაქსიმალური ჯანმრთელობა. ბავშვთა ჯანმრთელობის სწორი პოლიტიკის, სტრატეგიისა და პროგრამების შემუშავების პირობებში მეტია იმის ალბათობა, რომ ჯანმრთელი ბავშვები მომავალში ჯანმრთელი ზრდასრული ადამიანები გახდებიან. (1)

ბავშვთა ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ ასპექტებს და გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის განვითარებისა და მომავალში დადებითი შედეგებისთვის. თუ ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ბავშვთა საჭიროებების სწორ შეფასებას, სიცოცხლის ჯანსაღ სტარტს, საუკეთესო სამედიცინო სერვისებს და ბავშვთა ზრდა-განვითარების მონიტორინგს, დაავადებათა პრევენციას, სკრინინგებს, ვაქცინაციას და სხვა მნიშვნელოვანი სამედიცინო რესურსების მიზანმიმართულად გამოყენებას, კეთილდღეობის ხელშეწყობა გულისხმობს ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი, მხარდამჭერი გარემოს შექმნას და რესურსების მობილიზებას, რომელიც ბავშვებს განვითარების საშუალებას მისცემს როგორც რეალურ დროში, ისე მომავალში, ზრდასრულ ასაკში. ყველა ისეთი ფაქტორი, როგორიცაა: უსაფრთხოება, ჯანმრთელობა, სოციალური დაცვა, მიღწევების დანერგვა, სწორი აღზრდის პირობები, ფიზიკური და გონებრივი განვითარებისთვის რეკომენდებული აქტივობების ხელშეწყობა, პატივისცემა და პასუხისმგებლობა, ხელს უწყობს ბავშვის საერთო კეთილდღეობას.

ბავშვთა ჯანმრთელობა, ზოგადად, გულისხმობს ბავშვების კეთილდღეობასა და განვითარებას ჩასახვიდან ზრდასრულ ასაკამდე. ის მოიცავს სხვადასხვა ასპექტს, მათ შორის: ფიზიკურ ჯანმრთელობას, კოგნიტიურ განვითარებას, სოციალურ-ემოციურ კეთილდღეობას და ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას. ბავშვის ჯანმრთელობის

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

მნიშვნელობის გააზრება გადამწყვეტია ჯანსაღი მომავალი თაობის უზრუნველსაყოფად, რადგან ეს პირდაპირ გავლენას ახდენს მათ უნარზე, რომ გამოიყენონ სიცოცხლესთან ერთად ბოძებული შესაძლებლობები, პოტენციალი და საკუთარი წვლილი შეიტანონ საზოგადოების განვითარებაში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ბავშვი იყოს არა მხოლოდ სიცოცხლისუნარიანი, არამედ ცხოვრებისუნარიანიც.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, პედიატრიული დახმარების ორგანიზაცია მხოლოდ სამედიცინო სერვისების მიწოდებას არ გულისხმობს. პედიატრია მედიცინის სპეციალიზებული დარგია, რომელიც ფოკუსირებულია ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ ჯანმრთელობაზე, ბავშვის დაბადებიდან მოზარდობის ასაკის ჩათვლით. ის განსხვავდება ზრდასრულთა მედიცინისგან, რადგან ბავშვის ორგანიზმი ჯერ კიდევ ზრდისა და განვითარების პროცესშია, რაც მათ განსაკუთრებულად დაუცველს ხდის გარკვეული დაავადებების, ტრავმებისა და გარემო ფაქტორების მიმართ.

პედიატრიული დახმარების ორგანიზაციის მიზანია არა მხოლოდ დაავადებების მკურნალობა, არამედ ზოგადი კეთილდღეობის ხელშეწყობა. სოციალური პედიატრია, როგორც ახალი მეცნიერული მიმართულება, ჩამოყალიბდა დაავადებათა პრევენციისა და ბავშვის ჯანსაღი ზრდა-განვითარების მხარდასაჭერად. დაავადებათა პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხები ბავშვთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის პროგრამების ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია. ბავშვის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა განუყოფლად არის დაკავშირებული მის ოჯახთან, საზოგადოებასთან, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობასთან და იმ გარემოსთან, სადაც ბავშვი იზრდება. ჩამოთვლილი ფაქტორები ბავშვის ჯანმრთელობის ფორმირებაში უდიდეს როლს ასრულებს.

თავი 1

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ფუნდამენტური პრინციპები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტი ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვაა, რომელიც არა მხოლოდ ფაქტებსა და მეცნიერებაზე ორიენტირებული დისციპლინაა, არამედ მას თავისი ღირებულებებიც ამოძრავებს. ბავშვთა ჯანმრთელობის კვლევის პრინციპები პასუხობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების კვლევის ძირითად პრინციპებს. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ფუნდამენტური საკითხების ყოვლისმომცველი კვლევა და შესწავლა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კარგი პოლიტიკის, კვლევისა და პრაქტიკის გასაღებია.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მენეჯმენტის სწავლების საწყის ეტაპზე მიზანშეწონილად არის მიჩნეული ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და მენეჯმენტში საყოველთაოდ მიღებული ძირითადი ცნებების, ტერმინების, დეფინიციების და აბრევიატურების სწავლება (აბრევიატურები ძირითადად ეხება საერთაშორისო ორგანიზაციების, ასოციაციების, პროექტების დასახელებას, აგრეთვე ჯანმრთელობის და ზოგიერთი მნიშვნელოვანი დემოგრაფიული ინდიკატორის აღნიშვნას). აბრევიატურები, საერთოდ, ძალზე იშვიათად გამოიყენება ქართულ ზეპირ მეტყველებასა და მართლწერაში, მაშინ, როცა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მენეჯმენტის უცხოური, თანამედროვე სახელმძღვანელოები და სპეციალური, პროფესიული სრულყოფისათვის აუცილებელი (განსაკუთრებით, ინგლისურენოვანი) ლიტერატურა, ლექსიკონები გაჯერებულია აბრევიატურებით. ამდენად, ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი საკითხების სწავლების დაწყება ძირითადი ცნებებითა და ტერმინებით, შემდგომ მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს და გააადვილებს მთლიანად საგნის სწავლებას.

ძირითადი ტერმინებისა და აბრევიატურების განმარტებები:

მედიცინა (ლათ. Medicine – მკურნალობა, წამალი) – არის:

1. მეცნიერება ადამიანის დაავადებათა, მათი მკურნალობისა და თავიდან აცილების შესახებ.

2. (ლათ. Medicine < Medeo – ვკურნავ): მეცნიერული ცოდნისა და პრაქტიკულ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის დაავადებათა გამოცნობას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკას, მი-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

სი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის შენარჩუნებას და სიცოცხლის გახანგრძლივებას.

ჯანმრთელობა (ინგლ. Health) – არის:

1. სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არამხოლოდ დაავადებისა და უძღურების არარსებობა.

2. გამოვლინებადი დაავადების ან დარღვევის არარსებობა.

3. ყოველდღიური ცხოვრებისათვის საჭირო რესურსი, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს პიროვნული, სოციალური და ფიზიკური შესაძლებლობების განხორციელება. პირველი განსაზღვრებით (ჯანმოს კონსტიტუცია) გამოხატულია იდეალური ვითარება, რომლის მიღწევა ყველა ჯანდაცვითი ღონისძიების მიზანი უნდა იყოს. დღემდე, ამ თვალსაზრისით, ჯანმრთელობა არ ექვემდებარება ობიექტურ გაზომვას. მეორე, უფრო ვიწრო მნიშვნელობის მქონე განსაზღვრების მიხედვით, ჯანმრთელობა იზომება სტატისტიკური დემოგრაფიული მაჩვენებლების საშუალებით. მესამე განსაზღვრების მიხედვით, ჯანმრთელობა განიხილება არა როგორც კეთილდღეობის აბსტრაქტული მდგომარეობა, არამედ ადამიანის ინდივიდუალურად, სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების აუცილებელი წინა პირობა, საშუალება, რესურსი.

ჯანმრთელობის დაცვა (ინგლ. Health Care) – ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნების ან გაუმჯობესების მიზნით, პროფესიონალთა მიერ ჯანმრთელობის შეფასების, შენარჩუნების, მკურნალობის, პრევენციის, განათლების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის სტიმულირების, რისკების დადგენისა და სხვა ღონისძიებების ერთობლიობა.

ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფაქტორები (დეტერმინანტები) (ინგლ. Determinants of Health) – პიროვნულ-ინდივიდუალური, სოციალური, ეკონომიკური, ეკოლოგიური ფაქტორების ერთობლიობა, რომელიც განსაზღვრავს ინდივიდის, მოსახლეობის ჯგუფის ან მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ ფაქტორებს განეკუთვნება როგორც სუბიექტური (პიროვნული თავისებურება, ქცევის და ცხოვრების წესი), ისე ობიექტური ფაქტორები (შემოსავლის ოდენობა, საცხოვრებელი პირობები, სოციალური სტატუსი, განათლების დონე, დაქირავებულის სამუშაო პირობები, ხელმისაწვდომობა სათანადო სამედიცინო მომსახურებაზე და სხვ.). ამ ფაქტორების მეტ-ნაკლები თანაფარდობით წარმოდგენილ კომპლექსში ესა თუ ის ცვლილება, რომელიც იმოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, განიხილება, როგორც ჯანმრთელობის შუალედური მაჩვენებელი.

ჯანდაცვის სტატისტიკა (ინგლ. Health Statistics) – ყველა იმ მონაცემისა და მათ საფუძველზე გამოთვლილი მაჩვენებლების ერთობლიობა, რომელიც ასახავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას მთლიანობაში ან მის ცალკეულ ასპექტს.

ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შეფასება (ინგლ. Health Impact Assessment) – ხორციელდება ჯანდაცვისა და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისაკენ მიმართული პოლიტიკის ან ჯანდაცვითი დაწესებულებების კონკრეტული საქმიანობის შედგად მიღებული პირდაპირი და არაპირდაპირი მაჩვენებლების კომპლექსური გამოყენების გზით.

ჯანმრთელობის ინდექსი (ინგლ. health index) – დროის განსაზღვრულ პერიოდში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, წარმოდგენილი ერთი მაჩვენებლით სხვადასხვა სტატისტიკური მონაცემის (ზოგადი სიკვდილიანობის, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის, დაავადებათა სიხშირის და სხვ.) დამუშავების საფუძველზე.

ჯანმრთელობის მაჩვენებელი (ინგლ. health indicator) – დროში დაფიქსირებული ცვლადი, რომელიც იძლევა მნიშვნელოვან ყოვლისმომცველ ინფორმაციას მოცემულ პოპულაციაში ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სიკვდილიანობის შესახებ (ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის კოეფიციენტები, რეგისტრირებული დაავადების შემთხვევები, ავადობა, რისკფაქტორები, შრომისუუნარობა).

ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ინგლ. health status) – მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, შეფასებული ზოგადი ავადობის, ცალკეული დაავადებებით გამოწვეული ავადობის, დაზიანებების, ანთროპომორფული გაზომვების, სიკვდილიანობის, ფუნქციური მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის სხვა მაჩვენებლებით.

ხელმისაწვდომობა (ინგლ. Affordability) – ტერმინი გულისხმობს, რომ, პიროვნების საჭიროებების გათვალისწინებით, მისი სოციალური უფლება ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე არ უნდა იყოს შეზღუდული გეოგრაფიული, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული, ორგანიზაციული, ენობრივი, რელიგიური ან სხვა ბარიერებით (საერთაშორისო კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ, მუხლი 3. – ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობა).

სისტემა (ინგლ. system) – წარმოადგენს ელემენტთა ორგანიზებულ მრავლობას, ანუ დინამიკურად ურთიერთდაკავშირებულ ელემენტთა კომპლექსს.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და მენეჯმენტში მრავალი ტერმინი და ცნება გამოიყენება, რომელთა განმარტებები და მნიშვნელობა სისტემატურად იქნება განხილული სასწავლო პროცესში.

ბავშვი – 18 წლამდე ასაკის პირი.

ადრეული ასაკის ბავშვი – ბავშვი, 12 თვიდან 3 წლის ასაკის ჩათვლით.

ჩვილი ბავშვი – ბავშვი, დაბადებიდან 12 თვის ასაკის ჩათვლით.

ახალშობილი – ბავშვი, დაბადებიდან 28 დღის ასაკის ჩათვლით.

ბავშვის დაბადება ცოცხლად – ცოცხლად დაბადება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული განმარტების მიხედვით, ცოცხლად დაბადება წარმოადგენს დედის ორგანიზმიდან ჩასახვის პროდუქტის სრულ გამოყოფას/გამოსვლას, ორსულობის ხანგრძლივობის მიუხედავად. ამასთან, ნაყოფი, ასეთი გამოყოფის შემდეგ, უნდა სუნთქავდეს ან უნდა ამჟღავნებდეს სიცოცხლის ნებისმიერ სხვა ნიშანს (გულისცემა, ჩიპლარის პულსაცია ან კუნთების თვითნებური შეკუმშვა), მიუხედავად იმისა, გადაჭრილია თუ არა ჩიპლარი და განცალკევებულია თუ არა პლაცენტა.

ბავშვის ჯანმრთელობის ახალი დეფინიცია

ბავშვის ჯანმრთელობის განმარტება კარგა ხანია გასცდა ადრეულ განმარტებას, რომელიც გულისხმობდა მხოლოდ ავადმყოფობის არარსებობას და რომელიც დაახლოებით ასე ჟღერდა: „ბავშვის ჯანმრთელობა არის უბრალოდ დაავადებისაგან თავისუფალი მდგომარეობა“. ცხადია, ბავშვთა ჯანმრთელობის განმარტების დროს მხოლოდ იმის აღიარება, რომ ბავშვი ავად არ არის, საკმარისი არაა. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე არსებული კონცეფციები განვითარდა და მნიშვნელოვნად გაფართოვდა. მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) 2004 წლის ანგარიშში „ბავშვთა ჯანმრთელობა, ერის სიმდიდრე“ ბავშვის ჯანმრთელობა განსაზღვრულია შემდეგნაირად: „ბავშვის ჯანმრთელობა არის საზღვრები, რომლის შიგნით თითოეულ ბავშვს შეუძლია ან საშუალება ეძლევა: (ა) განვითარდეს და გამოავლინოს საკუთარი პოტენციალი, (ბ) დაიკმაყოფილოს საკუთარი საჭიროებანი და (გ) განავითაროს საკუთარი შესაძლებლობები, ის შესაძლებლობები, რომელიც მას ბიოლოგიურ, ფიზიკურ და სოციალურ გარემოსთან წარმატებით ადაპტირების საშუალებას მისცემს“. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ბავშვის ჯანმრთელობა არის მდგომარეობა, რომელიც ბავშვს მისცემს ჰარმონიულად განვითარების

შესაძლებლობას და რომლის შედეგად ის იქნება რეპროდუქციულად და სოციალურად აქტიური, ექნება სოციალურ ინტეგრაციის და სწრაფად ადაპტირების უნარი.

ბავშვთა გადარჩენის ინდექსი (Child Survival Index CSI) – ყოველ 1000 დაბადებულზე ბავშვთა გადარჩენის ინდექსის გაანგარიშება ხდება ფორმულით: $1000 - 5$ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, შეფარდებული 10-თან.

5-14 წლის ასაკის ბავშვებში სიკვდილის ალბათობა: 5-14 წლის ასაკში სიკვდილის ალბათობა, ყოველ 1000 – 5 წლის ასაკის ბავშვზე გაანგარიშებით (**Probability of dying among children aged 5-14:** Probability of dying at age 5–14 years expressed per 1,000 children aged 5).

15-24 წლის ასაკის ბავშვებში სიკვდილის ალბათობა: 15-24 წლის ასაკში სიკვდილის ალბათობა, ყოველ 1000 – 15 წლის ასაკის ბავშვზე გაანგარიშებით. **Probability of dying among youth aged 15-24:** Probability of dying at age 15–24 years expressed per 1,000 youth aged 15.

10-19 წლის ასაკის ბავშვებში სიკვდილის ალბათობა: 10-19 წლის ასაკში სიკვდილის ალბათობა, ყოველ 1000 – 10 წლის ასაკის ბავშვზე გაანგარიშებით. **Probability of dying among adolescents aged 10-19:** Probability of dying at age 10–19 years expressed per 1,000 youth aged 10.

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა (U5M)

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტი (U5MR Under five mortality rates (1 to 5 years).

5 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობა 1 000 ცოცხლად დაბადებულზე.

ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობა (Infant mortality IM)

ბავშვთა მოკვდაობა სიცოცხლის პირველ წელს (0-12 თვის ჩათვლით).

ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტი (Infant mortality rate IMR)

1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობა 1 000 ცოცხლად დაბადებულზე.

ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტი გამოითვლება 1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობის შეფარდებით ცოცხლად დაბადებულთა საერთო რიცხოვნობასთან და გამრავლებული 1000-ზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ კოეფიციენტის გაანგარიშება ხდება ყოველ 1000 დაბადებულზე და გამოისახება პრომილეებში.

ნეონატალური მოკვდაობა (Neonatal mortality NM)

მოკვდაობა დაბადების მომენტიდან სიცოცხლის 28-ე დღემდე.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი (Neonatal Mortality Rate – NMR)

დაბადების მომენტიდან სიცოცხლის 28-ე დღემდე გარდაცვლილთა რიცხოვნობა 1 000 ცოცხლად დაბადებულზე.

პოსტნეონატალური მოკვდაობა

მოკვდაობა სიცოცხლის 28-ე დღიდან ერთ წლამდე ასაკში.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პრინციპები

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას და ეფექტური პედიატრიული დახმარების ორგანიზაციას რამდენიმე ძირითადი პრინციპი განსაზღვრავს, რომლებიც პრიორიტეტს ანიჭებს ბავშვის უფლებებს, ინტერესებსა და უნიკალურ საჭიროებებს.

ჰოლისტიკური და ყოვლისმომცველი დახმარება: ეს პრინციპი აღიარებს, რომ ბავშვის ჯანმრთელობა უფრო მეტია, ვიდრე მხოლოდ მისი ფიზიკური მდგომარეობა. ის მოიცავს მის ემოციურ, ფსიქიკურ და სოციალურ განვითარებას. დახმარება უნდა მოიცავდეს ყველა ამ ასპექტს, დაწყებული რუტინული ფიზიკური გამოკვლევებითა და ვაქცინაციით, დამთავრებული განვითარების შეფერხებებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სკრინინგით.

ოჯახზე ორიენტირებული დახმარება: ეს მიდგომა ოჯახს განიხილავს ბავშვის ცხოვრების მუდმივ ელემენტად და მისი ჯანდაცვის საკითხში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან პარტნიორად. ის ხაზს უსვამს ოჯახის ღირებულებების, კულტურისა და შეხედულებების პატივისცემას და მოუწოდებს მშობლებსა და მზრუნველებს, აქტიურად ჩაერთონ შვილის მოვლის ყველა ასპექტში, დაწყებული გადანყვეტილების მიღებიდან, კომფორტისა და მხარდაჭერის უზრუნველყოფამდე.

ბავშვზე ორიენტირებული დახმარება: ეს პრინციპი ფოკუსირებულია თითოეულ ბავშვზე და აღიარებს მისი უნიკალური განვითარების ეტაპს, შიშებს და საჭიროებებს. ჯანდაცვის სპეციალისტებს მოუწოდებენ, რომ ბავშვებთან ურთიერთობა წარმართონ მათი ასაკისთვის შესაფერისი გზით, მოუსმინონ მათ პრობლემებს და ჩართონ ისინი საკუთარ მოვლასთან დაკავშირებული გადანყვეტილებების მიღების პროცესში, რამდენადაც მათი ასაკი და მონიფულაობა ამის საშუალებას იძლევა.

პრევენცია და ადრეული ჩარევა: პედიატრიული დახმარება დიდ ყურადღებას აქცევს დაავადებებისა და ტრავმების პრევენციას მათ დადგომამდე. ეს მოიცავს იმუნიზაციის მკაცრ გრაფიკს, რეგულარულ საკონტროლო გასინჯვებს ზრდისა და განვითარების ეტაპების მონიტო-

რინგისთვის და მშობლებისთვის წინასწარი კონსულტაციების გაწევას ისეთ თემებზე, როგორიცაა: კვება, უსაფრთხოება და განვითარება. ნებისმიერი გამოვლენილი პრობლემის გადაჭრაში ადრეულმა ჩარევამ შეიძლება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს გრძელვადიანი შედეგები.

უსაფრთხოება და ხარისხი: იმის გათვალისწინებით, რომ ბავშვები დაუცველები არიან მედიკამენტური მკურნალობისას შეცდომებისა და სხვა სამედიცინო ზიანის მიმართ, ფუნდამენტურ პრინციპს წარმოადგენს უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის დახმარების გარემოს უზრუნველყოფა. ეს გულისხმობს მედიკამენტების სპეციფიკური პედიატრიული დოზირების გამოყენებას, ბავშვებისთვის შესაფერისი აღჭურვილობის არსებობას და შეცდომების რისკის შემცირების სისტემების დანერგვას.

ბავშვები ერის ყველაზე ძვირფასი აქტივია და მათ ჯანმრთელობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ქვეყნის სტაბილური განვითარებისთვის. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის „უძლური“ სისტემა გულისხმობს უარყოფით შედეგებს, რომლებიც ბავშვებისთვის სათანადო ჯანდაცვის არარსებობით არის გამოწვეული, რაც, თავის მხრივ, ხელს უშლის ქვეყნის გრძელვადიან სტაბილურობას და პროგრესს. როდესაც ბავშვთა ჯანმრთელობის მნიშვნელობა უგულებელყოფილია, ეს ქმნის პრობლემების ჯაჭვს, რომელიც გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ცალკეულ ინდივიდზე, არამედ მთელ საზოგადოებაზე.

ბავშვის ცუდი ჯანმრთელობის მანკიერი ციკლი

ცუდი ჯანმრთელობა ბავშვობაში ცუდი ჯანმრთელობის, დაბალი აკადემიური მოსწრებისა და ზრდასრულ ასაკში დაბალი პროდუქტიულობის ძლიერი მაპროგნოზირებელი ფაქტორია. ის ქმნის ციკლს, რომლის დაშლა-გარღვევა შეიძლება რთული იყოს.

ადამიანური კაპიტალის დეფიციტი: ბავშვებს, რომლებიც არასრულფასოვანი კვების, პრევენციული დაავადებების და ადრეული ასაკიდანვე მზრუნველობის ნაკლებობის პირობებში იზრდებიან, უფრო მეტად აქვთ ფიზიკური და კოგნიტური განვითარების შეფერხების ალბათობა. ამან შეიძლება გამოიწვიოს სკოლაში დაბალი აკადემიური მოსწრება, სწავლის მიტოვების მაღალი მაჩვენებელი და საბოლოოდ, ნაკლებად კვალიფიციური და ნაკლებად პროდუქტიული სამუშაო ძალის ჩამოყალიბება.

ეკონომიკური ტვირთი: ბავშვების ცუდი ჯანმრთელობა ქვეყანას მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ტვირთად აწევს. ეს მოიცავს პრევენციული დაავადებების მკურნალობის პირდაპირ ხარჯებს და პროდუქტიულობის დაკარგვით გამოწვეულ არაპირდაპირ ხარჯებს. როდესაც ბავშვი ავად-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

მყოფია, ეს ხშირად იმას ნიშნავს, რომ მშობელი ბევრჯერ აცდენს სამსახურს და როდესაც ბავშვი იზრდება, მისი შემოსავლისა და ეკონომიკაში საკუთარი წვლილის შეტანის პოტენციალი მცირდება.

თაობათაშორისი სიღარიბე: ბავშვთა ცუდი ჯანმრთელობის შედეგები ხშირად მემკვიდრეობით გადაეცემა. ბავშვებს, რომლებიც სიღარიბეში გაიზარდნენ, უფრო მეტად აქვთ ჯანმრთელობის ცუდი გამოსავალი, რამაც შეიძლება ისინი დაბალანაზღაურებადი სამუშაოებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების ციკლში მოაქციოს. თავის მხრივ, მათ შეიძლება ვერ შეძლონ საკუთარი შეილებისთვის ცხოვრების ჯანსაღი დასაწყისისთვის საჭირო რესურსების უზრუნველყოფა, რაც ხელს უწყობს ამ ციკლის უწყვეტობას.

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამები

ბავშვებისთვის განკუთვნილი ჯანმრთელობის პროგრამები ორგანიზებული ინიციატივებია, რომლებიც ხშირად სკოლებში ან თემებში ხორციელდება და რომლებიც ხელს უწყობენ ბავშვის ოპტიმალურ ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას ჯანმრთელობის შესახებ განათლების, სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურების, კვების პროგრამების, ჯანსაღი გარემოს და ოჯახის/საზოგადოების ჩართულობის კომბინაციით. ეს პროგრამები შექმნილია დაავადებების პრევენციის, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობისა და ყოვლისმომცველი მოვლის უზრუნველყოფის მიზნით, ოჯახებთან და სხვა რესურსებთან თანამშრომლობით, ბავშვთა ჯანმრთელობის მხარდაჭერის სრული სისტემის შესაქმნელად.

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი დეტერმინანტები

ბავშვთა ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი დეტერმინანტები ფართო სპექტრის ინდივიდუალური, სოციალური, ეკონომიკური და გარემო ფაქტორებია, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ბავშვთა ჯანმრთელობასა და, თავის მხრივ, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის თავისებურებები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მსოფლიოს თანამეგობრობას ჯანმრთელობაზე გლობალური საუბრების კონკრეტულ საქმეებად ტრანსფორმაციაში ეხმარება. ამასთან ერთად, უზრუნველყოფს ცოდნისა და ინფორმაციის ახალი წყაროების მოძიებას, რომელსაც მილიონობით ქალისა და ბავშვის სოცოცხლის გადარჩენა შეუძლია მსოფლიოში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, პირველ რიგში, აუცილებელია განისაზღვროს ის ფაქტორები, რომლებიც ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე, ასევე უმნიშვნელოვანესია მოიძებნოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის და შეფასების (გაზომვის) მარტივი გზები.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია. დროული, ზუსტი და ამომწურავი ინფორმაცია აუცილებელია როგორც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისთვის, ასევე, ქვეყნის განვითარების დონის შესაბამისი, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სწორი პოლიტიკის შესამუშავებლად.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი ინდიკატორები, მათ შორის, დედათა მოკვდაობა წარმოადგენს, ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ეფექტურობის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მაჩვენებელს. ამდენად, დედათა და ბავშვთა გარდაცვალების შეთხვევების სწორად დათვლა და გაზომვა ქვეყნისთვის საჭირო და, იმავდროულად, გადაუდებელი ამოცანაა, რათა შესაძლებელი გახდეს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის საქმეში არსებული პრობლემების იდენტიფიცირება, მომავალში კი შედეგზე ორიენტირებული და მტკიცებულებებზე დამყარებული სამედიცინო პროგრამების შემუშავება.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა გულისხმობს სამედიცინო სერვისების ერთობლიობას, რომელიც მოიცავს როგორც სამკურნალო, ისე პრევენციული ღონისძიებების სისტემას.

საზოგადოების ყველაზე ფაქიზი და სათუთი ნაწილის, იმავდროულად, ყველაზე მოწყვლადი ფენის – დედებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე კონცეფციის ძირითადი არსია ჯანმრთელობის ფენომენის შესწავლა თანამედროვე გამოწვევების გათვალისწინებით, რაც, თავის მხრივ, გულისხმობს ჯანმრთელობის რისკების შეფასებას, სამკურნალო და პრევენციული ღონისძიებების განხილვას როგორც ერთად, ისე ერთმანეთისაგან განცალკევებით.

ბავშვთა ჯანმრთელობის მნიშვნელობა ქვეყნის განვითარებისთვის

მთავრობისა და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ბავშვთა ჯანდაცვაზე ფუნდამენტური ვალდებულებაა, რომელიც გამყარებულია ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო კანონმდებლობით და ეროვნული პოლიტიკით. ეს პასუხისმგებლობა სცილდება მხოლოდ სამედიცინო მომ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

სახურების განევას; ის მოიცავს მოვალებების ფართო სპექტრს, რათა ბავშვებისთვის უზრუნველყოფილი იყოს ზრდის, განვითარებისა და წინსვლის საუკეთესო შესაძლებლობები.

ბავშვთა ჯანმრთელობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ინდივიდუალური კეთილდღეობისა და საზოგადოების პროგრესისთვის. ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა ქმნის ჯანსაღი ზრდასრული მოსახლეობის ჩამოყალიბების საფუძველს, ხელს უწყობს ძლიერი შრომითი რესურსების ფორმირებას და საზოგადოების კეთილდღეობის ამაღლებას.

თითოეული ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და ინდივიდუალური კეთილდღეობა ქვეყნის მთავარი საზრუნავია, ვინაიდან: ჯანმრთელ ბავშვებს უფრო მეტი შანსი აქვთ, სრულად გამოავლინონ თავიანთი პოტენციალი როგორც ფიზიკურად, ისე გონებრივად. ბავშვობაში კარგი ჯანმრთელობა დაკავშირებულია უკეთეს აკადემიურ მოსწრებასთან, სიახლეების ათვისების უკეთეს უნართან, გაზრდილ პროდუქტიულობასთან და ცხოვრების უფრო მაღალ ხარისხთან ზრდასრულ ასაკში.

მრავალი ქვეყნის მთავრობა ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს, ვინაიდან ბავშვებს საზოგადოებაზე დიდი სოციალური გავლენის მოხდენა შეუძლიათ: ფიზიკურად და სულიერად ჯანმრთელი, ჰარმონიულად განვითარებული ბავშვები საზოგადოების განვითარების მამოძრავებელი არიან. ბავშვები მომავალი სამუშაო ძალა და ხანდაზმული, ასაკოვანი მოსახლეობის მომვლელი არიან. ბავშვთა ჯანმრთელობაში ინვესტირება უზრუნველყოფს ჯანმრთელ და პროდუქტიულ მომავალ თაობას, რაც ხელს უწყობს ეკონომიკურ კეთილდღეობას და სოციალურ სტაბილურობას.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, განხილული გრძელვადიან პერსპექტივაში, მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან: ბავშვობაში კარგ ჯანმრთელობას ხანგრძლივი ეფექტი აქვს და გავლენას ახდენს ზრდასრულ ასაკში ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანმრთელობის პრობლემების ადრეულ ეტაპზე მოგვარებას შეუძლია ზრდასრულ ცხოვრებაში ქრონიკული დაავადებების თავიდან აცილება. არაგადამდები დაავადებებით განპირობებული ავადობის ტვირთის ფორმირება სწორედ ბავშვთა ასაკში იწყება.

ბავშვთა ჯანმრთელობაში ინვესტიციები ხელს უწყობს სიკვდილობისა და ავადობის პრევენციას: სკრინინგული პროგრამების განხორციელებით, სწორი კვებით, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობით, იმუნიზაციით შესაძლებელია ბავშვთა ისეთი მრავალი დაავადების პრევენცია ან განკურნება, როგორიცაა, მაგალითად, მართვადი ინფექციები, პნევმონია, დიარეა, სიმსუქნე, ჰიპოდინამია, დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა

დაავადებები და სხვ. ამ საკითხების მოგვარებას შეუძლია მნიშვნელოვნად შეამციროს ბავშვთა სიკვდილობისა და ავადობის მაჩვენებლები.

ბავშვთა ჯანმრთელობაში ინვესტიციები – ეს არის ინვესტიცია მომავალი თაობების ჯანმრთელობაში, ვინაიდან: მეტია იმის ალბათობა, რომ ჯანმრთელი ბავშვები უფრო ჯანმრთელი ზრდასრული ადამიანები გახდებიან, რაც მომავალში უფრო ჯანმრთელი ოჯახებისა და საზოგადოების ჩამოყალიბებას შეუწყობს ხელს.

ბავშვთა ჯანდაცვაში ინვესტირების მნიშვნელობა

ბავშვთა ჯანმრთელობაში ინვესტირებას მნიშვნელოვანი სარგებელი მოაქვს როგორც ბავშვისთვის, ისე ფართო საზოგადოებისთვის. ხშირად, განსაკუთრებით ჯანმრთელობის პროგრამების დაფინანსებისთვის რესურსების განაწილებისას, ისმის კითხვა: რატომ არის ბავშვთა ჯანმრთელობა მნიშვნელოვანი? რატომ უნდა გაიზარდოს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ბიუჯეტი? აღნიშნულ კითხვაზე პასუხს ბავშვთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის პოლიტიკა და სტრატეგია იძლევა:

ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული მრავალრიცხოვანი კვლევებით დასტურდება, რომ ბავშვთა ჯანმრთელობაში ინვესტირება ქვეყნის სტაბილური და აყვავებული მომავლის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური გზაა. ჯანმრთელი ბავშვი ჯანსაღი, სოციალურად და ეკონომიკურად აქტიური და პროდუქტიული საზოგადოების საფუძველია.

ბავშვთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაში განხორციელებული ინვესტიციები გაუმჯობესებულ ეკონომიკურ ზრდას განაპირობებს, ვინაიდან: ჯანსაღი მოსახლეობა უფრო ძლიერ სამუშაო ძალას ქმნის. ჯანმრთელი ბავშვები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი სკოლაში დარჩენის, განათლების მიღების, სხვადასხვა სექციაში განწევრიანებისა და საზოგადოების უფრო პროდუქტიულ წევრებად ჩამოყალიბებისკენ, რაც ეკონომიკური ზრდის მამოძრავებელი ძალაა. კვლევებმა აჩვენა ძლიერი ურთიერთკავშირი ქვეყნის მიერ ბავშვთა ჯანმრთელობაში ჩადებულ ინვესტიციებსა და მის გრძელვადიან ეკონომიკურ განვითარებას შორის.

ბავშვთა ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა „დემოგრაფიული დივიდენდების“ მიღების საფუძველია: ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებამ, განსაკუთრებით, ჩვილებისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებამ, შეიძლება გამოიწვიოს „დემოგრაფიული დივიდენდი“, ვინაიდან, რაც უფრო მეტი ბავშვი გადარჩება, მით უფრო მეტი სოციალურად და

ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობა იქნება, რომელიც დასაქმდება, გადაიხდის გადასახადებს და მონაწილეობას მიიღებს მთლიანი შიდა პროდუქტის შექმნაში. არსებობს ასევე მოსაზრება, რომ, რაც უფრო მეტი ბავშვი გადარჩება, ოჯახებმა შეიძლება გონივრულად განსაზღვრონ ოჯახში ბავშვთა რაოდენობა, შესაძლებელია გადანაწილონ იმდენი შვილის გაჩენა, რამდენის სრულფასოვან აღზრდასაც შეძლებენ. მრავალწლიანმა დაკვირვებამ ცხადყო, რომ ოჯახში ბავშვების რაოდენობის შეზღუდვა მაღალგანვითარებული ქვეყნებისთვისაა დამახასიათებელი. ოჯახში ნაკლები შვილი იწვევს ბავშვების მოვლა-ზრუნვისთვის ეკონომიკური საქმიანობიდან გასული მოსახლეობის შემცირებას და შრომისუნარიანი მოსახლეობის, როგორც აქტიური მუშახელის, რაოდენობის ზრდას, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს ეკონომიკურ განვითარებას, რისი დასტურიცაა განვითარებული ქვეყნების არაერთი მაგალითი, თუმცა აღნიშნული საკითხი დემოგრაფიის, ეკონომისტიკების, ხალხთმოსახლეობით დაინტერესებული სპეციალისტების, სოციოლოგების, პედაგოგების და სხვა დარგების წარმომადგენელთა ცხოველი დისკუსიის საგანია დღესაც.

ბავშვთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვა ხელს უწყობს დანახარჯების შემცირებას ჯანდაცვაში: ინვესტირება პრევენციულ ჯანდაცვაში, როგორიცაა, მაგალითად, იმუნიზაცია, სკრინინგები და სათანადო კვება, გაცილებით უფრო ეფექტურია, ვიდრე შემდგომ დაავადებების მკურნალობა. აღნიშნული ამცირებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე დატვირთვას და რესურსების უფრო ეფექტურად განაწილების საშუალებას იძლევა.

ბავშვთა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის მიმართულებით ინვესტიციები სოციალურ სტაბილურობას განაპირობებს: ჯანსაღი და კარგად განათლებული მოსახლეობა უფრო მეტად არის ჩართული და თავისი წვლილი შეაქვს სტაბილური საზოგადოების ჩამოყალიბებაში. როდესაც ბავშვებს ეძლევათ თავიანთი პოტენციალის სრულად გამოვლენის შესაძლებლობა, ეს ამცირებს სოციალურ უთანასწორობას და ხელს უწყობს უფრო ერთიანი და სამართლიანი საზოგადოების ფორმირებას.

თავი 1. მოსამზადებლად გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

Jonathan B. Kotch – “Maternal and Child Health” Programs, Problems, and Policy in Public Health.

Jones and Bartlett Learning, Third Edition, 2013. pp. 1-11.

Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement.

Retrieved on 01.08.2025 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231145/#:~:text=The%20provisional%20definition%20of%20a,All%20rights%20reserved.>

Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement (1995)

Chapter: 3 COMMITTEE'S DEFINITION AND EXPLANATION OF TERMS

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 1995.

Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement.

Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved on 01.08.2025 from <https://doi.org/10.17226/9084>.

<https://nap.nationalacademies.org/read/9084/chapter/6>

Social determinants of health and health inequalities

Retrieved on 01.08.2025 from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>

Garvis, S., & Pendergast, D. (Eds.). (2020). Health and wellbeing in childhood (3rd ed.). Cambridge University Press.

World Health Organization (WHO). (2024). Child health and development.

Casas, F. (2007). "Children's quality of life". ResearchGate. Retrieved on 01.08.2025 from 88. 1-9.

Jonathan B. Kotch – "Maternal and Child Health" Programs, Problems, and Policy in Public Health. Jones and Bartlett Learning, Third Edition, 2013. pp. 35-65.

თავი 2

ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანეხებულებებსა და ჰოსპიტლებში. პრობლემები და გამოწვევები

შესავალი

ბავშვთა უფლებები დაცული უნდა იყოს ყოველთვის და ყველგან, მათ შორის სამედიცინო დანეხებულებებში, სამედიცინო სერვისების მიწოდებისას. ბავშვთა უფლებების გაძლიერება სამედიცინო სფეროში, განსაკუთრებით კი ჰოსპიტალში, აუცილებელია ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და კეთილდღეობისათვის.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში, საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, არაერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგა ბავშვის უფლებების დაცვის მიზნით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ახალშობილის სიცოცხლისუნარიანად ცნობის საკითხი ერთ-ერთი პირველი ნაბიჯი იყო, რომელიც ბავშვის სიცოცხლის უფლების დაცვის მიმართულებით იქნა გადადგმული. 1995-1996 წლებში, ჯანმოს რეკომენდაციით, საქართველოში შეიცვალა პერინატალური პერიოდის ათვლის წესი. კერძოდ, სიცოცხლისუნარიანად იქნა მიჩნეული ნაყოფი, დაბადებული ორსულობის 22 კვირის ვადაზე, სხეულის მასით 500 გრამი და მეტი. აღნიშნულ ვადაზე დაბადებულ ნაყოფს ახალშობილი ეწოდა და თუ ახალშობილი ავლენდა სიცოცხლის ნიშნებს, სამედიცინო პერსონალს ახალშობილის სიცოცხლის შენარჩუნების ღონისძიებების გატარება ევალებოდა ახალი პროტოკოლის მიხედვით. წარსულში, ახალშობილის რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარება შესაძლებლად იყო მიჩნეული ორსულობის 28 კვირის ვადიდან, როცა ნაყოფის სხეულის მასა 1000 გრამი იყო. აღნიშნული ცვლილების განხორციელება და მისი პრაქტიკაში იმპლემენტაცია საკმაოდ რთული აღმოჩნდა, მაგრამ ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელი მთავარი ორგანოს, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს იმდროინდელი გუნდის დიდი მონდომებითა და ძალისხმევით გადალახულ იქნა ოპონენტთა წინააღმდეგობა და პერინატალური პერიოდის ათვლის წესი საქართველოში დამკვიდრდა მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების სტანდარტების შესაბამისად.

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში

სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვის უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, არანაკლებ მნიშვნელოვანი იყო ცვლილება, რომელიც სამშობიარო სახლში (ჰოსპიტლის სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებაში) დედისა და ახალშობილის ერთად განთავსებას შეეხო. საზოგადოებისთვის კარგადაა ცნობილი, რომ, დამოუკიდებლობის მოპოვებამდე, საქართველოში დედისა და ახალშობილის სამშობიარო სახლში განთავსების საკითხს ყოფილი სსრკ ჯანდაცვის მინისტრის #55 ბრძანება არეგულირებდა და ამ დრაკონული ბრძანების თანახმად, ბავშვი დაბადებისთანავე დედისაგან განცალკევებით, სხვა სივრცეში, ე.წ. „ფიზიოლოგიურ ახალშობილთა“ განყოფილებაში უნდა განთავსებულიყო. საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“ დაცულ იქნა ბავშვის უპირველესი უფლება დაბადებისთანავე ყოფილიყო თავის დედასთან და ძუძუთი კვების შესაძლებლობა ჰქონოდა. კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ვკითხულობთ: მუხლი 38. „მელოგინე ქალს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს ახალშობილი, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით მის სხვაგან გადაყვანას არ გადაწყვეტს, აგრეთვე საკუთარი შეხედულებისამებრ კვებოს ახალშობილი“. ასევე, უაღრესად მნიშვნელოვანია, ნაყოფის სიცოცხლის შენარჩუნების მიზნით, არსებული ჩანაწერი საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“, კერძოდ, მე-7 თავის 36-ე მუხლში აღნიშნულია, რომ:

მუხლი 36. 1. მშობიარეს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის და ნაყოფისთვის სამედიცინო მომსახურების განევის შესახებ, გარდა ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

2. მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია.

გაეროს ბავშვთა უფლებების დაცვის კომიტეტის №15 კომენტარის მიხედვით, ბავშვთა უფლება ჯანმრთელობის შესახებ არის მისი ბაზისური უფლება „ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის პრევენციულ და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებზე; მკურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიურ მზრუნველობის სერვისებზე; მაგრამ, ამავე დროს, მას უნდა ჰქონდეს ზრდისა და განვითარების სრულყოფილი პირობები და შეეძლოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა“. ბავშვთა ჰოსპიტალში ყოფნის პერიოდი უნდა იყოს გამოყენებული როგორც შესაძლებლობა, დაცულ იქნეს მათი უფლებები და ასევე

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

გათვალისწინებულ იქნეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები, რაც ხელს შეუწყობს ბავშვთა კეთილდღეობას. ჯანმოს მიერ შემუშავებულია სტანდარტების კრებული, რომელიც ითვალისწინებს ბავშვის უფლებების დაცვას სამედიცინო დანესებულებებში, მათ შორის, ჰოსპიტალურ სექტორში სამედიცინო მომსახურების მიღების დროს:

სტანდარტი 1. ბავშვთა ყველა სახის მომსახურება მიზნად ისახავს საუკეთესო ხარისხის მოვლას. ეს უკანასკნელი ითვალისწინებს კლინიკურ მტკიცებულებებს, ბავშვთა უფლებებს, პაციენტის და ოჯახის შეხედულებებს და სურვილებს.

სტანდარტი 2. ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა ბავშვი-სათვის და მას საშუალება უნდა ჰქონდეს ნებისმიერი ტიპის მკურნალობა გაიაროს დისკრიმინაციის გარეშე, ბავშვის ან მისი მშობლების ან იურიდიული მეურვის რასის, კანის ფერის, სქესის, ენის, რელიგიის, პოლიტიკური ან სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური თუ სოციალური წარმოშობის, ქონებრივი მდგომარეობის, შეზღუდული შესაძლებლობის, დაბადების ან სხვა სტატუსის მიუხედავად.

სტანდარტი 3. ყველა ბავშვს აქვს საშუალება ითამაშოს, დაისვენოს, გაერთოს; დაცულია მისი სწავლის უფლება, ასაკისა და მდგომარეობის გათვალისწინებით, მისი ჯანდაცვითი საჭიროებების მიუხედავად.

სტანდარტი 4. ყველა ბავშვი იღებს ინფორმაციას საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ, მათთვის გასაგები გზებით; მათ შეუძლიათ, მათი შესაძლებლობების ფარგლებში, საკუთარი შეხედულებების გამოხატვა და მონაწილეობის მიღება საკუთარი მოვლისა და მკურნალობის შესახებ გადანყვეტილებების მიღების პროცესში.

სტანდარტი 5. ბავშვებისთვის განკუთვნილი მომსახურების მიწოდება ხდება ისეთ გარემოში, რომელიც დაპროექტებულია, მონყობილია, აღჭურვილია მათი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. უსაფრთხოება მოიცავს სისუფთავისა და კვების ასპექტებს.

სტანდარტი 6. ბავშვები დაცულნი არიან ყველა სახის ფიზიკური ან მენტალური ძალადობისგან, მოულოდნელი დაზიანებებისგან ან შეურაცხყოფისგან, იგნორირებისგან ან უყურადღებო მკურნალობისგან, არაპროფესიონალიზმის ან ექსპლუატაციისგან, მათ შორის სქესობრივი ძალადობისგან.

სტანდარტი 7. ყველა ბავშვს აქვს უფლება მიიღოს ტკივილის პრევენციის, მართვისა და პალიატიური მზრუნველობის ინდივიდუალური, კულტურულად და ასაკობრივად შესაფერისი სერვისები (ბავშვთა უფლე-

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში
ბების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში, გვ. 7 WHO/
EUROPE, NCDC, 2015).

სამედიცინო დანესებულება: ბავშვი სამედიცინო მომსახურებას იღებს ამბულატორიულ ან ჰოსპიტალურ სამედიცინო დანესებულებაში. სამედიცინო დანესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. სამედიცინო დანესებულებების ფუნქციაა: ა) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა; ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა, ან/და პაციენტის რეაბილიტაცია, ან/და პალიატიური მზრუნველობა; გ) სამედიცინო საქმიანობა; დ) ფარმაცევტული საქმიანობა; ე) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა; ვ) ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება; ზ) ბიოსამედიცინო კვლევების ჩატარება. სამედიცინო დანესებულება ფუნქციების მიხედვით შესაძლებელია იყოს ამბულატორიული და სტაციონარული (ჰოსპიტალური) ტიპის.

საავადმყოფო (სტაციონარი, ჰოსპიტალი) – წარმოადგენს სამედიცინო დანესებულებას, სადაც პროფესიონალთა გუნდის მიერ ხორციელდება პაციენტთა სადღეღამისო მომსახურება. ტერმინი „ჰოსპიტალი“ მოდის ლათინური სიტყვიდან „Hospitalis“, რაც „სტუმართმოყვარეს“ ნიშნავს, ხოლო „Hospes“ სტუმარს ნიშნავს. სტაციონარი/ჰოსპიტალი – ეს არის დანესებულება, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის განთავსებას სანოლზე, კვებას, უწყვეტ საექიმო დახმარებას და საექიმო ზრუნვას თავისი კომპეტენციის ფარგლებში. ჰოსპიტალი პაციენტის სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს კეთილგანწყობილ ატმოსფეროში. სტაციონარული სამედიცინო დანესებულება, იგივე ჰოსპიტალი, სამედიცინო საქმიანობას ეწევა უწყვეტად, 24 საათის განმავლობაში. სტაციონარში/ჰოსპიტალში პაციენტის მოთავსებას ჰოსპიტალიზაცია ეწოდება. სტაციონარში/ჰოსპიტალში თავსდება პაციენტი, რომელსაც კვალიფიციური სპეციალისტების სამედიცინო დახმარება, ჩარევა და დაკვირვება ესაჭიროება უწყვეტად, სტაციონარულ პირობებში. სტაციონარულ მომსახურებად ითვლება სამედიცინო დანესებულებაში განეული მომსახურება, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება 24 საათს.

ამბულატორიული სამედიცინო დანესებულება – ეს არის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილი. ამბულატორიულ დანესებულებაში იწყება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება. პირველადი ჯანდაცვა არის უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად, საოჯახო მე-

დიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელ მედიკამენტებზე პაციენტთა ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულება ხელს უწყობს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების, დაავადებების თავიდან აცილების, იმუნიზაციის პროგრამების და სხვა პრევენციული პროგრამების განხორციელებას; დაავადებათა სკრინინგს, დაავადების გამოვლენის შემთხვევების შესაბამისი პროფილის სპეციალისტებთან პაციენტის გადამისამართებას, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო, სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მართვას ამბულატორიულ დონეზე, გერიატრიულ და პალიატიურ მზრუნველობას. პირველადი ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდებას აწარმოებს გუნდ(ებ)ი, რომელიც შედგება ექიმი სპეციალისტისგან და ექთნისგან. ამასთან, ექიმი სპეციალისტი უნდა ფლობდეს სახელმწიფო სერტიფიკატს სპეციალობაში – „საოჯახო მედიცინა“. ამბულატორიულ დაწესებულებაში ასევე შესაძლებელია დასაქმდეს ექიმი, რომელიც სერტიფიცირებული იქნება სპეციალობაში „შინაგანი მედიცინა“/„პედიატრია“ და საქმიანობას განახორციელებს სერტიფიკატით განსაზღვრული კომპეტენციის ფარგლებში.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, ანუ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებაში პაციენტთა სამედიცინო მომსახურება მიმდინარეობს სამუშაო დღის განმავლობაში, ჰოსპიტალიზაციის გარეშე. სხვადასხვა პროფილის ამბულატორიული სერვისების მიწოდების შემთხვევაში, ამბულატორიულ დაწესებულებას შესაძლებელია პოლიკლინიკა ეწოდოს. გარდა აღნიშნულისა, ამბულატორიებს ხშირად მოიხსენიებენ, როგორც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას, საოჯახო მედიცინის ცენტრს, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებას. ჩამოთვლილ სამედიცინო დაწესებულებებს, განსხვავებული სახელწოდების მიუხედავად, აერთიანებთ ერთი რამ: თითოეული დასახელებული დაწესებულება, მიუხედავად სახელწოდებისა, პაციენტებს ემსახურება ამბულატორიულად, ჰოსპიტალიზაციის გარეშე,

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ბავშვთა მოსახლეობა ყველაზე ხშირად სარგებლობს ამბულატორიული სამედიცინო სერვისებით. ბავშვი,

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში

ინტენსიური ზრდა-განვითარების გამო, ხშირად საჭიროებს კონტაქტს სამედიცინო პერსონალთან. ასევე, ბავშვებს, აცრების ეროვნული კალენდრის მიხედვით, ასაკის შესაბამისი ვაქცინებით ვაქცინაცია უტარდებათ, რაც ამბულატორიულ დაწესებულებებში ბავშვთა მოსახლეობის მაღალი მიმართვიანობის ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია.

ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებში ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ამას პირდაპირი გავლენა აქვს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, განვითარებასა და კეთილდღეობაზე. ბავშვის საბაზისო უფლებაა ხარისხიანი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა. თუმცა, ამავე დროს, მნიშვნელოვანია ზრდისა და განვითარებისთვის აუცილებელი პირობების უზრუნველყოფა. აღნიშნულმა საფუძველი შეუქმნა ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი სამედიცინო დაწესებულების იდეის ჩამოყალიბებას.

ბავშვთა უფლებები ჯანმრთელობის სფეროში წარმოადგენს პრინციპებისა და სტანდარტების ერთობლიობას, რაც უზრუნველყოფს, რომ ბავშვებმა მიიღონ უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის სამედიცინო მომსახურება როგორც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, ისე ჰოსპიტალურ სექტორში. ამასთან ერთად, სამედიცინო სერვისების მიწოდების დროს უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ბავშვის და მისი მშობლების ან მეურვის მიმართ პატივისცემა და ღირსეული მოპყრობა, საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში ბავშვის აქტიური მონაწილეობა.

სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ყოვლისმომცველია და შეიძლება დაიყოს რამდენიმე ძირითად სფეროდ. პირველი და უმნიშვნელოვანესი საკითხია სამართლებრივი ვალდებულება: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა უფლებების კონვენცია (UNCRC), მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში რატიფიცირებული საერთაშორისო ხელშეკრულება ცალსახად აცხადებს, რომ ბავშვებს აქვთ **ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის** უფლება. როგორც ამ და ადამიანის უფლებათა სხვა ხელშეკრულებების ხელმომწერი, ქვეყანა სამართლებრივად ვალდებულია მიიღოს ყველა საჭირო ზომა ამ უფლების რეალიზაციის უზრუნველსაყოფად.

ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების თაობაზე საკითხის განხილვამდე, მიზანშეწონილია განისაზღვროს, თუ ვინ არის „ბავშვი“. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვის უფლებათა კონვენცია (UNCRC) ბავშვად განსაზღვრავს 18 წლამდე ასაკის ნებისმიერ პირს.

ყველა ბავშვს აქვს სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის უფლება, სწორედ ეს არის ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების ძირითადი არსი. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ: ყველა ბავშვს აქვს ჯანმრთელობის დაც-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ვის საუკეთესო შესაძლო სტანდარტისა და საჭირო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება. ეს მოიცავს არა მხოლოდ მკურნალობას, არამედ ჯანმრთელობის მონიტორინგს, პრევენციულ დახმარებას, ჯანმრთელ გარემოს, ჰიგიენას, სანიტარიას, სუფთა წყალს და ნოყიერ საკვებს.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში ბავშვის მონაწილეობა და ჩართულობა ხელს უწყობს უკეთესი გამოსავლის მიღებას. სამედიცინო მომსახურების პროცესში ბავშვის მონაწილეობის უფლება გულისხმობს ვითარებას, როცა ბავშვს უფლება აქვს გამოხატოს საკუთარი შეხედულებები იმ საკითხებზე, რომლებიც მასზე გავლენას ახდენენ. ბავშვის შეხედულებებს სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს მათი ასაკისა და მონიჭულობის შესაბამისად. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეს ნიშნავს ბავშვისთვის ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებას, რაც მას დაეხმარება საკუთარი მდგომარეობისა და მკურნალობის წარმართვის გაგებაში და პროცედურებზე თანხმობის მიცემაში.

დაცვის უფლება: ბავშვები დაცულნი უნდა იყვნენ ძალადობის, უგულბელყოფისა და ექსპლუატაციის ყველა ფორმისგან. ჯანდაცვის სფეროში ეს მოიცავს მათზე პრაქტიკისგან, შეუსაბამო მედიკამენტური მკურნალობისგან და სათანადო ეთიკური ზედამხედველობის გარეშე ჩატარებული კვლევებისგან დაცვას.

სამედიცინო დაწესებულებაში დისკრიმინაციის გარეშე სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება: მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მარეგულირებელ საკანონმდებლო აქტებში გაჟღერებულია საკანონმდებლო დებულების სახით დისკრიმინაციის დაუშვებლობა ჯანდაცვის სფეროში: დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი დამოკიდებულების გამო. დაუშვებელია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების განევისას. ყველა ბავშვს აქვს ეს უფლება, მიუხედავად მისი წარმომავლობისა, სქესისა, შშმ სტატუსისა ან სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა. სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია უზრუნველყოს ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების დაცვა და სამედიცინო სერვისების მიწოდება დისკრიმინაციის გარეშე, მათ შორის პენიტენციურ დაწესებულებებში.

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში

ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების გზაზე ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია სერვისების მიწოდება. სახელმწიფო პასუხისმგებელია ისეთი ძლიერი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის შექმნაზე, რომ სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომი გახდეს ყველა ბავშვისთვის, მათი ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ან ადგილსამყოფლის მიუხედავად. ეს მოიცავს ისეთი აუცილებელი მომსახურების მიწოდებას, როგორიცაა ვაქცინაცია, პრევენციული საკონტროლო გასინჯვები და განვითარების პრობლემების სკრინინგები. ბევრი ქვეყანა ასევე ახორციელებს ისეთ პროგრამებს, როგორიცაა **Medicaid** და **ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა (SCHIP)**, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახების ბავშვების ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცვა. საქართველოში ხორციელდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო, ე.წ. ვერტიკალური პროგრამები. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ პროგრამებში გათვალისწინებულია ბავშვთა სამედიცინო დახმარებისთვის საჭირო სერვისები, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვთა სამედიცინო დახმარებას სხვადასხვა პროფილით და მიმართულებით, ახალშობილობის პერიოდიდან 18 წლის ასაკის მიღწევამდე.

ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება გულისხმობს ბავშვის უსაფრთხოებას, დაცვას და პრევენციას. სახელმწიფოს ვალია დაცვას ბავშვები ზიანისგან. ეს მოიცავს პრევენციული ზომების ფართო სპექტრს, დაწყებული საკვების უვნებლობისა და გარემოს სანიტარიის უზრუნველყოფის შესახებ კანონების მიღებიდან და აღსრულებიდან იმ პროდუქტების რეგულირებამდე, რომლებიც შეიძლება საშიში იყოს ბავშვებისთვის. აღნიშნული ვალდებულება ასევე მოიცავს ბავშვზე ძალადობის, უყურადღებოდ მიტოვებისა და იგნორირების წინააღმდეგ ზომების მიღებას, მათ შორის იმ შემთხვევებში, როდესაც მშობლები რელიგიური შეხედულებების ან სხვა ფაქტორების გამო არ უზრუნველყოფენ მათი ბავშვებისთვის აუცილებელი სამედიცინო სერვისების მიწოდებას.

ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება მოითხოვს სახელმწიფო პოლიტიკის და სტრატეგიის შემუშავებას, ასევე მარეგულირებელი ნორმატიული აქტების მომზადებას: მთავრობები ქმნიან და ახორციელებენ ისეთ პოლიტიკას, რომელიც პირდაპირ ან ირიბად მოქმედებს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. ეს შეიძლება მოიცავდეს ყველაფერს, დაწყებული სკოლამდელი, სასკოლო ჯანდაცვითი პროგრამებით, კვების სტანდარტებით და დამთავრებული ავტომობილის სავარძლების უსაფრთხოების შესახებ კანონების მიღებით. სახელმწიფოს ვალდებულებაა

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

უზრუნველყოს, რომ ეს პოლიტიკა შემუშავდეს ბავშვთა კეთილდღეობის ხელშეწყობის მიზნით და ხელმძღვანელობდეს ბავშვის საუკეთესო ინტერესებით.

ბავშვის ჯანმრთელობის უფლება მოიცავს ადვოკატირებისა და განათლების საკითხებს: სახელმწიფო ასევე პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის შესახებ წიგნიერებისა და ცნობიერების ამაღლების ხელშეწყობაზე. ეს მოიცავს საზოგადოების განათლებაზე ორიენტირებულ კამპანიებს ისეთ მნიშვნელოვან თემებზე, როგორიცაა: იმუნიზაცია, ძუძუთი კვება, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, რეპროდუქციული ქცევა, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების და უბედური შემთხვევების პრევენცია. მშობლებისა და თემების სწორი ცოდნით აღჭურვილ და მოსახლეობის სამედიცინო კულტურის ფორმირებით სახელმწიფო ხელს უწყობს ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც ბავშვები ჯანმრთელად და უსაფრთხოდ იქნებიან.

პრობლემები და გამოწვევები

ჯანმრთელობის დაცვის თემაზე მიღებული საერთაშორისო კონვენციებისა და ქვეყნებში ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის არსებობის მიუხედავად, ჯანდაცვის სფეროში ბავშვთა უფლებების სრულად რეალიზებას რამდენიმე გამოწვევა უშლის ხელს.

დაკვირვება ცხადყოფს, რომ ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში მშობლების ჩართულობას არ მიესალმებიან. უფრო მეტიც, ექიმების ნაწილი თვლის, რომ მშობლები ხელს უშლიან სამედიცინო პერსონალს და აფერხებენ სამედიცინო მომსახურების პროცესს. აღნიშნული არაერთგვაროვანი დამოკიდებულების გამო, ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის და პედაგოგიური დახმარების ორგანიზაციის სპეციალისტები, დარგის ექსპერტები და სამედიცინო პერსონალი ჯერ კიდევ მსჯელობენ ბავშვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში მშობლების ჩართულობის და მონაწილეობის შესახებ. აღნიშნულ საკითხზე განსხვავებული, ურთიერთსაპირისპირო შეხედულებების არსებობის მიუხედავად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტების და ექიმების ჯგუფს მიაჩნია, რომ ბავშვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში მშობლის მონაწილეობა მეტად მნიშვნელოვანია. ამავდროულად საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება.

მშობლის დასწრება ბავშვის სამედიცინო პროცედურებზე, მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდებთან, ეპილეფსიის დიაგნოზის და ქცევითი სირთულეების მქონე ბავშვებთან, სამედიცი-

ნო მანიპულაციების დროს მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პროცედურის ეფექტურობასა და ბავშვის მდგომარეობაზე. კვლევები აჩვენებს, რომ მშობლის ფიზიკური და ემოციური მხარდაჭერა ამცირებს ბავშვის შფოთვის, სტრესსა და ტკივილის აღქმას (Piira et al., 2005). სამედიცინო მომსახურების პროცესში განსაკუთრებით ეფექტურია მშობლის აქტიური ჩართულობა, მაგალითად, ბავშვის დამშვიდება და ინსტრუქციების განმარტება. ასეთი ჩართულობა ხელს უწყობს ბავშვის უკეთეს თანამშრომლობას სამედიცინო პერსონალთან და ამცირებს ქცევითი აფეთქებების რისკს (Karataş et al., 2018). მშობლის არყოფნა, განსაკუთრებით სტრუქტურირებულ გარემოში, ბავშვებში, განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდისთვის შეიძლება ასოცირდეს შფოთვისა და წინააღმდეგობის მომატებასთან. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდებისთვის, რომლებსაც ემოციური და ქცევითი დარღვევები აქვთ, მშობლის მანიპულაციაზე დასწრება ხშირად წარმოადგენს უსაფრთხოების და სტაბილურობის მნიშვნელოვან წყაროს. ამასთან, საჭიროა მშობლის ემოციური თვითრეგულაცია, რადგან გადაჭარბებული შფოთვა შესაძლოა ნეგატიურად აისახოს მოზარდის ქცევაზე. სწორი ინფორმირებითა და წინასწარი შეთანხმებით, მშობელი სამედიცინო მანიპულაციის ეფექტური თანამონაწილე ხდება. კვლევები მოწმობს, რომ სამედიცინო პროცედურებზე მშობლის დასწრებას ტექნიკური გართულებები იშვიათად მოსდევს და ის პოზიტიურად მოქმედებს როგორც ბავშვებზე, ისე მშობლებზე. აღნიშნული მიდგომა ძალზე მნიშვნელოვანია როგორც გადაუდებელ, ისე გეგმურ პროცედურებში, სადაც სტაბილური ემოციური გარემო გადამწყვეტ როლს ასრულებს. მშობლის მონაწილეობა ასევე ზრდის ბავშვის მეურნეობაზე დადებით დამოკიდებულებას და აუმჯობესებს თერაპიისადმი მიმყოლობას. შესაბამისად, მშობლის თანდასწრება შეზღუდული შესაძლებლობის და ქცევითი სირთულეების მქონე ბავშვებთან წარმოადგენს მხარდაჭერის ეფექტიან და მეცნიერულად გამყარებულ სტრატეგიას. პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების პროცესში ბავშვის ჩართულობისა და მონაწილეობის ნაკლებობა: ბავშვების ხმა ხშირად არ ისმის ან არ არის გათვალისწინებული ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებისას. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ჯანდაცვის პროფესიონალების ბავშვებთან კომუნიკაციის უნარების დაბალი დონით, დროის ნაკლებობით ან მშობლების მხრიდან პოტენციურად სტრესულ საუბრებში თავიანთი ბავშვების ჩართვის სურვილის არარსებობით.

ბავშვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში დისკრიმინაცია და უთანასწორობა კვლავ პრობლემატურ საკითხს წარმოადგენს.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ბავშვების გარკვეული ჯგუფები, როგორიცაა: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, მარგინალიზებული ჯგუფების ბავშვები ან სიღარიბეში მყოფი პირები, ქუჩას მიკედლებული ბავშვები, ნარკომანები, ტოქსიკომანები, კანონთან კონფლიქტში მყოფი ბავშვები შესაძლოა აღმოჩნდნენ დისკრიმინაციის წინაშე და შეზღუდული ჰქონდეთ წვდომა ხარისხიან ჯანდაცვაზე.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პრობლემატური საკითხების ნუსხაში შედის სამედიცინო დაწესებულებების არაადეკვატური ინფრასტრუქტურა და რესურსები. ჯანმრთელობის დაცვის ბევრ დაწესებულებაში, როგორც ამბულატორიულში, ისე ჰოსპიტალურში, არ არსებობს ბავშვებისთვის ხელსაყრელი ინფრასტრუქტურული გარემო და შეიძლება სპეციფიკური პედიატრიული მედიკამენტების, გადამზადებული პერსონალისა და სათანადო დაფინანსების დეფიციტისაც განიცდიდნენ.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სამართლებრივი და ეთიკური სირთულეები არახალია და კარგადაა ცნობილი როგორც სამედიცინო პერსონალისთვის, ისე მშობლებისთვის. ბავშვის თანხმობის, სამედიცინო მომსახურების კონფიდენციალურობისა და „საუკეთესო ინტერესების“ დაცვის მსგავსი საკითხების გადაჭრა პედიატრიულ პრაქტიკაში შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ბავშვის სურვილები ეწინააღმდეგება მშობლების ან ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლის გადანყვეტილებას.

ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, განსაკუთრებული სირთულეები იქმნება მაშინ, როცა ბიოსამედიცინო კვლევები ტარდება ბავშვის მონაწილეობით. ასევე მაშინ, როცა სამედიცინო მომსახურების პროცესში აუცილებელია ბავშვის იზოლირება მშობლებისაგან და ახლობლებისაგან. განსაკუთრებით საყურადღებოა ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების უზრუნველყოფა სამედიცინო დახმარების დროს. არსებული პრაქტიკა მოწმობს, რომ სამედიცინო დახმარების დროს მიღებულია მშობლების, ძირითადად, დედის არჩევანის პატივისცემა და დედის გადანყვეტილებაზე უპირატესობის მინიჭება (მაგალითად, სამედიცინო ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის არჩევა).

ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების რეალიზება სერიოზულ სირთულეებს უკავშირდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების გამოყენების დროს. ბავშვის გაჩენა დონაციისა და სუროგაციის პროგრამების ფარგლებში, ასევე რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით დაბადებული ბავშვის რეგისტრაციასთან დაკავშირებული სირთულეები თავისთავად გულისხმობს სირთულეებს სამედიცინო სერვისების მიღე-

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში

ბის თვალსაზრისით. პრობლემათა ნუსხაშია ობიექტური თუ სუბიექტური მიზეზით უარის თქმა ბავშვზე, რაც აჭიანურებს ბავშვის რეგისტრაციას, ინსტიტუციონალიზაციას ან მიმღებ ოჯახში განთავსებას, რაც, თავის მხრივ, ხელს უშლის და აფერხებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარად ბავშვის აღიარებას. შედეგად, ბავშვი დაგვიანებით იღებს საჭირო სამედიცინო სერვისებს. დღემდე მოუგვარებელია და დისკუსიის საგანს წარმოადგენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიებით შექმნილი ჭარბი კრიოპრეზერვირებული ემბრიონების გამოყენება სხვადასხვა მიზნით ან განადგურება.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები მრავალ პრობლემას უკავშირდება, რისთვისაც აუცილებელია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, ბავშვის საჭიროებებზე მორგებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მომზადება და ყველაზე ეფექტური ინტერვენციების განხორციელება.

ბავშვთა უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, ჯანდაცვის სფეროში ეფექტურ პოლიტიკას და პროგრამებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ეს ინიციატივები ხშირად ფოკუსირებულია მხარდამჭერი გარემოს შექმნასა და ბავშვებისა და მათი ოჯახების გაძლიერებაზე.

ბავშვებისადმი კეთილგანწყობილი ჯანდაცვითი ინიციატივები ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) შეიმუშავა სწრაფი შეფასების საკონტროლო კითხვარი „ბავშვთა უფლებები საავადმყოფოში“, რაც საავადმყოფოებს დაეხმარება ბავშვთა უფლებების დაცვაში. ასეთი ინიციატივები ხელს უწყობს ბავშვებისადმი კეთილგანწყობილი გარემოს ჩამოყალიბებას და პერსონალის მომზადებას.

კანონმდებლობა და ქარტიები. ბევრმა ქვეყანამ და ორგანიზაციამ მიიღო ქარტიები ჯანდაცვის სფეროში ბავშვთა უფლებების შესახებ. ეს ქარტიები წარმოადგენს სახელმძღვანელოს ბავშვის უფლებების გააზრებისა და პატივისცემისთვის, რაც ეხმარება ჯანდაცვის სამსახურებს აქტიურად შეუწყონ ხელი და დაიცვან ბავშვის უფლებები.

ტრენინგი და განათლება. სამედიცინო დაწესებულებებს, როგორც ამბულატორიებს, ისე ჰოსპიტლებს, მიმართავენ განსხვავებული კულტურის, წეს-ჩვეულებების, ტრადიციების, ეთნიკური წარმომავლობის, რელიგიური აღმსარებლობის და ფინანსური შესაძლებლობის პაციენტები. სამედიცინო დაწესებულების პაციენტი შეიძლება იყოს: ჯიუტი, მორცხვი, სიტყვაძუნწი, ჭირვეული, პრეტენზიული, სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებით დაავადებული, მაგალითად: სმენადაქვეითებული, უსინათლო, ყრუ- მუნჯი, ბავშვი გამოხატული ქცევითი დარღვევებით და სხვ.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ბავშვთა სამედიცინო დანესებულებების ვალდებულებაა პაციენტის საჭიროებებს უპასუხოს და უზრუნველყოს ბავშვთა მოსახლეობის წვდომა ხარისხიან სამედიცინო სერვისებზე. ამ მეტად რთულ პრობლემებთან გასამკლავებლად ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს სჭირდებათ სპეციფიკური ტრენინგი ბავშვებთან ეფექტური კომუნიკაციის, მათი განვითარების ეტაპების გააზრებისა და მათი უფლებების დაცვის საკითხებში.

ბავშვების ჩართვა სერვისების დაგეგმვაში. ბავშვებისა და ახალგაზრდების ჩართვამ ჯანდაცვის სერვისების დაგეგმვასა და შეფასებაში შეიძლება ხელი შეუწყოს უფრო ეფექტური და მომხმარებლისთვის მოსახერხებელი მომსახურების მიწოდებას. ეს შეიძლება განხორციელდეს გამოკითხვების, ფოკუს ჯგუფებისა და ახალგაზრდული ფორუმების ორგანიზების მეშვეობით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ბავშვების ჩართვა სამედიცინო სერვისების დაგეგმვაში შედარებით ახალი საკითხია, რომელიც დიდ ინტერესს იწვევს როგორც სამედიცინო სერვისების მომწოდებლებს შორის, ისე, მთლიანად, საზოგადოებაში.

ბიოსამედიცინო კვლევები ბავშვების მონაწილეობით

მეცნიერები, ექსპერტები, ექიმები და, ზოგადად, საზოგადოება მიიჩნევს, რომ სამედიცინო და ბიოლოგიური მეცნიერების განვითარებისთვის, მკურნალობის ახალი ტექნოლოგიების, ახალი მედიკამენტების და ახალი სამედიცინო დანიშნულების საგნების შემუშავებისთვის აუცილებელია სამედიცინო და ბიოლოგიური კვლევების ჩატარება. მედიცინის მეცნიერებების განვითარება, განსაკუთრებით ბიოსამედიცინო კვლევის შედეგად მიღებული მიღწევები, ხელს უწყობს ადამიანთა სიცოცხლის გადარჩენას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. საზოგადოება აღიარებს იმ ფაქტს, რომ ბიოსამედიცინო მეცნიერების განვითარება და პრაქტიკა დამოკიდებულია ცოდნასა და აღმოჩენებზე, რომლებიც აუცილებელს ხდის ადამიანზე კვლევების ჩატარებას. მეცნიერები ხაზს უსვამენ, რომ ასეთი კვლევა ხშირად ტრანსდისციპლინური და საერთაშორისოა; მხედველობაში იღებენ ეროვნულ და საერთაშორისო პროფესიულ სტანდარტებს ბიოსამედიცინო კვლევის სფეროში. ამასთან ერთად, მეცნიერები თანხმდებიან, რომ მეცნიერული კვლევების ჩატარების დროს განსაკუთრებულად უნდა იყვნენ დაცულნი ის ადამიანები, რომლებიც კვლევის ფარგლებში შეიძლება დაუცველნი აღმოჩნდნენ; აღიარებენ, რომ ყოველ ადამიანს აქვს უფლება, თანხმობა განაცხადოს ან უარი

თქვას სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში მონაწილეობაზე და რომ დაუშვებელია ვინმეს იძულება, მონაწილეობა მიიღოს მასში. მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის მეცნიერები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ მედიცინის მეცნიერების განვითარებისთვის და ახალი ფარმაცოლოგიური საშუალებების შექმნისთვის განახორციელონ ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც ბიოსამედიცინო კვლევების დროს უზრუნველყოფენ ადამიანის ღირსების, ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლების დაცვას. კვლევის სუბიექტების შერჩევა მოხდება სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევასთან დაკავშირებით მათი სათანადო ინფორმირების შემდეგ. ბიოსამედიცინო კვლევის ნებართვის გაცემის დროს, უფლებამოსილი ორგანო, კომისია ან კომიტეტი განსაკუთრებული სიფრთხილით მოეკიდება იმ მეცნიერულ კვლევებს, რომელშიც გაცხადებული იქნება კვლევის ჩატარება ბავშვების და ორსულების მონაწილეობით.

ბიოსამედიცინო კვლევების ჩატარების დროს აუცილებელია კვლევის დაწყებამდე იმ პიროვნების ინფორმირებული თანხმობის მიღება, რომელიც შესაძლებელია ჩართულ იქნეს კვლევაში, როგორც კვლევის სუბიექტი. ბავშვები გაერთიანებულნი არიან თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირების ჩამონათვალში. თავისუფალი ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი უმნიშვნელოვანესია ბიოსამედიცინო კვლევის ეთიკურად წარმართვისთვის. ამასთან, მნიშვნელოვანია კვლევის ჩატარება თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირებზე, რათა შესაძლებელი გახდეს ამ კატეგორიის პირთათვის დამახასიათებელი დაავადებებისა და აშლილობების სადიაგნოზო, სამკურნალო და პრევენციული ღონისძიებების გაუმჯობესება. ამიტომაც, სათანადო დამცავი პირობების გათვალისწინებით, თუ ასეთი კვლევა კანონმდებლობით დაშვებულია (იხ. დამცავი პირობები), თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირები, ბავშვების ჩათვლით, არ უნდა იყვნენ მოკლებულნი მათთვის მნიშვნელოვან კვლევაში მონაწილეობის შესაძლებლობას. ასეთი კვლევის დამტკიცებამდე, კვლევის ეთიკური კომისია უნდა დარწმუნდეს, რომ კვლევის გეგმა მეცნიერულად დასაბუთებულია და იმავე წარმატებით ვერ ჩატარდება თანხმობის გაცხადების უნარის მქონე პირებზე. ზოგადად, კვლევა მონაწილეთა ჯანმრთელობისთვის პოტენციურად სასარგებლო უნდა იყოს (პირდაპირი სარგებლობა) და ნებისმიერი მოსალოდნელი რისკი, მათ შორის, რისკი პირადი ცხოვრებისთვის, არ უნდა იყოს ზემოხსენებული პოტენციური სარგებლობის არაპროპორციული. როცა პირდაპირი სარგებლობა მოსალოდნელი არ არის, კვლევა მხოლოდ მაშინ უნდა ჩატარდეს, თუ დაშვებულია ეროვნული კანონმდებლობით და დაცულია შემდეგი დამატებითი დამცავი პირობები:

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

- კვლევის მიზანია კვლევის მონაწილის დაავადების ან აშლილობის შესახებ სამეცნიერო ცოდნის გაღრმავება, რამაც მოგვიანებით შეიძლება სარგებლობა მოუტანოს მონაწილეს ან იმავე, ან მსგავსი დაავადების, ან აშლილობის მქონე სხვა ინდივიდებს.
- კვლევას ახლავს მხოლოდ მინიმალური რისკი და მინიმალური ტვირთი მონაწილისათვის.

თანხმობის გაცხადების უუნარობა შეიძლება იყოს ნაწილობრივი ან სრული, დროებითი, ცვალებადი ან მუდმივი. მნიშვნელოვანია, რომ ბევრ ადამიანს, მიუხედავად იმისა, რომ სამართლებრივად არ არიან ქმედობაუნარიანნი, შეუძლია გაიგოს გარკვეული ინფორმაცია შეთავაზებული საკვლევი ჩარევის შესახებ. ეს ინფორმაცია უნდა მიენოდოთ პოტენციურ მონაწილეებს და მიღწეულ უნდა იქნეს მათი ნებაყოფლობითი თანამშრომლობა, მათი გაგების უნარის შესაბამისად. ამასთან, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს კვლევაში მონაწილეობაზე ნებისმიერი სახით გამოხატული წინააღმდეგობა.

თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირების მონაწილეობა კვლევაში კანონით უნდა იყოს დაშვებული. აუცილებელ სამართლებრივ დაცვას, ჩვეულებრივ, კანონიერი წარმომადგენელი უზრუნველყოფს, რომელმაც უნდა მიიღოს ყველა საჭირო ინფორმაცია დაგეგმილი კვლევის შესახებ. კვლევის ეთიკური კომისიისთვის წარდგენისას მკვლევრებმა კვლევის გეგმას უნდა დაურთონ დოკუმენტაცია, რომელსაც ისინი კანონიერ წარმომადგენელს მიაწოდებენ; მისაწოდებელი ინფორმაცია ისევე დაწვრილებით უნდა იყოს გადმოცემული, როგორც ეს მიღებულია ინფორმაციის მიწოდებისას ქმედობაუნარიანი მონაწილისთვის. კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ნებართვის გაცემისას, რომელიც სპეციფიკური და წერილობითი უნდა იყოს, გასათვალისწინებელია პირის წინასწარ გაცხადებული სურვილი და უარი. ამასთან, კანონიერმა წარმომადგენლებმა არ უნდა გასცენ კვლევაში მონაწილეობაზე ნებართვა, მიუხედავად ქმედობაუნარო პირის სურვილისა ან წინააღმდეგობის გამოუხატველობისა, თუკი წარმომადგენელი ვარაუდობს, რომ კვლევას ახლავს მნიშვნელოვანი რისკი და ტვირთი ამ პირისათვის. კანონიერ წარმომადგენელს შეუძლია უარი თქვას ნებართვის გაცემაზე ან ნებისმიერ დროს გააუქმოს ადრე გაცემული ნებართვა, მისი მეურვეობის ქვეშ მყოფი პირისთვის ყოველგვარი ზიანის მიყენების გარეშე. ამასთან, თავად კანონიერი წარმომადგენელი არ უნდა იღებდეს რაიმე სარგებლობას ნებართვის გაცემისა თუ გაუცემლობისთვის.

ბავშვები კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე ადამიანების ცალკე ქვეჯგუფს წარმოადგენენ. ისინი უბრალოდ

„პატარა ადამიანები“ კი არ არიან, არამედ მოზრდილებისაგან განსხვავდებიან დაავადების მიმდინარეობით, ფიზიოლოგიით და წამლების მეტაბოლიზმით. კანონიერი წარმომადგენელი, რომელიც თანხმობას გასცემს ბავშვის კვლევაში მონაწილეობაზე, უხშირესად ერთი ან ორივე მშობელია, ან მეურვე. ამასთან, კანონიერი წარმომადგენლის ინსტიტუტი სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია და ის ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად უნდა დაზუსტდეს. მომნიშვნელოვანია შესაბამისად (რაც მხოლოდ ასაკზე არ არის დამოკიდებული), ბავშვები, შეძლებისდაგვარად, უნდა ჩაერთონ კვლევაში მონაწილეობის თაობაზე გადანყვეტილების მიღების პროცესში და მათი თანხმობა აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ უნდა იქნეს მიღებული. მათი უარი ყოველთვის გასათვალისწინებელია. ბავშვების მონაწილეობით კვლევის გეგმის განხილვისას, კვლევის ეთიკურმა კომიტეტმა, შემადგენლობის შესაბამისად, უნდა ივარაუდოს კვლევის ჩატარების თაობაზე გადანყვეტილების მიღების საჭიროება იმ პირებისგან, რომელთაც აქვთ გამოცდილება ბავშვთა ჯანმრთელობის კვლევაში. კვლევის ეთიკურმა კომიტეტმა განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა შეაფასოს პლაცებოს გამოყენება ბავშვებს შორის, ისევე, როგორ თახმობის გაცხადების უნარის არმქონე სხვა პირებში. სახელდობრ, პლაცებოს გამოყენება ყოველთვის მეცნიერულად უნდა იყოს დასაბუთებული. პლაცებოზე უარი უნდა ითქვას, თუ მისი გამოყენება ეფექტური მკურნალობის არჩატარების ტოლფასია. ქვემოთ მოცემული კითხვები შეიძლება დაეხმაროს კვლევის ეთიკური კომიტეტის წევრებს გადანყვეტილების მიღებაში იმის თაობაზე, ეთიკურად რამდენად დასაშვებია ბავშვების ჩართვა წარმოდგენილ კვლევაში:

- არის კვლევისას შესასწავლი დაავადება სპეციფიკური ბავშვებისთვის, ყოველგვარი ანალოგიის გარეშე, მოზრდილებს შორის?
- გააღრმავებს კვლევა ბავშვის განვითარების და/ან კეთილდღეობის შესახებ ცოდნას, რომლის საბოლოო მიზანი ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა?
- გაამართლებს კვლევა ამ ასაკობრივ ჯგუფში, რომ, წამლის კვლევის შემთხვევაში, ცნობილია წამლის ფარმაკოკინეტიკა მოზრდილებში და მოსალოდნელია, რომ ის განსხვავებული იქნება ბავშვებში?
- არის კვლევით გათვალისწინებული მკურნალობა უსიამოვნო მოზრდილებში გამოყენებისას ან რთულია თუ არა მისი დანიშვნა ბავშვებისთვის?
- როცა კვლევის საგანი მოზრდილთა დაავადებაა, არის თუ არა სავარაუდო, რომ ის ბავშვობიდან ვითარდება და ბავშვებს შორის ჩატარებული კვლევა გააღრმავებს ცოდნას ამ დაავადების ბუნებრივი

მიმდინარეობის შესახებ, რაც, საბოლოოდ, პრევენციას შეუწყობს ხელს?

- აქვთ მკვლევრებს შემუშავებული ადეკვატური სტრატეგია კონფიდენციალურობის დასაცავად კვლევებისთვის, რომლებიც განსაკუთრებით სენსიტიურ სფეროებს ეხება, როგორიცაა: აკრძალული ნამღების გამოყენება, მოზარდთა სექსუალობა ან სექსუალური ძალადობა?

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ბავშვის უფლებების დაცვის თაობაზე ჩატარებულ იქნა კვლევა საქართველოში. კერძოდ, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისის თანადგომით, 2015 წ. საქართველოს ყველა პედიატრიულ ჰოსპიტალში ჩატარდა კვლევა, სახელწოდებით: „ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში“. კვლევის ანგარიშში წარმოდგენილია ინფორმაცია ბავშვთა უფლებებისა და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო პრაქტიკის შესახებ.

ანგარიშში ნათქვამია, რომ ბავშვთა უფლებების შეფასება საქართველოს ყველა პედიატრიულ ჰოსპიტალში წარიმართა ჯანმოს რეკომენდაციების საფუძველზე. მისი მიზანი იყო არსებული სიტუაციის შეფასება და პედიატრიული კლინიკებისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის რეკომენდაციების მიწოდება, რათა გაუმჯობესდეს ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისები ქვეყანაში. კვლევა ჩატარდა 8 ჰოსპიტალში. პროექტის მთავარი მიზანი იყო ბავშვთა ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება საავადმყოფოებში, ჯანმრთელობის სერვისების და ბავშვთა უფლებების გაძლიერების გზით. კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა სპეციალურად შემუშავებული თვითშეფასების კითხვარი მენეჯერების, სამედიცინო პერსონალის, პაციენტების და პაციენტების მშობლების ან მეურვეთათვის. მონაცემები შეგროვდა და სტატისტიკურად დამუშავდა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ.

კვლევით გამოვლინდა, რომ საქართველოში ბავშვთა საავადმყოფოები უმეტესად ფოკუსირებულია მწვავე შემთხვევების მკურნალობაზე, რაც საშუალოდ მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას ხუთი-შვიდი დღის განმავლობაში. მხოლოდ ერთი ჰოსპიტალი აწარმოებს გრძელვადიან მკურნალობას ქრონიკული და ონკოლოგიური პაციენტებისთვის. ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამას ფარავს სახელმწიფო, კერძოდ, შემდეგი სახის სერვისებს: დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, მედიკამენტები, სამედიცინო პერსონალისა და ჰოსპიტალის მომსახურება, მაგრამ არ ფარავს ბავშვთა

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში

კვებას. პალიატიური მზრუნველობა უზრუნველყოფილია მხოლოდ ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში. საავადმყოფოს საწოლების ნაკლებობის გამო, რეგიონებში ჰოსპიტლების მიერ ვერ ხერხდება პალიატიური სერვისების მიწოდება და ბავშვთა რეფერირება ხდება დედაქალაქში. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ბავშვთა უფლებების ჩარტერი არ არის ადაპტირებული როგორც ეროვნულ დონეზე, ისე, შესაბამისად, პედიატრიული ჰოსპიტლების დონეზე. კვლევაში მონაწილე თითქმის ყველა ექიმს და საშუალო სამედიცინო პერსონალს გავლილი ჰქონდა სპეციალიზაცია პედიატრიაში. თვითშეფასების კითხვარის ანალიზმა აჩვენა, რომ ყველა ჰოსპიტალი უზრუნველყოფს პედიატრიული სერვისების მიწოდებას დისკრიმინაციის გარეშე. საერთაშორისო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები და პროტოკოლები უკვე დანერგილია ყველა პედიატრიულ ჰოსპიტალში, თუმცა დამატებით საჭიროა ახალი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება. ასევე კვლევამ დაადგინა, რომ საჭიროა სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება ბავშვთა უფლებებისა და სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განათლების თვალსაზრისით. სერვისების შეფასებისას დადგინდა, რომ პედიატრიული სერვისების მიმწოდებლების მიერ მეტი ყურადღება უნდა გამახვილდეს მკურნალობის პროცესზე, გადანყვეტილების მიღებისას ბავშვთა და მშობელთა (მეურვეთა) ჩართულობაზე. კვლევით გამოვლენილ იქნა მთავარი პრობლემა, რომელიც უკავშირდება: ბავშვის მკურნალობის პროცესში თამაშის როლის უგულვებელყოფას, ინფორმირებულობის და ჩართულობის ნაკლებობას. ასევე გამოვლინდა, რომ მნიშვნელოვანია პალიატიურ მზრუნველობაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. კვლევის შედეგად შემუშავებულ რეკომენდაციებს შორის უპირატესს წარმოადგენს ყველა პედიატრიულ ჰოსპიტალში ბავშვთა უფლებების შეფასებისათვის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმების შექმნა, ბავშვთა ბაზისური უფლებების დაცვა კვებაზე, თამაშსა და ინფორმაციაზე.

დასკვნა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ბავშვის უფლებების დაცვა და სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა მეტ ყურადღებას მოითხოვს. მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამამ გარკვეულწილად ხელი შეუწყო სამედიცინო სერვისებზე ბავშვთა ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას, 2023 წლის კვლევის შედეგების მიხედვით აღნიშნულმა პროგრამამ სრულად ან ნაწილობრივ დააფინანსა ბავშვების სამედიცინო საჭიროებების 68%. თუმცა შემთხვევების 50.8

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

პროცენტში ოჯახებმა ასევე გადაიხადეს სრული ან ნაწილობრივი თანხა. მთლიანობაში, ბავშვების 12-მა პროცენტმა ვერ შეძლო, სულ მცირე, ერთი საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღება და 4.9 პროცენტმა ვერ მიიღო საჭირო მედიკამენტი. როგორც სამედიცინო მომსახურების, ისე მედიკამენტის არმიღების მთავარ მიზეზად არასაკმარისი ფინანსური რესურსები სახელდება (82.4% და 98.8%, შესაბამისად).

მე-2 თავის მოსამზადებლად გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში WHO/EURO/NCDC Georgia. გვ. 5-46 („ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში“ კვლევის შესახებ ვრცელი ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ბმულზე:

https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=d3d4423e-199b-4764-8f43-fadfeec74fdd)

კილაძე, ს. თურნავა, პ. (2021). ბავშვის უფლებათა კოდექსის სახელმძღვანელო კომენტარები. §25. ბავშვის უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე. გვ. 204-211. მოდიფიკურია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.unicef.org/georgia/media/6781/file/%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%A8%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A3%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9B%E1%83%AB%E1%83%A6%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98.pdf>

ანგარიში: ბავშვთა კეთილდღეობა საქართველოში – 2023 წ. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით ჩატარებული „ბავშვთა კეთილდღეობის გამოკვლევის“ შედეგები, მოძიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.unicef.org/georgia/ka/%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%A8%E1%83%95%E1%83%97%E1%83%90-%E1%83%99%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%93%E1%83%A6%E1%83%94%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%90-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%>

თავი 2. ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დანესებულებებსა და ჰოსპიტლებში
A0%E1%83%97%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%
%A8%E1%83%98-2023

ანგარიში: საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის
აღზრდის ხარჯი, შშმ ბავშვების თანაბარი ჩართულობისთვის საჭირო საგნები
და მომსახურებები, მოდიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.unicef.org/georgia/ka/%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%97%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%A8%E1%83%98-%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%96%E1%83%A6%E1%83%A3%E1%83%93%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%AB%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%A5%E1%83%9D%E1%83%9C%E1%83%94-%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%A8%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%90%E1%83%A6%E1%83%96%E1%83%A0%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%AE%E1%83%90-%E1%83%A0%E1%83%AF%E1%83%98>

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თავი XXII, თავი
XXIII, მოდიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://ncdc.ge/api/api/File/GetFile/93f556f8-781c-49db-9ca1-0619caef19d6>

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი VII, თავი
VIII, მოდიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=442b0a59-01c5-47db-bde1-a5d7f782f764#>

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, თავი
VIII, მოდიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://ncdc.ge/api/api/File/GetFile/08a5b328-c558-478a-93a7-11cbb734d0be>

საქართველოს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის,
ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ, მოდიებულია 2025 წლის 27
აგვისტოს, მისამართზე:

<https://faolex.fao.org/docs/pdf/geo80088GEO.pdf>

თავი 3

დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა. ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მიზეზები გლობალურად და საქართველოში

შესავალი

დემოგრაფიული პროცესები საქართველოში და მის გარეთ დიდ ყურადღებას საჭიროებს. შობადობა კლებულობს, მატულობს ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში, მაღალია მიგრაცია და ურბანიზაცია. მსოფლიოში ჯერ კიდევ არსებობენ ბავშვები და მოზარდები, რომელთაც აქვთ შეზღუდული ხელმისაწვდომობა სიცოცხლისათვის აუცილებელ ისეთ სერვისებზე, როგორიცაა ჯანმრთელობის მაღალი ხარისხის მომსახურება და განათლება, სუფთა ჰაერი და წყალი, ადეკვატური სანიტარია და კვება. შესაბამისად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, დაინტერესებულ მხარეთა აქტიური თანამშრომლობით, შეიმუშავა „ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ახალი გლობალური სტრატეგია (2016-2030 წწ.)“, რომელიც მიზნად ისახავს ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მათი სიცოცხლის გადარჩენას და 2030 წლისთვის ყველა ახალშობილისა და ბავშვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის მდგრადი განვითარების მიზნების განხორციელებას. სტრატეგიის თანახმად, 2030 წლისათვის ყველა ბავშვმა და მოზარდმა მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში უნდა შეძლოს თავისი უპირველესი უფლების რეალიზება, რაც გულისხმობს მათი ფიზიკური განვითარების, მენტალურ ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომისა და კეთილდღეობის უფლებას. მათ უნდა ჰქონდეთ სოციალური და ეკონომიკური განვითარების საშუალება და აქტიურად უნდა მიიღონ მონაწილეობა საზოგადოების პერსპექტიულ და მდგრად განვითარებაში. დასახული მიზნების განხორციელება მოითხოვს დიდ ფინანსურ რესურსებს, თუმცა ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ჩადებული ინვესტიცია არა მარტო აუმჯობესებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრებ და მოწყვლადი პოპულაციის, მათ შორის ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობას, არამედ უზრუნველყოფს მათი ოჯახების სოციალურ სტაბილურობას.

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

ბასა და დაცულობას; გლობალურად კი ხელს უწყობს ქვეყნის პროდუქტიულობის ზრდას და საზოგადოების ეკონომიკური კეთილდღეობის შენარჩუნებას [3].

საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების თვალსაზრისით. ქვეყანამ წარმატებით შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანი, რომელიც გულისხმობდა 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 2/3-ით შემცირებას 1990-2015 წლების პერიოდში; მნიშვნელოვნად შემცირდა ასევე ჩვილთა სიკვდილიანობაც, რაშიც დიდი წვლილი გაზრდილ სახელმწიფო დაფინანსებასა და სამედიცინო მომსახურებაზე გაუმჯობესებულ ხელმისაწვდომობას მიუძღვის. კვლავ დაბალ ნიშნულს ინარჩუნებს 0-დან 5 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. როგორც 0-1 წლამდე, ისე 0-5 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა წინა წლებთან შედარებით და 2018 წელს 0-1 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 1000 ცოცხალშობილზე შეადგინა 8.1, ხოლო 0-5 წლამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე გახდა 9.5.

მოკლე ინფორმაცია დემოგრაფიის, როგორც მეცნიერების, შესახებ

დემოგრაფია გაერთიანებულია საზოგადოებრივ მეცნიერებათა რიგში. საზოგადოებრივი მეცნიერებები არის სამეცნიერო დისციპლინების კომპლექსი, რომელიც სწავლობს საზოგადოებას, როგორც მთლიანობას, მის სტრუქტურას, დინამიკას, განვითარებას, ისტორიას, ასევე მის ცალკეულ ქვესისტემებს. „დემოგრაფია“ საზოგადოებრივი მეცნიერებებიდან ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მეცნიერული მიმართულებაა, რომელსაც მსოფლიოს ყველა ქვეყანა უდიდეს ყურადღებას უთმობს. დემოგრაფია არის მეცნიერება მოსახლეობის რაოდენობის, განსახლების, სოციალური მდგომარეობის, ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურის, ეთნიკური, ენობრივი, რელიგიური შემადგენლობის და სხვათა შესახებ. ტერმინი „დემოგრაფია“ შემოიღო ფრანგმა მეცნიერმა აშილ გიიარმა 1855 წელს.

დემოგრაფია (ძვ. ბერძნ. δῆμος, dêmos – ხალხი; γραφία, graphía – წერა) არის საზოგადოებრივი მეცნიერება მოსახლეობის აღწარმოების კანონზომიერებების შესახებ; მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მოსახლეობის სტატისტიკას, ამიტომ ამ მეცნიერებას მოსახლეობის სტატისტიკასაც უწოდებენ.

დემოგრაფია, როგორც მეცნიერება, იკვლევს დემოგრაფიულ კატეგორიებსა და კანონებს. დემოგრაფიული კატეგორია მასობრივი, განმეორებადი, დემოგრაფიული შემთხვევებისა და პროცესების, საერთოდ, დემოგრაფიულ ურთიერთობათა განზოგადებული, თეორიული გამოხატულებაა. დემოგრაფიული კატეგორიებია: მოსახლეობა, ეთნოსი, კოჰორტა, შობადობა, მოკვდაობა, ქორწინება, განქორწინება, ოჯახი, დეპოპულაცია და სხვ.

დემოგრაფიული კანონი არის დემოგრაფიულ მოვლენებსა და პროცესებს შორის მიზეზშედეგობრივი, აუცილებელი, მყარი, მუდმივგანმეორებადი არსებითი კავშირი და ურთიერთგანპირობებულობა. დემოგრაფიული კანონებია: თაობათა განახლების, მოსახლეობის აღწარმოების, დემოგრაფიული კომპენსაციის, დემოგრაფიული გადასვლის, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდის, სქესთა რაოდენობრივი თანაფარდობის, მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერების და სხვ.

დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები აისახება ისეთ ძირითად მაჩვენებელთა დინამიკაში, როგორებიცაა: შობადობის ჯამური და ასაკობრივი კოეფიციენტები; შობადობისა და მოკვდაობის ზოგადი კოეფიციენტები; მოკვდაობის ასაკობრივი და ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტები; მოსახლეობის ბუნებრივი მატების ზოგადი კოეფიციენტი; მოსახლეობის აღწარმოების ბრუტო და ნეტო კოეფიციენტები; მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერების კოეფიციენტი; მოსახლეობის მიგრაციის მაჩვენებლები და სხვ.

დემოგრაფიული მონაცემების გათვალისწინება აუცილებელია საზოგადოების სოციალურ და ეკონომიკურ ურთიერთობათა ანალიზისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაწესებულებათა საქმიანობის წარმართვისთვის და შეფასებისთვის, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის პროექტების და პროგრამების შემუშავებისთვის.

დემოგრაფიის შესწავლის საგანია: მოსახლეობის რაოდენობა, მოსახლეობის სტატისტიკა, ასევე მოსახლეობის დინამიკა. მოსახლეობის დინამიკა შეისწავლის მოსახლეობის მექანიკურ და ბუნებრივ მოძრაობას. მოსახლეობის მექანიკური მოძრაობის შესწავლის დროს იკრიბება ინფორმაცია, რომელშიც გაერთიანებულია: ემიგრაცია, იმიგრაცია, ურბანიზაცია, მოსახლეობის ქანქარისებური მოძრაობა, იძულებითი მიგრაცია. მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის შესახებ საკითხის შესწავლისას საჭიროა ისეთი ინფორმაციის შეკრება, როგორიცაა: შობადობა, მოკვდაობა, ბუნებრივი ნამატი, ქორწინება, განქორწინება. დემოგრაფიის შესწავლის საგანია მოსახლეობის ეთნიკური, ენობრივი, რელიგიური შემადგენლობა და სხვა უმნიშვნელოვანესი საკითხები, რომელიც

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

აუცილებელია ქვეყნის მოსახლეობის დახასიათებისთვის. ტერმინი „დემოგრაფია“ შემოიღო ფრანგმა მეცნიერმა აშილ გიარმა 1855 წელს. ექსპერტთა მიერ მიჩნეულია, რომ ქვეყნის დემოგრაფიულ განვითარებაზე მსჯელობისას აუცილებელია აღრიცხული და გაანგარიშებული იყოს ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები. დემოგრაფიული სიტუაციის ანალიზისთვის ზედმინევით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის აღწერის მასალები, ასევე სპეციალური კვლევები, რომლებიც ექსპერტებს შობადობის, გარდაცვალების, ბუნებრივი ნამატის, ქორწინების, განქორწინების და მიგრაციული პროცესების შესწავლა-შეფასების შესაძლებლობას მისცემს. თანამედროვე დემოგრაფია მეცნიერებათა სისტემას წარმოადგენს. იგი, დემოგრაფიის ზოგად თეორიასთან ერთად, მოიცავს: ეკონომიკურ, ისტორიულ, სამედიცინო, სოციოლოგიურ, ეთნიკურ, პოტენციურ, ეკოლოგიურ, რეგიონულ, მათემატიკურ, სამხედრო, გამოყენებით, აღწერილობით დემოგრაფიებს; დემოგრაფიულ მოძღვრებათა ისტორიას, დემოგრაფიულ სტატისტიკას. დემოგრაფია მჭიდროდაა დაკავშირებული მომიჯნავე მეცნიერებებთან: ეკონომიკურ თეორიასთან, სოციოლოგიასთან, ისტორიასთან, გეოგრაფიასთან, სტატისტიკასთან, ეთნოლოგიასთან, სოციალურ ჰიგიენასთან, ასევე სხვადასხვა საბუნებისმეტყველო მეცნიერებასთან.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი გადანეყვებილებების მისაღებად, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისთვის, ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავებისთვის, ჯანდაცვაში პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრისთვის აუცილებელია დემოგრაფიული ვითარების განხილვა და გაანალიზება. დემოგრაფიული განვითარება შეიძლება წარმოვიდგინოთ როგორც პროცესი, რა დროსაც მოსახლეობის აღწარმოებისა (აგრეთვე ქორწინებისა და განქორწინების) და მიგრაციის რეგულირებით მიიღწევა მოსახლეობის რაოდენობრივი და სტრუქტურული ცვალებადობა. მეცნიერ-მკვლევართათვის ცნობილია, რომ ზოგიერთი რეგიონის დემოგრაფიული განვითარება მჭიდროდაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ზოგიერთი დემოგრაფიული მაჩვენებელი ჯანმრთელობის ამსახველ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის ზოგიერთი ინდიკატორი (მაგალითად, ბავშვთა სიკვდილიანობა, დედათა სიკვდილიანობა, უნარშეზღუდულთა რაოდენობა და სხვ.) ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის განმსაზღვრელ ინდიკატორს წარმოადგენს. ისეთი ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, როგორიცაა მოსახლეობის რაოდენობა და მისი ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, მეტად მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს ეკო-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ნომიკური განვითარების და სხვადასხვა მიმართულების პროგრამების განხორციელებისთვის (სოციალური სფერო, განათლების სისტემა, ჯანდაცვის სისტემა და სხვ.).

მოსახლეობის ნორმალური ასაკობრივი სტრუქტურა გულისხმობს მისი რიცხვის თანდათან შემცირებას ბავშვთა ასაკიდან უფროსი ასაკის ჯგუფებისკენ. ჩვეულებრივად, ნორმალური დემოგრაფიული განვითარების ქვეყანაში ყველაზე მრავალრიცხოვანია ბავშვთა ასაკის მოსახლეობა და ყველაზე მცირეა ღრმა მოხუცებულთა ჯგუფი. თუმცა ზოგიერთ ქვეყანაში, შობადობის მკვეთრი კლების შედეგად, უფროსი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში ზედმინევნიტ მაღალია.

ასაკობრივი შემადგენლობის მიხედვით, მიღებულია მოსახლეობის დაყოფა შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებად: მწარმოებლური ასაკობრივი ჯგუფი (ეკონომიკურად აქტიური, სამუშაო ძალა) – 20-59 წ; ნახევრად მწარმოებლური – 15-19 წ. და 60-69 წ; არამწარმოებლური ასაკი – 0-14 წ. და 70 წ. და მეტი ასაკის მოსახლეობა.

მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში 60 წლისა და მეტი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილის რაოდენობის მატებას მოსახლეობის დაბერება ეწოდება.

მოსახლეობის განვითარება პროგრესული ტიპისაა, თუ მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში მაღალია 0-14 ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი და ის აღემატება 60 წ. მეტი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობას. განვითარების აღნიშნული ტიპი დამახასიათებელია იმ ქვეყნებისთვის, სადაც მაღალია შობადობა და დაბალია საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

მოსახლეობის განვითარების რეგრესულ ტიპზე საუბარია მაშინ, როცა 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა მეტია 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობაზე. აღნიშნული ასაკობრივი სტრუქტურა დამახასიათებელია იმ ქვეყნებისთვის, სადაც შობადობა დაბალია, მაღალია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, საზოგადოება რეგრესული ტიპით ვითარდება, თუ ხანდაზმულების რაოდენობა აღემატება ბავშვების რაოდენობას.

მოსახლეობის განვითარების სტაციონარული ტიპის დროს 0-14 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობა ტოლია 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობის.

დემოგრაფიულ პროცესებს, რომლის შედეგად იცვლება მოსახლეობის რიცხოვნობა, მოსახლეობის მოძრაობა, მოსახლეობის დინამიკა ეწოდება. განასხვავებენ მოსახლეობის დინამიკის სამ სახეს:

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

მოსახლეობის მექანიკური მოძრაობა, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მოსახლეობის მიგრაცია, რაც გულისხმობს მოსახლეობის გადაადგილებას საცხოვრებელი ადგილის შეცვლასთან, სამუშაოს შეცვლასთან ან სხვა გარემო პირობების შეცვლასთან დაკავშირებით.

სოციალური მობილურობა ეწოდება პროცესს, როცა ერთი სოციალური ფენის წარმომადგენლები გადაინაცვლებენ მეორე სოციალურ ჯგუფში.

ბუნებრივი მოძრაობა წარმოადგენს მოსახლეობის რაოდენობის შეცვლას, რომელიც შობადობას და სიკვდილიანობას უკავშირდება, ანუ ხდება თაობათა შეცვლა.

მექანიკური მოძრაობა (მიგრაცია) განსაზღვრავს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის გადაადგილებას, რომელიც სხვა ადგილას, სხვა რაიონში, რეგიონში ან ქვეყანაში მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივ, სოციალურ და სხვ. სტრუქტურულ ცვლილებებს იწვევს.

მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენს საზოგადოებაში მიმდინარე სოციალურ პროცესებზე, გავლენას ახდენს დაავადებათა წარმოშობასა და გავრცელებაზე. განასხვავებენ მიგრაციის ორ ძირითად სახეს, იმის მიხედვით, თუ სად გადაადგილდება მოსახლეობა, ქვეყნის შიგნით თუ მის საზღვრებს გარეთ.

ემიგრაცია არის პროცესი, რომელიც აღწერს მოსახლეობის ქვეყნის გარეთ გასვლას, ანუ ერთი ქვეყნიდან მეორე ქვეყანაში მოსახლეობის გადაადგილება მუდმივად ან ხანგრძლივი დროით საცხოვრებლად.

იმიგრაცია არის პროცესი, როცა ქვეყნის გარედან ქვეყანაში შემოდის მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები სამუშაოდ ან მუდმივად საცხოვრებლად.

იმ შემთხვევაში, როცა ემიგრაციისა და იმიგრაციის პროცესი მოსახლეობის დიდი ჯგუფების გადაადგილებას უკავშირდება, ანუ მასობრივ ხასიათს ატარებს, იგი საკმაოდ დიდ პრობლემებს წარმოშობს როგორც მოსახლეობაში, ისე თვით ქვეყანაში. ამასთან ერთად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით, ასევე მოსახლეობის უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, სერიოზულ პრობლემებს უქმნის ქვეყანას, საიდანაც გადის მოსახლეობა (ემიგრაცია) და იმ ქვეყანასაც, სადაც შედის მოსახლეობის დიდი მასები (იმიგრაცია).

მოსახლეობის მოძრაობა ქვეყნის შიგნით განიხილავს ურბანიზაციას, სეზონურ გადაადგილებას და იძულებით მიგრაციას, რომელიც, თავის მხრივ, შესაძლებელია დაიყოს გადაადგილების, იძულებითი მიგრაციის მიზეზების მიხედვით: ეკონომიკური მიგრანტები (ე.წ. სამუშაოს მაძიებელნი), ეკომიგრანტები (ბუნებრივი კატაკლიზმების გამო ადგილ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ნაცვალ პირები) და სამედიცინო მიგრანტები, რომელთაც, გარემო ფაქტორებით განპირობებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, უხდებათ მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის დატოვება.

ურბანიზაცია არის სოფლიდან ქალაქში მოსახლეობის გადაჯგუფება, მოსახლეობის საცხოვრებლად გადასვლა ქალაქად.

ურბანიზაციის პროცესმა წარმოშვა მრავალი პრობლემა: არაჰიგიენური საცხოვრებელი ადგილი, არაჰიგიენური პირობები, სტრესი, ახალ პირობებთან შეგუების და ადაპტაციის სირთულეები, სოციალური გარიყულობა, სამედიცინო სერვისებზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა, ცუდი კვება, არანორმირებული სამუშაო დრო, ძალადობა და სხვ.

სეზონური მიგრაცია წარმოადგენს მოსახლეობის გადაადგილებას ერთი რეგიონიდან მეორეში გარკვეული დროით (სეზონურ სამუშაოებზე წასვლა, დასასვენებლად გამგზავრება და რელიგიური დანიშნულების ადგილას მოსახლეობის დიდი ჯგუფების თავმოყრა და სხვ.). მაგალითად, რეგიონებში, სადაც ძირითადი მოსახლეობა ცოტაა, მოსახლეობის რაოდენობა 2-ჯერ და 3-ჯერ იზრდება სეზონზე ჩასულ დამსვენებელთა ხარჯზე. აღნიშნული სერიოზულ პრობლემებს უქმნის კვების ობიექტებს, სამედიცინო დაწესებულებებს, საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანით დაკავებულ სამსახურებს, წყალმომარაგებას და სხვ. ამდენად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მიგრაციული პროცესების შესწავლას და, ზოგადად, დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციების გაანალიზებას.

ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლების გამოთვლის მეთოდოლოგია

მოსახლეობის საერთო რიცხოვნობა მიმდინარე პერიოდისათვის გამოითვლება შემდეგნაირად: საბაზო ინფორმაციაა მოსახლეობის რიცხოვნობა ბოლო აღწერის მიხედვით, რომელსაც ემატება ბუნებრივი (დაბადებულთა და გარდაცვლილთა სხვაობა) და მიგრაციული (ჩამოსულთა და წასულთა სხვაობა) მატება განვლილი პერიოდის განმავლობაში.

შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობას მიეკუთვნებიან 16-64 წლის მამაკაცები და 16-59 წლის ქალები.

შობადობის, მოკვდაობის, ქორწინებისა და განქორწინების ზოგადი კოეფიციენტები გამოითვლება, როგორც შეფარდება, შესაბამისად, საანგარიშო წლის განმავლობაში დაბადებულთა, გარდაცვლილთა, ქორწინებათა და განქორწინებათა რიცხოვნობებისა მოსახლეობის საშუალო

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა წლიურ რიცხოვნობასთან. შობადობის, მოკვდაობის კოეფიციენტის განგარიშება ხდება 1000 მოსახლეზე და გამოისახება პრომილებში.

განქორწინება – წარმოადგენს ქორწინების რეგისტრაციის გაუქმების შედეგად საქორწინო წყვილის დაშლის პროცესს. განქორწინების კოეფიციენტი გამოითვლება განქორწინებათა რაოდენობის შეფარდებით მოსახლეობის საშუალო წლიურ რიცხოვნობასთან.

ბუნებრივი მატების ზოგადი კოეფიციენტი მიიღება, როგორც სხვაობა შობადობისა და მოკვდაობის ზოგად კოეფიციენტებს შორის.

შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი – ერთი ქალის მიერ ფერტილურ ასაკში (15-49 წელი) დაბადებული ბავშვების საშუალო რაოდენობა. კოეფიციენტის განსაზღვრა ხდება შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტების ჯამის გაყოფით 1000-ზე.

შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი გვიჩვენებს, საშუალოდ რამდენ ბავშვს გააჩენდა ქალი მთელი რეპროდუქციული პერიოდის მანძილზე, ანუ 15-დან 49 წლის ასაკამდე იმ პირობით, რომ შობადობის დონე ყოველ ასაკში შენარჩუნდება ისეთივე, როგორიც არის მოცემულ (საანგარიშო) პერიოდში, რომლისთვისაც ხდება მაჩვენებლის გაანგარიშება.

შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი – მოცემული დროის პერიოდში გარკვეული ასაკის ქალების მიერ გაჩენილი ბავშვების საშუალო რაოდენობა.

ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი გამოითვლება, როგორც 1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობის შეფარდება ცოცხლად დაბადებულთა საერთო რიცხოვნობასთან.

გარდაცვალების მიზეზები – ავადმყოფობები, პათოლოგიური ან ფიზიოლოგიური მდგომარეობები და ტრავმები, რომლებიც იწვევენ ან ხელს უწყობენ სიკვდილის დადგომას. აგრეთვე უბედური შემთხვევებისა და ძალდატანებითი სიკვდილის ის გარემოებანი, რომლებმაც ტრავმის შედეგად გამოიწვიეს სიკვდილი.

მოკვდაობის კოეფიციენტი ცალკეული მიზეზის მიხედვით, განსხვავებით მოკვდაობის ზოგადი კოეფიციენტისაგან. ის გამოითვლება არა 1000, არამედ 100000 კაცზე გაანგარიშებით და მიიღება, როგორც განაყოფი ცალკეული მიზეზის მიხედვით გარდაცვლილთა რიცხვისა მოსახლეობის საშუალო წლიურ რიცხოვნობაზე.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას – წლების რაოდენობა, რომელსაც საშუალოდ იცოცხლებს ერთი ადამიანი და-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ბადებულითა თაობიდან იმ პირობით, რომ მოკვდაობის დონე ყოველ ასაკში დარჩება ისეთი, როგორიც არის მოცემულ პერიოდში.

ოჯახის როლი დემოსოციალურ განვითარებაში

მსოფლიოს არაერთი ქვეყანა დგას დემოგრაფიული პრობლემის და ამ პრობლემებით გამონეული შედეგების საფრთხის წინაშე. გაეროს მონაცემებით, საქართველო მსოფლიოს იმ 20 ქვეყანას შორისაა, სადაც მოსახლეობის დეპოპულაცია მიმდინარეობს. შობადობის მიხედვით კი საქართველო მსოფლიოს 196 ქვეყნიდან 164-ე ადგილზეა. ფერტილობის კოეფიციენტი, რომელიც შვილოსნობის უნარის მქონე ერთი ქალის მიერ (იგულისხმება 15-49 წლის ასაკის ქალთა მოსახლეობა) სიცოცხლის განმავლობაში გაჩენილი ბავშვების საშუალო რაოდენობას გულისხმობს, 1.4-1.7-ის ფარგლებში მერყეობს, მაშინ, როცა მოსახლეობის განვითარებისა და თაობათა აღდგენისათვის ეს კოეფიციენტი მინიმუმ 2-ის ტოლი უნდა იყოს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, საქართველოში შვილების თაობა მათი მშობლების თაობის დაახლოებით 70-80%-ს განაახლებს. იმავე მონაცემებით, მსოფლიოში მხოლოდ 14 ქვეყანაა, სადაც დემოგრაფიული განვითარების საკითხი ასე მწვავედ დგას.

ისტორიულად, საქართველოში ოჯახი უდიდეს როლს ასრულებდა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში. ოჯახის ინსტიტუტი საქართველოში რამდენადმე განსხვავებულია. ფსიქოლოგთა და სოციოლოგთა განმარტებით, ოჯახი არის „ქორწინებისა და სისხლის ნათესაობის ნიადაგზე შექმნილი სოციალური სისტემა – მცირე ჯგუფი, რომლის წევრები ერთმანეთთან დაკავშირებულნი არიან ყოფაცხოვრების ერთიანობით, მორალური ურთიერთპასუხისმგებლობით და ურთიერთდახმარებით. საქართველოში ოჯახი ზრუნავს როგორც მომავალი თაობის აღზრდა-განვითარებაზე, ისე ოჯახის ხანდაზმულ წევრებზე. რამდენიმე თაობის ერთად ცხოვრება საქართველოში უჩვეულო მოვლენად არ ითვლება. მიუხედავად საზოგადოებაში მიმდინარე ღრმა ცვლილებებისა, მულტინუკლეარული (მრავალთაობიანი) ოჯახის ინსტიტუტი საქართველოში კვლავ შენარჩუნებულია.

საქართველოში, დემოკრატიული პროცესებისა და ინდივიდუალიზმის განვითარებასთან ერთად, დაიწყო ოჯახის ტრანსფორმაცია. აღნიშნული პროცესები გასული საუკუნის 60-იანი წლების მიწურულს გამოიკვეთა და 1970-იანი წლების მეორე ნახევარში მეცნიერებმა საუბარი მეორე დემოგრაფიულ გადასვლაზე დაიწყეს. ამ პერიოდში საგრძნობი გახდა ოჯახში დამოკიდებულებებისა და ფასეულობების ცვლილებები, ოჯახში

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

შევიდა დემოკრატიული და ლიბერალური ღირებულებები და მამიდან, როგორც მთავარი ავტორიტეტიდან, ყურადღება ბავშვზე გადავიდა. მეტი ყურადღება დაეთმო ბავშვისათვის განათლების მიცემას. ერთგვარი ცვლილება განიცადა ოჯახის ხარჯების სტრუქტურამ, შემოსავლების დიდი ნაწილი ბავშვის განათლებისა და განვითარებისკენ იქნა მიმართული. აღნიშნულმა პროცესებმა გარკვეული ზეგავლენა მოახდინა ოჯახის ზომაზე და სტრუქტურაზე.

საბჭოთა კავშირის კოლაფსის შემდეგ, საქართველოში დაიწყო რთული გარდამავალი პერიოდი, რომელიც ეთნოკონფლიქტების და სამოქალაქო ომის ფონზე მიმდინარეობდა. სოციალურ-ეკონომიკური რყევები, სიღარიბე, გარემოს გაუარესება, ტრადიციული ურთიერთობების და კავშირების მოშლა მძიმად აისახა როგორც ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ისე ოჯახზე და, მთლიანად, საზოგადოებაზე. რთული სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობის გამო, გახშირდა ოჯახების ნგრევის, არასრული ოჯახების წარმოშობის, ბავშვის აღზრდის თვალსაზრისით არაკეთილსაიმედო ოჯახების რაოდენობა. მოსახლეობის იძულებითი მიგრაციული პროცესების გაძლიერებამ, შობადობის დრამატულმა კლებამ, ქორწინებათა რიცხვის შემცირებამ და განქორწინებების მატებამ ნეგატიურად შეცვალა ქვეყნის დემოგრაფიული სურათი.

დემოგრაფიული ვითარება მსოფლიოში და საქართველოში

დემოგრაფიული განვითარების საკითხებით დაინტერესებული სპეციალისტები დიდ ყურადღებას უთმობენ საკითხებს, რომელიც ხალხთა მოსახლეობას და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებს ეხება. დღეს მსოფლიო დემოგრაფიული დაბერების საფრთხის წინაშე დგას: გაეროს კვლევების მიხედვით, 2050 წლისათვის ხანდაზმული ადამიანების რაოდენობა მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ბავშვების რაოდენობაზე ორჯერ მეტი იქნება.

სურათზე წარმოდგენილია მსოფლიოს მოსახლეობის დემოგრაფია 1950 წლიდან. პირამიდის ცენტრში ყველაზე მუქ ლურჯ ფერში მოცემულია მსოფლიოს მოსახლეობის სტრუქტურა 1950 წელს. გასული საუკუნის 50-იანი წლებიდან (მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ), პირამიდის ფორმირებაზე პასუხისმგებელია ორი ფაქტორი:

შობადობის მზარდი რაოდენობა, რამაც გააფართოვა მოსახლეობის პირამიდის ძირითადი ფენა და ასევე, სიცოცხლის განმავლობაში სიკვდილის მუდმივად მაღალი რისკი, რაც აშკარად დასტურდება პირამიდის

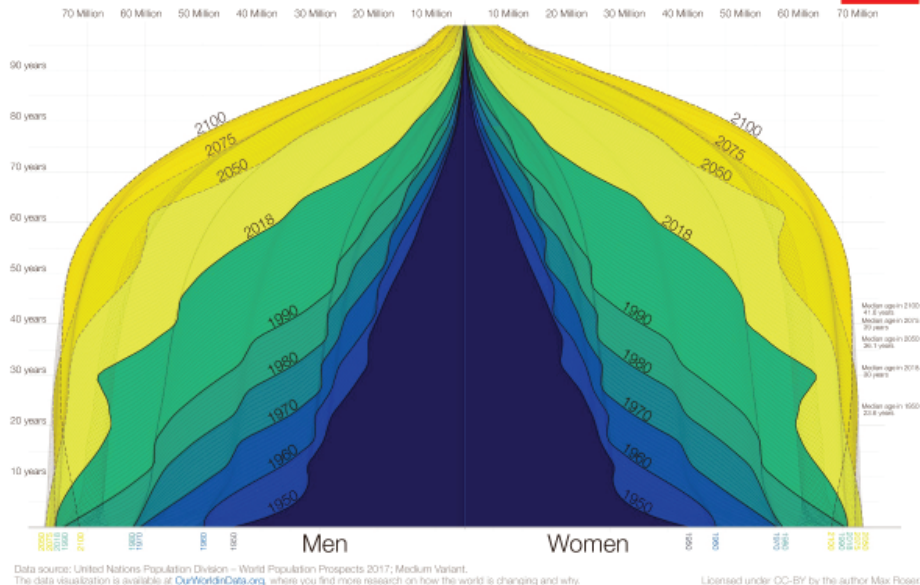
ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

სურათი 1. მსოფლიოს მოსახლეობა 1950 წლიდან 2100 წლამდე

The Demography of the World Population from 1950 to 2100

Shown is the age distribution of the world population – by sex – from 1950 to 2018 and the UN Population Division's projection until 2100.

Our World
in Data



ზედა ნაწილის შევინროებით. პირამიდის მიხედვით ჩანს, რომ, უფროსი ასაკის ადამიანთა რაოდენობასთან შედარებით, 1950 წ. ბევრი ახალშობილი იყო (წყარო: *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/>).

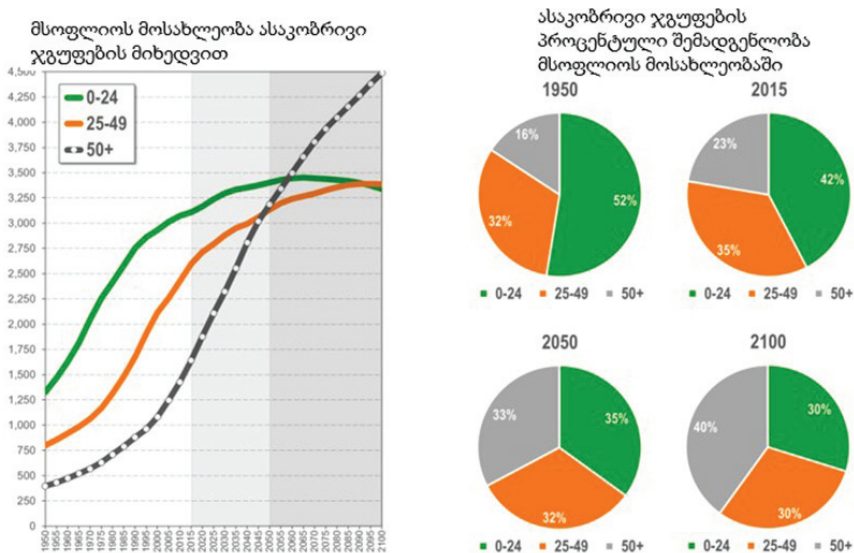
ადამიანების უმეტესობა ვარაუდობს, რომ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდა მოსახლეობის დაბერების მიზეზია. თუმცა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა მოსახლეობის დაბერების მხოლოდ ერთი, ჩვეულებრივ, შედარებით მცირე კომპონენტია. უმეტეს შემთხვევაში მთავარი ფაქტორი ფერტილობის კოეფიციენტის (ნაყოფიერების კოეფიციენტის) დაქვეითებაა. დარგის ექსპერტთა აზრით, მოსახლეობის დაბერება არის: ახალგაზრდების პროპორციის შემცირება და ხანდაზმული ადამიანების პროპორციის შესაბამისი ზრდა მოსახლეობაში. მსოფლიოში დემოგრაფიული ვითარების შეფასებისას, ექსპერტები დიდ ყურადღებას უთმობენ შობადობისა და გარდაცვალების საკითხებს ცალკეული ქვეყნების მიხედვით. მე-20 საუკუნის 50-იანი წლებიდან, შობადობის რაოდენობამ გადააჭარბა გარდაცვლილთა რაოდენობას მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, რამაც გამოიწვია მოსახლეობის მასიური ზრდა. აღნიშნული ტენდენცია განსაკუთრებით გამოიკვეთა აზიაში. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შობადობა ცალკეულ ქვეყნებში მკვეთრად იკლებს, გან-

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

საკუთრებით ევროპაში. მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის დემოგრაფიული მაჩვენებლების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 1950 წელს მსოფლიოში დაახლოებით 398 მილიონი ადამიანი იყო 50 წელზე უფროსი ასაკის. 21-ე საუკუნის 20-იანი წლებისთვის 50 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობა ოთხჯერ გაიზარდა და 1,6 მილიარდს გადააჭარბა. ექსპერტთა პროგნოზით, სულ რაღაც 35 წლის განმავლობაში მათი რიცხვი გაორმაგდება ისევ 3,2 მილიარდამდე და საუკუნის ბოლოს სავსებით შესაძლებელია, რომ მსოფლიოში თითქმის 4,5 მილიარდი ადამიანი იყოს 50 წლის და უფროსი ასაკის. ანუ, აღნიშნული დროისთვის 5 ადამიანიდან 2 შეიძლება იყოს 50 წლის და უფროსი ასაკის ასაკობრივ ჯგუფში. ამის საპირისპიროდ, ბავშვებისა და მოზარდების რაოდენობა, რომელიც 1950 წლიდან დღემდე გაიზარდა დაახლოებით 1.3 მილიარდიდან 3.1 მილიარდამდე, მომდევნო 35 წლის განმავლობაში ბავშვების და ახალგაზრდების რაოდენობა შეიძლება შემცირდეს 3.3 მილიარდამდე. მიუხედავად იმისა, რომ 1950 წელს მსოფლიოს მოსახლეობის ნახევარზე მეტს ბავშვები და მოზარდები (52%) შეადგენდნენ, მათი წილი შეიძლება შემცირდეს 30%-მდე 2100 წლისთვის (წყარო: *Global Demographic Trends*. Retrived on 09.08..2025 from <http://www.demographics.at/>).

ბავშვთა რაოდენობის შემცირების ტენდენცია ნაწილობრივ განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სულ უფრო მცირდება იმ ოჯა-

სურათი 2



ხების რაოდენობა, რომელთაც რამდენიმე ბავშვის გაჩენის სურვილი აქვთ. ანალოგიური მდგომარეობაა საქართველოში. გაეროს კვლევებისა და დემოგრაფიული სიტუაციის პროგნოზის მიხედვით, იმ შემთხვევაში, თუ საქართველოს დემოგრაფიული პოლიტიკა და სტრატეგიები არ შეიცვლება, 2050 წლისათვის საქართველოს მოსახლეობა 2015 წელთან შედარებით 23%-ით შემცირდება და ექსპერტული შეფასებით 2 985 000 გაუტოლდება.

დემოგრაფიული ვითარების გაუარესებასთან დაკავშირებით ვარაუდი გამყარებულია იმ ფაქტით, რომ 2017-2018 წლებიდან საქართველოში ქორწინების ასაკში და, შესაბამისად, რეპროდუქციულ ასაკში შევიდა 1990-2000 წლებში დაბადებული თაობა. აღნიშნულ პერიოდში, ცნობილი მიზეზების გამო, საქართველოში შობადობა დრამატულად დაეცა და მიგრაციული პროცესები გამძაფრდა, ბუნებრივი ნამატი 0-ს გაუტოლდა.

გარე მიგრაციასთან ერთად, ყურადღებას იპყრობს მოსახლეობის გადაადგილება ქვეყნის შიგნით. ურბანიზაციის პროცესი ნეგატიურად აისახება რეგიონების დემოგრაფიულ განვითარებაზე.

ცნობილია, რომ მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების შესახებ ყველაზე სარწმუნო ინფორმაციას მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა იძლევა.

პოსტსაბჭოთა პერიოდში საქართველოში განხორციელებულმა ეკონომიკურმა, სოციალურმა, დემოგრაფიულმა და სხვა ღრმა თვისებრივმა ცვლილებებმა მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის ჩატარების აუცილებლობა განაპირობა.

მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა ეროვნული სტატისტიკური სისტემის ერთ-ერთი შემადგენელი და განუყოფელი ნაწილია, რომელიც წარმოადგენს განსაზღვრული დროის ან პერიოდისათვის ქვეყნის თითოეული მცხოვრების შესახებ დემოგრაფიული, ეკონომიკური და სოციალური ცნობების შეგროვების, დამუშავებისა და გაანალიზების ყველაზე მასშტაბურ და ეფექტიან ღონისძიებას.

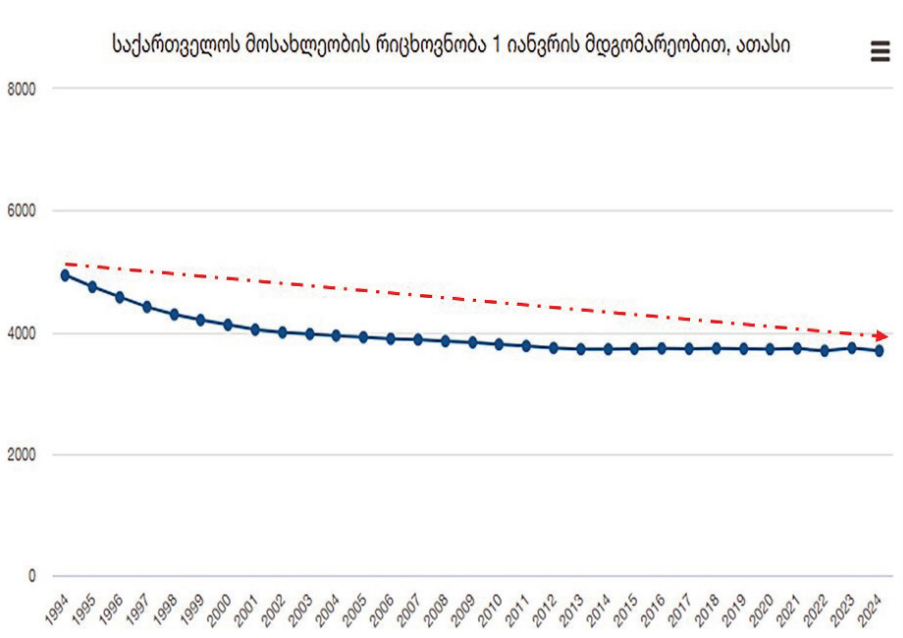
საყოველთაო აღწერის მთავარი მიზანია სახელმწიფო სამმართველო და აღმშენებლობით გადანაყეტილებათა მისაღებად მოსახლეობის რიცხოვნობის, შემადგენლობისა და განსახლების შესახებ მონაცემთა მრავალმხრივი და სარწმუნო ბაზის შექმნა. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ისიც, რომ, ფაქტობრივად, მხოლოდ აღწერისა და მის მომიჯნავე წლებში მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მონაცემებისა და მათი კომბინაციის ანალიზითაა შესაძლებელი დემოგრაფიული პროცესების მოდელირება და პროგნოზირება, დემოგრაფიული განვითარების პროგრამებისა და რეალისტური დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავება-განხორციელება.

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა
ბა, საბოლოო ჯამში კი – სახელმწიფოს დემოგრაფიული აღმშენებლობითი
საქმიანობის წარმართვა.

ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების შესახებ ობიექტური და სრული სტატისტიკური ინფორმაციის მიღების მიზნით, ასევე 1995-2004 წწ. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში მოსახლეობის ეროვნული აღწერების ჩატარების თაობაზე გაეროს ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს მიერ 1995 წლის 19 ივლისს მიღებული რეზოლუციის შესაბამისად, ხანგრძლივი მოსამზადებელი პერიოდის შემდეგ, 2002 წელს საქართველოში ჩატარდა მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა. ეს იყო, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა (საბჭოთა საქართველოში უკანასკნელი საყოველთაო აღწერა ჩატარდა 1989 წელს). 2002 წლის საყოველთაო აღწერის შემდეგ, მოსახლეობის აღწერა ჩატარდა 2014 წელს და ბოლო აღწერა ჩატარდა 2024 წლის ნოემბერში.

მე-20 საუკუნის 80-იანი წლების შემდეგ საქართველოში არსებითად შეიცვალა დემოსოციალური ვითარება. 2002 წლის აღწერის მასალების, ასევე 2014 წლის აღწერის შედეგებით გამოიკვეთა, რომ, წინა წლების

**სურათი 3. საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა 1994 წლიდან
2024 წლის 1 იანვრამდე. წყარო: geostat.ge**



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

მსგავსად, გრძელდებოდა ქვეყნის მოსახლეობის რიცხოვნობის შემცირება, თუმცა, გასული საუკუნის 90-იან წლებთან შედარებით, ნაკლები ინტენსივობით. მოსახლეობის ბუნებრივ და მექანიკურ მოძრაობაში გამოკვეთილი ნეგატიური ტენდენციების გამო (შობადობის შემცირება, გარემიგრაციული პროცესების გაძლიერება, მიგრანტთა შორის რეპროდუქციული ასაკის მოსახლეობის მაღალი ხვედრითი წილი და სხვ.), მოსახლეობის რაოდენობა შემცირდა, რაც ნათლად ჩანს სურათზე 3.

მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურის ანალიზით გამოვლინდა, რომ გაიზარდა მოსახლეობის დაბერების მაჩვენებელი. 2012 წლის იანვრისათვის, 65 წლისა და უხნესი ასაკის მოსახლეობის წილმა 13.8 პროცენტი შეადგინა, მაშინ, როდესაც 1995 წელს ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი 11,5 პროცენტს არ აღემატებოდა. 2014 წლის საყოველთაო აღწერის შედეგებით გამოვლინდა ხანდაზმულთა ხვედრითი წილის მატება (იხ.ცხრილი 1).

ცხრილი 1. 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობისა და 80 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილი წლების მიხედვით, კონკრეტული ქვეყნების მონაცემები 2015-2030-2050 წ.

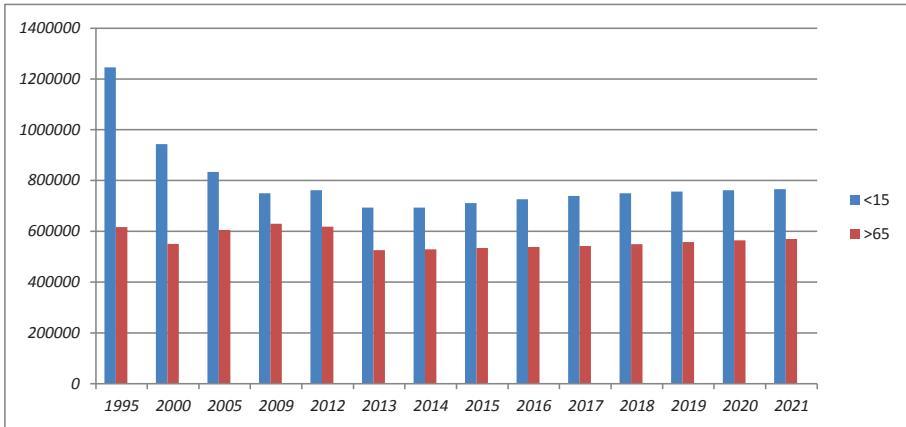
ქვეყანა	65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილი			80 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილი		
	2015	2030	2050	2015	2030	2050
აზერბაიჯანი	5.6	12.5	16.9	1.3	1.0	3.8
თურქეთი	7.5	12.1	20.6	1.4	2.2	5.4
მოლდავეთი	10.0	17.1	22.9	2.2	2.1	4.8
სომხეთი	10.8	18.7	24.1	2.9	2.8	7.1
რუსეთი	13.4	18.8	20.9	3.1	3.3	5.1
საქართველო	14.0	18.9	25.3	3.6	3.7	7.5
უკრაინა	15.3	19.9	23.3	3.4	3.6	5.5
რუმინეთი	17.3	21.7	29.2	4.1	5.3	8.7
ბულგარეთი	20.0	23.1	28.6	4.5	5.9	7.6

წყარო: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეფასება და პროგნოზი (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2015 წ. (ბ)); საქართველოს 2015 წლის მონაცემები: მოსახლეობის აღწერა (2014 წ.)

საქართველოს მონაცემების გარდა, ცხრილში მოცემულია ხანდაზმული მოსახლეობის %-ული რაოდენობა საქართველოს მეზობელ ქვეყ-

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

სურათი 4. <15 წლამდე და >65 წ. მეტი ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 1995-2021. წყარო: www.geostat.ge

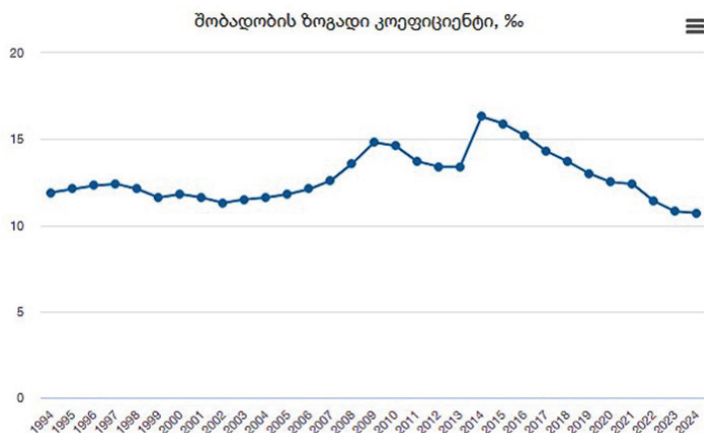


ნებში. აღნიშნული მონაცემების შედარებით ჩანს, რომ რეგიონის ქვეყანათა შორის ყველაზე რთული დემოგრაფიული ვითარებაა რეგიონის 5 ქვეყანაში: ბულგარეთში, რუმინეთში, უკრაინაში, საქართველოში და რუსეთში. დემოგრაფიული დაბერების პროცესის გაგრძელების შემთხვევაში ექსპერტთა მიერ ნავარაუდევია, რომ 2030 წ. საქართველოში 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა 18.9%-მდე გაიზრდება, ხოლო 2050 წლისთვის საქართველოში მცხოვრებთაგან ყოველი მე-4 მოქალაქე 65 წელზე უფროსი ასაკის იქნება. ანუ კიდევ უფრო შემცირდება მწარმოებელი მოსახლეობის რაოდენობა, რომელთაც უნდა იმუშაონ და გადასახადები გადაიხადონ, რომლითაც შემდეგ მოხდება ჯანდაცვის პროგრამებისთვის საჭირო თანხების და სოციალური გასაცემლებისთვის აუცილებელი ასიგნებების მობილიზება. შრომისუნარიანი მოსახლეობის კლების ფონზე, ძნელი სავარაუდო არ არის, თუ რამდენად გართულდება სოციალურ-ეკონომიკური ვითარება ჩვენს ქვეყანაში.

65 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობის მატებასთან ერთად, გამოიკვეთა 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა ხვედრითი წილის შემცირება მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში.

2000 წელს შობადობის მაჩვენებელი, 1000 სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით, 10.3 იყო. 2012 წელს, 1000 სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით, 11.7 შეადგინა, ხოლო 2021 წელს შობადობის მაჩვენებელი 12.4 დაფიქსირდა. შობადობის მცირედი მატება სახეზეა, თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 2000 წელს მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის, მათ შორის, შობადობის რეგისტრაციის მდგომარეობა ძალზე მოუწესრიგებელი იყო,

**სურათი 5. მშობიარობის რაოდენობა, საქართველო, 1994-2024, წყარო:
www.geostat.ge**



განსაკუთრებით რაიონებში და სოფლად. მაღალი იყო ბინაზე მშობიარობის რაოდენობა, რომელიც არ ხვდებოდა ან გვიან ხვდებოდა სტატისტიკური აღრიცხვის არეალში.

საქართველოში, შობადობის მაჩვენებლების სტაბილური კლების ფონზე, ჩანს პერიოდი, როცა შობადობის მატება გამოვლინდა. შობადობის მატება ნაწილობრივ სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის, ილია II-ის განცხადებამ განაპირობა, კერძოდ, 2007 წლის ოქტომბერში, დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქმა, ილია II-მ განაცხადა, რომ მართლმადიდებელ ოჯახში ყოველი მესამე ან მომდევნო ბავშვის გაჩენის შემთხვევაში, პირადად მონათლავდა ახალშობილს. ამ დაპირებამ ძლიერ იმოქმედა ქართველების რეპროდუქციულ ქცევაზე. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, ცოცხლად დაბადებულთა რაოდენობა გაიზარდა დაახლოებით 49 000-დან 2007 წელს, დაახლოებით 57 000-მდე 2008 წელს და 63 000-მდე 2009 წელს. ეს შობადობის მაჩვენებლის შთამბეჭდავი, 28%-იანი ზრდა იყო თითქმის 2 წლის მანძილზე, იმის გათვალისწინებით, რომ 2000-2007 წლებში დაბადებულთა რაოდენობა 46 000-49 000 ინტერვალში მერყეობდა. 2008 წლის ბოლოს პატრიარქმა ათასობით ბავშვი მონათლა სამების საკათედრო ტაძარში. ტრადიცია დღემდე გრძელდება. თუმცა შობადობის მაჩვენებლის კლება კვლავ დაფიქსირდა, რაც საფუძვლიან შესწავლას და ღრმა ანალიზს მოითხოვს. სავარაუდოა, რომ შობადობის მატების პირველი ტალღა უკავშირდება იმ ოჯახების რაოდენობას, რომელთაც უკვე ჰყავდათ 2 შვილი

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

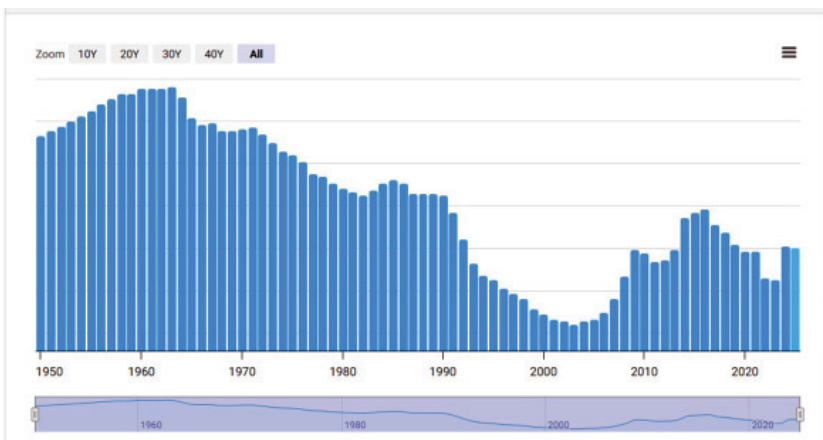
და მე-3 შვილი გააჩინეს, ხოლო შობადობის მატეხის მომდევნო ტალღას გარკვეული დრო დასჭირდა. სავარაუდოდ, აღნიშნული იმ დროს უკავშირდება, რომელიც საჭირო იყო ჯერ მე-2 ბავშვის, ხოლო შემდეგ მე-3 ბავშვის გაჩენისთვის.

გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან შობადობის რაოდენობრივი შემცირების გარდა, ყურადღებას იპყრობს ფერტილობის კოეფიციენტის შემცირება, რაც არასასურველი დემოგრაფიული პროცესების განვითარების ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია. სტატისტიკურ მონაცემთა დინამიკიდან მკაფიოდ ჩანს ფერტილური ასაკის ქალთა ნაყოფიერების საერთო კოეფიციენტის კლება. უკანასკნელი 12 წლის მონაცემებით უკიდურესად დაბალია ფერტილობის მაჩვენებელი, რომელიც თითოეული ფერტილური ასაკის ქალის მიერ შობილ ბავშვთა რაოდენობას აღნიშნავს მთელი ფერტილობის (ნაყოფიერების) მანძილზე. ფერტილობის კოეფიციენტს სხვაგვარად შობადობის ჯამურ კოეფიციენტსაც უწოდებენ. 2000 წელს საქართველოში ფერტილობის კოეფიციენტმა ფერტილური ასაკის ყოველ 1000 ქალზე 1.5 შეადგინა. იგივე მაჩვენებელი 2012 წელს 1.7 დაფიქსირდა. მიუხედავად შობადობის ჯამური კოეფიციენტის მცირედი მატეხისა, იგი ჯერჯერობით მაინც ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის მარტივი კვლავნარმოებისათვის საჭირო დონეს (2,1) და 1990 წლის მაჩვენებლისაგან საკმაოდ შორსაა.

ფერტილობის მაჩვენებელი საქართველოში 2025-ის 1 იანვრის მდგომარეობით იყო 2.00, 0.4% ნაკლები 2024 წ. შედარებით (2024 წ. მაჩვენებელი იყო 2.01, რაც 10%-ით მეტია 2023 წელთან შედარებით; 2023 წელს

სურათი 6. ფერტილობის კოეფიციენტი 1950-2025

წყარო: <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/geo/georgia/fertility-rat>



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

იგივე მაჩვენებელი 1.81 იყო, რაც 0.55%-ით ნაკლებია 2022 წლის მაჩვენებელზე. 2022 წ. ფერტილობის მაჩვენებელი 1.82 დაფიქსირდა, რაც 8.08%-ით ნაკლებია 2021-ის მაჩვენებელზე). ამდენად, ფერტილობის მაჩვენებელი როგორც განვლილი 30 წლის განმავლობაში, ისე ბოლო 3 წლის მანძილზე კლებულობს, რაც არასახარბიელო დემოგრაფიული განვითარების პერსპექტივაზე მიგვანიშნებს.

საქართველოს მსგავსად, მის მეზობელ ქვეყნებშიც მცირდება ფერტილობის მაჩვენებელი, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ თურქეთსა და აზერბაიჯანში აღნიშნული მაჩვენებელი ჯერ კიდევ იმ საზღვრებშია, რომელიც მოსახლეობის მარტივი კვლავნარმოებისთვის საკმარისია.

დემოსოციალური განვითარების შესახებ საკითხის განხილვისას მხედველობაში მისაღებია ქვეყანაში მიმდინარე სოციალურ-პოლიტიკური მოვლენები, ვინაიდან მოსახლეობა, თავისი რეპროდუქციული ქცევით, ძალიან მგრძნობიარედ რეაგირებს საზოგადოებაში მიმდინარე პროცესებზე. საკმაოდ საინტერესო ინფორმაციას გვანდის ცხრილი 2, სადაც მოცემულია შობადობა, ქორწინება და განქორწინება ყოველ 1000 მოსახლეზე გაანგარიშებით, 1960 წლიდან). მონაცემები ცხადყოფს, რომ ბოლო 60 წლის განმავლობაში საქართველოში მოსახლეობა მცირდება, შობადობა განახევრებულია, მიგრაციული პროცესები გამძაფრებულია გარე მიგრაციის ხარჯზე. ქორწინების მაჩვენებელი განახევრებულია 1960 წელთან შედარებით. აღნიშნული კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ დემოგრაფიული ვითარების გაუარესებას საქართველოში ხანგრძლივი ისტორია აქვს და ის დამოუკიდებლობის მოპოვებამდე ბევრად ადრე დაიწყო.

ცხრილი 2. ძირითადი დემოგრაფიული კოეფიციენტები 1 000 მოსახლეზე გაანგარიშებით. პერიოდი 1960-2020 (წყარო: geostat.ge)

წლები	მოსახლეობა (ათასი)	შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი	მოკვდაობის ზოგადი კოეფიციენტი	ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი	მიგრაციული საღდოს კოეფიციენტი	ქორწინების ზოგადი კოეფიციენტი	განქორწინების ზოგადი კოეფიციენტი
1960	4 129.2	24.7	6.5	18.2	-4.0	10.6	0.4
1970	4 674.6	19.2	7.3	11.9	-2.5	7.8	1.1
1980	5 029.1	17.7	8.6	9.1	-3.4	10.0	1.3
1990	5 424.4	17.1	9.3	7.7	-2.4	6.8	1.4
2000	4 116.8	11.8	11.8	0.0	-19.4	3.2	0.5
2010	3 799.8	14.6	13.5	1.1	-8.0	9.2	1.2
2020	3 716.9	12.5	13.6	-1.1	4.2	4.4	2.1

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

ზემოთ მოცემული გრაფიკული გამოსახულების მიხედვით ნათლად ჩანს, თუ როგორია მოსახლეობის რეპროდუქციული პასუხი ქვეყანაში მიმდინარე მოვლენებზე. გასული საუკუნის 90-იან წლებში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ეთნოკონფლიქტებს და სამოქალაქო ომს მოსახლეობამ ოჯახში ბავშვთა რაოდენობის შეზღუდვით უპასუხა, შედეგად, მკვეთრად დაეცა შობადობა. ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემების მიხედვით, ბოლო 60 წლის მანძილზე ბუნებრივი მატება დრამატულად შემცირდა: 1960 წელს იყო 18.2 პრომილე; 1990 წელს – 8.6; 1995 წელს – 3.8; 2000 წელს კი, ნაცვლად მატებისა, ადგილი ჰქონდა კლებას და მაჩვენებლებმა მინუს 0.2 პრომილე შეადგინა. დეპოპულაცია მსოფლიოს სულ 14 ქვეყანაში აღინიშნება და მათ შორის ერთ-ერთი საქართველოა. უნდა აღინიშნოს, რომ დეპოპულაცია საქართველოს ყველა რეგიონში შეიმჩნევა აჭარის, ქვემო ქართლისა და სამცხე-ჯავახეთის გარდა. ამ საკითხის ეროვნულ ჭრილში განხილვა კიდევ უფრო მეტ სიმწვავეს იძენს, ვინაიდან ბუნებრივი მატების ზოგადი კოეფიციენტი ქართველთა შორის მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს, რაც იმითაა გამოწვეული, რომ ზოგიერთი სხვა ეთნოსის წარმომადგენლები უფრო სწრაფად მრავლდებიან, ვიდრე ქვეყნის მკვიდრი ეთნოსის წარმომადგენლები – ქართველები. 2001 წელს საქართველოში ქართველთა ბუნებრივ მატებას აზერბაიჯანელთა შესაბამისი მაჩვენებელი 17-ჯერ, ხოლო ქურთების 19.7-ჯერ აღემატებოდა (ლ. ჩიქავა, მწვავე დემოგრაფიული ვითარება და აქტიური დემოგრაფიული პოლიტიკის აუცილებლობა საქართველოში, დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის პრობლემები, შრომების კრებული II, თბ., 2004 წ., გვ. 6-9).

შობადობის შემცირება საქართველოსთვის არახალია, მშობიარობათა რიცხოვნობა ქვეყანაში თითქმის 8 ათეული წელია მცირდება. შობადობის დონის კლებაზე მნიშვნელოვანი გავლენა ქორწინებათა რაოდენობის შემცირებამაც მოახდინა. ქორწინების მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა 1990-1999 წლებში და შემდგომ პერიოდშიც ამ მაჩვენებელმა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში იკლო; განსაკუთრებით 25-29 წლის ასაკის ქალთა შორის, რომელიც საუკეთესო რეპროდუქციულ ასაკად ითვლება. აღსანიშნავია, რომ დაქორწინებული წყვილების ნაწილი, გარკვეული მოსაზრებების გამო, ქორწინების სამოქალაქო რეგისტრაციისაგან თავს იკავებს და უპირატესობას რელიგიური წესით დაქორწინებას ანიჭებს. სტატისტიკური მასალებით ვლინდება, რომ 1980 წელს ქორწინების გარეშე დაბადებულ ახალშობილთა რაოდენობა 4.7%-ს არ აღემატებოდა, ხოლო 2011 წლის მონაცემებით, რეგისტრირებული სამოქალაქო ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობა 33.8%-ია. როგორც

ზევით იქნა აღნიშნული, ქორწინების რეგისტრაციის გარეშე ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობის მატება აიხსნება იმით, რომ ქორწინებათა ნაწილის რეგისტრაცია ხდება კონფესიური წესით ან წყვილი ცხოვრობს ერთად, რეგისტრირებული ქორწინების გარეშე. წარსული გამოცდილება და დაკვირვება ცხადყოფს, რომ მშობლები არ ჩქარობდნენ არც ქორწინების მოწმობის და არც ბავშვის დაბადების მოწმობის აღებას, ვიდრე ამ დოკუმენტების საჭიროება არ დადგებოდა ოჯახში. ბავშვის დაბადების რეგისტრაციის წესის გამარტივებამ სიტუაცია რამდენადმე შეცვალა. ყოველი დაბადებული ბავშვი დაბადებისთანავე რეგისტრირდება სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის ორგანოში (2011 წლის 3 იანვრიდან, ბავშვის დაბადების შესახებ შეტყობინების გაგზავნა სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის ორგანოში, კანონმდებლობით, სამედიცინო დაწესებულებებს დაეკისრა. სშჯსდ მინისტრის ბრძანება #8/ნ 14.01.2011). ახალშობილის რეგისტრაციის საკითხი კიდევ უფრო გამარტივდა მას შემდეგ, რაც ქვეყანაში დაიწყო დაბადებულთა რეგისტრაცია უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებიდან. სამედიცინო დაწესებულებებს მიეცათ იუსტიციის სამინისტროს კომპეტენტურ ორგანოსთან – სამოქალაქო რეესტრთან ელექტრონული კავშირის უფლება. კერძოდ, 2016 წლიდან ქვეყანაში დაიწერა დაბადების აღრიცხვის ახალი სისტემა – დაბადების რეგისტრი (ინფორმაცია დაბადების რეგისტრის თაობაზე იხ. ქვეთავში – დაბადების სამედიცინო რეგისტრი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესების საშუალება, გვ. 81).

2017-2024 წლების მონაცემების მიხედვით, კვლავ მცირდება შობადობა, მაღალია ქვეყნიდან გასული მოსახლეობის რაოდენობა; 2024 წელს შემცირებულია ქორწინებათა რაოდენობა და რამდენადმე მომატებულია განქორწინებათა რიცხვი.

დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციების ანალიზისას მეტად ინფორმატიული აღმოჩნდა ქორწინების და შობადობის რაოდენობის მიხედვით აგებული გრაფიკი, რომელზეც ქორწინების მრუდი, პრაქტიკულად, შობადობის მრუდის იდენტურია (იხ. სურათი 8).

აღნიშნული გრაფიკული გამოსახულება მიანიშნებს რეპროდუქციული ქცევის თავისებურებებზე საქართველოში. რეპროდუქციული ქცევა (ინგლ. **Reproductive behavior**) არის აქტივობა, რომელიც მიმართულია „ბავშვების ყოლის მოთხოვნილების“ დასაკმაყოფილებლად. რეპროდუქციული ქცევა განისაზღვრება „ბავშვების ყოლის მოთხოვნილებით“ და იმ სიტუაციით, რომელშიც შესაძლებელია ამ „მოთხოვნილების“ დაკმაყოფილება. რეპროდუქციული ქცევა წარმოადგენს შესაბამისი რეპროდუქციული განწყობის რეალიზაციას. რეპროდუქციული ქცევა შეიძლება იყოს სამი ტიპის:

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

სურათი 7. მოსახლეობა, ცოცხალშობილთა რაოდენობა, ქორწინება, განქორწინება, მიგრაცია, საქართველო, 2017-2024.

წყარო: www.geostat.ge

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
მოსახლეობის რიცხოვნობა 1 იანვრის მდგომარეობით, ათასი	3 726.4	3 729.6	3 723.5	3 716.9	3 728.6	3 688.6	3 736.4	3 694.6	3 704.5
ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა, კაცი	53 293	51 138	48 296	46 520	45 946	42 319	40 214	39 483	–
გარდაცვლილთა რიცხოვნობა, კაცი	47 822	46 524	46 659	50 537	59 906	49 118	42 756	43 971	–
ქორწინებათა რაოდენობა, ერთეული	23 684	23 202	23 285	16 359	23 155	26 048	22 275	21 653	–
განქორწინებათა რაოდენობა, ერთეული	10 222	10 288	11 205	7 643	10 654	14 098	13 664	13 520	–
იმიგრანტთა რიცხოვნობა, კაცი	83 239	88 152	96 864	89 996	74 008	179 778	205 857	135 811	–
ემიგრანტთა რიცხოვნობა, კაცი	85 451	98 935	105 107	74 264	99 974	125 269	245 064	121 425	–

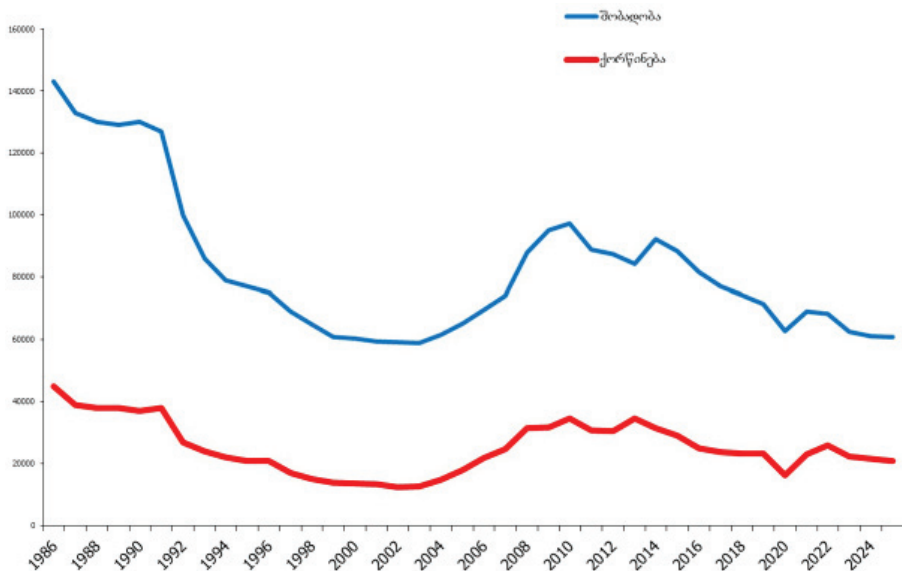
1. მრავალშვილიანობა – იმპულსური დონის, ობიექტივაციის არარსებობის შედეგით ან ხუთი და მეტი ბავშვის ყოლის გაცნობიერებული მოთხოვნილებით განპირობებული;

2. საშუალოშვილიანი – 3-4 „ბავშვის ყოლის მოთხოვნილებით“ განპირობებული;

3. მცირეშვილიანი – 1-2 „ბავშვის ყოლის მოთხოვნილებით“ განპირობებული.

მრავალშვილიანი რეპროდუქციული ქცევის ტიპი ძირითადად განისაზღვრება ნაყოფიერების თავისებურებებით, ხოლო მცირეშვილიანი – ორსულობის თავიდან არიდებითა და ორსულობის შეწყვეტით. რეპროდუქციული ქცევა, რომელიც „ბავშვების ყოლის მოთხოვნილებას“ ეფუძნება, განიცდის ცხოვრებისეული გარემო პირობების გავლენას. როდესაც ოჯახში ბავშვების რაოდენობა შეესაბამება „ბავშვების ყოლის მოთხოვნილებას“, მაშინ ცხოვრებისეული პირობების ნებისმიერ გაუმჯობესებას არ მოჰყვება ბავშვების ამ რაოდენობის მომატება. მაგრამ, როდესაც ოჯახში ბავშვების რაოდენობა ნაკლებია „ბავშვების ყოლის მოთხოვნილებაზე“, მაშინ ამ მოთხოვნილების რეალიზაციისათვის საჭირო პირობების გაუმჯობესებას მოჰყვება ბავშვის (ბავშვების) ყოლა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სხვადასხვა ადამიანის მიერ პი-

სურათი 8. ქორწინებისა და შობადობის რაოდენობა. საქართველო, 1986-2024

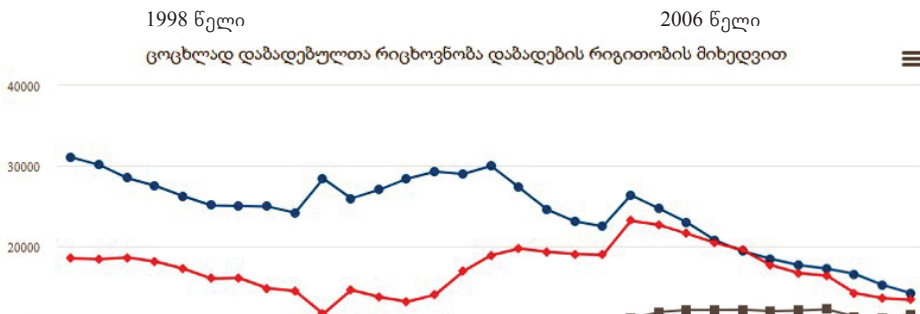


რობების შეფასების კრიტერიუმი განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ერთი და იგივე პირობები სხვადასხვა ადამიანის მიერ შეიძლება აღიქმებოდეს როგორც ხელსაყრელი ან არახელსაყრელი. მრავალშვილიანობის რეპროდუქციული ნორმები, რომლებიც ჩვილთა და საერთო მოკვდაობის მაღალი დონის შემთხვევაში იყო გაბატონებული და მათზე შესაბამის რეაქციას წარმოადგენდა, მათი კლების პირობებში აღარ აღმოჩნდა საჭირო. ამას დაემატა ოჯახის ფუნქციების ცვლილება და გარეოჯახური ორიენტაციების გაძლიერება. ყოველივე ამას მოჰყვა მრავალშვილიანობის ნორმების შეცვლა საშუალოშვილიანობისა და შემდეგ მცირეშვილიანობის ნორმებით; ფართოდ გავრცელდა ჩასახვის სანინალმდეგო საშუალებები და აბორტი; დაირღვა სქესობრივი და რეპროდუქციული ქცევის შერწყმულობა. მცირეშვილიანი რეპროდუქციული ქცევისთვის დამახასიათებელია დაქორწინების ადრეული ასაკი, „ბავშვების ყოლის მოთხოვნის“ დაკმაყოფილება ქორწინების პირველ წლებში, ჩასახვის სანინალმდეგო საშუალებებისა და ხელოვნური აბორტების ინტენსიური გამოყენება. რეპროდუქციული ქცევის შესწავლა შესაძლებლობას იძლევა გარკვეულ იქნეს ობიექტივაციისა და ნებელობის გავლენა რეპროდუქციის პროცესზე, მრავალშვილიანობის აღმოცენებისა და შემდგომ მისი მცირეშვილიანობით შეცვლის პირობები, დღევანდელი მდგომარეობა და მოსალოდნელი ტენდენციები და სხვა.

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

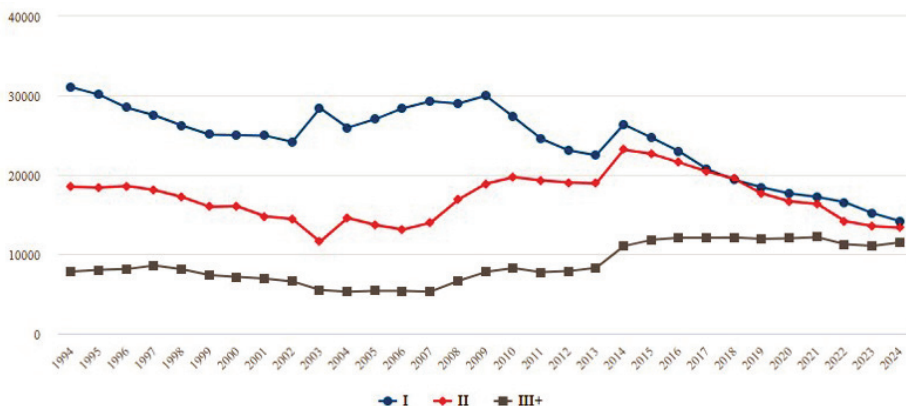
ხანგრძლივი დაკვირვებისა და სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია გრაფიკულ გამოსახულებაზე მოცემული მრუდების მსგავსება აიხსნას საქართველოს მოსახლეობის რეპროდუქციული ქცევის თავისებურებით. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგებით (კვლევა ჩატარდა 2000, 2005 და 2010 წ.) არასახარბიელო დემოგრაფიული განწყობა გამოვლინდა. მრავალი შვილის გაჩენის მსურველები რესპონდენტთა შორის პრაქტიკულად არ გამოვლენილა. გამოკითხული ქალების უმრავლესობა, შესაფერისი პირობების არსებობის შემთხვევაში, ერთი ან ორი ბავშვის გაჩენას შესაძლებლად მიიჩნევდა. გარდა ამისა, გრაფიკულ გამოსახულებაზე მოცემული მრუდების მსგავსება შესაძლებელია აიხსნას იმ გარემოებითაც, რომ, საქართველოში არსებული წეს-ჩვეულებებითა და ტრადიციებით, პირველი ბავშვის დაბადების გადადება სამომავლოდ მიღებული არ არის. ანუ, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, პირველი ბავშვის დაგეგმვის ტრადიცია ჩვენი საზოგადოებისთვის დამახასიათებელი არ არის. უმრავლეს შემთხვევაში ოჯახი, წყვილის ქორწინებისთანავე, მოუთმენლად ელოდება პირმშოს დაბადებას მაშინ, როცა მომდევნო შვილის გაჩენა ოჯახმა შესაძლებელია ხანგრძლივი დროით გადადოს. აღნიშნულის გამო, ძალზე მაღალია დაბადებულთა შორის პირველი ბავშვის ხვედრითი წილი. ოჯახში ბავშვთა რაოდენობის შეზღუდვა და მომდევნო შვილის გაჩენის ხანგრძლივი დროით გადადება უმეტესად მკვიდრ, ავტოქტონურ მოსახლეობას ახასიათებს, რაც შესაძლებელია მომავალში ქვეყნის დემოგრაფიულ პროცესებზე ნეგატიურად აისახოს. 1998 წელს დაბადებულთა შორის პირველი ბავშვის ხვედრითი წილი 52% იყო, ხოლო მე-3 ბავშვის ხვედრითი წილი 11%. 2006 წელს პირველი ბავშვის ხვედრითი წილი გაიზარდა 60%-მდე, ხოლო მე-3 ბავშვის ხვედრითი წილი შემცირდა 9%-მდე. დაბადების რიგი-

სურათი 9. ბავშვთა ხვედრითი წილი დაბადების რიგითობის მიხედვით (%) საქართველო, 1998 – 2006
წყარო: <http://geostat.ge>



სურათი 10. ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა დაბადების რიგითობის მიხედვით, საქართველო, 1994-2024

წყარო: <http://geostat.ge>



თობის მიხედვით, ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა მცირედ შეიცვალა ბოლო 5 წლის განმავლობაში. დაბადებულთა შორის ისევ მნიშვნელოვნად მაღალია რიგით პირველი ბავშვის რიცხოვნობა, თუმცა ბოლო პერიოდში რამდენადმე შემცირებულია რიგით მეორე და მესამე ბავშვის რაოდენობის მატების ფონზე.

ქვეყანაში დემოსოციალური განვითარების ანალიზისას სახიფათო ტენდენციების აღმოჩენის გამო, არაერთხელ გაიმართა მსჯელობა სხვადასხვა სპეციალობის მეცნიერ-მკვლევართა მონაწილეობით. საინტერესოდ განვითარდა მოვლენები და შეიცვალა შობადობის და ქორწინების მაჩვენებლები მას შემდეგ, რაც 2007-2009 წლებში საქართველოს ეკლესიის მეთაურმა მოსახლეობას აღუთქვა ბავშვის მონათლვა იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახში რიგით მესამე და მომდევნო ბავშვი დაიბადებოდა. აღნიშნულ საკითხზე საუბარი უკვე იყო, მაგრამ კვლავ ვუბრუნდებით საკითხს, ვინაიდან უწმინდესის დაპირებას მხოლოდ შობადობის მატება არ მოჰყოლია, არამედ ამავე პერიოდში მოსახლეობის მოძრაობის ამსახველი სხვა პარამეტრების ცვლილებებიც დაფიქსირდა. როგორც უკვე აღინიშნა, შეიცვალა მეორე, მესამე და მომდევნო ბავშვის ხვედრითი წილი დაბადებულთა შორის. გარდა ამისა, **პატრიარქის მიერ მესამე ბავშვის მონათლვის ინიციატივას სხვა პოზიტიური შედეგებიც მოჰყვა. პრესითა და ტელევიზიით საქართველოს საპატრიარქოს მიერ ნათლობის ორგანიზატორებთან წარსადგენი დოკუმენტაციის ნუსხა გამოცხადდა. დოკუმენტაციის ჩამონათვალი, მოსანათლი ბავშვის საბუთების**

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

გარდა, ოჯახის სხვა ბავშვების დაბადების მონობების, ქორწინების მონობის, მშობლების ჯვრისწერის და სხვ. საბუთების წარდგენასაც ითვალისწინებდა. აღნიშნულმა ხელი შეუწყო როგორც დაბადების, ისე ქორწინების აკუმულირებული შემთხვევების სამოქალაქო რეგისტრაციას. დაკვირვებით გამოვლინდა, რომ ბევრმა ოჯახმა მიაკითხა სამშობიარო სახლებს და გამოითხოვა 2007 წლამდე დაბადებული შვილების ცნობა დაბადების შესახებ. ამავე პერიოდში გაიზარდა როგორც რელიგიური, ისე სამოქალაქო წესით რეგისტრირებული ქორწინების რაოდენობა. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ 2007 წლიდან შობადობის მატება ასევე დაფიქსირდა არამართლმადიდებლური აღმსარებლობის მოსახლეობაშიც, რაც ცალკე შესწავლას და ანალიზს მოითხოვს.

ქორწინების მაჩვენებელთან ერთად, სპეციალისტები ყოველთვის განიხილავენ ერთ-ერთ ძირითად დემოგრაფიულ მაჩვენებელს – განქორწინებას. უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე განქორწინების რაოდენობა მცირდება, თუმცა ბოლო რამდენიმე წელია ამ მაჩვენებლის უმნიშვნელო მატება დაფიქსირდა. განქორწინებების დიდი ნაწილი 35 წლამდე ასაკის მოსახლეობაზე მოდის. განქორწინების დაბალი მაჩვენებელი, სპეციალისტთა აზრით, რეალობას არ შეესაბამება. მოსახლეობის ნაწილი, სხვადასხვა მოსაზრებით, თავს არიდებს განქორწინების იურიდიულ გაფორმებას. აღნიშნულს ადასტურებს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დაქორწინებულ, მაგრამ ცალკე მცხოვრებ ქალთა რაოდენობაც. აღსანიშნავია, რომ, ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად, მოსალოდნელია აკუმულირებულ განქორწინებათა ხარჯზე ამ მაჩვენებლის ფაქტიურთან მიახლოება.

შობადობის თაობაზე არსებულ მონაცემთა შორის ყურადღებას იპყრობს ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა დედის ასაკის მიხედვით, საქართველო, 1994-2024 (ცხრილი 3).

დედის ასაკის მიხედვით შობადობის შესახებ არსებული სტატისტიკური მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ გასული საუკუნის 90-იან წლებში მაღალი იყო მშობიარობათა რაოდენობა 20 წლამდე ასაკის გოგონათა შორის. მომდევნო წლებში, კერძოდ, 2000 წლიდან, 20 წლამდე ასაკის გოგონათა შორის მშობიარობის კლების ტენდენცია გამოიკვეთა, რომელიც დღემდე გრძელდება. თუმცა დედის ასაკის მიხედვით მშობიარობათა რაოდენობის ანალიზი მეორე სახიფათო ტენდენციასაც ავლენს. კერძოდ, მატულობს მშობიარობის შემთხვევები 35 წელზე მეტი ასაკის ქალთა შორის, რაც ძალიან საყურადღებოა.

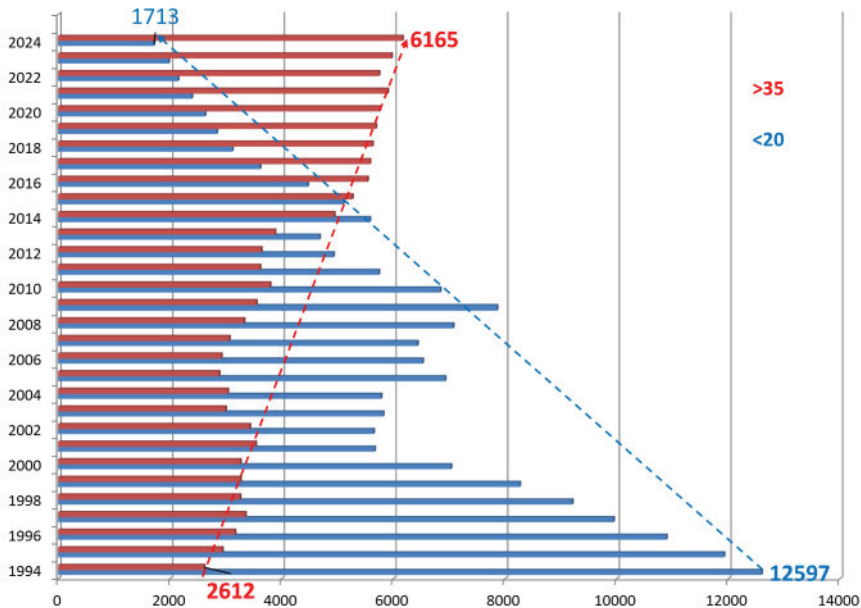
**ცხრილი 3. ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა დედის ასაკის
მიხედვით, საქართველო 1994-2024**
წყარო: <http://geostat.ge>

	სულ	-20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+
1994	57.311	12.597	21.155	12.810	7.444	2.612	624	69
1995	56.486	11.924	20.631	12.723	7.493	2.936	678	101
1996	55.153	10.892	19.958	12.751	7.612	3.162	651	127
1997	54.136	9.945	19.271	12.776	7.484	3.351	859	450
1998	51.491	9.206	18.596	12.279	6.934	3.254	767	455
1999	48.408	8.264	17.449	11.681	6.821	3.262	801	130
2000	48.167	7.032	18.155	11.943	6.779	3.262	857	139
2001	46.620	5.666	18.193	11.147	6.929	3.536	936	213
2002	45.127	5.648	17.376	9.756	7.586	3.429	1.114	218
2003	45.450	5.819	16.218	12.262	7.161	2.995	915	80
2004	45.751	5.782	16.901	12.216	6.772	3.034	899	147
2005	46.063	6.928	16.520	12.036	6.868	2.880	746	85
2006	46.845	6.525	17.386	12.304	6.801	2.919	789	121
2007	48.499	6.433	17.951	12.935	7.312	3.063	725	80
2008	52.442	7.072	19.258	13.993	7.926	3.326	782	85
2009	56.568	7.853	20.381	15.457	8.473	3.544	781	79
2010	55.230	6.841	19.291	15.465	8.862	3.793	893	85
2011	51.565	5.742	18.032	14.963	8.324	3.612	803	89
2012	49.969	4.930	17.116	14.762	8.558	3.634	869	100
2013	49.657	4.678	16.486	14.806	8.797	3.880	897	113
2014	60.635	5.579	19.131	18.257	11.398	4.941	1.148	181
2015	59.249	5.108	17.917	17.739	11.729	5.266	1.311	179
2016	56.569	4.467	15.650	17.613	11.706	5.539	1.386	208
2017	53.293	3.614	13.834	17.350	11.496	5.581	1.285	133
2018	51.138	3.117	12.786	16.548	11.564	5.627	1.344	152
2019	48.296	2.839	11.659	15.287	10.969	5.687	1.500	355
2020	46.520	2.628	10.581	14.476	11.039	5.762	1.620	414
2021	45.946	2.392	10.101	14.112	11.773	5.901	1.477	190
2022	42.319	2.145	9.056	12.340	11.358	5.744	1.417	259
2023	40.214	1.978	7.915	11.153	10.779	5.970	1.786	633
2024	39.483	1.713	7.457	10.532	10.743	6.165	1.972	901

მეან-გინეკოლოგებისთვის, ნეონატოლოგებისთვის და საზოგადო-
ებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთათვის ცნობილია, რომ მშობიარობის
რიცხოვნობის ზრდა როგორც 20 წლამდე ასაკის გოგონებში, ისე 35 წელ-
ზე მეტი ასაკის ქალებს შორის სახიფათო ნიშანია. რეპროდუქციული
ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, ორივე ასაკობრივი კატეგორია მაღა-
ლი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება, ვინაიდან ორსულობის და მშობიარობის
გართულებებით, ასევე მაღალი პერინატალური დანაკარგებით ხასიათ-
დება. 35 წელზე მეტი ასაკის ქალებში მშობიარობის მატება საქართვე-

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

სურათი 11. ცოცხლად დაბადებულთა რაოდენობა <20 და >35 ასაკის ქალებში
წყარო: <http://geostat.ge>



ლოს მოსახლეობისთვის ნაკლებად დამახასიათებელი იყო. აღნიშნული ტენდენცია განვითარებულ ქვეყნებში შეინიშნებოდა, რაც სხვადასხვა ფაქტორითაა განპირობებული. მათ შორის, რამდენიმე განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა: განათლების დასრულება, დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყება, სამსახურებრივი კარიერის შექმნა, ოჯახის გარანტირებული სტაბილური შემოსავლით და მუდმივი საცხოვრებლით უზრუნველყოფა, მაღალი პასუხისმგებლობა შვილის შობის და აღზრდის საკითხის მიმართ. ჩამოთვლილი პირობების შესრულების შემდეგ წყვილი თავს უფლებას აძლევს გააჩინოს შვილი და იზრუნოს ოჯახის ისეთი ახალი წევრის აღზრდაზე, რომელიც ფიზიკურად, სულიერად და ჰარმონიულად განვითარებული იქნება.

ბავშვთა შობის თვალსაზრისით, ქალების გამორჩეული ასაკობრივი კოჰორტები (20-24 და 25-29 წლები) რაოდენობრივად მუდმივად კლებულობს და ამდენად, მომავალში შობადობის მაჩვენებლების კიდევ უფრო გაუარესებაა მოსალოდნელი.

დემოგრაფიული პროცესების ანალიზის საფუძველზე, მოსახლეობის რიცხოვნობის შემცირების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად, ფაქტობრივად, სოციალურ-ეკონომიკური დეტერმინანტები, არასტაბილური გარე-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

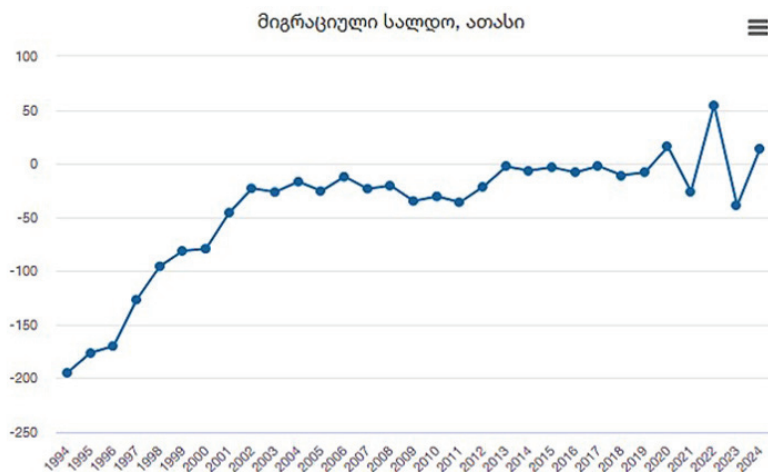
მო, შობადობის კლება, დარგის ექსპერტების მიერ მოსახლეობის გარე მიგრაციაც სახელდება. ქვეყნიდან გასული მოსახლეობის რაოდენობა გავლენას ახდენს სოციალურ-ეკონომიკურ პროცესებზე, მაგრამ კვლევებმა ცხადყო, რომ მიგრაციული პროცესები განსაკუთრებულ ზეგავლენას მოსახლეობის დემოგრაფიულ განვითარებაზე ახდენს, ვინაიდან მიგრანტთა აბსოლუტური უმრავლესობა როგორც სოციალურად, ისე რეპროდუქციულად აქტიური მოსახლეობაა.

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში, ემიგრაციის და იმიგრაციის გამომწვევი ფაქტორები კომპლექსურია და დაკავშირებულია როგორც ეკონომიკურ, სოციალურ და პოლიტიკურ ცვლილებებთან, ისე ადამიანების ინდივიდუალურ გადაწყვეტილებებთან. საქართველოს უახლეს ისტორიაში იყო პერიოდი, როდესაც ემიგრაცია, ძირითადად, ქვეყანაში არსებული არასტაბილური სიტუაციით და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული გარემოებებით (მაგ.: სამოქალაქო ომი, შეიარაღებული კონფლიქტები) იყო გამოწვეული. თუმცა მოგვიანებით ემიგრაციული ნაკადების ზრდაში უფრო მნიშვნელოვანი როლი ეკონომიკურმა და სოციალურმა ფაქტორებმა ითამაშეს. ემიგრაციის სხვა ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის არანაკლებ მნიშვნელოვანია ემიგრანტთა ქსელები საზღვარგარეთ და განვითარებულ ქვეყნებში განათლების მიღების უკეთესი შესაძლებლობები.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, ბოლო 2 წლის განმავლობაში ქვეყნიდან გასულთა რაოდენობის კლება

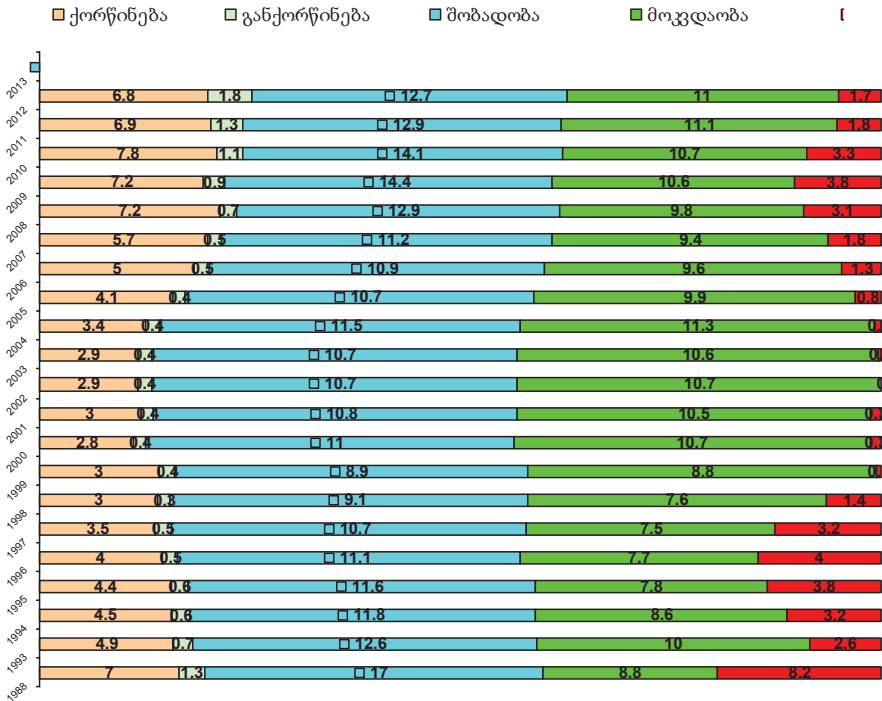
სურათი 12. მიგრაციული სალდო, საქართველო 1994-2024

წყარო: www.geostat.ge



თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

სურათი 13. ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები. საქართველო 1988-2012



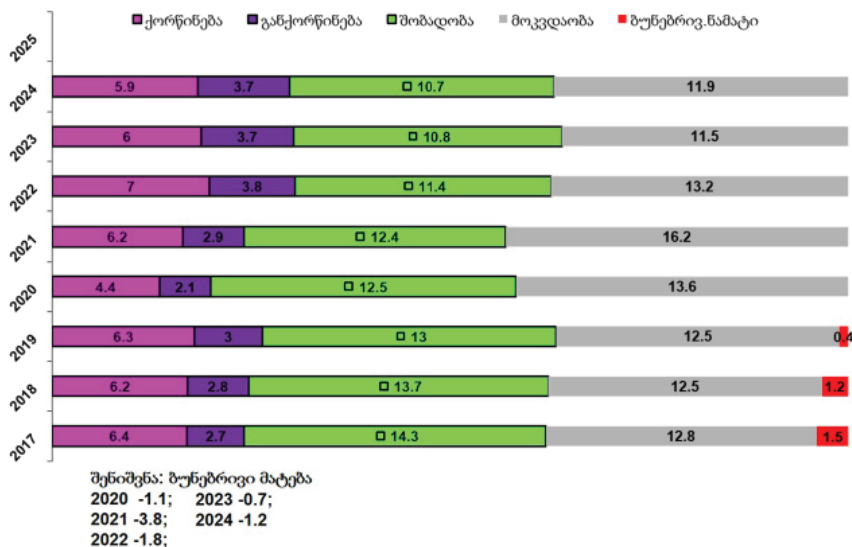
შეიმჩნევა. 2016 წელს გარემიგრაციული სალდო ყოველ 1000 კაცზე იყო – 2.2; 2017 წელს კი – 0.6. კვლევებით დადგინდა, რომ ქვეყნიდან გასულ მოქალაქეთა 70%-ზე მეტი რეგისტრირებულ ქორწინებაში იმყოფება. აღნიშნული ადასტურებს მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ გარე მიგრაცია ქვეყანაში ხელს უწყობს არასრული და, ბავშვის აღზრდის თვალსაზრისით, არაკეთილსაიმედო ოჯახების ხვედრითი წილის ზრდას. ცნობილია, რომ ერთ-ერთი მშობლის გასვლა ოჯახიდან გარკვეულწილად არღვევს იმ მიკროსოციალურ გარემოს, რომელიც აუცილებელია ბავშვის ნორმალური აღზრდა-განვითარებისთვის. ოცნლიან ინტერვალში დაფიქსირებული მონაცემების მიხედვით, დემოგრაფიული პროცესები არცთუ სახარბიელოდ ვითარდება. მე-13 სურათზე გრაფიკულად გამოსახულია ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები 1988-2012 წლებში, სადაც ყურადღებას ბუნებრივი მატების დაბალი მაჩვენებელი იპყრობს. თუ 1988 წელს მოსახლეობის ბუნებრივი მატება 8.7 პრომილეს შეადგენდა, 2012 წელს ეს მაჩვენებელი ყოველ 1000 მოსახლეზე 1.7-მდე შემცირდა.

მე-14 სურათზე წარმოდგენილია ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები 2017-2024 წლებში, რომელიც საქსტატის ოფიციალურად გა-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

სურათი 14. ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები საქართველო 2017-2024

წყარო: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>



მოქვეყნებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას ეყრდნობა. საქსტატის ვებ-გვერდზე (*მოსახლეობა და დემოგრაფია*: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>) განთავსებული მონაცემები მეტყველებს, რომ ქვეყანაში არსებული დემოგრაფიული სიტუაცია არ გაუმჯობესებულა, უფრო მეტიც, ბუნებრივი მატება 2020 წლიდან უარყოფითი მაჩვენებლითაა წარმოდგენილი, რაც ქვეყანაში დემოგრაფიული პოლიტიკის გადახედვას და აქტიური ღონისძიებების დაუყოვნებელ გატარებას მოითხოვს.

ნებისმიერი სახელმწიფოსთვის ადამიანი უმთავრესი კაპიტალია, ამიტომ საზოგადოების დიდი ინტერესი საყოველთაო აღწერის შედეგების მიმართ სრულიად ბუნებრივია. საქართველოში 2024 წლის ნოემბერში ჩატარდა მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა, გამოქვეყნდა აღწერის წინასწარი შედეგები. საბოლოო შედეგების შესახებ ინფორმაციის გამოქვეყნება დაგეგმილია მონაცემთა დამუშავების შემდეგ, 2026 წელს. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატის) მიერ 2025 წლის 25 აპრილს გამოქვეყნებული აღწერის წინასწარი შედეგების მიხედვით, 2025 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა 3 704 500-ს შეადგენს, რაც წინა წლის შესაბამისი პერიოდის მაჩვენებელთან შედარებით 9.9 ათასი კაცით მეტია. ამასთან,

თავი 3. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა

2024 წელს დაფიქსირდა უარყოფითი ბუნებრივი მატება (-4 488) და დადებითი მიგრაციული სალდო (14 386).

საქსტატის ცნობით, საქართველოს მოსახლეობის 48% კაცია, 52% კი – ქალი. სქესთა რაოდენობრივი თანაფარდობის მაჩვენებელი 93-ს შეადგენს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყოველ 100 ქალზე 93 კაცი მოდის. ამასთან, წინა წელთან შედარებით, 2024 წელს სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა უცვლელი დარჩა და 74.9 წელი შეადგინა, მათ შორის, კაცებისათვის – 70.5 წელი, ხოლო ქალებისათვის – 79.3 წელი. საქართველოს მოსახლეობის მედიანური ასაკი 39 წელს შეადგენს.

2025 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, 0-14 წლის მოსახლეობის წილი მთელ მოსახლეობაში 19.2%-ს შეადგენს; შრომისუნარიან ასაკში მყოფი მოსახლეობის წილი (15-64 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) – 64.2%-ს, ხოლო 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი – 16.6%-ს.

მოსახლეობის 61.5% საქალაქო დასახლებებში ცხოვრობს. ამასთან, დედაქალაქის მოსახლეობა მთლიანი მოსახლეობის მესამედზე მეტს შეადგენს, 1.282 მილიონით. მოსახლეობის რეგიონების მიხედვით გადანაწილება ასეთია: ქვემო ქართლი – 438 000; იმერეთი – 433 000; აჭარა – 366 000; კახეთი – 298 000; სამეგრელო-ზემო სვანეთი – 283 000; შიდა ქართლი – 242 000; სამცხე-ჯავახეთი – 140 000; გურია – 100 000; მცხეთა-მთიანეთი – 92 000; რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი – 25 000.

2024 წელს ემიგრანტების რიცხოვნობამ 121 425 კაცი შეადგინა, რაც წინა წელთან შედარებით 50.5%-ით მეტია, ხოლო იმიგრანტების რიცხოვნობა 34%-ით შემცირდა და 135 811 ადამიანი შეადგინა. ამავე პერიოდში, იმიგრანტების 85.6% და ემიგრანტების 85.8% შრომისუნარიან ასაკში მყოფ მოსახლეობას (15-64 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) წარმოადგენენ. 2024 წელს იმიგრანტების 48.2%, ხოლო ემიგრანტების 53.2% საქართველოს მოქალაქეები იყვნენ, დანარჩენთა უმრავლესობა რუსეთის ფედერაციის, უკრაინის, თურქეთის, ინდოეთისა და აზერბაიჯანის მოქალაქეები იყვნენ.

დასკვნა

ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლების მიხედვით ნათლად ჩანს, რომ კლებულობს ქორწინებათა რიცხვი, მატულობს განქორწინებათა რაოდენობა, სტაბილურად მაღალია მოკვდაობის მაჩვენებელი და მცირდება შობადობა, შესაბამისად, ბუნებრივი მატება ბოლო 25 წლის მანძილზე თითქმის 5-ჯერ შემცირდა. ყოველივე აღნიშნულით დასტურდება, რომ

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ქვეყანაში დემოგრაფიული პროცესები არცთუ სახარბიელოდ ვითარდება. არსებული დემოსოციალური სურათი და სამომავლო პროგნოზები მოითხოვს სასწრაფო და ქმედითი ზომების განხორციელებას. უწინარეს ყოვლისა, აუცილებელია ქვეყანაში მიმდინარე პროცესების შესაბამისი დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავება და ცხოვრებაში გატარება. ასევე, ოჯახზე ორიენტირებული სოციალური პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება. სწორი სოციალური და დემოგრაფიული პოლიტიკა მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

მე-3 თავის მომზადების დროს გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

მოსახლეობა და დემოგრაფია. მოძიებულია 2025 წლის 2 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

ბავშვების და მოზარდების სტატისტიკის პორტალი. მოძიებულია 2025 წლის 2 აგვისტოს, მისამართზე: <https://youth.geostat.ge/population.php?lang=ka>

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი, 2021 წ., თავი 6, გვ. 94-118. მოძიებულია 2025 წლის 2 აგვისტოს, მისამართზე: – <https://www.ncdc.ge/#/blog/blog-list/f10b3ffb-da47->

ოთარ გერზმავა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, 2019 წ. თავი 4. მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარება, როგორც ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორი, გვ. 31-49.

თავი 4

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

შესავალი

ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობის კვლევას დიდ ყურადღებას უთმობენ დემოგრაფები, მედიცინის მუშაკები, ფსიქოლოგები, სოციოლოგები და ეკონომისტები, ვინაიდან ქალები და ბავშვები ძალზედ მგრძნობიარედ რეაგირებენ სოციალურ-ეკონომიკური პირობების ცვლილებებზე.

ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობის განმსაზღვრელი ძირითადი სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტებიდან წამყვანია შემოსავლების სიდიდე, განათლების დონე, დასაქმება. მკვლევართა დიდი ჯგუფი ქალთა და ბავშვთა ავადობის საქმეში ერთ-ერთ ძირითად როლს ანიჭებს ოჯახის მატერიალურ მდგომარეობას, საყოფაცხოვრებო პირობებს, მშობლების დასაქმებას და სხვა სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს.

სოციალისტური წყობის კოლაფსის შემდეგ, გაეროს ბავშვთა ფონდის კვლევითი ცენტრი და ევროპის ჯანმრთელობის ობსერვატორია თვალყურს ადევნებს ცალკეულ ქვეყნებში ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობას. ყოველწლიურად ქვეყნდება მოხსენებები, სადაც შუქდება ისეთი საკვანძო საკითხები, როგორებიცაა: ახლად ჩამოყალიბებულ დამოუკიდებელ ქვეყნებში სიღარიბე, დასაქმება, ჯანმრთელობა, განათლება, რისკის ჯგუფის ბავშვები, გარდამავალი პერიოდის სირთულეები და მისი გავლენა ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობაზე. შესწავლილია ცენტრალური, აღმოსავლეთ ევროპისა და კავკასიის 18 ქვეყნის 100 მილიონამდე ბავშვის მდგომარეობა. გაანალიზებულია ეთნოკონფლიქტების, სამოქალაქო ომის, სიღარიბის, გარემოს გაუარესების გავლენა ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობაზე. აგრეთვე რთული სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობის გამო ოჯახების ნგრევის, არასრული ოჯახების წარმოშობის, ბავშვის აღზრდის თვალსაზრისით არაკეთილსაიმედო ოჯახების, მოსახლეობის იძულებითი მიგრაციული პროცესების გავლენა ქალთა და ბავშვთა მდგომარეობაზე. აღსანიშნავია, რომ ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას უპირატესად (თითქმის 80-85%-ით) სწორედ სოციალურ-ეკონომიკური, ბიოლოგიური და გარემო ფაქტორები განსაზღვრავს, სამედიცინო ფაქტორების გავლენა კი 15%-ს არ აღემატება.

მაღალავტორიტეტული კვლევითი ცენტრების მიერ მოწოდებული სარწმუნო მასალების მიხედვით, ქალებისა და ბავშვების მდგომარეობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ეკონომიკურ პოტენციალზე და, ზოგადად, ქვეყანაში ცხოვრების დონეზე.

სამოქალაქო ომისა და ეთნოკონფლიქტების დასრულების შემდეგ, საქართველოს მთავრობამ ეკონომიკური რეფორმების პროგრამების განხორციელება დაიწყო. ეს ითვალისწინებდა მკაცრ მონეტარულ კონტროლს, საგადასახადო სისტემის რეფორმას, დოტაციების მკვეთრ შემცირებას, ფასების ლიბერალიზაციას, სავალუტო და სავაჭრო რეჟიმების რეფორმას, ეროვნული ვალუტის სტაბილიზაციას, საბანკო სექტორის რეფორმას და რეფორმებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში. ჩამოთვლილი ამოცანების გადაჭრა რთული, ხანგრძლივი და მტკივნეული პროცესია, რომელიც მოკლედ ფასდება, როგორც გარდამავალი პერიოდი. მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მათ შორის, ბავშვების ჯანმრთელობაზე გავლენას მრავალი ფაქტორი ახდენს. ინდივიდუალური გენეტიკისა და ცხოვრების წესის გარდა, ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: დაბადების ადგილი, აღზრდის და ცხოვრების პირობები, პროფესია და მუშაობის ადგილი, ასევე, ასაკი, ოჯახი, სქესი, გეოგრაფიული, ფიზიკური და კულტურული ხელმისწვდომობა სამედიცინო სერვისებზე და სხვ.

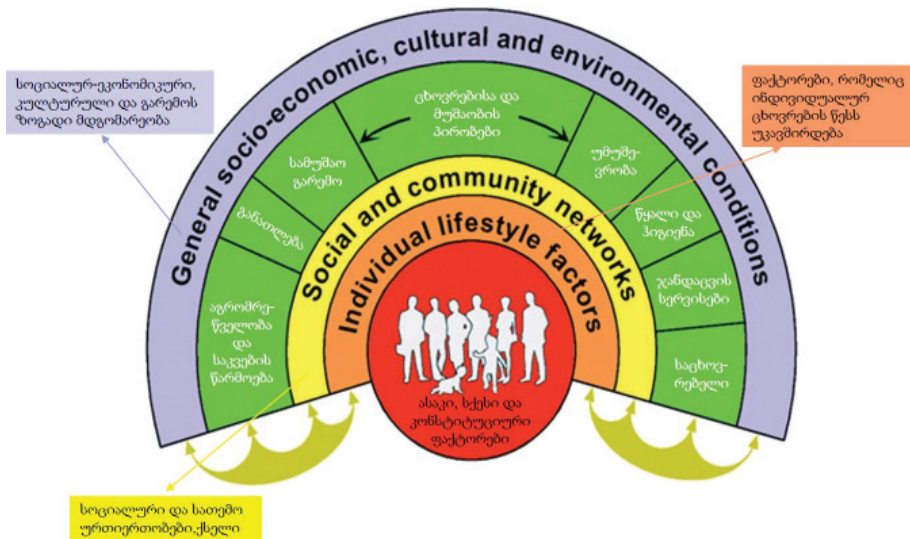
ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფაქტორებიდან ადამიანზე უდიდეს გავლენას ახდენს პიროვნული, სოციალური, ეკონომიკური და გარემო ფაქტორების ფართო სპექტრი. თითოეული ინდივიდის და, მთლიანად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითად განმსაზღვრელ ფაქტორებად მიჩნეულია: ინდივიდის შემოსავალი და სოციალური სტატუსი, ადგილი საზოგადოებაში, განათლება და წიგნიერება, დასაქმება და სამუშაო პირობები, ბავშვობის შთაბეჭდილებები და გამოცდილება, ფიზიკური გარემო, სოციალური მხარდაჭერა და სირთულეებთან გამკლავების უნარები, ჯანსაღი ქცევები, ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა, ბიოლოგია და გენეტიკური მიდრეკილება, გენდერი, კულტურა, რასა/რასიზმი, ზოგადად, სამედიცინო კულტურა. ბავშვის ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს ის ფაქტორიც, თუ რამდენად სასურველი იყო ბავშვის დაბადება ოჯახისთვის. სხვადასხვა გეოგრაფიულ არეალში მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი დეტერმინანტები შესაძლებელია დალაგდეს იმის მიხედვით, თუ რომელი ფაქტორი უფრო დიდ გავლენას ახდენს. თუმცა აზრთა სხვადასხვაობას არ იწვევს და ყველა თანხმდება, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები ძალიან დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის ჯან-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

მრთელობაზე. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიერ სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორების საკმაოდ ვრცელი ჯგუფია განსაზღვრული, რომელიც დაკავშირებულია ინდივიდის როლთან საზოგადოებაში, ასევე, მის განათლებასთან, დასაქმებასთან. დისკრიმინაციის, რასიზმისა და ცხოვრების მანძილზე მიღებული ფსიქოლოგიური თუ ფიზიკური ტრავმის გამოცდილებასთან, ადამიანის ჯანმრთელობაზე, განსაკუთრებით, მოსახლეობის სპეციფიკურ ჯგუფებზე, გავლენას ახდენს ისეთი სოციალური დეტერმინანტები, როგორიცაა საცხოვრებელ არეალში მოსახლეობის სტატუსი: მკვიდრი მოსახლეობა, დევნილი, იძულებით ადგილნაცვალი პირი, თავშესაფრის მაძიებელი, ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი, სხვადასხვა სოციალური ქცევის ინდივიდები, პენიტენციურ დაწესებულებებში განთავსებული და მოსახლეობის სხვა, მონყვლადი, სპეციფიკური ჯგუფები.

ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების, ჯანმრთელობის დეტერმინანტების უკეთ გააზრებას ხელს უწყობს Dahlgren-Whitehead „ცისარტყელა“, რომელიც კარგად ასახავს ურთიერთობას ინდივიდს, მის გარემოსა და ჯანმრთელობას შორის. ეს მოდელი შეიქმნა 1991 წელს გორან დალგრენისა და მარგარეტ უაითჰედის მიერ. ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების ნაკრები კარგად წარმოაჩენს, თუ რა ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გავლენას. ამასთან ერთად, მოდელი ეხმარება მკვლევ-

სურათი 15. ჯანმრთელობის დეტერმინანტები გორან დალგრენისა და მარგარეტ უაითჰედის მიხედვით



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

რებს შეისწავლონ და დაადგინონ, რა განაპირობებს ინდივიდების ჯანმრთელობის მდგომარეობაში განსხვავებებს.

ბავშვთა ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია, რომელიც მჭიდროდ უკავშირდება ქვეყნის ჯანმრთელობის და ეკონომიკური სისტემის განვითარებას. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ 1966 წლის 16 დეკემბერს მიღებული პაქტის „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები“ მე-12 მუხლით რეალურად დადგენილია „ჯანმრთელობის დეტერმინანტები“ – კვება, ბინა, უსაფრთხო სასმელ წყალზე ხელმისაწვდომობა, ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობა, ადეკვატური სანიტარიული მდგომარეობა, უსაფრთხო და ჯანმრთელი სამუშაო პირობები და ჯანმრთელი გარემო.

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზემოქმედებას სხვადასხვა ფაქტორი ახდენს, რომელთაც ჯანმრთელობის დეტერმინანტებსაც უწოდებენ. სამედიცინო ტერმინოლოგიის განმარტებითი ლექსიკონის მიხედვით, დეტერმინანტი (ლათ. determinatio – განსაზღვრა, შემოფარგვლა) არის რაიმეს განმსაზღვრელი, გადამწყვეტი ფაქტორი.

ჯანმრთელობის დეტერმინანტები შეიძლება იყოს: ბიოლოგიური, სოციალური, ეკონომიკური და გარემოსდაცვითი. აღნიშნული ფაქტორები გავლენას ახდენს ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე და ჯანმრთელობაზე. ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზეა დამოკიდებული ის, თუ როგორ იზრდება და ვითარდება ბავშვი, რა სახის ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს ან შეიძლება შეექმნას ცხოვრების მანძილზე.

ბავშვთა ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი დეტერმინანტებია: გენეტიკური ფაქტორები, მემკვიდრეობითი თვისებები, პრენატალური ფაქტორები, სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტები, ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, ფიზიკური გარემო, ჰაერისა და წყლის ხარისხი, მშობლების განათლება, მშობლების დასაქმება, ოჯახში შემოსავალი, ოჯახური მდგომარეობა, სოციალური სტატუსი, ჯანმრთელ საკვებზე ხელმისაწვდომობა, დიეტა და კვება, ჯანმრთელობის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, ფიზიკური აქტიურობის, უსაფრთხო თამაშის და დასვენების სივრცეები, ცხოვრების წესი და ქცევითი ფაქტორები.

1. გენეტიკური ფაქტორები

მემკვიდრეობითი თვისებები: გენეტიკურმა წინასწარგანწყობამ, გენეტიკურმა მიდრეკილებებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს ბავშვის ჯანმრთელობის რისკებზე. გარკვეული ფაქტორების ზეგავლენით შესაძლოა გაიზარდოს ბავშვის ავად გახდომის ან ჯანმრთელობის გაუარესების

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

რისკი. მაგალითად, თუ ბავშვის წინაპრებს ალენიშნებოდათ რომელიმე მემკვიდრული დაავადება, ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია (SCD), ფენილკეტონურია (PCU), დაუნის სინდრომი და სხვ. ბავშვის მშობლებს ან კანონიერ წარმომადგენელს, მეურვეს, სამედიცინო პერსონალი განუმარტავს, რომ ბავშვი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება და ურჩევენ ჩაუტარონ ტესტები, რათა დროულად გამოავლინონ დაავადება და მიიღონ სათანადო ზომები. ბევრ ქვეყანაში ზოგიერთი მემკვიდრული დაავადების გამოსავლენად ახალშობილთა სკრინინგი ტარდება, რაც დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და დროული მკურნალობის შესაძლებლობას იძლევა.

პრენატალური ფაქტორები

ბავშვის ჯანმრთელობაზე შეიძლება გავლენა მოახდინოს მშობლების გენეტიკურმა ჯანმრთელობამ და ნებისმიერმა პრენატალური პერიოდის გართულებამ, მათ შორის იმ დაავადებებმა, რომელთაც თავი იჩინეს ორსულობის დროს და ართულებენ ორსულობის მიმდინარეობას. ასეთი დაავადებებია: ორსულობასთან დაკავშირებული დეპრესია, შფოთვა, ძილის დარღვევები, ანემია, ჰიპო- და ჰიპერთირეოზი; სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება, მათ შორის: დიაბეტი, ეპილეფსია, ჰიპერტენზია, სისტემური დაავადებები, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, ჰეპატიტი B და ჰეპატიტი C, აივ/შიდსი. პრენატალურ პერიოდში ორსულის მიერ გადატანილი სხვა ინფექციები ან ინტოქსიკაცია სხვადასხვა ტოქსიკური ნივთიერებით.

2. სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტები

ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე. დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებს ხშირად აქვთ შეზღუდული წვდომა ჯანდაცვაზე, განათლებასა და ნოყიერ, სასარგებლო და ჯანმრთელ საკვებზე, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს ბავშვების ჯანმრთელობის გაუარესებას.

მშობლების განათლება პირდაპირ კავშირშია ბავშვის ჯანმრთელობასთან: მშობლების განათლების მაღალი დონე დაკავშირებულია ბავშვების ჯანმრთელობის უკეთეს შედეგებთან. განათლებული მშობლები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები ჯანმრთელობის შესახებ, უზრუნველყონ ბავშვის ზრდა-განვითარებისთვის სტაბილური გარემო და მიიღონ წვდომა ჯანმრთელობის დაცვის აუცილებელ სერვისებზე.

საცხოვრებელი პირობები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ბავშვის ჯანმრთელობის ფორმირებაში. საცხოვრებელი სახლის და მისი მიმდებარე ტერიტორიის ხარისხს (საცხოვრებლის სტაბილურობა, უსაფრთხო

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

უბნები და ა.შ.) შეუძლია მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს ბავშვების ჯანმრთელობაზე. ძალადობის ზემოქმედებამ, არასათანადო სანიტარულმა პირობებმა ან გადატვირთულმა საცხოვრებელმა სივრცეებმა შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ბავშვის ჯანმრთელობაზე.

3. ფიზიკური გარემო

ჰაერი, მზე, წყალი და დასვენება: ბავშვის ჯანმრთელობაზე დიდი გავლენა აქვს ჰაერისა და წყლის ხარისხს. გარემოს დაბინძურებამ, ჰაერის დაბალმა ხარისხმა ან დაბინძურებულმა წყალმა შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების დაავადებები, ინფექციები და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები.

ჯანსაღ საკვებზე წვდომა ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია, რომელიც ბავშვის ჯანმრთელობას განსაზღვრავს. ბავშვებს სჭირდებათ ნოყიერი საკვები სათანადო ზრდისა და განვითარებისთვის. ჯანსაღ საკვებზე შეზღუდულმა წვდომამ (როგორიცაა: ცილებით მდიდარი პროდუქტები, ხორცი, თევზი, რძე და რძის პროდუქტები, ახალი ხილი და ბოსტნეული) შეიძლება გამოიწვიოს არასწორი კვება და სიმსუქნე ან, პირიქით, ზრდა-განვითარების შეფერხება და ნონაში ჩამორჩენა. აუცილებელი ნუტრიენტების, ვიტამინების, მიკროელემენტების და მინერალების არასაკმარისი რაოდენობით მიღება შესაძლებელია სხვადასხვა დაავადების განვითარების მიზეზი გახდეს; გამოიწვიოს ავითამინოზი, მხედველობის დაქვეითება, ზოგიერთ შემთხვევაში – სიბრმავე, იმუნიტეტის შესუსტება, კოგნიტური უნარების დაქვეითება და სხვა მრავალი არასასურველი გართულებები.

ბავშვების ჯანმრთელობაზე უდიდეს გავლენას ახდენს უსაფრთხო სათამაშო და დასასვენებელი სივრცეები. რეკრეაციულ ზონებზე, პარკებზე, სპორტულ მოედნებზე, საცურაო აუზებზე და უსაფრთხო ქუჩებზე წვდომა აუმჯობესებს ფიზიკურ აქტიურობას, ჯანმრთელობას, ხელს უშლის ჰიპოდინამიას და ხელს უწყობს ბავშვების კეთილდღეობას.

4. ქცევასთან და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული ფაქტორები

კვება: ბავშვის სისტემატური, ყოველდღიური ქცევა, დიეტა და კვება მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე. ადრეულ ბავშვობაში არასწორმა კვებამ შეიძლება გამოიწვიოს განვითარების შეფერხება, სიმსუქნე და ხელი შეუწყოს ისეთი არაგადამდები დაავადებების განვითარებას, როგორიცაა: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, ნევროლოგიური ცვლილებები და სხვა ქრონიკული მდგომარეობები მოგვიანებით, ზრდასრულ ასაკში. არაერთი მეცნიერული კვლევით დადასტურებულია, რომ ბავშვის დაბალანსებული დიეტა, რომელიც

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

მოიცავს ადეკვატურ ვიტამინებს, მოკროელემენტებსა და მინერალებს, აუცილებელია ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობისთვის, ასევე კოგნიტური უნარების განვითარებისთვის.

ფიზიკური აქტივობა: ბავშვის ზრდა-განვითარებასა და ჯანმრთელობის ფორმირებაში დიდ როლს ფიზიკური აქტივობა ასრულებს. რეგულარული ფიზიკური აქტივობა ხელს უწყობს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, კუნთებისა და ძვლების განვითარებას, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და ამცირებს ქრონიკული დაავადებების (ძვალსაჩსროვანი პათოლოგიები, ტანმედვეგობის დარღვევა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი და სხვ.) რისკის შემცირებას.

ძილი: განუზომლად დიდია ძილის როლი ბავშვის ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაში. დაბადებისთანავე, ახალშობილობის პერიოდიდან ძილი ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ჯანმრთელობას. საკმარისი ძილი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდისთვის, ტვინის განვითარებისა და ემოციური კეთილდღეობისთვის. ძილის უკმარისობამ შეიძლება გამოიწვიოს ქცევითი დარღვევები, კოგნიტური პრობლემები და იმუნიტეტის შესუსტება.

ეკრანთან გატარებული დრო: ეკრანთან გატარებული ჭარბი დრო (ტელევიზორი, ვიდეოთამაშები, სმარტფონები) დაკავშირებულია სიმსუქნესთან, ძილის ცუდ რეჟიმთან და განვითარების პრობლემებთან. ეკრანთან გატარებული დროის მართვა მნიშვნელოვანია დაბალანსებული ცხოვრების ნების შესანარჩუნებლად.

5. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა და სამედიცინო სერვისებზე წვდომა

ბავშვებს, ინტენსიური ზრდა-განვითარების გამო, ხშირად სჭირდებათ კონტაქტი სამედიცინო დაწესებულებებთან. ოჯახის ექიმი ან პედიატრი მეთვალყურეობას უწევს ბავშვს ახალშობილობის პერიოდიდან. ჩვილს (დაბადებიდან 12 თვის ასაკის ჩათვლით) განსაკუთრებით ინტენსიურად ესაჭიროება ექიმის მეთვალყურეობა. მშობლებს სურთ პასუხი მიიღონ კითხვებზე: როგორ იმატებს წონაში ჩვილი? როგორ იზრდება? რამდენია სიგრძეში? როდის უნდა დაიწყოს ვაკცინაცია? როდის დაიჭერს თავს? როდის უნდა თქვას „ალუ“? როდის შეიძლება, რომ ბავშვი დაჯდეს? გარდა ამისა, მშობლების უამრავი კითხვა უკავშირდება: ბავშვის მოვლას, კვებას, გარემოსთან კონტაქტს, ძილს, სითხის მიღებას, ჩაცმას და სხვ. ჩამონათვალი მოწმობს, თუ რამდენად ხშირად ესაჭიროება ბავშვიან ოჯახს ურთიერთობა სამედიცინო პერსონალთან. აღნიშნული კითხვები, როგორც წესი, ჯანმრთელი ბავშვის ზრდა-განვითარების მონიტორინგს ახლავს თან. მაგრამ, რა ხდება მაშინ, როცა ბავშვს ჯანმრთე-

ლობის პრობლემა აქვს, მაგალითად: გულის თანდაყოლილი მანკი, თანდაყოლილი დიაბეტი, ეპილეფსია, ანემია, ბრონქული ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი, ალერგიული რეაქციები, ცელიაკია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები, მენტალური პრობლემები, აუტისტური სპექტრის აშლილობები და სხვა ქრონიკული მდგომარეობები. ბავშვებში ასევე ხშირია ტრავმები, დაცემა და მოტეხილობა. ასეთ ვითარებაში ბავშვი სამედიცინო მომსახურებას კიდევ უფრო ხშირად საჭიროებს. ამდენად, ეჭვს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ ბავშვები სამედიცინო სერვისების ყველაზე ხშირი მომხმარებლები არიან, მაშინაც კი, როცა მათ ჯანმრთელობას არავითარი საფრთხე არ ემუქრება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ბავშვთა ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია.

უთანასწორობა ჯანდაცვაში და ჯანმრთელობის დაცვის დანესებულებებზე წვდომა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია, რომელიც ბავშვის ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას ახდენს. სამედიცინო მომსახურების მიღების საქმეში არსებობს დაბრკოლებები როგორც გეოგრაფიული, ფიზიკური, ისე კულტურული, ენობრივი და ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. უთანასწორობა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიწოდების საქმეში უარყოფით გავლენას ახდენს, ზოგადად, მოსახლეობის, განსაკუთრებით კი ბავშვების ჯანმრთელობაზე. ჯანდაცვაში უთანასწორობას ადგილი აქვს როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე ქვეყანათა შორის, რაც ბავშვებისთვის ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიწოდებას სერიოზულად ზღუდავს. ჯანდაცვის სერვისებთან (პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებები, საოჯახო მედიცინის ცენტრები, საავადმყოფოები, პედიატრიული კაბინეტები, ვაქცინაციის ცენტრები, ანტირაბიული სამსახურები, რეაბილიტაციურ-გამაჯანსაღებელი კლინიკები) სიახლოვე და ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელმისაწვდომობა გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა იმისათვის, რომ ბავშვებმა დროულად მიიღონ საჭირო სამედიცინო მომსახურება და ზრუნვა.

6. კულტურული და საზოგადოებრივი გავლენა

სამედიცინო სერვისების მიღებაზე საზოგადოების წევრთა კულტურული შეხედულებები, წეს-ჩვეულებები, აღმსარებლობა და პრაქტიკა დიდ გავლენას ახდენს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. სხვადასხვა კულტურას ჯანმრთელობის მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულება აქვს, რამაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს ბავშვების მოვლაზე, ჰიგიენური პროცედურების ჩატარების სიხშირეზე, ჩაცმაზე, კვებაზე, ფიზიკურ აქტივობასა და ჯანდაცვის სერვისების მიღებაზე.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

საზოგადოების მხარდაჭერას და თემის აქტიურობას დიდი გავლენის მოხდენა შეუძლია ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. სოციალურ ქსელებს, მათ შორის ოჯახს, მეგობრებსა და საზოგადოებრივ ჯგუფებს, შეუძლიათ ბავშვებისთვის მხარდაჭერის, რესურსებისა და დაცვის შეთავაზება. ძლიერი საზოგადოებრივი ქსელები ხშირად ხელს უწყობენ უფრო უსაფრთხო გარემოს, ჯანმრთელობის საკითხების უკეთ გაცნობიერებას, უკეთესი სამედიცინო კულტურის ჩამოყალიბებას და განათლებას, ასევე სოციალური მომსახურების გაუმჯობესებას.

სკოლა და განათლება: სკოლამდელი დაწესებულებები და სკოლები ცენტრალურ როლს ასრულებენ ბავშვების ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაში. აღმზრდელობით-საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სათანადო პირობების შექმნას შეუძლია ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. კერძოდ, ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შესაძლებელია ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობით, დაბალანსებული კვების უზრუნველყოფით და ფსიქიკური კეთილდღეობის მხარდაჭერით, ასევე ჯანმრთელობის თემებზე კონსულტაციებით და საგანმანათლებლო პროგრამების მეშვეობით. სკოლაში სასწავლო გარემო, ეზო, გამწვანება, სკოლის შენობის ინფრასტრუქტურა, განათება, სასკოლო ინვენტარი, მერხები, სახელმძღვანელოები და სხვ. ბავშვებს თავიდან აარიდებს ბავშვთა ასაკის ისეთ გავრცელებულ დაავადებებს, როგორიცაა: მხედველობის დაქვეითება, სქოლიოზი, სხეულის წონასთან დაკავშირებული პრობლემები, ენტერობიოზი (ნაწლავთა პარაზიტული დაავადება) და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები.

7. გარემო ფაქტორები

ძალადობა: ფიზიკურ, ემოციურ ან სექსუალურ ძალადობას შეიძლება ხანგრძლივი გავლენა ჰქონდეს ბავშვის ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებს სტრესთან და ტრავმასთან დაკავშირებული დარღვევების განვითარების უფრო მაღალი რისკი აქვთ.

სტიქიური უბედურებები ან კონფლიქტი: ომის, სტიქიური უბედურებების ან იძულებით გადაადგილების შედეგად დაზარალებულ რეგიონებში მცხოვრები ბავშვები სერიოზული ჯანმრთელობის რისკების წინაშე დგანან. მათ შორის, ბავშვის ჯანმრთელობაზე ყველაზე დიდი გავლენა აქვს არასრულფასოვან კვებას, ფსიქოლოგიურ ტრავმას და ჯანდაცვის ბაზისურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას. ასევე, სოციალურ გარიყულობას და სოციალურ ინტეგრაციის სირთულეებს, ძლიერ სტრესს, მშობლების დაკარგვას, ოჯახისაგან დაშორებას, რაც ხშირად თან ახლავს ომს, კონფლიქტებს, დევნილობას და დაძაბულობას.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

კლიმატის ცვლილება დიდ გავლენას ახდენს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე, რომელიც სულ უფრო მეტად აღიარებულია, როგორც ბავშვთა ჯანმრთელობისთვის საფრთხის შემცველი ფაქტორი. ექსტრემალური ამინდის მოვლენებმა, დაავადებების გადამტანების (მაგ., მალარიის გადამტანი კოლოების) ზემოქმედებამ და კლიმატის ცვლილებებთან დაკავშირებულმა საკვების დაუცველობამ, სასმელი წყლის ნაკლებობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს ბავშვების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე.

8. ბავშვობის პერიოდში გადატანილი უარყოფითი განცდები და ნეგატიური მოვლენები

ბავშვობაში მიღებული უარყოფითი გამოცდილება (ACEs) მიჩნეულია ბავშვის ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტად.

ACE-ები, როგორიცაა: ბავშვის უყურადღებოდ დატოვება, ძალადობა ბავშვზე, ბავშვის მოსმენის ან მისი თხოვნების უგულვებელყოფა, ოჯახური კონფლიქტი, მშობლებისაგან განცალკევება, მშობლების დაშორება, მშობლებთან ურთიერთობის დეფიციტი, მშობლების სიყვარულისა და სიბოძის ნაკლებობა ან ოჯახური დისფუნქცია (მაგ., ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება, ფსიქიკური დაავადება ან ოჯახის წევრის პატიმრობა) მჭიდრო კავშირშია ბავშვობაში და ზრდასრულ ასაკში ნეგატიურ შედეგებთან. ამ გამოცდილებამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ბავშვის ემოციური სფეროს ჩამოყალიბებაზე, ემოციების მართვაზე, კოგნიტური უნარების განვითარებაზე და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, კონფლიქტურ ან არასრულ ოჯახში აღზრდილი ბავშვები ხშირად ავადმყოფობენ, ფსიქოემოციურ ლაბილობას ავლენენ, ძნელად ემორჩილებიან საგანმანათლებლო დაწესებულების წესებს და რეგულაციებს; ცალკეულ შემთხვევაში, ხვდებიან ძნელად აღსაზრდელ და კანონთან კონფლიქტში მყოფ ბავშვთა დაწესებულებებში.

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს კლიმატის ცვლილება, ბიომრავალფეროვნების დაკარგვა და გარემოს დაბინძურება. ბავშვები ცხოვრობენ ეპოქაში, რომელიც ხასიათდება უპრეცედენტო გარემოსდაცვითი გამოწვევებით. აღნიშნული კრიზისი მყისიერ და სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ბავშვებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, განსხვავებულად მოქმედებს მათ ჯანმრთელობაზე, უსაფრთხოებაზე, კეთილდღეობასა და სამომავლო პერსპექტივებზე. როგორც საზოგადოების ყველაზე ახალგაზრდა და მოწყვლადი წევრები, ბავშვები განსაკუთრებით დაუცველნი არიან კლიმატის ცვლილებასთან დაკავშირებული კატასტროფების მიმართ, როგორიცაა: ექსტრემალური ამინდი, მზარდი ტემპერატურა და გარემოს დეგრადაცია. აქედან გამომდინარე, არსებული

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

გამოწვევების დასაძლევად საჭიროა გადაუდებელი, ინტეგრირებული, სამართლიანი, მიზნობრივი და ტრანსფორმაციული ქმედებები, რათა ყველასთვის უზრუნველყოფილ იქნეს მდგრადი და მედეგი მომავალი.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა შემცირდა, ეს საკითხი კვლავ პრობლემად რჩება ქვეყნისთვის. ბავშვთა ავადობის და სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზთა შორის უპირატესად წარმოდგენილია სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები, ასევე ჯანმრთელობასთან ასოცირებული მდგომარეობები, როგორიცაა: დღენაკლულობა, ნაყოფის განვითარების შეფერხება და თანდაყოლილი ანომალიები. ბავშვთა მოვლის გაუმჯობესების მიმართულებით ქვეყანამ არ დაიშურა მნიშვნელოვანი ძალისხმევა, ვინაიდან ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საზოგადოების კეთილდღეობას ყველაზე ნათლად ასახავს. ოჯახთან დაკავშირებული საკითხების განხილვა ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლის ერთგვარი წინაპირობაა. ბავშვთა ჯანმრთელობა პირდაპირ კავშირშია ოჯახის ჯანმრთელობასთან, ოჯახის სიძლიერესთან, კეთილდღეობასთან და ოჯახური ურთიერთობების სიმტკიცესთან.

ბავშვის ჯანმრთელობის ფორმირება ოჯახიდან იწყება. ოჯახში არსებული სიტუაცია და დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორებია, რომლებიც უდიდეს გავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე.

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების უკეთ შესწავლის მიზნით, პირველ რიგში, განხილული იქნება ოჯახის განმარტება, ოჯახის მნიშვნელობა და წვლილი როგორც სახელმწიფოს, ისე, მთლიანად, საზოგადოების განვითარების პროცესში, ოჯახის გავლენა ბავშვის ჯანმრთელობაზე. ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით აღნიშნულია, რომ ოჯახს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის ფორმირების პროცესში. წინამდებარე თავში მოკლედ არის წარმოდგენილი ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლების განმარტებები და გამოთვლის მეთოდოლოგია; მოცემულია სტატისტიკური მონაცემები, რომელიც წარმოაჩენს დემოგრაფიული პროცესების მიმდინარეობას როგორც მსოფლიოში, ისე საქართველოში; აღწერილია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე, ასევე საქართველოში; წარმოდგენილია დედათა და ბავშვთა საკითხების შესწავლის პრინციპები; განხილულია დედათა გარდაცვალების მიზეზები, დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები მსოფლიოში და საქართველოში; განხილულია მდგრადი განვითარების მიზნებიდან ის ძირითადი საკითხები, რომლებიც დედათა და ბავშვთა

ჯანმრთელობას ეხება. წინამდებარე თავის დასასრულს საუბარია იმ საფრთხეების თაობაზე, რომელიც 21-ე საუკუნის მსოფლიოში მიმდინარე გლობალიზაციის პროცესის თანმდევია და რომელთა გათვალისწინება ხელს შეუწყობს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ევროპის ქვეყნებში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის გაძლიერება, მდგომარეობის შესაბამისი პოლიტიკის გატარება და პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვა ძირითადად მე-19 საუკუნის ბოლოდან დაიწყო. ამ პერიოდში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა უკვე განიხილებოდა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი. ამავე პერიოდში უკვე ცნობილია, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორებიდან ყველაზე დიდ ზეგავლენას ოჯახი და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები ახდენს. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორებიდან ასევე სახელდება გარემო ფაქტორები, ვინაიდან ამ უკანასკნელს უდიდესი გავლენა აქვს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლის დროს ყურადღება ექცევა ისეთ ფაქტორებს, როგორიცაა: ქალთა და ბავშვთა საცხოვრებელი გარემო, ოჯახში ჰიგიენის დაცვის შესაძლებლობა, სრულფასოვანი კვება, ოჯახის წევრთა შორის ურთიერთობები, ქალის შრომის პირობები, ქალის განათლება, სიღარიბე, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა მშობიარობამდე, მშობიარობა კვალიფიციური პერსონალის თანხლებით, მშობიარობა სახლის პირობებში და სხვ.

დედათა და ბავშვთა კეთილდღეობა პირდაპირ კავშირშია ქვეყნის განვითარების დონესთან. ოჯახზე ორიენტირებული სოციალური პოლიტიკა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნულის დასტურად შესაძლებელია განხილულ იქნეს ქალებსა და ჩვილებზე ზრუნვა მე-19 საუკუნის საფრანგეთში. ამ პერიოდში საფუძველი ჩაეყარა სამედიცინო სერვისებისაგან გარკვეულწილად განცალკევებულ პრევენციულ ზრუნვას ქალებსა და ბავშვებზე. ინდუსტრიულად განვითარებულ ქალაქებში, ბავშვის აღზრდის თვალსაზრისით არაკეთილსაიმედო უბნებში ე.წ. „რძის სადგურები“ შეიქმნა. ამავე პერიოდში დაწესდა სოციალური დახმარება, რომელიც ეძლეოდა იმ დედას, ვისი შვილიც 1 წლის ასაკს მიაღწევდა. სოციალური დახმარების დანიშნამ ოჯახებს მოტივაცია შეუქმნა, რათა უფრო მეტად ეზრუნათ ჩვილებზე და ბავშვის მოვლა-აღზრდის საკითხებისთვის უფრო მეტი ყურადღება დაეთმოთ. ამ ღონისძიების შედეგად, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე 300-დან 200-მდე შემ-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში ცირდა. გონივრულმა ორგანიზაციულმა ღონისძიებებმა ძუძუთი კვებასა და ოჯახში ჩვილების მოვლას შეუწყო ხელი, რამაც ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შეამცირა.

გასული საუკუნის 60-იან წლებში მთელ მსოფლიოში დაიწყო დედათა და ბავშვთა ავადობის და მოკვდაობის მაჩვენებლების შემცირების ტენდენცია, რაც მეცნიერული მიღწევების, სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების, ახალი ვაქცინების, ანტიბიოტიკების და ახალი სამკურნალო-პროფილაქტიკური საშუალებების კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვას უკავშირდება. განვითარებულ ქვეყნებში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კონცეფციის შემუშავებას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სწორი პოლიტიკის გატარებას, ასევე, სამედიცინო დახმარებისა და პრევენციული ღონისძიებების პროგრამების განხორციელებას დედათა და ბავშვთა ავადობისა და მოკვდაობის მაჩვენებლების მკვეთრი კლება მოჰყვა. განვითარებად ქვეყნებში დედათა და ბავშვთა ავადობისა და მოკვდაობის შემთხვევების კლების მიუხედავად, კვლავ რთული მდგომარეობა რჩება, რამაც მკვეთრად გაუსვა ხაზი ქვეყანაში ცხოვრების დონის, ოჯახის (კომლის, შინამეურნეობის) სოციალური მდგომარეობის მნიშვნელობას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის საქმეში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლა სტატისტიკური მონაცემების ძირფესვიან ანალიზსა და ინტერპრეტაციას ეფუძნება, ამდენად, აუცილებელია განხილულ იქნეს საკითხი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემების შეკრების სისტემის შესახებ.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემების მიღების წყაროები

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო

გარდაცვალების რეგისტრაცია საქართველოში რეგულირდება საქართველოს კანონით „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ (15.10.1998 №1644). 1998 წლიდან, როდესაც კანონში შევიდა გარკვეული ცვლილებები, მონაცემთა მართვაზე პასუხისმგებელია იუსტიციის სამინისტროში შემავალი სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო. გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაცია დაფუძნებულია გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობაზე, რომელსაც გასცემს სამედიცინო დაწესებულება. გარდაცვალების დადასტურება ხდება სასამართლო ექსპერტიზით, სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის აქტების საფუძველზე.

2009 წლიდან რეგისტრაციის სისტემა შედარებით გაუმჯობესდა (15.12.2009 №2321). მოქმედი ნორმატიული აქტის საფუძველზე ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლებს დაეკისრათ მომხდარი შემთხვევის რეგისტრაციის ვალდებულება გარდაცვალების ფაქტიდან ხუთი სამუშაო დღის განმავლობაში.

2010 წლის აპრილიდან გარდაცვალების შესახებ შეტყობინება იმავე ვადაში სავალდებულო გახდა ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის, მიუხედავად საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა. იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე დაწესებულება გადააცილებს შემთხვევის რეგისტრაციისათვის კანონით გათვალისწინებულ ვადას, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო უფლებამოსილია პასუხისმგებელი პირები დააჯარიმოს 500 ლარის ოდენობით. ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებით (23.03.2003 №54/N) დამტკიცებული, ქალაქში დაფუძნებული ფორმატის სამედიცინო ცნობა სიკვდილის შესახებ მოქმედი იყო 2011 წლამდე. იგი ხელმისაწვდომი იყო რეგიონალურ სამსახურებსა და თვითმმართველობებში, სადაც მიჰქონდათ გარდაცვლილთა ახლობლებს. 2011 წლის აპრილიდან, ახალი საკანონმდებლო რეგულაციების მიხედვით, სამედიცინო ცნობა გარდაცვალების შესახებ გაიცემა მხოლოდ ელექტრონულად (15.12.2010 №4051, ძალაში შევიდა 2011 წლის 3 იანვრიდან). მოცემული ფორმატი დამტკიცებულ იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციით. მონაცემების შეგროვების მიზანი განისაზღვრა იმგვარად, რომ გამოიკვეთოს სიკვდილის პირველადი (UCOD) და სხვა მიზეზები და აისახოს ავადმყოფობით გამოწვეული პათოლოგიური მდგომარეობების ჯაჭვი, რომელიც დაკავშირებულია გარდაცვალებასთან, უბედურ შემთხვევებთან ან ძალადობასთან, რამაც გამოიწვია ფატალური დაზიანება. გარდაცვალების დოკუმენტის რეგისტრაციის ჩანაწერი (ქალაქის სახით ან ელექტრონულად) იგზავნება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში, ხოლო მეორე ასლი (ქალაქის დოკუმენტი) ინახება რეგიონულ ოფისში, სადაც გარდაცვალება დაფიქსირდა. სამოქალაქო აქტების რეგისტრაცია, მათ შორის, გარდაცვალების, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს ერთიანი ელექტრონული ბაზის გათვალისწინებით არის შედგენილი. სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო წარადგენს გარდაცვალების შეტყობინებების ჩანაწერების ელექტრონულ ბაზას, სადაც ასევე შედის გარდაცვალების შესახებ არსებული სამედიცინო ცნობები. ბაზა ასევე იგზავნება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში (NSO), რომელიც ითხოვს კვარტალურ მონაცემებს.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, წარმოადგენს სტატისტიკის მწარმოებელ და სტატისტიკური ინფორმაციის გამავრცელებელ დაწესებულებას, რომელიც თავის საქმიანობას დამოუკიდებლად ახორციელებს. სამსახური შექმნილია საქართველოს „ოფიციალური სტატისტიკის შესახებ“ 2009 წლის კანონის საფუძველზე. ორგანიზაციის მთავარი მიზნებია: მონაცემთა შეგროვება, რედაქტირება, გადამუშავება, შენახვა, ანალიზი და სტატისტიკური მონაცემების გავრცელება.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) ერთ-ერთი მოვალეობაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ეპიდზედამხედველობა. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ მონაცემებს აგროვებს სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი. 1996 წლიდან დეპარტამენტი აგროვებს მონაცემებს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობაზე, ყველა სამედიცინო დაწესებულებიდან ყოველთვიური და წლიური პერიოდულობით. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ყოველთვიურად ბარდება ანგარიში პერინატალური, ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის, ასევე, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის შესახებ. მონაცემები გროვდება აგრეგირებული ფორმების სახით, რაც გარკვეულ შეზღუდვებს ქმნის ანალიზის შესაძლებლობების თვალსაზრისით. 2012 წლიდან დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალების გარდაცვალების ზედამხედველობის სისტემას. 2015 წლიდან სისტემაში ასევე ხდება 5 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რეგისტრაცია. შეტყობინებები გროვდება დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ ინტეგრირებულ სისტემაში (EIDSS). შეტყობინებების მიწოდება ხდება ჯანდაცვის რაიონული ცენტრების მიერ, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან შეაგროვონ ინფორმაცია ადგილობრივი სამედიცინო დაწესებულებებიდან.

2016 წელს შეიქმნა ახალი ელექტრონული რეგისტრი – „ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული“, ე.წ. „ქართული დაბადების რეგისტრი“ (Georgian Birth Registry GBR).

მოკლე ინფორმაცია საქართველოში დაბადების რეგისტრის შესახებ

დაბადების სამედიცინო რეგისტრი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესების საშუალება

ჯანმრთელობა ადამიანის ძირეული უფლებაა. ეს დეფინიცია ყველასთვის ერთიანია. მოსახლეობის განვითარებისთვის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პრიორიტეტული საკითხია. 2000 წელს გაერთიანებული ერების 189 წევრი სახელმწიფოს მიერ შემუშავებულ ათასწლეულის განვითარების მიზნებში მან მნიშვნელოვანი ადგილი დაიჭირა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია მეოთხე (ბავშვთა სიკვდილობის შემცირება ორი მესამედით და ამ მაჩვენებლის 31-მდე დაყვანა ყოველ 1000 გარდაცვლილზე ხუთი წლის ასაკისთვის) და მეხუთე მიზანი (დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება სიკვდილობის სამი მეოთხედის შემცირებით და უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მიღწევით). ჩატარებული ღონისძიებების და აქტივობების მიუხედავად, დღესდღეობით ეს ორი მიზანი მსოფლიო მაშტაბით ჯანდაცვის სისტემების ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა. დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის და ავადობის შესახებ ინფორმაცია აუცილებელია რესურსების ადეკვატური მობილიზაციისა და მოზიდვისთვის და ათასწლეულის განვითარების მიზნების პროგრესულად განვითარებისათვის (Hogan C. M. at el, 2010). 2008 წელს 3,65 მილიონით ნაკლები ბავშვი გარდაიცვალა, ვიდრე 1990 წელს, თუმცა სიკვდილობა კვლავ მაღალია ახალშობილებში (ნეონატალური პერიოდი) და შედარებით მცირეა პროგრესი. ამ გამოწვევის სრულყოფილად პასუხის გასაცემად, ერთ-ერთი აუცილებელი ნაბიჯია ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება და გაუმჯობესება ეროვნული და სუბეროვნული მონაცემთა ბაზების ფორმირებით, რომლებიც ასახავენ და გამოავლენენ ჯანდაცვის სისტემის სრული მოცვის და ხელმისაწვდომობის ხელის შემშლელ ბარიერებს, მეთვალყურეობის პრობლემებს და სერვისების მიწოდების ხარისხს. გამართულად მომუშავე ჯანდაცვის სისტემა მოითხოვს სრულყოფილ ინფორმაციას და მეთვალყურეობის სისტემას (United Nations Development Group, Thematic Paper on MDG 4, 5 and 6, 2009). ბევრი სხვადასხვა სახის სამედიცინო რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელია ჯანმრთელობის და ჯანდაცვის სხვადასხვა საკითხზე ინფორმაციის მოგროვება, მათ შორის: პაციენტების მეორადი მონაცემები სპეციფიკურ დაავადებაზე, სიმპტომზე, სამედიცინო რეჟიმზე და სამედიცინო პროცედურებზე. ტერმინი *რეგისტრი* ფართოდ გამოიყენება ნებისმიერი მონაცემთა ბაზის აღსანიშნავად, რომელიც ინახავს პაციენტების შესა-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

ხებ სხვადასხვა ტიპის ინფორმაციას. მაგალითად, სამეცნიერო სტატიები, რომლებშიც კვლევა დაფუძნებულია სამედიცინო რეგისტრებიდან ამოღებულ მონაცემებზე, 2007 წლისათვის MEDLINE-ში 88,000-ია, ხოლო PubMed-ში – 43,000.

მიუხედავად ერთნაირი სახელისა, რეგისტრი შეიძლება იყოს მრავალფუნქციური და სხვადასხვა დანიშნულების, დაწყებული ბიოსამედიცინო ინფორმატიკის და ეპიდემიოლოგიური კვლევებისთვის განკუთვნილი, დამთავრებული ეპიდემიოლოგიურ და მტკიცებით მედიცინაზე დაფუძნებული კვლევებისთვის (Drolet et al, 2008). თუმცა ტექნოლოგიურ პროგრესთან ერთად, მონაცემთა მოგროვების ტექნიკა დაიხვეწა და ხელით გაკეთებული ჩანაწერები ჩანაცვლდა კომპიუტერული პროგრამებით. ტერმინი *რეგისტრი* იგივე დარჩა. ყველაზე ახალი განმარტება ამ ტერმინისა მოცემულია Arts et al (2002) მიერ: „მკაფიოდ გამოყოფილი დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის მონაცემების ნაკრების სისტემატური მოგროვება პაციენტების, რომელთაც აქვთ სპეციფიკური ჯანმრთელობის მახასიათებლები, რომელთა შენახვაც ხდება ცენტრალურ მონაცემთა ბაზაში შემდგომი მიზნებისათვის“.

ნებისმიერი სამედიცინო რეგისტრის ერთ-ერთი მოთხოვნაა, რომ მონაცემთა გამოყენების პროცესში მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი სტანდარტული პროცედურების რაოდენობა და გადახრის საშუალება და, შესაბამისად, დაცულ იქნეს მონაცემთა უსაფრთხოება და კონფიდენციალობა. მაგალითისთვის, აშშ-ში ეს ასახულია Health Insurance Portability and Accountability Act-ში (HIPAA), United States Federal Law-ს ფარგლებში.

გამომდინარე რეგისტრის მნიშვნელობიდან, ის შეიძლება ემსახურებოდეს ინდივიდუალურ პაციენტს, სამედიცინო პროვაიდერს, სადაზღვევო კომპანიას, ინდუსტრიას და მთავრობას. ქრონიკული დაავადებების რეგისტრები (მაგ., დიაბეტი) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემას ხელს უწყობს, რომ გამოავლინოს ის პერსონები, რომელთაც სჭირდებათ გამოკვლევა ან არ იღებენ მკურნალობისა და ზრუნვის შესაბამის დონეს/ხარისხს. რეგისტრის მიერ აღრიცხული ინდიკატორები მეცნიერების განხილვის, მათ მიერ კვლევის და ანალიზის წარმოების საკითხია, რომლის შედეგებსაც ხშირად ეროვნული ორგანიზაციები ასაჯაროებენ, მაგალითად, ხარისხის შეფასების ეროვნული კომიტეტი (National Committee for Quality Assurance, USA) (Katz et al, 2014). ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და რეგიონებში, სამთავრობო სააგენტოებს ან სხვა ოფიციალურ ორგანიზაციებს შექმნილი აქვთ სპეციფიკური მდგომარეობების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებისათვის კონკრეტული სპეციფიკის მქონე რეგისტრები (სიმსივნე, ტუბერკულოზი, თანდაყოლილი ან სამშობიარო

დეფექტები და სხვა). სიმსივნესთან ასოცირებული ყველაზე ხანდაზმული სამედიცინო რეგისტრი აშშ-ში არის კონექტიკუტის შტატში, რომელიც იმართება კონექტიკუტის ჯანდაცვის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ. ამ შტატში მაცხოვრებელი ნებისმიერი მოქალაქე, რომელსაც დაესვა სიმსივნის დიაგნოზი, რეგისტრირებულია სისტემაში 1935 წლიდან და შეტანილია არა მარტო სამედიცინო ჩანაწერები, არამედ მონაცემები პათოლოგიური გამოკვლევებიდან და რისკფაქტორების შესახებ. თავის მხრივ, კონექტიკუტის და სხვა შტატების რეგისტრები ქმნიან სიმსივნის რეგისტრების ერთიან ქსელს, რომელსაც მეთვალყურეობას უწევს ნაციონალური კიბოს ინსტიტუტი და ახორციელებს ერთიანი ზედამხედველობის, ეპიდემიოლოგიისა და საბოლოო შედეგების მეთვალყურეობას (Surveillance, Epidemiology and End Results – SEER). მაგრამ, რეალურად, აშშ-გან განსხვავებით, ევროპაში, ჰამბურგში არის კიბოს პირველი რეგისტრი, დაფუძნებული 1927 წ. გარდა ამისა, საკმაოდ საინტერესოა ტრავმების რეგისტრი, დაარსებული 1970 წ. – Cook Country Hospital-სა და მთლიანი სახსრის ართროპლასტის რეგისტრი, მეიოს კლინიკაში.

მნიშვნელოვანია ევროპის გამოცდილება, სადაც, მეცნიერების ხელშეწყობის პროექტის ფარგლებში, მონაცემთა ორგანიზებული, უკეთესი და ეფექტური წვდომისთვის შევდეთმა თითქმის გააორმაგა რეგისტრების რაოდენობა – მხოლოდ 4 წლის, 2001-2005 წ. პერიოდში, 40-დან 70-მდე. 2009 წელს დანიის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა და სამხრეთ დანიის უნივერსიტეტმა დააარსა რეგისტრებზე დაფუძნებული პოპულაციის ჯანმრთელობის კვლევის ევროპული ცენტრი ECREPH, სადაც 2010 წელს თავი მოუყარეს დანიაში არსებულ 35 სხვადასხვა რეგისტრს. მონაცემები გროვდება როგორც დანიურ, ისე ინგლისურ ენაზე (Sortso et al, 2011).

ყველა რეგისტრი, ამავე დროს, მონაცემთა ბაზაა, თუმცა მონაცემთა ბაზა ყოველთვის არ არის რეგისტრი, რადგან შესაძლოა არ აკმაყოფილებდეს გარკვეულ პირობებს.

განსხვავებით სხვა სტატისტიკური სისტემებისგან, რეგისტრი აუცილებელია აკმაყოფილებდეს 5 პირობას, რათა იგი არ იყოს მხოლოდ მონაცემთა ბაზა ან ჩვეულებრივი რუტინული სტატისტიკური პროგრამა:

1) მონაცემები სხვადასხვა პაციენტისგან, პროვაიდერისგან და მომხმარებლისგან არის კომბინირებული და აგრეგირებული. აგრეგირება ხელს უწყობს სხვადასხვა ფუნქციის განხორციელებას, მათ შორის, მოხმარების პროცედურების შეფასებას, გამოსავლის ანალიზს, ექიმების პერფორმანსის მეთვალყურეობას და მოსახლეობის ჯანმრთელობის ტრენდების ცვლილების კონტროლს.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

2) მონაცემთა სისტემატიზება, რაც გამოიხატება იმაში, რომ ნებისმიერ ადგილზე ნებისმიერი პირის მიერ ნებისმიერ დროს ერთი და იმავე მახასიათებლების მოგროვება ხდება. ეს კი აგრეგირებული მონაცემებისთვის ხარისხიანი მატრიცის განვითარების საშუალებას იძლევა, რაც ერთი და იმავე ვარიანტის გამოყენებით გამოიხატება.

3) მონაცემთა მოგროვების პრინციპი, რაც ნიშნავს, რომ მონაცემების მოგროვება არის სისტემატური და პროსპექტული, რაც სტანდარტიზების აუცილებელი პირობაა და რეგისტრის ფუნქციონირებისათვის კრიტიკული წამოწყება. ამით ასევე ხდება თანმხლები ცდომილების თავიდან აცილება.

4) დროის მანძილზე დაკვირვების და უკუდაკვირვების წარმოება, რაც კავშირს გულისხმობს ინდივიდუალურ პაციენტსა და მის უნიკალურ ჩანაჭერს შორის. ეს არის რეგისტრის სისტემის უმნიშვნელოვანესი ტექნიკური მახასიათებელი, რაც მას განასხვავებს რუტინული და სხვა სტატისტიკისგან. ამის გარეშე კავშირი აგრეგირებულ მონაცემსა და ინდივიდუალურ პაციენტს შორის შეუძლებელი იქნებოდა.

5) პაციენტის მდგომარეობის და გამოსავლის მეთვალყურეობა, ე.წ. follow-up-ის განხორციელება, რაც ასევე განასხვავებს რეგისტრს რუტინული და სხვა სტატისტიკისგან და ჩვეულებრივი მონაცემთა ბაზისგან.

თავის მხრივ, რეგისტრში ატვირთული მონაცემი/ვარიანტები უნდა იყოს მრავალფეროვანი, რათა ყველა დაინტერესებულ მხარეს მიეცეს მუშაობის საშუალება. მაგალითად, ექიმებისთვის ეს მონაცემები გამოდგება როგორც საკუთარი მუშაობის შეფასებისთვის, ისე პაციენტთა ჯანმრთელობის ცვლილების მონიტორინგისთვის. მკვლევარებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია follow-up თვალყურის დევნება როგორც მოკლე, ისე ხანგრძლივი დროის პერიოდში. უფრო თვალნათელი რომ იყოს, მაგალითად, დიაბეტზე ორიენტირებული რეგისტრი საშუალებას იძლევა, რომ ექიმმა HbA1c მონაცემის საფუძველზე შეაფასოს ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თავის მხრივ, სადაზღვევო კომპანიებს, მკვლევარებსა და ადმინისტრატორებს ამ მონაცემის მოგროვების სიხშირიზე (ყოველ 6 თვეში ერთხელ) და რაოდენობაზე დაკვირვებით შეუძლიათ მოახდინონ ექიმის მუშაობის შედარება და შეფასება კლინიკურ გაიდლაინთან. ასევე, თერაპიული რეგისტრის არსებობისას, ხდება დაავადების გამწვავების ეპიზოდებზე ან სპეციფიკური თერაპიის წარმოებაზე მონაცემების შეყვანა. ამ შემთხვევაში რეგისტრი იძლევა მწვავე მდგომარეობის გამოსავლის შეფასების საშუალებას ან გარკვევას იმისა, თუ ექიმის მიერ წარმოებული მკურნალობა რა შედეგს იძლევა. ასეთ შემთხვევაში სიკვდილობა ყველაზე გავრცელებული საბოლოო საზომია (მაგ., მიოკარდი-

უმის ინფარქტის შედეგად). ასეთი რეგისტრების არსებობისას ყველაზე ეფექტურია მტკიცებით მედიცინაზე დაფუძნებული კვლევების წარმოება, რათა ზუსტად შეფასდეს, მკურნალობის რომელი გზა იძლევა საუკეთესო შედეგს. კონკრეტულად, ონკოლოგები უკვე მრავალი წელია მას იყენებენ, როგორ აუცილებელ საშუალებას ქიმიოთერაპიის ოპტიმიზაციისათვის.

რეგისტრების სისტემების დანერგვის შემდეგ შესაძლებელი გახდა ისეთი სამეცნიერო კვლევების წარმოება, რომელიც საშუალებას იძლეოდა ერთმანეთთან დაკავშირებულიყო დიაბეტი 1 და აუტოიმუნური დაავადებები; დაბადებისას არსებული ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება მოგვიანებით ეტაპზე გამოყენებული ყოფილიყო კარდიოვასკულარული დაავადებების კვლევისას; ნარკოდამოკიდებულება და ეპილეფსიით დაავადებულებში ფსიქიკური მოშლილობების დაკავშირება, ისევე, როგორც ნაყოფის სიკვდილი გრიპის ვაქცინაციის განხორციელებისას ორსულში და სხვა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნებისმიერი მკვლევრისა თუ ორგანიზაციისათვის, ვისაც სურს რეგისტრიდან მონაცემების ამოღება და მუშაობა, მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში (სკანდინავია) უნდა გამოითხოვონ ნებართვა და თანხმობა ეთიკური კომისიისგან, წინააღმდეგ შემთხვევაში კვლევა არალეგიტიმურია და ქმედება კანონით ისჯება. ეთიკური კომისია, თავის მხრივ აუცილებლად შედგება როგორც დარგის სპეციალისტებისგან, ისე იურისტებისგან, რომელთაც ძირითადად უმაღლესი სასწავლებლები ასახელებენ ან, იშვიათად, მთავრობა ნიშნავს. საინტერესოა, რომ ნებართვას ვადა, როგორც ასეთი, არ აქვს, თუმცა შედეგთში კვლევა აუცილებლად უნდა დაინყოს შემდგომი 2 წლის პერიოდში, მაშინ, როცა აშშ-ში ყოველ წელს განახლებაა აუცილებელი. ნორვეგიაში ეთიკური თანხმობის მიღებისას აპლიკაციაში უნდა იყოს მითითებული კვლევის დაწყების და დამთავრების თარიღი (საშუალოდ 5-წლიანი პერიოდი). ასევე, კვლევისას ნებისმიერი ცვლილების განხორციელების შესახებ კომიტეტს უნდა ეცნობოს. 2009 წლიდან, კვლევის დამთავრების შემდეგ ნორვეგიის ეთიკური კომიტეტი ითხოვს შედეგების წარდგენას და რეპორტის გაკეთებას.

აღსანიშნავია, რომ, ზოგადად, სკანდინავიის ქვეყნების მოსახლეობა კარგად ინფორმირებულია სამედიცინო რეგისტრების სისტემების შესახებ და აქვთ მაღალი მოლოდინი. შესაბამისად, ისინი დადებითად ხვდებიან მანდატორულ ბაზაზე მოთხოვნილ მონაცემთა შეგროვებას, რითაც, მათი თვალსაზრისით, ეხმარებიან ჯანმრთელობის და დაავადებულობის შესახებ ცოდნის გაუმჯობესებას და მოსახლეობის გაჯანსაღებას.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

ზოგიერთმა მაღალგანვითარებულმა ქვეყანამ, ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით, დანერგა და განავითარა დაბადების სამედიცინო რეგისტრის (დსრ) სისტემა.

დსრ სისტემა არის ეროვნული მონაცემთა ბაზა, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას ქვეყნის მასშტაბით დაბადების შესახებ. იმ ქვეყნებში, სადაც ეს სისტემა დაინერგა და გამართულად მუშაობს, ყველა დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს პერინატალურ მომსახურებას (მშობიარობის და ახალშობილის მეთვალყურეობის ჩათვლით), ვალდებულია მიაწოდოს ინფორმაცია რეგისტრის სისტემას. ამ ქვეყნებში ნებისმიერი ორსულობა დაახლოებით 12 კვირის ვადიდან ხვდება დსრ მონაცემთა ბაზაში. შეტყობინება მოიცავს სხვადასხვა ტიპის მონაცემს, რაც, პირობითად, 4 ჯგუფად შეიძლება დაიყოს. პრენატალური მეთვალყურეობის მონაცემები მოიცავს ორსულობამდე არსებულ და მასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას (დედის პერსონალური ნომერი, ასაკი, ორივე მშობლის დამოკიდებულება მოწვევისადმი, რეგისტრაციის სამოქალაქო მდგომარეობა, ინფორმაცია წინა ორსულობების და მშობიარობის შესახებ, აბორტები, ორსულობის მანძილზე დედის მიერ მიღებული მედიკამენტები, ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში დასმული სამედიცინო დიაგნოზები და სხვა). მშობიარობის პერიოდის მონაცემები დეტალურად აღწერს ამ პერიოდს (დედის დიაგნოზი, მშობიარობის ტიპი, ნაყოფის მდებარეობა, გაუტკივარების და ანესთეზიის გამოყენება, გართულებები და სხვა). მნიშვნელოვანია *ნეონატალური პერიოდის* მონაცემები (ახალშობილის წონა, სიგრძე და თავის გარშემოწერილობა, აპგარის შეფასება, ახალშობილის დიაგნოზი და სხვა) და *პოსტნატალური პერიოდის* ინფორმაცია (მიმდინარეობა, გართულებები – მელოგინის და ახალშობილის, შემობრუნება და სხვა).

რეგისტრები ხელმისაწვდომია მონაცემთა შეგროვების, დამუშავება/ანალიზის და ჯანდაცვის სისტემის შემდგომი გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვისათვის. დაბადების შესახებ შეტყობინება ან ნაწილია, ან დაკავშირებულია მთლიან სისტემასთან, რომელიც ასახავს პოპულაციის შესწავლას/დაავადებების რეგისტრაციას (Population Studies). რადგან სისტემა მოიცავს სრულყოფილ ინფორმაციას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ ორსულობისა და დაბადების პერიოდში, შემდგომ იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა მიზნისთვის:

- სამედიცინო მეთვალყურეობის დაგეგმვა და გაუმჯობესება
- დაავადებათა პრევენციის მიზნით სამეცნიერო კვლევების წარმოება
- ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის და, ზოგადად, ფართო საზოგადოებისთვის სარწმუნო მეცნიერულ კვლევებზე დაყრდნობილი რეკომენდაციებისა და რჩევების მიწოდება

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

- ჯანდაცვის სერვისების და ადმინისტრირების დაგეგმვისა და ხარისხის შეფასება/გაუმჯობესება
- სტატისტიკური მასალის თავმოყრა

დაბადების რეგისტრაციის მარტივი ფორმები, დაწყებული საეკლესიო ჩანაწერებიდან, დიდი ხნის ისტორიას მოიცავს, თუმცა პირველი სამედიცინო რეგისტრაცია დაარსდა 1967 წელს ატლანტაში (აშშ) და ნორვეგიაში (Irgens, 2000). ფაქტობრივად, სკანდინავიის ქვეყნები მსოფლიო-

ცხრილი 4. სკანდინავიის ქვეყნების დაბადების სამედიცინო რეგისტრის ორგანიზაცია (Landhoff-Roos et al. 2013)

ქვეყანა	დანია	ფინეთი	ნორვეგია	შვედეთი	ისლანდია
ინსტიტუცია	State Serum Institute	National Institute for Health and Welfare	The Norwegian Institute of Public Health	The National Board of Health and Welfare	The Directorate of Health
მოცვა, 2012 წ.	ქვეყნის ყველა (25) პერინატალური ცენტრი; ანგარიშგება ხდება ელექტრონულად.	30 ჰოსპიტალი, რომელიც სთავაზობს პერინატალურ სერვისს; ანგარიშგება 28-ის მიერ ხდება ელექტრონულად, ხოლო 2 ფურცელმატარებელზე.	ქვეყნის ყველა (54) პერინატალური ცენტრი; ანგარიშგება 53-ის მიერ ხდება ელექტრონულად, 1 ახდენს ფურცელმატარებელზე.	ქვეყნის ყველა (45) პერინატალური ცენტრი; ანგარიშგება 18-ის მიერ ხდება ელექტრონულად, 27 ახორციელებს ფურცელმატარებელზე.	ქვეყნის ყველა (10) პერინატალური ცენტრი; ანგარიშგება ხდება ელექტრონულად.
კავშირი პაციენტთა ეროვნულ რეგისტრთან	1995 წლიდან გაერთიანებულია	მითითებული ID-ს საშუალებით შესაძლოა კავშირი, თუმცა ყოველ შემთხვევაში საჭიროა შიდა ნებართვა	არ არსებობს რუტინული კავშირი, თუმცა მონაცემები უკავშირდება მოთხოვნის გაკეთების შემდეგ.	მითითებული ID-ს საშუალებით შესაძლოა კავშირი, თუმცა ყოველ შემთხვევაში საჭიროა შიდა ნებართვა.	შესაძლებელია კავშირი, თუმცა ყოველ შემთხვევაში საჭიროა შიდა ნებართვა.
ვებმისამართი	www.ssi.dk	www.thl.fi Statistics: http://www.thl.fi/en_US/web/en/statistics/topics/reproductive_health/deliveries	www.fhi.no Statistics: http://mfirnesstar.uib.no/mfir/	www.socialstyrelsen.se	www.landlaeknir.is

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში
ში პიონერები არიან ამ მიმართულებით, დაწყებული 1967-1970 წწ. ნორ-
ვეგიაში (Irgens, 2000), დანიაში – 1973 წ. (Knudsen et al, 1998) და შვედეთში
– 1973 წ. (Axelsson, 2003), ისლანდიაში – 1972 წ. და ფინეთში – 1987 წ.
(Gissler et al, 1997). დეტალური ინფორმაცია წარმოდგენილია ქვემდებარე
ცხრილებში (4 და 5).

ცხრილი 5. სკანდინავიის ქვეყნების დსრ მონაცემები 2011
(Landhoff-Roos et al. 2013)

ქვეყანა	დანია	ფინეთი	ნორვეგია	შვედეთი	ისლანდია
მშობიარობის რაოდენობა	58717	59385	60319	108211	4421
ბინაზე მშობიარობა	555	10	113	არ არის ინფო	94
ორსულობის ვადაზე არ არის ინფორმაცია	706 (0,1%)	81 (0,1%)	379 (0,6%)	16 (0,01%)	0
ახალშობილის წონაზე არ არის ინფორმაცია	989 (0,2%)	22 (0,04%)	10 (0,02%)	128 (0,12%)	0
ორსულობის ჯერადობაზე არ არის ინფორმაცია	1172 (0,2%)	3 (0,005%)	62 (0,1%)	0	0
მშობიარობის ინდუქცია	20,4%	19,9%	19,4%	14,0%	18,4%
ნებაყოფლობითი საკეისრო კვეთა	9,9%	6,2%	6,9%	6,9%	5,6%
ეპიზოტომია	3,4%	18,6%	19,0%	5,1%	6,9%
IVF	5,7%	2,6%	3,0%	3,7%	3,5%

სკანდინავიის ქვეყნების დსრ დიაგნოზები მონოდეტულია (ICD)-8, ICD-9 და ICD-10 მიხედვით, ხოლო ქირურგია NOMESCO-ს (გამოქვეყ-
ნებულია სკანდინავიის სამედიცინო-სტატისტიკური საბჭოს მიერ) კო-
დირებით არის შეტანილი. აქედან გამომდინარე, ზოგი ინტერვენცია და
პროცედურა (მაგ., ოქსიტოცინით სტიმულაცია) შეტანილია ეროვნული
კლასიფიკატორის მიხედვით.

რეგისტრში სანდობის და, აქედან გამომდინარე, სამეცნიერო კვლე-
ვების სიზუსტის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მონაცემების სის-
ტემური ვალიდაცია და ხარისხობრივი კონტროლი, რაც უზარმაზარ რე-
სურსს მოითხოვს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეს პროცესი, როდესაც
ხდება ახალი ვარიაბელის დამატება. აპრობირებულია რამდენიმე გზა:

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

1. დსრ ახალშობილთა მონაცემების ყოველწლიური შედარება სამოქალაქო რეგისტრის მონაცემებთან;
2. რეგულარ (სისტემატურ) საფუძველზე მონაცემების რუტინული შემონმება;
3. რეგისტრის მონაცემების რუტინული შემონმება სამედიცინო ისტორიებთან;
4. პერიოდული უკუკავშირი (feedback) და ანალიზი მეან-გინეკოლოგიების, ბებიაქალების, ნეონატოლოგების მონაცემებთან მომუშავე ეპიდემიოლოგებისა და მკვლევრებისგან;
5. მონაცემების შეყვანაზე რეგულარული კონტროლი სამედიცინო სერვისების მომწოდებლების დონეზე და ტრენინგების ჩატარება.

დაბადების რეგისტრი შესაძლოა მეტ-ნაკლებად ორიენტირებული იყოს ეპიდემიოლოგიაზე და ეს დამოკიდებულია შეკრებილი ინფორმაციის ტიპზე. სკანდინავიის ქვეყნების რეგისტრის სისტემები მაღალი რეპუტაციით სარგებლობს მსოფლიოში და განიხილება როგორც „ოქროს მაღარო“ სამეცნიერო კვლევების ჩასატარებლად, რადგან მოიცავს როგორც სამედიცინო, ისე ეპიდემიოლოგიურ ასპექტებს. სკანდინავიის ქვეყნების დსრ უკვე მრავალი წელია ექსკლუზიურად გამოიყენება, როგორც კვლევის წარმოების ერთ-ერთი მასშტაბური იარაღი. მაგალითისთვის, შვედეთის სამედიცინო რეგისტრმა საშუალება მისცა ქვეყანას, რომ ბოლო დეკადის მანძილზე 250 სხვადასხვა მასშტაბის სამეცნიერო კვლევა განხორციელებულიყო და გამოქვეყნებულიყო. სკანდინავიის ქვეყნების დსრ და, შესაბამისად, რეგისტრთან ასოცირებული კვლევების სარწმუნოება, ხარისხი და სამეცნიერო გამოყენებადობა საკმაოდ მაღალია, რადგან იგი დაკავშირებულია თითოეული ქვეყნის შიგნით დაახლოებით 20 სხვადასხვა სახის რეგისტრთან (Gissler et al. 1997).

მაგალითის სახით, სკანდინავიის ქვეყნებში ჩატარებულმა ფართომასშტაბურმა კვლევამ ორსულობის პერიოდის ვენური თრომბოემბოლიების შესახებ შესაძლებლობა მისცა მონაწილე ქვეყნებს შეემუშავებინათ ეროვნული რეკომენდაციები, რაც, საბოლოოდ, რისკფაქტორების შემცირებას და დედათა სიკვდილობის რიცხვის დაწევას ემსახურებოდა (Lindqvist et al. 1999; Jacobsen et al. 2008; Virkus et al. 2011).

გარდა ამისა, სკანდინავიის ქვეყნების მიერ ერთობლივად შესაძლებელი გახდა მნიშვნელოვანი პერინატალური ინდიკატორების შემუშავება და მათი შედარება ქვეყნებს შორის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სისტემის გასაძლიერებლად (პერინატალური სიკვდილობა, მშობიარობის ინდუქცია, საკეისრო კვეთა და ჩვენება, სპინქტერის რუპტირა და დედის მიერ თამბაქოს მოხმარება). კლინიკური პრაქტიკის ხარისხობრი-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

ვი შეფასება დსრ საშუალებით შემუშავდა სკანდინავიის მეანთა და გინეკოლოგთა ფედერაციის მიერ, რომელმაც შეიმუშავა ეს ინდიკატორები. იგივე სამუშაო განხორციელდა ნეონატოლოგთა საზოგადოების მიერ (Irgens et al. 2000).

დაბადების სამედიცინო რეგისტრის სისტემის დანერგვით სკანდინავიის რეგიონში, ქვეყნებმა ეფექტურად განახორციელეს ორი ძირითადი მიზანი: ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებისა და გადაწყვეტილების მიმღებთათვის სანდო, ხარისხიანი და დროული ინფორმაციის მიწოდება, რათა გაუმჯობესებულიყო რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ასევე, ჩატარებულიყო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სამეცნიერო/ეპიდემიოლოგიური კვლევები.

დაბადების სამედიცინო რეგისტრის სისტემის დანერგვასთან ერთად, ასევე უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს საანგარიშო წლის განმავლობაში როგორც ბავშვთა ავადობის და გარდაცვალების, ისე დედის გარდაცვალების თითოეული შემთხვევის შესწავლას და განხილვას.

ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის ხანაში ქალის გარდაცვალების შემთხვევაში აუცილებელ ინფორმაციას წარმოადგენს გარდაცვალების მიზეზი, ძირითადი დიაგნოზი, ასევე რეპროდუქციული ასაკის ქალის გარდაცვალების მიზეზის კავშირი რეპროდუქციული ფუნქციის აღსრულებასთან (ორსულობასთან, მშობიარობასთან და ლოგინობის ხანასთან). დედისა და ბავშვის გარდაცვალების შემთხვევაში, სამედიცინო შინაარსის ინფორმაციის გარდა, პირველადი მონაცემების შეგროვება ხდება შემდეგი პარამეტრების მიხედვით: ასაკი; საცხოვრებელი ადგილი (ქვეყანა, რეგიონი, ქალაქი, რაიონი, სოფელი); ოჯახური მდგომარეობა; ეთნიკური წარმომავლობა, რელიგიური აღმსარებლობა; დასაქმება; განათლება; უნარშეზღუდულობა. დედის და ჩვილის გარდაცვალების შესახებ ინფორმაციის შესაკრებად დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახური მჭიდროდ თანამშრომლობს სამედიცინო დაწესებულებებთან, რისთვისაც იქმნება ინფორმაციის გაცვლის ერთიანი სისტემა. აღნიშნულ სისტემაში სამედიცინო დაწესებულების ვალდებულებაა როგორც ავადმყოფობის, ისე გარდაცვალების შემთხვევის თაობაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისთვის ინფორმაციის მიწოდება განსაზღვრულ დროში დადგენილი ფორმატით, რომელიც წინასწარ შეიქმნა სამედიცინო დაწესებულებების ჩართულობით და უშუალო მონაწილეობით. თუმცა აღსანიშნავია, რომ ინფორმაციის გაცვლის და შეტყობინების ვალდებულების შემოღება დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, გაცილებით ეფექტურია და გარდაცვალების შემთხვევების თავიდან აცილების შესაძლებლობას იძლევა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, დედათა და ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევის დეტალური განხილვით აუცილებელია დადგინდეს: შესაძლებელი იყო თუ არა გარდაცვალების შემთხვევის თავიდან აცილება, პირობით შესაძლებელი იყო ან არ იყო შესაძლებელი.

გარდაცვალების ის შემთხვევები, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო ან პირობითად იყო შესაძლებელი, ცალკე დამატებით განხილვას ექვემდებარება იმ სამედიცინო პერსონალთან ერთად, რომელიც შემთხვევის კლინიკურ მართვაში მონაწილეობდა. გაცილებით მნიშვნელოვანია და დიდ ზეგავლენას ახდენს სიტუაციის შესწავლა-ანალიზზე იმის ცოდნა, თუ რამდენად დროულად და ადეკვატურად ახდენს ჯანდაცვის სამსახურები რეაგირებას გართულებული შემთხვევების დროს. ე.წ. „სიკვდილ-სიცოცხლის მოსაზღვრე მდგომარეობების“ (“near miss cases”) მართვაზე დაფუძნებული მიდგომა ჯანდაცვის სისტემას ეფექტური ინტერვენციების გატარების შესაძლებლობას აძლევს, რაც, თავის მხრივ, დედათა და ბავშვთა, განსაკუთრებით, ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს.

დაბადების რეგისტრის თაობაზე საკითხის მომზადებისას გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

1. Axelsson O. The Swedish Medical Birth Register. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82 (6); pp. 491-492.
2. Centre for Epidemiology., The National Board of Health and Welfare. The Swedish Medical Birth Register – A summary of content and Quality. 2003.
3. Drolet B.C. Kevin B.J., Categorizing the World of Registries, 2008, *Journal of Biomedical Informatics* 41 pp 1009-1020.
4. Gissler M., Louhiana P., Hemminki E. Nordic Medical Birth Register in epidemiological research. *Eur J Epidemiol* 1997; 13 (2); pp. 169-175.
5. Hogan M. C., Foreman K., Naghavi M., Ahn A. Y., Wang M., Makela S. M., Lopez A. D., Lozano R., Murray C. J. Maternal Mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goals. Published Online April 12, 2010.
6. Irgens L.M. The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79 (6); pp. 435-439.
7. Jacobsen A. Skjeldestad F. Sandset P. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost.* 2008; 6:905-12.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

8. Katz D.L. Elmore J.G. Wild D.M.G. Lucan S.C. Jekel's Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine, and Public Health. Elsevier. 2014; pp 301-302.
9. Knudsen L.B., Olsen J. The Danish Medical Birth Registry. Dan Med Bull 1998; 45 (3); pp. 320-323.
10. Langhoff-Roos J. Krebs L. Klungsøyr K. Bjarnadóttir K. Källén K. Tapper A. Jakobsson M. Børdahl P. Lindqvist P. Gottvall K. Colmorn L. Gissler M. The Nordic medical birth registers – A potential goldmine for clinical research. Acta Obstet Gynecol Sc. 2013; PP. 132-137.
11. Law about ethical review in human research. [homepage on the Internet] [Accessed October 15, 2015]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
12. Lindqvist P. Dahlbäck B. Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. Obstet Gynecol. 1999; pp. 94:595-9.
13. Sortso C. Thygesen L.C. Bronnum-Hansen H., Database on Danish Population-based Registers for Public Health and Welfare Research. 2011; Scandinavian Journal of Public Health 39 (7):17-9.
14. United Nations Development Group, Thematic Paper on MDG 4, 5 and 6, 2009.
15. Virkus R. Løkkegaard E. Bergholt T. Mogensen U. Langhoff-Roos J. Lidegaard Ø. Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. A national cohort study. Thromb Haemost. 2011; pp. 106:304-9.

ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლის წინაპირობაა ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი სტატისტიკური ინფორმაციის შეკრება, განხილვა და ანალიზი. როგორც ზევით იქნა აღნიშნული, ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიღების წყაროებს საქართველოში წარმოადგენს: დაბადების სამედიცინო რეგისტრი, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თითოეული სტრუქტურა იძლევა ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მეტად მნიშვნელოვან და ღირებულ ინფორმაციას თავისი კომპეტენციის ფარგლებში, თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ, ინფორმაციის წყაროების განსაზღვრის გარდა, ბავშვთა ჯანმრთელობის დეტერმინანტების შესწავლას და მათი ზეგავლენის თაობაზე მსჯელობას, ასევე, პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვას და სხვადასხვა ფაქტორით განპირობებული ჯანმრთელობის ზიანის შემცირების პროგრამების შემუშავებას მეცნიერული მტკიცებულებები ესაჭიროება. ასევე, ინტერესმოკლებული არ იქნება იმის განხილვა, თუ როგორ შემოიჭრა

ჯანმრთელობის მეცნიერებებში და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ცნება „ჯანმრთელობის დეტერმინანტები“.

გასული საუკუნის დასაწყისში მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში არაერთი მეცნიერული კვლევა ჩატარდა და მნიშვნელოვანი აღმოჩენა დაფიქსირდა. მე-20 საუკუნის დასაწყისი სწორედ მეცნიერების სფეროს აღმავლობით და დიდი პრაქტიკული ღირებულების კვლევების სიმრავლით გამოირჩევა. აღნიშნულ პერიოდში მეცნიერების მრავალი დარგის ინტენსიური განვითარება დაიწყო, მათ შორის, სწრაფად დაიწყო მედიცინის მენიერების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შემსწავლელი მეცნიერებების განვითარება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა შედარებით ახალგაზრდა მეცნიერებაა და, ჯანდაცვის სისტემის მკვლევრების გარდა, პრაქტიკოსი ექიმების და საზოგადოების ფართო ფენების ინტერესს იწვევს. მეცნიერული კვლევების და სხვადასხვა მნიშვნელოვანი აღმოჩენების წყალობით, მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან იზრდება დაავადებათა პრევენციის შესაძლებლობები. სამეცნიერო მიღწევებმა მიკრობიოლოგიაში, იმუნოლოგიაში, ბიოლოგიაში და სხვა მეცნიერებებში დააჩქარა მედიცინის მეცნიერების განვითარების პროცესი. მაგალითად: ახალმა ეპიდემიოლოგიურმა მტკიცებულებებმა გამოავლინეს რისკფაქტორები არაგადამდები დაავადებების მიმართ. იმავდროულად, გაუმჯობესდა და უფრო ხელმისაწვდომი გახდა პრევენციული სამედიცინო სერვისები, განვითარდა ტექნოლოგიები, რამაც ხელი შეუწყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პრევენციული მედიცინის განვითარებას.

1974 წელს კანადელმა მეცნიერმა მარკ ლალონდმა შექმნა ჯანმრთელობის დარგის კონცეფცია „A New Perspective on the Health of Canadians (1974)“. აღნიშნული დოკუმენტი მიჩნეულია, როგორც XX საუკუნის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაშრომი, რომელმაც დიდი გავლენა მოახდინა და დრამატულად შეცვალა წარმოდგენა როგორც ჯანმრთელობაზე, ისე სამედიცინო მომსახურებაზე. მარკ ლალონდის ჯანმრთელობის კონცეფცია ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის დოკუმენტად ითვლება, რომელიც განმარტავს ჯანმრთელობის ცნებას და იმ ძირითად პრინციპებს, რომელიც ქმნის საფუძველს ჯანდაცვის პოლიტიკისთვის და ჯანმრთელობის, როგორც ფენომენის, უფრო ფართო გაგების შესაძლებლობას იძლევა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი ჰოლისტიკური მიდგომა მეტად მნიშვნელოვანია. ის ბიოსამედიცინო საკითხებზე აქცენტიდან უფრო ფართო შეხედულებებზე გადასვლის შესაძლებლობას იძლევა. ჯანმრთელობის განმაპირობებელი საკითხებისადმი ჰოლისტიკური მიდგომა ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ფაქტორების დადგენას

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

და გამოყოფას ითვალისწინებს: ადამიანის ბიოლოგია, ცხოვრების წესი, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის და სერვისების მიწოდების ორგანიზება და გარემო. ამ დოკუმენტმა დაუდო საფუძველი ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ახალ მიმართულებას, რომელიც ისევ და ისევ ამტკიცებს, რომ ჯანმრთელობა სცილდება მედიცინის მეცნიერების საზღვრებს და ტრადიციულ საზოგადოებრივ ჯანდაცვას; ჯანმრთელობა უკავშირდება ისეთ ფაქტორებს, როგორიცაა: ადამიანის საცხოვრებელი გარემო, ქცევა, ჩვევები, სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორები და სხვა. ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი ახალი მიმართულებების ჩამოყალიბებას, როგორიცაა ჯანმრთელობის დეტერმინანტები და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ბიძგი მისცა ინგლისელი მეცნიერის – ტომას მაკკეონის იდეებმა, რომელმაც მედიცინასა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში პირველმა შემოიტანა „ჯანმრთელობის დეტერმინანტების“ ცნება.

მე-20 საუკუნეში ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის შექმნის საფუძველი ჯანდაცვის სერვისებით საყოველთაო მოცვა იყო, რომელიც მიზნად ისახავდა პოპულაციის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და, საბოლოოდ, სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების შემცირებას. აღნიშნული მიზანი არ შესრულებულა, პირიქით, დიდ ბრიტანეთში სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდამ გამოიწვია სერვისებზე მოთხოვნის ზრდა. მაკკეონი ამტკიცებდა, რომ, გარდა ტრადიციული მედიცინისა და სამედიცინო სერვისებისა, ჯანმრთელობაზე ბევრი სხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას. ეს ფაქტორები გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შექმნის დროს, რომლის მიზანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. თუ არ მოხდება გარემო ფაქტორების და ინდივიდის ქცევის გათვალისწინება, ეს საბოლოოდ სამედიცინო მომსახურების სერვისების გაზრდილ მოთხოვნას შეუწყობს ხელს, რასაც თავისთავად ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდა მოჰყვება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა და მედიცინა, როგორც მეცნიერების დარგი, არ არის ადამიანის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი, არც ერთადერთი და არც გადამწყვეტი ფაქტორი. სხვადასხვა მონაცემის თანახმად, პროცენტული გადანაწილება ცხოვრების წესს, გარემო ფაქტორებს, გენეტიკას და სამედიცინო მომსახურებას შორის სხვადასხვაა. ერთი-ერთი case study-ის მიხედვით, „ჯანმრთელობის მდგომარეობის 50% განისაზღვრება ცხოვრების წესით, 20% გარემო ფაქტორებით, 20% გენეტიკური ფაქტორებით და 10% ჯანმრთელობის დაცვის სისტემით. ამ მონაცემებიდან აშკარაა, რომ ჩვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის

80% განისაზღვრება სხვა ფაქტორებით, ვიდრე ეს ჩვენ მივიღეთ დაბადებისთანავე“. კიდევ ერთი ფაქტი, რომ სამედიცინო მომსახურების და, ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის როლი არ არის გადამწყვეტი ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფორმირების დროს, არის ამერიკის მაგალითი. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯი ბევრად აღემატება ნებისმიერი სხვა ევროპული ქვეყნის დანახარჯს, აშშ მკვეთარდ ჩამორჩება ევროპულ ქვეყნებს ისეთ მაჩვენებლებში, როგორიცაა: დაბადებისას სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სხვა. არაერთი კვლევა ჩატარდა, რომელიც აფასებს სოციალური ფაქტორების გავლენას ჯანმრთელობაზე. McGinnis et al. მიერ შეფასდა, რომ ამერიკაში სამედიცინო დახმარებაზე და, ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემაზე მოდიოდა სიკვდილიანობის მხოლოდ 10%-15%, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელი იყო. მაშინ, როცა Mackenbach's თანახმად, ეს პროცენტული მაჩვენებელი შეიძლება არ იყოს სწორი, ის ამტკიცებს სოციალური ფაქტორების უზარმაზარ მნიშვნელობას. McGinnis and Foege თანახმად, აშშ-ში სიკვდილიანობის ნახევარი განპირობებულია ქცევის მიზეზებით. სხვა მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა განპირობებულია სოციალური ფაქტორებით, როგორიცაა: შემოსავალი, განათლება, დასაქმება. ამ და სხვა მოსაზრებებზე დაფუძნებით ჩამოყალიბდა დებულება, რომელშიც ხაზგასმულია, რომ სამედიცინო მომსახურება არ არის ადამიანის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი, არც ერთადერთი და არც გადამწყვეტი ფაქტორი. სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს უსაფრთხო გარემო და მაქსიმალურად ხელი შეუწყოს ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებას.

სახელმწიფო უზრუნველყოფს არა მხოლოდ უსაფრთხო გარემოს, არამედ სოციალური ცხოვრებისა და ეკონომიკური კეთილდღეობის მაქსიმალურ სტანდარტებსაც. მაგალითად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ ჯანმრთელობის განსაზღვრებაში სრული სოციალური კეთილდღეობა ჯანმრთელობის განსაზღვრის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია. მრავალი გარემო ფაქტორია, რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, კერძოდ: დაბინძურებული ჰაერი, სასმელი წყლი, ნიადაგი, საშიში ქიმიური ნივთიერებები, საშიში სამშენებლო მასალები. ეს ყველაფერი ქრონიკული დაავადების რისკფაქტორებს წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო) და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები აფასებენ ქრონიკული დაავადებების ტვირთს, რომელიც პირდაპირ დაკავშირებულია გარემო ფაქტორებთან. კერძოდ, ჯანმო-ს შეფასებით, გლობალური სიკვდილის 21.2% და 16.3%

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

of global disability-adjusted life years lost დაკავშირებულია ამ რისკფაქტორებთან. მთელი რიგი დაავადებების განვითარება პირდაპირ კავშირშია გარემო ფაქტორებთან, კერძოდ, დაბინძურებული ჰაერი განაპირობებს: ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებას, გულის იშემიურ დაავადებას, ინსულტს, ფილტვის სიმსივნეს, ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციებს; ტყვიით მონამვლას მოჰყვება ბავშვებში მენტალური დარღვევები, ხოლო მოზრდილებში – მაღალი არტერიული წნევა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლას დიდ ყურადღებას უთმობენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები, მედიკოსები, ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, დემოგრაფები, ეკონომისტები და მეცნიერების სხვა მრავალი მიმართულების მკვლევრები, ვინაიდან ბავშვები და ქალები, განსაკუთრებით ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში, ძალზე მგრძნობიარედ რეაგირებენ სოციალურ-ეკონომიკური და გარემო პირობების ცვლილებებზე.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ძირითადი სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტებიდან წამყვანია: ოჯახი, ოჯახური ურთიერთობები, შემოსავლების სიდიდე, განათლების დონე, დასაქმება, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და სხვ. მკვლევართა დიდი ჯგუფი დედათა და ბავშვთა ავადობის საქმეში ერთ-ერთ ძირითად მნიშვნელობას ოჯახის სოციალურ მდგომარეობას, საყოფაცხოვრებო პირობებს, მშობლების დასაქმებას და სხვა სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს ანიჭებს.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში განვითარებულმა მოვლენებმა წარმოშვა ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური ხასიათის ურთულესი პრობლემები. სოციალისტური წყობისთვის დამახასიათებელი ეკონომიკური ფორმაციის ახალი ფორმაციით ჩანაცვლების პროცესს თან წინააღმდეგობებით აღსავსე მოვლენები ახლდა, რაც ყველაზე უფრო ნეგატიურად ოჯახზე, ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე აისახა.

ოჯახი წარმოადგენს გარემოს, სადაც ქალს ბავშვის გაჩენის სურვილი უნდა გაუჩნდეს, ბავშვის გაჩენის თაობაზე გადაწყვეტილება მიიღოს, ორსულობა გაატაროს, მშობიარობისთვის მოემზადოს და მშობიარობის შემდგომ ჩვილთან ერთად ლოგინობის ხანა განვლოს. ცხადია, ოჯახი არის ის სივრცე, სადაც დედა ზრდის შვილს და ემზადება მომდევნო ბავშვის გასაჩენად. ამდენად, ინტელექტუალური, კულტურული, ზნეობრივი და ეთიკური მახასიათებლები, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ეროვნული კულტურა, წეს-ჩვეულებები და ტრადიციები, ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება დედის და ბავშვის მიმართ, მშობელთა შორის

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ურთიერთობა და, ზოგადად, ოჯახის ტიპი მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე.

მეცნიერ-მკვლევართა ხანგრძლივი დაკვირვების საფუძველზე დადგინდა, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (IMR) სოციალურ ინდიკატორთა კატეგორიას განეკუთვნება და, თავისი მნიშვნელობის გამო, შესულია სახელმწიფო ინდიკატორთა ჯგუფში. დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მეტად მგრძნობიარე ინდიკატორია. როგორც ზევით იყო აღნიშნული, მასზე უდიდეს გავლენას ქვეყანაში ცხოვრების დონე ახდენს: მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ/GDP) ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით, ოჯახის შემოსავალი, ოჯახის წევრთა რაოდენობა (სულადობა), ოჯახში ბავშვების რაოდენობა, სიღარიბის მაჩვენებლები, დედათა განათლების დონე, ოჯახის კვება, სუფთა წყალზე ხელმისაწვდომობა, სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები და სხვ. IMR განიხილება როგორც ერთ-ერთი საუკეთესო ინდიკატორი ქვეყნის (საზოგადოების) სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონის შეფასებისათვის.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით ფერტილური ასაკის ქალები (გენდერული კუთვნილების გამო) და ბავშვები (ინტენსიური ზრდა-განვითარების გამო) მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ქალთა და ბავშვთა მოსახლეობა სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტს ყველაზე ხშირად საჭიროებს, შესაბამისად, აღნიშნული კონტინგენტი სამედიცინო სერვისების გამოყენების მაღალი ინტენსივობით ხასიათდება, რაც ზრდის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისთვის როგორც სახელმწიფო, ისე ოჯახის დანახარჯებს.

ოჯახი

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების განხილვის დროს შეუძლებელია არ აღინიშნოს ოჯახის მნიშვნელობაზე, ოჯახის ადგილზე და როლზე. ოჯახს დიდი გავლენა აქვს ბავშვის ჯანმრთელობაზე, რასაც არაერთი მეცნიერული კვლევა ადასტურებს.

თანამედროვე განმარტებით, ოჯახი არის: ქორწინებისა და სისხლით ნათესაობის ნიადაგზე შექმნილი სოციალური სისტემა – მცირე ჯგუფი, რომლის წევრები ერთმანეთთან დაკავშირებულნი არიან ყოფა-ცხოვრების ერთიანობით, მორალური ურთიერთპასუხისმგებლობით და ურთიერთდახმარებით. თუ გავითვალისწინებთ თანამედროვე ტენდენციებს და, განსაკუთრებით, დასავლეთის საზოგადოების რეალობას, მაშინ შე-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

იძლება უფრო საგულისხმოდ გვეჩვენოს შემდეგი განმარტება: „ოჯახი არის დაქორწინებული მეუღლეები შვილებით ან მათ გარეშე, ან მარტოხელა მშობელი შვილით“. ამგვარად, ოჯახი არის საზოგადოების უჯრედი (მცირე სოციალური ჯგუფი), დაფუძნებული ცოლქმრულ კავშირსა და ნათესაურ ურთიერთობებზე, ანუ იგი მოიცავს ცოლ-ქმარს შორის, მშობლებსა და შვილებს შორის, დებსა და ძმებს შორის და სხვა ნათესავებს შორის ურთიერთობებს; ურთიერთობებს იმ ადამიანებს შორის, რომლებიც ერთად ცხოვრობენ და უძღვებიან საერთო მეურნეობას. ოჯახი ასრულებს უდიდეს როლს როგორც ცალკეული პიროვნების, ისე მთელი საზოგადოების ცხოვრებაში. ოჯახი სოციალურ-ბიოლოგიური წარმონაქმნია. ოჯახს დიდი ისტორიული წარსული აქვს, ამიტომ თამამად შეიძლება ითქვას, რომ ოჯახის შექმნას განაპირობებს როგორც სოციალური, ისე ბიოლოგიური მოთხოვნილებები (სქესობრივი ინსტინქტები). ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ასევე, სოციალურ გარემოში ოჯახის ადგილისა და როლის გათვალისწინებით, შესაძლებელია მოკლედ ჩამოყალიბდეს ოჯახის ძირითადი ფუნქციები:

1. ოჯახის წევრთა მიერ სოციალურ ნორმათა შესრულება
2. შვილების აღზრდა, განვითარება და სოციალიზაცია
3. ოჯახის წევრების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება (საყოფაცხოვრებო, სამეურნეო, მატერიალური, კულტურული, საგანმანათლებლო, სულიერი და სხვა)
4. პატივისცემის, აღიარების, თანადგომის, დაცვის, მხარდაჭერის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება, ემოციური მხარდაჭერა
5. რეპროდუქციული ფუნქციის აღსრულება/სქესობრივი ცხოვრება, ბავშვების შობა, ახალი თაობის წარმოშობა.

და მაინც, რა არის ოჯახი? როგორც ზევით აღინიშნა, ოჯახი არის ერთმანეთთან ნათესაური კავშირით ან ქორწინებით დაკავშირებული ადამიანები, რომლებიც ცხოვრობენ ერთად. ოჯახი, პირველ რიგში, სოციალური სისტემაა, რომელიც მუდმივ ურთიერთქმედებაშია გარემოსთან. იგი შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც ცოცხალი ორგანიზმი, სადაც უწყვეტად მიმდინარეობს სხვადასხვა პროცესი, ცვლილებები და მოვლენები. ოჯახის ფუნქციონირება ერთდროულად ორ ძირითად კანონს – ჰომეოსტაზისა და განვითარების კანონებს ექვემდებარება. პირველი მათგანი სტაბილურობის შენარჩუნებას გულისხმობს, მეორე კი მნიშვნელოვანი მოვლენების თანმიმდევრულ მონაცვლეობას უკავშირდება. მოვლენათა მონაცვლეობა ქმნის ოჯახის ცხოვრებისეულ ციკლს, რაც უდიდეს გავლენას ახდენს ოჯახის ყველა წევრზე, განსაკუთრებით კი ყველაზე სათუთ და ფაქიზ ნაწილზე ოჯახისა – დედებსა და ბავშვებზე.

უხსოვარი დროიდან ოჯახის ერთეული წარმოადგენს ჩვენი არსებობის განუყოფელ ნაწილს. პირველყოფილი წყობილების დროსაც კი ოჯახი ეხმარებოდა ადამიანებს მათ წინაშე აღმოცენებულ პრობლემებთან გამკლავებაში. XX საუკუნის დიდი მკვლევარი ლუის მორგანი აღნიშნავდა, რომ არცერთ საზოგადოებრივ ორგანიზაციას არ ჰქონია ისეთი მდიდარი და შინაარსიანი ისტორია, არცერთ მათგანს არ განუხორციელებია უფრო ხანგრძლივი და მრავალმხრივი ცდები თავისი შედეგებით, როგორც ოჯახს, რომელმაც, თანამედროვე სახის მიღებამდე, განვითარების დიდი გზა განვლო. ავტორი აღნიშნავს, რომ ოჯახი აქტიური ელემენტია, იგი არასოდეს არაა ერთ ადგილზე გაქცავებული, არამედ დაბალი ფორმიდან უმაღლესში გადადის იმ ზომით, რა ზომითაც საზოგადოება დაბალი საფეხურიდან უმაღლესი საფეხურისკენ ვითარდება.

ცნობილი მკვლევრების – Mattessich and Hill-ის (1987) მიხედვით, ოჯახი – ეს არის ინდივიდების ჯგუფი, დაკავშირებული ნათესაობით, საცხოვრებელი ადგილით ან ახლო ემოციური ურთიერთობით და ერთგულებით, რომელიც გამოირჩევა ოთხი საერთო დამახასიათებელი ნიშნით: (ა) ინტიმური ურთიერთდამოკიდებულება და ურთიერთობის არჩეული საზღვრის შენახვა/დაცვა; (ბ) განსაზღვრული ძირითადი ფუნქციების შესრულება; ოჯახის წევრთა მიერ ურთიერთმხარდაჭერა სოციალიზაციაში და განათლების მიღების საქმეში; სოციალური და სექსუალური ქცევის, ასევე ოჯახის ზნეობრივი და მორალური მდგომარეობის დაცვა; (გ) სექსუალური პარტნიორობა და შთამომავლობის, ახალი გენერაციის ფორმირება, ოჯახის ახალი წევრების შეძენა; (დ) ოჯახიდან ახალგაზრდა წევრების გაშვება მათი მომწიფების შემდგომ. ოჯახის როლთან დაკავშირებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სხვადასხვა პუბლიკაციაში (WHO 1985) აღნიშნულია, რომ ოჯახის ფუნქციების კარგად შესრულების შესაძლებლობას „ჯანმრთელობის მისაღწევად ყველასათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. ოჯახს, როგორც ძირითად სოციალურ ერთეულს, დიდი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია როგორც მისი წევრების ჯანმრთელობის, ისე ავადმყოფობის ფორმირების საქმეში“. დღეს, ოჯახის გაგების კონტექსტი მნიშვნელოვნად უკავშირდება პოსტინდუსტრიული „საინფორმაციო ეპოქის“ მოსვლას, რომელიც ხელს უწყობს ღრმა სოციალური ცვლილებების მართვას ერთი ათასწლეულის მეორეში გადასვლის საწყისი ეტაპიდანვე, ისევე, როგორც ეს მოხდა ინდუსტრიულ ეპოქაში გადასვლისას მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს. ოჯახის არსის, სტრუქტურის და ზომის ცვლილება, რომელიც ცხოვრებამ მოიტანა, ზოგიერთისთვის აბსოლუტურად მიუღებელი აღმოჩნდა. მაგალითად, ამერიკელი მწერალი და ჟურნალისტი, ფილოსოფიის დოქტორი Jerry Pournelle

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

ოჯახის ინსტიტუტზე საუბრის დროს გვაფრთხილებს, რომ ... „ოჯახი, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, სერიოზული თავდასხმის ქვეშ არის მოქცეული და თუ ასე გაგრძელდა, ოჯახის ინსტიტუტი დიდად შეიცვლება, დიდად დასუსტდება და შეიძლება არსებობაც შეწყვიტოს“. სხვა მკვლევრებს ოჯახთან დაკავშირებით სხვა შეხედულებები აქვთ. მაგალითად, ამერიკელი მეცნიერი Arlene Skolnick-ი თავის სტატიაში „ტრადიციული ოჯახი არასდროს არ ყოფილა „ტრადიციული“ წერს, რომ „ისტორიულ პერსპექტივაში, „მარჩენალი-დიასახლისის“ ტიპის ოჯახს დასავლეთში ადამიანების უმრავლესობა ტრადიციულ ოჯახს უწოდებს, რეალურად კი ოჯახის ასეთი მოწყობა ძალიან იშვიათია და ყოველთვის სულაც არ არის ტრადიციული“. ავტორი ამტკიცებს, რომ „ტრადიციული ოჯახის“ რაოდენობის შემცირებას ადგილი არ აქვს იმიტომ, რომ „ტრადიციული ოჯახი“, თავისი პირდაპირი მნიშვნელობით, ძალზე დიდი იშვიათობა იყო და თითქმის არც არასოდეს არსებობდა“. სრულიად განსხვავებული შეხედულება აქვს ოჯახთან დაკავშირებით ამერიკაში მცხოვრებ, წარმოშობით იაპონელ მეცნიერ-მკვლევარს და პუბლიცისტ Yoshihiro Francis Fukuyama-ს, რომელიც, სხვა საკითხებთან ერთად, ერების განვითარების საკითხებსაც სწავლობდა. იგი წერდა: „ოჯახთან დაკავშირებული ტენდენციები, რომლებსაც დღეს ვაკვირდებით, უბრალოდ შესწორებების შეტანაა ახალ პოსტინდუსტრიულ საზოგადოებრივ წყობილებაში, იმავენაირად და ისევე, როგორც წინა საზოგადოების გარდამავალი პერიოდები (ნადირობა-შეგროვება, სოფლის მეურნეობა და ინდუსტრია) დაკავშირებული იყო მნიშვნელოვან სოციალურ და ეკონომიკურ „დარღვევებთან“. „ამჟამად ჩვენ ვაკვირდებით ოჯახის ერთეულის დაკნინების დასაწყისს თუ თვალს ვადევნებთ ოჯახის განვითარების ახალი ფორმისკენ გარდამავალ პერიოდს, ამას მხოლოდ დრო გვეტყვის“, დასძენს მკვლევარი.

მეცნიერებს მხოლოდ ერთ საკითხთან დაკავშირებით არ აქვთ განსხვავებული შეხედულება და თანხმდებიან, რომ ოჯახი ერთ-ერთი უდიდესი ღირებულებაა ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებათაგან, რომლებიც კაცობრიობამ შექმნა თავისი მრავალსაუკუნოვანი ისტორიული განვითარების მანძილზე.

დასკვნა

თანამედროვე მეცნიერებაში არ არსებობს ოჯახის, როგორც ფენომენის, საყოველთაოდ აღიარებული სრულყოფილი განმარტება, მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ მრავალი საუკუნის წინ ცდილობდნენ მის შემუშავებას გამოჩენილი მოაზროვნეები (პლატონი, არისტოტელე, კან-

ტი, ჰეგელი). გამოვლენილია და დადგენილია ოჯახის დამახასიათებელი თვისებები. ლიტერატურულ წყაროებში უფრო მეტად საუბარია ოჯახზე, როგორც საზოგადოების ძირითად უჯრედზე, რომელიც გადამწყვეტ როლს ასრულებს საზოგადოების ბიოლოგიურ და სოციალურ აღწარმოებაში. მას ასევე უწოდებენ მცირე სპეციფიკურ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ ჯგუფს. ხაზგასმით აღნიშნავენ იმასაც, რომ ეს არის ადამიანთა ერთობლიობა განსაკუთრებული პიროვნებათაშორისი ურთიერთობებით, რომლებსაც მართავს როგორც დანერგილი, ისე დაუნერგელი კანონები, ზნეობრივი ნორმები, ტრადიციები. ოჯახისათვის დამახასიათებელია ისეთი ნიშან-თვისებები, როგორიცაა: მისი წევრების ერთად ცხოვრება, საერთო საოჯახო მეურნეობა, ნათესაური კავშირები.

მეოცე საუკუნის დასასრულს მოჰყვა გლობალიზაციის პროცესის გაძლიერება, რამაც, თავის მხრივ, საზოგადოებაშიც გამოიწვია ცვლილებები. წინამდებარე თავის შესავალში განხილულია ოჯახის განმარტება. თუ კიდევ ერთხელ გადავხედავთ ოჯახის არსს, მაშინ გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ, საზოგადოებაში მიმდინარე ცვლილებების პასუხად, ოჯახმაც, როგორც სოციალურმა უჯრედმა, განიცადა ცვლილება. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ცვლილებების სიდიდე და მასშტაბები სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია, თითოეული ქვეყნის განვითარების დონის, კულტურული მახასიათებლებისა და უნიკალური თვითმყოფადობის გამო.

ფუნდამენტური სოციალური გარდაქმნების სიგნალად შესაძლებელია განვიხილოთ ოჯახის ცვლილებების ტენდენციები. ოჯახის სტრუქტურის, საზოგადოებაში ქალის როლის ცვლილების, ბავშვის გაჩენისადმი დამოკიდებულების შეცვლის და სხვა სოციალური თუ ცხოვრების სტილის ცვლილებების მრავალფეროვნების პასუხად, შობადობის დონე ქვეითდება მრავალ ქვეყანაში. ახალგაზრდები აჭიანურებენ ქორწინებას, ორსულობას და ბავშვის გაჩენას, ამის მიზეზად ხშირად განათლებასა და სწავლაზე დახარჯული დიდი დრო სახელდება. ქორწინების შემდეგ მცირე ზომის ოჯახის შენარჩუნებას ახალგაზრდები უფრო პრიორიტეტულ მნიშვნელობას ანიჭებენ, ვიდრე ბავშვების გაჩენას. გარდა ამისა, დაკვირვებამ ცხადყო, რომ ოჯახური ურთიერთობები თავისი ემოციური დატვირთვით სხვადასხვა სახისაა. რამდენადაც პიროვნული ურთიერთობები ოჯახის წევრთა შორის შეიძლება იყოს ღია ან დაფარული, ოჯახის წევრებს შეიძლება სძულდეთ ან უყვარდეთ ერთმანეთი, მათ შორის იყოს ურთიერთგაგება და თანაგრძნობა, ან დაპირისპირება და გაუტანლობა. ბედნიერია ოჯახი, სადაც თავს ყველა კარგად გრძნობს. კაცობრიობის განვითარების მრავალსაუკუნოვანი ისტორიის მანძილზე ოჯახ-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

მა არსებითი ცვლილებები განიცადა. მეტწილად ეს ცვლილებები შეეხო ქორწინების, შეუღლების დანიშნულებას, რიტუალებს, წეს-ჩვეულებებს, დაქორწინებულთა უფლებებს და მოვალებებს.

ოჯახი და ქორწინება სხვადასხვა ისტორიულ ეპოქაში ჩამოყალიბდა. სამართლებრივი და ზნეობრივი პრინციპებით ერთმანეთისაგან განსხვავდება საეკლესიო (კონფენსიური) და სამოქალაქო ქორწინებები. ქორწინება აერთიანებს ქალსა და მამაკაცს, ერთ ოჯახად წარმოადგენს მათ შვილებთან და, ხშირ შემთხვევაში, ახლო თუ შორეულ ნათესავებთან ერთად. ოჯახი დახურული და ხელშეუხებელია უცხო პირთათვის, ერთგვარი აუღებელი ციხესიმაგრეა. რამდენადაც ოჯახი გარკვეული სოციალური მოვლენაა და საზოგადოების განვითარებაში მიმდინარე ყველა მნიშვნელოვან პროცესს და ცვლილებას ასახავს, ბუნებრივია, რომ იგი მეცნიერების სხვადასხვა დარგის კვლევის საგანი ხდება. ეს ინტერესი ოჯახისადმი გამოწვეულია თვით ოჯახისა და პიროვნების იმ ფუნქციური მნიშვნელობით, რასაც ისინი ასრულებენ საზოგადოებასა და ერთმანეთთან მიმართებაში. მიუხედავად აღნიშნულისა, ოჯახების ნგრევა, ქორწინებათა შეწყვეტა და განქორწინება ჩვეულებრივ მოვლენად იქცა, ისევე როგორც თანაცხოვრება პარტნიორთან და მშობიარობა ქორწინების გარეშე. აღნიშნულმა განაპირობა ოჯახის ფორმების და სტრუქტურების მრავალფეროვნება საზოგადოებაში. საბოლოოდ გამოიკვეთა, რომ უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე ქალთა როლი მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამუშაო ძალის ფორმირებაში და მთლიანად საზოგადოებაში. აღნიშნულმა, თვის მხრივ, მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოიწვია ტრადიციულ გენდერულ როლებსა და ოჯახის სოციალურ მოლოდინში. მეცნიერთა მოსაზრებით, ასეთ ფართო სოციალურ ცვლილებებს ალბათ გრძელვადიანი სოციალური და ეკონომიკური შედეგები ექნება, ძირითადად საზოგადოების უფრო მონყვლადი ნაწილისთვის, განსაკუთრებით, ქალებისა და ბავშვებისათვის. რატომ გაჩნდა ეს ცვლილებები? მორალისტები მიანიშნებენ უარყოფით ცვლილებებზე სოციალურ ნორმებსა და ღირებულებებში; სხვები ახალ ეკონომიკურ კონკურენციაზე, რომელიც დაკავშირებულია პოსტინდუსტრიულ საინფორმაციო ეპოქასთან, ხოლო მესამენი ადანაშაულებენ სახელმწიფოს, არასწორი სოციალური პოლიტიკის გატარების გამო. კატეგორიულად არცერთი მიზეზის არც დადასტურება და არც უარყოფა არ შეიძლება. უფრო მეტიც, მკაფიოდ ჩამოყალიბებული არ არის და ჯერ კიდევ არ არის დამაჯერებელი პასუხი იმაზე, რომ ის ცვლილებები, რომელიც ოჯახთან მიმართებაში გლობალიზაციამ მოიტანა, ყველა ქვეყნისთვის ერთნაირად ცუდია, ან აუცილებლად ცუდია, ან რამდენად გრძელვადიან ეფექტს მოახდენს საზოგა-

დოებაზე ეს ცვლილებები. არ არის გამორიცხული, რომ საზოგადოება ეძებს „დროებით რეგულირებას“ ახალი სამყაროს წესებთან ადაპტირების მიზნით, სადაც ინფორმაცია და ცოდნა უფრო განსაზღვრავს ეკონომიკურ კეთილდღეობას, ვიდრე ფიზიკური უნარი, ხოლო ცოდნის გლობალიზაციას, რომელიც მაღალი სისწრაფით ვრცელდება და წარმოების ღირებულებას ამცირებს, ფაქტობრივად, შეუძლია უფრო მეტი ხალხის ცხოვრების პირობები გააუმჯობესოს, ვიდრე ზიანი მიაყენოს მათ. როგორც Arlene Skolnick-ი აღნიშნავს, დიდი გარდაქმნები, რომლებსაც ვხედავთ ახალი ათასწლეულის მიჯნაზე, არ განსხვავდება წინა სოციალური ძვრების დროს განვითარებული და აღწერილი გარდაქმნებისაგან. მაგალითად, პრეინდუსტრიული აგრარული საზოგადოების ურბანულ-კონცენტრირებულ ინდუსტრიულ საზოგადოებაში გადასვლასთან დაკავშირებული ცვლილების დროს, მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს, ადგილი ჰქონდა ოჯახსა და სამუშაოს შორის ისტორიულად ჩამოყალიბებული ტრადიციული კავშირის გარღვევას: ინდუსტრიალიზაციის მოსვლასთან ერთად, ოჯახის მამაკაცებმა, მამებმა დატოვეს სახლი სამსახურში სიარულისათვის, ამგვარად დაარღვიეს ყოველდღიური ოჯახური ცხოვრების დიდი ხნის განმავლობაში ჩამოყალიბებული ტრადიციული ფორმა, ასევე დაირღვა კულტურული და გენდერული როლები. წარსულში სახლი იყო სამუშაო ადგილიც, სადაც ოჯახი მეურნეობას ეწეოდა და ბავშვებსაც ზრდიდა. ინდუსტრიალიზაციასთან ერთად, სამუშაო ადგილიდან გარდაიქმნა უსაფრთხო „ნავსაყუდელად“ დედებისათვის, რომლებიც შვილების აღზრდით იყვნენ დაკავებულნი, ხოლო მომუშავე მამებისთვის სახლი გახდა შინაური სიმშვიდის და სიმყუდროვის ადგილი, მაგრამ ობიექტურობა მოითხოვს და უნდა ითქვას, რომ, რეალურად, ბევრ ინდივიდს ასეთ იდეალურ გარემოში არ უცხოვრია, განსაკუთრებით მუშათა კლასს და ეთნიკურ უმცირესობებს ბევრ ქვეყანაში. ოჯახის „მარჩენალი“ მამის და ოჯახის „თბილი კერის“ შემქმნელი დედის „ტრადიციული“ ცნება, ფაქტობრივად დიდი იშვიათობაა, განსაკუთრებით საშუალო კლასის ოჯახებისთვის ინდუსტრიული განვითარების ადრეულ ეტაპზე (Davis 1988). ინდუსტრიალიზაციის ზრდასთან ერთად სულ უფრო მეტი და მეტი ქალი პოულობს სამუშაოს მომსახურების სფეროში (ოფისები, სკოლები, საავადმყოფოები, სასტუმროები, სალონები, მაღაზიები და სხვ.) და ეს ტენდენცია ნათლად ჩანს ინდუსტრიული განვითარების ეტაპზე მყოფ მრავალ ქვეყანაში (Davis 1988). შედეგად, ამჟამად ვხედავთ ქორწინებისა და ოჯახის სხვა ევოლუციას, რასაც Arlene Skolnick-ი უწოდებს ოჯახური თანაცხოვრების „მეგობრულ სტილს“, რომელშიც მოზრდილთა მიერ მოვალეობათა შესრულება და სამსახურებრივი კარიერა ისეთივე მნიშვნე-

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

ლოვანია, როგორც ბავშვის გაჩენა. თუმცა ინდუსტრიალიზაციის ეპოქის ოჯახში ბავშვების მნიშვნელობა შესაძლებელია უფრო გაიზარდოს, ვინაიდან, განვითარებულ და შეძლებულ საზოგადოებაში ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა და იშვიათობად იქცა, ადრეულ პერიოდებთან შედარებით. წარსულში, როცა ბავშვთა სიკვდილიანობა მაღალი იყო, ოჯახი ბევრ ბავშვს შობდა, რათა ზოგიერთი მათგანი მაინც გადარჩენილიყო, სხვაგვარად, ეს იყო ოჯახის ერთგვარი „თავდაცვა“ და „თვითგადარჩენა“ ბავშვთა მაღალი სიკვდილიანობის პერიოდში. დღეს, განვითარებულ ქვეყნებში ოჯახი ნაკლებად არის განწყობილი იყოლიოს ე.წ. „ზედმეტი“ შვილი, ვინაიდან ადრეულ ასაკში ბავშვის დაკარგვის და ოჯახის ბავშვის გარეშე დარჩენის საფრთხე მნიშვნელოვნად შემცირდა, ხოლო ბავშვის აღზრდა-განვითარებისა და განათლების ხარჯები ძალზე გაიზარდა. ასეთ ვითარებაში ოჯახი თვითონ არეგულირებს თავის ზომას და აკონტროლებს ბავშვთა რაოდენობას, რისთვისაც განვითარებულ ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები. ამასთან ერთად, ცივილიზებული სამყარო ცდილობს თითოეული ბავშვი მოცული იყოს განსაკუთრებული ყურადღებით, ყოველი ბავშვი ოჯახისთვის იყოს სასურველი და დაიბადოს სასურველ დროს.

სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდამ გარკვეულწილად ხელი შეუწყო ქორწინების ხანგრძლივობასაც. აღნიშნულთან ერთად, პარალელურად გაიზარდა განქორწინებებისა და ცალკე ცხოვრების მსურველთა რაოდენობაც. ხანდაზმული და ასაკოვანი ხალხის მზარდმა რიცხვმა მნიშვნელოვანი საფიქრალი და საზრუნავი გაუჩინა ოჯახს, ბებია-ბაბუების ადგილი და როლი უფრო შესამჩნევი გახდა თანამედროვე ოჯახის ცხოვრებაში. მაშინ, როდესაც ინდუსტრიულ ქვეყნებში ქორწინება ჩანს ნაკლებად სასურველი და უფრო მყიფე, ბავშვების მნიშვნელობა და მათი ჩართულობა „ოჯახის წევრებში“ უფრო იზრდება. ეს არის ოჯახის ფორმირებაში მიმდინარე ღრმა ცვლილებები განვითარებულ და ინდუსტრიულ/საინფორმაციო ეპოქის დასაწყისში. საზოგადოებისთვის ჯერჯერობით უცნობია, რას გამოიწვევს ეს სოციალური გარდაქმნები. ასევე გაუგებარია, კარგია თუ ცუდია თვითონ ეს ცვლილებები. მაგალითად, ქორწინების ვადის გადადება-გაჭიანურება, შობადობის დაბალი დონე და „მცირე ზომის“ ოჯახების მომრავლება უცნობია, რას მოუტანს საზოგადოებას. განსაკუთრებით, თუ ეს სოციალური ცვლილებები ადამიანური კაპიტალის განვითარებას და უფრო მნიშვნელოვან ინვესტიციებს უკავშირდება, შესაძლებელია ოჯახის ფორმირების კუთხით მიმდინარე ცვლილებები აუცილებლად უარყოფით ტენდენციად შეფასდეს. ზოგიერთ ქვეყანაში კი სავსებით შესაძლებელია, რომ არ ჩაითვალოს ნეგატი-

ურ მოვლენად. ზოგან, საზოგადოებაში მიმდინარე ცვლილებების გამო, შესაძლებელია განსაკუთრებული სამთავრობო პოლიტიკის შემუშავება და ჩარევა გახდეს საჭირო. ოჯახის ბუნების ცვლილება შეიძლება შეფასდეს, როგორც კიდე ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა პოლიტიკოსებისთვის, რომელთაც უნდა მოახერხონ პოტენციურად ნეგატიური ცვლილებების დანახვა და მათი შეჩერება/შეკავების გზების პოვნა; მაგალითად, ქალების შესაძლებლობების გაზრდისა და თანასწორობისათვის გრძელვადიანი ღონისძიებების გატარება, მოსახლეობის ყველაზე მოწყვლადი ნაწილის: ბავშვების, მარტოხელა დედების, დასაქმებული დედებისა და მოხუცების კეთილდღეობისათვის სოციალური დაცვის უზრუნველყოფა. ამ ღონისძიებათა ნუსხაში შეიძლება შევიდეს მრავალფეროვანი პროგრამები, შეიქმნას სოციალური და ეკონომიკური „უსაფრთხოების ბაღი“, რომელიც სიღარიბისაგან დაცვის პოლიტიკის შემუშავებასაც გაითვალისწინებს. სოციალური უსაფრთხოების სისტემა ასევე ითვალისწინებს ბავშვებზე სათანადო ზრუნვისა და ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავების ხელშეწყობას, ოჯახისათვის „უსაფრთხო“ საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს შექმნას, განსაკუთრებით ორსული ქალებისათვის და ბავშვიანი დედებისთვის. ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ მთავრობები ინფორმირებულნი იყვნენ იმ ცვლილებების შესახებ, რომლებიც საზოგადოებაში მიმდინარეობს და მზად იყვნენ სახელმწიფოს ქვაკუთხედის, ოჯახის ერთეულის ბუნების ცვლილებაზე დროული და ადეკვატური რეაგირებისათვის. კაცობრიობის ისტორიის მანძილზე ოჯახებმა გაუძლეს მრავალ ქარტახილს და თუნდაც რომ სხვანაირი სახე შეიძინონ მომავალში, ისინი უეჭვლად შეინარჩუნებენ თავიანთ როლს ჩვენს ყოფიერებაში, ვინაიდან ვერცერთი ერი, ვერცერთი კულტურის მატარებელი საზოგადოება ვერ ასცდა ოჯახს, როგორც სოციალურ ფენომენს. მის პოზიტიურ განვითარებაში, შენარჩუნებაში, განმტკიცებაში დაინტერესებულია მთელი საზოგადოება, სახელმწიფო; მისი ურყეობა სჭირდება ყველა ადამიანს, განურჩევლად ასაკისა და სოციალური მდგომარეობისა, პოლიტიკური შეხედულებებისა, რელიგიური მრწამსისა, კანის ფერისა, ეროვნებისა თუ ეთნიკური წარმომავლობისა.

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ საკითხის მომზადების დროს გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

Gretchen Ezaki factors influencing child health

<https://www.youtube.com/watch?v=RgQv9QRNqxU>

თავი 4. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები გლობალურად და საქართველოში

Factors that influence children's Health, Safety, and Nutrition

<https://www.youtube.com/watch?v=x6SKjbReID8J> M McGinnis, W H Foege Actual causes of death in the United States

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8411605/>

J. Michael McGinnis, Jennifer Gootman, Vivica I Kraak "Food marketing to children and youth: threat or opportunity?" January 2006. ResearchGate.

https://www.researchgate.net/publication/295704272_Food_marketing_to_children_and_youth_threat_or_opportunity

Effective Interventions To reduce mortality and morbidity and newborn health already exist. 2011

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nmconcept/en/

Roger Detels, James McEwen, Robert Beaglehole, Heizo Tanaka – Oxford Textbook of Public Health 4th Edition, 2002 (Families. page 3191-3224)

Jonathan B. Kotch – "Maternal and Child Health" Programs, Problems, and Policy in Public Health. Jones and Bartlett Learning, Third Edition, 2013. pp 89-105

Davis, K. Wives and work: a theory of the sex role revolution and its consequences. In Feminism, children, and the new families (ed. S.M. Dornbusch and M.H. Strober). Guilford Press, New York. 1988.

Fukuyama, F. The great disruption: human nature and the reconstitution of social order. Free Press, New York. 1999.

Mattessich, P. and Hill, R. (1987). Life cycle and family development. In Handbook of marriage and the family (ed. M.B. Sussman and S.K. Steinmetz), pp. 437–69. Plenum Press, New York.

Pournelle, J.E. (1997). The future of the family in an age of change. In The family in global transition (ed. G.L. Anderson). Professors for World Peace Academy, St. Paul, MN.

Морган Л.Г., Древнее общество, 1934.

Стерн Б. "Льюис Генри Морган. Социальный эволюционист"

Семёнов Юрий "Льюис Генри Морган: легенда и действительность"

http://scepsis.net/library/id_1001.html

Skolnick, A. The triple revolution: social sources of family change. In The family on the threshold of the 21st century: trends and implications (ed. S. Dreman). Erlbaum, Mahwah, NJ. 1997

Skolnick, A. Traditional Families Never Were "Traditional" 1997

<http://www.gale.cengage.com/pdf/samples/sp737417.pdf>

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ლომაია ნესტან, ოჯახის ზეგავლენა და როლი პიროვნების ჩამოყალიბებაში, კულტურათაშორისი კომუნიკაციები, №16, 2011.

<http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---off-0period--00-1--0-10-0--0-0---0prompt-10---4---4---0-11--11-en-10---10-help-50--00-3-1-00-0-00-11-1-1utfZz-8-00-0-11-1-0utfZz-8-10&a=d&cl=CL4.11&d=HASH39201e14d2c178185ad054.2.4>

გოგიჩაიშვილი თ., ზოგადი ფსიქოლოგია, თბ., 2003.

ნარგიზიშვილი ა., საოჯახო პედაგოგიკა, თბ., 2008.

ბიბილეიშვილი ლ., ტულუში მ., ზოგადი ფსიქოლოგია, თბ., 2003.

რამიშვილი ვ., ფილოსოფია, თბ., 2010.

გაფრინდაშვილი ქეთი, ფხაკაძე რუსუდან, ძალადობა ოჯახში [გენდერული პრობლემატიკა საქართველოში], ქალთა განათლებისა და ინფორმაციის საერთაშორისო ცენტრი, თბ., 2002.

წერეთელი მზია, გენდერი – კულტურული და სოციალური კონსტრუქტი: სალექციო კურსი სოც. მეცნ. მაგისტრატურისათვის / მზია წერეთელი [მთ. რედ.: მარინე ჩიტაშვილი, ენობრ. რედ.: ლია კაჭარავა] – თბ., სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი, 2006.

ნინო ალელიშვილი, ანა ჯანელიძე, ნინო ჯიჯავაძე, თამთა კუხალიშვილი. გარემო, რომელსაც უყვარს ბავშვი; როგორ შევექმნათ ბავშვზე ორიენტირებული, უსაფრთხო გარემო ადრეული და სკოლამდელი განათლების დაწესებულებებში. გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2019.

<https://www.unicef.org/georgia/media/3031/file/garemo-romelsac-uyvars-bavshvi.pdf>

ოთარ გერზმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, 2023, სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, მე-11 შესწორებული და განახლებული გამოცემა, თავი II, გვ. 138-152. ISBN 978-99-41-0-4436-6.

თავი 5

სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (საქართველო). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები

შესავალი

საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია ბავშვის კეთილდღეობის შემადგენელი კომპონენტების გაუმჯობესების საქმეში, რომელთა შორის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის და სამედიცინო დახმარების პროგრამები.

ჯანმრთელობის პროგრამები გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა ბავშვის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობისთვის, ჩვილობიდან მოზარდობის ასაკამდე. პროექტები, პროგრამები და ინიციატივები, რომლებსაც გლობალური, ეროვნული და ადგილობრივი ორგანიზაციები ახორციელებენ, მოიცავს მომსახურების ფართო სპექტრს, მათ შორის: იმუნიზაციას, კვებას, დაავადებათა პრევენციას და მზრუნველობაზე წვდომას.

ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლების ანალიზით ნათლად ჩანს, რომ უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ახალშობილთა და, მათ შორის, დღენაკლულთა გადარჩენის მაჩვენებელი და, შესაბამისად, გაიზარდა ქრონიკული დაავადებების და განვითარების პრობლემების სიხშირე. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელებას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირველად ჯანდაცვის სისტემაში პრევენციული მედიცინის დამკვიდრება, მშობლებისა და მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება ბავშვის აღზრდის თანამედროვე ასპექტებზე, რაც, ერთი მხრივ, შეამცირებს მწვავე და ქრონიკული დაავადებების სიხშირეს, მეორე მხრივ კი ხელს შეუწყობს ბავშვის განვითარებას, მისი სრული პოტენციალის გამოვლენას და მაქსიმალური სოციალური თანასწორობის მიღწევას. ადრეული ასაკის ბავშვზე მეთვალყურეობა მოითხოვს სხვადასხვა დონის სერვისების (სამედიცინო და-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ნესებულებები, სოციალური სერვისები, სკოლამდელი აღზრდა, ინტერვენციული პროგრამები და სხვ.) ინტეგრირებას, რათა ბავშვზე ზრუნვა უფრო მეტად იყოს ორიენტირებული პრობლემის დროულ გამოვლენასა და ადეკვატურ მართვაზე.

ჯანმრთელობის პროგრამის მიზანია დაეხმაროს თითოეულ ბავშვს ჯანმრთელობის უმაღლესი დონის მიღწევაში, რაც შესაძლებელია მხოლოდ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის უნივერსალური სერვისების მიწოდებით, სამედიცინო ან სოციალური რისკების, ან პრობლემების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენით, შესწავლით და დროული, ეფექტური ჩარევის ხელშეწყობით.

ბავშვებისთვის განკუთვნილი ჯანმრთელობის პროგრამები ქვეყნებისა და რეგიონების მიხედვით შესაძლებელია განსხვავებული იყოს, თუმცა მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ბავშვთა პროგრამების განხილვით ვლინდება, რომ არსებობს პროგრამის ისეთი კომპონენტები, რომლებსაც პრაქტიკულად ყველა ქვეყანა ანხორციელებს. ასეთი საერთო კომპონენტებია: იმუნიზაციის სერვისები, ჯანმრთელობის სკრინინგი (მაგალითად, თანდაყოლილი მემკვიდრული დაავადებების, ჰიპო- და ჰიპერთირეოზის, მხედველობისა და სმენის სკრინინგი ახალშობილებში), ძუძუთი კვების მხარდაჭერა, ბავშვთა კვების კონსულტაცია, სტომატოლოგიური მომსახურება და მშობლებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის საკითხებში განათლება. საინტერესოა ერთ-ერთი „ხანდაზმული“ და კარგად აპრობირებული პროგრამა დიდ ბრიტანეთში, რომელიც 0-18 წლის ასაკის ბავშვებისთვისაა განკუთვნილი და მას ეწოდება „ჯანმრთელი ბავშვის“ პროგრამა. ასევე საინტერესოა ირლანდიის ბავშვთა ჯანმრთელობის უნივერსალური პროგრამა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვის (IMCI) სტრატეგია, რომელთა მიზანია ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება, ბავშვთა კეთილდღეობის ხელშეწყობა ჩვილობიდან მოზარდობის ასაკამდე.

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამები ყველაზე ხშირად მოიცავს ისეთ ქვეპროგრამებს (კომპონენტებს), როგორიცაა:

ბინაზე პატრონაჟის პროგრამა

ბინაზე ვიზიტი ყოველთვის იყო ჯანმრთელობის პრევენციული სისტემის განუყოფელი ნაწილი. ბინაზე ვიზიტების აუცილებლობა მაღალი დონის სამეცნიერო კვლევებითაც დასტურდება, განსაკუთრებით ორსულობის ბოლოს და ახალშობილის ადრეულ ასაკში, ოჯახის მოსამზადებ-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

ლად, ძლიერი და სუსტი მხარეების შესაფასებლად, კონსულტაციის წარსამართავად, პრობლემის დროულად გამოსავლენად და ადეკვატურად სამართავად. ბინაზე ვიზიტორმა/პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენელმა დახმარება უნდა გაუწიოს ოჯახებს ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში, მიაწოდოს მათ აუცილებელი ინფორმაცია ბავშვის კვების, აღზრდისა და მოვლის, ასევე, განვითარების საკითხებზე, რაც აუცილებელია მისი ზრდა-განვითარებისა და მომავალი წარმატებისთვის. სამედიცინო მუშაკის პროფესიონალიზმი და მისი მომზადების დონე განსაზღვრავს ბინაზე/პატრონაჟის ვიზიტის ხარისხს. ბინაზე/პატრონაჟის ვიზიტი პედაგოგიული სამედიცინო მომსახურების განუყოფელი ნაწილია და განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაღალმთიანი და ძნელად მისადგომი, ასევე, სერვისების დეფიციტის მქონე რეგიონებისათვის. სამეცნიერო კვლევები და იმ ქვეყნების გამოცდილება, სადაც დანერგილია სამედიცინო პერსონალის ოჯახში ვიზიტი, გვიჩვენებს მოცემული სამსახურის მაღალეფექტიანობას. ჯანმრთელი ბავშვის ე.წ. საპატრონაჟო ვიზიტების, მათ შორის ბინაზე ვიზიტის, ძირითადი მიზანია უზრუნველყოს:

- ოჯახზე ორიენტირებული და ფოკუსირებული სამედიცინო სერვისი;
- ინფორმაციის თანაბარი ხელმისაწვდომობა თითოეული ოჯახისათვის, მიუხედავად მისი სოციალური თუ ეკონომიკური მდგომარეობისა;
- იმ გარემოს შეფასება, სადაც ბავშვი იზრდება;
- მშობლებისთვის შესაძლებლობა, თავისუფლად ისაუბრონ არსებულ პრობლემებსა თუ ჩივილებზე და მოისმინონ პასუხები მათთვის საინტერესო კითხვებზე;
- მშობლების ინფორმირება ბავშვის კვების, მოვლის და განვითარების ხელშეწყობის, აგრეთვე, უსაფრთხოების ძირითად პრინციპებზე;
- ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების შესაძლო რისკებისა და დარღვევების გამოვლენა და მართვა.

ბავშვის ბინაზე პატრონაჟის პროგრამის განხორციელებისას აუცილებელია ოჯახის თავისებურებების გათვალისწინება, ვინაიდან ოჯახები განსხვავდებიან ერთმანეთისგან თავისი შეხედულებებით, ფასეულობებით თუ მიდგომებით, თუმცა მიზანი ერთია – ყველა მშობელს სურს, რომ მისი შვილი ფიზიკურად უნაკლო, ჰარმონიულად განვითარებული, წარმატებული, განათლებული და ქკვიანი გაიზარდოს. ის, თუ რამდენად წარმატებული, დამოუკიდებელი, ინიციატივიანი და მაღალი თვითშეფასების მქონე გაიზრდება პატარა, როგორი პიროვნული თვისებები ჩამოუყალიბდება, მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ადრეულ წლებში მშობლებისა და ბავშვების ურთიერთობაზე.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

პატრონაჟის პროგრამის ფარგლებში, ბინაზე ვიზიტორმა უნდა გამოავლინოს თითოეული ოჯახის ძლიერი და დადებითი მხარეები და შეძლებისდაგვარად ხელი შეუწყოს არსებული პრობლემების აღმოფხვრას. ოჯახის ექიმისა და ექთნის საქმიანობის ეფექტიანობა დამოკიდებულია მათ შესაძლებლობაზე, ჩამოაყალიბონ ოჯახთან ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა.

ბინაზე პატრონაჟის პროგრამა ხშირ შემთხვევაში ითვალისწინებს მშობლების განათლებასაც. საგანმანათლებლო თემები მოიცავს მტკიცებითი მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას ბავშვის აღზრდისა და განვითარების საკითხებზე. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს ოჯახის ინდივიდუალური საჭიროებები და თავად განსაზღვროს ვიზიტების საჭირო რაოდენობა; დაგეგმოს ვიზიტები და შეარჩიოს საკონსულტაციო თემები. ვიზიტის პროცესში ჯანდაცვის პროფესიონალი ბავშვის ინტერესებიდან გამომდინარე უნდა მოქმედებდეს. მან უნდა შეასრულოს მოკავშირის როლი ექიმს, მშობლებსა და ბავშვებს შორის. ხშირად პატრონაჟის დროს ბინაზე ვიზიტორი მშობლებს აწვდის ინფორმაციას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო გარანტიების შესახებ. ბავშვის მშობელი ბინაზე პატრონაჟის განმახორციელებელი სამედიცინო პერსონალისაგან იღებს აუცილებელ ინფორმაციას სხვა სახელმწიფო პროგრამების ან სადაზღვევო პაკეტების თაობაზე, რათა საჭიროების დროს მან შეძლოს ბავშვის სამედიცინო სერვისებით დროულად და შეუფერხებლად უზრუნველყოფა, მაგალითად, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების და სხვა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სერვისების, ბავშვის საცხოვრებელ ადგილთან გეოგრაფიულად ახლოს მდებარე პედიატრიული ჰოსპიტლების, ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრების და სხვათა შესახებ.

იმუნიზაციის პროგრამა

ვაქცინაცია ბავშვებისთვის ერთ-ერთი ყველაზე ეკონომიური და წარმატებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციაა, რომელიც იცავს მათ სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებებისგან. იმუნიზაცია ყოველწლიურად მილიონობით ბავშვს იცავს სიკვდილის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მძიმე დარღვევებისაგან. ინფექციებთან ბრძოლაში პირველი წარმატებები მიღწეულ იქნა უფრო ადრე, ვიდრე დაავადებათა გამომწვევები იქნებოდა აღმოჩენილი. მხედველობაშია ცნობილი ინგლისელი ექიმის – ედუარდ ჯენერის 1796 წელს შექმნილი ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინა და ცნობილი ფრანგი მეცნიერის, ლუი პასტერის მიერ

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

1885 წელს შექმნილი ცოფის საწინააღმდეგო ვაქცინა. ჯენერისა და პასტერის მიგნებები შემთხვევით ხასიათს ატარებდნენ. მეცნიერებს კიდევ დიდი დრო და შრომა დასჭირდათ ყველაფრის გასაგებად და გამომწვევებთან გეგმაზომიერი და თანმიმდევრული ომის გამოსაცხადებლად. ამჟამად ინფექციურ დაავადებებთან საბრძოლველად ხელთ გვაქვს ერთ-ერთი ძირითადი საშუალება – ვაქცინაცია, რომელიც სხვა მეთოდებს შორის უძველესი და სანდოა. იმუნიზაცია, როგორც მეცნიერება, უკვე ცნობილია 200 წელი და აქამდე ერთგულად ემსახურება კაცობრიობას. ვაქცინაციის წყალობით დამარცხებულია ყვავილი, თითქმის განადგურებულია პოლიომიელიტი, მკვეთრად შემცირებული წითელათი, ცოფით და წითურათი აავადობა. ამ ვირუსულ დაავადებებთან ერთად აღნიშვნის ღირსია სხვა მიკროორგანიზმებით გამოწვეული დაავადებები – შავი ჭირი, ქოლერა, ტუბერკულოზი, დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა, ტულარემია, ჯილეხი და სხვ., რომელთან ბრძოლაშიც გაიმარჯვეს ვაქცინებმა.

მოკლე ინფორმაცია ვაქცინების შესახებ

მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით დასაბუთებულ იქნა, რომ დაავადებების გამომწვევებთან ბრძოლა ეფექტურია მათივე საშუალებით. გამომწვევთა ასეთ უვნებელ „ორეულებს“ ვაქცინები ეწოდება. ვაქცინა ორგანიზმში შეყვანისას არ იწვევს დაავადებას და, ასე ვთქვათ, ასწავლის მას გაუმკლავდეს თავის საშიშ „მოძმეებს“, ანუ ასე ვითარდება ხელოვნურად შექმნილი ინფექციის საწინააღმდეგო იმუნიტეტი. მისი ხანგრძლივობა განსხვავებულია და დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე.

ზოგადი ინფორმაცია მართვადი ინფექციების შესახებ

იმუნიზაცია ერთ-ერთ ყველაზე ხელმისაწვდომ და ეფექტურ სამედიცინო მომსახურებას წარმოადგენს და მისი მიზანია მოსახლეობის დაცვა ინფექციური დაავადებებისაგან. მსოფლიოში, იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამის (იგპ, EPI) ფარგლებში, 20 წლის განმავლობაში ვაქცინაციით ყოველწლიურად თავიდან აცილებულია ბავშვთა სიკვდილის, სულ ცოტა, 3 მილიონი შემთხვევა. ამას გარდა, ნახევარ მილიონზე მეტი ბავშვია გადარჩენილი სიბრძნის, უნარშეზღუდულობის, გონებრივი ჩამორჩენილობისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მძიმე დარღვევებისაგან.

სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე, მსოფლიოში 80-იან წლებში ავაღდეოდა:

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

- წითელათი – 25 მლნ ადამიანი, ხოლო კვდებოდა 2,5 მლნ;
- ყივანახველათი – 700 000 ადამიანი;
- ახალშობილთა ტეტანუსით – 1,1 მლნ ადამიანი;
- პოლიომიელიტით უნარშეზღუდულობა უვითარდებოდა 500 000 ადამიანს.

ამჟამად, ყოველწლიურად:

- ტეტანუსით ავადდება 300 000-500 000 ადამიანი, აქედან იღუპება 45%;
- წითელათი მეტი ბავშვი იღუპება, ვიდრე საომარი მოქმედებებისა და შიმშილობის დროს;
- დაახლოებით 20 წელია აღირიცხება მილიონობით წითელას შემთხვევა და მ.შ. მაღალია გარდაცვალება;
- ყოველწლიურად 1 მილიონზე მეტი ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვი იღუპება პნევმოკოკური და როტავირუსული ინფექციებით.

აქცრების შედეგად:

- ყვავილი ლიკვიდირებულია 1978 წელს. აღნიშნული ინფექციით ყოველწლიურად მსოფლიოში კვდებოდა 5 მილიონამდე ადამიანი;
- 1990 წელს ამერიკის რეგიონში კვლავ დაფიქსირდა წითელას მასშტაბური აფეთქება – დაავადების 250 000-ზე მეტი და გარდაცვალების 10 000-ზე მეტი შემთხვევა. ამ რეგიონში 2002 წელს მოხდა წითელას ლიკვიდაცია, რასაც თავდაუზოგავი შრომა დასჭირდა ზუსტად 12 წლის განმავლობაში;
- წითელას საწინააღმდეგო აქცრების შედეგად სიკვდილს გადაურჩა 2 მლნ-ზე მეტი ბავშვი, ხოლო უნარშეზღუდულობას – 350 000 ბავშვი;
- 1988 წლიდან პოლიომიელიტის ინციდენტობა შემცირდა 99%-ით, ანუ 350 000 შემთხვევიდან 1352 შემთხვევამდე 2010 წლისათვის; მხოლოდ სამი ქვეყანა (ავღანეთი, ნიგერია და პაკისტანი) რჩება პოლიომიელიტისადმი ენდემურ კერებად, მაშინ, როდესაც 1988 წელს მათი რიცხვი 125-ს შეადგენდა;
- 2002 წელს ევროპის რეგიონი და, მათ შორის, საქართველო გამოცხადდა პოლიომიელიტისაგან თავისუფალ ზონად. ქვეყანაში ველური პოლიომიელიტის ვირუსით გამოწვეული ბოლო ადგილობრივი შემთხვევა აღირიცხა 1992 წელს, ხოლო შემოტანილი შემთხვევა – 2001 წლის ბოლოს;
- ნეონატალური ტეტანუსით გარდაცვალება 790 000 შემთხვევიდან (1988 წელი) შემცირდა 59 000-მდე.

იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამის (იგპ) ფარგლებში, ვაქცინების უსაფრთხო შენახვისა და ტრანსპორტირებისათვის მომზადდა

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

ჯანდაცვის მილიონობით სპეციალისტი, შეიქმნა „ცივი ჯაჭვის“ სისტემა, ვაქცინებით უზრუნველყოფის და მათი ხარისხის კონტროლის გლობალური სისტემა, ასევე დანერგილია ლაბორატორიული და ეპიდზედამხედველობის ფართო ქსელი.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა და ასევე, ყველა იმ პროფესიონალმა, რომელთაც შეხება აქვთ ბავშვთა მოსახლეობასთან, აუცილებლად უნდა იცოდნენ, რომ:

- დროულად ჩატარებული აცრები ვაქცინაციით მართვადი დაავადებების პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებაა.
- პროფილაქტიკური აცრები ხელს უწყობს ბავშვის იმუნიტეტის (თავდაცვის უნარის) ჩამოყალიბებას კონკრეტული დაავადების მიმართ.

მშობელმა უნდა იცოდეს რატომ, როდის, სად და რამდენჯერ უნდა აიცრას ბავშვი.

ბავშვთა გეგმიური იმუნიზაცია ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონისა და პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით. რუტინული ვაქცინაციის სქემა დამოკიდებულია ქვეყნის ეპიდემიოლოგიურ და პროგრამულ თავისებურებებზე.

საქართველოში სახელმწიფო უზრუნველყოფს მართვადი ინფექციების – ტუბერკულოზის, დიფთერიის, ყივანახველას, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ყბაყურას, წითურას, წითელას, B ჰეპატიტის, როტავირუსული ინფექციის და ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი B სანინალმდეგო ვაქცინაციას, ასევე, ადამიანის პაპილომავირუსის სანინალმდეგო აცრას. 2014 წლიდან პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარში შეტანილ იქნა პნევმოკოკური ინფექციის სანინალმდეგო ვაქცინაცია. ჩამოთვლილი დაავადებების პროფილაქტიკა ხორციელდება 8 ვაქცინის საშუალებით, ესენია: BCG (ტუბერკულოზი), Hep B (B ჰეპატიტი), DPT-HIb-HepB (დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი B, ჰეპატიტი B) DT (დიფთერია, ტეტანუსი), Td (ტეტანუსი, დიფთერია), OPV (პოლიომიელიტი), MMR (წითურა, წითელა, ყბაყურა) და Rota (როტავირუსული ინფექცია). 2023 წლის ივლისიდან აცრების ეროვნულ კალენდარში ცვლილებები შევიდა. კერძოდ, ადამიანის პაპილომავირუსის სანინალმდეგო აცრა შესაძლებელია 9 წლის ასაკიდან ჩატარდეს. ასევე, ვაქცინაცია შესაძლებელია ბიჭებსაც ჩაუტარდეთ. ცვლილების მიხედვით, აცრა ტარდება 10-11-12 წლის გოგონებისა და ვაჟების ასაკობრივ ჯგუფში. ადამიანის პაპილომავირუსის სანინალმდეგო აცრის ჯე-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

რადობა (აცრის კურსი) ორ დოზას მოიცავს. აცრებს შორის მინიმალური ინტერვალი 6 თვეა, ხოლო ვაქცინაციის დაწყების მინიმალურ ასაკად მიითითებულია 9 წელი.

მართვადი ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა გაცილებით ეფექტურია, როცა მსოფლიოს მრავალი ქვეყანა ერთიანდება ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში. ჯანმოს რეკომენდაციების საფუძველზე შემუშავებულია ისეთი საინტერესო და ეფექტური უნივერსალური იმუნიზაციის პროგრამა (UIP), როგორიცაა ინდოეთის იმუნიზაციის პროგრამა. UIP უზრუნველყოფს უფასო ვაქცინაციის მომსახურებას მრავალი დაავადების წინააღმდეგ ყველა ბავშვისა და ორსული ქალისთვის.

იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა (EPI), რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) სპეციალისტების და ექსპერტების მიერ მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შეიქმნა, ეხმარება ქვეყნებს გააძლიერონ ვაქცინების მიწოდება „ცივი ჯაჭვის პრინციპით“, რათა უზრუნველყონ რეკომენდებული ვაქცინების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა.

ვაქცინების (VFC) პროგრამა ბავშვებისთვის: შეერთებულ შტატებში ეს ფედერალური პროგრამა უფასო ვაქცინებს უზრუნველყოფს იმ ბავშვებისთვის, რომელთა მშობლებსაც არ გააჩნიათ იმუნიზაციისთვის საჭირო სერვისების შეძენის საშუალება (ვაქცინაციის წინ ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული გამოკვლევები, ვაქცინაცია, აცრის შემდგომი მონიტორინგი, რევაქცინაცია და სხვ.).

ჯანმოს რეკომენდაციით, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ტარდება მასობრივი კამპანიები და რუტინული ვაქცინაცია ნითელას, პოლიომიელიტის და ტეტანუსის მსგავსი დაავადებების წინააღმდეგ.

იმუნიზაცია ბავშვების ჯანმრთელობის გარანტიაა. აცრების ჩატარება აუცილებელია, რისთვისაც მშობლებმა ზუსტად უნდა დაიცვან აცრების კალენდარი. ბავშვს აცრების კურსი სრულყოფილად და, რაც მთავარია, დროულად უნდა ჩაუტარდეს. ამ შემთხვევაში ბავშვი დაცული იქნება იმ ინფექციური დაავადებებისაგან, რომელთა წინააღმდეგაც მას აცრები ჩაუტარდა. ექიმთან ერთი ვიზიტის დროს რამოდენიმე აცრა ერთდროულად კეთდება, რაც ხელს უწყობს აცრების კურსის დროულად დამთავრებას და, თავის მხრივ, ზრდის ვაქცინაციის ეფექტურობას. დაუშვებელია აცრების გადავადება ისეთი ცრუ უკუჩვენებების გამო, როგორიცაა: გაციება, ხველა, სურდო, ალერგია, ქრონიკული დაავადებები და ა.შ. საქართველოში 2013 წელს, იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შეტანილ იქნა როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. 2014 წლიდან GAVI-ს მხარდაჭერით აცრების კალენ-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

დარში შეიტანეს პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. აცრების კალენდარში ასევე შედის ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო აცრა როგორც გოგონებისთვის, ისე ვაჟებისთვის. ყველა მშობელმა უნდა იცოდეს, რომ თანამედროვე ვაქცინები უსაფრთხოა, თუმცა ყველას აქვს იმუნიზაციის შემდეგ არასასურველი მოვლენების განვითარების იშვიათი რისკი. იმუნიზაციის შემდეგ განვითარებული არასასურველი მოვლენები იმდენად უმნიშვნელოა დაავადებისა და მისგან გამომდინარე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან შედარებით, რომ ვაქცინაციის აუცილებლობა და ეფექტურობა უდავოა. აღსანიშნავია, რომ ვაქცინაციის დროულად ჩატარების შემთხვევაში მცირდება აცრის შემდგომი არასასურველი მოვლენების განვითარების რისკი.

ჯანმრთელობის სკრინინგი

მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით დადგენილია, რომ იშვიათი დაავადებების 72% გენეტიკური წარმოშობისაა და თითქმის 70% იწყება პედიატრიულ ასაკში (88%-მდე შემთხვევები შესაძლოა დაიწყოს ბავშვთა ასაკში, ხოლო 18%-ს ახასიათებს სხვადასხვა დროს გამოვლინება). ქრონიკული და პროგრესირებადი იშვიათი დაავადების შემთხვევაში სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს დაბადებისთანავე ან ადრეულ ბავშვობაში. ახალშობილთა სკრინინგის ჩატარება მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ბავშვების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფარგლებში ახალშობილთა სკრინინგის პროგრამების მიზანია მართვადი დაავადებების მქონე ახალშობილთა იდენტიფიცირება და ადრეული დიაგნოსტიკა, რაც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის შეუქცევადი დარღვევების თავიდან აცილებას. სკრინინგი საშუალებას იძლევა, მიძიმედ მიმდინარე და იშვიათი დაავადებების ადრეული აღმოჩენის გზით, მოხდეს ამ დაავადებების სათანადო მკურნალობა, უკეთესი მართვა და განკურნებაც კი. ახალშობილთა სკრინინგი შესაძლებელს ხდის, რომ პაციენტმა და მისმა ოჯახმა დაგეგმოს მომავალი. ახალშობილთა სკრინინგის ჩატარების მეთოდები და სკრინინგში შემავალი დაავადებების ნუსხა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში. უფრო მეტიც, მთელს ევროპაში განსხვავდება მიდგომები სკრინინგის დადებითი პასუხის მიღების შემდეგ, მათ შორის, განსხვავებულია ჯანდაცვის, სოციალური, ეკონომიკური და ოჯახის ფსიქოლოგიური დახმარების მიდგომები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ევროკავშირის სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებს წევრი სახელმწიფოების სუბსიდირების პრინციპს, კომპეტენციებსა და პასუხისმგებლობებს ჯანმრთელობის სერვისების, სამე-

დიცინო მომსახურების ორგანიზებისა და მიწოდების სფეროში, ეს ეხება ახალშობილთა სკრინინგსაც. ევროკავშირის საბჭო და იშვიათი დაავადებების ექსპერტთა კომიტეტი რეკომენდაციას უწევს ევროკავშირის დონეზე კოორდინირებულ მოქმედებას ეროვნული კომპეტენციების გათვალისწინებით.

მრავალ ქვეყანაში წარმატებით ხორციელდება ადრეული ასაკის ბავშვის ზრდისა და განვითარების მონიტორინგი, ასევე პროგრამები, რომელთა მიზანია სხვადასხვა სკრინინგული მეთოდებით ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობების შეფასება. ჯანმრთელი ბავშვის გასინჯვის დროს ტარდება ასაკის შესაბამისი სკრინინგი, კერძოდ, ახალშობილობის პერიოდში, სამშობიარო სახლში ტარდება სხვადასხვა მემკვიდრული დაავადების და თანდაყოლილი მეტაბოლური დარღვევების ადრეული გამოვლენის სკრინინგი (მაგ.ფენილკეტონურიის, ფენილალანინემიის, ჰიპო- და ჰიპერთირეოზის, გალაქტოზემიის, ცელიაკიის და სხვ.). გარდა აღნიშნულისა, ბავშვის ადრეულ ასაკში გასინჯვისას ტარდება სკრინინგული კვლევები მხედველობის, სმენის, მენჯ-ბარძაყის სახსრის, ანემიის, კბილების ჯანმრთელობისა და ფსიქოფიზიკური განვითარების შესაფასებლად, რაც დარღვევების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის და შესაბამის სპეციალისტთან რეფერალის საშუალებას იძლევა.

კვების პროგრამები

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში დანერგილია ბავშვთა კვების არაერთი ეფექტური პროგრამა. ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის პროგრამათა შორის კვების უზრუნველყოფა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია. კვება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდისა და განვითარებისათვის. ორსული ქალისა და პატარა ბავშვის დიეტა უნდა იყოს მრავალფეროვანი და ბალანსირებული, უნდა შეიცავდეს ბავშვის კვებისთვის აუცილებელ ყველა ინგრედიენტს, მაკრო- და მიკრონუტრიენტებს.

ბავშვის რაციონში დაცული უნდა იყოს ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების თანაფარდობა ასაკობრივი ნორმების მიხედვით.

სწორი კვება ახალშობილობის პერიოდიდან იწყება და ის დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში ძუძუთი კვების დაწყებას გულისხმობს. ძუძუთი კვების მხარდაჭერის პროგრამები ბევრ ქვეყანაში ხორციელდება. აღნიშნული პროგრამების წარმატება დამოკიდებულია როგორც მშობლების განათლებაზე, ძუძუთი კვებისთვის მომავალი დედების მომზადებაზე, ისე ძუძუთი კვების მიმართ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულებაზე და ასევე, კეთილსინდისიერებაზე.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

სათანადო კვება აუცილებელია ბავშვის ჯანსაღი ზრდის, განვითარებისა და იმუნური სისტემის ფორმირებისთვის. მაგალითად მოვიყვანოთ სკოლის კვების პროგრამებს: ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის აშშ-ში, ბავშვებისთვის ნოყიერი საკვების მიწოდების მიზნით, მოქმედებს ისეთი პროგრამები, როგორიცაა ეროვნული სკოლის სადილის პროგრამა და სკოლის საუზმის პროგრამა. ასევე, არსებობს ზაფხულის კვების პროგრამები: ისეთი ინიციატივები, როგორიცაა, მაგალითად, USDA-ს SUN (Scaling Up Nutrition) პროგრამები, ბავშვებს უფასო კვებას და სასურსათო შეღავათებს სთავაზობს იმ პერიოდში, როდესაც სკოლაში არდადეგებია და სწავლა არ არის.

WIC (USDA's Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children), პროგრამა, რომელსაც ანხორციელებს ამერიკის შეერთებული შტატების აგრომრეწველობის სააგენტო (U.S. Department of Agriculture), წარმოადგენს ქალების, ჩვილებისა და ბავშვებისთვის სპეციალური დამატებითი კვების პროგრამას, რომელიც ორსულ ქალებს, ახალბედა დედებს, ჩვილებსა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს ჯანსაღ საკვებს, კვების შესახებ განათლებას და ძუძუთი კვების მხარდაჭერას სთავაზობს.

მიკროელემენტების დამატების სპეციალური მიზნობრივი პროგრამები ითვალისწინებს ისეთი ვიტამინებისა და მინერალების განაწილებას, როგორიცაა A ვიტამინი და თუთია. აღნიშნული ვიტამინების განაწილება ხდება ვიტამინების დეფიციტის მაღალი მაჩვენებლის მქონე რაიონებში.

კვების პროგრამათა ჩამონათვალში არის სპეციალური პროგრამა, რომლის მიზანია დედებისა და ჩვილების კონსულტაცია და მხარდაჭერა ძუძუთი კვების, ძუძუდან მოხსნის, წონისა და ზრდის მართვის საკითხებში.

ბავშვთა ჯანმრთელობის განათლების პროგრამათა ჯგუფში შედის მშობლებისთვის პროგრამები ისეთ თემებზე, როგორიცაა: უსაფრთხო ძილი, ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება და ჯანსაღი ჩვევები. განუზომლად დიდია ჯანმრთელობის პარტნიორობის კლინიკების როლი და ფუნქციები მშობელთა განათლების პროგრამების განხორციელებაში.

დაავადებათა პრევენცია და მართვა

ბავშვთა დაავადებების პრევენციისა და მართვის პროგრამები ეფუძნება ჯანმრთელ ბავშვზე ზედამხედველობას (მეთვალყურეობას), რომელიც თანამიმდევრული, მათ შორის, სკრინინგული და პრევენციული ღონისძიებების ერთობლიობას წარმოადგენს.

ბავშვთა დაავადებების პრევენციისა და მართვის პროგრამების მიზანია ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და განვითარების შე-

ფასება, განვითარების ხელშეწყობა, არსებული პრობლემების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა და მართვა, დაავადებების პირველი ნიშნების დროული გამოვლენა და დროული რეფერალი. ზედამხედველობა ასევე მოიცავს განსაკუთრებული საჭიროებების ბავშვებისათვის ინდივიდუალური მეთვალყურეობის გეგმის შედგენას. ბავშვის ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე ზედამხედველობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელოვანი ამოცანა და გამოწვევაა. ზედამხედველობას ახორციელებენ ექიმი და ექთანი როგორც ბინაზე, ისე სამედიცინო დაწესებულებაში, დადგენილი სტანდარტის მიხედვით. უწყვეტი, თანამიმდევრული ზედამხედველობა უზრუნველყოფს ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების შეფასების მდგრადობას.

ბავშვთა დაავადებების პრევენციის და მართვის პროგრამები ფოკუსირებულია ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაზე, პრევენციული ღონისძიებების გატარებისა და მკურნალობის ადრეული დაწყების გზით.

ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის პროგრამების წინაპირობაა ბავშვის განვითარების ისტორიის შექმნა. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ბავშვების სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციის სხვადასხვა სისტემა მოქმედებს, თუმცა აღნიშნულ ყველა სისტემას ერთი საერთო ნიშანი გააჩნია, ყველა სისტემა ითვალისწინებს ბავშვის ანკეტა-ისტორიის შექმნას და ქვეყნის კანონმდებლობით და ჯანდაცვის მარეგულირებელი ნორმატიული აქტებით განსაზღვრული მონაცემების რუტინულ აღრიცხვას, განურჩევლად იმისა, ბავშვის სამედიცინო დოკუმენტაცია (ისტორია) იქმნება ქალაქმთავრებელზე თუ ელექტრონულ პროგრამაში.

ბავშვის განვითარების ისტორია იქმნება ბავშვის ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციისთანავე. პაციენტების აღრიცხვის ერთიანი სისტემა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. განვითარებულ ქვეყნებში ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი სამედიცინო დოკუმენტაცია წარმოდგენილია ბავშვის განვითარების ისტორიით, სადაც ჩანანერი კეთდება ყველა ვიზიტის დროს. ექიმი ან ექთანი აღნუსხავს ბავშვის განვითარების შეფასების, სკრინინგის და ლაბორატორიული გამოკვლევის ყველა მაჩვენებელს, ვაქცინაციის სახეობასა და ვადებს, სხვადასხვა სპეციალისტის კონსულტაციის შედეგებს, მშობელთან კონსულტაციის თემებს. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი სხვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში გადადის აღრიცხვაზე, განვითარების ისტორია სასურველია იგზავნებოდეს აღნიშნულ დაწესებულებაში. ერთიანი აღრიცხვის სისტემა და ბავ-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

შვის განვითარების ისტორია, ერთი მხრივ, შესაძლებლობას იძლევა ჩამოყალიბდეს ერთიანი ხედვა კონკრეტული ბავშვის განვითარებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მეორე მხრივ კი სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის მნიშვნელოვან საფუძველს ქმნის.

ბავშვთა დაავადებების პრევენციისა და მართვის პროგრამები ქვეყნების მიხედვით განსხვავებულია. მიუხედავად აღნიშნულისა, ყველა ქვეყანაში ბავშვის განვითარების ისტორიაში ვხვდებით ჩანაწერებს, რომლებშიც მოცემულია:

1. ანამნეზის შეგროვება – ყველა ვიზიტი იწყება დეტალური ანამნეზის შეგროვებით.
2. რისკისა და ხელშემწყობი ფაქტორების გამოვლენა – მონიტორინგის პროცესში აუცილებელია განვითარებისა და ჯანმრთელობის რისკის და ხელშემწყობი ფაქტორების გამოვლენა.
3. ბავშვის სრული გასინჯვა:
 - ფიზიკური განვითარების შეფასება (წონისა და სიგრძის, აგრეთვე, 3 წლამდე ასაკში თავის გარშემოწერილობის განსაზღვრა).
 - ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება – სრული ობიექტური გასინჯვა. ყურადღება უნდა გამახვილდეს ასაკის შესაბამის პრიორიტეტულ სიმპტომებზე; კვებითი/ნუტრიციული სტატუსის შეფასება.
4. განვითარების/ქცევის ზედამხედველობა/მონიტორინგი.
5. ოჯახის კონსულტაცია ბავშვის ასაკის შესაბამის თემატიკაზე.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში დანერგილია ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვის პროგრამა **IMCI (The Integrated Management of Childhood Illness)**: ჯანმო-სა და იუნისეფის მიერ შემუშავებული ეს სტრატეგია აძლიერებს ჯანდაცვის მუშაკების უნარებს, რათა გაუმკლავდნენ ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს, როგორცაა: პნევმონია, დიარეა და მალარია, ზოგიერთ ქვეყანაში წითელა.

რეპროდუქციული და ბავშვთა ჯანმრთელობის (RCH) პროგრამა დიდ როლს ასრულებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში. მაგალითისათვის შესაძლებელია განხილულ იქნეს ინდოეთის RCH პროგრამა და მისი მსგავსი ინიციატივები, რომლებიც საკმაოდ კარგად უწყობს ხელს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთო შედეგების გაუმჯობესებას ისეთი სერვისების მეშვეობით, როგორცაა: ოჯახის დაგეგმვა, ორსულობებს შორის საჭირო ინტერვალის დაცვა, ბავშვის გაჩენისთვის სწორი დროის შერჩევა, ახალშობილთა მოვლა და იმუნიზაცია.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ინფექციური დაავადებების კონტროლის გლობალური პროგრამები მუშაობს იმ დაავადებების კონტროლსა და პრევენციაზე, რომლებსაც დიდი ზიანი მოაქვთ ბავშვებისთვის, მათ შორისაა მართვადი ინფექციები, წითელა, მალარია (ინსექტიციდებით დამუშავებული ბადეების მიწოდება და გამოყენების სწავლება) და აივინფექცია.

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამები და ინიციატივები ძირითადად ფოკუსირებულია დედებისა და ბავშვების ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე, პერინატალური პერიოდის სწორ მართვაზე და მის შემდგომ პერიოდში დახმარებაზე. ასეთი კომპლექსური და ინტეგრირებული სერვისების მაგალითია ისეთი სისტემა, როგორიცაა ჯანმო-ს IMCI სტრატეგია, რათა გააუმჯობესოს ავადმყოფი ბავშვების მოვლა როგორც უბანში და თემში, ისე საავადმყოფოებში.

ბავშვთა პროგრამების მაგალითები:

პედიატრიისა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამეფო კოლეჯის (RCPCH) „ჯანმრთელი ბავშვის პროგრამა“ (დიდი ბრიტანეთი);

ელექტრონული სწავლების პროგრამა ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, რომელიც ითვალისწინებს ორსულობის მართვის საკითხების სწავლებას 18 წლამდე ასაკის გოგონებში;

ირლანდიის ბავშვთა ჯანმრთელობის უნივერსალური პროგრამა აერთიანებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნებსა და თემის ექიმებს, რომლებიც ოჯახებსა და სკოლებში სკრინინგს, მეთვალყურეობას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას ახორციელებენ.

სხვადასხვა ქვეყანაში ხორციელდება ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერების გლობალური სტრატეგია, ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეზე, ავადმყოფი ბავშვების მოვლის სტანდარტიზაციის გზით.

განვითარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები

ბავშვთა განვითარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები, ფიზიკური ჯანმრთელობის გარდა, ხელს უწყობს ბავშვის კოგნიტურ, სოციალურ და ემოციურ განვითარებას.

ბავშვობის ადრეული განვითარების პროგრამების განხორციელებაში წევრ ქვეყნებს ჯანმო ხელს უწყობს იმ პოლიტიკის მხარდაჭერით, რომელიც აუმჯობესებს ბავშვების ჯანმრთელობას, სწავლას და კეთილდღეობას.

ჯანმოს მიერ სასარგებლოდაა მიჩნეული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივები, რომელიც მიმართულია ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯო-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

ბესებისაკან, ხელს უწყობს ბავშვთა კეთილდღეობას სკოლებში, კლინიკებსა და თემებში. ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების ფარგლებში გათვალისწინებული აქტივობები უზრუნველყოფს მრავალდონიანი სერვისების მიწოდებას, უნივერსალური სკრინინგიდან დაწყებული, სამედიცინო ღონისძიებების და თერაპიების ინტენსიურ მხარდაჭერამდე.

ციფრული ტექნოლოგიები და ჯანმრთელობის პროგრამები: ციფრული მედიის უფრო გავრცელებასთან ერთად, ჩნდება პროგრამები, რომლებიც ასაკობრივი შეზღუდვების დაწესებით ბავშვებს ციფრული ზიანისგან იცავს. პროგრამები, რომლებიც ითვალისწინებს ჯანმრთელობის შესახებ გაფრთხილებებს და ციფრული განათლების მიწოდების შესახებ რეკომენდაციებს, სასარგებლოდაა მიჩნეული. ასევე მნიშვნელოვანია ქვეყნების მიერ მოთხოვნების გამკაცრება ციფრულ ტექნოლოგიებთან დაკავშირებით.

ბოლო პერიოდში, მთელ მსოფლიოში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა აუტისტური სპექტრის დარღვევების ადრეული გამოვლენის პროგრამების განხორციელებას. აუტისტური სპექტრის დარღვევათა ადრეული გამოვლენა და დროული, ადეკვატური ინტერვენცია აუმჯობესებს ბავშვის განვითარების პროცესს, ამცირებს ქცევის დარღვევებს და ხელს უწყობს ბავშვის საზოგადოებაში ინტეგრაციას. დადგენილია, რომ აუტისტური სპექტრის დარღვევების შემთხვევაში დროულად დაწყებული ქცევითი თერაპია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს გამოსავალს, ბავშვის შემეცნებით, მეტყველებით და ადაპტურ ქცევით უნარებს. ამ თვალსაზრისით კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების და მშობლების როლი, ვინაიდან სწორედ მათ უნდა ამოიცნონ აუტისტური დარღვევების პირველი კლინიკური ნიშნები. საინტერესოა ტერმინის „აუტისტური სპექტრის დარღვევები“ არსი და გაგება. ტერმინში „აუტისტური სპექტრის დარღვევები“ მოიაზრება განვითარების დარღვევათა ჯგუფი, რომელიც ხასიათდება 3 ძირითად სფეროში განვითარებული შეფერხებით:

- სოციალური ურთიერთობები;
- კომუნიკაცია, ვერბალური და არავერბალური მეტყველება;
- ქცევა (სტერეოტიპული, განმეორებითი ქცევა).

უკანასკნელი მონაცემების მიხედვით, აუტისტური სპექტრის დარღვევის საშუალო სიხშირე 1-2%-ს შეადგენს. აშშ-ში მისი სიხშირეა 1 ყოველ 68 ბავშვზე და 2000-2010 წლებში აღინიშნება მისი მკვეთრი ზრდის ტენდენცია, სიხშირე 119.4%-ით გაიზარდა. აუტისტური სპექტრის დარღვევა 4.5-ჯერ უფრო ხშირია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. ტერმინი

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

„აუტისტური სპექტრის დარღვევები“ (განვითარების პერვაზიული დარღვევები F84) ICD-10 კლასიფიკატორის მიხედვით, აერთიანებს სხვადასხვა პათოლოგიას და, შესაბამისად, თუ შემთხვევათა ნაწილში მას თან ახლავს განვითარების მძიმე შეფერხება, სხვა შემთხვევებში იგი არ არის ასოცირებული განვითარების პრობლემასთან და მხოლოდ კომუნიკაციის დეფიციტით გამოიხატება. აუტისტური სპექტრის დარღვევების მქონე პაციენტთა გამოსავლის გასაუმჯობესებლად მეტად მნიშვნელოვანია სწორედ პრობლემის დროული გამოვლენა და ადრეული ინტერვენციის პროგრამაში ჩართვა.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამების საინტერესო მაგალითები: ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში დიდ როლს ასრულებს ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამები, რომლის კარგი მაგალითია ინდოეთის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამა. საგანმანათლებლო არხების ცნობით, ისეთი ინიციატივები, როგორიცაა რეპროდუქციული და ბავშვთა ჯანმრთელობის (Reproductive & Child Health Programme RCH) პროგრამა და სოფლის ჯანმრთელობისა და კვების დღეები (Village Health Nutrition Day VHND), დედებისა და ბავშვების აუცილებელ მოვლასა და მომსახურებას უზრუნველყოფენ. გამოცდილებამ ცხადყო, რომ აღნიშნული პროგრამები დიდ დახმარებას უწევენ როგორც ბავშვებს, ისე მათ ოჯახებს.

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების განსახორციელებლად აუცილებელია და მეტად მნიშვნელოვანია პროგრამებისა და სერვისების მიწოდების ორგანიზაცია.

პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებებისა და სერვისების მიწოდება სხვადასხვა გზით ხორციელდება, მათ შორის, ჯანდაცვის სპეციალისტების ტრენინგით, სკოლაში დაფუძნებული სერვისებით, ისეთი საზოგადოებრივი ცენტრებით, როგორიცაა პირველადი ჯანდაცვის ქსელი და ციფრული ჯანდაცვის ინსტრუმენტებით.

პროგრამის მიზნებია: დედებისა და ჩვილების სიკვდილიანობის შემცირება, ადრეული ბავშვობის განვითარების გაუმჯობესება, ბავშვთა დაავადებების პრევენცია და საერთო კეთილდღეობის უზრუნველყოფა.

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის მიწოდების მოდელები

ბავშვებისთვის ჯანდაცვის პროგრამების მიწოდება შესაძლებელია სხვადასხვა გზით:

საზოგადოებაზე დაფუძნებული ღონისძიებებით: პირველადი ჯანდაცვის, ანუ ე.წ. „წინა ხაზის“ ჯანდაცვის მუშაკები პრევენციულ და

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

სამკურნალო მომსახურებას უშუალოდ აწვდიან ოჯახებს, მათ თემებში. ასეთ მეთოდს იყენებენ განსაკუთრებით დაბალი რესურსების მქონე რაიონებში.

სკოლაზე დაფუძნებული ღონისძიებებით: სკოლა ძალიან კარგი რესურსია ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების განსახორციელებლად. სკოლა სწორედ ის ადგილია, სადაც ეფექტურად შეიძლება განხორციელდეს ისეთი პროგრამები, როგორიცაა: ჯანდაცვის ინტერვენციები, მათ შორის, ვაქცინაცია, პირის ღრუს ჯანმრთელობის სკრინინგი და თერაპიული სტომატოლოგიური დახმარება, ასევე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერა და ჯანმრთელობის საკითხებზე ბავშვების, მათი მშობლებისა და მასწავლებლების განათლება.

ჯანდაცვის დაწესებულებების ჩართვა ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელებაში სასარგებლოდაა მიჩნეული. პირველადი და მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებები უზრუნველყოფენ ისეთ მომსახურებას, როგორიცაა: იმუნიზაცია, რუტინული შემოწმებები, ბავშვის ზრდა-განვითარების სკრინინგი და სპეციალიზებული მოვლა, ასევე, გამოვლენილი დარღვევების მკურნალობის დაწყება გამწვავებამდე.

სახლში დახმარებაზე ორიენტირებული პროგრამების ჯგუფში გაერთიანებულია ისეთი პროგრამები, რომლებიც მცირეწლოვანი ბავშვების სახლში მოვლაზეა დაფუძნებული The Home-based Young Childcare (HBYC). პროგრამა აფართოებს მოვლას სახლში, რათა ხელი შეუწყოს ბავშვის კვებას, ჯანმრთელობას და განვითარებას, ასევე, ბავშვის მოვლის წესების სწავლებას ოჯახში.

ქვემოთ წარმოდგენილია ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების საკვანძო მიმართულებების ჩამონათვალი, რომელთა ცოდნა აუცილებელია ბავშვების და, ზოგადად, მოსახლეობის სამედიცინო კულტურის ასამაღლებლად.

ბავშვებისთვის განკუთვნილი ჯანმრთელობის პროგრამები, როგორც წესი, მოიცავს ისეთი სტრატეგიებისა და აქტივობების კოორდინირებულ ერთობლიობას, როგორიცაა:

ჯანმრთელობის განათლება: ბავშვებისთვის კვების, ჰიგიენის და ჯანსაღი არჩევანის გაკეთების შესახებ სწავლება.

ჯანდაცვა და სამედიცინო მომსახურება: დაავადებების ან ქრონიკული დაავადებების შემოწმებებზე, იმუნიზაციასა და მკურნალობაზე წვდომის უზრუნველყოფა.

კვების პროგრამები: ჯანსაღი კვების სერვისების შეთავაზება და ჯანსაღი კვების ჩვევების ხელშეწყობა.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

კონსულტაციისა და ფსიქოლოგიური მომსახურება: ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერისა და სოციალური სერვისების შეთავაზება ემოციური კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად.

ჯანსაღი სკოლის/საზოგადოების გარემო: უსაფრთხო, მხარდაჭერი და ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა.

ოჯახისა და საზოგადოების ჩართულობა: მშობლებისა და ადგილობრივი საზოგადოების ჩართვა ადგილობრივი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად პროგრამების დაგეგმვასა და განხორციელებაში.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები:

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებს ახორციელებს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სადაზღვევო კომპანიები. მაგალითად, ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამებს ახორციელებს ამერიკის შეერთებულ შტატებში კარგად ცნობილი სადაზღვევო სისტემა “Medicaid & CHIP” (**Medicaid & Children’s Health Insurance Program** მედიკეიდი და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა).

საინტერესოა, რას მოიცავს CHIP (The Children’s Health Insurance Program); CHIP-ის შეღავათები განსხვავებულია თითოეულ შტატში. თუმცა ყველა შტატი უზრუნველყოფს ყოვლისმომცველ დაფარვას, მათ შორის:

რუტინული შემოწმებები, ე.წ. “Check Up”

იმუნიზაცია

ექიმთან ვიზიტები

რეცეპტები მედიკამენტებისთვის

სტომატოლოგიური დახმარება

ოფთალმოლოგიური დახმარება

სტაციონარული და ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება საავადმყოფოს პირობებში

ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური მომსახურება

სასწრაფო დახმარება

ქცევითი დარღვევების შემთხვევაში ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება.

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები საქართველოში

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიზანია, მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის, მათ შორის, ბავშვებისთვის, შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის და უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების შესრულება.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა წარმოადგენს სხვადასხვა სამთავრობო და არასამთავრობო უწყების ერთობლივ პასუხისმგებლობას. მათ შორის არიან დარგობრივი სამინისტროები, ადგილობრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციები და საზოგადოება. ამგვარად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების განხორციელება მოითხოვს მჭიდრო დარგთაშორის თანამშრომლობას და ძალისხმევას კონსოლიდაციას ეროვნულ, ადგილობრივ და საერთაშორისო დონეებზე. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სშჯსდს) წარმოადგენს ცენტრალურ უწყებას ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის საკითხებში, რომელიც პასუხისმგებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, სისტემის ზედამხედველობასა და მართვაზე, ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხზე და ამ მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე. ჯანდაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებასთან, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან და ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან დაკავშირებულ ერთიან პოლიტიკას. ის ადგენს ნორმატიულ აქტებს საკვებისა და წყლის უსაფრთხოების, სანიტარიული პირობების, ჯანსაღი ცხოვრების წესის რეგულირებისათვის და ასევე დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისათვის. სამინისტრო, მის დაქვემდებარებაში მყოფი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მეშვეობით, უფლებამოსილია ჩაერიოს ნებისმიერ ვითარებაში, რომელიც კლასიფიცირდება, როგორც „განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე შემთხვევა“. ამაში შედის: წყალმომარაგება, სანიტარიული პირობები, ჰაერისა და საკვების უსაფრთხოება და ასევე ეპიდემიები. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც) პასუხისმგებელია მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაც მოიცავს: ვაქცინაციას, ზედამხედველობას, დაავადებათა პრევენციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, ჯანდაცვისა და ვეტერინარული მომსახურების ლაბორატორიულ სისტემას, სამედიცინო ინფორმაციასა და სტატისტიკურ მონაცემებს ქვეყნის მასშტაბით. ცენტრს აქვს თავისი წარმომადგენლობები საქართველოს ყველა რეგიონში და ფუნქციონირებს 67 რაიონში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რაიონული ცენტრების მეშვეობით, რომლებიც ადგილობრივი ხელისუფლების დაქვემდებარებაშია. საქართველოს გარემოს დაცვის სამინისტრო პასუხისმგებელია საქართველოში მოქმედი ყველა წარმოების მიერ გარემოზე ზემოქმედების შეფასებაზე და შეფასების საფუძველზე ლიცენზიების გაცემაზე (მაგ., ლიცენზიები წყლის რესურსებით სარგებლობასა და ჩამდინარე წყლების გაშვებაზე). გარემოზე

ზემოქმედების შეფასება მოიცავს დაგეგმილი საქმიანობის პოტენციურ პირდაპირ ან არაპირდაპირ ზემოქმედებებს ადამიანის ჯანმრთელობასა და გარემოზე. გარემოს დაცვის სამინისტრო მუშაობს ლიცენზირებისა და ნებართვების სამსახურის მეშვეობით. გარემოს დაცვის ინსპექციის დეპარტამენტის რეგიონული ოფისები ზედამხედველობას უწევენ გაცემული ლიცენზიების პირობების შესრულებას. დღემდე საქართველოში სერიოზული პრობლემებია წყალმომარაგებისა და სანიტარიულ სფეროში. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის ანგარიშში „საქართველოს მთავრობის მხარდაჭერა წყალმომარაგებისა და სანიტარიული პირობების გაუმჯობესების სტრატეგიის შემუშავებაში“ ხაზგასმულია, რომ თბილისის წყალმომარაგების მხოლოდ 60% არა აქვს პრობლემები, დანარჩენი 40%-გან განსხავავებით. ქვეყნის დანარჩენ ნაწილში პრობლემები უკავშირდება გამანაწილებელ ქსელს ან ზედაპირული წყალმომარაგების წყაროების ხარისხს. მდგომარეობა კიდევ უფრო სავალალოა ჩამდინარე წყლების გამშვებ სისტემებში. ქართული სოფლების უდიდეს ნაწილში ჩამდინარე წყლები ჩაედინება საკანალიზაციო სისტემაში, რომელიც პირდაპირ მდინარეში უშვებს წყალს, რაც ინვევს გრუნტის წყლების სერიოზულ დაბინძურებას. წყლის ინფექციების ან ასოცირებული დაავადებების სიხშირე გაიზარდა 1992 წლის შემდეგ. ეს ძირითადად დიზენტერიული დაავადებები და მუცლის ღრუს მწვავე ინფექციებია; აქ აგრეთვე მოიაზრება სალმონელოზის, გასტროენტერული კოლიტის და ვირუსული ჰეპატიტის შემთხვევები. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო (სგმს) არის ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია ქვეყანაში ერთიანი საგანმანათლებლო სისტემის უზრუნველყოფაზე, შესაბამისად, საგანმანათლებლო პროგრამები და მასალები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თემებზე, რომლებიც წარმოდგენილი უნდა იყოს საგანმანათლებლო სისტემის ნებისმიერ დონეზე, განხილული და შეთანხმებული უნდა იყოს განათლების სამინისტროსთან. საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს მოვალეობებში შედის სანიტარიული და ჰიგიენური პირობებისა და უსაფრთხოების ნორმების ზედამხედველობა და მონიტორინგი, რომლებიც უკავშირდება საკვებს, სასმელი წყლის მომარაგებას და ჩამდინარე წყლების გაშვებას. სამინისტრო ახორციელებს საკვებისა და წყლის ადმინისტრაციულ ექსპერტიზას და ინსტრუმენტულ კონტროლს საკვების უსაფრთხოების სამსახურის და აკრედიტებული საჯარო და კერძო ლაბორატორიების დახმარებით. საქართველოს სპორტის, კულტურისა და ძეგლთა დაცვის სამინისტრო ხელს უწყობს სპორტისა და გართობის სფეროს განვითარებას და აგრეთვე ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებისათვის ხელშეწყობი გარემოს შექმნას. საქართველოს ენერგეტიკისა და წყალ-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

მომარაგების ეროვნულ მარეგულირებელ კომისიას ეძლევა უფლებამოსილება, რომ არეგულიროს კომუნალური წყალმომარაგების სექტორი. ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები (ქალაქის, დაბის, სოფლის დონეზე), ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის შესახებ კანონმდებლობის თანახმად, პასუხისმგებელნი არიან ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობაზე, წყალმომარაგებისა და სანიტარიული მომსახურების უზრუნველყოფაზე. საოჯახო მეურნეობებს პირდაპირი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, ჯანსაღი ცხოვრების წესის და პრევენციული ზომების მიღებაზე. კერძო კომპანიები (საერთაშორისო და ადგილობრივი) მონაწილეობენ მომსახურების მიწოდებაში სოფლის მეურნეობის, ჯანდაცვის, განათლების, სოციალურ და გარემოსდაცვით სფეროებში, რომელთაც პირდაპირი თუ არაპირდაპირი ზეგავლენა აქვთ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. საერთაშორისო განვითარების სააგენტოები აქტიურად არიან ჩართულნი საქართველოს სოფლის მეურნეობის, გარემოს დაცვის, წყალმომარაგებისა და სანიტარიის, ასევე ჯანდაცვისა და სოციალური სექტორების ფუნქციონირებაში. არასამთავრობო ორგანიზაციები მონაწილეობას იღებენ ადამიანთა ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვაში და პროფესიული განვითარების ინიციატივებში.

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით, საქართველოში რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამა მოქმედებს.

ერთ-ერთი ყველაზე კომპლექსური საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაა, რომლის ფარგლებშიც ყველა მოქალაქეს, მათ შორის ბავშვებს, შესაძლებლობა ეძლევა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას როგორც ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ისე საავადმყოფოში სამკურნალოდ. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა ხორციელდება საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების საფუძველზე (დადგენილების სახელწოდებაა: „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“. აღნიშნული დადგენილების მიხედვით, საქართველოს ყველა მოქალაქეს და მასთან გათანაბრებულ პირს უფლება აქვს, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, მიიღოს კონსულტაცია ოჯახის ექიმთან, ჩაიტაროს ლაბორატორიული გამოკვლევები, მოთავსდეს სტაციონარში, ჩაიტაროს მკურნალობა როგორც თერაპიული, ისე ქირურგიული პროფილის განყოფილებებში. სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეს პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო სერვისების მიღება შეუძლია უფასოდ ან თანადაფინანსებით. უფასო სამედიცინო მომსახურების ქვეშ იგულისხმება, რომ მოქალაქის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას სახელმწიფო ანაზღაურებს.

გარდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებისა, არსებობს მიზნობრივი პროგრამები, რომლებიც გარკვეული დიაგნოზების მქონე პირებს სამედიცინო სერვისების სრულ ან ნაწილობრივ დაფინანსებას სთავაზობს. ასევე, არსებობს მუნიციპალური პროგრამები, რომლებიც კონკრეტულ მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული და/ან მცხოვრები ადამიანებისთვისაა ხელმისაწვდომი.

საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქეზე. ამ პროგრამით ფინანსდება ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება ან მოქმედებს თანადაფინანსება. კლინიკაში გადასახდელი თანხის რა ნაწილს დაფარავს სახელმწიფო, დამოკიდებულია კონკრეტული მოქალაქის შემოსავალზე, ასაკსა და სოციალურ სტატუსზე. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების პაკეტი განისაზღვრება ინდივიდუალურად, კონკრეტული სამედიცინო საჭიროების მიხედვით. თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებაში არსებობს თანამშრომელი (სამსახური), რომელიც პაციენტის მიმართვისთანავე არკვევს მოქალაქე რომელი პროგრამის მოსარგებლეა და რა მოცულობით უფინანსდება სამედიცინო მომსახურება. რაც შეეხება სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტებს, რომელიც მშობიარობა/საკეისრო კვეთას, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარულ მომსახურებას, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული და ინფექციური დაავადებების მართვას უკავშირდება, ქვეყნის ყველა მოქალაქეს და მასთან გათანაბრებულ პირს სამედიცინო მომსახურების მიღება შეუფერხებლად შეუძლია, პროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების ფარგლებში. ქვევით წარმოდგენილია დეტალური ინფორმაცია 2024 წლის განმავლობაში საქართველოში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიზანი

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიზანია, მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის და უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების შესრულება.

2024 წლის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ სრული ინფორმაცია, დაფინანსების მოცულობის ჩათვლით, განთავსებულია ბმულზე: <https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/natlex2/files/download/116093/GEO-116093.pdf>

1. დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი

პროგრამის მიზანია დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

პროგრამის კომპონენტებია:

კიბოს სკრინინგის კომპონენტი.

1-იდან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების დარღვევების პრევენცია.

ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და ზედამხედველობა, დღენაკლულთა რეტინოპათიის სკრინინგი, მ.შ. ტრენინგების ჩატარება.

ბავშვთა სისხლში ტყვიის შემცველობის ბიომონიტორინგი.

7 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მათი ოჯახის წევრ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და ორსულებისათვის სისხლში ტყვიის განსაზღვრისათვის საჭირო ტესტირების ჩატარება. 7 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მათი ოჯახის წევრ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის დამატებითი დიაგნოსტიკა და კვლევების ჩატარება.

დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამა ასევე ითვალისწინებს:

ძუძუს კიბოს სკრინინგი – ძუძუს ფიზიკალური გასინჯვა და მამოგრაფიული გამოკვლევა (2 რადიოლოგის მიერ ნაკითხვით).

ძუძუს კიბოს სკრინინგი – პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში ულტრაბგერითი გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში ექოსკოპიის კონტროლით ძუძუს ბიოფსია. ძუძუს კიბოს სკრინინგი – აღებული ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური კვლევა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – ოჯახის ექიმის ან/და გინეკოლოგის მიერ გასინჯვა, საკვლევი მასალის აღება.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – პაპ-ტესტის ჩატარება ბეტესტას მეთოდზე დაყრდნობით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – HPV-ტესტის ჩატარება. სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგია.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში კოლპოსკოპია და საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსიური მასალის აღება.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევა.

პროსტატის კიბოს მართვა – სისხლში პროსტატის კიბოს ანტიგენის (PSA) გამოკვლევა. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი – ფარულ სისხლდენაზე სპეციალური ტესტის (FOBT) ჩატარება.

კოლორექტული კიბოს სკრინინგი – კოლონოსკოპია გაუტკივარების გარეშე. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი – კოლონოსკოპია გაუტკივარებით.

ენდოსკოპიური პოლიპექტომია.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

კოლორექტული კიბოს სკრინინგი – ჰისტოლოგიური კვლევა.
დღენაკლულთა კვლევა რეტინოპათიაზე (პირველადი/მეორადი).

2. იმუნოზაციის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის დაცვა ვაქცინაციით მართვადი ინფექციებისაგან; პოსტექსპოზიციური ანტირაბიული პროფილაქტიკისათვის მოსახლეობის უზრუნველყოფა ანტირაბიული ვაქცინითა და იმუნოგლობულინით, ასევე, სპეციფიკური შრატების/იმუნოგლობულინებისა და ვაქცინების სტრატეგიული მარაგის შექმნა.

სურათი 16. აცრის ეროვნული კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	0-12 საათი	0-5 დღე	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი
B ჰეპატიტი (ჰეპ B /Hep B)	X								
ბცუ (BCG)		X							
დყტ+ B ჰეპ +ჰიბ+იპვ (ჰექსა/DPaT+HepB+Hib+IPV)			X	X	X				
პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (პნევმო/PCV)			X		X	X			
როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (როტა/Rota)			X	X					
წითელა, წითურა, ყბაყურა (წწყ/MMR)						X		X	
დიფთერია, ყივანახველა (არაუფრედული)პოლიო- მიელიტის (ინაქტივირებული) ვაქცინა (ოპვ/OPV)							X	X	
ტეტანუსი-დიფთერია (Td)*									X
ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა (აპვ (HPV))	გოგონების ასაკი		აცრის ჯერადობა			აცრებს შორის მინიმალური ინტერვალი			
	10 -11 - 12 წელი		2			6 თვე			

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

შენიშვნა: 2023 წლის ივლისიდან აცრების ეროვნულ კალენდარში ცვლილებები შევიდა. კერძოდ, ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო აცრა შესაძლებელია 9 წლის ასაკიდან ჩატარდეს; ვაქცინაცია შესაძლებელია ბიჭებსაც ჩაუტარდეთ. ცვლილების მიხედვით, აცრა ტარდება 10-11-12 წლის გოგონებისა და ვაჟების ასაკობრივ ჯგუფში. ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო აცრის ჯერადობა (აცრის კურსი) ორ დოზას მოიცავს. აცრებს შორის მინიმალური ინტერვალი 6 თვეა, ხოლო ვაქცინაციის დაწყების მინიმალურ ასაკად მითითებულია 9 წელი.

3. ეპიდზედამხედველობის პროგრამა

პროგრამის მიზანია ქვეყანაში გადამდები და არაგადამდები დაავადებების არსებული ეპიდემიური სიტუაციის კონტროლი; გადამდებ დაავადებათა გამოვლენის, ადეკვატური რეაგირებისა და პრევენციის უზრუნველყოფა ეპიდზედამხედველობისა და ლაბორატორიულ სამსახურებზე დაფუძნებული სისტემის მუშაობის გზით.

4. უსაფრთხო სისხლის პროგრამა

პროგრამის მიზანია ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების პრევენცია და საქართველოს მასშტაბით სისხლის კომპონენტების თანაბარი სტანდარტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; ფასიანი დონორობის ინსტიტუტის ეტაპობრივი ჩანაცვლება უანგარო, რეგულარული დონორობის სისტემით.

5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, გარემოსა და პროფესიულ დაავადებათა ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ვალდებულებების ხელშეწყობის პროგრამა

პროგრამის მიზანია დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა პროფესიული და პროფესიით განპირობებული დაავადებების პრევენციის გზით და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს ხელშეწყობა.

6. ტუბერკულოზის მართვის პროგრამა

პროგრამის მიზანია ტუბერკულოზის ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება, ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია.

7. აივ-ინფექციის/შიდსის მართვის პროგრამა

პროგრამის მიზანია აივ-ინფექცია/შიდსით ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება.

8. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა

პროგრამის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება; ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით.

პრაქტიკული რეკომენდაციები ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით სარგებლობის შესახებ: იმისთვის, რომ მოქალაქემ ისარგებლოს გეგმური ამბულატორიული სერვისებით, უნდა დარეგისტრირდეს პირველადი ჯანდაცვის ნებისმიერ კლინიკაში (პროვაიდერი დაწესებულება). პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ან საოჯახო მედიცინის ცენტრში რეგისტრაციამდე, საჭიროა ბავშვის მშობელმა ან მეურვემ დააზუსტოს არჩეული სამედიცინო დაწესებულება ჩართულია თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელებაში, როგორც სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი. ამასთანავე, თან უნდა ჰქონდეს სახელმწიფო ორგანოების მიერ გაცემული მოქმედი პირადობის დამადასტურებელი საბუთი. სამედიცინო მომსახურების დაწყების წინ მოქალაქემ თანხმობა უნდა განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, რისთვისაც ხელი უნდა მოაწეროს შესაბამის თანხმობის ფორმას. პროგრამით მოსარგებლე პირს უფლება აქვს, დარეგისტრირდეს მხოლოდ ერთ საოჯახო მედიცინის ცენტრში ან პოლიკლინიკაში, ანუ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში. პროგრამით მოსარგებლეს უფლება აქვს საქართველოს მასშტაბით თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება. რეგისტრაციიდან 2 თვის განმავლობაში უნდა ისარგებლოს იმ საოჯახო მედიცინის ცენტრის/პოლიკლინიკის მომსახურებით, სადაც დარეგისტრირდა საკუთარი სურვილით. თუმცა ამის შემდეგ შესაძლებელია 2 თვეში ერთხელ შეცვალოს სამედიცინო დაწესებულება. საჭიროების შემთხვევაში, ოჯახის ექიმი პაციენტს დანიშნულებისამებრ აგზავნის სპეციალისტთან. გეგმური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის (საგარანტიო ნერილის) მისაღებად. ამჟამად აღნიშნული პროცედურა მნიშვნელოვნად გამარტივებულია. კერძოდ, სამედიცინო დაწესებულება, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების და ჩარევის აუცილებლობის დადგენის შემდეგ, ინფორმაციას და საჭირო დოკუმენტაციას ელექტრონულ ფორმატში აგზავნის სამინისტროში. საკითხის განხილვის შემდეგ, პაციენტი იღებს სმს შეტყობინებას დაფინანსების მოცულობის შესახებ.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

დაფინანსების მოცულობა და თანადაფინანსების სიდიდე განისაზღვრება მოქალაქის სოციალური სტატუსისა და შემოსავლების მიხედვით.

სახელმწიფო განსხვავებულად განიხილავს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების საკითხებს იმ მოქალაქეთა შემთხვევაში, რომელთაც უმწეოთა სოციალური სტატუსი გააჩნიათ. ასევე, მათთვის, ვისი ყოველთვიური შემოსავალიც დადგენილ ზღვარზე ნაკლებია. მოქალაქის სოციალური მდგომარეობის მიხედვით, სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება ნაწილობრივ ან სრულად როგორც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების, ისე სტაციონარული დახმარების შემთხვევაში. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ანაზღაურებს სხვადასხვა სპეციალისტის მომსახურებას, კლინიკურ და ლაბორატორიულ კვლევებს, სამედიცინო მანიპულაციებს და პროცედურებს, ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს დაავადებები და მდგომარეობები, რომელიც ამ ეტაპზე პროგრამის მიღმა დარჩენილი და სახელმწიფოს მიერ არ ფინანსდება. თითოეული ასეთი დაავადების შესახებ პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდება სამედიცინო დაწესებულების პრეროგატივაა. გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია მოქალაქეთათვის თვალსაჩინო სივრცეში განათავსოს ინფორმაცია იმ სახელმწიფო თუ მუნიციპალური პროგრამების შესახებ, რომელთა განხორციელებაშიც ჩართულია, როგორც სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, სამედიცინო სერვისები განსხვავებული პირობებით მიეწოდებათ: სოციალურად დაუცველებს, ვეტერანის სტატუსის მქონე პირებს, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, 5-18 წლამდე მოზარდებს, პენსიონერებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, სტუდენტებსა და პედაგოგებს, ასევე, განსაკუთრებული სოციალური სტატუსის მქონე ადამიანებს.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობისათვის საჭიროა ამ პროგრამის განხორციელებაში ჩართულ კლინიკაში რეგისტრაცია – კლინიკის არჩევა პაციენტს თავად შეუძლია.

ამასთან, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში ჰორმონოთერაპია, ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია და მედიკამენტები, ქვეყნის მასშტაბით, ყველა ონკოლოგიურ პაციენტს უფინანსდება. მათ შორის არიან ის პაციენტებიც, რომელთა წლიური შემოსავალიც 40 000 ლარზე მეტია.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარდა, სახელმწიფო ახორციელებს ჯანმრთელობის დაცვის მიზნობრივ პროგრამებს. პროგ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

რამების ამ ჯგუფს ასევე „ვერტიკალურ“ სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებს უწოდებენ.

მიზნობრივი პროგრამები განკუთვნილია კონკრეტული დიაგნოზისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე ადამიანებისათვის. მიზნობრივი პროგრამების ფარგლებში შესაძლებელია სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურების – დიაგნოსტიკის, კვლევის, მკურნალობის, მედიკამენტების ან სხვა საჭირო სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება. ამჟამად მოქმედი მიზნობრივი პროგრამებია:

დიაბეტის მართვა;

C ჰეპატიტის მართვა;

აივ-ინფექცია/შიდსის მართვა;

ფსიქიკური ჯანმრთელობა;

დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია;

თავდაცვის ძალებში გასაწევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება;

ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურება;

ტუბერკულოზის მართვა;

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;

ნარკომანიით დაავადებული პირების მკურნალობა;

ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა;

სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება;

რეფერალური მომსახურება;

იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა;

სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;

ორგანოთა ტრანსპლანტაცია (ძვლის ტვინისა და ღვიძლის ტრანსპლანტაცია).

ჩამოთვლილი პროგრამებიდან რომელიმეში ჩასართავად პაციენტმა უნდა მიმართოს ამ პროგრამის განმახორციელებელ დაწესებულებას, რადგან აღნიშნული პროგრამები ერთმანეთისაგან განსხვავებულია და მათ სხვადასხვა კლინიკა ახორციელებს.

ძალიან მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ზოგიერთ მსხვილ ქალაქში მოქმედებს მუნიციპალური ჯანდაცვის პროგრამა, რაც მოქალაქეს, მათ შორის ბავშვებს, აძლევს შესაძლებლობას მიიღოს ის სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ან მიზნობრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა არ ფარავს.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

მუნიციპალური ჯანდაცვის პროგრამები ადგილობრივ დონეზე მუშაობს და ხელმისაწვდომია კონკრეტულ მუნიციპალიტეტსა თუ თვითმმართველ ქალაქებში რეგისტრირებული პირებისთვის. ზოგიერთი მუნიციპალური პროგრამა მხოლოდ კონკრეტული ასაკობრივი ჯგუფისთვის ან სოციალური სტატუსის მქონე პირისთვისაა განკუთვნილი. ასეთ პროგრამაში ჩასართავად საჭიროა მოქალაქემ ადგილობრივი თვითმმართველობის ერთეულს – მერიას ან გამგეობას მიმართოს.

მიზნობრივი პროგრამების შესახებ ინფორმაციის მიღება თითოეულ მოქალაქეს შეუძლია ადგილობრივი მმართველობის ორგანოში, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური დახმარების სპეციალური სამსახური არსებობს.

სამედიცინო დაწესებულებაში ან ადგილობრივი მმართველობის ჯანდაცვის სამსახურში მოხდება მოქალაქის შემოსავლების დათვლა და იმის განსაზღვრა, თუ საყოველთაო ჯანდაცვის რომელ პაკეტს მიესადაგება პაციენტი თავისი შემოსავლებით. თითოეული მიზნობრივი პროგრამისთვის, ასევე მუნიციპალური პროგრამისთვის განერილია პროგრამაში ჩართვის (პროგრამის მოსარგებლედ ცნობის) კონკრეტული კრიტერიუმები – თუ რა ასაკის, დიაგნოზისა და სოციალური სტატუსის მქონე მოქალაქეს შეუძლია ჩაერთოს და ისარგებლოს ამ სერვისებით. ამ კრიტერიუმების გაცნობა თითოეულ დაინტერესებულ პირს შეუძლია ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს ელექტრონულ ვებგვერდზე.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს. ამასთან, ინტენსიური მოვლა/მკურნალობის სერვისის მიმწოდებლების, ასევე, ქ. თბილისში, ქ. ბათუმში, ქ. ქუთაისში სამედიცინო-ნეონატალური მომსახურებისა და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებლებისადმი განსაზღვრულია დამატებითი პირობები. **პროგრამით მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება, საქართველოს მასშტაბით.**

გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის მოსარგებლეს შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში (სპეციალურად შემუშავებული, სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თან-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ხმოვის ფორმის შევსების საფუძველზე). ამასთან, რეგისტრაციის შეცვლა შესაძლებელია 2 თვეში ერთხელ. პროგრამით მოსარგებლე პირს უფლება აქვს, რეგისტრირებული იყოს მხოლოდ ერთ კლინიკაში – გეგმური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას.

გეგმური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურება ხორციელდება მატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის/თანხმობის წერილის საფუძველზე, რომლის მიღება პროგრამით მოსარგებლეს შეუძლია შემდეგი გზით:

- მოქალაქე მიმართავს პროგრამის/ქვეპროგრამის მიმწოდებელს ან ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს ცენტრალურ ოფისს/რეგიონულ სამსახურს.
- პროგრამის მიმწოდებელი, სამედიცინო საჭიროების მიხედვით, სპეციალურ ელექტრონულ სისტემაში ავსებს შესაბამისი ფორმის განაცხადს (რეკვიზიტები, მათ შორის, მოსარგებლის მობილური ტელეფონის ნომერი, სამედიცინო საჭიროების დამადასტურებელი ცნობა (ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა, ფორმა №IV-100/ა ფორმატით, კალკულაცია).
- ელექტრონული ფორმით წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვის შედეგად, სააგენტოს უფლებამოსილი პირის მიერ ხდება მომსახურების დაფინანსების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, რაც მოსარგებლეს/წარმომადგენელს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების საშუალებით, რომელშიც, მოთხოვნის ნომერთან ერთად, მითითებული იქნება მიმართვის უნიკალური კოდი.
- მოსარგებლეს/წარმომადგენელს შეუძლია უნიკალური კოდი წარადგინოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში. სურვილის შემთხვევაში, მას შეუძლია საგარანტიო წერილი აიღოს ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს ცენტრალურ ოფისში/რეგიონულ სამსახურში. მედიკამენტებით სარგებლობის მატერიალიზებული ვაუჩერის/მიმართვის გაცემა ხდება უშუალოდ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს ცენტრალურ ოფისში/რეგიონულ სამსახურში.

უმნიშვნელოვანესია მოქალაქის ცოდნა სახელმწიფო პროგრამების მიღმა დარჩენილი სამედიცინო სერვისების შესახებ. თითოეული მოქალაქე ინფორმირებული უნდა იყოს იმ სამედიცინო სერვისების თაობაზე, რომელთა ანაზღაურება არ ხდება სახელმწიფო პროგრამის

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

ფარგლებში. მაგალითად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის და არც ე.წ. „ვერტიკალური“ სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში არ ფინანსდება:

- შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებები;
- სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;
- საზღვარგარეთ განეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;
- ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- ვირუსული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად, გარდა გადაუდებელი სტაციონარული ან ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევებისა;
- თერაპიული პროფილის გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება;
- ბარიატრიული (სიმსუქნის გამო) ოპერაციები კუჭზე (ოპერაციები ჭარბი წონის დროს).

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და ჯანმრთელობის დაცვის მიზნობრივი პროგრამები, რომელიც განკუთვნილია საქართველოს ბავშვთა მოსახლეობისთვის

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება

18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქე, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ბავშვები; ასევე 18 წელს გადაცილებული საქართველოს მოქალაქე, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ მხედველობის დაქვეითება (უსინათლოები), აქვთ თანდაყოლილი ცერებრული დამბლა ან/და უშაქრო დიაბეტი, დაუნის სინდრომი ან დუშენ-ერბის დაავადება.

გულის თანდაყოლილი მანკების მკურნალობა

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება ჯგუფდება კატეგორიებად:

- ქირურგია;
- კათეტერიზაცია.

ზემოაღნიშნული პროგრამით მოსარგებლეები არიან გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები, პირადობის ნეიტრალური მონაბობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, საქართველოში თავშესაფრის მაძიებელი, ასევე საქართველოში ლტოლვილისა და ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები, რომელთაც ესაჭიროებათ კარდიოქირურგიული მკურნალობა.

მომსახურების მისაღებად, ზემოთ აღნიშნული კატეგორიის ბავშვების მშობლებმა ან კანონიერმა წარმომადგენელმა, ოპერაციული ჩარევის საჭიროების შემთხვევაში, უნდა მიმართოს სპეციალიზებულ (პროფილურ) კლინიკას. ექიმი თავად უზრუნველყოფს საჭირო დოკუმენტაციის მომზადებას და ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოში გაგზავნას ელექტრონული პროგრამის საშუალებით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება თანაგადახდას არ ექვემდებარება და ფინანსდება 100%-ით

- გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული 18 წლამდე ასაკის პაციენტებისათვის;
- ასაკით პენსიონერი ვეტერანისა და მკვეთრად გამოხატული შუამკვეთებისათვის;
- პირებისათვის, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებული არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მათთვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს; სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრების და რუსთაველის პრემიის ლაურეატებისთვის და ა.შ.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა 0-5 წლის ასაკის ბავშვებისათვის

0-5 წლის ასაკის ბავშვებისათვის გეგმური ამბულატორიული მომსახურება უფასოა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული გეგმური ამბულატორიული მომსახურება პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხის 100%-ით ფინანსდება.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

სერვისის მისაღებად, ბავშვის მშობლებმა ან კანონიერმა წარმომადგენელმა უნდა მიმართოს ამბულატორიას ან პოლიკლინიკას, რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.

სახელმწიფო 100%-ით აფინანსებს:

- ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურებას, საჭიროების შემთხვევაში, მათ მომსახურებას ბინაზე;
- პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფას (აცრა, ვიზიტი);
- ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკფაქტორების შეფასებას;
- პრევენციულ ღონისძიებებს;
- დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მართვას;
- საჭიროების შემთხვევაში, კომპეტენციის ფარგლებში, ბინაზე მომსახურებას;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევებს, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;
- სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტების გაცემას;
- ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული და ენდოკრინული პაციენტების გამოვლენას და რეფერალს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში;
- ინკურაბელური და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მეთვალყურეობას;
- სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, მომსახურებას ბინაზე.

0-5 წლის ასაკის ბავშვს, ოჯახის ექიმის მიმართვით, 100%-ით აუნაზღაურდება:

- ენდოკრინოლოგის, ოფთალმოლოგის, კარდიოლოგის, ნევროლოგის, ოტორინოლარინგოლოგის, გინეკოლოგის, უროლოგის, ქირურგის კონსულტაცია;
- ამბულატორიულ დონეზე, ექიმის დანიშნულებით, სხვადასხვა სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები;
- ელექტროკარდიოგრაფია;
- საჭმლის მომნელებელი სისტემის, შარდსასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია;
- გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია;
- ძვლების რენტგენოგრაფია.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

გარდა ზემოაღნიშნულისა, 0-5 წლის ასაკის ბავშვს, ექიმის დანიშნულებით, 100%-ით უფინანსდება შემდეგი ამბულატორიული, კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;
- კრეატინინი;
- ჰემოგლობინი;
- ქოლესტერინი სისხლში;
- შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;
- განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;
- პროთრომბინის დრო (INR);
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST;
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი TSH.

დაფინანსება: სახელმწიფოს მიერ 0-5 წლის ასაკის ბავშვების გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება 100 %-ით ფინანსდება.

სახელმწიფო ბავშვებს უფინანსებს გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებას:

- ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა – ღირებულების 100%-ით;
- 450-ზე მეტი სახის გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელიც შესაბამისი ნუსხითაა განსაზღვრული – ღირებულების 80%-ით (გარდა ნეონატალური ასაკისა);
- ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა – პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხის 80%-ით (გარდა ნეონატალური ასაკისა).

ინფექციური დაავადების მართვა:

- ინფექციური დაავადებები – DRG ღირებულების 80%-ით (გარდა ნეონატალური ასაკისა);
- ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია – ღირებულების 100%-ით.

მიუხედავად მომსახურების კატეგორიებისა, სახელმწიფოს მხრიდან 100%-ით ანაზღაურდება:

- მიზნობრივ ჯგუფებში შემავალი ბავშვების გადაუდებელი სტაციონარული სერვისი;
- ნეონატალური ასაკის ბავშვების გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები.

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

გეგმური ქირურგია:

- გეგმური ქირურგიული ოპერაციების წლიური ლიმიტი – 15 000 ლარი;
- ონკოქირურგიული და კარდიოქირურგიული ოპერაციები ფინანსდება პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხის 100%-ით;
- სხვა ქირურგიული ოპერაციები – პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხის 80%.

ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა:

- ქიმიოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიასა და სხივურ თერაპიას ყველა ბავშვს სახელმწიფო 100%-ით უფინანსებს;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობის წლიური ლიმიტი – 25 000 ლარი.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა 6-17 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოზარდებისთვის

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად, ბავშვის მშობლებმა ან მეურვემ უნდა მიმართოს ამბულატორიას ან პოლიკლინიკას, რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.

სახელმწიფო 100%-ით აფინანსებს:

- ოჯახის ან სოფლის ექიმისა და ექთნის მომსახურებას, საჭიროების შემთხვევაში, კომპეტენციის ფარგლებში, მომსახურებას ბინაზე;
- პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფას (აცრა-ვიზიტი);
- ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკფაქტორების შეფასებას;
- პრევენციულ ღონისძიებებს;
- დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მართვას;
- ფტიზიატრიული, ფსიქიატრიული და ენდოკრინული პაციენტების გამოვლენას და რეფერალს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში;
- ინკურაბელური და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მეთვალყურეობას;
- სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, მომსახურებას ბინაზე;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევებს, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;
- სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტების გაცემას (გარდა ავტომობილის მართვის მოწმობის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობისა).

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

- ექიმის დანიშნულებით, ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს – ელექტროკარდიოგრაფია.

ექიმის დანიშნულებით, შემდეგ ამბულატორიულ, კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს:

სისხლის საერთო ანალიზი;
შარდის საერთო ანალიზი;
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;
კრეატინინი;
ჰემოგლობინი;
ქოლესტერინი სისხლში;
შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;
პროთრომბინის დრო (INR).

6-17 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოზარდს, ოჯახის ან სოფლის ექიმის მიმართებით, 70%-ით (30%-იანი თანაგადახდით) აუნაზღაურდება:

- **ექიმ-სპეციალისტთა მომსახურება** – ენდოკრინოლოგის, ოფთალმოლოგის, კარდიოლოგის, ნევროლოგის, ოტორინოლარინგოლოგის, გინეკოლოგის, უროლოგის, ქირურგის კონსულტაცია;
- **ამბულატორიულ დონეზე, ექიმის დანიშნულებით, ინსტრუმენტული გამოკვლევები:** საჭმლის მომნელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად);
შარდსასაქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად);
გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია;
ძვლების რენტგენოგრაფია.
- **კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები** – ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი – TSH.

დაფინანსება:

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ფინანსდება ლიბერულების 100%-ით.

სტაციონარული მომსახურება (დაზღვეული ან დაზღვევის არმქონე 6-17 წლის ასაკის პირთათვის)

გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება:

- ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე – 15 000 ლარი.
- **კრიტიკული მდგომარეობები** – (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა), სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნება/ქრონიკული მოვ-

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

ლა და კომბუსტიოლოგია – არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან.

გადაუდებელი მდგომარეობები – მომსახურება ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის (ლიმიტის ფარგლებში) თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან.

გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები:

- წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი,
- მომსახურება ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის ოდენობით, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარისა (ლიმიტის ფარგლებში).

კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები:

- წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი.
- მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლებისათვის.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, დღის სტაციონარი):

ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია;
საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა.

ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურებისა):

- ანაზღაურდება სრულად, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდის გარეშე.
- წლიური ლიმიტი – 25 000 ლარი.

ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურება

ონკოჰემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება (მათ შორის, დიაგნოსტიკური კვლევები და მედიკამენტები):

- მომსახურება ფინანსდება სრულად და არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ინფექციური დაავადებების მართვა

ინფექციური დაავადებების (მათ შორის: სეფსისი, პარაზიტოლოგია) სტაციონარული მკურნალობა:

- მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან.

კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია:

- მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან და ფინანსდება განსაზღვრული ლიმიტების შესაბამისად.

დასკვნა

ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების ძირითადი მიზნებია: ბავშვთა ოპტიმალური ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური განვითარების ხელშეწყობა. ასევე, ბავშვობაში გავრცელებული დაავადებებისა და ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენცია. ჯანმრთელობის საკითხების თაობაზე ბავშვებისთვის და მათი მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდება, სათანადო ცოდნითა და უნარებით აღჭურვა, ზოგადად, სამედიცინო კულტურის ამაღლება, რათა მათ ზრდასრულ ასაკში ჯანსაღი ცხოვრების წესით ცხოვრება შეძლონ. რაც მთავარია, ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების საკვანძო საკითხია ყველა ბავშვისთვის ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შექმნა და სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მე-5 თავის მომზადების დროს გამოყენებული ლიტერატურული რესურსები:

ადრეული ასაკის ბავშვის ზრდისა და განვითარების მონიტორინგი
https://www.unicef.org/georgia/media/2391/file/zrdisa_da_ganvitarebis_monitoringi.pdf

ახალშობილთა სკრინინგის მთავარი პრინციპები
https://download2.eurordis.org/documents/pdf/eurordis_nbs_position_paper_ge.pdf

ვაქცინის შესახებ
<https://test.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=56ad6564-def0-4037-ab74-2edb51087555>

ბავშვთა ვაქცინაციის მიმართ შემცირებული ნდობა ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში – გაეროს ბავშვთა ფონდის ახალი ანგარიში. 21 აპრილი, 2023
<https://www.unicef.org/georgia/ka/opics/%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%A3%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%96%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%90>

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები. www.moh.gov.ge

თავი 5. სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის...

კილაძე, ს. თურნავა, პ. (2021). ბავშვის უფლებათა კოდექსის სახელმძღვანელო კომენტარები. §25 გვ.204-211. მოქმედებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.unicef.org/georgia/media/6781/file/%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%A8%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A3%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9B%E1%83%AB%E1%83%A6%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98.pdf>

Rehana A Salam , Jai K Das, Zohra S Lassi, Zulfiqar A Bhutta Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5026678/#:~:text=Potentially%20effective%20interventions%20for%20adolescent,and%20interventions%20for%20substance%20abuse.>

WHO Child Health and Development. Integrated management of childhood illness
<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/integrated-management-of-childhood-illness>

Public Health Scotland. Child health data and intelligence
<https://publichealthscotland.scot/population-health/early-years-and-young-people/child-health-data-and-intelligence/child-health-programme/what-is-the-child-health-programme/>

School Health Program
<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/school-health-program#:~:text=School%20health%20programs%20are%20defined,and%20family%20and%20community%20involvement.>

The Children's Health Insurance Program (CHIP)
<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

Medicaid & CHIP

The Children's Health Insurance Program (CHIP)
<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

WHO About the child health and development programme

<https://www.emro.who.int/child-health/about/about-child-health-development-programme.html>

WIC: USDA's Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children
<https://www.fns.usda.gov/wic>

Scaling Up Nutrition
<https://scalingupnutrition.org/>

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

Reproductive & Child Health (RCH) Programme

<https://gmch.gov.in/sites/default/files/documents/Reproductive%20&%20Child%20Health.pdf>

Reproductive & Child Health Programme RCH

<https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=152&lid=228>

Home-Based Care for Young Child Programme (HBYC)

<https://www.nhm.gov.in/index4.php?lang=1&level=0&linkid=492&lid=761>

ფილლიპ მილნერი, ტატა ქანტურიძე, ჯეფ ლევეტი, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია საქართველოსათვის, 2010-2015.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდზე განთავსებული ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების შესახებ.

<https://moh.gov.ge/>

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ვებგვერდზე განთავსებული ინფორმაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების შესახებ.

<https://www.ncdc.ge/#/home>

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის დადგენილება №36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.

<https://www.ncdc.ge/#/home>

საქართველოს მთავრობის 2023 წლის 29 დეკემბრის დადგენილება №529, 2024 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

<https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/natlex2/files/download/116093/GEO-116093.pdf>

საქართველოს მთავრობის 2024 წლის 30 დეკემბრის დადგენილება N474, 2025 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის დადგენილება №828. 2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

<https://test.ncdc.ge/pages/user/LetterContent.aspx?ID=16320011-c363-4efc-a7af-ed-0dc0039e79>

ნაწილი II

დედათა და ბავშვთა
ჯანმრთელობის
ურთიერთკავშირი

თავი 1

შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობას შორის ღრმა ურთიერთკავშირი არსებობს. დედის ჯანმრთელობა დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე ჯერ კიდევ დაბადებამდე, ადრეული ბავშვობის ჩათვლით და შემდგომ პერიოდში. ეს ურთიერთკავშირი მოიცავს დედის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, ფსიქიკურ კეთილდღეობას, კვებას და მათ შორის კავშირის ხარისხს, რაც გავლენას ახდენს ბავშვის ფიზიკურ და ფსიქიკურ განვითარებაზე, კოგნიტურ უნარებზე, ასევე ქცევისა და სოციალიზაციის შესაძლებლობაზე გრძელვადიან პერსპექტივაში.

მეცნიერული კვლევები ადასტურებს მოსაზრებას, რომ დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობას შორის პირდაპირი ურთიერთკავშირი არსებობს. ის ფაქტი, თუ რამდენად სასურველი იყო ორსულობა დედისთვის, მეუღლისთვის, ოჯახის სხვა წევრებისთვის, გავლენას ახდენს დედის კეთილდღეობაზე როგორც ორსულობის დროს, ისე მშობიარობის შემდეგ. ჩამოთვლილი ფაქტორები, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად მოქმედებს ბავშვის ჯანმრთელობაზე და განვითარებაზე როგორც მუცლადყოფნის პერიოდში, ისე დაბადების შემდეგ.

ორსულობამდე და მთელი ორსულობის მანძილზე დედის ცხოვრების წესი, ურთიერთობა ოჯახში, პროფესიული საქმიანობა, კვება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ჩვევები, დამოკიდებულება ალკოჰოლის მიმართ, თამბაქოს მოხმარება, ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება, ფიზიკური აქტივობა, ხელმისაწვდომობა სამედიცინო სერვისებზე და სხვა ფაქტორები წარმოადგენს იმ დეტერმინანტების ჯგუფს, რომელიც სერიოზულ გავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობასა და ზრდა-განვითარებაზე, ასევე, ბავშვის კეთილდღეობაზე და ცხოვრების ხარისხზე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. მეცნიერული კვლევები, რომლებიც ფოკუსირებულია ოჯახის ჯანმრთელობასა და სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებზე, ადასტურებენ დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობას შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირს. ორსულობის დროს დედის მდგომარეობის საფუძველზე შესაძლებელია ბავშვის ჯანმრთელობის რისკების პროგნოზირება. კითხვაზე, თუ რამდენად ახდენს გავლენას დედის ჯანმრთელო-

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

ბა ბავშვის ჯანმრთელობაზე, დამაჯერებლად შეიძლება გაეცეს პასუხი, რომ დედის ჯანმრთელობას უდიდესი როლი აქვს ბავშვის ჯანმრთელობის ფორმირებაში არა მხოლოდ მუცლადყოფნის პერიოდში, არამედ ბავშვის მთელი მომავალი ცხოვრების მანძილზე.

ზრდასრულთა ჯანმრთელობისა და სიკვდილიანობის სოციოეკონომიკურ ფაქტორებთან ურთიერთკავშირის შესახებ მეცნიერული კვლევები მიუთითებს პრენატალურ, პერინატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში წარმოშობილი გართულებების ფართო სპექტრზე, რომლებიც შემდგომ დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე. მშობლების ჯანმრთელობას და გენეტიკურ ფაქტორებს, სოციოეკონომიკურ მდგომარეობასთან კომბინაციაში, შესაძლებელია რადიკალური მნიშვნელობა მიენიჭოს მოზრდილთა ჯანმრთელობის ჩამოყალიბების პროცესში, ვინაიდან მუცლადყოფნის პერიოდში და ბავშვობაში განცდილ ნეგატიურ მოვლენებს შორსმიმავალი შედეგები აქვთ ბავშვის ჯანმრთელობასა და სოციოეკონომიკურ მდგომარეობაზე ზრდასრულ ასაკში.

დედათა უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დიდ გავლენას ახდენს როგორც ნაყოფის ჯანმრთელობაზე დაბადებამდე, ისე დაბადების შემდეგ.

უსაფრთხო დედობა წარმოადგენს ადამიანის უფლებათა უმთავრეს ამოცანას. აღნიშნული საკითხი მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტია. მართალია, ბოლო 20 წლის განმავლობაში საქართველომ დიდი პროგრესი განიცადა, მაგრამ ჯერ კიდევ მრავალი გამოწვევა რჩება კაიროს და პეკინის შეხვედრების და მათი შემდგომი კონფერენციების შედეგების მიღწევის გზაზე. ათასწლეულის განვითარების მეხუთე მიზანი – „დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება“ – საქართველოში ჯერაც არ არის მიღწეული. ბოლო პერიოდში შემცირების მიუხედავად, დედათა სიკვდილიანობა საქართველოში ოთხჯერ მაღალია ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე და თითქმის ორჯერ მაღალი ევროპის რეგიონულ მაჩვენებელზე. მიუხედავად იმისა, რომ დედების გარდაცვალების უშუალო სამედიცინო მიზეზები სხვადასხვაა, შესაძლებელია სიკვდილის იმ მთავარი მიზეზების თავიდან აცილება, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს გართულებები დედისთვის ორსულობის პერიოდში, მშობიარობისას და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. დედათა ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია მიღებულ იქნეს ყველანაირი ზომა და უზრუნველყოფილ იქნეს ქალთა უფლება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რათა ხელი მიუწვდებოდეთ აუცილებელ და ხარისხიან ჯანდაცვაზე და დახმა-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

რებაზე, რაც მისცემს მათ შესაძლებლობას, ჰქონდეთ უსაფრთხო ორსულობა და მშობიარობა და გააჩინონ ჯანმრთელი ბავშვები.

ცხრილი 1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მაჩვენებლები საქართველო

	2018	2019	2020	2021
ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვა (%)	85.5	85.5	86.7	88.6
ანტენატალური 1 ვიზიტი მაინც (%)	94.3	95.3	96.0	95.8
ანტენატალური 4 ვიზიტით მოცვა (%)	81.1	84.9	85.2	86.7
ანტენატალური 6 ვიზიტით მოცვა (%)	48.0	71.0	69.0	71.8
ანტენატალური 8 და მეტი ვიზიტით მოცვა (%)	19.4	38.2	34.9	37.8
არ ჩაუტარებია ანტენატალური ვიზიტები (%)	5.7	4.7	4.0	4.2
მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებელი 1000 ქალზე	37.5	42.2	31.0	29.4
მშობიარობათა რაოდენობა	50468	47486	45797	45305
ნაადრევი მშობიარობის წილი (%)	7.9	8.3	8.7	8.9
ფიზიოლოგიური მშობიარობის წილი (%)	58	59	58	56.3
ჩარევით მშობიარობათა (საკეირო კვეთა, მაშებითა და ვაკუუმ-ექსტრაქციით მშობიარობა და სხვა) რაოდენობა	21432	19369	19054	21956
საკეირო კვეთების წილი მშობიარობების საერთო რაოდენობაში (%)	41.7	39.9	40.6	42.8
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი (%)	99.8	99.8	99.8	99.8
აბორტი	22733	21599	19039	17774
ხელოვნური აბორტის წილი (%)	62	62	61	63

ცხრილში წარმოდგენილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მაჩვენებლები საქართველოში შეფასებულ იქნა, როგორც მეტად საყურადღებო და, არსებული ვითარების საპასუხოდ, საქართველოს მთავრობის მიერ შემუშავებულ იქნა 2017-2030 წლების პერიოდის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგია და სამწლიანი სამოქმედო გეგმა. აღნიშნულ სტრატეგიასა და გეგმაში აისახა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მაქსიმალური სტანდარტი ყველა ადამიანისთვის საქართველოში. აღნიშნული სტრატეგიული დოკუმენტების შექმნას საფუძვლად უდევს

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტი: „სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა: მოქმედება 2030 წლისთვის ევროპაში მდგრადი განვითარების დღის წესრიგის მისაღწევად: არავინ დარჩეს უყურადღებოდ“. დოკუმენტები ემყარება მთავრობის პოლიტიკას, რომელიც ითვალისწინებს ფინანსურ დახმარებას დედისა და ბავშვის სამედიცინო მომსახურების სრული ციკლისთვის, მათ შორის ანტენატალური, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი მომსახურებებისთვის; ცალკე აღნიშვნის ღირსია წამყვანი ეროვნული ინიციატივა – „პერინატალური ზრუნვის რეგიონალიზაციის პროექტი“, რომელიც საქართველოში დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემის გაძლიერებისკენ გადადგმულ მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს. ამ პროცესის დასრულების შემდეგ ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომი მომსახურებების შესაბამისი დონეები მიენიჭა პერინატალური სერვისების მიმწოდებელ კლინიკებს. აღნიშნული ორგანიზაციული გადაწყვეტილება უზრუნველყოფს რისკის ქვეშ მყოფი ორსული ქალების მიერ მკურნალობის მიღებას ისეთ დაწესებულებებში, რომლებსაც საჭირო დონის სპეციალიზებული მზრუნველობის გაწევის უნარი და შესაძლებლობა აქვთ; აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პერინატალური დახმარების რეგიონალიზაცია განხორციელდა არა სამედიცინო დაწესებულების გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით, არამედ დაწესებულებისთვის დონის მინიჭება მოხდა პერინატალური დახმარების შესაძლებლობების და რთული სამედიცინო/ნეონატალური შემთხვევების მართვის გამოცდილების მიხედვით.

საქართველოში დედათა და ბავშვთა უფლებების რეალიზაციას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დიდად შეუწყო ხელი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, სამედიცინო და პერინატალური დახმარების თანამედროვე სტანდარტებისა და კრიტერიუმების დანერგვამ, ასევე, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დამყარებული ცოდნისა და პრაქტიკის დამკვიდრებამ, ახალი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების მომზადებამ, იმ აუცილებელი თემატიკის განსაზღვრამ, რომელიც სამედიცინო-გინეკოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალმა სავალდებულო წესით უნდა გაიაროს პერიოდულად. ფაქტებსა და მონაცემებზე დამყარებული პოლიტიკის, სახელმძღვანელო პრინციპებისა და სტანდარტების შემუშავება/ადაპტაციამ გარკვეულწილად კარგი ნიადაგი შეუქმნა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას. პერინატალური დახმარების რეგიონალიზაციის თაობაზე მომზადებული ნორმატიული აქტები სამედიცინო და ნეონატალური სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებს რეკომენდაციას აძლევს, მაღალი

ხარისხის სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად, სამედიცინო დაწესებულებებში დაინერგოს დედათა ავადობის მძიმე შემთხვევების (“Near-miss” cases) ანალიზი. რთული შემთხვევების განხილვა-ანალიზი სავალდებულო წესით ხორციელდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში.

დედათა ჯანმრთელობას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ოჯახის და-გეგმვის სერვისებზე ქალთა მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა. ოჯახის დაგეგმვის უსაფრთხო და ნებაყოფლობითი შესაძლებლობა ადამიანის უფლებაა. ოჯახის დაგეგმვა გენდერული თანასწორობის და ქალთა გაძლიერების ცენტრალური ელემენტი და სიღარიბის დაძლევის ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია. ოჯახის ეფექტიანი დაგეგმვა ამცირებს არასასურველი ორსულობების და სახიფათო აბორტების რაოდენობას, ახდენს ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის და ავადობის შემთხვევათა პრევენციას, ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის აივ/შიდსის, გავრცელებას, იცავს მოზარდების ჯანმრთელობას და წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე ხარჯთეფექტურ, რენტაბელურ საშუალებას ქალების, მამაკაცების, ახალგაზრდების და, მთლიანად, საზოგადოების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად. ყველა ამ მიზეზის გამო, ინვესტირება ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულების ქსელის შექმნაში დედის, ახალშობილის და ბავშვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტიან სტრატეგიას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ 1999-2010 წლებში საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები მიუთითებს გარკვეულ წინსვლაზე, საქართველო კვლავაც ხასიათდება დაუგეგმავი ორსულობის მაღალი მაჩვენებლით, ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე ეფექტიანი საშუალებების ნაკლებად გამოყენებით და ხელოვნური აბორტების ჯერ კიდევ მაღალი რაოდენობით. ეს უკანასკნელი ისევ რჩება ოჯახის დაგეგმვის ერთ-ერთ ძირითად მეთოდად. აბორტების რაოდენობა შეიძლება შემცირდეს მხოლოდ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებით და ეფექტიანი მეთოდების გამოყენებით. ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციები და მომსახურება ჯერაც შეზღუდულია საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო წლებში აღინიშნება კონტრაცეფციის გამოყენების ზრდა ქვეყანაში. კონტრაცეპტივების გავრცელებამ საკმაოდ შეამცირა აბორტების რაოდენობა და, ამავე დროს, ხელი შეუწყო ქალთა ჯანმრთელობას. რეალური საკითხი, რომელიც ქვეყნის წინაშე დგას ამ სფეროში, არის ხელოვნური აბორტის ჩანაცვლება ოჯახის დაგეგმვის თანამედრო-

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

ვე მეთოდებით, იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ეს არ შეაფერხებს შობადობის აღმავლობას.

ძირითადი ცნებები და განმარტებები:

დედათა ჯანმრთელობა – გულისხმობს ქალთა ჯანმრთელობას ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ის მოიცავს ოჯახის დაგეგმვის და ორსულობის წინ სამედიცინო მომსახურებას, ასევე, სამედიცინო ღონისძიებათა კომპლექსს პრენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში. სამედიცინო ღონისძიებათა კომპლექსის გატარების მიზანია დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება.

ორსულობა – ერთი ან მეტი კვერცხუჯრედის განაყოფიერება და განვითარება ქალის საშვილოსნოში. განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს პირველი ორი კვირის განმავლობაში ჩანასახი ეწოდება; მომდევნო პერიოდში, ორსულობის მე-9 კვირამდე, ემბრიონი ეწოდება, ხოლო შემდგომ, მშობიარობამდე, ნაყოფის სახელწოდებით მოიხსენიება. ორსულობის სინონიმებია: „გესტაცია“, რომელიც წარმოიშვა ლათინური სიტყვიდან „*gestation*“ და „გრავიდულობა“, რომელიც მოდის ლათინური სიტყვიდან „*graviditas*“ და წინსვლას, მოძრაობას, მართვას აღნიშნავს. სამედიცინო პერსონალი ორსულობის თაობაზე საუბრის დროს ხშირად იყენებს ტერმინებს: „გესტაცია“, „გესტაციური ასაკი“, „გესტაციური ვადა“, რომელთაც იგივე მნიშვნელობა აქვს, რაც „ორსულობის ვადას“.

ემბრიონი – კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შედეგი, განაყოფიერების მომენტიდან რვა კვირის განმავლობაში, ნაყოფის ჩამოყალიბებამდე.

ნაყოფი – კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შედეგი ემბრიონის სტადიის დასრულებიდან დაბადებამდე.

პრენატალური, იგივე ანტენატალური პერიოდი – გულისხმობს დროის მონაკვეთს ორსულობის დაწყებიდან ორსულობის იმ ვადამდე, როცა მშობიარობა შესაძლებელია, ხოლო ნაყოფი სიცოცხლისუნარიანად არის მიჩნეული. ჯანმოს რეკომენდაციით, პრენატალური პერიოდი იწყება ორსულობის დადგომიდან და გრძელდება ორსულობის 22 კვირის ვადამდე. „Prenatal“ ლათინური წარმოშობის სიტყვაა, სადაც სუფიქსი „pre“ ნიშნავს წინმსწრებს, ხოლო „Natal“ – შობას, დაბადებას. „Antenatal“ სიტყვა ასევე ლათინური წარმოშობისაა და „Ante“ ნიშნავს წინარეს, ხოლო „Natal“ – შობას, დაბადებას.

პრენატალური სამედიცინო მომსახურება (Prenatal care, antenatal care) გულისხმობს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მონაწი-

ლეობით ორსულის რეგულარულ სამედიცინო მომსახურებას. პრენატალური ანუ ანტენატალური სამედიცინო მომსახურება პრევენციული სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთი ნაირსახეობაა, რომელიც რეკომენდებულია ორსულებისთვის. ანტენატალური სამედიცინო მომსახურების მიზანია ორსულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის რეგულარული შემოწმება, ე.წ. “check-up”-ი. ორსულობის მიმდინარეობაზე რეგულარული ზედამხედველობა ქალის ჯანმრთელობის რისკების შეფასების, პოტენციური პრობლემების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის და დროულად მკურნალობის შესაძლებლობას იძლევა. მიჩნეულია, რომ პრენატალურ პერიოდში ორსულის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება მნიშვნელოვნად ამცირებს გართულებების წარმოშობის ალბათობას როგორც ორსულობის, ისე მშობიარობის დროს. რუტინული პრენატალური სამედიცინო მომსახურება დიდ როლს ასრულებს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის, ორსულობის სპონტანურად შეწყვეტის, ნაადრევი მშობიარობის, მემკვიდრული დაავადებებით, თანდაყოლილი ანომალიებით და სიმახინჯეებით, ასევე, მცირე მასის ახალშობილთა დაბადების და, ზოგადად, პერინატალური დანაკარგების შემცირების საქმეში.

პერინატალური პერიოდი – იწყება ნაყოფის მუცლადყოფნის 22 სრული კვირიდან (154 დღე) (ამ პერიოდში ნორმის ფარგლებში ნაყოფის მასა 500 გრამს შეადგენს) და დაბადებიდან 7 სრული დღის (6 დღე, 23 საათი, 59 წუთი, 59 წამი) შემდეგ მთავრდება.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებების დაგეგმვისას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება პერინატალურ პერიოდში გასატარებელ სამედიცინო ღონისძიებათა კომპლექსს. სიტყვა „პერინატალური“ ერთგვარი კომბინირებული სიტყვაა, სადაც „peri“ ბერძნულად ნიშნავს „ირგვლივ“, „გარშემო“, ხოლო ლათინურად „nasci“ ნიშნავს „დაბადებულს“. პირდაპირი მნიშვნელობით ტერმინი „პერინატალური“ აღნიშნავს „დაბადების დროის ირგვლივ“ მიმდინარე მოვლენებს. პერინატალური პერიოდის ათვლა სხვადასხვა ქვეყანაში ორსულობის სხვადასხვა ვადიდან იწყება. განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც სპეციალიზებული ნეონატალური მომსახურება ხელმისაწვდომია, პერინატალური პერიოდის ათვლა იწყება ორსულობის 22 დასრულებული კვირიდან (154 დღე), როცა ახალშობილის სხეულის მასა დაბადების მომენტში 500 გრამს და მეტს შეადგენს და მოიცავს ახალშობილის დაბადებიდან პირველ 7 დღეს, ანუ სიცოცხლის პირველ კვირას. ბევრ განვითარებად ქვეყანაში ამ პერიოდის სასტარტო წერტილად ითვლება ორსულობის 28 დასრულებული კვირა, როცა ახალშობილის სხეულის მასა 1000 გრამი ან მეტია. დაავადებათა საერთაშორისო კოდების ჩამონათვალში – ICD-10-ში არსებობს

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

განსაკუთრებული თავი, სადაც ჩამოთვლილია პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი და განვითარებული მდგომარეობები.

პერინატალური სამედიცინო დახმარების სწორი ორგანიზაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა, ვინაიდან პერინატალურ პერიოდში დედისთვის და ახალშობილისთვის განეული სამედიცინო მომსახურება დიდ როლს ასრულებს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის, ნაადრევი მშობიარობის, მცირე მასის ახალშობილთა დაბადების და, ზოგადად, პერინატალური დანაკარგების შემცირების საქმეში.

მშობიარობამდე პერიოდი – მშობიარობის წინა პერიოდის აღსანიშნავად მედიკოსები ხშირად იყენებენ ტერმინს „antepartum“, რომელიც ლათინური წარმოშობისაა და „ante“ ნიშნავს „მანამდე“, ხოლო „parere“ აღნიშნავს „დაბადებას“. ტერმინი „მშობიარობამდე პერიოდი“ სიტყვასიტყვით ტერმინის „პრენატალური“ (ლათინურიდან „pre“ – „მანამდე“ და „nasci“ – „დაბადება“) ეკვივალენტურია. თუმცა „მშობიარობის წინა პერიოდი“ კლინიკურ პრაქტიკაში ჩვეულებრივ გამოიყენება უშუალოდ მშობიარობის წინა მდგომარეობების აღსაწერად, მაგალითად: მშობიარობის წინ სისხლდენა (antepartum hemorrhage).

ნაადრევი, დროული, ვადაგადაცილებული – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების განხილვისას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების დასაგეგმად აუცილებელია ინფორმაცია, რომელიც ეხება ორსულობის ბოლომდე მიტანას და დროულად მშობიარობას, ნაადრევ მშობიარობას ან, პირიქით, ვადაგადაცილებულ ორსულობას და მშობიარობას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, თითოეული ტერმინის განმარტებას სერიოზული მნიშვნელობა აქვს. ლიტერატურულ წყაროებში აღნიშნულია, რომ ორსულობა „დროულად“ ითვლება, როდესაც გესტაცია გრძელდება 37 სრული კვირა და მშობიარობა ხდება გესტაციის 37-ე კვირის დასრულების შემდეგ, 38-ე კვირაში გადასვლის დროს, მაგრამ გესტაციური ასაკი 42 კვირაზე ნაკლებია, ანუ მშობიარობა ხდება ბოლო მენსტრუალური ციკლიდან 259-ე და 294-ე დღეებს შორის. მეან-გინეკოლოგთა კოლეჯი (აშშ) ორსულობის ვადის თაობაზე განმარტავს, რომ: მოვლენები, განვითარებული ორსულობის 37 კვირის (259 დღის) დასრულებამდე, ითვლება ნაადრევად, ხოლო მოვლენები, განვითარებული ორსულობის 42 კვირის (294 დღის) შემდეგ, ითვლება დაგვიანებულად. უახლეს სამედიცინო ლიტერატურაში აღნიშნულია, რომ ტერმინების: „ნაადრევი“ და „დაგვიანებული“ ნაცვლად, ზოგიერთი მედიკოსი ამჯობინებს ტერმინების: „დღენაკლული“ და „დაგვიანებული“ გამოყენებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ტერმინი „ნაადრევი“ და „დაგვიანებული“ ერთმნიშ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ვენელოვნად ორსულობის ხანგრძლივობას განსაზღვრავს, ხოლო „დღენაკლული“ და „დაგვიანებული“ დაკავშირებულია უფრო ახალშობილის ზომებთან და განვითარების მდგომარეობასთან, ვიდრე ორსულობის ეტაპთან.

მშობიარობის შემდგომი პერიოდი – ხანგრძლივობის განსაზღვრა და ზემო ზღვრის დადგენა, ანუ როდის მთავრდება მშობიარობის შემდგომი პერიოდი. ჯანმოს რეკომენდაციების მიხედვით, მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ხანგრძლივობა განისაზღვრება მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში.

დედობის დაცვა – ეხება ქალების ჯანმრთელობას ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ახალი სიცოცხლის დასაბამი, სანყისი დიდ ემოციურ დატვირთვას უკავშირდება. მოსახლეობის დიდი ნაწილი დედობას (იგულისხმება ორსულობა, მშობიარობა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდი) განიხილავს, როგორც მხოლოდ დადებით, პოზიტიურ გამოცდილებას. რეალურად, ძალიან ბევრი ქალისათვის მსოფლიოში ის დაკავშირებულია ტკივილთან, ჯანმრთელობის გაუარესებასთან და ზოგჯერ სიკვდილთანაც.

დედათა ავადმყოფობის და სიკვდილიანობის მიზეზად ძირითადად სახელდება სამეანო სისხლდენა, ინფექცია, მაღალი არტერიული წნევა, აბორტი და სხვადასხვა მიზეზით გართულებული მშობიარობა.

დედათა და ბავშვთა (MCH) ჯანმრთელობის დაცვა – გულისხმობს სამედიცინო პროგრამებისა და სოციალური სერვისების ერთობლიობას, რომელიც ითვალისწინებს ქალთა სამედიცინო მომსახურებას უშუალოდ ორსულობის დაგეგმვის წინ, ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, ასევე, ბავშვის სამედიცინო-სოციალურ მომსახურებას ახალშობილობის პერიოდიდან 18 წლის ასაკის შესრულებამდე. ქალი, გენდერული კუთვნილების გამო, ხოლო ბავშვი ინტენსიურ ზრდა-განვითარებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებულ კონტინგენტს წარმოადგენს. ზემოაღნიშნული ბუნებრივი, ბიოლოგიური ფაქტორები შესაძლებელია ქალის ან ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი გახდეს. სწორედ ამიტომ მსოფლიოს ყველა ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები ერთხმად აღიარებენ, რომ ქალები და ბავშვები, ჯანმრთელობის გაუარესების თვალსაზრისით, მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან. იმავე მიზეზით, ორივე, დედაც და ბავშვიც, საზოგადოების მეტად მგრძნობიარე, მონყვლადი ნაწილია. ქალები და ბავშვები მოსახლეობაში ყველაზე მრავალრიცხოვანი სპეციფიკური ჯგუფია, რომელიც განსაკუთრებულ ზრუნვას საჭიროებს.

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ან სექსუალური ჯანმრთელობა/პიგიენა – ეხება რეპროდუქციულ პროცესებს, ფუნქციებსა და სისტემას ცხოვრების ყველა ეტაპზე.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა – ეს არის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრების შესაძლებლობა და რეპროდუქციის უნარი, აგრეთვე, გადაწყვეტილების მიღების თავისუფლება – გამოიყენოს თუ არა ადამიანი ეს უნარი, როდის გამოიყენოს და რა სიხშირით. შესაბამისად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს, რომ ადამიანებს შეუძლიათ ჰქონდეთ უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება და რომ მათ გააჩნიათ ახალი თაობის, ახალი გენერაციის პროდუქციების შესაძლებლობა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ერთი ინტერპრეტაცია გულისხმობს, რომ მამაკაცები და ქალები უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი და ჰქონდეთ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უსაფრთხო სერვისებზე (ქალებს – მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან მენოპაუზამდე, მამაკაცებს – სქესობრივი მომწიფების დაწყებიდან რეპროდუქციული ფუნქციის ჩაქრობამდე) შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა. პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ ინდივიდები აწყდებიან წინააღმდეგობებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღების დროს. კერძოდ, რეპროდუქციული სერვისების მიღების დროს უთანასწორობისა და ხელმისაწვდომობის დონე იცვლება ინდივიდის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, განათლების, ასაკის, ეთნიკური კუთვნილების, რელიგიური აღმსარებლობის, საზოგადოებაში გაბატონებული მოსაზრებების, სტიგმის, ჯანდაცვის რესურსების და სხვათა მიხედვით. მაგალითად, შესაძლებელია, რომ დაბალი შემოსავლის მქონე პირებს არ ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ან დასახლებული პუნქტის გეოგრაფიული მდებარეობის გამო არ იყოს განვითარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ქსელი, ან საზოგადოებაში არსებული სტიგმის, „სირცხვილის“, ან „მორიდების“ გამო, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ინდივიდი არ მიმართავს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კაბინეტს. სათანადო ინფორმაციისა და ცოდნის ნაკლებობის გამო, მოსახლეობის დიდი უმრავლესობისთვის არ არის ცნობილი, რა არის საჭირო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი შეფასებების თანახმად, „რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის გაუარესება პასუხისმგებელია ქალთა ავადობის გლობალური ტვირთის 20 %-ზე, ხოლო მამაკაცთა ავადობის ტვირთის თითქმის 14 %-ზე“.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

აბორტი – ჩანასახის, ემბრიონის ან ნაყოფის საშვილოსნოდან ხელოვნურად გამოძევება ორსულობის დასრულების მიზნით. სხვა სიტყვებით: სპეციალური ქირურგიული ინსტრუმენტების დახმარებით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ორსულობის 22 კვირის ვადამდე. აბორტის ოპერაცია ქირურგიული ჩარევის ერთ-ერთი სახეა და აბორტის ოპერაცია მაღალი რისკის ქირურგიულ ჩარევათა კატეგორიას განეკუთვნება.

ადრეული აბორტი – ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ორსულობის 12 კვირის ვადამდე.

გვიანი აბორტი – ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ორსულობის 12 კვირის ვადიდან 22 კვირის ვადამდე.

სპონტანური აბორტი – ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტა ორსულობის 22 კვირის ვადამდე.

მედიკამენტური აბორტი – მედიკამენტური აბორტი არის სპეციალური მედიკამენტების საშუალებით ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა. მედიკამენტური აბორტი ქირურგიული აბორტის ალტერნატიული მეთოდია.

მენსტრუალური ციკლის აღდგენა ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდით – ე.წ. „მინი“ აბორტი, რომელიც ქირურგიული პროცედურაა. აღნიშნული ჩარევა გულისხმობს საშვილოსნოს ღრუდან სპეციალური ვაკუუმ-ასპირატორის დახმარებით ჩანასახის გარეთ გამოტანას (ჰაერის უარყოფითი წნევის მოქმედებით ჩანასახის ნაწილების გამოტანა საშვილოსნოს ღრუდან გარეთ).

აბორტი – სახიფათო ქირურგიული პროცედურა. ეს არის „ბრმა“ ოპერაცია, რომელიც ხელის შეგრძნებით კეთდება. მას შეიძლება ძალიან ბევრი გართულება მოჰყვეს: უახლოესი გართულებებიდან ძალზე სახიფათოა სისხლდენა, მწვავე ინფექცია; შორეული გართულებებიდან: უშვილობა, საშვილოსნოს ღრუში ქსოვილების დაზიანება, ადრეული კლიმაქსი, ქალის ნაადრევი დაბერება და სხვ.

აბორტის ზეგავლენა ქალის ორგანიზმზე: ჰორმონული დარღვევები – ორსულობის დადგომისთანავე ქალის ორგანიზმი ემზადება ახალი სიცოცხლის (ჩანასახის, ემბრიონის, ნაყოფის) გამოზრდისა და მშობიარობისთვის, რაც, პირველ რიგში, ჰორმონული ცვლილებებით გამოიხატება. აბორტის დროს კი ხდება ორსულობის პროგრესირებისთვის ჩართული მძლავრი ჰორმონული სისტემის მკვეთრი და უეცარი ბლოკირება. ბუნებრივ პროცესებში უხეში, მექანიკური ჩარევა მძიმე ზეგავლენას ახდენს ქალის ორგანიზმზე.

თავი 1. შესავალი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. ძირითადი ცნებები და განმარტებები

შედეგად, თითქმის ყველა ქალს რაიმე ფორმით ეწყება ჰორმონული დარღვევების გამოვლენა. შეიძლება განვითარდეს ქარბთმიანობა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, სიმსუქნე, ფარისებრი ჯირკვლის, ჰიპოფიზის და თირკმელზედა ჯირკვლის მიძიმე დაავადებები, სქესობრივი მოშლილობა, უშვილობა.

ინფექციური გართულებები – აბორტის ოპერაციის დროს ინფიციების რისკი მკვეთრად იზრდება, ვინაიდან პროცედურა საშვილოსნოს ღრუში ინსტრუმენტულ ჩარევას უკავშირდება. ხშირად, ოპერაციის წინ, ქალი კარგად გამოკვლეული არ არის და მისი ბაქტერიული ფლორა ცნობილი არ არის, ან პროცედურა არასათანადო პირობებში ტარდება, ან ოპერაციის შემდეგ ქალი ვერ ასრულებს დანიშნულებას, არ იცავს სქესობრივი ცხოვრების წესებს და სხვ. განსაკუთრებით სახიფათოა, როცა აბორტის ოპერაცია არასათანადო სტერილიზაციის პირობებში ტარდება ან აბორტის შემდგომ პერიოდში პაციენტს სწორი დანიშნულება არ ეძლევა. ასეთ დროს შარდსასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალია.

სისხლდენა – აბორტის დროს, საშვილოსნოს კედელზე მეტალის (ან სხვა მყარი მასალის) ინსტრუმენტებით ძალისმიერი ზემოქმედების შედეგად ან იმის გამო, რომ არ მოხდა სრულყოფილი გამოფხეკა (რისგანაც დაზღვეული არავინაა), მოსალოდნელია ძლიერი სისხლდენის განვითარება, რასაც, არაკვალიფიციური ან არაოპერატიული სამედიცინო ჩარევის პირობებში, ქალის სიკვდილიც კი შეიძლება მოჰყვეს.

სტრესი – აბორტის დროს ქალის ფსიქიკა ძალზე ზიანდება. დროთა განმავლობაში ქალი აცნობიერებს აბორტის ოპერაციის სიმძიმეს და, მიუხედავად მიზეზების არსებობისა, მის მიერ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილება გაუმართლებლად მიაჩნია. აღნიშნულის გამო, ქალის ფსიქიკა აუნაზღაურებლად ზარალდება, რამაც შესაძლებელია, დროთა განმავლობაში, სხვადასხვა ტიპის ნევროზის და სხვა ნერვული აშლილობების სახით იჩინოს თავი. აბორტი შესაძლებელია გახდეს წყვილის სქესობრივი უთანხმოებისა და შემდგომ სერიოზული ოჯახური კონფლიქტის მიზეზი. ამდენად, აბორტი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალზე, არამედ მის ოჯახსა და, მთლიანად, საზოგადოებაზე.

დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი – გამოთვლა ხდება ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე გაანგარიშებით, რისთვისაც საანგარიშო პერიოდში დედათა სიკვდილობის შემთხვევათა რაოდენობა უნდა გაიყოს ცოცხლადშობილთა რაოდენობაზე და გამრავლდეს 100 000-ზე.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედის ადრეული სიკვდილი – დედის სიკვდილი ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობით ან მისი მართვით, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან სხვა მიზეზებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან.

დედის გვიანი სიკვდილი – ქალის სიკვდილი არაპირდაპირი და პირდაპირი სამეანო მიზეზებით, ორსულობის დასრულების შემდეგ 42 დღიდან ერთი წლის განმავლობაში.

დედის სიკვდილის პირდაპირი სამეანო მიზეზი – დედათა სიკვდილობის პირდაპირი მიზეზი არის დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამეანო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ეს შეიძლება მოხდეს სამედიცინო ჩარევების, სამედიცინო შეცდომების, არასწორი მკურნალობის ან მთელი რიგი პრობლემების ჯაჭვით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ნებისმიერ ზემოთ ჩამოთვლილს.

დედის გარდაცვალება არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით – ექსტრაგენიტალური პათოლოგიით დედის გარდაცვალება შეიძლება გამოწვეული იყოს წინამორბედი დაავადებით ან ორსულობისას განვითარებული პათოლოგიით, რომელიც განპირობებული იყო არა არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით, არამედ გამწვავებული იყო ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით. არაპირდაპირი მიზეზით დედის გარდაცვალება ასევე აერთიანებს გარდაცვალების ფაქტებს, რომელიც განპირობებულია უბედური შემთხვევით, მოწამვლით ან სხვა გარეგანი მიზეზით.

თავი 2

დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით გატარებული ღონისძიებები: ათასწლეულის განვითარების მიზნები (MDG). მდგრადი განვითარების მიზნები (SDG)

მსოფლიოში დაახლოებით 2 მილიარდი ქალი რეპროდუქციული ასაკისაა (15-49). მშობიარობის თაობაზე არსებული სტატისტიკური მონაცემები, ასევე დაკვირვება ცხადყოფს, რომ პირველი ბავშვის გაჩენის მომენტისთვის დედის ასაკი მატულობს. 2021 წ. პირველმშობიარე დედის საშუალო ასაკმა 28 წელი შეადგინა. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს სოციალური დეტერმინანტები: ეკონომიკური მდგომარეობა, რელიგია, განათლება, დასაქმება, საცხოვრებელი პირობები. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგონებს ექმნებათ დამატებითი გამოწვევები, კულტურული თავისებურებების, რელიგიის, ენობრივი ბარიერის, ეთნიკური იდენტობის, ამ იდენტობით გამოწვეული სტიგმისა თუ სხვა მრავალი მიზეზის გამო.

დედათა სიკვდილიანობა სოციალური ინდიკატორების ჯგუფშია გაერთიანებული. ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და ცხოვრების დონე ქვეყანაში დედათა ჯანმრთელობაზე უაღრესად დიდ გავლენას ახდენს. ზოგადად, ქალთა ჯანმრთელობაზე და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე ასევე დიდ გავლენას ახდენს ქვეყანაში ცხოვრების დონე. იმ ქვეყნებში, სადაც შესამჩნევი ეკონომიკური პროგრესი ფიქსირდება, იზრდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში, მაგრამ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ქალებში რამდენადმე აღემატება იმავე მაჩვენებელს მამაკაცებში. განვითარებულ ქვეყნებში მაღალია მოსახლეობის განათლების მაჩვენებლები, კლების ტენდენციით ხასიათდება ფერტილობის კოეფიციენტი, მატულობს იმ ქალთა რიცხვი, რომელთაც ბავშვის გაჩენის თაობაზე გადაწყვეტილება მიიღეს შედარებით გვიან ასაკში, რის გამოც მატულობს 35 წელზე მეტი ასაკის პირველმშობიარეთა რიცხვი. ასევე, მატების ტენ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დენციით ხასიათდება რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებით დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობა.

მსოფლიოს მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურის მიხედვით, 2020 წელს ქვეყნების უმეტესობაში ქალების წილი მოსახლეობის 49%-დან 51%-მდეა. 2021 წლის მონაცემებით, ქალებისა და მამაკაცების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა მსოფლიოში რამდენადმე განსხვავებულია, კერძოდ, მსოფლიოში ქალები საშუალოდ 75 წელი ცოცხლობენ, ხოლო მამაკაცები – 71 წელი, თუმცა მსოფლიოს რამდენიმე ქვეყანაში ქალთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად მაღალია.

ცხრილი 2. ქალთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა

(ტოპ-8 ქვეყანა, 2021). წყარო: მსოფლიო ბანკი

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>

<https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>

ქვეყანა	სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (ორივე სქესისთვის)	სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (ქალები)
ჰონგ-კონგი	85.29	88.17
იაპონია	85.03	88.09
მაკაო	84.68	87.62
შვეიცარია	84.25	86.02
სინგაპური	84.07	86.15
იტალია	84.01	85.97
ესპანეთი	83.99	86.68
ავსტრალია	83.94	85.80

საქართველო: 2024 წლის ნოემბერში ჩატარებული აღწერის წინასწარი მონაცემებით (საქსტატი), აღწერის პერიოდისთვის საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობამ 3 914 000 შეადგინა, საიდანაც 2 078 ათასი (53%) ქალია, ხოლო 1 836 ათასი (47%) – კაცი. ქალების წილი შედარებით მაღალია თბილისსა (56%) და ქუთაისში (55%), ხოლო შედარებით დაბალია მცხეთის (49%), ხარაგაულის (49%) და საგარეჯოს (49%) მუნიციპალიტეტებში.

2023 წელს სიცოცხლის მოსალოდნელმა ხანგრძლივობამ ორივე სქესის მოქალაქეთათვის 75.0 წელი შეადგინა, მათ შორის, კაცებისათვის – 70.6 წელი, ხოლო ქალებისათვის – 79.4 წელი.

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

2023 წ. გამოქვეყნებულ ჯანმოს ანგარიშში აღნიშნულია, რომ განვლილ პერიოდში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული, თუმცა გამოწვევები კვლავ რჩება, მათ შორის, დედათა სიკვდილიანობის ნელი ტემპით შემცირებისა და მუდმივი უთანასწორობის თვალსაზრისით.

გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის პირველი ანგარიშში წარმოდგენილია პრობლემები, რომლებიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობაზე მეტყველებს. კერძოდ, ანგარიშში აღნიშნულია, რომ მკვდრადშობადობა ყურადღების მიღმაა დარჩენილი მთელ მსოფლიოში. სიცოცხლის ეს ტრაგიკული დანაკარგი კვლავ უგულებელყოფილი საკითხია, რადგან მსოფლიოს მასშტაბით მკვდრადშობადობის შესახებ მონაცემები დიდწილად არ არსებობს. „უგულებელყოფილი ტრაგედია: მკვდრადშობადობის გლობალური ტვირთი“, ასე ეწოდება ანგარიშს, რომელიც გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (UN-IGME) მიერ იქნა მომზადებული. ეს პირველი ანგარიშია დედათა ჯანმრთელობისა და მკვდრადშობადობის შესახებ. ის წარმოადგენს კრიტიკულ ეტაპს ამ მონაცემების გლობალურად ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და საკითხის პოლიტიკური და საზოგადოებრივი აღიარების ხელშეწყობის კუთხით. ანგარიშში ასევე აღნიშნულია, რომ: „2000 წლიდან მიღწეული პროგრესის მიუხედავად, მკვდრადშობადობა ისე სწრაფად არ შემცირებულა, როგორც დედებისა და ახალშობილების სიკვდილიანობა. თუ ამჟამინდელი ტენდენციები გაგრძელდება, 2030 წლამდე დამატებით 19 მილიონი მკვდრადშობადობა მოხდება“. ანგარიშში ასევე გამახვილებულია ყურადღება აღრიცხვიანობის მონესრიგებისა და ანგარიშების გამოქვეყნების საკითხებზე. დედათა და ბავშვთა ავადობა, სიკვდილიანობა, პერინატალური დანაკარგები, განსაკუთრებით მკვდრადშობადობა, საგანგებოდ შესასწავლი საკითხებია, ვინაიდან ჩამოთვლილი მაჩვენებლები პირდაპირ ან ირიბად მიანიშნებს იმ ხარვეზების თაობაზე, რომელიც ამა თუ იმ ქვეყნის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებობს.

დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ გამოქვეყნებული ფაქტები, რომელიც აღწერს ზოგად ტენდენციებს მთელ მსოფლიოში, მრავლისმეტყველია და ყურადღებას იმსახურებს. კერძოდ:

გლობალურად ფერტილობის მაჩვენებელი ბოლო 60 წლის განმავლობაში მთელ მსოფლიოში ნახევარზე მეტით შემცირდა.

ყოველწლიურად აღრიცხული ორსულობის თითქმის ნახევარი – 121 მილიონი – დაუგეგმავია.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

გლობალურად, 257 მილიონი ქალი, რომელთაც ორსულობის თავიდან აცილება სურთ, არ იყენებს უსაფრთხო და საიმედო კონტრაცეფციას.

ორსულობის მაჩვენებლები სხვადასხვა მიზეზით განპირობებული კრიზისის დროს იზრდება.

აბორტების საერთო რაოდენობიდან 45% სახიფათოა.

ყოველდღიურად, დაახლოებით 700-ზე მეტი ქალი იღუპება ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებით, ისეთი მიზეზებით, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელია.

ყოველწლიურად 12 მილიონი 15-19 წლის გოგონა აჩენს ბავშვს.

დაახლოებით 755,000 15 წლამდე ასაკის გოგონა ხდება დედა.

დედათა სიკვდილიანობის 94% დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში აღირიცხება.

არასრულფასოვანი კვების მქონე დედები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი არასრულფასოვანი კვების მქონე ჩვილების გაჩენისკენ.

პანდემიამ გამოიწვია დედების სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის ზრდა. დედათა სიკვდილიანობისა და გართულებების უმეტესობის თავიდან აცილება შესაძლებელია!

დედის, ახალშობილის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილებამ შესაძლოა დედების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 73%-ით შეამციროს (მასალა მოპოვებულია *Concern Worldwide-ის ვებგვერდიდან. კონცერნი დაფუძნებულ იქნა 1968 წელს, John and Kay O'Loughlin-Kennedy in 1968, www.concern.org/*).

ორსულობასთან დაკავშირებული მიზეზით ყოველდღიურად ასეულობით ქალი იღუპება. მაგალითად, 2022 წელს, მთელ მსოფლიოში თითქმის ნახევარი მილიონი დედა გარდაიცვალა. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ დედათა გარდაცვალების მიზეზებიდან უმრავლესობის თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობაზე მეტყველებს გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ გამოქვეყნებული ანგარიშიც, სადაც აღნიშნულია, რომ დედათა და ახალშობილთა გარდაცვალება ხდება ისეთი მიზეზებით, რომელთა თავიდან აცილება, სწორად დაგეგმილი და განხორციელებული პრევენციული ღონისძიებებით, ძირითადად, შესაძლებელი იქნებოდა. იუნისეფის ანგარიშში ასევე აღნიშნულია, რომ 2023 წლის მონაცემებით, ყოველდღიურად, სიცოცხლის პირველ თვეში 6300 ჩვილი იღუპება.

დედათა გარდაცვალების შემთხვევები მსოფლიოში

- ყოველდღიურად დაახლოებით 700-ზე მეტი ქალი კვდება ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული მიზეზებით, რომელთა თავიდან აცილება საკვებით შესაძლებელია;
- დედათა სიკვდილიანობის 99% აღირიცხება განვითარებად ქვეყნებში;
- დედათა სიკვდილიანობა უფრო მაღალია სოფლად მცხოვრებ ქალებსა და ღარიბ მოსახლეობას შორის;
- ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში გართულების განვითარების ან გარდაცვალების უფრო მომეტებული რისკი აქვთ ახალგაზრდა გოგონებს, ვიდრე უფროსი ასაკის ქალებს;
- მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მის შემდეგ კვალიფიციურ სამედიცინო მომსახურებას ათასობით ქალისა და ახალშობილის სიცოცხლის გადარჩენა შეუძლია;
- თასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების შედეგად, 1990-2010 წლებში დედათა სიკვდილიანობა მსოფლიო მასშტაბით შემცირდა თითქმის 38%-ით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მონაცემებით, ბოლო 20 წლის მანძილზე დედათა სიკვდილიანობის კლების ტენდენცია გრძელდება. თუმცა აღნიშნული მაჩვენებელი კვლავ მიუღებლად მაღალი რჩება მრავალ ქვეყანაში. ასეულობით დედის გარდაცვალების შემთხვევა ფიქსირდება ყოველდღიურად, რომელთა სიკვდილი ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში განვითარებულ გართულებებს უკავშირდება.

სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის საფუძველზე უნდა აღინიშნოს, რომ დედათა სიკვდილიანობა ძალზე მაღალია განვითარებად ქვეყნებში, რაც სრულიად მიუღებელია. არცერთი ქალი არ უნდა მოკვდეს, რომელიც ახალ სიცოცხლეს აძლევს დასაბამს. გარდაცვალების თითქმის ყველა შემთხვევას ადგილი ჰქონდა გარემოში, სადაც რესურსების ნაკლებობაა (არასაკმარისად განვითარებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, სამედიცინო-გინეკოლოგიური დაწესებულებების სუსტი ქსელი, კვალიფიციური სამედიცინო კადრების ნაკლებობა, მოსახლეობის დაბალი სამედიცინო განათლება და ნაკლები ინფორმირებულობა ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობის, სახიფათო ნიშნების, სამედიცინო დაწესებულებაში დროული მიმართვიანობის მნიშვნელობის და სხვათა თაობაზე). საყურადღებოა დედათა და ბავშვთა საკითხების ჯანმოს ექსპერტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ დედათა გარდაცვალების შემთხვევებიდან უმრავლესობის თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ორსულობის დროს რისკების სწორი მართვითა და დროული პრევენციული ღონისძიებების გატარებით.

დედათა გარდაცვალების შემთხვევების გეოგრაფიული განაწილება

დედათა სიკვდილიანობის მაღალი რიცხვი ზოგიერთ გეოგრაფიულ არეალში მკაფიოდ ასახავს უსამართლობას და უთანასწორობას ჯანდაცვის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის საქმეში, ასევე ავლენს დიდ განსხვავებას და ღრმა ნაპრალს მდიდრებსა და ღარიბებს შორის. დედათა გარდაცვალების თითქმის ყველა შემთხვევა (დაახლოებით 99%) ფიქსირდება დაბალშემოსავლიან, განვითარებად ქვეყნებში (ყველაზე მეტი შემთხვევა აღრიცხულია სუბსაჰარის აფრიკაში და სამხრეთ აზიაში).

დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი განვითარებად ქვეყნებში საშუალოდ შეადგენს 240-ს 100 000 ცოცხალშობილზე, მაშინ, როცა განვითარებულ ქვეყნებში აღინიშნება დედათა გარდაცვალების დაახლოებით 16 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე. დიდძალი სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის საფუძველზე ვლინდება, რომ როგორც ცალკეულ ქვეყანას შორის, ისე თითოეული ქვეყნის შიგნით ძალიან დიდი განსხვავებაა დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტის მიხედვით. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში ძალიან მაღალია დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და ის 100 000 ცოცხალშობილზე უდრის 1000 ან უფრო მეტს. დიდი განსხვავებაა დედათა გარდაცვალების კოეფიციენტის მიხედვით მაღალი და დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობას შორის; მნიშვნელოვანი განსხვავება ვლინდება სოფლისა და ქალაქის მაცხოვრებლებს შორისაც. სიკვდილიანობის რისკი ყველაზე მაღალია ახალგაზრდა დედათა (15 წლამდე ასაკის გოგონები) მშობიარობის შემთხვევაში. სწორედ მოზარდთა ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანის გართულებები წარმოადგენს დედათა სიკვდილიანობის მაღალი კოეფიციენტის მიზეზს ბევრ განვითარებად ქვეყანაში. ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ნაკლები ხელმისაწვდომობის გამო, დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ქალები უფრო ხშირად ორსულდებიან, ვიდრე ქალები განვითარებულ ქვეყნებში, შესაბამისად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რისკები, ანუ ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის პერიოდში განვითარებული გართულებების მიზეზით გარდაცვალების რისკი მნიშვნელოვნად მაღალია განვითარებად სამყაროში, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში წარმოშობილი გართულებებით გარდაცვალების რისკი აქვს ყო-

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

ველი 150 ქალიდან ერთს, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში ასეთი რისკი აქვს 3800 ქალიდან ერთს. განსხვავება მართლაც რომ თვალში საცემი და დამაფიქრებელია. მრავალრიცხოვან კვლევებზე დაყრდნობით შესაძლებელია ითქვას, რომ, რაც უფრო განვითარებულია ქვეყანა, რაც უფრო მაღალია ცხოვრების დონე, მით უფრო დაბალია დედათა გარდაცვალების მაჩვენებელი. აღნიშნულის გამო, დედათა გარდაცვალების მაჩვენებელი შეტანილია სოციალური ინდიკატორების ჩამონათვალში.

დედათა გარდაცვალების მიზეზები

ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში განვითარებული გართულებები ხშირ შემთხვევაში დედათა გარდაცვალების მიზეზი ხდება. გართულებების უმეტესობა უკავშირდება ქალის იმ ავადმყოფობებს, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ორსულობამდე ან წარმოიშვა უშუალოდ ორსულობის დროს. ორსულობამდე არსებული დაავადებების გამო, შესაძლებელია ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდეს ორსულობის პროგრესირებასთან ერთად, თუ ორსულობამდე ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სწორედ არ არის შეფასებული, თუ რისკები დადგენილი არ არის და თუ რისკების მართვის პროცესში პრევენციული ზომები არ არის მიღებული. ქალს, რომელიც ორსულადაა, მაგრამ არ იმყოფება აღრიცხვაზე სამედიცინო დაწესებულებაში, ძალიან მაღალია იმის ალბათობა, რომ ორსულობის მიმდინარეობისას და მშობიარობის დროს გართულებები განუვითარდეს. ასევე, დიდია ალბათობა მშობიარობის შემდგომი გართულების წარმოშობისა. ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის მიღმა დარჩენილ ორსულებში გართულების განვითარების რისკი დიდია, რომელიც, შესაძლოა, ქალის გარდაცვალებით დამთავრდეს. დედის გარდაცვალების საფრთხე განსაკუთრებით მაღალია შეზღუდული რესურსების მქონე გარემოში. სხვადასხვა ქვეყნიდან მოპოვებულ დიდძალ სტატისტიკურ მასალაზე დაყრდნობით განისაზღვრა, რომ დედათა გარდაცვალების დაახლოებით 80% განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით:

- მწვავე სისხლდენა (ძირითადად, სისხლდენა მშობიარობის შემდეგ, ადრეული ლოგინობის ხანაში);
- ინფექციები (მშობიარობამდე არსებული ინფექციის გამწვავება ან დაინფიცირება მშობიარობის დროს, ლოგინობის ხანაში);
- შეშუპება, პროტეინურია (შარდში ცილის შემცველობა), მაღალი არტერიული წნევა ორსულობის დროს (პრეეკლამპსია და ეკლამპსია);
- აბორტი და მასთან დაკავშირებული გართულებები.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

სხვადასხვა ქვეყანაში დედათა გარდაცვალების შემთხვევები უკავშირდება ისეთ დაავადებებს, როგორიცაა მალარია და შიდსი ორსულობის დროს.

დედათა ჯანმრთელობა, უსაფრთხო ორსულობა და მშობიარობა პირდაპირ კავშირშია ახალშობილის ჯანმრთელობასთან. ყოველწლიურად მსოფლიოში კვდება სამ მილიონზე მეტი ახალშობილი და 2.6 მილიონი ბავშვი იბადება მკვდარი.

დედათა გარდაცვალების თავიდან აცილების შესაძლებლობები

სხვადასხვა ქვეყანაში დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ დედათა გარდაცვალების შემთხვევებიდან შესაძლებელია უმეტესობის თავიდან აცილება, რადგან ჯანდაცვის სისტემისთვის და სამედიცინო პერსონალისთვის ცნობილია ორსულობამდე, ორსულობის დროს და მშობიარობის პროცესში განვითარებული გართულებების თავიდან აცილების, მართვის და ადეკვატური რეაგირების ღონისძიებები. ყველა ქალს უნდა ჰქონდეს ორსულობის დროს დაკვირვების, მშობიარობის დროს კვალიფიციური მომსახურების და მშობიარობის შემდეგ რამდენიმე კვირის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სისტემამ უზრუნველყოს თითოეული მშობიარობის მიღება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობით, რადგან წარმოშობილი გართულების დროულ მართვასა და მკურნალობას შეუძლია გადამწყვეტი როლი შეასრულოს როგორც დედის, ისე ახალშობილის გადარჩენის საქმეში.

მწვავე სისხლდენას მშობიარობის შემდეგ, თუ მას დროულად არ მიექცევა ყურადღება, შეუძლია მოკლას ჯანმრთელი ქალი ორ საათში. ოქსიტოცინის ინექცია დაუყოვნებლივ, მშობიარობის შემდეგ, ეფექტურად ამცირებს სისხლდენის რისკს.

მშობიარობის შემდეგ **ინფექციის** აღმოფხვრა შესაძლებელია მშობიარობისთვის განკუთვნილ გარემოში სისუფთავის და ხელის ჰიგიენის წესების ზედმიწევნით დაცვით. თუ ინფექციის ადრეული ნიშნები გამოვლინდება და მკურნალობა დროულად დაიწყება, მძიმე გართულებების თავიდან აცილება სავსებით შესაძლებელი იქნება.

პრეეკლამფსია დროულად უნდა გამოვლინდეს და შესაბამისად იქნეს გაწეული დახმარება, სანამ ადგილი ექნება კრუნჩხვების შეტევას (ეკლამფსია) ან სიცოცხლისათვის საშიშ სხვა გართულებებს. პრეეკლამფსიის დროს ისეთი ჩვეულებრივი და ხელმისაწვდომი ნამღების გამოყენებას, როგორიცაა მაგნიუმის სულფატი, შეუძლია შეამციროს

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

ეკლამფსიის განვითარების რისკი. დედათა გარდაცვალების თავიდან ასაცილებლად ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია მოზარდებისთვის არასასურველი და ადრეული ორსულობის თავიდან არიდება. ყველა ქალს, მოზარდების ჩათვლით, უნდა ჰქონდეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა; ყველა ღონე უნდა იქნეს მიღებული აბორტის თავიდან ასაცილებლად, მაგრამ, თუ აბორტი გარდაუვალია, ის უნდა ჩატარდეს უსაფრთხოდ, შესაბამის გარემოში და უზრუნველყოფილ იქნეს ხარისხიან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ქალთა ხელმისაწვდომობა.

ხელმისაწვდომობა საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე

შესწავლილია, რომ სხვადასხვა ქვეყანაში, ქვეყნის შიგნით, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ერთნაირი არ არის ყველასთვის. მაგალითად, მსხვილი დასახლებული პუნქტებიდან დაშორებულ რეგიონებში ღარიბი ქალებისთვის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება ნაკლებად ხელმისაწვდომია. აღნიშნული ფაქტი ძირითადად განპირობებულია რაიონებსა და რეგიონებში კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობით. მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ანტენატალური მეთვალყურეობით სულ უფრო მეტი ქალი სარგებლობს, ბევრ რეგიონში ორსულობის დროს ნორმალური სამედიცინო მომსახურება ჯერ კიდევ არ არის ხელმისაწვდომი; ხოლო იმ ქვეყნებში, სადაც გაიზარდა ორსულობის დროს აღრიცხვაზე აყვანილი ქალების რაოდენობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მაინც ვერ აკმაყოფილებს მოთხოვნებს. უკანასკნელი ათი წლის მანძილზე ანტენატალური მეთვალყურეობის საკითხებისადმი ყურადღების გამახვილების მიუხედავად, ჯერ კიდევ მსოფლიოს ქალთა მოსახლეობის მხოლოდ 46% სარგებლობს ორსულობის დროს სამედიცინო მომსახურებით, რაც იმას ნიშნავს, რომ ქალების 54%-ისთვის კვალიფიციური ზედამხედველობა ორსულობის დროს ხელმისაწვდომი არ არის. ეს კი, თავის მხრივ, იმას ნიშნავს, რომ მილიონობით ორსულობა და მშობიარობა ხდება მეანის, ექიმის ან დიპლომირებული მედდის დახმარების გარეშე.

დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ორსულების მხოლოდ ნაწილს ეძლევა შესაძლებლობა გაიაროს კონსულტაციები კვალიფიციურ სამედიცინო პერსონალთან ორსულობის დროს, მშობიარობამდე. არის კიდევ ერთი ძალიან სერიოზული საკითხი, რომელიც აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულის სამედიცინო მეთვალყურეობის ხარისხს ეხება. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში სხვა ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლიან ქალებს მიიღონ ან მოიძიონ მომსახურება ორსულობის და მშობიარობის დროს, შემდეგია:

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

- სიღარიბე
- სამედიცინო სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
- არასაკმარისი განათლება და ინფორმაციის ნაკლებობა
- შეუსაბამო მომსახურება
- კულტურული განსხვავებები (წეს-ჩვეულებები და ტრადიციები, რელიგიური აღმსარებლობა)
- პრევენციული გასინჯვების აუცილებლობის უგულებელყოფა (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულება და ზოგჯერ მიუღებლობა).

დედათა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად ბარიერები, რომლებიც ზღუდავს ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე დედეების ხელმისაწვდომობას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიერ შესწავლილ და გამოვლენილ უნდა იქნეს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით გატარებული ღონისძიებები. ათასწლეულის განვითარების მიზნები (MDG). მდგრადი განვითარების მიზნები (SDG)

2000 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ინიციატივით მოწვეულ იქნა ათასწლეულის სამიტი, სადაც მიღებულ იქნა გაეროს ათასწლეულის დეკლარაცია. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 189 წევრმა ქვეყანამ ერთხმად დაუჭირა მხარი ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევას 2015 წლისთვის.

მსოფლიოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას ითვალისწინებს ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDG) მე-4 და მე-5 მიზანი. თუმცა ათასწლეულის განვითარების მიზნების სხვა პუნქტების შესრულებასაც პირდაპირი ზეგავლენა აქვს როგორც ქალთა, ისე ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მსოფლიოში.

ათასწლეულის განვითარების მიზნები რვა პუნქტისაგან შედგება:

1. უკიდურესი სიღარიბისა და შიმშილის აღმოფხვრა
2. დაწყებითი განათლების უზრუნველყოფა მთელს მსოფლიოში
3. გენდერული თანასწორობისა და ქალთა უფლებამოსილების გაზრდა
4. ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება
5. დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება
6. აივ/შიდსთან, მალარიასა და სხვა დაავადებებთან ბრძოლა
7. ეკოლოგიური მდგრადობის უზრუნველყოფა
8. მსოფლიო თანამშრომლობის ჩამოყალიბება განვითარებისთვის

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მიზანი 5.A, რომელიც ამოცანად უსახავდა მონაწილე ქვეყნებს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის $\frac{3}{4}$ -ით შემცირებას 2015 წლისთვის. ხოლო მიზანი 5.B. ითვალისწინებდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას 2015 წლისთვის.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტს წარმოადგენს მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისთვის. საერთაშორისო ორგანიზაციების დიდი ძალისხმევით და სხვადასხვა ქვეყანასთან პარტნიორული თანამშრომლობით უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე დედათა სიკვდილიანობა მსოფლიო მასშტაბით დაახლოებით 38%-ით შემცირდა.

1990 წლიდან ბევრმა ქვეყანამ თითქმის გაანახევრა დედათა სიკვდილიანობის დონე სხვადასხვა რეგიონში. ამ მხრივ უფრო შესამჩნევი წარმატება მიღწეულ იქნა აზიისა და ჩრდილოეთ აფრიკის ქვეყნებში. თუმცა, 1990-2010 წლებში, დედათა სიკვდილიანობის გლობალური კოეფიციენტი (ანუ დედათა სიკვდილიანობის რაოდენობა ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე გაანგარიშებით) შემცირდა მხოლოდ 3.1 %-ით წელიწადში. MDG 5-ის მიხედვით კი განსაზღვრული იყო დედათა გარდაცვალების მაჩვენებლის 5.5%-ით შემცირება, რაც ჯერჯერობით მიღწეული არ არის.

ცალკე უნდა აღინიშნოს 21-ე საუკუნის გამოწვევებზე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პასუხის შესახებ. დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტია. ჯანმო მუშაობს დედათა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური და პროგრამული ხელძღვანელობის უზრუნველყოფით, გლობალური სტანდარტების დაწესებით, რეკომენდაციების შემუშავებით და ჯანმოს წევრი სახელმწიფოებისათვის ტექნიკური მხარდაჭერის უზრუნველყოფით.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გლობალურად გაუმჯობესების მიზნით, დამატებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია პროპაგანდას უწევს უფრო მისაღებ და ეფექტურ მკურნალობას, შეიმუშავებს სასწავლო მასალას, ინსტრუქციებს და დირექტივებს სამედიცინო პერსონალისთვის, ეხმარება ქვეყნებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სწორი პოლიტიკის შემუშავებაში, მხარს უჭერს ქვეყნების მიერ ისეთი პროგრამების და პროექტების განხორციელებას, რომლებიც ასეულობით ათას ქალს და ბავშვს სიკეთეს მოუტანს, ასევე ეხმარება ქვეყნებს პროგრამების მონიტორინგში და მიღწეული შედეგების შესწავლა-შეფასებაში.

ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDG) რეალიზაციის მიზნით გამართული სამიტის დროს, 2010 წლის სექტემბერში, გაეროს გე-

ნერალურმა მდივანმა, ბან კი-მუნმა განაცხადა „...ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური სტრატეგიის შესახებ“, რომელიც მიზნად ისახავს 16 მილიონზე მეტი ქალისა და ბავშვის სიცოცხლის გადარჩენას მომდევნო ოთხი წლის განმავლობაში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მუშაობს წევრ ქვეყნებთან და პარტნიორ ორგანიზაციებთან ერთად ამ მიზნის მისაღწევად.

საქართველო, როგორც ათასწლეულის დეკლარაციის ხელმომწერი სახელმწიფო, პერიოდულად ამზადებდა ანგარიშებს ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების შესახებ. პირველი ე.წ. საბაზისო ანგარიში, რომელშიც გლობალური მიზნები მორგებულია საქართველოს განვითარების საჭიროებებზე, მომზადდა 2004 წელს. 2005 წელს საქართველომ წარადგინა ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების პროგრესის ანგარიში. 2007 წელს მომზადდა ათასწლეულის განვითარების მიზნების ანგარიში თბილისისათვის, ხოლო 2014 წელს, ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულების ციკლის დასრულებამდე ერთი წლით ადრე, მომზადდა საბოლოო ანგარიში, რომელიც აღწერითი ხასიათის იყო. მის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს მიღწევების შეფასება დასახული მიზნების შესრულების თვალსაზრისით. ათასწლეულის განვითარების მიზნებში აღნიშნულია:

MDG 4. ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება: ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკის შესაბამისად (GeoStat), საქართველოში მნიშვნელოვნად შემცირდა 5 წლამდე ბავშვების სიკვდილიანობა: 2000 წელს იგი იყო 24.9, ხოლო 2013 – 13 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე. MDG 4-ის მიზნების შესასრულებლად, 2000 წლიდან მოყოლებული, ქვეყანაში მართვა-დი ინფექციის – წითელას შემცველი ვაქცინით (MCV) მოცვის მაჩვენებელი სტაბილურად 90%-ს შეადგენს, ხოლო 2012 წლის ბოლოსთვის ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებელმა 93%-ს, 2013 წელს კი 96.5%-ს მიაღწია.

MDG 5. ითვალისწინებდა ღონისძიებათა კომპლექსს დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის. შემცირდა დედათა სიკვდილიანობა 100,000 ცოცხალშობილზე 49.2-დან 2000 წელს, 22.9-მდე 2012-ში. სტაბილურად იზრდება და თითქმის 100%-ს აღწევს პროფესიონალი პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი.

ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელებით მიღწეული წარმატებების მიუხედავად, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კვლავ ბევრი გამოწვევაა, რომელთა დაძლევისა და მდგრადი განვითარების მიღწევას დიდი ძალისხმევა ესაჭიროება. აღნიშნულის გათვალისწინებით, საქართველოში გაგრძელდა მუშაობა მდგრადი განვითარების მიზნების მისაღწევად.

მდგრადი განვითარების მიზნები (SDG)

2015 წლის სექტემბერში, გაეროს გენერალური ასამბლეის 193 წევრმა სახელმწიფომ მიიღო 2030 წლის მდგრადი განვითარების დოკუმენტი, სახელწოდებით: „მსოფლიოს ტრანსფორმაცია: 2030 წლის სამოქმედო გეგმა მდგრადი განვითარებისთვის“. აღნიშნული დოკუმენტი შედგება 92 პარაგრაფისაგან. 59-ე პარაგრაფში აღწერილია მდგრადი განვითარების 17 მიზანი, 169 ამოცანასთან და 232 ინდიკატორთან ერთად. აღნიშნული მიზნების მისაღწევად გაეროს ყველა წევრი ქვეყანა შეთანხმდა თანამშრომლობისა და პარტნიორობის თაობაზე, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს უკეთესი და უფრო მდგრადი მომავალი.

მდგრადი განვითარების მიზნები კაცობრიობის წინაშე არსებულ თანამედროვე გლობალურ გამოწვევებს ეხება: სიღარიბის, უთანასწორობის, კეთილდღეობის, მშვიდობისა და სამართლიანობის საკითხებს, ასევე კლიმატურ და ეკოლოგიურ გამოწვევებს. ეს მიზნები მჭიდროდ უკავშირდება ერთმანეთს და იმისთვის, რომ არავინ დარჩეს მათ მიღმა, მნიშვნელოვანია თითოეული ეს მიზანი და ინდიკატორი 2030 წლამდე შესრულდეს. მდგრადი განვითარების მიზნების მისაღწევად აუცილებელია, ბავშვებს ცენტრალური ადგილი ეკავოთ სახელმწიფოს სტრატეგიასა და სამოქმედო გეგმაში.

აღსანიშნავია, რომ გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნები შეიქმნა „ათასწლეულის განვითარების მიზნების“ (MDGs) ნარმატების გასაგრძელებლად და უკეთესი შედეგების მისაღწევად. როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ათასწლეულის განვითარების მიზნები გულისხმობდა 8 საერთაშორისო განვითარების მიზანს, რომელიც გაეროს წევრმა სახელმწიფოებმა დაისახეს 2000 წლის სექტემბერში „ათასწლეულის სამიტზე“, გაეროს სათავო ოფისში, ამერიკის ქალაქ ნიუ იორკში. მდგრადი განვითარების მიზნები სწორედ ათასწლეულის განვითარების შეუსრულებელი ამოცანების განხორციელებას ისახავს მიზნად და კიდევ უფრო ფართო და ამბიციურ მისწრაფებებს უსახავს მიზნად გაეროს წევრ ქვეყნებს.

ათასწლეულის განვითარების მიზნების ფარგლებში დაწყებული მუშაობის გაგრძელებასთან ერთად, მდგრადი განვითარების სამიზნე გახდა ეკონომიკური, სოციალური და გარემოსდაცვითი საკითხების ფართო სპექტრი, რომელთა მთავარი დანიშნულება გახდა მუშაობა მომავალში მშვიდობიანი და ინკლუზიური საზოგადოების მშენებლობისთვის.

მდგრადი განვითარების მიზნებია: 1. სიღარიბის აღმოფხვრა; 2. ნულოვანი შიმშილი; 3. ჯანსაღი ცხოვრება და კეთილდღეობა; 4. ხარისხიანი განათლება; 5. გენდერული თანასწორობა; 6. სუფთა წყალი და სანი-

ტარია; 7. ხელმისაწვდომი და მდგრადი ენერგია; 8. ღირსეული სამუშაო ეკონომიკური ზრდა; 9. მრეწველობა, ინოვაცია და ინფრასტრუქტურა; 10. შემცირებული უთანასწორობა; 11. მდგრადი ქალაქები და დასახლებები; 12. მდგრადი მოხმარება და წარმოება; 13. კლიმატის ცვლილების საწინააღმდეგო ქმედებები; 14. ოკეანისა და ზღვის რესურსები; 15 დედამიწის ეკოსისტემები; 16. მშვიდობა, სამართლიანობა, ძლიერი ინსტიტუციები; 17. პარტნიორობა მიზნის მისაღწევად.

მდგრადი განვითარების მიზნებს აქვს განსაზღვრული ინდიკატორები, რომლის მიხედვითაც ფასდება პროგრესი. თითოეული მიზანი საშუალოდ 5-დან 10 ინდიკატორისაგან შედგება. საერთო ჯამში, გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნები წარმოადგენს 17 მიზნისა და 169 ინდიკატორის ნაკრებს.

2019 წლის 12 ნოემბერს საქართველოს მთავრობის მიერ გამოიცა განკარგულება N2328 „მდგრადი განვითარების მიზნების ეროვნული დოკუმენტის თაობაზე“. სამთავრობო დოკუმენტში (განკარგულებაში) აღნიშნულია, რომ „გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (გაეროს) გენერალურმა ასამბლეამ 2015 წლის 25 სექტემბერს მიიღო A/RES/70/1 რეზოლუცია! – „ჩვენი სამყაროს გარდაქმნა: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისთვის“, რომლის განუყოფელი ნაწილია მდგრადი განვითარების 17 მიზანი და 169 ამოცანა“. 2017 წლის 6 ივლისს კი გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის A/RES/71/313 რეზოლუციით დადგინდა მდგრადი განვითარების მიზნების ინდიკატორთა ჩამონათვალი.

მდგრადი განვითარების მიზნები მსოფლიოს გარშემო აერთიანებს ქვეყნების ხელისუფლებებსა და მოსახლეობას ღირსეული ცხოვრებისთვის აუცილებელი ამოცანების შესასრულებლად: სიღარიბისა და შიმშილის აღმოფხვრა, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემის გაუმჯობესება, თანასწორობის ხელშეწყობა, ქალაქების მდგრადობა, კლიმატის ცვლილებების წინააღმდეგ ბრძოლა, ოკეანეებისა და ტყეების დაცვა, ყველა დონეზე ეფექტიანი, ანგარიშვალდებული და ინკლუზიური ინსტიტუციების მშენებლობა.

მდგრადი განვითარების მიზნები წარმოადგენს ათასწლეულის განვითარების მიზნების ლოგიკურ გაგრძელებას, რომელთა შესრულების ვადა 2000 – 2015 წლების პერიოდს მოიცავდა. 2015 წელს, ამ მიზნების შესრულების ვადის დასასრულს, გაეროს ათასწლეულის მიზნები გარდაიქმნა უფრო ყოვლისმომცველ – მდგრადი განვითარების მიზნებად. 2015 წელს საქართველომ, გაეროს ყველა სხვა წევრ ქვეყანასთან ერთად, გამოთქვა სურვილი, განეხორციელებინა 2030 წლისთვის დასახუ-

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

ლი მდგრადი განვითარების მიზნები და ამოცანები. 2016 წელს საქართველომ, ერთ-ერთმა პირველმა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წევრი ქვეყნებიდან, მდგრადი განვითარების შესახებ გაეროს მაღალი დონის პოლიტიკურ ფორუმზე (High Level Political Forum-HLPF) წარადგინა პირველი ნებაყოფლობითი ეროვნული მიმოხილვის (VNR)3 ამსახველი ანგარიში.

2024 წლის 8 ივლისს გამოქვეყნდა მდგრადი განვითარების მიზნების 2024 წლის ანგარიში, სადაც ხაზგასმულია, რომ 17 მიზნის თითქმის ნახევარი მინიმალურ ან ზომიერ პროგრესს განიცდის, ხოლო ერთი მესამედის შესრულების თვალსაზრისით, სტაგნაცია შეინიშნება ან მდგომარეობა გაუარესებულია მას შემდეგ, რაც 2015 წელს გაეროს წევრმა სახელმწიფოებმა აღნიშნული მიზნები დაამტკიცეს ადამიანებისა და პლანეტისთვის მშვიდობისა და კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად.

„წინამდებარე ანგარიში ცნობილია, როგორც მდგრადი განვითარების მიზნების ყოველწლიური ანგარიშის ბარათი და მასში ნაჩვენებია, თუ როგორ იღებს მსოფლიო წარუმატებლობის შეფასებას“, – აღნიშნა გენერალურმა მდივანმა ანტონიო გუტიერესმა პრესკონფერენციაზე. „მთავარი გზავნილი მარტივია – ჩვენი მარცხი მშვიდობის უზრუნველყოფის, კლიმატის ცვლილების წინააღმდეგ ბრძოლისა და საერთაშორისო დაფინანსების გაზრდის საკითხებში, ძირს უთხრის განვითარებას. უნდა დავაჩქაროთ საჭირო ქმედებები მდგრადი განვითარების მიზნების მისაღწევად და ამისთვის ერთი წუთიც კი არ უნდა დავკარგოთ“, – ხაზგასმით აღნიშნა მან.

ანგარიშში პროგრესის მიღწევის მთავარ დამაბრკოლებელ მიზეზებად მოხსენიებულია კოვიდ-19 პანდემიის ზეგავლენა, კონფლიქტების გამწვავება, გეოპოლიტიკური დაძაბულობები და კლიმატის გაუარესება.

გარდა ამისა, ანგარიშში აღნიშნულია, რომ 2022 წელს, 2019 წელთან შედარებით, 23 მილიონი ადამიანით მეტი აღმოჩნდა უკიდურეს სიღარიბეში და 100 მილიონით მეტი შიმშილობს, ხოლო შეიარაღებული კონფლიქტის შედეგად დაღუპული მშვიდობიანი მოსახლეობის რიცხვი გასულ წელს საგანგაშოდ გაიზარდა.

2023 წელი რეკორდულად ყველაზე თბილი წელი იყო და გლობალურმა ტემპერატურამ კრიტიკულ ზღვარს – 1.5°C-იან ნიშნულს მიაღწია.

მდგრადი განვითარების მიზნების ანგარიში ხაზს უსვამს მწვავე ეკონომიკურ გამოწვევებს: მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე ზრდის ტემპები მსოფლიოს ყველაზე მოწყვლადი ქვეყნების ნახევარში უფრო დაბალია, ვიდრე ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში. 2022 წელს ქვეყნების თითქმის 60 პროცენტი სურსათის ფასების

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

არანორმალური ზრდის წინაშე აღმოჩნდა, რის გამოც უფრო გამწვავდა შიმშილობისა და სასურსათო უსაფრთხოების საკითხები. ამავე დროს, მიუხედავად იმისა, რომ 2023 წელს გლობალური უმუშევრობის დონე ისტორიულ მინიმუმამდე, ხუთ პროცენტამდე შემცირდა, ყველა საზოგადოებაში ღირსეული სამუშაოს მისაღწევად მრავალი დაბრკოლება გადაულახავი რჩება.

თუმცა პოზიტიური ცვლილებები დაფიქსირდა განახლებადი ენერგიის სექტორში, რომელიც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ყოველწლიურად 8.1 პროცენტით გაიზარდა.

ტექნოლოგიური მიღწევების მიმართულებითაც მნიშვნელოვანი პროგრესი შეინიშნება; მაგალითად, მობილურ ფართოზოლოვან ქსელზე (3G ან უფრო მაღალი) წვდომა მსოფლიო მოსახლეობის 95 პროცენტამდე გაიზარდა, 2015 წლის 78 პროცენტთან შედარებით.

ანგარიშის გამოცემა წინ უსწრებს მდგრადი განვითარების მაღალი დონის პოლიტიკურ ფორუმს (HLPF), რომელიც გაეროს შტაბ-ბინაში, ნიუ იორკში გაიმართება 8-17 ივლისს.

გარდა ამისა, მომავლის სამიტი, რომელიც სექტემბერში გაიმართება, გადამწყვეტ როლს შეასრულებს მიზნების მისაღწევად მიმართული ძალისხმევის გადახედვის კუთხით. სამიტის მიზანია სავალო კრიზისის მოგვარება, რომელიც გავლენას ახდენს ბევრ განვითარებად ქვეყანაზე და საერთაშორისო ფინანსური არქიტექტურის რეფორმის გადაუდებელ საჭიროებაზე. მეტად მნიშვნელოვანია მდგრადი განვითარების მე-3 მიზანი.

მდგრადი განვითარების მე-3 მიზანი. ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა ითვალისწინებს: ჯანსაღი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფას ყველა ასაკის ადამიანისათვის. კერძოდ, მიზნად იქნა დასახული:

3.1. 2030 წლისათვის საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება, სულ მცირე, 12 შემთხვევამდე, 100,000 ცოცხალშობილზე.

3.2. 2030 წლისათვის ახალშობილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა პრევენციებადი სიკვდილიანობის აღმოფხვრა; საქართველომ მიზნად უნდა დაისახოს ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება, სულ მცირე, 5-მდე, 1000 ცოცხალშობილ ბავშვზე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, სულ მცირე, 6-მდე, 1000 ცოცხალშობილ ბავშვზე.

3.3. 2030 წლისათვის შიდსის ეპიდემიის, ტუბერკულოზის, მალარიისა და აღმოცენებადი ტროპიკული დაავადებების აღმოფხვრა და ჰეპატიტთან, წყლით გადამდებ და სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა.

თავი 2. დედათა სიკვდილიანობა. გლობალური ტენდენციები. დედათა და ბავშვთა...

3.4. 2030 წლისთვის, პრევენციისა და მკურნალობის მეშვეობით, არაინფექციური დაავადებების შედეგად ნაადრევი სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირება და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა.

3.5. აკრძალული ნივთიერებების მოხმარების, მათ შორის, ნარკოტიკული ნივთიერებებისა და ალკოჰოლის დამღუპველი მოხმარების პრევენციისა და მკურნალობის გაძლიერება.

3.6. 2020 წლისთვის საქართველოში ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილიანობისა და დაზიანებების რაოდენობის განახევრება.

3.7. 2030 წლისთვის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის, ინფორმაციისა და განათლების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრირება ეროვნულ სტრატეგიებსა და პროგრამებში.

3.8. ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის მიღწევა, მათ შორის, ფინანსური რისკებისგან დაცვა, ჯანდაცვის ხარისხიანი ძირითადი სერვისების მისაწვდომობა, ასევე, უსაფრთხო, ეფექტიანი, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ძირითადი მედიკამენტებისა და ვაქცინების მისაწვდომობა.

3.9. 2030 წლისთვის სახიფათო ქიმიური ნივთიერებებისა და ჰაერის, წყლისა და ნიადაგის დაბინძურების შედეგად სიკვდილისა და ავადმყოფობის შემთხვევათა რაოდენობის მნიშვნელოვნად შემცირება.

3.ა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩოკონვენციის განხორციელების გაძლიერება საქართველოში (მუშაობა შესაბამისობის მისაღწევად).

3.ბ. 2030 წლისათვის იმ ინფექციური და არაინფექციური დაავადებებისთვის ვაქცინების და მედიკამენტების კვლევისა და განვითარების მხარდაჭერა, რომლებიც ძირითადად განვითარებად ქვეყნებს უქმნის საფრთხეს. აუცილებელი მედიკამენტების და ვაქცინების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, TRIPS შეთანხმების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ დოჰას დეკლარაციის შესაბამისად. აღნიშნული დეკლარაცია ადასტურებს განვითარებადი ქვეყნების უფლებას, სრულად გამოიყენონ ინტელექტუალური საკუთრების უფლებებით ვაჭრობასთან დაკავშირებული შეთანხმების დებულებები, რომლებიც ეხება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის მოქნილ სისტემას, განსაკუთრებით კი ყველა ადამიანისთვის მედიკამენტების მისაწვდომობის უზრუნველყოფას.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

გამოყენებული რესურსები:

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N459 06.10.2025 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე. მოდიებულია 2025 წლის 19 ნოემბერს, მისამართზე:

https://www.gov.ge/files/469_62645_237501_459.pdf

გაეროს მოსახლეობის ფონდი საქართველოში. დედათა ჯანმრთელობა. მოდიებულია 2025 წლის 19 ნოემბერს, მისამართზე:

<https://georgia.unfpa.org/ka/topics/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90-%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9B%E1%83%A0%E1%83%97%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%90>

ათასწლეულის განვითარების მიზნები. ანგარიში, 2014, მოდიებულია 2025 წლის 2 სექტემბერს, მისამართზე:

[https://www.gov.ge/files/288_44590_370351_UN-A4-Geo-Full\(PM\).pdf](https://www.gov.ge/files/288_44590_370351_UN-A4-Geo-Full(PM).pdf)

გაერო საქართველოში. მდგრადი განვითარების მიზნები. მოდიებულია 2025 წლის 2 სექტემბერს, მისამართზე: https://ungeorgia.ge/geo/sustainable_development_goals

2019 წლის 12 ნოემბრის საქართველოს მთავრობის განკარგულება N2328 „მდგრადი განვითარების მიზნების ეროვნული დოკუმენტის თაობაზე“, მოდიებულია 2025 წლის 2 სექტემბერს, მისამართზე: https://www.gov.ge/files/524_74242_575286_2328.pdf

მდგრადი განვითარების მიზნების 2024 წ. ანგარიში. მოდიებულია 2025 წლის 2 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://georgia.un.org/ka/273491-%E1%83%9B%E1%83%93%E1%83%92%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%93%E1%83%98-%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%96%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98%C2%A02024>

ოთარ გერხმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, 2019 წ.

თავი 32. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები. საქართველოში განხორციელებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები. გვ. 560-565.

თავი 3

დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი გზით და მშობიარობა საკეისრო კვეთის გზით

დედის ჯანმრთელობა დიდად არის დამოკიდებული, ზოგადად, ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ორსულობამდე, ასევე, საყოველთაოდ ცნობილია მოსაზრება ცოცხალი ბიოლოგიური ჯაჭვის შესახებ: „ჯანმრთელი ქალი – ჯანმრთელი ორსული – ჯანმრთელი მშობიარე – ჯანმრთელი ახალშობილი“. ამდენად, დედათა ჯანმრთელობის თაობაზე საკითხის განხილვას ყოველთვის წინ უძღვის ინფორმაცია ქვეყანაში ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

ქალთა ავადობის და მოკვდაობის მიზეზების სტრუქტურა მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება მთლიანად მოსახლეობის ავადობის და მოკვდაობის მიზეზების სტრუქტურისაგან, თუმცა ქალთა ავადობის მიზეზების ჩამონათვალში ყურადღებას იპყრობს სიმსივნური დაავადებების ახალი შემთხვევების რაოდენობა.

ცხრილი 3. ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების 5 ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაცია, საქართველო, 2021 წ.

ლოკალიზაცია	ახალი შემთხვევების რაოდენობა	წილი (%) ქალებში რეგისტრირებული ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების საერთო რაოდენობაში
სარძევე ჯირკვალი	1640	29.7
ფარისებრი ჯირკვალი	708	12.8
კოლორექტუმი	389	7.0
საშვილოსნოს ტანი	372	6.7
საშვილოსნოს ყელი	281	5.1

სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით, ქალებში ყველაზე ხშირად გვხვდება ძუძუს კიბო. ქალთა შორის გამოვლენილ სიმსივნეებში ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს ახალი შემთხვევების ხვედრითი წილი საკმაოდ მაღალია და დაახლოებით 13%-ს აღწევს, ხოლო კოლორექტალური ლო-

კალიზაციის სიმსივნეებზე დაახლოებით 7% მოდის. საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახალი შემთხვევები გვხვდება 6.7%-ში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს ხვედრითი წილი კი დაახლოებით 5.1%-ს შეადგენს.

ბოლო სტატისტიკური მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის სიმსივნური დაავადებების მაჩვენებლის მატება აღინიშნება როგორც, მთლიანად, ქალთა მოსახლეობაში, ისე ფერტილური ასაკის ქალებზე გაანგარიშებით, რაც, ნაწილობრივ, ქვეყანაში სკრინინგცენტრების ქსელის შექმნას უკავშირდება. ჯონ სნოუს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტმა (JSI) ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ფინანსური მხარდაჭერით განახორციელა კვლევითი პროექტი „გადარჩენა“ (Survive). კვლევის მასალები ადასტურებს, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ორ მთავარ მიზეზს ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში აქტიურად იქნა დაწყებული საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, რომელმაც ხელი შეუწყო დაავადებების ადრეულ გამოვლენას. ამასთან ერთად, ხაზი უნდა გაესვას იმ ფაქტს, რომ პროექტის ფარგლებში სკრინინგცენტრების გახსნა გონივრული ორგანიზაციული ღონისძიება იყო, ვინაიდან, ცენტრების ამოქმედების შემდეგ, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქალთა ინფორმირებულობა არა მხოლოდ სიმსივნური დაავადებების შესახებ, არამედ, ზოგადად, პრევენციული გასინჯვების აუცილებლობის თაობაზე. ასევე გაიზარდა სამედიცინო სერვისებისადმი ქალთა ხელმისაწვდომობა.

ქალთა ავადობის მიზეზების სტრუქტურაში ყურადღებას იპყრობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები. 2021 წლის მონაცემებით, სიფილისი, გონოკოკური ინფექცია, ქლამიდიური ინფექცია და ტრიქომონიაზი, ასევე, გენიტალური ჰერპესი და გონორეა კვლავ შემთხვევათა დიდი რაოდენობით გამოირჩევა. ბოლო 20 წლის განმავლობაში, ჩამოთვლილი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რაოდენობა შედარებით შემცირებულია, თუმცა კვლავ რჩება საყურადღებო ნიშნულზე, ვინაიდან სპეციალისტებისთვის ცნობილია, რომ აღნიშნული დაავადებები, სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა დაავადებებთან ერთად, ხშირად იწვევს უნაყოფობას, ორსულობის და მშობიარობის გართულებებს, დაავადებებს ახალშობილებში, რის გამოც სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მზარდ პრობლემას წარმოადგენს.

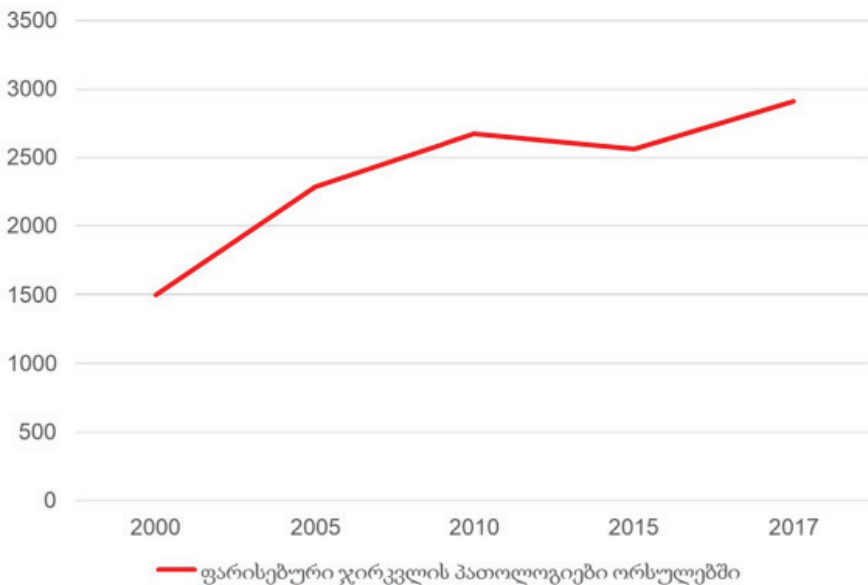
სამედიცინო დაწესებულებებში ქალთა მიმართვიანობის მიზეზების სტრუქტურაში ყურადღებას იპყრობს ენდომეტრიოზის, სალპინგიტის, ოოფორიტის, საშვილოსნოს ყელის ეროზიისა და ექტოპიონის ახალი შემთხვევები, ასევე, მიმართვები უნაყოფობასთან დაკავშირებით. გარდა აღ-

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

ნიშნულისა, ბოლო 20 წლის მანძილზე საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე შეინიშნება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრების მატების ტენდენცია, ასევე, ქალთა მოსახლეობის გაზრდილი მოთხოვნა გინეკოლოგიური დაავადებების სადიაგნოსტიკოდ და სამკურნალოდ აუცილებელ სერვისებზე. ყოველივე აღნიშნული, ერთი მხრივ, ირიბად მიანიშნებს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობაზე, ხოლო, მეორე მხრივ, ქალთა გენიტალური ორგანოების დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე, რაც, თავის მხრივ, დაავადებათა ახალი შემთხვევების გამოვლენას და რეგისტრაციას უწყობს ხელს.

სასქესო ორგანოების დაავადებების გარდა, ქალთა მოსახლეობაში აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების გავრცელება. ჰიპო- და ჰიპერთირეოზი ართულებს ორსულობის მიმდინარეობას. ორსულობის დროს ფარისებრ ჯირკვალს მეტი ამინმჟავა თიროზინი და მიკროელემენტი იოდი სჭირდება, ვინაიდან სწორედ მათგან წარმოიქმნება ტეტრაიოდთირონინი. ამასთან, ნაყოფი დედისგან იღებს იოდს, რომლის მეშვეობითაც თავისთვის საჭირო თიროქსინს წარმოქმნის. აღნიშნულის გათ-

ცხრილი 4. ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები ორსულებში, საქართველო, 2000-2017
წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ვალისწინებით, ხშირად ორსულისთვის აუცილებელია ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევა და გამოვლენილი დარღვევების მიხედვით სათანადო პრეპარატების მიღება, რაც თავიდან ააცილებს ორსულობის პერიოდში არასასურველ გართულებებს.

ხელმისაწვდომი სტატისტიკური მონაცემები მოწმობს, რომ ორსულებში გამოვლენილი ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები ბოლო 10 წლის მანძილზე თითქმის გაორმაგებულია.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების გარდა, ორსულობის ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობას ხელს უშლის ანემია. ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, აღრიცხვაზე მყოფ ორსულთა შორის საკმაოდ მაღალია იმ ორსულების ხვედრითი წილი, რომელთაც ანემია დაუდგინდათ.

ცხრილი 5. ანემია ორსულებში. წყარო: ncdc.ge

წელი	%
2018	10.8
2019	10.6
2020	20.3
2021	19.0
2022	25.8
2023	29.0
2024	34.1

ცხრილის მიხედვით ნათლად ჩანს, რომ აღრიცხვაზე მყოფ ორსულთა შორის ანემიის გავრცელება საკმაოდ მაღალია. ბოლო 7-8 წლის განმავლობაში ორსულებში ანემიის შემთხვევები თითქმის გასამმაგდა. 2018 წელს ანემია დაუდგინდა აღრიცხვაზე მყოფ ორსულთა 10.8%-ს, ხოლო 2024 წელს – 34.1%-ს. ლაბორატორიული კვლევებით გამოიკვეთა, რომ ორსულებში ყველაზე ხშირად რკინადეფიციტური ანემია აღირიცხება. აღნიშნულის გამო, ორსულთა მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფოლიუმის მჟავათი და რკინის პრეპარატებით ორსულთა უზრუნველყოფა დაიწყო 2018 წლის 1 თებერვლიდან, კერძოდ, ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში. ყველა ორსული, ორსულობის 13 კვირამდე, უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავათი, ხოლო დადასტურებული რკინადეფიციტური ანემიის შემთხვევაში – რკინის შემცველი პრეპარატ სორბიფერით (წყარო: www.moh.gov.ge). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ორსულებში ანემიის დიაგნოსტიკას ხელი შეუწყო ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის გაფართოებამ. კერძოდ, 2018 წლის 1 თებერვლიდან ორსულთა მეთვალყურეობის პროგრამა 8 ვიზიტს ითვალის-

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

წინებს, ნაცვლად 4 ვიზიტისა, რომელსაც ითვალისწინებდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პირველი სახელმწიფო პროგრამა და ძალაში იყო თითქმის 25 წლის განმავლობაში.

ქალთა ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობაზე მეტყველებს აბორტების სტატისტიკა, კერძოდ, აბორტების საერთო რაოდენობაში საკმაოდ მაღალია სპონტანური აბორტების ხვედრითი წილი.

ცხრილი 6. სპონტანური აბორტების რაოდენობა (აბსოლუტური რიცხვი და % წილი აბორტების საერთო რაოდენობაში). წყარო: ncd.ge

წელი	რაოდენობა	%
2018	8667	38.1
2019	8298	38.4
2020	7401	38.9
2021	6636	37.3
2022	6173	37.1
2023	5674	38.1
2024	6500	54.8

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ბოლო 7 წლის განმავლობაში სპონტანური აბორტების რაოდენობა თითქმის 1.5-ჯერაა მომატებული, რაც მეტად საყურადღებოა.

სპონტანური აბორტები, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაცია ქალის ნება-სურვილით, აბორტი არასრულწლოვანთა შორის, აბორტი პირველი ორსულობის შემთხვევაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევებსა და მეტად აქტუალურ საკითხებს წარმოადგენს. ბოლო პერიოდში ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაციების რაოდენობის კლება შეიმჩნევა, თუმცა, აბორტების თაობაზე სტატისტიკური მონაცემების დამუშავებით, რამდენიმე საყურადღებო გარემოება გამოიკვეთა, კერძოდ: აბორტის სტატისტიკა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მონმობს, რომ მოზარდებსა (15 წლამდე) და 20 წლამდე ასაკის გოგონებში აბორტის შემთხვევები კვლავ აღირიცხება, რაც ძალზე დამაფიქრებელია. 20 წლამდე გოგონებში აბორტი ხშირად პირველი ორსულობის შემთხვევაში კეთდება. აბორტის სტატისტიკის ანალიზით გამოვლინდა მეტად საგანგაშო ტენდენცია, ეს გახლავთ მედიკამენტური აბორტი! მიზეზთა გამო, სხვა საშუალებებთან შედარებით, მედიკამენტური აბორტი ახალგაზრდებში ჯანმრთელობისთვის უვნებელ პროცედურადაა მიჩნეული, თუმცა ცნობილია და არაერთი კვლევით, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით დადასტურებულია, რომ ნებისმიერი სახის აბორ-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ტი ქალის ჯანმრთელობისთვის მავნეა და სახიფათოა, განსაკუთრებით პირველი ორსულობის შემთხვევაში.

ორსულობის შეწყვეტის მეთოდების თაობაზე არსებული სტატისტიკური ინფორმაციის მიხედვით ჩანს, რომ კლებულობს კიურეტაჟით ჩატარებული ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაციები, ასევე, აბორტის ოპერაციები, რომელიც ვაკუუმასპირაციის მეთოდით ტარდება, სამაგიეროდ, მკვეთრად მატულობს მედიკამენტური აბორტის რაოდენობა. ცალკე განხილვას მოითხოვს მედიკამენტური აბორტის დროს საჭირო პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობა. სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფში გამოთქმული მოსაზრებების, მსჯელობისა და დისკუსიის გაცნობის საფუძველზე შესაძლებელია გამოითქვას ვარაუდი, რომ მედიკამენტური აბორტისთვის საჭირო პრეპარატების შეძენა დიდ სირთულეს არ წარმოადგენს. სავარაუდოდ, აღნიშნულის მიზეზია ის ფაქტი, რომ ბოლო 10 წლის განმავლობაში მედიკამენტებით ჩატარებული აბორტების რაოდენობა თითქმის გაოთხმაგებულია.

ცხრილი 7. ორსულობის შეწყვეტის მეთოდები საქართველოში, 2012-2021

წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
აბორტების საერთო რაოდენობა	39225	37018	33464	32428	28720	24937	22733	21599	19039	17774
ორსულობის შეწყვეტის მეთოდი (%):										
გამოფხეკვა (კიურეტაჟი)	49.2	41.3	37.9	41.2	41.6	22.8	21.5	21	19.4	18.5
ვაკუუმ ასპირაცია	40.6	41.3	39.1	28.3	30.9	40.4	36.4	36	34.5	32.9
მედიკამენტური აბორტი	10.2	17.4	23	30.5	27.5	36.8	38.9	42	44.4	46.6

მშობიარობა, საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის შემცირების შესაძლებლობები

დედის და ახალშობილის ჯანმრთელობის ურთიერთკავშირის თაობაზე საკითხის განხილვა შეუძლებელია საქართველოში მშობიარობის ანალიზის გარეშე.

შობადობა მოსახლეობის აღწარმოების უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ტერმინი „შობადობა“ აღნიშნავს ბავშვთა შობას არა ცალკეული

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

შემთხვევების, არამედ ერთობლივი პროცესის სახით ადამიანთა ჯგუფების (ასაკობრივ, ეთნიკურ და ტერიტორიულ ჭრილში) ან მთლიანად ქვეყნის მოსახლეობის მასშტაბით. ბავშვთა სიკვდილიანობასთან, საერთო სიკვდილიანობასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან ერთად, შობადობა მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია. შობადობის დონეზე მოქმედებს სოციალური, ეკონომიკური, სამართლებრივი, ისტორიული, ეთნოგრაფიული, გეოგრაფიული, ბიოლოგიური და სხვ. ფაქტორები, მაგ.: ქალების მონაწილეობა საზოგადოებრივ შრომაში, ბავშვთა დანეხებულობებით უზრუნველყოფა, მოსახლეობის კულტურული დონე, ჯანდაცის განვითარების დონე, დაქორწინების ასაკი და სხვ.

მშობიარობის ანალიზი აუცილებელია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლის დროს. მშობიარობის რაოდენობა, მშობიარობის გზები, დედის ასაკი მშობიარობის დროს, მშობიარობებს შორის შუალედი, ბუნებრივი გზით მშობიარობა, პათოლოგიური მშობიარობა, საკეისრო კვეთა, ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა და სხვ., ეს ის უმნიშვნელოვანესი საკითხებია, რომელთა შესწავლით შესაძლებელია ქვეყანაში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსაზღვრა, მნიშვნელოვანი პროექტების შემუშავება და სხვადასხვა ისეთი პროგრამის განხორციელება, რომელიც, ერთი მხრივ, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას შეუწყობს ხელს, ხოლო, მეორე მხრივ, ქვეყნის სტაბილურ და მდგრად განვითარებას უზრუნველყოფს.

დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით გამოვლინდა, რომ ბოლო პერიოდში შობადობა მკვეთრად შემცირდა (აღნიშნულის თაობაზე ინფორმაცია ვრცლად მოწოდებულია სახელმძღვანელოს მე-3 თავში – დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ბავშვთა მოსახლეობა. ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მიზეზები გლობალურად და საქართველოში).

წელი	რაოდენობა
2018	50468
2019	47486
2020	45797
2021	45305
2022	41499
2023	39227
2024	38201

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

საქართველოში მრავალი წელია მშობიარობის რიცხვი მცირდება ქვემოთ მოცემულია მშობიარობების რაოდენობა საქართველოში ბოლო 5 წლის განმავლობაში.

მშობიარობის რაოდენობა	
წელი	რაოდენობა
2018	50468
2019	47486
2020	45797
2021	45305
2022	41499
2023	39227
2024	38201

მშობიარეთა შორის მკვეთრად მატულობს იმ პაციენტების რაოდენობა, რომელთა ორსულობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების გამოყენებით იქნა მიღწეულ.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების (ინვიტრო ფერტილიზაცია IVF და სუროგაცია) ნამშობიარებ ქალებში		
წელი	IVF	სუროგაცია
2018	546	369
2019	586	509
2020	530	646
2021	623	267
2022	948	695
2023	814	1017
2024	850	1836

ბოლო პერიოდში ყურადღებას იპყრობს მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში ნაადრევი მშობიარობების პროცენტული წილი. ბოლო მონაცემებით, მატულობს ნაადრევი მშობიარობების რაოდენობა, რაც, ერთი მხრივ, ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას უკავშირდება, ასევე, ორსულობის დროს დადგენილ დაავადებებს და ორსულობის მართვის ხარისხს, ხოლო, მეორე მხრივ, ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობის მატება მშობიარობისთვის რეპროდუქციული ასაკის ცვლილებას უკავშირდება. საქართველოში შეინიშნება მშობიარობის ასაკის გადანაცვლება მეტობისკენ, კერძოდ, წლიდან წლამდე იზრდება იმ მშობიარეთა რიცხვი,

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

რომელთა ასაკი 35 წელს აღემატება. აღნიშნული საკითხი განსაკუთრებით ყურადღასს იპყრის ორსულობის და მშობიარობის შემთხვევაში. ზოგადად, დარგის ექსპერტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ დედის ასაკი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას ახდენს, ამიტომ, ორსულობის და მშობიარობის რისკების შეფასების დროს, სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების არსებობასთან ერთად, დედის ასაკი ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და მხედველობაში მისაღებ ფაქტორად ითვლება. საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემები ადასტურებს, რომ პირველმშობიარეთა შორის მატულობს 35 წელზე მეტი ასაკის დედათა რაოდენობა. ასევე ზრდის ტენდენციით ხასიათდება ნაადრევ მშობიარობათა რაოდენობა.

ნაადრევი მშობიარობა და % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან		
წელი	რაოდენობა	%
2018	3988	7.9
2019	3831	8.3
2020	3992	8.7
2021	4053	8.9
2022	3882	9.4
2023	3811	9.7
2024	3765	9.9

საქართველოში, მშობიარობის საერთო რაოდენობაში ნაადრევი მშობიარობის ხვედრითი წილის მატებასთან ერთად, დღენაკლულ ახალშობილთა %-ული წილის მატებაც შეიმჩნევა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, დღენაკლულთა რაოდენობა ბოლო პერიოდში დაახლოებით 2%-ით გაიზარდა.

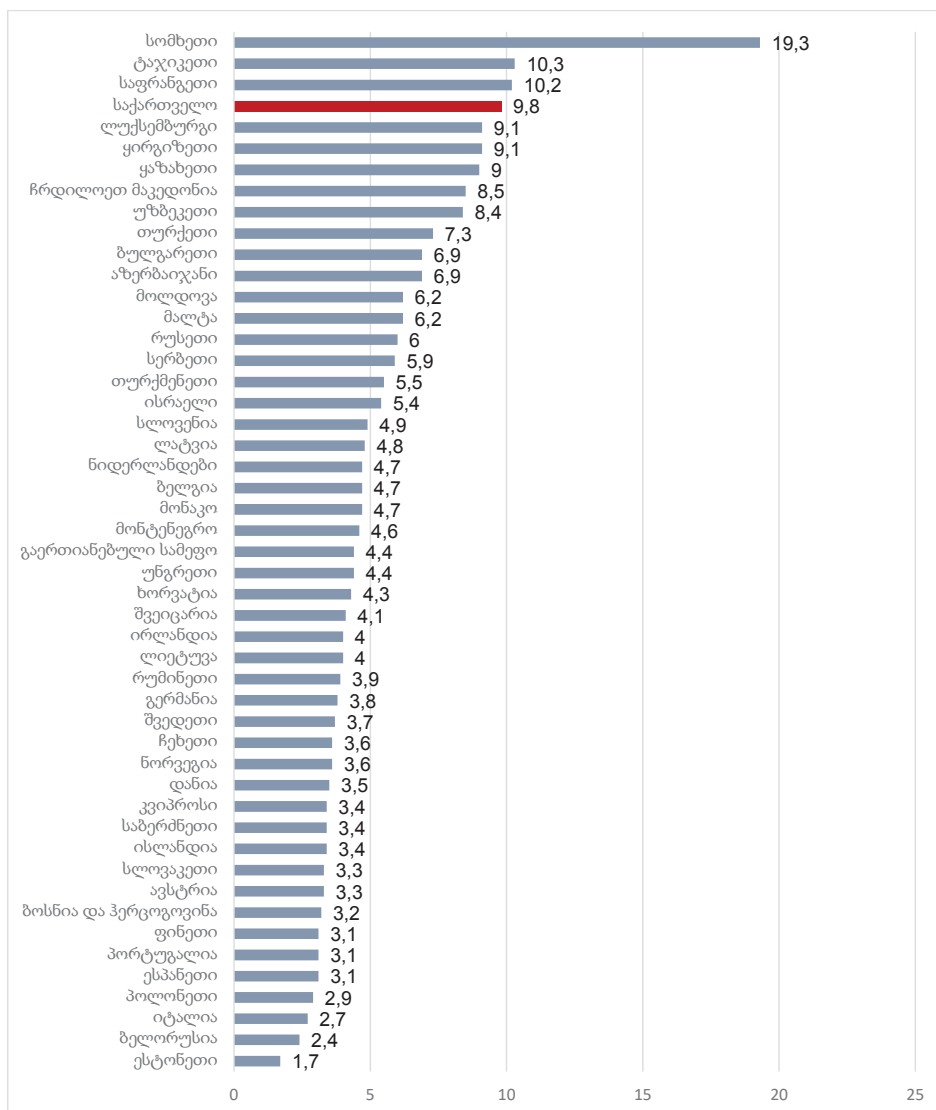
დღენაკლულთა რაოდენობა და % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან		
წელი	რაოდენობა	%
2018	3326	6.6
2019	3083	6.5
2020	3161	6.8
2021	3076	6.7
2022	2977	7.1
2023	3318	8.3
2024	3212	8.2

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საკითხის განხილვის დროს ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია მკვდრადშობადობა.

საქართველოში, ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა განვითარებული ქვეყნების იმავე მაჩვენებელთან შედარებით მაინც მაღალია. მკვდრადშობადობის მიზეზების შესწავლა დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სის-

სურათი 1. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე



თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

ტემის ერთ-ერთ პრობლემად და გამოწვევად რჩება არა მხოლოდ საქართველოში, არამედ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში.

საქართველოში 2021 წელს მკვდრადშობადობის რიცხვის მცირედი კლება დაფიქსირდა – სულ აღირიცხა 403 შემთხვევა. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 დაბადებულზე 8.7% იყო. 2021 წელს ჩატარდა მკვდრადშობადობის ანალიზი, რისთვისაც გამოყენებულ იქნა საქართველოს დაბადების რეგისტრში აკუმულირებული მონაცემები. საკითხის შესწავლის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ მკვდრადშობადობის 81% მოხდა ანტენატალურ პერიოდში (ნაყოფის გულისცემის შეწყვეტა დაფიქსირდა მშობიარობის დაწყებამდე). შემთხვევათა 2% დაფიქსირდა ინტრანატალურ პერიოდში, ხოლო მკვდრადშობადობის დაახლოებით 17%-ში, სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, ნაყოფის გულისცემის შეწყვეტის დროის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა. გესტაციური ვადის მიხედვით, მკვდრადშობადობის შემთხვევების 40% აღირიცხა ორსულობის 22-27 კვირის ვადაზე, 22%-ში კი მკვდრადშობადობა მოხდა ორსულობის 28-33 კვირის ვადაზე. შემთხვევათა 14% აღირიცხა ორსულობის 34-36 კვირის ვადაზე, ხოლო მკვდრადშობადობის ყოველი მე-4 შემთხვევა, ანუ დაახლოებით 24%, მოხდა ორსულობის 37 კვირის ვადაზე. საკითხის სრულყოფილ განხილვას ხელს უშლის ის გარემოება, რომ, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, მკვდრადშობილის ავტოფსია არ ტარდება.

მკვდრადშობადობის მაღალი მაჩვენებელი გავლენას ახდენს პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე, რომელმაც ბოლო პერიოდში უმნიშვნელო კლება განიცადა, თუმცა მაინც მნიშვნელოვნად მეტია განვითარებული ქვეყნების იმავე მაჩვენებელზე.

ცხრილი 8. პერინატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი

(1 000 ცოცხლად დაბადებულზე) სქესის მიხედვით

წყარო: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/320/gardatsvaleba>

	პერინატალური სიკვდილიანობა	ადრეული ნეონატალური	მკვდრადშობადობა
2018	11.8	3.2	8.6
2019	12.1	2.7	9.5
2020	11.9	3.1	8.8
2021	12.5	3.7	8.8
2022	12.5	3.6	8.9
2023	11.7	3.8	7.9
2024	11.0	3.2	7.8

მშობიარობისთვის არჩეულ გზას დიდი გავლენა აქვს ბავშვის ჯანმრთელობაზე.

ფიზიოლოგიური მშობიარობა იმთავითვე დევს როგორც ქალის, ისე ახალშობილის ბუნებაში. ნაყოფი მომნიშვნელობისადაა თავად ირჩევს დაბადების გზას და იწყებს სპირალურ მოძრაობას, ეშვება დედის მუცლის ქვემო მესამედში, მცირე მენჯის ღრუში. ნორმალურ სიტუაციაში ნაყოფი თავით მოინევს წინ. დედის ორგანიზმი ბავშვის მიერ დაწყებულ მოძრაობაზე მყისიერად რეაგირებს და მშობიარობა სპონტანურად იწყება. ბუნებრივი გზით მშობიარობისას ბავშვმა უნდა გაიაროს სამშობიარო გზები, „გაიწუროს“ სამშობიარო მოქმედების დროს, დედის ორგანიზმთან შეთანხმებულად იმოქმედოს, იშრომოს და გამოიკვლიოს გზა, რის შედეგადაც უფრო მომზადებული ხდება ახალ გარემოს. ბუნებრივი გზით დაბადებული ახალშობილი შედარებით ადვილად გადის ადრეული ადაპტაციის პერიოდს. ბუნებრივი გზით მშობიარობას ბევრი უპირატესობა გააჩნია როგორც დედისთვის, ისე ნაყოფისთვის, თუმცა პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ბოლო პერიოდში სიტუაცია რამდენადმე შეიცვალა. რეალურად, ბავშვი ვერ ირჩევს დაბადების გზას. მშობიარობის გზას უხშირესად დედა ირჩევს. მშობიარობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების დროს წამყვანია დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მისი ბუნებრივი გზით მშობიარობისთვის მზადყოფნა, ასევე, ზოგადად, ტკივილების მიმართ დედის ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება, რაც, გარკვეულწილად, ყველაზე მეტად განსაზღვრავს მშობიარობის გზის არჩევას.

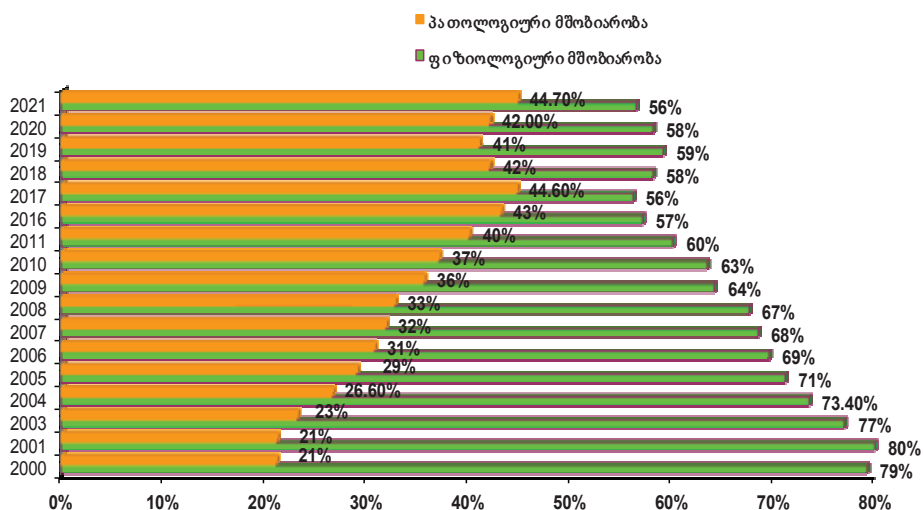
სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ ბუნებრივი გზით მშობიარობა (ხშირად მას ფიზიოლოგიურად მშობიარობასაც უწოდებენ) ძალიან კარგია, მით უმეტეს, რომ, ამ დროს ჰარმონიული ურთიერთობა ყალიბდება დედასა და ნაყოფს შორის. ერთმანეთს ენაცვლება ბავშვის სპირალური მოძრაობა სამშობიარო გზებში და საშვილოსნოს შეკუმშვა. ქალი აქტიურად მონაწილეობს ბავშვის დაბადებაში, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია. კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი აკვირდება მშობიარობის მიმდინარეობას და პროცესს მართავს. საკეისრო კვეთის დროს ქალი ნაკლებადაა ჩართული მშობიარობის პროცესში, თუ არ ჩავთვლით დედისა და სამედიცინო პერსონალის ვერბალურ კომუნიკაციას ოპერაციის მსვლელობისას. მშობიარობის გზის არჩევისას, დედის პირადი გადაწყვეტილების გარდა, გასათვალისწინებელია მშობიარობის მართვის თაობაზე ქვეყანაში არსებული მოქმედი რეგულაციები, ეროვნული გაიდლაინები და პროტოკოლები, სადაც გაწერილია, რა შემთხვევაში, რომელი ჩვენების დროს უნდა გაკეთდეს საკეისრო კვეთის ოპერაცია. საკეისრო კვეთა შეიძლება ჩატარდეს როგორც დედის, ისე ბავშვის ჩვენებით, როდესაც

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

ერთს ან მეორეს რაიმე გართულება აქვს ან მაღალია მისი წარმოშობის რისკი. ექიმი დედასთან ერთად დეტალურად განიხილავს ოპერაციული ჩარევის სარგებელსა და მოსალოდნელი ზიანის რისკებს. მსჯელობის შედეგად ხდება გადანყვეტილების მიღება ნაკლები რისკის შემცველი სამედიკამენტო დახმარების ტაქტიკის არჩევის თაობაზე. ექიმი იღებს გადანყვეტილებას როგორც დედის, ისე ნაყოფის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით. არსებობს სამედიკამენტო სიტუაციები, როდესაც ექიმის მიერ გადანყვეტილების მიღება ხდება საკუთარ კვეთის გზით მშობიარობის სასარგებლოდ, რათა მოსალოდნელი რისკები და საფრთხე თავიდან იქნეს აცილებული. მშობიარობის გზის არჩევის დროს ძალიან დიდ როლს ასრულებს მედიკამენტოლოგიის გამოცდილება, მის მიერ გატარებული პაციენტების რაოდენობა, რთული შემთხვევების მართვის პრაქტიკული უნარები და პიროვნული თვისებები. მათ შორის უმნიშვნელოვანესია: პროფესიული კეთილსინდისიერება, დაკვირვების, მოთმინებისა და თავშეკავების უნარი.

ბოლო 20 წლის მანძილზე მნიშვნელოვნად შეიცვალა ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მშობიარობის ხვედრითი წილი მშობიარობის საერთო რაოდენობაში, რაც იმ დაავადებების შედეგია, რომლებიც თავს იჩენს ორსულობის დადგომის შემდეგ, ხელს უშლის ორსულობის ნორმალურად მიმდინარეობას და იწვევს გართულებებს მშობიარობის დროს.

სურათი 2. ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მშობიარობის პროცენტული თანაფარდობა მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში 2000-2021 (წყარო: ncdc.ge)



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მშობიარობის რაოდენობის თანაფარდობის ასეთი დრამატული ცვლილება პათოლოგიური მშობიარობის სასარგებლოდ, მხოლოდ ორსულობის დროს გამოვლენილი დაავადებების ბრალი არ არის. პათოლოგიური მშობიარობის რაოდენობაში საკმაოდ მაღალია საკეისრო კვეთის რაოდენობა, რომელიც დედამ აირჩია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, საკეისრო კვეთა – სამედიცინო სერვისი, რომელიც დედამ აირჩია.

საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის ტენდენციები საქართველოში

დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით ჩანს, რომ საქართველოში მაღალია საკეისრო კვეთის რაოდენობა, მათ შორის, საკმაოდ მაღალია არჩევით ჩატარებული საკეისრო კვეთის რაოდენობა. 2024 წლის მონაცემებით, ყოველი მე-10 საკეისრო კვეთა ჩატარებულია დედის მოთხოვნით (10.08%).

ცხრილი 9. საკეისრო კვეთის რაოდენობა და %-ული წილი მშობიარობის საერთო რაოდენობაში

წელი	რაოდენობა	%
2018	21044	41.7
2019	18936	39.9
2020	18616	40.6
2021	19390	42.8
2022	18370	44.3
2023	18228	46.5
2024	16372	42.9

ცხრილი 10. საკეისრო კვეთა დედის მოთხოვნით და % საკეისრო კვეთის საერთო რაოდენობაში

წელი	რაოდენობა	%
2018	3010	14.30
2019	3052	16.1
2020	2830	15.2
2021	3062	15.79
2022	2885	15.70
2023	2999	16.45
2024	1651	10.08

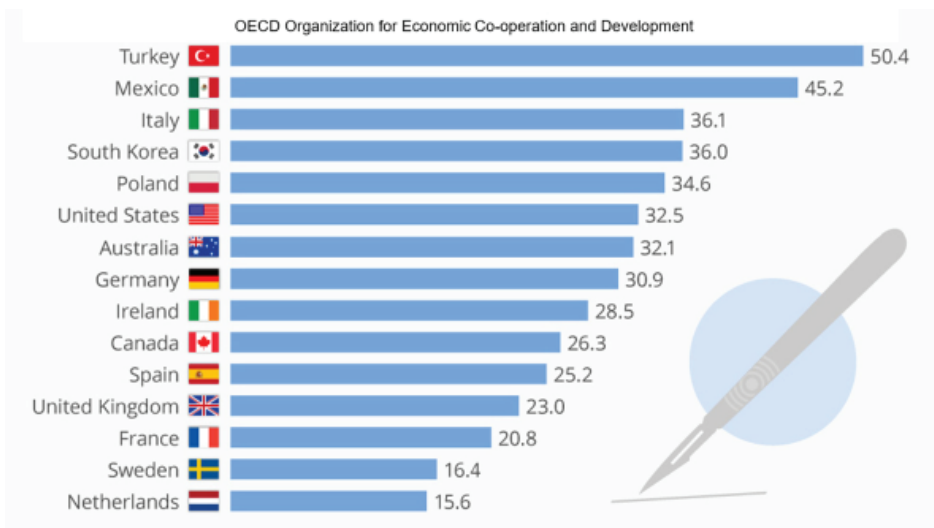
თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

საკეისრო კვეთის რაოდენობის ზრდის ტენდენცია მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, მეან-გინეკოლოგების და სამედიცინო სერვისების დამფინანსებლების შემწოთებას იწვევს. საკეისრო კვეთის საკითხის განხილვის დროს მონაწილე მხარეებად განიხილება: სახელმწიფო, სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი (სტაციონარი, ქალთა კონსულტაცია), სადაზღვევო სისტემა, მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა პროფესიული ასოციაციები, პაციენტის უფლებების დაცვის მანდატით აღჭურვილი არასამთავრობო ორგანიზაციები. პაციენტის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის სიხშირის მატება საჭიროებს სერიოზულ ყურადღებას და აუცილებელია შესწავლილ იქნეს საკეისრო კვეთის მატების მიზეზები, გადაიხედოს საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის ზრდაზე მოქმედი ფაქტორები და პასუხისმგებლობის განაწილების საკითხი.

საკეისრო კვეთა მსოფლიოში

საკეისრო კვეთის რაოდენობების შესახებ მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, რომ 1990 და 2015 წლებს შორის საკეისრო კვეთის საშუალო გლობალური მაჩვენებელი, რომელიც გაანგარიშებულ იქნა 150 ქვეყნის მონაცემების მიხედვით, გაიზარდა დაახლოებით 12.4%-ით. ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია ითქვას, რომ მსოფლიო

სურათი 3. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში



ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

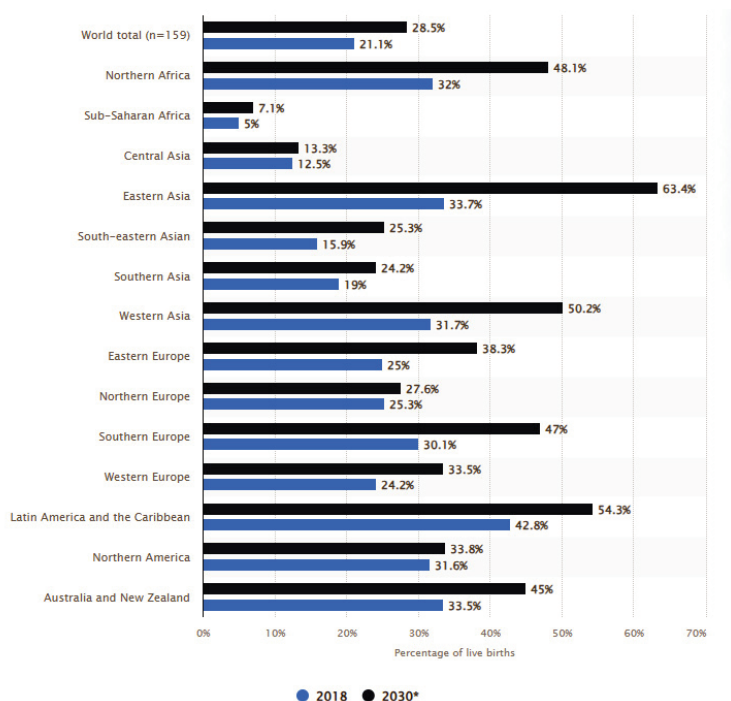
ოს მრავალ ქვეყანაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი მატების ტენდენციით ხასიათდება. საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი მშობიარობის მთლიან რაოდენობაში ძალიან მაღალია თურქეთში, სადაც ყოველი მე-2 ქალი საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობს (მაჩვენებელი 50.4%) (წყარო: <https://www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/#statisticContainer>).

ექსპერტთა მიერ ნავარაუდევია, რომ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზრდება. კერძოდ, საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი მსოფლიო მასშტაბით დაახლოებით 7 პროცენტით გაიზრდება.

საქართველოში საკეისრო კვეთის სიხშირე ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოს მასშტაბით და პირველ ადგილს იკავებს ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრ ქვეყანათა შორის (OECD) საქართვე-

სურათი 4. საკეისრო კვეთის პროგნოზული მაჩვენებლები კონტინენტების მიხედვით, 2018-2030 წწ.

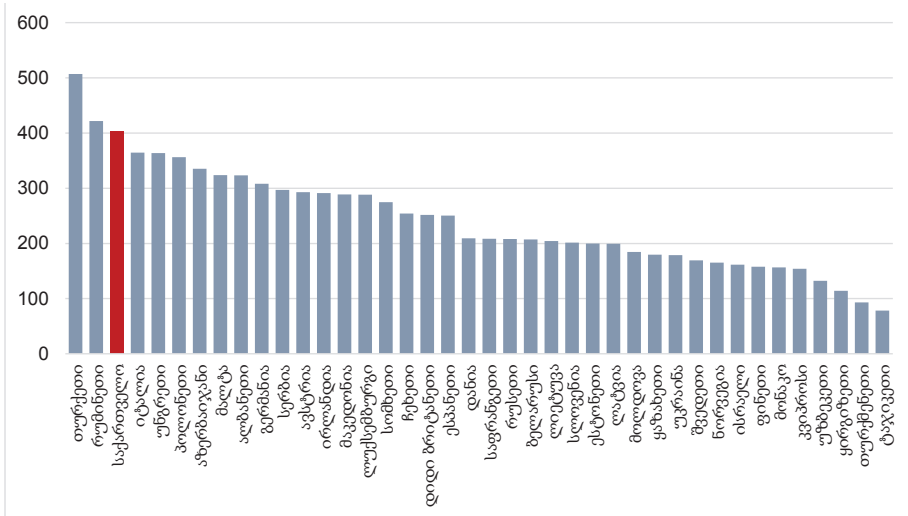
წყარო: <https://www.statista.com/statistics/1448790/c-section-delivery-rates-world-wide-by-region/>



თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

სურათი 5. საკეისრო კვეთა, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, OECD (2018), საქართველო

წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_596-7060-caesarean-sections-per-1000-live-births/visualizations/#id=19691

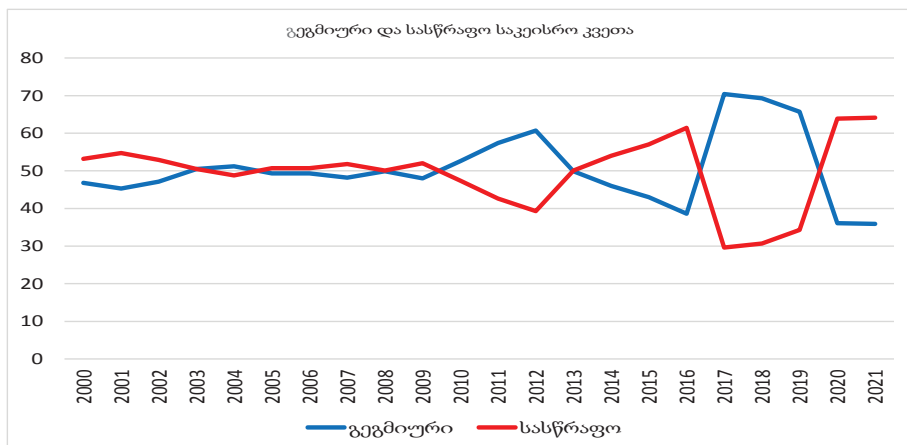


ლო საკეისრო კვეთის მაჩვენებლით მესამე ადგილზეა თურქეთისა და რუმინეთის შემდეგ, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით ძალიან საყურადღებოა.

საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემების მიხედვით მკაფიოდ ჩანს, რომ ბოლო 20 წლის მანძილზე საქართველოში მკვეთრად იზრდება საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობათა რიცხვი. მატების ტენდენციით ხასიათდება მოთხოვნით, ე.წ. „არჩევით“ ჩატარებული საკეისრო კვეთის რაოდენობა; სულ უფრო ხშირად რეგისტრირდება გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ ისევ საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის შემთხვევები. საქართველოში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელმა 2024 წ. 42.9%-ს მიაღწია, რაც საფუძვლიან შესწავლას და ანალიზს მოითხოვს. აქვე, ცალკე უნდა აღინიშნოს სასწრაფო და გეგმიური საკეისრო კვეთის რაოდენობის შესახებ საქართველოში.

საკეისრო კვეთის საერთო რაოდენობაში ყურადღებას იპყრობს სასწრაფო საკეისრო კვეთის მაღალი ხვედრითი წილი, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით მეტად საყურადღებოა. ერთი მხრივ, სასწრაფო ოპერაციის შემთხვევაში, დროის სიმცირის გამო, ვერ ხერხდება პაციენტის ოპერაციისთვის სათანადოდ მომზადება, რის გამოც გარ-

**სურათი 6. საკეისრო კვეთის სტრუქტურა საქართველოში
(წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2000-2021)**



თულებების განვითარების ალბათობა მნიშვნელოვნად იზრდება. მეორე მხრივ, საფუძვლიანი ეჭვი ჩნდება ანტენატალური მეთვალყურეობის ხარისხთან დაკავშირებით. სავარაუდოდ, ორსული ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში სათანადოდ ვერ იქნა შეფასებული, ვერ მოხდა რისკების დროულად გამოვლენა და სათანადოდ მართვა, რამაც სასწრაფო საკეისრო კვეთის ჩატარება განაპირობა. ორსულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ დაბადების რეგისტრში აკუმულირებული მონაცემები ხშირ შემთხვევაში არ შეესაბამება საკეისრო კვეთის ჩვენებებს, რაც ასევე ბევრ კითხვას ბადებს.

მონაცემთა ანალიზი ცხადყოფს, რომ ბოლო 20 წლის განმავლობაში საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი თითქმის გაორმაგდა (2007 – 22.7%. 2024 – 42. 9%). აღსანიშნავია, რომ ცალკეულ დაწესებულებებში ეს პროცენტი მნიშვნელოვნად აღემატება ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს. ძალზე დამაფიქრებელი შედეგები აჩვენა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ საკეისრო კვეთის თემაზე ჩატარებულმა კვლევამ. კერძოდ, თბილისსა და 7 რეგიონში შერჩეულ იქნა 19 დაწესებულება საკეისრო კვეთის განსაკუთრებით მაღალი, საშუალო და დაბალი მაჩვენებლებით. შესწავლილ იქნა სამედიცინო ჩანაწერები, გამოიკითხნენ ბებიაქალები, მეან-გინეკოლოგები, მელოგინეები და ორსულები. ჩატარებული კვლევის შედეგები საკეისრო კვეთის მნიშვნელოვანი ნაწილის სამედიცინო მიზანშეწონილობას დიდი კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს. მელოგინეთა

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

გამოკითხვით აღმოჩნდა, რომ შემთხვევათა 69%-ში გადანყვებილება საკეისრო კვეთის თაობაზე მიღებულია ორსულობის დროს (ანუ მშობიარობის დაწყებამდე), 33,6%-ში – ორსულობის პირველ თვეებში. ეს იმაზე მიაჩნებოდა, რომ არცერთ ამ შემთხვევაში სამედიცინო ჩვენება არ არსებობდა. საკეისრო კვეთის ყველაზე გავრცელებული და ხშირი ჩვენებები (სამშობიარო მოქმედების სისუსტე, ჯდომით წინმდებარეობა, ნაყოფის სახიფათო მდგომარეობა) დიაგნოსტირდება მხოლოდ ორსულობის გვიან ეტაპზე ან უშუალოდ მშობიარობის წინ.

აღნიშნული კიდევ ერთხელ მიუთითებს საკეისრო კვეთის ოპერაციებზე პირველად ჯანდაცვასა და ჰოსპიტალურ სექტორს შორის პასუხისმგებლობის გადანაწილების აუცილებლობის თაობაზე.

საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების მატებას გარკვეულწილად ხელს უწყობს ის გარემოება, რომ სამედიცინო პერსონალი ნაკლებად მიმართავს სამედიცინო ჩარევას გართულებული მშობიარობის დროს. სტატისტიკა მონიშნავს, რომ ინსტრუმენტული ჩარევით მშობიარობათა პროცენტული წილი მშობიარობის საერთო რაოდენობაში გაუმართლებლად დაბალია, ნელ-ნელა დავიწყებას ეძლევა ე.წ. „მაშებით“ მშობიარობა და ნაყოფის ვაკუუმექსტრაქცია. სავარაუდოდ, ახალგაზრდა სპეციალისტების მომზადების დროს, რეზიდენტურის პერიოდში საკმარისი დრო არ ეთმობა ინსტრუმენტულ მშობიარობასთან დაკავშირებული თეორიული საკითხების სწავლებას და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების განვითარებას.

საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შემცირებას მსოფლიოს მრავალი ქვეყანა ცდილობს, მაგრამ არა მექანიკურად, ემპირიულად განსაზღვრული ოდენობით, არამედ თითოეული დაწესებულების სტატისტიკურ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, მშობიარეთა კონტინგენტის გათვალისწინებით, გონივრულ ფარგლებში. გარდა აღნიშნულისა, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, სადაც მიმდინარეობს გეგმაზომიერი მუშაობა საკეისრო კვეთის რაოდენობის შესამცირებლად, მუშაობა იწყება კომპლექსურად: პირველ რიგში, ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობის თაობაზე მოსახლეობის ინტენსიური ინფორმირებით; ქალთა კონსულტაციებისა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების, საოჯახო მედიცინის ცენტრების აქტიური მუშაობით ქალთა მოსახლეობასთან; ქალთა განათლებით, მასმედიის საშუალებით სოციალური რეკლამების გამოყენებით; ასევე, პირველი ორსულობის შემთხვევაში, დაბალი რისკის ქალებში საკეისრო კვეთის თავიდან აცილების გზით. ეს აპრობირებული, უტყუარი და ძალზე შედეგიანი მიდგომა საქართველოში ჯერჯერობით უგულვებელყოფილია და დანერგილი არ არის.

საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შესამცირებლად ჯანმოს მიერ რეკომენდებულია რობსონის კლასიფიკაციის გამოყენება, რომელიც, მეცნიე-

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

რულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებით, მრავალწლიან გამოცდილებაზე დაყრდნობით, ჯანდაცვის სპეციალისტებს ასწავლის, როგორ შეიძლება თითოეული მშობიარობის შემთხვევის აღრიცხვა, აღწერა და მნიშვნელოვანი საკითხების გათვალისწინება სამედიცინო დახმარების დროს.

რობსონის კლასიფიკაცია

შესავალი

საკეისრო კვეთის მზარდი მაჩვენებელი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა.

გასული ათწლეულების განმავლობაში მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის პროგრესული ზრდა შეინიშნება, თუმცა ამ ტენდენციის მამოძრავებელი ფაქტორები სრულად არაა შესწავლილი და დადგენილი. საკეისრო კვეთის მზარდი მაჩვენებელი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი საზრუნავია და მსოფლიოს გარშემო იწვევს დებატებს, ვინაიდან ეს მზარდი მაჩვენებელი ასოცირებულია დედათა და პერინატალურ რისკებთან, უთანასწორობასთან, გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან.

საკეისრო კვეთის მატების ტენდენციის განმაპირობებელი ფაქტორების დასადგენად და ეფექტური ზომების განსაზოგადებლად მნიშვნელოვანია საკეისრო კვეთის შემცირების მეთოდოლოგიის შემუშავება, რათა მოხდეს საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების მონიტორინგი და შედარება დროდადრო როგორც ერთსა და იმავე დაწესებულებაში, ისე სხვადასხვა დაწესებულებას შორის.

იდეალურ შემთხვევაში, უნდა არსებობდეს კლასიფიკაციის სისტემა, რათა მოხდეს საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების მონიტორინგი და შედარება დაწესებულების დონეზე, სტანდარტიზებული, სანდო, კონსისტენტური და მოქმედებაზე ორიენტირებული გზით.

სხვადასხვა ავტორის მიერ შემუშავებულ იქნა განსხვავებული ტიპის საკეისრო კვეთის კლასიფიკაციის სისტემები, რომელთა გამოყენებაც მოხდებოდა დაწესებულების დონეზე განსხვავებული მიზნებით.

2011 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) ჩაატარა სისტემური მიმოხილვა, რომლის მეშვეობითაც იდენტიფიცირებულ და შესწავლილ იქნა საკეისრო კვეთის კლასიფიკაციის 27 განსხვავებული სისტემა. თითოეული კლასიფიკაცია განიხილავდა შემდეგ საკითხებს: „ვინ“ (ქალზე დაფუძნებული), „რატომ“ (ჩვენებაზე დაფუძნებული), „როდის“ (გადაუდებლობაზე დაფუძნებული), აგრეთვე, თუ „სად“, „როგორ“ და „ვის მიერ“ იყო საკეისრო კვეთა ჩატარებული. აღნიშნული მიმოხილვის შედეგად დაიდო დასკვნა, რომ, ზოგადად, ქალზე დაფუძნებული

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

სისტემა კარგად პასუხობს მოთხოვნებს, კონკრეტულად კი, ქალთა 10 ჯგუფზე დაფუძნებული საკეისრო კვეთის კლასიფიკაცია საუკეთესოა იმისთვის, რომ დადგინდეს საკეისრო კვეთის საჭიროება.

საკეისრო კვეთის 10 ჯგუფზე დაფუძნებული კლასიფიკაცია, რომელიც სპეციალისტების წრეში ასევე ცნობილია, როგორც TGCS – Ten Groups Classification System ან „რობსონის კლასიფიკაცია“, შემუშავებულ იქნა იმ მიზნით, რათა მომავალში მომხდარიყო ქალთა ჯგუფების იდენტიფიცირება; პაციენტებისა, რომელთაც საკეისრო კვეთის კარგად განსაზღვრული, კლინიკურად რელევანტური ჩვენებები ჰქონდათ. რობსონის კლასიფიკაციის შემუშავების მიზანი იყო, ასევე, ერთნაირი მონაცემების მქონე პაციენტებში (მშობიარეთა ჰომოგენურ ჯგუფებში) საკეისრო კვეთის მაჩვენებლებს შორის განსხვავების მიზეზები.

საკეისრო კვეთის ჩვენებაზე დაფუძნებული კლასიფიკაციისაგან განსხვავებით, რობსონის კლასიფიკაცია არის „ყველა ქალბატონისათვის“, რომელიც მშობიარობს კონკრეტულ დაწესებულებაში (მაგ., ქალაქის სამშობიაროში ან რეგიონში) და არა მხოლოდ იმ ქალბატონებისათვის, რომლებიც მშობიარობენ საკეისრო კვეთის მეშვეობით. ეს არის სრული პერინატალური კლასიფიკაცია.

ეს კლასიფიკაცია არის მარტივი, ძლიერი, ინფორმატიული, კლინიკურად რელევანტური და პერსპექტიული. იგი იძლევა საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების შედარების და ანალიზის საშუალებას სამედიცინო დაწესებულებაში სამშობიაროდ მისული ქალბატონების ჯგუფების შიგნით და აგრეთვე ამ ჯგუფებს შორის.

2014 წელს WHO-მ ჩაატარა კიდევ ერთი სისტემური მიმოხილვა, რათა შეეგროვებინა /შეეჯერებინა რობსონის კლასიფიკაციის მომხმარებელთა/გამომყენებელთა გამოცდილება, რათა მოეხდინა მის მიღებასთან, დანერგვასთან და ინტერპრეტაციასთან დაკავშირებული დადებითი და უარყოფითი მხარეების შეფასება, ასევე მოეხდინა ბარიერების, კოორდინატორების (ფასილიტატორების) და ადაპტაციის პერიოდში პოტენციური ხელშემშლელი ფაქტორების იდენტიფიცირება.

ჯანმოს მიერ მომზადებული რობსონის კლასიფიკაციის მიმოხილვა მოიცავდა 73 პუბლიკაციას 31 ქვეყნიდან, რომლებიც აღწერდა რობსონის კლასიფიკაციის გამოყენების შედეგებს 2000-2013 წლებში. კლასიფიკაციის მომხმარებელთა (გამომყენებელთა) უმეტესობა იყო სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება. მათი აზრით, რობსონის კლასიფიკაციის ძირითადი უპირატესობაა მისი სიმარტივე, სიძლიერე, სანდოობა და მოქნილობა. თუმცა მომხმარებლები/გამომყენებლები ასევე მიუთითებდნენ იმ ბარიერებისა და ნაკლოვანებების თაობაზე, რომლებმაც შესაძლოა თავი იჩინონ კლასიფიკაციით სარგებ-

ლობის დროს. კერძოდ, აღინიშნა მონაცემების დაკარგვის, მშობიარეთა არასწორი კლასიფიკაციის, დეფინიციების ან კონსენსუსის ნაკლებობით შექმნილი შესაძლო ხარვეზების შესახებ. კლასიფიკაციის ძირითადი ცვლადების შესახებ ინფორმაციის არასწორად აღრიცხვას დაბრკოლების შექმნა შეუძლია კლასიფიკაციით სარგებლობის დროს.

2014 წელს WHO-მ მოიწვია ექსპერტთა პანელი. მტკიცებულებების განხილვის შემდეგ, პანელმა წამოაყენა წინადადება რობსონის კლასიფიკაციის გამოყენების თაობაზე დანესებულების დონეზე, რათა მომხდარიყო საერთო ხედვის (თვალსაზრისის) ჩამოყალიბება დედათა და პერინატალურ მონაცემებთან დაკავშირებით, ასევე მომხდარიყო მათი შედარება დანესებულების შიგნით და, დროთა განმავლობაში, დანესებულებებს შორის.

WHO-ს განცხადება რობსონის კლასიფიკაციის შესახებ: „WHO გთავაზობთ რობსონის კლასიფიკაციის სისტემას, როგორც საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების შეფასების, მონიტორინგის და შედარების გლობალურ სტანდარტს, გამოსადეგს როგორც ჯანდაცვის დანესებულებებში, ისე დანესებულებებს შორის შედარებისთვის“.

რობსონის კლასიფიკაციის მნიშვნელობა სამედიცინო-გინეკოლოგიური დანესებულებისთვის

WHO-ს აქვს მოლოდინი, რომ რობსონის კლასიფიკაციის გამოყენება ჯანდაცვის დანესებულებებს დაეხმარება:

- მოახდინოს ორსულთა/მშობიარეთა იმ ჯგუფების იდენტიფიცირება, რომელთაც ყველაზე მეტად და ყველაზე ნაკლებად შეაქვთ წვლილი საკეისრო კვეთის საერთო მაჩვენებლის ფორმირებაში.
- გამოკვეთილი ჯგუფის პაციენტებთან დაკავშირებული პრაქტიკა შეადარონ იმ დანაყოფებს, რომელთაც უფრო სასურველი შედეგები აქვთ და გაითვალისწინონ, თუ პრაქტიკაში რა ცვლილებების განხორციელებაა საჭირო.
- იმ სტრატეგიების და ინტერვენციების ეფექტურობის შეფასებაში, რომლებიც მიმართულია საკეისრო კვეთის გამოყენების ოპტიმიზაციისაკენ (თავიდან აცილებისკენ, შემცირებისკენ).
- ჯანდაცვის ხარისხის და კლინიკური მართვის პრაქტიკის შეფასებაში ორსულთა/მშობიარეთა ჯგუფების მიხედვით შედეგების გაანალიზების მეშვეობით.
- შეგროვებულ მონაცემთა ხარისხის შეფასებასა და თანამშრომელთა ცნობიერების ამაღლებაში აღნიშნული მონაცემების მნიშვნელოვნებასთან, მის ინტერპრეტაციასა და გამოყენებასთან დაკავშირებით.

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

რობსონის კლასიფიკაცია

სისტემა ახდენს ყველა იმ პაციენტის კლასიფიკაციას, რომლებიც კლინიკაში მიიღეს სამშობიაროდ. პაციენტების განაწილება ხდება 10 ჯგუფიდან ერთ-ერთში. აღნიშნული ჯგუფები ურთიერთგამომრიცხავი და სრულიად ინკლუზიურია. ეს ნიშნავს, რომ, რამდენიმე სამეანო ცვლადზე დაყრდნობით, ყოველი პაციენტი, რომელიც მიღებულია სამშობიაროდ, შესაძლოა კლასიფიცირებული იყოს მხოლოდ და მხოლოდ ერთ კატეგორიაში აღნიშნული 10 ჯგუფიდან და არცერთი მშობიარე არ უნდა დარჩეს კლასიფიკაციის გარეშე.

რობსონის კლასიფიკაციის 10 ჯგუფი

1) ყველა პირველმშობიარე ერთი ნაყოფით, თავით წინმდებარეობა, გესტაცია ≥ 37 კვირა, რომლებიც იმყოფებიან სპონტანურად დაწყებულ მშობიარობაში (Nulliparous women with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labor).

2) ყველა პირველმშობიარე ერთი ნაყოფით, თავით წინმდებარეობა, გესტაცია ≥ 37 კვირა, რომელთა მშობიარობა ან ინდუცირებულ იქნა, ან ჩაუტარდათ საკეისრო კვეთა მშობიარობის სპონტანურად დაწყებამდე (Nulliparous women with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who either had labor induced or were delivered by caesarean section before spontaneous labour).

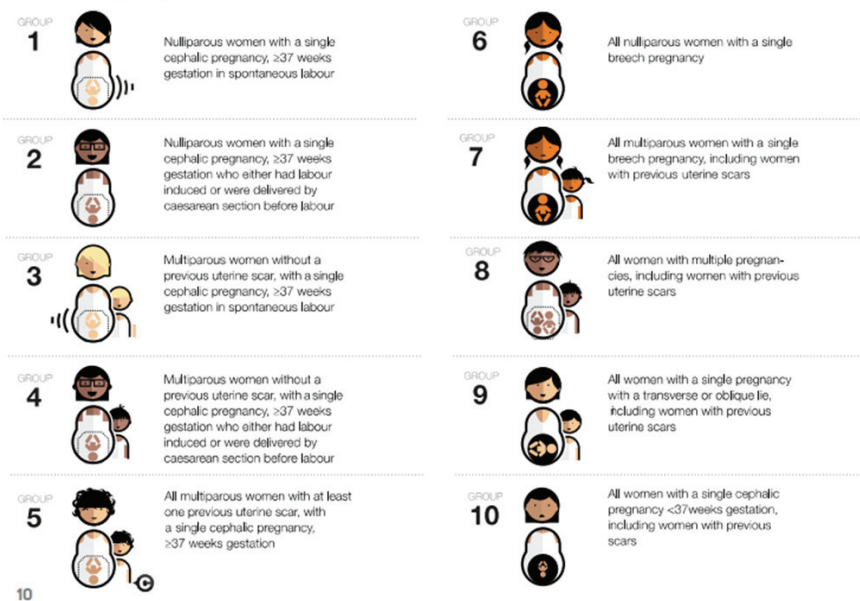
3) ყველა განმეორებითი მშობიარე, წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბურების გარეშე, ერთი ნაყოფით, თავით წინმდებარეობა, გესტაცია ≥ 37 კვირა, რომლებიც იმყოფებიან სპონტანურ მშობიარობაში (Multiparous women without a previous uterine scar, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation in spontaneous labour).

4) ყველა განმეორებითი მშობიარე, წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბურების გარეშე, ერთი ნაყოფით, გესტაცია ≥ 37 კვირა, რომელთა მშობიარობაც ან ხელოვნურად იქნა გამოწვეული, ან ჩაუტარდათ საკეისრო კვეთა მშობიარობამდე (Multiparous women without a previous uterine scar, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation who either had labour induced or were delivered by caesarean section before labour).

5) ყველა განმეორებითი მშობიარე, წარსულში საშვილოსნოზე მინიმუმ ერთი ნაწიბურით, ერთი ნაყოფით, თავით წინმდებარეობა, გესტაცია ≥ 37 კვირა (All multiparous women with at least one previous uterine scar, with a single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks gestation).

6) ყველა პირველმშობიარე, ერთი ნაყოფით, ჯდომით წინამდებარეობა (All nulliparous women with a single breech pregnancy).

სურათი 7. რობსონის კლასიფიკაციის 10 ჯგუფი



7) ყველა განმეორებითი მშობიარე, ერთი ნაყოფით, ჯდომით წინმდებარეობა, იმ ქალების ჩათვლით, რომელთაც წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბური ჰქონდათ (All multiparous women with a single breech pregnancy, including women with previous uterine scars).

8) ყველა ქალი მრავალნაყოფიანი ორსულობით, იმ ქალების ჩათვლით, რომელთაც წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბური ჰქონდათ (All women with multiple pregnancies, including women with previous uterine scars).

9) ყველა ქალი ერთი ნაყოფით, როდესაც ნაყოფის მდებარეობა არის გარდიგარდმო ან ირიბი, იმ ქალების ჩათვლით, რომელთაც წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბური ჰქონდათ (All women with a single pregnancy with a transverse or oblique lie, including women with previous uterine scars).

10) ყველა ქალი ერთი ნაყოფით, გესტაცია < 37 კვირა, იმ ქალების ჩათვლით, რომელთაც წარსულში საშვილოსნოზე ნაწიბური ჰქონდათ (All women with a single cephalic pregnancy < 37 weeks gestation, including women with previous scars).

შენიშვნა: პერინატალური გამოსავლის (perinatal outcomes) გაანალიზების საფუძველზე, თითოეული ქალის ჯანმრთელობის ინტერესებიდან გამომდინარე, ასევე სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, რობსონის კლასიფიკაციის

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიამ ან სხვა დამფინანსებელმა თითოეულ დანე-
სებულებას შესაძლებელია ნათლად დაანახოს ქალთა ის კონკრეტული ჯგუფი,
სადაც მეტად ან ნაკლებად უნდა იქნეს გამოყენებული საკეისრო კვეთა.

რობსონის კლასიფიკაციის დასაწერად შესაძლებელია ჯანმოს ევ-
როპის რეგიონულ ბიუროს მიმართოს სამინისტრომ ან ასოციაციამ.

რობსონის კლასიფიკაციის დასაწერად, ყველა ქვეყანის ჯანდაცვის
სამინისტროს, მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციას ან სხვა დაინტერესებულ
სტრუქტურას შეუძლია ჯანმოს ევროპის რეგიონულ ბიუროს მიმართოს.

ძირითადი ცვლადების განმარტება

რობსონის კლასიფიკაციის 10 ჯგუფი დაფუძნებულია 6 ძირითად სა-
მეანო ცვლადზე; მხოლოდ ეს ინფორმაციაა საჭირო სამეანო დანესებუ-

ცხრილი 11. სამეანო ცვლადები რობსონის კლასიფიკაციისათვის

სამეანო ცვლადები (Obstetric variables)	
ორსულობა (Parity)	პირველმშობიარე (Nullipara)
	განმეორებითი მშობიარობა (Multipara)
წინა საკეისრო კვეთა (Previous CS)	დიახ (ერთი ან მეტი) (Yes (one or more))
	არა (No)
მშობიარობის დაწყება (Onset of labor)	სპონტანური (Spontaneous)
	ხელოვნურად გამოწვეული (Induced)
	მშობიარობა არ დაწყებულა (საკეისრო კვეთა ჩატარდა მშობიარობის დაწყებამდე) (No labor (pre-labor CS))
ნაყოფის რაოდენობა (Number of fetuses)	ერთი ნაყოფი (Singleton)
	მრავალი ნაყოფი (Multiple)
გესტაციის ასაკი (Gestational age)	ვადაზე ადრე (37 კვირაზე ნაკლები) (Preterm (Less than 37 weeks))
	ვადაზე (37 კვირის ან მეტის) (Term (37 weeks or more))
ნაყოფის მდებარეობა და პრეზენტაცია (Fetal lie and presentation)	თავით წინმდებარეობა (Cephalic presentation)
	ჯდომით წინმდებარეობა/ნაყოფის თავით ზემოთ მდებარეობა (Breech presentation)
	ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა (Transverse lie)

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ლებაში სამშობიაროდ მისული თითოეული ქალის კლასიფიკაციისათვის (იხ. ცხრილი 11).

გამომდინარე იქიდან, რომ სამშობიაროდ მიღებული (admitted for delivery) ქალბატონების აღნიშნული ცვლადების შეგროვება და კლინიკურ მენეჯმენტში გამოყენება რუტინულად ხდება, თქვენ უნდა შეგეძლოთ ამ ინფორმაციის მოპოვება თითოეული ქალბატონის სამედიცინო ჩანაწერიდან.

დასკვნა

რობსონის კლასიფიკაცია არის გლობალურად აღიარებული, სტანდარტიზებული სისტემა, რომელიც გამოიყენება კლინიკურ აუდიტში საკეისრო კვეთის (CS) სიხშირის ანალიზისა და მისი სტრუქტურის გასაანალიზებლად. ის ყველა ორსულ ადამიანს ანაწილებს 10 ურთიერთგამომრიცხავ და სრულად მოცავს ჯგუფად ისეთი მახასიათებლების მიხედვით, როგორიცაა: მშობიარობის რაოდენობა, გესტაციური ასაკი და ნაყოფის მდგომარეობა. ამ ჯგუფებში შედეგების გაანალიზებით, ის ეხმარება კონკრეტული სუბპოპულაციების იდენტიფიცირებაში, რომლებსაც ყველაზე დიდი წვლილი შეაქვთ საკეისრო კვეთის სიხშირის ზრდაში, რაც შესაძლებელს ხდის პერინატალური დახმარების ხარისხის მიზანმიმართულ გაუმჯობესებას და ხელს უწყობს საკეისრო კვეთის სიხშირის შედარებას დროთა განმავლობაში სხვადასხვა სამედიცინო დანესებულებას შორის.

რობსონის კლასიფიკაცია პრაქტიკაში

რობსონის კლასიფიკაცია სამშობიარო განყოფილების ყველა ქალს ყოფს 10 განსხვავებულ ჯგუფად, რამდენიმე ძირითადი ფაქტორის მიხედვით:

- **მშობიარობის რაოდენობა:** არის თუ არა ეს მათი პირველი მშობიარობა, თუ შემდგომია?
- **გესტაციური ასაკი:** არის თუ არა დროული (სრულვადანი), თუ ნაადრევი მშობიარობაა?
- **ნაყოფის მდგომარეობა:** არის თუ არა თავით ქვევით (ცეფალური), თუ სხვა მდგომარეობაა, მაგალითად, ჯდომითი?
- **მშობიარობის სტატუსი:** არის თუ არა სპონტანური მშობიარობა, თუ დაგეგმილი ან ინდუცირებულია საკეისრო კვეთა?

სარგებელი კლინიკური აუდიტისთვის

- **სტანდარტიზაცია:** უზრუნველყოფს თანმიმდევრულ ჩარჩოს საკეისრო კვეთის სიხშირის შესადარებლად სხვადასხვა განყოფილებას

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

შორის და დროთა განმავლობაში, რაც აადვილებს ტენდენციების და გაუმჯობესების საჭიროების მქონე სფეროების იდენტიფიცირებას.

- **მიზანმიმართული გაუმჯობესება:** ეხმარება იმ ქალების ჯგუფების იდენტიფიცირებას, რომლებსაც აქვთ საკუთარი კვების ყველაზე მაღალი სიხშირე, რაც მიზანმიმართული ჩარევის საშუალებას იძლევა, რათა შემცირდეს არასაჭირო პროცედურები.
- **მრავალგანზომილებიანი აუდიტი:** ხელს უწყობს ყოვლისმომცველ ანალიზს არა მხოლოდ საკუთარი კვების სიხშირის, არამედ სხვა შედეგების შეფასებით, როგორცაა: ვაგინალური მშობიარობა, ოპერაციული გართულებები და ახალშობილის მდგომარეობა.
- **ხარისხის უზრუნველყოფა:** წარმოადგენს სასიცოცხლო მნიშვნელობის ინსტრუმენტს სამშობიარო დახმარების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, რაც უზრუნველყოფს საკუთარი კვების სათანადო და უსაფრთხო გამოყენებას.
- **მონაცემებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებები:** უზრუნველყოფს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მონაცემებს კლინიკური პრაქტიკის შესახებ დისკუსიებისა და გადაწყვეტილებების მხარდასაჭერად, რაც ხელს უწყობს დედებისა და ჩვილების უკეთეს მოვლას.

დედათა გარდაცვალების შემთხვევები საქართველოში

ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმების შედეგად საყოველთაო პროგრესი შეინიშნება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე 2000 წლიდან 2013 წლამდე 21.1-დან 11.2-მდე (1000 ცოცხალშობილზე) შემცირდა, ხოლო 2021 წელს მაჩვენებელმა 9 პრომილე შეადგინა.

სხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 2000 წელს დაფიქსირებული მაჩვენებლიდან, 24.9-პრომილედან 13-მდე (1000 ცოცხალშობილზე) შემცირდა. ამავე მაჩვენებელმა 2021 წელს 10 პრომილე შეადგინა. საქართველომ 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მიხედვით უკვე მიაღწია ათასწლეულის სამიზნე მაჩვენებელს (16-1000 ცოცხალშობილზე) და გააუმჯობესა კიდევ. გაეროს ბავშვთა ფონდის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო ბანკისა და გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის ანგარიშში წელს პირველად იქნა გამოყენებული საქართველოს რუტინული სტატისტიკური მონაცემები, რაც სამედიცინო თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ინფორმაციის აღრიცხვის, შეკრების, სტატისტიკური დამუშავებისა და ანალიზის სისტემის გაუმჯობესებაზე მეტყველებს. აღნიშნული ნაწილობრივ განაპირობა იმ გარემოებამ, რომ 2013 წლის თებერვლიდან დედათა და 5 წლამდე ასაკის

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ბავშვთა სიკვდილიანობა დაექვემდებარა „აქტიურ“ ზედამხედველობას. დაიწყო პერინატალური სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების გატარება. შემუშავდა საკეისრო კვეთისა და აბორტის გაიდლაინი და მომზადდა საკანონმდებლო ცვლილებები სელექციური აბორტების შემცირების მიზნით. 2014 წლის ივნისიდან საქართველოში ყოველი ორსული ქალი, რომელიც დროულად აღრიცხვაზე დადგა ანტენატალური მეთვალყურეობის მისაღებად, უზრუნველყოფილია ფოლიუმისა და რკინის პრეპარატებით. ჩამოთვლილმა ღონისძიებებმა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა დედათა სიკვდილობის რიცხვის შემცირებაში. 2000 წელს დედათა სიკვდილობა შეადგენდა 49.2-ს (100000 ცოცხალშობილზე), 2011 წელს კი 27.7-მდე დაიკლო. მომდევნო წლებში, 100000 ცოცხალშობილზე გაანგარიშებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მატება კვლავ დაფიქსირდა.

ცხრილი 12. დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო 2011-2021

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
27.6	22.8	32.2	31.5	32.2	23.0	13.1	27.4	28.9	30.1	71.8

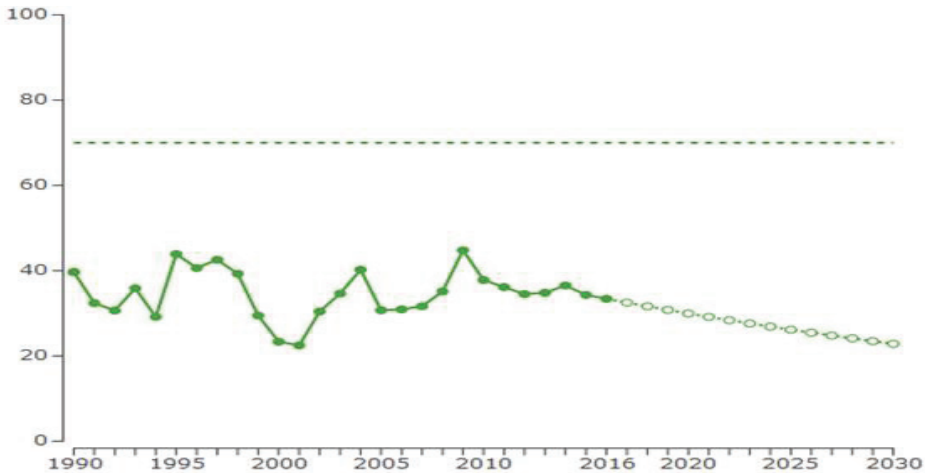
დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის აღრიცხვიანობა და სტატისტიკური ინფორმაციის სარწმუნოობა ყოველთვის საკამათო საკითხი იყო. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, დედათა გარდაცვალების შემთხვევების აღრიცხვიანობა თითქმის მოიშალა, მხოლოდ გასული საუკუნის 90-იანი წლების მიწურულს, კერძოდ, 1996 წლიდან დაიწყო სამედიცინო ინფორმაციისა და სტატისტიკის სისტემის მოწესრიგების რთული და ხანგრძლივი პროცესი. 1996 წლიდან მაჩვენებლის მკვეთრი მატება დედათა გარდაცვალების შემთხვევებზე მკაცრი მონიტორინგის დანერგვას უკავშირდება, რაც ნათლად ჩანს ქვემოთ მოცემულ სურათზე.

დედათა სიკვდილიანობის შემცირება საქართველოსთვის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენს. ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDG) ჩარჩოდან მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) შესრულებისკენ გარდამავალ პერიოდში აუცილებელია დედათა სიკვდილიანობის კომპლექსური შეფასება, რათა გამოვლინდეს წარმატებული მიმართულებები და დაფიქსირდეს არსებული გამოწვევები და პრობლემები. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მდგრადი განვითარების მიზნებში დასახულია დედათა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის გაუმჯობესება 2030 წლისთვის. SDG 3.1-ით დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის სამიზნე დონე არის 70-ზე ნაკლები 100000 ცოცხალშობილზე. 2021 წელს სა-

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

სურათი 8. დედათა სიკვდილიანობის პროგნოზი, 1990-2030

წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDG>



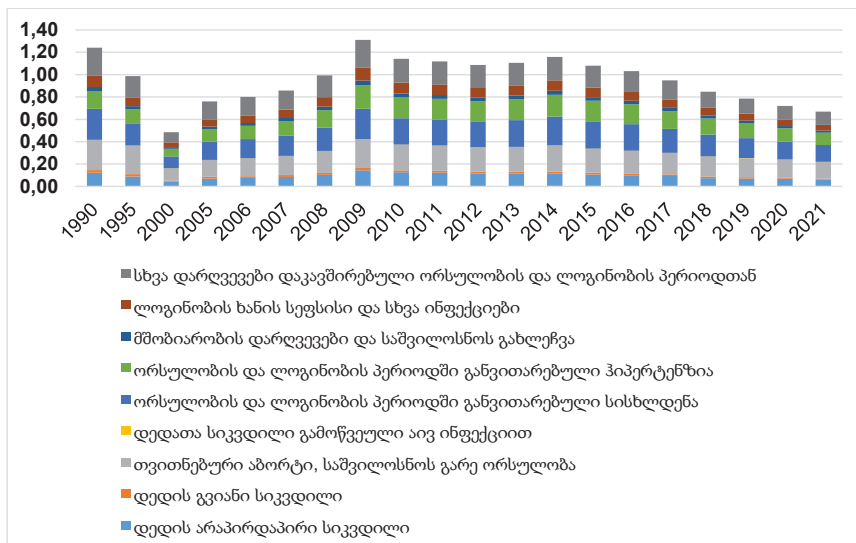
ქართველოში აღრიცხული იყო დედათა გარდაცვალების 34 შემთხვევა. მათ შორის 33 დედათა ადრეული გარდაცვალების შემთხვევა (დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე = 71.8) და დედის გვიანი გარდაცვალების 1 შემთხვევა.

დედის ადრეული გარდაცვალების 9 შემთხვევაში დედის სიკვდილი გამოწვეული იყო პირდაპირი სამეანო მიზეზით, ხოლო 24-ში – არაპირდაპირი მიზეზით. პირდაპირი სამეანო მიზეზით გარდაცვალების მიზეზების სტრუქტურაში პირველ ადგილზეა სამეანო სისხლდენის 4 შემთხვევა; ეკლამფსია – 2 შემთხვევა, სამეანო ემბოლია – 1 შემთხვევა, დაუმთავრებელი აბორტი გართულებული ინფექციით – 1 შემთხვევა, ფალოპის მილის ორსულობა – 1 შემთხვევა. არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით გარდაცვალების 25 შემთხვევიდან 24 შემთხვევა გამოწვეული იყო ახალი კორონავირუსული ინფექციით (დედის ადრეული გარდაცვალება) და 1 შემთხვევა – პლაცენტის ავთვისებიანი სიმსივნით (დედის გვიანი გარდაცვალება).

გაეროს ბოლო მონაცემებით, დედათა სიკვდილიანობის შემცირების ტემპი მაინც ჩამორჩება სასურველ მაჩვენებელს. ამდენად, საქართველოში გამოწვევად რჩება დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი: 36 შემთხვევა ყოველ 100,000 მშობიარობაზე. მშობიარობამდელი, მშობიარობის პერიოდისა და მშობიარობის შემდგომი მომსახურების არასაკმარისი დონე მნიშვნელოვნად ზრდის დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს.

სურათი 9. დედათა სიკვდილიანობა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით, საქართველო, 1990- 2021.

წყარო: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight/>



ქვეყანაში ჯერ კიდევ მრავალი ხელშემშლელი ფაქტორი არსებობს, რომელიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას აფერხებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, დედათა გარდაცვალების შემთხვევების თავიდან აცილება შესაძლებელია ქვევით ჩამოთვლილი ღონისძიებების რეალურად გატარების შედეგად:

1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის უნდა შემუშავდეს მხოლოდ მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პროგრამები. პროგრამები, რომელიც ასეულობით ათას ქალს მოუტანს სიკეთეს.

2. ქალთათვის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და ლოგინობის ხანაში.

3. სამედიცინო პერსონალი მომზადებული უნდა იყოს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად. თითოეულ კლინიკას უნდა გააჩნდეს გართულებულ სამედიცინო შემთხვევებში ქირურგიული დახმარების შესაძლებლობა (მომზადებული პროფესიონალები, აპარატურა, ინსტრუმენტები და სხვ.).

4. დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უნდა გაძლიერდეს, რათა სამშობიარო დახმარება გაუმჯობესდეს კლინიკებში. ასევე მეტად

თავი 3. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში. მშობიარობა ბუნებრივი ...

მნიშვნელოვანია, რომ თემი, საზოგადოება, მოსახლეობა მობილიზებული იყოს და ამაღლდეს მათი ცოდნის დონე ორსულობის მიმდინარეობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებულ საკითხებში.

5. დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში დიდ როლს ასრულებს ადამიანური რესურსები. აუცილებელია გაიზარდოს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის თანდასწრებით მიღებულ მშობიარობათა რაოდენობა.

6. დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის დაგეგმილი ღონისძიებები აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს სტიმულებსა და ინიციატივებს სამედიცინო პერსონალის მოტივაციის ასამაღლებლად, რათა მათ ეფექტურად შეასრულონ თავისი პროფესიული მოვალეობები.

7. განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სამსახური რაიონებში და სოფლად, სადაც მუდმივად იგრძნობა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა. რეკომენდებულია ინტენსიური თანამშრომლობა კერძო სამედიცინო სექტორთან, სადაზღვევო სისტემასთან, მათი დაინტერესება და დაფინანსება, რათა მოსახლეობას მიაწოდონ საჭირო სერვისები სოფლად. ამასთან ერთად, საჭიროა დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ტექნიკური რეგლამენტის შემუშავება, ასევე სერვისების სტანდარტები; უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს მიწოდებული სერვისების ხარისხის შესაბამისობა დადგენილ სტანდარტებთან.

8. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა უნდა იქცეს ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის მთავარ პრიორიტეტად.

9. უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მიზნით გატარებული ღონისძიებების მონიტორინგი და შეფასება.

10. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოებრივი ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური სახელმწიფო სტრუქტურის შექმნას, რომელიც ძირითადად დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პოლიტიკას განსაზღვრავს, ასევე, შეიმუშავებს ადეკვატურ სოციალურ პოლიტიკას; მონიტორინგს გაუწევს დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია მიღწეული პროგრესის შეფასება, ასევე, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციის და არასამთავრობო სექტორის მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების კოორდინაცია, რათა რეალურად განისაზღვროს სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები ქალთა და ბავშვთა მოსახლეობის წინაშე; ამ ვალდებულებათა შესრულების რესურსები და დეფიციტი, რომელიც შესაძლებელია მეგობარი დონორი ორგანიზაციების დახმარებით ეფექტურად შეივსოს.

თავი 4

დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა საქართველოში

დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებს შორის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია უპირატესობას მაღალი ხარჯთეფექტურობის ინტერვენციებს ანიჭებს. დედათა ჯანმრთელობის მრავალ პროგრამათა შორის ჯანმოს მიერ იდენტიფიცირებულია პროგრამები, რომლებიც განსაკუთრებული ეფექტურობით გამოირჩევა. ასეთ პროგრამებად მიჩნეულია: ორსულების ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამა, ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა, ძუძუთი კვების მხარდაჭერის პროგრამა, ახალშობილთა თემზე დაფუძნებული მოვლის და მიკროელემენტების ბავშვებისთვის დამატებით მიწოდების პროგრამა.

ჯანმოს მიერ მოწოდებულ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით საქართველოში შემუშავებულ იქნა დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების რისკის შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები საქართველოში ერთხმად აღიარებენ, რომ დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროექტებსა და პროგრამებს შორის ყველაზე ეფექტურია ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამა, რომელიც საქართველოში 1995 წლიდან მოქმედებს. თავდაპირველად ორსულთა მეთვალყურეობის პროგრამა მხოლოდ 4 ვიზიტს ითვალისწინებდა, მინიმალური რაოდენობის ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევებით. მოგვიანებით პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო ღონისძიებები გაფართოვდა, გაიზარდა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების მოცულობა. პროგრამა ამჟამად ორსულის 8 ვიზიტს ითვალისწინებს იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც მონაწილეობს ორსულთა მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში, როგორც სერვისების მიმწოდებელი. ორსულთა მეთვალყურეობის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია ექიმთა კონსულტაციები, ასევე ლაბორატორიული და ინ-

სტრუმენტული გამოკვლევები. კერძოდ, თითოეულ ორსულს შესაძლებლობა აქვს ჩაიტაროს: ანტენატალური მეთვალყურეობა; ანტენატალური სკრინინგი აივ-ინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტებზე და სიფილისზე.

პროგრამა ასევე ითვალისწინებს გენეტიკური პათოლოგიების ადრეულ გამოვლენას: გენეტიკურ პათოლოგიებზე სკრინინგული გამოკვლევა სამმაგი ტესტისტემით; სკრინინგით ვერიფიცირებული ორსულების ინვაზიური კვლევა (ამნიოცენტეზი) კარიოტიპირების მეთოდით. პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრა, ასევე დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა: პროგრამა თითოეულ ორსულს უზრუნველყოფს მედიკამენტებით: ფოლიუმის მჟავით; ასევე, რკინადეფიციტური ანემიის მქონე ორსულებს პროგრამა მიაწვდის რკინის პრეპარატებს.

ქვემოთ მოცემულია ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო ღონისძიებები თითოეული ვიზიტის მიხედვით:

პირველი ვიზიტი: ორსულობის 13 კვირის ვადამდე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) სისხლის საერთო ანალიზი;
- გ) შარდის კულტურალური გამოკვლევა;
- დ) სისხლის ჯგუფისა და რეზუსკუთვნილების განსაზღვრა;
- ე) რეზუსანტისხეულებზე ტესტირება რეზუსუარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალებში;
- ვ) სკრინინგული ტესტები (B ჰეპატიტის ვირუსი, C ჰეპატიტის ვირუსი, აივ ინფექცია და სიფილისი);
- ზ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- თ) სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა.

მეორე ვიზიტი: ორსულობის 18-20 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

მესამე ვიზიტი: ორსულობის 26 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა;
- გ) ჰემოგლობინის განსაზღვრა სისხლში;
- დ) რეზუსანტისხეულებზე ტესტირება რეზუსუარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალებში;
- ე) სკრინინგი გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

მეოთხე ვიზიტი: ორსულობის 30 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა;
- გ) სისხლში ჰემოგლობინის განსაზღვრა.

მეხუთე ვიზიტი: ორსულობის 34 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა.

მექექსე ვიზიტი: ორსულობის 36 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა;
- გ) ჰემოგლობინის განსაზღვრა სისხლში;
- დ) ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკზე გამოკვლევა;
- ე) ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

მეშვიდე ვიზიტი: ორსულობის 38 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა.

მერვე ვიზიტი: ორსულობის 40 კვირის ვადაზე

- ა) მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია;
- ბ) შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა.

მეცხრე ვიზიტი: საჭიროებისამებ

ეს არის პოსტნატალური (მე-9) ვიზიტი (მშობიარობიდან 0-2 კვირის ვადაზე), რაც მოიცავს: ა) მეან-გინეკოლოგთან ვიზიტს (საჭიროებისამებრ).

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა აფინანსებს მშობიარობის ღირებულებას როგორც ბუნებრივი გზით მშობიარობის, ისე საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის შემთხვევაში.

დასკვნა

დედის ჯანმრთელობა ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დიდ ზეგავლენას ახდენს. შესაბამისად, ახალშობილის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ქალის ორსულობამდე იწყება. უსაფრთხო დედობისთვის სამედიცინო მეთვალყურეობა გულისხმობს ჩასახვამდე დედის ჯანმრთელობის შემოწმებას, სათანადო კვებას და ჯანსაღი წესით ცხოვრებას. ქალის ჯანმრთელობაზე უდიდეს გავლენას ახდენს გარემო, სადაც ის ცხოვრობს, მუშაობს და სადაც მან ორსულობის პერიოდი უნდა გაატარა-

როს. ორსულობის შემდგომ იწყება პრენატალური (ანტენატალური) მეთვალყურეობის პერიოდი, რომელიც მოსალოდნელი რისკების შეფასებას, გართულებების პრევენციას და ადრეულ მკურნალობას ითვალისწინებს. ორსულობის წინა პერიოდის და ანტენატალური მეთვალყურეობის პოზიტიურ შედეგად ითვლება: სასურველ დროს დამდგარი ორსულობა, რომელიც სამედიცინო ჩარევის გარეშე მიმდინარეობს; პრე- და პერინატალური მეთვალყურეობის დადებითი გამოსავალია ასევე ორსულობის ბოლომდე მიტანა, დროული ფიზიოლოგიური მშობიარობით (მშობიარობა ბუნებრივი გზით) დასრულება და ჯანმრთელი ახალშობილის დაბადება. ორსულთა სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვან შედეგად ითვლება მშობიარობის შემდგომი პერიოდის წარმართვა გართულებების გარეშე. ჩვილის ჯანმრთელობისთვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება გარემოს (ფიზიკურს და ფსიქოლოგიურს), სადაც იგი უნდა აღიზარდოს და განვითარდეს. ამგვარად, სწორედ ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებას, სოციალურ გარემოს, ცხოვრების დონეს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს როგორც ორსულისთვის, ისე ჩვილისთვის.

ქალის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა გულისხმობს ღონისძიებების კომპლექსს, რომელიც ხელს უწყობს ქალის რეპროდუქციული უნარის შენარჩუნებას ხანგრძლივად. სწორად ორგანიზებული ქალთა სამედიცინო მომსახურება ითვალისწინებს ისეთი ღონისძიებების გატარებას, როგორიცაა: ოჯახში ბავშვების რაოდენობის დადგენა, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება; ორსულობის დაგეგმვა; ორსულობებს შორის ინტერვალის რეგულირება; ბავშვის დაბადების დროის კონტროლი მშობლების ასაკის მიხედვით და სხვ. ქალის და ბავშვის ჯანმრთელობისთვის უმჯობესია თითოეული ბავშვი დაიბადოს მაშინ, როცა ქალის ორგანიზმი ორსულობისთვის მზადაა, ოჯახი მზადაა ახალი წევრის მისაღებად. ფიზიკური და ემოციური გარემო უზრუნველყოფს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით ჰარმონიულად განვითარებული ბავშვის აღზრდას, ანუ „სასურველი ბავშვი, სასურველ დროს“.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ჩვილის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების უკეთ გაგების, ასევე მშობიარობის გართულებებით წარმოქმნილი ავადობის ტვირთის შესამცირებლად WHO მხარს უჭერს, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საკითხები განსაკუთრებული ზრუნვის საგანი გახდეს ყველა ქვეყანაში, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. დედათა და ბავშვთა საკითხები განისაზღვროს, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტი და აისახოს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიებში (დამატებითი ინფორმაცია იხილეთ ინტერნეტმისამართზე <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>).

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

გამოყენებული ლიტერატურა:

C-Section Rates by Country 2025

<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/c-section-rates-by-country>

WHO Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>

The European health report 2012: “charting the way to well-being”

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf

New WHO report reveals unequal improvements in health in Europe and calls for measurement of well-being as marker of progress

<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/new-who-report-reveals-unequal-improvements-in-health-in-europe-and-calls-for-measurement-of-well-being-as-marker-of-progress>

Reproductive Health Survey Georgia 2010

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=139&lang=eng>

Reproductive health survey (2005)

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=139&lang=eng>

Drug Situation in Georgia 2010.

http://www.ncdc.ge/uploads/publications/Drug_Situation_in_Georgia_2010.pdf

Statistics on Communicable Diseases

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=232>

“B” და “C” hepatitis epidemiologia saqarTveloSi

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=488>

dedaTa sikvdilianobis epidkvleva saqarTveloSi 2012

<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=632>

aiv inficirebis riskis Semcveli da usafrTxo qcevebi seqs-muSakebs Soris saqarTvelos or qalaqSi.

<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=611>

saqarTveloSi aiv prevenciis proeqti (operaciuli kvlevis angariSi)

<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=620>

თავი 4. დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა საქართველოში

janmrTelobis dacva saqarTveloSi, statistikuri cnobarebi, 2000-2012

janmrTelobis dacvis saxelmwifo programebi – “dedaTa da bavSvTa janmrTeloba”

<http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=375>

Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2011 – Annual report of statistics and trends for sexually transmitted diseases in the United States through 2011

<http://www.cdc.gov/std/stats/>

The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)

<http://www.iusti.org/>

STI & AIDS World Congress 2013 (Joint Meeting of the 20th ISSTD and 14th IUSTI Meeting)

<http://www.stivienna2013.com/>

USPSTF Recommendations for STI Screening

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/methods/stinfections.htm>

Life Stages and Populations. Gay, Adolescents and Young Adults. Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men.

<http://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/default.htm>

UN Methodology Sheets – Infant Mortality Rate, NY, 2002.

www.un.org/Depts/unsd/methods/m49alpha.html

T.H. Tulchinsky, E.A. Varavikova – “The New Public Health”, 1999, p. 392-440

Gill Walt – “Health Policy”, 1998, p.178-201

UNICEF statistics

www.unicef.org/statistics/index.html

Millennium Development Goals (MDGs)

<http://www.who.int/mdg/background/en/index.html>

Millennium Goals

<http://www.un.org/millenniumgoals/index.html>

UN Millennium Project

<http://www.unmillenniumproject.org/>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემები.

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

ლიტერატურული რესურსები, რომელიც ეხება თემას – „დედათა გარდაცვალება“:

“Reduction of maternal mortality” – A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement Authors: WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241561952/en/>

Hunt Paul and Bueno de Mezquita Judith “Reducing Maternal Mortality”. The contribution of the right to the highest attainable standard of health. University of Essex, 2010
<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4968>

Angella Musiimenta: “16 Ways to Reduce Maternal Mortality”, July 28, 2010
<http://msmagazine.com/blog/2010/07/28/16-ways-to-reduce-maternal-mortality/>

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში. ჟურნალი „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“. ტომ. 7 NO. 2 (2023):

<https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6940>

UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Family Planning 2022.

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf

დამატებითი ლიტერატურული რესურსები, რომელიც ეხება თემას – „ოჯახის როლი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში“:

Antolin, P., Dang, T., and Oxley, H. (1999). Poverty dynamics in four OECD countries. Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.

Bahle, T. (1998). Family policy in Germany: towards a macro-sociological frame for analysis. Eurodata Newsletter, 7, 21–8.

Bane, M.J. and Ellwood, D. (1994). Welfare realities. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Bennett, N.G. (1987). Commitment and the modern union: assessing the link between non-marital cohabitation and subsequent marital stability. National Bureau of Economic Research, 26, 3-20.

Berger, M.C. and Black, D.A. (1992). Child care subsidies, quality of care, and the labor supply of low-income, single mothers. Review of Economics and Statistics, 74, 635-42.

- Blank, H. and Adams, G.** (1997). State developments in child care and early education. Children's Defense Fund, Washington, DC.
- Blankenhorn, D.** (1995). Fatherless America: confronting our most urgent social problem. Basic Books, New York.
- Bloom, D.E. and Steen, T.P.** (1996). Minding the baby in the United States. In Who will mind the baby: geographies of child care and working mothers (ed. K. England). Routledge, New York.
- Brooks-Gunn, J. and Duncan, G.J.** (1998). Growing up poor: consequences for children and youth. Russell Sage Foundation, New York.
- Bumpass, L. and Lu, H.-H.** (1998). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts. University of Wisconsin, Madison, WI.
- Bumpass, L. and Sweet, J.** (1989) **National estimates of cohabitation.** Demography, 24, 615–25.
- Burtless, G.** (1995). Employment prospects of welfare recipients.' In The work alternative: welfare reform and the realities of the job market (ed. D.S. Nightingale and R.H. Haveman), pp. 1–106. Urban Institute Press, Washington, DC.
- Burtless, G.** (1997). Welfare recipients' job skills and employment prospects. Future of Children, 7, 39–51.
- Casper, L.** (1995). What does it cost to mind our pre-schoolers? Current Population Reports, P70–52. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Washington, DC.
- Child Welfare League of America** (1995). Child day care fact sheet. Child Welfare League of America, Washington, DC.
- Clark, R. and Long, S.** (1995). Child care prices: a profile of six communities—final report. Urban Institute, Washington, DC.
- Commalle, J.** (1990). Family policy and population policy. In Family policy in EEC-countries. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (ed. W. Dumon). Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Danziger, S. and Gottschalk, P.** (1990). How have families and children been faring? University of Wisconsin, Madison, WI.
- Dumon, W.** (1997). The situation of families in Western Europe: a sociological perspective. In The family on the threshold of the 21st century: trends and implications (ed. S. Dreman), pp. 181–99. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Duncan, G. and Hoffman, S.D.** (1990). Teenage welfare receipt and subsequent dependence among black adolescent mothers. Family Planning Perspectives, 22, 16–20.

Emig, C. (1999). The changing American family. In *The forgotten half revisited: American youth and young families, 1988–2008* (ed. S. Halperin), pp. 41–57. American Youth Policy Forum, Washington, DC.

Eurostat (1998). Social portrait of Europe. Statistical Office of the European Commission, Luxembourg.

Eurostat (1999). Social portrait of Europe. Statistical Office of the European Commission, Luxembourg.

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (1999). America's children: key national indicators of well-being. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, Washington, DC.

Fincher, R. (1996). The state and child care: an international review from a geographical perspective. In *Who will mind the baby: geographies of child care and working mothers* (ed. K. England), pp. 143–68. Routledge, New York.

Fuller, B. and Liang, X. (1995). Can poor families find child care? Persisting inequality nationwide and in Massachusetts. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Furstenberg, F.F. and Nord, C.W. (1985). Parenting apart patterns of child rearing after marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, **47**, 893–904.

Furstenberg, F.F. and Teitler, J.O. (1994). Reconsidering the effects of marital disruption: what happens to children of divorce in early adulthood? *Journal of Family Issues*, **15**, 173–90.

Furstenberg, F.F., Brooks-Gunn, J., and Morgan, S.P. (1987). Adolescent mothers in later life. Cambridge University Press.

Galinsky, E., Howes, C., Kunton, S., et al. (1994). The study of children in family child care and relative care. Families and Work Institute, New York.

Garrett, W.R. (1997). The 'decline-of-the-Western-family' thesis: a critique and appraisal. In *The family in global transition* (ed. G.L. Anderson). Professors for World Peace Academy, St. Paul, MN.

Gilder, G. (1995). End welfare reform as we know it. *American Spectator*, June, pp. 24–7.

Golini, A. and Silvestrini, A. (1997). Family change, fathers, and children in Western Europe: a demographic and psychosocial perspective. In *The family on the threshold of the 21st century: trends and implications* (ed. S. Dreman). Erlbaum, Mahwah, NJ.

Goode, W.J. (1993). World changes in divorce patterns. Yale University Press, New Haven, CT.

Grimsley, K.D. and Salmon, J.L. (1999). For working parents, mixed news at home. *Washington Post*, 27 September, pp. A1, A8.

- Guerrero, T.J.** (1997). Country profile: Spain. *Eurodata Newsletter*, **6**, 27–31.
- Haveman, R., Wolfe, B., and Spaulding, J.** (1991). Childhood events and circumstances influencing high school completion. *Demography*, **28**, 133–58.
- Hayes, C.D. (ed.)** (1987). *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*, Vol. 1. National Academy Press, Washington, DC.
- Helburn, S. and Culkin, M.** (1995). *Cost, Quality, and Child Outcomes Study*. University of Colorado, Denver.
- Hoffman, S.D.** (1998). Teenage childbearing is not so bad after all ... or is it? A review of the literature. *Family Planning Perspectives*, **30**, 1–10.
- Horn, W.** (1995). *Father facts*. National Fatherhood Initiative, Lancaster, PA.
- Janis, J.** (1997). Families. In *Oxford textbook of public health* (3rd edn) (ed. R. Detels, W.W. Holland, J. McEwen, and G.S. Omenn), pp. 1339–53. Oxford University Press.
- Kamerman, S.B. and Kahn A.J. (ed.)** (1998). *Family change and family policies in Great Britain, Canada, New Zealand, and the United States*. Clarendon Press, Oxford.
- Keane, M.J., O'Brien, R.W., Connell, D.C., and Close, N.C.** (1996). *Descriptive study of the Head Start health component*. CDM Group, Washington, DC.
- Kisker, E. E. and Ross, C.M.** (1997). Arranging child care. *Future of Children*, **7**, 99–109.
- Ku, L., Sonenstein, F., Lindberg, L., Bradner, C., Boggess, S., and Pleck, J.** (1998). Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979 to 1995. *Family Planning Perspectives*, **30**, 256–62.
- Lazear, E. and Michael, R.** (1988). *Allocation of income within the household*. University of Chicago Press.
- McLanahan S.S. and Garfinkel, I.** (1995). Single mother families and social policy lessons for the United States from Canada, France, and Sweden. In *Poverty, inequality, and the future of social policy* (ed. K.M. Lawson and W.J. Wilson). Russell Sage Foundation, New York.
- McLanahan, S. and Sandefur, G.** (1994). *Growing up with a single parent: what hurts, what helps*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- McLeod, J.D. and Shanahan, M.J.** (1993). Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review*, **58**, 351–66.
- McLoyd, V.C. and Wilson, L.** (1993). The strain of living poor: parenting, social support, and child mental health. In *Children in poverty: child development and public policy* (ed. A.C. Huston). Cambridge University Press, New York.
- Manlove, J.** (1997). Early motherhood in an intergenerational perspective: the experiences of a British cohort. *Journal of Marriage and the Family*, **59**, 263–79.

- Manning, W.D. and Lichter, D.T.** (1996). Parental cohabitation and children's economic well-being. *Journal of Marriage and the Family*, **58**, 998-1010.
- Maynard, R.A. (ed.)** (1997). Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy. Urban Institute Press, Washington, DC.
- Micklewright, J. and Stewart, K.** (1999). Is the well-being of children converging in the European Union? UNICEF International Child Development Centre, Florence.
- Moffitt, R.A. (ed.)** (1998). Welfare, the family, and reproductive behavior: research perspectives. National Academy Press, Washington, DC.
- Moore, K.A., Miller, B.C., Glei, D., and Morrison, D.R.** (1995a). Adolescent sex, contraception, and childbearing: a review of recent research. *Child Trends*, Washington, DC.
- Moore, K.A., Sugland, B., Blumenthal, C., Glei, D., and Snyder, N.** (1995b). Adolescent pregnancy prevention programs: interventions and evaluations. *Child Trends*, Washington, DC.
- Moore, K.A., Driscoll, A.K., and Lindberg, L.D.** (1998). A statistical profile of adolescent sex, contraception, and childbearing. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Washington, DC.
- Morehouse Research Institute** (1999). Black fatherlessness: turning the corner on father absence in black America. Morehouse Research Institute and the Institute for American Values, Atlanta, GA.
- Morris, L.** (1993). Determining male fertility through surveys: young adult reproductive health surveys in Latin America. Presented at the International Union for the Scientific Study of Population, Montreal.
- Moynihan, D.P.** (1965). A family policy for the nation. *America*, 18 September.
- Murray, C.** (1984). *Losing ground: American social policy, 1950–1980*. Basic Books, New York.
- Murray, C.** (1993). The coming white underclass. *Wall Street Journal*, 29 October.
- National Center for Health Statistics** (1999a). *Healthy People 2000 Review: 1998–99*. National Center for Health Statistics, Washington, DC.
- National Center for Health Statistics** (1999b). *Births: final data for 1997*. National Center for Health Statistics, Alan Guttmacher Institute, and National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Washington, DC.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)** (1999). *Labour force statistics: 1977–1997*. OECD, Paris.
- O'Hanlon, A.** (1999). When one child is just enough. *Washington Post*, 21 November, p. 1.

- Pearlstein, M.B.** (1997). Fatherlessness in the United States. In *The family in global transition* (ed. G.L. Anderson). Professors for World Peace Academy, St. Paul, MN.
- Peterson, J.L. and Zill, N.** (1986). Marital disruption and behavior problems in children. *Journal of Marriage and the Family*, **48**, 295–307.
- Petit, M. and Curtis, P.** (1997). Child abuse and neglect: a look at the States. Child Welfare League of America, Washington, DC.
- Popenoe, D.** (1998). Teen pregnancy: an American dilemma. Testimony before the US House of Representatives, Washington, DC, 16 July.
- Popenoe, D. and Whitehead, B.D.** (1999). The state of our unions: the social health of marriage in America. National Marriage Project, Rutgers University, New Brunswick, NJ.
- Quick, M.** (1995). Country profile: Ireland. *Eurodata Newsletter*, **1**, 24–5.
- Reichman, N.E. and Pagnini, D.L.** (1997). Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. *Family Planning Perspectives*, **29**, 1–14.
- Rothenbacher, F.** (1996a). Social indicators for East European transition countries. *Eurodata Newsletter*, **4**, 19–21.
- Rothenbacher, F.** (1996b). European family indicators. *Eurodata Newsletter*, **3**, 19.
- Rothenbacher, F.** (1998a). Country profile: France. *Eurodata Newsletter*, **8**, 29–33.
- Rothenbacher, F.** (1998b). Country profile: Netherlands. *Eurodata Newsletter*, **8**, 23–5.
- Saad, L.** (1997). Family values differ sharply around the world. *Gallup Poll Monthly*, November, pp. 2–5.
- Sandefur, G. D. and Mosley, J.** (1997). Family structure, stability, and the well-being of children. In *Indicators of children's well-being* (ed. R.M. Hauser, B.V. Brown, and W.R. Prosser). Russell Sage Foundation, New York.
- Schwenger, H.** (1999). Country profile: Austria. *Eurodata Newsletter*, **9**, 17–23.
- Siegel, G.L. and Loman, L.A.** (1991). Child care and AFDC recipients in Illinois. Illinois Department of Public Aid, Chicago, IL.
- Smith, J.R., Brooks-Gunn, J., and Jackson, A.** (1997). Parental employment and children. In *The family in global transition* (ed. G.L. Anderson). Professors for World Peace Academy, St. Paul, MN.
- Sonenstein, F.L., Ku, L., Lindberg, L.D., Turner, C.F., and Peck, J.H.** (1998). Changes in sexual behavior and condom use among teenaged males: 1988 to 1995. *American Journal of Public Health*, **88**, 956–9.
- Soren, J.** (1990). Danish family policy and the absence of a population policy. In *Family policy in EEC countries* (ed. W. Dumon), p. 33. Office for Official Publications of the European Commission, Luxembourg.

UNICEF (1997). The role of men in the lives of their children. UNICEF, New York.

UNICEF (1999). The progress of nations: 1998. UNICEF, New York.

United Nations (1994). World population prospects. United Nations, New York.

United Nations (1997). Monthly bulletin of statistics, June 1997. United Nations, New York.

US Bureau of the Census (1998a). Statistical abstract of the United States: 1998. US Bureau of the Census, Washington, DC.

US Bureau of the Census (1998b). Current population reports, series P20–514; marital status and living arrangements: March 1998 (update). US Bureau of the Census, Washington, DC.

US Department of Health and Human Services (1998). Health, United States, 1998: socioeconomic status and health chart book. US Department of Health and Human Services, Washington, DC.

US Department of Health and Human Services (1999). Trends in the well-being of America's children and youth. US Department of Health and Human Services, Washington, DC.

US General Accounting Office (1994). Child care subsidies increase likelihood that low-income mothers will work. US General Accounting Office, Washington, DC.

US General Accounting Office (1995). Welfare to work: child care assistance limited: welfare reform may expand needs. US General Accounting Office, Washington, DC.

Vanier Institute of the Family (1994). Profiling Canada's families. Vanier Institute of the Family, Ottawa.

Ventura, S.J. (1995). Births to unmarried mothers: United States, 1980–1992. US Department of Health and Human Services, Washington, DC.

Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., and Mathews, T.J. (1998). Report of final natality statistics, 1996. Monthly Vital Statistics Report, **46** (115).

Waite, L.J. (1999). Cohabitation: a communitarian perspective. Presented to the Communitarian Task Force, Washington, DC.

Wallerstein, J.S. and Kelly, J.B. (1980). Surviving the breakup: how children and parents cope with divorce. Basic Books, New York.

Wertheimer, R. and Moore, K.A. (1998). Childbearing by teens: links to welfare reform. New Federalism: Issues and Options for States, Policy Brief Series A, No. A-24. Urban Institute, Washington, DC.

Whitehead, B.D. (1993). Dan Quayle was right. Atlantic Monthly, April, pp. 47-8.

Wilson, W.J. (1987). The truly disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy. University of Chicago Press.

WHO (World Health Organization) (1985). The health of the family: some key issues. *World Health Statistics Quarterly*, **38**, 254-5.

Zaslow, M.J., Oldham, E., Moore, K.A., and Magenheimer, E. (1998). Welfare families' use of early childhood care and education programs, and implications for their children's development. *Early Childhood Research Quarterly*, **13**, 537-64.

Zill, N. and Rogers, C.C. (1988). Recent trends in the well-being of children in the United States and their implications for public policy. In *The changing American family and public policy* (ed. A.J. Cherlin). Urban Institute, Washington, DC.

Zill, N., Morrison, D.R., and Coiro, M.J. (1993). Long-term effects of parental divorce on parent-child relationships, adjustment, and achievement in young adulthood. *Journal of Family Psychology*, **7**, 91-103.

კვლევის ანგარიში: კაცები, ქალები და გენდერული ურთიერთობები საქართველოში: საზოგადოების აღქმა და დამოკიდებულება

საავტორო უფლებები © UNDP და UNFPA საქართველო, 2020 წ. გამოქვეყნებულია საქართველოში. მომზადებულია Promundo-ს მიერ გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობისთვის“ ფარგლებში. კვლევის საველე სამუშაო შესრულდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ. ავტორები: დებოლენა რაკშიტი და რუთი ლევტოვი, მომზადებულია იაგო კაჭკაჭიშვილის ტექნიკურ ანგარიშზე დაყრდნობით.

სრული ანგარიში ხელმისაწვდომია ბმულზე:

file:///C:/Users/nkazakhashvili/Downloads/UNDP_GE_DG_gender%2520survey_report_2020_geo.pdf

ლიტერატურული წყაროები, რომელიც ეხება მშობლებისა და ექიმების ურთიერთობას:

1. Azak et al. (2022) – The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review
2. Karataş and Co-Workers (2018) – The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department
3. Piira et al. (2005) – The Role of Parental Presence in the Context of Children's Medical Procedures: A Systematic Review

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

4. Pillai Riddell, R. et al. (2020). Parental behavior and child distress and pain during pediatric medical procedures: Systematic review and meta-analysis.
5. Simeoni, C. et al. (2025). Parental presence improves pediatric MRI success without sedation: A prospective randomized study. *Frontiers in Pediatrics*.

ბავშვთა უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში:

WHO/Europe და NCDC ერთობლივი ანგარიში, რომელიც ასახავს საქართველოს პედიატრიულ ყველა ჰოსპიტალში ჩატარებული კვლევის შედეგებს. კვლევა ჩატარდა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ოფისის თანადგომით.

მოძიებულ იქნა 2025 წლის 26 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=d3d4423e-199b-4764-8f43-fadfeec74fdd>

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. მუხლი 62, თავი XIX. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა, მუხლი 107, თავი XXII, უსაფრთხო დედობა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა.

მოძიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://ncdc.ge/api/api/File/GetFile/93f556f8-781c-49db-9ca1-0619caef19d6>

ბიოეთიკის სახელმძღვანელო კომიტეტი (CDBI). სახელმძღვანელო კვლევის ეთიკის კომიტეტის წევრებისთვის. სტრასბურგი, 7 თებერვალი, 2011 CDBI/INF(2011)2; გვ.49-52. ცხრილი 7.2.

კვლევა ბავშვებზე მოძიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/02_biomedical_research_en/guide/Guide_GE.pdf

მოსახლეობის აღწერები 2002, 2014, 2024.

მოძიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/735/mosakhleobis-aghtsera>

დემოგრაფიული ვითარება საქართველოში, 2023.

მოძიებულია 2025 წლის 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://www.geostat.ge/media/66160/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%92%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%A4%E1%83%98%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%90-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%90%E1>

%83%A0%E1%83%97%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%A8%E1%83%98-2023.pdf

საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „საქართველოს დემოგრაფიული განვითარების კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“.

მოძიებულია 2025 წ 27 აგვისტოს, მისამართზე:

<https://faolex.fao.org/docs/pdf/geo212886GEO.pdf>

Global Demographic Trends.

Retrieved on 09.08..2025 from

<http://www.demographics.at/>

Our World in Data.

Retrieved on 08.09.2025 from

<https://ourworldindata.org/>

საქართველოს 2021-2030 წლების მიგრაციის სტრატეგია.

მოძიებულია 08.09.2025, მისამართზე:

https://migration.commission.ge/files/ms_21-30_ge.pdf

საქართველოს 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის ძირითადი შედეგები.

მოძიებულია 2025 წლის 8 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://www.geostat.ge/media/20680/2014-wlis-aRweris-ZiriTadi-Sedegebi.pdf>

2014 წლის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები.

მოძიებულია 2025 წლის 8 სექტემბერს, მისამართზე:

https://www.geostat.ge/media/5299/Results1_2014_geo.pdf

დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი. რეპროდუქციული ქცევა.

მოძიებულია 2025 წლის 13 სექტემბერს, მისამართზე:

<http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=81&t=2234>

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. მოსახლეობა.

მოძიებულია 2025 წლის 13 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/41/mosakhleoba>

ნინო ჩიკვილაძე, მართლმადიდებელ მორწმუნეთა ოჯახური ფასეულობები და დემოგრაფიული ორიენტაციები, დისერტაცია, სპეციალობა 08.00.10 „დემოგრაფია“, გვ.28, მოძიებულია 2025 წლის 13 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://dspace.nplg.gov.ge/bitstream/1234/143308/1/Disertacia.pdf>

ლ. ჩიქავა, მწვავე დემოგრაფიული ვითარება და აქტიური დემოგრაფიული პოლიტიკის აუცილებლობა საქართველოში, დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის პრობლემები, შრომების კრებული II, თბ., 2004 წ., გვ. 6-9.

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ვაჟა ლორთქიფანიძე, დემოლოგია, 2018.

მოძიებულია 2025 წლის 13 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://digitallibrary.tsu.ge/book/2021/apr/books/Demologia-n.pdf>

ლიტერატურული რესურსები, რომლებიც ეხება თემას – ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები:

„ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი“, გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 1966 წლის 16 დეკემბერი, მუხლი 12.

მოძიებულია 2025 წლის 13 სექტემბერს, მისამართზე:

<https://myrights.gov.ge/uploads/file-manager/Conventions/ICESCRGEO.pdf>

პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში (მოკლე მიმოხილვა)

<https://digitallibrary.tsu.ge/book/2024/Feb/journals/perinataluri-janmrteლობის-angari-shi.pdf>

Neetu Tripathi and Dr. Kamlesh Kumari Sharma Child Health Indicators.2022. International Journal of Current Research. 14(05):21385-21390

DOI: 10.24941/ijcr.43471.05.2022; ISSN: 0975-833X

Retrieved on 30.08.2025 from

https://www.researchgate.net/publication/361361830_CHILD_HEALTH_INDICATORS

Bahar Kucuk, Charlotta Rylander, Monica Hauger Carlsen, Guri Skeie Environmental impact of food consumption and sociodemographic factors in Northern Norway through an intersectional lens: a cross-sectional study. BMC Public Health 25(1) DOI:10.1186/s12889-025-23899-3

მერი (მეკო) ჩაჩავა, ნინო ზუბაშვილი, ქართველი შრომითი მიგრანტი ქალების სოციალურ-ეკონომიკური სტაბილურობა, 2023.

მოძიებულია 04.09.2025, მისამართზე:

https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-11/lmw_geo_web3.pdf

ნინო მირზიკაშვილი, რა განაპირობებს ჯანმრთელობას და რას ემსახურება პრევენციული ღონისძიებები? ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC), 2020, გვ.9, მოძიებულია 2025 წლის 12 სექტემბერს, მისამართზე:

https://eprc.ge/wp-content/uploads/2022/02/small_book-4.pdf

Launching Lifelong Health by Improving Health Care for Children, Youth, and Families.

Retrieved on 12.09.2025 from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610738/>

ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

3%A1%20%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A1%E1%83%A4%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%A8%E1%83%98.pdf

ნატა ყაზახაშვილი, დისერტაცია თემაზე: „საქართველოს ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და პედიატრიული დახმარების განვითარების თანამედროვე ტენდენციები“. გრიფი 14.00.33, სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 15.05.2002.

ტექსტში გამოყენებული აბრევიატურების განმარტებები:

WHO – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჯანმო

CDC – დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრი

UNICEF – გაეროს ბავშვთა ფონდი

UNFPA – გაეროს ოჯახის დაგეგმვის სააგენტო

UNDP – გაეროს მოსახლეობის განვითარების სააგენტო

MDG – ათასწლეულის განვითარების მიზნები

SDG – მდგრადი განვითარების მიზნები

OECD – ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია
ნევრ ქვეყანათა შორის

ISBN The International Standard Book Number – საერთაშორისო სტანდარტით
ნიგნის ნომერი

IOM – მედიცინის ინსტიტუტი

JSI – ჯონ სნოუს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტი

USAID – ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების
სააგენტო

UNCRC – გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა უფლებების
კონვენცია

რეფერატის თემები:

1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა გლობალურ კონტექსტში.
2. დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები საქართველოში (2000-2025).
3. აბორტი, როგორც სოციალური პრობლემა. პრობლემები და გამოწვევები.
4. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა მსოფლიოში. ჯანმოს მონაცემები.
5. დედათა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები მსოფლიოში და საქართველოში.
6. ბავშვთა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები მსოფლიოში და საქართველოში.
7. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიები საქართველოში: პრობლემები და გამოწვევები.
8. ორსულთა მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამა საქართველოში. რეტროსპექტული ანალიზი.
9. ბავშვთა სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამები საქართველოში.
10. ახალშობილთა სკრინინგი საქართველოში.
11. ჰემოფილიით დაავადებულ ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა საქართველოში.
12. აუტისტური სპექტრის აშლილობით დაავადებულ ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამები საქართველოში.
13. დედათა სოციალური დაცვის საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში.
14. იმუნიზაციის როლი ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში.
15. ძუძუთი კვების მდგომარეობა საქართველოში.
16. ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები.
17. საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის ტენდენციები საქართველოში.
18. გარემოს გავლენა ბავშვთა ჯანმრთელობაზე.
19. გენდერული თანასწორობა საქართველოში.
20. ქალთა დასაქმება საქართველოში
21. მიგრაციული პროცესების გავლენა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე.
22. ბავშვთა მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო სერვისებზე. პედატრიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში.

გამომცემლობის რედაქტორი
გარეკანის დიზაინერი
დამკაბადონებელი

მარინე ვარამაშვილი
მარიამ ებრალიძე
ლალი კურდღელაშვილი

0179 თბილისი, ი. ჭავჭავაძის გამზირი 1
1, Ilia Tchavtchavadze Ave., Tbilisi 0179
Tel: +995 (32) 2250484, 6284; 6278
www.press.tsu.edu.ge

