

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №459

2017 წლის 6 ოქტომბერი

ქ. თბილისი

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე

მუხლი 1

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 132-ე და 133-ე მუხლებისა და „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლის შესაბამისად, დამტკიცდეს თანდართული საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა.

მუხლი 2

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

გიორგი კვიციანი

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია

წინასიტყვაობა

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ქვეყნის მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს მომავალი 14 წლის განმავლობაში. ამ მიზნით, მთავრობამ შეიმუშავა გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის და მისი განხორციელების სამწლიანი სამოქმედო გეგმა (2017-2019 წწ.).

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი წინაპირობა ოჯახის დაგეგმვის ხარისხიანი სერვისების მიწოდება და, ასევე, ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობაა. სწორედ ამიტომ, აღნიშნულმა მიმართულებებმა ასევე ჰპოვა ასახვა სტრატეგიულ დოკუმენტში.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფისთვის.

დოკუმენტი განსაზღვრავს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროების გაუმჯობესების სტრატეგიულ ჩარჩოს და ინტერვენციებს. იგი ჰარმონიზებულია უკანასკნელ პერიოდში შემუშავებულ საერთაშორისო სტრატეგიულ დოკუმენტებთან: გაეროს „მდგრადი განვითარების მიზნები და ამოცანები“ (2015), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ევროპის ბიუროს „ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ევროპული პოლიტიკა – ჯანმრთელობა 2020“ (2012) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ევროპის ბიუროს „სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა“ (2016).

ქვეყანა, მიუხედავად გასული ორი ათწლეულის განმავლობაში მიღწეული მნიშვნელოვანი პროგრესისა, საერთაშორისო სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევის თვალსაზრისით, კვლავ დგას მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის და ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით. სტრატეგიის დოკუმენტში გაანალიზებულია ამ გამოწვევების ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორები და



მოცემულია მათ დასაძლევად საჭირო სხვადასხვა პრიორიტეტული ინტერვენციები.

სტრატეგიის დოკუმენტი მოიცავს შემდეგ სამ მიმართულებას და მათ შესაბამის ამოცანებს 2030 წლისთვის:

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა:

ამოცანა 1: ყველა ქალს ექნება უნივერსალური წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდელ, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობისშემდგომ მომსახურებაზე;

ამოცანა 2: დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდება, მოხდება სერვისების ინტეგრაცია და სტანდარტიზაცია;

ამოცანა 3: მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

ოჯახის დაგეგმვა:

ამოცანა 4: ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ადვილად ხელმისაწვდომი იქნება ყველა შესაბამისი საჭიროების მქონე პირისათვის;

ამოცანა 5: ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხარისხი დააკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტებს.

ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა:

ამოცანა 6: ახალგაზრდებისათვის სრულად ხელმისაწვდომი იქნება ასაკის შესაბამისი განათლება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე;

ამოცანა 7: ახალგაზრდებს ექნებათ სრული წვდომა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებაზე.

სარჩევი

წინასიტყვაობა.

სარჩევი.

1. შესავალი.

1.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის საფუძვლები

1.2. სტრატეგიის გამოყენების სფეროები

1.3. ხედვა

1.4. მიზანი

1.5. სამიზნე მაჩვენებლები

1.6. ამოცანები

1.7. სახელმძღვანელო პრინციპები

2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა

2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგია



2.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის განვითარება და არსებული მდგომარეობა საქართველოში

2.3. საქართველოში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ამოცანები და პრიორიტეტული ინტერვენციები

3. ოჯახის დაგეგმვა

3.1. ოჯახის დაგეგმვის განვითარება და მისი მიმდინარე მდგომარეობა საქართველოში

3.2. საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის სერვისების გაუმჯობესებისკენ მიმართული პრიორიტეტული ინტერვენციები

4. ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

4.1. საქართველოში ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის არსებული მდგომარეობა

4.2. ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიდგომები და პრიორიტეტული ინტერვენციები

5. განხორციელებისა და მართვის მექანიზმები

6. რისკების შეფასება

7. მონიტორინგი და შეფასება

8 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა

8.1. შესავალი

8.2. სახელმძღვანელო პრინციპები

8.3. ხედვა, მიზანი და სტრატეგიული ამოცანები

8.4. სტრატეგიული ამოცანები

8.5. 2020 და 2030 წლებისთვის მისაღწევი სამიზნეები

8.6. დაინტერესებული მხარეების პასუხისმგებლობები და ფუნქციები

8.7. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებათა დაფინანსება

8.8. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების ღონისძიებები 2017-2019 წლებისთვის

9. ლიტერატურა

1. შესავალი

1.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის საფუძვლები

მოცემულ დოკუმენტში წარმოდგენილია გრძელვადიან, 2030 წლამდე პერსპექტივაში გათვლილი საჭირო ღონისძიებები, რომელთა მიზანია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის და მასთან მჭიდროდ დაკავშირებული ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების გაუმჯობესება საქართველოში.



2014 წელს დასრულდა 1994 წელს კაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) მიღებული სამოქმედო პროგრამა, ხოლო 2015 წელს კი გაეროს „ათასწლეულის განვითარების მიზნები“ (MDGs). 2000 წელს, საქართველომ, როგორც გაეროს ათასწლეულის დეკლარაციის^[1] ხელმომწერმა ქვეყანამ, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მიზნებთან მიმართებით დაისახა საკუთარი, 2015 წელს შესასრულებელი სამიზნეები.

საქართველოს მთავრობის მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განხორციელებული ქმედითი ინიციატივებისა და გაწეული მნიშვნელოვანი ძალისხმევების შედეგად, საქართველომ გადაჭარბებით შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანი და ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა შეამცირა 48-დან (1990 წელს) - 12-მდე (2015 წელს) 1000 ცოცხალშობილზე, ნაცვლად სამიზნე 16-ისა. ამავე პერიოდში, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე შემცირდა 41-დან 11-მდე, ხოლო ნეონატალური სიკვდილიანობა – 25-დან 7-მდე^[2]. თუმცა, ვერ მოხერხდა მე-5 მიზნის შესრულება – დედათა სიკვდილიანობის სამი მეოთხედით შემცირება. გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოსათაშორისო ჯგუფის (MMEIG) მონაცემებით, 2015 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე შეადგენდა 36-ს,^[3] რაც ორჯერ და მეტად აღემატება ათასწლეულის განვითარების ეროვნულ სამიზნე - 16-ს. უკანასკნელ წლებში აღნიშნული კლების ტენდენციის მიუხედავად, დედათა, ჩვილ ბავშვთა და ნეონატალური სიკვდილიანობა კვლავ აღემატება ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებლებს (შესაბამისად: 16, 5 და 3 – 2015 წელს³).

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების თანახმად, 1995-2009 წლებში, საქართველოში კონტრაცეპციის გამოყენების დონემ (Contraceptive prevalence rate) მოიმატა 41%-დან 54%-მდე, ხოლო თანამედროვე კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენება გაიზარდა 20%-დან 35%-მდე (75%-ანი ზრდა)^[4]. რუტინული სტატისტიკის მონაცემებით, უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში, ქვეყნის რეპროდუქციული სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში კონტრაცეპციის მეთოდის შესარჩევად მიმართვათა რაოდენობა თითქმის გასამმაგდა, მაგრამ, ასეთი თვალსაჩინო შედეგების მიუხედავად, საქართველოს კვლავ აქვს კონტრაცეპტივების გამოყენების ერთ-ერთი ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აღმოსავლეთ ევროპაში^[5].

ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტი (TIAR) საქართველოში მნიშვნელოვნად შემცირდა (3,7-დან 1999 წელს 1,6-მდე 2010 წელს ერთ ქალზე სიცოცხლის განმავლობაში), თუმცა ორჯერ აღემატება ევროპის ანალოგიურ საშუალო მაჩვენებელს და ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. აღნიშნული კი მიუთითებს ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის მაღალ ნიშნულზე.

უმნიშვნელოა პროგრესი ათასწლეულის განვითარების მე-5 მიზნის (შობადობის მაჩვენებელი მოზარდთა შორის) და კაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შეფასების ინდიკატორების მხრივ. კერძოდ, 2010-2012 წლებში აღინიშნა მოზარდებს (15-19 წლის) შორის ორსულობის მაჩვენებლის კლების ტენდენცია, თუმცა 2013 წლიდან მან კვლავ დაიწყო მატება და 2015 წელს 48,6 შეადგინა^[6]. მოზარდებს შორის შობადობის სიხშირის გაზრდა 2000 წლიდან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის კიდევ ერთ ქვეყანაში – ალბანეთში დაფიქსირდა. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 15-დან 25-მდე მერყეობს.

ათასწლეულის განვითარების მიზნების შემდეგ, მდგრადი განვითარების^[7] დღის წესრიგის და მასთან დაკავშირებული მიზნების^[8] მიღებით, გაეროს წევრმა ქვეყნებმა დაადასტურეს თავიანთი ნება „უზრუნველყონ საყოველთაო ხელმისაწვდომობა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვაზე, მოსახლეობის ინფორმირებასა და განათლებაზე, აგრეთვე მოახდინონ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების ინტეგრაცია ეროვნულ სტრატეგიებსა და პროგრამებში 2030 წლისთვის“ (მე-3 მიზანი, მე-7 სამიზნე).

2015 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, შემუშავდა „ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გლობალური სტრატეგია (2016–2030): გადარჩენა, განვითარება, გარდაქმნა“^[9], რომლითაც მიმდინარე 15 წლის განმავლობაში განისაზღვრა პრიორიტეტული სფეროები და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის და მასთან



მჭიდროდ დაკავშირებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. შესაბამისად, გაეროს წევრი ქვეყნებისთვის წინამდებარე დოკუმენტი, მდგრადი განვითარების მიზნებთან ერთად, წარმოადგენს მოწოდებას და მოიცავს სახელმძღვანელო დებულებებს ამ სფეროს განახლებული სტრატეგიული ამოცანების შემუშავებისთვის^[10].

საქართველოს პარლამენტმა 2016 წელს მიიღო დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია. იგი ეფუძნება ეროვნულ ძალისხმევას, მიღწევებსა და გამოცდილებას ყველა სექტორში. აღნიშნული პოლიტიკის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების, ინფორმაციისა და განათლების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა“. დოკუმენტში ასევე ნათქვამია, რომ „საქართველოში არსებული დემოგრაფიული რეჟიმის - გაზრდილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის, ემიგრაციის მაღალი მაჩვენებლისა და შედარებით მაღალი შობადობის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სისტემის ყველაზე რელევანტური პრიორიტეტები, შობადობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, მოიცავს: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა რისკის იდენტიფიცირებას და მათზე რეაგირებას; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიანი მომსახურების, მათ შორის, ახალგაზრდებზე, დედებსა და ჩვილებზე ორიენტირებული მომსახურების გაუმჯობესებას; გართულებული ორსულობის და მშობიარობის თავიდან აცილებას და მართვის გაუმჯობესებას; ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებზე ხელმისაწვდომობით ხელოვნური აბორტის თავიდან აცილებას, ძუძუს კიბოსა და საშვილოსნოს კიბოს პრევენციას, ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკას და დროულ მკურნალობას“. ამ პრიორიტეტებიდან რამდენიმე სათანადოდ ასახულია მოცემულ სტრატეგიაშიც.

ბოლოს უნდა აღინიშნოს, რომ 2016 წლის სექტემბერში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული კომიტეტის 66-ე სესიაზე მიღებულ იქნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ევროპის სამოქმედო გეგმა (2017-2021)^[11], რომელიც შემუშავდა რეგიონის 53 წევრ სახელმწიფოსთან მჭიდრო თანამშრომლობით და საქართველო ერთ-ერთი მათგანია. ევროპის სამოქმედო გეგმა დაკავშირებულია აღნიშნული სფეროსთვის^[12] რელევანტურ, პოლიტიკის ისეთ ძირითად დოკუმენტებთან, როგორცაა ჯანმო-ს ევროპის ბიუროს სტრატეგია „ჯანმრთელობა 2020“^[13] ICPD-ის სამოქმედო პროგრამა და გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნები.

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია სრულად იზიარებს ევროპული სამოქმედო გეგმის ძირითად ფასეულობებსა და დებულებებს.

1.2. სტრატეგიის გამოყენების სფეროები

სტრატეგიის ზოგად მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილობის შემცირების მიზნით; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაძლიერება და მაღალი ხარისხის სერვისებზე უნივერსალური/საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

სტრატეგიაში ასახულია ძირითადი მიმართულებები და უზრუნველყოფილია სახელმძღვანელო პრინციპები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ისეთი მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორებისათვის, როგორცაა ოჯახის დაგეგმვა და მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება მოითხოვს კოორდინირებულ და გრძელვადიან ძალისხმევას. ქალთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე, ორსულობისა და მშობიარობის შემდეგ, ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას. თანდათან უფრო მეტ აღიარებას იძენს მტკიცებულება, რომლის მიხედვითაც, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები ჯანდაცვის სექტორში არსებული მნიშვნელოვანი გამოწვევების შედეგია. ამასთანავე, აღნიშნულს ხელს უწყობენ ისეთი ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია სოციალურ-კულტურულ ფასეულობებთან, ოჯახებისა და საზოგადოების ეკონომიკურ პირობებთან და ეროვნულ პოლიტიკასთან.

თანმხლებ ფაქტორებს რომლებიც ასევე ზრდიან დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს, მიეკუთვნება პრობლემების იდენტიფიცირების, სამედიცინო მომსახურებაზე გადაწყვეტილების მიღების, ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობის და მათი მიღების დაგვიანება.



ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა ფაქტორი შეადგენს ე.წ. „სამი დაგვიანების“ ძირითად ელემენტს, რომლებიც აღწერილია Thaddeus-ისა and Maine's-ის მოდელში^[14] და ჯერ კიდევ წარმოადგენს რეალურ გამოწვევას, რომლის წინაშე იმყოფებიან ორსული ქალები და ახალშობილები საქართველოში. აქედან გამომდინარე, რესურსების მობილიზებისა და საზოგადოებრივი მხარდაჭერის მოპოვებისთვის, საჭიროა მულტისექტორული, კრეატიული სტრატეგიები და, რა თქმა უნდა, პოლიტიკური ნება, რათა ცვლილებები განხორციელდეს სხვადასხვა დონეზე და მიღწეულ იქნეს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგრადი გაუმჯობესება.

მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (კაირო, 1994 წელი) მიღებულ იქნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განმარტება, რომელიც დღესაც საერთაშორისო სტანდარტს წარმოადგენს. განმარტებაში მითითებულია, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიცავს ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებულ სამ სფეროს: სქესობრივ ჯანმრთელობას, ოჯახის დაგეგმვას და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობას.

ეს განმარტება ამოსავალ წერტილად იქცა სტრატეგიული დოკუმენტის შექმნისას. ამავე სახელმძღვანელო პრინციპის მიხედვით, ოჯახის დაგეგმვა და მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ჩართულ იქნა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის წინამდებარე სტრატეგიაში. ოჯახის დაგეგმვა არ არის მხოლოდ მშობლების უფლება, გადაწყვიტონ, რამდენი შვილი იყოლიონ და რა ინტერვალით. ის, ასევე, წარმოადგენს დაუგეგმავი ორსულობების ტვირთის შემცირების და, აქედან გამომდინარე, ხელოვნური აბორტისა და აბორტთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის კლების მნიშვნელოვან მიზეზს. მოზარდებში დაუცველი სქესობრივი კავშირები იწვევს სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს (სგგი), ან უმეტესად არასასურველ ორსულობებს, რომელთა უმეტესობა უფრო სავარაუდოა, რომ დასრულდეს ხელოვნური, შესაძლოა მოზარდის ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემცველი აბორტით, განსაკუთრებით 20 წლამდე ასაკის მოზარდებს შორის^[15]. უნდა აღინიშნოს, რომ ოჯახის დაგეგმვას და მოზარდთა სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას აქამდე შედარებით ნაკლები ყურადღება ეთმობოდა საქართველოში, რაც სამომავლოდ აუცილებლად უნდა შეიცვალოს.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთი მიმართულება (სქესობრივი ჯანმრთელობის ზოგადი ხელშეწყობა; მამაკაცების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა; უშვილობა; რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციები, საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბო^[16]) არ არის გათვალისწინებული სტრატეგიაში ცალკე თემად, რადგან ისინი ან დეტალურადაა განხილული სხვა სტრატეგიულ დოკუმენტებში (საქართველოში არაგადამდებ დაავადებებთან პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია), ან აღნიშნულ სფეროებში ხელმისაწვდომია თანამედროვე და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები პოლიტიკისა და პრაქტიკისთვის. რაც შეეხება ხელოვნური აბორტის საკითხს, იგი გარკვეული მოცულობით შედის თავში – „ოჯახის დაგეგმვა“.

სტრატეგიის განხორციელების სამწლიანი სამოქმედო გეგმა წარმოადგენს ჩარჩოდოკუმენტს დედათა და ახალშობილთა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის სფეროში მომდევნო სამი წლის განმავლობაში დაგეგმილი კონკრეტული ინტერვენციების განსახორციელებლად.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის მისიას წარმოადგენს: ქვეყნის განვითარების კვალდაკვალ, სახელმწიფოს მხრიდან გამოხატული ძალისხმევის კოორდინირება და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის/ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი სახელმწიფო მხარდაჭერის გაზრდა.

- საჭირო ადამიანური და ფინანსური რესურსების მდგრადობის უზრუნველყოფა, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის/რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის პროგრამების და ინიციატივების მხარდასაჭერად და მათ ეროვნულ პრიორიტეტად განხილვა.
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის/რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ ოჯახის დაგეგმვის სფეროში დაგეგმილ და დანერგილ ღონისძიებებს შორის არსებული განსხვავების შემცირება და მათი განხორციელებისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა.
- სტრატეგიის განხორციელების პროგრესის შესაფასებლად ეფექტიანობის ინდიკატორების შემუშავება.



1.3. ხედვა

2030 წლისთვის მოხდება თავიდანაცვლებადი დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის, მკვდრადშობადობის შემთხვევების აღმოფხვრა, ყველა ბავშვი იქნება სასურველი და შესაძლებელი გახდება ყველა არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება.

1.4. მიზანი

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით; ისევე, როგორც მათთან უშუალოდ დაკავშირებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს გაძლიერება და მაღალი ხარისხის სერვისებზე უნივერსალური/საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

1.5. სამიზნე მაჩვენებლები

- დედათა სიკვდილიანობის შემცირება 32-დან (2015) – **12-მდე** 100,000 ცოცხლადშობილზე, 2030 წლისთვის.
- ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება 6,1 (2015) – **5-მდე** 1,000 ცოცხლადშობილზე, 2030 წლისთვის.
- ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების შემცირება 30.5%-დან (2010), **<15%-მდე**, 2030 წლისთვის.
- ხელოვნური აბორტის ჯამური კოეფიციენტის კლება 1,6-დან (2010) – **0,5-მდე**, 2030 წლისთვის.
- მოზარდთა (15-19 წლის) შობადობის მაჩვენებლის კლება 48.6-დან (2015) - **<20-მდე** 1,000 ქალზე , 2030 წლისთვის.

1.6. ამოცანები

აღნიშული სტრატეგიის ამოცანებს 2030 წლისთვის წარმოადგენს:

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა:

ამოცანა 1: ყველა ქალს ექნება უნივერსალური წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებაზე;

ამოცანა 2: დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდება, მოხდება სერვისების ინტეგრაცია და სტანდარტიზაცია;

ამოცანა 3: მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

ოჯახის დაგეგმვა:

ამოცანა 4: ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ადვილად ხელმისაწვდომი იქნება ყველა შესაბამისი საჭიროების მქონე პირისათვის;

ამოცანა 5: ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხარისხი დააკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტებს.

ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა:

ამოცანა 6: ახალგაზრდებისათვის სრულად ხელმისაწვდომი იქნება ასაკის შესაბამისი განათლება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე;



1.7. სახელმძღვანელო პრინციპები

მოცემული სტრატეგია მჭიდროდ არის დაკავშირებული ზემოთ აღნიშნულ საერთაშორისო სტრატეგიულ დოკუმენტებთან, რომლებსაც საფუძვლად უდევს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროსთვის რელევანტური, მსოფლიოში აღიარებული პრინციპები:

ადამიანის უფლებები

ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობა აღიარებულია ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად რამდენიმე საერთაშორისო შეთანხმებაში, კერძოდ: ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა საერთაშორისო პაქტში (1966 წელი), ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კონვენციაში (1979 წელი) და ბავშვის უფლებათა კონვენციაში (1989 წელი). ამ მიმართულებით სტრატეგიის საფუძველს წარმოადგენს ადამიანის უფლებების შესახებ არსებული ხელშეკრულებები და ვალდებულებები. იგი, ასევე, ეფუძნება მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამას (კაირო, 1994 წელი); პეკინის დეკლარაციას და სამოქმედო პლატფორმას, რომელიც შეთანხმებულია ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენციაზე (პეკინი, 1995 წელი).

ჯანმრთელობა, საერთაშორისო სამართლის ფარგლებში, არის ადამიანის ის უფლება, რომელიც მჭიდრო ურთიერთდამოკიდებულებაშია ადამიანის სხვა უფლებებთან და განუყოფელია ამ უფლებებისგან. ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში ძირითადი ინტერვენციები მოიცავს ისეთ მიმართულებებს, როგორცაა პოლიტიკა და კანონმდებლობა, თანასწორობა და დისკრიმინაციის გამორიცხვა, სერვისების მიწოდება და თანამონაწილეობა; აგრეთვე, ჯანმრთელობის, სოციალურ-კულტურული, პოლიტიკური და ეკონომიკური საკითხების განმსაზღვრელი ფაქტორები და ანგარიშვალდებულება. გარდა სამართლებრივი ვალდებულებების შესრულებისა, არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა დადებით გავლენას ახდენს ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე.

1. გენდერული თანასწორობა და გენდერული სენსიტიურობა

გენდერული თანასწორობა აუცილებელი წინაპირობაა იმისათვის, რომ ქალებმა გააკეთონ ინფორმირებული არჩევანი, აგრეთვე მოიძიონ და მიიღონ მათი ჯანმრთელობისთვის საჭირო და სასურველი მომსახურება. უთანასწორო გენდერული ნორმები და სტერეოტიპები ქმნის მიკერძოებულობას პოლიტიკაში, ინსტიტუტებში, რასაც მძიმე შედეგები მოჰყვება მომსახურების ეფექტიანობის მხრივ. აქედან გამომდინარე, ფუნდამენტური მნიშვნელობა აქვს დისკრიმინაციის აღმოფხვრას. ერთი მხრივ, აუცილებელია, ქალებისა და გოგონების მიერ საკუთარი უფლებების ცოდნის უზრუნველყოფა, რათა მათ შეძლონ გენდერულად მგრძობიარე, სტიგმისა და დისკრიმინაციისგან თავისუფალი სერვისების მოთხოვნა. მეორე მხრივ, საჭიროა მამაკაცების თანადგომის გაძლიერება და მათი ჩართულობა გენდერული თანასწორობის მიღწევაში. ასეთი დამოკიდებულება ხელს უწყობს ქალების, კაცებისა და ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და დეკლარირებული უფლებების რეალიზაციის გაუმჯობესებას.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიის წარმატებული განხორციელება თავისთავად ნიშნავს ქმედით რეაგირებას უთანასწორო გენდერულ ნორმებზე.

2. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უწყვეტობა სიცოცხლის განმავლობაში

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის საჭიროებები არ შემოიფარგლება მხოლოდ რეპროდუქციული წლებით. როგორც მამაკაცების, ისე ქალების ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და პრიორიტეტებისადმი დამოკიდებულება „მთელი სიცოცხლის განმავლობაში“ ხელს უწყობს ან ხელს უშლის უსაფრთხო, დამაკმაყოფილებელ სქესობრივ ცხოვრებას; ასევე, ქალების უნარს, გააჩინონ ჯანმრთელი ბავშვები და ამავდროულად შეინარჩუნონ საკუთარი ჯანმრთელობა.



რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უწყვეტობა სიცოცხლის განმავლობაში არის აუცილებელი პრინციპი „ჯანმრთელობა 2020“-ის განხორციელების გზაზე და მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის აუცილებელი პირობა.^[17]

3. ზრუნვის ხარისხი

მომსახურების ხარისხის ამაღლება საქართველოს დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა. მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული ხარვეზების არსებობა ზემოქმედებას ახდენს ხარჯთეფექტიანობაზე, და, საბოლოო ჯამში, სერვისების მოხმარების მოდელზე. აქედან გამომდინარე, ხარისხის გაუმჯობესება განუყოფელი კომპონენტი უნდა იყოს სერვისის მიწოდებაზე ორიენტირებული ყველა პროგრამისთვის, ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს კლინიკური გაიდლაინების, პროტოკოლებისა და სტანდარტების დაცვა, კონფიდენციალობა, უსაფრთხოება, ტექნიკური მდგრადობა, პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი სერვისების მიწოდება, ანგარიშვალდებულება და მუდმივი ზრუნვა.

4. სხვა სახელმძღვანელო პრინციპები

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ევროპული სამოქმედო გეგმის პარალელურად, განისაზღვრება შემდეგი სახელმძღვანელო პრინციპები:

- 2020 წლის ჯანდაცვის ხედვასთან, პოლიტიკასთან და პრიორიტეტებთან შესაბამისობა (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ევროპის რეგიონის ბიურო);
- მტკიცებულებაზე დაფუძნებული და შედეგზე ორიენტირებული ქმედება;
- მთავარი აქცენტი დაავადების პრევენციაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე და ამ პროცესებში საზოგადოების ჩართულობის გაძლიერებაზე;
- ადამიანზე ორიენტირებული ზრუნვა.

2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა

2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგია

მსოფლიოში ყოველდღიურად დაახლოებით 800-მდე ქალი და 7,700 ახალშობილი კვდება ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებით და სხვადასხვა ნეონატალური მიზეზით. ამას გარდა, 7300 ქალის ორსულობა დასრულდა მკვდრადშობადობით.^[18] დედათა სიკვდილიანობის დიდი ნაწილი^[19] კვლავ განპირობებულია ისეთი სამეანო მიზეზებით, როგორცაა სისხლდენა (27%), ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული გართულებები (14%) და სეფსისი (11%). შემაშფოთებელია არაპირდაპირი მიზეზებით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევათა რაოდენობის ზრდა, რომელიც განაპირობებს დედათა სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტს^[20].

ახალშობილთა სიკვდილიანობა მსოფლიოში^[21] შეადგენს 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის 44%-ს. დაახლოებით 1 მლნ ახალშობილი კვდება დაბადების დღესვე, დაახლოებით 2 მილიონი კი – სიცოცხლის პირველ კვირაში. გლობალურად, დაახლოებით 2.64 მილიონი მკვდრადშობადობის შემთხვევიდან 40% (1.2 მილიონი წელიწადში) მშობიარობის დროს ვითარდება. ნეონატალური სიკვდილიანობის მთავარ პირდაპირ მიზეზებს წარმოადგენს: ნაადრევი მშობიარობა (35%), მშობიარობასთან დაკავშირებული პროცესები (24%) და მძიმე ინფექციები (20%).^[22] ახალშობილთა სიკვდილიანობის თითქმის 80% მოდის დაბადებისას 2,500 გრამზე ნაკლები წონის ახალშობილებზე, განსაკუთრებით კი ნაადრევად დაბადებულების შემთხვევაში.^[23] ბევრი ნაადრევად დაბადებული ახალშობილი იღუპება პირველი თვის განმავლობაში, რის გამოც მსოფლიო მასშტაბით^[24] ნაადრევი მშობიარობა არის ახალშობილთა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი, ხოლო მათ, ვინც ნაადრევი მშობიარობის შემდეგ სიცოცხლის პირველ თვეს გადარჩება, დიდი ალბათობით, სიცოცხლის ბოლომდე აღენიშნებათ შეზღუდული შესაძლებლობები.^[25]

უკვე ხელმისაწვდომია სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, ხარჯთეფექტიანი და ქმედითი



ინტერვენციები, რაც შესაძლებელს ხდის დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის დიდი ნაწილის პრევენციას. დედათა და ახალშობილთა თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობა რჩება მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე კრიტიკულ გამოწვევად მდგრადი განვითარების 2030 წლის ახალ დღის წესრიგში.^[26]

საქართველოში მდგრადი განვითარების მიზნების მისაღწევად აუცილებელია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის უფრო სწრაფი ტემპით შემცირება. დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა – მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ძირითად ინდიკატორებად მიიჩნევა და მათი შემცირება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიზანს წარმოადგენს საქართველოში. იგი მოიცავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის და ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციონირების მაჩვენებელთა ფართო სპექტრს, რომელიც გავლენას ახდენს ქალების, ბავშვებისა და ოჯახების ჯანმრთელობაზე, კეთილდღეობასა და ცხოვრების ხარისხზე.

დედებისა და მათი ბავშვების (მათ შორის, ახალშობილების) ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები მჭიდროდაა ერთმანეთთან დაკავშირებული. დედათა სიკვდილიანობა და ავადობა გავლენას ახდენს ახალშობილთა და ბავშვთა სიცოცხლის გადარჩენაზე, მათ ზრდასა და განვითარებაზე. აქედან გამომდინარე, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის უმნიშვნელოვანეს ნაწილს წარმოადგენს ინტერვენციების უკეთესი კოორდინაცია, უწყვეტი ზრუნვის პირობებში სერვისების ინტეგრაცია და მდგრადი პარტნიორული ურთიერთობების ჩამოყალიბება ჯანდაცვის სექტორში და მის გარეთ.

უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში საქართველომ დიდ წარმატებას მიაღწია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირებაში, თუმცა დედების შემთხვევაში ეს პროგრესი შედარებით მოკრძალებულია. გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისო ჯგუფის შეფასებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 60-დან ყოველ 100,000 ცოცხლადშობილზე (2000 წ.), 36-მდე (2015 წ.); თუმცა, კვლავ ორჯერ აღემატება ათასწლეულის განვითარების მე-5 მიზნით დასახულ ეროვნულ სამიზნეს - 16-ს - და ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს.

ამავე პერიოდში, ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების გაეროს სააგენტოთაშორისო ჯგუფის (IGME) უახლეს მონაცემებზე დაყრდნობით, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე შემცირდა 48-დან (1990 წ.) – 12-მდე (2015 წ.) და, ამგვარად, მნიშვნელოვნად დაბალია ათასწლეულის განვითარების მიზნებით განსაზღვრულ ეროვნულ სამიზნეზე - 16. განსაკუთრებული პროგრესი იქნა მიღწეული ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის (1,000 ცოცხალშობილზე) შემცირების – 41-დან (1990 წ.) 11-მდე (2015 წ.) და ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა შემცირების მხრივ (1,000 ცოცხლადშობილზე) – 25-დან 7-მდე^[27]. ორივე ეს მაჩვენებელი 2015 წელს იყო ყველაზე დაბალი ოდესმე დაფიქსირებულიდან, ისევე, როგორც ოფიციალურად მოწოდებული მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი – 9,7 ყოველ 1,000 მშობიარობაზე (გესტაციის 22 კვირის შემდეგ).^[28] მიუხედავად კლების ტენდენციებისა, ჩვილ ბავშვთა, ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევები და მკვდრადშობადობა კვლავ აღემატება ევროპის რეგიონში საშუალო მაჩვენებლებს (5; 3 და 3.4 შესაბამისად)²⁵. საქართველო ნეონატალური სიკვდილიანობით პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში მეექვსე ადგილზეა, თუმცა ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალია, ვიდრე მეზობელ ქვეყნებში – სომხეთში, აზერბაიჯანსა და ცენტრალური აზიის რესპუბლიკებში.^[29] ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი, როგორც 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა, ასევე, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობაში – შესაბამისად, 60% და 70%-ია და კვლავ მაღალი რჩება. ამასთან, ადრეულმა ნეონატალურმა სიკვდილიანობის წილმა ზოგადად ნეონატალურ სიკვდილიანობაში, 2015 წელს, ყველაზე დაბალ ნიშნულამდე დაიწია ბოლო ათწლეულის განმავლობაში და 58% შეადგინა.²⁶

ქვეყანაში დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები მეტწილად შესაბამისობაშია გლობალურ მიზეზობრივ მოდელთან.^{26,[30]} მიუხედავად იმისა, რომ დედის, ნაყოფისა და ახალშობილის სიკვდილის უშუალო სამედიცინო დიაგნოზები განსხვავდება, ამ სიკვდილის გამომწვევი ძირითადი მიზეზები ძალიან ახლოს არის ერთმანეთთან. ბევრი დაავადება, რომელიც იწვევს გართულებებს დედისთვის ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, გართულებებს იწვევს ბავშვისთვისაც.

საქართველოს ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით, 2015 წელს აღირიცხა დედათა



გარდაცვალების 21 შემთხვევა (პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზებით), მათ შორის, 19 ადრეული (ორსულობის ან ორსულობის დასრულებიდან 42 დღის პერიოდში) და 2 გვიანი (ორსულობის დასრულებიდან 43-365 დღის პერიოდში). დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხლადშობილზე იყო 32 (მაჩვენებელი დათვლილია 19 შემთხვევაზე). დედათა გარდაცვალების 19 შემთხვევიდან 57.9% განპირობებული იყო პირდაპირი მიზეზებით, 26.3% – არაპირდაპირი მიზეზებით და 15.8%-ში მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ მოხდა. დედათა სიკვდილიანობის სტრუქტურა შემდეგნაირია: 21% სისხლდენა მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, 10.5% – ინფექცია, 5.3% – პრეეკლამფსია და 5.3% – სამეანო ემბოლია. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში, 2006 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტური პერინატალური მოვლის მიდგომების დანერგვასთან (ჯონ სნოუს ინსტიტუტი/აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო) ერთად, ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შეიცვალა დედათა სიკვდილის ძირითადი პირდაპირი მიზეზების სტრუქტურა. კერძოდ, შემცირდა მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის წილი დედათა სიკვდილიანობაში, რაც, დიდწილად, ყოველდღიურ სამეანო პრაქტიკაში მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვის დანერგვის შედეგია.^[31] ანალოგიურად, შემცირდა აბორტისშემდგომი გართულებები, ძირითადად, ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტის კლების (3,1-დან 2005 წელს 1,6-მდე 2010 წელს) და აბორტისშემდგომ ზრუნვაში გარკვეული გაუმჯობესებების შედეგად, რაც მიღწეული იქნა როგორც სახელმწიფოს, ისე დონორი ორგანიზაციების (გაეროს მოსახლეობის ფონდი, ჯონ სნოუს ინსტიტუტი/აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო) მიერ მხარდაჭერილი პროგრამების საშუალებით.^{28,29}

ამავდროულად, სეფსისი კვლავ რჩება საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მნიშვნელოვან მიზეზად. ფაქტორებს, რომლებიც ქალების მშობიარობისშემდგომი ინფექციების წინაპირობას წარმოადგენს, მიეკუთვნება ანემია, ცუდი კვება, გახანგრძლივებული მშობიარობა ხშირი ვაგინალური გასინჯვებით და სანაყოფე გარსის ნაადრევი გახევა.^[32] სულ უფრო მეტი უტყუარი მტკიცებულებები მიუთითებს საკეისრო კვეთაზე, როგორც მშობიარობისშემდგომი სეფსისის განვითარების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორზე.^[33] ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საკეისრო კვეთის სიხშირე საქართველოში თითქმის 50%-ით გაიზარდა და 2015 წელს 41%-ს მიაღწია, რაც თითქმის ორჯერ აღემატება ამ მაჩვენებელს ევროპის რეგიონში და ანალოგიურ მაჩვენებელს დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობაში.²⁸ განსაკუთრებით შემამოფოთებელია პირველადი საკეისრო კვეთის სიხშირის ზრდა, რაც საქართველოში საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობების ნახევარზე მეტია (55%) და დიდწილად სამედიცინო ჩვენებების გარეშე კეთდება.²⁸

უკანასკნელ პერიოდში, მსოფლოში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სიკვდილის არაპირდაპირი მიზეზების მაღალ სიხშირეს, რაც აღწერილია „სამეანო პრაქტიკის ცვლილებების“^[34] კონცეფციაში, რომლის მიხედვით, ფერტილობისა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირების პარალელურად, დედათა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები ინაცვლებს გადამდები და არაგადამდები დაავადებებისკენ. ინფექციურ დაავადებებს, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს და საშარდე გზების ინფექციებს, ასევე, არაინფექციურ დაავადებებს (ჰიპერტენზია, დიაბეტი) სერიოზული შედეგები მოჰყვება როგორც დედის, ასევე ახალშობილის ავადობის თვალსაზრისით. კერძოდ, იზრდება ისეთი არასასურველი გამოსავლების სიხშირე, როგორიცაა დღენაკლულობა, გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომა, მკვდრადშობადობა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობა.^[35]

საქართველოში საჭიროა დედათა სიკვდილიანობის არაპირდაპირი მიზეზების იდენტიფიცირებისა და მართვის გაძლიერება. აგრეთვე, აუცილებელია სხვადასხვა სექტორებთან და ჯანდაცვის სერვისების მომწოდებლებთან საქმიანობის კოორდინირება, რათა განხორციელდეს გადამდები და არაგადამდები დაავადებების სკრინინგი, სათანდო და დროული მკურნალობა და მოხდეს შესაბამისი კლინიკური გაიდლაინების და პროტოკოლების რეკომენდაციების/ მოთხოვნების პრაქტიკაში იმპლემენტაცია.^[36]

საქართველოში ახალშობილთა სიკვდილიანობის და ავადობის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორებია ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ზრდის შეფერხება და თანდაყოლილი ანომალიები, ასევე, ისეთი გარე ფაქტორები, როგორიცაა ჯანმრთელობის სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები. ცვლად ფაქტორებს, რომლებიც ასოცირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან, მიეკუთვნება ქალის ასაკი ორსულობის დროს, მრავალნაყოფიანი ორსულობა, მშობიარობებს შორის



მოკლე ინტერვალი, ასევე, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული საკეისრო კვეთები.

მტკიცებულებებით დასტურდება, რომ მოზარდი დედების (<20 წლამდე ასაკის) ახალშობილები უფრო მაღალი ალბათობით იბადებიან დაბალი წონით და/ან ნაადრევად, ამასთან, პერინატალური სიკვდილის რისკი მათში 50%-ით მეტია, ვიდრე ზრდასრული დედების შვილებში.^[38]

ოფიციალურ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2015 წელს საქართველოში ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების უმეტესობა (75%) მოდიოდა დღენაკლულ ახალშობილებზე, რომელთა 71% იყო ნაადრევი გესტაციის ასაკის და 56% დაბადებისას წონის მიხედვით (<2,500გ).

ანალოგიურად, მთლიანი მკვდრადშობადობის 71%-ს ადგილი ჰქონდა ნაადრევი მშობიარობისას (<37 კვირამდე პერიოდში), ძირითადად, ორსულობის 22-27 კვირაზე - (35%), ხოლო 26% მოხდა დროული მშობიარობისას (37 კვირაზე ან მეტად).

აღსანიშნავია, რომ მთლიანი მკვდრადშობადობის 82%-ში ნაყოფის სიკვდილი განვითარდა ანტენატალურ პერიოდში, ხოლო 14% - მშობიარობის დროს. შედარებისთვის, განვითარებულ ქვეყნებში მთლიანი მკვდრადშობადობიდან მშობიარობის დროს დამდგარი მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი მერყეობს 4-10%-ს შორის.^[39] ინფექციები, პრეეკლამფსია/ეკლამფსია და ჰიპერტენზია ხელს უწყობს მკვდრადშობადობის შემთხვევათა რაოდენობის ზრდას.^{[40],[41],[42]} აღიარებულია, რომ ეფექტიანი ინტერვენციების უმრავლესობა, რომლებიც აუმჯობესებს დედათა ჯანმრთელობას და ამცირებს დედათა სიკვდილიანობას, ასევე ამცირებს მკვდრადშობადობისა და ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლებსაც. მკვდრადშობადობის (ნაყოფის როგორც ანტენატალური, ისე ინტრანატალური სიკვდილის) და ნაადრევი მშობიარობის თავიდან აცილებისკენ მიმართული კონკრეტული ღონისძიებებია: სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მაღალი არტერიული წნევისა და დიაბეტის სკრინინგი და მართვა; საგანმანათლებლო საქმიანობა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მიზნით; მიზნობრივი ზრუნვა ნაადრევი მშობიარობის გარდაუვალი რისკის ქვეშ მყოფ ქალებზე, მათ შორის პრეეკლამფსიის/ეკლამფსიის სათანადო მართვა; გაძლიერებული ანტენატალური მეთვალყურეობა, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, მშობიარობის დაჩქარებისა და საკეისრო კვეთის მიზანშეწონილი გამოყენება^[43], ნაადრევი მშობიარობის რისკის ქვეშ მყოფი ქალების მიერ ანტენატალურ პერიოდში კორტიკოსტეროიდების მიღების მონიტორინგი^[44].

დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებისკენ მიმართული ღონისძიებების მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს თანდაყოლილი სიფილისისა და აივ ინფექციის/შიდსის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია. აივ ინფექციის/შიდსის სიხშირე ორსულ ქალებში საქართველოში გაცილებით უფრო დაბალია (0,04%), ვიდრე მთლიანად მოსახლეობაში (0,07% - 2013 წელს). ყველა ორსული ქალის სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსზე, სტანდარტული ანტირეტროვირუსული მკურნალობის უზრუნველყოფა აივ დადებითი ყველა ორსულისთვის, ყოველი ახალშობილის პრევენციული ანტირეტროვირუსული თერაპია და მათი სოციალური დაცვა, ასევე, აივ ინფექციის/შიდსის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენციის პროგრამის ხარისხის გაუმჯობესება - ეს 2016-2018 წლების აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული სტრატეგიის ძირითადი პრიორიტეტული ინტერვენციებია. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროგრამის დაკავშირება აივ ინფექცია/შიდსისა და სგვი პროგრამებთან (სგვი ინფექციების სკრინინგი და სიფილისით დაავადებულ ორსულთა უფასო მკურნალობა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში) ხელს შეუწყობს ქვეყანაში პრევენციული საქმიანობის კოორდინირებას თანდაყოლილი სიფილისის აღმოფხვრის, ახალშობილებში ახალი აივ-ინფიცირების აღკვეთისა და მათი დედების სიცოცხლის გადარჩენის მიზნით.

დედათა და ახალშობილთა თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობის შემცირების მისაღწევად აუცილებელია, რომ ყველა ორსული ქალისა და ახალშობილისთვის უზრუნველყოფილი და ხელმისაწვდომი იყოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება და სიცოცხლის გადასარჩენად აუცილებელი ინტერვენციები. აღნიშნული ინტერვენციების განხორციელებაში ჩადებული ინვესტიცია სამმაგ ეფექტს იძლევა. მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განხორციელებული ეფექტური ინტერვენციებით შესაძლებელია ახალშობილთა სიკვდილიანობის 41%-ის და მკვდრადშობადობის 70%-ის თავიდან აცილება^[45]. ამავე დროს, დედა-შვილის კავშირის მხარდაჭერა და დედათა ჯანმრთელობის მომსახურების ინტეგრირება ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან, ოჯახის დაგეგმვასთან, ინფექციურ და არაგადამდებ დაავადებებთან და კვებასთან ის პრიორიტეტია, რომელიც



ხელს შეუწყობს ხარჯთეფექტიანი და პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი სერვისების დანერგვას.

სასურველი ცვლილებების მიღწევისა და შენარჩუნების მთავარ პრინციპს წარმოადგენს ორსულობამდელ, ანტენატალურ პერიოდში, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში უწყვეტი ზრუნვის პარალელურად უზრუნველყოფილ იქნეს მიწოდებული სერვისების მაღალი ხარისხი[46].

მეორეს მხრივ, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროგრამებში გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების ზემოქმედება დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობაზე. სიღარიბე და უთანასწორობა, სხვადასხვა გზებით, ძალზე ნეგატიურ გავლენას ახდენს დედასა და ახალშობილებზე. მათ შორისაა დედის არასწორი კვება, არასათანადო საცხოვრებელი და სანიტარიული პირობები, განათლების დაბალი დონე და გენდერული დისკრიმინაცია. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კომუნიკაციას და ქცევის ცვლილებისკენ მიმართულ ინტერვენციებს არსებითი მნიშვნელობა აქვს დედასა და ახალშობილებზე ზრუნვის და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ცოდნის გასავრცელებლად, ოჯახების ქცევისა და სიცოცხლისთვის საშიში პოტენციური გართულებების დროს სამედიცინო მომსახურების მოძიების გასაუმჯობესებლად, რაც შეამცირებს სამედიცინო მომსახურების დაგვიანებით მიღებას და თავიდან აცილებად სიკვდილის შემთხვევებს. არსებული მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე ორიენტირებული პროგრამული ჩარჩოს, მომსახურების მდგრადი ხარისხისა და ხელსაყრელი გარემოს საშუალებით საქართველო ხელს შეუწყობს ინტეგრირებული სტრატეგიების და სერვისების დანერგვას დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით.

2.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის განვითარება და არსებული მდგომარეობა საქართველოში

მსოფლიო ბანკის მონაცემებით (2017), საქართველო საშუალოზე დაბალ-შემოსავლიანი ქვეყანაა, დაახლოებით 3,7 მილიონი მოსახლეობით. საბჭოთა სისტემის დაშლისა და დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ქვეყანაში ჯანდაცვის მიმართულებით განხორციელდა მნიშვნელოვანი რეფორმები, განსაკუთრებული აქცენტით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასა და ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობის ზრდაზე. თუმცა, მიუხედავად გასული 20 წლის განმავლობაში მიღწეული პროგრესისა, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა სფეროში კვლავ რჩება გამოწვევები.

1. მთავრობა და მმართველობა

საქართველოს მთავრობამ 2014 წლის 26 დეკემბერს დაამტკიცა „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“ №724 დადგენილება, რომელიც მოიცავს ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ისეთ ფუნდამენტურ პრინციპებს, როგორცაა უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, მდგრადობა, ხარჯთეფექტიანი და გამჭვირვალე მმართველობა და უწყებათაშორისი თანამშრომლობის განმტკიცება.^[47]

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა ეფუძნება ისეთ ძირითად ფასეულობებს, როგორცაა ადამიანის უფლებათა დაცვა და სამართლიანობა, რაც, სხვა მიმართულებებთან ერთად, მოიცავს სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრას და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის უფლებას. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა ითვალისწინებს როგორც ქვეყნის ეპიდემიოლოგიურ, სოციალურ და ეკონომიკურ რეალობას, ისე ჯანდაცვის სფეროში საერთაშორისო დონეზე აღიარებულ პოლიტიკურ დეკლარაციებსა და სამოქმედო პლატფორმებს. აღნიშნული კონცეფცია პრიორიტეტს ანიჭებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში ხელისუფლებამ მნიშვნელოვანი ძალისხმევა გამოიჩინა ქვეყანაში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის გასაუმჯობესებლად. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის რამდენიმე პროგრამის დაწყება უკავშირდება: ანტენატალური მეთვალყურეობის უზრუნველყოფას, მაღალი რისკის ორსულობების გამოვლენას და მართვას, თანდაყოლილი ანომალიების ადრეულ გამოვლენას, ორსული ქალების სკრინინგს აივ ინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტსა და სიფილისზე, ორსული ქალებისთვის ფოლიუმის მჟავას და რკინის დანამატების და 6-23 თვის ასაკის ბავშვებისთვის მიკროელემენტების შემცველი საკვები



დანამატების უფასოდ მიწოდებას, მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის დაფინანსებას, როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის ნაწილს. გარდა ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, სხვა მიზნობრივ სახელმწიფო პროგრამებთან ერთად, ფარავს ბავშვების (0-18 წელი) ძირითად სამედიცინო საჭიროებას [48].

მიუხედავად ამისა, მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამები და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების დასაფინანსებლად გამოყოფილი სახსრები, ძირითადად, ორიენტირებულია ცალკეულ კონკრეტულ მიმართულებებზე. გარდა ამისა, არ ხორციელდება გაწეული სერვისების ან პაციენტების კმაყოფილების კვლევები სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე. საჭიროა შემუშავდეს და ამოქმედდეს სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგისა და შეფასების ინტეგრირებული სისტემა.

დღეისათვის პაციენტთა უფლებების დაცვას სამედიცინო სერვისების ხარისხის თვალსაზრისით უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო.

ზოგადად, არსებული ხარვეზების გამოვლენისა და მათზე ეფექტიანი რეაგირების მექანიზმების დანერგვის მიზნით, საჭიროა რეგულარულად განხორციელდეს საკანონმდებლო გარემოს ანალიზი და პაციენტთა საჭიროებების შეფასება. უნდა გადაიხედოს ლიცენზირების/სანებართვო და მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის პირობები, ასევე, სხვა მარეგულირებელი ნორმები, პირველ რიგში ინფრასტრუქტურასა და ადამიანურ რესურსებთან მიმართებაში, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული მოდელის შესაბამისობა საერთაშორისო მასშტაბით აღიარებულ კრიტერიუმებთან.

ასევე, აუცილებელია მჭიდრო თანამშრომლობა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან და კოორდინირებული ღონისძიებების განხორციელება დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების საკითხებთან დაკავშირებით.

2. ჯანდაცვის დაფინანსება

ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემამ განიცადა მნიშვნელოვანი ტრანსფორმაცია. საქართველოს მთავრობის მხარდაჭერით, 2013 წლის თებერვალში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. უნივერსალურ მოცვას საფუძვლად დაედო ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ზრდა (ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილმა მთლიანი შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 1,8%-დან (2012 წელს) 2.8%-მდე მოიმატა (2015 წელს)). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და ჯანდაცვის სხვა სახელმწიფო პროგრამები საქართველოს მოსახლეობისთვის ფარავს მომსახურების ფართო სპექტრს, მათ შორის მშობიარობას (როგორც ფიზიოლოგიურს, ასევე საკეისრო კვეთას) და 0-18 წლამდე ბავშვების სამედიცინო მომსახურებას. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მნიშვნელოვანი ინიციატივაა თანასწორობის უზრუნველყოფის, ასევე, ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მათი მოხმარების გაუმჯობესების თვალსაზრისით. შედეგად, სამედიცინო მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდების ხვედრითი წილი მნიშვნელოვნად შემცირდა - 73,4%-დან (2012 წელს) 58,4%-მდე (2015 წელს^[49]). საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებამ მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინა საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურებებზე გაწეული კატასტროფული დანახარჯებისგან, მათ შორის, დედებსა და ახალშობილებზე ზრუნვის ხარჯებისგან დაცვის კუთხით.

მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შემდგომი გაუმჯობესება, რაც გამოიხატება ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი ასიგნებების მნიშვნელოვანი გაზრდით. მთავრობა აპირებს, გააგრძელოს ყველა მოქალაქისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის პოლიტიკა სამედიცინო მომსახურების პაკეტის მოცულობის ეტაპობრივი ზრდით, მეტი ფინანსური რესურსის ინვესტირებით სხვადასხვა პროფილაქტიკურ მომსახურებაში, რათა გაიზარდოს დაავადებების პირველადი, მეორადი და მესამეული პრევენცია და შემცირდეს მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის ტვირთი; გაიზარდოს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სრული ციკლის ფინანსური მხარდაჭერა, რაც მოიცავს: ანტენატალურ ვიზიტებს, მ.შ. სკრინინგულ ტესტებს: აივ ინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტსა და სიფილისზე; სიფილისით დაავადებული ორსულების მკურნალობას, დედების ანტირეტროვირუსულ და სიფილისის წინააღმდეგ მკურნალობას; 0-18 წლამდე ბავშვების მომსახურებას; ანტენატალურ



გენეტიკურ სკრინინგს (სამმაგი ტესტი და ამნიოცენტეზი); მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას ყველა ქალისთვის; ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგს ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე; ახალშობილების სმენის სკრინინგის გაფართოვებას, და სხვა სერვისებს, რომლებიც უკვე იფარება საყოველთაო ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის სხვა სახელმწიფო (ე.წ. ვერტიკალური) პროგრამებით.

მიუხედავად მიღწეული წარმატებებისა, სახელმწიფო ინსტიტუტები კვლავ მრავალი გამოწვევის წინაშე დგანან. აქტიურად განიხილება სერვისის მიმწოდებლებისთვის სათანადო დაფინანსებისა და გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) ჩამოყალიბება.

3. სერვისების მიწოდება

დედათა და ახალშობილთა კარგი ჯანმრთელობისთვის აუცილებელია ქმედუნარიანი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა. ჯანმრთელობის დაცვის ასეთი სისტემები გადამწყვეტ როლს თამაშობენ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, სიცოცხლის გადარჩენის და უნარშეზღუდულობის თავიდან აცილების თვალსაზრისით როგორც მოკლევადიან, ასევე გრძელვადიან პერიოდში.

ქალებს ესაჭიროებათ კონსულტირება ორსულობასთან ასოცირებული რისკის და ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების შესახებ. ორსულობის დროს მათზე უნდა მიმდინარეობდეს მონიტორინგი მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ და წინასწარ უნდა იყოს განსაზღვრული მოსალოდნელი მშობიარობის ადგილი შესაბამისი დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში. მათზე უნდა განხორციელდეს მეთვალყურეობა ადრეულ ლოგინობის ხანაში პოსტნატალური ზრუნვის მეშვეობით და სასურველია, ისინი მშობიარობის შემდეგ 42 დღის განმავლობაში იმყოფებოდნენ მედპერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ.

2013 წელს ქვეყნის მასშტაბით დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებების აღწერა და მათი მონაცემების ჯანდაცვის ელექტრონულ პორტალზე განთავსება, რასაც მოჰყვა 1,553 სამედიცინო დაწესებულების დეტალური პასპორტიზაცია, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას ამ დაწესებულებათა ინფრასტრუქტურის, ადამიანური და ადმინისტრაციული რესურსების შესახებ^[50].

ამჟამად, პერინატალური სერვისები თავმოყრილია სამეანო-გინეკოლოგიური სამსახურის განმახორციელებელ 108 სპეციალიზებულ ან მრავალპროფილიან სტაციონარში განთავსებულ ცენტრებში. ამ დაწესებულებათა 90%-ზე მეტი კერძოა, თუმცა, ისინი ჩვეულებრივ, სახელმწიფო მფლობელობაში მყოფ კლინიკებთან ერთად, მონაწილეობენ სახელმწიფო პროგრამებში, როგორც სერვისის მიმწოდებლები.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში შედარებით მაღალია ანტენატალური ზრუნვის მოცვა ოთხი სრული ვიზიტით (84.6%), განსხვავებულია მონაცემები სოფლის და ქალაქის მოსახლეობას შორის პირველი ვიზიტის ინიცირებაში ორსულობის პირველ 12 კვირამდე პერიოდში (86% და 93% შესაბამისად)^[51]. ეს, შეიძლება, განპირობებული იყოს ანტენატალური ზრუნვის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალი დონით. სავარაუდოდ, ეს ცვლადი კორელაციაში უნდა იყოს დედების სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობასთან, ასაკთან და განათლებასთან^[52].

ამავე დროს, საქართველოში დიდწილად არ არსებობს ჩასახვამდელი და მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის პრაქტიკა, ხოლო რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტები (ორსულობის გარეშე) იშვიათია. განსხვავებით ანტენატალური ზრუნვისგან, პოსტნატალური ზრუნვის სერვისები განცალკევებით/მიზნობრივად არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ. 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, ქალების მხოლოდ 23%-ს აქვს ჩატარებული პოსტნატალური ვიზიტი და მათგან მხოლოდ 31%-მა მიაკითხა სამედიცინო დაწესებულებას მშობიარობიდან ერთი კვირის განმავლობაში, როგორც რეკომენდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ.^[53]

მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებებში მშობიარობების წილი გაიზარდა 92%-დან 1999 წელს 99,9%-მდე 2010 წელს^[54], ბევრ სამეანო დაწესებულებებში მშობიარობების საერთო რიცხვი 500-ზე ნაკლებია წელიწადში^[55]. დანერგვის პროცესშია მაღალი რისკის მქონე ორსული ქალებისა და ახალშობილების დროული გამოვლენის, მოვლის და სათანადო დონეზე დროული რეფერირების, სხვადასხვა დონის (პირველადი ჯანდაცვა, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრი, სამეანო და



პერინატალური დაწესებულებები) შორის ინფორმაციის გაზიარებისა და უკუკავშირის სათანადო მექანიზმები, რადგან მთელ რიგ შემთხვევებში, სამშობიარო სახლები, განსაკუთრებით რაიონებში, რომლებსაც არ აქვთ სათანადო შესაძლებლობები მართონ გადაუდებელი სამედიცინო და ნეონატალური მდგომარეობები (პერსონალის, მედიკამენტების, აღჭურვილობის, სისხლის ბანკის და ა.შ. ნაკლებობა), ან არ აკეთებენ ორსულის რეგულირებას უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში, ან აკეთებენ მნიშვნელოვანი დაგვიანებით^[56]. ეფექტიანი რეფერალური სისტემის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს კარგად ორგანიზებული და ცენტრალურად კოორდინირებული ტრანსპორტირების სისტემა, მაგრამ იგი ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად განვითარებული, დიდწილად იმიტომ, რომ მოხდა სატრანსპორტო მომსახურებების მასობრივი პრივატიზება კერძო სექტორის მიერ, რომელიც მას მართავს საკუთარი პრიორიტეტების შესაბამისად.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გაძლიერების მიმართულებით ქვეყანაში მნიშვნელოვან წინ გადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენს პერინატალური მოვლის რეგიონალიზაციის პროცესის დაწყება. პროექტი განახორციელა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით. პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია ითვალისწინებს დაწესებულებების დონეების და მათი როლისა და პასუხისმგებლობის განსაზღვრას, რათა, საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფილი იყოს პაციენტის ეფექტური რეგულირება. საპილოტე პროექტი დაიწყო იმერეთისა და რაჭა-ლეჩხუმის სამშობიაროებში, 2015 წელს, ამერიკის შეერთებული შტატების მთავრობის (აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო/SUSTAIN) მხარდაჭერით. მოგვიანებით პროექტი გაფართოვდა და განხორციელდა ქვემო ქართლსა და თბილისში გაეროს მოსახლეობის ფონდთან ერთად. 2016 წლის ივლისიდან რეგიონალიზაციის პროცესი გაგრძელდა ქვემო ქართლში, აჭარის, გურიის, სამეგრელოს, მცხეთა-მთიანეთისა და შიდა ქართლის რეგიონებში გაეროს ბავშვთა ფონდის, ხოლო 2017 წელს კახეთსა და სამცხე-ჯავახეთში World Vision-ის მხარდაჭერით.

როგორც რეგიონალიზაციის პროცესის გაგრძელება და მისი დამატებითი სტიმული, დედებსა და ახალშობილებზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მხარდაჭერით, იმერეთის რეგიონის სამ საპილოტე სამშობიაროში დაინერგა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული პერინატალური ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდოლოგია - სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მდგომი სამედიცინო შემთხვევების (Near-miss) განხილვა, რომელიც ეტაპობრივად განხორციელდება დანარჩენ რეგიონებშიც.

მიუხედავად იმისა, რომ განხორციელდა რამდენიმე ინიციატივა ორსულების ფოლიუმის მჟავითა და რკინის შემცველი პრეპარატებით, ხოლო 6-23 თვის ასაკის ბავშვების მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატებით უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით, დედების არასრულფასოვანი კვება როგორც დედათა და ახალშობილთა ავადობასა და სიკვდილიანობაში მონაწილე ფაქტორი, ჯერ ისევ არასაკმარისადაა აღიარებული. ქალებისთვის ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში აუცილებელია მრავალფეროვანი და სრულფასოვანი კვებითი რეჟიმი. მაგალითად, ფოლიუმის მჟავის საჭირო რაოდენობა ორსულობამდე ამცირებს ნერვული ღეროს დეფექტებს ბავშვებში და ახდენს მკვდრადშობადობის პრევენციას^[57]. იოდ-დეფიციტი იწვევს ბუნებრივ აბორტს და მკვდრადშობადობას^[58]. დედათა ანემია, გამოწვეული საკვებში რკინისა და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით, წარმოადგენს დედათა სიკვდილიანობის არაპირდაპირ მიზეზს. იგი ასევე ხელს უწყობს ნაყოფის ზრდის შეფერხებას და მის დაბალ წონას დაბადებისას^[59].

ადრეულ და ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას აქტიური თანადგომა ესაჭიროება მოვლის ყველა დონეზე. 1994 წლის შემდეგ საქართველოს მთავრობა სრულად უჭერს მხარს ძუძუთი კვების პროგრამას ქვეყანაში. დედის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის განხორციელების ხელშესაწყობად, 1999 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ბავშვთა კვების საერთაშორისო ასოციაციის (IBFAN) ქართული ჯგუფის „კლარიტასის“ ერთობლივი ძალისხმევით მიღებული იქნა საქართველოს კანონი „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“, რომელიც კრძალავს ხელოვნური კვების პროდუქტების ნებისმიერი სახით რეკლამირებას. გამოწვევის წარმოადგენს დამატებითი საკვები. მიუხედავად ამისა, ქვეყანაში საჭიროა ამოქმედდეს კანონის აღსრულების მექანიზმები და განხორციელდეს მასზე მონიტორინგი.^[60]

4. ადამიანური რესურსები



დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მდგრადი პროგრესის მნიშვნელოვან ელემენტებს წარმოადგენს ადამიანური რესურსების დაგეგმვა და მართვა. საერთო ჯამში, საქართველოში ექიმების ჭარბი რაოდენობაა (573.3 ექიმი ყოველ 100,000 მოსახლეზე 2015 წლის მონაცემებით), თუმცა ქვეყანაში მუდმივად აღინიშნება ექთნების დეფიციტი (419 ყოველ 100,000 მოსახლეზე 2015 წელს). ორივე მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ევროპის რეგიონში ექიმებისა და ექთნების საშუალო რიცხოვნობისგან^[61]. ამავე დროს, სამედიცინო პერსონალი რეგიონებში არათანაბრადაა გადანაწილებული, კერძოდ, მისი დიდი ნაწილი თავმოყრილია დედაქალაქში ან სხვა დიდ ქალაქში. იგივე შეეხება ცალკეულ ექიმ-სპეციალისტებს: მეან-გინეკოლოგებს, ანესთეზიოლოგებს, ნეონატოლოგებს.

დონორი ორგანიზაციების (USAID/JSI, UNICEF, UNFPA) მხარდაჭერით, 2015^[62] წელს, პერინატალური სერვისების დაწესებულებებში ჩატარდა მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, ბებიაქალებისა და ახალშობილთა ექთნების ფართომასშტაბიანი გადამზადება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დედათა და ახალშობილთა საერთაშორისოდ აღიარებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების მიხედვით. მიუხედავად ამისა, ჯერ კიდევ არსებობს მნიშვნელოვანი ხარვეზები კვალიფიციური სპეციალისტების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, რაც დიდწილად განპირობებულია ქვეყანაში სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების ნაკლებობით, რომელიც მიჩნეულია უწყვეტი პროფესიული განვითარების ძირითად კომპონენტად.^[63] უწყვეტი სამედიცინო განათლება აუცილებელია ცოდნის, დამოკიდებულების, ქცევის, კლინიკური უნარ-ჩვევების შესაძენად და შესანარჩუნებლად; იგი, ასევე, წარმოადგენს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სერტიფიკატის შენარჩუნების ფუნდამენტურ ფაქტორს^[64]. თუმცა საქართველოში, რესერტიფიცირების სახელმწიფო მოთხოვნების არარსებობის პირობებში, ერთჯერადად მოპოვებული სახელმწიფო სერტიფიკატი უვადოდ რჩება ძალაში. ეს კი სტიმულს არ აძლევს ექიმებს, სისტემატურად განაახლონ თავიანთი ცოდნა და უნარები.

კიდევ ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ჯანდაცვის სპეციალისტების პროფესიული და ფინანსური წახალისების ნაკლებობა, განსაკუთრებით რეგიონებში, რაც იწვევს მაღალ დენადობას და, საბოლოოდ, კვალიფიციური კადრების დეფიციტს. ეს კი დამატებით ბარიერებს ქმნის ამ დასახლებებში სათანადო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისთვის. გარდა ამისა, ზოგიერთ დაშორებულ და მაღალმთიან რაიონში მშობიარობების რაოდენობა უკიდურესად მცირეა (მერყეობს ორიდან ხუთამდე თვეში), რაც ხელს უშლის საჭირო კლინიკური გამოცდილების დაგროვებას და სათანადო უნარ-ჩვევების შენარჩუნებას, ასევე, ამცირებს სამედიცინო პერსონალის მოტივაციას, იყოს ორიენტირებული საერთაშორისო მტკიცებულებებზე.

5. მომსახურების ხარისხი

მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა მოითხოვს ზრუნვის კონკრეტული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მომსახურების სტანდარტების არსებობას და მათი განხორციელების უზრუნველყოფას. თუმცა, ამგვარი სტანდარტები ან არ არსებობს, ანდა პრაქტიკაში არ გამოიყენება.

კლინიკური გაიდლაინების შემუშავების და განახლების პროცესი ფრაგმენტულია. 2014 წლიდან, საერთო ჯამში, დამტკიცდა 159 ეროვნული გაიდლაინი და პროტოკოლი, მათ შორის 12 – სამედიცინო და ნეონატალური ძირითადი მდგომარეობების მართვისათვის, მაგრამ ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ ყოველდღიურ პრაქტიკაში ამ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გამოყენება საკმაოდ შეზღუდულია, რაც მნიშვნელოვნად აისახება მიწოდებული მომსახურების ხარისხზე.

საქართველოში, სადაც მაღალია სამედიცინო მომსახურებით მოცვის არეალი, ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის გაუმჯობესებით და რეგულარული კლინიკური აუდიტის საშუალებით, შესაძლებელია, შემცირდეს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის არასასურველი გამოსავლის მაღალი მაჩვენებელი. თუმცა, მომსახურების ხარისხის ამაღლების ხელშეწყობა, კერძო სექტორში შედარებით სუსტი საზედამხებველო მექანიზმების ფონზე, სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და პაციენტთა უსაფრთხოების მექანიზმების შემუშავება სალიცენზიო/სანებართვო და მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნების ნაწილია, სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტს არ აქვს სხვა ტიპის მოტივაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მუდმივი მითვალაგურებისა და



გაუმჯობესებისთვის. არ არის დანერგილი შიდა და გარე აუდიტზე დაფუძნებული ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები. საჭიროა არსებული სარეგულაციო მიდგომების სრულყოფა ან ახალი მექანიზმების შემოღება, როგორცაა აკრედიტაცია, რესერტიფიცირება და სხვა, რაც ხელს შეუწყობს როგორც სამედიცინო დაწესებულებების, ისე მათში მომუშავე პერსონალის შესაბამისობას ეროვნულ დონეზე განსაზღვრულ სტანდარტებთან.

სფეროში არსებული გამოწვევების მოგვარებისა და დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ჩამოაყალიბა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო, რომლის შემადგენლობაში შედიან ამ სფეროს წამყვანი სპეციალისტები – ექსპერტები, თუმცა, სისტემის ქმედუნარიანობა საჭიროებს შემდგომ გაძლიერებას.

2013 წელს ქვეყანაში საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლის (35-38%) გამო, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭომ ხელი შეუწყო საკეისრო კვეთის კლინიკური გაიდლაინისა და პროტოკოლის შემუშავებას, სადაც მკაცრად არის განსაზღვრული საკეისრო კვეთის ჩვენებები. მიუხედავად ამისა, ქირურგიული მშობიარობისა და განსაკუთრებით პირველადი საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი კვლავ სტაბილურად მაღალია საქართველოში. საჭიროა სათანადო კლინიკური აუდიტის სისტემის დანერგვა, რათა ზუსტი წარმოდგენა შეიქმნას იმ ფაქტორებზე, რომლებიც ხელს უწყობს მსგავსი ტენდენციების წარმოშობასა და შენარჩუნებას; აუცილებელია საქართველოში საკეისრო კვეთის შესრულების ზედამხედველობა და მის შესამცირებლად მიმართული პოლიტიკის შემუშავება/გატარება. ამავდროულად, მიზანშეწონილია, მომზადდეს ინტერვენციები ფიზიოლოგიური მშობიარობის წასახალისებლად.

6. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა

გლობალური, ეროვნული და ადგილობრივი მიზნების და სამიზნეების მიღწევაში პროგრესზე დასაკვირვებლად საჭიროა დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობისა და ჯანმრთელობის შესახებ მონაცემთა ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესება, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მეტი ინფორმაცია გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში. ეროვნული შედეგების უფრო ეფექტიანი კონტროლის მიზნით, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე ინფორმაციისა და ანგარიშვალდებულების კომისიამ ხაზი გაუსვა მონაცემების გაუმჯობესების აუცილებლობას საერთაშორისო პარტნიორი ორგანიზაციების, ეროვნული მთავრობების, საზოგადოებისა და სამოქალაქო სექტორის აქტიური ჩართულობით, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს მიზნობრივი მონიტორინგი, ანგარიშვალდებულება და ქმედითობა.

148 ქვეყნის სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემების (CVRS) ბოლო გლობალურმა შეფასებამ (1980-2012 წლების პერიოდი), დემოგრაფიული სტატისტიკის შეჯერებული ინდექსის გამოყენებით აჩვენა, რომ კლასიფიკაციის მიხედვით, საქართველო შედის იმ ქვეყნების ჯგუფში, რომლებსაც აქვთ სიკვდილის მიზეზების მონაცემებზე სრული წვდომისა და მოცვის ოპერატიული სისტემები, მაგრამ ჯერ ისევ დგანან ძველი პრობლემის წინაშე მონაცემთა ხარისხთან დაკავშირებით^[65]. ამ შეზღუდვების მიუხედავად, კვლევამ დაადასტურა პროგრესი, რომელსაც მიაღწია საქართველოს მთავრობამ ქვეყნის სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემის გაუმჯობესების კუთხით; განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაციის მოცვას, რაც მიღწეული იქნა 2009 წლიდან ინსტიტუციური და საკანონმდებლო რეფორმის დანერგვის შედეგად (როგორცაა სავალდებულო შეტყობინება გარდაცვალებიდან ხუთი დღის განმავლობაში, გარდაცვალების ელექტრონული სამედიცინო მოწმობები და სხვ.). ეს დაადასტურა GERAMOS 2014 კვლევამ, სადაც, 2012 წელს, განსხვავებით პირველი, 2006 წლის RAMOS (GERAMOS 2008)[66] კვლევისგან, არ გამოვლინდა არც ერთი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის დაურეგისტრირებელი შემთხვევა, თუმცა, მსგავსად GERAMOS 2008-ისა, ამ კვლევით დედათა სიკვდილის 23 შემთხვევიდან, გამოვლინდა 9 აღურიცხავი შემთხვევა, როგორც დედის გარდაცვალების შემთხვევა. მათი უმრავლესობა გამოწვეული იყო სიკვდილის არაპირდაპირი მიზეზებით (როცა სიკვდილი დადგა ორსულობის შეწყვეტიდან/დასრულებიდან 42 დღის შემდეგ). ეს მიზეზები ოფიციალური წყაროებით კლასიფიცირებული იყო სხვა მიზეზების ჯგუფში.

დედათა სიკვდილიანობის სტატისტიკური აღრიცხვის გასაუმჯობესებლად არსებობს რამდენიმე აპრობირებული მეთოდი, როგორცაა, მაგალითად, გარდაცვალების სამედიცინო აქტებზე



ორსულობის ანკეტის თანდართვა და ქალის სხვა სამედიცინო ისტორიების დაკავშირება მშობიარობის ისტორიებთან. ეს უკანასკნელი, RAMOS-ის პირველი კვლევის რეკომენდაციების საფუძველზე, 2008 წლიდან უკვე წარმატებით გამოიყენება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ იმ დედების საიდენტიფიკაციოდ, რომლებიც გარდაიცვალნენ მშობიარობიდან ერთი წლის განმავლობაში. თუმცა ეს მეთოდი ვერ გამოიყენება იმ ქალების სიკვდილის შემთხვევებში, რომლებსაც არ ჰქონიათ მშობიარობა.

სიკვდილის რეგისტრაციის სრულყოფილება და სიკვდილის ზუსტი მიზეზების დადგენა წარმოადგენს მნიშვნელოვან წინაპირობას, რათა შესაძლებელი იყოს მონაცემთა გამოყენება პოლიტიკის შემუშავებისას, სწორი გადაწყვეტილებების მისაღებად. ამ თვალსაზრისით, მთავარ პრობლემად რჩება არასწორად განსაზღვრული სიკვდილის მიზეზების მაღალი წილი, რომელთა უმეტესობა - 50%, მოდის 2010 წელზე. 2014 წლის RAMOS კვლევის მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის 21,7% (5/23) ამ დაუზუსტებელ კატეგორიაში შედის. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, სამინისტროს მიერ ინიცირებულ იქნა სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის სპეციალური პროგრამა; რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მონაწილეობით ჩატარდა არასწორად განსაზღვრული სიკვდილის მიზეზების მეორადი გამოძიება მონაცემთა შეგროვების (ე.წ. „ვერბალური აუტოფსის“) საშუალებით; ტექნიკური დადასტურება და კონტროლის პროგრამული უზრუნველყოფა შემუშავდა აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. აღნიშნულის შედეგად, არასწორად განსაზღვრული სიკვდილის მიზეზების წილი 2014 წელს შემცირდა 29%-მდე^[67]. მიუხედავად ამისა, საჭიროა სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემის ადამიანური რესურსებისა და მონიტორინგის შესაძლებლობების შემდგომი გაძლიერება.

2013 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დანერგა დედათა, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევების და მკვდრადშობადობის სასწრაფო შეტყობინების სისტემა. ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლები ვალდებული არიან (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება – 23.07.2013 № 01-30/ნ), დარეკონ შესაბამის ცხელ ხაზზე და აცნობონ გარდაცვალების შემთხვევის შესახებ. ინფორმაცია ელექტრონულად უნდა გადაეცეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტს შემთხვევის დადგომიდან 24 საათში. ამის შემდეგ, დაწესებულებები ვალდებული არიან შემთხვევასთან დაკავშირებული სამედიცინო ისტორიის ასლი ხუთი დღის განმავლობაში ჩააბარონ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი 1996 წლიდან აგროვებს ყოველთვიურ და ყოველწლიურ მონაცემებს ყველა სამედიცინო დაწესებულებიდან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ. მონაცემებს სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს ანტენატალური, ინტრანატალური და პოსტნატალური ზრუნვის, ასევე დედათა სიკვდილიანობის, ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების და მკვდრადშობადობის შესახებ ყოველთვიურად აწვდიან პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებები.

2012 წელს სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა განახორციელა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა (15-49 წლის) სიკვდილის შემთხვევების აქტიური ზედამხედველობა. 2015 წლიდან სისტემა ასევე მოიცავს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობას. შეტყობინებების აღრიცხვა ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურების მიერ, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ადგილობრივი სამედიცინო დაწესებულებებიდან ინფორმაციის შეგროვებაზე დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის საშუალებით.

2016 წლის იანვარში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან“ ერთად და გაეროს ბავშვთა ფონდის ხელშეწყობით, დაიწყო აღრიცხვიანობის ახალი, ელექტრონული სისტემის – „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის



ელექტრონული მოდულის,“ ე.წ. „დაბადების რეესტრის“ დანერგვა. სისტემა შეიცავს ინფორმაციას ორსულობის, მშობიარობის, მშობიარობისშემდგომი პერიოდის, აბორტის, ასევე, დედათა სიკვდილის შემთხვევების, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების შესახებ. თუმცა, ქმედითი და მომხმარებელზე ორიენტირებული ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს მონაცემთა შეგროვებას, კომუნიკაციას და კოორდინაციას მომსახურების სხვადასხვა დონეს შორის, ისევე, როგორც მომსახურების მიმწოდებლებსა და პაციენტებს შორის, ჯერ ისევე საჭიროებს შემდგომ დახვეწას და განვითარებას.

2.3. საქართველოში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ამოცანები და პრიორიტეტული ინტერვენციები

ამოცანა 1: 2030 წლისთვის ყველა ქალს ექნება უნივერსალური წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდელ, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობისშემდგომ მომსახურებაზე

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

ა) დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროგრამების ხელშეწყობი გარემოს შექმნა

პროგრამის განხორციელების მდგრადობა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ყველა დონეზე აღებულია ვალდებულება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის გარემოს გასაუმჯობესებლად. ამ საკითხის კომპლექსურობა ცხადყოფს, რომ ცალკე აღებულ არც ერთ სამინისტროს, სააგენტოს თუ სექტორს არ გააჩნია ყველა საჭირო რესურსი, კომპეტენცია და უფლებამოსილება სასურველი შედეგების მისაღწევი ყველა ინტერვენციის განსახორციელებლად. აქედან გამომდინარე, დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის გაუმჯობესებაზე მიმართულ სამთავრობო ძალისხმევასთან ერთად, მუდმივად უნდა ძლიერდებოდეს მულტისექტორული მიდგომა ერთობლივი და მდგრადი პარტნიორული ურთიერთობის შესახებ ჯანდაცვის სექტორის შიგნით და მის გარეთ, მათ შორის, კერძო სექტორთან. პარლამენტის წევრების, სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის და სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან ადვოკატირებას შეუძლია გააძლიეროს გადამწყვეტი პოლიტიკური ნება, რათა თანასწორობის პრინციპი იქცეს პრიორიტეტად და გაფართოვდეს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და პროგრამები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, მასთან არსებულ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოსთან ერთად, მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება საჭირო პარტნიორების დადგენასა და მათი პოტენციური როლის განსაზღვრაში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნებისთვის. ასევე, მნიშვნელოვანია სამინისტროს მიერ საბიუჯეტო სახსრების გამოყოფის ადვოკატირება ყველა დონეზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სხვა სექტორების მიერ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფუნქციების სათანადო შესრულება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის მხარდასაჭერად და ხელშესაწყობად. ყოველივე აღნიშნულის მისაღწევად, უნდა ხდებოდეს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული წლიური ანგარიშების შედეგების გასაჯაროება.

ყველა ქალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სერვისები, რომელთა გაწევისას დაცული იქნება მათი პირადი ცხოვრების უფლება, კონფიდენციალობა და უზრუნველყოფილი იქნება მათი ინფორმირებული თანხმობა. ამასთან ერთად, პატივისცემით მოეკიდებიან მათ კულტურულ ღირებულებებსა და რელიგიურ მრწამსს. ეს ხელს შეუწყობს მომხმარებლების (დედების, ახალშობილების და ოჯახების) ჯანმრთელობის რეალური ინტერესების დაკმაყოფილებას. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია მიზნად ისახავს პაციენტთა უფლებების დაცვის საკანონმდებლო ბაზის გაუმჯობესებას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ხელმისაწვდომი, მისაღები და ყოვლისმომცველი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებების გაწევა და მოქალაქეებისათვის ინფორმაციის მიწოდება, რათა მათ იცოდნენ საკუთარი უფლებები და ამ უფლებების გამოყენების გზები.

ბ) დედათა და ახალშობილთა მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული გეოგრაფიული, ფინანსური და სოციალურ-კულტურული ბარიერების შემცირება

განსხვავება იმ ადამიანებს შორის, ვისზეც ყველაზე მეტად ან ნაკლებად ვრცელდება ეფექტიანი ინტერვენციები, შესაძლებელია, აღმოიფხვრას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ან სხვა



ჯანმრთელობის (ე.წ. ვერტიკალური) პროგრამების ფარგლებში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების საყოველთაო დაფარვით, რაც მოიცავს ორ თანაბრად მნიშვნელოვან პარამეტრს: სერვისებზე ყოველი ადამიანის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას და მათ დაცვას ჯანდაცვის ხარჯებთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებამ, ჯანდაცვაზე მიმართული სახელმწიფო ხარჯების ზრდასთან ერთად, უდავოდ დადებითი ზეგავლენა მოახდინა სამედიცინო სერვისების მოხმარების ზრდაზე. თუმცა, იმისათვის, რომ შემცირდეს ან მთლიანად აღმოიფხვრას ფინანსური, კულტურული და სტრუქტურული ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლის ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას, პირველ რიგში, ყველაზე მოწყვლადი მოსახლეობისთვის, საჭიროა ამ ბარიერების სისტემატური ანალიზი, იმისათვის რომ უზრუნველყოფილ იქნეს შესაბამისი ინფორმაციის გაცვლა სხვადასხვა სექტორსა და სააგენტოს შორის კოორდინირებული ქმედებისათვის. ეს კი ხელს შეუწყობს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით პრიორიტეტების სწორ განსაზღვრას და ადეკვატური და მდგრადი რესურსების განაწილებისას. ღარიბი მოსახლეობისთვის ფინანსური სტიმულები კულტურულად სენსიტიური პროგრამები და სხვა ეფექტიანი საქმიანობა ის ძირითადი ინტერვენციებია, რომლებიც მოითხოვს დამატებით ინვესტიციებსა და გაფართოებას. მტკიცებულებებით დასტურდება, რომ ეროვნული ან სოციალური დაზღვევის პროგრამების, საგადასახადო შეღავათების, პირობითი ფულადი გადარიცხვების და ვაუჩერების შედეგად, შედარებით მოკლე ვადაში და შედარებით ფართო მასშტაბით, გაიზარდა ანტენატალური და სამეანო სერვისების მოხმარება^[68].

პრევენციული სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ დედათა და ახალშობილთა პატრონაჟის ბინაზე მოვლის მინიმალური პაკეტი ხელმისაწვდომი იყოს სოფლის და მოშორებით განლაგებული დასახლებების მცხოვრებთათვის, რათა მათ მიეწოდოთ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება, სწრაფად მოხდეს გადაუდებელი შემთხვევების მართვა და დროული რეფერალი. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები, მათი სათანადო მომზადების შემთხვევაში, დაეხმარებიან ოჯახებს ორსულის მოვლასა და სწორი კვების პრაქტიკის გაძლიერებაში, ხელს შეუწყობენ ბავშვის დაბადებისთვის მზადყოფნას, საგანგაშო ნიშნების ამოცნობას და საჭირო მომსახურებების მიღებას ორსულობის პერიოდში და მშობიარობის შემდეგ, ბინაზე წინასწარ დაგეგმილი ვიზიტების მეშვეობით. აღნიშნული ზომები მოითხოვს გადამზადებას, აღჭურვას, ასევე, სამეზავრო და სატრანსპორტო მხარდაჭერას ან სხვა სახის წახალისებას, იმ მიზნით, რომ შენარჩუნდეს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა მოტივაცია. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისათვის ბინაზე ვიზიტების პრაქტიკამ აჩვენა თავიდან აცილებადი დაავადებებისა და სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი შემცირება.^[69]

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ სხვადასხვა კატეგორიის მოსახლეობაში სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება მობილური ტელეფონები, შესაძლებელი ხდება „მობილური ჯანდაცვის“ (mHealth) გამოყენება გაფართოებული და გაუმჯობესებული ჯანდაცვის მომსახურებების მისაწოდებლად ცალკეული ადამიანებისა და მთელი დასახლებებისთვის, რაც დაეხმარება ცალმხრივი, ორმხრივი და მრავალმხრივი კომუნიკაციების გამოყენებით ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებას.^[70] კომუნიკაციის ყველაზე ხშირად გამოვლენილი ცალმხრივი გზა, ანუ ე.წ. „ერთი ხელის დაჭერით“ კომუნიკაცია, გულისხმობს მოკლე ტექსტური შეტყობინებებით დიდი აუდიტორიის მომსახურებას, განსაკუთრებით არასაკმარისად მოცულ და ძნელად მისაღწევ სოფლებში პირად საჭიროებებზე ორიენტირებული ინფორმაციის გადასაცემად, მათ შორის, დანიშნული საზედამხედველო ვიზიტების (მაგალითად, ანტენატალური და პოსტნატალური ზრუნვის ვიზიტები და ა.შ.) შესახსენებლად. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მინიმალური პაკეტი (MISP), რომელიც წარმოადგენს სიცოცხლის გადამრჩენი ღონისძიებების პრიორიტეტულ ნაკრებს და უნდა განხორციელდეს ჰუმანიტარული კრიზისის დაწყებისთანავე, ინტეგრირებული იქნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სექტორულ საგანგებო სიტუაციებზე მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში.

გ) მოსახლეობის მობილიზებისა და მონაწილეობის გაძლიერება დედათა და ახალშობილთა სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და მოთხოვნის გაუმჯობესების მიზნით.

მტკიცებულებებით დასტურდება, რომ მოსახლეობის მობილიზება და მონაწილეობა დადებითად მოქმედებს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვაზე, განსაკუთრებით სოფლად^[71].



აღნიშნული ძალისხმევა მიმართულია საკუთარი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის მოსახლეობის პასუხისმგებლობის ამაღლებასკენ. ინტერვენცია მოიცავს თემის დონეზე პრობლემების იდენტიფიცირებას, გამომწვევი მიზეზების გამოვლენას (როგორცაა ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების წინაშე არსებული ბარიერები), საჭირო რესურსების მობილიზებას, ჯანმრთელობასა და მაღალხარისხიან მომსახურებაზე უფლებების მოთხოვნას და მხარდამჭერი საზოგადოებრივი ნორმების ხელშეწყობას. მოსახლეობის ჩართულობის ფარგლებში, გავლენიანი საზოგადოებრივი და რელიგიური ლიდერები, სამოქალაქო საზოგადოებრივი ორგანიზაციები და ადგილზე გადაწყვეტილების მიმღები პირები მნიშვნელოვნად შეუწყობენ ხელს სოციალურ მობილიზებას და მოსახლეობის მხარდაჭერის მოპოვებას, რათა გაძლიერდეს კავშირები ოჯახებსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის. მსგავსი მობილიზების შედეგად, შესაძლებელია შეიქმნას მოთხოვნა მომსახურებაზე, შემცირდეს ხელმისაწვდომობისთვის არსებული ბარიერები და უზრუნველყოფილ იქნეს ქალთა და ახალშობილთა მიმართ ზრუნვის უწყვეტობა, მათ მიერ გამოყენებული სერვისებით გამოწვეული სრული სარგებლის მიღებით. საერთაშორისო პრაქტიკა მოწმობს მსგავსი ზომების წარმატებას სამედიცინო სერვისების გამოყენების, გართულების შემთხვევაში რეფერალის განხორციელების, დედათა ავადობის, ასევე მკვდრადშობადობისა და პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით^[72].

ამოცანა 2: 2030 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდება, მოხდება სერვისების ინტეგრაცია და სტანდარტიზაცია

ა) დედათა და ახალშობილთა უწყვეტი მომსახურების გაძლიერება ჩასახვამდე, ანტენატალური, ინტრანატალური და მშობიარობის შემდგომი მოვლის სერვისებისა და მათი დამაკავშირებელი რეფერალური სისტემის ეფექტურობის ამაღლებით

სერვისების უწყვეტობის პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა გააჩნია მაღალი უკუგების, ხარჯთეფექტიან ინტერვენციებს, რომელთა შორისაა ჩასახვამდე (ორსულობამდე) და მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის პაკეტების ჩართვა პირველადი ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში; გაფართოებული ანტენატალური მოვლის სტრატეგიული მოდელის განხორციელება ორსულობის პატრონაჟის სხვადასხვა დონის განსაზღვრით, რათა დაინერგოს მაღალი რისკის ორსულების ადრეული გამოვლენის, მკურნალობის და დროული რეფერალის ზომები; ასევე, აივინფექციის/შიდსისა და სიფილისის დედისგან ბავშვზე გადაცემის აღმოფხვრა; სამედიცინო და ნეონატალური, აგრეთვე რეფერალური სისტემის გაუმჯობესება პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციით მთელი ქვეყნის მასშტაბით, და მაღალი რისკის დედებისა და ავადმყოფი ბავშვების გადაუდებელი რეფერალის სისტემის გაძლიერება; აგრეთვე, ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების (EHR) სისტემის დანერგვა, რათა გაუმჯობესდეს ფუნქციური და ინფორმაციული კავშირები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ფარგლებში მოვლის სხვადასხვა დონეებს შორის.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის და გადარჩენის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა, აგრეთვე რკინის, ფოლიუმის მჟავის და სხვა მიკროელემენტების დანამატების პროგრამების ეფექტიანობის გაუმჯობესება მათი მიწოდების ჯაჭვის სისტემების გაძლიერებით და დადგენილი პროტოკოლების დაცვის უზრუნველყოფით.

ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ ადრეულად დაწყებული, ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მხარდაჭერას და გამოწვეული დედის რძის გამოყენებას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და გადარჩენისათვის. ამ თვალსაზრისით ეფექტიანი ინტერვენციები მიმართული უნდა იყოს ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ბარიერების აღმოფხვრისკენ და ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის ხელშეწყობისკენ.

ბ) დედათა და ახალშობილთა მოვლის ხარისხის ამაღლება პროცესის გაუმჯობესების, ადვოკატირების, მარეგულირებელი და ანგარიშგების მექანიზმების დანერგვით

მიუხედავად იმისა, რომ დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა, ბევრ მათგანში მომსახურების ხარისხი არ არის ერთგვაროვანი. პროფესიულ ასოციაციებთან და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან თანამშრომლობით, ხელისუფლებამ რეგულარულად უნდა განაახლოს დედათა და ახალშობილთა უწყვეტი მოვლის კონტექსტში გასატარებელი ინტერვენციების ეროვნული



პოლიტიკა, სახელმძღვანელო პრინციპები, ნორმები და სტანდარტები მსოფლიოში აღიარებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მითითებებისა და ნაციონალური სტრატეგიების შესაბამისად, და უზრუნველყოს მათი განხორციელება. ეროვნულ დონეზე უნდა დაინერგოს სტანდარტიზებული ხარისხის ინდიკატორები, რათა მოხდეს დაკვირვება ძირითადი ინტერვენციების ხარისხზე, მათ შორის, დედათა და ახალშობილთა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების მართვაზე. უნდა დაინერგოს დედათა და პერინატალური/ნეონატალური სიკვდილიანობის, სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მყოფი შემთხვევების რეგულარული აუდიტის სისტემა და ასევე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ პერსონალს შორის დისკუსიები იმ მიზეზებისა და გამოწვევების გამოსავლენად, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელია. ასეთი სახის აუდიტს აქვს პოტენციალი, მოხდინოს სიკვდილის თავიდან აცილებადი მიზეზების შემცირება. აქედან გამომდინარე, ოპტიმალურ ვითარებაში, სასურველია, მოხდეს ამ ზომების გატარება, როგორც მინიმუმ, კლინიკების დონეზე. ამ აუდიტის ჩატარების ფუნდამენტურ პრინციპს წარმოადგენს კონფიდენციალური, უსაფრთხო გარემო, სადაც შემთხვევები განიხილება მხოლოდ ანონიმურად, რის შედეგადაც მიიღება მოვლენების განვითარების უფრო სრული სურათი, რაც, თავის მხრივ, სერვისის ხარისხის გასაუმჯობესებლად მიმართული სასარგებლო რეკომენდაციების შემუშავების საშუალებას იძლევა. ამ მხრივ გასატარებელია გარკვეული ცვლილებები კანონმდებლობაში, რათა მოხდეს დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის განხილვის სისტემის გაუმჯობესება რაც მნიშვნელოვანია დედათა სიკვდილიანობის კონფიდენციალური აუდიტის სრულფასოვნად ჩატარებისათვის და ახლანდელი „პერსონალური“ მიდგომის ნაცვლად დანერგავს სისტემურ მიდგომას დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემთხვევების მიმართ.

გ) მომსახურების მიმწოდებლების კომპეტენციის დონის ამაღლება და ხელშემწყობი პოლიტიკის, ბიუჯეტისა და რეგულაციების უზრუნველყოფა საჭირო კადრების კვალიფიკაციის დონის, მათი განაწილების, შენარჩუნებისა და მოტივაციის პრობლემების გადასაჭრელად

მაღალი ეფექტურობისა და ზეგავლენის მქონე ინტერვენციების განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, თუ სამედიცინო დაწესებულებები სათანადოდაა დაკომპლექტებული, კლინიკის სამედიცინო პერსონალი კვალიფიციურია, გააჩნია პაციენტების სწორად შეფასების, აგრეთვე, სიცოცხლის გადარჩენისა და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უნარები. აქედან გამომდინარე, არსებითი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის რესურსების მხრივ არსებული ნაკლოვანებების დადგენას, ადგილებზე სამედიცინო პერსონალის შეკავებასა და მოტივირებაზე მიმართული პოლიტიკის, ბიუჯეტისა და რეგულაციების შემუშავებას. ჯანდაცვის პროვაიდერების კომპეტენციის გაუმჯობესება მოიცავს წინასწარ მომზადებასა და სამუშაო ადგილზე სწავლებას, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ უახლეს გაიდლაინებზე დაყრდნობით. ადამიანურ რესურსებთან დაკავშირებული პრობლემების მოსაგვარებლად ძალიან მნიშვნელოვანია, ასევე, სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და რესერტიფიცირების სავალდებულო სისტემის დანერგვა. უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსი უნდა ემყარებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ, ერთიანი განათლების გეგმას და სწავლების ინოვაციურ მეთოდებს, რათა სერვისის მიმწოდებლები, რომლებსაც გააჩნიათ შესაბამისი სერტიფიკატი, მომზადებული და შემოწმებული იყვნენ სათანადო სტანდარტის მიხედვით, ისე რომ შეძლონ მაღალი ხარისხის, თანამედროვე და პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება.

დ) დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მექანიზმების გაუმჯობესება

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიმწოდებლების მოტივაციის გაზრდა მნიშვნელოვანია მომსახურების ხარისხის განსასაზღვრად. შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სტიმულირების სხვადასხვა მექანიზმები, მათ შორის, წახალისების განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს გამოსავალზე/შედეგზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) შემოღება, ან ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების კომბინირებული სისტემები, რაც უკვე ინერგება რამდენიმე ქვეყანაში, როგორც მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალება.

ე) ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემისა და კვლევის შესაძლებლობების გაძლიერება

ქვეყანამ მეტი ინვესტიციები უნდა განახორციელოს მომსახურების შედეგების, მათი დაფარვისა და ხარისხის შესახებ მონაცემთა რეგულარულ გაზომვასა და შეგროვებაში. გლობალურ მონაცემებთან შესადაარებლად, მონაცემების სტანდარტიზებული წყაროების, ინდიკატორების და მონაცემთა შეგროვების ინტერვალის გარდა, პროგრამის ეფექტიანობის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს



მონაცემების ლოკალური გამოყენება ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის უზრუნველსაყოფად. საჭიროა, წარმოებდეს მონაცემების ხარისხის და სრულფასოვნების უწყვეტი მონიტორინგი და მათი გამოყენება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის დაგეგმარებისა და გადაწყვეტილებებისთვის ქვეყანაში 2016 წელს ე.წ. „დაბადების რეგისტრის“ დანერგვა, კიდევ უფრო გააუმჯობესებს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემას და სიცხადეს შეიტანს ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების მიზეზების დადგენაში.

დედათა და პერინატალურ სიკვდილიანობაზე ზედამხედველობა და მასზე რეაგირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს, როგორც სიკვდილის შემთხვევების გამოვლენის, გამომწვევი მიზეზების დადგენის და საპასუხო ქმედებების ეფექტიანი საშუალება. სიკვდილის მიზეზის ზუსტი დოკუმენტირება რეგისტრაციის ან სპეციალური მიმოხილვის/ზედამხედველობის მექანიზმების საშუალებით წარმოადგენს მოპოვებული ინფორმაციის ხარისხის გაუმჯობესების საფუძველს.

ჯანდაცვის სისტემების ახალი შესაძლებლობები და გამოწვევები მოითხოვს მეტ ინვესტირებას მოთხოვნებზე ორიენტირებულ კვლევებში (შინამეურნეობათა პოპულაციური დონის კვლევები, ოპერაციული კვლევები) და ანალიზში; ასევე, სახელმწიფოს მიერ მართულ, მტკიცებულებებზე დამყარებულ პროცესებში, რაც მიზნად ისახავს პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირების, პროგრამების შემმუშავებლებისა და სამედიცინო პერსონალის მიერ სწორი და ეფექტიანი გადაწყვეტილებების მიღებას.

ამოცანა 3: 2030 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

ა) საინფორმაციო საგანმანათლებლო და ქცევის შეცვლის კამპანიების ხელშეწყობა ჯანსაღი ქცევის, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტის უფლებების შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ასამაღლებლად

როგორც დედის, ისე ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვალსაზრისით პერსპექტივები უმჯობესდება, როდესაც ყველა ქალს და ოჯახს, მათ შორის, გოგონებს, აქვთ სათანადო ცოდნა იმის შესახებ, თუ როგორ მოიძიონ დახმარება სწორ დროს და სწორ ადგილზე, მით უფრო, როდესაც მათი მამაკაცი პარტნიორები და საზოგადოება მხარს უჭერენ მათ ჯანსაღი ქცევის განხორციელებაში. ჯანსაღი ქცევა მოიცავს არჩევანს: უნდათ თუ არა ქალებს ორსულობა და თუ უნდათ, როდის; დაორსულება ინფექციების გარეშე და კარგი კვებითი სტატუსით; ასევე, შეინარჩუნებს თუ არა ჯანსაღი კვების წესს ორსულობის პერიოდში, მშობიარობისას და მშობიარობის შემდეგ.

გაზრდილი ცნობიერება პრევენციის შესახებ, გამაფრთხილებელი ნიშნების ცოდნა, გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებებზე სწრაფი წვდომა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების დადასტურებული სტრატეგიაა. ჯანმრთელობის საკითხებზე კომუნიკაცია და ქცევის ცვლილებებზე მიმართული სხვა ინტერვენციები, რომლებიც ამაღლებს ცოდნას დედებზე და ახალშობილებზე ზრუნვისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ, ძალიან მნიშვნელოვანია ოჯახის წევრების ქცევის გაუმჯობესებისა და პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების დროს სათანადო მომსახურების მოძიებისთვის.

დასახული მიზნის შესრულებას ხელს შეუწყობს მამაკაცების ჩართულობის მხარდაჭერა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. კულტურული თავისებურებების გათვალისწინებით მომზადებული ინფორმაციისა და შეტყობინებების გაზიარება შესაძლებელია მრავალი სხვადასხვა არხით, მაგალითად, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით, სოციალური მედიით, პერსონალური კონსულტირებით, მობილური და სხვა ინოვაციური ტექნოლოგიებით.

ბ) დედათა და ახალშობილთა სტრატეგიული ინტერვენციების მხარდასაჭერად ადვოკატირებისა და სოციალური მობილიზაციის აქტივობების გაძლიერება



ადვოკატირება და სოციალური მობილიზება დამატებითი სარგებლის მომტანი ელემენტებია, რომლებიც ხელს უწყობს შემაფერხებელი ტრადიციული შეხედულებების შეცვლას და ზრდის მოთხოვნას მაღალი ხარისხის მომსახურებებზე.

ადვოკატირება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ყველა კატეგორიის დაინტერესებული მხარის ცნობიერების და მოტივაციის ამაღლებაში, რესურსებისა და სერვისების მობილიზებისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული საკომუნიკაციო პროგრამების განხორციელების დასაჩქარებლად.

სოციალური მობილიზება მოიცავს შესაძლებლობების გაძლიერებისა და სექტორებს შორის თანამშრომლობის პროცესს როგორც სახელმწიფო, ისე საზოგადოებრივ დონეზე, ასევე, სამოქალაქო საზოგადოების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, რელიგიური ჯგუფების, მედიის და კერძო სექტორის ჩართულობას, რაც მიმართული იქნება ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული საქმიანობის მხარდაჭერისკენ. საჯარო და კერძო სექტორს შორის პარტნიორობების ჩამოყალიბებას განსაკუთრებით უწყობს ხელს მულტიმედიური ადვოკატირების კამპანიები კერძო სექტორის არსებული საკომუნიკაციო პლატფორმების, ტელევიზიის, რადიოს, სოციალური მედიისა და მობილური ჯანდაცვის ტექნოლოგიების გამოყენებით.

ქვემოთ ცხრილში მოცემულია **შედეგების ინდიკატორები** და მისაღწევი სამიზნეები. აღნიშნული ინდიკატორები გამოყენებული იქნება ინტერვენციების განხორციელების პროცესში დამდგარი შედეგების შესაფასებლად.

მიზნები და მათთან დაკავშირებული შედეგების ინდიკატორები	საბაზისო 2015*	სამიზნე 2030
<i>დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა</i>		
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (/100000 ცოცხალშობილზე) (მდგრადი განვითარების მიზანი 3.1.1)	32.0	12.0
ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (/1000 ცოცხალშობილზე) (მდგრადი განვითარების მიზანი 3.2.2)	6.1	5.0
მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (/1000 დაბადებულზე)	9.7	6.8
ყველა ქალს ექნება უნივერსალური წვდომა და გამოიყენებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებას		
იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს ჩასახვამდელი მოვლის სერვისი N/A 100%		
15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს 4 და მეტი ანტენატალური ვიზიტი	86%	100%
იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც განხორციელეს მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობიდან 6 კვირის ფარგლებში	N/A	100%
იმ ახალშობილების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს პედიატრის კონსულტაცია სამშობიაროდან გაწერიდან პირველი კვირის განმავლობაში	N/A	100%
<i>დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდება, მოხდება სერვისების ინტეგრაცია და სტანდარტიზაცია</i>		
პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (/1000 დაბადებულზე)	13.4	8.0
ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: 0-6 (/1000 ცოცხალშობილზე)	3.7	3.0
გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი: 7-28 (/1000 ცოცხალშობილზე)	2.5	1.7
ცოცხალშობილების (კლინიკაში) პროცენტული წილი დაბადებისას დაბალი წონით (<2,500 გრამი)	6%	5%



საკეისრო კვეთით მშობიარობების პროცენტული წილი	41%	27%
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ ამ მომსახურებით სარგებლობისას		
რეპროდუქციული ასაკის ქალების წილი, რომელთაც შეეძლებათ ორსულობის და მელოგინის საშიში ნიშნების ამოცნობა	N/A	>90%
რეპროდუქციული ასაკის ქალების წილი, რომელთაც შეეძლებათ ახალშობილების საშიში ნიშნების ამოცნობა	N/A	>90%

* 2015 წლის უკანასკნელი ხელმისაწვდომი მონაცემები

3. ოჯახის დაგეგმვა

ოჯახის დაგეგმვა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ერთ-ერთი მთავარი წინაპირობაა. ოჯახის დაგეგმვის საშუალებით წყვილებს შეუძლიათ თავიდან აირიდონ არასასურველი ორსულობა და ხელოვნური აბორტი, მაღალი რისკის ორსულობები ძალიან ახალგაზრდა ან ძალიან გვიან ასაკში და დაიცვან რეკომენდებული ინტერვალები ორსულობებს შორის. არასასურველი ორსულობა და შემდგომი მშობიარობა კარგად ცნობილი რისკის ფაქტორებია დედათა ჯანმრთელობისთვის და ასევე, დაკავშირებულია დაბადებული ბავშვების ჯანმრთელობისა და განვითარების რისკებთან. ბავშვებს შორის სათანადო ინტერვალის არსებობა ამცირებს დედათა და ბავშვთა ავადობას და სიკვდილიანობას. ხელოვნური აბორტი არ წარმოადგენს არასასურველი მშობიარობის თავიდან აცილების უპირატეს მეთოდს, რადგან, სხვა მიზეზებთან ერთად, იგი შეიცავს რისკებს ქალის ჯანმრთელობისა და მისი შემდგომი ნაყოფიერებისთვის. ჯანსაღი რეპროდუქციული ქცევა დადებით გავლენას ახდენს მომავალ თაობებზე. ოჯახის ეფექტიანი დაგეგმვა ამცირებს არასასურველი ორსულობებისა და საფრთხის შემცველი აბორტების რიცხვს, შესაძლებელს ხდის ორსულობით გამოწვეული სიკვდილიანობისა და ავადობის თავიდან აცილებას, ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიხშირეს, მათ შორის, აივ-ინფექციის და შიდს-ის შემთხვევებს, იცავს მოზარდთა ჯანმრთელობას. ამასთან ერთად, ოჯახის დაგეგმვა არის ქალების, მამაკაცების, ახალგაზრდებისა და მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების ერთ-ერთი ყველაზე ხარჯთეფექტური საშუალება. ყველა ამ მიზეზის გამო, ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებში ინვესტირება წარმოადგენს დედათა, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ერთ-ერთ ყველაზე ქმედით ინტერვენციას.

3.1. ოჯახის დაგეგმვის განვითარება და მისი მიმდინარე მდგომარეობა საქართველოში

მიუხედავად ეროვნული კანონმდებლობისა, რომლის მიზანია, დაიცვას ადამიანების რეპროდუქციული უფლებები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის უფლება და იმ ფონზე, რომ ჯანდაცვის სექტორში ინვესტირებულია მნიშვნელოვანი რესურსები და ტექნიკური საშუალებები, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მისი გამოყენება საქართველოში ჯერ კიდევ საკმაოდ შეზღუდულია. ასევე, შეზღუდულია ოჯახის დაგეგმვის მიზნით წარმოებული კონსულტაციები და მომსახურება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებმა, რომლებიც საქართველოში 1999 და 2010 წლებში ჩატარდა, აჩვენა ამ მიმართულებით მიღწეული გარკვეული პროგრესი, თუმცა ოჯახის დაგეგმვა კვლავ რჩება მნიშვნელოვან გამოწვევად, რადგან ჯერ ისევ მაღალია არასასურველი ორსულობების რიცხვი, სათანადოდ არ არის დაკმაყოფილებული მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებაზე, ასევე, ხშირია ხელოვნური აბორტიც, რომელიც კვლავ წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმვის ძირითად მეთოდს და მისი სიხშირის შემცირება შესაძლებელია მხოლოდ ოჯახის დაგეგმვის ეფექტიანი მეთოდების გამოყენების გაზრდით. იმის გამო, რომ 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბოლო კვლევის შემდეგ პრაქტიკულად არ არსებობს რეპრეზენტატიული მონაცემები, თითქმის უცნობია უკანასკნელ ხანს ოჯახის დაგეგმვის მიმართულებით მომხდარი ცვლილებები და მისი მდგომარეობა 2016 წლისთვის.

აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ბოლო ხანს შობადობის მატება კორელაციაშია კონტრაცეფციის მზარდ გავრცელებასთან. კერძოდ, კონტრაცეფციის გამოყენების დონის ზრდამ მნიშვნელოვნად



შეამცირა აბორტების რიცხვი და ამავე დროს, გაიზარდა შობადობა. საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემების მიხედვით, მოსალოდნელია კონტრაცეფციის გავრცელების შემდგომი ზრდა 15-20 პროცენტით ისე, რომ საფრთხე არ შეექმნას შობადობის მატებას და, ამასთანავე, გაგრძელდეს ხელოვნური აბორტის სიხშირის კლება. ეს უკანასკნელი ხელს შეუწყობს მეორადი უშვილობის შემცირებას, რომელიც უკავშირდება აბორტის მაღალ მაჩვენებელს და მასთან დაკავშირებულ მენჯის ღრუს ორგანოების ინფექციებს (35-44 წლის ასაკის ქალების 37% არ იყენებს კონტრაცეფციის მეთოდს ქალის უნაყოფობის გამო[73]). რეალური არჩევანი, რომლის წინაშეც ქვეყანა დგას, არის ოჯახის დაგეგმვა აბორტის ნაცვლად.

1. არასასურველი ორსულობა

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, 1999 წელს საქართველოში ყველა ორსულობის მხოლოდ 41% იყო სასურველი. ეს პროცენტული მაჩვენებელი გაიზარდა 48%-მდე 2005 წელს და 63%-მდე 2010 წელს. 2010 წელს არასასურველი ორსულობების მაჩვენებელი შეადგენდა 26%-ს და დროში არასასურველის - 11%-ს (ორსულობა უნდოდათ მოგვიანებით). დაუგეგმავი ორსულობების დიდი ნაწილი მოდიოდა შედარებით მაღალი ასაკის ქალებზე; 30-34 წლის ქალებში ორსულობის 39% და 35-44 წლის ქალებში ორსულობის 54% იყო დაუგეგმავი. დაუგეგმავი ორსულობების დიდი ნაწილი არ დასრულდა ცოცხალშობილით (94,4% დასრულდა ხელოვნური აბორტით, ბუნებრივი აბორტით ან მკვდრადშობადობით). ეს ნიშნავს, რომ ოჯახის დაგეგმვა შობადობას კი არ ამცირებს, არამედ ამცირებს აბორტების რაოდენობას.

2. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება

მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეფციის საერთო გამოყენების მაჩვენებელი გაიზარდა 41%-დან (1999 წელს) 54%-მდე (2010 წელს), აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში კონტრაცეფციის გამოყენების საერთო დონის მიხედვით, საქართველოს ჯერ ისევ ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს^[74]. საქართველოში თითქმის უცვლელი დარჩა ტრადიციული მეთოდების გამოყენება (კალენდარული მეთოდი და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი). მომხმარებლების დაახლოებით ერთი მესამედი, ანუ ქორწინებაში მყოფი წყვილების 18,5% ჯერ კიდევ იყენებს ამ არასაიმედო მეთოდებს. აღნიშნული მაჩვენებელი მეტია საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით (13,9%) და განსაკუთრებით აღემატება დასავლეთ ევროპულ მაჩვენებელს (3,2%). ქორწინებაში მყოფი ყველა ქალიდან საქართველოში 2010 წელს მხოლოდ 35% იყენებდა ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდს, ძირითადად, კონდომს ან საშვილოსნოსშიდა საშუალებებს. პერორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება (4%) მნიშვნელოვნად დაბალი იყო მთლიან ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით (21,4%).

3. ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ

რეპროდუქციული ასაკის ქალების ცოდნა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ჯერ კიდევ დაბალი იყო 2010 წელს და მისი მიღება არ ხდებოდა სარწმუნო წყაროებიდან. საკმაოდ კარგად იყო ცნობილი კონდომი და საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, მაგრამ 19%-მა არ იცოდა ორალური კონტრაცეფციის შესახებ, 50%-მა კი არ იცოდა, როგორ გამოეყენებინა ეს მეთოდი. ქალების მხოლოდ 39%-მა იცოდა ქალის სტერილიზაციის შესახებ, მამაკაცის სტერილიზაცია კი თითქმის სრულიად უცნობი იყო (მის შესახებ იცოდა 4%-მა). ქალების მხოლოდ 17%-ისთვის იყო ექიმი ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო. ეს შეიძლება ყოფილიყო კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ მწირი ცოდნის მიზეზი.

4. ოჯახის დაგეგმვაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება

2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული კვლევის თანახმად, ქორწინებაში მყოფი წყვილების 12,3% არ იყენებდა ოჯახის დაგეგმვის არც ერთ მეთოდს. ამასთანავე, რისკის ქვეშ და ქორწინებაში მყოფი ქალების 18,2% იყენებდა კონტრაცეფციის არასაიმედო მეთოდს. ერთად ეს შეადგენს ოჯახის დაგეგმვაზე თანამედროვე კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილების 30,5%-ს, რაც ძალიან მაღალია ევროპულ სტანდარტებთან შედარებით, განსაკუთრებით სოფლად, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ს აღწევს.

5. ხელოვნური აბორტი



საქართველოში აბორტი შობადობის რეგულირების ჯერ კიდევ ფართოდ გამოყენებული მეთოდია. 2000 წლამდე საქართველოში აღინიშნებოდა ხელოვნური აბორტის ყველაზე მაღალი დოკუმენტირებული მაჩვენებელი მსოფლიოში – 3,7! 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემებით, ეს მაჩვენებელი შემცირდა 1,6-მდე. უკანასკნელი მონაცემებით, აბორტების წლიური მაჩვენებელი საქართველოში (36.7 აბორტი 15-44 წლის 1,000 ქალზე, 2015 წელს) აღემატებოდა ანალოგიურ მაჩვენებელს სამხრეთ ევროპაში (26) და ორჯერ მეტია, ვიდრე ჩრდილო-დასავლეთ ევროპაში (18)^[75]. მიუხედავად ამისა, წარმოდგენილი მონაცემების მიმართ საჭიროა ფრთხილი დამოკიდებულება, რადგან, მაღალი ალბათობით, ხელოვნური აბორტების გარკვეული რაოდენობა დაფიქსირებულია როგორც „ბუნებრივი აბორტი“, ან როგორც „მკვდრადშობადობა“, რადგან მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი საშუალო საერთაშორისო მაჩვენებელზე დაახლოებით ორჯერ მაღალია. დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში აბორტის მაჩვენებელი ჯერ კიდევ მაღალია, რაც ნათლად მიუთითებს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების დაბალ ხელმისაწვდომობასა და გამოყენებაზე.

6. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები და მომსახურების ხარისხი

ხელოვნური აბორტის სიხშირის შემცირება ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია შობადობასთან და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ბევრი რამ გაკეთდა ოჯახის დაგეგმვის უფასო, თანამედროვე მეთოდების დანერგვისა და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მეშვეობით; გაერო-ს მოსახლეობის ფონდისა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დახმარებით (ჯონ სნოუს ინსტიტუტის საშუალებით) მოხდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების გადამზადება ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების უზრუნველყოფის მიზნით და ჯანდაცვის სისტემა მომარაგდა თანამედროვე კონტრაცეფციის უფასო საშუალებებით. 2014 წელს სამინისტროს მიერ მომზადდა აბორტის სარეგულაციო მექანიზმების პაკეტი, რომელიც მოიცავს შემდეგ დოკუმენტებს: „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის განხორციელების წესების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 7 ოქტომბრის №01-74/ნ ბრძანება; „ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა“ – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) და „აბორტის პროცედურა“ – პაციენტის გზამკვლევის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 28 ივლისის N01-182/ო ბრძანება). ამას მოჰყვა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების ჩართვა პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების, კერძოდ, ოჯახის ექიმების კომპეტენციებში.

არსებობს საერთაშორისო კონსენსუსი იმის თაობაზე, რომ კონტრაცეფციული მეთოდების დიდი უმრავლესობა შეიძლება უსაფრთხოდ გავრცელდეს ან დაინიშნოს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მხოლოდ რამდენიმე მეთოდი მოითხოვს (ზეპირ ანამნეზზე დაყრდნობით) ზოგიერთ ძალიან იშვიათ სამედიცინო უკუჩვენებაზე^[76] შემოწმებას. რადგან ოჯახის დაგეგმვის აქტივობების უმრავლესობა არ მოითხოვს სპეციფიურ ცოდნას და უნარებს, მათი პირველადი ჯანდაცვაში ინტეგრირებით თავიდან იქნება აცილებული ვიწრო სპეციალისტების ტრენინგსა და მათთან პაციენტის გადაგზავნასთან დაკავშირებული ზედმეტი ხარჯი. მიუხედავად აღნიშნული მტკიცებულებებისა, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის ოჯახის დაგეგმვის კონსულტაცია აქამდე არ არის სრულად ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და ძირითადად, კვლავ კონცენტრირებულია მეან-გინეკოლოგიის სპეციალობაში, რომელიც, ტრადიციულად, ნაკლებად ინტერესდება, ხელი აქტიურად შეუწყოს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყანაში არსებობს ცალკე სპეციალობა – რეპროდუქტოლოგია, რომლის ფარგლებშიც უკვე მიმდინარეობს სპეციალიტების მზადება ახალი სარეზიდენტო პროგრამით. რეპროდუქტოლოგია სწორედ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთ თემებზეა ორიენტირებული, როგორცაა ოჯახის დაგეგმვა, უსაფრთხო კონტრაცეფცია და ა.შ.

ყველა საერთაშორისო საექსპერტო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ინტეგრირებული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვაში, რაც ასევე წარმოადგენს მოცემული სტრატეგიის ერთ-ერთ მთავარ მიზანს. საჭიროების შემთხვევაში კი, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს სპეციალისტთან რეფერალი. პირველადი ჯანდაცვისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებლებს უნდა ჰქონდეთ: მაღალი ხარისხის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მისაწოდებლად საჭირო ცოდნა, უნარები და რესურსები, რათა უზრუნველყონ მაღალი ხარისხის მომსახურება^[77]; აღნიშნული დამოკიდებულება დაწესებულების კვალიფიციური



სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფაზე, ხარისხის სტანდარტების დაცვაზე, დაწესებულებებში სამედიცინო აღჭურვილობისა და მარაგების ხელმისაწვდომობაზე; რეფერალების მიზანშეწონილობასა და მომხმარებლების კმაყოფილების მაღალ დონეზე. გასული წლების გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში დაგეგმილი ცვლილებების წარმატებით განხორციელება მოითხოვს წახალისებისა და რეგულირების სხვადასხვა სახის მექანიზმის შემოღებას.

იმის გამო, რომ ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებლების უმრავლესობა საქართველოში კერძო სექტორს წარმოადგენს, რეგულირების და მართვის ინსტრუმენტები, ძირითადად, შემოიფარგლება ხარისხის სტანდარტების შექმნითა და შესრულებით, აგრეთვე, შესრულებულ სამუშაოზე დაფუძნებული ანაზღაურებით და ხელშეკრულებების შერჩევითი გაფორმებით, რაც მიმართულია მომსახურების ხარისხისა და მიწოდების ეფექტიანობის გაუმჯობესებაზე. სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების/ ნებართვების/ მაღალი რისკის შემცველი ამბულატორიული სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის და ექიმების სერტიფიცირების განახლებული სისტემა საქართველოში საშუალებას მისცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უზრუნველყოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების მიწოდება საერთაშორისო მასშტაბით აღიარებული სტანდარტების შესაბამისად.

საერთო ჯამში, მნიშვნელოვანი სამუშაოა ჩასატარებელი იმ მიზნით, რომ დაინერგოს სამოქმედო პროგრამის რეკომენდაციები, რომლებიც მომზადდა მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (1994) შედეგად, და მიღწეულ იქნეს მდგრადი განვითარების მიზნების გლობალური სამიზნე 3.7, რათა ოჯახის დაგეგმვა გახდეს საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი, მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის საშუალებითაც.

7. ფინანსური რესურსების გადანაწილება

ამჟამად ოჯახის დაგეგმვის კონსულტირებაზე ან მომსახურებების მიწოდებაზე სახელმწიფო საბიუჯეტო სახსრები არ გამოიყოფა. ეს მომსახურებები არ შედის სახელმწიფო პროგრამებითა თუ კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა მომსახურების პაკეტში. ასევე, კონტრაცეპტივები არ შედის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტების ჩამონათვალში.

8. კონტრაცეფციის უსაფრთხოება

გაეროს მოსახლეობის ფონდი და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო უფასო, თანამედროვე კონტრაცეფციის საშუალებების ერთადერთი პროვაიდერები იყვნენ მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდებოდა, თუმცა აღნიშნული პრაქტიკა შეწყდა 2015 წელს. ამჟამად საჯარო სექტორის ჯანდაცვის პროგრამების მეშვეობით კონტრაცეპტივები არ მიეწოდება მოსახლეობას. ისინი ხელმისაწვდომია კერძო ბაზარზე. ბოლო დროს განხორციელებული მარეგულირებელი ცვლილებების გამო პერორალური კონტრაცეფციული საშუალებები მოხვდა რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ჩამონათვალში („გადაუდებელი კონტრაცეფციის" საშუალებები გაიცემა ურეცეპტოდ); ამასთან, პერორალური კონტრაცეპტივების საბაზრო ფასი საკმაოდ მაღალია, ამიტომ საჭიროების მქონე ბევრი ქალისთვის, განსაკუთრებით სოფლად, ისინი არ არის ადვილად ხელმისაწვდომი.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ანგარიშის დასკვნაში ნათქვამია, რომ „თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების შემცირებას საქართველოში დასჭირდება პროგრამული და ფინანსური დახმარების მნიშვნელოვანი გაფართოება“ და აქვე აღნიშნულია, რომ „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგია უნდა უზრუნველყოფდეს უფასო ან დაბალი ღირებულების კონტრაცეპტივებს, აწვდიდეს ქალებს ინფორმაციას, თუ რა მეთოდები და მომსახურებაა ხელმისაწვდომი, ასევე, ავრცელებდეს ზუსტ ინფორმაციას, რომელიც დაეხმარება ქალებს თანამედროვე კონტრაცეპტივების შესახებ არასწორი შეხედულებების დაძლევაში“ (გვ. 173). მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ახალი მტკიცებულების აშკარა საჭიროება (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მეოთხე რაუნდი ან ანალოგიური კვლევა), ეს რეკომენდაციები 2017 წელსაც ისევე აქტუალურია, როგორც 2010 წელს იყო. საჭიროა ძალისხმევის გააქტიურება 2030 წლისთვის დასახული მდგრადი განვითარების მიზნების მისაღწევად (3.7 ამოცანა), რაც გულისხმობს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის, საინფორმაციო და საგანმანათლებლო მომსახურებების საყოველთაო ხელმისაწვდომობას და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრირებას ეროვნულ სტრატეგიებსა და პროგრამებში.



წინამდებარე სტრატეგიის მიზნები დაკმაყოფილდება მხოლოდ მაშინ, თუ მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფილი იქნება ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისები და ჯანსაღი ქცევის წესზე საჭირო ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან. მთავრობას განზრახული აქვს გაატაროს ღონისძიებები, რათა მოსახლეობას ჰქონდეს ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ჯანდაცვის სისტემის თითოეულ დონეზე. მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებებისადმი ასეთი კომპლექსური, ინტეგრირებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის გამოყენებით ჩამოყალიბებული მიდგომები საშუალებას იძლევა როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სექტორისთვის, ბევრად უფრო ეფექტიანად დაკმაყოფილდეს ეს საჭიროებები.

3.2. საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის სერვისების გაუმჯობესებისკენ მიმართული პრიორიტეტული ინტერვენციები

ამოცანა 4: 2030 წლისთვის ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ადვილად ხელმისაწვდომი იქნება ყველა შესაბამისი საჭიროების მქონე პირისათვის

ა) **ოჯახის დაგეგმვის სფეროში სახელმწიფოს როლის გაძლიერება სერვისების ეფექტური მართვის, კოორდინაციის და მათი სხვადასხვა დონეზე ინტეგრაციის მიზნით**

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

- ოჯახის დაგეგმვა განიხილება ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონტექსტში. იგი მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებაზე მიმართულ ინიციატივებს, რათა ეს სერვისები აკმაყოფილებდეს შესაბამის სამედიცინო საჭიროებებს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ასევე, უზრუნველყოფილი იქნება ინფორმაციისა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თანასწორობა.

- განხორციელდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისების და კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფისთვის.

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო გაძლიერდება, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის/სტრატეგიის ჩამოსაყალიბებლად, და იმისათვის, რომ მან იმოქმედოს, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მმართველმა ორგანომ საქართველოში. საბჭო უხელმძღვანელებს/ინიცირებს გაუწევს პოლიტიკის, მომსახურების სტანდარტებისა და გაიდლაინების/პროტოკოლების შემუშავებას; სამინისტროს სხვა დეპარტამენტებთან/პარტნიორებთან და ჯანდაცვის პროვაიდერებთან საქმიანობის კოორდინირებას; ადვოკატირებას და მობილიზებას გაუწევს დონორი ორგანიზაციების რესურსებს; გარდა ამისა, უზრუნველყოფს დარგთაშორის მიდგომას ოჯახის დაგეგმვის სტრატეგიის განხორციელების მიმართ.

- საჭიროებისამებრ, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო მოახდენს მოქმედი კანონმდებლობის გადასინჯვას იმ მიზნით, რომ შეიქმნას მოცემული სტრატეგიისა და შესაბამისი სამწლიანი სამოქმედო გეგმის ეფექტიანი განხორციელებისთვის საჭირო სამართლებრივი ბაზა, რომელიც დაფუძნებული იქნება ადამიანის უფლებების დაცვის, გენდერული თანასწორობის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უწყვეტობის პრინციპზე სიცოცხლის განმავლობაში.

ბ) **ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების რეორიენტაციის უზრუნველყოფა**

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მომუშავე ოჯახის ექიმები, რომლებმაც წარმატებით დაასრულეს ოჯახის დაგეგმვის ზოგადი კურსი, მომხმარებლებს მიაწვდიან ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების სრულ სპექტრს (გარდა რამდენიმე მეთოდისა, რომლებიც საგანგებოდ იქნება მითითებული) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების პროტოკოლის საფუძველზე, გადაუდებელი კონტრაცეფციის მეთოდების ჩათვლით.



• უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების პირობებში, მომხმარებელზე ორიენტირებული მომსახურების უზრუნველყოფისა და გუნდური მიდგომის მხარდაჭერის მიზნით, მოხდება რეფერალური მექანიზმებისა და უკუკავშირის გაძლიერება შემდეგი ზომებით:

– ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე სათანადო რეფერალების განხორციელება;

– სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეს შორის მომხმარებლების რეფერალის კუთხით სისტემის შესაძლებლობების გაუმჯობესება და დონეებს შორის სათანადო კავშირის ჩამოყალიბება, აღნიშნული რეფერალების ეფექტიანობის უზრუნველსაყოფად;

– სახელმწიფო და კერძო სექტორს შორის ეფექტიანი კოორდინაცია და მჭიდრო თანამშრომლობა, იმ მიზნით, რომ შემცირდეს მოსახლეობის წინაშე მდგომი ფინანსური ბარიერები, განსაკუთრებით შეჭირვებული მოსახლეობისთვის.

• უზრუნველყოფილი იქნება ოჯახის დაგეგმვის ინტეგრირება ანტენატალურ და პოსტნატალურ კონსულტირებასთან.

ამოცანა 5: 2030 წლისთვის ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხარისხი დააკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტებს

ა) ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებელთა კომპეტენციის გაუმჯობესება

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

• განახლება ოჯახის ექიმების სასწავლო/საგანმანათლებლო კურსი, ასევე, ჩამოყალიბდება სასწავლო პროგრამა ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისთვის იმისათვის რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლი გახდეს უფრო კვალიფიციური, რაც აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის მაღალი ხარისხის სერვისების უზრუნველსაყოფად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის პროტოკოლებისა და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შესაბამისად.

• უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემამ უნდა უზრუნველყოს სპეციალისტთა სათანადო კვალიფიკაციისა და კომპეტენციის შენარჩუნება საქართველოს ამჟამად არსებულ, მეტწილად პრივატიზებულ ჯანდაცვის სისტემაში.

• საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს ოჯახის დაგეგმვის სერვისების პროვაიდერთა კომპეტენციის გაუმჯობესებას შემდეგი ზომებით: (ა) სამედიცინო, მათ შორის, უწყვეტი სამედიცინო განათლების, ინსტიტუციონალიზაციის გზით; (ბ) ადამიანური რესურსების მაღალი დონის სტანდარტებისა და მოთხოვნების ინტეგრირებით სელექტიური კონტრაქტირების მოდელში.

• ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიწოდებისას ქვეყნის მასშტაბით იქნება წარმოდგენილი და მხარდაჭერილი ახალი და განვითარებადი ტექნოლოგიები, მათ შორის, ელექტრონული ჯანმრთელობის და ონლაინ სასწავლო კურსები.

შემუშავდება და დაინერგება შესაბამისი რეგულაციები, მათ შორის, შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე დაფუძნებული ანაზღაურების სქემები, მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალის წახალისების მიზნით.

ბ) ოჯახის დაგეგმვის შესახებ მოსახლეობისა და პაციენტების განათლების ხელშეწყობა

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

• სახელმწიფო გაზრდის პრევენციულ ზომებზე და ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდაზე გამოყოფილ რესურსებს, უზრუნველყოფს მათში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის ჩართვას.

• საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მის კონტროლს



დაქვემდებარებულ სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან“ ერთად ჩამოაყალიბებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კომუნიკაციისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდის პრიორიტეტებს. ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდისთვის პრიორიტეტული თემები დადგინდება ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციისა და ძირითადი მომსახურებებით მოცვის შესახებ არსებული მონაცემების საფუძველზე. ამ მონაცემების შეგროვება მოხდება ჯანდაცვის ძირითადი საინფორმაციო სისტემებიდან და მოსახლეობის პერიოდული კვლევებიდან.

- ქვეყანაში ცნობიერების ამაღლების სტრატეგიის ფარგლებში წარიმართება მულტიმედიური კამპანიები კონტრაცეფციის შესახებ არსებული და ახლად აღმოცენებული მითებისა და მცდარი შეხედულებების წინააღმდეგ საბრძოლველად; ამოქმედდება ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების შესახებ პრაქტიკული ინფორმაციის მიწოდების უზრუნველყოფის ღონისძიებები, რომლებიც დაეხმარება მოსახლეობას ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებაში.

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ ითანამშრომლებენ მედიასთან და არასამთავრობო სექტორთან, იმ მიზნით, რომ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ცოდნა მივიდეს მოსახლეობამდე და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებამდე.

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ ითანამშრომლებენ საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან სრულყოფილი სასკოლო კურიკულუმის შესამუშავებლად ჯანსაღი ცხოვრების წესის, მათ შორის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების სწავლების შესახებ. სწავლებაში ჩართული იქნება ასაკის შესაფერისი ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის საკითხების თაობაზე.

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ შესაბამისი დეპარტამენტები, აგრეთვე, შეაფასებენ მამაკაცების, მოზარდებისა და მოსახლეობის სხვა ჯგუფების განსაკუთრებულ საჭიროებებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციასთან მიმართებით.

გ) ოჯახის დაგეგმვის მაღალი ხარისხის მომსახურებების მიწოდებისათვის საჭირო მარეგულირებელი და საზედამხებდველო მექანიზმების დანერგვა და გაძლიერება

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ხელს შეუწყობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისათვის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავებას/მიღებას.

- ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდები (საშვილოსნოსშიდა საშუალებები და ორალური კონტრაცეპტივები) უფასოდ ხელმისაწვდომი გახდება მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიმღებთათვის და მოსახლეობის სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის (21 წლამდე ასაკის ქალებისა და/ან სტუდენტებისთვის და აივ-დადებითი ქალებისთვის), იმ პირობით, რომ კონტრაცეფციაზე კონსულტირება და მათი დანიშვნა მოხდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პერსონალის მიერ ან, თუ საჭირო გახდა, სპეციალისტის მიერ უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში რეფერალის შემდეგ.

- შემუშავდება ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების სტრატეგიული პაკეტი, რომელიც მოიცავს საჭირო აღჭურვილობის, მეთოდების, ინფრასტრუქტურის და კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის შესახებ მოთხოვნებს როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ისე სპეციალიზებული სერვისების დონეზე; შემუშავდება, აგრეთვე, შესაბამისი მარეგულირებელი მექანიზმები/სტანდარტები.

- კერძო სექტორთან თანამშრომლობით შემუშავდება მომსახურების თითოეული დონისთვის



მინიმალური მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტები ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხარისხის და უტილიზაციის მონიტორინგისთვის; მოხდება მათი ინტეგრირება ეროვნული ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში; მონაცემები გამოყენებული იქნება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის, ასევე, სერვისის მომწოდებელთა შერჩევითი კონტრაქტირების პირობების დაცვისა და მომსახურების შეფასების მიზნით.

· ჩატარდება ოპერაციული და/ან პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევები (მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა), რომელთა მიზანი იქნება მომსახურების მიწოდების ხარისხის შემდგომი გაუმჯობესება; ადმინისტრაციული ან პოლიტიკის შეზღუდვების გამოვლენის შემთხვევაში გადაწყვეტილებების შეთავაზება; ეს მოხდება ყველა დონეზე ცოდნისა და ინფორმაციის გავრცელების ინსტრუმენტებისა და არხების შემუშავების პარალელურად.

ქვემოთ ცხრილში მოცემულია **შედეგების ინდიკატორები** და სამიზნეები. აღნიშნული ინდიკატორები გამოყენებული იქნება საბოლოო შედეგების შესაფასებლად განხორციელების პერიოდში.

მიზნები და შედეგების ინდიკატორები	საბაზისო 2015*	სამიზნე 2030
ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ადვილად ხელმისაწვდომი იქნება ყველასთვის, ვისაც ესაჭიროება; ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხარისხი დააკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტებს		
დაუფეგმავი ორსულობების პროცენტული წილი	36%	15%
რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალების წილი, რომელთა ოჯახის დაგეგმვის საჭიროება დაკმაყოფილდა თანამედროვე მეთოდებით ^[78]	34.8%	85%
იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმაცია მიიღეს პროფესიული წყაროდან	17%	60%
15-49 წლის ქალებში ხელოვნური აბორტის მაჩვენებელი შესაბამისი ასაკის 1000 ქალზე	36.7	25

* 2015 წლის უკანასკნელი ხელმისაწვდომი მონაცემები

4. ახალგაზრდების^[79] სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

4.1. საქართველოში ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის არსებული მდგომარეობა

მოზარდი გოგონები წარმოადგენენ რისკის ჯგუფს დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილიანობის თვალსაზრისით. ორსულობა მოზარდობის პერიოდში ძალიან ხშირად დაუფეგმავი და არასასურველია, რადგან გოგონები და ბიჭები ჯერ არ არიან მზად ოჯახის შესაქმნელად. შესაბამისად, ამ ასაკში ოჯახის შექმნა აზიანებს მათი მომავალი ცხოვრების პერსპექტივას. შედეგად, 20 წლის ასაკამდე გოგონების უმრავლესობის ორსულობა ევროპის ქვეყნებში, როგორც წესი, სრულდება ხელოვნური აბორტით. გარდა ამისა, ახალგაზრდები იმყოფებიან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ ინფექციის/შიდსის გავრდილი რისკის ქვეშ, რადგან ხშირად არ არიან მზად მათგან თავის დასაცავად. ამის გამო ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ბოლო ათწლეულების განმავლობაში სხვადასხვა (საერთაშორისო) ორგანიზაციის მხრიდან სულ უფრო მეტ ყურადღებას იქცევს.

ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საქართველოში საკმაოდ უგულბელყოფილი საკითხია. ძალიან შეზღუდულია კვლევები, რომლებიც ჩატარდა სქესობრივი ურთიერთობების, კონტრაცეფციის და სგგი/აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდების ცოდნის, მათ მიმართ დამოკიდებულებისა და ქცევის შესასწავლად. 2013-14 წლებში ჩატარებული ახალგაზრდების ეროვნული კვლევა მხოლოდ გარკვეულ საკითხებს მოიცავდა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში^[80]. ამ შედარებით ძველი კვლევის ყველაზე გასაოცარ შედეგს წარმოადგენს ის, რომ ახალგაზრდა ადამიანების სქესობრივი ქცევა „ტაბუდადებული“ საკითხია, მისი ღიად განხილვა თითქმის არ შეიძლება და ეს საკითხი ხასიათდება უკიდურესი „ორმაგი სტანდარტით“, იმ გაგებით, რომ ბიჭებისა და ახალგაზრდა მამაკაცების სქესობრივი ქცევა მისაღებია და



წახალისდება კიდევ, ხოლო გოგონებისა და ახალგაზრდა ქალების სქესობრივი ქცევა სრულიად მიუღებელია. კვლევის დასკვნაში ჩანს, რომ გაუთხოვარი გოგონებისა და ახალგაზრდა ქალების შესაბამისად 25%-ს და 40%-ს (15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) ჰქონდა ერთი ან მეტი სქესობრივი კავშირი^[81]. აღნიშნულმა კვლევამ, ასევე, აჩვენა, რომ ახალგაზრდების ცოდნა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და პრევენციული ზომების შესახებ ძალიან მწირია. ეს ძირითადად ხელმისაწვდომი ინფორმაციის წყაროების საერთო ნაკლებობის შედეგია. ასევე, სკოლებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ სწავლება არასაკმარისია. თუმცა, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის დახმარებით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპონენტი ამჟამად მოქმედ სასკოლო ეროვნულ სასწავლო გეგმაში არის შესული. ქვეყანას, ასევე, აკლია ახალგაზრდობისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციალური მომსახურება, რაც არსებობს სხვადასხვა ევროპულ ქვეყანაში. ასეთი მომსახურების შექმნის მცდელობა რამდენიმე წლის წინ უშედეგო აღმოჩნდა სხვადასხვა მიზეზის, მათ შორის ინფრასტრუქტურის პრივატიზების გამო.

ბევრ სხვადასხვა საკითხს შორის, მნიშვნელოვანია მშობიარობა მოზარდებში. სანდო სტატისტიკური მონაცემებით^[82], შობადობის მაჩვენებელი 15-19 წლის ასაკის გოგონებში გაიზარდა 39,9-დან (15-19 წლის ყოველ 1000 ქალზე 2000 წელს) 48.6-მდე (2015 წელს). ეს უკანასკნელი მიუთითებს იმაზე, რომ 20 წლის ასაკის მიღწევას ახალგაზრდა ქალების დაახლოებით მეოთხედს უკვე ჰქონდა მშობიარობის გამოცდილება. მაჩვენებელი 48.6 ძალიან მაღალია ევროპული სტანდარტების მიხედვით. დასავლეთი ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში იგი 5-დან 10-მდე მერყეობს. სამხრეთი ევროპის ქვეყნებშიც კი აღნიშნული მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია: საბერძნეთსა და ესპანეთში – 10, ხოლო იტალიაში – 7. ევროპის უმეტეს ქვეყნებში აბორტის მაჩვენებელი ამ ასაკობრივ ჯგუფში დაახლოებით იგივეა, ან უფრო მაღალია, ვიდრე შობადობის მაჩვენებელი^[83]. საქართველოში კი, პირიქით, აბორტის რეგისტრირებული მაჩვენებელი ამ ასაკობრივ ჯგუფში შობადობის მხოლოდ მეოთხედს შეადგენს (13 ყოველ 1000-ზე)^[84].

იმის გამო, რომ საქართველოში ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საკმაოდ სენსიტიური და ტაბუდადებული საკითხია, აუცილებელია, რომ ხელი შეეწყოს ამ სფეროში მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის საჭირო მორალური სივრცის შექმნას.

მნიშვნელოვანია, რომ მომავალი კვლევები ჩატარდეს ინოვაციური და სიღრმისეული მეთოდოლოგიის გამოყენებით, რეალური შედეგების მისაღებად. ადრეული და არაოფიციალური ქორწინებების თანაფარდობა, დაუქორწინებელი ახალგაზრდების (განსაკუთრებით გოგონების) სქესობრივი ქცევა, ამ ჯგუფში კონტრაცეფციისა და ხელოვნური აბორტის გამოყენება სასწრაფო შესწავლას საჭიროებს.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ უკვე დაწყებული სასკოლო სწავლების შემდგომი დანერგვის პროცესში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საქართველოს მთავრობის მხრიდან მხარდაჭერა^[85].

სპეციალური, ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შექმნის შესაძლებლობების შეფასებამ აჩვენა, რომ საამისო პირობები ქვეყანაში ჯერ კიდევ არახელსაყრელია^[86]. რეკომენდაცია უნდა გაეწიოს ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციის, განვითარებას. იგი პარალელურად უნდა გახდეს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ათვლის წერტილი და ძირითადი მიმწოდებელი.

ძალიან სასარგებლო იქნება, თუ ქვეყანა გაიზიარებს რამდენიმე სხვა, ანალოგიური ქვეყნის გამოცდილებას, სადაც წარმატებით დაინერგა ცხოვრების ჯანსაღი წესის სწავლება სკოლებში ან/და ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების მიწოდება.

4.2. ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიდგომები და პრიორიტეტული ინტერვენციები

ამოცანა 6: 2030 წლისთვის ახალგაზრდებისათვის სრულად ხელმისაწვდომი იქნება ასაკის შესაბამისი განათლება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე;



ა) საქართველოს მთავრობის როლის გაძლიერება ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

• დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ გადაიხედება ყველა ეროვნული დოკუმენტი, ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, (მათ შორის, აივ ინფექციის/შიდსის დედისგან ბავშვზე გადადების პრევენციის, სიფილისის თანდაყოლილი შემთხვევების ელიმინაციის), ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების, ანტენატალური სამედიცინო მომსახურების, გადაუდებელი სამედიცინო და სხვ. საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად;

• მთავრობა წახალისებს და, როდესაც ეს შესაძლებელი იქნება, ხელს შეუწყობს ინიციატივებს მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მაღალი ხარისხის კვლევის ჩატარებასთან დაკავშირებით.

• საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ ითანამშრომლებენ საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან ცხოვრების ჯანსაღი წესის სასკოლო სასწავლო პროგრამის შემდგომი დახვეწის, პილოტირების და დანერგვის მიზნით. შემუშავდება ყველა ის საგანმანათლებლო მასალა, რომელიც საჭიროა ცხოვრების ჯანსაღი წესის სწავლებისთვის სტანდარტის შესაბამისად და მოხდება მისი სკოლის სასწავლო პროგრამაში ინტეგრირება ისე, რომ 2030 წლისთვის ყველა სკოლაში (და ასევე, პროფესიულ სასწავლებლებშიც) ხდებოდეს აღნიშნული პროგრამის დანერგვა.

• საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ ითანამშრომლებენ საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან სკოლის ექიმების კვალიფიკაციის ასამაღლებლად სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში მათი სწავლების მხარდაჭერით სფეროში აკრედიტებული სასწავლო პროგრამის მიხედვით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შექმნის ხელსაყრელ გარემოს ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ჩასართავად.

ბ) სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ ახალგაზრდების სწავლების ხელშეწყობა

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

• საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ პრიორიტეტად განიხილავს და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან თანამშრომლობით დაიწყებს საინფორმაციო კამპანიებს ახალგაზრდებისთვის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა საკითხზე ახალი (სოციალური) მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების, სატელეკომუნიკაციო (მობილური აპლიკაციები) და ინტერაქტიული ვებ-პლატფორმების გამოყენებით.

• დარგთაშორისი თანამშრომლობით, სამოქალაქო საზოგადოებისთვის და მშობლებისთვის შემუშავდება და განხორციელდება საგანმანათლებლო აქტივობები იმ საკითხებზე, რომლებიც უნდა მიეწოდოს მათ შვილებს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.

ამოცანა 7: 2030 წლისთვის ახალგაზრდებს ექნებათ სრული წვდომა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებებზე

ა) ახალგაზრდებისთვის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების



მიწოდება ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი ფორმით

პრიორიტეტული ინტერვენციები:

პირველადი ჯანდაცვის რგოლებში სპეციალური ფუნქციის – ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდების – ინტეგრირება და მათ განვითარებაში ახალგაზრდების (განსაკუთრებით, თანატოლი ინსტრუქტორების) ჩართვა.

საპილოტე პროექტის სახით, ერთ ან ორ დიდ უმაღლეს სასწავლებელში ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინფორმაციული და სერვისცენტრის შექმნის შესაძლებლობის შესწავლა და ცენტრის მიერ არსებული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შესაძლებლობის შეფასება.

ახალგაზრდების ინფორმირება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებებთან დაკავშირებულ საკითხებზე სკოლებში, ახალგაზრდულ კლუბებში და ა.შ. ცხელი ხაზის ამოქმედება – მათი მუშაობა უფრო მიზანშეწონილია ქალაქებში, სადაც მოზარდებს შეუძლიათ ინფორმაციის მოპოვება და კონსულტაციის მიღება.

ქვემოთ ცხრილში მოცემულია შედეგების ინდიკატორები და სამიზნეები. აღნიშნული ინდიკატორები გამოყენებული იქნება საბოლოო შედეგების შესაფასებლად განხორციელების პერიოდში.

მიზნები და მათთან დაკავშირებული შედეგების ინდიკატორები	საბაზისო 2015*	სამიზნე 2030
ახალგაზრდებს ექნებათ ასაკის შესაბამისი განათლება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში		
იმ მოზარდების პროცენტული წილი, რომლებსაც სკოლაში ჩაუტარდათ სწავლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ (მათ შორის, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ)	0%	90%
ახალგაზრდებს ექნებათ სრული წვდომა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებებზე		
15-24 წლის ახალგაზრდების პროცენტული წილი, რომლებმაც იციან, რომ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება შეუძლიათ მიიღონ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში	უმნიშვნელო	90%
მოზარდთა შობადობის მაჩვენებელი - 15-19 წლის ყოველ 1000 ქალზე	48.6	< 20

* 2015 წლის უკანასკნელი ხელმისაწვდომი მონაცემები

5. განხორციელებისა და მართვის მექანიზმები

წინამდებარე სტრატეგიის წარმატებული დანერგვისთვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო არა მხოლოდ ზედამხედველობას გაუწევს მის განხორციელებას, არამედ სხვა პარტნიორებთან ადვოკატირებით, კოორდინირებით, თანამშრომლობითა და მოლაპარაკებით შეეცდება იმ ამოცანების შესრულებას, რომლებიც არ წარმოადგენს მის უშუალო პასუხისმგებლობას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებულია, ზედამხედველობა გაუწიოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის ქმედით და ეფექტიან განხორციელებას მმართველობის შემდეგი ფუნქციების საშუალებით: (1) ადგილობრივი და საერთაშორისო დაინტერესებული მხარეების მხრიდან სამიზნეების მიღწევის უზრუნველყოფისათვის განხორციელების მართვა, კოორდინირება და მონიტორინგი (2) რესურსების მობილიზება, მონიტორინგი და მათი ეფექტიანი გამოყენების უზრუნველყოფა; (3) ხელშემწყობი პოლიტიკის, კანონებისა და რეგულაციების შემუშავება და მიღება; (4) პროგრამისა და მომსახურებების მიწოდების გაიდლაინების/პროტოკოლებისა და სტანდარტების შემუშავება; და (5) სტრატეგიითა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ძირითადი ინტერვენციების განხორციელება და მათი შესრულების მონიტორინგი.

მიმდინარე სტრატეგია განხორციელდება დაინტერესებული მხარეების ფართო, მრავალდარგობრივი



ჯგუფის მიერ, რომელშიც შედიან შესაბამისი სამინისტროები და სააგენტოები, პარტნიორები, სამოქალაქო საზოგადოება, პროფესიული ასოციაციები და კერძო სექტორი. ამიტომ, პრაქტიკული თვალსაზრისით, განხორციელება მოითხოვს მრავალსექტორული და დეცენტრალიზებული მიდგომების გამოყენებას ეროვნული ძალისხმევის კოორდინირებასა და მართვაში.

განხორციელებისა და განვითარების საკითხებში პარტნიორები იმოქმედებენ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს ეგიდით. აღნიშნული საბჭო შეასრულებს საკონსულტაციო და სარეკომენდაციო ფუნქციას სამინისტროსა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის და ხელს შეუწყობს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგიის ეფექტიან განხორციელებას, უზრუნველყოფს ფორუმს დაინტერესებული მხარეებისთვის, რათა მათ შეძლონ ინფორმაციისა და ტექნიკური სიახლეების გაზიარება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო მოიზიდავს წარმომადგენლებს მთავრობიდან, სამოქალაქო საზოგადოებიდან/არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან, განვითარების საკითხებში პარტნიორებისგან და კერძო სექტორიდან.

ღონისძიებების დუბლირების თავიდან ასაცილებლად, რესურსების ეფექტიანი გამოყენების გასაძლიერებლად, მიღებულ შედეგებზე დასაკვირვებლად და ცოდნის გაზიარების ხელშესაწყობად საჭიროა მჭიდრო და აქტიური კოორდინაციის ჩარჩო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან და მის სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირებთან: (ა) სსიპ - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების წარმოებისათვის საჭირო პირობებისა და სტანდარტების შეფასება; კონტრაცეფციული საშუალებების ხარისხი, უსაფრთხოება და ეფექტიანობა მათი წარმოების, იმპორტის, განაწილებისა და გამოყენების რეგულირებით; (ბ) სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო, რომელმაც უნდა მოახდინოს ჩასახვამდე, ანტენატალურ, პერინატალურ და პოსტნატალურ პერიოდებში საჭირო სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით; (გ) სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კომუნიკაციის და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვის ხელშეწყობა; რეპროდუქციული ასაკის ქალების ძირითადი სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდება, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგისა და შეფასებისთვის.

სტრატეგიის განხორციელებისათვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მოახდენს საქმიანობის აქტიურ კოორდინირებას საქართველოს მთავრობის ადმინისტრაციასთან და საქართველოს პარლამენტთან. პროფილური სამინისტროები და უწყებები, ასევე, ხელს შეუწყობენ შედეგების მიღწევას მათი მანდატების შესაბამისად. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო დაეხმარება და ტექნიკურ მხარდაჭერას გაუწევს სტრატეგიის შესრულებაში ჩართულ სამინისტროებს, რათა მათ დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვა ოჯახის დაგეგმვა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა განიხილონ თავიანთ ძირითად ფუნქციებს შორის.

მიზანმიმართული ძალისხმევა უნდა წარიმართოს სამოქმედო გეგმის ღონისძიებების დარგობრივი გეგმებისა და ბიუჯეტის ძირითად მიმართულებებში ასახვად, რათა გამოიყოს რესურსები შესაბამის სექტორებში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვისა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო იმუშავებს პარტნიორებთან, რათა ტექნიკური დახმარება გაუწიოს ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის შედეგებისა და აქტივობების ადგილობრივ დონეზე მისაღებად და შესასრულებლად.

გაეროს სააგენტოები და სხვა დონორი ორგანიზაციები, ასევე, განიხილებიან სტრატეგიის წარმატებული განხორციელების მნიშვნელოვან მხარეებად, რომლებიც ხელს შეუწყობენ პროცესს საჭირო ფინანსური რესურსებითა და ტექნიკური გამოცდილებით. სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები, ასევე, შეავსებენ საჯარო სექტორს მომსახურებების მიწოდებით დაწესებულებების დონეზე, მოახდენენ რესურსების მობილიზებას და შეასრულებენ მაკონტროლებლის როლს სოციალური ანგარიშვალდებულებისა და პასუხისმგებლობის უზრუნველსაყოფად.

ანალოგიურად, წარმატების მისაღწევად საჭიროა პარტნიორობა მედიასთან, რელიგიურ ლიდერებთან



და კერძო სექტორთან. იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერების 90%-ზე მეტი საქართველოში კერძო მფლობელობაშია, ამ უკანასკნელებთან თანამშრომლობა უადრესად მნიშვნელოვანი იქნება სამედიცინო მომსახურების ეროვნული სტანდარტების დასაცავად. გარდა ამისა, კერძო სექტორი განსაკუთრებით ჩართული უნდა იყოს მედიკამენტებისა და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების მოწოდებაში. სტრატეგია მოიცავს კერძო პროვაიდერების შესაძლებლობების გაძლიერებასა და გაფართოებას, რათა ისინი ქმედითი სახით ჩაერთონ საჯარო და კერძო სექტორებს შორის პარტნიორობაში და განახორციელონ დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვისა და ოჯახის დაგეგმვის ინტერვენციების არსებითი პაკეტი.

6. რისკების შეფასება

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის შემუშავებისას მის წარმატებასთან დაკავშირებით გაკეთებული იქნა შემდეგი ძირითადი დაშვებები:

- პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური სტაბილურობა.
- საჯარო, კერძო და სამოქალაქო სექტორების განზრახვა, განახორციელონ პოზიტიური ცვლილებები, რათა მიიღონ ახალი პოლიტიკა და მოხდეს წარმატებული ინიციატივების ინსტიტუციონალიზაცია, რაც ემსახურება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის გაუმჯობესებას.
- ამ სფეროში მომუშავე ადამიანების მიერ გადაწყვეტილების მიღებისა და მხარდამჭერი პოლიტიკისთვის სამეცნიერო კვლევებისა და მონაცემების მნიშვნელობის სწორი აღქმა და გაცნობიერება.
- კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის დასაქმების უწყვეტობა/ადგილებზე შენარჩუნება და ფინანსური რესურსების ხელმისაწვდომობა.

გარდა ამისა, გამოვლინდა გარკვეული რისკები, რომლებმაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ განხორციელების პროცესზე, კერძოდ:

- ქვეყანაში ეკონომიკური და პოლიტიკური სიტუაციის ცვლილება.
- გამოყოფილი ფინანსური და ადამიანური რესურსების ნაკლებობა და დონორებზე დაყრდნობა.
- გადაწყვეტილების მიმღები პირების მიერ მოტივაციისა და სათანადო დამოკიდებულების დაკარგვა, გადაწყვეტილების მიმღები პირების ცვლილება.
- ცვლილებების მიმართ წინააღმდეგობა, ქცევისა და დამოკიდებულებების შენელებული ცვლილებები პროვაიდერებში, მომხმარებლებსა და საზოგადოებაში.
- ცნობიერების ამაღლების პროგრამების მაღალი ღირებულება, განსაკუთრებით იმ პროგრამებისა, რომლებშიც საინფორმაციო მასალები გამოიყენება.

7. მონიტორინგი და შეფასება

წინამდებარე სტრატეგიის წარმატება დამოკიდებულია ინდიკატორების რეგულარულ მონიტორინგზე, რათა გაიზომოს ინტერვენციების გატარების შედეგად მიღწეული პროგრესი და მიღებული შედეგები. აღნიშნული სტრატეგიის მონიტორინგსა და შეფასებას განახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, როგორც რეგულარული კონტროლის, ასევე პერიოდული კვლევების საშუალებით.

განხორციელებაში ჩართულმა ყველა პარტნიორმა უნდა შეაგროვოს ინფორმაცია მის მიერ შესრულებული სამუშაოების შესაბამის ინდიკატორებზე. ინფორმაცია წარმოდგენილი უნდა იქნეს იმ გრაფიკითა და ფორმატით, რომელიც სტანდარტიზებული იქნება მონაცემების შეგროვების, ანალიზისა და მართვის ერთგვაროვნების მიზნით. მონიტორინგის მონაცემები მოიცავს უფრო დაზუსტებულ ინდიკატორებს პროცესისა და შუალედური შედეგის გასაზომად (განსაზღვრულია სამოქმედო გეგმაში). პოპულაციური კვლევები, რომლებიც ჩატარდება სტრატეგიის განხორციელების პერიოდში (მაგ. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა), მოიცავს შუალედური და საბოლოო შედეგის



ინდიკატორებს (აღნიშნულია ზემოთ), როდესაც ეს შესაძლებელი იქნება. თუ გაჩნდება სტრატეგიასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი კითხვა, რომელზეც მონიტორინგი და კვლევები ვერ პასუხობს, შეიძლება ჩატარდეს ოპერაციული კვლევა. გამოყენებული იქნება აგრეთვე საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატის) მიმდინარე და დაგეგმილი ეროვნული კვლევების შედეგები შუალედური შედეგების ზოგიერთი ინდიკატორის გასაზომად.

მონაცემები ამ წყაროებიდან უკუკავშირის სახით მიეწოდება შესაბამის დონეებზე – როგორც სამედიცინო დაწესებულებების, ისე ეროვნულ დონეებზე, რათა მოხდეს მათი გამოყენება რეგულარულ ანგარიშებში, ხარისხის უზრუნველყოფისა და დაგეგმვის საქმიანობებში (მაგ. შემდეგი სამუშაო გეგმის მომზადებაში). ამ თვალსაზრისით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ასევე გადახედავს და გააძლიერებს ჯანდაცვის ყველა დონეზე უკუკავშირის უზრუნველყოფის სისტემას და განსაკუთრებულ ყურადღებას დაუთმობს მისი ქმედითობის გაუმჯობესებას.

შეფასება ნებისმიერი პროგრამის განხორციელებისა და მართვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. საჭიროების შემთხვევაში, მოხდება სტრატეგიის შეფასება და მისი შესწორება შემდეგნაირად:

1. ინდიკატორების/შუალედური შედეგების წლიური მიმოხილვა: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მოაწილებს ერთობლივ შეხვედრას დასახულ სამიზნეებთან მიმართებაში სტრატეგიის განხორციელების პროგრესის შესაფასებლად და მომავალი პერიოდის პრიორიტეტების შესათანხმებლად. მსგავსი შეხვედრები ითამაშებს ძირითად როლს, გეგმის განხორციელებისა და შუალედური და საბოლოო შედეგების შეფასებაში, ასევე რეკომენდაციების მომზადებაში შემდეგი წლიური სამუშაო ან გრძელვადიანი სტრატეგიული დაგეგმვისთვის.

2. სტრატეგიის შუალედური მიმოხილვა: სტრატეგიის შეფასება მოხდება მისი განხორციელების (2017-2030 წ.წ.) შუა პერიოდში, 2025 წელს, შედეგები და რეკომენდაციები გამოყენებული იქნება ინტერვენციებში ცვლილებების შესატანად, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში – სტრატეგიის გადასახედად.

3. საბოლოო შეფასება: ჩატარდება შემდეგი სტრატეგიისთვის მზადების დაწყებამდე, რათა მასში გათვალისწინებული იყოს მიღებული გამოცდილება.

აღნიშნული ნაბიჯები იქნება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების საფუძველი, რათა უზრუნველყოფილი იყოს განხორციელებული ძალისხმევების შესაბამისობა გეგმასთან და მიღწეული შედეგების შესაბამისობა დასახულ სამიზნეებთან.

8. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა

8.1. შესავალი

საქართველოში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის არსებითად გაუმჯობესების მიზნით, შემუშავებულ იქნა გრძელვადიანი ეროვნული სტრატეგია (2017-2030) და მისი განხორციელების მოკლევადიანი სამოქმედო გეგმა 2017-2019 წლებისთვის. ვინაიდან, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 60% ნეონატალურ შემთხვევებზე მოდის, სტრატეგია, უმეტეს წილად, მიმართულია ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ოჯახის დაგეგმვის ხარისხიანი სერვისების მიწოდება და ასევე ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. სწორედ ამიტომ, აღნიშნულმა მიმართულებებმა ასახვა ჰპოვა სტრატეგიულ დოკუმენტსა და სამოქმედო გეგმაში.

სამოქმედო გეგმაში ასახულია მოკლევადიანი მიზნები, ინტერვენციები, სამიზნეები და ასევე მათი განხორციელების ხარჯები. იგი შესაბამისობაშია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 2014-2020 წლების სახელმწიფო კონცეფციასთან, რომელიც მოიცავს ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ფუნდამენტურ პრინციპებს და მორგებულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, რომელიც ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების საყრდენს წარმოადგენს და პრიორიტეტს ანიჭებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას.



სამოქმედო გეგმა მორგებულია ქვეყნის კონტექსტზე და ასახავს ყველაზე გადაუდებელ საჭიროებებს. იგი ჰარმონიზებულია საერთაშორისო სტრატეგიულ დოკუმენტებთან, როგორცაა გაეროს „მდგრადი განვითარების მიზნები და ამოცანები“ (2015) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ევროპის „სამოქმედო გეგმა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარებისთვის“ (2017-2021).

სამოქმედო გეგმის შემუშავებისას გათვალისწინებულ იქნა სხვა მნიშვნელოვანი საერთაშორისო შეთანხმებები და ჩარჩოები/სტრატეგიები: მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამა (1994); ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენციის მოხსენება (1995); ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგია (2004); ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიუროს ანგარიში – „ჯანმრთელობა 2019“; და ბოლოს, ქალების, ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გლობალური სტრატეგია, 2017-2030 (2015).

ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა წარმოადგენს გზამკვლევს მთავრობისთვის და ყველა დაინერესებული მხარისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის, ოჯახის დაგეგმვისა და ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროებში პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების საქმეში.

სამოქმედო გეგმაში დეტალურად არის ჩამოყალიბებული მონიტორინგისა და მიღწეული პროგრესის შეფასების ინდიკატორები, ხოლო როდესაც შესაძლებელი და მიზანშეწონილია, მოცემულია კონკრეტული სამინიშნები, რომელთა მიღწევაც დაგეგმილია სამოქმედო გეგმის დასრულებისთვის. ყველაზე მნიშვნელოვანი ინდიკატორებია: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, კონტრაცეპციის გავრცელების დონე, ხელოვნური აბორტის ჯამური კოეფიციენტი, ოჯახის დაგეგმვაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება და მოზარდთა შობადობის მაჩვენებელი და ა.შ.

8.2. სახელმძღვანელო პრინციპები

ზემოთ ჩამოთვლილი საერთაშორისო შეთანხმებებსა და სტრატეგიული დოკუმენტებში ხაზგასმულია ინტერვენციების ხარისხთან და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული პრინციპების მნიშვნელობა. ეს პრინციპებია:

- ადამიანის უფლებები (მათ შორის ჯანმრთელობის უფლება, დისკრიმინაციის არარსებობა, გენდერული თანასწორობა, სოლიდარობა, სოციალური სამართლიანობა და სხვ.).
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, შედეგებზე ორიენტირებული, ხელმისაწვდომი, მაღალი ხარისხის მომსახურება.
- პაციენტზე ორიენტირებული, ხელმისაწვდომი, მაღალი ხარისხის უწყვეტი მომსახურება.
- მომსახურების ხარისხისა და თანასწორობის გაუმჯობესების მიზნით, ინტერსექტორული თანამშრომლობისა და ანგარიშვალდებულების უზრუნველყოფა.
- მეტი აქცენტი პრევენციაზე, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდაზე, საზოგადოების ჩართულობაზე, მათი უფლებებისა და შესაძლებლობების გაფართოებაზე.

8.3. ხედვა, მიზანი და სტრატეგიული ამოცანები

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2019 წლების წინამდებარე სამოქმედო გეგმის (და მასთან დაკავშირებული გრძელვადიანი სტრატეგიის) ხედვაა დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის, მკვდრადშობადობის თავიდან აცილებადი შემთხვევების აღმოფხვრა; ყველა ბავშვი იქნება სასურველი და შესაძლებელი გახდება ყველა არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება.

სტრატეგიის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის



მიზნით; ისევე, როგორც მათთან უშუალოდ დაკავშირებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს გაძლიერება და მაღალი ხარისხის სერვისებზე უნივერსალური/საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

8.4. სტრატეგიული ამოცანები

სამოქმედო გეგმაში მოკლედ არის ჩამოყალიბებული მიმართულებები, მიდგომები და კონკრეტული პრიორიტეტული ინტერვენციები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს 2020 წლისთვის და რომლებიც საჭიროა დასახული მიზნის მისაღწევად. სამოქმედო გეგმა მოიცავს სამ მიმართულებას და შემდეგ ამოცანებს:

1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

· *ამოცანა 1:* 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზრდება ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდელ, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობისშემდგომ მომსახურებაზე და გაფართოვდება ამ მომსახურებების გამოყენება.

· *ამოცანა 2:* 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდება, მოხდება სერვისების ინტეგრაცია და სტანდარტიზაცია.

· *ამოცანა 3:* 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

2. ოჯახის დაგეგმვა და ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

· *ამოცანა 4:* 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის.

საგანგებოდ უნდა აღინიშნოს, რომ სამოქმედო გეგმაში მოცემული კომბინირებული ინტერვენციების ჩამონათვალი მხოლოდ ნაწილობრივ შეუწყობს ხელს სტრატეგიით გათვალისწინებული გრძელვადიანი (2030 წლის) ამოცანების შესრულებას. აღნიშნული გრძელვადიანი ამოცანების შესრულება მოითხოვს 2020-2030 წლებში დამატებითი ინტერვენციების განხორციელებას. ამიტომ დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2030 წლის სტრატეგიის ზოგიერთი ინტერვენცია არ შედის ამ სამოქმედო გეგმაში; ზოგიერთი ინტერვენცია შეიძლება ამ 3-წლიანი სამოქმედო გეგმის ფარგლებში დაიწყოს, მაგრამ არ დასრულდეს; ზოგი კი შეიძლება დაიწყოს და დასრულდეს.

ზემოთ აღნიშნული ამოცანების შესრულება მოითხოვს ზომების გატარებას და ინტერვენციების განხორციელებას სხვადასხვა სისტემურ დონეზე და სხვადასხვა მიდგომის გამოყენებით. ძირითადი სტრატეგიული ქმედებები შემდეგ სფეროებში განხორციელდება:

1. ხელმძღვანელობა და მმართველობა
2. მომსახურების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა
3. ადამიანური რესურსები
4. ჯანდაცვის დაფინანსება
5. ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემა
6. საზოგადოების ცნობიერება.

8.5. 2020 და 2030 წლებისთვის მისაღწევი სამიზნეები

ვინაიდან წინამდებარე სამოქმედო გეგმა მოიცავს მხოლოდ პირველ ნაბიჯებს იმ გრძელვადიანი



ამოცანების შესასრულებლად, რომლებიც სტრატეგიაშია განსაზღვრული, ძირითადი სამიზნეები მოცემულია 2020 და 2030 წლებისათვის.

- დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება ახლანდელი 32-დან ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე **25-მდე 2020 წელს**, და 12-მდე 2030 წელს.
- ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება ახლანდელი 6,1-დან ყოველ 1,000 ცოცხალშობილზე **6-ის ქვემოთ 2020 წელს**, და 5-მდე 2030 წელს.
- ოჯახის დაგეგმვაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების შემცირება ახლანდელი 30,5%-დან **25%-მდე 2020 წელს**, და 15%-მდე 2030 წელს.
- ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტის (აბორტების საშუალო რაოდენობა ქალის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში) შემცირება ახლანდელი 1,6-დან **1,3-მდე 2020 წელს**, და 0,5-ზე ქვემოთ 2030 წელს.
- მოზარდთა შობადობის მაჩვენებლის შემცირება ახლანდელი 48.6-დან 15-19 წლის ყოველ 1,000 ქალზე **40-ზე ქვემოთ 2020 წელს**, და 20-ზე ქვემოთ 2030 წელს.

8.6. დაინტერესებული მხარეების პასუხისმგებლობები და ფუნქციები

წინამდებარე სამოქმედო გეგმის განხორციელება მოითხოვს სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის ერთობლივ ძალისხმევას. ქვემოთ ჩამოთვლილია ზოგიერთი მათგანი:

- საქართველოს მთავრობა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სხვა სამინისტროები, საქართველოს პარლამენტი, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო;
- არასამთავრობო ორგანიზაციები;
- პროფესიული ასოციაციები;
- სამეცნიერო-კვლევითი და სასწავლო დაწესებულებები;
- მედიასაშუალებები;
- კერძო სექტორი;
- საერთაშორისო დონორები.

8.7. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებთან დაფინანსება

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის ღონისძიებების დაფინანსებისათვის საჭირო თანხის მოცულობა შეადგენს 28,123,440 ლარს (დეტალური ინფორმაცია იხილეთ ქვეთავში 8.8.). სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრებით მოხდება პრიორიტეტული მიმართულებების 82%-ის დაფინანსება, რაც შეადგენს 23,158,225 ლარს სამი წლის განმავლობაში.



დონორი ორგანიზაციების მიერ გამოყოფილი თანხებით იფარება საჭიროებათა მხოლოდ 8%. სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად საჭირო დეფიციტი 10%-ია და 2017-2019 წლებში სულ 2,676,000 ლარს წარმოადგენს.

8.8. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების ღონისძიებები 2017-2019 წლებისთვის

<p>ამოცანა 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზარდეს ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და მათი საჭიროებების შესაბამის ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებზე და გაფართოვდება ამ მომსახურებების გამოყენება.</p>					
<p>საბოლოო შედეგი 1: ქალები და ახალშობილები იყენებენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებს</p>					
<p>ინდიკატორები:</p>					
<p>1. იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს ჩასახვამდელი ზრუნვის სერვისები</p>					
<p>საბაზისო: N/A%; სამიზნე: 30%</p>					
<p>2. იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ მინიმუმ ერთ ან მეტ ანტენატალურ ვიზიტზე</p>					
<p>საბაზისო: 92%; სამიზნე: ≥ 95%</p>					
<p>3. იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც განახორციელეს მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობიდან 6 კვირის ფარგლებში</p>					
<p>საბაზისო: N/A ; სამიზნე: ≥ 60%</p>					
<p>4. იმ ახალშობილების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს პედიატრის კონსულტაცია სამშობიაროდან გაწერიდან პირველი კვირის განმავლობაში</p>					
<p>საბაზისო: N/A სამიზნე: ≥90%</p>					
<p>5. რეპროდუქციულ/ოჯახის დაგეგმვის, დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის (RMNCAH) სერვისებზე ჯიბიდან გაწეული დანახარჯების პროცენტული წილი, ჯიბიდან გადახდების საერთო ოდენობიდან.</p>					
<p>საბაზისო: 5.8%; სამიზნე: 4.8%</p>					

შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგის ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი, (ლარი)
	<p>1. დამტკიცებულია საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა</p> <p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: დიახ</p>	<p>1.1.1. 2017-2030 წლების დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის და 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცება.</p> <p>1.1.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმისთვის ტექნიკური დანხმარების, რესურსებით ხელშეწყობისა და სოციალური თანადგომის მოპოვების მიზნით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ადვოკატირების ინსტრუმენტების შემუშავება და გამოყენება პარლამენტის წევრებისთვის, ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის.</p> <p>1.1.3. დედათა და ბავშვთა დაცვისა და მათი უფლებების მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩოს გადახედვა.</p> <p>1.1.4. თანამშრომლობაზე დამყარებული პარტნიორული ურთიერთობებისა და ანგარიშვალდებულების გაძლიერება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით:</p> <p>1.1.4.1. შესაბამისი სამთავრობო უწყებების, ადგილობრივი ხელისუფლების და სამოქალაქო საზოგადოების ჩართვა სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში;</p> <p>1.1.4.2. ყველა პარტნიორის ორიენტირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიაზე, შესაბამისი ქმედებების შესახებ ცნობიერების ამაღლება დაინტერესებული მხარეების ფართო ჩართულობით ანგარიშვალდებულების პროცესში;</p> <p>1.1.4.2. ყველა პარტნიორის ორიენტირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიაზე, შესაბამისი ქმედებების შესახებ ცნობიერების ამაღლება დაინტერესებული მხარეების ფართო ჩართულობით ანგარიშვალდებულების პროცესში;</p> <p>1.1.4.3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს როლისა და პასუხისმგებლობის გაზრდა სექტორთა/უწყებათაშორისი კოორდინაციისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესების საქმეში; სამოქმედო</p>			<p>1000</p> <p>13750</p>



<p>1.1. ჩამოყალიბებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის ეროვნული სტრატეგიის დანერგვისათვის საჭირო გარემოს ხელშეწყობი მექანიზმები</p>	<p>2. სამიზნე აუდიტორიასთან ჩატარებული ადვოკატირების შეხვედრების რაოდენობა</p> <p>საბაზისო: არც ერთი</p> <p>სამიზნე: 10</p>	<p>გეგმის აქტივობების დაგეგვაში, განხორციელებაში, მონიტორინგსა და შეფასებაში;</p> <p>1.1.4.4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის, როგორც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოს, შესაძლებლობების გაძლიერება;</p> <p>1.1.4.5. სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ წლიური ანგარიშის გამოქვეყნება და შესაბამისი დაინტერესებული მხარეებისა და ფართო საზოგადოებისთვის მისი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.</p> <p>1.1.5. რესურსების გამოყოფა სამოქმედო გეგმის განხორციელებისთვის:</p> <p>1.1.5.1. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების სისტემის შექმნა/განახლება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის ხარჯების მონაცემთა რეგულარული მონიტორინგისა და შესაბამისი ანგარიშების მომზადებისთვის.</p> <p>1.1.6. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მინიმალური პაკეტის ჩართვა</p> <p>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დროს მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში.</p>	<p>საქართველოს მთავრობა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სმუსდს)</p> <p>UNICEF</p> <p>GFAIM</p>	<p>2017-2019</p>	<p>112500</p>
--	---	--	---	------------------	---------------



	<p>3. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველადი მომსახურების მინიმალური პაკეტი ჩართულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დროს მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში.</p> <p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: დიას</p>				
შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგის ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
<p>1.2. შემუშავებული და დანერგილია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მაღალი ხარისხის მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული გეოგრაფიული, სოციალურ-კულტურული და ფინანსური ბარიერების შემცირების მექანიზმები</p>	<p>1. ჩატარებული სპეციალური კვლევების რაოდენობა</p> <p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: სულ მცირე ერთი</p>	<p>1.2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი ხარისხის მომსახურების უზრუნველსაყოფად ეფექტიანი ინტერვენციების განხორციელების ძირითადი გამოწვევების ანალიზი (სულ მცირე ერთი სპეციალური კვლევა).</p>	<p>სშკსდს</p> <p>სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ (დკსჯეც)</p>	2017-2019	7000
	<p>2. იმ ქალებისა და ახალშობილების რაოდენობა (პროცენტული), რომლებსაც ბინაზე აქვთ მიღებული ჯანდაცვის მომსახურებები (ანტენატალური, მშობიარობის შემდგომი, პოსტნატალური)</p> <p>საბაზისო: N/A</p>	<p>1.2.2. ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების როლის გაძლიერებით, პრევენციული, ანტენატალური, მშობიარობისთვის მოსამზადებელი, მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის და ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების საქმეში, განსაკუთრებით სოფლად/მწედად მისადგომ ადგილებში:</p> <p>UNICEF</p>	<p>1.2.2.1. ეფექტიანი სასწავლო პროგრამებისა და საზედამხედველო მექანიზმების შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების განხორციელებლად;</p> <p>1.2.2.2. ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების რეგისტრის შემუშავება და დანერგვა;</p>	<p>სშკსდს</p> <p>დკსჯეც</p>	2017-2019



	სამიზნე: 10 %	1.2.2.3. ბინაზე ვიზიტების განსახორციელებლად პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოტივირება სამეზობრო და სატრანსპორტო შედეგებით.			
--	---------------	---	--	--	--

შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგის ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
1.3. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით შემუშავებული და დანერგულია თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის მექანიზმები	1. სამიზნე აუდიტორიასთან გამართული საორიენტაციო შეხვედრების რაოდენობა	1.3.1. ადგილობრივ ხელისუფლებასთან მუშაობა მათი მონაწილეობის უზრუნველყოფის მიზნით.	სშკსდს დკსჯკმ	2017-2019	3125
	საბაზისო: არცერთი სამიზნე: 11	1.3.2. საზოგადოების ორიენტირება და ინფორმირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, და ოჯახებსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის კავშირების გაძლიერებაზე: 1.3.2.1. ცნობიერების ამაღლებაზე მიმართული შეხვედრების ჩატარება ადგილობრივ თვითმმართველობის და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის მუშაკებთან და რელიგიურ ლიდერებთან პრიორიტეტული პრობლემების გამოსავლენად და ადგილობრივ დონეზე მათი გადაწყვეტის საშუალებების მისაგნებად.			15000

ამოცანა 2: 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესდება და მოხდება მათი სტანდარტიზაცია ამ მომსახურების სრული ინტეგრაციის პარალელურად.

საბოლოო შედეგი 2: დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესებული და სტანდარტიზებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ინდიკატორების მიხედვით, რომლებიც ჩართულია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში.

ინდიკატორები:

1. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც პირველი ანტენატალური ვიზიტი განხორციელებული აქვთ გესტაციის 12 კვირამდე

საბაზისო: 92%; სამიზნე: ≥95%

2. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც ორსულობის პერიოდში იღებენ რკინის/ფოლიუმის მკვების დანამატებს რეკომენდებული დოზით

საბაზისო: 22% (2016) ; სამიზნე: ≥95%

3. აივ-ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა ორსულ ქალებში (კლასიფიცირებული ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით)

საბაზისო:

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
სიხშირე (%)	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0

მრიცხველი: იმ ორსული ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე და აღმოჩნდნენ აივ-პოზიტიურები (მათ შორის იმ ქალებისა, ვინც უკვე იცოდა, რომ აივ-პოზიტიურია) და რომლებმაც ჩაატარეს ვიზიტი ანტენატალურ კლინიკებში.

მნიშვნელი: იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე ანტენატალურ კლინიკებში (მათ შორის იმ ქალებისა, ვინც უკვე იცოდა, რომ აივ-პოზიტიურია).

სამიზნე:

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
სიხშირე (%)	0.05	0	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	0	0

4. სიფილისის პრევალენტობა ორსულ ქალებში (კლასიფიცირებული ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით).



საბაზისო:

სიხშირე (%)	0.2
-------------	-----

დისაგრეგირებული მონაცემები არ არსებობს

მრიცხველი: იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება სივილისზე ანტენატალურ კლინიკებში და მიიღეს დადებითი პასუხი.

მნიშვნელი: იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება სივილისზე ანტენატალურ კლინიკებში.

სამიზნე:

სიხშირე (%)	0.1
-------------	-----

5. მშობიარობების პროცენტული წილი რისკის შესაბამისი [დონის სამშობიაროებში](#)

საბაზისო: N/A **სამიზნე:** ≥90%

6. დედათა სიკვდილიანობა კონკრეტული მიზეზით (ზეგავლენა)

საბაზისო: 57.9; **სამიზნე:** ≥90%

7. ნეონატალური სიკვდილიანობა კონკრეტული მიზეზით (ზეგავლენა)

საბაზისო: 98.1%; **სამიზნე:** 99%

ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები

8. თანდაყოლილი სივილისის შემთხვევების ინციდენტობა (მკვდრადშობილებში, ცოცხალშობილებში ან ნაყოფის დაკარგვისას გესტაციის 20 კვირაზე მეტ ასაკში ან 500გ-ზე ნაკლები წონის ნაყოფის სივილისზე დადებითი ტესტის მქონე დედებში, რომლებსაც არ ჩატარებიათ სივილისის სათანადო მკურნალობა) ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე (გავლენა)

საბაზისო: 26.4

მრიცხველი: თანდაყოლილი სივილისის დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა განსაზღვრულ წელს.

მნიშვნელი: ცოცხალშობილთა რაოდენობა

სამიზნე: ≤ 10 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე

9. პედიატრიული აივ-ინჟექცა/შიდის დედიდან შვილზე გადაცემის ახალი შემთხვევები ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე (გავლენა).

საბაზისო: 1.7 (2015 1 შემთხვევა).

სამიზნე: ≤ 1 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე.

10. საავადმყოფოებში ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, კლასიფიცირებული დაბადების წონის მიხედვით (გავლენა)

>4000 გ, 2500–3999 გ, 2000–2499 გ, 1500–1999 გ, 1000–1499 გ, <1000 გ

საბაზისო:

>4000 გ	2500–3999 გ	2000–2499	1500–1999 გ	1000–1499 გ	<1000 გ
0.7	1.1	1.8	2.3	178.6	662.7

სამიზნე:

>4000 გ	2500–3999 გ	1500–1999 გ	1000–1499 გ	<1000 გ
0.35	0.5	(20% შემცირება)	(15% შემცირება)	(5% შემცირება)

11. მშობიარობის დროს მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (გავლენა)

საბაზისო: 14%; **სამიზნე:** 11%

12. საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობების პროცენტული წილი, მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში

საბაზისო: 41.4%; **სამიზნე:** 31%

13. საკეისრო კვეთის სიხშირე დაბალი რისკის მქონე მშობიარეებში.



საბაზისო: N/A სამიზნე: 25%

14. დაზარდებისას დაბალი წონის პრევალენტობა ყველა ცოცხლადმობილზე.

საბაზისო: 6.1%; სამიზნე: 5% შემცირება

15. სამშობიაროდან გაწერისას ექსკლუზიურ მუშაზე მყოფი ახალშობილების პროცენტული წილი.

საბაზისო: 95%; სამიზნე: 98%

16. სამშობიაროში დაზარდებული და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანილი ახალშობილების პროცენტული წილი

საბაზისო: N/A სამიზნე: 18%

17. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც კმაყოფილები არიან მიღებული ანტენატალური მომსახურებით

საბაზისო: N/A სამიზნე: 80%

შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგის ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
		<p>2.1.1. ჩასახვამდელი მომსახურების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში:</p> <p>2.1.1.1. ჩასახვამდელი მომსახურების პუდ საბაზისო პაკეტში ინტეგრირების ფინანსური მექანიზმების გადახედვა.</p> <p>2.1.1.2. პუდ პროვაიდერების შესაძლებლობების გაძლიერება ჩასახვამდელი (მშობიარობამდელი) მოვლის უზრუნველსაყოფად (არაგადამდებ და გადამდებ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, ფოლიუმის მგავის და რკინის დანამატებით უზრუნველყოფა, კონსულტირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების უარყოფითი გავლენის შესახებ ორსულობის პერიოდში) ეროვნული სტრატეგიის ფარგლებში ჩატარებული ტრენინგების საშუალებით.</p>	<p>სმჯსდს</p> <p>სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო (სმს)</p> <p>დკსჯან</p>	2017-2019	217000
	<p>1. პირველადი ჯანდაცვის იმ დაწესებულებების პროცენტული წილი, რომლებიც ჩასახვამდელ სერვისებს აწვდიან როგორც საბაზისო მომსახურების პაკეტის ნაწილს.</p> <p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: 15%</p> <p>2. იმ დაწესებულებების პროცენტული წილი, რომლებიც ანტენატალურ სერვისებს აწვდიან რეგიონალიზაციის ფარგლებში მინიჭებული დონის შესაბამისად.</p> <p>საბაზისო: არ არის</p> <p>სამიზნე: ≥70%</p> <p>3. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობა და მიღებული აქვთ ანტენატალური პერიოდში კორტიკოსტეროიდები.</p> <p>საბაზისო: არ არის</p> <p>სამიზნე: ≥90%</p> <p>4. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტირების შედეგები ორსულობის პერიოდში, მშობიარობისას და მშობიარობის შემდეგ (72 საათში მშობიარობიდან), მათ შორის ორსული ქალების ადრე გამოვლენილი აივ სტატუსით.</p> <p>საბაზისო: 93.8%</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>2.1.2. ანტენატალური მომსახურების მინიმალური პაკეტის გადახედვა და განახლება იმ მიზნით, რომ ქალებმა მიიღონ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ვიზიტები და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ყველა ინტერვენცია, მათ შორის მოხდეს წინასწარ არსებული დაავადებების (არაგადამდები და გადამდები დაავადებების) გამოვლენა და მართვა, ორსულობის გართულებების დროული დადგენა და მკურნალობა, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა და დაავადებათა პრევენცია (სამიში ნიშნების ამოცნობა, სწორი კვება ფოლიუმის მგავის და რკინის დანამატებით, სარისკო ქცევის შეცვლა და სხვ.), მზადყოფნა მშობიარობისთვის</p> <p>2.1.3. ანტენატალური მომსახურების განახლებული პაკეტის დაფინანსების მექანიზმების გადახედვა.</p> <p>2.1.4. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მომზადებული ორსულობისა და ანტენატალური ზრუნვის ახალი გაიდლაინების ადაპტირებული სასწავლო ინტერენტმოდულების შემუშავება, დისტანციური ინტერნეტ-სწავლების მეთოდების დანერგვა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში.</p> <p>2.1.5. ეროვნულ დონეზე თანდაყოლილი სიფილისის და დედიდან ნაყოფზე აივ-ინფექციის გადაცემის აღმოფხვრის ინტეგრირებული გეგმის შემუშავება და დანერგვა.</p>	<p>სმჯსდს</p> <p>პროფესიული ასოციაციები</p> <p>სმს</p> <p>სსიპ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო“ (სსსრ)</p> <p>UNICEF</p> <p>UNFPA</p>		17302600
		2.1.5. ეროვნულ დონეზე თანდაყოლილი სიფილისისა და დედიდან ნაყოფზე აივ-ინფექციის გადაცემის აღმოფხვრის ინტეგრირებული გეგმის შემუშავება და დანერგვა.			1309500
	5. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი,				



<p>რომლებსაც ჩაუტარდათ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დედიდან ნაყოფზე ინფექციის გადაცემის რისკის შესამცირებლად</p> <p>საბაზისო: 95%</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p> <p>6. იმ ორსული ქალების წილი, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ტესტირება სიფილისზე პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე/მინიმუმ ერთხელ/ოდესმე.</p>	<p>საბაზისო: 93.4%</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>2.1.6. ანტენატალური მომსახურების მიწოდების სტრატეგიები:</p> <p>2.1.6.1. კრიტერიუმებისა და რეგულაციების შემუშავება ანტენატალური მომსახურების დონეებისთვის;</p> <p>2.1.6.2. არსებული ანტენატალური მომსახურებების შეფასება მომსახურების დონეებთან მიმართებაში;</p> <p>2.1.6.3. თითოეული დაწესებულებისთვის ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭება.</p>	<p>185500</p>	
<p>2.1. ორსულობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების გაძლიერება ჩასახვამდე, ანტენატალური, ინტრანატალური და მშობიარობის შემდგომი მოვლის სერვისებისა და მათი დამაკავშირებელი რეფერალური სისტემის ეფექტურობის ამაღლებით</p>	<p>საბაზისო: არ არის (ხელმისაწვდომი იქნება 2017 წლიდან).</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>2.1.7 პერინატალური სერვისის რეგიონალიზაციის პროექტის ინსტიტუციონალიზაცია და გაფართოება ქვეყნის მასშტაბით:</p> <p>2.1.7.1. პერინატალური სერვისის დაწესებულების ლიცენზირების/სანებართვო პირობების ჰარმონიზება პერინატალური სამსახურის დონეების მოთხოვნებთან;</p> <p>2.1.7.2. პერინატალურ რეგიონში დაწესებულებების საჭიროების შეფასება, რათა მიღწეული იქნეს რეგიონალიზაციის სტანდარტების შესაბამისი პერინატალური მომსახურების სასურველი/მიღწევადი დონე;</p> <p>2.1.7.3. დაწესებულების ადამიანური/ტექნიკური რესურსების გაძლიერება რეგიონალიზაციის პროექტით გათვალისწინებული პერინატალური მომსახურების მიწოდებაზე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად;</p>	<p>სმუხსდს</p> <p>სსსრს</p>	<p>287115</p>
<p>8. იმ პერინატალური რეგიონების რაოდენობა, რომლებშიც პერინატალური მომსახურების რეგიონალიზაცია ხორციელდება.</p> <p>საბაზისო: 2</p> <p>სამიზნე: 11</p>	<p>საბაზისო: არ არის (ხელმისაწვდომი იქნება 2017 წლიდან).</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>2.1.7.4. დაწესებულებებისთვის პერინატალური მომსახურების დონის მინიჭება;</p> <p>2.1.7.5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პერინატალური მომსახურების განხორციელების შესახებ დაწესებული მოთხოვნების დონის მინიჭებაში, მონიტორინგსა და შემდგომ სამეთვალყურეო ზედამხედველობაში ტრენინგების მეშვეობით;</p>	<p>პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>2017-2019</p>
<p>9. პერინატალური ზრუნვის იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც აწვდიან მომსახურებებს მინიჭებული სერვისის დონის მიხედვით</p> <p>საბაზისო: 18%</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>2.1.7.6. სერვისის მოწოდებელთა მონიტორინგი შერჩევითი კონტაქტების პირობების დაცვის და მინიჭებული დონის შესაბამისი სერვისების მიწოდების შეფასების მიზნით;</p> <p>2.1.7.7. დედათა და ახალშობილთა რეფერალის სისტემის ნორმებისა და რეგულაციების გადახედვა, შემუშავება და დამტკიცება;</p> <p>2.1.7.8. შემუშავებულ ნორმებთან და რეგულაციებთან დედათა და ახალშობილთა რეფერალის არსებული სისტემის შესაბამისობის მონიტორინგი;</p> <p>2.1.7.9. დედათა და ახალშობილთა ტრანსპორტირების საინფორმაციო სისტემის შექმნა.</p>	<p>UNICEF</p> <p>UNFPA</p> <p>World vision</p> <p>სხვა დონორები</p>	
<p>10. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებსაც დანერგილი აქვთ ელექტრონული ისტორიების ეროვნულ სისტემასთან ინტეგრირებული სისტემა.</p> <p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: ≥95%</p>	<p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>2.1.8. სამედიცინო დაწესებულებების ელექტრონული სამედიცინო ისტორიების სისტემების ინტეგრირება ეროვნულ სისტემაში, ამ გზით პაციენტების შესახებ ინფორმაციის გაცვლა და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება.</p>	<p>სმუხსდს</p> <p>სმს</p> <p>დკსჯეე</p> <p>UNFPA/UNICEF</p> <p>World Vision</p>	<p>2017-2019</p> <p>125000</p>
<p>11. აივ-ინფიცირებული ქალების მიერ დაზარებული ჩვილების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტი დაზარებულად 2 თვის განმავლობაში.</p> <p>საბაზისო: 100%</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>2.1.9. მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური ზრუნვის არსებული კაპეტის გადასწავლა და განახლება, რათა ხელი შეეწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას, დედათა და ახალშობილთა გართულებების გამოვლენას და სათანადო რეფერალს, ასევე უზრუნველყოფილი იყოს დღეგრძელობის და ავადმყოფი ახალშობილებისთვის დამატებითი, მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდება.</p>	<p>სმუხსდს</p> <p>სმს</p>	<p>2017-2019</p>
<p>12. აივ-ინფიცირებული დედების მიერ დაზარებული ჩვილების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩატარებული აქვთ დედიდან ნაყოფზე გადაცემის ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკა პირველი 6 კვირის განმავლობაში.</p> <p>საბაზისო: 100%</p> <p>სამიზნე: 100%</p> <p>13. სიფილისზე სეროდადებითი დედების მიერ დაზარებული ჩვილების პროცენტი, რომლებსაც დაზარებისა ჩაუტარდათ სეროლოგიური ტესტირება თანდაყოლილი სიფილისის დასადგენად.</p> <p>საბაზისო: არ არის</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>2.1.9. მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური ზრუნვის არსებული კაპეტის გადასწავლა და განახლება, რათა ხელი შეეწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას, დედათა და ახალშობილთა გართულებების გამოვლენას და სათანადო რეფერალს, ასევე უზრუნველყოფილი იყოს დღეგრძელობის და ავადმყოფი ახალშობილებისთვის დამატებითი, მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდება.</p>	<p>სმუხსდს</p> <p>სმს</p>	<p>2017-2019</p>



		<p>2.1.9.1. მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის დაფინანსების მექანიზმების გადახედვა;</p> <p>2.1.9.2. დღენაკლული და ნადრევი ახალშობილის მოვლის ადრეული ინტერვენციის პროგრამასთან კავშირის გაძლიერება.</p>	პროფესიული ასოციაციები		
		<p>2.1.10. ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშეწყობა, დახმარება და დაცვა:</p> <p>2.1.10.1. ძუძუთი კვების ხელშეწყობის შესახებ საქართველოს კანონის განხორციელების შეფასება;</p> <p>2.1.10.2. კანონის აღსრულების მექანიზმების შემუშავება და განხორციელება.</p>	<p>სშუსდს</p> <p>UNICEF</p> <p>დკსჯეგ</p>	2017-2019	19600
		<p>2.1.11. დედათა და ახალშობილთა მომსახურებისთვის განკუთვნილი მედიკამენტებზე, განსაკუთრებით ფოლიუმის მჟავაზე, რკინაზე, მიკროელემენტების დანამატებზე და სურფაქტანტებზე არსებული მოთხოვნების, მათი შექმნისა და მიწოდების პროგნოზირება.</p>	<p>სშუსდს</p> <p>მომსახურების მიწოდებლები</p>	2017-2019	1410100
შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგი ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
<p>2.2. შემუშავებული და განხორციელებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის ამაღლების ზომები პროცესის გაუმჯობესების, მარეგულირებელი და ანგარიშგების მექანიზმების უზრუნველყოფით როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.</p>	<p>1. იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც აგროვებენ მონაცემებს შერჩეული პერინატალური მომსახურების ხარისხის ინდიკატორებზე.</p> <p>საბაზისო: 0</p> <p>სამიზნე: 90%</p>	<p>2.2.1. ჩასახვამდელი, ანტენატალური, სამეანო და მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური მომსახურების გაიდაინებისა და პროტოკოლების პერიოდული გადახედვა და დამტკიცება.</p> <p>2.2.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის ინდიკატორების შემუშავება და დანერგვა:</p> <p>2.2.2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებათა ინდიკატორების ძირითადი პაკეტის შერჩევა;</p> <p>2.2.2.2. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის ინდიკატორებზე მონაცემების შესაგროვებლად;</p> <p>2.2.2.3. მონაცემთა ანალიზზე დაფუძნებული ანგარიშის მომზადება დაწესებულებების რეიტინგის შესახებ, და შედეგების შეტყობინება ყველა დაწესებულებისთვის, მათ შორის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდის საშუალებით.</p>	<p>სშუსდს</p> <p>პროფესიული ასოციაციები</p>	2017-2019	
	<p>2. იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც ატარებენ დედათა სიკვდილის/სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მდგარი შემთხვევების განხილვას/აუდიტს.</p> <p>საბაზისო: 6 (5%)</p> <p>სამიზნე: 40%</p>	<p>2.2.3. დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის შემთხვევების/სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მდგარი შემთხვევების აუდიტის პრაქტიკის სტანდარტიზაცია:</p> <p>2.2.3.1. სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შემუშავება და დანერგვა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერებში სამედიცინო ისტორიების აუდიტისთვის;</p> <p>2.2.3.2. აუდიტის შედეგებისა და რეკომენდაციების შეტყობინება პერინატალური დაწესებულებისთვის, და კარგი პრაქტიკების გავრცელება მათ შორის.</p>	<p>სშუსდს</p> <p>სმს</p> <p>დკსჯეგ</p>	2017-2019	
	<p>3. იმ დედათა და პერინატალური (ინსტიტუციური) სიკვდილის შემთხვევების პროცენტი, რომლებისთვისაც ჩატარდა სიკვდილის შემთხვევების აუდიტი.</p> <p>საბაზისო: 100%</p> <p>სამიზნე: 100%</p>	<p>2.2.3.1. სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შემუშავება და დანერგვა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერებში სამედიცინო ისტორიების აუდიტისთვის;</p> <p>2.2.3.2. აუდიტის შედეგებისა და რეკომენდაციების შეტყობინება პერინატალური დაწესებულებისთვის, და კარგი პრაქტიკების გავრცელება მათ შორის.</p>	<p>სშუსდს</p> <p>UNFPA</p> <p>პროფესიული ასოციაციები</p>	2017-2019	50000
შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგი ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
<p>2.3. შემუშავებულია პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობს კვალიფიკაციური ჯანდაცვის პერსონალის გენერირებას, შენარჩუნებას, საჭიროებისამებრ</p>	<p>საბაზისო: არა</p> <p>სამიზნე: დიას</p>	<p>2.3.1. პოლიტიკის შემუშავება შემდგომი ექიმების სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და რე-სერტიფიკაციების სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებით</p> <p>2.3.1.1. შესაბამისი რეგულაციების გადახედვა/შემუშავება და დამტკიცება, მათ შორის:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ძირითადი კომპეტენციების განახლება; • აკრედიტაციის კრიტერიუმების და უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) პოლიტიკის შემუშავება/გადახედვა; 	<p>სშუსდს</p>	2017-2019	



<p>გადანაწილებას და მოტივირებას.</p> <p>საბაზისო: 0</p> <p>სამიზნე: 3</p>	<p>2. დამტკიცებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო კურსის რაოდენობა.</p>	<p>• კრედიტ-ქულების სისტემის შემუშავება;</p> <p>• სავალდებულო უსგ-ს კომერციული მხარდაჭერის სტანდარტების შემუშავება/გადახედვა;</p> <p>• სავალდებულო უსგ-ს პროგრამის ადმინისტრირების მოთხოვნებისა და ინსტიტუციური მექანიზმების შემუშავება/გადახედვა.</p> <p>2.3.1.2. პროფესიული ასოციაციების მიერ სავალდებულო უსგ-ს კურსების შემუშავებისა და განხორციელების ხელშეწყობა.</p>	<p>სსსრს</p> <p>პროფესიული ასოციაციები</p>		
<p>შუალედური შედეგი</p>	<p>შუალედური შედეგი ინდიკატორი</p>	<p>აქტივობა</p>	<p>განმახორციელებელი უწყება</p>	<p>ვადები</p>	<p>ბიუჯეტი</p>
<p>2.4. დანერგილია ახალშობილთა მომსახურების დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმები.</p> <p>საბაზისო: 0</p> <p>სამიზნე: განსასაზღვრია</p>	<p>1. იმ ანტენატალური დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც ჩართულები არიან გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების (P4P: pay for performance) სისტემაში</p>	<p>2.4.1. გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) შემუშავება და დანერგვა შერჩეულ რეგიონებში ანტენატალური მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით.</p> <p>2.4.2. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის შემუშავება და დანერგვა პერინატალური და ნეონატალური მომსახურების სერვისებში.</p>	<p>სმჯსდს</p> <p>სმს</p>	<p>2017-2019</p>	<p>22500</p> <p>147500</p>
<p>შუალედური შედეგი</p>	<p>შუალედური შედეგი ინდიკატორი</p>	<p>აქტივობა</p>	<p>განმახორციელებელი უწყება</p>	<p>ვადები</p>	<p>ბიუჯეტი</p>
<p>2.5. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავებული და დანერგილია ახალშობილთა და დაბადების მართვის საინფორმაციო სისტემის გამოყენების მექანიზმები.</p> <p>საბაზისო: 0</p> <p>სამიზნე: 1</p> <p>საბაზისო: 10%</p> <p>სამიზნე: 25%</p>	<p>1. იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებშიც დანერგილია მონაცემთა ხარისხის აუდიტის სისტემა.</p> <p>2. ჩატარებული სპეციალური კვლევების რაოდენობა.</p> <p>3. იმ პერინატალის რაოდენობა (პროცენტი), რომელიც გადაამზადა სიკვდილის მიზეზის სერტიფიცირებასა და ICD-10 კოდირებაში.</p>	<p>2.5.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მონაცემთა სხვადასხვა რეესტრის შეფასებაზე დაყრდნობით მონაცემთა ხარისხის აუდიტის სისტემის შემუშავება და დანერგვა ეროვნულ და დაწესებულებათა დონეზე:</p> <p>2.5.1.1. რუტინული მონაცემების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტის შემუშავება/ადაპტირება;</p> <p>2.5.1.2. შერჩეული ინდიკატორების შედეგებზე დაკვირვება და შემოწმება (გადათვლა) რუტინული მონაცემების ხარისხის შეფასების პროტოკოლზე დაყრდნობით;</p> <p>2.5.1.3. აუდიტის შედეგებისა და რეკომენდაციების გაზიარება შესაბამის დაწესებულებებთან.</p> <p>2.5.2. მონაცემების შეგროვების ხელშეწყობა მიზნობრივი კვლევის საშუალებით, მათ შორის საოჯახო მუხრნობათა კვლევით, დაწესებულებების შეფასებით, ოპერაციული კვლევებითა და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პროცესებისა და შედეგების შესწავლის სხვა საშუალებებით.</p> <p>2.5.3. სამოქალაქო რეესტრსა და სხვა საინფორმაციო წყაროებში სიკვდილის შემთხვევების რეგისტრირების სისრულისა და ხარისხის გაუმჯობესება, მათ შორის:</p> <p>2.5.3.1. სიკვდილის მიზეზების სერტიფიცირებისა და ICD-10 კოდირების ადგილზე სწავლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა ექიმებისთვის, კოდის მიმნიჭებულებისთვის, მონაცემთა მიმწოდებლებისთვის, სტატისტიკოსებისთვის და სხვ., რათა მოხდეს სიკვდილის მიზეზის განსაზღვრისა და კოდირების პრაქტიკის სტანდარტიზება და ხარისხის გაუმჯობესება.</p> <p>2.5.4. დედათა და პერინატალური სიკვდილის შემთხვევებზე ზედამხედველობისა და მათზე რეაგირების გაძლიერება, მათ შორის დედათა და პერინატალური სიკვდილის ყველა შემთხვევის შესახებ დროული (24 საათის განმავლობაში) შეტყობინება.</p>	<p>დკსჯეც</p> <p>სმს</p> <p>UNICEF</p> <p>დკსჯეც</p> <p>დკსჯეც</p> <p>დკსჯეც</p>	<p>2017-2019</p> <p>2017-2019</p> <p>2017-2019</p> <p>2017-2019</p>	<p>76500</p> <p>1500000</p> <p>105000</p>



ამოცანა 3: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

საბოლოო შედეგი 3: გაუმჯობესებულია მოსახლეობის ცოდნა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების შესახებ, დამოკიდებულება ამ მომსახურების მიმართ და მისი პრაქტიკული გამოყენება.

ინდიკატორები:

1. რეპროდუქციული ასაკის იმ ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც შეუძლიათ დედის საშიშროების ნიშნების ამოცნობა.

საბაზისო: N/A სამიზნე: 40%

2. რეპროდუქციული ასაკის იმ ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც შეუძლიათ ახალშობილის საშიშროების ნიშნების ამოცნობა.

საბაზისო: N/A სამიზნე: 40%

შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგი ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
3.1. შეზღუდული და დანერგილია ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის ხელშეწყობის მექანიზმები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ასამაღლებლად.	1. იმ სამიზნე აუდიტორიის პროცენტული წილი, რომელსაც მოსმენილი/ნაწახი აქვს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის გზავნილები. საბაზისო: არ არის სამიზნე: 90%	3.1.1 ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული საკომუნიკაციო კამპანიის მომზადება და ჩატარება იმ მიზნით, რომ გაუმჯობესდეს დედებისა და ოჯახების ჯანსაღი ქცევა, მათ შორის მომსახურების მოძიება გაურთულებელი ორსულობისა და მშობიარობის დროს, და გადაუდებელი მკურნალობის მოძიება გართულებების შემთხვევაში: 3.1.1.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის კონკრეტულ საკითხებზე ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი გზავნილებისა და მასალების მომზადება და დახვეწა მოსახლეობისთვის (ქალების, მამაკაცებისა და მშობარებისთვის), აქცენტით შემდეგ საკითხებზე: - სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ადრეულ ეტაპზე მიმართვის უპირატესობები; - მშობიარობისთვის მომზადება; - დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი კვების პრაქტიკა; - მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური მომსახურება და ახალშობილებზე ზრუნვა; - დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზები და საშიშროების ნიშნების ამოცნობა; - მამაკაცების როლი დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვაში. 3.1.1.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მართადადი გზავნილების გავრცელება და ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობა მრავალმხრივი მიდგომების გამოყენებით (ტელევიზია, რადიო, სოციალური მედია, მობილური ტელეფონები, ბილბორდები, ბეჭდური მედია, ინფორმირების, განათლებისა და კომუნიკაციის მასალები და სხვ.)	დსკაშ	2017-2019	151000
		3.1.2 სხვადასხვა მედია საშუალებებით წარმოებული საკომუნიკაციო კამპანიის გავლენის შეფასების ჩატარება.			
შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგი ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
		3.2.1. კერძო სექტორის ჩართვა პრევენტაბელური სიკვდილიანობისადმი ნულოვანი ტოლერანტობის ხელშეწყობისა და ოპტიმალური ქცევის ადვოკატურების მიზნით: 3.2.1.1. კერძო სექტორის პროვადიდერების უზრუნველყოფა ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობისა და ქცევის შეცვლისაკენ მიმართული აქტივობებისთვის საჭირო	სშესდს დსკაშ	2017-2019	



<p>3.2. ჩამოყალიბებულია ადვოკატებისა და სოციალური მობილიზაციის აქტივობების გაძლიერების მექანიზმები დედათა და მათი ოჯახის წევრების ჯანსაღი ქცევისა და ახალშობილთა პროგრამების მხარდასაჭერად.</p>	<p>1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის საკითხებისადმი მიძღვნილი ღონისძიებების რაოდენობა</p> <p>საბაზისო: 0</p> <p>სამიზნე: 1</p>	<p>გზავნილებითა და მასალებით;</p> <p>3.2.1.2. ჯანდაცვის მუშაკებისა და მენეჯერების ორიენტირება საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო მასალების გამოყენების თაობაზე.</p>	<p>კერძო სექტორის მომსახურების მიწოდებლები</p>		
		<p>3.2.2. ადვოკატების ინსტრუმენტების შემუშავება და გამოყენება დაინტერესებულ მხარეებთან, პროფესიულ ასოციაციებთან, აგრეთვე სახელმწიფო, და მუნიციპალურ დონეზე პოლიტიკის შემქმნელებთან და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან, რელიგიურ ლიდერებთან დიალოგისთვის, რათა ხელი შეეწყოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე მიმართულ საკომუნიკაციო აქტივობებს, მათ შორის რესურსების გამოყოფას.</p>	<p>სშესდს</p> <p>დსსჯეც</p>	<p>2017-2019</p>	<p>3000</p>
		<p>3.2.3. პრეს-კიტის შემუშავება და ცნობიერების ამაღლების მიზნით სემინარების ჩატარება ცენტრალური და ადგილობრივი მედიის (რადიო, ტელევიზია, გაზეთები) წარმომადგენლებისთვის, რათა გაიზარდოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროგრამებისა და მათთან დაკავშირებული საკითხების გაშუქება შესაბამის მედია საშუალებებში და მოხდეს წარმატებული მაგალითების გავრცელება.</p>	<p>დსსჯეც</p>	<p>2017-2019</p>	<p>25000</p>
		<p>3.2.4. სოციალური მობილიზების ღონისძიებათა ორგანიზება, მათ შორის დედათა და ახალშობილთა კვირეულის ჩატარება და ქალთა და ბავშვთა საერთაშორისო დღეების საზეიმოდ აღნიშვნა.</p>	<p>სშესდს</p> <p>დსსჯეც</p> <p>ადგილობრივი ხელისუფლება</p> <p>არასამთავრობო ორგანიზაციები</p> <p>დონორები</p>	<p>2017-2019</p>	<p>137500</p>

ამოცანა 4: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის.

საბოლოო შედეგი 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზარდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა სამიზნე ჯგუფებისთვის

ამ საბოლოო შედეგებს დადებითი გავლენა ექნება დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებაზე

ინდიკატორები:

1: რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს:

საბაზისო: 35% (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა-2010); **სამიზნე:** 45% (2018, მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა).

2: ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტი

საბაზისო: 1.6 (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა-2010); **სამიზნე:** 1.4 (მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა-2018).

შუალედური შედეგი	შუალედური შედეგის ინდიკატორი	აქტივობა	განმახორციელებელი უწყება	ვადები	ბიუჯეტი
<p>4.1. გაძლიერებულია სახელმწიფოს მხარველი როლი ოჯახის დაგეგმვის (ოდ) პროგრამის ეფექტიან ხელმძღვანელობაში, მართვასა და კოორდინირებაში.</p>	<p>საბაზისო: არა (2016)</p> <p>სამიზნე: დიას (2020)</p>	<p>4.1.1. ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფის იდენტიფიკაციის მიზნით შესაბამისი მეთოდოლოგიის შემუშავება, და ბიუჯეტის ანალიზი ახალგაზრდებისთვის და სოციალური დახმარების სამიზნე პროგრამის ბენეფიციარებისთვის უფასო კონტრაცეპტივების მიწოდების შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად.</p>	<p>სშესდს</p> <p>სმს</p>	<p>2017-2020</p>	<p>2875000</p>
		<p>4.1.2. ოდ სერვისების და კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში (BBP) ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფისთვის.</p>			
		<p>4.1.3. მოქმედი კანონმდებლობის გადახედვა იმ მიზნით, რომ შეიქმნას ხელსაყრელი საკანონმდებლო ბაზა ოდ-ის მომსახურებების ჩართვისთვის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.</p>			
<p>2. საბაზისო მედიკამენტის ჩამონათვალი მოიცავს ჯანმრთელობის მიერ პრე-კლასიფიცირებულ კონტრაცეპტივებს.</p>					



	<p>საბაზისო: არა (2016)</p> <p>სამიზნე: დიახ (2020)</p>	4.1.4. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩამონათვალის მომზადება			
<p>4.2. გაძლიერებული სახელმწიფოს როლი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებაში და ცოდნის გაუმჯობესებაში.</p>	<p>3. სკოლის იმ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც გადამზადდნენ კახეთისა და სამეგრელოს რეგიონებში.</p> <p>საბაზისო: 0 (2016)</p> <p>სამიზნე: 60 (2018)</p>	<p>4.2.1. სკოლის ექიმების მომზადება ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ამ სფეროში აკრედიტებული სასწავლო პროგრამების მიხედვით.</p> <p>4.2.2. სასწავლო მასალების შემუშავება ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ, ფორმალური განათლების სიტემაში მათი შემდგომი ჩართვის მიზნით.</p>	<p>დკსჯეც</p> <p>UNFPA</p> <p>განათლების და მეცნიერების სამინისტრო</p> <p>დონორი ორგანიზაციები</p>	2017-18	<p>40 000</p> <p>2500</p>
	<p>1. შემუშავებული და მიღებულია ოჯახის დაგეგმვის პროტოკოლები და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურები პირველადი ჯანდაცვისთვის.</p> <p>საბაზისო: არა (2016)</p> <p>სამიზნე: დიახ (2020)</p> <p>2. შემუშავებულია ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების გამოყენებასთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტები თითოეული დონის მომსახურებისთვის.</p> <p>საბაზისო: არა (2016)</p> <p>სამიზნე: დიახ (2020)</p> <p>3. ჩატარებულია მრავალმხრივი კლასტრული კვლევა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის შესახებ მონაცემთა შესაგროვებლად.</p> <p>საბაზისო: არა (2016)</p> <p>სამიზნე: დიახ (2018)</p>	<p>4.3.1. პუდ-ს ფარგლებში ოდ-ის პროტოკოლისა და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შემუშავება და დანერგვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების საფუძველზე.</p> <p>4.3.2. მომსახურების თითოეული დონისთვის მინიმალურ მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტის შემუშავება, სერვისის ხარისხისა და უტილიზაციის შესახებ მონაცემთა რუტინული შეგროვების და ანალიზის მიზნით.</p> <p>4.3.3. ოდ-ის ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით რეგულირების მექანიზმების გაძლიერება.</p> <p>4.3.4. მომსახურების მიწოდების გაუმჯობესებაზე, სოციალური, ადმინისტრირებისა და პოლიტიკის ბარიერების გამოვლენაზე მიმართული კვლევის - მაგ. მრავალმხრივი კლასტრული კვლევის ან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ჩატარება.</p>	<p>სშჯსდს</p> <p>დკსჯეც</p> <p>UNICEF</p> <p>UNFPA</p>	2017-2020	7500
<p>4.4. გაზრდილია ჯანდაცვის მუშაკების უნარები და ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებებში</p>	<p>1. გადახდილია ოჯახის ექიმების ტრენინგის სტანდარტიზებული სასწავლო პროგრამა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მასში ოდ-ის კომპონენტისა და კონტრაცეფციის მეთოდების სრული სპექტრის სათანადო ჩართვა.</p>	<p>4.4.1. დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სასწავლო პროგრამების განახლება, მათ შორის, ექთნებისთვის.</p> <p>4.4.2. ტრენინგების არსებული სასწავლო პროგრამისა და მოდულების გადახედვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების</p>	<p>სშჯსდს</p> <p>თბილისი სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი</p> <p>პროფესიული ასოციაციები</p>	2017-2018	



	საბაზისო: არა (2016) სამიზნე: დიახ (2018)	მიმწოდებლებისთვის და ოჯახის ექიმებისთვის ამ პროგრამებში ოჯახის დაგეგმვის სრულყოფილი კომპონენტის ჩართვის უზრუნველსაყოფად.	UNFPA		
4.5. გაზრდილია ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების შესახებ ინფორმირებულობა და მათზე მოთხოვნა, მათ შორის ახალგაზრდებში.	1. შემუშავებულია ინფორმირებულობის გაზრდის ყოვლისმომცველი სტრატეგია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გზავნილებით, მათ შორის ახალგაზრდებისთვის საბაზისო: არა (2016) სამიზნე: დიახ (2018)	4.5.1. ინფორმირებულობის გაზრდის სტრატეგიისა და გზავნილების შემუშავების ხელშეწყობა ჩართულობის პრინციპზე დაფუძნებით;			
		4.5.2. მედიის წარმომადგენლებთან და ჟურნალისტებთან დიალოგის გაძლიერება ოჯახის დაგეგმვის სარგებლისა და მედიასამუალებებით მისი გაშუქების გზების შესახებ.	სშუსდს		
		4.5.3. მულტიმედიაური კამპანიების ინიცირება ტელევიზიის, რადიოს, გაზეთების, ჟურნალებისა და სპეციალურად მომზადებული საინფორმაციო ბუკლეტების საშუალებით.	დკსაჯეც		
		4.5.4. საგანმანათლებლო საშუალებების, თვალსაჩინოებისა და მეთოდების შესახებ ბუკლეტების მომზადება ამ მეთოდების გამოყენების დამწყებთათვის, რათა მოხდეს მათი გავრცელება სამედიცინო დაწესებულებებში.	პროფესიული ასოციაციები UNFPA	2017-2020	5400
		4.5.5. პარტნიორული ურთიერთობების ჩამოყალიბება დაინტერესებულ მხარეებთან და სამოქალაქო ორგანიზაციებთან ოდის ხელშეწყობად და ახალგაზრდებისთვის მათდამი კეთილგანწყობილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებისა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად.			
სულ					28123440

9. ლიტერატურა

1. AbouZahr C., Aahman E., Guidotti R. მშობიარობისშემდგომი სეფსისი და მშობიარობისშემდგომი სხვა ინფექციები.
2. Althabe F., Belizán J.M., McClure E.M., Hemingway-Foday J., Berrueta M., Mazzone A., et al. მრავალმხრივი პოპულაციური სტრატეგია ანტენატალური კორტიკოსტეროიდული მკურნალობის დასაწერად სტანდარტული მკურნალობის ნაცვლად ნადრევი მშობიარობით გამოწვეული ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში: the ACT – კლასტერული სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში: the ACT – კლასტერული რანდომული კვლევა.Lancet. 10.1016/ S0140-6736(14)61651-2. 20. 2014/10/15.
3. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK. et al. ყოველი ახალშობილი: შესაძლებელია თუ არა ხელმისაწვდომი ინტერვენციებით დედათა და ახალშობილთა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის და მკვდრადშობადობის დასრულება და რა ფასად? Lancet. 2014;384(9940):347–70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
4. Chan G.J., Lee A.C., Baqui A.H., Tan J., Black R.E. „ადრე დაწყებული ნეონატალური ინფექციის რისკი დედათა ინფექციური დაავადების ან ინფიცირების პირობებში: გლობალური სისტემური მიმოხილვა და მეტაანალიზი“. 2013; 10(8):e1001502. Epub. 2013/08/27.
5. Copp A.J., Stanier P., Greene N.D. „ნერვული მილის ანომალიები: ბოლო დროის წინსვლა, გადაუჭრელი პრობლემები და წინააღმდეგობები“. Lancet Neurology. 2013; 12(8):799-810. Epub. 2013/06/25.
6. Evert Ketting. „ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების შესაძლებლობები საქართველოში. სიტუაციური ანალიზი.“ გაეროს მოსახლეობის ფონდი, თბილისი: 2015 (შიდა ანგარიში).
7. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. ნადრევი მშობიარობის ეპიდემიოლოგია და მიზეზები. Lancet. 2008; 371(9606):75-84. Epub. 2008/01/08.
8. Hetzel B.S., Mano M.T. „ნაყოფის განვითარების დროს იოდის ნაკლებობის ექსპერიმენტული კვლევების მიმოხილვა“. Journal of Nutrition. 1989 Feb; 119(2):145-51. Epub.1989/02/01.
9. Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, et al. „მობილური ჯანდაცვის (mHealth) მიდგომები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების ეფექტიანი მუშაობისა და გადინებისგან შეკავების გამოცდილება დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში: მიმოხილვა“.



10. Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van Look P.F. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, დედათა სიკვდილის მიზეზების ანალიზი: სისტემური მიმოხილვა“. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-74. Epub.2006/04/04.
11. Kristesashvili J., L. Surmanidze, G. Tsuladze, L. Shengelia, P. Zardiashvili. (2009) „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინიციატივა ახალგაზრდობისთვის სამხრეთ კავკასიაში. მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა.“ საქართველო 2009. თბილისი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი.
12. Lassi Z.S., Majeed A., Rashid S., Yakoob M.Y., Bhutta Z.A. ურთიერთკავშირი დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობას შორის – მტკიცებულება და გავლენა პოლიტიკაზე. დედისა და ნაყოფის ნეონატალური მედიცინის ჟურნალი. 2013 წლის მაისი. 26 Suppl. 1:3-53. doi: 10.3109/14767058.2013.784737.
13. Lassi Z.S., Mansoor T., Salam R.A., Das J.K., Bhutta Z.A. ორსულობამდელი და ორსულობის პერიოდის ინტერვენციები დედათა, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა 2014, 11(Suppl. 1):S2 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/S1/S2>.
14. Lawn J.E., Kinney M.V., Black R.E., Pitt C., Cousens S., Kerber K., et al. ახალშობილთა გადარჩენა: ცვლილებათა ათწლეულის ანალიზი რამდენიმე ქვეყნის მაგალითზე. ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგმვა. 2012; 27 Suppl. 3:iii6-28. Epub. 2012/06/22.
15. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. ყოველი ახალშობილისთვის: პროგრესი, პრიორიტეტები და გადარჩენაზე მეტი პოტენციური შესაძლებლობები. *Lancet* 2014;384:189-205.
16. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. ბავშვთა სიკვდილიანობის გლობალური, რეგიონული და სახელმწიფოებრივი მიზეზები 2000-2013 წლებში, 2015 წლის შემდგომი პრიორიტეტების დაგეგმვა: განახლებული სისტემური ანალიზი. *Lancet* 2015;385:430-40.
17. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: გლობალური მოქმედების ანგარიში ნაადრევ მშობიარობაზე. ქენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2012.
18. Mikkelsen L., Phillips D E, Abouzahr C. et al. (2015) სამოქალაქო რეგისტრაციისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემების გლობალური შეფასება: მონაცემთა ხარისხის მონიტორინგი და პროგრესი. *The Lancet D-14-00220 S0140-6736(15)60171*
19. Morgan L., Stanton M., Higgs E.S., Balster R.L., Bellows B.W., Brandes N. et al. „ფინანსური შედეგები და დედათა ჯანმრთელობა: საით მივდივართ?“ ჯანმრთელობის ჟურნალი, მოსახლეობა და კვება. 2014; 31 (4, suppl 2) 8-22.
20. Murray C., Lopez A., editors. სქესისა და რეპროდუქციის განზომილებები ჯანმრთელობის მხრივ: სქესობრივად გადამდები დაავადებების გლობალური ტვირთი, დედათა დაავადებები, პერინატალური დარღვევები და თანდაყოლილი ანომალიები. ქენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია; 1998.
21. Nemsadze K. ანგარიში საქართველოდან: ძუძუთი კვების დაცვა და წახალისება ხელოვნური კვების მარკეტინგის პრაქტიკის რეგულაციებით. პერინატალური განათლების ჟურნალი. 2004;13(1):23-28. doi:10.1624/105812404X109366.
22. Prost A., Colbourn T., Seward N., Azad K., Coomarasamy A., Copas A., et al. „ქალების ჯგუფური, პრაქტიკული და თანამონაწილეობითი სწავლება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად დაბალრესურსიან დასახლებებში: სისტემური მიმოხილვა და მეტანალიზი“. *Lancet*. 2013; 381(9879):1736-46. Epub.2013/05/21.
23. Salam R.A., Mansoor T., Mallick D., Lassi Z.S., Das J.K., Bhutta Z.A. მშობიარობის და პოსტნატალური მნიშვნელოვანი ინტერვენციები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, 2014, 11(Suppl. 1):S3 doi:10.1186/1742-4755-11-S1-S3.
24. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp O., Moller A., Daniels J., et al., დედათა სიკვდილიანობის გლობალური მიზეზები: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სისტემური ანალიზი. *Lancet Global Health*. 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109x\(14\)70227-x](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109x(14)70227-x).
25. Sedgh G., Bearak J., Singh S., et al. აბორტის სიხშირე 1990 და 2014 წლებს შორის: გლობალური, რეგიონული და ქვერეგიონული დონეები და ტენდენციები.“*The Lancet*, გამოქვეყნებულია 2016 წლის 11 მაისს ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)3038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)3038-4)).
26. Smaill F. Hofmeyr G.J. საკეისრო კვეთის ანტიბიოტიკური პროფილაქტიკა. კოჰრენის მონაცემთა ბაზის სისტემური მიმოხილვა. 2002(3):CD000933. Epub. 2002/07/26.
27. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. სამეანო გარდატეხა: გზა დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულებისკენ. *BJOG: მეანობა-გინეკოლოგიის საერთაშორისო ჟურნალი*;121(Suppl. 1):1-4.
28. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. „სამეანო პრაქტიკის ცვლილება: გზა დედათა თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობის დასრულებისაკენ.“ *BJOG: მეანობა-გინეკოლოგიის საერთაშორისო ჟურნალი*. 2014;121(Suppl. 1): 1-4.
29. USAID Sustain: პერინატალური ზრუნვის დაწესებულებათა შეფასება საქართველოში, ანგარიში, 2013
30. WHO: The Life-course Approach in the Context of Health 2020; Minsk declaration http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf
31. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო. „დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულება: აშშ-ის საერთაშორისო



განვითარების სააგენტოს დედათა ჯანმრთელობის ხედვა შემდგომი ქმედებისთვის. მტკიცებულებები სტრატეგიულ მიდგომებზე.“ 2015. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/MH%20Strategy_web_red.pdf.

32. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია: ათასწლეულის დეკლარაცია <http://www.un.org/en/development/devagenda/millennium.shtml>.

33. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია: ჩვენი სამყაროს ტრანსფორმირება: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისთვის. მდგრადი განვითარების ცოდნის პლატფორმა [ვერბგვერდი]; ნიუ-იორკი: გაერო; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).

34. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია A/RES/70/1. „ჩვენი სამყაროს ტრანსფორმირება: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისთვის“. ნიუ-იორკი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია; 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=http://www.un.org/en/ga/70/resolutions.shtml&Lang=E).

35. გაეროს ბავშვთა ფონდი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკის ჯგუფი და გაერო. გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების უწყებათაშორის ჯგუფი: ბავშვთა სიკვდილიანობის დონეები და ტენდენციები. 2015. (http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf).

36. გაეროს ბავშვთა ფონდი: „ბავშვების გადასარჩენად: პროგრესის ანგარიში განახლებული დაპირებებით, 2015 წელი, ნიუ-იორკი, 2015.

37. გაეროს ბავშვთა ფონდი: „რა არის ეფექტიანი ბავშვებისთვის სამხრეთ აფრიკაში. ახალშობილთა მოვლა: მიმოხილვა“. 2004. <https://www.unicef.org/rosa/Newborn.pdf>.

38. გაეროს მოსახლეობის ფონდი და ევროპის საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასოციაცია (ECCA): შესაძლებლობების შეფასება და რეკომენდაციები საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისათვის. თბილისი, 2015 წლის იანვარი.

39. გაეროს მოსახლეობის ფონდი: ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სექსობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების შესაძლებლობები საქართველოში. სიტუაციური ანალიზი., თბილისი: 2015 (შიდა ანგარიში).

40. გაეროს მოსახლეობის ფონდი: საქართველო, მოსახლეობის სიტუაციური ანალიზი, 2014.

41. სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“. ჯანმრთელობა; ყოველწლიური სტატისტიკური ჟურნალი, 2015, საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2016.

42. ვინკელმანი კ.კეტინგი ე. ახალგაზრდების სექსობრივი ჯანმრთელობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონში. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2016 (forthcoming).

43. თადეუზი ს., მაინი დ. გრძელი გზა: დედათა სიკვდილიანობის კონტექსტი. Soc Sci Med 1994; 38: 1091-1110

44. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა/კომუნიკაციის პროგრამების ცენტრი და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია: ოჯახის დაგეგმვა: გლობალური სახელმძღვანელო პროვადერებისთვის; 2011, განახლებული გამოცემა. Johns Hopkins Bloomberg. 2011. თავი 24, დანართი 1.

45. სამეფო სამედიცინო კოლეჯის აკადემია. აკადემიის როლი რევალიდაციაში. <http://www.aomrc.org.uk/revalidation/the-academys-role-in-revalidation.html>. Accessed August 1, 2016.

46. საქართველო, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, 2015.

47. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის N724 დადგენილება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია 2014 – 2020 „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, 2014, <https://matsne.gov.ge/en/document/view/2657250>.

48. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა. თბილისი, საქართველო - 2006 წლის დეკემბერი.

49. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი, მსოფლიო ბანკი და გაერთიანებული ერების მოსახლეობის განყოფილება: დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები: 1990-2015. შენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2015.

50. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჯანმრთელობის სოციალური განმსაზღვრელი ფაქტორები, 2007.

51. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2014 წლის მსოფლიო ჯანმრთელობის სტატისტიკა. შენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2014.

52. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. მოზარდთა ორსულობა. 2014.

53. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ჯანმრთელობა 2015 წელს: ათასწლეულის განვითარების მიზნებიდან მდგრადი განვითარების მიზნებისაკენ. შენევა 2015 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mdg-sdg-report/en/>.

54. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია: დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულებაზე მიმართული სტრატეგიები. შენევა; 2015 (http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/, accessed 21 July 2016).



55. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია: დედათა სიკვდილიანობა, 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

56. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია: ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გლობალური სტრატეგია (2016–2030): გადარჩენა, განვითარება, გარდაქმნა. ქენევა: ; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>).http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/g_s_2016_30.pdf.

57. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი და BZgA. „ევროპაში სქესობრივი განათლების სტანდარტები.“ Federal Centre for Health Education, BZgA. Cologne: 2010.

58. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი: „ჯანმრთელობა 2020: ევროპული პოლიტიკის ჩარჩო და სტრატეგია 21-ე საუკუნისთვის“. კოპენჰაგენი: 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-frameworkand-strategy-for-the-21st-century-2013>).

59. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი: სამოქმედო გეგმა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში: 2030 წლის დღის წესრიგის მიღწევა ევროპაში მდგრადი განვითარებისთვის - არავინ ჩამორჩეს. 2016 წლის 1 აგვისტო, კოპენჰაგენი.

60. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონული სტრატეგია სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაში. კოპენჰაგენი, 2001 EUR/01/5022130; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/pre2007/who-regional-strategy-on-sexual-and-reproductive-health>.

[1] გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია: ათასწლეულის დეკლარაცია <http://www.un.org/en/development/devagenda/millennium.shtml>

[2] Unicef, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკის ჯგუფი და გაერო. გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების უწყებამთავრების ჯგუფი. ბავშვთა სიკვდილიანობის დონეები და ტენდენციები. 2015. (http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf)

[3] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „UNICEF“, გაეროს მოსახლეობის ფონდი, მსოფლიო ბანკი და გაერთიანებული ერების მოსახლეობის განყოფილება, დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები: 1990-2015. ქენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2015.

[4] საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა 2010, გვ. 144

[5] Ibid, p.142

[6] სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“; ყოველწლიური სტატისტიკა, 2015, საქართველო.

[7] „ჩვენი სამყაროს ტრანსფორმირება: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისთვის. მდგრადი განვითარების ცოდნის პლატფორმა“ [ვერბგვერდი]; ნიუ-იორკი: გაერო; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).

[8] გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია A/RES/70/1. „ჩვენი სამყაროს ტრანსფორმირება: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისთვის“. ნიუ-იორკი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია; 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=http://www.un.org/en/ga/70/resolutions.shtml&Lang=E).

[9] ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გლობალური სტრატეგია (2016–2030): გადარჩენა, განვითარება, გარდაქმნა. ქენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>).

[10] http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/g_s_2016_30.pdf

[11] სამოქმედო გეგმა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში: 2030 წლის დღის წესრიგის მიღწევა ევროპაში მდგრადი განვითარებისთვის - არავინ ჩამორჩეს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი, 2016 წლის 1 აგვისტო, კოპენჰაგენი

[12] იბ. სქოლიო 3.



[13] „ჯანმრთელობა 2020: ევროპული პოლიტიკის ჩარჩო და სტრატეგია 21-ე საუკუნისთვის“. კოპენჰაგენი: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-frameworkand-strategy-for-the-21st-century-2013>).

[14] ს. თადეუზი, დ. მაინი, „გრძელი გზა: დედათა სიკვდილიანობის კონტექსტი“. Soc Sci Med 1994; 38: 1091-1110

[15] კრისტინე ვინკელმანი და ევერტ კეტინგი (Christine Winkelmann and Evert Ketting), „ახალგაზრდების სექსობრივი ჯანმრთელობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონში“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2016 (forthcoming)

[16] გაეროს მოსახლეობის ფონდი და ევროპის საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასოციაცია (ECCA). შესაძლებლობების შეფასება და რეკომენდაციები საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისათვის. თბილისი, 2015 წლის იანვარი.

[17] The Life-course Approach in the Context of Health 2020; WHO, Minsk declaration http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf

[18] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2014 წლის მსოფლიო ჯანმრთელობის სტატისტიკა. შენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2014.

[19] Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp O., Moller A., Daniels J., et al., „დედათა სიკვდილიანობის გლობალური მიზეზები: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სისტემური ანალიზი“. Lancet Global Health. 2014. [http://dx.doi.org/10/1016/52214-109x\(14\)70227-x](http://dx.doi.org/10/1016/52214-109x(14)70227-x).

[20] Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. „სამეანო გარდატეხა: გზა დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულებისკენ“. BJOG: მეანობა-გინეკოლოგიის საერთაშორისო ჟურნალი;121(Suppl. 1):1–4.

[21] გაეროს ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების უწყებათაშორისი ჯგუფი. ბავშვთა სიკვდილიანობის ტენდენციები და დონეები, 2015. [_http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf](http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf)

[22] Liu L, Oza S, Hogan D, et al. „ბავშვთა სიკვდილიანობის გლობალური, რეგიონული და სახელმწიფოებრივი მიზეზები 2000-2013 წლებში, 2015 წლის შემდგომი პრიორიტეტების დაგეგმვა: განახლებული სისტემური ანალიზი.“ Lancet2015;385:430-40.

[23] Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. „ყოველი ახალშობილისთვის: პროგრესი, პრიორიტეტები და გადარჩენაზე მეტი პოტენციური შესაძლებლობები.“ Lancet 2014;384:189-205.

[24] March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: გლობალური მოქმედების ანგარიში ნაადრევ მშობიარობაზე. შენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2012.

[25] Lawn J.E., Kinney M.V., Black R.E., Pitt C., Cousens S., Kerber K., et al. „ახალშობილთა გადარჩენა: ცვლილებათა ათწლეულის ანალიზი რამდენიმე ქვეყნის მაგალითზე. ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგმვა.“ 2012; 27 Suppl. 3:iii6-28. Epub. 2012/06/22.

[26] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. „ჯანმრთელობა 2015 წელს: ათასწლეულის განვითარების მიზნებიდან მდგრადი განვითარების მიზნებისაკენ“. შენევა 2015 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mdg-sdg-report/en/>

[27] „იუნისეფი“, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკის ჯგუფი და გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია. ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისო ჯგუფი. „ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე და ტენდენციები 2015 წელს“ (http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf)

[28] სსიპ - ლ საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობა; ყოველწლიური სტატისტიკური ჟურნალი, 2015, საქართველო. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2016.

[29] პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2015

[30] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. დედათა სიკვდილიანობა, 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

[31] GERAMOS2014

[32] AbouZahr C., Aahman E., Guidotti R. „მშობიარობისშემდგომი სეფსისი და მშობიარობისშემდგომი სხვა ინფექციები“. Murray C., Lopez A., editors. „სქესისა და რეპროდუქციის განზომილებები ჯანმრთელობის მხრივ: სექსობრივად გადამდები დაავადებების გლობალური ტვირთი, დედათა დაავადებები, პერინატალური დარღვევები და თანდაყოლილი ანომალიები“. შენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია; 1998.

[33] Smaill F. Hofmeyr G.J. „საკეისრო კვეთის ანტიბიოტიკური პროფილაქტიკა. კოჰრენის მონაცემთა ბაზის სისტემური მიმოხილვა.“ 2002(3):CD000933. Epub. 2002/07/26.

[34] Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. „სამეანო პრაქტიკის ცვლილება: გზა დედათა თავიდან აცილებადი სიკვდილიანობის დასრულებისაკენ“. BJOG: მეანობა-გინეკოლოგიის საერთაშორისო ჟურნალი. 2014;121(Suppl. 1): 1–4.



- [35] Chan G.J., Lee A.C., Baqui A.H., Tan J., Black R.E. „ადრე დაწყებული ნეონატალური ინფექციის რისკი დედათა ინფექციური დაავადების ან ინფიცირების პირობებში: გლობალური სისტემური მიმოხილვა და მეტაანალიზი“. 2013; 10(8):e1001502. Epub. 2013/08/27.
- [36] დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულებაზე მიმართული სტრატეგიები. ქენევა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია; 2015 (http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/, accessed 21 July 2016)
- [37] March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization, 2012.
- [38] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. მოზარდთა ორსულობა. 2014
- [39] ანგარიში ევროპაში პერინატალური ჯანმრთელობის შესახებ. ორსულებისა და ბავშვების ჯანმრთელობა და მოვლა ევროპაში 2010 წელს.
- [40] Lassi Z.S., Majeed A., Rashid S., Yakoob M.Y., Bhutta Z.A. „ურთიერთკავშირი დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობას შორის – მტკიცებულება და გავლენა პოლიტიკაზე.“ დედისა და ნაყოფის ნეონატალური მედიცინის ჟურნალი. 2013 წლის მაისი. 26 Suppl. 1:3-53. doi: 10.3109/14767058.2013.784737.
- [41] Lassi Z.S., Mansoor T., Salam R.A., Das J.K., Bhutta Z.A. „ორსულობამდელი და ორსულობის პერიოდის ინტერვენციები დედათა, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად“. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა 2014, 11(Suppl. 1):S2 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/S1/S2>.
- [42] Salam R.A., Mansoor T., Mallick D., Lassi Z.S., Das J.K., Bhutta Z.A. „მშობიარობის და პოსტნატალური მნიშვნელოვანი ინტერვენციები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად“. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, 2014, 11(Suppl. 1):S3 doi:10.1186/1742-4755-11-S1-S3.
- [43] Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. „ნაადრევი მშობიარობის ეპიდემიოლოგია და მიზეზები“. Lancet. 2008; 371(9606):75-84. Epub. 2008/01/08.
- [44] Althabe F., Belizán J.M., McClure E.M., Hemingway-Foday J., Berrueta M., Mazzoni A., et al. „მრავალმხრივი პოპულაციური სტრატეგია ანტენატალური კორტიკოსტეროიდული მკურნალობის დასაანერგად სტანდარტული მკურნალობის ნაცვლად ნაადრევი მშობიარობით გამოწვეული ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში: the ACT - კლასტერული რანდომიზებული კვლევა.“ Lancet. 10.1016/ S0140-6736(14)61651-2. 20. 2014/10/15.
- [45] Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK. et al. „ყოველი ახალშობილი: შესაძლებელია თუ არა ხელმისაწვდომი ინტერვენციებით დედათა და ახალშობილთა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის და მკვდრადშობადობის დასრულება და რა ფასად?“ Lancet. 2014;384(9940):347-70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
- [46] გაეროს ბავშვთა ფონდი: „ბავშვების გადასარჩენად: პროგრესის ანგარიში განახლებული დაპირებებით“, 2015 წელი, „იუნისეფი“, ნიუ-იორკი, 2015.
- [47] 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, გვ.8, საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 724, 26 დეკემბერი, 2014. <https://matsne.gov.ge/en/document/view/2657250>.
- [48] დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამები. 2015. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
- [49] http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=29&info_id=2763.
- [50] 2014 – 2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, გვ.8, საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 724, 26 დეკემბერი, 2014.
- [51] რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010.
- [52] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „ჯანმრთელობის სოციალური განმსაზღვრელი ფაქტორები“, 2007.
- [53] რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010.
- [54] რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 1999, 2010.
- [55] პერინატალური ზრუნვის დაწესებულებათა შეფასება საქართველოში, ანგარიში, USAID Sustain, 2013.
- [56] GERAMOS2014.



- [57] Copp A.J., Stanier P., Greene N.D. „ნერვული მილის ანომალიები: ბოლო დროის წინსვლა, გადაუჭრელი პრობლემები და წინააღმდეგობები“. *Lancet Neurology*. 2013; 12(8):799-810. Epub. 2013/06/25.
- [58] Hetzel B.S., Mano M.T. „ნაყოფის განვითარების დროს იოდის ნაკლებობის ექსპერიმენტული კვლევების მიმოხილვა“. *Journal of Nutrition*. 1989 Feb; 119(2):145-51. Epub.1989/02/01.
- [59] Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van Look P.F. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „დედათა სიკვდილის მიზეზების ანალიზი: სისტემური მიმოხილვა“. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-74. Epub.2006/04/04.
- [60] Nemsadze K. „ანგარიში საქართველოდან: ძუძუთი კვების დაცვა და წახალისება ხელოვნური კვების მარკეტინგის პრაქტიკის რეგულაციებით“. *პერინატალური განათლების ჟურნალი*. 2004;13(1):23-28. doi:10.1624/105812404X109366.
- [61] საქართველოს 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 724, 26 დეკემბერი 2014.
- [62] დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; წლიური სტატისტიკის ჟურნალი 2015; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი 2016.
- [63] duBoulay C. From CME to CPD: getting better at getting better? *BMJ*. 2000;320:393-4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7232.393>.
- [64] სამეფო სამედიცინო კოლეჯის აკადემია. „აკადემიის როლი რევალიდაციაში“. <http://www.aomrc.org.uk/revalidation/the-academys-role-in-revalidation.html>. Accessed August 1, 2016.
- [65] Mikkelsen L., Phillips D E, Abouzahr C. et al. (2015) „სამოქალაქო რეგისტრაციისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემების გლობალური შეფასება: მონაცემთა ხარისხის მონიტორინგი და პროგრესი“. *The Lancet D-14-00220 S0140-6736(15)60171*.
- [66] GERAMOS2008.
- [67] http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/Yearbook-_ENG_2014%282%29_23e48d63-3434-4ee2-a76c-f7653011ae02.pdf.
- [68] Morgan L., Stanton M., Higgs E.S., Balster R.L., Bellows B.W., Brandes N. et al. „ფინანსური შეღავათები და დედათა ჯანმრთელობა: საით მივდივართ?“ *ჯანმრთელობის ჟურნალი, მოსახლეობა და კვება*. 2014; 31 (4, suppl 2) 8-22.
- [69] „UNICEF“. „რა არის ეფექტიანი ბავშვებისთვის სამხრეთ აფრიკაში. ახალშობილთა მოვლა: მიმოხილვა“. 2004. <https://www.unicef.org/rosa/Newborn.pdf>.
- [70] Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, et al. „მობილური ჯანდაცვის (mHealth) მიდგომები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების ეფექტიანი მუშაობისა და გადინებისგან შეკავების გამოცდილება დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში: მიმოხილვა“. *Eysenbach G, ed. სამედიცინო ინტერნეტ-კვლევის ჟურნალი* 2013;15(1):e17. doi:10.2196/jmir.2130.
- [71] აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო. „დედათა პრევენტაბელური სიკვდილიანობის დასრულება: აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დედათა ჯანმრთელობის ხედვა შემდგომი ქმედებისთვის. მტკიცებულებები სტრატეგიულ მიდგომებზე.“ 2015. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/MH%20Strategy_web_red.pdf.
- [72] Prost A., Colbourn T., Seward N., Azad K., Coomarasamy A., Copas A., et al. „ქალების ჯგუფური, პრაქტიკული და თანამონაწილეობითი სწავლება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად დაბალრესურსიან დასახლებებში: სისტემური მიმოხილვა და მეტანალიზი“. *Lancet*. 2013; 381(9879):1736-46. Epub.2013/05/21.
- [73] საქართველო, მოსახლეობის სიტუაციური ანალიზი, 2014, გაეროს მოსახლეობის ფონდი, გვ. 68-69.
- [74] კონტრაცეფციის გამოყენება მსოფლიოში, 2011. გაეროს ეკონომიკური და სოციალური საკითხების დეპარტამენტი; მოსახლეობის განყოფილება (დიაგრამა).
- [75] Gilda Sedgh, Jonathan Bearak, Susheela Singh et al. „აბორტის სიხშირე 1990 და 2014 წლებს შორის: გლობალური, რეგიონული და ქვერეგიონული დონეები და ტენდენციები.“ *The Lancet*, გამოქვეყნებულია 2016 წლის 11 მაისს ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)3038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)3038-4)).
- [76] იხ. „ოჯახის დაგეგმვა: გლობალური სახელმძღვანელო პროვადიდერებისთვის;“ 2011, განახლებული გამოცემა. Johns Hopkins Bloomberg საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა/კომუნიკაციის პროგრამების ცენტრი და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2011. თავი 24, დანართი 1.
- [77] ხარისხის კონცეფცია მოიცავს დადასტურებული, მომხმარებლებზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურებებისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პროტოკოლების და პრინციპების დაცვას.
- [78] რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. 2010.



[79] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით, „მოზარდები“ არიან 10-19 წლის პირები, „ახალგაზრდები“ - 15-24 წლის, ხოლო „ახალგაზრდა ადამიანები“ - 10-24 წლის პირები.^[80] http://unicef.ge/uploads/Final_Eng_Geostat_Youth_SitAN.pdf.

[81] Evert Ketting. „ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების შესაძლებლობები საქართველოში“. სიტუაციური ანალიზი.“ გაეროს მოსახლოების ფონდი, თბილისი: 2015 (შიდა ანგარიში).

[82] დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი; ყოველწლიური სტატისტიკის ჟურნალი, 2014, საქართველო. 2014 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2015.

[83] გაეროს მოსახლოების ფონდი. „1.8 მილიარდის ძალა; მოზარდები, ახალგაზრდები და მათი მომავლის გარდაქმნა.“ გაეროს მოსახლოების ფონდი, მსოფლიოს დემოგრაფიული მდგომარეობა. 2014.

[84] დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი; ყოველწლიური სტატისტიკის ჟურნალი, 2014, საქართველო. 2014 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2015.

[85] „ცხოვრების ჯანსაღი წესის სწავლება“ უპირატესი ტერმინია საგანმანათლებლო პროგრამებისთვის, რომლებიც სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გარდა, მოიცავს სხვა გამოწვევებსაც.

[86] „ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების შესაძლებლობები საქართველოში“. სიტუაციური ანალიზი. გაეროს მოსახლოების ფონდი, თბილისი: 2015 (შიდა ანგარიში).

