



საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

ხელნაწერის უფლებით

ნანა ჯინჟარაძე

პირველადი ჯანდაცვის როლი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში
საქართველოში

(სპეციალობა - 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

ავტორეფერატი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

თბილისი

2019

ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

საბჭოს თავჯდომარე - ვასილ ტყეშელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სუ-ის პროფესორი

საბჭოს წევრი -ოთარ ვასაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, სუ-ის ასოცირებული პროფესორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელი- ნატა ყაზახაშვილი,MD.PH.D.

მოწვეული ექსპერტი- გიორგი ჩახუნაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, საქართველოს დარგობრივ მეცნიერებათა აკადემიების აკადემიკოსი

მოწვეული ექსპერტი- ნინო ჩიხლაძე, ეკონომიკისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, თსუ-ის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის პროფესორი

დისერტაციის დაცვა- 2019 წლის 15 თებერვალს 17.00 სთ., საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე თბილისი, კოსტავას ქ.#77^ა, საქართველოს უნივერსიტეტის IV კორპუსი, აუდიტორია 519

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი,

სუ-ის სადოქტორო პროგრამების მენეჯერი

ნათია მანჯიკაშვილი

პრობლემის აქტუალობა: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმაღლესი პრიორიტეტი. დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში აისახება ქვეყნის განვითარების დონე, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. საქართველოში, მსგავსად მსოფლიოს სხვა ქვეყნებისა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია. საქართველოს მთავრობის N459 დადგენილების (2017) მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე სხვა მრავალ ფაქტორთან ერთად გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული და ფუნქციურ მდგომარეობა.

2000 წელს სექტემბერში ნიუ-იორკის სამიტზე, 191 ქვეყანამ შეიმუშავა „ათასწლეულის განვითარების მიზნების“ შესასრულებელი გეგმა, რომელიც გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ დაამტკიცა სახელწოდებით „ათასწლეულის დეკლარაცია.“ ათასწლეულის განვითარების მიზნები ითვალისწინებდა 2015 წლამდე დედათა სიკვდილიანობის შემცირებას 3/4 -ით და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას 2/3-ით. ათასწლეულის დასასრულს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მრავალ ქვეყანაში შემცირდა. ბევრ ქვეყანაში „ათასწლეულის განვითარების მიზნების“ ამბიციური გეგმა სრულად ვერ შესრულდა.

საქართველოს მთავრობამ განიხილა საკუთარი შესაძლებლობები და როგორც ათასწლეულის განვითარების მიზნების მონაწილე ქვეყანამ 2000 წლის სექტემბერში, ნიუ იორკში გაიმართულ ათასწლეულის სამიტზე, აიღო ვალდებულება, რომ 2015 წლისათვის 2000 წლის სტატისტიკურ მონაცემებთან შედარებით საქართველოში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა ორი მესამედით, ხოლო დედათა სიკვდილიანობა სამი მეოთხედით შემცირდებოდა. მთავრობა ამ მიზნების მიღწევას ცდილობდა სახელმწიფო პოლიტიკის რიგი ბერკეტების გამოყენებით. მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებით, ამბულატორიულ დონეზე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვისთვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების გაუმჯობესებით. მთავრობამ შეიმუშავა და დაიწყო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება, რომელიც მოიცავდა: ანტენატალური მეთვალყურეობით განსაზღვრული ორსულთა ვიზიტებისა და სამედიცინო გამოკვლევების ფინანსურ უზრუნველყოფას, ბუნებრივი და საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის დაფინანსებას, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა

მართვას სპეციალური პროგრამის ფარგლებში დამატებითი დაფინანსების გათვალისწინებით; სამ წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული დახმარების დაფინანსებას. მომდევნო პერიოდში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები მცირედით შეიცვალა.

ათასწლეულის დასასრულს, მიზნობრივი პროგრამებით განსაზღვრული აქტივობებით გარკვეულწილად შემცირდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.

მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა გლობალური სტრატეგია განაახლეს და დასახეს 2015-2030 წლებში შესასრულებელი მდგრადი განვითარების მიზნები. აღნიშნული გლობალური სტრატეგიის სამიზნე, ახალ გამოწვევებთან ერთად ათასწლეულის განვითარების შეუსრულებელი მიზანები, მათ შორის დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება იყო.

საქართველოც შეუერთდა 2015-2030 წლების მდგრადი განვითარების მიზნებით განსაზღვრულ აქტივობებს. დასახული მიზანების მისაღწევად, კერძოდ დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის აღმოფხვრის ერთ-ერთი მთავარი ბერკეტი ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესებაა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

Bhutta , Das , Bahl, et al /ბჰატა,დასი, ბაჰლი და სხვ, 2014., მონაცემებით, მსოფლიოში ჩატარებული კვლევებით დადასტურებულია, რომ ორსულობამდე, ანტენატალური, პერინატალური, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ მოვლისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებით შესაძლებელია მომავალში თავიდან იქნას აცილებული ყოველწლიური ნეონატალური სიკვდილიანობის 71%, მკვდრადშობადობის 33% და დედათა სიკვდილიანობის 54% .

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო ფუძემდებლის ბარბარა სტარფილდისა და მისი თანამოაზრეების მიერ საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ პირველადი ჯანდაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნდამენტს წარმოადგენს. მტკიცებულებებზე დაყრდნობით მეცნიერთა მიერ დადასტურებულია, რომ კარგად ორგანიზებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების პირობებში ჯანდაცვის დანახარჯები მცირდება, ხოლო მოსახლეობის- ბავშვთა და მოზრდილთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები მთელ პოპულაციაში უმჯობესდება .

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) გლობალური ჯანმრთელობის პროგრამათა შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებს წამყვანი ადგილი უჭირავს. მიუხედავად იმისა, რომ ქალთა და ბავშვთა კონტინგენტი ყველაზე

ხშირად მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები გლობალურად ნელი ტემპით უმჯობესდება.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოში, თვისობრივად ახალი სახელმწიფოს მშენებლობა დაიწყო. რეფორმები უნდა განხორციელებულიყო ყველა მიმართულებით. დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა და რეორიენტაცია. განისაზღვრა ჯანდაცვის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებები და მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამები, რასაც ითვალისწინებდა ჯანდაცვის პოლიტიკა.

„1993-1994 წლებში მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს თაოსნობითა და დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით მიმდინარეობდა მუშაობა ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციასა და განხორციელების გეგმაზე. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია ფორმალურად გაცხადდა სახელმწიფო მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულება, რომლის 11 პუნქტი მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის (დასაწყისი – 1995 წლის 1 იანვარი) ყველა ასპექტს და განსაზღვრავდა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივი ბაზას, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა თუ დაფინანსების პრინციპებს“ [გზირიშვილი,დ., 2012] .

1995 წლიდან საქართველოს მთავრობამ ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება დაიწყო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენდა. საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში განასახორციელებელი რეფორმა მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პირველი პროექტით დაიწყო, სადაც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პროექტის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი იყო.

მსოფლიო ბანკის პროექტის ამოცანები მოიცავდა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის ხელშეწყობას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას, დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას, ამორტიზებული დაწესებულებების რეაბილიტაციას, სამედიცინო-პერინატალური და პედიატრიული სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას; ადამიანური რესურსების - ექიმების, ექთნების, ჯანდაცვის მენეჯერული კადრების მომზადების სისტემის შექმნას პოსტდიპლომური სწავლებისა და უწყვეტი განათლების სისტემის დანერგვის საშუალებით. მომზადდა რეზიდენტურის პირველი პროგრამა პედიატრიაში, რომლის ერთ-ერთი მთავარი ორგანიზატორი იყო პროფესორი ალ. ბრანი. მსოფლიო ბანკის პროექტი ასევე ითვალისწინებდა ფინანსურად

ხელმისაწვდომი საბაზისო სამედიცინო სერვისების პაკეტის შემუშავებას. მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პირველი პროექტის ფარგლებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ღონისძიებების შემუშავებაში მონაწილეობდა მსოფლიო ბანკის მრავალი ექსპერტი. სწორედ მსოფლიო ბანკის პირველი პროექტის ფარგლებში დაიგეგმა პოსტსაბჭოთა საქართველოში პერინატალური დახმარების რეგიონალიზაციის მოდელი, მომზადდა რეფერალური პროგრამა, რომელმაც იმ დროისათვის მნიშვნელოვნად შეამცირა არასასურველი გამოსავალი ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების დროს .

1995 წლიდან დაიწყო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროგრამის განხორციელება: "უსაფრთხო დედობის და ბავშვთა გადარჩენის" სახელმწიფო პროგრამა.

1996 წლიდან სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება გაგრძელდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პრინციპით. პოსტსაბჭოთა საქართველოს პირველი ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამა ფარავდა ოთხ პრენატალურ ვიზიტს და მშობიარობის ხარჯებს. პროგრამა მოგვიანებით მოდიფიცირდა 2002 წლის ჯანმოს რეკომენდაციის მიხედვით (ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში (2005).

საქართველოში სხვადასხვა წლებში (1999-2010წწ) ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებით ვლინდება, რომ სიკვდილის ყველაზე მაღალი რისკი სიცოცხლის პირველ თვეზე მოდის. ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზი უმეტეს შემთხვევაში არის ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ჰიპოქსია და ინფექციები. სიკვდილის რისკი შეიძლება შემცირდეს ხარისხიანი სამედიცინო დახმარებით ორსულობის პერიოდში, უსაფრთხო მშობიარობისა და პერინატალურ პერიოდში ხარისხიანი სამედიცინო ჩარევის უზრუნველყოფით .

საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ბოლო ოცი წლის მანძილზე, მუდმივად იყო სახელმწიფოს ზრუნვის საგანი. მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა, დედათა, ახალშობილთა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჯერაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საერთაშორისო სამიზნეებს- ევროპის ქვეყნების იგივე მაჩვენებლებს. დედათა და ჩვილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა კვლავ რჩება ჯანდაცვის ორგანიზატორთა ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად საქართველოში, რაც აისახა საქართველოს მთავრობის ჯანდაცვის პოლიტიკაში, კერძოდ:

2014 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა 2014-2020 წლებისათვის საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია, სადაც დედათა და ბავშვთა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ჯანდაცვის სექტორის 10 პრიორიტეტული მიმართულების ნუსხაშია და ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტს წარმოადგენს .

საქართველოს მთავრობის მიერ, 2017 წელს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა კიდევ ერთხელ იქნა აღიარებული ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტად, რაც საფუძვლად დაედო 2017-2030 წლების სტრატეგიას, რომლის მთავარი მიზანი არის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო-სოციალური დახმარების სააგენტო ახორციელებს დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამას, რომლის ფარგლებშიც დაფინანსებული იყო ორსულის 4 სავალდებულო ანტენატალური ვიზიტი (2018 წლის 1 თებერვლამდე რეგისტრირებული ორსულებისთვის კომპონენტით იფარებოდა 4 ანტენატალური ვიზიტი).

საქართველოს მთავრობის დადგენილებით №660 (2016) დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამა (პროგრამული კოდი 35 03 02 09) უზრუნველყოფს ორსულთა ანტენატალურ მეთვალყურეობას. პროგრამის მიზანია :

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

2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (30.12.15.დადგ. N 660, დანართი N9. (2016) დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი იყო 7.000.0 ათასი ლარი, სადაც ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის გამოყოფილი იყო 2.700.0 ათასი ლარი. ერთი ორსულის მართვის ღირებულება იყო 55 ლარი .

2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (30.12.16. დადგ. N 638 დანართი N9) დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი იყო 5.500.0 ათას ლარი, სადაც ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის გამოიყო 3.102.6 ათასი ლარი. ერთი ორსულის მართვის ღირებულება განისაზღვრა 57.5 ლარით .

2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (28.12.17.დადგ. N 592 დანართი N9.) დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი გაიზარდა 8.000.0 ათას ლარამდე, სადაც ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის გამოიყო 6.113.0 ათასი ლარი. ერთი ორსულის მართვის ღირებულება განისაზღვრა 180 ლარით .

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკის მონაცემებით, ბოლო წლებში, ანტენატალური მომსახურებისათვის დროული მიმართვიანობისა და 4 სრული ვიზიტით მოცვის გაზრდის ფონზე, მოიმატა პათოლოგიური მშობიარობების რიცხვმა, შესაბამისად შემცირდა ფიზიოლოგიური მშობიარობების რიცხვი, ამასთან შემცირდა დროული მშობიარობების რიცხვი. კერძოდ, 2013 წელს ფიზიოლოგიური მშობიარობები იყო 58,3%, ხოლო 2014 წელს 57,0%, მომდევნო 2015 წელს 55,0%, 2016 წელს- 52.7%, შესაბამისად გაიზარდა პათოლოგიური მშობიარობების რაოდენობა 2013 წელს იყო 41,7%, ხოლო 2014 წელს 43%, მომდევნო 2015 წელს კი 45%, 2016 წელს კი 47.3%. 2013 წელს დროულად იმშობიარა 96,7, ხოლო 2014 წელს- 96,2%, მომდევნო 2015 წელს -82,1%, 2016 წელს კი- 81.9%. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი მუდმივად მზარდია და აღემატება ჯანმოს მიერ განსაზღვრულ 10-15%-ს. საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობების წილი 2000 წლიდან 2016 წლამდე 4.3- ჯერ გაიზარდა და 43.7% შეადგინა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე სხვა ფაქტორებთან ერთად პასუხისმგებლობა ნაწილობრივ პირველად ჯანდაცვას ეკისრება. შესაძლებელია ცალკე გამოიყოს ის მონაცემები, რომელთა გაუარესება ან გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის აქტიურ მუშაობაზეა დამოკიდებული. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯებისა და მათი რაციონალური გამოყენების მიხედვით, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების წინასწარი გაანალიზების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის მუშაობა ვერ პასუხობს თანამედროვე გამოწვევებს, ხოლო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები სასურველისაგან ჯერ კიდევ შორსაა.

ამრიგად, საკითხი მეტად აქტუალური და სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობისაა ისეთი მცირერიცხოვანი ერისთვის როგორც საქართველოა. აღნიშნული პრობლემის შესასწავლად საქართველოში ფართო მასშტაბის კომპლექსური სამეცნიერო კვლევა დღემდე არ არის ჩატარებული, არსებობს მხოლოდ ზოგიერთი სერვისით მოსარგებლეთა კმაყოფილების შესწავლის ფრაგმენტული მონაცემები, რაც ვერ ასახავს საკითხის არსს.

საჭიროა ჩატარდეს მეცნიერული კვლევა რათა სარწმუნო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით დადგინდეს ის მიზეზები, რომლებიც ხელს უშლიან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ამსახველი მაჩვენებლების გაუმჯობესებას; შემუშავდეს შესაბამისი რეკომენდაციები. აღნიშნული პრობლემისადმი ხედვა შეესაბამება როგორც სახელმწიფოს მიერ დასახულ

სტრატეგიას, ასევე პასუხობს მსოფლიოში არსებულ გამოწვევებს და მდგრადი განვითარების მიზნებს და დიდი სარგებლის მომტანია საქართველოს მოსახლეობისათვის.

ჰიპოთეზა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში დიდია ანტენატალური მეთვალყურეობის მნიშვნელობა. საქართველოში, უკანასკნელ წლებში შემცირდა დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, თუმცა სასურველისაგან ჯერაც შორს არის და ჩამორჩება განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებლებს. მატულობს იმ ორსულთა რაოდენობა, რომელთაც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 4 სრული ანტენატალური ვიზიტი შეასრულეს, თუმცა ორსულობის გამოსავალი არცთუ სახარბიელოა: მატულობს პათოლოგიური მშობიარობების რაოდენობა, მცირდება ფიზიოლოგიური მშობიარობის რაოდენობა, მნიშვნელოვნად არ იცვლება პერინატალური დანაკარგები. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ამსახველი მაჩვენებლების გაუმჯობესების ტემპი მკვეთრად ჩამორჩება დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი რესურსების ზრდის ტემპს. ორსული, მელოგინე/მემუძური ქალებისათვის ნაკლებადაა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის გამოყოფილი რესურსების შესახებ; ამასთან, არც ექიმები და არც დარგის სხვა სპეციალისტები საკმარისად არ არიან ინფორმირებულნი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების თაობაზე. დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამების, კერძოდ ანტენატალური მოვლის კომპონენტის დაფინანსების სისტემა, პროგრამის მზარდი ბიუჯეტის მიუხედავად, არ პასუხობს არც ორსულთა და არც ორსულთა ანტენატალური მოვლის პროგრამის მომწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების მოთხოვნებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დანერგვის მიუხედავად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ისევ ფრაგმენტული რჩება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის შესაძლებლობის შესახებ ინფორმირებულობა მწირია ორსულ, მელოგინე/მემუძურ ქალებში. დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამის,

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე მოწოდებული ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ორსული, მელოგინე/მემუბური ქალების ინფორმირებულობა დაბალია. 25 წლის მანძილზე საქართველოში ჩამოყალიბებული დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა ვერ პასუხობს თანამედროვე გამოწვევებს. საჭიროა მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით სარწმუნო რეკომენდაციების შემუშავება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სისტემის სრულყოფისათვის.

სამეცნიერო კვლევის დიზაინი

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები, კერძოდ:

1. რაოდენობრივი, ჯვარედინ -სექციური კვლევა. საველე სამუშაო შესრულდა კვლევის ობიექტების (ორსული,მელოგინე/მემუბური დედა, პჯდ-ში დასაქმებული ექიმები/მენეჯერები) ალბათური შერჩევის საფუძველზე. კვლევის ტექნიკა: პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდი.

კვლევის ინსტრუმენტი: 3 ურთიერთგანსხვავებული კითხვარი, რომელიც შეიცავს სტრუქტურირებულ დახურულ კითხვებს და ღია კითხვას (კითხვარი შეთანხმდა საქართველოს უნივერსიტეტის ჰუმანურ საკითხთა კომისიასთან) .

2. თვისებრივი კომპონენტი- „კაბინეტური კვლევა“ (desk research): სტატიტიკური მონაცემების შეკრება, აღწერილობა, სისტემატიზაცია, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორების მონაცემების მოდიფიცირებით და 5-5 წლიანი მონაცემების გასაშუალოებით მიღებული იქნა საშუალო რიცხობრივი მონაცემები.

დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების ანალიზისათვის შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: მშობიარობების საერთო რაოდენობა, მათ შორის ბინაზე და სამედიცინო დაწესებულებაში; კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის ხვედრითი წილი; ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის ორსულთა დროული მიმართვის, სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის, ორსულობის ბოლომდე მიტანის, დროული მშობიარობის, ფიზიოლოგიური, პათოლოგიური მშობიარობის, საკეისრო კვეთის (სასწრაფო, გეგმიური) წილი; დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების ანალიზისათვის შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: შობადობის დინამიკა; 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა და ავადობა, ნეონატალური სიკვდილიანობა (ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობა), პერინატალური სიკვდილიანობა, მკვდრადშობადობა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების შესახებ მონაცემები აღებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან და შემდეგ მოხდა მათი მოდიფიცირება გასაშუალოების გზით.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების სამართლებრივი ბაზის შესასწავლად შესწავლილი იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიულ აქტები, ასევე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრის რეკომენდაციები, გაიდლაინები და პროტოკოლები.

სამეცნიერო ნაშრომის თეორიული ნაწილის მომზადებისას გამოყენებული იქნა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ გამოქვეყნებული ლიტერატურული წყაროები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების თემატური კვლევები.

კვლევის მიზანი

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში პირველადი ჯანდაცვის როლის წარმოჩენა და მისი შესაძლებლობების განსაზღვრა, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ხარჯთეფექტური რეკომენდაციების შემუშავება .

კვლევის ობიექტი-ალბათური შერჩევით გამოყოფილი სამიზნე ჯგუფი:

1. ორსულები .
2. მელოგინე/ მეძუძური დედები.
3. ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის მომწოდებელი, პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) დონეზე დასაქმებული ექიმები და მენეჯერები.

კვლევის ამოცანები

1. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესახებ არსებული ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია და ანალიზი.
2. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების შესახებ არსებული ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია და ანალიზი, შედარება უცხოეთის ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის სისტემასთან.
3. საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია და საქართველოში 1996-2016 წწ პჯდ დონეზე მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესწავლა და ანალიზი, შედარება სხვა ქვეყნების დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან.
4. ორსულთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ.
5. მელოგინე/მემუბურ დედათა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ.
6. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

1. პირველად საქართველოში, შესწავლილი იქნა, გრძელვადიან ჭრილში, რეტროსპექტულად, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ამსახველი პარამეტრები და დადგინდა გაუმჯობესების შემაფერხებელი მიზეზები.
2. პირველად საქართველოში, შესწავლილი იქნა პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რეფორმის დაწყებისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დანერგვის შემდეგ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე პჯდ-ის ახალი სისტემის ზეგავლენა და დადგინდა, პჯდ-ს ინსტიტუციის გაუმართავი მუშაობის, ოჯახის ექიმს უწყვეტი მეთვალყურეობის ფუნქციის ნაკლებობის კავშირი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის არასახარბიელო მაჩვენებლებთან.

3. პირველად საქართველოში, შესწავლილი იქნა საბჭოთა პერიოდისაგან განსხვავებული ანტენატალური მეთვალყურეობის ახალი სისტემის დანერგვის შემდეგ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები და დადგინდა ანტენატალური მეთვალყურეობის პარამეტრების გაუმჯობესების ფონზე ორსულობის გაუარესებული გამოსავლის კავშირი პუდ-ის დონეზე ჩასახვამდე კვლევების ჩატარების ვალდებულებისა და შესაბამისი „ფოკუსირებული“ პროგრამის არ არსებობასთან.

4. პირველად საქართველოში, შესწავლილი იქნა სახელმწიფო პროგრამების ამოქმედებიდან 20 წლის შემდეგ ქალთა ცოდანა- დამოკიდებულება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ და დადგინდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის, დაფინანსებისა და სერვისების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტის კავშირი ოჯახის ექიმის მომსახურების გამოყენების სიმცირესთან.

5. პირველად საქართველოში, შესწავლილი იქნა კომპლექსურად, სახელმწიფო პროგრამების დანერგვიდან 20 წლის შემდეგ, ორსულობის გამოსავალი, პროგრამების მუდმივად მზარდი დაფინანსების ფონზე და გამოითქვა აზრი, რომ დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამის ფინანსური გაუმჯობესება არ არის საკმარისი პირობა ორსულობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად, ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი არის თემის ინფორმირებულობის დონის გაზრდა, რაც პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციის, ოჯახის ექიმის როლის, პოპულარობის და მათ მიერ მიწოდებული სერვისის ხარისხის გაზრდით არის შესაძლებელი.

დისერტაციის დაცვაზე გამოსატანი ძირითადი დებულებები

1. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ეფექტიანი მუშაობის მნიშვნელობა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესების საქმეში.

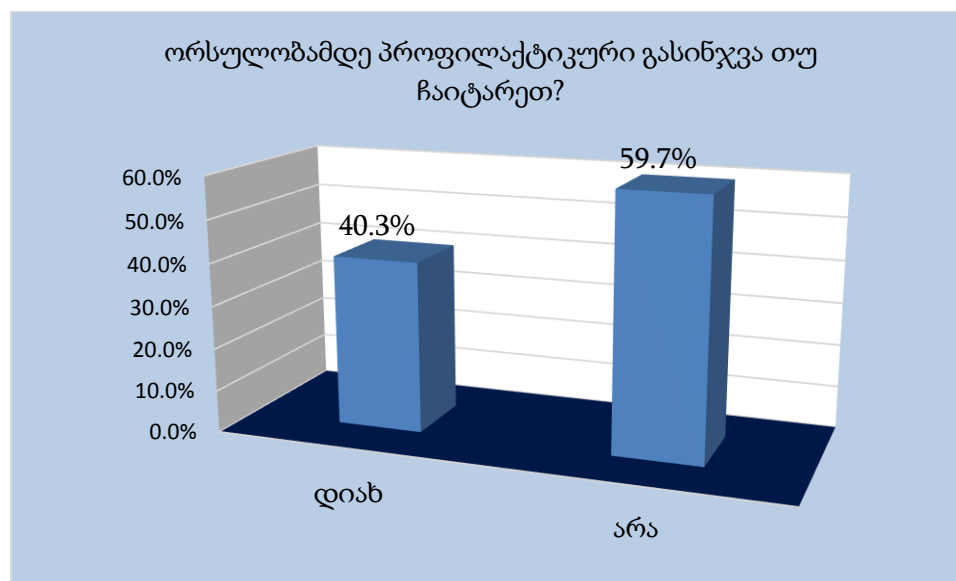
2. პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ოჯახის ექიმის მიერ ჩასახვამდე კვლევების ჩატარების ვალდებულება და გაურთულებელი ორსულობის დროს ანტენატალური მოვლის სერვისების მიწოდების მიზანშეწონილობა, შესაძლებლობა და ბარიერები.

3. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისა და ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამისადმი მოსარგებლეთა და სერვისის მიმწოდებელთა ცოდანა-დამოკიდებულება, მათი მოთხოვნები და საჭიროებები.

კვლევის შედეგების თეორიული სიახლე

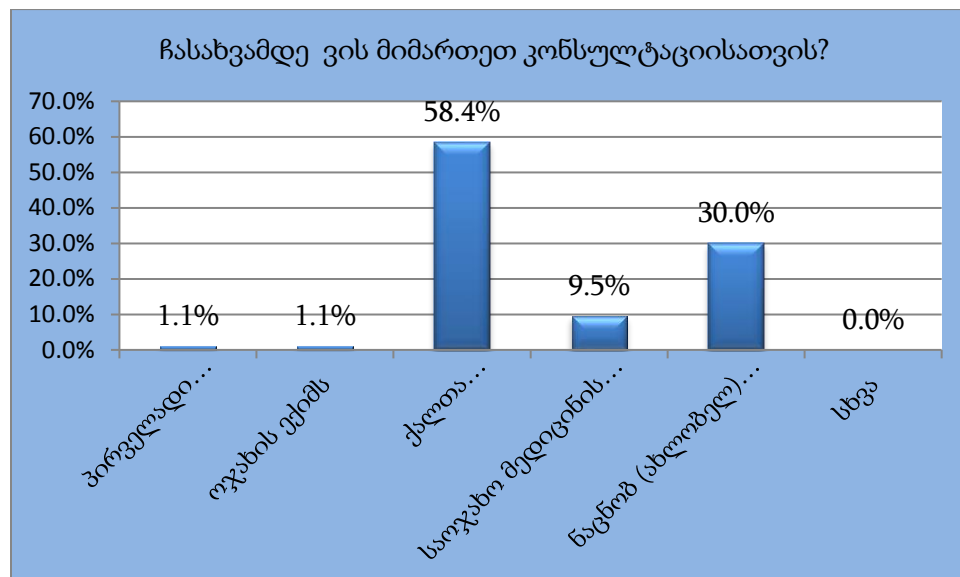
1. ლიტერატურული წყაროების დამუშავებით მიღებული იქნა ინფორმაცია, რომელიც აისახა გამოქვეყნებულ სამეცნიერო შრომებში (7 სამეცნიერო შრომა , მათ შორის 2 დაიბეჭდა იმპაქტ ფაქტორიან ჟურნალში).
2. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ ორსულ, მელოგინე/მემბუმურ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლით გააზრებული იქნა ინფორმირებულობის როლი და ღირებულება ორსულობამდე, ორსულობისა და ორსულობის შემდეგ პერიოდში ოჯახის ექიმის მიერ უწყვეტი, ხარჯთეფექტური და ეფექტიანი პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების მნიშვნელობისა და შესაძლებლობების შესახებ, რაც ავსებს ამ სფეროში არსებულ სიცარიელეს.

სურათი №1



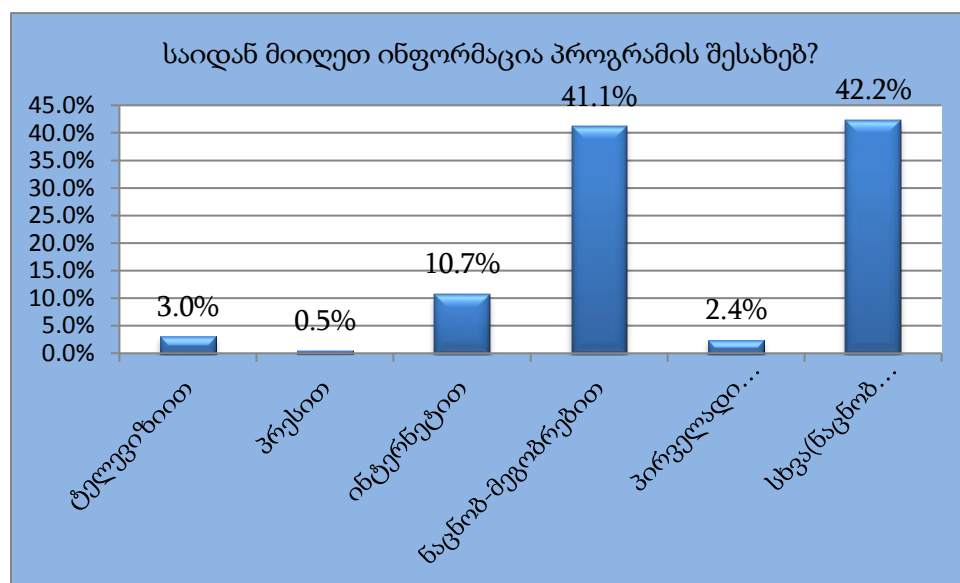
კვლევის მიხედვით გამოვლინდა, რომ რესპონდენტთა 59.7% არ ჩაუტარებია ჩასახვამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა, რადგან ოჯახის ექიმი არ ასრულებს თემის უწყვეტი მეთვალყურეობის ფუნქციას (იხ. სურათი №1).

სურათი №2



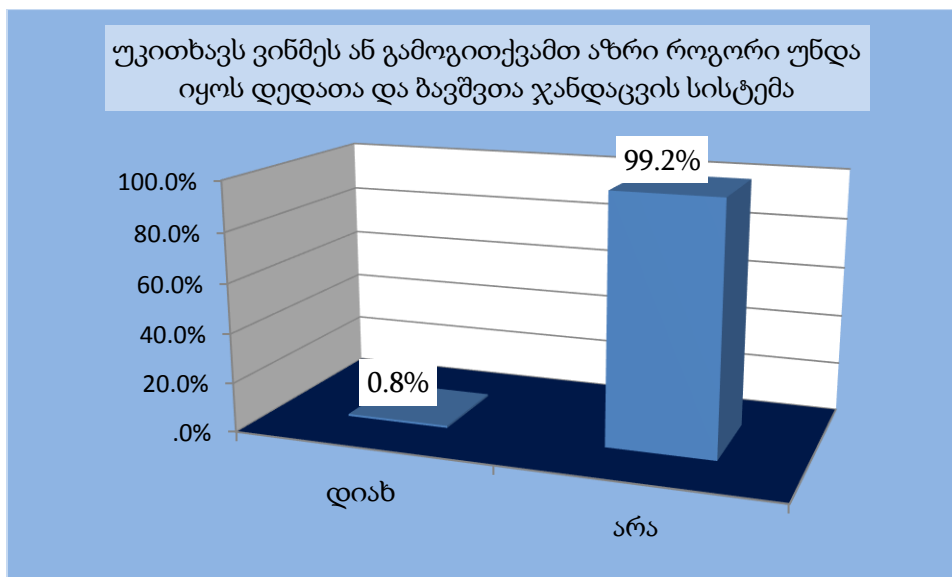
ჩასახვამდე პროფესიონალი კონსულტაციის მხოლოდ 1.1%-მა მიმართა ოჯახის ექიმს (იხ.სურათი №2)

სურათი №3



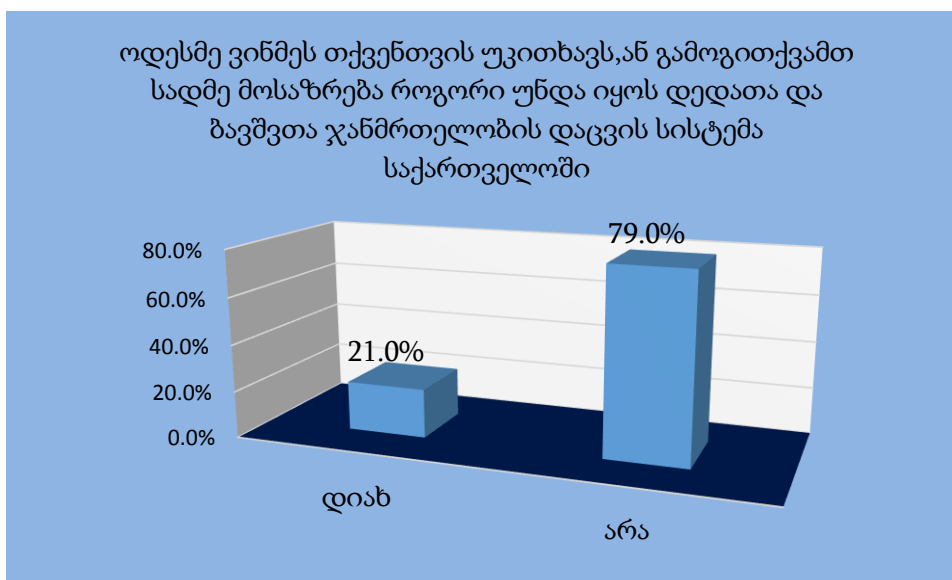
ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ ინფორმაცია პუბლიკაში მხოლოდ 2.4%-მა მიიღო, დანარჩენმა ნაცნობ-მეგობრებიდან, რადაგან ოჯახის ექიმის მუშაობა თემში არასაკმარისია (იხ.სურათი №3)

სურათი №4



ორსულთა 99.2%-სათვის არავის უკითხავს და არც მას გამოუთქვამს აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა(იხ.სურათი №4).

სურათი №5



ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების ექიმების/მენეჯერების 79%-სათვის არავის უკითხავს და არც მათ გამოუთქვამთ აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა (იხ.სურათი№5).

კვლევის შედეგების პრაქტიკული ღირებულება

1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა (ორსულები, მელოგინეები/მემუძურები) მოთხოვნებისა და საჭიროებების ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები პჯდ-ის დონეზე დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის გაუმჯობესების საქმეში.
2. ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისების მომწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთა/მენეჯერთა მიერ განსაზღვრული, ორსულთა საჭიროებების ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები პჯდ-ის დონეზე დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის გაუმჯობესებისათვის.
3. ჩასახვამდე პერიოდში ორსულობისათვის ორგანიზმის მზაობის შემოწმების მიზნით პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისადმი ორსულების, მელოგინეების/მემუძურების დამოკიდებულების ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები პჯდ-ში ჩასახვამდე პერიოდში ოჯახის ექიმთან მიზნობრივი მიმართვიანობის გაზრდისათვის.
4. განისაზღვრა და შეფასდა საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელობა; მოწოდებული იქნა რეკომენდაციები ოჯახის ექიმის როლისა და ავტორიტეტის გაზრდისა და უწყვეტი, ხარჯთეფექტური მომსახურების მოწოდების გაუმჯობესების მიზნით.
5. კვლევის პროცესში პირდაპირი კომუნიკაციის შედეგად ამაღლდა რესპონდენტთა ინფორმირებულობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის, პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის მომსახურების საჭიროების, მისი როლისა და მნიშვნელობის შესახებ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის.

შედეგების დანერგვა

შედეგებისა და დასკვნების გამოსაყენებლად მიზანშეწონილია მათი დანერგვა არა მხოლოდ სალექციო მასალებში მედიცინის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის, არამედ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჯანდაცვის მენეჯმენტის მაგისტრანტებისათვის, დოქტორანტებისათვის, აგრეთვე დედათა და ბავშვთა სერვისების მომწოდებელ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, ხარისხის მართვის პროტოკოლში.

ნაშრომის აპრობაცია

დისერტაციის მასალები მოხსენდა საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის მიერ ჩატარებულ საერთაშორისო კონფერენციზე 21.06.2017წ. საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის მიერ ჩატარებულ საერთაშორისო კონფერენციზე 18.06.2018 წ. საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის დისერტაციათა დაცვის საბჭოზე 20.12.2018 წელს.

სამეცნიერო პუბლიკაციები

დისერტაციის მასალების მიხედვით გამოქვეყნდა 7 ნაშრომი, მათ შორის: 2 სტატია დაიბეჭდა იმპაქტ ფაქტორიან ჟურნალში, 5 სტატია დაიბეჭდა რეფერირებად ჟურნალში.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა

სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს ნაბეჭდ 279 გვერდს და შედგება 6 თავისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, საკუთარი მასალები და კვლევის მეთოდები, კვლევით მიღებული შედეგები, ძირითადი შედეგები, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები და ბიბლიოგრაფია, რაც მოიცავს 192 ლიტერატურულ წყროს, ნაშრომი ილუსტრირებულია 93 სურათით და 6 ცხრილით, ხოლო დანართში წარმოდგენილია 245 ცხრილი.

კვლევის მასალები და მეთოდები

კვლევის საველე კომპონენტის ფარგლებში 2017 წლის ივნისიდან 2018 წლის ივნისამდე ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური რაოდენობრივი კვლევა. იგი მოიცავდა რესპონდენტთა გამოკვლევას პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდით. კვლევის მასალა იყო: ორსული, მელოგინე/მეძუპური დედები და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმები და მენეჯერები, რომლებიც შეირჩა ალბათური შერჩევით. რესპონდენტები გადანაწილდა შემდეგნაირად:

- I ჯგუფი-ორსულები 472 რესპონდენტი
- II ჯგუფი- მელოგინე/მეძუპური დედები 346 რესპონდენტი

III ჯგუფი- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულები -ექიმები/მენეჯერები 100 რესპონდენტი.

კვლევა ჩატარდა ქ.თბილისში, სამშობიარო სახლებსა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდით. რეპრეზენტატიულობის გათვალისწინებით, შემთხვევითი შერჩევით. კითხვარის ზოგადი სათაური იყო:

„ორსულთა, მელოგინე/მეძუძურ დედათა, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულთა ცოდნა-დამოკიდებულება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ“.

შედგენილი იყო სამი ურთიერთგანსხვავებული კითხვარი, რომელიც მოიცავდა დახურულ კითხვებს და ღია კითხვას.

კვლევის დაწყებამდე ჩატარდა პილოტური კვლევა და გამოვლინდა, რომ საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში მცხოვრები ორსულების დიდი ნაწილი ანტენატალური სერვისის მისაღებად ქ.თბილისში დგებოდნენ აღრიცხვაზე პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებაში ან აღრიცხვაზე დგებოდნენ თავიანთ რაიონებში - ღებულობდნენ პროგრამით გათვალისწინებულ სერვისს და პარალელურად, თბილისში ისეთივე ან ბევრად უფრო მეტი სიხშირით ღებულობდნენ ანტენატალურ სერვისს თავიანთ ამორჩეულ, მათთვის მაღალი სანდოობისა და ცნობადობის დაწესებულებაში და მომსახურების ხარჯებს იხდიდნენ ჯიბიდან გადახდით და/ან დაზღვევის საშუალებით. ამ მდგომარეობის გათვალისწინებით, აგრეთვე იმის საფუძველზე რომ პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების რაოდენობა მუდამ იცვლებოდა, კვლევა ჩატარდა თბილისში, სადაც კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის მაცხოვრებლები, რომელთაც შეეძლოთ კიდევ უფრო რეალური ცნობები მოეცათ თავიანთ რაიონში არსებული პრობლემების შესახებ. კვლევაში მონაწილეობდნენ ქართულენოვანი ორსულები, მელოგინე/მეძუძური დედები მშობიარობის გამოცდილებით და მის გარეშე.

კითხვარი დამუშავდა SPSS XXIII პროგრამით: ჩატარდა დისკრიპტული ანალიზი (კვლევის მონაცემების ზოგადი სურათი-აღწერილობა), განისაზღვრა მაჩვენებლების სიხშირე და პროცენტი, გამოიყო დამოუკიდებელი ცვლადები და ჩატარდა კროსტაბულაცია, განისაზღვრა პირსონის χ^2 (ხ_ი-კვადრატი) და P (პი-დონე- სარწმუნოება). მიღებული შედეგების საფუძველზე ჩატარდა ანალიზი.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შეფასებისათვის გამოყენებული კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი

(desk research): სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, აღწერილობა, სისტემატიზაცია, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორების მონაცემების მოდიფიცირებით და 5-5 წლიანი მონაცემების გასაშუალოებით მიღებული იქნა საშუალო რიცხოვრივი მონაცემები (საწყისი მონაცემები აღებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან).

სამართლებრივი ბაზის შესასწავლად გამოყენებული იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული აქტები.

ძირითადი შედეგები

1. საქართველოში 1996-2016 წლებში, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის, ნეონატალური სიკვდილიანობის, მკვდრადშობადობის, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შემცირდა; პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა გაიზარდა.
2. საქართველოში 1996-2016 წლებში, ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების კვალდაკვალ ორსულობის გამოსავალი არასახარბიელოა: გაიზარდა პათოლოგიური მშობიარობის, საკეისრო კვეთის, ვადამდელი მშობიარობის, ორსულობის დრომდე მიუტანლობის წილი.
3. ორსულების, მელოგინე/მემბრუნი დედების უმრავლესობას არ აქვს ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის და სახელმწიფოს მხრივ ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის გამოყოფილი თანხების შესახებ; ორსულთა 70.8% არ იცის რა სერვისებს მოიცავს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა.
4. ორსულებისათვის „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის“ შესახებ ინფორმაციის მიწოდების ძირითადი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები და არა პჯდ-ის ოჯახის ექიმი, რომლის ერთ-ერთი ფუნქციაც არის თემის ინფორმირება.
5. ორსულთა უმრავლესობა ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის მიმართავს სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა კონსულტაციას; ორსულები ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის თითქმის არ მიმართავენ პჯდ-ის ოჯახის ექიმს, რომლის პირდაპირი მოვალეობაა პაციენტზე უწყვეტი მეთვალყურეობა, ფიზიოლოგიური ორსულის მართვა .

6. დაბალია ჩასახვამდე პერიოდში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის ექიმთან მიმართვიანობა. ჩასახვამდე პერიოდში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად ექიმს მიმართა ორსულთა მხოლოდ 40.3%, ამასთან უფრო მეტად დედაქალაქის მცხოვრებლებმა, თუმცა ორსულთა 90.1% თვლის, რომ აუცილებელია ამ სერვისის რუტინული დანერგვა.
7. დაბალია მშობიარობის შემდეგ ექიმთან მეთვალყურეობისათვის მიმართვიანობა: ლოგინობის ხანაში, მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში, გინეკოლოგთან შემოწმებაზე იყო ქალების მხოლოდ 46.1% , ხოლო 55.8% ლოგინობის ხანის შემდეგ, მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ, გინეკოლოგთან საერთოდ არ ყოფილა.
8. ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისების მომწოდებელი პჯდ-ის დაწესებულებაში დასაქმებული რესპონდენტების 53% არ არის ინფორმირებული და არ იცის, თუ რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, მხოლოდ 47%-ს აქვს ინფორმაცია, ამასთან მენეჯერები უფრო მეტად არიან ინფორმირებულები, ვიდრე ექიმები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და სახელმწიფოს მხრივ ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ.
9. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შედეგებისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებსა და გამოკითხვებში არასოდეს მიუღია მონაწილეობა ორსულთა 99.2%-ს, მელოგინე/მეძუძური დედების 96.0%-ს და პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმების/მენეჯერების 79%-ს.
10. ანტენატალურ სერვისების მიღებისას, ფიზიოლოგიურად შეფასებულ ორსულთა 89,4%-ს დასჭირდა 6-8-ზე მეტი ვიზიტი, ხოლო 91,9%-ს დამატებითი კვლევები, რაც ხშირად ქმნის სამედიცინო სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემას.
11. დაბალია ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მიღების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა , ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მისაღებად რაიონის მაცხოვრებლები ხშირად მიმართავენ დედაქალაქის სამედიცინო დაწესებულებებს, კერძოდ , რაიონში მცხოვრებთაგან ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დედაქალაქს მიმართა ორსულთა 33,9 %-მა და მშობიარობისათვის მელოგინე/მეძუძური დედების 46.8%-მა .

დასკვნები

1. 1996-2016 წწ ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების ფონზე ორსულობის გამოსავალი არ არის სახარბიელო, რადგან, მიუხედავად იმისა, რომ ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროულად მიმართვიანობის წილის 50.06%-დან 81.9%-მდე, სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის წილის 60.74%-დან 85.70%-მდე გაიზარდა, ორსულობის ბოლომდე მიტანის წილი 95.86%-დან 89.40%-მდე, დროული მშობიარობების წილი 95.86%-დან 86.73%-მდე, ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი 76.58%-დან 52.70%-მდე შემცირდა, პათოლოგიური მშობიარობების წილი 23.42%-დან 47.3%-მდე, საკეისრო კვეთით მიღებული მშობიარობების წილი 7.86%-დან 43.76%-მდე გაიზარდა (აღებულია გასაშუალებული მნიშვნელობები), რაც განპირობებულია პჯდ-ის რგოლში ჩასახვამდელი პერიოდისა და ორსულთა ანტენატალური მოვლის სერვისების არასათანადო ხარისხით.
2. ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების ფონზე ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი განპირობებულია პჯდ-ის დონეზე ჩასახვამდე კვლევების ჩატარების ვალდებულებისა და შესაბამისი „ფოკუსირებული“ პროგრამის არ არსებობით. რესპონდენტთა მხოლოდ 40.3% ჩაიტარა ჩასახვამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა, თუმცა რესპონდენტთა 90.1%-ს მიაჩნია, რომ აუცილებელია ჩასახვამდე პერიოდში ორგანიზმის ორსულობისათვის მზაობის შეფასება.
3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და მისი შესაძლებლობების შესახებ ორსული, მელოგინე/მემუბური ქალების ინფორმირებულობა დაბალია, რადგან პირველად ჯანდაცვაში განხორციელებული რეფორმებისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დანერგვის მიუხედავად პჯდ-ის ინსტიტუტის მუშაობა გაუმართავია, ოჯახის ექიმის მიერ სამედიცინო საკითხებზე თემისათვის ინფორმაციის მიწოდების ფუნქცია არასათანადოა; ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ ინფორმაცია პჯდ-ში ორსულთა მხოლოდ 2.4%-მა მიიღო, დანარჩენმა 97,6%-კი მიიღო სხვადასხვა წყაროებიდან, რაც მიუთითებს, რომ ოჯახის ექიმის მუშაობა თემში არ არის საკმარისი.
4. ჩასახვამდე პერიოდში ორგანიზმის ორსულობისათვის მზაობის შეფასების მიზნით პჯდ-ს რგოლში, ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა დაბალია, ორსულთა მცირე ნაწილიდან (40.3%), ვინც ჩაიტარა ჩასახვამდე კვლევები, მხოლოდ 1.1%-მა მიმართა პჯდ-ს და ოჯახის ექიმს, 58.4%-მა კი ამ მიზნით მიმართა ქალთა კონსულტაციას. ოჯახის ექიმს არც ორსულები არ მიმართავენ ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის, რადგან არ ეიმედებათ, რაც

განპირობებულია ოჯახის ექიმის არაპოპულარობითა და მისადმი ნდობის დაბალი ხარისხით; ორსულთა უმრავლესობამ, 50.4%-მა, უპირატესობა მიანიჭა და ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის მიმართა სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა კონსულტაციას.

5. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სერვისების მოცულობისა და შინაარსის შეუსაბამებობა ორსული, მელოგინე/მემუძური ქალების საჭიროებებთან და მოთხოვნებთან, პროგრამების მზარდი დაფინანსების პირობებში, ნაწილობრივ, დაკავშირებულია პროგრამების შედგენაში სერვისით მოსარგებლეებისა და სერვისის მიმწოდებლების დაბალ ჩართულობასთან; ორსულთა 99.2%-ს, მელოგინე/მემუძური დედების 96%-ს, ანტენატალური მოვლის სერვისის მომწოდებელი დაწესებულებების ექიმების/ მენეჯერების 79%-ს არასოდეს მიუღიათ მონაწილეობა, არც არავის უკითხავს და არც მათ გამოუთქვამთ აზრი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შედგენის თაობაზე გამართულ შეხვედრებში.

რეკომენდაციები

1. რეკომენდებულია პჯდ-ის რგოლში ჩასახვამდე პერიოდისა და ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება როგორც ადამიანური რესურსების, ისე მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებების მხრივ.
2. რეკომენდებულია, დაინერგოს პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ოჯახის ექიმის მიერ მოწოდებული, ფინანსურად უზრუნველყოფილი ჩასახვამდე სავალდებულო გამოკვლევა ექსტრაგენიტალური და ლატენტურად მიმდინარე დაავადებების გამოვლენის, ორგანიზმის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ორსულობისათვის მზაობის შეფასების მიზნით.
3. მიზანშეწონილია ორგანიზაციული ცვლილებების განხორციელება პჯდ-ში საქართველოს ყველა რეგიონში; ოჯახის ექიმის მიერ მასზე დაკისრებული მოვალეობებისა და ფუნქციის სრულფასოვანი განხორციელებისათვის, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უწყვეტი მეთვალყურეობის, თემისათვის სამედიცინო საკითხებზე სათანადო ინფორმაციის დროული, შეუფერხებელი მიწოდების განხორციელებისათვის მონიტორინგის დაწესება, წახალისების მიზნით კი ფინანსური სტიმულების მექანიზმის დანერგვა, თემის მოწყვლადი ნაწილის- დედათა და ბავშვთა სერვისების მიწოდებისათვის განსხვავებული ანაზღაურების სახით.
4. რეკომენდებულია მოსახლეობაში პირველადი ჯანდაცვის, ოჯახის ექიმის როლისა და ავტორიტეტის გაძლიერება, რათა გაიზარდოს ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა და მისი

ხარჯთეფექტური, ხელმისაწვდომი სერვისის უტილიზაცია ორსულთა უწყვეტი მეთვალყურეობისათვის. ამ მიზნით უნდა დაინერგოს ოჯახის ექიმთა გადამზადების სავალდებულო, გეოგრაფიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომი პროგრამები. მიზანშეწონილია უნივერსიტეტებში საოჯახო მედიცინის სწავლების გაძლიერება.

5. რეკომენდებულია გაიზარდოს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო სერვისების უშუალო მომწოდებელი ექიმების/მენეჯერებისა და სერვისით მოსარგებლეთა მონაწილეობა და აქტიური ჩართულობა სამედიცინო პროგრამების შემუშავების პროცესში და მათი ეფექტური კომუნიკაცია პროგრამის ავტორებთან, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის მოცულობისა და შინაარსის შესაბამისობა ორსულთა რეალურ საჭიროებებთან.

გამოქვეყნებული შრომების სია

1. HEALTH OF CHILDREN UNDER 12 MONTHS OF AGE IN GEORGIA . *Georgian Med News*. 2018 Jun; (279):62-.67. PubMed – NCBI (იმპაქტ ფაქტორიანი).
2. Проблемы совершенствования антенатального наблюдения за беременными в системе первичного здравоохранения Грузии .*Georgian Med News*. 2018 Oct; (283): 118-.123. PubMed – NCBI (იმპაქტ ფაქტორიანი).
3. Maternal and Child Health Trends in Georgia . *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, *Volume 1, Supplement 2, June 2017.p.44-49*.www.caucasushealth.ge
4. The role of primary care in maternal and child health care. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, *Volume 1, Supplement 2, June 2017.p.94*.www.caucasushealth.ge
5. The Role of Antenatal Care Services in the Health Condition of Pregnant and Newborn. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, ISSN 2449-2647. *Volume 2, Supplement 3; June 18, June 2018.p.73*.www.caucasushealth.ge
6. ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*. 2019; 5 (1)..გვ.17-22, (საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალი).
7. ორსულთა პატრონაჟი პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*. 2019; 5 (1)..გვ.114-117, (საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალი).



The School of Health Sciences of the University of Georgia

With the right of manuscript

Nana Jincharadze

The Role of Primary Healthcare in Maternal and Child Health Care System in Georgia

(Specialty - 0904 – Public Healthcare)

Autoreferat

To achieve doctor's academic degree in public health

Tbilisi

2019

The work has been performed at the School of Health Sciences of the University of Georgia

The dissertation council (board) was composed of:

The Chairman of the Council – Vasil Tkeshelashvili, Doctor of Medical Sciences, Professor of UG;

The Member of the Council – Otar Vasadze, Academic Doctor of Medicine, Associated Professor of UG;

The Scientific Head – Nata Kazakhashvili, MD.PH.D.

The Invited Expert – Giorgi Chakhunashvili, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Academy of Field Sciences;

The Invited Expert – Nino Chikhladze, Doctor of Economics and Public Health, Professor of Public Health Department of TSU Medical Faculty;

The thesis will be held on 15 February 2019, at 17:00 at the meeting of dissertation council at the school of health sciences of UG, 77a Kostava Street, Tbilisi, IV block of University of Georgia, In 519 Auditorium.

Introduction (acquainting) of dissertation is available at the library of University of Georgia.

The Secretary of the Dissertation Council (board),
Manager of the UG Doctorate Programs.

Natia Manjikashvili

Actuality of the issue: The maternal and child health is the highest priority of public health. The maternal and child mortality data reflect the level of country development, social-economic status and health condition of the population. In Georgia, like other countries of the world, maternity and child healthcare is one of the main priorities of national policy. According to the N459 statement (2017) of the Government of Georgia, reduction of maternal and child mortality is one of the most significant issues among the goals of public healthcare. Organizational and functional condition of healthcare system as well as many other factors affects maternity and child health.

In September, 2000, at the New York summit, 191 countries introduced the plan to fulfill “millennium development goals” which was confirmed by the General Assembly of the United Nations under the title of “Millennium Declaration”. Goals of millennium development involved reduction of maternal mortality by $\frac{3}{4}$ and reduction of up to 5 years old children’s mortality by $\frac{2}{3}$ until 2015. At the end of the millennium, indicators of maternal and child mortality was reduced in a lot of countries. In many countries, the ambitious plan of “millennium development goals” was not fulfilled completely.

The government of Georgia discussed its own capacities and as the country, participating in the goals of millennium development in September 2000, at millennium summit, held in New York, undertook responsibility to decrease in 2015 the mortality of children, aged up to 5 years old by $\frac{2}{3}$ and maternal mortality – by $\frac{3}{4}$ in comparison with statistical data of 2000. The government made efforts to achieve this goals using the number of levers of the state policy including primary healthcare enhancement, at ambulatory level, by improvement of the provided services – inevitable for maternal and children’s healthcare. The government designed and initiated the implementation of state programs, which included: 1) the financial support of pregnant’s visits and medical investigations, defined by antenatal monitoring; 2) Funding the childbirth via caesarean section and the natural way; 3) Management of high risk pregnant, birthing and postnatal women within the special program, considering additional financing; 4) Funding of stationary assistance for children up to 3 years old. In the next period, programs of maternal and children’s healthcare slightly changed.

At the end of the millennium, data of maternal and children’s mortality somehow decreased at the expense of activities, stipulated by target programs.

Organizers of the world healthcare resumed the global strategy and set the goals of sustainable development for 2015-2030. The target of the above global strategy was unachieved goals of

millennium development including reduction of maternal and children's mortality as well as new challenges.

Georgia joined the activities, defined by goals of sustainable development of 2015-2030 years. To achieve the set goals, namely to eliminate the maternal and neonatal birth, one of the major levers is the improvement of pregnant's antenatal monitoring at primary healthcare level. Studies, performed in the world confirm that before pregnancy, antenatally, perinatally, at childbirth and postnatally, by means of medical care and service improvement, it is possible to avoid annually 71% of neonatal mortality, 33% of stillbirth and 54% of maternal mortality in future [Bhutta, Das, Bahl, et al 2014].

It is universally recognized by public health specialists –Barbara Starfield et al, the scientific founder of primary healthcare that public health represents the foundation for healthcare system.

Based on evidence, scientists have confirmed that in terms of well organized primary healthcare system, healthcare expenses decrease while health data of children and adults improve in the whole population.

Among global health programs of the World Health Organization (WHO), maternal and child healthcare programs play the leading role. In spite of the fact that women's and children's contingent most frequently apply to primary healthcare institutions, the data, reflecting their health condition show slow improvement in the world.

In 1990s, after declaring the Independence, Georgia started building the novel state. Reforms had to be implemented in all the directions. The reform and reorientation of the healthcare system was initiated; Major strategic directions and targeted healthcare programs were defined, that was stipulated (considered) in the healthcare policy.

„ In 1993-1994, by means of the World Bank support and by the leadership of the Ministry of Health and participation of interested parties, the work on health reform concept and the plan of implementation was underway. The concept of healthcare system reorientation was formally declared in the statement N 400, 23 December, 1994, the 11 items of which contained all the aspects of the first stage of healthcare system reorganization (beginning – 1 January, 1995) and determined the legislative base of changes, which would be implemented within the next years as well as principles of organizing and financing of the sphere“ [D. Gzirishvili, 2012].

Since 1995, the Georgian government initiated implementation of the health reform. The maternal and child health was the major priority of the healthcare national policy. The reform, that had to be

implemented in the healthcare sector, started with the First World Bank Georgian Healthcare Project, where maternal and child health was one of the most significant components of the project.

Challenges (tasks) of the World Bank project included facilitation in healthcare system reorganization, development of public and primary healthcare, improvement of maternal and children's medical service, rehabilitation of amortized institutions, improvement of the quality of obstetric-perinatal and pediatric services as well as the development of the preparing system of human resources –doctors, nurses, manager staff by implementation of postgraduate and continuous educational system. The first program of residency in pediatrics was developed. Its one of the first organizer was Professor Al. Bran. The World Bank project also involved development of financially affordable packet of basic medical services. Many experts of the World Bank participated in planning the arrangements of the health care system reform within the first project of Georgian healthcare by the World Bank. Exactly within the first project of the World Bank, the regionalization model of perinatal assistance was designed in postsoviet Georgia, the referral program was prepared, which significantly for that time decreased the undesirable outcome in cases of complications, associated with pregnancy and childbirth.

Since 1995, implementation of the first program of the maternal and child healthcare was initiated: the state program of "Safe Motherhood and Child Survival". Since 1996, the state program implementation was continued with the principle of obligatory medical insurance. The first antenatal monitoring program of postsoviet Georgia covered four prenatal visits and childbirth expenses. Later, this program was modified according to WHO recommendation of 2002 (investigation of women's reproductive health in Georgia (2005)).

Studies of women's reproductive health, performed in different years in Georgia, detected that the highest risk of death presents at the first month of life. In most cases, the reason for newborn's death is mostly premature birth, fetal hypoxia and infections. The risk of death can be reduced by high quality medical assistance during the pregnancy, safe childbirth and perinatal period by providing high quality intervention.

Protection of population's health, maternal and child health improvement have always been the matter of state care. Despite the achieved progress, the newborn and infant's mortality data are still far lower than international targets – similar values (data) of European countries. Maternal and infants' health condition still remains to be one of the main challenges in Georgia that was reflected in the health policy of Georgian government, namely:

In 2014, Georgian government developed the state concept of healthcare in Georgia 2014-2020, where contribution to maternal and child health is among 10 priorities of healthcare sector and represents the priority of the state policy of the field of healthcare.

In 2017, Georgian Government recognized maternal and child health again as the priority of healthcare policy that became the basis for 2017-2030 years' strategy, the main goal of which is the improvement of maternal and newborn's health condition.

The Agency of Social Assistance at the Ministry of Labour, Health and Social Security is implementing the state program of mothers and children, within which 4 compulsory, antenatal visits were funded (for pregnant, registered until 1 February, 2018, 4 antenatal visits).

By the statement of Georgian government №660 (2016), the maternal and child healthcare program (35030209) provides pregnant's antenatal monitoring. The goal of the program is:

„Reduction of the maternal and newborn's mortality, reduction of the number of premature births and congenital abnormalities via: 1) effective patronage of pregnant; 2) increasing the geographic availability and financial affordability of qualified medical assistance 3) providing necessary medicaments.

In state healthcare programs of 2016, (30.12.15. statement N 660, attachment N9 (2016), the budget of maternal and child healthcare program was 7.000.0 thousand laris, where 2.700.0 thousand laris were provided for antenatal monitoring. The cost of one pregnant management was 55 laris.

In healthcare state programs of 2017, (30.12.16 statement N 638 attachment N9), the budget of maternal and child healthcare program was 5.500.0 thousand laris, where 3.102.6 thousand was allocated to antenatal monitoring. The cost of one pregnant management was stated as 57.5 laris.

In state healthcare programs of 2018, (28.12.17. statement N 592 attachment N9.) The budget of maternal and child healthcare program increased up to 8.000.0 thousand laris, where 6.113.0 thousand laris were allocated to antenatal monitoring. The cost for one pregnant's management was defined as 180 laris.

According to statistical data of the National Center of Disease Control and Public Health, in last years, on the background of timely applying to antenatal services and the increase of covering 4 full visits, the number of pathologic births increased and hence, the number of physiologic births as well as timely (mature) births decreased. Namely, in 2013, physiologic births were 58,3%, in 2014 - 57,0%, in the next 2015, it was 55,0%, in 2016 - 52.7%. The number of pathologic births subsequently increased: in 2013, it was 41,7%, in 2014 - 43%, in the next 2015, it was 45%, in 2016, it was 47.3%.

In 2013, we had 96,7% timely (mature) births, and in 2014 - 96,2%, In the next 2015 -82,1%, in 2016 -81.9%. The data of caesarean section are constantly increasing and exceed 10-15%-stated by WHO. The share of births by caesarean section since 2000 to 2016 increased by 4.3 times and came to 43.7%.

The primary healthcare bears partial responsibility for maternal and child health condition with other factors. The data can be allocated separately, the deterioration or improvement of which depends on active work of primary healthcare. According to expenses, spent on maternal and child healthcare and their rational use, on the basis of prior analyses of the data, describing the maternal and child health condition, we can conclude that the work of the primary part of healthcare does not correspond to current challenges and maternal and child healthcare is still a far cry from favourable.

Hence, the matter is very actual and valuable for the state, especially for such small country as Georgia. To study the above problem, still no wide scale complex research study has been performed. Only the fragment data exist to study the satisfaction of some service customers, which does not reflect the essence of the issue.

It is necessary to perform a scientific research study in order to find the reasons which hinder to the improvement of the data, reflecting the maternal and child health. Corresponding recommendations have to be worked out. The vision of the problem is in conformity with the strategy, set by the state. It also answers the challenges and goals of sustainable development as well as brings significant benefit for population of Georgia.

Hypothesis

One of the main priorities of public health is maternal and child health. Importance of antenatal monitoring is very high in maternal and child healthcare improvement. In recent years, in Georgia, the data of maternal and child morbidity and mortality decreased but they are still far from desirable and much behind the data of developed countries. The number of pregnant, who had 4 full antenatal visits within the state program, increases. However, the outcome of pregnancy is not so favourable: the number of pathologic births increases while the number of physiologic births decreases in Georgia. Perinatal losses do not change significantly. The pace of maternal and child health data improvement is significantly lower than the pace of increase in resources, allocated for maternal and child healthcare. For pregnant, birthing and breastfeeding women, information about resources, allocated for maternal and child healthcare is less available; In addition, neither doctors, nor other

specialists of the field are sufficiently informed about funding the state programs. Financing system of the antenatal care component, in spite of increasing budget of the program, does not correspond to the requirements of pregnant women nor doctors and managers, employed in primary healthcare institution which provides the pregnant's antenatal care program in order to ensure maternal and child health protection. In Georgia, despite the reform, implemented in primary healthcare system and establishing the family doctor's institute, the primary healthcare system still remains fragmented. Awareness about maternal and child primary healthcare capacity is poor among pregnant, birthing and breastfeeding women. Awareness of pregnant, birthing /breastfeeding women about state program of antenatal monitoring at primary healthcare level is low. For 25 years, the maternal and child healthcare system, formed in Georgia, does not meet current challenges. It is necessary to work out convincing recommendations in order to improve maternal and child healthcare system.

Design of the research study

The methodologic basis of the study is qualitative and quantitative methods of investigation, namely:

1. Quantitative, cross-section investigation. The field work was performed on the basis of randomized selection of study objects (pregnant, birthing/breastfeeding women, doctors/managers, employed in PHC). Technique of investigation: method of direct interviewing . The instrument of the investigation: 3 different questionnaires which contain structured, closed questions and the open question (the questionnaire was agreed with the commission of human issues of the University of Georgia).
2. The qualitative component (desk research): summarizing (collection) of statistical data, description, systematization, comparison, analyses, interpretation. By modifying the data of maternal and child health condition indicators and averaging the 5-5 years data, the average quantitative data (values) were received. For the analysis of the data, describing the maternal health, following indicators were studied: overall quantity of births, among them – at home and in medical institution; the share (proportion) of births, received by qualified medical personnel; pregnant's timely application for antenatal monitoring, antenatal 4 full visit covering, pregnancy duration until the end, mature births, physiologic, pathologic births, caesarean section (urgent, planned) share; maternal mortality data. To analyse child health condition, following indicators were studied: childbirth dynamic; 0-1 year old child mortality and morbidity, neonatal mortality (early and late neonatal mortality, perinatal mortality and stillbirth). Data about maternal and child health indicators were

taken from the National Center of Disease Control and Public Health and National Statistical Service of Georgia and then they were modified by averaging. In order to study the legislative basis of maternal and child healthcare system functioning, the statements of Georgian government, normative acts of the Ministry of Labour, Health and Social Security of Georgia were studied as well as recommendations, guidelines and protocols of the WHO and the World Center of Disease Control were investigated. While preparing the theoretical part of scientific work, the sources of published literature about healthcare system, at the level of maternal and child primary healthcare as well as thematic investigations of various international organizations were used.

Goal of the study

To demonstrate the role of primary healthcare in maternal and child health enhancement and defining its capacity; to develop (make up) cost-effective recommendations, based on scientific evidence.

The object of investigation - randomized targeted group:

1. Pregnant women
2. Birthgiving/breastfeeding women.
3. Doctors/managers, employed at PHC level, providers of pregnant's antenatal monitoring program.

Challenges (tasks) of the study

1. Searching, collecting, systematization and analysis of existing (available) literature sources about primary healthcare system.
2. Searching, collecting, systematization and analyses of existing literature sources about primary healthcare system development in Georgia, comparison with primary healthcare system of foreign countries.
3. Searching, collecting, systematization of literature sources concerning maternal and child healthcare system in Georgia as well as studying and analyses of state programs of maternal and child healthcare, existing in Georgia in 1996-2016 years at primary healthcare level; comparison with maternal and child healthcare system of other countries.
4. Studying the awareness and attitude of pregnant women to the maternal and child healthcare system as well as maternal and children's state program.

5. Studying the awareness and attitude of birthgiving / breastfeeding women to the maternal and child healthcare system as well as maternal and children's state program;
6. Studying the awareness (knowledge) and attitude of primary healthcare personnel to the maternal and child healthcare system and maternal and children's state program.

Scientific innovation of the study

1. First time in Georgia, parameters, describing the maternal and child health were studied in long-lasting period, retrospectively and the reasons, interfering (hindering) the improvement were detected.
2. First time in Georgia, after initiating the primary healthcare reform and establishing the family doctor institution, the PHC new system influence on maternal and child's health was studied. As the result, it was found that the faulty work of PHC institution and the lack of family doctor's continuous monitoring were associated with unfavourable values (indexes) of maternal and child's health.
3. First time in Georgia, after establishing the new system of antenatal monitoring, that was different from soviet period, the indexes, describing maternal and child's health were studied. It was found that on the background of the improvement of antenatal monitoring parameters, the deteriorated outcome of pregnancy was associated with the lack of obligation of performing the studies before insemination (fertilization) as well as the appropriate focused program at PHC level.
4. First time in Georgia, 20 years after state program activation, women's awareness and attitude to maternal and child's state program was studied. It was found that lack of information, concerning the financing and services of maternal and child state program was linked with little consumption of family doctor's services.
5. First in Georgia, 20 years after state program implementation, the complex studying of pregnancy outcome was studied on the background of constantly increasing funding. It was announced that financial improvement of maternal and child state program is not sufficient term for pregnancy outcome improvement. One of the main factors was elevation of community awareness which is possible by increasing the PHC institute and family doctor's role, popularity and raising the quality of the provided service.

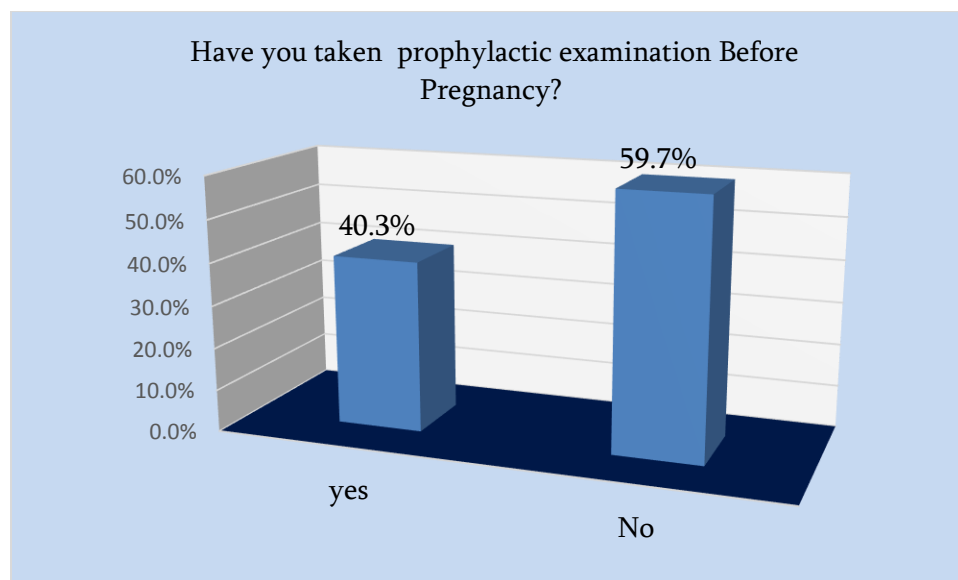
Major statements for dissertation (thesis) protection

1. Importance of effective working of the PHC level in the improvement of maternal and child health indexes;
2. At the primary healthcare level, obligation of performing the investigations before conception and at uncom plicated pregnancy, reasonability of providing antenatal care services, possibility and barriers.
3. Beneficiaries and service providers' awareness and attitude to the state program of antenatal monitoring and maternal and child healthcare system, their requirements and needs.

Theoretical novelty of study results

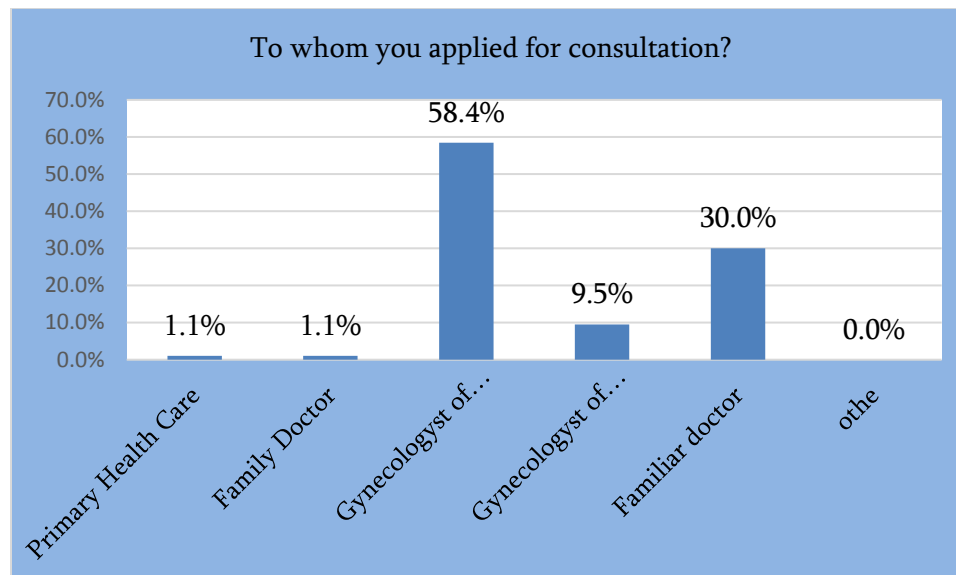
1. By processing the literature sources, the information was obtained that was reflected in scientific works (8 scientific research works, among them, 2 were published in imfact factorial journal).
2. By studying the pregnant, birthgiving /breastfeeding women's awareness and attitude to the state program of maternal and child healthcare, the role and the value of information (awareness) was understood about continuous, cost-effective and efficient primary healthcare and importance and capacity of PHC medical service providing. This has to be done by a family doctor in the time periods before pregnancy, at pregnancy and after pregnancy, which will fill the empty space, which occurs in this sphere.

Figure №1



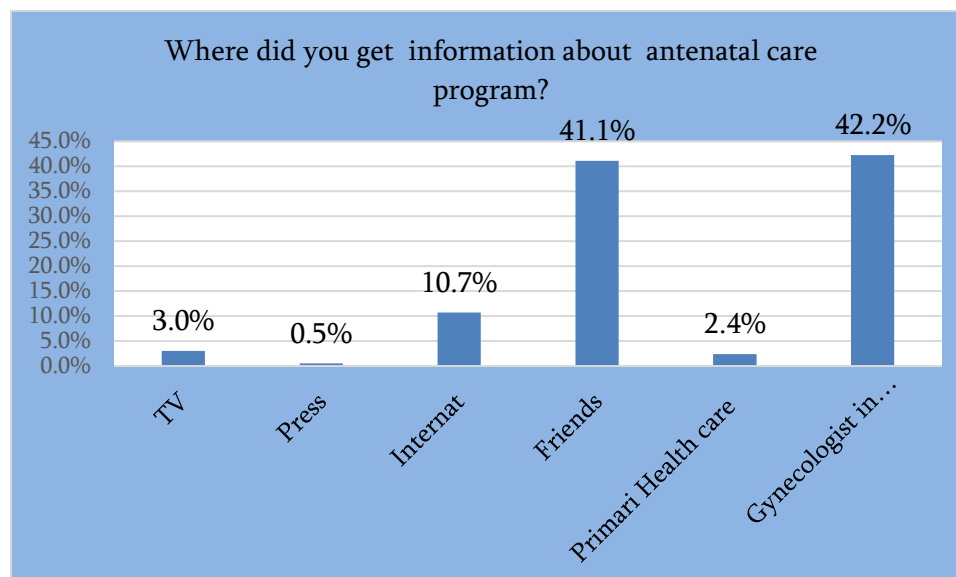
Research showed that, 59.7% of respondents have not taken prophylactic before pregnancy. The main reason is that family doctor is not performing main functions of continuous examination (see Figure N°1).

Figure N°2

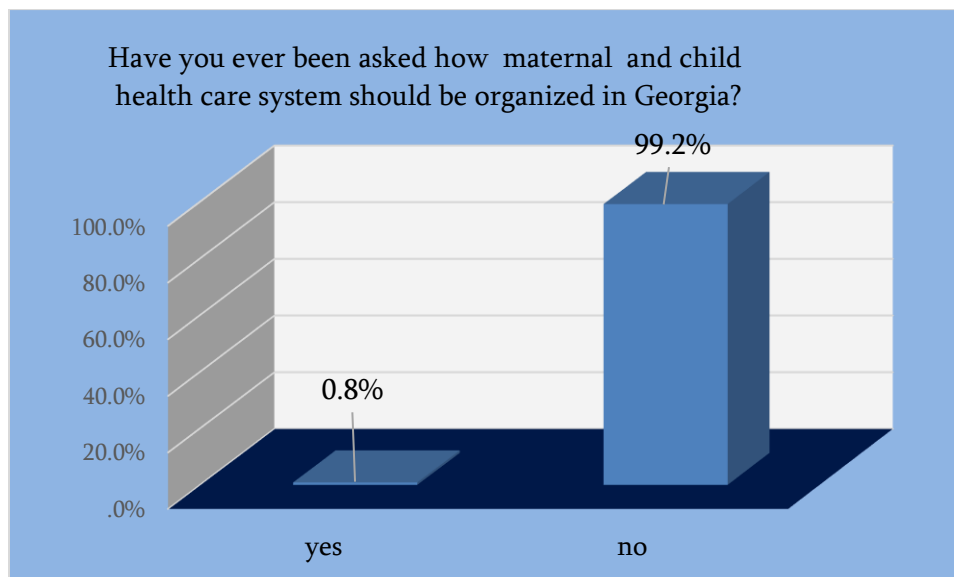


Only 1.1. % of pregnant women have applied family doctors for prophylactic examination (see Figure N° 2).

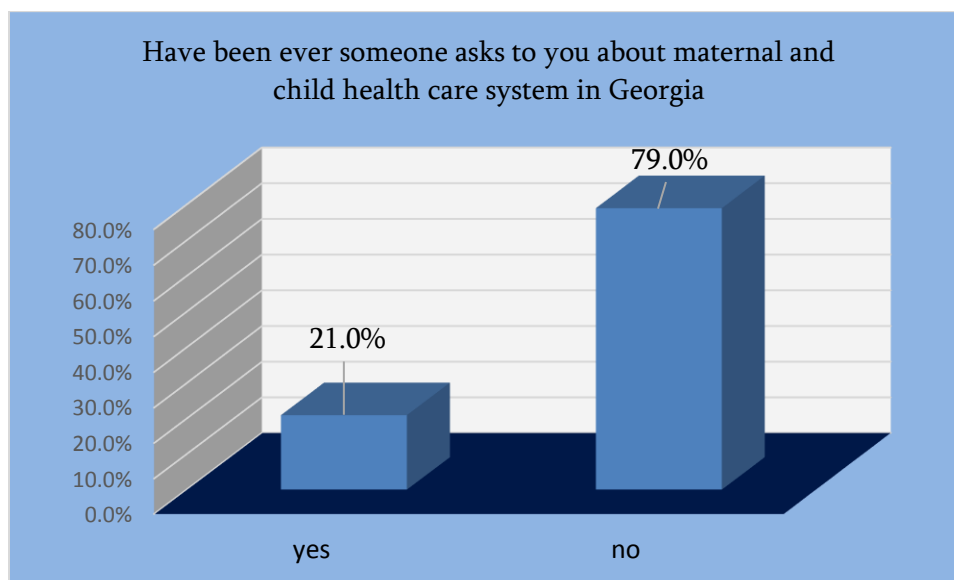
Figure N° 3



Only 2.4% of pregnant women have received information about antenatal care program, from primary health care organizations, others have received this information from friends and family members, because less effort from family doctors in this field. (see Figure N° 3).

Figure № 4

Pregnant women are not involved in the process of creating the program. 99.2% of them have not even been asked for the opinion and pregnant have not expressed their opinion about how maternal and child healthcare system should be build in Georgia (see Figure №4).

Figure №5

Antenatal service providers, doctors and managers are not involved in the process of creating the program. 79% of them have not even been asked for the opinion and they have never expressed their opinion about how maternal and child health care system should be build in Georgia(see Figure №5).

Practical value of study results

1. On the basis of the analyses of beneficiary requirements of state program of maternal and child healthcare (pregnants, birthing/breastfeeding), recommendations were developed for improvements of maternal and child healthcare at PHC level.
2. On the basis of the analysis of pregnant's requirements, that was performed by doctors/managers of primary healthcare level, providers of antenatal monitoring services, the recommendations were developed to improve maternal and child healthcare at PHC level.
3. In pre-conception period, in order to check the readiness of the organism for pregnancy, on the basis of pregnant, birthing/breastfeeding women's attitude analysis to the primary healthcare service consumption, the recommendations were developed in order to increase reasonable (targeted) applicability to a family doctor in PHC.
4. Importance of primary healthcare level was defined and assessed in Georgia in maternal and child healthcare. Recommendations were proposed in order to increase the family doctor's role and authority and ensure improvement of continuous, cost-effective service providing.
5. In the process of investigation, as the result of direct communication, respondents' awareness about importance of maternal and child healthcare system, primary healthcare and family doctor's service, its role and significance for maternal and child health was raised.

Result implementation

In order to use results and conclusions, it is reasonable to implement them not only in lecture materials for students of medical and public health faculties, but also for masters of public health and health management as well as doctorates, maternal and child PHC providers, protocols of quality management.

Approbation of the work

The dissertation materials were reported (declared) at international conference of 21.06.2017, International Conference, held by the school of health sciences of the University of Georgia, on 18.06.2018, at the dissertation thesis defense council on 20.12.2018.

Scientific publications

According to thesis materials, 8 works, among them 2 articles were published in impact factorial journal, 6 articles were published in referable journal.

Volume and structure of the work

Dissertation work contains printed 279 pages and consists of 6 chapters: introduction, literature review, own material and research methods, results – obtained by investigation, main results, conclusions, practical recommendations and bibliography, which contains 192 literature sources. The work is illustrated by 93 pictures and 6 tables (schedules) and the attachment (appendix) contains 245 schedules.

Materials and methods (approach) of the study

Within the field component of the study, from June 2017 to June 2018, the cross-sectional quantitative investigation was performed. It involved investigation of respondents via the method of direct interviewing. The study material consisted of: pregnant, birthgiving/breastfeeding women and doctors and managers, employed in primary healthcare institution that were randomly selected.

Respondents were classified in the following way:

I group – pregnant women 472 respondents;

II group – birthgiving/breastfeeding women 346 respondents;

III group – doctors/managers, employed in primary healthcare institution – 100 respondents.

Investigation was performed in Tbilisi maternity hospitals and primary healthcare institutions by the method of direct interviews, considering representativeness, by random selection. General title of the questionnaire was: "Awareness and attitude of pregnant, birthgiving/breastfeeding women and PHC staff to the state program of maternal and child healthcare system and antenatal monitoring". Three different questionnaires were made which contained closed questions and an open question. Before investigation, the pilot study was performed. It was detected that most part of pregnant, living in different corners of Georgia got registered in Tbilisi in the institution, participating in the program or they got registered in their regions, received the service, stipulated in the program and parallelly, in

Tbilisi, they received the same or more frequent antenatal service in the well-known institution, chosen and trusted by them. They paid the expenses in cash and/or by the insurance. Considering this condition as well as the fact that the number of the participating institutions constantly changed, the study was performed in Tbilisi, where the significant number of respondents were inhabitants of different regions of Georgia, who could provide more realistic information about the problems, existing in their region. The study involved Georgian-speaking birthgiving/breastfeeding mothers with the childbirth experience and without it. The questionnaire was processed by SPSS XXIII program: descriptive analysis was performed (general picture-description of study data), the index (value) rate and percentage was defined, independent variables were identified and crosstabulation was made, Pirson's χ^2 was found and the level of P was calculated (P-level-credibility). On the basis of the obtained results, the analysis was performed. In order to assess maternal and child health, the quantitative investigation, so called desk research was performed: collection, description, systematization, comparison, analysis and interpretation. By modifying the data, indicating to the maternal and child health condition and averaging 5-5 year data, the average quantitative data were obtained (the initial data were taken from the National Center of Disease Control and Public Health and Natianal Center of Statistics of Georgia. In order to study the legislative basis, we used the statements of Georgian government, normative acts of the Ministry of Labour, Health and Social Security of Georgia.

Main results

1. In Georgia, in 1996-2016, the data of 0-1 year-old children's mortality, neonatal mortality, stillbirths and perinatal mortality decreased; the incidence of infections, characteristic for perinatal period increased.
2. In Georgia, in 1996-2016, along with antenatal monitoring parameter improvement, the outcome of the pregnancy is unfavorable: the share (proportion) of pathologic births, Caesarean sections and premature births, incomplete (short-term) pregnancy increased.
3. Most of pregnant, birthgiving/breastfeeding mothers don't have information about maternal and child healthcare system and the amounts, allocated for healthcare; 70.8% do not know what services are covered by maternal and child healthcare system.

4. For pregnant women, the main source of information about “maternal and child healthcare program” is friends and acquaintances and not the PHC doctor, whose one of the functions is – informing the community.
5. Majority of pregnant women apply to the women’s consultation for antenatal monitoring; Pregnant women do not apply to PHC family doctor for antenatal monitoring, whose direct responsibility is to perform continuous monitoring of the patient, management of physiologic pregnant women.
6. Applicability to the doctor in preconception period for the assessment of health condition is low. Before conception, only 40.3% applied to the doctor for the assessment, most of them- living in the capital. However, 90.1% considers that it is inevitable to implement this service in a routine.
7. Applicability is low after childbirth for monitoring: In the post- birth period, in 42 days since childbirth, only 46.1% of women were checked, 55.8% - after post-birth did not apply to the gynecologist at all.
8. 53% of the respondents, employed in PHC institution - provider of pregnant women’s antenatal services, is not informed and does not know what sums are spent by the state for maternal and child healthcare and 47% do not have information. In addition, managers are more informed than doctors about the system of maternal and child healthcare and funding the healthcare by the state.
9. 99.2% of pregnant women have never participated in meetings and surveys about the formation of maternal and child state program or the maternal and child healthcare system, as well as 96.0% of birthgiven/breastfeeding mothers and 79% of PHC staff doctors/managers have never done it.
10. At receiving the antenatal services, 89,4% of pregnant women, assessed as physiological, required more than 6-8 visits, while 91,9% required additional investigations, which frequently creates the problem of financial affordability of medical services.
11. The geographic availability of high quality obstetric service is low. In order to receive high quality medical service, the patients from region often apply to the medical institutions of the capital. Namely, 33,9 % of pregnant women from regions applied for antenatal monitoring in the capital and 46.8% of birthgiven/breastfeeding mothers applied for childbirth.

Conclusions

1. In 1996-2016, on the background of the improvement of antenatal monitoring parameters, the outcome of the pregnancy is not favorable as despite the increase in timely application for pregnant women’s

antenatal monitoring from 50.06% to 81.9%, in full 4 antenatal visits covering from 60.74% to 85.70%. Decrease was seen in complete (full time) pregnancy from 95.86% to 89.40%, timely births - from 95.86% to 86.73%, in physiologic births - from 76.58 to 52.70%. Increase was obvious in pathologic births from 23.4% to 47.3%, caesarean section from 7.8% to 43.7% (averaged values are taken), which is caused by the poor (improper) quality of antenatal services at PHC level in preconception and pregnancy periods.

2. On the background of antenatal monitoring parameter improvement, the unfavourable outcome of pregnancy is caused by absence (lack) of appropriate, focused programs at PHC level. Only 40.3% of respondents conducted preventive examination, but 90.1% consider that it is inevitable to check the readiness of the organism for pregnancy before conception.

3. Awareness of pregnant, birthgiven/breastfeeding women about maternal and child healthcare system and its capacities is low because despite PHC reforms and implementation of family doctor's institution, the work of PHC institution is faulty, family doctor's function – to inform the community about medical issues is inappropriate. Information about antenatal monitoring program was received at PHC by pregnant – 2.4%, the remaining 97,6%- received this information from various sources, which indicates that family doctor's work in the community is not sufficient.

4. In pre-conception, in order to assess readiness of the organism for pregnancy, at PHC level, applicability to a family doctor is low. From the part of pregnant (40.3%), who underwent preconception investigations, only 1.1% applied to PHC and family doctor. 58.4% applied to women's consultation centers for this reason. Pregnants do not apply to family doctors for antenatal monitoring as they do not trust that is caused by unpopularity of a family doctor and low degree of trust to them. Most of pregnant 50.4% preferred and applied for antenatal monitoring to women's consultation center at maternity hospital.

5. The discrepancy of the volume and services of maternal and child health state program services with pregnant, birthgiven/breastfeeding women's requirements and demands in terms of increasing financing of the program, is partly associated with low involvement of beneficiaries and providers in the planning (development) of the program; 99.2% of pregnant, 96% of birthgiven/breastfeeding mothers, 79% of doctors/managers of antenatal care service providers have never participated in the meetings, held for planning the maternal and child state program. They have never been asked and never expressed their ideas.

Recommendations

1. It is recommended to improve the quality of medical services of antenatal monitoring in respect of human resources as well as material technical facilities.
2. It is recommended to implement at primary healthcare level, provided by a family doctor, financially secured, focused, preconceptional, mandatory investigation in order to detect extragenital and latent diseases to assess health condition and readiness of the organism for pregnancy.
3. It is reasonable to make organizational changes in PHC, in all the regions of Georgia; In order to completely fulfill responsibilities and functions of the family doctor, among them, maternal and child continuous monitoring, timely and smoothly informing the community about relevant medical issues, monitoring must be performed. Mechanisms of financial stimulation must be implemented. Different salary must be established for providing maternal and child services.
4. It is recommended to enhance the role and authority of a family doctor in order to increase applicability to a family doctor and utilization of their cost-effective, affordable services for pregnant's continuous monitoring. With this in view, mandatory, geographically available and financially affordable programs of family doctors' retraining must be implemented. Teaching family medicine courses in universities should be strengthened.
5. It is recommended to increase participation and active involvement of direct providers (doctors/managers) and beneficiaries of maternal and child medical services in the process of program development and their effective communication with authors of the program.

The list of published works

1. HEALTH OF CHILDREN UNDER 12 MONTHS OF AGE IN GEORGIA .
Georgian Med News. 2018 Jun; (279):62-.67. PubMed – NCBI (Impact Factorial journal).
2. Problems of improving Antenatal Monitoring of Pregnant Women in the Primary Health Care System in Georgia. *Georgian Med News*. 2018 Oct; (283): 118-.123. PubMed – NCBI (Impact Factorial Journal).
3. Maternal and Child Health Trends in Georgia . *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, *Volume 1,Supplement 2,June 2017.p.44-49*.[www. caucasushealth.ge](http://www.caucasushealth.ge)
4. The role of primary care in maternal and child health care. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, *Volume 1,Supplement 2,June 2017.p.94*.[www. caucasushealth.ge](http://www.caucasushealth.ge)
5. The Role of Antenatal Care Services in the Health Condition of Pregnant and Newborn. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. E ISSN 2449-2450, ISSN 2449-2647. *Volume 2, Supplement 3; June 18,June 2018.p.73*
[www. caucasushealth.ge](http://www.caucasushealth.ge)
6. Antenatal services oriented for the needs of pregnant health in the primary health care. *Health Policy, Economics and Sociology* .2019., 5(1)., p.17-22.(Peer-reviewed Scientific Journal).
7. Patronage of the Pregnant in Georgia.,*Health Policy, Economics and Sociology*. 2019., 5(1)., p.114-117.(Peer-reviewed Scientific Journal).