



პირველადი ჯანდაცვის როლი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში
საქართველოში

ნანა ჯინჭარაძე

სადოქტორო ნაშრომი შესრულებულია
საქართველოს უნივერსიტეტის
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ნატა ყაზახაშვილი, MD.PH.D.

თბილისი

2019

სავტორო უფლებები

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: „პირველადი ჯანდაცვის როლი დედათა და ბავშვთა
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში საქართველოში“,

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი- ნანა ჯინჭარაძე © თბილისი, 2019

ანოტაცია

საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია და რეორგანიზაცია დაიწყო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით დაინერგა სახელმწიფო პროგრამები, თუმცა 25 წლის მანძილზე არ ჩატარებულა კომპლექსური კვლევა, რაც საშუალებას მოგვცემდა გამოკვეთილიყო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ამსახველი პარამეტრების გაუმჯობესების ტენდენციები. წინასწარი შესწავლის საფუძველზე გამოიკვეთა რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების გაუმჯობესების ტემპი არ შეესაბამება გამოყოფილი რესურსების მატების ტემპს. სადისერტაციო შრომის მიზანს წარმოადგენს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში პირველადი ჯანდაცვის როლის წარმოჩენა და მისი შესაძლებლობების განსაზღვრა, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ხარჯთეფექტური რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ორსულები, მელოგინე/მეძუძური დედები, პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისის მომწოდებელი მენეჯერები და ექიმები. კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ჯვარედინ-სექციური რაოდენობრივი კვლევა პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდით, წინასწარ შედგენილი კითხვარით. კვლევის შედეგად დადასტურდა ჰიპოთეზა. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამისათვის გამოყოფილი თანხების შესახებ ინფორმირებულობა, პროგრამების შედგენაში მონაწილეობა დაბალია როგორც ორსულების და მელოგინე/მეძუძური დედების, ასევე პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისის მომწოდებელი ექიმებისა და მენეჯერების ჯგუფში. პროგრამის დაფინანსების სისტემა და მოცულობა არ პასუხობს ორსულთა რეალურ საჭიროებებს. ოჯახის ექიმის მუშაობა თემში ფრაგმენტულია. რეკომენდებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შედგენაში მონაწილეობდეს სერვისით მოსარგებლეები და სერვისის მიმწოდებლები, რათა პროგრამა შეესაბამებოდეს ორსულთა საჭიროებებს. რეკომენდებულია გაიზარდოს პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის როლი და კომპეტენცია ორსულების უწყვეტი მეთვალყურეობისათვის; რეკომენდებულია დაინერგოს ჩასახვამდე და ლოგინობის პერიოდში კვლევისა და მეთვალყურეობის პროგრამები. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მუშაობის ეფექტიანობის ამაღლებისათვის საჭიროა დაინერგოს ოჯახის ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამები.

მადლიერების გამოხატვა

სადისერტაციო თემაზე მუშაობისას გაწეული დახმარებისთვის და ნაშრომის შექმნაში
შეტანილი უდიდესი წვლილისთვის, დიდ მადლობას ვუხდით ჩემს ხელმძღვანელს -
ნატა ყაზახაშვილს, MD.PH.D.

სარჩევი

1. გრაფიკული ნახატების (დიაგრამების) ჩამონათვალი გვ.7
2. ცხრილების ჩამონათვალი გვ.13
3. ტერმინები და აბრევიატურები გვ.14
4. შესავალი გვ.15
- თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა გვ.28
- 1.1 . პირველადი ჯანდაცვის(პჯდ) არსი გვ.28
- 1.2. პჯდ-ს განვითარება საქართველოში და სხვა ქვეყნებში გვ.38
- 1.3. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში გვ.46
- 1.4. ანტენატალური მეთვალყურეობის გამოწვევები(საქართველო და სხვა ქვეყნები) გვ.59
- თავი II. კვლევის მასალები და მეთოდები გვ. 71
- თავი III. კვლევით მიღებული შედეგები (ნაწილი I) გვ.73
- 3.1. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა გვ. 73
- 3.2. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა გვ.85
- თავი IV. კვლევით მიღებული შედეგები (ნაწილი II) გვ. 97
- 4.1. საველე სამუშაო- ორსულთა ინტერვიუება გვ.97
- 4.1.1. ძირითადი მიგნებები ორსულთა ინტერვიუების აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან გვ.110
- 4.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან ორსულთა ინტერვიუების საფუძველზე გვ.112.
- 4.2. 1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი გვ.112
- 4.2. 2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი გვ.118
- 4.2. 3. დამოუკიდებელი ცვლადი -განათლება გვ. 122
- 4.2.4 . დამოუკიდებელი ცვლადი ცვლადი -სამუშაო სტატუსი/დასაქმება გვ.127
- 4.2.5. დამოუკიდებელი ცვლადი -ჯანმრთელობის მდგომარეობა გვ.132
- 4.2.6. ძირითადი მიგნებები ორსულთა კროსტაბულაციიდან გვ.137
- 4.3. ორსულთა პრობლემები და სურვილები გვ.138
- თავი V. კვლევით მიღებული შედეგები (ნაწილი III) გვ.144
- 5.1.საველე სამუშაო- მელოგინე/მეძუძური დედების ინტერვიუება გვ.144
- 5.1.1. ძირითადი მიგნებები მელოგინე/მეძუძური დედების ინტერვიუების

აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან გვ.160

5.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან მელოგინე/მეძუმური
დედების ინტერვიურების საფუძველზე გვ.161

5.2. 1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი გვ.161

5.2. 2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი გვ.167

5.2. 3.დამოუკიდებელი ცვლადი -განათლება გვ.171

5.2. 4 . დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტატუსი/დასაქმება გვ.175

5.2.5. დამოუკიდებელი ცვლადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გვ.178

5.2.6. ძირითადი მიგნებები მელოგინე/მეძუმური დედების კროსტაბულაციიდან გვ.183

5.3. მელოგინე/მეძუმურ დედების პრობლემები და სურვილები გვ.184

თავი VI. კვლევით მიღებული შედეგები (ნაწილი IV) გვ.187

6.1.საველე სამუშაო- პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერები ინტერვიურება
გვ.187

6.1.1. ძირითადი მიგნებები პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების
ინტერვიურების აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან გვ.196

6.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა
და მენეჯერების ინტერვიურების საფუძველზე გვ.197

6.2. 1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი გვ. 197

6.2.2. დამოუკიდებელი ცვლადი -დასაქმება(პოზიცია) გვ.198

6.2.3. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტაჟი გვ.199

6.2.4. დამოუკიდებელი ცვლადი -აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის ხანგრძლიობა გვ.200

6.2.5. ძირითადი მიგნებები პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების
კროსტაბულაციიდან გვ.202

6.3. პჯდ-ში დასაქმებულ ექიმებისა და მენეჯერების პრობლემებიდა სურვილები გვ. 203
კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები გვ.207

დასკვნები გვ.208

პრაქტიკული რეკომენდაციები გვ.210

გამოყენებული ლიტერატურა გვ.211

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია გვ.230

დანართი: CD

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული ნახატების (დიაგრამების) ჩამონათვალი

- სურათი N1. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული მიმართვიანობის საშუალო პროცენტული წილი. (1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016). გვ.74.
- სურათი N2. სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის საშუალო პროცენტული წილი. 1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016. გვ.74.
- სურათი N3. კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის საშუალო პროცენტული წილი. 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2016. გვ.75
- სურათი N4. სამშობიარო სახლში მშობიარობის საშუალო რაოდენობა. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.76
- სურათი N5. ბინაზე მშობიარობის საშუალო რაოდენობა. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.76
- სურათი N6. ბოლომდე მიტანილი ორსულობების საშუალო პროცენტული წილი 1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016. გვ.78
- სურათი N7. დროული მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი. 1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016. გვ.78
- სურათი N8. ფიზიოლოგიური მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.79
- სურათი N9. პათოლოგიური მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.80
- სურათი N10. მშობიარობების საშუალო რაოდენობა. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.80
- სურათი N11. საკეისრო კვეთის საშუალო რაოდენობა. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.81
- სურათი N12. საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.81
- სურათი N13. გეგმიური საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი. 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2016. გვ.82
- სურათი N14. სასწრაფო საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი. 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2016. გვ.83

სურათი N15. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე(საშუალო) 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016. გვ.84

სურათი N16. შობადობის რაოდენობა (საშუალო). (1996-2000 წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015 წწ, 2016წწ). გვ.87

სურათი N17. 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო). (1996-2000 წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015 წწ, 2016წწ). გვ.88.

სურათი N18. ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო) . (1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ). გვ.89.

სურათი N19. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო). (1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ). გვ.89

სურათი N20. გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო). (1997-2001წწ, 2002-2006 წწ, 2007-2011 წწ, 2012-2016წწ, 2016წწ). გვ.90

სურათი N21. პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო) . (1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ). გვ. 91

სურათი N 22. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (საშუალო) . (1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016 წწ). გვ. 92

სურათი N 23. მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატოლოგიური სიკვდილიანობის შეფარდების მაჩვენებელი (საშუალო).(1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ). გვ.93

სურათი N24. უხშირესი დაავადებების ინციდენტობა 1 წლამდე ასაკის 1000 ბავშვზე, მაჩვენებელი (საშუალო) . 2002-2006წწ , 2007-2011წწ , 2012-2016წწ. გვ.94

სურათი N25. პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა 1000 ცოცხალშობილზე (საშუალო) . 2001-2005წწ, 2006-2010წწ, 2011-2015წწ. 2016წ. გვ. 95

სურათი N26. დამოუკიდებელი ცვლადები (ორსულთა ინტერვიუება). გვ.97

სურათი N27. ორსულთა ასაკობრივი განაწილება. გვ.97

სურათი N28. ორსულთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. გვ.98

სურათი N29. ორსულთა განაწილება განათლების მიხედვით. გვ. 98

სურათი N30. ორსულთა განაწილება დასაქმების მიხედვით. გვ.99

სურათი N31. ორსულთა განაწილება ჯანმრთელობის მიხედვით(თვითშეფასება)(%). გვ.99

სურათი N32. ორსულთა განაწილება სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მიხედვით . გვ.100

- სურათი N33. სამედიცინო სერვისების სარგებლობის სახეები(ორსულები). გვ.100
- სურათი N34. წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა (ორსულები). გვ.101
- სურათი N35. სამედიცინო დაზღვევის სახეები(ორსულები). გვ.102
- სურათი N36. სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა(ორსულები). გვ.102
- სურათი N37. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება(ორსულები). გვ.103
- სურათი N38. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიღების წყარო(ორსულები). გვ.104
- სურათი N39. ორსულის ჩასახვამდელი მიმართვა ექიმთან გვ. 104
- სურათი N40. დაწესებულებათა ჩამონათვალი(ტიპი), ვისაც მიმართა ორსულმა ჩასახვამდე. გვ.105
- სურათი N41. დაწესებულება, სადაც დადგა ორსული აღრიცხვაზე. გვ.105
- სურათი N42. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დაწესებულების არჩევის პრინციპი. გვ.106
- სურათი N43. დრო ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწესებულებაში მისასვლელად. გვ.106
- სურათი N44. ექიმთან მიღებაზე ლოდინის დრო. გვ.107
- სურათი N45. ექიმის მიერ ორსულის მდგომარეობის შეფასება. გვ.108
- სურათი N46. ორსულთა გართულებები. გვ.109
- სურათი N47. ორსულთა დამატებითი კვლევების სახეები. გვ.110
- სურათი N48. დამოუკიდებელი ცვლადები (მელოგინე/მეძუპური დედების ინტერვიუება). გვ.144
- სურათი N49. მელოგინე/მეძუპური დედების განაწილება ასაკის მიხედვით (%). გვ.144
- სურათი N50. მელოგინე/მეძუპური დედების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით(%). გვ.145
- სურათი N51. მელოგინე/მეძუპური დედების განაწილება განათლების მიხედვით (%). გვ.145
- სურათი N52. მელოგინე/მეძუპური დედების განაწილება დასაქმების მიხედვით (%). გვ.146
- სურათი N53. მელოგინე/მეძუპური დედების განაწილება ჯანმრთელობის მიხედვით (თვითშეფასება), (%). გვ.146

- სურათი N54 სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა (%). (მელოგინე/მეძუძური დედები), გვ.147
- სურათი N55. ყველზე ხშირად გამოყენებული სამედიცინო სერვისი(%). (მელოგინე/მეძუძური დედები), გვ.147
- სურათი N56. წელიწადში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა(%), მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.148
- სურათი N57. დაზღვევის სახეები(%),(მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.148
- სურათი N58. სამედიცინო მომსახურებით ფინანსური უზრუნველყოფა% (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.149
- სურათი N59. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.150
- სურათი N60.დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაციის მიმწოდებელი წყარო (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.150
- სურათი N61. მშობიარობის სახეები (%)(მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.151
- სურათი N62. ფიზიოლოგიური მშობიარობის წილი (%)(მელოგინე/მეძუძური დედები) . გვ.151
- სურათი N63. მშობიარობის გართულებები (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.152
- სურათი N64. საკეისრო კვთის ჩვენებები(%). (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.152
- სურათი N65. წყარო, რითაც დაიფარა მშობიარობის ხარჯები(%)(მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.153
- სურათი N66. ახალშობილთა სამედიცინო პრობლემები დაბადებისას(%). (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.153
- სურათი N67. ძუძუსთან მიყვანის დრო (მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.154
- სურათი N68. სამშობიაროში ახალშობილის კვების სახეები(მელოგინე/მეძუძური დედები) გვ.155
- სურათი N69. ლოგინობის ხანის გართულებები(%)(მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.156
- სურათი N70. ლოგინობის ხანაში ექიმთან მიმართვის სიხშირე(%)(მელოგინე/მეძუძური დედები). გვ.156
- სურათი N71. ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან ვიზიტის პერიოდი (მელოგინე/მეძუძური დედები) . გვ.157
- სურათი N72. ძუძუთი კვების ხანგრძლიობა(%)(მელოგინე/მეძუძური დედები) გვ.157

სურათი N73. პედიატრის ვიზიტი ბინაზე დაბადებიდან 10 დღეში . (მელოგინე/მემუძური დედები). გვ.158

სურათი N74. სამედიცინო დაწესებულებები ვისაც მიმართავენ ბავშვის მეთვალყურეობისათვის (მელოგინე/მემუძური დედები). გვ.158

სურათი N75. ბავშვთა ამბულატორიით სარგებლობის სიხშირე (მელოგინე/მემუძური დედები). გვ.159

სურათი N76. ამბულატორიაში ბავშვის სამედიცინო მომსახურების სერვისები (მელოგინე/მემუძური დედები). გვ.159

სურათი N77. რამდენ %-ს ყავს ბავშვისათვის პირადი პედიატრი ამბულატორიაში (მელოგინე/მემუძური დედები). გვ.160

სურათი N78. დამოუკიდებელი ცვლადები პჯდ-ში დასაქმებულების (ექიმები/ მენეჯერები) ინტერვიუებიდან. გვ.187

სურათი N79. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) ასაკობრივი განაწილება (%). გვ.188

სურათი N80. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) პოზიციები (%). გვ.188

სურათი N81. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) განაწილება სამუშაო სტაჟის მიხედვით. გვ.189

სურათი N82. პჯდ-ში შესაბამის პოზიციაზე დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) განაწილება (%) სტაჟის მიხედვით . გვ.189

სურათი N83. პჯდ-ის დაწესებულების ტიპი, სადაც დასაქმებულია ექიმები/ მენეჯერები) . გვ.190

სურათი N84. პჯდ-ში დასაქმებული ექიმების/მენეჯერების მიერ ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამების მიწოდებისას არსებული პრობლემების შემთხვევები. გვ. 190

სურათი N85. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა (პჯდ-ში დასაქმებული ექიმების/მენეჯერების შეხედულება) , გვ.191

სურათი N 86. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ საკმარისი ინფორმაცია აქვს თუ არა პჯდ-ში დასაქმებულ ექიმებსა და მენეჯერებს. გვ.191

სურათი N 87. პჯდ-ში დასაქმებულთა(ექიმები/ მენეჯერები) ინფორმირებულობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის მიზნით დახარჯული თანხების შესახებ. გვ.192

სურათი N88. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) მონაწილეობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრასა და გამოკითხვებში. გვ.193

სურათი N89. პჯდ-ში დასაქმებულების (ექიმები/ მენეჯერები) მონაწილეობა გამოკითხვებში თუ როგორი უნდა იყოს საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა. გვ.193

სურათი N 90. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) შეხედულება- რამდენად პასუხობს დედათა და ბავშვთა საჭიროებებს საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა . გვ.194

სურათი N91. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) შეხედულება საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების საჭიროების აუცილებლობაზე. გვ.194

სურათი N92. პჯდ-ში დასაქმებულთა (ექიმები/ მენეჯერები) შეხედულება -რამდენად პასუხობს მათ მოთხოვნებს საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა გვ.195

სურათი N93. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება პჯდ-ში დასაქმებულების (ექიმები/ მენეჯერები) მიერ. გვ.196

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი N1. ალმა-ატას დეკლარაცია, 1978; პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ)დასკვნა. გვ.28

ცხრილი N2. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა OECD ქვეყნებში. გვ.34

ცხრილი N3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის
ბიუჯეტირება. გვ.58

ცხრილები კროსტაბულაციებისათვის (N 1- N245). გვ.231-279

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები

ჯანმო-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

პჯდ- პირველადი ჯანდაცვა

ჯანდაცვა- ჯანმრთელობის დაცვა

დკსჯც- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

საქსტატი-საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

დედის სიკვდილი-სიკვდილი ორსულობის ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, დაკავშირებული ან გამოწვეული ორსულობასა ან მის მართვასთან, მაგრამ არა უბედურ შემთხვევასა ან სხვა მიზეზებთან, რომელიც არ არის ასოცირებული ორსულობასთან.

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმაღლესი პრიორიტეტია. 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 სიკვდილიანობას 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 ორგანიზატორებმა 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 ბრძანებულებაში, რომლის 11 პუნქტი მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის (დასაწყისი – 1995 წლის 1 იანვარი) ყველა ასპექტს და განსაზღვრავდა მომდევნო წლებში განსახორციელებელი ცვლილებების სამართლებრივ ბაზას, სფეროს ორგანიზაციული მოწყობისა თუ დაფინანსების პრინციპებს“ [გზირიშვილი, გვ. 19. 2012] .

1995 წლიდან საქართველოს მთავრობამ ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება დაიწყო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენდა. საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში განსახორციელებელი 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 სახელწოდებით: "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 ჯანმრთელობის 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 სახელმწიფო 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 სახელმწიფო 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 სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის გაზრდის ფონზე, მოიმატა პათოლოგიური მშობიარობების რიცხვმა, შესაბამისად შემცირდა ფიზიოლოგიური მშობიარობების რიცხვი, ამასთან შემცირდა დროული მშობიარობების რიცხვი. კერძოდ, 2013 წელს ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი 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%-მა , 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 მუშაობაზე 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 როგორიც 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 და 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.

კიპოთეზა

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 სრული 4 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/მეძუპური 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/მეძუძურ ქალებში. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე მოწოდებული ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ორსული, მელოგინე/მეძუძური 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. სავსე სამუშაო შესრულდა კვლევის ობიექტების (ორსული,მელოგინე/მეძუძური 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): 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 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 ორგანიზაციის 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/მეძუპური 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. ორსულ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ.
5. მელოგინე/მეძუპურ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიმართ.
6. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულთა (ექიმები/მენეჯერები) 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 ინსტიტუტის 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 გამოსავალის კავშირი პჯდ-ის დონეზე ჩასახვამდელი 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 ინსტიტუტის, 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 ჩასახვამდელი 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 მომწოდებელთა ცოდნა-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/მემუძურ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლით გააზრებული იქნა ინფორმირებულობის როლი და ღირებულება ორსულობამდელ, 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.

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. ჩასახვამდელ პერიოდში ორსულობისათვის ორგანიზმის მზაობის შემოწმების მიზნით პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისადმი ორსულების, მელოგინეების/მემუძურების დამოკიდებულების ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები

პჯდ-ში ჩასახვამდელ პერიოდში ოჯახის ექიმთან მიზნობრივი მიმართვიანობის გაზრდისათვის.

4. განისაზღვრა და შეფასდა საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანრთელობის 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.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. პირველადი ჯანდაცვის(პჯდ) არსი

“longitudinality is associated with a variety of benefits, including less use of services, better preventive care, better recognition of patients’ problems, less hospitalizations, and lower total costs” .

Barbara Starfield

აღმოსავლეთ ევროპაში, ყაზახეთის დედაქალაქ ალმა-ატაში, 1978 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის იგიდით ჩატარდა კონფერენცია, სადაც წარმოდგენილი იქნა პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია.

კონფერენციაზე მიიღებული იქნა პჯდ-ს განმარტება, რომელიც მოიცავს შემდეგს: „პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ძირითად ჯანდაცვით ღონისძიებებს, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ეტეოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში. პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის (ახორციელებს რა მის მთავარ ფუნქციას და წარმოადგენს მის ცენტრალურ რგოლს), ასევე საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მთელი პროცესის განუყოფელ ნაწილს “ [ვერულავა, გვ.123, 2016].

პირველადი ჯანდაცვის, როგორც სამედიცინო სერვისის მნიშვნელობა და სარგებელი დადასტურდა სამედიცინო პრაქტიკაში. ის ქვეყნები, სადაც ძლიერია პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ხასიათდება საუკეთესო სამედიცინო შედეგებით და ხარჯ-ეფექტურობის უკეთესი მაჩვენებლებით. პირველადი ჯანდაცვის სარგებელი სამეცნიერო კვლევებით დადასტურდა ბარბარა სტარფილდის შრომებში.

ცხრილი N1. „ალმა-ატას დეკლარაცია, 1978; პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ)დასკვნა

„ალმა-ატას დეკლარაცია, 1978; პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ)დასკვნა

1. ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადებისა და უძლურების არარსებობა, იგი არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება.

2. არსებული უთანასწორობა ადამიანთა ჯანმრთელობის სტატუსში, განსაკუთრებით განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებს შორის, ასევე ქვეყნის შიგნით, არის ყველა ქვეყნის შემოფოთების საგანი.

3. სახელმწიფოებმა უნდა აიღონ პასუხისმგებლობა თავიანთი ხალხის ჯანმრთელობაზე. ხალხს აქვს უფლება და მოვალეობა, მონაწილეობა მიიღონ თავიანთი ჯანმრთელობის დაცვის დაგეგმვასა და განხორციელებაში.

4. მთავარი სოციალური მიზანი არის, 2000 წლისთვის მსოფლიოს ყველა ხალხების მიერ, ჯანმრთელობის იმ დონის მიღწევა, რაც მათ მისცემს სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების საშუალებას.

5. პირველადი ჯანდაცვა არის არსებითი ჯანდაცვა, დაფუძნებული პრაქტიკულ, მეცნიერულად მტკიცე და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებზე.

6. ეს არის პირველი დონე ინდივიდს, ოჯახსა და ეროვნული ჯანდაცვის სისტემას შორის, რაც აახლოებს მას ხალხის საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილთან, როგორც პირველად ელემენტს ჯანდაცვის პროცესის გაგრძელებისა.

7. პირველადი ჯანდაცვა დამოკიდებულია ქვეყნისა და საზოგადოების მდგომარეობასა და მახასიათებლებზე, ეფუძნება სოციალურ, ბიოსამედიცინო და ჯანმრთელობის მომსახურების კვლევებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოცდილებას.

8. პირველადი ჯანდაცვა აღნიშნავს ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემებს საზოგადოებაში და უზრუნველყოფს პრევენციულ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო სერვისებს.

9. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს:

- განათლებას ჯანმრთელობის უპირველეს (პრევალირებად) პრობლემებზე და პრევენციისა და კონტროლის მეთოდებზე;
- საკვების მარაგისა და სათანადო კვების უზრუნველყოფას;
- უსაფრთხო წყლის ადეკვატურ მარაგს და ბაზისურ სანიტარიულ პირობებს;
- დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვას, ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით;
- ძირითადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაციას;
- ლოკალური ენდემური დაავადებების პრევენციას;
- გავრცელებული დაავადებებისა და დაზიანებების სათანადო მკურნალობას;
- აუცილებელი პრეპარატებით უზრუნველყოფას;
- ეყრდნობა ჯანდაცვის ყველა მუშაკს, რათა იმუშაონ როგორც ჯანდაცვის გუნდმა.

10. ყველა მთავრობამ უნდა მოახდინოს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის, სტრატეგიებისა და გეგმების ფორმულირება, პოლიტიკური ნებისა და რესურსების მობილიზება და მათი რაციონალურად გამოყენება პჯდ საყოველთაო უზრუნველსაყოფად“.

Source: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1 [accessed February 24, 2008];

წყარო: Tulchinsky, Varavikova /ტულჩინსკი, ვარავიკოვა, გვ.48. 2009.

ბარბარა სტარფილდმა (1932-2011) მაღალი სანდოობის სამეცნიერო კვლევების საფუძველზე დაასაბუთა პირველადი ჯანდაცვის დადებითი გავლენა მოსახლეობის კარგ ჯანმრთელობაზე. ბარბარა სტარფილდის შეხედულებით პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს: ჯანდაცვის სერვისების განვითარებას, კლინიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთობლიობას. 1993 წელს ბარბარა სტარფილდმა წარმოადგინა პირველადი ჯანდაცვის 4 ძირითადი მახასიათებელი: 1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან; 2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა; 3. ყოვლისმომცველობა; 4. კოორდინირება .

„პირველადი ჯანდაცვა (მომსახურების პირველი დონე) წარმოადგენს აუცილებელ (ბაზისური) ამბულატორიულ მომსახურებას, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეში ოჯახის ექიმის (ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმის) მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად“ [ვერულავა , გვ.129, 2014].

პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) ეს არის პირველი რგოლი ჯანდაცვის სისტემაში, რომელსაც პაციენტი მიმართავს პირველივე სამედიცინო პრობლემის წარმოქმნისას. პირველად ჯანდაცვაში პაციენტს ხვდება ოჯახის ექიმი, რომელსაც ასევე შეიძლება ეწოდოს პირადი ექიმი და რომელიც არის ე.წ. „მეკარიბჭე“ და გზის მაჩვენებელი თითოეული პაციენტისათვის. პირადი(ოჯახის) ექიმი პაციენტის სამედიცინო მდგომარეობის შეფასების შემდეგ განსაზღვრავს და გეგმავს შესაბამისი კვლევების ჩატარების, ვიწრო პროფილის სპეციალისტთან და მეორეულ ან მესამეულ სამედიცინო დონეზე პაციენტის რეფერალის საჭიროებას. პირადი ექიმის მოვალეობაა პაციენტის მკურნალობა და უწყვეტი მეთვალყურეობა მთელი სიცოცხლის მანძილზე. პირადი ექიმის პირდაპირი მოვალეობაა პაციენტის განათლება სამედიცინო მდგომარეობების თავიდან აცილების, ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრების, ოჯახის დაგეგმარების შესახებ. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს როგორც პერსონალური, ისე არაპერსონალური სამედიცინო სერვისების მიწოდებას თემისათვის. მისი მოვალეობაა პრევენციული

ღონისძიებებისაკენ პაციენტის მიმართვა-ინფორმირება სავალდებულო თუ ექსტრემალური მდგომარეობებით განპირობებული ვაქცინაციის შესახებ, სკრინინგის დაგეგმვისა და ჩატარების უზრუნველყოფა დაავადებათა გამოვლენის მიზნით. პირველადი ჯანდაცვის ოჯახის ექიმის მოვალეობა არის როგორც სწეული, ასევე ჯანმრთელი მოსახლეობის მეთვალყურეობა, ზრუნვა და პრევენცია დაავადებათა თავიდან ასაცილებლად. ოჯახის ექიმს/პირად ექიმს აქვს კომპეტენცია და შესაბამისი განათლება მართოს პირველად რგოლს დაქვემდებარებული სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობები ყველა ასაკისა და სქესის თემის წევრებში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია. სწორედ პირადი ექიმის მოვალეობაა რეკომენდაციების გაცემა ოჯახის დაგეგმარების შესახებ, ასევე ორსულობამდელი პროფილაქტიკური კვლევების ჩატარება და განსაზღვრა თუ რამდენად მზად არის ქალი ორსულობისათვის, ასევე მას აქვს კომპეტენცია მეთვალყურეობა გაუწიოს ორსულს გაურთულებელი, ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს და მშობარობის შემდეგ ლოგინობის პერიოდში. ოჯახის ექიმის მოვალეობაა ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის უწყვეტი მეთვალყურეობა, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ზრდა-განვითარების მონიტორინგი, პრევენციული ღონისძიებების, ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული პროფილაქტიკური აცრების შესახებ შეტყობინება, დაგეგმვა, ჩატარება.

პირველადი ჯანდაცვის მთავარი ნარატივი არის მის კონცეფციაში, რაც გულისხმობს ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას თემის ყველა წევრისათვის, პაციენტის უწყვეტ მეთვალყურეობას, ასევე პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ჩართულობას, განათლებას, ინფორმირებულობას პაციენტის მკურნალობის, პრევენციისა თუ რეაბილიტაციის დროს. მოქნილი მენეჯმენტი, ადამიანური თუ ტექნიკური რესურსების რაციონალური გამოყენება განაპირობებს პჯდ-ის ეფექტურობას და ეფექტიანობას, რაც აისახება მოსახლეობის კარგ ჯანმრთელობაში.

Bazemore, Petterson, Peterson, Phillips /ბაზემორე, პეტერსონი, პეტერსონი, ფილიპი, 2015, შეისწავლეს ოჯახის ექიმის სრულფასოვან პრაქტიკულ მუშაობასთან, ჯანდაცვის უტილიზაციასთან და სამედიცინო ხარჯებს შორის კაშირი. კვლევით დადგინდა, რომ ოჯახის ექიმის სრულყოფილი მოვლა ასოცირდება სამედიცინო ხარჯების და ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შემცირებასთან.

ჯინჰარამემ, 2015, შეისწავლა პირველადი ჯანდაცვის როლი პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირესთან მიმართებაში. ავტორის მოსაზრებით, მის მიერ

ჩატარებული კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, რეჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმის თეორიული და პრაქტიკულ უნარ-ჩვევების ამაღლება საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.

ვერულავა , ჯინჭარაძე , ჯორბენაძე, 2015 , აღნიშნავენ, რომ კარდიოლოგიურ პაციენტთა ბინაზე გაწერისას საჭიროა კარდიოლოგიური ცენტრის ექიმსა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ან სპეციალისტს შორის არსებობდეს კომუნიკაცია, რაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს დაეხმარება ეფექტურად მართოს პაციენტი ბინაზე. ამ მხრივ, საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის მიმართ მოსახლეობის სანდოობის გაზრდა.

Verulava, Jincharadze, Jorbenadze/ვერულავა,ჯინჭარაძე,ჯორბენაძე,2017, აღნიშნავენ,რომ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის არსებობას. ამ მხრივ აუცილებელია ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუციის შემდგომი განვითარების ხელშეწყობა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა და უწყვეტ მეთვალყურეობა, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციაა, შესწავლილია დარგის სპეციალისტთა ფუნდამენტურ შრომებში, რომელიც ეყრდნობა ინდუსტრიული ქვეყნების გამოცდილებას.

მაგალითად, Schneider , Henry / შნიდერი, ჰენრი, 2017, თავიანთ შრომაში „Introduction to public health „/ „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესავალი“, წარმოადგენენ თავიანთ ხედვას დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის შესახებ და აღნიშნავენ, რომ ორსულთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა ტრადიციულად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმაღლესი პრიორიტეტია. ნაყოფისა და ჩვილობის პერიოდის სწორი განვითარება კარგი ჯანმრთელობის საფუძველია ადამიანის სიცოცხლის მანძილზე. საშვილოსნოში ნაყოფის მდგომარეობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სიცოცხლის მომდევნო ეტაპზე ქრონიკული დაავადებებისადმი განწყობაში. ბავშვები წარმოადგენენ საზოგადოების მოწყვლად ჯგუფს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის მუდმივი პრიორიტეტია ყველა ქვეყანაში. მაგალითად, აშშ-ში ბავშვთა ჯანმრთელობა სახელმწიფოს ზრუნვის საგანი გახდა 19-ე საუკუნის დასასრულს, რადგან საგანგაშო იყო დიარეით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. აშშ-ში 1912 წელიდან დაარსდა ე.წ. ბავშვთა ბიურო, ხოლო 1921 წელს კონგრესმა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისების განვითარების უზრუნველსაყოფად პირველი გრანტები დააწესა.

დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა წარმოადგენს მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებელს და მიუხედავად ინდუსტრიალიზაციისა,

მრავალეთნიკურ, აფროამერიკელებით დასახლებულ ქვეყანაში, აშშ-ში 2011 წლის მონაცემებით, სიკვდილიანობით 27 -ე ადგილას იყო სხვა ინდუსტრიულ აზიურ და ევროპული ქვეყნებს შორის (იხ. ცხრილი N 2). შვედეთსა და იაპონიაში კი ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის ნახევარზე ნაკლები იყო აშშ-თან შედარებით. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის სიხშირე, რომელიც განიმარტება, როგორც სიცოცხლის პირველ წელს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილის რაოდენობა ყოველ 1000 ცოცხალდაბადებულზე აშშ-ში 1915 წ-დან 2012 წ-მდე შემცირდა 100-დან 6.0-მდე, რაც უკავშირდება სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, საცხოვრებელი და კვების პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, იმუნიზაციას; წყლის ქლორირებას და რძის პასტერიზაციას, ანტიბიოტიკების გამოყენებას შესაბამისი საჭიროების დროს, პრენატალური ზრუნვის გაუმჯობესებას და ოჯახების დაგეგმარების წესის დანერგვას, აბორტის ლეგალიზებას, ტექნოლოგიური მიღწევების საფუძველზე დღენაკლი და მცირე მასის ახალშობილების მოვლის გაუმჯობესებას და მათი გადარჩენის სიხშირეს.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ასევე მკვეთრად შემცირდა შეერთებულ შტატებში მე -20 საუკუნეში. დღეისათვის, მშობიარობისას ქალის სიკვდილი არის ძალიან იშვიათი მოვლენა აშშ-ში. მაგალითად, 1998-2011 წლებში საშუალოდ ყოველწლიურ 14.6 ქალი მოკვდა მშობიარობის მიზეზებით ყოველ 100 000 ცოცხალ დაბადებულზე, ხოლო 1900 წელს იგივე მაჩვენებელი იყო 850/100000.

აშშ-ში ჩვილი ბავშვების სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი ეპიდემიოლოგების მოსაზრებით არის სიღარიბე და აიხსნება აფროამერიკელების სიხშირით, რომლებიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოსახლეობის დიდი ნაწილს წარმოადგენენ. ეკოლოგიური, კვების, ქცევითი, სამედიცინო და სოციალური ფაქტორები და სიღარიბე წარმოადგენს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის, ქრონიკული ავადობისა და ინვალიდობის მაღალ რისკ ფაქტორებს. გარემოს მავნე ფაქტორები, დედის მხრივ ბავშვის მოვლის ჩვევების არ არსებობა, განათლების დაბალი დონე, დაზღვევის არ არსებობა, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, დედის მავნე ჩვევები: სპირტიანი სასმელები, თამბაქოს მოწევა, არალეგალური მედიკამენტების მიღება ორსულობის დროს, პრენატალური მოვლის სიმცირე -აი მიზეზებია, რომლებიც განაპირობებს ჩვილ ბავშვთა ავადობასა და სიკვდილობას და მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების დეფექტებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომა ჩვილთა სიკვდილობის შესამცირებლად არის პრევენცია, რაც ფოკუსირებულია 2 ჯგუფში: ორსული ქალები რომელთა უმრავლესობას

აქვს მაღალი მოტივაცია ჰყავდეს ჯანმრთელი შვილი, აქვთ მზაობა ინფორმაციის მისაღებად თუ როგორ აიცილონ თავიდან რისკები და მეორე ჯგუფი-მაღალი რისკის ორსულები-ღარიბი, ახალგაზრდა, დაუქორწინებელი ქალები, რომელთა ჩვილებსაც უფრო მეტი საფრთხე აქვთ სოციალურ-ეკონომიური დაუცველობის გამო.

პრენატალური მოვლა არის ორსულის მეთვალყურეობაზე ორიენტირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, რომელსაც აწვდის ექიმი. პრენატალური მოვლის დროს ორსულებს უნდა მიეწოდებოდეთ ინფორმაცია თავიანთი და ნაყოფის ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად. პრენატალური ვიზიტები ასევე უზრუნველყოფს შესაძლებლობას სამედიცინო პრობლემების დიაგნოზისათვის რაც საჭიროებს სამედიცინო ინტერვენციას.

ცხრილი N2. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, OECD ქვეყნებში

Sweden	2.1	Austria	3.6
Japan	2.3	Germany	3.6
Finland	2.4	Netherlands	3.6
Norway	2.4	Australia	3.8
Czech Republic	2.7	Switzerland	3.8
Italy	2.9	United Kingdom	4.3
Portugal	3.1	Poland	4.7
South Korea	3.2	Canada	4.8
Spain	3.2	Hungary	4.9
Belgium	3.4	Slovak Republic	4.9
Greece	3.4	New Zealand	5.2
Denmark	3.5	United States	6.1
France	3.5	Chile	7.7
Ireland	3.5	Turkey	7.7
Israel	3.5	Mexico	13.7

Data from U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Health, United States 2014, Table 14.

წყარო: Schneider, Henry, *Introduction to public health. Maternal and Child Health as a Social Problem*/შნიდერი, ჰენრი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესავალი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, როგორც სოციალური პრობლემა, გვ.283, 2017.

იგივე აზრს ავითარებს Tulchinsky, Varavikova/ტულჩინსკი, ვარავიკოვა, 2009, თავიანთ შრომაში „The New Public Health“/“ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა“, 2009, და აღნიშნავენ, რომ ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომებით ოჯახის ერთეული განიხილება, როგორც რესურსი და სამიზნე ჯგუფი, რომელიც საჭიროებს პრევენციულ და სამკურნალო მომსახურებას ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე. ქალები

ჯანდაცვის სექტორს უფრო ხშირად მიმართავენ ფიზიოლოგიური ფუნქციიდან გამომდინარე. ქალი სულ უფრო მეტად მოიხმარს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სამედიცინო სერვისებს. ტრადიციულად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, განსაკუთრებული მოწყვლადობის გამო, დიდ ყურადღებას უთმობს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას. არასაკმარისმა პრენატალურმა ზრუნვამ შეიძლება გავლენა იქონიოს ნაყოფისა და ახალშობილის ჯანმრთელობაზე და სამომავლოდ აისახოს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის დამახასიათებელია ჰოლისტიკური მიდგომა, რომელიც მოიცავს სოციალურ და ეკონომიკურ საკითხებს, სხვადასხვა ახალი საჭირო სერვისის ინტეგრაციას ჯანმრთელობისა და დაავადებათა ტვირთის დროს. დედათა სიკვდილიანობა ჯანმო-ს განმარტებით არის ქალის სიკვდილი ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან 42 დღის მანძილზე, როდესაც სიკვდილის მიზეზი, რომელიც ვითარდება ორსულობის დროს ან მისი მართვისას და არ არის დაკავშირებული უბედურ შემთხვევასთან. პირდაპირი - ორსულობისას სამეანო გართულებებით; არაპირდაპირი - არასამეანო მიზეზებით. გასულ საუკუნეში მშობიარობა-დაბადება სიცოცხლისათვის საშიში იყო. 1664 წელს პარიზის ჰოსპიტალში დედათა სიკვდილობის სიხშირე იყო 33% ჰოსპიტალიზებულ ქალებში. ინგლისში 1660-1680წწ 44-დან 1 კვდებოდა მშობიარობის დროს. შეერთებულ შტატებში დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 670/100,100-დან 21.5/100,00-მდე ცოცხალშობილზე-1930წ.-დან 1970წ-მდე პერიოდში. დედათა სიკვდილობა აფრო-ამერიკელებში 4 -ჯერ მეტია, ვიდრე თეთრკანიან პოპულაციაში. დედათა სიკვდილიანობის დრამატიული შემცირება ინდუსტრიულ ქვეყნებში წარმოადგენს რეპრეზენტატიულ ტენდენციას, რასაც საფუძვლად უდევს ცხოვრების უკეთესი სტანდარტი, კვების, სამედიცინო მოვლის გაუმჯობესება, სამეანო ცოდნის გაუმჯობესება და ტრენინგები მშობიარობის დროს უსაფრთხოების წესების შესახებ და სხვ. ორსულობამდელი და პრენატალური მოვლა უნდა იყოს ადრეული და სრულყოფილი, განგრძობითი, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, სამედიცინო და ფსიქოლოგიური ინტერვენცია საჭიროების დროს. რისკის შეფასება, საჭიროების დროს რეფერალი, ორსულობის კარგი გამოსავლის საფუძველია. ამერიკის სამეანო და გინეკოლოგიური კოლეჯის რეკომენდაციით ორსულთა ვიზიტებზე კონსულტაციისას განიხილება ორსულობისა და მშობიარობის საკითხები, ამასთან პრენატალური ზრუნვა ჩვეულებრივი ორსულობისთვის უნდა მოიცავდეს სულ 13-15 ვიზიტს ექიმთან. ფიზიკური მოვლის წესებს, მშობიარობისათვის მომზადებას, ძუძუთი კვების წესების

სწავლებას. დედის რუტინული შემოწმება უნდა შეიცავდეს მონიტორინგს მისი კვების, წონის მომატების, სისხლის წნევის, პოტენციური გართულებების გამოვლინებისათვის. ვიზიტების სიხშირე და ჯანსაღი ქალების ნორმალური პრენატალური მოვლის შინაარსი განსხვავდება ქვეყნებს შორის და ზოგჯერ განიხილება "გადაჭარბებულად". დედისა და ახალშობილის სიკვდილიანობის და ავადობის, ახალშობილთა მცირე მასით დაბადებისა და მასთან დაკავშირებული განვითარების პრობლემების შესამცირებლად საჭიროა ზედამხედველობის გაძლიერება ორსულობის განმავლობაში, აღნიშნავენ ავტორები.

Coco/კოკომ, 2009, შეისწავლა 10 წლის მონაცემები, აშშ-ის ეროვნული კვლევის მასალები ამბულატორიული მოვლის შესახებ აშშ-ში, კერძოდ, ამბულატორიაში ორსულთა პრენატალური ვიზიტები, რომელსაც აწვდიდა ოჯახის ექიმი და შეადარა მეანის მიერ მოწოდებული ორსულობის ვიზიტების გამოსავალთნ. კვლევების მიხედვით გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმის მიერ უფრო ხშირად ხდება არასამეანო დაავადების იდენტიფიცირება, ვიდრე მეანთან ჩატარებული ვიზიტების დროს. ოჯახის ექიმის მიერ მოწოდებული მოვლა ზრდის ხელმისაწვდომობას ქალებისათვის სრულყოფილ პირველად მოვლაზე.

Cohen , Andrew /გოჰენმა, ანდრეუმ, 2009, გაანალიზეს 10 წლის მონაცემები აშშ-ში ეროვნული კვლევა ამბულატორიული მოვლის შესახებ, აშშ-ში ოჯახის ექიმის მიერ მოწოდებული პრენატალური მოვლის ვიზიტების ტენდენციები და დადარდა მეანის მიერ მოწოდებულ ვიზიტებთან. გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმებმა ვიზიტების რაოდენობა შეამცირეს 50%-ით, ამასთან კიდევ უფრო მეტად სოფლად. ეს მიგნება მიიჩნევა, როგორც ოჯახის ექიმის დადებითი როლი ხარჯთეფექტურ ანტენატალური მოვლაში. ოჯახის ექიმის მისწრაფება იზრდება ყველასათვის ხელმისაწვდომი პრენატალური სერვისის მიწოდებისათვის, რაც გამორიცხავს გადაჭარბებულ ვიზიტებს.

Kozhimannil , Fontaine/კოჟიმანილის, ფონტაინის, 2013, მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით ოჯახის ექიმის მიერ ორსული ქალის მეთვალყურეობის ტრადიცია მყარად რჩება აშშ-ში, მაგრამ ზოგიერთ რეგიონში განსხვავებულია, კერძოდ, აშშ-ის ჩრდილოეთის ცენტრალურ ნაწილში უფრო მზარდია, სამხრეთით კი შემცირების ტენდენციაა; აშშ-ში ოჯახის ექიმს ანტენატალური მოვლისთვის ორსულთა 1/3 მიმართავს სტაბილიურად, ხოლო ორსულთა დანარჩენი ნაწილი მიმართავს როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე მეან-გინეკოლოგს, ბეზიქალს, პრაქტიკოს ექთანს, ექიმის ასისტენტს.

Rosener, Barr , Frayne , at all/როზენერის, ბარის, ფრანის და სხვ, 2016, კვლევით, ოჯახის ექიმი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს დედების განათლებაში ჯანსაღი ქცევის

დამკვიდრებისათვის. მაგალითად, აშშ-ში, ჯანმრთელი ბავშვის რუტინულ გასინჯვებზე დედას ეძლეოდა კითხვარი (ინგლისურენოვანი და ესპანურენოვანი), სადაც გამოვლინდა მრავალი მავნე ჩვევა. ოჯახის ექიმის რჩევის საფუძველზე დედების დამოკიდებულება მავნე ჩვევებისადმი და საჭირო ჩვევების შესაძენად შეიცვალა. მრავალი დედა ჯანმრთელი ბავშვის ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დროს ავლენდა სურვილს მიეღო ოჯახის ექიმის რჩევები, რაც დადებითად აისახება მომდევნო ორსულობაზე და ამცირებს დედის რისკ ფაქტორებით გამოწვეულ უარყოფით გამოსავალს.

უკანასკნელ წლებში ყველა ქვეყანაში არის საკეისრო კვეთის ჩატარების მზარდი ტენდენცია, რასაც მრავალი შორეული გართულება ახლავს თან და ამცირებს რეპროდუქციულ შესაძლებლობებს. სწორედ ოჯახის ექიმს შეუძლია შესასრულოს მნიშვნელოვანი როლი დედათა განათლებაში არასაჭირო, დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირებაში.

Ross, McQuivey, Block/ როსის, მაქუინის, ბლოკის, 2017, მონაცემებით აშშ-ში საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობები დრამატულად იზრდება და დაახლოებით ყველა მშობიარობის 30 %-ს აღემატება. მომდევნო მშობიარობის დროს არცთუ იშვიათია ვაკუუმის გამოყენება.

Zuarez-easton, Zafran, Garimi, Salim /ზუარეზ-ემტონის, ზაფრანის, ჰარმის, სალიმის, 2017, მონაცემებით, საკეისრო კვეთის ერთ-ერთი უფრო მეტად ხშირი გართულებაა ქირურგიული ადგილის ინფექცია, რასაც ადგილი აქვს შემთხვევათა 3%-15%-ში. ინფექცია 3%-ზე მეტ შემთხვევაში დედათა სიკვდილიანობის მიზეზიც ხდება. ვინაიდან საკეისრო კვეთის სიხშირე გლობალურად ყველა ქვეყანაში, მათ შორის ისრაელშიც მზარდია, შესაბამისად იზრდება ქირურგიული ადგილის (ჩარევის) ინფექციათა სიხშირე, რაც საჭიროს ხდის ოპერაცია ჩაატაროს გამოცდილმა ქირურგმა.

From the American Academy of Family Physicians /ამერიკის ოჯახის ექიმის აკადემიის, 2015, მონაცემებით ოჯახის ექიმის როლი და მნიშვნელობა ყოვლისმომცველია, მათ შორის ორსულისათვის მშობიარობის მეთოდის შერჩევისას, განსაკუთრებით თუ პირველი მშობიარობა ჩატარდა საკეისრო კვეთით. ოჯახის ექიმმა უნდა განუმარტოს დედას მომდევნო ორსულობისას ფიზიოლოგიური მშობიარობის და განმეორებითი საკეისრო კვეთის დროს რა მოლოდინები უნდა ჰქონდეს ორივე შემთხვევაში. ოჯახის ექიმის მოვალეობა არის ბავშვის გაჩენის დაგეგმვაზე, შესაბამისი კონტრაცეპტივის მოწოდების უზრუნველყოფა წახალისებით, რათა მინიმუმ 18 თვე მოიცადონ მომდევნო ბავშვის გაჩენამდე. აშშ-ში 3 მშობიარობიდან 1 მიიღება საკეისრო კვეთით. დედებს

რომელთაც ჩაუტარდათ საკეისრო კვეთა აქვთ საშვილოსნოს გახევის მაღალი რისკი ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს-დაახლოებით 3 შემთხვევა 1,000 მშობიარობიდან, რაც ასევე წარმოადგენს მაღალ რისკს ნაყოფისა და ახალშობილის სიცოცხლისათვის. საშუალოდ, ნაყოფის/ ნეონატალური სიკვდილის მაჩვენებელი არის 130 ყოველ 100,000 დაბადებულზე საკეისრო კვეთის შემდეგ ჩატარებული მომდევნო მშობიარობისას, ხოლო განმეორებითი საკეისრო კვეთის დროს 50 ყოველ 100,000 დაბადებულზე. ქალები რომლებიც გეგმავენ მომავალ ორსულობას, უნდა იცოდნენ, რომ თითოეული საკეისრო კვეთა ზრდის placenta previa /პლაცენტა პრევიას სიხშირეს და სხვა პლაცენტის მხრივ გართულებებს-აღნიშნავენ ავტორები.

ამრიგად, პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი როლი, როგორც დაავადებათა ადრეული გამოვლინების, დაავადებათა პრევენციის, რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირეთა შემცირების, არასაკმარის სამედიცინო ხარჯების შეკავების საქმეში ყველა ქვეყანაში აღიარებულია. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საქმეში განუზომელია ოჯახის ექიმის მნიშვნელობა, კერძოდ, ბავშვთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის, პრევენციული და სამედიცინო სერვისების უწყვეტი მოწოდება, ბავშვის განვითარების შეფასება, ნორმიდან გადახრის დროული აღმოჩენა და შესაბამისი ინტერვენცია, რეფერალი; დედათა, ქალთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობაზე, ჩასახვამდელ პერიოდში, ორსულობისას, ლოგინობის ხანაში ოჯახის ექიმის მიერ მოწოდებული ზრუნვა და მეთვალყურეობა მრავალ ქვეყანაში აღიარებულია და წარმატებით ხორციელდება. მიუხედავად ამისა პირველად ჯანდაცვაში, ოჯახის ექიმის პოპულარიზაციის საქმეში გამოწვევები კვლავ არის მრავალ ქვეყანაში. სწორედ ამიტომ აღნიშნული საკითხის შესწავლა აქტუალური და სარგებლისმომტანია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საქმეში.

1.2. პჯდ-ს განვითარება საქართველოში და სხვა ქვეყნებში

Nevertheless, primary care utilization rates remain low in comparison with other countries in the WHO European Region (WHO Europe, 2017).

გასული საუკუნის 90-იან წლებში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში თვისობრივად ახალი სახელმწიფოს მშენებლობა და საბჭოთა პერიოდისთვის დამახასიათებელი ეკონომიკური ფორმაციის ახალი ეკონომიკური

ფორმაციით ჩანაცვლება დაიწყო. ჯანდაცვის სისტემაში დაიწყო რეფორმების რთული და ხანგრძლივი პროცესი.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების იდეა, აუცილებლობა და საჭიროება, ნაწილობრივ სათავეს იღებს 1995 წლიდან, როდესაც დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმა და რეორიენტაცია. საქართველოში ჯანდაცვის სექტორში განსახორციელებელ რეფორმებში მსოფლიო ბანკის პროექტის ერთ-ერთ ამოცანათა შორის იყო ჯანდაცვის სიტემის რეორიენტაცია ხარჯთეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციით: პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, პრევენციული ჯანდაცვის განვითარება, განსაკუთრებით ქალებისა და ბავშვების უკეთესი ხარისხის მოვლის უზრუნველყოფა [World Bank/მსოფლიო ბანკი, 1996].

Verulava , Kalandadze /ვერულავას,კალანდაძის,2001, მონაცემებით, საქართველოში ჯანდაცვის რეფორმების ერთ-ერთი მთავარი სამიზნე იყო საბჭოური პოლიკლინიკების ჩანაცვლება პირველადი ჯანდაცვით. პოსტსაბჭოთა პერიოდში განსაკუთრებით მწვავე პრობლემას წარმოადგენდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა დეფიციტი, რომელიც უნდა ყოფილიყო პჯდ-ის მთავარი მომწოდებელი და კიდევ უფრო პრობლემური იყო ამორტიზებული შენობა-ნაგებობები, ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა, სატელეფონო-საკომუნიკაციო, ელექტროენერგიის, წყალმომარაგებისა და სხვა სანიტარული მოთხოვნების შეუსაბამობა, განსაკუთრებით კი რეგიონებში. სწორედ ამიტომ ლოგიკური იყო მოსახლეობის უკმაყოფილება ჯანდაცვისადმი, რაც გამოვლინდა კვლევებით. საქართველოში 1998 წელს, პირველადი ჯანდაცვისადმი მოსახლეობის კმაყოფილების კვლევით, რესპოდენტთა დაახლოებით 60% უკმაყოფილო იყო პირველადი ჯანდაცვით .

გზირიშვილის, 2012, მონაცემებით, ქალაქ თბილისში ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევებით გამოვლინდა, რომ 2000 წელს ავადმყოფთა 11% არ მიმართავდა ექიმს, 60% თვითმკურნალობას ეწეოდა, ავადმყოფობისას მხოლოდ 52% მიმართა ვიწრო სპეციალისტს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის გვერდის ავლით. უბანში მომუშავე ექიმებს უფრო მეტად პედიატრიული ასაკის პაციენტები მიმართავდნენ. მოსახლეობა უფრო ხშირად სასწრაფო დახმარებას მიმართავდა სამედიცინო მდგომარეობების დროს.

ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ,2003, რომელიც ჯანდაცვის სამინისტრომ წარმოადგინა, მკაფიოდ ასახავს ჯანდაცვის სისტემაში, განსაკუთრების პჯდ-ში არსებულ მძიმე მდგომარეობას.

მოხსენების მასალებზე დაყრდნობით შეიძლება ასე აღიწეროს არსებული მდგომარეობა: პირველადი სამედიცინო მომსახურების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, განსაკუთრებით კი რაიონებში, არ პასუხობდა დადგენილ სანიტარულ ნორმებს, შენობა-ნაგებობი იყო შეუსაბამო, მოუვლელი, უფუნქციო; შეზღუდვილი იყო სატელეფონო კავშირი, ელექტრომომარაგება, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, წალმომარაგება; სამედიცინო აპარატურა და ინვენტარი მოძველებული და უვარგისი. მოსახლეობას აღარ ეიმედებოდა სამედიცინო დახმარების მიღება ამ რგოლში და აღარ მიმართავდა უბნის ექიმს. სახელმწიფო ამბულატორია/პოლიკლინიკებში ექიმთან მიმართვიანობის შემცირება აისახა მოსახლეობის გაუარესებულ ჯანმრთელობაზე.

2003-2005 წლებში, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, გაითვალისწინა და გაიაზრა გამართული პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების შეკავების საქმეში და მიზნად დაისახა პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემის განვითარება. საქართველოს მთავრობის ინიციატივას გამოეხმაურა დონორი ორგანიზაციები, რომელთაც განახორციელეს მნიშვნელოვანი ინვესტიციები. პჯდ-ის კონცეფციის მიხედვით პირველადი ჯანდაცვის ბაზისად განისაზღვრა საოჯახო მედიცინა, სადაც შედიოდა ოჯახის ექიმი, ექთნები და ბეზიაქალები, რომელთაც უნდა მიეწოდებიათ სამედიცინო სერვისი. შესწავლილი იქნა არსებული პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მდებარეობა, სამედიცინო პროფილის ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი და თვისობრივი მახასიათებლები, რის საფუძველზეც დაიგეგმა პჯდ-ს სერვისის მიმწოდებელთა საჭირო რაოდენობა. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა განისაზღვრა 15 წუთით, რაც უნდა ყოფილიყო გათვალისწინებული პჯდ-ის დაწესებულებების შესაბამის ოპტიმალურ მდებარეობაში. საქართველოს რთული რელიეფიდან გამომდინარე, მთა-გორიან, გეოგრაფიულად ცუდად მისადგომ ადგილებში მცხოვრებ თემს უნდა მომსახურებოდა აღნიშნულ ადგილზე მდებარე სამედიცინო პუნქტის ექთანი და ბეზიაქალი, ხოლო შედარებით რთული სამედიცინო მდგომარეობების დროს კი მობილური პჯდ-ის ბრიგადები. აღნიშნული სამედიცინო პუნქტი და მობილური ბრიგადები წარმოადგენდნენ რაიონის ცენტრში დაფუძნებული საოჯახო მედიცინის ცენტრის შემადგენელი ნაწილებს. დაიგეგმა 2007-2008 წლებისათვის პჯდ-ის ინფრასტრუქტურის განვითარება, რეზილიტაცია, ახალი სადიაგნოსტიკო აპარატურით აღჭურვა, ოჯახის ექიმის, ექთნისა და ბეზიაქალის გადამზადება .

ადამიანური რესურსების განწყობა და მზაობა უკვე არსებობდა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ცნება არ იყო მათთვის მოულოდნელობა. მიუხედავად მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობისა, განათლების როლი ქვეყნის პროგრესში საქართველოს მთავრობისათვის მნიშვნელოვანი იყო. ამის დასტურია ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების კვალდაკვალ, საქართველომ 1998 წელს პოსტსაბჭოთა ქვეყნებიდან პირველმა აღიარა საოჯახო მედიცინა, როგორ დამოუკიდებელი სპეციალობა და 1999 წელს პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის დაწესდა სალიცენზიო გამოცდა [Richardson, Berdzul/რიჩარდსონი,ბერძული., 2017].

2009 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ წარმოადგინა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების პირველი ანგარიში. პჯდ-ის მუშაობის შეფასება მწვავე და უარყოფითი იყო. მიუხედავად იმისა რომ განხორციელდა მნიშვნელოვანი ინვესტიციები: ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაცია, გადამზადდა ექიმების 50% და ექთნების 40%, ამბულატორიაში ერთ სულზე ვიზიტების წლიური საშუალო რაოდენობა იყო მცირე და ჩამორჩებოდა თითქმის ყველა სხვა ქვეყნის მაჩვენებელს. პჯდ არ პასუხობდა არც მოსახლეობის საჭიროებებს და არც პჯდ-ში დასაქმებული ექიმების მოთხოვნებს, მათ დაბალი ხელფასი ჰქონდათ და შესაბამისად ნაკლები მოტივაცია. სწორედ ამიტომ პირველადი ჯანდაცვის განვითარება კვლავ რჩებოდა გამოწვევად და საჭიროებდა რებილიტაციასა და გადამზადების სტრატეგიის მოდიფიცირებას.

2013 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ წარმოადგინა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების მეორე ანგარიში, სადაც შეფასდა პირველადი ჯანდაცვის მდგომარეობა და არსებული გამოწვევები. 2013 წლის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების მეორე ანგარიშით წარმოდგენილი იქნა პჯდ-ის სისტემის ყველა ის პრობლემა, რომელიც თან ახლდა დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პერიოდს. ანგარიშში აღნიშნულია, რომ საქართველოს მოსახლეობა საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, პირველად ჯანდაცვას ნაკლებად მიმართავდა მოძველებული ინფრასტრუქტურისა და თანამედროვე აღჭურვილობის არარსებობის გამო, საჭიროებას თვითონ განსაზღვრავდა და თვითდინებით მიმართავდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებს სასურველი მომსახურებისათვის. ანგარიშში აღინიშნა, რომ 2006 წლის შემდეგ პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ინვენტარიზაციის არ იყო ჩატარებული. ანგარიშის თანახმად, 2007-2011 წლებში საქართველოს სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა და ძველის რეაბილიტაცია, ოჯახის ექიმების, ექთნების

გადამზადება. დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით 2007-2011 გადამზადდა 1826 პჯდ -ის ექიმი და 1934 ექთანი, რაც ბევრად აღემატებოდა რეალურ საჭიროებას. 2007-2011 წლებში ჩატარდა 178 პჯდ დაწესებულების რეაბილიტაცია და აღიჭურვა ახალი აპარატურით. 2008 წელს 777 სოფლის ექიმმა მიიღო სოციალური დახმარება 2 000 ლარის ოდენობით, სამედიცინო პრაქტიკისათვის საჭირო აღჭურვილობის შესაძენად. 2009 წელს სოფლის ამბულატორიებს მიეცათ მეწარმე-ფიზიკურ პირის სტატუსი, ხოლო 1360 ექიმთან და 1480 ექთანსა და ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან გაფორმდა ხელშეკრულება. რაიონებში პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული სერვისების და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისები გაერთიანდა სამედიცინო ცენტრებად. დიდ ქალაქებში განხორციელდა პოლიკლინიკათა მასიური პრივატიზება. ასეთი კომპლექსური ღონისძიებების ფონზე პირველადი ჯანდაცვა კვლავაც გაუმართავი რჩებოდა. პჯდ-ის უტილიზაციის მაჩვენებლით საქართველო ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფებოდა ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის. ასევე დაბალი იყო ასევე სოფლის ექიმთან მოსახლეობის მიმართვიანობა 1 სულ სოფლის მოსახლეზე გადაანგარიშებით . [ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, გვ.42-46, 2013].

2013 წლის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების მეორე ანგარიშის დასკვნის მიხედვით:

„... პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს, სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებსა და ჰოსპიტალურ სექტორს შორის კავშირები, ადგილი აქვს მათ შორის კოორდინაციის პრობლემას და ნაკლებად ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემიდან რეფერალი მეორეულ დონეზე. ქვეყნის დონეზე არაერთგვაროვანია და საკმაოდ განსხვავებულია პირველადი ჯანდაცვის ფიზიკური ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის ხარისხი“ [ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, გვ.46, 2013].

2013 წლიდან ქვეყანაში დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელება, სადაც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა.

Brady /ბრედი,2017, აღნიშნავს,რომ უნივერსალური ჯანდაცვით მოცვა ჯანმო-ს მიერ განიმარტება, როგორც ადამიანთა, მოსახლეობის, პოპულაციის მიერ მათთვის საჭირო ხარისხიანი, ეფექტური, პრევენციული, სამკურნალო, რეაბილიტაციური, პალიატიური სერვისების მიღება, რაც არ გამოიწვევს მოსახლეობის გაღატაკებას და თავიდან ააცილებს

კატასტროფულ ხარჯებს. საქართველოში 2013 წლიდან წარმატებით დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვით დაფინანსების სისტემა და საქართველოს მთავრობამ დაიწყო უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამა .

დედათა და ბავშვთა უფასო სერვისები, უნივერსალური მოცვით დაფარვა მრავალი განვითარებადი ქვეყნისათვის საჭირო და აუცილებელი საკითხია.

Ogbuabor, Onwujekwe /ოგბუაბორი,ონვუჯეკვი,2018, შეისწავლეს ენუგოს შტატში, ნიგერიის სამხრეთით, საყოველთაო ჯანდაცვის უფასო ჯანდაცვის პრობლემები. ხარვეზები გამოვლინდა ჯანდაცვის დაფინანსების, ფუნქციების განაწილებისა და მომსახურების მხრივ.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ყველა ქვეყანაში განსხვავებულად განვითარდა. მაგალითად, Richardson/რიჩარდსონი, 2013, ტრანზიტორული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვისას აღნიშნავს, რომ სომხეთის რესპუბლიკაში -1990-იანი წლების შუა პერიოდში დეცენტრალიზაციის პროცესმა გამოიწვია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციური დაშლა და მომსახურების ხელმისაწვდომობა პრობლემური და უთანასწორო იყო ქალაქსა და სოფელში. სომხეთის რესპუბლიკაში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია მცირეა, შესაბამისად ამბულატორიაში მიმართვიანობა ერთ სულ მოსახლეზე ნაკლებია საავადმყოფოში მიმართვასთან შედარებით. პაციენტთა უმრავლესობა თვითონ მიმართავს სპეციალისტს ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით. სომხეთის რესპუბლიკაში პჯდ-ის ექიმებში სუსტია მეკარიბჭეობის ფუნქცია. კვლევების მიხედვით, 2009 წლისათვის საავადმყოფოში რეფერალის 43% განხორციელდა პაციენტების თვითრეფერალით, 39% პჯდ-ის დაწესებულებაში მომუშავე სპეციალისტების მიერ და მხოლოდ 20% იყო პჯდ-ის ოჯახის ექიმების მიერ. საზოგადოებას ნაკლებად აქვთ სწრაფვა ოჯახის ექიმების მიერ მოწოდებული მომსახურებისადმი. სომხეთის რესპუბლიკაში პაციენტის კმაყოფილების კვლევა ჩატარდა 2010 წელს. რესპოდენტები აღნიშნავენ ოჯახის ექიმების პროფესიონალიზმის დეფიციტს. სომხეთის რესპუბლიკაში, 2011წელს ჩატარებული დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის კვლევით, გამოვლინდა რომ ოჯახის ექიმთან აღრიცხული ქალების მხოლოდ 15% და მამაკაცთა 17% ღებულობდა ოჯახის ექიმის მომსახურებას; ქალების 70% და მამაკაცების 60% მიმართავდა თერაპევტს. სომხეთის რესპუბლიკაში საოჯახო მედიცინის, როგორც სამედიცინო პროფესიის ფარგლებში არსებული სპეციალობის, გაძლიერება გამოწვევად რჩება. WHO/ჯანმოს, 2017, მონაცემებით, სომხეთის რესპუბლიკის მთავრობამ 2017-2022 წლისათვის მიზნად

დაისახა პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, რაც მოიცავს მისი მასშტაბისა და შესაძლებლობების გაზრდას, მოსახლეობის ჩართულობას, პჯდ-ისადმი საზოგადოების ნდობის გაზრდას ; ექიმთა გადამზადების, ინფრასტრუქტურისა და სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობის განახლებასა და მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესების ღონისძიებებს.

აზერბაიჯანის რესპუბლიკაში ამბულატორიული მოვლის არსებული მოდელი მემკვიდრეობით იქნა მიღებული საბჭოთა დროიდან, სადაც ამბულატორიული დაწესებულებები აწვდიან როგორც პირველადი მოვლის, ასევე ამბულატორიის სპეციალისტების სერვისებს. გარდა ამისა, მოდელი მნიშვნელოვნად განსხვავდება სოფლად და ქალაქში. ჯანდაცვაში განხორციელებული რეფორმების კვალდაკვალ, ოჯახის ექიმი, როგორც დამოუკიდებელი პროფესია ოფიციალურად არის აღიარებული. განისაზღვრა საგანმანათლებლო და საკვალიფიკაციო მოთხოვნები და ოჯახის ექიმის და ექთნების ვალდებულებები და უფლებები. შეიქმნა საოჯახო მედიცინის მომზადების სასწავლო გეგმა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების გადამზადების პირველი სამაგისტრო სწავლებით. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით განხორციელდა.

Bernd Rechel B, Richardson ,McKee/ბერნდის, რიჩარდსონის, მაკკეის, 2014, მონაცემებით, 1991 წლიდან 2014 წლამდე ყველა პოსტ-საბჭოთა ქვეყანამ ოფიციალურად აღიარა პაციენტისათვის პჯდ-ს ექიმების და სპეციალისტების არჩევის უფლება. ამასთან, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა არ არის დასრულებული, საოჯახო მედიცინის მოდელი არ არის სრულყოფილად განხორციელებული და ვერ ასრულებს მეკარიბჭეს ფუნქციას, არ ახორციელებს რეფერალს, არ არის სათანადო ხარისხის. მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას ბევრ ყოფილ საბჭოთა სივრცეში ხელს უშლის მწირი მონეტარული მხარდაჭერა, განსაკუთრებით ცენტრალურ აზიასა და სხვა დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, მათი ცუდი ინფრასტრუქტურა და რესურსების ნაკლებობა, ოჯახის ექიმისადმი მოსახლეობის ნდობის ნაკლებობა.

Sheiman , Shevski /შეიმანმა,შევსკიმ, 2017, შეისწავლეს რუსეთისა და ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის მოდელების მსგავსება და განსხვავება. კვლევა მოიცავდა ევროპის 31 ქვეყანას, მათ შორის იყო ბულგარეთი, ჩეხეთი, ესტონეთი, უნგრეთი, ლატვია, ლიტვა, რუმინეთი, სლოვაკეთი, სლოვენია. პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურის (მმართველობა, ეკონომიკური პირობები, სამუშაო ძალის განვითარება), პროცესის (მომსახურების ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა,

კოორდინაცია და მოვლა), და შედეგების (მოვლის ხარისხი და ეფექტურობა)

შესაფასებლად გამოყენებული იქნა 99 ინდიკატორი .

პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რეფორმის ამოსავალი წერტილი პოსტკომუნისტურ ქვეყნებში იყო სემაშკოს მოდელი შემდეგი ძირითადი მახასიათებლებით: სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო ცენტრების (პოლიკლინიკა)დომინირება, საავადმყოფოების შედარებით იოლი ხელმისაწვდომობა, პაციენტის შეზღუდვა პროვაიდერების არჩევანზე, მოზრდილთა და ბავშვთა ზრუნვის გაყოფა, ფართო შემადგენლობის პირველადი მოვლა, სადაც ზოგადი პროფილის ექიმს ჰქონდა შედარებით დაბალი როლი, სამკურნალო და კოორდინაციის შეზღუდული ფუნქციები, მოვლის ფრაგმენტაცია ვერტიკალური პროგრამების გამო.

პირველადი ჯანდაცვის მოდელს შორის რუსეთში და ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში პირველი და ძირითადი განსხვავება არის ზოგადი პრაქტიკოსების როლის შეცვლა.

რუსეთში რაიონული ექიმების 87% თერაპევტი და პედიატრია, ხოლო ზოგადი პრაქტიკოსი - მხოლოდ 13%. ეს იმას ნიშნავს, რომ პირველი საკონტაქტო მომსახურება კვლავ მოეწოდება ექიმების მიერ შეზღუდული მომსახურებით, კვლავ გაყოფილია მოზარდებსა და ბავშვებზე ზრუნვა, რაც არის სემაშკოს მოდელის მემკვიდრეობა და არ არის დამკვიდრებული პირველადი ზრუნვა ოჯახის ექიმის პრინციპით .

ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში გადამზადდა ზოგადი პრაქტიკოსების საჭირო რაოდენობა. მათ ჩაანაცვლეს თერაპევტების (რაიონის თერაპევტები და პედიატრები) ძირითადი ნაწილი და ამით გააფართოეს მომსახურება. ამასთან, ეს პროცესი ჯერ კიდევ არ დასრულებულა, მაგალითად, ლიტვაში პჯდ-ში ექიმების მხოლოდ 68% -ია ზოგადი პრაქტიკოსი, ხოლო რაიონის თერაპევტებს შორის მხოლოდ - 17% და რაიონის პედიატრების შორის მხოლოდ - 15%.

Loenen, Berg, Heinemann, Baker, Marjan, at all/ლეონენმა,ბერგმა ,ჰეინემანმა,ბაკერმა, მარჯანმა და სხვ, 2016, შეისწავლეს ნიდერლანდებში, დიდი ბრიტანეთსა და გერმანია 2006-2012 წლებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემების განვითარების დინამიკა. ცვლილებები გამოიკვეთა სამი მიმართულებით: პირველადი ჯანდაცვის პროცესების ორგანიზება, პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ბენჩმარკინგის გამოყენება და შესრულების გაუმჯობესება ფინანსური სტიმულებით.

დიდი ბრიტანეთი და ნიდერლანდები, მიუხედავად განსხვავებული ჯანდაცვის სისტემისა, პჯდ-ში ლიდერია ზოგადი პრაქტიკის ექიმი. ნიდერლანდებსა და დიდ

ბრიტანეთში უკეთესი ინფორმაციული ტექნოლოგიების სერვისები უზრუნველყოფენ ინფორმაციულ უწყვეტობას. გერმანიაში, პჯდ უფრო ფრაგმენტულია (მაგალითად, პედიატრები და ზოგად პრაქტიკოსები – ორივე აწვდიან მოვლას ბავშვებს). გერმანიის პჯდ სისტემაში საჭიროა ინფორმაციული ტექნოლოგიების გაძლიერება. სამივე ქვეყანაში გამოვლინდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება სხვადასხვა მიმართულებით. კოორდინაცია და ყოვლისმომცველი დახმარება, დაავადებათა მართვის პროგრამების მიხედვით, ინფორმაციული ტექნოლოგიების სერვისით უზრუნველყოფა გაუმჯობესდა ყველა ქვეყანაში.

ამრიგად, საქართველოში, მსგავსად სხვა ქვეყნებისა, პირველადი ჯანდაცვის სრულფასოვანი მოდელი არ არსებობს. არსებული კი პერმანენტულად არის ზრუნვის საგანი. მიუხედავად მრავალწლიანი რეფორმებისა, მიუხედავად ფინანსური მხარდაჭერისა საქართველოს მთავრობისა თუ დონორი სახელმწიფოების მიერ, პირველადი ჯანდაცვა კვლავაც ფრაგმენტულია. სწორედ ამიტომ საჭიროა შესწავლილი იქნას პირველადი ჯანდაცვის მდგომარეობა ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლად ჯგუფის, დედათა და ბავშვთა, მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით.

1.3. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა არის, რომელიც მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ეკონომიკური განვითარების დონეს ასახავს ქვეყანაში. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა და მისი გამართული მუშაობა მჭიდროდ არის დაკავშირებული დემოგრაფიის საკითხებთან. საქსტატის 2017 წლის მონაცემებით, საქართველოში შობადობა ბოლო სამი ათეული წელია კრიტიკულად მცირდება, კერძოდ 1986 წლიდან 2016 წლამდე თითქმის განახევრდა ცოცხლადშობილთა რაოდენობა; 1986 წელს თუ იყო 98 155 , 2016 წელს იყო 56 569 .

საქსტატის 2017 წლის მონაცემებით საქართველოში 1996 წელს იყო 4674,5 ათასი კაცი, ხოლო 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით 3 718,2 ათასი. მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მრავალ მიზეზთაგან ერთ-ერთი მიზეზი შობადობის შემცირებაა .

ბოლო 75 წლის მანძილზე საქართველოში შობადობის მატეხის ორი მოკლევადიანი პერიოდი გამოვლინდა 1988-1990 წლები, როდესაც გაიღვიძა ეროვნულმა მოძრაობამ და 2008 წლიდან, როდესაც უწმინდესმა გამოხტა ოჯახის ყოველი მე-3 და მომდევნო შვილის მონათვლის სურვილი.

„საქართველოს ხელისუფლებისა და მთავრობის უმოქმედობის ფონზე, მხოლოდ სრულიად საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქი, მისი უწმინდესობა და უნეტარესობა ილია II, როგორც ყოველთვის, აღმოჩნდა ერზე მზრუნველი მამა. 2007 წლის ნოემბერში, საპატრიარქოში შექმნილ დემოგრაფიული კომისიის წევრებთან შეხვედრაზე მან მოიწონა ჩვენი წინადადება (ა. სულაბერიძე) და გამოვიდა ინიციატივით ყოველი მესამე და შემდგომი რიგითობის ბავშვის მონათვლაზე“ [წულაძე, სულაბერიძე, 2016].

მსოფლიო ბანკის 2017 წლის მონაცემებით, საქართველო საშუალოზე დაბალი ეკონომიკის ქვეყანას წარმოადგენს. მოსახლეობის რაოდენობა, საქართველოს ხელისუფლების კონტროლირებად ტერიტორიაზე 3,7 მილიონი შეადგინა.

შობადობის კლებამ და ბავშვთა რაოდენობის შემცირებამ საქართველოში მეცნიერთა ყურადღება დიდი ხანია მიიპყრო. დედათა და ბავშვთა მდგომარეობის კვლევით დაინტერესებულნი არიან დემოგრაფები, ჯანდაცვის პროფესიონალები.

ქართველი დემოგრაფების, წულაძის, სულაბერიძის, 2016, მონაცემებით, მედიცინაში მეცნიერული აღმოჩენებისა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში დიდი პროგრესის მიუხედავად საქართველოს მოსახლეობა ბოლო 50 წლის მანძილზე 1 მილიონზე მეტი ადამიანით შემცირდა მიგრაციული პროცესების, სიკვდილიანობის მატეხის, შობადობის კლების, ბუნებრივი მატეხის შემცირების, დემოგრაფიულმა დაბერებისა და სხვა სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზების გამო.

ხალხთმოსახლეობის მკვლევართა ერთი ნაწილის, კერძოდ, წულაძისა და სულაბერიძის, 2016, პროგნოზით, 2050 წლისთვის საქართველოს რეპროდუქციული პოტენციალი შემცირდება და დემოგრაფიული მდგომარეობა კიდევ უფრო გამწვავდება. იგივე აზრს გამოთქვამენ გაეროს, მსოფლიო ბანკის და აშშ-ის აღწერის ბიუროს ექსპერტები.

საქართველოს დემოგრაფიული რეალობიდან გამომდინარე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ეროვნული პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია. საქართველოს მთავრობამ არსებული არასახარბიელო დემოგრაფიული მდგომარეობის, მეცნიერთა სამომავლო პროგნოზების გათვალისწინებით შეიმუშავა დემოგრაფიული განვითარების ხელშეწყობის სხვადასხვა სტრატეგია.

2014 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო და №262 დადგენილებით დაამტკიცა დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანი იყო დემოგრაფიული პრობლემის გადაჭრისათვის შობადობის გაზრდა მატერიალური სტიმულების საშუალებით.

საქართველოს მთავრობამ დემოგრაფიული პრობლემის გადასაჭრელად 2016 წელს შეიმუშავა დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია და წარმოადგინა დადგენილება N5586-III, სადაც განისაზღვრა პრიორიტეტული სფეროები. კონცეფციის ერთ-ერთი პრიორიტეტია დედებსა და ჩვილებზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, უსაფრთხო ორსულობისა და მშობიარობის უზრუნველყოფა და სხვა.

საქართველოში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიზნით საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია და №459 დადგენილებით დაამტკიცა 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში საქართველომ დიდხანს ნანატრი თავისუფლება მოიპოვა. გარდამავალი პერიოდი, ახალი დამოუკიდებელი სახელმწიფოს შენებისათვის საჭირო მწირი რესურსები, სამოქალაქო ომი, ეთნიკურ ნიადაგზე განვითარებული კონფლიქტები, ქვეყნის შიგნით იძულებით გადაადგილებულთა დიდი ნაკადი, ეკომიგრანტთა დიდი რაოდენობა უარყოფითად აისახა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ და დემოგრაფიულ სტატუსზე. შემცირდა შობადობა. სრულიად მოიშალა „სემაშკოსელი“ ჯანდაცვის სისტემა. ჯანდაცვის სისტემის კოლაპსი განსაკუთრებით უარყოფითად აისახა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. 1990-დან 1995 წლამდე გაიზარდა დედათა სიკვდილიანობისა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. საჭირო იყო რადიკალური რეფორმების გატარება ჯანდაცვის სისტემაში. საქართველოში დაიწყო ჯანდაცვის საბჭოური ე.წ. „სემაშკოს“ სისტემის ნგრევა.

საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანდაცვის სისტემაში დაიწყო რეფორმების რთული და ხანგრძლივი პროცესი. ჯანდაცვის სისტემაში მრავალი რეფორმა განხორციელდა. სწორედ ამ რეფორმების საფუძველზე დაიწყო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სისტემის განვითარება საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ. ამ პროცესში აქტიურად იყო ჩართული მსოფლიო ბანკი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და სხვა დონორი ორგანიზაციები. მსოფლიო

ბანკის ფინანსური და იდეოლოგიური დახმარებით განხორციელდა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. აღნიშნული პროექტის მნიშვნელობა განუზომელია კონცეფციის, იდეოლოგიის, ხედვის და შედეგების თვალსაზრისით.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით დარგში არსებული პრობლემების გადასაჭრელად დაიწყო ე.წ. საბჭოური „სემაშკოს“ მოდელისაგან რადიკალურად განსხვავებული სრულიად ახალი, ნოვატორული ჯანდაცვის კონცეფციის შემუშავება.

1994 წლის 23 დეკემბერს სახელმწიფოს მეთაურმა-პრეზიდენტმა გამოსცა ბრძანებულება N400, სადაც წარმოდგენილი იყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის კონცეფცია. ბრძანებულება მოგვიანებით დაამტკიცა(რატიფიკაცია) პარლამენტმა. აღნიშნული ბრძანებულებით დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმა პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში. 1995 წელს აღნიშნული ისტორიული დოკუმენტის საფუძველზე დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა დამოუკიდებელ, პოსტსაბჭოურ საქართველოში. დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაცია და რეორიენტაცია, პრიორიტეტების განსაზღვრა და მიზნობრივი პროგრამების დანერგვა, რაც განხორციელდა მსოფლიო ბანკის დახმარებით და უშუალო ჩართულობით.

მსოფლიო ბანკმა 1996 წელს საქართველოს შესთავაზა ჯანმრთელობის პროექტი ჯანდაცვის სექტორში განსახორციელებელ რეფორმებში, რომლის სპეციფიკური ამოცანები იყო:

ა) ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია ხარჯთეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციით, კერძოდ პრევენციის, პირველადი ჯანდაცვის, განსაკუთრებით ქალებისა და ბავშვების უკეთესი ხარისხის მოვლის უზრუნველყოფა; ჯანდაცვის სამინისტროს აქტიობის ფოკუსირება საზოგადოებრივი და კერძო პროვაიდერების რეგულაციაში.

ბ) ამორტიზებული და მწყობრიდან გამოსული შერჩეული დაწესებულებების და აღჭურვილობის რებილიტაცია ხარჯთ-ეფექტური მომწოდებლების გახსნა დედათა, პერინატალური და პედიატრიული მოვლისათვის.

გ) ადამიანური რესურსების განვითარება ჯანდაცვის რეფორმების საშუალებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმების, ოჯახის ექიმების, ექთნების, ჯანდაცვის ორგანიზატორების და სხვა პერსონალის უწყვეტი განათლების გზით.

დ) ჯანმრთელობის ფონდის და მისი რეგიონალური განშტოებების განვითარებაში დახმარება თანასწორობის პრინციპის საფუძველზე მისაწოდებელი ხარჯთ-ეფექტური ბაზისური კლინიკური სერვისის პაკეტის დაფინანსებისათვის.

პროექტის თითოეული კომპონენტი განისაზღვრა პოლიტიკის დღის წესრიგით, სახელმწიფოს სამთავრობო სტრუქტურებში, მიზნების განხორციელება დაევალა ჯანდაცვის მინისტრსა და ფინანსთა მინისტრს. პროექტი ფოკუსირებული იყო რათა დედათა და ბავშვთა დაძველებული, მწყობრიდან გამოსული საბაზო პრევენციული და მოვლის სერვისების დროული გაუქმებისა და პროვაიდერებისათვის დამფინანსებლის ფუნქციის ჩამოშორებისათვის. ამისათვის მოკლე დროში უნდა განხორციელებულიყო შემდეგი ცვლილებები:

- ა) ჯანდაცვის სამინისტროს რეორიენტაცია და რეგულირების პირდაპირი მართვის ფუნქცია შეცვლილიყო მარეგულირებელი, დამგეგმავი და ხარისხიანი დაზღვევის ფუნქციით.
- ბ) ჯანმრთელობის დახმარების პროგრამების გაუმჯობესება, სარეაბილიტაციოდ განსაზღვრული ჯანმრთელობის დაწესებულებების შერჩევის გამჭვირვალობა.
- გ) ჯანდაცვის მენეჯმენტის სწავლება. ეკონომიკის გაუმჯობესებისას რეფორმების მდგრადობა.

უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის (მსოფლიო ბანკის პროექტის 1.2 კომპონენტი) პროექტიდან გამოიყო US \$ 1.2მლნ, ანუ პროექტის საბაზო თანხის 7%. ვინაიდან 2/5 ახალშობილებისა კვდებოდა დაბადებიდან პირველ 7 დღეში, აქედან 80% განისაზღვრა პირველ სამი დღისათვის. ეს მიაწინებდა რომ კრიტიკულად საჭირო იყო დედათა, პერინატალური და ნეონატალური მოვლის გაუმჯობესება. ხელისუფლებას დაევალა დედათა და ბავშვთა საბაზო სერვისების აღდგენა და ხარისხის გაუმჯობესება ევროპის დონემდე. პროექტით განსაზღვრული იყო 1992 წლიდან დაიწყებული იმუნიზაციის სისტემის აღდგენა. ახალი საბაზო პაკეტი უზრუნველყოფდა უფასო პერინატალურ მოვლას, მშობიარობას და ერთ წლამდე ბავშვთა მოვლას. მუნიციპალური პაკეტი ფარავდა 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოვლას.

პროექტის აქტიობის სუბკომპონენტის მიზანი იყო ქვეყანაში დედათა და ჩვილთა სიკვდილიანობის შემცირება 30%-მდე და დედათა, პერინატალური, ჩვილთა სიკვდილიანობის შემცირება 50%-მდე თბილისსა და ქუთაისში.

1995 წლის 30 ივნისს გამოიცა ბრძანება N 390, სადაც განისაზღვრა რომ სახელმწიფო დააფინანსებდა 5 პროგრამას. 1995 წლიდან დაიწერა სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენისათვის, რომლის მიზანი იყო ორსულ ქალთა მეთვალყურეობა, ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილება, უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა და, საჭიროების

შემთხვევაში, სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა . დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამა იყო პრიორიტეტული. აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამის დასახელება იყო „უსაფრთხო დედობის და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა“ .

1995 წლის 13 სექტემბერს სახელმწიფოს მეთაურის N351 და N464 ბრძანებულებების და ჯანდაცვის სამინისტროს 1996 წლის 23 ივნისს გამოცემული N28 ბრძანების საფუძველზე შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია [ვერულავა, 1999] და 1996 წელს "უსაფრთხო დედობის და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა" სადაზღვევო პრინციპებზე გადავიდა.

საქართველოს მთავრობამ, 1997 წელს მიიღო კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. 132 მუხლით დედობის, ანუ ორსულობა-მშობიარობის უზრუნველსაყოფად დაკანონდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა [ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010].

1997 წლის 1 აპრილს პარლამენტის მიერ სამედიცინო დაზღვევის შესახებ მიღებული კანონით განისაზღვრებოდა აგრეთვე სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამის ბიუჯეტი, კერძოდ 1997 წელს უსაფრთხო დედობისათვის გამოიყო-6.9 მილიონი და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამისათვის -7 მილიონი, ხოლო 1998 წელს შესაბამისად 7 მილიონი და 11 მილიონი [ვერულავა, 1999].

სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიის პროგრამით მშობიარობა იყო უფასო, მაგრამ ბიუჯეტიდან ფარავდა 100 ლარს დიდ ქალაქებში და 80 ლარს პერიფერიაზე მშობიარობის თითოეულ შემთხვევაზე. 2000 წლიდან დაშვებული იქნა თანაგადახდა. 2001 წელს ჯიბით თანაგადახდა შეადგენდა 30 ლარს დიდ ქალაქში და 20 ლარს (2000 წელს შეადგინა 15 ლარი) პერიფერიაში, ანუ რეგიონებში მშობიარობის თითოეულ შემთხვევისას. 2000 წელს ახალშობილთა მოვლისათვის სამშობიაროში (ნეონატოლოგია) თითო ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს გამოყოფილი იყო სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიის მიერ 22 ლარი . სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია თავდაპირველად უზრუნველყოფდა ფინანსურად 6 ვიზიტს ორსულის მოვლისა და მშობიარობის პროგრამის უზრუნველყოფისათვის, ხოლო 2000 წლიდან სამეანო მოვლა განისაზღვრა 4 ანტენატალური ვიზიტით . სადაზღვევო კომპანიის მიერ თითოეულ შემთხვევაზე გამოიყო 38 ლარი. დამატებითი ვიზიტის აუცილებლობის შემთხვევაში-ხდებოდა პაციენტის მიერ ჯიბიდან გადახდა. კომპანია თითოეულ მშობიარობაზე იხდიდა 65 ლარს განფასებული 80 ლარიდან და 15 ლარს

იხდიდა პაციენტი ჯიბიდან თანაგადახდით [Verulava , Kalandadze/ვერულავა, კალანდაძე, 2001].

ორსულთა და ჩვილ ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პრენატალური მომსახურება, როდესაც ხდება დაავადებათა გამოვლინება, ორსულთა მეთვალყურეობა, საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა, აგრეთვე მნიშვნელოვანია ჩასახვამდელი პერიოდის სამედიცინო მდგომარეობების გავლენა. საბჭოთა სისტემის დროს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემით განსაზღვრული იყო ქალების უფასო სამედიცინო მომსახურება ჩასახვამდელ პერიოდში, პრენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში.

1995 წლამდე, საქართველოში ორსულთა პრენატალური მომსახურება საბჭოთა კავშირის პერიოდის სტანდარტის შესაბამისად ხორციელდებოდა. აღნიშნული სტანდარტი შეესაბამებოდა განვითარებულ ქვეყნებში მოქმედ ორსულთა მომსახურების სტანდარტს, რომელიც მოიცავდა 12-14 პრენატალურ ვიზიტს გაურთულებელი ორსულობის დროს. ორსულთა სავალდებულო ვიზიტები დაგეგმილი იყო ორსულობის გესტაციის ვადების მიხედვით, კერძოდ: ორსულობის პირველი 12 კვირის მანძილზე-თვეში ერთჯერ, 12-დან 30 კვირამდე - 2 თვეში ერთჯერ, 30 კვირიდან მშობიარობამდე-ყოველ 1-2 კვირაში,ამასთან ყველა სახის მომსახურება იყო უფასო[Maternal and Child Health Statistics/დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სტატისტიკა, 1999].

არსებული ეკონომიკური პრობლემების ფონზე, მიუხედავად მსოფლიო ბანკის დახმარებისა, სახელმწიფომ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი დაფინანსების გამო ვერ შეინარჩუნა 1995 წლამდე მოქმედი 12-14 ვიზიტის მომცველი მოდელი და 1996 წლიდან ორსულებს სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფდა 4 ვიზიტის მინიმალური მომსახურებით. 2000 წლიდან პროგრამა-ანტენატალური მოვლის მოდელი შეიცვალა ჯანმოს, 2002 წლის რეკომენდაციის საფუძველზე . იგი ითვალისწინებდა ორსულობის პირველ ვიზიტზე ორსულთა რისკების შეფასებას, ორსულთა დიფერენცირებას : ორსულები, რომლებიც მიიღებდნენ საბაზისო პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას ორსულობის მე-13, 20-22, 30-32 და 36 კვირებზე, ასეთი იყო 75%, და ორსულთა მეორე ჯგუფი, ვინც მიიღებდა რისკებიდან გამომდინარე სტანდარტზედა მომსახურებას.

პროგრამის სტანდარტით იფარებოდა გინეკოლოგიის კლინიკურ გასინჯვა, ზეპირი რჩევები- კონსულტაცია, კვლევები ენდემურ დაავადებების გამოვლინების მიზნით, აგრეთვე სიფილისის, აივ ინფექციის, Rh იზოიმუნიზაციისათვის სკრინინგი და მკურნალობა, რუტინული ლაბორატორიული კვლევები, მეორე ვიზიტის დროს

ინსტრუმენტული კვლევა -ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ორსულისა და მისი უახლოესი გარემოცვისათვის ინფორმირება მოსალოდნელი რისკებისა და გართულებათა ამოცნობის ნიშნების შესახებ, რათა ადრეულად მიემართათ ექიმისათვის ინფორმაციის მისაღებად ორსულის კვების რეჟიმის, ძუძუთი კვების სარგებლიანობისა და მშობიარობის შემდეგ ოჯახის დაგეგმარების შესახებ. საქართველოს ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდიდან დაფინანსდა სამეანო მომსახურების საბაზისო პაკეტი, საიდანაც იფარებოდა ოთხი უფასო პრენატალურ ვიზიტი და მშობიარობის ხარჯები [ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2005].

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას დადებითი მხარის გარდა ჰქონდა გარკვეული ნაკლოვანებაც, კერძოდ, ფრაგმენტული მომსახურება, რადგან არ ითვალისწინებდა ორსულობის შემდგომ ეტაპს - მეთვალყურეობას მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. უნდა აღინიშნოს, რომ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მელოგინე ქალიც და ახალშობილიც ერთნაირად მოითხოვს ყურადღებას, მონიტორინგსა და შეფასებას. ნამშობიარევი ქალის, მელოგინე დედის ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობა არსებითად განსაზღვრავს მის მზაობასა და უნარს ახალშობილისა და ჩვილის გაზრდისათვის. მშობიარობის შემდგომი გართულებების პრევენცია, დროული ამოცნობა და მკურნალობა, ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ შესაბამისი კომპეტენციის ექიმის მიერ შესაბამის გარემოში .

WHO/ჯანმომ, 2002წლის რეკომენდაციით, ქვეყნებს ასევე მოაწოდა პოსტნატალური ვიზიტების განხორციელების აუცილებლობის რეკომენდაცია, რაც ითვალისწინებდა მელოგინეს მიერ პირველი პოსტნატალური ვიზიტის მიღების საჭიროებასა და აუცილებლობას არაუგვიანეს ერთი კვირისა ბავშვის დაბადების შემდეგ .

საქართველოს სახელმწიფო პროგრამა პოსტნატალურ მომსახურებას არ ითვალისწინებდა. სახელმწიფო პროგრამა არ უზრუნველყოფდა პოსტნატალურ ვიზიტებს, მიუხედავად ჯანმოს რეკომენდაციისა, გარდა ამისა საქართველოს მოსახლეობის კულტურაში ბავშვის დაბადების შემდეგ ყურადღების ვექტორი უფრო ბავშვისკენ იყო გადახრილი, ვიდრე მელოგინე დედის საჭიროებებისაკენ და მათ მოთხოვნილებებში მწვევედ არ შედიოდა ლოგინობის პერიოდში დედის მოვლის აუცილებლობა [ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2005].

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის ორგანიზატორებს კარგად ჰქონდათ გაცნობიერებული ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტულობის უარყოფითი შედეგები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შორეულ შედეგებთან მიმართებაში. სწორედ

ამიტომ ჯანდაცვის რეფორმის გეგმის კონცეფციით განსაზღვრული იყო პირველადი მომსახურების ქსელის სტრუქტურის რეაბილიტაციის შემდეგ პოსტნატალური მომსახურების მიწოდების სავალდებულო ფუნქცია პირველადი ჯანდაცვის საოჯახო მედიცინის სექტორში გადასვლა, რომელსაც განახორციელებდა ოჯახის ექიმები. გართულების შემთხვევაში ასევე ოჯახის ექიმები განახორციელებდნენ დედათა რეფერალს სპეციალიზებულ საავადმყოფოში შესაბამისი მართვისათვის[ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში,2005].

საქართველოს ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდის მიერ, ასევე არ იფარებოდა სტანდარტზედა მომსახურება, მაგრამ იფარებოდა სიცოცხლისათვის მაღალი რისკის შემცველი გართულებების მკურნალობა: პრე-ეკლამპსია/ეკლამპსია, ვადამდელი მშობიარობის საფრთხე, და სხვა. სოციალურად დაუცველი ორსულის მშობიარობას სახელმწიფო უზრუნველყოფდა 400 ლარიანი ვაუჩერით, ხოლო სხვა ორსულების მშობიარობას- 200 ლარიანი ვაუჩერით . ორსულებს შეეძლოთ აერჩიათ სამშობიარო იმ სამედიცინო დაწესებულებათა შორის, რომლებიც მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროგრამაში.

ჯანმოს კონსტიტუციის თანახმად, “ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტით სარგებლობა თითოეული ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა“. ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის 53 წევრმა ქვეყანამ ჯანმრთელობის გლობალური გაუმჯობესებისათვის შეიმუშავა ერთობლივი პოლიტიკის ჩარჩო, სახელწოდებით- ჯანმრთელობა 2020. მისი მიზნია: მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესება, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უთანასწორობის შემცირება, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაძლიერება და ადამიანებზე ორიენტირებული უნივერსალური, თანასწორი, მდგრადი და მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სისტემების უზრუნველყოფა .

საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიის ვექტორი მიმართულია ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. ეს დოკუმენტი სავსებით შეესაბამება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 2014-2020 წლების სახელმწიფო კონცეფციას, რომელის საფუძველიც არის ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საშუალებით, ხოლო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა წარმოადგენს კონცეფციის პრიორიტეტულ კატეგორიას .

2013 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტრომ დაანერგა სასწრაფო შეტყობინებების რეგისტრაციის სისტემა. დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების ყველა შემთხვევა, ისევე როგორც მკვდრადშობადობის ყველა შემთხვევა, სამინისტროს უნდა ეცნობოს 24 საათის ვადაში. ჯანდაცვის სამინისტროს №01-30/ნ ბრძანების მიხედვით . სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა დარეკონ ჯანდაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის ცხელ ხაზზე და აცნობონ გარდაცვალების შემთხვევების შესახებ.

2013 წელს, ჯანმრთელობის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მთავრობამ დაანერგა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა სრულად ფარავს მშობიარობას, საკეისრო კვეთასა და 0-დან 18 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს.

Richardson, Berdzuli/რიჩარდსონი,ბერძული,2017, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვაში აღნიშნავენ, რომ დედათა და ახალშობილის ჯანდაცვის მომსახურების რეგიონალიზაცია, რომელიც დაიწყო 2015 წელს, არის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დაწყებული უმთავრესი რეფორმა. რეფორმა მიზნად ისახავს ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და გეოგრაფიულად სტრუქტურული სისტემის შექმნის უზრუნველყოფას.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამა (პროგრამული კოდი 35030209) უზრუნველყოფს ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობას. პროგრამის მიზანი- 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 .

საქართველოში, სხვა განვითარებადი ქვეყნების მსგავსად, დაანერგილი იყო 4 ვიზიტიან ე.წ. ფოკუსირებულ ანტენატალური მოვლის სახელმწიფო პროგრამა , რომლის საფუძველიც იყო ჯანმოს მიერ მოწოდებული ფოკუსირებული,ანუ მიზანმიმართული ანტენატალური მოვლის პროტოკოლი საშუალო და დაბალი შემოსავლების (შეზღუდვილი რესურსების) ქვეყნებისათვის.

ფოკუსირებული ანტენატალური მეთვალყურეობა გულისხმობდა მიზანმიმართულ სამედიცინო ღონისძიებებს ჯანმრთელი ორსულებისათვის, რისკების გამოვლინების

შემთხვევაში კი მათ მიმართვას შესაბამისი სპეციალისტთან. მიმართვიანობის რიცხვი ამ მოდელში არის 4, რაც უფრო მცირეა, ვიდრე ანტენატალური მეთვალყურეობის სტანდარტულ მოდელში, რომელსაც იყენებენ მაღალი შემოსავლების სახელმწიფოები, სადაც ვიზიტების რაოდენობა არის მინიმუმ 8. მოგვიანებით ჯანმომ გადახედა 2002 წლის რეკომენდაციის, რადგან ორსულობის გამოსავალი დაბალი რესურსების ქვეყნებში არ იყო კარგი. ჩატარდა მულტიცენტრული კვლევები, ჩატარდა მაღალი სანდოობის კვლევების ანალიზი. ჯანმომ შეცვალა ხედვა და ერთ-ერთ აუცილებელ ფაქტორად დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შესამცირებლად ორსულთათვის განსაზღვრა 8 ანტენატალური მოვლის ვიზიტის განხორციელება.

რეკომენდაციის შემმუშავებელმა ჯგუფმა წარმოადგინა დასაბუთებული დასკვნა, რომ რომ ფოკუსირებული (ორიენტირებული) ანტენატალური მოვლის (მშობიარობამდე) მოდელი, რომელიც შესდგება 4 ვიზიტისაგან, ვერ იძლევა ქალებისათვის შესაძლებლობას სრულფასოვანი კონტაქტი ჰქონდეთ ექიმთან. ფოკუსირებული (ორიენტირებული) ანტენატალური მოვლის მოდელი, რომელიც შემუშავდა 1990-იან წლებში, დაბალი რესურსების ქვეყნებისათვის, კონცეპტუალურად იყო მაღალი ზრუნვის გამოვლინება მსოფლიოს მრავალი შეზღუდვილი ეკონომიკის ქვეყნის მოსახლეობისათვის. აღნიშნული მოდელით, თითოეული ვიზიტი ანტენატალური მოვლის ფარგლებში მოიცავს გარკვეულ მიზანს, რაც მიმართულია ორსულობის მაღალი რისკების დროული გამოვლინების, დიაგნოსტიკისა და ორსულთა სწავლებისაკენ; პირველი ვიზიტი ხორციელდება ორსულობის 12 კვირამდე, მეორე დაახლოებით 26-ე კვირას, მესამე-32-ე კვირას, მეოთხე-36 და 38 კვირებს შორის. ჩატარებული რანდომული კვლევებით გამოვლინდა, რომ არსებობდა სარწმუნო კავშირი ფოკუსირებული მოვლის მოდელის 4 ვიზიტთან მოდელსა და პერინატალური სიკვდილიანობის სიხშირესთან, მაგრამ უმნიშვნელო იყო გავლენა დედების სიკვდილიანობაზე, მინიმუმ 8 ვიზიტთან მოდელთან შედარებით. კვლევების საფუძველზე გამოვლინდა ვიზიტების სიხშირის კავშირი სერვისისადმი ორსულთა კმაყოფილების ხარისხთან.

ჯანმო-ში საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით შეიქმნა რეკომენდაციის მომზადების ჯგუფი, რომელმაც 2015 წლის ოქტომბრიდან 2016 წლის მარტამდე შეიმუშავა და მოამზადა გზამკვლევი-სახელმძღვანელო-რეკომენდაციების კრებული მშობიარობამდე დახმარებისათვის. რეკომენდაციებზე მომუშავე ჯგუფმა მიიღო 39 რეკომენდაცია, რომელიც მოიცავს საჭირო ღონისძიებებს 5 მიმართულებით:

ა) ღონისძიებები, რომელიც დაკავშირებულია კვებასთან;

ბ) ორსულისა და ნაყოფის გამოკვლევა;
გ) პროფილაქტიკური ღონისძიებები;
დ) დახმარება შედარებით ტიპური სიმპტომების დროს;
ე) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ღონისძიებები, რომელიც მიმართულია მშობიარობამდელი დახმარებისათვის მიმართვიანობის რაოდენობისა და ხარისხის ასამაღლებლად. სულ იყო 49 რეკომენდაცია 3 ტიპის კონტექსტით, რასაც გამოაკლდა 10 რეკომენდაცია და დარჩა 39. საქართველომ გაიზიარა ჯანმოს რეკომენდაცია და 2018 წლის 1 თებერვლიდან მოხდა პროგრამის იმპლემენტაცია. გაიზარდა ვიზიტების რაოდენობა 8-მდე გაურთულებელი ფიზიოლოგიური ორსულებისათვის. ორსულები, რომლებიც 1 თებერვლამდე იყვნენ აღრიცხვაზე ასულები, მათთან გაგრძელდა 4 ვიზიტიანი ანტენატალური მოვლის მოდელი.

საქართველოში 1996 წლიდან დღემდე მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამები მუდმივად განიცდის ტრანსფორმირებას. 2016 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამა, განისაზღვრა ბიუჯეტი, სერვისით მოსარგებლები და მომწოდებლების განმარტების თანახმად მისი მიზანია (პროგრამული კოდი 35 03 02 09) 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. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს : ანტენატალური მეთვალყურეობა; მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობა ; გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა ; ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექციის/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისათვის საჭირო ტესტებითა და სახარჯი მასალებით უზრუნველყოფა ; ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილლანინემიასა და მუკოვისციდოზზე ; ახალშობილთა სმენის სკრინინგული გამოკვლევა ; ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ; ფოლუმის მჟავისა და რკინის პრეპარატების შესყიდვა; სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირებას, შენახვას და გაცემას (სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა ბენეფიციარებზე აფთიაქების მეშვეობით). 2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (30.12.15.დადგ.

N 660,დანართი N9. (2016) დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი იყო 7000.0 ათასი ლარი,სადაც ანტენატალუტი მეთვალყურეობისათვის გამოყოფილი იყო 2.700.0 ათასი ლარი.ერთი ორსულის მართვის ღირებულება იყო 55ლარი .

2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (30.12.16.დადგ.

N 639, დანართი N9. (2017) დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი იყო 5. 5000.0 ათასი ლარი,სადაც ანტენატალუტი მეთვალყურეობისათვის გამოყოფილი იყო 3.120.0 ათასი ლარი.ერთი ორსულის მართვის ღირებულება იყო 57.5ლარი .

2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში (30.12.17.დადგ.

N 592,დანართი N9. (2018) დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი იყო 8000.0 ათასი ლარი,სადაც ანტენატალუტი მეთვალყურეობისათვის გამოყოფილი იყო 6.1130.0 ათასი ლარი.ერთი ორსულის მართვის ღირებულება იყო 180ლარი (ცხრილი N3).

ცხრილი N3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტირება

	30.12.15. დადაგ№ 660 დანართი №9 . (2016)	30.12.16 დადაგ№ 638 დანართი №9. (2017)	26.12.17. დადგ. №592 დანართი №9. (2018)
მუხლი 8. პროგრამის ბიუჯეტი	7.000.0 (ათასი ლარი)	5.500.0 (ათასი ლარი)	8.000.0 (ათასი ლარი)
ანტენატალური მეთვალყურეობის ბიუჯეტი	2.700.0 (ათასი ლარი)	3.102.6 (ათასი ლარი)	6.113.0 (ათასი ლარი)
ერთი ორსულის მართვის ღირებულება	55 ლარი	57.5 ლარი	180ლარი
სქემა	I ვიზიტი – 32 ლ II ვიზიტი – 9 ლ III ვიზიტი – 7	I ვიზიტი - 32 ლ II ვიზიტი - 9 ლ III ვიზიტი -	I ვიზიტი - 71 ლ II ვიზიტი - 23 ლ III ვიზიტი - 28ლ IV ვიზიტი - 26 ლ V ვიზიტი -11ლ

ლ	9,5	VI ვიზიტი -14ლ
IV ვიზიტი – 7	IV ვიზიტი -	VI I ვიზიტი -11ლ
ლ	7ლ	VIII ვიზიტი -11ლ

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამა

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა და კერძოდ ანტენატალური მოვლის პროგრამა მიუხედავად გაუმჯობესებისა, არის ფრაგმენტული, რადგან არ მოიცავს ესოდენ აუცილებელ ორსულობამდელ და მშობიარობის შემდგომ მოვლის პაკეტს, ამასთან მიზანშეწონილია კვლევებით დადგინდეს პროგრამის მოცულობისა და შინაარსის შესაბამისობა ორსულთა საჭიროებასთან.

1.4. ანტენატალური მეთვალყურეობის გამოწვევები საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში

“The first 38 weeks of life spent in the allegedly protected environment of the amniotic sac are medically more eventful and more fraught with danger than the next 38 years in the life span of most human individuals”
Ian Donald

ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობა არსებითად განსაზღვრავს როგორც დედის, ისე ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. საქართველოში სხვადასხვა წლებში (1999-2010 წწ) დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შეფასებისათვის ჩატარებული მიზნობრივი კვლევების მიხედვით ვლინდება, რომ სიკვდილის ყველაზე მაღალი რისკი სიცოცხლის პირველ თვეზე მოდის. ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზი უმეტეს შემთხვევაში არის ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ანტენატალური და ინტრანატალური ასფიქსია და ინფექციები. სიკვდილის რისკი შეიძლება შემცირდეს ხარისხიანი სამედიცინო დახმარებით ორსულობის პერიოდში, უსაფრთხო მშობიარობისა და პერინატალურ პერიოდში ხარისხიანი სამედიცინო ჩარევის უზრუნველყოფით.

საქართველოში 2006 წელს ჩატარებული პერინატალური დახმარების შეფასების კვლევაში აღნიშნულია, რომ მკვდრადშობილთა 20%-ის სხეულის მასა დაბადებისას ნორმის შესაბამისი იყო. კვლევის მონაცემებით, სიკვდილს მიზეზებში წინა ხედზე პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ჰიპოქსიური დაზიანება და ინფექციები. ექსპერტთა მოსაზრებით, სათანადო ხარისხის პერინატალური მოვლის შემთხვევაში შეიძლებოდა ამ მდგომარეობების თავიდან აცილება.

2005 წელს ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის საბოლოო ანგარიშით გამოვლინდა, რომ 2000-2005 წლებში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი მაღალი იყო (16/1,000). მკვდრადშობადობის შემთხვევები უმეტესად იმ ქალთა შორის აღირიცხა, რომლებსაც არ მიუღიათ პრენატალური მომსახურება (37,3/ 1,000), ჰქონდათ გართულებული ორსულობა (44,6/1,000), მშობიარობის დროს იყვნენ 35 წელზე უფროსი ასაკის. აღნიშნული კვლევის მიხედვით შემცირდა როგორც 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის, ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილობის კოეფიციენტი 1000 ცოცხლადშობილზე, 1999 წლის კვლევის შედეგებთან შედარებით.

2010 წელს ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევით, 2005-2010 წწ მკვდრადშობადობა შედარებით შემცირდა (8/1,000), ამასთან მკვდრადშობადობის შემთხვევები იყო უმეტესად იმ ქალთა შორის, რომლებსაც არ მიუღიათ პრენატალური მომსახურება(50/1,000), მათ ჰქონდათ გართულებული ორსულობა (34/1,000), გახანგრძლივებული მშობიარობა (30/1,000), მშობიარობის დროს იყვნენ 35 წელზე უფროსი ასაკის (11/1,000). 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა 1999 წლის და 2005 წლის ანალოგიური კვლევის შედეგებთან შედარებით.

2016 წელს ჩატარებული პერინატალური ჯანმრთელობის ანაგარიშის მიხედვით, ნეონატალური სიკვდილიანობა 36%-ით შემცირდა 2012-2015 წლებში (6.1/1.000), მაგრამ აღემატებოდა ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებლებს. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 2006-2015 წლებში 42%-ით შემცირდა, 16.8-დან 9.8-მდე, თუმცა აღემატებოდა ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს: დსთ(დამოუკიდებელი ქვეყნების თანამეგობრობა)-ში იყო 9.3, ევროკავშირი- 5.3. პერინატალური ავადობის და სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის მთავარ გამოწვევას წარმოადგენდა დღენაკლულობა, ნაყოფის ზრდა-განვითარების შეფერხება, თანდაყოლილი ანომალიები, დედის ინფექციები და ორსულობის პერიოდის გართულებები.

საქართველოში ახალშობილთა სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზები არსებითად მსოფლიოში არსებული მიზეზების შესაბამისია. საქართველოში ახალშობილთა სიკვდილიანობასა და ავადობას განაპირობებს ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ზრდა-განვითარების შეფერხება, ინფექციები და თანდაყოლილი ანომალიები, აგრეთვე სხვადასხვა გარე ფაქტორი, კერძოდ ჯანმრთელობის სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები; ანტენატალური, ინტრანატალური, პოსტნატალური მოვლის სერვისების მიწოდების ხარისხისა და უწყვეტობის პრობლემები და სხვა.

მიუხედავად კლების ტენდენციისა, საქართველოში 0-5 და 0-1წლამდე ასაკის ბავშვთა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1000 ცოცხალშობილზე, ბევრად მეტია ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით. აღნიშნული მაჩვენებლებით საქართველო პოსტსაბჭოთა ქვეყნებს შორის შუალედურ პოზიციას იკავებს, ხოლო მეზობელ ქვეყნებთან - თურქეთთან, აზერბაიჯანთან, სომხეთთან და ცენტრალური აზიის რესპუბლიკებთან შედარებით უკეთეს პოზიციაზეა [WHO/ჯანმო, 2017].

ჯანდაცვის ეკონომიკის ექსპერტთა გათვლებით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე დახარჯული ყოველი 1\$ ორსულობის და მშობიარობის გართულებებზე გაწეულ ხარჯებს 2\$-ით ამცირებს. ხოლო პრენატალურ მეთვალყურეობაზე დახარჯული ყოველი 1\$ მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების ხარჯებს 3\$-ით ამცირებს. ორსულობამდე და ორსულობის დროს ხარისხიან ანტენატალურ მეთვალყურეობას როგორც დედის, ისე ნაყოფის ჯანმრთელობაზე დიდი გავლენა აქვს. გლობალურად, ნეონატალური სიკვდილიანობა გამოწვეულია დღენაკლულობით (15,4%), მშობიარობის სხვადასხვა გართულებებით (14,9%), ინფექციებით (7%). ჯანმო-ს მონაცემებით, გლობალურად ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობაში 45%-ს შეადგენს, ხოლო საქართველოში 2016 წელს ეს წილი 58,9%-ს შეადგენდა .

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს დღენაკლულობა, რომელიც გლობალური პრობლემაა. ვადამდელი მშობიარობიდან დაბადებული ექსტრემალურად მცირე მასის ახალშობილთა დიდი ნაწილი სიცოცხლის პირველ თვეში კვდება, ცოცხლად გადარჩენილთა დიდ ნაწილს, ხშირად რეზიდუალური შეზღუდული შესაძლებლობები აქვს: მენტალური, მოტორული, კოგნიტური უნარების შეზღუდვა, ნეირომოტორული შეფერხება და მრავალი სხვა სამედიცინო პრობლემა . ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის ხარისხი არსებითად ახდენს გავლენას ორსულობის გამოსავალზე. ანტენატალური მეთვალყურეობის საკითხი მეცნიერთას კვლევის საგანია, რათა გამოიკვეთოს გამოსავლის გაუმჯობესების საშუალებები დედისა და ბავშვისათვის.

Ernst , Brand , Reeske , Spallek , Petersen at all/ერნსტმა, ბრანდმა, რისკემ, სპალექმა, პეტერსონმა და სხვ, 2017, ჩაატარეს კვლევა და გერმანიის ქალაქ ბრემენში შეისწავლეს ანტენატალურად საშვილოსნოსშიგა განვითარების შეფერხების გამოვლინების სისწორე და სიხშირე, დედის რისკ ფაქტორების ადრეული და სწორი იდენტიფიკაცია ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს. კვლევით დადგინდა, რომ ნაყოფის ზრდა-

განვითარების შეფერხებით დაბადებულ ახალშობილთა მხოლოდ 47.8%-ში გამოვლინდა ანტენატალურად ნაყოფის ზრდის შეფერხება, რაც მიუთითებს, რომ საჭიროა ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს კვლევის ღრმა მეთოდების გამოყენებას.

Yesil , Gishti, Felix, Reiss, Ikram /იესილის,გიშტის,რეისის,იკრამის,2016 , კვლევით, გესტაციურმა ჰიპერტენზიულმა დარღვევებმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიური ცვლილებები მათ შთამომავლობაში. კვლევა ჩატარდა როტერდამში, ჰოლანდიაში (2002-2012), 3,748 ორსულ დედასა და მათ შვილებში. მაღალი წნევის ორსულთა შვილებს 6 წლის ასაკში გამოუვლინდათ ბადურის არტერიებისა და ვენების შევიწროება.

Zhohg , Gelaye, at all /ზჰოჰგმა,გელაიმ და სხვ, 2018, შეისწავლეს პერუში სოციალური დახმარების შეფასების მნიშვნელობა ორსულობის დროს მშობიარობის შემდგომი დეპრესიაში. კვლევით გამოვლინდა, რომ ორსულობის 12 კვირამდე და 26-28 კვირაზე მაღალი სოციალური დაცვის დროს დეპრესიის რისკი არ არის მაღალი.

Vermund, Garg, Lo , Sheldon, Mwinga/ ვერმუნდმა,გარგმა,ლომ,შელდონმა,მუინგამ, 2016, შეისწავლეს აფრიკასა და აზიაში დედათა, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, პრევენციული ღონისძიებების შესაძლებლობები. გამოვლინდა, რომ სიღარიბე რჩება უზარმაზარ გამოწვევად, განსაკუთრებით სოფლად, რაც ორივე კონტინენტისათვის წარმოადგენს მთავარ პატერნს დედეები და ბავშვების ჯანმრთელობის რისკისათვის. ამის გამო მილენიუმის მიზნები სრულიად მართებულად კვლავ რჩება მდგრადი განვითარების მიზნებში.

NDAYISENGA / ნდაისენგამ , 2016, განვითარებად ქვეყანაში, რუანდას რაიონში აფრიკაში, სადაც მაღალია დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, გამოვლინდა ნეონატალური სიკვდილიანობის კავშირი ანტენატალური მოვლის ვიზიტების რაოდენობასთან, დედის გართულებულ ორსულობასთან, კერძოდ ეკლამპსიასთან, ბინაზე მშობიარობასთან, გახანგრძლივებულ მშობიარობასთან, პირველ წუთზე აპგარის დაბალ ქულასთან.

Johnson A R , Thimmaiah S, Selvam S , Mony P, Kasthuri A. (2015), ბანგალორში, სადაც 100 მილიონზე მეტი ინდოელი ცხოვრობს მიყრუებულ ქალაქებში და ძალიან მაღალია ბავშვთა სიკვდილობა, დაბალი შემოსავლების პოპულაციაში სამედიცინო დაწესებულებაში იმშობიარა 97.7%, სრული ანტენატალური სერვისი მიიღო დედების 34.1% , ბავშვთა 40% ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე იყო 6 თვე, სრული იმუნიზაციით

მოცვა 12-23 თვემდე ბავშვთა 53%-მა მიიღო, დედათა ცოდნა ვაქცინაციაზე იყო ცუდი.

გამოვლინდა ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის ცუდი ხარისხი.

Abdullah, Hort, Butu, Simpson /აბდულლაჰმა,ჰორტმა,ბუტუმ,სიმპსონმა, 2016, ინდონეზიაში ჩაატარეს კვლევა,სადაც გამოვლინდა კავშირი ნეონატალური სიკვდილიანობისა და დაბადებისას მცირე მასის კავშირი მშობიარობის დროს ახალშობილის გართულებებთან, პირველი 28 დღის მანძილზე დედის ცოდნის ნაკლებობასთან ახალშობილის საშიშროების ნიშნებზე და შესაბამისად ექიმთან გვიანი მიმართვიანობასთან, აპგარის დაბალ ქულასთან, ბინაზე მშობიარობასთან, ორსულობის პერიოდის გართულებებთან, ძუძუთი კვების გვიან დაწყებასთან.

Verma, Kapoor , Yadav, Manohar/ვერმას,კაპოორის,იადავის,მანოჰარის,2017, კვლევებით ინდოეთში, ანტენატალური ვიზიტების მახასიათებლებსა და ორსულობის პერიოდში განვითარებულ პრეეკლამპსიასთან, პირდაპირი კავშირი არ არის დადგენილი, მაგრამ ანტენატალური მოვლის როლი მნიშვნელოვანია ანტენატალურ ვიზიტებზე პრეეკლამპსიის პრედიქტორების გათვალისწინების, სკრინინგისა და პრეეკლამპსიის ადრეული იდენტიფიკაციისათვის .

Dehury, Samal , Desouza , Dehury /დეჰურის,სამაკლის,დესოუზას,დეჰურის, 2017, ოჯახის ჯანმრთელობის ეროვნული კვლევებით ,რომელიც ჩატარდა ინდოეთში, გოასა და სიკიმის შტატში განსხვავებული მონაცემები გამოვლინდა ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის, ახალშობილთა ანემიისა და ტეტანუსის, დედათა და ბავშვთა დაცვის,სამშობიაროს სერვისების მხრივ. ამ ორ შტატში გაანალიზდა რეპროდუქციულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და გამოსავლები. გოაში უკეთესი მაჩვენებლებია, ვიდრე სიკიმში, რაც უკავშირდება ქალების მონაწილეობას შინამეურნეობში გადაწყვეტილებების მიღებისას.

Chopra, Jauhari, Dhungana/ჩოპრას,ჯაუჰარის,დჰუნგანას, 2018, კვლევებით, ანტენატალური სერვისების უტილიზაციაზე გავლენას ახდენს ქალთა განათლების დონე. ზოგიერთ განვითარებად ქვეყანაში, ინდოეთი-ლაქნაუ, ანტენატალური სერვისების გამოყენება დაკავშირებულია არა მხოლოდ ქვეყნის რესურსებთან და ჯანდაცვაში პროგრამების დანერგვასთან არამედ ქალთა განათლებასთან და გაცნობიერებასთან ანტენატალური სერვისის მიღების სარგებელზე. მიუხედავად იმისა,რომ ქალთა ჯანდაცვა არის ჯანდაცვის პოლიტიკის სამიზნე და არსებობს მრავალი პროგრამა,მათ შორის ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის სერვისების , მათი მოხმარება დაბალია

სხვადასხვა რელიგიის, განათლების, სოციო-ეკონომიკურ მდგომარეობის ქალებში.

ამიტომ საჭიროა ფოკუსირება დედის განათლებაზე.

Prinja, Nimesh , Gupta , Bahuguna , Singh , at all/პრინჯამ ,ნიმეშმა,გუპტამ, ბაჰუგუნამ, სინგჰმა და სხვ, 2016, შეისწავლეს ინდოეთში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა მიერ მოწოდებული ხარჯთ-ეფექტური სამედიცინო ინტერვენციების პროგრამის, კერძოდ ინდოეთის სოფლებში კონსულტაციების გაუმჯობესების გავლენა დედათა, ნეონატალური და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. შეისწავლეს ინდიკატორები- ანტენატალური მოვლისას გასინჯვათა საშუალო რაოდენობა, სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული მშობიარობის პროცენტი. კვლევით დადგინდა მნიშვნელოვანი მტკიცებულებები დედათა, ნეონატალური და ბავშვთა სერვისებზე და ხარჯებზე ჯანმრთელობის ინტერვენციის გავლენა ინდოეთში აკრედიტირებული სოციალური ჯანმრთელობის აქტივისტების მიერ.

Yasir , Nisar,Michael, Dibley/იასირის, ნისარის, მიჩელის, დიბლეს, 2016, მიერ პაკისტანში ჩატარდა დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის 2 კვლევა. დადგინდა, რომ ორსულობის დროს დედის მიერ რკინა/ფოლის მჟავის დანამატის მიღება მნიშვნელოვნად ამცირებს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობას, ამასთან დანამატის ადრეულ მიღებას აქვს მნიშვნელოვანი პრევენციული როლი ნეონატალურ და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებაში.

Watterson , Walsh, Madeka /ვატერსონის, ვალშის, მადეკას, 2015, მონაცემებით, განვითარებად ქვეყნებში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პრობლემების სიხშირე დაკავშირებულია სამუშაო ძალის დეფიციტთან, ჯანდაცვის ინფორმაციის ნაკლებობასთან, ჯანდაცვის მუშაკთა ცოდნის დეფიციტთან. მიუხედავდ იმისა რომ განვითარებად ქვეყნებში თანდათან გაუმჯობესდა მდგომარეობა და მრავალ განვითარებად დაბალი და საშუალო-შემოსავლების ქვეყნებში დაინერგა მობილური ტელეფონების გამოყენება ორსულთა მონაცემების შეგროვების და კომუნიკაციისათვის ანტენატალური და პოსტნატალური სერვისების, ბავშვთა იმუნიზაციისათვის, დაახლოებით 53%-ში ხდება ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული 4 სრული ვიზიტის განხორციელება, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კვლავაც მაღალია და ამ მიმართულებით ბევრია გასაკეთებელი.

Habibov, Fan/ჰაბიბოვმა, ფანმა, 2014 , შეისწავლეს აზერბაიჯანში ჯვარედინ-სექციური კვლევით ბავშვთა გადარჩენის შესაძლებლობაზე დედათა სამედიცინო დაწესებულებაში

მშობიარობის გავლენა. კვლევით გამოვლინდა, რომ ყველა ქალი რომ მშობიარობდეს სამედიცინო დაწესებულებებში, ბავშვთა გადარჩენა 16%-ით გაიზრდება.

Gedefaw, Muche , Aychiluhem /გედეფავმა, მუჩემ, აიჩილუჰემ, 2014, შეისწავლეს ეთიოპიაში ანტენატალური მომსახურების გამოყენების პრევალენტობა და კორელაცია. 80% -მა მიიღო ანტენატალური მომსახურება 4-ზე მეტად. დედების 20% და 60% მიიღო ანტენატალური ზრუნვა და იფორმაცია ანტენატალური მოვლის შესახებ.

განქორწინებული ან მარტოხელა დედები ნაკლებად იყენებენ ანტენატალური მომსახურების სერვისებს, ვიდრე ეკონომიკურად ძლიერი ოჯახის ქალები. ავტორები საჭიროდ თვლიან პროგრამის შემდგომ გაფართოებას და გაძლიერებას.

Gedefaw, Gebrehana , Gizachew , Taddess /გედეფავის, გებრეჰანას, გიზაჩევის, 2014 , კვლევით დედათა სიკვდილიანობის მაღალი სიხშირით ეთიოპია ერთ-ერთია მსოფლიოში, რასაც ავტორები უკავშირებენ ჯანდაცვის დაწესებულებების სერვისების ნაკლებ უტილიზაციას, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას, მძიმე მშობიარობას, ანტენატალური სერვისების უტილიზაციის სიმცირეს. ავტორთა დასკვნით მდგრადი განვითარების გზით შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ეთიოპიაში დედათა სიკვდილის სიხშირე.

Alemayehu, Mekonnen /ალემაიეჰუს, მეკონენის, 2015, კვლევით ჩრდილოეთ ეთიოპიაში გამოცდილების მქონე პირის მიერ მიღებული მშობიარობათა რიცხვი დაბალია, რაც კავშირშია დედათა მაღალ სიკვდილიანობასთან, მეორე მხრივ ურბანულ დასახლებაში ცხოვრება, დედათა დაწყებითზე მეტი დონის განათლება, ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების სიხშირე, ჯანმრთელობის ცენტრებთან ახლოს ცხოვრება და მშობიარობის დროს არსებული პრობლემები კორელაციაშია მშობიარობაზე გამოცდილების მქონე პირის დასწრების უტილიზაციასთან.

Gebremeskel , Dibaba, Admassu /გებრემესკელის, დიბაბას, ადმასსუს, 2015, კვლევით სამხრეთ ეთიოპიაში გამოვლინდა, რომ ორსულები, რომელთაც ჰქონდათ დაბალი შემოსავალი და ვერ ღებულობდნენ რჩევებს ანტენატალური ვიზიტების დაწყების შესახებ, არ ჰქონდათ ინფორმაცია საყოფაცხოვრებო სურსათის უვნებლობის შესახებ, მათთან ხშირი იყო დაუგეგმავი ორსულობა და ანტენატალური ვიზიტებისათვის გვიანი მიმართვიანობა საშუალოდ 5,5 თვის გესტაციის ვადაზე. რაც ადასტურებს ჯანმრთელობის საკითხებზე განათლებისა და გაცნობიერების, ინფორმირების დიდ მნიშვნელობას დროული მიმართვიანობისათვის.

Lakew, Tessema , Hailu /ლაკევის,ტესემის,ჰაილუს, 2016, კვლევაში აღნიშნულია,რომ განვითარებად ქვეყნებში მშობიარობისათვის მომზადების პროგრამა მომზადდა მშობიარობის გამოცდილების მქონის (ექიმი,ბებიაქალი,ექთანი) დასწრებისა და მშობიარობის შემდეგ მეთვალყურეობისათვის, რათა შემცირებულიყო დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობა. მიუხედავად ამისა სამხრეთ ეთიოპიაში მშობიარობის გამოცდილი-კვალიფიციური პირის დასწრება მშობიარობაზე და მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა მცირეა. საჭიროა ქალების წახალისება და გამხნეება ანტენატალურ ვიზიტების მისაღებად, მშობიარობისათვის მომზადება, მათი განათლება, გათვინობიერება და სამეანო საფრთხეების შესახებ ინფორმაცია, გამოცდილების მქონე პირის დასწრებით მშობიარობის სურვილისა და მზაობის გაზრდისათვის.

Sadore , Gebretsadik , Hussen /სადორეს,გებრეტსადიკის,ჰუსენის, 2015, მონაცემებით ეთიოპიაში ორსულთა დიდ ნაწილს აქვთ ანემია. მიუხედავად დიდი ძალისხმევისა შემცირდეს რკინა-დეფიციტური ანემია ორსულთა შორის, მხოლოდ ორსულთა მცირე ნაწილი ღებულობს რკინას რეკომენდაციის შესაბამისად. მათ ჩაატარეს სამხრეთ ეთიოპიაში ჯვარედინ-სექციური კვლევა, ჩააღრმავებული ინტერვიუების მეთოდით. შესწავლილია დედათა ცოდანა ანემიისა და რკინა-ფოლის დანამატის შესახებ. დადგინდა რომ დანამატის მიღება ორსულობის დროს არის მცირე, რაც უკავშირდება დედების განათლებისა და გაცნობიერების სიმწირეს, აუცილებელია ორსულებს მკაფიოდ განემარტოთ დანამატების სარგებელი, ანუ მიიღონ სათანადო ინფორმაცია ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს.

Dadi, Mihirete , Welegebrie/დადის,მიჰირეტეს,ველეგებრიეს, 2017 , მონაცემებით ეთიოპიაში დედათა სიკვდილიანობა, მნიშვნელოვნი შემცირების მიუხედავად, მაინც რჩება გამოწვევად. დედათა სიკვდილის დიდი ნაწილი 74.8% ხდება მშობიარობის შემდეგ, 17.6%-მშობიარობის დროს; დედათა სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის იყო ჰემორაგია-47.9%, ინფექცია-25,21%. ჰემორაგია არის დედათა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი,ამასთან სიკვდილის შემთხვევები უფრო ხშირია მშობიარობიდან პირველ 3 დღეს.

Adinew , Assefa , /ადინეუს,ასსეფას, 2018 , მონაცემებით, ეთიოპიაში სულ მცირე ერთ ანტენატალურ მეთვალყურეობის ვიზიტს ღებულობს ორსულთა უმრავლესობა(62%), თუმცა მხოლოდ 26% მშობიარობს სამედიცინო დაწესებულებაში. ანტენატალური ვიზიტის მიღების შემდეგ ბინაზე მშობიარობა გაუგებარია. ამ მოვლენის მთავარი მიზეზის გამოსავლენად ჩატარდა კვლევა 6 ფოკუს-ჯგუფში,ვინც 12 თვის მანძილზე იმშობიარა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის გარეშე და ვისაც მიღებული ჰქონდა

ანტენატალური ვიზიტი, მიზეზებს შორის გამოიკვეთა ანტენატალურ ვიზიტზე მიღებული არასრულყოფილი მწირი ინფორმაცია. ავტორთა დასკვნით-ბინაზე მშობიარობის მიზეზებიდან წამყვანია ანტენატალურ ვიზიტზე ცუდი ინფორმაცია, ბინაზე მშობიარობის თავიდან აცილება შეიძლება ვიზიტის დროს ორსულის კარგი ინფორმაციით.

Mehata, Paudel , Dariang , Aryal , at all /მეჰატას, პაუდელის, დარიანგის, არიალის და სხვ, 2017, კვლევით, სერვისთა არათანაბარი გამოყენების ტენდენციები გამოვლინდა 1994-2011 წლებში ნეპალში ჩატარებულ დემოგრაფიისა და ჯანმრთელობის 4 კვლევაში. ანტენატალური მოვლის ვიზიტები გაიზარდა 6-დან 47%-მდე, საკეისრო კვეთა გაიზარდა 1-დან 6%-მდე, ამასთან 4 სრული ანტენატალური ვიზიტი, სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობა, საკეისროების შესაბამისად, თუმცა მაინც ძალზე დაბალია სამენაო სერვისების უტილიზაცია. მიზეზად დასახელდა განათლების დაბალი დონე, სიღარიბე. ავტორთა მოსაზრებით, რეკომენდებულია ჯანმრთელობის სექტორის გაძლიერება, სიღარიბის შემცირება, ქალთა განათლების გაზრდა, ეთნიკურ საფუძველზე არსებული სოციალური დისკრიმინაცია, ინვესტიციების განვითარება დაშორებულ ადგილებში.

Banay, Bezold , James , Hart, Laden/ბანაის, ბეზოლდის, ჯამეს, ჰარტის, ლადენის, 2017 , კვლევების მიხედვით გარემოს ეპიდემიოლოგიის შესწავლით შეფასდა გარემოს ბუნების გამწვანების ექსპოზიციის გავლენა დედათა ჯანმრთელობაზე და მშობიარობის გამოსავალზე. ჩატარდა მრავალი კვლევა, ჯვარედინ-სექციური კვლევით გამოვლინდა კავშირი გამწვანებასა და დედათა და ჩვილთა ჯანმრთელობასთან. გამოვლინდა ბუნების დადებითი გავლენა დაბადების წონასთან და მშობიარობის შემდგომ დეპრესიასა, გესტაციურ ასაკსა, პრეეკლამსიასა და გესტაციურ დიაბეტთან.

Genuis , Genuis / გენუის , გენუის , 2016 , მოსაზრებით, ჩასახვამდელი მოვლის მნიშვნელობა ძალზე დიდია ჯანმრთელი ახალშობილის დაბადებისათვის. კვლევების მიხედვით მრავალი პედიატრიულ დაავადების წარმოქმნა ხდება ფეტალურ პერიოდში. პრენატალურ პერიოდში ნაყოფზე მოქმედი ფაქტორების ზეგავლენით: სხვადასხვა ნუტრიენტების დეფიციტი, ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედება, სამენაო გართულებები, გენეტიკური მუტაციები. საჭიროა განათლება ჩასახვამდე პერიოდში ნაყოფზე მოქმედი ფაქტორების უარყოფითი გავლენის შესახებ.

Black , Walker, Laxminarayan, Temmerman /ბლეკმა, ვალკერმა, ლაქსმინარუანმა, თემერმანმა (2016) ჩაატარეს კოხრეინის კვლევების მიმოხილვის ანალიზი და გააკეთეს დასკვნა, რომ მეცნიერთა ნაწილის განსხვავებული მოსაზრებით, რუტინული

ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების შემცირება უკავშირდება პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირებას.

Gitobu ,Gichangi /გიტობუმ, გიჩანგიმ, 2018, მიერ შეისწავლეს დედის კმაყოფილების დონე კენიის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დედათა უფასო ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელების დროს. დედათა მხოლოდ 54.5% გამოხატა კმაყოფილება უფასო სერვისებით, ამასთან გამოვლინდა უარყოფითი კავშირი განათლების დონესთან და უფასო სერვისებით კმაყოფილებას შორის.

Kiracho , Kananuraa , Tetui , Namazzi, at all /კირაჩო,კანანურა,ტეტუი,ნამაზი და სხვ, 2017, აღმოსავლეთ უგანდაში (აფრიკა),სადაც გლობალური ჯანდაცვის ფარგლებში დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირებისათვის გამოიყენება მულტისექტორული მიდგომა, შესწავლილი იქნა მულტისექტორული მიდგომის გავლენა სერვისთა უტილიზაციაზე. სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობა და ადრეული ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის მიმართვა შედარებით გაიზარდა იმ არეალში, სადაც ეს მიდგომა დაინერგა. სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობა და მზაობა 4 ანტენატალური ვიზიტის მიღებისას დაფიქსირდა ინტერვენციის არეალში.კვლევით დადგინდა,რომ მულტისექტორულმა მიდგომამ დადებითი გავლენა მოახდინა ანტენატალური ვიზიტების ადრეულ მიმართვაზე, სამშობიაროში მშობიარობასა და ახალშობილის მოვლაზე. ამასთან განათლება ,ინფორმაცია, ოჯახის მიერ ტრანსპორტის გამოყენების შესაძლებლობა განაპირობებს მშობიარობისათვის ადეკვატურ მომზადებას.

Kiracho, Tetu , Bua, Kananura, Waiswa, at all / კირაჩომ,ტეტუმ,ბუამ,კანანურამ,ვაისვა და სხვ, 2017, ჩაატარეს ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის კვლევა აღმოსავლეთ უგანდის სოფლის 3 რაიონში,სადაც დაინერგა მულტისექტორული მოდგომა დედათა და ახალშობილის ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისას. გამოვლინდა ამულტისექტურული მეთოდის დადებითი როლი სერვისების ხელმისაწვდომობაში.

George ,Tetui , Pariyo, Peterson /გეორგის,ტეტუის,პარიოს,პეტერსონის,2017, მონაცემებით, სამხრეთ აფრიკაში,რომლის მოსახლეობაც არის 39 მილიონზე მეტი, უგანდაში დედათა სიკვდილიანობა არის 360 /100,000 ცოცხალშობილზე, და ნეონატალური სიკვდილიანობა 19/1000 ცოცხალშობილზე, ჩვილთა სიკვდილობა 38/1000 ცოცხალშობილზე. უგანდაში 95% მიიღო ანტენატალურ მოვლა გამოცდილი მომწოდებლისგან მიმდინარე ცოცხალშობის დროს, 59%-მა ბოლო 5 წლის მანძილზე იმშობიარა ექიმის, ექთნის ბეზიქალის მონაწილეობით, 57%-მა იმშობიარა სამედიცინო დაწესებულებაში.

Minh , Oh , Giang, Kien , at all / მინჰიმ, გიანგიმ, კიენმა და სხვ, 2016, ვიეტნამში ჩაატარეს

რამოდენიმე ჯვარედინ-სექციური კვლევა დედათა ჯანდაცვის შეფასების მიზნით. ინდიკატორებს შორის იყო გამოცდილების მქონე პერსონალის მიერ ჩატარებული ანტენატალური მოვლის და გამოცდილების მქონე პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის სიხშირე. გამოვლინდა, რომ 2000, 2006, 2011 წლის მონაცემებით გაუმჯობესდა შემდეგი ინდიკატორები: გამოცდილების მქონე პერსონალის მიერ ჩატარებული ანტენატალური მოვლა (68.6%, 90.8%, 93.7%-მდე) და გამოცდილების მქონე პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობა(69.9% , 87.7% , 92.9%). თუმცა საჭიროა უფრო ეფექტური იდენტიფიცირება, ღარიბი, ნაკლები განათლების, სოფლად მცხოვრები, ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფებისა მულტისექტორული სოციალური პოლიტიკის გასატარებლად.

Kulkarni, Nimbalkar/კულკარნი,ნიმბალკარმა, 2015, ჩატარეს კვლევა ,სადაც გამოვლინდა გოაში ეკონომიკური და საგანმანათლებლო უთანასწორობა ანტენატალური მოვლისა და ბავშვთა იმუნიზაციის გამოყენებაში. კერძოდ გოას ჩრდილოეთ რაიონში ანტენატალური მოვლა მიიღო ქალების 78.2%-ში და ბავშვთა იმუნიზაცია განხორციელდა 89.2%-ში. გამოვლინდა რომ დედების განათლება, რელიგიური და სოციო-ეკონომიკური სტატუსი დაკავშირებულია დედათა და ბავშვთა სერვისების არათანასწორ მიღებასთან. საჭიროა განათლებისა და ინფორმირებულობის გაზრდა დედებში, რადგან ანტენატალური მოვლა და ბავშვთა იმუნიზაცია არის მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის სიხშირის შესამცირებლად.

Dubey , Rout , Ram , Saha , Chakraborty , Biswas/ დუბეიმ, როუტინმა, რამმა, საჰამ, ჩაკრაბორტიმ, ბისვასმა, 2015 , ჩატარეს კვლევა კისანგანჯის ჰოსპიტალში, ბიჰარში დედის ასაკთან, რელიგიურ სტატუსთან, განათლებასთან და რკინა-ფოლის მჟავის მიღებასთან, რეგულარულ ანტენატალურ ვიზიტებთან. ორსულის არასრულფასოვანი მოვლა, რაც განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორებით,ასოცირდება ახალშობილის მცირე მასით დაბადებასთან და სიკვდილთან. კვლევამ აჩვენა, რომ ანტენატალური მოვლის გაუმჯობესებით, კერძოდ მოცვის გაზრდით და ხარისხით შეიძლება შემცირდეს ახალშობილთა სიკვდილობა ქვეყანაში.

Dahlui , Azahar , at all/ დაჰლუიმ,აზაჰარმა,და სხვ, 2016, შეისწავლეს ნიგერიაში მცირე მასით დაბადებულ ბავშვთა პრედიქტორები. გამოვლინდა რისკ-ფაქტორები, რაც საფუძველს იძლევა კვლევის ორგანიზატორებს დაასკვნან, რომ მცირე მასით დაბადების შესამცირებლად ნიგერიაში საჭიროა შემდეგი აქტივობების განხორციელება, რომელიც

მიმართული იქნება ჯანმრთელობის საკითხებზე დედათა ცუდი განათლების, დედათა კვების, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის, ანტენატალური სერვისების ხარისხის და რაოდენობის გაზრდისაკენ.

Huda ,Tahsina , Arifeen, Dibley /ჰუდამ, ტაჰსინამ, არფეენმა, დიბლეიმ, 2016, კვლევებით დადგინდა,რომ დედის ასაკი, განათლება, დედის დამოუკიდებელი გადაწყვეტილება ბავშვის ჯანმრთელობაზე, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, შინამეურნეობა, საცხოვრებელი ადგილის გეოგრაფიული რაიონი, გზების მდგომარეობა ასოცირდება ახალშობილთა, ჩვილ ბავშვთა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაღალ რისკთან ბანგლადეშში. საჭიროა უფრო დიდი ინტერსექტორული ქმედებები უთანასწორობის აღმოსაფხვრელად და ფინანსურად უზრუნველყოფილი საყოველთაო ჯანდაცვით მოცვა.

Siramaneeratm , Agushybana, Meebunmak /სირამანერატმის,აგუშუბანას,მეებუნმაკის, 2018 , მონაცემებით დღენაკლულ ახალშობილთა პრევალენტობა ძალზე მაღალია დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში. კერძოდ ინდონეზიაში, ჩატარებული კვლევის მიხედვით ახალშობილის მცირე მასით დაბადებაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: დედის ასაკი, დედის განათლება, ანტენატალურ ვიზიტები და ორსულობის გართულებები.

Namazzi , Okuga , Tetui , at all/ ნამაზის,ოკუგას, ტეტუის, და სხვ, 2017, კვლევით გამოვლინდა, რომ უგანდაში ტრენინგის შემდეგ მუშაკთა ცოდნა ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე გაუმჯობესდა. გლობალური ჯანმრთელობის თემა ფართოდ არის წარმოდგენილი უგანდის სოფლის ჯანდაცვის გუნდში. დედათა და ბავშვთა პრევენტირებადი სიკვდილობის შემცირებისაკენ მიმართული ღონისძიებების შემადგენელი ნაწილია თემის მოსახლეობის განათლება, ჯანდაცვის მუშაკთა ბინაზე მისვლა, კერძოდ 4 ბინაზე ვიზიტი,აქედან 2 მშობიარობამდე ორსულობის დროს და 2 მშობიარობის შემდეგ. ვიზიტის მიზანია დახმარება და მხარდაჭერა მშობიარობისათვის დედის მომზადებაში და დედათა და ახალშობილთა სერვისების უტილიზაცია.

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა და კერძოდ ფოკუსირებული ანტენატალური მოვლის პროგრამა მიუხედავად გაუმჯობესებისა, მრავალ ქვეყანაში,მათ შორის საქართველოში, არის ფრაგმენტული, რადგან არ მოიცავს ესოდენ აუცილებელ ორსულობამდელ და მშობიარობის შემდგომ მოვლის პაკეტს, ამასთან კვლევების შესაბამისობა საჭიროებასთან და ორსულობის გამოსავალთან არ არის სახარბიელო,რაც მიუთითებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმართაობაზე.

თავი II

კვლევის მასალები და მეთოდები

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

- I ჯგუფი-ორსულები 472 რესპონდენტი
- II ჯგუფი- მელოგინე/მეძუძური 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. რეპრეზენტატულობის 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 აღიკვსაზე დგებოდნენ თავიანთ რაიონებში - ლეზულობდნენ პროგრამით გათვალისწინებულ სერვისს და პარალელურად, თბილისში ისეთივე ან ბევრად უფრო მეტი სიხშირით ლეზულობდნენ 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-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.

თავი III

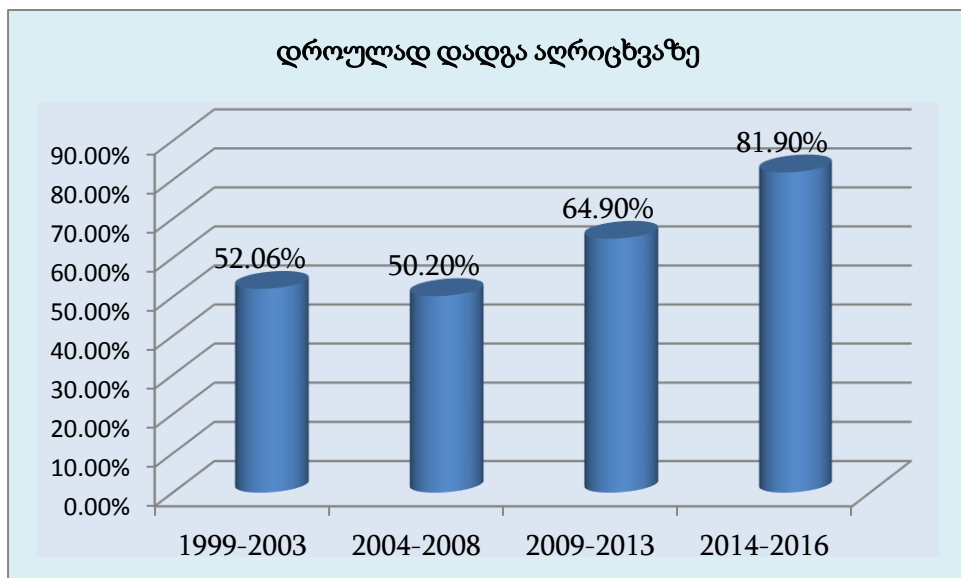
შედეგები I

3.1. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

შესწავლილი იქნა 1996-2016 წლებში საქართველოში პჯდ ქსელში ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამების იმპლემენტაციის კვალდაკვალ დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ტენდენციები თვისებრივი კვლევის, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდით (desk research): სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, აღწერილობა, სისტემატიზაცია, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან აღებული, 1996-2016 წლის პერიოდის დედათა ჯანმრთელობის ინდიკატორების მონაცემების საუბველზე, ჩატარდა მოდიფიცირება და გასაშუალოვდა 5-5 წლიანი მონაცემები, რითაც მიღებული იქნა საშუალო რიცხოვრივი მონაცემები. შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: მშობიარობების საერთო რაოდენობა, მათ შორის ბინაზე და სამედიცინო დაწესებულებაში ; კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის ხვედრითი წილი; ორსულთა დროული მიმართვის, სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის, ორსულობის ბოლომდე მიტანის, დროული მშობიარობის, ფიზიოლოგიური, პათოლოგიური მშობიარობის, საკეისრო კვეთის (სასწრაფო, გადაუდებელი) წილი; დედათა სიკვდილიანობის რაოდენობა და მაჩვენებელი.

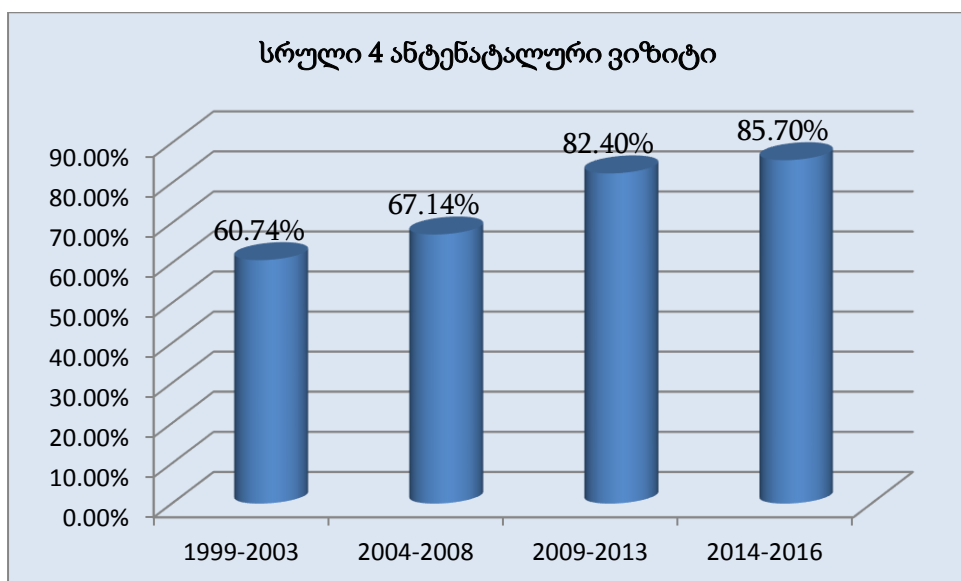
ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული მიმართვა და აღრიცხვაზე დადგომა 1999-2016 წწ გაიზარდა. მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1999-2003 წწ - 52.06%, 2004-2008 წწ- 50.20%, 2009-2013 წწ- 64.90%, 2014-2016 წწ- 81.90% (იხ.სურათი N1).

სურათი N1 ანტენატალურ მეთვალყურეობისათვის დროულად მიმართვიანობის
საშუალო პროცენტული წილი (1999-2003;2004-2008;2009-2013;2014-2016).



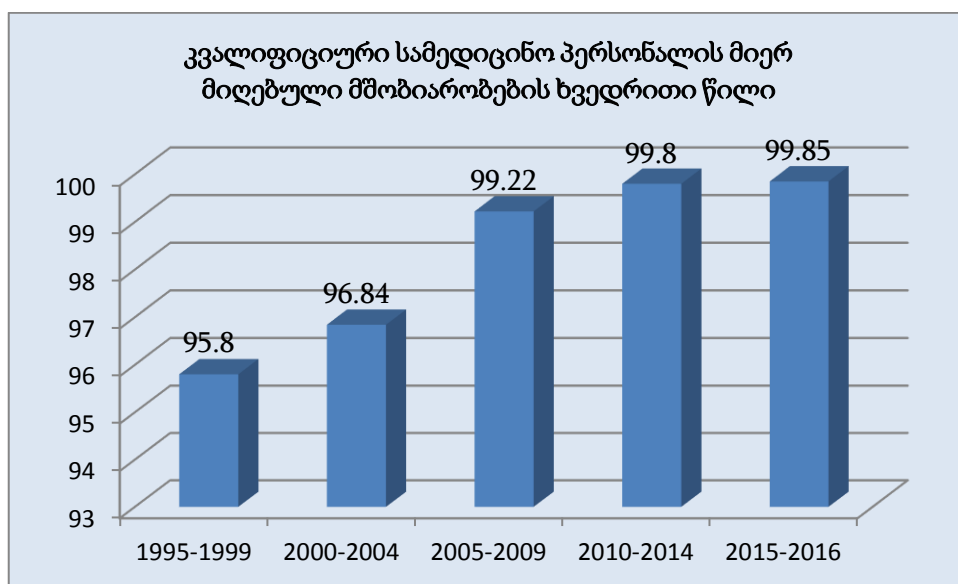
ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის სრული
4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვა 1999-2016წწ გაიზარდა. მონაცემების გასაშუალებით
მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი
ტენდენცია: 1999-2003წწ - 60.74 %, 2004-2008წწ- 67.14%, 2009-2013წწ- 82.40%, 2014-
2016წწ- 85.70% (იხ.სურათი N2).

სურათი N2. სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის საშუალო პროცენტული
წილი, 1999-2003;2004-2008;2009-2013;2014-2016. .



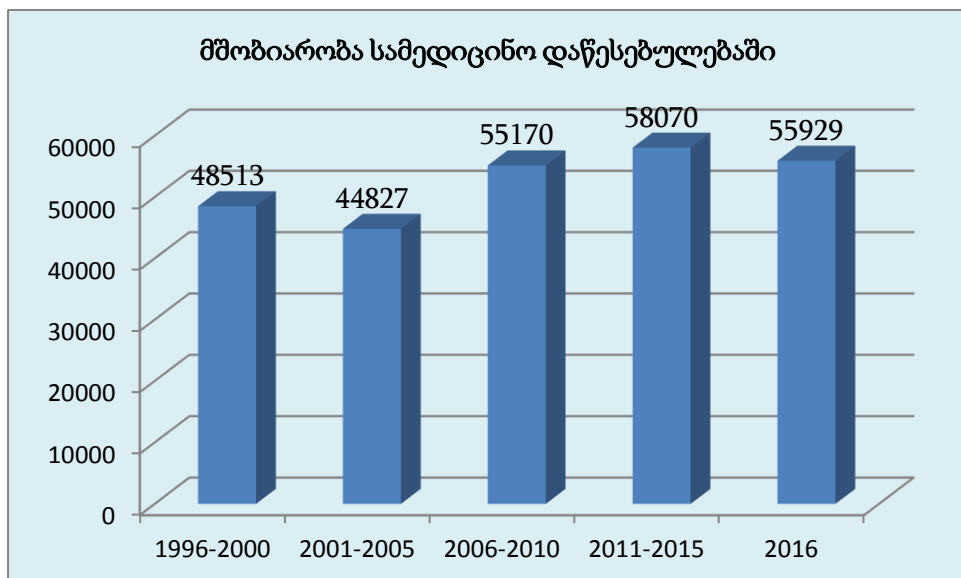
კვლევაში შესწავლილი იქნა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი, რომელიც 1995-2016წწ მკვეთრი გაიზარდა და თითქმის უნივერსალურია. მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1995-1999წწ- 95.8%, 2000-2004წწ - 96.84 %, 2005-2009წწ- 99.22%, 2010-2014წწ- 99.80%, 2015-2016წწ- 99.85% (იხ.სურათი N3).

სურათი N3. კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის საშუალო პროცენტული წილი. 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2016.



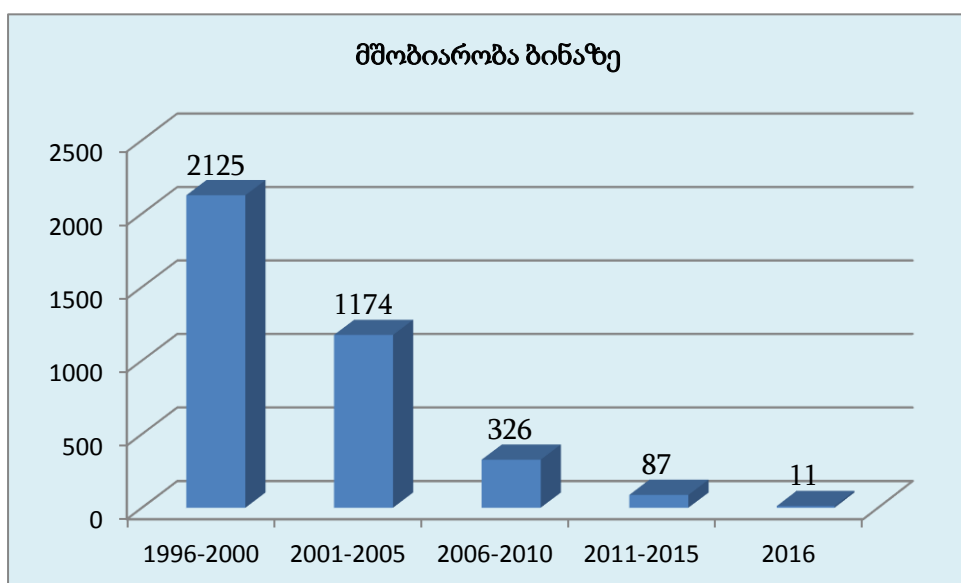
1996-2016წწ სამშობიარო სახლში მშობიარობის რაოდენობა გაიზარდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ -48513, 2001-2005წწ- 44827, 2006-2010წწ- 55170, 2011-2015წწ- 58070, ხოლო 2016წელს იყო -5592 (იხ.სურათი № 4).

სურათი N4. სამშობიარო სახლში მშობიარობის საშუალო რაოდენობა . 1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016.



1996-2016წწ ბინაზე მშობიარობა მკვეთრად შემცირდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ - 2125, 2001-2005წწ- 1174, 2006-2010წწ- 326, 2011-2015წწ- 87, ხოლო 2016 წელს იყო - 11. (იხ.სურათი №5).

სურათი N5. ბინაზე მშობიარობის საშუალო რაოდენობა. 1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016.



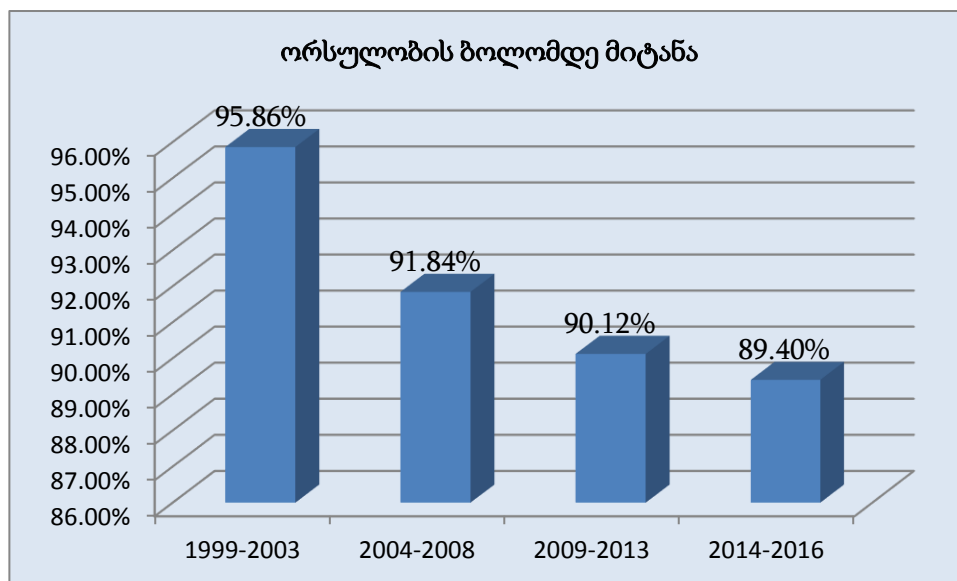
ბინაზე მშობიარობის შემცირება თეორიულად ამცირებს პერინატალურ დანაკარგებს, დედისა და ახალშობილის სიკვდილიანობას. უნდა აღინიშნოს, რომ ბინაზე

მშობიარობასთან დაკავშირებით ორსულთა და მედიცინის მუშაკთა დამოკიდებულება არაერთგვაროვანია, კერძოდ, ერთი მხრივ ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია რეკომენდაციას უწევს ჰოსპიტალში მშობიარობას, როგორც უსაფრთხოების გარანტს, მეორე მხრივ, არსებობს კვლევები, სადაც დედების 50% არჩევენ ბინაზე, ოჯახურ გარემოში მშობიარობას, თუ ამის საშუალებას აძლევს ჯანმრთელობა. ამასთან დაბალი რისკის შემთხვევაში ეს პრაქტიკა არსებობს. ასევე ბინაზე მშობიარობა წარმოადგენს კულტურის ნაწილს ზოგ ერებში და ასევე მათთან ვისაც შეზღუდვილი აქვს სერვისზე ხელმისაწვდომობა.

საქართველოში ბინაზე მშობიარობის რაოდენობის შემცირების, კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილის, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული მიმართვის, 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვის გაზარდა აიხსნება 1995 წლიდან დღემდე განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმებით : აშენდა მრავალი ახალი სამშობიარო სახლი, სამეანო განყოფილება, გაუმჯობესებული ინფრასტრუქტურითა და აღჭურვილობით, დაინერგა სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც ფინანსურად უზრუნველყოფდა როგორც ანტენატალურ მეთვალყურეობას, ისე მშობიარობას. გადამზადდა ადამიანური რესურსები (ექიმი/ექთანა). შედეგად დიდი ქალაქისა თუ რაიონის/სოფლის სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობას ღებულობს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი-ექიმი ან ბებიაქალი.

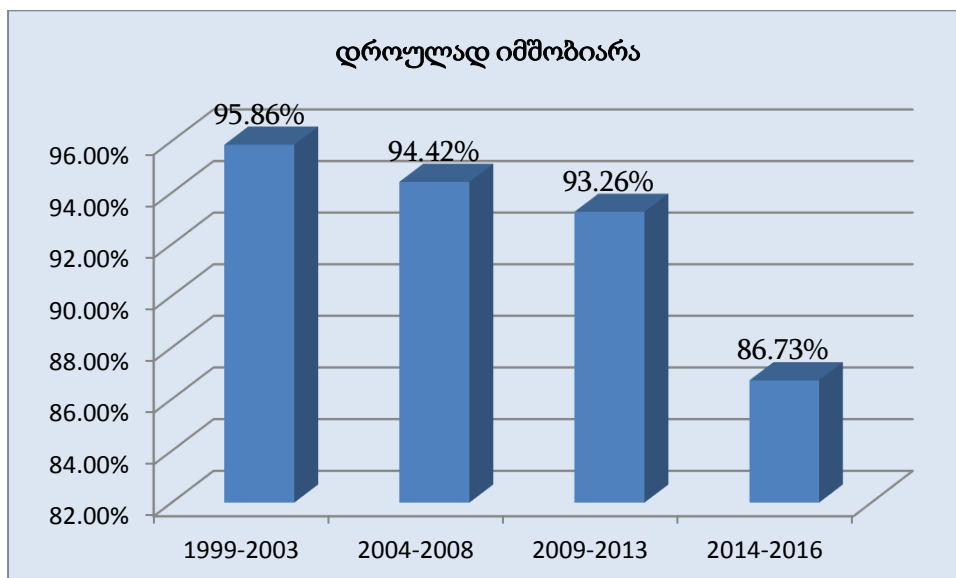
ანტენატალური პროგრამის პარამეტრების გაუმჯობესების მიუხედავად, ორსულობის გამოსავალი არცთუ სახარბიელოა: 1999-2016 წწ-ში ბოლომდე მიტანილი ორსულობების წილი შემცირდა. მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1999-2003წწ - 95.86 %, 2004-2008წწ-91.84%, 2009-2013წწ- 90.12%, 2014-2016წწ- 89.40% (იხ.სურათი N6).

სურათი N6. ბოლომდე მიტანილი ორსულობების საშუალო პროცენტული წილი, 1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016.



1999-2016 წწ-ში დროული მშობიარობების წილი შემცირდა. მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1999-2003წწ - 95.86 %, 2004-2008წწ-94.42%, 2009-2013წწ- 93.26%, 2014-2016წწ- 86.73% (იხ.სურათი N7).

სურათი N7. დროული მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი, 1999-2003; 2004-2008; 2009-2013; 2014-2016.



ორსულობის დრომდე მიუტანლობისა და დროული მშობიარობის წილის შემცირება პჯდ-ის ანტენატალურ სერვისებზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის

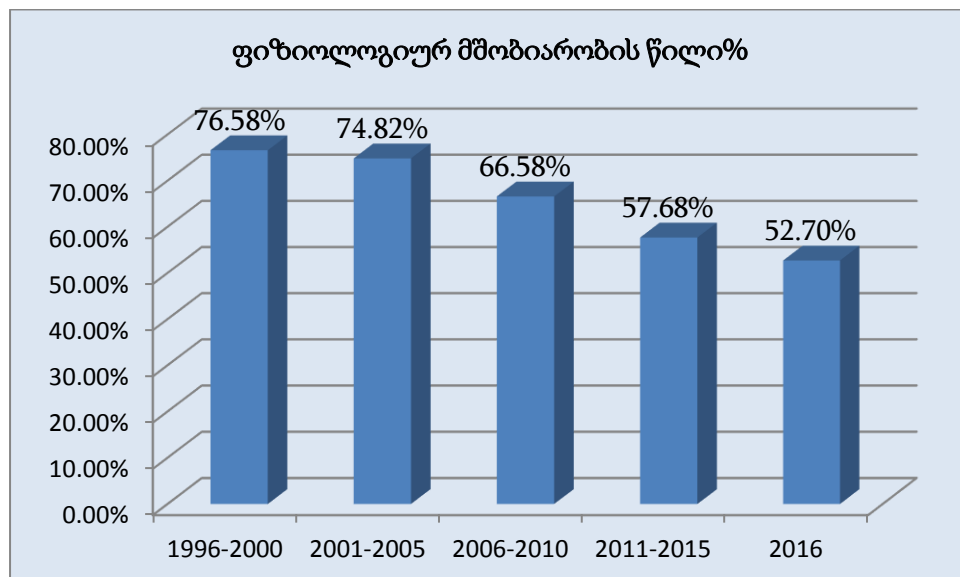
გაუმჯობესების ფონზე, სავარაუდოდ აიხსნება ორსულობის მიმდინარეობისას მოსალოდნელი რისკების ამოცნობის, მართვისა და პრევენციის დეფიციტით.

ეს მიანიშნებს რომ არსებობს სისტემური პრობლემები პჯდ-ში, სადაც ოჯახის ექიმის მიერ არ ხდება დედათა და ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მეთვალყურეობა. მეორე მხრივ უნდა აიხსნას ჩასახვამდე არსებული დაავადებების ან ანტენატალურ პერიოდში განვითარებული გართულებების იდენტიფიცირების ნაკლებობით ან არაადაქვტური მართვით, რაც სამედიცინო მომსახურების სათანადო ხარისხის ნაკლებობით აიხსნება.

1996-2016 წწ ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი შემცირდა და პათოლოგიური მშობიარობების წილი გაიზარდა. პათოლოგიური მშობიარობა სამეანო მაშისა და ვაკუუმექსტრაქციის გარდა მოიცავს საკეისრო კვეთას, რაც საქართველოსათვის აქილევსის ქუსლია გადაჭარბებული რაოდენობის გამო .

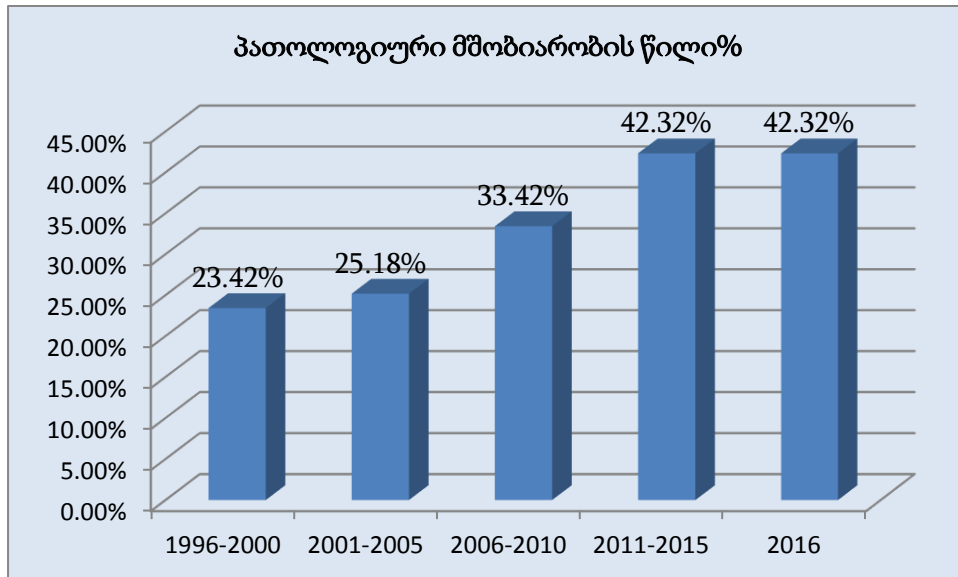
1996-2016წწ ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი შემცირდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ - 76.58%, 2001-2005წწ- 74.82%, 2006-2010წწ- 66.58%, 2011-2015წწ- 57.68%, ხოლო 2016წელს იყო -52.70%. (იხ.სურათი№8).

სურათი№8. ფიზიოლოგიური მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი 1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016.



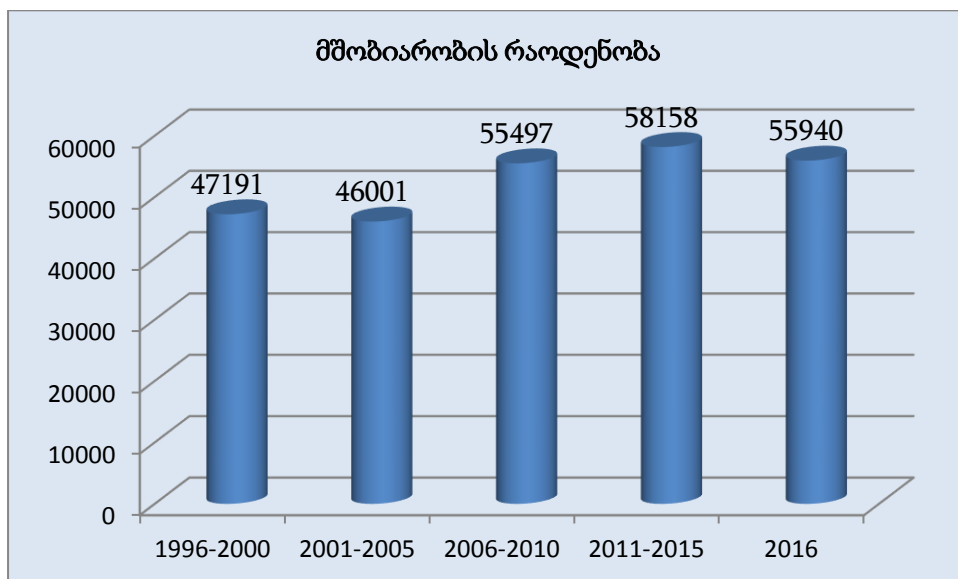
1996-2016წწ პათოლოგიური მშობიარობების წილი გაიზარდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ - 23.42%, 2001-2005წწ- 25.18%, 2006-2010წწ- 33.42%, 2011-2015წწ- 42.32%, ხოლო 2016წელს იყო -42.32%. (იხ.სურათი№9).

სურათი N9. პათოლოგიური მშობიარობების საშუალო პროცენტული წილი. 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016



1996-2016წწ მშობიარობის საერთო რაოდენობა 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 1996-2000წწ - 47191, 2001-2005წწ- 46001, 2006-2010წწ- 55497, 2011-2015წწ- 58158, ხოლო 2016წელს იყო -55940 .(იხ.სურათიN° 10).

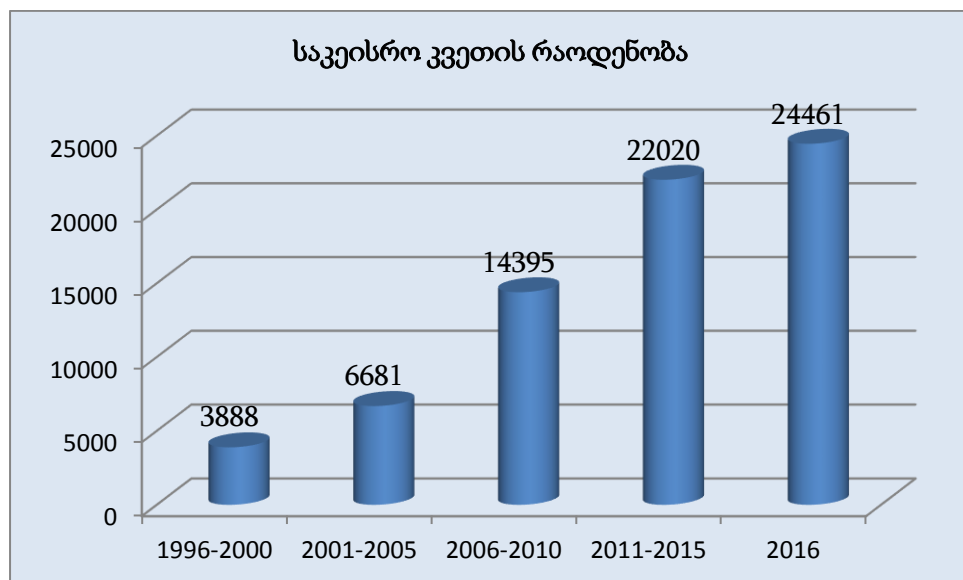
სურათი N10. მშობიარობების საშუალო რაოდენობა, 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016.



1996-2016წწ საკეისრო კვეთების რაოდენობა გაიზარდა 3725-დან 24461-მდე. მიუხედავად მიღებული პროტოკოლისა და გაიდლაინისა, რასაც უნდა შეეკავებია

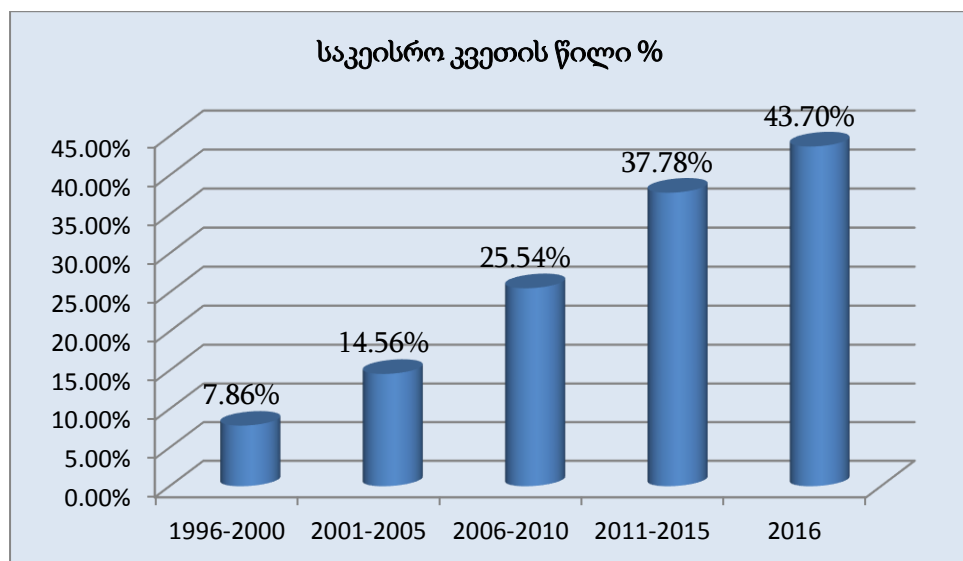
საკეისროთა რაოდენობა. 1996-2016წწ საკეისრო კვეთის რაოდენობა 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 1996-2000წწ - 43888, 2001-2005წწ- 6681, 2006-2010წწ- 14395, 2011-2015წწ- 22020, ხოლო 2016წელს იყო - 24461 .(იხ.სურათი№ 11).

სურათი№11. საკეისრო კვეთის საშუალო რაოდენობა, 1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016.



1996-2016წწ საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი მთელ მშობიარობებში 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 1996-2000წწ - 7.86%, 2001-2005წწ- 14.56%, 2006-2010წწ- 25.54%, 2011-2015წწ- 37.78%, ხოლო 2016წელს იყო -43.70% .(იხ.სურათი№ 12).

სურათი№12. საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი, 1996-2000;2001-2005; 2006-2010;2011-2015;2016.

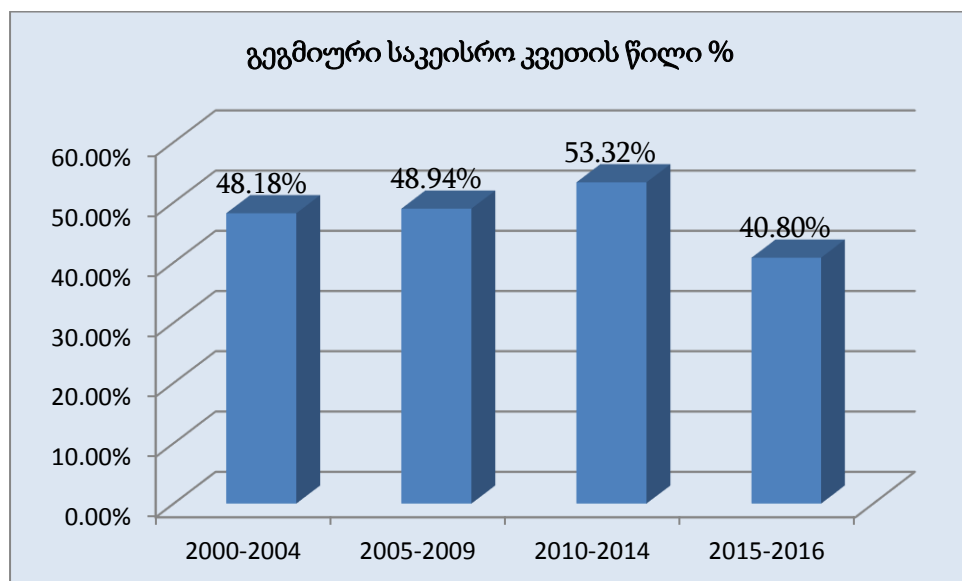


საქართველოში მშობიარობის საერთო რაოდენობაში საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი კრიტიკულად მაღალია, თითქმის 3-ჯერ აღემატება ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულ მაქსიმალურ ნიშნულს (10-15%). საკეისრო კვეთა ერთის მხრივ ამცირებს პერინატალურ დანაკარგებს, მეორე მხრივ, საკეისრო კვეთის გადაჭარბებული რაოდენობა ზრდის სამედიცინო ხარჯებს, საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელს, უარყოფითად მოქმედებს დედის ჯანმრთელობაზე: რეპროდუქციული შესაძლებლობები მცირდება, მომდევნო ორსულობის სამედიცინო რისკები იზრდება, აღნიშნულის გამო სრულიად გაუმართლებელია საკეისრო კვეთის ასეთი ზრდის ტემპი.

საყურადღებოა აგრეთვე საკეისრო კვეთის ჩატარების ჩვენებები. 2000-2016წწ გეგმიური საკეისრო კვეთის წილი შემცირდა, სასწრაფო საკეისრო კვეთის წილი გაიზარდა .

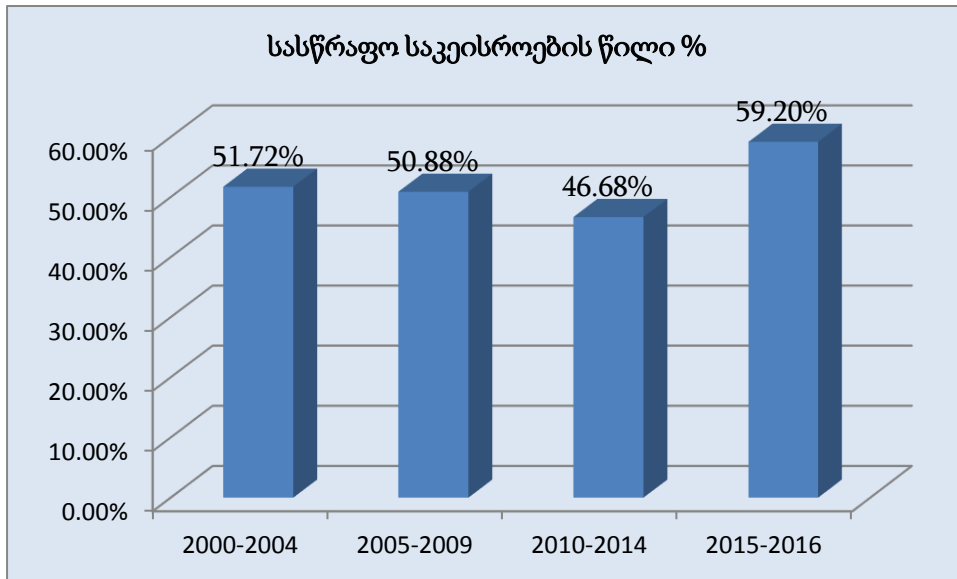
1996-2016წწ გეგმიური საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი მთელ მშობიარობებში 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 2000-2004წწ - 48.18%, 2005-2009წწ- 48.94%, 2010-2014წწ- 53.32%, 2015-2016წწ- 40.80% .(იხ.სურათი№ 13).

სურათიN13. გეგმიური საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი,2000-2004;2005-2009;2010-2014;2015-2016.



1996-2016წწ სასწრაფო საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი მთელ მშობიარობებში 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 2000-2004წწ - 51.72%, 2005-2009წწ- 50.88%, 2010-2014წწ- 46.68%, 2015-2016წწ- 59.20% .(იხ.სურათი№ 14).

სურათი N14. სასწრაფო საკეისრო კვეთის საშუალო პროცენტული წილი, 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2016.



სასწრაფო საკეისრო კვეთის წილის გაზრდა შეიძლება აიხსნას, ერთის მხრივ იმ დაავადებების მატებით, რომლებიც ხელს უშლიან ორსულობის დამთავრებას ბუნებრივი გზით, დედის ან ბავშვის სახიფათო მდგომარეობა, მოსალოდნელი გართულებები, რაც არაეფექტურ ანტენატალურ მოვლაზე მიუთითებს, მეორე მხრივ საკეისრო კვეთის სიხშირის მიზეზები, სავარაუდოდ, ორგანიზაციულ ღონისძიებებს უკავშირდება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით (გეგმიური/სასწრაფო საკეისრო კვეთის და მოთხოვნით საკეისრო კვეთის/ბუნებრივი მშობიარობის) განსხვავებული ფასით დაფინანსება. საკეისრო კვეთის რაოდენობის მატებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ქალთა მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულობა ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობების თაობაზე.

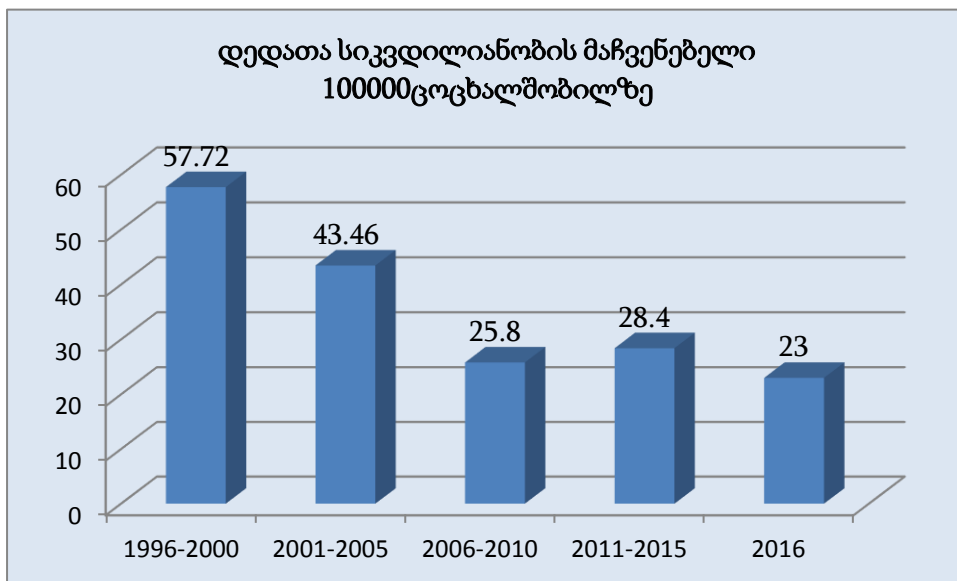
სასწრაფო საკეისრო კვეთის წილის გაზრდა შეიძლება აიხსნას, ერთის მხრივ იმ დაავადებების მატებით, რომლებიც ხელს უშლიან ორსულობის დამთავრებას ბუნებრივი გზით. დედის ან ბავშვის სახიფათო მდგომარეობა, მოსალოდნელი გართულებები, რაც არაეფექტურ ანტენატალურ მოვლაზე მიუთითებს, მეორე მხრივ საკეისრო კვეთის სიხშირის მიზეზები, სავარაუდოდ, ორგანიზაციულ ღონისძიებებს უკავშირდება.

კერძოდ: საგარანტიო ბარათის ალების და სამედიცინო დაწესებულებაში წარდგენის აუცილებლობა გეგმიური საკეისრო კვეთის წინ; პაციენტის მონაცემების წინასწარ ატვირთვის აუცილებლობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ელექტრონულ პორტალზე ჰოსპიტალიზაციამდე 12 საათით ადრე, რის თაობაზეც ხშირად პაციენტი ინფორმირებული არ არის; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და კერძო სადაზღვევო

პაკეტებით გეგმიური/სასწრაფო საკეისრო კვეთის და მოთხოვნით საკეისრო კვეთის/ბუნებრივი მშობიარობის განსხვავებული ფასით დაფინანსება. საკეისრო კვეთის რაოდენობის მატებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ქალთა მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულობა ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობების თაობაზე. საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის მკვეთრ მატებასთან ერთად არ იქნა შემუშავებული კომპლექსური ღონისძიებების გეგმა, რომელიც უზრუნველყოფდა მაჩვენებლის გონივრულ საზღვრებში, გეგმაზომიერ შემცირებას.

1996-2016წწ დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით ასეთი ტენდენციითაა: 1996-2000წწ - 57.72, 2001-2005წწ- 43.46, 2006-2010წწ- 25.8, 2011-2015წწ- 28.4, ხოლო 2016წელს იყო -23 .(იხ.სურათი№ 15).

სურათი N15. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე (საშუალო) 1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016.



1996-2016წწ საქართველოში დედათა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა მაჩვენებელი ჯერ კიდევ შორსაა მდგრადი განვითარების სამიზნე მნიშვნელობიდან. ამასთან, საქართველო მე-12 ადგილზეა დედათა სიკვდილიანობის მხრივ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებს შორის და ბევრად აღემატება თურქეთის და ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს.

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები გლობალური ტენდეციების მსგავსია: პრეკალირებს სისხლდენა, ინფექცია, პრეკლამპსია/ეკლამპსია. ორსულობამდე და ორსულობის დროს განვითარებულ დაავადებათა შორის წინა ხედზეა: ანემია, შარად-სასქესო სისტემის ინფექციები, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები.

მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ წლებში, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დახმარებით გაიზარდა ანტენატალური ვიზიტებით მოცვა, დედათა გარდაცვალება ისეთი მზეზებით, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო, კვლავ საყურადღებოა. დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები, ორსულობამდე და ორსულობის დროს განვითარებული დაავადებების სტრუქტურა მიაჩნია, რომ ჩასახვამდე და ორსულობის პერიოდის სამედიცინო მოვლის ხარისხი არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს.

ამრიგად, 1996-2016წწ, ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების, დედათა და ბავშვთა სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კვალდაკვალ, გამოვლინდა ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი: პათოლოგიური მშობიარობის პროცენტული წილი გაიზარდა, ფიზიოლოგიური მშობიარობის პროცენტული წილი შემცირდა, საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები ზრდადია და კრიტიკულად მაღალი, ვადამდელი მშობიარობის და ორსულობის დრომდე მიუტანლობის წილი გაიზარდა, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1996-2016 წლებში შემცირდა, მაგრამ მდგრადი განვითარების მიზნებით განსაზღვრული სასურველი ნიშნულიდან ჯერ კიდევ შორსაა.

მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით რეკომენდებულია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაში ორგანიზაციული ცვლილებების განხორციელება: ანტენატალური მოვლის ხარისხის გაუმჯობესება და ოჯახის ექიმთა, ექიმების/ბებიაქალების უწყვეტი პროფესიული განვითარების დანერგვა; აგრეთვე უფასო პროგრამების დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ჩასახვამდელ პერიოდში არსებული ქრონიკული ან ლატენტურად მიმდინარე დაავადებების გამოვლინებისა და მკურნალობის, აგრეთვე ლოგინობის პერიოდში პოსტნატალური მეთვალყურეობისათვის.

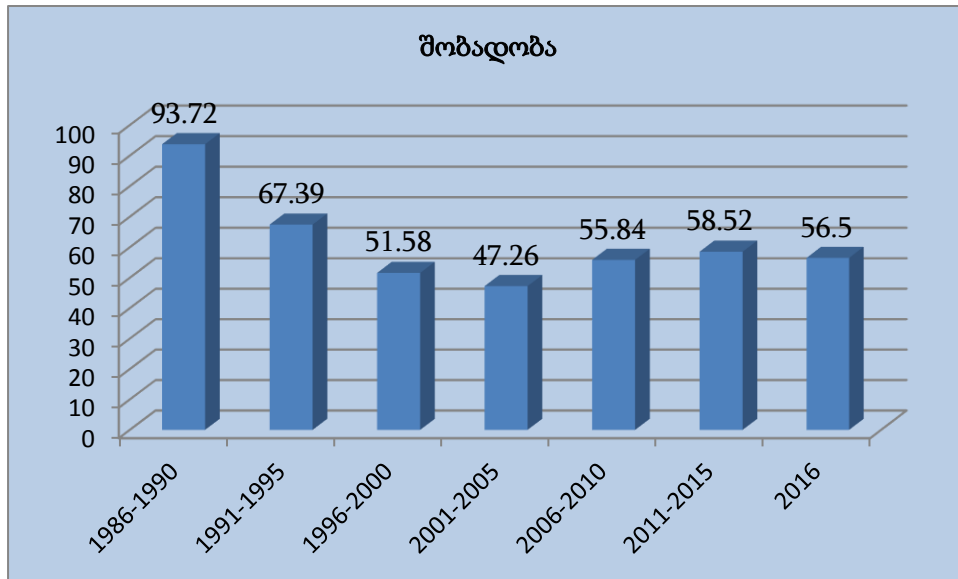
3.2. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ტენდენციების შესწავლის მიზნით ჩატარდა თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდით (desk research): რაც მოიცავდა სტატისტიკური მონაცემების შეკრებას, აღწერილობას, სისტემატიზაციას, შედარებას, ანალიზს, ინტერპრეტაციას. დაავადებათა კონტროლისა და

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან აღებული, 1996-2016 წლის პერიოდის ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების მონაცემების საუძველზე ჩატარდა მოდიფიცირება და გასაშუალოვდა 5-5 წლიანი მონაცემები, რითაც მიღებული იქნა საშუალო რიცხობრივი მონაცემები. შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: შობადობის დინამიკა; 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა და ავადობა, ნეონატალური სიკვდილიანობა (ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობა), პერინატალური სიკვდილიანობა, მკვდრადშობადობა, ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა უბშირესი დაავადებების ინციდენტობა, პერინატალურ პერიოდში დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა. შესწავლილი ლიტერატურული წყაროების მიხედვით საქართველოში 1996 წელს იყო 4 674,5 ათასი კაცი, ხოლო 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით 3 718,2 ათასი. მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მრავალ მიზეზთაგან ერთ-ერთი მიზეზი შობადობის შემცირებაა.

საქართველოში შობადობის მაჩვენებლების შესწავლით და შედარებით გამოვლინდა შემდეგი: საქართველოს ისტორიული რეალობით განპირობებული გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნის სტატუსი (1990-1994წწ), სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური კატაკლიზმები პირდაპირ აისახა შობადობაზე. ლიტერატურის მონაცემებით, საქართველოში 1986 წელს შობადობა იყო 98 155 (ცოცხლადშობილთა რაოდენობა, აბსოლუტური რიცხვი), ათი წლის შემდეგ 1996 წელს-55 000, აღნიშნულ 10 წლიან პერიოდში შობადობა 43 155 ახალშობილით შემცირდა. მონაცემების მოდიფიცირებითა და გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1986-1990 წწ- 93.72 ათასი, 1991-1995 წწ - 67.39 ათასი, 1996-2000 წლებში საშუალოდ 51.58 ათასი, 2001-2005 წწ -47.26 ათასი, 2006-2010 წწ- 55.84 ათასი, 2011-2015წწ-58.52 ათასი, 2016წ-56.56 ათასი.(იხ.სურათი N16).

სურათი №16. შობადობის საშუალო რაოდენობა .(1986-1990; 1991-1995;1996-2000;2001-2005;2006-2010;2011-2015;2016).



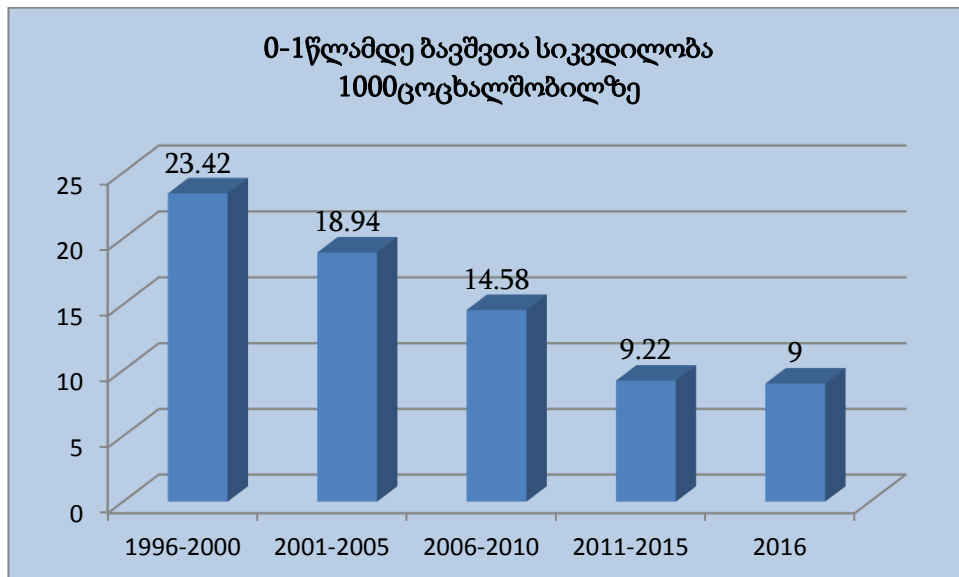
გასული საუკუნის 90-იან წლებში აფხაზეთის შეიარაღებული კონფლიქტის დროს და მის შემდგომ პერიოდში სოციალურ-ეკონომიკური ვითარების ცვლილებებს საქართველოს მოსახლეობამ სხვა ღარიბი ქვეყნებისაგან განსხვავებით შეკვეცილი კვლავ წარმოებით უპასუხა. შეიძლება დავასკვნათ, რომ საქართველოს მოსახლეობას გარემოში მიმდინარე მოვლენებზე სტერეოტიპული, სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებული რეპროდუქციული ქცევა ახასიათებს, რომელიც ძირითადად ოჯახში ბავშვების რაოდენობის შეზღუდვით გამოიხატება.

ბოლო 30 წლის მანძილზე საქართველოში შობადობის მატეხის ორი მოკლევადიანი პერიოდი გამოვლინდა, რაც შესაძლებელია მოსახლეობის რეპროდუქციულ ქცევაზე იდეოლოგიური და რელიგიური საკითხების ზეგავლენით აიხსნას. კერძოდ შობადობის მატეხა დაფიქსირდა 1988-1990 წლებში, როდესაც გაიღვიძა ეროვნულმა მოძრაობამ (ზვიად გამსახურდიას მოწოდება) და 2008 წლიდან, როდესაც უწმინდესმა გამოხატა კეთილი ნება მე-3 და მომდევნო შვილის მონათვლასთან დაკავშირებით.

კვლევით გამოვლინდა, რომ საქართველოში ბოლო ოცი წლის მანძილზე 1996-2016 წლებში, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე შემცირდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000 წწ- 23.42, 2001-2005 წწ - 18.94, 2006-2010 წწ- 14.58, 2011-2015 წწ - 9.22, 2016 წწ- 9 . (იხ.სურათი №17).

ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას ხელი შეუწყო ქვეყანაში ისეთი პროგრამების განხორციელებამ, როგორიცაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, იმუნიზაცია, ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვა (WHO), სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულებების ინკუბატორებით და სხვა სამედიცინო დანიშნულების საგნებით აღჭურვა, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი (UNICEF), ახალშობილთა რეანიმაციის საკითხებში სამშობიარო სახლების პერსონალის მომზადება (USAID); მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა, მელოგინეთა და ახალშობილთა რეფერალური პროგრამა და სხვ. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის 2,6-ჯერ შემცირების მიუხედავად, აღნიშნული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის ქვეყნების იგივე მაჩვენებლებს.

სურათი №17. 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი(საშუალო). (1996-2000 წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015 წწ, 2016წწ).

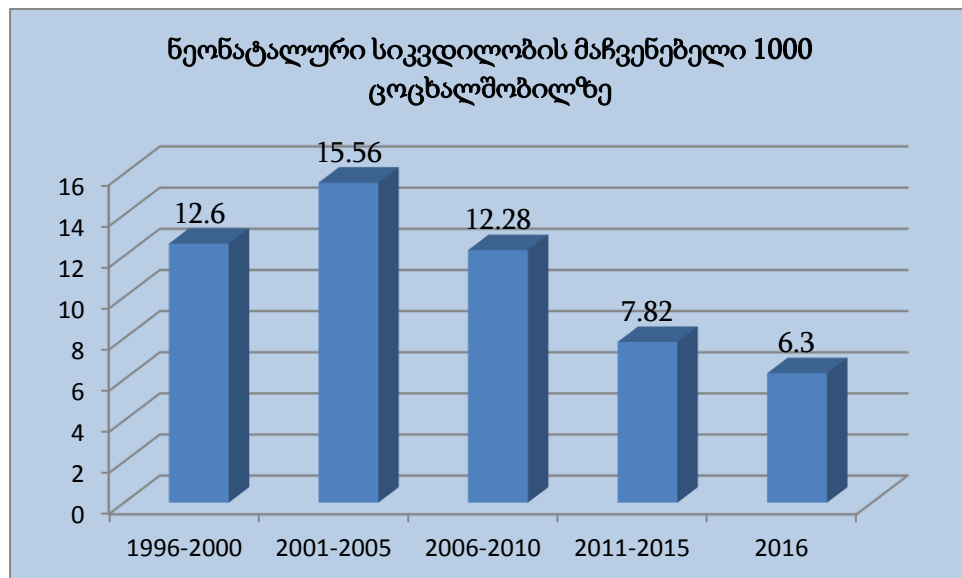


საქართველოში ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1996-2016წწ შემცირდა 1000 ცოცხალშობილზე, კერძოდ 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ - 12.6, 2001-2005წწ-15.56, 2006-2010წწ-12.28, 2011-2015წწ-7.82, 2016 წელს იყო -6.3.

ნეონატალური სიკვდილიანობის ასეთი მკვეთრი შემცირება ადგილობრივი სპეციალისტებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ერთობლივი შრომის შედეგად იქნა მიღწეული, კერძოდ 1997-1999წწ დაინერგა თითოეული ახალშობილის გარდაცვალების შემთხვევის შესწავლის წესი, შეიქმნა სამეანო დაწესებულებებისთვის ტექნიკური რეგლამენტი, მომზადდა ახალშობილთა დაავადებების მართვის გაიდლაინები და პროტოკოლები. შედეგად, ნეონატალური სიკვდილიანობის

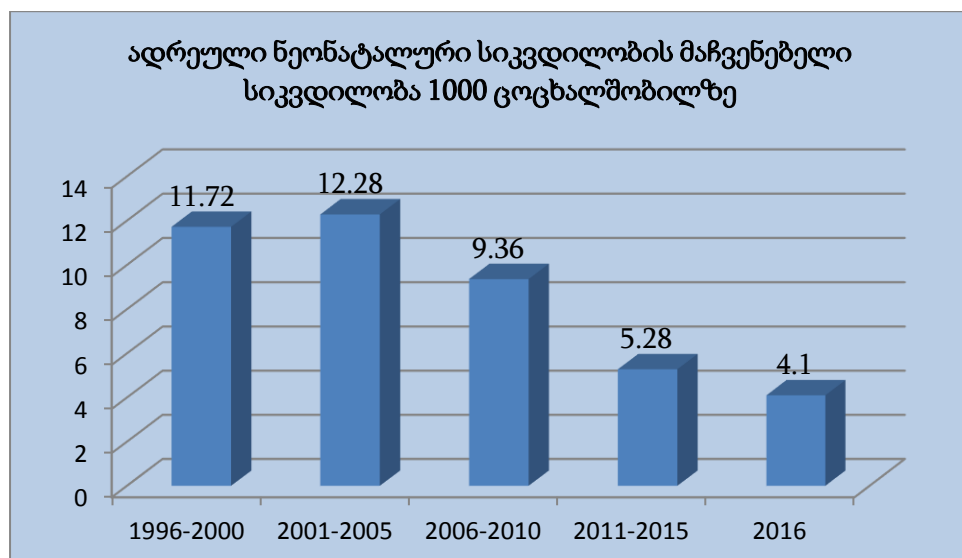
მაჩვენებელი შემცირდა, მაგრამ ის ჯერ კიდევ მაღალი რჩება ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებით(იხ.სურათი №18).

სურათი N18. ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო).(1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ).



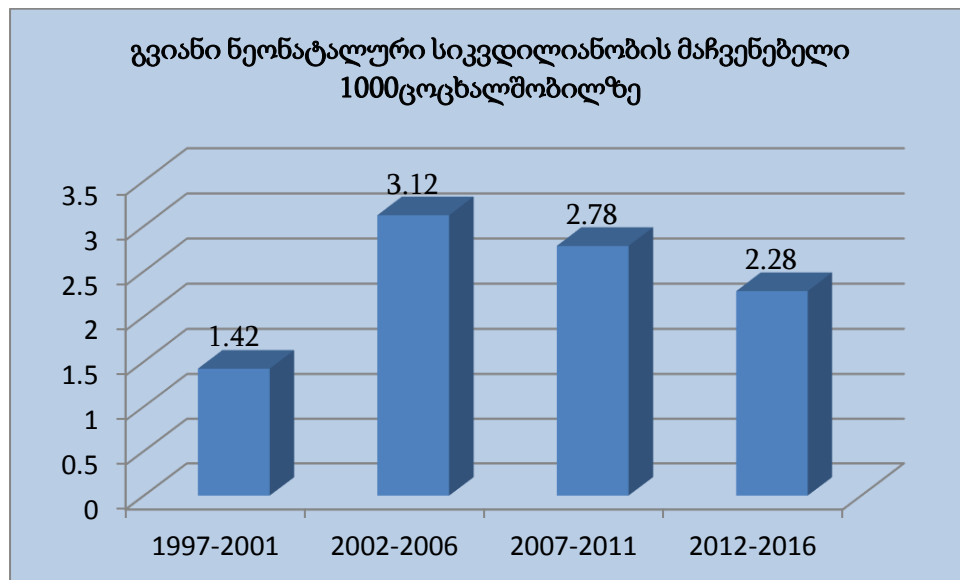
1996-2016 წლებში ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე შემცირდა, რაც ზემოაღნიშნული ორგანიზაციული ღონისძიებების გატარებით იქნა მიღწეული , კერძოდ 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ -11.72, 2001-2005წწ- 12.28, 2006-2010წწ- 9.36, 2011-2015წწ- 5.28, 2016 წელს იყო - 4.1. (იხ.სურათი №19).

სურათი N19.ადრეული ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელი (საშუალო)(1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ).



1997-2016 წლებში საქართველოში გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, მნიშვნელოვნად გაიზარდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1997-2001წწ -1.42, 2002-2006წწ- 3.12, 2007-2011წწ- 2.78, 2012-2016წწ- 2.28. გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის ზრდის მიზეზები პერინატალურ პერიოდში იღებს სათავეს. ამასთან გაუმჯობესებული პერინატალური მომსახურების პირობებში გვიანი სიკვდილიანობის მიზეზი უნდა აიხსნას სამედიცინო მდგომარეობების მართვის ხარვეზით (იხ.სურათი №20).

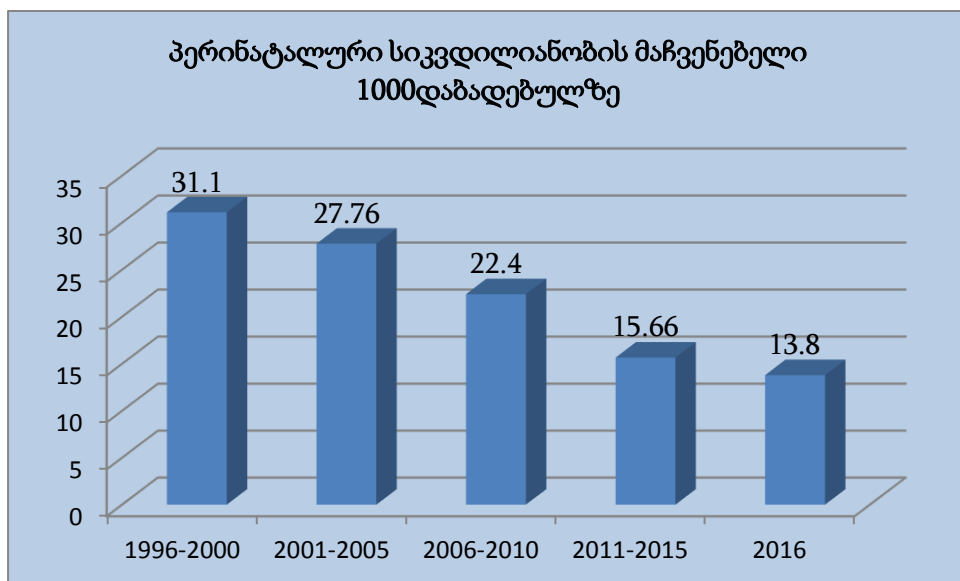
სურათი N20. გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო) (1997-2001წწ, 2002-2006 წწ, 2007-2011 წწ, 2012-2016წწ, 2016წწ).



შესწავლილი იქნა პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე , რომელიც 1996 წლიდან 2016 წლამდე საქართველოში, შემცირდა . 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ -31.1, 2001-2005წწ- 27.76, 2006-2010წწ- 22.4, 2011-2015წწ- 15.66, 2016წელს იყო - 13.8. პერინატალური სიკვდილიანობა 1996-2000წწ-დანა 2010-2015წწ-მდე განახევრდა, მაგრამ თუ შევადარებთ 2010-2015 წწ-ის და 2016წ-ის მონაცემებს, არის უმნიშვნელო შემცირების ტენდენცია. 2013 წლიდან მოწოდებული უნივერსალური ჯანდაცვის ფონზე,როდესაც გაიზარდა ანტენატალურ სერვისებზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, შემცირების ასეთი დუნე ტემპის მიზეზები ორსულობის პერიოდში მიწოდებული ანტენატალური მოვლის ხარისხის, ნაყოფის რისკების დროული გამოვლენის დეფიციტში უნდა ვეძებოთ. (იხ.სურათი №21).

სურათი N21. პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (საშუალო).

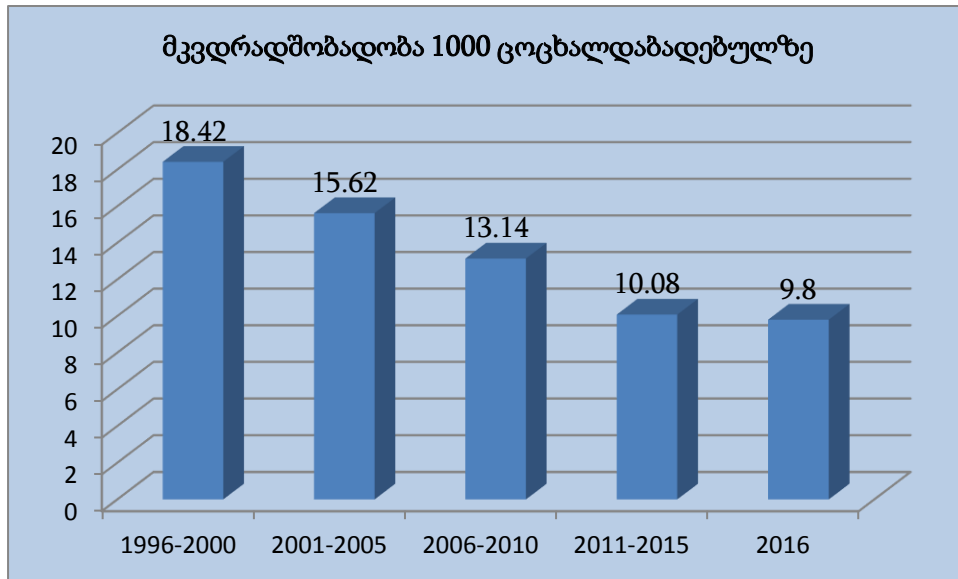
(1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ).



შესწავლილი იქნა მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, რომელიც 1996 წლიდან 2016 წლამდე საქართველოში, შემცირდა. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ - 18.42, 2001-2005წწ- 15.62, 2006-2010წწ- 13.1.4, 2011-2015წწ- 10.08, 2016წელს იყო - 9.8 . (იხ.სურათი №22).

1996-2000 წლებიდან 2011-2015წლამდე მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი განახევრდა, მაგრამ თუ შევადარებთ 2010-2015 წწ-ის და 2016 წ-ის მონაცემებს, არის უმნიშვნელო შემცირების ტენდენცია. 2013 წლიდან მიწოდებული უნივერსალური ჯანდაცვის ფონზე, როდესაც გაიზარდა ანტენატალურ სერვისებზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, მკვდრადშობადობის მხოლოდ უმნიშვნელო შემცირების მიზეზები ორსულობის პერიოდში მიწოდებული ანტენატალური მოვლის ხარისხის, ნაყოფის რისკების დროული გამოვლენის დეფიციტში უნდა ვეძებოთ.

სურათი N22. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (საშუალო). (1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016 წწ).



1996-2016 წლებში, საქართველოში, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სტაბილურად აღემატება მკვდრადშობადობის მაჩვენებელს (იხ. სურათ N21 და სურათი N22).

მკვდრადშობადობის ინტერპრეტაცია და აღრიცხვა სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვაა ორსულობის შესწევების რეგულაციებიდან გამომდინარე, რაც გავლენას ახდენს მკვდრადშობადობისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე.

საქართველოში, მკვდრადშობადობისა და პერინატალური სიკვდილიანობის

მაჩვენებელთა ამგვარი სტატისტიკა აიხსნება შემდეგი პრეისტორიით:

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ შეიცვალა პერინატალური პერიოდის ათვლის

წესი: სიცოცხლისუნარიანად იქნა მიჩნეული ორსულობის 22 კვირის ვადაზე

დაბადებული 500,0 და მეტი სხეულის მასის ახალშობილი, ნაცვლად საბჭოთა პერიოდში

არსებული რეგისტრაციის წესისა: სიცოცხლისუნარიანად იყო მიჩნეული ახალშობილი

დაბადებული 28 კვირის ორსულობის ვადიდან, სხეულის მასით >1000,0.

თუმცა სამედიცინო პერსონალის მენტალური შეჩვევა-განწყობა 22 კვირის გესტაციის

მკვდარი ნაყოფი დაეფიქსირებინათ, როგორც მკვდრადშობილი და არა შეწყვეტილ

ორსულობა, შედარებით გვიან მოხდა. რამოდენიმე წელი დასჭირდა ე.წ. „მენტალური

შეგუებას“ იმ ფაქტთან რომ მას არ დასჯიდნენ 22 კვირის ნაყოფის სიკვდილიანობის

ჩვენებისათვის. ამან გავლენა მოახდინა სტატისტიკაზე. აქედან გამომდინარე,

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 2006წ-მდე შეიძლება უფრო მაღალიც იყო, მაგრამ

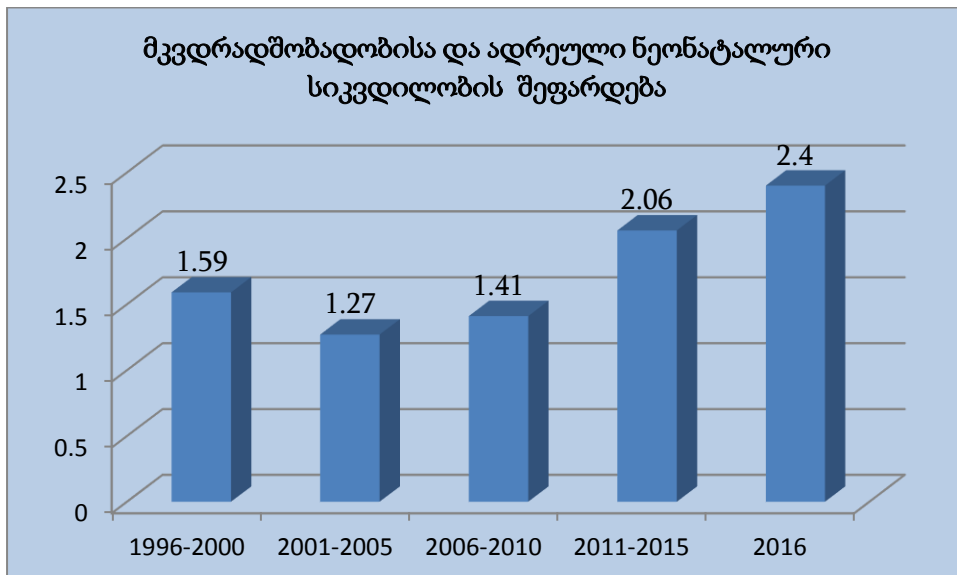
სავარაუდოდ არ ხდებოდა მისი ასახვა.

კვლევით გამოვლინდა, რომ მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება არის მზარდი. 20 წლის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 1996-2000წწ -1.59, 2001-2005წწ- 1.27, 2006-2010წწ- 1.41, 2011-2015წწ- 2.06, ხოლო 2016წელს იყო - 2.4 , რაც ორჯერ აღემატება ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულ ნიშნულს-1,2-ს. (იხ.სურათი№23).

მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატოლოგიური სიკვდილიანობის შეფარდების ზრდის ტენდენცია, მკვდრადშობადობის მაღალი მაჩვენებელი აიხსნება ანტენატალური პერიოდის მართვის არასრულფასოვნებით და მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს სადეკრეტო შვებულებების გაუმჯობესებული საკანონმდებლო რეგულაციები, მწირი შემოსავლის გამო ქალი არჩევს მუშაობას ორსულობის მიმდინარეობის მანძილზე, არ სარგებლობს სადეკრეტო შვებულებით და მშობიარობის დაწყებამდე მუშაობს, რაც სავარაუდოდ განაპირობებს ნაყოფის არახელსაყრელ მდგომარეობას მუცლადყოფნის პერიოდში- ნაადრევ მშობიარობასა და/ან მკვდრადშობადობას.

სურათი N 23. მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატოლოგიური სიკვდილიანობის შეფარდება(საშუალო) .

(1996-2000წწ, 2001-2005 წწ, 2006-2010 წწ, 2011-2015წწ, 2016წწ).

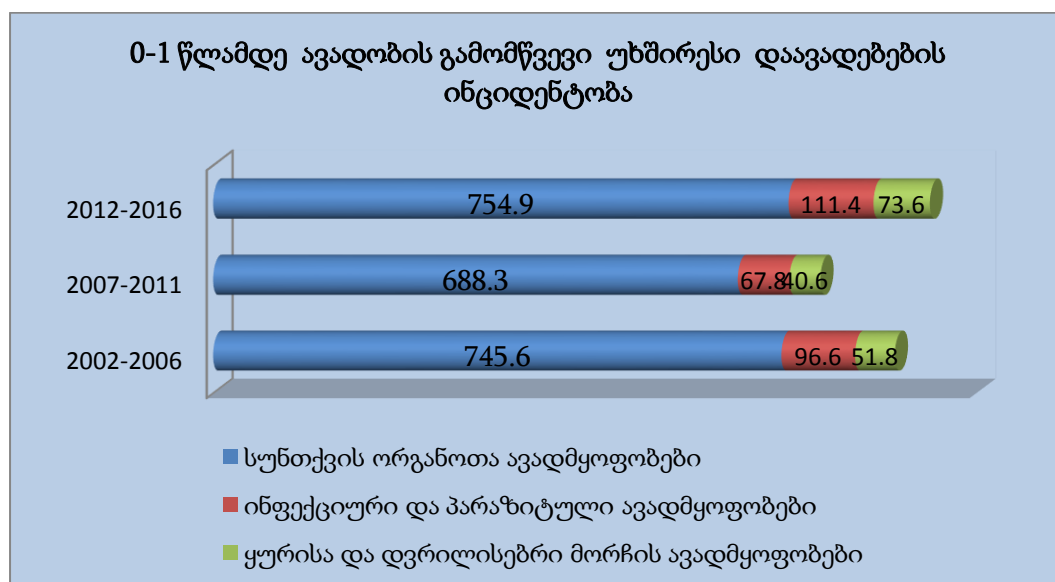


0-1წლამდე ავადობის გამომწვევი უზშირეს დაავადებებში მაღალი და მზარდი ინციდენტობით გამოირჩევა სამი ძირითადი დაავადება: „სუნთქვის ორგანოების ავადმყოფობები“, „ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები“ , „ინფექციური და პარაზიტარული ავადმყოფობები“. მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი

საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: სუნთქვის ორგანოების ავადმყოფობები 2002-2006წწ - 745.6 , 2007-2011წწ- 688.3, 2012-2016წწ- 754.9. ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები: 2002-2006 წწ -96.6 , 2007-2011წწ- 67.8, 2012-2016წწ- 111.4. ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები:2002-2006წწ -51.88 , 2007-2011წწ- 40.6, 2012-2016წწ- 73.62. (იხ. სურათი N24).

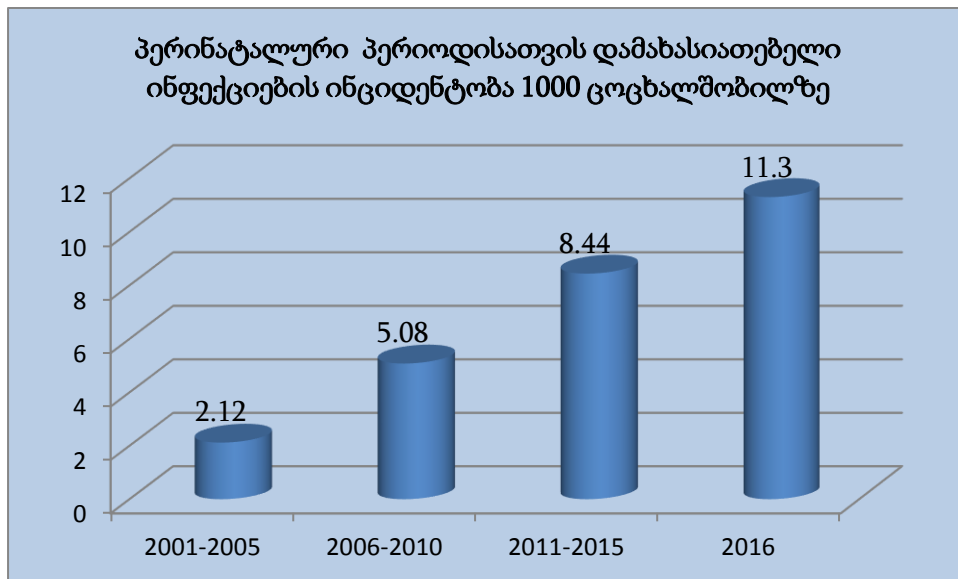
0-1წლამდე ასაკში ბავშვთა ავადობის მაჩვენებლების მოიმატება ნაწილობრივ აიხსნება უნივერსალური ჯანდაცვის დანერგვით,რის გამოც ბავშვთა სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობა გაიზარდა .

სურათი N24. უბშირესი დაავადებების ინციდენტობა 1 წლამდე ასაკის 1000 ბავშვზე, (საშუალო). 2002-2006წწ , 2007-2011წწ , 2012-2016წწ.



შესწავლილი იქნა პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა 1000 ცოცხალშობილზე,გამოვლინდა მზარდი ტენდენცია. კერძოდ პერინატალური ინფექციების წილის მონაცემების გასაშუალებით მიღებული 5-5 წლიანი საშუალო რაოდენობის მიხედვით გამოვლინდა ასეთი ტენდენცია: 2001-2005წწ - 2.12 , 2006-2010წწ- 5.08, 2011-2015წწ- 8.44 ,ხოლო 2016წ- 11.3-მდე გაიზარდა. პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობის მზარდი მაჩვენებლის მიხედვით შეიძლება ვიფიქროთ,რომ ორსულის ანტენატალური მოვლის არადაეკვატური ხარისხის გამო არ ხდება ურო-გენიტალური ინფექციების დროული იდენტიფიცირება(იხ.სურათი №25).

სურათი N25. პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა 1000 ცოცხალშობილზე(საშუალო). 2001-2005წწ, 2006-2010წწ, 2011-2015წწ. 2016წ



ამრიგად, კვლევით ვლინდება, რომ შობადობის მატემა დაფიქსირდა 1988-1990 წლებში, როდესაც ეროვნული მოძრაობის ლიდერმა ზვიად გამსახურდიამ მოუწოდა ერს გამრავლებისაკენ და 2008 წლიდან, როდესაც უწმინდესმა გამოხატა ოჯახის ყოველი მე-3 და მომდევნო შვილის მონათვლის კეთილი ნება,რაც მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის რეპროდუქციულ ქცევაზე ეკონომიკურ სტიმულებზე მეტად იდეოლოგიური და რელიგიური თემები ახდენს გავლენას. მიუხედავად იმისა,რომ საქართველოში 1996-2016 წლებში, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის 2,6-ჯერ შემცირდა, ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კი 2-ჯერ შემცირდა, ორივე მაჩვენებელი ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის ქვეყნების იგივე მაჩვენებლებს,ხოლო მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი და პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კრიტიკულად შეუსაბამოა ჩვენთვის, როგორც მცირერიცხოვანი ერისათვის. პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების ინციდენტობა 1000 ცოცხალშობილზე მზარდია.

საქართველოში 1996 წლიდან დღემდე ხორციელდება „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამა“(ადრე „ უსაფრთხო დედობის და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა“), რითაც უზრუნველყოფილია უფასო ანტენატალური მეთვალყურეობა. მიუხედავად ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდისა მკვდრადშობადობის, პერინატალური სიკვდილიანობის, პერინატალური

პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექციების მაჩვენებელი არცთუ სახარბიელოა. მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით რეკომენდებულია ანტენატალური მოვლის ხარისხის გაუმჯობესება, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაში ორგანიზაციული ცვლილებების განხორციელება და ოჯახის ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის დანერგვა.

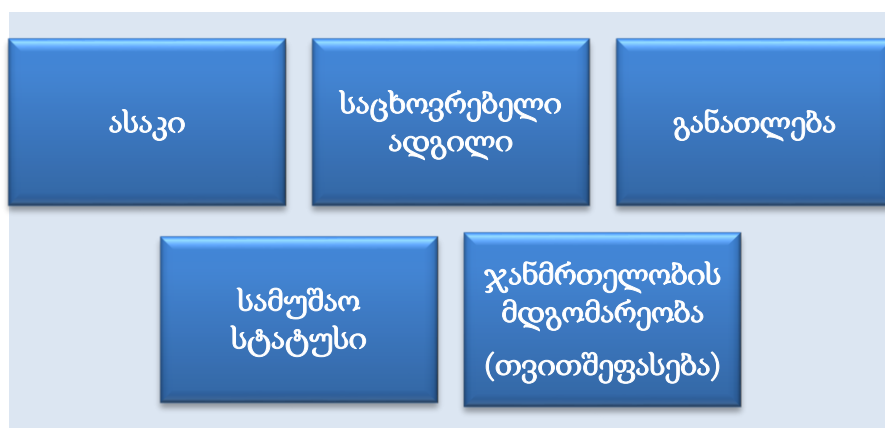
თავი IV

კვლევის შედეგები II

4.1.საველე სამუშაო- ორსულთა ინტერვიურება

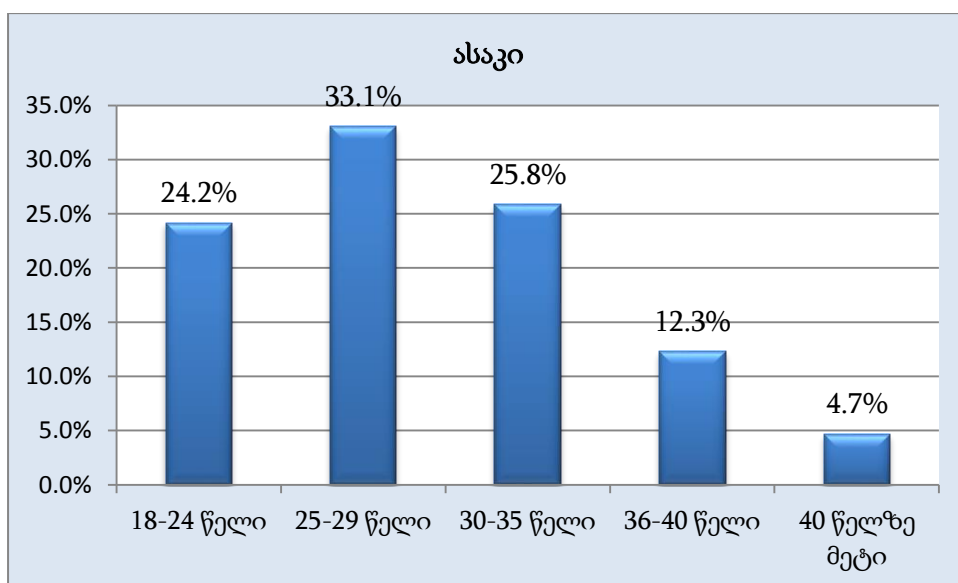
I ჯგუფში გაერთიანდა 472 ორსული, სხვადასხვა გესტაციის ვადაზე. კვლევაში სოციოგრაშიდან შეირჩა 5 დამოუკიდებელი ცვლადი: ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, სამუშაო სტატუსი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა (თვითშეფასება). (იხ. სურათი N26).

სურათი 26. დამოუკიდებელი ცვლადები (ორსულთა ინტერვიურება).



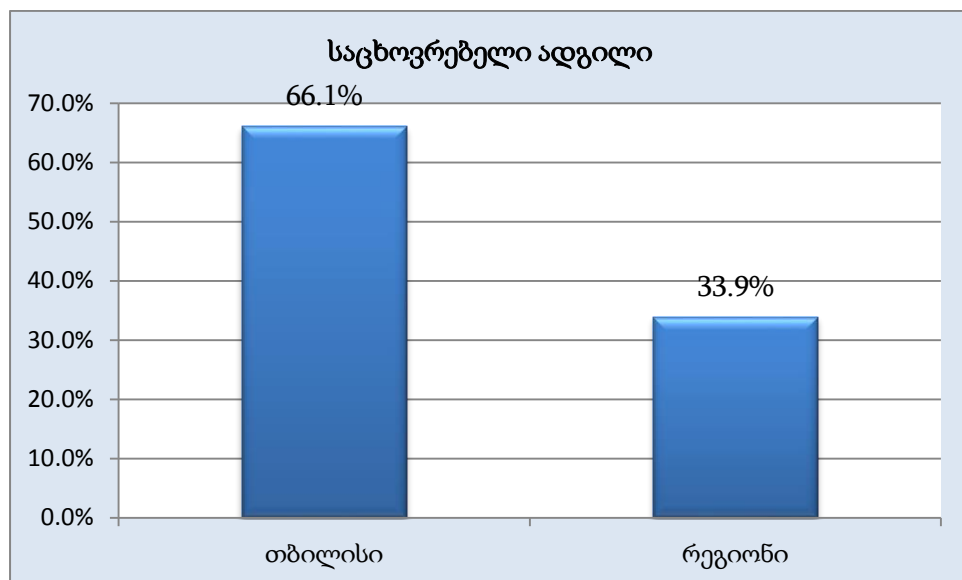
ორსულთა ასაკობრივი შემადგენლობა იყო შემდეგ: 18-24 წლის ორსულები შეადგენდა 24.2%-ს, 25-29წლის-33.1%-ს, 30-35წლის-25.8%-ს, 36-40წლის-12.3%-ს, 40 წელზე ზევით- 4.7%-ს.(იხ.სურათი N27).

სურათი N27. ორსულთა ასაკობრივი განაწილება%



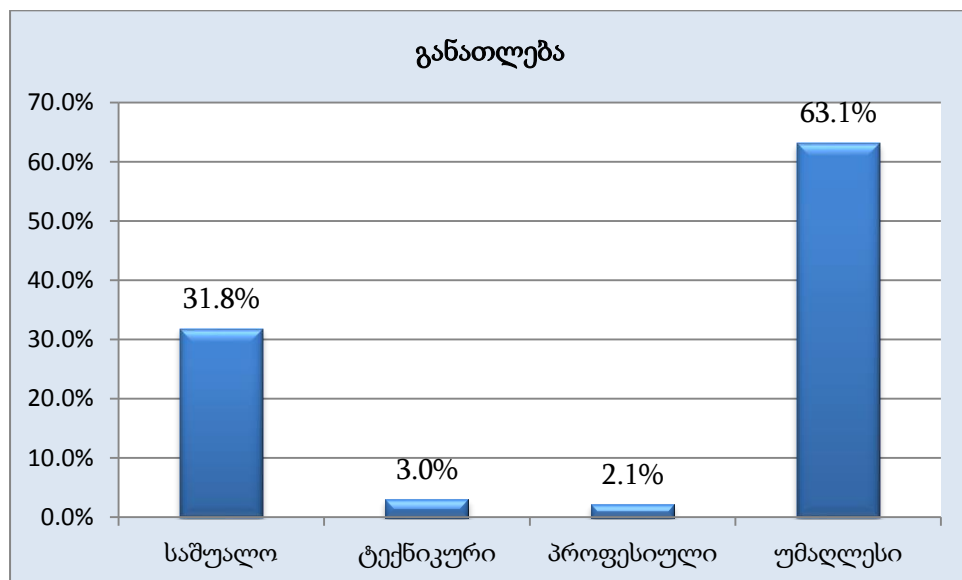
ორსულთა 99.4% საქართველოს მოქალაქე იყო.ორსულთა 66.1% იყო თბილისში მცხოვრები. ორსულთა 33.9% იყო რაიონის მაცხოვრებელი,რაც მიუთითებს რაიონში სერვისის მიღების არასასურველ ხარისხზე, რის გამოც ორსულები არჩევენ მომართონ დედაქალაქს (იხ. სურათი N 28).

სურათი N28,ორსულთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით %



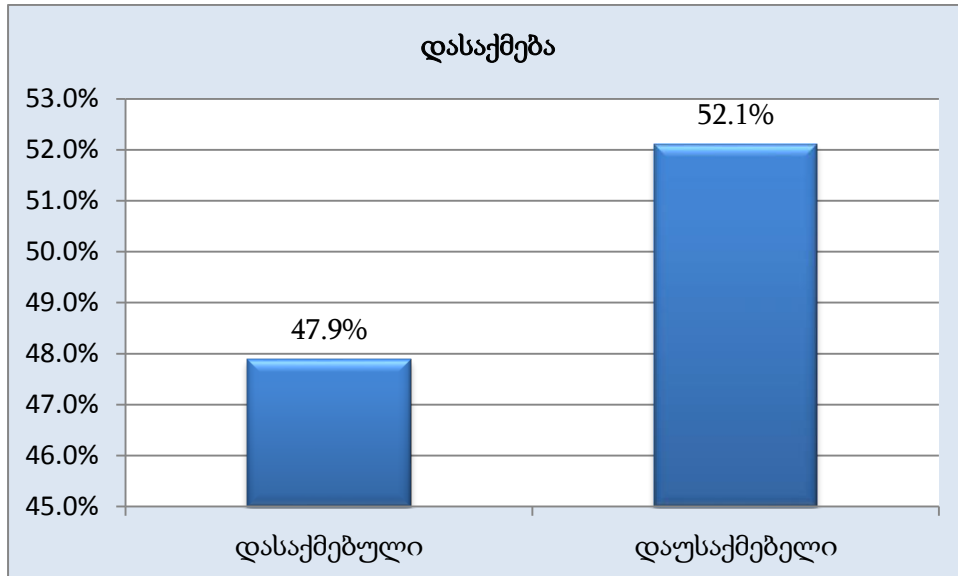
რსულთა 63.1% იყო უმაღლესი განათლებით,ხოლო 36.9%-საშუალო,ტექნიკური, პროფესიული განათლებით იხ. (სურათი N29).

სურათი N29. ორსულთა განაწილება განათლების მიხედვით %



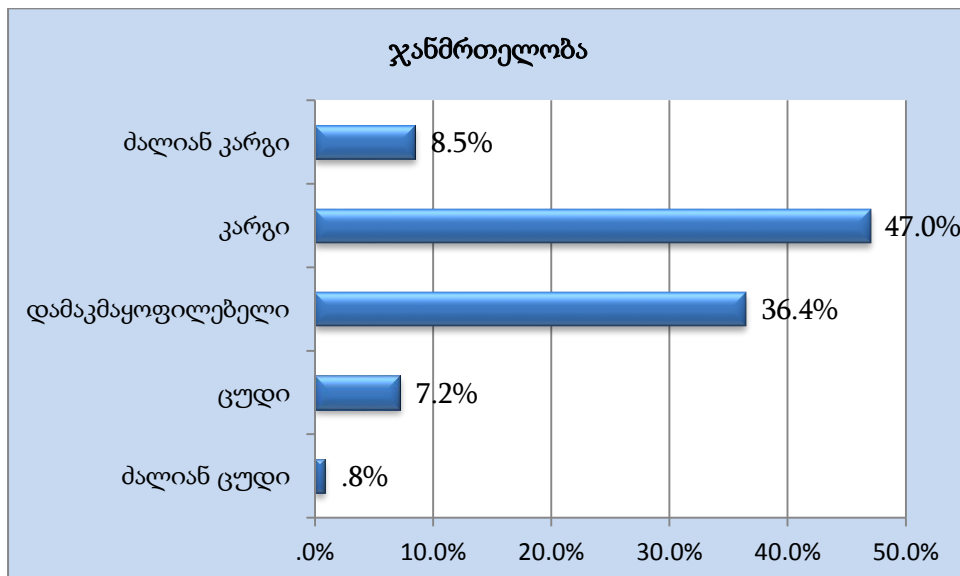
ორსულთა 47.9% იყო დასაქმებული,ხოლო 52.1%-დაუსაქმებელი (იხ. სურათი N30).

სურათი N30. ორსულთა განაწილება დასაქმების მიხედვით %



უნარშეზღუდვა არც ერთს არ ჰქონდა. ორსულთა 7.2%-ს ჰქონდა ცუდი და 0.8% ძალიან ცუდი ჯანმრთელობა, 36.4%-დამაკმაყოფილებელი, ორსულთა 47%-ს კარგი და 8.5%-ს -ძალიან კარგი. (იხ.სურათი N31).

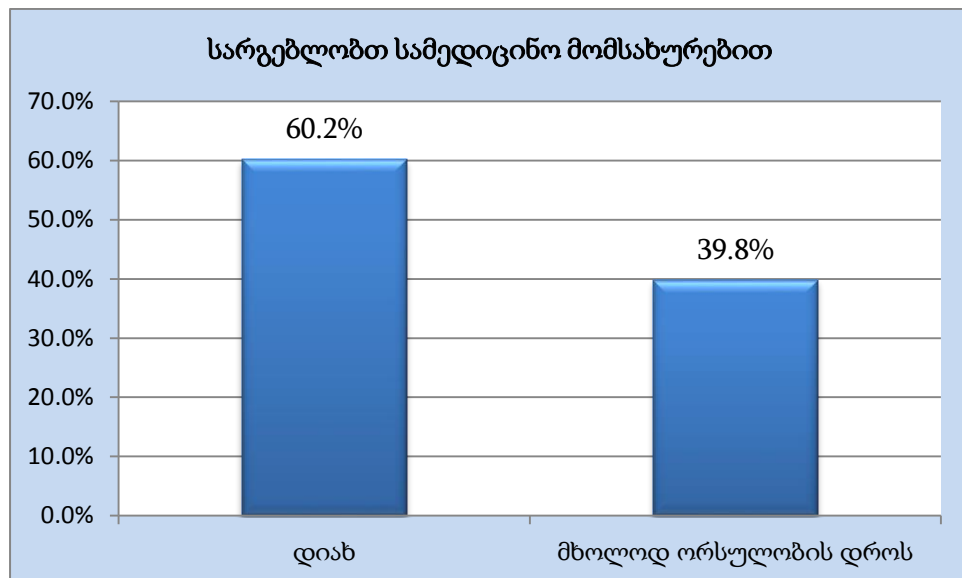
სურათი N31. ორსულთა განაწილება ჯანმრთელობის მიხედვით(თვითშეფასება)%



რესპონდენტთა 60.2% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით, ხოლო 39.8% ამბობს, რომ რუტინულად არ სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით, თუმცა როგორც ინტერვიურებისას მათ აღნიშნეს, სარგებლობენ მხოლოდ ორსულობის დროს.

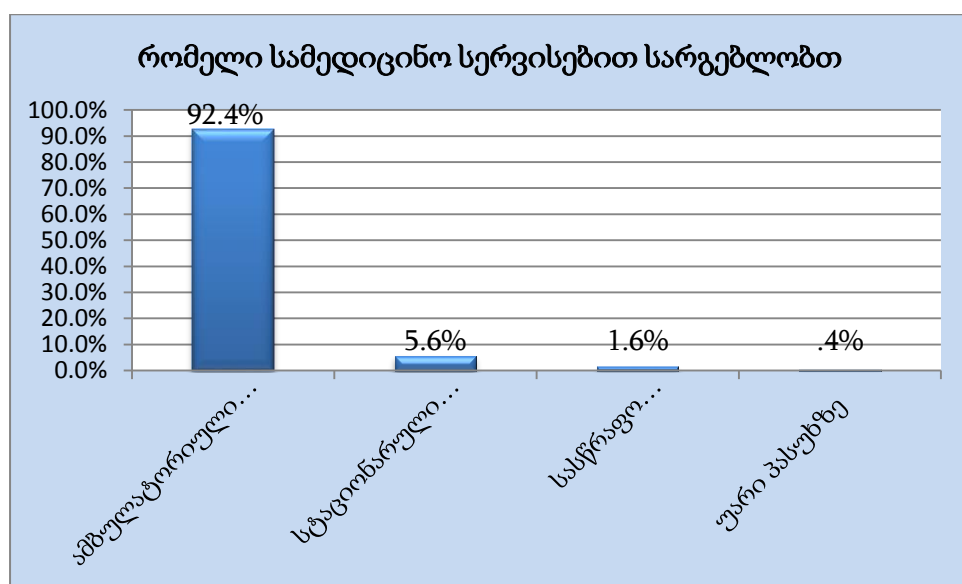
აღნიშნული სტატისტიკა მიანიშნებს მოსახლეობის დაბალ განწყობას ჯანმრთელობის პრევენციული სერვისებისადმი (იხ. სურათი N32).

სურათი N32. ორსულთა განაწილება ამედიცინო მომსახურების მოხმარების მიხედვით



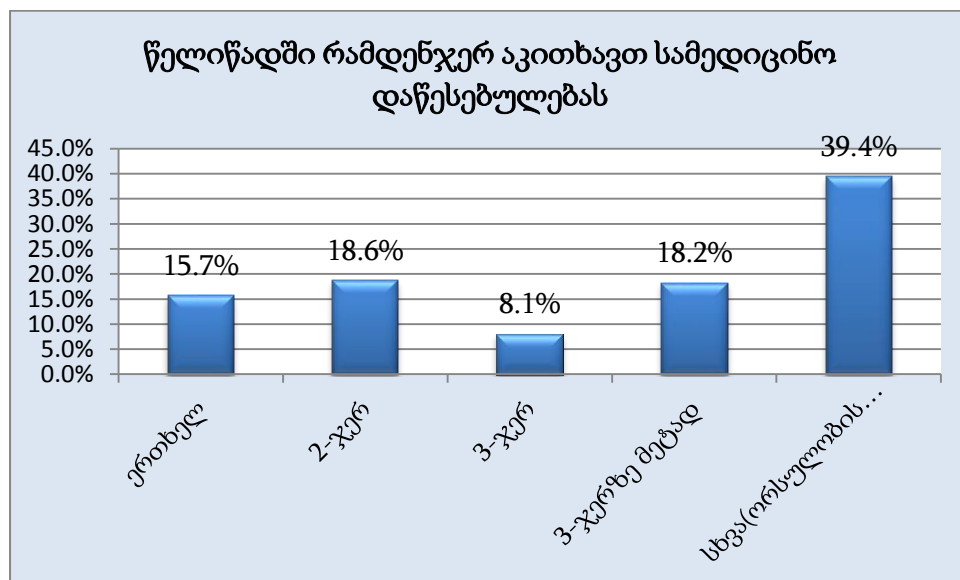
რესპოდენტები (რუტინულად მოსარგებლე 60.2% და მხოლოდ ორსულობისას მოსარგებლე 39.8%) უფრო ხშირად ამბულატორიული სერვისებით მოსარგებლეები არიან. ეს კი მიანიშნებს, რომ მოსახლეობის ქცევა ამბულატორიული სერვისებისადმი პოზიტიურია; ოჯახის ექიმის პოპულარიზაციის შემთხვევაში მოსახლეობის მიერ პჯდ-ის ხარჯთეფექტური სერვისების გამოყენება შეიძლება გაიზარდოს, რაც მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე პოზიტიურ გავლენას იქონიებს (იხ. სურათი N33).

სურათი N33. სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის სახეები (ორსულები).



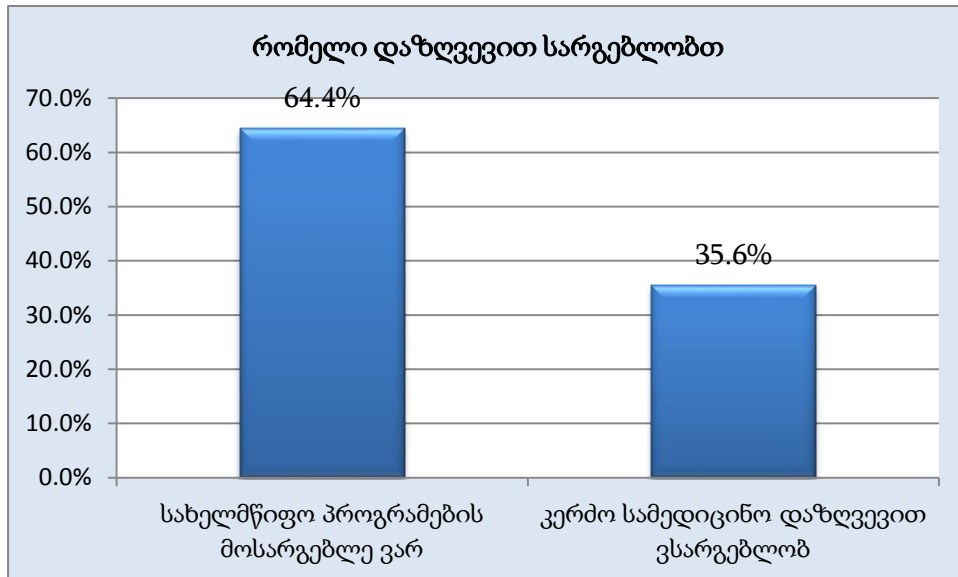
სამედიცინო მომსახურებით რუტინულად მოსარგებლებიდან 15.7% წელიწადში ერთხელ მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, 18.6% 2-ჯერ, 8.1% მიმართავს 3-ჯერ და 3-ჯერზე მეტად 18.2%. აღნიშნული სტატისტიკა მიანიშნებს, რომ პროფილაქტიკას ნაკლებ ყურადღებას უთმობს რესპონდენტები, რადგან ერთჯერადად, ანუ პირველ მიმართვას მხოლოდ 15,7% ახორციელებს, ამასთან არ ჩანს პირადი ექიმის უწყვეტი მეთვალყურეობის არსებობა, რადგან მიმართვიანობა წელიწადში 2-ჯერ და 3-ჯერზე მეტად თითქმის ერთნაირი ინტენსიობისაა (18.6% და 18.2%), რაც საშუალებას იძლევა ვიფიქროთ, რომ პაციენტის მიმართვა პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციასთან ხდება სპონტანურად, დაუგეგმავად, პაციენტის სურვილისა და საჭიროებისადმი მისი საკუთარი შეხედულების მიხედვით ოჯახის ექიმის გარეშე (იხ. სურათი N34).

სურათი N34. წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა(ორსულები).



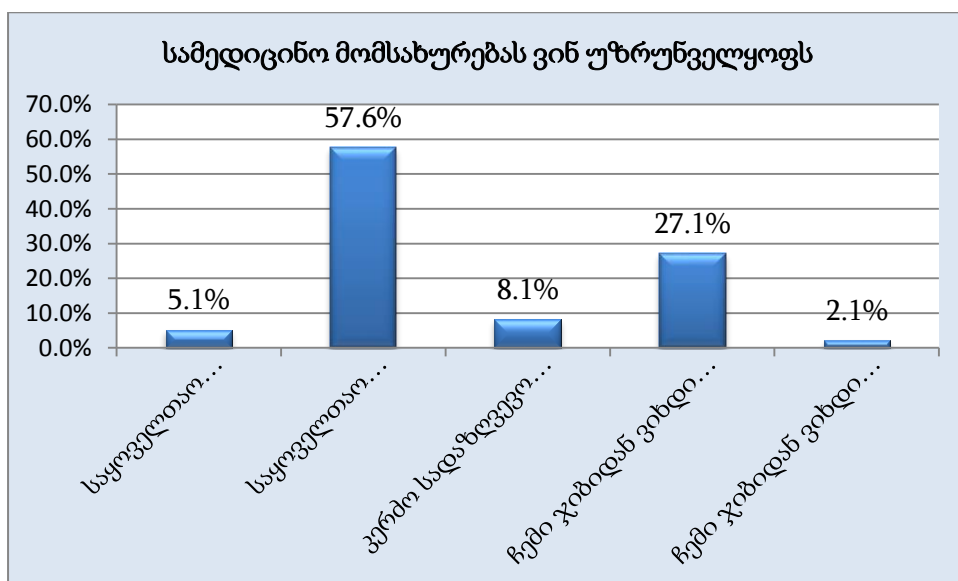
რესპონდენტთა 64.4% სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ხოლო 35.6% კერძო დაზღვევით (იხ. სურათი N35).

სურათი N35. სამედიცინო დაზღვევის სახეები(ორსულები).



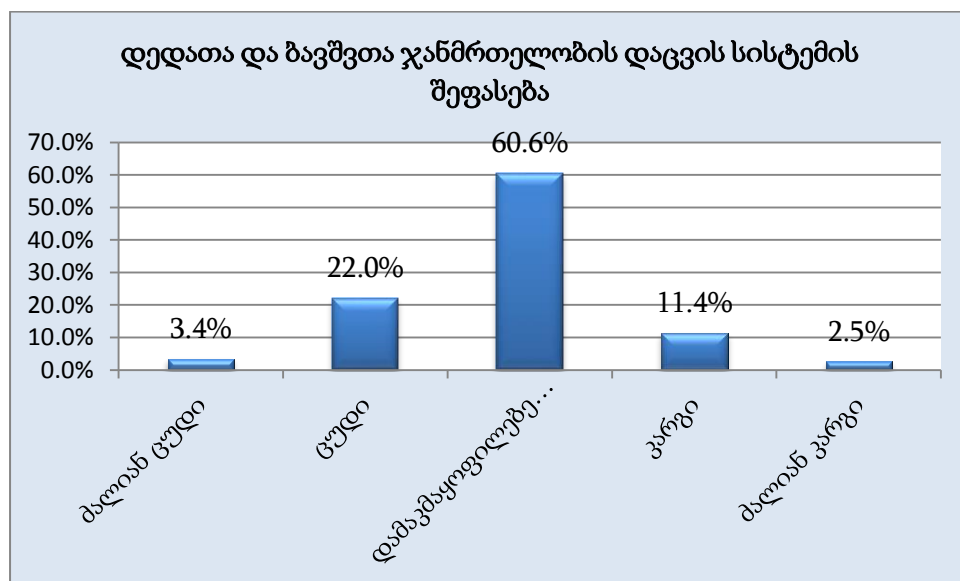
რესპონდენტთა 57.6% -ის სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და ჯიბით თანაგადახდა, 27.11%-სადაზღვევო კომპანია და თანაგადახდა თავისი ჯიბიდან, 5.1% მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვა, 2.1% ამბობს, რომ ყველა ხარჯს თავად იხდის. აღნიშნული ზოგადი სტატისტიკის მიხედვით, პაციენტებისათვის პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ფინანსურად ხელმისაწვდომია (იხ. სურათი N36).

სურათი N36.სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა(ორსულები).



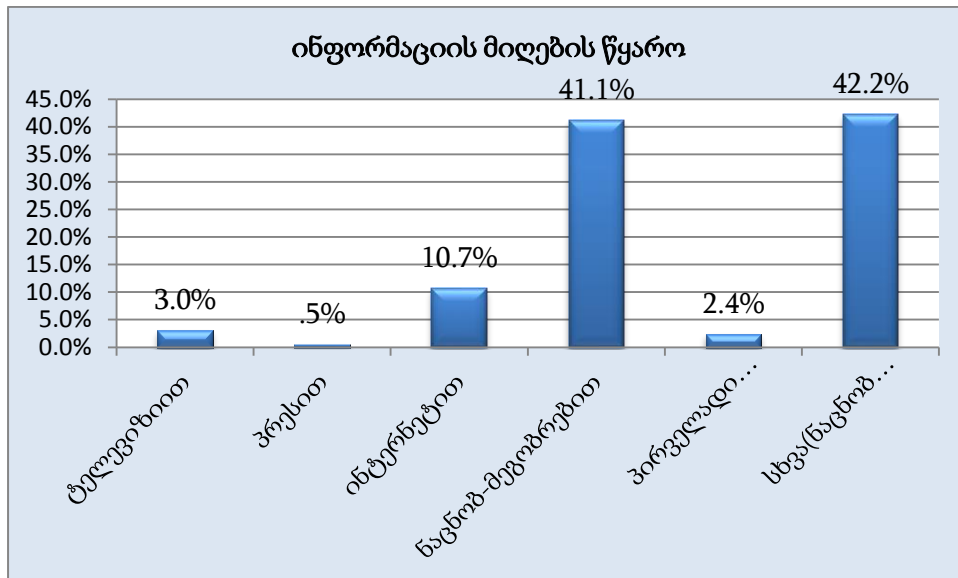
რესპონდენტთა 70.8%-ს არა აქვს ინფორმაცია-რა სახის სამედიცინო სერვისებს ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში. რესპონდენტთა 73.3% ამბობს რომ ესაჭიროება უფრო მეტი ინფორმაცია საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ. რესპონდენტთა 98.3%-ს არა აქვს ინფორმაცია რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით. რესპონდენტების 99.2%-სათვის არავის უკითხავს და არც მას გამოუთქვამს აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში. რესპონდენტთა 61.3% ფიქრობს,რომ ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არ პასუხობს მათ მოთხოვნებს. ამავდროულად რესპონდენტთა შეფასება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ საქართველოში არის შემდეგი: 3.4% ამბობს, რომ არის ძალიან ცუდი, 22%-ცუდი, დამაკმაყოფილებელი-60%, კარგი-11.4%,ძალიან კარგი-2.5%.(იხ. სურათი N37).

სურათი N37. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება(ორსულები).



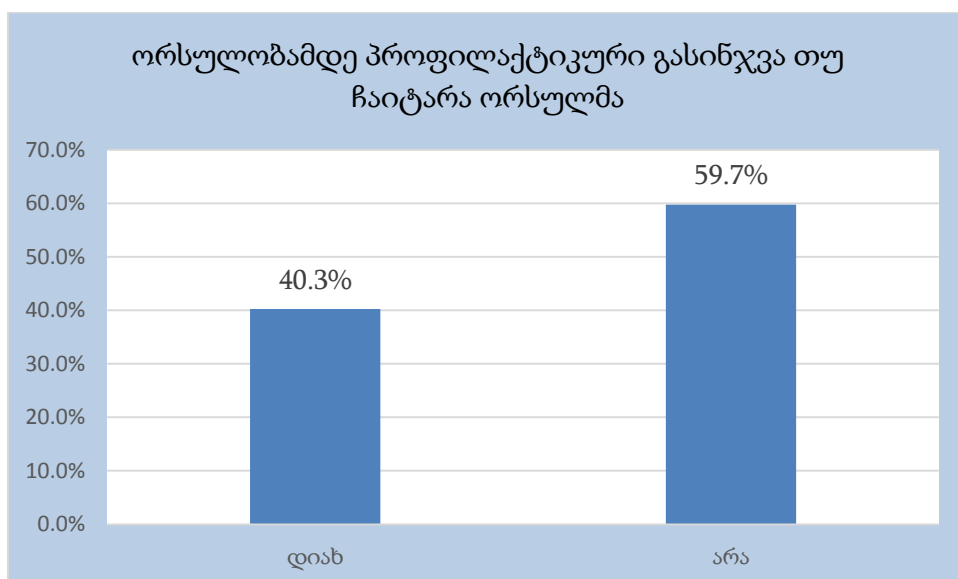
რესპონდენტთა 58.5%-ს არა აქვს ინფორმაცია სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, ხოლო „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ ყველა რესპონდენტს აქვს ინფორმაცია. ინფორმაციის მიწოდების უმთავრესი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები(41.1%),ნაცნობი გინეკოლოგი და რეპროდუქციული ცენტრი(42.2%), მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილმა (2.4%) მიიღო ინფორმაცია პჯდ-ში, ანუ ორსულთა 95.6%-მა ინფორმაცია მიიღო არა ოჯახის ექიმიდან, არამედ სხვა წყაროებიდან, რაც აიხსნება ოჯახის ექიმის არასაკმარისი მუშაობით თემში (იხ. სურათი N38).

სურათი N38. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების წყარო(ორსულები)



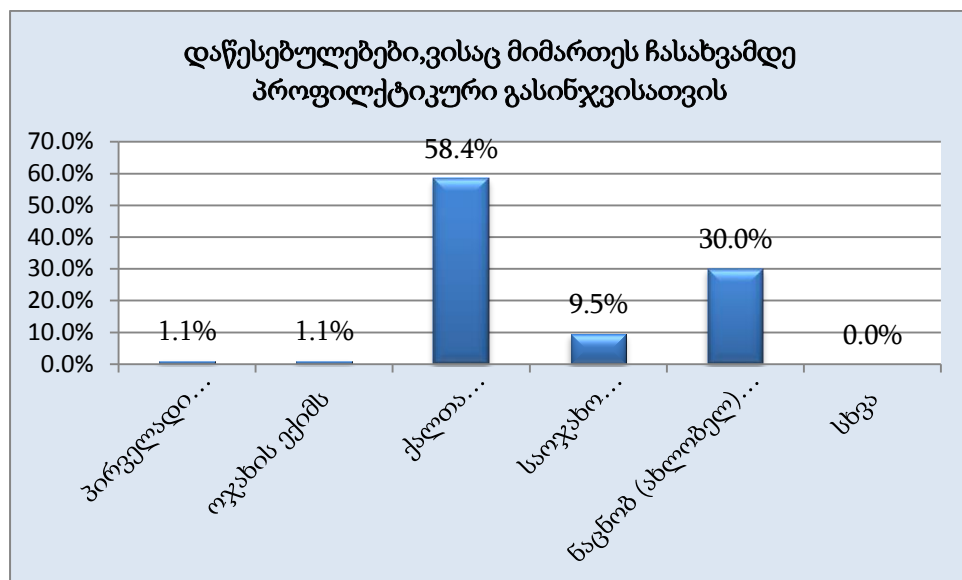
რესპონდენტთა მხოლოდ 40.3% ჩაიტარა ორსულობის დადგომამდე(ჩასახვამდე) პროფილაქტიკური გასინჯვა,თუმცა 90.1%-ს მიაჩნია,რომ ჩასახვამდე გასინჯვის ჩატარება და ორგანიზმის მზაობის შეფასება ორსულობისათვის აუცილებელია. (იხ.სურათი N39).

სურათი N39. ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა თუ ჩაიტარა ორსულმა



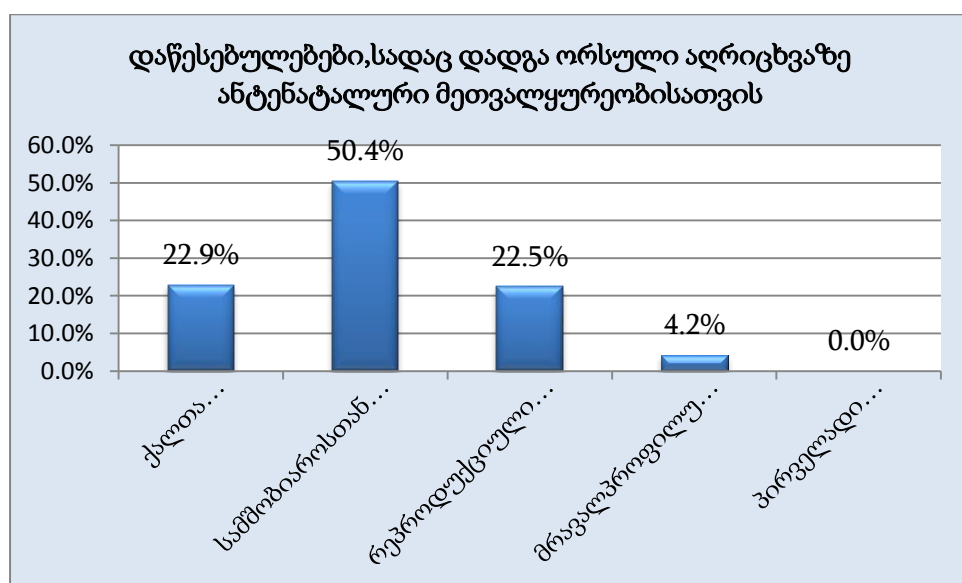
ჩასახვამდე პროფილაქტიკური გასინჯვისათვის უფრო ხშირად მიმართავენ ქალთა კონსულტაციას(58.4%) და ნაცნობ ექიმს(30%) და არა ოჯახის ექიმს (იხ.სურათი N40).

სურათი N40. დაწესებულებათა ჩამონათვალი, ვისაც მიმართა ორსულმა ჩასახვამდე



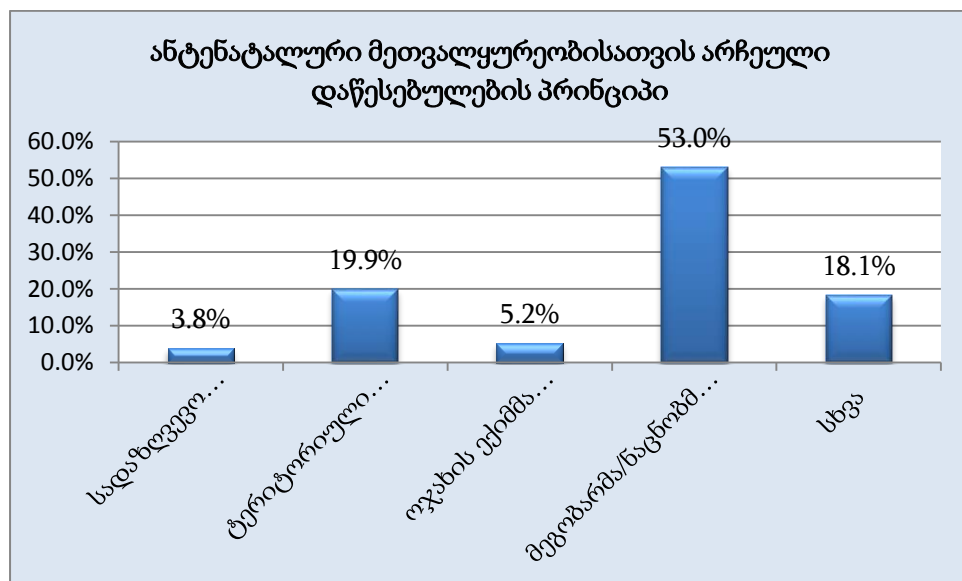
რესპონდენტთა 50.4% აღრიცხვაზე დადგა სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა კონსულტაციაში, 22.5% -რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრში, 22.9% ქალთა კონსულტაციაში, 4.2% -მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულების ქალთა კონსულტაციაში, ხოლო პჯდ-ისათვის არავის მიუმართავს (იხ. სურათი N41).

სურათი N41. დაწესებულება, სადაც დადგა ორსული აღრიცხვაზე



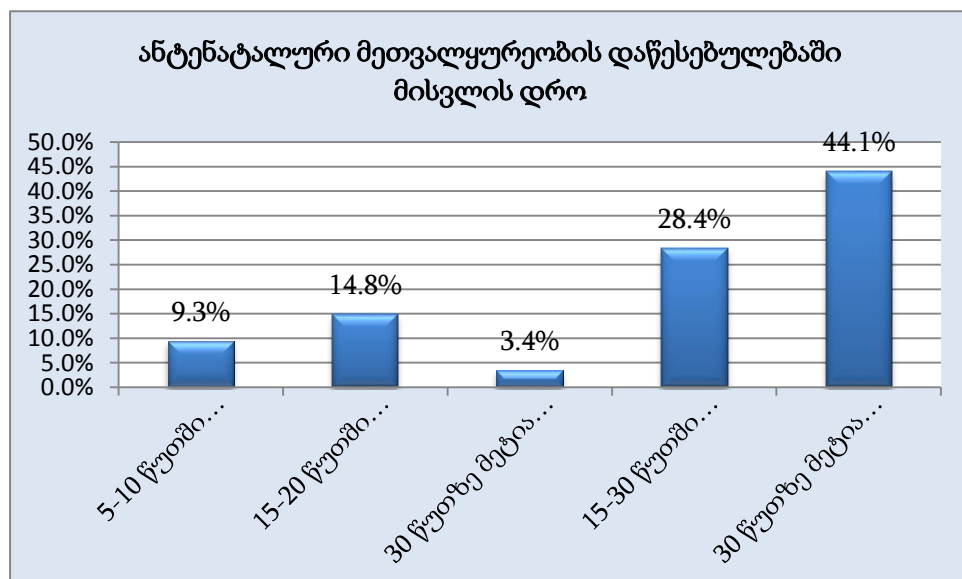
რესპონდენტთა 53.0% ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის შერჩეული დაწესებულება აირჩია ნაცნობ-მეგობართა რჩევით, 19.9%-მა ტერიტორიული სიახლოვის გათვალისწინებით, 3.8%-მა სადაზღვევო კომპანიის მიმართებით, 18.1%-მა სხვა რეკომენდატორების რჩევა გაითვალისწინა (იხ.სურათი N42).

სურათი N42. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დაწესებულების არჩევის პრინციპი



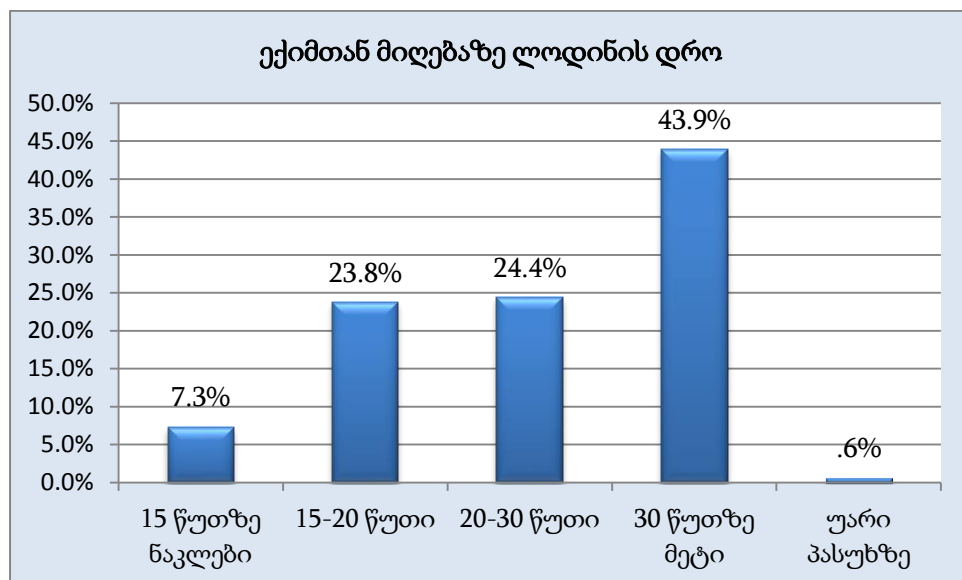
რესპონდენტთა 44.1% -ს თავისი საცხოვრებელი სახლიდან ანტენატალური ვიზიტისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში მისასვლელად სჭირდება 30 წუთზე მეტი, ხოლო 28.4%-ს 15-30წუთი საჭირო ტრანსპორტით მისასვლელად, ფეხით მისასვლელად 5-10წუთი სჭირდება 9.3%-ს, 15-20წუთი 14.8%, 30წუთზე მეტი 3.4%-ს (იხ.სურათი N43).

სურათი N43. დრო, ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწესებულებაში მისასვლელად



ექიმთან შესასვლელად 70.3%-ს სჭირდება ლოდინი,რაც ელექტრონული ჩაწერის სისტემის გაუმართაობაზე მიუთითებს. ექიმთან შესვლაზე ორსულთა 43.9%-ს უხდება 30 წუთზე მეტი დროით ლოდინი (იხ.სურათი N44).

სურათი N44. ექიმთან მიღებაზე ლოდინის დრო.



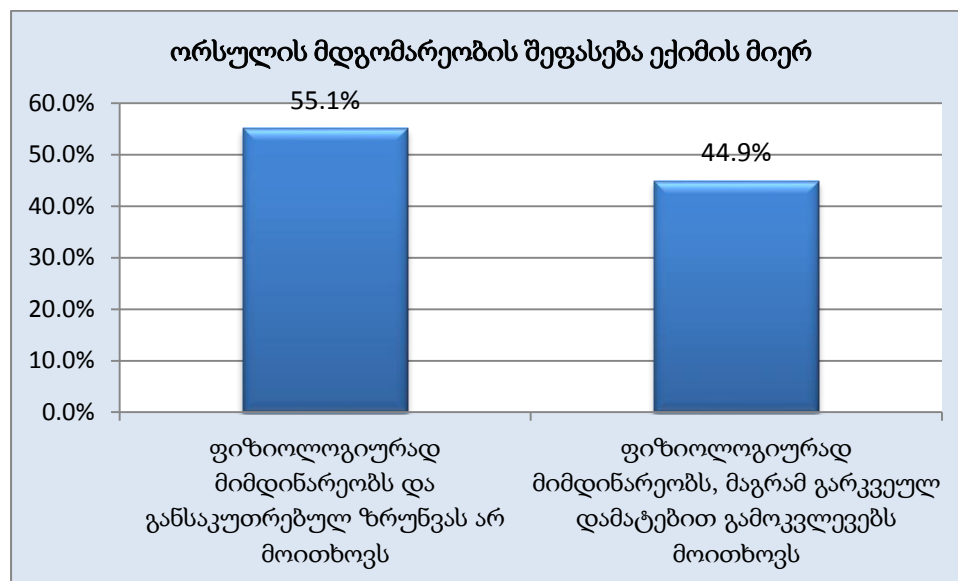
რესპონდენტთა 54.7% ამბობს,რომ ანტენატალური ვიზიტების დროს ექიმი გასინჯვას ანდომებს 15-20წუთს ,27.1%-ში კი 20-30წუთი,15 წუთზე ნაკლები დროს ანდომებს 11%-ში და 30 წუთზე მეტს 7%-ში .

რესპონდენტთა 77.5% -ს ანტენატალური ვიზიტის დროს, არ მიუღია ექიმისაგან ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და მისი შესაძლებლობის შესახებ საქართველოში, ხოლო დეტალური და ამომწურავი ინფორმაცია მიაწოდა: ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ 87.3% -ს, ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ 86.9%-ს,მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესების შესახებ 89.4%-ს.აღნიშნული მიუთითებს,რომ ექიმის საუბარი ორსულთან ფოკუსირებულია ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის ირგვლივ, ხოლო დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ საუბარს ნაკლები ყურადღება ექცევა .

რესპონდენტთა 89.8% -ს ანტენატალური ვიზიტის დროს, ექიმმა მიაწოდა დეტალური და ამომწურავი ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ .

რესპოდენტთა 55.1%-ის ორსულობის მიმდინარეობა ექიმმა შეაფასა, როგორც ფიზიოლოგიურად მიმდინარე, რომელიც არ მოითხოვს დამატებით ზრუნვას, ხოლო რესპოდენტთა 44.9%-ის ორსულობის მიმდინარეობა ექიმმა შეაფასა, როგორც ფიზიოლოგიურად მიმდინარე, რომელიც მოითხოვს დამატებით გამოკვლევებს (იხ. სურათი N45).

სურათი N45. ექიმის მიერ ორსულის მდგომარეობის შეფასება



რესპოდენტთა 55.1 %-მა პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს სტანდარტით გათვალისწინებული მომსახურების გარდა მიიღო სტანდარტზედა მომსახურება.

რესპოდენტთა 83.9% -მა მეორე ანტენატალური ვიზიტის დროს, სტანდარტით გათვალისწინებული მომსახურების გარდა მიიღო სტანდარტზედა მომსახურება.

მესამე ანტენატალური ვიზიტის დროს, ყველა რესპოდენტმა მიიღო სტანდარტით გათვალისწინებული მომსახურება და სტანდარტზედა მომსახურება.

რესპოდენტთა 95.7 %-მა მეოთხე ანტენატალური ვიზიტის დროს სტანდარტით გათვალისწინებული მომსახურების გარდა მიიღო სტანდარტზედა მომსახურება.

შესაძლებელია არ ხდებოდა ორსულის მდგომარეობის სწორად შეფასება და/ან ფიზიოლოგიური ორსულობის სტატუსით ხდებოდა მათი გაფორმება სახელმწიფო პროგრამაში მოხვედრის მიზნით.

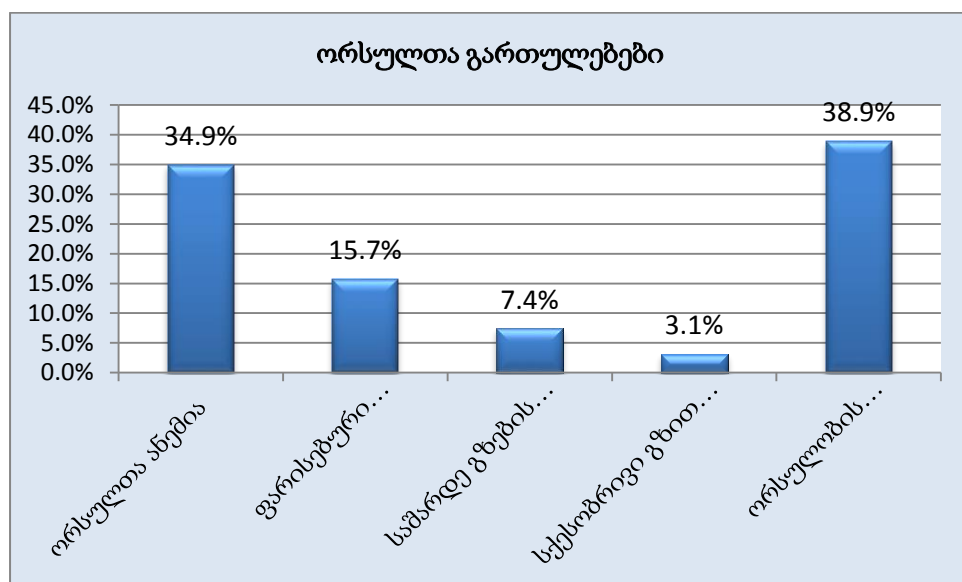
რესპოდენტთა მხოლოდ 38.1%-მა მიიღო პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს სტანდარტით გათვალისწინებული მომსახურების გარდა ფოლის მჟავა.

რესპოდენტთა 27.1%-ს ორსულობის დროს დასჭირდა რკინის პრეპარატი, მაგრამ მხოლოდ 10.9%-მა მიიღო რკინის პრეპარატი პროგრამის ხარჯზე, ანუ უფასოდ. ასეთი

სტატისტიკა აიხსნება უნდობლობით „უფასოდ“ მიღებული პრეპარატისადმი, ამასთან მრავალი ექიმი უნიშნავს ძვირადღირებულ მრავალკომპონენტთან ვიტამინებს, როგორც „უფრო სანდო“, პაციენტი ფინანსური შესაძლებლობის დროს ითვალისწინებს ექიმის რჩევას. საჭიროა მეტი პროპაგანდა პროგრამით გათვალისწინებული ვიტამინების სანდოობის შესახებ, რათა ორსულმა დროულად მიიღოს ფოლის მჟავა და ანემიის სამკურნალოდ აუცილებელი რკინის პრეპარატი.

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე (შეფასების და პროგრამით სარგებლობის მიხედვით) ორსულ რესპონდენტთა 30.3%-ს, ორსულობის მიმდინარეობისას ჰქონდათ სხვადასხვა სახის გართულება. გართულებებს შორის არის პრევალირებს: ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე 38.9% და ორსულთა ანემია 34.9% (იხ.სურათი N46).

სურათი N46. ორსულთა გართულებები.

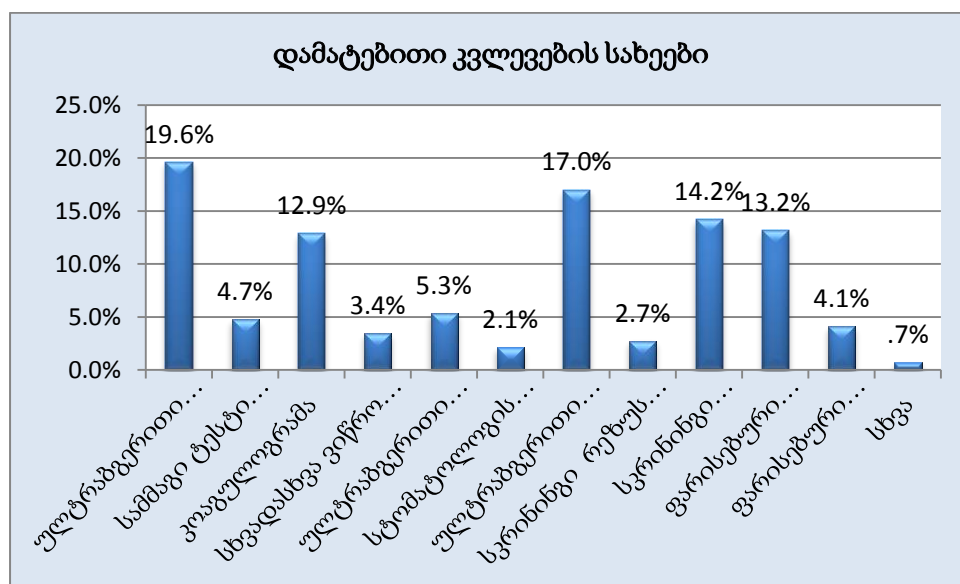


რესპონდენტთა 89.4%-ს, ორსულთა მეთვალყურეობის პროგრამით განსაზღვრული ვიზიტების გარდა დასჭირდათ დამატებითი ვიზიტები, რაც ადასტურებს კვლევის ჭეშმარიტებას და სრულიად შეესაბამება საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებას ორსულთა ვიზიტების რაოდენობის გაზრდასთან დაკავშირებით.

რესპონდენტთა 91.9%-ს, ორსულთა მეთვალყურეობით გათვალისწინებული კონსულტაციებისა და გამოკვლევების გარდა ჩაუტარდათ დამატებითი გამოკვლევები. დამატებით კვლევებს შორის პრევალირებს: ულტრაბგერითი კვლევა სქესის დასადგენად (19.6%), ულტრაბგერითი კვლევა გესტაციის ასაკის დასადგენად, კისრის ნაოჭის სისქის განსაზღვრისათვის 12კვირამდე (17.0%), სკრინინგი რეზუს ანტისხეულების გამოვლენისადმი რეზუს-უარყოფით ორსულებში (14.2%), კოაგულოგრამა (12.9%).

აღნიშნული კვლევის დიდი ნაწილი შესრულდა 2018 წლის 1 თებერვლამდე, ანუ პროგრამის მოცულობისა და შინაარსის შეცვლამდე: კერძოდ 1 თებერვლიდან გაიზარდა ულტრაბერითი კვლევების რაოდენობა და რეზუს-ანტისხეულების გამოვლენის სკრინინგი, ამასთან მიღებულია კანონი, რომლის მიხედვითაც ექიმს ეკრძალება სქესის შესახებ ინფორმაციის მიცემა, ყოველივე ეს კი ადასტურებს კვლევის ვალიდურობას (იხ. სურათი N47).

სურათი N47. ორსულთა დამატებითი კვლევების სახეები



რესპონდენტთა 88.6%-ს ერთი და იგივე ექიმი-გინეკოლოგი უწევდა მეთვალყურეობას. რესპონდენტთა მხოლოდ 16.1%-მა მიმართა სხვა ექიმს ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს. ვიზიტის დროს რესპონდენტთა მხოლოდ 29.7%-ს ესაუბრა ექიმი ძუძუთი კვების სარგებლიანობის შესახებ. რესპონდენტთა მხოლოდ 3% დადიოდა „მშობელთა სკოლაში“. აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს, რომ ანტენატალური ვიზიტების დროს საჭიროა არსებობდეს ექიმის ვალდებულება ძუძუთი კვების სარგებლიანობის პროპაგანდის შესახებ და რეკომენდებულია არსებობდეს პროგრამით დაფინანსებული „მშობელთა სკოლის“ სერვისი.

4.1.1. ძირითადი მიგნებები ორსულთა ინტერვიუების აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან

1. ორსულებისათვის „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის“ შესახებ ინფორმაციის მიღებისა და ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის შერჩეული

დაწესებულების რეკომენდაციის მიწოდების ძირითადი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები და არა პჯდ-ის ოჯახის ექიმი.

2. ორსულთა უმრავლესობა ანტენატალური მეთვალყურეობის აღრიცხვისათვის მიმართავს სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა კონსულტაციას; არ მიმართავენ პჯდ-ის ოჯახის ექიმს, რომლის პირდაპირი მოვალეობაა პაციენტზე უწყვეტი მეთვალყურეობა, პრევენციული და სამედიცინო-საინფორმაციო სერვისების მოწოდება, ფიზიოლოგიური ორსულის მართვა.

3. ორსულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი არის რაიონის მაცხოვრებელი, რაც მიუთითებს რაიონში სერვისის მიღების არასასურველ ხარისხზე, რის გამოც ორსულები არჩევენ მიმართონ დედაქალაქს.

4. რესპონდენტების ქცევა ამბულატორიული სერვისებისადმი პოზიტიურია, თუმცა პაციენტის მიმართვა პჯდ-ის ინსტიტუციასთან ხდება სპონტანურად, დაუგეგმავად, ოჯახის ექიმის მომსახურების გვერდის ავლით.

5. ანტენატალური სერვისების მიწოდებისას მაღალია ექიმთან შესასვლელად ლოდინი, რაც ელექტრონული ჩაწერის სისტემის გაუმართაობაზე მიუთითებს.

6. რესპონდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილის ორსულობის მიმდინარეობა ექიმმა შეაფასა, როგორც ფიზიოლოგიურად მიმდინარე, რომელიც არ მოითხოვს დამატებით ზრუნვას, თუმცა სტანდარტზედა კვლევები მიიღო თითქმის ყველა ორსულმა.

შესაძლებელია არ ხდებოდა ორსულის მდგომარეობის სწორად შეფასება და/ან ფიზიოლოგიური ორსულობის სტატუსით ხდება მათი გაფორმება სახელმწიფო პროგრამაში მოხვედრის მიზნით.

7. ფიზიოლოგიურად მიმდინარე (შეფასების და პროგრამით სარგებლობის მიხედვით) ორსულ რესპონდენტთა 30.3%-ს, ორსულობის მიმდინარეობისას ჰქონდათ სხვადასხვა სახის გართულება, მათ შორის მნიშვნელოვანია ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე.

8. ორსულთა მეთვალყურეობის პროგრამით განსაზღვრული ვიზიტების გარდა დასჭირდათ მრავალი დამატებითი ვიზიტი, რომელთა რაოდენობა აღემატებოდა 6-8 ვიზიტს!

9. ორსულების ნდობა უფასოდ მიღებული სავალდებულო ვიტამინებისადმი დაბალია და მიუხედავად საჭიროებისა, იშვიათად ღებულობენ.

10. ვიზიტის დროს რესპოდენტთა მცირე ნაწილი ღებულობს ექიმისგან ინფორმაციას ძუძუთი კვების სარგებლიანობის შესახებ და ასევე უმნიშვნელოა „მშობელთა სკოლის“ სერვისის უტილიზაცია.

11. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ცნობადობა დაბალია, ასევე დაბალია ცოდნა სახელმწიფოს მხრივ გამოყოფილი დაფინანსების შესახებ. ორსულთა 70.8% არ იცის რა სერვისებს მოიცავს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა.
12. ორსულთა უმრავლესობისათვის არავის არასოდეს არ უკითხავს როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა და არც მიუღიათ მონაწილეობა მსგავსი ტიპის გამოკითხვებში.
13. ორსულთა 61.3% თვლის რომ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა არ პასუხობს მათ მოთხოვნებს.
14. ორსულთა 60.2% საჭიროების შემთხვევაში ექიმთან მიდის საკუთარი გადაწყვეტილებით, ხოლო 36.4% -ექიმს მიმართავს მხოლოდ ორსულობის დროს.
15. ორსულთა 40.3% ჩაუტარდა თავისი სურვილით ჩასახვამდელი კვლევები და 90.1% თვლის, რომ აუცილებელი ამ სერვისის რუტინული დანერგვა.

4.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან ორსულთა ინტერვიუების საფუძველზე

4.2.1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი

ასაკისა და საცხოვრებელი ადგილის კროსტაბულაციით რაიონში მცხოვრები 18-24 წლის ორსულები სჭარბობენ ამავე ასაკის თბილისში მცხოვრებ ორსულებს. ქალაქის მოსახლეობაში რეპროდუქციული აქტიობა უფრო მეტად 25 წლის შემდეგ ვლინდება. რეგიონის 18-24 წლის ორსულების 43.9% ორსულობის მეთვალყურეობისათვის მომართავს დედაქალაქს, ასაკის ზრდასთან ერთად მათი რაოდენობა მცირდება. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 12.211, P<0.016$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N1). ეს უნდა აიხსნას რამოდენიმე მდგომარეობით: ტერიტორიული სიშორე ამ ასაკობრივ ჯგუფში ნაკლები ბარიერია, ამ ასაკში მეტად არის განწყობა უკეთესი სერვისებისადმი, და არსებობს ალბათობა იმისა, რომ რაიონში მცხოვრები ამ ასაკის ახალგაზრდებს უფრო მეტად აქვთ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტაც დედაქალაქში უფრო უკეთ არის შესაძლებელი. საჭიროა რაიონებში პჯდ-ის როლის

პოპულარიზაცია, ოჯახის ექიმის მიერ გაუმჯობესებული პრევენციული და რეპროდუქციული სერვისების მოწოდება.

ასაკისა და განათლების კროსტაბულაციით 18-24 წლის საშუალო, ტექნიკური, პროფესიული განათლების ორსულები შეადგენენ 56.1% და სჭარბობს ამავე ასაკის უმაღლესი განათლების ორსულებს. მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფებში ეს თანაფარდობა იცვლება და უმაღლესი განათლების მქონე ორსულები თითქმის 2-ჯერ მეტია, ანუ რეპროდუქციული აქტიობა მზარდია 25 წლის ზემოთ უმაღლესი განათლების მქონე პირებში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 35.636, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 2). აღნიშნული მდგომარეობა მიუთითებს, უკეთესი განათლება და რეპროდუქციული აქტიობა ურთიერთკავშირშია. მეორე მხრივ, 18-24 წლის საშუალო განათლების ახალგაზრდებში მაღალი რეპროდუქციული აქტიობა მიანიშნებს, რომ საქართველოში ორსულობის დაგეგმარების კულტურა და ტრადიცია არ არის და პჯდ-ის ოჯახის ექიმი, რომელსაც ევალებს რეპროდუქციული განათლების მიცემა, ამ ფუნქციას არ ასრულებს.

ასაკისა და დასაქმების კროსტაბულაციით 18-24 წლის ორსულთა 70.2% დაუსაქმებელია, 25 წლის ზევით კი დასაქმებული ორსულები სჭარბობენ დაუსაქმებელ ორსულებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 21.151, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილში N 3), ანუ დასაქმებულ ორსულებში გამრავლება უფრო გააზრებით ხდება და მატერიალური უზრუნველყოფა სტიმულისათვის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია. 18-24 წლის დაუსაქმებელი ახალგაზრდებში რეპროდუქციული აქტიობის მაღალი მაჩვენებელი კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ახალგაზრდებში ორსულობის დაგეგმარება არ ხდება, რაც რეპროდუქციული განათლებისა და დაგეგმარების პრობლემაზე მიანიშნებს. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ნაკლებად არის კავშირი დასაქმებასთან, რაც უკავშირდება დაგეგმარების ტრადიციის არ ქონას, პჯდ-ის გაუმართავ მუშაობას რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმარების საკითხებზე.

ასაკისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის კროსტაბულაციით 18-24 წლის ახალგაზრდების 12.3% ამბობს რომ აქვს ცუდი და ძალიან ცუდი ჯანმრთელობა, მაშინ როცა 25 წლის ზევით ცუდი ჯანმრთელობის ორსულთა პროცენტული შემადგენლობა ბევრად მცირეა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 32.194, P<0.001$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 4).

აღნიშნული მიუთითებს, რომ ჯანმრთელობის პრობლემები მეტად აქვთ ახალგაზრდებს, რაც შეიძლება ნაწილობრივ აიხსნას რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ მწირი ინფორმაციით. დასკვნა-საჭიროა რაიონის პრობლემებით დაინტერესება, დაუსაქმელი ახალგაზრდების ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა. საჭიროა პჯდ-ის მუშაობის გაუმჯობესება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, ორსულობის დაგეგმარების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ ახალგაზრდების განათლებისათვის.

კვლევით ვლინდება, რომ 18-24 წლის ასაკის ორსულები, წლის განმავლობაში უფრო მეტად საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472) = 30.055, P<0.017$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 5), რაც ადასტურებს ამ ასაკობრივ ჯგუფში ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობას.

კვლევის მიხედვით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე არის 18-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის 70.2%, ხოლო 15.8% ამ ასაკობრივ ჯგუფში სარგებლობს კერძო დაზღვევით თანაგადახდის პრინციპით. მომდევნო მზარდ ასაკობრივ ჯგუფებშიც საყოველთაო ჯანდაცვით სარგებლობის წილი სხვა წყაროებთან შედარებით მაღალია, თუმცა იზრდება კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა წილი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472) = 16.234, P<0.05$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 6). აღნიშნული სტატისტიკა ადასტურებს საყოველთაო ჯანდაცვის ანუ უნივერსალიზმის საზოგადოებრივ სიკეთეს და აუცილებლობას, განსაკუთრებით 18-24 წლის ასაკის მოსარგებლეებში, რომელთაც ნაკლებად აქვთ შესაძლებლობა ჰქონდეთ კერძო დაზღვევა. კვლევის მონაცემებით სამედიცინო მომსახურება პჯდ-ის სერვისებზე ფინანსურად ყველა ასაკობრივ ჯგუფში არის ხელმისაწვდომი.

კვლევით ვლინდება, რომ მეტი ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის შესახებ უფრო მეტად აინტერესებს 25-29 (79,2%) და 30-35(72.1%) წლის და 40 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებს(90.9%). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 10.982, P<0.027$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 7), რაც აიხსნება მოზრდილი ასაკის რესპონდენტთა ფსიქოლოგიური სიმწიფით და მზაობით დედობისადმი.

კვლევით ვლინდება, რომ „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ ინფორმაცია აქვს ყველა ორსულს. ინფორმაციის მიღების წყარო არის რამოდენიმე. ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ძირითადი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები, რომელიც ყველაზე მაღალია 18-24 წლის ასაკის რესპონდენტებში, ამასთან

იგივე ასაკობრივ ჯგუფს საერთოდ არ აქვთ ინფორმაცია პრესიდან და ტელევიზიდან. პჯდ-ის ორგანიზაციები, კერძოდ ამბულატორია/ პოლიკლინიკა, როგორც ინფორმაციის წყარო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მცირეა. ინფორმაციის წყარო, რესპონდენტთა ინტერვიუების მიხედვით არის სამშობიარო სახლთან არსებული ქალთა კონსულტაციის ექიმი. ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ პჯდ, ოჯახის ექიმი არ ასრულებს მის ერთ-ერთ მთავარ ფუნქციას - ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის გათვითცნობიერება. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=20; N=472) = 39.901, P<0.005$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N8).

ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვის ჩატარების მხრივ უფრო აქტიურები არიან 36-40 წლის რესპოდენტები (51.7%) და ყველაზე ნაკლები აქტიობით გამოირჩევიან 18-24 წლის ასაკის რესპოდენტები (28.1%)., კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 14.135, P<0.007$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N9).

საქართველოში ჩასახვამდელ პერიოდში კვლევები რუტინულად არ ტარდება-არ არის პროგრამულად უზრუნველყოფილი . ამ ხარვეზის აღმოფხვრისათვის საჭიროა პჯდ-ში აღნიშნული სერვისის იმპლემენტაცია ფინანსური უზრუნველყოფით.

36-40 წლის ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტები, რომლებმაც ჩაიტარეს ჩასახვამდელი კვლევები (51.7%), სერვისის მისაღებად მიმართა სპეციალიზებულ დაწესებულების- ქალთა კონსულტაციის გინეკოლოგს (46.5%), საოჯახო მედიცინის ცენტრის გინეკოლოგს (20%), ნაცნობ გინეკოლოგს (33.3%). მათ არ მიუმართავს პჯდ-ის ამბულატორიულ/ პოლიკლინიკურ დაწესებულებისათვის და არც ოჯახის ექიმისათვის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472) = 25.9284, P<0.055$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N10). ეს ფაქტი მიანიშნებს, რომ პჯდ-ში განხორციელებული მრავალწლიანი რეფორმის მიუხედავად ოჯახის ექიმის მიერ ქალთა მოვლის სერვისების უტილიზაცია ნაკლებად ხორციელდება.

ორსულობის დროს ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის ორსულის მიერ არჩეული დაწესებულება ასაკთან მიმართებაში ასეთია: ყველა ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტი დაწესებულების არჩევაში უპირატესობას ანიჭებს ნაცნობ-მეგობართა გამოცდილებას და მათი რჩევით ირჩევს ორგანიზაციას, ამასთან უფრო მეტად (72.4%) 36-40 წლის რესპოდენტები იზიარებენ ნაცნობ-მეგობართა რჩევებს, მათ გამოცდილებას. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472) = 37.370, P<0.002$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N11). ეს კიდევ ერთხელ მიუთითებს, რომ პჯდ-

ისადმი ნდობა დაბალია, პჯდ არაორგანიზებულია, ოჯახის ექიმი არ არის ჩართული პაციენტის უწყვეტ მოვლაში და მეკარიბჭის ფუნქცია არ ასრულებს.

ანტენატალური სერვისის მომწოდებელ ორგანიზაციასთან გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა ასაკთან მიმართებაში ასეთია: ყველა ასაკობრივ ჯგუფში 15-20 წუთიანი ფეხით მისვლის გეოგრაფიული მიღწევადობა არ აღემატება 24%-ს. სასურველ, არჩეულ დაწესებულებაში ანტენატალური სერვისის მისაღებად ორსულთა უმრავლესობა მიდის ტრანსპორტით და სჭირდება 30 წუთზე მეტი დრო სჭირდება (თუ გავითვალისწინებთ, რომ 33% რესპოდენტების არის რაიონებიდან ეს დრო 3-5 საათს მოიცავს!). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472) = 48.740$, $P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N12).ორსულთა უმრავლესობისათვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის 15 წუთიანი არეალი არ არსებობს.

ორსულთა ანტენატალური ვიზიტების დროს ექიმის მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ მოწოდებულ ინფორმაციასა და ასაკს შორის გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: 18-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფის რესპოდენტები უფრო ნაკლებად თვლიან, რომ ექიმისაგან მიიღეს საკმარისად დეტალური ინფორმაცია ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის შესახებ, მომდევნო ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტებთან შედარებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 27.252$, $P<0.007$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 13). ეს მონაცემები მიუთითებს,რომ 18-24 წლს ასაკობრივ ჯგუფში ექიმისადმი უფრო მეტი მოლოდინებია.

ორსულთა ანტენატალური ვიზიტების დროს ექიმის მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდებში ჩასატარებელი კონსულტაციებისა და კვლევების შესახებ, მათი მნიშვნელობის შესახებ ორსულისათვის მოწოდებულ ინფორმაციასა და ასაკს შორის გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: 18-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფის რესპოდენტები უფრო ნაკლებად თვლიან, რომ დეტალურად მიიღეს ინფორმაცია ექიმისგან ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ, მომდევნო ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტებთან შედარებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 31.606$, $P<0.002$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 14). ეს მონაცემები მიუთითებს, რომ უკეთესი სერვისის მისაღებად ექიმისადმი მოლოდინები 18-24 წლს ასაკობრივ ჯგუფში მეტია .

ორსულთა ანტენატალური ვიზიტების დროს ექიმის მიერ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესების შესახებ მოწოდებულ ინფორმაციასა და ასაკს შორის გამოვლინდა

ასეთი დამოკიდებულება: 18-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის რესპონდენტები უფრო ნაკლებად თვლიან, რომ დეტალურად მიიღეს ინფორმაცია ექიმისგან ინფორმაცია მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესების თაობაზე, განსხვავებით სხვა მომდევნო ჯგუფის რესპონდენტებისაგან რომელთაც ასაკის ზრდის მიხედვით უფრო მეტი კმაყოფილების ხარისხი აქვთ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 35.354, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 15).

საჭიროების შემთხვევაში სახელმწიფო პროგრამების ხარჯზე რკინის პრეპარატის მიღებასა და ასაკს შორის გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: ყველაზე მეტად (26.7%) პროგრამით ანუ უფასოდ რკინის პრეპარატს ღებულობს 18-24 წლის ასაკის ორსულები, 25 წელზე მეტი ასაკის ორსულებთან შედარებით (14.3%). ზოგადად, პროგრამის ფარგლებში მიღებული რკინის მოხმარება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დაბალია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=8; N=472) = 18.874, P<0.016$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 16).

ასაკსა და პროგრამით გათვალისწინებული ვიზიტების გარდა დამატებით მიღებულ ვიზიტებსა შორის დამოკიდებულება ასეთია: დამატებითი კვლევები დასჭირდა ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ორსულს 81%-ზე მეტ შემთხვევაში, ამასთან 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში დამატებითი კვლევა ყველაზე მაღალია (94.9%) სხვა ჯგუფებთან შედარებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 11.617, P<0.020$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილში N17).

ასაკსა და პროგრამით გათვალისწინებული კვლევების გარდა დამატებით კვლევებს შორის დამოკიდებულება ასეთია: დამატებითი კვლევები დასჭირდა ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ორსულს 81%-ზე მეტ შემთხვევაში. ამასთან ყველაზე ნაკლები (83.6%) 36-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 18.260, P<0.001$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილში N 18).

ასაკს და ერთი და იგივე ექიმის მიერ მიწოდებულ ანტენატალურ მეთვალყურეობასა შორის დამოკიდებულება ასეთია: 18-24 წლის ასაკის ორსულები უფრო მეტად იცვლის ექიმს, ვიდრე 25 წლის ზევით ასაკობრივ ჯგუფის ორსულები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 20.045, P<0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N19). ეს შეიძლება აიხსნას 18-24 წლის ასაკის ორსულთა ფსიქოლოგიური მოუმზადებლობით, სურვილებისა და მოლოდინების შეუსაბამობით, რის გამოც სწრაფად იღებენ ექიმის შეცვლის გადაწყვეტილებას

მეან-გინეკოლოგის გარდა სხვა ექიმის ჩართულობაზე ანტენატალური მეთვალყურეობისას და ასაკს შორის დამოკიდებულება ასეთია: ყველაზე მეტად 40 წელზე მეტი ასაკის ორსულები (100%) მიმართავენ სხვა სპეციალობის ექიმს, სხვა ასაკობრივი ჯგუფთან შედარებით, რაც შეიძლება აიხსნას მათი სიფრთხილით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 30.399, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N20).

ორსულთა ანტენატალური ვიზიტების დროს ექიმის მიერ ბუნებრივი კვების სარგებლიანობის შესახებ მოწოდებულ ინფორმაციასა და ასაკს შორის გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: ყველაზე მეტად 40 წელზე მეტი ასაკის ორსულები (45.5%) დებულობენ ექიმებისგან ინფორმაციას ბუნებრივი კვების სარგებლიანობისა და ძუძუთი კვების მნიშვნელობის შესახებ, რაც აიხსნება თავად ამ ორსულთა უფრო მეტი სიფრთხილით ბავშვის კვების საკითხებისადმი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 20.078, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N21).

ორსულობის დროს „მშობელთა სკოლაში“ სიარულსა და ორსულთა ასაკს შორის დამოკიდებულების შესწავლით გამოვლინდა, რომ ორსულთა 93%-ზე მეტი ამ სერვისით ვერ სარგებლობს. 25-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფის დედების 6.4% ისარგებლა მშობელთა სკოლის სერვისით, რაც მათ გამოარჩევს სხვა ასაკობრივი ჯგუფის დედებისაგან. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 10.203, P<0.037$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N22).

4.2.2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი

საცხოვრებელ ადგილსა და ასაკს შორის დამოკიდებულება ასეთია: რეგიონში მცხოვრებთა 18-24წლის ასაკში ორსულები უფრო მეტი იყო (31.3%) ვიდრე იმავე ასაკის დედაქალაქის მაცხოვრებელნი (20.5%). დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებში 25 წლის ორსულები უფრო მეტად თბილისში მცხოვრებნი არიან. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 12.211, P<0.016$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N23). რეგიონის მოსახლეობა უფრო ადრეულ ასაკში აჩენს შვილებს.

საცხოვრებელ ადგილსა და განათლებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: რეგიონში მცხოვრები ორსულების უმეტესობა (55%) იყო საშუალო განათლებით, ხოლო თბილისის

მკვიდრ ორსულთა უმრავლესობა (72.4%) უმაღლესი განათლებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 34.205, P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N24).

საცხოვრებელ ადგილსა და დასაქმებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: რეგიონში მცხოვრები ორსულების 32.5% არის დასაქმებული, ხოლო თბილისის მკვიდრი ორსულებიდან 55.8% არის დასაქმებული. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 22.948, P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 25). ეს განპირობებულია ერთი მხრივ რეგიონში ადრეული გათხოვებით, დაუსრულებელი განთლებით და შესაბამისად უშევრობის დაბალი მაჩვენებლით. რეპროდუქციული აქტიობა, ადრეულად შექმნილი ოჯახები, დაუგეგმავი შობადობა რეგიონებში უფრო მეტად ვლინდება.

საცხოვრებელ ადგილსა და ჯანმრთელობას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრებ ორსულთა ჯანმრთელობა უკეთესია (ძალიან კარგი 9.0%, კარგი 46.2%, საშუალო 40.4%, რაც შეადგენს 95.5%) რეგიონში მცხოვრებ ორსულებთან შედარებით (ძალიან კარგი 7.5%, კარგი 48.8%, საშუალო 28.8%, რაც შეადგენს 85.0%), რაიონის ორსულთა 15.0% აქვს ცუდი ჯანმრთელობა, 3,5-ჯერ აღემატება დედაქალაქში მცხოვრებ ცუდი ჯანმრთელობის (4.5%) ორსულებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 18.870, P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 26). რაიონის ორსულებს უფრო ცუდი ჯანმრთელობა დედაქალაქის ორსულებთან შედარებით უნდა იქნეს გათვალისწინებული რაიონებში პჯდ-ს ორგანიზაციითა გაუმჯობესებისათვის, ოჯახის ექიმის დაინტერესებით აქტიური პრევენციული მუშაობისა და თემში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებისათვის.

საცხოვრებელ ადგილსა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 64.1% სარგებლობს რუტინულად სამედიცინო სერვისებით, ხოლო რეგიონში მცხოვრებ ორსულთა მხოლოდ 52.1%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.941, P < 0.015$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N27). აღნიშნული მონაცემები უნდა იქნეს გათვალისწინებული პჯდ-ს ორგანიზაციითა გაუმჯობესებისათვის, ოჯახის ექიმის როლის ამაღლებისათვის განსაკუთრებით რეგიონებში.

საცხოვრებელ ადგილსა და წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის სიხშირეს შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულები უფრო ხშირად სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით წლის

განმავლობაში, რეგიონის ორსულებთან შედარებით: დედაქალაქის ორსულთა მიერ სამედიცინო სერვისებით უტილიზაციის სიხშირე ასეთია: ერთჯერ(16.7%), 2-ჯერ(23.7%), 3-ჯერ(9.0%); რეგიონის ორსულთა მიერ სამედიცინო სერვისებით უტილიზაციის სიხშირე არის ასეთი: ერთჯერ (13.8%), 2-ჯერ(8.8%), 3-ჯერ(6.30%). ეს მიუთითებს, რომ პრევენციის კულტურა უფრო მეტად არის დედაქალაქში, ვიდრე რეგიონებში, სადაც უფრო მეტად, ექიმს მიმართავენ ავადმყოფობის გამო, მაგალითად 3-ჯერზე მეტად მიმართავს ექიმს რეგიონის ორსულთა 23.4% და დედაქალაქის მცხოვრებთა 15.4%, ანუ ამ შემთხვევაში ხშირი მიმართვიანობა განაპირობა ავადობამ და არა პრევენციამ.

კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 22.343$. $P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 28).

საცხოვრებელ ადგილსა და სამედიცინო მომსახურების სადაზღვევო უზრუნველყოფის ფორმას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 59.6% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, 40.4% -ს კერძო დაზღვევა აქვს, ხოლო რეგიონის მოსახლეობის ორსულთა 73.8% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, 26.3%-ს კერძო დაზღვევა აქვს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 9.217$.

$P < 0.002$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N29).

საცხოვრებელ ადგილსა და სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფის ფორმას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების სამედიცინო საჭიროებებს ფარავს: 3.8%-საყოველთაო ჯანდაცვა სრულად, 54.5% საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 8.3% კერძო დაზღვევა სრულად, 31.4% კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. რეგიონში მცხოვრები ორსულების სამედიცინო საჭიროებებს ფარავს: 7.5%-საყოველთაო ჯანდაცვა სრულად, 63.8% საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 7.5% კერძო დაზღვევა სრულად, 18.8% კერძო დაზღვევა თანაგადახდით.

კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 10.860$. $P < 0.028$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 30).

საცხოვრებელ ადგილსა და ორსულობამდე პროფილაქტიკურ გასინჯვას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 43.9% ჩაიტარა ჩასახვამდე გასინჯვა, რეგიონში მცხოვრები ორსულებიდან მხოლოდ 33.1%. ჩასახვამდე სამედიცინო გასინჯვის აუცილებლობის კულტურა უფრო მეტადაა გამოხატული დედაქალაქის ქალების ქცევაში, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ ქალებში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.115$. $P < 0.024$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 31).

საცხოვრებელ ადგილსა და ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვისათვის შერჩეულ დაწესებულებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: პირველად ჯანდაცვას მიმართა დედაქალაქის 1.5%, ოჯახის ექიმს რეგიონის 3.8%. დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 54% მიმართავს ქალთა კონსულტაციას და 35.8% ნაცნობ(ახლობელ) ექიმს, რეგიონში მცხოვრები ორსულებიდან 69.0% მიმართავს ქალთა კონსულტაციას და 15.1% ნაცნობ ექიმს, ანუ პჯდ-ის და ოჯახის ექიმს ნაკლებად მიმართავენ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 13.284$. $P < 0.019$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 32).

საცხოვრებელ ადგილსა და ანტენატალური მეთვალყურეობის ჯანდაცვის ობიექტამდე შერჩეულ დაწესებულებაში მისვლის დროს შორის დამოკიდებულება ასეთია: 15-20 წუთში მიდის რეგიონის 11.3.8%. დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 16.7%, ანუ 15 წუთიანი გეოგრაფიული მიღწევადობა დედაქალაქში უკეთესია. 30წუთზე მეტი სჭირდება დედაქალაქის მცხოვრებთა 36.5%-ს და რეგიონის მოსახლეობის 58,8% და ეს ლოგიკურია, რადგან ინტერვიუება ჩატარდა იმ კონტიგენტთან, რომლებიც დედაქალაქში ჩამოდიოდნენ სერვისის მისაღებად და სჭირდებოდათ 3-5 საათი რეგიონიდან ჩამოსასვლელად. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დედაქალაქში უფრო მეტად არის შესაძლებელი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 22.506$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 33).

საცხოვრებელ ადგილსა და ვიზიტის დროს ექიმის მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ განმარტების მიცემასთან დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქის ორსულების 91.0% ამბობს,რომ განუმარტეს „დეტალურად და ამომწურავად“, 1.9%-„ნაწილობრივ“, 2.6-“ ზერელედ“, 4.5%- „არა“. რეგიონის ორსულების 86.3% ამბობს,რომ განუმარტეს „დეტალურად და ამომწურავად“, 3.8%- „ნაწილობრივ“, 6.3%-“ ზერელედ“. 3.8%- „არა“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 15.932$. $P < 0.001$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N34).

საცხოვრებელ ადგილსა და ორსულობის დროს რკინის პრეპარატებით უზრუნველყოფას შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების უფრო მეტს-30.8%-ს დასჭირდა რკინის პრეპარატი, რეგიონის ორსულთაგან მხოლოდ 20.0%-ს. დედაქალაქის ორსულები უფრო მეტად არიან ანემიისაკენ მიდრეკილნი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 6.206$. $P < 0.013$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 35).

საცხოვრებელ ადგილსა და ორსულობის დროს გართულების სახეებს შორის დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრებთ უფრო ჰქონდათ გართულებები, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებთ, კერძოდ ანემია, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე; კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=5; N=472) = 27.652$. $P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N36).

საცხოვრებელ ადგილსა და ორსულობის დროს ერთი და იგივე გინეკოლოგთან მიღებულ მეთვალყურეობისადმი დამოკიდებულება ასეთია: დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 91.1% ჰყავთ ერთი და იგივე გინეკოლოგი, რეგიონის ორსულთაგან მხოლოდ 83.8%-ს., კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.526$. $P < 0.019$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N37).

საცხოვრებელ ადგილსა და ექიმის მიერ ბუნებრივი კვებისა და ძუძუთი კვების სარგებლიანობის შორის კავშირი ასეთია : დედაქალაქში მცხოვრები ორსულების 33.3%-ს ექიმი ესაუბრება ძუძუთი კვების შესახებ, რეგიონის ორსულთაგან მხოლოდ 22.5%-ს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.949$. $P < 0.015$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 38).

საცხოვრებელ ადგილსა და ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში სასურველ ცვლილებებთან დაკავშირებით გამოვლინდა: დედაქალაქის რესპოდენტებს უფრო მეტი მოთხოვნები აქვთ, ვიდრე რეგიონის მაცხოვრებლებს, კერძოდ: ვიზიტების რაოდენობის გაზრდა, ინსტრუმენტული კვლევების რაოდენობა, ლაბორატორიული კვლევების რაოდენობა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=6; N=472) = 5.949$. $P < 0.015$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 39).

4.2.3. დამოუკიდებელი ცვლადი -განათლება

განათლებასა და ასაკს შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალები უფრო მეტად (36.8%) 18-24 წლის ასაკში ავლენენ რეპროდუქციულ აქტიობას, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალები (34.98%) 25-29 წლის ასაკში. 30 წლის შემდეგ ორსულობა ბევრად ხშირია უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში, ვიდრე საშუალო განათლების ქალებში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 35.636$. $P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი

N40).

განათლებასა და საცხოვრებელ ადგილს შორის გადანაწილება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 50.6% იყო რეგიონიდან, 49.4% დედაქალაქიდან, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 75.2% დედაქალაქის მკვიდრი იყო, 25.8% კი რეგიონის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 34.205$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 41).

განათლებასა და დასაქმებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 25.3% დასაქმებულია, 74.7% დაუსაქმებელი. უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 61.1% დასაქმებულია, 38,9% დაუსაქმებელი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 56.377$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილში N42).

განათლებასა და ჯანმრთელობას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 11.3%-ს აქვს ცუდი ჯანმრთელობა და 42.5%-ს- კარგი, 5.7 %-ს ძალიან კარგი ჯანმრთელობა. უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 6%-ს აქვს ცუდი ჯანმრთელობა და 49.7%-ს აქვს კარგი, 10.1%-ს ძალიან კარგი ჯანმრთელობა. განათლების მაღალი სტატუსი გავლენას ახდენს და დადებითად აისახება ქალების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 8.753$. $P < 0.033$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 43).

განათლებასა და დაზღვევის სახეს შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 80.5% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, ხოლო 19.5% -ს აქვს კერძო დაზღვევა; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 55.0% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, ხოლო 45.0%-ს აქვს კერძო დაზღვევა. განათლება განსაზღვრავს ეკონომიურ სტატუსს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 30.980$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 44).

განათლებასა და სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების სამედიცინო მომსახურებას 75.8%-ში ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 11.5%-ში კერძო დაზღვევა თანაგადახდით; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 50.3%-ში ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 36.2%-ში კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. სახელმწიფო პროგრამით უფრო მეტად სარგებლობენ საშუალო

განათლების ქალები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 42.648$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 45).

განათლებასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაზე სახელმწიფოს დანახარჯების ცოდნას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 100%-ს არ აქვს ინფორმაცია, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 2.7%-ს აქვს ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო, ანუ უმაღლესი განათლების ქალთა ინფორმირებულობა უფრო მაღალია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 4.752$. $P < 0.029$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 46).

განათლებასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისადმი საკუთარი მოთხოვნების კმაყოფილების დონეს შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 52.9% ამბობს, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა „პასუხობს მის მოთხოვნებს“, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალებიდან მხოლოდ 30.4% ამბობს, რომ პასუხობს მის მოთხოვნებს. განათლების დონე განსაზღვრავს კმაყოფილებას და მოთხოვნებს სერვისისადმი, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს უფრო მეტი პრეტენზია აქვთ სამედიცინო სერვისებისადმი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 23.314$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 47).

განათლებასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისა შეფასებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალები საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას შემდეგნაირად აფასებენ : „ ძალიან ცუდია“ ამბობს 3.4%, „ცუდია“ - 12.6%, „ დამაკმაყოფილებელია“ - 67.8%, „კარგია“ -12.6% , „ძალიან კარგი“-3.4% ; უმაღლესი განათლების მქონე ქალებიდან „ ძალიან ცუდია“ ამბობს 3.4%, „ცუდია“ – 27,5%, „ დამაკმაყოფილებელია“ -56.4%, „კარგია“ -10.7% , „ძალიან კარგი“-2% . განათლების დონე გავლენას ახდენს კმაყოფილების აღქმაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 14.643$. $P < 0.006$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 48).

განათლებასა და ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვის ჩატარების საჭიროებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალებიდან 33.3% ჩაიტარდა ჩასახვადე პროფილაქტიკური გასინჯვა, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალების მქონე ქალებიდან უფრო მეტმა -44.3%. განათლების დონე გავლენას ახდენს სამედიცინო სერვისთა საჭიროებისადმი დამოკიდებულებაზე. ქალებთან

განთლების სტატუსი უნდა გაითვალისწინოს პჯდ-ის პირადმა ექიმმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ განათლების მიწოდებისას. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.489$. $P < 0.019$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 49).

განათლებასა და ორსულის მიერ მეთვალყურეობისათვის პროვაიდერი დაწებულების არჩევას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 31.6% ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის აირჩია ქალთა კონსულტაცია და 44.3% სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალების მქონე ორსულებიდან ქალთა კონსულტაცია აირჩია 17,8% და სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია-54.0%. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის საშუალო განთლების ქალები უპირატესობას ანიჭებენ ქალთა კონსულტაციას, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალებს სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა კონსულტაცია უფრო ეიმედებათ. პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუცია-პოლიკლინიკა/ამბულატორია არავის არ აურჩევია, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს პჯდ-ის არაპოპულარობას საზოგადოებაში.კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 12.641$. $P < 0.005$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 50).

განათლებასა და ორსულის მიერ მეთვალყურეობისათვის პროვაიდერი დაწესებულების არჩევის წესს შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 59.8.6% დაწესებულებას ირჩევს მეგობართა რჩევით და 32.2% ტერიტორიული სიახლოვის მიხედვით. უმაღლესი განათლების ქალების მქონე ქალების 67.1%- აირჩია მეგობართა რჩევით და 19.5% ტერიტორიული სიახლოვის მიხედვით. ახლობელთა გამოცდილება და ცნობადობა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის არჩეულ დაწესებულებას. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 25.982$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 51).

განათლებასა და ორსულის ექიმთან საკონსულტაციო ლოდინის დროს შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 47.4% 30 წუთზე მეტი დროით ელოდება ექიმს. უმაღლესი განათლების მქონე ქალებიდან კი 43% ელოდება 30 წუთზე მეტი დროით ექიმს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 10.926$. $P < 0.027$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 52).

განათლებასა და ორსულისათვის ექიმის მიერ ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 80.5% ამბობს რომ ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ მიიღო: „ამომწურავი ინფორმაცია“, 5.7%- „დიახ ნაწილობრივ“, 5.7%- „დიახ ზერელედ“, 8.0%- „არა არ მიმიღია“. უმაღლესი განათლების განათლების მქონე ქალების 91.3% ამბობს რომ მიიღო „ამომწურავი ინფორმაცია“, 2.7%- „დიახ ნაწილობრივ“, 2.7% „დიახ ზერელედ“, 3.4%- „არა არ მიმიღია“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 11.629$. $P < 0.009$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 53).

განათლებასა და ორსულისათვის ვიზიტის დროს ექიმის მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ მიღებულ ინფორმაციას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 79.3% ამბობს რომ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ მიიღო ინფორმაცია : „ამომწურავი ინფორმაცია“, 5.7%- „დიახ ნაწილობრივ“, 6.9%- „დიახ ზერელედ“, 8.0%- „არა არ მიმიღია“. უმაღლესი განათლების განათლების მქონე ქალების 91.3% ამბობს რომ მიიღო „ამომწურავი ინფორმაცია“, 2.0%- „დიახ ნაწილობრივ“, 2.7% „დიახ ზერელედ“, 4.0%- „არა არ მიმიღია“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 14.149$. $P < 0.003$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N54).

განათლებასა და ორსულისათვის ექიმის მიერ ვიზიტის დროს მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესის შესახებ ინფორმაციის მოწოდების დამოკიდებულებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 83.9% ამბობს რომ მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესის თაობაზე მიიღო ინფორმაცია : „ამომწურავი ინფორმაცია“, 3.4%- „დიახ ნაწილობრივ“, 6.9%- „დიახ ზერელედ“, 5.7%- „არა არ მიმიღია“. უმაღლესი განათლების განათლების მქონე ქალების 92.6% ამბობს რომ მიიღო „ამომწურავი ინფორმაცია“, 2.0%- „დიახ ნაწილობრივ“, 2.0% „დიახ ზერელედ“, 3.4%- „არა არ მიმიღია“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 10.173$. $P < 0.017$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 55).

განათლებასა და ორსულისათვის ექიმის მიერ მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მოწოდებას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური

განათლების მქონე ქალების 85.1% ამბობს რომ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე მიიღო ინფორმაცია : „ამომწურავი ინფორმაცია“, 3.4%- „დიახ ნაწილობრივ“, 6.9%- „დიახ ზერელედ“, 4.6%- „არა არ მიმიღია“. უმაღლესი განათლების განათლების მქონე ქალების 92.6% ამბობს რომ მიიღო „ამომწურავი ინფორმაცია“, 2.7%- „დიახ ნაწილობრივ“, 2.0% „დიახ ზერელედ“, 2.7 %- „არა არ მიმიღია“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 8.970$. $P < 0.003$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N56).

განათლებასა და ორსულობის პერიოდის გართულებათა შორის დამოკიდებულება ასეთია: ორსულობის პერიოდში გამოვლენილი დაავადებებიდან საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 3.4%-ს აქვს ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, 9.3%- ანემია, 23.3%-ს ორსულობის შესწყვეტის საფრთხე. უმაღლესი განათლების ქალების მქონე ქალების 18.5%-ს აქვს ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, 29.3%- ანემია, 31.0%-ს ორსულობის შესწყვეტის საფრთხე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=6; N=472) = 16.153$. $P < 0.006$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 57).

განათლებასა და ორსულის მიერ მეთვალყურეობისათვის ერთი და იგივე ექიმის არჩევას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 80.5% შეიცვალა ექიმი, უმაღლესი განათლების ქალების მქონე ქალებიდან უფრო მეტმა -93.3%, რაც აიხსნება მათი მხრივ უფრო მაღალი მოთხოვნებით სერვისებისადმი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 17.845$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 58).

4.2.4. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტატუსი/დასაქმება

სამუშაო სტატუსსა და ასაკსა შორის დამოკიდებულება ასეთია: დაუსაქმებელი ქალები უფრო მეტად (32.5%) 18-24 წლის ასაკში ავლენენ რეპროდუქციულ აქტიობას, ხოლო დასაქმებული ქალები (38.9%) 25-29წლის ასაკში. 30 წლის შემდეგ ორსულობა შედარებით ხშირია დასაქმებულ ქალებში, ვიდრე დაუსაქმებელ ქალებში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 21.151$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 59).

სამუშაო სტატუსსა და საცხოვრებელი ადგილს შორის დამოკიდებულება ასეთია: დასაქმებული ორსულებიდან უფრო მეტი იყო დედაქალაქში მცხოვრები(77.0%) რეგიონთან(23%) შედარებით, ასევე დაუსაქმებელი ორსულები უფრო მეტი იყო დედაქალაქში მცხოვრები (56.1%), რეგიონთან(43.9%)შედარებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 22.948$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 60).

სამუშაო სტატუსსა და განათლებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: დასაქმებულ ორსულთა უმრავლესობა(80.5%-ს აქვს უმაღლესი განათლება, ხოლო დაუსაქმებელ ორსულთაგან 47.2%-ს . კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 56.377$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 61).

სამუშაო სტატუსსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა შემდეგი დამოკიდებულება: ცუდი ჯანმრთელობა აქვს უფრო მეტად დაუსაქმებელ რესპოდენტებს(12.2%) , ვიდრე დასაქმებულებს(3.5%). ძალიან კარგი ჯანმრთელობა აქვს უფრო მეტად დასაქმებულებს(11.5%),ვიდრე დაუსაქმებელ რესპოდენტებს(5.7%). დასაქმების სტატუსის დადებით გავლენას ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 15.969$. $P < 0.010$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 62).

სამუშაო სტატუსსა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: დასაქმებული რესპოდენტები უფრო ხშირად სარგებლობენ რუტინულად სამედიცინო მომსახურებით (69%), ვიდრე დაუსაქმებელი რესპოდენტები(52%). უნივერსალური ჯანდაცვის პირობებში, დაუსაქმებელი რესპოდენტების მიერ პჯდ-ის უტილიზაციის დაბალი მაჩვენებელი ოჯახის ექიმის ინსტიტუტისადმი უნდობლობით აიხსნება, რაც საჭიროებს პჯდ-ის პროპაგანდას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზატორთა მხრივ. სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 14.194$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 63).

სამუშაო სტატუსსა და წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის სიხშირეს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: დასაქმებული რესპოდენტების მხოლოდ 19.5% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით წლის განმავლობაში 3-ჯერზე მეტად და დაუსაქმებულების

მხოლოდ 17.1%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 15.930$. $P < 0.003$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N64).

სამუშაო სტატუსსა და სამედიცინო მომსახურების დაზღვევის ფორმებთან კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: დასაქმებულთა 57.5% სარგებლობს კერძო დაზღვევით, ხოლო დაუსაქმებელთა 84.6%-სახელმწიფო პროგრამებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 90.960$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 65).

სამუშაო სტატუსსა ჯანმრთელობის მდგომარეობის საჭიროებებისას სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: დაუსაქმებელი რესპოდენტების 74.8%-ის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს საყოველთაო ჯანდაცვა უზრუნველყოფს თანაგადახდით, დასაქმებულთაგან მხოლოდ 38.9%, მათ სამედიცინო მომსახურებას უმეტესად უზრუნველყოფს კერძო დაზღვევა თანაგადახდით(46.9%). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 95.679$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 66).

სამუშაო სტატუსსა და საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვისათვის გათვალისწინებული სამედიცინო სერვისების შესახებ ინფორმაციის ფლობას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვისათვის გათვალისწინებული სამედიცინო სერვისების შესახებ ინფორმაციას ფლობს დასაქმებულთა მხოლოდ 38.9% და დაუსაქმებელთა -20,3%, რაც მიანიშნებს,რომ აუცილებელია ამ მიმართულებით ინფორმაციის გავრცელების აუცილებლობა თემში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 19.724$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 67).

სამუშაო სტატუსსა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისადმი დამოკიდებულება ასეთია: დასაქმებულთა 67.9% და დაუსაქმებელთა 55.3% თვლის რომ სისტემა ვერ პასუხობს მათ მოთხოვნებს,რაც მიუთითებს,რომ დასაქმებულთა მოთხოვნები სისტემისადმი უფრო მაღალია,ზოგადად კი ორივე ჯგუფში 50%-ზე მეტს აქვს სისტემისადმი პრეტენზია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 7.810$. $P < 0.005$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N68).

სამუშაო სტატუსსა და ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის არჩეულ სამედიცინო დაწესებულებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 54.4% და დაუსაქმებელთა 46.7% უპირატესობას ანიჭებს სამშობიაროსთან არსებულ ქალთა

კონსულტაციას. რაც მიანიშნებს, რომ უფრო ეიმედებათ პირველი დონის სხვა დაწესებულებებზე მეტად. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 10.983$. $P < 0.012$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 69).

კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 10.983$, $P < 0.012$).

სამუშაო სტატუსსა და ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის პრინციპს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 61.9% და დაუსაქმებელთა 66.7% ითვალისწინებს ნაცნობ-მეგობართა გამოცდილებასა და რჩევებს, რაც კვლავაც მიანიშნებს ოჯახის ექიმის დაბალ ავტორიტეტზე, პირად ექიმთან სიახლოვის, უწვეტობის არ არსებობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472) = 29.305$. $P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 70).

სამუშაო სტატუსსა და ექიმთან შესვლის ლოდინს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 65.5% და დაუსაქმებელთა 74.8% უწევთ ლოდინი, რაც მიანიშნებს ექიმთან ჩაწერის ელექტრონული სისტემის განვითარების საჭიროებაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 4.894$. $P < 0.027$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 71).

სამუშაო სტატუსსა და ექიმის მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ მოწოდებული ინფორმაციის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 91.2% და დაუსაქმებელთა 82.9% თვლის რომ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევის და მათი მნიშვნელობის შესახებ ინფორმაცია მიიღო ამომწურავად და ამ ასპექტში კმაყოფილია ექიმის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 15.544$. $P < 0.001$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 72).

სამუშაო სტატუსსა და ექიმის მიერ მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესების შესახებ მოწოდებული ინფორმაციის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 92.0% და დაუსაქმებელთა 87.0% თვლის რომ მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესის შესახებ ინფორმაცია მიიღო ამომწურავად და ამ ასპექტში კმაყოფილია ექიმის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 10.946$. $P < 0.012$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 73).

სამუშაო სტატუსსა და რკინის პრეპარატის სახელმწიფო პროგრამით მიღებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა მხოლოდ 2.9% და დაუსაქმებელთა 20.7% მიიღო პრეპარატი უფასოდ. ორივე ჯგუფში უფასო მედიკამენტის მოხმარების დაბალი რაოდენობა მიანიშნებს, რომ საჭიროა სწორად იქნას მიწოდებული პრეპარატის სანდოობის შესახებ ინფორმაცია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=2; N=472)=11.692$. $P<0.0003$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილში N 74).

სამუშაო სტატუსსა და ორსულობის პერიოდში გართულებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 35.4%-ს და დაუსაქმებელთა 25.6% -ს ჰქონდა გართულებები, რაც მიანიშნებს, რომ ორსულთათვის შრომის პირობების უსაფრთხოებისათვის საჭიროა შესაბამის რეგულაციების დანერგვა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.344$. $P<0.021$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N75).

სამუშაო სტატუსსა და ორსულობის პერიოდში გართულებათა შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 55.3%-ს ჰქონდა ანემია და 54.4%-ს ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე, ხოლო დაუსაქმებელთა 42.4%-ს ანემია და 54.2%-ს ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=5; N=472) = 17.004$. $P<0.004$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N76).

სამუშაო სტატუსსა და ორსულობის პერიოდში პროგრამით გათვალისწინებული ვიზიტების გარდა დამატებით ჩატარებულ ვიზიტებს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 92.9%-ს და დაუსაქმებელთა 86.2%-ს ჩაუტარდა დამატებითი ვიზიტები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 5.652$. $P<0.017$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 77).

სამუშაო სტატუსსა და ორსულობის პერიოდში ექიმის მიერ ბუნებრივი კვების სარგებლიანობისა და ძუძუთი კვების მნიშვნელობის შესახებ საუბრის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: დასაქმებულთა 65.5% და დაუსაქმებელთა 74.8% ამბობს, რომ მათთან არ უსაუბრია ექიმს ძუძუთი კვების სარგებლიანობის შესახებ. საჭიროა დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობისათვის ძუძუთი კვების სარგებლიანობის შესახებ ექიმს ჰქონდეს ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულება ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების დროს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=1; N=472) = 4.894$. $P<0.027$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N78).

დასაქმების სტრატუსსა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტების სასურველ გაუმჯობესებას შორის

ასეთია დამოკიდებულება: დასაქმებულთა 54.9%-ს სურს რომ გაიზარდოს ვიზიტების რაოდენობა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=6; N=472) = 12.828$. $P < 0.046$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N79).

4.2.5. დამოუკიდებელი ცვლადი- ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ასაკობრივ ჯგუფებს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა შემდეგი დამოკიდებულება: ყველაზე ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 18-24 წლის ასაკის რესპონდენტებს(36.8%) და კარგი და ძალიან კარგი 25-29 წლის რესპონდენტებს (34.2% და 50%). ეს მონაცემები, 18-24 წლის ასაკში ცუდი ჯანმრთელობა, მიაწინებს სწორედ ამ აქტიური ცხოვრების პერიოდში(18-24წელი) საჭიროა მეტი ყურადღება დაეთმოს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედ დეტერმინანტებს, საჭიროა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ აქტიური საგანმანათლებლო მუშაობა,სადაც პჯდ უნდა შესარულოს უპირველესი როლი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 32.194, P < 0.001$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N80)

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და საცხოვრებელი ადგილს შორი კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: ცუდი (63.2%)ჯანმრთელობის მდგომარეობა აქვთ რეგიონის მაცხოვრებელ რესპონდენტებს დედაქალაქის მაცხოვრებებთან შედარებით, სწორედ ამით აიხსნება მათი დედაქალაქში მომართვიანობა ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის, რაც გასათვალისწინებელია რეგიონებში პჯდ-ის გაუმჯობესება-განვითარებისათვის, მათი საქმიანობაში თემზე სავალდებულო მეთვალყურეობისათვის. ამის საპირისპიროდ კარგი და ძალიან კარგი ჯანმრთელობა აქვს დედაქალაქში მცხოვრებთა უმრავლესობას (64.9% და 70%).კროსტაბულაციით სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 18.870, P < 0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილიN81).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და განათლებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: ძალიან კარგი(75%), კარგი(66.7%) და დამაკმაყოფილებელი(59.3%) ჯანმრთელობის მდგომარეობა აქვს უმაღლესი განათლების მქონე რესპონდენტებს, რაც ადასტურებს განათლების დადებით გავლერნას სულიერ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 8.753, P < 0.033$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 82).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და დასაქმებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება ძალიან ცუდი (78.9%) ჯანმრთელობის მდგომარეობა აქვს დაუსაქმებელ რესპონდენტებს. ძალიან კარგი (75%) და კარგი (66.7%) ჯანმრთელობა აქვთ დასაქმებულებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 15.9690, P < 0.001$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N83).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: რესპონდენტებიდან, ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 78.9% სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს, რაც მათი ცუდი ჯანმრთელობით არის განპირობებული, ხოლო ძალიან კარგი ჯანმრთელობის მქონე პირებიდან მხოლოდ 50% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით (რუტინულად), დანარჩენი 50% ამათგან არ სარგებლობს რუტინულად, მხოლოდ ორსულობის ვიზიტებზე აკითხავს ექიმ-გინეკოლოგს. ასევე რუტინულად სამედიცინო მომსახურებით მოსარგებლეა კარგი ჯანმრთელობის მქონეთა 62.8% და დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის 56.8 %, რაც მიანიშნებს, რომ პჯდ-ის უტილიზაცია მოსახლეობის თითქმის 40%-ში არ ხდება ოჯახის ექიმის ინსტიტუტისადმი უნდობლობის გამო, საჭიროა ოჯახის ექიმის ავტორიტეტის, როლისა და მნიშვნელობის გაზრდა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 8.889, P < 0.031$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 84).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის ჯერადობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: რესპონდენტებიდან, ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 63.2% სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს წლის განმავლობაში 3-ჯერზე მეტად, რაც გამოწვეულია აუცილებლობით, ხოლო ჯანმრთელი მოსახლეობის მხოლოდ 17% აკითხავს 1-ჯერ ექიმს, 3-ჯერ 25%, რაც პრევენციული სერვისების დაბალი უტილიზაციის მაჩვენებელია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 69.199, P < 0.000$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N85).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: რესპონდენტებიდან, ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 47.4.2% საყოველთაო ჯანდაცვა ნაწილობრივ თანაგადახდის პრინციპით უზრუნველყოფს მათ სამედიცინო მომსახურებას, 21.1% კი კერძო დაზღვევა თანაგადახდით; ძალიან კარგი ჯანმრთელობის პირებიც ასევე სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვით 50%-ში და კერძო დაზღვევით 40%-

ში(თანაგადახდით). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 25.058, P < 0.015$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N86).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფოდან გამოყოფილი თანხების შესახებ ინფორმაციას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: რესპოდენტებიდან, ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს მხოლოდ 5.3% აქვს ინფორმაცია. დანარჩენ რესპოდენტებს 95%-ზე მეტს საერთოდ არანაირი ინფორმაცია არ აქვთ სახელმწიფოს ხარჯების შესახებ ამ დარგში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472) = 8.507, P < 0.037$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N87).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: რესპოდენტებიდან, ვინც მეტად მოიხმარს ჯანდაცვის სერვისებს და აქვს უფრო ხშირი შეხება სისტემასთან თავისი ცუდი ჯანმრთელობის გამო, სისტემას აფასებს როგორც „დამაკმაყოფილებელი“-63.2%, ხოლო 5.3% „ძალიან ცუდი“, 21.1%- „ცუდი“, 10.5%- „კარგი“. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 25.390, P < 0.013$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 88).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჩასახვამდე სამედიცინო კონსულტაციისათვის არჩეულ დაწესებულებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა 72.2%-ში აირჩიეს ქალთა კონსულტაცია, ხოლო ოჯახის ექიმისა და ზოგადი პჯდ-ს დაწესებულებისათვის არც ერთს არ მიუმართავს, რაც ადასტურებს, რომ ცუდი ჯანმრთელობის მიუხედავად საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით პჯდ-ს და ოჯახის ექიმს ჩასახვამდე პერიოდში არ მიმართავს ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის შემოწმებისათვის, არ მიმართავს არც იქ მომუშავე გინეკოლოგს, არამედ უფრო ეიმედება სპეციალიზებული ამბულატორიული გინეკოლოგიური დაწესებულება- ქალთა კონსულტაცია. ეს არის სწორედ პრობლემის ძირითად არსი- ოჯახის ექიმის როლის უგულებელყოფა, უწყვეტობისა და კოორდინირების დარღვევა, ფრაგმენტულობა, რაც ჯანდაცვას ხდის ხარჯიანს, არაეფექტურს და არაეფექტიანს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472) = 23.735, P < 0.022$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N89).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჩასახვამდე სამედიცინო კონსულტაციის მიზანშეწონილობისადმი განწყობა-დამოკიდებულებას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ „ცუდი ჯანმრთელობა“ (95.0%)

აუცილებელ საჭიროებად თვლის ჩასახვამდე კვლევების ჩატარებას ორგანიზმის მზაობის შესაფასებლად ორსულობისათვის და ასევე „ძალიან კარგი ჯანმრთელობის“ (100%) ყველა რესპოდენტი ეთანხმება და სრულიად იზიარებს ამ ჭეშმარიტებას. აღნიშნული აუცილებლად უნდა იქნას განზოგადებული და გათვალისწინებული სამომავლოდ ჯანდაცვის პროგრამების შედგენისას, როგორც კონცეპტუალურად, ასევე შესაბამისი ბიუჯეტით. აქ უნდა ამუშავდეს პჯდ-ის სისტემა თავისი მთავარი კონცეფციით, ამასთან ფინანსური უზრუნველყოფით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=6; N=472)=14.414, P<0.025$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 90).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის არჩეულ სამედიცინო დაწესებულებისას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა 42.2%-ში აირჩიეს ქალთა კონსულტაცია, 42.2%-სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის არც ოჯახის ექიმისა და ზოგადი-არასპეციალიზებული პჯდ-ს დაწასებულებისათვის არც ერთს არ მიუძღრთავს.მათ უფრო ეიმედებათ სპეციალიზებული ამბულატორიული გინეკოლოგიური დაწესებულებები- ქალთა კონსულტაცია, სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია. . კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=9; N=472)=22.697, P<0.007$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 91).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ექიმთან შესვლის ლოდინს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტებს სხვადასხვა დროის მანძილზე უწევთ ლოდინი ექიმთან, რაც მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ ექიმთან ჩაწერის ელექტრონული სისტემა ჯერაც არ არის კარგად განვითარებული, რაც ორსულებისათვის და განსაკუთრებით ცუდი ჯანმრთელობის ორსულთათვის მნიშვნელოვანია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472)=23.569, P<0.023$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 92).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ექიმის მიერ ორსულის გასინჯვას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: ცუდი ჯანმრთელობის დროს 57.7%-სათვის საკმარისია 15-20 წუთი,ხოლო კარგი ჯანმრთელობის ორსულთათვის 50%-ში საკმარისია 15-20წუთი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=9; N=472)=23.972, P<0.004$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N93).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ექიმის მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების/საუბრის კროსტაბულაციით გამოვლინდა:

75%-ზე მეტ შემთხვევაში ექიმი არ საუბრობს სისტემის შესახებ, ამასთან ცუდი ჯანმრთელობის ორსულებთან ყველაზე ნაკლებად (5.3%), მათ 94.7%-თან არ აქვს საუბარი, რაც შეიძლება აიხსნას იმით, რომ ცუდი ჯანმრთელობის ორსულებს უფრო მეტი პირადი პრობლემები აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით და ექიმთან ვიზიტის ფორმატით დრო შეზღუდულია. ეს საკითხი მოითხოვს გადახედვას და უპრიანია ეს როლი შესარულოს პჯდ-ის პირადმა ექიმმა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472)=8.319, P<0.040$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 94).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ორსულობის ოპერიოდში გართულებებს შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა უფრო მაღალია ორსულობის შეწყვეტის საფრთხე(85.7%) სხვა დაავადებებთან შედარებით, ხოლო კარგი ჯანმრთელობის ორსულებთან უფრო ხშირად ვითარდება ანემია(57.1%). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=15; N=472)=46.504, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 95).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ორსულობის პერიოდში ერთი და იგივე ექიმის მეთვალყურეობას, ანუ მისადმი ნდობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ კარგი ჯანმრთელობა 92.8%-ში ნდობას უცხადებენ ერთ ექიმს და არ იცვლიან პროვაიდერს, ხოლო ცუდი ჯანმრთელობის ორსულთა მხოლოდ 68.4%-ს ყავს ერთი ექიმი, დანარჩენი ნაწილი ამჯობინებს შეცვალოს, რაც აიხსნება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობით,რასაც შესაბამისად ვერ უზრუნველყოფს ნებისმიერი პროვაიდერი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472)=19.644, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 96).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ორსულობის პერიოდში მენ-გინეკოლოგის გარდა სხვა ექიმთან მიმართვას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა ყველაზე მეტმა (31.6%) მიმართა სხვა სპეციალისტის ექიმს, რაც სრულიად ლოგიკურია ცუდი ჯანმრთელობის შემთხვევაში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472)=11.423, P<0.010$ (იხ. ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N97).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში სასურველ ცვლილებებთან დაკავშირებით კროსტაბულაციით გამოვლინდა: რესპოდენტები, რომელთაც აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა 68.4%-ში გამოთქვამენ მრავალ სურვილს სერვისის გაუმჯობესების მიზნით, რომელიც ზოგჯერ არის სუბიექტური,

ზოგჯერ კი დარგში არსებული პრობლემების უკეთ დანახვის შესაძლებლობას იძლევა კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=18; N=472)=60.135, P<0.000$ (იხ.ორსულთა კროსტაბულაციის ცხრილი N 98).

4.2.6. ძირითადი მიგნებები ორსულთა კროსტაბულაციიდან

1. რაიონებში პჯდ და ოჯახის ექიმი არ არის პოპულარული, ოჯახის ექიმის მიერ არ ხდება რეპროდუქციული სერვისების მოწოდება.
2. საქართველოში, ამასთან უფრო მეტად რაიონებში ორსულობის დაგეგმარების კულტურა და ტრადიცია არ არის და პჯდ-ის ოჯახის ექიმი თემისათვის რეპროდუქციული განათლების მიწოდების ფუნქციას არ ასრულებს.
3. რაიონში მცხოვრებ 18-24 წლის ორსულებს ჯანმრთელობის პრობლემები უფრო მეტად აქვთ, ვიდრე დედაქალაქის იმავე ასაკის ორსულებს.
4. რაიონის ახალგაზრდები უფრო ადრეულ ასაკში აჩენენ შვილებს,
5. პჯდ არაორგანიზებულია, ოჯახის ექიმი არ არის ჩართული პაციენტის, ორსულის, უწყვეტ მოვლაში, მეკარიბჭის ფუნქციას, ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის გათვითცნობიერების ფუნქციას არ ასრულებს.
6. პჯდ-ში განხორციელებული მრავალწლიანი რეფორმის მიუხედავად პჯდ-ში ქალთა მოვლის სერვისების უტილიზაცია მცირეა.
7. საქართველოში ჩასახვამდელ პერიოდში კვლევები რუტინულად არ ტარდება-არ არის პროგრამულად უზრუნველყოფილი .
8. რაიონში მცხოვრებ ორსულთა უმრავლესობისათვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის 15 წუთიანი არეალი არ არსებობს.
9. ორსულების მიერ პროგრამის ფარგლებში მიღებული რკინის პრეპარატის მოხმარება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დაბალია.
10. ჩასახვამდე სამედიცინო გასინჯვის აუცილებლობის კულტურა უფრო მეტადაა გამოხატული დედაქალაქის ქალების ქცევაში,ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ ქალებში.
11. განათლების მაღალი სტატუსი გავლენას ახდენს და დადებითად აისახება ქალების უკეთეს ჯანმრთელობაზე.
12. უმაღლესი განათლების მქონე ქალთა ინფორმირებულობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის საკითხებზე უფრო მაღალია.

13. ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის საშუალო განთლების ქალები უპირატესობას ანიჭებენ ქალთა კონსულტაციას, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალებს სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია უფრო ეიმედებათ. პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუცია-პილიკლინიკა/ამბულატორია ყველასათვის არაპოპულარულია.
14. ცუდი ჯანმრთელობის მიუხედავად უბნის პჯდ-ს და ოჯახის ექიმს ჩასახვამდე პერიოდში არ მიმართავს პოტენციური ორსული ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობის შემოწმებისათვის და არც იქ მომუშავე გინეკოლოგს მიმართავს.
15. ორსულთა მცირე ნაწილს, ვინც ჩაიტარა ჩასახვამდელი კვლევები, უფრო ეიმედება სპეციალიზებული ამბულატორიული გინეკოლოგიურ დაწესებულება- ქალთა კონსულტაცია, სამშობიაროსთან არსებული ქალთა კონსულტაცია და არა ოჯახის ექიმი.
16. ახლობელთა გამოცდილება და ცნობადობა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის არჩეულ დაწესებულებას.

4.3. ორსულთა პრობლემები და სურვილები

1. ლაგოდეხის რაიონი სოფელი “კაბალა“, სადაც ცხოვრობენ აზერბაიჯანელები, არ არსებობს მათთვის არანაირი ინფორმაცია ორსულის ანტენატალური მეთვალყურეობის შესახებ. ქალების უმრავლესობა არ დადის 9 თვის მანძილზე ექიმთან, სანამ არ დაეწყებათ მშობიარობა; 4თვემდე საერთოდ არავინ არ მიდის ექიმთან. არანაირი ინფორმაცია არ აქვთ თავიანთი უფლებების შესახებ. ენობრივი ბარიერის გამო მათთან კომუნიკაცია თითქმის არ არის.
2. ნაწილი ორსულებისა ამბობს, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამის შესახებ მას შემდეგ მიიღეს ინფორმაცია, როდესაც გაუჩნდათ ეჭვი რომ იყვნენ ორსულად და დასადგენ/დასადასტურებლად მიმართეს ექიმს ერთ-ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში. მოსახლეობამ, პოტენციურმა ორსულმა ორსულობამდე არ იცის აღნიშნული პროგრამის შესახებ, რადგან არ მიმართავს ოჯახის ექიმს.
3. ახალციხე-ადიგენის სოფლებში არის მხოლოდ ექთანი, ანტენატალური მეთვალყურეობის მისაღებად ორსული ჩადის ახალციხეში და სჭირდება დიდი დრო, ხშირად დაიქირავებული ტრანსპორტით სარგებლობა უწევს. რასაც სჭირდება მატერიალური სახსრები. ტრანსპორტის გარეშე, ფეხით თუ ჩავა საფრთხე ექმნება ორსულს. მაგალითად, სოფელი „ჭითი“-დან ახალციხეში ჩასვლას 45წუთზე მეტი

სჭირდება. ორსულს აქვს სამედიცინო სერვისებისადმი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა.

4. გორის რაიონის სოფელი „კარალეთი“ -არ ჰყავთ „ბებიაქალი“ და ორსული მეთვალყურეობისათვის ვიზიტებზე ჩადის გორში, აგრეთვე არ აქვთ სრულყოფილი ინფორმაცია, ანუ არსებობს ინფორმაციის და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

5. მცხეთის სოფელი „პატარა ქანდა“-დან დადის მუხრანში ექიმთან, აღრიცხვაზე მცხეთაში, ინფორმაცია არ აქვთ პროგრამაზე, ვადებზე და 14 კვირაზე მიმართა ექიმს აღრიცხვისათვის (?). მისთვის არსებობს ინფორმაციის და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

6. სენაკის რაიონის სოფელი ნოსირი, 6 თვემდე ექიმთან არ ყოფილა, შემდეგ გადაამისამართეს სენაკში. არსებობს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

7. თელავის სოფელი „რუისპირი“, სოფელში არც პედიატრია და არც გინეკოლოგი, რისთვისაც მიმართავენ თელავს. თითო ჩასვლა 100 ლარი ჯდება, „გინეკოლოგთან ზოგჯერ უფულობის გამო ვერ მვდივარ“ -ამბობს ორსულ. მისი სურვილია უფასო, ხარისხიან , გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი სერვისი.

8. რესპოდენტი თელის, რომ კერძო დაზღვევაზე გადასვლით და საყოველთაო ჯანდაცვიდან გამოყოფით გაუარესდა მისი ეკონომიური მდგომარეობა, ბავშვებს მოეხსნათ საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისები, რადგან არიან კერძო დაზღვევაში.

9. თელავის სამედიცინო სერვისებისადმი დაბალი ნდობის გამო ანტენატალური მოვლისათვის ნაწილი რესპოდენტების ჩამოდის თბილისში, ასევე სამშობიაროდ ჩამოდიან თბილისში, რაც დაკავშირებულია ხარჯებთან. პრობლემა-თელავში ანტენატალური მოვლის პჯდ-ის და სამეანო სერვისების ხარისხისადმი ნეგატიურია პაციენტის დამოკიდებულება, არსებობს ორსულის სამედიცინო სერვისებისადმი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

10. ახალქალაქი-ორსული ცხოვრობს სოფელში, სადაც არ არის პჯდ და აქვს სამედიცინო სერვისებისადმი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

11. ნაწილობრივ დააფინანსონ ინვიტრო განაყოფიერება -ამბობს რესპოდენტი.

12. საჭიროა ფინანსურად ხელმისაწვდომი ორსულობამდელი კვლევა, TORCH ინფექციებზე კვლევა იყოს უფასოდ!

13. სურს ანტენატალური სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება, სასურველია პჯდ-ში იყოს „მშობელთა სკოლა“.

14. ზესტაფონიდან დადის თბილისში, სურს ხარისხიანი ულტრაბგერითი კვლევა, რადიოლოგთა კვალიფიკაციით უკმაყოფილოა „ვერ ნახეს კისტა“ და „ენდომეტრიოზი“, ასევე სურს დაფინანსდეს ძვირადღირებული კვლევები.
15. ახმეტის სოფელი ომალოდან დადის თბილისში რადგან არსებობს ხარისხის პრობლემა, ომალოში არ არის სერვისები.
16. „ხაშურს ვერ ვენდობი-თბილისში მიჩვენია დავდეგე აღრიცხვაზე“-ამბობს ორსული.
17. „გორს ვერ ვენდობი-აღრიცხვაზე დავდექი გორში და დავდივარ ვიზიტებზე თბილისში-თითო ვიზიტი მიჯდება 400ლარი, თითო ექოსკოპია-100-100 ლარი.“
პრობლემა-ინფორმაცია, სერვისების ხარისხი, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა.
18. „ინფორმაცია -მწირი, პროგრამის შესახებ-ყველამ არ იცის სარგებლის და ვადების შესახებ. სანდო ანალიზები -ძვირი, აღრიცხვაზე დადგა გორში, ანალიზებს იკეთებს თბილისში.“-ამბობს ორსული. რაიონის გორის პრობლემა-ინფორმაცია, სერვისების ხარისხი, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა.
19. ფინანსური ხელმისაწვდომობა-თითო ვიზიტისას ანალიზები 175ლარი ჯდება და საჭიროა იყოს უფასო, რასაც ექიმი ჩათვლის საჭიროდ. სტანდარტზედა კვლევების და დანიშნული მედიკამენტების დაფინანსება, ფინანსური ხელმისაწვდომობა.
20. ორსულობამდელი კვლევების აუცილებლობა დაფინანსებით! მაგალითად ორსულობა დასაწყისში შეფასდა, როგორც ფიზიოლოგიური, მაგრამ 30 კვირის შემდეგ მქონდა პრე-ეკლამპსია-სერვისი უფასო არ იყო! გამოვლინდა შემდეგ პრეეკლამპსია რომელის მკურნალობაც არ დაფინანსდა- ამბობს ორსული.
21. „პროგრამა არ არის მოქნილი, გამოვტოვე ვიზიტი ბავშვის წონის გამო, არ არის დაფინანსება რეალური (არც ძველი და არც ახალი), ერთ ვიზიტზე ვტოვებ 200ლარს. მივიღე 3 უფასო და 8 ფასიანი ვიზიტი -თითო 200 ლარი, დაფინანსდეს კოაგულოგრამა, მაღალია ფინანსური ტვირთი“-ამბობს ორსული.
22. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა -ქობულეთიდან თბილისში დადის, თუმცა არც თბილისის საპატრიარქოს კლინიკა მოეწონა. ფინანსური სიძნელის გამო ვერც ერთი სტანდარტზედა კვლევა ვერ ჩაიტარა, პროგრამა ვერ პასუხობს მოთხოვნებს.
ფიზიოლოგიურად შეაფასეს და დამატებითი კვლევები დაენიშნა-ვერ გადაიხადა. ამბობს მაღალია ფინანსური ტვირთი“ ამბობს ორსული.

23. აუცილებელია ჩასახვამდელი კვლევები, სტანდარტზედა კვლევების დაფინანსება, თითო ვიზიტზე ვტოვებ 150-200 ლარს, ანემიის გამო კვირაში 1-ჯერ ვიკეთებ ანალიზს. მაღალია ფინანსური ტვირთი.
24. “ დ ვიტამინი სოლგარის 80 ლარი ღირს, 1 ვიზიტი 300-400 ლარი ჯდება, პრესტიჟული ცენტრი არის ძვირი, მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამით „ცოცხალი არ ვიქნებოდი“. მაღალია ფინანსური ტვირთი “- ამბობს ორსული..
25. წინასწარი კვლევები ორსულობამდე, ჯანსაღი კვება, 2 კვირაში 1-ჯერ ვიკეთებ ექოს, მსურს სწორი მკურნალობა. მაღალია ფინანსური ტვირთი, ზოგ რეგიონში დაბალია ხარისხი- ბათუმმა ვერ მართა შესაბამისად- ამბობს ორსულობა.
26. ქუთაისიდან დადის თბილისში. სურს - პროფესიონალიზმი, ყურადღება, ხარისხი, რომელიც მისი ინფორმაციით, რაიონში არ არის.
27. ინფორმაცია, ექიმის კეთილსინდისიერება, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.
28. მაღალი ხარისხის კვლევები ჩატარდა თბილისში, მაგალითად ამნიოცენტეზი. ორსულს სურს- სახელმწიფომ უზრუნველყოს ყველა საჭირო კვლევის დაფინანსება.
29. ორსულს სურს რომ ინფორმაცია იყოს სრულყოფილი, მაგალითად შეიცვალა მომწოდებელი და ამოვარდა პროგრამიდან.
30. რაიონში- სენაკში არ არის ხარისხიანი სრვისი და დადის თბილისში, რაც ძვირია და შორი. მისი პრობლემაა- ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.
31. პაციენტის უფლება აირჩიოს დაწესებულება, სადაც მიიღებს სერვისს პროგრამით არ არის დაცული! მცირე ნაწილია ჩართული პროგრამაში, არ არის გათვალისწინებული არც გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და არც პაციენტის უფლება აირჩიოს ექიმი და დაწესებულება- ამბობს ორსული.
32. წინა ორსულობა მქონდა მკვდრადშობადობით 26-ე კვირას, თუმცა მანამდე ფიზიოლოგიურ ორსულად ვიყავი დაფიქსირებული. ორსულს სურს გაუმჯობესდეს ხარისხი!.
33. ორსული ამბობს: „ხარისხიანი სერვისი არსებობს, მგრამ ძვირია. იოაკიმე და ანას საპატრიარქოს პჯდ სერვისი ცუდია და გადავედი ჩაჩავაში- კვლევები, მედიკამენტები - ძვირია. გაიზარდოს პროგრამის შინაარსი, მოცულობა და იყოს უფასო..!“
34. ორსულს სურს რომ ორსულობისას ჰქონდეს შესაძლებლობა საცხოვრებელი ტერიტორიის მიხედვით ჰქონდეს კარგი, ხარისხიანი ინფრასტრუქტურის, ერთ სივრცეში

განთავსებული, კომფორტული ფინანსურად და გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი ორსულთა მოვლის სერვისი.

35. ვიზიტები, რიგები, ჩაწერა - მოუწესრიგებელია. პაციენტი ნაადრევ მშობიარობებს და მოშლილობის საფრთხეებს ხედავ რიგში დიდხანს დგომაში. ვიზიტები, რიგები, ჩაწერა - მოუწესრიგებელია

36. პაციენტი ამბობს, რომ “სამომავლოდ შემდეგ ბავშვზე აღარ ისარგებლებს სახელმწიფო პროგრამით, რადგან ფიზიოლოგიურ ორსულს პროგრამით და პროგრამის გარეშე - კერძოდ, ერთი და იგივე კლინიკაში სხვადასხვა ხარისხის სერვისს აწვდიან! ექიმის ყურადღება, ინსტრუმენტული კვლევები - რადიკალურად განსხვავებულია, ანუ პროგრამით მივიღე უხარისხო სერვისი.”

37. „ექიმი რომ გეუბნება ეს ანალიზები გჭირდებაო - უნდა შეგეძლოს გაკეთება. ფული თუ არ გაქვს - ვერ იკეთებ. თითო ვიზიტზე დავტოვე 300 ლარი, 2 კვირაში ერთჯერ 80 ლარს ვტოვებ - კოაგულოგრამა, ინფექციები,“ თუ ფული არ გაქვს - მოკვდები, თუ უფასოა - იყოს უფასო“- ამბობს ორსული.

38. „გამაფორმეს ფიზიოლოგიურად, წარმოიქმნა შენარჩუნების - მოშლილობის პრობლემა, მკურნალობდნენ ამბულატორიულად, თითო უფასო ვიზიტი დაჯდა 200-300 ლარი, ფაქტიურად უფასო აღარ გამოვიდა. პრობლემა - პროგრამა ვერ იცავს ორსულს კატასტროფული ხარჯებისაგან. თუ უფასოა - იყოს უფასო.“ - ამბობს სხვა ორსული.

39. აღრიცხვაზე ასვლამდე ორსულობის დასადგენი ექო-უფასო, გინეკოლოგი-უფასო.

40. „2 ადგილას დავდივარ უფასოზე - პროგრამით, ფასიანზე - ვისაც ვენდობი.

აღრიცხვაზე ასვლამდე ორსულობის დასადგენი უნდა იყოს ექო-უფასო, გინეკოლოგი-უფასო..“- ამბობს ორსული.

41. „როდესაც ვიზიტზე ვერ მიდის დათქმულ კვირას ორსული გარკვეული მიზეზის გამო - ის გასინჯვა და განკუთვნილი კვლევები ვარდება და ნუ დამიკარგავენ უფასო სერვისის მიღების საშუალებას, აღარ ამოგდონ - ეს ხომ პროგრამის თანხაში შედის და ორსულისაა! სად მიდის ეს ფული????“ - ამბობს ორსული.

42. „ქუთაისის ერთ-ერთ სამშობიაროში 12 კვირაზე კისრის ნაოჭის სისქის გამო მიიტენეს ექვი დაუნის სინდრომზე, ასაკი 25წელი, ჩატარდა რამოდენიმე ექო. სამმაგი ტესტი არ ჩაატარეს და დამენიშნა ამნიოცენტეზი - ქუთაისმა გამომიშვა თბილისში ამ პროცედურისთვის“- ამბობს ორსული და დასძენს, რომ რაიონში შეექმნა გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა ხარისხიან სერვისზე.

43. ორსული თიანეთიდან ამბობს, რომ სურსმის რაიონშიც იყოს ისეთივე ხარისხის სერვისები, როგორიც არის თბილისში, არ ენდობა და არ ცნობს პოლიკლინიკას-პჯდ-ს, ოჯახის ექიმს. იგი თვლის, რომ მას აქვს გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა ხარისხიან სერვისზე.

44. ორსული რუსთავიდან ამბობს, რომ მისი ორსულობა შეფასდა ფიზიოლოგიურად, მაგრამ 26-ე კვირას გამოვლინდა ორსულობის მოშლილობის საფრთხე, დადის რუსთავიდან-სამგორში, რადგან რუსთავს არ ენდობა და კიდევ ამოწმებს თბილისში. პრობლემა--გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სერვისზე.

45. ორსული რუსთავიდან ამბობს, რომ რუსთაველაში ვერ მართეს ორსული როდესაც გამოვლინდა პრე-ეკლამპსია, მკურნალობის ხარჯებმა შეადგინა 4000-5000 ლარი. „ფული და დაზღვევა რომ არ მქონოდა ორსულობა შესწყდებოდა, რადგან ვერ ვიმკურნალებდი. ხაისხიანი, გართულებული ორსულობა არის ძვირი. სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ფინანსურად და გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი მკურნალობა.“-ამბობს რესპონდენტი.

46. ორსული არ ენდობა აგარას, საკეისრო კვეთა სურს ჩაუტარდეს თბილისში, მისი სურვილია ჰქონდეს გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სერვისზე.

47. პაციენტის პრობლემა: აღიცხვავება ერთ-ერთ პოლიკლინიკაში და დადის კერძო კლინიკაში, ამბობს რომ უხარისხოა პჯდ-ის შენობა, ლაბორატორია, ექიმი, ექოსკოპის აპარატი არ აქვთ. სურს თბილისში მის სახლთან ახლოს მიიღოს სერვისი, მაგრამ არ არის შესაბამისი და ამიტომ აქვს გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა ხარისხიან სერვისზე.

48. პაციენტს ფოთში უნდა ჰქონდეს კარგი სერვისი და სულაც არ სურს ორსულს იაროს თბილისში. მისი სურვილია-გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სერვისზე.

49. ორსული ამბობს: „თებერვლიდან გაიზარდა ვიზიტების რაოდენობა, რამაც პრობლემა ვერ აღმოფხვრა, რაოდენობის გაზრდას აჯობებდა ხარისხის გაუმჯობესებაზე ეზრუნათ“.

50. ბავშვთა აცრები-კერძო დაზღვევაზე ვარ და ბავშვის აცრებს არ აფინანსებს!

51. ორსული ამბობს: „ვიზიტები უკეთესია იყოს ,8-10, უკეთესია თვეში ერთჯერ, ორსულობამდე კვლევების უფასო სერვისი, უფასო კვლევები ინფექციებზე, ჰორმონებზე .

თავი V.

კვლევის შედეგები III

5.1.საველე სამუშაო- მელოგინე/მეძუბური დედების ინტერვიურება

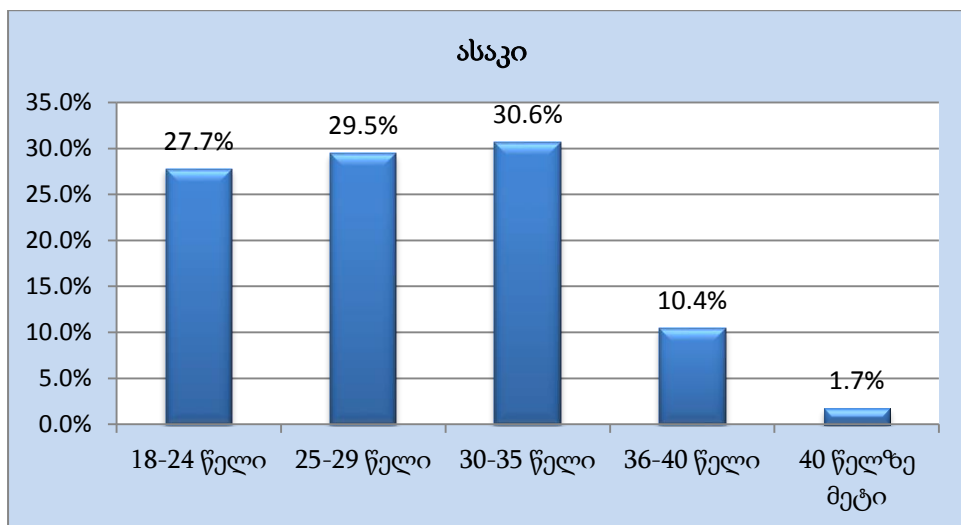
II ჯგუფში გაერთიანდა 346 მელოგინე/მეძუბური დედა. კვლევაში სოციოგრამიდან შეირჩა 5 დამოუკიდებელი ცვლადი: ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, სამუშაო სტატუსი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა (თვითშეფასება). (იხ. სურათი N 48).

სურათი N48. დამოუკიდებელი ცვლადები(მელოგინეები).



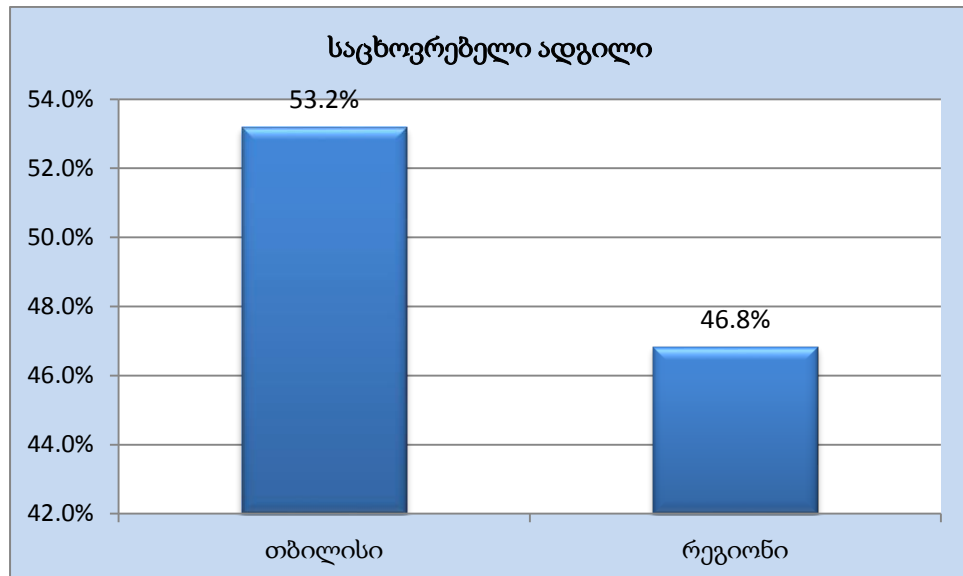
მელოგინე/მეძუბური დედების ასაკობრივი შემადგენლობა იყო შემდეგ: 18-24 წლის მელოგინე/მეძუბური დედები შეადგენდა 27.7%-ს, 25-29წლის- 29.5%-ს, 30-35წლის- 30.6%-ს, 36-40წლის-10.4%-ს, 40 წელზე ზევით- 1.7%-ს.(იხ.სურათი N49).

სურათი N49.მელოგინეთა განაწილება ასაკის მიხედვით%



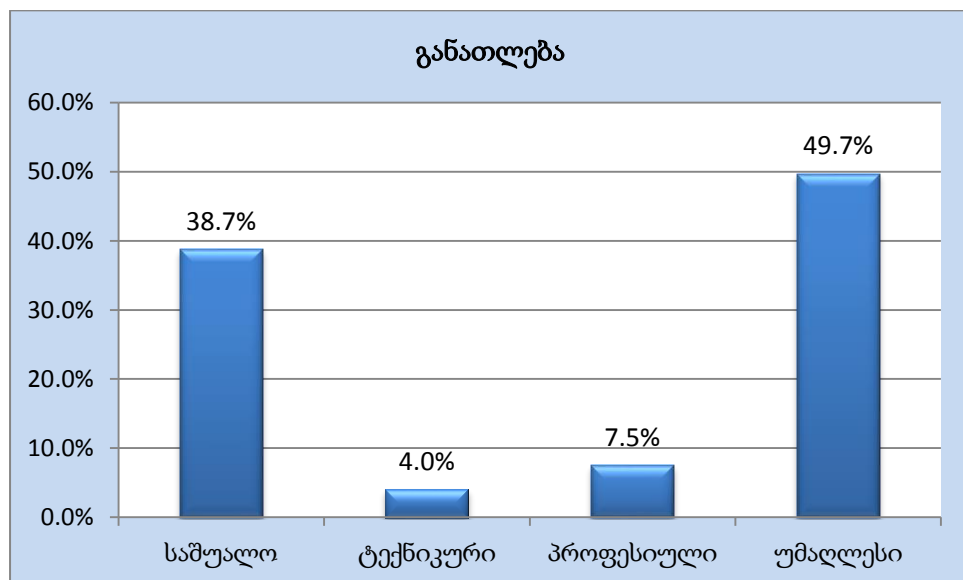
მელოგინე/მეძუპური დედების 98.8% საქართველოს მოქალაქე იყო. მელოგინე/მეძუპური დედების 53.2% იყო თბილისში მცხოვრები, ხოლო 46.8% იყო რაიონის მცხოვრებელი (იხ. სურათი N50).

სურათი N50. მელოგინეთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით%



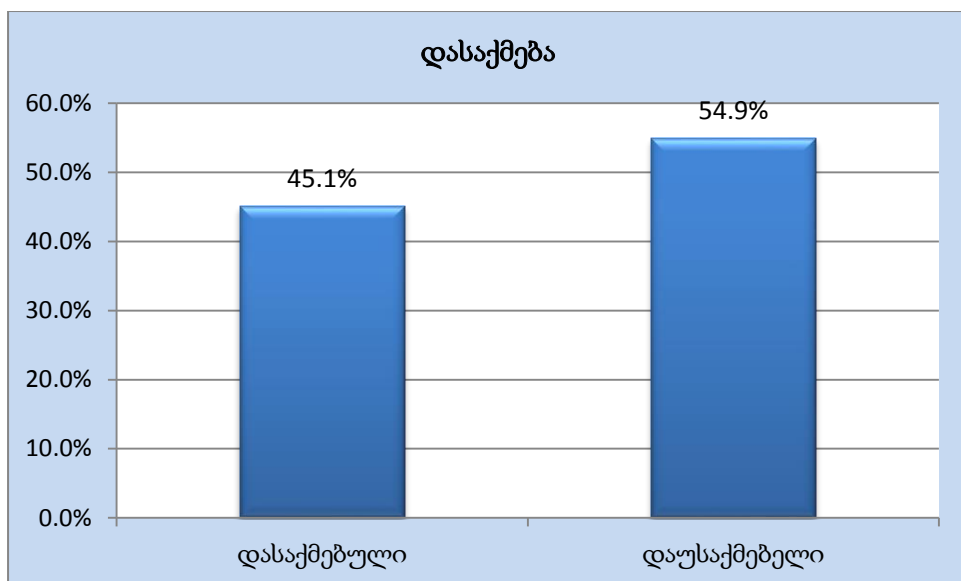
მელოგინე/მეძუპური დედების 49.7% იყო უმაღლესი განათლებით, ხოლო 50.3%-საშუალო, ტექნიკური, პროფესიული განათლებით (იხ. სურათი N51).

სურათი N51. მელოგინეთა განაწილება განათლების მიხედვით %



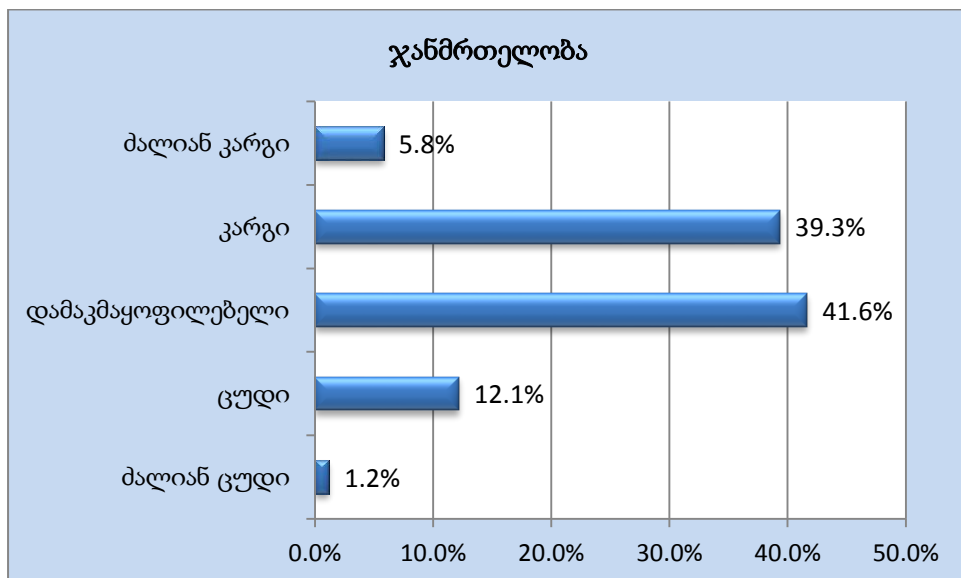
მელოგინე/მეძუპური დედების 45.1% იყო დასაქმებული, ხოლო 54.9%-დაუსაქმებელი (იხ. სურათი. N52).

სურათი N52. მელოგინეთა განაწილება დასაქმების მიხედვით %



უნარშეზღუდვის სტატუსი ჰქონდა 1-ს. მელოგინე/მეძუძური დედების 1.2%-ს ჰქონდა ძალიან ცუდი და 12.1% ძალიან ცუდი ჯანმრთელობა, 41.6%-დამაკმაყოფილებელი ორსულთა 39.3%-ს კარგი და 5.8%-ს -ძალიან კარგი. (იხ. სურათი N53).

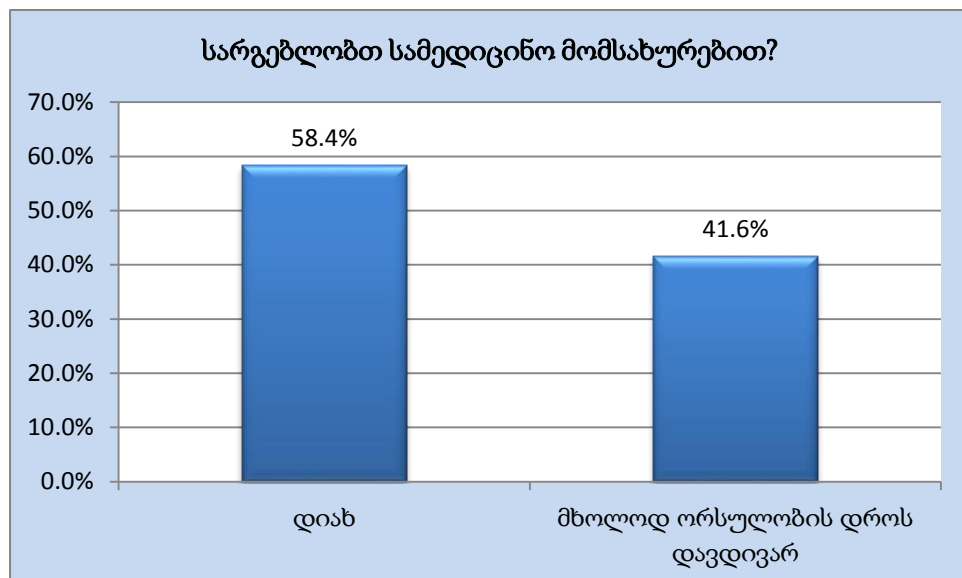
სურათი N53. მელოგინეთა განაწილება ჯანმრთელობის მიხედვით(თვითშეფასება)%



რესპონდენტთა 58.4% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით, ხოლო 41.6% ამბობს, რომ რუტინულად არ სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით, თუმცა როგორც ინტერვიურებისას მათ აღნიშნეს, სარგებლობენ მხოლოდ ორსულობის დროს. აღნიშნული სტატისტიკა მიანიშნებს მოსახლეობის დაბალ განწყობას პრევენციული სერვისებისადმი და რომ ძირითადად მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების

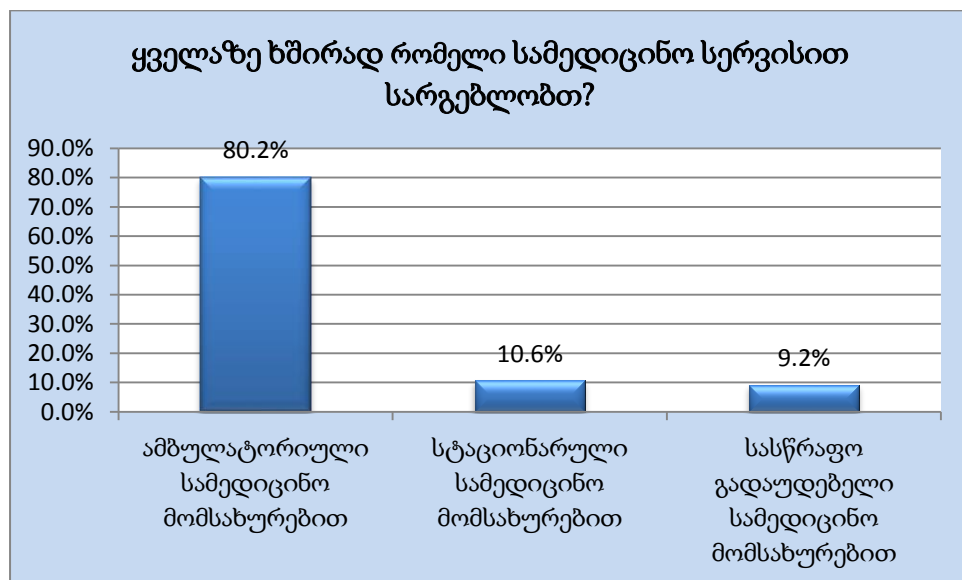
შემთხვევაში, ამის მაგალითია ორსულთა ვიზიტების დროს სარგებლობა. (იხ. სურათი N54).

სურათი N54. სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა% (მელოგინები)



რესპონდენტები ძირითადად (რუტინულად მოსარგებლე 58.4% და მხოლოდ ორსულობისას მოსარგებლე 41.6%) ამბულატორიული სერვისებით მოსარგებლეები არიან. (იხ.სურათი N55).

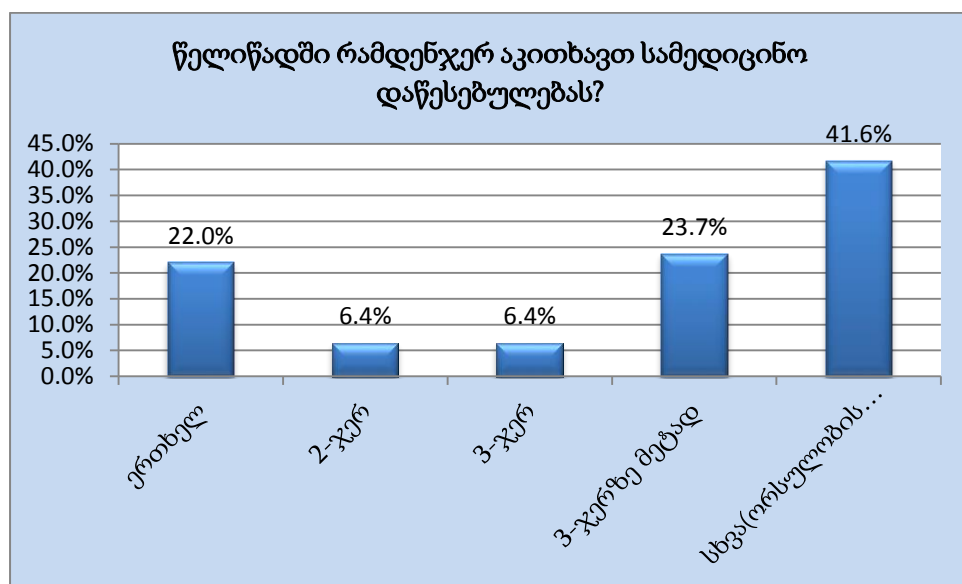
სურათი N55. ყველაზე ხშირად გამოყენებული სამედიცინო სერვისი% (მელოგინები)



სამედიცინო მომსახურებით რუტინულად მოსარგებლეებიდან 22% წელიწადში ერთხელ მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, 6.4%- 2-ჯერ, 6.4% მიმართავს 3-ჯერ და 3-ჯერზე მეტად 23.7%. აღნიშნული სტატისტიკა მიანიშნებს, რომ პროფილაქტიკას ნაკლებ ყურადღებას უთმობს რესპონდენტები, რადგან ერთჯერად, ანუ პირველ

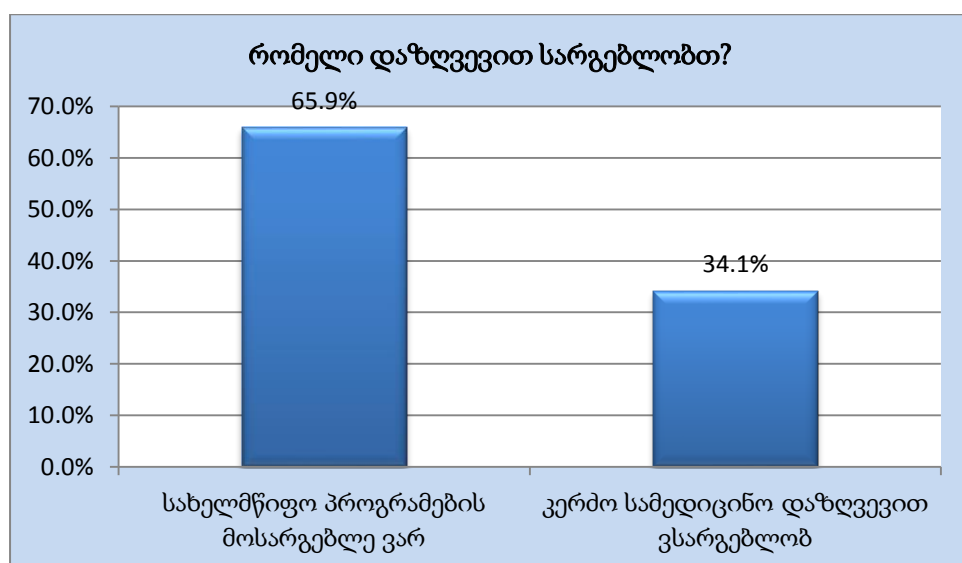
მიმართვას მხოლოდ 22% ახორციელებს, ამასთან არ ჩანს პირადი ექიმის უწყვეტი მეთვალყურეობის არსებობა, რადგან მიმართვიანობა წელიწადში 2-ჯერ და 3-ჯერზე მეტად თითქმის ერთნაირი ინტენსიობისაა (6.4% და 6.4%), რაც საშუალებას იძლევა ვიფიქროთ, რომ პაციენტის მიმართვა პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციასთან ხდება სპონტანურად, დაუგეგმავად, პაციენტის სურვილისა და საჭიროებისადმი მისი შეხედულების მიხედვით. (იხ. სურათი N56).

სურათი N56. წელიწადში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის ჯერადობა %, მელოგინეები

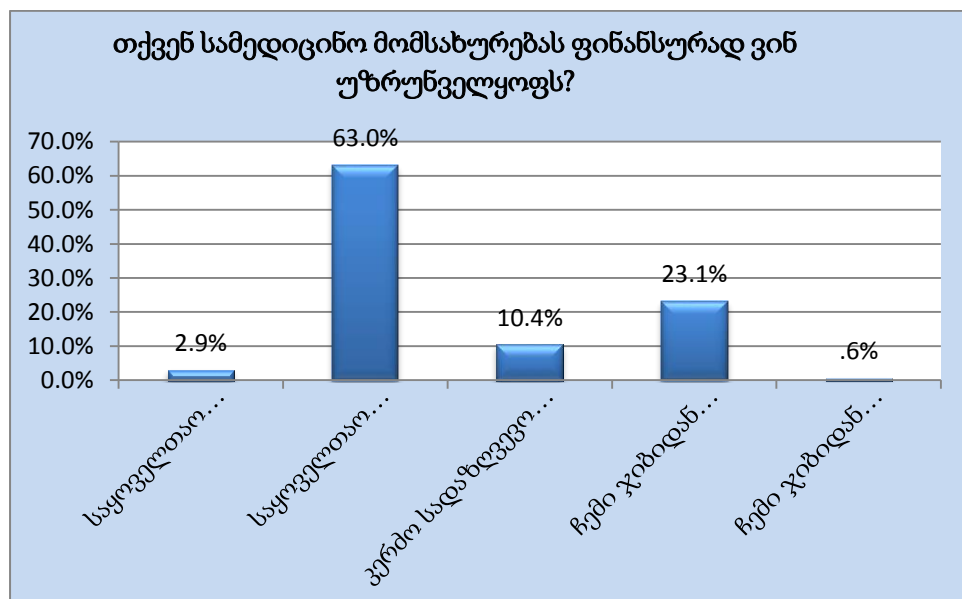


რესპოდენტთა 65.9% სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. ხოლო 34.1% კერძო დაზღვევით (იხ. სურათი 57).

სურათი N57. დაზღვევის სახეები. % (მელოგინეები)



რესპონდენტთა 63.0% -ის სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ჯიბიდან თანაგადახდასთან ერთად , 23.1%-სადაზღვევო კომპანია და თანაგადახდა თავისი ჯიბიდან , 10.4% მთლიანად სადაზღვევო კომპანია, 2.9%-ს მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვა, 0.6% ამბობს, რომ ყველა ხარჯს თავად იხდის. აღნიშნული ზოგადი სტატისტიკის მიხედვით, პაციენტებისათვის პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ფინანსურად ხელმისაწვდომია (იხ. სურათი N58).
სურათი N58. სამედიცინო მომსახურებით ფინანსური უზრუნველყოფა% (მელოგინები)

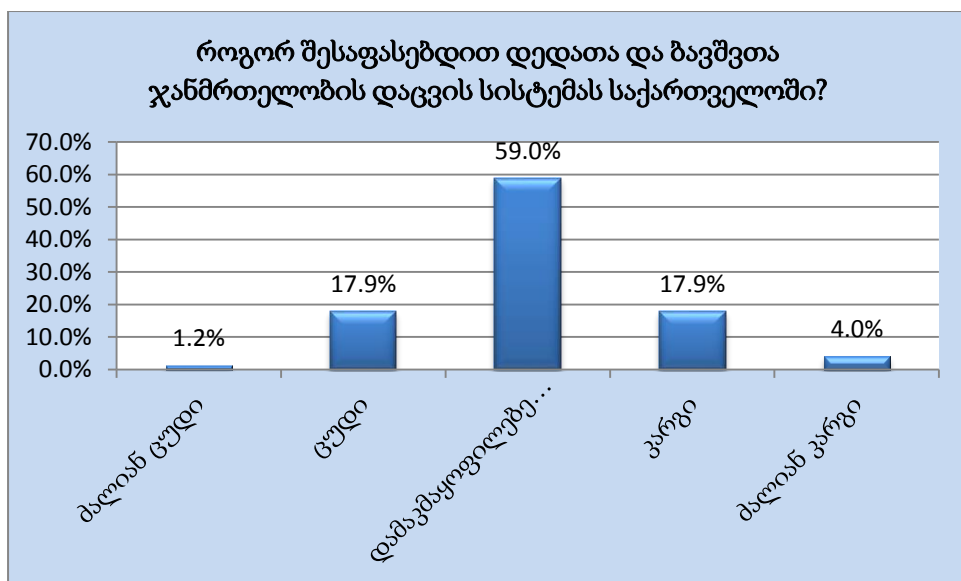


რესპონდენტთა 70.5%-ს არა აქვს ინფორმაცია-რა სახის სამედიცინო სერვისებს ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში. რესპოდენტთა 68.8% ამბობს რომ ესაჭიროება უფრო მეტი ინფორმაცია საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ.

რესპოდენტთა 96.5%-ს არა აქვს ინფორმაცია რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით. რესპონდენტების 96.0%-სათვის არავის უკითხავს და არც მას გამოუთქვამს აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში.

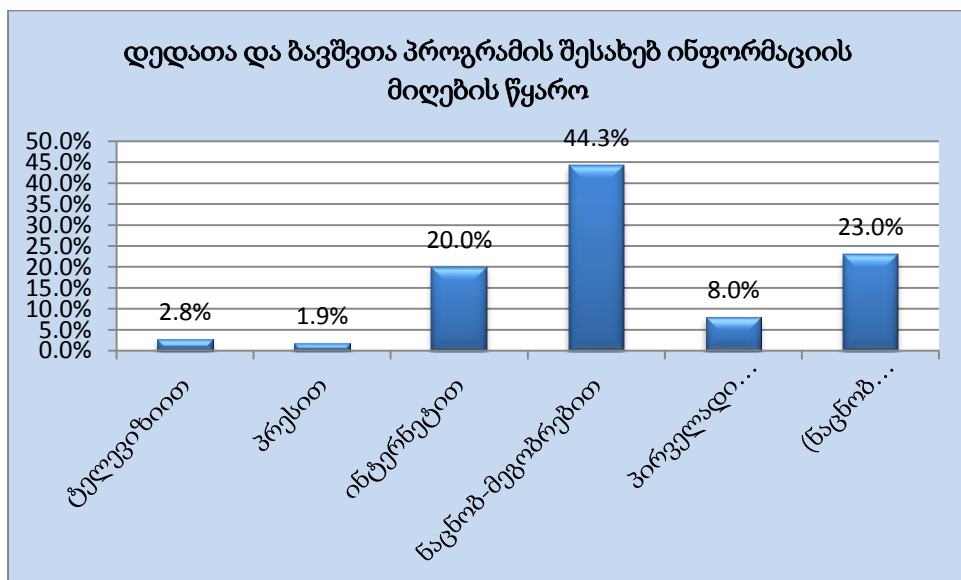
რესპოდენტთა 46.2% ფიქრობს,რომ ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არ პასუხობს მათ მოთხოვნებს.ამასთან, რესპონდენტთა შეფასებით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში არის შემდეგი: 1.2% ამბობს,რომ არის ძალიან ცუდი, 17.9%-ცუდი, დამაკმაყოფილებელი-59.0%,კარგი-17.9%,ძალიან კარგი-4.0%.(იხ.სურათი N59).

სურათი N59. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება(მელოგინები)



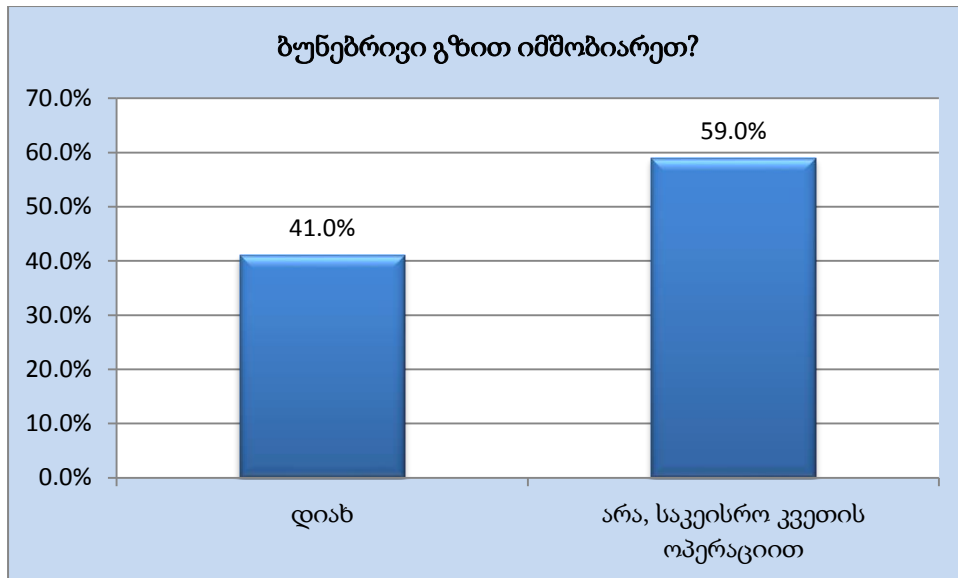
რესპონდენტთა 53.8%-ს არა აქვს ინფორმაცია სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, ხოლო „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ ყველა რესპონდენტს აქვს ინფორმაცია. ინფორმაციის უმთავრესი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები (44.3%), ნაცნობი გინეკოლოგი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრი (23.0%). (იხ.სურათი N60).

სურათი N60. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაციის მიმწოდებელი წყარო(მელოგინებში).



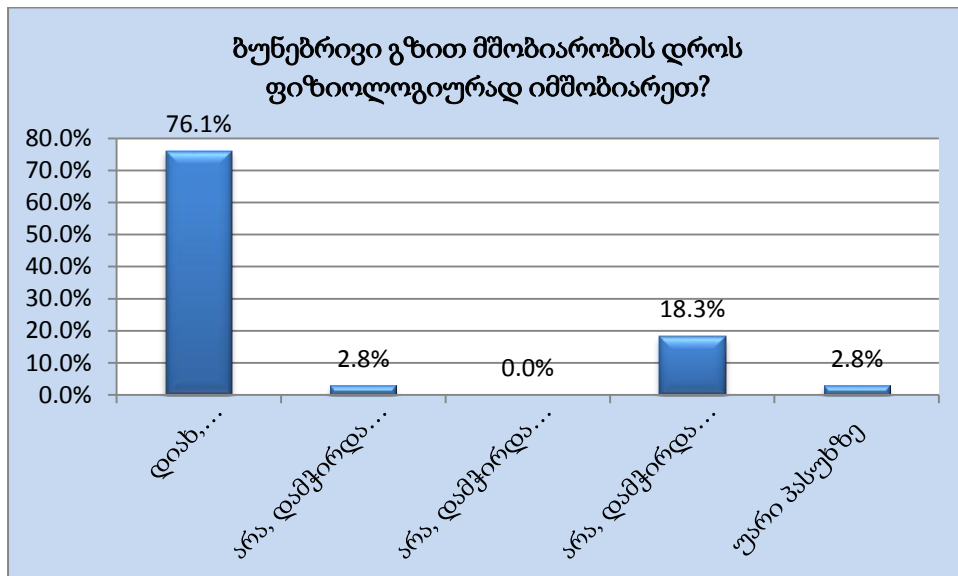
ყველა რესპოდენტმა იმშობიარა სამედიცინო დაწესებულებაში. მხოლოდ 41%-მა იმშობიარა ბუნებრივად, 59%-ს ჩატარდა საკეისრო კვეთა, (იხ.სურათი N61).

სურათი N61 .მშობიარობის სახეები%



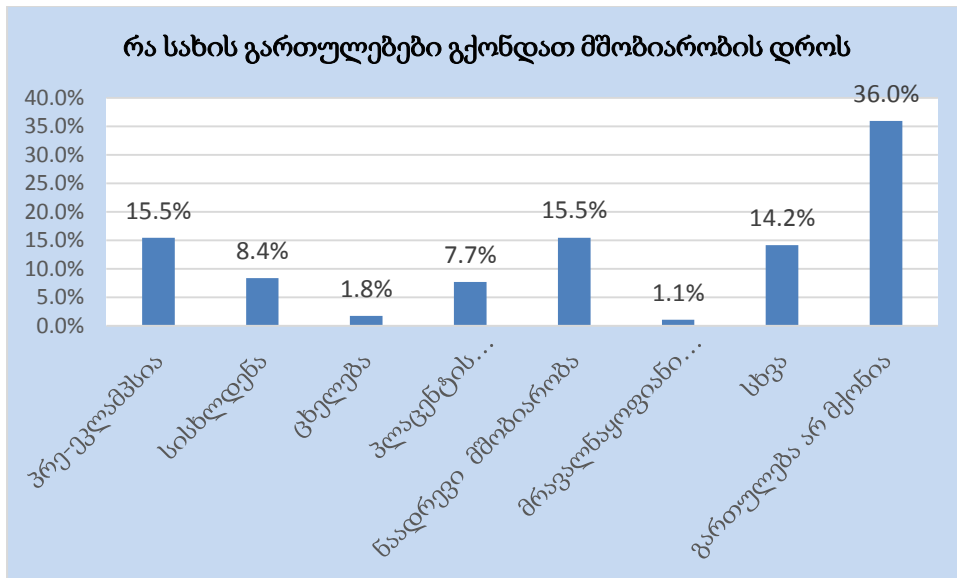
ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს 76.1%-მა იმშობიარა ფიზიოლოგიურად, 2.8%-ს დასჭირდა ვაკუუმ-ექსტრაქცია, 18.3%-ს დასჭირდა ეპიზოტომია-ეპიზიორაფია (იხ.სურათი N62).

სურათი N62.ფიზიოლოგიურად მშობიარობა%



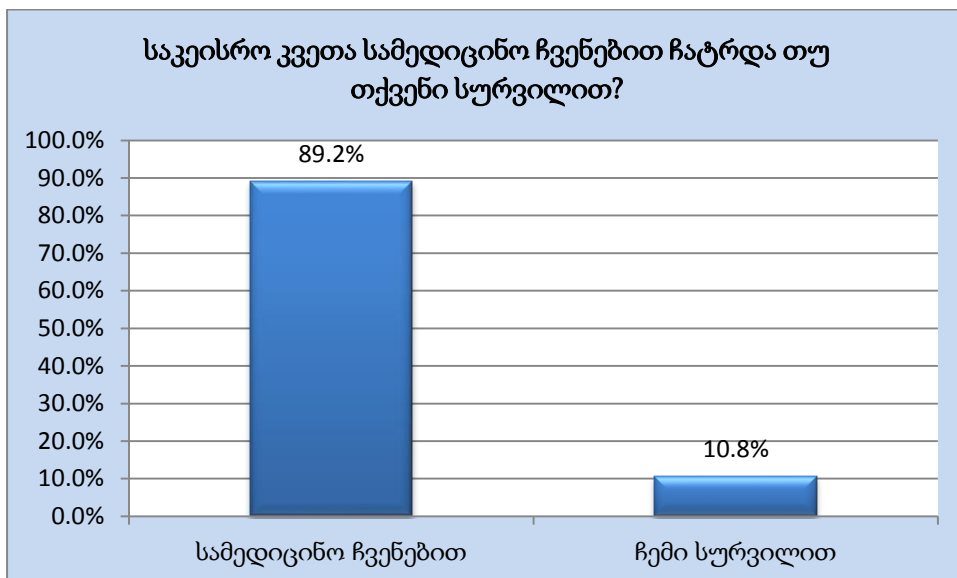
რესპონდენტებს ჰქონდა სხვადასხვა გართულება, რომელთა შორისაც პრევალირებს ნაადრევი მშობიარობა-15.5%,პრე-ეკლამპსია-15.5%,სისხლდენა-8.4% (იხ.სურათი N63).

სურათი N63. მშობიარობის დროის გართულებები



საკეისრო კვეთის წილი შეადგენდა 59%-ს და საკეისრო კვეთის ჩვენებათა შორის 89.2% იყო სამედიცინო ჩვენებით და მხოლოდ 10.8% იყო მოთხოვნით (იხ.სურათი N64).

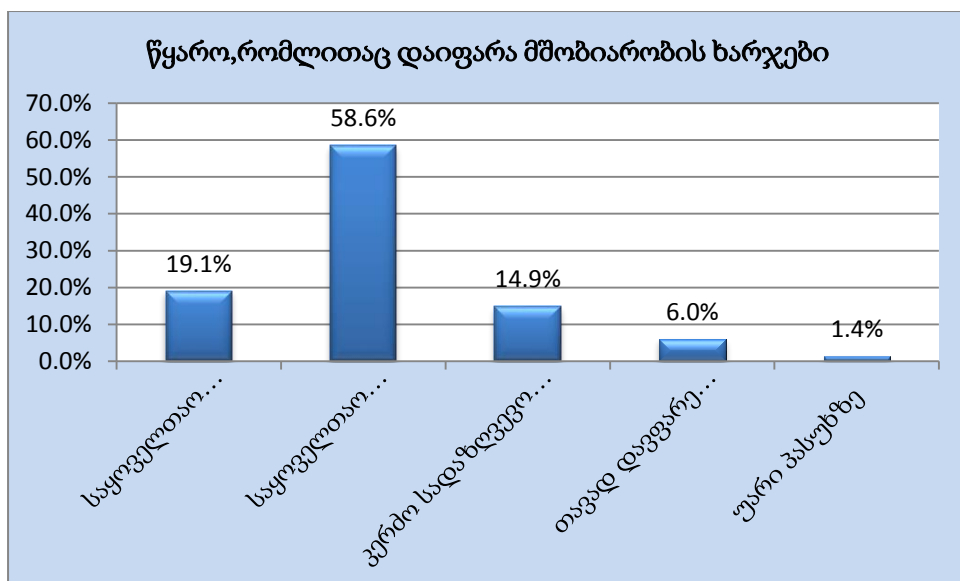
სურათი N64.საკეისრო კვეთის ჩვენებები%



რესპონდენტთა 81.5% კმაყოფილია სამედიცინო დაწესებულებით,სადაც იმშობიარა; რესპოდენტთა მხოლოდ 22%-ს ესაუბრა ექიმი მშობიარობის შემდგომ კონტრაცეფციის თაობაზე.ორსულობის დროს „მშობელთა სკოლაში“ დადიოდა მხოლოდ 4%.

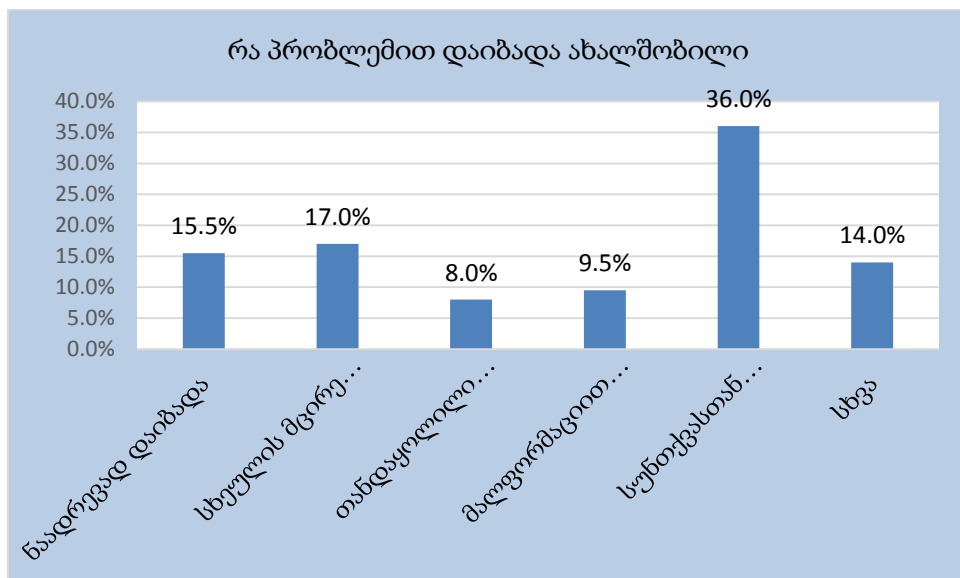
რესპონდენტთა უმრავლესობის 58.6%-ის მშობიარობის ხარჯები დაიფარა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და ნაწილობრივ ჯიბიდან გადახდით(იხ. სურათი N65).

სურათი N65. წყარო, რითაც დაიფარა მშობიარობის ხარჯები%



ახალშობილთა სამედიცინო მდგომარეობიდან შედარებით ხშირია ნაადრევად დაბადება -15.5%, სხეულის მცირე მასა 17 %,სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემები36.0% (იხ.სურათი N66).

სურათი N66. ახალშობილთა სამედიცინო პრობლემები დაბადებისას%(მელოგნეებში)

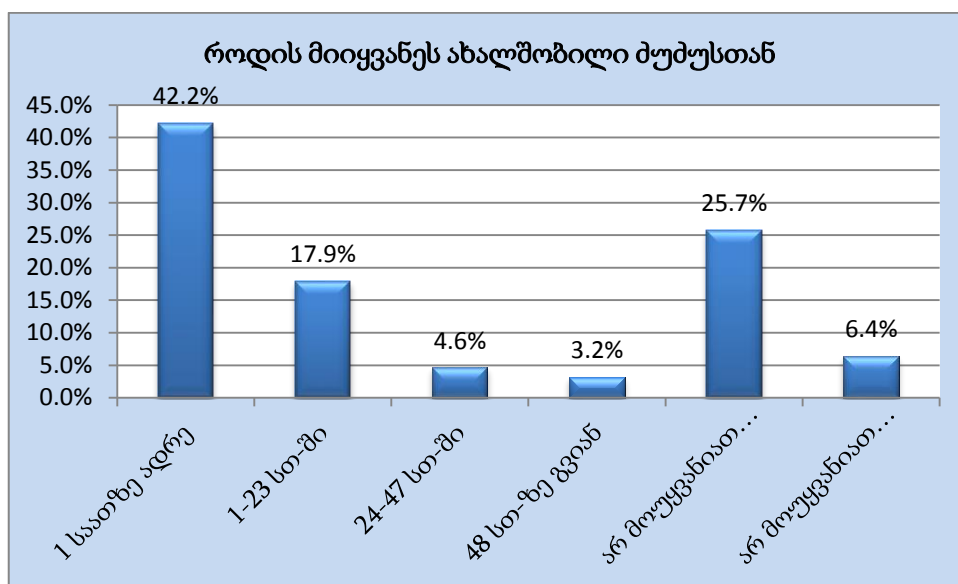


მელოგინესტვის ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებას ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ახალშობილისათვის რესპონდენტთა უმრავლესობისათვის -86.7%-ს ექიმ- ნეონატოლოგს არ მოუწოდება; აღნიშნული ინფორმაცია არც მშობიარობამდე მიუწოდებიათ რესპონდენტთა უმრავლესობისათვის-88.2%; დედების მხოლოდ 8.5%-მა მოიძია, მაგრამ ვერ ნახა ვარც ინტერნეტში, ვერც ქალთა კონსულტაციაში და ვერც სამშობიაროში-

თვალსაჩინო ადგილას გამოკრული. რესპონდენტთა 92.8%-ს მიაჩნია, რომ სამშობიარო სახლში უნდა მიაწოდონ სრულყოფილი ინფორმაცია ახალშობილთან დაკავშირებულ ყველა სარგებელზე, რასაც მოიცავს პროგრამა.

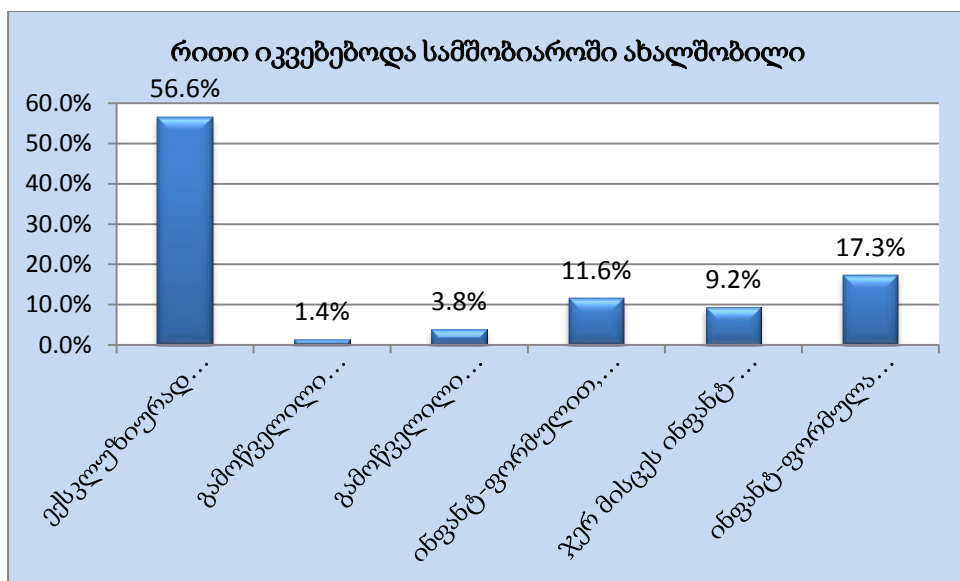
რესპონდენტთა 42.2%-ს ახალშობილი ძუძუსთან მიიყვანეს 1საათზე ადრე, 17.9%-ში-1-23საათში, 4.6%-ში-24-72სთ-ში, 25.7%-ში არ მიუყვანიათ ახალშობილის სამედიცინო ჩვენებით, 6.4%-ში არ მიუყვანიათ დედის სამედიცინო პრობლემის გამო (იხ.სურათი N67).

სურათი N67. ძუძუსთან მიყვანის დრო



რესპონდენტთა 56.6% სამშობიაროში ახალშობილს კვებავდა ექსკლუზიურად ძუძუთი, 1.4%-გამოწველილი დედის რძით, საწოვრიანი ბოთლით, 3.8%-გამოწველილი დედის რძით სპეციალური ჭიქით, 11.6%-ინფანტ-ფორმულით საწოვრით, 9.2%-ჯერ ინფანტ-ფორმულით საწოვრით 2 დღე და შემდეგ ძუძუთი (იხ.სურათი N68).

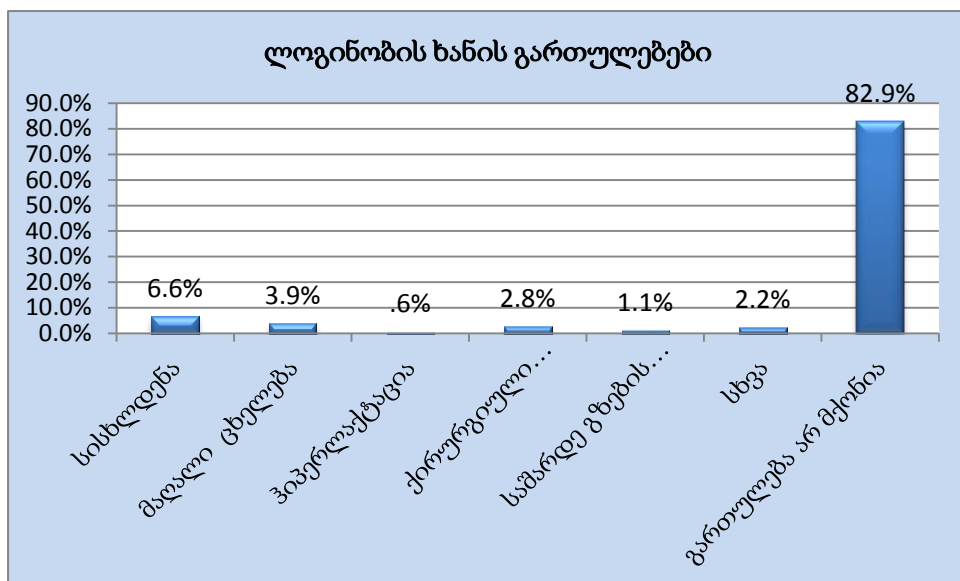
სურათი N68. სამშობიაროში ახალშობილის კვების სახეები



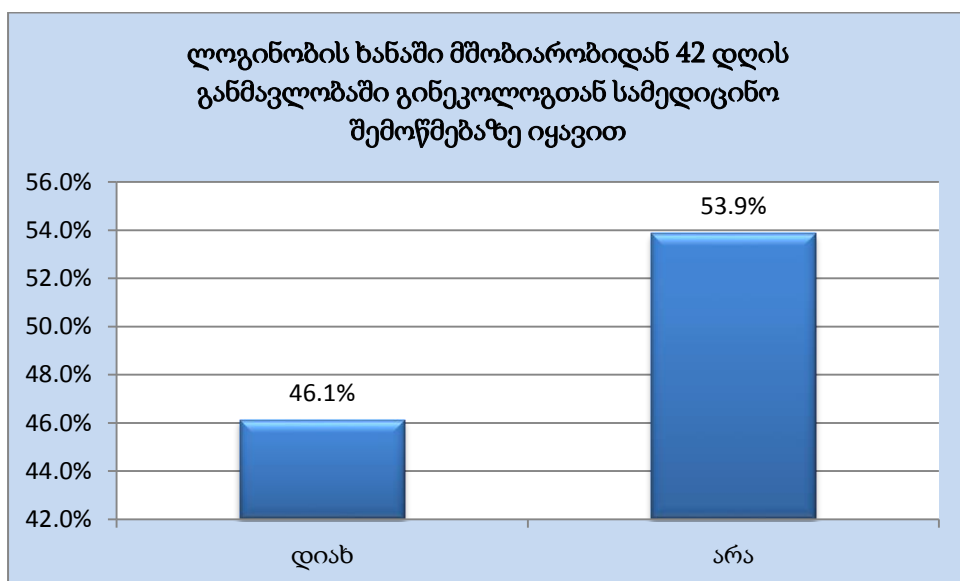
რესპონდენტთა 89.6% ამბობს რომ ახალშობილს ჩაუტარდა სკრინინგი-დასახელება ზუსტად არ ახსოვს, 10.4%-ს არ ჩატარებია. რესპონდენტთა 96.5% ინფორმირებულია ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ. რესპონდენტთა 85.5% ამბობს რომ ჩაუტარდა ახალშობილებს ვაქცინაცია, 13.3% ამბობს რომ არ ჩატარებია სამედიცინო ჩვენებით, ხოლო 0.6%-ს არ ჩაუტარდა მშობლის პასუხისმგებლობით, რაც შეეხება დასახელებას რესპონდენტთა 19.1% ვერ ასახელებს თუ რა ვაქცინაცია ჩაუტარდა ახალშობილს.

რესპონდენტები აღნიშნავენ რომ მშობიარობის შემდეგ ლოგინობის ხანაში მეან-გინეკოლოგს (97.8%) და ბებია-ქალს (98.5%) არ მოუწახულებია. ლოგინობის ხანაში 82.9%-ს გართულება არ ჰქონია, ამასთან, ვისაც გართულების შემთხვევაში უფრო ხშირია სისხლდენა (6.6%) (იხ. სურათი N69).

სურათი N69. ლოგინობის ხანის გართულებები

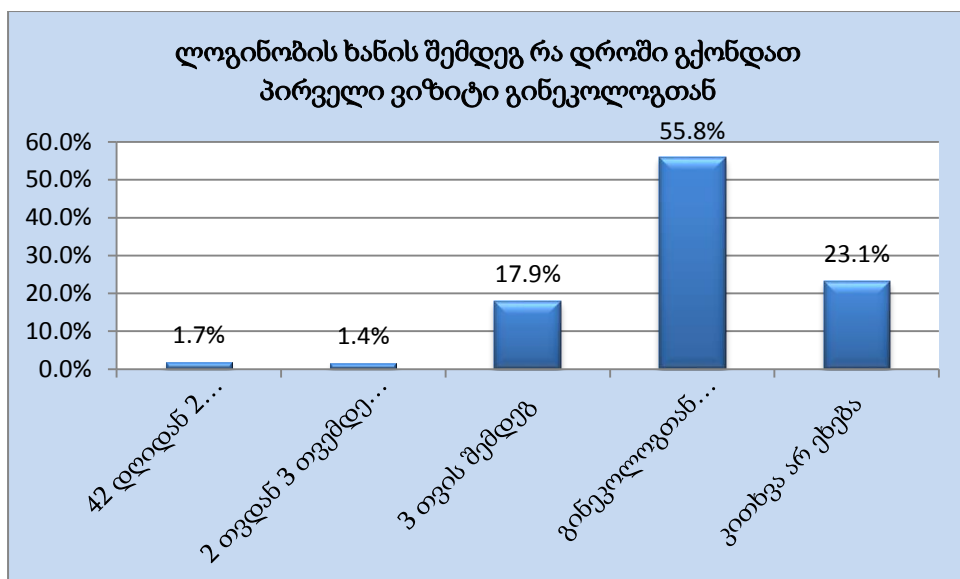


რესპონდენტები აღნიშნავენ რომ მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში გინეკოლოგთან შემოწმებაზე იყო მხოლოდ 46.1% და 53.9% არ ყოფილა (იხ.სურათი N70).
სურათი N70.ლოგინობის ხანაში ექიმთან მმართვეის სიხშირე%



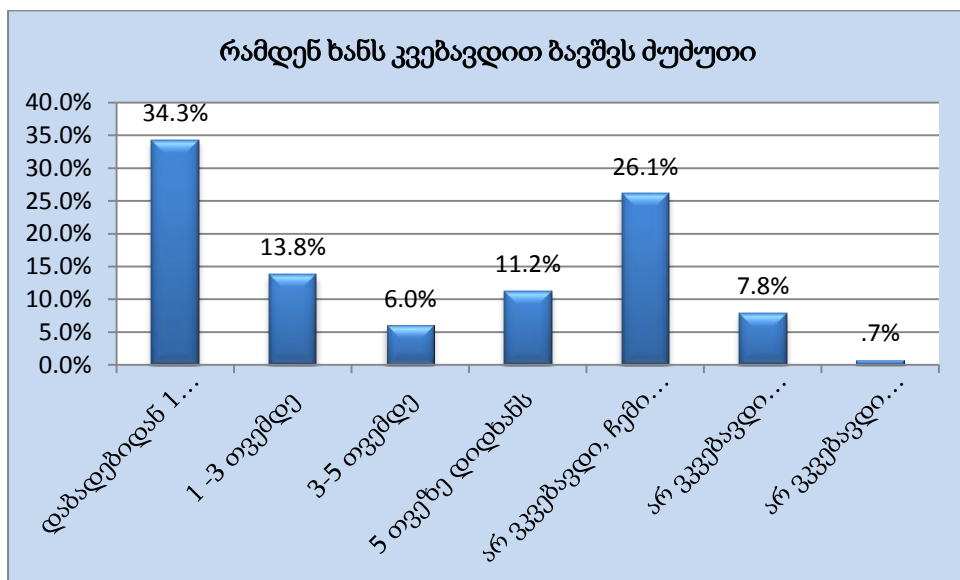
რესპონდენტები აღნიშნავენ რომ ლოგინობის ხანის შემდე გინეკოლოგთან პირველი ვიზიტი სამედიცინო შემოწმებაზე ჰქონდა 42 დღიდან 2თვემდე პერიოდში იყო 1.7%, ხოლო 2 თვიდან 3თვემდე პერიოდში 1.4%-ს.რესპოდენტთა 17.9% -ს პირველი ვიზიტი ჰქონდა 3თვის შემდეგ . რესპოდენტთა უმრავლესობა 55.8% აღნიშნავს, რომ ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან საერთოდ არ ყოფილა (იხ.სურათი N71).

სურათი N71. ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან ვიზიტის პერიოდი.



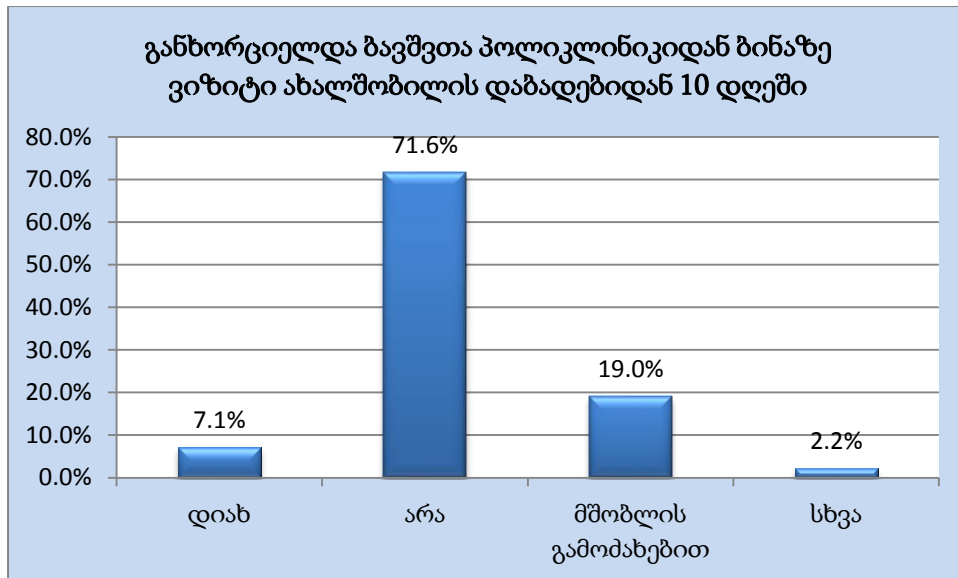
რესპონდენტთა მხოლოდ 34.3% კვებავდა ექსკლუზიურად ძუძუთი ბავშვს დაბადებიდან 1თვემდე, ხოლო 1-2თვე-13.8%, 3-5თვე-6.0%, 5თვეზე დიდხანს-11.2%; დედების 26.1% არ კვებავდა თავიანთი სამედიცინო ჩვენებით, 7.8%-არ კვებავდა ბავშვის სამედიცინო ჩვენების გამო, 0.7%-არ კვებავდა დედის და ბავშვის სამედიცინო პრობლემის გამო (იხ.სურათი N72).

სურათი N72. ძუძუთი კვების ხანგრძლიობა%



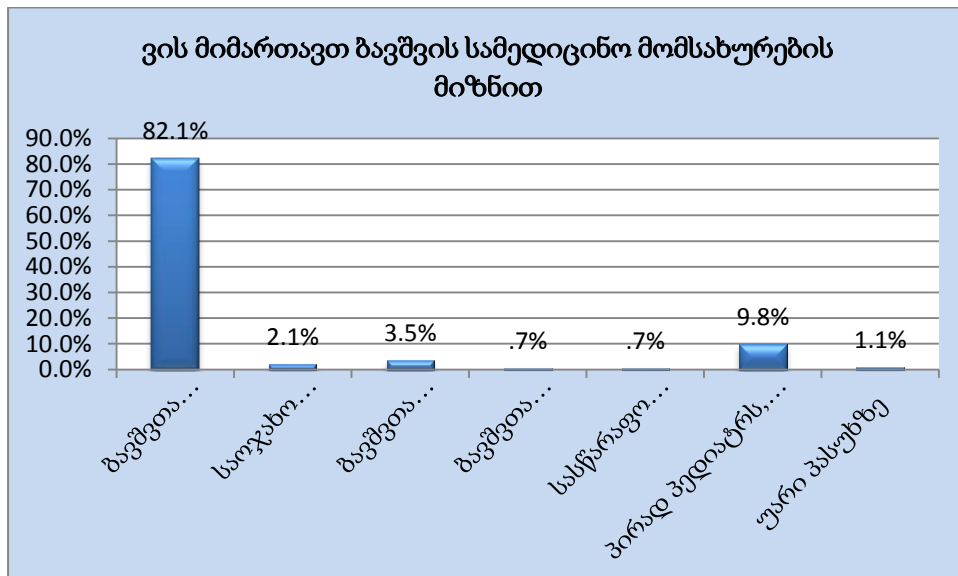
ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ვიზიტი 10 დღეში 71.6%-ში არ განხორციელებულა. მხოლოდ 7.1%-ში განხორციელდა, 19.0%-ში მშობლის გამოძახებით (იხ.სურათი N73).

სურათი N73. პედიატრის ვიზიტი ბინაზე დაბადებიდან 10 დღეში



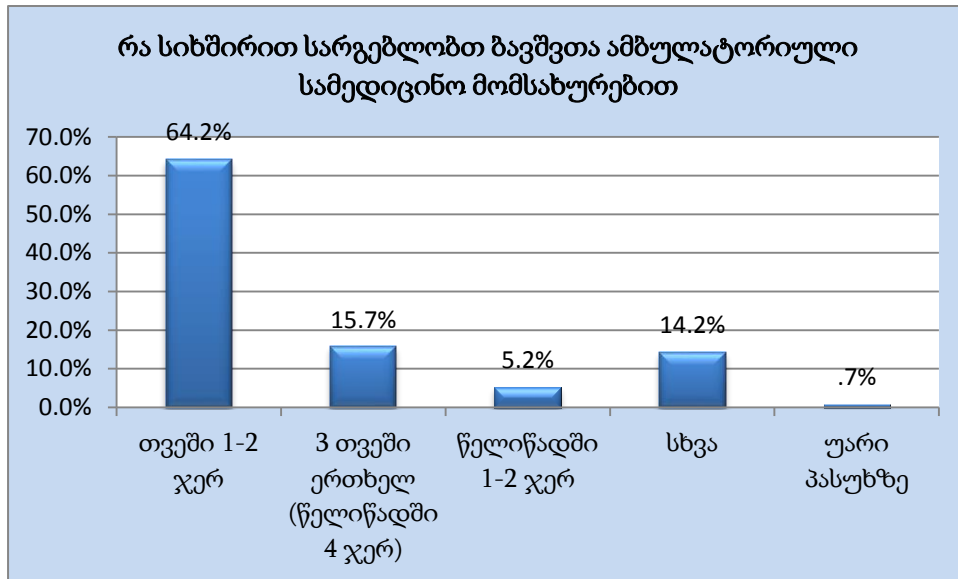
ბავშვის სამედიცინო მომსახურებისათვის ბავშვთა პოლიკლინიკის პედიატრს მიმართავს 82.1% (იხ.სურათი N74).

სურათი N74. სამედიცინო დაწესებულებები ვისაც მიმართავენ ბავშვის მეთვალყურეობისათვის



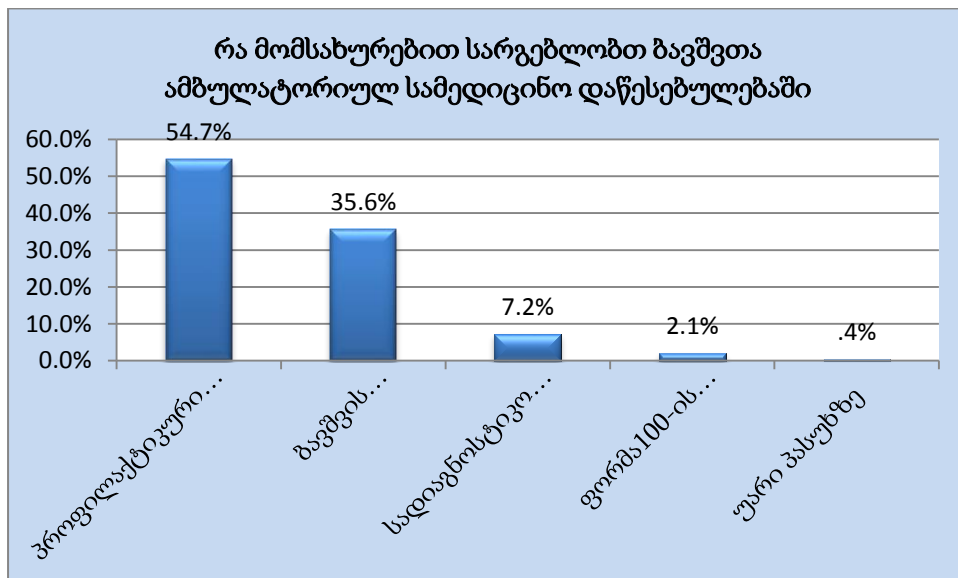
ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურებისათვის თვეში 1-2-ჯერ მიმართავს პედიატრს რესპოდენტთა 64.2%, ხოლო 3 თვეში ერთჯერ 15.7%, წელიწადში 1-2-ჯერ 5.2% (იხ.სურათი N75).

სურათი N75. ბავშვთა ამბულატორიით სარგებლობის სიხშირე%



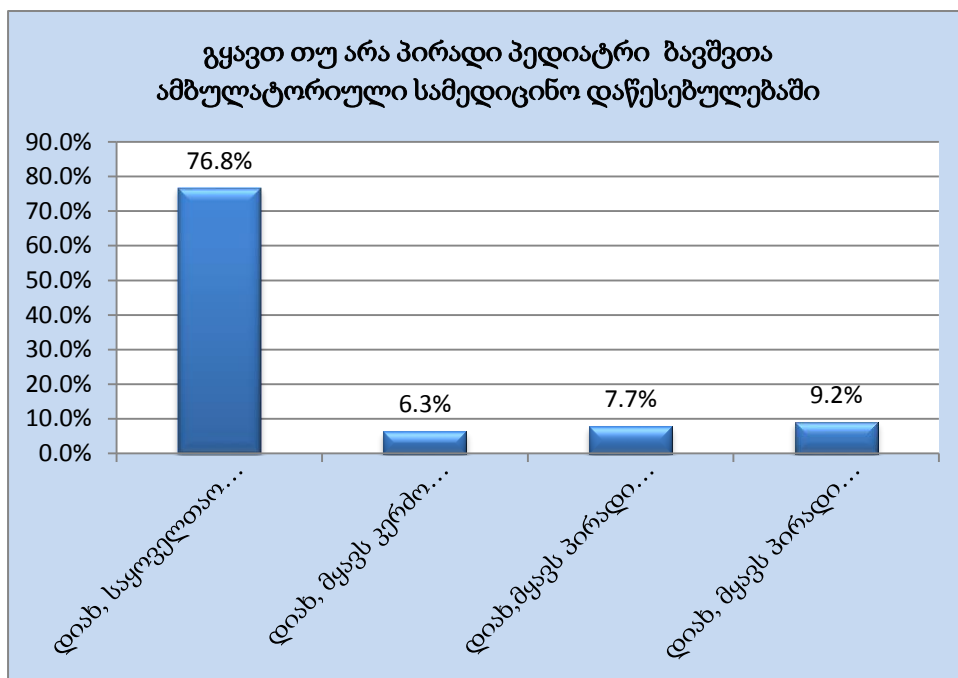
ბავშვთა სამედიცინო მომსახურებისათვის ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში 54.7% სარგებლობს პროფილაქტიკური მომსახურებით, ავადმყოფობის შემთხვევაში-35.6% (იხ.სურათი N76).

სურათი N76. ამბულატორიაში ბავშვის სამედიცინო მომსახურების სერვისები



ბავშვთა ამბულატორიულ დაწესებულებაში საყოველთაო ჯანდაცვით განსაზღვრულ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში პირადი პედიატრი ჰყავს 76.8%-ს (იხ.სურათი N77).

სურათი N77. რამდენ %-ს ყავს პირადი პედიატრის ამბულატორიაში



5.1.1. ძირითადი მიგნებები მელოგინე/მეძუძური დედების ინტერვიუების აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან

1. პაციენტის მიმართვა პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციასთან ხდება სპონტანურად, დაუგეგმავად, პაციენტის სურვილისა და საჭიროებისადმი მისი შეხედულების მიხედვით.
2. რესპოდენტების 96.0%-სათვის არავის უკითხავს და არც მას გამოუთქვამს აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში.
3. „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ ყველა რესპოდენტს აქვს ინფორმაცია. ინფორმაციის უმთავრესი წყარო არის ნაცნობ-მეგობრები (44.3%).
4. მხოლოდ 41%-მა იმშობიარა ბუნებრივად, 59%-ს ჩაუტარდა საკეისრო კვეთა.
5. ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს 76.1%-მა იმშობიარა ფიზიოლოგიურად.

6. რესპოდენტთა 79.5%-ს მშობიარობის დროს ჰქონდა სხვადასხვა გართულება, რომელთა შორისაც პრევალირებს ნაადრევი მშობიარობა-26.1%, პრე-ეკლამპსია-15.5%, სისხლდენა-8.4%.

7. საკეისრო კვეთის წილი შეადგენდა 59%-ს და საკეისრო კვეთის ჩვენებათა შორის 89.2% იყო სამედიცინო ჩვენებით.

8. ახალშობილთა მხოლოდ 57.2% დაიბადა ჯანმრთელი, ხოლო 42.8% დაიბადა სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობით: შედარებით ხშირია ნაადრევად დაბადება - 38.1% და სხეულის მცირე მასა 35.9%.

9. მელოგინეს ინფორმირებას იმის შესახებ, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებას ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ახალშობილისათვის რესპოდენტთა უმრავლესობისათვის-86.7%-ს ექიმ -ნეონატოლოგს არ მოუწოდებია;

10. რესპოდენტები აღნიშნავენ რომ მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში გინეკოლოგთან შემოწმებაზე იყო ქალების მხოლოდ 46.1% .

11. რესპოდენტთა უმრავლესობა 55.8% აღნიშნავს, რომ ლოგინობის ხანის შემდეგ , მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ, გინეკოლოგთან საერთოდ არ ყოფილა.

12. რესპოდენტთა მხოლოდ 34.3% კვებავდა ექსკლუზიურად ძუძუთი ბავშვს დაბადებიდან 1 თვემდე, ხოლო 1-2თვე-13.8% .

13. ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ვიზიტი 10 დღეში 71.6%-ში არ განხორციელებულა.

14. ბავშვთა სამედიცინო მომსახურებისათვის ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში 54.7% სარგებლობს პროფილაქტიკური მომსახურებით, ავადმყოფობის შემთხვევაში-35.6% .

5.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან მელოგინე/მეძუძური დედების ინტერვიუების საფუძველზე

5.2.1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი

მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკსა და საცხოვრებელ ადგილს შორის დამოკიდებულება ასეთია - რაიონების მაცხოვრებელი მელოგინე/მეძუძურ დედებს შორის სკარბობს 18-24 წლის(56.7%) და 30-35 წლის(56.6%) მელოგინეები, ხოლო ქალაქის მოსახლეობის მელოგინეებს უფრო მეტად 25-29 წლის (68.6%), 30-35 წლის(61.1%) ასაკის

მელოგინები შეადგენენ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472)=18.627, P<0.001$ (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N 99). რაიონის მცხოვრები 18-24 წლის ახალგაზრდების 56.7% მშობიარობს დედაქალაქში, შეიძლება აიხსნას რაიონის სამეანო სერვისებისადმი უნდობლობით, ცუდი ჯანმრთელობით და ორსულობამდე პირველადი ჯანდაცვის პრევენციული სერვისის დაბალი უტილიზაციით.

მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკსა და განათლებას შორის არის შემდეგი დამოკიდებულება. 18-24 წლის ქალების 66.7%-ს შეადგენენ საშუალო, ტექნიკური, პროფესიული განათლების ახალგაზრდები, ხოლო უმაღლესი განათლების დროს 25-29 წლის (54.9%), 30-35წლის(56.6%), 36-40წლის(61.1%) ასაკის მელოგინები სჭარბობენ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472)=15.930, P<0.003$ (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N100). მელოგინეთა ასაკსა და დასაქმებას შორის 18-24 წლის საშუალო განათლების ახალგაზრდა მელოგინე/მეძუძური დედების სიჭარბე მიანიშნებს, რომ საქართველოში დაგეგმარების კულტურა არ არის, რაც მიუთითებს, რომ პჯდ-ის მიერ არ ხდება თემის განათლება რეპროდუქციულ საკითხებზე.

ასაკისა და დასაქმებას შორის დამოკიდებულება: 18-24 წლის მელოგინე/მეძუძური დედების 68.8% დაუსაქმებელია, ხოლო 25-29 წლის, 36-40 წლის და 40 წლის ზევით კი დასაქმებული მელოგინები სჭარბობენ დაუსაქმებელ მელოგინებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472)=13.718, P<0.008$ (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N101). მელოგინეთა შორის დასაქმების სიხშირე მიუთითებს, რომ დასაქმება და მატერიალური კეთილდღეობა არის სტიმული გამრავლებისათვის. 18-24 წლის დაუსაქმებელი ახალგაზრდა მელოგინე/მეძუძური დედების სიხშირე კი მიუთითებს, რომ ახალგაზრდებში ორსულობის დაგეგმარება არ ხდება, დაგეგმარების ტრადიცია არ არის და პჯდ-ის მუშაობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და დაგეგმარების საკითხებზე არასათანადო ან საერთოდ არ არის.

მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის დამოკიდებულება არის შემდეგი : მელოგინე/მეძუძური დედები, რომელთა ასაკი არის 18-24 წლის 39.6% თავს მიიჩნევს ჯანმრთელად (კარგი და ძალიან კარგი), 39,6% - დამაკმაყოფილებლად და 20.8 % ამბობს რომ აქვს ცუდი და ძალიან ცუდი ჯანმრთელობა, მაშინ როცა 25 წლის ზევით ცუდი ჯანმრთელობის მელოგინე/მეძუძური დედების პროცენტული შემადგენლობა ბევრად მცირეა: 25-29წლის მელოგინე/მეძუძური დედები

არაიან 15.7%, 30-35წლის 7.5% და 36-40წლის 5.6%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=12; N=472)=21.180, P<0.048$ (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია, ცხრილი N 102). აღნიშნული სტატისტიკა მიაჩნებოდა, რომ ჯანმრთელობის პრობლემები მეტად აქვთ ახალგაზრდებს, რაც შეიძლება ნაწილობრივ აიხსნას ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ ნაკლები ინფორმაციით, იგივე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ მწირი ინფორმაციით რაც შესაბამისად აისახება მათ ცუდ ჯანმრთელობაზე .

ასაკსა და სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის სახეებს შორის დამოკიდებულება არის შემდეგი: ყველა ასაკობრივი ჯგუფის მელოგინე/მემუძური დედები უპირატესობას ამბულატორიულ სერვისებს ანიჭებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=8; N=472)=19.170, P<0.014$ (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია, ცხრილი N103).

კვლევის მიხედვით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე არის 18-24 წლის მელოგინეთა ჯგუფის 75%, ხოლო 10.4%-ს ამ ასაკობრივ ჯგუფში სარგებლობს კერძო დაზღვევით თანაგადახდის პრინციპით, მომდევნო მზარდ ასაკობრივ ჯგუფებშიც საყოველთაო ჯანდაცვით სარგებლობის წილი სხვა წყაროებთან შედარებით მაღალია,თუმცა იზრდება კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა წილი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472)=35.920, P<0.003$ (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია, ცხრილი N104).

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა როგორი უნდა იყოს 18-დან 40 წლამდე მელოგინე/მემუძური დედებისათვის 93.8%-100%-ში არავის არასოდეს უკითხავს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4 N=472)=17.137, P<0.002$ (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია, ცხრილი N 105).

მელოგინე/მემუძური დედები ასაკით 18 წლიდან 35 წლამდე 51%-დან 66%-მდე თვლიან რომ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა პასუხობს მათ მოთხოვნებს, 35 წლიდან ზევით ასაკის მელოგინე/მემუძური დედებში განსხვავებულია დამოკიდებულება და მხოლოდ 33% -ში პასუხობს მათ მოთხოვნებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472)=19.769, P<0.001$ (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია, ცხრილი N 106).

მელოგინე/მემუძური დედები ასაკით 18 წლიდან 35 წლამდე 45%-დან 67%-მდე თვლიან რომ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა არის დამაკმაყოფილებელი,ხოლო 35 წლიდან ზევით ასაკის მელოგინეებიდან 33% თვლის დამაკმაყოფილებლად.

კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472)=38.243, P<0.001$ (იხ.(იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N 107).

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიღების ძირითად წყარო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში არის ნაცნობ-მეგობრები და არა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=20; N=472)=364.229, P<0.001$ (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N108).

ასაკსა და მშობიარობის გზას შორის ასეთი დამოკიდებულებაა-18-24წლის მელოგინე/მეძუძური დედების 52.1%-მა იმშობიარა ბუნებრივი-ვაგინალური გზით, ხოლო დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია საკეისრო კვეთით მშობიარობა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=4; N=472)=16.671, P<0.002$ (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N 109).

ასაკსა და საკეისრო კვეთის ჩვენებას შორის 18-24 წლის და 40 წელზე ზევით მელოგინე/მეძუძური დედებში 100%-ში, 25-29 წლის და 30-35 წლისას 93.1%-ში და 82.4%-ში სამედიცინო ჩვენებით ჩატარდა საკეისრო კვეთა, ამასთან 30-35 წლის ასაკის მელოგინე/მეძუძური დედებში 17.6%-ში ჩატარდა არჩევითი საკეისრო კვეთა და 36-40 წლის ასაკის მელოგინეებში 20%-ში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=3; N=472)=12.690, P<0.013$ (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N 110).

ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან პირველი ვიზიტი საერთოდ არ ჰქონია 18-24 წლის მელოგინე/მეძუძური დედების 54.2%-ს, 25-29წლის 46.1%-ს, უფრო ზედა ასაკობრივ ჯგუფში კიდევ უფრო იშვიათია გინეკოლოგთან ვიზიტი, კერძოდ, 30-35 წლის 66.1%-ს, 36-40წლის 55.6%-ს, 40წელზე ზევით 66.7%-ს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(df=16; N=472)=33.700, P<0.006$ (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N111). აღნიშნული მიუთითებს, რომ არცერთ ასაკობრივ ჯგუფში არ ხდება რუტინულად ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან ვიზიტი. ამასთან ვლინდება ისიც, რომ პჯდ-ის ოჯახის ექიმი არ ასრულებს თავის ფუნქციას, არ ათვიცნობიერებს და არ მიმართავს დედას ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან ვიზიტისათვის. მეორე მხრივ, აღნიშნული სერვისი არ არის პროგრამულად დაფინანსებული, რაც შესაძლოა ასევე იყოს რეფერალის შეზღუდვის ერთ-ერთი მიზეზი.

18-24 წლის მელოგინე/მეძუძური დედების 29.2% და 40 წელზე ზევით 33% არ არის კმაყოფილი სამედიცინო დაწესებულებით სადაც იმშობიარა, ხოლო სხვა ასაკობრივ ჯგუფში 25-29,

30-35, 36-40 წლის მელოგინე/მეძუძური დედები უფრო მეტად არიან კმაყოფილები.

კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად $\chi^2 = 19.245$, $P < 0.014$).

(იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N112).

მშობელთა სკოლის სერვისებით უფრო სარგებლობს 35წლის ზედა ასაკობრივი ჯგუფის მელოგინე/მეძუძური დედები. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა

სტატისტიკურად ($\chi^2 = 62.814$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების

კროსტაბულაცია ცხრილი N113)

სამშობიაროს ხარჯების დაფარვის მთავარი წყარო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში არის საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით,კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა

სტატისტიკურად ($\chi^2 = 27.047$, $P < 0.041$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების

კროსტაბულაცია ცხრილი N114).

18-24 წლის მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკობრივ ჯგუფში, დაბადებულ ახალშობილთა მხოლოდ 41.7% არის ჯანმრთელი,ხოლო მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელი ახალშობილის დაბადების სიხშირე უფრო მაღალია. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 14.807$, $P < 0.005$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია .ცხრილიN115).

18-24წლის მელოგინე/მეძუძური დედების ახალშობილებში უფრო მეტად ვლინდება დაბადება ინფექციით 16,1% და მალფორმაციები 21.4%. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 17.725$, $P < 0.023$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია .ცხრილიN116).

ახალშობილთა სამშობიარო სახლში მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მოძიება უფრო ხშირია 25წლის ზედა ასაკის მელოგინე/მეძუძურ დედებში,რაც მათი ფსიქოლოგიური მომწიფებით არის განპირობებული და დედობის მზაობით. კვლევის მონაცემების სანდოობა კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 27.055$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN117)

მელოგინე/მეძუძურ დედებთან 18-24 წლის და 40წლის ზევით 33%-ში ახალშობილი ძუძუსთან არ მიუყვანიათ ახალშობილთა სამედიცინო პრობლემის გამო,რაც

მიუთითებს,რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ახალშობილთა პრობლემები უფრო მაღალია.

ყველა ასაკობრივ ჯგუფში 50%-ზე ნაკლებია ის მელოგინე/მეძუძური დედები,რომელთაც

რეკომენდებულ 1საათის პერიოდში მიიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება უფრო მეტად დედა-ბავშვის ჯანმრთელობას უკავშირდება და არა დედის ასაკს. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 60.494$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N118).

მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკსა და ახალშობილის კვების სტატუსს შორის არ არის პირდაპირი კავშირი და დედა-ბავშვის ჯანმრთელობას უკავშირდება, თუმცა ექსკლუზიურად ძუძუთი კვების შედარებით დაბალი მაჩვენებელი გამოვლინდა 36-40 წლის მელოგინეებში. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 53.830$, $P < 0.000$) (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N119).

გამოცდილების მქონე მელოგინე/მეძუძური დედების ასაკსა და ძუძუთი კვების ხანგრძლიობას შორის არის ასეთი კავშირი, 36-40 წლის მელოგინე/მეძუძური დედების მხოლოდ 21.4% კვებავდა ახალშობილს ექსკლუზიურად ძუძუთი, რაც ბევრად მცირეა სხვა ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით. იგივე ასაკობრივი ჯგუფის 60.7% -თავისი სამედიცინო პრობლემის გამო არ კვებავდა ახალშობილს ძუძუთი. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 48.925$, $P < 0.002$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N120)

მელოგინე/მეძუძური დედის ასაკსა და სამშობიაროში ახალშობილის ვაქცინაციას შორის არსებობს ასეთი დამოკიდებულება- მშობლის სურვილით ვაქცინაცია არ ჩატარებიათ 36-40წლის 5.6%-ს მელოგინე/მეძუძური დედის ახალშობილებს. სამედიცინო ჩვენებით არ ჩატარებიათ 18-24 წლის ახალშობილთა 18%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 31.623$, $P < 0.002$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N121)

18-24წლის მელოგინე/მეძუძურ დედების 25%-ს არ ახსოვს ვაქცინაციის დასახელება. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 43.142$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N122)

ახალშობილთან სიცოცხლის პირველ 10 დღეში ვიზიტი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში იშვიათად ხორციელდება, თუმცა მშობლის გამოძახებით პედიატრის ვიზიტი ყველაზე ნაკლებად არის 18-24 წლის(15.9%) და 25-29 წლის(7.9%) მელოგინეებში, სხვა ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 51.385$, $P < 0.000$) (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N 123).

მელოგინე/მეძუძური დედები, რომელთა ასაკიც არის 18-24 წელი, მომდევნო ასაკის დედებთან შედარებით უფრო ხშირად, თვეში 1-2-ჯერ (81%) დაყავთ ბავშვი პედიატრთან,

რადგან ამ საკობრივ ჯგუფის დედების შვილების უფრო მეტი სამედიცინო პრობლემები აქვთ (კვლევით 42.1%-ს ჰყავს ჯანმრთელი ახალშობილი). კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 26.660$, $P < 0.045$). (იხ.მელოგინე/მემუბური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN124).

მელოგინე/მემუბური დედების ასაკის მიხედვით ამბულატორიაში ბავშვის ვიზიტის მიზეზი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში არის ვაქცინაცია და მიმდინარე მეთვალყურეობა,თუმცა ავადმყოფობის შემთხვევაში მელოგინე/მემუბური დედა 36-40 წლის ასაკის შემთხვევაში ყველაზე ნაკლებად, მხოლოდ 42.9%-ში მიმართავს ამბულატორიას ბავშვის ავადობის შემთხვევაში. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 39.933$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მემუბური დედების კროსტაბულაცია.ცხრილიN125).

მელოგინე/მემუბური დედებს ყველა ასაკობრივ ჯგუფის ბავშვებს ყავთ პედიატრი საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში,თუმცა 36-40წლის დედების ჯგუფში ყველაზე მეტად არიან განწყობილნი კერძო კლინიკის პედიატრისადმი(14.3%),მიუხედავად იმისა,რომ ამ ჯგუფში 92,9%-ს ყავს აგრეთვე პედიატრი საყოველთაო ჯანდაცვით განსაზღვრულ ამბულატორიაში. კროსტაბულაციის მონაცემები სარწმუნოა სტატისტიკურად ($\chi^2 = 48.527$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუბური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN126).

5.2.2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი

რეგიონში მცხოვრებ 18-24 წლის და 30-35 წლის მელოგინე/მემუბური დედები უფრო მეტი იყო 33.3% და 37%, ვიდრე იმავე ასაკის დედაქალაქის მაცხოვრებელი მელოგინე/მემუბური დედები. 25-29 წლის ასაკის დროს დედაქალაქის მელოგინე/მემუბური დედები უფრო მეტია 38%, ვიდრე რაიონის, ასევე შედარებით მაღალია დედაქალაქში მცხოვრებ 35 წლის ზედა ასაკის მელოგინე/მემუბური დედების რაოდენობა (91.5%) რაიონის მცხოვრებლებთან (85.9%) შედარებით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 18.627$, $P < 0.001$). (იხ.მელოგინე/მემუბური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N127). რაც მიუთითებს,რომ რეგიონის მოსახლეობა უფრო ადრე აჩენს შვილებს,ხოლ დედაქალაქში მოგვიანებით,აგრეთვე რაიონებში ოჯახის დაგეგმარების ტრადიცია უფრო ნაკლებია.

რეგიონში მცხოვრები მელოგინე/მემუპური დედების უმეტესობა 63% იყო საშუალო განათლებით, ხოლო თბილისის მკვიდრ მელოგინე/მემუპური დედების უმრავლესობა 60.9% უმაღლესი განათლებით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=19.574, P<0.000$). (იხ. მელოგინე/მემუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N128)

რეგიონში მცხოვრები მელოგინე/მემუპური დედების 30.9% არის დასაქმებული, ხოლო თბილისის მკვიდრი მელოგინე/მემუპური დედებიდან 57.6% არის დასაქმებული. ეს განპირობებულია ერთი მხრივ რეგიონში ადრეული გათხოვებით, დაუსრულებელი განთლებით და შესაბამისად უშევრობის დაბალი მაჩვენებლით. რეპროდუქციული აქტიობა, ადრეულად შექმნილი ოჯახები, დაუგეგმავი შობადობა რეგიონებში უფრო მეტად ვლინდება. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=24.889, P<0.000$). (იხ. მელოგინე/მემუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N129)

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მემუპური დედების ჯანმრთელობა უკეთესია (მალიან კარგი 7.6%, კარგი 46.7%, დამაკმაყოფილებელი 34.1%, რაც შეადგენს 89.1%) რეგიონში მცხოვრებ მელოგინე/მემუპური დედებთან შედარებით (მალიან კარგი 3.7%, კარგი 30.9%, დამაკმაყოფილებელი 49.4%, რაც შეადგენს 84.0%), რაიონის მელოგინე/მემუპური დედების 16.0% აქვს ცუდი ჯანმრთელობა, დედაქალაქში მცხოვრებთ კი 10.9%-ს. აღნიშნული მონაცემები უნდა იქნეს გათვალისწინებული პჯდ-ს ორგანიზაციათა გაუმჯობესებისათვის, ოჯახის ექიმის დაინტერესებით აქტიური პრევენციული მუშაობისათვის. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=18.870, P<0.003$). (იხ. მელოგინე/მემუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N130).

დედაქალაქში მცხოვრები მელოგინე/მემუპური დედების სამედიცინო საჭიროებებს ფარავს: 3.3%-საყოველთაო ჯანდაცვა სრულად, 58.75% საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 7.6% კერძო დაზღვევა სრულად, 29.3% კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. რეგიონში მცხოვრებ მელოგინე/მემუპური დედების სამედიცინო საჭიროებებს ფარავს: 2.5%-საყოველთაო ჯანდაცვა სრულად, 67.9% საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 13.6% კერძო დაზღვევა სრულად, 16% კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. საყოველთაო ჯანდაცვით მოცვის წილი რაიონებში უფრო მაღალია. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12.648, P<0.013$). (იხ. მელოგინე/მემუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი, N131).

„დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის“ სამედიცინო მომსახურების შესახებ მელოგინე/მეძუპური დედების ცნობადობა დაბალია, ამასთან, რეგიონში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუპური დედებს შორის უფრო მეტად-23.5%, ვიდრე დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინეებში- 34.8%. ხოლო კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 5.316$, $P<0.021$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N132)

„დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის“ შესახებ ინფორმაცია რეგიონში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუპური დედებს უფრო მეტად სჭირდება ინფორმაცია-75.3%-ს, ვიდრე დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუპური დედებს- 63%, რადგან რეგიონებში ინფორმაცია ნაკლებია და შესაბამისად მოთხოვნილება მეტი. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 6.036$, $P<0.014$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN133).

ზოგადად სახელმწიფოს მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად დახარჯული თანხების შესახებ ინფორმაცია რეგიონსა და დედაქალაქის მელოგინე/მეძუპური დედებს შორის თითქმის არ არსებობს,ამასთან დედაქალაქის მაცხოვრებლებს უფრო მეტი ინფორმაცია აქვთ და იცის მელოგინეთა 5.4%-მა და რეგიონის მაცხოვრებელთა 1.2%-მა. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=4.540$, $P<0.033$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN134).

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუპური დედების 48.9%-მა იმშობიარა ბუნებრივი (ვაგინალური)გზით,ხოლო რეგიონის მცხოვრებთა მხოლოდ 32.1%-მა,რაც მიუთითებს, რომ სამედიცინო პრობლემები რეგიონის მელოგინე/მეძუპური დედებს შორის უფრო მაღალია. კროსტაბულაციით სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=10.066$, $P<0.002$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN135).

ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან პირველი ვიზიტზე უფრო მეტად მიდის დედაქალაქის მაცხოვრებელი ქალები, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებნი, კერძოდ, 3თვის შემდეგ ჰქონდა დედაქალაქის მელოგინე/მეძუპური დედების 22.8%-ს და რეგიონის 12.3%-ს, ხოლო საერთოდ არ ყოფილა გინეკოლოგთან მშობიარობის შემდეგ- დედაქალაქის მელოგინე/მეძუპური დედების 49.5% და რეგიონის მელოგინე/მეძუპური დედების 63%. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 12.753$, $P<0.013$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN136).

დედაქალაქში მცხოვრები მელოგინე/მემუძური დედების 73.9% არის კმაყოფილი და რეგიონში მცხოვრები მელოგინე/მემუძური დედების 90.1%. ანუ დედაქალაქის მკვიდრე მოსახლეობა უფრო პრეტენზიულია და მეტი მოლოდინებია სამედიცინო სერვისებისადმი, ვიდრე რეგიონის. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 16.087$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN137).

ნაადრევად დაბადებული ახალშობილი უფრო ხშირია დედაქალაქის მელოგინე/მემუძური დედებში 91.7%, ვიდრე რეგიონის მელოგინე/მემუძური დედებში 68.4%. თანდაყოლილი ინფექციები და თანდაყოლილი მალფორმაციები უფრო ხშირია რეგიონის მელოგინე/მემუძური დედების ახალშობილებში 11.8% და 18.4%, ვიდრე დედაქალაქის-4.2% და 8.3%, რაც შეიძლება აიხსნას დედაქალაქსა და რეგიონებში ანტენატალური სერვისების დიფერენცირებული ხარისხით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 9.397$, $P < 0.009$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN138).

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მემუძური დედებს ძუძუსთან საერთოდ არ მიუყვანეს ახალშობილი ახალშობილის და დედის ავადმყოფობის გამო 17.9%-ში და 4.3%-ში, ხოლო იგივე მიზეზები უფრო დიდია რეგიონში მცხოვრებ მელოგინე/მემუძური დედებში, შესაბამისად 34.6% და 8.6%. 1 საათზე ადრე და 1-23 საათში მიყვანა დედაქალაქის მელოგინეთა შორის უფრო მაღალია 46.7% და 21.7% ვიდრე რეგიონის მელოგინეთა შორის 37% და 13.6%. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 20.575$, $P < 0.001$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN139).

ექსკლუზიურად ძუძუთი იკვებებოდა დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მემუძური დედების ახალშობილების 65.2% და რეგიონში მცხოვრებ მელოგინეთა ახალშობილების 46.9%. კროსტაბულაციით სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 24.492$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN140).

ქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მემუძური დედების პირმშოები უფრო დიდხანს იკვებებოდნენ ძუძუთი, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ მელოგინეთა პირმშოები. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 16.903$, $P < 0.010$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN141).

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მემუძური დედების ახალშობილებში 92.4%-ში ჩატარდა ვაქცინაცია და 5.4%-ს არ ჩაუტარდა ახალშობილთა სამედიცინო

ჩვენებით, ხოლო რაგიონის მცხოვრებ მელოგინეთა ახალშობილთა 77.8% და არ ჩატარდა ახალშობილთა სამედიცინო ჩვენებით 22.25-ში. რაც მიუთითებს, რომ რეგიონის მელოგინე/მეძუძური დედების და მათი ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უფრო ცუდია დედაქალაქში მცხოვრები მელოგინეებითან შედარებით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 23.934$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N142).

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუძური დედების 17.4%-ს არ ახსოვს ახალშობილისათვის სამშობიაროში ჩატარებული ვაქცინაციის დასახელება და რეგიონის მოსახლეობის 22%-მა. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 24.868$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N143).

დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუძური დედების 71.5%-ში და რეგიონში მცხოვრებთა 71.8%-ში პედიატრი თავისით ბინაზე არ მისულა, ხოლო დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინე/მეძუძური დედების ახალშობილებში 24,1%-ში გამოიძახებით მივიდა ბინაზე პედიატრი, ხოლო რეგიონის მცხოვრებ მელოგინე/მეძუძური დედების ახალშობილებთან 13.4%-ში. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 12.946$, $P < 0.005$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N144).

დედაქალაქში მცხოვრები მელოგინე/მეძუძური დედები თვეში 1-2-ჯერ მიმართავენ ბავშვთა ამბულატორიას 69.9%-ში, ხოლო რეგიონში მცხოვრებნი - 58.8%-ში. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 19.163$, $P < 0.001$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N145).

5.2.3. დამოუკიდებელი ცვლადი - განათლება

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე მელოგინე/მეძუძური დედებში უფრო მეტი იყო (36.8%) 18-24 წლის ასაკის, ხოლო უმაღლესი განათლების მელოგინეების უმრავლესობა (34.9%) იყო 30-35 წლის ასაკის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 15.930$, $P < 0.003$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N146).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 58.6% იყო რეგიონიდან, ხოლო 41.4% დედაქალაქიდან, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 65.1% დედაქალაქის მკვიდრე იყო, 34.9% კი რეგიონის. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად

სარწმუნოა ($\chi^2=19.574, P<0.000$). რეპროდუქციული ქცევა რეგიონში საშუალო განათლების მოსახლეობაში უფრო მაღალია, დედაქალაქში კი უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში. (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN147).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 35.6 % დასაქმებულია, 64.4% დაუსაქმებელი. უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 54.7% დასაქმებულია, 45.3% დაუსაქმებელი. განათლების დონე, საფეხური გავლენას ახდენს დასაქმებაზე კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12.737, P<0.000$). (იხ.ცხრილიN148).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალები შედარებით უფრო მეტად არიან სტაციონარულ 18.4% და სასწრაფო დახმარების 14.9% მოსარგებლეები, ვიდრე უმაღლესი განათლების მქონე მელოგინეები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=9.625, P<0.008$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN149).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 78.2% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, ხოლო 21.8% -ს აქვს კერძო დაზღვევა; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 53.5% სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეა, ხოლო 46.5%-ს აქვს კერძო დაზღვევა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=23.430, P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN150).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების სამედიცინო მომსახურებას 75.9%-ში ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 12.6%-ში კერძო დაზღვევა თანაგადახდით; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 50.0%-ში ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა თანაგადახდით, 33.7%-ში კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. საყოველთაო ჯანდაცვის, სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეები უფრო მეტად არიან საშუალო განათლების ქალები, გამომდინარე ეკონომიურ სტატუსიდან და დასაქმებიდან. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=30.074, P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN151).

მელოგინეთა განათლებასა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაზე სახელმწიფოს დანახარჯების ცოდნას შორის დამოკიდებულება ასეთია: საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 98.8%-ს არ აქვს ინფორმაცია და 1.1%-ს აქვს, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 94.2%-ს არა აქვს ინფორმაცია და 5.8%-ს აქვს. უმაღლესი განათლების ქალთა ინფორმირებულობა მცირედად მეტია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=5.621, P<0.018$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN152).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 64.4% ამბობს, რომ „პასუხობს მის მოთხოვნებს, ხოლო, უმაღლესი განათლების ქალებიდან მხოლოდ 35.6% ამბობს, რომ პასუხობს მის მოთხოვნებს, ანუ განათლების დონე განსაზღვრავს კმაყოფილებას და მოთხოვნებს სერვისისადმი, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს უფრო მეტი პრეტენზია აქვთ სამედიცინო სერვისებისადმი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=15.852, P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN153).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალებიდან „ძალიან ცუდია“ ამბობს 1.1%, „ცუდია“ – 17.2%, „დამაკმაყოფილებელია“ -54%, „კარგია“ -20.7% , „ძალიან კარგი“- 6.9% ; უმაღლესი განათლების მქონე ქალებიდან : „ძალიან ცუდია“ ამბობს 1.2%, „ცუდია“ – 18.6%, „დამაკმაყოფილებელია“ -64%, „კარგია“ -15.1% , „ძალიან კარგი“-1.2% . განათლების დონე გავლენას ახდენს კმაყოფილების აღქმაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 10.064, P<0.006$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN154).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 35.6% იმშობიარა ბუნებრივი გზით, ხოლო, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 46.5%-მა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=4.231, P<0.040$). (იხ.ცხრილიN155).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 100% და უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 96.9%-თან არ განხორციელებულა ბებიაქალის ვიზიტი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=4.603, P<0.032$). (იხ.ცხრილიN156).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 16.1% იყო 3თვის შემდეგ და 63.8% საერთოდ არ ყოფილა, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 19.8% იყო 3 თვის შემდეგ და 47.7% საერთოდ არ ყოფილა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13.044, P<0.011$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN157)

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების სამშობიარო ხარჯები 8%-ში დაფარა კერძო დაზღვევამ, საყოველთაო ჯანდაცვამ სრულად 26.4% და თანაგადახდით 71.3%, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალების სამშობიარო ხარჯები დაფარა კერძო დაზღვევამ 29.1%-ში, საყოველთაო ჯანდაცვამ სრულად 20.9% და თანაგადახდით 74.4%; კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=11.604, P<0.021$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN158)

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების ახალშობილთა მხოლოდ 51.7% დაიბადა ჯანმრთელი, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალების ახალშობილთა 62.8% დაიბადა ჯანმრთელი. რაც მიუთითებს რომ განათლებასა და დედა-ბავშვის ჯანმრთელობას შორის არის კავშირი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=4.328, P<0.037$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN159).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალებისათვის ახალშობილი ძუძუსთან არ მიუყვანიათ ახალშობილის პრობლემის გამო 26.4%-ში და დედის სამედიცინო პრობლემის გამო 10.3%-ში, ხოლო უმაღლესი განათლების ქალებისათვის ახალშობილი ძუძუსთან არ მიუყვანიათ ახალშობილის პრობლემის გამო 25 %-ში და დედის სამედიცინო პრობლემის გამო 2.3%-ში, კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=14.343, P<0.014$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN160).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების ახალშობილთა 13.8% არ ჩატარებია 86.2%-ს ჩაუტარდა სკრინინგი; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 7%-ს არ ჩატარებია და 93%-ს ჩაუტარდა სკრინინგი, თუმცა დასახელება არ ახსოვთ განურჩევლად განათლების საფეხურისა. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=4.311, P<0.038$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN161).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების ახალშობილთა 80.5%-ს ჩაუტარდა და 18.4%-ს არ ჩაუტარდა სამედიცინო ჩვენებით; უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 90.7%-ს ჩაუტარდა და 8.1%-ს ჩაუტარდა ვაქცინაცია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=11.897, P<0.008$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია. ცხრილიN162)

ახალშობილთან პირველი 10 დღის მანძილზე პედიატრის ვიზიტი საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების ახალშობილებთან 7.7%-ში განხორციელდა ვიზიტი, 73.2%-ში არ განხორციელდა, 14.8%-ში მშობლის გამოძახებით; უმაღლესი განათლების ქალთა 6.3%-ში განხორციელდა ვიზიტი, 69.8 %-ში არ განხორციელდა, 23.8%-ში მშობლის გამოძახებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=8.470, P<0.037$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN163)

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაზე სახელმწიფოს დანახარჯების ცოდნის შესახებ საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალების 98.8%-ს არ აქვს ინფორმაცია და 1.1%-ს აქვს, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 94.2%-ს არა აქვს ინფორმაცია და 5.8%-ს აქვს. უმაღლესი განათლების ქალთა ინფორმირებულობა

მცირედად მეტია. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13.851, P<0.008$).
(იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN164).

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალებს პედიატრთან მიჰყავთ ბავშვი
თვეში 1-2-ჯერ 60.6%-ში, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს კი უფრო ხშირად 68.3%-
ს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 9.466, P<0.024$). (იხ.ცხN165)

საშუალო და სპეციალური განათლების მქონე ქალებს ბავშვთა მეთვალყურეობისათვის
ჰყავთ პედიატრი საყოველთაო ჯანდაცვით განსაზღვრულ ამბულატორიაში 87.3%-ში და
კერძო პედიატრი 4.2%-ში, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს ბავშვთა
მეთვალყურეობისათვის ჰყავთ პედიატრი საყოველთაო ჯანდაცვით განსაზღვრულ
ამბულატორიაში 74.6%-ში და კერძო პედიატრი 12.7%-ში. კროსტაბულაცია
სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12.630, P<0.013$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების
კროსტაბულაცია ცხრილიN166).

5.2.4. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტატუსი(დასაქმება)

დაუსაქმებელი ქალები- მელოგინე/მეძუძური დედები- ქალები უფრო მეტად 34.7%-ში
18-24 წლის ასაკში ავლენენ რეპროდუქციულ აქტიობას,ხოლო დასაქმებული ქალები
33.3%-ში 25-29წლის ასაკში. 30 წლის შემდეგ მელოგინეებიდან შედარებით მეტია
დასაქმებული ქალები, ვიდრე დაუსაქმებელი ქალები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად
სარწმუნოა ($\chi^2=13.718, P<0.008$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია
ცხრილიN167).

დასაქმებული მელოგინეებიდან უფრო მეტი იყო დედაქალაქში მცხოვრები(67.9%),
ხოლო დაუსაქმებელი მელოგინეები უფრო მეტი იყო რეგიონში მცხოვრები (58.9%).
კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2= 24.889, P<0.000$). (იხ.
მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN168).

დასაქმებულ მელოგინეთა უმრავლესობას 60.3%-ს აქვს უმაღლესი განათლება,ხოლო
დაუსაქმებელ მელოგინეთა 58.9%-ს აქვთ საშუალო და სპეციალური განათლება.
კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 =12.637, P<0.000$).
(იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN169).

ცუდი ჯანმრთელობა აქვს უფრო მეტად დაუსაქმებელ რესპოდენტებს 17.9%-ში, ვიდრე
დასაქმებულებს 7.7%-ში. ძალიან კარგი ჯანმრთელობა აქვს უფრო მეტად დასაქმებულებს

6.4%-ში, ვიდრე დაუსაქმებელ რესპოდენტებს 5.3%-ში, რაც მიაჩნება, რომ დასაქმების სტატუსის გავლენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=8.320, P<0.040$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N170).

დასაქმებული რესპოდენტები უფრო ხშირად სარგებლობენ რუტინულად სამედიცინო მომსახურებით 69.2%, ვიდრე დაუსაქმებელი რესპოდენტები 49.5%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13.762, P<0.000$). (იხ. ცხ. N171).

დასაქმებული რესპოდენტების მხოლოდ 25.6% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით წლის განმავლობაში 3-ჯერზე მეტად და დაუსაქმებლების მხოლოდ 22.1%. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=15.518, P<0.004$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N172).

დასაქმებულთა 51.3% სარგებლობს სახელმწიფო პროგრამებით და 48.7% კერძო დაზღვევით; ხოლო დაუსაქმებულთა 77.9% სარგებლობს სახელმწიფო პროგრამებით და 22.1% კერძო დაზღვევით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=26.997, P<0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N173)

დასაქმებულთა 50%-ის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს საყოველთაო ჯანდაცვა უზრუნველყოფს თანაგადახდით და 35.9%-ის კერძო დაზღვევა თანაგადახდით, ხოლო დაუსაქმებელი რესპოდენტების 73.7%-ის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს საყოველთაო ჯანდაცვა უზრუნველყოფს თანაგადახდით და 12.6%-ის კერძო დაზღვევა თანაგადახდით. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=33.460, P<0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია. ცხრილი N174).

საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვით გათვალისწინებული სამედიცინო სერვისების შესახებ ინფორმაციას ფლობს დასაქმებულთა მხოლოდ 38.5% და დაუსაქმებულთა 22.1%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=11.024, P<0.001$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N175).

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება დასაქმებულთა მხრივ ასეთია: ძალიან ცუდი -1.3%, ცუდი-14.1%, დამაკმაყოფილებელი-64.1%, კარგი-14.1%, ძალიან კარგი-6.4%. დაუსაქმებულთა შეფასება: ძალიან ცუდი -1.1%, ცუდი-21.1%, დამაკმაყოფილებელი-54.7%, კარგი-21.1%, ძალიან კარგი-2.1%. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=9.856, P<0.043$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N176).

მშობიარობის გართულება არ ჰქონია დასაქმებულთა 47.4%-ს და დაუსაქმებელთა 33.7%-ს. სისხლდენა ჰქონდა დასაქმებულთა 12.8%-ს და დაუსაქმებელთა 9.5%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12,997$, $P<0.043$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN177).

გართულება არ ჰქონია: დასაქმებულთა 83.3%-ს და დაუსაქმებელთა 89.5%-ს. სისხლდენა ჰქონდა დასაქმებულთა 10.3%-ს და დაუსაქმებელთა 4.2%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=20.065$, $P<0.003$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN178).

ლოგინობის ხანაში 42დღის განმავლობაში ბებია-ქალის ბინაზე ვიზიტს შორის. დასაქმებულთა მხოლოდ 3.2%-თან იყო ვიზიტი, დაუსაქმებელ მელოგინეებთან არც ერთთან. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=5.186$, $P<0.023$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN179).

იმ სამედიცინო დაწესებულების კმაყოფილება, სადაც იმშობიარა, დასაქმებულთა მხოლოდ 73.1%-ია კმაყოფილი, და დაუსაქმებელთა 88.4%. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=15.415$, $P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN180).

რას ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამა სამშობიაროში ახალშობილისათვის- ინფორმაცია მიაწოდეს დასაქმებულთა მხოლოდ 20.5%-ს და დაუსაქმებელთა 6.3%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=16.927$, $P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN181).

რას ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამა სამშობიაროში ახალშობილისათვის- მშობიარობამდე ინფორმაცია მიაწოდეს დასაქმებულთა მხოლოდ 16.7%-ს და დაუსაქმებელთა 7.9%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=16.927$, $P<0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN182).

სამშობიაროში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაცია მოიძია და ვერ მიიღო დასაქმებულთა მხოლოდ 15.4%-მა და დაუსაქმებელთა 3.4%-მა. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13.673$, $P<0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუპური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN183).

დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისების შესახებ დაუსაქმებელ მელოგინეები უფრო ნაკლებად არიან ინფორმირებულები. ეს ხარვეზი შეიძლება აღმოიფხვრას პჯდ-ის ოჯახის ექიმის თემში მუშაობით მოსახლეობის გაცნობიერებისათვის ჯანდაცვის საკითხებზე, რაც მნიშვნელოვანია თემის უკეთესი ჯანმრთელობისათვის.

სამშობიაროში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ წინასწარი ინფორმაციის აუცილებლობა ესაჭიროება დასაქმებულთა მხოლოდ 96.9%-ს და დაუსაქმებელთა 89.7%-ს. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=6.089$, $P<0.048$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN184).

სამშობიაროში ახალშობილის ძუძუსთან მიყვანის დრო- 1საათზე ადრე მიიყვანეს დასაქმებულთა 59.2%-თან და დაუსაქმებელთა 33.2%-თან. არ მიუყვანიათ დასაქმებულებთან ახალშობილის და მელოგინეს სამედიცინო პრობლემის გამო შესაბამისად 20.5%-ში და 3.8%-ში და არ მიუყვანიათ დაუსაქმებელთან ახალშობილთ და მელოგინეს სამედიცინო პრობლემის გამო შესაბამისად 30.0%-ში და 8.4%-ში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=16.007$, $P<0.007$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N185).

ექკლუზიურად ძუძუთი იკვებებოდა დასაქმებულთა 66.7% და დაუსაქმებელთა 48.4%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=15.903$, $P<0.007$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN186).

სამშობიაროში ახალშობილის ვაქცინაცია დასაქმებულთა ახალშობილებს ჩაუტარდათ 92.3%-ში და არ ჩატარდა ახალშობილის სამედიცინო პრობლემის გამო 7.7%-ში, ხოლო დაუსაქმებულთა ახალშობილებს ჩაუტარდათ 80.0%-ში და არ ჩატარდა ახალშობილის სამედიცინო პრობლემის გამო 17.9%-ში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=11.508$, $P<0.009$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN187).

ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურებისათვის მიმართვის მიზანი დასაქმებულ და დაუსაქმებულ მელოგინეთა შორის ერთნაირია და არ არის დამოკიდებული სამუშაო სტატუსზე. კროსტაბულაციის მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=12.571$, $P<0.014$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN188)

5. 2.5. დამოუკიდებელი ცვლადი - ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ყველაზე ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 18-24 წლის ასაკის რესპონდენტებს(43.5%) და კარგი და ძალიან კარგი 25-29 წლის რესპონდენტებს (33.8% და 40%). კვლევის მონაცემები კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=21.180$, $P<0.048$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილიN189).

ეს შეესაბამება ასაკისა და ჯანმრთელობის კროსტაბულაციას ორსულების შემთხვევაშიც, რაც მიუთითებს, რომ საჭიროა ორგანიზაციული ცვლილებების განხორციელება პჯდ-ის პრევენციული, რეპროდუქციული სერვისების მოწოდებისათვის ოჯახის ექიმის როლის, ავტორიტეტის, იმიჯის, პროფესიონალიზმის გაძლიერება რუტინული უტილიზაციის გაზრდის მიზნით.

ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობა აქვს დაუსაქმებელ რესპონდენტებს (73.7%). კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 8.320$, $P < 0.001$). იგივეა ორსულების შემთხვევაშიც. (იხ. მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N190).

ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას შორის კროსტაბულაციით გამოვლინდა ასეთი დამოკიდებულება: ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 91.39% სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს, რაც მათი ცუდი ჯანმრთელობით არის განპირობებული, ხოლო ძალიან კარგი ჯანმრთელობის მქონე პირებიდან მხოლოდ 40% სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით (რუტინულად) და კარგი ჯანმრთელობის მქონეთა 48.5%, კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 28.841$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N191).

იგივე მონაცემები არის ორსულების შემთხვევაშიც, რაც მიანიშნებს, რომ პჯდ-ის უტილიზაცია მოსახლეობის თითქმის 40%-ში არ ხდება ოჯახის ექიმის ინსტიტუტისადმი უნდობლობის გამო, რაც საჭიროებს პროპაგანდას, რეალურ ქმედით მუშაობას პჯდ-ის ოჯახის ექიმის იმიჯის, მისი მომსახურების რუტინული სარგებლობის აუცილებლობის პროპაგანდისათვის. მნიშვნელობის გაზრდისათვის.

რესპონდენტებიდან, ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 52.2% სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს წლის განმავლობაში 3-ჯერზე მეტად, რაც გამოწვეულია აუცილებლობით, ხოლო კარგი და ძალიან კარგი ჯანმრთელობის მხოლოდ 23% და 20% აკითხავს 1-ჯერ ექიმს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 45.910$, $P < 0.000$). რაც პრევენციული სერვისების დაბალი უტილიზაციის მაჩვენებელია. იგივეა ორსულების შემთხვევაშიც. (იხ. მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N192).

ვისაც ცუდი ჯანმრთელობა აქვს 65.2% საყოველთაო ჯანდაცვა, თანაგადახდით, უზრუნველყოფს მათ სამედიცინო მომსახურებას, 26.1% კი კერძო დაზღვევით სარგებლობს თანაგადახდით; კარგი ჯანმრთელობის პირებიც ასევე სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვით თანაგადახდით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 36.268$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N193).

„დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ ინფორმაციის უმთავრესი წყარო ცუდი და კარგი ჯანმრთელობის შემთხვევაში არის ნაცნობ-მეგობრები და არა პირველადი სამედიცინო დაწესებულებები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 25.778$, $P < 0.040$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N194).

რესპონდენტები, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა, უფრო მეტად, შემთხვევათა 87%-ში ჩაუტარდათ საკეისრო კვეთა, დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობის შემთხვევაში კი 58.3%-ში და 52.9%-ში; ძალიან კარგი ჯანმრთელობის დროს -40.0%-ში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 19.931$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N195).

რესპონდენტები, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა, მშობიარობის დროს განვითარებულ გართულებათა შორის უფრო ხშირად აქვთ სისხლდენა, ხოლო პრე-ეკლამპსია თითქმის ერთნაირი სიხშირით ვლინდება ცუდი თუ კარგი ჯანმრთელობის შემთხვევაში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 62.200$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N196).

რესპონდენტებს, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა (100%), და რესპონდენტებს, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ აქვთ კარგი ჯანმრთელობა (100%), , რომელთაც აქვთ დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობა (81%) და კარგი (91.7%) საკეისრო კვეთა ჩაუტარდათ სამედიცინო ჩვენებით. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 12.213$, $P < 0.007$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N197).

მიუხედავად იმისა, რომ საკეისრო კვეთა უფრო ხშირად ჩაუტარდათ ცუდი ჯანმრთელობის დედებს, საკეისრო კვეთის ჩატარების ჩვენება ორივე ჯგუფში არის სამედიცინო ჩვენება, რაც შეიძლება უკავშირდებოდეს დიფერენცირებულ დაფინანსებას.

რესპონდენტების ჯანმრთელობა ცუდი თუ კარგი არ განსაზღვრავს ლოგინობის ხანაში გართულებათა არსებობას, ინფექცია თუ ცხელება ერთნაირი ალბათობით აქვთ ორივე შემთხვევაში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 38.860$, $P < 0.003$).

(იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N198)

რესპონდენტების ჯანმრთელობა ცუდი თუ კარგი არ განსაზღვრავს ლოგინობის ხანაში მეან-გინეკოლოგიის ვიზიტს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 11.270$, $P < 0.010$). (იხ.მელოგინე/მემუშური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N199).

რესპონდენტების ჯანმრთელობა ცუდი თუ კარგი არ განსაზღვრავს ლოგინობის ხანის შემდეგ მეან-გინეკოლოგთან ვიზიტს. ლოგინობის ხანაში (42 დღე მშობიარობიდან) მეან-გინეკოლოგთან საერთოს არ ყოფილა ცუდი ჯანმრთელობის რესპოდენტთა 30.4%, დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის 62.5%, კარგი ჯანმრთელობის 58.1%, ძალიან კარგი ჯანმრთელობის 50.0%. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 36.812$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N200).

რესპონდენტების განურჩევლად ჯანმრთელობის მდგომარეობისა არ მიუღიათ რჩევები შემდგომი ორსულობის დაგეგმარების შესახებ. 91.3%-ს ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობით, 70.8%-ს დამაკმაყოფილებელი, კარგი-76.5% და ძალიან კარგი 100%-ს არ მიუღიათ ინფორმაცია მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფციის თაობაზე. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 16.536$, $P < 0.011$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N201).

რესპონდენტებიდა დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის მდგომარეობით უფრო მეტად საყოველთაო ჯანდაცვითა და თანაგადახდით ფარავენ სამშობიაროს ხარჯებს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 23.503$, $P < 0.024$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N202).

რესპონდენტთა დედის ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გავლენას ახდენას ახალშობილის ჯანმრთელობაზე,კერძოდ, დედის ცუდი ჯანმრთელობის დროს მხოლოდ 34.8%-ს დაებადა ჯანმრთელი ახალშობილი, დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის დროს 59.7%-ს, კარგი ჯანმრთელობის დროს 63.2%-ს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 12.265$, $P < 0.007$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N203).

რესპონდენტებს განურჩევლად ჯანმრთელობის მდგომარეობისა სურთ ჰქონდეთ ინფორმაცია წინასწარ მშობიარობამდე სამშობიარო სახლში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 16.377$, $P < 0.012$). (იხ.მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N204).

ცუდი ჯანმრთელობის დედებთან ახალშობილები ძუძუსთან მიყავთა შედარებით დაგვიანებით, ვიდრე კარგი ჯანმრთელობის დედებთან, ანუ ძუძუთი კვების დროულად დაწყება გარკვეულად უკავშირდება დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. რესპოდენტებს,რომელთაც ჰქონდათ ცუდი ჯანმრთელობა 1 საათზე ადრე მიიყვანეს 21.7%-ში, ხოლო დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობის დროს 43.5%-ში და

48.5%-ში, კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 35.462$, $P < 0.002$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N205).

ცუდი ჯანმრთელობის დედები უფრო ნაკლებად ხშირად კვებავენ ახალშობილებს ექსკლუზიურად ძუძუთი, ვიდრე დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობის დედები, აგრეთვე უფრო ხშირია ამ ქალებში ჯერ ინფანტ-ფორმულის და შემდეგ ძუძუთი კვების დაწყება, ანუ ექსკლუზიური ძუძუთი კვება გარკვეულად უკავშირდება დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

რესპონდენტებს, რომელთაც ჰქონდათ ცუდი ჯანმრთელობა ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებადნენ 30.4%-ში, ხოლო დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობის დროს 55.6%-ში და 66.2%-ში, კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 37.837$, $P < 0.001$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N206).

ცუდი ჯანმრთელობის დედები უფრო ნაკლებად კვებავენ ახალშობილებს ექსკლუზიურად ძუძუთი ერთ თვემდე, ვიდრე დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობის დედები. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 49.928$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N207).

დედები განურჩევლად ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინფორმირებულები არიან ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 49.928$, $P < 0.000$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N208).

ცუდი და კარგი ჯანმრთელობის დედების უმრავლესობას აქვს ინფორმაცია და იცის რუტინული ვაქცინაციის შესახებ, რაც ჩაუტარდათ ახალშობილებს სამშობიარო სახლში. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 21.373$, $P < 0.045$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N209).

ცუდი და კარგი ჯანმრთელობის დედების ახალშობილებთან პედიატრის ვიზიტი დაბადებიდან პირველ 10 დღეში, ერთნაირად იშვიათად ხორციელდება და დედის ჯანმრთელობასთან არ აქვს კავშირი, თუმცა პედიატრის ბინაზე გამოძახებას კარგი და დამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის დედები უფრო ხშირად ახორციელებენ. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 40.876$, $P < 0.000$). (იხ. ცხრილი N210).

ცუდი და კარგი ჯანმრთელობის დედების ახალშობილების ჯანმრთელობისათვის უფრო მეტად მიმართავენ პოლიკლინიკის პედიატრს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 35.402$, $P < 0.002$). (იხ. მელოგინე/მეძუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N211).

დედები დამაკმაყოფილებელი და კარგი ჯანმრთელობით უფრო ხშირად ახორციელებენ ბავშვის ვიზიტას პედიატრთან თვეში 1-2-ჯერ, შესაბამისად 66.4% და 69.1%, ხოლო ცუდი ჯანმრთელობის დედების 40.7% ახორციელებს თვეში 1-2-ჯერ ვიზიტს. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 69.707$, $P < 0.000$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N212).

დედების ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და პედიატრთან მიმართვის მიზეზს შორის არ არის კავშირი. კროსტაბულაცია სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2 = 35.402$, $P < 0.002$). (იხ.მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაცია ცხრილი N213).

5.2.6. ძირითადი მიგნებები მელოგინე/მემუძური დედების კროსტაბულაციიდან

1. რეგიონის მოსახლეობა უფრო ადრე აჩენს შვილებს დედაქალაქის მცხოვრებლებთან შედარებით, აგრეთვე რაიონებში ოჯახის დაგეგმარების ტრადიცია უფრო ნაკლებია.
2. დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინეთა ჯანმრთელობა უკეთესია რეგიონში მცხოვრებ მელოგინეებთან შედარებით.
3. „დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის“ შესახებ და სამედიცინო მომსახურების შესახებ მელოგინეთა ცნობადობა დაბალია. ამასთან, რეგიონში მცხოვრებ მელოგინეთა შორის უფრო მეტად, ვიდრე დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინეებში.
4. ნაადრევად დაბადებული ახალშობილი უფრო ხშირია დედაქალაქის მელოგინეებში 91.7%, ვიდრე რეგიონის მელოგინეებში 68.4%.
5. რესპოდენტები, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ აქვთ ცუდი ჯანმრთელობა, უფრო მეტად, შემთხვევათა 87%-ში ჩაუტარდათ საკეისრო კვეთა,
6. რაიონის მცხოვრები 18-24 წლის ახალგაზრდების 56.7% მშობიარობს დედაქალაქში.
7. 18-24 წლის მელოგინეთა 52.1%-მა იმშობიარა ბუნებრივი-ვაგინალური გზით, ხოლო დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია საკეისრო კვეთით მშობიარობა.
8. 18-24 წლის მელოგინეთა ასაკობრივ ჯგუფში დაბადებულ ახალშობილთა მხოლოდ 41.7% არის ჯანმრთელი
17. ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან საერთოდ არ ყოფილა დედაქალაქის მელოგინეთა 49.5% და რეგიონის მელოგინეთა 63%.
18. მელოგინეებთან 18-24 წლის და 40 წლის ზევით 33%-ში ახალშობილი ძუძუსთან არ მიუყვანიათ ახალშობილთა სამედიცინო პრობლემის გამო,

19. ყველა ასაკობრივ ჯგუფში 50%-ზე ნაკლებია ის მელოგინები, რომელთაც რეკომენდებულ 1საათის პერიოდში მიიყვანეს ახალშობილი ბუძუსთან.
20. „დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის“ სამედიცინო მომსახურების შესახებ მელოგინეთა ცნობადობა დაბალია, ამასთან, რეგიონში მცხოვრებ მელოგინეთა შორის უფრო მეტად-23.5%, ვიდრე დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინებში- 34.8%.
21. დედაქალაქში მცხოვრებ მელოგინეთა 48.9%-მა იმშობიარა ბუნებრივი (ვაგინალური) გზით, ხოლო რეგიონის მცხოვრებთა მხოლოდ 32.1%-მა, რაც მიუთითებს, რომ სამედიცინო პრობლემები რეგიონის მელოგინეთა შორის უფრო მაღალია.
22. ლოგინობის ხანის შემდეგ გინეკოლოგთან პირველი ვიზიტი უფრო მეტად მიდის დედაქალაქის მაცხოვრებელი ქალები, ვიდრე რეგიონში მცხოვრებნი.

5.3. მელოგინე/მეძუძური დედების პრობლემები და სურვილები

1. მეტი ინფორმაცია, ვიდეოზუკლეტები, უფასო “შშობელთა სკოლა“ და გამაჯანსაღებელი მასაჟები ბავშვისთვის.
2. სამშობიაროში -ექიმთა პროფესიონალიზმის და ყურადღების გაუმჯობესება, ამასთან სამშობიაროში კვება, ჰიგიენა -მოლოდინების და ფასის შეუსაბამოა.
3. დედების უფასო სერვისები ლოგინობის ხანაში მეან-გინეკოლოგის ვიზიტი, ჩასახვამდე მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია და ჩასახვამდელი კვლევები , ორსულობისას ექიმთან ყოველ თვეში ვიზიტი დადგენილი დროის გარეშე,
4. ცუდი მაგალითი: ექიმთა არაპროფესიონალიზმის გამო ორსულობის 9 თვის მანძილზე ვერ მოხერხდა დაუნის სინდრომის და გულის მანკის იდენტიფიცირება, ჩაუტარდა 11 ექოსკოპია ორსულობის დროს.
5. ცუდი მაგალითი: ბავშვისთვის-სოფლის ექიმი პედიატრთან გვაგზავნის ერთგნ , ნევროლოგთან-წნორში, ანტენატალურ სერვისზე-დედოფლისწყაროში , თავად მშობიარობისთვის ჩამოვიდა თბილისში.
6. ცუდი მაგალითი: პრობლემა- სამედიცინო სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და არაპროფესიონალიზმი/წინაწყინდაში და ახალქალაქში მომსახურება არის ცუდი.
7. ცუდი მაგალითი: არაპროფესიონალიზმი-ბავშვს აქვს ჰიდრონეფროზი, რომელიც გაიგო მხოლოდ 35კვირის გესტაციის ვადაზე

8. ცუდი მაგალითი: სამშობიაროში ვერ მიიღო ინფორმაცია პედიატრიული მომსახურების შესახებ, ბავშვისათვის ჩატარებულ პროცედურებზე.
9. ცუდი- მაგალითი ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე: ფინანსურად მშობიარობა არის ძვირი , არ ყოფნის სახელმწიფოს მოცემული ფული: საკეისროსათვის საყოველთაო ჯანდაცვით მიიღო 800 ლარი,ექიმის აყვანაში გადაიხადა-600 ლარი, საწოლში გადაიხადა 200 ლარი,
- 10.დედის მეთვალყურეობა მშობიარობის შემდეგ ბინაზე, პატრონაჟი ბინაზე, კვების კორექცია, უფასო ადაპტირებული კვება ბავშვისათვის, ბცჟ -აცრა უფასო.
11. ცუდი მაგალითი: რაიონში არ არის არანაირი ინფორმაცია, ბავშვის საჭიროებაზე არ მიმართავს პჯდ-ს ექიმს და იძახებს სასწრაფოს,რადგან სოფლის ექიმი არის შორს, გვიან მოდის, ითხოვს მატერიალურ ანაზღაურებას პაციენტისგან.
12. ცუდი მაგალითი: „თუ მაფინანსებს საყოველთაო,დამაფინანსოს სრულად-500 ლარი საყოველთაომ მომცა, 400ლარი გინეკოლოგის აყვანაში გადავიხადე, 230 ოთახში-პალატაში.ბავშვს არ ჰქონდა ყურადღება, ტიროდა, ჰდღე მისცეს ჯერ ფორმულა და შემდეგ ძუძუ“.
13. ცუდი მაგალითი: უყურადღებობა სამშობიაროში,“მქონდა დრენაჟი-არ მოხდა ჭრილობის დამუშავება, მილების გადაკეტვაში გადავიხადე ფული 300ლარი, გაფორმების გარეშე ნახევარფასში, ექთანს თუ ფულს არ მისცემ ბავშვს არ მიხედავს, სამშობიაროს ნეონატოლოგს მივეცი 20 ლარი დამიბრუნა მათხოვარი ხომ არ ვარო და მივეცი 50ლარი“.
14. ცუდი მაგალითი: „ამილოიდიზი გამოვლინდა გვიან 30-ე კვირას,კარგია იყოს სრული დაფინანსება,პროფესიონალიზმი ადრეული დიაგნოსტიკა“.
15. ცუდი მაგალითი: ნეონატოლოგიური სამსახურის მხრივ უყურადღებობა, ბავშვზე ინფორმაცია-მწირი.
16. ცუდი მაგალითი: ექოსკოპიით 4.600კგ. იყო ბავშვი და მაინც გააფორმეს მოთხოვნითი საკეისრო და მშობელს გადაახდევინეს ფული.
17. ინფორმაცია-სერვისების შესახებ, რეჰოსპიტალიზაცია იყოს უფასო. ბინაზე სამშობიაროდან პათოლოგიიდან სწრაფად ხდება გაწერა და ხშირად 2 კვირაში ბრუნდება მელოგინე და უკვე ყველაფერი არის ფასიანი .ეს არის კატასტროფული ხარჯები!
18. მოთხოვნითი საკეისრო და გაუტკივრება იყოს უფასო.
- 19.სურს სოციალური დახმარება-ბავშვის კვებაზე,პომპერსზე-არის უნარშეზღუდვილი ფეხის ამპუტაციის ამო.

20. ცუდი მაგალითი: ექიმის კომპეტენცია, კერძოდ ოჯახის ექიმის-მისი მომსახურება საექვო და ბუნდოვანია, ყველაფერზე სხვაგან გვაგზავნის..
- 21.ინფორმაცია, ექიმის განათლება,უფასო სერვისი,შესაცვლელია ბევრი რამ სისტემაში.
- 22.თიანეთში არ ენდობა პჯდ-ს, რთული ორსულისათვის არ არის სერვისი.
23. სოფლის ექიმს არ ენდობა და ბავშვი დაყავს თელავში,გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ არის შესაბამისი. საყოველთაოს მიცემული 500 ლარი არ ყოფნის ნორმალურ ხარისხიან მშობიარობას.
- 24.ორსულობამდელი კვლევები უნდა იყოს უფასო და მეტი ინფორმაცია.
25. ცუდი მაგალითი: არ ენდობა პჯდ-ს უბნის პედიატრს,ხარისხი არ მოსწონს არც პედიატრის და არც პჯდ-ის. საჭიროა -პჯდ-ის პედიატრის ხარისხის ამაღლება .
26. მშობელი ამბობს: „პედიატრის ბინაზე გამოძახება უნდა იყოს უფასო; გამოძახება ბინაზე უნდა იყოს უფასო -50 ლარი უნდა სიცხიანი ბავშვის სანახავად გამოძახებისას და არ მაქვს“.
27. პედიატრის უფასო და ხარისხიანი სერვისები, სავალდებულო ვიზიტი ბინაზე ბავშვის სამშობიაროდან გაყვანის შემდეგ.

თავი VI

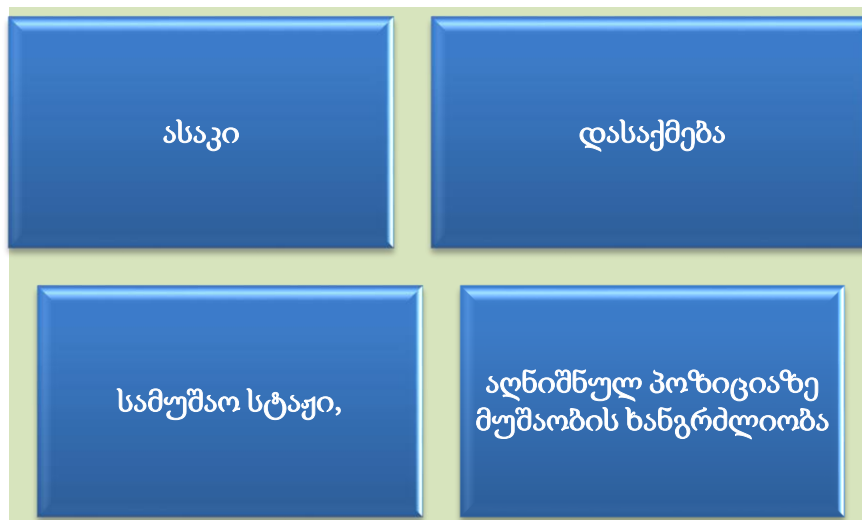
კვლევის შედეგები IV

6.1.საველე სამუშაო- პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების ინტერვიურება

III ჯგუფში გაერთიანდა პირველადი ჯანდაცვის (პირველი დონის) დაწესებულებაში დასაქმებული 100 ექიმი და მენეჯერი.

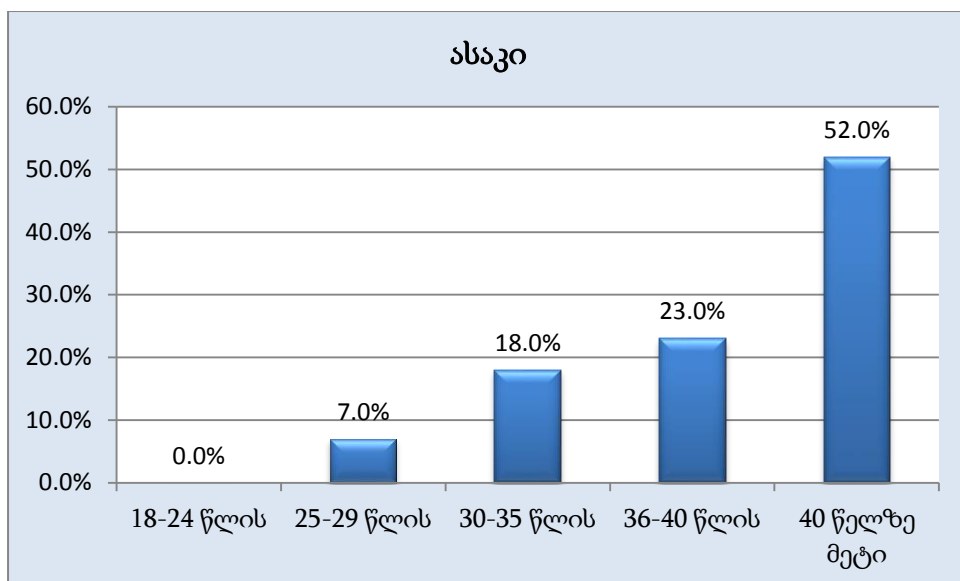
კვლევაში სოციოგრამიდან შეირჩა 4 დამოუკიდებელი ცვლადი: ასაკი, დასაქმება-სამუშაო სტატუსი,სამუშაო სტაჟი,აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის ხანგრძლიობა (იხ.სურათი N 78).

სურათი N78. დამოუკიდებელი ცვლადები პჯდ-ში დასაქმებული მენეჯერების და ექიმების ინტერვიურებიდან



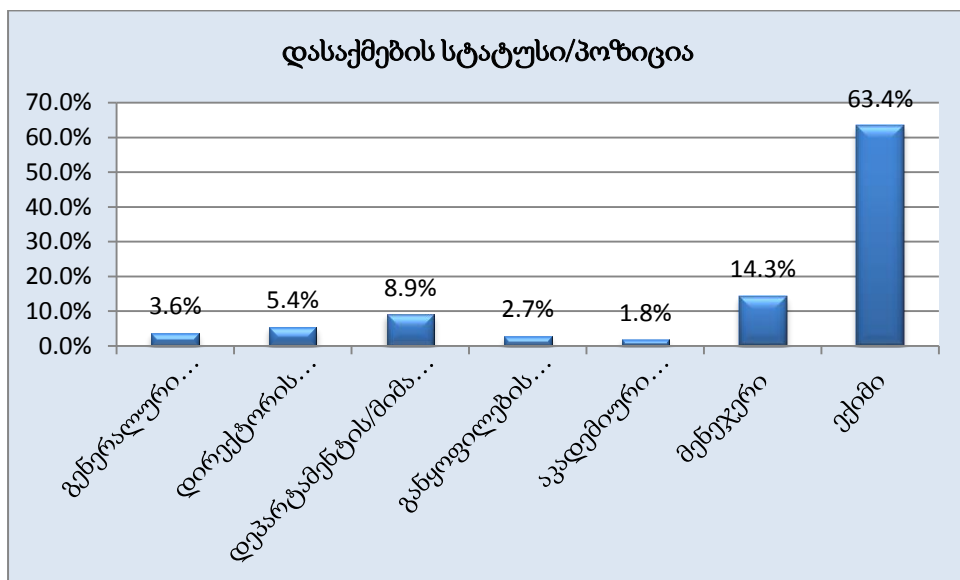
პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულთა ასაკობრივი შემადგენლობა იყო შემდეგნაირი: 25-29წლის შეადგენდა 7%-ს, 30-35წლის -18%-ს, 36-40წლის-23%-ს, 40წელზე მეტი 52%-ს.(იხ.სურათი N79).

სურათი N79. პჯდ-ში დასაქმებულთა ასაკობრივი განაწილება %



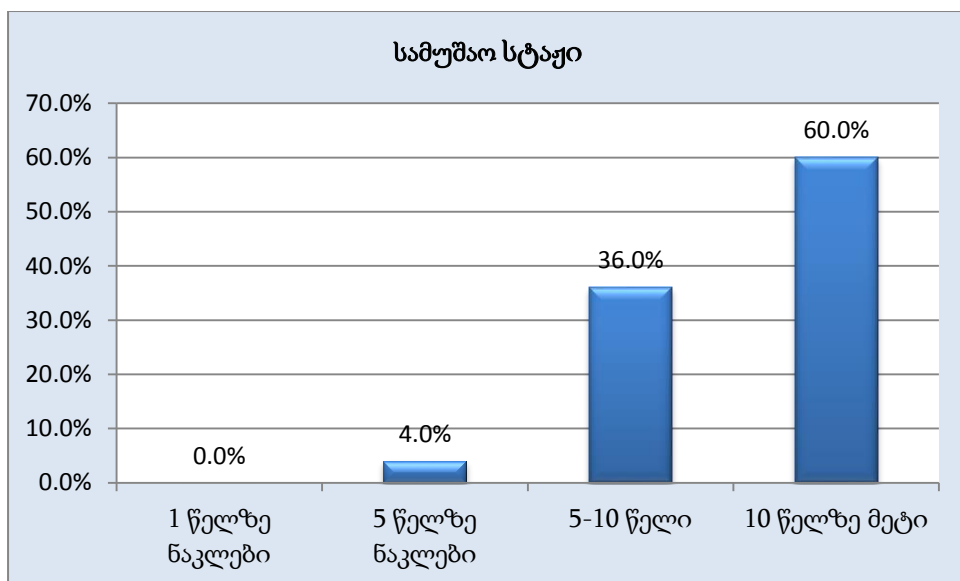
დასაქმების სტატუსის(პოზიციის) მიხედვით დასაქმებულთა შემადგენლობა იყო შემდეგნაირი: დირექტორი- 3,6%. დირექტორის მოადგილე- 5,4%, დეპარტამენტის უფროსი-8,9%, განყოფილების ხელმძღვანელი-2,7%, მენეჯერი-14,3%, ექიმი-63,4% (იხ.სურათი N80).

სურათი N80. პჯდ-ში დასაქმებულთა პოზიციები%



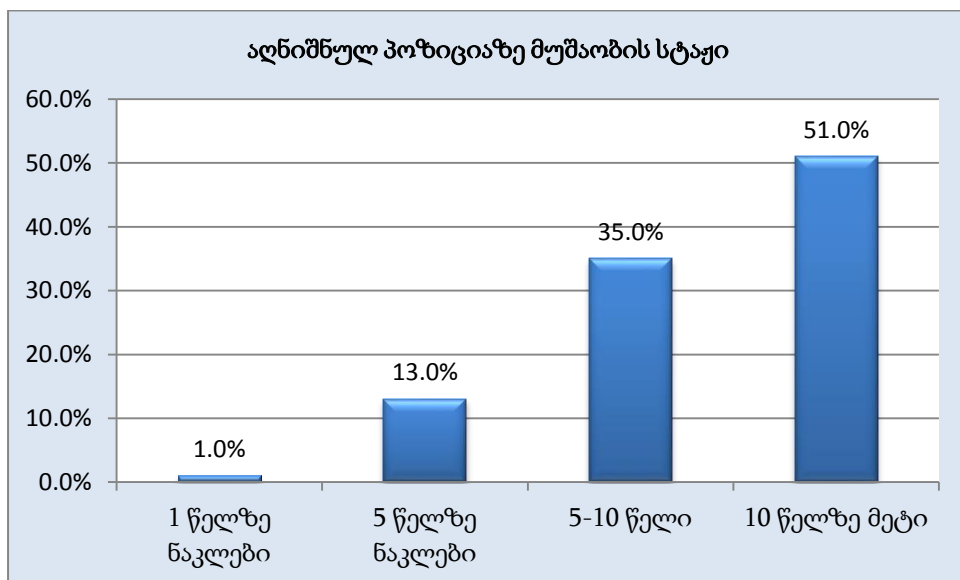
სამუშაო სტაჟის მიხედვით დასაქმებულთა შემადგენლობა იყო შემდეგნაირი: 5 წელზე ნაკლები- 4%, 5-10 წელი-36%, 10 წელზე მეტი-60% (იხ.სურათი N81).

სურათი N81. პჯდ-ში დასაქმებულთა განაწილება სამუშაო სტაჟის მიხედვით



აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის ხანგრძლიობის მიხედვით დასაქმებულთა შემადგენლობა იყო შემდეგნაირი: 1 წელზე ნაკლები-1%, 5 წელზე ნაკლები-13%, 5-10 წელი- 35%, 10 წელზე მეტი-51%.(იხ.სურათი N82).

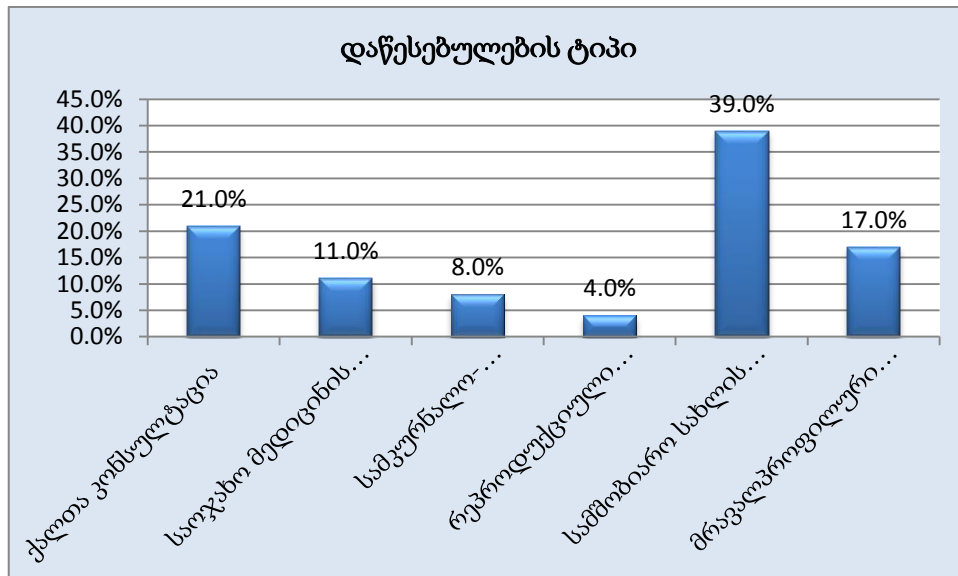
სურათი N82. პჯდ-ში შესაბამის პოზიციაზე დასაქმებულთა განაწილება% სტაჟის მიხედვით



პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებიდან 21% იყო ქალთა კონსულტაცია, 11% -საოჯახო მედიცინის ცენტრი, 8%-სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი, 4%-რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრი, 39% - სამშობიარო სახლთან არსებული ქალთა საკონსულტაციო -სადიაგნოსტიკო ცენტრი, 17%

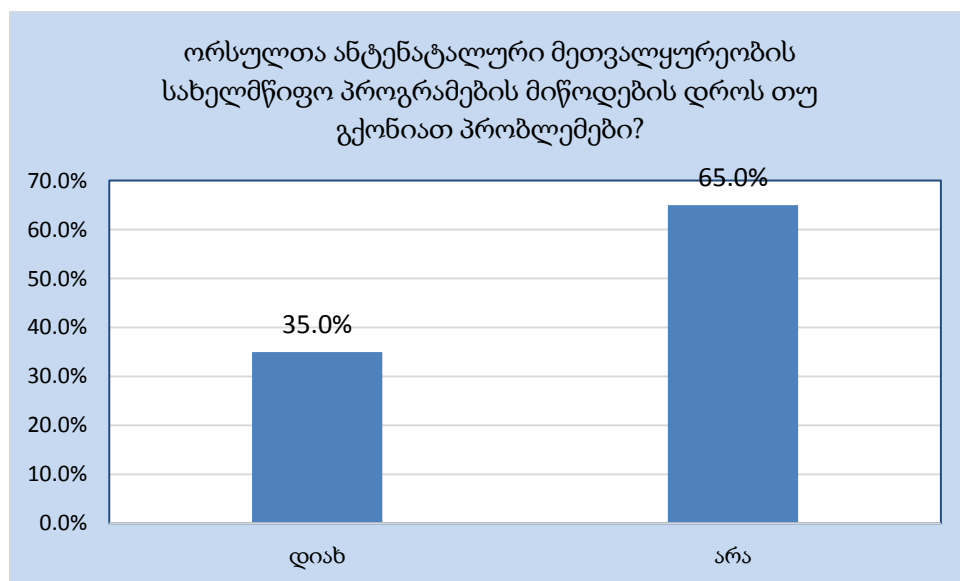
- მრავალპროფილური კლინიკის საკონსულტაციო-სადიაგნოსტიკო ცენტრი. აღნიშნული ყველა დაწესებულება მონაწილეობდა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში .
(იხ.სურათი N83).

სურათი N83. დაწესებულების ტიპი (სადაც არიან დასაქმებული ექიმი/მენეჯერები)



ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის მიწოდების დროს რესპოდენტთა 35%-ს ჰქონდა პრობლემები და 65%-ს არ ჰქონია პრობლემა (იხ.სურათი N84).

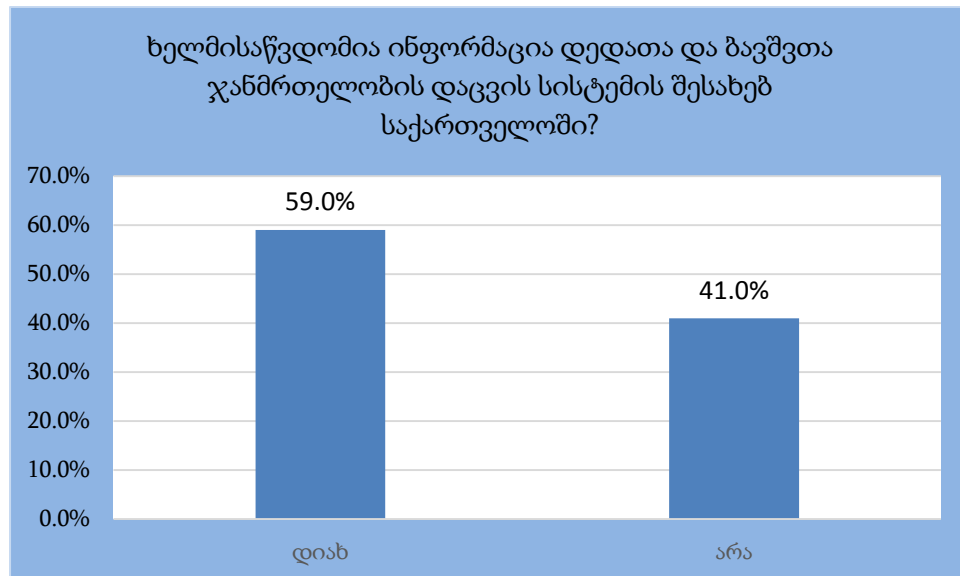
სურათი N84. კვდ-ში დასაქმებულ თანამშრომლების მიერ ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამების მიწოდებისას პრობლემების შემთხვევები



პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული რესპოდენტების 59% თვლის რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის

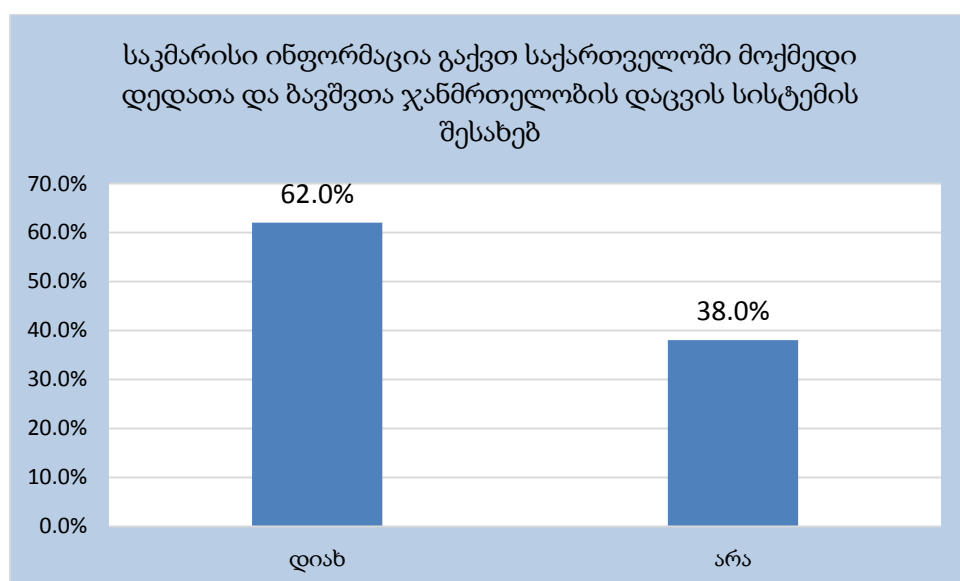
დაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია საქართველოში, 41% კი თვლის, რომ არ არის ხელმისაწვდომი (იხ.სურათი N85).

სურათი N85. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა

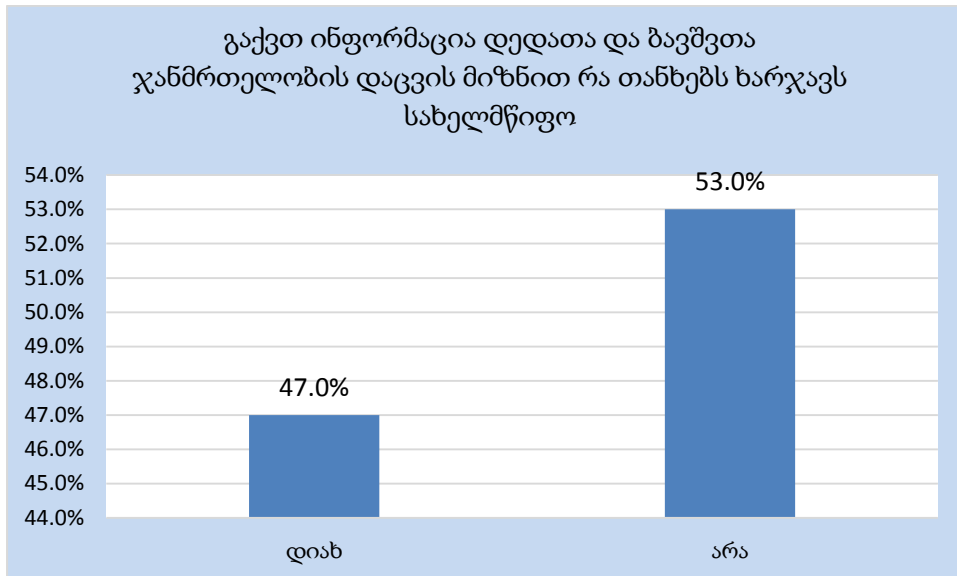


პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 62% ამბობს, რომ პირადად მას საკმარისი ინფორმაცია აქვს საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ, ხოლო 38% კი თვლის, რომ არა აქვს საკმარისი ინფორმაცია (იხ.სურათი N86).

სურათი N 86. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შესახებ საკმარისი ინფორმაცია აქვს თუ არა პჯდ-ში დასაქმებულ ექიმებსა და მენეჯერებს

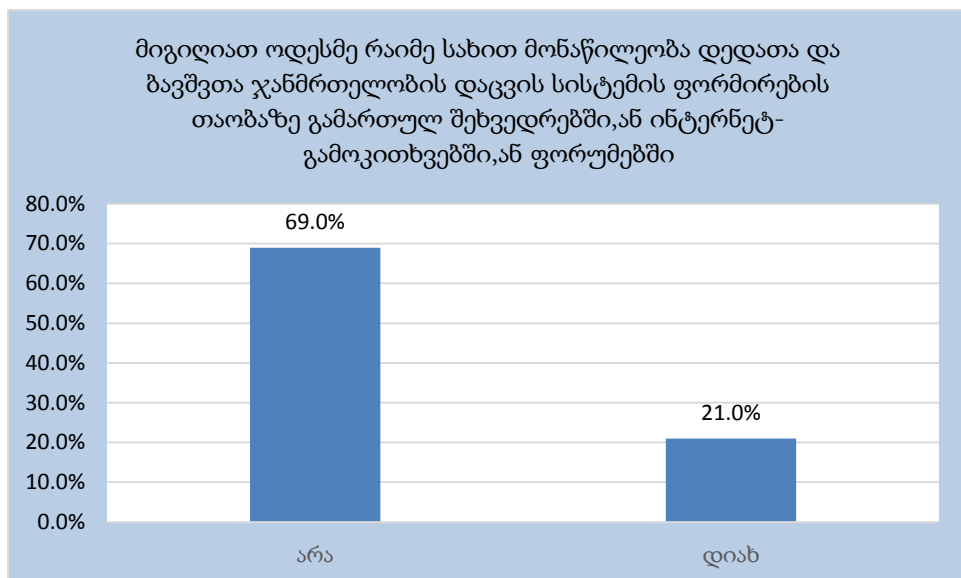


პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 53% არ არის ინფორმირებული და არ იცის, თუ რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, ხოლო 47%-ს აქვს ინფორმაცია და ამბობს, რომ იცის რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფოს მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის მიზნით (იხ. სურათი N87).
სურათი N 87. ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის მიზნით დახარჯული თანხების შესახებ.



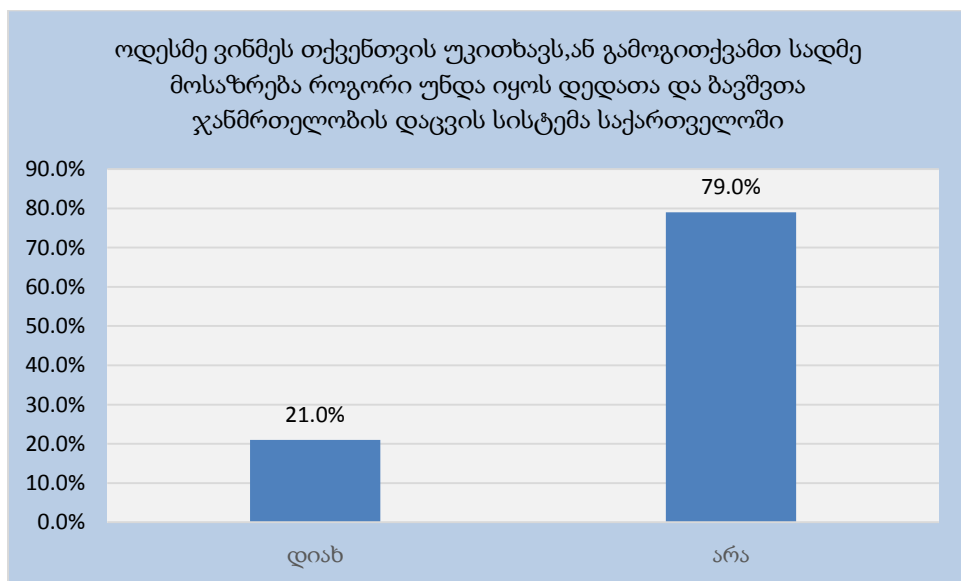
პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების მხოლოდ 31% ამბობს, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებში, ან ინტერნეტ-გამოკითხვებში, ან ფორუმებში მიუღია მონაწილეობა, ხოლო 69%-ს არა. (იხ. სურათი N88).

სურათი N88. პჯდ-ში დასაქმებულთა მონაწილეობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრასა და გამოკითხვებში.



პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების მხოლოდ 21%-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებსა და გამოკითხვებში, ხოლო 79%-ს არა (იხ. სურათი N89).

სურათი N89. პჯდ-ში დასაქმებულების აზრის შესწავლის, თუ არის თუ როგორი უნდა იყოს საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა, ისტორია



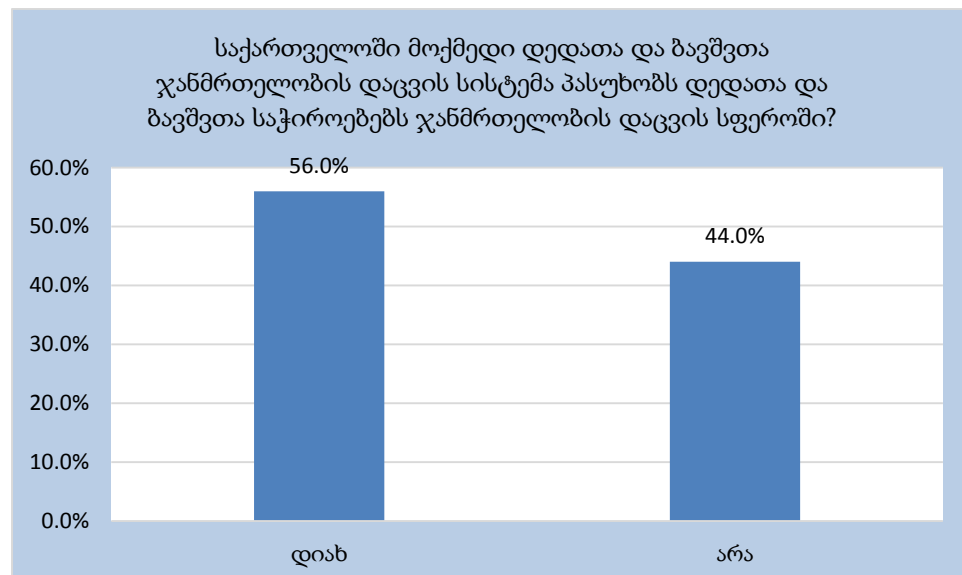
პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 56% ფიქრობს, რომ საქართველოში მოქმედი დედათა და

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს დედათა და ბავშვთა

საჭიროებებს, ხოლო 44% ფიქრობს, რომ არ პასუხობს (იხ. სურათი N90).

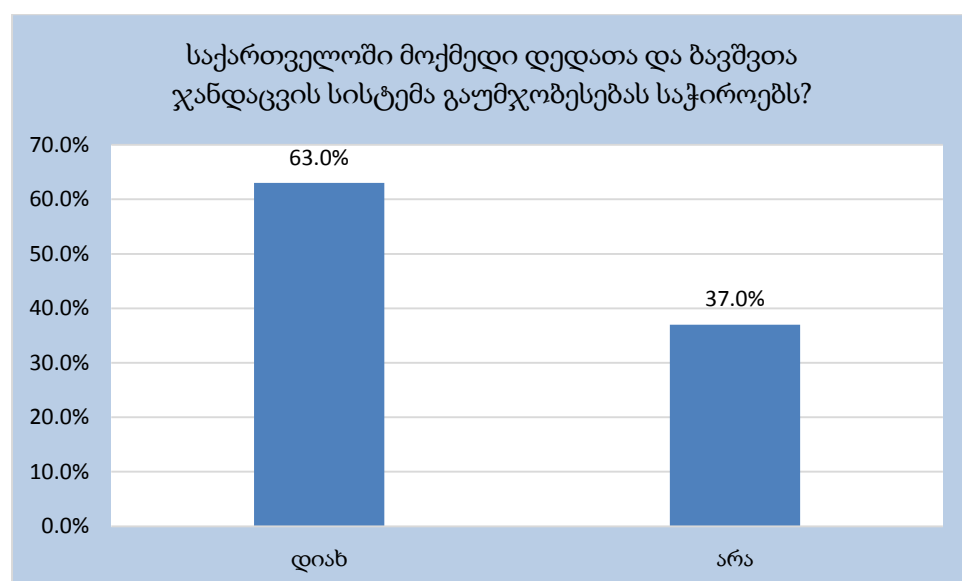
სურათი N 90. პჯდ-ში დასაქმებულთა შეხედულება-პასუხობს თუ არა დედათა და

ბავშვთა საჭიროებებს საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა



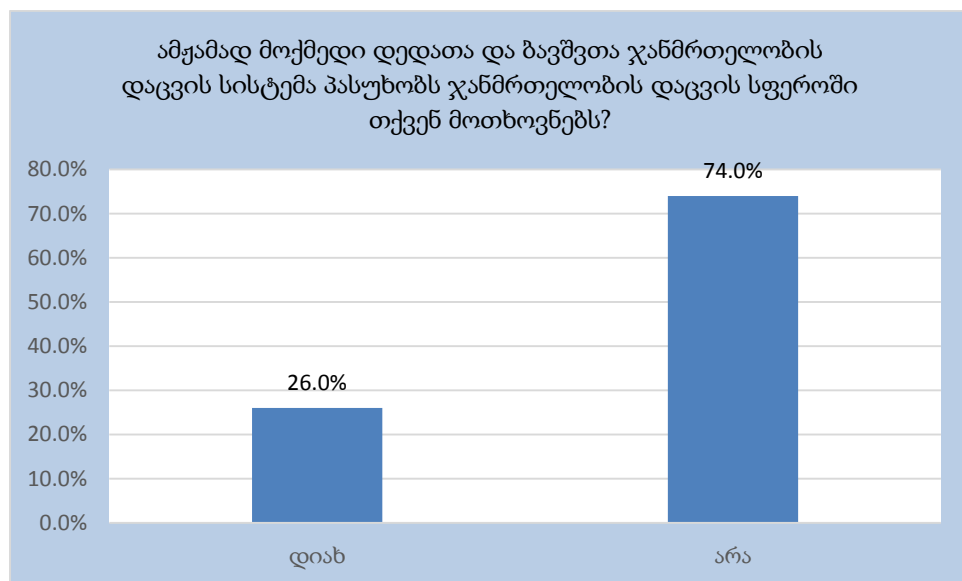
პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 63% ფიქრობს, რომ საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა გაუმჯობესებას საჭიროებს, ხოლო 37% უფრო პოზიტიურად ფიქრობს და მიაჩნია, რომ არ საჭიროებს გაუმჯობესებას (იხ. სურათი N91).

სურათი N91. პჯდ-ში დასაქმებულთა შეხედულება საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა გაუმჯობესების საჭიროებაზე



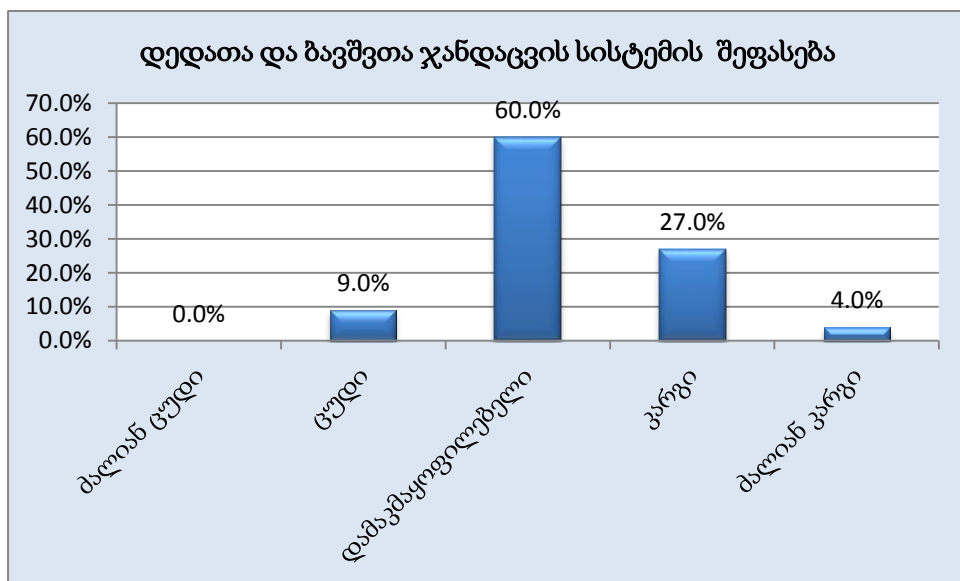
პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების მხოლოდ 26% ფიქრობს, რომ საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მათ მოთხოვნებს, ხოლო 74% ფიქრობს, რომ არა (იხ. სურათი N92).

სურათი N92. პჯდ-ში დასაქმებულთა მოთხოვნებს თუ პასუხობს საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა



პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების მიერ საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასება ასეთია: 9%- ამბობს რომ ცუდია, 60%-თვლის, რომ დამაკმაყოფილებელია, 27%-ის აზრით კარგია, 4%-ამბობს, რომ ძალიან კარგია (იხ. სურათი N93).

სურათი N93. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასება პჯდ-ში დასაქმებულების მიერ.



6.1.1. ძირითადი მიგნებები პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების ინტერვიუების აღწერილობითი ნაწილის ანალიზიდან

1. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 38%-ს არ აქვს საკმარისი წარმოდგენა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაზე.

2. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 47% არ იცის, თუ რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით

3. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების მხოლოდ 21%-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებსა და გამოკითხვებში, სადაც უკითავს ვინმეს როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში.

4. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 56% ფიქრობს, რომ საქართველოში მოქმედი დედათა და

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს დედათა და ბავშვთა

საჭიროებებს, 44%-არა

5. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებებში დასაქმებული რესპონდენტების 63% ფიქრობს, რომ საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა გაუმჯობესებას საჭიროებს.

6.2. კროსტაბულაცია დამოუკიდებელ ცვლადებთან პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების ინტერვიუების საფუძველზე

6.2.1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი

40 წელზე მეტის ასაკის რესპონდენტების 80% აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობს 10 წელზე მეტია; 5-10 წელია მუშაობს აღნიშნულ პოზიციაზე 30-35 წლის თანამშრომელთა 60% და 36-40 წლის თანამშრომელთა 47%. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 42.39$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა. (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N214).

იმის გათვალისწინებით, რომ რესპონდენტთა 63,4%-ს ექიმები შეადგენენ, შეიძლება ვთქვათ, რომ მათი ხედვა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის განვითარების, დროში მიმდინარე ცვლილებებისადმი ობიექტურია და მათ მიერ გამოთქმული მოსაზრებები სისტემაში არსებული პრობლემებისადმი სარწმუნოა.

სამშობიარო სახლის საკონსულტაციო-სადიაგნოსტიკო ცენტრში მუშაობს 40 წელზე მეტის ასაკის რესპონდენტების 28.8% და 36-40 წლის თანამშრომელთა 39,1%; ხოლო მრავალპროფილური კლინიკის საკონსულტაციო დიაგნოსტიკურ ცენტრში 30-35წლის ასაკის რესპონდენტთა 40%. ანუ სამშობიარო სახლის საკონსულტაციო ცენტრში შედარებით უფროსი ასაკის რესპონდენტებია დასაქმებული. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 23.423$, $P < 0.009$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N215).

ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის მიწოდების დროს პრობლემა შედარებით უფრო ხშირად ექმნებათ 30-35 წლის რესპონდენტებს (52%), ნაკლებად 36-40 წლის თანამშრომლებს (13%) და 40 წელზე მეტის ასაკის რესპონდენტებს (36,5%). აღნიშნული ფაქტი მიუთითებს ასაკის მნიშვნელობაზე პრობლემების დაძლევისათან მიმართებაში, კერძოდ შუა ასაკის პირები უფრო მეტად

მობილიზებულნი და მოქნილები არიან პრობლემის გადაჭრის დროს. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 8.104$, $P < 0.017$) სტატისტიკურად სარწმუნოა. (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N216).

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებში, ან ინტერნეტ-გამოკითხვებში ან ფორუმებში მონაწილეობის მიღების მხრივ შედარებით უფრო ხშირია აქტიობა 30-35წლის რესპონდენტების მხრივ(60%), უფრო ნაკლებად 35-40 წლის(34,8%) და 40 წელზე მეტი ასაკის (15.4%) რესპონდენტების მხრივ. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 15.911$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა.(იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N217).

პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებულთაგან თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა -უკითხავთ და აზრი გამოუთქვამთ -შედარებით უფრო ხშირად 30-35წლის რესპონდენტები (52%), უფრო ნაკლებად 35-40 წლის(4.3%) და 40 წელზე მეტი ასაკის (13.5) რესპონდენტებს. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 20.107$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია..ცხრილი N218).

6.2.2. დამოუკიდებელი ცვლადი -დასაქმება(პოზიცია)

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ მენეჯერები უფრო მეტად არიან ინფომირებულები (86.1%), ვიდრე ექიმები (48.1%), რაც მიუთითებს, რომ არსებობს კოორდინაციის პრობლემა ექიმებსა და მენეჯერებს შორის, რაც შესაძლოა უარყოფითად აისახოს პროგრამის მიწოდებასა და გამოსავალში. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 13.880$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა. (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N219).

მენეჯერები უფრო მეტად არიან ინფომირებულები (75%), ვიდრე ექიმები(31.1%) თუ რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, რაც მიუთითებს, რომ ექიმებს ჯანდაცვის პოლიტიკის სამიზნეებზე აქვთ მწირი ინფორმაცია, მენეჯერებთან შედარებით. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 17.704$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N220).

მენეჯერებს უფრო მეტად ეკითხებიან აზრს (41.7%), ვიდრე ექიმებს (9.4%) თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა. კროსტაბულაციით

($\chi^2 = 14.482$, $P < 0.000$) კვლევა სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N221).

საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა მენეჯერების აზრით პასუხობს დედათა და ბავშვთა საჭიროებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და პასუხობს მოსარგებლეთა მოთხოვნებს(80.6%), ხოლო ექიმების შედარებით მცირე ნაწილი(42.2%) თვლის რომ სისტემა პასუხობს მოსარგებლეთა მოთხოვნებს, რაც კვლავაც მიუთითებს რომ მენეჯერებისა და პრაქტიკოსი ექიმების ხედვა აღნიშნული საკითხისადმი განსხვავებულია, რაც ერთი მხრივ შეიძლება აიხსნას გარკვეული თანამდებობრივი ვალდებულებებით განაპირობებული კონიუნქტურის დაცვით . კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 13.765$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერთა კროსტაბულაცია. ცხრილი N222).

მენეჯერების 47.2% და ექიმთა 71.9% საჭიროდ თვლის, რომ საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სისტემის საჭიროებს გაუმჯობესებას . კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 6.007$, $P < 0.014$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია.ცხრილი N223).

საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასებისას მენეჯერების მხრივ არის შემდეგი შეფასებები: ცუდი - 2.8%, დამაკმაყოფილებელი -25%, კარგი- 61.1% , ძალიან კარგი -11.1%. ექიმების მხრივ: ცუდი- 7.8%,დამაკმაყოფილებელი-79.7%, კარგი-7.8%. ამ მხრივაც გამოიკვეთა განსხვავებული ხედვა და დამოკიდებულება, კერძოდ მენეჯერების მხრივ არის უფრო მეტი პოზიტივი,ვიდრე ექიმების მხრივ. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 45.256$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N224).

6.2.3. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტაჟი

10 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 67.5% აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობს 5- 10 წელია; 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტების 85% აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობს 10 წელზე მეტია. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 70.417$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N226).

10 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 72.5% თვლის რომ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ, ხელმისაწვდომია, 10

წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტების მხოლოდ 50% თვლის რომ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია. კროსტაბულაცია ($\chi^2=5.023, P<0.025$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N227).

10 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 75% თვლის რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ აქვს საკმარისი ინფორმაცია, ხოლო 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტების მხოლოდ 53,7% თვლის რომ აქვს საკმარისი ინფორმაცია. კროსტაბულაცია ($\chi^2=4.782, P<0.029$) სტატისტიკურად სარწმუნოა. (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N228).

10 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 52.5% -ს აქვს მიღებული მონაწილეობა მიღებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებში, ან ინტერნეტ-გამოკითხვებში ან ფორუმებში, ხოლო 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტებიდან მხოლოდ 16.7%-ს. კროსტაბულაცია ($\chi^2= 14.407, P<0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N229).

10 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 35% -ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ გამოკითხვაში და გამოუთქვამს აზრი, თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ხოლო 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტებიდან მხოლოდ 11,7%-ს. კროსტაბულაცია ($\chi^2= 7.876, P<0.005$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N230).

6.2.4. დამოუკიდებელი ცვლადი -აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის ხანგრძლივობა

აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 57.1% თვლის რომ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ, ხელმისაწვდომია, აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპონდენტების 80% თვლის რომ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია, აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტების 45.1% თვლის რომ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია. კროსტაბულაცია ($\chi^2=10.475, P<0.005$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი N231).

აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპონდენტების 57.1% თვლის რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ აქვს

საკმარისი ინფორმაცია, აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპოდენტების 85.7% თვლის რომ აქვს საკმარისი ინფორმაცია, აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპოდენტების 47.1% თვლის რომ აქვს საკმარისი ინფორმაცია. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 13.327$, $P < 0.001$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N232).

აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპოდენტების 21,4%-ს აქვს საკმარისი ინფორმაცია სახელმწიფოს მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით დახარჯული თანხების შესახებ; აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპოდენტების 74.3% -ს აქვს საკმარისი ინფორმაცია; აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპოდენტების 35.3%-ს აქვს საკმარისი ინფორმაცია; კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 16.941$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N233).

აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპოდენტების 21,4%-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ფორმირების თაობაზე გამართულ შეხვედრებში, ან ინტერნეტ-გამოკითხვებში ან ფორუმებში, აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპოდენტების 62.9% -ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ აქტიობაში; აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპოდენტების 11.8%-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ აქტიობაში. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 26.028$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N234).

აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპოდენტების 21,4%-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ გამოკითხვაში და გამოუთქვამს აზრი თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა; აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპოდენტების 42.9% -ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ გამოკითხვაში და გამოუთქვამს აზრი; აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპოდენტების 5.9 %-ს აქვს მიღებული მონაწილეობა ასეთ გამოკითხვაში და გამოუთქვამს აზრი. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 17.106$, $P < 0.000$) სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N235).

5 წელზე ნაკლები სტაჟის მქონე რესპოდენტების მხრივ საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასებას შორის შემდეგი შეფასებებია ცუდი-

8.4%, დამაკმაყოფილებელი -27%, კარგი- 21.4%. აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 5-10 წლის სტაჟის მქონე რესპონდენტების მხრივ შემდეგი შეფასებებია: ცუდი-5,7%, დამაკმაყოფილებელი-45.7%, კარგი-48.6%. აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის 10 წელზე მეტი სტაჟის მქონე რესპონდენტების მხრივ შემდეგი შეფასებებია: ცუდი-13.7%, დამაკმაყოფილებელი-64.7%, კარგი-13.7%, ძალიან კარგი-7.8%. კროსტაბულაცია ($\chi^2 = 18.493$, $P < 0.005$) სტატისტიკურად სარწმუნოა. (იხ.ექიმების/მენეჯერების კროსტაბულაცია. ცხრილი, N236).

6.2.5. ძირითადი მიგნებები პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების კროსტაბულაციიდან

1. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის, მისი შესაძლებლობების, სახელმწიფოს მხრივ გაწეული ხარჯის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებად აქვთ, როგორც მენეჯერებს, ისე ექიმებს, თუმცა მენეჯერები შედარებით უფრო მეტად არიან ინფორმირებულნი.
2. მენეჯერებსა და ექიმ-სპეციალისტებს შორის ინფორმაციის გაცვლის და კომუნიკაციის ხარისხი დაბალია, ამასთან რადიკალურად განსხვავებულია მათი ხედვა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის შეფასებასთან, გაუმჯობესების აუცილებლობასთან და მოსარგებლეთა საჭიროებებთან დაკავშირებით.
3. არასოდეს არავინ დაინტერესებულა ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში დასაქმებულთა აზრით და ხედვით, თუ როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა, თუ რა გამოწვევების წინაშე არიან ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისის მომწოდებელ პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული ექიმები და მენეჯერები.
4. მენეჯერთა და ექიმთა ხედვა პაციენტის საჭიროებებთან, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემასთან და არსებულ პრობლემებთან მიმართებაში რადიკალურად განსხვავებულია. მენეჯერთა აზრით დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა არ საჭიროებებს გაუმჯობესებას, რაც შეიძლება აიხსნას გარკვეული თანამდებობრივი ვალდებულებებით .

6.3. პჯდ-ში დასაქმებული ექიმებისა და მენეჯერების პრობლემები და სურვილები

მენეჯერების სურვილები

1. დედათა და ბავშვთა პროგრამაში- შევიდეს 12 კვირამდე გენეტიკური დაავადებების კვლევა, კერძოდ, დაუნის სინდრომის იდენტიფიკაციისათვის კვლევის ოთხმაგი ტესტი.
2. გადაიხედოს კანონი აბორტის შესახებ და 6-8 კვირაზე ჩატარდეს მედიკამენტური წესით, სხვაგვარად 12 კვირამდე პლუს მოსაფიქრებელი ვადა ავტომატურად საჭიროს ხდის არამედიკამენტური აბორტის ჩატარების საჭიროებას, რასაც უფრო მძიმე შედეგები აქვს. აბორტის შემდეგ უნდა ეძლეოდეს უფასო მედიკამენტური კონტრაცეპტივი. ცუდი ფაქტი პრაქტიკიდან: „აბორტის რაოდენობა გაიზარდა ნაცვლად შემცირებისა“.
3. „სტრუქტურა უნდა შეიცვალოს“, ამბობს რესპონდენტი და წარმოადგენს თავის ხედვას „დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის მიწოდებისათვის 7 პერინატალური ცენტრი საქართველოსათვის ძალიან ბევრია, საკმარისია იყოს 2 -დასავლეთ საქართველოსათვის ქ.ქუთაისში და აღმოსავლეთ საქართველოსათვის ქ.თბილისში. დღეს რასთან გვაქვს საქმე? ყველა სამშობიაროს მიეცა საშუალება გახდეს მესამე დონე და დაირქვა „ცენტრი“, ხელოვნურად ხდება ახალშობილთა დატოვება, არასაჭირო მკურნალობა, გაედინება ათასობით ლარი ყოველდღე, რაც იწვევს კატასტროფულ ხარჯებს ბიუჯეტისთვის. ამ ფულს სახელმწიფო გამოიყენებდა მიზნობრივად მართლაც საჭირო პრევენციული, ჩასახვამდელი და მშობიარობის შემდგომი სერვისებისათვის და ბავშვთა ადეკვატურ მოვლაზე. ანუ დიდი პრობლემა არის სახელმწიფოებრივ დონეზე როგორც კონცეპტუალურად, ისე მენეჯმენტის თვალსაზრისით, სწორედ ამიტომ არის დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემა დღეისათვის, მიუხედავად მართლაც გამოყოფილი დიდი თანხებისა, არაეფექტური და არაეფექტიანი. საჭიროა ამ დიდი თანხების გონივრული დახარჯვა და კონტროლის მექანიზმების ამუშავება“.
4. „გვკითხონ მთავარ ექიმებს რა პრობლემებია, საჭიროა გინეკოლოგების მაღალი ჩართულობა და პროგრამა უკეთესი იქნება პროგრამის შედგენაში მენეჯერთას მონაწილეობით“.
5. „პროგრამის ხარვეზი“ -ასე აფასებს ერთ-ერთი მენეჯერი პროგრამას და ამბობს: „ექიმის/მომწოდებელი ორგანიზაციის შეცვლის შემთხვევაში ორსული კარგავს შესაძლებლობას მიიღოს უფასო/შელავათიანი სერვისი, რადგან ვარდება პროგრამიდან-ეს

საკითხი უნდა შეიცვალოს.ჯერ ერთი ორსული კარგავს უფასო სერვისის მიღების შესაძლებლობას,რაც ხშირად მძიმე ფინანსური ტვირთია მისთვის, იგივე პრობლემაა-საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის შემთხვევაში.პროგრამის მოწოდებისას არ უნდა იყოს არანაირი შეზღუდვა.“

6. „პროგრამ ძალიან შეზღუდვილია, ხელმისაწვდომი არ არის ყველასათვის, რადგან თუ სერვისის მომწოდებელი არ არის ჩართული პროგრამაში და ორსულს სურს სწორედ ამ დაწესებულების ექიმმა გაუწიოს მეთვალყურეობა,ის კარგავს ამ შესაძლებლობას და რეალურად საქმე გვაქვს პაციენტის უფლების დარღვევასთან-აირჩიოს ექიმი.ეს საკითხი უნდა გახდეს მსჯელობის საგანი,თუ არ შეესაბამება მოთხოვნებს ის დაწესებულება, რომელმაც ვერ დააკმაყოფილა სავალდებულო კრიტერიუმები,რაც იქნებოდა პროგრამაში ჩართვის პირობა, იქ არც მივა პაციენტი, მაგრამ რეალურად ეს ასე არ არის და საჭიროა ამ ხარვეზის გამოსწორება:-ამბობს მენეჯერი.

7. „პროგრამაში უნდა ჩაერთოს ყველა ორსული და შეუზღუდავად მიიღოს სერვისი-პროგრამაში ჩართვა ხდება იმ შემთხვევაში,თუ დაწესებულებას წელიწადში ყავს 300 ორსული და 500 მშობიარე,რაც კაბალურია, ეს უნდა შეიცვალოს-დაფინანსდეს ყველა ორსული ყველგან და დაფინანსდეს მისი ყველა კვლევა“-ამბობს რესპონდენტი.

ექიმების სურვილები

1.ელექტრონული სისტემის გაუმჯობესება ორგანიზაციული მოწყობის მოწესრიგება,რათა იყოს მარტივი,უწყვეტი მეთვალყურეობა ორსულებზე.

2.გახშირდა ვადამდელი მშობიარობები-სავარაუდო მიზეზები ორსულობამდელ მდგომარეობებში უნდა ვეძიოთ-საჭიროა დაგეგმარება, ჩასახვამდელი გამოკვლევების რუტინული, უფასო სერვისის დანერგვა.

3.საზოგადოების და განსაკუთრებით საშუალო სკოლის განათლების გაუმჯობესება-ქართული ენის ცოდანა სავალდებულო უნდა იყოს ყველასათვის, დედები ხშირად ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის გაგზავნილ მესიჯებს არც კითხულობენ -საქართველო არის მრავალეროვანი ქვეყანა და ენობრივი ბარიერი ყოველდღიურობაა ექიმისათვის.

4. საჭიროა უფასო „მშობელთა სკოლის „სერვისი“, ჩასახვამდელი კვლევების დანერგვა და ორსულობის დაგეგმარების დაფინანსება. ჩასახამდელი კვლევების დანერგვა,სადაც ასევე უფასო იქნება ე.წ.TORCH ინფექციებზე კვლევა და კოაგულოგრამა.

5. პროგრამის შედეგენა ისე ხდება არც ექიმს და არც მთავარ ექიმს არავინ არ ეკითხება ქალებისათვის რეალური საჭიროების შესახებ. დღეისათვის ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა იმდენად ცუდია, რომ ხშირად ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის ორსულობის დროს ერთ ვიზიტზე ორსული ხარჯავს 300-500ლარს.
6. ზოგადად კონცეფცია პროგრამისა კარგია ჯანმრთელი ორსულისათვის, თუმცა რეალურად სხვა მდგომარეობაა-ორსულთა დიდი ნაწილი, რომელსაც უტარდება სტანდარტზედა კვლევები,ფორმდება,როგორც ფიზიოლოგიურ და რეალურად აქვს უამრავი სამედიცინო პრობლემა-ეს საკითხი საჭიროებს შესწავლას და დახვეწას.
- 7.ყველა ორსული მიუხედავად ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობისა, არის ინდივიდუალური და პროგრამა იყოს მოქნილი,შესაძლებელი უნდა იყოს შეუზღუდავად,უფასოდ ჩატარდეს კვლევები,რასაც ექიმი ჩათვლის საჭიროდ.
- 8.პროგრამაში საჭიროა შევიდეს ფერიტინის განსაზღვრა და ისე დაენიშნოს რკინის პრეპარატი.15. ანალიზები საჭიროების მიხედვით უნდა იყოს უფასო ,მათშორის კოაგულოგრამა და ულტრაბგერითი კვლევა, მინიმუმ 4 .
- 9.ექიმებისათვის-აუცილებელია ხელფასის გაზრდა, რეალურად 8 ვიზიტით ექიმები დაზარალდნენ, რაც უწევს მათ უკმაყოფილებას.ექიმთა ხელფასი არის დაბალი, მათ არ აქვთ მოტივაცია. საჭიროა ექიმთა განვითარებისათვის უფასო ტრენინგების დაწესება.
- 10.საჭიროა სრულად დაფინანსდეს პათოლოგიური ორსულობა და ინვიტრო განაყოფიერება.
- 11.ექიმთა ანაზღაურება არ შეესაბამება მიწოდებულ სერვისს, საჭიროა გყავდეს კმაყოფილი პაციენტი და კმაყოფილი ექიმი-მათი პასუხისმგებლობა არის ძალიან მაღალი, ანაზღაურება მინიმალური.
- 12.ანალიზები,პრობლემური ორსულის მართვა,კოაგულოგრამა და დედიმერი, ანალიზების გაფართოება -აი საჭიროება და ეს უნდა იყოს უფასო.
13. 8 ვიზიტმა ვერ შეცვალა ადრე არსებული პრობლემები! ექიმი დამაბულია მძიმე პაციენტთან, ექიმი არ არის დაცული,ვერ უმკლავდება რისკებს.საჭიროა კვლევების გაფართოება. ორსულს სჭირდება ბევრი კვლევა რომელსაც ექიმი თვლის საჭიროდ, რაც პროგრამაში არ არის შეტანილი,მაგრამ ორსული, ხშირად ვერ იკეთებს დამატებით ანალიზებს უსახსრობის გამო. პრობლემურია ფინანსური ხელმისაწვდომობა.
14. საჭიროა გენეტიკური კვლევა ორსულობამდე ჩაიტაროს წყვილმა და ეს უნდა იყოს უფასო! საჭიროა გენეტიკური კვლევა ჩატარდეს არა მხოლოდ 35-ის ზევით ასაკის ორსულთან, არამედ ახალგაზრდებშიც.

15.საჭიროა ექიმთა და სამშობიარო სახლის ხელმძღვანელთა ჩართულობა და მონაწილეობა პროგრამის შედგენისას. არსებობს უამრავი პრობლემა-როგორც ორსულისათვის, ისე სერვისის მიმწოდებლებისათვის, პროგრამა ვერ პასუხობს ორსულის საჭიროებებს.

16. აუცილებელია: სკოლაში მე-8კლასიდან სწავლება ქალთა ჰიგიენის შესახებ; აუცილებელია ორსულთა სოციალური პრობლემების მოგვარება -ორსულის კვება, ჰიგიენა, სუფთა ჰაერი, განათლება სამედიცინო ორსულობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე.

17.ინფორმაცია, რომელიც გათვალისწინებულია საქართველოს მოქალაქეებისათვის, არ არის ხელმისაწვდომი საქართველოში მცხოვრები, მოქალაქეობის მქონე ქალებისათვის, რომელთაც არ იციან ქართული ენა. ორსულთა ეს ნაწილი ხშირად ინფორმაციის შეზღუდვის გამო დაგვიანებით მიმართავს ექიმს და დაგვიანების გამო ვერ ღებულობს პროგრამით გათვალისწინებულ უფასო სერვისს, რაც ხშირად არის უკმაყოფილების მიზეზი და პირველი უკმაყოფილების სამიზნე არის ექიმი.

18. ექიმის არჩევის უფლება-შეუზღუდავად, აღრიცხვაზე ასვლა სადაც სურს, ვისთანაც და ნებისმიერ დროს, აგრეთვე თუ განსაზღვრულ დროს ვერ მივა არ უნდა ეკარგებოდეს ეს სერვისი

19.პროგრამის გაფართოება.ექიმთა განათლება და პროგრამის შემუშავებაში მათი მაღალი ჩართულობა.ცუდი მაგალითი- ამნიოცენტეზისადმი რაიონში არ არის სწორი ხედვა, ხშირად აგზავნიან დედაქალაქში ორსულებს და თან აშინებენ, ორსულობის მოსალოდნელი შესწყვეტის საფრთხით!

20. ექიმთა განათლება რაიონებში, მათდამი ნდობის ამაღლება. ორსულთა დიდი რაოდენობა დედაქალაქში ჩამოდის უფრო სანდო სერვისის მისაღებად, ორ ადგლას ღებულობს სერვისს-ფასიანს და უფასოს და რეალურად ორსულობა უფასო აღარ არის.

21. პათოლოგიური ორსულობის სრული დაფინანსება, რეალურად უფრო მეტია პათოლოგიური ორსულები, მათ სჭირდებათ მრავალი კვლევა, რაც საჭიროებს დიდ ფინანსურ სახსრებს.

22. 8 ვიზიტი არ მოიცავს საჭირო კვლევებს, სამჯერ გაზრდილია თანხა ერთი ორსულისათვის, დაიხარჯა ბიუჯეტის ფული პრობლემა დარჩა პრობლემად, ორსული კვლავ ხარჯავს დიდ თანხებს, ხოლო ექიმი არის უკმაყოფილო-მის ხელფასზე 8 ვიზიტი ცუდად აისახა-ექიმებში არის დიდი უკმაყოფილება.

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/მეძუძური დედების უმრავლესობას არ აქვს ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემისა 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 არ მიმართავენ პჯდ-ის ოჯახის ექიმს, რომლის პირდაპირი მოვალეობაა პაციენტზე უწყვეტი მეთვალყურეობა, ფიზიოლოგიური ორსულის მართვა.
6. დაბალია ჩასახვამდელ პერიოდში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის ექიმთან მიმართვიანობა. ჩასახვამდელ პერიოდში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად ექიმს მიმართა ორსულთა მხოლოდ 40.3%, ამასთან უფრო მეტად დედაქალაქის მცხოვრებლებმა, თუმცა 90.1% თვლის, რომ აუცილებელი 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, ხოლო 47%-ს აქვს ინფორმაცია, ამასთან მენეჯერები უფრო მეტად არიან ინფომირებულები, ვიდრე ექიმები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და სახელმწიფოს მხრივ ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ.

9. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შედგენისა 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. ანტენატალური 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 წილი 50.06%-დან 81.9%-მდე, სრული 4 ანტენატალური ვიზიტით მოცვის წილი 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 47.32%-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

ჩასახვამდელი 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 ჩასახვამდელ პერიოდში ორგანიზმის ორსულობისათვის მზაობის შეფასება.

3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და მისი შესაძლებლობების შესახებ ორსული, მელოგინე/მეძუძური დედების ინფორმირებულობა დაბალია, რადგან პირველად ჯანდაცვაში განხორციელებული რეფორმებისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დანერგვის მიუხედავად პჯდ-ს ინსტიტუციის 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. ჩასახვამდელ პერიოდში ორგანიზმის ორსულობისათვის მზაობის შეფასების მიზნით პჯდ-ს რგოლში, ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა დაბალია, ორსულთა მცირე ნაწილიდან (40.3%), ვინც ჩაიტარა ჩასახვამდელი 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/მეძუძური დედების საჭიროებებთან და მოთხოვნებთან, პროგრამების მზარდი დაფინანსების პირობებში, ნაწილობრივ, დაკავშირებულია პროგრამების შედგენაში სერვისით მოსარგებლეებისა და სერვისის მიმწოდებლების დაბალ ჩართულობასთან; ორსულთა 99.2%-ს, მელოგინე/მეძუძური 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 სახელმწიფო პროგრამის შედგენის თაობაზე გამართულ შეხვედრებში.

რეკომენდაციები

1. რეკომენდებულია პჯდ-ის რგოლში ჩასახვამდელი 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 „ფოკუსირებული“ ჩასახვამდელი 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 მოვალებებისა 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 მათი ხარჯთეფექტური, ხელმისაწვდომი სერვისის უტილიზაცია ორსულთა უწყვეტი მეთვალყურეობისათვის. ამ მიზნით უნდა დაინერგოს ოჯახის ექიმთა გადამზადების სავალდებულო, გეოგრაფიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომი პროგრამები. მიზანშეწონილია ხანგრძლივ პერსპექტივაში უნივერსიტეტებში საოჯახო მედიცინის სწავლების გაძლიერება.
5. რეკომენდებულია გაიზარდოს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო სერვისების უშუალო მომწოდებელი ექიმებისა/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.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გზირიშვილი, დ., დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები ანალიტიკური მიმოხილვა . 2012, თბილისი .
2. გერზმავა , ო., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. მეცხრე შესწორებული გამოცემა. 2017. თბილისი.
3. გლობალური ჯანდაცვა., გიორგი შაქარიშვილის რედაქციით., © ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2017 ©
4. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2003 წელი. ჯანდაცვის სამინისტრო., 2004., თბილისი.
5. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2009 წელი. ჯანდაცვის სამინისტრო., 2009., თბილისი.
6. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2010 წელი. ჯანდაცვის სამინისტრო., 2010., თბილისი.
7. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2014-2015 წელი. ჯანდაცვის სამინისტრო., 2015., თბილისი.
8. ვერულავა, თ., სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების კომპლექსური შეფასება. დისერტაცია., თსსუ., 1999., თბილისი.
9. ვერულავა, თ., *ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა*., მეორე გამოცემა., საქართველოს უნივერსიტეტი., 2009., თბილისი.
10. ვერულავა, თ., ჯინჭარაძე, ნ., ჯორბენაძე, რ., კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა* ., 2015. თბილისი. № 1.
11. ვერულავა, თ., *ჯანდაცვის პოლიტიკა*., 2016., თბილისი. პირველი გამოცემა.
12. ვერულავა, თ., პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები *საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი*. 2018. N5. ევროპის უნივერსიტეტის რეფერირებადი ჟურნალი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი.
13. ზურაბიშვილი, თ., თვისებრივი მეთოდები სოციალურ კვლევაში. თბილისი, 2006. სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი.
14. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში. საბოლოო ანგარიში . 2005., თბილისი. .

15. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში. საბოლოო ანგარიში. 2010. თბილისი.
16. ქინგი, გ., კეოჭეიანი, რ., ვერბა, ს., სოციალური კვლევის პროექტირება: სამეცნიერო დასკვნები თვისებრივ კვლევებში. საქართველოს უნივერსიტეტის გამომცემლობა, თბილისი, 2014.
17. წულაძე, ლ., რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებაში., თბილისი. 2008., სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი .
18. წულაძე გ., სულაბერიძე ა., საქართველოს რეგიონების დემოგრაფიული თავისებურებანი. *ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი*, 2016., თბილისი. „ვესტა“
19. წულაძე გ., საქართველოს დემოგრაფიული პერსპექტივები: 2015-2300 წლები. დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის პრობლემები. *შრომების კრებული. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი*. 2013., თბილისი.
20. ჯინჭარაძე, ნ ., პაციენტების რეჰოსპიტალიზაციის თავისებურებები., სამაგისტრო შრომა. *ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი*. 2015., თბილისი.
21. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების პირველი ანგარიში. ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, მოკლე ანგარიში, 2009.
22. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. მეორე შეფასება. სამუშაო ვერსია. იანვარი 2013 წელი. თბილისი.
23. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2001., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2001.
24. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2002., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2002.
25. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2003., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2003.
26. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2004., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2004.

- [illegible]

37. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2015., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2015.
38. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, 2016., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო., დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი., თბილისი, 2016.
39. Adeyemi, O., Agbede, O., Kolawole, O., Okoh, A. Knowledge, Attitude and Practices of Pregnant Women Attending University of Ilorin Teaching Hospital with Regard to Rubella., *Journal of Family and Reproductive Health* . Vol. 6, No. 4, December 2012 .
40. Adatara , P., Afaya , A., Baku , E., Salia ,M., Asempah,A., Perspective of Traditional Birth Attendants on Their Experiences and Roles in Maternal Health Care in Rural Areas of Northern Ghana., *International Journal of Reproductive Medicine* . Volume 2018.
41. Andualem Limenih, M., Endale, Z., Dachew, B., Postnatal Care Service Utilization and Associated Factors among Women Who Gave Birth in the Last 12 Months prior to the Study in Debre Markos Town, Northwestern Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Reproductive Medicine*. Volume 2016.
- 42.. Alemayehu, M., Mekonnen, W,. The Prevalence of Skilled Birth Attendant Utilization and Its Correlates in North West Ethiopia. *BioMed Research International*. Volume 2015.
43. Adinew , YM. , Assefa, NA. , Adinew, YM,. Why Do Some Ethiopian Women Give Birth at Home after Receiving Antenatal Care? Phenomenological Study. *BioMed Research International*, Volume 2018, Published 18 July 2018. .
44. Asnawi, A., Krishna, H., Yuli, B ., Louise, S., Risk factors associated with neonatal deaths: a matched case-control study in Indonesia. *Global Health Action*. 2016; 9:1.
45. Abdullah, A., Hort, K., Butu , Y., Simpson, L., Risk factors associated with neonatal deaths: a matched case-control study in Indonesia. 2016. *Global Health Action*, Vol. 9:1,
46. Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L., Phillips , R., More Comprehensive Care Among Family Physicians is Associated with Lower Costs and Fewer Hospitalizations. *Ann Fam Med* . (ANNALS OF FAMILY MEDICINE) . MAY/JUNE 2015; VOL. 13, NO. 3 ; 13:206-213.
47. Banay, R., Bezold, C., James , P., Hart, J., Laden, F,. Residential greenness: current perspectives on its impact on maternal health and pregnancy outcomes. *International Journal of Women's Health*, 2017: 9.

48. Building primary care in a changing Europe., Case studies., Edited by: Dionne S.Kringos., Wienke G.W.Boerma., Allen Hutchinson ., Richard B.Saltman ., Printed in the United Kingdom World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).
49. Building primary care in a changing Europe., Edited by Dionne S.Kringos., Wienke G.W. Boerma ., Allen Hutchinson ., Richard B.Saltman., Printed in the United Kingdom ., World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).
50. Biswas, A., Ferdoush, J., Abdullah , A., Halim , A., Social autopsy for maternal and perinatal deaths in Bangladesh: a tool for community dialog and decision making .*Public Health Reviews* (2018) 39:16
51. Berhan , D., Gulema, H., Level of Knowledge and Associated Factors of Postnatal Mothers' towards Essential Newborn Care Practices at Governmental Health Centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Advances in Public Health*. Volume 2018.
52. Berkat , S., Sutan, R., The Effect of Early Initiation of Breastfeeding on Neonatal Mortality among Low Birth Weight in Aceh Province, Indonesia: An Unmatched Case Control Study., *Advances in Epidemiology* .Volume 2014.
53. Black, RE., Walker, N, Laxminarayan, R., Temmerman, M., REPRODUCTIVE, MATERNAL, AND CHILD MORTALITY AND MORBIDITY AND THE UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING. *International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*. 2016.
- 54.Brady, AH., Universal health coverage.*GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*.Vol. 6, No. 3; 2017.
55. Book review Primary care: balancing health needs, services and technology Barbara Starfield, New York: Oxford University Press, 1998, Revised edition, pp. 448, *International Journal of Integrated Care* – Vol. 1, 1 September 2001.
56. Biswas,A., Ferdoush, J., Sayeed ,A., Abdullah,A., Halim ,A., Social autopsy for maternal and perinatal deaths in Bangladesh: a tool for community dialog and decision making *Public Health Reviews* (2018) 39:16.
- 57.Chythra R Rao,C., Dhanya, SM , Ashok, K., Niroop, SB,. Assessment of cultural beliefs and practices during the postnatal period in a coastal town of South India - A mixed method research study .*GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*., 2014; Vol. 3, issue 5.

58. Cohen, D., Coco A., Declining Trends in the Provision of Pre natalCare Visits by Family Physicians. *Ann FamMed* .March/April.2009; V.7, N.2.
59. Coco, A., How Often Do Physicians Address Other Medical Problems While Providing Prenatal Care? *Ann Fam Med*; March/April.2009; V.7, N.2.
60. Deepak, C., Jauhari , N., Dhungana, H., A Study on Utilization of Maternal Health Services and Factors Influencing the Utilization in Urban Slums of Lucknow. *Int J Med. Public Health (International Journal of Medicine and Public Health)*, Apr-Jun, 2018; Vol 8, Issue 2.
61. Chidozie, E., Mbada, C., Adebayo, O., Adeyemi, A., at all., Knowledge and Attitude of Nigerian Pregnant Women towards Antenatal Exercise: A Cross-Sectional Survey. *ISRN Obstetrics and Gynecology* . Volume 2014.
62. Chythra ,R., Dhanya, S., Ashok, K ,. Niroop S., Assessment of cultural beliefs and practices during the postnatal period in a coastal town of South India - A mixed method research study. *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*. Vol. 3, No. 5 2014 .
63. Cobb, C., Kelly, P., Williams K,Babbar S,Angolkar M,Derman R.The oral microbiome and adverse pregnancyoutcomes. *International Journal of Women's Health*, 2017:9 .
- 64.Dauletyarova ,M., Semenova ,Y., Kaylubaeva ,G., at all., Are Kazakhstani Women Satisfied with Antenatal Care? Implementing the WHO Tool to Assess the Quality of Antenatal Services . *International Journal Environmental Research and Public Health* . 2018, 15, 325.
- 65.Doku, D., Neupane, S., Survival analysis of the association between antenatal care attendance and neonatal mortality in 57 low- and middle-income countries . *International Journal of Epidemiology*, 2017, 1668–1677
66. Dowswell ,T., Carroli ,G., Duley, L., at all., Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (Review) Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
67. Document of The World Bank. STAFF APPRAISAL REPORT . Report No. 15069-GE. GEORGIA. HEALTH PROJECT . APRIL 2, 1996 . municipal and Social Services Division Country Department IV Europe and Central Asia Region.
- 68.Dehury , RK., Samal, J., Desouza , NV., Dehury P. Status of Women's Health in Goa and Sikkim:AComparative Analysis of State Fact Sheets of National Family Health Survey (NFHS)-3 And 69. *Int J Med Public Health(International Journal of Medicine and Public Health)*, Oct-Dec, 2017;Vol 7, Issue 4.

70. Dahlui, M., Azahar, N., Oche, O M., Aziz, A N., Risk factors for low birth weight in Nigeria: evidence from the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey. *Global Health Action*, 2016.Vol. 9:1.
- 71.Dadi, T L., Mihirete, M K., Welegebrie, T K., Causes and Timing of Maternal Death in Mizan – Tepi University Teaching and Bonga General Hospital from 2011 – 2015: A CaseControl Study and Using Propensity Score Matching Analysis. *The Open Public Health Journal*, 2017.Vol. 10.
72. Dangal ,G., Bhandari ,T., Women’s autonomy: new paradigm in maternal health care utilization. *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*. Vol. 3, No. 5 2014 .
73. Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Alavi, A., Aghamolaei, T., Safari-Moradabadi, A., Pregnant Women’s Health Literacy in the South of Iran., *Journal of Family and Reproductive Health* . Vol. 11, No. 4, December 2017.
74. Dubey, M., Rout, A J., Ram, R., Saha, J B , Chakraborty M , Biswas N . Relationship between low birth weight of babies and antenatal care of mothers: A cross sectional study at a tertiary care hospital of Kishanganj, Bihar .*GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*, 2015.Vol. 4, issue.6 .
75. Ernst, S., Brand, T., Reeske, A., Spallek, J., Petersen, K., Zeeb, H., Care-Related and Maternal Risk Factors Associated with the Antenatal Nondetection of Intrauterine Growth Restriction: A Case-Control Study from Bremen, Germany. *BioMed Research International* , Volume 2017.
76. Ekirapa-Kiracho E , Kananuraa RM, Tetui M at all. Effect of a participatory multisectoral maternal and newborn intervention on maternal health service utilization and newborn care practices: a quasi-experimental study in three rural Ugandan districts. *GLOBAL HEALTH ACTION*, 2017 .VOL. 10.
- 77.Ekirapa-Kiracho , E., Kananuraa, R., Tetui , M., at all. Maternal and neonatal implementation for equitable systems. A study design paper. *Global Health Action*, 2017.Vol. 10..
78. Eynsheykh, Z., Shaahmadi, F., Taslimi, S., Emamiureh, F., Moeinaldini, S., Investigating the Relationship between Demographic Factors and Choice of Delivery Method in Pregnant Women in the City of Savojbolagh. *Journal of Family and Reproductive Health*. Vol. 7, No. 1, March 2013.
79. Faye, A., Tal-Dia, A., Faye, D., Study of the Factors Associated with Home Delivery in a Situation of Free Care in Senegal. *Open Journal of Epidemiology*, 2017, 7, 326-336,.

80. Mituki ,D.M ., Tuitoek, P.J ., Varpalotai ,A., Effectiveness of structured nutrition education on maternal breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding duration in Kiandutu health centre, Thika – Kenya . 2017; . *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH.*, Vol. 6, issue 5 .
81. Facets of Public Health in Europe., Edited by Bernd Rechel and Martin McKee., *European Observatory on Health Systems and Policies Series* . 2014.
- 82.From the American Academy of Family Physicians.NEW GUIDELINE COVERS LABOR, VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN. *Ann Fam Med.* 2015.VOL. 13, NO.2 .
83. Gebremeskel, F., Dibaba, Y., Admassu, B., Timing of First Antenatal Care Attendance and Associated Factors among Pregnant Women in Arba Minch Town and Arba Minch District, Gamo Gofa Zone, South Ethiopia.*Journal of Environmental and Public Health* .Volume 2015.
84. Genuis, SJ., Genuis, RA,. Preconception Care: A New Standard of Care withinMaternal Health Services.*BioMed Research International*.Volume 2016..
- 85.Gitobu, CM. , Gichangi, PB., Satisfaction with Delivery Services Offered under the FreeMaternal Healthcare Policy in Kenyan Public Health Facilities.*Journal of Environmental and Public Health*.Volume 2018.
86. George , A., Tetui , M., Pariyo, G W., Peterson, S S., Maternal and newborn health implementation research: programme outcomes, pathways of change and partnerships for equitable health systems in Uganda. *Global Health Action*, Vol. 10:sup4.
87. Gedefaw, M., Muche, B., Aychiluhem, M, . Current Status of Antenatal Care Utilizationin the Context of Data Conflict: The Case of Dembecha District, Northwest Ethiopia.*Open Journal of Epidemiology*,2014,Vol.4.
88. Gedefaw, M., Gebrehana, H., Gizachew, A., Taddess, F,. Assessment of Maternal Near Miss at Debre Markos Referral Hospital,Northwest Ethiopia: Five Years Experience. *Open Journal of Epidemiology*, 2014. Vol. 4.
89. Gedamu , H., Tsegaw, A., Debebe,E., The Prevalence of Traditional Malpractice during Pregnancy, Child Birth, and Postnatal Period among Women of Childbearing Age in Meshenti Town, 2016. *International Journal of Reproductive Medicine*. Volume 2018.
90. Habibov, N., Fan., L., The Effect of Maternal Healthcare on the Probability of Child Survival in Azerbaijan.*BioMed Research International*, Volume 2014.
91. Huda, T M., Tahsina, T., Arifeen, S E., Dibley, M J,. The importance of intersectoral factors in promoting equity-oriented universal health coverage:a multilevel analysis of social

- determinants affecting neonatal infant and under-five mortality in Bangladesh. *Global Health Action*, 2016. Vol.9:1.
92. Heymann, J., Sprague, A., Nandi, A., et al., Paid parental leave and family wellbeing in the sustainable development era. *Public Health Reviews* (2017) 38:21.
93. Health-Care Reform in Georgia. A Civil-Society Perspective: Country Case Study. Oxfam International Research Report, May 2009.
94. Johnson AR, Thimmaiah S, Selvam S, Mony P, Kasthuri A. Maternal and child health care in an underprivileged area of Bangalore city: Identifying the gaps in the continuum of care. *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*. 2015; Vol. 4, issue 4.
95. Ibrahimou, B., Anozie, C., Cruz, C., Salihu, H., Previous Preterm Birth and Current Maternal Complications as a Risk Factor of Subsequent Stillbirth. *Advances in Epidemiology*. Volume 2015.
96. Izadirad, H., Niknami, S., Zareban, I., Hidarnia, A. Effects of Social Support and Self-Efficacy on Maternal Prenatal Cares Among the First-Time Pregnant Women, Iranshahr, Iran. *Journal of Family and Reproductive Health*. Vol. 11, No. 2, June 2017.
97. Khooshide, M., Mirzarahimi, T., Akbari, G., The Impact of Physiologic and Non-Physiologic physiologic Delivery on the Mother and Neonate Outcomes; A Comparative Study on the Primigravida Mothers. *Journal of Family and Reproductive Health*. Vol. 9, No. 1, March 2015
98. Kozhimannil, K., Fontaine, P., Care From Family Physicians Reported by Pregnant Women in the United States. *Ann Fam Med (ANNALS OF FAMILY MEDICINE)*, JULY/AUGUST 2013; VOL. 11, NO.4 ;
99. Kulkarni, M S., Nimbalkar, M R., Socio-economic inequity in use of antenatal care and child immunization services in Goa. *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*. 2015; Vol. 4, No. 2 ; issue 4. .
100. Kaphle, H., Neupane, N., Kunwar, L., Acharya, A., Birth preparedness and complications readiness among women in Lekhnath Municipality, Nepal. *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*. ; Vol. 4, issue 3
101. Lassi, Z., Majeed, A., Rashid, S., Yakoob, M., Bhutta, Z., The interconnections between maternal and newborn health – evidence and implications for policy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*.
102. Levesque, J., FRCPC., Breton, M., Nicolas Senn, N., et al., The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. *Public Health Reviews*, Vol. 35, No 1.

103. Manzi, A., Nyirazinyoye, L., Ntaganira, J., et al., Beyond coverage: improving the quality of antenatal care delivery through integrated mentorship and quality improvement at health centers in rural Rwanda. *Health Services Research* (2018) 18:136
104. Marchant, T., Bryce, J., Victora, C., et al., Improved measurement for mothers, newborns and children in the era of the Sustainable Development Goals. , *Journal of Global Health*, June 2016., Vol. 6 No. 1.
105. Lakew, Y., Tessema, F., Hailu C. Birth Preparedness and Its Association with Skilled Birth Attendance and Postpartum Checkups among Mothers in Gibe Wereda, Hadiya Zone, South Ethiopia., *Journal of Environmental and Public Health*, Volume 2016.
106. Loenen, T., Berg, M., Heinemann S, Baker R et al. Trends towards stronger primary care in three western European countries., 2006-2012. *BMC Family Practice*, 2016.
107. Macinko, J., Starfield, B., Erinosho, T., The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Ambulatory Care Manage*, 2009., Vol. 32, No. 2.
108. Mansur, A., Chowdhury, S., Rezaul, K., Mahmudul, H., Unmet Needs Of Family Planning And Practice Of Family Planning In A Selected Urban to Rural Migrated Population Of Dhaka City; *Journal of Family and Reproductive Health* Vol. 6, No. 3, September 2012.
109. Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United States, selected years 1985–95. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. U.S. DHHS. March. 1999.
110. McQuivey, RW., Block, JE., Vacuum-assisted cesarean section. *International Journal of Women's Health*, 2017:9.
111. Minh, HV., Juhwan, Oh J., Giang, KB., et al. Multiple vulnerabilities and maternal healthcare in Vietnam: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000, 2006, and 2011. *Global Health Action*, 2016. Vol. 9:1.
112. Mehata, S., Paudel, YR., Dariang, M., et al. Trends and Inequalities in Use of Maternal Health Care Services in Nepal: Strategy in the Search for Improvements. *BioMed Research International*, Volume 2017.
113. Mulunesh, A., Wubegzier, M., The Prevalence of Skilled Birth Attendant Utilization and Its Correlates in North West Ethiopia. *BioMed Research International*. Volume 2015.
114. Norrozi, M., Borna, S., Hanachi, P., Faghihzadeh, S., Haghollahi, F., Golkhou, S. Evaluation of Zinc Supplementation Effect on Fetal Outcomes in Pregnant Women with Lower-

than-Median Serum Zinc Concentration., *Journal of Family and Reproductive Health* ., Vol. 6, No. 2, June 2012

115. NDAYISENGA, T., Maternal and Newborn Risk Factors associated With Neonatal Mortality in Gitwe District Hospital in Ruhango District, Rwanda. *International Journal of Medicine and Public Health*, Apr-Jun, 2016;Vol 6, Issue 2.

116. Namazzi, G., Okuga, M. , Tetui ,M., at all. Working with community health workers to improve maternal and newborn health outcomes: implementation and scale-up lessons from eastern Uganda. *Global Health Action*, 2017. Vol. 10:sup4.

117. Nisar, B Y., Dibley , M J., Iron/folic acid supplementation during pregnancy prevents neonatal and under-five mortality in Pakistan: propensity score matched sample from two Pakistan Demographic and Health Surveys. *Global Health Action*, 9:1., 2016.

118. Ogbuabor, D C., Onwujekwe, O E, . The community is just a small circle: citizen participation in the free maternal and child healthcare programme of Enugu State, Nigeria, *.Global Health Action*, 2018.Vol .11.

119. Prinja, S., Nimesh, R., Gupta , A ., at all. Impact assessment and cost-effectiveness of m-health application used by community health workers for maternal, newborn and child health care services in rural Uttar Pradesh, India: a study protocol. *Global Health Action* , 2016, 9:1,

120. Paudel, Y., Mehata, S., Paudel, D., at all., Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization., *International Journal of Reproductive Medicine* ., Volume 2015.

121. Richardson E., Armenia: *Health system review. Health Systems in Transition*, 2013; 15(4): 1– 99

122. Rajawat,R., Talwar ,B., Assessment of home based newborn care (HBNC) program – Rajasthan . *GLOBAL JOURNAL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH.*, 2017; Vol. 6, issue 6.

123. Riazi, H., Bashirian, S., Amini, L. Awareness of Pregnant Women about Folic Acid Supplementation in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* . Vol. 6, No. 4, December 2012

124. Richardson, E., Berdzuli, N (2017). , Georgia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; Vol. 19, No(4):1–90. ISSN 1817-6127 .

125. Rosener, S., Barr , W., Frayne, D., Barash, J., Gross M, Bennett I. Interconception Care for Mothers During Well-Child Visits With Family Physicians: An IMPLICIT Network Study. *Ann Fam Med (ANNALS OF FAMILY MEDICINE)* , VOL. 14, NO.4 , JULY/AUGUST 2016.

126. Rechel, BB., Richardson, E., McKee, M., Trends in health systems in the former Soviet countries. Edited by Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin McKee. 2014. World Health Organization 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Printed in the United Kingdom.
127. Sehngelia, L., Pavlova, M., Groot, W., Impact of Healthcare Reform on Universal Coverage in Georgia: A Systematic Review. *Diversity and Equality in Health and Care* (2016) 13(5): 349-356.
128. Strengthening Primary Health Care through Primary Care and Public Health Collaboration Final Report for CHSRF., October 2012.
129. Starfield, B., Shi, L., Commentary: Primary Care and Health Outcomes: A Health Services Research Challenge. *Health Services Research*, December 2007. 42:6, Part I. content in Health Research and Educational Trust.
130. Starfield, B., PRIMARY CARE AND EQUITY IN HEALTH: THE IMPORTANCE TO EFFECTIVENESS AND EQUITY OF RESPONSIVENESS TO PEOPLES' NEEDS.. *HUMANITY & SOCIETY*, February/May: 2009. , VOL. 33.
131. STARFIELD, B., SHI, L., MACINKO, J., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 2005. Vol. 83, No. 3.
132. Starfield, B., Primary Care. *Balancyng health needs, Servicis, and Technology*. 1998. 2nd ed .New York, NY: Oxford University Press.
133. Schneider, M., Henry, S., Introduction to public health . Fifth edition. | Burlington : Jones & Bartlett Learning, MA, 2017.
134. Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med (ANNALS OF FAMILY MEDICINE)*, SEPTEMBER/OCTOBER 2016; VOL. 14, NO. 5.
135. Sadore, AA., Gebretsadik, LA., Hussen, MA., Compliance with Iron-Folate Supplement and Associated Factors among Antenatal Care Attendant Mothers in Misha District, South Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study. *Journal of Environmental and Public Health*, .Volume 2015.
136. Siramaneerat, I., Agushyana, F., Meebunmak, Y., Maternal Risk Factors Associated with Low Birth Weight in Indonesia. *The Open Public Health Journal*, 2018. Volume 11.
137. Sadeghian, M., Fatourechi, A., Lsanpezheshki, M., Ahmadnezhad, E., Prevalence of Anemia and Correlated Factors in the Reproductive Age Women in Rural Areas of Tabas. *Journal of Family and Reproductive Health*. Vol. 7, No. 3, September 2013.

138. Trends in health systems in the former Soviet countries., Edited by Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin McKee., Printed in the United Kingdom. World Health Organization 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies.,
139. Tulchinsky, T H., Varavikova, E A., The New Public Health Second Edition. 2009.
140. Tulchinsky T H, Varavikova E A. The New Public Health. 3rd ed. 2014.
141. Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R., ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN RE-HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH HEART FAILURE. , *Georgian Med News*. 2017 Mar; (264):135-139. PubMed – NCBI.
142. Verulava, T., Kalandadze, T., Health Care System in Georgia. 2001. Tbilisi. State Medical Insurance Company of Georgia. Edited by Akaki Zoidze & Otar Gerzmava.
143. Verma, MK., Kapoor, P., Yadav, R., Manohar, RK., Risk Factor Assessment for Pre-eclampsia: A Case Control Study. *Int J Med. Public Health (International Journal of Medicine and Public Health)*, Jul-Sep, Vol 7, Issue 3.
144. Vermund, SH., Garg, R., Lo, YR., Sheldon, EK., Mwinga, K., Maternal and Neonatal and Child Health Priorities in Africa and Asia. *BioMed Research International*, Volume 2016.
145. WHO. World Health Statistics (2015). .
146. Uzochukwu, B., Okwuosa, C., Ezeoke, O., Onwujekwe, O., FREE MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES IN ENUGU STATE, SOUTH EAST NIGERIA: EXPERIENCES OF THE COMMUNITY AND HEALTH CARE PROVIDERS. *International Journal of Medical and Health Sciences Research*, 2015, 2(9): 158-170.
147. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. © World Health Organization. 2017.
148. Wald, N., Morris, J., Blakemore, C., Public health failure in the prevention of neural tube defects: time to abandon the tolerable upper intake level of folate., *Public Health Reviews* (2018) 39:2.
149. Wondemagegn, A., Alebel, A., Tesema, C., Abie, W., The effect of antenatal care follow-up on neonatal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Reviews* (2018) 39:33.
150. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. © World Health Organization. 2018.
151. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience., 2016.

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization., © World Health Organization 2016

152. Watterson, J., Walsh, J., Madeka, I., Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature. *Bio Med Research International*. Volume., 2015.

153. Wondemagegn, A., Alebel, A., Tesema, C., Abie, W., The effect of antenatal care follow-up on neonatal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Reviews* (2018) 39:33.

154. Yawn, B., Bertram, S., Kurland, M., Wollan, P., Repeated Depression Screening During the First Postpartum Year. *Ann Fam Med. (ANNALS OF FAMILY MEDICINE)*. VOL. 13, NO. 3; MAY/JUNE 2015.

155. Yesil, GD., Gishti, O., Felix, J F., at all. Influence of Maternal Gestational Hypertensive Disorders on Microvasculature in School-Age Children: The Generation R Study. *American Journal of Epidemiology*, 1 November 2016. Volume 184, Issue 9.

156. Suarez-Easton, S., Zafran, N., Garmi, G., Salim R. Postcesarean wound infection: prevalence, impact, prevention, and management challenges. *International Journal of Women's Health*, 2017 : Vol. 9 .

157. Zhong, Q., Gelaye, B., Vander-Weele, T J., Sanchez, S E., Williams, M A., Causal Model of the Association of Social Support With Antepartum Depression: A Marginal Structural Modeling Approach . *American Journal of Epidemiology*, 1 September 2018, Volume 187, Issue 9.

გამოყენებული ინტერნეტ-რესურსები

158. ათასწლეულის განვითარების მოხსენი-UNDP in Georgia

http://www.ge.undp.org/content/dam/georgia/docs/publications/GE_UNDP_MDG_Report_Georgia_2014.geo.pdf

ნანახია 27.12.18.

159. დედათა სიკვდილიანობის ეპიდკვლევა 2013

<http://ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=e1753837-d7e9-4796-9273-007bebdf4988>

ნანახია 02.01.2019

160. დედათა სიკვდილიანობის ეპიდკვლევის შედეგები, 2014

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=26b521bf-65d6-428e-bd3d-f9e3b48fcd8d>

ნანახია 02.01.2019.

161. დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=123a223e-5931-4747-a9c2-989d5f1fle4d>

ნანახია 02.01.2019

162.ვერულავა,თ., ბერუშვილი,დ.,ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები

საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*. 2019;5(1)

<https://heconomic.wordpress.com/2018/02/17/healthpolicy5/?fbclid=IwAR19yGB UBgeSeCwUTNlimSukgUYBv9mbNMLww6tRH-jt2D1v C-iYJENwM>

ნანახია 13.01.19.

163.პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში.,მოკლე მიმოხილვა.,სმჯსს.,

დკსჯეც.,თბილისი.,2015.

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=7fb5adfc-76d1-43b8-888d-330ec22b7a8d>

ნანახია 02.01.2019

164.პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში., დკსჯეც.,თბილისი.,2016.

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=84ea74ca-f670-4243-ba6b-2ee8558dfc9d>

ნანახია 02.01.2019

165. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები

საქართველოში. *ჯანმრთელობის სიახლეები*. N 2., ნოემბერი. 2007., თბილისი.

<http://www.gfma.ge/documents/Newsletter%202.pdf>

ნანახია 02.01.2019

166. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის

ექიმების ოჯახის ექიმებად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. *საოჯახო მედიცინის*

ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც). 2005., თბილისი.

<http://www.gfma.ge/documents/PHC.pdf>

ნანახია 02.01.2019.

167.რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა საქართველოში, RAMOS.,ნაწილი

I. 2008.

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=b9b2ef94-a053-470f-9864-0dcde3fa66d0>

ნანახია 02.01.2019.

168.რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა საქართველოში, RAMOS.,ნაწილი

II. 2008.

<http://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=820df29f-0372-4d38-86fe-40d6dea4ad27>

ნანახია 02.01.2019.

169. საოჯახო მედიცინის მომავალი საქართველოში. *ჯანმრთელობის სიახლეები*.

N 1., ოქტომბერი, 2007., თბილისი.

<http://www.gfma.ge/documents/Newsletter%201.pdf>

ნანახია 16.01.2019.

170. სამედიცინო მომსახურების მოდელი ორგანიზაციული მოწყობა, მართვა და დაფინანსება

https://medportal.ge/officialuri_informatia/reforma/samedicino_momsax_modeli.pdf

ნანახია 02.01.2019

171. პერინატალური დახმარების შეფასება საქართველოში. ანგარიში. კურაციოს საერთაშორისო კონსალტინგი., 2006., თბილისი.

http://unicef.ge/uploads/GEO_Parenatal_Assessment_report-geo.pdf

ნანახია 02.01.2019

172. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-30/ნ. „დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის/მკვდრადშობადობის შემთხვევების სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის შესახებ“. *საკანონმდებლო მაცნე*. 23 ივლისი 2013 წელი

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1970097?publication=0>

ნანახია 02.01.2019

173. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-30/ნ. „დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის/მკვდრადშობადობის შემთხვევების სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის შესახებ“-ცვლილებების შეტანა, ბრძანება 501-23/ნ., 2017 წლის 8 მაისი. ქ. თბილისი.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3660136?publication=0>

ნანახია 02.01.2019.

174. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 501-2/ნ., პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ. 2015 წლის 15 იანვარი., თბილისი

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2673636?publication=0>

ნანახია 02.01.2019.

175. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია . 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების

დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ. 2014 წლის 26 დეკემბერი, ქ.თბილისი N724
დადგენილება..*საკანონმდებლო მაცნე*.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250>

ნანახია 02.01.2019.

176. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №660. 2015წლის 30 დეკემბერი.

საკანონმდებლო მაცნე. 2016 .

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3143621?publication=0>

ნანახია 02.01.2019.

177. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის დადგენილება N459, 2017 წლის 6 ოქტომბერი. *საკანონმდებლო მაცნე*

http://gov.ge/files/469_62645_237501_459.pdf

<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/3825285?publication=0>

ნანახია 02.01.2019

178. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №638 2016 წლის 30 დეკემბერი.,
ქ. თბილისი 2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების
შესახებ. 2017., თბილისი.

http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/JAN_PROG/03.01.2017.pdf

ნანახია 02.01.2019.

179. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №592. 2017წლის 28 დეკემბერი.

საკანონმდებლო მაცნე, 2017. თბილისი..

http://gov.ge/files/469_63214_346306_592.pdf

http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/JAN_PROG/SXVA-JAN-PROG/PRG-MOMS-MIM/JAN-PROG-KANON/2016-KANON/592-1.pdf

ნანახია 02.01.2019

180. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №262. დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ .*საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე*. 2014 წლის 31 მარტი ქ. თბილისი

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2304718?publication=0>

ნანახია 02.01.2019.

181. „საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია, 2016 ივნისი საქართველოსპარლამენტი, დადგენილება N5586-III . საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3331420?publication=0>

ნანახია 02.01.2019.

182. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა

<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/06.08.2018.pdf>

ნანახია 02.01.2019

183. ჯანმრთელობა 2020: ევროპის პოლიტიკის ჩარჩო მთავრობებისა და საზოგადოების ქმედების მხარდასაჭერად ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის.

<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=2572127e-bdcc-4263-bfc8-94d16ed6f9c0>

ნანახია 02.01.2019

184. Bhutta, ZA., Das, JK., Bahl, R., et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. Jul 2014 ; 384 (9940):347-70.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853604>

ნანახია 02.01.2019

185. Document of The World Bank Report No: ICR0000496 IMPLEMENTATION COMPLETION AND RESULTS REPORT (AID-23502 IDA-32640) FOR A GEORGIA STRUCTURAL SUPPORT PROJECT December 2007

<http://documents.worldbank.org/curated/en/111111468037488693/pdf/ICR4960ICR0P051isclosed0July0202008.pdf>

ნანახია 15.01.19 .

186. Lawn, JE., Kinney, MV., Black, RE., et al. Newborn survival: a multi-country analysis of a decade of change. *Health Policy Plan.* ;

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22692417>

ნანახია 02.01.2019.

187. Lawn, J.E., Blencowe, H., Oza, S., et al. Every Newborn: Progress, Priorities, and Potential beyond Survival. *Lancet*, 2014. 384, 189-205.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853593>

ნანახია 02.01.2019

188. Sheiman, I., Shevski, V., TWO MODELS OF PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT: RUSSIA VS. CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES BASIC RESEARCH

PROGRAM . *WORKING PAPERS .SERIES: PUBLIC AND SOCIAL POLICY .. Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP 06/PSP/2017*

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2937586##

<https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=>

ხანის 02.01.2019.

189. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. (2016-2030). ©Every Woman Every Child. 2015.

<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>

ხანის 02.01.2019.

190. WHO 2008.The World's Health Report. Primary Health Care . Now More Than Ever . ISSN 1020-3311

https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

ხანის 02.01.2019

191. WHO antenatal care randomized trial. A new model. (2002). Geneva:2002 WHO

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42513/WHO_RHR_01.30.pdf;jsessionid=29E3F177144D684A9D6F49AA9306A8FF?sequence=1

ხანის 02.01.2019.

192. WHO World Health Organization Maternal mortality

WHO | Maternal mortality - World Health Organization

https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/

ხანის 02.01.2019

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 Trenda 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 Servicies 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).

კროსტაბულაციის ცხრილები

ორსულები

1.დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი

Pearson Chi-Square Tests

		q1 ასაკი
q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	12.211
	df	4
	Sig.	.016*

ცხრილი 1

		q1 ასაკი
q4 განათლება	Chi-square	35.636
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი2

		q1 ასაკი
q5 დასაქმება	Chi-square	21.151
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 3

		q1 ასაკი
q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	32.194
	df	12
	Sig.	.001*,b

ცხრილი 4

		q1 ასაკი
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	30.055
	df	16
	Sig.	.018*,b

ცხრილი 5

		q1 ასაკი
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	26.234
	df	16
	Sig.	.050 ^{b,c}

ცხრილი 6

		q1 ასაკი
q14 გესაქიროებათ მეტი ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ?	Chi-square	10.982
	df	4
	Sig.	.027 [*]

ცხრილი 7

Pearson Chi-Square Tests

		q1 ასაკი
Q22 გთხოვთ მიუთითოთ საიდან მიიღეთ ინფორმაცია „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის“ შესახებ?	Chi-square	39.901
	df	20
	Sig.	.005 ^{*,b,c}

ცხრილი 8

		q1 ასაკი
q23 ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა ჩაიტარეთ?	Chi-square	14.135
	df	4
	Sig.	.007 [*]

ცხრილი 9

q24 თუ 23-ე კითხვაზე პასუხი დადებითია, გთხოვთ მიუთითოთ ჩასახვამდე ვის მიმართეთ კონსულტაციისთვის?	Chi-square	25.928
	df	16
	Sig.	.055 ^{b,c}

ცხრილი 10

		q1 ასაკი
q27 რა პრინციპით აირჩიეთ სამედიცინო დაწესებულება?	Chi-square	37.370
	df	16
	Sig.	.002*,b

ცხრილი 11

		q1 ასაკი
q28 ჯანდაცვის დაწესებულება რამდენი წუთის სავალზეა?	Chi-square	48.740
	df	16
	Sig.	.000*,b,c

ცხრილი 12

		q1 ასაკი
q33 ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ?	Chi-square	27.252
	df	12
	Sig.	.007*,b,c

ცხრილი 13

		q1 ასაკი
q34 ვიზიტის დროს ექიმმა განგიმარტათ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	31.606
	df	12
	Sig.	.002*,b,c

ცხრილი 14

		q1 ასაკი
q35 ვიზიტის დროს ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წესების თაობაზე?	Chi-square	35.354
	df	12
	Sig.	.000*,b,c

ცხრილი15

		q1 ასაკი
q41 მიიღეთ რკინის პრეპარატი სახელმწიფო პროგრამის ხარჯზე, ანუ უფასოდ?	Chi-square	18.874
	df	8
	Sig.	.016 ^{a,*,c}

ცხრილი 16

		q1 ასაკი
q47 პროგრამით გათვალისწინებული ვიზიტების გარდა, დაგჭირდათ დამატებითი ვიზიტები?	Chi-square	11.617
	df	4
	Sig.	.020*

ცხრილი 17

		q1 ასაკი
Q48.0 დამატებით გამოკვლევები ჩაიტარეთ?	Chi-square	18.260
	df	4
	Sig.	.001*,b

ცხრილი18

		q1 ასაკი
q49 ერთი და იგივე ექიმი-გინეკოლოგი გიწევდათ უწყვეტ ანტენატალურ მეთვალყურეობას?	Chi-square	20.045
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 19

		q1 ასაკი
q50 მეან-გინეკოლოგის გარდა, სხვა ექიმსაც მიმართეთ ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის?	Chi-square	30.399
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 20

		q1 ასაკი
q51 ექიმი გესაუბრათ ბუნებრივი კვების სარგებლიანობისა და ძუძუთი კვების მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	20.078
	df	4
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 21

		q1 ასაკი
q52 „მშობელთა სკოლაში“ დადიოდით?	Chi-square	10.203
	df	4
	Sig.	.037*,b,c

ცხრილი 22

2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q1 ასაკი	Chi-square	12.211
	df	4
	Sig.	.016*

ცხრილი 23

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q4 განათლება	Chi-square	34.205
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 24

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q5 დასაქმება	Chi-square	22.948
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 25

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	18.870
	df	3
	Sig.	.000*

ცხრილი 26

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q8 სარგებლობთ სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	5.941
	df	1
	Sig.	.015*.b

ცხრილი 27

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	22.343
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 28

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q11 რომელი დაზღვევით სარგებლობთ?	Chi-square	9.217
	df	1
	Sig.	.002*.b

ცხრილი 29

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	10.860
	df	4
	Sig.	.028*

ცხრილი 30

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q23 ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა ჩაიტარეთ?	Chi-square	5.115
	df	1
	Sig.	.024*

ცხრილი 31

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q24 გთხოვთ მიუთითოთ ჩასახვამდე ვის მიმართეთ კონსულტაციისთვის?	Chi-square	13.284
	df	4
	Sig.	.010*.b,c

ცხრილი 32

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q28 ჯანდაცვის დაწესებულება რამდენი წუთის სავალზეა?	Chi-square	22.506
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 33

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q34 ვიზიტის დროს ექიმმა განგიმართათ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	15.932
	df	3
	Sig.	.001*

ცხრილი 34

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q40 ორსულობის დროს დაგჭირდათ რკინის პრეპარატით უზრუნველყოფა?	Chi-square	6.206
	df	1
	Sig.	.013*

ცხრილი 35

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q46#1 რა გართულებები გქონდათ ორსულობის პერიოდში?	Chi-square	27.652
	df	5
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 36

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q49 ერთი და იგივე ექიმი-გინეკოლოგი გიწევდათ უწყვეტ ანტენატალურ მეთვალყურეობას?	Chi-square	5.526
	df	1
	Sig.	.019*

ცხრილი 37

		q2 საცხოვრებელი ადგილი
q51 ექიმი გესაუბრათ ბუნებრივი კვების სარგებლიანობისა და ძუძუთი კვების მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	5.949
	df	1
	Sig.	.015*.b

ცხრილი 38

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
q 53 Pearson Chi-Square	30.985 ^a	6	.000
N of Valid Cases	472		

ცხრილი 39

3. დამოუკიდებელი ცვლადი -განათლება

		q4 განათლება
q1 ასაკი	Chi-square	35.636
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 40

		q4 განათლება
q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	34.205
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 41

		q4 განათლება
q5 დასაქმება	Chi-square	56.377
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 42

		q4 განათლება
q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	8.753
	df	3
	Sig.	.033*

ცხრილი 43

		q4 განათლება
q11 რომელი დაზღვევით სარგებლობთ?	Chi-square	30.980
	df	1
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 44

		q4 განათლება
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	42.648
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 45

		q4 განათლება
q15 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	4.752
	df	1
	Sig.	.029*,b

ცხრილი 46

		q4 განათლება
q18 როგორ ფიქრობთ, ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში თქვენ მოთხოვნებს?	Chi-square	23.314
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 47

		q4 განათლება
q19 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	14.643
	df	4
	Sig.	.006*

ცხრილი 48

		q4 განათლება
q23 ორსულობამდე პროფილაქტიკური გასინჯვა ჩაიტარეთ?	Chi-square	5.489
	df	1
	Sig.	.019*

ცხრილი 49

		q4 განათლება
q26 რომელ სამედიცინო დაწესებულებაში დადექით აღრიცხვაზე ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის?	Chi-square	12.641
	df	3
	Sig.	.005*,b

ცხრილი 50

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
27.Pearson Chi-Square	25.982 ^a	4	.000
N of Valid Cases	472		

ცხრილი 51

		q4 განათლება
q30 რამდენი ხანი გიხდებათ ლოდინი?	Chi-square	10.926
	df	4
	Sig.	.027 ^{a,*,c}

ცხრილი 52

		q4 განათლება
q33 ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის შესახებ?	Chi-square	11.629
	df	3
	Sig.	.009 [*]

ცხრილი 53

		q4 განათლება
q34 ვიზიტის დროს ექიმმა განგიმარტათ ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში ჩასატარებელი კონსულტაციების, გამოკვლევებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	14.149
	df	3
	Sig.	.003 [*]

ცხრილი 54

		q4 განათლება
q35 ვიზიტის დროს ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია მოსალოდნელი სამედიცინომომსახურების დაფინანსების წესის შესახებ	Chi-square	10.173
	df	3
	Sig.	.017 [*]

ცხრილი 55

		q4 განათლება
q36 ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე?	Chi-square	8.970
	df	3
	Sig.	.030*

ცხრილი 56

		q4 განათლება
q46#1 რა გართულებები გქონდათ ორსულობის პერიოდში?	Chi-square	16.153
	Df	5
	Sig.	.006*,b

ცხრილი 57

		q4 განათლება
q49 ერთი და იგივე ექიმი- გინეკოლოგი გიწევდათ უწყვეტ ანტენატალურ მეთვალყურეობას?	Chi-square	17.845
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 58

4. ცვლადი -სამუშაო სტატუსი(დასაქმება)

		q5 დასაქმება
q1 ასაკი	Chi-square	21.151
	df	4
	Sig.	.000*

ცხრილი 59

		q5 დასაქმება
q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	22.948
	df	1
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 60

		q5 დასაქმება
q4 განათლება	Chi-square	56.377
	df	1
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 61

		q5 დასაქმება
q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	15.969
	df	3
	Sig.	.001 ^a

ცხრილი 62

		q5 დასაქმება
q8 სარგებლობთ სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	14.194
	df	1
	Sig.	.000 ^{a,b}

ცხრილი 63

		q5 დასაქმება
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	15.930
	df	4
	Sig.	.003 ^a

ცხრილი 64

		q5 დასაქმება
q11 რომელი დაზღვევით სარგებლობთ?	Chi-square	90.960
	df	1
	Sig.	.000 ^{a,b}

ცხრილი 65

		q5 დასაქმება
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	95.679
	df	4
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 66

		q5 დასაქმება
q13 გაქვთ ინფორმაცია რა სახის სამედიცინო სერვისებს ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქარველოში?	Chi-square	19.724
	df	1
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 67

		q5 დასაქმება
q18 როგორ ფიქრობთ, ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში თქვენ მოთხოვნებს?	Chi-square	7.810
	df	1
	Sig.	.005 ^a

ცხრილი 68

		q5 დასაქმება
q26 რომელ სამედიცინო დაწესებულებაში დადებით აღრიცხვაზე ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის?	Chi-square	10.983
	df	3
	Sig.	.012 ^{a,*}

ცხრილი 69

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
q27 Pearson Chi-Square	29.305 ^a	4	.000
N of Valid Cases	472		

ცხრილი 70

		q5 დასაქმება
q29 ექიმთან შესვლამდე ლოდინი გიხდებათ?	Chi-square	4.894
	df	1
	Sig.	.027 ^{a,b}

ცხრილი 71

		q5 დასაქმება
q34 ვიზიტის დროს ექიმმა განგიმარტათ ანტენატალური მეთვალყურეობი	Chi-square	15.544
	df	3
	Sig.	.001 [*]

ცხრილი 72

		q5 დასაქმება
q35 ვიზიტის დროს ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია მოსალოდნელი სამედიცინო	Chi-square	10.946
	df	3
	Sig.	.012 [*]

ცხრილი 73

		q5 დასაქმება
q41 მიიღეთ რკინის პრეპარატი სახელმწიფო პროგრამის ხარჯზე, ანუ უფასოდ?	Chi-square	11.692
	df	2
	Sig.	.003 ^{a,*,c}

ცხრილი 74

		q5 დასაქმება
q45 ორსულობის პერიოდში გქონდათ გართულებები?	Chi-square	5.344
	df	1
	Sig.	.021 [*]

ცხრილი 75

		q5 დასაქმება
q46 რა გართულებები გქონდათ ორსულობის პერიოდში?	Chi-square	17.004
	df	5
	Sig.	.004 ^{*,b}

ცხრილი 76

		q5 დასაქმება
q47 პროგრამით გათვალისწინებული ვიზიტების გარდა, დაგჭირდათ დამატებითი ვიზიტები?	Chi-square	5.652
	df	1
	Sig.	.017 [*]

ცხრილი 77

q51 ექიმი გესაუბრათ ბუნებრივი კვების სარგებლიანობისა და ძუძუთი კვების მნიშვნელობის შესახებ?	Chi-square	4.894
	df	1
	Sig.	.027 ^{*,b}

ცხრილი 78

Chi-Square Tests

q 53 მიმდინარე მეთვალყურეობის ვიზიტების რაოდენობის გაზრდას	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.828 ^a	6	.046
N of Valid Cases	472		

ცხრილი 79

5. დამოუკიდებელი ცვლადი - ჯანმრთელობის მდგომარეობა

		q6 ჯანმრთელობა
q1 ასაკი	Chi-square	32.194
	df	12
	Sig.	.001 ^{a,b}

ცხრილი 80

		q6 ჯანმრთელობა
q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	18.870
	df	3
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 81

		q6 ჯანმრთელობა
q4 განათლება	Chi-square	8.753
	df	3
	Sig.	.033 ^a

ცხრილი 82

		q6 ჯანმრთელობა
q5 დასაქმება	Chi-square	15.969
	df	3
	Sig.	.001 ^a

ცხრილი 83

		q6 ჯანმრთელობა
q8 სარგებლობთ სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	8.889
	df	3
	Sig.	.031 ^{*,b}

სურათი 84

		q6 ჯანმრთელობა
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	69.199
	df	12
	Sig.	.000 [*]

სურათი 85

		q6 ჯანმრთელობა
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	25.058
	df	12
	Sig.	.015 ^{*,b,c}

სურათი 86

		q6 ჯანმრთელობა
q15 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	8.507
	df	3
	Sig.	.037 ^{*,b,c}

სურათი 87

		q6 ჯანმრთელობა
q19 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	25.390
	df	12
	Sig.	.013 ^{*,b,c}

სურათი 88

		q6 ჯანმრთელობა
q24 გთხოვთ მიუთითოთ ჩასახვამდე ვის მიმართეთ კონსულტაციისთვის?	Chi-square	23.735
	df	12
	Sig.	.022 ^{a,b,c}

სურათი 89

		q6 ჯანმრთელობა
q25 , როგორ ფიქრობთ, კარგი იქნებოდა ორსულობამდე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება და იმის დადგენა თუ რამდენად მზად იყო თქვენი ორგანიზმი ორსულობისთვის?	Chi-square	14.414
	df	6
	Sig.	.025 ^{a,b,c}

სურათი 90

		q6 ჯანმრთელობა
q26 რომელ სამედიცინო დაწესებულებაში დადექით აღრიცხვაზე ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის?	Chi-square	22.697
	df	9
	Sig.	.007 ^{a,b}

სურათი 91

		q6 ჯანმრთელობა
q30 რამდენი ხანი გიხდებათ ლოდინი?	Chi-square	23.569
	df	12
	Sig.	.023 ^{a,*c}

ცხრილი 92

		q6 ჯანმრთელობა
q31 რა დრო დასჭირდა ექიმს თქვენი გასინჯვისა და რჩევების მოსაცემად?	Chi-square	23.972
	df	9
	Sig.	.004 ^{a,*}

ცხრილი 93

		q6 ჯანმრთელობა
q32 ვიზიტის დროს ექიმი გესაუბრათ ზოგადად დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და მისი შესაძლებლობების შესახებ	Chi-square	8.319
	df	3
	Sig.	.040*

ცხრილი 94

		q6 ჯანმრთელობა
q46#1 რა გართულებები გქონდათ ორსულობის პერიოდში?	Chi-square	46.504
	df	15
	Sig.	.000*,b,c

ცხრილი 95

		q6 ჯანმრთელობა
q49 ერთი და იგივე ექიმი- გინეკოლოგი გიწვედათ უწყვეტ ანტენატალურ მეთვალყურეობას?	Chi-square	19.644
	df	3
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 96

		q6 ჯანმრთელობა
q50 მეან-გინეკოლოგის გარდა, სხვა ექიმსაც მიმართეთ ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის?	Chi-square	11.423
	df	3
	Sig.	.010*

ცხრილი 97

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
53.Pearson Chi-Square	60.135 ^a	18	.000
N of Valid Cases	472		

ცხრილი 98

მელოგინე/მეძუპური დედები

1. დამოუკიდებელი ცვლადი -ასაკი

q2	Chi-square	18.627
საცხოვრებელი ადგილი	df	4
	Sig.	.001 ^{*,b}

ცხრილი 99

q4 განათლება	Chi-square	15.930
	df	4
	Sig.	.003 ^{*,b}

ცხრილი 100

q5 დასაქმება	Chi-square	13.718
	df	4
	Sig.	.008 ^{*,b}

ცხრილი 101

q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	21.180
	df	12
	Sig.	.048 ^{*,b,c}

ცხრილი 102

Chi-Square Tests

Q9	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.170 ^a	8	.014
Likelihood Ratio	18.464	8	.018
Linear-by-Linear Association	2.096	1	.148

ცხრილი 103

q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	35.920
	df	16
	Sig.	.003 ^{a,b,*}

ცხრილი 104

q17 ვინმეს თქვენთვის უკითხვას, როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა?	Chi-square	17.137
	df	4
	Sig.	.002 ^{a,b,*}

ცხრილი 105

q18 ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხებს მოთხოვნებს?	Chi-square	19.769
	df	4
	Sig.	.001 ^{a,*}

ცხრილი 106

q19 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	38.243
	df	16
	Sig.	.001 ^{a,b,*}

ცხრილი 107

Chi-Square Tests

q 21	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	64.229 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	45.519	20	.001
Linear-by-Linear Association	4.466	1	.035

ცხრილი 108

q24 ბუნებრივი (ვაგინალური) გზით იმშობიარეთ?	Chi-square	16.671
	df	4
	Sig.	.002 ^{a,b}

ცხრილი 109

		q1 ასაკი
q27 საკეისრო კვეთა სამედიცინო ჩვენებით ჩაგიტარდათ თუ თქვენი სურვილით?	Chi-square	12.690
	df	4
	Sig.	.013 ^{a,b,c}

ცხრილი 110

q32 ლოგინობის ხანის შემდეგ რა დროში გქონდათ პირველი ვიზიტი გინეკოლოგთან?	Chi-square	33.700
	df	16
	Sig.	.006 ^{a,b,*}

ცხრილი 111

q33 კმაყოფილი ხართ იმ სამედიცინო დაწესებულებით, სადაც იმშობიარეთ?	Chi-square	19.245
	df	8
	Sig.	.014 ^{a,b,*}

ცხრილი 112

q35 ორსულობის დროს „მშობელთა სკოლაში“ დადიოდით?	Chi-square	62.814
	df	4
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 113

q 36	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.047 ^a	16	.041
Likelihood Ratio	31.125	16	.013
Linear-by-Linear Association	.606	1	.436

ცხრილი 114

		q1 ასაკი
q37 ახალშობილი ჯანმრთელი დაიბადა?	Chi-square	14.807
	df	4
	Sig.	.005 ^{a,b}

ცხრილი 115

q 38	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.725 ^a	8	.023
Likelihood Ratio	18.890	8	.015
Linear-by-Linear Association	.336	1	.562

ცხრილი 116

q41 თუ სცადეთ გაგეგოთ სამშობიარო სახლში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ?	Chi-square	27.055
	df	4
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 117

q43 გთხოვთ მიუთითოთ, როდის მოგიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან	Chi-square	60.494
	df	20
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 118

q44 გთხოვთ მიუთითოთ, სამშობიაროში რითი იკვებებოდა ახალშობილი?	Chi-square	53.830
	df	20
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 119

q45 გთხოვთ მიუთითოთ, რამდენ ხანს კვებავდით ბავშვს ძუძუთი?	Chi-square	48.925
	df	24
	Sig.	.002 ^{a,b,*}

ცხრილი 120

q48 გთხოვთ მიუთითოთ, თუ ჩაუტარდა თქვენს ბავშვს ვაქცინაცია ეროვნული კალენდრის შესაბამისად?	Chi-square	31.613
	df	12
	Sig.	.002 ^{a,b,*}

ცხრილი 121

q 49	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	43.142 ^a	16	.000
Likelihood Ratio	38.714	16	.001
Linear-by-Linear Association	6.481	1	.011

ცხრილი 122

		q1 ასაკი
q50 განხორციელდა თუ არა ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ბინაზე ვიზიტი ახალშობილის დაბადებიდან 10 დღეში?	Chi-square	51.385
	df	12
	Sig.	.000 ^{*,b,c}

ცხრილი 123

q52 გთხოვთ მიუთითოთ, რა სიხშირით სარგებლობთ ბავშვთა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	26.660
	df	16
	Sig.	.045 ^{*,b,c}

ცხრილი 124

q 53	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	39.933 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	23.857	12	.021
Linear-by-Linear Association	.310	1	.578

ცხრილი 125

Chi-Square Tests

q54	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	48.527 ^a	16	.000
Likelihood Ratio	52.560	16	.000
Linear-by-Linear Association	12.540	1	.000

ცხრილი 126

2. დამოუკიდებელი ცვლადი -საცხოვრებელი ადგილი

q1 სააკო	Chi-square	18.627
	df	4
	Sig.	.001 ^{*,b}

ცხრილი 127

q4 განათლება	Chi-square	19.574
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 128

q5 დასაქმება	Chi-square	24.889
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 129

q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	13.947
	df	3
	Sig.	.003 ^{*,b}

ცხრილი 130

q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	12.648
	df	4
	Sig.	.013 ^{a,*,c}

ცხრილი 131

q13 თუ იცით, რა სახის სერვისს ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა?	Chi-square	5.316
	df	1
	Sig.	.021 [*]

ცხრილი 132

q14 გესაჭიროებათ მეტი ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ?	Chi-square	6.036
	df	1
	Sig.	.014 [*]

ცხრილი 133

q15 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	4.540
	df	1
	Sig.	.033 [*]

ცხრილი 134

q24 ბუნებრივი (ვაგინალური) გზით იმშობიარეთ?	Chi-square	10.066
	df	1
	Sig.	.002 [*]

ცხრილი 135

q32 ლოგინობის ხანის შემდეგ რა დროში გქონდათ პირველი ვიზიტი გინეკოლოგთან?	Chi-square	12.753
	df	4
	Sig.	.013 ^{a,*}

ცხრილი 136

q33 კმაყოფილი ხართ იმ სამედიცინო დაწესებულებით, სადაც იმშობიარეთ?	Chi-square	16.087
	df	2
	Sig.	.000 ^{a,*}

ცხრილი 137

q 38	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.397 ^a	2	.009
Likelihood Ratio	12.469	2	.002
Linear-by-Linear Association	9.220	1	.002

ცხრილი 138

q43 გთხოვთ მიუთითოთ, როდის მოგიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან	Chi-square	20.575
	df	5
	Sig.	.001 [*]

ცხრილი 139

q44 გთხოვთ მიუთითოთ, სამშობიაროში რით იკვებებოდა ახალშობილი?	Chi-square	24.492
	df	5
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 140

q45 გთხოვთ მიუთითოთ, რამდენ ხანს კვებავდით ბავშვს ძუძუთი?	Chi-square	16.903
	df	6
	Sig.	.010 ^{b,*}

ცხრილი 141

q48 გთხოვთ მიუთითოთ, თუ ჩაუტარდა თქვენს ბავშვს ვაქცინაცია ეროვნული კალენდრის შესაბამისად?	Chi-square	23.934
	df	3
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 142

q 49	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	24.868 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	26.945	4	.000
Linear-by-Linear Association	15.773	1	.000

ცხრილი 143

q50 განხორციელდა თუ არა ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ბინაზე ვიზიტი ახალშობილის დაბადებიდან 10 დღეში?	Chi-square	12.946
	df	3
	Sig.	.005 ^{*,b}

ცხრილი 144

q52 გთხოვთ მიუთითოთ, რა სიხშირით სარგებლობთ ბავშვთა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	19.163
	df	4
	Sig.	.001 ^{*,b,c}

ცხრილი 145

3.დამოუკიდებელი ცვლადი -განათლება

q1 ასაკი	Chi-square	15.930
	df	4
	Sig.	.003 ^{*,b}

ცხრილი 146

q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	19.574
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 147

q5 დასაქმება	Chi-square	12.637
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 148

q9	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	9.625 ^a	2	.008
Likelihood Ratio	11.659	2	.003
Linear-by-Linear Association	9.372	1	.002

ცხრილი 149

q11 რომელი დაზღვევით სარგებლობთ?	Chi-square	23.430
	df	1
	Sig.	.000 ^{*,b}

ცხრილი 150

q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	30.074
	df	4
	Sig.	.000 ^{*,b,c}

ცხრილი 151

q15 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	5.621
	df	1
	Sig.	.018 [*]

ცხრილი 152

q18 ამჟამად მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხებს მოთხოვნებს?	Chi-square	15.852
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 153

q19 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	10.064
	df	4
	Sig.	.039 ^{*,b}

ცხრილი 154

q24 ბუნებრივი (ვაგინალური) გზით იმშობიარეთ?	Chi-square	4.231
	df	1
	Sig.	.040*

ცხრილი 155

q30 ლოგინობის ხანაში, მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში ბებია-ქალმა მოგინახულათ ბინაზე?	Chi-square	4.603
	df	1
	Sig.	.032 ^{a,*}

ცხრილი 156

q32 ლოგინობის ხანის შემდეგ რა დროში გქონდათ პირველი ვიზიტი გინეკოლოგთან?	Chi-square	13.044
	df	4
	Sig.	.011 ^{a,*}

ცხრილი 157

q 36	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	11.604 ^a	4	.021
Likelihood Ratio	15.481	4	.004
Linear-by-Linear Association	.827	1	.363

ცხრილი 158

		q4 განათლება
q37 ახალშობილი ჯანმრთელი დაიბადა?	Chi-square	4.328
	df	1
	Sig.	.037*

ცხრილი 159

q43 გთხოვთ მიუთითოთ, როდის მოგიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან	Chi-square	14.343
	df	5
	Sig.	.014*

ცხრილი 160

q46 გთხოვთ მიუთითოთ, რომელი სკრინინგ- ტესტი ჩაუტარდა ახალშობილს სამშობიარო სახლში?	Chi-square	4.311
	df	1
	Sig.	.038 ^{a,*}

ცხრილი 161

q48 გთხოვთ მიუთითოთ, თუ ჩაუტარდა თქვენს ბავშვს ვაქცინაცია ეროვნული კალენდრის შესაბამისად?	Chi-square	11.897
	df	3
	Sig.	.008 ^{a,b,*}

ცხრილი 162

q50 განხორციელდა თუ არა ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ბინაზე ვიზიტი ახალშობილის დაბადებიდან 10 დღეში?	Chi-square	8.470
	df	3
	Sig.	.037 ^{*,b}

ცხრილი 163

q52 გთხოვთ მიუთითოთ, რა სიხშირით სარგებლობთ ბავშვთა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	13.851
	df	4
	Sig.	.008 ^{*,b,c}

ცხრილი 164

q 53	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	9.466 ^a	3	.024
Likelihood Ratio	13.295	3	.004
Linear-by-Linear Association	1.983	1	.159

ცხრილი 165

q54	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.630 ^a	4	.013
Likelihood Ratio	12.881	4	.012
Linear-by-Linear Association	3.467	1	.063

ცხრილი 166

4. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტატუსი(დასაქმება)

		q5 დასაქმება
q1 ასაკი	Chi-square	13.718
	df	4
	Sig.	.008 ^{*,b}

ცხრილი 167

Pearson Chi-Square Tests

		q5 დასაქმება
q2 საცხოვრებელი ადგილი	Chi-square	24.889
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 168

		q5 დასაქმება
q4 განათლება	Chi-square	12.637
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 169

		q5 დასაქმება
q6 ჯანმრთელობა	Chi-square	8.320
	df	3
	Sig.	.040 ^{*,b}

ცხრილი 170

		q5 დასაქმება
q8 სარგებლობით სამედიცინო მომსახურებით	Chi-square	13.762
	df	1
	Sig.	.000*
ცხრილი 171		q5 დასაქმება
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	15.518
	df	4
	Sig.	.004*

ცხრილი 172

		q5 დასაქმება
q11 რომელი დაზღვევით სარგებლობთ?	Chi-square	26.997
	df	1
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 173

		q5 დასაქმება
q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	33.460
	df	4
	Sig.	.000*,b,c

ცხრილი 174

		q5 დასაქმება
q13 თუ იცით, რა სახის სერვისს ითვალისწინებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა?	Chi-square	11.024
	df	1
	Sig.	.001*

ცხრილი 175

		q5 დასაქმება
q19 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	9.856
	df	4
	Sig.	.043 ^{a,b}

ცხრილი 176

q26	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	12.997 ^a	6	.043
Likelihood Ratio	13.321	6	.038
Linear-by-Linear Association	8.799	1	.003

ცხრილი 177

q28	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	20.065 ^a	6	.003
Likelihood Ratio	24.714	6	.000
Linear-by-Linear Association	5.007	1	.025

ცხრილი 178

q30 ლოგინობის ხანაში, მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში ბებია-ქალმა მოგინახულათ ბინაზე?	Chi-square	5.186
	df	1
	Sig.	.023 ^{a,*}

ცხრილი 179

q33 კმაყოფილი ხართ იმ სამედიცინო დაწესებულებით, სადაც იმშობიარეთ?	Chi-square	15.415
	df	2
	Sig.	.000 ^{a,*}

ცხრილი 180

		q5 დასაქმება
q39 ექიმმა მოგაწოდათ ინფორმაცია, რას ითვალისწინებს პროგრამა ახალშობილისთვის სამშობიარო სახლში?	Chi-square	16.927
	df	2
	Sig.	.000 ^{*,b,c}

ცხრილი 181

q40 მშობიარობამდე ვინმემ გაცნობათ სამშობიაროში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ?	Chi-square	6.310
	df	1
	Sig.	.012 [*]

ცხრილი 182

q41 თუ სცადეთ გაბეგოთ სამშობიარო სახლში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურების შესახებ?	Chi-square	13.673
	df	1
	Sig.	.000 ^{*,b}

ცხრილი 183

q42 კარგი იქნებოდა მიგელოთ ინფორმაცია სამშობიარო სახლში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურებაზე?	Chi-square	6.089
	df	2
	Sig.	.048 ^{*,b,c}

ცხრილი 184

q43 გთხოვთ მიუთითოთ, როდის მოგიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან	Chi-square	16.007
	df	5
	Sig.	.007*

ცხრილი 185

q44 გთხოვთ მიუთითოთ, სამშობიაროში რითი იკვებებოდა ახალშობილი?	Chi-square	15.903
	df	5
	Sig.	.007*

ცხრილი 186

q48 გთხოვთ მიუთითოთ, თუ ჩაუტარდა თქვენს ბავშვს ვაქცინაცია ეროვნული კალენდრის შესაბამისად?	Chi-square	11.508
	df	3
	Sig.	.009*,b,c

ცხრილი 187

Q53	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	12.571 ^a	4	.014
Likelihood Ratio	12.729	4	.013
Linear-by-Linear Association	.988	1	.320

ცხრილი 188

5. დამოუკიდებელი ცვლადი -ჯანმრთელობის მდგომარეობა

		q6 ჯანმრთელობა
q1 ასაკი	Chi-square	21.180
	df	12
	Sig.	.048*,b,c

ცხრილი 189

q5 დასაქმება	Chi-square	8.320
	df	3
	Sig.	.040*

ცხრილი 190

		q6 ჯანმრთელობა
q8 სარგებლობით სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	28.841
	df	3
	Sig.	.000*

ცხრილი 191

		q6 ჯანმრთელობა
q10 წელიწადში რამდენჯერ აკითხავთ სამედიცინო დაწესებულებას?	Chi-square	45.910
	df	12
	Sig.	.000*,b

ცხრილი 192

q12 თქვენ სამედიცინო მომსახურებას ფინანსურად ვინ უზრუნველყოფს?	Chi-square	36.268
	df	12
	Sig.	.000*,b,c

ცხრილი 193

Q22	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	25.778 ^a	15	.040
Likelihood Ratio	34.167	15	.003
Linear-by-Linear Association	2.371	1	.124

ცხრილი 194

q24 ბუნებრივი (ვაგინალური) გზით იმშობიარეთ?	Chi-square	19.931
	df	3
	Sig.	.000*

ცხრილი 195

Q26	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	62.200 ^a	18	.000
Likelihood Ratio	69.729	18	.000
Linear-by-Linear Association	8.707	1	.003

ცხრილი 196

		q6 ჯანმრთელობა
q27 საკეისრო კვეთა სამედიცინო ჩვენებით ჩაგიტარდათ თუ თქვენი სურვილით?	Chi-square	12.213
	df	3
	Sig.	.007*,b,c

ცხრილი 197

Q28	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	38.860 ^a	18	.003
Likelihood Ratio	34.735	18	.010
Linear-by-Linear Association	3.600	1	.058

ცხრილი 198

		q6 ჯანმრთელობა
q29 მშობიარობის შემდეგ, ლოგინობის ხანაში, ექიმ მეან- გინეკოლოგმა მოგინახულათ ბინაზე?	Chi-square	11.270
	df	3
	Sig.	.010*,b,c

ცხრილი 199

q32 ლოგინობის ხანის შემდეგ რა დროში გქონდათ პირველი ვიზიტი გინეკოლოგთან?	Chi-square	36.812
	df	12
	Sig.	.000 ^{a,b,c}

ცხრილი 200

q34 სამშობიარო სახლში გესაუბრათ ექიმი მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფციის თაობაზე?	Chi-square	16.536
	df	6
	Sig.	.011 ^{a,b,c}

ცხრილი 201

Q36	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	23.503 ^a	12	.024
Likelihood Ratio	21.497	12	.044
Linear-by-Linear Association	.650	1	.420

ცხრილი 202

		q6 ჯანმრთელობა
q37 ახალშობილი ჯანმრთელი დაიბადა?	Chi-square	12.265
	df	3
	Sig.	.007 ^a

ცხრილი 203

q42 კარგი იქნებოდა მიგელოთ ინფორმაცია სამშობიარო სახლში ახალშობილის სამედიცინო მომსახურებაზე წინასწარ მშობიარობამდე?	Chi-square	16.377
	df	6
	Sig.	.012 ^{a,b,*}

ცხრილი 204

q43 გთხოვთ მიუთითოთ, როდის მოგიყვანეს ახალშობილი ძუძუსთან	Chi-square	35.462
	df	15
	Sig.	.002 ^{a,b,*}

ცხრილი 205

q44 გთხოვთცხრილი მიუთითოთ, სამშობიაროში რითი იკვებებოდა ახალშობილი?	Chi-square	37.837
	df	15
	Sig.	.001 ^{a,b,*}

ცხრილი 206

q45 გთხოვთ მიუთითოთ, რამდენ ხანს კვებავდით ბავშვს ძუძუთი?	Chi-square	49.928
	df	18
	Sig.	.000 ^{a,b,*}

ცხრილი 207

q47 თუ ხართ ინფორმირებული ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ ?	Chi-square	8.276
	df	3
	Sig.	.041 ^{a,b,*}

ცხრილი 208

Q49	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	21.373 ^a	12	.045
Likelihood Ratio	22.596	12	.031
Linear-by-Linear Association	.783	1	.376

ცხრილი 209

		q6 ჯანმრთელობა
q50 განხორციელდა თუ არა ბავშვთა პოლიკლინიკიდან ბინაზე ვიზიტი ახალშობილის დაბადებიდან 10 დღეში?	Chi-square	40.876
	df	9
	Sig.	.000 ^{a,b,c}

ცხრილი 210

Q51	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	35.402 ^a	15	.002
Likelihood Ratio	26.924	15	.029
Linear-by-Linear Association	.032	1	.858

ცხრილი 211

q52 გთხოვთ მიუთითოთ, რა სიხშირით სარგებლობთ ბავშვთა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით?	Chi-square	69.707
	df	12
	Sig.	.000 ^{a,b,c}

ცხრილი 212

Q53	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	47.419 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	18.664	9	.028
Linear-by-Linear Association	9.583	1	.002

ცხრილი 213

ექიმები/მენეჯერები

1. დამოუკიდებელი ცვლადი - ასაკი

Pearson Chi-Square Tests

		q2 ასაკი
q8 რამდენი წელია რაც ზემოაღმწეულ პოზიციაზე მუშაობთ?	Chi-square	42.390
	df	4
	Sig.	.000 ^{a,b}

ცხრილი 214

q9 გთხოვთ მიუთითოთ თქვენი დაწესებულების ტიპი	Chi-square	23.423
	df	10
	Sig.	.009 ^{a,b,c}

ცხრილი 225

q11 ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში თუ გქონიათ პრობლემები?	Chi-square	8.104
	df	2
	Sig.	.017 ^a

ცხრილი 226

q15 დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებაში მონაწილეობა	Chi-square	15.911
	df	2
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 227

q16 ვინმეს თქვენთვის უკითხვას, როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	Chi-square	20.107
	df	2
	Sig.	.000 ^a

ცხრილი 228

2.დამოუკიდებელი ცვლადი -დასაქმება(პოზიცია)

q13 საკმარისი ინფორმაცია გაქვთ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ?	Chi-square	13.880
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 229

q14 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	17.704
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 230

q16 ვინმეს თქვენთვის უკითხვას, როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	Chi-square	14.482
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 231

q17 მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა პასუხობს დედათა და ბავშვთა საჭიროებებს	Chi-square	13.765
	df	1
	Sig.	.000*

ცხრილი 232

q18 საქართველოში მოქმედი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა გაუმჯობესებას საჭიროებს?	Chi-square	6.007
	df	1
	Sig.	.014*

ცხრილი 233

q20 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	45.256
	df	3
	Sig.	.000 ^{a,*}

ცხრილი 234

3. დამოუკიდებელი ცვლადი -სამუშაო სტაჟი

q8 რამდენი წელია რაც ზემოაღმწეულ პოზიციაზე მუშაობთ?	Chi-square	70.417
	df	2
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 235

q12 ხელმისაწვდომია ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ	Chi-square	5.023
	df	1
	Sig.	.025 [*]

ცხრილი 236

q13 საკმარისი ინფორმაცია გაქვთ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ?	Chi-square	4.782
	df	1
	Sig.	.029 [*]

ცხრილი 237

q15 დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებაში მონაწილეობა	Chi-square	14.407
	df	1
	Sig.	.000 [*]

ცხრილი 238

q16 ვინმეს თქვენთვის უკითხვას, როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	Chi-square	7.876
	df	1
	Sig.	.005*

ცხრილი 239

3.დამოუკიდებელი ცვლადი -აღნიშნულ პოზიციაზე მუშაობის დრო

q12 ხელმისაწვდომია ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ	Chi-square	10.475
	df	2
	Sig.	.005*

ცხრილი 240

q13 საკმარისი ინფორმაცია გაქვთ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესახებ?	Chi-square	13.327
	df	2
	Sig.	.001*

ცხრილი 241

q14 გაქვთ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით რა თანხებს ხარჯავს სახელმწიფო?	Chi-square	16.941
	df	2
	Sig.	.000*

ცხრილი 242

q15 დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებაში მონაწილეობა	Chi-square	26.028
	df	2
	Sig.	.000*

ცხრილი 243

q16 ვინმეს თქვენთვის უკითხვას, როგორი უნდა იყოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	Chi-square	17.106
	df	2
	Sig.	.000*

ცხრილი 244

q20 როგორ შეაფასებდით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საქართველოში?	Chi-square	18.493
	df	6
	Sig.	.005 ^{b,c,*}

ცხრილი 245