



ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში

ნანა ჯინჭარაძე<sup>1</sup>, ნატა ყაზახაშვილი<sup>2</sup>, ილონა საყვარელიძე<sup>3</sup>, ნინო აბაიშვილი<sup>3</sup>

<sup>1</sup>საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა

<sup>2</sup> მედიცინის ფაკულტეტი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

<sup>3</sup> თბილისის ჰუმანიტარული სასწავლო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი.** კვლევის მიზანია პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში, 1996-2016 წლებში, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ანტენატალური მოვლის სახელმწიფო პროგრამის იმპლემენტაციის შემდეგ დედათა ჯანმრთელობის შესწავლა.  
**მეთოდოლოგია.** კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი. **შედეგები.** პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში 1996-2016 წ. ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების, დედათა და ბავშვთა სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კვალდაკვალ, გამოვლინდა ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი: პათოლოგიური ორსულობის, ვადამდელი მშობიარობის, ორსულობის დრომდე მიუტანლობის წილის გაზრდა, რაც აიხსენება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ანტენატალურ პერიოდში ორსულის საჭიროებებზე ფოკუსირებული სერვისების არარსებობით, ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ორსულთა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მწირი მოცულობით.

**საკვანძო სიტყვები:** ანტენატალური მოვლა, სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულთა პირის ღრუს ჯანმრთელობა, პირველადი ჯანდაცვა.

**ციტირება:** ნანა ჯინჭარაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ილონა საყვარელიძე, ნინო აბაიშვილი. ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2019; 3

## **Abstract**

**Introduction.** The aim of this work is to study the mothers' health after implementation the state program of the antenatal care in 1996-2016 years. **Methodology.** The basis of this research is the qualitative research: method of cabinet research ("Desk Research"). **Results.** In the 1996-2016 years was improved the financial and geographical availability of maternal and child health care services, but outcomes of the health are not good: percentage of pathological childbirth and rates of the premature childbirth were increased. in the preconception period and during pregnancy, bad outcomes of childbirth are indicated that the quality of antenatal care does not correspond to the needs of the pregnant woman. In the antenatal care program are not included the oral cavity health care services.

**Keywords:** dentist services. antenatal care, primary health care, post-soviet period, oral health, pregnant.

**Quote:** Nana Jincharadze, Nata Kazakhashvili, Ilona Sakvarelidze, Nino Abaishvili. Antenatal services oriented for the needs of pregnant health in the primary health care. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

## **შესავალი**

დედათა ჯანმრთელობა და ორსულობის გამოსავალი პირდაპირ არის დაკავშირებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ადეკვატურ მიწოდებაზე, ხარისხზე და სერვისით სარგებლობის ხელმისაწვდომობაზე [15, 5, 12].

ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებით გამოწვეული რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობა განვითარებად ქვეყნებში 19-ჯერ უფრო ხშირია და დიდი ნაწილი პრევენტირებადია [4, 13, 10].

2015 წლის მონაცემებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განვითარებად ქვეყნებში შეადგენდა 239-ს ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში 12-ს ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე [12].

მსოფლიოში, 1990 წლიდან 2015 წლამდე, დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 45%-ით ნაცვლად ათასწლეულის განვითარების მიზნებით ნავარაუდები 75%-ის. მკვლევართა მტკიცებით, 2030 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობა 70%-ზე ნაკლები უნდა იყოს 100000 ცოცხალშობილზე [15, 12].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2014 წელს, მილენიუმის დასრულებამდე, დედების პრევენტირებადი სიკვდილობის შემცირებისათვის განსაზღვრა სტრატეგია ყოველი ქვეყნისათვის [14]. ჯანმოს რეკომენდაცია საქართველომაც გაიზიარა, რაც აისახა ეროვნულ სტრატეგიაში [2]. საქართველომ, როგორც ათასწლეულის განვითარების მიზნების მონაწილე ქვეყანამ აიღო ვალდებულება, რომ 2015 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობა შემცირდება სამი მეოთხედით. ამ მიზნის მისაღწევად ერთ-ერთი ამოცანა იყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისების მიწოდება ფინანსურად ხელმისაწვდომი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში.

1996 წლიდან პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში ორსულებისათვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ოთხ ვიზიტზე გათვლილი პრენატალური მომსახურება [3].

საქართველო ჯერ კიდევ შორს არის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრული მაჩვენებლებისგან და დედათა სიკვდილიანობა და მკვდრადშობადობა მაღალია. კვლევის მიზანია პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში პჯდ ქსელში ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამების იმპლემენტაციის ფონზე დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ტენდენციების შესწავლა.

## **მეთოდოლოგია**

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი (desk research), რომლის ფარგლებში განხორციელდა

სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, სისტემატიზაცია, აღწერა, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. ჩატარდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან მოპოვებული დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების ანალიზი. შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: ბინაზე და სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობების რაოდენობა; კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის ხვედრითი წილი; ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის პჯდ-ში ორსულთა დროული, ანუ ორსულობის 12 კვირამდე მიმართვის, 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვის, ორსულობის ბოლომდე მიტანის და დროული მშობიარობის წილი, ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მშობიარობის წილი; სამართლებრივი ბაზის შესასწავლად გამოყენებული იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული აქტები.

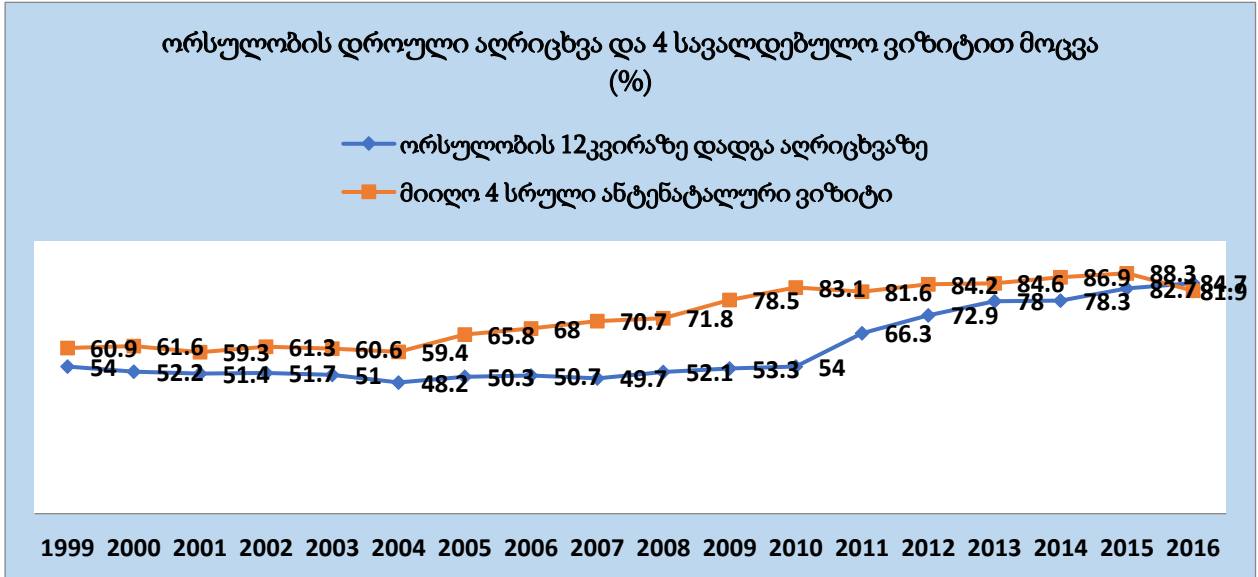
### შედეგები და დისკუსია

ჩატარებული კვლევის მოხედვით, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული ანუ ორსულობის 12 კვირამდე მიმართვა 1999-2016 წწ. გაიზარდა 54%-დან 84.7%-მდე, ხოლო 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვა იგივე პერიოდში გაიზარდა 60.95%-დან 81.9%-მდე. ასეთი მკვეთრი დადებითი დინამიკა აიხსნება პჯდ სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებით.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში 2006-2007 წწ. განხორციელდა რეფორმები, მოწესრიგდა პჯდ-ის ინფრასტრუქტურა 15 წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, გადამზადდა ადამიანური რესურსები. მეორე მხრივ, 1996 წლიდან მოსახლეობას მიეწოდება ფინანსურად უზრუნველყოფილი ანტენატალური მოვლის პროგრამა, რომლის მოცულობა და დაფინანსება წლების მიხედვით იზრდება. ამ პროცესებმა განაპირობა ორსულთა დროული მიმართვიანობის მატება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. თუმცა, თუ შევადარებთ 2014-2016 წლების მონაცემებს, აღრიცხვაზე დროული

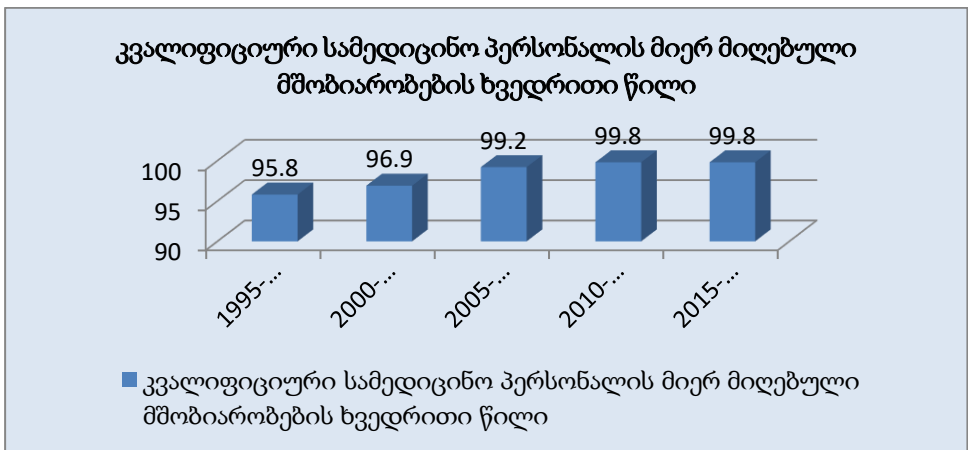
აყვანა გაიზარდა 78,3%-დან 84.7%-მდე, ხოლო 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვა შემცირდა 86,9%-დან 81,9%-მდე, ანუ მოხმარება შემცირდა (სურათი N1).

**სურათი N1**



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი კვლევაში შესწავლილი იქნა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი, რომელიც 1995-2016 წწ. გაიზარდა 95,8%-დან 99.8%-მდე და თითქმის უნივერსალურია. გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების, სამედიცინო ობიექტების სტრუქტურის, ადამიანური რესურსების მომზადების გამო მშობიარობა დიდი ქალაქისა თუ სოფლის სამედიცინო სტრუქტურებში ხდება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის-ექიმის ან ბებიაქალის მიერ (იხ.სურათი N2).

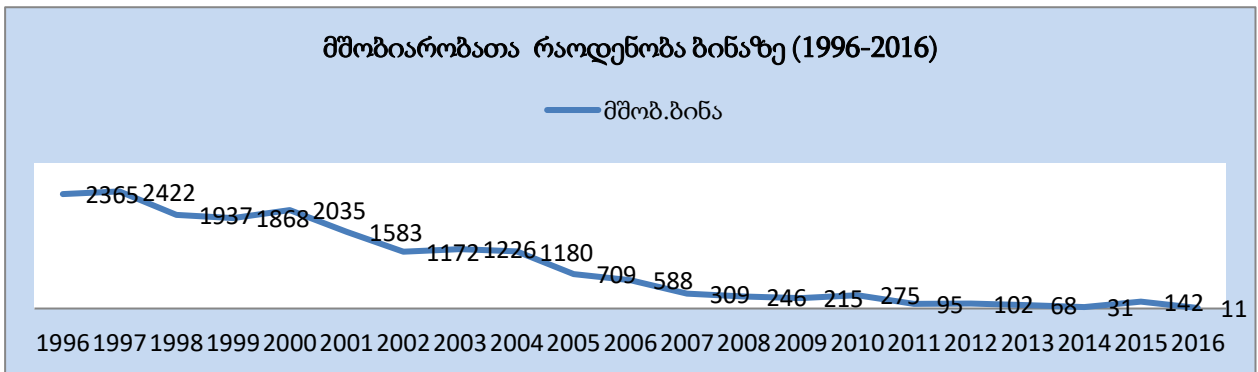
**სურათი N2**



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

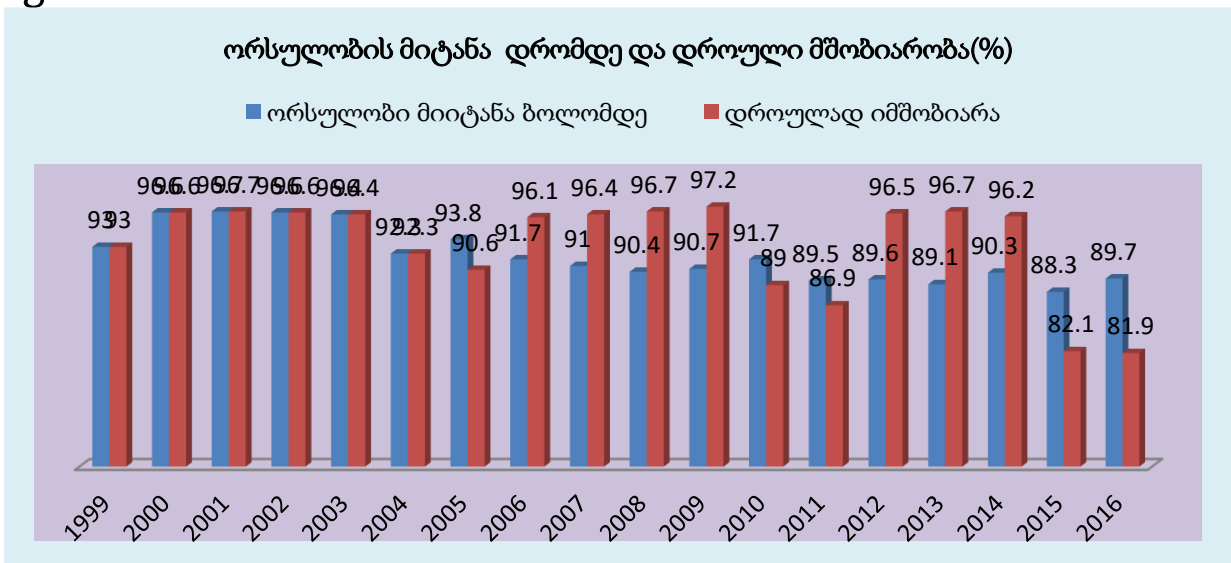
1996-2016 წწ ბინაზე მშობიარობა შემცირდა 2365-დან 11-მდე. ბინაზე მშობიარობის შემცირება თეორიულად ამცირებს პერინატალურ დანაკარგებს, დედისა და ახალშობილის სიკვდილიანობას. საქართველოში ბინაზე მშობიარობის რაოდენობის შემცირება შეიძლება აიხსნას მრავალი მიზეზით: 1996 წლიდან აშენდა მრავალი სამშობიარო და გაუმჯობესდა ინფრასტრუქტურა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა (იხ. სურათი N3).

**სურათი N3**



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ანტენატალური პარამეტრების გაუმჯობესების, უფასო ანტენატალური სერვისების იმპლემენტაციის ფონზე ორსულობის გამოსავალი არცთუ სახარბიელოა. 1999-2016 წლებში დროული მშობიარობების წილი 93%-დან 81.9%-მდე შემცირდა, ხოლო ბოლომდე მიტანილი ორსულობების წილი - 93%-და 89.7%-მდე, ანუ გაიზარდა ნაადრევი მშობიარობის და შეწყვეტილი ორსულობის წილი (იხ. სურათი N4).

**სურათი N4**

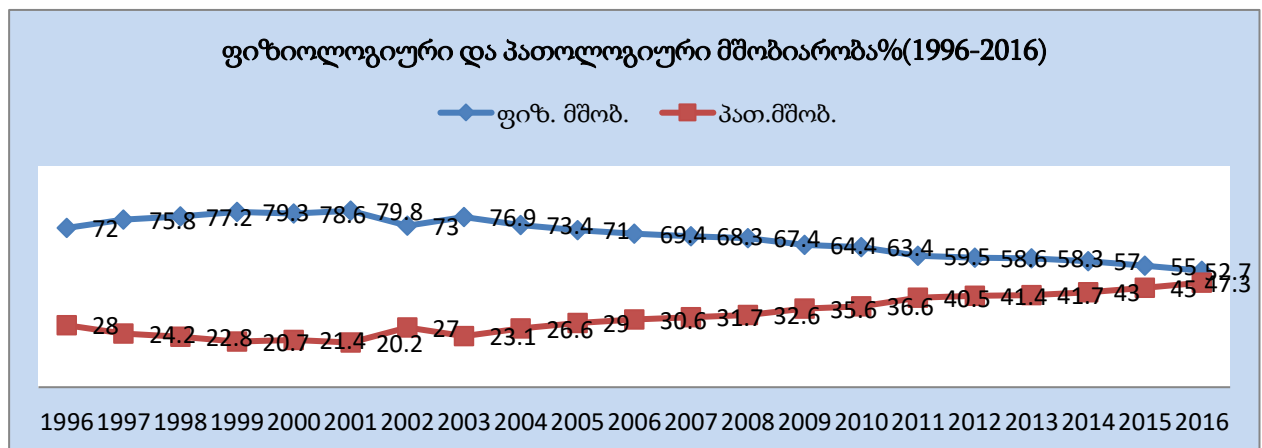


წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ორსულობის დრომდე მიუტანლობა და ნაადრევი მშობიარობის პროცენტული შემცირება ანტენატალური მოვლის, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ფონზე მიანიშნებს, რომ არსებობს სისტემური პრობლემები პჯდ-ში; აგრეთვე გასათვალისწინებელია ორსულობისას, ანტენატალურ პერიოდში განვითარებული გართულებების არაეფექტური მართვა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი.

1996-2016 წწ. ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი შემცირდა 72%-დან 52.7%-მდე და პათოლოგიური მშობიარობების წილი გაიზარდა 28%-დან 47.3%-მდე. (იხ.სურათი N5).

### სურათი N5



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ მიუხედავად ანტენატალური მოვლის პროგრამების გაუმჯობესებისა, არ არის გათვალისწინებული ისეთი ძვირადღირებული სერვისი, როგორცაა პირის ღრუს ჯანმრთელობა, სტომატოლოგთან ვიზიტი. კვლევებით დადასტურებულია, რომ ორსულობის გამოსავალზე, დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობაზე სხვა მრავალ ფაქტორთან ერთად გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობა. ორსულობის პერიოდში ორსულს ხშირად უვითარდება გინგივიტი, კარიესი, პარადონტიტი. პირის ღრუს ჩირქოვან-ანთებითი დაავადებები, არანამკურნალევი კარიესი და მისი შედეგი - ქრონიკული ჩირქოვანი პროცესი მძიმე შედეგის მომტანია როგორც ორსულის, ისე ნაყოფისათვის, რაც შეიძლება გამოვლინდეს სპონტანური აბორტის,

მუცლადყოფნის პერიოდის ზრდა-განვითარების შეფერხების სინდრომის ან დღენაკლულობის სახით [7, 8].

პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში, 1996-2016 წწ, ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების კვალდაკვალ, ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი აიხსნება ჩასახვამდელ პერიოდში არსებული ექსტრაგენიტალური, ქრონიკული და/ან ლატენტურად მიმდინარე დაავადებების გამოვლინებისა და შესაბამისი მართვის არარსებობით და ანტენატალური მოვლის სერვისების სიმწირით. საჭიროა გაიზარდოს ორსულთა ანტენატალური მოვლის სერვისის მოცულობა პაციენტის მოთხოვნილებისა და საჭიროების გათვალისწინებით, მათ შორის მიზანშეწონილია სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ორსულთა პირის ღრუს მოვლის სერვისების, სტომატოლოგიური მომსახურების უფასო ან შეღავათიანი პაკეტის იმპლემენტაცია. საჭიროა არსებობდეს პირველად ჯანდაცვაში ორსულის საჭიროებებზე ფოკუსირებული მეთვალყურეობის მიზნით ინტეგრირებული, მულტიპროფილური, რაციონალური სამედიცინო მოვლის სერვისები.

#### გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გერზმავა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. მეცხრე შესწორებული გამოცემა. თბილისი. 2017. [Link](#)
2. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის დედგენილება N459, 2017. გვ.1-62. [Link](#)
3. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, საბოლოო ანგარიში. 2005.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017): 462-74. [Link](#), [Google Scholar](#)



5. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*, 2014; 384 (9940): 347-70. [Link](#), [Google Scholar](#)
6. Downe S, Finlayson K, et al. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG* 2016; 123:529–539. [Global Scholar](#)
7. George et al. What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16: 382. [Link](#)
8. George A et al. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A multi-centre randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2018: 82:49–57.
9. Hodgins. S, D’Agostino. A. The quality-coverage gap in antenatal care: toward better measurement of effective coverage. *Global health, science and practice*. 2014; 2: 173–181 <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00176> PMID: 25276575 [Link](#) [Google Scholar](#)
10. Liu L, Oza SL, Hogan D, Perin J, Rudan I. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis *Lancet*, 2015;385:430-40. [Link](#)
11. Miltenburg A, Eem L, Nyanz E, Pelt S. Antenatal care and opportunities for quality improvement of service provision in resource limited settings: A mixed methods study. *Journal List PLoS*, 2017; 12 (12); 1-17. [Link](#)
12. World Health Organization. Maternal mortality. [Link](#)
13. World Health Organization. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality. Geneva: World. Health Organization, 2014:1-54 [Link](#)
14. World Health Organization. Ending Preventable Maternal and Newborns and Stillbirths Effective interventions and strategies. EWEC Technical Content Workstream working Group on ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. 2015: 1-10. [Link](#)