

0-2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკა საქართველოში/ სიტუაციური ანალიზი

შესავალი

ცნობილია, რომ პირველი 1000 დღე (ჩასახვის დღიდან ორ წლამდე) კრიტიკული პერიოდია ბავშვის მომავალი ზრდა-განვითარებისათვის. სწორი კვება და კვების ჩვევები გადამწყვეტია ბავშვის ადექვატური და ნორმალური ზრდა-განვითარებისათვის, და ასევე მნიშვნელოვნია ავადობისა და ბავშვთა ადრეული სიკვდილიანობის თავიდან ასაცილებლად.

ოთხმოცდაათიანი წლების ბოლოდან მთავრობამ არაერთი ნაბიჯი გადადგა ბავშვთა კვების გაუმჯობესების მიზნით, მათ შორის მნიშვნელოვანია კანონის მიღება და სტრატეგიის ჩამოყალიბება არსებული სიტუაციის გამოსასწორებლად. თუმცა, ეს ძალისხმევა რჩება ფრაგმენტული და დამოკიდებულია უმეტესწილად კონკრეტული პირების აქტივობაზე და დონორთა დაფინანსებაზე.

უფრო დეტალურად, რომ განვიხილოთ 1994 წლის შემდეგ საქართველოს მთავრობა სრულად უჭერს მხარს ძუძუთი კვების პროგრამას ქვეყანაში. დედის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის განხორციელების ხელშესაწყობად, 1999 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ბავშვთა კვების საერთაშორისო ასოციაციის (IBFAN) ქართული ჯგუფის „კლარიტასის“ ერთობლივი ძალისხმევით მიღებული იქნა საქართველოს კანონი „**ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ**“, ამ კანონის მიზანია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა უსაფრთხო და ადექვატური საკვებით უზრუნველყოფის, ბუნებრივი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობის, დაცვისა და პროპაგანდის, აგრეთვე ჩვილ ბავშვთა ხელოვნური კვების პროდუქტების, საწოვრიანი ბოთლების, საწოვრებისა და სატყუარების გავრცელების რეგულირების გზით¹.

აღსანიშნავია, რომ ამავე პერიოდში საქართველოს ყველა რეგიონში სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდა საგანამანათლებლო ტრენინგები. პროგრამის ფარგლებში დაგეგმილი შეფასების შედეგად გამოვლინდა წარმატებული სამედიცინო დაწესებულებები და 10-მდე სამშობიარო სახლს მიენიჭა „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი სამშობიარო სახლის სტატუსი.“

2000 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ გამოიცა ბრძანება “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ბავშვთა ხელოვნური კვების პროდუქტების კონტროლირებადი მოხმარების ეროვნული სამეთვალყურეო საბჭოს შექმნის შესახებ” (ბრძანება N209/5). საბჭოს დაევალა მოემზადებინა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის სახელმწიფო პოლიტიკა.

¹ საქართველოს კანონი „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“, საქართველოს პარლამენტი, 1999

2003 წელს გამოიცა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №287/ნ - „ბავშვთა ხელოვნური კვებისა და საკვების შესახებ საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და სასწავლო მასალის გავრცელების წესის შესახებ“.

2009 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა ეროვნული გაიდლაინები და შესაბამისი პროტოკოლები („ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში“ და „2 წლამდე ბავშვის კვება“).

მნიშვნელოვანია, რომ ზოგადად კანონის ამოქმედების შედეგად ძუძუთი კვების მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ქვეყანაში და 2009 წლამდე იყო ძუძუთი კვების ჩვევები გაზრდილი. თუმცა შემდეგ წლებში შეინიშნება გარკვეული დაღმასვლა. ეს ცვლილება შეიძლება მიეკუთვნებოდეს აქტიურ ინტერვენციებს, რომლებიც დაკავშირებულია ძუძუთი კვების ხელშეწყობასთან ათწლეულის დასაწყისში და შემდეგ ეს ძალისხმევა იკლებს.

დედის რძის შემცველი საკვების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსი რატიფიცირებულია საქართველოში და ეს კოდექსი მოუწოდებს ქვეყნებს, შეაჩერონ ძუძუთი კვების ჩამნაცვლებელი პროდუქტების, მათ შორის საკვები ბოთლებისა და საწოვარების რეკლამირება. კოდექსით ასევე განსაზღვრულია აუცილებელ შემთხვევებში ჩამნაცვლებელი პროდუქტების შესაბამისი გამოყენება. აკრძალულია ჩამნაცვლებელი პროდუქტების რეკლამირების ყველა ფორმა, მათ შორის საჩუქრის, ან უფასო ნიმუშების დისტრიბუციის სახით.

2017 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებული იქნა #459 დადგენილება „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია“ და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა². ამასთან მნიშვნელოვანია, რომ 2021 წელს განხორციელების სამოქმედო გეგმა განახლდა 2021-2023 წლებზე. აღნიშნული სტრატეგიის თანახმად დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ქვეყნის მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს მომავალი 14 წლის განმავლობაში. ამ მიზნით, მთავრობამ შეიმუშავა გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფისთვის³.

ასევე მნიშვნელოვანია სახელმწიფო პროგრამა დედათა და ბავშვთა საკითხებში. პროგრამის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მალალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით.

² საქართველოს მთავრობის დადგენილება #459 „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე“ 2017 წელი

³ საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2021-2023 წლების სამოქმედო გეგმა

„დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში: 2018 წლის 1 თებერვლიდან ფინანსდება 8 ანტენატალური ვიზიტი; 2014 წლის ივნისიდან ყოველი ორსული ქალი უზრუნველყოფილია ფოლიუმისა და რკინის პრეპარატებით. პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა; ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა; ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე; ახალშობილთა სმენის დიაგნოსტიკური კვლევა და სხვა მომსახურებები. პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 8,200.0 ათასი ლარით 2022 წელს.⁴

ასევე უნდა აღინიშნოს, მდგრადი განვითარებების მიზნები, სადაც მნიშვნელოვანი ყურადღება ეთმობა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებს, კერძოდ ქვემოთხანი 3.1 ფარგლებში დედებისა და ახალშობილებისათვის მშობიარობა უნდა გახდეს უსაფრთხო და დედათა სიკვდილობა უნდა შემცირდეს 2030 წლისათვის და ქვემოთხანი 3.2 ემსახურება საქართველოში ახალშობილთა და 5 წლამდე ბავშვთა პრევენცირებადი სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებას 2030 წლისათვის, რისთვისაც ქვეყანას განსაზღვრული აქვს კონკრეტული სამიზე მაჩვენებლები.⁵

2022 წელს (მარტი-ივნისი) საქართველოში „0-2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის“ არსებული სიტუაციის შესწავლის მიზნით განხორციელდა შემდეგი აქტივობები:

- I. არსებული სამოქმედო დოკუმენტების და ლიტერატურული წყაროების მოკლე მიმოხილვა**
- II. ჩადრმავებული ინტერვიუ/შეგროვილ მონაცემთა ანალიზი, წინასწარ შემუშავებული კითხვარის შესაბამისად, სერვისის მომხმარებლებთან/ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონის წარმომადგენლებთან, მ.შ.:**
 - a) მმართველობითი ორგანოების პასუხისმგებელ პირებთან
 - b) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლებთან
 - c) აღნიშნულ სფეროში მომუშავე ასოციაციების ხელმძღვანელებთან
 - d) სამშობიარო სახლების პერსონალთან
 - e) პირველადი ჯანდაცვაში 0-3წწ ბავშვთა განვითარებაზე ზედამხედველობის პროგრამებში მონაწილე პერსონალთან - ოჯახის ექიმი/პედიატრი/ექთანი
 - f) ჩვილ ბავშვთა დედებთან
- III. დასკვნა/რეკომენდაციების შემუშავება**

⁴ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №4 2022 წლის 12 იანვარი ქ. თბილისი „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“

⁵ [მდგრადი განვითარების მიზნები | UNICEF Georgia](#)

I. არსებული სამოქმედო დოკუმენტების და ლიტერატურული წყაროების/ელექტრონული მოდულის მოკლე მიმოხილვა

1. საქართველოში 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევა (MICS);
2. 2017 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებული იქნა #459 დადგენილება „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია“ და მისი განხორციელების განახლებული 2021-2023წწ სამოქმედო გეგმა. რომლის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფისთვის⁶.
3. NCDC-ის სტატისტიკური ცნობარი - <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/fad4aa1f-2eab-4792-bf4d-5792f58c1782>
4. ჩვილ და ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის შესაფასებელი ინდიკატორები (WHO/UNICEF)
5. ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში - კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი და პროტოკოლი, დამტკიცებული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის 152/ო ბრძანებით.
6. 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და პროტოკოლი, დამტკიცებული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის 153/ო ბრძანებით.
7. ამ გაიდლაინების დამტკიცებიდან გასულია 13 წელი, რის გამოც 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება.
8. ძუძუთი კვების ეკონომიკური შეფასება - სისტემური მიმოხილვები
9. UNICEF-ის ფარგლებში შემუშავებული „0-6 წლის ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის“ ელექტრონული მოდული“

⁶ საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2021-2023 წლების სამოქმედო გეგმა

1. საქართველოში 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევის (MICS) მოკლე მიმოხილვა

საქართველოში 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევა (MICS) თანახმად, ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში კვების პრობლემები დაფიქსირდა, **კერძოდ მხოლოდ ექვს თვემდე ჩვილების 20.4% იკვებება ექსკლუზიურად ძუძუთი, ეს მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია, ვიდრე გლობალური მაჩვენებელი, რომელიც საშუალოდ 43%-ია.** ახალშობილთა 33%-ს ძუძუ პირველად მისცეს დაბადებიდან ერთი საათის განმავლობაში.

მიქსი საქართველო 2018 მოიცავს ინფორმაციას დედასთან კანით-კანთან კონტაქტის შესახებ, რომელიც ახალშობილთა მოვლის აუცილებელი კომპონენტია და ხელს უწყობს ჩვილის სტაბილურობასა და ჰიპოთერმიის პრევენციას.

კვლევის თანახმად, ახალშობილთა მხოლოდ 30% ჰქონდათ კანით-კანთან კონტაქტი დედასთან დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში.

0-23 თვის ასაკის ბავშვების 66.3% გასული დღე-ღამის განმავლობაში გამოკვებეს საწოვარიანი ბოთლით ასევე კვლევაში დაფიქსირდა დამატებითი კვების არასწორი პრაქტიკა, 6-23 თვის ასაკის ბავშვების 27% დებულობდა მინიმალური კვების რაციონის მრავალფეროვნებას და საკვებს მინიმალური სიხშირით.

6-23 თვის ასაკის ბავშვების ნახევარი საკვები პროდუქტების რეკომენდებული 8 ჯგუფიდან დებულობს 5 ჯგუფს. მინიმალური კვების რაციონის მრავალფეროვნება უფრო მაღალია ქალაქად ვიდრე სოფლად, შესაბამისად 53% და 45%-ს შეადგენს.

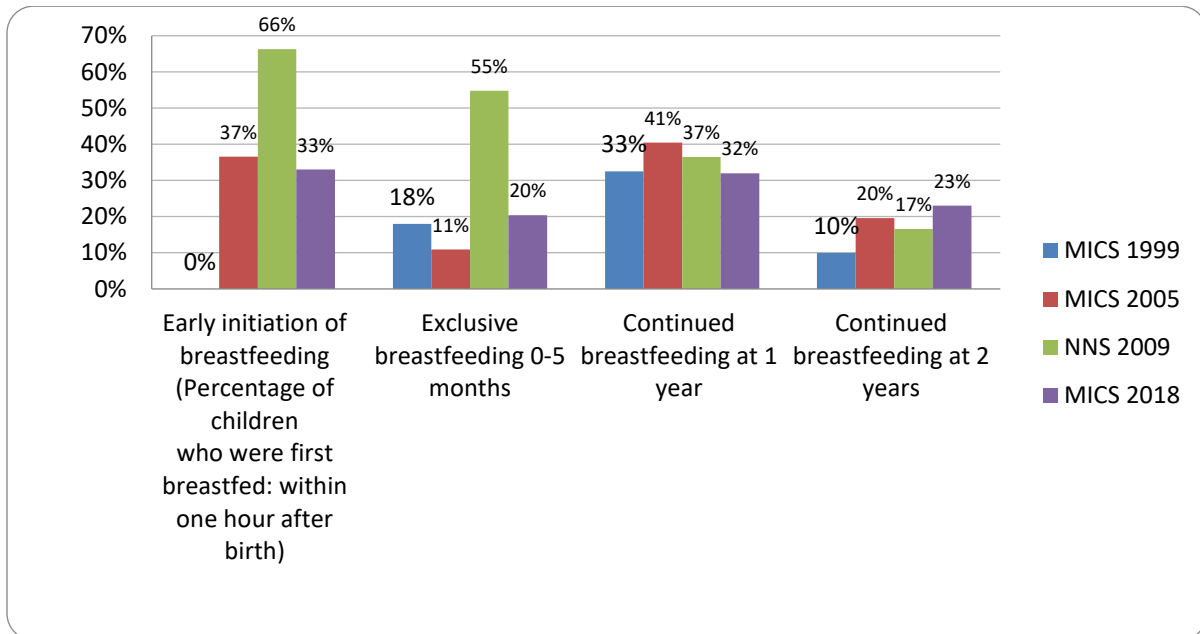
12 - 15 თვის ასაკის ბავშვების 32% აგრძელებდა ძუძუთი კვებას 1 წლამდე, ხოლო 20-23 თვის ასაკის ბავშვების 23% აგრძელებდა ძუძუთი კვებას 2 წლამდე.

ასევე, დაფიქსირდა მიკროელემენტების დეფიციტი, განსაკუთრებით რკინადეფიციტური ანემია ბავშვებში და ორსულებში, რაც აჩვენებს, რომ რკინის დეფიციტი მნიშვნელოვნად მაღალია ბავშვებში და ორსულ ქალებში; და ფოლიუმის დეფიციტი მაღალია ორსულ ქალებში. საქართველოს სხვადასხვა რაიონში დაფიქსირდა გარკვეული სხვაობა ძუძუთი კვებაში, კერძოდ ზოგიერთ რაიონში უკეთესი ძუძუთი კვების პრაქტიკაა. მაგალითად, საშუალოდ, საქართველოში 10 თვემდე აწოვებენ ძუძუს, ხოლო სამეგრელო-ზემო სვანეთში კი, 16 თვემდე იზრდება ძუძუთი კვების პრაქტიკა.

მიქსი-საქართველო, 2018 კვლევის მონაცემების შესაბამისად, გამოკითხულებმა ხაზი გაუსვეს ძუძუთი კვების საკითხებს და ახალშობილებში ფორმულით კვების მაღალ გავრცელებას. საქართველოში ძუძუთი კვების დაბალი მაჩვენებელი აიხსნება, რამდენიმე ფაქტორით, მათ შორის, საკუისრო კვების მაღალ მაჩვენებელით (47% MICS, 2018), ანტენატალურ დონზე როგორც არ ხდება ორსულების სათანადო მომზადება და ინფორმირება ძუძუთი კვების საკითხებზე,

ადამიანური რესურსების ნაკლებობა, ვისაც აქვს პრაქტიკული უნარ-ჩვევები ძუძუთი კვების სწავლების შესახებ და ფორმულას აქტიური მარკეტინგი.⁷

ცხრილი 1- ძუძუთი კვების პრაქტიკა 0-დან 1 წლამდე ბავშვებში



წყარო: მიქსი საქართველო 2018

2. 2017 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებული იქნა #459 დადგენილება „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია“ და მისი განხორციელების განახლებული 2021-2023წწ სამოქმედო გეგმა. რომლის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური ინტერვენციების შენარჩუნება და გაფართოება დედათა და ახალშობილთა გადარჩენის და მათი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფისთვის⁸.

აქტივობა 1.4-ში მითითებულია - პჯდ მუშაკების როლის გაძლიერება პრევენციული, ანტენატალური, სამშობიაროდ მომზადების, მშობიარობის - შემდგომი მოვლის, ძუძუთი კვების სარგებლის და ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების მიმართულებით, ასევე, 3.2 - დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი კვების პრაქტიკა;

⁷ საქართველოს მთავრობა, სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრი და გაეროს ბავშვთა ფონდი. „მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევა (MICS) „ 2018

⁸ საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების 2021-2023 წლების სამოქმედო გეგმა

თუმცა ყურადღება გამახვილებულია მხოლოდ 2 ინდიკატორზე:

- იმ ახალშობილთა პროცენტული წილი, რომლებმაც დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში განხორციელეს პირველი მოჭიდება. **საბაზისო:** არა **სამიზნე:** $\geq 80\%$
- სამშობიაროდ გაწერისას ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილების პროცენტული მაჩვენებელი. **საბაზისო:** **88.8%** **სამიზნე:** $\geq 80\%$

რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება ჩვილ და ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის შესაფასებელ ჯანმოს/საერთაშორისო ინდიკატორებისგან.

3. NCDC-ის სტატისტიკური ცნობარი

(<https://www.ncdc.ge/#/pages/file/fad4aa1f-2eab-4792-bf4d-5792f58c1782>)

NCDC-ის სტატისტიკურ ცნობარში ძუძუთი კვების ინდიკატორებთან დაკავშირებით არის ინფორმაცია მხოლოდ სამშობიარო სახლების მონაცემები წყაროს გარეშე

ცხრილი 6.12 ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილთა რაოდენობა (სამშობიარო სახლების მონაცემები), რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება ჩვილ და ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის შესაფასებელ ჯანმოს/საერთაშორისო ინდიკატორებისგან.

4. ჩვილ და ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის შესაფასებელი ინდიკატორები (WHO/UNICEF)¹

N	ინდიკატორი	ასაკობრივი ჯგუფი	აღწერა
1	ოღესმე ძუძუთი კვება	ბოლო 24 თვეში დაბადებული ბავშვები	ბოლო 24 თვეში დაბადებულ ბავშვთა %, რომლებიც ოღესმე იკვებებოდნენ ძუძუთი
2	ძუძუთი კვების ადრეული ინიცირება	ბოლო 24 თვეში დაბადებული ბავშვები	ბოლო 24 თვეში დაბადებულ ბავშვთა %, რომელთა ძუძუთი კვება განხორციელდა დაბადებიდან 1 საათის განმავლობაში
3	ექსკლუზიური ძუძუთი კვება დაბადებიდან პირველ ორ დღეში	ბოლო 24 თვეში დაბადებული ბავშვები	ბოლო 24 თვეში დაბადებულ ბავშვთა %, რომლებიც იკვებებოდნენ ექსკლუზიურად ძუძუთი დაბადებიდან პირველი ორი დღის განმავლობაში
4	ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვემდე	0-5 თვის ჩვილები	0-5 თვის ჩვილთა %, რომელთა კვება წინა დღეს განხორციელდა ექსკლუზიურად ძუძუთი
5	შერეული კვება კვება 6 თვემდე	0-5 თვის ჩვილები	0-5 თვის ჩვილთა %, რომელთა კვება წინა დღეს განხორციელდა შერეულად, დედის რძეზე ფორმულის ან ცხოველური რძის დამატებით
6	ძუძუთი კვების განანაგრძლივება 12-23 თვის განმავლობაში	12-23 თვის ბავშვები	12-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღეს საკვებად მიიღეს დედის რძე

7	მყარი, ნახევრადმყარი ან რბილი საკვების დამატება 6-8 თვის ასაკში	6-8 თვის ბავშვები	6-8 თვის ასაკის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღეს საკვებად მიიღეს მყარიმ ნახევრადმყარი ან რბილი საკვები
8	საკვების მინიმალური მრავალფეროვნება 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღეს მიეცათ 8 განსაზღვრული ჯგუფიდან სულ მცირე, 5 ჯგუფის საკვები ან სასმელი
9	კვების მინიმალური სიხშირე 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც მიეცათ მყარი, ნახევრადმყარი ან რბილი საკვები (აგრეთვე რძის შემცველი ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში) მინიმალური რეკომენდებული ან მეტი სიხშირით წინა დღის განმავლობაში
10	რძის შემცველის მინიმალური სიხშირე 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	ხელოვნურ კვებაზე მყოფი 6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღის მანძილზე მიეცათ რძის შემცველის სულ მცირე, 2 ულუფა
11	მინიმალური მისაღები კვების რაციონი 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღის განმავლობაში მიეცათ საკვების მინიმალური მისაღები რაციონი
12	კვერცხის და/ან ხორცის მიღება 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთა კვება წინა დღეს განხორციელდა კვერცხით და/ან ხორცით
13	ტკბილი სასმელების მიღება 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღეს მიიღეს ტკბილი სასმელი
14	არაჯანსაღი საკვების მოხმარება 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც მიიღეს შერჩეული არაჯანსაღი საკვები პროდუქტები წინა დღის განმავლობაში
15	ბოსტნეულის და ხილის მიღების არარსებობა 6-23 თვის ასაკში	6-23 თვის ბავშვები	6-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც არ მიუღიათ ხილი ან ბოსტნეული წინა დღის განმავლობაში
16	ბოთლით კვება 0-23 თვის ასაკში	0-23 თვის ბავშვები	0-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღის განმავლობაში საკვები მიეცათ საწოვარიანი ბოთლით
17	ჩვილთა კვების პრაქტიკის გრაფიკები	0-5 თვის ბავშვები	0-5 თვის ბავშვთა %, რომელთაც წინა დღის განმავლობაში მიეცათ ექსკლუზიურად დედის რძე, დედის რძე და მხოლოდ წყლის დამატება, დედის რძე და სხვა სითხეების დამატება, დედის რძე და ფორმულის/ცხოველური რძის დამატება, დედის რძე და დამატებითი საკვები ან საერთოდ არ მიუღიათ დედის რძე წინა დღის განმავლობაში

¹ Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

5-7. არსებული გაიდლაინების მიმოხილვა და განახლებული საერთაშორისო რეკომენდაციები

ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში - კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი და პროტოკოლი, დამტკიცებული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის 152/ო ბრძანებით - განკუთვნილია სამშობიარო დაწესებულებების პერსონალისთვის: მეან-გინეკოლოგი, ნეონატოლოგი, მედლა, ბებიიქალი.

2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და პროტოკოლი, დამტკიცებული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის 153/ო ბრძანებით - გაიდლაინში არ არის მითითებული, ვისთვის არის განკუთვნილი და აგრეთვე, სამიზნე ჯგუფი, თუმცა, გაიდლაინის შინაარსიდან გამომდინარე, მისი გამოყენება შესაძლებელია ჯანდაცვის როგორც პირველად, ისე მორეულ დონეზე მომუშავე სამედიცინო პერსონალის მიერ.

ამ გაიდლაინების დამტკიცებიდან გასულია 13 წელი. ამ დროის განმავლობაში დაგროვდა ახალი მტკიცებულებები და რეკომენდაციები ბავშვთა კვებასთან დაკავშირებით, რის გამოც წარმოიქმნა ამ გაიდლაინების განახლების აუცილებლობა.

2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. მოძიებული 500-მდე სტატიიდან და დოკუმენტიდან შეირჩა ოცდაათამდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებულებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკაში, ავსტრალიაში შემუშავებული გაიდლაინები, კლინიკური მიმოხილვები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიული დოკუმენტები, uptodate-ს შესაბამისი რეკომენდაციები). ჩატარდა მოძიებული ლიტერატურის კრიტიკული შეფასება, ადგილობრივ კონტექსტთან მათი შესაბამისობის განხილვა და მოხდა გაიდლაინისთვის მაქსიმალურად რელევანტური ლიტერატურულ წყაროებზე შეჯერება.

განახლებული საერთაშორისო რეკომენდაციები

2009 წლის გაიდლაინის რეკომენდაციები	განახლებული საერთაშორისო რეკომენდაციები
შედარებით ნაკლები ინსოლაციის პირობებში, რაქიტის პრევენციის მიზნით, მიზანშეწონილია 6 თვის ასაკამდე D ვიტამინის მედიკამენტური ფორმის საპროფილაქტიკო დოზის (200-400 სე) გამოყენება	D ვიტამინი —D ვიტამინი უნდა დაემატოს ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილებს და აგრეთვე, ხელოვნურ ან შერეულ კვებაზე მყოფ ბავშვებს, რომლებიც არ ღებულობენ D-ვიტამინით გამდიდრებული რძის დღიურ ნორმას (რეკომენდაციის ხარისხი B). ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებაზე მყოფ ყველა ჩვილს მიეცით D ვიტამინი:

	<ul style="list-style-type: none"> - 10 მკგ (400 საერთაშორისო ერთეული) დღეში, სიცოცხლის პირველი დღეებიდან. - გააგრძელეთ დამატება მანამ, სანამ ჩვილი არ მოიხმარს დღეში 1 ლიტრ D-ვიტამინით გამდიდრებულ ფორმულას ან ძროხის რძეს. <p>თუ ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილს არ ეძლევა D ვიტამინი, ალტერნატივაა მეძუძური დედის მიერ D ვიტამინის 100-160 მკგ (4000-6400 საერთაშორისო ერთეულის) მიღება დღეში. (რეკომენდაციის ხარისხი B).</p>
<p>რკინის დეფიციტი ჩვილს შესაძლებელია გამოუვლინდეს წლამდე ასაკში. პირველი თვეების განმავლობაში ბავშვი მოიხმარს ორსულობის ბოლო პერიოდში მის ორგანიზმში დეპონირებული რკინის მარაგს. ჩვეულებრივ, აღნიშნული მარაგის უტილიზაცია ხდება 4-6 თვის, ხოლო პათოლოგიური ორსულობის და დენაკულობის შემთხვევაში 2-3 თვის ასაკისთვის, რაც განაპირობებს ე.წ. ფიზიოლოგიური ანემიის განვითარებას. თუ რკინადეფიციტური მდგომარეობა გამოიხატება 6 თვემდე, მისი კორექცია რეკომენდებულია რკინის პრეპარატებით და არა საკვები დანამატებით.</p> <p>6</p> <p>თვის შემდეგ მიზანშეწონილია რაციონში რკინით მდიდარი პროდუქტების გამოყენება</p>	<p>რკინა - ვეგეტარიანულ დიეტაზე მყოფი დედის ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილს მიეცით რკინის დანამატი 1 მგ/კგ/დღეში მანამ სანამ 4-დან 6 თვემდე ასაკში საკვებში დაამატებთ რკინით მდიდარ პიურებს. (რეკომენდაციის ხარისხი B).</p> <ul style="list-style-type: none"> - თუ შრატში ფერიტინის დონე დაბალია (რაც რკინის დეფიციტზე მიუთითებს), დაამატეთ რკინის დანამატი (ელემენტური რკინა 2-3 მგ/კგ/დღეში); - დაბადებისას მცირე წონის ან დენაკლი ბავშვები — დენაკლი ბავშვის რკინის მარაგები ხშირად იფიტება 2-3 თვის ასაკისთვის. მათ აუცილებლად ესაჭიროებათ სულ მცირე დღეში 2 მგ/კგ რკინის მიღება სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში. <p>დედის რძის შემცველზე მყოფი ჩვილები — ჩვილებს, რომლებიც იკვებებიან რკინით გამდიდრებული დედის რძის შემცველით (12მგ ელემენტური რკინა 1 ლიტრზე), არ ესაჭიროებათ რკინის დამატება. (რეკომენდაციის ხარისხი B).</p>
<p>დამატებით საკვებად მრავალფეროვანი, ახალად მომზადებული ნახევრადმყარი საკვების გამოყენება. მნიშვნელოვანია კვების რაციონში რკინის და A ვიტამინის შემცველი საკვების დამატება.</p>	<p>ცხიმში ხსნადი ვიტამინების (A, D, E, და K ვიტამინის) დამატება გასათვალისწინებელია იმ ჩვილებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ღვიძლის ქოლესტაზური დაავადება ან ცხიმის მალაბსორბცია (რეკომენდაციის ხარისხი B).</p>
<p>დამატებითი საკვების სახით ხორცის გამოყენების ვადა მითითებულია 7 თვე</p>	<p>ამერიკის პედიატრიული აკადემიის ნუტრიციოლოგიის კომიტეტი რეკომენდაციას იძლევა პირველად ბავშვს გაასინჯონ მარცვლეულის ფაფა და ხორცის პიურე, რადგანაც ეს საკვები წარმოადგენს რკინის და თუთიის წყაროს, რომელთა</p>

	დეფიციტიც უხშირესად ვითარდება 6 თვის შემდეგ ასაკში
მარცვლეულის ფაფის დამატება იწყება უგლუტენო მარცვლეულით (წიწბურა, ბრინჯი, სიმინდი);	გლუტენის დამატება ბავშვის საკვებზე შესაძლებელია დამატებითი კვების დაწყებისას, ნებისმიერ დროს 4-დან 12 თვემდე პერიოდში. დაკვირვებითი კვლევების საფუძველზე რეკომენდებულია გლუტენის ჭარბი რაოდენობის მიღების მორიდება მისი დამტებიდან პირველი კვირების განმავლობაში და ჩვილობის პერიოდში. თუმცა, მისი ოპტიმალური რაოდენობა დადგენილი არ არის.
საერთოდ არ არის	ჩვილებს, რომელთაც აღენიშნებათ არაქისის მიმართ ალერგიის მაღალი რისკი (მაგალითად, მძიმე ეგზემის, კვრცხის მიმართ ალერგიის ან ორივეს ერთდროული არსებობის შემთხვევაში), არაქისის დამატება უნდა მიეცეთ 4-დან 11 თვემდე პერიოდში, რაც უნდა განხორციელდეს სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პროფესიონალის მეთვალყურეობითა და შემდგომი შეფასებით. (მტკიცებულების ხარისხი C)
წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხური 2009	განახლებული რეკომენდაციები, წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურთან დაკავშირებით, მოიცავს მართვის კრიტიკულ პროცედურებს (მ.შ. სამშობიარო სახლების პოლიტიკას და კლინიკური პრაქტიკის საკვანძო საკითხებს)

8. ძუძუთი კვების ეკონომიკური შეფასება და სისტემური მიმოხილვები

ძუძუთი კვება აუცილებელია როგორც დედების ჯანმრთელობისთვის, ასევე, ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და განვითარებისთვის, მაგრამ იშვიათად განიხილება როგორც ეკონომიკური საკითხი და რჩება ეკონომიკურად უხილავი.

დედებისა და მათი ჩვილების კეთილდღეობის გაუმჯობესების გარდა, ძუძუთი კვება დადებითად მოქმედებს მთლიან საზოგადოებაზე და, შესაბამისად, უკეთესად უნდა იყოს განსაზღვრული სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე. ამრიგად, სტრატეგიები, რომლებიც მიმართულია ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მაჩვენებლების გაზრდაზე, სავარაუდოდ, ხელს შეუწყობს ქვეყნის ჯანმრთელობის ეროვნული სისტემის ფისკალური ტვირთის შემცირებას. უფრო მეტიც, ამ პოტენციური სარგებლის სიდიდე ვარაუდობს, რომ ასეთი პოლიტიკა, სავარაუდოდ, სოციალურად ეფექტური იქნება.

ძუძუთი კვების დანერგვით გამოწვეული დანაზოგი, რომლითაც ისარგებლებდა სხვადასხვა ქვეყნების (აშშ-ში, იტალიაში, ავსტრალიაში, ნიდერლანდებსა და დიდ ბრიტანეთში, ესპანეთი და სხვ.) ჯანდაცვის ეროვნული სისტემება, ძუძუთი კვების მაჩვენებელი უფრო მაღალი რომ ყოფილიყო, როგორც სამშობიაროდან გაწერის მომენტიდან, ასევე მშობიარობის შემდგომ 6

თვის შემდეგ. აღნიშნულ ქვეყნებში ჩატარებულია მსგავსი მეთოდოლოგიით განხორციელებული კვლევები, შეფასდა ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მაჩვენებლების გაზრდის უპირატესობები ექსკლუზიურად ძუძუთი კვების ჩვილებში გავრცელებული პათოლოგიების დაბალი სიხშირის საფუძველზე. აღნიშნული კვლევების დროს მოპოვებული მაღალი სარწმუნოების დონის მტკიცებულებები მიუთითებენ, რომ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებში უფრო დაბალია შუა ოტიტის, გასტროენტერიტის, რესპირატორული ინფექციების და ნეკროზული ენტეროკოლიტის გავრცელება. ასევე, განისაზღვრა ამ დაავადებების სავარაუდო ფულადი ღირებულება მათი გავრცელების შერწყმით მონაცემებთან მათი ეკონომიკური ხარჯების შესახებ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებისთვის.

ჯანმრთელობის რისკები ძუძუთი კვებისაგან თავის შეკავების საგრძნობლად დიდია, როგორც ბავშვისათვის ასე დედისათვის. დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება, როდესაც ახალშობილი ძუძუთი კვებაზეა. ჯანდაცვის მართვის ინსტიტუციების რესურსები ყოველთვის შეზღუდულია და ის დანახარჯები, რომელსაც ისინი გასწევნ დედების სამოტივაციოდ, თითქმის ყოველთვის, ხარჯთ-უფექტურია სისტემისათვის, თუკი მიღწეული იქნება ძუძუთი კვების მაღალი მაჩვენებელი.

განვითარებულ ქვეყნებში (მაგალითად დიდი ბრიტანეთში) თანასწორთა განათლების სამოტივაციო სისტემების აქტიური მუშაობის შედეგად, სახეზეა ნაციონალური ჯანმრთელობის სისტემის დანაზოგი ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის შემცირებით.

ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვები უფრო ჯანმრთელები არიან, დედებს აქვთ ნაკლები რისკი მკერდის სიმსივნის განვითარების და ნაკლებია ფორმულის შესყიდვაზე გაწეული დანახარჯი.

ძუძუთი კვების მნიშვნელობა დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში აღიარებულია, მაგრამ ნაკლებად კონსენსუსი არსებობს მის მნიშვნელობაზე მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 6 თვემდე ასაკის ბავშვების მხოლოდ 37% იკვებება ექსკლუზიურად ძუძუთი. მცირე გამოჩვენების გარდა, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა უფრო მოკლეა, ვიდრე რესურსებით ღარიბ ქვეყნებში. ბოლო ათწლეულის ბოლო ეპიდემიოლოგიური და ბიოლოგიური აღმოჩენები აფართოებს ძუძუთი კვების ცნობილ სარგებელს ქალებისა და ბავშვებისთვის, მდიდრები თუ ღარიბები არიან ისინი.

აღნიშნული ეკონომიკური შეფასება და სისტემური მიმოხილვები, ეფუძნება ლანცეტში გამოქვეყნებულ ძუძუთი კვების სერიებს. ის ხაზს უსვამს იმას, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ძუძუთი კვება ყველა ქალისა და ბავშვისთვის, მიუხედავად იმისა, თუ სად ცხოვრობენ ისინი და მიუხედავად იმისა, მდიდარი თუ ღარიბი.

სათანადო ძუძუთი კვების პრაქტიკა ხელს უშლის ბავშვთა ავადობას დიარეის, რესპირატორული ინფექციების და შუა ოტიტის გამო. სადაც ინფექციური დაავადებები სიკვდილის ხშირი მიზეზია, ძუძუთი კვება უზრუნველყოფს ძირითად დაცვას, მაგრამ მაღალი შემოსავლის მქონე პოპულაციებშიც კი ამცირებს სიკვდილიანობას ისეთი მიზეზების გამო, როგორცაა ნეკროზული ენტეროკოლიტი და უეცარი სიკვდილის სინდრომი ჩვილებში.

არსებული მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ ძუძუთი კვება აძლიერებს ადამიანურ კაპიტალს ინტელექტის გაზრდის გზით.

ძუძუთი კვება ასევე ეხმარება მეძუძურ ქალებს ძუძუს კიბოს პროფილაქტიკით.

გარდა ამისა, ჩვენი მიმოხილვა ვარაუდობს სავარაუდო ეფექტებს ჭარბ წონასა და დიაბეტზე ძუძუთი კვებაზე და საკვრცხის კიბოსა და დიაბეტზე დედებში.

ჩვენ მიერ აღმოჩენილი ძუძუთი კვების ერთადერთი მავნე შედეგი იყო კბილის კარიესის ზრდა ბავშვებში ძუძუთი კვებაზე 12 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში; ძუძუთი კვების მრავალი სარგებლის გათვალისწინებით, ამ დაკვირვებამ არ უნდა გამოიწვიოს ძუძუთი კვების შეწყვეტა, არამედ პირის ღრუს ჰიგიენის გაუმჯობესება.

აღნიშნული სისტემატური მიმოხილვების დასკვნები შემოიფარგლება უმეტესი ნაწილის დაკვირვებით ხელმისაწვდომი მონაცემებით ძუძუთი კვებაზე და მეტაანალიზების შეზღუდვით. ექსპერიმენტული მონაცემები მწირია, რადგან ძუძუთი კვების ხელშეწყობის აქტივობები უნდა იყოს უადრესად ეფექტური კვების რეჟიმის შესაცვლელად ისე, რომ გამოიწვიოს გაზომვადი გავლენა მოკლე და გრძელვადიან შედეგებზე.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext) - the Lancet Breastfeeding Series Group

როგორც ქალთა სიცოცხლის გადარჩენის პოტენციალის მაგალითი, გაიზომა, რომ ძუძუთი კვების ამჟამინდელი მაჩვენებლები ხელს უშლის ძუძუს კიბოს თითქმის 20,000 სიკვდილს ყოველწლიურად, ხოლო კიდევ 20,000-ის პრევენცია შესაძლებელია მისი სრული გავლენის მისაღწევად, ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს ორ წლამდე.

ინფექციური დაავადებებისგან დაცვა სიკვდილიანობისა და ავადობისგან ვრცელდება სიცოცხლის მეორე წელს; მაგალითად, ძუძუთი კვება ხელს უშლის 6-23 თვის ასაკის ბავშვებში ინფექციით გამოწვეული სიკვდილიანობის ნახევარს.

ძუძუთი კვება ამცირებს ბავშვთა გავრცელებულ დაავადებას მთელ მსოფლიოში, რაც ასევე, ვრცელდება ორ წლამდე და შესაძლოა მეტიც.

ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კვლევებმა აჩვენა, რომ ძუძუთი კვების უფრო გრძელი ხანგრძლივობა ასოცირდება დაბალ რისკთან, ისევე როგორც IQ-ს კვლევები, რომლებიც აჩვენებს დოზა-პასუხის მკაფიო კავშირს ხანგრძლივობასთან.

სარძევე ჯირკვლის კიბო მცირდება ძუძუთი კვების სიცოცხლის ხანგრძლივობით ქალებში, 6%-ით შემცირებით ყოველი 12 თვის განმავლობაში.

ეთნოგრაფიული კვლევა აჩვენებს, რომ მთლიანი ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა მერყეობს ორს შორის და ოთხი წელი უმეტეს ტრადიციულ საზოგადოებებში;

აღნიშნული მიმოხილვა მხარს უჭერს მიმდინარე საერთაშორისო რეკომენდაციებს ძუძუთი კვების ხანგრძლივობის შესახებ, როგორც მდიდარ, ისე ღარიბ ქვეყნებში.

შემაჯამებელი ინფორმაცია ძირითადი შეტყობინებების შესახებ

- ❑ ბავშვებს, რომლებსაც ძუძუთი კვებავენ, აქვთ დაბალი ინფექციური ავადობა და სიკვდილიანობა, ნაკლები დენტალური მალოკლუზიები და გაზრდილი ინტელექტი, რომელიც გრძელდება სიცოცხლის ბოლომდე. ასევე იზრდება მტკიცებულება, რომ ძუძუთი კვება იცავს ჭარბი წონისა და დიაბეტისგან.
- ❑ ძუძუთი კვება ასევე მოაქვს სარგებელს ქალებისთვის, მათ შორის სარძევე ჯირკვლის კიბოს პროფილაქტიკისა და მშობიარობის მანძილის პრევენციას, ასევე დიაბეტის და საკვერცხის კიბოს სავარაუდო შემცირებას.
- ❑ მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა უფრო მოკლეა, ვიდრე დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, მაგრამ ამ უკანასკნელშიც კი ექვს თვემდე ჩვილების მხოლოდ 37% იკვებება ექსკლუზიურად ძუძუთი.
- ❑ შეფასებულია, რომ ძუძუთი კვების გაზრდა ხელს უშლის წელიწადში 823,000 ბავშვის სიკვდილს და 20,000 ძუძუს კიბოს სიკვდილს.

- ☒ თანამედროვე ბიოლოგია ავლენს ახალ მექანიზმებს, რომლებიც ახასიათებს დედის რძეს, როგორც ჩვილების საბოლოო პერსონალიზებულ წამალს.
- ☒ ძუძუთი კვების ხელშეწყობა მნიშვნელოვანია მდიდარ და ღარიბ ქვეყნებში და შესაძლოა ხელი შეუწყოს მომავალი მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევას.

ინფორმაცია ძუძუთი კვების და ბავშვში ან დედაში არსებულ შედეგებს შორის ასოციაციების შესახებ, მოპოვებული იქნა 28 სისტემატური მიმოხილვისა და მეტაანალიზის შედეგად, რომელთაგან 22 შედგენილი იყო ამ სტატიისთვის.

განხილული იყო შემდეგი პირობები მცირეწლოვანი ბავშვებისთვის: ბავშვთა სიკვდილიანობა; დიარეის შემთხვევები და ჰოსპიტალიზაცია; ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციების სიხშირე, გავრცელება და ჰოსპიტალიზაცია; შუა ყურის მწვავე ანთება; ეგზემა; საკვების ალერგია; ალერგიული რინიტი; ასთმა ან ხიხინი; ჩვილის ზრდა (სიგრძე, წონა და BMI ან წონა/სიგრძე); კარიესი და მალოკლუზია.

უფრო მაღალი ასაკის ბავშვებს, მოზარდებსა და მოზრდილებს შორის ჩატარდა სისტემატური მიმოხილვები სისტოლურ და დიასტოლურ არტერიულ წნევაზე; ჭარბი წონა და სიმსუქნე; მთლიანი ქოლესტერინი; ტიპი 2 დიაბეტი და ინტელექტი.

დედებისთვის სისტემატური მიმოხილვები მოიცავდა შემდეგ შედეგებს: ლაქტაციური ამენორეა; მკერდისა და საკვრცხეების კიბო; ტიპი 2 დიაბეტი; მშობიარობის შემდგომი წონის ცვლილება და ოსტეოპოროზი.

გარდა სიკვდილიანობის დაბალი მაჩვენებლებისა და სხვა დაავადებების პრევალენტობისა, და გარდა ოთხი გავრცელებული/გაანალიზებული დაავადებებისა, არსებობს მტკიცე მოსაზრება, რომ ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემას შეუძლია ისარგებლოს ძალიან მნიშვნელოვანი ეკონომიკური დანახოგებით, თუ ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მაჩვენებლები გაიზრდება. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ემპირიული მტკიცებულებები ვარაუდობენ, რომ ძუძუთი კვების მაჩვენებლების გაზრდის ინიციატივები შეიძლება განხორციელდეს დაბალ ფასად, რაც განდის მათ ხარჯთ-ეფექტურს სოციალური და ეკონომიკური თვალსაზრისით.

სხვადასხვა ქვეყნების შეფასებები შეიძლება გამოყენებულ იქნას ხარჯების ეფექტურობის ანალიზში, რათა განისაზღვროს იმ პოლიტიკის სოციალური ღირებულება, რომელიც პირდაპირ ან ირიბად გავლენას ახდენს ძუძუთი კვების მაჩვენებლებზე, როგორცაა ისეთები, რომლებიც შექმნილია ქალების ნახევარ განაკვეთზე დასაქმების ხელმისაწვდომობის, ოჯახურ შეღავათებზე სახელმწიფო დანახარჯებზე ან ბავშვის პროცენტზე. თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ძუძუთი კვების რეჟიმი ძალიან რთულია სოციალურად და ცვლილებების შექმნა რთული პრობლემაა. ამ მიზეზით, და თუ გავითვალისწინებთ ჯანმო-ს მიერ დასაზუსტი მიზნების მიღწევას მოკლევადიანი ცვლილებებისთვის, აღნიშნულ კვლევებში წარმოდგენილია პოტენციური დანახოგი პროცენტული პუნქტის ზრდაზე ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მოცვის გაზრდის შესაბამისად.

აღნიშნულ ბმულზე იხილეთ მეტაანალიზის დეტალური შედეგები, ძუძუთი კვების ასოციაციას დედასა და ბავშვთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის გამოსავლებზე:

Table 1. Results of meta-analyses on the associations between BF and outcomes in the child and mother
 - [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)

9. UNICEF-ის ფარგლებში შემუშავებული „0-6 წლის ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის“ ელექტრონული მოდული

UNICEF-ის ფარგლებში შემუშავებული „0-6 წლის ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის“ ელექტრონული მოდულის“ დეტალური განხილვისას ვლინდება, რომ ყველა ინდიკატორი, დაკავშირებული ახლამობილთა/ბავშვთა კვებასთან გადასახედია და შესაცვლელია.

მიმდინარეობს მუშაობა ჯანდაცვის მთავრობასთან, ექსპერტებთან, ასოციაციასთან და პორტალის ტექნიკურ ჯგუფთან ერთად, აღნიშნულ საკითხებზე.

შეხვედრების და ხანგრძლივი დისკუსიის შედეგად შემუშავდა ორ წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების ხარისხის შესაფასებელი ინდიკატორები პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის, რომელიც ინტეგრირებული იქნება „0-6 წლის ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის“ ელექტრონული მოდულში. აღნიშნული ინდიკატორები სრულ თანხვედრაშია ჯანმო-ს და უნისეფის ინდიკატორებთან და ადაპტირებულია არსებული რეალობის გათვალისწინებით.

II. ჩადრმავებული ინტერვიუ/მონაცემთა შეგროვება/ანალიზი - წინასწარ შემუშავებული კითხვარის შესაბამისად, სერვისის მომხმარებლებთან/ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონის წარმომადგენლებთან, მ.შ.:

- a) პოლიტიკის/მმართველობითი ორგანოების პასუხისმგებელ პირებთან
- b) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლებთან
- c) აღნიშნულ სფეროში მომუშავე ასოციაციების ხელმძღვანელებთან
- d) სამშობიარო სახლების პერსონალთან
- e) პირველადი ჯანდაცვაში 0-3წწ ბავშვთა განვითარებაზე ზედამხედველობის პროგრამებში მონაწილე პერსონალთან - ოჯახის ექიმი/პედიატრი/ექთან
- f) ჩვილ ბავშვთა დედებთან

გაიდლაინის შემუშავების პროცესში, სიტუაციის უკეთ შესწავლის მიზნით ჩატარდა 18 ჩადრმავებული ინტერვიუ ჯანდაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლებთან, ასოციაციების ხელმძღვანელებთან და დარგის პროფესიონალებთან ინტერვიუს გაიდის მიხედვით (იხილეთ დანართის სახით: ინტერვიუს გაიდი და მონაწილეთა სია).

ასევე გამოიკითხა 62 დედა, რომელთაც ჰყავთ (0-2 წლამდე) ახალშობილი და გეგმიურად (მაისი-ივნისის პერიოდში) მიაკითხეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს. ინტერვიუ მიმდინარეობდა წინასწარ გაწერილი კითხვარის მიხედვით (იხილეთ დანართი #6)

a) ინტერვიუ პოლიტიკის/მმართველობითი ორგანოების პასუხისმგებელ პირებთან:

საინტერესო ფაქტები გამოვლინდა ჩადრმავებული ინტერვიუების დროს, კერძოდ გადაწყვეტილების მიმღები პირები ასახელებენ, რომ ბავშვთა კვება და ნორმალური ზრდა-განვითარება სახელმწიფოს პრიორიტეტია, ამას ადასტურებს 2021 წელს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის განახლებული სამოქმედო გეგმა, სადაც კონკრეტული ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლებია შემუშავებული. სამოქმედო გეგმის თანახმად, 2023 წლისათვის დაგეგმილია აღრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშეწყობა, დახმარება და დაცვა, მათ შორის ძუძუთი კვების ხელშეწყობის შესახებ საქართველოს კანონის გადახედვა, კანონქვემდებარე ნორმატიული ბაზის შექმნა, აღსრულების მექანიზმების შემუშავება და განხორციელება. როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები აცხადებენ დღეს კანონის აღსრულება დიდი პრობლემაა. უფრო მეტიც პრაქტიკაში ვხედავთ, საწოვარების და ფორმულას აქტიურ რეკლამას და კამპანიას. შესაბამისად მნიშვნელოვნია საკანონმდებლო ნაწილის მოწესრიგება და შემდეგ მის მონიტორინგზე აქტიური ზრუნვა. ასევე ჯანდაცვის სამინისტროში აცხადებენ, რომ მნიშვნელოვნი და აუცილებელია დედების განათლება ბავშვთა კვების მიმართულებით.

სამოქმედო გეგმის თანახმად დაგეგმილია დედათა და ახალშობილთა ბინაზე სამედიცინო მომსახურების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, სადაც მნიშვნელოვანი როლი

უჭირავს ძუძუთი კვების საკითხებს. ეს ხელს შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის როლის გაზრდას დედათა და ახალშობილთა მოვლის საკითხებში, რაც თავიდან აგვაცილებს ზედმეტ ხარჯებს და ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების მიმართულებით წინაგადადგნულია ნაბიჯია, განსაკუთრებით სოფლად.

ჯანდაცვის სამინისტროში ამ ეტაპზე არ არის სტრუქტურული ერთეული, სამართველოს ან დეპარტამენტის სახით, რომელიც მუშაობს დედათა და ბავშვთა საკითხებზე. სამინისტროში ფუნქციონირებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო, რომელსაც ჰყავს თავისი სამდივნო და იკრიბება გარკვეული პერიოდულობით.

ბ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლებთან

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის პრიორიტეტია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა და მდგრადი განვითარების მიზნების შესრულება 2030 წლისათვის. აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს საქართველოში დაინერგა ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული სისტემა (ე.წ. „დაბადების“ რეგისტრი), რომლის მეშვეობით ხორციელდება თითოეული ორსულის უწყვეტი მონიტორინგი პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით. დაბადების რეგისტრში ჩართულია ყველა ანტენატალური და სამეანო პროფილის მქონე დაწესებულება. დღესდღეობით, დაბადების რეგისტრი არის ანტენატალური და სამეანო მომსახურების მონიტორინგის და შეფასების ერთ-ერთი მთავარი წყარო და ფართოდ გამოიყენება პოლიტიკის შემუშავების კუთხით. დღეს ორი ინდიკატორი არის ჩადებული „დაბადების რეგისტრში“

- ძუძუთი კვება მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში
- ძუძუთი კვება გაწერისას

როგორც დაავადებათა კონტროლის ცენტრის წარმომადგენლები აცხადებენ, ძალიან მაღალია სამშობიაროდან გაწერისას ძუძუთი კვების მაჩვენებელი და უახლოვდება თითქმის 90%. უფრო ზუსტად, სამშობიაროდან გაწერისას ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილების პროცენტული წილი 83.5% 2020 წელს, ხოლო 84.9% 2021 წელს.⁹ ისინი ფიქრობენ, რომ ძუძუთი კვების პრობლემა უფრო ამბოლატორიულ და პირველადი ჯანდაცვის დონეზეა, ვიდრე სამშობიარო სახლებში, სადაც ძუძუთი კვების ოფიციალური მაჩვენებელი მაღალია. ამას ადასტურებს როგორც რეგისტრის მონაცემები, ისე გადამოწმდა სატელეფონო ზარებით, სადაც მოხდა კომუნიკაცია უკვე ბინაზე გაწერილ დედებთან. ასევე 2018-19 წლებში დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ ჩატარდა აუდიტი და სამშობიაროებიდან გამოგზავნილი მაჩვენებელი ემთხვეოდა სამდიცინო ისტორიებში არსებულ ჩანაწერებს. „ჩვენთან მუდამ მიმდინარეობს მონაცემების ხარისხის შემოწმება და აუდიტი. პერიოდულად ეს ინფორმაცია მოწმდება, როგორც სამედიცინო ისტორიების დონეზე ისე რანდომული ზარებით.“ -აცხადებენ დაავადებათა კონტროლის ცენტრში.

ასევე, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის წარმომადგენლები მიიჩნევენ, რომ უნდა იყოს სისტემური მიდგომა, კერძოდ არსებობობდეს ბავშვის ზრდა-განვითარებაზე და ბინაზე

⁹ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემები

მეთვალყურეობის ერთიანი გამართული სისტემა, რომელიც მოიცავს ბავშვთა კვების საკითხებსაც. ბავშვთა აღრეული განვითარების მოდული ეხლა ინერგება ქვეყანაში და შესაძლებელი ბავშვთა კვება ჩადებული იყოს როგორც ერთ ერთ შეფასების ინდიკატორი. ასევე საჭირო და მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდა განვითარების აპლიკაცია, რომელიც უნდა მოქმედებდეს ქვეყანაში, და რომელიც გაამარტივებს მეთვალყურეობას და დედების ჩართულობას ბავშვთა მოვლის და კვების საკითხებში.

ინტერვიუების პროცესში დავინტერესდით მწარმოებლების სტრატეგიით და მათი მიზნებით. როგორც აღმოჩნდა, ევროპული პროდუქციის მწარმოებლები დაინტერესებული არიან ბუნებრივი კვების ხელშეწყობით საქართველოში. მათი მიზანია, რომ ქართველმა ბავშვებმა მიიღონ მაღალი ხარისხის პროდუქცია და არა რუსეთის ბაზარზე მიღებული და რუსული სტანდარტებით შექმნილი და დამტკიცებული ბავშვთა საკვები. არსებობს ევროპული ბავშვთა კვების სტანდარტი, რომელიც შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს: კერძოდ კოდექს ალიმენტარიუსის, ჯანმო-ს მიერ და ასევე პედიატრიული ინფექციების ევროპულ ასოციაციის მიერ გაწერილ მოთხოვნებს. (European Society for Paediatric Infectious), რასაც ვერ ვიტყვით რუსეთში წარმოებულ ბავშვთა კვების პროდუქციაზე, რომელიც მხოლოდ ადგილობრივ სტანდარტებს აკმაყოფილებს.

ამას ამბობს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ: „საქართველოში წარმოებული ან იმპორტირებული ბავშვთა ხელოვნური კვების პროდუქტები, საწოვრიანი ბოთლები, საწოვრები და სატყუარები ხარისხით, შემადგენლობით, შეფუთვით და გაფორმებით უნდა შეესაბამებოდეს „კოდექს ალიმენტარიუსის“ (Codex Alimentarius) საფუძვლზე განსაზღვრულ სტანდარტებს.“

მწარმოებლები ფიქრობენ, რომ ევროპული ბავშვთა საკვები, ისედაც გაიყიდება, თუკი იქნება ჯანსაღი კონკურენცია და დაშვებული იქნება მხოლოდ ევროპული სტანდარტებით შექმნილი ფორმულები. მათი პროდუქცია მეტად მრავალფეროვანია და გათვლილია ბავშვთა ასაკზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მათ შორის დღენაკლული ბავშვების კატეგორიაზეც. ისინი აწარმოებენ ჩაის, იურგურტებს, ფაფებს, დედის რძის მომყვან პროდუქციას, რომელიც რეკომენდებულია ლაქტაციის პერიოდში.

შეხვედრების პროცესში გამოიკვეთა მეტად აქტუალური თემა, რომელიც საქართველოში რძის ბანკის განვითარებას ეხება. ბევრ ქალს არ შეუძლია შვილების ძუძუთი კვება. ამ პრობლემის მოსაგვარებლად რამდენიმე წლის წინ შეიქმნა დედის რძის ბანკები ევროპაში. შესაბამისად მნიშვნელოვანია საქართველოშიც განვითარდეს მსგავსი ტიპის ბანკი, რომელიც ხელს შეუწყობს დედის რძის გამოყენებას, განსაკუთრებით დღენაკლული ბავშვებისათვის. ბავშვისთვის დედის რძე შეუცვლელი საკვებია, რომელიც ჩვილის ზრდის კვალდაკვალ, მის მოთხოვნილებათა შესაბამისად იცვლება და ოპტიმალური რაოდენობით შეიცავს ყველა იმ ინგრედიენტს, რომელიც კი აუცილებელია ბავშვის ფიზიკური თუ გონებრივი განვითარებისთვის. როგორც ჩვენთან ინტერვიუსას ნეონატოლოგები აცხადებენ, დღენაკლული ბავშვებისათვის ოქროს სტანდარტია დედის რძე, შემდეგ დონორის რძე და ბოლოს დღენაკლულის ფორმულა. დედის რძის ბანკში მნიშვნელოვანი და აუცილებელია ხარისხის კონტროლი, იმის უზრუნველსაყოფად, რომ მიღებული რძე შესაფერისი და შესაფერისია ბავშვისთვის, რომელიც აპირებს მის მიღებას. ასევე მნიშვნელოვანია დედის რძის შენახვის პროცედურები, რძის ფორტიფიცირება, პასტერიზაცია და სხვა იურიდიული (დედის ინფორმირებული თანხმობა) თუ ტექნიკური საკითხები, რომელიც დეტალურად უნდა იყოს გაწერილი და შეთანხმებული ჯანდაცვის

სამინიტროსთან. ასევე მნიშვნელოვანია ევროპული საუკეთესო პრაქტიკის გაცნობა, გაანალიზება და გაზიარება. ამ მიმართულებით წინგადადგმული ნაბიჯია საქართველოს ნეონატოლოგთა ასოციაციის გაწევრიანება ევროპული დედის რძის ბანკის ასოციაციაში (European Milk Bank Association) 2022 წელს.

ინტერვიუ ნეონატოლოგებთან, გინეკოლოგებთან და სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებთან

ნეონატოლოგები, გინეკოლოგები და სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალები ერთხმად მხარს უჭერენ დედის რძის ბანკის არსებობას ქვეყანაში და ფიქრობენ, რომ ის ხელს შეუწყობს ძუძუთი კვების პრაქტიკას საქართველოში.

ძუძუთი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობის მიზნით, ერთ-ერთ სამშობიაროში არის ცალკე ლაქტაციის სპეციალისტი, რომელიც ფუნქცია-მოვალეობებში დედისათვის ძუძუთი კვების პრინციპების და უნარ-ჩვევების სწავლება პედიატრთან და ექთნებთან ერთად და ამავ დროს იგი მეძუძური დედების მუდმივ მონიტორინგს ახორციელებს. სხვა სამშობიაროებში ამ ფუნქციას ნეონატოლოგები, ბებიაქალები და პალატის ექიმები ასრულებენ. სამშობიაროებში ფიქრობენ, რომ დამატებითი კადრი არ არის საჭირო და ამას კარგად ართმევს თავს უკვე გამოცდილი ბებიაქალები და ექიმები. თანაც მელოგინესათვის ექიმი დიდი ავტორიტეტია, შესაბამისად აქ იკვეთება გინეკოლოგის, პედიატრის და ნეონატოლოგის როლი, რომელებმაც დედის ზუსტი და დროული ინფორმირება უნდა მოახდინოს ძუძუთი კვების უპირატესობის შესახებ. გინეკოლოგის როლი ანტენატალურ პერიოდშიც მნიშვნელოვანია, რათა აუხსნას ქალს ლაქტაციის მნიშვნელობა. როგორც გინეკოლოგები აცხადებენ სისტემა დაყოფილია საფეხურებად, კერძოდ, ერთი გინეკოლოგი მეთვალყურეობს ორსულს ანტენატალურ პერიოდში, მეორე ამშობიარებს და მესამე არის პალატის ექიმი ე.წ.ლოგინობის ხანის ექიმი, რაც არასწორია. როგორც გინეკოლოგები და სამშობიარო სახლების დირექტორები აცხადებენ, ძუძუთი კვების საკითხში მთავარია ქალის სწორი და დროული ინფორმირება. 80% ვინც უარს აცხადებს ძუძუთი კვებაზე აქვს პირველი ორსულობის და მშობიარობის დროს ცუდი გამოცდილება. არიან ისეთებიც, ვინც მკერდს უფრთხილდებიან, მაგრამ ასეთი ქალების რაოდენობა მცირეა.

ასევე მნიშვნელოვანია საკეისრო კვეთა და ლაქტაცია, რაც პირდაპირ კავშირშია ერთმანეთთან. ქალებმა, რომლებიც საკეისრო კვეთით მშობიარობენ, ნაკლებად მოსალოდნელია, რომ ადრეულად მისცენ ახალშობილებს ძუძუ, ვიდრე იმ ქალებმა, ვინც ბუნებრივი გზით მშობიარობს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების თანახმად საკეისრო კვეთების წილი მშობიარობების საერთო რაოდენობაში 40.6% 2020 წელს. „საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 41%-ს შეადგენდა ქვეყნის მასშტაბით, მათ შორის 64% აღნიშნულია, როგორც გეგმიური. მაღალია დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთების წილი - 15%.¹⁰“ საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტის თანახმად, სამწუხაროდ ქალაქში 48% საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი და რაიონში ლამის 90% იკეთებს საკეისროს. გარდა საკეისროს მაღალი მაჩვენებლისა, იგი ბევრი მეანი საუბროს შობადობის მაჩვენებლის მკვეთრ კლებაზე, კერძოდ 2021 წელს შობადობა 45 946¹¹, რაც ყველაზე დაბალი მაჩვენებელია ბოლო წლების განმავლობაში, ამას ემატება სამშობიარო სახლების სიმრავლე, „მაშინ როცა ორჯერ მეტი ადამიანი იბადებოდა და სულ 5 სამშობიარო იყო

¹⁰ სტატისტიკური ცნობარი 2020

¹¹ www.geostat.ge

თბილისში, დღეს კი 38 სამშობიარო მუშაობს და არის ცოტა მშობიარე“- აცხადებს საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი. მეან-გინეკოლოგის კვალიფიკაცია სრულად დამოკიდებულია თვეში რამდენ ქალს ამშობიარებს და ფიზიკურად არ არის ამდენი მშობიარე ქვეყანაში, რაც დიდი გამოწვევა ხარისხის მხრივ და აისახება შესაბამისად დედათა და ბავშვთა მოვლის საკითხებზე.

გინეკოლოგები აქტიურად საუბრობენ ადრე დანერგილ Baby Friendly Hospital Initiative, სადაც ერთ-ერთი კრიტერიუმი იყო ძუძუთი კვება. უმრავლესობა მათგანი ემხრობა ამ ინიციატივის აღდგენას. Baby Friendly Hospital Initiative ძალიან კარგი იყო, როგორც სამეანო კუთხით, ისე პედიატრიის თვალსაზრისით. „სამშობიაროს სახლები თვითშეფასებას აკეთებდნენ და ბევრ რამეს ასწორებდნენ და აუჯობებდნენ ხარისხს.“-აცხადებენ გინეკოლოგები. თუმცა ზოგი გინეკოლოგი აცხადებს, რომ Baby Friendly Hospital Initiative უნდა იყოს ანტენატალური და პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეების მიხედვით და არა როგორც ცალკე ინიციატივა.

სამშობიარებში ფიქრობენ, რომ ძუძუთი კვების პრობლემა პედიატრიაში და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უფრო მეტად არის. მელოგინე ფიზიოლოგიური მშობიარობის დრო 2-3 დღეს ატარებს სამშობიაროში, ისიც დადლილია ძალიან და ემოციური ფონია, შესაბამისად ვერ იღებს სათანადოდ ინფორმაციას. ამიტომ საჭიროა ბინაზე გაწერისას პედიატრმა ესაუბროს ძუძუთი კვების უპირატესობებზე. ასევე მნიშვნელოვანი ეტაპია გადაბარება სამშობიაროდან პირველადი ჯანდაცვის რგოლში. ასეთი პრაქტიკა წინათ არსებობდა, როდესაც სამშობიაროს მიკრო პედიატრი უბნის პედიატრს აბარებდა ბავშვს და ეს იყოს ძალიან კარგი პრაქტიკა. საქმიანი და პროფესიული კავშირი არსებობდა სამშობიაროსა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლს შორის, რაც დღეს აღარ არის. ასევე ქალთა კონსულტაცია არ არის დაკავშირებული სამშობიარო სახლთან, რაც სამშობიარო სახლში მომუშავე გინეკოლოგებს პრობლემად მიაჩნიათ. „ბმა უნდა იყოს ჰოსპიტალურ დონესა და პირველად ჯანდაცვას შორის.“ აცხადებენ სამშობიარო სახლებში.

სამშობიარო სახლის წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ სამშობიაროებში ძირითადად არის ექსკლუზიური ძუძუთი კვება, ისინი ესაუბრებიან დედაებს, ლაქტაციურ ამინორეაზე. ლაქტაციული ამინორეის მეთოდი მდგომარეობს ბავშვის ძუძუთი კვებაში, მისი დაბადებიდან მინიმუმ 6 თვის განმავლობაში. წოვის შედეგად გამოწვეული ანოვულაცია არის ფიზიოლოგიური პროცესი, რომელიც საფუძვლად უდევს ლაქტაციური ამინორეის მეთოდს. მშობიარობიდან 6 თვე ციკლის არარსებობის შემთხვევაში თავდაცვის ეს მეთოდი 98%-ით მოქმედებს. “პირველი აბორტი კეთდება პირველი მშობიარობის შემდეგ, ამიტომ ძუძუთი კვებასთან ერთად მნიშვნელოვანია ქალის ინფორმირება კონტრაფეციასთან დაკავშირებით.”-აცხადებენ გინეკოლოგები.

ასევე სამშობიაროებში აღნიშნავენ, რომ ქალების უმეტესობა სამშობიაროში მოდის მომზადებული, ისინი ინფორმირებულინი არია ძუძუთი კვების უპირატესობის შესახებ თუმცა არის კატეგორია, რომელიც თავიდანვე უარს აცხადებს ძუძუთი კვებაზე. უმეტეს წილად კი მიზეზად სამსახური მოჰყავთ და მცირე დეკრეტული შვებულება. ჩვენთან ინტერვიუს დროს ყველა სამშობიარო სახლში დაგვიდასტურეს, რომ კანით კანთან კონტაქტი და ძუძუზე მიყვანა ხდება პირველი საათის განმავლობაში.

ასევე უმეტ სამშობიაროებში ფუნქციონირებს მშობელთა სკოლა, კოვიდის დროს იყო ონლაინ, მაგრამ ეხლა დაუბრუნდა ძველ რეჟიმს. როგორც სამშობიარო სახლის პერსონალი ამბობს:

„სკოლა ძალიან კარგია დედების განათლებისათვის. ზოგადად არა მართო ძუძუთი კვების, არამედ ახალშობილთა მოვლის საკითხებში. მშობელთა სკოლამ გამოიწვია ის, რომ დედები უკვე მომზადებულები მოდიან.“

გინეკოლოგები საუბრობენ მამების ინფორმირების თაობაზეც. მამას როლი ძალიან დიდია ბავშვთა კვების საკითხებში. მართო ქალმა არ უნდა მიიღოს ძუძუთი კვების შესახებ გადაწყვეტილება და მამების ჩართულობა მეტად მნიშვნელოვანია. ამ მიზნით ფუნქციონირებს „მამების სკოლა“, რომელიც UNFPA მხარდაჭერით დაიწყო გაგუას კლინიკაში უკვე რამოდენიმე წელიწადია და სადაც აქტიურად ეცნობიან მამები ბავშვთა მოვლის საკითხებს, მათ შორის ძუძუთი კვების უპირატესობას.

ყველა სამშობიაროში ერთხმად აცხადებენ, რომ ფორმულას მწარმოებლები ძალიან აქტიურობენ, კავშირს ამყარებენ ექიმებთან და ცდილობენ თავისი პროდუქციის გაყიდვას. უმეტეს კლინიკებს აქვს ძალიან მკაცრი პოლიტიკა. თუმცა წერილობითი სახით მხოლოდ ერთ სამშობიარო ვნახეთ გამოკრულია ინფორმაცია: „ახალშობილებისათვის „იმედის კლინიკაში“ აკრძალულია ხელოვნური საკვების გამოყენება. აღნიშნული დასაშვებია მხოლოდ დედის კატეგორიული მოთხოვნით“

„ახალშობილის ხელოვნური კვების პროდუქტების, საწოვარიანი ბოთლების, საწოვრებისა და სატყუარების უზრუნველყოფა სამშობიაროს მხრიდან აკრძალულია“

ყველა სამშობიაროში აქვთ ფორმულა და აცხადებენ, რომ ნეონატოლოგები ურჩევენ ფორმულას ახალშობილის მდგომარეობის მიხედვით. როგორც წესი ნეონატოლოგი წყვეტს ფორმულას სახეობას. მხოლოდ ერთ სამშობიაროში არ ჰქონდათ ადგილზე ფორმულა. „ ჩვენ არ გვაქვს ფორმულა, თუკი ახალშობილს სჭიდრება თავად მოაქვს მშობელს, ჩვენ არ ვურჩევთ. ირჩევს აფთიაქში ანდა ახლობლების რჩევით.“ -აცხადებს სამშობიაროს ახალშობილთა განყოფილების გამგე.

ამავე სამშობიაროში დედა, რომელიც თავად აცხადებს უარს ძუძუთი კვებაზე და ირჩევს ფორმულას ხელს აწერს და ვაკეთებთ ისტორიაში ჩანაწერს. მაგალითად: „ჩემი სურვილით ახალშობილი ღროებით იმყოფება შერეულ კვებაზე“ ანდა „კატეგორიული წინააღმდეგი ვარ ძუძუთი კვების.“

უმეტესობა გინეკოლოგების აცხადებს, რომ გინეკოლოგები და მეანები დაინტერესებულნი არიან, რომ ქალს რძე ჰქოდეს და ბუნებრივ კვებაზე ჰყავდეს ბავშვი, რადგან საშვილოსნო კარგად იკუმშება და აღდგენის პროცესები სწრაფად მიდის, ნაკლებია მშობიარობის შემდეგომი გართულებები.

ასევე მნიშვნელოვანი საკითხია ჯანდაცვის პროფესიონალების უწყვეტი პროფესიული განვითარება. 2018 წლიდან უწყვეტი სამედიცინო განათლების(უსგ) სისტემაში მონაწილეობა სავალდებულოა პერინატალურ სერვისებში დასაქმებული მეან-გინეკოლოგებისა და ნეონატოლოგებისათვის (ამ ეტაპზე წელიწადში 30 კრედიტ- ქულა (ნეონატოლოგებისათვის 2021 წლამდე - 20 კრედიტ ქულა)), 2021 წლიდან კი აღნიშნული ვალდებულება ვრცელდება პერინატალურ სერვისებში ჩართულ რადიოლოგებსა და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებზეც. 2017-2018 წლებში ტრენინგების თემატიკა, რომელთა გავლა 2 წელიწადში ერთხელ მოეთხოვებოდათ ნეონატოლოგებსა და მეან-გინეკოლოგებს განსაზღვრული იყო პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესის მარეგულირებელი აქტით, თუმცა, 2019 წლიდან მათ შესაძლებლობა აქვთ, მონაწილეობა მიიღონ ნებისმიერ შესაბამის უსგ პროგრამაში. როგორც სამედიცინო უნივერსიტეტის დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და

უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტში აცხადებენ „სილაბუსში და მოდულებში შესულია ძუძუთი კვების საკითხები, ასევე რეზიდენტურის პროგრამებში. ანტენატალურ მოდულში არის ძუძუთი კვებაზე საუბარი ისევე როგორც ფიზიოლოგიური მშობიარობის მოდულში“.

ინტერვიუ პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებისათვის ასევე აქტუალი და მნიშვნელოვანია ბავშვთა კვება. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მომუშავე პედიატრები ფიქრობენ, რომ ნეონატოლოგის როლი ძალიან დიდია, ხშირად უკვე შერეულ ან ხელოვნურ კვებაზე მოდიან ბავშვები და შემდეგ რთულია ძუძუთი კვების უპირატესობის დამტკიცება. თუმცა ყოფილა ისეთი შემთხვევები, რომ დედის სრულფასოვნად ინფორმირების შემდეგ, ბავშვი ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებაზე გადასულა. ისინი აცხადებენ, რომ ამ ბოლოს დროს არის დადებითი დინამიკა ძუძუთი კვების თვალსაზრისით. მნიშვნელოვანია ფაქტორია დედების განათლება და ფიქრობენ, რომ ეხლა უფრო მომზადებული და ინფორმირებული დედები არიან. ასევე პჯდ-ს წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ კოვიდ-19 ხელი შეუწყო ძუძუთი კვების გაუმჯობესებას, რადგან დედები არიან სახლში და დისტანციურად მუშაობენ. სამსახური ხშირად სახლება, როგორც ერთი-ერთი დაბრკოლება ძუძუთი კვების პრაქტიკის განხორციელებაში. ასევე რიგი ექიმები დაბრკოლებად ასახელებენ ფორმულას მაღალ ფასს, თუმცა რიგი ექიმებისა ფიქრობს, რომ ვისაც გადაწყვეტილი აქვს ხელოვნურ კვებაზე ბავშვის გაზრდა, მას ფორმულას ფასი არ აშინებს. ეკონომიკური ბარიერი უფრო სოციალურად შეჭირვებულ მოსახლეობაზე მოქმედებს.

პჯდ-ს წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ მნიშვნელოვანია ლაქტაციის მეთვალყურეობა ბინაზე, ამისათვის პირველადი ჯანდაცვის ექიმს უნდა ჰქონდეს ხარისხობრივი ინდიკატორები და ფინანსური სტიმული.

Baby Friendly Hospital Initiative ასევე საჭიროდ მიაჩნიათ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ხელმძღვანელებს და უფრო მეტიც ფიქრობენ, რომ პირველადი ჯანდაცვა უნდა ჩაერთოს ამ ინიციატივაში.

რაიონის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის პედიატრები აცხადებენ, რომ სოფლის ექიმები აგზავნიან დედას და ახალშობილს რაიონში, ვისაც პედიატრის გამოცდილება არ აქვს. ვისაც აქვს თავად უწევს მეთვალყურეობას. თუმცა ეხლა სოფლებშიც არ არის ახალშობილი მარტო სოფლი ექიმის ანაბარა, პაციენტები თავად დადიან აქტიურად რაიონში ანდა თბილისში. დღეს ბავშვზე მეთვალყურეობა აღარ არის, ვისაც სად უნდა იქ რეგისტრირდება. როგორც ჩვენთან ინტერვიუში რაიონის პჯდ-ს ექიმები აღნიშნავენ, სოფელში უფრო ხშირია ძუძუთი კვების პრაქტიკა, ვიდრე ქალაქში.

პჯდ-ში აცხადებენ, რომ პრობლემის თავი არის სამშობიარო. ხშირად იქ იწყებენ ხელოვნურ კვებას და მერე რთულია გამოსწორება. 6 თვის მერე იწყება შერეული კვება, სადაც პედიატრის როლი ასევე მნიშვნელოვანია. თუმცა დედები პირდაპირ აფთიაქაში იღებენ რეკომენდაციას დამატებითი საკვების, კერძოდ ფაფების შესახებ, რაც ასევე დიდი პრობლემაა. „ზოგს მოჰყავს 6 თვეზე ვიზიტზე და მე ვაძლევ რჩევებს შერეული კვების შესახებ. ზოგი კი პირდაპირ ფარმაცევტის რჩევა- დარიგებით მოქმედებს.“ ბავშვთა კვების საკითხებში ექთნების როლი სუსტია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. პაციენტებსაც ურჩევნიათ ექიმმა/პედიატრმა ესაუბროს ბავშვთა კვებაზე, რადგან ექიმის მიმართ ნდობა უფრო მეტია ვიდრე ექთნის მიმართ. ზოგადად პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კვალიფიციური ექთნების დიდი ნაკლებობაა.

ინტერვიუ დედებთან

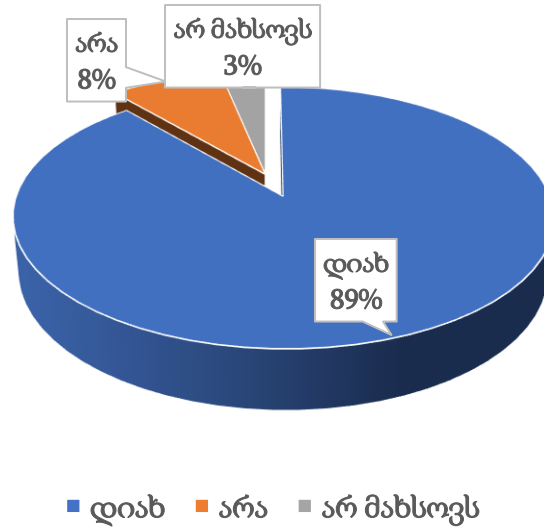
როგორც დასაწყისში ავღნიშნეთ გამოიკითხა 62 დედა, რომელთაც ჰყავთ ახალშობილი და გეგმიურად მიაკითხეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს.

მკვლევართა ჯგუფის მიერ შემუშავდა სტრუქტურირებული ინტერვიუ საკვლევო საკითხების მიხედვით, რომელიც რაოდენობრივი კვლევის ერთ-ერთი ფორმაა. გამოკითხვას დაექვემდებარა დედები, რომელთაც ჰყავთ 0-2 წლამდე ახალშობილი და გეგმიურად მიაკითხეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს. კონფიდენციალობის დაცვისა და ღია პასუხების მიღების მიზნით ინტერვიუს ჩატარების აუცილებელი პირობა იყო რესპონდენტთან პირდაპირი კონტაქტი, სხვა პირების დასწრების გარეშე და შესაბამისი ახსნა-განმარტების მიწოდების შემდგომ კითხვარის დამოუკიდებლად შევსება რესპონდენტების მიერ. კითხვარის შევსების ხანგრძლივობა წარმოადგენდა 5-8 წუთს. გამოკითხვა ჩატარდა 2022 წლის მაის-ივნისში. გამოკითხვაში გამოყენებული იყო პირისპირი ინტერვიუების მეთოდი თვითადმინისტრირებადი კითხვარის მეშვეობით. კითხვარები მკაცრად ფორმალიზებული იყო და შეიცავდა მარტივად გასაგებ კონკრეტულ კითხვებს. შერჩევის მეთოდისთვის გამოყენებულ იქნა სტრატეგიული ალბათური შერჩევა, კერძოდ ერთგვაროვან ქვეჯგუფებად აღებულ იქნა დედები, ვისაც ჰყავს 0-2 წლამდე ახალშობილი და შემდეგ ამ აღნიშნულ ქვეჯგუფში მარტივი შემთხვევითი შერჩევა იქნა გამოყენებული, კერძოდ დედები, ვინც გეგმიურად მიაკითხა საოჯახო მედიცინის ეროვნულ სასწავლო ცენტრს. როგორც დასაწყისში ავღნიშნეთ გამოიკითხა 62 დედა. თუმცა შერჩევის ზომა არ არის დიდი და რეპრეზენტატული, რათა მონაცემების გენერალიზება მოხდეს მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა შედეგები საგულისხმოა, რაც სხვა მონაცემებთან ერთად გვაძლევს საშუალებას დავინახოთ სრული სურათი 2 წლამდე ბავშთა კვების შეფასების კუთხით.

კითხვაზე როგორ კვებაზეა თქვენი შვილი? 31 დედამ აღნიშნა, რომ ახალშობილი არის შერეულ კვებაზე და 20 დედას ჰყავს ახალშობილი ხელოვნურ კვებაზე. 5 ახალშობილი ექსკლუზიურად ძუძუთი იკვებება და დედა აპირებს 6 თვემდე გააგრძელოს და 6 ახალშობილის დედა აპირებს ძუძუთი კვების გაგრძელებას 24 თვემდე.

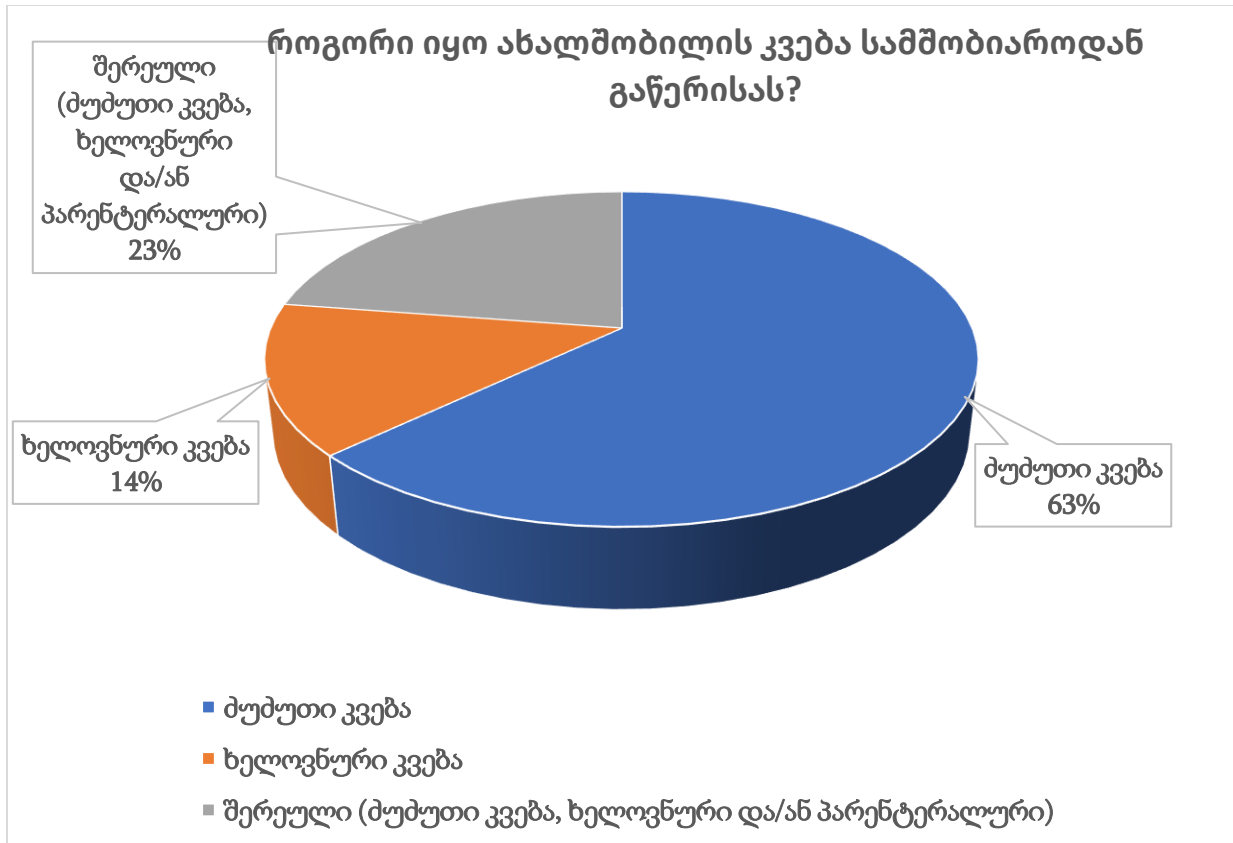
მშობიარობიდან ძუძუთი კვების დაწყება დაუყოვნებლივ:

რამდენად მოხდა ძუძუთი კვების დაწყება დაუყოვნებლივ,
სიცოცხლის პირველი საათის განმავლობაში?



კითხვაზე რამდენად მოხდა ძუძუთი კვება მშობიარობიდან 24 საათში? 54 დედა პასუხობს დადებითად, ხოლო 8 დედა უარყოფითად.

ასევე დავინტერესდით ახალშობილის კვების სტატუსით სამშობიაროდან გაწერისას:



კითხვაზე მისცეს თუ არა ბავშვს საავადმყოფოში მზა თხევადი ფორმულა? 29 დედა პასუხობს დადებითად, 30 უარყოფითად და 3 არ აქვს პასუხი.

კითხვაზე ვინ ურჩია მზა ფორმულის დაწყება ასე გადანაწილდა პასუხები:

ბავშვისთვის რძის ფორმულის დაწყება გირჩიეს შემდეგმა პირებმა?	პასუხების რაოდენობა
<input checked="" type="checkbox"/> ექიმი	26
<input checked="" type="checkbox"/> ექთანი	2
<input type="checkbox"/> ფარმაცევტი	0
<input checked="" type="checkbox"/> ოჯახის წევრი	8
<input checked="" type="checkbox"/> მეგობარი	0
<input checked="" type="checkbox"/> სხვა	4
<input checked="" type="checkbox"/> არავის ურჩევია	22

ახალშობილების უმეტესობამ გამოიყენა საწოვარა ბოლო 7 დღის განმავლობაში, კერძოდ გამოკითხულთა 58% ამბობს დიას, 40% არა, ხოლო 2% ნაწილობრივ.

ფაქტია, რომ სამშობიარო დაწესებულებაში მელოგინე დედებს ესაუბრებიან ძუძუთი კვების უპირატეოსაბზე, კერძოდ 48 რესპოდენტი ამბობს, რომ მას ესაუბრნენ სამშობიაროში, 7 დედა არ

ახსოვს, ხოლო 7 უარყოფით პასუხს სცემს, რაც ნიშნავს, რომ სამშობიაროში არავის უსაუბრია მასთან ძუძუთი კვების უპირატესებაზე.

კითხვაზე თუ თქვენი შვილი ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზეა, იცით თუ არა რა ასაკიდან უნდა შეიყვანოთ ბავშვის კვების რაციონში დამატებითი საკვები? მხოლოდ გამოკითხულთა 56% იცის თუ რა ასაკიდან უნდა დაიწყოს დამატებითი საკვები.

გამოკითხული 62 პაციენტიდან:

- 11 პაციენტი საერთოდ არცერთ ჩამოთვლილ პროდუქტს არ აძლევს.
- 21 პაციენტი ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ პროდუქტს აძლევს.

დანარჩენი 30 პაციენტი ცხრილის სახით:

V - აძლევს კონკრეტულ პროდუქტს

X - არ აძლევს კონკრეტულ პროდუქტს:

6-24 თვის ასაკში: ჩამოთვლილი პროდუქტებიდან რომელს აძლევთ ბავშვს:	
o რძე	X X V V V V V V V X V X V X X V X X X X V V V V V V V V V V
o მარცვლეული	V V X X X V V V X V V X X X V V V X V V V V V V X X V V V
o ბარდყული	X X X X X X V X X X X X X V X V V X V V X X X X X X X X
o რძის პროდუქტი (ხაჭო, ყველი, მაწონი, იოგურტი)	V V X X X X X X V V V V X X X X X V X V V V V V V X X V V V
o საქონლის ხორცი, თევზი, ფრინველის ხორცი	X V X V X V V X V V X V V X X X X V V V V V V V X X V V V
o კვერცხი	X V X X X X X X X X X X X X X X V X X X X X X X X V V V
o ხილი	X V X V V V
o ბოსტნეული	V V V V X V V V V V V V V V V X V V V V V V V V V X X V V V

დასკვნა/რეკომენდაციები:

2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის მიმართულებით განხორციელებული კვლევების პროცესში, გამოიკვეთა გარკვეული ხარვეზები, რისი ანალიზის საფუძველზეც შემუშავებული იქნა შემდეგი რეკომენდაციები:

1. ძუძუთი კვების პრობლემა მეტად ვლინდება ამბულატორიულ და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ვიდრე სამშობიარო სახლებში, სადაც ძუძუთი კვების ოფიციალური მაჩვენებელი მაღალია, შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, პირველადი ჯანდაცვის დონის გაძლიერება და გააქტურება ძუძუთი კვების პრაქტიკის გაუმჯობესების მიზნით;
2. აუცილებელია ბავშვის ზრდა-განვითარებაზე და ბინაზე მეთვალყურეობის ერთიანი, გამართული სისტემა, რომელიც მოიცავს 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების საკითხებსაც;
3. ბავშვთა ადრეული განვითარების ელექტრონული მოდული უნდა მოიცავდეს ბავშვთა კვების დეტალური შეფასების და მართვის თემებს, რაც მოგვცემს ბავშვთა კვების პრაქტიკის ხარისხის შეფასების საშუალებას წინასწარ განსაზღვრული ინდიკატორების შესაბამისად;
4. ლაქტაციის მეთვალყურეობის გაუმჯობესების მიზნით, რეკომენდებულია, პირველადი ჯანდაცვის გუნდს ლოკალურ დონეზე გააჩნდეს ხარისხის შეფასების სისტემა, რაც გამოყენებულ იქნას ფინანსური სტიმულირებისთვის;
5. მნიშვნელოვანია, ბავშვის ზრდა-განვითარების აპლიკაციის დანერგვა ქვეყანაში, რომელიც გაამარტივებს მეთვალყურეობას და დედების ჩართულობას ბავშვთა მოვლის და კვების საკითხებში;
6. მნიშვნელოვანია, ეროვნული ინდიკატორების შემუშავება და მონაცემთა შეგროვება 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების საკითხებზე და შესაბამისად, სტატისტიკური მონაცემების გაუმჯობესება/სრულყოფა ძუძუთი კვების შესახებ, უფრო კონკრეტულად: მონაცემთა შეგროვება აგროვებდეს შემდეგ მაჩვენებლებზე - რამდენი ბავშვია ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე 6 თვემდე (1 თვე, 3 თვე 6 თვე), რომელ ასაკში იწყებენ დედები დამატებით კვებას, რამდენი ბავშვი იკვებება ძუძუთი 2 წლამდე და ა.შ..

ჩვილ და ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების პრაქტიკის შესაფასებელი ინდიკატორები მოწოდებულია ჯანმო-ს და უნისეფის მიერ¹². შესაბამისად, მიზანშეწონილია, ქვემოთ ჩამოთვლილ ინდიკატორებზე შეთანხმება ეროვნულ დონეზე და მათი ინტეგრირება ბავშვთა ადრეული განვითარების პორტალზე:

- ძუძუთი კვების ადრეული ინიცირება;
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვება დაბადებიდან პირველ ორ დღეში;
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვემდე; შერეული კვება 6 თვემდე;

¹² Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

- ძუძუთი კვების გახანგრძლივება 12-23 თვის განმავლობაში;
 - მყარი, ნახევრადმყარი ან რბილი საკვების დამატება 6-8 თვის ასაკში;
 - ბოთლით კვება 0-23 თვის ასაკში;
 - ჩვილთა კვების პრაქტიკის გრაფიკები;
7. ძალიან მნიშვნელოვანია, სამშობიარო სახლსა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლს შორის აქტიური კავშირის დამყარება, კერძოდ პატრონაჟის სისტემის აღდგენა - სამშობიაროდან გაწერისას უნდა მოხდეს ბავშვის „გადაბარება“ ოჯახის ექიმისთვის, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო სერვისების უწყვეტობა.
- ზემოთჩამოთვლილი ინდიკატორების შეგროვება დაეხმარება პირველადი ჯანდაცვის სისტემას, ბავშვთა კვების შესახებ ინფორმაციის მიღებაში და შესაბამისად, ხელს შეუწყობს სამშობიარო რგოლსა და პჯდ-ს შორის აქტიური კავშირის აღდგენას.
8. აუცილებელია, ეროვნული დედის რძის ბანკის განვითარება საქართველოში ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით;
9. სასურველია, Baby Friendly Hospital Initiative ინიციატივის აღდგენა, და ასევე, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ჩართვა აღნიშნულ აქტივობებში.
10. სამედიცინო პერსონალის შესაძლებლობების გაძლიერება - უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების შექმნა ძუძუთი კვების და 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების საკითხებზე მუცელ-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, პედიატრების, ოჯახის ექიმების, ბებია-ქალების და მედლებისთვის;
11. აქტიური საკომუნიკაციო კამპანიის განხორციელება 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების შესახებ, მნიშვნელოვანია, ახალგაზრდების, მოზარდების განათლება სკოლაში. საგანმანათლებლო აქტივობები ორსულ ქალებთან, როგორც ქალთა კონსულტაციებში, ისე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.
12. საკანონმდებლო ინიციატივების მხარდაჭერა - მეძუძური დედისთვის დამატებითი შეღავათების/მობილური გრაფიკის დაწესება, აუცილებელია ცვლილებები შრომის კოდექსიც
- სასურველია, დეკრეტული შვებულების 1 წლამდე, გაზრდასთან დაკავშირებით და სხვ.
13. ასევე, მნიშვნელოვანია ლოკალურ/ეროვნულ დონეზე, 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა პრაქტიკის ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, გარკვეული პერიოდულობით შეფასდეს შესრულებული სამუშაო, ეროვნული პროტოკოლის მიხედვით, რომელიც მოიცავს შემდეგ კრიტერიუმებს:

სტრუქტურა - 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების მხარდაჭერა

- 1) პჯდ დაწესებულება ახორციელებს მეძუძური დედების და ბავშვების მიმართ მეგობრული გარემოს პოლიტიკას ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით
- 2) პჯდ დაწესებულებაში უზრუნველყოფილია ჯანმო/UNICEF-ის ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საზოგადოებრივი ინიციატივისა და საქართველოს ძუძუთი კვების კანონის მოთხოვნების შესაბამისი წესების დაცვა

პროცესი - ძუძუთი კვება

- 1) 1 თვემდე ასაკის ბავშვთა %, სადაც დოკუმენტირებულია ძუძუთი კვების ტექნიკის შეფასება
- 2) 1 თვემდე ასაკის ბავშვთა %, სადაც დოკუმენტირებულია ძუძუთი კვების ეფექტურობის შეფასება
- 3) 1 წლამდე ბავშვთა %, რომელთაც ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ან ხელოვნური ფორმულის <784მლ/1ლ მოცულობით მიღებისას სამშობიარო სახლიდან გაწერის შემდეგ დანიშნული აქვს ვიტ. D 400 IU დღეში
- 4) 1 წლამდე ბავშვთა %, რომელთა მეძუძური დედა ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს სამშობიარო სახლიდან გაწერის შემდეგ ყოველდღიურად იღებს 4000-6400 IU ვიტ D-ს.

მშობელთა/ბავშვის მომვლელთა განათლება

- 1) 0-1 წლის ბავშვების მშობელთა %, რომელთაც პროტოკოლით განსაზღვრულ ყველა ვიზიტზე ჩაუტარდათ საგანმანათლებლო კონსულტირება კვების საკითხებზე:
 - a) 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა %, სადაც დოკუმენტირებულია კონსულტირება ძუძუთი კვების შესახებ
 - b) 1 წლის ბავშვების მშობელთა %, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება ბავშვის ასაკისთვის შესაბამისი კვების საკითხებზე

3. გამოსავლის ინდიკატორები - 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება

- 1) 6 თვემდე ასაკის ბავშვთა %, რომლებიც იმყოფებიან ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე
- 2) 0,1,2,3,4 და 5 თვის ასაკის ბავშვთა %, რომლებიც იმყოფებიან ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე
- 3) 12-23 თვის ბავშვთა %, რომელთაც დამატებით საკვებთან ერთად ეძლევათ დედის რძე

ინტერვიუს ჩატარების სახელმძღვანელო

პროექტის სათაური:

ცხოვრების ჯანსაღი დასაწყისი

პროექტს ახორციელებს საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით.

პროექტის მიზანია ახალშობილების და მცირეწლოვანი ბავშვების კვების დამხმარე გარემოს გაძლიერება, კერძოდ, ძუძუთი კვების და დამატებითი კვების პრაქტიკის გაუმჯობესება საქართველოს მასშტაბით.

პროექტის ფარგლებში დეტალური კვლევა განხორციელდება, ქვეყნის მასშტაბით, ახალშობილების და მცირეწლოვანი ბავშვების კვებასთან მიმართებაში.

შემუშავდება ბავშვთა კვების გაიდლაინი და 3 პროტოკოლი (სამშობიარო სახლებისათვის, პირველადი ჯანდაცვისათვის და დედებისათვის).

დაგეგმილია გაიდლაინის იმპლემენტაცია და ადამიანური რესურსების გაძლიერება, ბავშვთა კვების საკითხებში; კერძოდ, შემუშავდება ონლაინ ტრენინგის კურსი და ასევე, მოხდება 10-15 ტრენერის გადამზადება (ToT training) და სასწავლო კურსების შექმნა, რომელიც წარდგენილი იქნება ჯანდაცვის სამინისტროში, აკრედიტაციის მიზნით.

პროექტის ხანგრძლივობაა ერთი წელი.

შეკითხვები ინტერვიუსთვის:

1. სახელი, გვარი, რას საქმიანობთ (პოზიცია და თქვენი უფლება მოვალეობები)?
2. თქვენი როლის შესახებ ბავშვთა კვებასთან დაკავშირებით საქართველოში?
3. თქვენი აზრით, რა არის ქვეყანაში ბავშვთა კვების ძირითადი პრობლემები?
4. არის თუ არა ბავშვთა კვება პრიორიტეტული დღეს ქვეყანაში? შეგიძლიათ მოგვანოთ ცნობები ან მტკიცებულებები ამ საკითხთან დაკავშირებით?
5. თქვენი აზრით, რა ახდენს გავლენას ბავშვთა კვების არსებულ პრაქტიკაზე კვების განათლება, გარემო, პოლიტიკა და ა.შ.?
6. გსმენიათ თუ არა დედის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის და მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის შესაბამისი რეზოლუციების შესახებ (*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and relevant World Health Assembly resolutions*)?
7. დაცულია თუ არა ქვეყანაში დედის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსი და მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის შესაბამისი რეზოლუციები?
8. რა არის დღეს არსებული პოლიტიკა, სტრატეგია, გეგმა რომელიც თქვენს დაწესებულებას აქვს, რაც ეხება ჩვილების და მცირეწლოვანი ბავშვების კვების საკითხებს? (ჩვილის და მცირეწლოვანი ბავშვის კვების, დედისა და ბავშვის კვების, ეტიკეტირების, მარკეტინგის ა.შ.)

9. რა პროგრამებს ახორციელებს თქვენი დაწესებულება? კერძოდ, გაქვთ თუ არა ცნობიერების ამაღლების პროგრამები? რა სერვისებს სთავაზობთ? რა ტრენინგებს ატარებთ?
10. თქვენი დაწესებულების გარდა, თუ იცით ბავშვთა კვების პოლიტიკის, სტრატეგიის ანდა სამოქმედო გეგმის შესახებ? ანდა თუ გსმენიათ კონკრეტული პროგრამების შესახებ?
11. რატომ არ არის სრულყოფილად დანერგილი ძუძუთი კვების პრაქტიკა და რა უშლის ამას ხელს? რა გამოწვევები და შესაძლებლობებია ქვეყანაში ამ საკითხთან მიმართებაში?
12. თუ გსმენიათ ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის შესახებ? (Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI))
13. იცნობთ თუ არა „ძუძუთი კვების მართვა სამობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში“ გაიდლაინს?
14. იცნობთ თუ არა „2 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება“ გაიდლაინს?
15. ხდება თუ არა სამედიცინო პერსონალის გადამზადება ძუძუთი კვების საკითხებში, თქვენს დაწესებულებაში?
16. რამდენად არიან თქვენს დაწესებულებაში ორსულები ინფორმირებული ძუძუთი კვების საკითხების სარგებლიანობის და მისი მართვის პრინციპების შესახებ?
17. თქვენს სამშობიაროში არის თუ არა ერთად 24 საათის განმავლობაში დედა და ბავშვი? რამდენად დანერგილია ერთად ყოფნის პრაქტიკა?
18. რა კონკრეტული ცვლილებები უნდა განხორციელდეს, რომ გაუმჯობესდეს ახალშობილთა და მცირეწლოვანთა კვება საქართველოში?
19. როგორია თქვენი რეკომენდაციები საქართველოში ბავშვთა კვების გასაუმჯობესებლად და როგორ შეუძლია საქართველომ უკეთ უპასუხოს ამ საჭიროებებს?

მონაწილეთა სია

1. მაია ხერხეულიძე-პედიატრი/პროექტის კონსულტანტი
2. თამარ გაბუნია, თეა ბაქრაძე- საქართველოს ოკოპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
3. ალექო ტურძილაძე, ლელა სტურუა, ლევან კანდელაკი- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
4. ნინო სოლომონია, ეკა კანდელაკი-რძის ბანკი, ნეონატოლოგთა ასოციაცია სამეთვალყურეო საბჭოს წევრები;
5. თამთა მაისურაძე -ჩაჩავას კლინიკა ლაქტაციის სპეციალისტი
6. მანანა შენგელია, გიორგი ბერიძე-ჰუმანა
7. პარლამენტი, ჯანდაცვის კომიტეტი - გაფართოებული შეხვედრა UNDP-ის პროექტის ფარგლებში
8. პარლამენტი, ჯანდაცვის კომიტეტი-გასვლითი შეხვედრა ნატახტარში UNDP-ის პროექტის ფარგლებში
9. ხათუნა ლომოური-ნეონატოლოგი/კონსულტანტი
10. ვერიკო ბაზიარი-საქართველოს ოკოპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
11. ნუკრი კინტრაია-საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი.
12. ზაზა ბოხუა-სამედიცინო უნივერსიტეტის დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი
13. თენგიზ ასათიანი-საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია
14. ნატა ყაზახაშვილი- დუღუშაურის სავადმყოფოს გენერალური დირექტორი
15. ნინო ბოცვაძე- „კლინიკა იმედი“, ახალშობილთა განყოფილების გამგე
16. ქეთი შარანგია-ივანე ბოკერიას სახელობის საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი
17. დავით გაგუა-გაგუას კლინიკის დირექტორი
18. ლელა ფირცხალაიშვილი-დირექტორი:, ნინო ბახტაძე- ექიმი პედიატრი- სამედიცინო ჰოლდინგი #23 (გლდანი)
19. ქეთი ლორია-დირექტორი, მაია ნაზღაიძე-ოჯახის ექიმი, მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი

პაციენტის კითხვარი ჰჯდ-ში

ბავშვის ასაკი _____

1. როგორ კვებაზეა ამჟამად თქვენი შვილი?
 - 1 ამჟამად იკვებება მხოლოდ ძუძუთი და ვაპირებთ გაგრძელდეს ≥ 24 თვემდე
 - 2 ძუძუთი კვებაზეა და ვაპირებთ გაგრძელდეს ექსკლუზიურად ძუძუთი კვება 6 თვემდე
 - 3 ხელოვნულ კვებაზეა
 - 4 შერეულ კვებაზეა

2. რამდენად მოხდა ძუძუთი კვების დაწყება დაუყოვნებლივ, სიცოცხლის პირველი საათის განმავლობაში?

დიახ	არა	არ მახსოვს
------	-----	------------

3. რამდენად მოხდა ძუძუთი კვება მშობიარობიდან 24 საათში?

დიახ	არა
------	-----

4. როგორი იყო ახალშობილის კვება სამშობიაროდან გაწერისას?
 - ძუძუთი კვება
 - ხელოვნური კვება
 - შერეული (ძუძუთი კვება, ხელოვნური და/ან პარენტერალური)

5. მისცეს თუ არა ბავშვს საავადმყოფოში მზა თხევადი ფორმულა?

დიახ	არა	არ ვიცი
------	-----	---------

6. ბავშვისთვის რძის ფორმულის დაწყება გირჩიეს შემდეგმა პირებმა?
 - ექიმი
 - ექთანი
 - ფარმაცევტი
 - ოჯახის წევრი
 - მეგობარი
 - სხვა
 - არავის ურჩევია

7. გამოიყენა თუ არა თქვენმა შვილმა საწოვარა ბოლო 7 დღის განმავლობაში?

დიახ	არა	ნაწლობრივ
------	-----	-----------

8. გესაუბრათ თუ არა ვინმე სამშობიარო დაწესებულებაში ძუძუთი კვების უპირატესობაზე?

დიახ	არა	არ მახსოვს
------	-----	------------

9. თუ თქვენი შვილი ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზეა, იცით თუ არა რა ასაკიდან უნდა შეიყვანოთ ბავშვის კვების რაციონში დამატებითი საკვები?

10. 6-24 თვის ასაკში: ჩამოთვლილი პროდუქტებიდან რომელს აძლევთ ბავშვს:

- რძე
- მარცვლეული
- ბარდული
- რძის პროდუქტი (ხაჭო, ყველი, მაწონი, იოგურტი)
- საქონლის ხორცი, თევზი, ფრინველის ხორცი
- კვერცხი
- ხილი
- ბოსტნეული

¹ Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.