

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

2012



sagarTvelos saxalxo damcveli
PUBLIC DEFENDER OF GEORGIA

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

ანა აბაშიძე

2012

პუბლიკაცია მომზადებულია შვედეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და
ოქსფამის მიერ დაფინანსებული პროექტის “ჩემი უფლებები, ჩემი ხმა“ ფარგლებში,
“ველფარ ფაუნდეიშენ“-ის მხარდაჭერით

რედაქტორი: მირანდა ახვლედიანი

სარჩევი

შესავალი.....	4
რას გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება?	5
მნიშვნელოვანი ასპექტები ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან დაკავშირებით.....	5
ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან დაკავშირებული სხვა უფლებები.....	6
ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემა.....	11
ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის პროგრამის შექმნის ისტორია.....	11
ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვა და სხვადასხვა ქვეყნის საუკეთესო გამოცდილება	23
შეჯამება	29
გამოყენებული ლიტერატურა.....	31

შესავალი

ჯანმრთელობაზე ზრუნვა თანაბრად მნიშვნელოვანია ყველა ადამიანისთვის, მიუხედავად მისი ასაკისა, სქესისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა თუ ეთნიკური წარმომავლობისა.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ პირველად 1946 წელს გაკეთდა ჩანაწერი ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან დაკავშირებით, რომლის თანახმადაც, „*ჯანმრთელობა არის სრულფასოვანი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობა და არა დაავადებებისა თუ შეზღუდვის არქონა*“.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სადამფუძნებლო დოკუმენტის ¹ პრეამბულაში ნათქვამია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის არსებობა ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა, რომელიც არ შეიძლება შეიზღუდოს ადამიანის კანის ფერის, რელიგიის, პოლიტიკური შეხედულებებისა თუ სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით.

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში ² ჯანმრთელობის დაცვის უფლება განხილულია, როგორც ცხოვრების სათანადო პირობების ნაწილი. ჯანდაცვის უფლება ასევე წარმოადგენს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლების შესახებ საერთაშორისო პაქტის განუყოფელ ნაწილს³.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვის უფლებათა კონვენცია ფართოდ მიმოიხილავს ჯანდაცვის უფლებას. უნდა აღინიშნოს, რომ, ზრდასრულებისაგან განსხვავებით, ბავშვთა ჯანდაცვის უფლების რეალიზებასთან დაკავშირებით საერთაშორისო საზოგადოების მიერ შემუშავებულია სპეციფიკური მიდგომები.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განხილვა ადამიანის უფლებათა ჭრილში; ყურადღება გამახვილდება იმაზე, თუ ჯანმრთელობის დაცვის რა სტანდარტები უნდა არსებობდეს ქვეყანაში არასრულწლოვნებთან მიმართებით. ასევე საუბარი იქნება იმაზე, თუ რა სახის პასუხისმგებლობა აკისრია სახელმწიფოებს ბავშვთა ჯანდაცვის უფლების უზრუნველსაყოფად.

პუბლიკაციაში წარმოდგენილი იქნება სხვადასხვა სახელმწიფოს საუკეთესო გამოცდილება ბავშვთა ჯანდაცვის უფლების დაცვასთან დაკავშირებით.

¹ მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეა (1946), მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის წესდება, ნიუ-იორკი.

² მიღებულია 1948 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ.

³ მიღებულია 1966 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ.

რას გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება?

მნიშვნელოვანი ასპექტები ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან დაკავშირებით⁴

ჯანდაცვის უფლება ინკლუზიური უფლებაა. ჯანდაცვის უფლება ხშირად ასოცირდება ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და სამედიცინო ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებასთან; მაგრამ ცნება „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ უფრო ფართოდ უნდა იქნეს გაგებული, ვიდრე ქვემოთ მოყვანილ მაგალითებში.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, რომლის ფუნქციასაც წარმოადგენს ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის განხორციელების მონიტორინგი, განსაზღვრავს ჯანმრთელობის უფლების დაცვის ძირითად მახასიათებლებს:

- სუფთა წყალი და სათანადო სანიტარიული გარემო;
- უსაფრთხო საკვები;
- სათანადო თავშესაფარი;
- ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო სამუშაო და გარემო პირობები;
- ჯანდაცვის უფლებასთან დაკავშირებული განათლება და ინფორმირება;
- გენდერული თანასწორობა.

ჯანდაცვის უფლება მოიცავს თავისუფლებებს. აღნიშნული თავისუფლებები გულისხმობს ადამიანის უფლებას, დაცული იყოს ისეთი არანებაყოფლობითი სამედიცინო ჩარევისაგან, როგორიცაა სამედიცინო ექსპერიმენტები და კვლევები, იძულებითი სტერილიზაცია; აგრეთვე უფლებას, დაცული იყოს წამებისა და არაადამიანური მოპყრობისაგან ან სასჯელისაგან.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება უნდა უზრუნველყოფდეს:

- თანაბარ ხელმისაწვდომობასა და ხარისხიან მომსახურებას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
- პრევენციის, მეურნეობისა და დაავადებების გაგრძელებაზე კონტროლის შესაძლებლობას;
- ხელმისაწვდომობას აუცილებელ მედიკამენტებზე;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას, რეპროდუქციული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას;

⁴ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ასპექტების უმეტესობა აღნიშნულია ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის, 2000 წლის, N14 ზოგად კომენტარში.

- თანაბარ და დროულ ხელმისაწვდომობას ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად სერვისებზე;
- ჯანდაცვასთან დაკავშირებული განათლებისა და ინფორმაციის უზრუნველყოფას;
- მოსახლეობის მონაწილეობას ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები ყველასთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

დისკრიმინაციის აკრძალვა და თანასწორობა, როგორც ადამიანის უფლებების ფუნდამენტური პრინციპები, წარმოადგენს გადამწყვეტ კომპონენტს ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

დისკრიმინაციის აკრძალვისა და თანასწორობის პრინციპი აგრეთვე წარმოშობს სახელმწიფოს ვალდებულებას, უზრუნველყოს სპეციფიკური საჭიროების გათვალისწინება კონკრეტული ჯგუფებისთვის, რომელთა წინაშე მუდმივად დგას გარკვეული გამოწვევები ჯანმრთელობის თვალსაზრისით.

დისკრიმინაციის აკრძალვის პრინციპი მოითხოვს ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი სტანდარტების უზრუნველყოფას ცალკეული ჯგუფებისთვის, როგორცაა, მაგალითად, ბავშვები, რადგან აღნიშნული ჯგუფი შედარებით უფრო მოწყვლადია, ვიდრე ზრდასრულები⁵.

თანასწორობის პრინციპი ასევე მოიცავს ადამიანთა გენდერული დისკრიმინაციისგან დაცვის აუცილებლობას, ჯანდაცვის სერვისის მიღების დროს სამედიცინო ეთიკისა და კონფიდენციალობის უზრუნველყოფას.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან დაკავშირებული სხვა უფლებები

ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით ურთიერთდაკავშირებული უფლებები წარმოდგენილია ბავშვის უფლებათა კონვენციის რამდენიმე მუხლში. გარდა აღნიშნულისა, არსებობს სპეციალური, 24-ე მუხლი, რომელიც წარმოადგენს ძირითად მატერიალურ უფლებას და, ამავე დროს, საფუძველს ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაციისათვის.

⁵ გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის ოფისი, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (2008), ჯანმრთელობის დაცვის უფლება. ჟენევა ISSN 1014-5567.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის 24-ე (1) მუხლში ვკითხულობთ: „მონაწილე სახელმწიფოები⁶ აღიარებენ ბავშვის უფლებას, ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის ყველაზე უფრო სრულყოფილი მომსახურებით და დაავადებათა მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენის საუკეთესო საშუალებებით. მონაწილე სახელმწიფოები ცდილობენ, უზრუნველყონ, რომ ყველა ბავშვს ჰქონდეს უფლება, ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ასეთი მომსახურებით“.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვის უფლებათა კომიტეტი⁷ ბავშვის უფლებებზე საუბრისას მხედველობაში იღებს კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოების რესურსებს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, არსებობს სტატისტიკური ინფორმაცია, თუ რა ხარისხით არის დაცული ბავშვის უფლებები კონკრეტულ სახელმწიფოებში. მაგალითად, ცენტრალური აფრიკის ქვეყნების უმეტესობას არა აქვს რესურსები იმისთვის, რომ უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვა სათანადო წესით, განსხვავებით კანადისაგან, რომელიც აღნიშნული უფლების რეალიზაციას საკმაოდ მაღალ დონეზე ახორციელებს⁸. მიუხედავად ამისა, გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენცია თანაბარ მოთხოვნებს უწესებს მონაწილე ქვეყნებს ჯანდაცვის მომსახურებაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სახელმწიფოები, რომელთაც შესწევთ უნარი, უზრუნველყონ ბავშვთა ჯანდაცვის უფლება უმაღლეს დონეზე, არ განახორციელებდნენ აღნიშნულს და ბავშვის უფლებათა კონვენციის მოთხოვნების შესასრულებლად საშუალო ან დაბალი დონის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის არსებობაც კი დააკმაყოფილებდათ. ამიტომაც, მიუხედავად ქვეყნების განვითარების განსხვავებული მაჩვენებლებისა, ყველა მონაწილე სახელმწიფო თანაბრად არის ვალდებული, უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საუკეთესო მომსახურება ნებისმიერი ბავშვისთვის.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის 24 (1) მუხლი ასევე აწესებს სახელმწიფოების ვალდებულებას, „მიიღონ ყველა ზომა, რათა უზრუნველყონ“, რომ არც ერთ ბავშვს არ შეეზღუდოს უფლება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საუკეთესო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. ასეთი ჩანაწერი აიძულებს განვითარების ნებისმიერ საფეხურზე მყოფ სახელმწიფოს, მუდმივად, ყოველწლიურად იზრუნოს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემურ გაუმჯობესებაზე.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის 24-ე მუხლი ავალდებულებს მონაწილე სახელმწიფოებს, მიიღონ შესაფერისი ზომები, რომლებიც დაკავშირებული იქნება ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის ისეთ ამოცანებთან, როგორიცაა,

⁶ საერთაშორისო სამართლის მიხედვით, ქვეყნები, რომლებიც გახდნენ საერთაშორისო ხელშეკრულებების მონაწილენი რატიფიკაციის ან სხვა გზით, იწოდება მონაწილე სახელმწიფოებად.

⁷ გაერთიანებული ერების ბავშვის უფლებათა კომიტეტი არის დამოუკიდებელი ორგანო, რომელიც შედგება დამოუკიდებელი ექსპერტებისაგან და მის საქმიანობას წარმოადგენს მონიტორინგის განხორციელება იმაზე, თუ როგორ მიმდინარეობს ბავშვის უფლებათა იმპლემენტაცია ბავშვის უფლებათა კონვენციის მონაწილე ქვეყნებში.

⁸ გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა, 2007.

მაგალითად, ბავშვთა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და სხვა ღონისძიებები. მთლიანობაში, აღნიშნული ზომები მიზნად ისახავს ბავშვთა ცხოვრების ჯანსაღი დასაწყისის უზრუნველყოფას, რაც განაპირობებს მათ ჯანსაღ განვითარებას და ცხოვრების სათანადო პირობებს.

ამავე დროს, ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის უფლებაზე მსჯელობისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს ბავშვის სხვა უფლებებზე, რომლებიც გარანტირებულია კონვენციის სხვა მუხლებით და საფუძველს ქმნის ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციისათვის. ბუნებრივია, კონვენციის მუხლები მეტ-ნაკლებად დაკავშირებულია ერთმანეთთან, რის გამოც შეუძლებელია, განცალკევებით, სხვა მუხლებთან კავშირის გარეშე, ვისაუბროთ ბავშვის ჯანდაცვის უფლებაზე.

მაგალითისთვის, ბავშვის უფლებათა კონვენციის 23-ე მუხლი არეგულირებს სფეროს, რომელსაც განეკუთვნება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები და მოითხოვს მონაწილე სახელმწიფოებისაგან ყველა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის სრულფასოვან და ღირსეულ ცხოვრებას იმგვარ პირობებში, რომლებიც უძლიერებს მათ ღირსების შეგრძნებას, საკუთარი თავის რწმენას და უადვილებს საზოგადოების ცხოვრებაში აქტიურ მონაწილეობას. იგივე 23-ე მუხლი ითვალისწინებს სახელმწიფოთა პასუხისმგებლობას, აღიარონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის უფლება, სარგებლობდეს განსაკუთრებული მზრუნველობით და, სათანადო რესურსების არსებობის პირობებში, ახალისებდეს და უზრუნველყოფდეს ამ უფლების მქონე ბავშვისათვის და მზრუნველობაზე პასუხისმგებელი პირებისათვის ისეთი დახმარების გაწევას, რომელიც შეესაბამება ბავშვისა და მასზე მზრუნველ პირთა მდგომარეობას. ბუნებრივია, აღნიშნული ვალდებულებები მოიცავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის უფლებას ჯანმრთელობის დაცვაზე, რომელიც გამოიხატება სათანადო მზრუნველობაში; ქვეყანაში მრავალფეროვანი სამედიცინო თუ სხვა სერვისების არსებობის აუცილებლობას.

გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენციის 26-ე მუხლი აღიარებს ყოველი ბავშვის უფლებას, ისარგებლოს სოციალური უზრუნველყოფის ყველა სიკეთით, სოციალური დახმარების ჩათვლით; იგი სახელმწიფოებს აკისრებს ვალდებულებას, მიიღონ ყველა აუცილებელი ზომა ამ უფლების სრული განხორციელებისათვის, თავიანთი ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად. შედავათები ბავშვს ეძლევა საჭიროების მიხედვით, მისი და მის რჩენაზე პასუხისმგებელ პირთა რესურსებისა და შესაძლებლობების, აგრეთვე, ბავშვის მიერ ან მისი სახელით ამ შედავათების მიღებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სხვა მოსაზრების გათვალისწინებით.

ზემოაღნიშნულ ნორმას უკავშირდება კონვენციის 27-ე (1) მუხლის მოთხოვნა იმის შესახებ, რომ მონაწილე სახელმწიფოები ცნობენ ყოველი ბავშვის უფლებას, უზრუნველყოფილი იყოს ცხოვრების ისეთი ღონით, რომელიც აუცილებელია მისი ფიზიკური, გონებრივი, სულიერი, ზნეობრივი და სოციალური განვითარებისათვის. იგივე მუხლი ავალდებულებს

სახელმწიფოებს, მიიღონ ყველა შესაბამისი ზომა, რათა დაეხმარონ ბავშვის მშობლებს ან სხვას, ვისაც ბავშვზე მზრუნველობა აკისრია, რათა მათ შეძლონ ბავშვის ყველა უფლების განხორციელების უზრუნველყოფა. ეს შეიძლება გამოიხატოს მატერიალური სახის დახმარებაში ან პროგრამებით ხელშეწყობაში, რომელთა საშუალებითაც ბავშვი უზრუნველყოფილი იქნება საკვებით, სამოსითა და საცხოვრებელი პირობებით. მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ ჩამოთვლილი ღონისძიებები წარმოადგენს ბავშვის საბაზისო, ძირითადი საჭიროებების დაკმაყოფილების საშუალებებს.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მე-17 მუხლი ითვალისწინებს ბავშვის უფლებას ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე. აღნიშნული ნორმის მიზანია, ხელი შეუწყოს ბავშვის გონებრივ, ფიზიკურ და სულიერ ჯანმრთელობას. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დაუშვებელია, ბავშვმა მიიღოს ისეთი ინფორმაცია, რომელიც მისთვის დამაზიანებელი იქნება და ხელს შეუშლის მის ჯანსაღ განვითარებას.

მოზარდებს ეკისრებათ წამყვანი როლი საკუთარი თავის განვითარების საკითხში, მათი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. შესაბამისად, აუცილებელია, ბავშვს ხელი მიუწვდებოდეს ყველანაირ ინფორმაციაზე, რომელიც მას დაეხმარება, თავიდან აიცილოს მავნე პრაქტიკა, მაგალითად, ალკოჰოლური სასმელისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება; ასევე, შეძლოს, გააკეთოს გაცნობიერებული არჩევანი ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებით.

ბავშვის სიცოცხლის გადარჩენისა და განვითარების უფლება⁹ უშუალოდ გამომდინარეობს ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის უფლებიდან. ამ შემთხვევაში ჯანმრთელობის დაცვის უფლება წარმოდგენილია, როგორც საბაზისო უფლება, რომელიც განაპირობებს ბავშვის სიცოცხლის გადარჩენისა და განვითარების უფლების რეალიზაციას.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მე-6 მუხლი მოითხოვს საბაზისო ჯანდაცვის სერვისების არსებობას სახელმწიფოებში, რომლებიც უზრუნველყოფენ ბავშვთა სიცოცხლის გადარჩენას და განვითარებას. მე-6 მუხლი ასევე ეხება სახელმწიფოთა ვალდებულებას, დაიცვან ბავშვები ძალადობრივი პრაქტიკისაგან (მაგალითად, შრომითი ექსპლუატაცია, პროსტიტუცია, წამება და ა.შ.), რომელიც მავნე ზეგავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე და, რაც მთავარია, საფრთხეს უქმნის მის შემდგომ ცხოვრებას.

ყველა ზემოხსენებული უფლება უპირობოდ უკავშირდება დისკრიმინაციის აკრძალვის მოთხოვნას.¹⁰ ბავშვის უფლებათა კონვენციის მე-2 მუხლი განამტკიცებს მონაწილე სახელმწიფოების იურისდიქციის ფარგლებში მყოფი თითოეული ბავშვის ყველა უფლებას, რომელიც წინამდებარე ბავშვის უფლებათა კონვენციითაა გათვალისწინებული, ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციის გარეშე, რასის, კანის ფერის, სქესის, ენის, რელიგიის,

⁹ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 6; გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 1989

¹⁰ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 2; გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 1989

პოლიტიკური თუ სხვა მრწამსის, ეროვნული, ეთნიკური თუ სოციალური წარმოშობის, ქონებრივი მდგომარეობის, ბავშვის, მისი მშობლებისა და კანონიერი მეურვეების ჯანმრთელობისა და დაბადების მდგომარეობის ან სხვა ვითარების განურჩევლად.

მონაწილე სახელმწიფოები ყოველგვარ აუცილებელ ზომას იღებენ დისკრიმინაციის ყველა იმ ფორმისა და სასჯელისაგან ბავშვის დაცვის უზრუნველსაყოფად, რომლებიც უკავშირდება ბავშვის, ბავშვის მშობლების, კანონიერი მეურვეების ან ოჯახის სხვა წევრთა სტატუსს, საქმიანობას, მათ მიერ გამოთქმულ შეხედულებებს და მათ მრწამსს.

მონაწილე სახელმწიფოები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ, რომ ყველა ადამიანი, რომელსაც არ შესრულებია 18 წელი, სარგებლობდეს კონვენციით გათვალისწინებული ყველა უფლებით და არ განიცდიდეს დისკრიმინაციას. დისკრიმინაციის აკრძალვის მიუხედავად, მსოფლიოში ცნობილია მრავალი ფაქტი, რომელიც უკავშირდება ბავშვთა მიმართ დისკრიმინაციულ მოპყრობას. დისკრიმინაციას დაქვემდებარებული მოზარდები უფრო დაუცველნი არიან ძალადობისაგან და ექსპლუატაციის სხვადასხვა ფორმებისაგან, შესაბამისად, მათი ჯანმრთელობა და განვითარება დიდი რისკის წინაშე დგას. ამიტომაცაა, რომ ისინი საჭიროებენ უფრო დიდ ყურადღებას და დაცვას საზოგადოების ყველა სეგმენტისაგან.¹¹

ბავშვის უფლება, თავისუფლად გამოთქვას აზრი და მოუსმინონ, ¹² ასევე ბავშვის ფუნდამენტურ უფლებასა და წინაპირობას წარმოადგენს მოზარდის ჯანმრთელობისა და თავისუფალი განვითარების უფლების განხორციელებისათვის. კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა შექმნან ისეთი გარემო, რომელშიც მოზარდებს შესაძლებლობა ექნებათ, თავისუფლად გამოხატონ თავიანთი შეხედულებები ყველა იმ საკითხთან დაკავშირებით, რომლებიც მათ ეხებათ, უპირველეს ყოვლისა ოჯახში, სკოლაში, ან თავიანთ თემსა თუ სამეზობლოებში. იმისათვის, რომ მოზარდებმა უსაფრთხოდ და სათანადოდ ისარგებლონ ამ უფლებით, სახელმწიფომ, მშობლებმა და ზრდასრულმა ადამიანებმა, რომლებიც მუშაობენ ბავშვთა საკითხებზე, ხელი უნდა შეუწყონ ისეთი გარემოს შექმნას, რომელიც დაფუძნებული იქნება ურთიერთნდობაზე, ინფორმაციის გაცვლაზე, მოსმენის უნარსა და ჯანსაღ ახსნა-განმარტებაზე. ამგვარი მიდგომა, უდავოდ, ხელს შეუწყობს მოზარდთა თანასწორუფლებიან მონაწილეობას გადაწყვეტილებების მიღების პროცესებში.

მოზარდების ჯანმრთელობასა და განვითარების პერსპექტივას მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს ის გარემო, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ. უსაფრთხო და ხელშემწყობი გარემოს შექმნა გულისხმობს განწყობილებისა და ქცევის უკეთ გაგებასა და მასზე რეაგირებას, როგორც მოზარდის უშუალო გარემოს (ოჯახი, თანატოლები, სკოლა), ასევე უფრო ფართო

¹¹ გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, ოცდამეცამეტე სესია, ზოგადი კომენტარი N4, 2003.

¹² აღნიშნული უფლება მოცემულია ბავშვის უფლებათა კონვენციის მე-12 მუხლში.

გარემოს მეშვეობით, რომელიც ყალიბდება თემის/საზოგადოებისა და რელიგიური ლიდერების მიერ, მედიასაშუალებებით, ეროვნული და ადგილობრივი პოლიტიკითა და კანონმდებლობით. კონვენციის დებულებებისა და პრინციპების პოპულარიზაცია და ცხოვრებაში გატარება გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა მოზარდების ჯანმრთელობისა და განვითარების საქმეში.

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემა

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის საუკეთესო სისტემას, რომელიც შექმნილია იმ მიზნით, რომ უზრუნველყოს ბავშვის უფლებათა კონვენციით გათვალისწინებული უფლებების დაცვა. ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის არსებობისას ჯანმრთელობის დაცვის ყველა ეტაპზე, ნებისმიერი მოქმედების განხორციელების დროს, მთავარი ყურადღება უნდა ეთმობოდეს ბავშვის ჭეშმარიტ ინტერესებს.

იმისათვის, რომ ჯანდაცვის სისტემა გახდეს ბავშვზე ორიენტირებული, აუცილებელია, ის აკმაყოფილებდეს საერთაშორისო დონეზე აღიარებულ სტანდარტებს.

წინამდებარე ქვეთავში საუბარი იქნება სწორედ აღნიშნულ სტანდარტებზე; განხილული იქნება სხვადასხვა ქვეყნის საუკეთესო გამოცდილება.

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის პროგრამის შექმნის ისტორია

პროგრამის შექმნის იდეა თარიღდება XX საუკუნის 90-იანი წლებით და მისი ინიციატივა მომდინარეობს გაერთიანებული სამეფოდან¹³.

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების კონცეფცია, რომელიც მოიაზრებდა ბავშვზე ორიენტირებულ ჯანდაცვას, თავდაპირველად შექმნეს არასამედიცინო საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებმა. ეს სტანდარტები უკავშირდებოდა, ზოგადად, ბავშვის უფლებათა კონვენციის მუხლებს, რომლებიც ითვალისწინებდა ბავშვთა კეთილდღეობისა და განვითარების უფლებებს.

კონცეფცია ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვის შესახებ, რომელიც ზემოაღნიშნულ სტანდარტებს ეყრდნობდა, პირველად 1996 წელს წარმოდგენილ იქნა გაეროს ბავშვთა ფონდში. იდეის განხორციელებას ასევე მხარი დაუჭირა გაერთიანებულ სამეფოში მოღვაწე სხვადასხვა

¹³ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო ბავშვის უფლებათა კონვენცია, 1989 წლის 22 ნოემბერი.

არასამთავრობო ორგანიზაციამ. სტანდარტების დანერგვის მიზნით განხორციელდა საპილოტე პროგრამა ხუთ ქვეყანაში.¹⁴

2000 წლის ნოემბერში სტანდარტების პირველადი ვერსია გამოქვეყნებულ იქნა ჟურნალ Paediatrics-ში.¹⁵ იმავე წელს, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა გაეროს ბავშვთა ფონდის ხელშეწყობით, შეირჩა ოთხი ქვეყნის საავადმყოფოები, სადაც განხორციელდებოდა აღნიშნული პროგრამის იმპლემენტაცია.

საპილოტე პროგრამის წარმატებით განხორციელების შემდგომ ნებისმიერ ქვეყანას მიეცა საშუალება, უკვე შექმნილი მეთოდოლოგიისა და სტანდარტების გამოყენებით შეემუშავებინა ქვეყანაში ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემა. სმამაღლა ითქვა, რომ ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემა არ ეკუთვნის რომელიმე კონკრეტულ ორგანიზაციას ან ინდივიდს, ის ეკუთვნის ყველას, ვინც მუშაობს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და შეუძლია, დაუბრკოლებლად გამოიყენოს ყველამ, ვისაც სურვილი აქვს, განავითაროს და ბავშვზე ორიენტირებული გახადოს სისტემა.

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის შექმნის მიზნით სახელმძღვანელო პრინციპები დამტკიცდა ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის მიერ.¹⁶ აღნიშნული სახელმძღვანელო პრინციპები იმავე წელს ევროპის საბჭოს მონაწილე ქვეყნების მასშტაბით ჩატარებული კვლევის შედეგს ემყარება. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 2257-მა ბავშვმა 22 ქვეყნიდან; გამოიკვთა ის გამოწვევები და ბარიერები, რომლებიც აწუხებთ ბავშვებს ჯანდაცვის სისტემაში მოხვედრის დროს.¹⁷ სახელმძღვანელო პრინციპების შექმნა მიზნად ისახავდა, რომ ყოველგვარი აქტივობის დაგეგმვისა და განხორციელების დროს მოქმედების სტანდარტი ბავშვის უფლებები ყოფილიყო. არსებითად, ეს სახელმძღვანელო პრინციპები პოლიტიკის დოკუმენტია, რომელიც მიუთითებს, თუ როგორ უნდა შექმნან ქვეყნებმა ბავშვთა სპეციფიკურ საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები, როგორ უნდა უზრუნველყონ ბავშვთა ჩართულობა გადაწყვეტილების მიღების ყველა ეტაპზე, მათი ასაკისა და მომწიფებულობის გათვალისწინებით.

ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის არსებობის მთავარ სარგებელს წარმოადგენს ის, რომ აღნიშნული მიდგომა ჯანდაცვის სისტემაში მონაწილე ყველა მხარის ინტერესთა ჰარმონიულ თანაარსებობას განაპირობებს. ეს მონაწილეები არიან: სახელმწიფო, ორგანიზაციები,

¹⁴ Child friendly health care A manual for health workers, by Sue Nicholson and Andrew Clarke, Edited by Sue Burr and Devid Southall, Abridget by Elice and Oliver Ross 19.

¹⁵ Southall DP, Burr S. The Child-friendly healthcare Initiative (CFHI): Healthcare Provision in Accordance with The UN Convention on The Rights of the Child. Pediatrics 2000; 106(5): 1054–1064.

¹⁶ მიღებულია ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 1121-ე შეხვედრაზე, 2011 წლის 21 სექტემბერს.

¹⁷ Child-friendly health care: the view and experiences of children and young people in Council of Europe states, final report-experpts, Ursula KILKELLY, Ireland.

პროფესიული ჯგუფები, ბავშვები და მათი ოჯახები. აღნიშნული სისტემა ხელს უწყობს მათ ერთობლივ მუშაობას სხვადასხვა საკითხზე.¹⁸

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტები

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის 12 სტანდარტი უკავშირდება სხვადასხვა უფლებას, რომლებიც დაცულია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვის უფლებათა კონვენციაში.

სტანდარტი №1

აღნიშნული სტანდარტი გულისხმობს მიდგომას, რომლის მიხედვითაც მაქსიმალურად უნდა იყოს შემცირებული ბავშვთა ჰოსპიტალიზაცია. ეს უკანასკნელი გამოყენებული უნდა იყოს მხოლოდ ისეთ შემთხვევებში, როდესაც შეუძლებელია შესაბამისი მკურნალობის გაწევა სახლის პირობებში, ან ამას მოითხოვს ბავშვის ჭეშმარიტი ინტერესები.

ზოგადად, მიჩნეულია, რომ ბავშვის ინტერესების დაცვის საუკეთესო ფორმას წარმოადგენს მისი მკურნალობა სახლის პირობებში, ოჯახის წევრების გარემოცვაში.^{19 20}

სტანდარტი №2

ბავშვს უნდა მიეწოდოს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ სერვისებს შორის საუკეთესო. იმისათვის, რომ აღნიშნული უფლება განხორციელდეს, სამედიცინო პერსონალს ხელი უნდა მიუწვდებოდეს კვალიფიციურ სამეცნიერო მიღწევებსა და მიგნებებზე, რომელიც მტკიცებულებებს ემყარება.

ზოგადად, მიჩნეულია, რომ ისეთი სამედიცინო სერვისები, როგორიცაა იმუნიზაცია, ინფექციის კონტროლი და ა.შ., მაღალი ხარისხით შესრულდება, თუ მოხდება მათი დელეგირება კონკრეტულად ამისთვის გამოყოფილ სამედიცინო მუშაკებზე, რომლებსაც მონიტორინგს ჩაუტარებენ საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციები. ასევე მუდმივად განხორციელდება მათი გადამზადება და სპეციფიკური ცოდნისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავება. საუკეთესო პრაქტიკამ აჩვენა, რომ

¹⁸ ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის სახელმძღვანელო პრინციპები დამტკიცდა ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის მიერ 2011 წლის 21 სექტემბერს.

¹⁹ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 9; 24; 25; 3; Hall D, Elliman D, editors. Health for All Children. 4th ed. Oxford: Oxford University press. 2003.

²⁰ Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organisation. Management of the child with A Serious infection or Severe Malnutrition, Guidelines for care at the first referral level for developing countries. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: WHO, 2000.

აუცილებელია, სამედიცინო დაწესებულებაში იყოს ბიბლიოთეკა, რომელშიც სამედიცინო პერსონალი შეძლებს გარკვეული ინფორმაციის მოძიებას.^{21 22 23}

სტანდარტი №3

ყველა ბავშვმა უნდა მიიღოს სამედიცინო დახმარება უსაფრთხო, სუფთა და ბავშვზე მორგებულ გარემოში. აღნიშნული სტანდარტი მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ ბავშვმა და მისი ოჯახის წევრებმა თავი იგრძნონ დაცულად და უსაფრთხოდ სამედიცინო დახმარების მიღების დროს. აღნიშნული მოიცავს უსაფრთხო შენობას (სადაც ისინი იმყოფებიან), საკვებს, სამედიცინო აღჭურვილობას, სტრესს (რომელიც უკავშირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს).

ყველა საფრთხის პრევენცია უნდა განხორციელდეს სამედიცინო მუშაკთა და ბავშვის მშობლების ერთობლივი მუშაობით. სამედიცინო პერსონალს უნდა შეეძლოს ღიად საუბარი იმ საშიშროებებზე, რომლებიც არსებობს დაწესებულებაში ან მის გარეთ და უკავშირდება პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების უსაფრთხოებას. მშობლები ვალდებული არიან, აღნიშნული საფრთხე თავიდან ისე აიცილონ, რომ ბავშვი არ დააზარალონ. საუკეთესო პრაქტიკამ აჩვენა, რომ აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის რეგულარულად გადამზადება უსაფრთხოების საკითხებში.^{24 25 26 27}

სტანდარტი №4

სამედიცინო მანიპულაციების დროს ბავშვი არ უნდა დაშორდეს მშობლებს. სამწუხაროდ, აღნიშნული სტანდარტი ხშირად ირღვევა. მშობლებს არ ეძლევათ საშუალება, მუდმივად იყვნენ საკუთარ შვილებთან, მათთან დარჩნენ ღამით. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, გენდერულად უთანასწორო

²¹ გაერთიანებული ერების გენერალური ასამბლეა: ბავშვის უფლებათა კონვენცია. მუხლები 2, 6, 23, 24, 37; ნიუ-იორკი: გაერთიანებული ერები; 1989.

²² Moyer VA, Elliot EJ, Davis RL, Gilbert R, Klassen T, Logan S, Mellis C, Williams K, editors. Evidence-based Paediatrics and Child Health. London. BMJ Books; 2000.

²³ Committee on Quality of health care in America, institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2000; World Health Organization. Medical Records Manual- A guide for developing Countries. Geneva: WHO; 2002.

²⁴ World Health Organization. Tools for Assessing the Operation and Mainstreaming Status of Water Supply and Sanitation in Developing Countries. Geneva: WHO; 2001.

²⁵ World Health Organization Blood Transfusion Safety. Clinical use of blood-Handbook and CD-Rom. Geneva: WHO; 2002.

²⁶ D Alessandro U. Insecticide treated bed nets to prevent malaria. BMJ2001; 322: 249-250.

²⁷ Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in medicine, BMJ 1998; 316: 1154-7.

მიდგომებიც ფიქსირდება. ხშირად შვილებთან ყოფნისა და დარჩენის უფლება სამედიცინო დაწესებულებაში ეძლევათ მხოლოდ დედებს.

როდესაც ბავშვი მარტოა საავადმყოფოში, მას უჩნდება განცდა, რომ მიატოვეს; ეს გრძნობა შეიძლება მის ტანჯვას იწვევდეს. ამიტომაც, უმეტეს შემთხვევაში, ბავშვებთან უნდა იყვნენ მშობლები, ხოლო გამონაკლის შემთხვევაში, როცა ეს, ბავშვის ჭეშმარიტი ინტერესიდან გამომდინარე, შეუძლებელია, ბავშვებთან მუდმივად უნდა იმყოფებოდნენ მომვლელები. ისინი უნდა იყვნენ კარგად მომზადებული იმისთვის, რომ ბავშვს აარიდონ მიტოვების განცდის შედეგად მიღებული შესაძლო ზიანი. საუკეთესო პრაქტიკამ აჩვენა, რომ აუცილებელია, ბავშვების მშობლებსა და ახლობლებს თავისუფლად, დაუბრკოლებლად და ხშირად შეეძლოთ ბავშვის მონახულება.

საავადმყოფოს უნდა ჰქონდეს შესაფერისი აღჭურვილობა და ოთახები მშობლებისთვის, საწოლების ჩათვლით.^{28 29}

სტანდარტი №5

ბავშვსა და მის მშობლებს უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია დაავადების შესახებ და უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მათი მონაწილეობა გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში. სამედიცინო დაწესებულების პერსონალი ვალდებულია, მიაწოდოს მათ სრული ინფორმაცია ყველა მანიპულაციის შესახებ. ექიმებმა უნდა იცოდნენ ბავშვისა და მისი ოჯახის წევრების სახელები; ასევე, უნდა წარუდგინონ საკუთარი თავი ბავშვებსა და მათი ოჯახის წევრებს, რადგან მათ უფლება აქვთ, იცოდნენ, ვინ მკურნალობს. ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვსა და მშობელს მათთვის გასაგებ ენაზე. აქ იგულისხმება იმ პრობლემის შესაძლო არსებობა, რომელიც დაკავშირებულია უცხო ენასთან, ექიმის ლექსიკის სპეციფიკასთან, ბავშვისა და მისი მშობლის შეზღუდულ შესაძლებლობასთან (რომელიც მოითხოვს დამატებითი საშუალებების გამოყენებას კომუნიკაციის დასამყარებლად).

აღნიშნული პრობლემების თავიდან ასაცილებლად, საუკეთესო პრაქტიკის თანახმად, აუცილებელია თანამშრომელთა გადამზადება კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად, კონფიდენციალობის მნიშვნელობის კარგად გასააზრებლად და იმისათვის, რომ იცოდეს ტექნიკა თუ როგორ უნდა გადასცეს ინფორმაცია (განსაკუთრებით, როდესაც ის ნეგატიურია) ბავშვსა და მის მშობელს.³⁰

²⁸ Royal College of Paediatrics and Child Health. Helpful Parenting. London: RCPCH; 2002

²⁹ Stenbak, E. Care of Children in hospital: a study. Copenhagen Albany: WHO Publication; 1986

³⁰ Richman N. Helping Children in difficult circumstances-a teacher's manual(Save the Children, Development Manuals). London : Save the children: 1996.

სტანდარტი № 6

სტანდარტის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს თანასწორობის პრინციპის დაცვა აუცილებელია. ამავდროულად, ყველა ბავშვი აღქმული უნდა იყოს, როგორც ინდივიდი და გათვალისწინებული იყოს მისი ინდივიდუალური საჭიროება.

მიუხედავად გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენციის რატიფიკაციისა მონაწილე ქვეყნების მიერ, უთანასწორობა და დისკრიმინაცია ბავშვთა მიმართ მაინც არსებობს და ეს პირდაპირ არ უკავშირდება ქვეყნებში არსებულ რესურსებს. სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლებმა თანასწორობის საფუძველზე უნდა უზრუნველყონ ბავშვებისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, რადგან გადარჩენისა და განვითარების უფლება აქვს ნებისმიერ ბავშვს, მიუხედავად მისი სქესისა, წარმომავლობისა თუ სხვა ტიპის განსხვავებებისა.³¹

ხშირ შემთხვევაში, ბავშვები, რომლებიც წარმოდგენენ ღარიბ ოჯახებს, მანამ, სანამ საკმარის მატერიალურ მხარდაჭერას მოიპოვებენ, სარგებლობენ ნაკლებად ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით. აღნიშნული არღვევს თანასწორუფლებიანობის პრინციპს და დისკრიმინაციულ მდგომარეობაში აყენებს ბავშვებს.

ბავშვებს აქვთ უფლება, რომ ისინი აღიქვან, როგორც უნიკალური ინდივიდები, განსხვავებული ემოციური, ფიზიკური თუ სოციალური საჭიროებების მქონენი და პატივი სცენ მათ განსხვავებულობას. ბავშვებს ასევე აქვთ უფლება, დაცული იყოს მათი პირადი ცხოვრება და კონფიდენციალობა. ყოველ მათგანს აქვს პიროვნული ღირსება, რომლის დაცვა ყველა სხვა ადამიანის ვალდებულებაა.^{32 33 34}

სტანდარტი №7

სტანდარტის მიხედვით, ბავშვები უნდა იყვნენ მაქსიმალურად დაცულნი ფიზიკური და სულიერი ტკივილებისაგან, რომლებიც შეიძლება განიცადონ სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციის დროს.

³¹ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 2.

³² Dimond B. Patients' rights, responsibilities and the nurse. 2nd ed. Salisbury: Quay Books; 1999.

Human Rights Act 1998. London: The Stationery Office; 1998. Available from <http://www.hmsa.gov.uk/acts/acts1998/19980042.htm>;

Aldridge M, Wood J. Interviewing children a guide for child care and forensic practitioners. Chichester, New York: Wiley; 1998

³³ British Medical Association. Consent, Rights and Choices in Healthcare for Children and Young People. London: BMJ Books; 2000;

³⁴ Sheikh A, Gatrad AR, Editors. Caring for Muslim Patients. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2000;

Alderson P. Young Children's Rights, Exploring Beliefs, Principles and Practice. London: Save the Children. Jessica Kingsley Publishers; 2000

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის დანერგვის საპილოტე პროგრამამ აჩვენა, რომ საკმაოდ ბევრი ბავშვი განიცდიდა ტკივილს სამედიცინო მანიპულაციების დროს. აღნიშნული მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით, საუკეთესო პრაქტიკის თანახმად, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის რეგულარული გადამზადება ტკივილთან გამკლავების უახლესი მეთოდებისა და მიდგომების დაუფლების მიზნით. ასევე მნიშვნელოვანია, არსებობდეს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელიც იმუშავებს ტკივილთან ეფექტური გამკლავების საკითხებზე; უნდა შეიქმნას სახელმძღვანელო სამედიცინო პერსონალისთვის აღნიშნულ თემაზე. გათვალისწინებული იყოს ასევე სხვა ქვეყნებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების საუკეთესო პრაქტიკა.

გასათვალისწინებელია ბავშვის ინფორმირების მნიშვნელობა მტკივნეული პროცედურის ჩატარებამდე, ტკივილგამაყუჩებლის მიცემამდე ან/და განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ტკივილის მოხსნა შეუძლებელი ხდება. აუცილებელია, განხორციელდეს სხვადასხვა ქმედება, რომლებიც ერთგვარად შეუმსუბუქებს ბავშვს მოსალოდნელ ტკივილს და, ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, განაპირობებს მის მზაობას პროცედურებთან დაკავშირებით. ესენია:

- ვიყოთ გულახდილი ბავშვთან და ავუხსნათ, თუ რა პროცედურების ჩატარებას აპირებს ექიმი და რამდენად მტკივნეული იქნება ისინი მისთვის;
- გამოყენებულ იქნეს შესაფერისი თამაში მანიპულაციების ჩატარების დროს, რომელიც დაეხმარება ბავშვს ტკივილთან გამკლავებაში;
- ბავშვს უნდა გაეწიოს ფსიქოლოგიური დახმარება, რომელიც გულისხმობს იუმორის გამოყენებას და ბავშვზე მზრუნველი პირების ჩართვას სამედიცინო მანიპულაციების დროს, სადაც ეს შესაძლებელია.^{35 36 37 38 39 40}

სტანდარტი №8

აუცილებელია, გადაუდებელი დახმარება და შემდგომი მკურნალობა შესაბამისი იყოს. ამისთვის უნდა განხორციელდეს შემდეგი მოქმედებები:

³⁵ Southall D. Pain control in children. In Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, Editors. International Child Health Care - A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002. p87-107.

³⁶ World Health Organisation. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva: WHO; 1998;

³⁷ World Health Organisation. Symptom relief in terminal illness. Geneva: WHO; 1998;

³⁸ Vessey J, Carlson K, McGill J. Use of distraction with children during an acute pain experience. Nursing research. 1994; 43(6): 369-372;

³⁹ Royal College of Paediatrics and Child Health. Prevention and control of pain in children. A manual for healthcare professionals. London: BMJ books; 1997;

⁴⁰ Doorbar P, McClarey M. Ouch! Sort it out: Children's experience of pain. London: Royal College of Nursing 1999.

- ოჯახის წევრების ან ექიმის მიერ, რაც შეიძლება, ადრეულ პერიოდში უნდა იქნეს აღმოჩენილი დაავადების სიმპტომები;
- ბავშვი დაუყოვნებლივ უნდა მოინახულოს უბნის ექიმმა მის საცხოვრებელ ტერიტორიაზე;
- უნდა განხორციელდეს უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვის დროული ტრანსპორტირება, რომლის დროსაც მას უნდა გაეწიოს გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარება;
- განხორციელდეს 24-საათიანი, ეფექტური მეთვალყურეობა და მკურნალობა.

იმისათვის, რომ აღნიშნული სტანდარტი დაინერგოს, სისტემა გაერთიანებული უნდა იყოს ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელთა კავშირებში; მშობლებს ჰქონდეთ ინფორმაცია ჯანდაცვის სფეროში არსებულ სხვადასხვა საკითხზე; სამედიცინო პერსონალი იყოს კარგად გადამზადებული და საავადმყოფოს გააჩნდეს შესაფერისად აღჭურვილი, საკმარისი რაოდენობის ტრანსპორტი, აუცილებელი ადამიანური და ფინანსური რესურსები.

სამედიცინო მომსახურების დროს თავს იჩენს ეთიკური საკითხები, რომლებიც გათვალისწინებული უნდა იყოს მკურნალობის დროს. ამისთვის აუცილებელია პროფესიონალური რჩევების მიღება სპეციფიკურ საკითხებთან დაკავშირებით.^{41 42 43 44 45 46 47 48 49}

სტანდარტი №9

გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენციის 31-ე მუხლის თანახმად, ბავშვს აქვს გართობისა და თამაშის უფლება. თამაში არაა გამიზნული მხოლოდ დროის გასაყვანად ან გასართობად; ის ბავშვისთვის სამყაროს, გარემოს შეგრძნების საშუალებაა, განსაკუთრებით იმ ბავშვისთვის, რომელსაც ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები აქვს.

⁴¹ Emergency Maternal and Childhealthcare (EMCH) Manual on the website of Childhealth Advocacy International. www.caiuk.org;

⁴² United Nations General Assembly: Convention on the Rights of the Child. Articles 6. New York: United Nations; 1989 available from <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>;

⁴³ Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, editors. International Child Health Care- A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002;

⁴⁴ Ahmad, S, Southall D. Pocket Emergency Paediatric Care. London: BMJ Books; 2003;

⁴⁵ World Health Organisation Department of Child and Adolescent Health and Development/Unicef. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition – guidelines for care at the first referral level in developing countries. Geneva: WHO; 2000;

⁴⁶ World health Organisation Regional Office for Europe. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2002;

⁴⁷ World Health Organisation./Unicef. Essential newborn care. Geneva: WHO; 1996;

⁴⁸ McQuillan P, Pilkington S, Allan A, Taylor B, Short A, Morgan G et al. Confidential enquiry into quality of care before admission to Intensive Care. Br Med J 1998; 316(7148): 1853 – 8;

⁴⁹ D Carapiet, J Fraser, A Wade, P W Buss, R Bingham. Changes in paediatric resuscitation knowledge among doctors. Arch Dis Child 2001; 84(5) :412-414.

განსაკუთრებით უნდა გვახსოვდეს, რომ ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვი არის ნორმალური ბავშვი არანორმალურ სიტუაციაში; ასე რომ, სენსორული სტიმულაცია და თამაში არის ბავშვისთვის უფრო მნიშვნელოვანი მაშინ, როცა ის ავადაა.

თამაშს ბავშვთა მკურნალობის პროცესში ყოველთვის ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ. მედიცინის მუშაკები და, ხშირ შემთხვევაში, მშობლებიც თვლიდნენ, რომ ბავშვისთვის, რომელსაც ჯანმრთელობის პრობლემები ჰქონდა, თამაში იქამდე არ იყო საჭირო, სანამ არ გამოჯანმრთელდებოდა. აღნიშნული მიდგომა აკნინებს თამაშის მნიშვნელოვან როლს მკურნალობის პროცესში.

კვლევებზე დაყრდნობით, გაჩნდა მოსაზრება, რომ გამოჯანმრთელების პროცესი იმ ბავშვებისა, რომლებსაც თამაში შეზღუდული არა აქვთ, გაცილებით სწრაფად და ეფექტურად მიმდინარეობს, ვიდრე ბავშვებში, რომლებსაც თამაშის საშუალებას არ აძლევენ. უნდა გვახსოვდეს, რომ თამაში ბავშვის ცხოვრების ნაწილია.

ხშირად ბავშვები შეშინებული არიან საავადმყოფოში მოხვედრის გამო. სუნი, ხმა, ხალხი, გარემო ცუდ გავლენას ახდენს ბავშვზე და იწვევს შიშს. ამ დროს საუკეთესო გამოსავალია თამაში, რომელიც ეფექტურად ანეიტრალებს ბავშვის ამგვარ მდგომარეობას და გარემოს უფრო მეგობრულსა და მისაღებს ხდის. მნიშვნელოვანია, ბავშვს ჰქონდეს სახლიდან მოტანილი სათამაშო, რომელიც მისთვის ნაცნობ სიტუაციასთან ასოცირდება.

სამედიცინო მანიპულაციების დაწყებამდე კარგია, თუ ექიმი სათამაშოების გამოყენებით დაამყარებს ურთიერთობას ბავშვთან და აგრძნობინებს თავის კეთილგანწყობილ დამოკიდებულებას. ეს ხელს უწყობს მანიპულაციის წარმატებით ჩატარებას. კომუნიკაციის დამყარებისთვის ასევე საუკეთესო საშუალებაა თამაში. იმისათვის, რომ ექიმმა გაიგოს ბავშვის მოსაზრება ამა თუ იმ საკითხზე, მასთან კომუნიკაცია თამაშის გზით უნდა დაამყაროს.^{50 51 52 53 54}

⁵⁰ World Health Organisation. Department of Child and Adolescent Health and Development/Unicef. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition – guidelines for care at the first referral level in developing countries. Geneva: WHO; 2000

Withey H. The role of the Hospital Play Specialist within the multi-disciplinary team. June 2000. available from <http://www.nahps.org.uk/HPSroleMDT.htm>

⁵¹ Adams J, Gill S, McDonald M. Child Health. Reducing fear in hospital. Nursing Times 1991;87(1): 62-64

⁵² Azarnoff P. Preparation with Medically-oriented Play. In: Medically-oriented play for children in health care: The issues. Paediatric Projects Incorporated, Monograph No 3, 1986: 21-34 (*can't find this in any more detail*)

⁵³ Northop D, Lang C, Whitman CV. Local action: creating health promoting schools. Geneva: WHO; 2000

⁵⁴ Withey H. The role of the Hospital Play Specialist within the multi-disciplinary team. June 2000. available from <http://www.nahps.org.uk/HPSroleMDT.htm>

სტანდარტი №10

სტანდარტი მოითხოვს პრევენციული ღონისძიებების ჩატარების აუცილებლობას ჯანდაცვის სფეროში, რათა არასრულწლოვნები დაცული იყვნენ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობისაგან.

პრევენციული ღონისძიებების გატარების შემდგომ აუცილებელია, დაწესდეს სამედიცინო პერსონალის სამოქმედო გეგმა ბავშვის მიმართ განხორციელებულ ძალადობაზე ეჭვის შემთხვევაში. აღნიშნული გეგმა გულისხმობს პოლიციისა და ბავშვთა საკითხებზე მომუშავე სახელმწიფო დაწესებულებების წერილობით ინფორმირებას; სამედიცინო პერსონალის მიერ ტრენინგების გავლას ოჯახთან, ბავშვთან და სახელმწიფო დაწესებულებებთან თანამშრომლობის ფორმების შესახებ.

ძალადობის შემთხვევაში აუცილებელია კონფიდენციალობის პრინციპის დაცვა, რათა ვინაობა ბავშვისა, რომლის მიმართაც განხორციელდა ძალადობა, და ამ ძალადობის დეტალები ცნობილი არ გახდეს გარეშე პირებისთვის (აქ არ იგულისხმება სახელმწიფო დაწესებულებები, რომელთა მოვალეობასაც წარმოადგენს ბავშვის დაცვა ძალადობისაგან).

ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პირებს, ბავშვის საკითხებზე მომუშავე სხვა ჯგუფებთან და ოჯახებთან ერთად, განსაკუთრებული როლი ეკისრებათ ბავშვთა მიმართ ძალადობის იდენტიფიცირებისა და, ზოგადად, ბავშვთა დაცვის საკითხში. თითოეული ექიმი თუ სამედიცინო სფეროს სხვა წარმომადგენელი ვალდებულია, იყოს შესაფერისად მომზადებული აღნიშნულ თემასთან დაკავშირებით, ჰქონდეს შესაბამისი უნარ-ჩვევები და აქტიურად იყენებდეს პრევენციულ, დიაგნოსტიკურ საშუალებებს ძალადობისაგან ბავშვთა დასაცავად.^{55 56 57 58 59 60 61}

სტანდარტი №11

ბავშვს აქვს უფლება, აღიზარდოს და განვითარდეს; უფლება აქვს, მასზე ზრუნავდნენ, რაც დაეხმარება მთელი თავისი პოტენციალის განვითარებასა

⁵⁵ United Nations General Assembly: Convention on the Rights of the Child. Articles 3, 11, 19, 20, 21, 25, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39. New York: United Nations; 1989. Available from <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>

⁵⁶ Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, editors. International Child Health Care-A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002;

⁵⁷ Parton N, Wattam C. Child sexual abuse: responding to the experiences of children. Chichester, New York: Wiley; 1999;

⁵⁸ Polnay JC, editor. Child Protection in Primary Care. Abingdon: Radcliffe publishing; 2001;

⁵⁹ Southall DP, Samuels MP, Golden MH. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. Arch Disease Childhood 2003; 88 (2):101-104;

⁶⁰ Southall DP, Samuels MP, Bridson J. The police should take the lead on protecting children from criminal abuse. BMJ 2003; 326:343.

⁶¹ Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO, Geneva, 29 –31 March 1999. Available from <http://www.yesican.org/definitions/WHO.html>

და საზოგადოების სრულფასოვან წევრად ჩამოყალიბებაში. ძირითადად, ბავშვის აღზრდის ვალდებულება აკისრიათ მშობლებს, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ყველა ადამიანი, რომელსაც ურთიერთობა აქვთ ბავშვთან.

საუკეთესო გამოცდილება აჩვენებს, რომ აუცილებელია, სახელმწიფო ხელს უწყობდეს მშობლებს, რათა მათ ჰქონდეთ შესაძლებლობა, შეიღწას მისცენ საუკეთესო განათლება, უზრუნველყოფილი იყვნენ საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემით და დაცულნი ყველა სახის ძალადობისაგან. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვის განვითარების ყველა ეტაპზე ტარდებოდეს ეფექტური მონიტორინგი; ხორციელდებოდეს საუკეთესო პრევენციული პროგრამები, როგორიცაა: იმუნიზაცია, სკრინინგი, ჯანმრთელი დედობა და ა.შ. ქვეყნების საუკეთესო გამოცდილებად ითვლება ისეთი პროგრამების ფუნქციონირება, რომელიც გაააღწერს ბავშვის მდგომარეობას ორსულობის დროს.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები უზულებელყოფილი არიან საზოგადოებისა და ოჯახის მხრიდან. ამიტომ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო პერსონალი.^{62 63 64 65 66 67 68 69}

სტანდარტი №12

აღნიშნული სტანდარტი ეხება ბავშვების სწორი კვების აუცილებლობას. კვებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ ბავშვის გადარჩენისათვის, არამედ მისი ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარებისათვის. შიმშილი და არაჯანსაღი კვება ბავშვებში იწვევს მრავალი სახის დაავადებებს. ზემოაღნიშნული ფაქტორები ხშირად გულგრილობის, დეპრესიისა და სოციალური ურთიერთობების გაუარესების მიზეზი ხდება.

⁶² Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) - a World Health Organisation Program for delivering healthcare to children, supported by UNICEF. Geneva WHO available from <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

⁶³ United Nations General Assembly: Convention on the Rights of the Child. Articles 6, 17, 23, 24, 33, New York: United Nations; 1989. Available from <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>

⁶⁴ Rootman I. Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organisation, Europe; 2001

⁶⁵ Hall D, Elliman D. Health for all Children. 4th Ed Oxford: Oxford University Press; 2003.

⁶⁶ Unicef. A League table of Child poverty in Rich Nations. Innocenti report card issue no. 1 June 2000. Unicef Innocenti Research centre, Florence, Italy. Available from www.unicef-icdc.org;

⁶⁷ A Critical Link: Interventions for physical growth and psycho-motor development. A Review. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: WHO; 1999

⁶⁸ The State of the World's Children 2001-Early Childhood. UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/sowc01>;

⁶⁹ World Confederation for Physical Therapy, World Federation of Occupational Therapists and WHO Rehabilitation. Promoting the Development of Young Children with Cerebral Palsy – a guide for mid level rehabilitation workers. Geneva: World Health Organisation; 1993.

არასათანადო კვება ბავშვებში იწვევს საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებისა და, ზოგადად, განვითარების შეფერხებას. ეს სურათი შემდგომში, ფაქტობრივად, არ იცვლება.

ძუძუთი კვება წარმოადგენს ბავშვის საუკეთესო დაცვისა და ადრეულ ასაკში კვების ყველაზე რეკომენდებულ საშუალებას. გაეროს ბავშვთა ფონდისა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ აღიარებულია „10 ნაბიჯი ძუძუთი სწორი კვებისაკენ“. ესენია:

- ✓ ძუძუთი კვების პოლიტიკის დანერგვისთვის ჯანდაცვის ყველა წარმომადგენლის გადამზადება;
- ✓ ყველა ორსული ქალის ინფორმირება ძუძუთი კვების დადებითი თვისებებისა და ძუძუთი კვების მენეჯმენტის შესახებ;
- ✓ დახმარება დედებისთვის, რათა ძუძუთი კვება ბავშვის გაჩენისთანავე დაიწყონ;
- ✓ დედების ინფორმირება იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა აწოვონ ძუძუ ბავშვს მაშინაც კი, როცა დედა-შვილი ერთმანეთს დაშორებულია;
- ✓ დედის რძის გარდა, ახალშობილს არ შეიძლება მიეცეს არავითარი საჭმელი და წყალი (გამონაკლისს წარმოადგენს ის შემთხვევები, როცა აუცილებელია მედიკამენტოზური ჩარევა);
- ✓ ხელი შეეწყოს ძუძუთი კვების პოპულარიზაციას;
- ✓ არ გამოიყენონ ხელოვნური საშუალებები ჩვილთა ძუძუთი კვებისათვის და სხვ.;

ბავშვის განვითარების შემდგომ პერიოდში რეკომენდებულია, გამოიყენებოდეს ადგილობრივი საკვები ინდივიდუალურად, კონკრეტული ასაკისა და განვითარების დონის შესაბამისად.

იმისათვის, ავადმყოფ ბავშვს კვების მოტივაცია აუმაღლდეს, აუცილებელია, საკვები გემრიელი იყოს. ბავშვზე მზრუნველი პირები უნდა ითვალისწინებდნენ მის მოთხოვნას კვების ტემპთან დაკავშირებით.

ბავშვთა არასათანადო კვების მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა რომ შემცირდეს, აუცილებელია, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებმა მიიღონ სათანადო განათლება/გაიარონ ტრენინგები კვების მენეჯმენტის შესახებ, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული პროცედურების გათვალისწინებით.

ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვა და სხვადასხვა ქვეყნის საუკეთესო გამოცდილება

ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემაზე მსჯელობისას აუცილებელია, წარმოდგენილი იყოს იმ ქვეყნების საუკეთესო მიდგომები და მაგალითები, რომლებსაც, თემის სიახლის მიუხედავად, გარკვეული გამოცდილება აქვთ ჯანდაცვის სისტემის ბავშვზე ორიენტირების საკითხში.

საუკეთესო პრაქტიკას განსაზღვრავს სტანდარტები, რომელთა შესახებაც წინამდებარე ნაშრომში უკვე ვისაუბრეთ. სწორედ აღნიშნული სტანდარტების დაცვის ხარისხი განაპირობებს ქვეყნების მიღწევებსა და გამოწვევებს.

ბავშვზე მორგებული/ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა, როგორც აღინიშნა, მეტ-ნაკლებად ახლებურ მიდგომას წარმოადგენს მედიცინის სფეროში. ის აქტუალური გახდა მას შემდეგ, რაც ბავშვის უფლებებზე საუბარი გახშირდა; მას შემდეგ, რაც ბავშვი განიხილება, როგორც არა მხოლოდ ზრუნვის ობიექტი, არამედ უფლებების მქონეც.

ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის არსებობას განაპირობებს ბავშვის უფლებების დაცვის მდგომარეობა ჯანდაცვის სფეროში. ბავშვის აზრის სათანადო პატივისცემა, ბავშვის მონაწილეობა ჯანდაცვის პროცესში, ბავშვის ჭეშმარიტი ინტერესების დაცვა, ბავშვის დაცვა დისკრიმინაციისაგან და ა.შ. უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებებში ბავშვის უფლებების მიმართ პატივისცემის დამკვიდრებას. აღნიშნული მიმართულებით საუკეთესო პრაქტიკის განსაზღვრისა და ხარვეზების გამოსწორების მიზნით განიხილება ორგანიზაცია International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services-ის მიერ 2010 წელს ჩატარებული მონიტორინგის შედეგი, რომელიც ეხება სწორედ სამედიცინო დაწესებულებებში ბავშვის უფლებების დაცვის მდგომარეობის შეფასებას.⁷⁰ აღნიშნული საკითხის მონიტორინგი განხორციელდა 17 სამედიცინო დაწესებულებაში სხვადასხვა ქვეყნის მასშტაბით. ეს ქვეყნებია:

1. ავსტრია
2. ესპანეთი
3. ავსტრალია
4. უნგრეთი
5. იტალია
6. პორტუგალია
7. ესტონეთი
8. საბერძნეთი
9. ინგლისი
10. ნორვეგია

⁷⁰ Edited by Fabrizio Simonelli and Ana Isabel Fernandes Guerreiro, in collaboration with the Task Force members, January 2010.

11. შოტლანდია

მონიტორინგის პირველადმა შედეგმა აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ბავშვის უფლებების დაცვამ შესაძლოა, პოზიტიური გავლენა მოახდინოს ბავშვების, მოზარდებისა და მათი ოჯახებისათვის განკუთვნილი სამედიცინო სერვისის ხარისხზე; ასევე დადებითად აისახოს მეურნეობის შედეგებზე.

ბავშვს აქვს უფლება, იყოს ინფორმირებული და მონაწილეობას იღებდეს მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში, ასაკისა და სიმწიფის შესაბამისად.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- ჯანდაცვის მუშაკები ინფორმაციას აწვდიან ბავშვსა და მშობელს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ავსტრალია, პორტუგალია);
- მედიცინის მუშაკები ყოველდღიურ ახსნა-განმარტებებს აძლევენ მშობლებსა და ბავშვებს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (პორტუგალია);
- საავადმყოფოს აქვს ე.წ. „ვირტუალური ტური“ სპეციალურად ბავშვებისთვის, რომელსაც მათ საავადმყოფოს გაცნობის მიზნით სთავაზობენ (ავსტრალია);
- არსებობს ბავშვისთვის გასაგებ ენაზე დაწერილი საინფორმაციო ბროშურები (ესპანეთი);
- ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სფეროში გათვითცნობიერების მიზნით გამოიცემა საინფორმაციო მასალები ეროვნულ და უცხოურ ენებზე (ესპანეთი, ესტონეთი, პორტუგალია);
- არსებობს „ბავშვის სიცოცხლის პროგრამა“, რომელიც გულისხმობს ბავშვის ფსიქოლოგიურ მომზადებას ოპერაციისთვის (ესპანეთი);
- ტარდება ყოველწლიური ტრენინგკურსი სამედიცინო პერსონალისთვის პაციენტ ბავშვებთან და მათ მშობლებთან კომუნიკაციის დამყარების ტექნიკის შესახებ (ესპანეთი, ესტონეთი);
- სამედიცინო დაწესებულებებში ხელმისაწვდომია სახელმძღვანელო მშობლებისთვის (პორტუგალია).

ბავშვებს აქვთ გართობისა და დასვენების უფლება.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- არსებობს ბავშვზე ორიენტირებული ზრუნვა, რომელიც მოიცავს მეგობრულ გარემოს, არქიტექტურას, სერვისებსა და აქტივობებს (იტალია, ესპანეთი);
- არსებობს ინტერაქციული ინტერნეტპროგრამა, რომელიც ჰოსპიტალიზებულ ბავშვს სკოლასთან აკავშირებს (იტალია, ესტონეთი);
- არ არსებობს ვიზიტორების ასაკობრივი შეზღუდვა (ესპანეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი);
- საშუალო სკოლის მოსწავლეები ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებთან ერთად ახორციელებენ გარემოს დაცვით ღონისძიებებს (პორტუგალია).

მონაწილე სახელმწიფოები პატივს სცემენ და უზრუნველყოფენ მათი იურისდიქციის ფარგლებში მყოფი თითოეული ბავშვის ყველა უფლებას, რომლებიც კონვენციითაა გათვალისწინებული, ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციის გარეშე.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- ბავშვთა მკურნალობის პროცესში ჩართული მულტიდისციპლინური ჯგუფი (პორტუგალია);
- მიმდინარეობს თანამშრომლობა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომლებიც გასცემენ კონსულტაციებს ფსიქოლოგიურ და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებზე; აღნიშნული მოიცავს სქესობრივი ჯანმრთელობის საკითხებსაც (ესტონეთი);
- არსებობს რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები, რომლებიც უზრუნველყოფს პაციენტების ფსიქოლოგიურ მომსახურებას (ესპანეთი);
- საავადმყოფოში არსებობს ფსიქოლოგის განყოფილება, რომელიც ხელმისაწვდომია ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის (პორტუგალია, ესპანეთი, საბერძნეთი);
- არსებობს ბავშვზე ზრუნვის პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს არა მხოლოდ ბავშვის ინტერესებს, არამედ მისი მშობლებისა და მზრუნველების საჭიროებებსაც (ავსტრალია);
- კულტურულ საკითხებში მედიატორის არსებობას უზრუნველყოფენ საავადმყოფოები ან/და გაერთიანებები (იტალია, პორტუგალია, ესპანეთი, უნგრეთი);
- არსებობს მრავალ ენაზე მომსახურების შესაძლებლობა (ესპანეთი);
- უცხო ქვეყნის მოქალაქე ექიმებისთვის უზრუნველყოფილია ინგლისური ენის სწავლება (ესპანეთი);
- არსებობს სხვადასხვა ენიდან, მათ შორის ქვსტების ენიდან თარგმნის შესაძლებლობა (უნგრეთი);
- საავადმყოფოს გარემო ხელმისაწვდომია ყველასთვის (უნგრეთი).

ბავშვს უფლება აქვს, მოუსმინონ და ანგარიში გაუწიონ მის მოსაზრებას ასაკისა და სიმწიფის გათვალისწინებით.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- ბავშვთა შეხედულებები და აზრები ისევე მიიღება მხედველობაში, როგორც მათი მშობლებისა (პორტუგალია, ავსტრალია, იტალია, ავსტრია);
- სამედიცინო დაწესებულებაში არსებობს ბავშვთა ფორუმი, რომელიც თანამშრომლობს მშობელთა საბჭოსთან (ესტონეთი);
- არსებობს ბავშვებისა და მშობლების საჩივრების შესწავლის ხარისხიანი სისტემა (ესტონეთი);
- საავადმყოფოს აქვს საშუალება, ვებსაიტისა და სპეციალური ყუთების საშუალებით გაეცნოს პაციენტთა მოსაზრებებს (ავსტრალია, პორტუგალია);
- ხორციელდება მოზრდილი პაციენტი ბავშვების გამოკითხვა, რათა დადგინდეს მათი სპეციფიკური მოლოდინები და საჭიროებები, რომლებიც საავადმყოფომ უნდა დააკმაყოფილოს (ავსტრალია).

ბავშვებს აქვთ უფლება, დაცულნი იყვნენ ყველა სახის ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობისაგან.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- არსებობს შესაფერისი პროტოკოლი სამედიცინო დაწესებულებაში ან რეფერალური მექანიზმი ძალადობის წინააღმდეგ, სოციალური სერვისებისა და სასამართლოს ჩათვლით (იტალია, უნგრეთი, ავსტრია, ესპანეთი, ესტონეთი, პორტუგალია);
- ეწეობა რეგულარული კონფერენციები, ტრენინგები, რომლებიც იმართება საავადმყოფოებში ძალადობისაგან ბავშვთა დაცვის თემაზე (იტალია, პორტუგალია, ესტონეთი);
- საავადმყოფოში არსებობს ბავშვთა დაცვის სპეციალური განყოფილება (ავსტრალია, ესპანეთი); რისკის წინაშე მყოფი ბავშვებისა და ახალგაზრდების განყოფილება (პორტუგალია); სპეციალური განყოფილება ოჯახში ძალადობის საკითხზე (ავსტრალია); ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და უგულვებელყოფის პრევენციის განყოფილება (ესპანეთი); სოციალური სამსახურის განყოფილება (ესპანეთი, საბერძნეთი);
- „პედიატრიისა და ბავშვთა სკოლა“ მოიცავს ბავშვთა დაცვასა და ადვოკატირებას (ესპანეთი).

ბავშვებს აქვთ უფლება, არ იყვნენ დაშორებულნი მშობლებსა და მათზე მზრუნველ პირებს საავადმყოფოში მოთავსების დროს.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- მინიმუმ ერთი მშობელი შეიძლება იმყოფებოდეს მუდმივად შვილთან, მინიმალური შეზღუდვებით და საფასურის გადაუხდელად (ესტონეთი, ესპანეთი, იტალია, ავსტრია, ავსტრალია, უნგრეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი, ინგლისი);
- საავადმყოფოში მინიმუმ ერთი მშობლისთვის ხელმისაწვდომია უფასო კვება (იტალია, ესპანეთი, პორტუგალია);
- მშობლებს უფლება აქვთ, იმყოფებოდნენ საოპერაციო ოთახებში ანესთეზიის ამოქმედებამდე (ავსტრალია, საბერძნეთი, ინგლისი);
- არსებობს სპეციალური მენიუ ბავშვებისთვის და ონკოლოგიური პაციენტი ბავშვებისთვის (ესპანეთი, ინგლისი).

ბავშვებს აქვთ პირადი ცხოვრების უფლება.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- საავადმყოფოებში არის რამდენიმე ოთახი განმარტოებით ცხოვრებისთვის (ესპანეთი);
- ყველა საწოლი არის ერთი ან მაქსიმუმ ორი ადამიანისთვის განკუთვნილი (იტალია, ესპანეთი, პორტუგალია);
- ყველა ოთახს აქვს თავისი სააბაზანო (იტალია, ესპანეთი, ესტონეთი, პორტუგალია);
- სამედიცინო ისტორიის წერის ან გასინჯვის დროს სხვა პაციენტების ნათესავები ტოვებენ ოთახს (ესპანეთი);
- არსებობს სპეციალური განცალკევებული ადგილი პაციენტის გასინჯვისთვის და მასთან გასაუბრებისთვის (ესტონეთი, პორტუგალია).

ბავშვს აქვს უფლება, მიიღოს სამედიცინო მომსახურება სახლის პირობებში, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მისი ჭეშმარიტი ინტერესებისთვის აუცილებელია საავადმყოფოში გადაყვანა.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- არსებობს პროტოკოლი საავადმყოფოსა და თემზე დაფუძნებულ სერვისებს შორის, რომელიც გულისხმობს ბავშვის უფლებების პატივისცემას (იტალია, ესპანეთი, პორტუგალია);

- სახლის პირობებში მუშაობს გუნდი დღენაკლულ ბავშვებთან და პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებთან (ესპანეთი);
- არსებობს შინ მოვლის სერვისი, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვებისთვის (ესპანეთი);
- მუშაობს შინ მოვლის გუნდი ბავშვებისთვის, რათა შემცირდეს ჰოსპიტალიზაცია (საბერძნეთი).

ბავშვებს უფლება აქვთ, დაცულნი იყვნენ ტკივილის შეგრძნებისგან სამედიცინო მანიპულაციების დროს.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- არსებობს პროტოკოლები და პროცედურები ტკივილის პრევენციისა და მკურნალობის შესახებ (ესპანეთი, იტალია, ესტონეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი, უნგრეთი, ავსტრია, ავსტრალია);
- ტკივილის კვლევის განყოფილება პალიატიური ზრუნვის განყოფილების მნიშვნელოვანი კომპონენტია (ავსტრალია);
- ჯანდაცვის სისტემის ყველა თანამშრომელი გადამზადებულია ტკივილთან გამკლავების თემაზე (პორტუგალია);
- მუდმივად ხორციელდება თანამშრომლების გადამზადება ტკივილთან ბრძოლის საკითხზე (ესპანეთი, პორტუგალია, უნგრეთი, ინგლისი).

ბავშვები უნდა იყვნენ დაცულნი კლინიკური კვლევებისა და ექსპერიმენტებისაგან და ჰქონდეთ შესაძლებლობა, ნებისმიერ დროს გამოეთიშონ კვლევის პროცესს.

საუკეთესო პრაქტიკა:

- კლინიკური კვლევები მკვეთრად არის რეგულირებული პროტოკოლებით (უნგრეთი, პორტუგალია, ესპანეთი, იტალია, ავსტრალია, საბერძნეთი);
- არსებობს კლინიკური კვლევების ეთიკის კომიტეტი (ესტონეთი, პორტუგალია, ესპანეთი, იტალია, ავსტრალია, საბერძნეთი);
- არსებობს მშობლებისა და ბავშვებისაგან ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების სპეციფიკური პროტოკოლები (ესტონეთი, ესპანეთი, ავსტრია, იტალია, ავსტრალია, საბერძნეთი);
- ბავშვებს შეუძლიათ, ნებისმიერ დროს გამოეთიშონ კვლევას (ესტონეთი);
- ვრცელდება საინფორმაციო ლიფტები კვლევის შესახებ (პორტუგალია);

- ყველა ანგარიში გადის დამოუკიდებელ ეთიკურ რევიზიას (პორტუგალია, ესპანეთი, საბერძნეთი).

შეჯამება

წინამდებარე ნაშრომმა ცხადყო, თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვის უფლებებს ჯანდაცვის სფეროში. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციისა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების კვლევებმა წარმოაჩინა ბავშვის ყველა უფლების თანაბარი მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურად ფუნქციონირებისათვის; ხაზი გაესვა კონვენციის მონაწილე ქვეყნების ვალდებულებებს ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის დამკვიდრებისთვის.

წინამდებარე ტექსტი არგუმენტირებულად მიუთითებს იმის შესახებ, რომ ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის უფლებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება პროფესიონალებისა და ბავშვის, მისი კანონიერი წარმომადგენლის ურთიერთთანამშრომლობას, რომელიც არღვევს კლასიკურ და ერთმნიშვნელოვან სუბორდინაციას ექიმსა და პაციენტს შორის. ბავშვისა და მისი მშობლის აღქმა მკურნალობის პროცესის სრულუფლებიან მონაწილეებად, ინფორმირებულ პარტნიორებად, წარმოადგენს მნიშვნელოვან პირობას დადებითი შედეგების მიღწევისათვის. თერაპიის პოზიტიური ეფექტი დამოკიდებულია არა მხოლოდ მედიკამენტისა თუ სამედიცინო პროცედურის გაიდლაინებით გათვალისწინებული სტანდარტებით ზედმიწევნით ჩატარებაზე, არამედ ბავშვის დამოკიდებულებაზე მისი მკურნალი ექიმის მიმართ. ამ დროს ბავშვი სამედიცინო ინტერვენციის გარემოს აღიქვამს, როგორც მეგობრულს, რაც მას განაწყოფს გულახდილობისკენ და უძლიერებს ნდობას მის გარშემო მიმდინარე პროცესების მიმართ. დოკუმენტი ეხმიანება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ „ჯანმრთელობის“ ცნების განსაზღვრებასაც: სწორედ კეთილმოსურნე და გულისხმიერი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური გარემო უზრუნველყოფს ბავშვის სრულფასოვან მენტალურ, ფიზიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას, ანუ მის ჯანმრთელობას.

დოკუმენტი ასევე წარმოაჩენს სამედიცინო და სამართლებრივი პასუხისმგებლობის აუცილებელ კავშირს ბავშვებისათვის სრულფასოვანი ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდების პროცესში, კერძოდ, იმას, რომ ბავშვთან მიმართებით ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის დაცვა სწორედ ბავშვთა უფლებების კონვენციითა და სხვა საკანონმდებლო აქტებით გათვალისწინებული აუცილებელი ნორმატივია. იგი ყველა სამედიცინო პროფესიონალსა თუ სახელმწიფო პოლიტიკის შექმნაზე პასუხისმგებელ პირს მიუთითებს ბავშვებისათვის სრულფასოვანი სამედიცინო სერვისის მიწოდების პრიორიტეტულობის შესახებ, განსაკუთრებით რაიმე ნიშნით მარგინალიზებულ ბავშვთაგვი ასეთი სტანდარტის დაცვის

აუცილებლობაზე. ამ უკანასკნელის მაგალითად კი შეიძლება მოვიყვანოთ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლების დაცვა. საერთაშორისო საზოგადოებისათვის ნაცნობია მაგალითები განვითარებადი ქვეყნების რეალობაში, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის ჯანმრთელობის სერვისის მიწოდება შეზღუდულია ამგვარი პრობლემის არმქონე ბავშვების სასარგებლოდ. ასეთი მიდგომის სრული უარყოფა და ბავშვთა უფლებების დისკრიმინაციად მისი განხილვა შეიძლება ჩაითვალოს წინამდებარე კვლევის ერთ-ერთ გზავნილად, რომელიც რომელიმე ჯგუფის ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლების შეზღუდვის შემთხვევაში სწორედ სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხს აყენებს.

ქართველი მკითხველისათვის, ამგვარი დოკუმენტის გაცნობის შემდეგ, ლოგიკურად ისმება კითხვა, რამდენად შესაძლებელია არსებული სოციალურ-ეკონომიკური გამოწვევების პირობებში ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სტანდარტების სრულფასოვან განხორციელებაზე ვიფიქროთ; თუმცა აქ კიდევ ერთხელ მივუბრუნდებით გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ამოსავალ პარადიგმას, რომლის თანახმადაც სოციალურ-ეკონომიკური რესურსების ნაკლებობა არ გამოდგება არც ერთი ბავშვთა უფლებების კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოსთვის, გაამართლოს ბავშვებისათვის არასრულფასოვანი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება; ამ უკანასკნელი ფაქტის არსებობა კი მხოლოდ იმაზე მიუთითებს, რომ სახელმწიფო ხელისუფლება ჯანდაცვის რეფორმის გატარების პროცესში სწორ პრიორიტეტებს არ გეგმავს და არ ახორციელებს.

მაშასადამე, დასკვნის სახით, კიდევ ერთხელ გავუსვათ ხაზი ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის დანერგვის მნიშვნელობასა და აუცილებლობას ქართულ რეალობაში და შევაჯამოთ ის რეკომენდაციები, რომელთა ეფექტურობაც საერთაშორისო გამოცდილებამ დაამტკიცა; რომელთა ეტაპობრივი და მდგრადი განხორციელება ლოგიკურად განაპირობებს ადგილობრივ კონტექსტში ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სერვისების ამოქმედებას:

- ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტისა და პროგრამების შემუშავება ბავშვთა ჯანდაცვისა და ბავშვთა ადრეული განვითარების მომსახურებების სრულფასოვანი მიწოდებისათვის;
- ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივების პრიორიტეტიზაცია;
- მშობელთა განათლებისა და ინფორმირების უზრუნველყოფა ბავშვთა ჯანდაცვის საკითხებთან მიმართებით (ეს განსაკუთრებით ეხება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა მშობლებს, ოჯახებს, კანონიერ წარმომადგენლებსა და მეურვე/მზრუნველებს); ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს ორსულობის, ჩვილობისა და მცირეწლოვანების პერიოდსაც, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ბავშვებისათვის ადეკვატური ფიზიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური განვითარების პირობების შექმნა;

- რეაბილიტაცია/აბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ინტეგრირებულ/ინკლუზიურ სერვისებში ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის;
- შინ მოვლისა და ბინაზე მომსახურების კომპონენტის გაძლიერება ბავშვზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების პროცესში;
- ადეკვატური მომსახურების ორგანიზება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემისა და ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროების მქონე ბავშვებისათვის;
- ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და სუიციდის შემცირებაზე ორიენტირებული სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება;
- თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემასა და საბაზისო სოციალურ სერვისებზე, განსაკუთრებით იმ ბავშვებისთვის, რომლებიც უმცირესობებს მიეკუთვნებიან და სხვ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის წესდება
2. ადამიანის უფლებათა დეკლარაცია, 1948 წელი, გაერო
3. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14, 1966 წელი
4. გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა, 2007
5. ბავშვის უფლებათა კონვენცია, გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 1989
6. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვის უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №4, 2003
7. ბავშვზე მორგებული ჯანდაცვის სისტემის სახელმძღვანელო პრინციპები, ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტი, 2011 წლის 21 სექტემბერი
8. International network of health promoting hospitals and health services-ის მონიტორინგი, 2010 იანვარი;
9. Emergency Maternal and Childhealthcare (EMCH) Manual on the website of Childhealth Advocacy International. www.caiuk.org;
10. Withey H. The role of the Hospital Play Specialist within the multi-disciplinary team. June 2000. available from <http://www.nahps.org.uk/HPSroleMDT.htm>;
11. Withey H. The role of the Hospital Play Specialist within the multi-disciplinary team. June 2000. available from <http://www.nahps.org.uk/HPSroleMDT.htm>
12. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO, Geneva, 29 –31 March 1999. Available from <http://www.yesican.org/definitions/WHO.html>;
13. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) - a World Health Organisation Program for delivering healthcare to children, supported by UNICEF. Geneva WHO available from <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>;
14. Unicef. A League table of Child poverty in Rich Nations. Innocenti report card issue no. 1 June 2000. Unicef Innocenti Research centre, Florence, Italy. Available from www.unicef-icdc.org;
15. The State of the Worlds Children 2001-Early Childhood. UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/sowc01>;
16. Human Rights Act 1998. London: The Stationery Office; 1998. Available from <http://www.hmsso.gov.uk/acts/acts1998/19980042.htm>;
17. Child friendly health care A manual for health workers, by Sue Nicholson and Andrew Clarke, Edited by Sue Burr and Devid Southall, Abridget by Elice and Oliver Ross 19;

18. Southall DP, Burr S. The Child-friendly healthcare Initiative (CFHI): Healthcare Provision in Accordance with The UN Convention on The Rights of the Child. Pediatrics 2000;
19. Child-friendly health care: the view and experiences of children and young people in Council of Europe states, final report-excerpts, Ursula KILKELLY, Ireland;
20. Hall D, Elliman D, editors. Health for All Children. 4th ed. Oxford: Oxford University press. 2003;
21. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organisation. Management of the child with A Serious infection or Severe Malnutrition, Guidelines for care at the first referral level for developing countries. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: WHO, 2000;
22. Moyer VA, Elliot EJ, Davis RL, Gilbert R, Klassen T, Logan S, Mellis C, Williams K, editors. Evidence-based Paediatrics and Child Health. London. BMJ Books; 2000;
23. Committee on Quality of health care in America, institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2000;
24. World Health Organization. Medical Records Manual- A guide for developing Countries. Geneva: WHO; 2002;
25. World Health Organization. Tools for Assessing the Operation and Mainstreaming Status of Water Supply and Sanitation in Developing Countries. Geneva: WHO; 2001;
26. World Health Organisation Blood Transfusion Safety. Clinical use of blood-Handbook and CD-Rom. Geneva: WHO; 2002;
27. D Alessandro U. Insecticide treated bed nets to prevent malaria. BMJ 2001;
28. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in medicine, BMJ 1998;
29. Royal College of Paediatrics and Child Health. Helpful Parenting. London: RCPCH; 2002;
30. Stenbak, E. Care of Children in hospital: a study. Copenhagen Albany: WHO Publication; 1986;
31. Richman N. Helping Children in difficult circumstances-a teacher's manual (Save the Children, Development Manuals). London: Save the children: 1996;
32. Dimond B. Patients' rights, responsibilities and the nurse. 2nd ed. Salisbury: Quay Books; 1999;
33. Aldridge M, Wood J. Interviewing children a guide for child care and forensic practitioners. Chichester, New York: Wiley; 1998;
34. British Medical Association. Consent, Rights and Choices in Healthcare for Children and Young People. London: BMJ Books; 2000;
35. Sheikh A, Gatrads AR, Editors. Caring for Muslim Patients. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2000;
36. Alderson P. Young Children's Rights, Exploring Beliefs, Principles and Practice. London: Save the Children. Jessica Kingsley Publishers; 2000;
37. Southall D. Pain control in children. In Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, Editors. International Child Health Care- A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002;
38. World Health Organisation. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva: WHO; 1998;
39. World Health Organisation. Symptom relief in terminal illness. Geneva: WHO; 1998;
40. Vessey J, Carlson K, McGill J. Use of distraction with children during an acute pain experience. Nursing research. 1994;
41. Royal College of Paediatrics and Child Health. Prevention and control of pain in children. A manual for healthcare professionals. London: BMJ books; 1997;
42. Doorbar P, McClarey M. Ouch! Sort it out: Children's experience of pain. London: Royal College of Nursing 1999;
43. Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, editors. International Child Health Care- A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002;

44. Ahmad, S, Southall D. Pocket Emergency Paediatric Care. London: BMJ Books; 2003;
45. World Health Organisation Department of Child and Adolescent Health and Development/Unicef. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition – guidelines for care at the first referral level in developing countries. Geneva: WHO; 2000;
46. World health Organisation Regional Office for Europe. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2002;
47. World Health Organisation./Unicef. Essential newborn care. Geneva: WHO; 1996;
48. McQuillan P, Pilkington S, Allan A, Taylor B, Short A, Morgan G et al. Confidential enquiry into quality of care before admission to Intensive Care. Br Med J 1998;
49. D Carapiet, J Fraser, A Wade, P W Buss, R Bingham. Changes in paediatric resuscitation knowledge among doctors. Arch Dis Child 2001;
50. World Health Organisation. Department of Child and Adolescent Health and Development/Unicef. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition – guidelines for care at the first referral level in developing countries. Geneva: WHO; 2000;
51. Adams J, Gill S, McDonald M. Child Health. Reducing fear in hospital. Nursing Times 1991;
52. Azarnoff P. Preparation with Medically-oriented Play. In: Medically-oriented play for children in health care: The issues. Paediatric Projects Incorporated, Monograph No 3, 1986 (*can't find this in any more detail*);
53. Northop D, Lang C, Whitman CV. Local action: creating health promoting schools. Geneva: WHO, 2000;
54. Southall DP, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S, editors. International Child Health Care-A practical manual for hospitals worldwide. Child Advocacy International. London: BMJ Books; 2002;
55. Parton N, Wattam C. Child sexual abuse: responding to the experiences of children. Chichester, New York: Wiley, 1999;
56. Polnay JC, editor. Child Protection in Primary Care. Abingdon: Radcliffe publishing; 2001;
57. Southall DP, Samuels MP, Golden MH. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. Arch Disease Childhood 2003;
58. Southall DP, Samuels MP, Bridson J. The police should take the lead on protecting children from criminal abuse. BMJ 2003;
59. Rootman I. Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organisation, Europe; 2001;
60. Hall D, Elliman D. Health for all Children. 4th Ed Oxford: Oxford University Press; 2003;
61. A Critical Link: Interventions for physical growth and psycho-motor development. A Review. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: WHO; 1999;
62. World Confederation for Physical Therapy, World Federation of Occupational Therapists and WHO Rehabilitation. Promoting the Development of Young Children with Cerebral Palsy – a guide for mid level rehabilitation workers. Geneva: World Health Organisation; 1993.