ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული რეგისტრის (დაბადების რეგისტრი) სამი წლის ანგარიში

2018-2020



საქართველო

2021

სარჩევი

რეზიუმე……...3
დაბადების რეგისტრის ზოგადი მახასიათებლები 6
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები 9
ორსულობა 10
ორსულობა 20 წლამდე ასაკში 13
ანტენატალური მეთვალყურეობა 16
მშობიარობა 25
ნაადრევი მშობიარობა..... 31
საკეისრო კვეთა 33
აბორტი 37
ახალშობილთა მაჩვენებლები 41
დანართი: დაბადების რეგისტრის მონაცემთა გამოყენების მაგალითები 45

რეზიუმე

- 2020 წელს რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო რაოდენობაში ორსულთა წილი საშუალოდ 7%-ს შეადგენდა, ორსულობათა 1/3 დასრულდა აბორტით.

- 2018-2020 წლებში ანტენატალურ მომსახურებას მიმართა ორსულთა 94-96%-მა. დროული მიმართვების (13 კვირამდე) წილი საშუალოდ 86%-ს შეადგენდა. დროულ ანტენეტალურ ვიზიტებს მეტად ახორციელებდნენ ქალაქად მცხოვრები ორსულები, ყველაზე მაღალი მაჩვენებლებით აჭარაში და სამცხე-ჯავახეთში.

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ანტენატალური ვიზიტების რეკომენდებული მინიმალური რაოდენობით (8 და მეტი ვიზიტი) მოცვა[1] 2020 წელს 35% შეადგენდა, ძირითადად ქართველი ეროვნების ორსულთა ხარჯზე. 6 ანტენატალური ვიზიტით მოცვა 2018-2020 წლებში საშუალოდ 63%-ს შეადგენდა.

- 2018-2020 წლებში ორსულების საშუალოდ 5%-ს არ ჩაუტარებია არცერთი ანტენატალური ვიზიტი, საიდანაც სოფლად მცხოვრებ ორსულთა წილი პრევალირებს ქალაქად მცხოვრებ ორსულებზე.

- 20 წლამდე ასაკის ქალების ორსულობის მაჩვენებლები (შობადობის და აბორტის მაჩვენებლების ჯამური რაოდენობა) 2020 წელს 21%-ით შემცირდა წინა წელთან შედარებით. ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ქვემო ქართლის აზერბაიჯანულ მოსახლეობაში, ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისის რეგიონში. საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, სოფლად მცხოვრებში მაჩვენებლის მნიშვნელობა 3-ჯერ მაღალია ქალაქად მცხოვრებთან შედარებით. 2020 წელს 20 წლამდე ასაკის ორსულებში 18 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე 16% მოდიოდა.

- პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ორსულთა მხოლოდ 59%-ს აღენიშნება სხეულის მასის ინდექსის მნიშვნელობა ნორმის ფარგლებში (BMI 18.5-25), ხოლო 35%-ს აღენიშნება ჭარბი წონა ან სიმსუქნე (BMI ≥ 25). ორსულთა 7% წონანაკლულია.

- დაავადებებს შორის, რომლებიც წინ უსწრებენ ან ვითარდებიან მიმდინარე ორსულობის პერიოდში, ართულებენ ორსულობას, მშობიაროზას და ლოგინობის ხანას, გესტაციური დიაბეტი აღირიცხა 1.7%-ში, ეკლამპსია და პრეეკლამპსია - 0,1%-ში, ორსულთა ანემია - 14%-ში. გესტაციური ასაკის მიხედვით ორსულთა ანემია მზარდია.

- საქართველო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის <20 წლამდე ასაკის ქალებში შობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე მე-2 ადგილს იკავებს.

[1] *ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრა 8 ვიზიტით. შესაბამისად, საქართველოში 2018 წლის 1 თებერვლიდან ანტენატალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა გაფართოვდა და მოიცვა 8 ვიზიტი.*

- საქართველო, ისევე როგორც მრავალი ქვეყანა დგას დემოგრაფიული პრობლემების და მათგან გამოწვეული საფრთხის წინაშე. დღეისათვის ქვეყანა იმყოფება მოსახლეობის აღწარმოების თანამედროვე ტიპიდან უახლეს ტიპზე გადასვლის ეტაპზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შობადობის შემცირება და სიკვდილიანობის ზრდა, და შესაბამისად, ბუნებრივი მატების ტემპის შემცირება, რომელიც დეპოპულაციაში გადაიზრდება.

- საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება მშობიარობების რაოდენობის სტაბილური შემცირება.

- 2020 წელს მშობიარობათა რაოდენობა რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 1000 ქალზე (დედის ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით) ყველაზე მაღალია აჭარასა და კახეთის, ყველაზე დაბალი - მცხეთა-მთიანეთის და გურიის რეგიონებში.

- კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი უკანასკნელი წლების განმავლობაში თითქმის უნივარსალურია (99.8%).

- 2020 წელს დროული მშობიარობების წილი 86%-ს შეადგენს. საქართველო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონისა და დსთ-ს ქვეყნებს შორის ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელით 100 ცოცხლადშობილზე შეალედურ პოზიციას იკავებს.

- ჩარევით მიმდინარე[2] მშობიარობების წილი საშუალოდ 42%-ს შეადგენდა საქართველოს მასშტაბით, ხოლო ცალკეულ რეგიონებში მაჩვენებლის მნიშვნელობა განსხვავებულია: ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - 59% აღინიშნებოდა სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში.

- 2018-2020 წლებში მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალთა წილი სტაბილურად 0.7%-ს შეადგენდა.

- უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში, ნაადრევი მშობიარობის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან საშუალოდ 8.3%-ს შეადგენდა.

- საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 41%-ს შეადგენდა ქვეყნის მასშტაბით, მათ შორის 64% აღნიშნულია, როგორც სასწრაფო. მაღალია დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთების წილი - 15%.

- 2018-2020 წლებში მელოგინეთა რეფერალი სტაციონარში ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობის 0,1-0,2%-ს შეადგენდა.

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის და დსთ-ს ქვეყნებს შორის აბორტების მაჩვენებელით 1000 ცოცხლადშობილზე საქართველო ერთერთ წამყვან პოზიციას იკავებს.

[2] *ჩარევით მიმდინარე მშობიარობა: საკეისრო კვეთა, მშობიარობა მაშებით თავით წინმდებარეობის დროს, აღძრული მშობიარობა, ეპიზიოტომია, ვაკუუმით, ექსტრაქცია ჯდომით წინმდებარეობის დროს.*

- 2020 წელს საქართველოში აღინიშნებოდა აბორტების როგორც რაოდენობრივი, ასევე რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე მაჩვენებლის შემცირება.

- აბორტების მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე ყველაზე მაღალია აჭარის და შიდა ქართლის რეგიონებში, ქალაქად მცხოვრებ ქალებში - 66.4%.

- 2020 წელს საქართველოში მაღალია თვითნებითი აბორტების წილი - 39%.

- 2018 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით იზრდება მედიკამენტური აბორტის და მცირდება კიურეტაჟის გამოყენების წილი.

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის საქართველო აბორტების მაჩვენებელით 1000 ცოცხლადშობილზე მე-2 ადგილს იკავებს.

- 2018-2020 წლებში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა შემცირდა 9%-ით.

- ახალშობილთა თანდაყოლილი მალფორმაციების წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან აღნიშნული წლების განმავლობაში სტაბილურად 2%-ს შეადგენდა.

- 2018-2020 წლებში ახალშობილთა რეფერალი ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში (NICU) ცოცხლადშობილთა 8-10%-ს შეადგენდა.

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, საქართველოში მკვდრადშობადობა ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის მე-4 ადგილს იკავებს და მნიშვნელოვნად აღემატება ჯანმოს ევროპის რეგიონის და დსთ-ს საშუალო მაჩვენებლებს.

- 2018-2020 წლებში მაღალია დროულად (25%) და ნორმალური წონით (27%) დაბადებულ მკვდრადშობილების წილი, რომელიც აღნიშნულ პერიოდში მზარდია: 5%-ით გაიზარდა დროული გესტაციის (≥37 კვირა) წილი და 7%-ით ნორმალური წონის (>=2500 გრამი) მკვდრადშობილთა წილი, მათ შორის დაახლოებით 40%-ში ორსული ანტენატალურ მეთვალყურეობას იტარებდა თბილისში.

დაბადების რეგისტრის ზოგადი მახასიათებლები

მოსახლეობის განვითარებისთვის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პრიორიტეტული საკითხია, რომელმაც გაეროს გენერალურ ასამბლეაზე შემუშავებულ მდგრადი განვითარების მიზნებში მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა. ამ გამოწვევის სრულყოფილად პასუხის გასაცემად, ერთ-ერთი აუცილებელი ნაბიჯია ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება და გაუმჯობესება ეროვნული და სუბ-ეროვნული მონაცემთა ბაზების ფორმირებით, რომლებიც ასახავენ და გამოავლენენ ჯანდაცვის სისტემის სრული მოცვის და ხელმისაწვდომობის ხელისშემშლელ ბარიერებს, მეთვალყურეობის პრობლემებს და სერვისების მიწოდების ხარისხს. სწორედ ამ გამოწვევის დაძლევის მიზნით UNICEF-ის და ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტის (UIT) მხარდაჭერით დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში 2016 წლიდან მოქმედებს ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული რეგისტრი (ე.წ. „დაბადების რეგისტრი“). სისტემა ეფუძვნება ნორვეგიის გამოცდილებას, როგორც ერთ-ერთი მრავალწლიანი ისტორიის მქონე რეგისტრს მსოფლიოში, და მისი მთავარი მიზანია აღრიცხვიანობის მეშვეობით შესწავლილ იქნას ის მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლის აღმოფხვრის შედეგად ქვეყანაში შემცირდება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა.

რეგისტრში ჩართულია ყველა ანტენატალური და სამეანო პროფილის მქონე დაწესებულება და უკვე 2017 წელს მოცვამ შადგინა 99%. რეგისტრი უწყვეტად ასახავს ყველა იმ ეპიზოდს, რომელიც იწყება ორსულობიდან და მთავრდება გამოსავლით, და წარმოადგენს მეთვალყურეობის შესანიშნავ წყაროს.

მოდულის მეშვეობით გროვდება მონაცემები ანტენატალური, სამშობიარო და ნეონატალური პერიოდის შესახებ, რაც ქმნის სრულყოფილი ეპიდემიოლოგიური ანალიზის, ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებისა და ორსულთა და ახალშობილთა სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების საფუძველს. რეგისტრის მეშვეობით მოხდა ბიუროკრატიული პროცედურების შემცირება, როგორიც არის ანტენატალურ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვისთვის ვაუჩერი, რომელიც 2017 წლამდე გაიცემოდა მატერიალური ფორმით და მის ასაღებად ორსულს უწევდა დაწესებულებიდან სამინისტროში სიარული. დაბადების რეგისტრმა შესაძლებელი გახადა მატერიალური ფორმა ჩანაცვლებულიყო ელექტრონული ფორმით, რამაც მომსახურების ხარისხი გაცილებით გაუმჯობესდა.

მოდული აქტიურად გამოიყენება როგორც დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში წარსადგენი სტატისტიკური ანგარიშგებისთვის, ასევე ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამისა და მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურეობის კომპონენტებში.

მონაცემების გამოყენება აქტიურად ხდება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, სოციალური პროგრამების ადმინისტრირების კუთხით და წარმოადგენს პერინატალური ანგარიშის ძირითად წყაროს, რისი ანალიზის შედეგად პოლიტიკის განმსაზღვრელები მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შეიმუშავებენ შესაბამის რეგულაციებსა და სანქციებს. სწორედ რეგისტრის ინფორმაციაზე დაყრდნობით სამინისტროს მიერ მაღალი საკეისრო კვეთის წილის დაწევის

მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის შემუშავდა რეგულაციები და შედეგად 2017 წლიდან აღინიშნება საკეისრო კვეთების წილის კლების ტენდენცია.

ცენტრის მიერ პერმანენტულად ხდება ინფორმაციის ანალიზი და მისი შეფასება. 2019 წლიდან მონაცემთა ვალიდურობისა და ხარისხის უკეთ შეფასების მიზნით, ტრომსოს უნივერსიტეტის ექსპერტების რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, ხარისხობრივ მაჩვენებლებში უზუსტობების ზუსტი მიზეზის იდენტიფიცირებისათვის, ყოველწლიურად დაიგეგმა რეგისტრის მონაცემთა შედარება დაწესებულებებში არსებულ სამედიცინო ისტორიებთან. აღნიშნული აქტივობა ასევე მოიცავს ყველა პერინატალურ სიკვდილიანობის შემთხვევებს, სადაც მნიშვნელოვან მიზანს წამოადგენს მიზეზშედეგობრივი კავშირის დადგენა, ანტენატალური მომსახურებიდან მშობიარობის ჩათვლით პერიოდზე.

აღნიშნული აქტივობა მოიცავს ორი ტიპის, ე.წ. „დიდ“ და „პატარა“ აუდიტს. პატარა აუდიტის მიზანია მკვდრადშობადობის შემთხვევაში მიზეზების გამოვლენა, რომელიც მნიშვნელოვნად დაკავშირებულია ანტენატალურ მომსახურებასთან და ამ პერიოდში დაფიქსირებულ გართულებებთან. არასასურველი გამოსავლის შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალს აქვს სამედიცინო ისტორიაში რედაქტირების საშუალება, დაბადების რეგისტრში კი ვიზიტისას შეყვანილი ინფორმაცია გაკრვეული პერიოდის შემდეგ არარედაქტირებადი ხდება, რაც პირვალადად შეყვანილი ინფრომაციის გამოყენებით მიზეზშედეგობრივი კავშირების დადგენის შესაძლებლობას იძლევა.

მეორე, „დიდი“ აუდიტი მიზნად ისახავს დაბადების რეგისტრის ინფორმაციის ვალიდურობის შეფასებას. შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით აირჩა 1200-მდე მშობიაროობის შემთხვევა და მათზე მოთხოვნილ იქნა სამეანო, რიგ შემთხვევებში ნეონატალური და ორსულობის პერიოდში ჩატარებული ანტენატალური მომსახურების შესახებ სამედიცინო ისტორიები და ამბულატორიული ბარათები. ორივე ტიპის აუდიტი მიმდინარეობდა პარალელურ რეჟიმში და შედარებული ინფორმაცია შეიკრიბა წინასწარ განსაზღვრული კითხვარის მიხედვით, რომელიც მოიცავს მნიშვნელოვან ცვლადებს, როგორც სამეანო, ასევე ანტენატალური მეთვალყურეობიდან. შედარების შედეგების მიხედვით, დაბადების რეგისტრის მონაცემთა ხარისხი მაღალი ვალიდაციით დახასიათდა, ვინაიდან რეგისტრის მონაცემები თითქმის 95% თანხვედრაშია სამედიცინო ისტორიებში შეყვანილ მონაცემებთან.

დაბადების რეგისტრის დანერგვა ასევე მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალისთვის, ვინაიდან გადატანილი ორსულობის შესახებ დეტალურ ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა, წინაპირობაა მიმდინარე ორსულობის კეთილსაიმედო მართვისათვის.

რეგისტრის ინფორმაციაზე დაყრდნობით შესაძლებელია მრავალი სხვადასხვა სამეცნიერო კვლევების ჩატარება, რაც არაერთხელ გახდა მონაცემთა მიღების მიზნით მომართვის საფუძველი.

დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრნდობით გაკეთდა მრავალი ანალიზი, ორსულობის გამოსავლის, ანტენატალურ და მშობიაროობის პერიოდში დაფიქსირებული გართულებების, ცოცხლადშობილების რეფერალის შესახებ, რომელსაც ასევე დიდი ყურადღება ეთმობა სამინისტროს მიერ, რომელიც პერინატალური რეგიონალიზაციის პროგრამის ძირითადი წყაროა.

დაბადების რეგისტრი დაკავშირებულია ცენტრში არსებულ სხვადასხვა სისტემებთან, როგორიც არის იმუნიცაზიის მოდული და დაბადება/გარდაცვალების ელექტრონული სისტემა, ხდება მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გაცვლა და ჩატარებული მომსახურების ასახვა.

ყურადსაღებია ასევე იმ ცოცხლადშობილების მონიტორინგი, რომლებიც დაბადებიდან გადაყვანილნი არიან ნეონატალური ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. ვინაიდან დაბადების რეგისტრის ფორმატი არ მოიცავს შესაბამისი დეტალური ცვლადების ჩამონათვალს, დაგეგმილია სპეციალური რეგისტრის შემუშავება, რომელიც ფოკუსირებული იქნება მხოლოდ იმ ცხოცხლადშობილების მონიტორინგზე, ვისაც ესაჭიროება ინტენსიური მკურნალობა. აღნიშნული ინფორმაცია შეივსება დაბადების რეგისტრთან ბმის მეშვეობით და იქნება რეგისტრის ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი.

დაგეგმილია რეგისტრის ბმა 0-5 წლამდე ბავშვთა მეთვალყურეობის სისტემასთან, რომელიც გაეროს ბავშვთა ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით შეიქმნა და ის უკვე საპილოტოდ გაშვებულია რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებაში. უწყვეტი მონიტორინგის მიზნით დაბადების რეგისტრიდან გაწერილი ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და შემდოგმი მომსახურების ჩატარების შესახებ დეტალური მიმოხილვა გაგრძელდება აღნიშნულ სისტემაში.

სამომავლო გეგმებში ასევე პრიორიტეტულია ცოცხლადშობილის სმენის სკრინინგის მიდევნება. რეგისტრში ფიქსირდება მხოლოდ პირველადი სმენის სკრინინგი და ეს ინფორმაცია ისვება სამედიცინო დაწესებულებების მიერ. იგეგმება მთელი რიგი აქტივობები, სადაც ინფორმაციის შეყვანა აღარ მოხდება მანუალურად სკრინერების მიერ, არამედ ის შეივსება სამეანო დაწესებულებებში სკრინინგის აპარატიდან, რომლის მეშვეობითაც ჩატარდება პირველადი სკრინინგი. მიდევნების მიზნით, იმ ცოცხლადშობილებს, ვისაც ჩაუტარდებათ შემდგომი სმენის სკრინინგი, მათი პასუხებიც ანალოგიური მეთოდით აისახება 0-5 წლამდე ბავშვთა სისტემაში, რაც სმენასთან დაკავშირებული პრობლემის არსებობის შემთხვევაში, სრულყოფილ მონაცემებს შექმნის.

სამომავლოდ რეგისტრში წლების განმავლობაში დაგროვებული სანდო და ღირებული მონაცემთა ბაზა მნიშვენლოვან გავლენას მოახდენს ასევე ჯანდაცვის სტრატეგიაზე, რომელიც მტკიცებულებებზე დაფუძვნებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, შესაძლებელს გახდის ეფექტური ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგვმასა და განხორციელებას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები

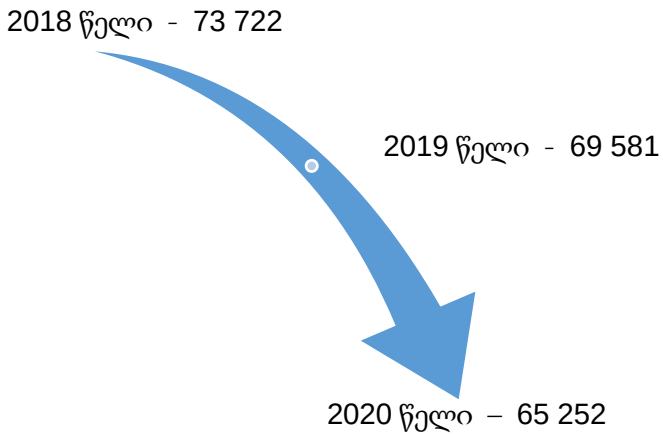
ცხრილი 1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები, საქართველო

	2018	2019	2020
ანტენატალური მომსახურეობისთვის დროული მიმართვა	85.5%	85.5%	86.7%
ანტენატალური 1 ვიზიტი მაინც	94.3%	95.3%	96.0%
ანტენატალური 4-ზე ნაკლები ვიზიტით მოცვა	13.2%	10.4%	10.8%
ანტენატალური 4 ვიზიტით მოცვა	81.1%	84.9%	85.2%
ანტენატალური 6 ვიზიტით მოცვა	48%	71%	69%
ანტენატალური 8 და მეტი ვიზიტით მოცვა[3]	19.4%	38.2%	34.9%
არ ჩაუტარებია ანტენატალური ვიზიტები	5.7%	4.7%	4.0%
20 წლამდე ასაკის ქალთა ორსულობა	3.9%	3.8%	3.6%
მშობიარობათა რაოდენობა	50 468	47 486	45 797
ნაადრევი მშობიარობის წილი	7.9%	8.3%	8.7%
ფიზიოლოგიური მშობიარობის წილი	58%	59%	58%
მათ შორის ეპიზიოტომია	3.8%	2.0%	8.0%
ჩარევით მშობიარობათა (საკეირო კვეთა, მაშებითა და ვაკუუმ-ექსტრაქციით მშობიარობა და სხვა) რაოდენობა	21 432	19 369	19 054
საკეისრო კვეთების წილი მშობიარობების საერთო რაოდენობაში	41.7%	39.9%	40.6%
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი	99.8%	99.8%	99.8%
აბორტი	22 733	21 599	19 039
მათ შორის ხელოვნური აბორტის წილი	62%	62%	61%

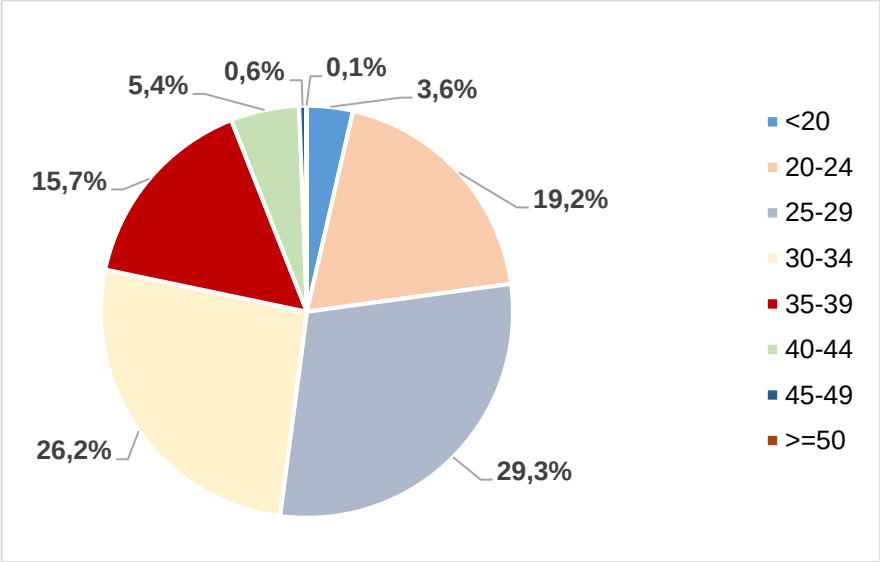
[3] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრა 8 ვიზიტით. შესაბამისად, საქართველოში 2018 წლის 1 თებერვლიდან ანტენატალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა გაფართოვდა და მოიცვა 8 ვიზიტი.

ორსულობა

სურათი 1. ორსულთა რაოდენობა[4], საქართველო



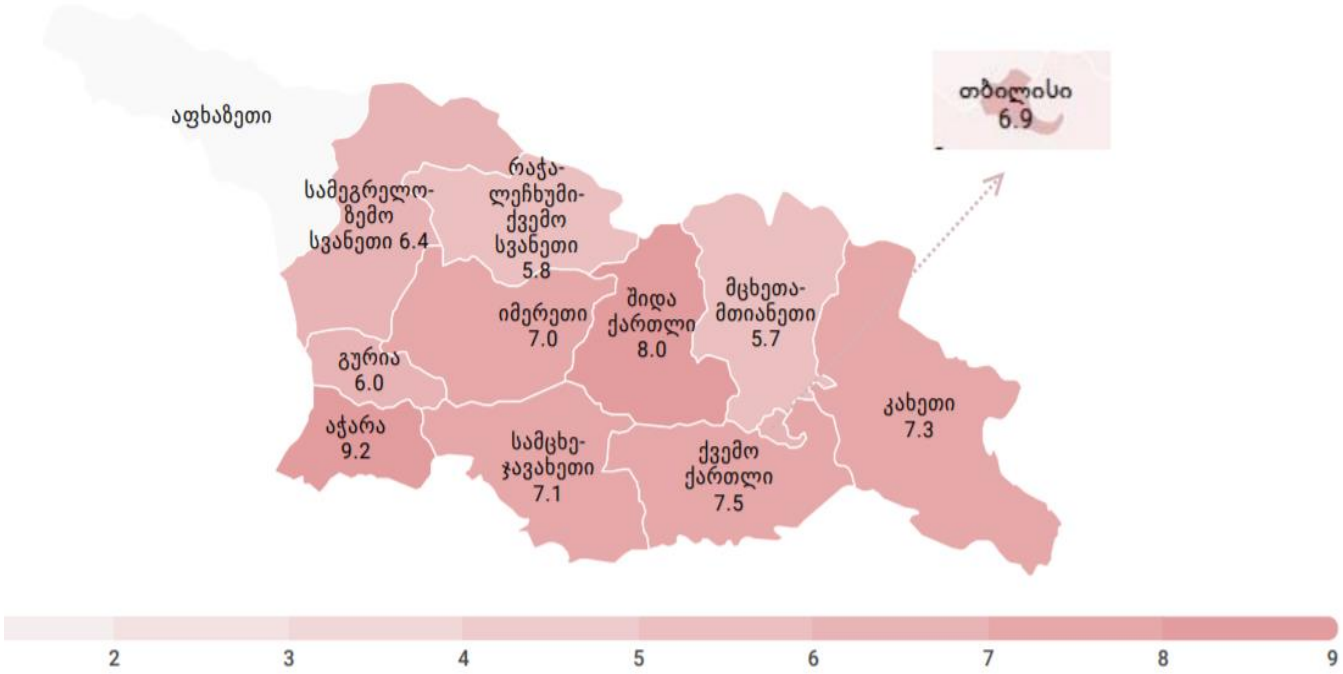
სურათი 2. ორსულთა პროცენტული განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2020



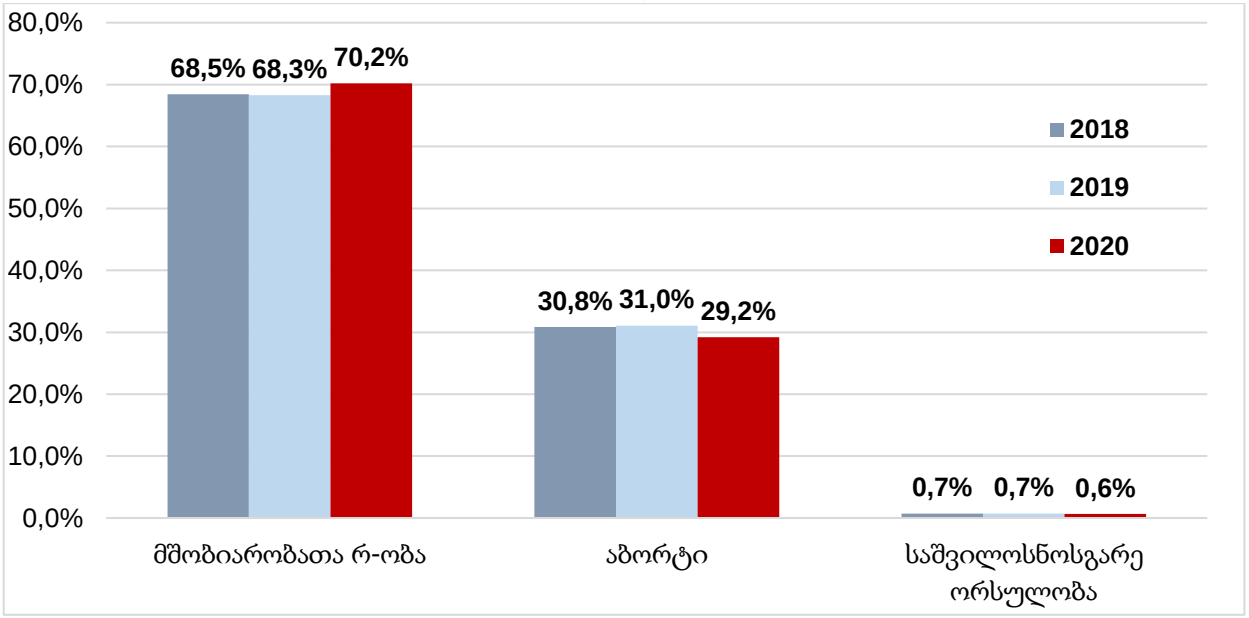
2020 წელს რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო რაოდენობაში ორსულთა წილი საშუალოდ 7%-ს შეადგენს, ორსულობათა 1/3 სრულდება აბორტით.

[4] *მხოლოდ დასრულებული ორსულობა*

რუკა 1. ორსულთა პროცენტული განაწილება რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), წილი რეპროდუქციული ასაკის ქალებში[5], საქართველო, 2020

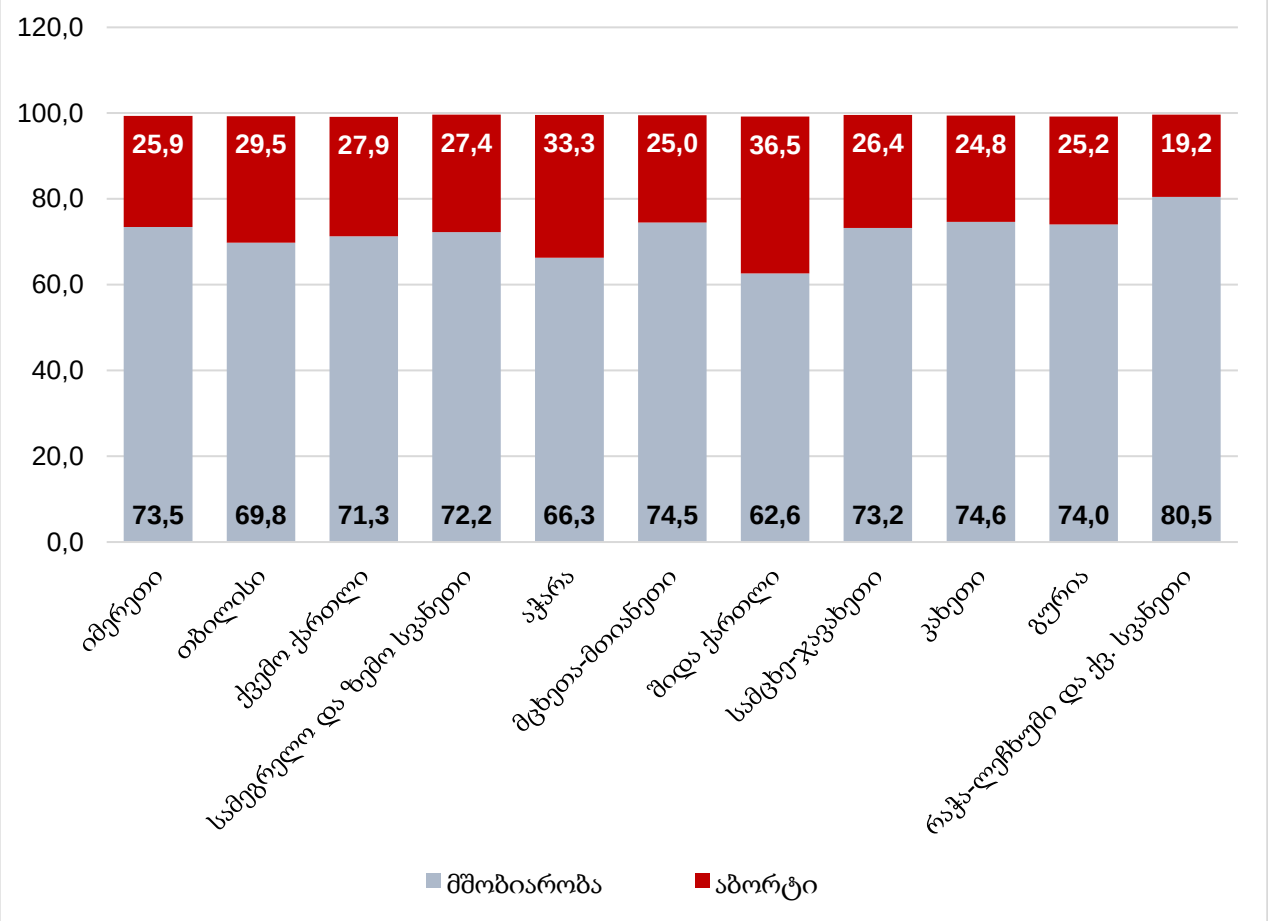


სურათი 3. ორსულობის გამოსავალი (წილი ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში), საქართველო, 2020



[5] *რეპროდუქციული ასაკის ქალთა რაოდენობის გამოთვლა ეფუძნება 2014 წლის საყოველთაო აღწერის სტრუქტურას*

სურათი 4. ორსულობის გამოსავალი რეგიონების მიხედვით (წილი ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში), საქართველო, 2020



ორსულობა 20 წლამდე ასაკში

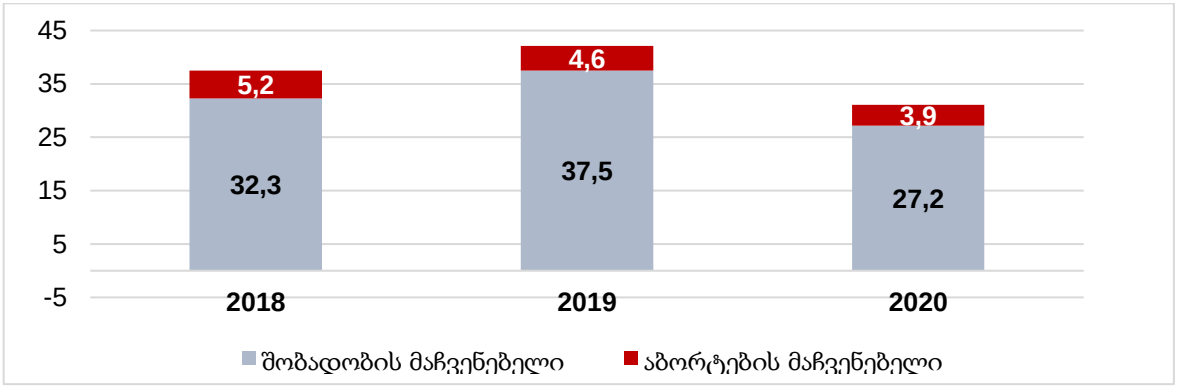
2020 წელს 20 წლამდე ასაკის ორსულებში 18 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე 16% მოდიოდა.

სურათი 5. 20 წლამდე ორსულ ქალთა განაწილება ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020

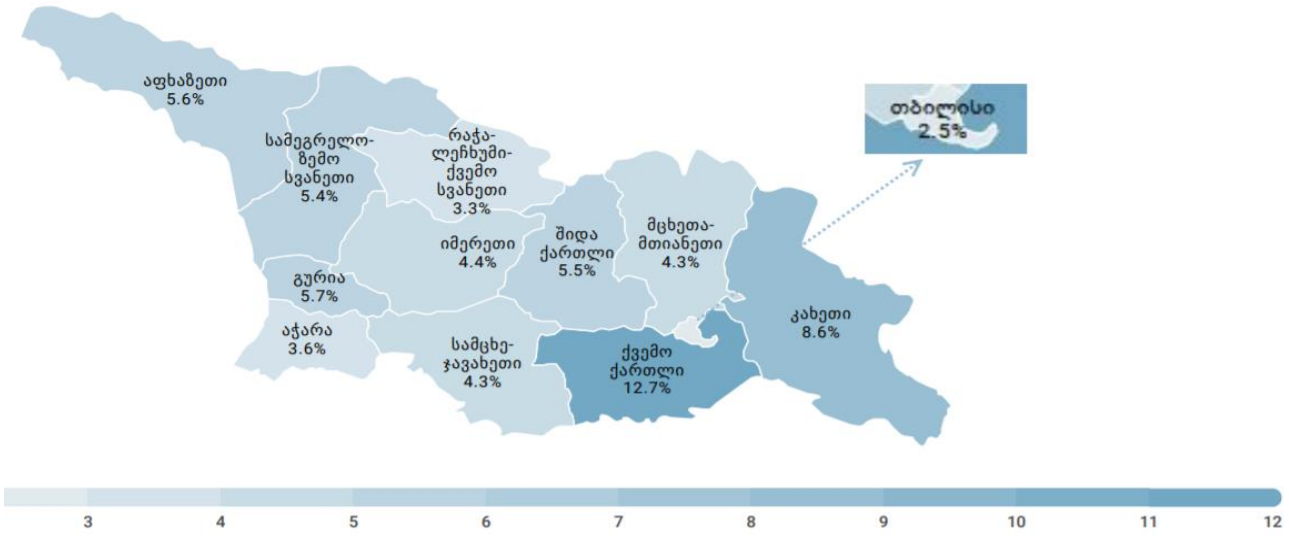
14 წლის	15 წლის	16 წლის	17 წლის	18 წლის	19 წლის
•6 (0.3%)	•7 (0.4%)	•78 (4.0%)	•230 (11.7%)	•582 (29.5%)	•1071 (54.3%)

2018 – 2020 წლებში 20 წლამდე ასაკის ქალთა მშობიარობების წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან სტაბილურად 4%-ს შეადგენდა.

სურათი 6. 20 წლამდე ასაკის ქალების ორსულობის მაჩვენებლები 20 წლამდე 1000 ქალზე[7], (მოიცავს დასრულებულ ორსულობას) მშობიარობის გამოსავლის მიხედვით, საქართველო



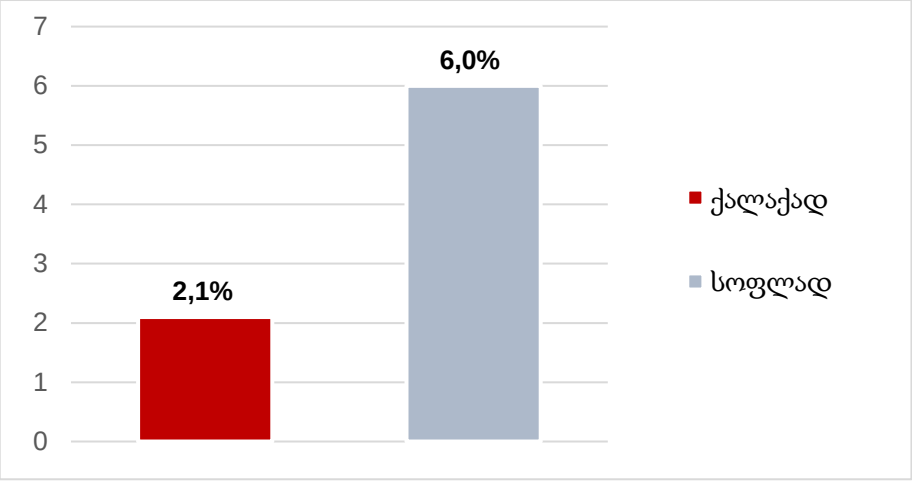
რუკა 2. 20 წლამდე ასაკში ორსულების პროცენტული განაწილება რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020



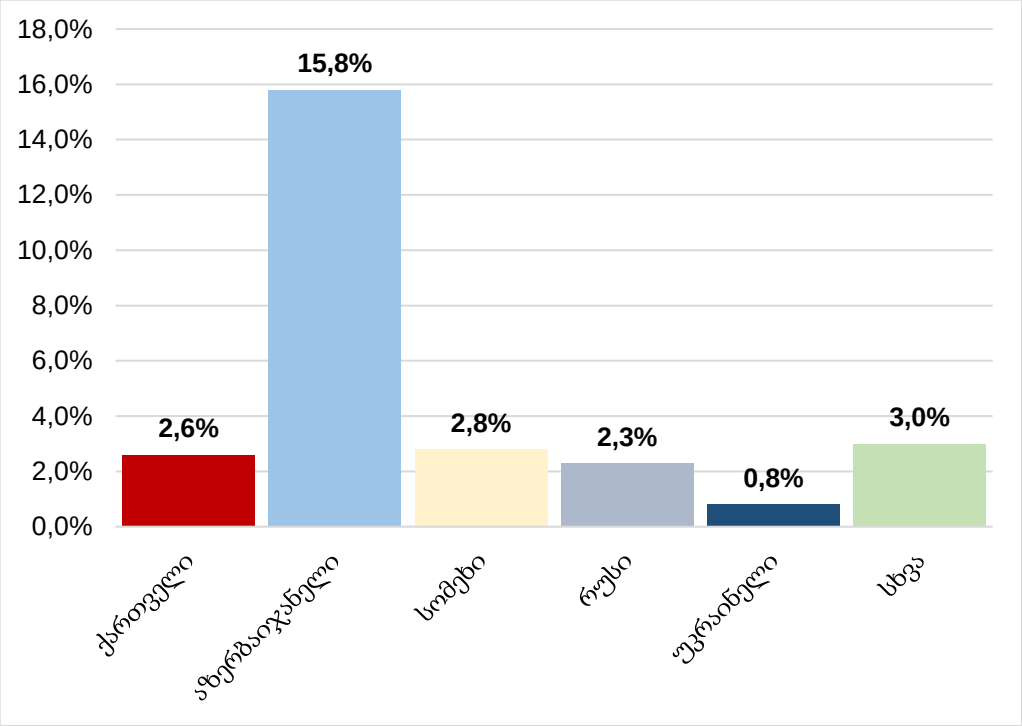
[6] შობადობის და აბორტული გამოსავლის ჯამური მნიშვნელობები

[7] შეჯერებულია საქსტატის მონაცემებთან

სურათი 7. 20 წლამდე ასაკში ორსულობის შემთხვევების პროცენტული განაწილება ორსულის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020

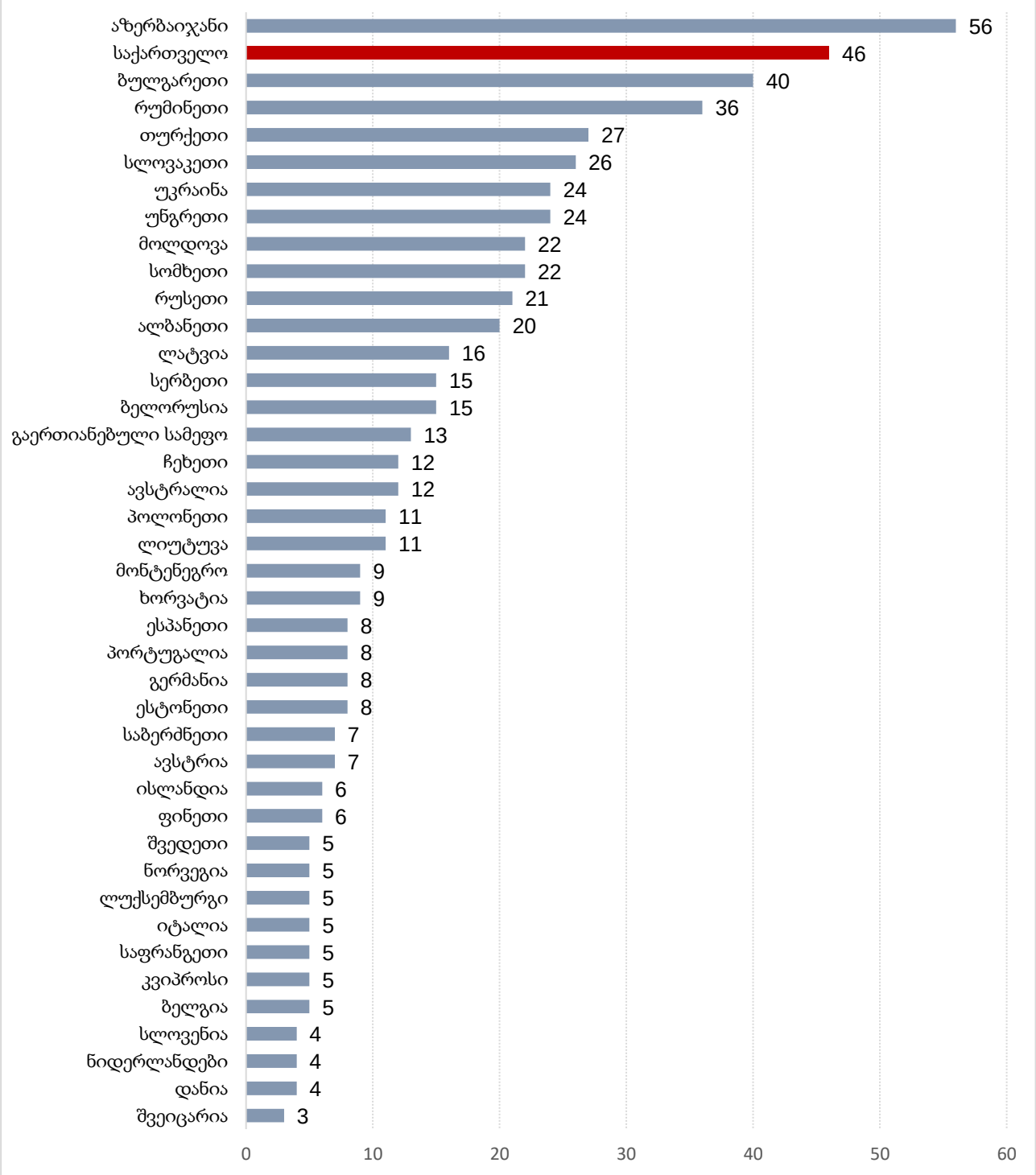


სურათი 8. 20 წლამდე ასაკში ორსულობის შემთხვევების პროცენტული განაწილება ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2020



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის მოზარდთა შობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე საქართველო მე-2 ადგილს იკავებს.

სურათი 9. მოზარდთა (ასაკი 15-19) შობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, ქვეყნების მიხედვით



წყარო: https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/

ანტენატალური მეთვალყურეობა[8]

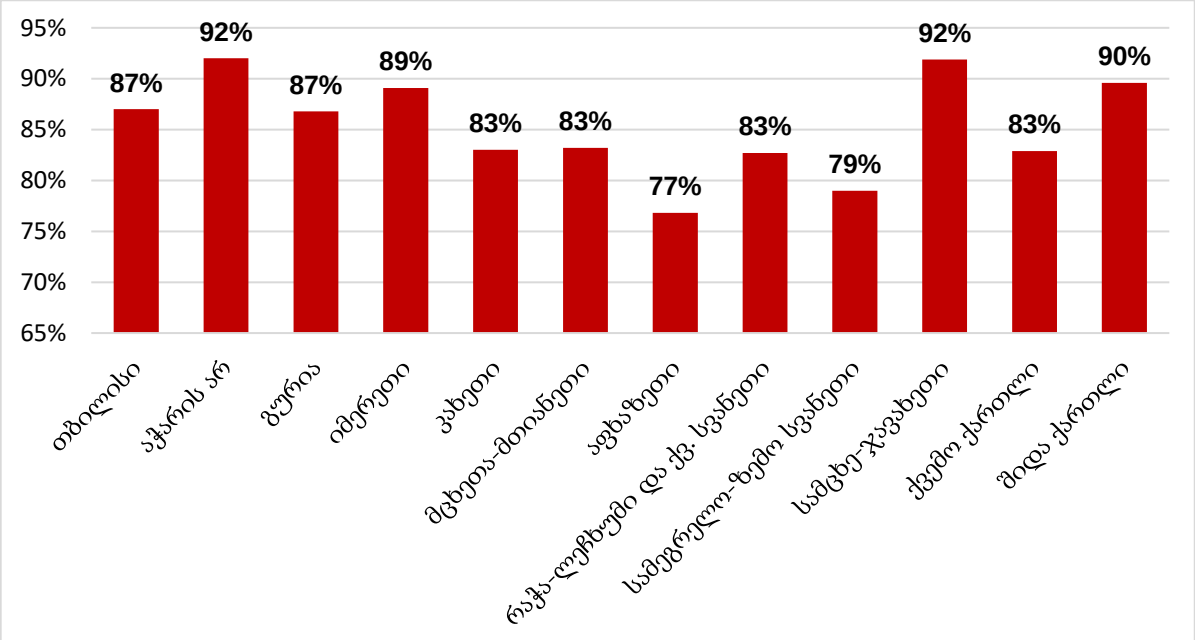
ორსულთა რაოდენობა, რომლებმაც გაიარა ანტენატალური მეთვალყურეობა[9]:

- 2018 წელს - 47609 (94.3% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 45262 (95.3% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 43979 (96.0% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

ორსულთა წილი, რომლებმაც დროულად (13 კვირამდე) მიმართეს ანტენატალურ მომსახურებას:

- 2018 წელს - 85.5%
- 2019 წელს - 85.5%
- 2020 წელს - 86.7%

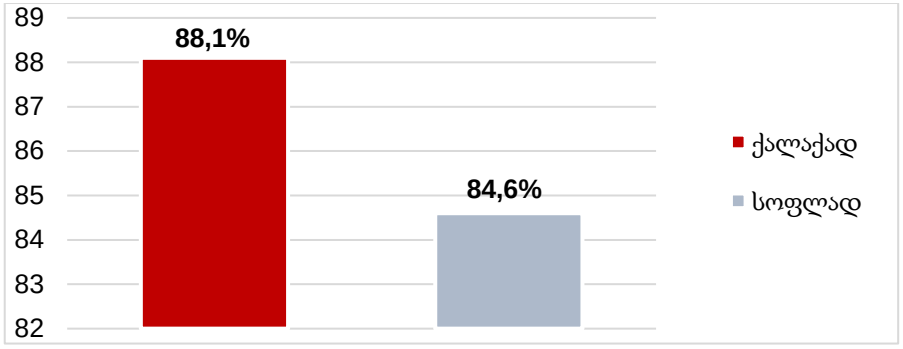
სურათი 10. ორსულთა წილი, რომლებმაც დროულად მიმართეს ანტენატალურ მომსახურებას რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020



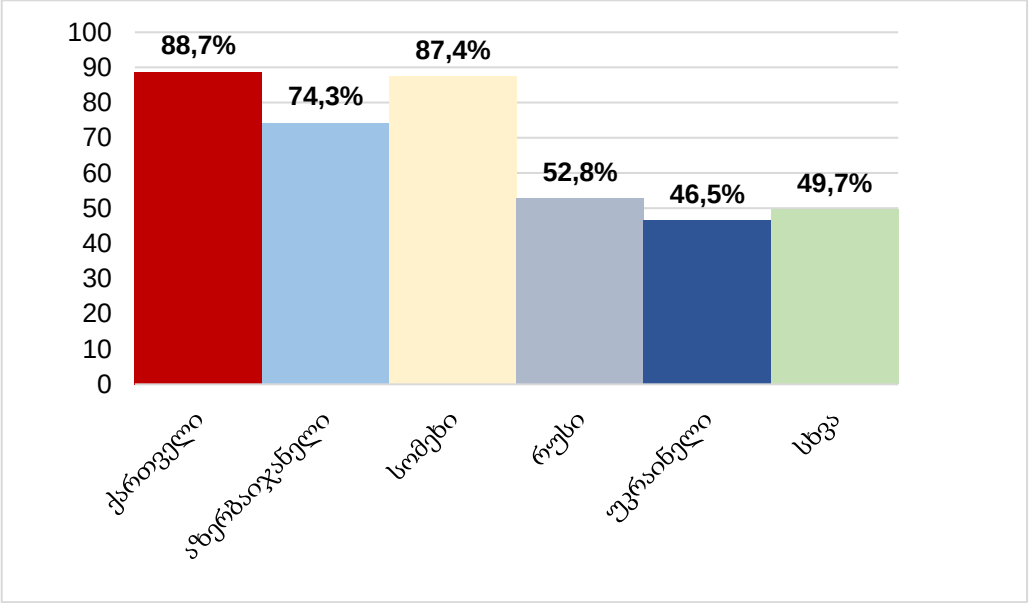
[8] *დროული მიმართვიანობა და ვიზიტებით მოცვის პროცენტული მაჩვენებლები დათვლილია ნამშობიარევი ქალების საერთო რაოდენობიდან*

[9] *დათვლილია ნამშობიარევი ქალების საერთო რაოდენობიდან*

სურათი 11. ორსულთა წილი, რომლებმაც დროულად მიმართეს ანტენატალურ მომსახურებას ორსულის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020



სურათი 12. ორსულთა წილი, რომლებმაც დროულად მიმართეს ანტენატალურ მომსახურებას ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2020



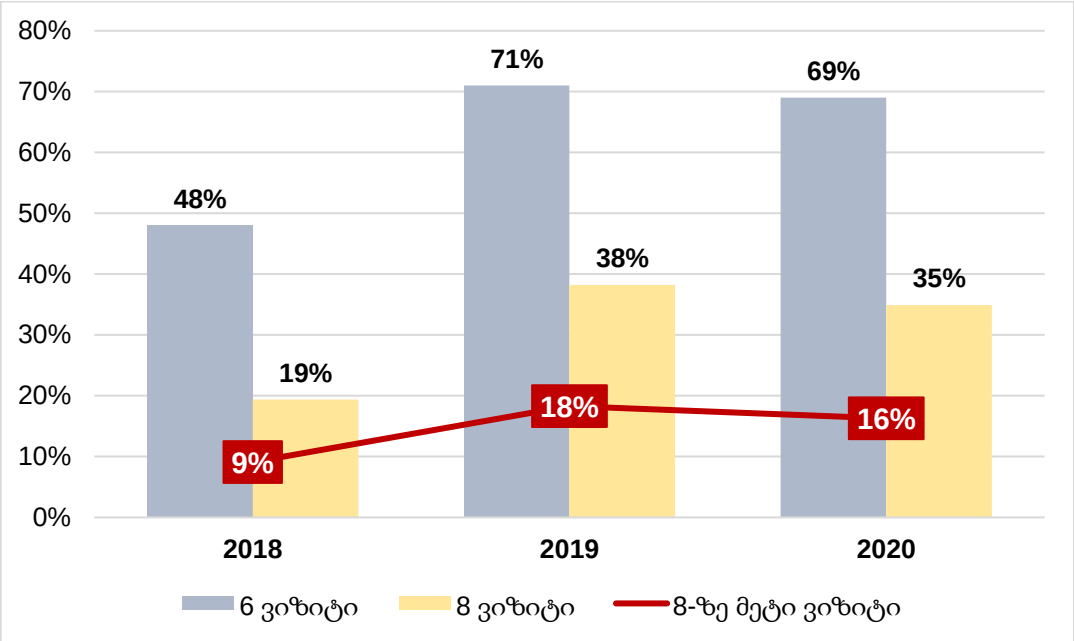
ანტენატალური მომსახურების 1 ვიზიტით მოცვა (დათვლილია ნამშობიარევი ქალების საერთო რაოდენობიდან)**:**

- 2018 წელს - 94%
- 2019 წელს - 95%
- 2020 წელს - 96%

ანტენატალური მომსახურების 4 ვიზიტით მოცვა (დათვლილია ნამშობიარევი ქალების საერთო რაოდენობიდან):

- 2018 წელს - 81%
- 2019 წელს - 85%
- 2020 წელს - 85%

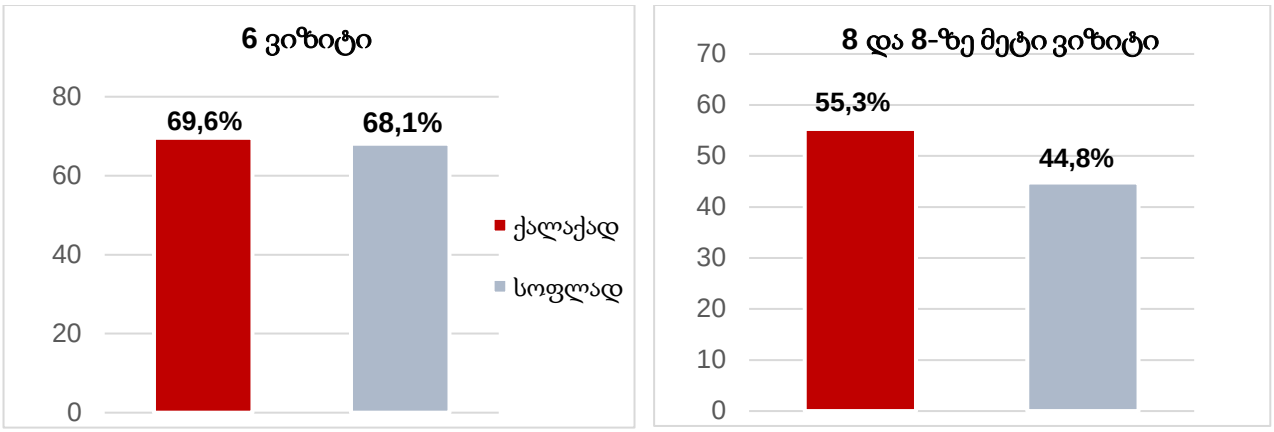
სურათი 13. ანტენატალური მომსახურების 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვა (წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან), საქართველო, 2020



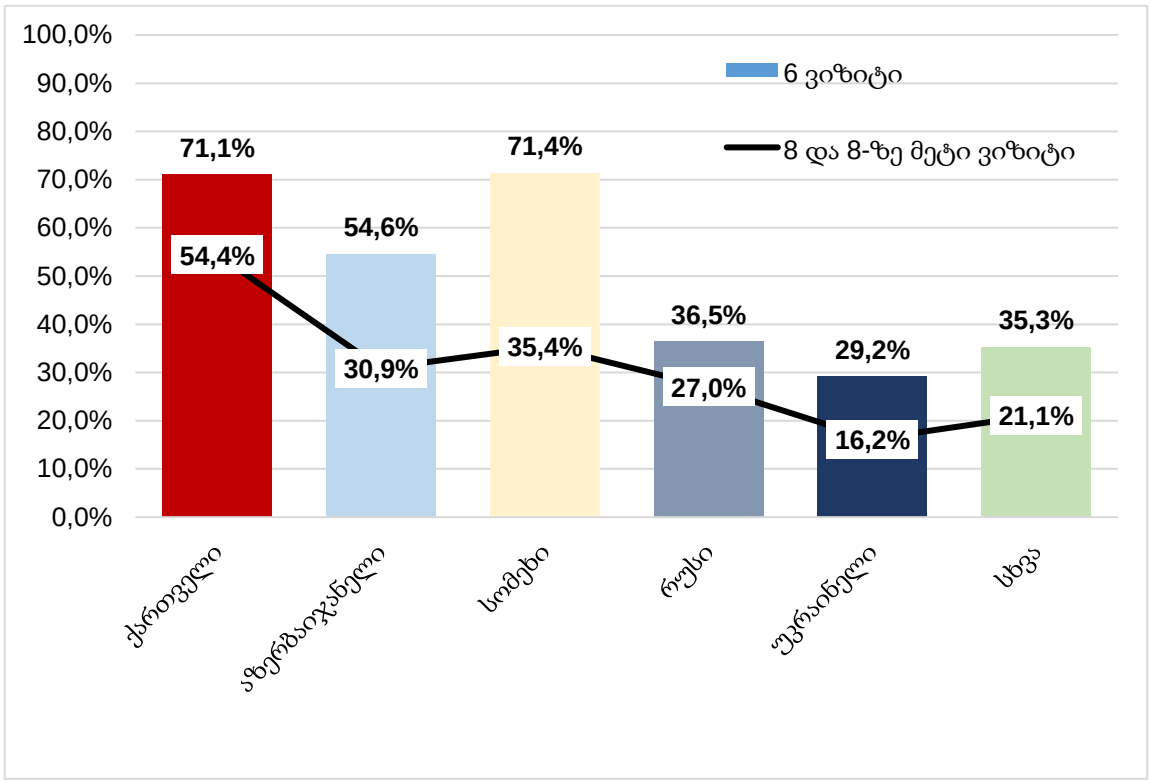
ცხრილი 2. ანტენატალური მომსახურეის 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვა (%) რეგიონის მიხედვით, საქართველო, 2020 (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით)

რეგიონი	6 ვიზიტი	8 და მეტი ვიზიტი
თბილისი	65,6%	33,6%
აჭარის არ	81,8%	42,4%
გურია	76,1%	41,0%
იმერეთი	76,3%	40,7%
კახეთი	71,1%	41,9%
მცხეთა-მთიანეთი	61,7%	26,8%
აფხაზეთი	50,8%	22,6%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	63,1%	26,2%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	50,7%	16,0%
სამცხე-ჯავახეთი	76,8%	30,5%
ქვემო ქართლი	62,5%	27,6%
შიდა ქართლი	76,9%	47,8%
საქართველო	**69,0%**	**34,9%**

სურათი 14. ანტენატალური მომსახურების 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვის პროცენტული განაწილება საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020



სურათი 15. ანტენატალური მომსახურების 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვის პროცენტული განაწილება ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2020

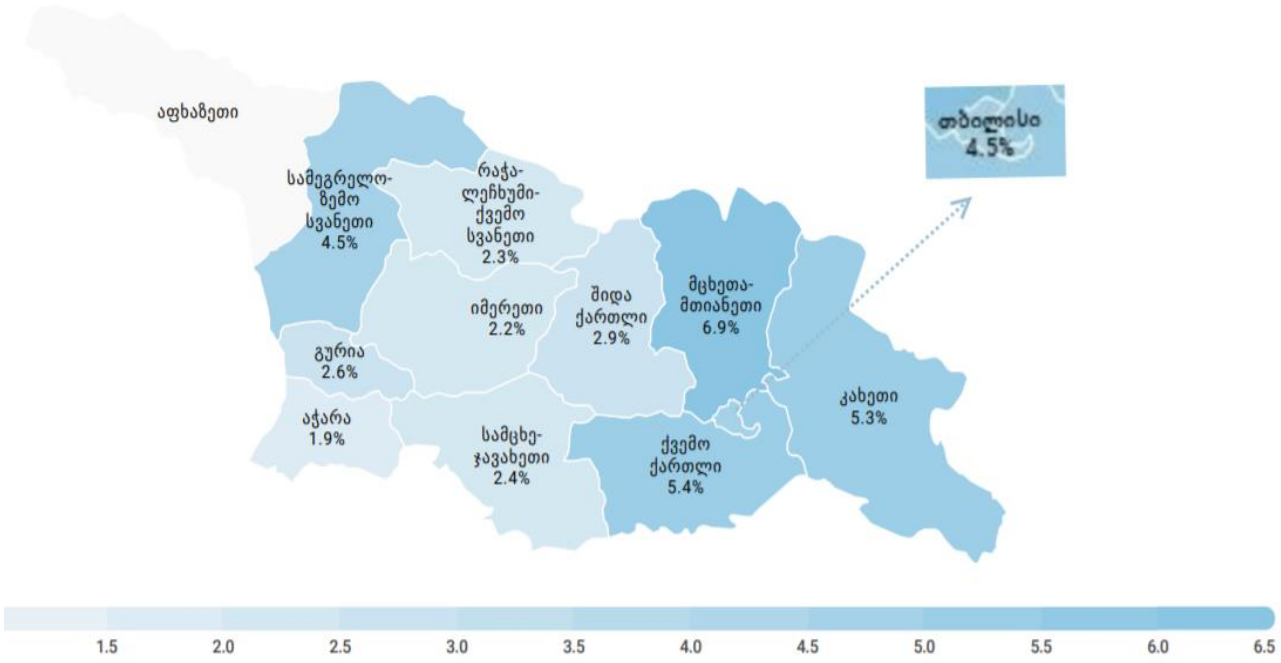


2020 წელს 1818 ორსულს საერთოდ არ მიუმართავს ანტენატალური მეთვალყურეობისთვის და არ განუხორციელებია არცერთი ვიზიტი.

ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუმართავთ ანტენატალური მომსახურებისთვის:

- 2018 წელს - 5.7%
- 2019 წელს - 4.7%
- 2020 წელს - 4.0%

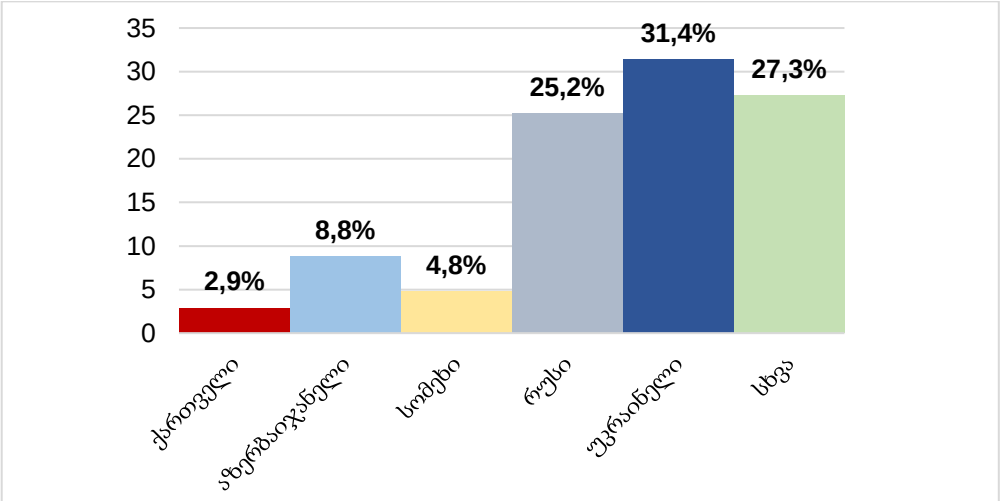
რუკა 3. ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუმართავთ ანტენატალური მომსახურებისთვის რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2020 (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით)[10]



ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუმართავს ანტენატალური მომსახურებისთვის ორსულის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, 2020:

- ქალაქად მცხოვრებნი - 3.7%
- სოფლად მცხოვრებნი - 4.4%

სურათი 16. ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუმართავს ანტენატალური მომსახურებისთვის ორსულის ეროვნების მიხედვით, 2020



[10] *დათვლილია ორსულობის გამოსავლის მიხედვით*

ცხრილი 3. ორსულთა სხეულის მასის ინდექსი (BMI) პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს, საქართველო, 2020 (n = 42160)

	რაოდენობა	%
ნორმალური წონა	24715	58,6
ჭარბი წონა	9758	23,1
სიმსუქნე I	3444	8,2
სიმსუქნე II	1044	2,5
სიმსუქნე III	432	1,0
წონანაკლულობა	2767	6,6

ცხრილი 4. სხეულის მასის ინდექსი (BMI) ორსულებში

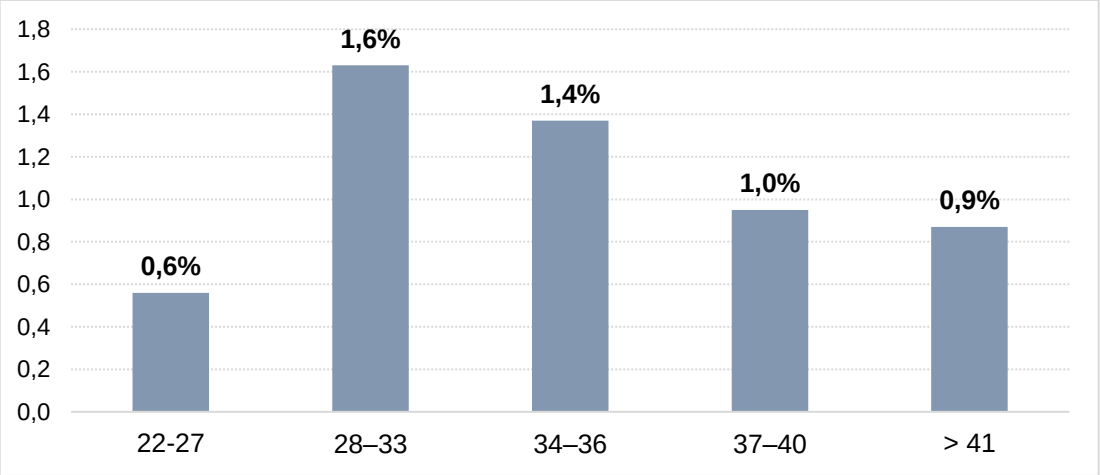
	ჭარბი წონა და სიმსუქნე (BMI≥25)		სიმსუქნე (BMI>30)	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნები	5275800	13.5%	2552100	17.5%
საშუალო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნები	13646600	35.0%	5507100	37.7%
საშუალო დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნები	15237800	39.1%	5116400	35.0%
დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნები	4786800	12.3%	1425400	9.8%

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

გესტაციურ დიაბეტი, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 492 ორსული (1% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 919 ორსული (2% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 955 ორსული (2.1% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

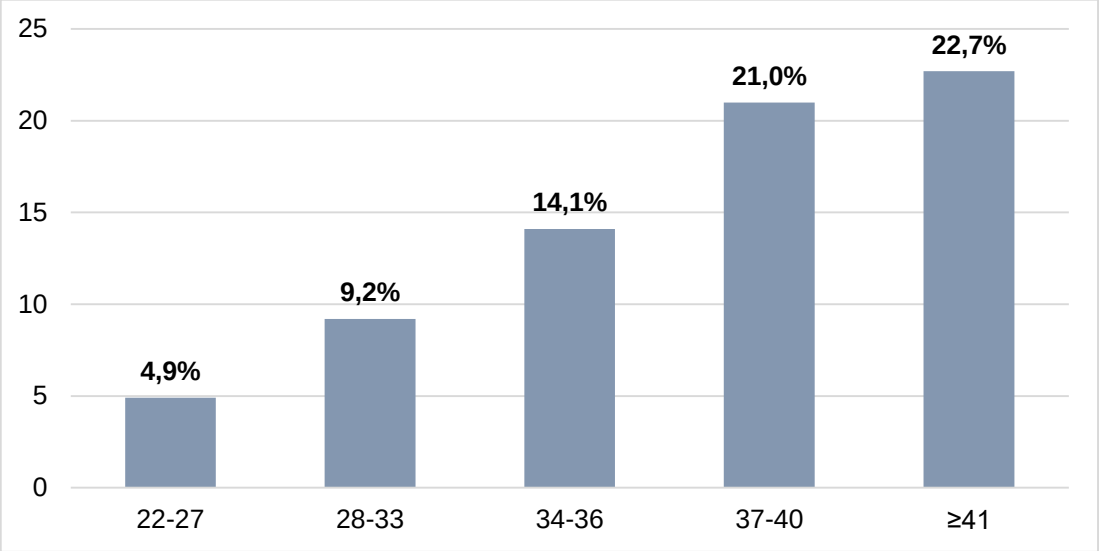
სურათი 17. გესტაციური დიაბეტი (%) გესტაციური ასაკის მხიედვით, საქართველო, 2020



ორსულთა ანემია, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 5441 ორსული (10.8% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 5028 ორსული (10.6% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 9303 ორსული (20.3% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

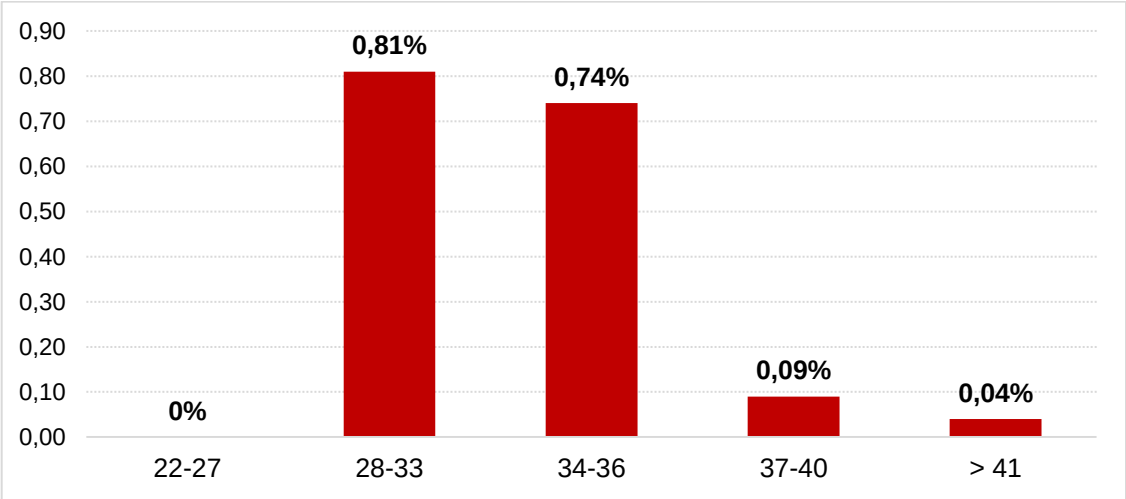
სურათი 18. ორსულთა ანემია (%) გესტაციური ასაკის მხიედვით, საქართველო, 2020



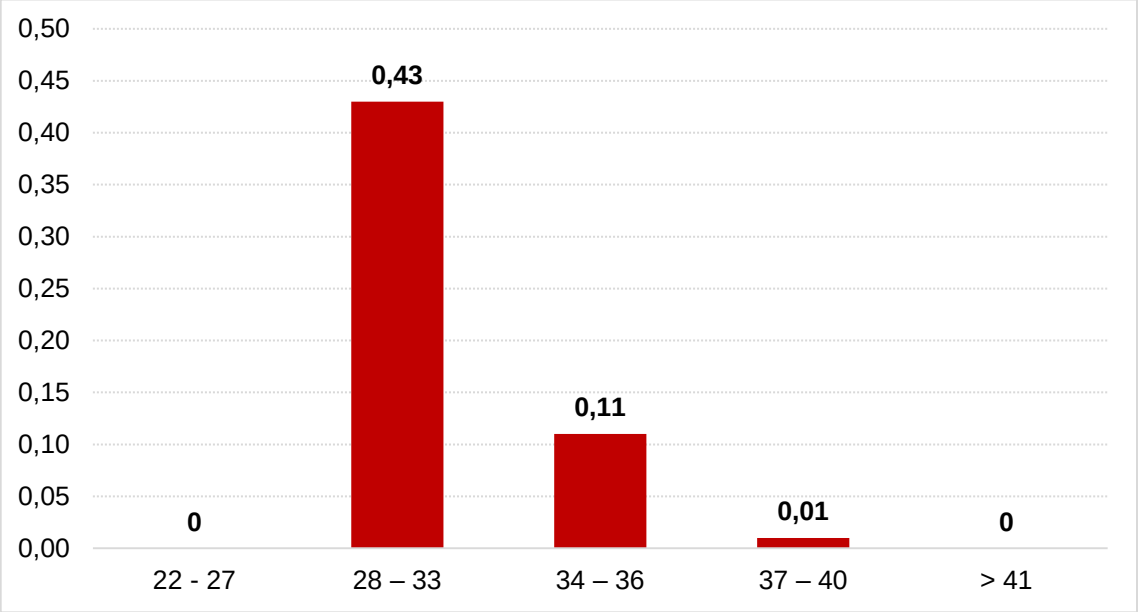
ეკლამპსია და პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 33 ორსული (0.07% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 43 ორსული (0.09% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 75 ორსული (0.16% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

სურათი 19. მსუბუქი პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



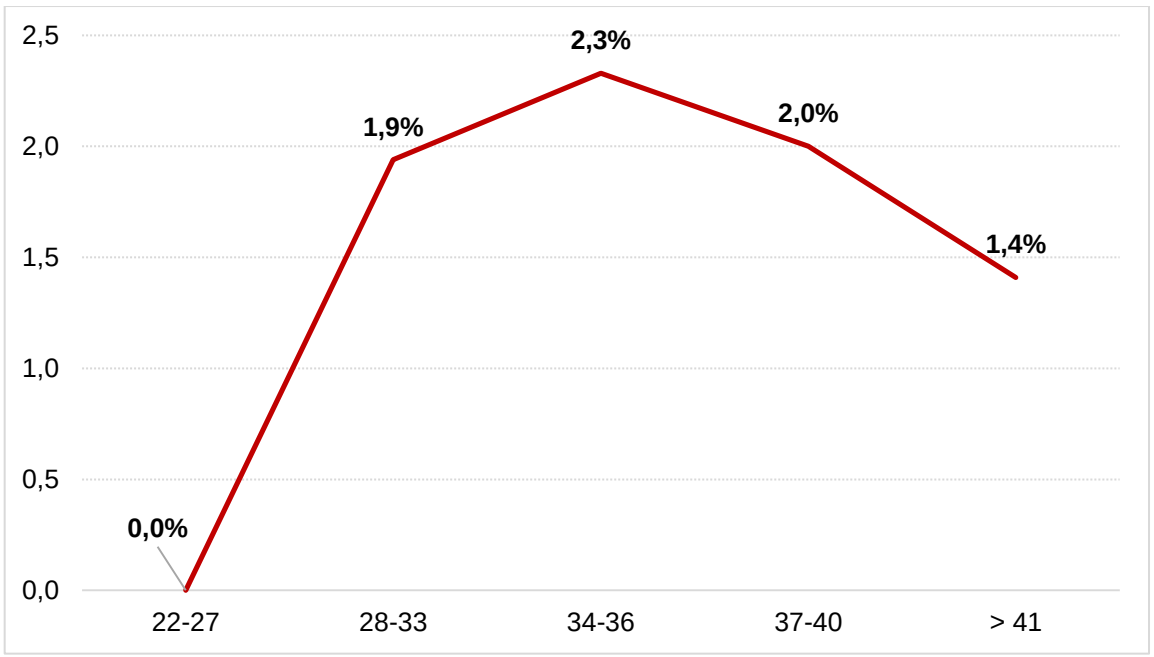
სურათი 20. მძიმე პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



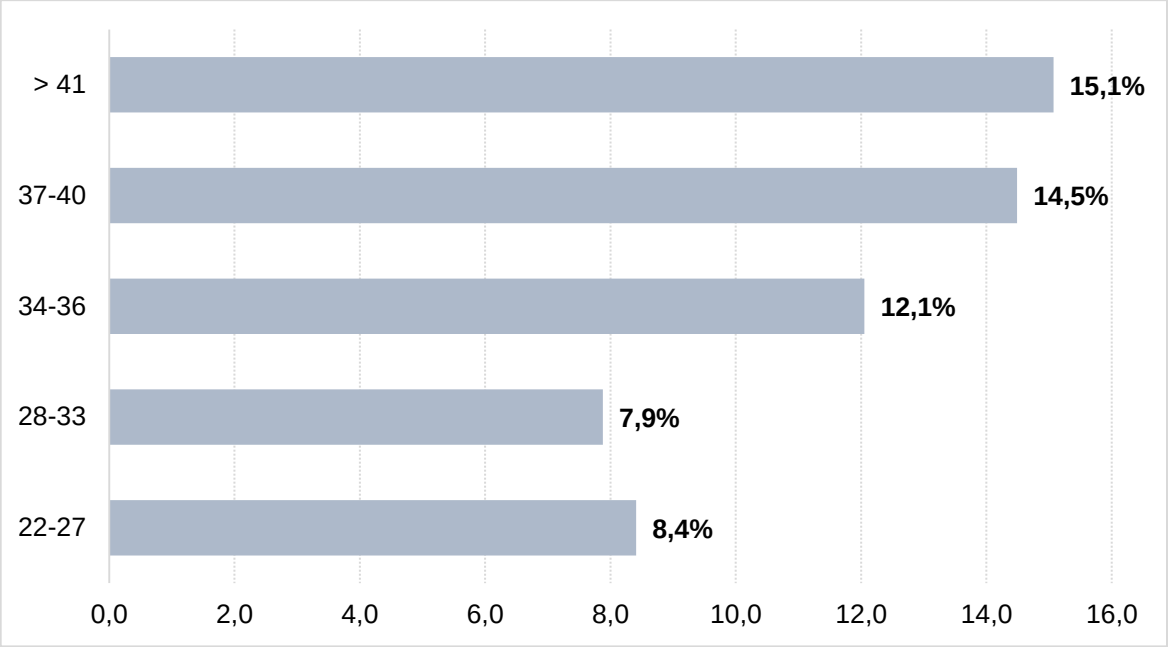
აივ ინფექციაზე და სიფილისზე ტესტირებული ორსულების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 45090 (89.3% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 42561 (89.6% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 41359 (90.3% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

სურათი 21. ანტი-D ანტისხეულების პროცენტული მაჩვენებელი Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულებში გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



სურათი 22. ასიმპტომური ბაქტერიურია (%) ორსულებში გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



მშობიარობა

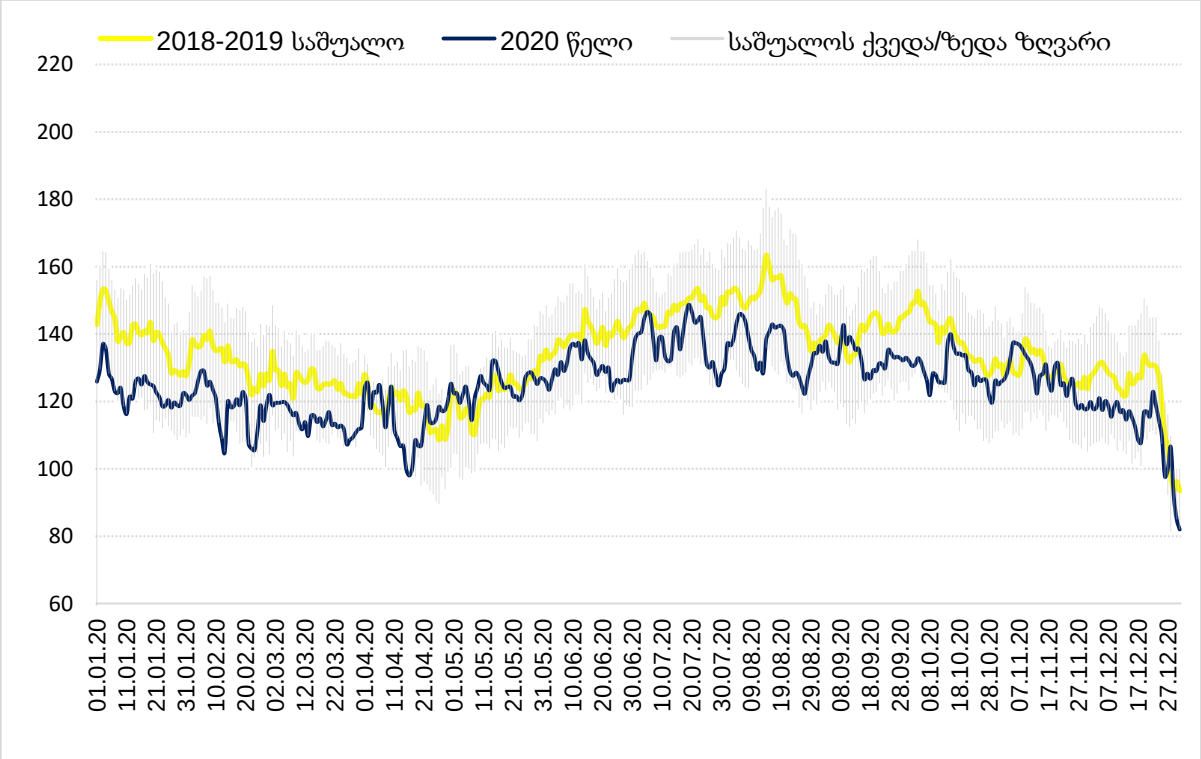
საქართველო, ისევე როგორც მრავალი ქვეყანა, დგას დემოგრაფიული პრობლემების და მათგან გამოწვეული საფრთხის წინაშე. დღეისათვის ქვეყანა იმყოფება მოსახლეობის აღწარმოების თანამედროვე ტიპიდან უახლეს ტიპზე გადასვლის ეტაპზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია შობადობის შემცირება და სიკვდილიანობის ზრდა, და შესაბამისად, ბუნებრივი მატების ტემპის შემცირება, რომელიც დეპოპულაციაში გადაიზრდება.

საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება მშობიარობების რაოდენობის სტაბილური შემცირება.

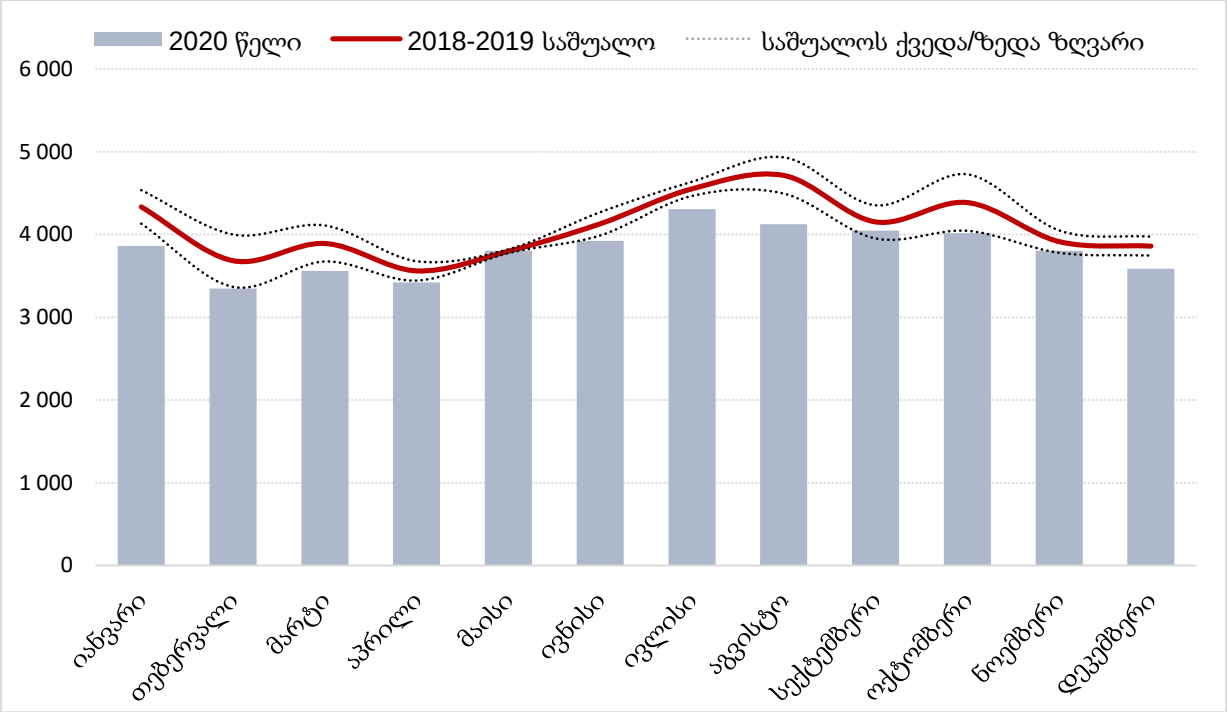
ცხრილი 5. მშობიარობების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები, საქართველო

	2018	2019	2020
მშობიარობების რაოდენობა	50468	47486	45797
მათ შორის %:			
ფიზიოლოგიური	58%	59%	58%
მათ შორის ეპიზიოტომია	3.8%	2.0%	8.0%
ჩარევით	42%	41%	42%

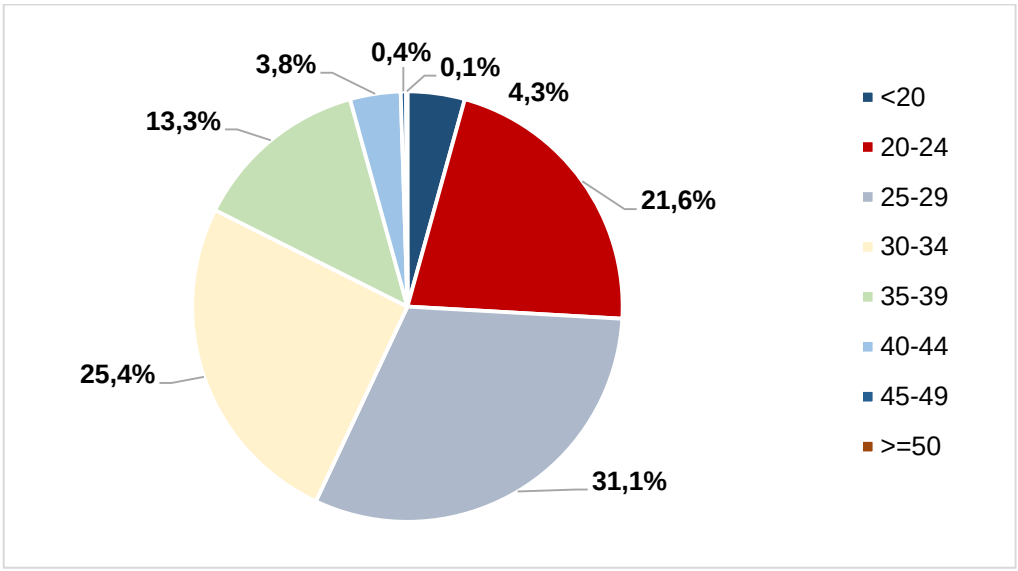
სურათი 23. 2018-2019 წლის მშობიარობათა საშუალო ყოველდღიური რაოდენობის შედარება 2020 წელთან, საქართველო



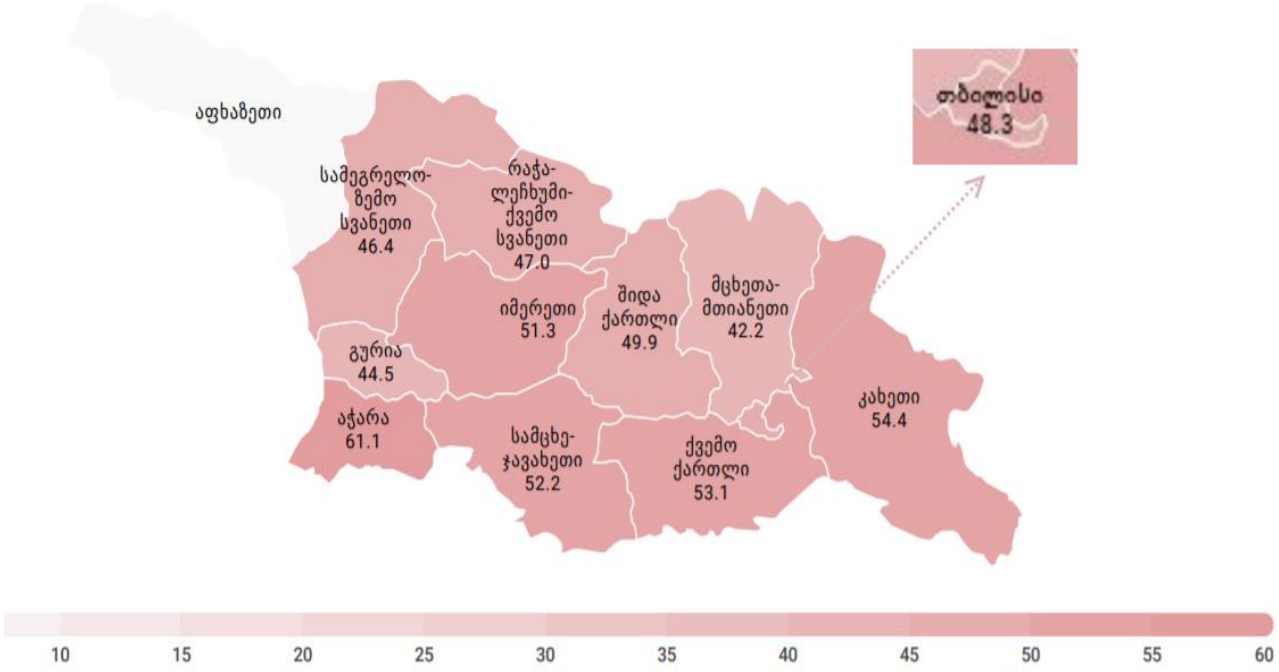
სურათი 24. 2018-2019 წლის მშობიარობათა საშუალო რაოდენობის 2020 წელთან შედარება თვეების მიხედვით, საქართველო



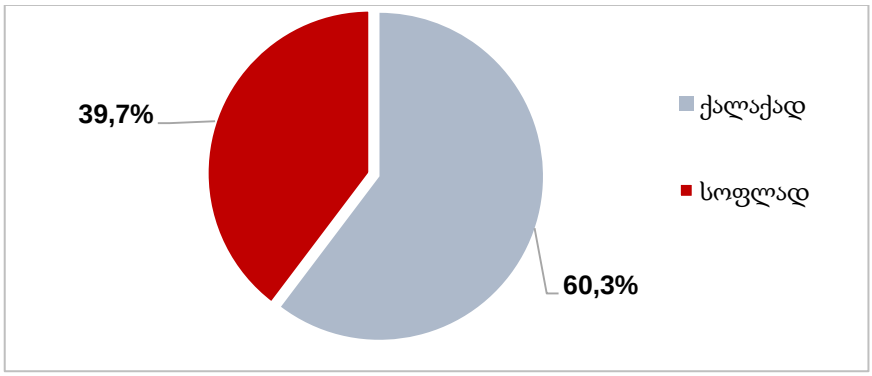
სურათი 25. მშობიაროებების პროცენტული განაწილება დედის ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



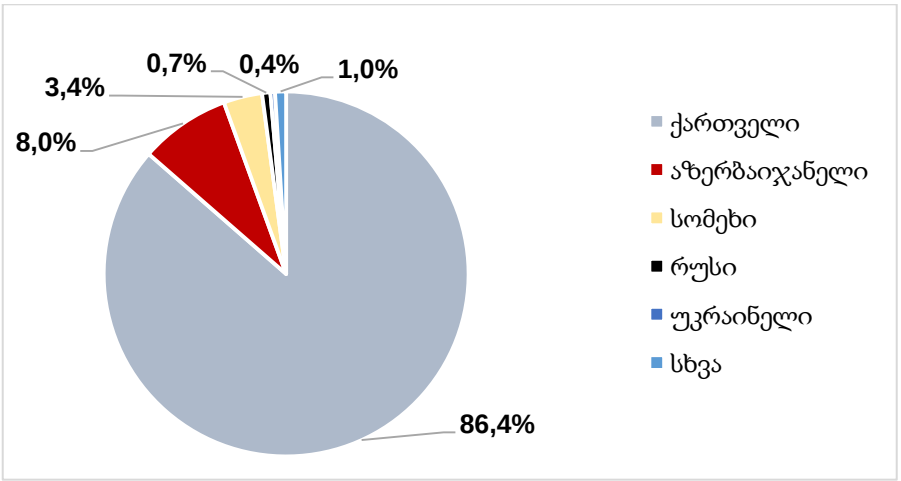
რუკა 4. მშობიარობათა განაწილება რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე, საქართველო, 2020



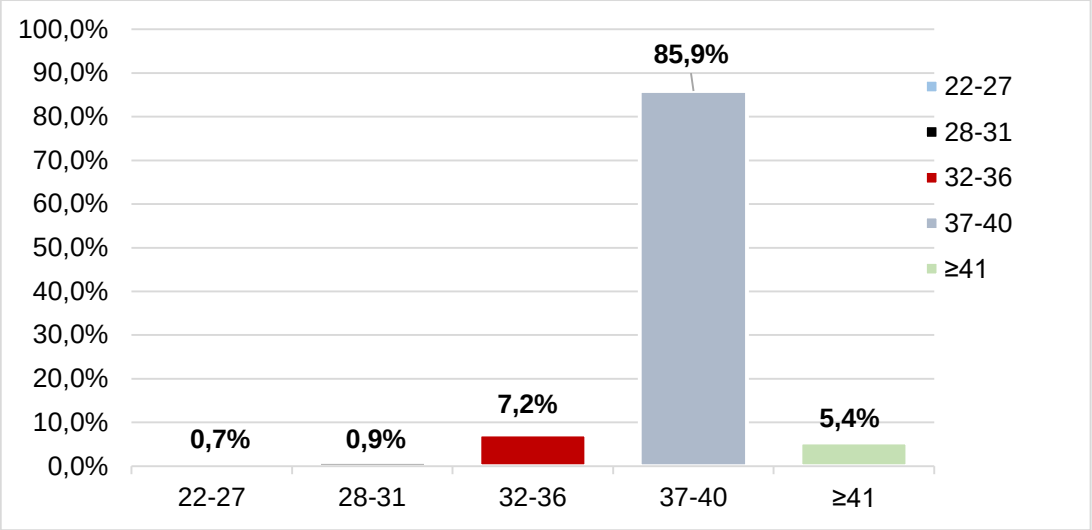
სურათი 26. მშობიარობათა რაოდენობრივი განაწილება, ორსულის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020



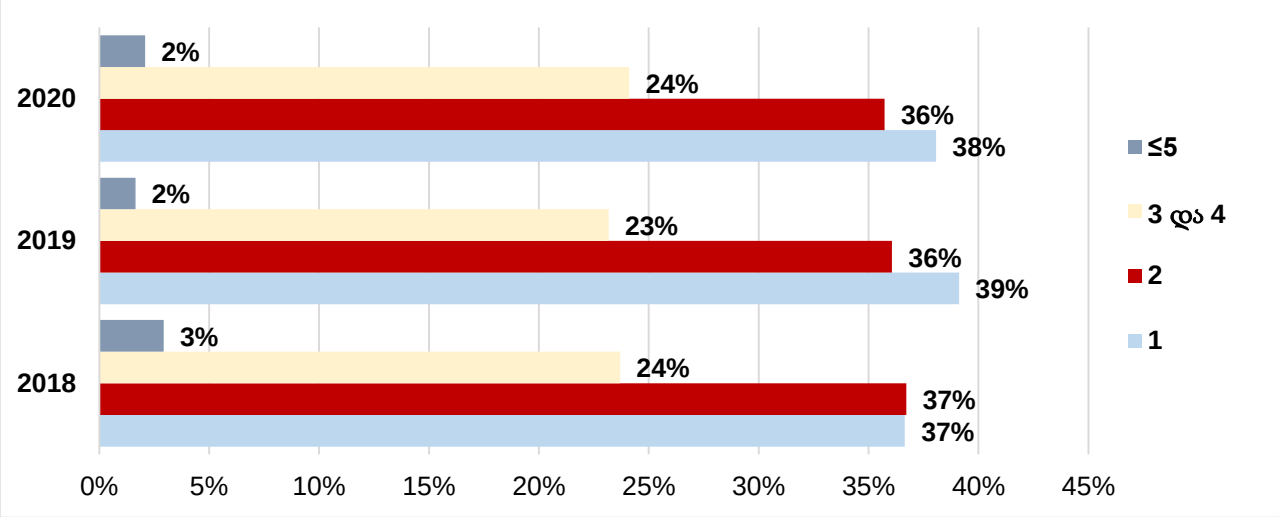
სურათი 27. მშობიარობათა რაოდენობრივი განაწილება, ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2020



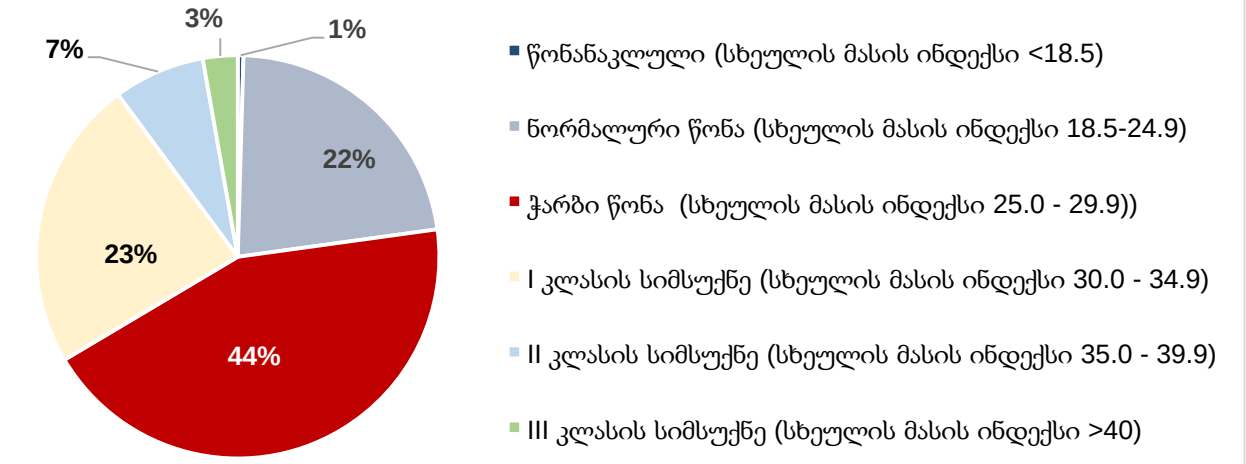
სურათი 28. მშობიარობების პროცენტული განაწილება ორსულობის ვადის (გესტაციის) მიხედვით, საქართველო, 2020



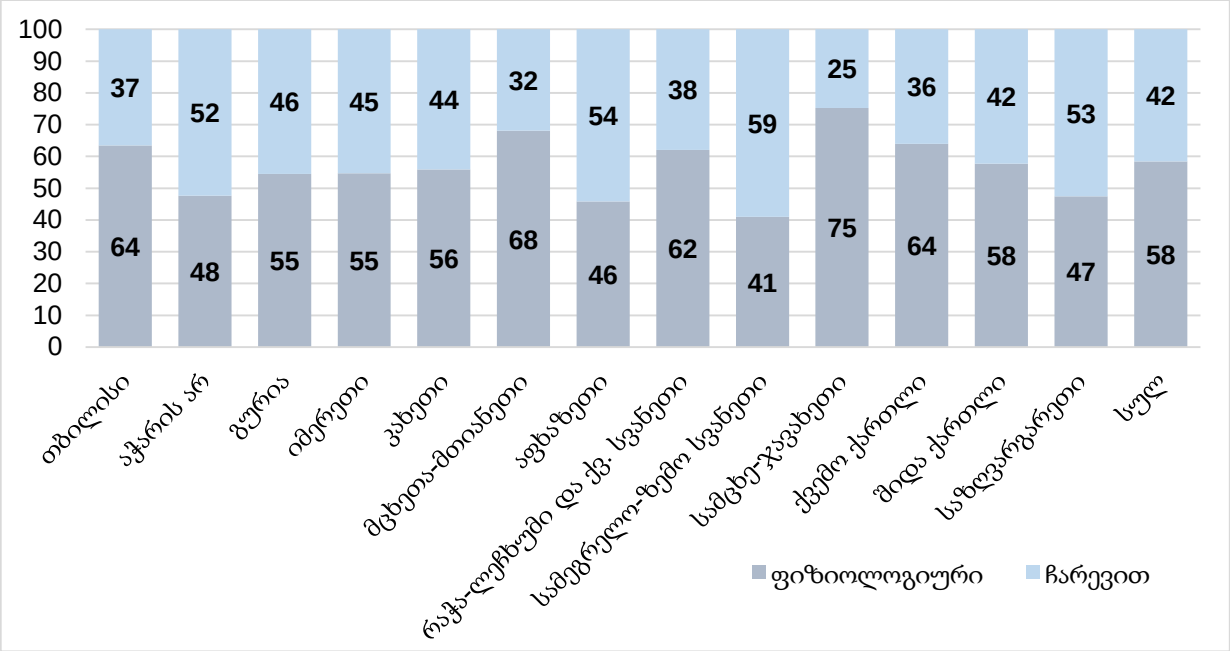
სურათი 29. მშობიარობების პროცენტული განაწილება მშობიარობის რიგითობის მიხედვით, საქართველო



სურათი 30. დედის წონა მშობიარობისას (პროცენტული განაწილება), საქართველო, 2020



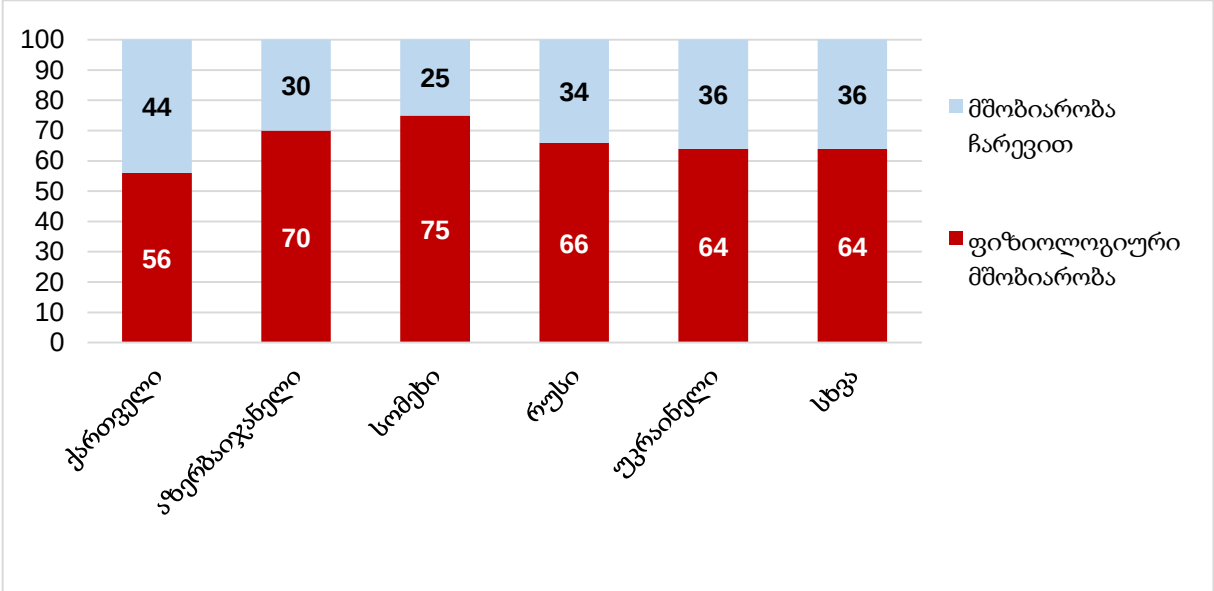
სურათი 31. მშობიარობათა პროცენტული განაწილება მშობიარობის ტიპის და რეგიონის მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020



ცხრილი 6. მშობიარობების პროცენტული განაწილება მშობიარობის ტიპის და დედის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020

	ფიზიოლოგიური მშობიარობა	მშობიარობა ჩარევით
ქალაქად მცხოვრებნი	58.1%	41.9%
სოფლად მცხოვრებნი	58.9%	41.1%

სურათი 32. მშობიარობების პროცენტული განაწილება მშობიარობის ტიპის და დედის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2020



ცხრილი 7. მშობიარობა ჩარევით, საქართველო

	2018		2019		2020	
	რ-ბა	% ჩარევით მშობიარობების საერთო რაოდენობაში	რ-ბა	% ჩარევით მშობიარობების საერთო რაოდენობაში	რ-ბა	% ჩარევით მშობიარობების საერთო რაოდენობაში
საკეისრო კვეთა	21044	98,2%	18936	97,8%	18616	97,7%
ეპიზიოტომია	16	0,1%	17	0,1%	89	0,5%
მაშებით, თავით წინამდებარეობის დროს	56	0,3%	39	0,2%	24	0,1%
ექსტრაქცია ჯდომით წინამდებარეობის დროს	8	0,03	10	0,1%	4	0,02%
ვაკუუმით	308	1,4%	367	1,9%	321	1,7%
სულ	**21432**	**100,0**	**19369**	**100,0**	**19054**	**100,0**

ცხრილი 8. ნაყოფის მდებარეობა მშობიარობისას, საქართველო, 2020

ნაყოფის მდებარეობა	რაოდენობა	(%)
კეფით წინამდებარეობა	41246	90.1
მენჯით წინამდებარეობა	3342	7.3
გარდიგარდმო მდებარეობა	717	1.6
პათოლოგიური თავით მდებარეობა	116	0.3
სხვა	376	0.8

ცხრილი 9. მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალთა წილი (%), საქართველო

	2018	2019	2020
საერთო რაოდენობა	0,7%	0,7%	0,7%
საშუალო	0.3	0.2	0.3
მძიმე	0.3	0.4	0.3
უკიდურესად მძიმე	0.1	0.1	0.05

მელოგინეთა რეფერალი სტაციონარში, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

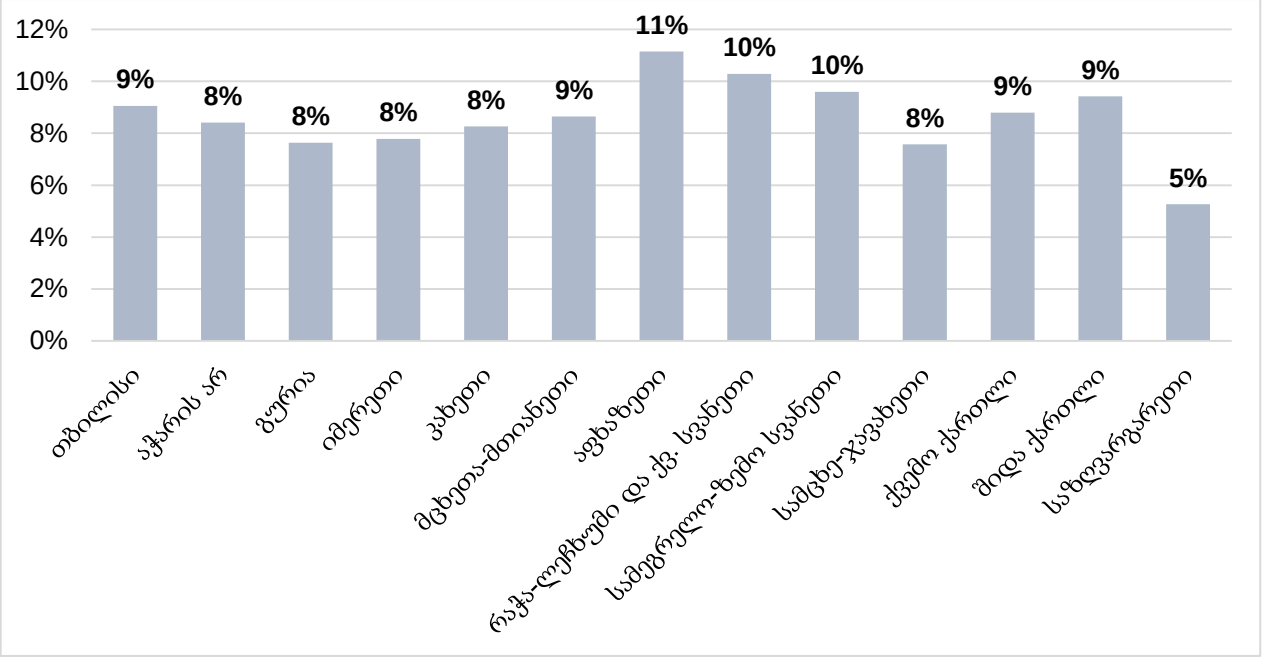
- 2018 წელს - 68 (0,1% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 60 (0,1% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 101 (0,2% ნამშობიარევ ქალთა საერთო რაოდენობაში)

ნაადრევი მშობიარობა

ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 3988 (7.9% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 3931 (8.3% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2020 წელს - 3992 (8.7% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)

სურათი 33. ნაადრევი მშობიარობების წილი (%) მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020



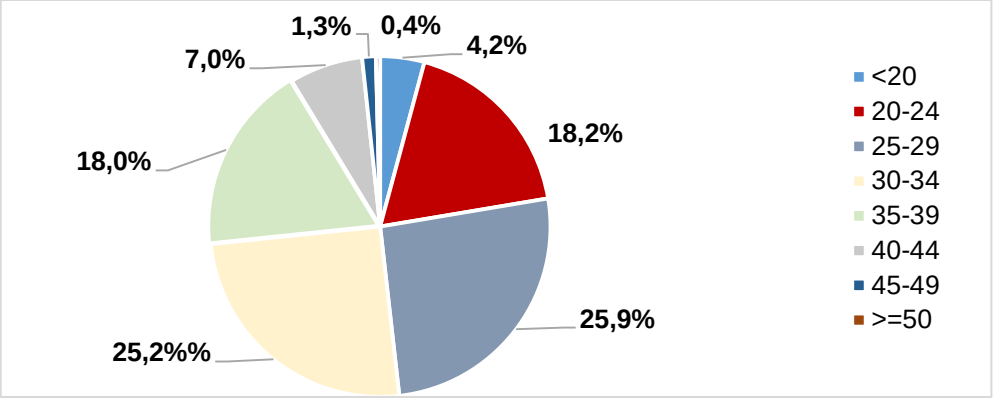
ნაადრევი მშობიარობა დედის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით (წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან):

- ქალაქად მცხოვრებნი - 8.9%
- სოფლად მცხოვრებნი - 8.4%

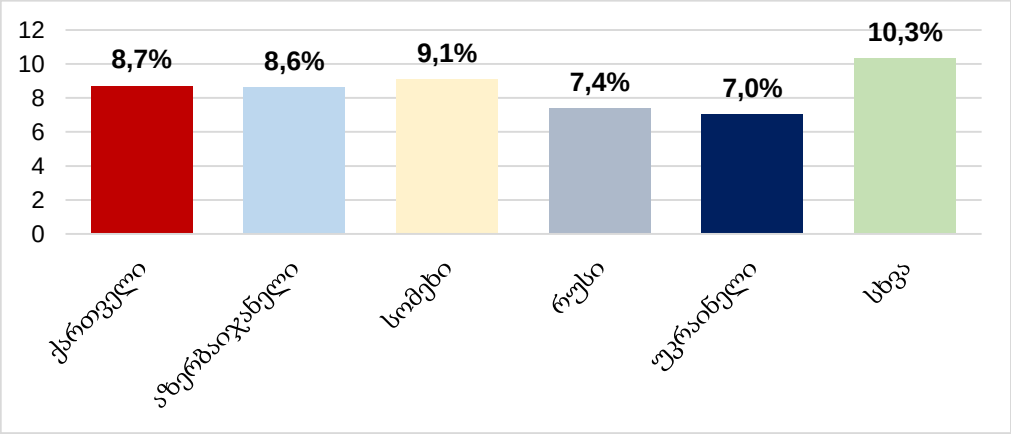
ცხრილი 10. ნაადრევი მშობიარობის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან ორსულობის კვირის (გესტაციური ასაკის) მიხედვით, საქართველო 2020

გესტაცია	% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან
22-27 კვირა	7.7%
28-33 კვირა	21.5%
34-36 კვირა	70.7%

სურათი 34. ნაადრევი მშობიარობა დედის ასაკის მიხედვით (წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან), საქართველო, 2020

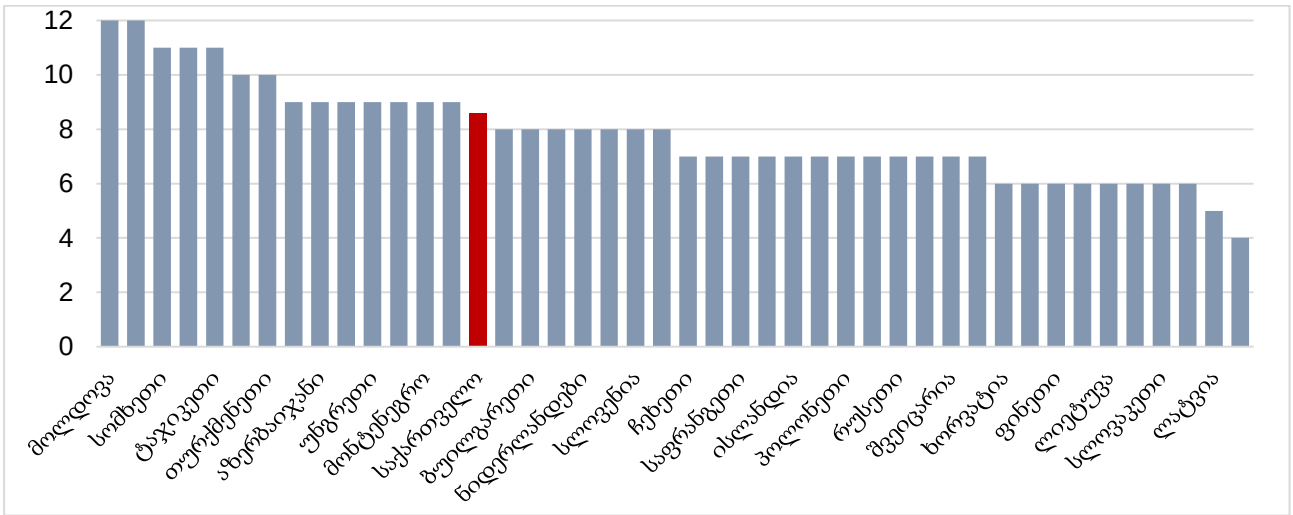


სურათი 35. ნაადრევი მშობიარობა დედის ეროვნების მიხედვით (წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან), საქართველო, 2020



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონისა და დსთ-ს ქვეყნებს შორის ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 100 ცოცხლადშობილზე შეალედურ პოზიციას იკავებს.

სურათი 36. ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 100 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



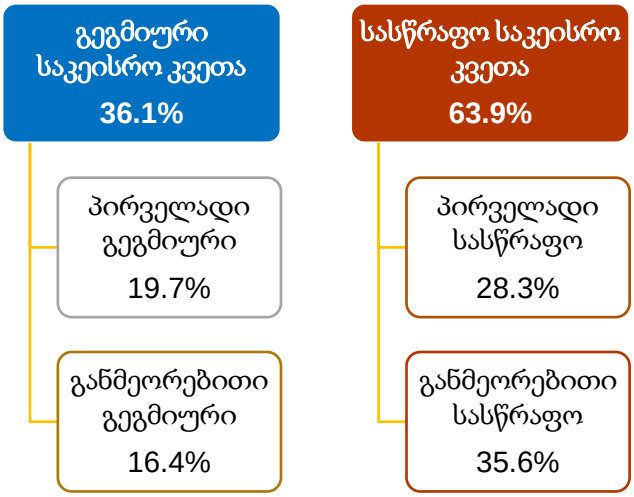
წყარო: http://data.un.org/Data.aspx?d=WHO&f=MEASURE_CODE%3aWHS_PBR

საკეისრო კვეთა

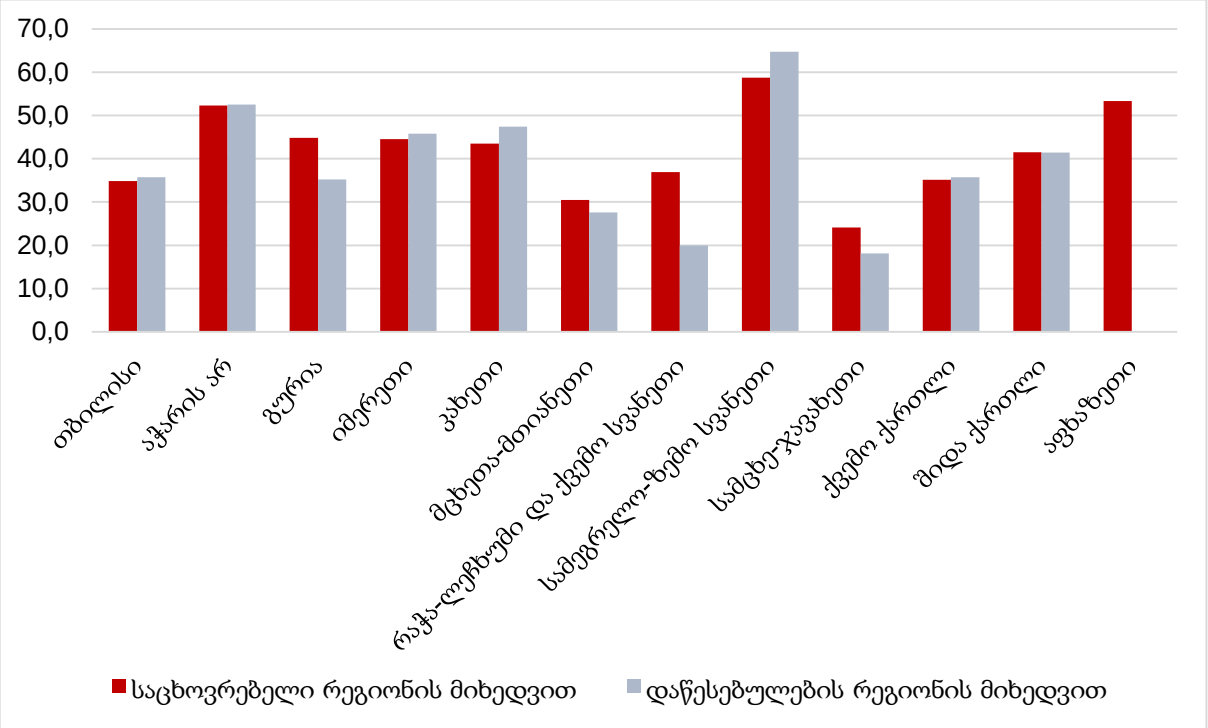
საკეისრო კვეთების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 21 044 (41.7% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 18 936 (39.9% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2020 წელს - 18 616 (40.6% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)

სურათი 37. საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან, საქართველო, 2020



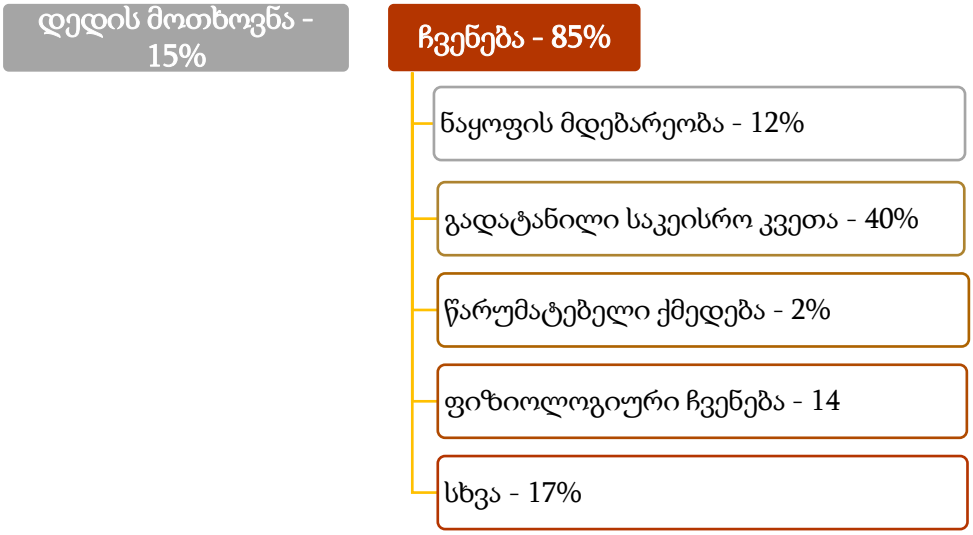
სურათი 38. საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2020 (დედის ფაქტობრივი მისამართით)



საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან (დედის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით):

- ქალაქად მცხოვრებნი - 40.7%
- სოფლად მცხოვრებნი - 40.5%

სურათი 39. საკეისრო კვეთა დედის მოთხოვნით და ჩვენებით, საქართველო, 2020



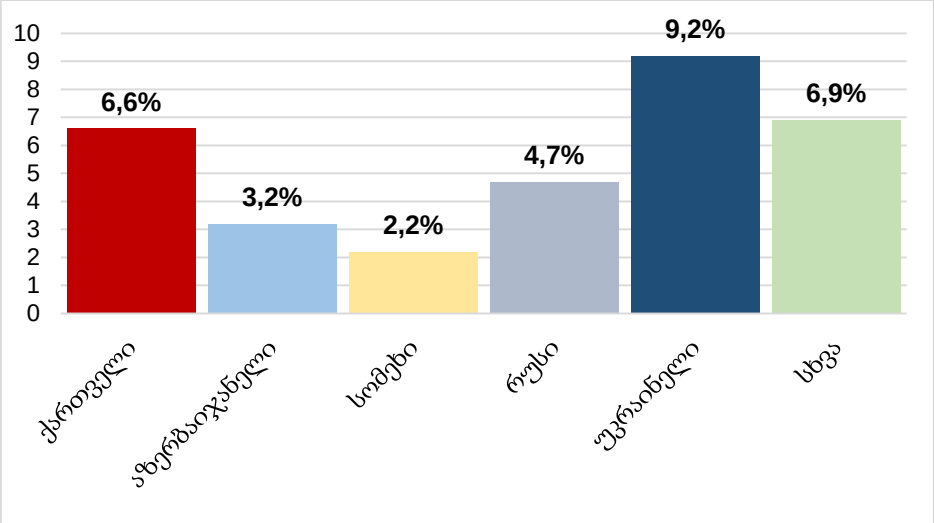
ცხრილი 11. დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკესირო კვეთა დედის ასაკის და საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2020

დედის ასაკი	%
<20	5.8
20-24	22.8
25-29	30.4
30-34	22.9
35-39	13.6
40-44	4.1
45-49	0.3
>=50	0.0

დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკესირო კვეთა დედის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით

- ქალაქად მცხოვრებნი - 6.1%
- სოფლად მცხოვრებნი - 6.2%

სურათი 40. დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკესირო კვეთა დედის ეროვნების მიხედვით (%), საქართველო, 2020



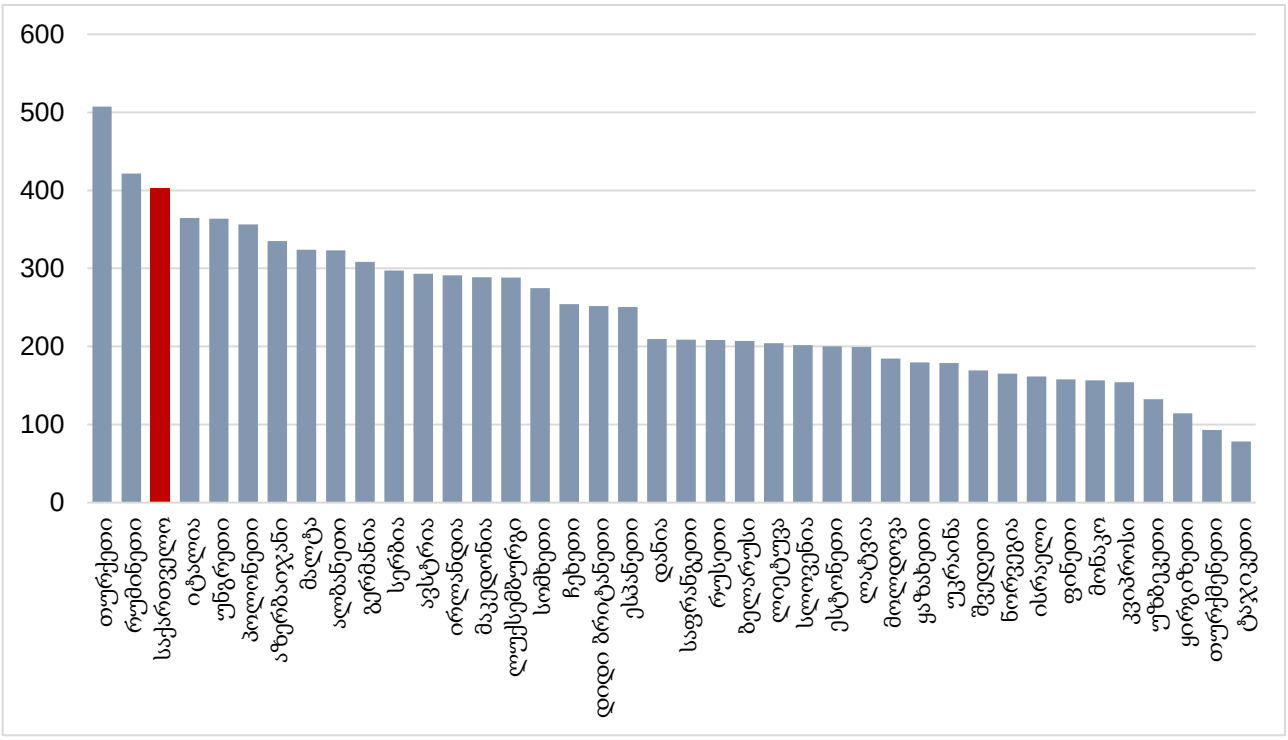
ცხრილი 12. საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები რობსონის კლასიფიკაციით (მონიტორინგის და შეფასების საერთაშორისო სტანდარტი), საქართველო, 2020

ჯგუფები	საკეისრო კვეთის რაოდენობა	მშობიარობების რაოდენობა	ჯგუფის წილი მთლიან მშობიარობაში	საკეისრო კვეთის წილი მთლიან მშობიარობაში	ჯგუფის აბსოლუტური წილი საკეისრო კვეთების საერთო მაჩვენებელში	ფარდობითი ჯგუფის წილი საერთო მაჩვენებელში
პირველი მშობიარობა, ერთი ნაყოფი, კეფით წინ მდებარეობა, ≥37 გესტაციური ვადა, სპონტანური მშობიარობა	2735	12995	28.4	21.0	6.0	14.7
პირველი მშობიარობა, ერთი ნაყოფი, კეფით წინ მდებარეობა, ≥37 გესტაციური ვადა, აღძრული მშობიარობა ან/და საკეისროს კვეთა მშობიარობის დაწყებამდე	1084	1298	2.8	83.5	2.4	5.8
მრავალნამშობიარები (გარდა წინა საკეისრო კვეთებისა), ერთი ნაყოფი, კეფით წინ მდებარეობა, ≥37 გესტაციური ვადა, სპონტანური მშობიარობა	957	15549	34.0	6.2	2.1	5.1
მრავალნამშობიარები, გარდა წინა საკეისრო კვეთების და საშვილოს ნაწიბურისა, ერთი ნაყოფი, კეფით წინ მდებარეობა, ≥37 გესტაციური ვადა, აღძრული მშობიარობა ან/და საკეისრო კვეთა	294	438	1.0	67.1	0.6	1.6
ყველა მრავალნამშობიარები მინიმუმ ერთი საკეისრო კვეთით, ერთი ნაყოფი, კეფით წინ მდებარეობით, ≥37 გესტაციური ვადით	7545	7651	16.7	98.6	16.5	40.5

ყველა პირველი მშობიარობა, ერთი გარდიგარდმო ნაყოფით	1288	1344	2.9	95.8	2.8	6.9
ყველა მრავალნამშობიარები, ერთი გარდიგარდმო ნაყოფით	1557	1690	3.7	92.1	3.4	8.4
ყველა განმეორებითი მშობიარობა (გადატანილი საკეისროს ჩათვლით)	613	805	1.8	76.1	1.3	3.3
ყველა ერთნაყოფიანი ორსული ნაყოფის გარდიგადმო მდებარეობით, (გადატანილი საკეირო კვლეთების ჩათვლით)	1117	1129	2.5	98.9	2.4	6.0
ერთი ნაყოფიანი მშობიარობა, კეფით წინმდებარეობით და ≥37 გესტაციური ვადა	1426	2898	6.3	49.2	3.1	7.7
სულ	**18616**	**45797**	**100**	**40.7**	**40.7**	**100**

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის და დსთ-ს ქვეყნებს შორის საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე ერთერთ წამყვან პოზიციას იკავებს.

სურათი 41. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



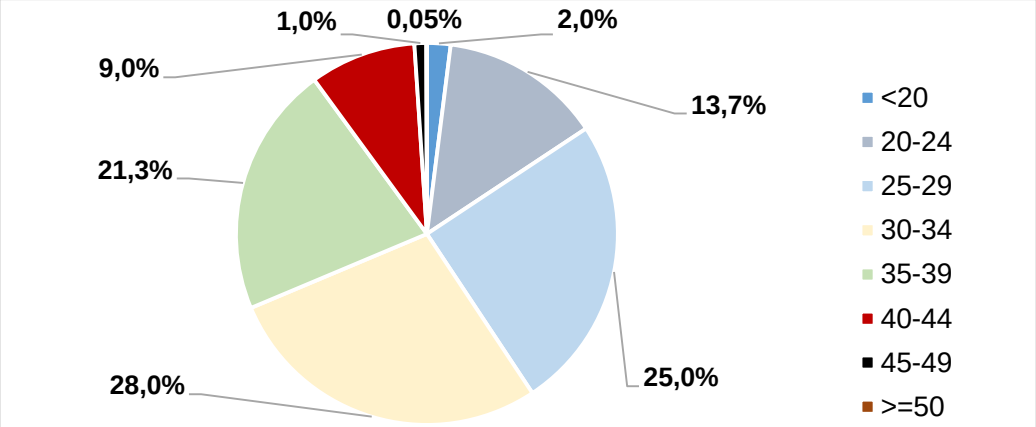
წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_596-7060-caesarean-sections-per-1000-live-births/visualizations/#id=19691

აბორტი

აბორტის რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 22 733 (30.8% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 21 599 (31.0% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან)
- 2020 წელს - 19 039 (29.2% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან)

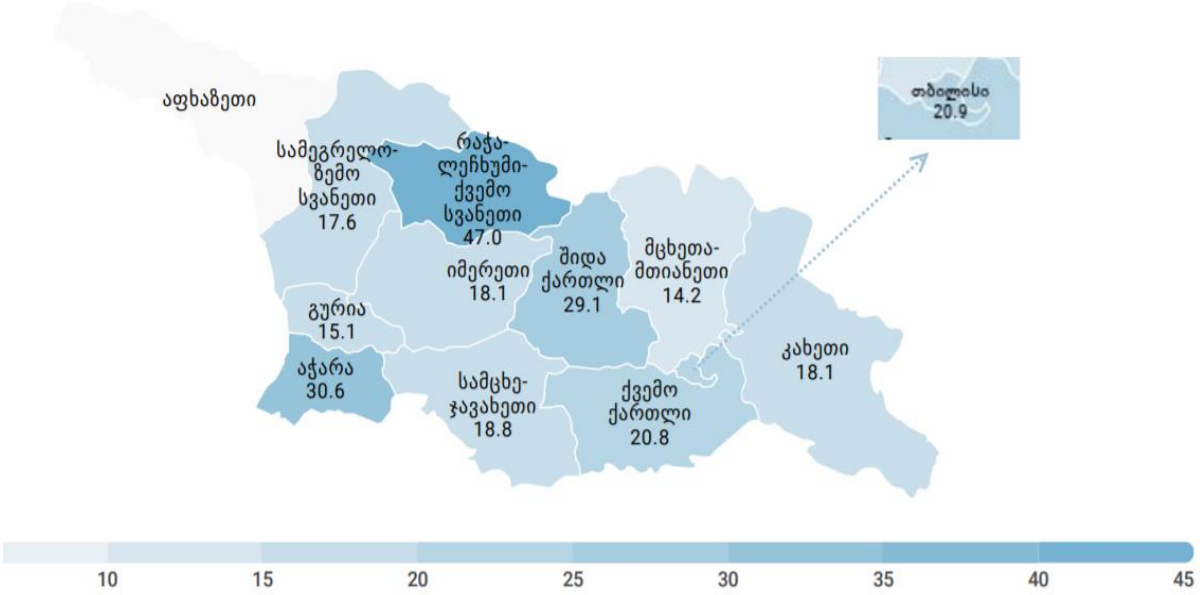
სურათი 42. აბორტების პროცენტული განაწილება დედის ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2020



ცხრილი 13. აბორტების განაწილება რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020

რეგიონი	აბსოლუტური რაოდენობა	მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე
თბილისი	6617	20,4
აჭარის არ	2805	30,6
გურია	330	15,1
იმერეთი	1859	18,1
კახეთი	1171	18,1
მცხეთა-მთიანეთი	283	14,2
აფხაზეთი	199	-
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	51	11,2
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	1159	17,6
სამცხე-ჯავახეთი	651	18,8
ქვემო ქართლი	2193	20,8
შიდა ქართლი	1689	29,1
საზღვარგარეთი	32	-
საქართველო	**19039**	**21,3**

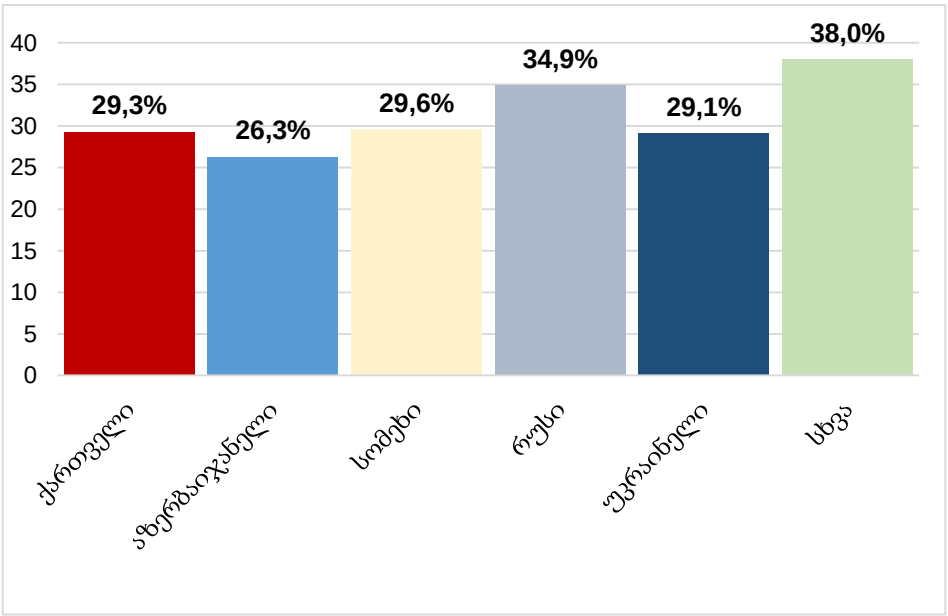
რუკა 5. აბორტების მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2020



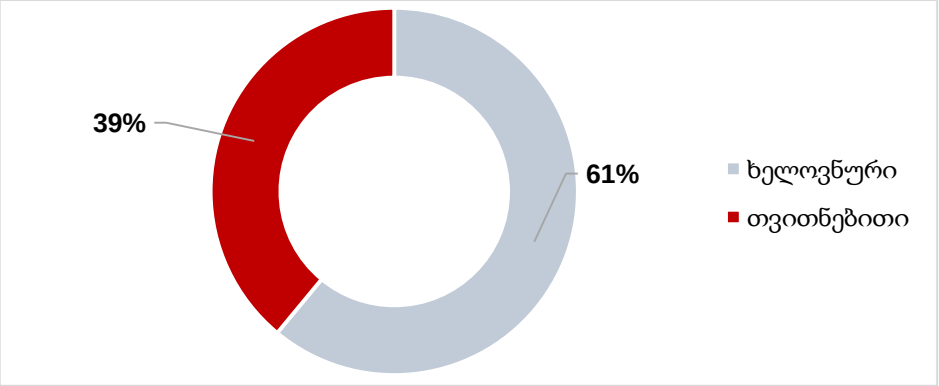
აბორტი ორსულის საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, 2020

- ქალაქად მცხოვრებნი - 66.4%
- სოფლად მცხოვრებნი - 33.6%

სურათი 43. აბორტი ორსულის ეროვნების მიხედვით (წილი ორსულების საერთო რაოდენობიდან), 2020

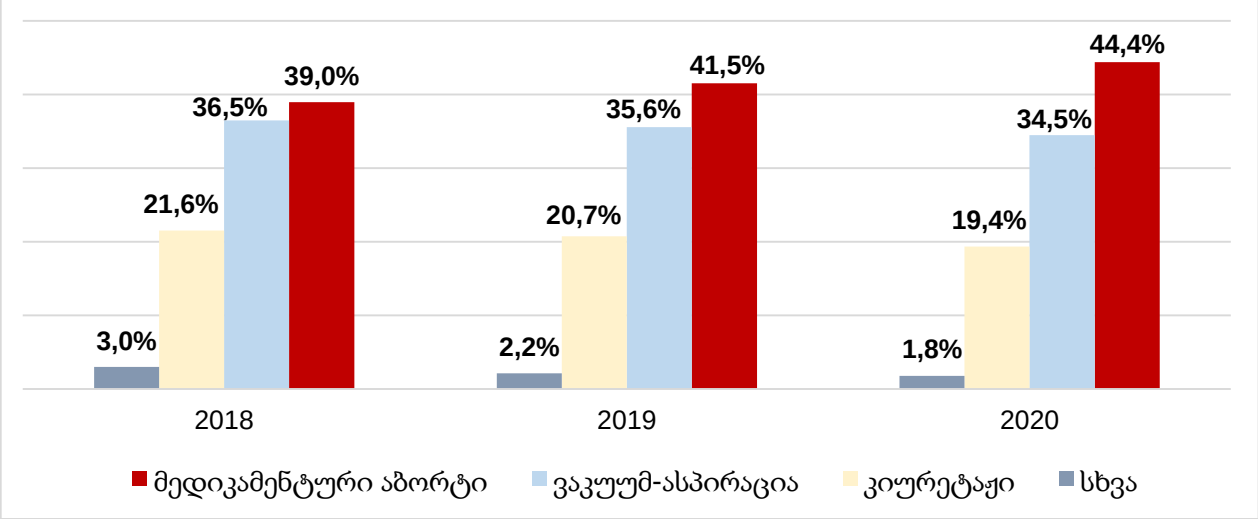


სურათი 44. აბორტების პროცენტული განაწილება აბორტის ტიპის მიხედვით, საქართველო, 2020



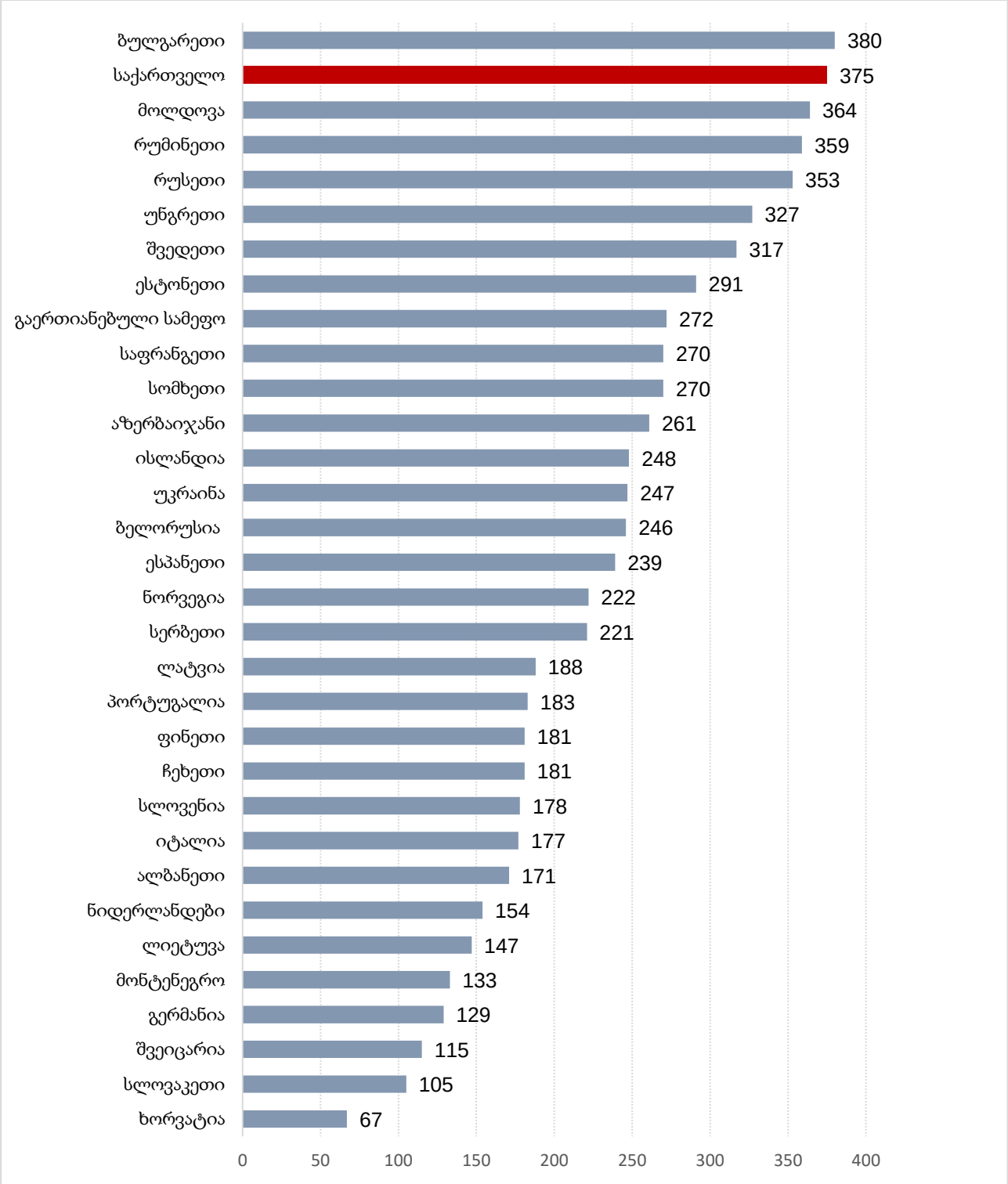
2018 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით იზრდება მედიკამენტური აბორტის და მცირდება კიურეტაჟის გამოყენების წილი.

სურათი 45. ხელოვნური აბორტის პროცენტული განაწილება აბორტის მეთოდის მიხედვით, საქართველო, 2020



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის აბორტების მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე მე-2 ადგილს იკავებს.

სურათი 46. აბორტების მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ქვეყნების მიხედვით, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



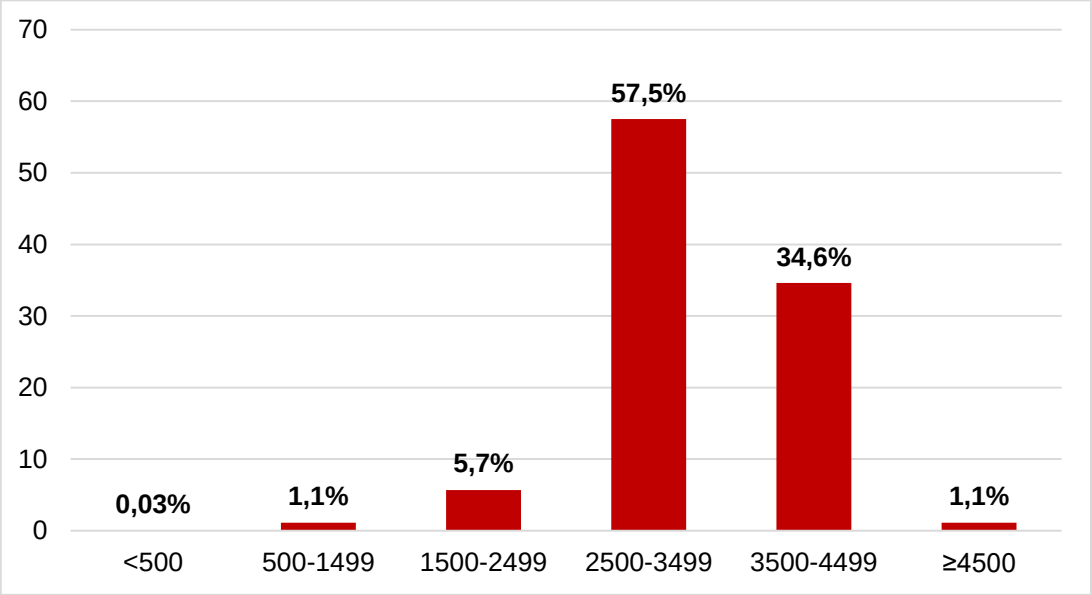
წყარო: https://www.statista.com/statistics/866423/abortion-rate-europe/

ახალშობილები

ცხრილი 14. ახალშობილთა ძირითადი მაჩვენებლები[11], საქართველო

	2018	2019	2020
ცოცხლადშობილთა რაოდენობა	51 138	48 296	46 520
ცოცხლადშობილთა % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან	99.2%	99.1%	99.1%
ახალშობილთა თანდაყოლილი მალფორმაციების წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან	2.0%	1.9%	1.9%
ახალშობილთა სმენის სკრინინგით მოცვა (წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)	99.97%	99.7%	94.4%
მკვდრადშობილთა რაოდენობა	438	457	410
მკვდრადშობილთა % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან	0.8	0.9	0.9

სურათი 47. ცოცხლადშობილთა პროცენტული განაწილება დაბადებისას წონის მიხედვით, საქართველო, 2020



ახალშობილთა გადაყვანა ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში (NICU), რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

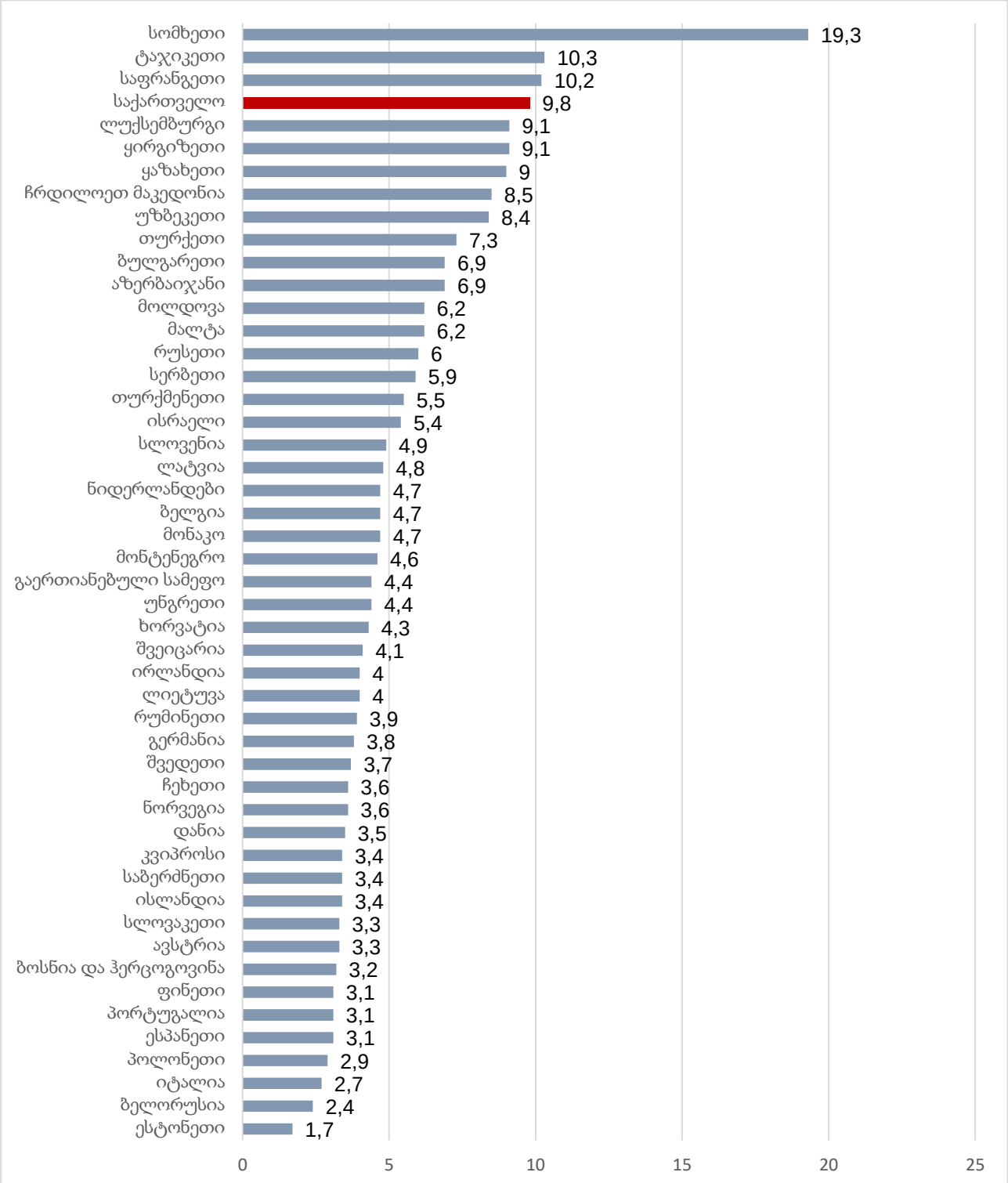
- 2018 წელს - 5131 (10,0% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 4760 (9,9% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)
- 2020 წელს - 3865 (8,3% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)

[11] *გამოყენებულია სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები*

საქართველოში, 2018-2020 წლებში მკვდრადშობილთა წილი დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან საშუალოდ 0.9%-ს შეადგენდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის მე-4 ადგილს იკავებს.

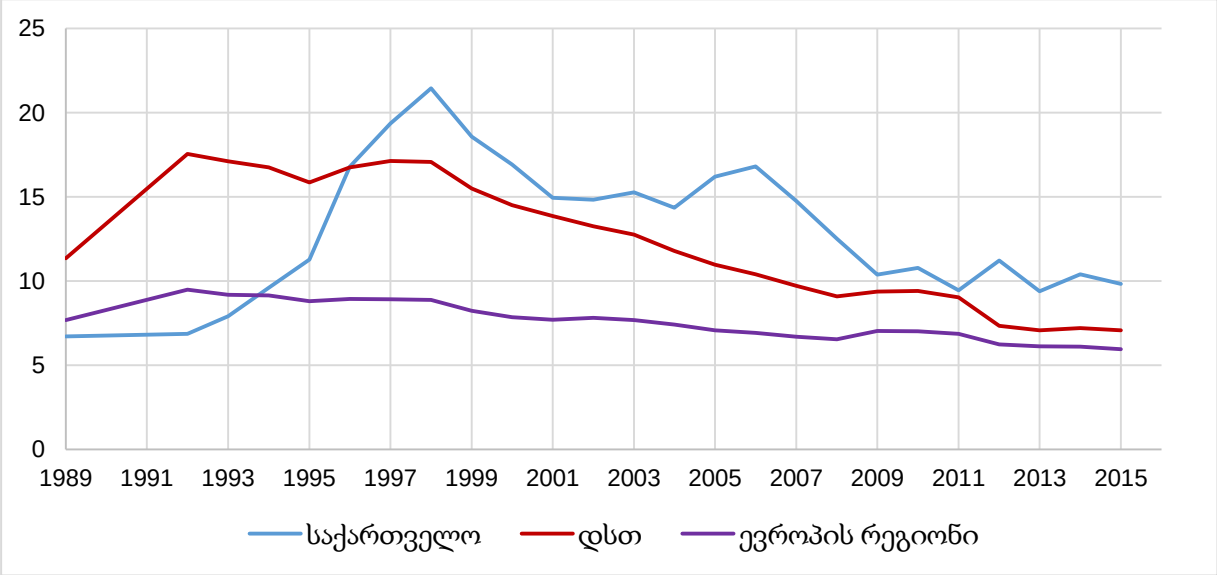
სურათი 48. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მაჩვენებლის შემცირების მიუხედავად, საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ასევე აღემატება ჯანმოს ევროპის რეგიონის და დსთ-ს საშუალო მაჩვენებლებს.

სურათი 49. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი

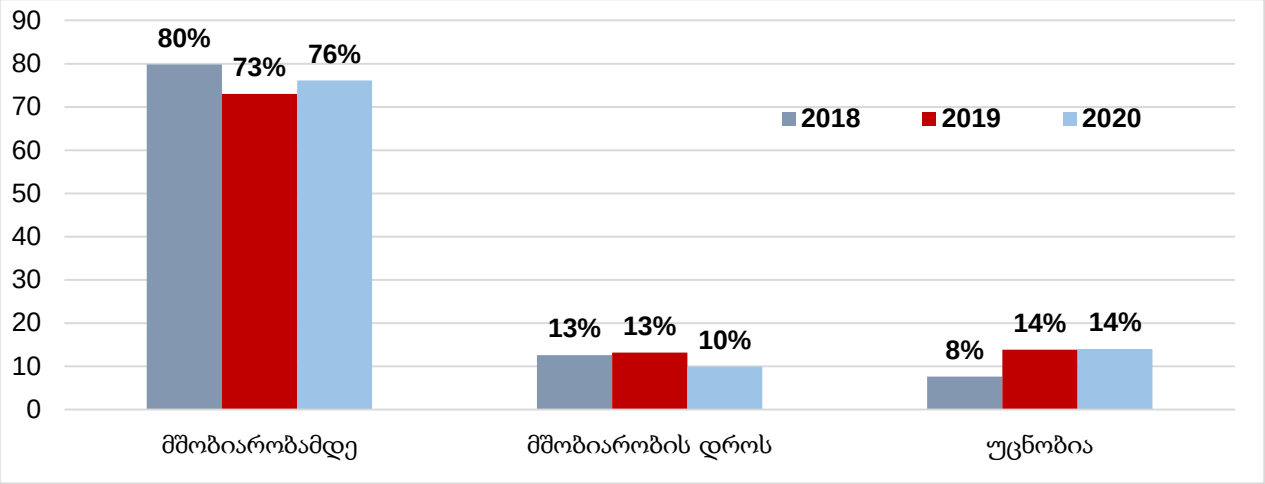


წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_82-1160-fetal-deaths-per-1000-births/visualizations/#id=18887

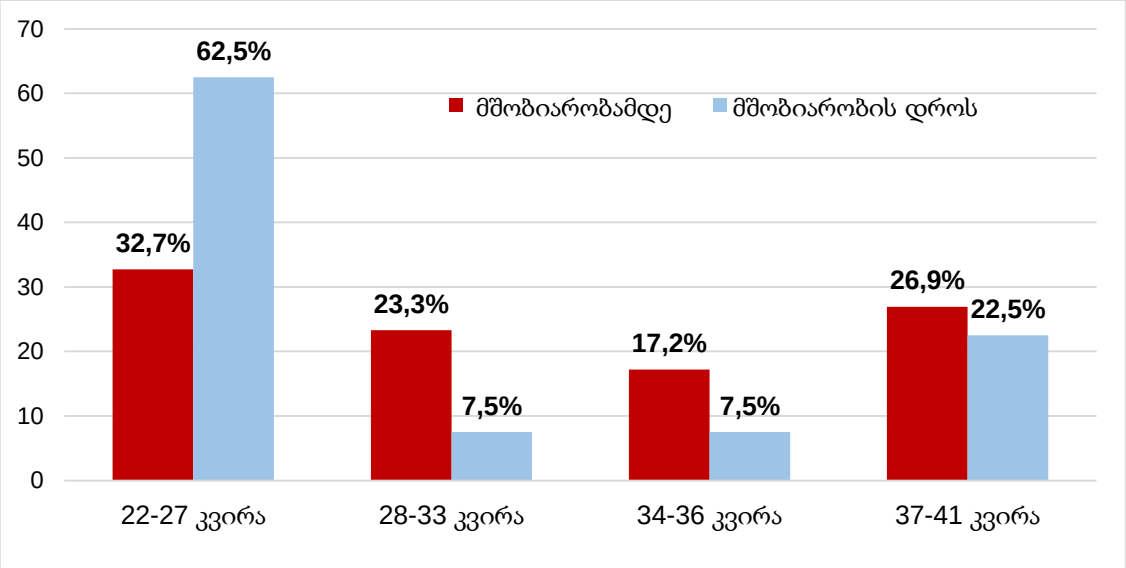
ცხრილი 15. მკვდრადშობადობა ორსულობის კვირის და ნაყოფის წონის მიხედვით, საქართველო

	2018	2019	2020
მკვდრადშობადობა გესტაციის მიხედვით (%)			
22-27	41.5	33.8	35.0
28-31	14.7	17.3	13.5
32-36	21.8	24.1	24.6
≥37 კვირა	22.0	24.8	26.9
მკვდრადშობადობა ნაწოფის წონის მიხედვით (%)			
<1000 გრამი	47.7	36.8	39.7
1000-1499 გრამი	11.5	12.1	10.8
1500-1999 გრამი	10.3	15.6	9.9
2000-2499 გრამი	7.6	8.8	9.4
>=2500 გრამი	22.9	26.8	30.3

სურათი 50. მკვდრადშობადობა მშობიარობამდე და მშობიარობის დროს, საქართველო, 2020



სურათი 51. მკვრადშობადობა მშობიარობამდე და მშობიარობის დროს გესტაციის მიხედვით საქართველო, 2020



დანართი: დაბადების რეგისტრის მონაცემთა გამოყენების მაგალითები

სადოქტორო დისერტაცია: პერინატალური სიკვდილიანობა და მისი ასოციაცია ანტენატალურ მოვლასთან საქართველოში

ავტორი: თინათინ მანჯავიძე

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მეცნიერებების ფაკულტეტი

https://munin.uit.no/handle/10037/19910

აბსტრაქტი

საკვლევი საგანი: მიუხედავად არსებული მიღწევებისა, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მსოფლიოში კვლავ მაღალია, განსაკუთრებით დაბალ შემოსავლიან ქვეყნებში (>30 ყოველ 1000 ახალშობილზე). პერინატალური სიკვდილიანობა განისაზღვრება, როგორც მკვდრადშობადობა გესტაციის 22 კვირიდან და ახალშობილის სიკვდილიანობა დაბადებიდან პირველი შვიდი დღის განმავლობაში. მარტივი, არაინვაზიური ინტერვენციების დანერგვამ შეიძლება შეამციროს პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რადგან უმეტესად სიკვდილიანობა პრევენცირებადი მიზეზებითაა განპირობებული. საქართველოში პერინატალური სიკვდილიანობის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, ამავდროულად მაღალია ანტენატალური ვიზიტებით მოცვის მაჩვენებელი. სადოქტორო თემის ძირითად მიზანს წარმოადგენს პერინატალური სიკვდილიანობის მიზეზებისა და მასზე ანტენატალური მოვლის გავლენის აღმოჩენა.

მეთოდები: ნაშრომის ძირითად მონაცემთა წყაროს საქართველოს დაბადების რეგისტრიდან მიღებული ინფორმაცია წარმოადგენს. დაბადება-გარდაცვალების ელექტრონული სისტემა და ჰოსპიტალიზაციის რეგისტრი გამოყენებულ იქნა, როგორც დამხმარე მონაცემთა წყაროები ინფორმაციის ვალიდაციის მიზნით. კვლევაში მონაწილეობდა ყველა ორსული, რომელმაც იმშობიარა 2017-2019 წლებში და მათი ახალშობილები. ვიგლესვორთის კლასიფიკაციით (Wigglesworth classification) მოხდა ადრეული ნეონატალური სიკვიდლიანობის შემთხვევების მიზეზების კლასიფიცირება. ანტენატალური მოვლის ოპტიმალურობის შეფასებისთვის კი გამოყენებულ იქნა ანტენატალური მოვლის ინდექსი (APNCU). პოტენციური კონფაუნდერების აღმოჩენისთვის მიმართული, აციკლური გრაფიკის გამოყენება მოხდა (DAG), ხოლო ზემომქმედი ფაქტორებისა და გამოსავალს შორის ასოციაციის დასადგენად - ლოჯისტიკური რეგრესია.

შედეგები: მკვდრადშობადობის 80%-ის სიკვდილის მიზეზი საქართველოში უცნობია და უმეტესობის (85%) გარდაცვალება ხდება მშობიარობის დაწყებამდე. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების უმეტესობა გამოწვეულია ნაადრევი მშობიარობის გართულებების მიზეზით (58%), ხოლო მეორე ყველაზე ხშირი მიზეზი თანდაყოლილი ანომალიებია (23%). მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება 2.1-ია და იმ ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების რაოდენობა,

რომლებიც დაბადებიდან პირველი დღის განმავლობაში გარდაიცვალა 30%-ია. ანტენატალური მოვლისთვის ორსულთა 5.6%-ს არ მიმართავს და ორსულთა ამ ჯგუფს პერინატალური სიკვდილიანობის განვითარების 2.2-ჯერ მომატებული რისკი ჰქონდათ შედარებით იმ ორსულებთან, რომლებიც ერთხელ მაინც ჩაიტარეს ანტენატალური ვიზიტი. ორსულთა 62%-ის ანტენატალური მოვლა ადექვატური მოვლის კატეგორიას არ შეესაბამებოდა. ორსულთა იმ ნაწილს, რომელმაც ყველაზე ნაკლებად მიმართა ანტენატალურ მოვლას ორსულობის დროს, ყველაზე მაღალი რისკი ჰქონდათ პერინატალური სიკვდილიანობისა და ახალშობილის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსების მიხედვით. ამასთანავე, ორსულთა იმ ჯგუფს, რომელსაც ანტენატალური მოვლის კატეგორიის მიხედვით საშუალო ჯგუფს შეესაბამებოდნენ, აღნიშნული გამოსავლების ყველაზე ნაკლები რისკი ჰქონდათ, შედარებით ადექვატურ ჯგუფთან.

დასკვნა: კვლევის მიხედვით, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის ის შემთხვევები, რომლებიც დაბადებიდან მალევე გარდაიცვალნენ ასფიქსიის მიზეზით, შესაძლოა მისკლასიფიცირებულნი არიან, როგორც მკვდრადშობილები. ეს ვარაუდი ხსნის უცნობი მიზეზით მკვდრადშობილების მაღალ მაჩვენებელს, ასევე მშობიარობის დაწყებამდე გარდაცვლილ მკვდრადშობილების მაღალ პროპორციას, ადრეული ნეონატების შედარებით მცირე რაოდენობას, რომელთა გარდაცვალება პირველი დღის განმავლობაში მოხდა, ასევე, ასფიქსიით გარდაცვლილ ახალშობილთა მცირე პროპორციას. ამასთანავე, კვლევის შედეგების მიხედვით, ადექვატური ანტენატალური მოვლა წარმოადგენს ერთ-ერთ წინაპირობას პერინატალური სიკვდილიანობისა და ინტენსიურ განყოფილებაში ახალშობილთა გადაყვანის შემცირებისთვის. პოპულაციაზე მიკუთვნებული ფრაქციის (population attributable fraction) გამოთვლის მიხედვით, ყოველწლიურად 71 პერინატალური სიკვდილიანობის შემთხვევის არიდება შეიძლება მოხდეს თუ ყველა ორსული ერთ ანტენატალურ ვიზიტს მაინც დაესწრება.

გარდა ამისა, კვლევის შედეგებით, იმ ორსულთა რაოდენობა რომლებმაც რეკომენდირებულ ვიზიტებზე 110%-ით მეტი ვიზიტი ჩაიტარეს 36%-ია. ამ ჯგუფში შესაძლოა იყვნენ ორსულთა გარკვეული რაოდენობა, რომელთაც უფრო ხშირი ვიზიტები განპირობებულია პირადი სურვილით და არა სამედიცინო მიზნით, შესაბამისად, არ წარმოადგენენ მაღალი რისკის ორსულებს. ამიტომაც, ინტენსიური ვიზიტების ჯგუფში ორსულებს პერინატალური სიკვდილიანობის მომატებული რისკი ამ კვლევის მიხედვით არ ჰქონდათ, მაშინ როდესაც მსგავსი დამოკიდებულება სხვა კვლევებმა აჩვენეს. ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობის გაზრდა ოთხიდან რვა ვიზიტამდე არ მიუთითებს პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენციაზე, თუმცა კვლევის პერიოდი საკმარისი არაა ამ ვარაუდის გასამყარებლად. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ორსულებმა უნდა მიიღონ ანტენატალური ვიზიტების ის რაოდენობა, რაც მათი ინდივიდუალური რისკის შეფასების საფუძველზე ესაჭიროებათ.

სამეცნიერო სტატია: პერინატალური სიკვდილიანობის ინციდენტობა და მიზეზები საქართველოში

ავტორი: თინათინ მანჯავიძე

თანაავტორები: ასოცირებული პროფ. შარლოტა რილანდერი, პროფესორი ფინ ეგილ შელდესტა, პროფესორი ნატა ყაზახაშვილი, ასოცირებული პროფ. ერიკ ანდა

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მეცნიერებების ფაკულტეტი

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

გამოქვეყნების თარიღი: 2019

ჟურნალი: Journal of epidemiology and global health

DOI: 10.2991/jegh.k.190818.001

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში, ევროპასთან შედარებით, მაღალია პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. 2016 წელს ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული (ე.წ. 'დაბადების რეგისტრი') დაინერგა საქართველოში, იმისათვის, რომ შეგროვებულიყო მონაცემები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დარგში. კვლევის მიზანია პერინატალური სიკვდილიანობის ინციდენტობის დათვლა დაბადების რეგისტრის მიხედვით, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების გადანაწილების და ძირითადი მიზეზების შესწავლა.

მეთოდები: მონაცემთა წყაროებს წარმოადგენდა დაბადების რეგისტრის და დაბადება-გარდაცვალების ელექტრონული მოდულის 2017 წლის მონაცემები. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები გადანაწილდა ხუთ კატეგორიაში, ვიგლესვორთის კლასიფიკაციის მიხედვით. კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა აღწერილობითი სტატისტიკა, ჯამური რაოდენობები, საშუალო არითმეტიკული, პროპორცია და მაჩვენებლები სტატისტიკური პროგრამის Stata-ს გამოყენებით ((StataCorp LLC.) version 15.0).

შედეგები: 2017 წელს, დაბადების რეგისტრის მიხედვით აღირიცხა 489 მკვდრადშობადობისა და 238 ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევა, შესაბამისად, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 13.6 ყოველ 1000 ახალშობილზე. მკვრადშობილების 80%-ის გარდაცვალების მიზეზი იყო უცნობი. მკვდრადშობადობის უმეტესობა დაფიქსირდა მშობიარობის დაწყებამდე (85%), ხოლო მკვდრადშობილების თითქმის 1/3 (28%) საკეისრო კვეთის გზით დაიბადა. ნაადრევი მშობიარობა (58%) და თანდაყოლილი ანომალიები (23%) იყო ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების 70% დაფიქსირდა დაბადებიდან მეორე დღის შემდეგ.

დასკვნა: პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების მონაცემების მსგვასია. გლობალური მონაცემების საწინააღმდეგოდ, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის უმეტესობა სიცოცხლის მეორე დღის შემდეგ დაფიქსირდა. კვლევით

მიღებული შედეგები შესაძლოა მიუთითებდეს ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის და მკვდრადშობადობის არასწორ კლასიფიცირებასთან.

სამეცნიერო სტატია: ანტენატალური მოვლის გარეშე მიმდინარე ორსულობა და პერინატალური სიკვდილიანობა საქართველოში

ავტორი: თინათინ მანჯავიძე

თანაავტორები: ასოცირებული პროფ. შარლოტა რილანდერი, პროფესორი ფინ ეგილ შელდესტა, პროფესორი ნატა ყაზახაშვილი, ასოცირებული პროფ. ერიკ ანდა

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მეცნიერებების ფაკულტეტი

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

გამოქვეყნების თარიღი: 2020

ჟურნალი: Risk management and healthcare policy

DOI: 10.2147/RMHP.S243207

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში ორსულთა უმრავლესობა სარგებლობს ანტენატალური მოვლის სახელმწიფო პროგრამით, თუმცა ორსულთა 5% არ იღებს ანტენატალურ მომსახურებას. ამასთანავე, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში (11.7 ყოველ 1000 ახალშობილზე) ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით.

მიზანი: კვლევის მიზანია დაადგინოს ასოციაცია ანტენატალური მოვლის გარეშე მიმდინარე ორსულობებსა და პერინატალური სიკვდილიანობის რისკს შორის.

მეთოდები: კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა მონაცემები ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულიდან (ე.წ. 'დაბადების რეგისტრი') და დაბადება-გარდაცვალების ელექტრონული სისტემიდან. კვლევის მონაწილე იყო ყველა ორსული, რომელმაც იმშობიარა სამედიცინო დაწესებულებაში 2017-2018 წლებში. ორსულების დაყოფა მოხდა ორ ჯგუფად: 1. ორსულები, რომლებმაც მინიმუმ ერთხელ მაინც მიმართეს ანტენატალური მოვლისთვის სამედიცინო დაწესებულებას და 2. ორსულები, რომლებსაც არცერთხელ მიუმართავთ ანტენატალური მოვლისთვის. გამონაკლისების გამორიცხვის შემდეგ, საკვლევი პოპულაცია იყო 101,663 ქალი და მათი ახალშობილები (კვლევაში მოხვდა მხოლოდ ერთნაყოფიანი ორსულობა). მათგან 1186 იყო მკვდრადშობადობა ან ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევა. ლოჯისტიკური რეგრესიის ანალიზი იქნა გამოყენებული ანტენატალური მოვლის გარეშე მიმდინარე ორსულობის და პერინატალური რისკის სიკვდილიანობის რისკის შესაფასებლად.

შედეგები: კვლევის პერიოდში პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 12.9 ყოველ 1000 ახალშობილზე. ორსულობების 5.6% იყო ანტენატალური მოვლის გარეშე. პერინატალური სიკვდილიანობის რისკი ორჯერ მეტი იყო იმ ორსულებს შორის, რომელთაც არ ჩაუმატებიათ არცერთი ვიზიტი, იმ ორსულებთან შედარებით, რომლებმაც ერთხელ მაინც მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებას ანტენატალური ვიზიტის ჩატარების მიზნით(odds ratio=2.21, [95% confidence interval: 1.81–2.70]). უმაღლესი განათლების მქონე ორსულებს, მეორე ან მეტი

მშობიარობის შემთხვევაში, ასევე მათ ვინც ცხოვრობდა და იმშობიარა თბილისის გარეთ პერინატალური სიკვდილიანობის მნიშვნელოვნად დაბალი რისკი ჰქონდათ.
დასკვნა: პერინატალური სიკვდილიანობის რისკი ორჯერ იზრდება ანტენატალური მოვლის გარეშე მიმდინარე ორსულობებისთვის. პერინატალური სიკვდილიანობის 6% ასოცირებული იყო ანტენატალური მოვლის გარეშე მიმდინარე ორსულობებთან. ანტენატალური ვიზიტების მოცვის გაუმჯობესება, სავარაუდოდ, შეამცირებს პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელს საქართველოში.

სამეცნიერო სტატია: ანტენატალური მოვლის გავლენა ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში მიმართვიანობასა და პერინატალურ სიკვდილიანობაზე

ავტორი: თინათინ მანჯავიძე

თანაავტორები: ასოცირებული პროფ. შარლოტა რილანდერი, პროფესორი ფინ ეგილ შელდესტა, პროფესორი ნატა ყაზახაშვილი, ასოცირებული პროფ. ერიკ ანდა

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მეცნიერებების ფაკულტეტი

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

გამოქვეყნების თარიღი: 2020

ჟურნალი: PLOS One

DOI: 10.1371/journal.pone.0242991

აბსტრაქტი

შესავალი: სათანადო ანტენატალურ მოვლას პირდაპირი და მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს პერინატალურ სიკვდილიანობაზე, რომლის მაჩვენებელი საქართველოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით (11.7 / 1000 ახალშობილზე - 2018 წ.).

მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ანტენატალური მოვლის უტილიზაციის ადექვატურობის (APNCU) ინდექსსა და ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში (NICU) მიმართვიანობასა და პერინატალურ სიკვდილიანობას შორის ასოციაციის დადგენა.

მეთოდები: ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულის, ე.წ. 'დაბადების რეგისტრის' მონაცემთა ბაზა, დაბადება-გარდაცვალების ელექტრონული სისტემის მონაცემთა ბაზასთან ერთად იქნა გამოყენებული, როგორც კვლევის ძირითადი წყარო. კვლევის პერიოდში (2017-2019 წლები) 148,407 დედის და ახალშობილის (ერთნაყოფიანი ორსულობიდან) მონაცემები გაანალიზდა. მთავარ ფაქტორად განისაზღვრა ანტენატალური მოვლის ადექვატურობა APNCU ინდექსის მიხედვით, ამასთანავე, ჰოსპიტალიზაციის რეგისტრი იქნა გამოყენებული NICU-ში გადაყვანილ ახალშობილთა მონაცემთა ვალიდაციის მიზნით.

- APNCU (Adequacy of Prenatal Care Utilization) ინდექსი ანტენატალურ მოვლის უტილიზაციას ჰყოფს 4 ჯგუფად:

I. ინტენსიური: ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში და რეკომენდირებული ვიზიტების რაოდენობის 110% ან მეტი იქნა ჩატარებული
II. ადექვატური: ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში და რეკომენდირებული ვიზიტების რაოდენობის 80%-109% იქნა ჩატარებული
III. საშუალო: ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში და რეკომენდირებული ვიზიტების რაოდენობის 50%-79% იქნა ჩატარებული
IV. არაადექვატური: ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა ორსულობის მეორე ან მესამე სემესტრში და/ან რეკომენდირებული ვიზიტების 50%-ზე ნაკლები იქნა ჩატარებული.

რეკომენდირებული ვიზიტების რაოდენობა 2018 წლის 1 თებერვლამდე დარეგისტრირებული ორსულებისთვის განისაზღვრა როგორც ოთხი (შესაბამის კვირეებზე), ხოლო შემდეგ - რვა, ახალი გაიდლაინის მიხედვით.

სტატისტიკური ანალიზი: ანტენატალური მოვლისა და NICU-ში გადაყვანის/პერინატალური სიკვდილიანობის შორის ასოციაციის დადგენისთვის დედის ასაკი, მშობიარობის რიგითობა, განათლება და საცხოვრებელი/მშობიარობის რეგიონი უნდა გაანალიზებულიყო და ჩართულიყო *ლოგისტიკური რეგრესიის ანალიზის მოდელში* რისკის უფრო მეტი სიზუსტით დასადგენად. *მიმართული, აციკლური გრაფიკის (Directed Acyclic Graph)* საფუძველზე განისაზღვრა აღნიშნული მახასიათებლები. მეთოდი წარმოადგენს თანამედროვე ეპიდემიოლოგიის ერთ-ერთ ნოვაციურ მიმართულებას ასოციაციის დადგენისას ცვლადების შერჩევის პროცესში.

გარდა ამისა, კვლევის პროცესში გავაანალიზეთ ახალი და ძველი ანტენატალური მოვლის პროგრამების პერიოდში NICU-ში გადაყვანისა და პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, გამოვიყენეთ *მგრძნობელობის ანალიზი (Sensitivity analysis)* ერთი და იმავე რეგრესიის მოდელის სტრატიფიკაციის გზით. იმავე პრინციპით მოხდა ნაადრევი და დროული ახალშობილების შედარება. აღწერილობითი სტატისტიკა იქნა გამოყენებული სიხშირეების თანაფარდობის შესაფასებლად.

შედეგები: კვლევის პერიოდში პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 11.6 / 1000 ახალშობილზე, ახალშობილების NICU-ში გადაყვანის პროპორცია იყო 7.8%. დედების 5.3% არ იყო არცერთ ვიზიტზე ნამყოფი, ხოლო 85%-ში ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა გესტაციის 12 კვირის ვადამდე. APNCU ინდექსის მიხედვით, დედების 16%-მა მიიღო არაადექვატური მოვლის დონე, 10% - საშუალო, 38% - ადექვატური და 36%-მა ინტენსიური. საშუალო დონის ანტენატალური მოვლის ჯგუფში მყოფ დედებს ჰქონდათ ყველაზე დაბალი რისკი პერინატალური სიკვდილიანობის (AOR=0.56, 95% CI 0.45-0.70), რაც სტატისტიკურად სარწმუნო იყო. ახალშობილებს, რომელთა დედებმა მიიღეს არაადექვატური ანტენატალური მოვლის დონე ჰქონდათ ყველაზე მაღალი რისკი როგორც NICU-ში გადაყვანის (რისკი გაზრდილია 16%-ით ადექვატური მოვლის დონესთან შედარებით, AOR=1.16, 95% CI 1.09-1.23), ასევე პერინატალური სიკვდილიანობის, (რისკი გაზრდილია 18%-ით ადექვატური მოვლის დონესთან შედარებით AOR=1.18, 95% CI 1.02-1.36) ასევე სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგებით.

დასკვნა: ანტენატალური მოვლის არაადექვატური დონე ასოცირებულია ახალშობილთა NICU-ში გადაყვანისა და პერინატალური სიკვდილიანობის მომატებულ რისკთან. ამასთანავე, საშუალო დონის ანტენატალური მოვლა APNCU ინდექსის მიხედვით ასოცირდება პერინატალური სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალ რისკთან. საქართველოში 2017-19 წლებში მშობიარე ქალების 62%-ის ანტენატალური მოვლის დონე არ შეესაბამებოდა ადექვატურს. ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობის ზრდის შედეგად პერინატალური სიკვდილიანობისა და ახალშობილთა NICU-ში გადაყვანის შემცირება არ აღინიშნება.

აღნიშნულ კვლევაში სხვა კვლევის შედეგებთან შედარებით უფრო მაღალი პროპორცია აღინიშნა არაადექვატური და ინტენსიური დონის ანტენატალური მოვლის კატეგორიებში. დედებს, რომელთაც მიიღეს ზრუნვის საშუალო დონე, 44%-ით ნაკლები რისკი აღენიშებოდათ პერინატალური სიკვდილიანობის ადექვატურ ჯგუფთან შედარებით. ამასთანავე, ინტენსიური დონის კატეგორიაში დედებს არ აღენიშნათ მომატებული რისკი პერინატალური სიკვდილიანობის, თუმცა მათ აღენიშნათ ახალშობილების NICU-ში გადაყვანის მომატებული რისკი 16%-ით. ზოგადად, ანტენატალური მოვლის აღნიშნულ კატეგორიებსა და პერინატალურ სიკვდილიანობას შორის არსებობს ე.წ. U-ფორმის დამოკიდებულება, რაც გულისხმობს იმას, რომ დედებს, რომლებიც რეკომენდირებულზე მეტ ვიზიტს იტარებენ, აქვთ პერინატალური სიკვდილიანობის მომატებული რისკი (რაც იმით არის განპირობებული, რომ დამატებითი ვიზიტები ორსულობის გართულებების გამო ხდება საჭირო), ისევე, დედებს, რომლებიც რეკომენდირებულზე ნაკლებ ვიზიტს იტარებენ, რისკის შეფასების და შესაბამისი მოვლის ნაკლებების გამო. თუმცა, ჩვენი კვლევის შედეგებით თუ ვიმსჯელებთ, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ დედების გარკვეულ პროპორციას ინტენსიურ ჯგუფში არ ესაჭიროებოდათ დამატებითი ვიზიტები და თვით-ინიცირებულ ვიზიტებს (და არა სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე) იტარებდნენ, შესაბამისად ამ ჯგუფს არ აღენიშნა მომატებული რისკი სიკვდილიანობის და ავადობის თვალსაზრისით. მეორეს მხრივ, ის ფაქტი, რომ საშუალო დონის კატეგორიაში დედებს პერინატალური სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალი რისკი აღენიშნათ შეიძლება აიხსნას იმით, რომ ეს ჯგუფი უმეტესწილად შედგებოდა დაბალი რისკის ორსულებისგან, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ გართულებები ორსულობის დროს და რეკომენდირებულზე ნაკლები რაოდენობის ვიზიტები საკმარისი აღმოჩნდა მათთვის სასურველი გამოსავლის მისაღებად.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ორსულების მაღალ და დაბალ რისკ ჯგუფებად შეფასება ორსულობის ინდენტიფიცირების მომენტიდან და ვიზიტების რაოდნეობის დაგეგმვა ინდივიდუალური მახასიათებლების მიხედვით. ანტენატალური ვიზიტების ფიქსირებული რაოდენობა ყველა ორსულისთვის თანაბრად მიწოდებულ სამედიცინო მომსახურებას არ გულისხმობს, რადგან ყველა ქალს განსხვავებული საჭიროებები აქვს. დაბალი და მაღალი რისკ-ჯგუფებისთვის განსხვავებული რაოდენობის რეკომენდირებული ვიზიტები მიღებული პრაქტიკაა ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა ახალი ზელანდია, ავსტრალია, ინგლისი, ნორვეგია და ა.შ.

კვლევის კიდევ ერთი საინტერესო მიგნება იყო ანტენატალური მოვლის პროგრამის ცვლილებამდე და შემდგომ პერიოდში NICU-ში გადაყვანისა და პერინატალური სიკვდილიანობის სტატისტიკური შედარება. რეკომენდირებული და სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული 4 ვიზიტის 8 ვიზიტამდე გაზრდის შედეგად ახალშობილთა ავადობისა და სიკდილიანობის შემცირება არ აღინიშნა, რაც განამტკიცებს შეხედულებას იმის

შესახებ, რომ მხოლოდ ვიზიტების რაოდენობა არ განსაზღვრავს ანტენატალური მოვლის შესაბამის ხარისხს. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის პერიოდი მცირე იყო პროგრამის ეფექტურობის შესაფასებლად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ვიზიტების რაოდენობის გაზრდის მიუხედავად მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება თითქმის იგივე დარჩა.

ნაადრევი და დროული ახალშობილების მგრძნობელობითმა ანალიზმა (ლოჯისტიკური რეგრესიის მოდელის მიხედვით) აჩვენა, რომ ანტენატალური მოვლის ადექვატურობას და დონეს უფრო მეტი გავლენა აქვს დროულ ახალშობილებზე ვიდრე ნაადრევად დაბადებულ ახალშობილებზე, რაც შესაბამისობაშია სხვა კვლევების შედეგებთან და მიუთითებს დაბადების რეგისტრის სარწმუნო მონაცემებზე.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, სასურველია ანტენატალურ ვიზიტების შესახებ დედების ინფორმირების, დამოკიდებულების განსაზღვრა ხარისხობრივი კვლევის საშუალებით, ისევე, როგორც იმ ბარიერების შეფასება, რის გამო არ ხდება რეკომენდირებული ვიზიტების ჩატარება. ამასთანავე, ვთვლით, რომ მნიშვნელოვანია ანტენატალური ვიზიტების დაფინანსების სისტემის განსაზღვრა ორსულის ინდივიდუალური საჭიროებების, ორსულობის გართულებების და ზოგადად, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით. გარდა ამისა, სამომავლოს სამეცნიერო კვლევის სრულფასოვნად ჩატარების მიზნით, აუცილებელია დაბადების რეგისტრის, როგორც დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ძირითადი მონაცემთა წყაროს, მუდმივი ხელშეწყობა. ხარისხიანი და ვალიდური მონაცემთა ბაზა ეპიდემიოლოგიური ცოდნის გაუმჯობესების მთავარი ინსტრუმენტია, აღნიშნული კვლევის მეორად შედეგს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დაბადების რეგისტრიდან მიღებული მონაცემები წარმატებით შეიძლება იქნას გამოყენებული რისკ-ფაქტორების, მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების, სტატისტიკურად ღირებული ინფორმაციის მისაღებად.

სამეცნიერო სტატია: დედათა გარდაცვალების შესწავლა მათზე მეთვალყურეობის ფარგლებში: დედათა სიკვდილიანობის რეტროსპექტული ანალიზი საქართველოში

ავტორი: ნათია სხვიტარიძე

თანაავტორები: ერიკ ანდა, ტორმუდ ბრენი, ნუკრი კინტრაია, ამირან გამყრელიძე

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მეცნიერებების ფაკულტეტი

გამოქვეყნებულია 2020 წ, ჟურნალში „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა: შვედეთის ბებიაქალთა ასოციაციის ოფიციალური ჟურნალი“

შესავალი: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელის 12-მდე შემცირება ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე საქართველოს პრიორიტეტია 2030 წლისთვის. წარმოდგენილი კვლევა მიზნად ისახავს 2014-2017 წლებში ქვეყანაში დედათა სიკვდილიანობის შეფასებას და მის კლასიფიცირებას გარდაცვალების სამეანო პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზების გათვალისწინებით, ეროვნული მეთვალყურეობის სისტემის მონაცემებისა და საერთაშორისო დონეზე დამტკიცებული კრიტერიუმების შესაბამისად.

მონაცემთა წყაროები და კვლევის მეთოდოლოდია: წარმოდგენილ მეორად კვლევაში დედათა სიკვდილიანობის მონაცემები მოპოვებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო კომიტეტიდან, ხოლო მათი ვალიდაცია მოხდა დაბადებისა და გარდაცვალების

სისტემასა და საქართველოს დაბადების რეგისტრთან. კვლევა მოიცავდა 61 დედის გარდაცვალების შემთხვევას. კვლევისათვის შესაბამისი ინფორმაცია გადატანილ იქნა სპეციალურ სტანდარტიზირებული შემთხვევის აღრიცხვის ფორმაში და შემდგომ კლასიფიცირებულ იქნა სამეანო პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზით გამოწვეულ დედათა სიკვდილად.

შედეგები: კვლევის პერიოდისთვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 26.7 შეადგინა ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე. დედების გარდაცვალებაში პირდაპირი მიზეზით სიკვდილიანობის წილი აღემატება არაპირდაპირი მიზეზით გარდაცვალებას და შეესაბამება 62%-სა და 38%-ს. დედების სიკვდილიანობის წამყვანი პირდაპირი მიზეზია სისხლდენა, ხოლო ინფექცია წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ სამეანო რაპირდაპირ მიზეზს. გარდაცვლილი შემთხვევების 52.5%-ს არ აღენიშნება დატვირთული სამედიცინო ანამნეზი, მათ 62.3%-ს ჰქონდა რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობა და 52.5% -ს ჩაუტარდა გადაუდებელი საკეისრო კვეთა.

დასკვნა: საქართველოში დედის სიკვდილიანობაში სამეანო პირდაპირი მიზეზებით გარდაცვალება აღემატება არაპირდაპირი მიზეზებით გარდაცვალების შემთხვევებს, მიზეზებს შორის სისხლდენა და ინფექციები ყველაზე გავრცელებულია. კვლევის შედეგად მიღებული მიზნებები და დასკვნები მნიშვნელოვანია ოპტიმალური, სათანადო და უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობის უზრუნველსაყოფად და ქვეყანაში დედათა სიკვდილოანობის შემცირების პროგრესის დასაჩქარებლად.

სამაგისტრო ნაშრომი: სოციალურ-დემოგრაფიული ინდიკატორების შედარება ქალებში, რომელთაც ორსულობა დაასრულეს მშობიაროობით ან აბორტით

ავტორი: ელენე გოქსაძე

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი სამაგისტრო პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

აბსტრაქტი

შესავალი: ქალთა ჯანმრთელობა საქართველოში მტკიცედ არის დაკავშირებული სოციალურ-დემოგრაფიულ ინდიკატორებზე. მასზე დიდ ზეგავლენას ახდენს ისტორიული, კულტურული და სოციო-ეკონომიკური ფაქტორები. იქიდან გამომდინარე რომ ჯანდაცვის სისტემა თანმიმდევრულად იცვლებოდა წლების მანძილზე, ძალიან საინტერესოა სოციო-დემოგრაფიული ინდიკატორებზე დაკვირვება ორსულ ქალებში. საქართველოს მთავრობის და საერთაშორისო ორგანიზაციების დაფინანსებით ქალებს გაეზარდათ ხელმისაწვდომობა კონტრაცეპტივებზე და სხვა რეპროდუქციული ჯანრმთელობის სერვისებზე, რომელსაც საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციები აფინანსებენ. თუმცა, ამ მიმართულებით სხვადასხვა გამოწვევები ისევ იჩენს თავს, როგორებიც არის განათლების დაბალი დონე და ოჯახის დაგეგმვის აქტივობებში ჩართულობის ნაკლებობა.

მეთოდები: ჩვენ შევარჩიეთ ორი პოპულაცია, ორსული ქალები, რომელთაც იმშობიარეს და გააჩინეს ცოცხლადშობილი და ორსული ქალები, რომელთაც ორსულობა ხელოვნური აბორტით დაასრულეს. მონაცემთა ბაზა ჩამოტვირთულია 2019 წლის ნოემბერში. კვლევაში მონაწილეობას იღებდნენ მხოლოდ საქართველოს მოქალაქე ორსულები და აგრეთვე ფილტრაცია მოხდრა

რეპროდუქციული ასაკის მიხედვით – 15-49 წლამდე. ორსული ქალების საერთო რაოდენობა ჩვენს კვლევაში შეადგენს - 63073. მონაცემთა ბაზას ჩაუტარდა კოდირება, რის შემდეგაც, რაოდენობრივი ანალიზი ჩატარდა სტატისტიკური პროგრამის IBM SPSS version 26.0-ის საშუალებით. მონაცემების ანალიზი ჩატარდა სხვადასხვა მიმართლებით: მთლიან მონაცემთა ბაზაში, ორსულ ქალებში, რომელთვისა 2018 წლის ორსულობა იყო რიგით პირველი, ორსულ ქალებში, რომელთაც ერთზე მეტი ორსულობა ჰქონდა 2018 წლამდე, აგრეთვე საკვლევი მონაცემები დაიყო სოფლად და ქალაქად მცხოვრებ ქალებად.

შედეგები: კვლევაში ჯამურად ჩართული იყო 63073 ორსული ქალი, ქალების რაოდენობა, რომელთაც გააჩინეს ცოცხლადშობილი, შეადგენს 49 393 (78.3%) და ხოლო მათი რაოდენობა, ვისი ორსულობაც თვითნებითი აბორტით დასრულდა, - 13680 (21.7%). 39.1% იმ ქალების ვინც იმშობიარა ჰქონდათ სრული საშუალო განათლება და 35.9% - უმაღლესი, 47.3% არის დაქორწინებული. ქალებში ვინც ორსულობა ხელოვნური აბორტით დაასრულა, ტენდენცია ცოტათი განსხვავებულია: 49.4% აქვს სრული საშუალო განათლება და 13.7% უმაღლესი, 93.2%-ს აქვს გაურკვეველი ოჯახური მდგომარეობა, ხოლო 64.7% იყო დროებით უმუშევარი.

76.4%-მა ქალების, რომლებიც ცხოვრობენ ქალაქად და 81.4% ქალების, რომლებიც ცხოვრობენ სოფლად, იმშობიარეს. მონაწილეების 39.2%, ვინც ცხოვრობს ქალაქად აქვთ უღლესი განათლება, ხოლო მონაწილეთა 51.8%-ს ვინც ცხობრობს სოფლად აქვთ სრული საშუალო განათლება; მონაწილეთა 37.2%-ს, ვინც ცხოვრობს ქალაქად და 39.9%, ვინც ცხოვრობს სოფლად იყვნენ დაოჯახებულნი. მონაწილეების 88.5%, ვინც ცხოვრობს ქალაქში და 92.4%, ვინც ცხოვრობს სოფელში, სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.

დასკვნა: კვლევის შედეგები გვაჩვენებს განსხვავებული მიმართულებით აღმოჩენილ პრობლემებს, რომლებიც აუცილებელ ყურადღებას საჭიროებს. პირველ რიგში, ოჯახის დაგეგმვის აქტივობები და განათლების დონე უნდა გაიზარდოს. აგრეთვე, მიღებული შედეგები თვალნათელს ხდის, რომ საქართველოში მრავლად არის მოწყვლადი ჯგუფები, რომელთაც სასიცოცხლოდ ესაჭიროებათ მაღალი ხარისხის სერვისები, მაგალითად, დაუოჯახებელი ქალები, ან ქალები რომლებიც ცხოვრობენ სოფლად. სხვადასხვა სერვისზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა შეამცირებს უთანასწორობას და ყველა ჯგუფის წარმომადგენელს ექნება თანაბარი შესაძლებლობა მიიღოს მაღალი ხარისხის სერვისი.

სამაგისტრო ნაშრომი: საქართველოში COVID-19-ის პანდემიის გავლენა ორსულთა ანტენატალურ მიმართვიანობაზე

ავტორი: დეა ბაღათურია

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა და ჯანდაცვის პოლიტიკა

აბსტრაქტი

შესავალი: 2019 წლიდან, მსოფლიო ერთ-ერთი ურთულესი პრობლემის-COVID–19-ის, წინაშე აღმოჩნდა. პანდემიის ფონზე შექმნილი რთული ვითარების გამო ორსულების მხრიდან ანტენატალური ვიზიტების განხორციელების კლების ტენდენციამ გლობალური სახე მიიღო. აღნიშნული საკითხი აქტუალურია როგორც მთელი მსოფლიოსათვის, ასევე საქართველოსთვის.

ანტენატალური ვიზიტების მიღების რაოდენობის კლებამ შესაძლოა დამატებითი საფრთხე შეუქმნას პრენატალურ და პოსტნატალურ ზრუნვას დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართულებით. აღნიშნული საკითხი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კუთხით უმნიშვნელოვანესია და მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან სწორი პოლიტიკის გატარებას. WHO-ს მიერ რეკომენდირებული მინიმუმ 8 ანტენატალური ვიზიტის განხორციელება მნიშვნელოვანია, რადგან ის უზრუნველყოფს:

1. ნაადრევი მშობიაროზების რიცხვის, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირებას.

2. ასევე ორსულთა ეფექტიან მოვლას, კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას, საჭირო მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას

მიზანი: რა გავლენა იქონია COVID–19 ის პანდემიამ ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობაზე ორსულთა და ახალშობილთა ელექტრონულ მოდულში არსებული მონაცემების საფუძველზე; დარგის ექსპერტების გამოკითხვის შედეგად ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობაზე მოქმედი ფაქტორების დადგენა.

კვლევის მეთოდოლოგია: COVID-19-ის პერიოდში საქართველოში 2019 წლის 1 მარტიდან 2020 წლის თებერვლის ჩათვლით (12 თვე) და 2020 წლის 1 მარტიდან 2021 წლის თებერვლის ჩათვლით (12 თვე) ნამშობიარევი ქალების ანტენატალური ვიზიტების რეტროსპექტული ანალიზის ჩატარება, შემთხვევა-კონტროლის მეთოდის გამოყენება და კვლევის რაოდენობრივი მეთოდის შერჩევა. რეტროსპექტული ტიპით მეორადი მონაცემების შესწავლა წარიმართება შემდგომი მახასითებლების მიხედვით:

1. ასაკი
2. საცხოვრებელი რეგიონი
3. საცხოვრებელი სტატუსი
4. განათლება
5. სამუშაო ადგილი
6. ეროვნება
7. დროული მიმართვიანობა
8. მიმართვების რაოდენობა

შედეგები:

1. პანდემიის პეროიდში ანტენატალური ვიზიტების საერთო რაოდენობა მკვეთრად არ შემცირებულა, თუმცა შემცირდა ჯანმოს მიერ რეკომენდირებული ანტენატალური ვიზიტების მინიმალური რაოდენობა 3.7%-ით.
2. 2020 წლის აპრილში აღინიშნებოდა ვიზიტების მკვეთრი შემცირება შემდგომი ზრდის ტენდენციით.
3. 2020 წელს ანტენატალური მეთვალყურეობის დროული მიმართვიანობა უმნიშვნელოდ გაიზარდა (1.2%-ით) გასულ წელთან შედარებით. დროული მიმართვიანობის ყველაზე დაბალი წილი გამოვლინდა სამეგრელო-ზემო სვანეთისა და აფხაზეთის მაცხოვრებლებში.

4. ანტენატალური მეთვალყურეობის დროული მიმართვიანობის 2/3-ი ქალაქად მცხოვრებ ორსულებზე მოდის (61%), მათ შორის მეტწილად ქართველი და სომეხი ეროვნების ორსულებზე. მაღალი მიმართვიანობა კი კორელაციაშია ორსულთა განათლების დონესთან.
5. მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში ყველაზე მაღალია იმ ორსულთა წილი, რომელთაც არ მიუმართავთ ანტენატალური მომსახურებისათვის. საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით ქალაქად მცხოვრებთა რაოდენობა აღემატება სოფლად მცხოვრებთა რაოდენობას. მათ შორის უმეტსობა რუსი და უკრაინელი ეროვნების ორსულები არიან.
6. უმაღლესი განათლების მქონე ქალაქად მცხოვრები ქართველი ეროვნების ორსულები მეტად სარგებლობენ ვიზიტების რეკომენდებული მინიმალური რაოდენობით.
7. შიდა ქართლში, იმერეთსა და კახეთში ყველაზე მაღალია 8 და მეტი ვიზიტით მოცვის მაჩვენებელი.
8. დაბადების რეგისტრში გამოვლინდა ხარვეზი, მაგალითად ორსულთა შესახებ ინფორმაცია არასრულია.

სპეციალისტებთან ჩატარებული ინტერვიუს შედეგები:

1. პანდემიის დაწყების პერიოდში სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებსა და ექიმებს არ ჰქონდათ კონკრეტული გაიდლაინები ორსულთა მდგომარეობის სამართავად.
2. ორსულები მეტწილად ონლაინ ვიზიტებით სარგებლობდნენ, რაც რეგისტრირდებოდა ორსულთა ელექტრონულ მოდულში, შედეგად ვიზიტების რაოდენობა პანდემიის პერიოდში მნიშვნელოვნად არ შემცირდა.
3. ორსულებმა მეტწილად არ ისარგებლეს რიგით მე-4, მე-5, მე-7 და მე-8 ვიზიტებით.
4. ასევე ანტენატალური ვიზიტის ფარგლებში გათვალისწინებულ კლინიკო ლაბორატორიულ კვლევებს ორსულები ძირითადად არ იტარებდნენ ფიზიკური კომუნიკაციის გზით.

რეკომენდაციები:

1. პანდემიის პირობებში უმნიშვნელოვანესია სახელმწიფოს მხრიდან ადეკვატური რეაგირება: დაწესებულებებსა და სპეციალისტებს დროულად უნდა მიეწოდოს შესაბამისი გაიდლაინები, გაიცეს კონკრეტული მითითებები, რაც გაამარტივებს ორსული პაციენტების მართვას და უზრუნველყოფს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას.
2. გეგმიური ანტენატალური ვიზიტების განხორციელების საჭიროებისა და მნიშვნელობის შესახებ ორსულებისა და მათი ოჯახების ცნობიერების გაზრდა.
3. ტელე-მედიცინისა და ონლაინ კონსულტაციების განვითარება.
4. პანდემიის დასრულების შემდგომ კვლევის ჩატარება, რომელიც დაადგენს და სიღრმისეულად შეისწავლის ამ პერიოდში ორსულობასა და მშობიარობაზე მოქმედ ფაქტორებს.
5. სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის ცნობიერების გაზრდა დაბადების რეგისტრში სანდო და ვალიდური მონაცემთა ასახვის მნიშვნელობის შესახებ.

დასკვნა: COVID–19 ის პერიოდში ანტენატალური ვიზიტების საერთო პროცენტული მაჩვენებელი არ შემცირებულა, ვინაიდან პირისპირ ვიზიტები მეტწილად ჩანაცვლდა

სატელეფონო ვიზიტებით, რომლებიც თავის მხრივ რეგისტრირდებოდა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში.

სამაგისტრო ნაშრომი: საქართველოში ხელოვნური აბორტის გესტაციასთან შეუსაბამო მეთოდის გამოყენების ანალიზი

ავტორი: ირინა კანდელაკი

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა და ჯანდაცვის პოლიტიკა

აბსტრაქტი

შესავალი: აბორტი (ლათ. abortus) არის ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა და საშვილოსნოდან ნაყოფის გამოძევება ორსულობის 22 კვირის შესრულებამდე. არსებობს აბორტის ორი ტიპი: თვითნებითი ან სპონტანური აბორტი, რომელიც ვითარდება ქალის ორგანიზმზე ან ნაყოფზე უშუალო ზემოქმედების გარეშე და ხელოვნური აბორტი - სამედიცინო ჩარევა, რომელიც ტარდება ორსულობის შეწყვეტის მიზნით. ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტა 12 კვირამდე (ჩათვლით) დაშვებულია საქართველოს კანონმდებლობით, ხოლო 12-დან 22 კვირამდე აღნიშნული პროცედურის ჩატარებას სჭირდება სოციალური ან სამედიცინო ჩვენება (ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №01-74/ნ ბრძანება, 2014; აბორტის პროცედურა 2017).

ხელოვნური აბორტის ჩატარების სამი მეთოდი არსებობს, ესენია: ქირურგიული ვაკუუმ-ასპირაცია (რეკომენდირებული ვადაა-6 კვირამდე) და კიურეტაჟი (რეკომენდირებული ვადაა-10 კვირა და მეტი), მედიკამენტური აბორტი (რეკომენდირებული ვადაა-6-დან 10 კვირამდე) (WHO/ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2019).

გესტაციურ ასაკთან შეუსაბამო ხელოვნური აბორტის მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული გართულებების გამო, განვითარებად ქვეყნებში ყოველწლიურად დაახლოებით 7 მილიონი ქალი მიმართავს საავადმყოფოებს. გესტაციურ ასაკთან შეუსაბამო ხელოვნური აბორტის მეთოდის გამოყენების გამო თითქმის ყველა სიკვდილიანობისა და ინვალიდობის თავიდან აცილება შესაძლებელია სექსუალური განათლების, ეფექტური კონტრაცეფციის გამოყენების, უსაფრთხო, იურიდიული გზით გამოწვეული აბორტის და გართულებების დროული მოვლის საშუალებით (WHO/ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2020).

ყოველწლიურად დაახლოებით 19-დან 20 მილიონამდე აბორტი ტარდება შესაბამისი რეკომენდაციების დარღვევით, ამათგან 97% განვითარებად ქვეყნებშია. მიუხედავად მისი სიხშირისა, აბორტი დღემდე რჩება გლობალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოწვევების ჩამონთვალში. დაახლოებით 68 000 ქალი იღუპება ყოველწლიურად აბორტის პროცედურის გამო და მილიონობით ქალი ინვალიდდება (WHO/ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2020).

კვლევის მიზანი: საქართველოში ხელოვნური აბორტის გესტაციასთან შეუსაბამო მეთოდების გამოყენებისა და აბორტის შემდგომი გართულებების შესწავლა.

კვლევის მეთოდოლოგია: კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი, რეტროსპექტული ტიპის მეორადი მონაცემების შესწავლა, შემდგომი მახასიათებლების მიხედვით:

1. ასაკი
2. გესტაციური ასაკი
3. აბორტის მეთოდი
4. ორსულობის რიგითობა
5. საცხოვრებელი რეგიონი
6. განათლება
7. ჰოსპიტალურ რეგისტრთან სინქრონიზაცია
8. ჩატარებული აბორტის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა
9. აბორტის შემდგომი გართულება

ასევე, წინასწარ შედგენილი კითხვარის მეშვეობით დარგის სპეციალისტების გამოკითხვა.

დასკვნები და შედეგები:

1. 2018 წელს სულ ჩატარდა 22733 აბორტი, საიდანაც ყველაზე მაღალი მაჩვებელები დაფიქსირდა 25-29 ასაკობრივ ჯგუფში 6199 შემთხვევა, რაც 27,3%-ია, ხოლო 2019 წელს - 21596, აბორტი საიდანაც ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა 30-34 ასაკობრივ ჯგუფში 5781 შემთხვევა, რაც 26,8%-ია.
2. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ყველაზე ხშირად ხელოვნური აბორტის ჩატარების შემდგომ ქალები მიმარავენ კლინიკას 10 დღის განმავლობაში: O03.1 სპონტანური აბორტი დაუმთავრებელი, გართულებული გახანრძლივებული ან მასიური სისხლდენით – 20,95%; N84.0 საშვილოსნოს ტანის პოლიპი – 19.80%; O03.4 სპონტანური აბორტი დაუმთავრებელი, გართულების გარეშე – 18,71%; N39.0 საშარდე გზების ინფექცია, დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის - 13.53%; N93,9 პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან და საშოდან, დაუზუსტებელი – 10.53%; O02.1 განუხორციელებული აბორტი – 5,33%.
3. ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულისა და ჰოსპიტალური რეგისტრის სინქრონიზაციის შედეგად დადგინდა, რომ გარკვეულ შემთხვევებში მედიკამენტური აბორტის ჩატარების შემდეგ 10 დღის განმავლობაში პაციენტები მიმართავდნენ კლინიკას, რომლებსაც ჩაუტარათ კიურეტაჟი.

სამედიცინო პერსონალთან ჩატარებული ინტერვიუს შედეგები:

1. ორსულობის კვირას ხელოვნური აბორტის მეთოდის შერჩევის თვალსაზრისით უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება;
2. თითოეული ექიმის პრაქტიკიდან და პაციენტის ჯანმრთელობიდან გამომდინარე ინდივიდუალურად ხდება ხელოვნური აბორტის მეთოდის შერჩევა;
3. ორსულები, რომლთაც გადაწყვეტილი აქვთ, რომ ჩაიტარონ ხელოვნური აბორტი ნაწილობრივ ფლობენ ინფორმაციას მეთოდების, მათი დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ.
4. ექიმების აზრით, ხდება გესტაციასთან შეუსაბამო აბორტის მეთოდის გამოყენება, რაც ექიმის მხრიდან ინფორმაციის სრული არ ფლობის გამოა.
5. ორსულობის რიგითობასა და ორსულის ასაკს ენიჭება მნიშვნელობა თუ ქალი ახალგაზრდაა და პირველი ორსულობა, რადგან ამ დროს მას ურჩევენ ნაკლებად ინვაზიურ (ვაკუუმ-ასპირაციას) ან არაინვაზიურ (მედიკამენტური აბორტს), რათა მომავალში შემდგომი ორსულობის დროს არ გამოიწვიოს რამე გართულება.

6. ექიმების პრაქტიკაში საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ორსული თვითნებითად მიღებული მედიკამენტური აბორტის შედეგად გამოწვეული არასრული აბორტით მიმართავენ კლინიკებს.

რეკომენდაციები:

1. ჩატარებული კვლევის შედეგების ანალიზიდან გამოვლინდა, რომ როგორც 2018, ასევე 2019 წელს ხელოვნური აბორტის მეთოდების გამოყენება საერთაშორისო რეკომენდაციებს სრულად არ შეესაბამება და ამასთანავე კლინიკებში აბორტის შემდგომი გართულებებით მიმართვიანობა ორი წლის განმავლობაში არ შემცირებულა. ეს ყოველივე კი საჭიროებს ღრმა შესწავლას.
2. მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს საგანმანათლებლო აქტივებებს, რადგან ექიმების გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ ორსულები ან საერთოდ არ ფლობენ ან ძალინ მწირი ინფორმაცია აქვთ როგორც აბორტის, ასევე მისი მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი გართულებების შესახებ. სწორი ინფორმაციის ფლობა მოზარდ გოგონებში შეამცირებს არასასურველი ორსულობის რისკს.
3. მნიშვნელოვანია როგორც აბორტის ჩატარებამდე ასევე აბორტის შემდგომ პერიოდში ფსიქოლოგის მხარდაჭერა. კლინიკებში სადაც ტარდება აბორტები მნიშვნელოვანია, რომ ფუნქციონირებდეს ფსიქოლოგის კაბინეტი, რომელიც დაეხმარება ქალს.
4. მნიშვნელოვანია გადაიხედოს საქართველოში არსებული კანონმდებლობა და უფრო მკაცრად გაკონტროლდეს აბორტის თითოეული შემთხვევა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული აბორტის შემდგომი გართულებები.
5. სასურველია პერიოდულად სამედიცინო პერსონალს მიეწოდოს განახლებული ინფორმაცია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე, რათა თავიდან იქნეს აცილებული აბორტის შემდგომი გართულებები.
6. რადგან ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული (ე.წ. „დაბადების რეგისტრი“) წარმოადგენს დედათა და ახალშობილთა საკითხებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების მთავარ წყაროს, მიზანშეწონილია პერიოდულად მონაცემების ხარისხობრივი შეფასება.

სამაგისტრო ნაშრომი: მკვდრადშობადობის შესახებ მონაცემთა ხარისხის შეფასება და დაწესებულებების ხელმძღვანელების ცოდნა-დამოკიდებულება დაბადების რეგისტრის მიმართ

ავტორი: ნიკოლოზ ებრალიძე

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი სამაგისტრო პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

აბსტრაქტი

შესავალი: 2016 წლამდე საქართველოში არ არსებობდა ანგარიშგების ისეთი მექანიზმი, რომელიც შესაძლებელს გახდიდა ანტენატალური სერვისების დაკავშირებას ორსულობის გამოსავალთან, შესაბამისად, შეუძლებელი იყო ორსულობის პერიოდში არსებული გართულებების მკვდრადშობადობასთან კორელაციის შესწავლა. 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.

საკვლევი საგანი: დაბადების რეგისტრის მონაცემებით, ხშირია მკვდრადშობადობის შემთხვევები, როდესაც ანტენატალური პერიოდი მიმდინარეობს ყოველგვარი გართულებების გარეშე, განსაკუთრებით დროული მშობიარობისა და ნაყოფის ნორმალური წონის პირობებში. ამ ინფორმაციის ვალიდურობის დასადგენად დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯამრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა განახორციელა დაბადების რეგისტრის მონაცემთა აუდიტი.

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარდა დამატებითი კვლევა, რომლის მიზანია სამეანო-გინეკოლოგიური მიმართულების მქონე სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელების ცოდნა-დამოკიდებულება შესწავლა დაბადების რეგისტრის მიმართ, მათი დაწესებულებების მხრიდან მონაცემთა შეტანის მექანიზმის დადგენა და შეტანილი მონაცემების ხარისხის განსაზღვრა.

მკვდრადშობადობის შესახებ ჩატარებული აუდიტის ანალიზმა და სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებულმა კვლევამ ერთობლივად მოგვცა საშუალება მომხდარიყო აუდიტისა და კვლევის შედეგების კორელაცია.

მეთოდოლოგია: 2018 წელს ქვეყანაში დაფიქსირებული 436 მკვდრადშობადობის შემთხვევიდან რანდომული შერჩევის პრინციპით შეირჩა 199 შემთხვევა. მოხდა აღნიშნული შემთხვევების სამედიცინო ბარათებისა და რეგისტრში დაფიქისირებული მონაცემების შედარება წინასწარ განსაზღვრული კითხვარის მიხედვით, ხოლო მიღებული ინფორმაციის გადატანა ელექტრონული ფორმატის დოკუმენტში.დაბადების რეგისტრის მიმართ სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელთა ცოდნა დამოკიდებულების შესასწავლად მომზადდა შესაბამისი კითხვარი ელექტრონულ ფორმატში. კვლევა ჩატარდა მთელი საქართველოს მასშტაბით, როგორც დედაქალაქში, ისე რეგიონებში (სულ 90 კლინიკაში, ანუ დაბადების რეგისტრში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებათა 1/3-ში).

შედეგები: სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში მოხდა მკვდრადშობადობის შესახებ ჩატარებული აუდიტის მონაცემთა ანალიზი. აუდიტის კითხვარი მოიცავდა ინფორმაციას ორსულის გადატანილი თვითნებითი აბორტების რაოდენობების შესახებ. აღმოჩნდა, რომ საერთო რაოდენობის 10%-ში, აღნიშნული აღნიშნული ველი არასწორად იყო შევსებული. ორსულობის პერიოდში ჩატარებული ანტენატალური ვიზიტების საერთო რაოდენობის დაჯამების შედეგად აღმოჩნდა, რომ 28%-ის შემთხვევაში დაბადების რეგისტრში არსებული ინფორმაცია განსხვავდება სამედიცინო ბარათებში არსებული ჩანაწერებისაგან. საშვილოსნოს ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგად აღმოჩენილი პრობლემების შესახებ დაბადების რეგისტრი არ მოიცავს ინფორმაციას 33%-ის შემთხვევაში.სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის ფარგლებში მოხდა დაწესებულებების ხელმძღვანელების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა დაბადების რეგისტრის მიმართ, რის შედეგადაც აღმოჩნდა, რომ დაბადების რეგისტრზე უშუალოდ მომუშავეთა 14%-ს არ აქვს სამედიცინო განათლება. დადგინდა, რომ დაბადების რეგისტრში მონაცემთა შეყვანა 50%-ში ხდება ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში ხდება დამატებითი დროის დახარჯვა. ამას

გარდა, სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელთა 23% არ აკონტროლებს დაბადების რეგისტრში შეყვანილი ინფორმაციის ხარისხს.

დასკვნები: დაწესებულებები, რომელთა ხელმძღვანელებიც პასუხობენ, რომ დაბადების რეგისტრში მონაცემები არ შეჰყავთ ორსულის ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად, უშვებენ უფრო მეტ შეცდომას, ვიდრე კლინიკები, რომლებსაც მონაცემები შეჰყავთ ორსულის კონსულტაციის პარალელურად. ამას გარდა, კლინიკები, რომლთა ხელმძღვანელებიც ღიად პასუხობენ, რომ არ აკონტროლებენ დაბადების რეგისტრში შეტანილ მონაცემთა ხარისხს, გამოირჩევიან არასწორი მონაცემების დაფიქსირების სიხშირით. აუდიტსა და კვლევაში მონაწილე 43 დაწესებულებიდან 41 აცხადებს, რომ მათი მხრიდან დაბადების რეგისტრში ივსება სრული ინფორმაცია პაციენტის ანტენატალური ვიზიტის შესახებ. აღნიშნული არ შეესაბამება რეალობას, ვინაიდან მათ მიერ შეტანილი სწორი მონაცემების რაოდენობა უტოლდება აუდიტის საშუალო შედეგს.

სამაგისტრო ნაშრომი: საქართველოში ანტენატალური მიმართვიანობის განმაპირობებელი ფაქტორების შესწავლა და შეფასება

ავტორი: სალომე მაჭავარიანი

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა და ჯანდაცვის პოლიტიკა

https://www.ug.edu.ge/

აბსტრაქტი

საკვლევი საგანი: მომავალი თაობების ჯანმრთელობა დიდწილად განისაზღვრება ორსულობის პერიოდში ბავშვის ზრდითა და სწორი განვითარებით. ხარისხიანი ანტენატალური მეთვალყურეობა მნიშვნელოვანია როგორც ორსულთა ჯანმრთელობისათვის, აგრეთვე მომავალი თაობებისა და ზოგადად საზოგადოებისათვის. ანტენატალური მეთვალყურეობა/მოვლა, არის ორსული ქალისა და მის ნაყოფზე ზრუნვა ექიმების მიერ, შესაბამისი პროტოკოლისა და შემუშავებული გეგმის მიხედვით მთელი ორსულობის პერიოდში. ანტენატალური მეთვალყურეობის ძირითადი კომპონენტია ორსულობის სპეციფიური თუ თანმხლები დაავდებების რისკის იდენტიფიკაცია, პრევეცია და მართვა, განათლება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

WHO-ს მიერ ანტენატალური მეთვალყურეობის ალგორითმი შემუშავდა და ჩამოყალიბდა 2007 წელს, რომელიც გადაიხედა 2012 წელს. ბოლო წლების მანძილზე, თანამედროვე კვლევებისა და მსოფლიოში მიღებული მაღალი სანდოობის მქონე სამეცნიერო მტკიცებულებების შედეგად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) მისი წევრი ქვეყნებისთვის შეიმუშავა უახლესი და მნიშვნელოვანი რეკომენდაციები, რომელთა საფუძველზეც საქართველომ განაახლა ორსულთა კლინიკური მდგომარეობის მართვის პროტოკოლი. 2017 წლამდე მოქმედი პროტოკოლი ითვალისწინებდა ანტენატალური მეთვალყურეობის 4 ვიზიტს, რომელთა დაფინანსებაზე პასუხისმგებლობას იღებდა სახელმწიფო. დღესდღეობით, ანტენატალური მეთვალყურეობის განახლებული პროტოკოლის შესაბამისად, 2018 წლის 1 თებერვლიდან დარეგისტრირებული ორსულებისთვის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსება 8 ვიზიტამდეა გაზრდილი.

განვითარებად ქვეყნებში ანტენატალური სერვისების მიღებაზე გავლენას მთელი რიგი ფაქტორები ახდენს. ესენია სოციალურ-დემოგრაფიული, კულტურული ფაქტორები. აგეთვე დედის ასაკი, განათლება, საცხოვრებელი ადგილი, რელიგია და ეთნიკური კუთვნილება.

სამაგისტრო თემის ძირითად მიზანს წარმოადგენს, დადგინდეს ანტენატალური მეთვალყურეობითი მოცვის (ვიზიტების რაოდენობა) ხარისხზე გავლენას ახდენს თუ არა ორსულის დემოგრაფიული და სოციალური-ეკონომიკური მახასიათებლები.

მეთოდები: ნაშრომის ძირითად მონაცემთა წყაროს საქართველოს დაბადების რეგისტრიდან მიღებული ინფორმაცია წარმოადგენს, რათა დადგენილიყო ვიზიტების რაოდენობასა და ორსულების გამოსავალს შორის კორელაცია. დამატებით განხილულ იქნა საკითხის ირგვლივ არსებული ლიტერატურა. დაბადების რეგისტრიდან ამორებულ იქნა 2018-2019 წლის მონაცემები.

შედეგები და დასკვნა: 2018 წლის 1 თებერვლიდან დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამის მიერ გათვალისწინებულმა 8 ვიზიტმა რადიკალურად ვერ შეცვალა მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 2019 წელს.

- 2018 წელს მკვდრადშობადობა- 438 (მაჩვენებელი - 8.5)
- 2019 წელს მკვდრადშობადობა - 457 (მაჩვენებელი- 9.4)
- 2018 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი -5.0
- 2019 წელს ნეონატალური იკვდილიანობის მაჩვენებელი- 5.2
- 2018 წელს 0-დან 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა -8.1
- 2019 წელს 0-დან 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა -7.9

მაღალი მაჩვენებელი მკვდრადშობადობისა და ნაკლები მიმართვიანობა ვიზიტებზე, გამოხატულია შემდეგ რეგიონებში :

- 2018 წელი: აჭარა, გურია, იმერეთი
- 2019 წელი: აჭარა, იმერეთი, თბილისი

მანძილი გამოვლენილია სერიოზულ და მნიშვნელოვან ბარიერად მომსახურების მისაღებად, განსაკუთრებით სოფლად. ფაქტორები როგორიცაა დედის ასაკი, ორსულობის რიგითობა (ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა), განათლება, სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობა, წინა ცუდი სამეანო ისტორია, მზრუნველობის ხარისხი, დაწესებულებებისგან შორს ყოფნა კავშირშია და ასოცირდება ანტენატალური მოვლის სიხშირესა და ხარისხთან. დაბადების რეგისტრის საინფორმაციო სისტემიდან ამოღებული მონაცემების საფუძველზე, შესაძლებელია ითქვას, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობითი მოცვის (ვიზიტების რაოდენობა) ხარისხზე გავლენას ახდენს ორსულის დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები.