



ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის
მოდულის
(„დაბადების“ რეგისტრის)
მონაცემთა 4 წლის ანგარიში



საქართველო
2018-2021

სარჩევი

რეზიუმე.....	3
დაბადების რეგისტრის ზოგადი მახასიათებლები	5
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები	9
ანტენატალური მეთვალყურეობა	13
მშობიარობა	21
ნაადრევი მშობიარობა	29
საკეისრო კვეთა.....	31
აბორტი	34
ახალშობილები	39
ცოცხლადშობადობა.....	39
მკვდრადშობადობა	41
დანართი: დაბადების რეგისტრის მონაცემთა გამოყენების მაგალითები.....	44

რეზიუმე

- რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო რაოდენობაში ორსულთა წილი საშუალოდ 8%-ს შეადგენს, ორსულობათა 1/3 სრულდება აბორტით.
- 2018-2021 წლებში ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვების (13 კვირამდე) წილი საშუალოდ 87%-ს შეადგენს.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ანტენატალური ვიზიტების რეკომენდებული მინიმალური რაოდენობით (8 და მეტი ვიზიტი) მოცვა¹ შეადგენს 38%.
- 2018-2021 წლებში ორსულების საშუალოდ 5%-ს არ ჩაუტარებია არცერთი ანტენატალური ვიზიტი, საიდანაც სოფლად მცხოვრებ ორსულთა წილი პრევალირებს ქალაქად მცხოვრებ ორსულებთან შედარებით.
- 2021 წელს 20 წლამდე ასაკის ქალების შობადობის მაჩვენებლები 2020 წელთან შედარებით 9%-ით შემცირდა. ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ქვემო ქართლის აზერბაიჯანულ მოსახლეობაში, ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისის რეგიონში. ფაქტობრივი სტატუსის მიხედვით, სოფლად მცხოვრებში მაჩვენებლის მნიშვნელობა 2.5-ჯერ მაღალია ქალაქად მცხოვრებთან შედარებით.
- პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ორსულთა მხოლოდ 59%-ს აღენიშნება სხეულის მასის ინდექსის მნიშვნელობა ნორმის ფარგლებში (BMI 18.5-25), ხოლო 35%-ს - ჭარბი წონა ან სიმსუქნე (BMI $\geq$ 25). ორსულთა 7% წონანაკლებია.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის <20 წლამდე ასაკის ქალებში შობადობის საქართველოს მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე მე-2 ადგილს იკავებს.
- 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 დეპოპულაციის წინაპირობას წარმოადგენს.
- საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება მშობიარობების რაოდენობის სტაბილური შემცირება.
- 2021 წელს მშობიარობათა რაოდენობა რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 1000 ქალზე (დედის ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით) ყველაზე მაღალია აჭარასა და კახეთის, ყველაზე დაბალი - მცხეთა-მთიანეთის და სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონებში.
- კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი უკანასკნელი წლების განმავლობაში თითქმის უნივარსაა (99.8%).

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.

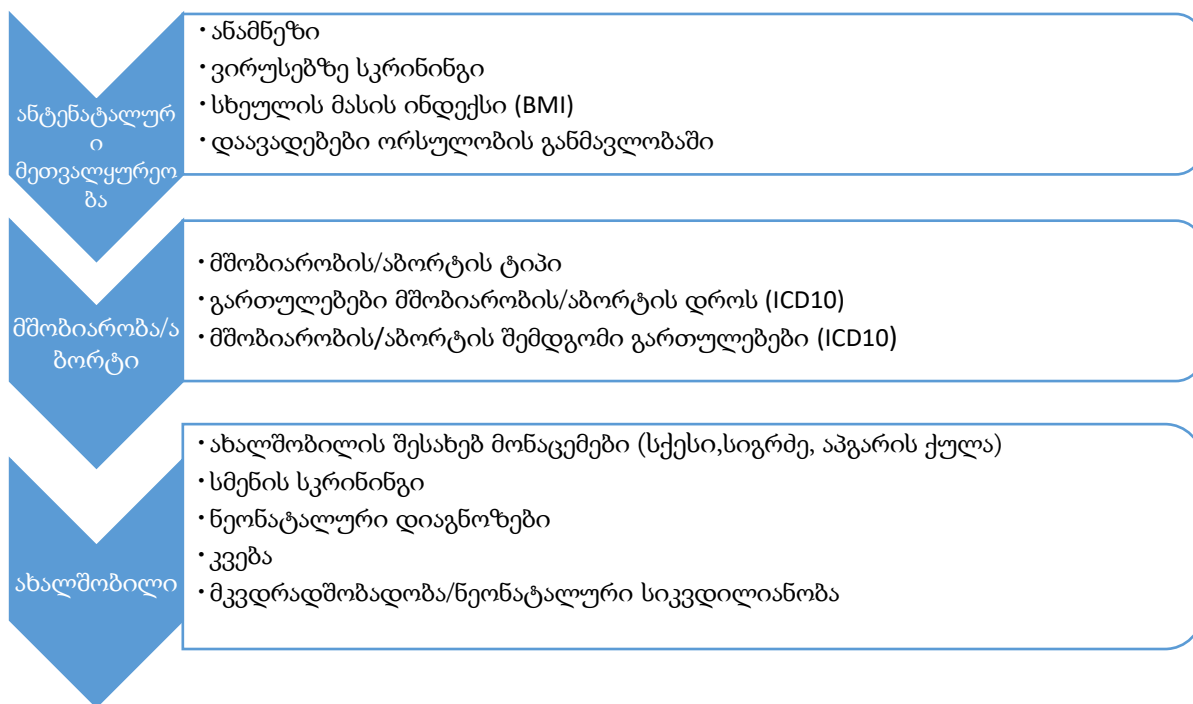
- 2021 წელს დროული მშობიარობების წილი 86%-ს შეადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონისა და დსთ-ს ქვეყნებს შორის ნაადრევი მშობიარობის საქართველოს მაჩვენებელი 100 ცოცხლადშობილზე შეაღებურ პოზიციას იკავებს.
- ჩარევით მიმდინარე მშობიარობების წილი საშუალოდ 44%-ს შეადგენდა საქართველოს მასშტაბით, ხოლო ცალკეულ რეგიონებში მაჩვენებლის მნიშვნელობა განსხვავებულია: ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (67%) აღნიშნებოდა სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში.
- უკანასკნელი 4 წლის განმავლობაში, ნაადრევი მშობიარობის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან საშუალოდ 8.5%-ს შეადგენდა.
- ქვეყნის მასშტაბით საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 43%-ს შეადგენდა, მათ შორის 64% აღნიშნულია, როგორც სასწრაფო. მაღალია დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთები - 16%.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის და დსთ-ს ქვეყნებს შორის აბორტების მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე ერთ-ერთ წამყვან პოზიციას იკავებს.
- 2021 წელს საქართველოში აღნიშნებოდა 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 - 62.3%.
- 2021 წელს საქართველოში მაღალი იყო თვითნებითი აბორტების წილი - 37%.
- 2018 წლიდან 2021 წლის ჩათვლით გაიზარდა მედიკამენტური აბორტის და შემცირდა კიურეტაჟის გამოყენების წილი.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის აბორტების საქართველოს მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე მე-2 ადგილს იკავებს.
- 2018-2021 წლებში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა შემცირდა 11%-ით.
- ახალშობილთა თანდაყოლილი მალფორმაციების წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან აღნიშნული წლების განმავლობაში სტაბილურად 2%-ს შეადგენდა.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, საქართველოში მკვდრადშობადობა ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის 4-ჯერ ნაკლებია რეგიონის მაქსიმალურ და 2-ჯერ - საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.
- 2018-2021 წლებში მაღალია დროულად (24%) და ნორმალური წონით (27%) დაბადებულ მკვდრადშობილების წილი, რომელიც აღნიშნულ პერიოდში მზარდია: 8%-ით გაიზარდა დროული გესტაციის (≥ 37 კვირა) მკვდრადშობილთა წილი და 17%-ით ნორმალური წონის (≥ 2500 გრამი) მკვდრადშობილთა წილი, მათ შორის დაახლოებით 50%-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 ასახავს და გამოავლენს 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 მოდული (ე.წ. „დაბადების რეგისტრი“). სისტემა ეფუძნება ნორვეგიის გამოცდილებას, როგორც ერთ-ერთ 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 99% შეადგინა. 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 სრულყოფილი ეპიდემიოლოგიური ანალიზის, ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებისა და ორსულთა და ახალშობილთა სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების საფუძველს ქმნის. რეგისტრის მეშვეობით მოხდა ბიუროკრატიული პროცედურების შემცირება, როგორც 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 მომსახურების 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 შეიმუშავენ შესაბამის რეგულაციებსა და სანქციებს. სწორედ რეგისტრის ინფორმაციაზე დაყრდნობით სამინისტროს მიერ მაღალი საკეისრო კვეთის წილის დაწვევის 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, სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის ინიციატივით და ტრომსოს უნივერსიტეტის ექსპერტების რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, ხარისხობრივ მაჩვენებლებში უზუსტობების მიზეზების იდენტიფიცირებისათვის, ყოველწლიურად დაიგეგმა რეგისტრის მონაცემთა შედარება დაწესებულებებში არსებულ სამედიცინო ისტორიებთან. აღნიშნული აქტივობა ასევე მოიცავს პერინატალური სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევებს, სადაც მნიშვნელოვან მიზანს წარმოადგენს მიზეზშედეგობრივი კავშირის დადგენა, ანტენატალური მომსახურებიდან მშობიარობის ჩათვლით პერიოდზე.

აღნიშნული აქტივობა მოიცავდა 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

პირველად შეყვანილი ინფორმაციის გამოყენებით მიზეზშედეგობრივი კავშირების დადგენის შესაძლებლობას იძლევა.

მეორე, „დიდი“ აუდიტი მიზნად ისახავს დაბადების რეგისტრის ინფორმაციის ვალიდურობის შეფასებას. შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით აირჩა 1200-მდე მშობიარობის შემთხვევა და მათზე მოთხოვნილ იქნა სამედიცინო, 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 სამედიცინო, 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 კვლევის ჩატარება, რაც არაერთხელ გახდა მონაცემთა მიღების მიზნით მომართვის საფუძველი.

დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით გაკეთდა მრავალი ანალიზი, ორსულობის გამოსავლის, ანტენატალურ და მშობიარობის დროინდელ 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, როგორც არის იმუნიზაციის 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 ცოცხლადშობილების 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 შემდგომი 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 ისევ

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ. იგეგმება მთელი რიგი აქტივობები, სადაც ინფორმაციის შეყვანა აღარ მოხდება მანუალურად სკრინერების მიერ, არამედ ის შეივსება სამედიცინო დაწესებულებებში სკრინინგის აპარატიდან, რომლის მეშვეობითაც ჩატარდება პირველადი სკრინინგი. მიდევნების მიზნით, იმ ცოცხლადშობილებს, ვისაც ჩატარდება შემდგომი სმენის სკრინინგი, მათი პასუხებიც ანალოგიური მეთოდით აისახება 0-5 წლამდე ბავშვთა სისტემაში, რაც სმენასთან დაკავშირებული პრობლემის არსებობის შემთხვევაში, სრულყოფილ მონაცემებს შექმნის.

2018-2021 წლების განმავლობაში დაბადების რეგისტრის მონაცემთა გამოყენებით შესრულდა 5 საკვალიფიკაციო ნაშრომი.

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

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები

ცხრილი 1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები, საქართველო

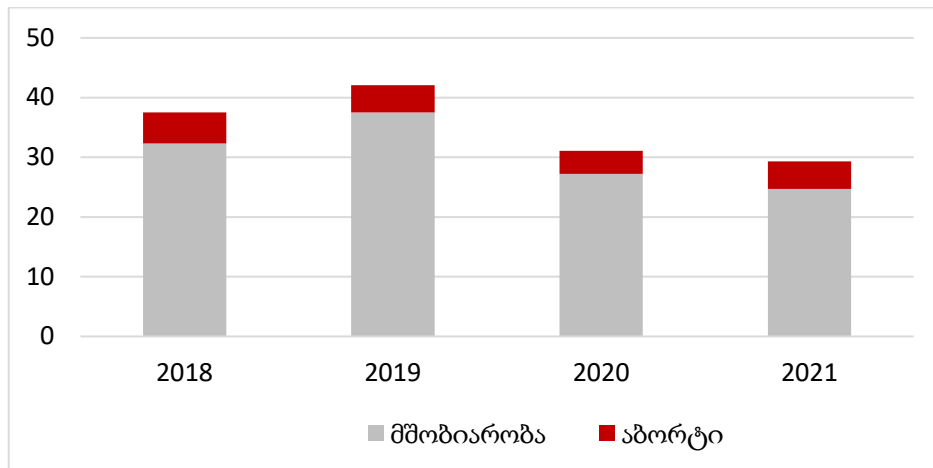
	2018	2019	2020	2021
ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვა	85.5%	85.5%	86.7%	88.6%
ანტენატალური 1 ვიზიტი მაინც	94.3%	95.3%	96.0%	95.8%
ანტენატალური 4 ვიზიტით მოცვა	81.1%	84.9%	85.2%	86.9%
ანტენატალური 8 და მეტი ვიზიტით მოცვა ²	19.4%	38.2%	34.9%	37.6%
არ ჩაუტარებია ანტენატალური ვიზიტები	5.7%	4.7%	4.0%	4.2%
მოზარდთა ორსულობა	3.9%	3.8%	3.6%	4.5%
მშობიარობათა რაოდენობა	50 468	47 486	45 797	45 305
ნაადრევი მშობიარობის წილი	7.9%	8.3%	8.7%	8.9%
ფიზიოლოგიური მშობიარობის წილი	58%	59%	58%	56%
მათ შორის ეპიზოტომია	3.8%	2.0%	8.0%	8.3%
ჩარევით მშობიარობათა (საკეირო კვეთა, მაშებიტა და ვაკუუმ-ექსტრაქციით მშობიარობა და სხვა) რაოდენობა	21 432	19 369	19 054	19 937
საკეირო კვეთების წილი მშობიარობების საერთო რაოდენობაში	41.7%	39.9%	40.6%	42.8%
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი	99.8%	99.8%	99.8%	99.7%
აბორტი	22 733	21 599	19 039	17 774
მათ შორის ხელოვნური აბორტის წილი	62%	62%	61%	62.7%

² 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.

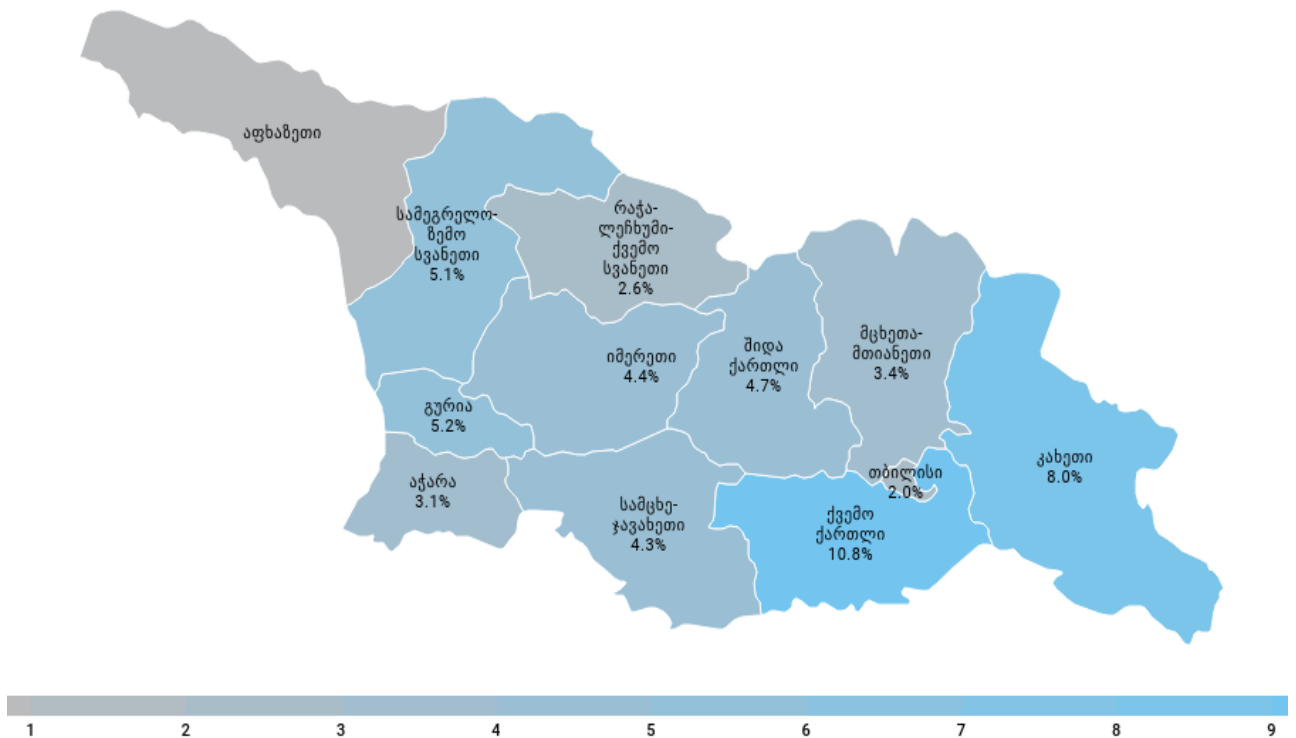
მოზარდთა ორსულობა³

2021 წელს 20 წლამდე ასაკის ქალთა მშობიარობის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან 5%-ს შეადგენდა.

სურათი 1. 20 წლამდე ასაკის ქალების ორსულობის მაჩვენებლები მშობიარობის გამოსავლის მიხედვით (20 წლამდე 1000 ქალზე)⁴, საქართველო



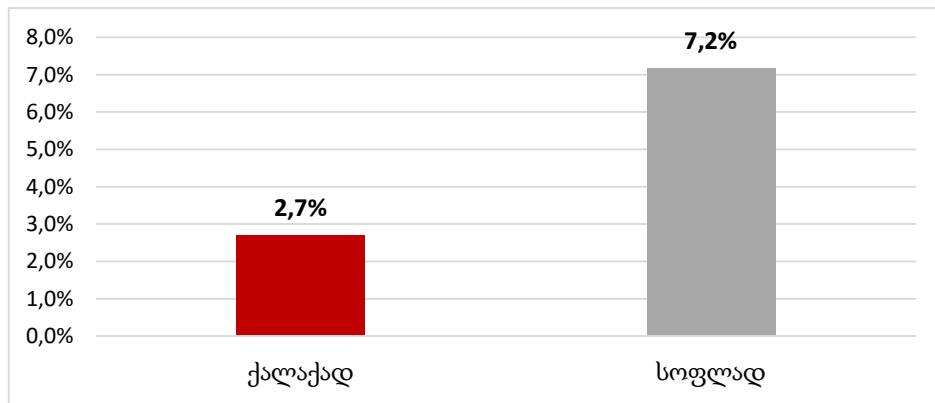
რუკა 1. 20 წლამდე ასაკის ქალების ორსულობის პროცენტული განაწილება რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021



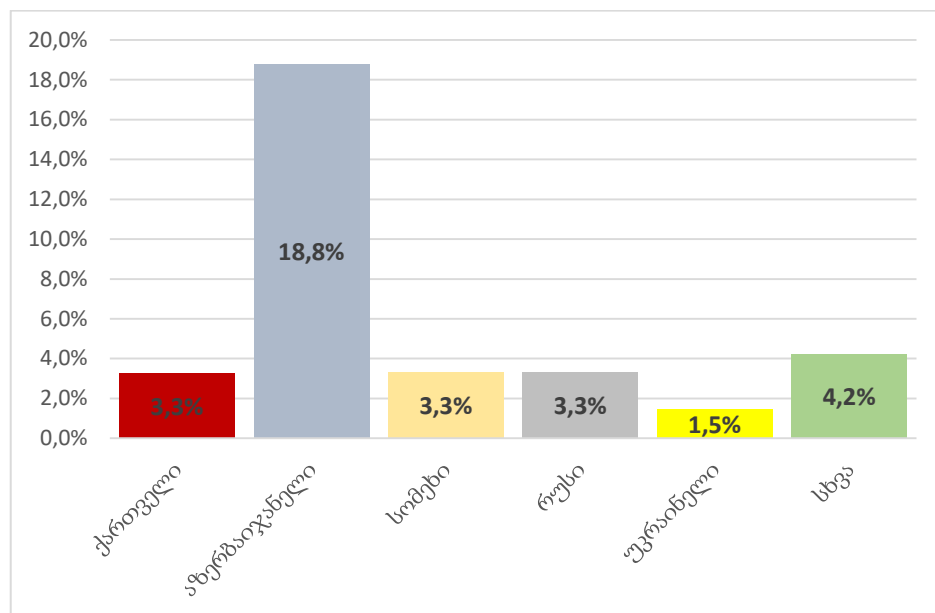
³ მშობიარობის და აბორტული გამოსავლის ჯამური მნიშვნელობები

⁴ შეგერებულია საქსტატის მონაცემებთან

სურათი 2. 20 წლამდე ასაკის ქალებში ორსულობის შემთხვევების პროცენტული განაწილება ორსულის ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 3. 20 წლამდე ასაკში ორსულობის შემთხვევების პროცენტული განაწილება ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2021



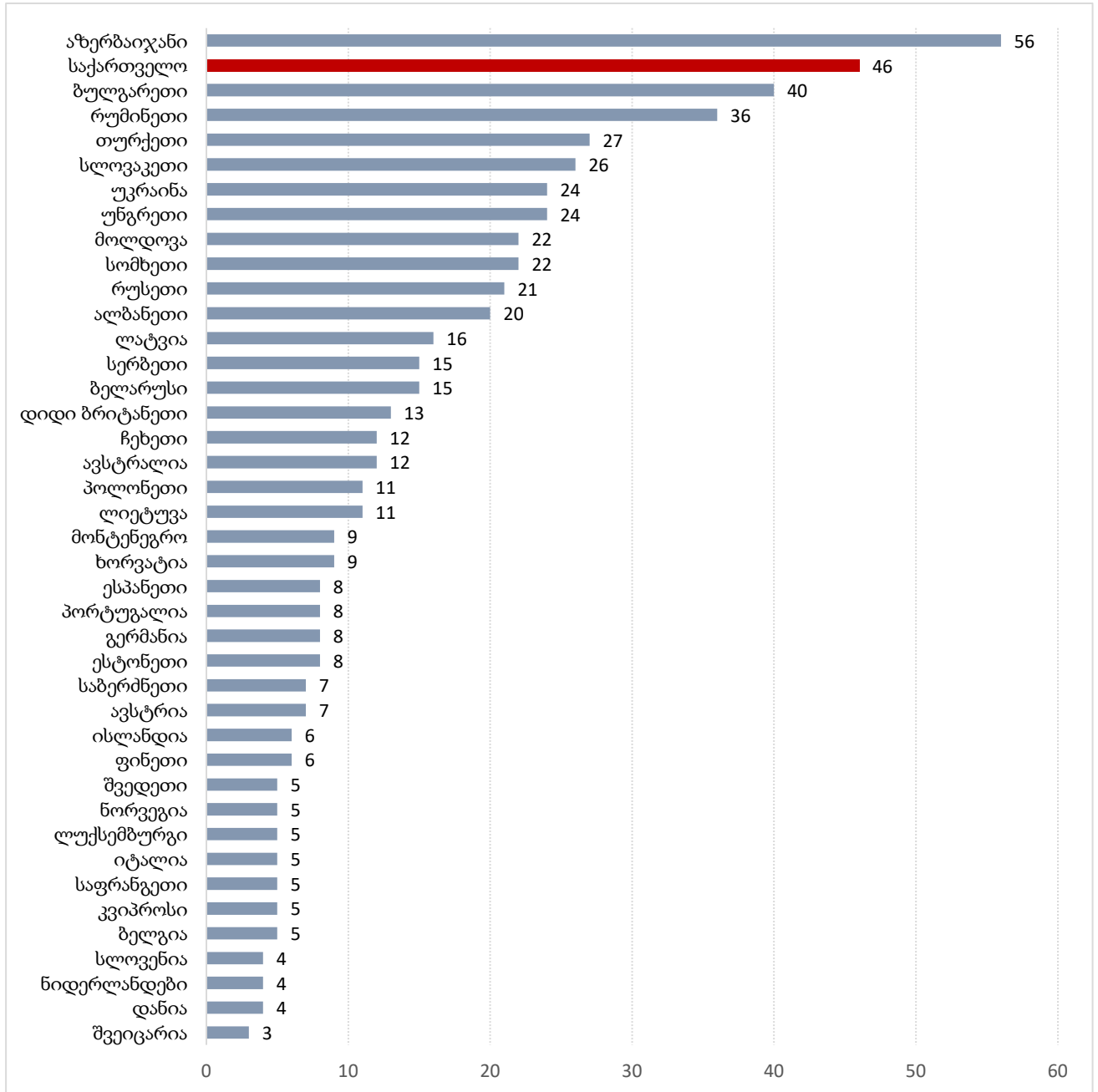
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის 20 წლამდე ასაკის ქალებში შობადობის საქართველოს მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე მე-2 ადგილს იკავებს.

ცხრილი 2. მოზარდთა (20 წლამდე) აბორტები

გესტაცია	ხელოვნური (%)	თვითნებითი (%)
0-5	36.0%	14.8%
6-11	61.3%	67.3%
12-17	2.2%	13.5%
18-22	0.4%	4.5%

2021 წელს დაფიქსირდა 1530 აბორტი სამედიცინო ჩვენებით, მათ შორის, 29-ს შეადგენდა სამედიცინო აბორტი 20 წლამდე ასაკის მოზარდებში.

სურათი 4. მოზარდთა (ასაკი 15-19) შობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, ქვეყნების მიხედვით



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

ანტენატალური მეთვალყურეობა

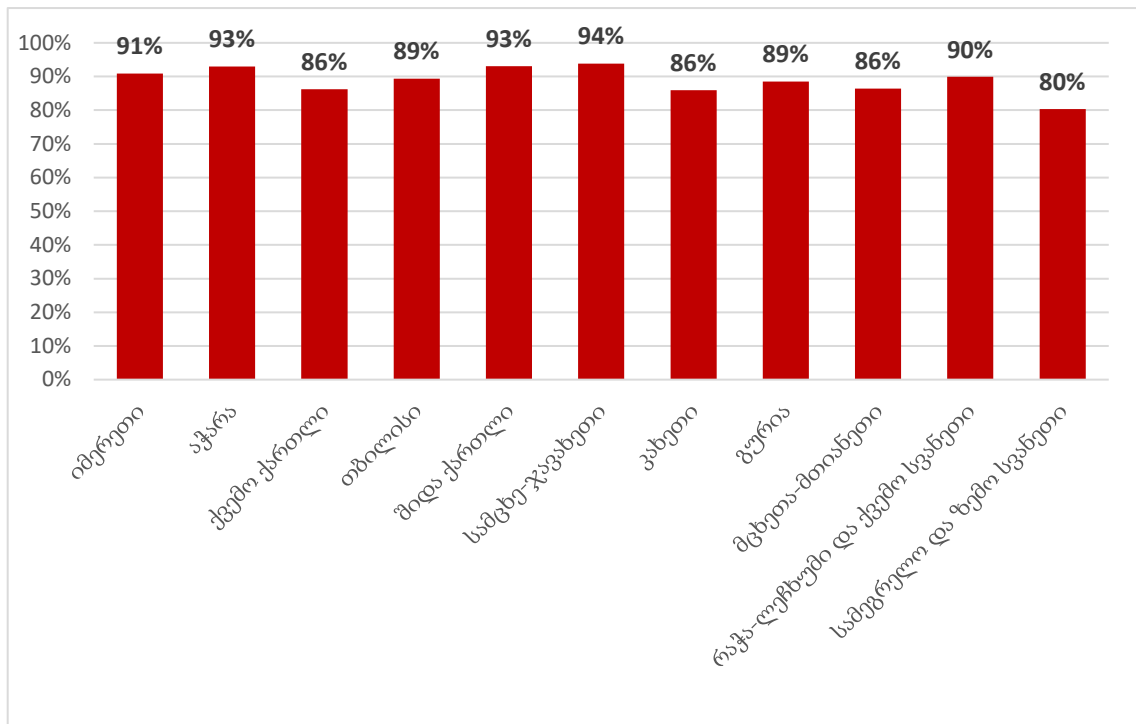
ორსულთა რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ანტენატალური მომსახურება:

- 2018 წელს - 47 609
- 2019 წელს - 45 262
- 2020 წელს - 43 979
- 2021 წელს - 43 413

ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვების (13 კვირამდე) წილი⁵:

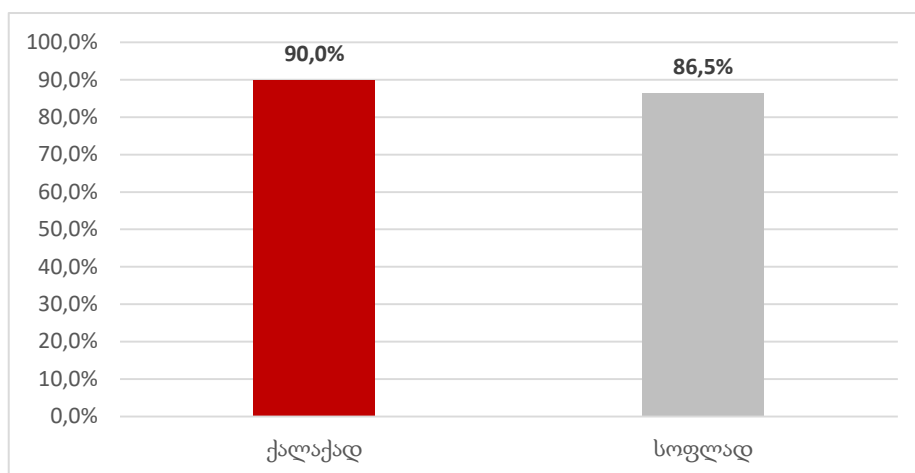
- 2018 წელს - 85.5%
- 2019 წელს - 85.5%
- 2020 წელს - 86.7%
- 2021 წელს - 88.6%

სურათი 5. ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვის წილი რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021

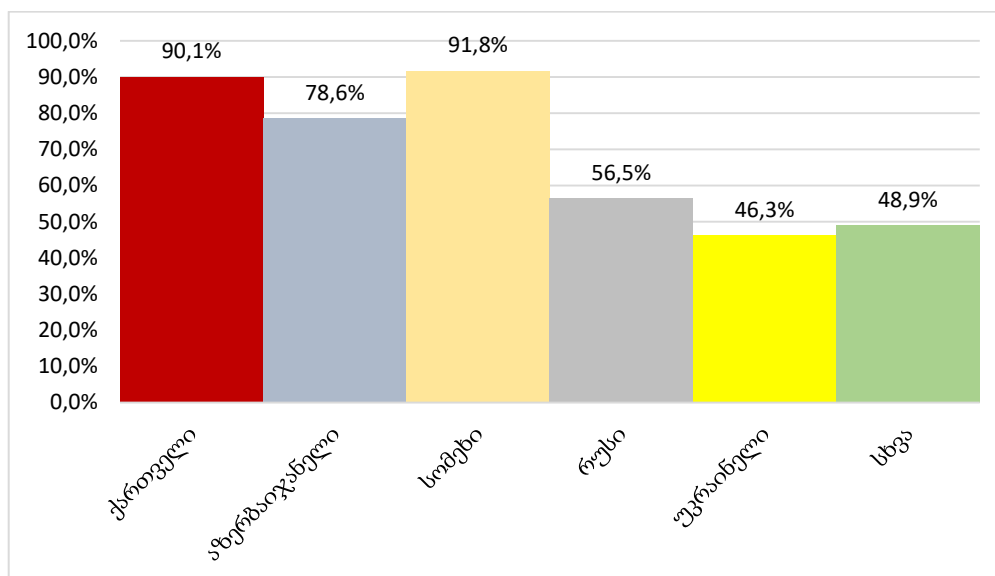


⁵ დათვლილია ორსულობის გამოსავლის მიხედვით

სურათი 6. ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვის შემთხვევების პროცენტული განაწილება ორსულის ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 7. ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვის პროცენტული განაწილება ორსულის ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2021



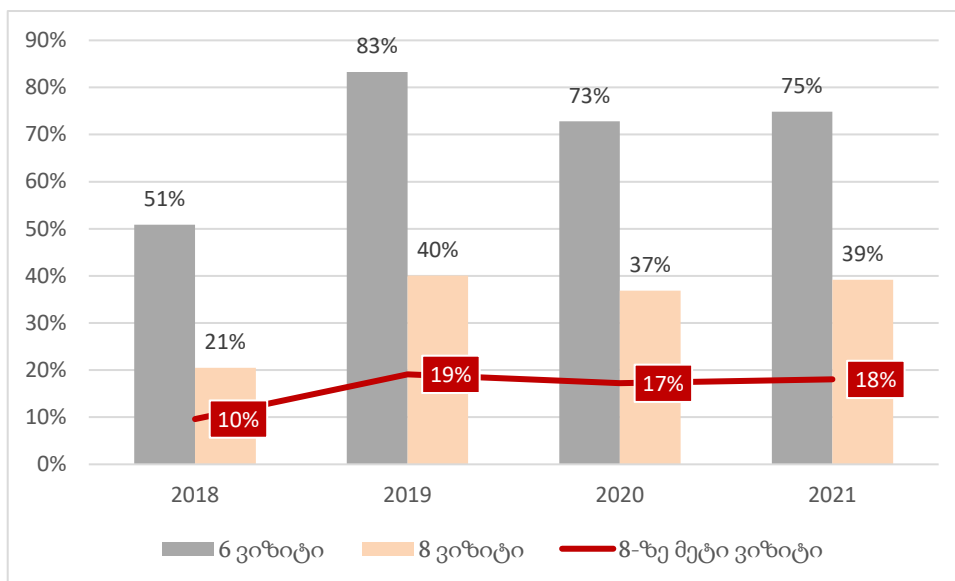
ანტენატალური მომსახურების 1 ვიზიტით მოცვა:

- 2018 წელს - 94.3%
- 2019 წელს - 95.3%
- 2020 წელს - 96.0%
- 2021 წელს - 95.8%

ანტენატალური მომსახურების 4 ვიზიტით მოცვა:

- 2018 წელს - 81.1%
- 2019 წელს - 84.9%
- 2020 წელს - 85.2%
- 2021 წელს - 86.9%

სურათი 8. ანტენატალური მომსახურების მინიმუმ 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვა (წილი ორსულთა საერთო რაოდენობიდან, რომლებმაც გაიარეს 1 ვიზიტი მაინც), საქართველო, 2021



ცხრილი 3. ანტენატალური მომსახურების მინიმუმ 6, 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტით მოცვა (წილი ორსულთა საერთო რაოდენობიდან, რომლებმაც გაიარეს 1 ვიზიტი მაინც), რეგიონის მიხედვით, საქართველო, 2021 (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით)

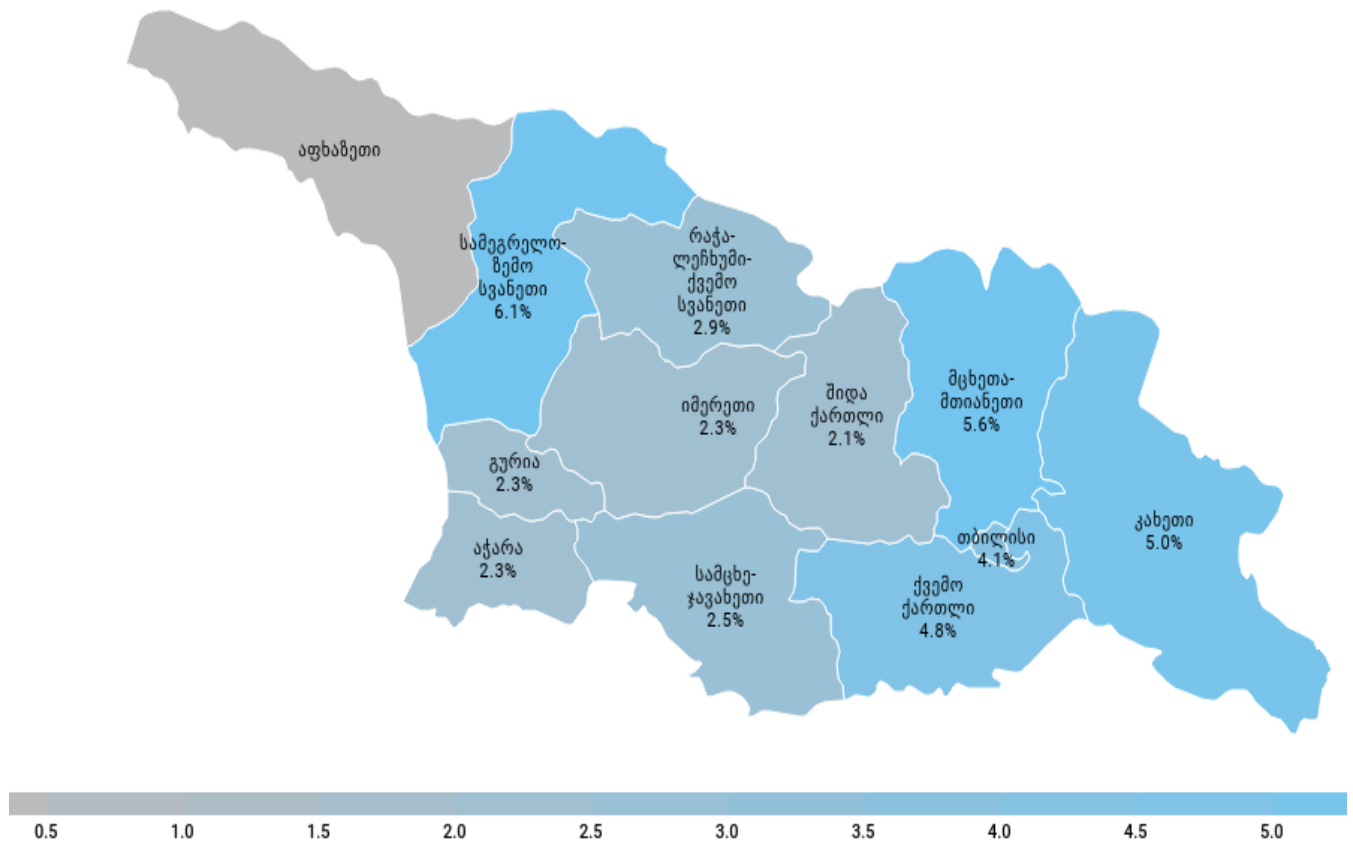
რეგიონი	მინიმუმ 6 ვიზიტი	მინიმუმ 8 და 8-ზე მეტი ვიზიტი
თბილისი	71.6%	38.3%
აჭარის არ	85.9%	48.0%
გურია	80.9%	48.9%
იმერეთი	79.6%	39.3%
კახეთი	77.2%	48.7%
აფხაზეთი	52.1%	17.6%
მცხეთა-მთიანეთი	64.5%	30.3%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	69.8%	29.2%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	56.4%	15.8%
სამცხე-ჯავახეთი	79.2%	33.4%
ქვემო ქართლი	73.8%	36.2%
შიდა ქართლი	81.0%	50.0%
საქართველო	74.9%	39.2%

2021 წელს 1892 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%
- 2021 წელს - 4.2%

რუკა 2. ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუძღრთავთ ანტენატალური მომსახურებისთვის რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2021 (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით)⁶

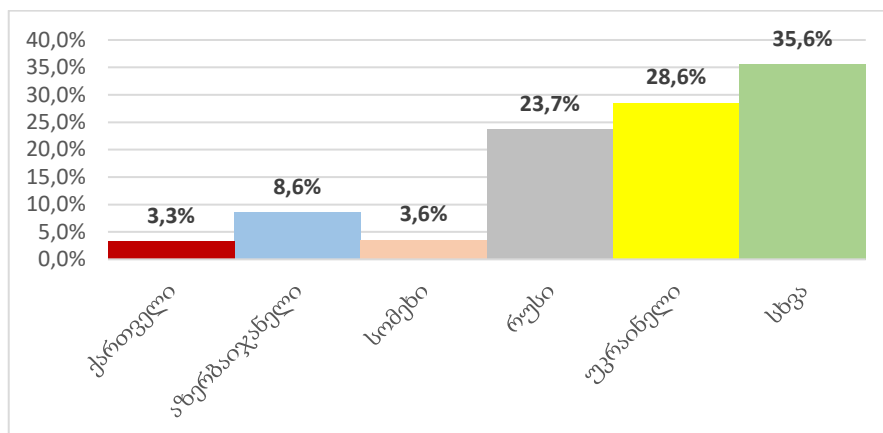


ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუძღრთავს ანტენატალური მომსახურებისთვის ორსულის ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, 2021:

- ქალაქად მცხოვრებნი - 3.6%
- სოფლად მცხოვრებნი - 5.1%

⁶ დათვლილია ორსულობის გამოსავლის მიხედვით

სურათი 9. ორსულთა წილი, რომლებსაც არ მიუმართავს ანტენატალური მომსახურებისთვის ორსულის ეროვნების მიხედვით, 2021



ცხრილი 4. ორსულთა სხეულის მასის ინდექსი (BMI) პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს, საქართველო, 2021 (n = 41 949)

	რაოდენობა	%	BMI კატეგორიები
წონანაკლებობა	2772	6.6	<18.5
ნორმალური წონა	24584	58.6	18.5-24.9
ჭარბი წონა	9408	22.4	25.0-29.9
სიმსუქნე I	3524	8.4	≥30.0
სიმსუქნე II	1237	2.9	
სიმსუქნე III	424	1.0	

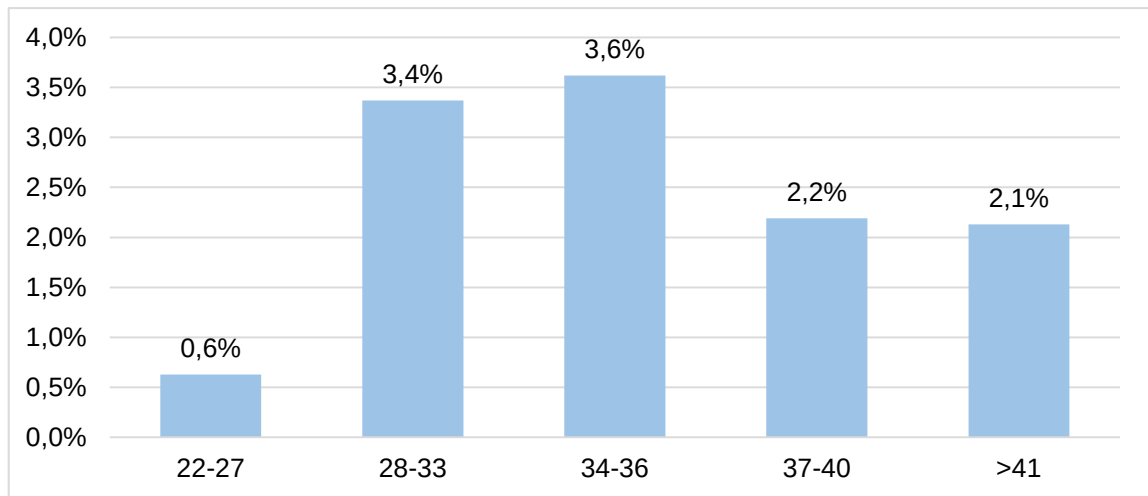
აივ ინფექციაზე და სიფილისზე ტესტირებული ორსულების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 45090 (89.3% ორსულების საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 42561 (89.6% ორსულების საერთო რაოდენობიდან)
- 2020 წელს - 41359 (90.3% ორსულების საერთო რაოდენობიდან)
- 2021 წელს - 41228 (91.0% ორსულების საერთო რაოდენობიდან)

გესტაციური დიაბეტი, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 492 ორსული (1% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 919 ორსული (2% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 955 ორსული (2.1% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2021 წელს - 1037 ორსული (2.3% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)

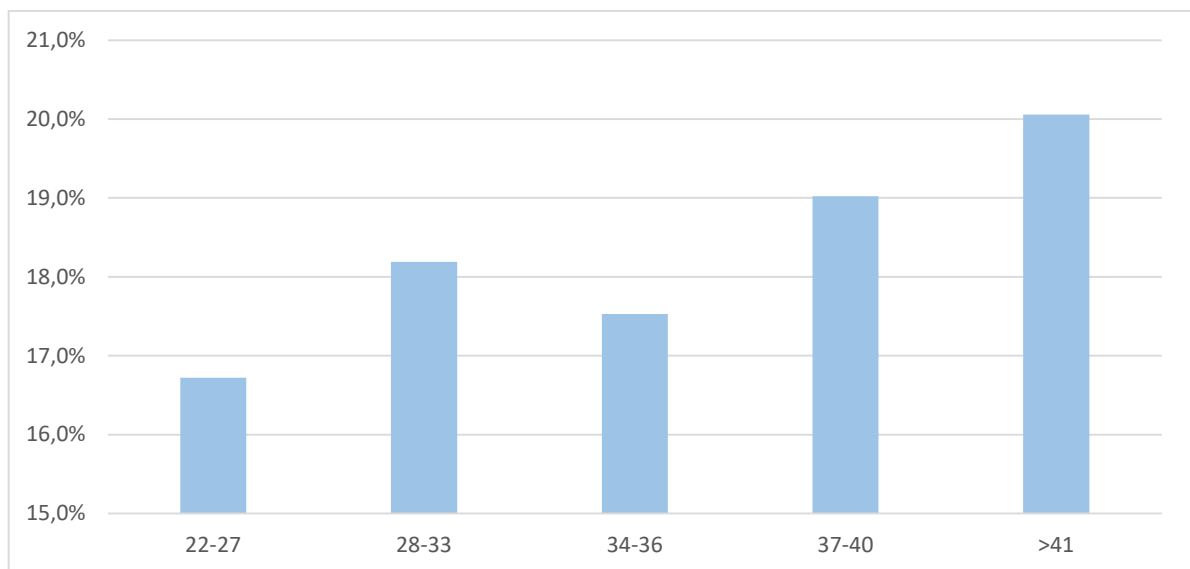
სურათი 10. გესტაციური დიაბეტი (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



ორსულთა ანემია, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 5441 ორსული (10.8% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 5028 ორსული (10.6% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 9303 ორსული (20.3% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2021 წელს - 8586 ორსული (19.0% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)

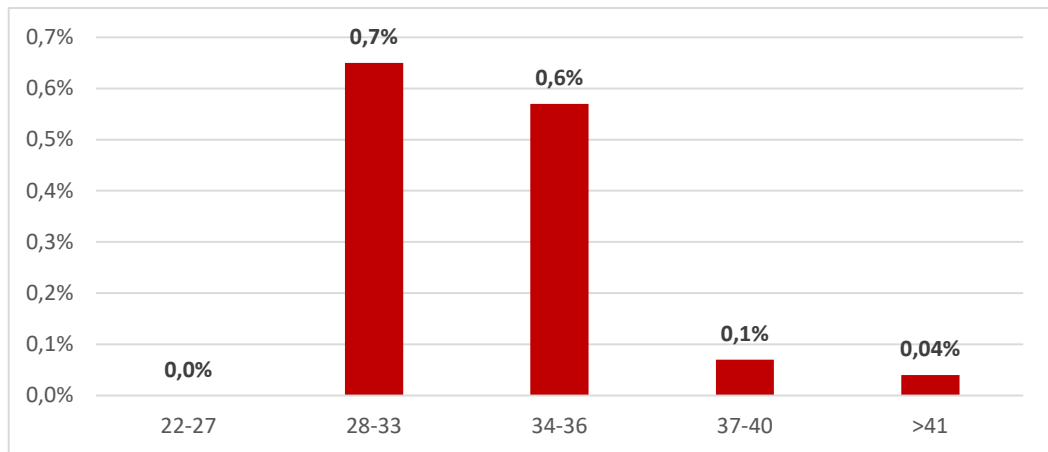
სურათი 11. ორსულთა ანემია (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



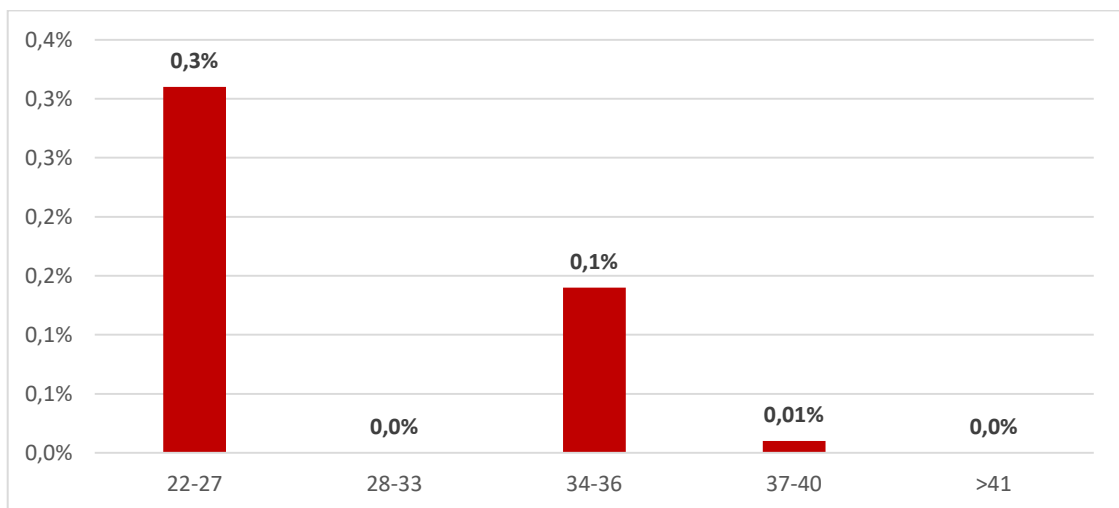
ეკლამპსია და პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში. რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 33 ორსული (0.07% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 43 ორსული (0.09% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 75 ორსული (0.16% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2021 წელს - 68 ორსული (0.15% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)

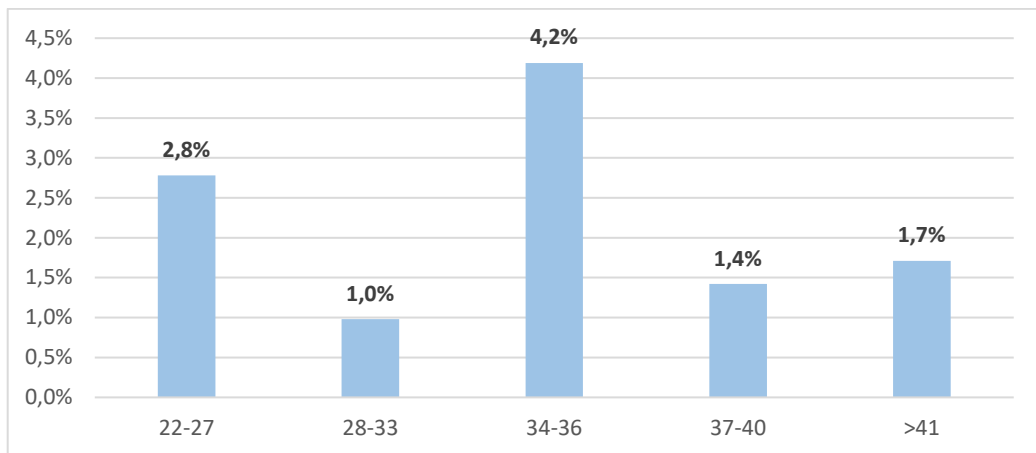
სურათი 12. მსუბუქი პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



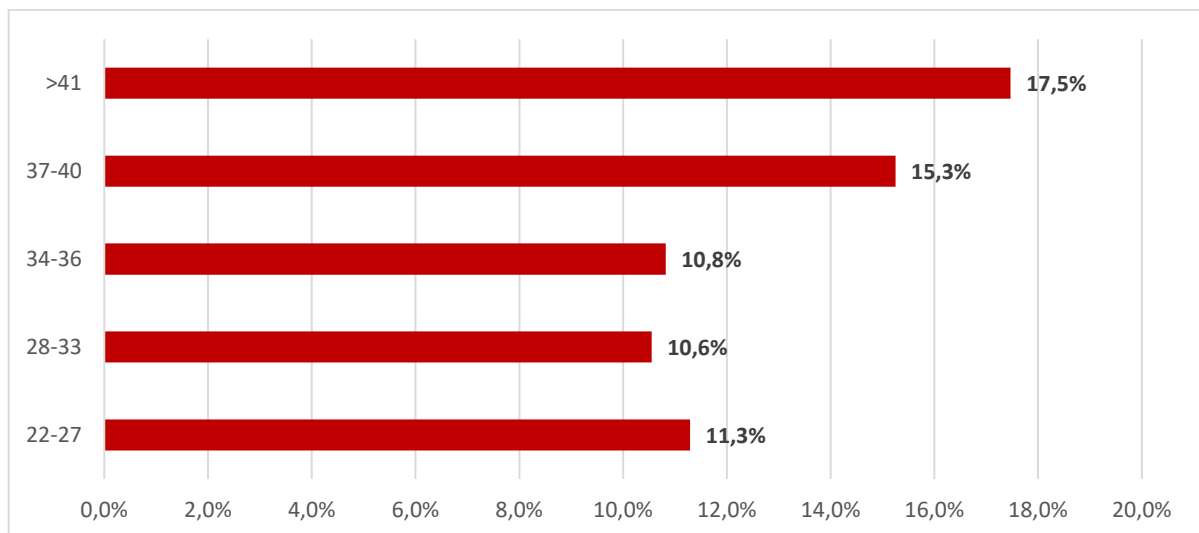
სურათი 13. მძიმე პრეეკლამპსია ორსულობის პერიოდში (%) გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 14. Rh(D)- უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულების ანტი-D ანტისხეულებზე ტესტირება, წილობრივი მაჩვენებელი გესტაციური ასაკის მიხედვით



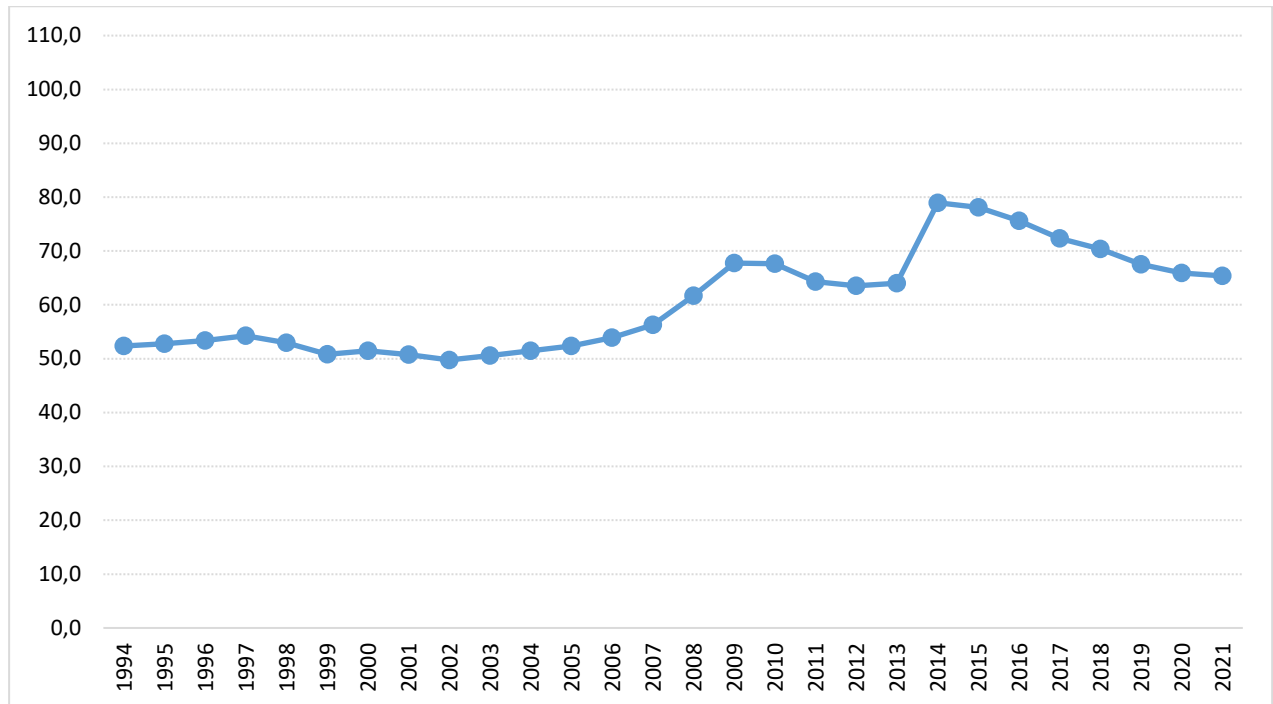
სურათი 15. ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგის წილობრივი მაჩვენებელი გესტაციური ასაკის მიხედვით



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.

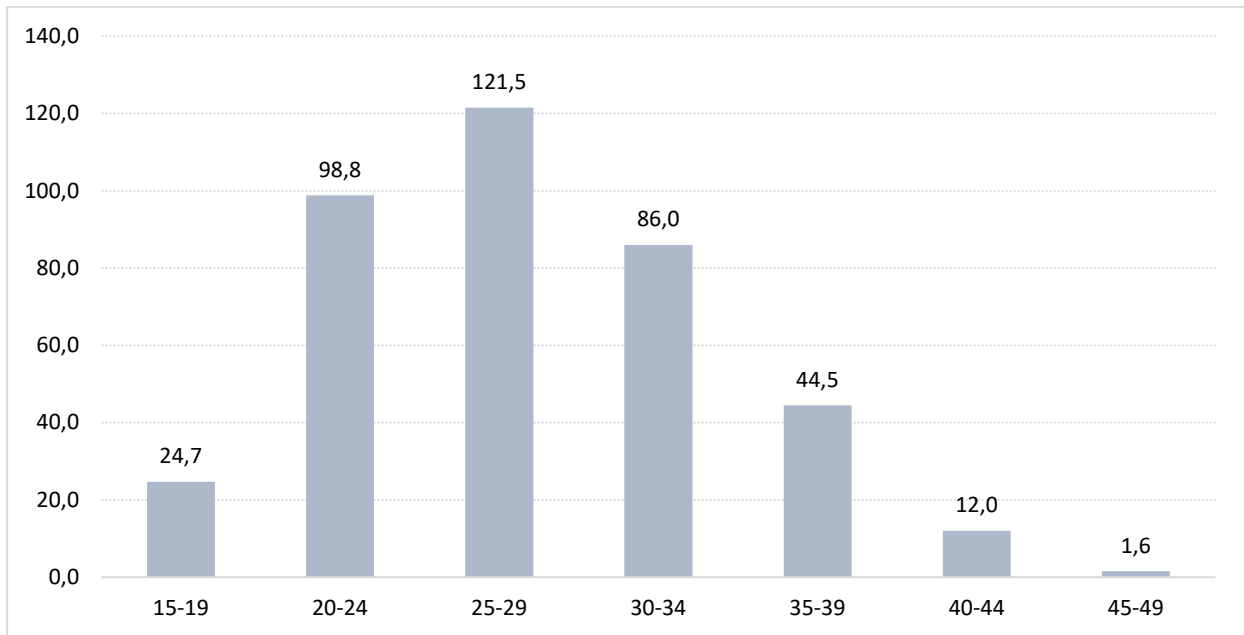
სურათი 16. საერთო ფერტილური მაჩვენებელი (GFR) წლების მიხედვით, საქართველო, 2021



წყარო: <https://www.geostat.ge>

2021 წელს სულ ფერტილური მაჩვენებელი (TFR) შეადგენს 1945.2-ს. მონაცემები დათვლილია დაბადების რეგისტრში დაფიქსირებული ცოცხლადშობილების რაოდენობიდან.

სურათი 17. ასაკ-სპეციფიური დაბადების მაჩვენებელი, საქართველო, 2021

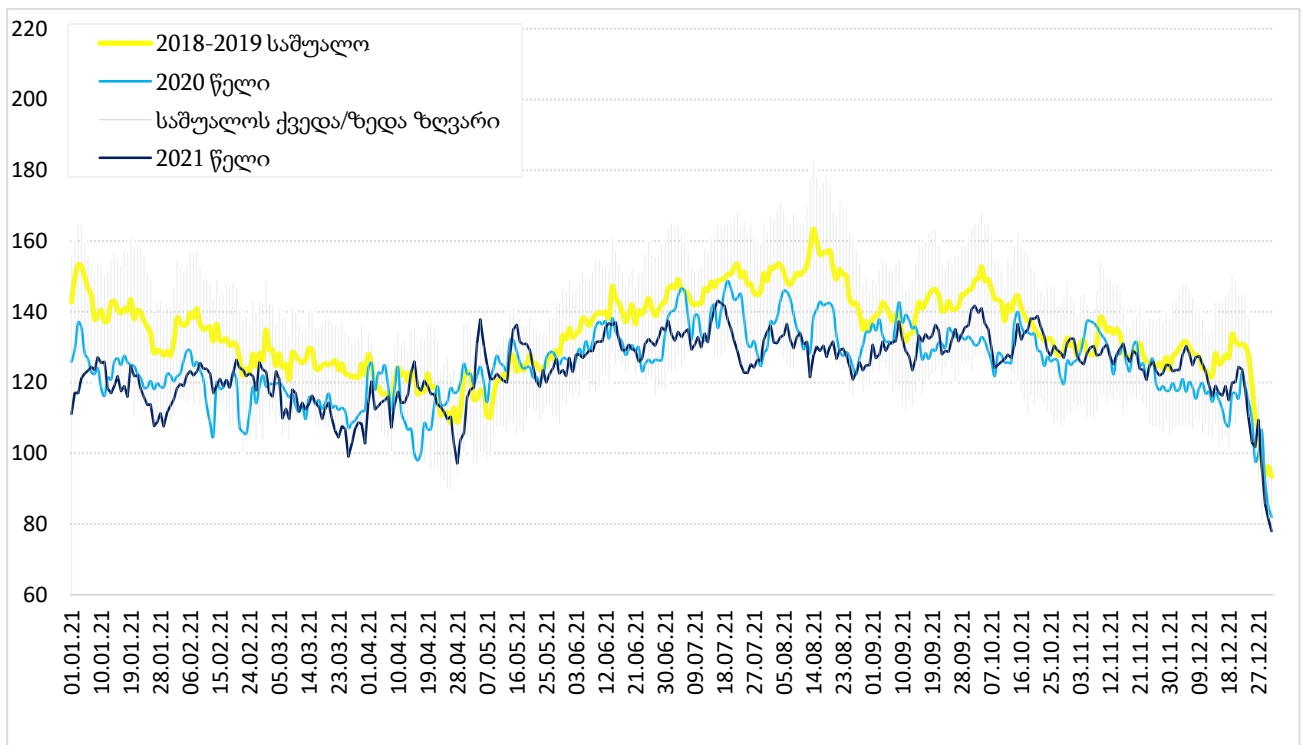


საქართველოში, უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება მშობიარობების რაოდენობის სტაბილური შემცირება.

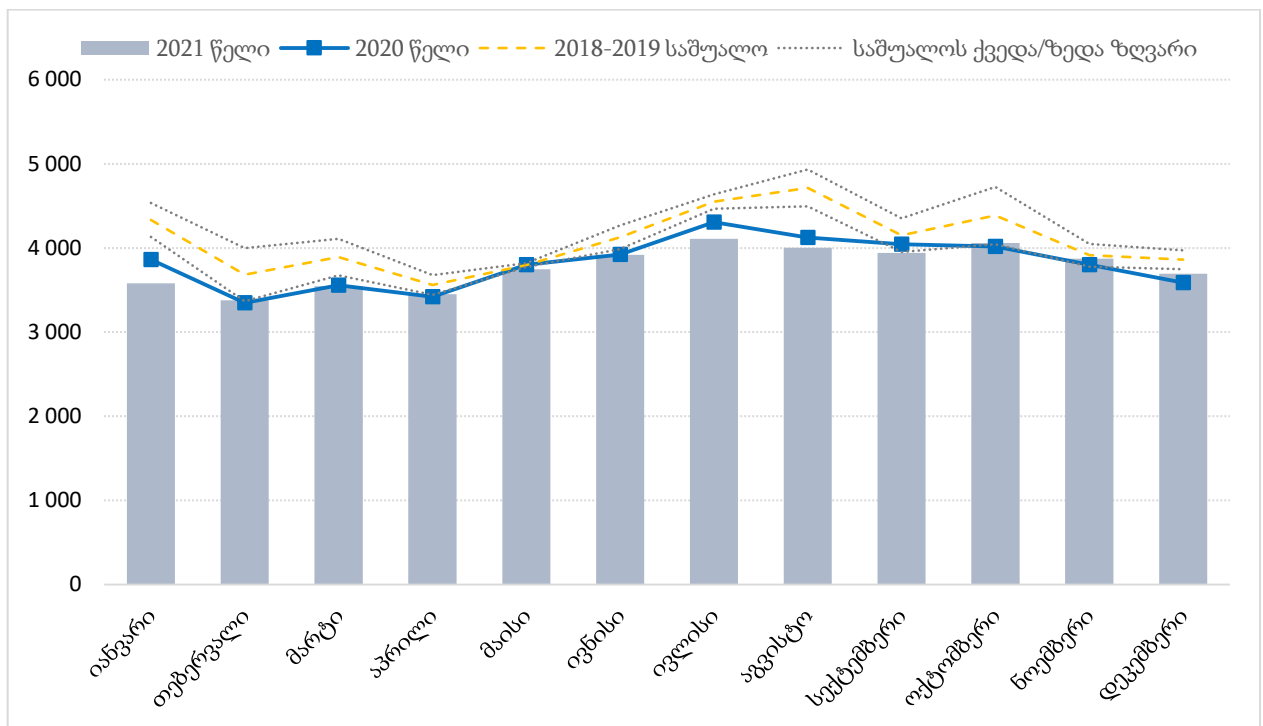
ცხრილი 5. მშობიარობების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები, საქართველო

	2018	2019	2020	2021
მშობიარობების რაოდენობა	50468	47486	45797	45305
მათ შორის %:				
ფიზიოლოგიური	58%	59%	58%	56%
მათ შორის ეპიზოტომია	3.8%	2.0%	8.0%	8.3%
ჩარევით	42%	41%	42%	44%
მათ შორის საკეისრო კვეთა	98.2%	97.8%	97.7%	97.3%

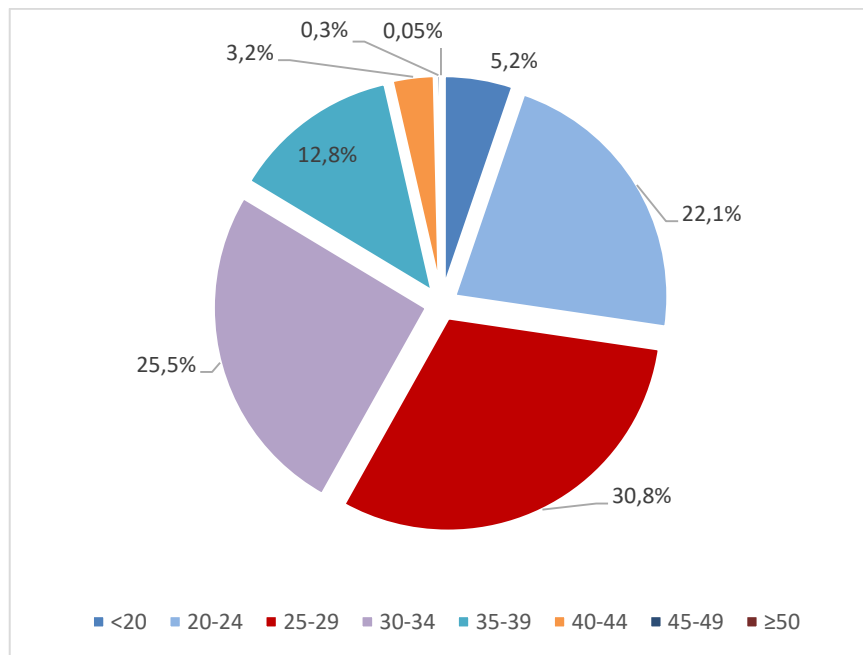
სურათი 18. 2018-2019 წლის მშობიარობათა საშუალო ყოველდღიური რაოდენობის შედარება 2020 და 2021 წლებთან, საქართველო



სურათი 19. 2018-2019 წლის მშობიარობათა საშუალო რაოდენობის 2020 და 2021 წლებთან შედარება თვეების მიხედვით, საქართველო



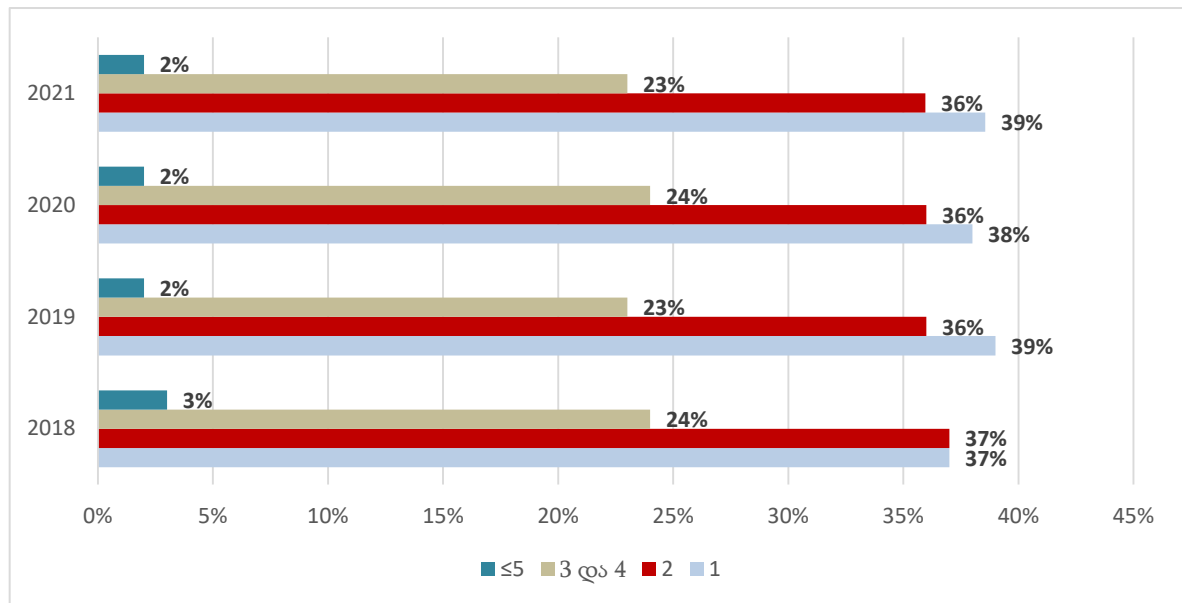
სურათი 20. მშობიარობების პროცენტული განაწილება დედის ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



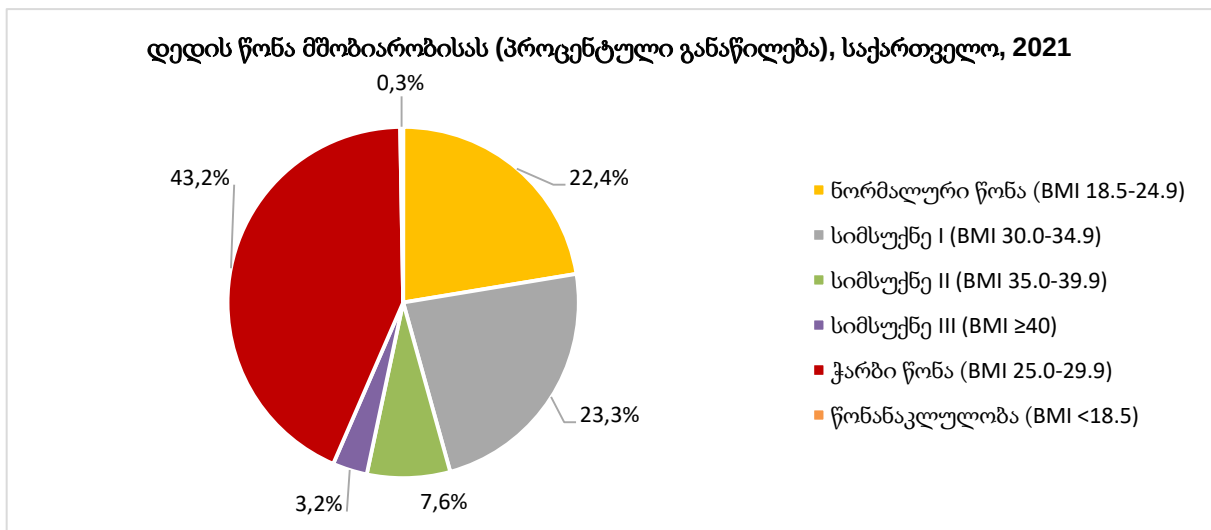
ცხრილი 6. მშობიარობათა განაწილება რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), 2021

რეგიონი	აბსოლუტური რაოდენობა	მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე
თბილისი	15 605	51.8
აჭარის არ	5 356	61.9
გურია	1 012	44.1
იმერეთი	5 310	46.8
კახეთი	3 441	51.7
მცხეთა-მთიანეთი	874	43.2
აფხაზეთი	471	-
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	208	40.9
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	2 903	41.3
სამცხე-ჯავახეთი	1 778	48.2
ქვემო ქართლი	5 410	52.7
შიდა ქართლი	2 928	48.7
საზღვარგარეთი	9	-

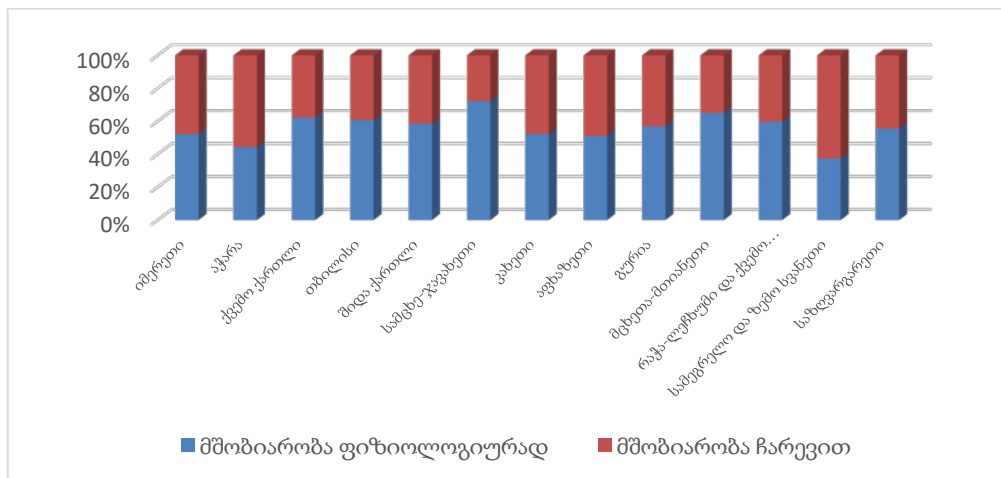
სურათი 22. მშობიარობების პროცენტული განაწილება მშობიარობის რიგითობის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 23. დედის წონა მშობიარობისას (პროცენტული განაწილება), საქართველო, 2021



სურათი 24. მშობიარობათა პროცენტული განაწილება მშობიარობის ტიპის და რეგიონის მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021



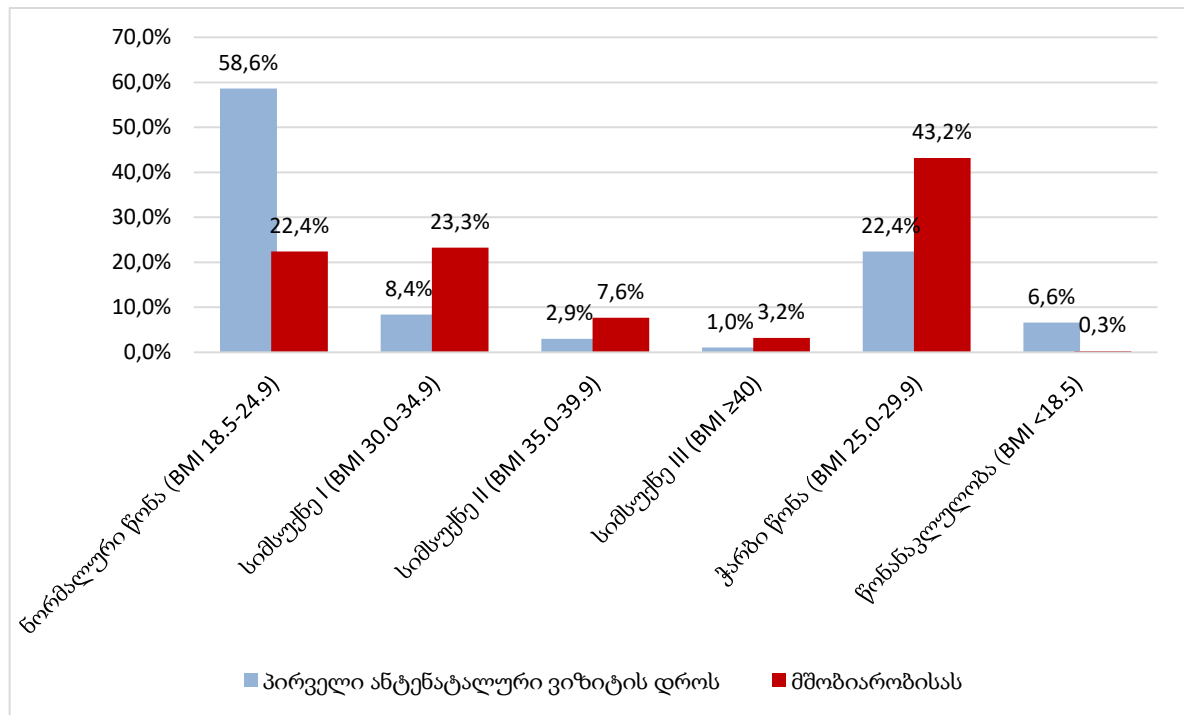
ცხრილი 7. ნაყოფის მდებარეობა მშობიარობისას, საქართველო, 2021

ნაყოფის მდებარეობა	რაოდენობა	(%)
კეფით წინამდებარეობა	40631	89,7%
მენჯით წინამდებარეობა	3414	7,5%
გარდიგარდმო მდებარეობა	837	1,8%
პათოლოგიური თავით მდებარეობა	72	0,2%
სხვა	351	0,8%

მელოგინეტა რეფერალი სტაციონარში, რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 2018 წელს - 68 ორსული (0.1% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2019 წელს - 60 ორსული (0.1% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2020 წელს - 101 ორსული (0.2% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)
- 2021 წელს - 78 ორსული (0.2% ნამშობიარე ქალთა საერთო რაოდენობაში)

სურათი 25. სხეულის მასის ინდექსი (BMI) ორსულთა პირველი ანტენატალური ვიზიტის და მშობიარობის დროს, საქართველო, 2021

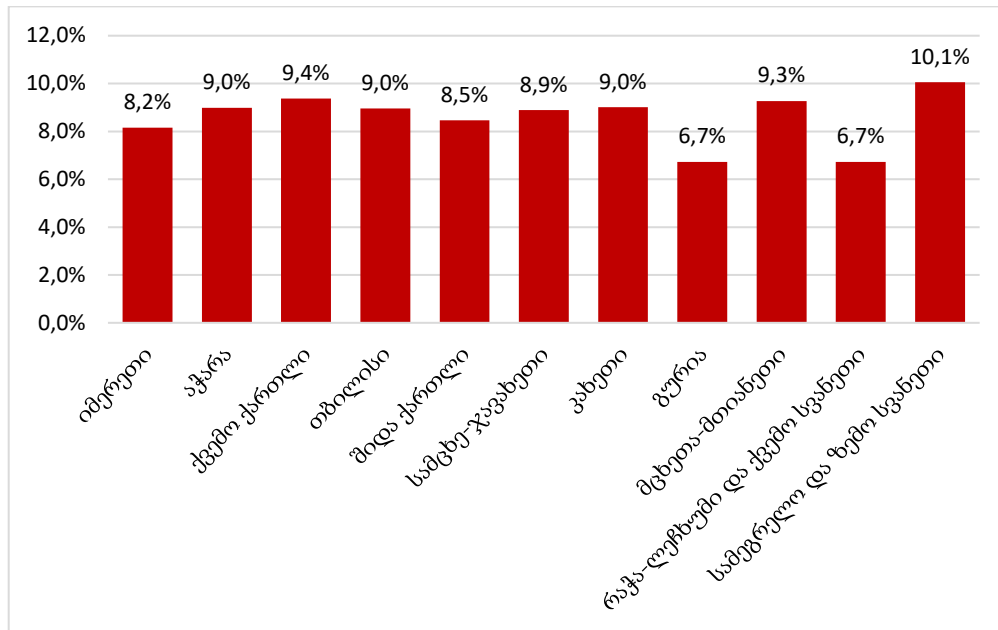


ნაადრევი მშობიარობა

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)
- 2021 წელს - 4053 (8.9% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)

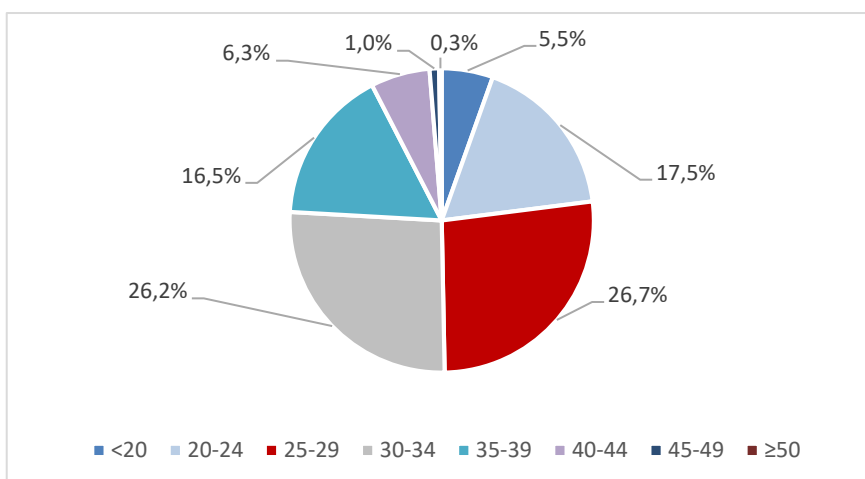
სურათი 26. ნაადრევი მშობიარობის წილი (%) მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021



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

- ქალაქად მცხოვრებნი - 9.0%
- სოფლად მცხოვრებნი - 8.9%

სურათი 27. ნაადრევი მშობიარობა დედის ასაკის მიხედვით (წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან), საქართველო, 2021

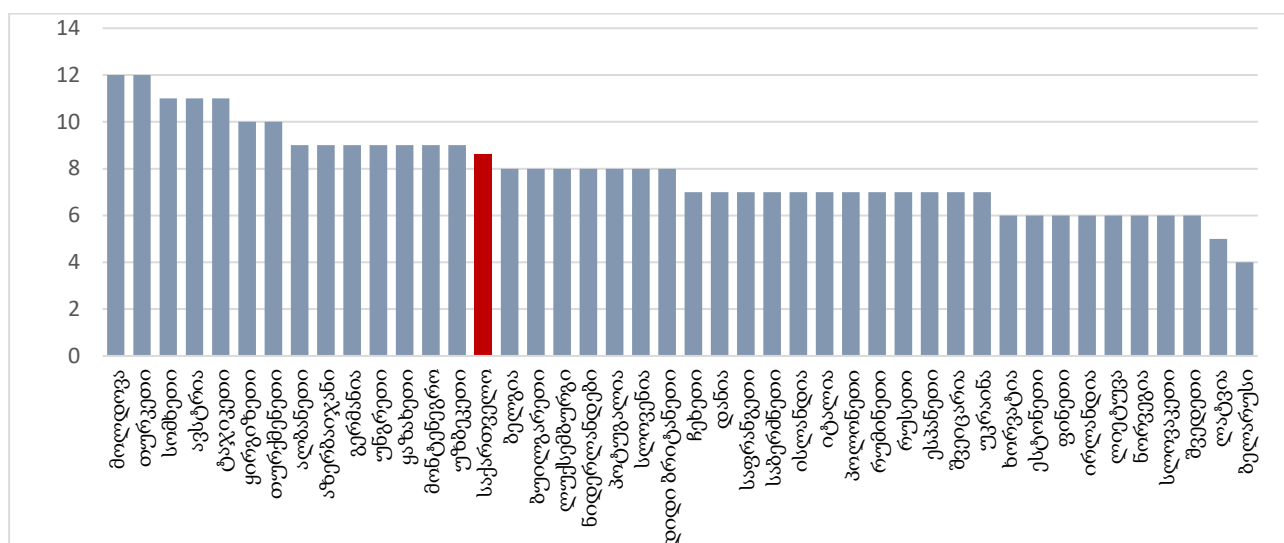


ცხრილი 8. ნაადრევი მშობიარობის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021

გესტაცია	% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან
23-27 კვირა	7.8%
28-33 კვირა	22.6%
34-36 კვირა	69.5%

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

სურათი 28. ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 100 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



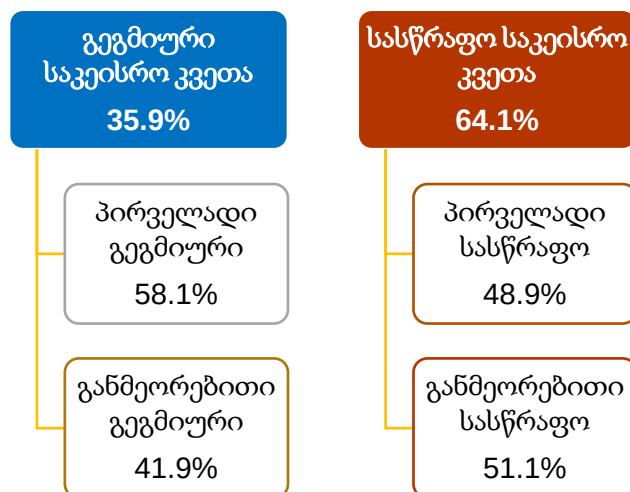
წყარო: http://data.un.org/Data.aspx?d=WHO&f=MEASURE_CODE%3aWHS_PBR

საკეისრო კვეთა

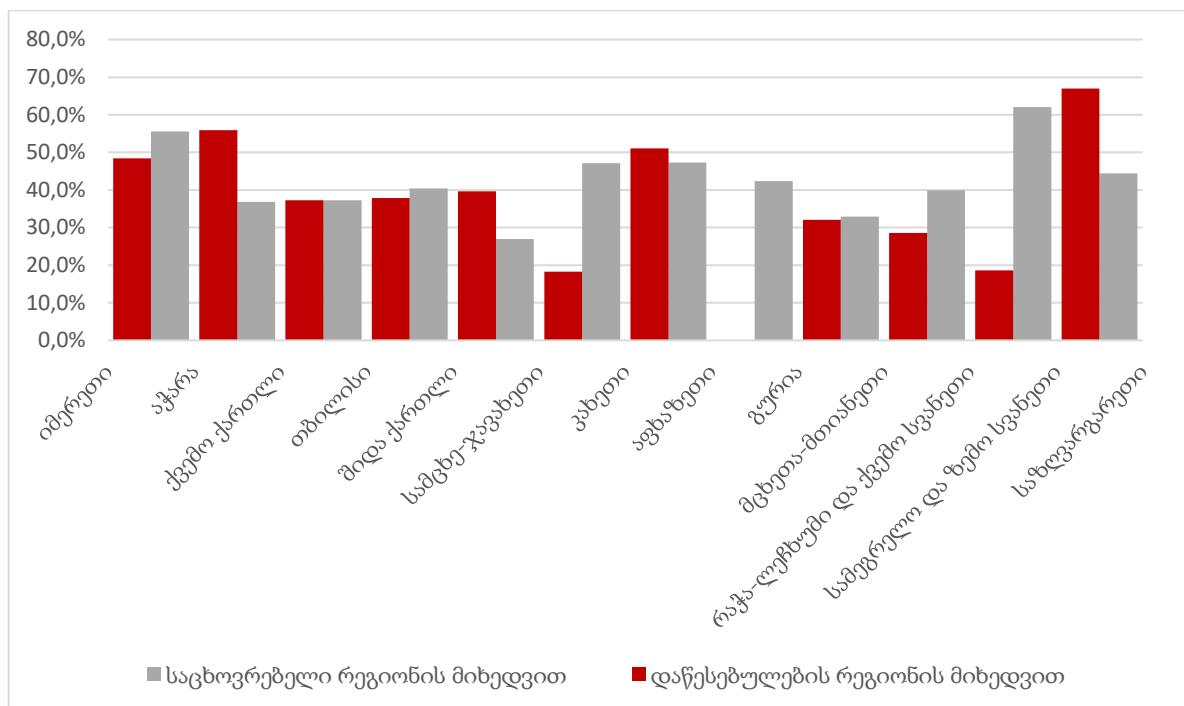
საკეისრო კვეთების რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები:

- 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)
- 2021 წელს - 19390 (42.8% მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან)

სურათი 29. საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან, საქართველო, 2021



სურათი 30. საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2021 (დედის ფაქტობრივი მისამართით)

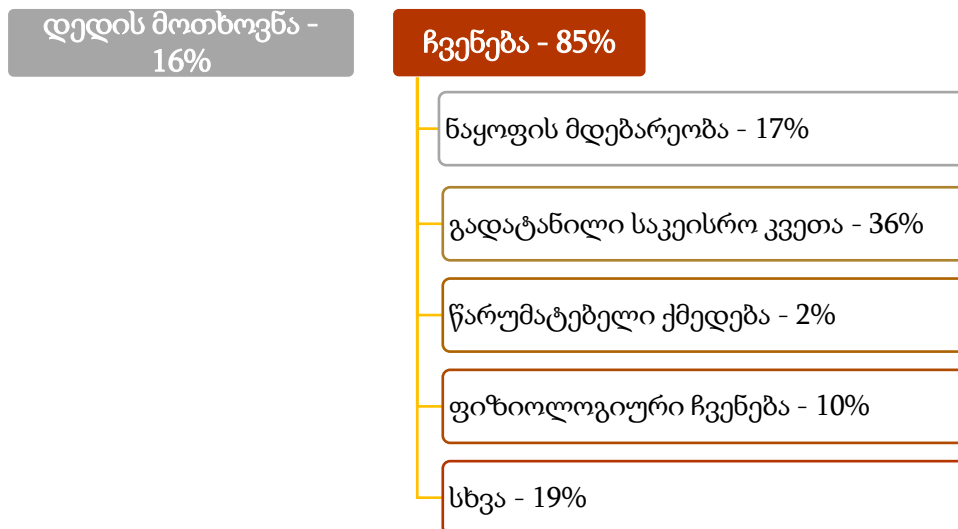


საკეისრო კვეთის წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობიდან (დედის ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით):

- ქალაქად მცხოვრებნი - 42.9%

- სოფლად მცხოვრებნი - 42.6%

სურათი 31. საკეისრო კვეთა დედის მოთხოვნით და ჩვენებით, საქართველო, 2021



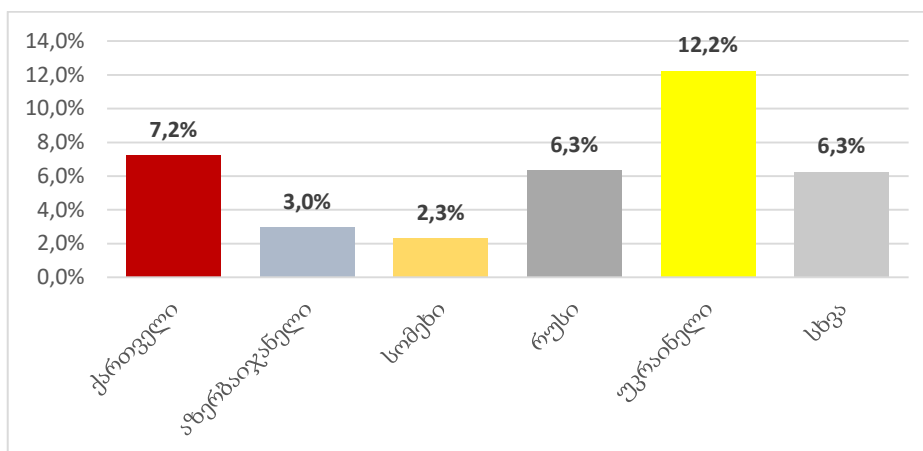
ცხრილი 9. დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთა დედის ასაკის და ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, საქართველო, 2021

დედის ასაკი	%
<20	6,3
20-24	24,6
25-29	28,2
30-34	23,3
35-39	13,6
40-44	3,5
45-49	0,5
>=50	0,03

ქალაქად მცხოვრებნი - 6.6%

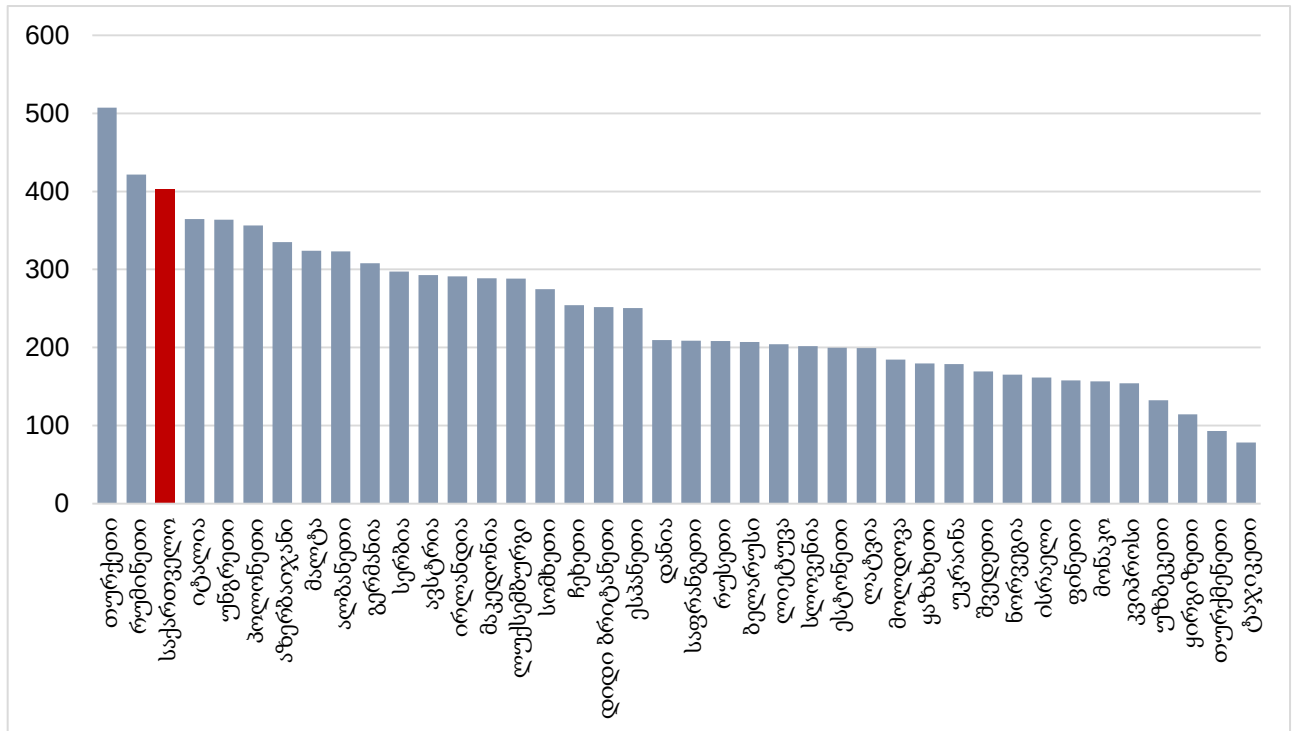
სოფლად მცხოვრებნი - 6.9%

სურათი 32. დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთა დედის ეროვნების მიხედვით (%), საქართველო, 2021



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

სურათი 33. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



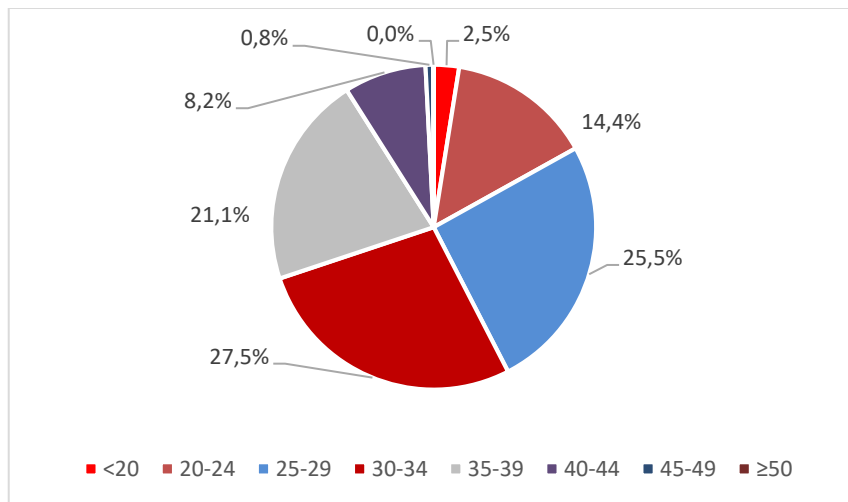
წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_596-7060-caesarean-sections-per-1000-live-births/visualizations/#id=19691

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)
- 2021 წელს - 17 774 (28.0% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან)

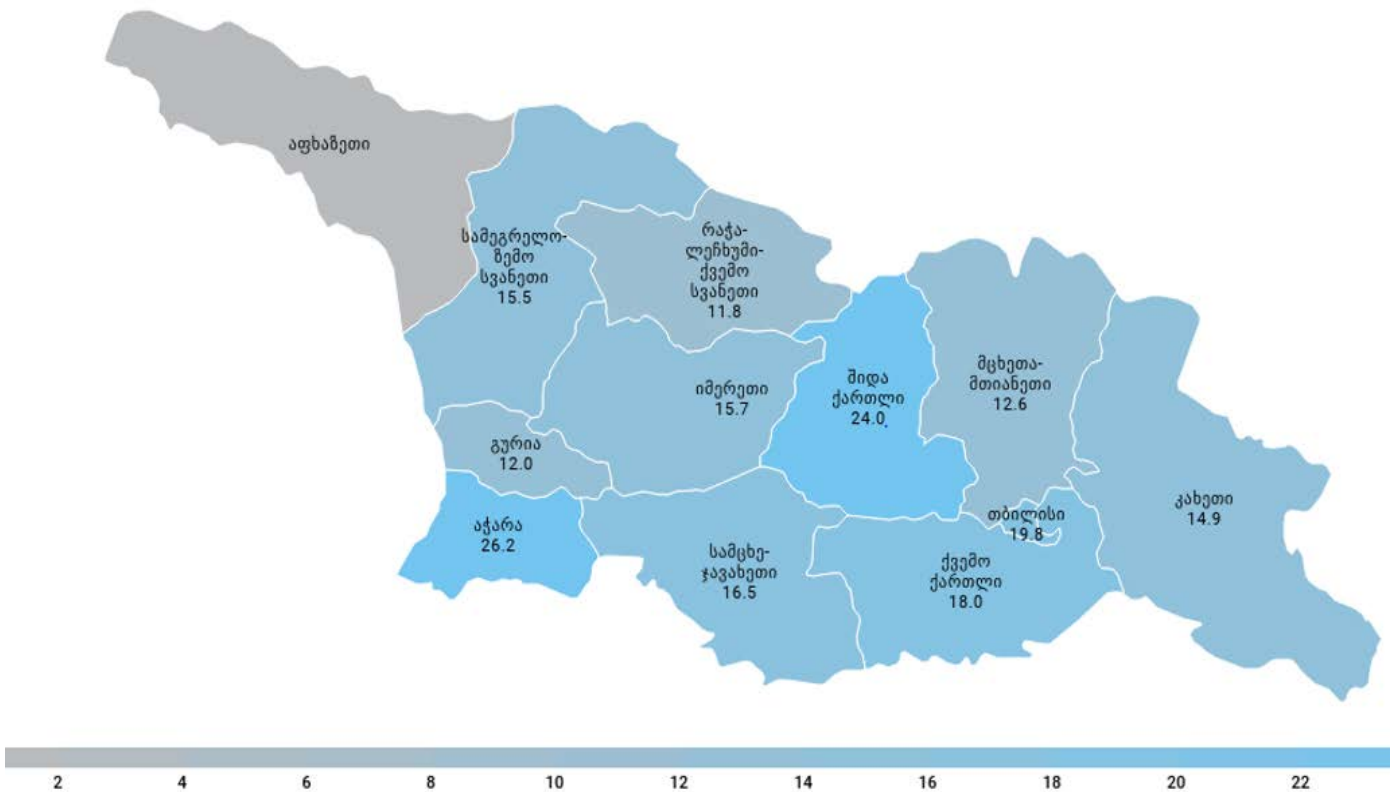
სურათი 34. აბორტების პროცენტული განაწილება დედის ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2021



ცხრილი 10. აბორტების განაწილება რეგიონების მიხედვით (დედის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021

რეგიონი	აბსოლუტური რაოდენობა	მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე
თბილისი	5972	18,3
აჭარის არ	2263	24,6
გურია	276	12,8
იმერეთი	1782	17,7
კახეთი	990	15,4
მცხეთა-მთიანეთი	255	12,8
აფხაზეთი	1175	-
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	60	13,5
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	1091	16,8
სამცხე-ჯავახეთი	604	17,7
ქვემო ქართლი	1849	17,5
შიდა ქართლი	1444	25,1
საზღვარგარეთი	13	-
საქართველო	17774	19,9

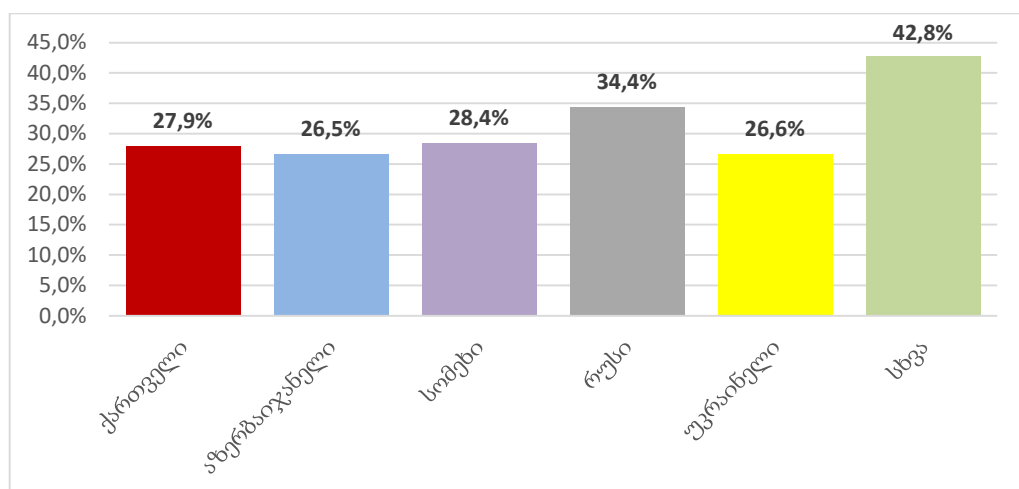
რუკა 4. აბორტების მაჩვენებელი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე რეგიონების მიხედვით (ორსულის ფაქტობრივი მისამართით), საქართველო, 2021



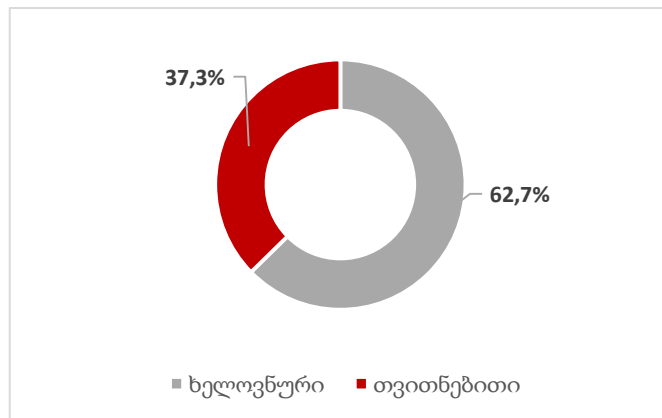
აბორტი ორსულის ფაქტობრივი საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით, 2021

- ქალაქად მცხოვრებნი - 62.3%
- სოფლად მცხოვრებნი - 37.7%

სურათი 35. აბორტი ორსულის ეროვნების მიხედვით (წილი ორსულების საერთო რაოდენობიდან), 2021

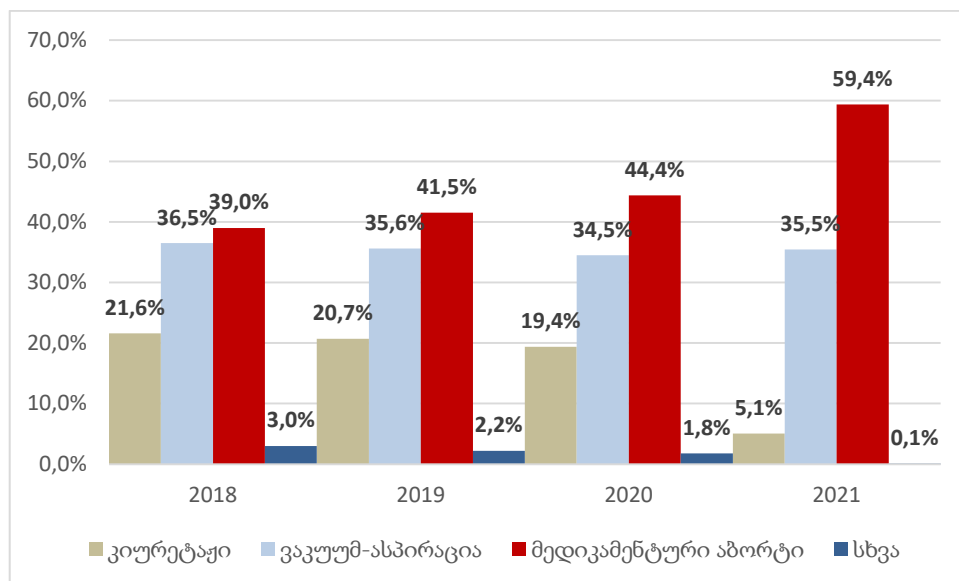


სურათი 36. აბორტების პროცენტული განაწილება აბორტის ტიპის მიხედვით, საქართველო, 2021



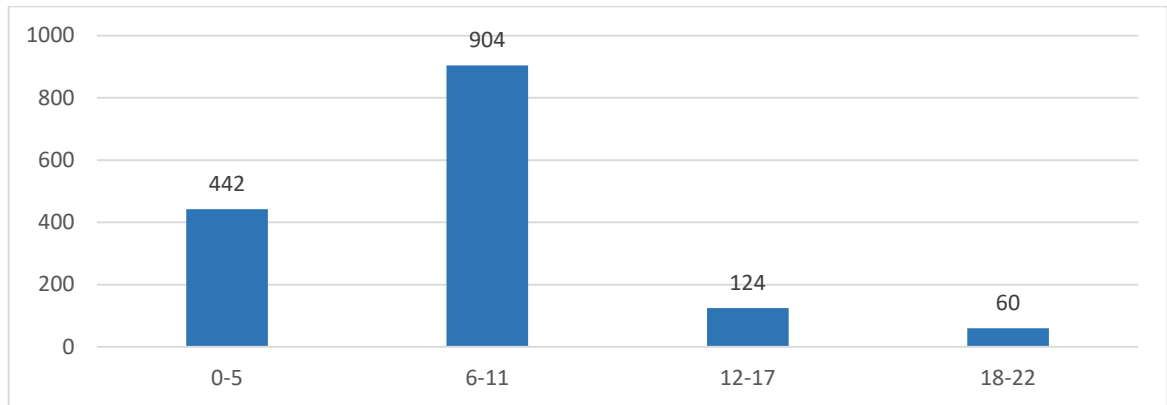
2018 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით იზრდება მედიკამენტური აბორტის და მცირდება კიურეტაჟის გამოყენების წილი.

სურათი 37. ხელოვნური აბორტის პროცენტული განაწილება აბორტის მეთოდის მიხედვით, საქართველო, 2021

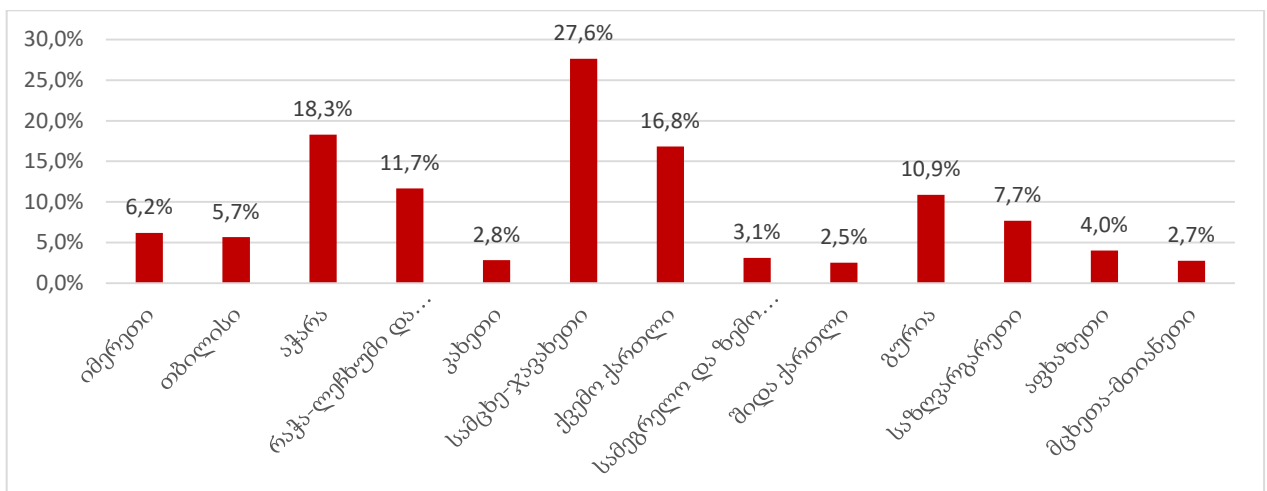


ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის აბორტების საქართველოს მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე მე-2 ადგილს იკავებს.

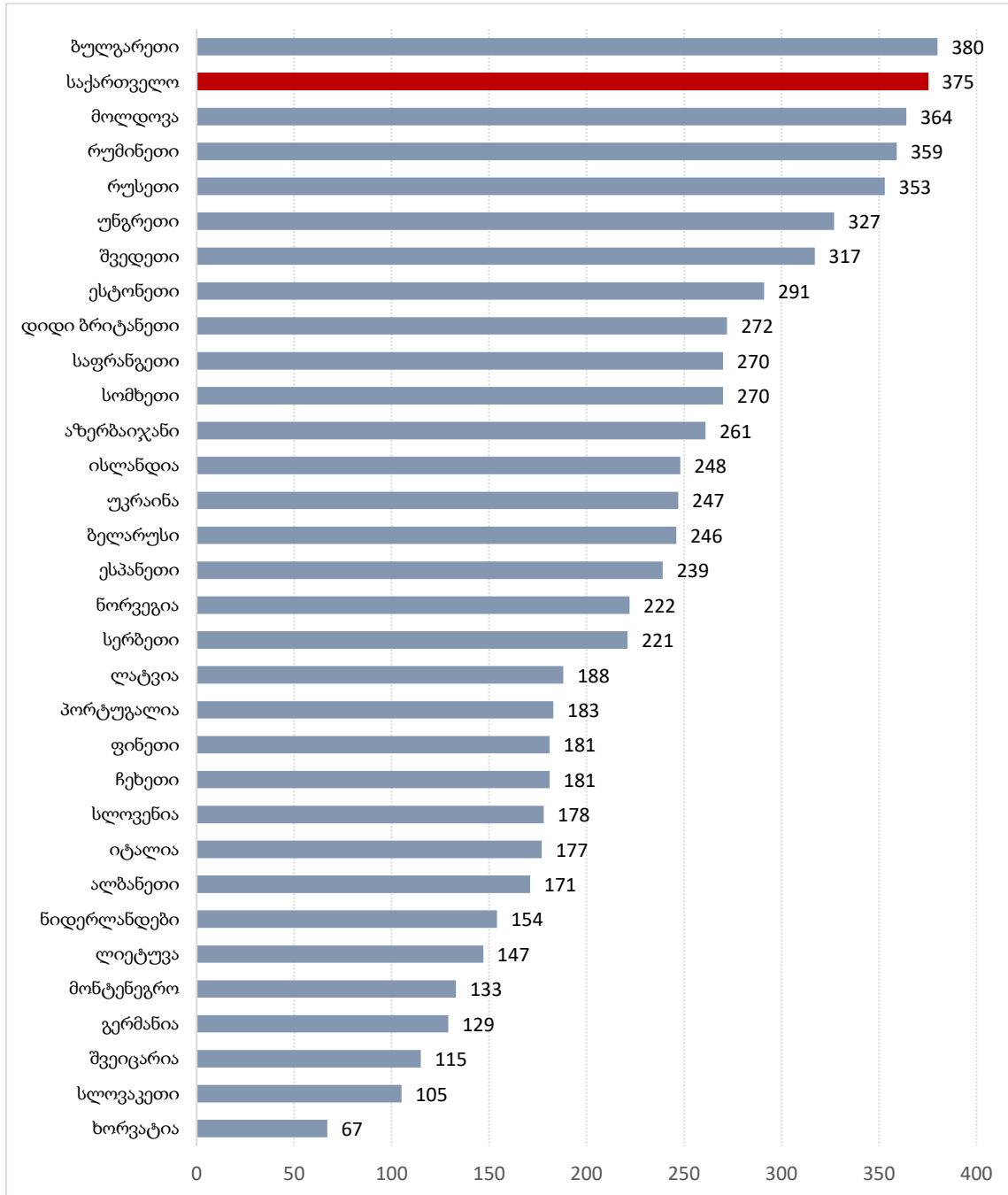
სურათი 38. სამედიცინო აბორტები გესტაციის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 39. სამედიცინო აბორტის პროცენტული განაწილება დედის საცხოვრებელი რეგიონის მიხედვით, საქართველო, 2021



სურათი 40. აბორტების მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ქვეყნების მიხედვით, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



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

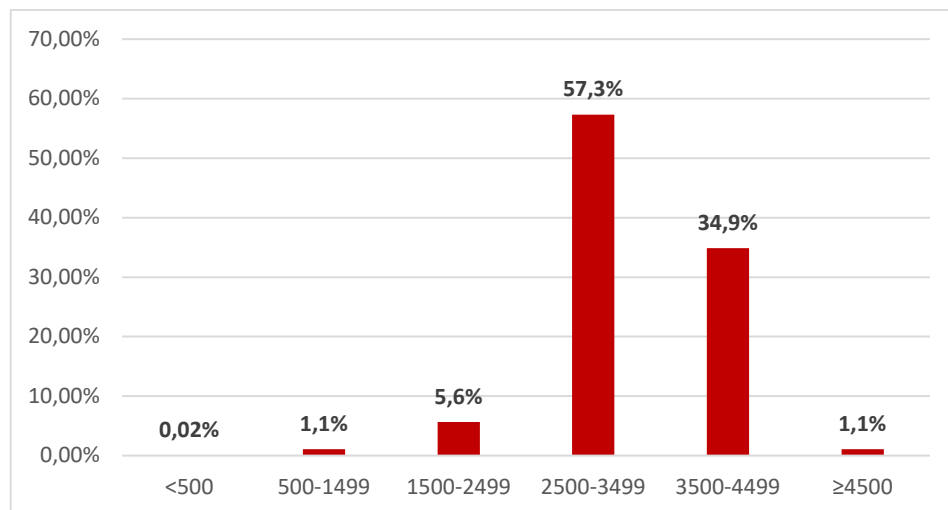
ახალშობილები

ცხრილი 11. ახალშობილთა ძირითადი მაჩვენებლები⁷, საქართველო

	2018	2019	2020	2021
ცოცხლადშობილთა რაოდენობა	51 138	48 296	46 520	45 618
ცოცხლადშობილთა % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან	99.2%	99.1%	99.1%	99.1%
ახალშობილთა თანდაყოლილი მალფორმაციების წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან	2.0%	1.9%	1.9%	1.9%
ახალშობილთა სმენის სკრინინგით მოცვა (წილი ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)	99.97%	99.7%	94.4%	95.3%
მკვდრადშობილთა რაოდენობა	438	457	410	403
მკვდრადშობილთა % დაბადებულთა საერთო რაოდენობიდან	0.8	0.9	0.9	0.9

ცოცხლადშობადობა

სურათი 41. ცოცხლადშობილთა პროცენტული განაწილება დაბადებისას წონის მიხედვით, საქართველო, 2021



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

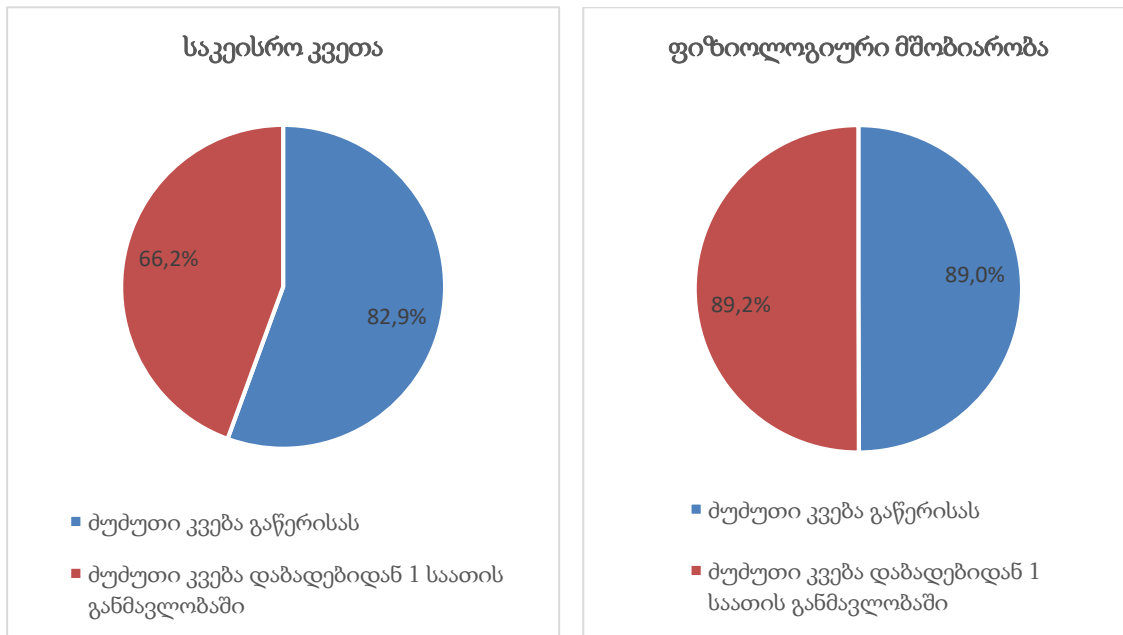
- 2018 წელს - 5131 (10.0% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)
- 2019 წელს - 4760 (9.9% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)

⁷ გამოყენებულია სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

- 2020 წელს - 3865 (8.3% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)
- 2021 წელს - 5141 (11.3% ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან)

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

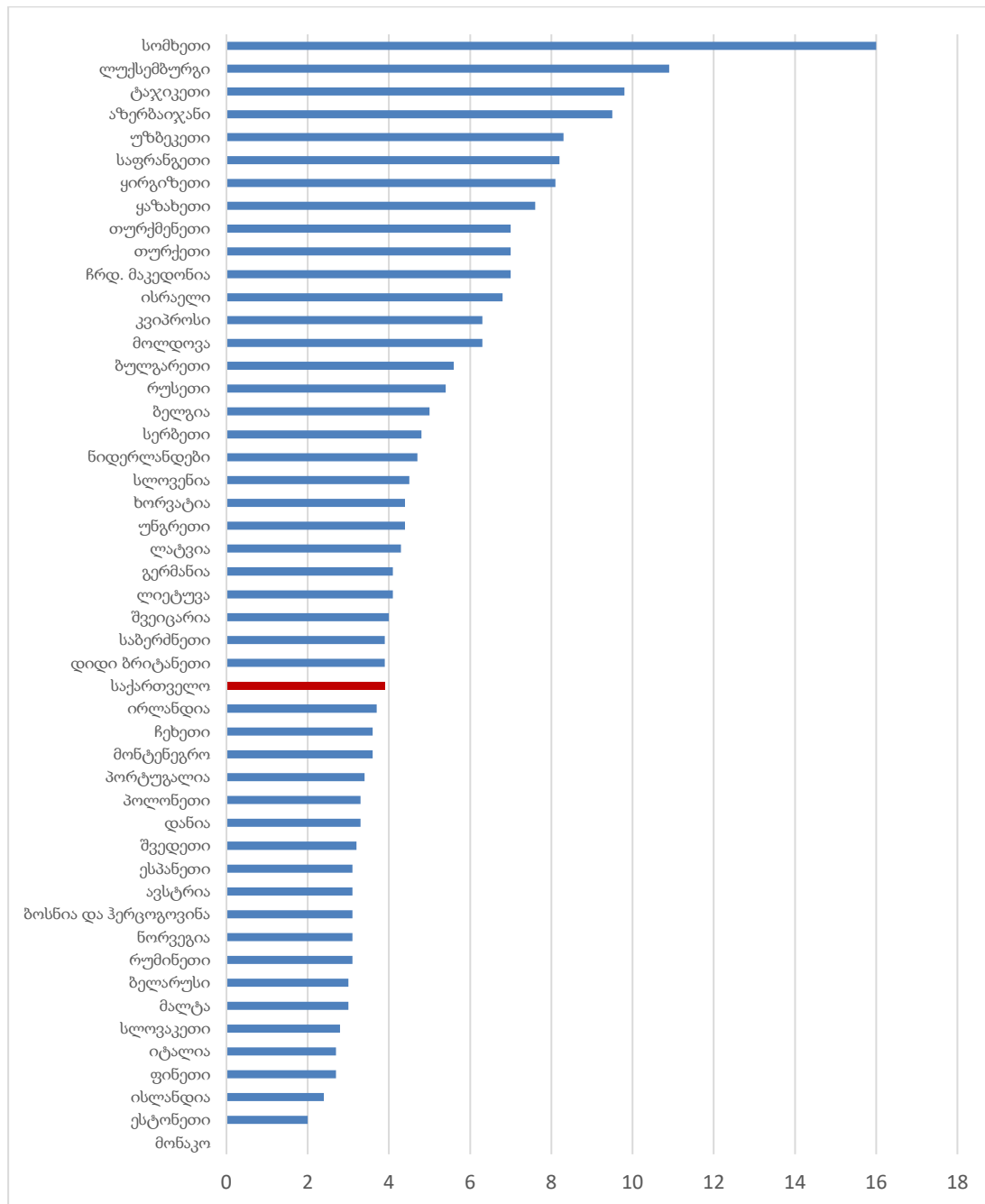
სურათი 42. ახალშობილთა კვება საკეისრო კვეთის და ფიზიოლოგიური მშობიარობის მიხედვით, საქართველო, 2021



2021 წელს დაბადებულ ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობიდან 82% დააწვინეს დედის მკერდზე დაბადებიდან 1 საათის განმავლობაში.

მკვდრადშობადობა

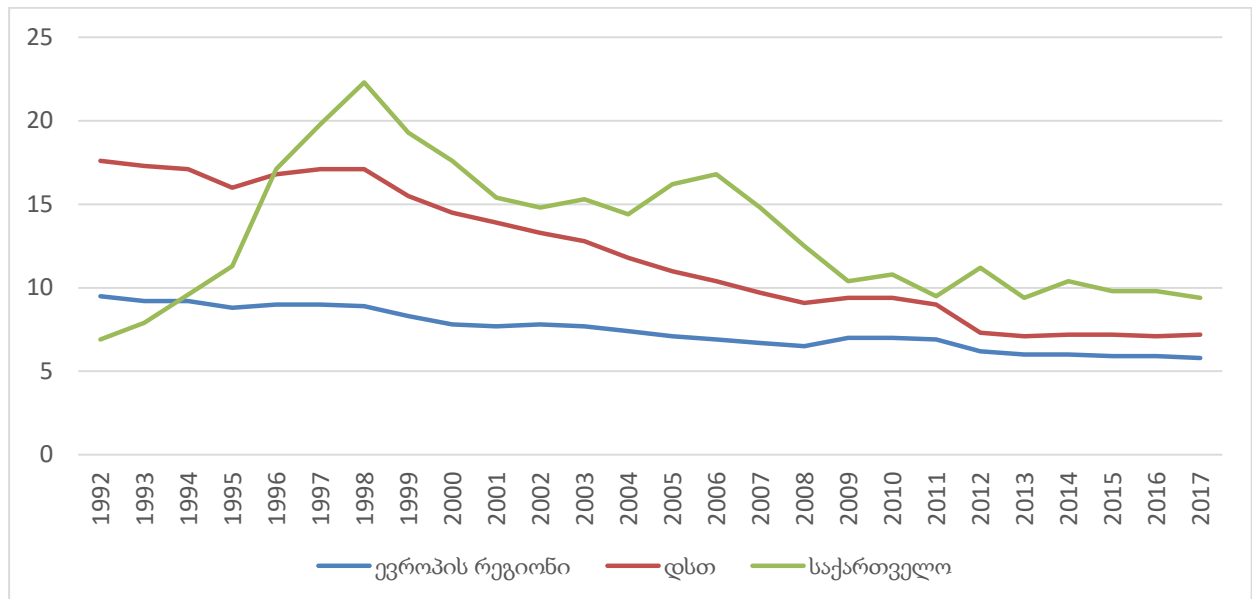
სურათი 43. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



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

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

სურათი 44. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი

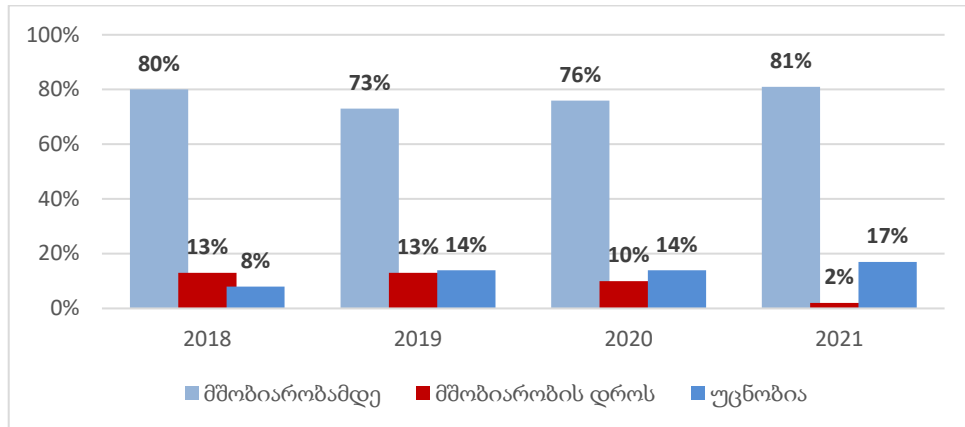


წყარო: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_82-1160-fetal-deaths-per-1000-births/visualizations/#id=18887

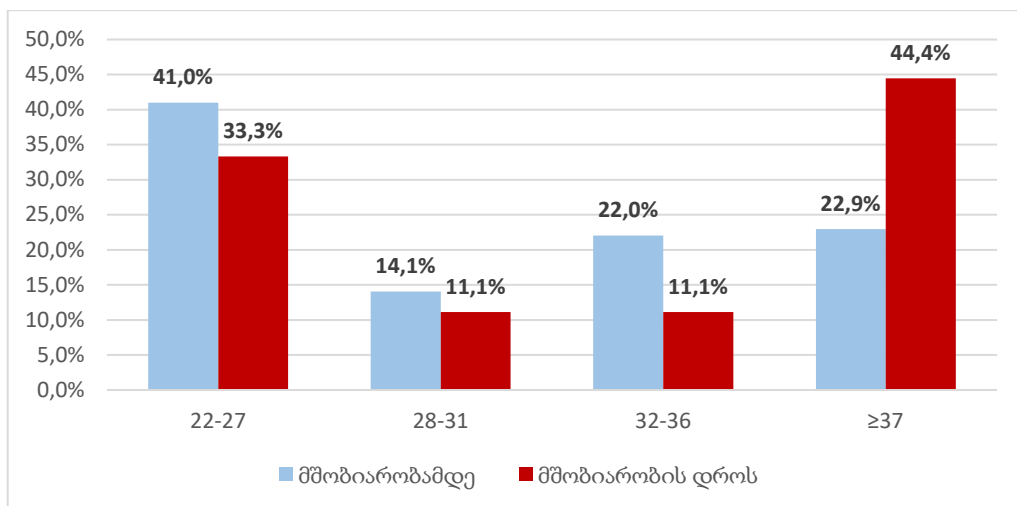
ცხრილი 12. მკვდრადშობადობა ორსულობის კვირის და ნაყოფის წონის მიხედვით, საქართველო

	2018	2019	2020	2021
მკვდრადშობადობა გესტაციის მიხედვით (%)				
22-27	41.5	33.8	35.0	40.2
28-31	14.7	17.3	13.5	14.4
32-36	21.8	24.1	24.6	21.6
≥37 კვირა	22.0	24.8	26.9	23.8
მკვდრადშობადობა ნაყოფის წონის მიხედვით (%)				
<1000 გრამი	47.7	36.8	39.7	42.2
1000-1499 გრამი	11.5	12.1	10.8	11.2
1500-1999 გრამი	10.3	15.6	9.9	9.4
2000-2499 გრამი	7.6	8.8	9.4	10.4
≥2500 გრამი	22.9	26.8	30.3	26.8

სურათი 45. მკვდრადშობადობა მშობიარობამდე და მშობიარობის დროს, საქართველო, 2021



სურათი 46. მკვდრადშობადობა მშობიარობამდე და მშობიარობის დროს გესტაციის მიხედვით საქართველო, 2021



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 პრევენციურებადი 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 სიკვდილიანობის 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. მკვდრადშობილების 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 მსგავსია. 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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) ინდექსისა 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 კვირებზე), 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 გავანალიზეთ ახალი და ძველი ანტენატალური მოვლის პროგრამების პერიოდში NICU-ში გადაყვანისა და პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, გამოვიყენეთ *მგრძნობელობის ანალიზი (Sensitivity analysis)* ერთი და იმავე რეგრესიის მოდელის სტრატეგიკაციის 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 წამყოფი, ხოლო 85%-ში ანტენატალური მოვლის ინიცირება მოხდა გესტაციის 12 კვირის ვადამდე. APNCU ინდექსის მიხედვით, დედების 16%-მა მიიღო არაადეკვატური მოვლის დონე, 10% - საშუალო, 38% - ადეკვატური 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 არაადეკვატური ანტენატალური მოვლის დონე ჰქონდათ ყველაზე მაღალი რისკი როგორც NICU-ში გადაყვანის (რისკი გაზრდილია 16%-ით ადეკვატური მოვლის დონესთან შედარებით, AOR=1.16, 95% CI 1.09-1.23), ასევე პერინატალური სიკვდილიანობის, (რისკი გაზრდილია 18%-ით ადეკვატური მოვლის დონესთან შედარებით AOR=1.18, 95% CI 1.02-1.36) ასევე სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგებით.

დასკვნა: ანტენატალური მოვლის არაადეკვატური 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 ადეკვატურს. 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 არაადეკვატური და ინტენსიური დონის ანტენატალური მოვლის კატეგორიებში. დედებს, რომელთაც მიიღეს ზრუნვის საშუალო დონე, 44%-ით ნაკლები რისკი აღენიშნებოდათ პერინატალური სიკვდილიანობის ადეკვატურ 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 რაოდენობის 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 სიკვდილიანობის 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 მაჩვენებლის 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 სამედიცინო პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზების გათვალისწინებით, ეროვნული მეთვალყურეობის სისტემის მონაცემებისა და საერთაშორისო დონეზე დამტკიცებული კრიტერიუმების შესაბამისად.

მონაცემთა წყაროები და კვლევის მეთოდოლოგია: 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 სამედიცინო 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 სამედიცინო რაპირდაპირ მიზეზს. გარდაცვლილი შემთხვევების 52.5%-ს არ აღენიშნება დატვირთული სამედიცინო ანამნეზი, მათ 62.3%-ს ჰქონდა რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობა და 52.5% -ს ჩატარდა გადაუდებელი საკეისრო კვეთა.

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

სამაგისტრო ნაშრომი: სოციალურ-დემოგრაფიული ინდიკატორების შედარება ქალებში, რომელთაც ორსულობა დაასრულეს იმშობიარობით 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 ჯანმრთელობის 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 მოხდა 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 მიმართულებით: მთლიან მონაცემთა ბაზაში, ორსულ ქალებში, რომელთაც 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 უმაღლესი განათლება, ხოლო მონაწილეთა 51.8%-ს ვინც ცხოვრობს 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 მშობიარობების 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 მახასიათებლების 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 პერიოდში 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 მიუძღრათ ანტენატალური მომსახურებისათვის. საცხოვრებელი სტატუსის მიხედვით ქალაქად მცხოვრებთა რაოდენობა აღემატება სოფლად მცხოვრებთა რაოდენობას. მათ შორის უმეტესობა 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 სიდრმისეულად 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 გამოითხვა.

დასკვნები და შედეგები:

1. 2018 წელს სულ ჩატარდა 22733 აბორტი, საიდანაც ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 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 განუხორციელებელი 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 ძალიან 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: ახალშობილთა თანდაყოლილი დაავადებების ეპიდემიოლოგია საქართველოში

ავტორი: ნინო ბაბილუა

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
სამაგისტრო პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

აბსტრაქტი

შესავალი

WHO-ს 2020 წლის მონაცემების მიხედვით, ყოველწლიურად, დაახლოებით 295 000 ახალშობილი იღუპება დაბადებიდან 28 დღის განმავლობაში თანდაყოლილი მალფორმაციების მიზეზით.

დღესდღეობით, ახალშობილთა თანდაყოლილ მალფორმაციებს, საკმაოდ დიდი და მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციების პრიორიტეტულ საკითხებში, რომლებიც მიზნად ისახავს, მალფორმაციათა რაოდენობის შემცირებას, პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვას, ახალშობილთა და დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მუდმივ მონიტორინგსა და მოვლას.

პრობლემა საკმაოდ აქტუალურია, როგორც მსოფლიო, ისე ჩვენი ქვეყნის მასშტაბითაც, დღესდღეობით, ფაქტობრივად არ არსებობს, ან ძალიან იშვიათია კვლევები და ნაშრომები, ახალშობილთა თანდაყოლილი მალფორმაციების შეფასების, შესწავლისა და არსებული მონაცემების ანალიზის შესახებ.

მიზანი:

კვლევის მიზანია, ქვეყანაში არსებული „დაბადების რეგისტრის“ მონაცემების მიხედვით, თანდაყოლილი მალფორმაციებით დაბადებულ ახალშობილთა და დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა, დედისა და ახალშობილის მახასიათებლებს შორის კორელაციის დადგენა, მონაცემების დამუშავება და ანალიზი. მოსალოდნელი დაავადებების რისკების შესახებ არსებული ინფორმაციის, მათ შორის, სტატისტიკური მონაცემებისა და საერთაშორისო წყაროების, კვლევებისა და სტატიების მიმოხილვა.

ამოცანები:

1. შესაბამისი ლიტერატურის მოძიება, ლიტერატურული მიმოხილვა;
2. დაბადების რეგისტრიდან მონაცემების ამოღება/ანალიზი;
3. კვლევის ჩატარება;
4. ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის ანალიზი და დამუშავება.
5. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების ანალიზზე დაყრდნობით დასკვნის გაკეთება;
6. რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მეთოდები

კვლევის ფარგლებში, გამოყენებული იქნება კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი, რეტროსპექტული ტიპით, მეორადი მონაცემების შესწავლა, რომელიც მოიცავს, ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულის, ე.წ. „დაბადების რეგისტრი“-ს მონაცემების ანალიზს.

შედეგები:

- კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ თანდაყოლილ მალფორმაციათა შორის, ყველაზე მეტი წილი სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილ ანომალიებს ენიჭება.
- მალფორმაციების დიაგნოზის მქონე ახალშობილების უმეტესობას, 62% -ს შეადგენს მამრობითი სქესის ახალშობილები.
- გამოიკვეთა პრობლემა ორსულთა ანტენატალურ მომსახურებაზე მიმართვიანობის კუთხით, კერძოდ, ანტენატალურ ვიზიტებზე დროული მიმართვიანობისა და შემდგომში 4 და 8 ვიზიტის მოცვის უფრო დაბალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ქალებში, რომელთა ახალშობილებიც დაიბადნენ მალფორმაციების დიაგნოზით.
- დადგინდა დედის ასაკისა და ანამნეზის გავლენა მალფორმაციათა განვითარებასთან მიმართებაში.
- 2020 წლის მონაცემების მიხედვით, მალფორმაციების გამოსავლის მქონე ორსულობათა დაახლოებით ნახევარი არის დაუგეგმავად დამდგარი ორსულობა, ხოლო ახალშობილთა მაღალი პროცენტული წილი, მოდის მრავალნაყოფიან ორსულობებზე.

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 ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა განახორციელა დაბადების რეგისტრის მონაცემთა აუდიტი.

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარდა დამატებითი კვლევა, რომლის მიზანია სამედიცინო-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 დაფიქსირებული 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, რომელთა 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 დაავადებების რისკის იდენტიფიკაცია, პრევენცია 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 ამოღებულ 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 როგორცაა დედის ასაკი, ორსულობის რიგითობა (ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა), განათლება, სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობა, წინა ცუდი სამედიცინო 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.

სადოქტორო დისერტაცია: საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის რისკის ფაქტორების შეფასება

ავტორი: ნათია კვარაცხელია

თემის აქტუალობა: 2016 წელს მსოფლიოში ახალშობილების 36% და 5 წლამდე ასაკის ბავშვების 16% გარდაცვალების მიზეზად ნაადრევი მშობიარობა და მასთან დაკავშირებული გართულებები, ინფექციები და მისი გართულებები დასახელდა (Berger, et al/ბერგერი და სხვანი, 2019;). დღენაკლ ბავშვებს, რომლებიც სიცოცხლეს აგრძელებენ, ხშირად როგორც მოკლევადიანი, ასევე გრძელვადიანი პრობლემები ახასიათებთ (Ene et al/ენე და სხვანი, 2019).

კვლევის მიზნად განისაზღვრა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის რისკის ფაქტორების ეპიდემიოლოგიური შეფასება

მეთოდოლოგია და სტატისტიკური ანალიზი: სამეცნიერო კვლევისას გამოყენებული იქნა „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“ (ე.წ. „დაბადების“ რეგისტრი). შესწავლილი იქნა 2018 წელს საქართველოს ერთნაყოფიან ორსულთა სრული პოპულაცია (49762 შემთხვევა).

სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამა SPSS-ის 24-ე ვერსიის მეშვეობით.

განხორციელდა ცვლადების დესკრიპტული, Chi2. მენტელ ჰაენზელ ანალიზი. სამიზნე ცვლადად განისაზღვრა ნაადრევი მშობიარობა (ორსულობის ვადა < 259 დღე), რომელიც დიფერენცირდა დიქტომურ ცვლადად. განხორციელდა სამუშაო ჰიპოთეზების შემოწმება, რომელიც წარიმართა სტატისტიკური ანალიზის მოდელირების თანმიმდევრული (backward selection) ეტაპებით, ნაადრევ მშობიარობასთან დაკავშირებული სავარაუდო ექსპოზიციები გაერთიანდა ლოჯისტიკური რეგრესიის მოდელში. კვლევის შემდგომ ეტაპზე პრევენციული ქმედებების შესახებ რეკომენდაციების შემუშავების თვალსაზრისით განხორციელდა ორსულის ქცევასთან დაკავშირებული სტატისტიკურად სანდო შედეგების მიხედვით რისკის ჯგუფების რევიზია. ასევე გამოთვლილი იქნა ნაადრევი მშობიარობის კოეფიციენტები საქართველოს სხვადასხვა რეგიონისთვის.

შედეგები: საქართველოს პოპულაციაში მამრობითი სქესისთვის რისკი, გაჩნდეს ნაადრევად, 1.3-ჯერ მეტია მდედრობითი სქესის ახალშობილებთან შედარებით; (OR=1.34; 95% CI 1.2-1.5). ახალშობილის წონაში ჩამორჩენა სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგით 74-ჯერ ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს; (OR=.74; 95% CI 64.2-86.2). დედის ასაკი 18 წლამდე ნაადრევად მშობიარობის რისკს ზრდის 1.8-ჯერ; OR=1.8 (95% CI 1.04-3.17). დედის ასაკი 35 წელს ზემოთ ნაადრევად მშობიარობის სტატისტიკურად სარწმუნო რისკია და ორსულობის ნაადრევად დასრულების რისკი იზრდება 1.4-ჯერ; OR=1.4; 95% CI (1.8-1.7). მძიმე ანემია ორსულობაში ნაადრევ მშობიარობის რისკს ზრდის 4-

ჯერ ; OR=3.9 (95% CI 1.6-9.8). შაქრიანი დიაბეტი ორსულობის პერიოდში ორსულობის ნაადრევად დასრულების ერთ-ერთი სტატისტიკურად სარწმუნო ფაქტორია და ორსულობის ამ გამოსავალს ზრდის 12-ჯერ და მეტად; OR=12.6 (95% CI 4.0-39.5). ოთხი და ნაკლები ანტენატალური ვიზიტი სტატისტიკურად სარწმუნოდ თითქმის ორჯერ ზრდის ნაადრევი მშობიარობის ალბათობას; OR=1.8 (95% CI (1.6-2.1)). ხელოვნური აბორტები განვლილ ორსულობებში ნაადრევი მშობიარობის რისკს 1.5-ჯერ და მეტად ზრდის; OR=1.5 (95% CI (1.3-2.8)). ორსულის სხეულის მასის ინდექსის მცირე (<5) მატება ნაადრევი მშობიარობასთან სტატისტიკურად სანდო კავშირშია და ზრდის ამ მოვლენის განხორციელების რისკს 1.30-ჯერ; OR=1.3 (95% CI 1.1-1.5).

კვლევის სამეცნიერო სიახლე: პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების გამოყენებით ნაადრევი მშობიარობის რისკის ფაქტორების ეპიდემიოლოგიური შეფასების შედეგად აღნიშნულ სამეცნიერო დარგში მიღებული იქნა ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა, კერძოდ: პირველად განხორციელდა საქართველოს სრული პოპულაციაში სხვადასხვა ექსპოზიციის ექსპლორაცია ნაადრევი მშობიარობასთან მიმართებაში; შეფასდა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის სტატისტიკურად სარწმუნო რისკის ფაქტორები; პირველად იქნა გამოთვლილი საქართველოს რეგიონების მიხედვით ნაადრევი მშობიარობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 ახალშობილზე; განხორციელდა კვლევის შედეგად სტატისტიკურად სარწმუნო, ორსულის ქცევით განპირობებული, რისკის ჯგუფების ექსპლორაცია კვლევაში ჩართული სხვადასხვა ფაქტორის მიხედვით; 2018 წლის ახალშობილთა სხეულის მასის ინდექსის (სმი) მიხედვით განხორციელდა ორსულთა ბიოსამედიცინო, ქცევითი და სოციალური ფაქტორების სტრატეგიული ანალიზი.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება: კვლევაში გაანალიზებულია როგორც ბიოსამედიცინო, ასევე სოციალური და ქცევასთან დაკავშირებული ექსპოზიციები, რომელთაგან ბოლო ორი ტიპი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის პრევენციული ნაწილის მნიშვნელოვანი ფაქტორია. კვლევამ სტატისტიკურად სანდო შედეგი აჩვენა ნაადრევი მშობიარობასა და ქცევასთან დაკავშირებულ ორ ფაქტორს შორის: ხელოვნური აბორტები და სრული ანტენატალური მეთვალყურეობა. ეს ფაქტი ზრდის საფუძველს სამედიცინო პრაქტიკაში გაუმჯობესებული იქნას ამ ფაქტორების ორსულობის გამოსავალზე გავლენის შესახებ ფოკუს ჯგუფების საინფორმაციო კამპანია. ჩატარებული კვლევის საფუძველზე ნათლად ჩანს, რამდენად მნიშვნელოვანია ორსულის სრულყოფილი მონიტორინგი სასურველი გამოსავლის მისაღწევად. ამასთან ნათლად გამოიკვეთა 2018 წლის თებერვლიდან სავალდებულო ანტენატალური მეთვალყურეობის 4 ვიზიტიდან 8 ვიზიტამდე გაზრდის მიზნობრიობა. ჩატარებული კვლევის შედეგები არის ახალი, ცაკლუული ფაქტორების მიხედვით ჩადრმავებული კვლევების საგანი.

რეკომენდაციები: რეკომენდებულია დაბადების რეგისტრში შეიცვალოს ორსული ქალის სამუშაო ადგილის სტანდარტი სამნიშნა რიცხვიდან ოთხნიშნა რიცხვით, რითაც შესაძლებელი გახდება ქალის უშუალო სამუშაო ადგილის იდენტიფიცირება. რეკომენდებულია ისეთი ცვლადების რეგისტრში დამატება, რომლითაც მოხდება შემდეგი ინფორმაციის მიღება: პარტნიორთან

ურთიერთობა; ფიზიკური ძალადობა; ორსულის მიერ საკუთარი ფინანსური მდგომარეობის შეფასება. ეპიდემიოლოგიურად დასაბუთდა, რომ ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისა და მართვის მოქმედ გაიდლაინში ასიმპტომური მაღალი რისკის პაციენტების ჩამონათვალში საჭიროა ცვლილების შეტანა და მამრობითი სქესის, ნაყოფის წონის დეფიციტის და ორსულობაში სმი-ის მცირე მატების ფაქტორების დამატება. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, სრული ანტენატალური მეთვალყურეობის საჭიროების და ხელოვნური აბორტის საზიანო მოქმედებების შესახებ ეფექტური კამპანიის განხორციელება რეკომენდებულია სხვა ეროვნების, დაბალი განათლების სტატუსის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალებისთვის. განსაკუთრებით სამცხე ჯავახეთში და შიდა ქართლში. კვლევის სტატისტიკურად სანდო ბიოსამედიცინო და ქცევასთან დაკავშირებული ფაქტორების იდენტიფიცირების საფუძველზე მნიშვნელოვანია ნაადრევი მშობიარობის თავიდან აცილების თვალსაზრისით პასუხისმგებლობების გადანაწილება მოხდეს სამედიცინო პერსონალსა და ორსულ ქალს შორის.

სამაგისტრო ნაშრომი: კოვიდ-19 და მისი გავლენა კონტრაცეფციის მეთოდებზე

ავტორი: ვერონიკა ცეცხლაძე

საქართველოს უნივერსიტეტი

შესავალი

რევიუში წარმოდგენილია საქართველოში კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული საკითხები და პრობლემები. აღწერილია სხვადასხვა ქვეყნის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები, რომელიც პანდემიის პირობებში სასურველია განხორციელდეს. რეკომენდაციები ცვლის როგორც ექიმის და პაციენტის კომუნიკაციის ფორმას, ასევე კონტრაცეფციის მეთოდს. სტატიაში წამოჭრილია საკითხი საქართველოში კოვიდის პირობებში კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ კვლევის თაობაზე.

მიმოხილვა

კონტრაცეფცია საერთაშორისო მასშტაბით აღიარებულია, როგორც რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის აუცილებელი კომპონენტი, რომელიც აუმჯობესებს რეპროდუქციულ ავტონომიას და იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისგან. მსოფლიოში აპრობირებულია ისეთი კონტრაცეპტივები როგორიცაა: (ორალური კონტრაცეფცია (აბები); ქალის და მამაკაცის სტერილიზაცია; იმპლანტები; დიაფრაგმა; ქალისა და მამაკაცის კონდომი).

ეპიდემიები და მასთან დაკავშირებული ერთი მხრივ მოსახლეობის ქცევის ცვლილებები, მეორეს მხრივ ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის საკითხები, ცვლის ოჯახის დაგეგმარებასთან დაკავშირებულ მოცემულობებს, რაზეც კოვიდ პანდემიამდე არსებული მაგალითებიც მეტყველებს. ფიზიკური დისტანცირების, იზოლირების და სახლიდან მუშაობის პირობებში ბუნებრივია წყვილების უფრო მეტად დაახლოება და სქესობრივი აქტივობის გაზრდა. ასეთი რეალობა განსაკუთრებით ზრდის ეფექტური კონტრაცეპტივების სწორად მოხმარების საჭიროებას, რაც

ხორციელდება: სწორი ინფორმირებულობით, ეფექტური კონტრაცეპტივების მარაგებით, მომხმარებლის გადახდისუნარიანობით, მედიცინის პროფესიონალებთან ადექვატური კომუნიკაციით. ეპიდემიის პირობებში, თითოეულ ფაქტორთან მიმართებაში დისჰარმონიის რისკი მნიშვნელოვნად მატულობს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად კოვიდ ინფექციის პერიოდში ლიბერიაში 65 %-ით არის შემცირებული კონტრაცეპტივების გამოყენება, რომლის ძირითად მიზეზად სახელდება უმუშევრობით გამოწვეული უსახსრობა. განვითარებული ქვეყნების მიერ კოვიდ პანდემიის პირობებში კონტრაცეფციასთან მიმართებაში მოდიფიცირებული ალტერნატივების შესახებ კეთდება რეკომენდაციები. კერძოდ, ჯანმრთელ ქალებში უპირატესობა ენიჭება გძელვადიან კონტრაცეპტივებს, რაც ამცირებს ვიზიტების რაოდენობას. ასევე ხორციელდება კონსულტაციების დისტანციურ რეჟიმში ჩატარება, ინექციური კონტრაცეფტივების გამოყენების შემთხვევაში კი ვიდეორგოლების ხელმისაწვდომობა, ინექციის სწორად ჩატარების თვალსაზრისით.

ეპიდემიამდეც საქართველოში ზოგადად კონტრაცეპტივების გამოყენება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში სასურველზე გაცილებით დაბალია. 2010 წლიდან 2018 წლამდე კონტრაცეფციის ყველა ტიპის გამოყენება შემცირდა 53,4% დან 45,4% მდე, ასევე შემცირდა ტრადიციული კონტრაცეფტივებით სარგებლობა 18,5%-დან 8,5%-მდე.

განუხორციელებელი/არასწორი კონტრაცეფცია ლოგიკური ჯაჭვით უკავშირდება სტრესულ სიტუაციებს, დაუგეგმავ ორსულობას, აბორტების განხორციელებას და ამ აბორტებით გამოწვეული გართულებების რისკის ზრდას.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანია , გავიგოთ თუ რა გავლენა მოახდინა კოვიდ 19-მა კონტრაცეპტივების მეთოდების გამოყენებაზე როგორც ჯანმრთელი, ასევე კოვიდით დაავადებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასაკის ქალებში ქ.თბილისში.

კვლევის მეთოდი

ამ რეალობაზე დაყრდნობით სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაიგეგმა იმ შესაძლო ცვლილებების შესახებ კვლევა, რომელიც კონტრაცეფციის გამოყენების მეთოდებს უკავშირდება კოვიდ ეპიდემიის პირობებებში, როგორც ჯანმრთელი ასევე კოვიდით დაავადებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასაკის ქალებში.გამოყენებული იქნა კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი.კვლევა განხორციელდა 2020 წლის სტატისტიკური მონაცემების და თბილისის მასშტაბით ამბულატორიული გინეკოლოგიური მომსახურების დაწესებულებების ექიმების გამოკითხვის საფუძველზე. შესაბამისი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებების ამონარჩევის ზომით განსაზღვრულ ოდენობაში. გამოიკითხვა განხორციელდა ელექტრონული ფორმატით,თითოეულ დაწესებულებაში ლიმიტირებული ექიმების ოდენობის გათვალისწინებით.მონაცემთა ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამა SPSS საშუალებით.

შედეგები

რეპროდუქტოლოგთა ერთი მესამედი, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში მოიცავს 35-44, 45-54 ასაკობრივი ჯგუფის ექიმებს მიიჩნევენ, რომ კოვიდის პერიოდის განმავლობაში, ქალების მხრიდან არ გაზრდილა მოთხოვნის ინტენსივობა კონტრაცეფციული საშუალებების მიღებისა და ინფორმირებულობის შესახებ. კონტრაცეფტივების მოთხოვნაზე უცვლელი პოზიცია შესაძლოა დაკავშირებული იყოს პანდემიით გამოწვეულ სტრესთან და შიშთან ან ზოგადად ცვლილებების მიმართ ხისტ დამოკიდებულებასთან. რეპროდუქტოლოგთა 51 % პანდემიის პერიოდში მხარს უჭერს რეკომენდაციის გაცემის დისტანციურ მეთოდს. კვლევის შედეგების ანალიზის მიხედვით, კოვიდ პერიოდში რეპროდუქტოლოგების 28,1 % იძლეოდნენ რეკომენდაციას მოკლევადიანი კონტრაცეფციული საშუალებების გრძელვადიანი კონტრაცეფციული საშუალებებით ჩანაცვლების შესახებ, რადგან მოკლევადიანი კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება დაკავშირებული იყო სხვადასხვა გართულებებთან, მათ შორის თრომბოემბოლიის განვითარების რისკთან. ექიმების ერთი მესამედი კი საერთოდ წყვეტდა კონტრაცეპტივების გამოყენებას კოვიდის დადასტურების შემთხვევაში. კოვიდის დადასტურების შემთხვევაში ჰორმონალური და კომბინირებული ორალური კონტრაცეფტივების შეცვლა ხდებოდა ისეთი გრძელვადიანი კონტრაცეფტული საშუალებებით, როგორიცაა: საშვილოსნოს შიდა სპირალი და საშვილოსნოს იმპლანტი MIRENA, ასევე ხშირ შემთხვევაში გამოიყენებოდა კონდომები.

დასკვნა

შედეგების მიხედვით, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სამუშაო ჰიპოთეზა - კოვიდ 19 გავლენის შესახებ კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებაზე ქალაქ თბილისის რეპროდუქციული ასაკის სქესობრივად აქტიური ქალების პოპულაციაში რეპროდუქტოლოგთა პრაქტიკული გამოცდილების მაგალითზე დამტკიცებულია.

საკვანძო სიტყვები: კოვიდ19, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, არასასურველი ორსულობა,