

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი



**ნიკოლოზ ებრალიძე**

**მკვდრადშობადობის შესახებ მონაცემთა ხარისხის შეფასება და**

**დაწესებულებების ხელმძღვანელების ცოდნა-  
დამოკიდებულება დაბადების რეგისტრის მიმართ**

**სამაგისტრო პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა**

**სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის**

**მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად**

**ხელმძღვანელი: მაია კერესელიძე**

**MD, PHD**

**თბილისი 2020**

## ანოტაცია

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. დაბადების რეგისტრში ჩართულია ყველა ანტენატალური და სამეანო პროფილის მქონე დაწესებულება. დღესდღეობით, დაბადების რეგისტრი არის ანტენატალური და სამეანო მომსახურების მონიტორინგის და შეფასების ერთ-ერთი მთავარი წყარო და ფართოდ გამოიყენება პოლიტიკის შემუშავების კუთხით. დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით ხდება პერინატალური რეგიონალიზაციის პროგრამის შემდგომი საფეხურების განსაზღვრა, შესაბამისი რეგულაციების შემუშავება და სხვა. ყოველივე ეს განაპირობებებს დაბადების რეგისტრში არსებული მონაცემების მაღალი ხარისხისა და მონაცემთა სისრულის აუცილებლობას.

**თემის აქტუალობა:** დაბადების რეგისტრის მონაცემებით, ხშირია მკვდრადშობადობის შემთხვევები, როდესაც ანტენატალური პერიოდი მიმდინარეობს ყოველგვარი გართულებების გარეშე, განსაკუთრებით დროული მშობიარობისა და ნაყოფის ნორმალური წონის პირობებში. თემის აქტუალობას განაპირობებს ამ ინფორმაციის ვალიდურობის დადგენა, რაც განხორციელდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ დაბადების რეგისტრის მონაცემთა აუდიტის ფარგლებში. მოხდა მკვდრადშობადობის შემთხვევებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სისრულის შესწავლა, დაბადების რეგისტრში ატვირთული ინფორმაციის შედარებით ორსულთა სამედიცინო ბარათებში არსებულ ჩანაწერებთან.

2018 წელს ქვეყანაში დაფიქსირებული 436 მკვდრადშობადობის შემთხვევიდან რანდომული შერჩევის პრინციპით შეირჩა 199 შემთხვევა. მოხდა აღნიშნული შემთხვევების სამედიცინო ბარათებისა და რეგისტრში დაფიქსირებული მონაცემების შემოწმება წინასწარ განსაზღვრული კითხვარის მიხედვით.

**კვლევის მიზანი:** კვლევის მიზანია სამედიცინო-გინეკოლოგიური მიმართულების მქონე სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელების ინფორმირებულობის განსაზღვრა დაბადების რეგისტრის მიმართ, მათი დაწესებულებების მხრიდან მონაცემთა შეტანის მექანიზმის დადგენა, შეტანილი მონაცემების ხარისხის განსაზღვრა და არსებული პრობლემების იდენტიფიკაცია.

**კვლევის ამოცანებია:**

- 1) მკვდრადშობადობის შესახებ ჩატარებული აუდიტის ანალიზი.
- 2) შესწავლილ იყოს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელთა ცოდნა-დამოკიდებულება „დაბადების რეგისტრის“ მიმართ და მათ მიერ შეტანილი ინფორმაციის ხარისხი.
- 3) კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე მომზადდეს დასკვნები და რეკომენდაციები.

**კვლევის ჰიპოთეზა:** სამაგისტრო კვლევის დაწყებამდე აუდიტის საშუალებით დადასტურდა, რომ „დაბადების რეგისტრი“ არ მოიცავდა სრულყოფილ სამედიცინო ჩანაწერებს მკვდრადშობადობის შემთხვევებში. პრობლემის უფრო ღრმა შესწავლისათვის საჭირო გახდა მეორე კვლევის ჩატარება, სადაც გამოჩნდება უშუალოდ ხელმძღვანელთა ცოდნა/დამოკიდებულება დაბადების რეგისტრის მიმართ. სამაგისტრო კვლევის დაწყებამდე გამოითქვა ვარაუდი, რომ სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელები საჭიროებდნენ დაბადების რეგისტრის შესახებ ცნობიერების ამაღლებას და თავად დაბადების რეგისტრი მუდმივ დახვეწას.

**კვლევის მეთოდოლოგია:** სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევებისათვის მოხდა ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, შედარება, სისტემატიზაცია, და ანალიზი. მომზადდა და შემუშავდა საჭირო კითხვარი

ელექტრონულ ფორმატში, რათა მომხდარიყო კვლევის დისტანციურ რეჟიმში ჩატარება. სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის შემდეგ ჩატარდა რესპოდენტთა ელექტრონული ინტერვიუება, მიღებულ მონაცემთა დამუშავება და საჭირო რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევა ჩატარდა მთელი საქართველოს მასშტაბით, როგორც დედაქალაქში, ისე რეგიონებში.

შესავალი.....	6
თავი 1	
1.1 ძირითად მაჩვენებლებზე განმარტებები.....	6-8
1.2 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საქართველოში და მდგრადი განვითარების მიზნები.....	8-9
თავი 2	
2.1 დაბადების რეგისტრის მიმოხილვა.....	9-12
2.2 დაბადების რეგისტრის შესაძლებლობები.....	12-16
თავი 3	
3.1 პერინატალური აუდიტის მნიშვნელობა და ჩატარების ხერხები.....	16-19
3.2 პერინატალური აუდიტის პოზიტიური გამოცდილება ნიდერლანდებში.....	19-21
3.3 მონაცემთა ვალიდურობის განსაზღვრა.....	21-21
თავი 4	
4.1 მკვდრადშობადობის აუდიტი და შედეგები.....	21-35
4.2 მცირე მასშტაბის კვლევა: სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელების/მენეჯერების ცოდნა-დამოკიდებულება „დაბადების რეგისტრის“ მიმართ.....	35-54
4.3 მკვდრადშობადობის აუდიტისა და ცოდნა-დამოკიდებულების კვლევის საერთო ანალიზი.....	54-55
4.4 დასკვნები და რეკომენდაციები.....	55-58
4.5 გამოყენებული ლიტერატურა.....	59-60
4.6 ტექსტში გამოყენებული აბრევიატურები.....	61-61
4.7 დანართები.....	61-66

## **შესავალი**

მკვდრადშობადობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) გლობალური მონაცემებით, მკვდრადშობადობის 97–99% საშუალო და დაბალი განვითარების ქვეყნებში აღირიცხება. საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი, მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს, და ასევე მაღალია დსთ-ს ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. ბავშვთა სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზები დღენაკლულობა, თანდაყოლილი ანომალიები და რისკის შეუსაბამო მოვლაა. საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვა ყველა ორსულისთვის და ბავშვისთვის უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას. განხორციელდა პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია. განისაზღვრა სამედიცინო და ნეონატალური სერვისების დონეები, შესაბამისი სანებართვო მოთხოვნები და სტანდარტები, დედისა და ახალშობილის რეფერალის კრიტერიუმები და ხარისხის შეფასების ინდიკატორები. დედისა და ბავშვის ნუტრიციული სტატუსის გასაუმჯობესებლად ყველა ორსულს უფასოდ ეძლევა ფოლიუმის მჟავა და რკინის პრეპარატი ანემიის სამკურნალოდ. 6-23 თვის სოციალურად დაუცველი ბავშვები იღებენ ვიტამინებსა და მინერალების კვებით დანამატს. დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად დაინერგა ხარისხის ინდიკატორები. მიმდინარეობს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემთხვევათა კლინიკური აუდიტი.

## **თავი 1**

### **1.1 ძირითად მაჩვენებელთა განმარტებები**

**ცოცხალშობილობა** - 1967 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მიიღო განსაზღვრება, რომლის მიხედვითაც ცოცხალშობილობა გულისხმობს ნაყოფის

სრულ გამოსვლას ან გამოღებას დედის სამშობიარო გზებიდან ორსულობის ხანგრძლივობის მიუხედავად. ნაყოფი უნდა სუნთქავდეს, ან უნდა ამჟღავნებდეს სიცოცხლის ნებისმიერ სხვა ნიშნებს (გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან გლუვი კუნთების შეკუმშვა) მიუხედავად იმისა გადაჭრილია თუ არა ჭიპლარი.

**მკვდრადშობადობა** - ნაყოფის სიკვდილი დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე. მკვდრად დაბადებულის კრიტერიუმებია სუნთქვისა და სიცოცხლის სხვა ნიშნების (გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან კუნთების შეკუმშვა) არარსებობა.

**ცოცხალშობილთა რაოდენობა** - 1000 სულ მოსახლეზე (მაჩვენებელი) =  
(ცოცხალშობილთა რაოდენობა) / (მოსახლეობის რაოდენობა) \* 1000

**მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი** =  
მკვდრადშობილთა რაოდენობა \* 1000 / დაბადებულთა (მკვდრად + ცოცხლად) რაოდენობა

**ნეონატალური პერიოდი** - იწყება დაბადებიდან და გრძელდება მშობიარობიდან 28-ე სრული დღის დადგომამდე. ადრეული - დაბადებიდან მე-7 დღემდე გვიანი – მე-7 დღიდან 28-ე სრულ დღემდე

**პერინატალური პერიოდი** – იწყება 22 კვირის (154 დღე) ვადიდან და მთავრდება მშობიარობიდან მე-7 სრულ დღეზე

**დედის სიკვდილი** – ქალის სიკვდილი ორსულობის პერიოდში ან ორსულობის დასრულების შემდეგ 42 დღის განმავლობაში, ორსულობასთან (მისი ხანგრძლივობისა და ლოკალიზაციის მიუხედავად) დაკავშირებული რაიმე მიზეზის გამო, მაგრამ არა უბედური შემთხვევის ან შემთხვევით წარმოშობილი მიზეზის გამო

**დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი** =  
დედის სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა (პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზებით) \* 100 000 / 15-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა

**დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი** =

დედის სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა (პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზებით) \* 100 000 / ცოცხლადშობილთა რაოდენობა

**ბუნებრივი მატება** – საანგარიშო წლის განმავლობაში ცოცხალშობილთა რაოდენობას გამოკლებული გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობა (აბსოლუტური რიცხვი)

ბუნებრივი მატება 1000 სულ მოსახლეზე (მაჩვენებელი) =

(ცოცხალშობილთა რაოდენობა, სულ - გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობა, სულ) /

(მოსახლეობის რაოდენობა) \* 1000

(NCDC, 2018).

## **1.2 დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საქართველოში და მდგრადი განვითარების მიზნები**

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ქვეყნის მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს მომავალი 10 წლის განმავლობაში. ამ მიზნით, მთავრობამ შეიმუშავა გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი წინაპირობა ოჯახის დაგეგმვის ხარისხიანი სერვისების მიწოდება და ასევე, ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობაა. სწორედ ამიტომ, აღნიშნულმა მიმართულებებმა ასევე ჰპოვა ასახვა სტრატეგიულ დოკუმენტში.

დოკუმენტი განსაზღვრავს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროების გაუმჯობესების სტრატეგიულ ჩარჩოს და ინტერვენციებს. იგი ჰარმონიზებულია უკანასკნელ პერიოდში შემუშავებულ საერთაშორისო სტრატეგიულ დოკუმენტებთან: გაეროს „მდგრადი განვითარების მიზნები და ამოცანები“, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ევროპის ბიუროს „ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ევროპული პოლიტიკა – ჯანმრთელობა 2020“ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიუროს „სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა“.

საქართველოს მთავრობის მიერ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განხორციელებული ქმედითი ინიციატივებისა და გაწეული მნიშვნელოვანი ძალისხმევის შედეგად, საქართველომ გადაჭარბებით შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანი და 1990-2015 წლებში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა შეამცირა 48-დან 12მდე 1000 ცოცხალშობილზე, ნაცვლად სამიზნე 16-ისა. ამავე პერიოდში, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე შემცირდა 41-დან 11-მდე, ხოლო ნეონატალური სიკვდილიანობა 25-დან 7მდე.

საქართველოს პარლამენტმა 2016 წელს მიიღო დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია. იგი ეფუძნება ეროვნულ ძალისხმევას, მიღწევებსა და გამოცდილებას ყველა სექტორში. აღნიშნული პოლიტიკის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების, ინფორმაციისა და განათლების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა“.

საბოლოოდ უნდა აღინიშნოს, რომ 2016 წლის სექტემბერში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული კომიტეტის 66-ე სესიაზე მიღებულ იქნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ევროპის სამოქმედო გეგმა, რომელიც შემუშავდა რეგიონის 53 წევრ სახელმწიფოსთან მჭიდრო თანამშრომლობით და საქართველო ერთ-ერთი მათგანია. ევროპის სამოქმედო გეგმა დაკავშირებულია აღნიშნული სფეროსთვის რელევანტურ, პოლიტიკის ისეთ ძირითად დოკუმენტებთან, როგორცაა ჯანმო-ს ევროპის ბიუროს სტრატეგია „ჯანმრთელობა 2020“, ICPD-ის სამოქმედო პროგრამა და გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნები. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია სრულად იზიარებს ევროპული სამოქმედო გეგმის ძირითად ფასეულობებსა და დებულებებს. (საქართველოს მთავრობა, 2017)

## თავი 2

### 2.1 დაბადების რეგისტრის მიმოხილვა

სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი 1996 წლიდან აგროვებს ყოველთვიურ და ყოველწლიურ მონაცემებს ყველა სამედიცინო დაწესებულებიდან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ. მონაცემებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს ანტენატალური, ინტრანატალური და პოსტნატალური ზრუნვის, ასევე დედათა სიკვდილიანობის, ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების და მკვდრადშობადობის შესახებ ყოველთვიურად აწვდიან პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებები.

2016 წლის იანვარში საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან“ ერთად და გაეროს ბავშვთა ფონდის ხელშეწყობით, დაიწყო აღრიცხვიანობის ახალი, ელექტრონული სისტემის – „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“, ე.წ. „დაბადების რეესტრის“ დანერგვა. სისტემა შეიცავს ინფორმაციას ორსულობის, მშობიარობის, მშობიარობის შემდგომი პერიოდის, აბორტის, ასევე დედათა სიკვდილის შემთხვევების, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების შესახებ. თუმცა, ქმედითი და მომხმარებელზე ორიენტირებული ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს მონაცემთა შეგროვებას, კომუნიკაციას და კოორდინაციას მომსახურების სხვადასხვა დონეს შორის, ისევე, როგორც მომსახურების მიმწოდებლებსა და პაციენტებს შორის, ჯერ ისევ საჭიროებს შემდგომ დახვეწასა და განვითარებას. (საქართველოს მთავრობა, 2017)

ჩატარებული აქტივობები

- ინიციატივა: NCDC, UNICEF, ტრომსოს უნივერსიტეტი

- სისტემის ტექნიკური უზრუნველყოფა - CITI
- შინაარსი: ნორვეგიის დაბადების რეგისტრის ადაპტირება
- პილოტირება: 3 მხვილი კლინიკა
- სწავლება: 1000-ზე მეტი ტრენინგი ქვეყნის მასშტაბით
- მონაცემთა ანალიზი: NCDC
- მიმდინარე აქტივობები: მონაცემთა შეყვანა, მონიტორინგი, კომუნიკაცია პროვაიდერებთან

მოდულის მეშვეობით ხორციელდება:

- თითოეული ორსულის უწყვეტი მონიტორინგი პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით.
- ახალშობილის დაბადებისას ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი.

„დაბადების რეგისტრის“ საშუალებით შესაძლებელია:

- დაავადებათა და სიკვდილიანობის შემთხვევების ზუსტი აღრიცხვა.
- რეალურ დროში ინფორმაციის არსებობა - პათოლოგიური მდგომარეობების ადრეული გამოვლენა
- მომსახურეობის უწყვეტობის უზრუნველყოფა
- ყოველი მომდევნო ორსულობის დროს წვდომა წინა ორსულობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციასთან
- ბავშვზე შემდგომი მეთვალყურეობის სწორედ განხორციელება წინა ისტორიის გათვალისწინებით
- პირადი ნომრის გამოყენებით კავშირების/ბმების უზრუნველყოფა ელექტრონული ჯანდაცვის სხვა მოდულებთან
- აღრიცხვიანობის წარმოებასთან დაკავშირებული დროისა და ადამიანური რესურსის ოპტიმიზაცია
- სპეციალიზებული მოვლის მისაღებად რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე ქალს მიმართვის შესაძლებლობა

- კლასტერული კვლევების ბაზა

სამიზნე მაჩვენებლები 2030 წლისთვის:

- დედათა სიკვდილიანობის შემცირება 32-დან (2015) – 12-მდე 100,000 ცოცხლადშობილზე
- ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება 6,1 (2015) – 5-მდე 1,000 ცოცხლადშობილზე
- ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების შემცირება 30.5%-დან (2010), <15%-მდე
- ხელოვნური აბორტის ჯამური კოეფიციენტის კლება 1,6-დან (2010) – 0,5-მდე
- მოზარდთა (15-19 წლის) შობადობის მაჩვენებლის კლება 48.6-დან (2015) - <20-მდე 1,000 ქალზე (NCDC, 2017)

## 2.2 დაბადების რეგისტრის შესაძლებლობები

მოსახლეობის განვითარებისთვის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

პრიორიტეტული საკითხია და გაეროს გენერალური ასამბლეაზე შემუშავებულმა

მდგრადი განვითარების მიზნებში მან მნიშვნელოვანი ადგილი დაიჭირა. ამ

გამოწვევის სრულყოფილად პასუხის გასაცემად, ერთ-ერთი აუცილებელი ნაბიჯია

ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება და გაუმჯობესება ეროვნული და სუბ-

ეროვნული მონაცემთა ბაზების ფორმირებით, რომლებიც ასახავენ და გამოავლენენ

ჯანდაცვის სისტემის სრული მოცვის და ხელმისაწვდომობის ხელის შეშლელ

ბარიერებს, მეთვალყურეობის პრობლემებს და სერვისების მიწოდების ხარისხს.

სწორედ ამ გამოწვევის დაძლევის მიზნით UNICEF-ის ფინანსური ეგიდით და

ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტის (UIT), მხარდაჭერით დაავადებათა

კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში 2016 წლიდან

მოქმედებს „დაბადების რეგისტრი“. სისტემა ეფუძნება ნორვეგიულ გამოცდილებას,

როგორც ერთ-ერთი გრძელი ისტორიის მქონე რეგისტრი მსოფლიოში და მისი

მთავარი მიზანია აღრიცხვიანობის მეშვეობით შესწავლილ იქნას ის მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლის აღმოფხვრის შედეგად ქვეყანაში შემცირდება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა. აღნიშნული სისტემა ფუნქციონირებს მხოლოდ რამდენიმე განვითარებულ ქვეყანაში.

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

მოდულის მეშვეობით გროვდება მონაცემები ანტენატალური, სამშობიარო და ნეონატალური პერიოდის შესახებ, რაც ქმნის სრულყოფილი ეპიდემიოლოგიური ანალიზის, ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებისა და ორსულთა და ახალშობილთა სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების საფუძველს. რეგისტრის მეშვეობით მოხდა ბიუროკრატიული პროცედურების შემცირება, ისეთი 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.

მონაცემებიც გამოიყენება 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 კვეთის 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 ტრომპსოს უნივერსიტეტის ექსპერტების რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, ხარისხობრივ მაჩვენებლებში უზუსტობების დადგენის ზუსტი მიზეზის იდენტიფიცირებისათვის, ყოველწლიურად დაიგეგმა რეგისტრის მონაცემთა შედარება დაწესებულებებში არსებულ სამედიცინო ისტორიებთან. აღნიშნული აქტივობა ასევე მოიცავს ყველა პერინატალურ სიკვდილიანობის შემთხვევებს, სადაც მნიშვნელოვან მიზანს წამოადგენს მიზეზშედეგობრივი კავშირის დადგენა, ანტენატალური მომსახურებიდან მშობიარობის ჩათვლით პერიოდზე.

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

მეორე, „დიდი“ აუდიტი მიზნად ისახავს დაბადების რეგისტრის ინფორმაციის ვალიდურობის შეფასებას. შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით აირჩა 1250 მდე მშობიარობის შემთხვევა და მათზე მოთხოვნილია სამედიცინო, რიგ შემთხვევებში ნეონატალური და ორსულობის პერიოდში ჩატარებული ანტენატალური

მომსახურების შესახებ სამედიცინო ისტორიები და ამბულატორიული ბარათები. ორივე ტიპის აუდიტი მიმდინარებს პარალელურ რეჟიმში და შედარებული ინფორმაცია იკრიბება წინასწარ განსაზღვრული კითხვარის მიხედვით, რომელიც მოიცავს მნიშვნელოვან ცვლადებს, როგორც სამედიცინო, ასევე ანტენატალური მეთვალყურეობიდან.

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

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

დაბადების რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით გაკეთდა მრავალი ანალიზი, ორსულობის გამოსავლის, ანტენატალურ და მშობიარობის დროინდელ დაფიქსირებული გართულებების, ცოცხლადშობილების რეფერალის შესახებ, რომელსაც ასევე დიდი ყურადღება ეთმობა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, რომელიც პერინატალური რეგიონალიზაციის პროგრამის ძირითადი წყაროა.

დაბადების რეგისტრი დაკავშირებულია ცენტრში არსებულ სხვადასხვა სისტემებთან, ისეთი როგორც არის იმუნაციაზის მოდული და დაბადება გარდაცვალების ელექტრონული სისტემა, სადაც 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 ვერ მოიცავს შესაბამისი დეტალური ცვლადების ჩამონათვალს, დაგეგმილია სპეციალური რეგისტრის

შემუშავება, რომელიც ფოკუსირებული იქნება მხოლოდ იმ ცხოცხლადშობილების მონიტორინგზე, ვისაც ესაჭიროება ინტენსიური მკურნალობა. აღნიშნული ინფორმაცია შეივსება დაბადების რეგისტრთან ბმის მეშვეობით და იქნება რეგისტრის ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი.

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.

### **თავი 3**

#### **3.1 პერინატალური აუდიტის მნიშვნელობა და ჩატარების ხერხები**

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში პერინატალური სიკვდილიანობის ეროვნული აუდიტი ასოცირდება სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებასთან.

რა არის პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტი?

ჯანდაცვის სფეროში აუდიტის ძირითადი მიზანია ხარვეზების იდენტიფიცირება და მათი მოგვარება ანუ გაუმჯობესებული ხარისხის მიწოდება. აუდიტი შესაძლებელია იყოს საშუალება პაციენტის კმაყოფილების ასამაღლებლად, ეფექტურობის გასაზრდელად, ან სიცოცხლის გადასარჩენად. არსებობს აუდიტის შემდეგი სახეები:

- 1) სტრუქტურული აუდიტი, რომელიც მოიცავს სისტემაში არსებული რესურსების შემოწმებას.
- 2) კმაყოფილების აუდიტი, რომელიდანაც ვიღებთ ინფორმაციას პაციენტის სამედიცინო მოვლის ხარისხზე წინასწარ განსაზღვრული და ფოკუსირებული ჯგუფებისაგან.
- 3) პროცესის აუდიტი, იმისათვის რომ შეფასდეს საქმიანობის მენეჯმენტი (საქმისწარმოება).
- 4) შედეგების აუდიტი, სამედიცინო მეთვალყურეობის საბოლოო შედეგის

დასადგენად.

პერინატალური აუდიტი განისაზღვრება როგორც: ანტენატალური მოვლის ხარისხის სისტემური და კრიტიკული განხილვა, მათ შორის დიგნოსტიკებისა და მკურნალობისათვის გამოყენებული პროცედურების, რესურსების გამოყენებისა და დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის საბოლოო შედეგის. შედეგების აუდიტი უმეტესწილად პირველ ადგილს იკავებს სიკვდილიანობის მიზეზების განსაზღვრის დროს. პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტის განხორციელების დროს შერჩეულ შემთხვევათა გამოსავალი თავისთავად სიკვდილია. მისი ჩატარება უფრო მარტივია, რადგან ცნობილია გამოსავალი ანუ საბოლოო წერტილი. სამომავლოდ, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის გასაუმჯობესებლად, საჭირო ხდება მეტი ფოკუსირება აუდიტის მნიშვნელობასა და შედეგებზე. პერინატალური აუდიტი შედგება 6 ძირითადი საფეხურისაგან, რომელიც ქმნის ერთგვარ ჯაჭვს ან მუდმივი განვითარების ციკლს.

- 1) იდენტიფიცირებული უნდა იყოს ყველა პერინატალური სიკვდილი ისევე როგორც ყველა ცოცხლადშობადობა.
- 2) შეგროვდეს ინფორმაცია სიკვდილის მიზეზებსა და და რისკის შემცველ ფაქტორებზე სტანდარტული კლასიფიკატორების გამოყენებით. (ICD-10)
- 3) უნდა გაანალიზდეს შედეგები და შეიქმნას სიკვდილიანობის მაჩვენებლები და ტენდენციები.
- 4) უნდა შემუშავდეს რეკომენდაციები რისკის შემცველი ფაქტორების მოსაგვარებლად.
- 5) უნდა დავიცვათ რეკომენდაციები, რომლებიც რისკის შემცველი ფაქტორებიდან გამომდინარე შემუშავდა.
- 6) უნდა შეფასდეს და დაიხვეწოს პროცესი.

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ

პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტი გამოსადეგი და ეფექტური მექანიზმია სიკვდილიანობის შემცირებისთვის. საშუალო და დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ამ მხრივ საგრძნობლად ნაკლები კვლევაა ჩატარებული, რაც გარკვეულწილად თანამედროვე სამყაროში პრობლემას წარმოადგენს.

პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტი, რომელიც ტარდებოდა 10 თვის განმავლობაში სამხრეთ აფრიკაში, აღმოსავლეთ კვიპის სოფლის რაიონულ საავადმყოფოში, ასოცირდება პერინატალური სიკვდილიანობის თავიდან აცილების მნიშვნელოვან შემცირებასთან. აუდიტის დახმარებით პერინატალური სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი შემცირდა 32%-ით, ხოლო კონკრეტულად ისეთი ფაქტორებით გამოწვეული სიკვდილიანობა, რომელთა თავიდან არიდებაც თანამედროვე მედიცინის გამოყენებით უკვე შესაძლებელია, შემცირდა 28%-დან 13%-მდე.

უფრო ახალი პერიოდისათვის (ახალი კვლევა მორჩისონ ჰოსპიტალში) კვაზულუ-ნატალმა დააფიქსირა არსებითი ცვლილება პერინატალურ სიკვდილიანობაში მას შემდეგ, რაც გამოქვეყნდა შესაბამისი სიკვდილიანობის აუდიტი (აღნიშნული კვლევა ჩატარდა 2003 წელს და შედეგი შედარდა 2007 წელს ჩატარებულ კვლევასა და რეალობას). ზემოთ აღნიშნული წარმატება შემცირების თვალსაზრისით განაპირობა შემდეგმა ფაქტორებმა:

აუდიტზე მუშაობისას გამოყენებული იყო არსებული ინფორმაცია პერინატალური სიკვდილიანობის შესახებ. ასევე, ყოველთვიურად ტარდებოდა შეხვედრები პერინატალური სიკვდილიანობის თემატიკით. შეხვედრები ტარდებოდა ისეთ გარემოში, სადაც ყურადღება არ ექცეოდა იმას, თუ ვინ იყო დამნაშავე, ვინ იცავდა/არღვევდა არსებულ წესებს და ა.შ. უფრო მეტიც, ასეთი წარმატება განპირობებული იყო იმით, რომ შეხვედრების დროს ადგილი არ ჰქონია გაკიცხვას, ვინმესთვის ბრალის დადებას, არამედ მათი მთავარი მიზანი იყო არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით მისულიყვნენ პრობლემის აღმოფხვრის გზებთან.

შედეგის წარმატება განაპირობა იმანაც, რომ შეხვედრებზე დასწრება სავალდებულო

იყო როგორც ჯანდაცვის სერვისის მომწოდებლებისათვის, ასევე ყველა კლინიკის წარმომადგენლისათვის.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან ნათლად გამოიკვეთა აუდიტის მნიშვნელობა და ის, თუ რა ხერხებითა და პრინციპებით უნდა ჩატარდეს იგი. (Pubmed, 2017)

### **3.2 პერინატალური აუდიტის პოზიტიური გამოცდილება ნიდერლანდებში**

2010 წელს ნიდერლანდებში ჩატარდა პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტი, რომლის ფარგლებშიც მოეწყო არაერთი შეხვედრა, სადაც მონაწილეობას იღებდნენ ჯანდაცვის წამყვანი სპეციალისტები. ქვეყანაში დაფიქსირებული 943

მკვდრადშობადობის შემთხვევიდან აუდიტისათვის შეირჩა 707 ქეისი.

აუდიტისთვის მნიშვნელოვანი იყო უახლესი და განახლებული ინფორმაცია, ამიტომ მისი ხელშეწყობისათვის შეიქმნა ორი სპეციალური მონაცემთა ბაზა:

1) პერინატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების რეგისტრი, რომელზეც განხორციელდებოდა აუდიტი.

2) კონფიდენციალური რეგისტრი აუდიტის საბოლოო შედეგისათვის.

ინფორმაცია შეკრებილი იყო ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ, რომელიც შეიცავდა სპეციფიკურ დეტალებს სამედიცინო ჩანაწერებიდან. აღნიშნული ინფორმაცია მოიცავდა ორსულთა სამედიცინო ისტორიაში არსებულ მეთვალყურეობის პროცესებს, დასმულ დიაგნოზებს, ორსულობის სხვადასხვა ეტაპების რისკების იდენტიფიცირებასა და სხვადასხვა სამედიცინო გადაწყვეტილებებს. ეს ინფორმაცია გენერირდებოდა მონაცემთა ბაზების პრინციპით და გარდაიქმნებოდა ანონიმურ დოკუმენტად.

შედეგი საკმაოდ ეფექტური აღმოჩნდა: გამოიკვეთა სიკვდილიანობის

განმაპირობებელი კონკრეტული ნიშნები და მიზეზები. აუდიტის წარმატება

განაპირობა შემდეგმა ფაქტორებმა: უპირველეს ყოვლისა, აუდიტის განმავლობაში

ნებისმიერი მონაწილეობა/ჩართულობა იყო კონფიდენციალური და მონაწილეები

ამის დასტურად შესაბამის შეთანხმებაზეც კი აწერდნენ ხელს. ასევე, აუდიტში

მონაწილე თითოეული წევრი კვალიფიციური ექსპერტი იყო კონკრეტულ დარგში, მათ ჰქონდათ ნებისმიერი კითხვის დასმის, მაგრამ არცერთ შემთხვევაში სხვა მონაწილის განსჯის უფლება. აუდიტის მიმდინარეობისას ნებისმიერი პირადი და არაოფიციალური ჩანაწერები აუდიტის დასრულებისთანავე შესაბამისი წესით ნადგურდებოდა, რაც კონფიდენციალურობისა და დაცულობის შეგრძნებას მონაწილეებში კიდევ უფრო ზრდიდა. აუდიტის ასეთი სტანდარტით ჩატარებამ შედეგობრივად 2010-2012 წლებში საგრძნობლად შეამცირა პერინატარული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ამ ფაქტის სასარგებლოდ მეტყველებს ისიც რომ, ნიდერლანდებს 2000იანი წლების დასაწყისისათვის პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპულ ქვეყნებში ყველაზე მაღალი ჰქონდა, მაშინ როდესაც აუდიტის ჩატარების შემდეგ ეს მაჩვენებელი ევროპის საშუალო მაჩვენებელს გაუტოლდა. აღნიშნულის შედეგად შემუშავდა გარკვეული გაიდლაინები (რომელიც საჯარო იყო შესაბამისი ორგანიზაციის საიტზე) და რჩევები, მეტი ყურადღება მიექცა ასევე დოკუმენტური სიზუსტის მნიშვნელობასაც სამედიცინო საქმიანობაში. ამ სტანდარტმა კი საბოლოოდ შესაძლებელი გახადა ორსულების ზუსტი იდენტიფიცირება/კატეგორიზაცია რისკ-ჯგუფების მიხედვით. ასევე გაუმჯობესდა პერინატალური მეთვალყურეობის ხარისხი. როგორც აღინიშნა ამგვარი სპეციფიკისა და სტანდარტის პრაქტიკაში გამოყენებით აუდიტმა წარმატებული შედეგი აჩვენა. აღნიშნული წარმატება ქვეყნისათვის მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა, რადგან მან მიიქცია მეცნიერებისა და პოლიტიკოსების ყურადღება, რამაც თავისმხრივ კიდევ უფრო გააღრმავა კვლევები პერინატალურ სიკვდილიანობაში და მოიცვა ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლიც. ამის ნათელი მაგალითია კიდევ უფრო ადრე, ნორვეგიაში შემუშავებული პერინატალური აუდიტის ჩატარება, რომელმაც მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა, როგორც პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირებაზე, ასევე ანტენატალური მოვლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ახლახანს კი ნორვეგიაში შემუშავდა პერინატალური სიკვდილიანობის სპეციალური აუდიტი, რომელიც პერინატალური

მეთვალყურეობის სტანდარტული ნაწილი გახდება. (Pubmed, 2018)

### **3.3 მონაცემთა ვალიდურობის განსაზღვრა**

როგორც ჩვენთვის უკვე ცნობილია, 1967 წელს ნორვეგიაში დაინერგა სამედიცინო დაბადების რეგისტრი, რომელმაც თავისმხრივ შექმნა ეპიდემიოლოგიური საფუძველი სამომავლო კვლევებისათვის. რა თქმა უნდა, რეგისტრში არსებული ინფორმაციის გამართულობა თავდაპირველად არ იყო დადასტურებული, მაგრამ ჩატარებული კვლევების შედეგად დამტკიცდა მისი ვალიდურობა. 2004 წელს ნორვეგიაში დაარსდა „სამედიცინო დანიშნულების“ მონაცემთა ბაზა, რომელიც ინფორმაციას ინახავდა თითოეული მოქალაქის შესახებ, რომელსაც ექიმი გარკვეული სამკურნალო საშუალების რეცეპტს დაუწერდა. აღნიშნულ რეგისტრში პირველ რიგში იდენტიფიკაცია ხდება 11 ციფრიანი პირადი ნომრით, რომელსაც მოსდევს დამატებითი ინფორმაცია პაციენტის სქესის, ასაკისა და საცხოვრებლის შესახებ. ამ მოვლენამ შესაძლებელი გადახა ორი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელ მონაცემთა წყაროს შედარება, ანუ მოხდა გამოწერილი რეცეპტების დაკავშირება დაბადების რეგისტრში არსებულ მონაცემებთან, სადაც ასევე ეწერა ინფორმაცია ორსულის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და დანიშნული სამკურნალო საშუალების რეცეპტების შესახებ. კვლევის მიზანი იყო, რომ დაედასტურებინათ დაბადების რეგისტრში არსებულ დიაგნოზთა ვალიდურობა, რაც ცალსახად დადასტურდა საბოლოო შედეგში. (Pubmed, 2018)

## **თავი 4**

### **4.1 მკვდრადშობადობის აუდიტი და შედეგები**

2018 წელს საქართველოში დაფიქსირებული 436 მკვდრადშობადობის შემთხვევიდან რანდომული შერჩევის პრინციპით შეირჩა 199 შემთხვევა, რომელზეც ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა განახორციელა აუდიტი.

აუდიტის პროცესი შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ 4 ეტაპად.

1) პირველ ეტაპზე მოხდა კითხვარის შემუშავება, რომელიც მოიცავს 22 ძირითად ცვლადს. ცვლადები იდენტური იყო დაბადების რეგისტრში არსებულ ველებთან, რათა სამომავლო შედარების მიზნით ადვილი ყოფილიყო შესაძლო უზუსტობების იდენტიფიცირება.

2) მეორე ეტაპზე განისაზღვრა ის შემთხვევები რომელიც მიიღებდნენ აუდიტში მონაწილეობას. მოხდა სამედიცინო დაწესებულებებთან დაკავშირება და სამედიცინო ბარათების გამოთხოვა.

3) მესამე ძირითად ეტაპზე მოხდა ყველა გამოთხოვილი შემთხვევის შესწავლა, ქალაქდმატარებელი კითხვარის შევსება და შემდეგ აღნიშნული ინფორმაციის გადატანა წინასწარ განსაზღვრულ ელექტრონული ფორმატის დოკუმენტში. ეს პროცესი შემუშავდა იმისათვის, რომ პრობლემის არსებობის შემთხვევაში ადვილი ყოფილიყო გარკვეული ინფორმაციის მოძიება უკვე კითხვარის საშუალებით და არ გამხდარიყო საჭირო ხელმეორედ სამედიცინო ისტორიის შესწავლა და ანალიზის ჩატარება. შემდეგ მოხდა დაბადების რეგისტრიდან ამოღებული ინფორმაციის გადატანა ზემოთ აღნიშნულ ელექტრონული ფორმატის დოკუმენტში, რამაც უკვე შექმნა ერთიანი ელექტრონული ბაზა.

4) მეოთხე ეტაპზე მოხდა მონაცემთა დამუშავება და ანალიზი, რამაც მოგვცა საშუალება მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შეგვეფასებინა დაბადების რეგისტრში არსებული ინფორმაციის სისრულე და შეგვემუშავებინა საჭირო რეკომენდაციები.

მკვდრადშობადობის აუდიტის კითხვარი დაყოფილია სამ ძირითად ნაწილად.

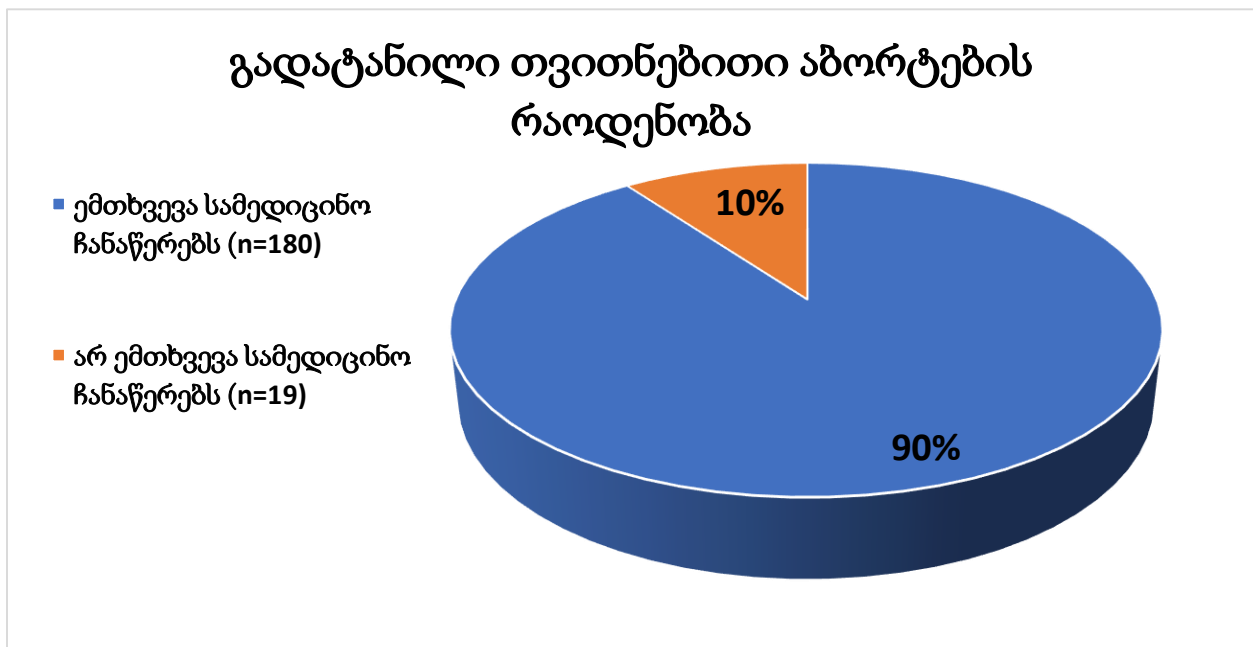
ინფორმაციის შევსება ხდება ორსულის *ანტენატალური* პერიოდის, *მშობიარობისა* და შემდგომ უკვე *ახალშობილის* შესახებ. ორსულის პერსონალური ინფორმაციისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის დასახელებების გარდა, კითხვარი მოიცავს 22 ძირითად ცვლადს:

- პერსონალური ინფორმაცია ორსულის შესახებ (პირადი ნომერი, სახელი, გვარი):
- ანტენატალური მოვლის დაწესებულება (დასახელება):
- 1. გადატანილი თვითნებითი აბორტების რაოდენობა:
- 2. გადატანილი საკეისრო კვეთის რაოდენობა:
- 3. მშობიარობის რიგითობა:
- 4. გართულებები ორსულობის განმავლობაში (ICD-10):
- 5. ვიზიტების საერთო რაოდენობა:
- 6. ჰემოგლობინის კონცენტრაციის განსაზღვრა მესამე ვიზიტისას:
- 7. პრობლემის არსებობა ულტრაბგერის კვლევის მიხედვით: (დედა, ნაყოფი)
- სამეანო დაწესებულების დასახელება:
- 8. მშობიარობის თარიღი:
- 9. გარდაცვალების თარიღი:
- 10. ნაყოფის გულისცემა ქალის შემოსვლისას (დადასტურებული კარდიოტოკოგრაფიით):
- 11. ნაყოფის მდებარეობა:
- 12. საკეისრო კვეთის ჩვენება:
- 13. მშობიარობის დაწყების სახე:
- 14. გართულებები მშობიარობის დროს (ICD10):
- 15. დედა იმყოფება ინტენსიურ მკურნალობაზე (დიახ, არა):
- 16. მშობიარობის შემდგომი გართულებები (ICD10):
- ახალშობილი
- 17. ახალშობილის ტიპი: (ცოცხლშობილი მკვდრადშობილი, ადრეული ნეონატალური სიკვდილი)
- 18. ახალშობილის წონა:
- 19. ძირითადი ნეონატალური დიაგნოზი (ICD10):
- 20. ახალშობილი გადავიდა ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში:
- 21. გესტაციური ასაკი:

## 22. გარდაცვალების მიზეზი (ICD10):

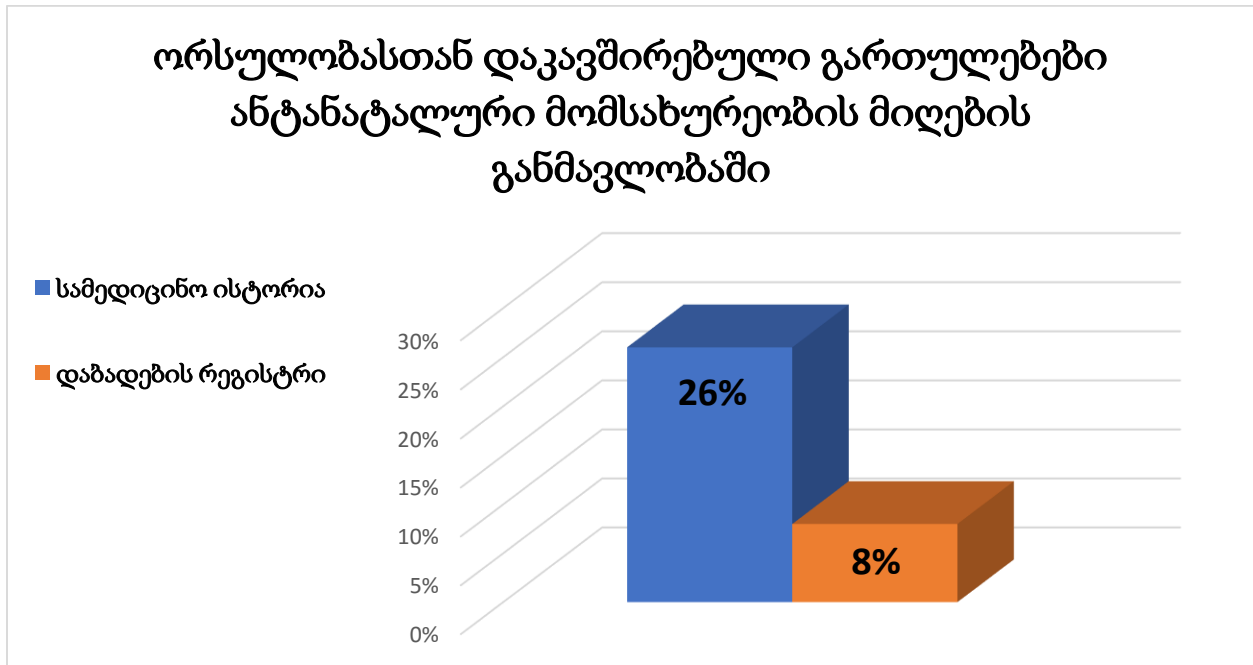
ჩატარებულ აუდიტში გამოიკვეთა შემდეგი ტენდენციები:

1) კითხვარი მოიცავს ინფორმაციას გადატანილი თვითნებითი აბორტების რაოდენობის შესახებ, რომელიც მნიშვნელოვან და გადამწყვეტ როლს ასრულებს ორსულის სამედიცინო ანამნეზის შეფასების მიმართულებით. ერთიანი ელექტრონული ბაზის ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 199 მკვდარდშობადობის შემთხვიდან 19 შემთხვევაში, ანუ საერთო რაოდენობის 10%-ში, აღნიშნული ველი არასწორად იყო შევსებული, გარკვეული სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან.



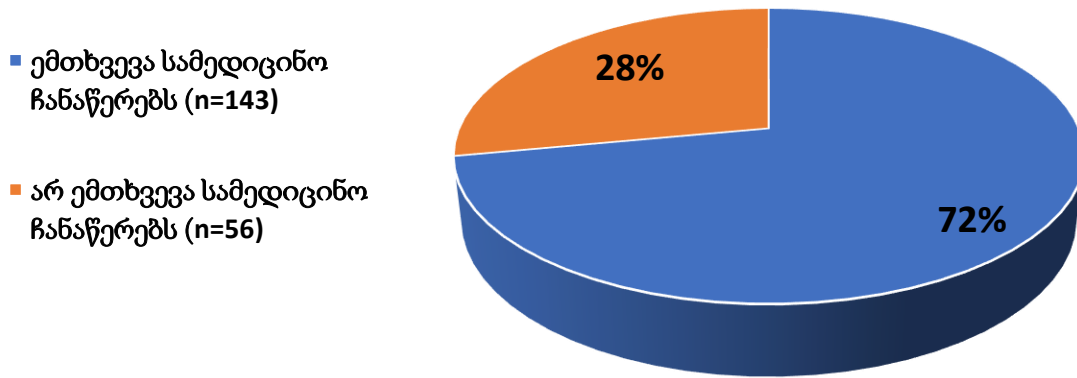
2) 199 შემოწმებული მკვდარდშობადობის შემთხვევიდან ორსულთა 26%-ს ანტანატალური მომსახურების მიღების პერიოდში დაუფიქსირდათ უშუალოდ ორსულობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა გართულებები, რომლებიც ICD-10 კლასიფიკატორის გამოყენებით ჩაიწერა სამედიცინო ისტორიაში. დაბადების

რეგისტრში შეტანილი ინფორმაციიდან კი გამოიკვეთა, რომ აღნიშნული გართულებების დაფიქსირება მოხდა მხოლოდ 8%-ის შემთხვევაში.



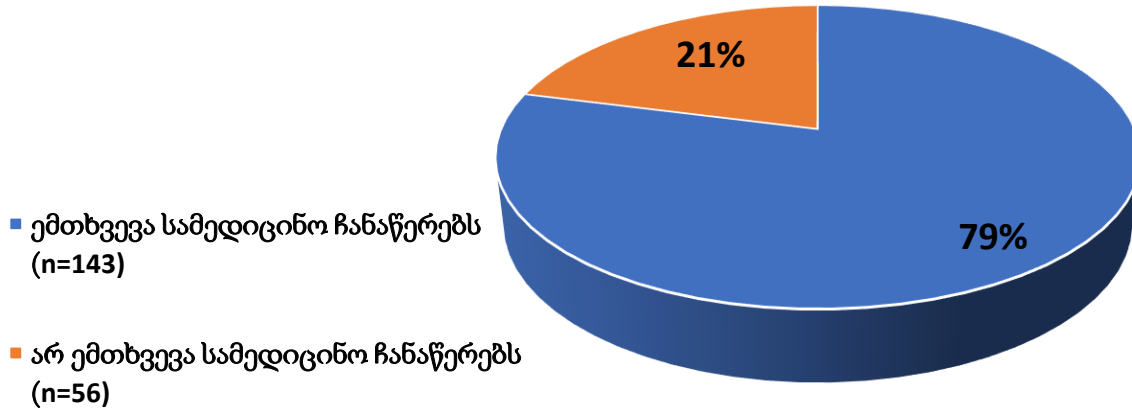
3) მე-5 კითხვის შესაბამისად, დაანგარიშდა ორსულობის პერიოდში ჩატარებული ანტენატალური ვიზიტების საერთო რაოდენობა. შედეგად დაფიქსირდა, რომ 28%-ის შემთხვევაში დაბადების რეგისტრში არსებული ინფორმაცია განსხვავდება სამედიცინო ბარათებში არსებულ ჩანაწერებისაგან. აღნიშნულიდან გამომდინარეობს, რომ სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან არ ხდება სრული და ვალიდური ინფორმაციის შეტანა დაბადების რეგისტრში.

## ვიზიტების საერთო რაოდენობა



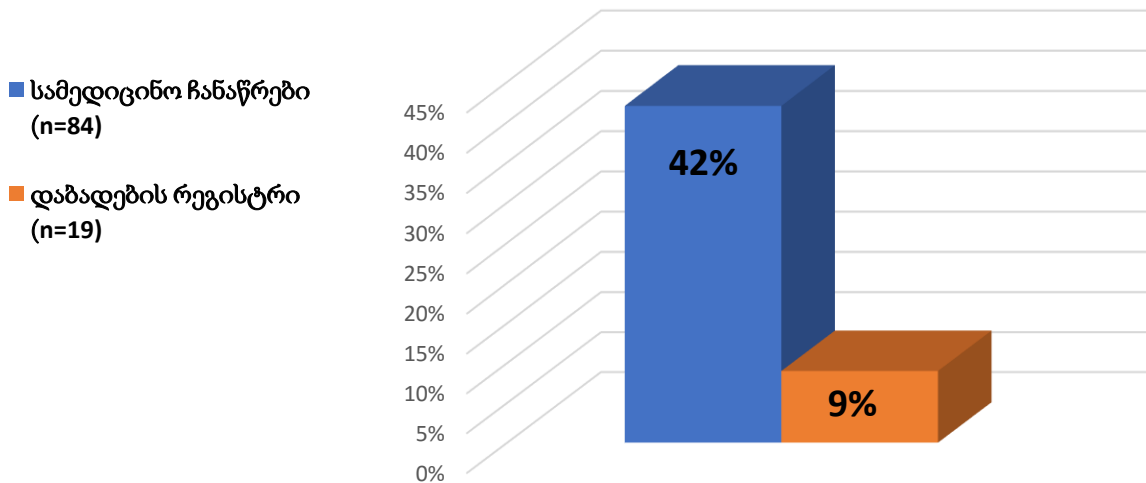
4) ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ორსულებისათვის გათვალისწინებულია 8 უფასო ვიზიტი. მე-3 ვიზიტის შემთხვევაში ხდება სისხლში ჰემოგლობინის კონცენტრაციის განსაზღვრა. სწორედ ეს მაჩვენებელია ჩვენი კითხვარის VI ველი, რომელშიც დიდი რაოდენობით არასწორი პასუხები მივიღეთ. შედეგად საერთო რაოდენობის 21% არ დაემთხვა სამედიცინო ჩანაწერებში არსებულ ინფორმაციას.

ჰემოგლობინის კონცენტრაციის განსაზღვრა მესამე ვიზიტისას

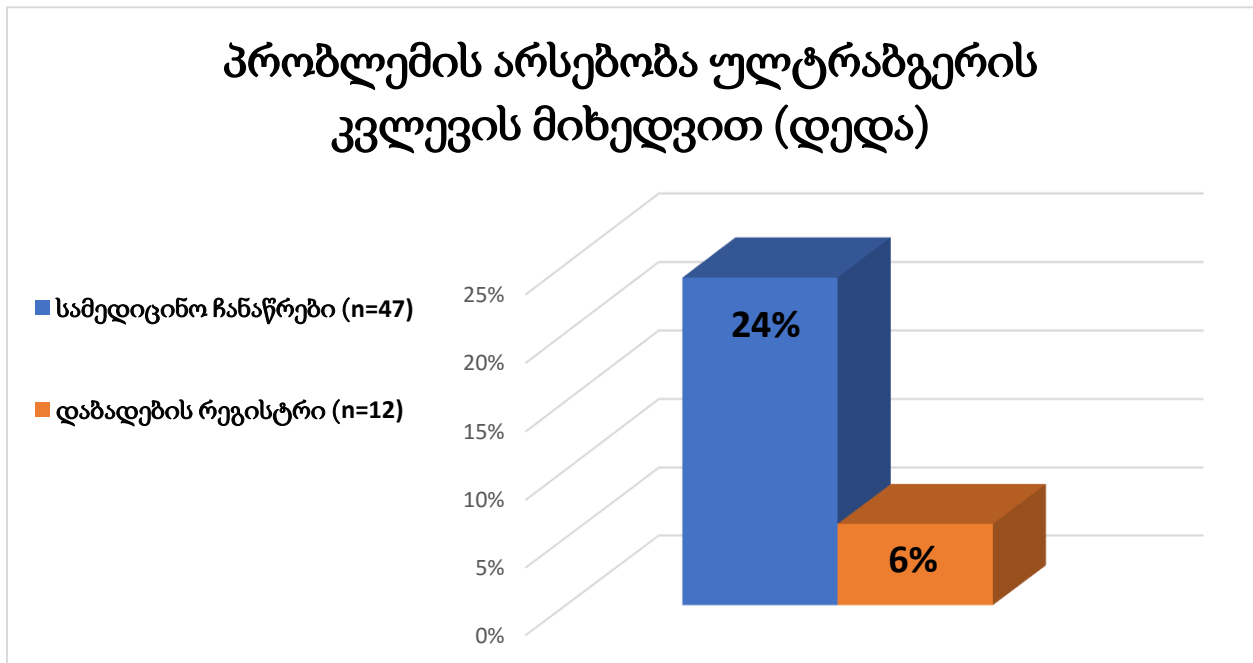


5) საშვილოსნოს ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგად 84 ორსულს აღმოაჩნდა სხვადასხვა სახის პრობლემა. დაბადების რეგისტრი კი მხოლოდ 19 ქალის შესახებ მოიცავს ინფორმაციას. შედეგად შეგვიძლია ვთქვათ, რომ 65 შემთხვევა, ანუ გართულებათა 33%-ის შესახებ დაბადების რეგისტრში არ ინახება ინფორმაცია.

პრობლემის არსებობა ულტრაბგერის კვლევის მიხედვით (დედა)

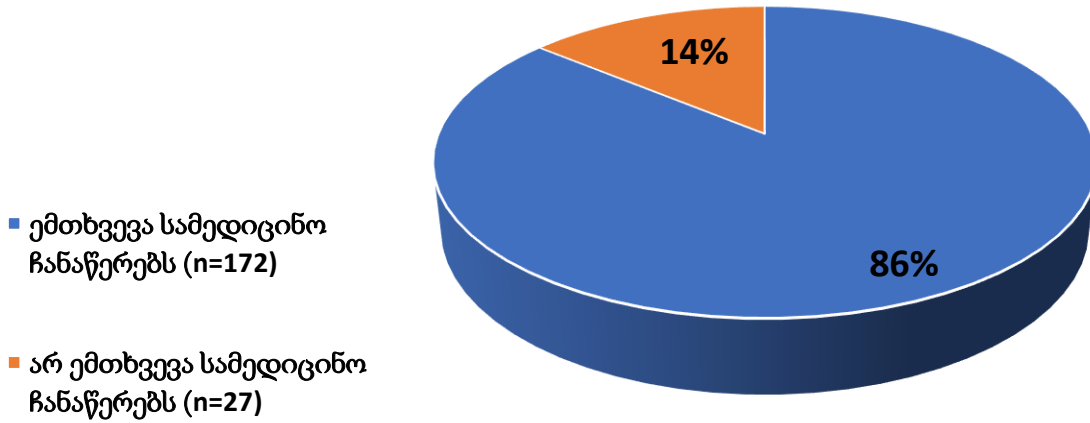


6) ნაყოფზე ულტრაბგერითი დაკვირვების შედეგად გამოვლინდა, რომ ორსულობის განმავლობაში ქალების 24%-ში დაფიქსირდა ნაყოფის ჯანმრთელობის ადრეული პრობლემები, საიდანაც მხოლოდ 6% აღირიცხა დაბადების რეგისტრში.



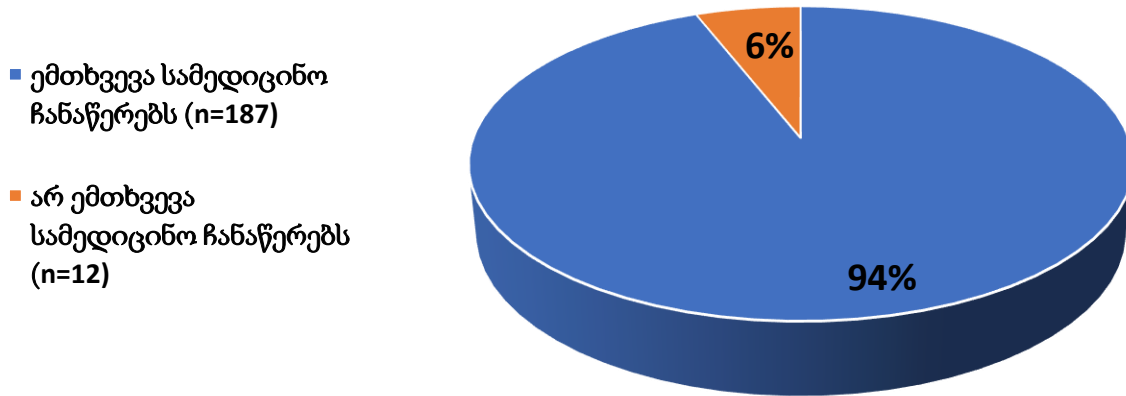
7) მშობიარე ქალის ჰოსპიტალში შესვლისთანავე კარდიოტოკოგრაფიის საშუალებით მოწმდება ნაყოფის გულისცემა. სამედიცინო ჩანაწერებისა და დაბადების რეგისტრის ინფორმაციის შედარების დროს გამოჩნდა, რომ რეგისტრი აქაც შეიცავდა არავალიდურ ინფორმაციას, რადგან ადგილი ჰქონდა 14%-იან უზუსტობას ჩანაწერებს შორის.

ნაყოფის გულისცემა ქალის შემოსვლისას  
(დადასტურებული კარდიოტოკოგრაფიით)



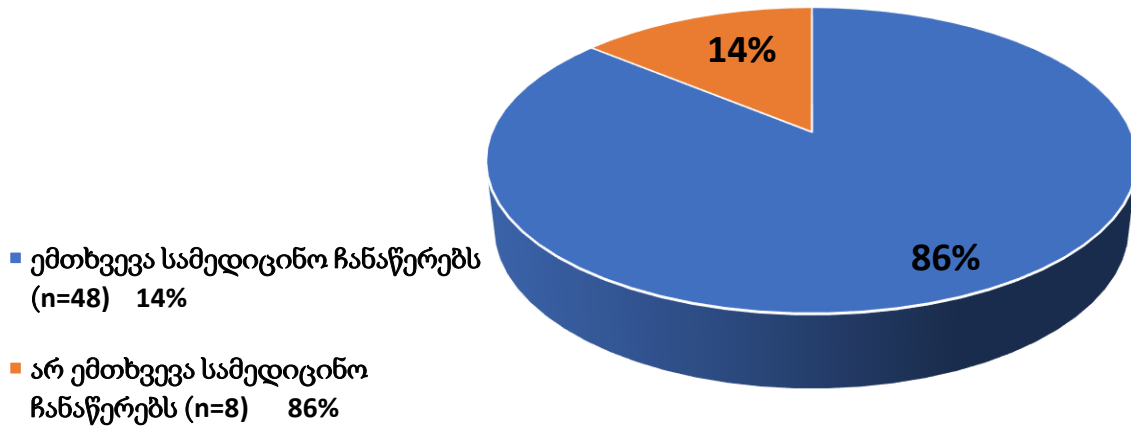
8) დაბადების რეგისტრში ივსება ინფორმაცია ნაყოფის საშვილოსნოში მდებარეობის შესახებ. დაბადების რეგისტრი იძლევა შესაძლებლობას, რომ შემვსებმა პირმა ანუ მომხმარებელმა ჩამონათვალის სახით მიიღოს ნაყოფის მდებარეობის ყველა შესაძლო ვარიანტი და აირჩიოს შესაბამისი. აუდიტის შედეგად აქაც გამოიკვეთა ხარვეზები. შემოწმებული შემთხვევების 6%-ში მონაცემები არასწორად იქნა შეტანილი.

## ნაყოფის მდებარეობა



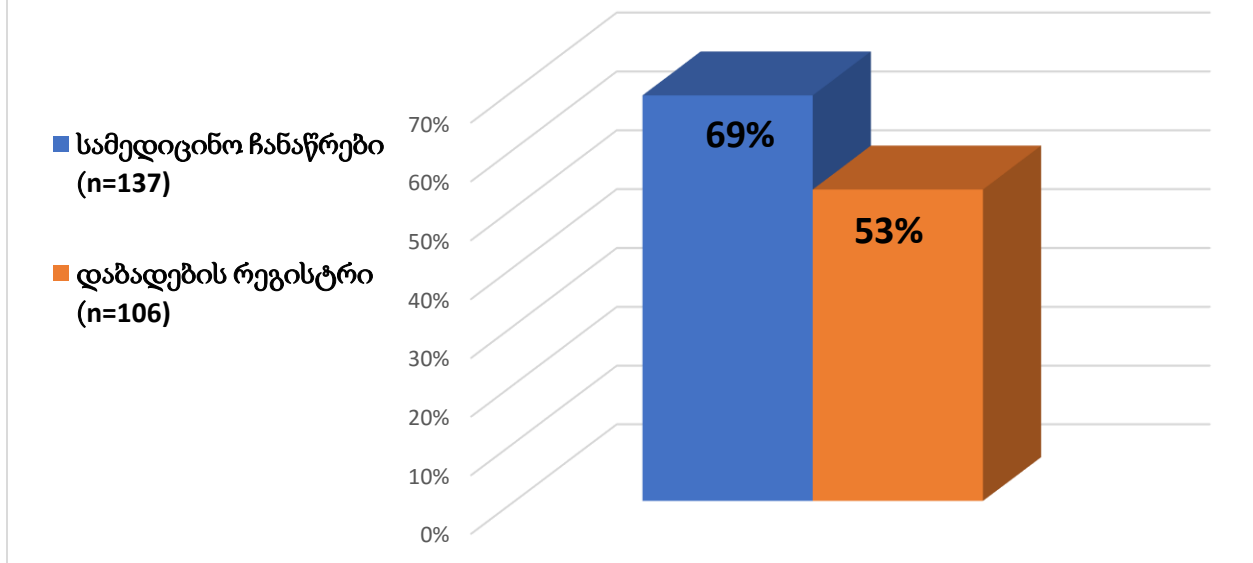
9) იმ შემთხვევაში, როდესაც მშობიარობა სრულდება საკეისრო კვეთის გზით, დაბადების რეგისტრი ითხოვს ინფორმაციას საკეისრო კვეთის ჩვენების შესახებ. 199 შემთხვევიდან 143 მშობიარობა მოხდა ბუნებრივი გზით, ხოლო 56 საკეისრო კვეთის გზით. დაბადების რეგისტრის მომხმარებელს საშუალება აქვს შესაძლო ვარიანტებიდან ამოირჩიოს ზუსტი და კონკრეტული ჩვენება. აუდიტის დასრულების შემდეგ აღმოჩნდა, რომ 8 შემთხვევაში, ანუ საკეისრო კვეთის წილის 14%-ში, დაბადების რეგისტრისა და სამედიცინო ჩანაწერების მონაცემები ერთმანეთთან თანხვედრაში არ არის.

## საკეისრო კვეთის ჩვენება



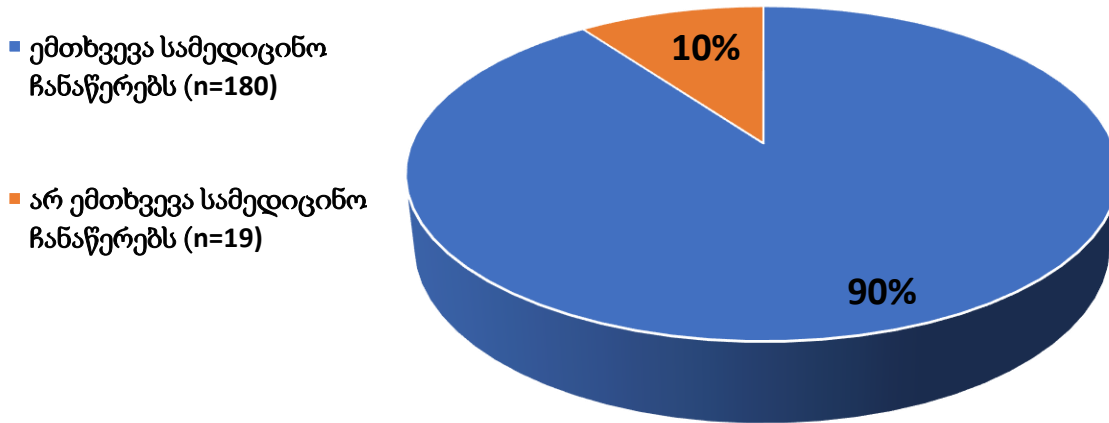
10) სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით 199 მკვლადშობადობის შემთხვევიდან 68%-ის დროს მშობიარობამ ჩაიარა სხვადასხვა გართულებებით. აქედან დაბადების რეგისტრში დაფიქსირებული იყო მხოლოდ 53%. რაოდენობრივად 31 მშობიარობის რეგისტრაცია მოხდა, როგორც ყოველგვარი გართულებების გარეშე. დიაგნოზებთან დაკავშირებით უზუსტობები გვხვდებოდა, როგორც ორსულის ისე ნაყოფის შემთხვევაშიც.

## გართულებები მშობიარობის დროს (ICD-10)



11) მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავების დროს, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი მშობიარე ქალის გესტაციური ვადაა. ამ და სხვა მშობიარობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულება მშობიარობის დასრულების შემდეგ ავსებს. აუდიტის შედეგად კი დადგინდა, რომ ამ კონკრეტულ შემთხვევაში დაბადების რეგისტრი 10%-იან უზუსტობას მოიცავს, ანუ 199 შემთხვევიდან 19-ის დარეგისტრირება მოხდა არასწორად.

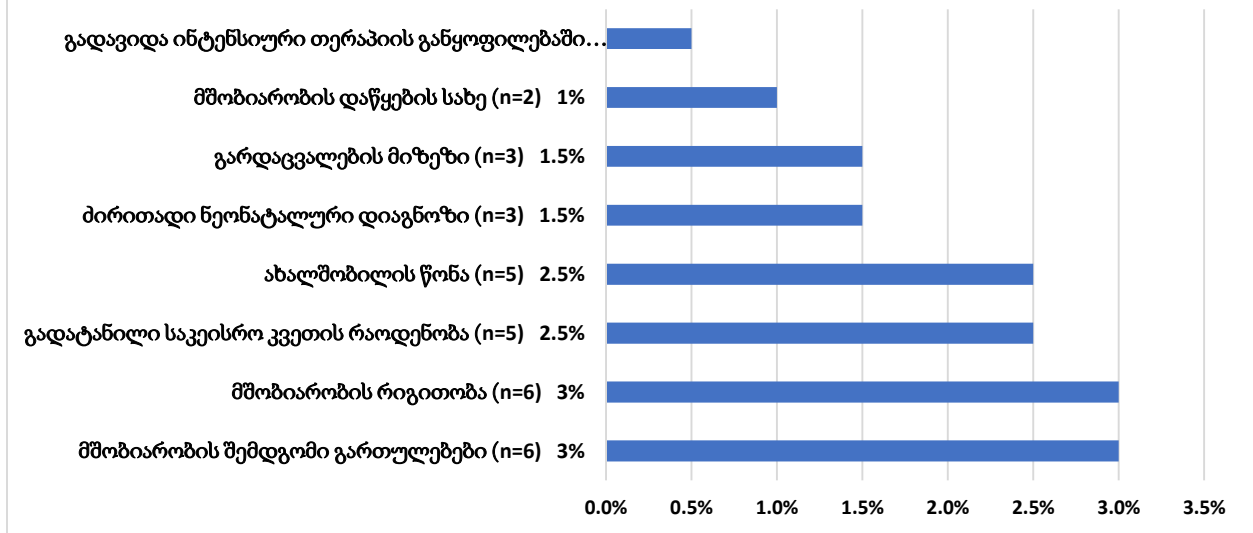
## გესტაციური ასაკი



12) შედარებით დაბალ უზუსტობას, ანუ 0.5-3% იან შეცდომას მოიცავს შემდეგი ცვლადები (8):

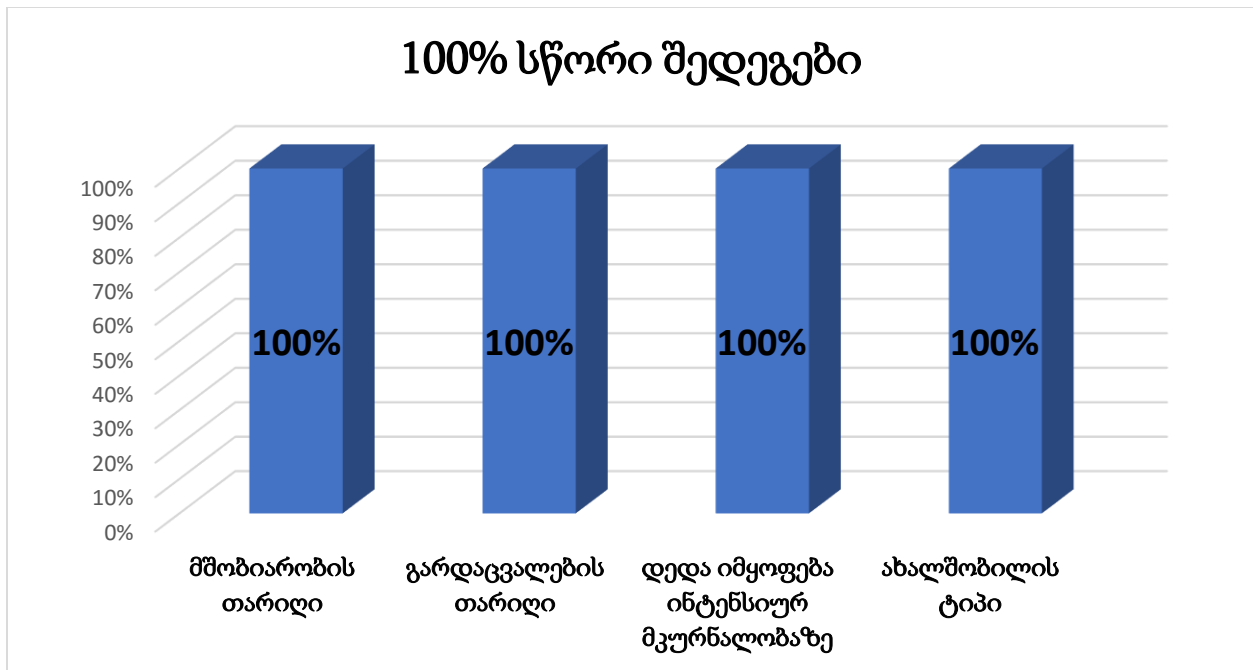
- გადატანილი საკეისრო კვეთის რაოდენობა
- მშობიარობის რიგითობა
- მშობიარობის დაწყების სახე
- მშობიარობის შემდგომი გართულებები (ICD10)
- ახალშობილის წონა
- ძირითადი ნეონატალური დიაგნოზი (ICD10)
- ახალშობილი გადავიდა ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში
- გარდაცვალების მიზეზი (ICD10)

## 0.5-3%-იანი ხარვეხები



13) აუდიტში დაფიქსირდა ასევე პოზიტიური შედეგები. 4 ცვლადის შემთხვევაში დაბადების რეგისტრი მოიცავს 100%-იან ვალიდურ ინფორმაციას, ანუ მონაცემები იდენტურია სამედიცინო ისტორიაში არსებული ჩანაწერებთან. ეს ნათელი მაგალითია იმისა, რომ დაბადების რეგისტრში ზუსტი მონაცემების შეყვანა სრულიად შესაძლებელია. აღნიშნული 4 ცვლადია:

- მშობიარობის თარიღი
- გარდაცვალების თარიღი
- დედა იმყოფება ინტენსიურ მკურნალობაზე: (დიახ, არა)
- ახალშობილის ტიპი: (ცოცხლშობილი, მკვდრადშობილი, ადრეული ნეონატალური სიკვდილი)



**4.2 მცირე მასშტაბის კვლევა: სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელების/მენეჯერების ცოდნა-დამოკიდებულება „დაბადების რეგისტრის“ მიმართ.**

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაგეგმილ კვლევა განხორციელდა 2020 წლის ივლისი-აგვისტოს თვეებში, სადაც გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. კვლევა ფოკუსირებულია დაბადების რეგისტრში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების საერთო რაოდენობის ერთ მესამედზე, ანუ ჯამში 90 რესპოდენტზე. რესპოდენტთა სრული რაოდენობა გამოიკითხა ინტერნეტ კითხვარის საშუალებით და თითოეული სამედიცინო დაწესებულებიდან ჩვენ მივიღეთ მხოლოდ ერთი პასუხი. შედეგების სტატისტიკური დამუშავების შედეგად შესაძლებელი გახდა ობიექტური რეალობის აღქმა, რაც საშუალებას გვაძლევს ერთი მხრივ მოვისმინოთ დაწესებულების ხელმძღვანელთა დამოკიდებულება და

შენიშვნები დაბადების რეგისტრის მიმართ და მეორეხრივ შევაფასოთ მათივე კლინიკების მხრიდან შეტანილი ინფორმაციის ხარისხი მკვდრადშობადობის აუდიტის ფარგლებში.

**კვლევის სუბიექტი:** კვლევის მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენს საქართველოში არსებული სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის მქონე კლინიკის ხელმძღვანელი პირები. კვლევა ჩატარდება მთელი საქართველოს მასშტაბით, სადაც წარმოდგენილია მოსახლეობა, როგორც დედაქალაქიდან, ისე რეგიონებიდან.

**კვლევის ინსტრუმენტი:** კვლევის ჩასატარებლად შეიქმნა კითხვარი, რომელიც სულ შედგება 24 კითხვისაგან. პირველი 5 კითხვა ეხება რესპონდენტთა პერსონალურ და დემოგრაფიულ მახასიათებლებს, ხოლო დანარჩენი უშუალოდ ხელმძღვანელთა ცოდნა-დამოკიდებულებას დაბადების რეგისტრის მიმართ.

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, რომ დაწესებულებათა ხელმძღვანელები არ იცნობენ დაბადების რეგისტრის სრულ შესაძლებლობებს და საჭიროა ცნობიერების ამაღლება ამ მიმართულებით.

### **1 კითხვა: რესპონდენტთა ასაკი**

სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელის ასაკი და განათლება მნიშვნელოვანი ფაქტორებია, როგორც კლინიკის ფუნქციონირებისათვის ასევე ჩვენი კვლევისათვის, ვინაიდან კვლევა ეხება ელექტრონულ მოდულს. მათი ასაკობრივი მაჩვენებელი შემდეგნაირად გამოიყურება:

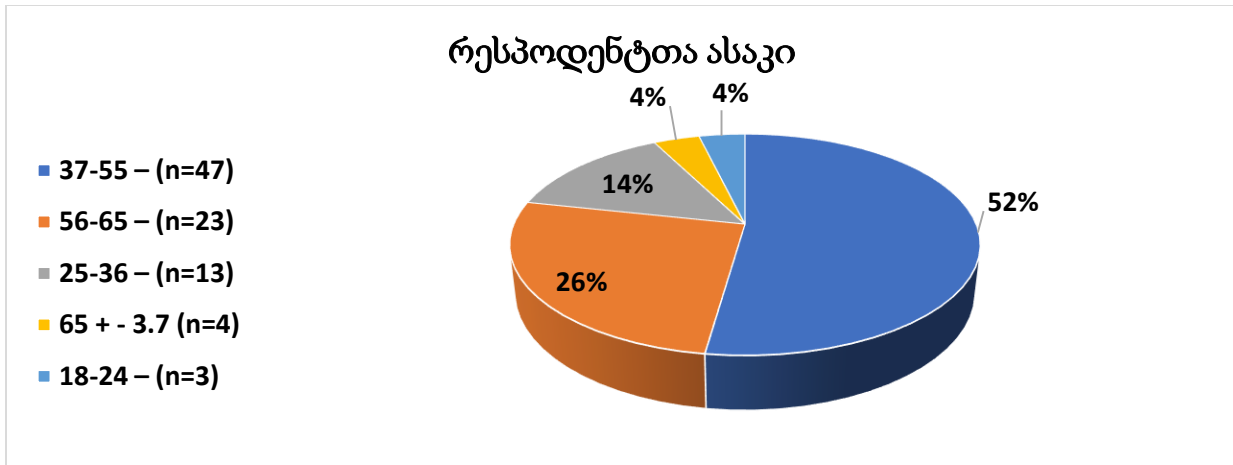
37-55 – (n=47)

56-65 – (n=23)

25-36 – (n=13)

65 + - 3.7 (n=4)

18-24 – (n=3)



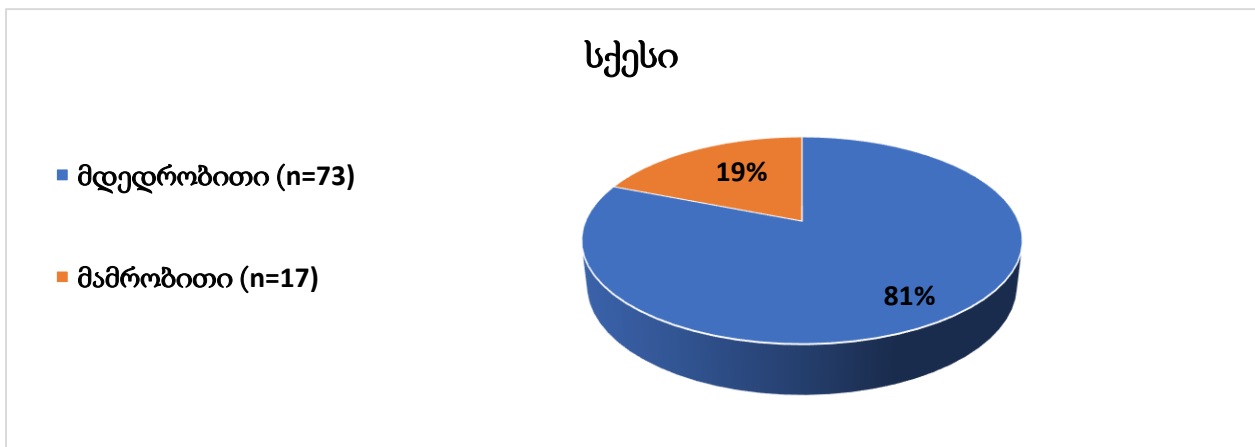
### 2 კითხვა: სქესი

რესპოდენტთა სქესი გადანაწილებულია შემდეგი პრინციპით:

81% წარმოადგენს მდედრობითი სქესს, ხოლო 19% მამრობითს.

მდედრობითი - 81%

მამრობითი - 19%



### 3 კითხვა: განათლება

მნიშვნელოვანი იყო გაგვეგო თუ რა განათლების ადამიანი არის სამედიცინო გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელი, დაკავშირებულია იგი სამედიცინო საქმიანობასთან, თუ განსხვავებულ მიმართულებასთან გავქვს შეხება.

პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად:

სამედიცინო სამკურნალო ფაკულტეტი - 77%

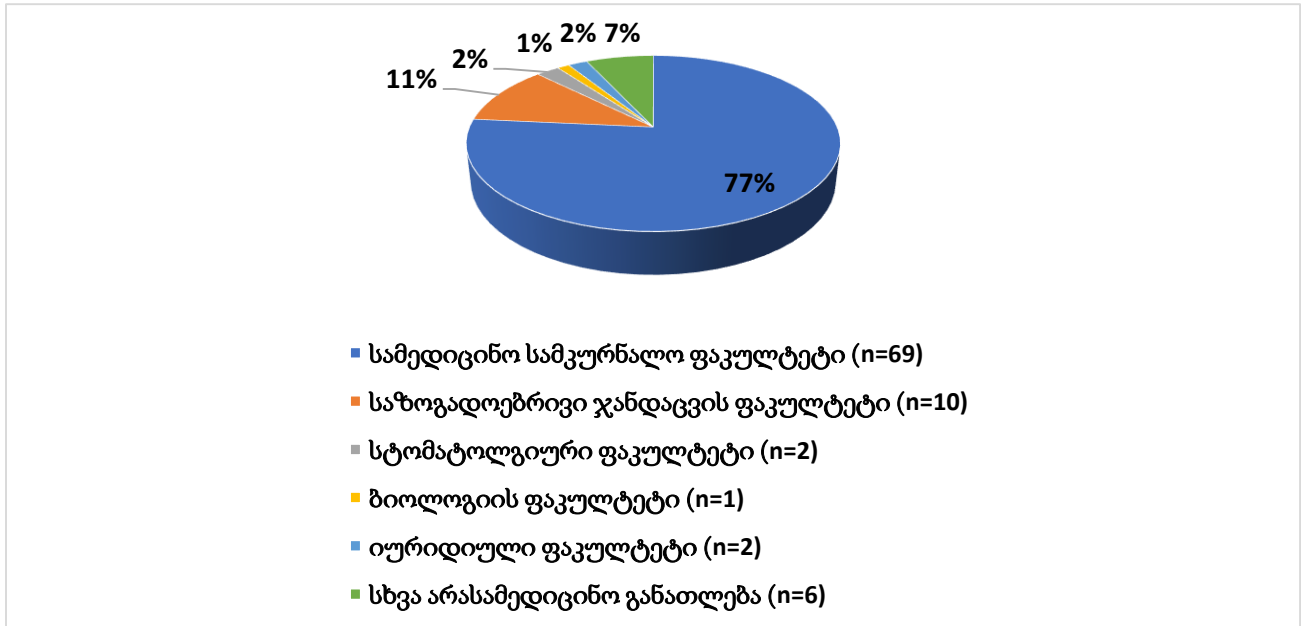
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტი - 11%

სტომატოლოგიური ფაკულტეტი - 2%

ბიოლოგიის ფაკულტეტი - 1%

იურიდიული ფაკულტეტი - 1%

სხვა არასამედიცინო განათლება - 7%



#### 4 კითხვა: საცხოვრებელი ადგილი

მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ როგორია კვლევის გეოგრაფიული მოცვა, კითხვარი გაგზავნილია მხოლოდ თბილისის მასშტაბით თუ მოიცავს იგი მთელ საქართველოს.

ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ-თბილისსა და სხვა რეგიონებს შორის

თანაფარდობა ტოლია. პასუხების 50% მივიღეთ თბილისის რეგიონიდან, ხოლო მეორე ნახევარი სხვა დანარჩენი რეგიონებიდან.

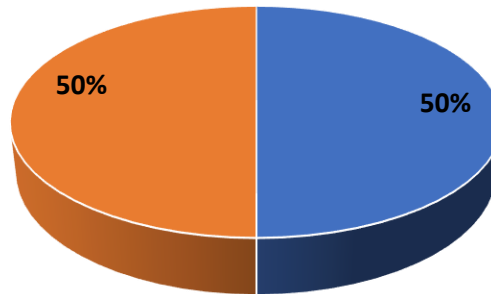
თბილისის რეგიონი - 50%

სხვა რეგიონი - 50%

### საცხოვრებელი ადგილი

■ თბილისის რეგიონი (n=45)

■ სხვა რეგიონი (n=45)



### 5 კითხვა: ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის სტატუსი გადანაწილებულდა შემდეგნაირად:

დაოჯახებული - 77%

განქორწინებული - 8%

ქვრივი - 7%

დასაოჯახებელი - 5%

სხვა - 3%

### ოჯახური მდგომარეობა

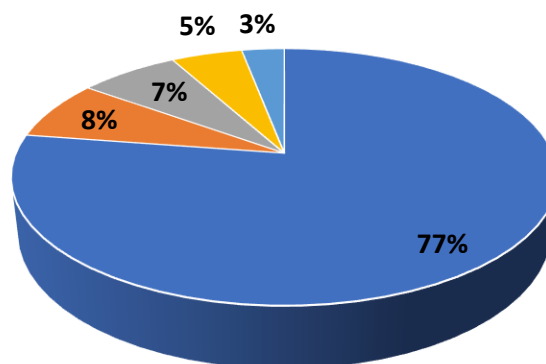
■ დაოჯახებული (n=69)

■ განქორწინებული (n=7)

■ ქვრივი (n=6)

■ დასაოჯახებელი (n=5)

■ სხვა (n=3)



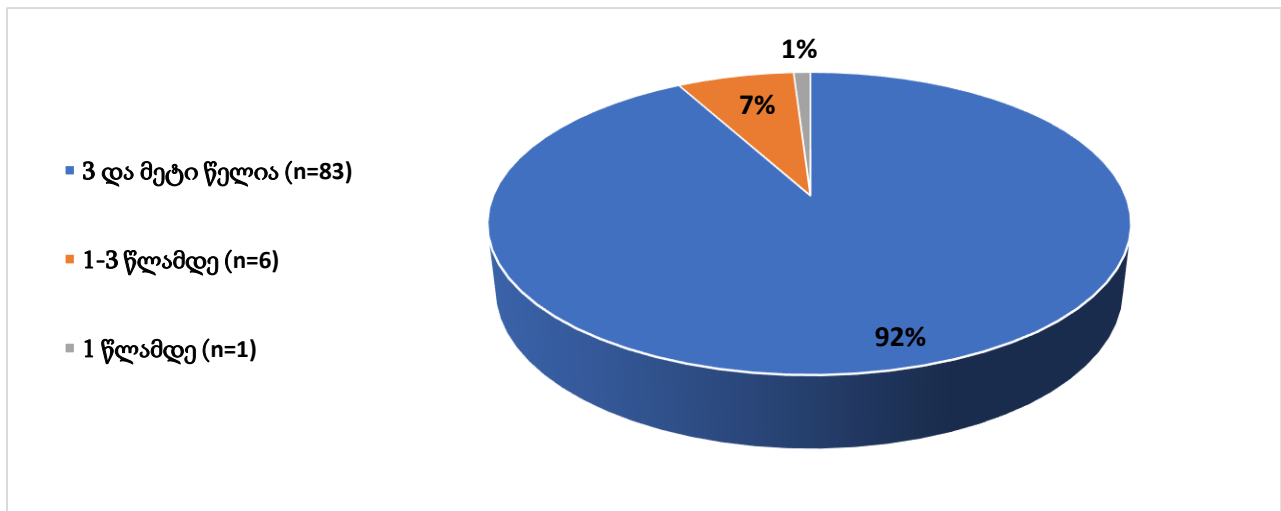
**6 კითხვა:** რამდენი ხანია თქვენი დაწესებულება ჩართულია ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულში ანუ „დაბადების რეგისტრში“?

გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა დაბადების რეგისტრში ჩართულია და იყენებს 3 და მეტი წელია, რაც მათი აზრის კომპეტენტურობას კიდევ ერთხელ ადასტურებს.

3 და მეტი წელია 92%

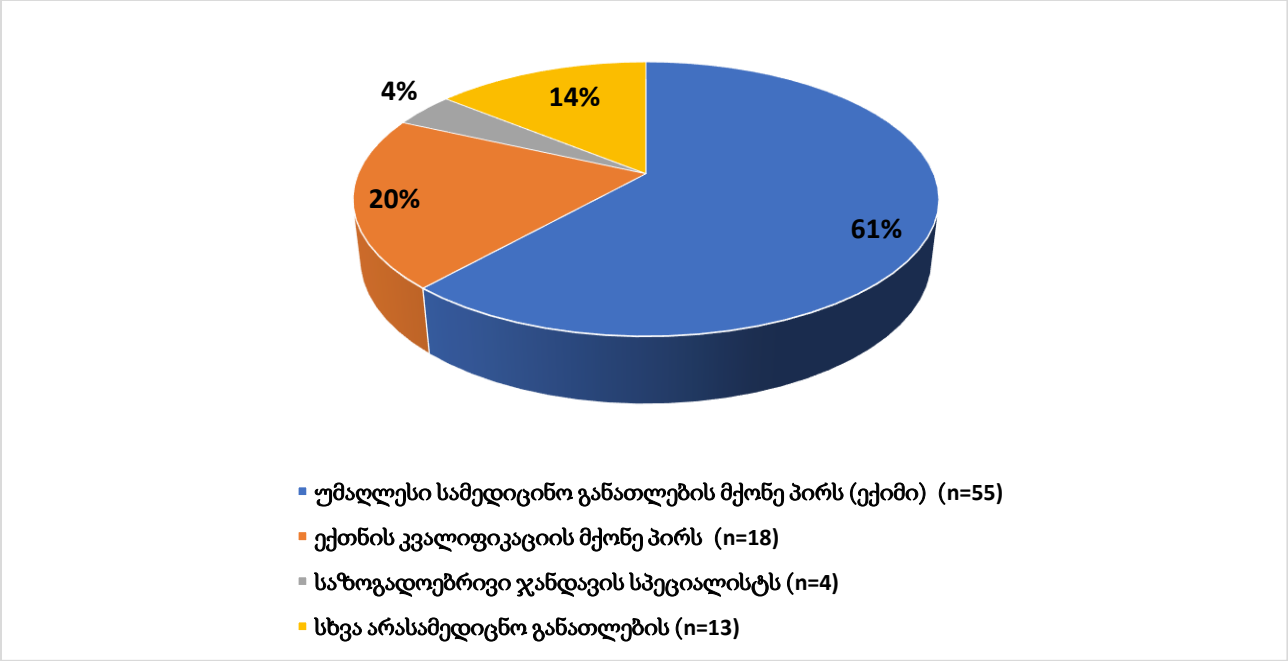
1-3 წლამდე 7%

1 წლამდე 1%



**7 კითხვა:** რა განათლების მქონე პირს აქვს დაკისრებული მონაცემთა შეყვანა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში, იგივე „დაბადების რეგისტრში“?

დაბადების რეგისტრში ასახული სამედიცინო ტერმინოლოგიიდან და იმ დიაგნოზებიდან გამომდინარე, რომელიც შესაძლოა ორსულს დაესვას, მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ თუ რა განათლების მქონე პირი მუშაობს ელექტრონულ მოდულზე. შედეგებიდან აღმოჩნდა, რომ 61% ექიმია, ხოლო სიდიდით მეორე 18%-იანი მაჩვენებელი ექთნებს ეკუთვნით. 4%-იანი მაჩვენებელი მოდის ჯანდაცვის სპეციალისტებზე, ხოლო დანარჩენი 14.4% არასამედიცინო განათლებაზე.



უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირს (ექიმი) - 61%

ექთნის კვალიფიკაციის მქონე პირს - 20%

საზოგადოებრივი ჯანდავის სპეციალისტს - 4%

სხვა არასამედიცინო განათლების - 14%

**8 კითხვა:** თანამდებობრივად რომელ პერსონალს აქვს დაკისრებული მონაცემთა შეყვანა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში, იგივე „დაბადების რეგისტრში“?

როგორც განათლება, ასევე გასათვალისწინებელია თანამდებობა თუ ვის აქვს დაკისრებული მონაცემთა შეყვანა. როგორც აღმოჩნდა ექიმები ამ შემთხვევაშიც უმრავლესობაში არიან, ხოლო მენეჯერებზე, ექთნებსა და რეგისტრატორებზე დაახლოებით თანაბარი პროცენტული წილი მოდის.

ექიმს - 54%

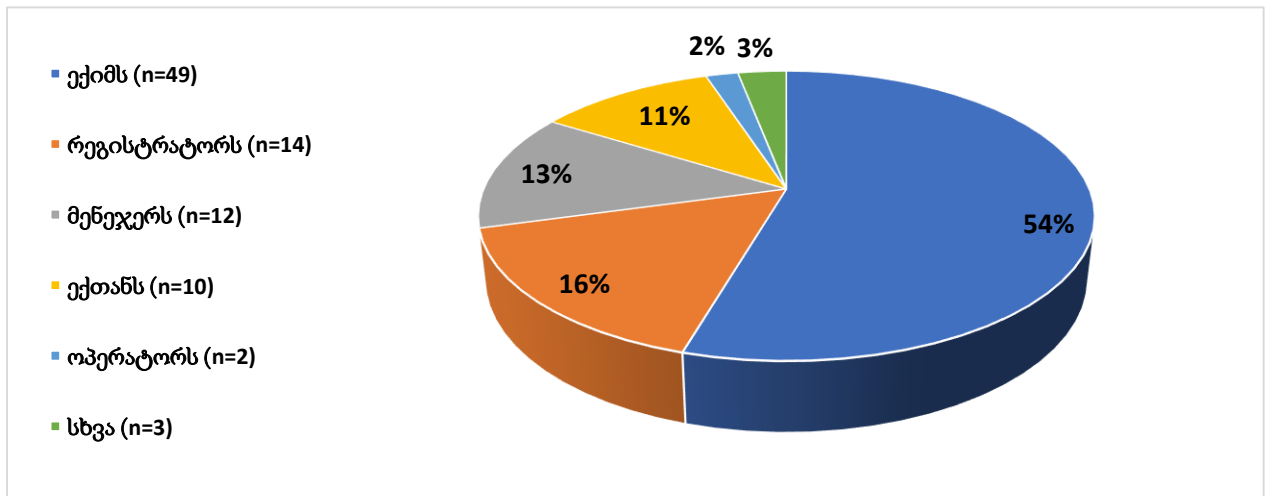
რეგისტრატორს - 16%

მენეჯერს - 13%

ექთანს - 11%

ოპერატორს - 2%

სხვა - 3%



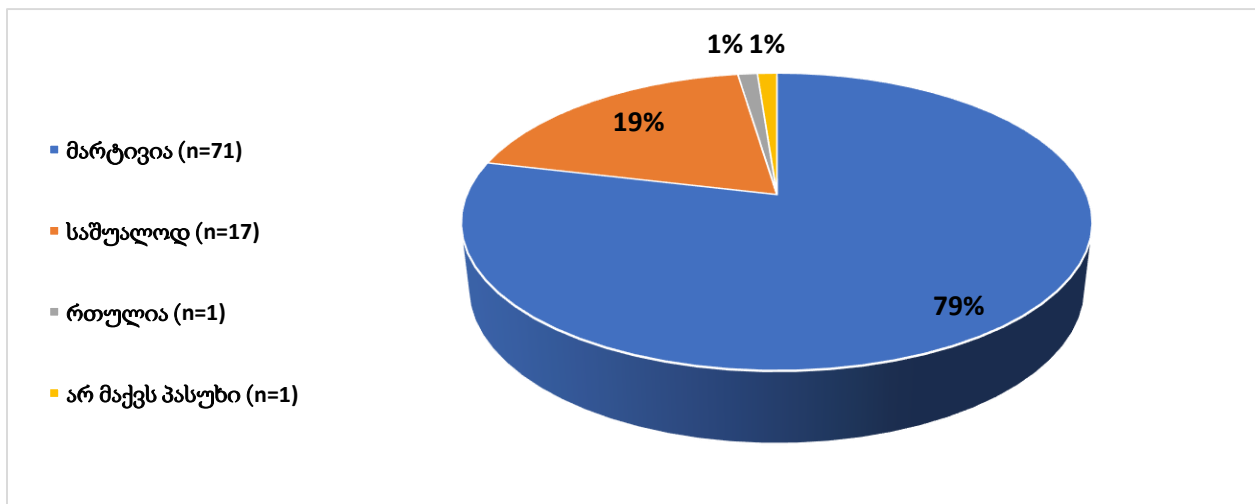
**9 კითხვა:** რამდენად გასაგებად არის აღწერილი შესაყვანი ინფორმაცია „დაბადების რეგისტრში“?

მარტივია 79%

საშუალოდ 19%

რთულია 1%

არ მაქვს პასუხი 1%

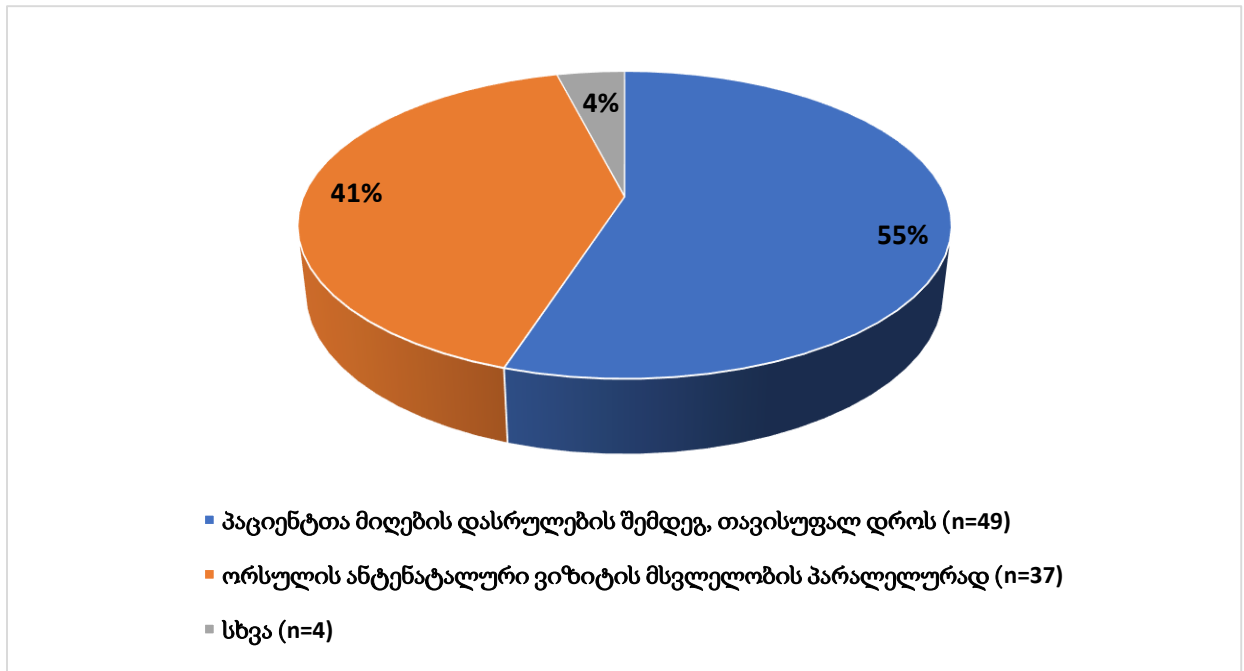


**10 კითხვა:** თქვენი დაწესებულების შემთხვევაში, დღის რომელ მონაკვეთში ხდება ინფორმაციის შევსება „დაზღვევის რეგისტრში“?

პაციენტთა მიღების დასრულების შემდეგ, თავისუფალ დროს - 55%

ორსულის ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად - 41%

სხვა - 4%

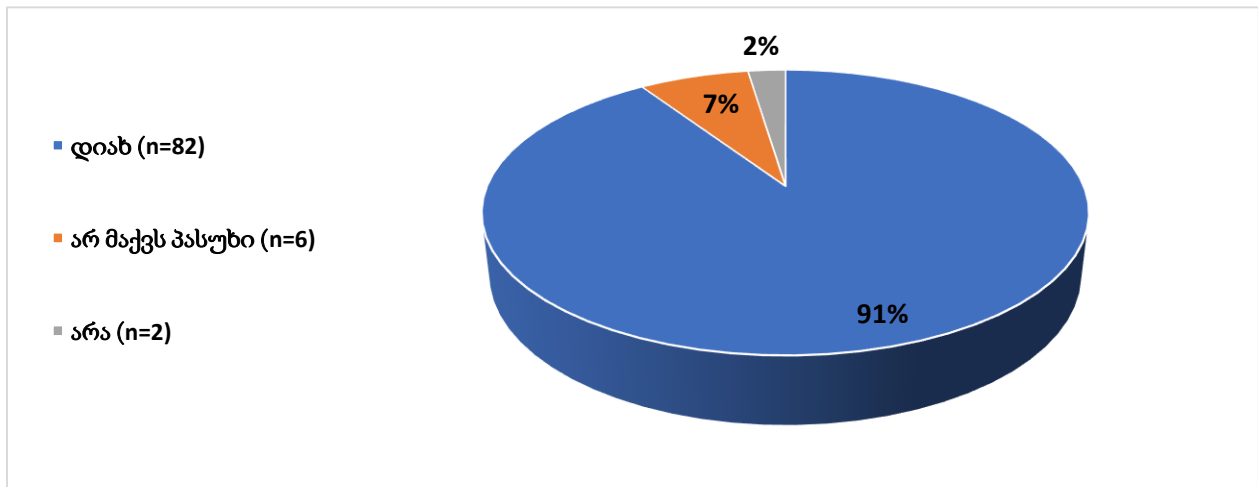


**11 კითხვა:** ივსება თუ არა „დაზღვევის რეგისტრში“ სრული ინფორმაცია ორსულის ანტენატალური ვიზიტის შესახებ? (თუ არა მიუთითეთ სიტყვიერად რატომ)

დიახ - 91%

არ მაქვს პასუხი - 7%

არა - 2%

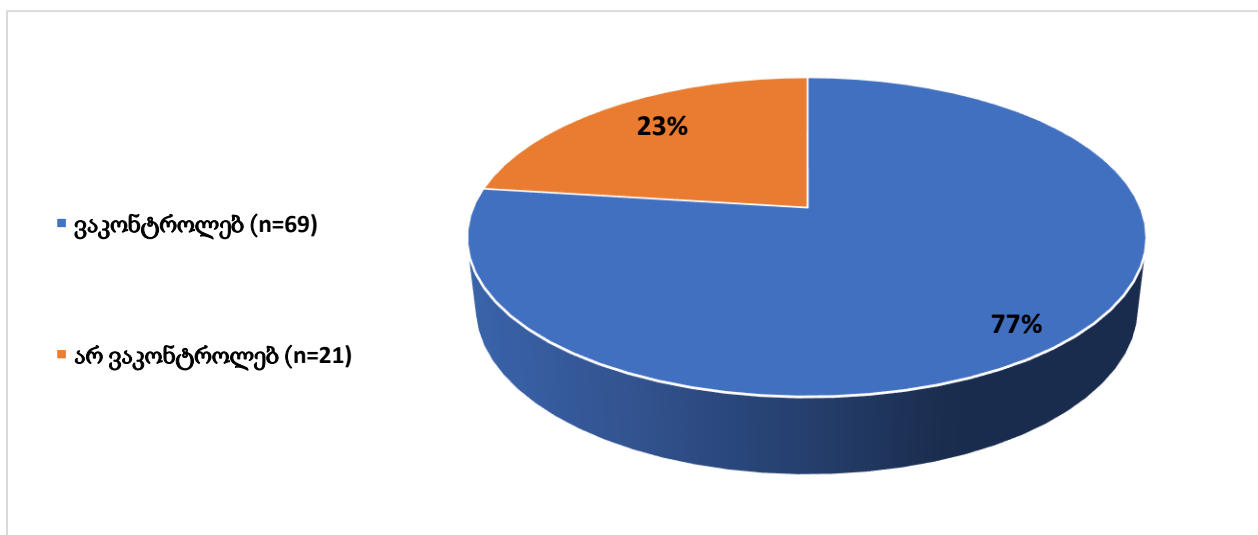


**12 კითხვა:** რამდენად აკონტროლებთ დაბადების რეგისტრში შეყვანილი ინფორმაციის ხარისხს?

ხარისხის კონტროლი ხელმძღვანელის ან/და მის დაქვემდებარებაში მყოფი თანამშრომლის უშუალო ვალდებულებაა. შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა:

ვაკონტროლებ - 77%

არ ვაკონტროლებ - 23%



**13 კითხვა:** თუ აკონტროლებთ, კონტროლის რა მექანიზმებს იყენებთ? (მიუთითეთ სიტყვიერად)

კითხვაზე პასუხის გაცემისაგან თავი შეიკავა 39-მა პროცენტმა. მიღებული 55 პასუხიდან შედეგები ამგვარად გადანაწილდა:

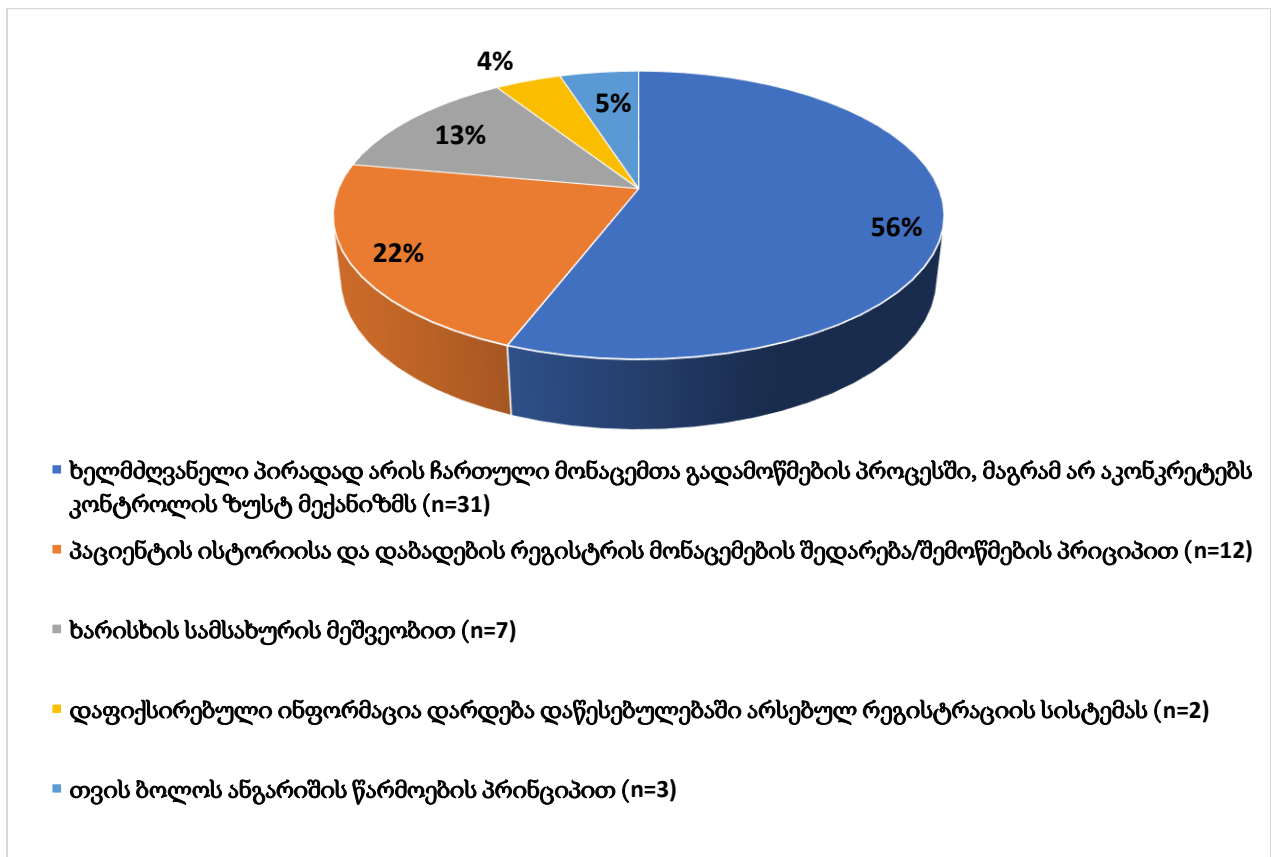
ხელმძღვანელი პირადად არის ჩართული მონაცემთა გადამოწმების პროცესში, მაგრამ არ აკონკრეტებს კონტროლის ზუსტ მექანიზმს - 56%

პაციენტის ისტორიისა და დაბადების რეგისტრის მონაცემების შედარება/შემოწმების პრიციპით - 22%

ხარისხის სამსახურის მეშვეობით - 13%

დაფიქსირებული ინფორმაცია დარდება დაწესებულებაში არსებულ რეგისტრაციის სისტემას - 4%

თვის ბოლოს ანგარიშის წარმოების პრინციპით - 5%

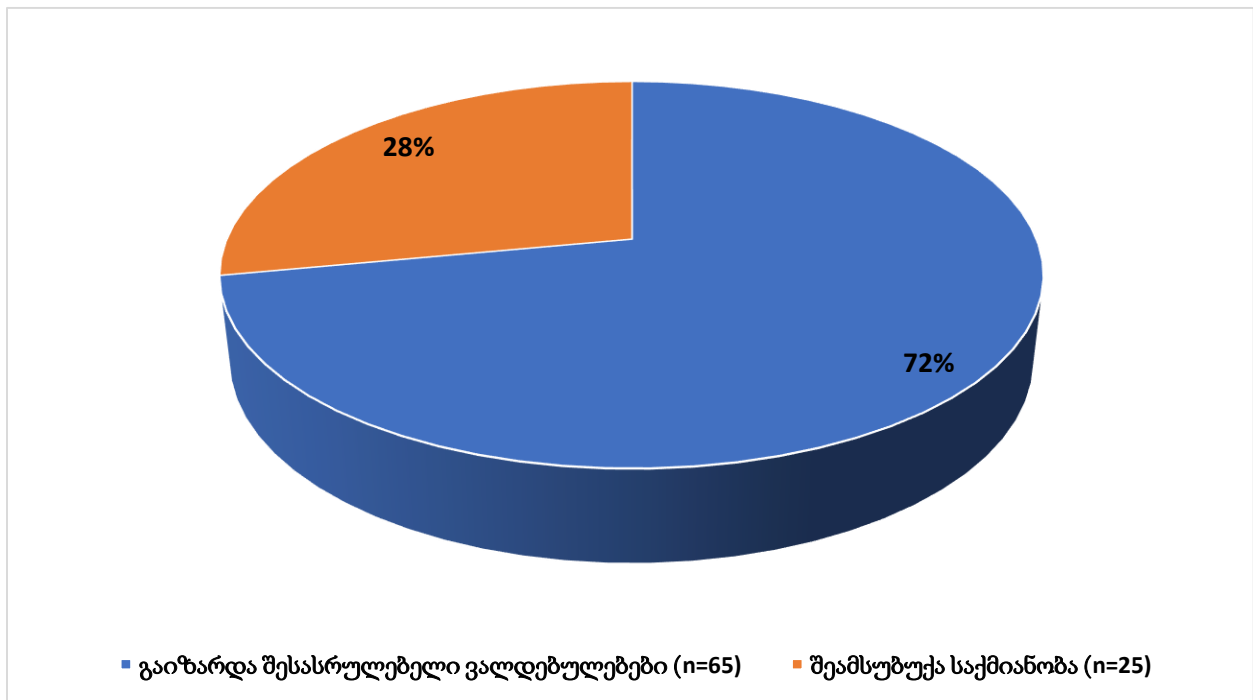


**14 კითხვა:** მას შემდეგ, რაც დაინერგა „დაბადების რეგისტრი“, როგორ აისახა ეს თქვენი დაწესებულების ყოველდღიური მუშაობის პროცესზე, გახდა დამატებითი ვალდებულება თუ შეამსუბუქა გარკვეული საქმიანობა?

დაბადების რეგისტრის დანერგვა აუცილებელი და გარდაუვალი პროცესია განვითარებადი ქვეყნებისათვის და ეს თავისთავად გულისხმობს იმას, რომ კლინიკის თანამრომლებისათვის შესძებელია გარკვეულწილად გაიზარდოს შესასრულებელი ვალდებულებები. მიუხედავად ამისა, დაბადების რეგისტრიდან საჭირო ინფორმაციის მიღების შედეგად, შესაძლებელია სხვა საქმიანობებში დროის დაზოგვა. კითხვაზე პასუხის შედეგები გადანაწილდა შემდეგნაირად:

გაიზარდა შესასრულებელი ვალდებულებები - 72%

შეამსუბუქა საქმიანობა - 28%



**15 კითხვა:** „დაბადების რეგისტრში“ მუშაობის დაწყებამდე ტრენინგი

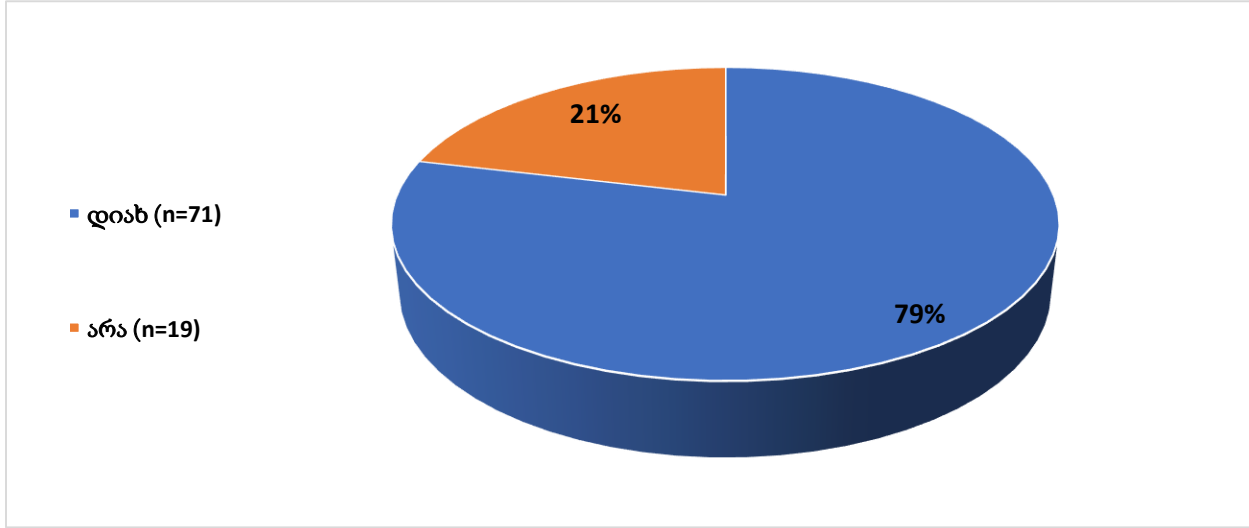
ჩაგიტარდათ?

2016 წელს, როდესაც მოხდა დაბადების რეგისტრის დანერგვა, სპეციალური

ტრენინგი ჩატარდათ სამეანო-გინეკოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულების თანამშრომლებს.

დიახ - 79%

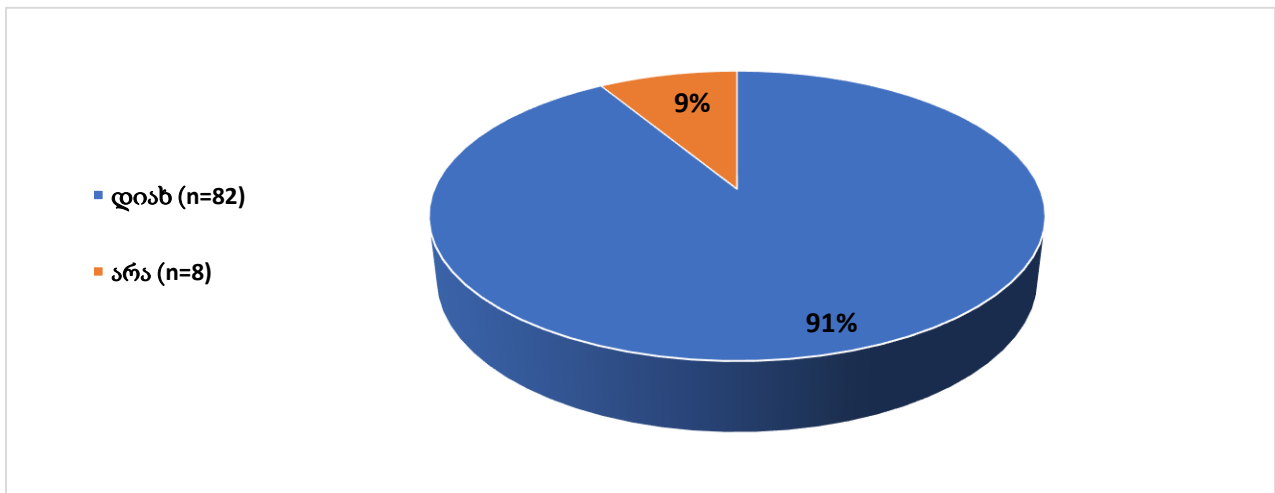
არა - 21%



16 კითხვა: საკმარისად ხართ ინფორმირებული „დაბადების რეგისტრის“ თაობაზე?

დიახ 91%

არა 9%

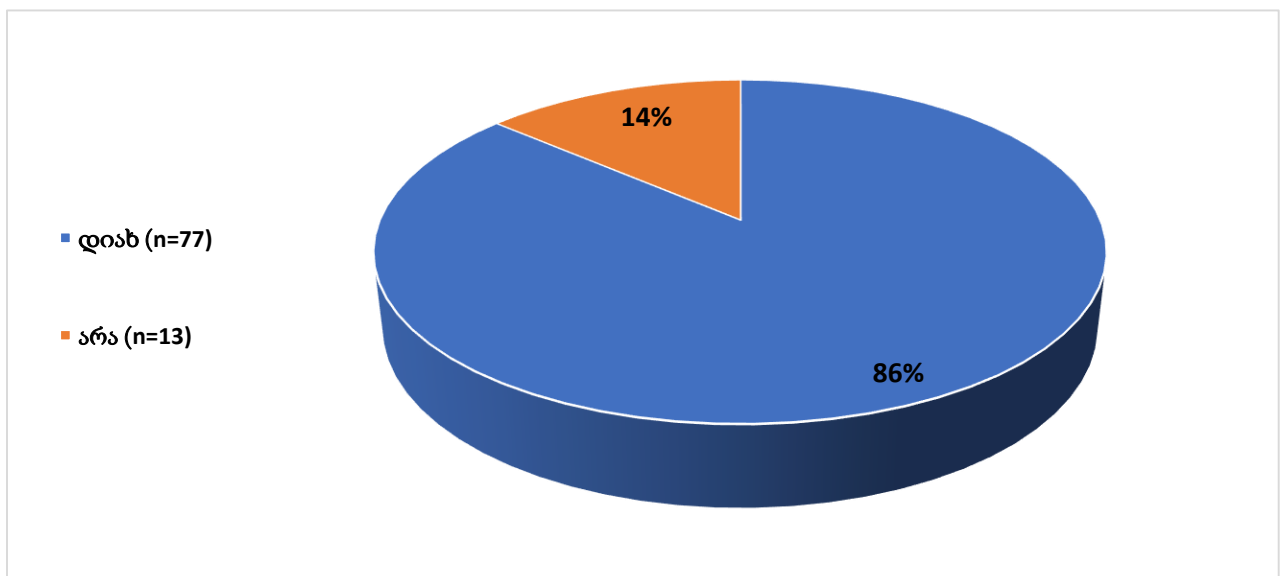


**17 კითხვა:** იყენებს თუ არა ექიმი „დაბადების რეგისტრის“ ფუნქციას, რომელიც საშუალებას იძლევა ინახოს ანტენატალურ ვიზიტზე მოსული პაციენტის სამეანო ანამნეზი?

ეს კითხვა თავისთავად ასახავს იმას, თუ რამდენად კარგად იცნობენ კლინიკის ხელმძღვანელები დაბადების რეგისტრს. შედეგებიდან გამომდინარე, ხელმძღვანელთა გარკვეული ნაწილი არარის ბოლომდე ინფორმირებული დაბადების რეგისტრის სრულ შესაძლებლობებზე.

დიახ 86%

არა 14%

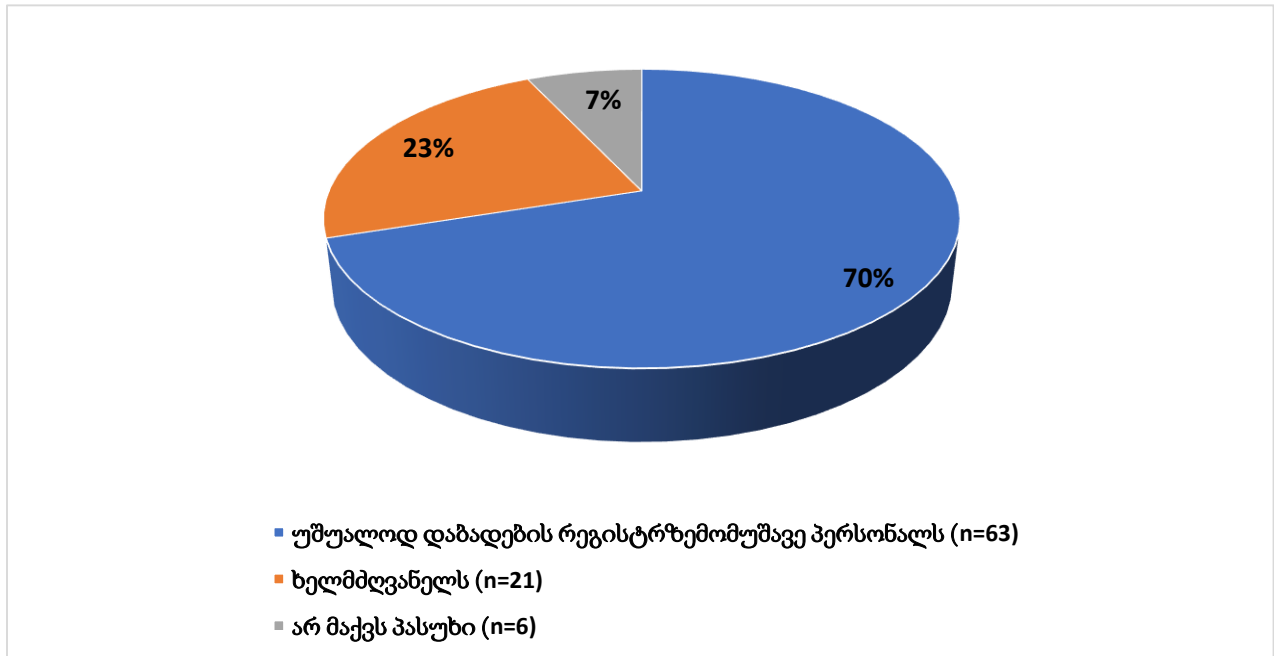


**კითხვა 18:** ვის ეკისრება პასუხისმგებლობა „დაბადების რეგისტრში“ შეყვანილი მონაცემების სისწორეზე?

უშუალოდ დაბადების რეგისტრზე მომუშავე პერსონალს 70%

ხელმძღვანელს 23%

არ მაქვს პასუხი 7%

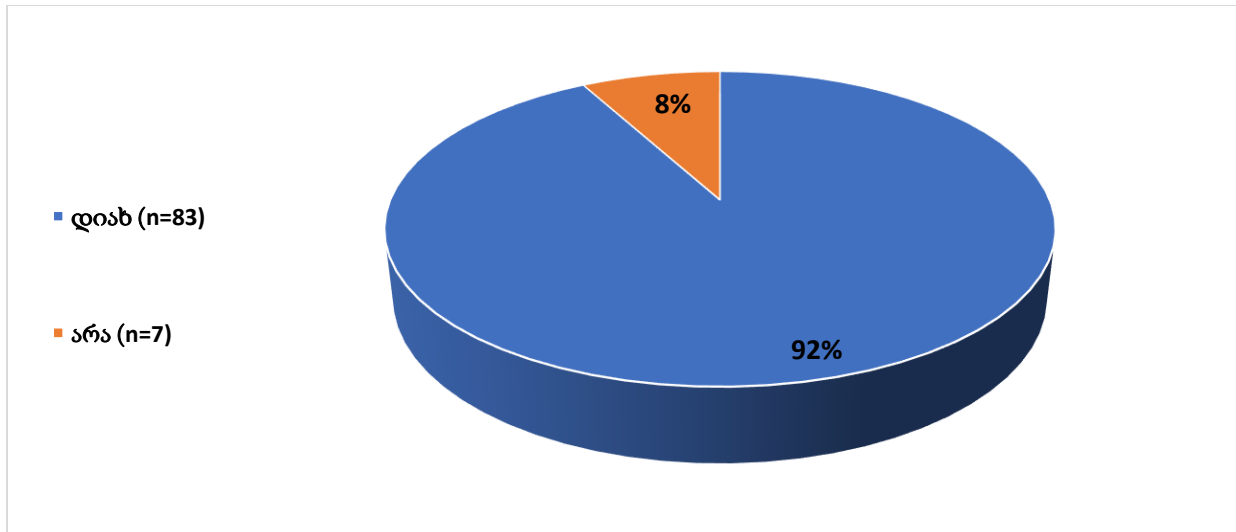


**კითხვა 19:** იცნობთ თუ არა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებას „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ?“

აღნიშნული კითხვა პირდაპირ უკავშირდება 12-ე და 18-ე კითხვებს, ვინაიდან ბრძანებაში „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ პირდაპირ არის გაწერილი, რომ სამედიცინო დაწესებულების მიერ ელექტრონულ მოდულში შეყვანილ ინფორმაციაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება ხელმძღვანელს ან ხელმძღვანელის მიერ განსაზღვრულ პირს, რომელიც ვალდებულია ანგარიშგების მაქსიმალური სიზუსტით წარმოებაზე განახორციელოს კონტროლი.

დიახ 92%

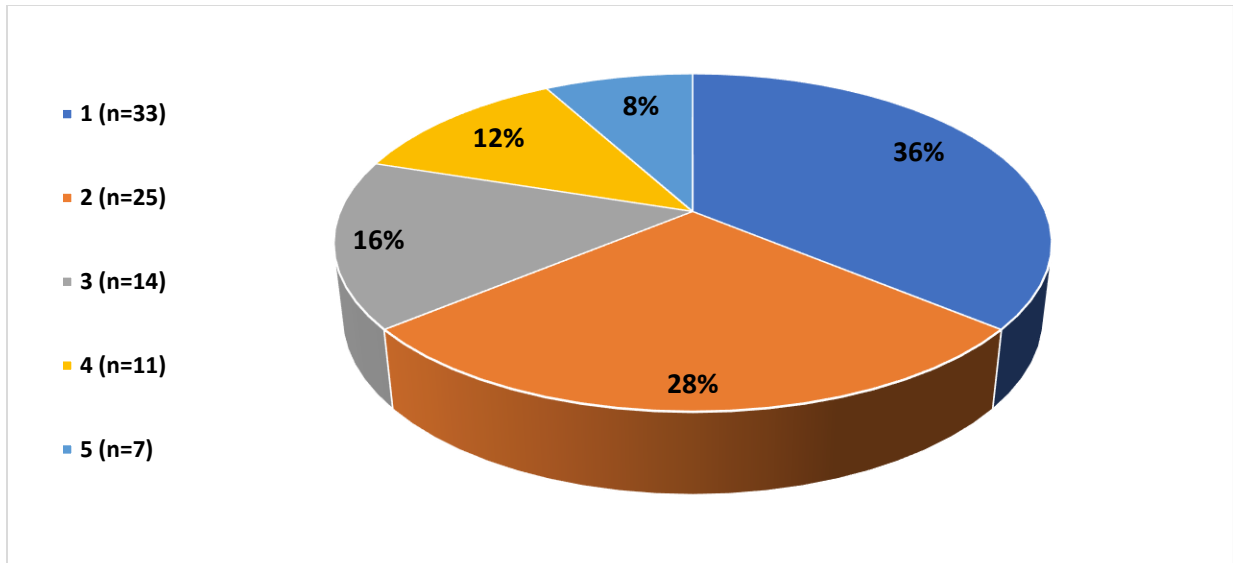
არა 8%



**კითხვა 20:** რა სახის ინფორმაციის მიღებას ისურვებდით „დაბადების რეგისტრიდან“?

ფაქტია, რომ დაწესებულებებს აქვთ მოლოდინი იმისა, რომ დაბადების რეგისტრიდან შესაძლებელი გახდება მეტი ინფორმაციის მიღება, ვიდრე ეს ახლას შესაძლებელი.

1. ინფორმაცია აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების გამოსავალის (შეწყდა ორსულობა, იმშობიარა დროულად, იმშობიარა ნაადრევად, პერინატალური დანაკარგი და სხვ და სხვ) შესახებ 36%
2. არ ვსაჭიროებ კონკრეტულად „დაბადების რეგისტრიდან“ ამ ინფორმაციის ამოღებას 28%
3. აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების სია ორსულობის ვადის მიხედვით 16%
4. ორსულობასთან ერთად სხვადასხვა დაავადებების მქონე ორსულების სია 12%
5. აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების სია 8%

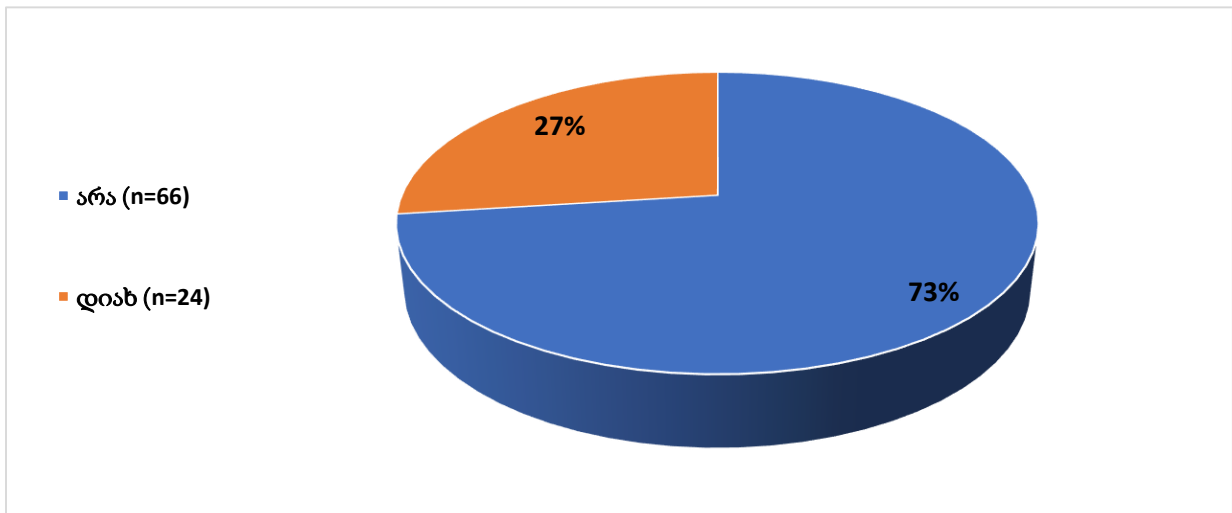


**21 კითხვა:** თქვენი აზრით, „დაბადების რეგისტრი“ მოიცავს ინფორმაციას მელოგინეთა მეთვალყურეობის შესახებ მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში?

აღნიშნულ კითხვაზე მხოლოდ 71%-მა გასცა სწორი. 17-ე კითხვის მსგავსად, ეს კითხვა ასახავს იმას, თუ რამდენად კარგად იცნობენ კლინიკის ხელმძღვანელები დაბადების რეგისტრს.

არა 73%

დიახ 27%

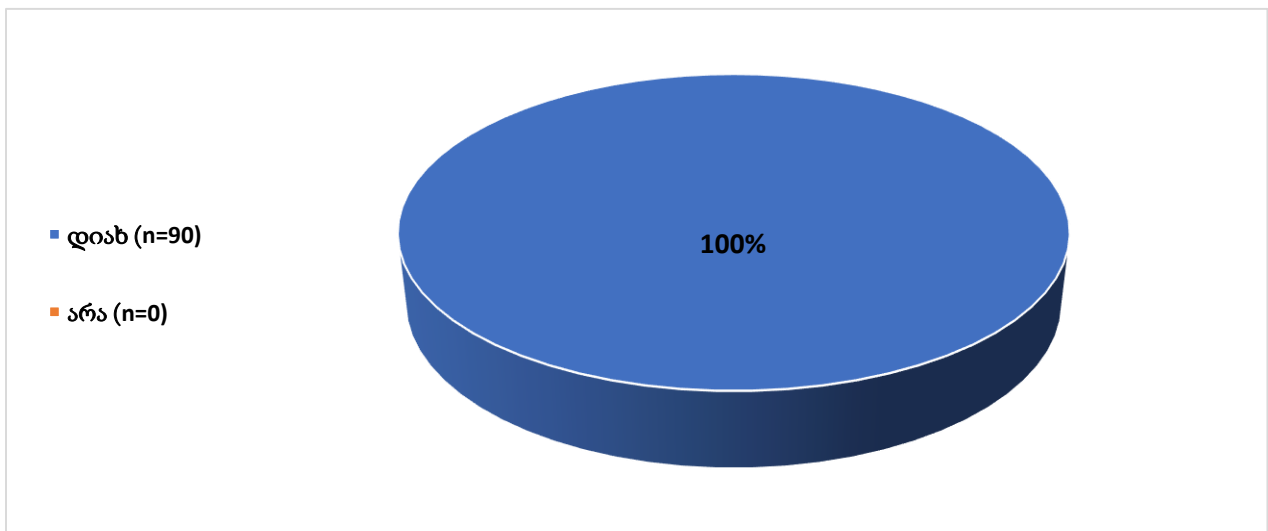


**22 კითვა:** თქვენი აზრით „დაბადების რეგისტრი“ სამედიცინო დაწესებულებისთვის/ქვეყნისთვის სასარგებლო პროგრამაა?

პასუხი ერთმნიშვნელოვანი და ცალსახაა. თითოეული დაწესებულება ეთანხმება მოსაზრებას, რომ დაბადების რეგისტრს ქვეყნისათვის ბევრი სასიკეთო და სასარგებლო ფუნქცია აკისრია.

დიახ 100%

არა 0%



23 კითხვა: თქვენი აზრით, რა მიზნებისათვის გამოიყენება „დაბადების რეგისტრის“ ინფორმაცია?

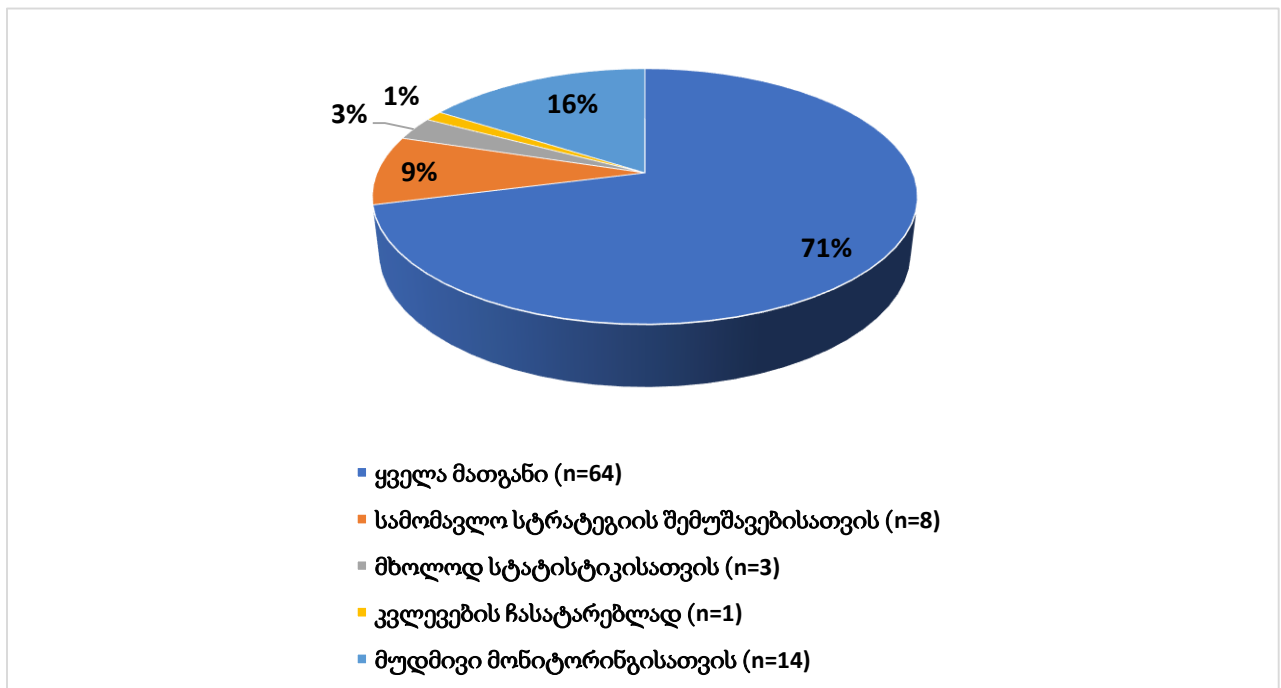
ყველა მათგანი 71%

მუდმივი მონიტორინგისათვის 16%

სამომავლო სტრატეგიის შემუშავებისათვის 9%

მხოლოდ სტატისტიკისათვის 3%

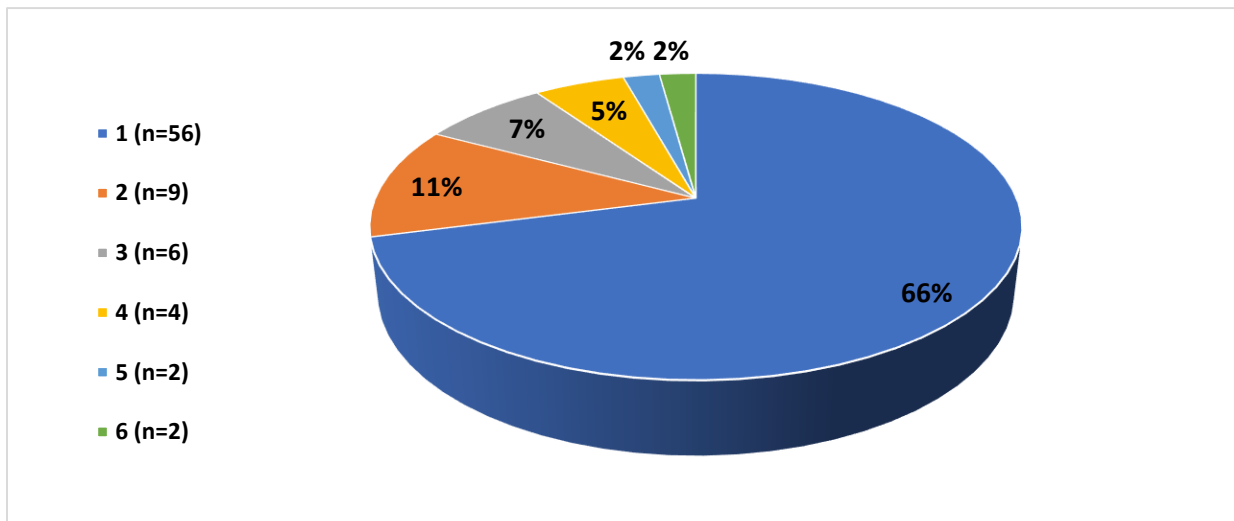
კვლევების ჩასატარებლად 1%



24 კითხვა: რის შეცვლას ისურვებდით სამომავლოდ „დაბადების რეგისტრში“?

სულ მივიღეთ 95 პასუხი, რადგან კლინიკების გარკვეულმა რაოდენობამ დააფიქსირა ორი სხვადასხვა პასუხი.

1. არაფრის - 73%
2. შესაყვანი ინფორმაციის შემცირებასთან დაკავშირებული შენიშვნა 10%
3. სავალდებულო ველების დამატების საჭიროება 7%
4. საიტის ტექნიკურ მუშაობასთან დაკავშირებული შენიშვნა 5%
5. დაბადების რეგისტრიდან ინფორმაციის მიღების საჭიროება 2%
6. ინგლისურ ენასთან დაკავშირებული შენიშვნა 2%



#### 4.3 მკვდრადშობადობის აუდიტისა და ცოდნა-დამოკიდებულების კვლევის საერთო ანალიზი

მკვდრადშობადობის აუდიტი, რომელშიც შედიოდა 199 შემთხვევა, განხორციელდა საქართველოში არსებულ 107 სამედიცინო დაწესებულებაზე. აუდიტის ელექტრონული ბაზა საშუალებას იძლევა შეფასდეს, როგორც აუდიტის საერთო შედეგი, ასევე აუდიტში მონაწილე თითოეული კლინიკის მიერ შევსებულ მონაცემთა ხარისხი. ამას გარდა, სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგად შესაძლებელია შეფასდეს, ერთიმხრივ კონკრეტული კლინიკის

ცოდნა-დამოკიდებულება დაბადების რეგისტრის მიმართ და მეორემხრივ მათ მიერ შევსებული მონაცემების სისრულე მკვდრადშობადობის აუდიტის ფარგლებში. 43 სამედიცინო დაწესებულებამ მონაწილეობა მიიღო, როგორც მცირემასშტაბიან სამაგისტრო კვლევაში ასევე მკვდრადშობადობის აუდიტში. 43 სამედიცინო დაწესებულების მიერ შევსებული კითვარისა და მათ მიერ დაბადების რეგისტრში შეტანილი მონაცემების ანალიზის შედეგად, გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი ტენდენციები:

- 1) დაწესებულებები, რომელთა ხელმძღვანელებიც 5-ე კითხვაში პასუხობენ, რომ დაბადების რეგისტრში მონაცემები არ შეჰყავთ ორსულის ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად, უშვებენ უფრო მეტ შეცდომას, ვიდრე კლინიკები, რომლებსაც მონაცემები ორსულის კონსულტაციის პარალელურ რეჟიმში შეჰყავთ.
- 2) კლინიკები, რომელთა ხელმძღვანელებიც 7-ე კითხვაზე ღიად პასუხობენ, რომ არ აკონტროლებენ დაბადების რეგისტრში შეტანილ მონაცემთა ხარისხს, გამოირჩევიან არასწორი მონაცემების დაფიქსირების სიხშირით.
- 3) 6-ე კითხვის შესაბამისად, 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.

#### **4.4 დასკვნები და რეკომენდაციები**

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე ჩვენ მიერ გამოთქმული ვარაუდი დადასტურდა, რის საფუძველზეც მომზადდა დასკვნები და რეკომენდაციები.

##### **დასკვნები:**

- გამოაკითხულ სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის მქონე დაწესებულებების

77%-ში ხელმძღვანელებს აქვთ უმაღლესი სამედიცინო განათლება სხვადასხვა პროფილით.

- გამოკითხული დაწესებულებების 92% დაბადების რეგისტრში ჩართულია 3 და მეტი წელია, შესაბამისად მათ აქვთ ელექტრონულ სისტემებზე მუშაობის გამოცდილება.
- როგორც აღმოჩნდა, კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების 53%-დან დაბადების რეგისტრში ინფორმაციის შეყვანა ხდება, როგორც განათლებით ასევე თანამდებობრივად ექიმის მხრიდან.
- დაბადების რეგისტრში მონაცემთა შემკვები პირების 59%-ს არ შეჰყავს ორსულობის შესახებ ინფორმაცია ორსულის ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად, რაც თავისთავად ზრდის არასწორი ინფორმაციის დაფიქსირების ალბათობას.
- გამოკითხულ სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელი პირების 23% არ აკონტროლებს შეყვანილი ინფორმაციის ხარისხს, რაც იმას ნიშნავს, რომ არ ხდება რისკების სწორი შეფასება და არ არსებობს მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც მოხდება მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესება.
- გამოკითხულთა 92% ამბობს, რომ იცნობს ბრძანებას სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოებისა და მიწოდების წესის შესახებ. აღნიშნულში ვკითხულობთ, რომ სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია მაქსიმალური სიზუსტით განახორციელოს კონტროლი სტატისტიკურ მონაცემებზე. აქედან გამომდინარე ხელმძღვანელების ის ნაწილი, რომლებიც არ აკონტროლებს მონაცემთა ხარისხს, რეალურად არ იცნობს ზემოთ აღნიშნულ ბრძანებას.
- გამოკითხულთა 14% არ იყენებს დაბადების რეგისტრის ფუნქციას, რომელის საშუალებითაც შესაძლებელია ორსულის სამედიცინო ანამნეზის ნახვა. აღნიშნულიდან გამომდინარეობს დასკვნა, რომ ისინი არ იცნობენ სისტემის სრულ შესაძლებლობებს.
- ხელმძღვანელთა 72% ისურვებდა, რომ დაბადების რეგისტრმა მისცეთ მათ საშუალება მიიღონ სისტემიდან იმაზე მეტი ინფორმაცია ვიდრე მათ ეს ახლა

შეუძლიათ. აღნიშნულიდან გამომდინარეობს, რომ დაწესებულებებისათვის დაბადების რეგისტრში არსებულ ინფორმაციაზე წვდომა ხელახლა უნდა გადაიხედოს.

- ყველა სამედიცინო დაწესებულება ეთანხმება აზრს, რომ დაბადების რეგისტრი ქვეყნისათვის სასარგებლო პროგრამაა.
- გამოკითხული სამედიცინო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელთა მხოლოდ 71%-ს ესმის სრულყოფილად თუ რა მიზნებისათვის გამოიყენება დაბადების რეგისტრში არსებული ინფორმაცია.
- გამოკითხულთა 30% საუბრობს იმაზე, რომ დაბადების რეგისტრი საჭიროებს ცვლილებებს. აღნიშნულიდან გამომდინარეობს, რომ „დაბადების რეგისტრის“ დახვეწა ჯერ კიდევ საჭირო პროცესია.

#### რეკომენდაციები:

- მნიშვნელოვანია, სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელი პირების მეტად ინფორმირება დაბადების რეგისტრის სრულ შესაძლებლობებზე.
- სასურველია, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში დაბადების რეგისტრზე მომუშავე პერონალები იყვნენ სამედიცინო განათლების მქონე პირები.
- მიზანშეწონილია, ამაღლდეს დაბადების რეგისტრზე მომუშავე პერსონალთა ცნობიერება დაბადების რეგისტრის მიმართ.
- მნიშვნელოვანია, სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან ელექტრონულად შეტანილ მონაცემებზე კონტროლის მექანიზმის შემუშავება ან/და მისი გამკაცრება.
- სასურველია, დაბადების რეგისტრის დახვეწა სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელების შენიშვნების გათვალისწინებით.
- მნიშვნელოვანია, ჩატარდეს გაფართოებული კვლევა სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელების ჩართულობით, დაბადების რეგისტრის

შესაძლებლობების გაზრდის თვალსაზრისით.

- მიზანშეწონილია, პერიოდულად ჩატარდეს დაბადების რეგისტრში არსებული მონაცემების აუდიტი, მონაცემთა ვალუდურობის დასადგენად.
- საჭიროა ყოველწლიურად ჩატარდეს პერინატალური სიკვდილიანობის აუდიტი, როგორც სიკვდილიანობის შესამცირებლად, ასევე დაბადების რეგისტრში არსებული ინფორმაციის ხარისხის ასამაღლებლად.

#### 4.5 გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ოთარ გერზმავა „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი” 2012
2. დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში  
<https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=123a223e-5931-4747-a9c2-989d5f1f1e4d>
3. ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2018 -2022 წლების სტრატეგია  
<https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=ce08d096-cf8a-4aae-ae25-a45a7538efff>
4. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3825285?publication=0>
5. სამედიცინო სტატისტიკის განვითარება საქართველოში  
<https://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=faf48f38-ee73-45c4-b545-86c5f9dbe347>
6. პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/2016/Failebi/account.pdf>
7. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა <https://youtu.be/aqysttGJhm8>
8. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ <https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2019/Failebi/16.08.2019.pdf>
9. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიზანი  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/03.08.2018-4.pdf>
10. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19815206/>
11. Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010-2012: a population-based cohort study <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25763794/>
12. Validation of disease registration in pregnant women in the Medical Birth Registry of Norway <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19657758/>

13. Classification of substandard factors in perinatal care  
[https://www.rug.nl/research/portal/files/54556263/s12884\\_015\\_0638\\_5.pdf](https://www.rug.nl/research/portal/files/54556263/s12884_015_0638_5.pdf)
14. Axelsson O. The Swedish Medical Birth Register. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82 (6); pp. 491-492
15. Centre for Epidemiology., The National Board of Health and Welfare. The Swedish Medical Birth Register – A summary of content and Quality. 2003
16. Drolet B.C. Kevin B.J., Categorizing the World of Registries, 2008, *Journal of Biomedical Informatics* 41 pp 1009-1020
17. Gissler M., Louhiana P., Hemminki E. Nordic Medical Birth Register in epidemiological research. *Eur J Epidemiol* 1997; 13 (2); pp. 169-175
18. Hogan M. C., Foreman K., Naghavi M., Ahn A. Y., Wang M., Makela S. M., Lopez A. D., Lozano R., Murray C. J. Maternal Mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goals. Published Online April 12, 2010
19. Irgens L.M. The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79 (6); pp. 435-439
20. Jacobsen A. Skjeldstad F. Sandset P. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost.* 2008; 6:905–12.
21. Katz D.L. Elmore J.G. Wild D.M.G. Lucan S.C. *Jekel's Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine, and Public Health.* Elsevier. 2014; pp 301-302
22. Knudsen L.B., Olsen J. The Danish Medical Birth Registry. *Dan Med Bull* 1998; 45 (3); pp. 320-323

23. Langhoff-Roos J. Krebs L. Klungsøyr K. Bjarnadóttir K. Källén K. Tapper A. Jakobsson M. Børdahl P. Lindqvist P. Gottvall K. Colmorn L. Gissler M. The Nordic medical birth registers - A potential goldmine for clinical research. *Acta Obstet Gynecol Sc.* 2013; PP. 132-137
24. Law about ethical review in human research. [homepage on the Internet] [Accessed October 15, 2015]. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)
24. Lindqvist P. Dahlbäck B. Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol.* 1999; pp. 94:595-9.
25. Sortso C. Thygesen L.C. Bronnum-Hansen H., Database on Danish Population-based Registers for Public Health and Welfare Research. 2011; *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (7):17-9
26. United Nations Development Group, Thematic Paper on MDG 4, 5 and 6, 2009
27. Virkus R. Løkkegaard E. Bergholt T. Mogensen U. Langhoff-Roos J. Lidegaard Ø. Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. A national cohort study. *Thromb Haemost.* 2011; pp. 106:304-9.

#### 4.6 ტექსტში გამოყენებული აბრევიატურები:

ჯანმო - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

WHO - World Health Organization - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

ICPD - International Conference on Population and Development -

NCDC - National Center for Disease Control and Public Health - დაავადებათა

კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

UNICEF - United Nations Children's Fund - გაეროს ბავშვთა ფონდი

CITI - Center for Information Technology Integration - ინფორმაციული ტექნოლოგიების

ინტეგრაციის ცენტრი

UiT - The Arctic University of Norway - ნორვეგიის არქტიკული უნივერსიტეტი

ICD-10 - International Classification of Diseases - დაავადებათა საერთაშორისო

კლასიფიკაცია



დაამადავანათა კონტროლისა და  
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის  
ეროვნული ცენტრი

GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE  
CONTROL AND PUBLIC HEALTH

## სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

**მთავარი მკვლევარი:** ნიკოლოზ ებრალიძე  
ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის  
ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი - მაგისტრანტი  
ი.ჭავჭავაძის გამზირი 1, თბილისი.  
ტელ: +995 579 988 998  
ელ.ფოსტა: [nikolozebzalidze1@gmail.com](mailto:nikolozebzalidze1@gmail.com)

ოქმი # 2020-044

კვლევის სათაური: „სამედიცინო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელების/  
მენეჯერების ცოდნა-დამოკიდებულება დაზარალების რეგისტრის მიმართ“.

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის  
ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტის განაცხადი და დაასკვნა,  
რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევი პირების უფლებები და კეთილდღეობა  
ადექვატურადაა დაცული.

განხილვის ტიპი: დარქარებული  
განხილვის თარი: 20 ივლისი, 2020წ

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს 2020 წლის 20  
ივლისიდან 2021 წლის 20 ივლისამდე.

- კვლევის პროცესში ნებისმიერი გაუთვალისწინებელი პრობლემის ან უარყოფითი  
მოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობეთ ეთიკის კომისიას.
- ნებისმიერი ცვლილება კვლევის მეთოდოლოგიაში, პროტოკოლში, მონაცემთა  
შეგროვების ინსტრუმენტებში ან/და თანხმობის ფორმაში განხორციელებამდე უნდა  
აცნობოთ ეთიკის კომისიას.
- თუ კვლევა არ დასრულდება ამ დოკუმენტში მოცემულ ვადებში, საჭიროა კვლევის  
ხელახალი განხილვა ეთიკის კომისიის მიერ.

დამატებითი ინფორმაციისთვის დაგვიკავშირდით ტელ: (995-322) 39 89 46 (ext. 606) ან ელ.  
ფოსტით: [irb.ncdc@gmail.com](mailto:irb.ncdc@gmail.com)

კომისიის თავმჯდომარე: მარინა თოფურიძე, IRB000

99 Kakheti Highway, Tbilisi, Georgia (0198) Web.: [www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge)  
Tel: +995 591 706781

## კითხვარი

ინფორმაცია რესპონდენტისთვის:

სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელების/მენეჯერების ცოდნა-დამოკიდებულება დაბადების რეგისტრის მიმართ

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში მიმდინარეობს მუშაობა სამაგისტრო ნაშრომზე, რომელიც უკავშირდება ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულს, იგივე „დაბადების რეგისტრს“. კვლევა მიზნად ისახავს სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელების/მენეჯერების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლას დაბადების რეგისტრის მიმართ.

კვლევა ანონიმურია და მისი შედეგები გამოყენებული იქნება მხოლოდ საგანმანათლებლო და სამეცნიერო მიზნებისთვის. კვლევის შედეგების დემონსტრირებისას რესპოდენტი და მისი პერსონალური მონაცემები არ დასახელდება. კვლევის პერიოდში და მას შემდეგ კონფიდენციალობა სრულად იქნება დაცული.

თქვენი დაწესებულების ზუსტი დასახელება:

I.1 რესპოდენტთა მახასიათებლები: ასაკი

- 18-24
- 25-36
- 37-55
- 56-65
- 65 +

I.2 რესპოდენტთა მახასიათებლები: სქესი

- მდედრობითი
- მამრობითი

I.3 რესპოდენტთა მახასიათებლები: განათლება

- სამედიცინო სამკურნალო ფაკულტეტი
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტი
- სხვა (მიუთითეთ სიტყვიერად)

I.4 რესპოდენტთა მახასიათებლები: საცხოვრებელი ადგილი

- თბილისის რეგიონი
- სხვა რეგიონი

I.5 რესპოდენტთა მახასიათებლები: ოჯახური მდგომარეობა

- დაოჯახებული
- დასაოჯახებელი
- განქორწინებული
- ქვრივი
- სხვა

1) რამდენი ხანია თქვენი დაწესებულება ჩართულია ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდულში ანუ „დაბადების რეგისტრში?“

- 1 წლამდე
- 1-3 წლამდე
- 3 და მეტი წელია

2) რა განათლების მქონე პირს აქვს დაკისრებული მონაცემთა შეყვანა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში, იგივე „დაბადების რეგისტრში?“

- უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირს (ექიმი)
- ექთნის კვალიფიკაციის მქონე პირს
- საზოგადოებრივი ჯანდავის სპეციალისტს
- სხვა (მიუთითეთ სიტყვიერად)

3) თანამდებობრივად რომელ პერსონალს აქვს დაკისრებული მონაცემთა შეყვანა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში, იგივე „დაბადების რეგისტრში?“

- მენეჯერს
- ექიმს
- ექთანს
- სხვა (მიუთითეთ სიტყვიერად)

4) რამდენად გასაგებად არის აღწერილი შესაყვანი ინფორმაცია დაბ. რეგისტრში?

- მარტივია
- საშუალოდ
- რთულია
- არ მაქვს პასუხი

5) თქვენი დაწესებულების შემთხვევაში, დღის რომელ მონაკვეთში ხდება ინფორმაციის შევსება „დაბადების რეგისტრში?“

- ორსულის ანტენატალური ვიზიტის მსვლელობის პარალელურად
- პაციენტთა მიღების დასრულების შემდეგ, თავისუფალ დროს
- სხვა (მიუთითეთ სიტყვიერად)

6) ივსება თუ არა „დაბადების რეგისტრში“ სრული ინფორმაცია ორსულის ანტენატალური ვიზიტის შესახებ? (თუ არა მიუთითეთ სიტყვიერად რატომ)

- დიახ
- არ მაქვს პასუხი
- სხვა (მიუთითეთ სიტყვიერად)

7) რამდენად აკონტროლებთ დაბადების რეგისტრში შეყვანილი ინფორმაციის ხარისხს?

- ვაკონტროლებ
- არ ვაკონტროლებ

8) თუ აკონტროლებთ, კონტროლის რა მექანიზმებს იყენებთ?

- (მიუთითეთ სიტყვიერად)

9) მას შემდეგ რაც დაინერგა „დაბადების რეგისტრი“, როგორ აისახა ეს თქვენი დაწესებულების ყოველდღიურ მუშაობის პროცესზე, გახდა დამატებითი ვალდებულება თუ შეგიძლბუქათ გარკვეული საქმიანობა?

- შეამსუბუქა საქმიანობა
- გაიზარდა შესასარულებელი ვალდებულებები

10) „დაბადების რეგისტრში“ მუშაობის დაწყებამდე ტრენინგი ჩაგიტარდათ?

- დიახ
- არა

11) საკმარისად ხართ ინფორმირებული „დაბადების რეგისტრის“ თაობაზე?

- დიახ

არა

12) იყენებს თუ არა ექიმი „დაბადების რეგისტრის“ ფუნქციას, რომელიც საშუალებას იძლევა ინახოს ანტენატალურ ვიზიტზე მოსული პაციენტის სამეანო ანამნეზი?

დიახ

არა

13) ვის ეკისრება პასუხისმგებლობა „დაბადების რეგისტრში“ შეყვანილი მონაცემების სისწორეზე?

ხელმძღვანელს

უშუალოდ დაბადების რეგისტრზე მომუშავე პერსონალს

არ მაქვს პასუხი

14) იცნობთ თუ არა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებას სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ?

დიახ

არა

15) რა სახის ინფორმაციის მიღებას ისურვებდით „დაბადების რეგისტრიდან“?

აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების სია

ორსულობასთან ერთად სხვადასხვა დაავადებების მქონე ორსულების სია

ხანდაზმული ორსულების სია

აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების სია ორსულობის ვადის მიხედვით

ინფორმაცია აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების გამოსავალის (შეწყდა ორსულობა, იმშობიარა დროულად, იმშობიარა ნაადრევად, პერინატალური დანაკარგი და სხვ და სხვ) შესახებ.

არ ვსაჭიროებ კონკრეტულად „დაბადების რეგისტრიდან“ ამ ინფორმაციის ამოღებას

16) თქვენი აზრით, „დაბადების რეგისტრი“ მოიცავს ინფორმაციას მელოგინეთა მეთვალყურეობის შესახებ მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში?

დიახ

არა

17) თქვენი აზრით „დაბადების რეგისტრი“ სამედიცინო დაწესებულებისთვის/ქვეყნისთვის სასარგებლო პროგრამაა?

დიახ

არა

18) თქვენი აზრით, რა მიზნებისათვის გამოიყენება დაბადების რეგისტრის ინფორმაცია?

მხოლოდ სტატისტიკისათვის

კვლევების ჩასატარებლად

სამომავლო სტრატეგიის შემუშავებისათვის

მუდმივი მონიტორინგისათვის

ყველა მათგანი

19) რის შეცვლას ისურვებდით სამომავლოდ „დაბადების რეგისტრში“?

არაფრის

(მიუთითეთ სიტყვიერად)