

2011

კლიენტისა და პროვაიდერის პოზიციები
საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით:
საქართველოში საკეისრო კვეთების
მაღალი მარვენებლის ოპერაციული კვლევა



Koninkrijk der Nederlanden



კლიენტისა და პროვაიდერის პოზიციები

საკუთრო კვეთასთან დაკავშირებით:

საქართველოში საკუთრო კვეთების

მაღალი მაჩვენებლის ოპერაციული კვლევა

აბრევიატურები.....	3
ცხრილები და სურათები	4
1 შესავალი.....	6
2 მიზნები.....	8
3 მეთოდოლოგია	9
3.1 კვლევის ტიპი და პოპულაცია, ნიმუში	9
3.2 მონაცემთა შეგროვება.....	11
3.3 ეთიკური მოსაზრებები	12
3.4 კვლევის შეზღუდვები.....	13
4. შედეგები.....	13
4.1 მშობიარობასთან დაკავშირებული ტენდენციები და რეგიონალური სხვადასხვაობა საქართველოში..	13
4.2 იმ სამედიცინო დაწესებულებათა პროფილი, რომლებიც მშობიარობათა მომსახურებას ახორციელებენ ..	15
4.3 მშობიარობათა და საკეისრო კვეთათა სქემა კვლევაში მონაწილე სამშობიარო სახლებისა და სამშობიარო განყოფილებების მიხედვით	18
4.4 სიმართლის წიგნების ანალიზი	19
4.5 კლიენტთა პროფილი და პოზიცია	24
4.5.1 ორსული ქალები	24
4.5.2 ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალები.....	28
4.5.3 საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალები	30
4.6 პროვაიდერის პროფილი და პოზიცია	35
4.6.1 ბებიქალები	35
4.6.2. მეან/გინეკოლოგები	38
5 შედეგების განხილვა	41
6 დასკვნები	53
7. რეკომენდაციები და სამოქმედო გეგმა	48
7.1 რეკომენდაციები.....	48
7.2 “საქართველოს ბებიქალთა ასოციაციის” (MAG) სამოქმედო გეგმა	51
გამოყენებული დოკუმენტები.....	52
დანართები	53

ANC	ანტენატალური მოვლა
C-section	საკეისრო კვეთა
CME	უნწყვეტი სამედიცინო განათლება
CS	საკეისრო კვეთა
EPC	ეფექტური პერინატალური მოვლა
GEL	ნაციონალური სავალუტო ერთეული (ლარი)
GOGA	საქართველოს მენ-გინეკოლოგთა ასოციაცია
HF	სამედიცინო დაწესებულებები
ICM	ბებიაქალების საერთაშორისო კონფედერაცია
JSC	სააქციო საზოგადოება
JSI	ჯონ სნოუს ინსტიტუტი
MAG	საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია
MH	სამშობიარო სახლი
MMR	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი
MoLSHA	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
MU	სამშობიარო განყოფილება
NCDC	საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
Ob/Gyn	მენ/გინეკოლოგი
PNC	პოსტნატალური მოვლა
PROM	სანაყოფე გარსის ნაადრევი გასკდომა
PS	მშობელთა სკოლა
SLR	შემლუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება
TSMU	თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
USAID	შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
VD	ფიზიოლოგიური მშობიარობა
WCC	ქალთა კონსულტაცია
WHO	ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო)

ცხრილი 1: საკვლევი პოპულაცია და ნიმუში	9
ცხრილი 2: საკვლევ ნიმუშად აღებული ჯანდაცვის 19 დაწესებულება საქართველოში არსებულ 98 დაწესებულებასთან მიმართებით	11
ცხრილი 3: მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტები	12
ცხრილი 4: დაგეგმილი და გადაუდებელი საკეისრო კვეთების რაოდენობრივი მაჩვენებელი (2000 - 2010) .	14
სურათი 1: მშობიარობათა (ფიზიოლოგიური და საკეისრო) პროცენტული წილი სამშობიარო სახლებში მიღებულ	14
სურათი 2: საკეისრო კვეთების ტენდენცია (საერთო, დაგეგმილ/გადაუდებელ საკეისრო კვეთათა პროცენტული მაჩვენებლის სახით)	15
სურათი 3: ფიზიოლოგიურ მშობიარობათა და საკეისრო კვეთათა რაოდენობა კვლევაში მონაწილე 18 სამშობიარო სახლსა და სამშობიარო განყოფილებაში 2009 წ.	19
ცხრილი 5: საკეისრო კვეთათა პროპორცია 2009 წ. დაწესებულებების ტიპის მიხედვით	19
ცხრილი 6: პირველი და განმეორებითი მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებლები	20
ცხრილი 7: ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები სამშობიარო სახლებსა და სამშობიარო განყოფილებებში	20
სურათი 4: ასაკობრივი მაჩვენებლები მშობიარობის ტიპის (ფიზიოლოგიური და საკეისრო) მიხედვით	21
ცხრილი 8: მშობიარობის ტიპი ასაკის მიხედვით	21
ცხრილი 9: მშობიარობის ტიპი კეფით-წინ მდებარეობის შემთხვევაში, ორსულობის პერიოდის და სტიმულაციის (გამოყენების ან არგამოყენების) მიხედვით	22
სურათი 5: კეფით-წინ მდებარეობა, 37 კვირაზე მეტი (სტიმულაციის გარეშე)	22
ცხრილი 10: მშობიარობის ტიპი კეფით-წინ მდებარეობა, 37 კვირაზე მეტი, (სტიმულაციით/სტიმულაციის გარეშე)	23
სურათი 6: მშობიარობის ტიპი ნაყოფის მდებარეობის მიხედვით (მრავალნაყოფიანი, მენჯით-წინ მდებარეობა, გარდიგარდმო მდებარეობა)	23
სურათი 7: ინფორმაცია მშობელთა სკოლების შესახებ	24
სურათი 8: ვიზიტები ქალთა კონსულტაციაში	25
სურათი 9: ქალთა კონსულტაციაში ვიზიტების სარგებლიანობა	25
სურათი 10: მშობიარობისათვის მზადყოფნა	26
სურათი 11: რჩევები ორსულ ქალთა მოვლა/მომსახურების გასაუმჯობესებლად	27
სურათი 12: მშობიარობის სასურველი ტიპები	27

სურათი 13: ქალთა კონსულტაციების მდებარეობა	28
სურათი 14: ქალთა კონსულტაციებში განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა	28
სურათი 15: ინფორმირებულობა მშობიარობის თაობაზე	29
ცხრილი 11: ორსული და პოსტნატალური პერიოდის ქალთა ასაკი	30
სურათი 16: სადაზღვევო სტატუსი ორსულ და ნამშობიარე ქალებში	31
სურათი 17: ანესთეზიის გამოყენების რეგონალური ვარიაციები	32
სურათი 18: საკეისრო კვეთის თაობაზე გადანყვეტილების მიღების დრო	33
სურათი 19: საკეისრო კვეთით ნამშობიარე ქალთა ინფორმირებულობის მაჩვენებელი	33
სურათი 20: მომავალი მშობიარობის სასურველი ტიპი	34
ცხრილი 12: ბებიაქალების ტრენინგები სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით	35
ცხრილი 13: ბებიაქალების ფაქტობრივი და სასურველი როლი პერინატალურ მოვლაში	36
სურათი 21: საკეისრო კვეთათა რაოდენობის ზრდის შესაძლო მიზეზები ბებიაქალების აზრით	37
სურათი 22: ბებიაქალების რეკომენდაციები	37
სურათი 23: საკეისრო კვეთათა რაოდენობის ზრდის შესაძლო მიზეზები მეან-გინეკოლოგების აზრით	39
სურათი 24: საერთაშორისო რეკომენდაციების ცოდნის დონე	39
ცხრილი 14: მეან-გინეკოლოგების ცოდნა საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული საერთაშორისო რეკომენდაციების შესახებ	39
ცხრილი 15: მიზნები, ცვლადები, მონაცემთა წყაროები	53
ცხრილი 16: მკვლევართა ჯგუფის შემადგენლობა და ფუნქციები	80
ცხრილი 17: მშობიარობის ტიპების გადანაწილება საქართველოში (2000-2010)	81
ცხრილი 18: ნაყოფის კვეთით-წინ მდებარეობა მშობიარობის ტიპების, ორსულობის პერიოდისა და სტიმულაციის მიხედვით	82

1 შესავალი

საქართველოში საკეისრო კვეთების კვლევა ჩატარდა პროექტის - “ზრუნვის ხარისხის ამაღლება: საქართველოში ბებიაქალთა ცოდნისა და უნარების გაუმჯობესება” – კონტექსტში¹. ამ პროექტის მიზანია ათასწლეულის განვითარების მე-4 და მე-5 მიზნების მიღწევის ხელშეწყობა და 2015 წლისათვის დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის დონის შემცირება საქართველოში. კერძოდ, პროექტის ფარგლებში ჩამოყალიბდა პროფესიული ორგანიზაცია “საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” (MAG) და დახმარება გაენია საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს (TSMU) ბებიაქალთა სასწავლო პროგრამის შემუშავებაში. საქართველოში პერინატალური მოვლის ხარისხის გაუმჯობესება და ამ პროცესში ბებიაქალების ჩართულობის გაზრდა აუცილებელია.

1990-იან წლებში, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ, დამოუკიდებლობის პირველ პერიოდში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა დიდი სირთულეების წინაშე აღმოჩნდა. ამან უარყოფითად იმოქმედა ჯანდაცვის სფეროს განვითარებაზე და ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე, მათ შორის - პერინატალური მოვლის ხარისხსა და გავრცელებაზე. როგორც საქართველოში პერინატალური მოვლის გაძლიერების კონცეფცია (USAID/CoReform, 2009 წ.) გვიჩვენებს, სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი მწირი რესურსები არ იყო საკმარისი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სათანადო დონეზე ფუნქციონირებისათვის: “სოფლად მდებარე ამბულატორიებისა და ბებიაქალთა პუნქტების მუშაობა შეწყდა, დაწესებულებებს შორის კავშირები განიცდა, რამაც გამოიწვია პერინატალური მოვლის საბაზისო პრინციპების – ხელმისაწვდომობისა და უწყვეტობის – შეფერხება. ყოველივე ამან უარყოფითად იმოქმედა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც გამოიხატა პერინატალური მაჩვენებლების გაუარესებაში”. 21-ე საუკუნის დასაწყისში საქართველოში ჯანმრთელობის ინდიკატორები გაუმჯობესდა. როგორც 2009 წ. “საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვაში” ტატა ჯანტურიძე და სხვები აღნიშნავენ, “მიუხედავად იმისა, რომ, საერთაშორისო მონაცემებთან შედარებით, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე ჯერ კიდევ მაღალია, ქვეყანაში სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად ეს მაჩვენებელი მცირდება”. თუმცა ლანცეტში (ჰოგანი, 2010 წ.) გამოქვეყნებულმა, მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებულმა უკანასკნელმა კვლევამ ცხადყო, რომ დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე საქართველოში კვლავ მაღალია (100 000 ცოცხლად მშობიარობიდან - 37²) კავკასიის სხვა ქვეყნებთან და ევროპასთან შედარებით. 2007 წ. ნეონატალური სიკვდილიანობის თითქმის 70% მოდიოდა პირველი ექვსი დღის განმავლობაში დაფიქსირებულ სიკვდილიანობაზე (9.4 - 1 000 ცოცხლად მშობიარობაზე) (USAID/CoReform, 2009).

1990-იან წლებში საქართველოს მთავრობამ წამოიწყო მსხვილმასშტაბიანი რეფორმები ჯანდაცვის სფეროში, რაც ნაწილობრივ მოიცავდა ჯანმრთელობის დაზღვევის დანერგვას, პროვაიდერების ანაზღაურების სქემებს და მომხმარებელთა გადასახადებს. ჯანდაცვის დაფინანსების მთავარი წყარო იყო ნაღდი ფულით ანგარიშსწორება (OPPs) (ოფიციალური და არაოფიციალური). ბელის და სხვათა შეფასებით (2004 წ.), ნაღდი ფულით განხორციელებული გადახდებით მიღებული შემოსავლების თითქმის ნახევარი არაოფიციალური იყო. ავტორების თქმით, “ნაღდი ფულით გადახდა, როგორც ჯანდაცვის მომსახურების წყარო, ოფიციალურად “დაინერგა” როგორც კერძო სამედიცინო პრაქტიკის ანაზღაურების, ასევე თანადაფინანსების ფორმით”. და მიუხედავად იმისა, რომ, სავარაუდოდ, OPPs არსებობდა საბჭოთა ეპოქაშიც, იგი მეტად გავრცელდა 1990-იანი წლების დასაწყისში - ეკონომიკური და ფისკალური კოლაფსის პერიოდში.

ჯანდაცვის სისტემის ასეთი ცვლილებების ფონზე, ზემოაღნიშნულმა პროექტმა, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საშუალებით, განახორციელა ბებიაქალთა ტრენინგისა და განათლების მხარდაჭერა, რაც იძლეოდა პროფესიონალ ბებიაქალთა კადრების განვითარებისა და ზრდის საშუალებას. იმავდროულად, პროექტი ხელს უწყობს პერინატალურ მოვლაში ბებიაქალთა როლის აღიარებას, ახლად დაარსებული “საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაციის” ხელშეწყობით.

1 პროექტი (2008- 2011 წ.წ.) დაფინანსებული იყო ნიდერლანდების საგარეო საქმეთა სამინისტროს / მატრას პროგრამის მიერ. განმახორციელებელი პარტნიორები საქართველოში: ჰერა XXI, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია”. განმახორციელებელი პარტნიორები ნიდერლანდებში: ETC ფონდი, როტერდამის ბებიაქალთა აკადემია და ბებიაქალთა საერთაშორისო კონფედერაცია.

2 ჯანმოს 2006 წლის მონაცემების მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის დონე (MMR) 32 - 100000 ცოცხლად მშობიარობაზე; დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მონაცემებით, 2008 წ. შეადგენდა 14.3-ს, ხოლო 2009 წ. - 27-ს 100 000 ცოცხლად მშობიარობაზე.

კვლევის ლოგიკური დასაბუთება

კვლევა, რომლის ამოცანაც იყო საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებლების მიზეზების დადგენა, დაეყრდნო პერინატალური მოვლის არსებულ პრაქტიკაზე დაკვირვებით გაკეთებულ რიგ შეფასებებს. USAID და CoReform (2009 წ.) ერთობლივი ანგარიშის თანახმად, ანტენატალური მომსახურების არსებული სერვისების მოხმარება საკაოდ დაბალია: 2007 წელს 12 კვირამდე ორსულობის ანტენატალური ზედამხედველობისთვის დარეგისტრირდა ორსულ ქალთა მხოლოდ 49.7%; მათგან 70.6%-მა ორსულობის მიმდინარეობისას კონსულტაციას მიმართა, სულ მცირე, ოთხჯერ, მაგრამ ყველა აუცილებელი გამოკვლევა მხოლოდ მათმა ნაწილმა ჩაიტარა. სხვა კვლევებით (UNICEF/ Curatio 2006 წ.) იკვეთება ორსულ ქალთა უკმაყოფილება მიღებული მომსახურებით; ორივე კვლევამ დაადგინა საკეისრო კვეთების მაღალი დონე - დაახლოებით, 22% (დანესებულებების მიხედვით იცვლება 2-დან 76%-მდე), საიდანაც ნახევარზე მეტი გადაუდებელ საკეისრო კვეთას წარმოადგენდა. ვაკუუმის აპარატი და მანუები გამოყენებული იყო სამშობიარო სახლში მიღებულ მშობიარობათა 1%-ზე ნაკლებში.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯერ კიდევ 20-ზე მეტი წლის წინ აღნიშნა, რომ საკეისრო კვეთების 10-15%-ზე მაღალი დონე არც ერთ რეგიონში არ შეიძლება იყოს გამართლებული¹ (ჯანმო, 1985 წ.), მაგრამ მას შემდეგ საქართველოში ეს მაჩვენებელი მხოლოდ გაიზარდა, რასაც ადასტურებს მე-4 თავში აღწერილი შედეგები. ეს შემოთავაზების საფუძველს იძლევა არა მარტო იმ ფაქტის გამო, რომ საკეისრო კვეთა დღეს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქირურგიული ოპერაცია გახდა (ფინანსურ და ადამიანურ რესურსებთან დაკავშირებული შედეგებით), არამედ განსაკუთრებით იმიტომ, რომ მათი უმეტესობა სამედიცინო ჩვენების გარეშე კეთდება. საკეისრო კვეთათა მზარდი რაოდენობა გვაფიქრებინებს, რომ როგორც ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების, ასევე მათი კლიენტების აზრით, ეს ოპერაცია არავითარ სერიოზულ რისკთან არ არის დაკავშირებული. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრმა კვლევამ სცადა სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჩატარებულ პროცედურასთან დაკავშირებული რისკების (და სარგებლის) შეფასება, ქირურგიულ ჩარევასა და მშობიარეობაში გართულებებს შორის მკაფიო მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის დასაბუთება რთულია. თუმცა 2004-2008 წ.წ. ჯანმოს დედათა და პერინატალური ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური კვლევა გვიჩვენებს, რომ სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჩატარებული საკეისრო კვეთის შემდგომ დამდგარი მძიმე შედეგების² რაოდენობა სამჯერ აღემატება სპონტანური ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემდგომ განვითარებული მძიმე შედეგების რიცხვს (ჯანმო, 2010 წ.). ავტორების აზრით, სამედიცინო საჭიროების გარეშე საკეისრო კვეთით მშობიარობა გაზრდილ რისკს ქმნის დედისათვის, მოკლევადიანი უარყოფითი შედეგების სახით, განსაკუთრებით - აფრიკაში. პრობლემები დაკავშირებულია აგრეთვე ასეთი პროცედურების ღირებულებასთან და ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტულობის მატებასთან (საკეისრო კვეთის შემდეგ ანტიბიოტიკების რუტინული გამოყენების შედეგად).

1 2009 წლის პუბლიკაციაში "გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მონიტორინგი" WHO აღნიშნავს: "საკეისრო კვეთის როგორც ძალიან მაღალი, ასევე ძალიან დაბალი მაჩვენებლები შეიძლება სახიფათო აღმოჩნდეს, თუმცა ოპტი-მალური მაჩვენებელი ცნობილი არ არის. შემდგომი კვლევების მოლოდინში, ამ ცნობარის მომხმარებლებს შეუძლიათ გამოიყენონ 10-15%-იანი დიაპაზონი ან შეიმუშაონ საკუთარი სტანდარტები"

2 (i) მძიმე შედეგები დედებისათვის, როგორცაა დედის სიკვდილი, ინტენსიური თერაპიის განწყობილებაში გადაყ-ვანა და სისხლის გადასხმა ან ჰისტერექტომია (ii) მძიმე პერინატალური შედეგები, მათ შორის, ნაყოფის სიკვდილი, ნეო-ნატალური სიკვდილიანობა სამშობიაროდან განწარმდე და სიცოცხლის პირველ კვირაში, აგრეთვე 7 დღეზე მეტი ხნის გატარება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.

მიზანი

საკეისრო კვებების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია მხოლოდ საქართველოში არ აღინიშნება. საშუალო მსოფლიო მაჩვენებელი 40%-ს აღწევს აღმოსავლეთ აზიაში, რომელიც ამჟამად ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის მქონე რეგიონია (კოსტა, 2010 წ.).¹ ეს კვლევა მიზნად ისახავს დაადგინოს საქართველოში ბოლო წლებში არსებული ტენდენცია, გამოიკვლიოს ქვეყანაში საკეისრო კვებების მაღალი დონის გამომწვევი მიზეზები და განსაზღვროს არსებულ პრაქტიკასთან დაკავშირებული ფაქტორები. იმავდროულად, კვლევის მიზანია ბებიაქალთა მიერ კვლევის (ოპერატიული) ჩატარების პოტენციალის გაძლიერება და მათი ანალიტიკური უნარ-ჩვევების ამაღლება, რისთვისაც კვლევის ყველა საფეხურზე ჩართულნი იყვნენ ბებიაქალები. საქართველოში საკეისრო კვებების პრაქტიკისა და ამ საკითხისადმი არსებული დამოკიდებულების შესასწავლად ჩატარებული კვლევის შედეგები შეასრულებს იმ მტკიცებულებების როლს, რომლებსაც “საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” გამოიყენებს პერინატალური მოვლის გაუმჯობესების მხარდამჭერ ღონისძიებებში, რომელთა შორისაა დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კლიენტების უფლებათა ცნობის ამაღლება და ბებიაქალების სოციალური და პროფესიული აღიარება.

ლოგისტიკა და მადლიერების გამოხატვა

საკეისრო კვებებთან დაკავშირებული ეს კვლევა ინიცირებული იყო პროფესიული ორგანიზაციების – “საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაციისა” (MAG) და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის” (GOGA) მიერ. იგი განხორციელდა ერთობლივად MAG-ის, GOGA-სა და ჰერა XXI-ის მიერ, ETC Crystal-ის ტექნიკური დახმარებით.

მკვლევართა ჯგუფი მადლობას უხდის კვლევაში მონაწილე ყველა ქალბატონს; მადლობას ვუხდით ბებიაქალებსა და მეან-გინეკოლოგებს მათი მონდომებისა და გულწრფელი პასუხებისათვის. გარდა ამისა, მკვლევართა ჯგუფი მადლობას უხდის სამედიცინო დანესებულებების (სამშობიარო სახლებისა და განყოფილებების) ხელმძღვანელებს, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობდნენ კვლევის განხორციელებაში. მათი სურვილისა და ნებართვის გარეშე კვლევის ჩატარება შეუძლებელი იქნებოდა.

2 მიზნები

კვლევის საბოლოო მიზანი: საქართველოში საკეისრო კვებების მაღალი მაჩვენებლის მიზეზების დადგენა.

არსებული ჩანაწერების ანალიზი:

1. განვლილი 10 წლის განმავლობაში ჩატარებული საკეისრო კვებების მაჩვენებლების ტენდენციის დადგენა.
2. საქართველოში საკეისრო კვებების მაჩვენებლების რეგიონალური/ გეოგრაფიული ვარიაციების დადგენა.

პროვაიდერის პოზიცია:

3. ე.წ. “სამეანო გართულებათა” ტიპების დროში ცვლილების დოკუმენტირება, რომლებიც მოითხოვოვენ საკეისრო ჩარევას.
4. საკეისრო კვებით ნამშობიარები ქალების პროფილის შედარება ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალების პროფილთან (10 სამედიცინო კატეგორიის და სხვა მახასიათებლების მიხედვით).
5. ბებიაქალებისა და მეან-გინეკოლოგების შეხედულებების დადგენა საკეისრო კვებებთან დაკავშირებით - ბოგადი ტენდენციები; საკვლევი ნიმუშად შერჩეულ სამშობიარო სახლებში/ სამშობიარო განყოფილებებში არსებული სიტუაცია.

კლიენტის პოზიცია:

6. კლიენტების შეხედულებების დადგენა საკეისრო კვებებთან დაკავშირებით - მათი ინფორმირებულობის დონის, საკითხისადმი დამოკიდებულებისა და იმ მიზეზების ჩათვლით, რომელთა გამოც ისინი ზოგჯერ თავად ითხოვენ საკეისრო კვებას.
7. დადგენა იმისა, თუ ორსულობის რომელ ეტაპზე ხდება გადაწყვეტილების მიღება მშობიარობის ტიპის თაობაზე (ფიზიოლოგიური მშობიარობა თუ საკეისრო კვება).

1 მისგან განსხვავებით, აფრიკის რეგიონში საკეისრო კვებების დონე საკმაოდ დაბალია – 3.5%

3 მეთოდოლოგია

3.1 კვლევის ტიპი და პოპულაცია, ნიმუში

ეს კვლევა წარმოადგენს ჯვარედინ შედარებით და აღწერილობით კვლევას. Nნიმუშად აღებული სამშობიარო სახლების სტრუქტურა და ზომა განისაზღვრა შემდეგი ელემენტების გათვალისწინებით:

- რეგიონალური გავრცელება – აღმოსავლეთ და დასავლეთ რეგიონების და დედაქალაქის ჩათვლით;
- სამშობიარო სახლების ზომა: მათ შორის - პატარა (წელიწადში 200 მშობიარობაზე ნაკლები) და დიდი (წელიწადში 200 მშობიარობაზე მეტი);
- საკეისრო კვეთების რაოდენობა: მათ შორის - საკეისრო კვეთების მაღალი და დაბალი მაჩვენებლის მქონე სამშობიარო სახლები;
- სამშობიარო სახლების მენეჯმენტის სტრუქტურა: მათ შორის - კერძო და (აღრე) სახელმწიფო სამშობიარო სახლები.

ქვემოთ, 1-ელ ცხრილში მოცემულია საკვლევი პოპულაციის მიმოხილვა ამოცანებისა და ნიმუშის (ზომა, მეთოდი) მიხედვით.

ცხრილი 1: საკვლევი პოპულაცია და ნიმუში		
მონაცემთა შეგროვება (ამოცანა)	საკვლევი პოპულაცია და ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა	ნიმუშის მეთოდი და ფაქტობრივი ზომა
საკონტროლო კითხვარი სიმართლის წიგნებიდან და პაციენტების ისტორიებიდან მონაცემთა მოძიებისათვის (ამოცანა 4)	საკვლევი პოპულაცია: 95-სა და 114-ს შორის, 11 რეგიონიდან ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა: 14 სამშობიარო დაწესებულება რეგიონებიდან და თბლისიდან: 11 სამშობიარო სახლი და ეროვნული ჰოსპიტლების 3 სამშობიარო განყოფილება	მეთოდი: მიზნობრივი შერჩევა ნიმუშის ზომა: 19 სამშობიარო სახლი 6 რეგიონიდან და თბლისიდან, რომელთაგან: - 1 ახალი გახსნილია - 10 კერძო, 4 სააქციო საზოგადოება და 5 შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება კომენტარები: ნიმუშში შესულ არცერთ სამშობიარო სახლს არ აქვს ეროვნული/რეფერალური სტატუსი

ცხრილი 1: საკვლევი პოპულაცია და ნიმუში

მონაცემთა შეგროვება (ამოცანა)	საკვლევი პოპულაცია და ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა	ნიმუშის მეთოდი და ფაქტობრივი ზომა
ნამშობიარები ქალების გამოკითხვა სამშობიარო სახლიდან გაწერამდე (ამოცანები 5, 6, 7)	საკვლევი პოპულაცია: დაახლოებით 56 000, რომელთაგან: საკეისრო კვეთით ნამშობიარები 14 000 ქალი ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები - 42 000 ქალი. ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა: - 200 საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალი - 200 ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალი	მეთოდი: რეპრეზენტატიული შერჩევა პატარა დანესებულებებში; სისტემური შერჩევა შედარებით დიდ დანესებულებებში (7-8 თითო დანესებულებაში) ნიმუშის ზომა: საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალები: 119 - 15 სამედიცინო დანესებულებიდან; ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალები: 175 - 19 სამედიცინო დანესებულებიდან კომენტარები: ნიმუშის ზომა მოსალოდნელზე ნაკლები იყო, რადგან თითოეულ დანესებულებაში 7-8 ქალის გამოკითხვა რთული აღმოჩნდა (ჩვენი ვიზიტის პერიოდში მშობიარობათა რაოდენობის სიმცირის ან პოტენციური რესპონდენტების უარის გამო)
ინტერვიუები ორსულ ქალებთან (ამოცანა 5, 6, 7)	5, 6, 7	მეთოდი: რეპრეზენტატიული შერჩევა ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში ნიმუშის ზომა: 171 ქალი 15 სამედიცინო დანესებულებიდან
ინტერვიუები ბებიაქალებთან (ამოცანა 4, 5)	საკვლევი პოპულაცია: ქვეყნის მასშტაბით - 900 (2008 წ. მონაცემები) ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა: 50	მეთოდი: რეპრეზენტატიული შერჩევა (3-4 თითოეული დანესებულებიდან) ნიმუშის ზომა: 83 (18 სამედიცინო დანესებულებიდან) კომენტარი: ნიმუშის ზომამ მოსალოდნელს გადააჭარბა, ბებიაქალთა მხრიდან კვლევაში მონაწილეობის ინტერესის გამო
ინტერვიუები მეან-გინეკოლოგებთან (ამოცანა 3)	საკვლევი პოპულაცია: 1400 ნიმუშის მოსალოდნელი ზომა: 30	მეთოდი: ნიმუშის ზომა: კომენტარები: რეპრეზენტატიული შერჩევა (2 - თითო სამედიცინო დანესებულებიდან) 109 (18 სამედიცინო დანესებულებიდან) ნიმუშის ზომა მოსალოდნელზე დიდია მეან-გინეკოლოგთა მხრიდან კვლევაში მონაწილეობის ინტერესის გამო

ნიმუშად აღებული 19 დანესებულება წარმოადგენს მხოლოდ 19%-ს საქართველოში არსებული იმ სამშობიაროებისა და სამეანო-გინეკოლოგიური დანესებულებებისა, სადაც მშობიარობის მომსახურება ხორციელდება; მიუხედავად ამისა, 2010 წელს მათზე მოდიოდა სამედიცინო დანესებულებებში რეგისტრირებულ მშობიარობათა დაახლოებით 44% და ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული საკეისრო კვეთების 43% (იხ. ქვემოთ ცხრილი 2)

ცხრილი 2: საკვლევ ნიმუშად აღებული 19 სამედიცინო დაწესებულება, საქართველოში არსებულ 98 დაწესებულებასთან მიმართებით.

	საქართველო (სულ)	ნიმუში	%
სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც ხდება მშობიარობათა მიღება (მათ შორის, საკეისრო კვეთების ჩატარება)	98	19	19%
მეან-გინეკოლოგები	+/- 1 700	109	6-7%
ბეზიქსლები	+/- 900	83	9-10%
მშობიარობათა რაოდენობა (2010 წ.)	61 653	27 137	44%
საკეისრო კვეთების რაოდენობა (2010 წ.)	19 418	8 446	43%
მშობიარობათა რაოდენობა (2009 წ.)	61 441		
საკეისრო კვეთების რაოდენობა (2009 წ.)	17 772		
მშობიარობათა რაოდენობა (2008 წ.)	55 850		
საკეისრო კვეთების რაოდენობა (2008 წ.)	13.870		

წყარო: NCDC-ს მონაცემები

3.2 მონაცემთა შეგროვება

კვლევის დაწყებამდე, მონაცემთა შეგროვებაზე ნებართვის მისაღებად, კვლევის ადმინისტრატორი შერჩეულ ობიექტებს ეწვია. ყველა მათგანმა მათ სამშობიარო სახლში/სამშობიარო განყოფილებაში მონაცემთა შეგროვების ნება დაავრთო; რამდენიმე ობიექტი დამატებით იქნა შეტანილი; ეს მოხდა იმ გარემოების გამო, რომ ზოგიერთმა მოგვიყენებით გამოთქვა კვლევაში მონაწილეობის სურვილი. ასევე, კვლევის ინტერესებიდან გამომდინარე, ერთ-ერთი რაიონის სამი პატარა სამშობიარო სახლიდან ერთის ამორჩევის ნაცვლად, მასში ჩართული იქნა სამივე სამშობიარო სახლი.

მონაცემთა შეგროვება ხდებოდა შემდეგი ინსტრუმენტების გამოყენებით:

- **საკონტროლო კითხვარი** სამშობიარო სახლებიდან/სამშობიარო განყოფილებებიდან მონაცემთა მისაღებად. დიდ დაწესებულებებში, სადაც თვეში 200-ზე მეტი მშობიარობა ტარდება, შეგროვდა უკანასკნელი სრული 1 თვის ინფორმაცია. პატარა დაწესებულებებში, სადაც თვეში 200-ზე ნაკლები მშობიარობა ტარდება, შეგროვდა უკანასკნელი 2 თვის ინფორმაცია. საკონტროლო კითხვარი შედგა “საკეისრო კვეთების კლასიფიკაციის რობინსონის სისტემის” საფუძველზე (10 კლინიკურად რელევანტური კატეგორია).
- **კლიენტებისათვის – სამი სხვადასხვა კითხვარი ნახევრად ღია შეკითხვებით**, ქალთა სამი კატეგორიიდან თითოეულისათვის:
 - ნამშობიარები ქალები (საკეისრო და ფიზიოლოგიური, მშობიარობიდან 1 ან 2 დღის შემდეგ);
 - ორსული ქალები (ორსულობის 25-ე და 32-ე კვირებს შორის), რომლებიც დადიან სამშობიარო სახლებში/სამშობიარო განყოფილებებში განთავსებულ ქალთა კონსულტაციებში. პრაქტიკული მიზეზების გამო ორსული ქალების პარტნიორები კვლევის არეალში ვერ მოხვდნენ¹.

1 კვლევა არ მოიცავდა საკეისრო კვეთასთან, ორსულობასთან, ბავშვის მოვლასა და უსაფრთხო დედობასთან დაკავშირებული მოსაზრებების გენდერული კუთხით შესწავლას, ამიტომ კვლევაში მამაკაცები ჩართული არ იყვნენ. განსხვავებების გამოსავლენად (თუკი ასეთი არსებობს) საჭიროა შემდგომი კვლევა, რომელიც შეეხება უსაფრთხო დედობის, მშობიარობისათვის მზადყოფნის, მშობიარობის, ბავშვთა მოვლისადმი და ა.შ. დამოკიდებულებასა და პრაქტიკას.

- **პროვაიდერებისათვის – ორი სხვადასხვა კითხვარი ნახევრად ღია შეკითხვებით, ბებიაქალებისათვის და მეან-გინეკოლოგებისათვის.**

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი 3 გვიჩვენებს მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებს და მონაწილეთა რაოდენობას თითოეულ კატეგორიაში. გამოკითხვები ჩატარდა 19 დაწესებულებაში, თუმცა საკონტროლო კითხვარი სიმართლის წიგნიდან მონაცემთა მისაღებად გამოყენებული იყო მხოლოდ 17 დაწესებულებაში. დანართ 1-ში მოცემული ცხრილი წარმოგვიდგენს ინსტრუმენტების, შედეგების ცვლადებისა და მონაცემთა წყაროების მიმოხილვას სხვა შედეგების ცვლადებთან მიმართებით. დანართ 2-ში მოცემული მიმოხილვა წარმოგვიდგენს რესპონდენტთა გადანაწილებას ჯანდაცვის 19 დაწესებულებაში.

ცხრილი 3: მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტები	
საკონტროლო კითხვარი (სამშობიარო სახლები)	17
კითხვარი ორსული ქალებისათვის	171
კითხვარი ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალებისათვის	175
კითხვარი საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალებისათვის	119
კითხვარი ბებიაქალებისათვის	83
კითხვარი მეან-გინეკოლოგებისათვის	109

ყველა ინსტრუმენტი შემუშავდა ჯანდაცვის სისტემის კვლევის (HSR) ტრენინგ-სემინარის დროს 2010 წ. ოქტომბერში¹, მკვლევართა ჯგუფის ერთობლივი ძალისხმევით. ერთ-ერთ სამშობიარო სახლში წინასწარი ტესტირების შემდეგ მოხდა კითხვარებისა და საკონტროლო ჩამონათვლის რევიზია, ადაპტირება და საბოლოო სახით ჩამოყალიბება. კვლევის ინსტრუმენტების საბოლოო ვარიანტები მოცემულია 3-8 დანართებში.

მონაცემთა შეგროვება განხორციელდა 2010 წ. ნოემბრიდან 2011 წ. თებერვლამდე. მონაცემთა შემგროვებელი ჯგუფები დაკომპლექტდა ოთხი მკვლევარი ასისტენტისაგან (ბებიაქალები) და ერთი მკვლევარისაგან (გინეკოლოგი, ჯგუფის ხელმძღვანელი). ყოველი ჯგუფი მოიცავდა კონკრეტულ რეგიონს, რაც გულისხმობდა თითოეულ რეგიონის სამშობიარო სახლსა თუ სამშობიარო განყოფილებაში მუშაობას 4 დღის, ხოლო თბილისა და რუსთავში – 2 დღის განმავლობაში. კვლევას ზედამხედველობას უწევდა მთავარი მკვლევარი. ჯგუფების შემადგენლობა, ფუნქციები და პასუხისმგებლობები იხ. დანართ 9-ში.

მონაცემთა შეგროვების შემდეგ თითოეული კითხვარი დაინომრა, კატეგორიებად დაიყო და მიენიჭა კოდები. ღია კითხვებზე გაცემული კოდირებული პასუხები დახურულ კითხვებზე გაცემულ პასუხებთან ერთად შეტანილ იქნა მონაცემთა ბაზაში. 2011 წ. მარტში დაგეგმილი მონაცემთა დამუშავების სემინარის დაწყებამდე ჯგუფმა ჩაატარა მონაცემთა წინასწარი ანალიზი და განიხილა შედეგები და დასკვნები.

3.3 ეთიკური მოსაზრებები

ყოველი ინტერვიუს დაწყებამდე რესპოდენტს იღებდა კონფიდენციალურობის დაცვის გარანტიას. თითოეულ კითხვარში აღნიშნული იყო: “ყველა პასუხი იქნება კონფიდენციალური და დამუშავდება ანონიმურად; ასე რომ, შეგიძლიათ თავისუფლად ისაუბროთ”. ინტერვიუ იწყებოდა ინფორმირებულ თანხმობის შემდეგ; ინტერვიუერები ცდილობდნენ ინტერვიუები ჩაეტარებინათ წყნარ და ნეიტრალურ გარემოში. მონაცემთა დამუშავება განხორციელდა ანონიმურობის დაცვით.

1 ⁷ 2010 წლის ოქტომბერში და 2011 წ. მარტში ორგანიზებული იყო ჯანდაცვის სისტემის კვლევის (HSR) სემინარები (თითოეულ ერთი კვირის განმავლობაში). პირველის მიზანი იყო ჯგუფებისთვის HSR-ის გაცნობა; კვლევის დიზაინისა და კვლევის ინსტრუმენტების ერთობლივად შემუშავება და სავსელ მუშაობის ორგანიზება. მეორე სემინარი მიეძღვნა მონაცემთა ანალიზსა და ინტერპრეტაციას, კვლევის ანგარიშის პირველი სამუშაო ვერსიის შემუშავებას და წინასწარი შედეგების პრეზენტაციას, რამდენიმე მოწვეული სტუმრისაგან უკუკავშირის მისაღებად.

3.4 კვლევის შეზღუდვები

დიზაინი

- კლიენტთა კითხვარის ხარვეზი: მიუხედავად იმისა, რომ ვეკითხებოდით, იყვნენ თუ არა დაზღვეულები (და ნაწილობრივ იყვნენ დაზღვეულები თუ - სრულად), კითხვარში არ შეგვიტანია დამატებითი შეკითხვები მშობიარობის ფაქტობრივ ღირებულებასთან დაკავშირებით.
- კლიენტთა კითხვარის ხარვეზი: ეთნიკური წარმომავლობა განისაზღვრებოდა მხოლოდ საკვისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების კითხვარში; ამიტომ შეუძლებელი გახდა ამ ასპექტით სამი ჯგუფის შედარება.
- კლიენტთა კითხვარის ხარვეზი: შეკითხვა, რომელიც ეხებოდა ეხებოდა მომავალი ორსულობის შემთხვევაში მშობიარობის სასურველი ტიპის არჩევას, დაესვათ მხოლოდ საკვისრო კვეთით ნამშობიარებ და ორსულ ქალებს, რის გამოც შეუძლებელი გახდა ამ ასპექტით ჯგუფების შედარება.
- კვლევა არ შეხებია მამაკაცებისა და საზოგადოების პოზიციას უსაფრთხო დედობასთან, მშობიარობისათვის მზადყოფნასთან, მშობიარობასა და ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებით. ეს იყო გააზრებული არჩევანი შეზღუდული დროისა და მკვლევართა ჯგუფის ინტერესის გათვალისწინებით.

მონაცემთა შეგროვება

ყველა სიმართლის წიგნი არ იყო სათანადოდ შევსებული, აქედან გამომდინარე, მკვლევარებს ყოველთვის არ შეეძლოთ საკონტროლო კითხვარით გათვალისწინებულ მონაცემთა მიღება.

- არასრულყოფილი ინფორმაციის გამო, ორი სამშობიარო სახლი ამოღებული იყო სიმართლის წიგნების ანალიზიდან.
- შესაძლოა, ზოგიერთ შემთხვევაში პასუხებზე გავლენა იქონია თავად რესპონდენტთა შიშმა ან შეშფოთებამ ინტერვიუს მიზანთან დაკავშირებით – ხომ არ იმოქმედებდა შედეგები მათ დაწესებულებებზე და პირადად მათზე.
- ენობრივი ბარიერები: სამი თუ ოთხი კლიენტის გამოკითხვა შეუძლებელი გახდა ენობრივი ბარიერის გამო. ოთხი ინტერვიუ ჩატარდა თარჯიმნის დახმარებით, რამაც, შესაძლოა, მიღებული პასუხების სრულყოფილებაზე იმოქმედა.
- ზოგიერთ დაწესებულებაში რთული იყო წყნარი/მყუდრი გარემოს პოვნა ინტერვიუს ჩასატარებლად, განსაკუთრებით - კლიენტების გამოსაკითხად. შესაძლოა, ზოგიერთ შემთხვევაში ამ გარემოებამ მიღებული პასუხების ხარისხზე იმოქმედა.

4. შედეგები

4.1 მშობიარობასთან დაკავშირებული ტენდენციები და რეგიონალური სხვადასხვაობა საქართველოში

გასული ათი წლის განმავლობაში საკვისრო კვეთის შემთხვევებმა იმატა; კერძოდ, თუ 2000 წელს 9,3%-ს შეადგენდა, 2009 წელს უკვე 31,5%-მდე გაიზარდა. იმავე პერიოდში ბუნებრივ მშობიარობათა რიცხვი შემცირდა (ფიზიოლოგიური მშობიარობა 79%-დან 63%-მდე; ხოლო პათოლოგიური ბუნებრივი მშობიარობა 12%-დან 6%-მდე).

მე-10 დანართში ცხრილის სახით წარმოდგენილია საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის (NCDC) მონაცემები უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში აღრიცხულ მშობიარობათა შესახებ. ცხრილი და ქვემოთ მოცემული სურათი გვიჩვენებს რამდენიმე ტენდენციას, რომლებიც შეიძლება უფრო დეტალურად განვიხილოთ.

ცხრილი 4: დაგეგმილი და გადაუდებელი საკვისრო კვეთების რაოდენობრივი მაჩვენებელი 2000-2010

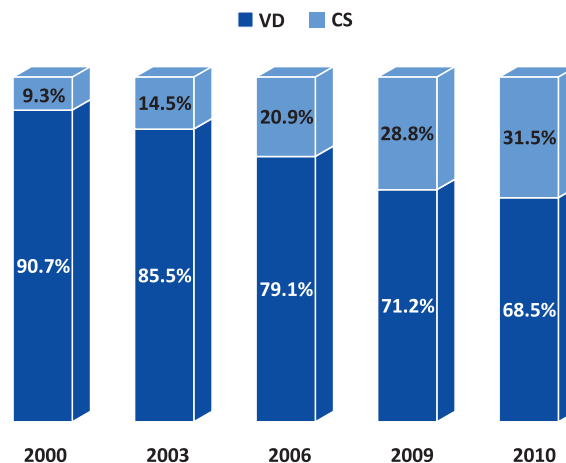
		2000	2006	2007	2008	2009	2010
მშობიარობა ჯანდაცვის დაწესებულებებში		45 156	47 593	49 317	55 850	61 441	61 653
დაგეგმილი საკვისრო კვეთა*	I საკვისრო	1 164	3 046	3 150	4 034	5 065	6 225
	განმეორებითი	871	1 865	2 154	2 900	3 433	3 993
გადაუდებელი/სასწრაფო საკვისრო კვეთა**	I საკვისრო	1 754	3 726	4 172	5 176	6 975	6 495
	განმეორებითი	593	1 277	1 468	1 760	2 249	2 705
სულ საკვისრო კვეთა ***		4 382	9 934	11 008	13 870	17 722	19 418
საერთო საკვისრო კვეთების პროცენტი		9.3%	20.9%	22.3%	24.8%	28.8%	31.5%

* დაგეგმილი საკვისრო კვეთა (სამედიცინო ჩვენება ან კლიენტის მოთხოვნა)

** გადაუდებელი/სასწრაფო საკვისრო კვეთა; გადანყდა სამშობიარო მოქმედების დაწყების შემდეგ

*** დაუდგენელი (20 - 2006 წ. და 64 - 2007 წ.)

სურათი 1: მშობიარობათა (ფიზიოლოგიური (VD) და საკვისრო (CS) პროცენტული წილი სამშობიარო სახლებში მიღებულ მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში.



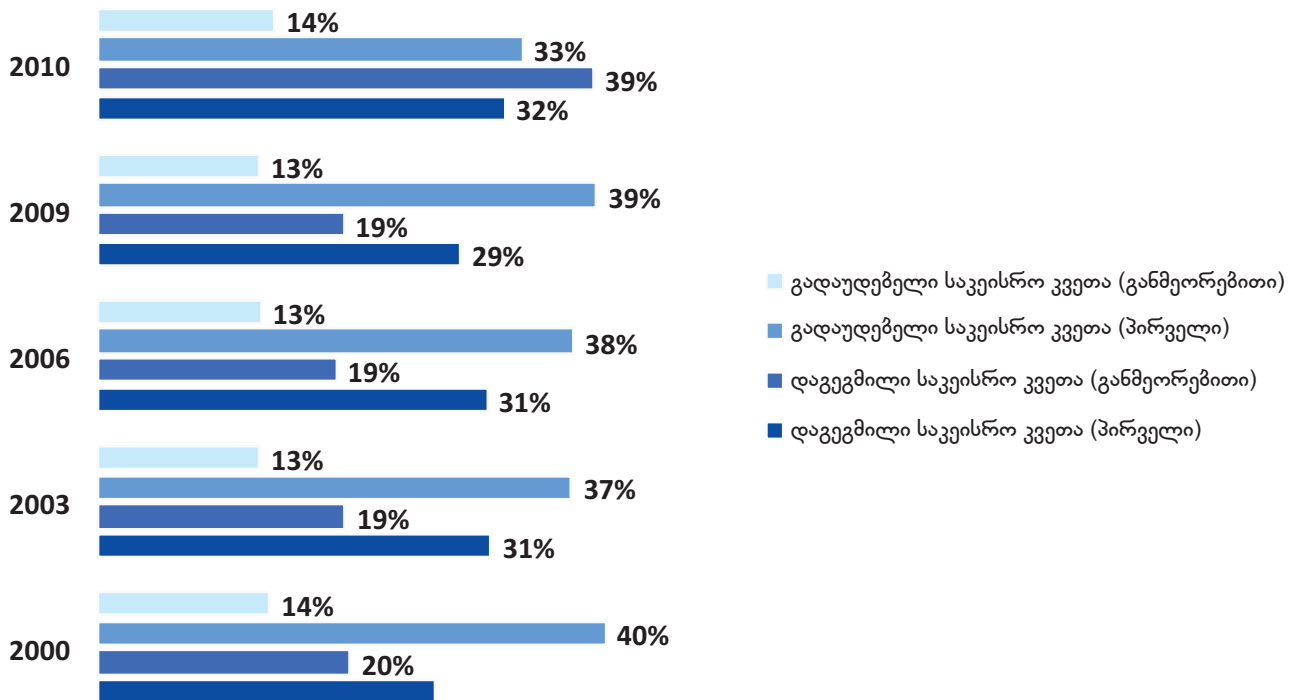
მშობიარობის შესახებ არსებულ ეროვნულ მონაცემებში არ არის განსაზღვრული საკვისრო კვეთის მიზეზები, რაც შეუძლებელს ხდის იმის დადგენას, თუ რამდენი საკვისრო კვეთა გაკეთდა ექიმის დანიშნულების საფუძველზე (და რა სახის სამედიცინო ჩვენების საფუძველზე). ქვემოთ მოცემულია დასკვნები განხილული ტენდენციების შესახებ:

- საკვისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი 9,3%-დან (2000 წ.) გაიზარდა 31,5%-მდე (2010 წ.), ანუ 10 წლის განმავლობაში გასამმაგდა.
- შეიძლება ითქვას, რომ საკვისრო კვეთათა მაჩვენებლის ზრდა, რომელიც 2008 - 2009 წლებში დაფიქსირდა, მოხდა უფრო მეტად - პირველადი სასწრაფო საკვისრო კვეთების რაოდენობის მატების და შედარებით ნაკლებად - დაგეგმილი საკვისრო კვეთების რაოდენობის მატების ხსრტზე.
- საკვისრო კვეთათა, დაახლოებით, 50% დაგეგმილია წინასწარ, ანუ ორსულობის განმავლობაში, ხოლო მეორე ნახევარი მოიცავს გადაუდებელ საკვისრო კვეთებს, ანუ გადანყვეტილება საკვისრო კვეთის გაკეთების შესახებ მიღებულ იქნა მშობიარობის დაწყების შემდეგ. დაგეგმილ

და გადაუდებელ საკეისრო კვეთათა შეფარდება თანაბარია (50%-50%) ბოლო დროის განმავლობაში.

- განმეორებითი მშობიარობის შემთხვევაში დაგეგმილი საკეისრო კვეთების პროცენტული მაჩვენებლის ზრდა უდიდესი იყო (სხვა კატეგორიებთან შედარებით) გასულ დეკადაში: 20% 2000 წელს და 39% 2010 წელს. იხ. ცხრილი 2 ქვემოთ.

სურათი 2: საკეისრო კვეთების ტენდენცია (საერთო დაგეგმილ/გადაუდებელ საკეისრო კვეთათა პროცენტული მაჩვენებლის სახით)



4.2 იმ სამედიცინო დაწესებულებათა პროფილი, რომლებიც მშობიარობათა მომსახურებას ახორციელებენ

რეფორმის პროცესში ჯანდაცვის სექტორში მრავალი ცვლილება განხორციელდა. კლიენტებს მოთხოვნათა დაკმაყოფილების მხრივ, ყველაზე უფრო თვალშისაცემი იყო ჯანმრთელობის დაზღვევისა და სამედიცინო სერვისების საფასურის შემოღება. მხედრი რამ შეიცვალა სამედიცინო სერვისების შთავაზების მხრივაც: სახელმწიფომ განახორციელა სამშობიარო სახლების კერძო სექტორისათვის გადაცემა, ხოლო იმ სამშობიარო სახლებს, რომლებიც სახელმწიფოს კონტროლის ქვეშ დარჩა, “შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების” (შპს) სტატუსი მიენიჭა. ამ ცვლილებებმა დიდი გავლენა იქონია როგორც კლიენტებზე, ისე პროვაიდერებზე. მძას შემდეგ, რაც 2003 წელს სოციალური დაზღვევა გაუქმდა, საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევას მთლიანად კერძო სექტორი ფარავს.

სამედიცინო პერსონალმა 1996 წელს დაკარგა სახელმწიფო მოსამსახურის სტატუსი და ეტაპობრივად ყველა დაწესებულებამ მოიპოვა ავტონომია, საკუთარი ავტონომიური მართვის სტრუქტურით. 2011 წლის მდგომარეობით, თითქმის ყველა სამედიცინო დაწესებულება პრივატიზებულია დამოუკიდებელი შპს-ს, სააქციო საზოგადოების (სს) ან კერძო სტატუსით და ისინი კერძო პირების ან სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაშია.

კვლევა ჩატარდა საქართველოს ექვს რეგიონსა და თბილისში არსებულ ცხრამეტ სამშობიარო სახლსა და სამშობიარო განყოფილებაში¹. ისინი განსხვავდებოდნენ გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა და სიდიდის მიხედვით. კვლევისას შეფასდა მათი პროფილი. შედეგად, ჩამოყალიბდა შემდეგი სახის კლასიფიკაცია:

1 სამშობიარო სახლები და სამშობიარო განყოფილებები ზრუნავს ქალებზე ორსულობის პერიოდში და მშობიარობის შემდეგ, ასევე ახალშობილებზე; სამშობიარო განყოფილება განლაგებულია არასპეციალიზებულ საავადმყოფოში, ხოლო სამშობიარო სახლი დამოუკიდებელი დაწესებულებაა.

- ცხრამეტიდან ათი კერძო სამშობიარო სახლია, ხუთი - შებენიანი პასუხისმგებლობის საზოგადოება და ოთხი - ე.წ. სააქციო საზოგადოება.
- ოთხი სამშობიარო განყოფილება რეგიონალური ან რაიონული საავადმყოფოების ნაწილს წარმოადგენს (ზოგიერთი მათგანი სააქციო საზოგადოებაა, ზოგი კი - კერძო) და სხვა სამედიცინო განყოფილებებთან ერთად ერთ შენობაში მდებარეობს.
- ერთ-ერთი კერძო სამშობიარო სახლი ახლახან დაარსდა (2010 წლის შუა პერიოდში).

ქვემოთ მოცემულია დაკვირვებათა მოკლე მიმოხილვა და კვლევითი ჯგუფის კომენტარები:

- საკვლევ ნიმუშად შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესი ნაწილი განლაგებულია საბჭოთა პერიოდის ნაგებობებში. მხოლოდ ოთხი სამშობიარო სახლია განთავსებული ახალ შენობებში. ზოგიერთ სამშობიარო სახლს/სამშობიარო განყოფილებას წყალმომარაგებისა და ჰიგიენის პრობლემები აქვს. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადანაცვლებით, საქართველოშია შენდება 46 ახალი საავადმყოფო, რომლებსაც დააფინანსებს სადაზღვევო კომპანიები და მათ მფლობელობაში იქნება. სადაზღვევო კომპანიებმა ქვეყნა გეოგრაფიული ნიშნის მიხედვით გადაინაწილეს. (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2010).
- ამ გადანაცვლებამ იმოქმედა შენობების განახლების გეგმებზე, რომლებიც უმეტესწილად შეჩერებულია. ამით აიხსნება კვლევის მონაწილე რამდენიმე სამშობიარო სახლის არასახარბიელო მდგომარეობა. გვასაგები ხდება ისიც, თუ რატომ განიცდის ყოფილი საჯარო სამშობიარო სახლების სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი მოტივაციის ნაკლებობას, იმუშაოს ახალი გაიდლინებისა და პროტოკოლების მიხედვით. ბევრს ეშინია სამსახურის დაკარგვის, რადგანაც შესაძლოა სადაზღვევო კომპანიებმა არსებული შტატის მხოლოდ მცირე ნაწილი დაასაქმოს.
- სამშობიარო სახლებისა და სამშობიარო განყოფილებების უმეტესობას საკუთარი წესები, რეგულაციები და სტანდარტები აქვს. არ არსებობს ერთიანი ეროვნული მიდგომა. სამშობიარო სახლებში/სამშობიარო განყოფილებაში მშობიარობის და საკეისრო კვეთის საფასური განსხვავებულია. მშობიარის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო ოპერაციების რიცხვის შემცირების მიზნით, ერთ-ერთმა სამედიცინო დაწესებულებამ შემოიღო გაზრდილი საფასური პაციენტის მოთხოვნით ჩატარებულ საკეისრო კვეთაზე - 1900 ლარი; ეს მშობიარობის საშუალო ფასზე - 400 ლარზე 2-4-ჯერ მეტია. თუმცა ამ ქმედებამ ვერ აიძულა კლიენტები გადაეფიქრებინათ საკეისრო კვეთის გაკეთება; პირიქით, მათ არჩევანი მეზობლად მდებარე სამშობიარო სახლებზე გადაიტანეს, სადაც ასეთი ოპერაცია ბევრად იაფი ღირს (ამ კონკრეტულ შემთხვევაში - 750 ლარი). ეს მაგალითი გვიჩვენებს, თუ როგორ შეუძლია ერთ სამშობიარო სახლს გაფართოვდეს მეორის ხარჯზე, აგრეთვე აშკარას ხდის, რომ საკეისრო კვეთის ზრდის ტენდენციის რევერსირების ინიციატივის შედეგი მინიმალური იქნება, თუ ამგვარ ქმედებას მიმართავს მხოლოდ ერთი დაწესებულება, სხვა კლინიკებთან კოორდინაციის გარეშე და თუ მათ მხარს არ დაუჭერს ეროვნული პოლიტიკა.
- სახელმწიფომ შემოიღო სადაზღვევო პროგრამა (ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა) მოსახლეობის დაუცველი სეგმენტისათვის (სიღარიბის ზღვარს მიღმა მცხოვრები მოსახლეობა, მასწავლებლები, სამხედრო მოსამსახურეები და სხვ.), რომლის მიხედვითაც, საკეისრო კვეთისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის ღირებულება ერთნაირია, კერძოდ - 400 ლარი. ეს თანხა არ არის საკმარისი საკეისრო კვეთის ხარჯების დასაფარავად, რაც ფინანსურ პრობლემას უქმნის კლინიკებს. ზოგიერთი სამშობიარო სახლის დირექტორის აზრით, სიტუაციას ამწვავებს ასევე სადაზღვევო კომპანიებიდან გადარიცხვების დაგვიანება.
- სამშობიარო სახლის/სამშობიარო განყოფილების ხელმძღვანელობა თავისუფალია სამედიცინო პერსონალის დაქირავებაში. ამან გამოიწვია შტატის უჩვეულო მოდელი: მაგალითად, ერთ-ერთ სამშობიარო სახლში არ ჰყავთ ბებიაქალი; მეორე დაწესებულებაში, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრში, გინეკოლოგის ნაცვლად რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის სპეციალისტი მუშაობს. ამავე სამშობიარო სახლში ერთი და იგივე პიროვნებას უკავია ანესთეზიოლოგისა და ულტრაბგერითი გამოკვლევის სპეციალისტის თანამდებობა.

- სამშობიარო სახლების/სამშობიარო განყოფილების მენეჯერთა უმრავლესობამ ყურადღება გაამახვილა ბებიაქალებისა და ექიმების დაბალ კვალიფიციანზე და აღნიშნა უწყვეტი სამედიცინო განათლების აუცილებლობა. კვლევაში მონაწილე სამშობიარო სახლების/სამშობიარო განყოფილების დაახლოებით ნახევარი თანამშრომლობდა “ჯონ სნოუს ინსტიტუტთან”, სადაც აღნიშნული ორგანიზაცია ახორციელებდა პროგრამას “ჯანმრთელი ქალი საქართველოში” (“Healthy Women in Georgia”); ამავე ინსტიტუტმა სხვა კლინიკებშიც ჩაატარა ექიმებისა და ბებიაქალებისათვის განკუთვნილი ტრენინგები. თუმცა ყველა მენეჯერი არ არის მონადინებული მიიღოს და/ან გაატაროს ახალი რეგულაციები და ინოვაციები და გააუმჯობესოს მომსახურეობა. ზოგიერთს მიაჩნია, რომ დაწესებულების ფიზიკური ინფრასტრუქტურა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე პროფესიული უნარ-ჩვევების ამაღლება.
- 19 დაწესებულებიდან ოთხი გამორჩეულია მშობელთა დახმარებისა და განათლების კუთხით, ისინი ამუშავებენ მშობელთა სკოლებს ჯანდაცვის დაწესებულებებში. სამ მათგანში გინეკოლოგები ატარებენ მეცადინეობებს ორსული ქალებისათვის, ხოლო ერთ-ერთი დაწესებულების მშობელთა სკოლაში ბებიაქალებიც არიან ჩართულნი. მშობელთა სკოლის მეცადინეობებზე დასწრება უფასოა. (იხ. შემთხვევების განხილვა ქვემოთ).
- ენდოტრაქეალური მეთოდი ანესთეზიის პოპულარული მეთოდია, რომელსაც იყენებს დაწესებულებათა უმრავლესობა; მხოლოდ მცირე ნაწილი მიმართავს სპინალურ ან ეპიდურულ ანესთეზიას.
- თბილისის ერთი (კერძო) კლინიკა მრავალი ნიშნით გამოირჩევა. ჯერ ერთი, ამ სამშობიარო სახლშისაკეისრო კვეთების ერთ-ერთი ყველაზე მცირე მაჩვენებელია ქვეყანაში. ასევე სამშობიარო სახლის მენეჯმენტი ბებიაქალის როლს განიხილავს ორსულსა და მეან/გინეკოლოგს შორის შუალედურ რგოლად პერინატალურ პროცესში, ხელს უწყობს მათ ტრენინგებში მონაწილეობას და პროფესიულ ზრდას, ახორციელებს ღონისძიებებს მათი როლის გასაზრდელად და პერინატალურ პროცესში ჩასართავად; ამით საშუალებას აძლევს, სრულად გამოიყენონ თავიანთი ძირითადი კომპეტენციები. სამშობიარო სახლში ბებიაქალები მონაწილეობენ ანტენატალურ მოვლის პროცესში და მშობელთა სკოლის მუშაობაში. დამოუკიდებლად უწევენ მონიტორინგს ჭინთვის პერიოდს პარტოგრამის გამოყენებით, მონაწილეობენ “თბილ ჯაჭვში”¹, ასევე მშობიარობის მესამე სტადიის აქტიურ მართვაში. სამშობიარო სახლში ტარდება მშობიარეთა სიკვდილიანობის აუდიტი. იგი მისდევს საერთაშორისო სტანდარტებს.

¹ „თბილი ჯაჭვი“ არის ათი ურთიერთდაკავშირებული პროცედურის კომპლექსი, რომელსაც ატარებენ მშობიარობის დროს და ბავშვის დაბადების შემდეგ რამდენიმე საათისა და დღის განმავლობაში, ახალშობილის ჰიპოთერმიის აღბათობის მინიმუმაციის მიზნით: თბილი სამშობიარო ოთახი, მყისიერად გაშრობა, თბილი რეანიმაცია, თბილი ტრანსპორტირება, კანი-კანთან კონტაქტი, ძუძუთი კვება, აბაზანის გადავალება, სათანადო ტანსაცმელი და ლოგინი, დედისა და ახალშობილის ერთ პალატაში მოთავსება.

ზუგდიდის სამშობიარო სახლი

კვლევით ჯგუფს შესაძლებლობა ჰქონდა დასწრებოდა მშობელთა სკოლის შეკრებას ზუგდიდში. ეს სკოლა არის მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს - "რესპუბლიკის" ქალთა კონსულტაციის ცენტრის ნაწილი (2010 წელს საავადმყოფოს ეწოდა "წმინდა ლუკას" საავადმყოფო). მშობელთა სკოლა დაარსდა ჯონ სნოუს ინსტიტუტის მხარდაჭერით. ამ სკოლისათვის განკუთვნილი ოთახი მდებარეობს ქალთა საკონსულტაციო ცენტრის გვერდით და აქვს ტელევიზორი, DVD, სავარჯიშო ბურთები, მრავალი პლაკატი და ბროშურა მშობიარობის, ძუძუთი კვებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. ფასილიტატორია სამშობიარო განყოფილების გინეკოლოგი. მონაწილეები არიან სხვადასხვა პერიოდის ორსული ქალები და მათი პარტნიორები, დედები და/ან დედამთილები. მშობელთა სკოლაში მეცადინეობა ტარდება კვირაში ერთხელ, ოთხშაბათობით.

კვლევითი ჯგუფის ვიზიტის დროს მონაწილეები უყურებდნენ ძალიან საინტერესო ფილმს ორსულობასა და მშობიარობაზე. ფილმის შემდეგ იმსჯელეს ქალის კვებაზე ორსულობის დროს. ფასილიტატორმა ქალებს მომდევნო დისკუსიისათვის შეკითხვების მომზადება სთხოვა. შეხვედრის ბოლოს მან ბუკლეტები დაარიგა.

შემთხვევის განხილვა: ზესტაფონის მშობელთა სკოლა

ზესტაფონი იმერეთის რეგიონში მდებარეობს. იქ არსებობს სამშობიარო სახლი, რომელიც დახმარებას იღებს ჯონ სნოუს ინსტიტუტისაგან. სიმართლის წიგნები წარმოებულება უახლესი რეგულაციების შესაბამისად. დაწესებულების მენეჯერი ყოველთვის ცდილობს დანერგოს ახალი რეგულაციები და პროტოკოლები.

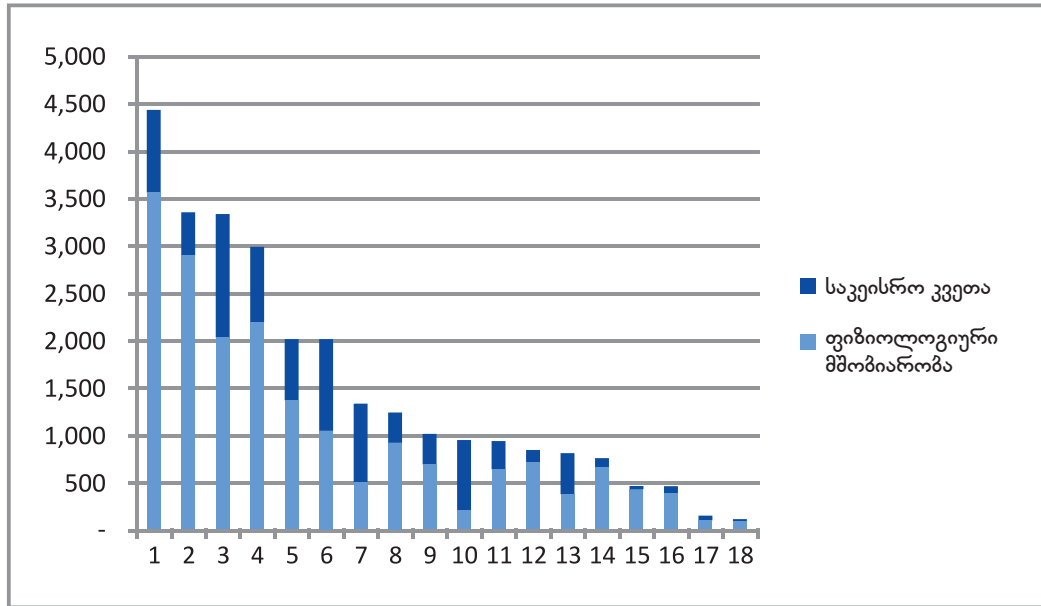
ქალთა საკონსულტაციო ცენტრი და მშობელთა სკოლა სამშობიარო სახლშია განლაგებული. სკოლა კვირაში ერთ დღეს მუშაობს და ემსახურება ორსულ ქალებს და მათი პარტნიორებს თანმხლებ პირებს. ოთახში დგას კომფორტული ავეჯი, არის "შვედური კედელი", ტელევიზორი, DVD, პლაკატები და ბროშურები მშობიარობის, ძუძუთი კვებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. მონაწილეები ინფორმაციას და რჩევებს იღებენ ორსულობის, მშობიარობის სტადიების, ძუძუთი კვების, ქალთა კვების და სხვა საკითხების ირგვლივ. სკოლა საშუალებას აძლევს ქალებს უკეთ მოემზადონ მშობიარობისათვის, განსაკუთრებით - ფსიქოლოგიურად. სამშობიარო სახლის ბებიაქალები და გინეკოლოგები დარწმუნებულნი არიან მშობელთა სკოლის სარგებლიანობაში, იმ ქალების/წყვილების შედარების საფუძველზე, რომლებიც დადიოდნენ მათ სკოლაში და რომლებიც არ დადიოდნენ.

4.3 მშობიარობათა და საკეისრო კვეთათა სქემა კვლევაში მონაწილე სამშობიარო სახლებისა და სამშობიარო განყოფილებების მიხედვით

მე-3 სურათზე მოცემულია კვლევაში მონაწილე 18 სამშობიარო სახლის შედარება, დაწესებულებებში მშობიარობათა საერთო რაოდენობის, მათ შორის - ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთების რაოდენობის გათვალისწინებით. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მონაცემები¹ წარმოაჩენს არსებით სხვაობას საკეისრო კვეთების მაჩვენებლებში: 5,4% - ერთ-ერთი რაიონული საავადმყოფოს სამშობიარო განყოფილებაში და 50%-ზე მეტი - სამ დაწესებულებაში: 55,7% "ყამბარაშვილის კლინიკაში" (თელავი), 63,3% სამშობიარო სახლში "სენა-მედი" (სენაკი) და 78,9% სამშობიარო სახლში "ბო-მონდი" (ქუთაისი).

1 დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ანგარიშები; ვებ-გვერდი: www.ncdc.ge

სურათი 3: ფიზიოლოგიურ მშობიარობათა და საკეისრო კვეთათა რაოდენობა კვლევაში მონაწილე 18 სამშობიარო სახლსა და სამშობიარო განყოფილებაში 2009წ.



ცხრილი 5 გვიჩვენებს, რომ საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი შეზღუდული პასუხისმგებლობის დაწესებულებებში ბევრად ნაკლებია, ვიდრე კერძო და სააქციო საზოგადოების სტატუსის მქონე დაწესებულებებში: 19,7% და 32-33% (დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემები)

ცხრილი 5: საკეისრო კვეთათა პროპორცია 2009წ. დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	მშობიარობათა რაოდენობა	საკეისრო რაოდენობა	საკეისრო პროცენტული მაჩვენებელი
შპს (n=5)	3 123	615	19.7%
სააქციო საზოგადოება (n=4)	7 081	2 362	33.4%
კერძო (n=9)	16 934	5 469	32.3%
სულ	27 138	8 446	31.1%

4.4 სიმართლის წიგნების ანალიზი

კვლევაში ვერ განხორციელდა ორი სიმართლის წიგნის ანალიზი, რადგან ერთ შემთხვევაში ჩვენი ვიზიტისას წიგნი ადგილზე არ დაგვხვდა, ხოლო მეორე შემთხვევაში არ იყო შევსებული 10 საკლასიფიკაციო კატეგორიის მიხედვით. ამიტომ შეუძლებელი გახდა სამედიცინო დიაგნოზების დადგენა. იმ სამშობიარო სახლებიდან, სადაც თვეში 200-ზე ნაკლები მშობიარობაა (14 დაწესებულება), კვლევის ჯგუფმა შეისწავლა ორი თვის მონაცემები; დანარჩენ 4 დაწესებულებაში მოძიებულ იქნა ერთი თვის მონაცემები.

ქვემოთ წარმოდგენილი დასკვნები მოიცავს 3040 მშობიარობის ანალიზს სხვადასხვა სიმართლის წიგნის მიხედვით.

შედეგები

საკეისრო კვეთა და ფიზიოლოგიური მშობიარობა: საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი საშუალო ეროვნულ მაჩვენებელზე (32%) მაღალია. ოდნავ მაღალი პროცენტი აქვს პირველი მშობიარობის დროს გაკეთებულ საკეისრო კვეთას (55%, ხოლო განმეორებითს - 45%).

ფიზიოლოგიური მშობიარობის 65%-იან მაჩვენებელში პირველი და განმეორებითი მშობიარობების წილი დაახლოებით თანაბარია 50/50% (თანაბარია ყველა ტიპის სამშობიარო დაწესებულებაში (იხ. ცხრილი 6))

ცხრილი 6: პირველი და განმეორებითი მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებლები					
		შპს	კერძო	სს	სულ
ფიზიოლოგიური (n=1 970)	პირველი	52%	49%	50%	50%
	განმეორებითი	48%	51%	50%	50%
საკეისრო (n=1 070)	პირველი	56%	52%	63%	55%
	განმეორებითი	44%	48%	37%	45%

შეზღუდული პასუხისმგებლობის დაწესებულებებში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია საშუალო ეროვნულ მაჩვენებელზე და ნიმუშზე (18%); ეს რიცხვი უფრო მაღალია კერძო დაწესებულებებში და სააქციო საზოგადოებებში: შესაბამისად - 40% და 35% (იხ. ცხრილი 7).

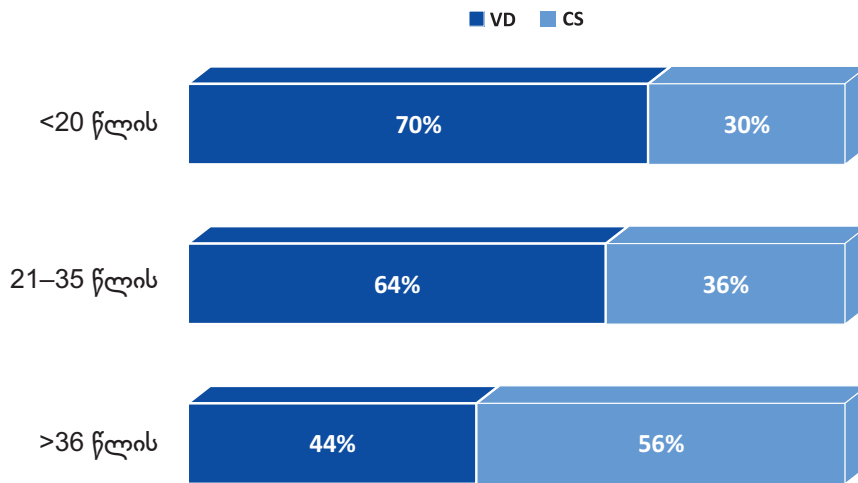
ცხრილი 7: საკეისრო კვეთისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის მაჩვენებლები სამშობიარო სახლებსა და სამშობიარო განყოფილებებში					
		შპს	კერძო	სს	სულ
სულ ფიზიოლოგიური		360 (82%)	1 034 (60%)	576 (65%)	1 970
სულ საკეისრო		81 (18%)	678 (40%)	311 (35%)	1 070
ჯამი		441	1 712	887	3 040

რეგიონალური ცვლილებები: რეგიონებში ჩატარებული საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები მკვეთრად განსხვავდება: ერთ რეგიონში 77%, დანარჩენ ორ რეგიონში კი - 10%.

ხელდახმარების მეთოდების გამოყენებით ჩატარებული ფიზიოლოგიური მშობიარობა: არც ერთ სამშობიარო სახლში არ იყო გამოყენებული მაშები. მხოლოდ ცხრა მშობიარობა ჩატარდა ვაკუუმის დახმარებით. ეს ციფრი ძალიან დაბალ მაჩვენებელადაა მიჩნეული და შეიძლება მიუთითებდეს ამ პროცედურის შესასრულებლად საჭირო პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ნაკლებობაზე. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს მაშების ან ვაკუუმის სწორად გამოყენებით შესაძლებელია ქირურგიული ჩარევის თავიდან აცილება.

ასაკობრივი სტრუქტურა: მშობიარეთა (ფიზიოლოგიური და საკეისრო) უდიდესი ნაწილი 21-დან 35 წლამდე ასაკისაა. ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება საკეისრო კვეთის რაოდენობაც: 20-წლამდე ასაკში - 30%, 21-35 წლის ასაკში - 36%-მდე; 36 წელზე ზემოთ - 56%.

ნახაზი 4: ასაკობრივი მაჩვენებლები მშობიარობის ტიპის მიხედვით (ფიზიოლოგიური (VD) და საკეისრო (CS))



მშობიარობის ტიპის გათვალისწინებით, შემდეგი დასკვნების გაკეთება შეიძლება:

- ქალების უმრავლესობა (ფიზიოლოგიური და საკეისრო მშობიარობით) მშობიარობს კერძო სამშობიარო სახლებში. ეს ტენდენცია შენარჩუნებულია სამივე ასაკობრივ ჯგუფში.
- 36 წელზე უფროსი ასაკის ქალები, დანარჩენ ორ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით, მშობიარობის დროს უპირატესობას კერძო სექტორს ანიჭებენ (კერძო და სააქციო საზოგადოებას) როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე საკეისრო კვეთის შემთხვევებში. საკეისრო კვეთის რაოდენობა მნიშვნელოვნად არ იცვლება ასაკის ან დანესებულების ტიპის მიხედვით, გარდა 36 წელზე უფროსი ასაკის ქალებისა, რომელთაგან მხოლოდ ერთმა გაიკეთა საკეისრო კვეთა შპს-ში.

ცხრილი 8: მშობიარობის ტიპი ასაკის მიხედვით

ასაკი	ფიზიოლოგიური (n= 1 890)				საკეისრო (n=1 063)			
	შპს	კერძო	სს	სულ	შპს	კერძო	სს	სულ
≤20	15%	57%	28%	364	7%	66%	27%	153
21-35	16%	53%	31%	1 453	8%	64%	28%	816
≥ 36	10%	74%	16%	73	1%	61%	38%	94

* სიმართლის წიგნებში ქალთა ასაკობრივი მონაცემების შესახებ გაკეთებული ჩანაწერების არასრულობის გამო ფიზიოლოგიურ და საკეისრო მშობიარობათა საერთო რაოდენობა განსხვავდება 6 და 7 ცხრილების ჯამური რიცხვებისაგან.

ნაყოფის მდებარეობა მშობიარობის დროს: კეფით-წინ მდებარეობა მენჯით-წინ მდებარეობა, მრავალნაყოფიანი და გარდიგარდმო¹

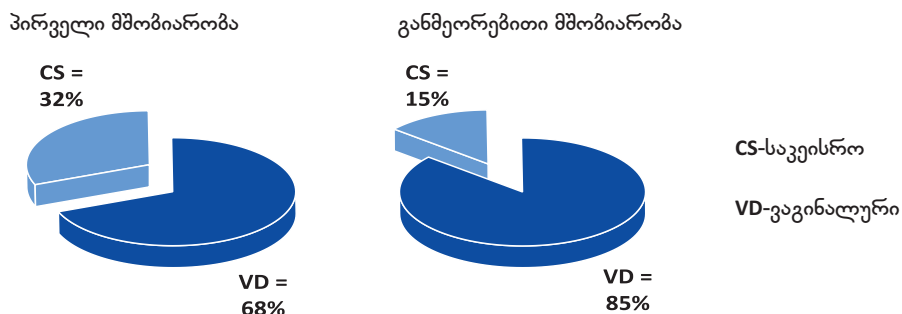
ცხრილი 9 გვიჩვენებს, თუ როგორი წინმდებარეობის დროს მიმართეს საკეისრო კვეთის ოპერაციას; ორსულობის პერიოდის (37 კვირაზე ნაკლები ან მეტი) და იმის გათვალისწინებით, გამოიყენეს თუ არა სტიმულაცია

ცხრილი 9: მშობიარობის ტიპი კეფით-წინ მდებარეობის შემთხვევაში; ორსულობის პერიოდის და სტიმულაციის (გამოყენების ან არგამოყენების) მიხედვით

	კეფით-წინ მდებარეობა სტიმულაციით (> 37 კვ.)	კეფით-წინ მდებარეობა სტიმულაციის გარეშე (> 37 კვ.)	□ კეფით-წინ მდებარეობა სტიმულაციის გარეშე (< 37 კვ.)
ფიზიოლოგიური	18 (31%)	1 873 (76%)	54 (59%)
საკეისრო	41 (69%)	604 (24%)	38 (41%)
სულ	59	2 477	92

კეფით-წინ მდებარეობა, 37 კვირაზე მეტი ხნის ორსულობა (სტიმულაციის გარეშე): ასეთი შემთხვევების 24% საკეისრო კვეთით დასრულდა (2477-დან 604). საკეისრო კვეთა ამ კატეგორიაში უფრო ხშირია პირველი მშობიარობის დროს (იხ. ნახაზი 5).

სურათი 5: კეფით-წინ მდებარეობა, 37 კვირაზე მეტი (სტიმულაციის გარეშე)



საკეისრო კვეთის უმცირესი რისკის ჯგუფს (საშუალოდ 2-3%) განეკუთვნება: **განმეორებითი ფიზიოლოგიური მშობიარობა ერთი ნაყოფით და კეფით-წინ მდებარეობით (>37 კვირის ორსულობა სტიმულაციისა და სპონტანური მშობიარობის გარეშე)**. კვლევის მონაცემებით, ამ ქვეჯგუფში დაფიქსირდა 15%-იანი მაჩვენებელი, რაც ნიშნავს, რომ საკეისრო კვეთის საშუალოზე მაღალი პროცენტი სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჩატარდა (იხ. ცხრილი 10).

საკეისრო კვეთის შედარებით დაბალი რისკის მეორე ჯგუფს (საშუალოდ 14-15%) განეკუთვნება: **პირველი მშობიარობა ერთი ნაყოფით, კეფით-წინ მდებარეობით (>37 კვირის ორსულობა სტიმულაციისა გარეშე)**. ამ ქვეჯგუფში საკეისრო კვეთის მთავარი მიზეზები შესაძლოა ყოფილიყო მშობიარობის დროს წარმოქმნილი გართულება, როგორცაა დისტოცია ან ნაყოფის დისტრესი. კვლევის თანახმად, ამ ქვეჯგუფში საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელია 32%, რაც ნიშნავს, რომ ჩატარდა საკეისრო ოპერაციები ყოველგვარი სამედიცინო ჩვენების გარეშე (იხ. ცხრილი 10).

¹ კეფით-წინ მდებარეობა ნორმალურად განიხილება და გვხვდება მშობიარობათა 97%-ში. საკეისროს რეკომენდება შეიძლება ნაყოფის ნებისმიერი მდებარეობისას, გარდა ცეფალურისა. მენჯით-წინ მდებარეობა ითვლება არაფიზიოლოგიურად და გვხვდება შემთხვევათა დაახლოებით 3%-ში. მხრით, მკლავით ან ბურჯით ქვემოთ პოზიცია განიხილება, როგორც ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა. ასეთი მდებარეობა გვხვდება 1%-ში. გარდიგარდმო მდებარეობა უფრო ხშირია ადრეული მშობიარობის ან მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს. (www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002060.htm)

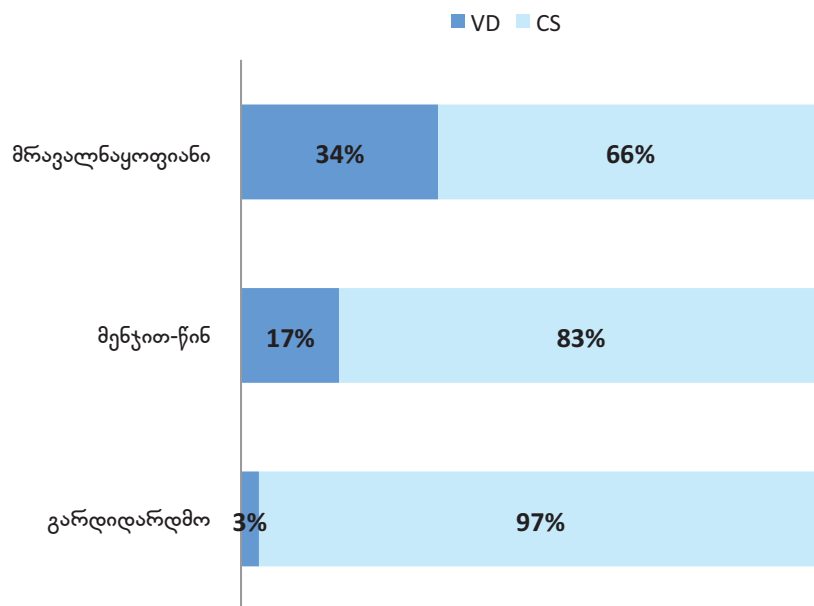
ცხრილი 10: მშობიარობის ტიპი კეფით-წინ-მდებარეობა > 37 კვირა სტიმულაციით ან სტიმულაციის გარეშე

	კეფით-წინ მდებარეობა სტიმულაციით (> 37 კვ.)		კეფით-წინ მდებარეობა სტიმულაციის გარეშე (> 37 კვ.)	
	პირველი	განმეორებითი	პირველი	განმეორებითი
ფიზიოლოგიური	16 (36%)	2 (14%)	940 (68%)	933 (85%)
საკეისრო	29 (64%)	12 (86%)	442 (32%)	162 (15%)
სულ	45	14	1 382	1 095

კეფით-წინ მდებარეობის ყველა ჯგუფში (> 37 კვირის ორსულობისას) სტიმულაციის პროცენტული მაჩვენებელი საგრძნობლად დაბალია (45% - პირველი და 14% -განმეორებითი მშობიარობის დროს), რაც მიუთითებს, რომ მშობიარობის სტიმულირება არ არის გავრცელებული პრაქტიკა საქართველოში.

გარდიგარდმო მდებარეობის 33 შემთხვევიდან თითქმის ყველა (ერთის გარდა) დასრულდა საკეისრო კვეთით. მენჯით-წინ მდებარეობის უმრავლესობა - 83% (104 შემთხვევიდან - 86) ასევე საკეისრო კვეთით დასრულდა. ეს ციფრი კიდევ უფრო მაღალია, როდესაც მენჯით-წინ მდებარეობა გვხვდება პირველი მშობიარობისას: 94% (62 შემთხვევიდან -58). განმეორებითი მშობიარობისას მენჯით-წინ მდებარეობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი გაცილებით ნაკლებია - 67% (42 შემთხვევიდან - 28). მრავალნაყოფიანი 32 შემთხვევის 66% (21 შემთხვევა) საკეისრო კვეთით დასრულდა. იხ ნახაზი 6.

სურათი 6: მშობიარობის ტიპი ნაყოფის მდებარეობის მიხედვით (მრავალნაყოფიანი, მენჯით-წინ მდებარეობა, გარდიგარდმო მდებარეობა)



4.5 კლიენტთა პროფილი და პოზიცია

4.5.1 ორსული ქალები

ზოგადი დახასიათება

კვლევაში ჩართული იყვნენ ქალები 25 – 32 კვირის ორსულობით. შედეგად, ჩატარდა 171 ორსულ ქალთან გასაუბრება. მათი საშუალო ასაკი იყო 24,6 წელი (16-დან 41-მდე ასაკობრივი ჯგუფი). ყველამ თქვა, რომ გათხოვილია, მშობიარობათა საშუალო რაოდენობამ 2,6 შეადგინა.

გამოკითხულთა დაახლოებით ორი მესამედისათვის (63%) ეს პირველი მშობიარობა იყო, 32%-თვის – მეორე ან მესამე. დაახლოებით 6%-ს ადრე ჰქონდა გაკეთებული საკეისრო კვეთა; ერთ ქალს ორი საკეისრო ჰქონდა გადატანილი.

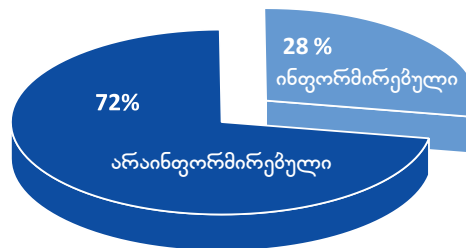
რესპონდენტთა ნახევარზე ოდნავ მეტი იყო იმ რეგიონების მცხოვრები, სადაც სამშობიარო სახლი/სამშობიარო განყოფილება მდებარეობს (54%).

ორსული ქალების ერთ მესამედზე ნაკლები (48 ქალი, 28%) დაბლვეული იყო, ამასთან, მათ უმრავლესობას სრული დაბლვევა ჰქონდა (37 ქალს).

მშობელთა სკოლებში მონაწილეობა და მათ შესახებ ინფორმაცია

იმ 31 ქალიდან (28%), რომლებიც გათვითცნობიერებულნი იყვნენ მშობელთა სკოლების შესახებ, 22-მა მიაკითხა მათ. თუმცა რესპონდენტ ქალთა უმრავლესობას (72% - 140 ქალი) მშობელთა სკოლებზე არავითარი ინფორმაცია არ ჰქონია. რამდენიმე ქალმა, რომლებსაც გაგონილი ჰქონდათ ამის შესახებ, აღნიშნა, რომ მათ ქალაქებში ასეთი სკოლა არ არსებობდა.

სურათი 7: ინფორმაცია მშობელთა სკოლების შესახებ

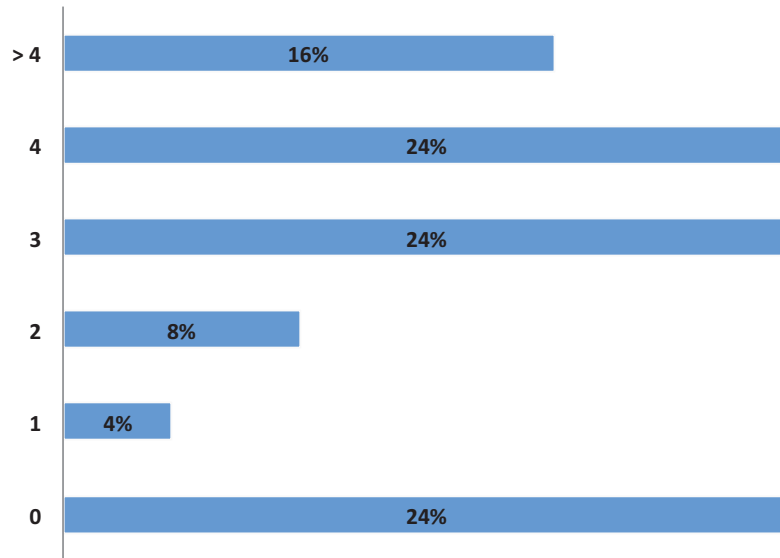


ქალები, რომლებიც დადიოდნენ მშობელთა სკოლაში, მას დადებითად აფასებდნენ. მათ განაცხადეს, რომ გაკვეთილები სასარგებლო იყო. უმრავლესობა მშობელთა სკოლებში მშობლებთან ერთად დადიოდა.

ანტენატალური ინფორმაცია/ ვიზიტი ქალთა საკონსულტაციო ცენტრში

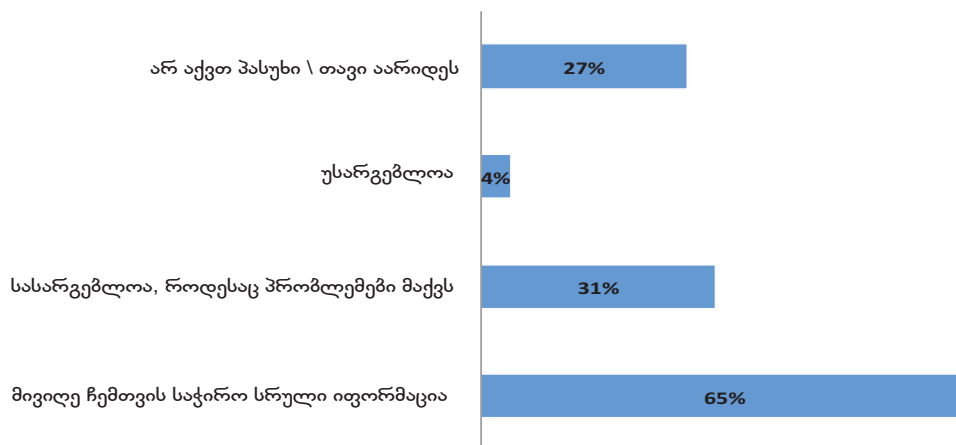
კვლევაში მონაწილე ქალების სამი მეოთხედი (169 რესპონდენტიდან - 129) ქალთა კონსულტაციაში დადიოდა; 24% იქ არ ყოფილა და ამიტომ ამ ცენტრის საშუალებით ინფორმაცია არ მიუღია.

სურათი 8: ვიზიტები ქალთა კონსულტაციაში



საკონსულტაციო ცენტრით მოსარგებლე ქალთა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ეს ვიზიტები ძალიან სასარგებლო იყო და ყველა აუცილებელი ინფორმაცია მიიღო. ქალების 31%-ის თანახმად, ამ ვიზიტებით ისარგებლეს მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობის პრობლემა შეექმნათ - ამ დროს იმპურნალეს და გინეკოლოგებისაგან მნიშვნელოვანი კონსულტაცია მიიღეს. ქალების მცირე პროცენტმა (5%-ზე ნაკლები) უკმაყოფილება გამოთქვა მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით. საკმაოდ ბევრმა რესპონდენტმა (27%) პასუხისაგან თავი შეიკავა.

სურათი 9: ქალთა კონსულტაციაში ვიზიტების სარგებლიანობა

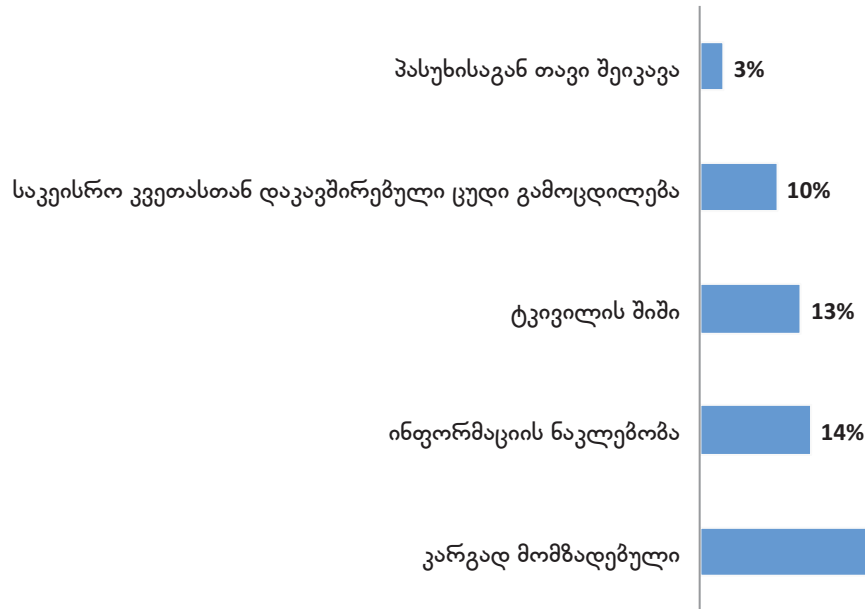


მშობიარობისათვის მზადყოფნა

ორსულთა 60%-მა (162-დან 100-მა) მშობიარობისათვის მზადყოფნის შესახებ დასმულ კითხვაზე უპასუხა, რომ ფსიქოლოგიურად მზად იყვნენ და ოჯახისა და პარტნიორისაგან მხარდაჭერას გრძნობდნენ.

თითქმის ყოველმა მეშვიდე ქალმა (14%) განაცხადა, რომ მშობიარობის შესახებ მცირე ინფორმაცია ჰქონდა და საკეისრო კვეთა ნაკლებ მტკივნეულად მიაჩნდა, ვიდრე ფიზიოლოგიური მშობიარობა. რესპონდენტთა თითქმის იგივე რაოდენობამ (13%, 21 ქალი) განაცხადა, რომ ჯერ არ იყო მზად მშობიარობისათვის და ეშინოდა მასთან დაკავშირებული ტკივილების. 10%-ს იმდენად ცუდი გამოცდილება ჰქონდა წინა მშობიარობიდან, რომ უპირატესობას საკეისრო კვეთას ანიჭებდა.

სურათი 10: მშობიარობისათვის მზადყოფნა



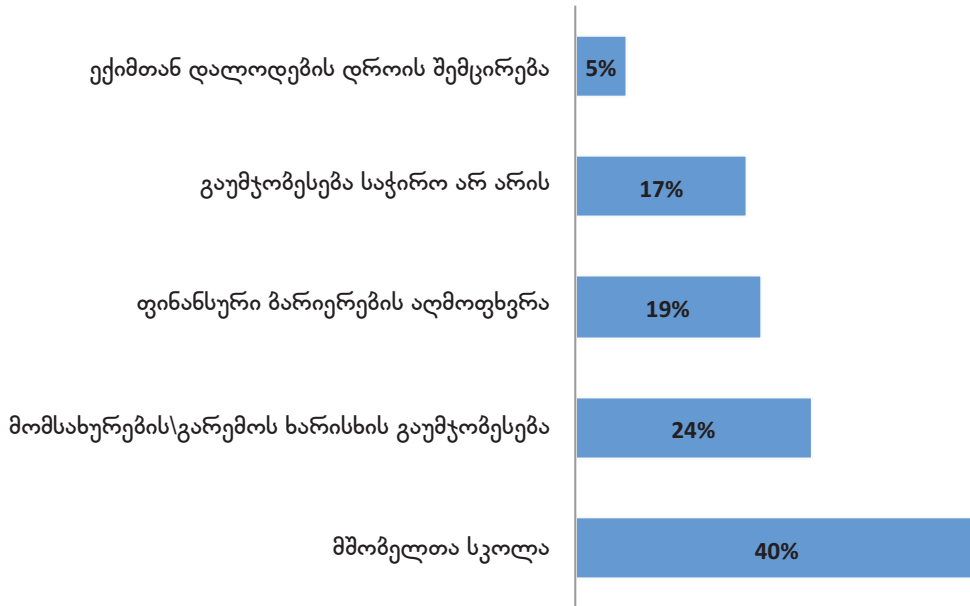
ინფორმაციის საჭიროება

ორსულ ქალთა უმრავლესობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ორსულობისა და მშობიარობის შესახებ ინფორმაციის მიღებას. ასეთი ინფორმაციის მთავარ წყაროს მათი ექიმები (26.6%) და ოჯახის წევრები (15.3%) წარმოადგენენ. ქალების დაახლოებით ორი მესამედის (128-დან - 82) განცხადებით, საჭირო ინფორმაცია ექიმებისაგან მიიღეს. 16%-ის აზრით, ძალიან საინტერესო იყო სუნთქვით ვარჯიშებთან და დიეტასთან დაკავშირებული ინფორმაცია. 20%-მა (ყოველმა მეხუთემ) აღნიშნა, რომ არავითარი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია არ მიუღია. 43-მა რესპონდენტმა პასუხს თავი აარიდა.

მომსახურების გაუმჯობესება

კვლევის მონაწილეებს სთხოვეს შემოეთავაზებინათ ორსულ ქალთა მომსახურების/მოვლის გაუმჯობესების გზები. მშობელთა სკოლამ მაღალი შეფასება მიიღო. ქალებმა სურვილი გამოთქვეს დასწრებოდნენ გაკვეთილებს და ესაუბრათ ორსულობისა და მშობიარობის შესახებ. ყოველმა მეოთხემ (156-დან - 37) განაცხადა, რომ აუცილებელია ქალთა კონსულტაციების მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. გარკვეული ნაწილის აზრით (19%), ძალიან მნიშვნელოვანია ფინანსური საკითხი, განსაკუთრებით რეგიონების წარმომადგენელთათვის. მათი განცხადებით, მშობიარობა უფასო უნდა იყოს ან საფასური სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა დაფარონ. 5%-მა პრობლემას უქმნიდა ექიმის მოსაცდელში არსებული რიგები და ამ საკითხის მოწესრიგების სურვილი გამოთქვა.

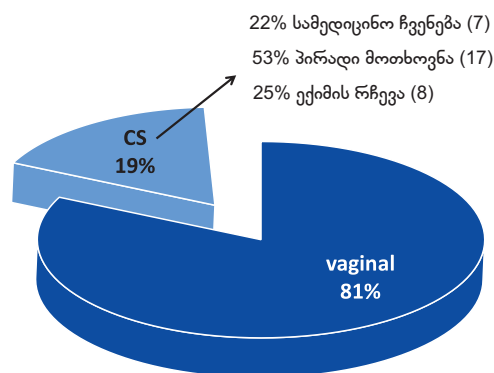
სურათი 11: რჩევები ორსულ ქალთა მოვლას მომსახურების გასაუმჯობესებლად



მშობიარობის სასურველი ტიპი

გამოკითხული ქალების 81%-მა (138) უპირატესობა მიანიჭა ფიზიოლოგიურ მშობიარობას. დანარჩენმა 19%-მა (32) საკეისრო კვეთა აირჩია მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ჩვენება მათგან მხოლოდ 7-ს ჰქონდა. 17 ქალი საკეისრო კვეთის გაკეთებას აპირებდა საკუთარი მოთხოვნის საფუძველზე (10%), ხოლო 8 – გინეკოლოგის რჩევით.

სურათი 12: მშობიარობის სასურველი ტიპები



4.5.2 ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალები

საერთო დახასიათება

გამოიკითხა 175 ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალი. მათი საშუალო ასაკი იყო 25,3 წელი (15-დან 41 წლამდე). თითქმის ყველა მონაწილე (96%) გათხოვილი იყო. 43%-სათვის (76 ქალი) ეს პირველი მშობიარობა იყო, 37%-სთვის – მეორე, ხოლო 23 ქალისათვის (13%) – მესამე მშობიარობა. შვიდ შემთხვევაში მეოთხე მშობიარობა დაფიქსირდა, ორმა კი მეხუთედ იმშობიარა.

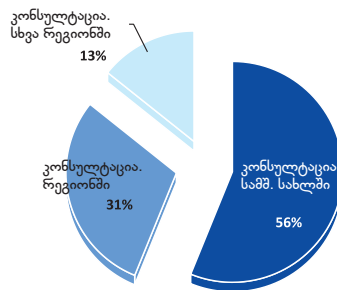
ქალების ნახევარზე ოდნავ მეტი იმ რეგიონიდან იყო, სადაც სამშობიარო სახლი ან სამშობიარო განყოფილება მდებარეობს; 14% – სხვა რეგიონიდან, ხოლო ერთი მესამედი (29%) – მომიჯნავე რეგიონიდან.

იმ ქალების უმრავლესობა, რომლებმაც ფიზიოლოგიურად იმშობიარეს (65%), არ იყო დაბლვეული. მათ თავად გადაიხადეს მშობიარობის საფასური. მესამედზე ოდნავ მეტს (35%) სამედიცინო დაბლვევა ჰქონდა; ამ უმცირესობის 76%-ის ხარჯები მთლიანად სადაბლვევო კომპანიამ გადაიხადა.

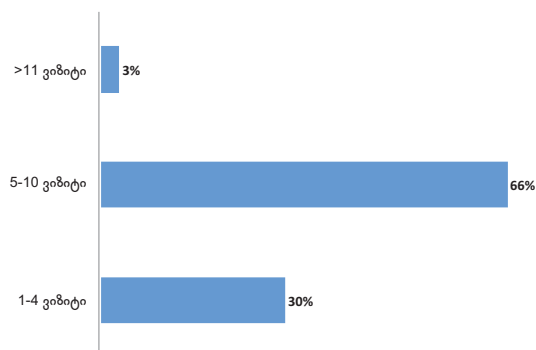
ანტენატალური ინფორმაცია/ვიზიტი ქალთა კონსულტაციაში

ქალების უმრავლესობა ორსულობის განმავლობაში ქალთა კონსულტაციაში დადიოდა. მათი ვიზიტების საშუალო რაოდენობა იყო 6, ხოლო უმრავლესობა (66%) 5-10-ჯერ იყო ნამყოფი. ქვემოთ წარმოდგენილი მონაცემები ასახავს ქალთა კონსულტაციების მდებარეობას და ვიზიტების რაოდენობას (სურათი 13, 14).

სურათი 13: ქალთა კონსულტაციების მდებარეობა

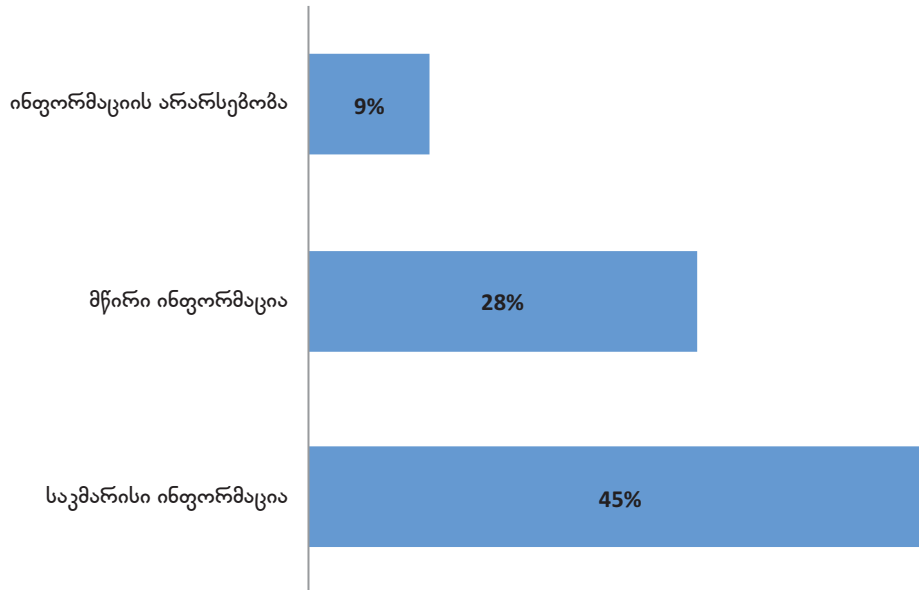


სურათი 14: ქალთა კონსულტაციებში განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა



კითხვაზე “სანამ სამშობიარო სახლში მოხვიდოდით, რა იცოდით მშობიარობასთან დაკავშირებულ პროცედურებზე?”, 77-მა ქალმა (45%) უპასუხა, რომ სრული ინფორმაცია ჰქონდა მშობიარობის გზებზე; 48 ქალს (28%) მწირი ინფორმაცია ჰქონდა, ხოლო 15-ს არავითარი ინფორმაცია არ ჰქონია მიღებული. იხ. ნახაზი 15.

სურათი 15: ინფორმირებულობა მშობიარობის თაობაზე



სამმა ქალმა განაცხადა, რომ არ ენდობა ქალთა კონსულტაციის გინეკოლოგს და სხვა ექიმისაგან მიიღო კერძო კონსულტაცია. ერთმა თქვა, რომ იგი საკონსულტაციო ცენტრში მივიდა მხოლოდ ორსულის ბარათის მისაღებად. 12%-მა განაცხადა, რომ ექიმმა კონსულტაცია გაუწია ძუძუთი კვებასა და ორსულთა ჰიგიენასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. დაახლოებით 70%-ის აზრით, მშობიარობის დროს ძალიან დაეხმარა გინეკოლოგისაგან მიღებული ინფორმაცია. 30 ქალი (17%) რეგულარულად დადიოდა მშობელთა სკოლაში. გაკვეთილების დროს უყურებდნენ ფილმებს მშობიარობაზე და დაურიგეს საინფორმაციო ბუკლეტები ძუძუთი კვების და ახალშობილის მოვლის შესახებ.

კითხვაზე, ხომ არ ეშინოდა შესაძლო (საჭიროების შემთხვევაში) საკეისრო კვეთის, 58%-მა (100 ქალი) უარყოფითი პასუხი გასცა; 32%-მა თქვა, რომ ეშინოდა; ხოლო 10%-ს ოდნავი შიში ეჭონდა.

კლიენტის კმაყოფილება

ფიზიოლოგიურად ნამშობიარებ ქალთა უმრავლესობა (97%) კმაყოფილი დარჩა საავადმყოფოს მომსახურებით; 167-დან 5 ქალი (3%) მომსახურებით კმაყოფილი არ იყო. ასეთივე პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, რომლებიც მომსახურებასთან ერთად, დადებითად ახასიათებდნენ ბებიაქალს და აღნიშნავდნენ, რომ მისი როლი და დახმარება ძალიან მნიშვნელოვანი იყო; 5 ქალი არ იყო კმაყოფილი მიღებული დახმარებით.

საშუალოდ, სამშობიარო სახლებს/განყოფილებებს ყველა ასპექტში (მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდეგ) დადებითი შეფასება მიეცა. ქალთა უმრავლესობამ ამ დანესებულებებს 10-ქულიანი სისტემიდან 7 და მეტი ქულა მიანიჭა. მხოლოდ რესპონდენტთა მცირე რაოდენობამ შეაფასა 5 ქულით.

4.5.3 საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალები

საერთო დახასიათება

(კვლევაში მონაწილეობდა სულ 119 ქალი, რომლებსაც საკეისრო კვეთა ჩაუტარდათ¹). ქალების საშუალო ასაკმა შეადგინა 26,2 წელი (17-დან 40-მდე). ყველა მონაწილე, გარდა ერთისა, გათხოვილი იყო. 58%-სათვის (66 ქალი) ეს პირველი მშობიარობა იყო; 29%-სათვის – მეორე, ხოლო 9 ქალისათვის – მესამე მშობიარობა. ორ შემთხვევაში მეოთხე მშობიარობა დაფიქსირდა, ერთმა კი მეხუთედ იმშობიარა.

ქალების უმრავლესობა ქართველი იყო (87%); 2 – რუსი; 6 - აზერბაიჯანიდან, ხოლო 3 - სომხეთიდან.

ქალების დაახლოებით ნახევარი იგივე რეგიონიდან იყო, სადაც სამშობიარო სახლი მდებარეობს (51%); 35 სხვა რეგიონიდან (29%), ხოლო 24 (20%) - რეგიონის ქალაქიდან. ეს ნიშნავს, რომ ბევრი ქალი არ მშობიარობს უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებაში.

შაკეისრო კვეთით ნამშობიარებ რესპონდენტთა ნახევარზე ნაკლებს სამედიცინო დაზღვევა ჰქონდა (43%), ხოლო 68-ს დაზღვევა არ ჰქონია. სადაზღვევო კომპანიამ მხოლოდ 15%-ის, ანუ 18 ქალის ხარჯები დაფარა სრულად.

ქალების შედარებითი პროფილი

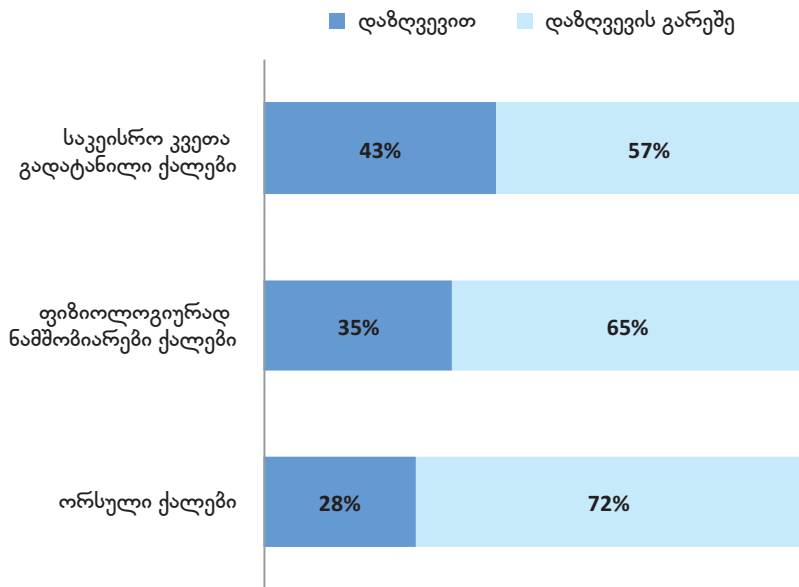
ცხრილში 11 და სურათზე 16 ნაჩვენებია სამი ქვეჯგუფის შედარება

ცხრილი 11: ორსული და პოსტნატალური პერიოდის ქალთა ასაკი			
ასაკობრივი ქვეჯგუფი	საკეისრო	ფიზიოლოგიური	ორსული ქალები
≤20	35 (20%)	20 (16.8%)	46 (26.9%)
21-35	129 (73.7%)	91 (76.5%)	117 (68.3%)
≥ 36	11 (6.3%)	8 (6.7%)	8 (4.7%)
სულ	175	119	171

ქალების უმრავლესობა არ იყო დაზღვეული, ეს რიცხვი ყველაზე მაღალია ორსულთა შორის (72%). დაზღვეული არ იყო იმ ქალების ნახევარზე მეტი (57%), რომლებმაც საკეისრო კვეთა გაიკეთეს.

¹ 18 დაწესებულებიდან: ერთი ახალი გახსნილი იყო და ამ დრომდე ძალიან ცოტა საკეისრო კვეთა იყო ჩატარებული.

სურათი 16: სადაზღვევო სტატუსი ორსულ და ნამშობიარებ ქალებში



ქალების დაახლოებით 50% სამშობიარო სახლთან ახლოს ცხოვრობს, მეორე ნახევარი კი იძულებულია იმავ რეგიონის სოფლებიდან ან სხვა რეგიონიდან იმგზავროს; ეს ციფრი თითქმის ერთნაირია ყველა ჯგუფისათვის.

ანტენატალური ინფორმაცია/ვიზიტი ქალთა კონსულტაციაში

ქალების უმრავლესობა (97%) ორსულობის განმავლობაში აკითხავდა ქალთა კონსულტაციებს. მათი ანტენატალური ვიზიტების საშუალო რაოდენობაა 5-6. ამ ჯგუფიდან 71 ქალი (60%) დადიოდა სამშობიარო სახლის ქალთა კონსულტაციაში. 28 ქალი (23%) დადიოდა რეგიონის ქალთა კონსულტაციაში, მაგრამ არა სამშობიარო სახლის საკონსულტაციო ცენტრში; 17 ქალი (14%) დადიოდა სხვა ქალაქიდან.

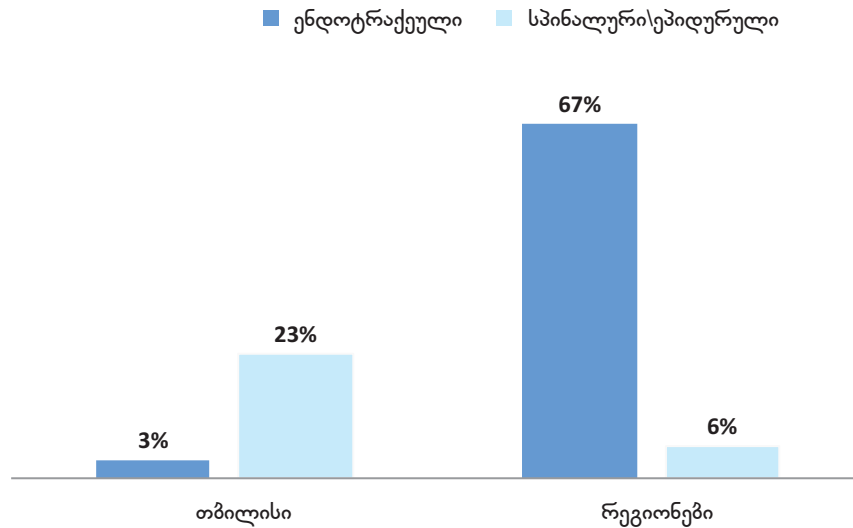
72 ქალს (60%) მიაჩნია, რომ ვიზიტები ძალიან სასარგებლო იყო, რადგან ექიმები კონსულტაციებს უწევდნენ ორსულობისა და ნაყოფის განვითარების შესახებ. 14-მა ქალმა (12%) განაცხადა, რომ ჰქონდათ ჯანმრთელობის პრობლემა, როგორცაა მაღალი წნევა, ტკივილი მუცლის არეში, სპონტანური აბორტის რისკი და ა.შ. ამის გამო ზოგიერთმა მათგანმა (3) ცენტრს 10-ჯერ და მეტჯერ მიაკითხა.

ამრიგად, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ინფორმირებულობის დონე ანტენატალურ პერიოდში არაა დამაკმაყოფილებელია. უნდა ითქვას, რომ საკეისრო კვეთით ნამშობიარებ ქალთა არაინფორმირებულობის დონე შედარებით მაღალია. იმ ქალების 40% (117-დან 47), ვინც საკეისრო კვეთით იმშობიარა, კმაყოფილი იყო მიღებული ინფორმაციით. თუმცა, 30%-მა აღნიშნა, რომ ინფორმაცია აკლდათ და არ იცოდნენ, რა სახის რისკებთან იყო დაკავშირებული საკეისრო კვეთა. მეორე 30%-ს მშობიარობის შესახებ არავითარი ინფორმაცია არ მიუღია ან მხოლოდ უმნიშვნელო ინფორმაცია მიიღო. ამ 36 არასაკმარისად ინფორმირებულთაგან 24-სათვის (67%) ეს დაგეგმილი საკეისრო კვეთა იყო, ხოლო დანარჩენი 12-სათვის - გადაუდებელი/სასწრაფო საკეისრო ოპერაცია.

ანესთეზია

ქალთა უმრავლესობამ (97%) აღნიშნა გამოყენებული ანესთეზიის სახეობა: შემთხვევების 70%-ში ეს იყო ენდოტრაქეული ანესთეზია და მხოლოდ 30%-ში - სპინალური ანესთეზია. ენდოტრაქეული ანესთეზიის ამკარა სიჭარბესთან ერთად, არსებობს აგრეთვე დიდი სხვაობა თბილისში და რეგიონებში გავრცელებულ პრაქტიკას შორის (იხ. ნახაზი 17).

სურათი 17: ანესთეზიის გამოყენების რეგიონალური ვარიაციები



საკეისრო კვეთის ჩვენება. მასთან დაკავშირებული გამოცდილება

ერთ-ერთი შეკითხვის მიზანი იყო იმის გარკვევა, თუ რამდენად იცოდნენ ქალებმა საკეისრო კვეთის მიზეზები და, ამასთან ერთად, საკეისრო ოპერაციასთან დაკავშირებული გამოცდილების შეფასება.

საკეისრო კვეთით ნამშობიარები 119 ქალიდან 37-მა (31%) ვერ შეძლო ოპერაციის მიზეზის დასახელება. 11 ქალისათვის ეს განმეორებითი ოპერაცია იყო; 16 შემთხვევაში სხვადასხვა მიზეზი დასახელდა: ნაყოფის მენჯით-წინ მდებარეობა, მრავალნაყოფიანი ორსულობა, გარდვიარდმო მდებარეობა ან მიოპათია. 12 შემთხვევაში ქალებმა აღნიშნეს, რომ გადანწყვეტილება მიიღეს ჭინთვების და ტკივილების შიშის გამო. 35 ქალს სტერილიზაცია ჰქონდა დაგეგმილი, ამიტომ გადანწყვეტეს საკეისროს ჩატარება.

საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების დაახლოებით მესამედის (119-დან 37) შემთხვევაში, ამ ოპერაციის გაკეთება გადანყდა სამშობიარო ჭინთვების დაწყების შემდეგ. ამ ჯგუფის 21-მა წევრმა მიზეზად დაასახელა ვადაგადაცილებული ორსულობა ან სანაყოფე გარსის ნაადრევი გასკდომა.

მომდევნო კითხვაზე, იყვნენ თუ არა კმაყოფილი ამ გადანწყვეტილებით, 46-მა ქალმა უპასუხა, რომ ჭანმრთელობის პრობლემა რომ არ ჰქონოდათ, უპირატესობას ფიზიოლოგიურ მშობიარობას მიანიჭებდნენ. 13 ქალი პირველ ეტაპზე კმაყოფილი იყო, მშობიარობის შემდეგ კი აზრი შეიცვალა. 13 ქალი თავიდანვე არ იყო კმაყოფილი, რადგან ფიზიოლოგიური მშობიარობა ერჩივნა. 27-მა განაცხადა, რომ ძალიან მოხარულია საკეისრო კვეთა რომ ჩაიტარა, რადგან ყველაფერი კარგად და სწრაფად დასრულდა.

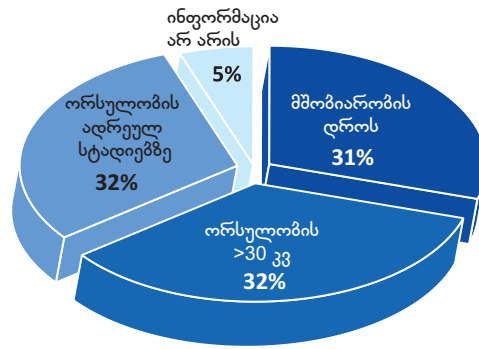
25 დედის აზრით, საკეისრო კვეთის ჩატარება ცუდი გადანწყვეტილება იყო, რადგან მათ ოპერაციის შემდეგ პრობლემები გაუჩნდათ დასრული ინფორმაციის არქონის გამო, ფიზიოლოგიურ მშობიარობას აირჩევდნენ. ორ ქალს არავითარი ინფორმაცია არ ჰქონია საკეისრო კვეთისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის დადებით და უარყოფით მხარეებზე, ამიტომ ბუნებრივად მშობიარობის შეეშინდა და საკეისრო კვეთის გაკეთება გადანწყვიტა.

გადაწყვეტილების მიღება და გადაწყვეტილების მიღების დრო

38 რესპონდენტის შემთხვევაში საკეისრო კვეთის შესახებ გადანწყვეტილება მხოლოდ ექიმს ეკუთვნოდა, 22 შემთხვევაში - ქალს და მის მეან/გინეკოლოგს.

შემთხვევათა 69%-ში გადანწყვეტილება საკეისრო კვეთის შესახებ ორსულობის განმავლობაში იყო მიღებული; დანარჩენ 31%-ში - მშობიარობის პროცესის დაწყების შემდეგ. ორსულობის პერიოდში მიღებულ გადანწყვეტილებათა მესამედი პირველ და მეორე ტრიმესტრზე მოდის, დანარჩენი კი - მესამე ტრიმესტრზე.

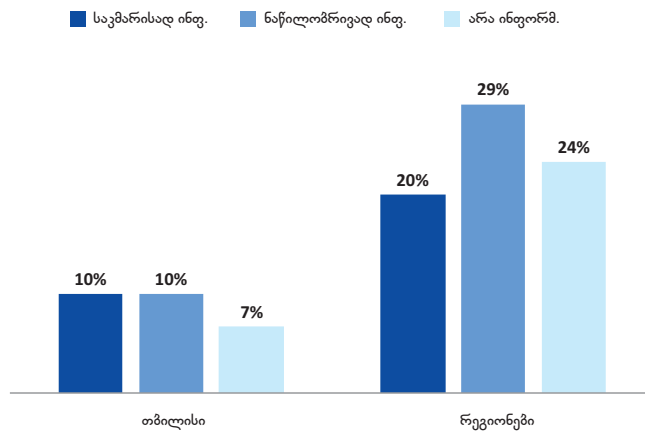
სურათი 18: საკვისრო კვეთის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების დრო:



ინფორმაციის წყარო და კლიენტის კმაყოფილება

ქვემოთნარმოდგენილი სურათიდან ამკარად ჩანს, რომ აუცილებელია გაუმჯობესდეს იმ ქალებისათვის ინფორმაციის მიწოდება, რომლებმაც საკვისრო კვეთა აირჩიეს. ცუდად მომზადებულ ქალთა დიდი წილი რევიონებზე მოდის. ანალოგიურია შესაძლო გართულებებზე ინფორმირებულობის ტერიტორიული მონაცემები.

სურათი 19: საკვისრო კვეთით ნამშობიარებ ქალთა ინფორმირებულობის მაჩვენებელი



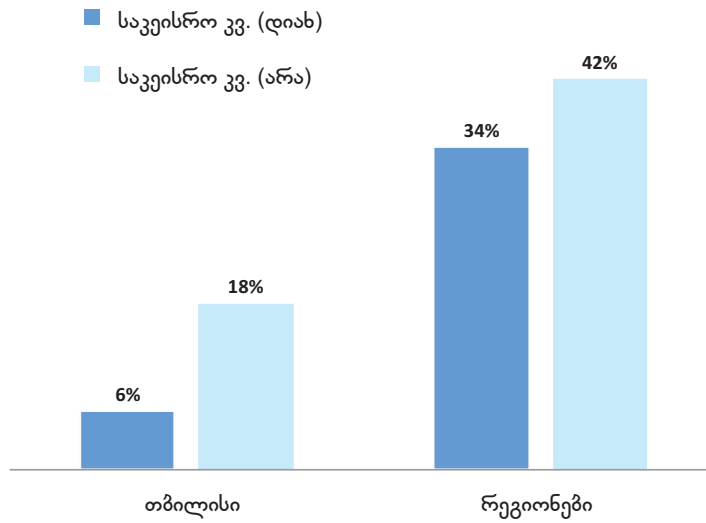
ქალების უმრავლესობა (58%, 119-დან - 69) ინფორმაციას ძირითადად ექიმისაგან იღებდა. მეორე ადგილზეა მეგობრები - 25 ქალის მონაცემებით (21%), ხოლო დანარჩენებმა სხვა წყაროები დაასახელეს: ინტერნეტი (6); ტელევიზია/რადიო (4); ბროშურები (3) და სხვა წყაროები (9). მხოლოდ ერთმა ქალმა დაასახელა ინფორმაციის წყაროდ ბებიაქალი.

ქალების 76% კმაყოფილი იყო იმ ინფორმაციით, რომელიც ექიმისგან მიიღეს, 26% კი - არა.

გადაწყვეტილება მომავალი მშობიარობის შესახებ

მიუხედავად იმისა, რომ ნახევარზე ოდნავ მეტი - 59% (96 რესპონდენტიდან - 57; 23-მა არ უპასუხა) შემდეგი ონსულობის შემთხვევაში უპირატესობას ფიზიოლოგიურ მშობიარობას ანიჭებს, ამკარა სხვაობა შეიმჩნევა, თუ შევადარებთ თბილისსა და რევიონებში ნამშობიარებ ქალებს.

სურათი 20: მომავალი მშობიარობის სასურველი ტიპი



კლიენტის კმაყოფილება

კითხვაზე, კმაყოფილნი იყვნენ თუ არა ბებიაქალის დახმარებით, 56%-მა განაცხადა რომ მასთან კონტაქტი საერთოდ არ ჰქონიათ. დანარჩენების აზრით, ბებიაქალის დახმარება სათანადო იყო.

ქალების უმრავლესობა მომსახურებით ძალიან კმაყოფილი დარჩა და 10 ქულით შეაფასა. კითხვაზე, რაიმე სახის რჩევა ხომ არ ექნებოდათ გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით, მათ უარყოფითად უპასუხეს. მეორეს მხრივ, 51-მა ქალმა დაამატა (ინტერვიუს დასასრულს), რომ ისურვებდნენ ფიზიოლოგიურად ემშობიარათ.

4.6 პროვაიდერის პროფილი და პოზიცია

ამ ნაწილში წარმოდგენილია ბებიაქალებთან და მებან/გინეკოლოგებთან ჩატარებული ნაკლებად სტრუქტურული ინტერვიუების დასკვნები. სულ კვლევაში მონაწილეობდა 18 სამედიცინო დაწესებულების დაახლოებით 200 ჯანდაცვის პროფესიონალი: 83 ბებიაქალი და 109 მებან/გინეკოლოგი.

4.6.1 ბებიაქალები

საერთო დახასიათება

რესპონდენტთა საშუალო ასაკი იყო 45 წელი, ყველაზე ახალგაზრდა - 23 წლის და ყველაზე უფროსი - 68 წლის (რომელსაც 35 წლიანი გამოცდილება ჰქონდა და 42 წელი მუშაობდა ერთსა და იმავე დაწესებულებაში). ბებიაქალებს ამ პროფილით მუშაობის, საშუალოდ, 19 წლიანი გამოცდილება ჰქონდათ.

ბებიაქალების უმრავლესობა (74%) ტრენინგებში იღებდა მონაწილეობას, უპირატესად - კონტრაცეფციისა და რეპროდუქციის თემაზე. 20 ბებიაქალს ჯონ სნოუს ინსტიტუტის ტრენინგები ჰქონდა გავლილი "ეფექტიანი პერინატალური მოვლის" თემაზე.

ცხრილი 12: ბებიაქალების ტრენინგი სამედიცინო დაწესებულებების ტიპის მიხედვით

	შპს	კერძო	სს	სულ
არ გაუვლია	9	12	1	22 (26%)
გაიარა - კონტრაცეფციისა და რეპროდუქციის თემაზე	11	23	4	38 (46%)
გაიარა - ნეონატალური მოვლის თემაზე	3	2	2	7 (8%)
გაიარა - მაგრამ ვერ აკონკრეტებს	2			2 (5%)
გაიარა - ჯონ სნოუს ინსტიტუტი ტრენინგი	3	8	9	20 (24%)
სულ				83

ბებიაქალის როლი პერინატალური მოვლის პროცესში

ბებიაქალებს სთხოვეს ეპასუხათ შეკითხვებზე მათი ფაქტობრივი და სასურველი როლის შესახებ პერინატალური პერიოდის სხვადასხვა სტადიებზე. ყველა რესპონდენტმა ვერ ისაუბრა ფაქტობრივ როლზე, მაგრამ კითხვაზე, ხედავენ თუ არა საკუთარ როლს პერინატალური პერიოდის სხვადასხვა სტადიებზე, საინტერესოდ ილაპარაკეს საკუთარ მისწრაფებებზე (ცხრილი 13).

ცხრილი 13: ბებიქალების ფაქტობრივი და სასურველი როლი პერინატალურ მოვლაში

ანტენატალური (n=75)	მხოლოდ 17-მა რესპონდენტმა თქვა, რომ ჩართულია ანტენატალურ პერიოდში. მიუხედავად იმისა, რომ უმრავლესობა არ არის ჩართული (88%), ბევრი (რესპონდენტთა 66%) ხედავს საკუთარ როლს ანტენატალურ მოვლაში.
ფიზიოლოგიური მშობიარობა (n=82)	შეძლებდა თუ არა ბებიქალი უფრო მეტის გაკეთებას ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს, არ არის მკაფიოდ გარკვეული: 51 ხედავს გაზრდილ როლს, 31 კი - ვერა.
საკეისრო კვეთა (n=82)	63 ბებიქალის აზრით, საკეისრო კვეთის დროს მათი ფაქტობრივი როლია ახალშობილის მიღება. 14-ის თქმით, ისინი ამზადდებდნენ ორსულ ქალს ოპერაციამდე. კითხვაზე, ხედავენ თუ არა საკუთარ როლს საკეისრო კვეთის თაობაზე გადანყვეტილების მიღების პროცესში, 62% ყოყმანობდა და ამ პროცესში თავისი როლის დანახვა უჭირდა. 64 ვერ ხედავდა უფრო გაზრდილ როლს ან საერთოდ რაიმე როლს საკეისრო კვეთის დროს.
მშობიარობის შემდგომი (2 სთ) (n=80)	მშობიარობის შემდგომ პერიოდში გაზრდილი როლი დაინახა 20-მა ბებიქალმა, უმრავლესობა კი ამ ეტაპზე ვერაფერს როლს ვერ ხედავდა.
პოსტნატალური პერიოდი (n=81)	ჭვუფი დაიყო მათი როლების მიხედვით პოსტნატალურ პერიოდში: 41-ს არ სურდა როლის გაზრდა, ხოლო დანარჩენ 40-ს სურდა გაზრდილი როლი პენონდა პერინატალურ მოვლაში.

ამრიგად: პერინატალური მოვლის ერთზე მეტ სტადიაში მხოლოდ რამდენიმე ბებიქალია ჩართული. ბევრი მუშაობს მეან/გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა არც თუ მცირე რაოდენობა (38) აღნიშნავს, რომ მომზადება გაიარეს და საკმარისად დარწმუნებულნი არიან საკუთარ ძალებში იმისათვის, რომ ექიმების მეთვალყურეობის გარეშე, დამოუკიდებლად იმუშაონ. 7-მა განაცხადა, რომ სჭირდება ტრენინგი ახალ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებში.

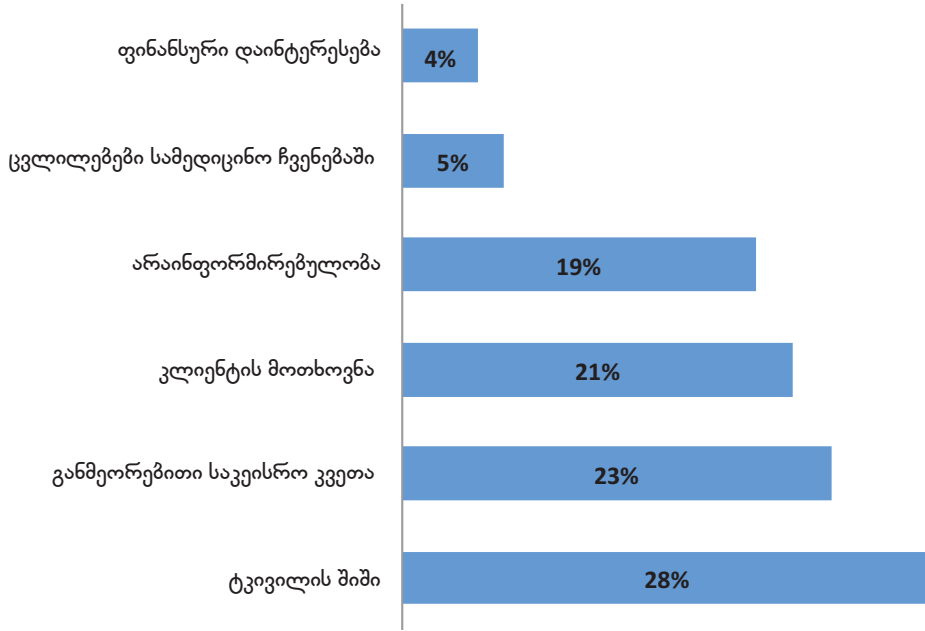
პოზიციები საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით

ბებიქალების დიდი უმრავლესობა (80%, 82-დან 66) ხედავს მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში საკეისრო კვეთების რაოდენობის მზარდ ტენდენციას; 9%-მა განაცხადა, რომ საკეისრო კვეთების რაოდენობა ბოლო პერიოდში შემცირდა; ხოლო 12%-ის აზრით, იგივე დარჩა. ბებიქალების უმრავლესობამ (77%, 81-დან - 62) განაცხადა, რომ ჩვეულებრივ, იცის ხოლმე რატომ კეთდება საკეისრო კვეთა.

42 ბებიქალის აზრით, საკეისრო კვეთის გახშირების მთავარი მიზეზი ფიზიოლოგიური მშობიარობის თანმდევი ტკივილების შიშია. 21 რესპონდენტმა თქვა, რომ მიუხედავად მეან/გინეკოლოგთა ძალისხმევისა დაერწმუნებინათ ქალები ნორმალური მშობიარობის უპირატესობაში, ქალები მაინც საკეისრო კვეთას არჩევდნენ. რესპონდენტების თითქმის ნახევარი ფიქრობდა, რომ მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში მრავალი საკეისრო კვეთის თავიდან აცილება იყო შესაძლებელი, თუმცა მხოლოდ 21-მა მიუთითა, თუ რა გზით შეიძლებოდა ამის მიღწევა. ზოგიერთი ბებიქალის აზრით, საკეისრო კვეთის თავიდან აცილება შეიძლება ტკივილის მართვის უკეთესი მეთოდის გამოყენებით; სხვები საჭიროდ მიიჩნევენ ორსული ქალების ცნობიერების დონის ამაღლებას. მათი მოსაზრებით, კლიენტის მიერ საკეისრო კვეთის მოთხოვნა ძირითადად ორსულობისა და მშობიარობის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობის გამო ხდება. ბებიქალების თითქმის მესამედმა (30%) განაცხადა, რომ საკეისრო კვეთის მოთხოვნა ხშირად ქმრის/პარტნიორის ზეგავლენის შედეგია.

სურათი 21 გვიჩვენებს საკეისრო კვეთების გახშირების შესაძლო მიზეზებს, რომლებიც ბებიქალებმა დაასახელეს.

სურათი 21: საკეისრო კვეთათა წაროდნობის ზრდის შესაძლო მიზეზები ბებიაქალების აზრით

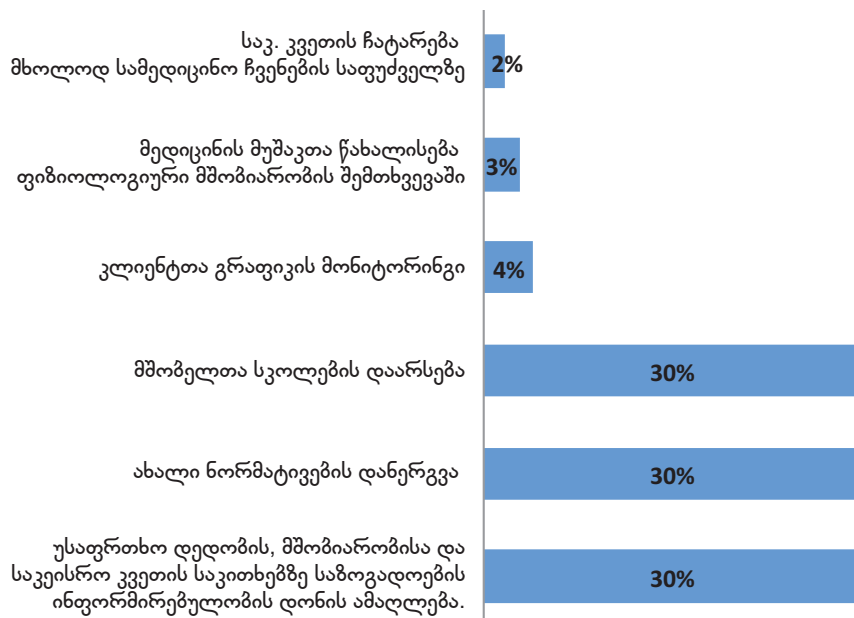


ბებიაქალების ნახევარმა აღნიშნა, რომ მათ არ მიუღიათ მონაწილეობა მშობიარობისა და/ან საკეისრო კვეთის თაობაზე გადანყვეტილების მიღების პროცესში, რადგან გადანყვეტილებას ყოველთვის ექიმი იღებს. მხოლოდ 14-მა ბებიაქალმა განაცხადა, რომ მეან/გინეკოლოგი ინტერესდება მათი აზრით საკეისროს მიზანშეწონილობის შესახებ. უმრავლესობის თანახმად (83%), მათ იშვიათად ან არასდროს ეკითხებიან აზრს.

ცვლილებები/გაუმჯობესება

ბებიაქალების აზრით, აუცილებელია მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში, აგრეთვე მთლიანად ქვეყანაში ცვლილებები განხორციელდეს. ქვემოთ ზოგადი სახით წარმოდგენილია შემოთავაზებული ცვლილებები და რეკომენდაციები (სულ 174):

სურათი 22: ბებიაქალების რეკომენდაციები



4.6.2. მეან/გინეკოლოგები

საერთო დახასიათება

კვლევაში მონაწილე მეან/გინეკოლოგების საშუალო ასაკი 49 წელია; 62 რესპონდენტი 50 წლამდეა, დანარჩენი 47 კი - 50-ის და მეტის. 13 მეან/გინეკოლოგს 10 წელზე ნაკლები პროფესიული სტაჟი აქვს; უმრავლესობას (91) აქვს 10-წლიანი და უფრო ხანგრძლივი გამოცდილება. პროფესიული გამოცდილების საშუალო ხანგრძლივობაა 22 წელი.

მეან/გინეკოლოგების უმრავლესობა მხოლოდ ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობს; 38 მათგანს არასოდეს შეუცვლია სამუშაო ადგილი. მათი გამოცდილება 6-დან 50 წლამდეა. ყველაზე უფროსი მონაწილე (75 წლის) 50 წელია ერთ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში მუშაობს.

მეან/გინეკოლოგების უმრავლესობას ტრენინგები აქვს გავლილი, უმეტესწილად - კონტრაცეფციასა და ოჯახის დაგეგმვაში.

პოზიციები ბებიაქალის როლთან დაკავშირებით

კითხვაზე - ჩაუტარებიათ თუ არა მეან/გინეკოლოგებს არაფორმალური ტრენინგები (სამუშაო ადგილზე სწავლება) ბებიაქალებისათვის, ბევრმა დადებითად უპასუხა. ბევრმა განაცხადა, რომ ბებიაქალებს სამუშაო ადგილზე აძლევდა რჩევებს, კერძოდ - მშობიარობის მართვის საკითხებში.

13-მა მეან/გინეკოლოგმა განაცხადა, რომ მათ სამშობიარო სახლებში არ არის დანერგილი პარტოგრამა. 43 გინეკოლოგი არ ანდობს ბებიაქალებს პარტოგრამის შევსებას, არასაკმარისი უნარ-ჩვევების გამო. ექიმების დაახლოებით ნახევარი ენდობა ბებიაქალებს მესამე ეტაპის აქტიური მართვის დამოუკიდებლად განხორციელებაში; 56-ს მიაჩნია, რომ ბებიაქალს, ნეონატოლოგთან მჭიდრო თანამშრომლობით, შეუძლია "თბილი ჭაჭვის" გარკვეულწილად შესრულება.

მეან/გინეკოლოგების უმრავლესობამ აღიარა, რომ ბებიაქალებს არავითარი როლი არ აკისრიათ საკეისრო კვეთის პროცესში, 46-მა კი განაცხადა, რომ ვერ ხედავენ მათ როლს ამ სამუშაოში. ხოლო ვინც ხედავს (64), მათთვის ეს არის მაგალითად, კლიენტების ოპერაციისათვის მომზადება ან ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ახალშობილის მიღება. 77 რესპოდენდტი ფიქრობს, რომ საკეისრო კვეთის პროცესში ბებიაქალების მონაწილეობის გაზრდა შეუძლებელია.

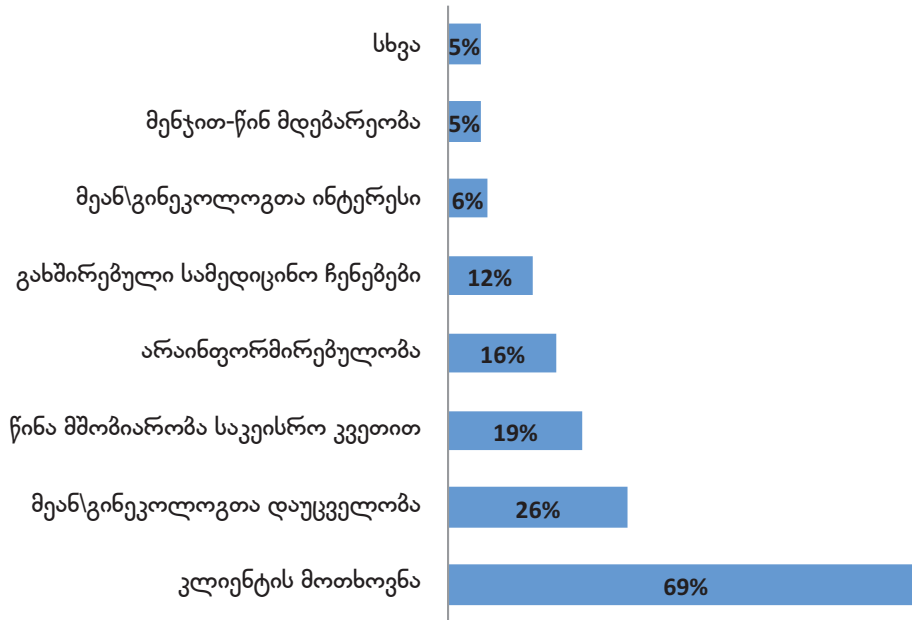
პერინატალური მოვლის სხვა ასპექტებში ბებიაქალების როლის შესახებ დასმულ შეკითხვაზე ჭკუფი გაიყო: მეანების/გინეკოლოგების ნახევარი ვერ ხედავს ბებიაქალების როლს ანტენატალურ პერიოდში, ხოლო მეორე ნახევარი მომხრეა ბებიაქალების მონაწილეობისა, მაგალითად, მშობელთა სკოლებში. 16 გინეკოლოგის თანახმად, მნიშვნელოვანია ბებიაქალების დამოუკიდებლობის გაზრდა მეან/გინეკოლოგების ხელმძღვანელობისა და მონიტორინგის პირობებში; პოსტნატალურ პერიოდში ბებიაქალების როლს 20 რესპოდენდტი ხედავს.

პოზიციები საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით

შეფასდა მეან/გინეკოლოგების მიერ საკეისრო კვეთათა რაოდენობრივი მაჩვენებლის ცოდნა. მათ სთხოვეს დაესახელებინათ მსოფლიოში რეკომენდებული მაჩვენებელი (რომელიც შეადგენს 5-15%-ს) და მათ სამშობიარო სახლებში/განყოფილებებში არსებული მაჩვენებელი.

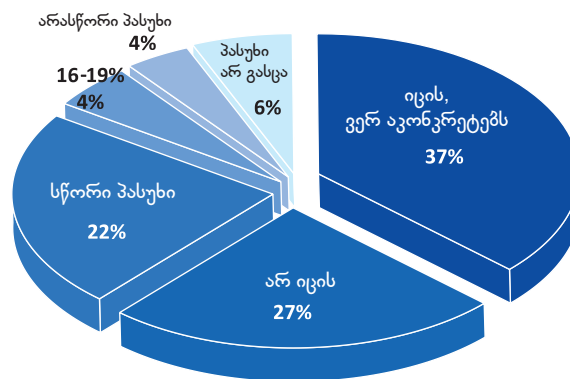
თითქმის ყველა მეან/გინეკოლოგის (108) აზრით, უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე საქართველოში საკეისრო კვეთების რაოდენობა გაიზარდა. 63% თვლის, რომ ამის მიზეზი ძირითადად კლიენტების მოთხოვნის ზრდაა. მხოლოდ ერთ რესპოდენტს არ სჯერა, რომ საკეისრო ოპერაციები გახშირდა.

სურათი 23: საკეისრო კვეთათა რაოდენობის ზრდის შესაძლო მიზეზები მენ/გინეკოლოგების აზრით



კითხვას, რომელსაც უნდა გაერკვია საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული საერთაშორისო რეკომენდაციების ცოდნა, საკმაოდ დიდმა ნაწილმა სწორად ვერ უპასუხა. ერთ მესამედზე მეტმა (37%) აღნიშნა, რომ იცის რეკომენდებული ზღვარი, მაგრამ ვერ დააკონკრეტა. მენ/გინეკოლოგების 27% არ იცნობს საერთაშორისო რეკომენდაციებს. 22%-მა სწორი პასუხი გასცა (დაასახელეს 8% - 15% ზღვარი). იხ. ნახაზი 24.

სურათი 24: საერთაშორისო რეკომენდაციების ცოდნის დონე



შემდეგ ცხრილში ნაჩვენებია პასუხები ჯანმო-ს (WHO) რეკომენდაციების ცოდნის კუთხით, დაწესებულების ტიპის მიხედვით

ცხრილი 14: მენ/გინეკოლოგების ცოდნა საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული საერთაშორისო რეკომენდაციების შესახებ

	შპს	კერძო	სს	სულ
იცის, ვერ აკონკრეტებს	10	28	2	40 (37%)
არ იცის	6	17	6	29 (27%)
15% ან ნაკლები	4	15	5	24 (22%)
16 – 19%	4	-	1	5
მცდარი პასუხი	-	4	-	4
-	-	-	7	7
სულ	21	64	21	109

109-დან 19-მა მეან/გინეკოლოგმა (17%) არ იცოდა მათ სამშობიარო სახლებში/განყოფილებებში საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი. 16-ს მიაჩნდა, რომ ეს მაჩვენებელი 15%-ზე ნაკლებია (ერთის აზრით=5%). ნახევარზე მეტმა დაასახელა 20% და მეტი, 19-მა (17%) – 40%-ზე მეტი; ზოგიერთის შეფასებით კი ეს მაჩვენებელი 75%-ს უდრის.

შემდეგ კითხვაზე - პრობლემად მიაჩნიათ თუ არა მათ სამშობიარო სახლებში/ განყოფილებებში საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებელი, მეან/გინეკოლოგების ნაწილმა უარყოფითად უპასუხა. (15 პროცენტი, რომლებმაც ადრე აღნიშნეს საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი 25% და მეტი). ზოგიერთმა მეან/გინეკოლოგმა კი განაცხადა, რომ მაღალი მაჩვენებელი პრობლემაა მიუხედავად იმისა, რომ მათ საკუთარ დაწესებულებაში ეს მაჩვენებელი საერთაშორისო რეკომენდაციებს აკმაყოფილებს. საბოლოო ჯამში, საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი პრობლემად მიაჩნია 60%-ს.

გაუმჯობესება/ცვლილებები

რესპონდენტების დაუსვეს შეკითხვა: სათანადო თანამდებობაზე რომ ყოფილიყვნენ, შეცვლიდნენ თუ არა რაიმეს სამშობიარო სახლებში/განყოფილებებში პერინატალურ/დედათა ჯანმრთელობის კუთხით. 28% არაფერს შეცვლიდა, 10% - ყოყმანობდა, 62%-მა კი განაცხადა, რომ ცვლილებებს განახორციელებდა. ამათგან ნახევარს (31 რესპონდენტი) მიაჩნია, რომ კარგი იქნებოდა მათ დაწესებულებაში მშობელთა სკოლის დაარსება. დანარჩენი მოსაზრებები ეხებოდა კლიენტთათვის ინფორმაციის მიწოდების გაუმჯობესებას.

საკეისრო კვეთის რეკომენდაციების შესახებ დასმულ შეკითხვაზე რამდენიმემ უპასუხა, რომ საჭიროა საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის სახელმწიფო მონიტორინგი, რათა ეს ოპერაცია მხოლოდ სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში ჩატარდეს (25 რესპონდენტი). 15 რესპონდენტის აზრით, დიდი მნიშვნელობა აქვს საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებას. 14-მა რესპონდენტმა აღნიშნა სამედიცინო ჩვენების დაზუსტების აუცილებლობა (მაგ.: გაკეთდეს თუ არა საკეისრო კვეთა ნაყოფის მენჯით-წინ მდებარეობის დროს). რამდენიმე (5) რესპონდენტის აზრით, აუცილებელია საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების დაცვა.

5 შედეგების განხილვა

საქართველოში საკეისრო კვეთის შემთხვევების რიცხვმა მნიშვნელოვნად მოიმატა. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მათი წილი სამჯერ და მეტად გაიზარდა - 2000 წელს იგი შეადგენდა 9.3%-ს, ხოლო 2010 წელს - 31.5%-ს. თუმცა საზოგადოების, (მომავალი) კლიენტებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების მხრიდან ამ პრობლემით დაინტერესება არასათანადოა.

კვლევის მიზანი იყო იმ ფაქტორების დადგენა, რომლებმაც ქვეყანაში საკეისრო კვეთის გახშირება გამოიწვია, ასევე კლიენტებისა და პროვაიდერების ამ საკითხისადმი დამოკიდებულების გარკვევა. კვლევას არ შესუნავლია, არსებობდა თუ არა სამედიცინო ჩვენება ინდივიდუალური საკეისრო კვეთისათვის. ამიტომ იგი არ აპირებს იმის გარკვევას, დამოკიდებულია თუ არა ეს გახშირება იმ სამედიცინო პირობებზე, რომლებიც საკეისრო კვეთას განაპირობებს. შევისწავლეთ საქართველოში საკეისრო კვეთის განმსაზღვრელი ფაქტორები, სახელდობრ - მოთხოვნისა და მიწოდების ფაქტორები, რომლებიც საფუძვლად უდევს გამოკვეთილი სამედიცინო აუცილებლობის გარეშე ჩატარებულ საკეისრო ოპერაციებს.

ბებიაქალებისა და მუცელსა და გინეკოლოგების თანახმად, საკეისრო კვეთის შემთხვევათა მატების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი კლიენტების გახშირებული მოთხოვნაა, რაც კვლევით ვერ დასტურდება. ორსული ქალების უმეტესობა და იმ ქალების დიდი ნაწილი, რომლებმაც საკეისრო კვეთა გაიკეთეს, უპირატესობას ფიზიოლოგიურ ("ნორმალურ") მშობიარობას ანიჭებენ, თუმცა, მეორეს მხრივ, ქალების საკმაოდ რაოდენობა ქირურგიულ მშობიარობას ირჩევს, ან აღნიშნავს, რომ საკეისრო კვეთა მათი თხოვნით გაკეთდა მაშინაც კი, როდესაც არ არსებობდა სამედიცინო ჩვენება. გასაკვირი იყო ის ფაქტი, რომ საკეისრო კვეთით ნამშობიარებ ქალთა 31% ვერ ასახელებდა მიზეზს, თუ რატომ გაუკეთეს ეს ოპერაცია. კიდევ უფრო გასაკვირი ის იყო, რომ ამ ქალების ორ მესამედზე მეტმა ეს გადაწყვეტილება ორსულობის პერიოდში მიიღო; ერთმა მესამედმა კი - ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. ამრიგად, კვლევის მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ ორსულების მიერ საკეისრო კვეთის სასარგებლოდ გაკეთებულ არჩევანს ინფორმაციის ნაკლებობა და მშობიარობისა და ტკივილების მიმართ ძლიერი შიში განაპირობებს.

ერთი-ერთისაკითხი, რომელსაც კვლევა შეეხო, ფინანსური მხარეა. დღეს მშობიარობას საქართველოში საკმაოდ დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მშობიარობის საშუალო ფასი, დაახლოებით, 400 ლარია; საკეისრო კვეთის ღირებულება განსხვავებულია: 400-დან 1700 (მშობიარის თხოვნით გაკეთებული ოპერაციის ღირებულება ერთ-ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში) ლარამდე. კვლევის მონაწილე ქალების უმრავლესობა არ იყო დაზღვეული: ორსული ქალების დაახლოებით სამი მეოთხედი, 65% ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები და 57% საკეისრო კვეთა გადატანილი. გარდა ამისა, ყველა დაზღვეული ქალი არ თავისუფლდება დამატებითი ხარჯებისაგან, რადგან მათი სადაზღვევო სქემა არ ფარავს მშობიარობის მთლიან ღირებულებას. შესაძლოა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დიდი ხარჯები იყოს მიზეზი ორსული ქალების (20 წლის ასაკშიც კი) მიერ ასეთი გადაწყვეტილების მიღებისა, რათა ამ პროცედურის დროს საშვილოსნოს მილების გადაკვანძვაც გაიკეთონ. ასეთი პრაქტიკა იმის მანიშნებელია, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხები პირდაპირ გავლენას ახდენს სამედიცინო პრაქტიკაზე. ფინანსური პრობლემა უდავოდ შეიძლება ჩაითვალოს საქართველოში საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლის განმსაზღვრელ ფაქტორად, თუმცა ამის დასაბუთება ძნელია, რადგან საჩოთირო საკითხს წარმოადგენს. ამ თემის განხილვისას რესპონდენტები დაკონკრეტებისაგან თავს იკავებდნენ, ამიტომ არსებული ინფორმაციის საფუძველზე მხოლოდ რამდენიმე შენიშვნის გაკეთება შეიძლება. ზოგმა პროვაიდერმა აღნიშნა, რომ გაუკეთებია საკეისრო კვეთა მოთხოვნის საფუძველზე, რადგან კლიენტებისაგან ზეწოლას განიცდა და არ სურდა მათი დაკარგვა.

ერთ-ერთი მონაცემი, რომელიც ღრმა შესწავლას საჭიროებს, არის ტკივილის მართვა ფიზიოლოგიურად მშობიარობისას და ანესთეზია საკეისრო კვეთის დროს. ამ უკანასკლენთან დაკავშირებით, პროვაიდერები უპირატესობას ენდოტრაქეულ ანესთეზიას ანიჭებენ რეგიონალურის (სპინალური) ნაცვლად, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ არის რეკომენდებული. საკეისრო კვეთების 70% ენდოტრაქეული ანესთეზიითაა ჩატარებული, უმრავლესობა - რეგიონებში. ეს ფაქტი მიუთითებს პროვაიდერების მრავალ ხარვეზზე, რომლებიც თავს იჩენს, როდესაც საქმე ეხება ანესთეზიის თანამედროვე მეთოდებს, ასევე უნარ-ჩვევებს, ინფორმაციას, ტრენინგებს და თავდაჯერებულობას.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ტკივილის მართვის მეთოდებთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და, შესაძლოა, ასეთი მეთოდების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა ასევე შეიძლება განსაზღვრავდეს ქალების მიერ საკეისრო კვეთის მოთხოვნას. კვლევას არ დაუდგენია, რომ ორსული ქალების დიდი ნაწილი საკეისრო კვეთას ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან შედარებით

ნაკლებად მტკივნეულად მიიჩნევა და რომ ტკივილების შიში გონივრული არგუმენტია საკეისრო კვეთის გასაკეთებლად. ბებიაქალებმა აღნიშნეს, რომ ბევრ ქალს ამ ოპერაციისაკენ ტკივილების შიში უბიძგებდა; თუმცა ამ პრაქტიკის აღმოფხვრა შეიძლება, თუ ხელმისაწვდომი გახდება ინფორმაცია მშობიარობის დროს ტკივილის მართვის მეთოდებზე (როგორცაა ეპიდურული ანესთეზია). ტკივილის მართვის მეთოდების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება დადებითად იმოქმედებს ქალების გადანწყვეტილებაზე და ისინი უპირატესობას “ბუნებრივ” მშობიარობას მიანიჭებენ. მეორეს მხრივ, ამ მეთოდებისათვის სპეციალური უნარ-ჩვევები/მომზადებაა საჭირო. შესაძლოა, მათი გამოყენების დაბალ სიხშირეს ეს ფაქტორიც განაპირობებს.

ბებიაქალები აღნიშნავენ, რომ ინფორმაციის ნაკლებობა პერინატალური ზრუნვის სერიოზული ნაკლია. მათი აზრით, უკეთ გათვითცნობიერებული კლიენტები გაცილებით ნაკლებ სტრესს განიცდიან მშობიარობამდე და მშობიარობის პროცესში, რაც ამცირებს სამედიცინო ჩარევის საჭიროებას და, აქედან გამომდინარე, ნეონატალური ან დედასთან დაკავშირებული ცუდი შედეგების რისკს. ანტენატალური პერიოდი უფრო მეტს უნდა მოიცავდეს, ვიდრე უბრალოდ სამედიცინო შემომნებს, რათა ქალმა და მისმა მშობლებმა შეძლონ მშობიარობისა და მშობლის როლისათვის მომზადება. სამწუხაროდ, ბებიაქალის როლი ანტენატალურ პერიოდში შეზღუდულია ან, ხშირ შემთხვევაში, პრაქტიკულად არ არსებობს. ეს ქალთა საკონსულტაციო ცენტრის და ამ ცენტრში მომოუშავე მეან/გინეკოლოგების კომპეტენცია გახდა. ბებიაქალები საუბრობენ ორსულების მშობიარობისათვის უკეთ მომზადების აუცილებლობაზე. ამის მიღწევის ერთ-ერთი საშუალებაა მშობელთა სკოლა. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა ბებიაქალების ინტერესი გაიფართოონ სამუშაოს მოცულობა ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის კუთხით. გარკვეულწილად, მათ ის მეან/გინეკოლოგებიც უჭერენ მხარს, რომლებიც ბებიაქალების როლს უფრო ფართოდ მოიაზრებენ. მაგრამ ასეთი ჯგუფი ჯერ ძალიან მცირერიცხოვანია.

თითქმის ყველა მეან/გინეკოლოგმა იცის, რომ საქართველოში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი გაიზარდა, მაგრამ ყველა მათგანი არ მიიჩნევს ამას საგანგაშოდ. ხოლო მათ, ვინც მიიჩნევს, უკეთესად ესმით საერთაშორისო რეკომენდაციების მნიშვნელობა და, გარდა ამისა, ისინი მუშაობენ ისეთ დანერგვებებში, სადაც საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი დაბალია. მეან/გინეკოლოგების თანახმად, ამ ტენდენციის მთავარი მიზეზი კლიენტების მხრიდან მზარდი მოთხოვნაა. ისინი კი უარს ვერ ამბობენ კლიენტისა და შემოსავლის დაკარგვის შიშით. ეროვნული გაიდლაინები და პროტოკოლები არ არსებობს, საყოველთაოდ მიღებულ (გამოცდილებაზე დაფუძნებულ) სტანდარტებს არ იცნობენ. როგორც სიმართლის წიგნებიდან ჩანს, მენჯით-წინ მდებარეობის შემთხვევათა უმრავლესობა საკეისრო კვეთით მთავრდება. ასევე მრავალნაყოფიანი ორსულობის შემთხვევების დიდი ნაწილი საკეისრო კვეთის სამედიცინო ჩვენებად ითვლება. დაბოლოს, აუცილებელია ეროვნული რეგულაციის მექანიზმის შემუშავება. კვლევამ გვიჩვენა, რომ დანერგვებებმა, რომლებმაც საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შესამცირებელი ზომები იზოლირებულად მიიღეს, მიზანს ვერ მიაღწიეს, რადგან ამ მიზნის განსახორციელებლად აუცილებელია ერთობლივი მოქმედება .

6 დასკვნები

საქართველოში საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლის მიზეზები მრავალგვარია:

- (ა) ქალების გაუთვითცნობიერებულობა ორსულობისა და ბუნებრივი გზით მშობიარობის შესახებ; ასევე ტკივილებისა და შესაძლო გართულებების შიში.
- (ბ) პროვაიდერებს არ გააჩნიათ საჭირო ტექნიკური ცოდნა და უნარ-ჩვევები, არასაკმარისად იცავენ პროფესიულ სტანდარტებს და ზოგ შემთხვევაში ქირურგიულ ჩარევას ფინანსური დაინტერესების გამო მიმართავენ.

დღეისათვის არ არის ცნობილი ყველა ზემოჩამოთვლილი ფაქტორის ზუსტი გავლენა. ამის დასადგენად უფრო სიღრმისეული კვლევა და/ან სხვადასხვა ტიპის კვლევები იქნება საჭირო (როგორცაა მედიცინის დარგის პროფესიონალების მიერ სამედიცინო აუდიტების ჩატარება ორსულობისა და მშობიარობის მართვის საკითხებში).

მიანც შეიძლება რამდენიმე მნიშვნელოვანი დასკვნის გაკეთება კვლევის კონკრეტულ მიზნებთან დაკავშირებით. ქვემოთ წარმოდგენილია ძირითადი დასკვნების მიმოხილვა კვლევის 7 მიზნის მიხედვით.

მიზანი 1: საკეისრო კვეთის ზრდის ტენდენციები

- საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის (NCDC) მონაცემები გვიჩვენებს, რომ საკეისრო კვეთით ჩატარებულ მშობიარობათა მაჩვენებელი 9.3%-დან (2000 წ.) 31.5%-მდე (2010 წ.) გაიზარდა, ანუ 10 წლის განმავლობაში - დაახლოებით, სამჯერ. მონაცემების მიხედვით, საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი საშუალო ეროვნულ მაჩვენებელზე მაღალია (32%). საკეისრო კვეთის ოდნავ მაღალი მაჩვენებელი პირველი მშობიარობის დროს ფიქსირდება - 55%, (განმეორებითი მშობიარობის შემთხვევაში - 45%). შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებაში საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი საშუალო ეროვნულ მაჩვენებელზე საკმაოდ დაბალია (18%); ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია კერძო დაწესებულებებში და სააქციო საზოგადოებებში: შესაბამისად - 40% და 35%.
- სხვადასხვა დაწესებულებათა მაჩვენებლები საკმაოდ განსხვავებულია. ზოგან საკეისრო კვეთის წილი 50%-ს აღემატება. საკეისრო კვეთების თითქმის ნახევარი წინასწარ არის დაგეგმილი, დანარჩენი 50% გადაუდებელ შემთხვევაში გაკეთდა. უკანასკნელი დეკადის განმავლობაში ეს ტენდენცია მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა.
- საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებებში ბევრად დაბალია (19,7%) კერძო დაწესებულებთან და სააქციო საზოგადოებებთან შედარებით (32-33%.)
- საკეისრო კვეთების დაახლოებით 50% წინასწარ არის დაგეგმილი, ანუ მშობიარობის დაწყებამდე. მეორე ნახევარი გადაუდებელ შემთხვევაში გაკეთდა, ანუ გადაწყვეტილება მიიღეს მშობიარობის დაწყების შემდეგ. შეფარდება დაგეგმილ და გადაუდებელ საკეისრო კვეთებს შორის თანაბარია (50%-50%) და დროის მიხედვით შედარებით სტაბილური.
- ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ძალიან გაიზარდა (სხვა კატეგორიებთან შედარებით) განმეორებითი მშობიარობისას დაგეგმილი საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი: 20%-დან (2000 წ.) 39%-მდე (2010 წ.).

მიზანი 2: საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებლის რეგიონალური/გეოგრაფიული ცვალებადობა

- საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მონაცემებმა გამოავლინა საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებლის ფართო ვარიაცია: ზოგიერთ რეგიონში ეს მაჩვენებელი 77%-ს უდრის, ზოგან კი - 10%-ს. ამგვარ რეგიონალურ ცვალებადობას სიმართლის წიგნების მონაცემები ადასტურებს.

მიზანი 3: სამედიცინო გართულებები, საკეისრო კვეთის მიზეზები

- მშობიარობის შესახებ არსებული ეროვნული მონაცემები არ შეიცავს საკეისრო კვეთების მიზეზებს, რაც შეუძლებელს ხდის დავადგინოთ, თუ რა რაოდენობის საკეისრო ოპერაცია გაკეთდა სამედიცინო ჩვენების საფუძველზე (და რა ტიპის იყო ეს სამედიცინო ჩვენება).
- მაშები არც ერთ სამშობიარო სახლში არ გამოუყენებიათ. მხოლოდ ცხრა მშობიარობა ჩატარდა ვაკუუმის გამოყენებით. ეს ციფრი ძალიან დაბალ მაჩვენებლად არის მიჩნეული და იგი შეიძლება მიუთითებდეს ამ პროცესის შესასრულებლად საჭირო პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ნაკლებობაზე. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს მაშების ან ვაკუუმის სწორად გამოყენებით შესაძლებელია ქირურგიული ჩარევის თავიდან აცილება.
- კვეთ-წინ მდებარეობა 37 კვირაზე მეტი ორსულობისას (სტიმულაციის გარეშე): ასეთი შემთხვევების 24% საკეისრო კვეთით დასრულდა (2477-დან - 604). ამ კატეგორიაში საკეისრო კვეთა უფრო ხშირია პირველი მშობიარობისას.
- საკეისრო კვეთის უმცირესი რისკის ჯგუფს (საშუალოდ 2-3%) განეკუთვნება: განმეორებითი ფიზიოლოგიური მშობიარობა ერთი ნაყოფით და კვეთ-წინ მდებარეობით (>37 კვირის ორსულობა, სტიმულაციისა და სპონტანური მშობიარობის გარეშე). კვლევის მონაცემებით, ამ ქვეჯგუფში დაფიქსირდა 15%-იანი მაჩვენებელი, რაც ნიშნავს, რომ მოცემულ ქვეჯგუფში საკეისრო კვეთის საშუალოზე მაღალი პროცენტი სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჩატარდა.
- საკეისრო კვეთის შედარებით დაბალი რისკის მეორე ჯგუფს (საშუალოდ, 14-15%) განეკუთვნება: პირველი ფიზიოლოგიური მშობიარობა ერთი ნაყოფით და ცეფალური მდებარეობით >37 კვირის ორსულობა, სტიმულაციისა და სპონტანური მშობიარობის გარეშე). ამ ქვეჯგუფში საკეისრო კვეთის მთავარი მიზეზები იყო მშობიარობის დროს წარმოქმნილი გართულება, როგორცაა დისტოცია ან ნაყოფის დისტრესი. კვლევის თანახმად, მოცემულ ქვეჯგუფში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელია 32%, რაც ნიშნავს, რომ ჩატარდა გაუმართლებელი საკეისრო ოპერაციები ყოველგვარი სამედიცინო ჩვენების გარეშე.
- სტიმულაციის პროცენტული მაჩვენებელი კვეთ-წინ მდებარეობის ყველა ჯგუფში > 37 კვირის ორსულობისას საგრძნობლად დაბალია (45% პირველი და 14% განმეორებითი მშობიარობის დროს), რაც მიუთითებს, რომ საქართველოში მშობიარობის სტიმულირება გავრცელებული პრაქტიკა არ არის.
- თითქმის ყველა (ერთი გამონაკლისით) 33-ვე გარდვიგანდმო მდებარეობა დასრულდა საკეისრო კვეთით. მენჯით-წინ მდებარეობის უმრავლესობა (83%) ასევე საკეისრო კვეთით დასრულდა. ეს ციფრი კიდევ უფრო მაღალია მენჯით-წინ მდებარეობით პირველი მშობიარობის შემთხვევაში - 94%; ხოლო მენჯით-წინ მდებარეობით განმეორებითი მშობიარობისას ეს მაჩვენებელი გაცილებით ნაკლებია - 67%.
- მრავალნაყოფიან მშობიარობათა 66% საკეისრო კვეთით დასრულდა.

მიზანი 4: საკეისრო კვეთითა და ფიზიოლოგიურად ნამშობიარეები ორსულების შედარება

- მშობიარე ქალთა (საკეისრო და ფიზიოლოგიური) უმრავლესობის ასაკი 21 - 35 წელია. ასაკის მატებასთან ერთად, საკეისრო კვეთების რაოდენობაც იზრდება: 20 წლამდე ასაკის - 30%; 21-35წლის -36%; 36 წელს ზემოთ-56%.
- კვლევის მონაწილე ქალთა უმრავლესობას დაზღვევა არ ჰქონდა და იძულებული იყო თავად დაეფარა ხარჯები. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია ორსულ ქალთა შორის (72%); დაზღვეული არ აღმოჩნდა თითქმის ორი მესამედი იმ ქალებისა, რომლებმაც ფიზიოლოგიურად იმშობიარეს (65%) და 57% იმ ქალებისა, რომლებმაც საკეისრო კვეთა ჩაიტარეს.

- ქალების უმრავლესობამ იმშობიარა (საკეისრო კვეთით და ფიზიოლოგიურად) კერძო სამშობიარო სახლებში. ეს ტენდენცია უცვლელია სამივე ასაკობრივ ჯგუფში. აღმოჩნდა, რომ დანარჩენ ორ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით, 36 და მეტი წლის ქალები როგორც საკეისრო, ასევე ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში უპირატესობას კერძო სექტორს ანიჭებენ (კერძო და სააქციო საზოგადოება). საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების ასაკობრივ ჯგუფებს შორის არ არის დიდი განსხვავება დაწესებულების ტიპის არჩევის მხრივ, გარდა 36 წელზე უფროსი ასაკის ქალებისა, რომელთაგან მხოლოდ ერთს ჰქონდა გაკეთებული საკეისრო კვეთა შპს-ში.
- მიუხედავად იმისა, რომ ქალების უმრავლესობა ორსულობის განმავლობაში ქალთა კონსულტაციას აკითხავდა, ინფორმაციის საერთო დონე და მშობიარობისათვის მზადყოფნა არაა დამაკმაყოფილებელია. ორსულ ქალთა 60%-მა აღნიშნა, რომ კარგად იყო მომზადებული, თუმცა მნიშვნელოვან ნაწილს მშობიარობის ტკივილების ემინოდა და ამის შესახებ შეზღუდული ინფორმაცია ჰქონდა. ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალების ნახევარზე ნაკლებმა აღნიშნა, რომ საკმარისი ინფორმაცია მიიღო. 28%-ის თქმით, მცირე ინფორმაცია ჰქონდა მიღებული; ხოლო 9%-ს არავითარი ინფორმაცია არ მიუღია.
- მიუხედავად იმისა, რომ ქალების უმრავლესობა (სამივე ჯგუფი) დადიოდა ქალთა კონსულტაციებში, ყველა როდი გამოიყურება მშობიარობისათვის მომზადებულად. თითქმის ყველამ, ვინც საკეისრო კვეთით იმშობიარა, შეძლო ანესთეზიის ტიპის დასახელება. ამ ქალების 70%-ს ენდოტრაქეული ანესთეზია გაუკეთდა რეგიონალურის (სპინალურის) ნაცვლად, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ არის რეკომენდებული. დიდი სხვაობაა თბილისში და რეგიონებში გავრცელებულ ანესთეზიის საშუალებებს შორის. თბილისში ენდოტრაქეულ ანესთეზიას ნაკლებად მიმართავენ, რეგიონებში კი მას უპირატესობას ანიჭებენ.

მიზანი 5: პროვაიდერების პოზიცია საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით

ბებიაქალები

- კვლევაში მონაწილე ბებიაქალთა საშუალო ასაკია 45 წელი, ყველაზე ახალგაზრდა - 23 წლის და ყველაზე უფროსი - 68 წლის (რომელსაც 35 წლის გამოცდილება ჰქონდა და 42 წელი ერთ დაწესებულებაში მუშაობდა). ბებიაქალებს ამ პროფილით მუშაობის, საშუალოდ, 19-წლიანი გამოცდილება ჰქონდათ. ბებიაქალების უმრავლესობა (74%) ტრენინგებში იღებდა მონაწილეობას.
- ბებიაქალებს სთხოვეს ესაუბრათ მათი ფაქტობრივი და სასურველი როლის შესახებ პერინატალური პერიოდის სხვადასხვა სტადიებზე. პერინატალური მოვლის ერთზე მეტ სტადიაში მხოლოდ რამდენიმე ბებიაქალია ჩართული. ბევრი მუშაობს მეან/გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა საკმაოდ დიდი რაოდენობა (38) აღნიშნავს, რომ მომზადება გაიარეს და საკმაოდ დარწმუნებულნი არიან საკუთარ ძალებში იმისათვის, რომ ექიმების მეთვალყურეობის გარეშე, დამოუკიდებლად იმუშაონ. ამჟამად ანტენატალურ პერიოდში ბებიაქალთა 10%-ზე ნაკლებია ჩართული. ბევრი (რესპონდენტთა 66%) ხედავს საკუთარ როლს ანტენატალურ მოვლაში. მათი უმრავლესობის აზრით, საკეისრო კვეთის დროს ბებიაქალის ფაქტობრივი როლი ახალშობილის მიღებაა. 14-მა აღნიშნა, რომ ისინი ამზადდნენ ორსულ ქალს ოპერაციამდე და ზოგადად ვერ ხედავენ საკეისრო კვეთის კუთხით საკუთარი როლის გაზრდის შესაძლებლობას.

• ბებიაქალთა პოზიციები საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით

ბებიაქალთა უმრავლესობამ (80%) დაადასტურა მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში საკეისრო კვეთების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია; მათ ისიც იცოდნენ, თუ რატომ კეთდებოდა ეს ოპერაციები. ბებიაქალების აზრით, საკეისრო კვეთის გახშირების მთავარი მიზეზი “ნორმალური” ფიზიოლოგიური მშობიარობის თანმდევი ტკივილების შიშია. რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მიუხედავად მეან/გინეკოლოგთა ძალისხმევისა და დარწმუნებინათ ქალები ნორმალური მშობიარობის შესაძლებლობაში, ქალები მაინც საკეისრო კვეთას ირჩევდნენ. თუმცა რესპონდენტების თითქმის ნახევრის აზრით, მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში მრავალი საკეისრო კვეთის თავიდან აცილება იყო შესაძლებელი; აქედან მხოლოდ 21-მა განმარტა, როგორ შეიძლებოდა ამის გაკეთება. ზოგიერთი ბებიაქალის მოსაზრებით, საკეისრო კვეთის თავიდან აცილება შეიძლება ტკივილის კონტროლისა და მართვის უკეთესი მეთოდის გამოყენებით; სხვები ორსულის ცნობიერების დონის ამაღლებას მიიჩნევენ საჭიროდ. მათი შთაბეჭდილებით, კლიენტის მიერ საკეისრო კვეთის მოთხოვნის მიზეზი ძირითადად ორსულობისა

და მშობიარობის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობაა. ბებიაცალების თითქმის მესამედმა (30%) საკეისრო კვეთის ერთ-ერთი მთავარ მიზეზად ქმრის/პარტნიორის ზეგავლენა დაასახელა.

- ბებიაცალების აზრით, პერინატალური მოვლის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები: მშობელთა სკოლების დაარსება; ახალი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვა; საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება უსაფრთხო დედობასთან, მშობიარობასა და საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით.

მეან/გინეკოლოგები

- კვლევაში მონაწილე მეან/გინეკოლოგების საშუალო ასაკი 49 წელია; მათგან უმრავლესობას აქვს 10-წლიანი და უფრო ხანგრძლივი გამოცდილება. ყველაზე უფროსი მონაწილე (75 წლისა) 50 წელია, რაც ერთსა და იმავე სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში მუშაობს. მეან/გინეკოლოგთა უმრავლესობა მხოლოდ ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობს; მათ მესამედს არასოდეს შეუცვლია სამუშაო ადგილი. მეან/გინეკოლოგების უმრავლესობას ტრენინგები აქვს გავლილი, ძირითადად - კონტრაცეფციისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე.
- მეან-გინეკოლოგთა პოზიციები ბებიაცალის როლთან დაკავშირებით

ბებიაცალის როლი: მეან/გინეკოლოგებმა განაცხადეს, რომ მუშაობაში ხელი ეშლებათ პროტოკოლებისა და ეროვნული გაიდლაინების არარსებობის გამო (რომლებიც მათ არა მარტო ინფორმაციით უზრუნველყოფდა, არამედ გარკვეული სახით დაიცავდა კიდევ). ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებაში პარტოგრამაც არ არის დანერგილი. გამოკითხული მეან/გინეკოლოგების 12% მას არ იყენებს. დაახლოებით ნახევარი ბებიაცალებს პარტოგრამის შევსებას არ ანდობს, არასაკმარისი უნარ-ჩვევების გამო. თუმცა ექიმების დაახლოებით იგივე რაოდენობა ენდობა ბებიაცალებს მესამე ეტაპის აქტიური მართვის დამოუკიდებლად განხორციელებაში და "თბილი ჯაჭვის" შესრულებაში. მეან/გინეკოლოგების უმრავლესობამ აღიარა, რომ ბებიაცალები არ არიან ჩართული საკეისრო კვეთის პროცესში, 46-მა კი განაცხადა, რომ ვერ ხედავენ მათ როლს ამ სამუშაოში; ხოლო მათთვის, ვინც ხედავს (64), ეს როლი გამოიხატება, მაგალითად, კლიენტების ოპერაციისათვის მომზადებაში ან ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ახალშობილის მიღებაში. 77 ფიქრობს, რომ საკეისრო კვეთის პროცესში ბებიაცალების მონაწილეობის გაზრდა შეუძლებელია. პერინატალური მოვლის სხვა ასპექტებში ბებიაცალთა როლის შესახებ დასმულ კითხვაზე პასუხისას ჯგუფი გაიყო: მეან/გინეკოლოგების ნახევარი ვერ ხედავს ბებიაცალების როლს ანტენატალურ პერიოდში, ხოლო მეორე ნახევარი მომხრეა ბებიაცალების მონაწილეობისა მაგალითად, მშობელთა სკოლებში. რამდენიმე გინეკოლოგის აზრით, მნიშვნელოვანია ბებიაცალების დამოუკიდებლობის გაზრდა მეან/გინეკოლოგების ხელმძღვანელობისა და მონიტორინგის პირობებში; დაახლოებით ერთმა მეხუთედმა განაცხადა, რომ ხედავს ბებიაცალების როლს პოსტნატალურ პერიოდში

- მეან-გინეკოლოგთა პოზიციები საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით: მეან/გინეკოლოგებს, ჩვეულებრივ, არ მიაჩნიათ, რომ შეიცვალა მდგომარეობა "სამეანო გართულების" და, კერძოდ, ისეთი გართულებების კუთხით, რომლებიც საკეისრო კვეთას მოითხოვენ. 12% კი ფიქრობს, რომ რაღაც შეიცვალა, მაგრამ ვერ ასახულებს.
- თითქმის ყველა მეან/გინეკოლოგი ადასტურებს, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში საქართველოში საკეისრო კვეთათა რაოდენობა გაიზარდა. მათი 63% ამ ბრძანს ძირითადად კლიენტების მოთხოვნას მიაწერს. მხოლოდ ერთ რესპონდენტს არ სჯერა, რომ საკეისრო ოპერაციები გახშირდა. შეკითხვას, რომელსაც უნდა გაერკვია საკეისრო კვეთის მაჩვენებელთან დაკავშირებული საერთაშორისო რეკომენდაციების ცოდნა, საკმაოდ დიდმა ნაწილმა სწორად ვერ უპასუხა. მესამედზე მეტმა (37%) აღნიშნა, რომ იცის რეკომენდებული ზღვარი, მაგრამ ვერ დააკონკრეტა. მეან/გინეკოლოგების 27%-მა განაცხადა, რომ არ იცის საერთაშორისო რეკომენდაციები; 22%-მა სწორი პასუხი ვასცა (დასახელდა 8% - 15% ზღვარი), 4%-მა _ არასწორი, ხოლო ასევე 4%-მა მიახლოებითი ცოდნა გამოამჟღავნა.
- მეან/გინეკოლოგების 17%-მა არ იცოდა საკუთარ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი. ნახევარზე მეტმა დაასახელა 20% და მეტი; ზოგიერთის შეფასებით კი ეს მაჩვენებელი 75%-ს უდრის. შემდეგ კითხვაზე, პრობლემად მიაჩნიათ თუ არა მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებელი, მეან/გინეკოლოგთა დიდმა ნაწილმა უარყოფითად უპასუხა. მეორეს მხრივ, ზოგიერთმა მეან/

გინეკოლოგმა განაცხადა, რომ მაღალი მაჩვენებელი პრობლემაა, მიუხედავად იმისა, რომ მათ საკუთარ დაწესებულებაში ეს მაჩვენებელი საერთაშორისო რეკომენდაციებს აკმაყოფილებს. საბოლოო ჯამში, საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი პრობლემად მიაჩნია 60%-ს.

- კითხვაზე - სათანადო თანამდებობაზე რომ ყოფილიყვნ, შეცვლიდნენ თუ არა რაიმეს მათ სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში პერინატალურ/დედათა ჯანმრთელობის კუთხით. მეან-გინეკოლოგების ერთმა მესამედმა უპასუხა, რომ არაფერს შეცვლიდა, უმრავლესობამ კი განაცხადა, რომ ცვლილებებს განახორციელებდა: მშობელთა სკოლის დაარსება; ორსულთათვის ინფორმაციის მიწოდების გაუმჯობესება; საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის მონიტორინგი; საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება საკეისრო კვეთის კუთხით; რესპონდენტების 10%-მა ხაზი გაუსვა სამედიცინო ჩვენების დაზუსტების აუცილებლობას (მაგ.: გაკეთდეს თუ არა საკეისრო კვეთა ნაყოფის მენჯით-წინ მდებარეობის დროს); რამდენიმე რესპონდენტის აზრით, აუცილებელია საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების დაცვა.

მიზანი 6: კლიენტთა პოზიციები საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით, ინფორმირებულობის არსებული დონე და მოსაზრებები, ქალების მიერ საკეისრო კვეთის მოთხოვნის მიზეზები

- გაკვირვებას იწვევს ის ფაქტი, რომ საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალები ინფორმაციის ნაკლებობას განიცდიან: მათმა 31%-მა ვერ დაასახელა მიზეზი, თუ რატომ გაუკეთეს ეს ოპერაცია. იმ ქალებიდან, რომლებმაც საკეისრო კვეთა გაიკეთეს, მხოლოდ 40% იყო კმაყოფილი მიღებული ინფორმაციით. დანარჩენი 60%-დან ნახევარს არავითარი ინფორმაცია არ მიუღია და არ იცოდა, რა სახის რისკებთან იყო დაკავშირებული საკეისრო კვეთა. მეორე ნახევარი სრულიად არაინფორმირებული იყო, ან ძალიან უმნიშვნელო ინფორმაციას ფლობდა მშობიარობის შესახებ. კიდევ უფრო გასაკვირი ის არის, რომ იმ ქალებს, რომლებიც არასაკმარისად იყვნენ ინფორმირებულნი, დაგეგმილი საკეისრო კვეთა ჰქონდათ გაკეთებული (67%).
- საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების ინფორმირებულობის მხრივ, რეგიონები ბევრად ჩამორჩება თბილისს. ქალების 58% ინფორმაციას ძირითადად საკუთარი ექიმისაგან იღებდა. მეორე ადგილზე დგანან მეგობრები (21%); ხოლო დანარჩენები სხვა არხებიდან იღებდნენ ინფორმაციას. მხოლოდ ერთმა ქალმა დაასახელა ინფორმაციის წყაროდ ბებიაქალი.
- 31% ვერ ასახელებდა ზუსტ მიზეზს, თუ რატომ გაუკეთეს საკეისრო კვეთა. დასახელებული მიზეზები სხვადასხვა იყო - სამედიცინო ჩვენება (ორსულობის პერიოდში ან მშობიარობის დროს), ასევე ტკივილისა და მშობიარობის შიში. რამდენიმე მათგანმა საკეისრო კვეთა იმიტომ გადაწყვიტა, რომ სტერილიზაციის გაკეთება სურდა. აღსანიშნავია, რომ საკეისრო კვეთის დროს ჩატარებული სტერილიზაცია უფრო იაფია, ვიდრე ცალკე აღებული სტერილიზაცია.
- საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული გამოცდილების მხრივ, გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევარი კმაყოფილია ამ გადაწყვეტილებით, ჯანმრთელობის პრობლემის გამო. ნაწილმა სინანული გამოთქვა. მათ განაცხადეს, რომ მეტი ინფორმაცია რომ ჰქონოდათ და უკეთ ყოფილიყვნენ მომზადებული, უპირატესობას ფიზიოლოგიურ მშობიარობას მიანიჭებდნენ. მცირე ნაწილი ძალიან მოხარული იყო საკეისრო კვეთა რომ ჩაიტარა, რადგან ყველაფერი სწრაფად დასრულდა.
- საკეისრო კვეთით ნამშობიარებ ქალთა 59%-მა განაცხადა, რომ მომავალში ფიზიოლოგიურად იმშობიარებდა; იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ისევ საკეისრო კვეთით აპირებენ მშობიარობას, რეგიონებში შედარებით მაღალია. ორსული ქალების 81% უპირატესობას ფიზიოლოგიურ მშობიარობას ანიჭებს; საკეისრო კვეთის მსურველთა დანარჩენ 22%-ს სამედიცინო ჩვენება ჰქონდა, 25% ექიმის რჩევას ასრულებდა, ხოლო 53%-მა საკუთარი სურვილი დაასახელა.
- ქალების უმრავლესობა კმაყოფილი იყო მომსახურებით (სამივე ჯგუფში). ინტერვიუს ამ ეტაპზე (დასასრულს) საკეისრო კვეთით ნამშობიარებთა ნახევარმა განაცხადა, რომ ისურვებდა ფიზიოლოგიურად ემშობიარა.

მიზანი 7: ორსულობის რომელ სტადიაში იღებენ გადაწყვეტილებას მშობიარობის ტიპის შესახებ (ფიზიოლოგიური თუ საკეისრო)

- შემთხვევათა 69%-ში საკეისრო კვეთის გადაწყვეტილება ორსულობის პერიოდში იყო მიღებული; დანარჩენი 31%-ში – სამშობიარო მოქმედების დაწყების დროს.
- იმ ქალების დაახლოებით მესამედისათვის, რომლებმაც გადაწყვეტილება ორსულობის პერიოდში მიიღეს, ეს პერიოდი პირველი და მეორე ტრიმესტრი იყო, დანარჩენებმა გადაწყვეტილება მესამე ტრიმესტრში მიიღეს. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ არ არსებობდა სამედიცინო ჩვენება, რადგან საკეისრო კვეთისათვის ჩვენებების დიაგნოსტიკა (მაგ. დისტოცია ან მშობიარობის პროგრესის შეფერხება, მენჯით-ნინ მდებარეობა, ნაყოფის დისტრესი) მხოლოდ ორსულობის ბოლო სტადიაზე ან მშობიარობის დროსაა შესაძლებელი.

7. რეკომენდაციები და სამოქმედო გეგმა

რეკომენდაციების ერთობლიობა გამომდინარეობს კვლევის ძირითადი შედეგებიდან. მათი განხორციელება ემსახურება შემდეგ მიზნებს:

- ▶ **კლიენტებისა და საზოგადოების მხრივ:** ინფორმირებულობის ზრდა და შიშის ფაქტორის შემცირება, საერთაშორისო სტანდარტების დაცვის მოთხოვნის გაძლიერება;
- ▶ **პროვაიდერების მხრივ:** პროფესიონალიზმის ამაღლება, ინფორმირებულობისა და ტექნიკური უნარ-ჩვევების ზრდა.

7.1 რეკომენდაციები

<p>კლიენტთა მხრივ ინფორმირებულობის ზრდა და შიშის ფაქტორის შემცირება შემდეგი საშუალებებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> - მშობელთა სკოლების დაარსება; - ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის გაძლიერება. 	
<p>საზოგადოების მხრივ საერთაშორისო სტანდარტების დაცვა შემდეგი საშუალებებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ეროვნული სტანდარტებისა და სახელმძღვანელო პრინციპების დანერგვა; - საზოგადოების ზოგადი ინფორმირება საკეისრო კვეთისა და უსაფრთხო დედობის თაობაზე. 	
დაინტერესებული ორგანიზაციები	როლი/ქმედებები
<p>შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მთელი ქვეყნის მასშტაბით მშობელთა სკოლების დაარსების ხელშეწყობა (სამშობიარო სახლებსა და ქალთა კონსულტაციებში). • ანტენატალურ და პოსტნატალურ მოვლაში ბებიაქალების როლის ზრდის ხელშეწყობა, დაფუძნებული რეკომენდებულ საერთაშორისო სტანდარტებზე (როგორცაა ძირითადი სამედიცინო პრაქტიკის არსებული კომპეტენციები, ბებიაქალთა საერთაშორისო კონფედერაცია 2011¹). • სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის განკუთვნილ სადაზღვევო პაკეტში მშობელთა სკოლებში ვიზიტების გათვალისწინება

1 მენაობის ძირითადი ცნებების, მენაობის პრაქტიკის საზღვრებისა და ექვს სხვადასხვა ასპექტში კომპეტენციების მონახაბი, საზოგადოებრივი პოზიციებიდან - ბებიაქალის როლამდე ორსულობამდე/ ანტენატალურ, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში და პოსტნატალურ მოვლაში. (ბებიაქალთა საერთაშორისო კონფედერაცია, 2011).

კლიენტთა მხრივ

ინფორმირებულობის ზრდა და შიშის ფაქტორის შემცირება შემდეგი საშუალებებით:

- მშობელთა სკოლების დაარსება;
- ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის გაძლიერება.

საზოგადოების მხრივ

საერთაშორისო სტანდარტების დაცვა შემდეგი საშუალებებით:

- ეროვნული სტანდარტებისა და სახელმძღვანელო პრინციპების დანერგვა;
- საზოგადოების ზოგადი ინფორმირება საკუთარ კვეთისა და უსაფრთხო დედობის თაობაზე.

<p>“საქართველოს ბებიქალთა ასოციაცია”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “საქართველოს ბებიქალთა ასოციაციის” აქტივობების გაზრდა რეგიონებში, კლიენტებთან და ბებიქალებთან მუშაობის გააქტიურება . • “უსაფრთხო დედობის” სწავლების საშუალებათა კომპლექტის შემუშავება. • მთელი ქვეყნის მასშტაბით მშობელთა სკოლების დაარსებისათვის (სამშობიარო სახლებში და ქალთა კონსულტაციებში) ხელშეწყობა და ბებიქალების ჩართვა მშობელთა სკოლებში. • კავშირი სხვა პროფესიულ გაერთიანებებთან გაუმჯობესებული პერინატალური მოვლის, საკუთარ კვეთისა და უსაფრთხო დედობის თაობაზე საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის ასამაღლებლად. • კვლევის ჩატარება საზოგადოებაში, კერძოდ კი მამაკაცთა პოზიციების გამოკვეთა უსაფრთხო დედობის, ბავშვის დაბადებისათვის მზადყოფნის, საკუთარ კვეთებისა და სხვ. თაობაზე (“საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციასთან” ერთად).
<p>“საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მთელი ქვეყნის მასშტაბით მშობელთა სკოლების დაარსების (სამშობიარო სახლებში და ქალთა კონსულტაციებში) ხელშეწყობა. • ანტენატალურ და პოსტნატალურ მოვლაში ბებიქალის როლის ზრდის ხელშეწყობა, მეან/გინეკოლოგთა რჩევების დახმარებით და სამუშაო უბანზე ბებიქალებთან თანამშრომლობით. • საქართველოში კვლევის მხარდაჭერა უსაფრთხო დედობის, ბავშვის დაბადებისთვის მზადყოფნის, საკუთარ კვეთებისა და სხვა საკითხების თაობაზე საზოგადოებისა და მამაკაცთა მოსაზრებების შესასწავლად (“საქართველოს ბებიქალთა ასოციაციასთან” ერთად).
<p>სამშობიარო სახლების/სამშობიარო განყოფილებების მართვა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მშობელთა სკოლების დაარსება სამედიცინო დაწესებულებებში. • სადაზღვევო კომპანიებთან მოლაპარაკება მშობელთა სკოლების თაობაზე (შემადგენლობა და ხელმისაწვდომობა)
<p>სადაზღვევო კომპანიები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სადაზღვევო პაკეტებში მშობელთა სკოლის ვიზიტების ჩართვა. • კერძო სექტორთან მოლაპარაკება სადაზღვევო პაკეტებში მშობელთა სკოლის ვიზიტების ჩართვასთან დაკავშირებით. • მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება მათი სადაზღვევო პაკეტების შემცველობის შესახებ.

პროვაიდერების მხრივ

ინფორმირებულობისა და უნარ-ჩვევების ამაღლება შემდეგი საშუალებებით:

- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებისა და პრაქტიკული სწავლების გაძლიერება
- საერთაშორისო სტანდარტებისა და ემპირიულ საფუძველზე დამყარებული პრაქტიკების დანერგვა

დაინტერესებული მხარეები როლები/ქმედებანი

<p>შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; რეპროდუქციული ჯანმრთ. ლობის ეროვნული საბჭო</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ჯანდაცვის რეფორმის კონტექსტში ბებიქალების სტატუსის დაზუსტება და მისი ხელახალი დამტკიცება. • უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება ბებიქალებისათვის. • საკეისრო კვეთების პრაქტიკული შემთხვევების მონიტორინგი, ანესთეზიის ჩათვლით და მართვის თანამედროვე მეთოდებზე ხელმისაწვდომობის ამაღლება საერთაშორისო რეკომენდაციებისა და სტანდარტების საფუძველზე. • პროვაიდერების ტრენინგი სპინალური/ეპიდურული ანესთეზიის საკითხებზე (ბუნებრივი მშობიარობის შემთხვევაში).
<p>“საქართველოს ბებიქალთა ასოციაცია”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ბებიქალებისათვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების დანერგვა. • ტრენინგის ორგანიზება და განვითარება მშობელთა სკოლებისა და პერინატალური მოვლის სხვა სათანადო საკითხების კუთხით, ინსტრუქტორების გადამზადებისა და ცოდნის ურთიერთგაზიარების მეთოდებზე დაყრდნობით. • “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის” მხარდაჭერა ძირითად საკითხებზე პროტოკოლებისა და სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავებასთან დაკავშირებით, მშობიარობის მესამე ეტაპის აქტიური მართვის, “ცივი ჯაჭვის” (cold chain) და სხვ. ჩათვლით. • პროფესიულ ასოციაციებთან თანამშრომლობა საკითხების ურთიერთგაზიარების მოდელების გაფართოების, სამუშაოთა აღწერებისა და სხვ. კუთხით (ბებიქალთა საერთაშორისო კონფედერაციის ძირითად კომპეტენციებზე დაყრდნობით).
<p>“საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ სახელმძღვანელო პრინციპებზე დაყრდნობით, ბებიქალებისათვის განკუთვნილი სპეციალური პროტოკოლების შექმნა პერინატალური მოვლის ძირითადი საკითხებზე (მშობიარობის მესამე ეტაპის აქტიური მართვის ჩათვლით). • საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული ძირითადი მითითებებისა და პროტოკოლების დეტალური შემუშავება და დანერგვა. • უწყვეტი განათლების პროგრამების შედგენა გინეკოლოგებისათვის – საერთაშორისო რეკომენდაციების, ემპირიული მიმართულებებისა და ორსულობისა და მშობიარობის პრობლემებისადმი მიდგომის თანამედროვე მეთოდების გათვალისწინებით.

<p>სამშობიარო სახლებისა და სამშობიარო განყოფილებების მენეჯმენტი</p>	<ul style="list-style-type: none"> • უკვე შემუშავებული სახელმძღვანელო პრინციპებისა და პროტოკოლების დანერგვა სამშობიარო სახლებში. • კადრების შერჩევა მეან-გინეკოლოგებს შორის როლების დიფერენციაციის გათვალისწინებით, სამუშაოთა აღწერების გადახედვით. • სასწავლო გარემოს სტიმულირება და ტრენინგისა და განათლების პროცესებში პროფესიონალების ჩართვა. • ბიუჯეტის განაწილება სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების უზრუნველსაყოფად.
<p>სადაზღვევო კომპანიები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • საკეისრო კვეთათა პროვაიდერების პრაქტიკის მონიტორინგი, საერთაშორისო რეკომენდაციების დაცვით. • პროვაიდერების ინფორმირება საკეისრო კვეთებისა და პერინატალური მოვლის ასპექტებთან დაკავშირებით.

7.2 “საქართველოს ზებიაქალთა ასოციაციის” (MAG) სამოქმედო გეგმა

ჯანდაცვის სისტემის კვლევის (HSR) მეორე სემინარის მსვლელობისას (2011 წლის მარტში), “საქართველოს ზებიაქალთა ასოციაციამ” მოამზადა მიღებული შედეგების გავრცელების სამოქმედო გეგმა. დეტალურად იქნა შემუშავებული მომდევნო 1-2 წელიწადში განსახორციელებელი აქტივობების გეგმა/გრაფიკი.

აქტივობები მიმართული იქნება შემდეგი სფეროებისაკენ:

- (1) ინფორმირებულობის ამაღლება პროვაიდერებსა და ზოგადად მოსახლეობაში, მათ შორის:
 - კვლევის შედეგების პრეზენტაცია “საქართველოს ზებიაქალთა ასოციაციის” წლიურ საერთო კრებაზე, 2011 წლის 5 მაისს.
 - კვლევის შედეგების პრეზენტაცია MATRA-ს მიერ დაფინანსებული სამწლიანი პროექტის, “მოვლის ხარისხის ამაღლების”, დასკვნით კონფერენციაზე.
 - ანგარიშის დაბეჭდვა და გავრცელება (სრული და შემოკლებული ვერსიები ქართულ და ინგლისურ ენებზე).
 - ძირითადი შედეგების გავრცელება მოსახლეობის საგანმანათლებლო საშუალებების გამოყენებით (ბროშურებით, პროსპექტებით, პლაკატებით).
- (2) სადაზღვევო პოლისის შედგენა და პრაქტიკის გაუმჯობესება სამშობიარო სახლებში/სამშობიარო განყოფილებებში. ამ სფეროში საქმიანობა განხორციელდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციასთან”, სადაზღვევო კომპანიებთან და სხვა მხარეებთან თანამშრომლობით. ეს პროცესი წარმართება ზემოჩამოთვლილი რეკომენდაციებით. მუშაობის პირველ ეტაპზე განსაზღვრულია მშობელთა სკოლების დაარსების ხელშეწყობა, რამეთუ კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ მთავარი პრობლემა ინფორმაციის ნაკლებობა და მშობიარობის შიშია. მშობელთა სკოლები ანტენატალური ზედამხედველობის ხელშეწყობა აქტივობად ითვლება და მნიშვნელოვნად ეხმარება ორსულებს, მათ პარტნიორებსა და ოჯახის წევრებს ინფორმაციის მიღებაში და მშობიარობისათვის სათანადოდ მომზადებაში.

გამოყენებული დოკუმენტები

Belizán J, et al. (2007). *Health Consequences of the Increasing Caesarean Section Rates*. Epidemiology: July 2007 - Volume 18 - Issue 4 - pp 485-486. doi: 10.1097/EDE.0b013e318068646a

Belli P, Gotsadze G, Shahriari H (2004). *Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia*. Health Policy 70 (2004) 109–123

Chanturidze T, Ugulava A, Duran T, Ensor E, Richardson (2009). *Georgia: Health system review. Health Systems in Transition*; 2009; (11)8:1-116. European Observatory on Health systems and policies

Costa et al. (2007). *Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice*. Reproductive Health 2010, 7:13

Hogan, C (2010). *Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*. The Lancet, Volume 375, Issue 9726, Pages 1609 - 1623, 8 May 2010. doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1

ICM (2011). ICM Essential Competences for Basic Midwifery Practice

NCDC annual reports, [Online] Available from: http://www.ncdc.ge/pages/p_520_en.htm [Accessed 10/04/2011]

NCDC (2009) *Health and Health Care, Statistic Yearbook*, [Online] Available from: http://www.ncdc.ge/Eng/Statistics/Statistical_Reports/2009EN/Chapter%203-Maternal%20and%20Child%20Health.pdf [Accessed 1/04/2011]

UNICEF/Curatio IF/Chkhatarashvili K, Chikovani I, Asatiani T (2006). *Assessment of Perinatal Care in Georgia*

USAID/Coreform (2009). *Concept of Perinatal System Strengthening in Georgia*

WHO, *Health system performance assessment 2009*. World Health Organization Regional office for Europe.

WHO (1985). *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985, 326(8452):436-7

WHO/Lauer J, Betrán A. et al (2010). *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control*. World Health Report (2010) Background Paper, No 29

WHO (2010). *Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers*. Policy Brief. WHO/RHR/HRP/10.20

დანართები

დანართი 1: კვლევის მიზნების, ცვლადებისა და მონაცემთა წყაროების ზოგადი მიმოხილვა

ცხრილი 15: მიზნები, ცვლადები, მონაცემთა წყაროები		
მიზნები	ცვლადი	მონაცემთა წყარო
1. საკეისრო კვეთათა მაჩვენებელი უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში	- ფიზიოლოგიური მშობიარობები (2000-2010) - საკეისრო კვეთები (2000-2010)	საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მონაცემები
2. რეგიონალურ/გეოგრაფიული ცვლილებების დადგენა საქართველოში განხორციელებული საკეისრო კვეთების მაჩვენებელში	- ფიზიოლოგიური მშობიარობები (2000-2010) - საკეისრო კვეთები (2000-2010) - ფიზიოლოგიური მშობიარობები და საკეისრო კვეთები შერჩეულ სამშობიარო სახლებში და საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში (2010 წლის ნოემბერ-დეკემბერში)	საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მონაცემები. სიმართლის წიგნის მონაცემები.
3. დროში ცვალებადობის დოკუმენტირება ისეთი ტიპის პირობებისა, რომლებიც ითვლება “მეანურ გართულებებად” და კონკრეტულად ისეთის, რომლებიც მოითხოვს საკეისრო კვეთას.	- საკეისრო კვეთის სისტემის რობსონის კლასიფიკაცია . - საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა	სიმართლის წიგნის მონაცემები. გამოკვლევის პროვაიდერები (მეან/გინეკოლოგები, ბებიაქალები).
4. ფიზიოლოგიურად და საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების მოკლე შედარებითი დახასიათება	- საკეისრო კვეთის სისტემის რობსონის კლასიფიკაცია. - სხვა მახასიათებლები (ასაკი, ორსულობის პერიოდი, საცხოვრებელი ადგილი, სამშობიარო სახლის ტიპი და სხვ.)	სიმართლის წიგნის მონაცემები. კლიენტების (ფიზიოლოგიური და საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალების) გამოკითხვა.
5. ბებიაქალების, მეან/გინეკოლოგების პოზიციების დადგენა საკეისრო კვეთების თაობაზე (ზოგადი ტენდენციები, სიტუაცია საქართველოში და შერჩეულ სამშობიარო სახლებში)	- ცოდნა საკეისრო კვეთების შესახებ (ფაქტები, ტენდენციები). - დამოკიდებულება საკეისრო კვეთის მიმართ.	გამოკვლევის პროვაიდერები. (მეან/გინეკოლოგები, ბებიაქალები).

ცხრილი 15: მიზნები, ცვლადები, მონაცემთა წყაროები

მიზნები	ცვლადი	მონაცემთა წყარო
<p>6. კლიენტებისაგან ინფორმაციის მიღება მათი პოზიციის შესახებ საკუთარ კვეთებთან დაკავშირებით; მათი ინფორმირებულობის დონე, საკუთარ კვეთისადმი დამოკიდებულება და საკუთარ კვეთის მოთხოვნის მიზნები</p>	<p>- კლიენტების ცოდნა და მათი დამოკიდებულება ფიზიოლოგიური მშობიარობისადმი და საკუთარ კვეთისადმი. - კლიენტის კმაყოფილება და პოზიცია ბებიაქალის როლთან დაკავშირებით</p>	<p>კვლევის კლიენტები (ფიზიოლოგიურად და საკუთარ კვეთით ნამშობიარები ქალები)</p>
<p>7. ორსულობის იმ ეტაპის დადგენა, რომელზეც მიიღება გადაწყვეტილება მშობიარობის ტიპის არჩევასთან დაკავშირებით. (ფიზიოლოგიური თუ საკუთარ)</p>	<p>- კლიენტის პოზიცია მშობიარობასთან და ბებიაქალის როლთან დაკავშირებით</p>	<p>კვლევის კლიენტები (ორსული ქალები)</p>

დანართი 2: რესპონდენტთა გადანაწილება საკვლევ ნიმუხად აღებულ დაწესებულებებში

	რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულება	სიმაართლის წიგნის მონაცემები	საკეისრო კვეთით ნამშობი- არები ქალების რაოდენობა	ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალების რაოდენობა	გემია- ქალების რაოდ.	მეან/გინე- კოლოგების რაოდ.	ონსული ქალების რაოდ.
1	სამეგრელო	ზუგდიდი	მრავალპროფილიანი საავადმყოფო "რესპუბლიკა"	2 თვე	6	8	4	10	15
2		სენაკი	"სენა-მედი"	1 თვე	12	8	4	4	15
3	ატარა	ბათუმი	დედათა და ბავშვთა რეფერალური ცენტრი	2 თვე	8	17	10	7	13
4		ბათუმი	სამშობიარო სახლი	1 თვე	21	21	8	7	14
5	სამცხე-ჯავახეთი	ახალციხე	რაიონული საავადმყოფო (სამშობიარო განყოფილება)	2 თვე	2	6	9	6	14
6		ბორჯომი	სამშობიარო სახლი	2 თვე	0	6	6	6	15
7	იმერეთი	ქუთაისი	"ბო-მონდი"	2 თვე	12	5	4	7	4
8			სამეანო-გინეკოლოგიური საავადმყოფო	2 თვე	13	5	4	5	12
9			სამშობიარო სახლი №2	2 თვე	3	3	2	3	0
10		ზესტაფონი	სამშობიარო სახლი	2 თვე	2	8	5	8	7
11	კახეთი	თელავი	"კამბარაშვილის კლინიკა"	2 თვე	2	4	4	6	18
12		სიღნაღი (წნორი)	სამშობიარო სახლი "წნორი"	2 თვე	0	3	3	1	0
13			რაიონული საავადმყოფო (სამშობიარო განყოფილება)	2 თვე	0	1	1	1	1
14			"ჰერა"	2 თვე	0	1	0	0	0
15		საგარეჯო	რაიონული საავადმყოფო (სამშობიარო განყოფილება)	2 თვე	2	8	3	2	0
16	ქვემო ქართლი	რუსთავი	სამშობიარო სახლი	2 თვე	4	9	5	9	8
17	თბილისი	თბილისი	"შარაშიძის კლინიკა"	1 თვე	2	14	5	7	14
18			სამშობიარო სახლი №4	1 თვე	17	23	3	15	16
19		თბილისი	სამშობიარო სახლი "დავით გაგუა"	1 თვე	13	25	3	5	5

დანართი 3. სამშობიარო სახლის სიმართლის წიგნის მონაცემების მოსაძიებლად საჭირო დოკუმენტთა ჩამონათვალი

ინსტრუქცია:

- ა. პირველ რიგში შეამოწმეთ, ხომ არ არის დაწესებულებაში ერთზე მეტი სიმართლის წიგნი! ერთზე მეტი წიგნის არსებობის შემთხვევაში, გამოიყენეთ ყველა მათგანი, რათა მოიპოვოთ ინფორმაცია მშობიარობების საერთო რაოდენობაზე, რომელთათვისაც საჭიროა მონაცემების ჩანერა.
- ბ. ამოიღეთ უკანასკნელი თვის მონაცემები დიდი დაწესებულების (სადაც ტარდება თვეში 200-ზე მეტი მშობიარობა) შემთხვევაში; მცირე დაწესებულების შემთხვევაში ამოიღეთ ორი და მეტი თვის მონაცემები (რათა მშობიარობის საერთო რაოდენობამ შეადგინოს 200). მშობიარობათა რიცხვმა უნდა მიაღწიოს, სულ მცირე, 200-ს!

დაწესებულების დასახელება:

რეგიონი:

მკვლევარის ვიზიტის თარიღი:

სია შევსებულია: (გვარი)

პერიოდი, რომლისთვისაც მონაცემებია ამოღებული (საანგარიშო პერიოდი) ...დან ... მდე

მშობიარობათა რაოდენობა წლის განმავლობაში

2008—————

2009—————

საკეისრო კვეთათა რაოდენობა წლის განმავლობაში

2008—————

2009—————

სიმართლის წიგნთა საერთო რიცხვი

1. ზემოაღნიშნულ საანგარიშო პერიოდში დაწესებულებაში ჩატარებულ მშობიარობათა საერთო რაოდენობა:
2. მშობიარობების დაყოფა ტიპებად:

	რაოდენობა	...რომელთაგან მშობიარობა	განმეორებითი მშობიარობა
ნორმალური ფიზიოლოგიური მშობიარობა			
ფიზიოლოგიური მშობიარობა დახმარებით: ქირურგიული მაშებით			
ფიზიოლოგიური მშობიარობა დახმარებით: ვაკუუმით			
მშობიარობა საკეისრო კვეთით			
მშობიარობათა ჯამური რაოდენობა			

3. მშობიარობათა დაყოფა დედის ასაკის მიხედვით:

	არასაკეისრო	საკეისრო
20 წლის ან ნაკლები		
21 დან 35 წლამდე		
36 წლის ან მეტი		
ჯამური		

4. მშობიარობის კლასიფიკაცია

	ჯამური	... რომელთაგანაც:	
		არასაკეისრო	საკეისრო
პირველი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ, სტიმულირების გარეშე > 37 კვირა			
პირველი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ, სტიმულირებით > 37 კვირა			
განმეორებითი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ, სტიმულირების გარეშე > 37 კვირა			
განმეორებითი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ, სტიმულირებით > 37 კვირა			
ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ, საკეისრო კვეთამდე > 37 კვ.			

	ჯამური	... რომელთაგანაც:	
		არასაკეისრო	საკეისრო
ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ <37 კვ.			
პირველი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – მენჯით-წინ			
განმეორებითი მშობიარობა, ნაყოფის მდებარეობა – მენჯით-წინ			
მრავალნაყოფიანი მშობიარობა			
ნაყოფის მდებარეობა –გარდიგარდმო			
სხვა...			
საერთო რაოდენობა *			

***გთხოვთ დარწმუნდეთ, რომ საერთო რაოდენობა შეესაბამება წინა ცხრილების საერთო რაოდენობას!**

დანართი 4: კითხვარი ორსული ქალებისათვის

დანესებულების დასახელება:.....

სერიული ნომერი:

ინტერვიუერის გვარი:.....

ინტერვიუს თარიღი:.....

ინტერვიუში ჩართვის კრიტერიუმი: მხოლოდ ორსულობის 32-ე ან მეტ კვირაზე მყოფი ქალები.

შესავალი

“საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია” ატარებს კვლევებს საქართველოში ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში განხორციელებულ მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ჩვენი ინტერესის ერთ-ერთი სფეროა ინფორმაცია, რომელსაც ორსული ქალები იღებენ ანტენატალური (წინასამშობიარო) დაკვირვების პერიოდში. ჩვენ შევარჩიეთ თქვენი კანდიდატურა ინტერვიუსათვის, რომელსაც დასჭირდება 20-30 წუთი. ყველა პასუხი იქნება კონფიდენციალური, დამუშავდება ანონიმურად, ასე რომ, შეგიძლიათ თავისუფლად ისაუბროთ.

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია

1. რამდენი წლის ბრძანდებით? წლის

2. სად ცხოვრობთ?

3. ხართ თუ არა ქორწინებაში? დაქორწინებული
 ცხოვრობთ პარტნიორთან ერთად
 პარტნიორის გარეშე
 სხვა, დააკონკრეტეთ

4. გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა? დიახ არა

ა. თუ გაქვთ, დაასახელეთ სადაზღვევო კომპანია:

ბ. ფარავს თუ არა დაზღვევა სამშობიარო ხარჯებს სრულად?

დიახ არა

5. ეს თქვენთვის პირველი მშობიარობაა? დიახ არა

ა) თუ არა, აღნიშნეთ წინა ორსულობათა რაოდენობა

ბ) ცოცხლად დაბადებული ბავშვების რაოდენობა

გ) საკეისრო კვეთების რაოდენობა

6. დადიოდით თუ არა მშობელთა სკოლაში? დიახ არა

ა) თუ დადიოდით, რა სიხშირით?

ბ) თვლიდით თუ არა მას სასარგებლოდ?

ძალიან ნაწილობრივ არა

კომენტარი:

7. ესწრებოდით თუ არა ანტენატალურ კონსულტაციებს?

დიახ არა

ა) თუ ესწრებოდით, რა სიხშირით?

ბ) თვლიდით თუ არა მას სასარგებლოდ?

ძალიან ნაწილობრივ არა

კომენტარი:

ნაწილი 2: კითხვები თქვენი ორსულობისა და მშობიარობის შესახებ

8. როგორ მოემზადეთ მშობიარობისათვის?

(ღია კითხვა, საშუალება მიეცით დეტალურად დააკონკრეტოს – ჩაინერეთ მხოლოდ ძირითადი მომენტები)

9. საიდან მიიღეთ თქვენთვის ყველაზე სასარგებლო ინფორმაცია ორსულობის შესახებ?

ოჯახი/მეგობრები ექიმი ბებიაქალი

სხვა ადამიანები (დააკონკრეტეთ):

წიგნები/ბროშურები რადიო/ტელევიზია ინტერნეტი

სხვა (კონკრეტულად):

ა) რომელი ინფორმაცია იყო თქვენთვის ყველაზე სასარგებლო?

.....

10. საიდან მიიღეთ თქვენთვის ყველაზე სასარგებლო ინფორმაცია მშობიარობის შესახებ?

ოჯახი/მეგობრები ექიმი ბებიაქალი

სხვა ადამიანები (დააკონკრეტეთ):

წიგნები/ბროშურები რადიო/ტელევიზია ინტერნეტი

სხვა (კონკრეტულად):

ა) რომელი ინფორმაცია იყო თქვენთვის ყველაზე სასარგებლო?

.....

ახლა წარმოგიდგინთ რამდენიმე წინადადებას: გთხოვთ მიუთითოთ, ეთანხმებით თუ არა მას და მიუწეროთ ქულა. (1-დან 5-მდე, 1 = კატეგორიულად არ ეთანხმებით, ხოლო 5 = სავსებით ეთანხმებით).

11. ჩემთვის საკმარისია ინფორმაცია, რომელსაც ვიღებ ქალთა საკონსულტაციო ცენტრში.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები. |

12. ჩემთვის საკმარისია ინფორმაცია, რომელსაც ვიღებ მშობელთა სკოლაში.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები. |

13. მე თავდაჯერებული ვარ ჩემი მენა/გინეკოლოგისაგან ორსულობასთან დაკავშირებული რჩევების მიღების შემდეგ.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |

14. ჩემმა ექიმმა (მეან/გინეკოლოგმა) ჩემთან ერთად განიხილა მშობიარობის რამდენიმე ვარიანტი.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |

15. თუ გამიჩნდება რაიმე შეკითხვა, ადვილად შემიძლია მათი განხილვა ჩემს მეან/გინეკოლოგთან ერთად.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები. |

16. საკმაოდ თავდაჯერებული ვარ იმისათვის, რომ გავაკეთო საკუთარი არჩევანი მშობიარობასთან დაკავშირებით.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |

17. ძალიან იმედგაცრუებული ვიქნები, თუ აღმოჩნდება, რომ საკვისრო კვეთა მჭირდება.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |

18. ვშიშობ, რომ მტკივნეული მშობიარობა მექნება.

- | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |

19. ჩემთვის ცნობილია, რომ მშობიარობის პროცესში შემიძლია მოვითხოვო ტკივილგამაყუჩებელი.

- | | | |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები | |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები |
| 4. ვეთანხმები | 5. სავსებით ვეთანხმები | |

20. ჩემთვის მნიშვნელოვანია ზეგიაქალის დასწრება მშობიარობის პროცესში.

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 1. კატეგორიულად არ ვეთანხმები | 2. არ ვეთანხმები |
| 3. არც ვეთანხმები და არც უარვყოფ | 4. ვეთანხმები |
| 5. საესებით ვეთანხმები | |

ნაწილი 3: დასკვნითი კითხვები:

21. უკვე იცით თუ არა რომელი ტიპის მშობიარობა მოგიწევთ – ფიზიოლოგიური

თუ საკეისრო კვეთა?

- ალბათ, ბუნებრივი/ფიზიოლოგიური.
- ალბათ, საკეისრო, რადგან ექიმმა მითხრა.
- ალბათ საკეისრო კვეთა, რადგან მე უკვე მოვითხოვე.
- ალბათ საკეისრო, რადგან მე მოვითხოვე მას.
- აუცილებლად საკეისრო, რადგან ექიმმა მითხრა.
- აუცილებლად საკეისრო, ვინაიდან მე მოვითხოვე და ექიმც დამთანხმდა.
- სხვა (დააკონკრეტეთ)

კომენტარი:

22. ჩვენ გვინტერესებს თქვენი რჩევა, როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს ორსული ქალების მომსახურება. რას შემოგვთავაზებდით?

.....

.....

გმადლობთ ამ ინტერვიუში მონაწილეობისათვის. თქვენ დიდი დახმარება გაგვინიჭეთ თქვენი კომენტარებით და საკუთარი თვალსაზრისის გაზიარებით. ჩვენი გამოკვლევები დასრულდება 2011 წლის მარტში, რის შემდეგაც გავავრცელებთ მიღებულ შედეგებს.

დანართი 5: კითხვარი ფიზიოლოგიურად ნამშობიარები ქალებისათვის

შესავალი

“საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია” ატარებს კვლევებს საქართველოში ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში განხორციელებულ მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ჩვენი ინტერესის ერთ-ერთი სფეროა ინფორმაცია, რომელსაც ორსული ქალები იღებენ ანტენატალური (წინასამშობიარო) დაკვირვების პერიოდში და სამშობიარო სახლში (საავადმყოფოში) ყოფნის განმავლობაში. ჩვენ შევარჩიეთ თქვენი კანდიდატურა ინტერვიუსათვის, რომელსაც დასჭირდება 20-30 წუთი. ყველა პასუხი იქნება კონფიდენციალური, დამუშავდება ანონიმურად, ასე რომ, შეგიძლიათ თავისუფლად ისაუბროთ.

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია

1. რამდენი წლის ბრძანდებით? წლის
2. სად ცხოვრობთ?
4. ხართ თუ არა ქორწინებაში? დაქორწინებული
 ცხოვრობთ პარტნიორთან ერთად
 პარტნიორის გარეშე
 სხვა, დააკონკრეტეთ
5. გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა? დიახ არა
 - ა. თუ გაქვთ, დაასახელეთ სადაზღვევო კომპანია:
 - ბ. ფარავს თუ არა დაზღვევა სამშობიარო ხარჯებს სრულად?
 დიახ არა
6. ეს თქვენთვის პირველი მშობიარობა იყო?
 დიახ არა თუ არა,2...3...4
7. ორსულობის განმავლობაში დადიოდით თუ არა ქალთა საკონსულტაციო ცენტრში?
 დიახ არა
 - ა. თუ დადიოდით, სად?
 - ბ. რა სიხშირით დადიოდით? ჯერ
 - გ. თვლიდით მას სასარგებლოდ?
 დიახ არა

გთხოვთ ახსნათ:

დ. მიიღეთ თუ არა ადეკვატური ინფორმაცია?

დიახ არა

ე. რაიმე ინფორმაცია ხომ არ დაგაკლდათ?

დიახ არა

ვ. თუ არა, გთხოვთ განმარტოთ.

8. გქონდათ თუ არა ნორმალური ფიზიოლოგიური მშობიარობა?

ნორმალური ფიზიოლოგიური მშობიარობა მშობიარობა მაშების დახმარებით

მშობიარობა ვაკუუმის დახმარებით საკეისრო კვეთა

ნაწილი 2: კითხვები ფიზიოლოგიურად ნამშობიარეები ქალებისათვის.

9. სამშობიარო სახლში (სავადმყოფოში) მისვლამდე იყავით თუ არა ინფორმირებული მშობიარობის პროცედურებზე? (ღია საკითხი: აღაწერინეთ კლიენტს პროცესი)

10. თვლით თუ არა საკმარისად მიღებულ ინფორმაციას?

დიახ არა

11. გაკლიათ თუ არა რაიმე სახის ინფორმაცია?

დიახ არა

გთხოვთ განმარტოთ:

12. რითი ხართ ყველაზე კმაყოფილი საავადმყოფოს მომსახურებებიდან?

.....

13. გემინოდათ თუ არა შესაძლო საკეისრო კვეთის?

დიახ ნაწილობრივ ნამდვილად არა

14. როგორ შეაფასებთ გეგმავალი საგან მიღებულ დახმარებას?

....

ნაწილი 4: დასკვნითი კითხვები (ყველა ქალისათვის)

15. როგორ შეათვასებთ მოვლას, რომელიც მიიღეთ საავადმყოფოში წოლის დროს?

(შეფასების საზღვრებია 1-დან 10-მდე; 1= ძალიან ცუდი და 10= ძალიან კარგი)

ა. სამშობიარო ტკივილების დროს: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ბ. მშობიარობისას: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

გ. მშობიარობის შემდეგ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო სამშობიარო ტკივილების დროს?

....

17. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო მშობიარობის პროცესში?

....

18. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო მშობიარობის შემდეგ?

....

19. ჩვენ გვინტერესებს, რას ურჩევდით სამშობიარო სახლს (სავადმყოფოს), რა სახის მომსახურება უნდა გაუმჯობესდეს ორსულებისათვის. რას შემოგვთავაზებდით?

.....

.....

გმადლობთ ინტერვიუში მონაწილეობისათვის. თქვენი პასუხებითა და კომენტარებით დიდი დახმარება გაგვინიეთ. გამოკვლევა დასრულდება 2011 წლის მარტში, რის შემდეგაც გამოვაქვეყნებთ შედეგებს. ანგარიშში თქვენი გვარი ნახსენები არ იქნება.

დანართი 6: კითხვარი საკვისრო კვეთით ნამშობიარეზი ქალებისათვის

შესავალი

“საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” და “საქართველოს მენ-გინეკოლოგთა ასოციაცია” ატარებს კვლევებს საქართველოში ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში განხორციელებულ მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ჩვენი ინტერესის ერთ-ერთი სფეროა ინფორმაცია, რომელსაც ორსული ქალები იღებენ ანტენატალური (წინასამშობიარო) დაკვირვების პერიოდში და სამშობიარო სახლში (საავადმყოფოში) ყოფნის განმავლობაში. ჩვენ შევარჩიეთ თქვენი კანდიდატურა ინტერვიუსათვის, რომელსაც დასჭირდება 20-30 წუთი. ყველა პასუხი იქნება კონფიდენციალური, დამუშავდება ანონიმურად, ასე რომ, შეგიძლიათ თავისუფლად ისაუბროთ.

1. რამდენი წლის ბრძანდებით? წლის
2. სად ცხოვრობთ?
3. თქვენი ეთნიკური კუთვნილება
4. ხართ თუ არა ქორწინებაში? დაქორწინებული
 ცხოვრობთ პარტნიორთან ერთად
 პარტნიორის გარეშე
 სხვა, დააკონკრეტეთ
5. გაქვთ სამედიცინო დაზღვევა? დიახ არა
 - ა. თუ გაქვთ, მიუთითეთ სადაზღვევო კომპანიის დასახელება:
 - ბ. ფარავს თუ არა დაზღვევა მშობიარობის ყველა ხარჯს?
 დიახ არა
6. ეს თქვენთვის პირველი მშობიარობა იყო? დიახ არა
თუ არა, ... 2...3...4..
7. დადიოდით თუ არა ქალთა კონსულტაციაში ორსულობის პერიოდში? დიახ არა
 - ა. თუ დადიოდით, სად?
 - ბ. რა სიხშირით დადიოდით? ჯერ
 - გ. თვლიდით მას სასარგებლოდ? დიახ არაგთხოვთ განმარტოთ:

დ. მიიღეთ თუ არა ადეკვატური ინფორმაცია?

დიახ არა

ე. რაიმე სახის ინფორმაცია ხომ არ დაგაკლდათ?

დიახ არა

ვ. თუ არა, გთხოვთ განმარტოთ.

.....

8. გქონდათ თუ არა ნორმალური ფიზიოლოგიური მშობიარობა?

- ნორმალური ფიზიოლოგიური მშობიარობა
- მშობიარობა მაშუბის დახმარებით
- მშობიარობა ვაკუუმის დახმარებით
- საკეისრო კვეთა

ნაწილი 2: კითხვები საკეისრო კვეთით ნამშობიარეები ქალებისათვის

9. აქამდე საკეისრო კვეთა ჩაგტარებიათ?

დიახ არა

ა. თუ ჩაგტარებიათ, რამდენი?

...

ბ. სულ რამდენი მშობიარობიდან? ...

გ. როდის იყო წინა საკეისრო?

...

10. რა სახის ანესთეზია გაგიკეთდათ საკეისრო კვეთისას?

11. მიმდინარე საკეისრო კვეთის დროს როგორი იყო თქვენი განცდა?

(ალაპარაკეთ კლიენტი საკუთარ განცდებზე; ნებისმიერი პასუხი საგულისხმოა; გთხოვთ ჩაიწეროთ მთავარი მომენტები)

.....

.....

12. როდის მიიღეთ საკეისრო კვეთის გაკეთების გადაწყვეტილება - ორსულობის პერიოდში თუ მშობიარობის დაწყებისას?

ორსულობის პერიოდში (ა)

მშობიარობის დაწყებისას (ბ)

ა. იმ შემთხვევაში, თუ გადაწყვეტილება მიღებული იყო ორსულობის პერიოდში:

ა.1 რა ეტაპზე? ორსულობის . . . თვე/ ... კვირა

ა.2 რა იყო საკეისრო კვეთის არჩევის მთავარი მიზეზი?

.....

ა.3 ვისი გადაწყვეტილება იყო ეს?

.....

ა.4 იმ დროს კმაყოფილი იყავით თუ არა ამ გადაწყვეტილებით?

.....

ა.5 დღეს ხართ თუ არა კმაყოფილი, რომ ფიზიოლოგიური მშობიარობის ნაცვლად საკეისრო კვეთა ჩაგიტარდათ?

.....

ბ. იმ შემთხვევაში, თუ გადაწყვეტილება მიღებული იყო მშობიარობის დაწყების შემდეგ:

ბ.1 გთხოვთ აღწეროთ რა მოხდა.

.....

ბ.2 მშობიარობის რა ეტაპზე იქნა მიღებული საკეისრო კვეთის გაკეთების გადაწყვეტილება?

.....

ბ.3 რა იყო საკეისრო კვეთის არჩევის მთავარი მიზეზი?

.....

ბ.4 ვისი გადაწყვეტილება იყო ეს?

.....

13. გადაწყვეტილების მიღებამდე გქონდათ რაიმე ინფორმაცია საკუთარ კვეთასთან დაკავშირებით?

დიახ, ბევრი ძალიან ცოტა არა

ა. იცოდით, რას გულისხმობს ის?

დიახ, ძალიან კარგად ნაწილობრივ არა

ბ. იცოდით საკუთარ კვეთების ჩატარების მიზეზები?

დიახ, ძალიან კარგად ნაწილობრივ არა

გ. ფლობდით ინფორმაციას შესაძლო სამედიცინო გართულებებზე?

დიახ, ძალიან კარგად ნაწილობრივ არა

დ. რომელი წყაროდან მიიღეთ ინფორმაცია?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> ექიმი | <input type="radio"/> ბებიაქალი |
| <input type="radio"/> ჯანდაცვის სხვა პერსონალი | <input type="radio"/> მეგობრები |
| <input type="radio"/> ოჯახის წევრები | <input type="radio"/> წიგნები |
| <input type="radio"/> პროსპექტები, ბროშურები | <input type="radio"/> TV/რადიო |
| <input type="radio"/> ინტერნეტი | <input type="radio"/> სხვა წყაროები, დააკონკრეტეთ |

14. თქვენთვის, რომ ჯანდაცვის პერსონალისგან მიღებული ინფორმაცია თქვენთვის საკმარისი იყო?

დიახ არა

ა. თუ არ არის საკმარისი, რა სახის ინფორმაციის მიღებას ისურვებდით?

.....

15. შეგიძლიათ კვლავ დაფიქრდეთ, როგორ იქნა საკუთარ კვეთაზე გადაწყვეტილება მიღებული.

(ღია საკითხი: აღაწერინეთ პროცესი, ვინ მიიღო გადაწყვეტილება, გააკეთებინეთ კომენტარი გადაწყვეტილების მიღების მომენტზე, საკუთარ კვეთებთან დაკავშირებული ინფორმაციის წყაროზე, საკითხის დადებითი და უარყოფითი მხარეების ირგვლივ მუხარეკოლოგთან ერთად მოსაზრებების განხილვაზე და სხვ.)

16. როგორ შეაფასებთ ბებიაქალისაგან მიღებულ დახმარებას?

....

17. მომდევნო ორსულობის შემთხვევაში ისურვებდით თუ არა ბავშვის საკეისრო კვეთით გაჩენას?

დიახ

არა

გთხოვთ განმარტოთ:

ნაწილი 3: დასკვნითი კითხვები

18. როგორ შეაფასებთ მოვლას, რომელიც მიიღეთ საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში?

(შეფასების საზღვრებია 1-დან 10-მდე; 1= ძალიან ცუდი და 10= ძალიან კარგი)

ა. სამშობიარო ტკივილების დროს: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ბ. მშობიარობისას: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

გ. მშობიარობის შემდეგ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო სამშობიარო ტკივილების დროს?

.....

20. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო მშობიარობის პროცესში?

.....

21. არის თუ არა რაიმე, რაც გსურდათ, რომ სხვაგვარად გაკეთებულიყო მშობიარობის შემდეგ?

.....

22. ჩვენ გვინტერესებს, რას ურჩევდით სამშობიარო სახლს (სავადმყოფოს), რა სახის მომსახურება შეიძლება გაუმჯობესდეს ორსულებისათვის? რას შემოგვთავაზებდით?

.....

.....

გმადლობთ ინტერვიუში მონაწილეობისათვის. თქვენი პასუხებითა და კომენტარებით დიდი დახმარება გაგვიწიეთ. კვლევა დასრულდება 2011 წლის მარტში, რის შემდეგაც გამოვაქვეყნებთ შედეგებს. ანგარიშში თქვენი გვარი ნახსენები არ იქნება.

დანართი 7: კითხვარი ბებიაქალებისათვის

დანესებულების დასახელება:..... სერიული ნომერი:

ინტერვიუერი: ინტერვიუს თარიღი:

შესავალი

“საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია” და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია” ატარებს კვლევებს საქართველოში ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში განხორციელებულ მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ჩვენ გვინდა მივიღოთ მეტი ინფორმაცია საკეისრო კვეთების შესახებ, ბებიაქალების, მეან/გინეკოლოგებისა და კლიენტების (ქალების) მოსაზრებების შესახებ. ჩვენ შევარჩიეთ თქვენი კანდიდატურა ინტერვიუსათვის, რომელსაც დასჭირდება 20-30 წუთი. ყველა პასუხი იქნება კონფიდენციალური და დამუშავდება ანონიმურად, ასე რომ, შეგიძლიათ თავისუფლად ისაუბროთ. პირველი შეკითხვები ეხება თქვენი, როგორც ბებიაქალის, სამუშაოს სამშობიარო სახლში (ნაწილი 1). მომდევნო კითხვები ეხება თქვენს თვალსაზრისს და გამოცდილებას საკეისრო კვეთებში (ნაწილები 2 და 3). ინტერვიუ ბოლოვდება ზოგადი შეკითხვებით (ნაწილი 4).

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია

1. რამდენი წლის ბრძანდებით? ... წლის
2. ბებიაქალად მუშაობის რამდენი წლის გამოცდილება გაქვთ? ... წლის
3. რამდენი წელია, რაც ამ დაწესებულებაში მუშაობთ? ... წელი
4. რომელ ტრენინგებში და სემინარებში მიგიღიათ მონაწილეობა უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში (ტრენინგის დასახელება, მიზანი და წელი)?

ნაწილი 2: თქვენი, როგორც პროფესიონალი ბებიაქალის, როლი

5. მუშაობის პროცესში რეალურად ასრულებთ თუ არა რაიმე როლს იმ ორსული ქალების ანტენატალური მოვლის პერიოდში, რომლებიც მოდიან თქვენს სამშობიარო სახლში/საავადმყოფოში?

დიახ არა

ა. თუ ასრულებთ, დააკონკრეტეთ, რას აკეთებთ?

ბ. თუ არ ასრულებთ, ხედავთ თუ არა ბებიაქალის როლს ანტენატალური მოვლის პერიოდში?

დიახ არა

გ. თუ ხედავთ, გთხოვთ დააკონკრეტოთ

დ. თქვენი აზრით, რისი გაუმჯობესება შეიძლებოდა მომსახურების თვალსაზრისით ანტენატალურ პერიოდში?

.....

6. ბუნებრივი/ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში, თქვენი სამუშაოს ფარგლებში, როგორია თქვენი ფაქტობრივი როლი ქალის სამშობიარო ტკივილებისა და მშობიარობის პროცესში?

გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

ა. როგორ ფიქრობთ, როდესაც პაციენტს სამშობიარო ტკივილები ან მშობიარობა ეწყება, თქვენ, როგორც ბებიაქალს, უფრო მეტის გაკეთება შეგიძლიათ, ვიდრე აკეთებთ?

დიახ

არა

განმარტეთ:

ბ. თქვენი აზრით, რას გააკეთებდით სხვაგვარად?

.....

გ. არის კიდევ რაიმე, რისი გაუმჯობესებაც არის შესაძლებელი სამშობიარო ტკივილების/ მშობიარობის პროცესში?

დააკონკრეტეთ:

7. როგორია თქვენი ფაქტობრივი როლი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში?

გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

ა. ფიქრობთ, რომ, როგორც ბებიაქალს, საკეისრო კვეთის შემთხვევაში უფრო მეტის გაკეთება შეგიძლიათ, ვიდრე აკეთებთ?

დიახ

არა

ახსენით:

ბ. არის კიდევ რაიმე საკეისრო კვეთის პროცესში, რისი გაუმჯობესებაც თქვენი აზრით შესაძლებელია?

დააკონკრეტეთ:

8. როგორია თქვენი ფაქტობრივი როლი მშობიარობის შემდგომი 2 საათის განმავლობაში ?

გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

ა) ფიქრობთ, რომ მეტის გაკეთება შეგიძლიათ?

დიახ არა

ახსენით:

ბ) თქვენი აზრით, რას გააკეთებდით სხვაგვარად?

გ) არის კიდევ რაიმე, რისი გაუმჯობესებაც შესაძლებელია მშობიარობის შემდგომი 2 საათის განმავლობაში?

დააკონკრეტეთ:

9. როგორია თქვენი ფაქტობრივი როლი პოსტნატალური მოვლის პერიოდში?_

გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

ა) ფიქრობთ, რომ პოსტნატალურ პერიოდში, როგორც ბებიას, უფრო მეტის გაკეთება შეგიძლიათ, ვიდრე აკეთებთ?

დიახ არა

განმარტეთ:

ბ) თქვენი აზრით, რისი გაკეთება შეგიძლიათ სხვაგვარად?

გ) თქვენი აზრით, კიდევ რისი გაუმჯობესებაა შესაძლებელი პოსტნატალურ პერიოდში?

დააკონკრეტეთ:

ნაწილი 3: თქვენი გამოცდილება საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით

10. უკანასკნელ წლებში რა ტენდენციას ამჩნევთ თქვენს სამშობიარო სახლში (საავადმყოფოში) განხორციელებული საკეისრო კვეთების კუთხით?

კლება არანაირი ტენდენცია ზრდა

ა. გთხოვთ აღწეროთ სიტუაცია.

.....

11. ზოგჯერ კლიენტები თვითონ ითხოვენ საკეისრო კვეთას. თქვენი აზრით, რა არის ამის უმთავრესი მიზეზები? (ჩამოთვალეთ ყველა მათგანი მნიშვნელობის რიგის მიხედვით)

1.....

2.....

3.....

12. თქვენი აზრით, შესაძლებელი იყო თუ არა თქვენს სამშობიაროში/საავადმყოფოში განხორციელებული საკეისრო კვეთების თავიდან აცილება?

დიახ არა

ა) თუ შესაძლებელი იყო, ახსენით:

13. ზოგადად ფიქრობთ, რომ საკეისრო კვეთის ჩატარების კრიტერიუმები საკმარისად არის ახსნილი ქალისათვის და მისი პარტნიორისათვის/ოჯახისათვის)?

დიახ, ყოველთვის ზოგჯერ არა

ა) ახსენით:

14. მონაწილეობთ თუ არა ფიზიოლოგიურ/საკეისრო კვეთით მშობიარობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღებაში?

დიახ, მუდამ ზოგჯერ არასდროს

ა) გთხოვთ გააკეთოთ კონმენტარი

15. თქვენთვის ყოველთვის ცნობილია საკეისრო კვეთის განხორციელების მიზეზი?

დიახ ზოგჯერ არასდროს

ა) გააკეთეთ კომენტარი

16. ყოფილა თუ არა ოდესმე შემთხვევა, როდესაც მენ/გინეკოლოგი დაინტერესებულა თქვენი აზრით საკეისრო კვეთის მიზანშეწონილობასთან დაკავშირებით?

დიახ იშვიათად არასოდეს

ა) დააკონკრეტეთ

17. ფიქრობთ, რომ თქვენ, როგორც ბეზიაქალი, შეიძლება რაიმე როლს თამაშობდეთ საკეისრო კვეთის ჩატარებაზე გადაწყვეტილების მიღების დროს?

დიახ არ ვარ დარწმუნებული არა

ა) გთხოვთ დააკონკრეტოთ

ნაწილი 4: ზოგადი დასკვნითი კითხვები

18. თქვენს კომპეტენციაში რომ შედიოდა თქვენს სამშობიარო სახლში დედათა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების ფორმულირება ან შეცვლა, რას შესთავაზებდით?

.....

19. თქვენს კომპეტენციაში რომ შედიოდა საკუთარ ვეებთან დაკავშირებული რეკომენდაციების ფორმულირება, რას შესთავაზებდით?

.....

გმადლობთ ინტერვიუში მონაწილეობისათვის. თქვენი პასუხებითა და კომენტარებით დიდი დახმარება გაგვიწიეთ. კვლევა დასრულდება 2011 წლის მარტში, რის შემდეგაც გამოვაქვეყნებთ შედეგებს. ანგარიში თქვენი გვარი ნახსენები არ იქნება.

დანართი 8: კითხვარი მეან/გინეკოლოგებისათვის

დანესებულების დასახელება სერიული ნომერი:

ინტერვიუერის გვარი: ინტერვიუს ადების თარიღი:

შესავალი

“საქართველოს ბებიქალთა ასოციაცია” და “საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა” ასოციაცია აწარმოებს კვლევას საკეისრო კვეთების სფეროში. ჩვენ გვინტერესებს საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის დადგენა საქართველოში, ასევე ბებიქალების, მეან/გინეკოლოგებისა და კლიენტების (ქალების) მოსაზრებები საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით. ჩვენ შევარჩიეთ თქვენი კანდიდატურა ინტერვიუსათვის, რომელსაც დასჭირდება 20-30 წუთი. პასუხები იქნება კონფიდენციალური, დამუშავდება ანონიმურად. პირველი შეკითხვები ზოგადი ხასიათისაა. ისინი ეხება თქვენს, როგორც მეან/გინეკოლოგის, სამუშაოს ამ სამშობიარო სახლში (შეკითხვები 1-5). მომდევნო კითხვები ეხება თქვენს თვალსაზრისს მეანობის მდგომარეობაზე და ბებიქალების როლზე დედათა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში (შეკითხვები 6-11). მესამე ნაწილი ეხება საკეისრო კვეთებს საქართველოში და თქვენს სამშობიაროში (შეკითხვები 12-17). ინტერვიუ ბოლოვდება ზოგადი შეკითხვებით.

ნაწილი 1: ზოგადი ინფორმაცია

1. რამდენი წლის ბრძანდებით? წლის
2. რამდენი წლის გამოცდილება გაქვთ როგორც მეან-გინეკოლოგს? წლის
3. რამდენი წელია, რაც ამ დაწესებულებაში მუშაობთ? წელი
4. მუშაობთ კიდევ სხვაგან?
 - ა) თუ მუშაობთ, გთხოვთ მიუთითოთ - სად?
5. რომელ ტრენინგში ან სემინარში მონაწილეობდით უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე? (ტრენინგის სახელი, მიზანი და წელი) (ჩამონათვალი)
 - ა) თუ უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე არ მიგიღიათ სემინარებში ან ტრენინგებში მონაწილეობა, როდის იყო ბოლო ტრენინგი?
6. პრაქტიკის დროს როგორც მეან/გინეკოლოგს:
 - ა) როდის გქონდათ უკანასკნელი თათბირი ბებიქალებთან?
 - ბ) რა იყო თათბირის თემა?
7. აძლევთ თუ არა ბებიქალს პარტოგრაფის შევსების უფლებას?
8. აძლევთ თუ არა ბებიქალს უფლებას, დამოუკიდებლად განახორციელოს მშობიარობის მესამე ეტაპის აქტიური მართვა?

9. აძლევთ თუ არა ბეზიაქალს უფლებას მონაწილეობა მიიღოს “თბილი ჯაჭვის” პროცესში?

10. თქვენი აზრით, როგორია ბეზიაქალის ანსებული როლი საკვისრო კვეთის ჩატარებდან 2 საათის განმავლობაში?

გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

ა) ფიქრობთ, რომ მას მეტის გაკეთება შეუძლია?

დიახ

არა

განმარტეთ:

ბ) თქვენი აზრით, რა როლს შეიძლება ასრულებდეს ბეზიაქალი მშობიარობის შემდგომი 2 საათის განმავლობაში?

10.1. თქვენი აზრით, რისი გაუმჯობესება შეიძლება:

ა) ანტენატალურ პერიოდში განხორციელებული მოვლის მხრივ? გთხოვთ დააკონკრეტოთ.

ბ) ჭინთვებისა და მშობიარობის პროცესში განხორციელებული მოვლის მხრივ? გთხოვთ დააკონკრეტოთ.

გ) საკვისრო კვეთის პროცესში განხორციელებული მოვლის მხრივ? გთხოვთ დააკონკრეტოთ

დ) მშობიარობის შემდგომი 2 საათის განმავლობაში განხორციელებული მოვლის მხრივ?

ე) მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განხორციელებული მოვლის მხრივ?

ნაწილი 3: პოზიციები საკვისრო კვეთასთან დაკავშირებით

11. რამდენადაც თქვენთვისაა ცნობილი, უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე გაიზარდა თუ არა საქართველოში საკვისრო კვეთების მაჩვენებელი?

ა) თუ გაიზარდა, რა შეიძლება იყოს ამის მთავარი მიზეზები?

(ჩამონათვალი გააკეთეთ შემდეგი მიმდევრობით: პირველი, მეორეა.შ.)

ბ) როგორ შეიძლება ამ ზრდის ახსნა სამედიცინო/სოციალური/სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით?

12. თქვენი აზრით, არის თუ არა საქართველოში საკეისრო კვეთების მაჩვენებელზე რეაგირების საჭიროება?

13. თქვენი აზრით, რა შეიძლება გაკეთდეს საკეისრო კვეთების ზრდის შესაჩერებლად ანუ საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებლის შესამცირებლად?

(ღია საკითხი, მათ უნდა დაასახელონ, სულ მცირე, 2 ან 3 ვარიანტი)

14. ხართ თუ არა ინფორმირებული საკეისრო კვეთების საერთაშორისო რეკომენდებულ სტანდარტებზე?

(ჰკითხეთ რეკომენდებული სტანდარტების დიაპაზონზე)

15. იცნობთ თუ არა თქვენს სამშობიარო სახლში ჩატარებული საკეისრო კვეთების მაჩვენებელს?

(ჩაინერეთ მათი პასუხი)

16. პრობლემურია თუ არა საკეისრო კვეთების რაოდენობა თქვენს სამშობიაროში?

ა) თუ პრობლემურია, როგორ და ვის მიერ უნდა მოხდეს მასზე რეაგირება?

(დააკონკრეტეთ: მენეჯმენტი, ექიმები, განყოფილების უფროსი, ბებიაქალები და სხვ.)

ბ) თუ არ არის პრობლემა, ახსენით რატომ?

ნაწილი 4: ზოგადი დასკვნითი კითხვები

17 თქვენს უფლებმოსილებაში რომ შედიოდეს დედათა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ცვლილებების განხორციელება, რამეს შეცვლიდით?

დიახ

არა

არ ვიცი

ა) თუ შეცვლიდით, გთხოვთ დააკონკრეტოთ:

1.....

2.....

3.....

ბ) თუ არ შეცვლიდით, ახსენით, რატომ?

18. თქვენს უფლებმოსილებაში რომ შედიოდა საკუთარ კვლევებთან დაკავშირებული რეკომენდაციების ფორმულირება, რას შესთავაზებდით?

.....

გმაღლობთ ინტერვიუში მონაწილეობისათვის. თქვენი პასუხებითა და კომენტარებით დიდი დახმარება გაგვინიჭეთ. კვლევა დასრულდება 2011 წლის მარტში, რის შემდეგაც გამოვაქვეყნებთ შედეგებს. თუ გსურთ ინფორმაციის მიღება კვლევის შედეგების შესახებ, გვაცნობეთ თქვენი საკონტაქტო დეტალები (email/მეილის მისამართი)

დანართი 9: მკვლევართა ჯგუფის შემადგენლობა

ცხრილი 16: მკვლევართა ჯგუფის შემადგენლობა და ფუნქციები	
მონაწილეები	როლები, პასუხისმგებლობები
<p>გვამაყებლები (“საქართველოს გვამაყებლები ასოციაცია”)</p> <p>მანანა ხვედიაშვილი, ლელა საბაძე, თამარ ბერძული, ნატო სვანაძე, ელზა კუნელაშვილი, ქეთევან ხატიაშვილი, რუსუდან შავლიძე, გუგული ნაკაშიძე, ბელა მჭედლიშვილი, შორენა გახუტაშვილი, ლია ბაბალაშვილი, მარინა გვასალია და დიანა ჭიაურელი</p>	<p>მოქმედებენ, როგორც სამეცნიერო ასისტენტები დაგეგმვაში, მონაცემების შეგროვებაში, შეტანაში, ანალიზში და ანგარიშის წარდგენაში.</p>
<p>მკვლევარები (“საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია”)</p> <p>ლელა შენგელია (მთავარი მკვლევარი), ეკა გაგუა, დალი ჩიტაშვილი</p>	<p>მთავარი მკვლევარი მოქმედებს, როგორც ჯგუფის ხელმძღვანელი კვლევის მთელი პროცესის განმავლობაში (დაგეგმვიდან ანგარიშის წარდგენამდე) და პასუხისმგებელია ხარისხის კონტროლზე. დაგეგმვაში, მონაცემების შეგროვებაში და ანალიზში მონაწილე მკვლევარები მოქმედებდნენ, როგორც ჯგუფის ხელმძღვანელები სავსე სამუშაოების წარმოებისას.</p>
<p>ადმინისტრატორი (ჰერა XXI)</p> <p>ნინო წულეისკირი</p> <p>თამარ ქაჩლიშვილი</p>	<p>პასუხისმგებელი სამშობიარო სახლის მმართველობასთან/ დირექტორებთან მოლაპარაკების პროცესზე (ნებართვის მოპოვებაზე) და ადმინისტრაციული და საფინანსო საკითხების მოგვარებაზე კვლევის მთელი პერიოდის განმავლობაში.</p>
<p>სარეზერვო პირები (ETC Crystal)</p> <p>ლეონ ბიჭლმეიკერსი, ესტერ იურგენსი</p>	<p>ტექტექნიკური ხელმძღვანელობისა და დახმარების უზრუნველყოფა კვლევის დაგეგმვის, მონაცემების ანალიზისა და ანგარიშის წარდგენის პროცესში; სამეცნიერო ასისტენტებისა და მკვლევარების უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემების კვლევითი ტრენინგით.</p>
<p>სხვა სარეზერვო პირები (“საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია”)</p> <p>თენგიზ ასათიანი</p>	<p>ტექნიკური ხელმძღვანელობისა და დახმარების უზრუნველყოფა კვლევის დაგეგმვისა და მონაცემების ანალიზის პროცესში.</p>

დანართი 10: მშობიარობის ტიპები საქართველოში (2000-2010)

ცხრილი 17: მშობიარობის ტიპების ვადანაწილება საქართველოში (2000-2010)

წყარო: საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის ანგარიშები (2003-2010) და ამავე ცენტრის ვებგვერდი (2000-2002)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
მშობიარობათა საერთო რაოდ.	47 191	46 370	45 263	44 396	46 734	47 246	48 181	49 626	56 096	61 656	NA
მშობიარობათა საერთო რაოდ. ჯანდაცვის დაწესებულებებში	45 156	44 787	44 091	43 170	45 554	46 365	47 593	49 317	55 850	61 441	61 653
მშობიარობათა საერთო რაოდ. ჯანდაცვის დაწესებულების ფარგლებს გარეთ	2 035	1 583	1 172	1 226	1 180	881	309	246	215	NA	NA
ფიზიოლოგიური მშობიარობა (სტაციონარ. მშობიარობა)	35 711 (79.1)	35 766 (79.9)	34 593 (78.5)	33 193 (76.9)	33 437 (73.4)	33 041 (71.3)	33 039 (69.4%)	33 692 (68.3%)	37 643 (67.4%)	39 539 (64.4%)	39 067 (63%)
პათოლოგიური მშობიარობა (სტაციონარ. მშობიარობა)	5 545 (12.3%)	4 243 (9.5%)	3 910 (8.9%)	3 718 (8.6%)	4 324 (9.4%)	4 251 (9.2%)	4 620 (9.7%)	4 617 (9.4%)	4 337 (7.8%)	4 180 (6.8%)	3 168 (5.5%)
საკეისრო კვეთების საერთო რაოდენობა	4 382 (9.3%)	4 778 (10.3)	5 504 (12.2)	6 259 (14.1%)	7 793 (17.1%)	9 073 (19.6%)	9 934 (20.9%)	11 008 (22.3%)	13 870 (24.8%)	17 722 (28.8%)	19 418 (31.5%)
დაგეგმილი	2 035 (46.4%)	2 164 (45.2)	2 585 (46.9)	3 160 (50.5%)	3 989 (51.1%)	4 471 (49.2%)	4 911 (49.3%)	5 304 (48.1%)	6 934 (49.9%)	8 498 (47.9%)	10 218 (52.6%)
დაგეგმილი I	1 164	1 306	1 662	1 940	2 620	2 791	3 046	3 150	4 034	5 065	6 225
დაგეგმილი განმეორებითი	871	858	923	1 220	1 369	1 680	1 865	2 154	2 900	3 433	3 993
გადაუდებელი საკეისრო კვეთა	2 347	2 614	2 904	3 099 (49.5%)	3 766 (48.3%)	4 580 (50.5%)	5 003 (50.4%)	5 640 (51.2%)	6 936 (50.0%)	9 224 (52.0%)	9 200 (47.3%)
I გადაუდებელი	1 754	1 932	2 179	2 340	2 556	3 335	3 726	4 172	5 176	6 975	6 495
განმეორებითი გადაუდებელი	593	682	725	759	1 210	1 245	1 277	1 468	1 760	2 249	2 705
დაუდგენელი საკეისრო კვეთა	0	0	0	0	38	22	20	64	0	0	

დანართი 11: ჯანდაცვის დაწესებულებებში ჩატარებულ მშობიარობათა ტიპები ნაყოფის კეფით-წინ მდებარეობით

ცხრილი 18: ნაყოფის კეფით-წინ მდებარეობა, მშობიარობის ტიპების, ორსულობის პერიოდისა და სტიმულაციის მიხედვით

	ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ სტიმულაციით (> 37 კვირა)				ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ სტიმულაციის გარეშე (> 37 კვირა)				ნაყოფის მდებარეობა – კეფით-წინ სტიმულაციის გარეშე (< 37 კვირა)			
	შ.პ.ს.	კერძო	სს	სულ	შ.პ.ს.	კერძო	სს	სულ	შ.პ.ს.	კერძო	სს	სულ
ფიზიოლოგიური მშობიარობა	1	17	0	18	348	975	550	1873	10	27	17	54
საკეისრო კვეთა	3	23	15	41	49	365	190	604	3	22	13	38
ჯამი	4	40	15	59	397	1340	740	2477	13	49	30	92

კვლევა ჩატარდა პროექტის:
“ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესება:
ბებიაქალების ცოდნისა და უნარების განახლება საქართველოში”
ფარგლებში.

პროექტი დაფინანსებულია, ნიდერლანდების
საგარეო საქმეთა სამინისტროს,
სოციალური ტრანსფორმაციის პროგრამა
„მატრა“-ს მიერ.

