



USAID
აშერისებრ ხალხისგან



ნაწილი II

რეპარატურული
ასაკის
სიკვდილის მოზის
კვლევა

RAMOS
საქართველო 2008

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილის გამოვლენა

საქართველო, 2008

ნაბილი II

ავტორები:
**ფლორინა საჩავასეუ
მარიალა ჭავჭავაძე
მარინა გახნაზაროვა
ლან უბლიაშვილი
ნინო გარეული
სინეთია ბარგი**

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი (დკეც)
სტატისტიკის დეპარტამენტი, ეკონომიკის განვითარების სამინისტრო
თბილისი, საქართველო

ჯეი-ეს-აი-ს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტი (ჯეი-ეს-აი)
ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID)

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტი,
დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (CDC)
ატლანტა, ჯორჯია, აშშ



სექტემბერი, 2009



2008 წლის რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა განხორციელდა და წინამდებარე დოკუმენტი მომზადდა ამერიკის შერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით. აღნიშნულ დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები გამოხატავს ავტორების შეხედულებებს და არ უნდა იქნას განხილული, როგორც ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) შეხედულებები.

მაღლობა

2008 წლის რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა განხორციელდა ჯეი-ეს-აი-ს კველევისა და სწავლების ინსტიტუტის პროექტის “ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამა საქართველოში” და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და ეკონომიკური განვითარების სამინისტროებთან თანამშრომლობით. აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებამ უზრუნველყო ტექნიკური დახმარება კვლევის დიზაინის, კითხვარების შემუშავების, ტრენინგის, მონაცემთა დამუშავებისა და ანგარიშის მომზადების თვალსაზრისით. კვლევას უძლევებოდნენ ქ-ნი ფლორინა სერბანესკუ (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები) და ქ-ნი მარიელა ტეფტი (ჯეი-ეს-აი-ს ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამა საქართველოში).

კვლევა განხორციელდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ფინანსური დახმარებით. განსაკუთრებული მადლიერება გვსურს გამოვხატოთ ქ-ნ ენ პეტერსონის, ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების საქართველოს ოფისის დირექტორის და ქ-ნ თამარ სირბილაძის, ჯანმრთელობისა და ინფექციური დაავადებების მთავარი მრჩევლის მიმართ მათი მუდმივი და ყოველმხრივი მხარდაჭერისათვის.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ჯეი-ეს-აი-ს თანამშრომლებს, მათ შორის ქ-ნ ნინო ბერძულს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მთავარ ტექნიკური მრჩეველს, ქ-ნ ნენსი ჰარისს, ვიცე პრეზიდენტს, ბ-ნ ქართლოს კანკაძეს, პროექტის დირექტორს, ქ-ნ ნინო ლომიას, პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების მრჩეველს და ქ-ნ ხათუნა ყუფარაძეს, პროგრამის კონსულტანტს კვლევის განხორციელების, ანგარიშის მომზადებისა და შედეგების გავრცელებისათვის.

დიდ მადლობას ვუხდით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, კერძოდ, ბ-ნ ალექსანდრე კვიტაშვილს, მინისტრს და ქ-ნ ვერა ბაზიარს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებში მრჩეველს, ასევე, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებს, მათ შორის ბ-ნ პაატა იმნაძეს, დირექტორს, ქ-ნ მანანა ცინცაძეს, დირექტორის მოადგილეს, ქ-ნ მარინა შახნაზაროვას, მოხაცემთა ახალიზის განყოფილების უფროსს და ბ-ნ კონსაფანტინე კაზანჯიანს, მოხაცემთა ბაზის მენეჯერს კვლევის განხორციელებაში შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილისათვის.

ჩვენი მადლიერება ასევე ვრცელდება ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის უფროსზე, ბ-ნ გრიგოლ ფანცულაიასა და უფროსის მოადგილეზე, ბ-ნ იოსებ არჩვაძეზე, საქართველოს მენ-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტზე, ბ-ნ თენგიზ ასათიანზე, ეროვნული სკრინინგ ცენტრის დირექტორზე, ბ-ნ რემა ღვამიჩავაზე და კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებათა ყველა თანამშრომელზე მოხაცემთა შეგროვების ფაზაში მათი ნაყოფიერი თანამშრომლობისათვის.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ასევე ჩვენს კვალიფიციურ ინტერვიუერებს, მონაცემთა შეცვანის ოპერატორებს, გარდაცვალების სერტიფიკატების შემზებ ექიმებსა და კოდირების ექსპერტს თავდაუზოგავი შრომისა და მაღალი პასუხისმგებლობით შესრულებული სამუშაოსათვის. დიდ მადლობას ვუხდით ასევე ყველა იმ პირს, ვინც წვლილი შეიტანა კვლევის განხორციელებასა და წინამდებარე ანგარიშის მომზადებაში.

სარჩევი

თავი 1. შესავალი	7
1.1 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში	8
1.2 დედათა სიკვდილიანობა საქართველოში	11
1.3 სიკვდილის შემთხვევის სერტიფიცირება	13
1.4 მონაწილე ორგანიზაციები და ამოცანები	14
თავი 2. მეთოდები	17
2.1 კვლევის დიზაინი	17
2.2 შემთხვევის გამოვლენა	18
2.3 კვლევის კითხვარი	21
2.4 მონაცემთა შეგროვება და მართვა	24
თავი 3. რეპროდუქციული ასაქის ყველა კალის სიკვდილიანობა	26
3.1 სიკვდილიანობის განაწილება მახასიათებლების მიხედვით	26
3.2 სიკვდილიანობის ფრაქციები ძირითადი მიზეზების მიხედვით 15-49 წლის ასაკის ქალთა შორის	29
3.3 სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ძირითადი მიზეზების მიხედვით 15-44 წლის ასაკის ქალთა შორის	33
3.4 გარდაცვალების ადგილი	35
3.5 ჯანდაცვის სერვისების გამოყენება სიკვდილის წინა პერიოდში	36
თავი 4. ეპლია სიკვდილიანობა რჩეულობის ძროს და რჩეულობის შემდგროვნების კარიოლი	37
4.1 ტერმინების განმარტება	37
4.2 ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში გარდაცვლილ ქალთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები	38
4.3 სიკვდილიანობის ტიპი და დროის ინტერვალი ორსულობის დასრულებასა და სიკვდილს შორის	41
4.4 დედათა სიკვდილიანობა და ორსულობის გამოსავალი	43
4.5 დედათა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები	44

4.6 დედათა სიკვდილიანობა რეპროდუქციული ისტორიის მიხედვით	46
4.7 ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა სიკვდილის წინა პერიოდში	48
4.8 ოფიციალურ სტატისტიკასთან შედარება	50
4.9 დედათა სიკვდილის რისკი სიცოცხლის განმავლობაში	54
თავი 5. ქვლევის გნოვნებობა საზოგადოებრივი ჯაღებების თვალსაზრისით	56
5.1 დედათა სიკვდილიანობის გაზომვა	57
5.2 პრევენციული პრაქტიკა	60
5.3 კლინიკური მომსახურება	61
გამოყენებული ლიტერატურა	64
დანართი 1: სირზიფიცირების ფორმა	66
დანართი 2: მონაცემები რჩებული მომსახურების შესახებ	67
დანართი 3: სავალი სამართლი, მონაცემთა გაყვანა და დამუშავება	68

თავი I შესავალი

მსოფლიოში ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზთა შორის მეორე ადგილზეა. ყოველწლიურად 500 000-ზე მეტი ქალი კვდება ორსულობისა და მშობიარობის გართულებების გამო და, ამასთან, 15-20 მილიონი ქალის ჯანმრთელობა მნიშვნელოვნად ზიანდება ორსულობის შემდგომი გართულებების შედეგად. აღნიშნული სიკვდილიანობის თითქმის ყველა შემთხვევას (99%) ადგილი აქვს განვითარებად ქვეყნებში. დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების დინამიკის სათანადო შეფასება შეუძლებელია არსებული სტატისტიკის პირობებში, განსაკუთრებით ისეთ ადგილებში, სადაც ამ მხრივ სიტუაცია გამოხატულად მძიმეა.

დედათა სიკვდილიანობის შესახებ მაღალი ხარისხის მონაცემების არსებობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტად მისი აღიარების ერთადერთ გზას წარმოადგენს. 1980-იანი წლების მეორე ნახევარში დაწყებული უსაფრთხო დედობის ინიციატივის, 1990-იანი წლების შუა პერიოდში მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის მიერ შემუშავებული სამოქმედო პროგრამისა და ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიერ ამოცანად დედათა სიკვდილიანობის 75%-ით შემცირების დასახვის შედეგად დედათა სიკვდილიანობის შეფასების მიმართ ინტერესი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინდიკატორი – ფართოდ მერყეობს განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის (Hill et al., 2001). ამასთან, ის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველაზე ძნელად გაზომვადი ინდიკატორია ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში.

დედათა სიკვდილიანობის შეფასების გაუმჯობესება იმ ქვეყნებში, სადაც ადგილი აქვს ზოგადად სიკვდილიანობის არასრულფასოვან აღრიცხვასა და სიკვდილის მიზეზის დადგენის არასწორ პრაქტიკას, შეიძლება მიღწეულ იქნას ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემისა და დემოგრაფიული სტატისტიკის გაუმჯობესებისა და სპეციალური კვლევების განხორციელების საშუალებით. პოპულაციაზე დაფუძნებული პერიოდული კვლევები, როგორიცაა რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა (RAMOS) ან მოსახლეობის აღწერაზე დამყარებული სიკვდილიანობის კვლევები, დედათა სიკვდილიანობის შეფასების საიმედო აღტერნატივასა და დედათა სიკვდილის გარემოების შესახებ უფრო დეტალური ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს.

წინამდებარე ანგარიში წარმოგვიდგენს აღმოსავლეთ ევროპასა და დამოუკიდებელი ქვეყნების თანამეგობრობის (დსთ) ფარგლებში პირველად ჩატარებული ეროვნული მასშტაბის რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგებს. ამასთან, ეს არის ევროპის მასშტაბით პირველი რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა, რომლის მიერ შესწავლილ იქნა რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალთა სიკვდილის ყველა შემთხვევა, შერჩევაზე დამყარებული მონაცემების შეგროვებისგან განსხვავებით.

1.1 ჩევროლუქციული ჯანმრთელობის გეგმიარეობა საქართველოში

საბჭოთა კუნძულის დაშლის შემდეგ საქართველოში ათწლეულზე მეტი დროის განმავლობაში მიმდინარეობდა სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური გარდაქმნები. 1995 წლიდან ქვეყნის მთავრობის ძლასისხმევით ძირეული რეფორმები იქნა გატარებული სხვადასხვა სახელმწიფო სექტორში, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროშიც. მიუხედავად ამისა, აფხაზეთისა და სამხრეთ ოსეთის სეპარატისტულ რეგიონებთან საომარი მდგომარეობის, მოსკოვის დაფინანსების შეცვეტის შემდეგ ქვეყნის ეკონომიკური კოლაფსისა და დანგრეული ინფრასტრუქტურის გამო თანმიმდევრული პროგრესის მიღწევა ვერ მოხერხდა.

საბიუჯეტო დანახარჯებში ჯანდაცვის სფეროზე გათვალისწინებული ხარჯების კლებადი წილი (საერთო ხარჯების 3.6%, 2004 წელი) განაპირობებს სამედიცინო დაწესებულებების, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მწირ დაფინანსებას (Georgian European Policy and Legal Advice Centre, 2004). ამჟამად საქართველოს – საბჭოთა პერიოდში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისა და პოლიტიკის განვითარების დარღის ერთ-ერთ თვალსაჩინო ლიდერს – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უარესი მაჩვენებლები აღენიშნება, ვიდრე საბჭოთა რეჟიმის დროს (Tsuladze et al., 2007).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებმა, რომლებიც წლების განმავლობაში სხვადასხვა საერთაშორისო დონორის მხარდაჭერით ხორციელდებოდა, მხოლოდ უკანასკნელ ხანს უზრუნველყო თანამედროვე კონტრაცეპტივებსა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მეთოდებზე ქალთა ხელმისაწვდომობის ზრდა. ხელოვნური აბორტი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩებოდა ლეგალურ, როგორც ფიზიკური, ისე ფინანსური (15 აშშ დოლარი ერთი პროცედურის საფასური) თვალსაზრისით ადვილად ხელმისაწვდომ პროცედურად და ფართოდ გამოიყენებოდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. საპირისპიროდ ამისა, მაღალი ხარისხის კონტრაცეპტიული მეთოდების გამოყენება უკანასკნელ დრომდე ლიმიტირებული იყო. საქართველოში დღემდე არ მოქმედებს ოჯახის დაგეგმვის ეროვნული პროგრამა. ამასთან, არც სახელმწიფო და არც კერძო სადაზღვევო პაკეტები არ ფარავს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას. ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ნებისმიერი საქმიანობა შენარჩუნებულია დონორული, უპირველეს ყოვლისა, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების საგენტოსა (USAID) და გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) დახმარების შედეგად.

საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია ძირითადად მოპოვებულია 1999 და 2005 წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ნაციონალური კვლევების საფუძველზე (Serbanescu et al., 2001 and 2007). აღნიშნულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ქალთა უმრავლესობა ადრეულ ასაკში თხოვდება (2005 წელს პირველ ქორნინებაში შესვლის მედიანური ასაკი იყო 21.6 წელი), ხოლო სქესობრივი კავშირის პირველ გამოცდილებას იძენს ქორნინების შემდეგ (ცხრილი 1.1). ქალების უმრავლესობა შობადობას ადრეულ ასაკში იწყებს (პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი შეადგენდა 23 წელს) და შობადობის დონე პიკს აღწევს 20-29 წლის ასაკში.

ცხრილი 1.1.
შერჩეული რეპროდუქციული ქცევები
რეპროდუქციული ქანის კვლევები: საქართველო, 1999 და 2005

სქესობრივი და რეპროდუქციული ქცევები	რეპროდუქციული ქანის კვლევა	
	1999	2005
მედიანური ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირის დროს	21.5	21.3
მედიანური ასაკი პარტნიორთან პირველი თანაცხოვრების დროს	21.6	21.6
მედიანური ასაკი პირველი მშობიარობისას	23.0	23.2
პირველი სექსუალური გამოცდილება (15-24 წლის ქალები, რომელსაც ჰქონდათ სქესობრივი გამოცდილება)		
ქორწინებამდე	3.0	2.5
ქორწინების შემდგომ	97.0	98.5
% გათხოვილი ქალები, რომელსაც აღარ სურთ მეტი შვილის ყოლა	55.2	55.0
% დაუგეგმავი ორსულობები †	63.1	62.4
% დაუგეგმავი ორსულობები, რომელიც დასრულდა აბორტით †	95.8	96.2
შობადობის ჯამური მაჩვენებელი (ერთ ქალზე)*	1.8	1.6**
ხელოვნური აბორტის ჯამური მაჩვენებელი (ერთ ქალზე)*	3.7	3.1**
ამჟამად რომელიმე კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენება(%)	24.7	28.4**
ამჟამად ქორწინებაში მყოფი	40.5	47.3**
ქორწინებაში ადრე მყოფი	2.7	4.8
ქორწინებაში არასდროს მყოფი	0.0	0.2
ამჟამად თანამედროვე კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენება(%)	12.1	16.1**
ამჟამად ქორწინებაში მყოფი	19.8	26.6 **
ქორწინებაში ადრე მყოფი	2.7	4.8
ქორწინებაში არასდროს მყოფი	0.0	0.2
თანამედროვე კონტრაცეპციის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება(%)	27.1	22.3**
ამჟამად ქორწინებაში მყოფი	44.1	37.0**
ქორწინებაში ადრე მყოფი	4.3	7.2
ქორწინებაში არასდროს მყოფი	0.1	0.0

* ნოემბერი, 1994—ოქტომბერი, 1999 და მარტი, 2000—თებერვალი, 2005.

† ყველა ორსულობა (მშობიარობა, აბორტი, ორსულობის შეწყვეტა) 60 თვეს განმავლობაში

** მნიშვნელოვანი ცვლილება 1999 და 2005 წლებს შორის, მაჩვენებელთა სხვაობის სტანდარტული ცდომილებისათვის 95% სარწმუნოობის ინტერვალის გამოყენებით.

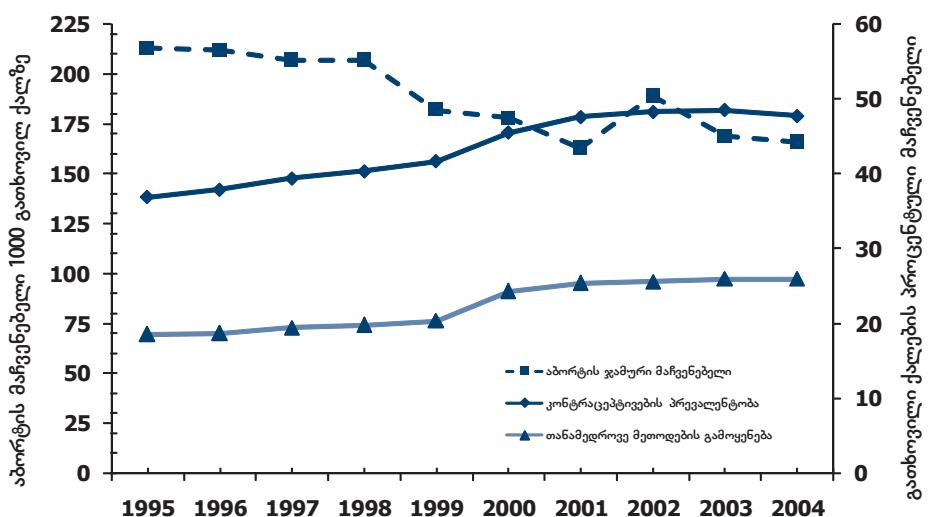
შობადობის ჯამური მაჩვენებელი, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, აღწარმოების მაჩვენებელზე დაბალია. დაუგეგმავი ორსულობის მაჩვენებელი, შექცევადი კონტრაცეპციის ძალზე ეფექტურ და უსაფრთხო მეთოდებზე მზარდი ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, რეგიონში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თითოეული კვლევის განხორციელებამდე დროის 5-წლიან პერიოდში საქართველოში ორსულობების თითქმის ორი მესამედი დაუგეგმავი იყო (შესაბამისად, 63% და 62%). ქვეყნის მასშტაბით თითქმის

ყველა დაუგეგმავი ორსულობა (96%) და ორსულობათა ნახევარზე მეტი ხელოვნური აბორტით სრულდებოდა. შედეგად, საქართველოში აღრიცხული ხელოვნური აბორტების მაჩვენებელი მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია.

თანამედროვე კონტრაცეპტიული მეთოდების გამოყენება კვლავ შეზღუდულია (27%), მიუხედავად 1999 და 2005 წლებს შორის მისი 20%-ით გაზრდისა. კერძოდ, საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენება გაიზარდა 10%-დან 12%-მდე, კონდომების გამოყენება – 6%-დან 9%-მდე, ხოლო ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება – 1%-დან 3%-მდე. ტრადიციული მეთოდების, უმთავრესად არასრული სქესობრივი აქტისა და რითმული მეთოდების გამოყენება ძირითადად უცვლელი დარჩა (21%). კონტრაცეპტივების თითქმის ყველა მომხმარებელი ქორწინებაში იმყოფება; ქორწინებაში ოდესმე და არასდროს მყოფ ქალთა შორის კონტრაცეპტივების გამოყენება თითქმის არ აღინიშნება. თანამედროვე კონტრაცეპტივების მზარდი გამოყენების მიუხედავად, ქორწინებაში მყოფი ქალების 37% რჩება დაუგეგმავი ორსულობის რისკის კვეშ, რადგან ისინი არ იყენებენ კონტრაცეპტივის ეფექტურ მეთოდებს. დაქორწინებულ წყვილთა შორის კონტრაცეპტივის დაუკავშირებელი საჭიროება ორსულობის შეზღუდვისათვის სამჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე დაუკავშირებელი მოთხოვნილება ორსულობის გადავადებისათვის (შესაბამისად, 12% და 4%) და ეს თანაფარდობა 1999 წლის შემდეგ არ შეცვლილა. სურათი 1 ასახავს კონტრაცეპტივების გამოყენების პროცენტული მაჩვენებლისა და ხელოვნური აბორტის მაჩვენებლის ცვლილებებს დროის 10-წლიან შუალედში. 1999 წლამდე აბორტის მაჩვენებელი შედარებით სტაბილური იყო და შეადგენდა 200 აბორტს 1 000 გათხოვილ ქალზე. ამასთან, გათხოვილი ქალების დაახლოებით 19% იყენებდა ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებს. 1999 წლის შემდეგ კონტრაცეპტივის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება გაიზარდა, და, შესაბამისად, აღინიშნა აბორტის მაჩვენებლის კლების ტენდენცია.

დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე, ისევე როგორც ორსულობის გამოსავალზე, გავლენას ახდენს გარკვეული ფაქტორები, როგორიცაა პრენატალური სერვისების გამოყენება, მშობიარობის ადგილი და განეული დახმარების სახე, და მშობიარობის შემდგომი ქცევა. საბჭოთა რეჟიმის დროს პერინატალური მომსახურება უფასო იყო და შედგებოდა სამი კომპონენტისაგან:

**სურათი 1.1. აბორტის ჯამშური გარემოებები და კონტრაცეპტივების
გამოყენება ერთობების მიზანის შეზღუდვის შორის.
საქართველო 1995-2004**



პრენატალური მოვლა, მშობიარობის პერიოდის მოვლა და პოსტნატალური მოვლა (US DHHS, 1999). პოსტსაბჭოთა პერიოდში ჯანდაცვის სისტემასა და მის დაფინანსებაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა გარკვეულწლად უარყოფითი გავლენა იქონია ზოგიერთი პერინატალური სერვისის მიწოდებაზე. საქართველოს ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდი სამეანო მომსახურების საპაზისო პაკეტის საშუალებით ფარავს ოთხ უფასო პრენატალურ ვიზიტს ყოველ ორსულობაზე (13, 20-22, 30-32 კვირის ორსულობის ვადებზე) და მშობიარობის ხარჯებს, მაგრამ არ ითვალისწინებს მშობიარობის შემდგომ მომსახურებას. მიუხედავად იმისა, რომ რამე სახის პრენატალური მომსახურებით სარგებლობა, ზოგადად, საკმაოდ მაღალია (95%), ორსული ქალების მხოლოდ 71% ინყებს პრენატალურ ვიზიტებს ადრეულ ეტაპზე (პირველ ტრიმესტრში) და 75% ასრულებს მინიმუმ 4 პრენატალურ ვიზიტს. ყოველი 12 მშობიარობიდან ერთი (8%) ბინაზე მშობიარობა კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გარეშე; ბინაზე მშობიარობები ყველაზე მაღალია აზერბაიჯანელ ქალებს შორის, რაც უკანასკნელ ხანს კიდევ უფრო გაიზარდა (1999 წლის 26%-დან 2005 წელს 40%-მდე). საკეისრო კვეთით მშობიარობათა წილი გაორმაგდა (1999 წლის 6%-დან 2005 წელს 13%-მდე). ამასთან, ყოველი მეხუთე საკეისრო კვეთა პაციენტის მოთხოვნით კეთდება. უკანასკნელ ხანს მშობიარობის შემდგომი მოვლის მზარდი გამოყენების მიუხედავად (1999 წლის 11%-დან 2005 წელს 22%-მდე), ეს მაჩვენებელი მაინც დაბალი რჩება და ქალების სულ უფრო მცირე რაოდენობა აღნიშნავს სრულფასოვანი კონსულტაციის (ძუძუთი კვება, კვება, ბავშვის მოვლა, იმუნიზაცია და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები) მიღების ფაქტს.

1.2 ღერძის სიკვდილის საქართველო

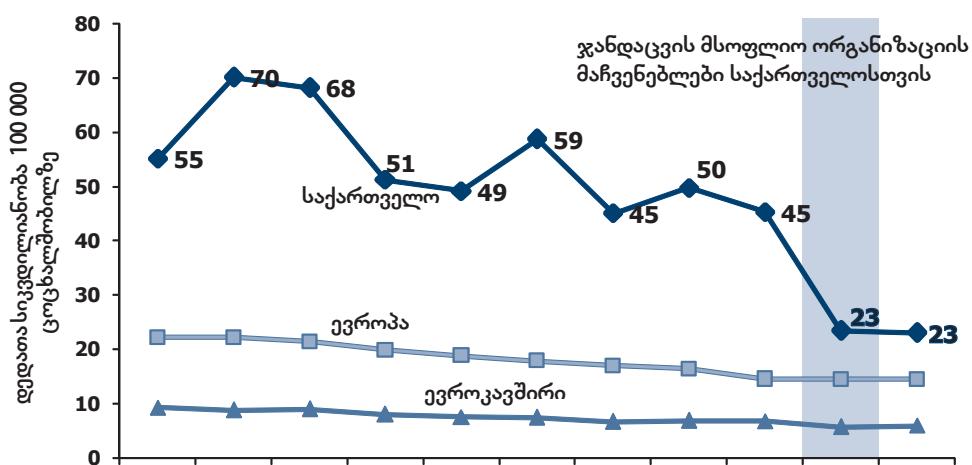
იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანმრთელობის სტატისტიკა კარგად არის განვითარებული, დედათა სიკვდილიანობის დონისა და ტენდენციის შესახებ ინფორმაციის ტრადიციულ წყაროს წარმოადგენს სამოქალაქო რეგისტრაციის სისტემა, რომელიც სისტემატურად აღრიცხავს სიკვდილის შემთხვევას მისი გამომწვევი მიზეზის მიხედვით. კვლევებმა აჩვენა, რომ სიკვდილიანობის შედარებით სრულყოფილი აღრიცხვიანობის სისტემების არსებობის შემთხვევაშიც კი დედათა სიკვდილიანობის რეგისტრაცია შესაძლოა მაინც არ იყოს სრულფასოვანი სიკვდილის მიზეზის არასრორი კლასიფიკაციის გამო. ამგვარ ქვეყნებში დედათა სიკვდილიანობის არასრული აღრიცხვიანობის პროცენტული მაჩვენებელი 25%-დან 90%-მდე მერყეობს (Deneux-Tharaux C et al., 2003). იმ ქვეყნებში, სადაც არ არსებობს ჯანმრთელობის სანდო სტატისტიკა, სიკვდილის ყველა შემთხვევის არასრული აღრიცხვიანობა ცდომილების დამატებით წყაროს წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის უდიდესი წილი მოდის იმ ქვეყნებზე, სადაც არ არსებობს დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემები სიკვდილის ყველა შემთხვევის არასრულყოფილი აღრიცხვისა და სიკვდილის, მათ შორის დედათა სიკვდილის, მიზეზების არასაკმარისად გამოვლენის გამო. ასეთ ქვეყნებში პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევები ხმირად სამოქალაქო რეგისტრაციის მონაცემების აღტერნატივად არის გამოყენებული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ქვეყნები დაყოფილია A-დან H-მდე ჯგუფებად დედათა სიკვდილიანობის გამოსათვლელად საჭირო ქვეყნისათვის სპეციფიკური მონაცემების სრულყოფილებისა და ხარისხის მიხედვით. A ჯგუფი მოიცავს ქვეყნებს, სადაც აღინიშნება სიკვდილის შემთხვევათა ყველაზე სრულყოფილი აღრიცხვიანობის სისტემა და სიკვდილის მიზეზების დადგენის სრულფასოვანი პრაქტიკა. H-ჯგუფი, რომელიც 171 შეფასებული ქვეყნიდან 61 ქვეყანას მოიცავს, ხასიათდება როგორც სიკვდილის ყველა შემთხვევის აღრიცხვიანობის შესაძლებლობის არასრებობით (სიკვდილის შემთხვევათა 10%-ზე მეტი არ არის რეგისტრირებული),

ისე სიკვდილის, მათ შორის დედათა სიკვდილის, მიზეზების სწორი კლასიფიკაციისათვის საჭირო მონაცემების დეფიციტით. ამ ქვეყნებში ასევე არ არსებობს დედათა სიკვდილიანობის კვლევებზე ან აღნერაზე დაფუძნებული მონაცემები. ამ ჯგუფის ქვეყნებისთვის, საქართველოს ჩათვლით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია დედათა სიკვდილიანობის დონეებს განსაზღვრავს სტატისტიკურ მოდელირებაზე დაყრდნობით (WHO, 2007). თუმცა, საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ მოდელზე დამყარებული გამოთვლები საკმაოდ არაზუსტია იმისათვის, რომ გამოყენებულ იქნას დროის განმავლობაში მომხდარ ცვლილებებზე დაკვირვებისათვის. ამასთან, ის დაშვებები, რომლებიც საფუძვლად უდევს ამ მონაცემთა განსაზღვრას, მოცემული ქვეყნებისათვის არასპეციფიკურია.

სამოქალაქო რეგისტრაციის სისტემა საქართველოში შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მუდმივი მონიტორინგისათვის საჭირო მონაცემთა ძირითადი წყაროა. ოფიციალური მონაცემების მიხედვით, 1996-2004 წლებში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უასლოვდებოდა 50.0 შემთხვევას 100 000 ცოცხალშობილზე, უკანასკნელ ხანს კი ეს მაჩვენებელი დაცა 23.0 შემთხვევამდე 100 000 ცოცხალშობილზე (WHO, Health for All online database, 2009). სიკვდილიანობის აღნიშნული კლებადი ტენდენციის მიუხედავად, საქართველოში აღრიცხული დედათა სიკვდილიანობა ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე კვლავ 4-ჯერ მაღალია და თითქმის ორჯერ მაღალია ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელზე. თუმცა, ოფიციალური მაჩვენებლების სიზუსტის სარწმუნობა დაბალია დაბადებისა და გარდაცვალების მოწმობების არასისტემატური გაცემის, დემოგრაფიული დოკუმენტაციის უხარისხმის შევსებისა და ხარისხის კონტროლის მექანიზმების არარსებობის საყოველთაოდ ცნობილი ფაქტების გამო (WHO and CMSI, 2003; Aleshina and Redmond, 2005). შესაბამისად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ საქართველოსთვის განსაზღვრული 2005 წლის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – 66.0 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე (სანდოობის ფარგლები მერყეობს 18-დან 230 შემთხვევამდე 100 000 ცოცხალშობილზე) 3-ჯერ მაღალია ქვეყნის ოფიციალურ მონაცემებთან შედარებით და 12-ჯერ მაღალია ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე (WHO, Health for All online database, 2009; WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, 2007) (სურათი 1.2).

სურათი 1.2. დედათა სიკვდილიანობის დინამიკა 1995–2006 წლებში.
საქართველო, ევროპის რეგიონი და ევროკავშირის კვეყნები



1.3 სიკვდილის გეათევევის სერტიფიცირება

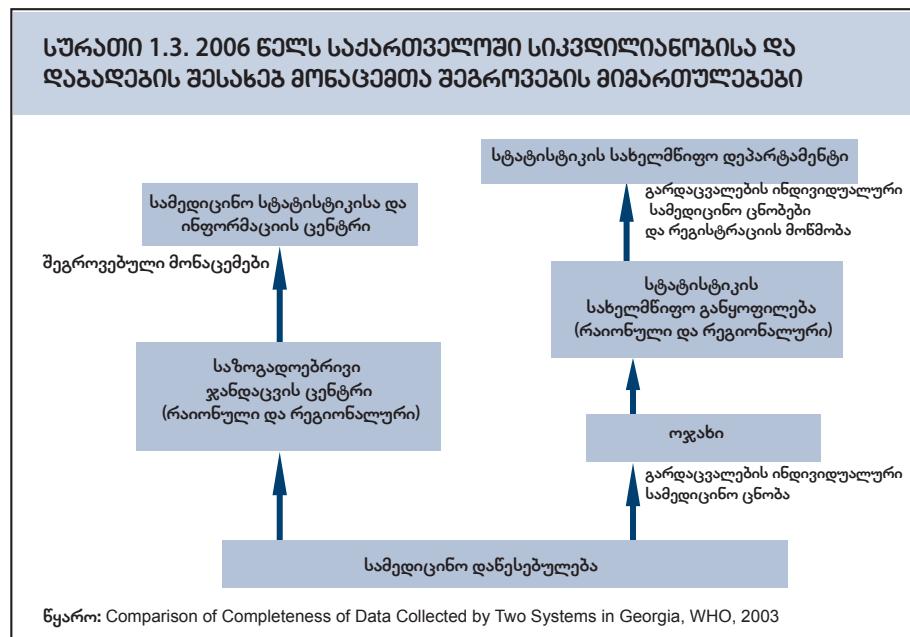
საქართველოში სიკვდილის შემთხვევათა სამოქალაქო რეგისტრაცია ძირითადად დამყარებულია ხელიდან ხელში გადაცემის სისტემაზე. სიკვდილის დადგომის შემდეგ გარდაცვლილის ნათესავები სთხოვენ ექიმს დაადასტუროს სიკვდილი და გარდაცვალების სამედიცინო ცნობაში ჩანრიცს სიკვდილის თარიღი და მიზეზი. არაბუნებრივი სიკვდილის შემთხვევაში სამედიცინო ექსპერტიზის წარმომადგენელმა დამატებით უნდა დაამონშოს და ხელმოწერით დაადასტუროს აღნიშნული მონშობა. გარდაცვალების სამედიცინო ცნობა და გარდაცვლილის პირადობის დამადასტურებელი საბუთი ოჯახის წევრებს მიაქვთ სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტში (რაიონულ ან რეგიონულ დონეზე), სადაც სიკვდილი რეგისტრირდება სამოქალაქო რეესტრის ურნალში და გაიცემა ოფიციალური ცნობა გარდაცვალების შესახებ. ერთი მონშის, ჩვეულებრივ, გარდაცვლილის ნათესავის ხელმოწერა და საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია რეგისტრატორის ხელმოწერასთან და ბეჭედთან ერთან აუცილებელია იმისათვის, რომ გარდაცვალების მონშობა ლეგალურ დოკუმენტად იქცეს. რეგისტრატორი შემდგომ მონშობას გადასცემს შინაგან საქმეთა სამინისტროს დემოგრაფიული სტატისტიკის დეპარტამენტს, რათა ის დაცულ იქნას სამოქალაქო რეგისტრაციის ეროვნულ სისტემაში. პარალელურად, სამედიცინო დანესებულებების მიერ რეგისტრირებული მონაცემები დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ჯანმრთელობის სხვა მონაცემებთან ერთად იგზავნება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრში.

2002 წელს საქართველოს მთავრობამ გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) და სხვა საერთაშორისო დონორებთან თანამშრომლობით, წამოიწყო ახალი ინიციატივა დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესების მიზნით (WHO and CMSI, 2003). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ გამოსცა გარდაცვალების სამედიცინო ცნობის ახალი ფორმა, რომელსაც თან ახლდა შესაბამისი ინსტრუქციები აღნიშნული მონშობის შევსებისა და გაცემის შესახებ (პრძანება № 141, 2000 წლის ოქტომბერი, და პრძანება № 94/0, 2000 წლის დეკემბერი). პრეზიდენტის დადგენილება (დადგენილება № 31, 2002 წლის 10 დეკემბერი) გამოიცა დაბადებისა და გარდაცვალების რეგისტრაციის ახალი რეგულაციების მოქმედებაში მოსაყვანად (საქართველოს მთავრობა, 2002 წელი). ქვეყნის მასშტაბით დანერგილ იქნა გადამზადების კურსები დაბადებისა და გარდაცვალების სერტიფიცირებაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალისა და სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის კოდირების სპეციალისტებისათვის, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადახედვის (ICD-10) მიხედვით კოდების მინიჭებაზე. ახალი სისტემის შესაბამისად, სამედიცინო დანესებულებები დაბადებისა და გარდაცვალების მონშობების მეორე ასლს უგზავნიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს (რაიონულ ან რეგიონალურ დონეზე), რომლებიც, თავის მხრივ, აღნიშნულ დოკუმენტს აგზავნიან საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტში (სურათი 1.3).

სამოქალაქო რეგისტრაციის ახალი და ძველი სისტემების შედარება მოხდა 2003 წელს (Mesle et al., 2003), რის შედეგადაც დადგინდა, რომ დაბადების შემთხვევათა 21.4%, სიკვდილის შემთხვევათა 12% და ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევათა 67.5% არ იყო რეგისტრირებული ძველ სისტემაში. თუმცა, ძველი სისტემის ზოგიერთი დოკუმენტი ვერ იქნა მოძიებული ახალ სისტემაში. ორმაგი სისტემა გაუქმდებულ იქნა 2008 წელს. თუმცა, ის აქტიურად ფუნქციონირებდა 2006 წელს – პერიოდი, რომელსაც რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა მოიცავს.

საქართველოში გარდაცვალების სამედიცინო ცნობა შეესაბამება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორში (ICD) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ ფორმატს. ეს ფორმატი მოითხოვს საწყის ზედა ხაზზე სიკვდილის უშუალო მიზეზების ჩამოთვლას, რასაც

მოპევება წინამორბედ მიზეზთა ჩამონათვალი სათანადო თანმიმდევრობით (დანართი A). აღნიშნული ფორმა შედგენილია იმგვარად, რომ ხელი შეუწყოს სიკვდილის ძირითადი მიზეზის დადგენას – დაავადება ან დაზიანება, რომელმაც დასაბამი მისცა ავადმყოფობათა ჯაჭვს, რამაც საბოლოოდ გამოიწვია სიკვდილი, ან უბედური შემთხვევისა და ძალადობის გარემოებები, რამაც განაპირობა ფატალური შედეგი. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი წარმოადგენს პარამეტრს, რომელიც ყველაზე ხშირად გამოიყენება სიკვდილიანობის მონაცემთა ანალიზისა და სტატისტიკური ტაბულაციისათვის.



1.4 მონაცელი მოგანიზაციები და ამოცანები

საქართველოს მთავრობა პასუხისმგებლობას იღებს გაუმჯობესოს ქვეყანაში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა და მიაღწიოს ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიერ განსაზღვრულ მაჩვენებლებს (United Nations, 2000). ამგვარი პოლიტიკური პასუხისმგებლობა მოითხოვს რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის დონისა და მიზეზების შესახებ ზუსტ ინფორმაციას.

დედათა ჯანმრთელობის გლობალური გაუმჯობესება ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა (USAID) და დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტისთვისაც (DRH/CDC), რომლებმაც სათანადო ფონდები გამოყენების რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის განხორციელებისათვის.

ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) დახმარებამ საქართველოში ხელი შეუწყოს პროგრამულ რესტრუქტურიზაციას; ინფრასტრუქტურის განვითარებას; ცენტრალური და ადგილობრივი ხელმძღვანელობის მმართველობის უნარების განვითარებას; სამედიცინო მარაგების შესყიდვისა და განაწილების სისტემების დეცენტრალიზაციას; და მტკიცებულებებზე

დამყარებული, კლიენტზე ორიენტირებული პრაქტიკების დანერგვას (USAID, 2009). კონკრეტული ღონისძიებები მოიცავს კლიენტზე ორიენტირებული ოჯახის დაგევმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავებას, უქიმებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას, საზოგადოების საინფორმაციო კამპანიების ორგანიზებას და კონტრაცეპტივების მარაგის განაწილების ნაციონალური სისტემის შექმნას. ბოლო პერიოდის ძალისხმევა მიმართული იყო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრირებისაკენ. ამ ღონისძიებათა უმრავლესობა განხორციელებულ იქნა ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამის მიერ საქართველოში, რომელიც წარმოადგენს ჯონ სნოუს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტის (ჯეი-ეს-აი) მიერ დანერგილ 5-წლიან “სადემონსტრაციო პროექტს”.

ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს კიდევ ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამული მონიტორინგისათვის საჭირო სანდო მონაცემების მოპოვება. საქართველოში 1999 და 2005 წლებში განხორციელებული ნაციონალური მასშტაბის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ორი კვლევა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთვის ეფექტურ ინსტრუმენტს წარმოადგენს მისი პროგრამების შემუშავების, განხორციელებისა და მონოტორინგის, და, ასევე, მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით. ამგვარი მიდგომის შესაბამისად, სააგენტო განაგრძობს იმ ღონისძიებათა მხარდაჭერას, რომლებიც ავლენენ ქალებისა და მათი ოჯახების მიერ დედათა ჯანმრთელობის რუტინული და გადაუდებელი მომსახურების მიღების ხელშემშლელ ბარიერებს და ამ ბარიერების გავლენას დედათა ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ დიდი ძალისხმევაა საჭირო აშშ-ში ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის გამოვლენისა და პრევენციისათვის, ადგილობრივი გამოცდილებიდან მიღებული გაკვეთილები შეიძლება გამოყენებულ იქნას მსოფლიო მასშტაბით ქალთა სიცოცხლის გადასარჩენად. დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ძირითადი საქმიანობა ამ სფეროში მიმართულია ეფექტური ინსტრუმენტებისა და სისტემების შექმნისაკენ, რაც საშუალებას იძლევა შევაფასოთ დედათა სიკვდილიანობის მასშტაბი და გამომწვევი ფაქტორები, გავზიომოთ პროგრესი და შევაფასოთ პროგრამული ღონისძიებები. მაგალითად, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტმა 1987 წელს ამერიკის შეერთებული შტატებისათვის შექმნა ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზედამხედველობის სისტემა (Ellerbroek et al., 1988). ეს სისტემა აწარმოებს ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის უწყვეტ ზედამხედველობას და ხელს უწყობს აღნიშნული სიკვდილიანობის შეფასების სიზუსტისა და მაღალი რისკის ჯგუფების გამოვლენის უფრო ეფექტურ გაუმჯობესებას, ვიდრე მხოლოდ დემოგრაფიული სტატისტიკის მონაცემებზე დამყარებული სისტემები (Chang et al., 2003).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ოფიციალური თხოვნით მიმართა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებს დახმარება გაეწიათ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის სრულფასოვანი კვლევის ორგანიზებაში 15-49 წლის ასაკის ქალთა შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებლისა და, ასევე, ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის დონისა და მიზეზების გამოსავლენად. ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოს წარმომადგენლობამ მხარი დაუჭირა კვლევას, რომელიც განხორციელდა ჯეი-ეს-აის ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (დკეც) მეშვეობით,

ჯეი-ეს-აი-ის კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტისა და აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტი ერთობლივად მუშაობდნენ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის 2008 წლის კვლევის დიზაინსა და განხორციელებაზე. ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ მოწოდებულ იქნა 15-49 წლის ასაკის ქალთა 2006 წლის სიკვდილიანობის ელექტრონული მონაცემთა ბაზა.

კვლევის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენდა:

- რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის, მათ შორის ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის, ძირითადი მიზეზების დადგენა;
- დოკუმენტირება დედათა სიკვდილიანობის დონისა, რომელიც გაზომილი იქნებოდა დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების (1 000 ქალზე და 100 000 ცოცხალშობილზე) და სიცოცხლის განმავლობაში ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის რისკით.
- ყველა ქალის, მათ შორის უკანასკნელ ხანს ორსულად მყოფი ქალის, მიერ სათანადო და ღროული სამედიცინო მომსახურების მიღების ხელშემშლელი ბარიერების შეფასება;
- მოსახლეობაში დედათა სიკვდილიანობის მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების გამოვლენა;
- აღრიცხვიანობისა და შეტყობინების არსებული სისტემების შეფასება სიკვდილის მიზეზის სერტიფიცირებაზე სპეციალური ფოკუსირებით;
- მტკიცებულებებზე დამყარებული მიდგომების შესახებ რეკომენდაციების უზრუნველყოფა, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მისი გაზომვის მეთოდების გაუმჯობესებას.

სიკვდილიანობის დონის ზუსტი გაზომვა აუცილებელია მტკიცებულებებზე დამყარებული პოლიტიკის განსაზღვრისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების ეფექტურობის შესაფასებლად. სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების კვლევა გამოყენებული იქნება ძირითადი მიზეზების ჭრილში სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გამოსათვლელად და ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მასშტაბისა და მიზეზების შესასწავლად. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების ხელშემშლელი ბარიერების დოკუმენტირება გამოყენებული იქნება ინდივიდუალურ, საზოგადოებრივ და დაწესებულების დონეზე სიკვდილიანობის შემცირებისკენ მიმართული ღონისძიებების შესამუშავებლად. დემოგრაფიული რეგისტრაციის პროცედურებში არსებული ხარვეზების გამოვლენა გამოყენებული იქნება ზოგადად სიკვდილიანობის და კერძოდ, დედათა სიკვდილიანობის აღრიცხვიანობისა და კოდირების გასაუმჯობესებლად. წინამდებარე კვლევის მიერ შეგროვებული მონაცემები დაეხმარება ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელ ქართველ მუშაკებს თვალყური ადევნონ თუ რამდენად წარმატებულია ზოგადად სიკვდილიანობის შემცირებისკენ და კერძოდ, უსაფრთხო დედობისკენ მიმართული ღონისძიებები საქართველოში.

თავი 2

გეორგია

2.1 კვლევის ღიზანი

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მეთოდოლოგია, პირველ რიგში, მოიცავს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევის გამოვლენას (ინფორმაციის რამდენიმე წყაროს გამოყენებით), ხოლო შემდეგ იმის დადგენას, თუ რომელი ქალი გარდაიცვალა ორსულობის პერიოდში ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში. როგორც წესი, ადგილი აქვს მხოლოდ უკანასკნელ ხანს ორსულად მყოფ ქალთა სიკვდილიანობის გამოკვლევას ოჯახის და/ან საზოგადოების წევრების, მათ შორის სამედიცინო პერსონალის, დეტალური გამოკითხვის საფუძველზე. აღნიშნული გამოკითხვით მიღებული მონაცემების შევსება შეძლებისდაგვარად ხდება სამედიცინო ისტორიებისა და პათანატომიური გამოკვლევის ჩანაწერებში არსებული ინფორმაციით.

სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზთა შესახებ მონაცემების არსებობა ძალზე მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის იმდენად, რამდენადაც მათ მრავალმხრივი გამოყენება აქვთ ზედამხედველობის, სამეცნიერო კვლევების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებებისა და სამედიცინო ჩარევების შემუშავებისა და დაფინანსების შესახებ გადაწყვეტილებათა მიღების თვალსაზრისით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის ძირითადი მიზეზების ჭრილში სიკვდილიანობის ზუსტი შეფასების მნიშვნელობის აღიარების შედეგად საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მეთოდოლოგია გაფართოვდა და მოიცვა 2006 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალის (სიკვდილის მიზეზისა და ორსულობის სტატუსის მიუხედავად) ოჯახის წევრებსა და/ან მომვლელებთან ინტერვიუები.

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევა გამოკვლეულ იქნა მათ ოჯახებში ვიზიტების განხორციელებისა და გარდაცვლილის ნათესავებთან დეტალური ვერბალური აუტოფსიის ჩატარების საფუძველზე. ვერბალური აუტოფსია წარმოადგენს კითხვარს, რომელიც სპეციალურად შედგენილია გარდაცვლილის მომვლელების ან ოჯახის წევრების გამოკითხვის მიზნით (WHO, 2000). ვერბალური აუტოფსია, ჩვეულებრივ, გამოიყენება სიკვდილის ძირითადი მიზეზების დასადგენად ისეთ ადგილებში, სადაც გარდაცვალების სამედიცინო ცნობები არ არსებობს ან არასარწმუნოა. სიკვდილის შესახებ აღნიშნული ინფორმაცია შემდგომში შეიძლება აგრეგირებულ იქნას პოპულაციის დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვადასხვა ინდიკატორების, განსაკუთრებით, სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გამოსათვლელად ასაკის, სქესის, სიკვდილის სპეციფიკური მიზეზებისა და გარდაცვალებამდე სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მიხედვით. ამ ინფორმაციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შესახებ გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესის სამართავად. ამასთან, როგორც წესი, ამ მონაცემების მოპოვება სხვა წყაროებზე დაყრდნობით არ არის შესაძლებელი.

ქალთა სიკვდილიანობა ორსულობის პერიოდში ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში დამატებით გამოკვლეულ იქნა იმ სამედიცინო დაწესებულებებში ინტერვიუების ჩატარებისა და სამედიცინო ჩანაწერების შესწავლის საფუძველზე, სადაც სამედიცინო მომსახურება უკანასკნელად იქნა განეული ფატალური დაავადების ან მდგომარეობის გამო. შინამეურნეობების დონეზე მოპოვებული ინფორმაცია გამოყენებულ იქნა უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურების ადგილის გამოსავლენად და კვლევაში დაწესებულების ფაზის განსახორციელებლად.

2.2 გეგმის გამოვლენა

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის სამიზნე ჯგუფს შეადგენდნენ 2006 წელს გარდაცვლილი, საქართველოში მუდმივად მცხოვრები 15-49 წლის ასაკის ქალები. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის გამოსავლენად გამოყენებულ იქნა მონაცემთა ხუთი წყარო:

- დემოგრაფიული რეგისტრაციის მონაცემთა ბაზა;
- გარდაცვალების სამედიცინო მოწმომები;
- რეგიონალური სტატისტიკა (მოწოდებული რეგიონების გამგებლების მიერ);
- ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის რეესტრი; და
- სიკვდილის დადგენილ შემთხვევათა გამოკვლევის მიზნით შესრულებული საველე სამუშაოების დროს გამოვლენილი ინფორმაციის ადგილობრივი მომწოდებლები.

2006 წელს გარდაცვლილ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა შერჩევის პროცესი ზოგადად შედგებოდა შემდეგი საფეხურებისაგან:

- პირველ საფეხურზე ჯეი-ეს-აი-სა და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების მიერ განხილული იქნა ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის დემოგრაფიულ მონაცემთა ბაზაში შეყვანილი სიკვდილის შემთხვევების ელექტრონული ჩანაწერები. განხილვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა 2006 წლის სიკვდილის 1 070 შემთხვევის მონაცემთა ბაზა შეიცავდა გარდაცვლილთა ოჯახების გამოსავლენად და მათთან ინტერვიუების ჩატარებლად საჭირო ცვლადების ლიმიტირებულ რაოდენობას. ამასთან, მოცემული იყო მხოლოდ სიკვდილის განმცხადებელი პირის მისამართი, რომელიც შეიძლება არ დამთხვეოდა გარდაცვლილი ქალის საბოლოო მისამართს. ასევე არ იყო მითითებული ინფორმაცია ორსულობის დასრულებასა და სიკვდილს შორის დროის შუალედის შესახებ მიუხედავად იმისა, რომ გარდაცვალების სამედიცინო ცნობაში მონიშნული იყო ორსულობის შესაბამისი პუნქტი.
- შემდეგ საფეხურზე ელექტრონულ მონაცემთა ბაზაში შეყვანილ ჩანაწერთა დადასტურებისა და ინფორმაციის შევსების მიზნით მანუალურად გადასინჯულ იქნა 2006 წელს გაცემული გარდაცვალების სამედიცინო ცნობები. ამ პროცესის შედეგად გამოვლინდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის 119 ახალი შემთხვევა, რომლებიც ელექტრონულ მონაცემთა ბაზაში არ იყო შეყვანილი. ამ შემთხვევათა უფრო ღრმად შესწავლის შემდეგ სიკვდილის 15 შემთხვევა კვლევიდან გამოირიცხა შერჩევის კრიტერიუმებთან მათი შეუსაბამობის გამო.
- მომდევნო ეტაპზე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ

დახმარებისათვის ოფიციალურად მიმართა რეგიონების გამგებლებს, რომლებთანაც, ჩვეულებრივ, ინახება სიკვდილიანობის ჯამური მონაცემები ან რომლებსაც შეუძლიათ ამ მონაცემთა მოპოვება ადგილობრივი ხელმძღვანელობისაგან. ამ ეტაპზე, წინასწარ გამოვლენილი შემთხვევების გამორიცხვის შემდეგ, 123 დამატებითი შემთხვევა იქნა შეყვანილი კვლევაში.

- ავთვისებიან სიმსივნეთა ეროვნული რეესტრის შესწავლამ დამატებით გამოავლინა კვლევის პოტენციურად შესაბამისი სიკვდილის 35 შემთხვევა.
- რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის 8 შემთხვევა, მათ შორის დედათა სიკვდილის ერთი შემთხვევა, დამატებულ იქნა საველე სამუშაოების ჩატარების შედეგად. წინასწარ მომზადებულ ინტერვიუერებს მიცემული ჰქონდათ ინსტრუქციები მონაცემთა შეგროვების დროს გამოვლენილი კვლევის შესაბამისი სიკვდილის ნებისმიერ შემთხვევათა აღრიცხვის შესახებ.

თავდაპირველად, დემოგრაფიული ჩანაწერებისა და რეესტრის გადასინჯვის საფუძველზე მთლიანობაში გამოვლენილ იქნა სიკვდილის 1 347 შემთხვევა, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ კვლევის შერჩევის კრიტერიუმებს, ხოლო დამატებითი 8 შემთხვევა გამოვლენილ იქნა ოჯახებში ვიზიტების დროს დაგეგმილი ვერბალური აუტოფსიის ჩატარების პროცესში.

გარდაცვალების სამედიცინო ცნობებში არსებული ინფორმაციის შესწავლის დროს ყველაზე ხშირად აღინიშნა შემდეგი სახის შეცდომები:

- დემოგრაფიული ცვლადების შესახებ არასრული ინფორმაცია: მიუხედავად იმისა, რომ მოწმობათა უმრავლესობაში სქესი, ქორნინების სტატუსი, ასაკი და გარდაცვალების წელი აღნიშნული იყო, დეტალური დაბადების თარიღი უმეტეს შემთხვევაში არ იყო მითითებული;
- სიკვდილის მიზეზის შესახებ ინფორმაციის არარსებობა;
- სიკვდილის მიზეზის სერტიფიცირება მხოლოდ ტერმინალური მდგომარეობების მითითებით (მაგ., გულის ან სუნთქვის უკმარისობა), რაც არ შეიძლება იყოს სიკვდილის ძირითადი მიზეზი;
- ჩამოთვლილი მიზეზების არასწორი ან არალოგიკური თანმიმდევრობა; ან ერთსა და იმავე საზზე ერთზე მეტი დაავადებების ან მდგომარეობების აღნიშვნა;
- სიკვდილის მომენტისათვის ორსულობის ან ორსულობის შემდგომი პერიოდის სტატუსის შესახებ ინფორმაციის არარსებობა.

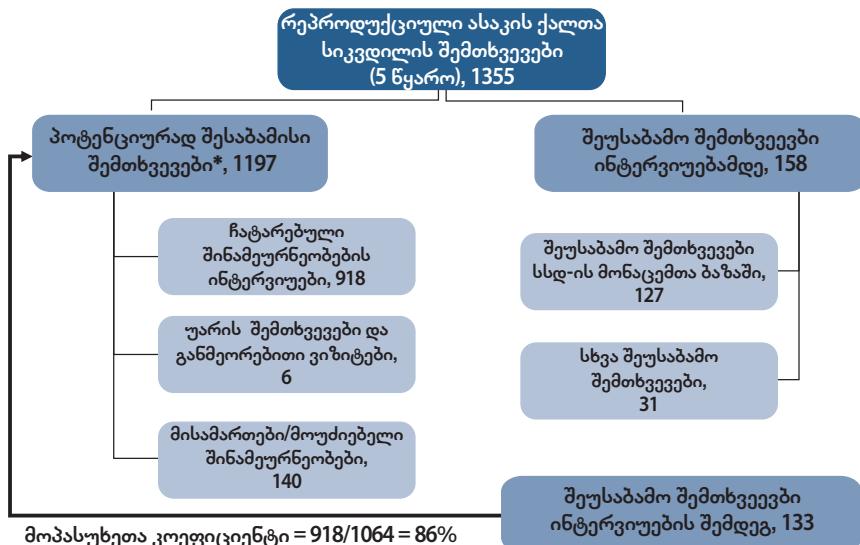
დემოგრაფიული ჩანაწერებისა და სიკვდილიანობის რეესტრის მონაცემთა ღრმა შესწავლამ გამოავლინა კვლევის შერჩევის კრიტერიუმებთან სიკვდილის 158 შემთხვევის შეუსაბამობა. შესაბამისად, ისინი ამოღებულ იქნა კვლევიდან საველე სამუშაოების დაწყებამდე. ეს შემთხვევები მოიცავდა 49 წელზე მეტი ან 15 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებს; 2005 წელს გარდაცვლილ ქალებს; მონაცემთა ბაზაში განმეორებით შეყვანილ შერჩევის კრიტერიუმების შესაბამის ერთსა და იმავე შემთხვევებს (უმეტესად დუპლიკაცია; თუმცა, აღინიშნა ტრიპლიკაციის ერთი შემთხვევაც); და რეპროდუქციული ასაკის მამაკაცებს. უნდა აღინიშნოს, რომ გამორიცხულ შემთხვევათა უმრავლესობა (სიკვდილის 127 შემთხვევა) დემოგრაფიული სტატისტიკის ელექტრონულ მონაცემათა ბაზაში შეცდომით იყო შეყვანილი და, ამდენად, გათვალისწინებულ იქნა ძირითადი მიზეზებისა და ასაკობრივი ჯგუფების ჭრილში გამოთვლილი სიკვდილიანობის 2006 წლის ოფიციალურ მონაცემებში (სურათი 2.2.1).

სიკვდილის დანარჩენი 1 197 შემთხვევიდან 133 (11%) შემთხვევა საველე სამუშაოების დროს კლასიფიცირებულ იქნა როგორც კვლევისათვის შეუსაბამო, ხოლო 924 შემთხვევა დადასტურებულ

იქნა როგორც კვლევისათვის შესაბამისი. ვერბალური აუტოფსიები ჩატარდა სიკვდილის 918 შემთხვევისათვის. ინტერვიუზე უარი განაცხადა მხოლოდ ორმა ოჯახმა, ხოლო ოთხი ოჯახი ადგილზე არ აღმოჩნდა ოთხი განმეორებითი ვიზიტის შედეგადაც. სიკვდილის 140 შემთხვევაში გარდაცვლილის შესახებ ინფორმაცია არასრული ან არასწორი იყო, ან გარდაცვალების მოწმობის გაცემის შემდეგ გარდაცვლილი ქალის ოჯახმა მისამართი შეიცვალა. ამ კატეგორიაში შედიან ის ოჯახებიც, რომლებიც ცხოვრობენ სამხრეთ ასეთში, სადაც ინტერვიუერებს არ მიეცათ შესვლის უფლება უკანასკნელ ხანს რუსეთის მიერ ამ ტერიტორიის რეაგირების გამო.

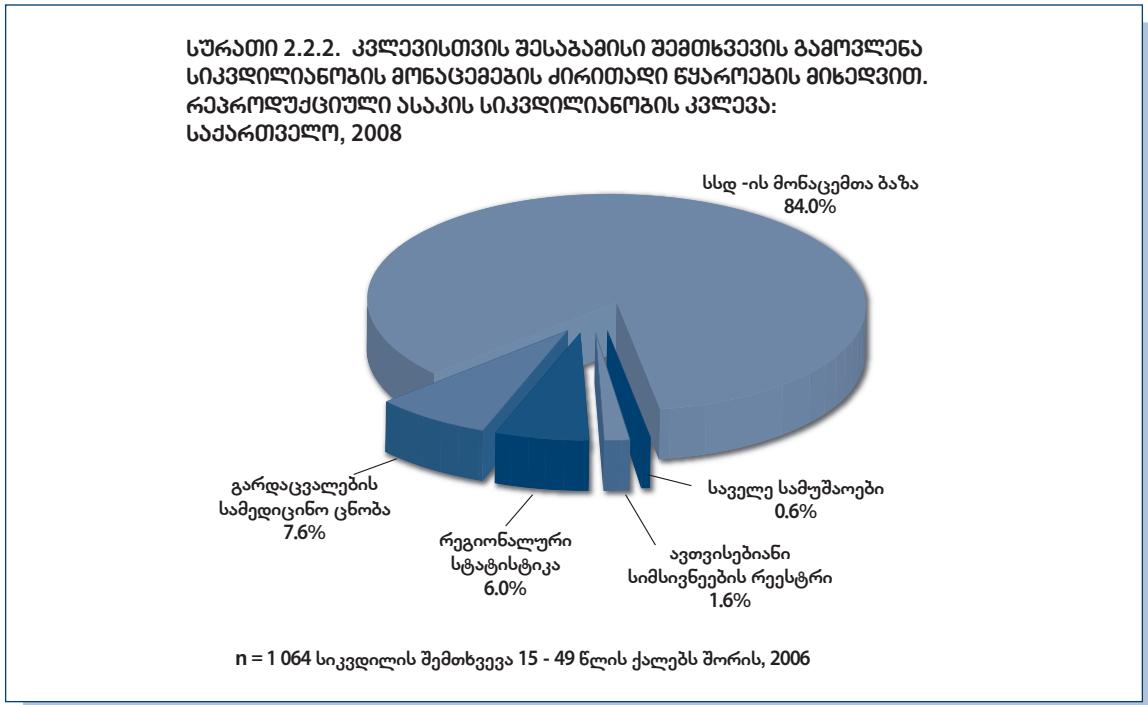
სიკვდილის აღნიშნულ 140 შემთხვევათა შორის ზოგიერთი შესაძლოა კვლევისათვის შეუსაბამოც კი ყოფილიყო, ინტერვიუერებს საშუალება რომ მისცემოდათ მოეძიათ აღნიშნული ოჯახების ნათესავები. კონსერვატიული მიდგომის საფუძველზე ჩვენ დავუშვით, რომ სიკვდილიანობის სხვადასხვა ოფიციალურ წყაროებში აღრიცხული ყველა ეს შემთხვევა აკმაყოფილებდა კვლევის შერჩევის კრიტერიუმებს. ამგვარი მიდგომის შედეგად მოპასუხეთა კოეფიციენტმა შეადგინა 86% (918/1 064).

სურათი 2.2.1. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგები



სურათი 2.2.2 ასახავს 2006 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა კვლევის შესაბამისი სიკვდილის 1 064 შემთხვევის განაწილებას ამ შემთხვევათა გამოსავლენად გამოყენებული საინფორმაციო წყაროების მიხედვით. კვლევის შესაბამის შემთხვევათა უმრავლესობა (84%) გამოვლენილ იქნა დემოგრაფიული სტატისტიკის ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით. სიკვდილის შემთხვევათა დამატებითი 8% გამოვლენილ იქნა გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების მანუალური გადასინჯვის შედეგად, ხოლო 6% – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონალური ცენტრების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. სიკვდილის შემთხვევათა მხოლოდ 1.6% იქნა გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნის ეროვნული რეესტრის შესწავლის შედეგად. დაბოლოს, შემთხვევათა 1%-ზე ნაკლები აღმოჩენილ იქნა საველზე სამუშაოების დროს. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ დემოგრაფიული აღრიცხვიანობის სისტემა არ ითვალისწინებს სიკვდილის ყველა შემთხვევას და, შესაბამისად, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა

სიკვდილიანობის ოფიციალური მაჩვენებლები, რომლებიც დემოგრაფიულ აღრიცხვიანობას ეყრდნობა, არასრულყოფილია.



კვლევის შესაბამისი სიკვდილის შემთხვევების შესასწავლად ჩატარებული ოჯახური ინტერვიუების პროცენტული მაჩვენებელი მერყეობდა ამ შემთხვევათა გამოსავლენად გამოყენებული საინფორმაციო წყაროების მიხედვით: 85% – სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის ელექტრონული მონაცემთა ბაზის შემთხვევებისათვის; 87% – ავთვისებიან სიმსივნეთა რეესტრის შემთხვევებისათვის; 89% – რეგიონალური წყაროების შემთხვევებისათვის; 90% – გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების მანუალური გადასინჯვის შედეგად გამოვლენილი შემთხვევებისათვის; და 100% – საველე სამუშაოების დროს გამოვლენილი შემთხვევებისათვის. ამგვარი განაწილება სავარაუდოდ განპირობებულია სხვადასხვა წყაროს მიერ მოწოდებული მონაცემების ხარისხითა და გარდაცვლილის ნათესავების საცხოვრებელი ადგილის გამოსავლენად საჭირო ინფორმაციის სიზუსტით.

2.3 კვლევის კითხვარი

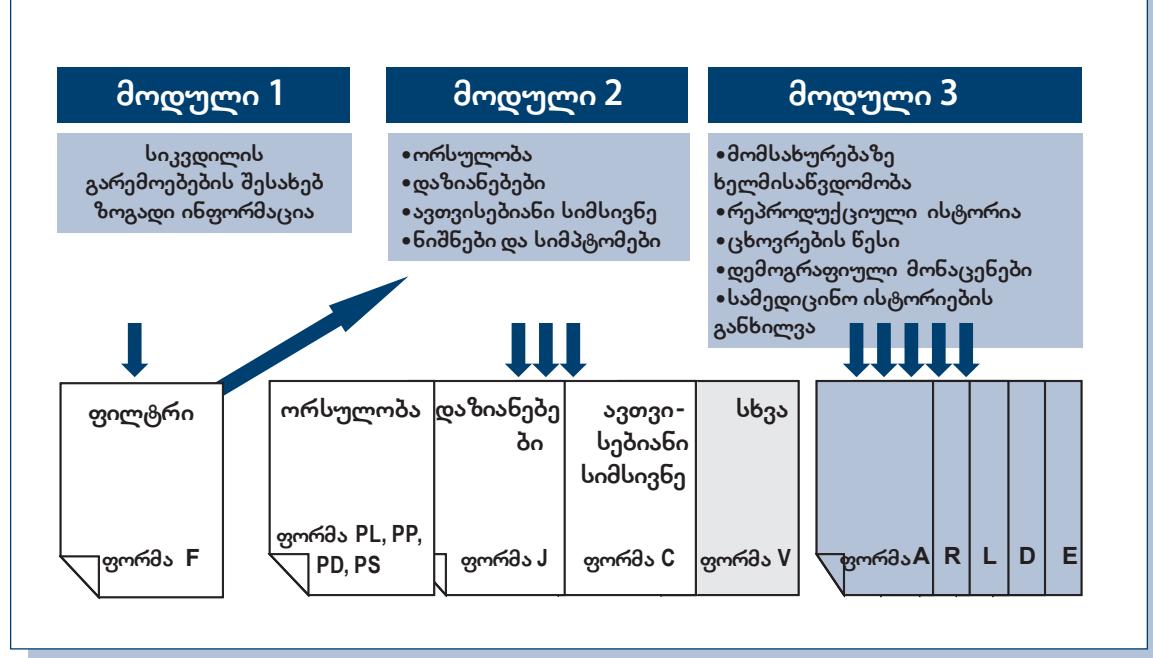
სიკვდილის გარემოებებთან, დამოუკიდებლად გამომწვევი მიზეზებისა, დაკავშირებული მონაცემების შესაგროვებლად შემუშავებულ და ტესტირებულ იქნა ახალი და უნიკალური კითხვარი. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის კითხვარი შედგება 3 კომპონენტისაგან (სურათი 2.3) და მიზნად ისახავს 15—49 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის განმსაზღვრელ გარემოებათა შესწავლას, რომელთა შორის უნდა აღინიშნოს ავთვისებიანი სიმსივნეები და სხვა ქრონიკული დაავადებები, განზრახ და არაგანზრახ დაზიანებები, და ორსულობისა და მისი მართვის შედეგად გამწვავებული მდგომარეობები. კვლევის ინსტრუმენტი შემუშავებულ იქნა ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

დეპარტამენტის მიერ აშშ-სა და ლათინურ ამერიკაში განხორციელებულ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის კვლევებსა და ზედამხედველობის სისტემაში გამოყენებული კითხვარების საფუძველზე. აღნიშნული კითხვარები კომბინირებულ იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შერჩეული არეალის დემოგრაფიული რეგისტრაციისა და ვერბალური აუტოფსიის (SAVVY) კვლევებში გამოყენებულ ვერბალური აუტოფსიის ელემენტებთან. ვერბალური აუტოფსია ნარმოადგენს მიდგომას, რომელიც გამოიყენება სიკვდილის მიზეზის დასადგენად გარდაცვალებამდე არსებული სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ რესპონდენტთა გამოკითხვით საშუალებით. სიკვდილის წინა პერიოდში ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების სრულყოფილი ისტორია დამატებულ იქნა სათანადო და დორული მომსახურების მიღების ხელშემშლელი ბარიერების გამოსავლენად. კითხვები სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესახებ შემუშავებულ იქნა “3 დაგვიანების” მოდელის მიხედვით. ეს უკანაკნელი ნარმოადგენს კონცეპტუალურ სტრუქტურას, რომელიც დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის პროგრამების ფართოდ გამოიყენება ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ინდივიდუალური და სისტემური დონის ბარიერების გამოსავლენად (Thaddeus and Maine, 1994).

კითხვარი შედგებოდა 3 მოდულისაგან, რომელთაგან თითოეული შეიცავდა ერთიდან ხუთამდე სექციას (სურათი 2.3). კითხვარის შინაარსი შემდეგნაირად იქნა ორგანიზებული:

მოდული 1: ფილტრის ფორმა, რომელიც გამოყენებული იყო სიკვდილის იმ შემთხვევათა გამოსარიცხად, რომლებიც, შესაძლოა, სიკვდილის შემთხვევათა გამოსავლენად გამოყენებულ წყაროებში არასწორად იყო კლასიფიცირებული (მაგ., მამაკაცთა სიკვდილის შემთხვევები; სიკვდილის შემთხვევები, რომლებსაც ადგილი არ ჰქონია 2006 წელს; 15 წელზე ნაკლები ან 49 წელზე მეტი ასაკის ქალთა სიკვდილის შემთხვევები); ყველაზე კარგად ინფორმირებული რესპონდენტ(ები)ს გამოსავლენად; გარდაცვალებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში ორსულობის სტატუსის შესაფასებლად; და უბედური შემთხვევით/დაზიანებით ან ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების გამოსავლენად.

**სურათი 2.3. კითხვარის სტრუქტურა და შენაარსი.
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008**



მოდული 2: ეს მოდული მოიცავდა ფორმებს, რომლებიც შედგენილი იყო სიკვდილიანობის მიზეზების ძირითადი ჯგუფების მიხედვით:

ორსულობასთან დაკავშირებულ მიზეზთა ფორმები, რომლებიც გამოყენებულ იქნა ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში ქალთა სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევისათვის, მოიცავდა შემდეგ ინფორმაციას: უკანასკნელი ორსულობის გამოსავალი, ხანგრძლივობა, სასურველობა და კონტრაცეპციის გამოყენება ამ ორსულობის განვითარებამდე, სიკვდილის დროის დადგენა ორსულობის დასრულებასთან მიმართებით; პრენატალური მოვლა (ადგილი, წყარო, დაწყება და ვიზიტების რაოდენობა, ორსულობის გართულებების არსებობა, ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობა); მშობიარობა ან აბორტი; მშობიარობის/აბორტის შემდგომი გართულებები; სამეანო გართულებების ნიშნები და სიმპტომები ან სიკვდილის სხვა მიზეზები.

დაზიანებებთან და უბედურ შემთხვევებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ფორმა: სიკვდილის გამოწვევი ნებისმიერი დაზიანების/უბედური შემთხვევის მიზეზი და ეფექტი; ფატალურ ავტოსაგზაო შემთხვევებთან დაკავშირებული დეტალური გარემოებები.

ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ფორმა: ნებისმიერი სახის ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა სიკვდილის მომენტში; პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაცია; პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის ხანგრძლივობა, სტადია, გავრცელება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; გენიტალური (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს, საკვერცხის) ავთვისებიანი სიმსივნეების დეტალური აღწერა.

სხვა დაავადებებისა და სამედიცინო მდგომარეობების ფორმა: სიცოცხლის მანძილზე გადატანილი შერჩეული დაავადებები და სამედიცინო მდგომარეობები; უკანასკნელ ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ან ასოცირებული ნიშნები და სიმპტომები.

მოდული 3: ეს მოდული მოიცავდა ფორმებს, რომლებიც იკვლევდა სიკვდილის წინა პერიოდში სამედიცინო მოსახურეობაზე ხელმისაწვდომობასა და სოციალურ-ეკონომიკურ, ქცევით და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორებს:

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ფორმა: უკანასკნელი ავადმყოფობის დროს სამედიცინო მომსახურების ძიებასთან დაკავშირებული ქცევა; უკანასკნელ ავადმყოფობასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ისტორია და ამ მომსახურების მახასიათებლები.

რეპროდუქციული ისტორიის ფორმა: ასაკი მენარხესა და მენოპაუზის დროს; ცოცხლადშობილ და გარდაცვლილ ბავშვთა რაოდენობა; ყველა ორსულობის გამოსავლის ისტორია.

ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების ფორმა: თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება; თამბაქოს პასიური მწეველობა; ფიზიკური აქტივობა და დიეტა; ტოქსიკურ ნივთიერებებთან შეხება; ავთვისებიანი სიმსივნის ოჯახური ანამნეზი.

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების ფორმა: ეთნიკური კუთვნილება; განათლება; ქორწინების სტატუსი; დასაქმება; საცხოვრებელი პირობები; საყოფაცხოვრებო პირობები და საკუთრებაში არსებული ნივთები.

ავადმყოფობისა და სიკვდილის შემთხვევასთან პოტენციურად დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა: ამონანერი ავადმყოფობის ისტორიიდან, გარდაცვალების

სამედიცინო ცნობის ასლი; ამბულატორიული სამედიცინო ჩანაწერები ან პათანატომიური გამოკვლევის დასკვნა, რომლებიც გარდაცვლილის ოჯახში ინახებოდა.

კითხვარის ბოლოს დამატებული იყო რამდენიმე კითხვა რესპონდენტის უკუგებისა და საჭიროების შემთხვევაში გარდაცვლილის სამედიცინო ისტორიების განხილვის მიზნით ოჯახისაგან ნებართვის მისაღებად.

კითხვარი სრულფასოვნად იქნა ტესტირებული როგორც პრეტესტის დროს, ისე უშუალოდ საველე სამუშაოების დაწყებამდე. ტესტირება მოიცავდა 2007 წელს თბილისში გარდაცვლილ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ოჯახის წევრებთან ინტერვიუებს და ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებისა და დკეც-ის თანამშრომლების მიერ ჩატარებულ სიმულირებულ ინტერვიუებს. ინგლისურ ენაზე შედგენილი კითხვარი გადათარგმნილ იქნა ქართულ ენაზე და, შემდეგ, ქართულიდან კვლავ ინგლისურ ენაზე.

2.4 მონაცემთა გეგროვება და მართვა

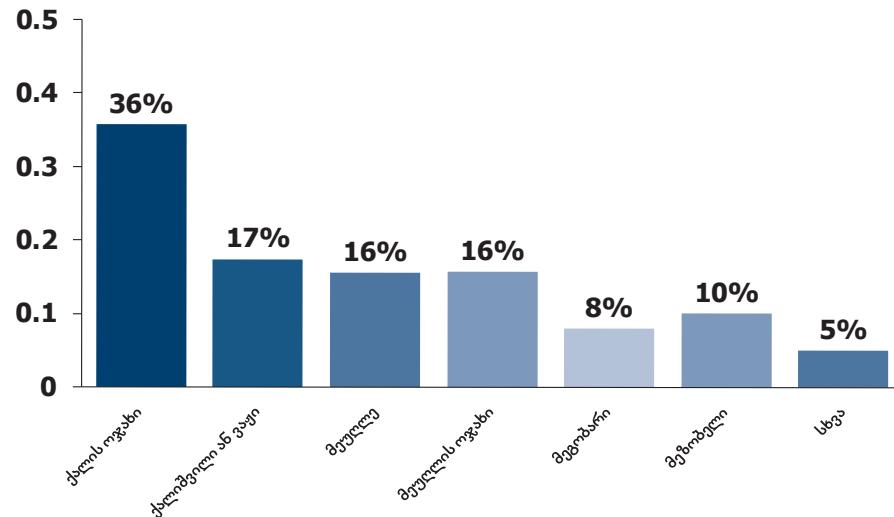
ინტერვიუები ჩატარებულ იქნა 12 ინტერვიუერი ქალის მიერ, რომლებმაც საველე სამუშაოების დაწყებამდე სპეციალური ტრენინგი გაიარეს ინტერვიუს ჩატარების ტექნიკის, საველე სამუშაოების პროცედურებისა, და კითხვარის შინაარსის შესახებ. ინტერვიუერების ტრენინგი ჩატარდა დკეც-ის ოფისში უშუალოდ მონაცემთა შეგროვების დაწყებამდე. საველე სამუშაოების ზედამხედველობა განხორციელებულ იქნა დკეც-ის თანამშრომლების მიერ.

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის ყველა შემთხვევა გამოკვლეულ იქნა ოჯახებში ვიზიტებისა და გარდაცვლილ ქალთა ნათესავებთან დეტალური ინტერვიუების ჩატარების საშუალებით. ოჯახის წევრებთან ინტერვიუების დროს ინფორმაციის მთავარი წყაროების პროცენტული განაწილება მოცემულია სურათზე 2.4.

ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში ქალთა სიკვდილის შემთხვევები დამატებით გამოკვლეულ იქნა სამედიცინო პერსონალთან ინტერვიუების ჩატარებისა და სამედიცინო ისტორიების განხილვის საფუძველზე იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც უკანასკნელად იქნა განეული სამედიცინო მომსახურება ფატალური ავადმყოფობის ან მდგომარეობის გამო. შინამეურნეობების დონეზე შეგროვებული ინფორმაცია გამოყენებულ იქნა უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურების ადგილის დასადენად და კვლევის დაწესებულების ფაზის განსახორციელებლად. საველე სამუშაოები ჩატარდა 2008 წლის 15 ოქტომბრიდან 2009 წლის 30 მარტამდე ვერბალური აუტოფსისათვის, და 2009 წლის აპრილისა და მაისის თვეებში დაწესებულებებში ავადმყოფობის ისტორიების განხილვისათვის.

**სურათი 2.4. ჩატარებული ვერპალური აუტოზისია ინფორმაციის
ხეაროვანის მიხედვით.**

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



საველე სამუშაოების დროს შეგროვებული მონაცემები განხილულ იქნა ადგილობრივი სამედიცინო ექსპერტების მიერ, რომლებმაც დაადგინეს თითოეული სიკვდილის ყველაზე მეტად სავარაუდო ძირითადი მიზეზი. გამომდინარე იქმდან, რომ ყოველთვის არ არის შესაძლებელი ურთიერთმოქმედი დაავადებების ან მდგომარეობების ზუსტი განსაზღვრა ან დასკვნის გაკეთება იმის შესახებ, გამოიწვია თუ არა გარკვეულ მოვლენათა ჯაჭვმა სიკვდილი, თითოეული შევსებული კითხვარი განხილულ იქნა ორი ექიმის მიერ, რომლებმაც გარდაცვალების მოწმობაში ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად (დაბრმავების მეთოდით) შეავსეს სიკვდილის მიზეზები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული სტანდარტული გარდაცვალების მოწმობის ფორმის (WHO, 2005) გამოყენებით (დანართი A). განსხვავებულად შევსებული მოწმობები დამატებით იქნა განხილული საბოლოო თანხმობის მისაღწევად. კოდირების სპეციალისტის მიერ სიკვდილის ყველა შემთხვევის უშუალო მიზეზისა და წინამორბედი მიზეზებისათვის მინიჭებულ იქნა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის კოდები. ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში ქალთა სიკვდილის შემთხვევები განხილულ იქნა ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მკვლევართა ჯგუფის მიერ, რომლებიც ფლობენ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის კლასიფიკაციის გამოცდილებას.

საველე სამუშაოების დროს შეგროვებული მონაცემები და ექსპერტთა ჯგუფის მიერ დადგენილი სიკვდილის ძირითადი მიზეზები შეყვანილ იქნა CSPro პროგრამის მონაცემთა ბაზაში, რომელიც შემუშავებულ იქნა ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტმენტის მიერ. დასაშვები საზღვრები, წინასწარ კოდირებული ცვლადები, თანმიმდევრულობის კონტროლი და გადასვლები პროგრამირებულ იქნა მონაცემთა შეყვანის პროგრამულ უზრუნველყოფაში. დაწესებულებებში ვიზიტების დროს შეგროვებული მონაცემები შეჯამებულ და გამოყენებულ იქნა ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულების შემდეგ გარდაცვლილ ქალთა სიკვდილის მიზეზების დასადგენად.

რეპრეზენტიული ასაკის ყველა ქალის სიკვდილიანობა

3.1 სიკვდილიანობის განახლება მახასიათებლების მიხედვით

ცხრილი 3.1 გვიჩვენებს საქართველოში 2006 წელს 15–49 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის განაწილებას შერჩეული გეოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების მიხედვით. სიკვდილიანობის დაახლოებით 60% აღინიშნებოდა ქალაქად მცხოვრებ ქალებში, მათ შორის 29.7% თბილისის მაცხოვრებელი იყო. როგორც მოსალოდნელი იყო, სიკვდილიანობა კონცენტრირებულია უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში; სიკვდილიანობა ათვერ მაღალი იყო 45–49 წლის ასაკის ქალებში, ვიდრე 15–19 წლის ქალებში. სიკვდილიანობის თითქმის ორი მესამედი აღინიშნა ქორწინებაში მყოფ ქალებში. ნახევარზე ოდნავ მეტ შემთხვევაში (54.2%) ქალებს ჰქონდათ საშუალოზე მაღალი დონის განათლება და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი (52.3%). სიკვდილის ყოველი მეექვსე შემთხვევა (18.3%) მოდიოდა უმცირესი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელ ქალებზე.

2006 წელს გარდაცვლილი 15–44 წლის ქალების განაწილება უმეტეს ინდივიდუალურ მახასიათებელთა მიხედვით შესაბამისობაშიარეპროდუქციული ასაკის ქალთა მთლიანი პოპულაციის განაწილებასთან. თუმცა, სიკვდილიანობის მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში კონცენტრაციის გამო, 2006 წლის სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობა აღინიშნა ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის.

სურათზე 3.1.1 შეჯამებულია სიკვდილის მომენტში ქორწინების სტატუსი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მთლიანი პოპულაციის მონაცემების მსგავსად, 30 წელზე უფროსი ასაკის გარდაცვლილ ქალთა უდიდესი უმრავლესობა ქორწინებაში იმყოფებოდა ან წარსულში იყო დაქორწინებული. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ 35–39 და 40–44 წლის გარდაცვლილ ქალთა შორის ქორწინებაში არასდროს მყოფი ქალების პროპორციული წილი ორვერ მაღალი იყო საქართველოს 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიერ ამ ასაკობრივ ჯგუფებში დოკუმენტირებულ შესაბამის მაჩვენებელზე. რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალის ეთნიკურ ჭრილში განაწილებასთან შედარებისას აღინიშნა გარდაცვლილ ქალთა შორის უმცირესი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელთა არაპროპორციულად მაღალი წილი (სურათი 3.1.2).

ცხრილი 3.1.

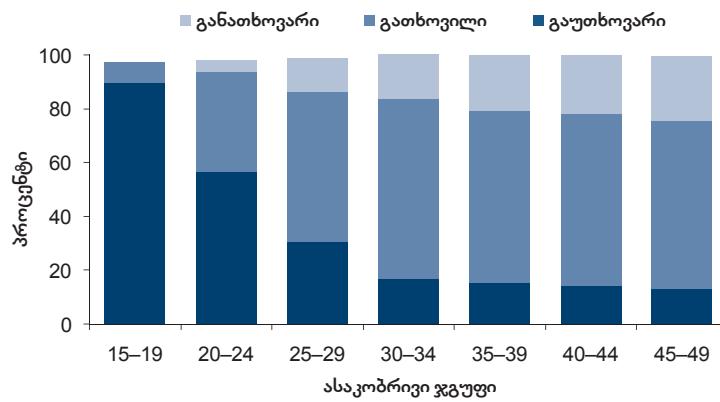
2006 წლის გარდაცვლილ 15 – 49 წლის ქალთა პროცენტული განაცილება

შემოწმებული მახასიათის განაცილების მიხედვით

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილის მონაცემები: საქართველო, 2008

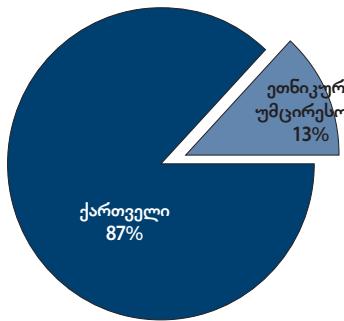
მახასიათებლები	%
საცხოვრებელი ადგილი	
ქალაქი	59.8
სოფელი	40.2
რეგონი	
თბილისი	30.1
აჭარა	9.3
გურია	2.6
იმერეთი	13.3
კახეთი	8.6
მცხეთა-მთიანეთი	2.6
რაჭა-ლეჩხემი/ქვემო სვანეთი	0.7
სამეგრელო/ზემო სვანეთი	9.4
სამცხე-ჯავახეთი	4.2
ქვემო ქართლი	12.1
შიდა ქართლი	6.5
სხვა	0.6
უკანასკნელ დაბადების დღეზე შესრულებული ასაკი	
15–19	2.9
20–24	5.0
25–29	7.1
30–34	10.5
35–39	14.3
40–44	24.9
45–49	35.3
ქორწინების სტატუსი	
ქორწინებაში მყოფი	60.1
ქორწინებაში ადრე მყოფი	19.6
ქორწინებაში არასდროს მყოფი	19.7
უცნობი	0.5
განათლება	
საშუალო არასრული ან უფრო დაბალი	19.5
საშუალო სრული	25.9
ტექნიკური	27.9
უნივერსიტეტი/დიპლომისშემდგომი	26.3
უცნობი	0.4
ეთნიკური ჯგუფი	
ქართველი	81.7
აზერბაიჯანელი	6.6
სომები	5.8
რუსი	2.5
სხვა	3.4
ჯამი	100.0
სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა	918

სურათი 3.1.1. ქორწინების სტატუსი სიკვდილის მომენტში ასაკის
მიხედვით. 2006 წელს გარდაცვლილ 15-49 წლის ქალები

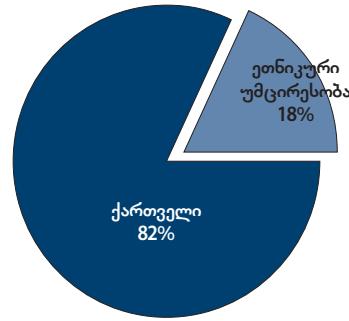


სურათი 3.1.2. ეთნიკურ უმცირესობათა წილი 15-44 წლის ქალებს
შორის და 2006 წელს გარდაცვლილ ქალებს შორის

2006 წელს 15-44 წლის ქალები*
n = 1 013 300



2006 წელს გარდაცვლილ 15-44 წლის ქალები
n = 918



დოკუმენტი: 2006 Demographic Yearbook of Georgia and 2005 Reproductive Health Survey (Serbanescu et al., 2007)

3.2 სიკვდილიანობის ფრაქციები ძირითადი მიზანების მიხედვით 15-49 წლის ასაკის ქალთა შორის

ვერბალური აუტოფსიის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ნეოპლაზმური წარმონაქმნები 2006 წელს საქართველოში 15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენდა (ცხრილი 3.2.1). დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის (ICD-10) კოდების მიხედვით (WHO, 2007) სიკვდილის ძირითადი მიზეზების დაჯგუფების შემდეგ ნეოპლაზმურმა წარმონაქმნებმა შეადგინა კვლევის შესაბამისი სიკვდილის შემთხვევათა 45.3%. გარეშე მიზეზები სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზთა შორის მეორე ადგილზე იყო (15.8%), რასაც მოჰყვებოდა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (11.7%). 2006 წელს 15-44 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში სიკვდილიანობის დაახლოებით 4.3% ინფექციურ დაავადებებით იყო გამოწვეული, ხოლო 3.3% – ორსულობასთან დაკავშირებული მდგომარეობებით.

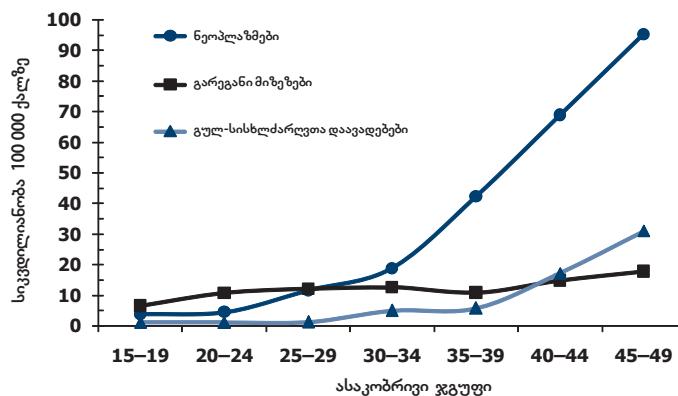
ცხრილი 3.2.1. სიკვდილის ძირითადი მიზანი კოდირებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის თავის შესაბამისად. 15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეპროდუქციული სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008		
	15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა	
	N	%
დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის თავი		
II. ნეოპლაზმები	417	45.4
XX. ავადობისა და სიკვდილიანობის გარეგანი მიზეზები	146	15.9
IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	106	11.6
XVIII. სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, არაკლასიფიცირებული სხვაგან	66	7.2
I. ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	38	4.1
XV. ორსულობა, მშობიარობა და პუერპერული პერიოდი	30	3.3
XI. საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	29	3.2
VI. ნერვული სისტემის დაავადებები ყველა სხვა კლასიფიცირებული*	19	2.1
	67	7.3
ჯამი	918	100.0

* მოიცავს ორსულობის დროს ჩადენილი თვითმეცნიელობის ერთ შემთხვევას, რომელიც განხილულია როგორც არაპირდაპირი დედათა სიკვდილიანობა მე-4 თავში.

ცხრილი 3.2.2 წარმოგვიდგენს სიკვდილიანობის პროცენტულ განაწილებას ძირითადი მიზეზების მიხედვით გარდაცვლილ ქალთა 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. როგორც მოსალოდნელი იყო, ასაკის მატებასთან ერთად ნეოპლაზმური წარმონაქმნებისა და სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი იზრდება, ხოლო ორსულობასთან დაკავშირებული და გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი მცირდება. სიკვდილიანობის ასაკობრივი მაჩვენებლების განაწილება ძირითადი მიზეზების მიხედვით ნაჩვენებია სურათზე 3.2 და ცხრილში 3.2.3.

ცხრილი 3.2.2.								
სიკვდილიანობის ფრაქციები გამომვივავ მიზეზთა ჭრილში ასაკობრივი ჯგუფების მოხადვით დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის გე-10 გადასინჯვის თავის შესაბამისად.								
15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეარმოზურული სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008.								
ასაკობრივი ჯგუფები								
დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის მე-10 გადასინჯვის თავი		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
I. ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები		7.4	4.3	9.2	9.4	5.3	1.7	2.5
II. ნეოპლაზმები		25.9	17.4	29.2	32.3	50.4	52.4	51.2
IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები		7.4	4.3	3.1	7.3	6.9	13.1	16.7
XVIII. სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, არაკლასიფიცირებული სხვგან XX. ავადობისა და სიკვდილიანობის გარეგანი მიზეზები		3.7	4.3	6.2	8.3	5.3	7.4	8.3
ყველა სხვა კლასიფიცირებული		44.4	41.3	30.8	20.8	13.0	11.4	9.9
ჯამი		11.2	28.4	21.5	21.9	19.1	14.0	11.4
შემთხვევათა რაოდენობა		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		27	46	65	96	131	229	324

სურათი 3.2. სიკვდილიანობის ასაკობრივი განაწილება სიკვდილის
ძირითადი მიზეზების 15-49 წლის ქალთა მორის



ცხრილი 3.2.3.							
სიკვდილიანობის ფრაქციები გამომცვევა მიზეზთა და ასაკობრივი ზრიღი დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გაძასინჯვის თავის შესაბამისად.							
15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეპრეზენტიული სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008.							
დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გაძასინჯვის თავი		სიკვდილიანობის მაჩვენებლები გამომცვევა მიზეზთა და ასაკობრივი ჭრილში (5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფები)*					
15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1. ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	1.1	1.1	3.6	5.7	4.5	2.3	4.6
II. ნეოპლაზმები	3.8	4.5	11.5	19.5	42.3	68.9	95.3
III. სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური სისტემის გარკვეული დარღვევები	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.6	0.0
IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	1.1	1.1	1.2	4.4	5.8	17.2	31.0
XI. საჭმლის მომწელებელი სისტემის დაავადებები	0.0	1.1	0.0	1.3	2.6	8.0	4.0
XVIII. სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, არაკლასიფიცირებული სხვაგან	0.5	1.1	2.4	5.0	4.5	9.8	15.5
XX. ავადობსა და სიკვდილიანობის გარეგნი მიზეზები ყველა სხვა კლასიფიცირებული*	6.6	10.7	12.1	12.6	10.9	14.9	18.4
1.6	6.2	8.5	11.9	12.8	9.8	17.2	
სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებელი	14.8	26.0	39.5	60.3	83.9	131.5	186.0

* 15-49 წლის 100 000 ქალზე, 2006 წლის შეა პერიოდის მოსახლეობის რაოდენობის გამოყენებით
(წყარო: Tsuladze et al., 2007: 2006 Demographic Yearbook of Georgia).

ვერბალური აუტოფსიით გამოვლენილი სიკვდილის ძირითადი მიზეზების შემდგომი კატეგორიზაცია მოხდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული მოზრდილთა სიკვდილიანობის შემჭიდროებული სიის (103 მიზეზი) საფუძველზე, რომელიც უფრო მეტ დეტალს მოიცავს, ვიდრე შედარებით ზოგადი ხასიათის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის კოდები; ცხრილი 3.2.4 გვიჩვენებს კვლევის პოპულაციაში სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობრივ და პროცენტულ განაწილებას, და სიკვდილიანობის უხეშ მაჩვენებლებს უხშირესი ძირითადი მიზეზების მიხედვით შემჭიდროებული სიის გამოყენების საფუძველზე.

სიკვდილიანობის უხეში ჯამური მაჩვენებელი იყო 77.3 შემთხვევა 15-49 წლის 100 000 ქალზე, რომელიც წარმოადგენს კონსერვატიულ მაჩვენებელს გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევის მოპასუხეთა კოეფიციენტი იყო 86%. თუკი დავუშვებთ, რომ კვლევის გარეშე დარჩენილ გარდაცვლილ ქალთა შორის ალინიშნებოდა სიკვდილიანობის მსგავსი სტრუქტურა, სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებელი იქნებოდა $89.9/100\ 000$. პროპორციულად, ძუძუს კიბოს წილი რეპროდუციული ასაკის ქალების სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის ყველაზე დიდი იყო (14.6%). კვლევის პოპულაციაში ყოველი მეტვიდე ქალი (133 შემთხვევა) გარდაიცვალა ძუძუს კიბოთი. სატრანსპორტო უბედურმა შემთხვევებმა გამოიინვია სიკვდილიანობის 8%, რასაც მოჰყვება ცერებროვასკულარული დაავადებები (6.2%) და საშვილოსნოს ყელის კიბო (5.7%). 2006 წელს საქართველოში გამოვლენილ იქნა თვითმკვლელობის 24 შემთხვევა 15-49 წლის ქალთა შორის. სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზის დადგენა ვერ მოხერხდა შემთხვევათა 7.2%-ში, რაც რეტროსპექტული ვერბალური აუტოფსიის მეთოდოლოგიის გამოყენების დროს დასაშვებ საზღვრებშია მოქცეული.

ცხრილი 3.2.4.			
სიკვდილიანობის თამაშები 15-49 წლის ქალები (პროცენტული განაცილება) და სიკვდილიანობის უხევი გარცვაზებები გამომცვევი მიზანების პრიორიტეტი ტაბულაცია ჯადობოს მსოფლიო ორგანიზაციის მოზრდილთა ვემატიკული სის შესაბამისად რეპროდუციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008 წელი			
	15-49 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილიანობა	სიკვდილიანობის უხევი მაჩვენებლები მიზეზების ჭრილში	(/100 000)
სიკვდილიანობის წამყვანი ძირითადი მიზეზები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოზრდილთა შემჭიდროებული სის შესაბამისად	N	%	
სიკვდილიანობის წამყვანი ძირითადი მიზეზები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოზრდილთა შემჭიდროებული სის შესაბამისად			
ქუძუს ავთვისებიანი სიმსივნე სატრანსპორტო უბედური შემთხვევები	134	14.6	11.3
სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, არაკლასიფიცირებული სხვაგან	78	8.5	6.6
ცერებროვასკულარული დავადებები საშეილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნე	66	7.2	5.6
ავთვისებიანი სიმსივნის ნარჩენი მოვლენები საშეილოსნოს სხვა ნაწილის ან დაუდგენელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე	57	6.2	4.8
საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნე	52	5.7	4.4
ავთვისებიანი სიმსივნის ნარჩენი მოვლენები საშეილოსნოს სხვა ნაწილის ან დაუდგენელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე	34	3.7	2.9
განზრას თვითდაზიანება რესპირატორული ტუბერულიზი ლეიიგმა	33	3.6	2.8
გულის სხვა დავადებები კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნე	32	3.5	2.7
მენინგეალური გარსების, ტვინის და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა ნაწილების ავთვისებიანი სიმსივნე	25	2.7	2.1
განზრას თვითდაზიანება რესპირატორული ტუბერულიზი ლეიიგმა	24	2.6	2.0
გულის სხვა გარეგანი მიზეზი ყველა სხვა გარეგანი მიზეზი	16	1.7	1.3
ლვიძლის დავადებები ნერვული სისტემის დავადებების ნარჩენი მოვლენები გულის იშემიური დავადება	16	1.7	1.3
ძალადობა შაქრიანი დაბეტი	15	1.6	1.3
საჭმლის მომნელებელი სისტემის ნარჩენი მოვლენები არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	13	1.4	1.1
შარდ-სასქესო სისტემის ნარჩენი მოვლენები ორსულობის, მშობიარობის და პიერპერული ცერიოდის შემდგომი ნარჩენი მოვლენები	11	1.2	0.9
მსხვილი ნაწლავის, სწორი ნაწლავის და ანუსის ავთვისებიანი სიმსივნე	10	1.1	0.8
ყველა სხვა კლასიფიცირებული	137	14.9	11.5
ჯამი	918	100.0	77.3

* 15–49 წლის 100000 ქალზე, 2006 წლის შესაბამის მოსახლეობის რაოდენობის გამოყენებით (წყარო: Tsuladze et al., 2007: 2006 demographic Yearbook of Georgia).

3.3 სიკვდილიანობის ეარვენებლები პირითაღი მიზანების მიხედვით 15-44 წლის ასაკის ქალთა შორის

გამომდინარე იქიდან, რომ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მეთოდოლოგია ინფორმაციას აგროვებს 15-49 წლის ქალების შესახებ, საქართველოში სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებლები შედარებულ უნდა იქნას მხოლოდ ამავე ასაკობრივი ჯგუფის ქალების სიკვდილიანობის ოფიციალურ მაჩვენებლებთან.

სიკვდილიანობის საერთაშორისო მონაცემების ერთ-ერთ ყველაზე ხშირად გამოყენებად წყაროს წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ავადობის გლობალური ტვირთის (GBD) ინფორმაცია, რომელშიც განსაზღვრულია 15-44 წლის ასაკის ქალების სიკვდილიანობის რეგიონალური მაჩვენებლები ძირითადი მიზეზების მიხედვით. ცხრილში 3.3 შედარებულია ავადობის გლობალური ტვირთის მიერ ევროპის რეგიონისათვის 2004 წელს განსაზღვრული 15-44 წლის ქალთა სიკვდილიანობის უხეში ასაკობრივი მაჩვენებლები 2006 წლის რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევით დადგენილ 15-44 წლის ქალთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებთან.

მნიშვნელებში მოსახლეობის რაოდენობა აღებულ იქნა საქართველოს 2006 წლის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებიდან (GBD, 2004 and Tsuladze et al., 2007). ცხრილში 3.3 ასევე მოწოდებულია საქართველოს დემოგრაფიული სტატისტიკის 2006 წლის წელიწდებულში გამოქვეყნებული სიკვდილიანობის ჯამური და ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. კვლევის შედეგად მიღებული სიკვდილიანობის ჯამური მაჩვენებლების დაზუსტება მოხდა არშემდგარი კონტაქტის გათვალისწინებით, ანუ როდესაც გარდაცვლილი ქალის მომვლელთან კონტაქტი ვერ შედგა და, შესაბამისად, ვერბალური აუტოფსია არ ჩატარდა.

სიკვდილიანობის ჯამური მაჩვენებლების დაზუსტება არშემდგარი კონტაქტის გათვალისწინებით, რაც ამ მაჩვენებლებს ოდნავ მაღლა სწევს, უშვებს, რომ იმ ქალთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, რომელთა ოჯახებთან კონტაქტი ვერ მოხერხდა, არ განსხვავდება იმ ქალების მაჩვენებლებისაგან, რომლებისთვისაც ვერბალური აუტოფსია ჩატარდა და სიკვდილის მიზეზი დადგინდა. თუმცა, აღნიშნული დაშვება ნაკლებად სანდოა ძირითადი მიზეზების მიხედვით განსაზღვრული სიკვდილიანობის მაჩვენებლების დაზუსტებისათვის არშემდგარი კონტაქტის გათვალისწინებით. სიკვდილის შემთხვევათა გამოვლენა გარკვეული მიზეზებისთვის შეიძლება ადვილი იყოს, სხვა მიზეზებისთვის კი – ნაკლებად შესაძლებელი. კონსერვატიული მიდგომის გამო, ცხრილში 3.3 რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგად მიღებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და სატრანსპორტო შემთხვევებისათვის შესაბამისი დაზუსტების გარეშეა წარმოდგენილი.

სიკვდილიანობის ჯამური მაჩვენებლების შედარება გვიჩვენებს, რომ ავადობის გლობალური ტვირთის (GBD) მიხედვით, ევროპაში 15-44 წლის ქალთა სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებელი იყო 101.1 შემთხვევა 100 000 მოსახლეობაზე მაშინ, როდესაც რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მეთოდოლოგიით დადგენილი სიკვდილიანობის დაზუსტებული მაჩვენებელი ამავე ასაკობრივი ჯგუფისთვის მხოლოდ 68.0/100 000 იყო. ავადობის გლობალური ტვირთის მიერ მოწოდებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ავთვისებიანი სიმსივნეებისათვის იყო 22.5/100 000, რაც უმნიშვნელოდ დაბალია კვლევის მაჩვენებელზე – 24.8/100 000. ძუძუს კიბოს

შემთხვევაში ავადობის გლობალური ტვირთის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 5.4/100 000, რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მაჩვენებელი კი უმნიშვნელოდ მაღალი იყო – 8.0/100 000 (სურათი 3.3). სატრანსპორტო უბედური შემთხვევებისათვის, რომლებიც კვლევის პოპულაციაში სიკვდილიანობის მეორე წამყვანი მიზეზია, სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მონაცემთა ორივე წყაროში თითქმის ერთნაირია: 7.1/100 000 – ავადობის გლობალური ტვირთის მიხედვით, და 6.1/100 000 – რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მიხედვით.

ცხრილი 3.3. სიკვდილიანობის მაჩვენებლების (15-49 წლის 100 000 ქალზე) შედარება თამაში ძირითადი მიზეზის შემთხვევის მიზნი (CSMR).						
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა, 2008; საქართველო, 2008; საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის (სსდ) მომსახური მონაცემები, 2007; ევროპისათვის ჯანეაცვის მსოფლიო მოგანიჭების ავადობის გლობალური ფინანსის მონაცემები, 2008						
სიკვდილიანობის წამყვანი ძირითადი მიზეზის ჯანმრთელობის მიზნით და შემჭიდროებული სის შესაბამისად	რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა:	სსდ:	ავადობის გლობალური ტვირთი, ევროპა: CSMR, 2006	CSMR, 2006 (100 000)*	CSMR, 2006 (100 000)†	(100 000)‡
ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა	15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006	N	%			
594	100.0	68.2	71.4	101.1		
ყველა ავთვისებიანი სიმსივნე	251	42.3	24.8	22.3	22.5	
ძუძუს ავთვისებიანი სიმსივნე	80	13.5	7.9	–	5.4	
საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სემსივნე	30	5.1	3.0	–	2.4	
სატრანსპორტო უბედური შემთხვევები	62	10.4	6.1	–	7.1	

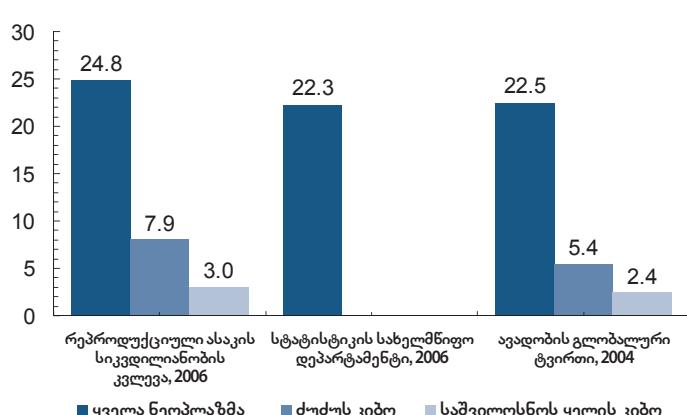
* 15-49 წლის 100 000 ქალზე, 2006 წლის შუა პერიოდის მოსახლეობის რაოდენობის გამოყენებით (წყარო: Tsuladze et al., 2007); ყველა მიზეზით სიკვდილიანობა დაზუსტებულია არამოპასუხეთა გათვალისწინებით.

† 15-49 წლის 100 000 ქალზე, 2006 წლის შუა პერიოდის მოსახლეობის რაოდენობის გამოყენებით (წყარო: Tsuladze et al., 2007: 2006 Demographic Yearbook of Georgia).

‡ 15-49 წლის 100 000 ქალზე (წყარო: WHO, 2008).

ცხრილი 3.3. სიკვდილიანობის უხევი მაჩვენებლები ავადობის გათვალისწინებით
სიმსივნეების მიზეზით 15-49 წლის 100 000 ქალზე შედარება

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა, 2008; სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიზნით ევროპისათვის ჯანეაცვის მსოფლიო მოგანიჭების ავადობის გლობალური ტვირთი, 2006



3.4 გარდაცვალების აღილი

ცხრილი 3.4 გვიჩვენებს, რომ კვლევის პოპულაციაში ქალთა სიკვდილიანობის 67.0% შემთხვევას ადგილი ჰქონდა ბინაზე, ხოლო 22.9% შემთხვევას – სამედიცინო დაწესებულებაში. როგორც მოსალოდნელი იყო, ქრონიკული დაავადების მქონე ქალებს შორის უპირატესად აღინიშნებოდა ბინაზე სიკვდილიანობა, ხოლო უეცრად განვითარებული მწვავე მდგომარეობებითა და გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალებს შორის სიკვდილიანობა აღინიშნებოდა სამედიცინო დაწესებულებებში ან ამ დაწესებულებებში ტრანსპორტირების დროს. თუმცა, ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის 70% შემთხვევას ადგილი ჰქონდა სამედიცინო დაწესებულებებში, ხოლო დამატებით 6.7% შემთხვევას – სავალ გზაზე ან სამედიცინო დაწესებულებებში ტრანსპორტირების დროს.

ცხრილი 3.4. გარდაცვალების აღილი სიკვდილიანობის მიხედვის მიხედვით დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის მე-10 გადასინჯვების თავი 15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008							
გარდაცვალების ადგილი							
დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის მე-10 გადასინჯვების თავი	სახლი	სამედ- დაწეს.	გზა, ქუჩა, ტრასა	სამედ- დაწ-ში გადაყვა ნისას	სხვა	ჯამი	N
II. ნეოპლაზმები	88.0	10.8	0.0	1.2	0.0	100.0	417
XX. ავადობისა და საკვდლიანობის გარეგანი მიზეზები	21.2	30.1	36.3	3.4	8.9	100.0	146
IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	58.5	35.8	0.9	3.8	0.9	100.0	106
XVIII. სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორიული მინაცენები, არაკლასიფიცირებული სხვაგან	74.2	18.2	1.5	3.0	3.0	100.0	66
I. ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	63.2	36.8	0.0	0.0	0.0	100.0	38
XV. ორსულობა, მშობარობა და პუერპერული პერიოდი	26.7	66.7	0.0	6.7	0.0	100.0	30
XI. საჭმლის მოწევებელი სისტემის დაავადებები	62.1	37.9	0.0	0.0	5.3	100.0	29
VI. ნერვული სისტემის დაავადებები	73.7	15.8	5.3	0.0	0.0	100.0	19
IV. ენდოკრინული, კვებითი და მეტაბოლური დაავადებები	76.5	23.5	0.0	0.0	0.0	100.0	17
X. რესპონატორული სისტემის დაავადებები	68.8	31.3	0.0	0.0	0.0	100.0	16
XIV. მერდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100.0	12
XVII. თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრიმისომული პათოლოგიები	77.8	11.1	0.0	11.1	0.0	100.0	9
V. მენტლური და ქცევითი დაოდევევები	85.7	14.3	0.0	0.0	0.0	100.0	7
XIII. ძვალურნოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	100.0	3
III. სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური სისტემის	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2
გარეცეცული დარღვევები	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1
ყველა სიკვდილი	67.0	23.0	6.1	2.1	1.9	100.0	918

3.5 პარაგვასის სერვისების გამოყენება სიკვდილის ნიხა კარიბში

ცხრილი 3.5 გვიჩვენებს, რომ გარდაცვლილი ქალების მიერ სიკვდილის წინ სამედიცინო მომსახურების მიღების ფაქტი მხოლოდ 57.6% შემთხვევაში იყო ცნობილი, რაც უშუალოდ არ ასახავს ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევაში არ მონაწილეობდნენ 15-49 წლის ის ქალები, რომლებიც 2006 წელს დაავადდნენ, მაგრამ ცოცხალი გადარჩნენ. ცხრილში 3.5 ასევე მოცემულია უკანასკნელად მიღებული სამედიცინო მომსახურების ტიპები იმ ქალთა შორის, ვინც სიკვდილის წინ ისარგებლა სამედიცინო მომსახურებით. სიკვდილიანობის ყველა მიზეზის გათვალისწინებით, გარდაცვლილ ქალთა დაახლოებით ნახევარმა მომსახურება მიიღო სამედიცინო დაწესებულებაში.

ცხრილი 3.5. სიკვდილის წინ სამედიცინო მომსახურების მიღება და უკანასკელი სამედიცინო მომსახურების ადგილი დაავადებათა საერთო კლასიფიკაციაში მე-10 გადასინჯვის თავი 15-49 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კლასიფიკაციაში საქართველო, 2008						
დაავადებათა საერთო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის თავი	რაიმე სახის მომსახურების მიღება	უკანასკნელი მომსახურების ადგილი	დაწეს.	არა დაწეს.	ჯამი	N
	N	%	არა დაწეს.	არა დაწეს.	ჯამი	N
II. ნეოპლაზმები						
XX. ავალობისა და სიკვდილიანობის გარეგანი მიზეზები	61.9	417	27.9	72.1	100.0	257
IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	39.0	146	59.2	40.8	100.0	72
XVIII. სიმპტომები, ნიშნები და პათოლოგიური კლინიკური და ლაბორატორული მონაცემები, არაკლასიფიცირებული სხვაგან	67.0	106	78.9	21.1	100.0	55
I. ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	71.1	38	72.0	28.0	100.0	26
XV. ორსულობა, მშობიარობა და პუერპორული პერიოდი	83.3	30	54.5	45.5	100.0	22
XI. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	75.9	30	65.0	35.0	100.0	20
VI. ნერვული სისტემის დაავადებები	52.6	19	53.8	46.2	100.0	13
IV. ნდოკრინული, კვებითი და მეტაბოლური დაავადებები	47.1	17	40.0	60.0	100.0	10
X. რესპირატორული სისტემის დაავადებები	81.3	16	90.0	10.0	100.0	10
XIV. ჰარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	83.3	12	50.0	50.0	100.0	8
XVII. თანდაყოლილი მანქები, დეფორმაციები და ქრომისომული პათოლოგები	22.2	9	66.7	33.3	100.0	3
V. მენტალური და ქცევითი დარღვევები	14.3	7	50.0	50.0	100.0	2
XIII. ძვლუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	100.0	3	50.0	50.0	100.0	2
III. სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები და მიუნური სისტემის გარკვეული დარღვევები	100.0	2	100.0	0.0	100.0	1
XII. კანის და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები	100.0	1	100.0	0.0	100.0	1
ყველა სიკვდილი	57.7	918	47.0	53.0	100.0	530

ქალთა სიკვდილიანობა ორსულობის დროს და ორსულობის შემთხვევაში პარიზი

2006 წლის იანვრიდან დეკემბრამდე რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევამ გამოავლინა ორსულობის დროს ან ბოლო ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში გარდაცვლილი 49 ქალი. აღნიშნული შემთხვევები გამოკვლეულ იქნა გარდაცვლილი ქალის ოჯახის წევრებთან შინამეურნეობების ინტერვიუების ჩატარებითა და დაწესებულებების სამედიცინო ისტორიებისა და უშუალოდ სიკვდილის წინ მიღებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ამონანერების გადასინჯვით. შედეგად, სიკვდილის 31 შემთხვევა კლასიფიცირებულ იქნა როგორც ორსულობის პირდაპირი და არაპირდაპირი მიზეზით გამოწვეული, ხოლო 18 შემთხვევა ორსულობასთან არ იქნა დაკავშირებული. გამომდინარე იქიდან, რომ დედათა სიკვდილიანობის შეფასების დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა ტერმინოლოგიისა და განმარტებების გამოყენებას, ქვემოთ წარმოგიდგენთ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაში გამოყენებულ განმარტებებს.

4.1 ჰიანინობის განვითარება

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია დედათა სიკვდილიანობას განმარტავს, როგორც ქალის სიკვდილს ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან 42 დღის განმავლობაში (ორსულობის ხანგრძლივობისა და ლოკალიზაციის მიუხედავად), რომელიც გამოწვეულია ორსულობასთან დაკავშირებული ან ორსულობისა და მისი მართვის შედეგად გამწვავებული ნებისმიერი მიზეზით, მაგრამ – არა უბედური შემთხვევის ან შემთხვევითი გარემოებების მიზეზით.

კრიტიკოსთა აზრით, დედათა სიკვდილიანობის განმარტებაში დროის ზღვრული შუალედი – მშობიარობის შემდგომი პერიოდის 42 დღე – შერჩეულია რელიგიური და კულტურული მოსაზრებებით, და არა დედათა სიკვდილიანობის დროის განსაზღვის შესახებ მეცნიერულ კვლევებზე დაყრდნობით (Fortney JA, 1990, Hoij L et al., 2003, Lewis G et al., 2008). სამედიცინო ტექნოლოგიების წინსვლისა და სარეანიმაციო სისტემების მიერ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სიცოცხლის 42 დღეზე მეტად გახანგრძლივების შესაძლებლობის აღიარების შედეგად, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის მიერ დაავადებათა კლასიფიკაციის სისტემაში შემოღებულ იქნა ახალი კონცეფცია გვიანი დედათა სიკვდილის შესახებ. გვიანი დედათა სიკვდილი ვითარდება ორსულობის დასრულებიდან არა უადრეს 42 დღისა და არა უგვიანეს ერთი წლის დროის შუალედში (WHO, 2004a).

გარდა ამისა, დედათა სიკვდილიანობა კლასიფიცირებულია შემდეგ ორ კატეგორიად:

პირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობა – გამოწვეული ორსულის სტატუსის (ორსულობა, მშობიარობა და ორსულობის შემდგომი პერიოდი) სამეანო გართულებით, ჩარევებით, შეცდომებით, არასწორი მურნალობით ან რომელიმე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე მოვლენათა ჯაჭვის შედეგად.

არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობა – გამოწვეული წინამორბედი დაავადებით ან ორსულობის დროს განვითარებული დაავადებით, რომელიც განპირობებული იყო არა პირდაპირი სამეანო მიზეზებით, არამედ გამწვავებული იყო ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტის შედეგად.

ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა და მეან-გინეკოლოგთა ამერიკულმა კოლეჯმა (ACOG) დამატებით შემოიღეს „ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის“ განმარტება, რომელიც მოიცავს ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში ნებისმიერი მიზეზით, ორსულობის ნებისმიერი ხანგრძლივობით ან ლოკალიზაციით გამოწვეული სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევას (Wilcox LS and Marks JS, 1995). ეს განმარტება გამოიყენება ამერიკის შეერთებული შტატების ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზედამხედველობის სისტემაში, რადგან ის ზრდის პირდაპირი და არაპირდაპირი დედათა სიკვდილის შემთხვევათა გამოვლენის ალბათობას. შესაბამისად, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების და მეან-გინეკოლოგთა ამერიკული კოლეჯის მიერ მოწოდებული პირდაპირი და არაპირდაპირი დედათა სიკვდილიანობის განმარტებები მოიცავს ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებულ სიკვდილიანობას.

4.2 ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან შემდეგ დაავადებათა განვითარებაში გარდაცვლილ კალთა სრციალურ-დემოგრაფიული განვითარება

ორსულობის დროს ან ორსულობის შემდგომ პერიოდში და დედათა სიკვდილის მიზეზით გარდაცვლილ ქალთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია ცხრილში 4.2. სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობას ადგილი ჰქონდა 25-34 წლის ქალებს შორის, რაც ასახავს შობადობის მაღალ ასაკობრივ მაჩვენებლებს აღნიშნულ ქალებს შორის. ორსულობასთან დაკავშირებული და დედათა სიკვდილიანობის უმეტესი წილი მოდიოდა სოფლად მცხოვრებ ქალებზე, ხოლო გარდაცვლილ ქალთა უდიდესი უმრავლესობა სიკვდილის წინ იმყოფებოდა ქორწინებაში ან თანაცხოვრობდა მამაკაც პარტნიორთან. მიუხედავად იმისა, რომ ორსულობასთან დაკავშირებული და დედათა სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობას ადგილი ჰქონდა ქართველ ქალებს შორის, ყოველი მეხუთე სიკვდილი მოდიოდა სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებზე (აზერბაიჯანელი, სომეხი ან რუსი) (სურათი 4.2). დედათა სიკვდილიანობის მერყეობა ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით მრავალი ურთიერთმოქმედი ფაქტორის შედეგი უნდა იყოს, როგორიცაა განსხვავებული სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, ეთნიკურ უმცირესობებს შორის ორსულობების მაღალი მაჩვენებელი შობადობისა და აპორტის მაღალ მაჩვენებლებთან ერთად, და სამშობიარო მომსახურებასა და ჯანდაცვის სხვა სერვისებზე განსხვავებული ხელმისაწვდომობა.

ცხრილი 4.2.

ორსული ან უკანასკელ ხას ორსულად მყოფი 15-44 წლის ქალების სიკვდილიანობა და დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივი გარვეებები 100 000 ორცხალობილზე შერჩეული განასიათებლების მიხევით, 2006.

რეპროდუქციული ხასის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008.

და რეპროდუქციული ჯამითი არამორტელობის კვლევა: საქართველო, 2005

მახასიათებლები	რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა:		რეპროდუქციული ჯამითი არამორტელობის კვლევა:		დედათა სიკვდილიანობის მშენებელი (MMR) 100 000 ცოცხალშობილზე†
	ორსულად ან უკანსკელ ხას ორსულად მყოფ ქალთა სიკვდილიანობა	%	დედათა სიკვდილიანობა*	N	
ასაკობრივი ჯგუფი					
15—24	20.4	10	22.6	7	5473 27.5
25-34	59.2	29	51.6	16	8289 87.5
35—44	20.4	10	25.8	8	3497 228.8
45+	0.0	0	0.0	0	§ 0.0
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი სისტემი	44.9	22	41.9	13	3440 55.5
სისტემის სტატუსი (ჩასავისას)	55.1	27	58.1	18	3819 75.6
ქართველები ან წებაყოფლობით უკანი მყოფი ქართველები არმატური განალების დონე საშუალო არასრული ან უფრო დაბალი	93.9	46	90.3	28	5463 61.6
საშუალო სრული ტექნიკური და უნივერსატეტი სიკვალურ- ეკონომიკური სტატუსი	6.1	3	9.7	3	1797 167.1
დაბალი საშუალო მაღალი	42.9	21	41.9	12	15076 79.6
ტექნიკური და უნივერსატეტი სიკვალურ- ეკონომიკური სტატუსი	49.0	24	48.4	15	25992 57.7
საშუალო საშუალო მაღალი	36.7	18	35.5	11	17864 61.6
საშუალო მაღალი	46.9	23	58.1	18	20841 86.4
მაღალი	16.3	8	6.5	2	8507 23.5
ეთნიკური ჯგუფი					
ქართველი სხვა	79.6	39	77.4	24	38941 61.6
ორსულობების რაოდენობა	20.4	10	22.6	7	8318 84.2
ვადამდე არმიყვანილი ორსულობა	6.1	3	3.2	1	20652 4.8
1	18.4	9	29.0	9	11295 79.7
2	28.6	14	32.3	10	5246 190.6
3+	46.9	23	35.5	11	10066 109.3
ჯამი	100.0		100.0		100.0 65.6
სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა	49		31		47259 31

* მოიცავს ადრეულ და გვიან დედათა სიკვდილიანობას.

† საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2005 წლის კვლევის 15-44 წლის ქალებში ცოცხალშობილი როცენტური (Serbanescu et al., 2007) და ცოცხალშობილთა საერთო რაოდენობის მესახებ 2006 წლის ოფიციალური მონაცემების მიხედვით.

‡ მონაცემები 15—44 წლის ქალებისათვის.

§ საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2005 წლის კვლევა არ იძლევა 45—49 წლის ქალებში ცოცხალშობილთა შესახებ მონაცემებს.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მიერ გამოვლენილი დედათა სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა, 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემები და 2006 წლის ოფიციალური სტატისტიკის მიერ მონოდებული ცოცხალშობილების რაოდენობა გამოყენებულ იქნა თითოეული დემოგრაფიული ქვეჯგუფისათვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გამოსათვლელად (Serbanescu et al., 2007 and 2006 Demographic Yearbook of Georgia). მრიცველში მოცემულია კვლევით განსაზღვრული დედათა სიკვდილიანობის რაოდენობრივი მაჩვენებელი თითოეული კატეგორიისათვის, ხოლო მნიშვნელში – ცოცხალშობილების რაოდენობა ქალთა იმავე პოპულაციურ ქვეჯგუფებში. მნიშვნელები

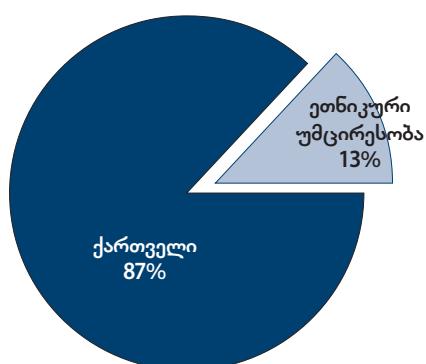
გამოთვლილ იქნა 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში დედათა დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით ცოცხლაშობილთა განაწილებისა და 2006 წლის ოფიციალური სტატისტიკით მონოდებული ცოცხალშობილთა რაოდენობის გამოყენებით. მიღებული თანაფარდობები შემდეგ გამრავლებულ იქნა 100 000 ცოცხალშობილზე, რომ მიგვეღო დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე.

კონსერვატიული მიდგომით, დედათა სიკვდილიანობის ჯამური მაჩვენებელი 2006 წელს იყო 65.6 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე (ცხრილი 4.2, მარჯვენა სვეტი). შედარებით უფროსი ასაკის ქალები, განსაკუთრებით 35 წლის ასაკიდან ზემოთ, იმყოფებოდნენ დედათა სიკვდილიანობის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ქალაქად იყო 55.5 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე, ხოლო სოფლად – 75.6 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე. სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი მჭიდროდ იყო დაკავშირებული დედათა სიკვდილიანობის რისკთან; დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალი და საშუალო სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (შესაბამისად, $61.6/100\ 000$ და $86.4/100\ 000$) 2.5 და 3.5-ჯერ მაღალი იყო, ვიდრე ყველაზე მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში ($23.5/100\ 000$). დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გაუთხოვარ ქალებში 3-ჯერ მაღალი იყო, ვიდრე დაქორნინებულ ქალებში (შესაბამისად, $165.6/100\ 000$ და $58.9/100\ 000$). დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 2.5 და 1.5-ჯერ მაღალი იყო 2 და 3 ვადამდე მიყვანილი ორსულობის მქონე ქალებში, ვიდრე ერთი ორსულობის მქონე ქალებში.

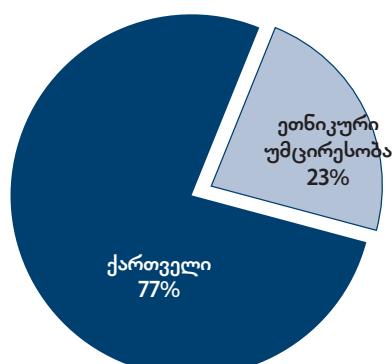
გამოთვლილი მაჩვენებლები არ იქნა დაზუსტებული არმოპასუხეთა გათვალისწინებით. როგორც მეორე თავში იყო ნაჩვენები, კვლევის მიერ ვერ იქნა მოპოვებული ინფორმაცია 2006 წელს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის 14% შემთხვევის შესახებ; თუკი დავუმვებთ, რომ მოუძიებელ შემთხვევებში ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის განაწილება კვლევით დადგენილი განაწილების მსგავსია, აյ წარმოდგენილი 2006 წლის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მინიმალურია.

**სურათი 4.2. საერთო პოპულაციისა და დედათა სიკვდილის მიზანით
2006 წელს გარდაცვლილ ქალთა განაცილება ეთნიკური ნარმობავლობის
მიხედვით**

2006 წელს 15-44 წლის ქალები*
 $n = 1\ 013\ 300$



2006 წელს დედათა სიკვდილის
შემთხვევები 15-44 წლის ქალებს შორის**, $n = 31$



* დემარქი: 2006 Demographic Yearbook of Georgia and 2005 Reproductive Health Survey (Serbanescu et al., 2007)
** კვლევაში გამოყენებული კლასიფიკაციის შესაბამისად

4.3 სიკვდილიანობის ზიანი და დარღვეული მოსახლეობის დასრულებასა და სიკვდილის გრძელების

ცხრილი 4.3 გვიჩვენებს ორსულობის დროს და ორსულობის შემდგომ პერიოდში ქალების სიკვდილიანობის განაწილებას ორსულობის დასრულებასა და სიკვდილს შორის დროის ინტერვალის მიხედვით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დედათა სიკვდილიანობისა და გვიანი დედათა სიკვდილიანობის განმარტებების კომბინირების საფუძველზე, დედათა სიკვდილიანობის განსაზღვრება შევცვალეთ როგორც რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალთა სიკვდილიანობა ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში, რომელიც გამოწვეულია ორსულობასთან ან მის მართვასთან დაკავშირებული ნებისმიერი მიზეზით (ორსულობის ხანგრძლივობისა და ლოკალიზაციის მიუხედავად), მაგრამ – არა უბედური შემთხვევისა და შემთხვევითი გარემოებების მიზეზით.

ორსულობისა და მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სამეანო გართულებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა სამეანო ჩარევების, შეცდომების, არასწორი მკურნალობის ან რომელიმე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე მოვლენათა ჯაჭვის გამო კლასიფიცირებულ იქნა როგორც პირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობა. ეს კატეგორია მოიცავს სამშობიარო სისხლდენას – პლაცენტის ნინა მდებარეობა (2 შემთხვევა), სამვილოსნოს გახევა (1 შემთხვევა) და პლაცენტის ნაადრევი აცლა (1); მშობიარობის შემდგომ (პუერპერულ) ან აბორტის შემდგომ სეფსისს (4 შემთხვევა); ორსულობით გამოწვეულ ჰიპერტენზიას (4 შემთხვევა); და ფილტვისმიერ ემბოლიას (3 შემთხვევა).

ცხრილი 4.3.							
სიკვდილიანობის ძირითადი მიზანები როგორივალი დასრულებასა და სიკვდილს შორის დროის ინტენსივურობის მიხედვით.							
როგორ ან უკანასკელ ხას როგორივალ გაყოფ 15-44 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეარმოდებილი ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008							

ჯამი	დროის ინტერვალი ორსულობის დასრულებასა და სიკვდილს შორის (დღე)							
	უცელა სიკვდილი	ადრეული სიკვდილი	ორსუ ლობის დროს	მშობია რობის დროს	ორსულობის დასრულების შემდეგ	(0-7)	(8-42)	(43-365)
კვლევაში გამოყენებული კლასიფიკაცია								
	(0-365)	(0-42)				(0-7)	(8-42)	(43-365)
პირდაპირ სამეანო სიკვდილი*	18 (100.0)	14 (77.8)	3 (16.7)	3 (16.7)	2 (11.1)	6 (33.3)	4 (22.2)	
არპირდაპირი სამეანო სიკვდილი† შესაძლო არპირდაპირი (თვითმკლელობა)	12 (100.0)	6 (50.0)	1 (8.3)	0	1 (8.3)	4 (33.3)	6 (50.0)	
ჯაჭვი დედათა სიკვდილიანობა შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი‡ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილანობის ყველა შემთხვევა	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0	0	0	0	
ჯაჭვი დედათა სიკვდილიანობა შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი‡ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილანობის ყველა შემთხვევა	31 (100.0)	21 (67.8)	5 (16.1)	3 (9.7)	3 (9.7)	10 (32.3)	10 (32.3)	
შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი‡ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილანობის ყველა შემთხვევა	18 (100.0)	5 (27.8)	2 (11.1)	0	0	3 (16.7)	13 (72.2)	
შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი‡ ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილანობის ყველა შემთხვევა	49 (100.0)	26 (53.0)	7 (14.3)	3 (6.1)	7 (14.3)	13 (26.5)	23 (46.9)	

* ქალის სიკვდილი, გამოწვეული ორსულობის სტატუსის (ორსულობა, მშობიარობა, პუერპერული პერიოდი) სამეანო გართულებებით, რომელიც გამოითარდა ჩარევები, შეცდომის, არასწორი მკურნალობის ან რომელიმე ზემოაღნიშნულით განსირბებულ მოვლენათა ჯაჭვის შედეგად.

† ქალის სიკვდილი, გამოწვეული წინმორბედი ან ორსულობის დროს გამოითარებული დავალებით, რომელიც არ წარმისადგენდა პირდაპირ სამეანო მიზეზს, არამედ გამოვალებული იყო ორსულობის ფიზიოლოგური ზემოქმედების შედეგად.

‡ ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებული ქალის სიკვდილი, რომლის მიზეზი იყო არსულობისათვა არ იყო დაკავშირებული.

წინამორბედი დაავადების ან ორსულობის დროს არა პირდაპირი სამეანო მიზეზით განპირობებული, არამედ ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით გამწვავებული დაავადებების მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა კლასიფიცირებულ იქნა როგორც არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობა. არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობა განვითარდა ორსულობის დროს ან მშობიარობის შემდეგ წინამორბედი დაავადებების ან მდგომარეობების გამწვავების გამო, როგორიცაა გულის თანდაყოლილი დაავადებები (2 შემთხვევა), ტუბერკულოზი (2 შემთხვევა), მგლურა (1 შემთხვევა), სკლეროდერმია (1 შემთხვევა), და ეპილეფსია (1 შემთხვევა). არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობის ორი შემთხვევა დაკავშირებული იყო მწვავე კარდიოვასკულარულ შემთხვევებთან ადრეულ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობების კატეგორია ასევე მოიცავს სიკვდილის 3 შემთხვევას ნეოპლაზმური წარმონაქმნების გამო, რომლებიც დიაგნოსტირებულ იქნა ორსულობის დროს და არ იყო ნაძვურნალევი მშობიარობამდე ან ორსულობის შეწყვეტამდე, და 4 თვის ორსული ქალის თვითმკვლელობის ერთ შემთხვევას. სიკვდილის შემთხვევები, რომლებიც ორსულობასთან დაკავშირებული იყო მხოლოდ დროის ფაქტორით (ანუ განვითარდა ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან 1 წლის განმავლობაში) კლასიფიცირებულ იქნა როგორც შემთხვევითი სიკვდილიანობა.

ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებული სიკვდილის 49 შემთხვევიდან 26 (53%) ქალი გარდაიცვალა ორსულობის დროს ან მშობიარობიდან 42 დღის განმავლობაში (ცხრილი 4.3). სიკვდილის 31 შემთხვევა გამოწვეული იყო პირდაპირი ან არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით, მათ შორის ერთი – ორსულობის დროს ჩადენილი თვითმკვლელობით; ორსულობასთან ასოცირებული დანარჩენი 18 შემთხვევა განვითარდა შემთხვევითი გარემოებების გამო (იმ მიზეზებით, რომლებიც ორსულობასთან არ იყო დაკავშირებული). სიკვდილის 31 შემთხვევა გამოწვეული იყო ორსულობის გართულებებით ან ორსულობის შედეგად გამწვავებული წინამორბედი დაავადებებით ან მდგომარეობებით. მათ შორის, 21 (68%) შემთხვევა ადრეული დედათა სიკვდილიანობა იყო, ხოლ 10 შემთხვევა, პირდაპირი სამეანო მიზეზით გამოწვეული 4 შემთხვევის ჩათვლით, – გვიანი დედათა სიკვდილიანობა (განვითარდა ორსულობის დასრულებიდან 43-365 დღის განმავლობაში). დედათა სიკვდილის შემთხვევათა ერთი მესამედი (32%) განვითარდა ორსულობის დასრულებიდან 8-42 დღის განმავლობაში; შემთხვევათა 19% განვითარდა მშობიარობის დროს ან მშობიარობიდან პირველი კვირის განმავლობაში; დანარჩენი 16% განვითარდა ორსულობის დროს.

ტექნოლოგიების განვითარებასთან და მეურნალობის გაუმჯობესებასთან ერთად სიკვდილის ნაკლებ შემთხვევებს აქვს ადგილი ორსულობის დასრულებიდან ხანმოკლე პერიოდში და მეტი შემთხვევები აღინიშნება გვიან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. დედათა სიკვდილიანობის განმარტების ცვლილება, რომელიც უზრუნველყოფს ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში პირდაპირი და არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობის გათვალისწინებას, საშუალებას იძლევა მეტი ფოკუსირება მოვაძილინოთ მშობიარობისშემდგომ მოვლაზე და ხელს უწყობს პუერპერულ პერიოდში ორსულობის გართულებების გამოვლენისა და მეურნალობისკენ მიმართული ძალისხმევის გაძლიერებას.

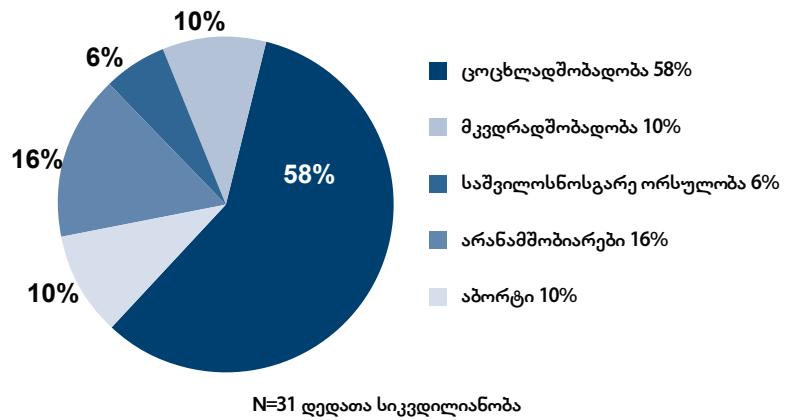
4.4 დაბათა სიკვდილიანობა და ორსულობის გამოსავალი

ცხრილი 4.4 წარმოგვიდგენს ორსულობასთან დაკავშირებულ და დედათა სიკვდილიანობის განაწილებას ორსულობის გამოსავლის მიხედვით. ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის 49 შემთხვევიდან ნახვარი (25 შემთხვევა) აღინიშნა ბავშვის ცოცხლად დაბადების შემდეგ. სიკვდილის რვა შემთხვევა განვითარდა ხელოვნური აბორტის, მათ შორის ორი სამედიცინო აბორტის, შემდეგ, რომლებიც გაკეთდა თანმხლები ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპიული მუკრნალობის დაწყებამდე. შვიდი ქალი გარდაიცვალა ბავშვის დაბადებამდე ან ორსულობის სხვაგვარად შეწყვეტამდე.

მთლიანობაში, დედათა სიკვდილიანობის 58% (18 შემთხვევა) აღინიშნა ცოცხლადშობადობის, ხოლო 9.7% (3 შემთხვევა) – მკვდრადშობადობის შემდეგ (სურათი 4.4). სამედიცინო მეზეზებით გარდაცვლილ ქალთა 16% (5 შემთხვევა) არ იყო ნამშობიარები სიკვდილის მომენტისათვის. სამი ქალი გარდაიცვალა ხელოვნური აბორტის შემდეგ და ორი – საშვილოსნოსგარე ორსულობის გართულებების შედეგად. უნდა აღინიშნოს, რომ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაში აბორტით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის წილი დაბალი იყო მსოფლიოში აბორტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (13%), მაგრამ მაღალი იყო აშშ-ის და ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე, სადაც დედათა სიკვდილიანობის მხოლოდ 4% ასოცირდება აბორტთან (Chang et al., 2003; WHO, 2000b).

ცხრილი 4.4. ორსულობასთან დაკავშირებული და დაბათა სიკვდილიანობა ორსულობის გამოსავალის მიხედვით.						
ორსულ ან უკანასკნელ ხანს ორსულად მყოფ 15-44 წლის ქალთა სიკვდილიანობა, 2006. რეალობულ ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008						
	ორსულობის გამოსავალი					
ჯამი	ცოცხლადშობა	მკვდრადშობა	ხელოვნური აბორტი	ნაყოფის სხვაგვარად	დაკარგვა	არანაშობიანი
დედათა სიკვდილიანობა						
პირდაპირი სამედიცინო სიკვდილი	31	18	3	3	2	5
არაპირდაპირი სამედიცინო სიკვდილი	18	7	3	3	2	3
არაპირდაპირი სამედიცინო სიკვდილი	12	11	0	0	0	1
შესაძლო არაპირდაპირი (თვითმკვლელობა)	1	0	0	0	0	1
შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი	18	7	0	5	5	2
ორსულობასთან ასოცირებული სიკვდილის ყველა შემთხვევა	49	25	3	8	7	7
<i>* საშვილოსნოსგარე ორსულობა ან ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა</i>						

სურათი 4.4. დედა სიკვდილიანობა ორსულობის გამოსავლის
მიხედვით (პროცეციული განაწილება).
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



4.5 დედათა სიკვდილიანობის ძირითადი გიზეზები

მთლიანობაში, დედათა სიკვდილიანობის 58% და მშობიარობის შემდეგ 0-42 დღის განმავლობაში გამოვლენილი დედათა სიკვდილიანობის (ადრეული დედათა სიკვდილიანობა) 67% გამოწვეული იყო პირდაპირი სამეანო მიზეზებით. ამ მიზეზთაგან წამყვანი იყო მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდეგ განვითარებული სისხლდენა (6 შემთხვევა), სეფსისი (4 შემთხვევა), ორსულობით გამოწვეული მძიმე ჰიპერტენზია (4 შემთხვევა), და ფილტვიმიერი ემბოლია (2 შემთხვევა). სხვა პირდაპირი სამეანო მიზეზებიდან ალსანიშნავია აბორტისშემდგომი თირკმლის უკმარისობა (1 შემთხვევა) და უეცარი სიკვდილი (1 შემთხვევა) (ცხრილი 4.5.1). ადრეული დედათა სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობა გამოწვეული იყო პირდაპირი სამეანო მიზეზებით მაშინ, როდესაც მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ განვითარებული სიკვდილიანობა უმთავრესად გამოწვეული იყო არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით.

სიკვდილიანობის მიზეზების განაწილება მერყეობდა ორსულობის გამოსავლის მიხედვით; ბავშვის ცოცხლად დაბადების შემდეგ გარდაცვლილ ქალთა (18 შემთხვევა) სიკვდილის წამყვანი პირდაპირი სამეანო მიზეზები იყო ინფექცია, სისხლდენა, და ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზია; თუმცა, მშობიარობის შემდეგ ქალების უფრო მეტი რაოდენობა გარდაიცვალა არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით, ვიდრე პირდაპირი სამეანო მიზეზებით (ცხრილი 4.5.2). ორსულობის შეწყვეტისათვის გამოყენებული პროცეციურების შედეგად განვითარებული სიკვდილი გამოწვეული იყო ინფექციით, ფილტვისმიერი ემბოლიით და თირკმლის მწვავე უკმარისობით; სიკვდილის ამ შემთხვევათა შორის არც ერთი არ იყო გამოწვეული არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით. ორსულობის დროს (მშობიარობამდე) განვითარებული სიკვდილი ძირითადად განპირობებული იყო ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიით (40%) ან არაპირდაპირი მიზეზებით (40%).

ცხრილი 4.5.1.

დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები ორსულობის დასრულებასა და სიკვდილს შორის
ძროის ინტერვალის მიხედვით.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008 წლი

	დედათა სიკვდილის ყველა შემთხვევა		ადრეული დედათა სიკვდილიანობა (0-42 დღე)		გვიანი დედათა სიკვდილიანობა (43-365 დღე)	
	%	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR)	%	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR)	%	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR)
სიკვდილის მიზეზი	(N=31)		(N=21)		(N=10)	
სისხლდენა	19.4	12.7	23.8	10.6	10.0	2.1
ინფექცია	12.9	8.5	14.3	6.3	10.0	2.1
ორსულობით	12.9	8.5	19.0	8.5	0.0	0.0
გამოწვეული ჰიპერტენზია						
ემბოლია	6.5	4.2	4.8	2.1	10.0	2.1
სხვა პირდაპირი	6.5	4.2	4.8	2.1	10.0	2.1
არაპირდაპირი მიზეზები	41.9	27.5	33.3	14.8	60.0	12.7
ჯამური	100.0	65.6	100.0	44.4	100.0	21.2

ცხრილი 4.5.2.						
დაღათა სიკვდილიანობა ორსულობის გამოსავლის მიხედვით. ჩაართოდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008						
დედათა სიკვდილის ყველა შემთხვევა		ორსულობის გამოსავალი				
კვლევაში გამოყენებული კლასიფიკაცია	%	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR)	ცოცხლად შობადობა	ხელოვნუ რი აბორტი	ნაყოფის სხვაგვარად დაკარგვა	არანაშ შობია რეპი
სიკვდილის მიზეზი	(N=31)	(N=18)	(N=3)	(N=5)	(N=5)	
ჰემორაგია	19.4	12.7	16.7	0.0	60.0	0.0
ინფექცია	12.9	8.5	16.7	33.3	0.0	0.0
ორსულობით გამოწვეული	12.9	8.5	5.6	0.0	20.0	40.0
ჰიპერტენზია						
ემბოლია	6.5	4.2	0.0	33.3	20.0	0.0
სხვა პირდაპირი	6.5	4.2	0.0	33.3	0.0	20.0
არაპირდაპირი მიზეზები	41.9	27.5	61.1	0.0	0.0	40.0
ჯამური	100.0	65.6	100.0	100.0	100.0	100.0

* მკვდრადშობადობა ან საშვილოსნოსგარე ორსულობა

4.6 დაღათა სიკვდილიანობა ჩაართოდუქციული ისტორიის მიხედვით

კვლევაში მონაწილე ოჯახების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, 2006 წელს დედათა სიკვდილის მიზეზებით გარდაცვლილ ქალთა უმრავლესობას (68%) აღნიშნებოდა სასურველი ორსულობა. ქალების მხოლოდ 16% გარდაიცვალა არასასურველი ორსულობის შედეგად (ცხრილი 4.6). ეს მონაცემი განსხვავდება უკანასკნელ ხანს ორსულად მყოფ 15-44 წლის ქალთა შორის არასასურველ ორსულობათა პროცენტული მაჩვენებლისგან – 60%, რომელიც 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიერ იქნა დოკუმენტირებული (Serbanescu et al., 2007). ორსულობის დროს ან ორსულობის დამთავრებიდან ერთი წლის განმავლობაში გარდაცვლილ ქალთა შორის სასურველი ორსულობის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ასახავდეს ორსულობის გამოსავლის მიხედვით განსხვავებულ განაწილებას. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სიკვდილიანობასთან ასოცირებული ორსულობის ყველაზე ხშირი გამოსავალი იყო ცოცხლადშობადობა მაშინ, როდესაც რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო პოპულაციაში ორსულობის ყველაზე ხშირი გამოსავალი იყო აბორტი. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოში მშობიარობათა უმრავლესობა სასურველი ორსულობის შედეგს წარმოადგენს, ხოლო აბორტი არასასუსრველი ორსულობის შედეგია, ორსულობის გამოსავლის მიხედვით აღნიშნული განსხვავება თავისთავად ხსნის სასურველი ჩასახვის შემდგომ დედათა სიკვდილიანობის მაღალ ალბათობას.

ცხრილი 4.6.		
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა რეპროდუქციული ისტორია	რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა დედათა სიკვდილიანობა (N=31)*	რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 15-44 წლის ქალები (N=1 217) †
	%	%
ორსულობის სასურველობა		
სასურველი ორსულობა	67.7	39.5
არასასურველი ორსულობა	16.1	60.0
უცნობია	12.9	0.5
პრენატალური მოვლა		
ადრეული (პირველი 12 კვირა)	41.9	71.9
გვიაზი	12.9	24.1
არ მიუღია	25.8	4.1
უცნობია	16.1	0.0
მშობიარობის ტიპი‡		
ბენებრივი გზით თანმხლები	47.6	85.6
დახმარებით		
საკეისრო კვეთა	47.6	14.4
დახმარების გარეშე	4.8	3.6
* მოიცავს ადრეულ და გვიან დედათა სიკვდილიანობას. † ორსული ან უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ორსულად მყოფი 15-44წლის ქალები (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2005). ‡ 21 ნამშობიარები ქალის სიკვდილიანობა (18 ცოცხლადშობადობა და 3 მკვდრადშობადობა).		

გარდა ამისა, შესაძლებელია, რომ ზოგიერთი ადრეული არასასურველი ორსულობა არ იქნა შემჩერული ოჯახის წევრების ან მომვლელების მიერ და არ იქნა გამოვლენილი რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის ან ოფიციალური სტატისტიკის მიერ. დაბოლოს, ინფორმაცია ორსულობის სასურველობის შესახებ არ არის სანდო, თუკი ის არ არის მოწოდებული თავად ქალის მიერ, რომელსაც ეს ორსულობა აღნიშნებოდა. 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში ორსულობის სასურველობა განისაზღვრებოდა რესპონდენტი ქალების პასუხების საფუძველზე მაშინ, როდესაც რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა ეყრდნობოდა გარდაცვლილი ქალის ნათესავების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას.

პრენატალური მოვლის შესახებ ინფორმაცია შემოიფარგლებოდა მხოლოდ იმ ქალებით, რომელთა მშობიარობის გამოსავალი იყო ცოცხლადშობადობა ან მკვდრადშობადობა, რადგან ორსულობის სხვა გამოსავლის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პრენატალური მოვლის შესახებ არანაირი სარწმუნო მონაცემი არ არსებობდა. მშობიარობის დროს განვითარებული კვალიფიციური დახმარების შესახებ ინფორმაცია ასევე შემოიფარგლებოდა მხოლოდ ცოცხლადშობადობისა და მკვდრადშობადობის შემთხვევებით. მშობიარობის შემდეგ დედათა სიკვდილის მიზეზით გარდაცვლილ ყველა ქალს შორის მხოლოდ 42%-მა დაიწყო პრენატალური ვიზიტები ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში; 26%-ს საერთოდ არ მიუღია პრენატალური მოვლა, ხოლო 13%-მა მიიღო მხოლოდ გვიანი პრენატალური მოვლა. აღნიშნულ ქალთა ერთ მერვედ შემთხვევაში ოჯახის წევრებმა ვერ შეძლეს ინფორმაციის მოწოდება პრენატალური მოვლის გამოყენების შესახებ. შედარებისათვის, 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის დაწყებამდე 12 თვით ადრე ნამშობიარებ 15-44 წლის ქალთა შორის მხოლოდ 4%-ს არ ჰქონდა მიღებული პრენატალური მოვლა, ხოლო 72% აღნიშნავდა პრენატალური მოვლის დაწყებას

ორსულობის ადრეულ ვადაზე.

ყველა იმ ქალს შორის, რომელთა ორსულობა დამთავრდა ცოცხლადშობადობით ან მკვდრადშობადობით, 48%-მა იმშობიარა საკეისრო კვეთით, 48%-ს აღნიშნებოდა ბუნებრივი გზით მშობიარობა თანმხლები დახმარებით, ხოლო 5%-მა იმშობიარა კვალიფიცური დახმარების გარეშე. მშობიარობის შემდომ დედათა სიკვდილიანობის გარემოებების შესახებ დამატებითი ინფორმაცია მოპოვებულ იქნა სპეციალურად მომზადებული ექიმის მიერ პაციენტის სამედიცინო ისტორიების განხილვის შედეგად. აღნიშნული მონაცემების მიხედვით, საკეისრო კვეთების 40% ჩატარებულ იქნა წინამორბედი სამეანო მდგომარეობების გამო, 30% – მშობიარობის პერიოდში განვითარებული სისხლდენების გამო, და 20% – ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის გამო. ერთი საკეისრო კვეთა ჩატარდა გახანგრძლივებული მშობიარობის გამო. საკეისრო კვეთების უმრავლესობა ჩატარდა გადაუდებელი ჩვენებით იმავე დღეს, როდესაც ქალმა პირველად მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას. ერთი საკეისრო კვეთა ჩატარდა პერიმორტალურ პერიოდში (როდესაც ორსულობით გამოწვეული მძიმე ჰიპერტენზიის გამო ქალი იმყოფებოდა კომაში). მხოლოდ ერთი საკეისრო კვეთა იყო წინასწარ დაგეგმილი.

ამის საპირისპიროდ, 2005 წელს ნამშობიარებ ქალთა შორის საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი იყო 14.4% (Serbanescu et al., 2007). 2006 წელს დედათა სიკვდილის მიზეზებით გარდაცვლილ ქალთა შორის საკეისრო კვეთის მაჩვენებლი გარკვეული სიფრთხილით უნდა იქნას ინტერპრეტირებული. საკეისრო კვეთების უმრავლესობა წარმოადგენდა გადაუდებელ პროცედურას, რომელიც გამოყენებული იყო უმთავრესად ქალის სიცოცხლის გადასარჩენად; სამ შემთხვევაში მკვდარი ნაყოფის არსებობა უკვე დადასტურებული იყო. სამედიცინო ისტერიების განხილვის შედეგების მიხედვით, საკეისრო კვეთების უმრავლესობა გართულდა ოპერაციის შემდგომი ინფექციებით, რამაც კიდევ უფრო დაამძიმა ჯანმრთელობის ისედაც კრიტიკული მდგომარეობა.

4.7 ჯანდაცვის მოსახურებაზე ხელმისაწვდომობა სიკვდილის ნინა პერიოდში

გართულებული ორსულობის მქონე ქალს შესაძლოა მრავალი დაბრკოლება შეხვდეს სათანადო სამეანო მომსახურების მოძიების პროცესში. 1990-იან წლებში აშშ-ს კოლუმბიის უნივერსიტეტის მკვლევართა მიერ ფორმულირებულ იქნა “3-დაგვიანების მოდელი” გადაუდებელ სამეანო მომსახურებაზე დაგვიანებული ხელმისაწვდომობის ასახსნელად (Thaddeus S, Maine D, 1994). მოდელი მომსახურების მოძიების დროულ გადაწყვეტილებას (ქალის ან ოჯახის მიერ) განსაზღვრავს როგორც პირველ ნაბიჯს, რომელიც უნდა გადაიდგას, თუკი გართულებების მქონე ქალს ესაჭიროება გადაუდებელი სამეანო მომსახურება. ეს გადაწყვეტილება ნიშნავს იმას, რომ სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების რისკი გაცნობირებულია, ამგვარი დახმარების მიღების ადგილი ცნობილია და არსებობს რწმენა ხარისხიანი მომსახურების მიღების შესაძლებლობის შესახებ. სამედიცინო დაწესებულებამდე მანძილმა, ტრანსპორტირების შესაძლებლობამ, და სამედიცინო მოსახურებისა და მგზავრობის ღირებულებამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს სამედიცინო მოსახურებით სარგებლობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე.

საქართველოში დედათა სიკვდილის მიზეზით გარდაცვლილ ქალთა უმრავლესობამ (71%)

უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურება მიიღო საავადმყოფოში ან სამშობიარო დაწესებულებაში. თუმცა, მხოლოდ ნახევარმა მათგანმა მიიღო გადაწყვეტილება მიემართა სამედიცინო მომსახურებისათვის თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმძიმის გაცნობიერებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში (ცხრილი 4.7). სამედიცინო მომსახურების მოპოვების შესახებ დროული გადაწყვეტილების მიღების პროცენტული მაჩვენებელი უფრო დაბალი იყო 35-44 წლის ქალებში, ვიდრე უფრო ახალგაზრდა ასაკის ქალებში; ეს მაჩვენებელი იზრდებოდა ქალების განათლების დონის ზრდასთან ერთად, მაგრამ – არა მათი სოციალური სტატუსის მიხედვით. აზერბაიჯანელ ქალებს შორის ყველაზე დაბალი იყო ადრეული სამედიცინო მომსახურების მიღების ალბათობა. სიკვდილის წინა პერიოდში საავადმყოფოებში მიმართვების მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ახალგაზრდა ქალებში, ქალაქის მაცხოვრებლებში, და იზრდებოდა განათლების დონის მიხედვით. აზერბაიჯანელ ქალებს შორის კვლავ დაბალი იყო სტაციონარული მომსახურების მიღების ალბათობა.

მახასიათებლები	ცხრილი 4.7. სამედიცინო მომსახურების ხელისაწვდომობის თავისებურობები და დედათა სიკვდილის ნიანსაში მიღებული სტაციონარული მომსახურები შემთხვეული მახასიათებლების მიხედვით. რეპრეზენტატიული ასაკის სიკვდილის წოდება კვლევა: საქართველო, 2008 წელი									
	ადრეული მომსახურების მიღების გადაწყვეტილება (≤ 24 სთ)		უკანასკნელი მომსახურება საავადმყოფოში		საავადმყოფოში განვითარებული სიკვდილი		დაწესებულებება თა სამუალო რაოდენობა*			
	%	N	%	N	%	N	%	N		
ჯამი	54.8	31	71.0	31	67.7	31	1.8	24		
ასაკობრივი ჯგუფი										
15 – 24	57.1	7	57.1	7	42.9	7	1.2	5		
25 – 34	68.8	16	81.3	16	81.3	16	2.1	14		
35 – 44	25.0	8	62.5	8	62.5	8	1.8	5		
45+	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0		
საცხოვრებელი										
ადგილი										
ქალაქი	46.2	13	76.9	13	76.9	13	1.8	10		
სოფელი	61.1	18	66.7	18	61.1	18	1.9	14		
ქორწინების სტატუსი (ჩასახვისას)										
ქორწინებაში ან ნებაყოფლობით	50.0	28	67.9	28	64.3	28	1.9	21		
პავშირში მყოფი ქორწინებაში ან ნებაყოფლობით	100.0	3	100.0	3	100.0	3	1.3	3		
კატეგორია არმტითი										
განთლების დონე										
საშუალო არასრული	33.3	4	33.3	4	33.3	4	1.5	2		
ან უფრო დაბალი										
საშუალო სრული	53.8	12	61.5	12	53.8	12	1.8	11		
ტექნიკური	50.0	6	83.3	6	83.3	6	1.6	5		
უნივერსალუტი და დოპლომის შემდგომი	66.7	9	88.9	9	88.9	9	2.2	6		
სოციალურ- ეკონომიკური სტატუსი										
დაბალი	63.6	11	63.6	11	63.6	11	1.8	9		
საშუალო	50.0	18	77.8	18	72.2	18	1.8	13		
მაღალი	50.0	2	50.0	2	50.0	2	2.0	2		
ეთნიკური ჯგუფი										
ქართველი	58.3	24	79.2	24	79.2	24	2.0	19		
აზერბაიჯანელი	33.3	3	33.3	3	0.0	3	2.0	1		
სხვა	50.0	4	50.0	4	50.0	4	1.0	4		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა										
0	80.0	5	80.0	5	80.0	5	2.3	4		
1	55.6	9	66.7	9	66.7	9	1.6	7		
2	36.4	11	72.7	11	63.6	11	1.9	7		
3+	66.7	6	66.7	6	66.7	6	1.8	6		

*7 ქალის გამოკლებით, რომელსაც სიკვდილის წინ არ მიუღიათ სამედიცინო მომსახურება.

დედათა სიკვდილიანობის დაახლოებით ორ მესამედს ადგილი ჰქონდა სააგადმყოფოში, რაც უმნიშვნელოდ ნაკლებია სტაციონარული მომსახურების მიღების პროცენტულ მაჩვენებელზე, რადგან ზოგიერთი ქალი გარდაცვალებამდე იქნა განერილი საავადმყოფოდან ოჯახის ან უშუალოდ მისი მოთხოვნის საფუძველზე. საავადმყოფოში ან სამშობიარო დაწესებულებაში მოთავსებულ 24 ქალს შორის, ორი გარდაიცვალა მიმღებ განყოფილებაში (სავარაუდოდ რაიმე სახის დახმარების მიღებამდე), ხოლო 14 მინიმუმ გადაყვანილ იქნა სხვა საავადმყოფოში. ორი ქალი გადაყვანილ იქნა 4 საავადმყოფოში იმ მდგომარეობების გამო, რომლებმაც საბოლოოდ განაპირობეს მისი სიკვდილი. სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვების საშუალო რაოდენობა არ მერყეობდა ინდივიდუალური მახასიათებლების მიხედვით (ცხრილი 4.7).

4.8 რეპილიკანურ სტატისტიკასთან გადარება

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაში განხილულ სიკვდილის შემთხვევათაგან ყველა არ იყო აღრიცხული დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემაში (ცხრილი 4.8, მარცხენა სვეტი). მთლიანობაში, ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში კვლევის მიერ დადგენილი ქალთა სიკვდილის შემთხვევათაგან მხოლოდ 42 (86%) იყო აღრიცხული ოფიციალურ წყაროებში, ხოლო სიკვდილის 7 შემთხვევა (14%) გამოვლენილ იქნა გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების მანუალური გადასინჯვის, ავთვისებიანი სიმსივნეებით სიკვდილიანობისა და რეგისტრაციური სიკვდილიანობის რეგისტრებისა და სხვა წყაროების გადასინჯვის შედეგად. მათ შორის ორი იყო აღრეული დედათა სიკვდილის შემთხვევა, ხოლო სხვა ორი შემთხვევა – გვიანი დედათა სიკვდილიანობა. ოფიციალურ სტატისტიკაში სიკვდილის შემთხვევათა არასრული რეგისტრაცია სავარაუდოდ მერყეობს ასაკის, სქესის, და გარდაცვალების ადგილისა და მიზეზის მიხედვით. გამომდინარე იქიდან, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობა შესაძლოა უკეთ იყოს აღრიცხული, ვიდრე სხვა სახის სიკვდილიანობა, ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის 86% შემთხვევათა სრულყოფილი რეგისტრაციის შედეგად ოფიციალურ სტატისტიკით მოწოდებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეიძლება რეალურ დონესთან შედარებით უფრო გაზიადებული იყოს. ამასთან, თუკი გავითვალისწინებთ, რომ კვლევის მიერ ვერ იქნა მოძიებული 2006 წელს გარდაცვლილი 15-49 წლის ყველა ქალის ოჯახი ან მომვლელი, აღრიცხვიანობის სრულყოფილება რეალურად შესაძლოა უფრო დაბალი იყოს ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევაშიც კი.

სიკვდილის აღნიშნულ შემთხვევათა ოფიციალური რეგისტრაციის მიუხედავად, ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში გარდაცვლილი ყველა ქალის ორსულობის სტატუსი არ არის განსაზღვრული, თუმცა სიკვდილის სერტიფიცირების პროცესი მოითხოვს გარდაცვალების სამედიცინო ცნობაში ორსულობის შესაბამისი პუნქტის მონიშვნას. გამომდინარე იქიდან, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების არც ერთ სამედიცინო მოწმობაში ორსულობის შესაბამისი პუნქტი არ იყო მონიშნული, ოფიციალურ მონაცემებში გარდაცვალებასა და ორსულობას შორის დროითი კავშირის შესახებ ნებისმიერი დასკვნა დამყარებული იქნება მხოლოდ სიკვდილის ძირითადი მიზეზის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მიხედვით კოდირებაზე. დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემის მიერ მოწოდებული სიკვდილის მხოლოდ 11 შემთხვევას (10 აღრეული და ერთი გვიანი დედათა სიკვდილის შემთხვევები) ჰქონდა მინიჭებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის ორსულობის ან მშობიარობის შემდგომი სტატუსის შესაბამისი კოდი. ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის ორი

დამატებითი შემთხვევა მოწოდებული იყო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დედათა სიკვდილიანობის ზედამხედველობის სისტემის მიერ. თუმცა, კვლევის ფარგლებში ოჯახის წევრებთან ვერბალური აუტოფსიის ჩატარებისა და საავადმყოფოების სამედიცინო ისტორიების განხილვის შედეგად, აღნიშნული ორი შემთხვევისათვის ორსულობის დამატასტურებელი ვერანაირი მტკიცებულება ვერ იქნა მოძიებული. ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებული სიკვდილის დანარჩენი 31 შემთხვევა ოფიციალური სტატისტიკის მიერ კლასიფიცირებული იყო დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადახედვის სხვა თავებში, მათ შორის სიკვდილიანობის 16 შემთხვევა, რომლებისთვისაც კვლევის შედეგად გამოვლენილ იქნა სიკვდილის პირდაპირი და არაპირდაპირი სამეანო მიზეზები. უნდა აღინიშნოს, რომ ოფიციალურ წყაროებში მოყვანილი აბორტის შემდგომი სიკვდილიანობის ერთი შემთხვევა თავდაპირველად არ იყო გამოვლენილი კვლევის ვერბალური აუტოფსიით, თუმცა მოგვიანებით დადასტურებულ იქნა ტერმინალურ სტადიაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულების პერსონალთან ინტერვიუების შედეგად.

კვლევის მიერ გამოვლენილი ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებული დედათა სიკვდილის დამატებითი 20 შემთხვევიდან 11 შემთხვევას ადგილი ჰქონდა მშობიარობიდან პირველი 42 დღის განმავლობაში, ხოლო 9 შემთხვევას — მშობიარობიდან 43-365 დღის განმავლობაში (ცხრილი 4.8, მარჯვენა სვეტი). ამგვარად, რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მიერ დოკუმენტირებული დედათა სიკვდილის შემთხვევებიდან მხოლოდ ერთი მესამედი (36%) იყო ოფიციალურ წყაროებში კლასიფიცირებული როგორც დედათა სიკვდილიანობა. ეს იმას ნიშნავს, რომ ყოველ ოფიციალურ დედათა სიკვდილის შემთხვევაზე მოდიოდა ორი დედა, რომელთა სიკვდილი არ იყო კლასიფიცირებული დედათა სიკვდილიანობად ან საერთოდ არ იყო აღრიცხული ოფიციალური წყაროების მიერ. კვლევის მიერ გამოვლენილი მშობიარობის შემდგომ პირველი 42 დღის განმავლობაში განვითარებული დედათა სიკვდილის შემთხვევებიდან მხოლოდ 48% იყო ოფიციალურად მოწოდებული (ორიდან ერთი შემთხვევა).

ცხრილი 4.8.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანიანობის კვლევით და დაგენერაციული სიკვდილიანიანობა და დედათა
სიკვდილიანიანობის ოფიციალური სტატისტიკა.

2006 წელს გარდაცვლილი ორსულ ან უკანასკნელ ხას ირსულად მყოფ 15-49 წლის კალთა სიკვდილიანობა.
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანიანობის კვლევა: საქართველო, 2008 წელი

კვლევაში გამოყენებული კლასიფიკაცია	ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა			დედათა სიკვდილიანობა		
	რეპროდუქციული ცოცხლი ასაკის სიკვდილია ნობის კვლევა	ოფიცია ლური სტატის ტეკა	% მონიცემუ ლი	რეპროდუქციული ცოცხლი ასაკის სიკვდილია ნობის კვლევა	ოფიცია ლური სტატის ტეკა	% მონიცემუ ლი
	N	N	N	N	N	N
ჯამი	49 *	42	85.7	31	11	35.5
ადრეული სიკვდილიანობა (0-42)	26	13	50.0	21	10	47.6
პირდაპირი სამეანო სიკვდილი	14	8	57.1	14	8	57.1
არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილი	7	2	28.6	7	2	28.6
შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი	5	3†	60.0	‡	‡	‡
გვიანი სიკვდილიანობა (43-365)	23	13	56.5	10	1	10.0
პირდაპირი სამეანო სიკვდილი	4	1	25.0	4	1	25.0
არაპირდაპირი სამეანო სიკვდილი	6	0	0.0	6	0	0.0
შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილი	13	12†	92.3	‡	‡	‡
სხვა‡	0	16	‡	‡	‡	‡

* მოიცავს სხვა წყაროებიდან რეპროდუქციული ასაკის კვლევით გამოვლენილი სიკვდილის 7 შემთხვევას.
† რეპროდუქციული ასაკის ქლოთა თითქმის არც ერთი გარდაცვალებს მიზნობა არ შეიცავს ინფორმაციას ორსულობის სტატუსის შესახებ (ორსულობის აღმნიშვნელი ცარიელი უჯრეძე); ოფიციალურ სტატისტიკაში არასამეანო მიზეზბით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები არ შეიძლება განხილულ იქნას როგორც ორსულობასთან თანხედროლი.

‡ არ შეესაბამება

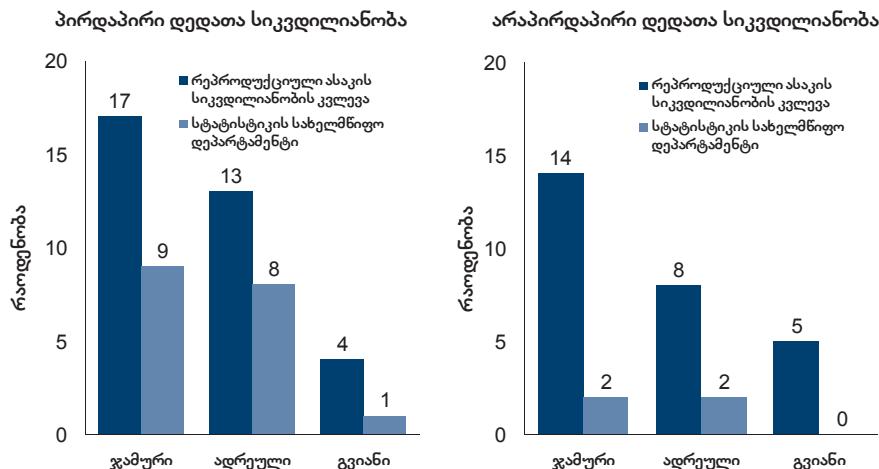
§ 15-49 წლის ქლოთა სიკვდილის შემთხვევები, ოფიციალურად მონიცემებული როგორც სხვა მიზეზით გამოწვეული, რომლებიც რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის კლასიფიკაციაში სამეანო სიკვდილს შეესაბამება.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის კლასიფიკაციასა და ოფიციალურ წყაროებში პირდაპირი და არაპირდაპირი დედათა სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობების შედარებამ გამოავლინა აღრიცხვიანობის შესაბამისობის სხვადასხვა დონეები (ცხრილი 4.8, მარჯვენა სვეტი და სურათი 4.8.1). მაშინ, როდესაც ოფიციალური წყაროებში პირდაპირი დედათა სიკვდილიანობის 57% სწორად იყო იდენტიფიცირებული, არაპირდაპირი დედათა სიკვდილიანობის მხოლოდ 28% იყო იფიციალურად რეგისტრირებული. ადრეული პირდაპირი სამეანო მიზეზით სიკვდილის 5 შემთხვევა, ადრეული არაპირდაპირი სიკვდილის 6 შემთხვევა, და მშობიარობიდან პირველი 42 დღის განმავლობაში პირდაპირი და არაპირდაპირი სიკვდილის პრაქტიკულად არც ერთი შემთხვევა არ იყო ოფიციალურ წყაროებში იდენტიფიცირებული როგორც ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა.

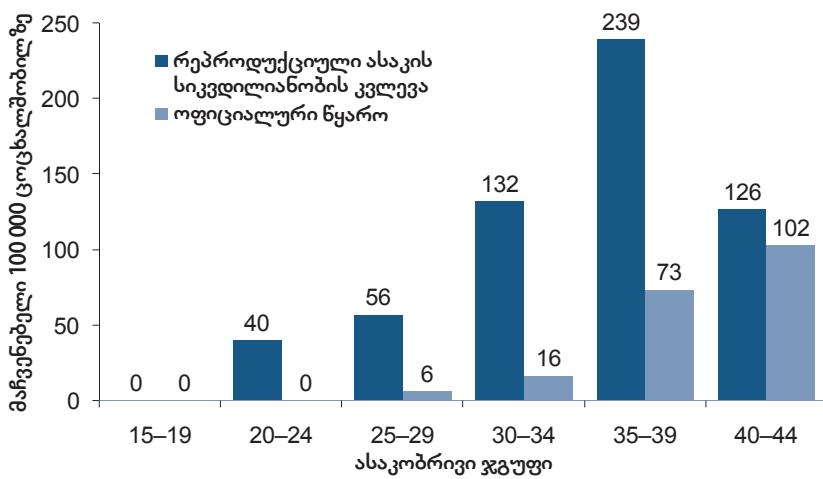
სურათი 4.8.2 გვიჩვენებს რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკის მიერ გამოვლენილი დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივი მაჩვენებლების შედარებას. იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში 44 წლის ასაკის ზემოთ შობადობა უმნიშვნელოა და ამ ასაკობრივ ჯგუფში დედათა სიკვდილის არც ერთი შემთხვევა არ გამოვლენილა, სურათი გვიჩვენებს მხოლოდ 15-44 წლის ქლოთა სიკვდილიანობის ასაკობრივ მაჩვენებლებს. ოფიციალური სტატისტიკის მიერ დედათა სიკვდილის შემთხვევათა აღურიცხაობა ამახინჯებს დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივ მაჩვენებლებს, განსაკუთრებით კი უფრო ახალგაზრდა ასაკობრივი ჯგუფებისათვის გამოთვლილ მაჩვენებლებს. ოფიციალურ წყაროებში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები არ არის მონიცემებული 20-24 წლის ქალებისათვის, ხოლო 25-29 წლის ქალებისათვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები არასრულყოფილად არის მონიცემებული ფაქტორ 9-ის

მიხედვით; ამ ასაკობრივ ჯგუფებში შობადობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია საქართველოში.

სურათი 4.8.1. პირდაპირი და არაპირდაპირი დედათა სიკვდილიანობა რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევისა და ოფიციალური ცყაროების მონაცემები.
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



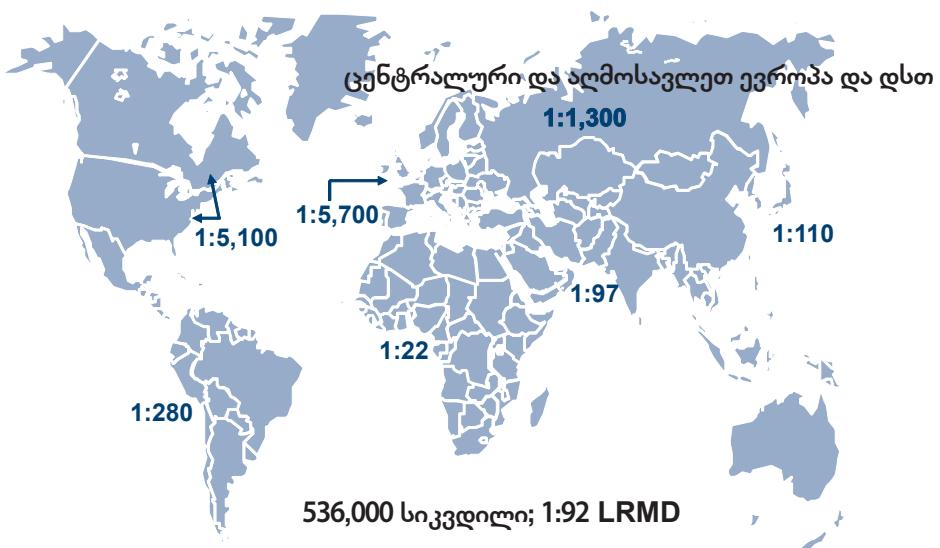
სურათი 4.8.2. დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივი გაჩვევებლები.
ოფიციალური და რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის დედათა სიკვდილიანობის 2006 წლის მონაცემები



4.9 ღებათა სიკვდილის რისკი სიცოცხლის განეავლობაში

დედათა სიკვდილის უფრო მაღალი რისკი აღინიშნებოდა 30 წლის ან უფროსი ასაკის ქალებში, ვიდრე შედარებით ახალგაზრდა ასაკის ქალებში (ცხილი 4.9). კერძოდ, დედათა სიკვდილის ყველაზე მაღალი რისკი, შობადობის ძალზე დაბალ ასაკობრივ მაჩვენებელთან ერთად, აღინიშნებოდა 35–39 წლის ქალებს შორის (სიკვდილის 239 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე). სიცოცხლის განმავლობაში დედათა სიკვდილის რისკი წარმოადგენს რეპროდუქციული ასაკის განმავლობაში პირდაპირი ან არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით დაკარგული ქალების სიცოცხლის კუმულაციურ საზომს. სიცოცხლის განმავლობაში დედათა სიკვდილის რისკის გაზომვა მიზანშენობითა დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივი მაჩვენებლების, უპირატესად კი სიკვდილიანობის ასაკობრივი მაჩვენებლების გამოყენებით (Wilmoth J, 2009).

ცხრათი 4.9. სიცოცხლის განეავლობაში ღებათა სიკვდილის რისკი (LRMD) რაგიონების მიხედვით, 2005



ცვალო: WHO, Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, 2007.

დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, სიცოცხლის განმავლობაში ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან 365 დღის განმავლობაში დედათა სიკვდილის რისკი იყო 0.092%. ეს იმას ნიშნავს, რომ 1 053 ქალიდან ერთი ქალის რეპროდუქციული ასაკის სიცოცხლე შეწყდა დედათა სიკვდილის მიზეზით. ამის მსგავსად, ადრეული დედათა სიკვდილის მიზეზით გარდაცვალების ალბათობა იყო 0.065%, რაც იმას ნიშნავს, რომ 1 538 ქალიდან ერთი გარდაცვალა ადრეული დედათა სიკვდილის მიზეზით. ეს მონაცემი შეესაბამება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მაჩვენებლებს ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და დასახულებისათვის (WHO, 2007), თუმცა ასახავს ქართველ ქალებს შორის დედათა სიკვდილის 4-ჯერ

მაღალ რისკს დასავლეთ ევროპის ქალთა შორის შესაბამის რისკთან შედარებით (სურათი 4.9).

ცხრილი 4.9. დედათა სიკვდილიანობის ასაკობრივი გარევებულებები და დედათა სიკვდილის რისკი სიცოცხლის განვალობაში სიკვდილიანობის ასაკობრივი მონაცემებზე დაყრდნობით.											
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საკართველო, 2008 წელი											
ასაკობრივი ჯგუფები (წელი)	ქალების რაოდენობა (ათასებში)	დედათა სიკვდილიანობა	დედათა სიკვდილიანობის გარევებულება (/1 000)	ცოცხლიადშობაზომა	შესატობის ასაკობრივი გარევებულება		დედათა სიკვდილიანობის გარევებულება (/100 000)	დედათა სიკვდილიანობის რისკი სიცოცხლის განვივლობაში			
					ადრეული	ყველა			ადრეული	ყველა	ადრეული
15-19	182.2	0	0	0.000	0.000	6,633	0.036	0.0	0.0	0	0
20-24	159.2	4	7	0.023	0.040	17,667	0.100	22.6	39.6	0.00011	0.00020
25-29	156.1	4	7	0.024	0.043	12,409	0.075	32.2	56.4	0.00012	0.00021
30-34	159.2	8	9	0.050	0.057	6,831	0.043	117.1	131.8	0.00025	0.00028
35-39	156.1	5	7	0.032	0.045	2,929	0.019	170.7	239.0	0.00016	0.00022
40-44	174.2	0	1	0.000	0.006	791	0.005	0.0	126.4	0.00000	0.00003
45 +	174.2	0	0	0.000	0.000	120	0.001	0.0	0.0	0.00000	0.00000
ჯამი (15 - 49)	1013.3	21	31	0.0207	0.0306	47,259	1.395	44.4	65.6	0.00065 (1/1,538 ქალი)	0.00095 (1/1,053 ქალი)

თავი 5

კვლევის მნიშვნელობა საზოგადოებრივი ჯაღაცვის თვალსაზრისით

დედათა სიკვდილიანობის შემცირება გლობალური ჯანმრთელობის მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენს, რაც ათასწლეულის განვითარების მიზნებში თვალნათლივ არის ასახული. მსოფლიო მასშტაბით ქვეყნების ხელმძღვანელობა ცდილობს გაუმჯობესოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისები, რადგან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაში ჩადებულ ინვესტიციებს სოციალურ-ეკონომიკური და განვითარების თვალსაზრისით უზარმაზარი სარგებელი მოაქვს. თუმცა, ბევრ ქვეყნაში დედათა სიკვდილიანობისა და აგადობის შემცირებისკენ პროგრესის სათანადო შეფასება შეუძლებელია სტატისტიკის არსებული დონის პირობებში. შეფასების მეთოდებისა და საშუალებების სიმრავლის მიუხედავად, არ არსებობს სტანდარტული მეთოდები, რომლებიც უნივერსალურად იქნებოდა გამოყენებული და შენარჩუნებული დედათა სიკვდილიანობის გასაზომად. ამდენად, შედარებების გაკეთება ქვეყნებს შორის ან ქვეყნების შიგნითაც კი დროის სხვადასხვა მომენტში ძალზე რთულია და ხშირად ეყრდნობა მხოლოდ ჯანდაცვის მსოფლიო ორანიზაციის მიერ ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ მოწოდებულ სტატისტიკურ მონაცემებს.

აღმოსავლეთ ევროპაში დემოგრაფიული რეგისტრაციის დიდი ხნის ტრადიციის მიუხედავად, ხშირად ჰქონია ადგილი ოფიციალურად მოწოდებული მონაცემების განმეორებით გადამოწმებას, ხოლო ზოგიერთი ინდიკატორისათვის, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ჩათვლით, არაზუსტი მონაცემებიც კი დადასტურებულა. სრულყოფილი დემოგრაფიული რეგისტრაციისა და სიკვდლის მიზეზების სწორად დადგენის პრაქტიკის არარსებობის პირობებში შემოთავაზებულ იქნა სხვადასხვა მეთოდოლოგია დედათა სიკვდლის შემთხვევათა არასწორი აღრიცხვიანობის ან დაკარგვის აღმოსაფხვრელად. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა, რომელიც მრავლობით წყაროს იყენებს გარკვეული დროის პერიოდში სიკვდილის შემთხვევათა გამოსავლენად, მიზნეულია დედათა სიკვდილიანობის შეფასების ყველაზე სრულყოფილ და დროულ მეთოდად და წარმოადგენს დედათა სიკვდილიანობის კვლევის “ოქროს სტანდარტს”.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა განხორციელებულ იქნა როგორც მაღალი, ისე დაბალი დონის დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემის მქონე ქვეყნებში ამ მეთოდოლოგიის მყარი მტკიცებულებითი მნიშვნელობის გათვალისწინებით. პირველ რიგში, ის ზომავს დედათა სიკვდილიანობის ყველა ინდიკატორს — დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს 1000 ქალზე და 100 000 ცოცხალობილზე, დედათა სიკვდილიანობის ფრაქციას, რომელიც მიუთითებს დედათა სიკვდილიანობის წილზე რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ზოგადი სიკვდილიანობის სტრუქტურაში, და სიცოცხლის განმავლობაში დედათა სიკვდილის რისკს — რომელიც საჭიროა პროგრესის მონიტორინგისათვის და დედათა ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შესაფასებლად. სიკვდილის ყველა მიზეზის კვლევასთან კომბინირების შემთხვევაში, როგორც ამას საქართველოში ჰქონდა ადგილი, ამ მეთოდოლოგიით შესაძლებელია სხვა პრიორიტეტების გამოვლენაც პრევენციისა და ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერების თვალსაზრისით. მეორე, ის აგროვებს ინფორმაციას მთელი რიგი რისკ-ფაქტორებისა და ქცევების შესახებ, რომლებსაც შესაძლოა მნიშვნელოვანი წვლილი

მიუძღვით სიკვდილიანობაში და, ასევე, ავლენს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების მთავარ ხელშემშლელ ბარიერებს. მესამე, გამომდინარე იქიდან, რომ ეს კვლევა ახდენს სხვადასხვა გეოგრაფიულ ჯგუფებს შორის დედათა სიკვდილიანობის განსხვავებული დონეების, მათ შორის სიკვდილიანობის გეოგრაფიული განაწილების, დოკუმენტირებას, ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას მიზნობრივი ღონისძიებების სამართავად. და მეოთხე, ის იძლევა უშუალო მტკიცებულებას დემოგრაფიული მონაცემების არასრულყოფილებისა და დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემების გაძლიერების საჭიროების შესახებ. მაგალითად, საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაზე დამყარებული 2006 წლის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – 44 შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე თითქმის ორჯერ მაღალი იყო ამავე წლის მფიციალურ დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე – 23/100 000.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგები შეიძლება გამოყენებულ იქნას საბაზისო ინფორმაციის სახით სიკვდილიანობის, განსაკუთრებით დედათა სიკვდილიანობის რეგისტრაციის გაუმჯობესებისკენ მიმართული ღონისძიებების შემუშავების პროცესში. ამ მონაცემებმა შესაძლოა შეავსონ სხვა მეთოდებით შეფასებული დედათა სიკვდილიანობის მონაცემები ან დასაბამი მისცენ დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ზედამხედველობის სისტემის ამუშავებას. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგების გამოყენება საბოლოოდ ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების გაუმჯობესებას, ინტეგრირებული სერვისების უზრუნველყოფასა და საქართველოში უსაფრთხო დედობის სფეროში ახალი კვლევის პროექტის შემუშავებას.

5.1 დედათა სიკვდილიანობის გაზოვა

საქართველოში დემოგრაფიული რეგისტრაციისა და რუტინული საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება გაცილებით მეტი რესურსის ინვესტიციას მოითხოვს. გამომდინარე იქიდან, რომ სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს ადგილი ჰქონდა ჯანდაცვის სისტემაში ან კავშირი ჰქონდა აღნიშნულ სისტემასთან, ინვესტიციების გაკეთება დედათა სიკვდილიანობის აღრიცხვიანობის სისტემის განვითარებაში გამართლებული იქნება. დემოგრაფიული სტატისტიკის სამოქალაქო რეგისტრაციის სისტემა დღევანდელი ფორმით არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას დედათა სიკვდილიანობის ზედამხედველობისათვის დამატებითი ინფორმაციის მოპოვების გარეშე. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევამ დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემაში გამოავლინა როგორც სიკვდილის შემთხვევათა არასრულყოფილი აღრიცხვა, ისე სიკვდილის მიზეზების არასწორი კლასიფიკაცია. 2006 წლის ორსულობის დროს ან ორსულობის დასრულებიდან ერთი წლის განმავლობაში განვითარებული ქალთა სიკვდილის შვიდი (14%) შემთხვევა არ იყო აღრიცხული დემოგრაფიული სტატისტიკის მიერ (მათ შორის დედათა სიკვდილის 4 შემთხვევა); დედათა სიკვდილის დამატებითი 16 შემთხვევა დემოგრაფიული რეგისტრაციის მიერ არ იყო კლასიფიცირებული როგორც დედათა სიკვდილი. დედათა სიკვდილის შემთხვევათა დაკარგვა და არასწორი კლასიფიკაცია შესაბამისობაშია დიფერენციალურ მახასიათებლებთან (ყველაზე მაღალი ფერტილობის მქონე ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილის შემთხვევათა არასრული რეგისტრაცია სხვებთან შედარებით შესაძლოა უფრო გამოხატული იყოს) და მიანიშნებას, რომ სიკვდილიანობის ანალიზი და ოფიციალური მონაცემები არ შეიძლება იყოს განზოგადებული. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოში დაბადებისა და სიკვდილიანობის დემოგრაფიული რეგისტრაცია ხელში გადაცემის ხასიათს ატარებს, არარეგისტრირებულ სიკვდილზე შეიძლება პასუხისმგებელი იყოს გარდაცვლილის ოჯახი (რომელმაც სამოქალაქო რეესტრს ვერ მიაწოდა დაწესებულების

მიერ გაცემული გარდაცვალების სამედიცინო ცნობა), ექიმები, რომლებსაც უნდა დაემოწმებინათ სიკვდილი, და სამოქალაქო რეესტრი, რომელსაც უნდა გარდაცვალების ოფიციალური საბუთი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის სიკვდილის სერტიფიცირების მნიშვნელობის გაუცნობიერებლობა შესაძლოა იყოს სიკვდილიანობის არასრულყოფილი რეგისტრაციის ძირეული მიზეზი. საგანმანათლებლო კამპანიამ ნაციონალურ და ადგილობრივ დონეზე შეიძლება გააუმჯობესოს საზოგადოების გათვითცნობიერება დემოგრაფიული აღრიცხვიანობის ზუსტი სისტემისა და, ზოგადად, სიკვდილის რეგისტრაციის მნიშვნელობის შესახებ. ადგილობრივი სამედიცინო პროფესიონალების ჩართულობამ, განსაკუთრებით სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების მქონე გეოგრაფიულ ადგილებში, შესაძლოა კიდევ უფრო გააუმჯობესოს კონკრეტულად დედათა სიკვდილიანობის აღრიცხვიანობა.

პარალელურად, სამედიცინო სკოლებში საჭიროა სიკვდილის სერტიფიცირების პრაქტიკის კონცეფციების შესახებ საბაზისო სწავლებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების სასწავლო პროგრამის ინსტიტუციონალიზაცია. დემოგრაფიული რეგისტრაციის სისტემაში მომუშავე პერსონალისათვის შესავსებად მოსახერხებელი ფორმების შემუშავებამ მარტივი ინსტრუქციების თანხლებით და ხარისხის კონტროლის ზომების შემოღებამ შესაძლოა კიდევ უფრო გააუმჯობესოს სიკვდილის სერტიფიცირების პრაქტიკა.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევამ აჩვენა, რომ სიკვდილის სერტიფიცირებულ შემთხვებშიც კი მათ მნიშვნელოვან ნანილს თან არ ახლდა ძირითადი გამომწვევი მიზეზის დოკუმენტირება და პრაქტიკულად არც ერთი მათგანი არ შეიცავდა ორსულობასა და სიკვდილს შორის დროითი კავშირის დამყარებისთვის საჭირო ინფორმაციას. გამომდინარე იქიდან, რომ მონაცემებს სიკვდილის ძირითადი მიზეზისა და ორსულობის შესახებ, როგორც წესი, გარდაცვლილის სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებელი ექიმი ავსებს, საჭიროა სამედიცინო პერსონალისათვის მიზნობრივი სწავლების კურსების მომზადება. კვლევაში გამოვლენილი დედათა სიკვდილის 31 შემთხვევიდან მხოლოდ ერთს ჩაუტარდა პათანატომიური გამოკვლევა, თუმცა სამედიცინო ისტორიაში არ იდო ამ გამოკვლევის დასკვნა. საქართველოში სიკვდილის შემდგომი გამოკვლევის პრაქტიკა საჭიროებს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, რაც ექიმებს დაეხმარება სწორად განსაზღვრონ სიკვდილის უშუალო და ძირითადი მიზეზები.

სარწმუნო ინფორმაციის არსებობა აუცილებელია ხარისხიანი პროგრამების დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ეფექტის მისაღწევად. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების მიერ მონოდებული რუტინული ინფორმაციისა და რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის მსგავსი პერიოდული სპეციალური კვლევების გარდა, დედათა სიკვდილიანობის შესასწავლად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას უწევს სხვა სპეციფიკურ მეთოდოლოგიებსაც (WHO, 2004). დედათა სიკვდილიანობის ყველა შემთხვევის მუდმივად გამოსავლენად და მონაცემთა შეგროვების მიზნით ყველა დონეზე ქმედითი ღონისძიებების განსახორციელებლად აუცილებელია სათანადო ინფრასტრუქტურის განვითარება.

დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ზედამხედველობის შემოღება უზრუნველყოფს ორსულობისა და მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში დედათა სიკვდილიანობის გარემოებების შესახებ უმნიშვნელოვანეს ინფორმაციას და შეიძლება კომბინირებულ იქნას ოჯახის წევრებთან და ადგილობრივ სამედიცინო მუშაკებთან ჩატარებულ ვერბალურ აუტოფსიასთან. აშშ-ში აქტიური ზედამხედველობა მრავლობით წყაროს იყენებს სიკვდილიანობის სრულყოფილი აღრიცხვისა და სიკვდილის შემთხვევათა გამოვლენის სიზუსტის გასაუმჯობესებლად. სისტემა შემუშავებულია იმგვარად, რომ შეაგროვოს ინფორმაცია გარდაცვალების მოწმობებიდან, დაბადების ან ნაყოფის სიკვდილის ჩანაწერებთან შედარების შედეგებიდან, პათანატომიური გამოკვლევის შედეგებიდან,

დედათა და ბავშვთა სამედიცინო ისტორიებიდან, შემთხვევის მოკლე აღწერილობიდან, ექიმების ან სიკვდილიანობის კომიტეტების მხრიდან გაკეთებული ინდივიდუალური შეტყუბინებიდან და საგაზეთო განცხადებებიდან (Ellerbrock et al., 1988; Chang et al., 2003). დიდ პრიტანეტიში ზედამხედველობის სისტემა ეყრდნობა მხოლოდ სამედიცინო მუშაკებს, მათ შორის ბებიაქალებს, მეანებსა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, რომლებიც დედათა სიკვდილის ნებისმიერ სავარაუდო შემთხვევას ატყობინებენ კონფიდენციალური საკითხების გამომძიებელს (Lewis, 2007). პოლიტიკის განმსაზღვრელ მუშაკებს, პროგრამის მენეჯერებსა და ჯანდაცვის პროვაიდერებს ადგილობრივ, რეგიონალურ და ნაციონალურ დონეებზე შეუძლიათ ამ მონაცემების გამოყენება მიზნობრივი ჩარევების განსახორციელებლად, რაც ხელს შეუწყობდა დედათა სიკვდილიანობის მნიშვნელოვან შემცირებას.

დედათა სიკვდილის შემთხვევათა შესწავლის პროცესები დამატებით უზრუნველყოფს მომსახურების ხარისხის მონიტორინგს და ორსული ქალების მიერ მაღალკვალიფიციური პროვაიდერებისაგან დროული და შესაბამისი მომსახურების მიღებას სათანადოდ აღჭურვილ დაწესებულებებში. აღნიშნული პროცესები ხორციელდება ექსპერტთა მულტიდისციპლინარული კომიტეტების მიერ საავადმყოფოს, ადგილობრივ და ნაციონალურ დონეებზე. დედათა სიკვდილიანობის კომიტეტებში უნდა შედიოდეს ყველა ტიპის ჯანდაცვის პროვაიდერი, რომელიც მონაწილეობს ორსული ქალების სამედიცინო მომსახურებაში (ექიმები, ექთნები, განმანათლებლები, სოციალური მუშაკები) და, ასევე, ადგილობრივი თემის ნარმომადგენლები. მათი გამოცდილება და ცოდნა მეანებს დაეხმარება უკეთ გაიგონ, თუ რატომ ვერ მოახერხეს პაციენტმა, მისმა ოჯახმა ან ჯანდაცვის სისტემამ დედის სიკვდილის პრევენცია. დედათა სიკვდილის შემთხვევათა შესწავლის პროცესების მიზანს ნარმომადგენს დედათა სიკვდილიანობის თითოეული შემთხვევის გამომწვევი ძირითადი ფაქტორების შეფასება და გამოვლენა, სიკვდილიანობის პრევენციულობის მიღწევა, და ნასწავლი გაკვეთილების საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავება ჯანდაცვის სექტორში და თემის დონეზე ქმედითი ღონისძიებების განსახორციელებლად. აღნიშნული მეთოდოლოგია მოიცავს შესწავლის პროცესებს დაწესებულებისა და თემის დონეზე და დედათა სიკვდილის შემთხვევათა კონფიდენციალურ გამოძიებას. დედათა სიკვდილის შემთხვევათა კონფიდენციალური გამოძიება უზრუნველყოფს მეცნიერულ ბაზისს სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პროგრამული ჩარევების გასაუმჯობესებლად. კრიტერიუმებზე დამყარებულ პერიოდულ აუდიტორულ კვლევებს შეუძლიათ უშუალოდ შეაფასონ სამედიცინო პრაქტიკები და გაუმჯობესონ დედათა მძიმე დაავადებების შემთხვევაში (თითქმის დაკარგვული შემთხვევები) დროული და სათანადო მომსახურების მიწოდება და უზრუნველყონ მომავალში დედათა სიკვდილიანობის პრევენცია.

ნაციონალურ და ადგილობრივ დონეებზე ორსულობისა და მშობიარობის დროს განვითარებული სიკვდილის შემთხვევათა გამოსავლენად გამოყენებული ეს ახალი ტექნოლოგიები საჭიროებს საქართველოში ადაპტირებასა და ტესტირებას. ამასთან, მიზანშეწონებით მომავალში დედათა სიკვდილიანობის ახალი ნაციონალური ან უფრო მცირემასშტაბური კვლევების დაგეგმვა და საბაზისო ინფორმაციად რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგების გამოყენება.

5.2 პრევანციული პრაქტიკა

დედათა სიკვდილიანობის შემცირება ათასწლეულის განვითარების მიზნების უმთავარეს ამოცანას წარმოადგენს. ამ ამოცანის შესრულებისათვის საჭირო ძირითადი ღონისძიებები მოიცავს ორსულობის დაგეგმვას, ხარისხიან სამეანო მოსახურებაზე ხელმისაწვდომობასა და საშიშროების ნიშნების დროულ ამოცნობასა და გამოვლენას. ეს ის სფეროა, სადაც სარწმუნო ინფორმაციის შეგროვება და გამოყენება რეალურ ეფექტს იძლევა.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევამ აჩვენა, რომ 2006 წელს გარდაცვლილ დედებს შორის პერინატალური მომსახურების მიღების ალბათობა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში უფრო დაბალი იყო, ხოლო ალბათობა იმისა, რომ საერთოდ არ ესარგებლათ პრენატალური მომსახურებით, 3-ჯერ მაღალი იყო იმ ქალებთან შედარებით, ვინც იმშობიარა და ცოცხალი დარჩა (შესაბამისად, 11% და 4%). მიუხედავად იმისა, რომ პრენატალური მოვლის მიღება არ წარმოადგენს ერთადერთ ეფექტურ სტრატეგიას, ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ პრენატალურ სერვისებზე ყველა ქალის ხელმისაწვდომობა და დროული ვიზიტი ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში. პრენატალური მოვლის სერვისები უნდა ემყარებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ხარისხიან მომსახურებას და გართულებების შემთხვევაში დროული რეფერალის განხორციელების პრაქტიკას. საქართველოში ალნიშნული სერვისების გაუმჯობესების საჭიროება უდავოდ აქტუალურია. ყველა ეთნიკური ჯგუფისათვის განკუთვნილ საინფორმაციო და საგანმანათლებლო მასალებში ხაზგასმით უნდა იყოს ალნიშნული ორსულობის გართულებათა საშიშროების ნიშნები და ორსულობის ადრეულ ვადაზე ანტენატალური მომსახურების მიღების მნიშვნელობა.

კველვამ აჩვენა, რომ 2006 წელს გარდაცვლილი დედების თითქმის ნახევარმა დროულად ვერ ამოიცნო ინსულობის მძიმე გართულების ან ინსულობის შედეგად ნინამორბედი მდგომარეობის გამწვავების ნიშნები. დედის ან მისი ოჯახის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიღების 24 საათით ან მეტად დაგვიანება ალნიშნულ ქალთა შორის დედათა სიკვდილიანობის ყველაზე მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორი უნდა ყოფილიყო. ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის საფუძველზე ორსულობის გართულებების საშიშროების ნიშნების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება საყოველთაოდ მიღებულ სტრატეგიას წარმოადგენს ქალების მოტივაციის ასამაღლებლად დროულად მიმართონ საავადმყოფოს ალნიშნული გართულებების არსებობისას. სისხლდენა, განსაკუთრებით მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის წამყვანი პირდაპირი სამეანო მიზეზია. პრევენციის შესახებ ინფორმაცია, საშიშროების ნიშნების ცოდნა და გადაუდებელი სამეანო დახმარების სერვისებზე სწრაფი ხელმისაწვდომობა უმნიშვნელოვანესია სისხლდენით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

უკანასკნელ ხანს ალნიშნული კლების დინამიკის მიუხედავად, საქართველოში აბორტების მაჩვენებელი მსოფლიოში დოკუმენტირებულ მაჩვენებლებს შორის ყველაზე მაღალია. ამასთან, კვლავ დაბალი რჩება ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების მაჩვენებელი. როგორც დროებითი, ისე ხანგრძლივი მოქმედების კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების სასარგებლო თვისებების შესახებ ინფორმაცია, განათლება და ოჯახის გათვითცნობიერება საყოველთაოდ აღიარებული ღონისძიებებია დედის სიცოცხლის დასაცავად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ახალგაზრდა, გაუთხოვარ, სქესობრივად აქტიურ ქალებს, რომლებსაც სურთ ბავშვის გაჩენის გადავადება და, ასევე, შედარებით უფროსი ასაკის ქალებს, რომლებსაც აღარ სურთ მეტი შვილის ყოლა. მიუხედავად იმისა, რომ არასასურველი ორსულობის პირველადი პრევენცია ოპტიმალურია, იმ ქალებისათვის, ვინც ორსულობის შეწყვეტას ირჩევს, აბორტის ხარისხიან სერვისებზე, მათ შორის აბორტის შემდგომ კონსულტაციაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდამ შეიძლება უზრუნველყოს აბორტების უფრო დაბალი რისკის ქვეშ გაკეთება და

კონტრაცეპტივების შესახებ კვალიფიციური რჩევის მიწოდება. აბორტან დაკავშირებული დედათა სიკვდილიანობის შედარებით დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი (10%) მიუთითებს იმაზე, რომ საქართველოში ორსულობის შენწყვეტის პროცედურები უმთავრესად უსაფრთხო პირობებში ტარდება. თუმცა, აბორტან ასოცირებული სიკვდილის შემთხვევები გარკვეული სიფრთხილით უნდა იქნას ინტერპრეტირებული, რადგან გარდაცვლილის ნათესავების და ხშირად ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის მიერ ადრეული ორსულობების, კერძოდ კი ხელოვნური აბორტით დასრულებული ორსულობების შესახებ მოწოდებული მონაცემები განსაკუთრებით არასრულყოფილია.

კვლევამ ასევე გამოავლინა, რომ 2006 წელს ადრეული დედათა სიკვდილიანობის ერთ მესამედზე მეტი და გვიანი დედათა სიკვდილიანობის 60% უმთავრესად გამოწვეული იყო ორსულობის შედეგად გამწვავებული ნინამორბედი დაავადებებით ან მდგომარეობებით (თანდაყოლილი ან შეძენილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, აუტომუნური დაავადებები, ტუბერკულოზი, ეპილეფსია). ჩასახვისწინა კონსულტაცია, ჯანმრთელობის შესახებ რჩევები, სკრინინგი ადრეული პრენატალური მოვლის პერიოდში და ინტენსიური მონიტორინგი რუტინულად უნდა იქნას უზრუნველყოფილი რეპროდუქციული ასაკის იმ ქალებისთვის, რომლებსაც სერიოზული ნინამორბედი სამედიცინო ან მენტალური მდგომარეობები აღენიშნებათ. საქართველოში ჩასახვისწინა კონსულტაცია პრაქტიკულად არ არსებობს და რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტები (ორსულობის პერიოდის გარდა) ძალზე იშვიათია. სერიოზული ნინამორბედი მდგომრეობების მქონე ქალები საჭიროებენ ორსულობის რისკისა და ოჯახის დაგეგმვის არსებული მეთოდების შესახებ კონსულტაციას. ორსულობის დადგენისთანავე ისინი უნდა იმყოფებოდნენ მულტიდისციპლინარული გუნდის ინტენსიური მეთვალყურეობის ქვეშ, ხოლო მშობიარობა უნდა დაიგეგმოს კარგად აღჭურვილ სამეანო განყოფილებებში. მათი მეთვალყურეობა უნდა გაგრძელდეს ადრეული პუერპერული პერიოდიდან პოსტნატალური პერიოდის ჩათვლით და, სასურველია, მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგაც.

ასევე მნიშვნელოვანია ქალთა ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სტრატეგიები. დიეტური რჩევები ირსულობამდე, ორსულობის დროს და ორსულობის შემდგომ პერიოდში, ანემის პრევენციის მიზნით ორსულობამდე და ორსულობის დროს რეინის პრეპარატისა და A ვიტამინის დანიშვნა, ორსულობის დაგეგმვა, არტერიული სისხლის წნევის სკრინინგი, ქრონიკული დაავადებების პირველადი პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტულ საკითხს წარმოადგენს. ქრონიკული დაავადებები საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის უმნიშვნელოვანეს გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს. ამ მდგომარეობების შესახებ ცოდნის ამაღლებამ შეიძლება გააუმჯობესოს პრევენციულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და მათი გამოყენება.

5.3 კლინიკური მომსახურება

გადაუდებელი სამეანო დახმარების სრულყოფილი სერვისების არსებობა და ხარისხი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს დედათა სიკვდილიანობის შემცირებაში. საყოველთაოდ ცნობილია ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ძირითადი ბარიერები და საჭიროა მეტი ძალისხმევა ღარიბი, ნაკლებად პრივილეგირებული ქალების ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო ღონისძიებების გასატარებლად, განსაკუთრებით პერიფერიულში. დაუშვებელია სრულყოფილი გადაუდებელი სამეანო დახმარების

შესაძლებლობის მქონე უახლოესი სამედიცინო დაწესებულება დიდი მანძილით იყოს დაშორებული. საქართველო გადაუდებელი სამეანო დახმარების სერვისების ნაკლებობას არ განიცდის, თუმცა 24/7 პრინციპით (24 საათის განმავლობაში მთელი კვირის მანძილზე) ფუნქციონირების უნარი და არსებული სამედიცინო პერსონალი შეიძლება არ იყოს ოპტიმალური. დედათა სიკვდილის მიზეზით გარდაცვლილ 31 ქალს შორის 5 ქალს საერთოდ არ მიუმართავს სამედიცინო დახმარებისათვის, ხოლო 14 ქალი სიკვდილის წინა პერიოდში მინიმუმ ერთხელ იქნა გადაყვანილი სამედიცინო დაწესებულებაში, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ან სათანადო ინფრასტრუქტურა არ არსებობდა ან პირველი დახმარების განვევის უნარ-ჩვევების დონე არ იყო ადეკვატური. გადაუდებელი სამეანო დახმარების სერვისების გაძლიერება ხელს შეუწყობს სათანადო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას, რაც საბოლოოდ უზრუნველყოფს სამეანო გართულებებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევათა შემცირებას.

საქართველოში გადაუდებელი სამეანო დახმარების სერვისების სათანადო რაოდენობის არსებობის მიუხედავად, საჭიროარეფერალური სისტემის შემდგომი გაუმჯობესება. ეს გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების დონისა და თითოეულ დონეზე როლებისა და პასუხისმგებლობების ნათლად განსაზღვრას, რაც აუცილებელია რეფერალური სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის. ამავდროულად, რეფერალური სისტემა უნდა მოიცავდეს გამომგზავნი დაწესებულებისათვის დროული და სათანადო უკუგების უზრუნველყოფას, რაც ხელს შეუწყობს რეფლექტორული პრაქტიკის დანერგვას და მომსახურების ხარისხის უწყვეტ გაუმჯობესებას. გარდა ამისა, კარგი რეფერალური სისტემა ნიშნავს დროულ და სწრაფ მომსახურებას და აღნიშნულ ეფექტურ მომსახურებაზე ცველა ქალის ხელმისაწვდომობას, განურჩევლად მათი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა.

ძალისხმევა მიმართული უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისაკენ, რათა მათ შეძლონ ხარისხიანი სარეანიმაციო ღონისძიებების ჩატარება, კერძოდ გადაუდებელი სამეანო დახმარების განვევა. სამეანო სამსახურის სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ გადამზადებას მტკიცებულებებზე დამყარებულ სამეანო დახმარებაში თან უნდა ახლდეს კლინიკური პრაქტიკული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაში დოკუმენტირებული პირდაპირი სამეანო სიკვდილიანობის წარმატები იყო სეფსისი, სისხლდენა და ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზია. სამშობიარო სისხლდენის რისკი ხშირად მშობიარობამდეა ცნობილი. სისხლდენის ცნობილი რისკის მქონე ქალმა უნდა იმშობიაროს იმ დაწესებულებაში, სადაც არსებობს სათანადო ინტენსიური მკურნალობის, საკეისრო კვეთისა და სისხლის გადასხმის შესაძლებლობები; წინასწარ უნდა იქნას შემუშავებული სამედიცინო მომსახურების გეგმა მშობიარობის დროს სისხლდენის ადეკვატურად მართვის მიზნით. მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა რუტინულად უნდა იყოს განხორციელებული. მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, როგორიცაა, მაგალითად, ანტიშოკური ტანსაცმელი, რომელიც სამშობიარო სისხლდენის შემდეგ უზრუნველყოფს სათანადო სისხლის წნევას.

სეფსისის რისკი იზრდება მემბრანების გახანგრძლივებული რღვევისა და გადაუდებელი საკეისრო კვეთის შედეგად და ადგილი აქვს კლინიკური მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებას ადეკვატური მკურნალობის არარსებობის პირობებში. საჭიროა ხანგრძლივი ინფექციის კონტროლის პროცედურების შესახებ სტანდარტებისა და პროტოკოლების დაცვა და ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განვითარებული სეფსისის მართვის დეტალური გაიდლაინების დანერგვა. სამედიცინო პერსონალის გადამზადება სეფსისის რისკ-ფაქტორების, სიმპტომებისა და მკურნალობის საკითხებში და ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების დროული დანიშვნა მშობიარობის შემდგომი სეფსისის რისკის შემცირების უმთავრეს გზას წარმოადგენს.

არსებული ტექნოლოგიები საშუალებას იძლევა მოვახდინოთ ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის პრევენცია, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა როგორც, მაგალითად, მაგნიუმის სულფატის გამოყენება პრეეკლამფისისა და ეკლამფისის პრევენციისათვის, და ორსულობის დროს ასპირინის დაბალი დოზისა და კვებითი დანამატების გამოყენება. პროფესიულმა ჯგუფებმა, განსაკუთრებით კი მეანებმა და ბებიაქალებმა, უნდა განიხილონ და დანერგონ თანამედროვე გაიდლაინები აღნიშნული ტექნოლოგიების გამოყენების გასაუმჯობესებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა

Aleshina N. and Redmond G. 2005. How High Is Infant Mortality in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States? *Population Studies*; 59: 39–54.

Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, et al. 2003. Pregnancy-Related Mortality Surveillance – United States, 1991–1999. In: *Surveillance Summaries*, February 21, 2003. MMWR 52(No. SS-2): 1–8.

Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle MH. 2005. Underreporting of pregnancyrelated mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol*;106: 684–92.

Ellerbrock TV, Atrash HK, Hogue CJR, Smith JC. 1988. Pregnancy mortality surveillance: a new initiative. *Contemporary Ob Gyn*;31: 23–34.

Fortney JA. 1990. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy,childbirth or the puerperium. *World Health Stat Q*;43: 246–8.

Government of Georgia. 2002. Decree #31: Measures on the Improvement of the Registration System in the Demography Statistics. Tbilisi, Georgia.

K. Hill, C. AbouZhar, and T. Wardlaw. 2001. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bulletin of the World Health Organization*; 79:182–193.

Høj L, da Silva D, Hedegaard K, Sandström A, Aaby P. 2003. Maternal mortality: only 42 days? *BJOG*;110(11): 995–1000.

Lewis Gwyneth, 2008. Reviewing maternal deaths to make pregnancy safer, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*; 22 (3): 447–463.

Lewis, G (ed) 2007. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH.

Mesle, France, Vallin, Jacques and Badurashvili, Irina. 2005. Data quality of population and vital statistics in Caucasian countries in the post-Soviet period, presented at the conference on “Health and Demography in the Former Soviet Union”, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, April 29–30, 2005.

Ministry of Health, Labor and Social Affairs. 2006. Georgia National Reproductive Health Policy, November 2006. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Serbanescu F, Morris L, Nutsubidze N, Imnadze P, Shknazarova M, 2001. Reproductive Health Survey, Georgia, 1999–2000. Final Report. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta GA (USA).

Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, Jackson DB, Morris L, 2007. Reproductive health survey, Georgia, 2005. Final report. Atlanta, GA: Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention.

Thaddeus S, Maine D, 1994. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*;38: 1091–1110.

Tsuladze G, Maglaperidze N, Vadachkoria A, 2007. 2006 Demographic Yearbook of Georgia. UNFPA, Tbilisi, Georgia.

United Nations, 2000. United Nations Millennium Declaration. United Nations, New York, NY, (USA). Available at: <http://www.un.org/millennium/declaration/>

United States Agency for International Development (USAID), 2009. Two Decades of Progress: USAID'S Child Survival and Maternal Health Program. Agency for International Development, Washington, DC.

U.S. DHHS. 1999. Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United States, selected years 1985–95. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

Westoff CF, 2005. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, MD: ORC Macro.

World Health Organization [WHO], 2004a. International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision Vol 1 —2nd ed. Geneva, Switzerland.

WHO, 2004b. Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. 2004c. Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. WHO, Geneva, Switzerland.

WHO. 2005. WHO Technical Consultation on Verbal Autopsy tools. WHO, Geneva, Switzerland.

WHO, 2007. International Classification of Diseases Version 10, Volume 2, Version for 2007. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

WHO, 2008. Global Burden of Disease Report, 2004 update. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/ GBD_report_2004update_full.pdf

World Health Organization [WHO] and Center for Medical Statistics and Information [CMSI], 2003. Comparison of Completeness of Data Collected by Two Systems; Evaluating Cause of Death Certification by Physician and ICD-10 Coding of Underlying Causes of Death by SDS Coding Staff. Tbilisi, Georgia.

WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, 2007. Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA., Geneva, Switzerland.

დანართი 1:

სერტიფიცირების ფორმა

	სიკვდილის მიზეზი	ICD-10 კოდი	მიახლოებითი ინტერვალი დაწყებიდან გარდაცვალებამდე
ნაწილი I დაავადება და მდგო- მარეობა, რომელმაც უშუალოდ გამოიწვია სიკვდილი*	a) _____ მიზეზით (ან შედეგად) b) _____ მიზეზით (ან შედეგად) c) _____ მიზეზით (ან შედეგად) d) _____	_____	_____
ნინამორბედი მიზეზები დაავადების მდგომარეო- ბები, თუკი ასეთი არსე- ბობდა, რამაც განაპირობა ზემოაღნიშნული მიზეზი, ყველაზე ბოლოს ძირითადი მდგომარეობის მითითებით		_____	_____
ნაწილი II სხვა მნიშვნელოვანი მდგომარეობები, რომელებმაც წვლილი შეიტანეს სიკვდილის განვითარებაში, მაგრამ არ იყო დაკავშირებული სიკვდილის გამომწვევე დაავადებასთან ან მდგომარეობასთან	_____	_____	_____

* ეს არ ნიშნავს სიკვდილის ფორმას, მაგ. გულის უკმარისობას ან სუნთქვის უკმარისობას. ეს ნიშნავს დაავადებას, დაზიანებას ან მდგომარეობას, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილი.

ლანართი 2: მონაცელი რჩვანიზაციაზე

დაავადებათა კონტროლის, პრევენციის
და სამედიცინო სტატისტიკის
დეპარტამენტი (დკეც)

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და
სოციალური დაცვის სამინისტრო

ეკონომიკური განვითარების
სამინისტრო, სტატისტიკის
დეპარტამენტი

საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა
ასოციაცია

ნაციონალური სკრინინგ ცენტრი

ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამა
საქართველოში/ ჯეი-ეს-აი-ს კვლევისა
და სწავლების ინსტიტუტი

ამერიკის შეერთებული შტატების
საერთაშორისო განვითარების
სააგენტო /საქართველო

დაავადებათა კონტროლისა და
პრევენციის ცენტრები,
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
განყოფილება, ატლანტა

პაატა იმნაძე, დირექტორი
მანანა ცინცაძე, დირექტორის მოადგილე
მარინა შახნაზაროვა, მონაცემთა ანალიზის
დეპარტამენტის უფროსი
ხათუნა ზახაშვილი, ზედამხედველობისა და
პრევენციის დეპარტამენტის უფროსი
კონსტანტინე კაზანჯიანი, მონაცემთა ბაზის
მენეჯერი

ვერა ბაზიარი, მრჩეველი დედათა და ბავშვთა
საკითხებში

გრიგოლ ფანცულაია, დეპარტამენტის უფროსი
ინსექტ არჩვაძე, დეპარტამენტის უფროსის
მოადგილე

თენგიზ ასათიანი, პრეზიდენტი

რემა ლვამიჩავა, დირექტორი

მარიელა ტეფტი, მთავარი მკვლევარი
ნინო ლომია, მრჩეველი პროგრამის მონიტორინგისა
და შეფასების დარგში
ნინო ბერძული, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
დარგში მთავარი ტექნიკური მრჩეველი
ხათუნა ყუჟარაძე, კონსულტანტი

თამარ სირბილაძე, მთავარი მრჩეველი
ჯანმრთელობის საკითხებში

ფლორინა სერბანესკუ, მთავარი მკვლევარი
სინტია ბერგი, ეპიდემიოლოგი
დენ უილიამსი, სოციოლოგი
ფერნანდო კარლოსამა, სისტემის პროგრამისტი
(SAIC)

ალისია რუიზი, სისტემის პროგრამისტი (SAIC)
ვასილ ეგნატაშვილი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
მაგისტრატურის სტუდენტი, ემორის
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა

ლანართი 3:

საველე სამუშაოები, მონაცემთა გეყვანა და დამუშავება

საველე სამუშაოების კომიტეტი	მარინა შახნაზაროვა	MS	დკეც	თბილისი
ინტერვიუერი /ვერბალური აუტოფსია	ნანა მებონია მარიკა ხათაშვილი ნინო შუბლაძე	MD MD MD	დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი
ინტერვიუერი /ვერბალური აუტოფსია და სამედიცინო დაწესებულება	ხათუნა ალადაშვილი ირმა ბურჯაანაძე რუსულან ჭლიკაძე ქეთევან ქოქიაური ცირა მერაბიშვილი	MD MD MD MD MD	დკეც დკეც დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი თბილისი თბილისი
ინტერვიუერი /ვერბალური აუტოფსია და სამედიცინო დაწესებულება /სიკვდილის ძირითადი მიზეზის სერტიფიცირება	ოლგა თარხან-მოურავი დალი ტრაპაიძე ნატო წერეთელი თამარ ცერცვაძე ხათუნა ზახაშვილი	MD MD MD MD MD	დკეც დკეც დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი თბილისი თბილისი
სიკვდილის ძირითადი მიზეზის სერტიფიცირება	ნინო კვესიტაძე ნინო ცეცხლაძე ლაშა თურქიაშვილი	MD MD MD	დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი
სიკვდილის ძირითადი მიზეზის კოდირება ICD-10 მიხედვით	მაია კერესელიძე	MD	დკეც	თბილისი
მონაცემთა პაზის მენეჯერი	კონსტანტინე კაზანიანი	MD	დკეც	თბილისი
მონაცემთა შეყვანა	ლიანა ხუჭუა ლარისა სედიხ სუსანა შახბუღაგიანი		დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი
სამედიცინო დიკუმენტების თარგმნა და მონაცემთა დამუშავება	ლია მაჭავარიანი		დკეც	თბილისი
გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების გადასინვევა	ნინო მჭედლიშვილი	MD	დკეც	თბილისი

