



**USAID**  
აშშის ეროვნული სამსონო



ნაწილი I

# რეპროდუციული ასაკის სიკვდილის მობის კვლევა

**RAMOS**  
საქართველო 2008



# რევოლუციული ასაკის სიკვდილისანობის კვლევა

საქართველო, 2008

ნაწილი I

## მომზადებულის გარიელა ზოფის მიერ

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

ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამა საქართველოში  
ჯეი-ეს-აი-ს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტი (ჯეი-ეს-აი)  
ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID)  
თბილისი, საქართველო

აგვისტო, 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 ავტორის შეხედულებებს და არ უნდა იქნას განხილული, როგორც ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) შეხედულებები.

## მადლობა

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 უძღვებოდნენ 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 ბერძოლს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მთავარ ტექნიკური მრჩეველს, ქ-ნ ნენსი ჰარისას, 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, მონაცემთა ანალიზის განყოფილების უფროსს და ბ-ნ კონსატანტინე კაზანჯიანს, მონაცემთა 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 არჩევაძეზე, საქართველოს მეან-გინერალოგთა ასოციაციის პრეზიდენტზე, ბ-ნ თენგიზ ასათიანზე, ეროვნული სკრინიზ ცენტრის დირექტორზე, ბ-ნ რემა ლვამიჩავაზე და კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებათა ყველა თანამშრომელზე მონაცემთა შეგროვების ფაზაში მათი ნაყოფიერი თანამშრომლობისათვის.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ასევე ჩვენს კვალიფიციურ ინტერვიუერებს, მონაცემთა შეყვანის ოპერატორებს, გარდაცვალების სერტიფიკატების შემვსებ 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

<b>თავი 1. შესავალი</b>	<b>9</b>
1.1. კვლევის წინაპირობა	9
1.2. მეთოდოლოგია	9
1.3. შემთხვევის გამოვლენა, შერჩევის კრიტერიუმებთან შესაბამისობა, ინტერვიუების ჩატარება და მოპასუხეთა კოეფიციენტი.	11
<b>თავი 2. ქალევის სამიზნო ჯგუფის დამოგრაფიული, სოციალურ-კუნძულობის და რეარმინაციული ეახასიათებლათი</b>	<b>13</b>
2.1. კვლევის სამიზნე ჯგუფის დემოგრაფიული მახასიათებლები	13
2.2. კვლევის სამიზნე ჯგუფის სოციალურ-კუნძულობის მაჩვენებლები	16
2.3. კვლევის სამიზნე ჯგუფის რეპროდუქციული მახასიათებლები	17
<b>თავი 3. რეარმინაციული ასაკის სიკვდილის წონაის ქალევის მიზანები შედეგები</b>	<b>20</b>
3.1. ძირითადი შედეგები	20
3.2. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შედეგების შედარება ოფიციალურ სტატისტიკასთან	23
3.3. ძუძუს კიბო და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები	25
3.4. სიკვდილის გარეგანი მიზეზები	26
3.5. რეკომენდაციები	27
<b>თავი 4. რეარმინაციული ასაკის სიკვდილის წონაის ქალევის შედეგები ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოცვეული სიკვდილის შესახებ</b>	<b>29</b>
4.1. ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული ძირითადი შედეგები	29
4.2. დროის ინტერვალი პირველი სიმპტომის განვითარებიდან ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დასმამდე	30
4.3. ავთვისებიანი სიმსივნის სტადია დიაგნოზის დასმის დროს	31
4.4. ავთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობა დიაგნოზის დასმის შემდეგ	32
4.5. ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტების მიერ სიკვდილის წინ უკანასკნელად მიღებული სამედიცინო მომსახურება	33

4.6. დროის ინტერვალი ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დასმიდან სიკედილამდე	34
4.7. ზედამხედველობის, ეპიდემიოლოგის და საბოლოო შედეგების (SEER) სტრუქტურული ჩარჩო სიცოცხლისუნარიანობისათვის	38
4.8. რეპროდუქციული ასაკის სიკედილიანობის კვლევისა და აშშ-ის 2006 წლის ძუძუს კიბოსა და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკედილიანობის მაჩვენებლების შედარება 35-44 წლის ქალთა ასაკობრივ ჯგუფში	39
4.9. რეკომენდაციები	40
<b>თავი 5. ჩაროვნებული ასაკის სიკედილიანობის კვლევის შედეგები გარეგნო მიზანით გამოვეული სიკედილიანობის შესახებ</b>	<b>41</b>
5.1. გარეგან მიზეზებთან დაკავშირებული ძირითადი შედეგები	41
5.2. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევები	42
5.3. არასატრანსპორტო უბედური შემთხვევები, თვითმკვლელობა, მკვლელობა და დაუდგენელი განზრახვით განვითარებული სიკედილი	46
5.4. სამედიცინო/ქირურგიული გართულებები და გარეგანი მიზეზებით განპირობებული მდგომარეობები	47
5.5. რეკომენდაციები	48
<b>გამოყენებული ლიტერატურა</b>	<b>50</b>
<b>დანართი 1: მონაცემუ რჩებანიზაცია</b>	<b>51</b>
<b>დანართი 2: სავალი სამართლის, მონაცემთა გაყვანა და დამუშავება</b>	<b>52</b>

# 1. გესავალი

## 1.1. კვლევის ნინავირობა

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ნაციონალური კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემთა სხვაობაში ხელოვნური აბორტის ჯამური მაჩვენებლების თვალსაზრისით (GERHS05 TIAR: 3.1 vs. MoLHSA TIAR: 0.5)<sup>1</sup> ეჭვი დაბადა დედათა სიკვდილიანობის, განსაკუთრებით აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობის, არასრული რეგისტრაციის შესაძლებლობის თაობაზე. შედეგად, 2007 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების მიერ დაფინანსებული ჯონ სნოუს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტის (ჯეი-ეს-აი) ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამაში, საქართველოში, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ეროვნულმა (ცენტრმა (დკეც) და ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა წამოიწყეს ორწლიანი კოლაბორაციული პროექტი საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის შესასწავლად. საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა მიზნად ისახავდა 2006 წელს გარდაცვლილ საქართველოში მუდმივად მცხოვრებ 15-49 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილის ყველა შემთხვევის შესწავლას. თავდაპირველად კვლევა მიმართული იყო მხოლოდ დედათა სიკვდილიანობის მასშტაბისა და მიზეზების დასადგენად. თუმცა, 2008 წელს საქართველოს მრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მოთხოვნით კვლევა გაფართოვდა სიკვდილიანობის ყველა მიზეზის, მათ შორის ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და გარეგანი მიზეზების (ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევები, სხვა უბედური შემთხვევები, თვითმკვლელობა, მკვლელობა, და ა.შ.), მოცვის მიზნით.

## 1.2. მათოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები:

1.2.1. კვლევის შერჩევის კრიტერიუმების შემუშავება. კვლევაში შერჩეულ გარდაცვლილს უნდა დაეკმაყოფილებინა ქვემოთ ჩამოთვლილი მოთხოვნები:

- ა) მდედრობითი სქესი;
- ბ) 15-49 წლის ასაკი სიკვდილის მომენტში;
- გ) 2006 წელს გარდაცვლილი;
- დ) საქართველოში მუდმივად მცხოვრები.

## 1.2.2. კვლევის შერჩევის პოტენციურად შესაბამისი შემთხვევის გამოვლენა შემდეგი გზებით:

ა) საქართველოს სახელმწიფო სტატისტიკური დეპარტამენტის მონაცემთა ბაზის ელექტრონული ვერსია.

აღნიშნული მონაცემთა ბაზა, შექმნილი ACCESS პროგრამაში, შეიცავდა 1 070 ჩანაწერს და სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობებიდან შეყვანილ უნიკალურ საიდენტიფიკაციო ნომრებს. თუმცა, ცვლადების რაოდენობა შეზღუდული იყო, კერძოდ, მონაცემთა ბაზა არ შეიცავდა ინფორმაციას გარდაცვლილი ქალის საცხოვრებელი მისამართის შესახებ.

ბ) სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობათა ორიგინალების მოძიება მონაცემთა ბაზაში მითითებული საიდენტიფიკაციო ნომრების მიხედვით.

ეს დოკუმენტები, რომლებიც დახარისხებული იყო წლებისა და რეგიონების მიხედვით, ინახებოდა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის არქივში.

კვლევის საბოლოო შერჩევის ნიმუშის 918 შემთხვევისათვის სამოქალაქო რეესტრის მხოლოდ 572 (62.3%) გარდაცვალების მოწმობა იქნა მოძიებული. ამ დოკუმენტებს აკლდა ინფორმაცია გარდაცვლილის საცხოვრებელი მისამართის შესახებ, თუმცა ხშირად მითითებული იყო იმ ნათესავის საცხოვრებელი მისამართი, რომელმაც მოახდინა სიკვდილის რეგისტრაცია.

გ) გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების გადასინჯვა, რომლებსაც არ ჰქონდათ სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემთა ბაზის უნიკალური საიდენტიფიკაციო ნომრები.

სამი დღის განმავლობაში კვლევის რვა მონაწილე ახარისხებდა დაახლოებით 27 000 გარდაცვალების სამედიცინო ცნობას რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის შემთხვევების მოსაძიებლად. ამ მოწმობების მოპოვება მნიშვნელოვანი იყო იმდენად, რამდენადაც ეს დოკუმენტები შეიცავდა გარდაცვლილის საცხოვრებელი მისამართის შესახებ ინფორმაციას.

კვლევის საბოლოო შერჩევის ნიმუშის 918 შემთხვევისათვის მხოლოდ 495 (53.9%) გარდაცვალების სამედიცინო ცნობა იქნა მოძიებული.

დ) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური თხოვნის საფუძველზე, რეგიონალური ხელმძღვანელობისგან 2006 წელს გარდაცვლილი ქალების სიების მოპოვება ასაკის, სიკვდილის მიზეზისა და საკონტაქტო ინფორმაციის თანხლებით.

აღნიშნული სიები ჩვენ მიერ მოპოვებულ იქნა თითოეული რეგიონის შესაბამისი ყველა რაიონიდან, თბილისის გარდა, რის შედეგადაც მოძიებულ იქნა 433 დამატებითი შემთხვევა. საკონტაქტო ინფორმაცია ხშირად არ იყო მოწმდებული და დაბადების თარიღის ნაცვლად მხოლოდ ასაკი იყო მითითებული.

ე) 2006 წელს ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილ ქალთა სიის მოპოვება ავთვისებიანი სიმსივნის ეროვნული რეესტრიდან.

ჩვენ მიერ მოპოვებულ იქნა 251 ქალის სია ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის, საცხოვრებელი მისამართის, გარდაცვალების თარიღისა და ასაკის შესახებ ინფორმაციის თანხლებით, თუმცა დაბადების თარიღი არ იყო მითითებული.

## 1.2.3. მონაცემთა დახარისხება, შესაბამისობაში მოყვანა, კვლევის უნიკალური საიდენტიფიკაციო ნომრების მინიჭება, თარგმნა და აღნიშნული მონაცემების შეყვანა ACCESS პროგრამის სპეციალურად შექმნილ მონაცემთა ბაზაში.

## 1.2.4. კერბალური აუტოფილის კითხვარის შემუშავება, თარგმნა და წინასწარი ტესტირება. აღნიშნული კითხვარი მოიცავდა ფილტრის, ორსულობის, დაზიანებების, ავთვისებიანი სიმსივნეების, სამედიცინო ანამნეზისა და სიკვდილის წინ არსებული სიმპტომების ფორმებს, რომლებიც

---

შემუშავებულ იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული საერთაშორისო სტანდარტული ვერბალური აუტოფსიის კითხვარის გამოყენებით (WHO's International Standard Verbal Autopsy Questionnaire 3: Death of a Person Aged 15 years and Above)<sup>2</sup>. კითხვარი დამატებით აგროვებდა ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის, რეპროდუქციული და ცხოვრების წესის ანამნეზისა და სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების შესახებ.

1.2.5. ინტერვიუერი ექიმი ქალების მომზადება ვერბალური აუტოფსიის კითხვარის გამოყენების მეთოდოლოგიაში.

1.2.6. გარდაცვლილ ქალთა ოჯახების მოძიება და მათთან ინტერვიუების ჩატარება ვერბალური აუტოფსიის კითხვარის გამოყენებით და, ასევე, დედათა სიკვდილის პოტენციური შემთხვევებისათვის დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება სამედიცინო დაწესებულების დონეზე.

1.2.7. ყველა შევსებული კითხვარის მონაცემთა შეყვანა მეორე, CSPro პროგრამაში შექმნილ მონაცემთა ბაზაში.

1.2.8. ვერბალური აუტოფსიის შევსებული კითხვარების განხილვა და დედათა სიკვდილიანობის გარდა ყველა სხვა ტიპის სიკვდილიანობის ძირითადი გამომწვევი მიზეზის სერტიფიცირება (დაბრმავების მეთოდით) ორი ექიმისგან შემდგარი ჯგუფების მიერ თბილისში, ხოლო დედათა სიკვდილის პოტენციური შემთხვევების გამომწვევი ძირითადი მიზეზებისათვის – ორი მეან-გინეკოლოგი ექსპერტის მიერ ატლანტაში (ჯორჯია, აშშ).

1.2.9. თითოეული შემთხვევის ძირითადი გამომწვევი მიზეზის კოდირება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადსინჯვის კოდების გამოყენებით (ICD-10, 2nd Edition, Version for 2007)<sup>3</sup>, რომელიც განხორციელდა კოდირების სპეციალისტების მიერ თბილისსა და ატლანტაში.

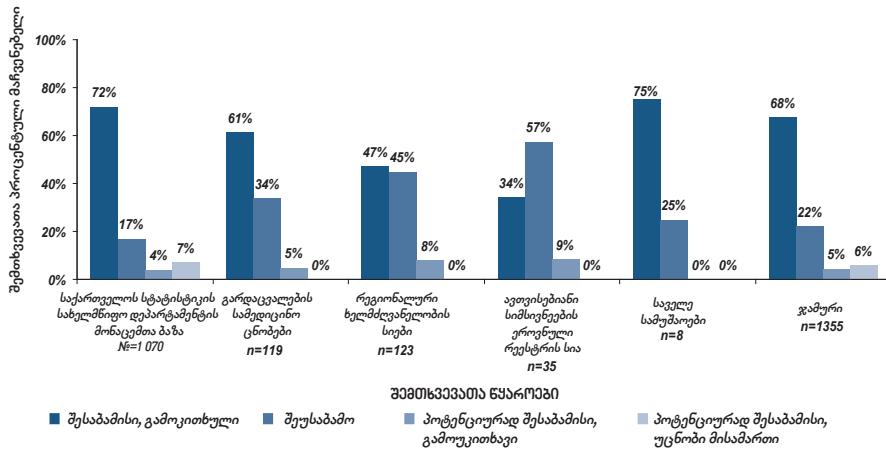
1.2.10. მონაცემთა გაერთიანება ერთიან ბაზაში და მათი განმენდა.

1.2.11. მონაცემთა ანალიზი სიხშირეთა განაწილების, სიცოცხლისუნარიანობის ანალიზის და სხვა სტატისტიკური ტესტების საშუალებით SAS პროგრამის გამოყენებით.

### **1.3. გეგმვების გამოვლენა, შეარჩევის კრიტიკულებათა შესაბამისობა, ინტერვიუების ჩატარება და მონაცემთა კონფიდინციალური.**

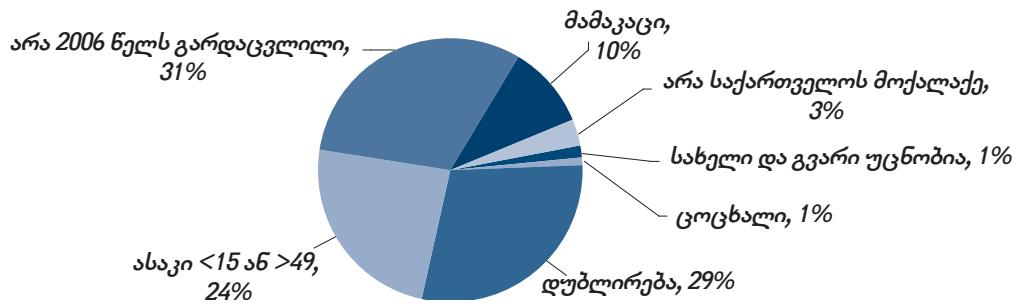
1.3.1. მთლიანობაში, გამოვლენილ იქნა კვლევისათვის პოტენციურად შესაბამისი 1 355 შემთხვევა შემდეგ ხუთ წყაროზე დაყრდნობით: საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის ელექტრონული მონაცემთა ბაზა ( $n=1\,070$ ), გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების გადასინჯვის საფუძველზე სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტში დამატებით მოძიებული სიკვდილის პოტენციური შემთხვევების დოკუმენტაცია ( $n=119$ ), რეგიონალური ხელმძღვანელობის მიერ მოწოდებული სიები ( $n=123$ ), ავთვისებიანი სიმსივნეების რეესტრი ( $n=35$ ), და საველე სამუშაოების დროს მოპოვებული ინფორმაცია ( $n=8$ ) (სურათი 1.3.1).

სურათი 1.3.1. კვლევის შესაბამის შემთხვევათა განაცილება სიკვდილიანობის მონაცემთა  
მირთმადი ცყაროვას მიხედვით



1.3.2. ინტერვიუების ჩატარებამდე და ჩატარების შემდეგ გამოვლენილი 299 (22.1%) შემთხვევა არ შეესაბამებოდა კვლევის შერჩევის კრიტერიუმებს შემდეგი მიზეზების გამო: სიკვდილის შემთხვევები, რომლებიც არ იყო განვითარებული 2006 წელს, ჩანაწერთა დუბლირება, 15 წელზე ნაკლები ან 49 წელზე მეტი ასაკი, გარდაცვლილის მამრობითი სქესი; სხვა ქვეყნის მოქალაქე, სახელის და გვარის არარსებობა, და ცოცხალი პიროვნება (სურათი 1.3.2). დამატებითი 76 (5.6%) შემთხვევა გამოყოფილ იქნა საცხოვებელი მისამართის არარსებობის გამო. კვლევის პოტენციურად შესაბამისი 980 დარჩენილი შემთხვევიდან ოჯახებთან ინტერვიუები ჩატარდა 918 შემთხვევისათვის, რამაც შეადგინა 93.7% მოპასუხეთა კოეფიციენტი.

სურათი 1.3.2. სიკვდილის 299 შემთხვევის კვლევასთან შეუსაბამობის მიზანები



## **2. კვლევის სამიზნი ჯგუფის დამოგრაფიული, სოციალურ- ეკონომიკური და რეპროდუქციული მახასიათებლები**

### **2.1. კვლევის სამიზნი ჯგუფის დამოგრაფიული მახასიათებლები**

სურათები 2.1.1–2.1.6 ასახავს სიკვდილიანობის პროცენტულ განაწილებას დემოგრაფიული მახასიათებლებისა და გამომწვევი მიზეზების მიხედვით, რომლებიც სიკვდილიანობის ყველა მიზეზისათვის ( $n=918$ ), და სიკვდილიანობის ორი წამყვანი მიზეზისათვის – ავთვისებიანი სიმსივნე და გარეგანი მიზეზები ( $n=145$ ), ცალ-ცალკეა წარმოდგენილი. კვლევის შერჩევის ნიმუშის 918 ქალს შორის 81.7% იყო ქართველი, 60.2% – 40-49 წლის, 54.1%-ს მიღებული ჰქონდა ტექნიკური ან საუკერძიტეტო განათლება, 60.1% იმყოფებოდა ქორწინებაში, 77.6% შინამეურნეობის გარეთ არ იყო დასაქმებული, და 59.8% – ქალაქის მაცხოვრებელი.

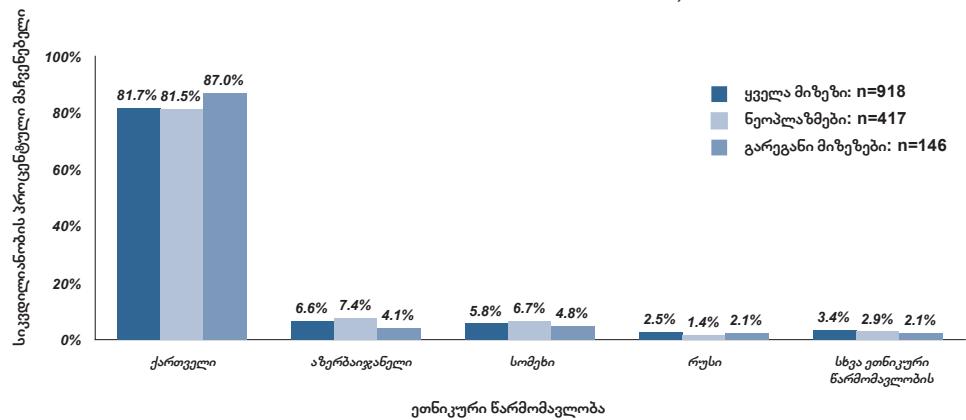
სურათი 2.1.2 გვიჩვენებს სიკვდილიანობის მიზეზთა ორ კატეგორიას შორის განსხვავებას. პირველ ოთხ ასაკობრივ ჯგუფში გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე სიკვდილიანობის ჯამური და ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. 35-39 წლიდან ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებლები აჭარბებს სიკვდილიანობის ჯამურ და გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტულ მაჩვენებლებს და განაგრძობს მატებას რეპროდუქციული ასაკის დასრულებამდე.

სურათი 2.1.3 და 2.1.5 აჩვენებს, რომ გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალებში განათლების დონე უფრო მაღალი იყო და, შესაბამისად, უფრო მეტი იყო დასაქმებული შინამეურნეობების გარეთ, ვიდრე ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილთა შორის. ამის საბირისპიროდ, ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილ ქალებში გაცილებით მეტი იმყოფებოდა ქორწინებაში გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალებთან შედარებით (სურათი 2.1.4).

გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჯამურ მაჩვენებლებზე მაღალი იყო სამ ყველაზე მჭიდროდ დასახლებულ რეგიონებში: თბილისი, იმერეთი და აჭარა (სურათი 2.1.6).

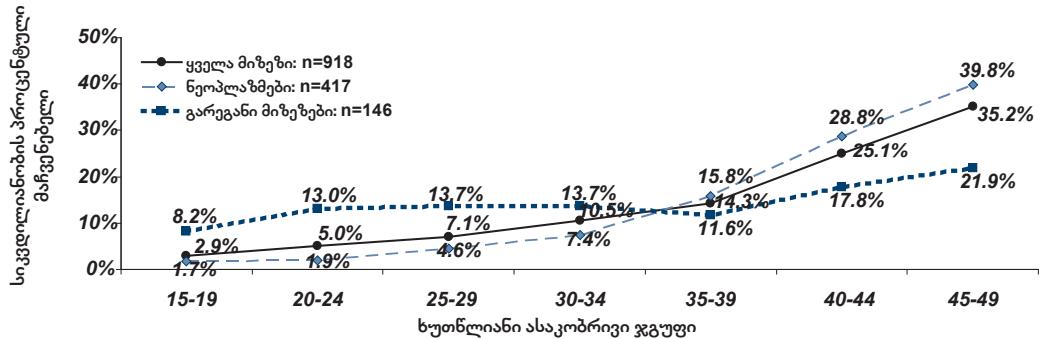
სურათი 2.1.1. სიკვდილიანობის აროცენტული განაწილება ეთნიკური ნარმომავლობისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.

რეალურული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



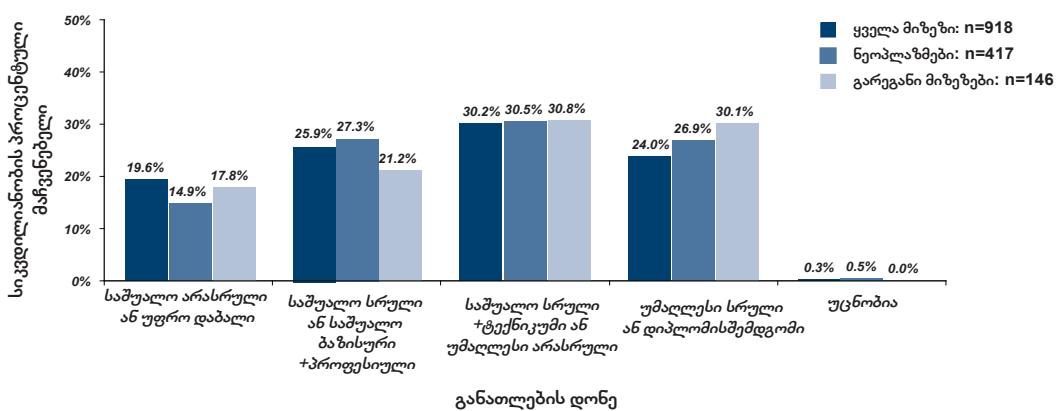
სურათი 2.1.2. სიკვდილიანობის აროცენტული განაწილება ეუთილიანი ასაკობრივი ჯგუფისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.

რეალურული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

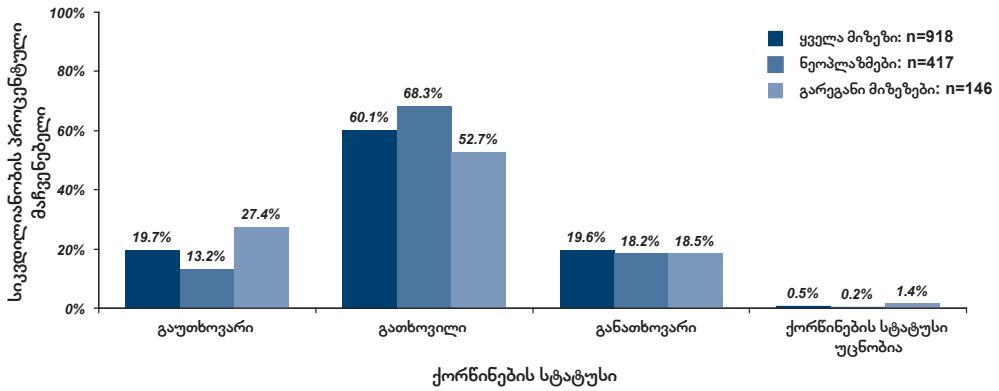


სურათი 2.1.3. სიკვდილიანობის აროცენტული განაწილება განათლების დონისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.

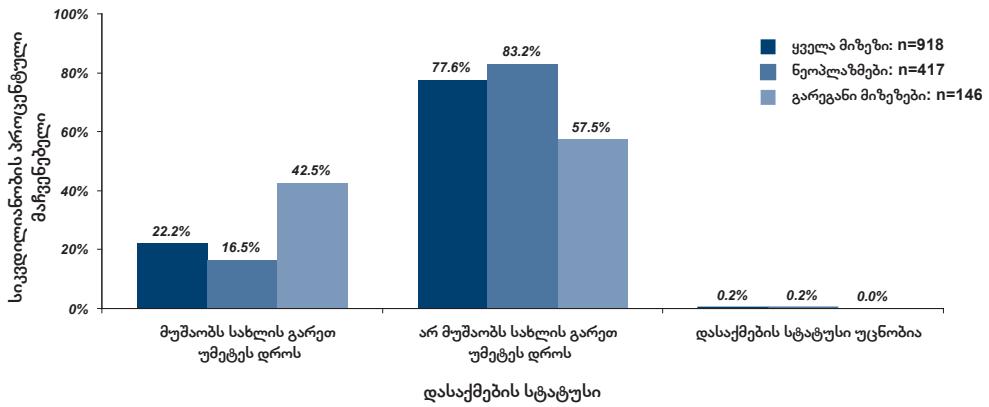
რეალურული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



სურათი 2.1.4. სიკვდილისამოგზას პროცედული განაცილება ეროვნობრივი სტატუსისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.  
რეაქოლუპტოლი ასაკის სიკვდილისამოგზას კვლევა: საქართველო, 2008

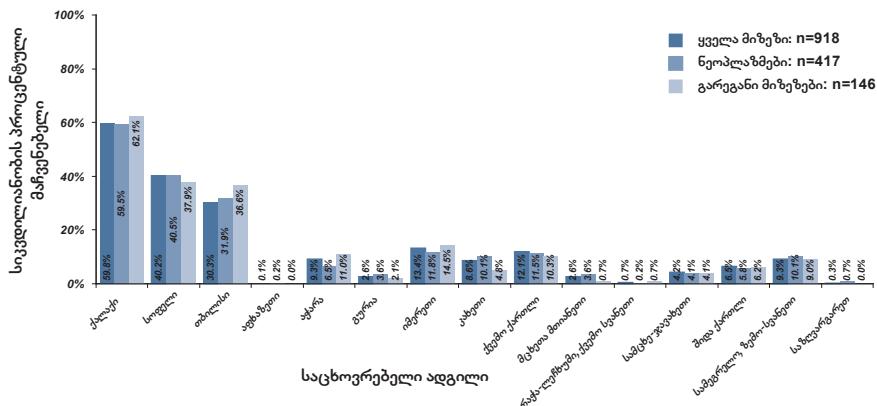


სურათი 2.1.5. სიკვდილის მოგზაური განაცილებები და საკვალიფიცირებელი სტატუსისა და სიკვდილის მიზნების მიხედვით.



სურათი 2.1.6. სიკვდილიანაობის პროცენტული განაცილება საცხოვრებელი ადგილისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კლევა: საქართველო, 2008

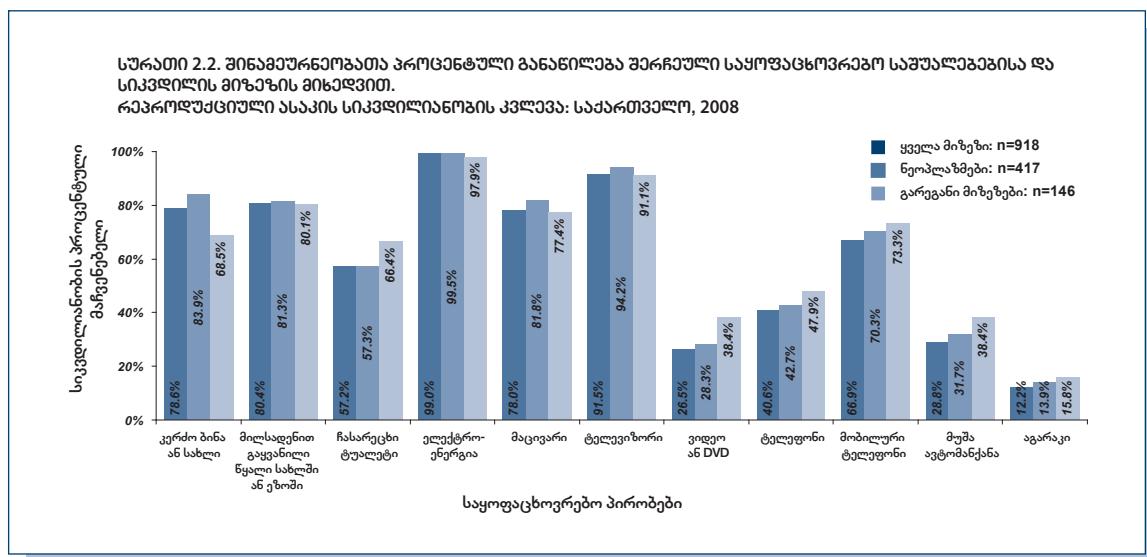


## 2.2. კვლევის სამიზნე ჯგუფის სრულიადურ- იკონომიკური მაჩვენებლები

სიკვდილის წინა პერიოდში ქალების 78.6% ცხოვრობდა საკუთრებაში მყოფ ბინაში ან სახლში, 60.7% შემთხვევაში საცხოვრებელი სახლი გადატურული იყო კრამიტით ან ცემენტით, და 43.6% შედგებოდა 3 ან 4 ოთახისაგან. სახლში ან ეზოში მიღსადენით გაყვანილი წყალი აღინიშნებოდა 80.4% შემთხვევაში, ჩასარეცხი ტუალეტი ჰქონდა 57.2%-ს, ელექტრონერგიით მომარაგება – 99%-ს, მაცივარი – 78%-ს, ბუნებრივი გაზი – 39.3%-ს. გამოკითხული ოჯახების 91.5%-ს ჰქონდა ტელევიზორი, 26.5%-ს – ვიდეო ან DVD საკრავი, 40.6%-ს – ტელეფონი, ხოლო 66.9%-ს – მობილური ტელეფონი. მხოლოდ 28.8%-ს ჰყავდა ავტომანქანა, ხოლო 12.2%-ს – აგარაკი.

სურათი 2.2. გვიჩვენებს შინამეურნეობების პროცენტულ განაწილებას საყოფაცხოვრებო პირობებისა და სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების კატეგორიების მიხედვით. საკუთრებაში მყოფი საყოფაცხოვრებო საშუალებების მიხედვით შინამეურნეობები შედარებით თანაბრადაა განაწილებული სიკვდილიანობის მიზეზთა კატეგორიების მიხედვით, მცირე გამონაკლისების გარდა. ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილ ქალებთან შედარებით (84%) გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალთა უფრო ნაკლები რაოდენობა (68.3%) ცხოვრობდა საკუთრებაში მყოფ ბინაში ან სახლში. ამასთან, გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალთა შორის უფრო მაღალი იყო შინამეურნეობაში ჩასარეცხი ტუალეტის (66.2%) და ვიდეო ან DVD საკრავის (37.9%) არსებობის ალბათობა, ვიდრე ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილ ქალებს შორის (შესაბამისად, 57.4% და 28.5%).

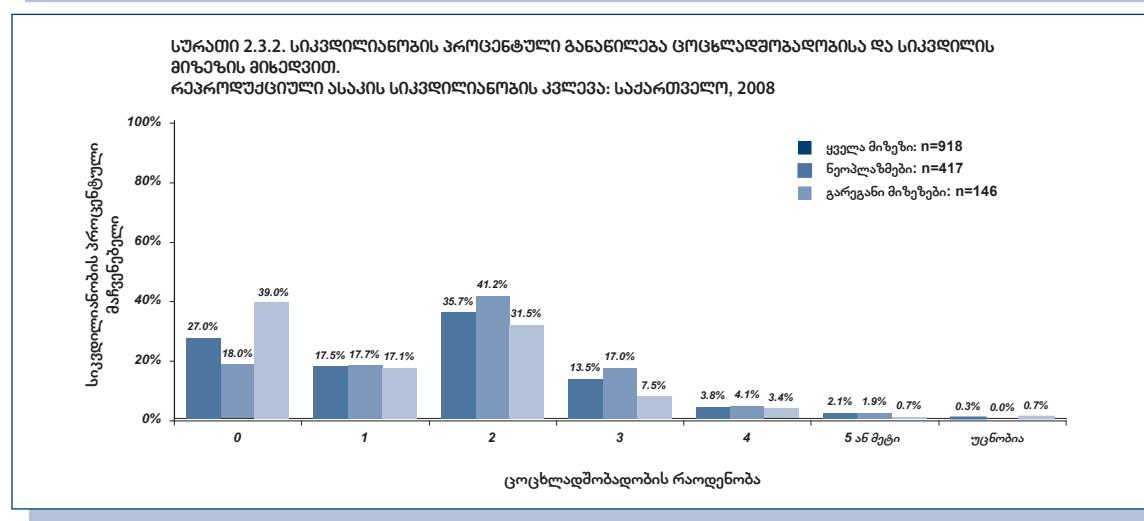
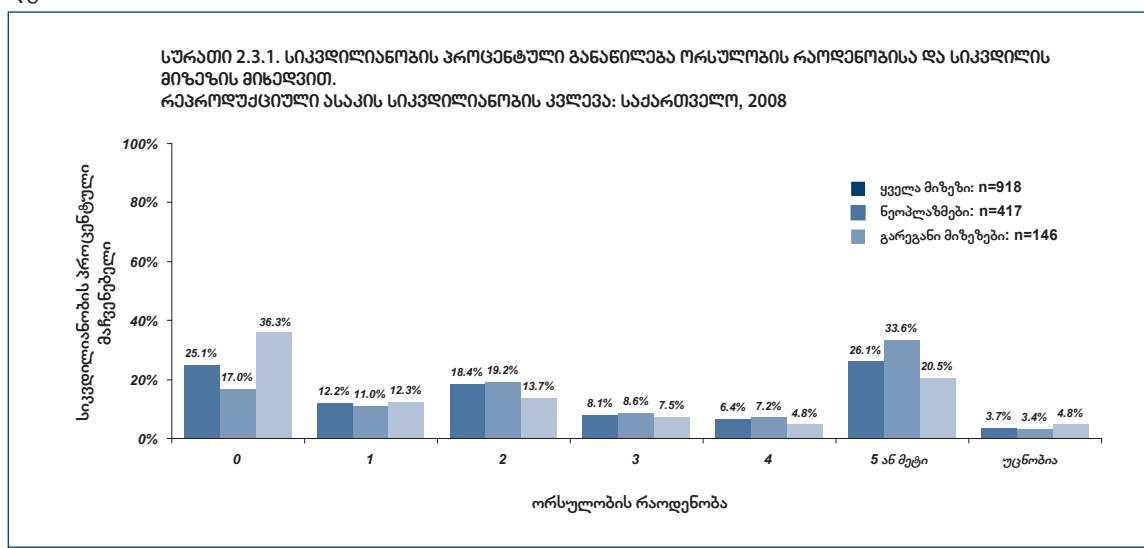
შინამეურნეობების განაწილება საყოფაცხოვრებო პირობების მიხედვით საინტერესოა საკუთრებაში არსებული ნივთების განაწილების თავისებურებების თვალსაზრისით, რაც ოჯახების პრიორიტეტების თვალსაჩინო ინდიკატორია. საყურადღებოა მნიშვნელოვანი განსხვავება ტელევიზორისა (91.5%) და მობილური ტელეფონის (66.9%) ფლობის პროცენტულ მაჩვენებლებსა და შინამეურნეობაში ჩასარეცხი ტუალეტის არსებობის პროცენტულ მაჩვენებელს შორის (57.2%).



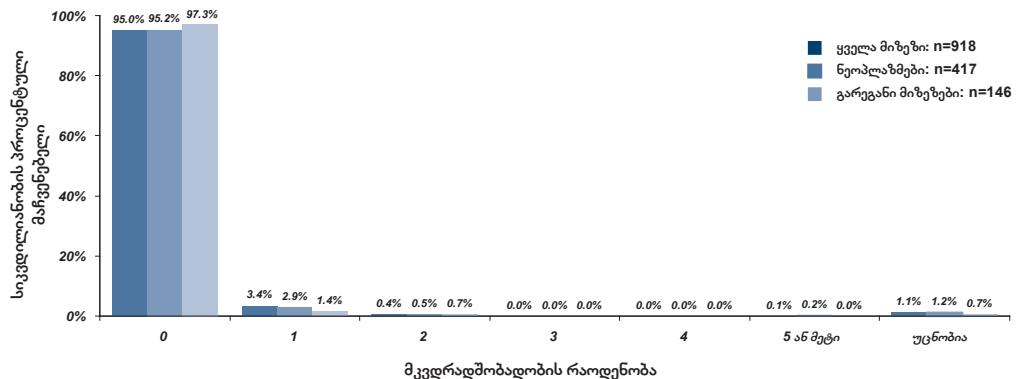
## 2.3. კვლევის სამიზნე ჯგუფის რეართულები მახსინათებლები

კვლევის სამიზნე ჯგუფის 918 ქალიდან 40.6%-ს აღენიშნებოდა 3 ან მეტი ორსულობა, 53.3%-ს – 1-2 ცოცხლადშობადობა, 3.8%-ს – 1-2 მკვდრადშობადობა, 5.6% - თვითნებური აბორტი (ორსულობის სპონტანური შეწყვეტა), და 22.2%-ს – 3 ან მეტი ხელოვნური აბორტი. სიკვდილის მომენტისათვის 56% ქალს ჰყავდა 1-2 ცოცხალი შვილი. პირველი მშობიარობის დროისათვის ცნობილი ასაკის მქონე 656 ქალიდან 25.2%-ს პირველი ცოცხლადშობადობა აღენიშნებოდა 20 წელზე ნაკლებ ასაკში.

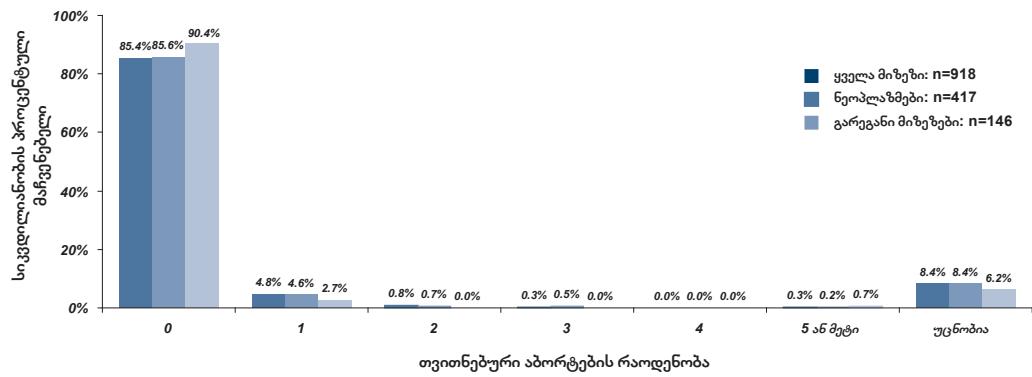
სურათები 2.3.1-2.3.6 იძლევა დეტალურ ინფორმაციას ორსულობების, ცოცხლადშობადობის, მკვდრადშობადობის და სიკვდილის შემდეგ დატოვებული ცოცხალი შვილების შესახებ. საყურადღებოა ორსულობების, ცოცხალშობადობის, ხელოვნური ან მინი-აბორტების და დატოვებული ცოცხალი შვილების ნულოვანი მაჩვენებლების უფრო მაღალი ალბათობა გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილ ქალთა შორის ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილ ქალებთან შედარებით. ეს მოსალოდნელიც იყო, რადგან გარეგანი მიზეზებით გარდაცვლილი ქალები უფრო ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებს მიეკუთვნებიან, ვიდრე ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი ქალები.



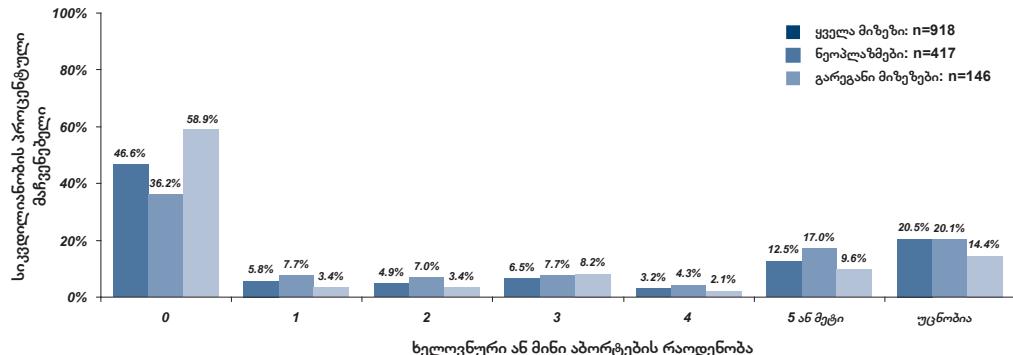
სურათი 2.3.3. სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება მკვდრადშობაზოგადობასა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



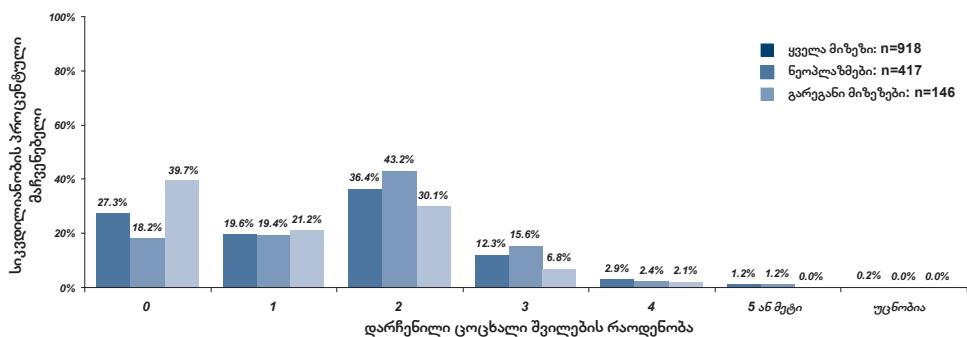
სურათი 2.3.4. სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება თვითხევური აპორტების (სპორტისად  
შეძლებული ინსულინგაბის) რაოდენობისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



სურათი 2.3.5. სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება ხელოვნერი ან მინი აპორტების რაოდენობისა და  
სიკვდილის მიზანის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



სურათი 2.3.6. სიკვდილის პროცენტული განაცილება დაზის სიკვდილის შემდეგ დარჩენილი ცოცხალი ვალივის რაოდენობისა და სიკვდილის მიზანის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილის რაოდენობა: კვლევა: საქართველო, 2008



# 3. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის ძირითალი გაღემა

## 3.1. ძირითალი გაღემა

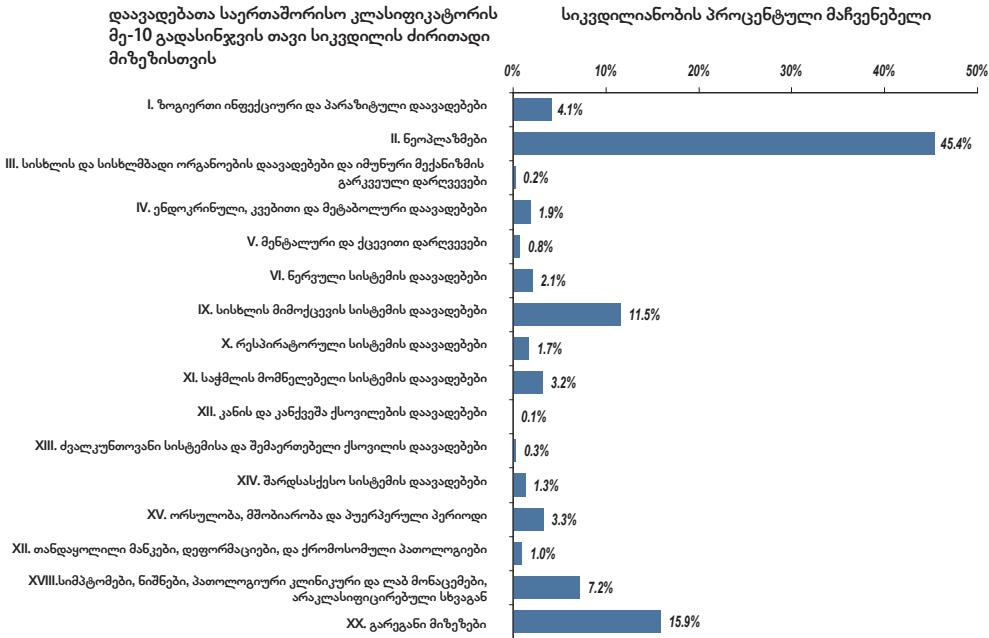
3.1.1. ავთვისებიანი სიმსივნეები, კერძოდ ძუძუს კიბო, საქართველოში 2006 წელს გარდაცვლილ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი იყო. კვლევის ვერბალური აუტოფსიის 918 შევსებული კითხვარის მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, რომ 2006 წელს საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაიცვალა 417 (45.4%) რეპროდუქციული ასაკის ქალი, ე.ი. უფრო მეტი, ვიდრე სიკვდილიანობის მიზეზთა რომელიმე სხვა კატეგორიით. სიკვდილიანობის სხვა წამყვან მიზეზთა შორის იყო გარეგანი მიზეზები — 145 (15.8%) შემთხვევა, და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები — 107 (11.7%) შემთხვევა.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვემოთ აღნიშნული ორი კატეგორია საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზებს არ წარმოადგენს, ისინი სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზებია გლობალური მასშტაბით. პირველი კატეგორია მოიცავს ზოგიერთ ინფექციურ და ჰარაზიტულ დაავადებას, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილიანობის 38 (4.1%) შემთხვევა. მათ შორის, ტუბერკულოზით გარდაიცვალა 27 (2.9%) ქალი, ჰეპატიტით — 6 (0.65%), ხოლო აივ ინფექციით — 1 (0.11%) ქალი. მეორე კატეგორიას შეადგენს დედათა სიკვდილიანობის პირდაპირი და არპირდაპირი მიზეზები, რომლებმაც 2006 წელს საქართველოში გამოიწვია რეპროდუქციული ასაკის 30 (3.3%) ქალის სიკვდილი.

სურათი 3.1.1.1 გვიჩვენებს დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის თავების შესაბამისი ძირითადი მიზეზების ჭრილში სიკვდილიანობის პროცენტულ განაწილებას, სურათი 3.1.1.2 კი — აღნიშნულ განაწილებას საცხოვრებელი ადგილის (ქალაქი/სოფელი) მიხედვით.

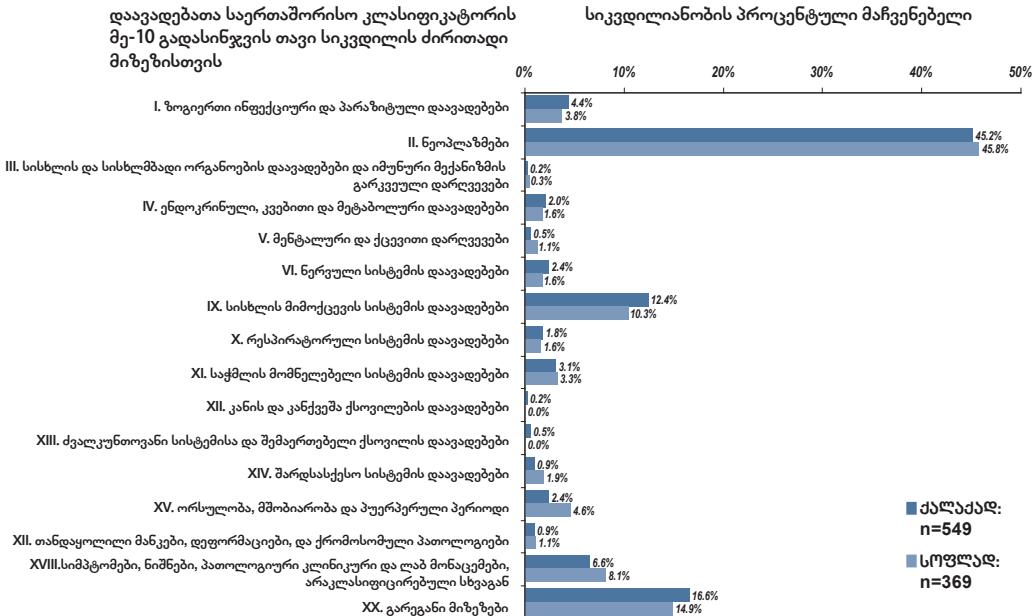
სურათი 3.1.1.1. სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება დაავალებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის 80-10 გადასინჯვის სიკვდილის ძირითადი მიზანების შესაბამისი თავისი მიხედვით 15-49 წლის ქალებს (n=918) მოჩაის, საქართველო, 2006.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კლასი: საქართველო, 2008



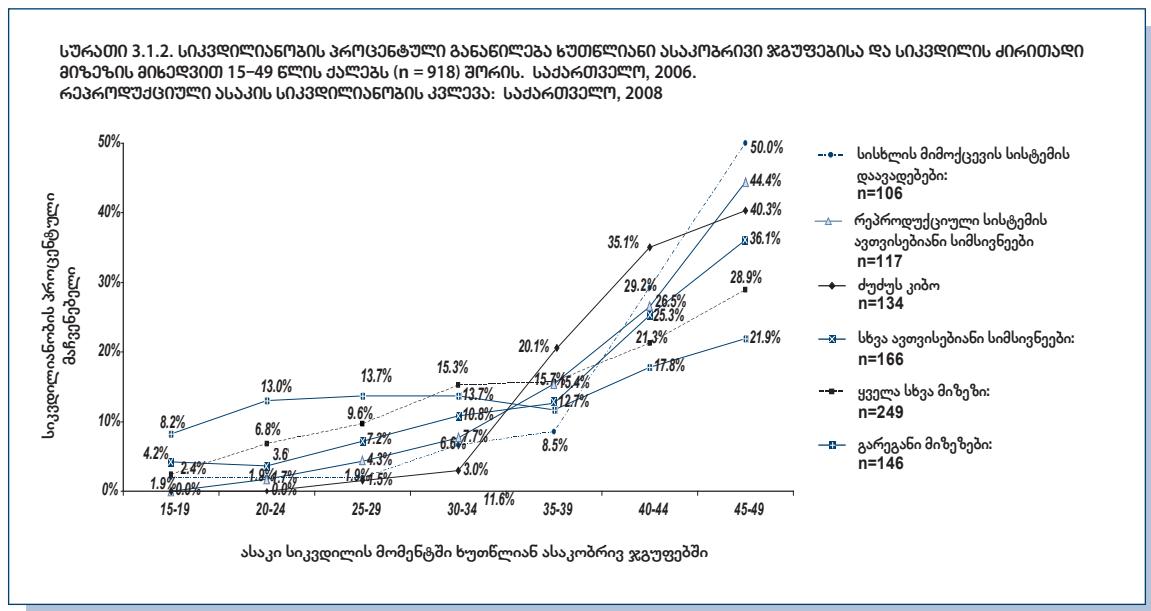
სურათი 3.1.1.2. სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება დაავალებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციონის 80-10 გადასინჯვის სიკვდილის ძირითადი მიზანების შესაბამისი თავისი და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით 15-49 წლის ქალებს (n=918) მოჩაის, საქართველო, 2006.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კლასი: საქართველო, 2008



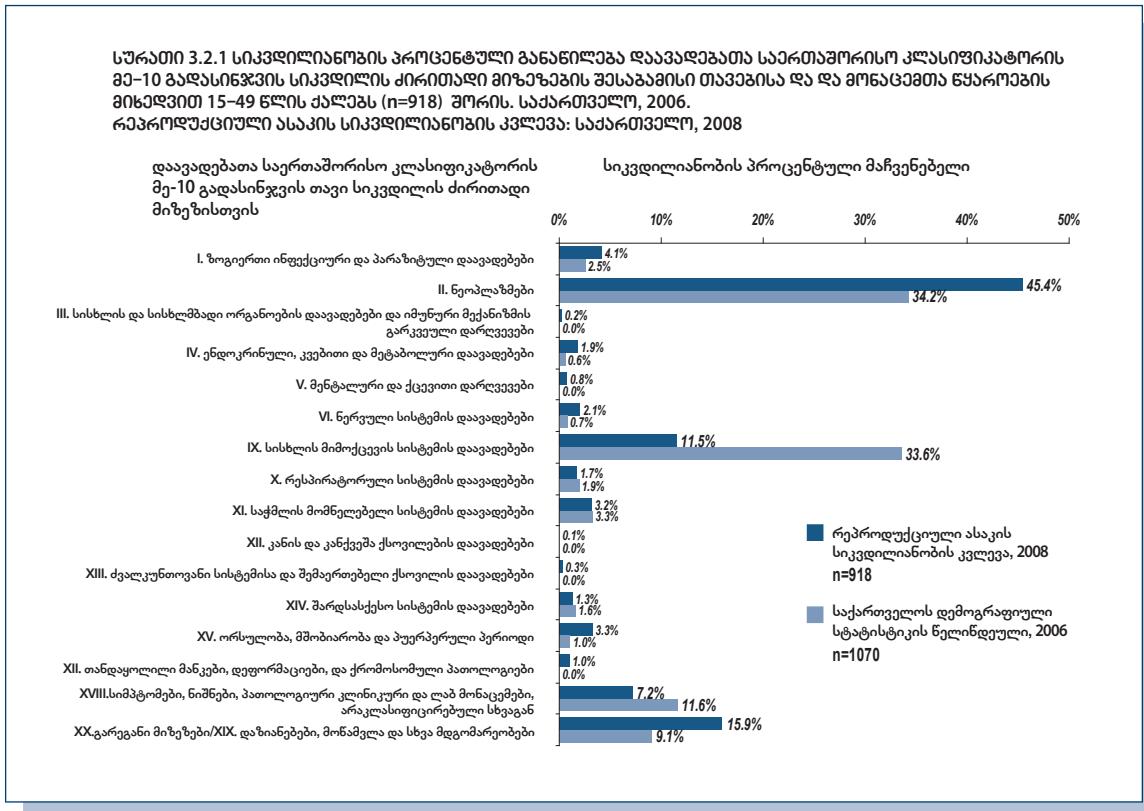
3.1.2. სურათი 3.1.2 გვიჩვენებს სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზების პროცენტულ განაწილებას ხუთწლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

- ა) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებელი ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში დაბალია, მაგრამ 30-34 წლიდან იწყებს მატებას და მაქსიმუმს (50%) აღნევს 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.
  - ბ) პირველ სამ ასაკობრივ ჯგუფში, სხვა მიზეზებთან შედარებით, ჭარბობს გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობა, რომელიც მაქსიმუმს (მხოლოდ 21.9%) აღნევს 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.
  - გ) ძუძუს კიბოთი გამოწვეული შემთხვევები პირველ ოთხ ასაკობრივ ჯგუფში დაბალია, მაგრამ 35-39 წლიდან იწყებს მკვეთრ მატებას და მაქსიმუმს (40.3%) აღნევს 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.
  - დ) რეპროდუქციული ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობა თანდათან იმატებს 20-24 წლიდან და მაქსიმუმს (44.4%) აღნევს 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.



## 3.2. ჩემის ასაკის სიკვდილის გადავის შედეგების შედეგების მიზანის სტატისტიკასთან

3.2.1. სურათზე 3.2.1 შედარებულია რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევისა და საქართველოს დემოგრაფიული სტატისტიკის 2006 წლის წლინდებულის (ოფიციალური სტატისტიკა)<sup>4</sup> რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებლები დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის კოდების შესაბამისი ძირითადი მიზეზების მიხედვით. ოფიციალურ სტატისტიკაში საყურადღებოა ნეოპლაზმური წარმონაქმნებით გამოწვეული სიკვდილიანობის არასრული (25%-ით), ხოლო გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებითა და ასასწორად განსაზღვრული სიმპტომებით (თავი XVIII) გამოწვეული სიკვდილიანობის გაზვიადებული (შესაბამისად – 190% და 61%-ით) აღრიცხვიანობა.



3.2.2. საქართველოს დემოგრაფიული სტატისტიკის 2006 წლის წლინდებული ინფორმაციას გვაწვდის მხოლოდ დაზიანებების შესახებ და არა – დაზიანებების გამოწვევი გარეგანი მიზეზების შესახებ. ამგვარი პრაქტიკა არ შესაბამება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის მიხედვით კოდების ინსტრუქციებს, სადაც მითითებულია, რომ XIX თავში მოცემული დაზიანების კოდები არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას სიკვდილის ძირითადი მიზეზების კოდირებისას.<sup>5</sup> სანაცვლოდ, დაზიანებებთან დაკავშირებული სიკვდილის ძირითადი მიზეზების კოდირებისათვის გამოყენებულ უნდა იქნას სიკვდილის გარეგანი მიზეზების კოდები XX თავიდან. დაზიანებებით გამოწვეული შემთხვევებისათვის გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების გადასინჯვისას აღმოჩნდა, რომ გარეგანი მიზეზი იშვიათად იყო აღნიშნული ძირითად გამოწვევ მიზეზად. ასევე საყურადღებოა, რომ სიკვდილის უმრავლეს შემთხვევაში არ ხდებოდა

გვამების სამედიცინო ექსპერტიზა. გამომდინარე აქედან, გასაკვირი არ არის, რომ სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი სიკვდილის ძირითადი მიზეზის კოდირებისათვის იყენებს დაზიანების კოდებს, ნაცვლად გარეგანი მიზეზის კოდებისა. შესაბამისად, რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევით გამოვლენილი გარეგანი მიზეზის კატეგორია შედარებულ უნდა იქნას დემოგრაფიული სტატისტიკის წელიწეულის მიერ მონიდებულ დაზიანებების კატეგორიასთან. აღნიშნული შედარება შედეგად იძლევა დემოგრაფიულ წელიწეულში გარეგანი მიზეზის 42%-ით ნაკლებ აღრიცხვიანობას. გარეგანი მიზეზის შესწავლის სტანდარტული პროცედურების არარსებობა ამ კატეგორიის სიკვდილიანობის არასრული აღრიცხვიანობის მთავარ მიზეზს უნდა ნარმოადგენდეს.

**3.2.3. არსებული არასრული და გაზვიადებული აღრიცხვიანობის სხვა სავარაუდო მიზეზთა შორის შეიძლება იყოს შემდეგი:**

ა) ექიმების მიერ გულის უკმარისობის ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის ხშირი აღრიცხვა სიკვდილის ძირითად გამომწვევ მიზეზად.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის კრიტერიუმების მიხედვით, ეს მდგომარეობები წარმოადგენს სიკვდილის ფორმას და არა – სიკვდილის ძირითად გამომწვევ მიზეზს.<sup>6</sup> შედეგად, სიკვდილის ამგვარ შემთხვევას ენიჭება IX თავის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების კოდები მაშინ, როდესაც, რეალურად, სიკვდილის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი სხვა თავის კოდებს შესაბამება. რეპროდუქციული ასაკის ქალების შემთხვევაში კი ეს ნიშნავს იმას, რომ II თავის შესაბამისი წეოპლაზმური წარმონაქმნების მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის აღრიცხვა არასრულად ხდება.

ბ) ერთი და იმავე ქალის გვარის განსხვავებული (ქალიშვილობის ან ქორწინების) ჩანაწერი სხვადასხვა დოკუმენტში, რაც იწვევს ჩანაწერთა დუბლირებას.

ქორწინების შემდეგ ქართველი ქალები ხშირად ინარჩუნებენ ქალიშვილობის გვარს. თუმცა, ზოგიერთი მათგანი გვარს იცვლის. აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები უმეტესად გადადიან მეუღლის გვარზე. გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების შემვსებ ექიმთა და გარდაცვალების დოკუმენტების შემვსებ სამოქალაქო რეესტრის მუშაკთა შორის აღინიშნება არათანმიმდევრული მიდგომა გარდაცვლილის გვარის ჩანაწერის თვალსაზრისით. თუკი გავითვალისწინებთ, რომ ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია, ჩანაწერთა დუბლირება შეიძლება განაპირობებდეს ამ სისტემის დაავადებების შესაბამისი IX თავის კოდების კიდევ უფრო გადაჭარბებულ გამოყენებას.

გ) საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტში ჩანაწერთა შენახვისა და მართვის არასახარბიელო დონე მაშინ, როდესაც აღნიშნული დეპარტამენტი დემოგრაფიული სტატისტიკის მონაცემებს აწვდის დემოგრაფიული სტატისტიკის წელიწეულზე მომუშავე სპეციალისტებს შემდგომი ანალიზისა და შედეგების გამოქვეყნებისათვის.

2007 წლის ივლისში, კვლევისათვის საჭირო მონაცემთა შეგროვების პერიოდში, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტს არ ჰქონდა დოკუმენტთა არქივირების გამართული სისტემა; მონაცემთა კომპიუტერული შეყვანისას არ ხდებოდა სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობების შედარება გარდაცვალების სამედიცინო ცნობებთან დუბლირებისა და სხვა ცდომილებების გასაკონტროლებლად. არასწორ კლავიშზე

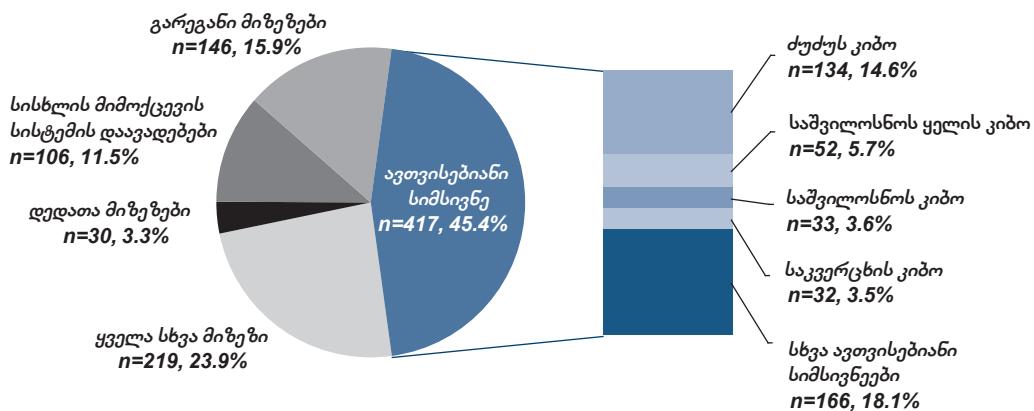
დარტყმის შედეგად, მრავალი უფროსი ასაკის ქალი ან მამაკაცი მოხვდა რეპროდუქციული ასაკის ქალების ჯგუფში. ორივე შემთხვევაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მკვეთრად მოიმატებდა, რადგან ხანდაზმულ ქალებს შორის ამ სისტემის დაავადებები სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია, ხოლო მამაკაცებში ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა ქალებთან შედარებით კიდევ უფრო მაღალია.

დ) სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების არასრული და გაზვიადებული აღრიცხვიანობა ხელს უშლის მთავრობის ლიდერებს, პოლიტიკის განმსაზღვრელ და ჯანდაცვის ხელმძღვანელ მუშაქებს ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკა ეფექტურად გამოიყენონ ჯანდაცვის ღონისძიებების დაგეგმვისა და ისედაც მწირი რესურსების მიზანმიმართულად განაწილებისათვის.

### 3.3. პუპუს კიბო და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისების განვითარები

ძუძუს კიბო წარმოადგენდა 134 (14.6%) ქალის სიკვდილის ძირითად მიზეზს, რის შედეგადაც ის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ერთადერთი წამყვანი მიზეზი გახდა. რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნები, მთლიანობაში, სიკვდილის 117 (12.7%) შემთხვევის მიზეზი იყო. საშვილოსნოს ყელის კიბო, რომელმაც გამოიწვია 52 (5.7%) ქალის სიკვდილი, სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი იყო რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის. მას მოსდევდა საშვილოსნოს კიბო – 33 (3.6%) შემთხვევა, და საკერცხის კიბო – 32 (3.5%) შემთხვევა (სურათი 3.3).

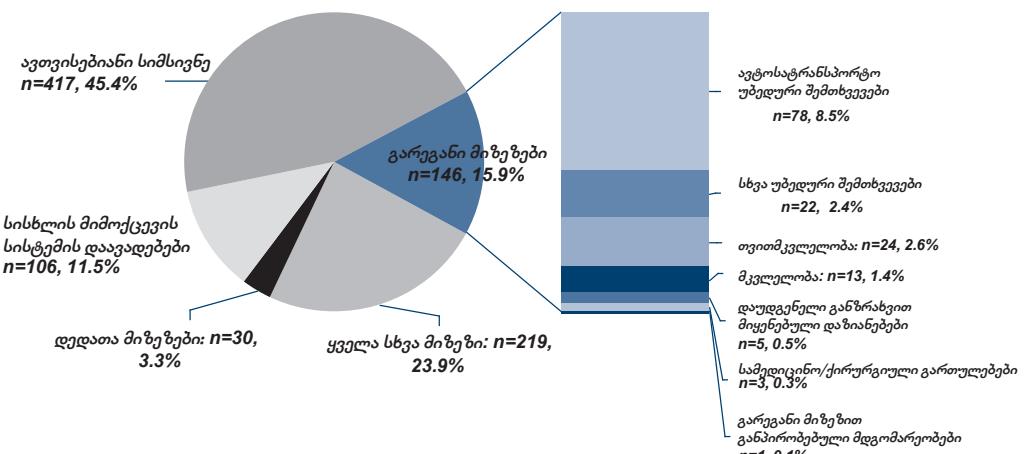
სურათი 3.3. სიკვდილიანობის ნახტვანი მიზეზების პროცენტული განალებები 15-49 წლის ქალებს შორის: ავთვისებიანი სიმსივნეების კატეგორია. საქართველო, 2006.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის პროცენტი: საქართველო, 2008



## 3.4. სიკვდილის გარეგნი მიზანები

მთლიანობაში, ავტოსატრანსპორტო შემთხვევებმა გამოიწვია რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის 78 (8.5%) შემთხვევა და, ამდენად, სიკვდილიანობის გარეგნი მიზეზთა შორის წამყვანი ადგილი დაიკავა. სიკვდილიანობის აღნიშნულ კატეგორიაში ორი შემთხვევა ორსულ ქალებთან იყო დაკავშირებული. სხვა უბედური შემთხვევებით გამოწვეულმა დაზიანებებმა, როგორიცაა დაცემა, წყალში დახრჩობა და მონამვლა, გამოიწვია სიკვდილის 22 (2.4%) შემთხვევა. თვითმკვლელობით სიცოცხლე დაასრულა 24 (2.6%) ქალმა, რაც მკვლელობებით გამოწვეულ 13 (1.4%) შემთხვევასთან შედარებით ორჯერ მეტი იყო და, ამასთან, წარმოადგენდა განზრახული სიკვდილის შემთხვევათა წამყვან მიზეზს. თვითმკვლელობის მსხვერპლთა შორის ერთი ორსული ქალი იყო, ხოლო მკვლელობების 46% ჩადენილი იყო მეუღლის, პარტნიორის ან მსხვერპლის ნათესავის მიერ. სიკვდილის 5 (0.5%) შემთხვევისათვის განზრახვის დადგენა ვერ მოხერხდა. აღნიშნულ კატეგორიას ასრულებს სამედიცინო/ქირურგიული გართულებების 3 (0.3%) და გარეგნი მიზეზების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის ერთი (0.1%) შემთხვევა (სურათი 3.4). თუმცა, დამატებით გამოვლენილ იქნა სიკვდილის 14 შემთხვევა, რომელთაც მიენიჭათ სამედიცინო/ქირურგიული გართულებების შესაბამისი მეორადი კოდი.

სურათი 3.4. სიკვდილიანობის ნახვაზე მიზანების პროცეციული განაწილება 15-49 წლის ქალებს შორის: გარეგნი მიზანების კატეგორია. საქართველო, 2006.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



## 3.5. ჩეკრონიზირება

3.5.1. ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკა, სამოქალაქო რეესტრი, ექიმების გადამზადება, გარეგანი მიზეზების გამოძიება.

- ა) რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევაშ აჩვენა, რომ ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკა არასრულად აღრიცხავს ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას და გაზვიადებულად აღრიცხავს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავალებებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას.
- ბ) პოლიტიკის განმსაზღვრელი მუშაკების მიერ არაზუსტი ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკის გამოყენება არასახარპილოა ჯანდაცვის ღონისძიებების დაგეგმვისა და მწირი რესურსების მიზანმიმართულად განაწილების თვალსაზრისით.
- გ) აუცილებელია საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ დემოგრაფიული სტატისტიკის სისტემის რეფორმის განხორციელება მონაცემთა სანდოობისა და სარწმუნოობის გასაუმჯობესებლად, რაც ითვალისწინებს:
- სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობებისა და გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების შედარებას და ურთიერთშესაბამისობაში მოყვანას;
  - სიკვდილის მიზეზის დადგენისათვის საჭირო ყველა მნიშვნელოვანი მონაცემის, გარდაცვლილის საცხოვრებელი მისამართის ჩათვლით, კომპიუტერულ შეყვანას თანამედროვე მონაცემთა ბაზაში;
  - ცდომილებების მუდმივ და თანმიმდევრულ გადამოწმებას;
  - მონაცემთა შენახვისა და მოძიების თანამედროვე სისტემის შექმნას.
- დ) 2008 წლის აპრილიდან ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით განხორციელდა სამოქალაქო რეესტრის სისტემის კომპიუტერზეაცია და მოდერნიზაცია. ამ ეტაპზე ცნობილი არ არის აღნიშნულ სისტემაში გატარდა თუ არა შემდეგი სახის რეფორმები:
- თანმიმდევრულობის დაცვა გარდაცვლილი ქალის ქალიშვილობის ან ქორწინების შემდგომი გვარის ჩანერის თვალსაზრისით;
  - სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობაში გარდაცვლილი საცხოვრებელი მისამართის მითითება;
  - სამოქალაქო რეესტრის გარდაცვალების მოწმობებისა და გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების ურთიერთდაკავშირება;
  - ურთიერთშესაბამისობაში მოყვანის შემდეგ ამ ორი დოკუმენტის გაერთიანება ერთ დოკუმენტად და სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტში გადაგზავნა.
- ე) საჭიროა ექიმების გადამზადება სიკვდილის მიზეზების სერტიფიცირებასა და ამ მიზნით დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის გამოყენებაში. სპეციალური ყურადღება უნდა დაეთმოს სიკვდილის გამომწვევე ძირითად მიზეზად დაზიანების კოდირებას შესაბამისი გარეგანი მიზეზების კოდების გამოყენებით. უნდა აღმოიფხვრას ექიმების მიერ სიკვდილის ძირითად მიზეზად გულის უკმარისობის ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის აღნიშვნა, რადგან ეს მდგომარეობები მხოლოდ სიკვდილის ყველაზე ხშირ ფორმას წარმოადგენენ. მათ ასევე უნდა გამოიმუშაონ გარდაცვალების სამედიცინო ცნობაში ქალის ქორწინების შემდგომი და ქალიშვილობის გვარის ჩანერის თანმიმდევრული მიდგომა.

---

ვ) საქართველოს მთავრობამ უნდა დააკანონოს პოლიციისა და სამედიცინო ექსპერტიზის დონეზე გარეგანი მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილის თითოეული შემთხვევის გამოძიება. უნდა ჩატარდეს სასამართლო მედიცინის სახელმწიფო დეპარტამენტში გადაგზავნილი ყველა გარდაცვლილის გვამის პათოლოგიატომიური გაკვეთა.

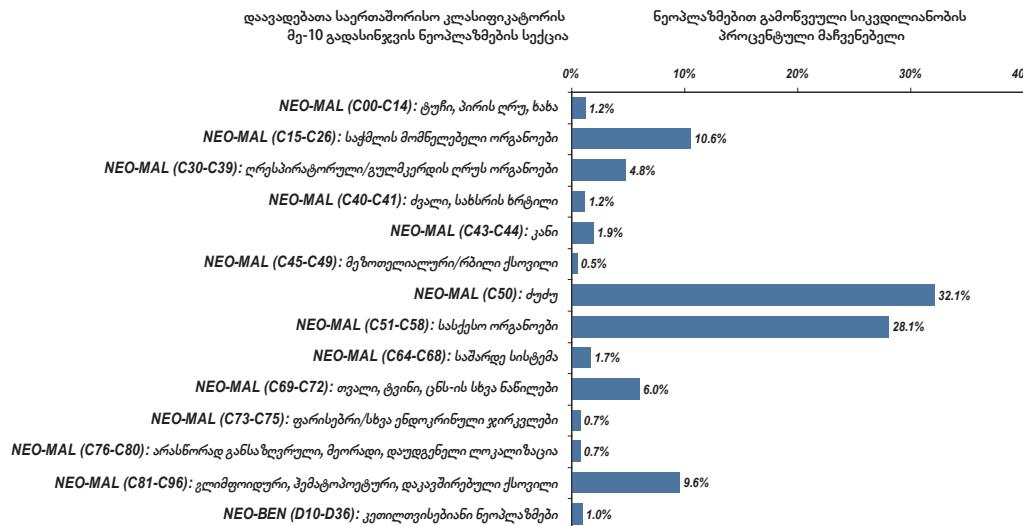
# 4. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილისანგის კვლევის შედეგები ავთვისების სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილისანგის ხასახაზ

## 4.1. ავთვისების სიმსივნეებით დაკავშირების ძირითადი შედეგები

4.1.1. 2006 წელს საქართველოში ავთვისებიანმა სიმსივნეებმა გამოიწვია 417 რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალის სიკვდილი. ძუძუს კიბო (32.1%) და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები (28.1%), შესაბამისად, პირველ ორ ადგილს იკავებს სიკვდილიანობის გამომწვევ ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის. მესამე ადგილზეა საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავთვიებიანი სიმსივნეები (10.6%), ხოლო მეოთხეზე – ლეიკემიები და ლიმფომები (9.6%) (სურათი 4.1.1).

სურათი 4.1.1. ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება დაავალებათა საეთამორისო კლასიფიკაციონის ეტა-10 გადასიჯვის ნეოპლაზმების სექტრის სიმსივნეებით 15-49 წლის ქალებს (N=417) შორის. საართოვალო, 2006.

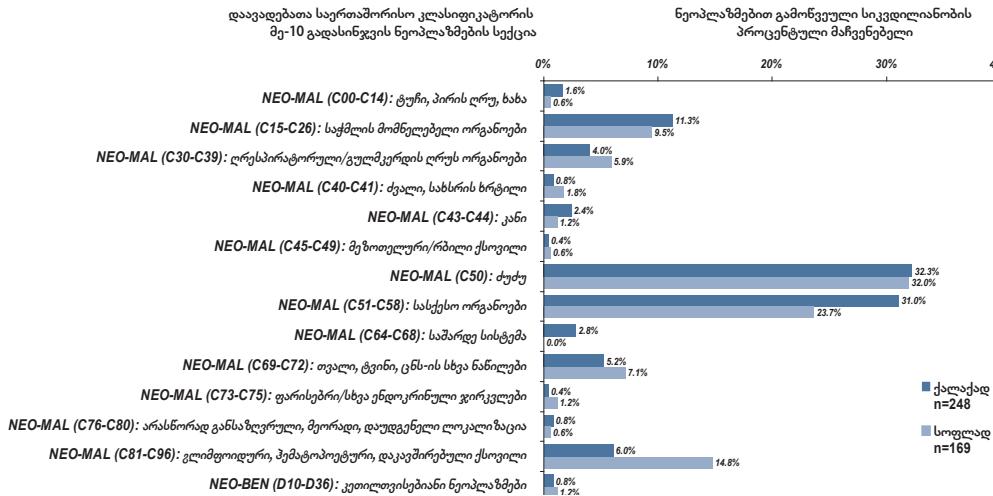
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საართოვალო, 2008



4.1.2. სურათი 4.1.2 გვიჩვენებს, რომ ლეიკემიითა და ლიმფომით გამოწვეული სიკვდილიანობა სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის დაახლოებით ორჯერ (2.3) მაღალი იყო ქალაქად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით. რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეები კი 30.4%-ით მაღალი იყო ქალაქად, ვიდრე სოფლად.

სურათი 4.1.2. ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის აროცენული განაცილება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის ფირფირის 15-19 წლის ქალებს (N=417) შორის. საქართველო, 2006 წელი.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

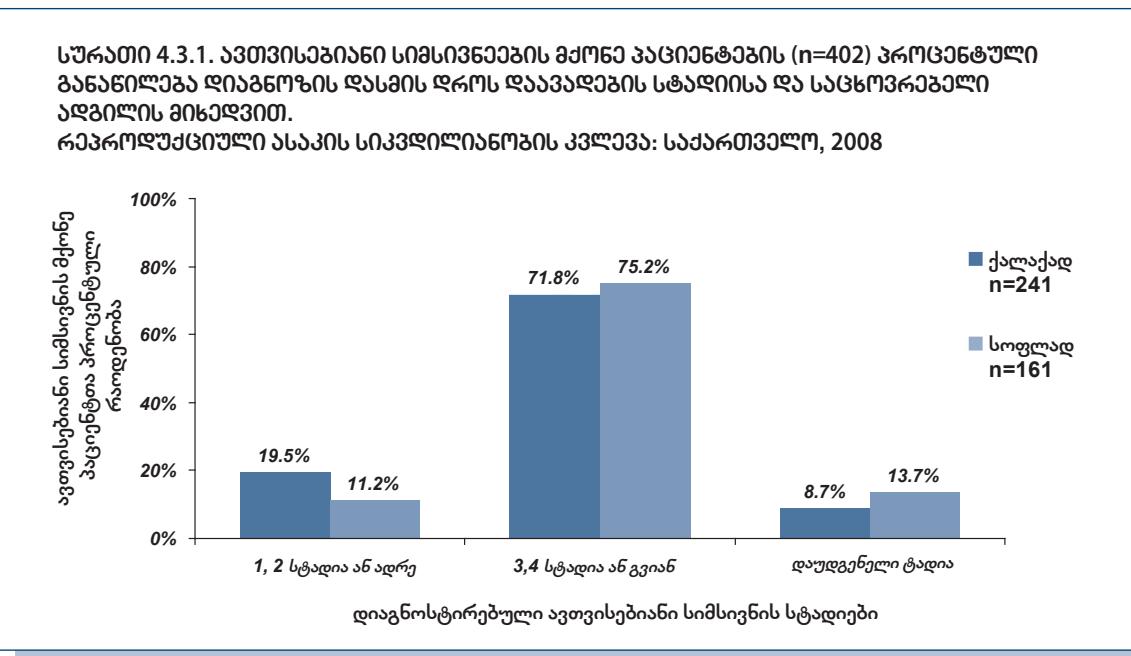


## 4.2 . ღრმის ინტერვალი პირველი სიმამრეს განვითარებიდან ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დასახვა

ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 417 ქალიდან 348 (83.5%) შემთხვევაში ცნობილი იყო დროის ინტერვალი პირველი სიმპტომის განვითარებიდან ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დასმამდე. ამ პაციენტთა შორის პირველი სიმპტომიდან დიაგნოზის დასმამდე დალოდების საშუალო დრო იყო 8.7 თვე. დალოდების საშუალო დრო ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით განაწილდა შემდეგნაირად: 9.7 თვე — ძეძუს კიბოს მქონე 111 პაციენტისთვის, 7.8 თვე — რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 97 პაციენტისათვის (8.9 თვე — საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე 43 პაციენტისათვის, 8.3 თვე — საშვილოსნოს კიბოს მქონე 26 პაციენტისათვის და 5.7 თვე — საკვერცხის კიბოს მქონე 28 პაციენტისათვის), და 8.5 თვე — სხვა ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 140 პაციენტისათვის.

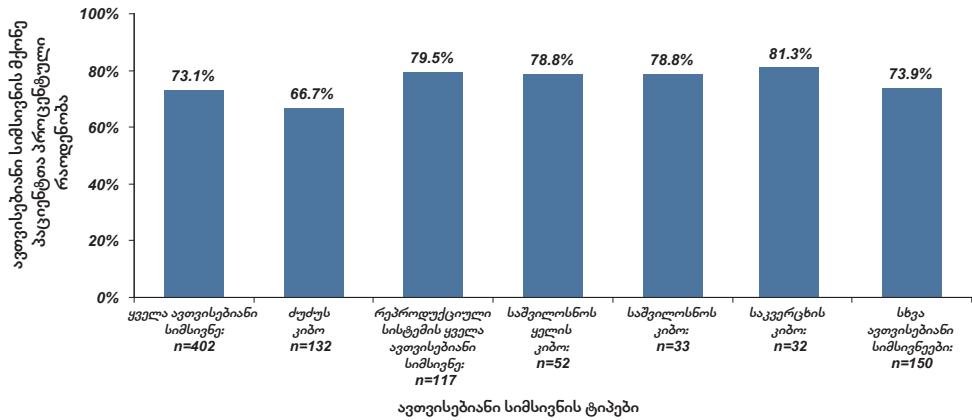
## 4.3. ავთვისებიანი სიმსივნის სტადიის დიაგნოზის დაშინებულებები

4.3.1. ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 417 ქალიდან, 402 (96.4%) შემთხვევაში ცნობილი იყო დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი სიმსივნის სტადია. ამ პაციენტთა შორის 294 (73.1%) დიაგნოსტირებულ იქნა გვიან სტადიაზე (III-IV სტადია, ან უფრო გვიან). მხოლოდ 65 (16.2%) ქალი იქნა დიაგნოსტირებული ადრეულ სტადიაზე (I-II სტადია, ან უფრო ადრე). დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი სიმსივნის სტადია 43 (10.7%) პაციენტისათვის არ იყო ცნობილი. ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული პაციენტების საკმაოდ დაბალი პროცენტული მაჩვენებლის (16.1%) მიუხედავად, ქალაქად მცხოვრებ პაციენტებს შორის დაავადების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირების ალბათობა – 74.8%-ით ( $p=0.0461$ ) მეტი იყო სოფლად მცხოვრებ პაციენტებთან შედარებით (შესაბამისად – 19.5% და 11.2%) (სურათი 4.3.1).



4.3.2. ძუძუს კიბოს მქონე 132 პაციენტს პქონდა დაავადების გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირების უფრო დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი (66.7%), ვიდრე რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე 117 პაციენტს (79.5%) (საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე 52 პაციენტს – 78.9%, საშვილოსნოს კიბოს მქონე 33 პაციენტს – 78.8%, საკვერცხის კიბოს მქონე 32 პაციენტს – 81.3%) და სხვა ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 153 პაციენტს (73.4%,  $p=0.0006$ ) (სურათი 4.3.2).

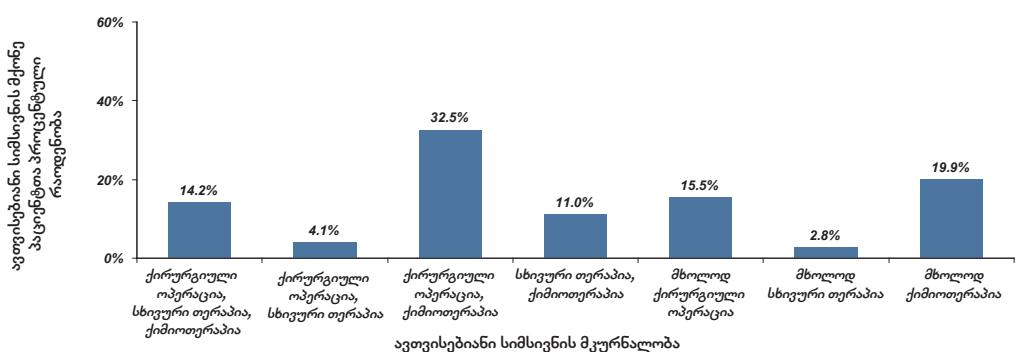
სურათი 4.3.2. ავთვისებიანი სიმსიცხვების მპონი პაციენტთა გვიან სტადიაზე დიაგნოსტიკურის შემთხვევათა პროცენტული განაწილება ავთვისებიანი სიმსიცხვის ტიპის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



## 4.4. ავთვისებიანი სიმსიცხვის გაურნალობა ღიაგნზის დასის შეადება

4.4.1. ავთვისებიანი სიმსიცხით გარდაცვლილი 417 ქალიდან 402 (96.4%) შემთხვევაში ცნობილი იყო ინფორმაცია ჩატარებული მკურნალობის შესახებ. აღნიშნულ 402 პაციენტს შორის 317 (78.9%) პაციენტმა მკურნალობა ჩაიტარა მინიმუმ ერთი მეთოდით ავთვისებიანი სიმსიცხის მკურნალობის სამი სტანდარტული მეთოდიდან: ქირურგიული ჩარევა, სხივური თერაპია და ქიმიოთერაპია. ავთვისებიანი სიმსიცხის მქონე 317 პაციენტს შორის მკურნალობის წამყვანი მეთოდი იყო ქირურგიული ოპერაციისა და ქიმიოთერაპიის კომბინაცია (32.5%), რასაც მოსდევდა მხოლოდ ქიმიოთერაპია (19.9%), მხოლოდ ქირურგიული ოპერაცია (15.5%) და ქირურგიული ოპერაციის, სხივური თერაპიისა და ქიმიოთერაპიის კომბინაცია (14.2%) (სურათი 4.4.1).

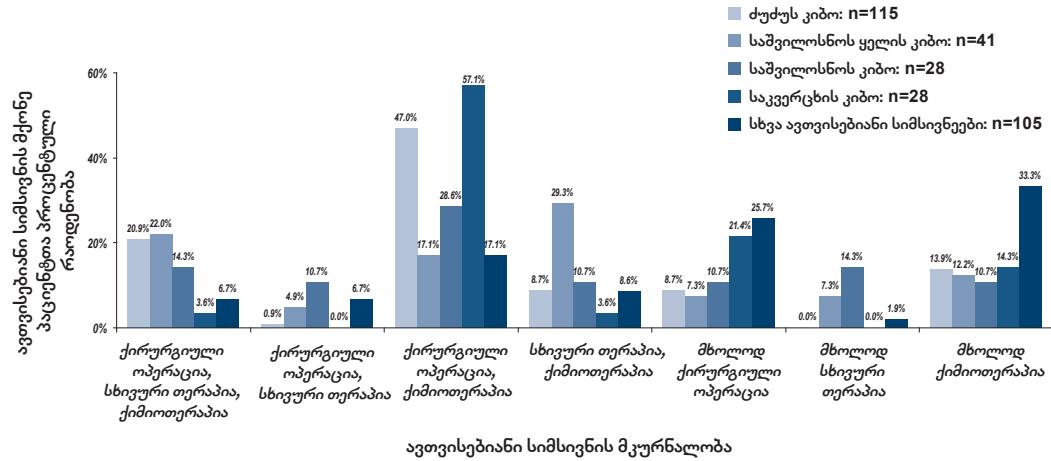
სურათი 4.4.1. ავთვისებიანი სიმსიცხვების მპონი პაციენტთა განაწილება გაურნალობის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



4.4.2. ქირურგიული ოპერაციისა და ქიმიოთერაპიის კომბინაცია მკურნალობის წამყვანი მეთოდი იყო ძუძუს კიბოს (47%), საშვილოსნოს კიბოს (28.6%) და საკვერცხის კიბოს (57.1%) მქონე პაციენტებს შორის. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე პაციენტების უმრავლესობას მკურნალობა ჩაუტარდა სხივური და ქიმიოთერაპიული მეთოდების კომბინაციით (29.3%). სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე პაციენტებს კი ჩაუტარდათ მხოლოდ ქიმიოთერაპიის კურსი (33.3%) (სურათი 4.4.2).

სურათი 4.4.2. ავთვისებიანი სიმსივნის მეთოდების განაწილება მკურნალობის მეთოდისა და სიმსივნის ფორმის მიხედვით.

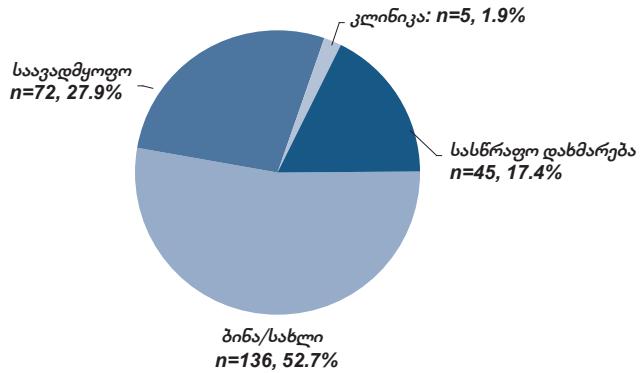
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



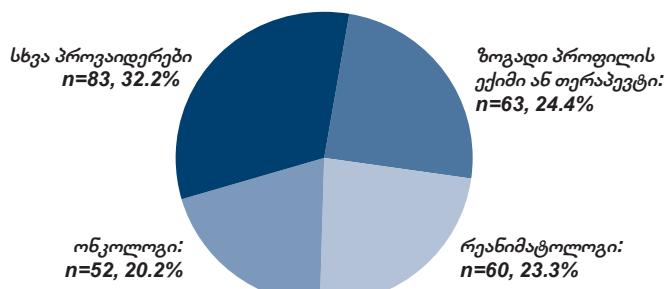
## 4.5. ავთვისებიანი სიმსივნის მეორე ააზიაზების მიხედვის წინ უკანასკნელად მიღებული საგედისინო მომსახურება

ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 417 ქალიდან 258 (61.9%) ქალმა სიკვდილის წინ მიიღო სამედიცინო მომსახურება ან დახმარება. ამ პაციენტებს შორის 137 (52.7%) ქალმა უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურება მიიღო ბინაზე, 72 (27.9%) ქალმა – საავადმყოფოში, 5 (1.9%) ქალმა მიიღო ამბულატორიული მომსახურება, ხოლო 45 (17.4%) ქალმა – სასწრაფო დახმარების მომსახურება (სურათი 4.5.1). ზოგადი პროფილის ან შინაგან სწრაფებათა ექიმები წარმოადგენდნენ უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურების წამყვან მიმწოდებლებს (24.4%). მომდევნო ადგილებს იყავებენ გადაუდებელი დახმარების ექიმები (23.3%) და ონკოლოგები (20.2%) (სურათი 4.5.2). ყველა დაწესებულება, სადაც ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 77 ქალმა მიიღო უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურება, მდებარეობდა ქალაქად, მათ შორის 77.9% – თბილისში. ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 417 პაციენტის დიდი უმრავლესობა (88%) გარდაიცვალა საკუთარ ბინაში ან სახლში.

სურათი 4.5.1. სიკვდილის წილ მიღებული უკანასკნელი სახელიცინო მომსახურების ადგილის პროცენტული განაწილება ავთვისების  
სიმიზნის მქონე პაციენტებს (n = 258) შორის.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



სურათი 4.5.2. სიკვდილის წილ უკანასკნელი სახელიცინო მომსახურების მიმღებების პროცენტული განაწილება ავთვისების  
სიმიზნის მქონე პაციენტებს (n=258) შორის.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



## 4.6. დროის ინფერვალი ავთვისების სიმსივნის დიაგნოზის დასმის სიკვდილაგი

### 4.6.1. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო

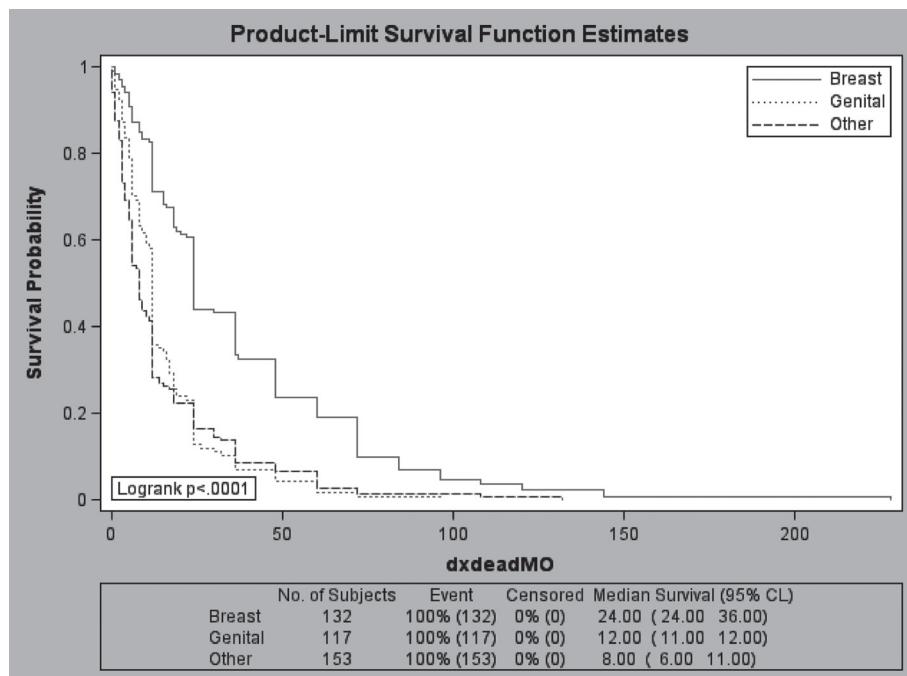
ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 417 ქალიდან 402 (96.4%) შემთხვევაში ცნობილი იყო დაავადების დიაგნოზის დასმიდან სიკვდილამდე დროის ინტერვალი.

#### 4.6.1.1. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით

ძუძუს კიბოთი გარდაცვლილ 132 ქალს შორის ნახევარი გარდაცვალა დიაგნოზის დასმიდან

24 თვის შემდეგ (სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო). რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 177 ქალისათვის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო იყო 12 თვე, 50%-ით ნაკლები, ვიდრე ძუძუს კიბოს შემთხვევაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გარდაცვლილი 52 ქალის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო 12 თვეს შეადგენდა. შერჩევის ნიმუშის ზომის სიმცირის გამო, საშვილოსნოსა ( $n=33$ ) და საკვერცხის კიბოს ( $n=32$ ) შემთხვევათა სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დროის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა. სხვა ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი 153 ქალის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო მხოლოდ 8 თვე იყო, 66.7%-ით ნაკლები, ვიდრე ძუძუს კიბოს შემთხვევაში.

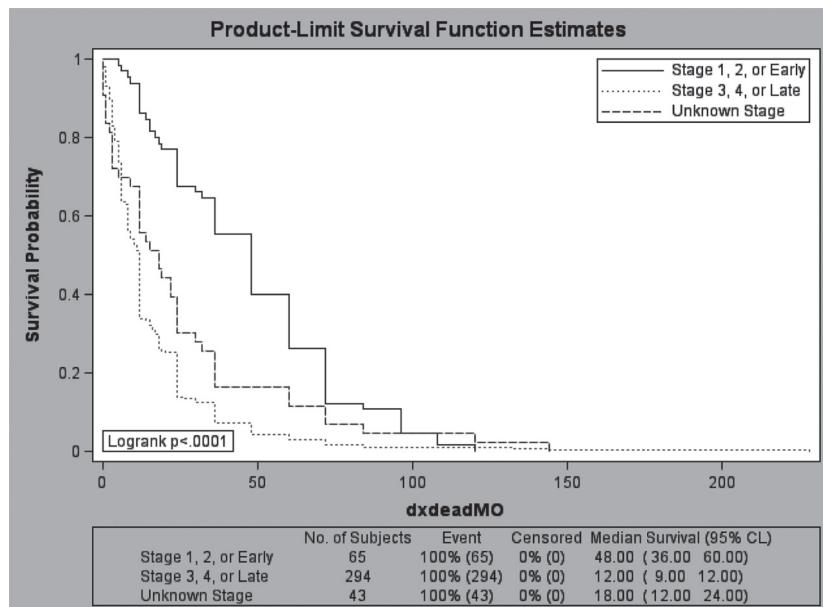
**სურათი 4.6.1.1. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა:**  
**საქართველო, 2008**



#### 4.6.1.2. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი სიმსივნის სტადიის მიხედვით

სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო ავთვისებიანი სიმსივნის ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული 65 ქალისთვის იყო 48 თვე. თუმცა, დაავადების გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული 295 ქალისთვის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო იყო მხოლოდ 12 თვე, 75%-ით ნაკლები, ვიდრე ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული ქალების შემთხვევაში. დიაგნოზის დასმისას ავთვისებიანი სიმსივნის უცნობი სტადიის მქონე 43 ქალისთვის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო 18 თვეს შეადგენდა.

სურათი 4.6.1.2. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო დიაგნოზის დასმის მომენტი ავთვისებიანი სიმსივნის სტაფილის მიხედვით.  
რეალობული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

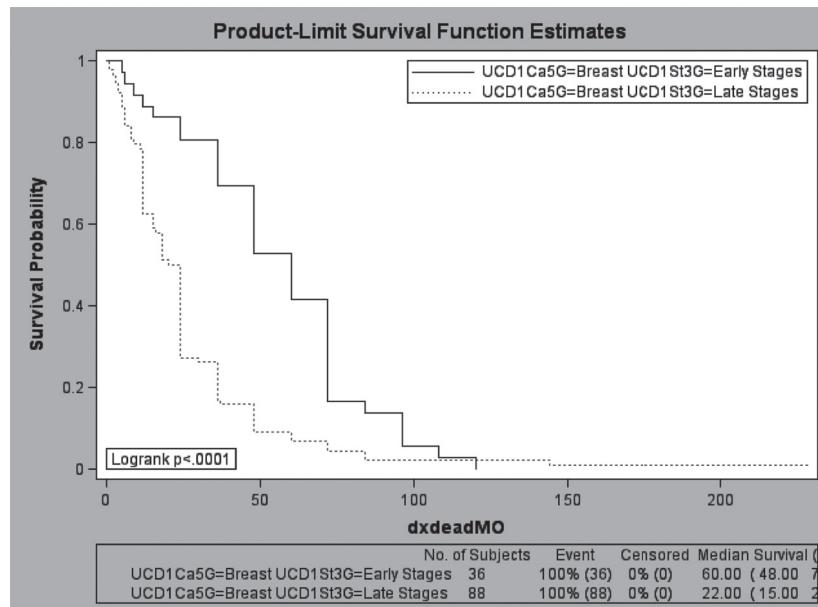


#### 4.6.1.3. სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო ძუძუს კიბოს მქონე პაციენტებისთვის დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი სიმსივნის სტაფილის მიხედვით

სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო ძუძუს კიბოს ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული 36 პაციენტისათვის იყო 60 თვე. თუმცა, ძუძუს კიბოს გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული 88 ქალისათვის სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო იყო მხოლოდ 22 თვე, 63.3%-ით ნაკლები, ვიდრე ძუძუს კიბოს ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული პაციენტების შემთხვევაში (სურათი 4.6.1.3). გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული სიმსივნეების მქონე სხვა პაციენტების სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დრო განაწილდა შემდეგნაირად: 12 თვე – რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 93 ქალისთვის და 6 თვე — სხვა ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 113 ქალისთვის. შერჩევის ნიმუშის ზომის სიმცირის გამო ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული რეპროდუქციული სიმსივნის მქონე ქალებისა (n=15) და სხვა სიმსივნეების მქონე ქალებისთვის (n=14) სიცოცხლისუნარიანობის მედიანური დროის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა.

სურათი 4.6.1.3. სიცოცხლისუნარიანობის მაღიანერი დრო ძუძუს კიბოს  
მძოვრი პაციენტებისთვის დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი  
სიმსივნის სტადიის მიხედვით.

რეპროდუქციული ასაკის ციკლილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



## 4.6.2. ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლები

4.6.2.1. 2006 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალების ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლები განაწილდა შემდეგნაირად: ძუძუს კიბო – 18.9%, რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნე – 1.7% (საშვილოსნოს ყელის კიბო – 3.9%; საშვილოსნოსა და საკვერცხის კიბო – შერჩევის ნიმუშის ზომების სიმცირის გამო ვერ განისაზღვრა) და სხვა ავთვისებიანი სიმსივნები – 2.6%.

4.6.2.2. ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებელი ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული 65 ქალისთვის იყო 26.2%. თუმცა, გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული ქალებისთვის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებელი მხოლოდ 3.1% იყო. დიაგნოზის დასმის მომენტში ავთვისებიანი სიმსივნის უცნობი სტადიის მქონე 43 ქალისთვის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებელი იყო 11.6%.

ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებელი ძუძუს კიბოს ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული 36 ქალისთვის იყო 41.7% მაშინ, როდესაც ძუძუს კიბოს გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული 88 პაციენტის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებელი მხოლოდ 6.8% იყო. გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული სიმსივნების მქონე სხვა პაციენტების ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლები განაწილდა შემდეგნაირად: 0% – რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 93 ქალისთვის და 1.8% – სხვა ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 113 ქალისთვის. შერჩევის ნიმუშის ზომების სიმცირის გამო, ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებული რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნის მქონე ქალებისა ( $n=15$ ) და სხვა სიმსივნის მქონე ქალებისთვის ( $n=14$ ) ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა.

## **4.7. ზედამხედველობის, ეპიდემიოლოგიის და საგრძოო შედეგების (SEER) სტატიურული ჩარჩო ცისრცხველისენარიანობისათვის**

4.7.1. ზემოაღნიშნული რეალური სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლები სპეციფიკურია მხოლოდ რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევის შესაბამისი შემთხვევებისათვის, რომელთა ძირითადი გამომწვევი მიზეზი ავთვისებიანი სიმსივნეებია. ამდენად, შეუძლებელია მათი უშუალო შედარება ამერიკის შეერთებული შტატების ზედამხედველობის, ეპიდემიოლოგიისა და საბოლოო შედეგების (SEER) ავთვისებიანი სიმსივნეების 1975-2006 წლების სტატისტიკის მიმოხილვის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობით მაჩვენებლებთან (SEER Cancer Statistics Review 1975-2006).<sup>7</sup> მიუხედავად ამისა, SEER-ის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობითი მაჩვენებლები და 1999-2005 წლების სხვა სტატისტიკა ჩვენი კვლევის სპეციფიკური შედეგებისათვის მნიშვნელოვან სტრუქტურულ ჩარჩოს უზრუნველყოფს. ამასთან, ის წარმოადგენს მტკიცებულებას იმის შესახებ, რომ სიცოცხლისუნარიანობა დამოკიდებულია როგორც სიმსივნის ტიპზე, ისე მის სტადიაზე დიაგნოზის დასმის დროს.

4.7.2. SEER-ის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობითი მაჩვებლების განაწილება სიმსივნის ტიპის მიხედვით 50 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიანი ქალებისთვის შემდეგნაირი იყო: ძუძუს კიბო – 89.4%, საშვილოსნოს ყელის კიბო – 79.7%, საშვილოსნოს ტანის და ზოგადად საშვილოსნოს კიბო – 89.8%. საკვერცხის კიბოს მქონე 65 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიანი ქალებისთვის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობითი მაჩვებელი იყო 56.7%.

4.7.3. SEER-ის მიხედვით, გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული 50 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიანი ქალების პროცენტული განაწილება ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით შემდეგნაირი იყო: ძუძუს კიბო – 3%, საშვილოსნოს ყელის კიბო – 8%, საშვილოსნოს ტანის და ზოგადად საშვილოსნოს კიბო – 6%. 65 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიან ქალებს შორის გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული საკვერცხის კიბო აღინიშნებოდა შემთხვევათა 56%-ში. საყურადღებოა, რომ ძუძუს, საშვილოსნოს ყელისა და საშვილოსნოს კიბოს გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირების პროცენტული მაჩვენებლები მნიშვნელოვანად დაბალია ამ მაჩვენებელზე საკვერცხის კიბოს შემთხვევაში. ჯერჯერობით არ არსებობს საკვერცხის კიბოს სკრინინგის სარწმუნო ტესტი ამ დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოსავლენად.

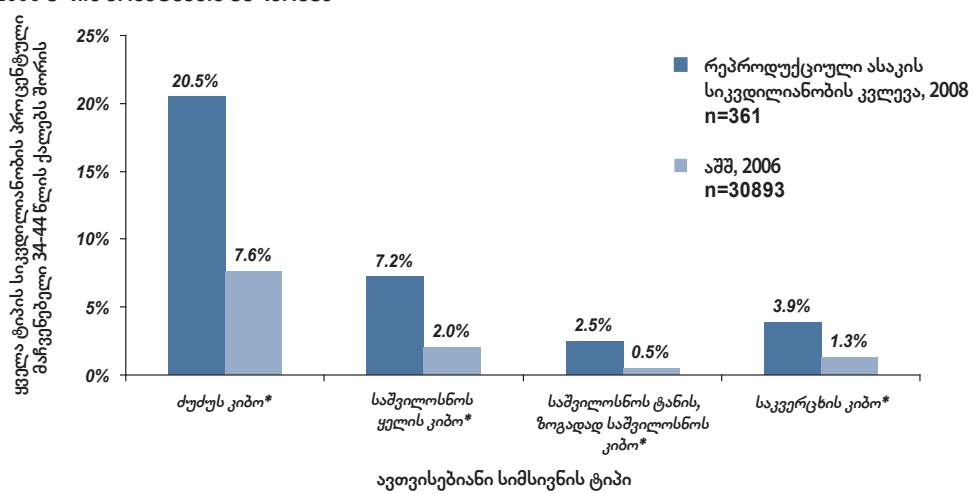
4.7.4. SEER-ის შესაბამისად, გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული 50 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიანი ქალების ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობითი მაჩვენებლების განაწილება ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით შემდეგნაირი იყო: ძუძუს კიბო – 33.2%, საშვილოსნოს ყელის კიბო – 24.4%, საშვილოსნოს ტანის და ზოგადად საშვილოსნოს კიბო – 31.8%. გვიან სტადიაზე დიაგნოსტირებული საკვერცხის კიბოს მქონე 65 წელზე ნაკლები ასაკის თეთრკანიანი ქალებისათვის ხუთწლიანი სიცოცხლისუნარიანობის ფარდობითი მაჩვებელი იყო 35.9%. ეს მონაცემები მიუთითებს იმაზე, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპი და მისი სტადია დიაგნოზის დასმის დროს ერთობლივად ახდენს გავლენას სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლებზე.

4.7.5. ავთვისებიანი სიმსივნეების საქართველოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამასა და ამერიკის შეერთებული შტატების SEER-ს შორის პარტნიორული ურთიერთობა ხელს შეუწყობდა პროგრამის შემდგომ გაგრძელებასა და ნაციონალური მასტებით მისი გაფართოების სწორ მართვას.

## 4.8. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილის ცოდნის კვლევისა და აგვ-ის 2006 წლის ქამუს კიბოსა და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის სიმსივნეებით გამოცვაული სიკვდილის ცოდნის მაჩვენებლების შედარება 35-44 წლის ქალთა ასაკობრივ ჯგუფში

სურათი 4.8 გვიჩვენებს 2006 წელს საქართველოსა და აშშ-ში<sup>8</sup> 35-44 წლის ქალთა შორის ძუძუს კიბოსა და რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტულ მაჩვენებლებს. საქართველოში ამ ასაკობრივ ჯგუფში ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2.7-ჯერ მაღალია აშშ-ის ამავე მაჩვენებელზე. მიუხედავად იმისა, რომ რეპროდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობა დაბალია ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობაზე, საქართველოში ამ ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობა მაინც მნიშვნელოვნად აღმატება აშშ-ის შესაბამის მაჩვენებელს (საშვილოსნოს ყელის კიბო – 3.6-ჯერ, საშვილოსნოს კიბო – 5-ჯერ და საკვერცხის კიბო – 3-ჯერ მაღალია). აშშ-ში ათწლეულების განმავლობაში წარმატებით ხორციელდება ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული პროგრამები, რის შედეგადაც ამერიკელ ქალებს შორის მნიშვნელოვნად შემცირდა აღნიშნული სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა.

სურათი 4.8. ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოცვაული სიკვდილის ცოდნის აროფენტული განაცილება 35-44 წლის ასაკის ქალებს შორის ავთვისებიანი სიმსივნის ტიპის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილის ცოდნის კვლევისა და ახერივის შეართებული ჰქონისა 2006 წლის მონაცემთა შედარება



## 4.9. რეკომენდაციები

4.9.1. ავთვისებიანი სიმსივნე, როგორც რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი, მოითხოვს პრიორიტეტულ მიმართულებად აღიარებას ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პროცესში, განსაკუთრებით, ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თვალსაზრისით.

4.9.2. ავთვისებიანი სიმსივნით გარდაცვლილი ქალების თითქმის სამი მეოთხედი დიაგნოსტირებულ იქნა დაავადების გვიან სტადიაზე. ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა აღნიშნულ ქალთა სიცოცხლისუნარიანობის მაჩვენებლებს.

4.9.3. ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და მათთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მრავალი შემთხვევა შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული რუტინული სკრინინგით დაავადების დროული გამოვლენისა და ადრეული სიმპტომების სათანადო მკურნალობის შედეგად.

4.9.4. ავთვისებიანი სიმსივნეების საქართველოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამა, რომელიც თბილისში ხორციელდება, საჭიროებს ქვეყნის მასშტაბით სწრაფ გაფართოებას რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. პროგრამამ ასევე უნდა უზრუნველყოს ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის მქონე ყველა ქალის, მათი შემოსავლისა და დაზღვევის სტატუსის მიუხედავად, დროული და სათანადო მკურნალობა. ამერიკის შეერთებული შტატების SEER-თან პარტნიორული ურთიერთობა ნაყოფიერი იქნებოდა პროგრამის შემდგომი გაფართოების გაიდლაინების უზრუნველსაყოფად.

4.9.5. მოსახლეობის განათლება ძალზე მნიშვნელოვანია ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე ქალების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესაცვლელად და არსებული სტიგმის აღმოსაფხვრელად და, ასევე, ქალების ცოდნის ასამაღლებლად იმის შესახებ, თუ რა სახის სკრინინგი ან სხვა პრევენციული ქცევა ესაჭიროებათ საკუთარი ჯანმრთელობის დასაცავად.

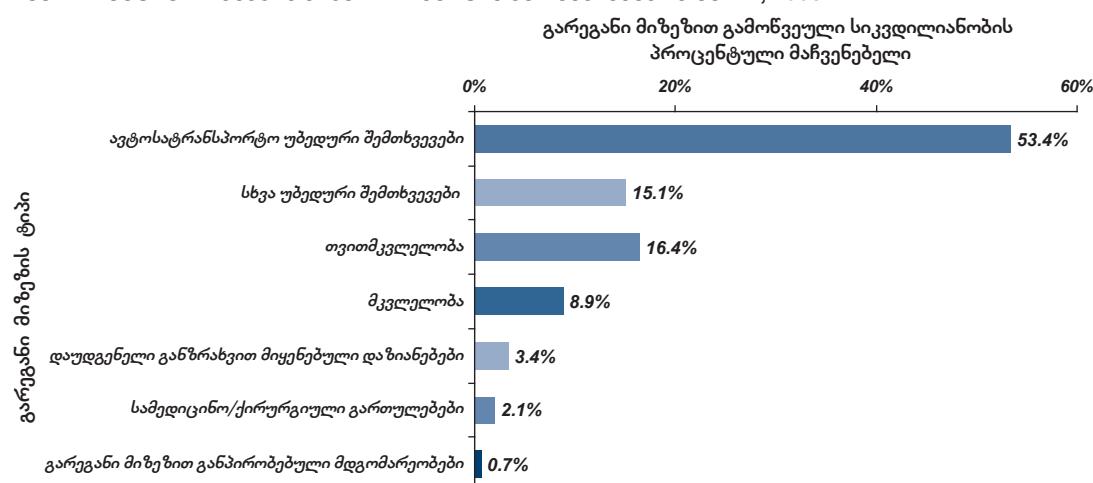
# 5. რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილისანგის კვლევის შედეგები გარეგნი მიზანით გამოცვეული სიკვდილისანგის შედეგები

## 5.1. გარეგნი მიზანითან დაკავშირებული ძირითადი შედეგები

5.1.1. 2006 წელს საქართველოში გარეგნი ფაქტორების ზემოქმედებამ იმსხვერპლა რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) 146 ქალის სიცოცხლე. ავტოსატრანსპორტო უბედურმა შემთხვევებმა (53.4%) პირველი ადგილი დაიკავა სიკვდილიანობის გარეგნი მიზეზებს შორის (სურათი 5.1.1).

სურათი 5.1.1. გარეგნი მიზანით გამოცვეული სიკვდილისანგის პროცენტული განაცილება მიზანის ტიპის მიხედვით.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილისანგის კვლევა: საქართველო, 2008

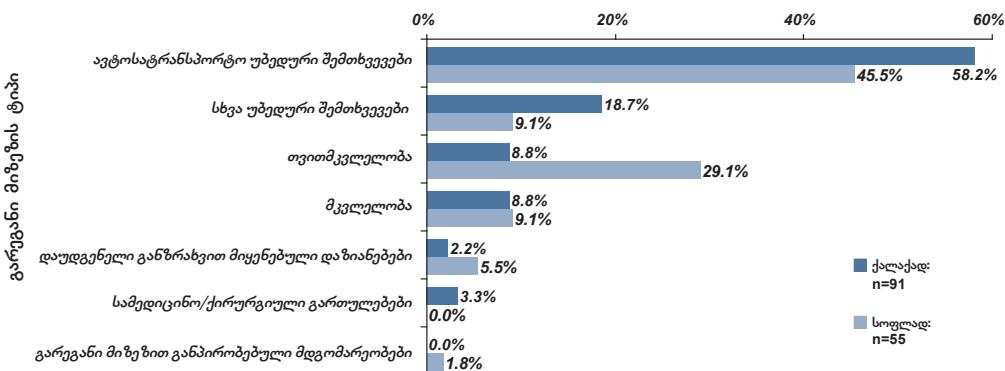


5.1.2. სურათი 5.1.2 გვიჩვენებს, რომ გარეგნი მიზეზთა შორის თვითმკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობა (29.1%) დაახლოებით სამჯერ (3.3) მაღალი იყო სოფლად მცხოვრებ ქალებში, ვიდრე ქალაქად მაცხოვრებლებში (8.8%). ამასთან, ქალაქად მცხოვრებ ქალებში ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილიანობა 28.1%-ით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე სოფლად მცხოვრებ ქალებში (45.5%).

სურათი 5.1.2. გარეგანი მიზანით გამოცვეული სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება მიზანის შემთხვევაში და საცხოვრავები ადგილის მიხედვით.

რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

გარეგანი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის  
პროცენტული მაჩვნებელი



## 5.2. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევები

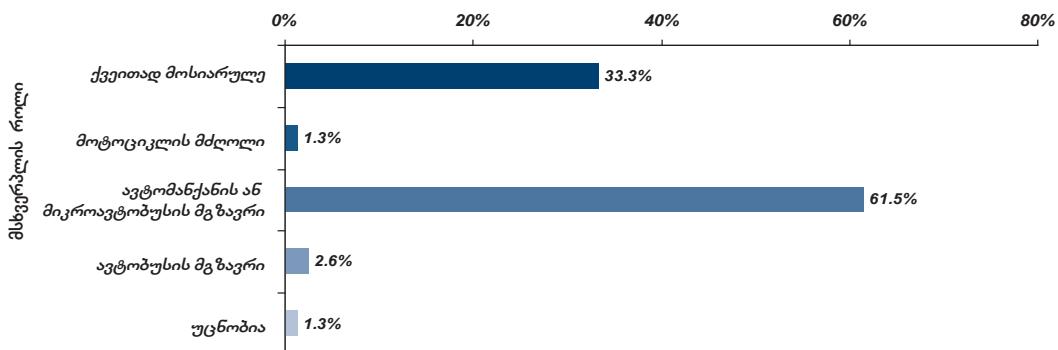
ავტოსატრანსპორტო უბედურ შემთხვევებს – გარეგანი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზს – ემსხვერპლა რეპროდუქციული ასაკის 78 (8.5%) ქალის სიცოცხლე.

### 5.2.1. მსხვერპლის როლი ავტოსატრანსპორტო უბედურ შემთხვევებში

ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრები ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევების ყველაზე ხშირ მსხვერპლს წარმოადგენდნენ ( $n=48$ , 61.5%). აღნიშნულ მსხვერპლთაგან ორი ორსული ქალი იყო. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევების დაახლოებით მესამედმა იმსხვერპლა 26 ქვეითად მოსიარულე, რომლებმაც შეადგინეს სიდიდით მეორე მსხვერპლთა ჯგუფი (სურათი 5.2.1.1.). სურათი 5.2.1.2 გვიჩვენებს, რომ ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრთა შორის სოფლად მცხოვრებთა სიკვდილიანობა (68%) 16.2%-ით მაღალი იყო ქალაქად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით (58.5%).

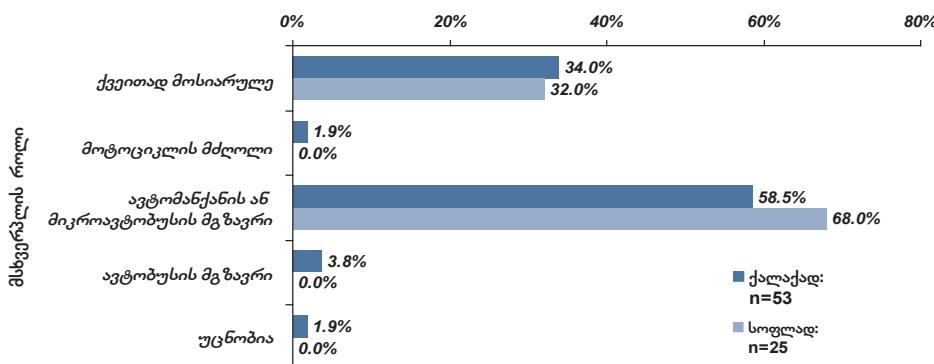
სურათი 5.2.1.1. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევებით გამოცვეული სიკვდილიანობის პროცეციული განაცილება მსხვერალის როლის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევებით გამოცვეული  
სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებელი



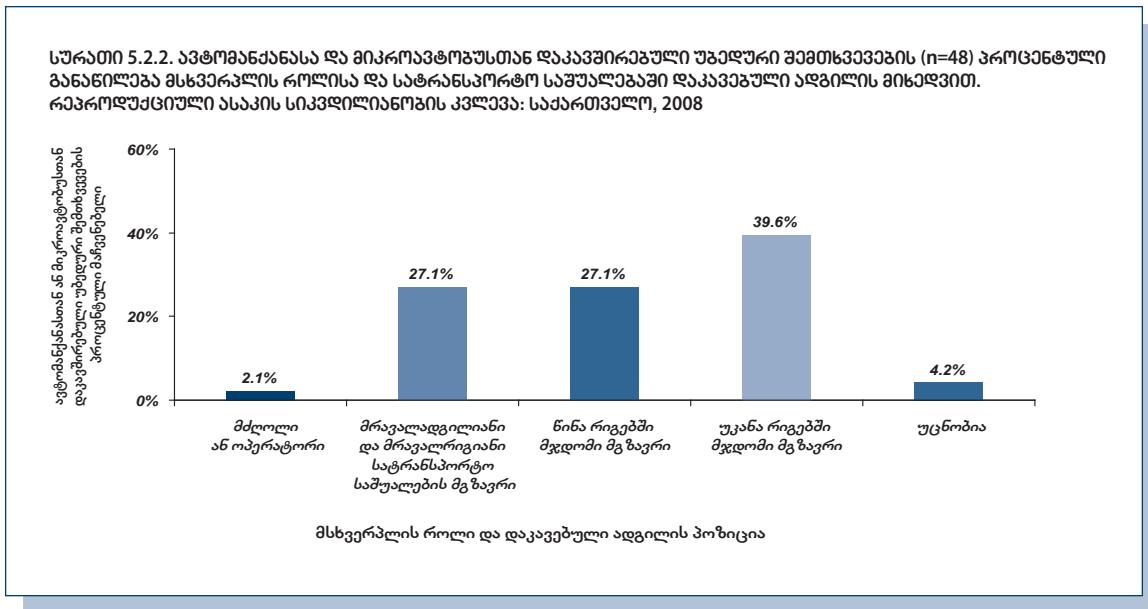
სურათი 5.2.1.2. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევებით გამოცვეული სიკვდილიანობის პროცეციული განაცილება მსხვერალის როლისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.  
რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008

ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევებით გამოცვეული  
სიკვდილიანობის პროცენტული მაჩვენებელი



## 5.2.2. მსხვერპლის როლი და პოზიცია სატრანსპორტო საშუალებაში

ავტოსატრანსპორტო უბედურ შემთხვევათა 52 არაქვეით მსხვერპლს შორის ერთი იყო მოტოციკლის უკანა საჯდომზე მოთავსებული მგზავრი. ავტობუსის ორი მგზავრიდან ერთი შუა რიგში, ხოლო მეორე წინა რიგში მჯდომი მგზავრი იყო. ერთი მსხვერპლის პოზიციის დადგენა ვერ მოხერხდა. ავტომანქანისა და მიკროვაგტობუსის მგზავრები შეადგინდნენ დანარჩენ 48 არაქვეით მსხვერპლთა ჯგუფს, რომელთა შორის მხოლოდ ერთი მძღოლი იყო. სურათი 5.2.2 გვიჩვენებს, რომ აღნიშნულ მსხვერპლთა 39.6% უკანა რიგებში მჯდომი მგზავრები იყვნენ, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ეს პოზიცია ყველაზე მაღალი რისკის მატარებელია ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევებით სიკვდილიანობის თვალსაზრისით.

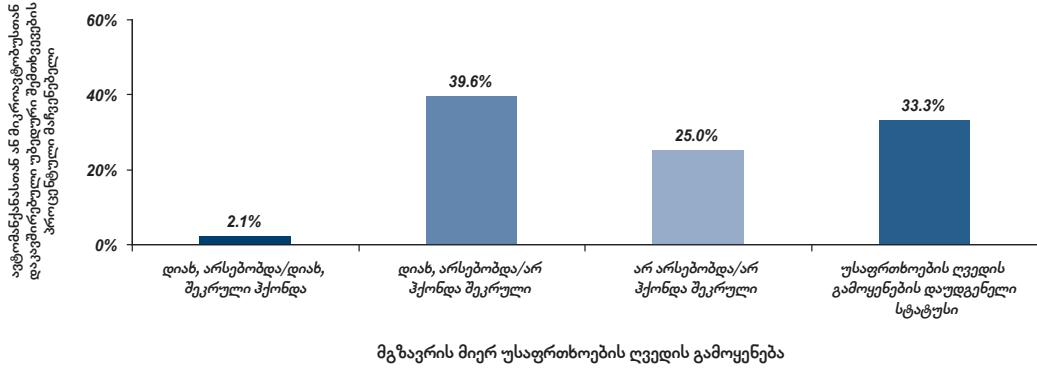


### **5.2.3. მსხვერპლის მიერ უსაფრთხოების ღვედის გამოყენება**

ავტოსატრანსპორტო (მოტოციკლის გარდა) უბედური შემთხვევების 51 არაქვეითი მსხვერპლიდან ორი მგზავრობდა ავტობუსით, რომელსაც უსაფრთხოების ღვედები არ ჰქონდა, ხოლო ერთი მსხვერპლის როლი უცნობი იყო. დანარჩენი 48 მსხვერპლი ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრი იყო (სურათი 5.2.3). მათ შორის მხოლოდ ერთს ჰქონდა გადაჭრილი უსაფრთხოების ღვედი უბედური შემთხვევის განვითარებამდე, ხოლო მსხვერპლთა 39.6%-ს უსაფრთხოების ღვედი არ გამოიყენებია სატრანსპორტო საშუალებაში მათი არსებობის მიუხედავად. შემთხვევათა 25%-ში უსაფრთხოების ღვედები აღნიშნული ტიპის სატრანსპორტო საშუალებებში არ არსებობდა, ხოლო 33.3% შემთხვევაში ნათესავმა არ იცოდა მსხვერპლის მიერ უსაფრთხოების ღვედის გამოყენების ფაქტის შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ, ჩვეულებრივ, „არ ვიცი“ კატეგორიის პასუხები უმნიშვნელო პროცენტს შეადგენს, ამ კატეგორიის პასუხების ზემოაღნიშნული მაღალი პროცენტი მიუთითებს იმაზე, რომ ქართველი საზოგადოება არ არის გათვითცნობიერებული თუ რა რისკის ქვეშ აყნებენ საკუთარ სიცონებულებს უსაფრთხოების ღვედების გარეშე მგზავრობისას.

ამერიკის შეერთებული შტატების 49 შტატსა და კოლუმბიის ოლქში დაკანონებული და ამოქმედებულია სატრანსპორტო საშუალებებში უსაფრთხოების ღვედებისა და მოტოციკლით მოძრაობისას უსაფრთხოების ჩაფეზუტების სავალდებულო გამოყენება. ავტომაგისტრალზე მოძრაობის უსაფრთხოების ნაციონალური ადმინისტრაციის (NHTSA) სტატისტიკისა და ანალიზის ნაციონალური ცენტრი ქვეყნის მასშტაბით უსაფრთხოების ღვედების გამოყენების 81%-მდე გაზრდას და ალკოჰოლის მნიშვნელოვან შეზღუდვას უკავშირებს 1996-2006 წლებში ყოველ 100 000 მილზე ფატალური შემთხვევების მაჩვენებლის 16.6%-ით შემცირებას.<sup>9</sup>

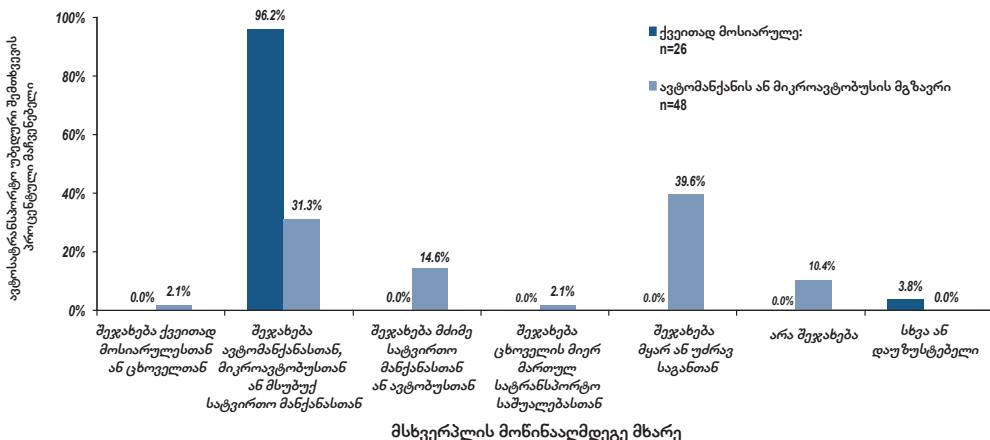
სურათი 5.2.3. ავტომატებისა და მიკროატოგუსთან დაკავშირებული უბედური გამოთხვევების ( $n=48$ ) პროცენტული განაცილება მსხვერილის მიერ უსაფრთხოების ღვევის გამოყენების მიხედვით.  
რეარგენული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



#### 5.2.4. მსხვერპლის მოწინააღმდეგე მხარე (შეჯახება ან სხვა გარემოებები)

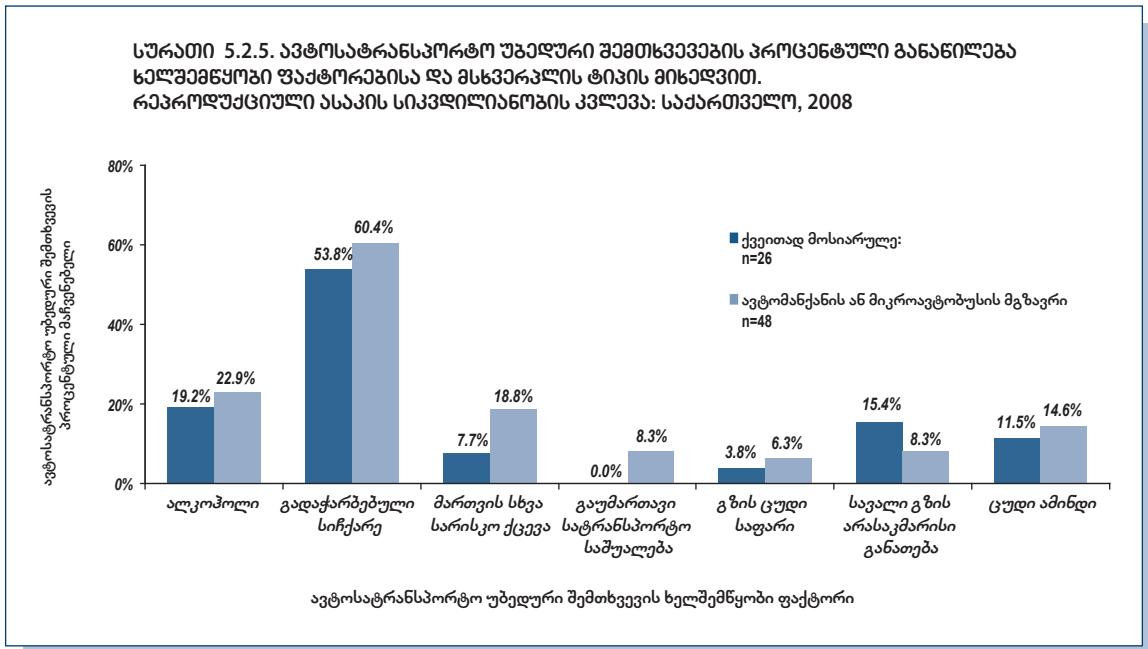
მთლიანობაში, ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევის 78 მსხვერპლს შორის 74 (94.9%) ქვეითად მოსიარულე და ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრი იყო. სურათი 5.2.4 გვიჩვენებს აღნიშნული 74 უბედური შემთვევის განაწილებას მსხვერპლის მოწინააღმდეგე მხარისა (შეჯახება ან სხვა გარემოებები) და მსხვერპლის ტიპის მიხედვით. ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის 48 მგზავრის შემთხვევაში ავტოსატრანსპორტო საშუალება უმეტესად (39.6%) შეჯახებული იყო ფიქსირებულ ან მყარ ობიექტთან, როგორიცაა ხე, სვეტი, საგზაო ნიშანი და სხვ., რასაც მოსდევს სხვა ავტომანქანასთან, მიკროავტობუსთან, ან მსუბუქ სატვირთო მანქანასთან (31.3%) და, ასევე, ავტობუსთან ან მძიმე სატვირთო მანქანასთან (14.6%) შეჯახების შემთხვევები. ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრთა 10% ემსხერპლა ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევების სხვა გარემოებებს (სატრანსპორტო საშუალების გადაბრუნება, სავალი გზიდან გადასვლა, ავტომანქანიდან მგზავრის გადმოვარდნა და ა.შ.). ყველა ქვეითად მოსიარულე, ერთის გარდა, მსუბუქი მანქანის, მიკროავტობუსის ან მსუბუქი სატვირთო მანქანის დაჯახების მსხვერპლი გახდა.

სურათი 5.2.4. ავტოსატრანსპორტო უბედური გამოთხვევების პროცენტული განაცილება მსხვერილი მოწინააღმდეგების მხარისა და მსხვერილი ტიპის მიხედვით.  
რეარგენული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა: საქართველო, 2008



### 5.2.5. ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევების ხელშემწყობი ფაქტორები

ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრებთან დაკავშირებული 48 უბედური შემთხვევის წამყვანი ხელშემწყობი ფაქტორები იყო: გადაჭარბებული სიჩქარე (60.4%), ალკოჰოლი (22.9%), ავტომანქანის მართვის სხვა სარისკო ქცევა, როგორიცაა შუქნიშნის წითელ ფერზე გავლა, არასწორი გადასწრება, უკანონო მოხვევა (18.8%), და ცუდი ამინდი (14.6%). ქვეითად მოსიარულებთან დაკავშირებული 26 უბედური შემთხვევის წამყვანი ხელშემწყობი ფაქტორები იყო: გადაჭარბებული სიჩქარე (53.8%), ალკოჰოლი (19.2%), სავალი გზის არასაკმარისი განათება (15.4%), და ცუდი ამინდი (11.5%). სურათი 5.2.5 გვიჩვენებს, რომ სავალი გზის არასაკმარისი განათებით განპირობებული უბედური შემთხვევების მსხვერპლთა შორის ქვეითად მოსიარულე ორჯერ მეტი იყო, ვიდრე ავტომანქანისა და მიკროავტობუსის მგზავრი.



## 5.3. არასატრანსპორტო უბედური შემთხვევები, თვითმკვლელობა, გავლენისა და დაუღინები განზრახვით განვითარებული სიკვდილი

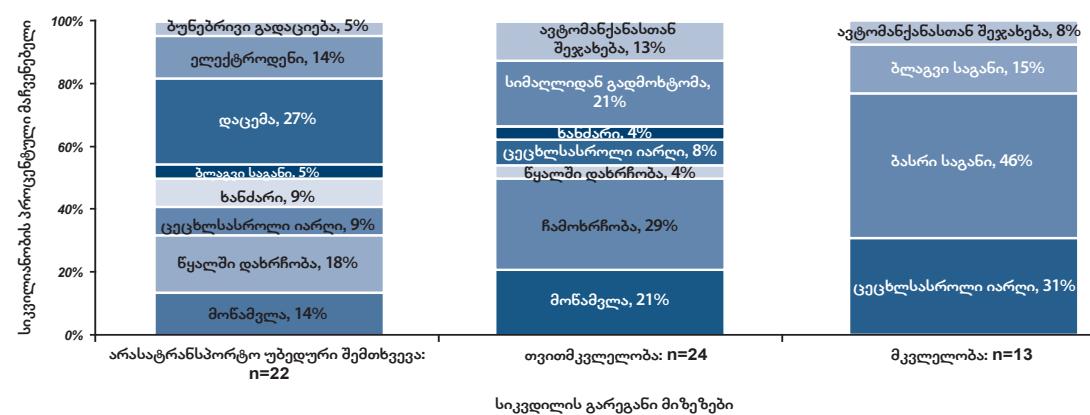
5.3.1. არასატრანსპორტო უბედურ შემთხვევებს ემსხვერპლა რეპროდუქციული ასაკის 22 (2.4%) ქალის სიცოცხლე. დაცემა არასატრანსპორტო უბედური შემთხვევით გამოწვეული სიკვდილის ყველაზე ხშირი მექანიზმი იყო (27%), რასაც მოსდევდა წყალში დახრჩობა (18%), მონამვლა (14%), და ელექტროდენის ზემოქმედება (14%) (სურათი 5.3).

5.3.2. თვითმკვლელობით სიცოცხლე დასრულა რეპროდუქციული ასაკის 24 (2.6%) ქალმა. შესაბამისად, თვითმკვლელობა განზრახული სიკვდილის შემთხვევათა წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. ჩამოხრჩობა თვითმკვლელობის ყველაზე ხშირი მექანიზმი იყო (29%), რასაც

მოსდევდა მოწამვლა (21%), სიმაღლიდან გადმოხტომა (21%), და ავტომანქანის ქვეშ შევარდნა (13%) (სურათი 5.3.). თვითმკვლელობის მსხვერპლთა შორის ერთი ორსული ქალი იყო.

5.3.3. მკვლელობით გამოწვეული სიკვდილიანობა აღინიშნა რეპროდუქციული ასაკის 13 (1.4%) ქალის შემთხვევაში. ბასრი იარაღით მიყენებული სასიკვდილო ჭრილობა მკვლელობის ყველაზე ხშირი მექანიზმი იყო (46%), რასაც მოსდევდა ცეცხლსასროლი იარაღიდან გასროლა (31%) და ბლაგვი საგრით დარტყმის მიყენება (15%) (სურათი 5.3.). მკვლელობის შემთხვევათა 46% ჩადენილი იყო მსხვერპლის მეუღლის, პარტნიორის ან ნათესავის მიერ.

სურათი 5.3. გარეგნობის მიზანების აროცენული განაცილება: არასატრანსპორტო უბედური შემთხვევა, თვითმკვლელობა და გველობა სიკვდილის მექანიზმის მიხედვით. საქართველო, 2008



## 5.4. სამედიცინო/ქირურგიული გართულებები გართულებები და გარეგნობის მიზანებით განაირობებული ეფექტუალურობის განვითარება

სამედიცინო/ქირურგიული გართულებები მხოლოდ სამ შემთხვევაში იქნა კლასიფიცირებული როგორც სიკვდილის ძირითადი მიზანი, რადგან ის სამედიცინო მდგომარეობები, რომელიც საჭიროებდნენ აღნიშნულ ქირურგიულ ჩარევას ან მედიკამენტოზურ მკურნალობას, უცნობი იყო. სიკვდილის ძირითად მიზანია კლასიფიცირებულ იქნა, ასევე, გარეგნობი მიზეზეზებით განპირობებული მდგომარეობის მხოლოდ ერთი შემთხვევა. თუმცა, კვლევის შედეგად გამოვლენილ იქნა სამედიცინო/ქირურგიული გართულებების 14 დამატებითი შემთხვევა, რომლებიც კოდირებულ იქნა როგორც სიკვდილის მეორადი მიზეზები, რადგან ცნობილი იყო ის სამედიცინო მდგომარეობები, რომლებიც საჭიროებდნენ აღნიშნულ ქირურგიულ ჩარევასა და მედიკამენტოზურ მკურნალობას. ამდენად, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვის მიერ მოწოდებული კოდირების ინსტრუქციების<sup>10</sup> თანახმად, სიკვდილის ძირითად მიზანია ეს სამედიცინო მდგომარეობები იქნა კლასიფიცირებული. ამგვარად, მთლიანობაში, გამოვლენილ იქნა სიკვდილიანობის 18 შემთხვევა, რომლებიც, თუნდაც ნაწილობრივ, გამოწვეული იყო სამედიცინო/ქირურგიული გართულებებით და გარეგნობი მიზეზებით განპირობებული

მდგომარეობით. აღნიშნული 18 შემთხვევიდან 7 (38.9%) გამოწვეული იყო სამედიცინო/ქირურგიული პროცედურების შემდგომ განვითარებული სეფსისით, 1 (5.6%) — დაცემის შედეგად ხერხემლის დაზიანებასთან დაკავშირებული პარაპლეგიის თანმხლები სეფსისით, 1 (5.6%) — ქირურგიული ჩარევის შემდგომ განვითარებული ბრონქოპნევმონით, 4 (22.2%) — ქირურგიული ჩარევის შემდგომ განვითარებული თრომბოებულით, 1 (7.1%) — ქირურგიული ჩარევის დროს გულის გაჩერებით, და 4 (28.6%) — თერაპიული მიზნით გამოყენებულ მედიკამენტებზე პათოლოგიური რეაქციით.

## 5.5. ჩატარებული გარება

5.5.1. გარეგანი მიზეზები, განსაკუთრებით ავტოსატრანსპორტო უბედური შემთხვევები, სიკვდილიანობის ყველაზე მეტად პრევენცირებადი მიზეზებია.

5.5.2. საქართველოს მთავრობამ უნდა დააკანონოს და აამოქმედოს საგზაო მოძრაობის რეგულაციები ავტოსაგზაო ფატალური შემთხვევების, როგორც აქტიური ასაკის ქალებისა და საქართველოს ყველა მოქალაქის სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზის, შესამცირებლად. აღნიშნული რეგულაციები უნდა ეხებოდეს ქალაქისა და დაბის ტიპის დასახლებებში და ავტომაგისტრალზე მოძრაობის შემდეგ წესებს:

- ა) უსაფრთხოების ღვედების სავალდებულო გამოყენება ყველა სატრანსპორტო საშუალებაში, ავტობუსებისა და მძიმე სატვირთო მანქანების ჩათვლით.  
ამერიკის შეერთებული შტატების გამოცდილება ამტკიცებს, რომ უსაფრთხოების ღვედების გამოყენება შეჯახების დროს ეფექტურად იცავს მგზავრს ავტომანქანიდან გადმოვარდნისგან.
- ბ) უსაფრთხოების ჩაფეხუტების სავალდებულო გამოყენება მოტოციკლით მოძრაობისას.  
ამერიკის შეერთებული შტატების გამოცდილება ამტკიცებს, რომ უსაფრთხოების ჩაფხუტების გამოყენება ეფექტურია მოტოციკლიდან გადმოვარდნის შედეგად გამოწვეული თავის ტვინის ტრავმული დაზიანების პრევენციისათვის.
- გ) სიჩქარის შეზღუდვის ნიშნების დაყენება და მძლოლების დაჯარიმება სიჩქარის ლიმიტის გადაჭარბების გამო.
- დ) მძლოლების დაჯარიმება მართვის მავნე ქცევის გამო.
- ე) მძლოლების მართვის ლიცენზიის შეჩერება ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ ავტომანქანის მართვის გამო.

5.5.3. საზოგადოების საგანმანათლებლო კამპანიები მიმართულ უნდა იქნას:

- ა) მართვის უსაფრთხო ჩვევების გამომუშავების ხელშეწყობისკენ;
- ბ) ქუჩის არასწორი გადაკვეთის მავნე ჩვევების ალმოფხვრისკენ;
- გ) ღამის საათებში ქუჩიებში სეირნობისას ღია ან მკვეთრი ფერის ტანსაცმლის ხმარების ხელშეწყობისკენ;
- დ) თავყრილობებზე ალკოჰოლური სასმელის მიღების დროს “მძლოლის არჩევის” პრაქტიკის დანერგვის ხელშეწყობისკენ ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ ავტომანქანის მართვის მავნე ჩვევის ალმოსაფხვრელად.

---

5.5.4. სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა შეისწავლონ ქირურგიული ჩარევის შემდგომ განვითარებული სეფსისის ყველა შემთხვევა ასეპტიკური ტექნიკის გამოყენების პრაქტიკაში არსებული სავარაუდო დარღვევების გამოსავლენად.

---

# გამოყენებული ლიტერატურა

1. Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, Jackson DB, Morris L, editors. Reproductive Health Survey Georgia 2005. DHHS, CDC, March 2007; 73.
2. World Health Organization. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death, Part 2.2.4. International Standard Verbal Autopsy Questionnaire 3: Death of a Person Aged 15 Years and Above. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2007.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision, Version for 2007. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2007.
4. Tsuladze G, Maglaperidze N, Vadachkoria A. Demographic Yearbook of Georgia 2006, UNFPA, 2007, 117.
5. National Center for Health Statistics. Instruction manual part 2a: Instructions for classifying the underlying cause of death, ICD-10, 2008, p. 169. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision, Version for 2007, Volume 2, Section 4.1.1., p. 23, and Section 4.3.2., p. 66. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2007.
7. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, Altekruse SF, Feuer EJ, Huang L, Mariotto A, Miller BA, Lewis DR, Eisner MP, Stinchcomb DG, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-1976, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [Http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2006/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/), based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.; Tables 4.12, 5.7, 7.7, 21.7.
8. Heron MP, Hoyert DL, Murphy SL, Xu JQ, Kochanek KD, Tejada-Vera B. Deaths: Final Data for 2006. National vital statistics reports; vol 57 no 14. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
9. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) National Center for Statistics and Analysis, Washington, DC. Traffic Safety Facts 2006 Data Overview (DOT HS 810809), updated March, 2008.
10. National Center for Health Statistics. Instruction manual part 2a: Instructions for classifying the underlying cause of death, ICD-10, 2008, p. 198. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.

# ლანართი 1: მონაცემები ორგანიზაციები

დაავადებათა კონტროლის, პრევენციის და სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი (დკეც)	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
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო	ვერა ბაზიარი, მრჩეველი დედათა და ბავშვთა საკითხებში
ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო, სტატისტიკის დეპარტამენტი	გრიგოლ ფანცულაძე, დეპარტამენტის უფროსი იოსებ არჩვაძე, დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე
საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია	თენგიზ ასათიანი, პრეზიდენტი
ნაციონალური სკრინინგ ცენტრი	რემა ლვამიჩავა, დირექტორი
ქალთა ჯანმრთელობის პროგრამა საქართველოში/ ჯეი-ეს-აი-ს კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტი	მარიელა ტეჯიტი, მთავარი მკვლევარი ნინო ლომია, მრჩეველი პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების დარგში ნინო ბერძული, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დარგში მთავარი ტექნიკური მრჩეველი ხათუნა ყუფარაძე, კონსულტანტი
ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო /საქართველო	თამარ სირბილაძე, მთავარი მრჩეველი ჯანმრთელობის საკითხებში
დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება, ატლანტა	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 2: საველე სამუშაოები, მონაცემთა გეუვანა და ლამუშავება

საველე სამუშაოების კოორდინატორი	მარინა შახნაზაროვა	MS	დკეც	თბილისი
ინტერვიუერი /ვერბალური აუტოფსია	ნანა მებონია მარიკა ხათაშვილი ნინო შუბლაძე	MD MD MD	დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი
ინტერვიუერი /ვერბალური აუტოფსია და სამედიცინო დაწესებულება	ხათუნა ალადაშვილი ირმა ბურჯანაძე რუსუდან 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 ბაზის მენეჯერი	კონსტანტინე კაზანვანი	MD	დკეც	თბილისი
მონაცემთა შეყვანა	ლიანა ხუჭუა ლარისა სედიხ სუსანა შახბუდაგიანი		დკეც დკეც დკეც	თბილისი თბილისი თბილისი
სამედიცინო დიკუმენტების თარგმნა და მონაცემთა დამუშავება	ლია მაჭავარიანი		დკეც	თბილისი
გარდაცვალების სამედიცინო ცნობების გადასინჯვა	ნინო მჭედლიშვილი	MD	დკეც	თბილისი



