

დედათა სიკვდილიანობის ეპიდკვლევის შედეგები, 2014

„ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებზე არის ქალთა და ბავშვებთა ფუნდამენტური უფლება და არა პრივილეგია“
რიჩარდ ჰორტონი და ჯოი პამეფი
დამოუკიდებელ ექპერტთა ჯგუფი (iERG)
ლანცეტი, 2014 წელი, სექტემბერი

შესავალი

დედათა და პერინატალური ჯანმრთელობა პრიორიტეტს წარმოადგენს მსოფლიოში. საერთაშორისო შეთანხმებისა და ადამიანის უფლებების დაცვის დეკლარაციის საფუძველზე, ქალთა და ბავშვთა უპირველესი უფლებაა ჰქონდეთ უნივერსალური ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისებზე, მიუხედავად მათი რასის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, კულტურული და რელიგიური კუთვნილებისა [1].

ათასწლეულის განვითარების მიზანთაგან ერთ-ერთს წარმოადგენს 2015 წლისათვის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე, ხოლო ამ მიზნის ერთ-ერთი ამოცანაა დედათა სიკვდილიანობის შემცირება [2].

გაეროს სააგენტოების, დონორების, სხვადასხვა ქვეყნების წარმომადგენლებისა და სხვა დაინტერესებული პარტნიორების მიერ 2014 წლის გაზაფხულზე განხილული იქნა 2015 წლის შემდგომი განვითარების მიზნები. შემუშავებულ იქნა სტრატეგია და დასახულ იქნა მიზნები თითოეული ქვეყნისათვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული დედების პრევენტაბელური დაავადებებითა თუ მდგომარეობებით გამოწვეული გარდაცვალება [3].

დამოუკიდებელ ექპერტთა ჯგუფის (Independent Expert Review Group (iERG) მიერ 2014 წელს შემუშავებულ დოკუმენტში პოსტ-2015 დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირების შესახებ, მთავარ სლოგანად წარმოდგენილი იყო „დედათა გარდაცვალების პრევენტაბელური მიზეზების ელიმინაცია ეფექტური სტრატეგიისა და ინტერვენციების გზით“. დოკუმენტის თანახმად, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება მიჩნეული იქნა, როგორც ქვეყნების დაუსრულებელი მისია და შემოთავაზებული იქნა ორი სამოქმედო გეგმა: „სამოქმედო გეგმა ყოველი ახალშობილისათვის“ და „დედათა სიკვდილის პრევენტაბელური მიზეზების ელიმინაცია“. აღნიშნული გეგმების მიხედვით განისაზღვრა, რომ 2030 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უნდა შემცირდეს 2/3-ით, ხოლო საბაზისო მონაცემად მიჩნეული იქნა 2010 წლის მაჩვენებელი [4].

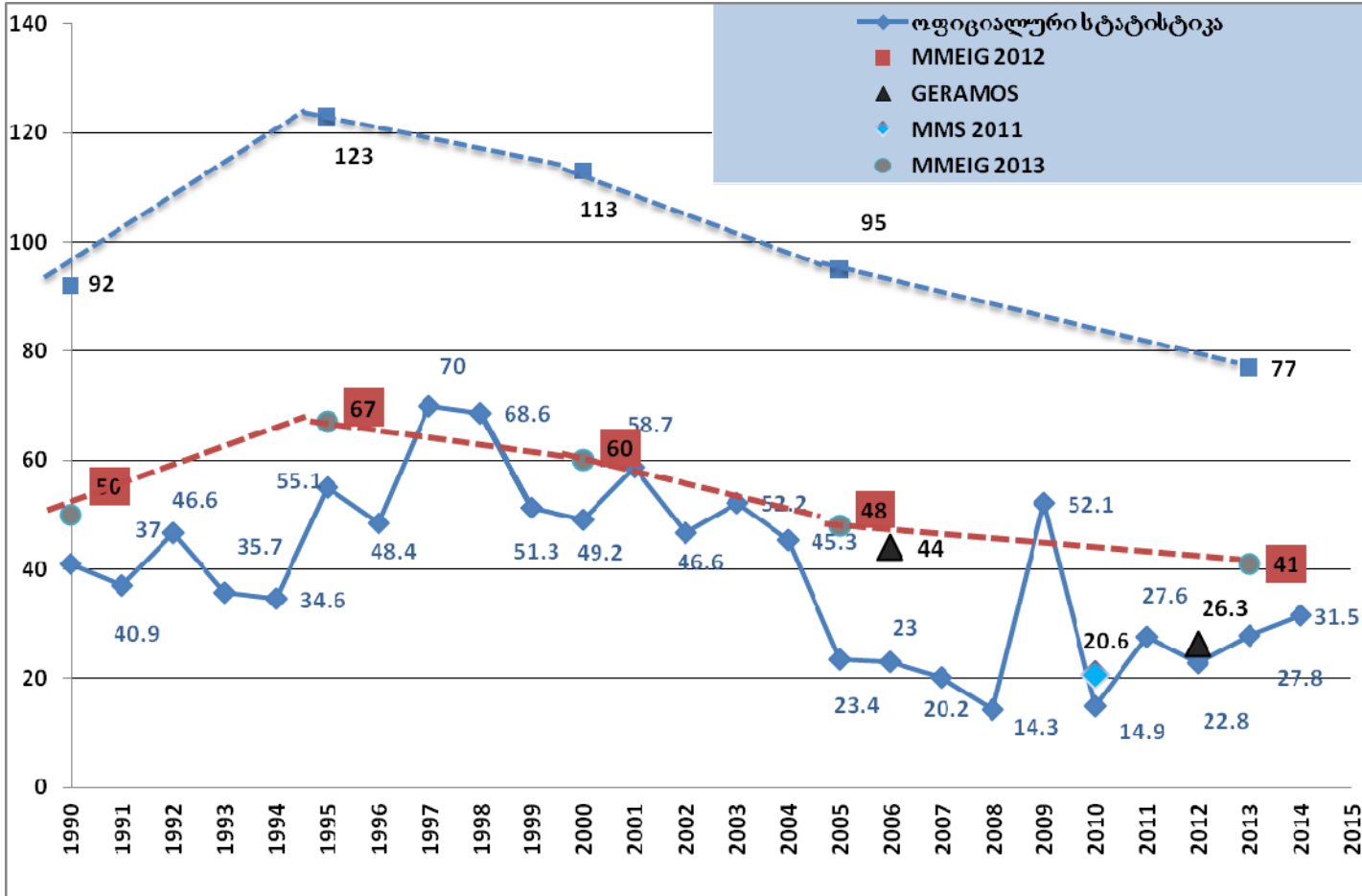
დედათა სიკვდილის პრევენტაბელურ მიზეზთა შემცირების პრიორიტეტულ ინტერვენციებად მიჩნეულია შემდეგი: (1) დედათა გარდაცვალების, ავადობისა და უნარ შეზღუდულობის მონაცემთა დეტალური ანალიზი, რათა შემუშავებული იქნას ეფექტური

ინტერვენციები; (2) ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის მართვის გაძლიერება/სრულყოფა და ინტეგრირებული მართვა; (3) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება; (4) ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება (სამედიცინო კადრები, მედიკამენტები და ინოვაციური მიდგომები); (5) დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და უთანასწორობის დაძლევა; (6) პარტნიორის, ოჯახის და საზოგადოების ჩართულობის გაზრდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მართვაში; (7) ქალთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის და, ასევე, მკვდრადშობადობის შესახებ მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესება [4].

საქართველოსათვის დედათა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად რჩება. ბოლო 5 წლის განმავლობაში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ინარჩუნებს მატების ტენდენციას. 2010 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა შეადგინა 14.9 ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე, ხოლო 2014 წელს ეს მაჩვენებელი გახდა 31.3 ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე.

საქართველოში მონაცემები დედათა სიკვდილიანობის შესახებ რამდენიმე წყაროდან მოიპოვება, კერძოდ: სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის დემოგრაფიის სამმართველო; შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი; დკსჯეც-ის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი; გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (MMEIG); კვლევები, როგორცაა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა (GERAMOS-2008) და დედათა სიკვდილიანობის კვლევა (MMS-2011).

გრაფიკი 1: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, საქართველო 1990-2014 წწ.



2014 წელს საქართველოში ჩატარდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა (GERAMOS), რომელმაც შეისწავლა 2012 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილის ყველა შემთხვევა ქვეყნის მასშტაბით. აღნიშნული კვლევა მეორედ ჩატარდა საქართველოში. კვლევის მონაცემებით, 2012 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა შეადგინა 26.3 ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე, მაშინ როცა იგივე მაჩვენებელი GERAMOS-ის 2008 წლის კვლევის მიხედვით შეადგენდა 44.4-ს ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე. რაც ნიშნავს, რომ ქვეყანაში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2006 წლიდან 2012 წლამდე 40%-ით შემცირდა. 2012 წლის GERAMOS-მა აჩვენა, რომ დედათა სიკვდილის შემთხვევათა მხოლოდ 39% არ იყო რეგისტრირებული ოფიციალური სტატისტიკით, მაშინ როდესაც 2006 წელს ეს სხვაობა შეადგენდა 65%-ს, რაც ნათლად აჩვენებს, რომ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა აღრიცხვიანობა, როგორც დედათა სიკვდილიანობის, ასევე ზოგადად რეპროდუქციული ასაკის ქალის გარდაცვალების თვალსაზრისით.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2009 წლიდან წარმოებს დედათა სიკვდილიანობის მიზეზების ანალიზი, რომლის შედეგების მიხედვით დედათა სიკვდილიანობის სტრუქტურის დინამიკა შემდეგია: 2009 წელს დაუზუსტებელი მიზეზით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის წილი იყო მაღალი (27%), რომელიც ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა. დედათა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზი იყო მელოგინეთა ინფექციები/სეფსისი, სასუნთქი სისტემის დაავადებები. აღნიშნული კლინიკური მდგომარეობები ართულებენ ორსულობას, მშობიარობას, ლოგინობის ხანას და წარმოადგენენ არაპირდაპირ სამედიცინო მიზეზებს.

მიუხედავად წინა წლებში დედათა სიკვდილობის სტრუქტურაში ვირუსული ინფექციების მაღალი მაჩვენებლისა, 2013 წელს, ამ ნოზოლოგიათა წილი შემცირდა, დინამიკა დადებითია. კერძოდ სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილის 5.5%-ით შემცირება.

2015 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე ჩატარდა ეპიდემიოლოგიური კვლევა 2014 წელს გარდაცვლილ დედათა სიკვდილის მიზეზების შესწავლის მიზნით.

კვლევა

კვლევის მიზანი იყო 2014 წლის დედათა სიკვდილის სავარაუდო შემთხვევების შესწავლა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის გამოთვლა. მონაცემები შეგროვდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. ანალიზის საფუძველი გახდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში დედათა სიკვდილის სავარაუდო შემთხვევების შესახებ შემოსული რუტინული სტატისტიკური ინფორმაცია და დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის (დხეის) მონაცემები, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების შესახებ. ეპიდკვლევის ერთ-ერთ მიზანს სიკვდილის ძირითადი მიზეზების დადგენა წარმოადგენდა,

მეთოდები

რეტროსპექტული და აღწერილობითი კვლევა დაფუძნებული იყო დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ზედამხედველობის პრინციპებზე. შესწავლილი იქნა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ფაქტორები, ასევე სოციო-ეკონომიკური და ქცევითი დეტერმინანტები.

კვლევის მეთოდოლოგია: (1) სამედიცინო დოკუმენტაციის მიმოხილვა სპეციალური კითხვარის საშუალებით, (2) ინფორმაციის მოპოვება გარდაცვლილი ქალის ოჯახში ვერბალური აუტოფსისის კითხვარით, (3) ჩაღრმავებული ინტერვიუ სამედიცინო პერსონალთან.

ეპიდემიოლოგიური კვლევისათვის შემუშავებული და ადაპტირებული იქნა კითხვარები, როგორც სამედიცინო დოკუმენტაციის, ისევე ვერბალური აუტოფსიისთვის. კვლევის დროს გამოყენებული იქნა შემდეგი ინსტრუმენტები:

- სამედიცინო დოკუმენტაციის აუდიტის კითხვარი;
- ვერბალური აუტოფსიის კითხვარი;
- ჩალრმავებული ინტერვიუს გზამკვლევი.

შესწავლილი იქნა დედათა სიკვდილის 28 სავარაუდო შემთხვევა. მოპოვებული მონაცემები დამუშავებული იქნა წინასწარ შედგენილი პროტოკოლის მიხედვით.

ოჯახური შინამეურნეობების შესწავლისას გამოყენებული იქნა შემოსავლების მიხედვით ოჯახების კვინტილებად დაყოფის მექანიზმი. კერძოდ, ოჯახები დაყოფილი იქნა შემდეგ კვინტილებად: I კვინტილი - ≤ 2600 ლარი, II კვინტილი - > 2600 და ≤ 5000 , III კვინტილი - > 5000 და ≤ 10000 , IV კვინტილი - > 10000 და ≤ 20000 და V კვინტილი - > 20000 ლარი [6].

დამატებითი ინფორმაციის სახით გამოყენებული იქნა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები საარსებო მინიმუმის შესახებ კონკრეტული შემადგენლობის მქონე ოჯახისათვის

შედეგები

კვლევის განმავლობაში ყურადღება გამახვილებული იყო მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის საინტერესო ასპექტებზე. თითოეული შემთხვევა შესწავლილ იქნა ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, კლინიკურ მონაცემებზე (სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, და ა. შ) ყურადღება გამახვილებული არ ყოფილა.

შესწავლილი დედათა სიკვდილის 28 სავარაუდო შემთხვევიდან დადასტურებული იქნა 25: მ.შ. დედის ადრეული¹ გარდაცვალების 19 და დედის გვიანი² გარდაცვალების 6 შემთხვევა. 3 შემთხვევა ჩაითვალა როგორც დედობასთან ასოცირებული დანაკარგი, რადგანაც დედის გარდაცვალება გამოწვეული იყო უბედური შემთხვევით ან სხვა მიზეზებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან, მშობიარობას ან ლოგინობის ხანასთან.

¹ დედის სიკვდილი ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობით ან მისი მართვით, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან არა სხვა მიზეზებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან.

² დედის სიკვდილი ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 43 დღიდან 1 წლის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობით ან მისი მართვით, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან არა სხვა მიზეზებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან.

დედის ადრეული გარდაცვალების 19 შემთხვევიდან პირდაპირი³ სამეანო მიზეზით გარდაიცვალა 12 ქალი. მათ გარდაცვალების მიზეზებია: სისხლდენა (42%, 5 შემთხვევა), ეკლამფსია/პრეეკლამფსია (42%, 5 შემთხვევა), სამეანო თრომბოემბოლია (16%, 2 შემთხვევა).

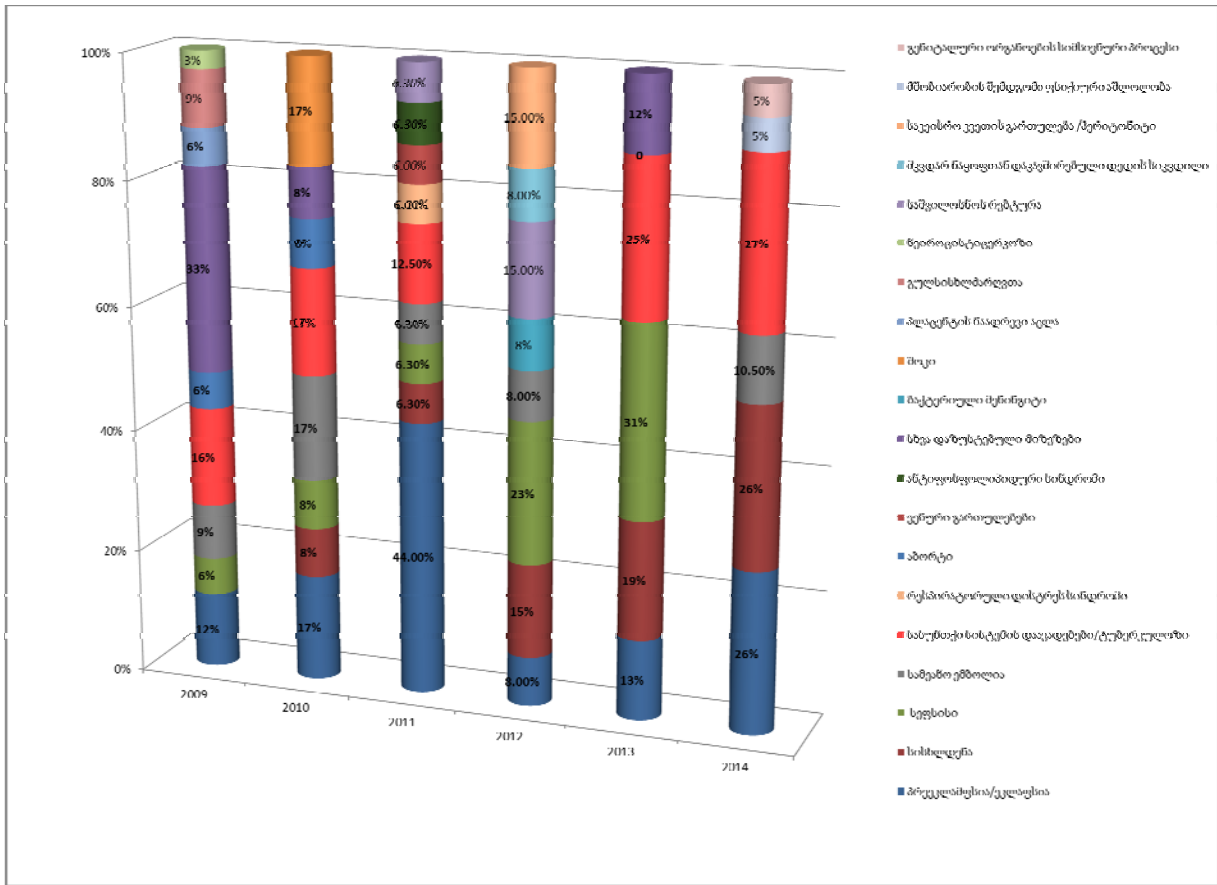
დედის ადრეული გარდაცვალების 19 შემთხვევიდან არაპირდაპირი⁴ სამეანო მიზეზით გარდაიცვალა 7 ქალი. მათ გარდაცვალების მიზეზებს შორის აღინიშნებოდა: ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები (58%, 4 შემთხვევა), ფილტვის ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი (14%, 1 შემთხვევა), სუიციდი (14%, ერთი შემთხვევა; დიაგნოზი: მშობიარობის შემდგომი ფსიქიური აშლილობა), გენიტალური ორგანოების სიმსივნური პროცესი (14%, ერთი შემთხვევა). შემთხვევათა 47.3%-ში მშობიარობა დასრულდა საკეისრო კვეთით.

დედათა ადრეული გარდაცვალების შემთხვევათა შორის ორსულობათა 5% (1 შემთხვევა) დასრულდა 12 კვირამდე, 5% (1 შემთხვევა) 13-22 კვირამდე, 21% (4 შემთხვევა) 22-28 კვირის ვადაზე, 37% (7 შემთხვევა) 29 დან 37-მდე კვირის ვადაზე, ხოლო 36%-ში (6 შემთხვევა) კი დედა გარდაიცვალა ორსულობის დროულ ვადაზე.

გრაფიკი 2. დედათა სიკვდილის მიზეზები 2009-2014, საქართველო

³ დედათა სიკვდილობის პირდაპირი მიზეზი არის დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამეანო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ეს შეიძლება მოხდეს სამედიცინო ჩარევების, სამედიცინო შეცდომების, არასწორი მკურნალობის ან მთელი რიგი პრობლემების ჯაჭვით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ნებისმიერ ზემოთ ჩამოთვლილს. მაგალითად, დედის სიკვდილი სამეანო სისხლდენის შედეგად ან ჰიპერტენზიის გამო ორსულობისას ან ანესთეზიის გართულებისას ან საკეისრო კვეთისას კლასიფიცირდება, როგორც დედის სიკვდილობის პირდაპირი მიზეზი.

⁴ არაპირდაპირი სიკვდილობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ნებისმიერი დაავადებით, რომელიც შეიძლება არსებობდა ორსულობის (ექსტრაგენიტალური დაავადებები) ან განვითარდა ორსულობისას, მაგრამ არ არის გამოწვეული სამეანო მიზეზებით ან ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით. მაგალითად, სიკვდილი არსებული კარდიალური ან რენალური დაავადებით.



როგორც გრაფიკიდან ჩანს, დედათა ადრეულ გარდაცვალებათა პირდაპირ მიზეზთა შორის ჭარბობს პრეეკლამფსია/ეკლამფსია და სისხლდენა, თუმცა სხვადასხვა წელს მიზეზთა შორის ასევე გვხვდება საკეისრო კვეთის შემდგომი გართულებები, მკვდარ ნაყოფთან დაკავშირებული გარდაცვალება და ა.შ. არაპირდაპირ მიზეზთა შორის სჭარბობს სასუნთქი სისტემის დაავადებები, როგორცაა მაგალითად გრიპი, ტუბერკულოზი და ა. შ. თუმცა 2014 წელს წინა წლებთან შედარებით გარდაცვალების მიზეზთა შორის არ გვხვდება რესპირატორული დისტრეს სინდრომი და ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი. როგორც ბოლო წლების დინამიკა აჩვენებს, მნიშვნელოვნად შემცირდა გარდაცვალების დაუზუსტებელ მიზეზთა წილი, რაც დადებით ტენდენციად შეიძლება ჩაითვალოს.

2014 წელს გარდაცვლილ დედათა აბსოლუტურ უმრავლესობა სარგებლობდა ანტენატალური მეთვალყურეობით.

გარდაცვლილთაგან 79%-მა გაიარა 4 ანტენატალური ვიზიტი, ამასთან თითოეულ მათგანს ჰქონდა ჩატარებული დამატებითი ვიზიტები. 3 ქალს არ მიუღია ანტენატალური მომსახურება, მათგან ერთი გარდაიცვალა 8 კვირის გესტაციურ ვადაზე.

ცხრილი 1: ანტენატალური მომსახურების სერვისების გამოყენება გარდაცვლილ დედათა შორის, 2014

ანტენატალური მეთვალყურეობა	ყველა ვიზიტი	დამატებითი ვიზიტები	არ მიუღია	არ არის ინფორმაცია
შემთხვევათა რაოდენობა	15	15	3	1
შემთხვევათა წილი საერთო რაოდენობაში	79%	79 %	16 %	5%

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, სიკვდილის შემთხვევები შემდეგნაირად გადანაწილდა: გარდაცვლილ დედათა 16% მიეკუთვნებოდა 17-19 მოზრდილთა გვიან პერიოდის ასაკობრივ ჯგუფს (6), 10% იყო 24 წელზე ნაკლები ასაკის, 26% - 25-30 წლის, 38% - 31-დან 40 წლამდე, ხოლო 10% - 41 წელზე მეტის. გარდაცვლილ დედათა აბსოლუტურ უმრავლესობა იყო საშუალო და დაწყებითი განათლებით. მათი უმრავლესობა იყო დიასახლისი

აღსანიშნავია, რომ შემთხვევათა უმრავლესობა (36%) რეგისტრირებულია თბილისში, 21% იმერეთის რეგიონში, 16% დაფიქსირდა აჭარაში, 10% კახეთში, ხოლო 5-5% მცხეთა-თიანეთს, ქვემო ქართლს, სამცხე-ჯავახეთსა და გურიაში.

საგულისხმოა რეფერალის განხორციელების დროულობა და მიმართულება. ვერბალური აუტოფსიისას გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ რეფერალი განხორციელდა დაგვიანებით, მიუხედავად მათი მოთხოვნისა დაუყოვნებლივ მიეცათ ოჯახისათვის სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის უფლება. რეფერალის მიზნით უმეტესად მიმართეს ლუდუშაურის სახელობის სამედიცინო ცენტრს, ხოლო ერთ შემთხვევაში რეფერალი განხორციელდა სამედიცინო კორპორაციის ქსელის შიგნით.

დედის გვიანი გარდაცვალების შემთხვევები გამოწვეული იყო, როგორც არაპირდაპირი, ასევე პირდაპირი სამედიცინო მიზეზებით. მიზეზთა შორის წარმოდგენილი იყო: თრომბოემბოლია, მძიმე პრეეკლამსია, ბუშტნამქერი, გარე ორსულობა. აღნიშნული შემთხვევებიდან 3 დედა გარდაიცვალა ბინაზე, ხოლო 3 - სამედიცინო დაწესებულებაში.

ვერბალურმა აუტოფსიამ აჩვენა, რომ როგორც დედის ადრეული, ისე გვიანი გარდაცვალების შემთხვევათა უმრავლესობაში ოჯახის წევრები უკმაყოფილო იყვნენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხით. კერძოდ, 4 შემთხვევაში აღძრულია სისხლის სამართლის საქმე.

შესწავლილი იქნა სოციალური დეტერმინანტები. სოციალური დეტერმინანტების შესწავლა შესაძლებელი გახდა 23 შემთხვევაში. ერთ შემთხვევაში გარდაცვლილის ოჯახმა უარი განაცხადა ეპიდკვლევაში მონაწილეობაზე. გამოვლინდა, რომ შემოსავლების მიხედვით გარდაცვლილთა ოჯახების 40% მიეკუთნებოდა დაბალი შემოსავლების კვინტილს, ხოლო შემთხვევათა 60% თანაბრად გადანაწილდა შემოსავლების II და III კვინტილზე.

განხილვა

2014 წლის დედათა სიკვდილის შემთხვევების აბსოლუტური უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელი იყო რისკის დროული გამოვლენისა და შესაბამისი ჩარევის პირობებში. დედათა სიკვდილის შემთხვევების შესწავლის შედეგად გამოთვლილი იქნა დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე, რომელმაც შეადგინა 31.3.

დედათა ადრეული სიკვდილის შემთხვევათა უმეტესი ნაწილი გამოწვეული იყო პირდაპირი სამედიცინო მიზეზით, როგორცაა სისხლდენა, პრეეკლამფსია/ეკლამფსია. პრეეკლამფსია მსოფლიოში დედათა სიკვდილის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. პრეეკლამფსია ორსულ ქალთა 3-14%-ში გვხვდება, აქედან 75% მსუბუქი და 25% მძიმე ფორმით. შემთხვევათა 10%-ში პრეეკლამფსია ვითარდება 34 კვირის ორსულობის ვადამდე. მძიმე პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის დროს 5-ჯერ მატულობს პერინატალური სიკვდილობა და 9.6-ჯერ - მკვდრადშობადობა. აღნიშნული პათოლოგია შემთხვევათა 3-10%-ში გვხვდება პირველი ორსულობისას და შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებში - <18 და >35 წელი; რისკ ფაქტორებს განეკუთვნება - მრავალნაყოფიანი ორსულობა, გენეტიკური განწყობა, ჭარბი წონა (BMI>35კგ/მ²), ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი და ა. შ [8].

2014 წელს პრეეკლამფსიით გარდაცვლილ დედათა მახასიათებლები ზუსტად იმეორებს ზემოთ მოცემულ აღწერილობას. კერძოდ, პრეეკლამფსიით გარდაიცვალნენ დედები 33-38 კვირის გესტაციურ ვადაზე, მათი ასაკობრივი ჯგუფი იყო 18 წელზე ნაკლები და 35-ზე მეტი. ამასთან, ერთ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მრავალნაყოფიანობას ხელოვნური განაყოფიერების ფონზე და მასვე აღენიშნებოდა ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი. ზოგადად, არ არსებობს პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის პრევენციის აბსოლუტურად ეფექტური მეთოდი. ამ შემთხვევაში პრევენცია გულისხმობს პრეეკლამფსიის კლინიკურ გამოვლინებას ადრეულ ეტაპზე და მის მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მართვას. მიუხედავად იმისა, რომ 2014 წელს პრეეკლამფსია/ეკლამფსიით გარდაცვლილ დედებს ჩატარებული ჰქონდათ ანტენატალური ვიზიტები, ვერ მოხერხდა მათი რისკების დროული შეფასება და მდგომარეობის სწორი მართვა.

კვლევამ გამოავლინა ანტენატალური მომსახურების კრიტიკულად დაბალი ხარისხი ქვეყანაში. მიუხედავად იმისა, რომ ანტენატალური მოცვა საკმაოდ მაღალია, ორსულობასთან დაკავშირებული რისკების გამოვლენა დროულად არ ხდება. ასე მაგალითად, ერთ-ერთ შემთხვევაში, მიუხედავად ხშირი ანტენატალური ვიზიტებისა, ვერ მოხდა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობის დანიშვნა. ასევე პრობლემას წარმოადგენს გრიპოზული ინფექციების მართვა ორსულებში ანტენატალური მეთვალყურეობის დონეზე და მათი დროული რეფერალი. ამ ფაქტს ადასტურებს ბოლო წლების ტენდენციაც. აუცილებელია მოხდეს ანტენატალური მომსახურების რეგიონალიზაციის ინიცირება, რათა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესდეს ანტენატალური მომსახურების ხარისხი და ორსულთა პატრონაჟი.

სისხლდენა დედათა გარდაცვალების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს მსოფლიოში. დედათა ადრეულ, ასევე გვიან გარდაცვალებათა მიზეზებს შორის იგი ერთ-ერთი უპირატესია საქართველოშიც. როგორც კვლევამ აჩვენა მთავარ გამოწვევად სისხლის დანაკარგის ადეკვატური შევსება რჩება. მაგალითად, ვერბალური აუტოფსიის შედეგმა აჩვენა, რომ ერთ-ერთ რაიონულ საავადმყოფოში გარე ორსულობის ოპერაციის შემდეგ ვერ მოხერხდა სისხლის გადასხმა და მისი ადეკვატური აღდგენა. ხოლო სამედიცინო პერსონალმა ვერბალური აუტოფსიისას განაცხადა, რომ სისხლი მოაქვთ მეზობელი რესპუბლიკიდან ან ზოგიერთ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი საკუთარ სისხლს იყენებს გადასხმისათვის.

კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება ქვეყნისათვის ტრანსპროტირებისა და რეფერალის სისტემა. შესწავლილი შემთხვევებიდან 6-ში განხორციელდა რეფერალი. თუმცა რეფერალის განხორციელება ხშირად ხდება იგივე სიმძლავრეების დაწესებულებაში. უმეტესად, სამედიცინო კორპორაცია რეფერალს ახორციელებს თავისივე ქსელში მიუხედავად იმისა, რომ მას არ გააჩნია მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულება. როგორც გარდაცვლილთა ოჯახებთან ვერბალურმა აუტოფსიამ აჩვენა, ხშირად ადგილი ჰქონდა სერვისის მიწოდების ან რეფერალის განხორციელების დაგვიანებას. პრობლემის აღმოსაფხვრელად საჭიროა პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის განხორციელება მთელს ქვეყანაში და პერინატალური სერვისების მიმწოდებლებისათვის სიმძლავრეების შესაბამისი დონეების მინიჭება და ტრანსპროტირების სისტემის რეფორმირება.

ბოლო წლების განმავლობაში გახშირდა დედათა გარდაცვალების შემთხვევები სუიციდის შედეგად. თავისთავად, სუიციდი უკავშირდება ძალადობასა და ფსიქოლოგიურ ზეწოლას [7]. სუიციდი მიეკუთვნება დედათა სიკვდილის არაპირდაპირ მიზეზებს. 2014 წელს, ისევე როგორც 2012 წელს, დედის ადრეული გარდაცვალება თვითმკვლელობის გზით გამოიწვია იმ ფაქტმა, რომ მისი მოლოდინი ახალშობილის სქესთან დაკავშირებით არ გამართლდა. მას ექოსკოპიური კვლევის დროს უთხრეს, რომ ნაყოფი იყო მამრობითი სქესის, მაგრამ დაიბადა მდედრობითი. თავისთავად, სქესის „ამოცნობა“ ორსულობის ადრეულ ეტაპზე მნიშვნელოვან გამოწვევად იქცა ქვეყნისათვის. იგი დაკავშირებულია სქესის შერჩევით აბორტთან.

აუცილებელია სახელმწიფოს მიერ რეგულაციის შემუშავება, თუ რა ვადაზე და რა შემთხვევაში არის საჭირო ნაყოფის სქესის გამჟღავნება.

მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს დედათა სიკვდილის მიზეზის რეპორტირება. როგორც წესი, გარდაცვალების სამედიცინო ცნობის შევსება ხდება არასამედიცინო პერსონალის მიერ, როგორცაა იურისტი, სტატისტიკოსი და ა. შ. ამასთან მათ არ აქვთ ცოდნა და გამოცდილება სიკვდილის ძირითად და უშუალო მიზეზებს შორის დიფერენცირების განსახორციელებლად და ჩვეულებრივ ხდება ამ ორი ცნების ერთმანეთში აღრევა. ხშირად სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ხდება სიკვდილის უშუალო მიზეზის რეპორტირება და ამ დროს სიკვდილის ძირითადი მიზეზი იკარგება. ეპიდკვლევის ერთ-ერთ მიზანს სწორედ სიკვდილის ძირითადი მიზეზების დადგენა წარმოადგენდა, რისთვისაც ეპიდკვლევის ჯგუფს უხდებოდა ერთი კონკრეტული გარდაცვლილი ქალის სამედიცინო შემთხვევის შესწავლა სხვადასხვა კლინიკაში რეფერალის ან რეჰოსპიტალიზაციის დროს. ამჟამად მიმდინარეობს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა გადამზადება დაბადება-გარდაცვალების ადაპტირებულ ვერსიაში მუშაობის უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად. აღნიშნული პროცესი ხელს შეუწყობს გარდაცვალების მიზეზების რეპორტირების სრულყოფას და გარდაცვალების უცნობი მიზეზების შემცირებას.

ეპიდკვლევით გამოვლინდა, რომ დედათა სიკვდილის შემთხვევების აბსოლუტური უმრავლესობა გამოწვეული იყო როგორც შემთხვევათა მართვის დეფექტებით, ასევე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის გათვითცნობიერების კრიტიკულად დაბალი დონით. 2014 წელს გარდაცვლილ დედათა აბსოლუტური უმრავლესობა იყო საშუალო ან არასრული საშუალო განათლებით, მათი უმრავლესობა იყო დიასახლისი. როგორც საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, მნიშვნელოვანია განათლების კორელაცია დედის ავადობასთან და სიკვდილიანობასთან.

ბოლო წლებში არაგადამდები და გადამდები დაავადებების წილის გაზრდა დედათა სიკვდილიანობაში მიუთითებს, რომ არ ხდება დროულად რისკ-ჯგუფების გამოყოფა და მათი მონიტორინგი. ამისათვის აუცილებელია მოსახლეობის განათლება დედათა და, ზოგადად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ.

ქვეყანამ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა დედათა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, მაგრამ სამწუხაროდ, 2015 წლის მიწურულს უკვე შესაძლებელი გახდა შევაფასოთ და ავლნიშნოთ, რომ საქართველომ ვერ შეძლო დასახული მიზნის მიღწევა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ქვეყანაში.

რეკომენდაციები

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ქვეყნისათვის მთავარ პრიორიტეტად დასახვა;

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მიმართულების ეროვნული სტრატეგიისა და ინტერსექტორალური სამოქმედო გეგმის შემუშავება;
- დაბადების რეგისტრის დანერგვა მთელს ქვეყანაში;
- ანტენატალური მომსახურების დონეებად დაყოფა ანუ რეგიონალიზაცია მთელს ქვეყანაში;
- პერინატალური მომსახურების დონეებად დაყოფა ანუ რეგიონალიზაცია მთელს ქვეყანაში;
- რეფერალური სისტემის სრულყოფა;
- ადამიანური რესურსების გაძლიერება მეანგინეკოლოგიისა და პედიატრიის სფეროში, კერძოდ სავალდებულო უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის დანერგვა ქვეყანაში;
- გარე და შიდა კლინიკური აუდიტის დანერგვა ქვეყანაში;
- კონტრაცეპტივებით მომარაგებისა და შესაბამისი კონსულტირების უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის დაზღვევის საბაზისო პაკეტის ფარგლებში;
- მოსახლეობის განათლების დონის ამაღლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების სფეროში სხვადასხვა საკომუნიკაციო არხების გამოყენებით;
- ოჯახის/თემის თანამონაწილეობის სტრატეგიის შემუშავება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების მიმართულებით, ოჯახზე ორიენტირებისა და კულტურული კუთვნილების გათვალისწინებით.

ლიტერატურა:

1. European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf
2. World Health Organization. Maternal and newborn health. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/maternal-and-newborn-health>
3. World Health Organization. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality. Consensus statement. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1
4. WHO, 2015, Ending Preventable Maternal and Newborn Mortality and Stillbirths Effective interventions and strategies. EWEC Technical Content Workstream working Group on ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths (23/03/2015)
5. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სტატისტიკური ცნობარი, 2015
6. Learning to live together. What do we mean by “youth”? <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/> <http://www.unicef.org/adolescence/>
http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html

7. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med* 2013; 10: e1001442.
8. ეპრეკლამფსია, ეკლამფსია; როფნული პროტოკოლი,
http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=1201