



საქართველოს ჯანდაცვის,
მშობლიანობისა და
სოციალური დაცვის
საინისტრო



პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში

მოკლე მიმოხილვა

2015

პ ე რ ი ნ ა ტ ა ლ უ რ ი ჯ ა ნ მ რ თ ე ლ ო ბ ი ს ა ნ გ ა რ ი შ ი

(მ ო კ ლ მ ი მ ო ხ ი ღ ა)

ს ა რ ზ ე ვ ი

1. შესავალი	2
2. დედათა დაბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემების წყაროები	2
3. მკვდრადშობადობა	7
4. ნეონატალური სიკვდილიანობა.....	2
5. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	24
6. დედათა სიკვდილიანობა	32

პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში

შესავალ

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტი - მჭიდროდ უკავშირდება ქვეყნის ჯანმრთელობის და ეკონომიკური სისტემის განვითარებას.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ჩვილთა და დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა, ეს საკითხი კვლავ პრობლემად რჩება ქვეყნისთვის. პერინატალური ავადობის და სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზთა შორის უპირატესად წარმოდგენილია სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები, ასევე ჯანმრთელობასთან ასოცირებული მდგომარეობები, როგორცაა დღენაკლულობა, ნაყოფის განვითარების შეფერხება და თანდაყოლილი ანომალიები.

დედათა და ბავშვთა მოვლის გაუმჯობესების მიმართულებით ქვეყანამ განახორციელა მნიშვნელოვანი ძალისხმევა. ზემოთ აღნიშნული, განხორციელდა ზოგადად ჯანმრთელობის სფეროს და, ასევე, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების რეფორმირების პროცესში (1).

2013 წელს, ჯანმრთელობის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მთავრობამ დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. ჯანდაცვის ამ რეფორმამ უამრავი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა და ოჯახების გაღარიბების თავიდან აცილება უზრუნველყო.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა სრულად ფარავს მშობიარობას, საკეისრო კვეთასა და 0-დან 18 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარდა, სახელმწიფოს მიერ დაინერგა და გაფართოვდა რამდენიმე პროგრამა, მათ შორის: ანტენატალური მეთვალყურეობა, თანდაყოლილი ანომალიების ადრეული გამოვლენა, ორსულობასთან ასოცირებული გართულებების დროული გამოვლენა და მენეჯმენტი, ორსულთა სკრინინგი აივ ინფექციის, B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისის გამოსავლენად, ორსულებისათვის ფოლიუმის მჟავითა და რკინის პრეპარატების მიწოდება.

საქართველომ წარმატებით შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანი - ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება. ჩვილთა და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა, რაშიც დიდი როლი ჯანმრთელობისთვის გაზრდილმა სახელმწიფო დაფინანსებამ და სამედიცინო მომსახურებაზე გაიოლებულმა წვდომამ შეასრულა.

წარმოდგენილ პუბლიკაციაში წარმოდგენილია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები 2015 წლისათვის. ანგარიში მოიცავს ინფორმაციას ნეონატალური (0-დან 28 დღემდე)

სიკვდილიანობის მაჩვენებლის, პოსტ-ნეონატალური სიკვდილიანობის (28 დღიდან 1 წლამდე), მკვდრადშობადობისა და დედათა სიკვდილიანობის შესახებ.

საქართველოში ყოველწლიურად ქვეყნდება სტატისტიკური ანგარიში მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ. თუმცა, პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიშში პირველად არის წარმოდგენილი დედათა და პერინატალური ჯანმრთელობის მონაცემთა ჩადრმავებული ანალიზი. ანგარიშში ასევე განხილულია პერინატალური ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეები და გამოვლენილია ის სფეროები, რომელთა განვითარებისა და გაძლიერებისათვის აუცილებელია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციები.

ანგარიში წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ერთობლივ ნამუშევარს.

1. დედათადაბავშვთაჯანმრთელობის მონაცემების წყაროები

1.1 სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო

გარდაცვალების რეგისტრაცია საქართველოში რეგულირდება საქართველოს კანონით „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ (15.10.1998 №1644). 1998 წლიდან, როდესაც კანონში შევიდა გარკვეული ცვლილებები, მონაცემთა მართვაზე პასუხისმგებელია იუსტიციის სამინისტროში შემავალი სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო.

გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაცია დაფუძნებულია შემდეგ დოკუმენტებზე: გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობა, რომელსაც გასცემს სამედიცინო დაწესებულება, გარდაცვალების დადასტურება ხდება სასმართლო ექსპერტიზით, სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის აქტების საფუძველზე.

2009 წლიდან რეგისტრაციის სისტემა გაუმჯობესდა (15.12.2009 №2321). ამჟამად ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლები ვალდებული არიან მომხდარი შემთხვევა დაარეგისტრირონ გარდაცვალების ფაქტიდან ხუთი სამუშაო დღის განმავლობაში. 2010 წლის აპრილიდან გარდაცვალების შესახებ შეტყობინება იმავე ვადაში სავალდებულო გახდა ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის, მიუხედავად საკუთრების ფორმისა. იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე დაწესებულება გადააცილებს შემთხვევის რეგისტრაციისათვის კანონით გათვალისწინებულ ვადას, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო უფლებამოსილია პასუხისმგებელი პირები დააჯარიმოს 500 ლარის ოდენობით.

ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებით (23.03.2003 №54/N) დამტკიცებული ქალაქზე დაფუძნებული ფორმატის სამედიცინო ცნობა სიკვდილის შესახებ მოქმედი იყო 2011 წლამდე. იგი ხელმისაწვდომი იყო რეგიონალურ სამსახურებსა და თვითმმართველობებში, სადაც მიჰქონდათ გარდაცვლილთა ახლობლებს.

2011 წლის აპრილიდან ახალი საკანონმდებლო რეგულაციების მიხედვით სამედიცინო ცნობა გარდაცვალების შესახებ გაცივდა მხოლოდ ელექტრონულად (15.12.2010 №4051, ძალაშია 2011 წლის 3 იანვრიდან). მოცემული ფორმატი დამტკიცებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციით. მონაცემების შეგროვების მიზანია გამოიკვეთოს სიკვდილის პირველადი (UCOD) და სხვა მიზეზები და აისახოს ავადმყოფობით გამოწვეულ პათოლოგიური მდგომარეობების ჯაჭვი, რომელიც დაკავშირებულია გარდაცვალებასთან, უბედურ შემთხვევებთან ან ძალადობასთან, რამაც გამოიწვია ფატალური დაზიანება.

გარდაცვალების დოკუმენტის რეგისტრაციის ჩანაწერი (ქალაქის სახით ან ელექტრონულად) იგზავნება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში, ხოლო მეორე ასლი (ქალაქის დოკუმენტი) ინახება რეგიონალურ ოფისში, სადაც გარდაცვალება დაფიქსირდა. სამოქალაქო

აქტების რეგისტრაცია, მათ შორის გარდაცვალების, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს ერთიანი ელექტრონული ბაზის გათვალისწინებით არის შედგენილი.

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო წარადგენს გარდაცვალების შეტყობინებების ჩანაწერების ელექტრონულ ბაზას, სადაც ასევე შედის გარდაცვალების შესახებ არსებული სამედიცინო ცნობები. ბაზა ასევე იგზავნება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში (NSO), რომელიც ითხოვს კვარტალურ მონაცემებს.

1.2 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, წარმოადგენს სტატისტიკის მწარმოებელ და სტატისტიკური ინფორმაციის გამავრცელებელ დაწესებულებას, რომელიც თავის საქმიანობას დამოუკიდებლად ახორციელებს. სამსახური შექმნილია საქართველოს „ოფიციალური სტატისტიკის შესახებ“ 2009 წლის კანონის საფუძველზე. ორგანიზაციის მთავარი მიზნებია: მონაცემთა შეგროვება, რედაქტირება, გადამუშავება, შენახვა, ანალიზი და სტატისტიკური მონაცემების გავრცელება.

1.3 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) ერთ-ერთი მოვალეობაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ მონაცემებს აგროვებს სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი. 1996 წლიდან დეპარტამენტი აგროვებს მონაცემებს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობაზე ყველა სამედიცინო დაწესებულებიდან ყოველთვიური და წლიური პერიოდულობით. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ყოველთვიურად ბარდება ანგარიში პერინატალური, ანტენატალური და პოსტნატალური მოვლის, ასევე დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის შესახებ. მონაცემები გროვდება აგრეგირებული ფორმების სახით, რაც გარკვეულ შეზღუდვებს ქმნის ანალიზის შესაძლებლობების თვალსაზრისით.

2012 წლიდან დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს რეპროდუქციული ასაკის (15–49 წლის) ქალების გარდაცვალების ზედამხედველობის სისტემას. 2015 წლიდან სისტემაში ასევე ხდება 5 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რეგისტრაცია. შეტყობინებები გროვდება დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ ინტეგრირებულ სისტემაში (EIDSS). შეტყობინებების მოწოდება ხდება ჯანდაცვის რაიონული ცენტრების მიერ, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან შეაგროვონ ინფორმაცია ადგილობრივი სამედიცინო დაწესებულებებიდან.

2016 წელს შეიქმნა ახალი ელექტრონული რეგისტრი „ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული“ ე.წ. „ქართული დაბადების რეგისტრი“ (GBR).

სისტემა მოიცავს ინფორმაციას მთელ ანტენატალურ პერიოდზე, მშობიარობის, პოსტნატალური, აბორტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შესახებ.

1.4ს ა ქ ა რ თ ე ლ ო ს შ რ ო მ ი ს , ჯ ა ნ მ რ თ ე ლ ო ბ ი ს ა და ს ო ც ი ა ლ უ რ ი და ც ვ ი ს ს ა მ ი ნ ი ს ტ რ ო

2013 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტრომ დაწერა სასწრაფო შეტყობინებების რეგისტრაციის სისტემა. დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების ყველა შემთხვევა, ისევე როგორც მკვდრადშობადობის ყველა შემთხვევა, სამინისტროს უნდა ეცნობოს 24 საათის ვადაში.

ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანების მიხედვით (07.03.2016 №01-11/ნ) სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა დარეკონ ჯანდაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის ცხელ ხაზზე და აცნობონ გარდაცვალების შემთხვევების შესახებ.

ანალიზის თვალსაზრისით გარკვეულ შეზღუდვას ქმნის ისტორიების შევსების ხარისხი. რიგ შემთხვევებში არარის მითითებული გესტაციური ასაკი, დაბადების წონა ან სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია. ანგარიშში მოყვანილი მონაცემები შეგროვებულია სამი წყაროდან: ჯანდაცვის სამინისტროს სავალდებულო შეტყობინებების სისტემა, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ბაზები.

2. მკვდრა დშობა დობა

მკვდრადშობადობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) გლობალური მონაცემებით, მკვდრადშობადობის 97–99% საშუალო და დაბალი განვითარების ქვეყნებში აღირიცხება. მკვდრადშობადობის მიზეზებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება ნაადრევი შობადობა, თანდაყოლილი ანომალიები, დედისმიერი ინფექციები (სიფილისი, აივ-ინფექცია და სხვა), სისხლდენა მშობიარობისას, პლაცენტის ნაადრევი აცლა და სხვა დედისმხრივი გართულებები, მათ შორის ჰიპერტონია, სიმსუქნე და დიაბეტი, ნაყოფის განვითარების შეფერხება და ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები (2).

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა საქართველოში. თუმცა, განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი, ხოლო მკვდრადშობადობის მიზეზების შესწავლა გამოწვევად რჩება, რადგან სამედიცინო ჩანაწერებში არ არის წარმოდგენილი ინფორმაცია ჯანმრთელობის ისეთი დეტერმინანტების შესახებ, როგორცაა გარემოს დაქვევის დეტერმინანტები.

ასევე, მიზეზების შესწავლისათვის მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს აუტოფსიისა და პათოლოგანატომიური კვლევის ნაკლებობა, რომელთა არ-ჩატარებაზე თავის მხრივ გავლენას ახდენს რელიგიური და კულტურული ფაქტორები.

ჯანმოს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით **მკვდრადშობადობა განიმარტება**, როგორც ნაყოფის სიკვდილი დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე, ორსულობის ვადის მიუხედავად. გამოსვლის შემდეგ მკვდრად დაბადებულის კრიტერიუმებია სუნთქვის ან სიცოცხლის სხვა ნიშნების (გულისცემა, ჰიპლარის პულსაცია ან კუნთების შეკუმშვა) არარსებობა. მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი განისაზღვრება როგორც მკვდრადშობილი ბავშვების რაოდენობა ყოველ 1000 დაბადებულზე.

საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის გამოანგარიშება ხდება 22 კვირიდან. იგი ეფუძნება ჯანმოს კლასიფიკაციას, რომლის მიხედვითაც ორსულობა რეგისტრირდება 22 კვირამდე. თუკი გესტაციური ასაკის შესახებ ინფორმაცია არ მოიპოვება, მაშინ მკვდრადშობილად ითვლება ნაყოფი, რომლის წონაც დაბადებისას 500 გრამზე მეტია.

2.1 მკვდრა დშობადობის შესახებ მონაცემთა წყაროები და მკვდრა დშობადობის ინდიკატორები

მკვდრადშობადობის შესახებ მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი ხდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ, რომელიც თავის მხრივ ინფორმაციას იღებს სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოსგან. სერვისების განვითარების სააგენტო კი მკვდრადშობადობის შესახებ ინფორმაციას იღებს არა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებებისაგან, არამედ თვითმართველობის ადგილობრივი ერთეულებისაგან.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი მკვდრადშობადობის შესახებ აგრეგირებულ მონაცემებს ყოველთვიურად იღებს სამედიცინო დაწესებულებებიდან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2013 წელს შემუშავებული იქნა მკვდრადშობადობის, დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების სასწრაფო შეტყობინების სისტემა, რომლის საფუძველზე მკვდრადშობადობის თითოეული შემთხვევა ექვემდებარება შეტყობინებას 24 საათის ვადაში, ხოლო სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროში წარდგენილი უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში.

მკვდრადშობადობის შესახებ წარმოდგენილი ინფორმაცია დაფუძნებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან ერთად გაეროს ბავშვთა ფონდის ტექნიკური დახმარებით, 2016 წლის 1 იანვრიდან ქვეყანაში დანერგა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული, ე.წ. ქართული დაბადების რეგისტრი.

მოდულის საშუალებით შესაძლებელი გახდება ორსულობის მიმდინარეობისა და მშობიარობის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება. ხოლო მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელი იქნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება. მას ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

2.2 ორსულობის შეწყვეტა

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით აბორტი ნებადართულია ორსულობის 12 კვირის ჩათვლით. ხოლო მე-13 კვირიდან 22 კვირის ჩათვლით ორსულობის შეწყვეტა დაშვებულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებით. მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში შესაძლებელია ორსულობის შეწყვეტა

ორსულობის 22 კვირის შემდეგ.

2013 წლიდან 22 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ დედისმხრივი გართულებების ან თანდაყოლილი ანომალიების შემთხვევაში და საჭიროებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საბჭოს ნებართვას.

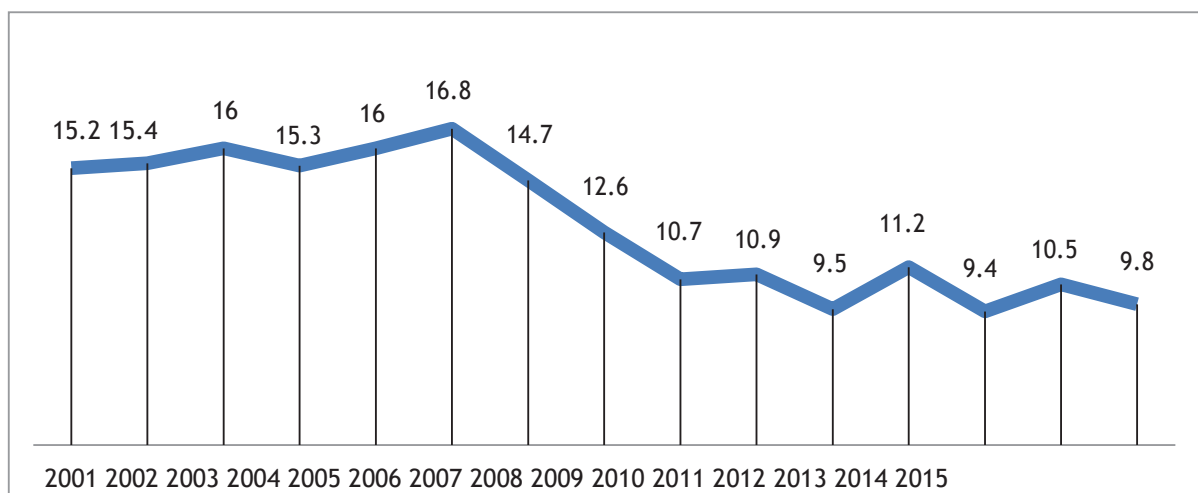
2015 წელს 22 კვირის შემდეგ ორსულობის 35 შემთხვევა იყო რეგისტრირებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სპეციალურ ბაზაში. 2016 წელს სამინისტრომ შეიმუშავა ახალი მარეგულირებელი ნორმატივი, რომლის თანახმად 22 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტისათვის არ არის საჭირო დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საბჭოს ნებართვა. თუმცა, ორსულობის შეწყვეტის შესახებ ინფორმაცია ჯანდაცვის სამინისტროში მიწოდებული უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში.

2.3

ჯანმო მკვდრადშობადობას განმარტავს, როგორც ნაყოფის სიკვდილს ორსულობის 28 კვირის და მეტ ვადაზე დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2015 წელს დაფიქსირდა მკვდრადშობადობის 589 შემთხვევა და მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა 1000 დაბადებულზე ¹⁰⁰⁰ 9.8 შეადგინა.

სურათი 2.1: მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, საქართველო, 2001- 2015

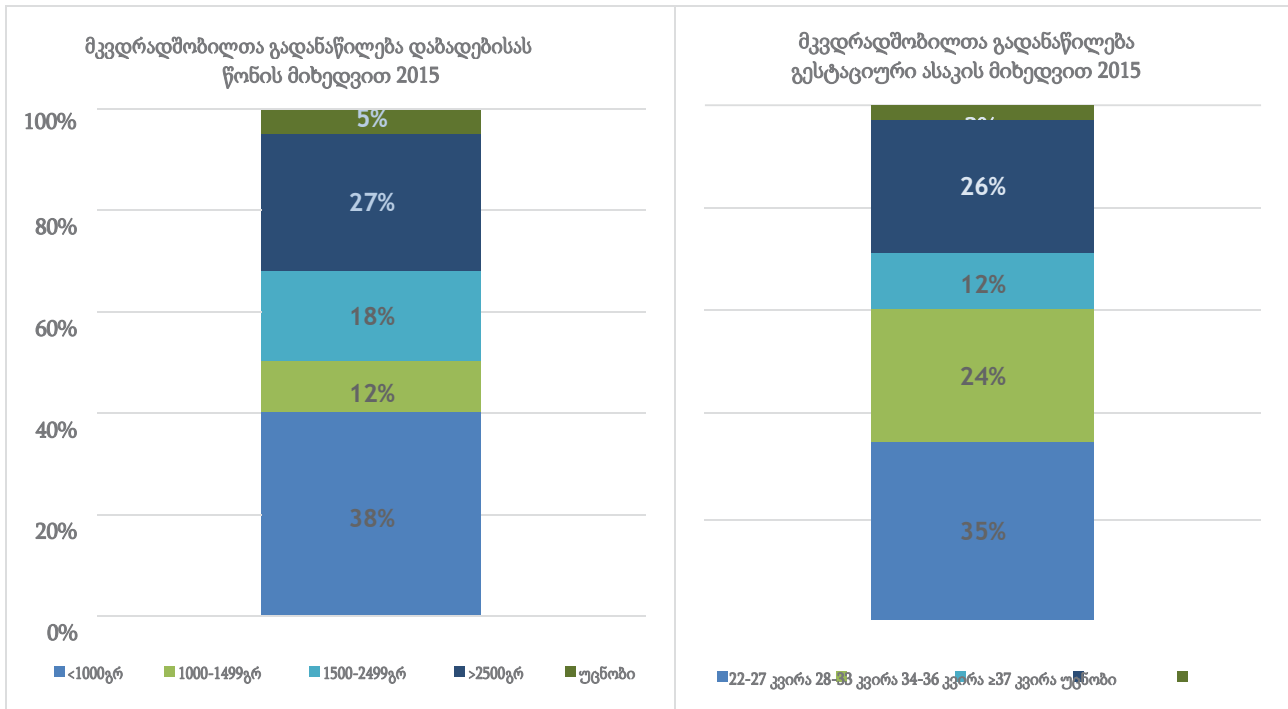


წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

აღსანიშნავია, რომ მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 42%-ით შემცირდა ბოლო ათწლეულის მანძილზე, 16.8-დან (2006 წ.) მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 9.8-მდე (2015 წ.) შემცირდა.

მკვდრადშობილთა გადანაწილება გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას წონის მიხედვით წარმოდგენილია სურათზე 2.2.

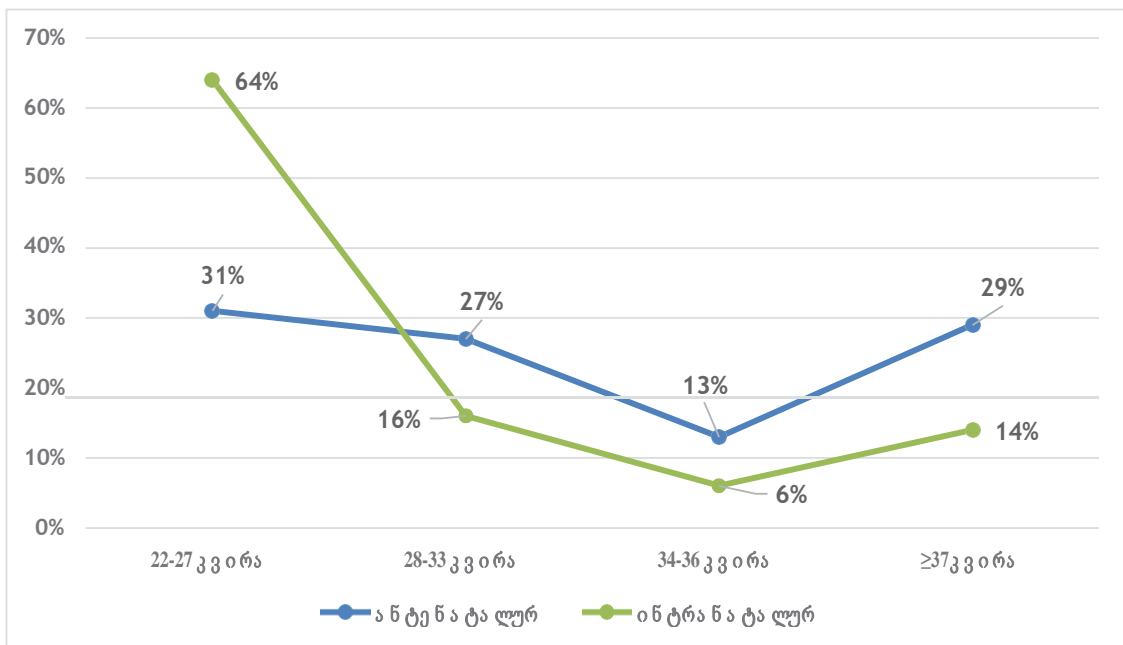
სურათი 2.2: მკვდრადშობილთა გადანაწილება დაბადებისას წონის და გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2015.



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

მკვდრადშობადობის დაახლოებით 71% დაფიქსირდა ორსულობის 37 კვირამდე, რომელთა შორის 35% იყო ყველაზე დაბალი გესტაციური ასაკის (22-27 კვირა) მქონე მკვდრადშობილთა შორის, 24% - 28-33 კვირის გესტაციურ ასაკში, ხოლო მკვდრადშობილთა 12% დაიბადა 34-36 კვირის ასაკში. მკვდრადშობილთა 26% დაიბადა 37 და მეტი კვირის გესტაციურ ასაკში. შემთხვევათა 2.5%-ში გესტაციური ასაკი უცნობია.

სურათი 2.3: მკვდრადშობილთა გადანაწილება გესტაციური ასაკისა და სიკვდილის დროის მიხედვით, საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

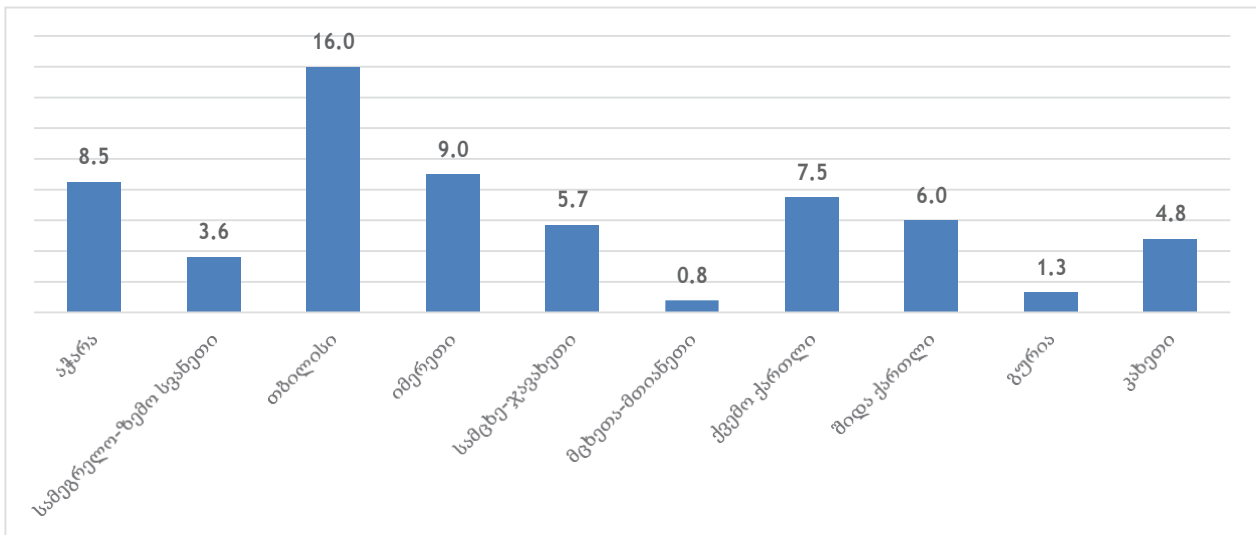
მკვდრადშობადობის პირდაპირი მიზეზების დადგენა დღემდე პრობლემატურია. სამედიცინო ჩანაწერების თანახმად მკვდრადშობადობათა უმრავლესობა ანტენატალურ პერიოდში (82%) მოხდა, 14% - ინტრანატალურ პერიოდში, ხოლო 4%-ში ნაყოფის გარდაცვალების დროის დადგენა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით ვერ მოხერხდა.

ანტენატალურ პერიოდში მკვდრადშობილთა 31% დაფიქსირებულ იქნა ორსულობის 22-27 კვირის ვადაზე, 27% - 28-33 კვირაზე, 13% და 29%, შესაბამისად, 34-36 და 37-41 კვირის ორსულობის ვადაზე.

ინტრანატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ნაყოფთა (14%) შორის 64% დაფიქსირდა ორსულობის 22- 27 კვირის ვადაზე, 16% - 28-33 კვირის ვადაზე, ხოლო მკვდრადშობადობის 6% და 14%, შესაბამისად, ორსულობის 34-36 და ≥37 კვირის ვადაზე დადგა.

ჩვეულებრივ, განვითარებულ ქვეყნებში ინტრანატალურ პერიოდში დაფიქსირებულ მკვდრადშობადობათა გავრცელება 4-10% მდე მერყეობს (3). საშუალო შემოსავლების ქვეყნებთან შედარებით საქართველო გამოირჩევა ინტრანატალურ პერიოდში დაფიქსირებულ მკვდრადშობადობის დაბალი პროცენტით (14%), შესაბამისად, აღნიშნული საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას. იმის გამო, რომ ქვეყანაში ფართოდ არ გამოიყენება პათოლოგანატომიური აუტოფსია, ვერ ხერხდება მკვდრადშობადობის ჭეშმარიტი დროისა და მიზეზების დადგენა.

სურათი 2.4: მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2015



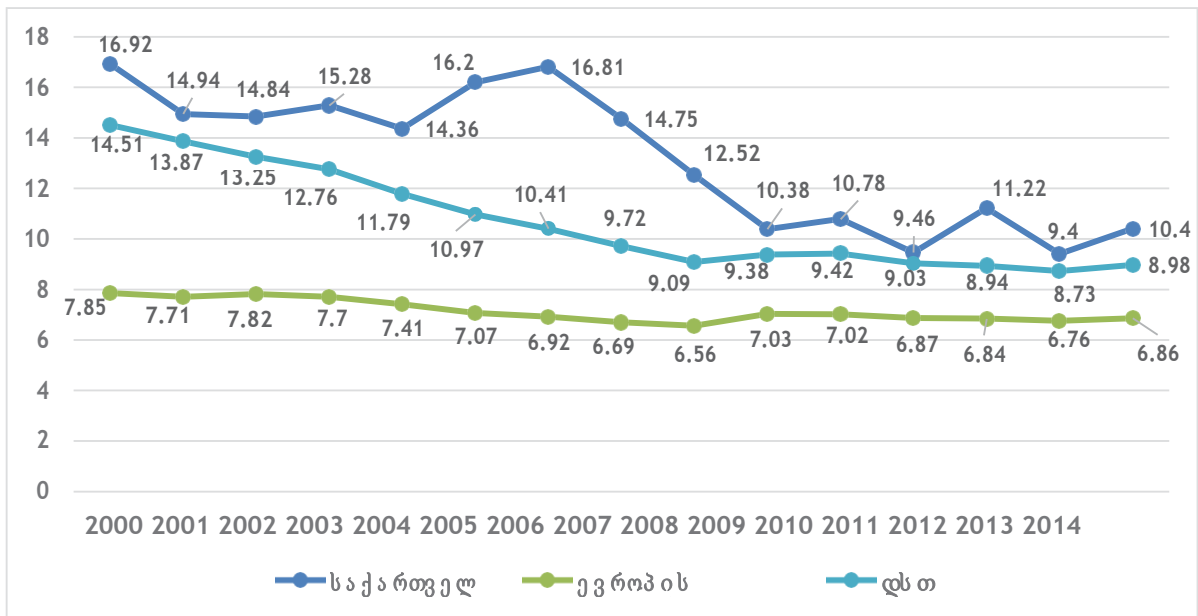
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2015 წელს მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში, ხოლო ყველაზე დაბალი კი მცხეთა-მთიანეთში.

2.4 შედარება სხვა ქვეყნებთან

2006 წელთან შედარებით მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა საქართველოში მნიშვნელოვნად დაიკლო. თუმცა, ეს მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით (სურათი 6). უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ყველა ქვეყანას მკვდრადშობადობის განსხვავებული ინტერპრეტაცია გააჩნია და სხვადასხვა მეთოდით ახდენენ ინფორმაციის შეგროვებას მკვდრადშობადობის შესახებ. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანებს აქვთ განსხვავებული რეგულაცია ორსულობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით, რაც თავის მხრივ გავლენას ახდენს მკვდრადშობადობისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლებზე.

სურათი 2.5: მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, საქართველო, დსთ, ევროპის რეგიონი, 2000-2014



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

2.5 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 42%-ით შემცირდა ბოლო ათწლეულის მანძილზე, 16.8-დან (2006 წ.) მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 9.8-მდე (2015წ.) შემცირდა. თუმცა, ის კვლავ მაღალია ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელზე.
2. ≥ 28 კვირის გესტაციური ასაკის მკვდრადშობილთა მაღალი პროცენტული წილი ($\approx 62\%$) საყურადღებოა. ამ თვალსაზრისით, პერინატალური აუდიტის სისტემის დანერგვა და გაძლიერება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რადგან იგი საშუალებას მოგვცემს შევისწავლოთ მკვდრადშობადობის მიზეზები, განსაკუთრებით ორსულობის ≥ 37 კვირის ვადაზე.
3. მაღალი რისკის ორსულთა სკრინინგის გაუმჯობესება, რისკ-ფაქტორების ადრეული გამოვლენა და გართულებების დროული და ადექვატური მენეჯმენტი საწყის ეტაპზე (განსაკუთრებით, პრეკლამფსიისა და ნაყოფის განვითარების შეფერხების შემთხვევებში) მნიშვნელოვნად შეამცირებს ანტენატალურ პერიოდში ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობას.
4. სამეანო სამსახურის ხარისხის გაუმჯობესება, კერძოდ, გართულებების დროული იდენტიფიცირება და ადექვატური მენეჯმენტი, მნიშვნელოვნად შეამცირებს ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობას ინტრანატალურ პერიოდში.

3 ნეონატალური სიკვდილიანობა

სამედიცინო სერვისების ეფექტურობის და ხარისხის შეფასების ერთ-ერთ მთავარ ინდიკატორს ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი წარმოადგენს. ნეონატალური სიკვდილი განისაზღვრება, როგორც ახალშობილის გარდაცვალება ნეონატალურ პერიოდში (0-27 დღე) ორსულობის 22 ან მეტი კვირის ვადაზე. ნეონატალური სიკვდილი იყოფა ადრეულ (0-6 დღე) და გვიან (7-27 დღე) ნეონატალურ სიკვდილად. საქართველოში ნეონატალური სიკვდილის შესახებ მონაცემები გროვდება გარდაცვალების დროს გესტაციური ასაკის, დაბადებისას წონისა და მრავალნაყოფიანობის შესახებ ინფორმაციის სახით.

ჯანმოს მონაცემებით, განვითარებულ ქვეყნებში ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობაში 43%-ს შეადგენს (3). საქართველოში კი ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 60% შეადგინა.

ნეონატალური სიკვდილიანობის რამდენიმე კლასიფიკაცია არსებობს, თუმცა ქვეყანაში არცერთი არ არის დანერგილი. 2015 წელს ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა ანალიზისათვის დოლფუსის კლასიფიკაცია იქნა გამოყენებული. დოლფუსის კლასიფიკაცია არჩეული იქნა, რადგან ის თავსებადია ICD-10 კლასიფიკაციასთან და მოიცავს მხოლოდ 9 კატეგორიას. ის ასევე დაფუძნებულია დაავადების ეტიოლოგიასა და პრევენციაზე.

3.1 მონაცემთა წყაროები და ნეონატალური სიკვდილიანობის ინდიკატორები საქართველოში

ნეონატალური სიკვდილის შესახებ მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი ხდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ, რომელიც თავის მხრივ ინფორმაციას იღებს სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოსაგან. ნეონატალური სიკვდილის შესახებ ინფორმაციის მიღება ხდება არა მარტო სამედიცინო დაწესებულებების, არამედ თვითმართველობის ადგილობრივი ერთეულებისაგან.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ნეონატალური სიკვდილის შესახებ აგრეგირებულ მონაცემებს აგროვებს სამედიცინო დაწესებულებებიდან ყოველთვიური და ყოველწლიური ფორმების საშუალებით. ცენტრი ასევე აგროვებს ინფორმაციას ნეონატალური სიკვდილის შესახებ დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის (EIDSS) საშუალებით, სადაც ინფორმაციას ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები აგზავნიან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2013 წელს შემუშავებული

იქნა მკვდრად გამოცხადების, დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების სასწრაფო შეტყობინების სისტემა, რომლის საფუძველზე ნეონატალური სიკვდილის თითოეული

შემთხვევა ექვემდებარება 24 საათის ვადაში შეტყობინებას; ხოლო სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროში წარდგენილი უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში.

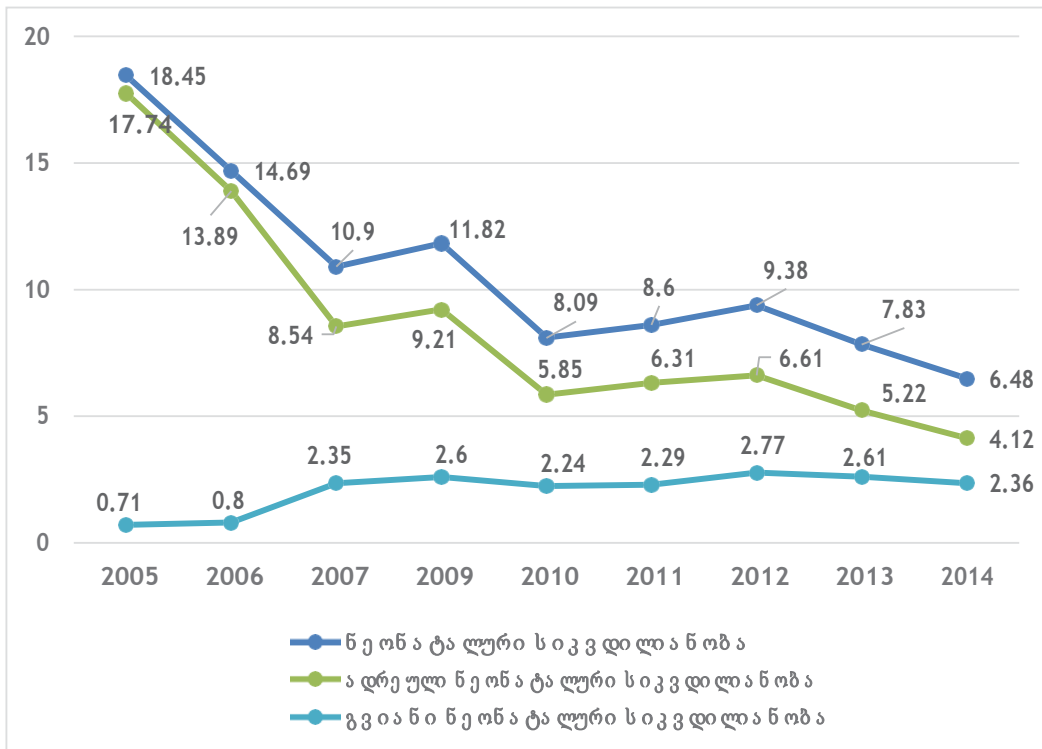
ნეონატალური სიკვდილიანობის შესახებ წარმოდგენილი ინფორმაცია ეფუძნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან ერთად გაეროს ბავშვთა ფონდის ტექნიკური დახმარებით, 2016 წლის 1 იანვრიდან ქვეყანაში დაინერგა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული. მოდულის საშუალებით შესაძლებელია ორსულობის მიმდინარეობისა და მშობიარობის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება. ხოლო მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელი იქნება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება. მას ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

3.2

ბოლო წლების განმავლობაში ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა. 2012 წელთან შედარებით მაჩვენებელი 36%-ით შემცირდა და 2015 წელს 6.1 შეადგინა 1000 ცრცხლადშობილზე, ხოლო ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 3.6 და 2.5, შესაბამისად.

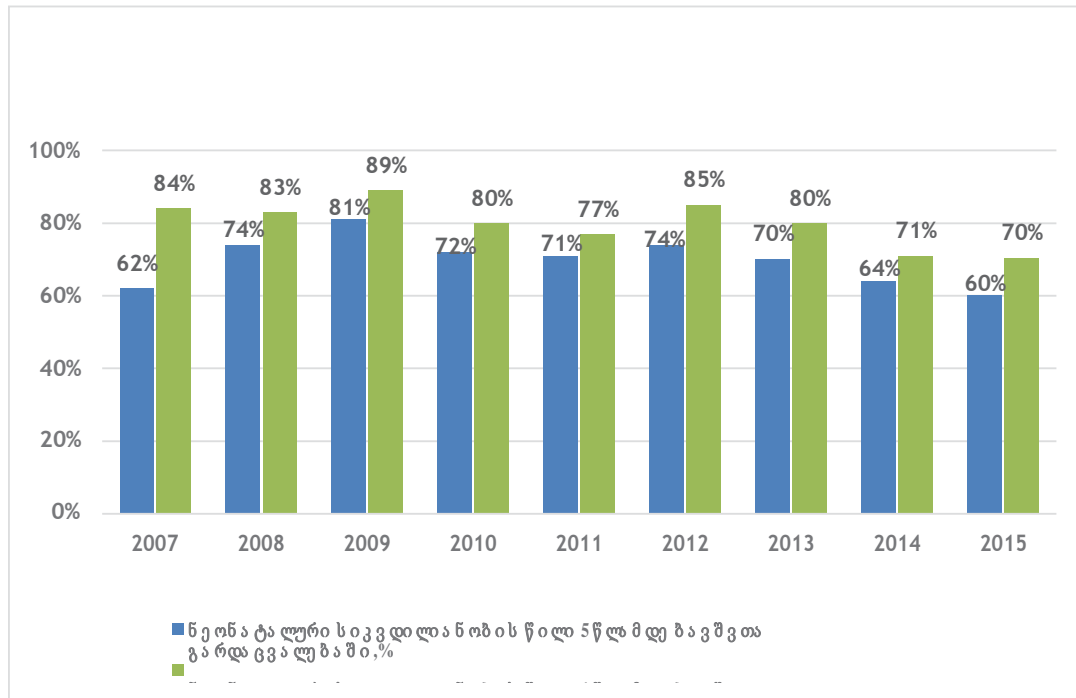
სურათი 3.1: ნეონატალური, ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა დინამიკა, საქართველო, 2007-2014



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

აღსანიშნავია, რომ ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალებაში დაიკლო და 2015 წელს 60% შეადგინა; თუმცა, მისი მნიშვნელობა კვლავ აჭარბებს გლობალურ საშუალო მაჩვენებელს, რომელიც ჯანმოს მიხედვით შეადგენს 43%-ს. 2015 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 0-დან 1 წლამდე ბავშვთა გარდაცვალებაში 70% შეადგინა.

სურათი 3.2: ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი 5 წლამდე და 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალებაში, საქართველო, 2007-2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

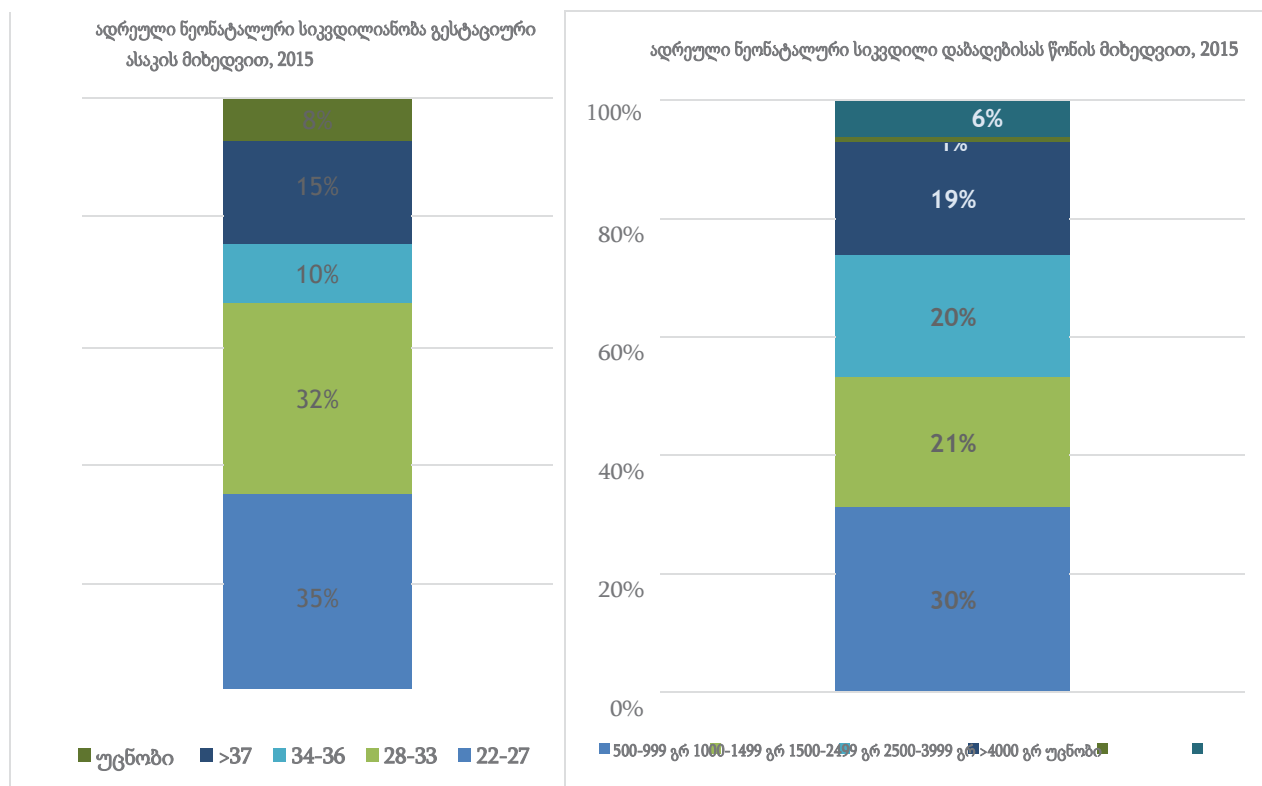
2015 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის 75% ნაადრევ ახალშობილთა შორის დაფიქსირდა; მათ შორის ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა 30%-ში მათი გესტაციური ასაკი დაბადებისას იყო 22-27 კვირა, 33%-ში - 28-33 კვირა, 12%-ში 34-37 კვირა.

2015 წელს ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ნეონატთა 75% დაიბადა მრავალნაყოფიანი ორსულობის შედეგად.

ადრეული ნეონატალური სიკვდილის წილი ნეონატალურ გარდაცვალებათა შორის შემცირდა და 2015 წელს შეადგინა 57.8%.

ადრეული ნეონატალურ სიკვდილის შემთხვევათა 35% 22-27 გესტაციური კვირის ასაკში დაბადებულ ახალშობილთა შორის დადგა, 32% - 28-33 გესტაციური კვირის ასაკის ახალშობილებში, ხოლო 10% და 15%, შესაბამისად, 34-37 და >37 გესტაციური კვირის ასაკის მქონე ახალშობილებში. გარდაცვლილ ნეონატთა წონა 41%-ში შეადგენდა 1000-2499 გრამს, ადრეულ პერიოდში გარდაცვლილ ნეონატთა 16%-ში მათი წონა დაბადებისას >2500გრამს შეადგენდა.

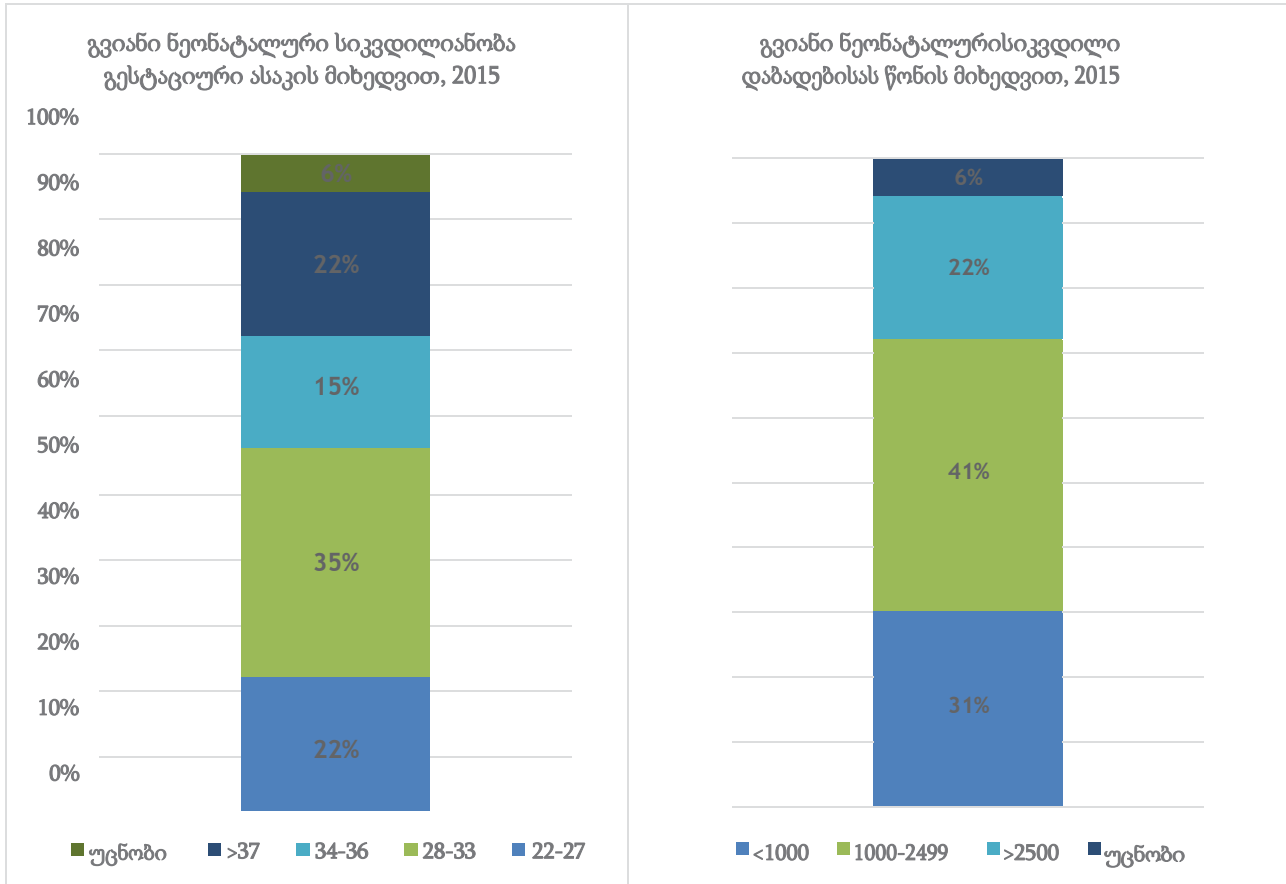
სურათი 3.3: ადრეული ნეონატალური სიკვდილი გესტაციური ასაკისა და დაბადების წონის მიხედვით, საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

გვიან ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა შორის 22% დაიბადა 22-27 კვირის გესტაციურ ასაკში, 35% დაიბადა 28-33 კვირის ვადაზე, ხოლო გარდაცვლილთა 15% და 22% დაიბადა, შესაბამისად, 34-36 და ≥ 37 ორსულობის კვირის ვადაზე.

სურათი 3.4: გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობა გესტაციური ასაკისა და დაბადების წონის მიხედვით, საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

საქართველოში ნეონატალური გარდაცვალების მიზეზები პირველად 2015 წელს იყო გაანალიზებული დოღფუსის კლასიფიკაციის მიხედვით.

ცხრილი 3.1: ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები (დოლფუსის კლასიფიკაცია)

სიკვდილის მიზეზები		%
1.	დღენაკლულობა და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები	51.8
1.1	დღენაკლულობა <28 კვირა	30.7
1.2	დღენაკლულობა >28 <37 კვირა	21.1
2.	თანდაყოლილი ანომალიები	20.3
3.	SIDS (უეცარი გარდაცვალების სინდრომი)	0.3
4.	სამეანო მიზეზები	1.4
5.	ასფიქსია დაბადებისას	5.8
6.	სხვა ინფექციები	5.8
7.	სხვა მიზეზები	0.5
8.	პერინატალური ინფექცია	4.4
9.	რესპირატორული დისტრეს სინდრომი	4.9
10.	ყველა დანარჩენი (გარდა რდს-ისა)	3.0
	უცნობი	1.9

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ცხრილი 3.2: თანდაყოლილი ანომალიები, ნეონატალური სიკვდილიანობა, საქართველო, 2015

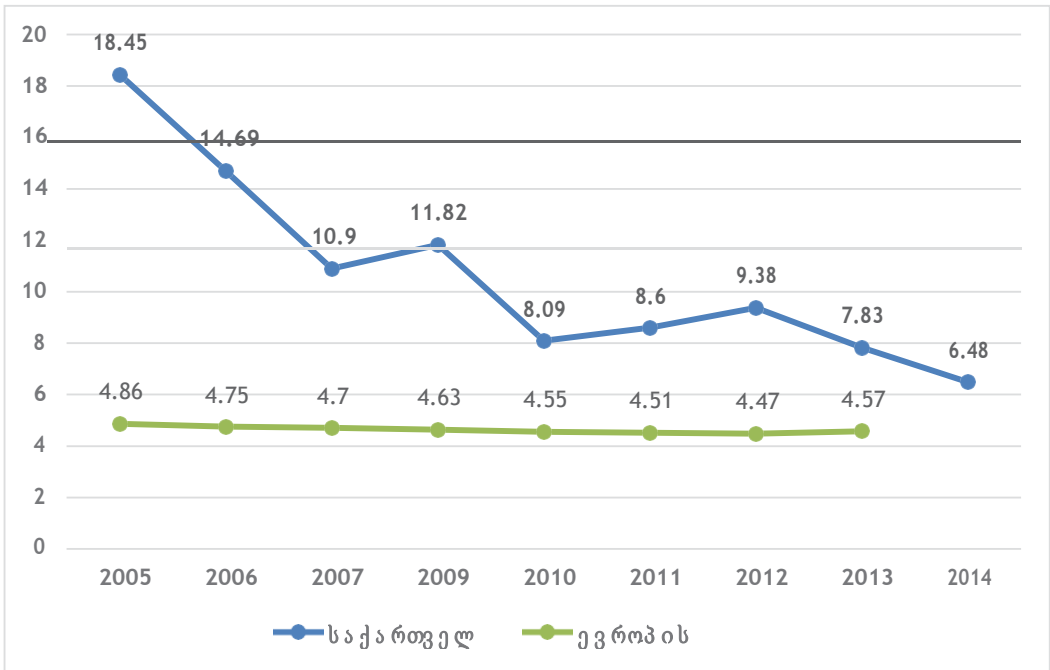
ნეონატალურ სიკვდილიანობასთან ასოცირებული თანდაყოლილი ანომალიები		%
1	ნერვული სისტემის ანომალიები	12
2	სისხლმზადი ორგანოების ანომალიები	51
3	სუნთქვის სისტემის ანომალიები	5
4	საშარდე სისტემის ანომალიები	4
5	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ანომალიები	5
6	საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ანომალიები და დეფორმაციები	3
7	სხვადასხვა სისტემის ანომალიები და დეფორმაციები	1
8	კომბინირებული ანომალიები და დეფორმაციები	19
8.1	მათ შორის ტუჩისა და ხახის (cleft lip and cleft palate)	1

სისხლმზადი ორგანოებისა და ნერვული სისტემის ანომალიები ყველაზე მეტად გავრცელებულია, ასევე საყურადღებოა მულტი სისტემური ანომალიების რაოდენობა.

3.3 შედარება სხვა ქვეყნებთან

ნეონატალური სიკვდილიანობა საქართველოში უფრო მაღალია ვიდრე ევროპის რეგიონის ქვეყნებში. თუმცა, თუ გავითავლისწინებთ ბოლო წლების კლების ტენდენციას და 2015 წლის მაჩვენებელს (6.1 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე), საქართველოში ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უახლოვდა ევროპის საშუალო მაჩვენებელს.

სურათი 3.5: ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის დინამიკა 1000 ცოცხლადშობილზე, საქართველო,



ევროპის რეგიონი, 2005-2014

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

3.4 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. 2012 წელთან შედარებით ნეონატალური სიკვდილიანობა შემცირდა 36% და 2015 წელს შეადგინა 6.1 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე.
2. დღენაკლულობა წარმოადგენს ნეონატალური სიკვდილიანობის რისკს; მაღალია დღენაკლულ ახალშობილთა გარდაცვალების წილი ნეონატალურ პერიოდში.
3. ნეონატალური სიკვდილიანობის ერთი მესამედი დაფიქსირდა იმ ახალშობილთა შორის, რომელთა გესტაციური ასაკი იყო ≥ 34 კვირა. გვიანი დღენაკლული და დროულ ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობების სწორი მართვა მნიშვნელოვნად შეამცირებს ნეონატალურ სიკვდილიანობას.
4. ნეონატალური სიკვდილიანობის ტვირთის შემცირებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია:
 - a. ჯანმრთელობის ეროვნული საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება და სიკვდილიანობის შემთხვევების დეტალური ანალიზი.
 - b. ნაადრევ მშობიარობასთან დაკავშირებული სტრატეგიის დანერგვა, რომელიც ეყრდნობა ჯანმოს მიერ მოწოდებული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინტერვენციებს.
 - c. პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის დანერგვა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, რათა დროულად გამოვლინდეს რისკის მქონე ახალშობილები და განხორციელდეს მათი მკურნალობა მაღალი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში.
 - d. თანდაყოლილი ანომალიების პრევენციული, ნაადრევი გამოვლენისა და მენეჯმენტის პროგრამების გაძლიერება.

4. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა

ჩვილთა სიკვდილიანობა არ მიეკუთვნება პერინატალურ პერიოდს. მიუხედავად ამისა, გადაწყვეტილება იქნა მიღებული ეს საკითხიც წარმოგვედგინა, რადგან ჩვეულებრივ 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა პერინატალური ავადობის შედეგია.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განიმარტება, როგორც ჩვილის სიკვდილი დაბადებიდან ერთ წლამდე (0-365 დღე) ასაკში ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე. მონაცემთა შეგროვება ყოველწლიურად ხდება გარდაცვალების მიზეზების, გესტაციური ასაკის, ნაყოფის რაოდენობისა და დაბადებისას წონის მიხედვით.

გეროს სააგენტოს საერთაშორისო ჯგუფი ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასებისათვის (IGME) მიიჩნევს, რომ საქართველოში როგორც 0-5 წლამდე, ასევე 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა. 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2003 წლიდან (18.3/1000 ცოცხლადშობილზე) დაიკლო და 2015 წელს შეადგინა 8.6/1000 ცოცხლადშობილზე. ამრიგად, საქართველომ შეძლო ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზნის შესრულება. 0-5 წლამდე და შესაბამისად 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა უფრო მეტად შემცირდა, ვიდრე სამიზნე მაჩვენებლით იყო განსაზღვრული.

4.1 მონაცემთა წყაროები და ჩვილთა სიკვდილიანობის ინდიკატორები საქართველოში

ჩვილთა სიკვდილის შესახებ მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი ხდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ, რომელიც თავის მხრივ ინფორმაციას იღებს სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოსაგან. ჩვილთა სიკვდილის შესახებ ინფორმაციის მიღება ხდება არა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებებისაგან, არამედ თვითმართველობის ადგილობრივი ერთეულებისაგან.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ჩვილთა სიკვდილის შესახებ აგრეგირებულ მონაცემებს აგროვებს სამედიცინო დაწესებულებებიდან ყოველთვიური და ყოველწლიური ფორმების საშუალებით. ცენტრი ასევე აგროვებს ინფორმაციას ჩვილთა გარდაცვალების შემთხვევების შესახებ დავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის (EIDSS) საშუალებით, სადაც ინფორმაციას ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები აგზავნიან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2013 წელს შემუშავებულ იქნა მკვდრადშობადობის, დედათა და 5 წლამდე ბავშვთა გარდაცვალების სასწრაფო შეტყობინების სისტემა, რომლის საფუძველზე ჩვილთა სიკვდილის თითოეული შემთხვევა ექვემდებარება შეტყობინებას 24 საათის ვადაში; ხოლო სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროში წარდგენილი უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში.

ჩვილთა სიკვდილიანობის შესახებ წარმოდგენილი ინფორმაცია დაფუძნებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე.

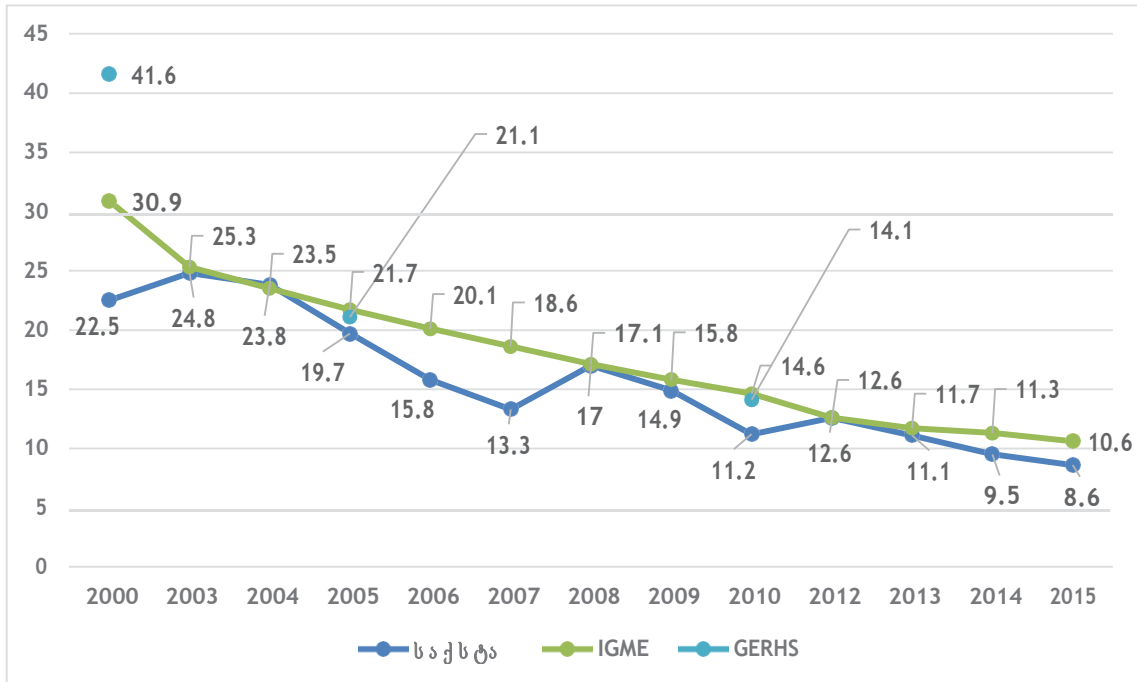
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან ერთად გაეროს ბავშვთა ფონდის ტექნიკური დახმარებით, 2016 წლის 1 იანვრიდან ქვეყანაში დაინერგა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის მოდული. მოდულის საშუალებით შესაძლებელია ორსულობის მიმდინარეობისა და მშობიარობის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება. ხოლო 2017 წლიდან მოდული ასევე მოიცავს 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობასაც.

4.2

საქართველო 0-1 წლამდე ასაკის ჩვილთა სიკვდილიანობას აღრიცხავს ჯანმოს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით; კერძოდ, 0-1 წლამდე (0-364 დღე) ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა მოცემული წლის განმავლობაში აღირიცხება გესტაციური ასაკის, დაბადების წონისა და მრავალნაყოფიანობის მიხედვით.

2015 წელს 0-1 წლამდე ჩვილის გარდაცვალების 507 შემთხვევა დაფიქსირდა, მათ შორის 363 გარდაიცვალა ნეონატალურ, ხოლო 144 - პოსტნეონატალურ პერიოდში.

სურათი 4.1: 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, საქართველო, 2000-2015



როგორც სურათზე 4.1 არის ასახული, გაეროს სააგენტოთაშორისო ჯგუფის შეფასებითი და ქვეყნის ოფიციალური მაჩვენებელი მაქსიმალურად მიუახლოვდა ერთმანეთს.

აღსანიშნავია, რომ პოსტნეონატალურ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალება ასოცირებულია სოციალურ და გარემო ფაქტორებთან, როგორცაა უბედური შემთხვევა და ინფექცია. 2015 წელს პოსტნეონატალურ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალების წილი 28% იყო.

პირველად 2015 წელს ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზები გაანალიზებული იყო დოღფუსის კლასიფიკაციის მიხედვით.

ცხრილი 4.1 პოსტნეონატალური გარდაცვალების მიზეზები დოლფუსის კლასიფიკაციის მიხედვით, საქართველო 2015

გარდაცვალების მიზეზები		%
1	დღენაკლულობა და მასთან ასოცირებული მიზეზები	44.2
1.1	დღენაკლულობა <28 კვირა	22.1
1.2	დღენაკლულობა >28 <37 კვირა	22.1
2	თანდაყოლილი ანომალიები	27.9
3	SIDS (უეცარი გარდაცვალების სინდრომი)	0.6
4	სამეანო მიზეზები	0.6
5	ასფიქსია დაბადებისას	1.9
6	პერინატალური ინფექცია	3.2
7	სხვა ინფექციები	13.6
9	რესპირაციული დისტრეს სინდრომი	
9.1	ყველა დანარჩენი (გარდა რდს-ისა)	6.5
	უცნობი მიზეზები	1.5

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

როგორც ცხრილში 4.1 არის წარმოდგენილი, სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები წარმოადგენენ პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზს.

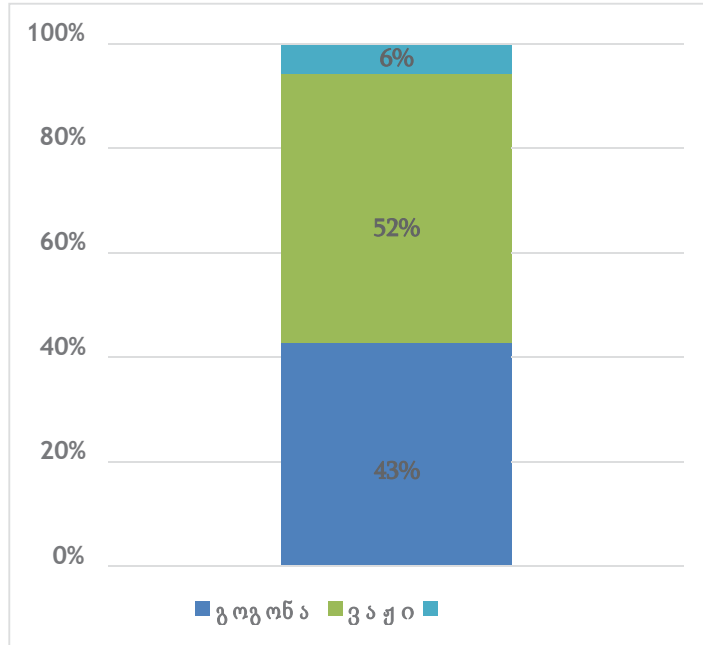
ცხრილი 4.2 პოსტნეონატალურ სიკვდილიანობასთან ასოცირებული თანდაყოლილი ანომალიები დოლფუსის კლასიფიკაციის მიხედვით; საქართველო, 2015

თანდაყოლილი ანომალიები		%
1	წერვული სისტემის ანომალიები	5
2	სისხლის მიმოქცევი სისტემის ანომალიები	59
3	სუნთქვის სისტემის ანომალიები	9
4	საშარდე სისტემის ანომალიები	2
5	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ანომალიები	9
6	საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ანომალიები და დეფორმაციები	2
7	სხვა ანომალიები და დეფორმაციები	14

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

გარდაცვლილ ჩვილთა შორის 51.5% ვაჟი, ხოლო 42.5% გოგონა იყო (სურათი 4.2).

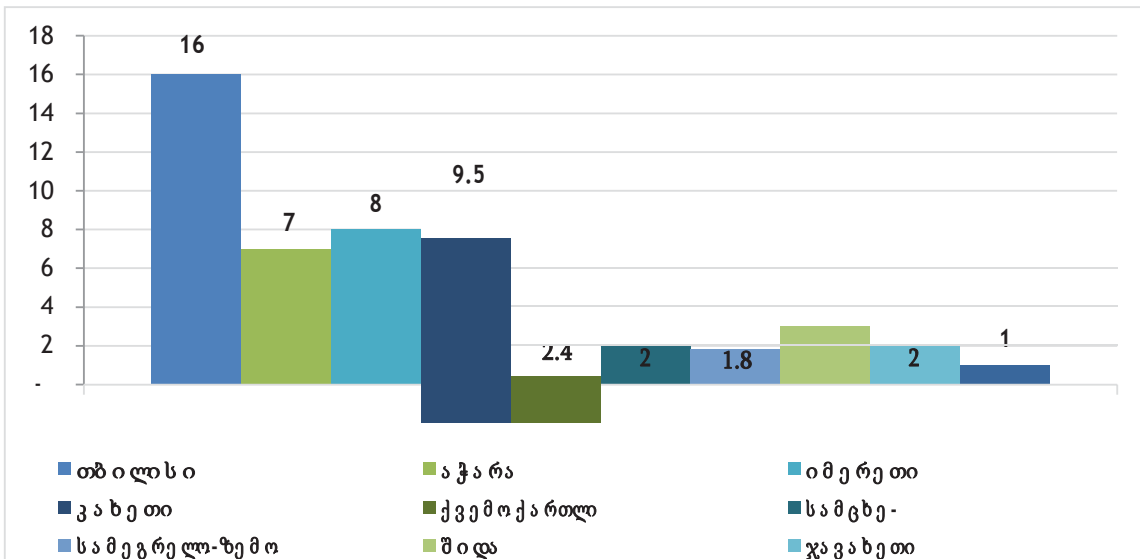
სურათი 4.2: ჩვილთა გარდაცვალება სქესის მიხედვით; საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2015 წელს ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში (16 / 1000 ცოცხლადშობილზე), ასევე მაღალი იყო კახეთისა (9.5 / 1000 ცოცხლადშობილზე) და იმერეთის (8 / 1000 ცოცხლადშობილზე) რეგიონებში. (სურათი 4.3)

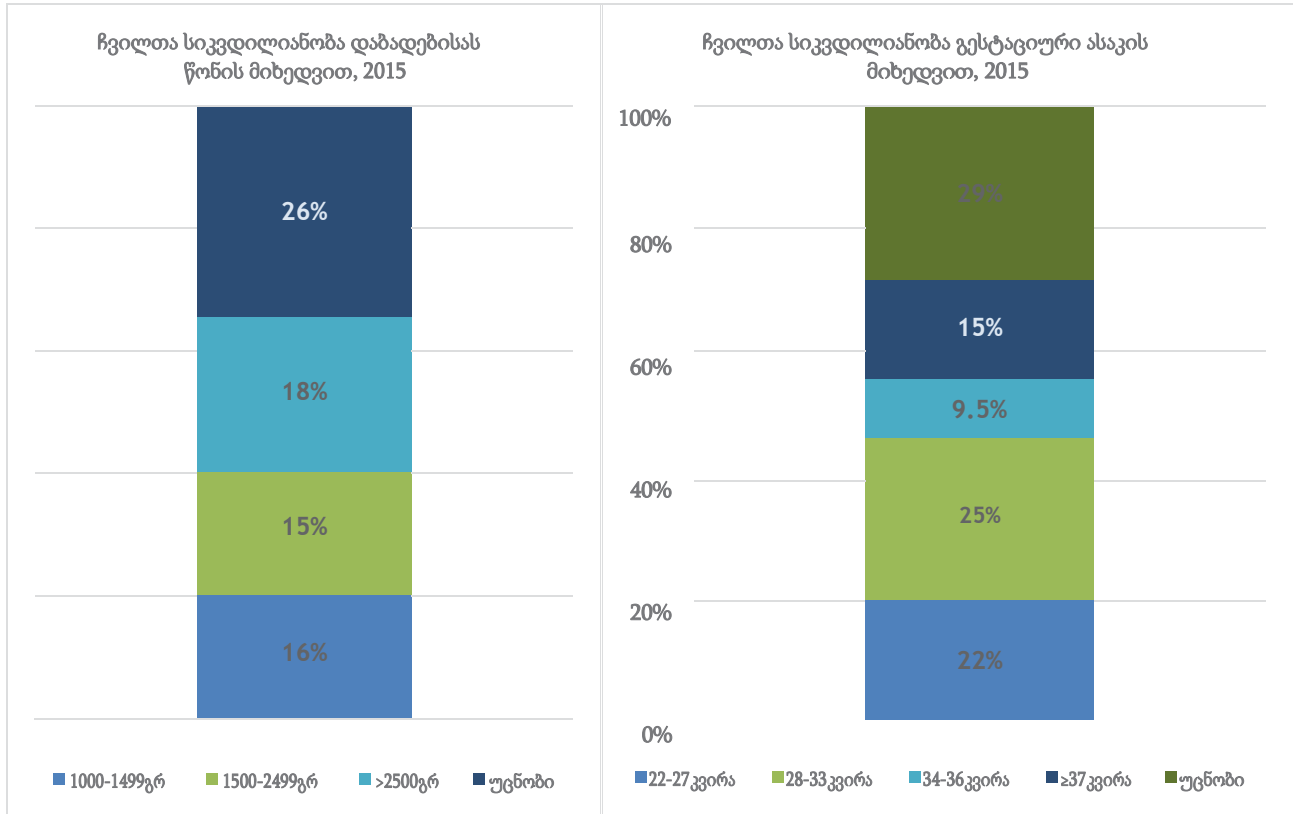
სურათი 4.3: ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე რეგიონების მიხედვით: საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2015 წელს გარდაცვლილ ჩვილთა შორის 71% იყო დღენაკლი გესტაციური ასაკისა, ხოლო 56% დაბადებისას წონის მიხედვით (<2500 გრ.)

სურათი 4.4: ჩვილთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას წონის მიხედვით, საქართველო, 2015

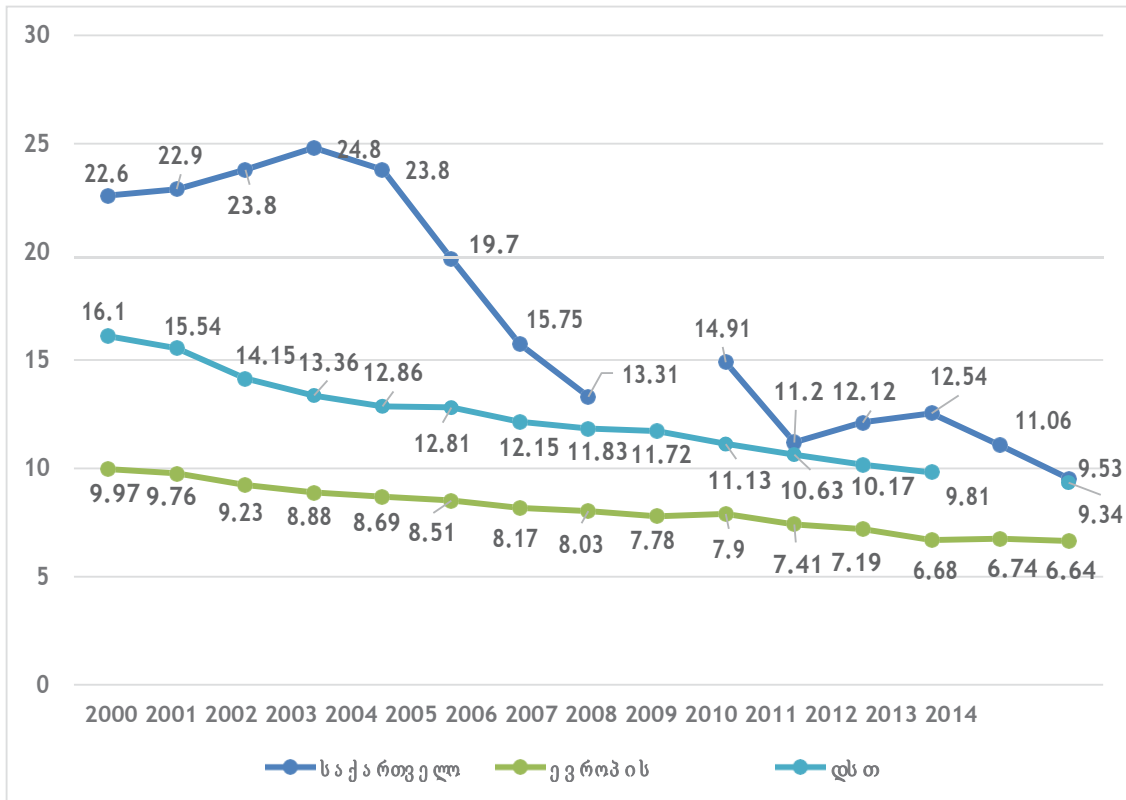


წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2015 წელს გარდაცვლილ ჩვილთა სიკვდილის შემთხვევათა 85% გამოწვეული იყო პრევენტაბელური მიზეზებით, როგორცაა მაგალითად, უბედური შემთხვევა და ინფექციები.

4.3 შედარება სხვა ქვეყნებთან

სურათი 4.5: ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე, საქართველო, ევროპის რეგიონი, დსთ, 2000-2014



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, საქართველოში ჩვილთა სიკვდილიანობა უფრო მაღალია ვიდრე ევროპის რეგიონში. თუმცა 2015 წელს დაფიქსირდა მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი კლება (8.6 1000 ცოცხალშობილზე), რაც საქართველოს აახლოებს ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან.

4.4 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. საქართველომ შესრულა ათასწლეულის განვითარების მიზანი 4 და 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირა.
2. თანდაყოლი ანომალიების პირველადი პრევენციის გაუმჯობესება, ადრეული გამოვლენა და გამოვლენილი ანომალიების სწორი მართვა, მათ შორის გესტაციის 22 კვირის ასაკამდე

ორსულობის დასრულება, მნიშვნელოვანად შეამცირებს თანდაყოლილი ანომალიების წილს ჩვილთა გარდაცვალებაში.

3. ნაადრევი შობადობის პრევენცია და დღენაკლულ ახალშობილთა ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესება მნიშვნელოვნად შეამცირებს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის ტვირთს.
4. პერინატალური რეგიონალიზაციის მთელ ქვეყანაში დანერგვა უზრუნველყოფს მაღალი რისკის ჩვილთა ჯანმრთელობასთან ასოცირებული გართულებების მართვის გაუმჯობესებას და მოვლას.
5. სოციალური დეტერმინანტების შესწავლა მაღალი რისკის თემში და მათზე ზრუნვა მეტად მნიშვნელოვანია უთანასწორობისა და სიღარიბის შესამცირებლად.

5. დედათა სიკვდილიანობა

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი უმეტესად ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულება ხდება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, 2015 წელს, მსოფლიოში დაახლოებით 830 ქალი გარდაიცვალა ორსულობისა და მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების გამო. აღსანიშნავია, რომ ეს შემთხვევები განვითარებად ქვეყნებში 19-ჯერ ხშირია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში და მათი უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელი იყო რისკის დროული გამოვლენისა და შესაბამისი ჩარევის პირობებში.¹

უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (MMEIG) მონაცემებით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის შემცირების მხრივ აღინიშნება პროგრესი. 2013 წელს დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითმა მაჩვენებლებმა შეადგინა 41/100 000 ცოცხლადშობილზე, 2000 წლისათვის შეადგენდა 60/100 000 ცოცხლადშობილზე, ხოლო 2015 წელს დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებელი შემცირდა 36-მდე ყოველ 100 000 ცოცხლადშობილზე.

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 2014 წელს და შეისწავლა 2012 წლის რეპროდუქციული ასაკის გარდაცვლილ ქალთა შემთხვევები, აჩვენა, რომ 2008 წელს იმავე მეთოდით ჩატარებულ კვლევასთან შედარებით (RAMOS 2008) 2012 წელს გარდაცვლილ ქალთა 98% რეგისტრირებული იყო ქვეყნის დაბადება/გარდაცვალების ბაზაში. ეს ფაქტი რეგისტრაციის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. იმავე კვლევის მონაცემებით, დედის გარდაცვალების შემთხვევათა აღრიცხვიანობა გაუმჯობესდა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 44.4-დან 26.3-მდე ყოველ 100 000 ცოცხლადშობილზე.

5.1 მონაცემთა წყაროები და დედათა სიკვდილიანობის ინდიკატორები საქართველოში

დედათა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემთა შეგროვება ხდება შემდეგი წყაროების საშუალებით: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (MMEIG) და კვლევები, კერძოდ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი დედათა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემებს აგროვებს შემდეგი წყაროებიდან: სამედიცინო

¹ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>> [ბოლოს ნანახია 2016 წლის 1 მარტს].

დაწესებულებების ყოველთვიური დაწლიური ანგარიში. გარდა ამისა, რეპროდუქციული ასაკის ქალის, მათ შორის დედის გარდაცვალების შესახებ შეტყობინებები გროვდება დაავადებათა ელექტრონული ინტეგრირებული ზედამხედველობის სისტემაში (EIDSS). შეტყობინებებს ახორციელებენ რაიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან შეაგროვონ ინფორმაცია ადგილობრივი სამედიცინო დაწესებულებებიდან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2013 წელს შემუშავებული იქნა მკვდრადშობადობის, დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების სასწრაფო შეტყობინების სისტემა, რომლის საფუძველზე დედათა სიკვდილის თითოეული შემთხვევა ექვემდებარება შეტყობინებას 24 საათის გავადაში, ხოლო სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროში წარდგენილი უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში.

სამედიცინო დაწესებულება თავის მხრივ ახდენს დედის გარდაცვალების სერთიფიცირებას და სერთიფიკატი იგზავნება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში. სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო ინფორმაციას მთელი ქვეყნის მასშტაბით აგროვებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებებიდან ასევე ადგილობრივი თვითმართველობიდან და შემდეგ ინფორმაციას გადასცემს საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურს.

წარმოდგენილი ინფორმაცია დაფუძნებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე.

ჯანმოს საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით “დედის სიკვდილი გულისხმობს სიკვდილს, ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, დაკავშირებულს ან გამოწვეულს ორსულობასა ან მის მართვასთან, მაგრამ არა უბედური შემთხვევასა ან სხვა მიზეზებთან, რომელიც არ არის ასოცირებული ორსულობასთან“. ICD-10 განმარტავს დედის გვიან სიკვდილს, როგორც „დედის სიკვდილი პირდაპირი ან არაპირდაპირი სამედიცინო მიზეზით ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღიდან 365 დღემდე“.

ქვეთავში წარმოდგენილია დედის გარდაცვალება შემდეგი ჯგუფების მიხედვით: პირდაპირი სამედიცინო მიზეზები, არაპირდაპირი სამედიცინო მიზეზები და ორსულობასთან ასოცირებული სიკვდილი. ICD-10-ის მიხედვით დედათა სიკვდილის **პირდაპირი მიზეზი** არის „დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამედიცინო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობისა 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 სამედიცინო სისხლდენის შედეგად ან ჰიპერტენზიის გამო ორსულობისას ან ანესთეზიის გართულებისას ან საკეისრო კვეთისას კლასიფიცირდება, როგორც დედის სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი. ხოლო ICD-10 დედათა **არაპირდაპირ სიკვდილს** განმარტავს, როგორც „გამოწვეულს ნებისმიერი დაავადებით, რომელიც შეიძლება არსებობდა ორსულობის პერიოდში (ექსტრაგენიტალური დაავადებები) ან

განვითარდა ორსულობისას, მაგრამ არ არის გამოწვეული სამეანო მიზეზებით ან ორსულობის

ფიზიოლოგიური ეფექტით“. მაგალითად, სიკვდილი არსებული კარდიალური ან რენალური დაავადებით.

საქართველოში დედათა სიკვდილის კლასიფიცირება ხდება ჯანმოს საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) მეშვეობით.

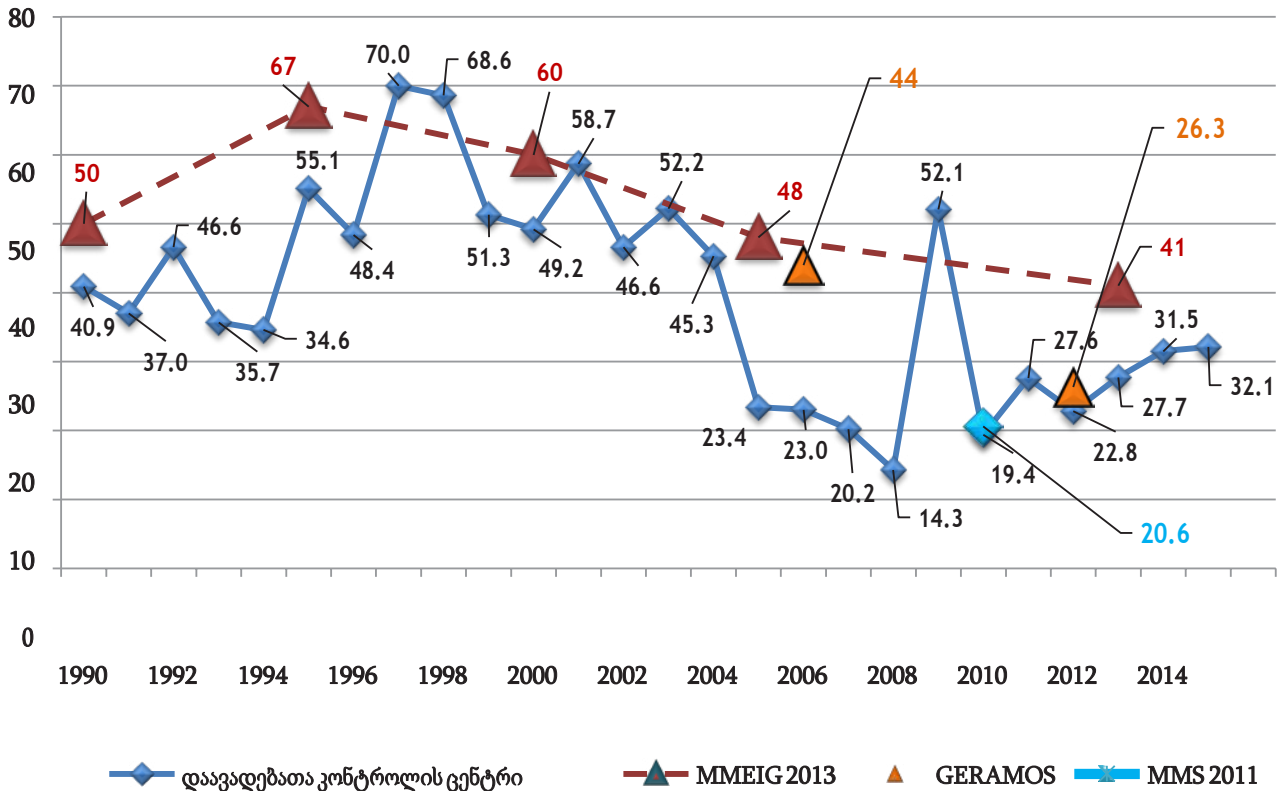
5.2

2015 წლის განმავლობაში დაფიქსირებული იყო 24 ორსულის სიკვდილი. გარდაცვლილთაგან 21 (87.5%) კლასიფიცირებული იქნა როგორც დედის გარდაცვალება, რომელიც დაკავშირებული იყო ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის გართულებასთან, ხოლო 3 (12.5%) ორსულის შემთხვევაში გარდაცვალება დადგა უბედური შემთხვევის შედეგად.

დედის სიკვდილის 21 შემთხვევიდან, 19 შემთხვევაში დადასტურდა დედის ადრეული გარდაცვალება (დედის გარდაცვალება 0-42 დღის განმავლობაში), ხოლო 2 შემთხვევაში დადგინდა დედის გვიანი გარდაცვალება (დედის გარდაცვალება 43- 365 დღის განმავლობაში).

ამგვარად, ეროვნული მონაცემების მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2015 წელს შეადგინა 32/100,000 ცოცხალდაბობილზე.

სურათი 5.1: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროს მიხედვით. საქართველო, 1990-2015 წწ. (2009 წლიდან მონაცემები შეჯერებულია სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურთან)



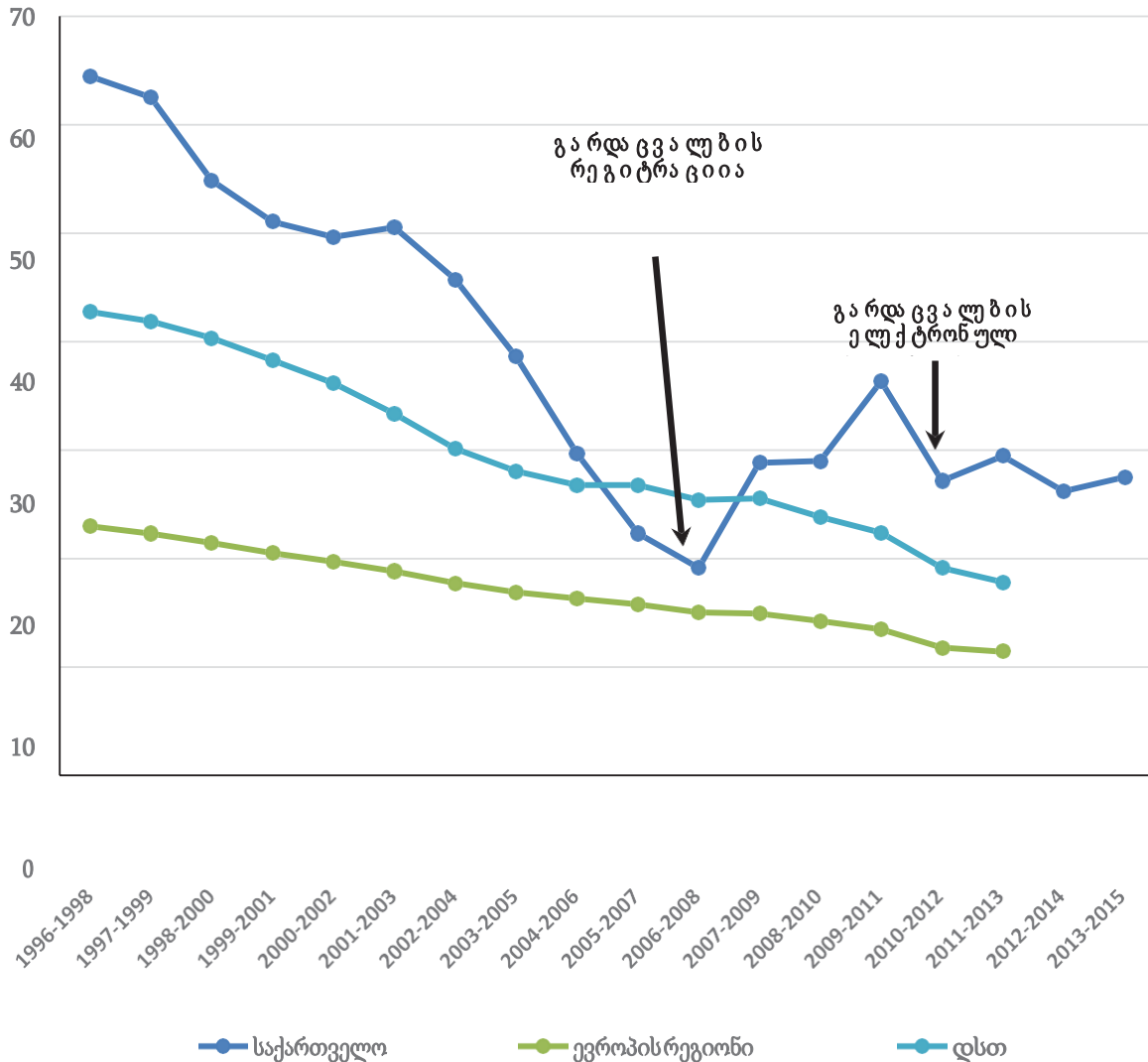
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევის მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობა 2006 წლიდან 2012 წლის პერიოდში შემცირდა. 2006 წლის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევის მონაცემებით, დედათა გარდაცვალების შემთხვევები ორჯერ აღემატებოდა ქვეყნის ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს. 2014 წლის კვლევის მონაცემებით, 2012 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 26 ყოველ 100,000 ცოცხლადშობილზე, მაშინ როცა ოფიციალური სტატისტიკით დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 23/100,000 ცოცხლადშობილზე, რაც ოფიციალური სტატისტიკის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მცირედ გაიზარდა ბოლო წლებში, თუმცა უნდა გავითვალისწინოთ, რომ დაბალი მნიშვნელობის ციფრებს ახასიათებთ მსგავსი ვარიაცია.

ისეთი ქვეყნებისათვის, რომლებმაც აქვთ დედათა სიკვდილიანობის მცირე ციფრები, ჯანმოს რეკომენდაციით გამოიყენება ე.წ. საშუალო ციფრების მოძრაობის მეთოდი, რაც უკეთესად ასახავს დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციას წლების განმავლობაში და წარმოადგენს მონაცემთა ვიზუალიზაციის

საუკეთესო ინსტრუმენტს.

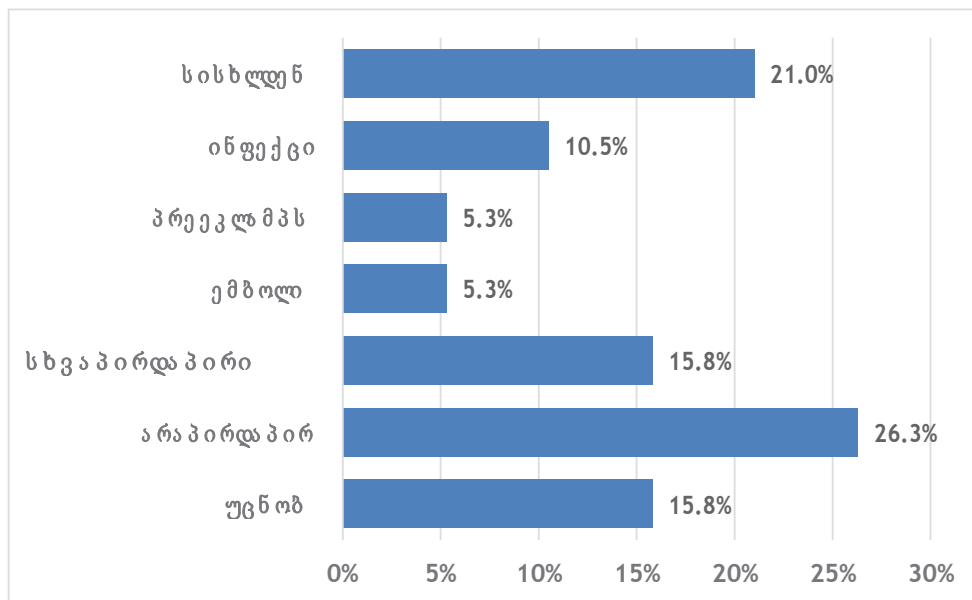
სურათი 5.2: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ცოცხლადშობილზე 3-წლიანი გასაშუალოებული მაჩვენებელი



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

ადრეულ პერიოდში გარდაცვლილ 19 დედათა შორის პირდაპირი სამეანო მიზეზით გარდაცვალება დაფიქსირდა 57.9%-ში (11 დედა), 26.3%-ში (5 დედა) აღინიშნა არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით გარდაცვალება, ხოლო 15.8%-ში (3 დედა) გარდაცვალების მიზეზი უცნობია. დედათა გარდაცვალების მიზეზთა შორის უპირატესი ადგილი უკავია (21%, 4 შემთხვევა), ინფექციები (10.5%, 2 შემთხვევა), პრეკლამფსია (5.3%, 1 შემთხვევა) და სამეანო ემბოლია (5.3%, 1 შემთხვევა). აღსანიშნავია, რომ დედათა სიკვდილის 3 შემთხვევა (15.8%) გამოწვეული იყო ისეთი პირდაპირი მიზეზით, როგორცაა ანესთეზიის გართულება მშობიარობისას, ანესთეზიის დაუზუსტებელი გართულება და საშულოსნოს გახევა მშობიარობისას.

სურათი 5.3. დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები (%), საქართველო, 2015



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

არაპირდაპირ სამედიცინო მიზეზთა შორის (26.3%, 5 შემთხვევა) წარმოდგენილი იყო რესპირატორული და სხვა ინფექციური დაავადებები (4 შემთხვევა) და კარდიო-ვასკულური სისტემის დაავადება (1 შემთხვევა). დედათა გვიანი გარდაცვალების მიზეზთა შორის წარმოდგენილი იყო თვითმკვლელობა მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის გამო და ცერებრული ანევრიზმა.

5.4 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის რეგისტრაციის გაუმჯობესება.
2. დედათა სიკვდილის შემთხვევათა უმეტესობა იყო პრევენტაბელური.
3. აუცილებელია განხორციელდეს რეგულარული აუდიტი, როგორც მხარდამჭერი ზედამხედველობა, მიმართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული ხარვეზების გამოვლენისა და გაანალიზებისაკენ რაც შესაძლებელს გახდის მომავალში მსგავსი შემთხვევების სწორად მართვას და შეცდომების თავიდან აცილებას.
4. დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისათვის აუცილებელია: 1) ორსულმა სამედიცინო მეთვალყურეობა გაიაროს და მშობიარობა მოხდეს შესაბამისი დონის სამედიცინო დაწესებულებაში, ორსულის რისკების შესაბამისად; 2) ორსულთა მეთვალყურეობის უწყვეტობა ანტენალური მეთვალყურეობიდან პოსტნატალური პერიოდის ჩათვლით; და 3) შეიქმნას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მექანიზმი ქვეყნის მასშტაბით და გაიზარდოს სერვისის მიმწოდებლების პასუხისმგებლობა ხარისხთან დაკავშირებით.



საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის
სამინისტრო

შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტრო

მისამართი: 0119 თბილისი. აკ.
წერეთლის გამზ. 144:
ტელეფონი: 2 51 00 11
ფაქსი: 2 51 00 11
ელ.ფოსტის მისამართი: pr.ncdc@ncdc.ge



დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

მ. ასათიანის 9, თბილისი 0186
ტელეფონი: 239 89 46
ფაქსი: 243 30 59
e-mail: pr.ncdc@ncdc.ge