

დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში

შესავალი

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

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

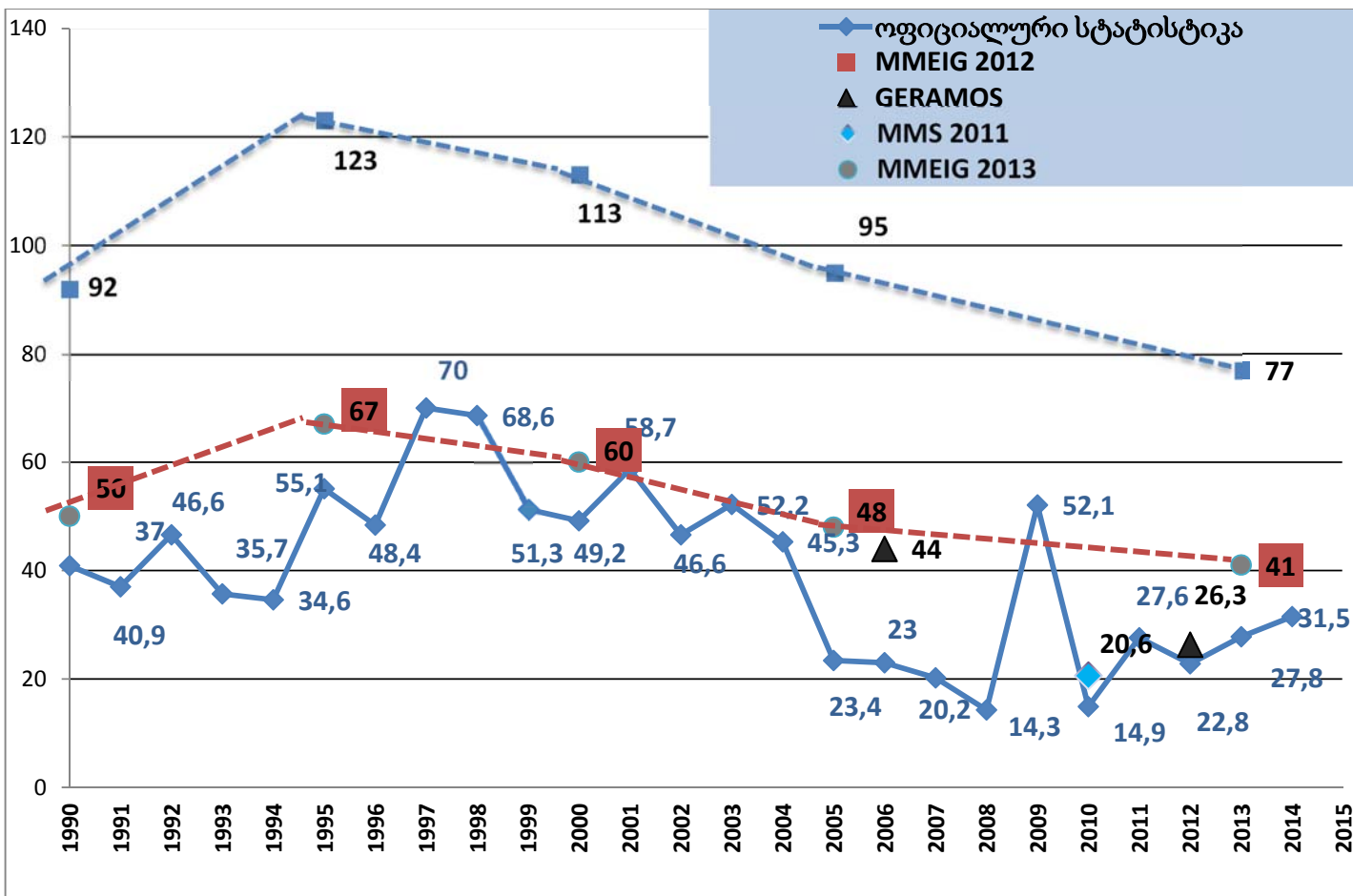
გაეროს სააგენტოების, დონორების, სხვადასხვა ქვეყნების წარმომადგენლებისა და სხვა დაინტერესებული პარტნიორების მიერ 2014 წლის გაზაფხულზე განხილული იქნა 2015 წლის შემდგომი განვითარების მიზნები. შემუშავებულ იქნა სტრატეგია და დასახულ იქნა მიზნები თითოეული ქვეყნისათვის იმისათვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული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

დამოუკიდებელ ექსპერტთა ჯგუფის (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 მაჩვენებლის შემცირება 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 იმისათვის, რომ შემუშავებული იქნას ეფექტური ინტერვენციები; 2. ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანის მენეჯმენტის გაძლიერება/სრულყოფა და ინტეგრირებული მართვა.; 3. სამედიცინო 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).

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.



ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2003-2008 წლებში კლების დინამიკით ხასიათდებოდა. დედათა

სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით განხორციელდა შემდეგი აქტივობები:

- 2009 წლიდან დაიწყო სტატისტიკის ეროვნული სამსახურისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არსებული დედათა გარდაცვალების შემთხვევათა შედარებითი ანალიზი;
- 2010 წლიდან დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში დაინერგა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების ელექტრონული შეტყობინების სისტემა;
- 2011 წლიდან შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ იუსტიციის სამინისტროსთან ერთად დაინერგა დაბადება-გარდაცვალების რეგისტრაციის ელექტრონული სისტემა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის;
- 2011 წლიდან დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრმა დაიწყო დედათა გარდაცვალების აქტიური ეპიდემიოლოგიური კვლევის განხორციელება საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ვერბალური აუტოფსიის გამოყენებით;
- 2013 წლიდან შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის "დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის/მკვდრადშობადობის შემთხვევების სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის შესახებ" 2013 წლის #01-30/5 ბრძანების საფუძველზე ხორციელდება დედათა, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა და მკვდრადშობილთა შესახებ ინფორმაციის სასწრაფო შეტყობინება.

ამასთან ერთად უნდა აღნიშნოთ, რომ საქართველოში ჩატარდა 3 მამუტაბური კვლევა, რომელიც შეეხებოდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალებას. აღნიშნული კვლევებია: GERAMOS 2008, MMS 20010, GERAMOS2014

ზემოთ ჩამოთვლილ წყაროთა მონაცემების შეჯერებით, ე. წ. ტრიანგულაციით, ყოველწლიურად ხდება დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევების შესწავლა.

გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი ყოველწლიურად აქვეყნებს დედათა სიკვდილიანობის შეფასებით მაჩვენებლებს, რომელთა საფუძველს როგორც წესი, კვლევებით მიღებული მაჩვენებლები წარმოადგენს და, შესაბამისად, განსხვავდება ქვეყნების ეროვნული სტატისტიკისგან. საქართველოში წლების მანძილზე შეფასებითი მაჩვენებლები საკმაოდ მაღალი იყო, როგორც ოფიციალურ, ასევე კვლევებით მიღებულ მაჩვენებლებთან შედარებით. გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის 2012 წლის გათვლებით, დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებლის წინასწარი მნიშვნელობა 77-ს შეადგენდა. ამასთან დაკავშირებით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ განხორციელდა რიგი აქტივობები და MMEIG-თან აქტიური თანამშრომლობის შედეგად მოხდა შეფასებითი მაჩვენებლების გადახედვა, რის შედეგადაც 2013 წლის დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებელი 41-მდე შემცირდა და შესაბამისად, მოხდა წინა წლების შეფასებითი მაჩვენებლების კორექტირება.

ბოლო 5 წლის განმავლობაში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ინარჩუნებს მატების ტენდენციას, რაც უკავშირდება რეგისტრაციის გაუმჯობესებას. 2010 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა შეადგინა 14.9 ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე, ხოლო 2014 წელს იგი 31.3-ი ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე გახდა.

2014 წელს საქართველოში ჩატარდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა (GERAMOS), რომელმაც შეისწავლა 2012 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა 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 იმას ნიშნავს, რომ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა აღრიცხვიანობა, როგორც დედათა სიკვდილიანობის, ასევე ზოგადად რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების თვალსაზრისით.

დაავადებათა კონტროლის 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 ართულეზონ ორსულობას, მშობიარობას, ლოგინობის ხანას და წარმოადგენენ არაპირდაპირ სამედიცინო მიზეზებს. დედათა სიკვდილიანობის განსაკუთრებით მატება 2009 წელს განპირობებული იყო რეგისტრაციის გაუმჯობესებითა და ასევე გრიპოზულ ინფექციათა გავრცელებით.

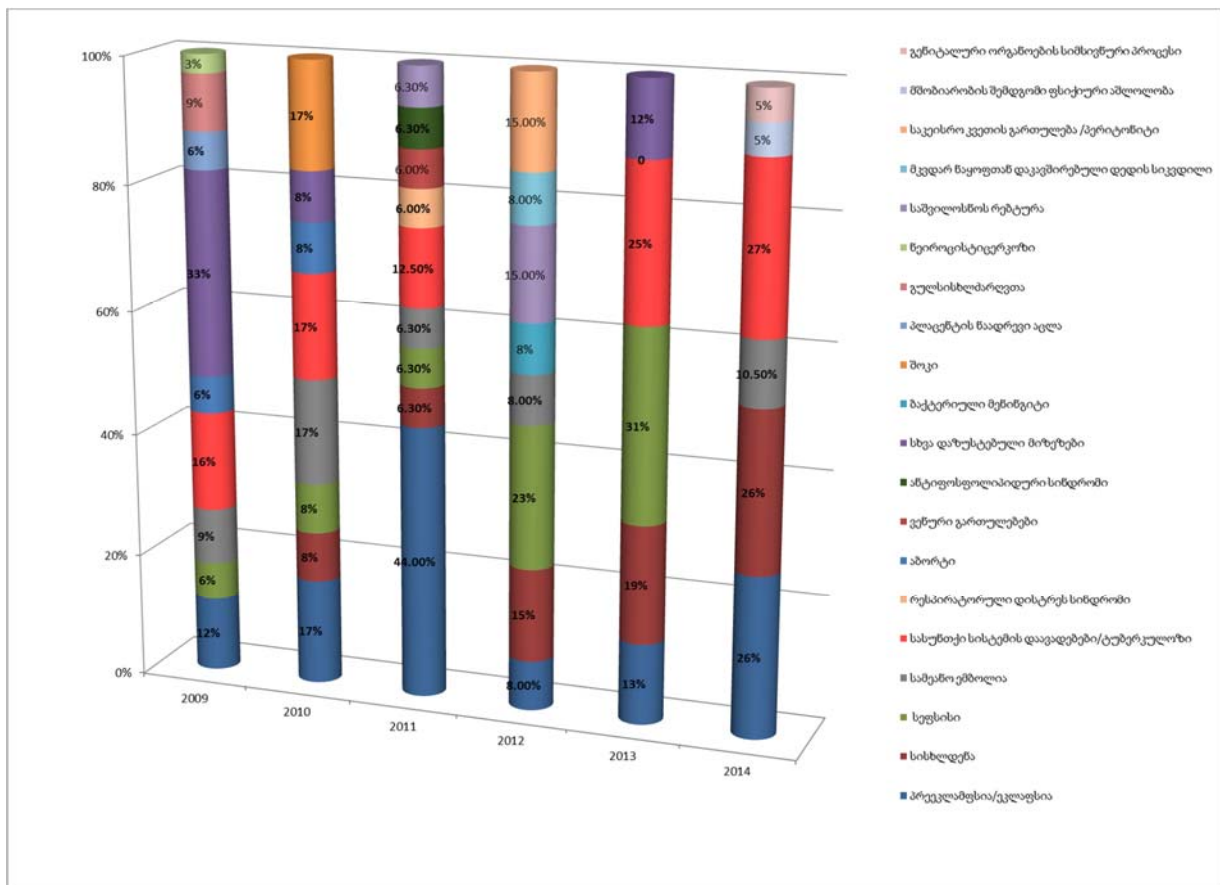
დედათა სიკვდილიანობის ერთერთი წამყვანი მიზეზია მელოგინეთა ინფექციები/სეფსისი. მისი წილი განსაკუთრებით გაიზარდა 2010 წელს, თუმცა 2011 წელს შემცირდა თითქმის 3-ჯერ. ასევე მაღალია სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილი. სასუნთქი სისტემის დაავადებები, რომლებიც ართულეზონ ორსულობას, მშობიარობას და ლოგინობის ხანას მიეკუთვნება არაპირდაპირ სამედიცინო მიზეზებს. სავარაუდოდ, ბოლო წლებში გრიპის ეპიდემიებმა გამოიწვია ამ ავადმყოფობათა წილის გაზრდა, თუმცა აღსანიშნავია 2011 წლის დადებითი ტენდენცია, კერძოდ, სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილი შემცირდა 4.5%-ით.

2011 წელს დედათა სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზთა შორის გამოიკვეთა ისეთი დაავადებები, რომლებიც მანამდე არ გვხვდებოდა; მაგალითად, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი (1 შემთხვევა), ვენური გართულებები (1 შემთხვევა) და რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (1 შემთხვევა).

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 წილი 5.5%-ით შემცირდა.

გრაფიკი 1. დედათა სიკვდილის მიზეზები 2009-2014, საქართველო



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

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

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

დედის ადრეული გარდაცვალების 19 შემთხვევიდან პირდაპირი³ სამეანო მიზეზით გარდაიცვალა 12 ქალი. მათ გარდაცვალების მიზეზებს შორის 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).

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.

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.

2014 წლის დედათა გარდაცვალების აქტიურმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ 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 სამეანო მიზეზით, როგორცაა სისხლდენა, პრეეკლამფსია/ეკლამფსია. პრეეკლამფსია მსოფლიოში დედათა სიკვდილობის 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. შემთხვევათა პირველი ორსულობა - 3-10%; ძირითადად გვხვდება შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებში <18 და >35 წელი; რისკ ფაქტორებს განეკუთვნება მრავალნაყოფიანი ორსულობა, გენეტიკური განწყობა, ჭარბი წონა - BMI >35კგ/მ² - 13%, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი და ა. შ (5)

2014 წელს პრეეკლამფსიით გარდაცვლილ დედათა მახასიათებლები ზუსტად იმეორებს ზემოთ მოცემულ აღწერილობას, კერძოდ, პრეეკლამფსიით გარდაიცვალენ დედები 33-38 კვირის გესტაციურ ვადაზე, მათი ასაკობრივი ჯგუფი იყო 18 წელზე ნაკლები და 35-ზე მეტი. ამასთან ერთ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მრავალნაყოფიანობასა 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 მოვლა 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 ინიცირება ანტენატალური მომსახურების რეგიონალიზაციის მიმართულებით, იმისათვის რომ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესდეს ანტენატალური მომსახურების ხარისხი და ორსულთა პატრონაჟი. სისხლდენა დედათა გარდაცვალების ერთერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს მსოფლიოში. დედათა ადრეულ, ასევე გვიან გარდაცვალებათა მიზეზებს შორის იგი ერთ-ერთი უპირატესია საქართველოშიც. როგორც კვლევამ აჩვენა მთავარ გამოწვევად სისხლის დანაკარგის ადეკვატური შეფასება რჩება. მაგალითად, ვერბალური აუტოფსიის შედეგმა აჩვენა, რომ ერთერთ რაიონულ საავადმყოფოში გარეორსულობის 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 ტრანსპორტირებისა 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 ტრანსპორტირების 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, როგორცია 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 გამომწვევი 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, რაც ასევე დასტურდება საქართველოში 2000, 2005 და 2010 წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებით.

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 გახდება შევავსოთ და ავღნიშნოთ, რომ საქართველომ ვერ შეძლო დასახული მიზნის მიღწევა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ქვეყანაში.

რეკომენდაციები

დედათა სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით ქვეყანამ საჭიროა განახორციელოს შემდეგი აქტივობები:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პოლიტიკის ქვეყნისათვის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტად დასახვა;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მიმართულებით ხანგრძლივ ვადიანი ინტერსექტორალური სტრატეგიისა და 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, პოსტდიპლომური მზადების და 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. პრევენციული, ეკლამფსია; როვნული პროტოკოლი,
http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=1201