

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტი

მარიამ ლუტიძე

დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა საქართველოში

დემოგრაფია და მოსახლეობის გეოგრაფია

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია დემოგრაფიისა და მოსახლეობის
გეოგრაფიის მიმართულების მაგისტრის აკადემიური ხარისხის
მოსაპოვებლად

ნაშრომის ხელმძღვანელი: ანზორ სახვაძე

ასოცირებული პროფესორი

თბილისი

2017

ანოტაცია

წინამდებარე ნაშრომის, „დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა საქართველოში“, მიზანია ერთ-ერთი იმ მწვავე დემოგრაფიული პრობლემის წარმოჩენა, რომელიც დღესაც საგრძნობლადაა გავრცელებული საქართველოში და აუცილებელ ყურადღებას საჭიროებს. აგრეთვე მისი მიზანია გამოკვეთოს განსახილველი საკითხის არსი, აჩვენოს თუ განვითარების რა ეტაპზეა ამ მხრივ საქართველო ახლა და როგორი მდგომარეობაა მსოფლიოში.

სამწუხაროდ, ყოველდღიურად ასობით და ათასობით ქალი და ჩვილი (0-დან 1 წლამდე ასაკის ბავშვი) იღუპება მსოფლიოში სხვადასხვა მიზეზის გამო, იქნება ეს ეკონომიკური, პოლიტიკური, სოციალური თუ სხვა. დემოგრაფიის შესწავლის ობიექტს წარმოადგენს ზოგადად მოსახლეობა. ეს არის ცოცხალი ორგანიზმი, სადაც ვითარდება მნიშვნელოვანი დემოგრაფიული მოვლენები და პროცესები. ხოლო ნაშრომის კვლევის ობიექტია მოსახლეობის გარკვეული სეგმენტი, კერძოდ, ის ქალები, რომლებიც გარდაიცვალნენ ორსულობასთან დაკავშირებული პრობლემებით ან მშობიარობის დროს წარმოქმნილი გართულებებით. ასევე ჩვილები, რომლებიც 1 წლის ასაკის მიღწევამდე გარდაიცვალნენ სხვადასხვა მიზეზით.

ნაშრომის ამოცანაა შეძლებისდაგვარად აღწეროს დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის დინამიკა საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში და აჩვენოს მისი სპეციფიკა საქართველოში. ხოლო არსებული ვითარებიდან გამომდინარე დასახოს პრობლემის გადაჭრისა და შემსუბუქების გზები. ხაზი გაუსვას იმ ძირითად ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ვითარების ჩამოყალიბებაზე. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში, მხოლოდ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ეგიდით ტარდება დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის გამოკვლევები (ისიც მხოლოდ ბოლო პერიოდში), რომლებიც საკითხს მხოლოდ ჯანდაცვის კუთხით ამუქებს, ამიტომაც ჩვენი ნაშრომის ძირითად მიზანს პრობლემის დემოგრაფიული ანალიზი წარმოადგენს, რადგან დედებისა და ჩვილების სიკვდილი ყოველთვის ჯანმრთელობის მდგომარეობით ან სამედიცინო დაწესებულების მომსახურების დაბალი

ხარისხით არ არის გამოწვეული. მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორების, პოლიტიკური და სოციალური მდგომარეობის, ეკოლოგიისა და ცხოვრების წესის გავლენა.

ნაშრომში განხილულია საანალიზო საკითხის არსი, მისი მაჩვენებლები და მათი გამოთვლის გზები. ჩატარებული ბიომეტრიული ანალიზი კი საშუალებას იძლევა განვსაზღვროთ ჩვილთა მოკვდაობის მიზეზთა განაწილება გარეგან (ეგზოგენურ) და შინაგან (ენდოგენურ) ფაქტორებზე დამოკიდებულების მიხედვით.

Mariam Ghutidze

Maternal and infant mortality in Georgia

Abstract

The following paper deals with one of the burning problem of *Maternal and infant mortality in Georgia*, that is still significantly widespread in Georgia, requiring an urgent attention. It also aims to reveal the essence of the issue, at what level of development Georgia is and what is the situation in the world.

Unfortunately, hundreds and thousands of women and babies (a child the age of 0 to 1) die every day in the world for various reasons, whether it is economic, political, social or other. Generally, the object of the demographic study is the population. This is a living organism where develops significant demographic processes. While researching the thesis, there is a certain segment of the population, in particular, women who died of pregnancy problems or complications arising during childbirth as well as infants who have died before the age of 1 for various reasons.

The paper aims to describe the dynamics of maternal and infant mortality over a long period of time and show its specifics in Georgia and determine the ways of solving and mitigating the problem, emphasizing the key factors influencing the situation.

The maternal and infant mortality studies are the subject only to Disease Control and Prevention National Center (and only recently) up to present, highlighting the issue only to health perspective, that's why our purpose is the demographic analysis of the problem as maternal and infant mortality is always caused by health condition or low quality of medical institution services. The impact of environmental factors, political and social conditions, ecology and lifestyle is important.

The essence of issue, its indicators and the ways of calculation are discussed in the paper. Conducted biometric analysis allows us to determine the distribution of the causes of maternal and infant mortality according to independence of external (exogenous) and the internal (endogenous) factors.

შინაარსი

შესავალი	6
თავი 1: დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის არსი	8
1.1. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა - საკითხის პრობლემატიკა და აქტუალობა	8
1.2. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის არსი და მაჩვენებლები	12
1.3. საქართველოში არსებული ჩვილთა მოკვდაობის ისტორიულ-ეთნოგრაფიული და სამედიცინო-დემოგრაფიული წყაროების მიმოხილვა საქართველოში	21
თავი 2: ჩვილთა მოკვდაობა გარდაცვალების მიზეზების მიხედვით	31
2.1. ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული ანალიზი	31
2.2. დედათა სივდილიანობის გამომწვევი მიზეზები და ტენდენციები საქართველოში	41
2.3. ჩვილთა მოკვდაობის ტენდენციები და მიზეზები საქართველოში	51
თავი 3: დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირებისთვის	59
3.1. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირების პერსპექტივები.	59
დასკვნა	61
ბიბლიოგრაფია.....	64
დანართი.....	67

შესავალი

მსოფლიო მასშტაბით არსებულ უამრავ პრობლემათა შორის, ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე, დემოგრაფიული პრობლემაა. მოსახლეობის კვლავწარმოებასთან დაკავშირებული გამოწვევები ყველა ქვეყნისთვის ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს და განსხვავდება ერთმანეთისგან. ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა, რომელიც ზოგიერთი ქვეყნისთვის დიდ ტკივილს წარმოადგენს, განსაკუთრებით კი ისეთი მცირერიცხოვანი ერებისთვის, როგორც საქართველოა. მოკვდაობის განხილვა შობადობისგან დამოუკიდებლად შეუძლებელია. მართალია, დიდ რიცხვთა კანონიდან გამომდინარე, რაც უფრო მაღალია შობადობა, მით მეტი იქნება მოკვდაობაც, მაგრამ რა ხდება მაშინ, როცა შობადობა არც ისე მაღალია, ხოლო მოკვდაობა არც ისე დაბალი? განსაკუთრებით კი დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა? თუ ჩვილებზე ვისაუბრებთ, ისინი სწორედ ის პოტენციალია ქვეყნისთვის, რომელთა შენარჩუნებით, გარკვეული წლების განმავლობაში, შესაძლოა მოსახლეობის სასურველი რაოდენობის მიღწევა. რაც შეეხება დედების სიცოცხლის შენარჩუნებას, ისინი უმთავრეს როლს თამაშობენ გამრავლების საკითხში.

ნაშრომის მიზანი, პირველ რიგში, ვითარების გაცნობაში მდგომარეობს. სამწუხაროდ, ამჟამად, დემოგრაფები ნაკლებად მუშაობენ აღნიშნულ საკითხზე. საკმაოდ მწირია გამოკვლევები, რომლების საქართველოში არსებულ მდგომარეობას ახასიათებს, ხოლო რომელიც არსებობს, ისინიც ძირითადად ჯანდაცვის კუთხით შუქდება და მათ მთავარ მიმართულებას სწორედ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებაზე ზრუნვა წარმოადგენს. თუმცა, როგორც ცნობილია, დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა მხოლოდ ჯანმრთელობის მდგომარეობით არ არის გამოწვეული. აუცილებელია პრობლემის ფართო ჭრილში დანახვა და გაანალიზება. ფაქტობრივად, 1935 წლიდან 21-ე საუკუნის დასაწყისამდე, მთელი საქართველოს მასშტაბით ჩატარებული ერთიანი კვლევა არ გვაქვს ჩვილთა მოკვდაობის საკითხებზე. 1935 წელს ა. ჯიჯაძის ავტორობით გამოიცა წიგნი „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“. რა თქმა უნდა, მასალა ძლიერ მოძველებულია, მაგრამ რეტროსპექტული თვალსაზრით

ღირებულება არ დაუკარგავს და სწორედ ამ კუთხით შეიძლება მისი გამოყენება. სამწუხაროდ, თანამედროვე მდგომარეობის ამსახველი კვლევების რაოდენობა მწირია. რაც შეეხება დედათა მოკვდაობას, აღნიშნულთან მიმართებით 2000-იანი წლებიდან იწყება კვლევების ჩატარება. ჯანდაცვის მიერ იყო ორგანიზებული პერინატალური და ეპიდკვლევები. 2005 წელს ჩატარდა „ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში“, რომელმაც იმ პერიოდისთვის სასარგებლო ინფორმაცია მოგვაწოდა.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე და იმის დამატებით, რომ დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა არაპირდაპირ ახასიათებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს, გვიხასიათებს ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხს, იგი მეტად აქტუალური საკითხია. სწორედ ამიტომ დაიმსახურა მან ჩვენი ყურადღება. ქვემოთ მოცემულ ნაშრომში საკითხი გაანალიზებულია ანტიკური პერიოდიდან მოყოლებული თანამედროვეობამდე. თუმცა, რა თქმა უნდა, სათანადო მასალების უკმარობის გამო, საკითხი სრულად ამოწურული არ არის და გარკვეულ კითხვის ნიშნებს ტოვებს. ძირითადი აქცენტი გაკეთებულია ბოლო პერიოდის (2000 წლებიდან შემდეგ) საქართველოს მდგომარეობაზე. მას შემდეგ, რაც ქვეყანაში შეიქმნა შედარებით სტაბილურობის განცდა, ეს აისახა განსახილველი საკითხის დამახასიათებელ მაჩვენებლებზეც, რომლებმაც შემცირება დაიწყო. როგორც ცნობილია, პოლიტიკური სტაბილურობა, ასევე ცხოვრების დონის გაუმჯობესება, ჰიგიენურ-სანიტარული ნორმების მოწესრიგება და ა.შ. დადებითად მოქმედებს დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირებაზე. ჩვენი ნაშრომის მთვარი მიზანი, გარდა პროგრამის აღწერილობისა, გახლავთ იმ ზოგადი ტენდენციების წარმოჩენა, რაც განაპირობებს მოკვდაობის არსებულ დონეს და შეძლებისდაგვარად, შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება.

„მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არის ქალთა და ბავშვთა ფუნდამენტური უფლება და არა პრივილეგია“ (ჰორტონი რ, პამეფი ჯ., 2014). ჩვენი მიზანიც, სწორედ ამ უფლების რეალიზაციის მიღწევაა.

თავი 1: დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის არსი

1.1. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა - საკითხის პრობლემატიკა და აქტუალობა

თანამედროვე მსოფლიო მრავალი პრობლემისა და გამოწვევის წინაშე დგას. კონტინენტის სხვადასხვა მხარეში ფიქრობენ თუ როგორ გადაჭრან თითოეული მათგანი. დემოგრაფიული საკითხები კი განსაკუთრებით მწვავეა ბოლო ათწლეულების განმავლობაში. თუ გავითვალისწინებთ მოსახლეობის სწრაფი ზრდის ტენდენციებს, სასურსათო მომარაგებას, სიღარიბეს და აქედან გამოწვეულ მოკვდაობას, გასაკვირი არ არის, რომ დღის წესრიგში დადგა მთელი რიგი პრობლემების გადაჭრის გზების ძიება. სხვა მრავალთან ერთად, დღესდღეისობით აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის საკითხი. ზოგადად, დემოგრაფიის, როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბებაც სწორედ მოკვდაობის პრობლემების შესწავლით დაიწყო და მას აქტუალობა დღემდე არ დაუკარგავს.

დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის საკითხს შეისწავლის თითქმის ყველა ქვეყანა, აღრიცხვას აწარმოებენ სტატისტიკის სამსახურები, მრავალი საერთაშორისო ორგანიზაცია გამოყოფებს ფონდებს აღნიშნული პრობლემის მოსაწესრიგებლად. 1 წლამდე ასაკის ბავშვების გარდაცვალების რისკი ძალიან მაღალია. მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის ინფორმაციით, ყოველწლიურად 5 წლამდე ასაკის ბავშვების გარდაცვალებათა 45%, მოდის სწორედ 0-დან 1 წლამდე ასაკის ბავშვებზე. ხოლო გარდაცვალებათა $\frac{3}{4}$ დგება სიცოცხლის პირველ კვირაში.¹ რაც შეეხება დედებს, ყოველდღიურად დაახლოებით 830 ქალი კვდება ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული პრობლემებით. დედათა გარდაცვალების 99%, ისევე როგორც ჩვილთა მოკვდაობის უმეტესი შემთხვევები განვითარებად ქვეყნებზე მოდის.² სწორედ ეს სტატისტიკა განაპირობებს საკითხის

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

აქტუალურობას. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა პირდაპირ კავშირშია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებასთან და მისი დონის ერთ-ერთ საზომს წარმოადგენს.

საკითხის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მსოფლიოს სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაცია ცდილობს პრობლემის მოწესრიგებას და მათ გარკვეულ ჩარჩოებში მოქცევას. სხვადასხვა ქვეყანებში მიმდინარე დემოგრაფიული პროცესები დაკავშირებულია ერთმანეთთან, რაც განაპირობებს მათი კომპლექსური და პროფესიონალური შესწავლის აუცილებლობას. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ, 2000 წელს შეიმუშავა და ჩამოაყალიბა ათასწლეულის განვითარების მიზნები (Millennium Development Goals), სადაც საუბარია უმწვავესი პრობლემების აღმოფხვრაზე (სიღარიბისა და შიმშილის დაძლევა, დაწყებით განათლებაზე ხელმისაწვდომობა, გენდერული თანასწორობა და ქალთა უფლებების დაცვა, ბავშვთა მოკვდაობის შემცირება, დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, აივ ინფექციის, მალარიის და სხვა ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა, გარემოს მდგრადი განვითარების უზრუნველყოფა, გლობალური ურთიერთობების განვითარება). როგორც ვხედავთ, მსოფლიოს წინაშე მდგარი ძირითადი გამოწვევებიდან ორი უმნიშვნელოვანესი საკითხი (დედათა და ჩვილთა სიცოცხლის შენარჩუნების საკითხი) დემოგრაფიულია.³

2015 წლის 25 სექტემბერს, მსოფლიოს სახელმწიფოთა ლიდერები შეიკრიბნენ მდგრადი განვითარების სამიტზე ნიუ იორკში (აშშ) და შეთანხმდნენ მსოფლიოს განვითარების ახალი დღის წესრიგის - მდგრადი განვითარების მიზნების (SDGs) შესახებ. განვითარების ახალი დღის წესრიგი მოიცავს 17 გლობალურ მიზანს, რომლებმაც უნდა განსაზღვრონ მსოფლიოს განვითარების პრიორიტეტები 15 წლის მანძილზე, 2016 წლიდან 2030 წლამდე. მდგრადი განვითარების მიზნებმა ჩაანაცვლეს ათასწლეულის განვითარების მიზნები.⁴ ახალი მიზნების მე-3 მიზანი არის „ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა“, რომელიც დემოგრაფიულ და ჯანდაცვის საკითხებს, კერძოდ კი დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის საკითხს აერთიანებს. მიუხედავად იმ პროგრესისა, რაც 2000

³ http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html

⁴ <http://www.ge.undp.org/content/georgia/ka/home/post-2015.html>

წლიდან დღემდე განიცადა მსოფლიომ, აღნიშნული თემები ისევ პრიორიტეტულ და აქტუალურ პრობლემად რჩება, ისევ ასობით ქალი იღუპება ყოველდღიურად მშობიარობის დროს და ბავშვის დაბადების შემდგომი პერიოდის გართულებებით. ჩვილები სხვადასხვა ასაკში, სხვადასხვა მიზეზით იღუპებიან, იქნება ეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული თუ სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემებით გამოწვეული (მაგალითად, შიმშილი) მიზეზები.⁵

მე-20 საუკუნის 80-იან წლებში, ჩვილთა მოკვდაობის მაჩვენებელი განსხვავდებოდა ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონის მიხედვით. განვითარებულ ქვეყნებში მისი სიდიდე 10%-ზე ნაკლები იყო, ხოლო აზიისა და აფრიკის რიგ ქვეყნებში (ლაოსი, პაკისტანი, ომანი, ეთიოპია, ჩადი და სხვა) აღემატებოდა 100%-ეს.⁶ განსხვავებულობის მხრივ სიტუაცია დიდად არც ახლანდელ პერიოდში შეცვლილა.

რაც შეეხება საქართველოს, თუ თვალს გადავავლებთ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებს ბოლო 15 წლის განმავლობაში, ვნახავთ, რომ შობადობა იზრდება (2001 წელს შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი იყო 10,9‰ (47 589 ცოცხლად დაბადებული), ხოლო 2016 წელს - 15,2‰ (56 569 ცოცხლად დაბადებული). იზრდება მოკვდაობის ზოგადი კოეფიციენტიც. თუ 2011 წელს ის 10,5‰-ს შეადგენდა (46 218 გარდაცვალება), უკვე 2016 წელს მან 13,2‰ შეადგინა (50 771 გარდაცვალება). მოკვდაობის ზოგადი კოეფიციენტის ზრდის მიუხედავად ამავე პერიოდში ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი მცირდება და 2007 წელს არსებული 13,3‰-ეს ნაცვლად 2016 წელს მან 9,0‰ შეადგინა.⁷

კონკრეტულად დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირების თვალსაზრისითაც შეინიშნება პროგრესი, თუმცა მისი მაჩვენებლები ჯერ კიდევ საგრძნობლად განსხვავდება ევროპის განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებლებისგან. საქართველო ერთგვარ პარადოქსს წარმოადგენს, იგი თავისი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონით განვითარებადი ქვეყანაა, თუმცა დემოგრაფიულად ის იმეორებს ბევრი განვითარებული ქვეყნის ტოლ მაჩვენებლებს. საქართველოში არსებული სიტუაცია ემთხვევა დემოგრაფიულად

⁵ <http://www.ge.undp.org/content/georgia/ka/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>

⁶ დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი; თბ. 2012, გვ. 170.

⁷ http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo

განვითარებული ქვეყნებისთვის დამახასიათებელ დემოგრაფიულ სურათს (დაბალი შობადობა, დემოგრაფიული დაბერება, ხანდაზმულთა მაღალი ხვედრითი წილი). თუმცა ჩვილთა და დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი ნამდვილად განვითარებადი ქვეყნებისთვის დამახასიათებელია. რაც შეეხება დედათა მოკვდაობას, საქმე უფრო რთულადაა. საქართველოსთვის დედათა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად რჩება. ბოლო 6 წლის განმავლობაში, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მატების ტენდენციას ინარჩუნებს. 2010 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე 14,9 შეადგინა, ხოლო 2014 წელს ეს მაჩვენებელი გახდა 31.1 ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე,⁸ რაც სახარბიელო ნამდვილად არ არის.

იმ მიზეზების გამო, რაზეც ზემოთ ვისაუბრეთ, მიგვაჩნია, რომ აუცილებელია პრობლემის სიღრმისეული შესწავლა და ანალიზი. თუ სახელმწიფოს დაგეგმილი აქვს დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავება სხვადასხვა საკითხებთან დაკავშირებით, აუცილებელია პირველ რიგში ფლობდეს ინფორმაციას თავისი ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობის, შემადგენლობის, სქესობრივი და სხვა სტრუქტურების შესახებ. განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც დემოგრაფიული კრიზისია, ერი, ფაქტობრივად დაბერებულია, აუცილებელია ყველა იმ ახალშობილის მაქსიმალურად შენარჩუნება, რომლებიც ჩვენს ქვეყანაში არსებული დაბალი შობადობის პირობებში, ისედაც მცირე რაოდენობით იბადებიან. ერის უწყვეტობის პირობა დედათა და ჩვილთა ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის შენარჩუნებაზე გადის. ამიტომაც ავირჩიეთ სამაგისტრო თემად აღნიშნული საკითხის შესწავლა, რათა გამოვავლინოთ მასზე მოქმედი ფაქტორები, მათი მოქმედების მექანიზმი და აქედან გამომდინარე დავსახოთ მათი გამოსწორების გზები.

⁸http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%94%E1%83%9E%E1%83%98%E1%83%93%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%202014_e9b1a930-a408-4498-b221-4f1830b7109b.pdf

1.2. დედათა და ჩვილთა მოკვდავობის არსი და მაჩვენებლები

დედათა და ჩვილთა მოკვდავობის საკითხი ორი მეცნიერების, დემოგრაფიისა და მედიცინის ზღვარზე გადის. ფაქტია, რომ ორივე დისციპლინა დიდი გულისყურითა და ინტერესით იკვლევს აღნიშნულს. ნაშრომში მოყვანილი მონაცემები სწორედ ამ ორი დარგის მასალებს ეყრდნობა. მართალია, წამყვანი ხასიათი სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის, დემოგრაფიის განყოფილების მონაცემებს აქვს, მაგრამ შეუძლებელია უყურადღებოდ დავტოვოთ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემები, რომლებიც ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს. არის შემთხვევები, როდესაც ორი მომწოდებლის ინფორმაცია ერთმანეთს არ ემთხვევა. შესაძლოა ამის მიზეზი მეთოდოლოგიურ მიდგომებსა და განსხვავებებში უნდა ვეძებოთ. მაგრამ აუცილებელია მონაცემების დასტაბილურება და გასწორება, მით უფრო, როდესაც მუდმივად ხდება ინფორმაციის გაცვლა და ერთი წყარო ეყრდნობა მეორეს. არ უნდა გამოვიწვიოთ დაბნეულობა არც ადგილობრივი მეცნიერების და დაინტერესებული პირებისა და არც საერთაშორისო ორგანიზაციების.

ამა თუ იმ ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია, ჩვილთა მოკვდავობის დონეა. ჩვილთა მოკვდაობა ესაა ბავშვთა გარდაცვალება სიცოცხლის პირველ წელს (0-12 თვე). იგი მნიშვნელოვნად სჭარბობს მომდევნო ასაკობრივი ჯგუფების მოკვდავობას გარდა ხანდაზმული და მოხუცებულობის ასაკისა. ჩვილთა მოკვდავობა წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებელს, რომელიც ახასიათებს მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას. ამ მაჩვენებლის შემცირება ხელს უწყობს მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდას.⁹ მის შესახებ მონაცემების შეგროვება ხდება ყოველწლიურად, გარდაცვალების მიზეზების მიხედვით.¹⁰

ჩვილთა მოკვდავობის შესახებ მონაცემებს აგროვებს საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, რომელიც, თავის მხრივ, ინფორმაციას იღებს სახელმწიფო

⁹ დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი; თბილისი 2012, გვ. 169.

¹⁰ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 26.

სერვისების განვითარების სააგენტოდან. ჩვილთა გარდაცვალების შესახებ ინფორმაციის მიღება ხდება არა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებებიდან, არამედ თვითმმართველობის ადგილობრივი ერთეულებიდანაც¹¹, რადგანაც არის შემთხვევები, როდესაც მშობიარობა ხდება სახლში და, შესაბამისად, ამ დროს სტატისტიკის სამსახურს ინფორმაციას აწვდიან თვითმმართველი ორგანოები და არა სამედიცინო დაწესებულებები.

მონაცემებს ჩვილთა გარდაცვალების შესახებ, ასევე, აგროვებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ყოველწლიური და ყოველთვიური ანგარიშგების ფორმების საშუალებით, იგი აგრეგირებულ მონაცემებს იღებს სამედიცინო დაწესებულებებიდან. ცენტრი ასევე აგროვებს ინფორმაციას ჩვილთა გარდაცვალების შემთხვევების შესახებ დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის (EIDSS) საშუალებით, სადაც ინფორმაციას ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები აგზავნიან.¹²

ჩვილთა მოკვდაობის ყველაზე მარტივი მახასიათებელია წლის განმავლობაში 0-დან 1 წლამდე ასაკში გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხვი, რომელიც თავისი არსით ჩვილთა მოკვდაობის ექსტენსივობის მაჩვენებელია. ამიტომაც ჩვილთა მოკვდაობის აბსოლუტური სიდიდე, შესადარისობის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, არ გამოდგება. რის გამოც, დემოგრაფიასა და მოსახლეობის სტატისტიკაში ფართოდ გამოიყენება ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი.

მოკვდაობის ასაკობრივ კოეფიციენტებს შორის ერთ-ერთია ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი, რომლითაც იზომება ერთ წლამდე ასაკში მყოფი ბავშვების მოკვდაობის ინტენსივობა. სანამ უშუალოდ მაჩვენებლების განხილვაზე გადავიდოდეთ, უპრიანია შევხებით თავად ტერმინის წარმოშობას. საბჭოთა კავშირში აღნიშნული მაჩვენებელი ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტად იწოდებოდა. ისტორიული კონტექსტიდან გამომდინარე, მე-20 საუკუნის საქართველოს საბჭოთა კავშირისგან დამოუკიდებლად

¹¹ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 26.

¹² პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 26.

განხილვა უსამართლოა. იგივე ტერმინი გამოიყენებოდა ჩვენ ქვეყანაშიც. ქართულ ენაზე ტერმინი „ჩვილთა მოკვდაობა“ პირველად შემოიტანა, დემოგრაფმა, ანზორ სახვაძემ, რომელმაც ჯერ კიდევ 1990 წელს ჟურნალ „ეკონომისტი“ გამოაქვეყნა სტატია, წორედ ამ ტერმინის შემოღების აუცილებლობის შესახებ. მეცნიერი განმარტავს, რომ ბავშვთა ასაკში იგულისხმება 0-14 წლამდე პერიოდი. მისი თქმით, თუ არ მოხდებოდა ტერმინის დავიწროვება და 0-1 წლამდე ასაკის გარდაცვალებათა მაჩვენებელს არ დაერქმეოდა „ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი“, ამას შეიძლება გამოეწვია ასაკობრივი ჯგუფების აღრევა. ბავშვთა მოკვდაობაში ეგულისხმათ არა მხოლოდ 0-1 წლამდე გარდაცვლილები, არამედ 0-14 წლამდე გარდაცვლილებიც. საქართველოში ზოგიერთი ავტორის მიერ იყო მცდელობა, დაემკვიდრებინათ ტერმინი „ყრმათა მოკვდაობა“, თუმცა ამ მცდელობამ ფეხი ვერ მოიკიდა. გამოიცა ნაშრომი „სოციოლოგიისა და დემოგრაფიის პრობლემები II“, რომელსაც დამატებად დართული ჰქონდა რუსულ-ქართული ლექსიკონი „დემოგრაფიული ტერმინოლოგია“, სადაც “Младенческая смертность” განმარტებული იყო, როგორც „ყრმათა მოკვდაობა“.¹³ 1988 წლის მარტში, საბჭოთა კავშირის სტატისტიკის სახელმწიფო კომიტეტის სამეცნიერო მეთოდოლოგიური საბჭოს სოციალური სტატისტიკის სექციამ დაამტკიცა ძირითად დემოგრაფიულ ტერმინთა სისტემა და მაჩვენებელთა სახელწოდებები, სადაც არ იყო ნახსენები „ბავშვთა მოკვდაობის მაჩვენებელი“. ეს კი იმის ნიშანი იყო, რომ იგი ამოიღეს სტატისტიკური პუბლიკაციებიდან. მას შემდეგ გამოიყენება ტერმინი „ჩვილთა მოკვდაობა“,¹⁴ რომელიც სრულიად სამართლიანად ეწოდა ზემოთ ხსენებულ კოეფიციენტს.

კიდევ ერთი განსხვავება ჩვილთა მოკვდაობასთან დაკავშირებით, რაც იმ პერიოდის მსოფლიოსა და საბჭოთა კავშირს შორის არსებობდა, ესაა ცოცხლადდაბადების პირობების განსხვავებული აღიარება. შესაბამისად ამ პერიოდის მონაცემები შესაძლოა რეალურად ვერც ასახავდეს არსებულ სურათს. კერძოდ, 1996 წლამდე, რუსეთის, მანამდე კი საბჭოთა კავშირის სტატისტიკაში ცოცხლად დაბადებულად ითვლებოდა 28 კვირისა და მეტი ხნის ფეხმძიმობის შემდეგ დაბადებული ბავშვი, რომელის წონაც დაბადებისას 1000 გრამი და

¹³ სოციოლოგიისა და დემოგრაფიის პრობლემები, II, დემოგრაფიული ტერმინოლოგია, 1984, გვ. 306.

¹⁴ სახვაძე ა. „ერთი დემოგრაფიული მაჩვენებლის დასაზუსტებლად“, ჟურნალი „ეკონომისტი“; 1990 წ.

მეტი იყო (ან თუ წონა უცნობი იყო, სხეულის სიგრძე 35 სმ და მეტი უნდა ყოფილიყო და გაჩენის შემდეგ თუნდაც ერთხელ დამოუკიდებლად ამოესუნთქა). ფეხმძიმობის აღნიშნულ ვადაზე ადრე გაჩენილი ან 1000 გრამზე ნაკლები წონის დაბადებული ბავშვები ცოცხლადდაბადებულად მხოლოდ მაშინ ითვლებოდნენ, თუკი მათ 7 დღე-ღამეზე მეტი იცოცხლეს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილი ცოცხლადდაბადებულობის კრიტერიუმები კი სხვაგვარი იყო. მათ მიხედვით, ბავშვი ცოცხლადდაბადებულად ითვლებოდა, თუკი გაჩენის შემდეგ (ფეხმძიმობის ვადის მიუხედავად) იგი სუნთქავდა ან ავლენდა სიცოცხლის სხვა ნიშნებს, ისეთებს, როგორცაა ჭიპის ჰულსაცია, ან კუნთების თავისუფალი მოძრაობა.¹⁵

მოკვდაობის სხვა მაჩვენებლებს შორის, ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი გამოირჩევა, როგორც თავისი სიდიდით, ასევე გაანგარიშების მეთოდით და თავისი სოციალური მნიშვნელობით.¹⁶ მეორე დემოგრაფიულ მაჩვენებლთან, მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობასთან ერთად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი წარმოადგენს მოსახლეობის ცხოვრების პირობებისა და კულტურული დონის უმნიშვნელოვანეს მახასიათებელს.

ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის გაანგარიშების მეთოდები განსხვავდება ყველა სხვა ასაკობრივი კოეფიციენტების გაანგარიშების მეთოდისგან. რადგანაც სიცოცხლის პირველ წელს ჩვილთა საშუალო წლიური რიცხოვნობის გამოთვლა სირთულეს წარმოადგენს, ამიტომ ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტების ნაცვლად ანგარიშობენ პირველი წლის განმავლობაში გარდაცვალების ალბათობას, ე.ი. ერთ წლამდე ბავშვების გარდაცვალების შემთხვევათა არა მათ საშუალო წლიურ რიცხოვნობასთან, არამედ დაბადებულთა მთლიან რიცხვთან შეფარდებით. საწყისი ინფორმაციის ხასიათისა და გაანგარიშების სიზუსტისადმი მოთხოვნის მიხედვით ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის გაანგარიშების ძირითადად სამი ხერხი გამოიყენება.

¹⁵ ვ.ა. ბორისოვი, რუსულიდან თარგმნა ანზორ სახვაძემ, თბ. 2001, გვ. 359.

¹⁶ ვ.ა. ბორისოვი, რუსულიდან თარგმნა ანზორ სახვაძემ, თბ. 2001, გვ. 352.

1) რადგანაც საანგარიშო „t“ წელს ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვლილი ბავშვები ეკუთვნიან დაბადებულთა ორ მომიჯნავე თაობას (მათი ნაწილი დაიბადა იმავე „t“ წელს, რომელშიც ისინი გარდაიცვალნენ, ხოლო მეორე - წინა „t-1“ წელს), ამიტომ თუ კი გვაქვს მონაცემები ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვლილი ბავშვების თავიანთი დაბადების წლის მიხედვით განაწილების შესახებ, მაშინ 0 წლის ასაკში გარდაცვლილი ბავშვების თითოეული ერთობლიობა შეეფარდება შესაბამისი წლის დაბადებულთა რიცხვს. გაანგარიშება ხდება შემდეგი ფორმულით:

$$m_0^t = \left[\frac{M_0^t}{N^t} + \frac{M_0^{t-1}}{N^{t-1}} \right] \times 1000$$

სადაც m_0^t - ჩვილთა მოკვდავობის კოეფიციენტი საანგარიშო „t“ წელს; M_0^t და M_0^{t-1} - ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვლილი ბავშვების რიცხვი „t“ და წინა „t-1“ წელს დაბადებული ბავშვებიდან; N^t და N^{t-1} - დაბადებულთა რიცხვი შესაბამისად საანგარიშო „t“ და წინა „t-1“ წელს.¹⁷

ამ ფორმულის გამოყენებისთვის აუცილებელია მონაცემები ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვლილი ბავშვების დაბადებულთა თაობების მიხედვით განაწილების შესახებ. ეს ხერხი იმ შემთხვევაში გამოიყენება, როცა საჭიროა ჩვილთა მოკვდაობის განსაკუთრებით ზუსტი მაჩვენებლები ათწილადებში მძიმის შემდეგ რამდენიმე ნიშნით. ეს აუცილებლობა კი წარმოიშობა მოკვდაობის ცხრილების აგებისას.¹⁸

2) გარდაცვლილთა თაობების მიხედვით განაწილების შესახებ მონაცემების არ არსებობის შემთხვევაში კი შეგვიძლია გამოვიყენოთ ჩვილთა მოკვდაობის დონის მიახლოებითი შეფასების მეთოდი, რომელიც 1920-იანი წლების დასაწყისში შემოიტანა გერმანელმა დემოგრაფმა და მათემატიკოსმა იოჰანეს რატსმა.

¹⁷ ვ.ა. ბორისოვი, რუსულიდან თარგმნა ანზორ სახვაძემ, თბ. 2001, გვ. 355.

¹⁸ ვ.ა. ბორისოვი, რუსულიდან თარგმნა ანზორ სახვაძემ, თბ. 2001, გვ. 355.

$$m_0^t = \frac{M^t}{2/3N^t + 1/3N^{t-1}} \times 1000$$

სადაც ყველა პირობითი აღნიშვნა იგივეა, რაც წინა ფორმულაში.

3) ხშირად გამოიყენებენ ასევე უხემ მეთოდად წოდებულ, მარტივ ფორმულას. ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის ამ ხერხით გამოთვლა მაშინაა გამართლებული, როდესაც სრულდება რამდენიმე პირობა. ესენია: შობადობის დონის მუდმივობა ორ მომიჯნავე წელს, რომელთაგანაც ერთი საანგარიშო წელია, ე.ი. ის რომლის მიხედვითაც განისაზღვრა ჩვილთა მოკვდაობის დონე, ხოლო მეორე - მისი წინა წელი. ამ მეთოდის გამოყენებისას საკმარისია საანგარიშო „1“ წელს „0“ წლის ასაკში გარდაცვლილი ბავშვების რიცხვი უბრალოდ გავყოთ იმავე წელს დაბადებულთა რიცხვზე. მაგრამ თუ შობადობის დონეები მომიჯნავე წლებში არსებითად განსხვავდება, მაშინ უმჯობესია გამოვიყენოთ რატსის ფორმულა.¹⁹ ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის უხეში მეთოდით გამოსაანგარისებელი ფორმულა კი შემდეგნაირად გამოისახება:

$$m_0^t = \frac{M_0^T}{N^t} \times 1000$$

აღნიშნულ ფორმულაშიც ყველა პირობითი აღნიშვნა ცნობილია.

სამედიცინო დემოგრაფიასა და სტატისტიკაში ჩვილთა, ანუ 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობაში განასხვავებენ სამ ძირითად პერიოდს. ესენია: პერინატალური, ნეონატალური და პოსტნეონატალური პერიოდები.

პერინატალური პერიოდის მოკვდაობა ესაა ნაყოფთა ან ჩვილთა მოკვდაობა ორსულობის 28 კვირიდან დაწყებული ახალდაბადებულის სიცოცხლის მეშვიდე დღემდე (0-6 დღე). პერინატალური პერიოდის მოკვდაობა თავის თავში მოიცავს მკვდრადშობადობასა და ადრეულ ნეონატალურ მოკვდაობას.²⁰

¹⁹ ვ.ა. ბორისოვი, რუსულიდან თარგმნა ანზორ სახვაძემ, თბ. 2001, გვ. 356.
²⁰ დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი, თბილისი 2012, გვ. 175.

ნეონატალური პერიოდის მოკვდაობა მოიცავს ჩვილთა მოკვდაობას ბავშვის დაბადების მომენტიდან სიცოცხლის 28-ე დღემდე. ის იყოფა ადრეულ და გვიან ნეონატალურ მოკვდაობად. ადრეული ნეონატალური პერიოდის მოკვდაობა გულისხმობს ჩვილთა გარდაცვალების შემთხვევებს დაბადების მომენტიდან სიცოცხლის პირველ კვირაში. ხოლო გვიანი - ჩვილთა მოკვდაობას სიცოცხლის 2-4 კვირის განმავლობაში.²¹

პოსტნეონატალური პერიოდის მოკვდაობა კი არის გარდაცვალება სიცოცხლის 28-ე დღიდან ერთ წლამდე ასაკში. ²²

ჩვილთა მოკვდაობის სიდიდეზე გავლენას ახდენს გარდაცვალებათა სხვადასხვა მიზეზები და ფაქტორები. დემოგრაფიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩვილთა მოკვდაობის დიფერენცირებულ შესწავლას. ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზები თავის მხრივ, შეიძლება იყოს, როგორც ეგზოგენური, ასევე ენდოგენური. ეგზოგენური, ანუ გარეგანი ფაქტორები, რომლებიც ძირითადად პოსტნეონატალურ პერიოდში ფიქსირდება , შეიძლება იყოს უბედური შემთხვევები და ინფექციები. ხოლო ენდოგენური, ანუ შინაგანი ფაქტორები ძირითადად ნეონატალურ პერიოდში იჩენს თავს და მას მიეკუთვნება თანდაყოლილი ანომალიები და ა.შ.

რაც შეეხება დედათა მოკვდაობას, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით, „დედათა მოკვდაობა გულისხმობს ქალის სიკვდილს ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, დაკავშირებულს ან გამოწვეულს ორსულობასა ან მის მართვასთან, მაგრამ არაა დაკავშირებული უბედურ შემთხვევასთან ან სხვა მიზეზებთან, რომელიც არ არის ასოცირებული ორსულობასთან“. ICD-10 განმარტავს ასევე დედათა გვიან სიკვდილს, როგორც „დედის სიკვდილი პირდაპირი ან არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით ორსულობის შეწყვეტიდან 43 დღიდან 365 დღემდე“.²³

დედათა მოკვდაობა შესაძლებელია განპირობებული იყოს შემდეგი მიზეზებით: პირდაპირი სამეანო მიზეზები, არაპირდაპირი სამეანო მიზეზები და ორსულობასთან

²¹ დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი, თბილისი 2012, გვ. 175.

²² დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი, თბილისი 2012, გვ. 176.

²³ http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/account_2def1b4a-7df1-42a1-8d21-f2c5d355aafe.pdf

ასოცირებული სიკვდილის შემთხვევები. ICD-10-ის მიხედვით დედათა სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი არის „დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამედიცინო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.“ ეს შეიძლება მოხდეს სამედიცინო ჩარევების, სამედიცინო შეცდომების, არასწორი მკურნალობის ან მთელი რიგი პრობლემების ჯაჭვით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ნებისმიერ ზემოთ ჩამოთვლილს. „არაპირდაპირი სიკვდილი“ განიმარტება, როგორც „გამოწვეული ნებისმიერი დაავადებით, რომელიც შეიძლება არსებობდა ორსულობის პერიოდში ან განვითარდა ორსულობისას, მაგრამ არ არის გამოწვეული სამედიცინო მიზეზებით ან ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით“.²⁴

დედათა მოკვდავობა იანგარიშება, როგორც ფეხმძიმობის, მშობიარობის ან მშობიარობის შემდგომი 42 დღის დღის განმავლობაში გარდაცვლილი ქალების რიცხვი ყოველ 100 000 ცოცხლადდაბადებულზე. ზოგჯერ მას ანგარიშობენ 1000 ან 10000 დაბადებულზე, ან დაბადებულთა საერთო რიცხვზე (ცოცხლადდაბადებულებს დამატებული მკვდრადდაბადებულები). ასევე შეიძლება იანგარიშებოდეს რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 100 000 ქალზე გაანგარიშებით.

საქართველოში დედათა სიკვდილის კლასიფიცირება ხდება ჯმო-ის (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) მეშვეობით. ამჟამად, სულ არსებობს დაავადებათა 21 ძირითადი კლასი, რომელთაგანაც მე-15 არის „ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა“, რომელშიც სწორედ დედათა გარდაცვალებების შემთხვევები იგულისხმება.²⁵

დედათა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემთა შეგროვება, ჩვილთა მოკვდაობის მსგავსად, ხდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ. ასევე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (MMEIG) მიერ;

²⁴ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 36.

²⁵ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

ამასთანავე არსებობს შესწავლასთან დაკავშირებული კვლევებიც. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის (GERAMOS-2008) და დედათა სიკვდილიანობის კვლევა (MMS-2011)²⁶, რომლებიც მნიშვნელოვანია დედათა მოკვდაობის ტენდენციების გამოსავლენად.

რაც შეეხება სტატისტიკური აღრიცხვის მოწესრიგებისთვის საჭირო რეგულაციებს სახელმწიფოს მხრიდან, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, 2013 წელს შემუშავდა მკვდრადშობადობის, დედათა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების სასწრაფო შეტყობინების სისტემა, რომლის საფუძველზეც დედათა და ჩვილთა სიკვდილის თითოეული შემთხვევა ექვემდებარება შეტყობინებას 24 საათის ვადაში, ხოლო სამედიცინო დოკუმენტაცია სამინისტროში წარდგენილი უნდა იყოს 5 სამუშაო დღის ვადაში. სამედიცინო დაწესებულება, თავის მხრივ, ახდენს დედის გარდაცვალების სერთიფიცირებას და სერტიფიკატი იგზავნება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში. ეს უკანასკნელი ინფორმაციას აგროვებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით, როგორც სამედიცინო დაწესებულებებიდან, ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან (იმ შემთხვევების გათვალისწინების გამო, როცა მშობიარობა სამედიცინო დაწესებულებაში არ ხდება). სწორედ აღნიშნული საფეხურების გავლის შემდეგ გადაეცემა ინფორმაცია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურს.

დედათა და ჩვილთა გარდაცვალების ტენდენციებზე საქართველოში, შემდეგ თავებში ვისაუბრებთ.

²⁶ http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/ეპიდკვლევის%20შედეგები%202014_e9b1a930-a408-4498-b221-4f1830b7109b.pdf

1.3. საქართველოში არსებული ჩვილთა მოკვდაობის ისტორიულ-ეთნოგრაფიული და სამედიცინო-დემოგრაფიული წყაროების მიმოხილვა საქართველოში

ჩვილთა სიკვდილიანობის შესახებ ცნობები საქართველოს ისტორიაში უძველესი დროიდან მოიპოვება. მონაცემები ეყრდნობა არქეოლოგიურ, ეთნოგრაფიულ და სხვა ისტორიულ წყაროებს. მათი გაანალიზება გვაძლევს შესაძლებლობას, მეტ-ნაკლები სიზუსტით ვისაუბროთ თუ როგორი მდგომარეობა იყო ჩვილთა მოკვდაობის თვალსაზრისით ადრინდელ პერიოდში. ანტიკური ხანის საქართველოში, როგორც ა. კახიძე და რ. სურმანიძე წერენ სტატიაში „ბავშვთა სიკვდილიანობა ანტიკური ხანის საქართველოში“²⁷, მაშინ ჩვილთა გარდაცვალებათა შემთხვევები გავრცელებული ყოფილა. დაკრძალვის წესი კი მსგავსი იყო ბერძნული ტრადიციისა, რომელიც სწორედ ამ უკანასკნელთ შემოუტანიათ კოლხეთში. ეს გახლდათ ახალშობილთა ამფორაში დაკრძალვის წესი (6 თვის ასაკამდე გარდაცვლილების), რომელსაც ადგილი ჰქონდა ციხისძირში, ფიჭვნარსა და ბიჭვინთაში. სწორედ ამ სამარხებზე დაკვირვებით და შემდგომ მათი რაოდენობის განსაზღვრითაა შესაძლებელი დავადგინოთ თუ ჩვილთა მოკვდაობის როგორი ტენდენციები იყო დაახლოებით იმ პერიოდის საქართველოში. 1983-1987 წლებში აღმოჩენილია 314 სამარხი, მათ შორის ამფორასამარხები.²⁸ ციხისძირის სამაროვანზე აღმოჩენილია გვიან-არქაული, ელინისტური და გვიანანტიკური-ადრეფეოდალური ხანის ამფორა სამარხები. სულ 29 და მათგან დიდი ნაწილი, 21 სამარხი, ამფორასამარხი გვიანარქაული ხანისაა (ძვ. წ. VI ს-ის ბოლო V ს-ის დამდეგი).²⁹ აღნიშნულ მასალაზე და ზემოთ მოხსენიებულ მეცნიერებზე დაყრდნობით, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ამ პერიოდისთვის კოლხეთში ახალშობილთა სიკვდილიანობა მაღალი იყო. შემდეგ პერიოდებში კი შეინიშნება მისი კლება. დარჩენილი სამარხები გვიანანტიკურ, ადრეფეოდალურ ხანას მიეკუთვნება. მიუხედავად ყველაფრისა, საქართველოს მთელ

²⁷ „ბავშვთა სიკვდილიანობა ანტიკური ხანის საქართველოში“, ჟურნალი „საბჭოთა მედიცინა“, 1989, №2, გვ. 63

²⁸ ამფორა - ძველ საბერძნეთსა და რომში თიხის ვიწროყელიანი ორყურა დიდი ჭურჭელი ღვინის, ზეთის და სხვა სითხის შესანახად (იხ: <http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=3&t=3267>)

²⁹ „ბავშვთა სიკვდილიანობა ანტიკური ხანის საქართველოში“, ჟურნალი „საბჭოთა მედიცინა“, 1989, №2, გვ. 64

ტერიტორიაზე მსგავსი ტიპის სამარხები აღმოჩენილი არაა, ამიტომ რთულია ვისაუბროთ იმაზე, თუ როგორი მდგომარეობა იყო მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ მუცლის მოშლისა და სეპტიკური მოვლენების განვითარების შედეგად დედა და ნაყოფი ერთად უნდა დაკრძალულიყო. ნაპოვნია შესაბამისი სამარხებიც.³⁰

მეტად საინტერესო ფაქტები გამოავლინა ფიჭვნარის სამაროვანის გათხრებმა. გათხრების მიხედვით ჩანს, რომ აქ ახალშობილთა ამფორაში დაკრძალვის რიტუალი პირველ ხანებში თვით ელინურ წრეებში იყო გავრცელებული. ფიჭვნარის ელინისტური ხანის სამაროვანზე შესწავლილია 156 სამარხი და რამდენიმე საადაპო³¹ მოედანი. მათ შორის ამფორასამარხი ერთადერთია. დადგინდა, რომ ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალი იყო და დაახლოებით 0,6%-ს შეადგენდა.³²

ამფორასამარხები აღმოჩენილია საქართველოს ზღვისპირეთის გვიანანტიკური და ადრეფეოდალური ხანის ცნობილი ციხე-ქალაქის და კულტურულ-რელიგიური ცენტრის „დიდი პიტუნტის“-ბიჭვინთის გათხრებისას.³³

საქართველოს ზღვისპირა ზოლში აღმოჩენილი უახლესი ნივთიერი კულტურის ძეგლების მიხედვით ჩანს, რომ ჩვილი ბავშვის ამფორაში დაკრძალვის წესი პირველ ხანებში გავრცელებული იყო, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, თვით ელინურ წრეებს შორის. ადრეელინისტური ხანიდან ეს რიტუალი დამახასიათებელია კოლხური მოსახლეობისთვის. ჩვილთა მოკვდავობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია გვიანარქაული (ძვ. წ. VI ს. ბოლო Vს-ის დამდეგი) და გვიანანტიკური ხანისთვის (ჩვ. წ. ა. I-VI სს). ძუძუთა ბავშვების სიკვდილიანობის შემთხვევები დადასტურებულია კლასიკური და ელინისტური ეპოქებისათვის (ძვ.წ. V-IIIსს). ასეთივე სურათი შეინიშნება ჩრდილო შავიზღვისპირეთის მაგალითზე.³⁴

³⁰ „ბავშვთა სიკვდილიანობა ანტიკური ხანის საქართველოში“, ჟურნალი „საბჭოთა მედიცინა“, 1989, №2, გვ. 65

³¹ ალაპი - იგივეა, რაც ქელეხი (იხ: <http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=14&t=19144>)

³² იქვე, გვ. 65.

³³ იქვე, გვ. 65.

³⁴ იქვე, გვ. 65.

არქეოლოგიურ ძეგლებზე დაყრდნობით, შეგვიძლია ზოგადი წარმოდგენა შევიქმნათ ჩვილთა მოკვდაობის ტენდენციებზე ანტიკური ხანის საქართველოში. გარდა ამისა, ძალზედ საინტერესოა ეთნოგრაფიული და ისტორიული წყაროები, რომლებიც ადასტურებს ჩვილების სხვადასხვა მიზეზებით მოკვდინების ფაქტებს, რომელთაგანაც აღსანიშნავია სამი ძირითადი მიზეზი: 1. უკანონოდ შობილი ჩვილების (ახალშობილების) მკვლელობა; 2. სქესის სელექციის გამო ჩვილების მკვლელობა და 3. ჩვილების ცოცხლად დამარხვის გზით მათი მკვლელობა.³⁵ მკვლელის როლში კი ძირითადად დედები გვევლინებოდნენ. აღნიშნულ ფაქტებს შეიძლება დიდი გავლენა მოეხდინა დემოგრაფიული სურათის ცვლილებაში. განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

„ქართული ფეოდალური საოჯახო სამართლის“ მიხედვით, მრუშობა „საქალე“ დანაშაულად გამოცხადდა, რის გამოც დანაშაულის შედეგად გაჩენილი პრობლემის „მოგვარება“ ქალის მოვალეობად განისაზღვრა.³⁶ სწორედ ამიტომ ბავშვის მკვლელობას ქალი ახორციელებდა. მაშინ ზნეობრიობის დაცვა უფრო პრიორიტეტული იყო ვიდრე უკანონოდშობილი შვილის სიცოცხლე. შედეგად კი, როგორც წყაროები გვეუბნება, ქართულ ჩვეულებით სამართალში ბუშის მკვლელობა მხოლოდ ზნეობრივ დანაშაულად აღიქმებოდა და არა ცალკე ჩადენილ დანაშაულად. იურისტების კომპეტენციაში ვერ ჩავერევით, მაგრამ შესაძლოა ჩვილთა მკვლელობის წინააღმდეგ უფრო მკაცრი ზომების მიღების შემთხვევაში, ბევრი ხევსური ბავშვის სიცოცხლე გადარჩენილიყო (რადგანაც მსგავსი ფაქტები სწორედ ხევსურეთში შეინიშნებოდა). ანალოგიურად ხდებოდა „გაბიჭიანების“ (როცა ერთი გვარის ქალ–ვაჟს გაუჩნდებოდათ ნაბიჭვარი; გაუპატიურების ფაქტი) შემთხვევაშიც. ამ დროს აუცილებელი იყო შედეგი, დაორსულება და შვილის დაბადება. თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ საქართველოს მთაში გავრცელებული იყო წაწლობა–სწორფერობის ტრადიცია, რომელიც არც თუ იშვიათად ირღვეოდა (მიუხედავად აკრძალვისა), მას შედეგად სწორედ ჩვილთა მკვლელობები მოჰყვებოდა ხოლმე.

³⁵ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 39.

³⁶ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 40.

ეთნოგრაფიული და ისტორიული ძეგლები არ ინახავს ინფორმაციას თუ როგორი ვითარება იყო მთელი საქართველოს მასშტაბით ჩვილთა სიკვდილიანობის თვალსაზრისით. თუმცა სვანეთში დადასტურებულია ჩვილთა მოკვლის ჩვეულება სქესის სელექციის გამო. რაც შეეხება ოსეთს, აქ განურჩევლად სქესისა, მატერიალური უსახსრობის გამო ხოცავდნენ თურმე ჩვილებს.³⁷ დავუბრუნდეთ სვანეთის მაგალითს, რომელიც მეტად ყურადსაღებია. მკვლელობის ფაქტებს საკმაოდ მრავალფეროვანი სარჩული ჰქონდათ, დაწყებული მატერიალურით და კულტურულით დასრულებული. აღსანიშნავია კოვალევსკის მიერ გამოვლენილი მიზეზები. იმ პერიოდისთვის გავრცელებული ყოფილა თავადების მიერ გლეხის შვილების გაყიდვა. მშობლებს კი ერჩივნათ თავად მოეკლათ საკუთარი შვილი, ვიდრე თავადი გაყიდდა მას. შესაბამისად, მათი აზრით, რა აზრი ჰქონდა ქალიშვილების გაზრდას, თუკი მაინც უნდა გაეყიდათ ისინი. ეკონომიკური ფონი, როგორც წესი, ერთგვარად განაპირობებდა ცხოვრების სტილის ფორმირებას. სწორედ ეკონომიკური სიდუხჭირის გამოა, რომ აღნიშნული ფაქტის ერთ-ერთ მიზეზად, სვანების მიერ მოსახლეობის რიცხოვნობის ხელოვნური შემცირება სახელდება. ეს არის იმის დასტური, თუ როგორ მოქმედებს ეკონომიკური მდგომარეობა ჩვილთა მოკვდაობაზე. ქალი ოჯახისთვის მატერიალური ზარალის მომტანად ითვებოდა, რადგან მას სჭირდებოდა მზითვი. გვარის გამგრძელებელიც მამაკაცი იყო და არა ქალი. მთის ხალხზე საუბრისას ვერ გავუქცევით ტრადიციებსა და რწმენა-წარმოდგენებს. მაგალითად, სვანებს სწამდათ, რომ თუ ახალდაბადებულ ქალს მოკლავდნენ, შემდეგ ღმერთი მათ ვაჟს მისცემდა. დემოგრაფიული თვალსაზრისით, სქესის სელექციის მიზნით ჩადენილი მკვლელობები (აბორტებიც), უდიდეს გავლენას ახდენს დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე და, რა თქმა უნდა, მოსახლეობის ბუნებრივ მოძრაობაზეც. სვანეთში არსებული მდგომარეობა კი ნეგატიურ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ფორმირებაზე. ზემოთ აღნიშნული ჩვეულების არსებობამ გავლენა მოახდინა სვანეთის მოსახლეობის რაოდენობაზეც. 1897 წელს საქართველოში ჩატარებული აღწერის მიხედვით, რომელმაც მოსახლეობის მთელი რიგი სტრუქტურები გამოავლინა, მათ შორის, სქესობრივი თანაფარდობებიც გამოავლინა, დადგინდა, რომ

³⁷ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 42.

ქვეყანაში იყო მამაკაცების სიჭარბე (53,3%) ქალების რიცხვთან შედარებით (46,7%).³⁸ ამის მიზეზად მიიჩნეოდა ქალების სიკვდილიანობა და ზოგადად „ქალის არათანაბარი სოციალურ–უფლებრივი მდგომარეობა საზოგადოებასა და ოჯახში“.³⁹ ამათგან, ჩვენთვის ეს უკანასკნელი დებულება უფრო მისაღებია. რაც შეეხება ქალთა სიკვდილიანობას, ბუნებრივი კანონზომიერებიდან გამომდინარე, ზოგადად, ზრდასრულ ასაკში უფრო მეტი მამაკაცი იღუპება, ვიდრე ქალი, ამიტომ სასურველია, მოხდეს იმ მიზეზების შესწავლა თუ რატომ კვდებოდა უფრო მეტი ქალი. რადგან ჩვილთა მოკვლა სქესობრივი სელექციის მიზნით მხოლოდ სვანეთშია დადასტურებული, უფლება არ გვაქვს ვიფიქროთ, რომ მხოლოდ ეს მიზეზი განაპირობებდა მთელი საქართველოს მასშტაბით მამაკაცთა სიჭარბეს, მაგრამ რეგიონულ დონეზე, რა თქმა უნდა, გარკვეულ გავლენას ახდენდა. „ცნობილია, რომ სწორედ ამ სასტიკი ჩვეულების არსებობას მიაწერდნენ სვანეთში XIX საუკუნეში ქალთა მცირე რაოდენობას, რამაც, საბოლოო ჯამში ცოლთა წაგვრის დანაშაულის განსაკუთრებული გავრცელება გამოიწვია“ (მათიაშვილი მ. 2015წ.), რაც გულისხმობდა უკვე გათხოვილი ქალის, სხვისი ცოლის მოტაცების ტრადიციას. შეუძლებელია აღნიშნულს არ დავეთანხმოთ, რადგანაც დემოგრაფიული ვითარება და პრობლემები ხშირად ხდება სხვა, უფრო მასშტაბური და საშიში დანაშაულების საფუძველი. სწორედ ამიტომ არის აუცილებელი მათი დასაწყისშივე გაანალიზება და თუ შესაძლებელია აღმოფხვრაც. კონკრეტულად ჩვილთა მოკვდავობაზე თუ ვისაუბრებთ, ეს არის ის გენოფონდი, რომელმაც შემდგომ წლებში უნდა მოახერხოს თაობათა უწყვეტობის გაგრძელება და ზოგადად, ერის შენარჩუნება. როგორც ვიცით, ქალების როლი გამრავლების საკითხში ფასდაუდებელია. თუ კი ბალანსი დაირღვევა და მეტ–ნაკლებად ქალებისა და მამაკაცების რიცხვი არ გათანაბრდება, ამან შეიძლება კრიტიკულ შედეგებამდე მიგვიყვანოს. ქალების სიმცირის გამო ბევრი მამაკაცი დარჩება პარტნიორის გარეშე, რაც გარდაუვლად აისახება შობადობაზე.

ერთ–ერთ დემოგრაფიულ საკითხს ეხმიანება სამეგრელოში ჩადენილი ჩვილთა მკვლევლობები (ჩვილის ცოცხლად დამარხვა). არ. ლამბერტის ცნობით, ერთ–ერთი მიზეზი

³⁸ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 44.

³⁹ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 44.

ამ გაუგონარი დანაშაულისა, გახლდათ ქვრივების მიერ წინა ქორწინებიდან დარჩენილი შვილის მოცილება.⁴⁰ ადგილობრივი მმართველი ამ საკითხს არ აგვარებდა და მიზეზად ბავშვების აღრიცხვის არარსებობას ასახელებდა.⁴¹ მართლაც, რომ ყოფილიყო მოწესრიგებული სააღრიცხვო სისტემა, ინფორმაციის სრულყოფის თვალსაზრისით და შემდგომ სასჯელის დაკისრებით, შესაძლოა ქალებს უარი ეთქვათ საკუთარი შვილის მოკვლაზე. არაფერს ვამბობთ კულტურასა და ტრადიციებზე. სამეგრელოში, ორივე მათგანი ფაქტობრივად ჩვილთა მკვლელობის სტიმულატორად გვევლინება. განათლების დონეზე საუბარი კი ამ კონტექსტში ყოველგვარ საღ აზრს მოკლებულია.

საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში არსებული ჩვეულებებით ჩვილთა მოკვდინება თითქმის ყველგან იყო გავრცელებული და დასჯას არ ექვემდებარებოდა. არავის უფიქრია თუ რა შედეგი შეიძლებოდა მოჰყოლოდა აღნიშნულს. მართალია, ვერ ვიტყვით რომ მხოლოდ ეს უკანასკნელი ახდენდა გავლენას მოსახლეობის ფორმირებასა და სტრუქტურაზე, მაგრამ შეიძლება სწორედ ამ და სხვა მსგავსი უმეცრების შედეგად შემცირდა საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა კრიტიკულამდე მე-18-19 საუკუნეებში და დაახლოებით ნახევარ მილიონს გაუტოლდა, რასაც თან დაერთო უმძიმესი სოციალურ – ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობა.

მე-19 საუკუნის ბოლოსა და მე-20 საუკუნის დასაწყისში, მოკვდაობის რეგისტრაცია შედარებით გამოსწორდა, რამაც საშუალება მისცა იმ პერიოდის მკვლევარებს შეესწავლათ ჩვილთა მოკვდაობა. ამ მხრივ, აღსანიშნავია ა. ჯიჯაძის შრომა „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“. ავტორი ძირითადად ეყრდნობა ქალაქის მოსახლეობის მონაცემებს. რაც შეეხება სოფლის მოსახლეობას, იქ არ იყო მოწესრიგებული აღრიცხვის სისტემა და ამიტომ ვერ შეძლო გაენაალიზებინა. თუმცა იგი იქვე დასძენს, რომ თბილისის, ქუთაისის, ბათუმისა და სოხუმის გარდა, სხვა ქალაქებისგან დიდად არ განსხვავდებოდა სოფლის მოსახლეობა და შეიძლებოდა მოგვეხდინა შედეგების განზოგადება.

⁴⁰ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ: 47.

⁴¹ მათიაშვილი მ. „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, 2015, №2, გვ. 46.

იმ პერიოდის აღრიცხვის სისტემაში, მიუხედავად იმისა, რომ იყო შესაბამისი გრაფა ბავშვთა დედ-მამის სოციალური მდგომარეობის აღსანიშნავად, მას არ ავსებდნენ და შესაბამისად არც ანუშავებდნენ ინფორმაციას თუ როგორი სოციალური მდგომარეობის მშობლების შვილები კვდებოდნენ. იმ პერიოდის სტატისტიკა ჩვილთა მოკვდაობას ანგარიშობდა ყოველ 100 დაბადებულ ბავშვზე.

ცხრილი 1.

ჩვილთა სიკვდილიანობა 1 წლამდე ასაკში, მე-19-20 საუკუნის საქართველოში⁴²

წლები	1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1914	1915-1919	1925-1929
ჩვილთა გარდაცვალების რიცხვი ყოველ 100 დაბადებულზე	12.9	12.9	12.2	12.4	13.4	10.5

ცხრილიდან ჩანს, რომ გასაბჭოების პერიოდიდან იწყება ჩვილთა მოკვდავობის მაჩვენებლის შემცირება. რთული სათქმელია რითი იყო განპირობებული აღნიშნული ფაქტი, მართლაც ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებით, რაზეც ავტორი საუბრობს და რაც საბჭოთა კავშირის შექმნას შეიძლება მიეწეროს, თუ ამას უბრალოდ პოლიტიკური სისტემის პროპაგანდა ედო საფუძვლად.

თვალი მივადევნოთ ჩვილთა სიკვდილიანობას სქესის მიხედვით იმავე წლებში.

ცხრილი 2.

ჩვილთა სიკვდილიანობა 1 წლამდე ასაკში სქესის მიხედვით, მე-19-20 საუკუნის საქართველოში⁴³

წლები	1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1914	1915-1919	1925-1929
ბიჭები (ბიჭების გარდაცვალებათა რიცხვი ყოველ 100 დაბადებულზე)	13.3	13.6	12.8	12.9	14.4	11.1
გოგონები (გოგონების გარდაცვალებათ რიცხვი ყოველ 100 დაბადებულზე)	12.4	11.7	11.6	11.8	12.3	9.7

⁴² ა. ჯიჯაძე, „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“, თბ. 1935, გვ. 66.

⁴³ ა. ჯიჯაძე, „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“, თბ. 1935, გვ. 68.

როგორც ცხრილი 2 გვიჩვენებს, იმ პერიოდის საქართველოშიც, ისევე როგორც, ზოგადად, ყველგან და ყოველთვის, 0-დან 1 წლამდე ასაკში მყოფი გოგონების გარდაცვალებათა რიცხვი შედარებით უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე ბიჭების.

თანამედროვე საქართველოში, როგორც წესი, არ არის ინფორმაცია ჩვილთა გარდაცვალების შესახებ, ეთნიკურ ჭრილში. მე-20 საუკუნის დასაწყისში კი, ამ კუთხით, ვითარება შეემდეგნაირი გახლდათ:

ცხრილი 3.

ჩვილთა მოკვდავობა 1 წლამდე ასაკში ეროვნების მიხედვით⁴⁴

წლები	ეროვნება			
	ქართველი	სომეხი	რუსი	სულ
1900-1904	10.2	14.1	16.5	12.9
1905-1909	10	12.4	15	12.2
1910-1914	10.4	12.8	16.6	12.4
1915-1919	11.3	13.5	22.1	13.4
1925-1929	9.5	9.9	10.7	10.5

ცხრილი 3-ის მიხედვით ირკვევა, რომ ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჩვილების გარდაცვალებისა იყო რუსი ეროვნების მოსახლეობაში, რომელსაც მოსდევდა სომხები და ბოლოს ქართველები. ჯიჯაძე ამ ფაქტს მიგრაციით ხსნის და ამბობს, რომ რუსებში და სომხებში ჩვილთა მოკვდაობის მაღალი მაჩვენებელი განპირობებულია იმით, რომ საქართველოში ღარიბი, ღატაკი და უმუშევარი გლეხები ჩამოდიოდნენ. მათი სოციალური მდგომარეობა არ იყო ქართველების მსგავსი და სწორედ ეს განსაზღვრავდა შესაბამის მაჩვენებლებს. იმ დროს საქართველოში შედარებით უკეთესი სოციალური პირობების მქონე ხალხი ცხოვრობდა, რადგან ვინც ქვეყანაში რჩებოდა და რუსეთში ან სხვაგან მიგრაციაში არ

⁴⁴ ა. ჯიჯაძე, „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“, თბ. 1935, გვ. 69.

მიდიოდა, მათ შედარებით უკეთესი ცხოვრების პირობები ჰქონდათ. ამასთან, ამ განსხვავებულობის მიზეზებს შორის, ავტორი გამორიცხავს გენეტიკურ ფაქტორს. მართალია, ბატონი ა. ჯიჯაძის მსჯელობა, უდავოდ, ლოგიკურია და შეიძლება აღნიშნული მიგრაციული პროცესები გავლენას ახდენდა ჩვილთა მოკვდაობაზე, მაგრამ გასათვალისწინებელია ასევე ბიოლოგიურ-გენეტიკური ფაქტორები და ადაპტაციის უნარი.

საინტერესო იქნება გავაანალიზოთ თუ რა იყო ძირითადად ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზები ადრინდელ პერიოდში. ესენი იყო გადაძვლები სნეულებები, ბავშვთა ინფექციები, მალარია, ნერვული სისტემის დაავადებები და ა.შ. ყველაზე ხშირად, გარდაცვალების მიზეზი ხდებოდა თანდაყოლილი სისუსტეები და განვითარებული მანკები და კუჭ-ნაწლავის დაავადებები. გარდაცვალება კი ძირითადად ხდებოდა პოსტნეონატალურ პერიოდში (დაბადებიდან 28 დღის შემდეგ), რაც ცოტა არ იყოს და გასაკვირია, რადგან ვიცით, რომ პოსტნეონატალურ პერიოდში გარდაცვალების მიზეზი ძირითადად ეგზოგენური ფაქტორებითაა გამოწვეული და სოციალურ-ეკონომიკურ ხასიათს ატარებს. თუმცა, როგორც ირკვევა, გასული საუკუნის დასაწყისში, საქართველოში, პოსტნეონატალურ პერიოდში ენდოგენური მიზეზებითაც ბევრი ბავშვი კვდებოდა. 1895 წლიდან 1914 წლამდე პერიოდში, მონაცემები თითქმის არ შეცვლილა, ხოლო 1925 წლიდან, მათ გარკვეულ პროგრესს მიაღწიეს და ფაქტობრივად ენდოგენური მიზეზებით გარდაცვლილების წილი, როგორც ნეონატალურ, ასევე პოსტნეონატალურ პერიოდშიც საგრძნობლად შემცირდა (1895 წელს კუჭ-ნაწლავის დაავადებებით 1 თვემდე ასაკში გარდაიცვალა 2,8 ბავშვი 1000 ცოცხალ დაბადებულზე, ხოლო 1 წლამდე – 41,7 ბავშვი. იგივე მაჩვენებელი 1925 წელს 1 თვის ასაკში იყო – 2,8 ხოლო 1 წლამდე ასაკში – 21,2).⁴⁵ თუმცა ეს არ შეხება გარდაცვალების ყველა მიზეზს. მაგალითად, თანდაყოლილი სისუსტეებით გარდაცვლილთა წილი იგივე დარჩა, გაიზარდა სასუნთქი ორგანოების დაავადებებით გარდაცვლილთა რიცხვი, რაც შეიძლება ჯანდაცვის განუვითარებლობას მივაწეროთ.

საინტერესოა, თუ როგორი იყო ჩვილთა გარდაცვალების ტენდენციები სეზონურად, წელიწადის თვეების მიხედვით. მე-20 საუკუნის დასაწყისში გარდაცვალების ძირითადი

⁴⁵ ა. ჯიჯაძე, „მოზაობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“, თბ., 1935, გვ. 70.

თვეები გახლდათ მარტი და აგვისტო, ე.ი. გაზაფხული და ზაფხული. რაც შეეხება აპრილს, ამ თვეს დიდი იყო სასუნთქი გზების დაავადებების გავრცელება, ხოლო აგვისტოში – კუჭ-ნაწლავის დაავადებების. ამის მიზეზი კი გახლდათ როგორც სამედიცინო მოუმზადებლობა, ასევე მშობლების მხრიდან პრობლემების არ ცოდნა, სანიტარული განათლების არქონა, ბავშვის მოვლის დარგში ჰიგიენური ჩვევების არქონდა⁴⁶ და ა.შ.

საბჭოთა საქართველოში, სხვადასხვა რეგიონში, განსხვავებული ღონისძიებები ტარდებოდა დედათა და ჩვილთა სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. მაგალითად, 1921-24 წლებში, აფხაზეთში ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატთან ჩამოყალიბდა დედათა და ბავშვთა განყოფილება გაიხსნა ჩვილ ბავშვთა სახლი, ბავშვთა კაბინეტი, პედიატრიული საწოლები, საბავშვო ბაგები და ბაღები.⁴⁷ სამწუხაროდ, რა ხდებოდა სხვა რეგიონებში ამაზე ინფორმაცია არ გვაქვს.

ა. ჯიჯაძე მიიჩნევდა, რომ ბრძოლა სოციალ-კულტურული პრობლემების წინააღმდეგ და განათლების დონის ასამაღლებლად, ფაქტობრივად არის ბრძოლა ბავშვთა სიკვდილიანობის წინააღმდეგ. ეს დებულება დღემდე აქტუალურია და დედათა და ჩვილთა სიკვდილიანობის წინააღმდეგ ბრძოლის მთავარ მიმართულებას წარმოადგენს.

⁴⁶ ა. ჯიჯაძე, „შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენში“, თბ. 1935, გვ. 72.

⁴⁷ ჯანგველაძე მ. „ბავშვთა სიკვდილიანობის წინააღმდეგ ბრძოლა აფხაზეთის ავტონომიურ რესპუბლიკაში“, საბჭოთა მედიცინა, 1989 წ, №4, გვ. 56.

თავი 2: ჩვილთა მოკვდაობა გარდაცვალების მიზეზების მიხედვით

2.1. ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული ანალიზი

ჩვილთა, ანუ 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა, ერთ-ერთი ყველაზე ნაკლებად შესწავლილი დემოგრაფიული პრობლემაა საქართველოში. მისი შესწავლის და გაანალიზების აუცილებლობა განსაკუთრებით კარგად ჩანს ისეთ მცირერიცხოვან ერებში, როგორც ჩვენ ვართ. მით უფრო მაშინ, როცა ქვეყანაში არც შობადობის ინტენსივობის მაჩვენებელი არ არი მაღალი და ამიტომაც ჩვილთა მოკვდაობის დონის შემცირება მოსახლეობის კვლავწარმოების არსებული ტიპის შენარჩუნების ერთგვარ რეზერვსაც კი წარმოადგენს.

უაღრესად საინტერესოა, ამ მხრივ, რა რეზერვებზეა საუბარი საქართველოში. იმისთვის, რომ მდგომარეობა ნათლად დავინახოთ, აუცილებელია თვალი მივადევნოთ ჩვილთა მოკვდაობის მაჩვენებლის (კოეფიციენტის) დინამიკას. მაგალითად, 2016 წელს, საქართველოში 1 წლამდე ასაკის 507 ჩვილი გარდაიცვალა, რაც კოეფიციენტის სახით 9‰-ს ტოლია.⁴⁸ განვიხილოთ იგივე მაჩვენებელი მსოფლიო კონტექსტში. ჩვილთა გარდაცვალებათა რიცხვი ყველაზე დაბალი არის მონაკოში - 1,8‰, მას მოსდევს იაპონია - 2‰. რაც შეეხება ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს ამ მხრივ ლიდერობს ავღანეთი, 112‰.⁴⁹ საინტერესოა, რა შედეგი გვექნებოდა საქართველოში ჩვილთა მოკვდაობის დონე მონაკოს ან იაპონიის მსგავსი რომ ყოფილიყო? მაგალითად განვიხილოთ მონაკო. მართალია, მოსახლეობის რაოდენობით და ქვეყნის ტერიტორიის ფართობით საგრძნობი განსხვავებაა, ასევე ცხოვრების წესითა და სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობითაც, მაგრამ რახან ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი სწორედ ზემოთ ხსენებულ ქვეყანაშია, საჭიროდ მივიჩნით შედარება ამ კუთხით გაგვეხორციელება. თუ 2016 წელს, საქართველოში ჩვილთა მოკვდაობის მაჩვენებელი იქნებოდა 1,8‰, მაშინ დამატებით შევინარჩუნებდით 406 ბავშვის სიცოცხლეს. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ მსგავსი განსხვავება საკმაოდ დიდი ხანია არსებობს, მივხვდებით თუ რა მასშტაბის რეზერვებზეა საუბარი.

⁴⁸ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

⁴⁹ <https://www.cia.gov/library/Publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html>

რაც შეეხება შედარებით ანალიზს რეგიონულ ჭრილში, 2015 წელს აზერბაიჯანში აღნიშნული მაჩვენებელი გახლდათ 11%-ის ტოლი, სომხეთში - 8,86%-ის, რუსეთში - 6.50%-ის⁵⁰, ხოლო თურქეთში - 10.1%-ის.⁵¹ თუ მეზობელი ქვეყნებიდან მოწინავე რუსეთის მაჩვენებელს გავუთანაბრდებით, დამატებით 140 ჩვილის სიცოცხლეს შევინარჩუნებთ. ჩვენ კი ისეთ დემოგრაფიულ მდგომარეობაში ვართ, რომ ჩვილთა ყოველ გარდაჩენილ სიცოცხლეს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

ცხრილი 4.

ჩვილთა მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში.⁵²

წლები	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 წლის ასაკამდე გარდაცვალებები (აბსოლუტურ რიცხვებში)	2275	2339	1910	1600	1100	916	701	703	715	640	578	507	507
ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტი (‰)	25.4	23.9	20.6	28.2	22.5	19.7	11.2	12.1	12.5	11.1	9.5	8.6	9

ცხრილი 4 გვიჩვენებს, რომ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით, ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის 2-ჯერ შემცირებას, თითქმის 26 წელი დასჭირდა (1989 წელს 20.6 პრომილედან 9 პრომილემდე 2016 წელს). თუკი შემცირების იგივე ტემპი იქნება შენარჩუნებული ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი 4-5 ‰-ს 2042 წლისათვის მიაღწევს. ეს კი ნიშნავს იმას, რომ ვერ შევინარჩუნებთ მრავალი ათასი ცოცხლად დაბადებული ბავშვის სიცოცხლეს. განსაკუთრებით მტკივნეულია საკითხი მაშინ, როცა ქვეყანას აქვს ვითარების გამოსწორების პოტენციალი, იქნება ეს ექიმებით უზრუნველყოფა მთელ ტერიტორიაზე, ბუნებრივ-გამაჯანსაღებელი რესურსების არსებობა თუ სხვა. მთავარია მათი დროული და მიზანმიმართული გამოყენება. რა თქმა უნდა, ჩვილთა მოკვდაობაზე

⁵⁰ http://demoscope.ru/weekly/ssp/sng_imr.php

⁵¹ <http://www.turkstat.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

⁵² http://geostat.ge/cms/site_images/_files/georgian/population/Demografiuli%20Vitareba%20SaqartveloSi%20Krebuli%202016.pdf

კიდევ მრავალი სხვა ფაქტორიც მოქმედებს, მაგრამ მათ შორის მნიშვნელოვანია სოციალური ფაქტორები.

ჩვილთა მოკვდაობის მაჩვენებელი განსხვავებულია როგორც სქესის, ასევე ტერიტორიის (სოფლისა და ქალაქის მოსახლეობის) მიხედვითაც. თუ სქესის მიხედვით განვიხილავთ, კანონზომიერებააა ქცეული, რომ 0-დან 1 წლამდე ასაკში უფრო მეტი ბიჭი კვდება, ვიდრე გოგო. ეს ალბათ ბიოლოგიური ფაქტორებით უნდა აიხსნას. თუმცა მსოფლიოში არის გამონაკლისი შემთხვევები, როდესაც აღნიშნული კანონზომიერება ირღვევა ხოლმე და ვაჟების ჭარბმოკვდავობას ცვლის გოგონების ჭარბმოკვდაობა.

ამ მხრივ, არც საქართველო წარმოადგენს გამონაკლისს და აქაც ადგილი აქვს ზემოთ აღნიშნულ კანონზომიერებას ვაჟთა ჭარბმოკვდაობის შესახებ. თუ კი ჩვილთა მოკვდაობას სქესის მიხედვით შევისწავლით ვნახავთ, რომ 1980 წლიდან (ადრინდელ პერიოდშიც) ჩვენს ქვეყანაში ჩვილ ვაჟთა მოკვდაობა მუდმივად სჭარბობდა გოგონებისას. მაგრამ დროთა განმავლობაში 0-დან 1 წლამდე ასაკში გარდაცვლილი ბიჭებისა და გოგონების რიცხვებს შორის სხვაობა იცვლება და 2015 წლისთვის 43-ს მიაღწია, მაშინ, როცა 1980 წელს იგივე სხვაობა 337-ის ტოლი იყო, 2000 წელს - 212-ის, ხოლო 2013 წელს - 118-ის. ბიჭების ჭარბმოკვდაობის აბსოლუტური მაჩვენებელი გოგონების მოკვდაობის მაჩვენებელთან შედარებით საანალიზო პერიოდში შემცირდა და პროცენტულად 1,34%-დან 1,18%-მდე დავიდა. რთული სათქმელია რა განაპირობებს ამ ცვლილებას, ის შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ბიოლოგიური, ასევე სოციალური ფაქტორებითაც. ქვემოთ მოცემულია 1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობის დინამიკა სქესობრივ ჭრილში.⁵³

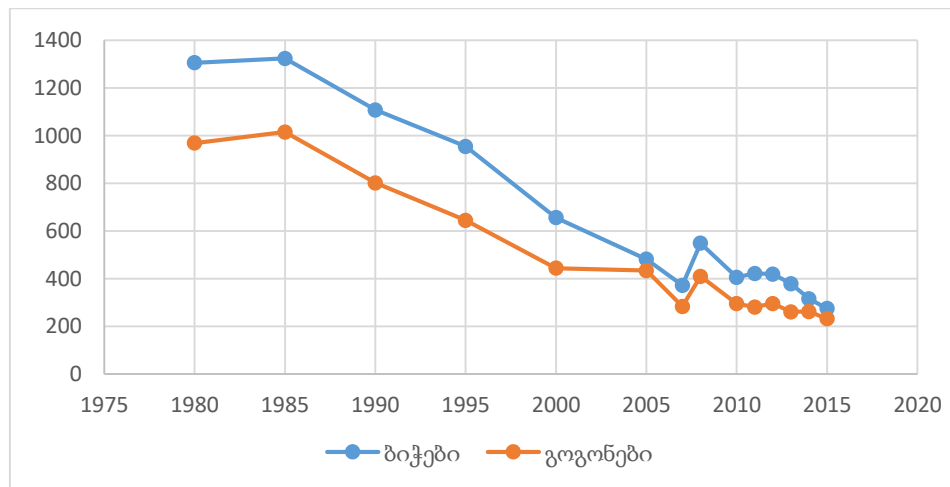
⁵³http://geostat.ge/cms/site_images/_files/georgian/population/Demografiuli%20Vitareba%20SaqartveloSi%20Krebuli%202016.pdf

ცხრილი 5.

1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობის დინამიკა საქსობრივ ჭრილში.⁵⁴

წლები	ბიჭები	გოგონები
1980	1306	969
1985	1324	1015
1990	1108	802
1995	955	645
2000	656	444
2005	482	434
2010	406	295
2015	275	232

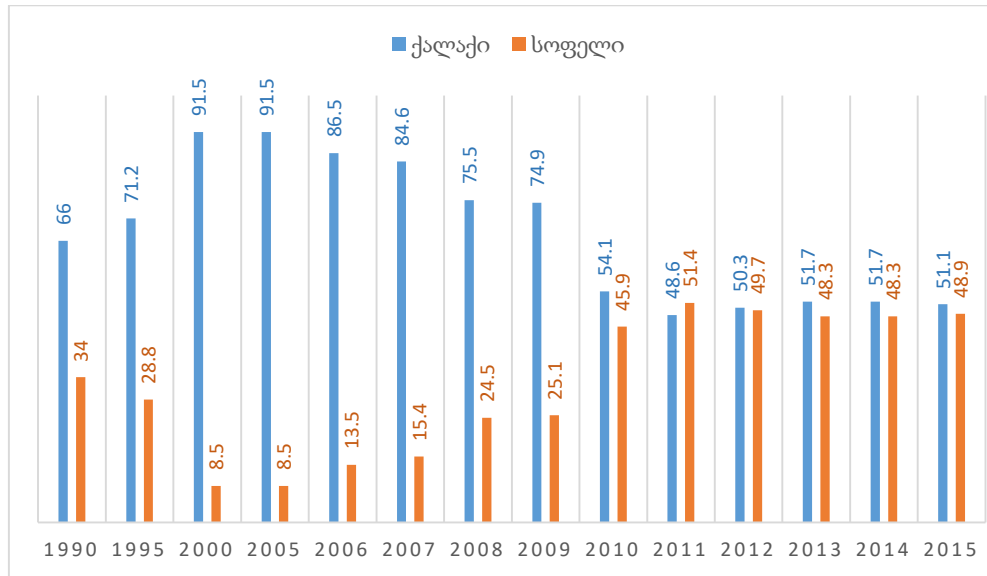
ქვემოთ მოტანილი გრაფიკი თვალნათლივ გვიჩვენებს თუ როგორ იცვლებოდა ჩვილთა მოკვდავობის რიცხოვნობა საქსის მიხედვით 1980 წლიდან 2015 წლამდე პერიოდში.



გრაფიკი 1. 1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა რიცხოვნობის დინამიკა საქსობრივ ჭრილში.

⁵⁴ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

განვიხილოთ ჩვილთა მოკვდაობის დინამიკა ტერიტორიულ ჭრილში, სოფლისა და ქალაქის მოსახლეობის მიხედვით.



გრაფიკი 2. ჩვილთა მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში, ტერიტორიულ ჭრილში (%).⁵⁵

2010 წლამდე პერიოდში ჩვილთა მოკვდაობა ნაკლები იყო სოფლად, თუმცა წლიდან წლამდე ის განუხრელად იცვლებოდა. 2000 და 2005 წელს, სოფლად გარდაცვალებათა მინიმალური რაოდენობა (8.5%) დაფიქსირდა. 2006 წლიდან იწყება ზრდა და 2011 წელს სოფელში გარდაცვლილი ჩვილების რიცხოვნობამ გადააჭარბა ქალაქისას და ჩვილთა გარდაცვალების საერთო რაოდენობის 51.4% შეადგინა. შემდეგი წლებიდან კი იწყება კლება, თუმცა მცირე რაოდენობით და 2015 წლისთვის კვლავ შემცირდა 48.9%-მდე.

მიზეზთა საკმაოდ ფართო სპექტრია, რასაც შეიძლება აღნიშნული ვითარება გამოეწვია. 90-იანი წლების დასაწყისში და ბოლოს დაფიქსირებული მაჩვენებელი გასაკვირი არ არის. იმ პერიოდისთვის საკმაოდ დამაბული პოლიტიკურ-ეკონომიკური სიტუაციის გამო ქვეყანაში იყო, როგორც გარე, ასევე შიდა მიგრაციები, სოფლის მოსახლეობის დიდი ნაწილი ქალაქში გადავიდა საცხოვრებლად უკეთესი სამსახურის და

⁵⁵http://geostat.ge/cms/site_images/_files/georgian/population/Demografiuli%20Vitareba%20SaqartveloSi%20Krebuli%202016.pdf

საარსებო წყაროს პოვნის იმედით. შესაბამისად დაიცალა სოფლები და მოსახლეობის რიცხოვნების შემცირებამ გამოიწვია ზემოთ ხსენებული მაჩვენებლის შემცირებაც. შესაძლოა ამასთან ერთად მიზეზი ყოფილიყო აღრიცხვიანობის პრობლემები. 2010-2011 წლამდე ფაქტობრივად არ აღრიცხებოდა შინმშობიარობის ბევრი შემთხვევა, რაც ბუნებრივია არ ხვდებოდა ოფიციალურ სტატისტიკაში. მიზეზთა შორის შეიძლება იყოს ჯანდაცვის მომსახურების ხელმიუწვდომლობაც და მრავალი სხვა.

მნიშვნელოვანი შედეგის მომცემია დროის მიხედვით ჩვილთა მოკვდაობის დიფერენცირებული ანალიზი, რაც გულისხმობს მოკვდაობის ინტენსივობის შესწავლას ნეონატალურ და პოსტნეონატალურ პერიოდში.

ცხრილი 6.

ჩვილთა ნეონატალური და პოსტნეონატალური მოკვდაობა საქართველოში 1995-2014 წლებში.⁵⁶

წლები	ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი (‰)	ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი (0-27 დღე) ‰	პოსტნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი (28-365 დღე) ‰
1995	28.2	18.25	9.95
2000	22.4	17.55	4.85
2005	19.7	18.45	1.25
2010	11.2	8.1	3.1
2011	12.1	8.55	3.55
2012	12.5	9.35	3.15
2013	11.1	7.75	3.35
2014	9.5	6.4	3.1

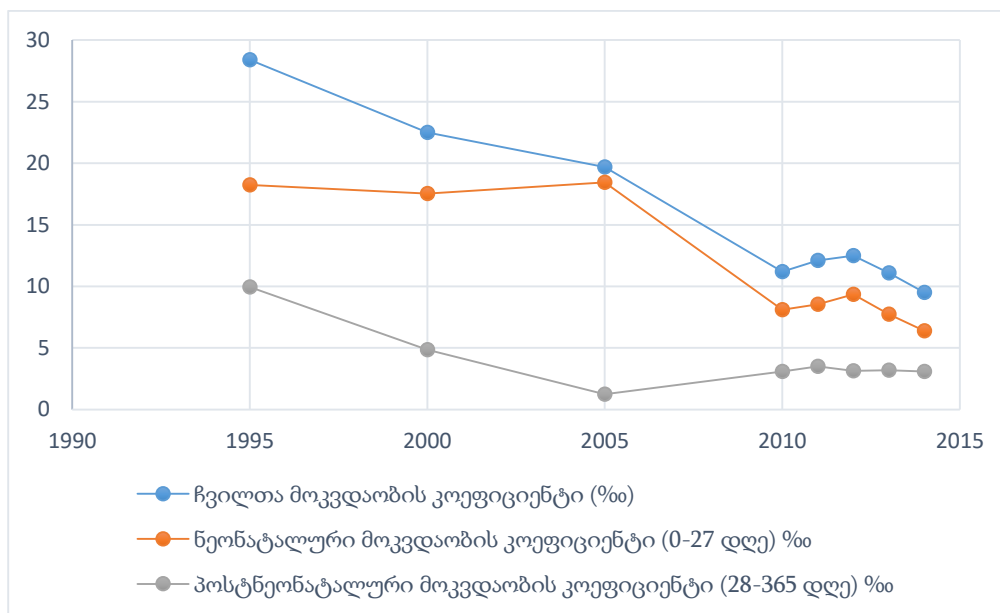
⁵⁶ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

ცნობილია, რომ ნეონატალური მოკვდაობა ძირითადად განპირობებულია ენდოგენური ფაქტორებით, თანდაყოლილი მანკებითა და ე.წ. ბავშვთა ადრეული ასაკის ავადმყოფობებით (0-27 დღე), რომლებიც თითქმის არ არიან დამოკიდებული გარემო პირობებზე. ამ მიზეზით გამოწვეული მოკვდაობა დაკავშირებულია მშობიარობის არასასურველ მიმდინარეობასთან, ნაყოფის პათოლოგიასთან ან მშობიარობის პროცესის პათოლოგიასთან. საერთო ჯამში, იგი გამოწვეულია ანტენატალური ფაქტორებით ე.ი. ისეთი ფაქტორებით, რომლებიც უშუალოდ კი არ მოქმედებენ ბავშვის ორგანიზმზე, არამედ მოქმედებენ დედის ორგანიზმის მეშვეობით ბავშვის გაჩენის და მუცლადყოფნის პერიოდის განმავლობაში.⁵⁷

ცხრილი 6 გვიჩვენებს, რომ ჩვილთა მოკვდაობის როგორც ნეონატალური, ასევე პოსტნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტები მცირდება. ეს კი იმაზე მიანიშნებს, რომ მცირდება როგორც, ენდოგენური ფაქტორებით გამოწვეული მოკვდაობა, ასევე ეგზოგენური ფაქტორებით გამოწვეულიც. სავარაუდოა, რომ ენდოგენური მიზეზებით გარდაცვალებათა რიცხვის შემცირება გამოიწვია ჯანდაცვის სფეროს განვითარებამ და მისმა მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომობამ, ასევე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებამ, რომელიც აისახება დედის ჯანმრთელობაზე. მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ მხოლოდ ამ მიზეზებით ვერ ავხსნით კოეფიციენტის შემცირებას. ცნობილია, რომ ნეონატალურ მოკვდაობაში გარდა ენდოგენური ფაქტორებისა, მოქმედებენ ეგზოგენური ფაქტორებიც, რომელთა წილიც 25%-ით განისაზღვრება, ეს კი ცოტას არ ნიშნავს. რაც შეეხება პოსტნეონატალურ მოკვდაობას, აქ ენდოგენური მიზეზები თითქმის აღარ მოქმედებენ.⁵⁸ ეგზოგენური მიზეზების შემცირება პირდაპირპროპორციულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისა. გამოდის, რომ დროის ცვლილებასთან ერთად საქართველოში მით უფრო სტაბილური გარემო იქმნება. პროცესის უკეთ წარმოდგენაში დაგვეხმარება ქვემოთ მოცემული გრაფიკი.

⁵⁷ ა. სახვაძე, „ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული ანალიზი“, თანამედროვე ეთნოსოციალური პროცესები ქ. თბილისში, თბ. 1989, გვ: 73.

⁵⁸ ა. სახვაძე, „ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული ანალიზი“, თანამედროვე ეთნოსოციალური პროცესები ქ. თბილისში, თბ. 1989, გვ: 73.



გრაფიკი 3. ჩვილთა მოკვდაობის ნეონატალური და პოსტნეონატალური კოეფიციენტების დინამიკა საქართველოში (1995-2014 წლები)

თუ ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტს დავშლით ენდოგენური და ეგზოგენური მიზეზებით გამოწვეული მოკვდაობის კოეფიციენტების ჯამის სახით, ვნახავთ, რომ ენდოგენური მიზეზებით გარდაცვალება უფრო ხშირია და საკითხის სწორედ ამ კუთხით შესწავლასა და გაანალიზებას უნდა მიექცეს ყურადღება. აუცილებელია მიზეზების შესწავლა თუ რა არის კონკრეტული საბაზი ამ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალებებისა. მოცემულ მონაცემებს თუ 80-იანი წლების მონაცემებს შევადარებთ, სურათი რადიკალურად იცვლება. იმ პერიოდში ჭარბობდა ჩვილთა ეგზოგენური მიზეზებით გარდაცვალება, თუმცა იგი შემცირების ტენდენციით ხასიათდებოდა, ხოლო ენდოგენური მიზეზებით გარდაცვალება იზრდებოდა წლიდან წლამდე. რა შეიძლება ამაზე ითქვას? რახან ვიცით, რომ ენდოგენური მიზეზებით გარდაცვალება დაკავშირებულია ბიოლოგიურ და გენეტიკურ ფაქტორებთან, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ სოფლიდან ქალაქში მიგრაციამ, გაუარესებულმა ეკოლოგიურმა პირობებმა და ულტრათანამედროვე სამედიცინო დანადგარების არარსებობამ (ჩვილთა რეანიმაცია) გამოიწვია დაავადება გაახალგაზრდავება და პათოლოგიები როგორც დედებში (რომელიც აისახება შემდგომ

ჩვილებში) ასევე ჩვილებში. 2015 წლიდან კი იწყება ენდოგენური მიზეზებით გამოწვეული მოკვდაობის შემცირება.

ცხრილი 7.

ენდოგენური და ეგზოგენური მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში 2005-2015 წლები

წლები	ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტები	ენდოგენური მოკვდაობის კოეფიციენტები	ეგზოგენური მოკვდაობის კოეფიციენტები
2005	19.7	18.5	1.2
2010	11.2	8.1	3.1
2011	12	8.5	3.5
2012	12.5	9.4	3.1
2013	11.1	7.9	3.2
2014	9.5	6.5	3
2015	9	6.1	2.9

ცხრილი 8.

ენდოგენური და ეგზოგენური მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში 1980-1987 წლები⁵⁹

წლები	ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტები	ენდოგენური მოკვდაობის კოეფიციენტები	ეგზოგენური მოკვდაობის კოეფიციენტები
1980	25.4	5.7	19.7
1981	29.7	7.5	22.2
1982	25.4	7	18.4
1983	23.9	7	16.9
1984	23.9	7.2	16.7
1985	23.9	7.6	16.3
1986	25.5	8.3	17.2
1987	24.5	9.1	15.4

⁵⁹ ა. სახვაძე, „ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული ანალიზი“, თანამედროვე ეთნოსოციალური პროცესები ქ. თბილისში, თბ. 1989, გვ. 74.

ამრიგად, ჩვილთა მოკვდაობის შემდგომი შემცირებისთვის აუცილებელია ნეონატალური მოკვდაობის გათვალისწინება და ფატალური შედეგების მაქსიმალურად აღმოფხვრა, რაც არც თუ ისე იოლია.

საინტერესოა, ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვალებათა დაჯგუფება თვეების მიხედვით.

ცხრილი 9.

ერთ წლამდე ასაკში გარდაცვლილები თვეების მიხედვით⁶⁰

წლები	თვეები												სულ
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1995	119	119	124	115	143	158	147	106	98	61	154	256	1601
2000	83	84	141	97	97	90	83	99	61	95	70	100	1100
2005	71	81	74	67	81	59	80	105	88	81	77	52	916
2010	56	51	63	66	57	41	60	68	53	62	60	64	701
2013	53	56	55	49	48	33	67	42	54	52	59	72	640
2014	54	47	56	48	53	47	46	38	60	43	46	40	578
2015	48	39	47	40	51	47	43	47	32	33	48	32	507

როგორც ვხედავთ გარდაცვალება თვეების მიხედვით მეტ-ნაკლები თანაბრობით ხდება. ოდნავი განსხვავებით, უფრო ხშირად ზამთრისა და გაზაფხულის თვეებში კვდებიან, თუმცა არის გამონაკლისი შემთხვევები, როდესაც ზაფხულის თვეებშიც მაღალია ჩვილთა მოკვდაობის ინტენსივობა. საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ ჩვილთა მოკვდაობა დიდწილად არ არის დამოკიდებული სეზორ ცვლილებებზე.

ასე შეიძლება შეფასდეს, მოკლედ, საქართველოში ჩვილთა მოკვდაობის ბიომეტრიული მდგომარეობა.

⁶⁰ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

2.2. დედათა სიკვდილიანობის

გამომწვევი მიზეზები და ტენდენციები საქართველოში

დედათა მოკვდაობის მიზეზების კვლევა ოდითგანვე იპყრობდა არა მხოლოდ დემოგრაფთა, არამედ სამედიცინო სფეროს მუშაკების, ფსიქოლოგების, ეკონომისტებისა თუ სხვა პროფესიის წარმომადგენლების ყურადღებასაც. 2016 წლის ნოემბრის მონაცემებით, ჯმო ავრცელებს ინფორმაციას, რომ ორსულობისა და მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების გამო, ყოველდღიურად, დაახლოებით 830 ქალი კვდება. დედათა მოკვდაობის 99% განვითარებად ქვეყნებზე მოდის.⁶¹ ამ უკანასკნელში დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევები 19-ჯერ მეტია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. სამწუხაროდ, რისკის დროული გამოვლენისა და შესაბამისი ჩარევის პირობებში, მათი უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელი იყო.⁶² უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან სასოფლო დასახლებებში და ღარიბ ადგილებში მცხოვრები ქალები. 1990 წლიდან 2015 წლამდე პერიოდში დედათა მოკვდაობა 44%-ით შემცირდა. დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი ის ინდიკატორია, რომელიც გვიჩვენებს ფართო განსხვავებებს მდიდარ და ღარიბ, საქალაქო და სასოფლო არეალებს შორის.⁶³ ჩვილთა მოკვდაობის მსგავსად, იგი ახასიათებს ქვეყნის განვითარების დონეს და მნიშვნელოვანია საერთაშორისო დონეზე გარკვეული იმიჯის შესაქმნელად.

როგორია დედათა მოკვდაობის ტენდენციები საქართველოში და რა არის მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზები ამაზე დაბლა ვისაუბრებთ. ქალების ჯანმრთელობის მდგომარეობა რისკ-ფაქტორების არსებობით განისაზღვრება. ესენია ის კონკრეტული მიზეზები და სიტუაციები, რომლებიც ხელს უწყობს ან ქმნის დაავადებათა წარმოშობისა და განვითარების პირობებს. აღნიშნული რისკ-ფაქტორები რამდენიმე ჯგუფად იყოფა: პოლიტიკურ-ეკონომიკური, სოციალური, ეკოლოგიური, ბიოლოგიური და სამედიცინო ფაქტორები. ერთი ან რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა ზრდის დაავადების

⁶¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

⁶² პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ: 34.

⁶³ http://www.who.int/gho/maternal_health/en/

განვითარების ალბათობას.⁶⁴ დედათა მოკვდაობა ჩვილთა მოკვდაობასთან ერთად ინტეგრირებული მაჩვენებელია და ეკონომიკური, ბიოლოგიური, ჰიგიენური, სამედიცინო-სოციალური ფაქტორების ფართო სპექტრით განისაზღვრება.⁶⁵ ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის მატერიალურ მდგომარეობას, საყოფაცხოვრებო პირობებს,⁶⁶ მშობლების დასაქმებას და სხვა სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს. სხვადასხვა გამოკვლევით დასტურდება, რომ დედის ორსულობასა და შესაბამისად ნაყოფზე უარყოფილად მოქმედებს ეკოლოგიური ფაქტორები: შხამ-ქიმიკატები, რადიაცია, ჰაერის დაბინძურება.⁶⁷ აღსანიშნავია, რომ ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას უპირატესად სწორედ გარემო, ბიოლოგიური და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები განსაზღვრავს, სამედიცინო ფაქტორების გავლენა კი მხოლოდ 15%-ია. ⁶⁸

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ეკოლოგიური მდგომარეობის როლი. გამონაბოლქვთან ერთად გამოიყოფა ტყვია, რომელიც მავნე ზემოქმედებას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. სისხლმზად ორგანოებზე, კარდიოვასკულარულ სისტემაზე, აზიანებს თირკმლებს და იწვევს ქალთა რეპროდუქციული ფუნქციის შეცვლას.⁶⁹ თუ საქართველოში არსებულ ჰაერის დაბინძურების მდგომარეობას გავითვალისწინებთ, არაა გასაკვირი, რომ იგი ერთ-ერთ ძირითად მოქმედ ფაქტორად გვევლინებოდეს დედათა მოკვდაობის საკითხში. მხოლოდ ავტოტრანსპორტის მიერ გამოფრქვეული მავნე ნივთიერებებიდან 69% ნახშირჟანგია, 18% – აზოტის დიოქსიდი, 10% – ნახშირწყალბადები, 3% – სხვა ნივთიერებები.⁷⁰ მანქანების რაოდენობა კი საგრძნობლად გაზრდილია.

სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით დედათა მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში შემდგენიანია:

⁶⁴ ნ. ყაზახაშვილი, „გარემო და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა“, ჟურნ. „დემოგრაფია“, 2001 №1(3), გვ:22

⁶⁵ იქვე, გვ. 22.

⁶⁶ იქვე, გვ. 22.

⁶⁷ იქვე, გვ. 22.

⁶⁸ იქვე, გვ. 23.

⁶⁹ იქვე, გვ. 23.

⁷⁰ http://geostat.ge/?action=page&p_id=430&lang=geo

ცხრილი 10.

დედათა მოკვდაობის დინამიკა საქართველოში.

წლები	კოეფიციენტი (100000 ცოცხლად დაბადებულზე)
1989	46.7
1990	41.5
1991	39.9
1992	49
1993	38.6
1994	33.7
1995	54.3
1996	48
1997	70.8
1998	68.6
1999	51.3
2000	49.2
2001	58.7
2002	46.6
2003	52.2
2004	45.3
2005	21.6
2006	27.2
2007	20.2
2008	14.3
2009	51.9
2010	12.9
2011	39.7
2012	22.9
2013	27.7
2014	31.5

როგორც ცხრილი 10 გვიჩვენებს 1989 წლიდან სახეზეა დედათა მოკვდაობის კოეფიციენტის კლება, თუმცა იგი გარკვეული ვარიაციითაც ხასიათდებოდა. მაგალითად, თუ დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი 1994 წელს 33,7 იყო, 1996 წლისთვის მან 54,3-ს მიღწია, ხოლო 1997 წლისთვის კი 70,8-ს. 1998 წლიდან კი იწყება განუხრელი კლება, თუ

რამდენი წელიწადს არ ჩავთვლით. აღნიშნულ წლებში უეცარი მატება შეიძლება გამოწვეული ყოფილიყო, როგორც სარეგისტრაციო სისტემის მოწესრიგებით, ასევე იმ მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ გარემოებებით, რომელიც მაშინ ქვეყანაში იყო. 2014 წლისთვის მაჩვენებელი 31,5 მდე ჩამოდის. აღსანიშნავია 2009 წელი, როდესაც მონაცემი 51,9 გაუტოლდა. ბოლო 5 წლის განმავლობაში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ინარჩუნებს მატების ტენდენციას, 2016 წლისთვის მან 36 მიაღწია. ფაქტი შეიძლება დავაკავშიროთ, რეგისტრაციის გაუმჯობესებასთან. თუმცა მხოლოდ ამ მიზეზით მაჩვენებელი ზრდის გამართლება დაუშვებელია. საჭიროა სიღრმისეული კვლევა, თუ როგორი მდგომარეობა იყო ჯანდაცვის კუთხით აღნიშნულ წლებში, ხომ არ იყო კონკრეტული წლისთვის დამახასიათებელი რაიმე განსაკუთრებული ინფექციები და ა.შ.

სამწუხაროდ, საქართველოში, კვლევები მხოლოდ ბოლო რამდენიმე წელია ტარდება და ისიც მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტროს ეგიდით. მართალია ეს კვლევები დიდ ინფორმაციას გვაძლევს, მაგრამ მხოლოდ სამედიცინო თვალსაზრისით. დედათა მოკვდაობა კი, როგორც ზემოთ ვნახეთ, სულაც არ არის მხოლოდ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დამოკიდებული. მაგრამ, რადგანაც არ არსებობს აღნიშნული თემატიკის ფართომასშტაბიანი დემოგრაფიული კვლევა, იძულებულნი ვართ მხოლოდ ჯანდაცვის კვლევებს დავეყრდნოთ, რომელზეც ქვემოთ იქნება საუბარი.

2005 წელს ჩატარდა „ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში“, სადაც გამოვლინდა ზოგადი ტენდენციები დედათა მოკვდაობასთან დაკავშირებით. აღსანიშნავია, რომ 1999 და 2005 წლების კვლევის მონაცემებით, სახლში მშობიარობდა ყოველი მე-12 ქალი (დაახლოებით 8 %). ამ მხრივ განსხვავება იყო ეთნიკურ ჭრილშიც. აზერბაიჯანელი ქალების რიცხვი, რომლებიც სახლში მშობიარობდნენ, ზრდადობით ხასიათდებოდა. ახალშობილთა 80%-მა გაიარა პროფილაქტიკური გასინჯვა, თუმცა რეგიონულ ჭრილში ვითარება არც თუ სახარბიელო იყო. ამ მხრივ, ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა გურიაში - 58%, ხოლო ყველაზე მაღალი თბილისში - 88%.

პრობლემას წარმოადგენდა მშობიარობის რეგისტრაციაც სახლში მშობიარობის შემთხვევაში.⁷¹

დღესდღეობით ვითარება საგრძნობლად გამოსწორებულია რეგისტრაციის მხრივ და სახლში მშობიარობებიც აღირიცხება, რომელსაც თვითმმართველი ორგანოები გადასცემენ სტატისტიკის სამსახურს. ასევე შემცირდა სახლში მშობიარობათა რიცხვიც. სამწუხაროდ, ბოლო წლებში, ეთნიკურ ჭრილში მონაცემების მოძიება დიდ სირთულეს წარმოადგენს. უფრო ზუსტად შეუძლებელია, რადგან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტიდან ამოღებულია ეროვნების შესახებ მონაცემები.

2014 წელს საქართველოში ჩატარდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა (GERAMOS), რომელმაც შეისწავლა 2012 წელს გარდაცვლილი რეპროქუქციული ასაკის ქალთა ყველა შემთხვევა ქვეყნის მასშტაბით. კვლევის მონაცემებით, 2012 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა ყოველ 100 000 ცოცხლადდაბადებულზე შეადგინა 26,3, მაშინ როცა იგივე მაჩვენებელი GERAMOS-ის 2008 წლის კვლევის მიხედვით, ყოველ 100 000 ცოცხლადდაბადებულზე. მკვლევარების გამოთვლით, მაჩვენებელი 2006 წლიდან 2012 წლამდე 40%-ით შემცირდა 44,4-ს შეადგენდა. 2012 წლის GERAMOS-ამ აჩვენა, რომ დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევათა 39% ოფიციალური სტატისტიკით არ იყო რეგისტრირებული, მაშინ როცა 2006 წელს ეს სხვაობა 65%-ს ტოლი იყო.⁷² დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში გაუმჯობესდა როგორც დედათა სიკვდილიანობის, ასევე ზოგადად რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების აღრიცხვიანობა.⁷³ რეგისტრაციის გაუმჯობესება და დახვეწა კი, საბოლოოდ, დადებით შედეგს გამოიღებს და შესაძლებლობას მოგვცემს, რომ მოხდეს ამა თუ იმ საკითხის სიღრმისეული და დეტალური შესწავლა.

⁷¹ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, თბ., 2005, გვ. 7.

⁷² http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ., 2015, გვ. 4.

⁷³ იქვე, გვ. 4.

აღსანიშნავია, რომ 2009 წლიდან დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მიერ წარმოებს დედათა სიკვდილიანობის მიზეზების ანალიზი, რომლის შედეგების მიხედვითაც დედათა სიკვდილიანობის სტრუქტურის დინამიკა შემდეგნაირია: დაუზუსტებელი მიზეზებით 2009 წელს გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის წილი (27%) მაღალი იყო, რომელიც ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა. ერთ–ერთი წამყვანი მიზეზი დედათა გარდაცვალებისა იყო მელოგინეთა ინფექციები/სეფსისი, სასუნთქი სისტემის დაავადებები. აღნიშნული კლინიკური დაავადებები ართულებს ორსულობას, მშობიარობას, ლოგინობის ხანას და წარმოადგენს არაპირდაპირ სამეანო მიზეზებს. 2009 წელს, დედათა სიკვდილიანობის განსაკუთრებული მატება განპირობებული იყო როგორც რეგისტრაციის გაუმჯობესებით, ასევე გრიპოზულ ინფექციათა გავრცელებით.⁷⁴

დედათა სიკვდილიანობის ერთ–ერთი წამყვანი მიზეზია მელოგინეთა ინფექციები/სეფსისი, რომლის წილიც განსაკუთრებით გაიზარდა 2010 წელს, თუმცა 2011 წელს თითქმის 3–ჯერ შემცირდა. ასევე ამავე წელს, 4,5%–ით შემცირდა სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილიც.⁷⁵ აღსანიშნავია, რომ 2011 წელს, გამოიკვეთა ისეთი დაავადებები, რომლებიც ადრე არ ფიქსირდებოდა. მაგალითად, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი (1 შემთხვევა), ვენური გართულებები 1 შემთხვევა, რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (1 შემთხვევა).⁷⁶

2015 წელს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე ჩატარდა ეპიდემიოლოგიური კვლევა 2014 წელს გარდაცვლილ დედათა სიკვდილის მიზეზების შესწავლის მიზნით. შესწავლილი დედათა სიკვდილის 28 სავარაუდო შემთხვევიდან დადასტურდა 25. აქედან, 19 დედის ადრეული გარდაცვალება (დედის სიკვდილი ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში,

⁷⁴http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf
დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ. 2015, გვ. 4.

⁷⁵ იქვე, გვ. 4.

⁷⁶ იქვე, გვ. 4.

მიუხედავად ორსულობის ვადისა, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობით ან მისი მართვით, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან არა სხვა მიზეზით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან) და 6 დედის გვიანი გარდაცვალების შემთხვევა (დედის სიკვდილი ორსულობის ან ორსულობის შეწყვეტიდან 43 დრიდან 1 წლის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობით ან მისი მართვით, მაგრამ არა უბედური შემთხვევით ან არა სხვა მიზეზით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან). 3 შემთხვევა ჩაითვალა, როგორც დედობასთან ასოცირებული დანაკარგი, რადგან დედის გარდაცვალება გამოწვეული იყო უბედური შემთხვევით ან სხვა მიზეზით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან, მშობიარობასთან ან ლოგინობის ხანასთან.⁷⁷

დედის ადრეული გარდაცვალების 19 შემთხვევიდან პირდაპირი სამეანო (დედათა სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი არის დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამეანო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობის 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 სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი) მიზეზით გარდაიცვალა 12 ქალი. მათგან გარდაცვალების მიზეზებს შორის შორის სისხლდენა იყო 42% (5 შემთხვევა), ეკლამფსია/პრეეკლამფსია 42% (5 შემთხვევა), სამეანო თრომბოემბოლია 16% (2 შემთხვევა).⁷⁸ დანარჩენი 7 ქალი გარდაიცვალა არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით (არაპირდაპირი სიკვდილი შეიძლება გამოწვეული იყოს ნებისმიერი

⁷⁷http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf

დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ. 2015, გვ: 6

⁷⁸ იქვე, გვ: 6

დაავადებით, რომელიც შეიძლება არსებობდა ორსულობამდე ან განვითარდა ორსულობისას, მაგრამ არ არის გამოწვეული სამეანო მიზეზებით ან ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით. მაგალითად, სიკვდილი არსებული კარდიალური ან რენალური დაავადებით). გარდაცვალების მიზეზებს შორის სჭარბობდა: ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები 58% (4 შემთხვევა), ფილტვის ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი 14% (1 შემთხვევა), სუიციდი 14% (1 შემთხვევა, დიაგნოზი: მშობიარობის შემდგომი ფსიქიკური აშლილობა), გენიტალური ორგანოების სიმსივნური პროცესი 14% (1 შემთხვევა).⁷⁹

როგორც აღნიშნეთ, ხშირია განსხვავებები ქვეყნის ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებსა და სხვადასხვა შეფასებით მონაცემებს შორისაც, ასევე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს მონაცემებს შორის. სამწუხაროდ, მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტრო შეისწავლის ამ მონაცემებს და აქვეყნებს შესაბამის ანგარიშებს, სადაც ასახულია აღნიშნული საკითხის მდგომარეობა. დემოგრაფები კი რატომღაც აღნიშნულ საკითხზე აღარ მუშაობენ. სწორედ ამიტომ, ანალიზისთვის უპრიანია დავეყრდნოთ სწორედ ჯანდაცვის მონაცემებს. განსხვავებულობის თვალსაზრისით, 2006 წლის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევის მონაცემებით, დედათა გარდაცვალების შემთხვევები ორჯერ აღემატებოდა სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებს. 2012 წლისთვის ეს სხვაობა შემცირდა და თანაფარდობა იყო 26/23. აღნიშნული ფაქტი ოფიციალური სტატისტიკის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს.⁸⁰

სამწუხაროდ, 2014 წლის დედათა გარდაცვალების აქტიურმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ რისკის დროული გამოვლენისა და შესაბამისი ჩარევის პირობებში, დედათა გარდაცვალების შემთხვევების უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელი იყო.

⁷⁹http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf
დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ., 2015, გვ. 6.

⁸⁰ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 37.

სწორედ აღნიშნული კვლევის შედეგების შესწავლის საფუძველზე გამოთვლილი მაჩვენებელი არის 31,3 გარდაცვალება ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე.⁸¹ ამავე პერიოდში სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით დედათა მოკვდაობა 31,5-ის ტოლი იყო, რაც დიდად არ განსხვავდებოდა კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემისგან.

კვლევამ გამოავლინა ქვეყანაში ანტენატალური მომსახურების კრიტიკულად დაბალი ხარისხი. მიუხედავად იმისა, რომ ანტენატალურ გამოკვლევებზე მიმსვლელ ორსულთა რაოდენობა საკმაოდ მაღალია, ორსულობასთან დაკავშირებული რისკების გამოვლენა დროულად ვერ ხდება. მაგალითად, ერთ–ერთ შემთხვევაში, მიუხედავად ხშირი ანტენატალური ვიზიტებისა ვერ მოხერხდა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობის დანიშვნა. მსოფლიო მასშტაბით, დედათა გარდაცვალების ერთ–ერთ ძირითად მიზეზს სისხლდენა წარმოადგენს. იგი ერთ–ერთი ძირითადი მიზეზია საქართველოშიც. კვლევის მიხედვით, მთავარ გამოწვევად სისხლის დანაკარგის ადეკვატური შევსება რჩება.⁸²

მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ქვეყნისთვის ტრანსპორტირებისა და მიღების სისტემა. ბოლო წლებში გახშირდა სუიციდის შედეგად დედათა გარდაცვალების შემთხვევები. ეს უკანასკნელი უკავშირდება ძალადობასა და ფსიქოლოგიურ ზეწოლას. იგი 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 კვლების დროს უთხრეს, რომ ნაყოფი იყო მამრობითი სქესის, მაგრამ დაიბადა მდედრობითი. თავისთავად, სქესის “ამოცნობა“ ორსულობის ადრეულ ეტაპზე მნიშვნელოვან გამოწვევად იქცა ქვეყნისთვის. იგი დაკავშირებულია სელექციურ

⁸¹http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ., 2015, გვ. 6.

⁸² იქვე, გვ. 7.

აბორტთან. ამ მიმართულებით აუცილებელია სახელმწიფოს მიერ რეგულაციის შემუშავება, თუ რა ვადაზე და რა შემთხვევაშია საჭირო ნაყოფის სქესის გამჟღავნება.⁸³

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. დედის განათლება კი კავშირშია დედის ავადობასა და სიკვდილიანობასთან. რაც ასევე დასტურდება საქართველოში 2000, 2005 და 2010 წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებით.⁸⁴

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2015 წელს, საქართველოში, დედათა მოკვდაობა 36-ის ტოლი იყო ყოველ 100 000 ცოცხლად დაბადებულზე. საქართველოს მომიჯნავე ადგილს იკავებს უზბეკეთი ანალოგიური მონაცემებით, ასევე მექსიკა 38-ით და შემდეგ კუბა 39-ით. ამ სტატისტიკით არც ისე სახარბიელო მდგომარეობაში ვართ. მაშინ როცა რეგიონული მასშტაბით, ყველა მეზობელი ქვეყანა უკეთეს მდგომარეობაშია. მაგალითად, თურქეთში ანალოგიური მაჩვენებელი 16-ის ტოლია, რუსეთში და სომხეთში 25-ის, აზერბაიჯანშიც ასევე 25-ის.⁸⁵ ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებშია (ფინეთი 3, ისლანდია 3 და ა.შ), ხოლო ყველაზე მაღალი კი განვითარებად ქვეყნებში (ლიდერობს აფრიკის კონტინენტი; სიერა ლეონე 1360).⁸⁶ გაუმართლებელი იქნება აფრიკის ქვეყნებს რომ შევედაროთ. ხოლო რაც შეეხება ევროპის განვითარებულ ქვეყნებს, ამ მხრივ, ისინი მნიშვნელოვნად გვისწრებენ.

⁸³ დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ., 2015, გვ. 8.

⁸⁴ http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf
დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, თბ., 2015, გვ. 9.

⁸⁵ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html

⁸⁶ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები 2015 წლისთვის იყო სისხლდენა (21%), ინფექციები (10,5%), პრეეკლამპსია (5,3%), ემბოლია (5,3%), სხვა პირდაპირი მიზეზები (15,8), არაპირდაპირი მიზეზები (26,3%), ხოლო 15,8% გარდაცვალების მიზეზი უცნობი გახლდათ. არაპირდაპირ სამეანო მიზეზთა შორის (26,3%, 5 შემთხვევა) წარმოდგენილი იყო რესპირატორული და სხვა ინფექციური დაავადებები (4 შემთხვევა) და კარდიო-ვასკულარული სისტემის დაავადება (1 შემთხვევა). დედათა გვიანი გარდაცვალების მიზეზთა შორის წარმოდგენილი იყო თვითმკვლელობა მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის გამო და ცერებრული ანევრიზმა.⁸⁷

ამრიგად საჭიროა, ყურადღება მივაქციოთ როგორც სამედიცინო, ასევე სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს, რომლებიც დედათა მოკვდაობაზე, ძირითადად, არაპირდაპირი გზით მოქმედებენ.

2.3. ჩვილთა მოკვდაობის ტენდენციები და მიზეზები საქართველოში

ჩვილთა მოკვდაობაზე, ისევე როგორც დედათა მოკვდაობაზე გარდა გენეტიკური ფაქტორებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა, მოქმედებს გარემო და ცხოვრების წესი. „ცხოვრების წესი – ეს არის ადამიანთა მატერიალური პირობებისა და ქცევის დიალექტიკური შერწყმა გარკვეულ სოციალურ სფეროში, საზოგადოებაში. ჯერ კიდევ გერმანელი იდეოლოგები ცხოვრების წესს განსაზღვრავდნენ, როგორც მოსახლეობის კვლავწარმოებასთან უწყვეტად დაკავშირებულ საზოგადოებრივ მოვლენას.“⁸⁸ სწორედ ამიტომ დემოგრაფთა ყურადღებას იმსახურებს ცხოვრების წესისა და გარემოს გავლენის შესწავლა ისეთ დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე, როგორცაა მოკვდაობა, შობადობა, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და ა.შ. ჩვენ შემთხვევაში ყურადღება გამახვილებული იქნება ჩვილთა მოკვდაობაზე მოქმედ ფაქტორებზე.

⁸⁷ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 39.

⁸⁸ ნ. ჭანტურია, „ცხოვრების წესის გავლენა შობადობასა და ჩვილთა მოკვდაობაზე საქართველოში“, დემოგრაფია, თბ.2001 №1(3), გვ. 49.

ჩვილთა მოკვდაობის მიზეზები განსხვავდება ქვეყნებისა და რეგიონების მიხედვით. მასზე უშუალო გავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა ცუდი კვება, სიღარიბე, ძუძუთი კვების შემცირება, ჰიგიენური ნორმების უგულვებელყოფა, ცუდი სამედიცინო მომსახურება და სხვა. ჩვილების ჯანმრთელობა ასევე უკავშირდება მშობლების ჯანმრთელობას და მათ მიერ ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვას, ინტერგენეტიკურ ინტერვალებს და მათ რაოდენობას, დედათა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ა.შ.⁸⁹ მეცნიერები და ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ ადრეული, ხანდაზმული და ხშირი მშობიარობა ჩვილთა მოკვდაობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია. ასევე სერიოზულ გავლენას ახდენს ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, პროსტიტუცია და სხვა.⁹⁰ ჩვილის ფსიქიკის ჩამოყალიბებაზე ჯერ კიდევ ემბრიონულ სტადიაზე ახდენს გავლენას ის, სასურველია თუ არა იგი ოჯახში. მეცნიერთა აზრით, კონფლიქტურ ოჯახებში ბავშვის კუჭის წყლულით დაავადების რისკი 2-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ნორმალურ გარემოში. ფსიქოლოგიურად დაძაბულ ოჯახებში ჩვილთა პერინალატურ ასაკში მოკვდაობის მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია.⁹¹

ჩვილთა ჯანმრთელობისთვის (ასევე დედათა ჯანმრთელობისთვის) აუცილებელია დედების მხრიდან კონსულტაციებზე დროულად სიარული, რაზეც უკვე ვისაუბრეთ დედათა მოკვდაობის მიზეზების გაანალიზებისას. როდესაც ისინი შესაბამის ვადებში არ იღებენ სამედიცინო კონსულტაციებს. ასეთ შემთხვევებში ჩვილთა პერინალატურ ასაკში მოკვდაობა 5-ჯერ უფრო ხშირია, იმათთან შედარებით, ვისი დედებიც ორსულობის პერიოდში რეგულარულად აკითხავდნენ ექიმს კონსულტაციისთვის.⁹²

ჩვილთა სიცოცხლისათვის გადამწყვეტად მნიშვნელოვანია დედის ასაკი. ცხოვრების წესი კი შვილოსნობის ასაკის სწორად შერჩევასაც გულისხმობს. მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ შთამომავლობისთვის ერთნაირად სახიფათოა როგორც ნაადრევი ანუ 18

⁸⁹ ნ. ჭანტურია, "ცხოვრების წესის გავლენა შობადობასა და ჩვილთა მოკვდაობაზე საქართველოში", ჟურნალი „დემოგრაფია“, თბ., 2001 №1(3), გვ. 49.

⁹⁰ იქვე, გვ. 49.

⁹¹ იქვე, გვ. 49.

⁹² იქვე, გვ. 50.

წლამდე, ასევე დაგვიანებული, ანუ 35 წელს ზემოთ პირველი ორსულობა და მშობიარობა.⁹³ 18 წლამდე ასაკში, თავად დედის ორგანიზმია ჩამოუყალიბებელი და იგი მზად არ არის ბავშვის გაჩენისთვის. საფრთხის ქვეშაა როგორც ჩვილის, ასევე დედის ჯანმრთელობაც. ასეთ დროს ხშირია ნაადრევი მშობიარობა და ბავშვის მცირე წონით გაჩენის რისკი, ასევე დღენაკლულობაც (მათი მოკვდაობა, დროულად დაბადებულებთან შედარებით, სიცოცხლის პირველ კვირაში 20-ჯერ მეტია, თანდაყოლილ გულსისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევებისა კი 3-ჯერ მაღალია, 1 წლის ასაკამდე მიღწევისა კი 5-ჯერ ნაკლები).⁹⁴

მნიშვნელოვანია მშობიარობათაშორისი ინტერვალების დაცვაც, ოპტიმალურად მიჩნეულია 2-3 წელი. 1 წელზე ნაკლები ინტერვალით დაბადებულ ბავშვებში ხშირია 7 თვიანთა წილი, ხოლო მოკვდაობის მაჩვენებელი 2-ჯერ უფრო მაღალია ორი და მეტი წლის ინტერვალით დაბადებული ბავშვების შესაბამის მაჩვენებელზე (თუმცა სასურველია ეს ინტერვალი არ აღემატებოდეს 4 წელს).⁹⁵

ორსული ქალის მიერ თამბაქოს მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს მემკვიდრული გენეტიკური პათოლოგიის გადაცემა შვილისთვის. ესაა ყურადღების დეფიციტის პათოლოგია, მეტყველების პრობლემები, სიმსივნისადმი წინასწარ განწყობა და ა.შ. მეცნიერთა გარკვეული ჯგუფის აზრით, მოწვეისადმი მიდრეკილებაც გენეტიკურად გადაიცემა. სწორედ ამიტომ, ზოგიერთი ადამიანი უკვე ბავშვობიდანაა წინასწარგანწყობილი მოწვეისადმი, რადგან იგი მემკვიდრულად მგრძნობიარეა ნიკოტინის ეფექტის მიმართ (დედის მუცლიდან).⁹⁶

ჩვილების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სრულყოფისთვის, ასევე სიცოცხლისუნარიანობის ამაღლებისთვის, აუცილებელი კომპონენტია მისი ბუნებრივი კვება. ქალის რძე, სისხლის მსგავსად, როგორც თავისი ქიმიური შემადგენლობით, ასევე

⁹³ ნ. ჭანტურია, „ცხოვრების წესის გავლენა შობადობასა და ჩვილთა მოკვდაობაზე საქართველოში“, ჟურნალი „დემოგრაფია“, თბ., 2001 №1(3), გვ. 50

⁹⁴ იქვე, გვ. 50.

⁹⁵ იქვე, გვ. 50.

⁹⁶ იქვე, გვ. 50.

იმუნოლოგიური თვალსაზრისით, უნიკალური და შეუცვლელია შვილის ორგანიზმისთვის. მასში შემავალი ფერმენტები და ანტისხეულები აადვილებენ მეტაბოლიზმის პროცესს შვილის ორგანიზმში, ასევე ანიჭებენ მას იმუნოლოგიურ გამძლეობას სხვადასხვა ინფექციის მიმართ. ბუნებრივი კვებით გაზრდილ ბავშვებში, გაცილებით იშვიათია ე.წ. აუტოაგრესიის გამოვლინებები (ფრჩხილების კვნეტა, თმების წიწვნა და ა.შ) და მავნე ჩვევები.⁹⁷

საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2000-იანი წლებიდან დაიწყო. 2005 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ მკვდრადშობადობის შემთხვევები ყველაზე ხშირი იყო 35-44 წლის ასაკის ქალებს შორის, ვისაც პერინატალური მომსახურება არ მიუღია და გართულებული ორსულობის მქონდე ქალებს შორის.⁹⁸ გარდაცვალების ალბათობა ყველაზე მაღალი იყო იმ ბავშვებში, ვისი დედებიც იყვნენ მოზარდები, ჰქონდათ ნაკლები განათლება, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი. ასევე განსხვავდებოდა ეთნიკურ ჯგუფში, სომეხი და აზერბაიჯანელი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლებში. ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტი მაღალი იყო მამრობითი სქესის, მესამე ან მეოთხე მშობიარობის შედეგად დაბადებულ, 24 თვეზე ნაკლებ ინტერვალში დაბადებულ ჩვილებში.⁹⁹

დღეს ვითარება შეცვლილია, ფაქტობრივად 10-12 წელიწადში განათლების დონე მეტ-ნაკლებად ამაღლდა და იგი ისეთ გავლენას ვერ ახდებს ჩვილთა მოკვდაობაზე როგორც ადრე. ნაადრევი ქორწინებების როცხვმა იკლო, შედარებით გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა, რამაც, რა თქმა უნდა, თავისი შედეგი გამოიღო და შემცირდა ჩვილთა მოკვდაობა.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჩვილთა მოკვდაობის ერთ-ერთი დროის მიხედვით დიფერენცირებული მაჩვენებელი პერინატალური მოკვდაობაა, რომელიც თავის თავში მკვდრადშობადობასაც მოიცავს. შესაბამისად, მიზანშეწონილია, რამდენიმე სიტყვის თქმა მკვდრადშობაზეც. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით,

⁹⁷ ნ. ჭანტურია, „ცხოვრების წესის გავლენა შობადობასა და ჩვილთა მოკვდაობაზე საქართველოში“, ჟურნალი „დემოგრაფია“, თბ., 2001 №1(3), გვ. 51.

⁹⁸ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, თბ. 2005, გვ. 7.

⁹⁹ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, თბ. 2005, გვ. 8.

მკვდრადშობადობის 97-99% საშუალო და დაბალი განვითარების ქვეყნებში აღირიცხება. 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 ჰიპერტენია, სიმსუქნე და დიაბეტი, ნაყოფის განვითარების შეფერხება და ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები.¹⁰⁰

რაც შეეხება მკვდრადშობადობის მაჩვენებელს საქართველოში, იგი ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა, როგორც სხვა მაჩვენებლების უმრავლესობა, ესეც განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით მაღალია. მათი მიზეზების შესწავლა კი ერთ-ერთ გამოწვევად რჩება, როგორც ჯანდაცვის, ასევე დემოგრაფთა მხრიდანაც. მკვდრადშობადობის მიზეზების კვლევაში ასევე დიდ პრობლემას წარმოადგენს აუტოფსიისა და პათოლოგანატომიური კვლევების ნაკლებობა.¹⁰¹ კვლევების ჩატარების მხრივ, საქართველოში რთული მდგომარეობაა. დემოგრაფთა უმრავლესობა არ მუშაობს აღნიშნულ საკითხებზე, შესაბამისად ინფორმაციას მხოლოდ ციფრობრივი მონაცემების შესახებ ვფლობთ, რომელსაც სტატისტიკის ეროვნული სამსახური გვაწვდის. ანალიზზე საუბარი ზედმეტია. სამწუხაროდ, იძულებულნი ვართ ისევ დავეყრდნოთ ჯანდაცვის მონაცემებს. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ბოლო პერიოდში დაიწყო გარკვეული კვლევების ანგარიშების გამოქვეყნება. რადგანაც ნაშრომის წამყვანი იდეა დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის მიმოხილვაა 21-ე საუკუნის საქართველოში, გარკვეულ ტენდენციებზე სწორედ ჯანდაცვის კვლევებზე დაყრდნოთ უნდა ვისაუბროთ.

დავუბრუნდეთ მკვდრადშობადობას. ICD - 10 – ის მიხედვით, იგი არის ნაყოფის სიკვდილი დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე. ორსულობის ვადის მიუხედავად. გამოსვლის შემდეგ მკვდრად დაბადების კრიტერიუმებია სუნთქვის ან

¹⁰⁰ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 9.

¹⁰¹ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 9.

სიცოცხლის სხვა ნიშნების არარსებობა, იქნება ეს გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან შეკუმშვა. მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი განისაზღვრება, როგორც მკვდრადშობილი ბავშვების რაოდენობა ყოველ 1000 დაბადებულზე. საქართველოში მკვდრადშობადობის გამომანგარიშება ხდება 22 კვირიდან.¹⁰²

აღსანიშნავი ფაქტია ის, რომ 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. „დაბადების რეგისტრი“, რაც წინ გადადგმულ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს. მოდული გვაძლევს შესაძლებლობას მივიღოთ სრულყოფილი ინფორმაცია ორსულობასა და მშობიარობაზე, რაც შემდგომში დაგვეხმარება სწორი დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავებაში დედათა და ბავშვთა მოკვდაობის წინააღმდეგ. ნამდვილად კარგი იქნებოდა მსგავსი პროგრამა დემოგრაფიის, როგორც მეცნიერების, ფარგლებში, რომ შემუშავებულიყო.

საქართველოში, 2015 წელს, მკვდრადშობადობის 589 შემთხვევა დაფიქსირდა და მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა ყოველ 1000 დაბადებულზე 9,8 შეადგინა.¹⁰³ შედარებისთვის, 2001 წელს ის 15,2 პრომილეს უდრიდა. რაც შეეხება დინამიკას, იგი შემდეგნაირია.

ცხრილი 11.

მკვდრადშობადობის დინამიკა საქართველოში

წლები	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 დაბადებულზე	15,2	16	16,8	14,7	12,6	10,7	10,9	9,5	11,2	9,4	10,5	9,8

¹⁰² პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 9.

¹⁰³ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 11.

2006-დან 2015 წლამდე პერიოდში, საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 42%-ით და 16,8-დან (2006 წელს) ანუ 9,8-მდე 42%-ით შემცირდა (2015 წელს). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ თვალსაზრისით, რთულია ქვეყნების შედარება, რადგან თითოეულ მათგანს ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების განსხვავებული მეთოდი აქვს. ზოგიერთ ქვეყანაში აქვთ განსხვავებული რეგულაცია ორსულობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით, რაც თავის მხრივ, რა თქმა უნდა, გავლენას ახდენს მკვდრადშობადობასა და ნეონატალურ მოკვდაობაზე.¹⁰⁴

მნიშვნელოვანია ნეონატალური მოკვდაობის მიზეზების შესწავლაც, რადგან იგი სამედიცინო სერვისებისა და ხარისხის ერთ-ერთი მთავარი ინდიკატორია.¹⁰⁵ როგორც ვიცით ნეონატალური მოკვდაობა გულისხმობს 0-27 დღის ასაკში გარდაცვალებათა შემხვევებს და იგი იყოფა ადრეულ (0-6) და გვიან (7-27 დღე) ნეონატალურ მოკვდაობად. საქართველოში 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობაში ნეონატალური მოკვდაობის წილი 60%-ს შეადგენს, მაშინ, როცა ანალოგიური მაჩვენებელი განვითარებულ ქვეყნებში 43%-ის ტოლია. მაგრამ ბოლო წლებში, ისევე როგორც პერინატალური მოკვდაობა, ნეონატალური მოკვდაობაც შემცირდა. 2015 წელს 2012 წელთან შედარებით ეს მაჩვენებელი 36%-ით შემცირდა და 2015 წლისთვის ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე 6,1 შეადგინა. ადრეული და გვიანი ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტთა სიდიდე შესაბამისად შემდეგნაირად ნაწილდება 3,6/2,2.¹⁰⁶ 2015 წელს ნეონატალური მოკვდაობის წილმა 0-დან 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალებაში შეადგინა 70%.¹⁰⁷ სამწუხაროდ, კვლევების სიმწირისა და რიგ შემთხვევებში საერთოდ არარსებობის გამო, ძირითადი აქცენტების გაკეთება გვიწევს მხოლოდ ბოლო წლების მონაცემებზე დაყრდნობით. 2015 წელს ნეონატალური მოკვდაობის 75% ნაადრევად დაბადებულ ახალშობილთა შორის დაფიქსირდა. მათი 75% დაიბადა მრავალნაყოფიანი ორსულობის შედეგად. ადრეული ნეონატალური მოკვდაობის წილი

¹⁰⁴ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 15.

¹⁰⁵ იქვე, გვ. 17.

¹⁰⁶ იქვე, გვ. 18.

¹⁰⁷ იქვე, გვ. 19.

ნეონატალურ გარდაცვალებათა შორის შემცირდა და 2015 წელს 57,8% შეადგინა.¹⁰⁸ რეალურად, ნეონატალური მოკვდაობის მიზეზების გაანალიზება საქართველოში სწორედ 2015 წელს დაიწყო. გარდაცვალებების მიზეზებში ნახევარზე მეტი, 51,8%, დაიკავა დღენაკლულობამ და მასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა. შემდეგი იყო თანდაყოლილი ანომალიები 21,1%, SIDS (უეცარი გარდაცვალების სინდრომი) 0,3%, სხვა ინფექციები 5,8%; ასფიქსია დაბადებისას 5,8%; პერინატალური ინფექცია 4,4% და ა.შ.¹⁰⁹ თანდაყოლილ ანომალიებში ყველაზე მეტად გავრცელებულია სისხლმზადი ორგანოებისა და ნერვული სისტემის ანომალიები. ნელ-ნელა, ეტაპობრივად საქართველოში ნეონატალური მოკვდაობის მაჩვენებელი (6,1) ევროპულ დონეს უახლოვდება (4,47).¹¹⁰

კლების ტენდენცია აქვს პოსტნეონატალურ მოკვდაობასაც. იგი ძირითადად ასოცირებულია სოციალურ და გარემო ფაქტორებთან. 2015 წელს პოსტნეონატალურ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალების წილი 28% იყო. პოსტნეონატალურ მოკვდაობაში სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები წარმოადგენენ სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზს.¹¹¹ მნიშვნელოვანია გარდაცვლილ ჩვილთა სქესობრივი თანაფარდობაც. მათ შორის 51,5 % იყო ბიჭი, ხოლო 42,5% – გოგონა.¹¹²

საქართველოში, რეგიონულ ჭრილში, 2015 წელს ჩვილთა მოკვდაობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო თბილისში, 16 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე, ასევე მაღალი იყო კახეთში 9,5 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე და იმერეთში 8 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე. 2015 წელს, ჩვილთა სიკვდილის შემთხვევათა 85% გამოწვეული იყო პრევენტაბელური მიზეზებით, როგორცაა, მაგალითად, უბედური შემთხვევა და ინფექციები.¹¹³

¹⁰⁸ პერინატალური ჯანმრთელობის ანალიზი; მოკლე მიმოხილვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016 წელი, გვ. 20.

¹⁰⁹ იქვე, გვ. 23.

¹¹⁰ იქვე, გვ. 24.

¹¹¹ იქვე, გვ. 29.

¹¹² იქვე, გვ. 29.

¹¹³ იქვე, გვ. 31.

თავი 3: დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირებისთვის

3.1. დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის შემცირების პერსპექტივები.

როგორც ვნახეთ, დედათა და ჩვილთა მოკვდაობის საკითხი ერთ-ერთი მწვავე პრობლემაა საქართველოსთვის. აუცილებელია ვეძებოთ მისი გადაჭრის გზები, რადგან ჩვენი ქვეყანისთვის იგი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. ჩვენი აზრით, პირველ რიგში, აუცილებელია სახელმწიფოს მხრიდან დაინტერესება და საკითხის მასობრივი შესწავლა. ამისათვის კი უნდა ჩატარდეს სხვადასხვა ტიპის კვლევა, რომელიც უშუალოდ მიმართული იქნება იმ დეტერმინანტების გამოსაყოფად, რომლებიც გავლენას ახდენს დედათა და ჩვილთა მოკვდაობაზე. ეს შეიძლება იყოს ქცევითი, კულტურული და სოციალური დეტერმინანტები. თუ კი მოხდება საკითხის სრულად შესწავლა, უფრო მარტივად დავსახავთ მათი გამოსწორების გზებს. ბოლო პერიოდში, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრომ შეიმუშავა მრავალი პროგრამა ორსულთათვის. მათ შორის აღსანიშნავია ორსულებში B და C ჰეპატიტის, აივი-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა. ასევე ახალშობილთა სმენის სკრინინგული გამოკვლევა, რაც გულისხმობს სმენის დარღვევის გამოვლენას ახალშობილებში სმენის პირველადი და მეორეული სკრინინგული გამოკვლევის გზით.¹¹⁴ თუმცა ეს ყველაფერს არ ნიშნავს.

აუცილებელია გართულებების დროული აღმოჩენა. ბიომეტრიული ანალიზის შედეგად ჩანს, რომ მცირდება როგორც ნეონატალური პერიოდის, ასევე პოსტნეონატალური პერიოდის მოკვდაობა. კლებაა დამახასიათებელი პერინატალური მოკვდაობისთვისაც. მაგრამ სამედიცინო პროცესის მართვის გაუმჯობესებამ და ხელმისაწვდომობის გაზრდამ რეგიონული მასშტაბით, შესაძლოა დადებითი ასახვა ჰქონდეს მაჩვენებლის შემცირებაზე. იგი გავლენას მოახდენს როგორც დედის, ასევე ბავშვის ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე.

¹¹⁴ <http://www.ncdc.ge/ka-GE/ProgramsAndProjects/StatePrograms/MaternalandChildHealth>

ყურადღება უნდა მიექცეს რეგიონულ განვითარებას. თბილისში მეტ-ნაკლებად მოსახლეობა ინფორმირებულია სხვადასხვა პროგრამების შესახებ და წვდომაც სამედიცინო პროცედურებთან უფრო გამარტივებულია. რაც შეეხება რეგიონებს, ვითარება მეტად რთულია, თუნდაც მაგალითად შეგვიძლია მოვიყვანოთ, ბოლო პერიოდში, ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტის ზრდა სოფლებში.

ყურადღება უნდა მიექცეს განათლების ამაღლებას, რომელიც პირდაპირ კავშირშია დედათა და ჩვილთა მოკვდაობასთან. რთულია ხელაღებით ვისაუბროთ ცხოვრების დონის გაუმჯობესებაზე მაშინ, როცა ქვეყანაში უამრავი სოციალური პრობლემაა, მაგრამ თუ გვსურს ღირსეული ადგილის დამკვიდრება ევროპულ, განვითარებულ საზოგადოებაში, მაშინ აუცილებელია ვიზრუნოთ მატერიალური კეთილდღეობის ამაღლებაზე. აქ უკვე ვცდებით დემოგრაფთა ცოდნის არეს. აღნიშნული პრობლემა ყველა დარგის სპეციალისტის მიერ კომბინირებული მუშაობის საფუძველზე უნდა გაანალიზდეს და დაისახოს გადაჭრის გზები. მაგრამ ის, რაც გარდაუვლად გასაკეთებელია დემოგრაფთა მხრიდან, ესაა საკითხის სიღრმისეული შესწავლა და ანალიზი, განსაკუთრებით კი გარდაცვალებათა მიზეზების დეტალური შესწავლა.

დასკვნა

დედათა და ჩვილთა მოკვდაობა საქართველოში დღემდე პრობლემად რჩება. მოცემული ნაშრომის მიზანი გახლდათ დღევანდელი ვითრების წარმოჩენა და საკითხის რეტროსპექტული დახასიათება, მოკვდაობის ძირითადი მიზეზების განხილვა და შესაბამისი ანალიზის გაკეთება.

ისტორიას თუ გადავხედავთ და გასულ პერიოდს თანამედროვეობას შევადარებთ, რა თქმა უნდა, უდიდეს პროგრესს დავინახავთ. დღეს თითქმის არავინ კლავს უკვე დაბადებულ შვილს მატერიალური თუ გენდერული თვალსაზრისით, როგორც ამას მე-17-18 საუკუნის საქართველოში სჩადიოდნენ. განვითარდა სამყარო და მათ შორის საქართველოც. დღეს შეგვიძლია თამამად ვთქვათ, რომ ჩვენმა ქვეყანამ შეძლო გაეროს ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზნის შესრულება, რაც მიზნად ისახავდა ჩვილთა მოკვდაობის შემცირებას. 2003 წელს ეს მაჩვენებელი 18,3 პრომილეს შეადგენდა, ხოლო 2015 წელს შეადგინა 8,6 პრომილე. თუმცა, სამწუხაროდ, იმავეს ვერ ვიტყვით დედათა მოკვდაობაზე. აღნიშნული მაჩვენებელი ისევ მაღალია (36 გარდაცვალება ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე) და ბოლო წლებში მატების ტენდენციაც აქვს.

როგორც ვიცით, ყველაფერი შედარებითია და სწორედ შედარებისას, ნათლად გამოჩნდება რეალობა და დაგვეხმარება მდგომარეობის გაანალიზებაში. მართალია, საქართველოში შემცირდა როგორც დედათა, ასევე ჩვილთა მოკვდაობის კოეფიციენტიც, თუმცა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით მაინც საკმაოდ მაღალია. იქიდან გამომდინარე, რომ აღნიშნული მაჩვენებელი არის ერთ-ერთი კარგი ინდიკატორი ქვეყნის განვითარების, როგორც სოციალურ-ეკონომიკური, ასევე სამედიცინო მოსახურების ხარისხის კუთხით, ამ მხრივ, საქართველოს ჯერ-ჯერობით ვერ ექნება პრეტენზია განვითარებულობაზე.

როგორც ვნახეთ, სამედიცინო დემოგრაფიასა და სტატისტიკაში ჩვილთა, ანუ 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობაში განასხვავებენ სამ ძირითად პერიოდს. ესენია: პერინატალური, ნეონატალური და პოსტნეონატალური პერიოდები. თითოეულ მათგანში განსხვავებულია გარდაცვალებათ მიზეზები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია

ნეონატალურ და პოსტნეონატალურ პერიოდში გარდაცვალებათა მიზეზების შესწავლა. როგორც უკვე მრავალგზის აღვნიშნეთ, ნეონატალური მოკვდაობა ძირითადად განპირობებულია ენდოგენური ფაქტორებით, ანუ შინაგანი ფაქტორებით, გენეტიკური დაავადებებით და ა.შ. ამ დროს მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე, განვითარებულობა და ულტრათანამედროვე აპარატურით აღჭურვა. საქართველოში კი, სწორედ ნეონატალური მოკვდაობის წილი უფრო მაღალია ვიდრე პოსტნეონატალური მოკვდაობისა. მართალია სამედიცინო მომსახურების დონე სწრაფად უმჯობესდება, მაგრამ ჯერ კიდევ წინ გვაქვს მთელი რიგი გამოწვევები. რაც შეეხება პოსტნეონატალურ მოკვდაობას, ამ კატეგორიაში, გარდაცვალების მიზეზების ძირითად ფაქტორად, გვევლინება ეგზოგენური გარემოებები. გავლენას ახდენს ეკოლოგიური მდგომარეობა, განათლების დონე, ცხოვრების ხარისხი, სიღარიბე, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მთელი თავისი დამახასიათებელი ნიშნებით. საბედნიეროდ, საქართველოში, ამ მხრივ, გარდაცვალებათა რაოდენობა მცირდება, თუმცა ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს მხოლოდ ერთი ფაქტორის გაუმჯობესებით არა ყველასი. მაგალითად, ამაღლდა განათლების დონე და გაუმჯობესდა სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმები, რამაც შეამცირა ამ კატეგორიაში ჩვილთა გარდაცვალება, თუმცა მზარდი ნეგატიური გავლენა აქვს გარემოს დაბინძურებას და ეკოლოგიას. ამიტომაც, მომავალში საკითხი ისევ მრავალმხრივ შესწავლას საჭიროებს.

გარდაცვალების მიზეზების შესწავლისას გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი ფაქტორი, როგორც ჩვილების, ასევე დედების მოკვდაობაში. ჩვილებში ეს არის დღენაკლულობა და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობები, თანდაყოლილი ანომალიები, სხვადასხვა ინფექციები და ა.შ. ხოლო დედათა გარდაცვალების ძირითადი მიზეზებში განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს სისხლდენა. სირთულეს წარმოადგენს დაკარგული სისხლის დროულად ჩანაცვლება, ანუ დგას სისხლით მომარაგების პრობლემა. ასევე პრობლემატურია სხვადასხვა ინფექციებიც.

საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში გასულ საუკუნესთან შედარებით მრავალი წინ გადადგმული ნაბიჯი შეინიშნება. მცირდება როგორც დედათა, ასევე ჩვილთა მოკვდაობა. თუმცა ჩვენს მთავარ მიზანს წარმოადგენს, რომ ეს მაჩვენებლები

რეალურად იმ ნიშნულამდე ჩამოვიდეს, რომელიც განვითარებული ქვეყნებისთვისაა დამახასიათებელი, რათა შევძლოთ მრავალი დედისა თუ ბავშვის სიცოცხლის შენარჩუნება და ეს იქცეს ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთ წინაპირობად. როგორც შესავალში ვთქვით, „მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არის ქალთა და ბავშვთა ფუნდამენტური უფლება და არა პრივილეგია“. თუ საქართველო შეძლებს, რომ აღნიშნული „პრივილეგია“ მართლაც ფუნდამენტურ უფლებად აქციოს, ნამდვილად შეიქმნება თანასწორუფლებიანი და ჯანსაღი სახელმწიფო.

ბიბლიოგრაფია

ბორისოვი ვ.ა., რუსულიდან თარგმნა სახვაძე ა., 2001, თბილისი.

დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი, მე-3 გამოცემა, 2012, თბილისი, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისი.

თანამედროვე ეთნოსოციალური პროცესები ქ. თბილისში (რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები), 1989, თბილისი, საბჭოთა საქართველო.

კახიძე ა. სურმანიძე რ. 1989, „ბავშვთა სიკვდილიანობა ანტიკური ხანის საქართველოში“, საბჭოთა მედიცინა, გვ. 63.

მათიაშვილი მ. 2015, „შვილის მკვლელობა ძველ ქართულ სამართალში“, სამართლის ჟურნალი, №2. გვ. 39-47.

სოციოლოგიისა და დემოგრაფიის პრობლემები, II, დემოგრაფიული ტერმინოლოგია, 1984, დანართი.

სახვაძე ა. 1990, „ერთი დემოგრაფიული მაჩვენებლის დასაზუსტებლად“, ჟურნალი „ეკონომისტი“.

ყაზახაშვილი ნ., 2001, „გარემო და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა“, დემოგრაფია, №1 (3), გვ. 23-25.

ჭანტურია ნ., ცხოვრების წესის გავლენა შობადობასა და ჩვილთა მოკვდაობაზე საქართველოში“, №1 (3), გვ. 42-45.

ჯიჯაძე ა, 1935, შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა კაპიტალისტურ ქვეყნებში და ჩვენთან.

დედათა სიკვდილიანობი ეპიდკვლევის შედეგები, 2014, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:

http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%94%E1%83%9E%E1%83%98%E1%83%93%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A8%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%202014_e9b1a930-a408-4498-b221-4f1830b7109b.pdf

დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, 2015, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:

http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%97%E1%83%90%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98_d878ee3d-8616-440f-8aa3-c49605f0b615.pdf

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2005, თბილისი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:

http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/RHS05_GEO_Geo_3b5ed60d-2f05-4534-bc27-a6bf426e6cbb.pdf

პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, 2016, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/account_2def1b4a-7df1-42a1-8d21-f2c5d355aafe.pdf

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2016.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2016.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2016.

http://www.who.int/gho/maternal_health/en/

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2015.

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2015.

http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, გაეროს განვითარების პროგრამა საქართველო, 2015.

<http://www.ge.undp.org/content/georgia/ka/home/post-2015.html>

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, გაეროს განვითარების პროგრამა საქართველო, 2015.

<http://www.ge.undp.org/content/georgia/ka/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>

სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მოსახლეობა, ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, 2016

http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo

Central Intelligence Agency, 2016,

<https://www.cia.gov/library/Publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html>

Институт демографии Национального исследовательского университета “Высшая школа экономики”

http://demoscope.ru/weekly/ssp/sng_imr.php

თურქეთის სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2016.

<http://www.turkstat.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური., სტატისტიკური კრებული, თბილისი, 2016.

http://geostat.ge/cms/site_images/_files/georgian/population/Demografiuli%20Vitareba%20SaqartveloSi%20Krebuli%202016.pdf

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, გარემო, 2016.

http://geostat.ge/?action=page&p_id=430&lang=geo

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Mariam Ghutidze

Maternal and Infant Mortality in Georgia

Demography and Population Geography

Master's thesis is submitted to obtain the degree of Master in Demography and
Population Geography

Supervisor: Anzor Sakhvadze

Associated Professor

TBILISI

2017