

|  |  |
| --- | --- |
| ‘დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2018, მაისი/ივნისი N5/6, ტომი 22 | **ეპიდემიოლოგიური****ბიულეტენი**1. **ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაძლიერება ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე****2. ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებისა და ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის საზიანო პრაქტიკები საქართველოში** |

**ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაძლიერება ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე**

მიმოხილვის მიზანია საქართველოში ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაძლიერება რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობის დაზუსტების გზით. მნიშვნელოვანია, რომ შემთხვევათა რაოდენობა დათვლილი იყოს ისე, როგორც ის ითვლება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სიკვდილიანობისა და ავადობის ტვირთის მონაცემთა ბაზებში და ასახულია მიმოხილვით დოკუმენტებში ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების შესახებ.

არაგადამდები დაავადებების (აგდ), მათ შორის ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების, პრევენცია და მართვა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანეს ამოცანას მთელ მსოფლიოში.

2015 წელს, მსოფლიოში 56.4 მილიონი სიკვდილის შემთხვევიდან 39.5 მილიონი, ანუ 70%, გამოწვეული იყო არაგადამდები დაავადებებით. არაგადამდებ დაავადებათა ოთხი ძირითადი ჯგუფია: გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები და დიაბეტი. ამ დაავადებათა ავადობის ტვირთი არაპროპორციულად მზარდია დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისა თუ პოპულაციებისათვის. 2015 წელს მსოფლიოში სიკვდილის შემთხვევების წამყვანი მიზეზები იყო: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები - 17,7 მილიონი, სიმსივნე - 8,8 მილიონი, რესპირატორული დაავადებები (ასთმისა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების (ფქოდ) ჩათვლით) - 3,9 მილიონი და დიაბეტი - 1,6 მილიონი.[[1]](#footnote-1)

მსოფლიოში არა-ადამდებ დაავადებათა შორის სიკვდილიანობით, რესპირატორული დაავადებები მესამე ადგილზეა. როცა ვმსჯელობთ რესპირატორულ დაავადებებზე, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ეს დაავადებები შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული, აგრეთვე გადამდები და არა-გადამდები ბუნების, და ასევე ზემო სასუნთქი და ქვემო სასუნთქი გზების. მოყვანილი სტატისტიკა ეხება ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებს.

რესპირატორული დაავადებები იწვევენ ავადობის უზარმაზარ ტვირთს მსოფლიოში. ამ დაავადებებიდან გამოირჩევა ხუთი ნოზოლოგია (დიდი ხუთეული), კერძოდ: ფქოდი, ასთმა, ქვედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები, ტუბერკულოზი და ფილტვის კიბო (ცხრილი 1), რომლებიც მსოფლიოში ავადობისა და სიკვდილიანობის უხშირეს მიზეზს წარმოდგენენ.[[2]](#footnote-2)

ცხრილი 1. ხუთი უდიდესი რესპირატორული დაავადება[[3]](#footnote-3)

|  |
| --- |
| **ხუთი უდიდესი რესპირატორული დაავადება: რესპირაციულ საზოგადოებათა საერთაშორისო ფორუმი, 2013** https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201311-405PS |
| **დაავადებები** | მთავარი პრევენტირებადი რისკის ფაქტორები | დაავადების შეფასებითი რაოდენობა გლობალურად (მილიონებში) | წლიური სიკვდილიანობა გლობალურად (მილიონებში) | კომენტარი |
| **ფქოდი** | თამბაქოს მოწევა; ოთახ-შიდა კვამლი; საწარმოო აირები და ნაწილაკები; ოთახ-გარე ჰაერის დამაბინძურებლები; ასთმა. | 200 (პრევალენტობა) | - | სიკვდილის მე-4 წამყვანი მიზეზი მსოფლიოში |
| **ასთმა** | გენეტიკური წინასწარგანწყობა; გარემოს ალერგენები; ჰაერის დამაბინძურებლები; კვებითი ფაქტორები; არანორმალური იმუნოლოგიური რეაქციები.  | 235 (პრევალენტობა) | 0.18 | მსოფლიოში პრევალენტობა მზარდია |
| **მწვავე რესპირაციული ინფექციები** | იმუნიზაციის დაბალი მაჩვენებლები; ცუდი კვება; ხალხით გადაჭედილობა; აივ ინფექცია.  | - | 4 | ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა ბავშვებში |
| **ტუბერკულოზი** | აივ ინფექცია. ხალხით გადაჭედილობა. | 8.7 (ინციდენტობა) | 1.4 | აივ-ტუბერკულოზის შემთხვევების დაახლოებით 80% მოდის აფრიკაზე.  |
| **ფილტვის კიბო** | თამბაქოს მოწევა; პასიური ექსპოზიცია თამბაქოს კვამლით; ბიო-საწვავის კვამლი; რადონის ჩასუნთქვა და აზბესტოზი.  | 1.6 (ინციდენტობა) | 1.37 | კიბოთი სიკვდილის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი.  |

რესპირატორული სისტემის ჯანმრთელობას ადამიანები ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ. თუმცა, სინამდვილეში, ფილტვი სასიცოცხლო ორგანოა, რომელიც მოწყვლადია ინფექციებისა და დაზიანებების მიმართ. რესპირაციული დაავადებები სიკვდილისა და უნარშეზღუდულობის წამყვანი მიზეზია მსოფლიოში. დაახლოებით 65 მილიონი ადამიანი იტანჯება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით (ცხრილი 2). ამ დაავადებებით ყოველწლიურად 3 მილიონი კვდება.

ცხრილი 2. ფქოდის პრევალენტობა გლობალურად და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონების მიხედვით, სისტემატური მიმოხილვა.[[4]](#footnote-4)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| მსოფლიოში და WHO რეგიონებში | ორივე სქესი(95% CI) | კაცები (95% CI) | ქალები (95% CI) |
| მსოფლიო | 11.4 (10.8–12.0) | 14.3 (13.3–15.3) | 7.6 (7.0–8.2) |
| აფრიკა | 10.6 (6.1–15.1) | 15.1 (8.8–21.3) | 8.0 (4.1–11.9) |
| ამერიკა | 14.1 (11.4–16.7) | 17.6 (14.6–20.6) | 11.8 (9.7–13.9) |
| აღმოსავლეთ ხმელთა-შუა ზღვისპირეთი | 13.2 (8.8–17.7) | 15.3 (5.9–24.7) | 6.0 (2.5–9.5) |
| ევროპა | 12.0 (10.7–13.2) | 13.7 (12.0–15.3) | 7.6 (6.8–8.5) |
| სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზია | 7.8 (5.3–10.4) | 9.3 (4.7–13.9) | 3.6 (2.4–4.9) |
| დასავლეთ წყნარი ოკეანეა | 10.0 (9.0–11.0) | 14.4 (12.5–16.3) | 6.4 (5.3–7.5) |

მსოფლიოში დაახლოებით 334 მილიონი ადამიანია დაავადებული ასთმით. ასთმა ბავშვთა ასაკის ყველაზე გავრცელებულ დაავადებაა და მოიცავს ბავშვთა მოსახლეობის 14%-ს გლობალურად (სურათი 1).

სურათი 1. ასთმის პრევალენტობა 13-14 წლის ასაკის ბავშვებში მსოფლიოში

ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანი კვდება პნევმონიით და ის სიკვდილის წამყვანი მიზეზია 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. 10 მილიონზე მეტ ადამიანს ემართება ტუბერკულოზი ყოველწლიურად და 1,4 მილიონი კვდება, რის გამოც იგი მიჩნეულია ყველაზე ლეტალურ ინფექციურ სნეულებად. ფილტვის კიბოთი ყოველწლიურად კვდება 1,6 მილიონი ადამიანი და იგი ყველაზე სასიკვდილო ონკოლოგიური დაავადებაა. გლობალურად 4 მილიონი ადამიანი კვდება ნაადრევად ქრონიკული რესპირაციული დაავადებით. სულ მცირე ორი მილიარდი ადამიანი განიცდის ტოქსიკური ბოლის ზემოქმედებას ოთახის შიგნით, ერთი მილიარდი განიცდის დაბინძურებული ჰაერის ზემოქმედებას ოთახის გარეთ და ერთი მილიარდი განიცდის თამბაქოს კვამლით ექსპოზიციას.[[5]](#footnote-5)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გლობალურ მიზნად დასახა 25%-ით შეამციროს ნაადრევი სიკვდილობა 2025 წლისათვის. ამ მიზნით შეიქმნა აგდ პრევენციისა და კონტროლის 2013-2020 წლების სამოქმედო გეგმა[[6]](#footnote-6), სადაც სხვა მიმართულებებთან ერთად, გათვალისწინებულია ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობის შემცირების ღონისძიებები.

მსოფლიოს პოლიტიკურმა ლიდერებმა 2015 წელს ვალდებულება აიღეს მდგრადი განვითარების მიზნებზე[[7]](#footnote-7), რომლის ერთ–ერთი ვალდებულებაა 2030 წლისათვის ნაადრევი სიკვდილობის ერთი მესამედით შემცირება, რაც გულისხმობს ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებასაც.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, ჯერ კიდევ 2002 წელს, მიიღო ქრონიკული რესპირაციული დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგია, რომლის მიზანია დაეხმაროს წევრ ქვეყნებს ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით, სპეციფიურად კი ფქოდითა და ასთმით გამოწვეული ავადობის, შრომისუუნარობისა და ნაადრევი სიკვდილობის შემცირებაში. სტრატეგიის ამოცანებია: 1) ზედამხედველობის გაუმჯობესება, რაც გულისხმობს ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით ავადობის მასშტაბის დადგენას და მათი დეტერმინანტების ანალიზს, განსაკუთრებული აქცენტით ხელმოკლე პოპულაციებზე და ტენდენციების მონიტორირებას; 2) პირველადი პრევენცია, რათა შემცირდეს მოსახლეობის ექსპოზიცია ისეთი რისკის ფაქტორების მიმართ, როგორიცაა: თამბაქო, კვების ნაკლებობა, ქვემო სასუნთქი გზების ხშირი ინფექციები ბავშვთა ასაკში და ჰაერის (ოთახ-შიდა, ოთახ-გარე და საწარმოო) დაბინძურება. 3)მეორეული და მესამეული პრევენცია, რაც გულისხმობს ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით დაავადებულთათვის ჯანდაცვითი მზრუნველობის გაძლიერებას, ხარჯ-ეფექტური ინტერვენციების დაგეგმვას, სტანდარტების გაუმჯობესებას და ჯანდაცვის სერვისებით ხელმისაწვდომობის გაზრდას ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეზე.[[8]](#footnote-8)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით 2006 წლიდან ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების წინააღმდეგ ოფიციალურად ამოქმედდა გლობალური ალიანსი (GARD). იგი საერთაშორისო და ეროვნული ორგანიზაციების, ინსტიტუციების და სააგენტოების ნებაყოფლობითი ალიანსია ერთი საერთო მიზნით: შემცირდეს რესპირატორულ დაავადებათა გლობალური ტვირთი. იმის გამო, რომ ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებათა დიდი წილის დიაგნოსტირება მოგვიანებით ეტაპზე ხდება, მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია და აუცილებელ წამლებზე ხელმისაწვდომობა ბევრ ქვეყანაში პრობლემურია, ამიტომ ამ დაავადებათა ტვირთის შემცირების მიზნით, საჭიროა გლობალური ძალისხმევები.[[9]](#footnote-9)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2007 წელს შემუშავებულ იქნა ყოვლისმომცველი მიდგომა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების გლობალური ზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლისათვის. ამ დოკუმენტში ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები შემდეგნაირადაა განმარტებული: ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები სასუნთქი გზებისა და ფილტვების სხვა სტრუქტურების ქრონიკულ დაავადებებს წარმოადგენს. მათ შორის ყველაზე გავრცელებული პრევენტირებადი დაავადებებია: ასთმა და რესპირატორული ალერგიები, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ფილტვის პროფესიული დაავადებები, ძილის აპნოეს სინდრომი და ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია.[[10]](#footnote-10) ამავე დოკუმენტში მოცემულია ქრონიკული რესპირაციულ დაავადებათა უფრო ფართე ჩამონათვალი დაავადებათა მე-10 გადახედვის მიხედვით (ICD10) (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ქრონიკული რესპირაციული დაავადების ჩამონათვალი ICD10 კოდირებით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტის მიხედვით (Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach 2007)

|  |  |
| --- | --- |
| **დაავადება** | **დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICD10)** |
| ასთმა | J44a-46 |
| ბრონქოექტაზია | A15-18b, J44,J47, Q32-33 |
| ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებება, ქრონიკული ბრონქიტი და ემფიზემა  | J40-44 |
| ქრონიკული რინოსინუსიტი | J32-33 |
| ზემგრძნობელობითი პნევმონიტი | J66-67 |
| ფილტვის კიბო და სასუნთქი სისტემის და გულმკერდის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები | C30-39 |
| ფილტვის ფიბროზი | B90, J69, J70, J84, P27 |
| პლევრის ქრონიკული დაავადებები | C38, C45, D38, J92 |
| პნევმოკონიოზი | J60-65  |
| პულმონური ეოზინოფილია | J82 |
| ფილტვისმიერი გული და ფილტვის სისხლძარღვოვანი ავადმყოფობები, ფილტვის ემბოლიის და პულმონური ჰიპერტენზიის ჩათვლით | I26-28 |
| რინიტი | J30-31, J45a |
| სარკოიდოზი | D86 |
| ძილის აპნოეს სინდრომი | G47 |

a  გამოსახული კოდები მოიცავს არა მხოლოდ ცხრილში ჩამოთვლილ დაავადებებს. აქ გამოსახული იქნა ყველა კოდი, რომელიც შესაძლებელია მიანიშნებდეს კონკრეტულ დაავადებას.

b ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში.

ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების გლობალური ზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის ანგარიშის მიხედვით, მსოფლიოში ასობით მილიონი ადამიანი იტანჯება მართადი რესპირაციული დაავადებებით. ანგარიში ფოკუსირებულია ზემოთჩამოთვლილ ხუთ დაავადებაზე და მათი რისკის ფაქტორებზე. ამ დაავადებათა რისკის ფაქტორები იდენტიფიცირებულია და რაც მნიშვნელოვანია, მათი პრევენცია შესაძლებელია. ეს რისკის ფაქტორებია: თამბაქოს კვამლი (პირველადი და მეორადი), ოთახის შიგნითა ჰაერის დამაბინძურებლები, ოთახის გარეთა ჰაერის დამაბინძურებლები, ალერგენები და საწარმოო აგენტები. აგრეთვე გარკვეული მნიშვნელობა აქვს არაჯანსაღ კვებას, სიმსუქნესა და დაბალ ფიზიკურ აქტივობას. ქრონიკული დაავადებებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს რისკის ასაკობრივ აკუმულაციას. დაბერება არის პროცესი, რომელიც ასოცირებულია ქრონიკულ დაავადებებთან და ამ ფაქტორის გავლენა ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებისათვის განსაკუთრებულია.

რაც შეეხება ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით გამოწვეულ ავადობის ტვირთს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებითი მონაცემებით 2015 წელს გლობალურად რესპირაციულ დაავადებებზე მოდიოდა 110 343 568 დაკარგული სიცოცხლის წელი (DALYs). მათ შორის, ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებებზე 72 814 525 დაკარგული სიცოცხლის წელი და ასთმაზე - 27 223 253 დაკარგული სიცოცხლის წელი (სურათი 2).[[11]](#footnote-11)

სურათი 2. ასთმის გლობალური ტვირთი, ასაკისა და სქესის მიხედვით, DALY 100 000 მოსახლეზე.[[12]](#footnote-12)



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებითი მონაცემებით 2015 წელს მსოფლიოში რესპირაციული დაავადებებით 3 913 335 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა, რაც საერთო სიკვდილიანობის 6,9-ს % შეადგენდა.[[13]](#footnote-13)

ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით ავადობის ტვირთის და გარდაცვალების შემთხვევების გამოთვლისას მხედველობაში მიიღება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინფორმაციის, მტკიცებულებათა და კვლევების დეპარტამენტის მიერ შემოთავაზებული მეთოდიკა და მონაცემთა ბაზები (WHO methods and data sources for country‐level causes of death; WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015). დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის მიხედვით (ICD10), ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების ჩამონათვალი მოცემულია ცხრილი 4-ში.

ცხრილი 4. ქრონიკული რესპირაციული დაავადების ჩამონათვალი ICD10 კოდირებით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზების მიხედვით. 2015 წელი

|  |  |
| --- | --- |
| **დაავადება** | **დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICD10)** |
| ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებება | J40-44 |
| ასთმა | J44-46 |
| სხვა რესპირაციული დაავადებები | J30-39, J47-98 |

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრში ყოველწლიურად მზადდება ცენტრის მუშაობის ანგარიში, არა-გადამდებ დაავადებათა ტენდენციების ანალიზი და სტატისტიკური ცნობარები, სადაც ტრადიციულად სხვა დაავადებათა ჯგუფებთან ერთად მიმოიხილება სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობების ინციდენტობა, პრევალენტობა, სიკვდილიანობა, ლეტალობა და სხვა ინდიკატორები. სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობებში მოიაზრება როგორც ინფექციური, ასევე არა-გადამდები დაავადებები, როგორც ზემო სასუნთქი, ასევე ქვემო სასუნთქი გზების დაავადებები (ICD10-ის მიხედვით, დაავადებათა მე–10 კლასი, J00-დან J99-ის ჩათვლით). 2010 წლიდან იყო მცდელობა ფოკუსირება მომხდარიყო ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე - სტატისტიკურ ცნობარში ცალკე ქვეთავად იქნა გამოყოფილი „რესპირაციული სისტემის ქრონიკული ავადმყოფობები“ (Chronic Respiratory Diseases - CRD). ასევე, ტენდენციების ანალიზშიც, ბოლო წლებში ყურადღება გამახვილდა ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე. 2016 წლის ტენდენციების ანალიზში განხილული იქნა ქვედა და ზედა სასუნთქი გზების ქრონიკული დაავადებების და გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული ფილტვის ავადმყოფობების ჯამი (J40-J47, J30-J39-ის ნაწილი და J60-J70).

ამრიგად, ქრონიკულ რესპირაციულ დაავადებებზე ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაძლიერების და რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობის დაზუსტების მიზნით, მნიშვნელოვანია შემთხვევათა აგრეგაცია მოხდეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სიკვდილიანობისა და ავადობის ტვირთის მონაცემთა ბაზებში ასახული მეთოდიკების (WHO methods and data sources for country‐level causes of death; WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015) მიხედვით, რაც გულისხმობს J40-44, J44-46, J30-39, J47-98 ჯგუფების შეჯამებას.

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვაწოდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, ქრონიკულ დაავადებათა სამმართველოს მთავარმა სპეციალისტმა ზაალ მერაბიშვილმა და სამმართველოს უფროსმა ნანა მებონიამ

# დ ა ნ ა რ თ ი

# ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებისა და ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის საზიანო პრაქტიკები საქართველოში

ჯერ კიდევ ცოტა ხნის წინ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებასთან დაკავშირებული საკითხები თითქმის არ განიხილებოდა საჯარო რიტორიკისა და პოლიტიკის დონეზე საქართველოში - ქვეყანაში, სადაც ქალების 14 პროცენტი 18 წლამდე ასაკში ქორწინდება[[14]](#footnote-14), რაც ევროპაში ადრეული ქორწინების ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს წარმოადგენს. ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინება, რომელიც განისაზღვრება როგორც იმ პირთა ოფიციალური თუ არაოფიციალური კავშირი, რომელთაგან ერთ-ერთი მაინც თვრამეტ წლამდე პირია, არის ფენომენი, რომელიც მძიმედ აისახება როგორც გოგონების, ასევე ბიჭების ცხოვრებაზე. თუმცა მას გენდერული განზომილებაც აქვს, რადგან განსაკუთრებულად მძიმე გავლენას ადრეული ქორწინება გოგონებზე ახდენს, რომლებსაც მთელი ცხოვრების განმავლობაში თან სდევთ მათი უფლებების დარღვევის შედეგები. ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების, როგორც ადამიანის უფლებების შემლახავი იმ პრაქტიკის უგულებელყოფამ, რომელიც მოითხოვს ყურადღებასა და რესურსებს პოლიტიკისა და სერვისების მიწოდების დონეზე, გამოიწვია სერიოზული ჩავარდნები ამ სფეროს კვლევაში. თუმცა ბოლო პერიოდში განხორციელებულმა მცირე, მაგრამ ინფორმაციულმა ინიციატივებმა ხელი შეუწყო მთელი ქვეყნის მასშტაბით ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების პრობლემების შესახებ ცნობიერების ამაღლებას. ეს პრაქტიკა არ არის დაკავშირებული მხოლოდ ტრადიციებთან და ეთნიკური უმცირესობების ჯგუფებთან, როგორც ეს თავდაპირველად იყო მიჩნეული: იგი ასახავს გენდერული უთანასწორობის ფართო ტენდენციებს. მიუხედავად ამ პროგრესისა, კიდევ ბევრია გასაკეთებელი უკანასკნელ პერიოდში მიღებული გადაწყვეტილებების პრაქტიკული განხორციელებისთვის, რაც მტკიცე პოლიტიკურ მხარდაჭერას მოითხოვს. ამ კონკრეტულ პრობლემაზე მხოლოდ სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებისა და სახელმწიფო უწყებების მცირე ჯგუფი მუშაობს, რაც განაპირობებს ამ სფეროში კვლევების მწვავე დეფიციტს და მხოლოდ ბუნდოვან წარმოდგენას ქმნის ამ პრაქტიკის მასშტაბის შესახებ. წინამდებარე კვლევა დროული ნაბიჯია ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების სირღმისეული შესწავლის მიმართულებით როგორც გეოგრაფიულად (ეროვნულ დონეზე), ასევე საკვლევი კოჰორტის ზომის გამოც.

საქართველოში ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების კომპლექსური ხასიათისა და მასთან დაკავშირებული უთანასწორო გენდერული ნორმების სიღრმისეულად შესწავლის მიზნით 2017 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდმა, საქართველოში გაეროს ბავშვთა ფონდის წარმომადგენლობასთან ერთად და Promundo-თან პარტნიორობით, განახორციელა ამ პრობლემის მასშტაბური კვლევა, რომლის მიზანია, გამოავლინოს, თუ რას ეფუძნება საქართველოში ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების და ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება/კვეთის მიმართ არსებული დამოკიდებულებები, ნორმები და პრაქტიკა და გამოავლინოს ის რისკები და შესაძლებლობები, რომლებიც თან ახლავს ამ პრობლემის გადაჭრას. კვლევის ფარგლებში ყურადღება იმ მსგავსებებსა და განსხვავებებსაც მიექცა, რომლებიც არსებობს რეგიონებს შორის, სოფელსა და ქალაქს, ეთნიკურ ჯგუფებს, ასევე სხვადასხვა ენობრივ და რელიგიურ ჯგუფს შორის. კვლევის ძირითადი კითხვები იყო:

* რა არის ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გამომწვევი ძირითადი ფაქტორები და მისი შედეგები?
* როგორი დამოკიდებულება, შეხედულებები, სოციალური ნორმები და პრაქტიკა არსებობს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების ირგვლივ და როგორ მოქმედებს ისინი?
* რა რისკები და დაცვის ფაქტორები არსებობს ქვეყანაში ამ პრაქტიკასთან დაკავშირებით?
* როგორია ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის პრაქტიკა საქართველოში?

**მეთოდოლოგია**. თვისებრივი მონაცემები შეგროვდა საქართველოს 10 რეგიონის ქალაქებსა და სოფლებში და ქვეყნის დედაქალაქში: თბილისში, აჭარაში, გურიაში, იმერეთში, კახეთში, მცხეთა-მთიანეთში, ქვემო ქართლში, რაჭა-ლეჩხუმში, სამეგრელო-ზემო სვანეთში, სამცხე-ჯავახეთსა და შიდა ქართლში. ამგვარი მიდგომა მიზნად ისახავდა ქვეყანაში არსებული სამი ძირითადი ენობრივი და მოსახლეობის უმრავლესობის/ეთნიკური ჯგუფების - ქართველების, სომხებისა და აზერბაიჯანელების - წარმოდგენას კვლევაში. მონაცემთა შეგროვებისთვის შეირჩნენ პირები, რომლებისთვისაც ეს ენები მშობლიურია. წინასწარი დაგეგმვის ფარგლებში ჩაიწერა თორმეტი ინტერვიუ მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან თვისებრივი კვლევის პროტოკოლების შემუშავების მიზნით. პროტოკოლების საბოლოო ვერსიაში აისახა მკვლევართა თითოეული ჯგუფის პარტნიორებისა და მონაცემთა შემგროვებლების მიერ გამოთქმული მოსაზრებები, აგრეთვე კვლევითი ინსტრუმენტების სატესტო გამოყენების შედეგები. ცალკე თვისებრივი პროტოკოლები შემუშავდა თითოეული საკვლევი ჯგუფისთვის, რომლებშიც შედიოდნენ:

(1) დაქორწინებული გოგონები/ახალგაზრდა ქალები. ასაკობრივი ჯგუფები: 12-17, 18-24, 25-34

(2) დაუქორწინებელი გოგონები/ახალგაზრდა ქალები. ასაკობრივი ჯგუფი: 12-17

(3) დაქორწინებული ვაჟები/ახალგაზრდა კაცები. ასაკობრივი ჯგუფები: 12-17, 18-24, 25-34

(4) დაუქორწინებელი ვაჟები/ახალგაზრდა კაცები. ასაკობრივი ჯგუფი:12-17

(5) დაქორწინებული წყვილების ოჯახის წევრები

(6) სხვა პირები (მასწავლებლები, ექიმები, სკოლის ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები), პოლიტიკოსები, აგრეთვე ადგილობრივი თემის და რელიგიური ლიდერები

კვლევის საბოლოო ნიმუშში შევიდა 342 მონაწილე, ჩატარდა 99 ჩაღრმავებული ინტერვიუ, 35 დისკუსია ფოკუსჯგუფში და 12 ინტერვიუ მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან. ჩაღრმავებული ინტერვიუებიდან და ფოკუსჯგუფის მონაწილეებიდან 213 იყო ქალი, ხოლო 117 მამაკაცი. მონაწილეთა უმეტესობა თბილისიდან იყო (*n* = 86), შემდეგ მოდიოდა აჭარა (*n* = 46) და ქვემო ქართლი (*n* = 43). ნიმუშში წარმოდგენილი იყო ოთხი ეთნიკური ჯგუფი და ინფორმაცია 289 რესპონდენტისგან შეგროვდა. გამოკითხულებიდან ყველაზე მეტი, 200 - ქართველი იყო, 45 - აზერბაიჯანელი, 30 - სომეხი, 7 - ავარი, და 7 - ქისტი. რაც შეეხება ნიმუშში ასაკობრივ განაწილებას, ყველაზე მეტი რესპონდენტი იყო 15-დან 17 წლამდე ასაკის (*n* = 100).

**ძირითადი მიგნებები**

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავრცელების მასშტაბი.** კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინება გავრცელებული მოვლენაა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, დედაქალაქის - თბილისის - ჩათვლით. მონაწილეებისა და მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების ნაწილი მიიჩნევდა, რომ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინება მხოლოდ სოფლად და ეთნიკური უმცირესობების ჯგუფებში გვხვდება, თუმცა კვლევის შედეგებმა დაადასტურა, რომ ეს შეხედულება მიკერძოებულია და შეიძლება იმით აიხსნას, რომ ზოგიერთ ეთნიკურ ჯგუფში ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების ასაკად 13, 14 და 15 წლები სახელდება, განსხავებით ძირითადი მოსახლეობისგან, სადაც ამგვარი ასაკი უფრო 16 და 17 წლებია. ზოგიერთ სამიზნე ადგილას აგრეთვე ნახსენები იქნა ქორწინება მოტაცებით. მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინება გავრცელებული მოვლენაა, რესპონდენტები მკვეთრად უარყოფით დამოკიდებულებას გამოხატავდნენ ამ ფენომენის მიმართ და ხაზს უსვამდნენ, რომ ქორწინება, რომელიც ძალადობრივია და არ ითვალისწინებს ბავშვის მოსაზრებებს, თანხმობას და შეხედულებებს, უფრო ხშირად წარსულში ხდებოდა. შედეგების ანალიზისას გამოიკვეთა გენდერული განსხვავებები. მაგალითად, გამოკითხულთა მიერ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების დაძრახვა უფრო მეტად ხდებოდა, როდესაც ის ეხებოდა ბიჭებს და არა გოგონებს. დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ, მიუხედავად ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების მასშტაბისა, არსებობს ამ პრაქტიკის არასწორი აღქმა, მაგალითად, ის, რომ ადრეული ქორწინება უფრო გავრცელებულია სოფლად ან ის, რომ თუ ქორწინებაზე გადაწყვეტილების მიღებისას არ იქნა გათვალისწინებული ბავშვის აზრი, მხოლოდ ამგვარი კავშირი შეიძლება ჩაითვალოს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებად.

**მოზარდთა მოქმედების უნარის როლი.** როგორც გამოკითხულმა გოგონებმა, ასევე ბიჭებმა მიუთითეს, რომ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების ბუნებამ ცვლილებები განიცადა. ახლა გოგონებსაც და ბიჭებსაც მიაჩნიათ, რომ მათ მეტი არჩევანი აქვთ და მეტად ეთქმით სიტყვა მათი მშობლების არჩევანშიც, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მათ ურთიერთობა აქვთ. თუმცა ეს უფრო მეტად ეხება ბიჭებს, ვიდრე გოგონებს, რომელთაგან ზოგიერთის თქმით, ისინი განიცდიან ზეწოლას - მათგან მოითხოვენ დაქორწინებას მიუხედავად იმისა, რომ მათ სასიყვარულო კავშირი აქვთ. ამ ტენდენციას ხსნის ის ფაქტორიც, რომ ოჯახური ნორმები უფრო შემწყნარებელია ბიჭების, ვიდრე გოგონების მიმართ, როდესაც ისინი ღიად გამოხატავენ საკუთარ არჩევანს პარტნიორთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ შედეგებში გამოიკვეთა განსხვავებები მშობლების თანხმობის მნიშვნელობასთან და ძალასთან დაკავშირებით სამიზნე ადგილებს შორის, მაინც არსებობს კონსენსუსი იმის შესახებ, რომ დიდი ალბათობით ახლად დაქორწინებულ მოზარდებს მშობლებთან უწევთ ცხოვრება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ახალგაზრდების ოჯახები მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაში არიან. აღსანიშნავია, რომ მამები უფრო მნიშვნელოვან როლს თამაშობდნენ ქორწინებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღებისას, განსაკუთრებით გოგონების შემთხვევაში, ვიდრე დედები, რომლებიც მხოლოდ საკუთარ მოსაზრებას გამოთქვამდნენ და არ იღებდნენ გადაწყვეტილებას. უნდა ითქვას, რომ მოქმედების უნარის კომპლექსური როლი და მისი ნიუანსები, არჩევანისა და თანხმობის ცნებებთან ერთად, საჭიროებს უფრო ღრმა კვლევას, რათა შესწავლილი იქნეს მისი გავლენა და ვარიაციები ქართულ კონტექსტში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ წნეხის და გავლენის შესაფასებლად, რასაც გოგონები განიცდიან შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ალტერნატივების ნაკლებობის ფონზე.

**მოწიფულობაში გადასვლა: ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება/კვეთა.** რეგიონებში ჩატარებული ინტერვიუების შედეგებიდან ირკვევა, რომ მოწიფულობაშიგადასვლა არ აღინიშნება რაიმე კონკრეტული რიტუალით. თუმცა 7-12 წლამდე ასაკის ბიჭებს უტარდებათ წინადაცვეთა. რესპონდენტები თანხმდებიან, რომ ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება/კვეთა არ ხდება, თუმცა რესპონდენტთა უმეტესობას სმენოდა ამგვარი პრაქტიკის შესახებ ინტერნეტიდან ან ტელევიზიიდან. ხანდაზმულმა ავარმა ქალებმა განაცხადეს, რომ მათ ყველას ჩაუტარდათ ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება/კვეთა, განსაკუთრებით კი მისი Iა ტიპი, რაც ითვალისწინებს მხოლოდ კლიტორის ჩუჩის კვეთას. თუმცა მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ, მიუხედავად იმისა, რომ მათთვის არ იყო ცნობილი ამგვარი შემთხვევების შესახებ, ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის შემთხვევების *შესაძლო* შემცირება შეიძლება უკავშირდებოდეს მხოლოდ სამართლებრივი სანქციების შემოღებას, რის გამოც პროცედურები შესაძლოა საიდუმლოდ/დაფარულად ტარდებოდეს. მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებიდან მხოლოდ ერთმა ჟურნალისტმა განაცხადა, რომ მას გაუგია ამგვარი შემთხვევის შესახებ. სხვა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ამ შემთხვევების კლება შეიძლება გამოწვეული იყოს იმითაც, რომ ქალი, რომელიც ამ პროცედურას ატარებდა სოფელში, გარდაიცვალა.

მონაცემების მიხედვით ძნელია იმის გარკვევა, ახდენს თუ არა რესპონდენტთა პასუხებზე გავლენას საზოგადოებრივი აზრი, კერძოდ, ის, რომ მათ ბევრი ადამიანისგან სმენიათ იმ ზიანის შესახებ, რომელიც ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრებას/კვეთას მოსდევს. ეს ელემენტები უნდა იქნეს გათვალისწინებული სამომავლოდ იმ კვლევისას, რომელიც ამ საკითხს შეისწავლის საქართველოში. თუ გავითვალისწინებთ ქვეყნის მრავალრიცხოვან მუსლიმ მოსახლეობას და მათ რწმენას, რომ ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება/კვეთა მნიშვნელოვანი რელიგიური რიტუალია, საგანგაშოდ გამოიყურება ამ პრაქტიკის შესახებ საქართველოში კვლევისა და მონაცემების სიმწირე. მონაწილეები ან უარყოფდნენ, რომ ამგვარი რამ ჯერ კიდევ ხდება, ან ამბობდნენ, რომ ეს ფენომენი წარსულში დარჩა და ახლა აღარავინ მიმართავს. თუმცა არსებობს იმის ალბათობა, რომ პრაქტიკას ახლა მალულად მისდევენ.

**გზა ქორწინებისკენ.** მიუხედავად იმისა, რომ ქორწინებათა უმეტესობა ნიშნობით იწყება, გამოკითხულებში დაფიქსირდა ნიშნობის გარეშე ქორწინების რამდენიმე შემთხვევა. როდესაც წყვილი ინიშნება, ეს თითქმის ყოველთვის მთავრდება ქორწინებით. იმ შემთხვევებში, როდესაც ნიშნობა ჩაიშალა, არსებობდა წყვილის სტიგმატიზაციის ნიშნები, რაც შესაძლოა ხსნიდეს, თუ რატომ დააჩქარეს დანიშნული წყვილის ქორწინება დანიშვნიდან მალევე ზეწოლის გამოყენებით. როდესაც საქმე ეხება წყვილს შორის ასაკობრივ სხვაობას, მონაწილეები და მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლები უფრო მეტად თანხმდებიან იმაზე, რომ, ჩვეულებრივ, პატარძლები ორი-სამი წლით უმცროსები არიან სიძეებზე, განურჩევლად იმისგან, ძალდატანებითია (ბავშვის თანხმობის გარეშე) თუ ნებაყოფლობითი ქორწინება. რესპონდენტთა თქმით, ასაკობრივ განსხვავებას განაპირობებს ისეთი ნორმები, რომლებიც უკავშირდება ნაყოფიერებას (გოგონების შემთხვევაში) და ოჯახის უზრუნველყოფის ვალდებულებას (ბიჭების შემთხვევაში). ეს ტენდენცია საჭიროებს *პროგრამული ზომების მიღებას, რათა აღმოიფხვრას უთანასწორო ნორმები, რომლებიც აძლიერებს მამაკაცის, როგორც ოჯახის ექსკლუზიური მარჩენალის, და ქალის, როგორც მზრუნველის, როლს. გარდა ამისა, საჭიროა დამატებითი კვლევა იმისა, თუ როგორ განსხვავდება ქორწინება და მისი გაგება საქართველოში მცხოვრებ სხვადასხვა თემში, იმის გათვალისწინებით, რომ საქორწინო ცერემონიები ხშირად შეიძლება იყოს თემში სოციალური მდგომარეობის გამყარების გზა, რაც ბევრ იმ სხვა ადგილს ახასიათებს, სადაც ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინება გავრცელებული პრაქტიკაა.*

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გამომწვევი ფაქტორები.** თვისებრივი ინტერვიუებისა და ფოკუსჯგუფებში განხილვის შედეგად გამოვლინდა საქართველოში ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების რამდენიმე გამომწვევი ფაქტორი. ამ ფაქტორებიდან ხშირად სახელდებოდა ის გარემოება, რომ „შეყვარებულ“ ახალგაზრდებს სურთ ადრე დაქორწინება, რასაც რესპონდენტები ახალგაზრდა თაობისთვის დღევანდელ დღეს მინიჭებული მეტი თავისუფლებით ხსნიან. თუმცა სიღრმისეულმა ანალიზმა გვაჩვენა, რომ აქ გასათვალისწინებელია რამდენიმე სხვა ფაქტორი, უპირველეს ყოვლისა კი ნორმები, რომლებიც ახალგაზრდებს უზღუდავს შესაძლებლობას, თავისუფლად შეხვდნენ მეგობარ გოგოს/ბიჭს, რის გამოც ისინი გამოსავალს დაქორწინებაში ხედავენ. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი უკავშირდება ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირის ტაბუდადებულ თემას. ამ სიტუაციაში დაქორწინება ის მისაღები გამოსავალია, რომელიც საშუალებას მისცემს ახალგაზრდებს, გაიგონ მეტი საკუთარი სექსუალობის შესახებ სტიგმატიზაციის გარეშე. მესამე ფაქტორია მამაკაცურობასთან დაკავშირებული ნორმები, რომლებიც ხელს უწყობს ბიჭის, როგორც სექსუალური ქმნილების, იმიჯის განმტკიცებას და ბიძგს აძლევს ბიჭებში სქესობრივი გამოცდილების მოზარდობაშივე მიღების სურვილს. მეოთხე ხელშემწყობი ფაქტორია ტექნოლოგიების ინტენსიური გამოყენება და ზოგ საკვლევ არეალში თავისუფალი დროის შინაარსიანად გატარებისთვის არასაკმარისი სივრცეები, რამაც, თავის მხრივ, გამოიწვია ის, რომ ახალგაზრდებს მხოლოდ სოციალური მედიის საშუალებით აქვთ ერთმანეთთან ურთიერთობა და, შესაბამისად, ცდილობენ, რეალურ ცხოვრებაში დაამყარონ საინტერესო ურთიერთობები. შემდეგ მოდის ეკონომიკური პრობლემები, რომლებსაც კიდევ უფრო ამწვავებს უმუშევრობის მაღალი მაჩვენებელი. ამ პირობებში ოჯახებისთვის ხშირად ქორწინებაა ყველაზე მისაღები ფინანსური გამოსავალი. მეექვსე ფაქტორად შეგვიძლია მივიჩნიოთ ის ნორმები, რომლებიც 30 წლის და უფროსი ასაკის დაუქროწინებელი ქალების სტიგმატიზებას ახდენს და მათზე სოციალურ ზეწოლას ახორციელებს. გარდა ამისა, უფროს თაობასთან და დედამთილ-მამამთილთან ერთად ცხოვრების ტრადიციამ ასევე წარმოქმნა ის კონტექსტი, სადაც დედამთილს ურჩევნია, ახალგაზრდა რძალი ჰყავდეს, რომელსაც იოლად „გამოზრდის“. და ბოლოს, სხეულის ფორმების ცვლილება ხშირად ის ინდიკატორია, რომელიც განსაზღვრავს, შეიძლება თუ არა გოგონა უკვე ქალად ჩაითვალოს. გოგონები, რომლებიც ადრე მწიფდებიან, უფრო მეტად არიან ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების რისკის ქვეშ. ყველა ამ ფაქტორის ერთობლიობამ და ურთიერთდამოკიდებულებამ შექმნა კონტექსტი, რომელიც ზღუდავს შესაძლებლობებსა და არჩევანს მოზარდებისთვის და ქმნის იმის განცდას, რომ ახალგაზრდები „ირჩევენ“ ადრეულ ქორწინებას, თუმცა შეზღუდული ნება-სურვილის პირობებში. ამ ფაქტორებისა და კონტექსტის გათვალისწინებით, ადრეული/ბავშვობის ასაკში *ქორწინებაზე ინსტიტუციური რეაგირება მოითხოვს ინტეგრირებულ მიდგომას, რომლის ძირითადი მიზანი უნდა იყოს გოგონებისთვის სტიმულის მიცემა და მათი შესაძლებლობების გაზრდა და, ამავე დროს, იმ მანკიერი ნორმების შეცვლა, რომლებიც გავლენას ახდენს არა მხოლოდ გოგონების, არამედ მათი ბიჭი თანატოლებისა და მომავალი ქმრების ცხოვრებაზე.*

**წინააღმდეგობის გაწევა ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებისთვის.** ამ კვლევის ფარგლებში ნაკლებად შეგვხვდნენ ისეთი ახალგაზრდები, რომლებმაც წინააღმდეგობა გაუწიეს ძალდატანებით ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებას. თუმცა შეგვხვდა ბევრი მაგალითი დაუქორწინებელი გოგონებისა, რომლებსაც აქვთ მკაფიო სამომავლო გეგმები და ამ გეგმებში ქორწინება არ შედის. კვლევის შედეგებიდან ნათელი გახდა, რომ საზოგადოება ხშირად ერთმანეთს უპირისპირებს, ერთი მხრივ, ქორწინებას, ხოლო, მეორე მხრივ, განათლებასა და დასაქმებას და მათ ურთიერთგამომრიცხავად მიიჩნევს, განსაკუთრებით გოგონებისთვის. თუმცა რამდენიმე წყვილის მაგალითი, რომლებიც თანაცხოვრებასთან ერთად სწავლასაც ახერხებენ და მუშაობასაც, ადასტურებს, რომ ამ მიმართულებით აღქმა იცვლება და იზრდება იმ ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ორივე შესაძლებელია. შესაბამისად, სამომავლო ნაბიჯების დაგეგმვისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს გოგონებისთვის ქორწინებამდე და ქორწინებაში ყოფნისას განათლებისა და შემოსავლის მიღების შესაძლებლობების ოპტიმიზება. ინტერვენციების დროს ასევე განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დადებით დევიანტებს, როგორებიც არიან ოჯახის წევრები, თვითონ გოგონები, მამაკაცები, რომლებიც სერიოზულად ეკიდებიან გოგონების ოცნებებს და არ აჩქარებენ მათ, და მასწავლებლებსა და საგანმანათლებლო პერსონალს, რომლებიც მოუწოდებენ გოგონებს, დაასრულონ სკოლაში სწავლა.

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა განათლებაზე.** განათლება და ქორწინება, რესპონდენტების უმეტესობის აზრით, ერთი და იმავე ღერძის ორი საპირისპირო პოლუსია და სწორედ ამ ლოგიკით გოგონები, რომლებიც ადრე თხოვდებიან, ტოვებენ სკოლას. ამგვარი პრაქტიკის ერთ-ერთი მიზეზია იმ მოვალეობებისა და პასუხისმგებლობების დაბალანსებასთან დაკავშირებული სიძნელეები, რომელთა შესრულებასაც დაქორწინებული გოგონებისგან ელიან. საშუალო და უმაღლესი განათლება ბიჭებისთვის უფრო პრიორიტეტულია, ვიდრე გოგონებისთვის, რომლებსაც სიღარიბე და მასთან დაკავშირებული ფინანსური სიძნელეები ხშირად წინააღმდეგობებს უქმნის საშუალო და უმაღლესი განათლების გზაზე. გარდა ამისა, გადაწყვეტილებას ქორწინების შემდეგ გოგონების მიერ განათლების გაგრძელების შესახებ ხშირად მათი ქმარები ან დედამთილები/მამამთილები იღებენ. რესპონდენტთა უმეტესობა თანხმდება, რომ განათლება მნიშვნელოვანია გოგონებისთვის, მაგრამ ძირითადად იმისთვის, რომ ბავშვების კარგად აღზრდა შეძლონ. თუმცა რესპონდენტთა ნაწილს, განსაკუთრებით გოგონებსა და ქალებს, უფრო პროგრესული შეხედულებები ჰქონდათ - მათი თქმით, განათლება მნიშვნელოვანია პირადად გოგონებისთვის. ამ რესპონდენტთა მონათხრობის მიხედვით იკვეთება, რომ როდესაც გოგონები, მათი ოჯახის და ფართო სოციალური ქსელის მნიშვნელოვანი წევრები მხარს უჭერდნენ გოგონების განათლებას, კლებულობდა ადრეული ქორწინების რისკი ან წარმოიქმნებოდა დაქორწინებული გოგონებისა და ქალების ცხოვრების გაუმჯობესების შესაძლებლობა. კვლევის შედეგები და მიგნებები *ხაზს უსვამს გოგონებისთვის განათლებაზე ხელმისაწვდომობის და განათლების სისტემაში დარჩენის მნიშვნელობას იმ ნორმების აღმოფხვრის მეშვეობით, რომლებიც პრიორიტეტს ბიჭების განათლებას ანიჭებს „გოგონების განათლების ხარჯზე“, ხოლო გოგონების დანიშნულებად მხოლოდ ზრუნვასა და მოვლას მიიჩნევს. ამ მიზნის მისაღწევად მნიშვნელოვანია ზრუნვის თანაბარი განაწილება, დასაწყისისთვის კი აუცილებელია იმ ნორმებთან ბრძოლა, რომელთა საფუძველზე ხდება ბიჭებისა და გოგონების სოციალიზება სტერეოტიპული გენდერული როლების შესასრულებლად. პარალელურად საჭიროა გოგონების წახალისება მათთვის ხარისხიან განათლებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და რეალური დასაქმების შესაძლებლობების შექმნით. ამავე დროს, უნდა გაიზარდოს გოგონებისთვის შრომითი ბაზრის ხელმისაწვდომობა და ამისათვის, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღმოიფხვრას ის დამკვიდრებული გენდერული ნორმები, რომლებიც გოგონებს მხოლოდ მზრუნველებად წარმოაჩენს.*

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა ჯანმრთელობაზე.** გოგონების ოჯახური მდგომარეობა დიდ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის რისკებსა და ჯადაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობაზე. კვლევის მონაწილეთა უმეტესობა თანხმდება და აცნობიერებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს, რომლებიც თან სდევს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებას, დაწყებული ადრეულ ასაკში მშობიარობით და დამთავრებული ადრეული ქორწინების თანმდევი ფსიქოლოგიური ტრავმებით. დასახელდა ასევე ნეგატიური შედეგები იმ ბავშვებისთვის, რომლებსაც არასრულწლოვანი დედები ჰყავთ, რისი მიზეზია მოზარდი დედების მიერ განცდილი სხვადასხვა სახის სტრესი. კვლევის შედეგებმა დაადასტურა, რომ დაქორწინებული გოგონები მათ დაუქორწინებელ თანატოლებთან შედარებით უფრო ხშირად აკითხავენ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებს, რაც განპირობებულია იმ ნორმების არსებობით, რომელთა მიხედვით ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირი გოგონებისთვის სირცხვილად ითვლება. საინტერესოა, რომ ბევრი გამოკითხული, მაგალითად, ახალგაზრდა კაცები და ქალები და რელიგიური ლიდერები, არ ეწინააღმდეგებოდა გოგონების მიერ ქორწინებამდე სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენებას, პირიქით, ისინი აღიარებდნენ ამ მომსახურების საჭიროებას. განსხვავდებოდა პასუხები კითხვაზე - უნდა გაჰყვნენ თუ არა ოჯახის წევრები, განსაკუთრებით ქმრები, გოგონებს გინეკოლოგთან ვიზიტისას. ამ კითხვაზე უარყოფითი პასუხის ახსნისას რესპონდენტები ხშირად ასახელებდნენ უხერხულობას. *შედეგები კიდევ ერთხელ ცხადყოფს ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხიან სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მნიშვნელობას. ჯანდაცვის სერვისებში არ იგულისხმება მხოლოდ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა და სამეანო მომსახურება, არამედ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები და უფლებებიც, რომლებიც აუცილებლად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს როგორც დაუქორწინებელი გოგონებისათვის, ისე დაქორწინებული ქალებისა და გოგონების ქმრებისთვისაც.* ამ მიზნის მისაღწევად მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ჯანდაცვის მომსახურების მიღების ქცევის დესტიგმატიზაცია და ამით ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოთხოვნის გაზრდის ხელშეწყობა, არამედ ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებს შორის დაუქორწინებელი გოგონების, დაუქორწინებელი ბიჭებისა და დაქორწინებული გოგონების ქმრების მიმართ დამოკიდებულების ტრანსფორმაცია.

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა გოგონების მობილურობაზე.** გოგონების დაქორწინების შემდგომი თანაცხოვრების გამოცდილებას ძირითადად გენდერული ნორმები განსაზღვრავს. რესპონდენტების დიდმა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ თუ ქორწინებამდე გოგონები ხშირად იყენებდნენ საკომუნიკაციო ტექნოლოგიებს, მაგალითად, მობილურ ტელეფონსა და ინტერნეტს, დაქორწინების შემდეგ მათი მოხმარება მკვეთრად იზღუდებოდა, ძირითადად ქმრების მიერ. მობილური ტელეფონისა და კომპიუტერის გამოყენების მსგავსად, აღმოჩნდა, რომ დაქორწინების შემდეგ გოგონების მობილურობაც იზღუდებოდა როგორც ქმრების, ასევე მათი მშობლების მიერ. ამგვარი შეზღუდვები მომდინარეობს იმ გენდერული ნორმებიდან, რომლებიც საზოგადოებას უდგენს, თუ როგორი საქციელი ითვლება გოგონებისთვის მისაღებად. ამ ნორმების დაცვა შედარებით მკაცრად მოეთხოვებოდათ დაქორწინებულ ქალებს ისეთ ქორწინებაში, სადაც ცოლსა და ქმარს შორის შედარებით დიდია ასაკობრივი განსხვავება. ამგვარ ქორწინებებში გენდერული როლებიც უფრო მკაცრად არის განსაზღვრული. ეს შედეგები ცხადყოფს, რომ როგორც ბიჭებს, ასევე გოგონებს გათავისებული აქვთ საზოგადოებრივი ნორმების გენდერული სოციალიზაცია, რაც იწვევს არჩევანის და მობილურობის შეზღუდვას გოგონებისთვის დაქორწინების შემდეგ, და მიუთითებს, რომ *ძალზე მნიშვნელოვანია როგორც გოგონების, ასევე ბიჭებისთვის სოციალიზაციის უსაფრთხო სივრცის უზრუნველყოფა, რათა მათ შეძლონ სასიამოვნო და საინტერესო ურთიერთობების ჩამოყალიბება და შენარჩუნება.* დამეგობრების ამგვარი შესაძლებლობების ნაკლებობა არა მხოლოდ ამცირებს ახალგაზრდების შანსს, მიიღონ მრავალფეროვანი გამოცდილება და სტიმული ჩამოყალიბების პროცესში, არამედ ზღუდავს ემოციური დახმარების მიღების შესაძლებლობას იმ შემთხვევებში, როდესაც საქმე ეხება ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობას, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს ან მეუღლესთან დაშორებას.

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა როლებსა და პასუხისმგებლობებზე.** ქორწინების შემდეგ როლებისა და პასუხისმგებლობების განაწილებაც გენდერულ ნორმებს მიჰყვება. გადაწყვეტილება ოჯახის ბიუჯეტის, განათლების გაგრძელებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ უფრო ხშირად ქმრის ან მისი მშობლების პრეროგატივაა. რაც შეეხება ქალის პასუხისმგებლობებს, ისინი ძირითადად იმ ნორმებს ეფუძნება, რომლებიც ქალს მომვლელად და მზრუნველად წარმოაჩენს და ავალდებულებს, იზრუნოს მისი შვილების ყოველდღიური საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე. მამები მეტად იყვნენ ჩართულები განათლებაში, ხოლო ბავშვის ცუდად მოქცევა დედას ბრალდებოდა. თუმცა აღსანიშნავია, რომ გამოვლინდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ურთიერთობა თანასწორობას ეფუძნება. ბევრმა ახალგაზრდამ აღნიშნა, რომ ოჯახის დაგეგმვა წყვილის პრეროგატივაა. უფრო მეტიც, რამდენიმე მონაწილემ აღნიშნა, რომ ბავშვის მოვლა თანაბრად ნაწილდება დედასა და მამას შორის. *ეს შედეგები მიუთითებს პოზიტიური დევიანტების გამოვლენის მიზნით მიზნობრივი შინაარსობრივი კვლევის მნიშვნელობაზე, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს სამომავლო პროგრამულ სტრატეგიაში. ამ საშუალებით შესაძლებელი იქნება იმ ვარიაციების უკეთ გაგება, რომლებიც არსებობს გენდერული როლების ირგვლივ, და იმ ამოსავალი წერტილების მოძებნა და გამოყენება, რომლებიც შეებრძოლება მავნე გენდერულ ნორმებს.*

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა ოჯახში ძალადობაზე.** ოჯახში ძალადობის ირგვლივ არსებული სტიგმის შედეგად ეს მოვლენა იშვიათად სცილდება კერძო სფეროს, რაც ალბათ ის ძირითადი ფაქტორია, რომლის გამოც რესპონდენტები უარყოფენ ოჯახში ძალადობის შემთხვევების არსებობას. თუმცა ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ ძალადობა, რომელიც ძირითადად ვლინდება ქცევის კონტროლის მცდელობაში, მაინც არსებობს და ძირითადად მომდინარეობს მეუღლის ოჯახისგან. უფრო მეტიც, მეუღლის ოჯახები ხშირად არიან ხოლმე წყვილს შორის ძალადობის წამქეზებლები. ბავშვები, რომელთა ოჯახებშიც ხშირად ხდება ძალადობა, ოჯახური კონფლიქტების მოწმეები და მსხვერპლებიც არიან. *შედეგად, საჭიროა თვისებრივი კვლევის გაღრმავება საქართველოში პარტნიორთა შორის ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის უკეთ შესწავლისთვის, იმის მიუხედავად, რამდენად არის აღიარებული ოჯახში ძალადობა პრობლემად (იმის გათვალისწინებით, რომ, კვლევისას გამოვლენილი ტენდენციის მიხედვით, რესპონდენტები უარყოფენ ამ პრობლემის არსებობას).*

**ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენა დაშორებასა და გაყრაზე.** გაყრა ან დაშორება გავრცელებული მოვლენაა ქართულ საზოგადოებაში, თუმცა ნაკლებად მისაღები. ეს განსაკუთრებით ქალებს ეხება, რადგან გაყრის შემთხვევაში მათ მიმართ არსებული სტიგმა ზღუდავს ქალების არჩევანს გაყრის შემდგომი შემოსავლის წყაროსა და ხელახლა დაქორწინების მხრივ. რესპონდენტები თანხმდებოდნენ, რომ გაყრის რისკი უფრო მაღალია ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების შემთხვევაში, რადგან წყვილები მეტისმეტად ახალგაზრდები არიან იმისათვის, რომ სრულად გაიაზრონ, რას გულისხობს ოჯახური ცხოვრება. უფრო მეტიც, განქორწინების მიზეზად ხშირად სახელდებოდა კონფლიქტი ქალსა და მამაკაცის ოჯახს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ განქორწინება ხშირია, ნათელია ისიც, რომ განქორწინება მრავალ გამოწვევასთან არის დაკავშირებული, განსაკუთრებით ქალებისთვის, რადგან ბევრი მათგანი არასათანადო განათლებით, დასაქმების შეზღუდული შესაძლებლობითა და სუსტი სოციალური კავშირებით რჩება მარტო. შესაბამისად, ბევრი მათგანი ამჯობინებს, ცხოვრება რთულ პირობებში გააგრძელოს. გარდა ამისა, გოგონები, განსაკუთრებით ისინი, რომლებსაც ქორწინებისას ჯერ არ შესრულებოდა 18 წელი, ოფიციალურად ვერ აფორმებენ ქორწინებას და, შესაბამისად, განქორწინების შემთხვევაში მოკლებულები არიან კანონიერი დაცვის საშუალებებს.

**ინსტიტუციური რეაგირება ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებაზე.** ჩაღრმავებული ინტერვიუებისა და ფოკუსჯგუფებში განხილვის შედეგები ადასტურებს, რომ ახალგაზრდებისთვის არ არსებობს რაიმე ინსტიტუციური ან პროგრამული მექანიზმები, რომლებიც სისტემატურად მიაწვდიდა მათ ინფორმაციას ქორწინების შესახებ. ეს ვაკუუმი, თავის მხრივ, ქმნის იმგვარ კონტექსტს, სადაც ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყარო ახალგაზრდებისთვის საკუთარი თანატოლები, მშობლები ან ინტერნეტია. თუმცა მთავარი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებთან ინტერვიუებმა დაადასტურა, რომ არსებობს გარკვეული ინიციატივები ამ მიმართულებით, მაგალითად, მუშაობა მშობლებთან ცნობიერების ამაღლების მიზნით. ინიციატივების ნაწილი ასევე ეხება საქართველოში ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების შესახებ მონაცემების მოძიებას. ყველა მონაწილე თანხმდებოდა, რომ ახალგაზრდებს შეუძლიათ დაეყრდნონ პოლიციასა და ჯანდაცვის სამსახურებს, თუმცა მოზარდები არ იყენებენ ამ სერვისებს. რამდენიმე მონაწილემ დაასახელა ენობრივი და ინფრასტრუქტურული ბარიერები, რაც ხელს უშლის ეთნიკურ უმცირესობებსა და მოშორებით მდებარე დასახლებულ პუნქტებში/სოფლად მცხოვრებ ახალგაზრდებს, ისარგებლონ ამ სერვისებით. კიდევ ერთი განსხვავება, რაც გვხვდება ქალაქებსა და სოფლებს შორის, არის ის, რომ სოფლად ტრადიციები და მზითევის ფაქტორი უფრო ხშირად განიხილება. თუმცა ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების კონტექსტთან დაკავშირებით არ გამოვლენილა რაიმე მნიშვნელოვანი ტენდენცია, რომელიც მკვეთრად განასხვავებდა სოფლებსა და ქალაქებს.

რაც შეეხება სამართლებრივ რეაგირებას, რესპონდენტების დიდმა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ მათთვის ცნობილი იყო იმ კანონის არსებობა, რომელიც კრძალავს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებას, თუმცა ცოტას თუ სმენოდა კანონში ახლახან შეტანილი ცვლილებების შესახებ. კულტურული და რელიგიური წესები ხშირად ეწინააღმდეგება კანონს და იწვევს დაბნეულობას რესპონდენტებში, შესაბამისად, კანონის აღსრულება ხშირად არ ხდება. ქორწინების რეგისტრაცია იშვიათია, რადგან წყვილები ამჯობინებენ, ქორწინება მას შემდეგ დაარეგისტრირონ, რაც 18 წელი შეუსრულდებათ. ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენელთა პასუხები მოწმობს, რომ ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებლები (მაგალითად, გინეკოლოგები) თვითონაც მანკიერი გენდერული ნორმების ტყვეები არიან და ხშირად ამჟღავნებენ მიკერძოებულ დამოკიდებულებას გოგონების ქორწინებამდელ სქესობრივ კავშირთან დაკავშირებით. ეს დამოკიდებულება ხსნის, თუ რატომ ამჯობინებენ გოგონები, არ მიმართონ ჯანდაცვის სერვისებს. მსგავსად ამისა, სოციალური ნორმები დამატებით გამოწვევებს ქმნის ჯანდაცვის მუშაკებისთვის, რომ ღიად შეეხონ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების პრობლემას, რადგან მასთან დაკავშირებული საკითხები ოჯახის პირად საქმედ მიიჩნევა. კვლევისას ნათელი გახდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობა არ მიიჩნევა ჯანდაცვის სერვისების მნიშვნელოვან კომპონენტებად, განსაკუთრებით ახალგაზრდა დაქორწინებული ქალებისთვის. უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები შესაბამის უწყებას ინფორმაციას არასრულწლოვან ორსულებთან დაკავშირებით 24 საათის განმავლობაში აწვდიან დაბადების მოწმობის გაცემის მიზნით, ვერ დადგინდა, მოჰყვება თუ არა ამგვარ შეტყობინებას რაიმე სამართლებრივი რეაგირება. განათლების სფეროში ინსტიტუციური რეაგირებაც იმ მასწავლებლების გამო ფერხდება, რომლებსაც უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირის მიმართ. გარდა ამისა, უმწვავეს პრობლემად დასახელდა სქესობრივი განათლების კომპონენტის არარსებობაც, რომელიც ჯანსაღი ცხოვრების საგანმანათლებლო პროგრამის ნაწილი უნდა იყოს. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება იმისა, რომ სკოლები ახორციელებენ ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების შემთხვევათა მონიტორინგს და ამგვერი შემთხვევების შესახებ ინფორმაციას აწვდიან შესაბამის უწყებას. და ბოლოს, რელიგიური ინსტიტუტების წარმომადგენლების პასუხებმა ცხადყო, რომ მათი უმეტესობა ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების წინააღმდეგია, თუმცა მათთვის ნაკლებად იყო ცნობილი კანონით დაწესებული მინიმალური ასაკობრივი ზღვარი. ამ ხარვეზების აღმოსაფხვრელად მიზანშეწონილია ერთობლივი სამართლებრივი და პოლიტიკური რეაგირება, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე ეხება ქორწინებასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის აღსრულებას და, აგრეთვე, დაცვის, განათლებისა და ჯანდაცვის სერვისებს, რასაც თან უნდა ახლდეს გენდერული თვალსაზრისით ტრანსფორმაციული ინტერვენციები იმ უთანასწორო გენდერული ნორმების აღმოფხვრის მიზნით, რომლებიც ხელს უწყობს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების ტრადიციას.

**რეკომენდაციები**

წინამდებარე კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავდა რამდენიმე რეკომენდაცია პოლიტიკის შემუშავების, პროგრამების დაგეგმვისა და კვლევის მიმართულებით. ყველა ამ მიმართულებით განხორციელებული ზომები განსაკუთრებულ ყურადღებას უნდა აქცევდეს იმ სოციალური ნორმების აღმოფხვრისკენ მიმართულ ღონისძიებებს:

სახელმწიფოს მხრიდან გატარებული პოლიტიკა უნდა იყოს კარგად დაბალანსებული:

* საზიანო პრაქტიკებთან დაკავშირებული კანონმდებლობის აღსრულების მკაცრი უზრუნველყოფა და მონიტორინგი;
* გენდერული ნორმების ტრანსფორმაციისაკენ და სოციალური ცვლილებებისაკენ მიმართული განათლების და გაცნობიერების ამაღლების ფართო ღონისძიებები;
	+ ქორწინების ასაკის შესახებ ცნობიერების გაზრდა;

მნიშვნელოვანია, რომ...

* სახელმწიფომ მოახდინოს ინვესტირება მოზარდების და ახალგაზრდების განვითარებაში;
* შეუქმნას მოზარდებს და ახალგაზრდებს განათლების, დასაქმების და ჰარმონიული განვითარების შესაძლებლობები;
* მოზარდებს უნდა შევუქმნათ პირობები და დავეხმაროთ გააცნობიერონ და გაითავისონ, რომ ადრეული ქორწინება არც გამოსავალია და არც მათი მომავალი ცხოვრების ერთად-ერთი ალტერნატივა;
* შესაბამისი უწყებების მოხელეების და მომსახურების მიმწოდებელთა ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაძლიერება;
* მოზარდებისა და ახალგაზრდებისათვის მეგობრული და კეთილგანწყობილი სერვისის მიწოდება ჯანდაცვის, განსაკუთრებით სრჯ სფეროში;
* რეგიონული განვითარების ხელშეწყობა და ადგილობრივი მმართველობის ჩართვა მოზარდებისა და ახალგაზრდების განვითარების პროექტების დაფინანსებისა და ხელშეწყობისათვის;
* ქალების და ახალგაზრდების ჩართულობის გაზრდა ადგილობრივ თვითმმართველობაში
* კვლევის შედეგად გამოვლენილი თვისებრივი მიგნებების შემდგომი ანალიზი, საქართველოში ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის მიგნებების ანალიზთან ერთად.
* ყოველმხრივი თვისებრივი კვლევის გაგრძელება
* ზრდასრულ ინტიმურ პარტნიორთა შორის ძალადობაზე ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავლენის შესწავლა
* ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების ინდიკატორების დადგენა შინამეურნეობათა ყოველწლიურ გამოკითხვაში ჩასართავად.
* მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საჯარო პოლიტიკასა და პროგრამირებას შორის კავშირის განმტკიცება.

მასალა მოამზადა დკსჯც-ის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის, დედათა და ბავშვთა სამმართველოს უფროსმა ლელა შენგელიამ

*epidemiologiuri biuleteni~ warmoadgens saqarTvelos Sromis, janmrTelobis da socialuri dacvis saministros daavadebaTa kontrolisa da sazogadoebrivi janmrTelobis erovnuli centris publikacias****.***

*biuletenSi gamoqveynebuli monacemebi emyareba daavadebaTa kontrolis da sazogadoebrivi janmrTelobis erovnuli centris xelT arsebul masalebs. gamocemasTan dakavSirebul sakiTxebze, biuletenSi masalis gamoqveynebis CaTvliT, mimarTeT `epidemiologiuri biuletenis~ redaqcias misamarTze: Tbilisi, asaTianis 9, daavadebaTa kontrolis da sazogadoebrivi janmrTelobis erovnuli centri. `epidemiologiuri biuleteni~ warmoadgens sazogadoebriv sakuTrebas. gamoyenebuli masalebiT sargeblobisa da maTi reproduqciisTvis specialuri nebarTva saWiro ar aris, magram sasurvelia monacemebis wyaros moxsenieba.*

**saredaqcio kolegia:**

i. zedgeniZe - menejer-redaqtori

g. kacitaZe - redaqtori

p. imnaZe

l. sturua

x. zaxaSvili

S. canava

m. cincaZe

Epidemiology Bulletin

National Center for Disease Control and Public Health

Ministry of Labour, Health

And Social Affairs of Georgia

2018 / Vol. 22 N5/6

1. http://www.who.int/gho/ncd/mortality\_morbidity/en/ [↑](#footnote-ref-1)
2. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all

Cause mortality, and cause-specifi c mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for

the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016. [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201311-405PS>. The Global Burden of Respiratory Disease. Thomas Ferkol and Dean Schraufnage. [↑](#footnote-ref-3)
4. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta–analysis. [Davies Adeloye](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Adeloye%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26755942), [Stephen Chua](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chua%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26755942), [Chinwei Lee](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lee%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26755942). [↑](#footnote-ref-4)
5. The Global Impact of Respiratory Disease – Second Edition. Executive summary. [↑](#footnote-ref-5)
6. WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. [↑](#footnote-ref-6)
7. http://www.un.org/sustainabledevelopment/ [↑](#footnote-ref-7)
8. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. 2002 [↑](#footnote-ref-8)
9. http://www.who.int/gard/en/ [↑](#footnote-ref-9)
10. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach, page 5. [↑](#footnote-ref-10)
11. http://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/estimates/en/index2.html [↑](#footnote-ref-11)
12. The Global Asthma Report 2014 [↑](#footnote-ref-12)
13. <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html> [↑](#footnote-ref-13)
14. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010 წელი [↑](#footnote-ref-14)