ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010



საბოლოო ანგარიში

CDC SAFER · HEALTHIER · PEOPLE
USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
UNFPA
unicef unite for children
NCDC

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010

საბოლოო ანგარიში

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
თბილისი, საქართველო

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება
დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (DRH/CDC)
ატლანტა, ჯორჯია, აშშ

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)
ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID)
გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა ფონდი (UNICEF)

2012

ავტორები და ანგარიშის შექმნაში მონაწილე პირები:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:
მ. ბუწაშვილი,
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის სამეცნიერო კომიტეტის ხელმძღვანელი
გ. კანდელაკი
ლ. სტურუა
მ. შახ-ნაზაროვა
ნ. მებონია
ნ. ავალიანი

ექსპერტთა საბჭო:
ზ. ბოხუა
თ. ასათიანი
ზ. სინაურიძე
გ. წულაძე
ქ. ჩხატარაშვილი
ჯ. ქრისტესაშვილი
გ. ცაგარეიშვილი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები:
ფლორინა სერბანესკუ
ვასილ ეგნატაშვილი
ალისია რუიცი
დანიელ სუჩდევი
მერი გუდვინი

მთავარი რედაქტორი – ჯონ როსი

გარეკანი: ჭვირული ბალთა: შეუბა, ჩვ. წ. II-III საუკუნეები, ბრინჯაო (ნამუშევარი დაცულია საქართველოს ეროვნული მუზეუმის საგანძურში) © **საქართველოს ეროვნული მუზეუმი;** www.museum.ge

წინამდებარე ანგარიში დაფინანსებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ერთობლივი პროექტის GEO2R11A „დახმარება საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისთვის, 2010“ ფარგლებში

კვლევის წინასწარი ანგარიში დაფინანსდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) და დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებას შორის გაფორმებული შეთანხმების საფუძველზე. კონტრაქტი # HRN-C-00-97-0019-00.

ამ პუბლიკაციაში გამოთქმული შეხედულებები განხილული უნდა იქნეს როგორც ავტორთა შეხედულებები და არა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) შეხედულებები.

დამატებითი ინფორმაცია ამ ანგარიშის შესახებ შეგიძლიათ მოიძიოთ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრში:
საქართველო, თბილისი 0177, მ. ასათიანის ქ. 9
ტელეფონი: (995 32) 239 89 46
ფაქსი: (995 32) 231 14 85
ელ. ფოსტა: ncdc@ncdc.ge

ანგარიში დაბეჭდილია შპს „ვესტას“ მიერ (საქართველო, თბილისი)

ISBN: 978-9941-0-4905-7

შესავალი

წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია საქართველოს 2010 წლის ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგები. აღნიშნული კვლევა ეროვნული მასშტაბის რიგით მესამე წარმომადგენლობითი კვლევაა, რომლის მიზანია ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რეპროდუქციული, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების უტილიზაციის შესახებ ყოვლისმომცველი ინფორმაციის მოპოვება. პირველი ორი კვლევა 1999 და 2005 წლებში ჩატარდა. ამ კვლევებმა მოგვცა საბაზისო მონაცემები ჯანმრთელობის რიგ არსებით ინდიკატორებთან დაკავშირებით, რომელთა მეშვეობით შესაძლებელია თვალი მივადევნოთ ოჯახის დაგეგმვის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა სფეროებში განხორციელებული ძალისხმევის შედეგად მიღწეულ ცვლილებებს. წინა კვლევებში თანამედროვე კონტრაცეფციულ საშუალებათა დაბალი გამოყენებისა და დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი მაჩვენებლების ამსახველი შედეგები სასარგებლო გამოდგა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სტრატეგიებისა და პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელებისათვის, ზოგადად ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების ხელშეწყობისათვის. წინა კვლევების შემდგომ პერიოდში გაძლიერდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამსახურები, გააქტიურდა ოჯახის დაგეგმვის სფეროში საჭირო საშუალებათა მიწოდება, გაიზარდა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებებისა და ექიმების რაოდენობა და გაფართოვდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციისა და ცოდნის გამავრცელებელი საქმიანობა.

ქალების, ჩვილებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებებს ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უჭირავს საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმებში. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წლების ეროვნულ სტრატეგია - „ხარისხიანი ხელმისაწვდომი ჯანდაცვა“ - მიზნად ისახავს დედათა და ბავშვთა სერვისების განვითარებას. ამ ძალისხმევის წარმატებისათვის აუცილებელია, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკებმა განსაზღვრონ ქალებისა და ბავშვების საჭიროებები, დაგეგმონ და განახორციელონ შესაბამისი ღონისძიებები, მონიტორინგი გაუწიონ და შეაფასონ აღნიშნულ ღონისძიებათა მიმდინარეობა. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს აკისრია უშუალო პასუხისმგებლობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში რეფორმების გატარებაზე, რომელთა შორისაა: ჯანდაცვის სექტორში არსებულ საერთაშორისო სტანდარტებთან და ხელშეკრულებებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა; დედებისა და ბავშვებისათვის ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; ჯანდაცვის სამსახურებისთვის საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი ინფრასტრუქტურის შექმნა; დედათა და ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევების ანალიზი მტკიცებულებებზე დამყარებული პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების მიზნით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს აძლევს შესაძლებლობას თვალი მიადევნოს პროგრესს პროგრამის შედეგების მიმართულებით, დაგეგმოს მიზნობრივი ღონისძიებები და მონიტორინგი გაუწიოს განვითარების ნაციონალურ პროგრამებს, რათა აწარმოოს ანგარიშგება ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევაში არსებულ წინსვლასთან დაკავშირებით.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ამ სფეროში მომსახურების მიწოდების შესახებ ქვეყნისა და მისი რეგიონების მონაცემების უზრუნველყოფით, აგრეთვე ადგილობრივი ორგანიზაციების შესაძლებლობის გაძლიერებით, შეაგროვონ, გააანალიზონ და გაავრცელონ ამგვარი ინფორმაცია, აღნიშნულმა სამმა კვლევამ უდიდესი წვლილი შეიტანა სახელმწიფო ორგანიზაციების (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი), საერთაშორისო დონორებსა (აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, გაეროს მოსახლეობის ფონდი და გაეროს ბავშვთა ფონდი) და ტექნიკურ ექსპერტებს (დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები) შორის თანამშრომლობის ხელშეწყობაში. ყველა ზემოაღნიშნული მხარის საერთო მიზანს წარმოადგენს პოლიტიკის შემუშავებისათვის ინფორმაციის მიწოდება და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სექტორში სათანადოდ დაგეგმილი რეფორმების განხორციელების ხელშეწყობა. მოხარული ვარ, რომ მაქვს შესაძლებლობა მადლობა მოვახსენო ამ ორგანიზაციებს ძალისხმევის, დროისა და რესურსების გამოყოფისათვის. უდიდესი მადლობა ჩემს თანამშრომლებს და იმ ადამიანებს, ვინც მონაწილეობდა ჩვენი ერთობლივი სამუშაოს წარმატებით შესრულებაში, მათი ფასდაუდებელი წვლილისათვის.



ზურაბ ჭიაბერაშვილი,
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

მადლობა

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში ჩაატარა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის, გაეროს ბავშვთა ფონდისა და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით. აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებამ უზრუნველყო ტექნიკური დახმარება კვლევის დიზაინისა და კითხვარის შემუშავებაში, ტრენინგში, მონაცემთა დამუშავებასა და წინასწარი ანგარიშის მომზადებაში. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები მადლობას მოახსენებენ ყველა იმ ადამიანს, ვინც მონაწილეობა მიიღო საქართველოს 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ჩატარებაში და წინამდებარე ანგარიშის მომზადებაში.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კვლევის საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარეობისთვის, და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნულ საბჭოს საქართველოს პირველი ლედის, ქ-ნ სანდრა ელისაბედ რულოვსის თავმჯდომარეობით, ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მისი წამყვანი როლისთვის. ასევე განსაკუთრებული მადლობა გვინდა ვუთხრათ ბ-ნ ჯონ როსს, კვლევის დასკვნითი ანგარიშის მთავარ რედაქტორს და ეროვნულ ექსპერტთა გუნდს, რომლის წევრებმა მონაწილეობა მიიღეს ამ ანგარიშის მომზადებაში.

უდიდესი მადლობა აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს კვლევის განხორციელებაში შეტანილი ფინანსური წვლილისათვის და წლების განმავლობაში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის პოპულაციური კვლევების განხორციელების შესაძლებლობების გაძლიერებისათვის. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით განხორციელდა აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილების ტექნიკური დახმარების და კვლევის წინასწარი ანგარიშის მომზადების უზრუნველყოფა. განსაკუთრებულ მადლობას მოვახსენებთ თამარ სირბილაძეს, ჯანმრთელობისა და ინფექციური დაავადებების დარგში უფროს მრჩეველს, ჯერი დაიბლს, ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების სამსახურის დირექტორს, ჯონატან კონლის, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მისიის დირექტორს, და ნანა ჭყონიას, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოს პროგრამის ასისტენტს – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებისთვის გაწეული დახმარებისა და კვლევის ჩატარებაში შეტანილი წვლილისთვის.

უაღრესად დიდი მადლიერება გვსურს გამოვთქვათ გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიმართ, რომელთა მხრიდან გულუხვმა დაფინანსებამ და ტექნიკურმა გამოცდილებამ არსებითი წვლილი შეიტანა კვლევის დაგეგმვაში, საველე სამუშაოების შესრულებასა და შედეგების გავრცელებაში. განსაკუთრებით გვსურს აღვნიშნოთ გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის თანამშრომლები – თამარ ხომასურიძე, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის ხელმძღვანელი, ლელა ბაქრაძე, პროგრამის ანალიტიკოსი, მარინა ცინცაძე, ადმინისტრაციულ-ფინანსური თანაშემწე და ანა ცქიტიშვილი, პროგრამის თანაშემწე; გაეროს ბავშვთა ფონდის თანამშრომლები – რულანდ მონაში, გაეროს ბავშვთა ფონდის წარმომადგენელი საქართველოში და თინათინ ბაუმი, სოციალური პოლიტიკის სპეციალისტი – მათი დახმარებისთვის კვლევის მოდელის შემუშავებაში, დაგეგმვასა და ფინანსურ მართვაში.

დაბოლოს, განსაკუთრებით დიდ მადლობას მოვახსენებთ იმ ოჯახებს, რომელთა მონაწილეობამ შესაძლებელი გახადა კვლევის პროცესში სარწმუნო ინფორმაციის მოპოვება და გააფართოვა ჩვენი ცოდნა საქართველოში ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. მადლობას ვუხდით ჩვენს კვალიფიციურ ინტერვიუერებს, კვლევის სუპერვაიზორებსა და მონაცემთა შეყვანაზე პასუხისმგებელ თანამშრომლებს მათი შრომისთვის, დისციპლინისა და პროექტის მიმართ ერთგულებისთვის.

წინამდებარე ანგარიში მომზადდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, როგორც უშუალოდ ცენტრის თანამშრომლების, აგრეთვე გარეშე ექსპერტებისა და სხვა სპეციალისტების ფასდაუდებებელი ძალისხმევითა და მონაწილეობით.

რეზიუმე

საქართველო ძლიერი კულტურული იდენტურობის ქვეყანაა. ეთნიკური ქართველები მთლიანი მოსახლეობის 84%-ს შეადგენენ, ხოლო სომხები და აზერბაიჯანელები - ყველაზე დიდ ეთნიკურ უმცირესობებს. ქალთა ჯანმრთელობაზე საქართველოში დიდ გავლენას ახდენს კულტურული, ისტორიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები. ყოფილი კომუნისტური რეჟიმის დროს ოჯახის დაგეგმვის საკითხები უგულებელყოფილი იყო, რამაც დიდი გავლენა იქონია ქალებსა და მათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. 1990-იან წლებში სოციალურ-ეკონომიკური პირობების მნიშვნელოვან გაუარესებასთან ერთად, საგრძნობლად გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობაც. სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ჰოსპიტალურ სექტორზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსის საპასუხოდ საქართველოში 1990-იანი წლების შუა პერიოდიდან დაიწყო ჯანმრთელობის სექტორის რეფორმა, რომლის მიზანი იყო ჯანდაცვის სექტორის ყველა მიმართულების მოცვა და ყურადღების გამახვილება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე, ეფექტურობის ზრდასა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეაბილიტაციაზე. დეცენტრალიზაცია, ხოლო 2007 წლიდან მოყოლებული – პრივატიზაცია, რეფორმის პროცესის უმთავრესი კომპონენტებია. საავადმყოფოების პრივატიზაცია მფლობელობის კერძო სექტორზე გადაცემას გულისხმობდა. განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების პრივატიზაციის სხვადასხვა ეტაპები. უკანასკნელ ათწლეულში მიღწეული მნიშვნელოვანი პროგრესის მიუხედავად, ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები შედარებით დაბალია და არ არის საკმარისი ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გარკვეული სერვისების უზრუნველსაყოფად.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში, ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID), გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) და სხვა მულტილატერალური და ბილატერალური დონორები მხარს უჭერდნენ ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას საქართველოში. 1999 წლიდან USAID-ის და UNFPA-ს, ხოლო 2010 წელს კი დამატებით UNICEF დაფინანსებით ჩატარდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული მასშტაბის სამი კვლევა (1999, 2005 და 2010 წლებში). კვლევები შემუშავებულია აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის (CDC) მიერ რეპროდუქციული, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების მოპოვებისა და საერთაშორისო მონაცემებთან შედარების მიზნით. კვლევების მეთოდოლოგიაში გათვალისწინებულია CDC-ის კვლევითი ექსპერტიზა შეერთებულ შტატებში, აგრეთვე საერთაშორისო გამოცდილება ისეთ საკითხებში, როგორიცაა ოჯახის დაგეგმვა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა და ქალთა ჯანმრთელობა. ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში, ეს კვლევები პოპულაციური მონაცემების მოპოვების ძირითად წყაროს წარმოადგენს, რაც საფუძვლად უდევს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის შემუშავებას. აღნიშნული კვლევების შედეგად მიღებული დემოგრაფიული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორები მნიშვნელოვან მიზნებს ემსახურება: ჯანმრთელობის ტენდენციების შესწავლა, სამომავლო მიზნების დასახვა, რესურსების გამოყოფა, შესრულების მონიტორინგი, პროგრამის შედეგების გაზომვა, საქმიანობის პრიორიტეტების განსაზღვრა, სამეცნიერო საქმიანობა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების გლობალური შედარებები.

საქართველოში ჩატარებული კვლევების მთავარი მიზანი იყო ორსულობასა და შობადობასთან დაკავშირებული ფაქტორების შეფასება ეროვნულ და რეგიონულ დონეებზე, მათ შორის ისეთი საკითხების, როგორიცაა: სქესობრივი აქტივობა, შობადობა, აბორტი და კონტრაცეფციის გამოყენება, სხვა სამედიცინო სერვისების გამოყენება, დედათა და ჩვილთა ჯანმრთელობა, ქალთა ჯანმრთელობა.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველი კვლევა საქართველოში 1999 წელს ჩატარდა; შემდეგი კვლევა განხორციელდა 2005 წელს, რომელსაც მოჰყვა მესამე, 2010 წელს ჩატარებული კვლევა. პირველი ორი რაუნდის მსგავსად, ეს კვლევაც ჩაატარა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ (MoLHSA) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან (NCDC) თანამშრომლობით. სამივე კვლევისას ტექნიკური დახმარება კვლევის დიზაინის, შერჩევის, კითხვარის შემუშავების, ტრეინინგის, მონაცემების დამუშავებისა და ანალიზის საკითხებში აშშ CDC-მ გაწია, ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ფინანსური მხარდაჭერით. ადგილობრივი ხარჯები მთლიანად იქნა დაფინანსებული UNFPA-სა და UNICEF-ის მიერ.

სამივე კვლევა განხორციელდა ქვეყნის მასშტაბით; შემთხვევითი შერჩევის მეთოდის გამოყენებით კვლევამ მოიცვა ქვეყნის წარმომადგენლობითი ნაწილი. კვლევის შედეგად შეგროვდა ინფორმაცია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მრავალ საკითხზე 15-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ქალებში, რომლებიც საკუთარ სახლებში იყვნენ გამოკითხული. საკვლევი ნიმუშების შერჩევისას გათვალისწინებული იქნა ის პრინციპები, რაც იძლევა მონაცემთა ანალიზისა და შედარების შესაძლებლობას ქალაქისა და სოფლის, ასევე რეგიონების დონეზე. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის

(GERHS10) საველე სამუშაოების ჩატარებისას განხორციელდა ვიზიტი 13,363 შინამეურნეობაში, ინტერვიუ იქნა აღებული 6,292 ქალისაგან, რამაც მოგვცა ინტერვიუზე გამოპასუხების 99%-იანი მაჩვენებელი. ქვემოთ განხილულია საქართველოს 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ძირითადი შედეგები.

GERHS10 კვლევის მიმოხილვა

- ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების კონტექსტში 2010 წლის კვლევის მიზანი იყო დემოგრაფიული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების ეროვნული და რეგიონალური მაჩვენებლების მოპოვება და მათი შედარება წინა კვლევების შედეგებთან;
- ჯანდაცვის სამსახურების დეცენტრალიზაციის შესაბამისად გამოყენებულ იქნა კვლევის დიზაინი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელი გახდა დისაგრეგირებულ მონაცემთა მიღება რეგიონების მიხედვით (ქვეყნის 11 რეგიონისათვის) და სოფლად და ქალაქად მცხოვრებთა მიხედვით, რაც დაინტერესებულ მხარეებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების შედარებითი ანალიზის საშუალებას აძლევს;
- 2010 წლის კვლევაში, 1999 და 2005 წლების მსგავსად, შერჩევის სტრატიფიცირებული მრავალსაფეხურიანი დიზაინი იქნა გამოყენებული.

შინამეურნეობებისა და რესპონდენტების მახასიათებლები

- მიუხედავად იმისა, რომ შინამეურნეობების უმრავლესობას (76%) სახლებსა ან ეზოებში ჰქონდა სასმელი (ონკანის) წყალი, ქალაქად და სოფლად არსებულ შინამეურნეობებს შორის მაინც დიდი სხვაობაა (შესაბამისად 96% და 55%). ზოგადად, საქართველოში ქალაქის მცხოვრეთა შინამეურნეობების 98% და სოფლად მცხოვრებთა შინამეურნეობების 88% იყენებს სასმელი წყლის გაუმჯობესებულ წყაროებს (ონკანის წყალი და წყალი დაცული ჭებიდან).
- ზოგადად, ქალაქად მცხოვრებთა შინამეურნეობების 96% და სოფლად მცხოვრებთა შინამეურნეობების 71% სარგებლობს გაუმჯობესებული სანიტარული კვანძებით.
- საქართველოში მცხოვრები მოსახლეობის განაწილება კეთილდღეობის მაჩვენებლის მიხედვით მნიშვნელოვნად იცვლება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით; ქალაქში მცხოვრებთა ყოველი ოთხი შინამეურნეობიდან თითქმის სამი (74%) შეფასდა კეთილდღეობის ორი ზედა კვინტილით, ხოლო სოფლად მაცხოვრებელი შინამეურნეობებიდან ამავე ჯგუფში მოხვდა მხოლოდ 3%.
- რესპონდენტების უმრავლესობა ეროვნებით იყვნენ ქართველები (87%); რაოდენობით შემდეგ მოსდევდნენ სომხები (5%) და აზერბაიჯანელები (5%); სხვა დანარჩენი ეროვნებები კი ერთად შეადგენდნენ 3%. ეროვნულ უმცირესობათა ჯგუფების წარმომადგენელი რესპონდენტები უფრო ხშირად ცხოვრობდნენ სოფლად, ვიდრე ქალაქად.
- ქალების 82% იყო ქართველი მართლმადიდებელი და 11% — მუსლიმი აღმსარებლობლობის.
- საქართველოში განათლების დონე საკმაოდ მაღალია; ქალების 77%-ში სულ მცირე სრული საშუალო განათლება დაფიქსირდა; 39%-ს აქვს უმაღლესი ან პოსტ-დიპლომური განათლება. თბილისში მცხოვრები რესპონდენტების განათლების დონე გაცილებით მაღალია ვიდრე სხვა რეგიონებში: 60%-მა დააფიქსირა საუნივერსიტეტო განათლება და მხოლოდ 13%-ს არ აქვს დასრულებული საშუალო განათლება.
- პირველ კლასში ჩარიცხული ბიჭების და გოგონების პროცენტული მაჩვენებელი თანაბარია, ისევე როგორც დამწყები კლასებიდან საშუალო კლასებში გადასულთა პროცენტი.
- ქალების უმრავლესობამ (79%) განაცხადა, რომ ამჟამად დიასახლისია; ეს სიტუაცია უფრო ხშირი იყო სოფლად (87%), სადაც სამუშაო ადგილების რაოდენობა საკმაოდ მცირეა.

ქორწინება და შობადობა

- გამოკითხულ ქალთა 60% იმყოფებოდა ქორწინებაში ან ცხოვრობს პარტნიორთან; 7% განქორწინებული ან გაშორებულია, ხოლო 34% არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში..
- 2010 წლის კვლევის შედეგად გამოვლენილი შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR) 2007-2010 წლებისათვის არის 2.0 ბავშვი ერთ ქალზე (95%CI=1.9–2.1), რაც კვლევაზე დაფუძნებული ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია, რომელიც საქართველოში დღემდე დაფიქსირებულა. იგი 25%-ით მაღალია 2002-2005 წლების შობადობის ჯამობრივ მაჩვენებელზე - 1.6 (95%CI=1.4–1.7) .
- ტრადიციულად ქართველი ქალები ადრეულ ასაკში იწყებენ და ასრულებენ შვილოსნობის ციკლს, რაც გამოიხატება ახალგაზრდა ქალებში შობადობის განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლით. ყველაზე მაღალი ფერტილობის ასაკია 20-24 და 25-29 წლები, რაც შესაბამისად შეადგენს TFR-ის 36%-ს და 29%-ს. ფერტილობა მოზარდებში (39 ახალშობილი 15-19 წლის ყოველ 1,000 ქალზე) TFR-ს მხოლოდ 10%-ს შეადგენს. შობადობის მაჩვენებლის მიხედვით მესამე ადგილზე 30-34 წლის ასაკობრივი ჯგუფია, სადაც TFR 15% შეადგინა.
- 2005 წლის კვლევასთან შედარებით, შობადობის მაჩვენებელი გაიზარდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში გარდა ერთისა (მოზარდები), რაც მიანიშნებს საქართველოში შობადობის ასაკის თანდათანობით ზრდაზე.

ზოგადად, შობადობის "პიკი" უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში 25-29 წლის ასაკზე მოდის, მაშინ როცა არასრული განათლების დონის მქონე ქალებში ეს შობადობის "პიკი" 20-24 წლებში აღნიშნება. იგივე ტენდენცია აღინიშნება ქორწინების ასაკშიც. შობადობის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია აზერბაიჯანული

წარმოშობის ქალებში (2.4 ბავშვი ყოველ ქალზე), შედარებით დაბალია ქართველებში (2.0 ბავშვი ერთ ქალზე), რაც გამოწვეულია 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მაღალი შობადობის მაჩვენებლით აზერბაიჯანელ ქალთა შორის..

ორსულობის დაგეგმვა

- ქალების უმრავლესობა, რომელიც ორსულად იყო უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში, აღნიშნავს, რომ ორსულობა იყო დაგეგმილი, ხოლო 36% აღნიშნავს რომ ორსულობა იყო დაუგეგმავი – მათ შორის 11% - არადროული და 26% - არასასურველი. შედარებისთვის, წინა კვლევების მიხედვით, უკანასკნელ ორსულობას, როგორც დაუგეგმავს აღნიშნავდა რესპონდენტთა 59% და 51% შესაბამისად 1999 და 2005 წლებში. არადროული ორსულობები წარმოადგენდა დაუგეგმავი ორსულობების უფრო დიდ ნაწილს 2010 წელს, ვიდრე წინა კვლევებისას, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ამჟამად უფრო მეტ ქალს ურჩევნია ორსულობის გადავადება, ვიდრე საერთოდ უარის თქმა შვილის გაჩენაზე.
- თითქმის ყველა ქალმა (96%), რომლის უკანასკნელი ორსულობა დასრულდა ხელოვნური აბორტით, განაცხადა, რომ ორსულობა იყო დაუგეგმავი.
- ქორწინებაში ან პარტნიორთან კავშირში მყოფი ქალების 35%-ს სურს მეტი შვილის ყოლა, შედარებით 25%-თან 1999 წელს (40%-ნი ზრდა). ეს ტენდენცია არ არის ასოცირებული ამჟამად არსებულ შვილების რაოდენობასთან. განსაკუთრებით აღსანიშნავია იმ რესპოდენტთა პროპორციის ზრდა, ვისაც ორი ან სამი შვილი ჰყავთ და მეტი შვილი უნდათ (21%, შედარებით 12%-თან 1999 წელს).
- შვილების ყოლის სურვილი განსაკუთრებით მაღალია ახალგაზრდა ქალებს შორის (89% 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 73% 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში), ეს მაჩვენებელი იკლებს 47%-მდე 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და კიდევ უფრო ნაკლებია 30 და მეტი წლის ასაკის ქალთა შორის.
- 1999 და 2010 წლის კვლევების შედეგებში შესამჩნევია ცვლილება ორსულობის დაგეგმვის ვადებში. ახალგაზრდა ქალების რაოდენობა, რომლებსაც შვილის გაჩენა უნდათ მომავალი ორი წლის განმავლობაში, შემცირდა 29%-თ (61%-დან 44%-მდე); პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, ვინც განაცხადა, რომ მეტი შვილი აღარ უნდოდათ, შემცირდა 14%-დან 7%-მდე. მაჩვენებლების მსგავს კლებას ჰქონდა ადგილი უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფშიც.
- ქორწინებაში მყოფი ჩასახვისუნარიანი ქალების უმრავლესობამ (68%), ვისაც უკვე ჰყავდა ორი ან მეტი ბავშვი, განაცხადა, რომ აღარ აპირებს შვილის გაჩენას. ეს ტენდენცია მსგავსია 1999-სა და 2005 წლის კვლევებისა, მაგრამ 2010 წელს უფრო ნაკლებია იმ ქალებთა რაოდენობა ვისაც აღარ სურს (კიდევ ერთი) შვილის ყოლა.

ხელოვნური აბორტი

- კვლევის მონაცემები საშუალებას გვაძლევს გამოვთვალოთ ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR), რომელიც გვიჩვენებს აბორტების რაოდენობას, რაც ქალს შეიძლებოდა გაეკეთებინა სიცოცხლის განმავლობაში შობადობის არსებული ასაკობრივი კოეფიციენტის გათვალისწინებით (ASIARs). წინა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებმა აჩვენა, რომ ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი მკვეთრად გაიზარდა 1990-ნი წლების შემდეგ, როდესაც საბჭოთა კავშირი დაიშალა და მიაღწია პიკს — 3.7 აბორტი ყოველ ქალზე 1997-1999 წლებში. აბორტების რაოდენობა თანდათანობით შემცირდა 3.1 აბორტამდე ყოველ ქალზე (95% CI= 2.9–3.4 აბორტი ყოველ ქალზე) 2002 – 2005 წლებში. 2005-დან 2010 წლამდე აბორტების რაოდენობა მკვეთრად შეცირდა - 1.6 აბორტამდე ყოველ ქალზე (95%CI= 1.5–1.8 აბორტი ყოველ ქალზე), რაც არის 48%-ნი შემცირება 3.1 დან და 57%-იანი 3.7-დან.
- TIAR 2007-2010 წლებში ოფიციალური წყაროების მიხედვით შეადგენდა მხოლოდ 0.9 აბორტს ყოველ ქალზე (კვლევით დაფიქსირებულ რაოდენობაზე 44%-თ დაბალი მაჩვენებელი), თუმცა შეინიშნება ოფიციალური მონაცემების შეგროვების 80%-ით გაუმჯობესება 1999-2005 წლებთან შედარებით.
- ქალების ნახევარზე მეტი, რომლებმაც აბორტი გაიკეთეს 2007-2010 წლებში, იყვნენ 25-29 წლის (102 აბორტი ყოველ 1000 ქალზე) და 30-34 წლის (83 აბორტი ყოველ 1 000 ქალზე). მესამე ჯგუფი ყველაზე მაღალი ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტით, რომელიც შეადგენდა აბორტების საერთო რაოდენობის 25%-ს, იყო 35-39 წლის ასაკის ქალების ჯგუფი. SIAR მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ASFR 30 ან მეტი წლის ასაკის ქალებს შორის, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ქართველი ქალები ზრუნავენ ოჯახის სასურველი ზომის შექმნაზე 30 წლის ასაკამდე, რის შემდეგაც, თუ მოხდა დაუგეგმავი ორსულობა, ისინი უფრო ხშირად მიმართავენ არასასურველი ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას.
- ხელოვნური აბორტების რაოდენობის შეფარდება ცოცხალშობილთა რაოდენობასთან წლების მიხედვით შემდეგნაირად იცვლებოდა: 2.1:1 - 1999 წელს, 1.5:1 - 2005 წელს და 0.8:1 - 2010 წელს. შესაბამისად, 2010 წლის კვლევის მიხედვით, ცოცხალშობილთა რაოდენობამ პირველად გადააჭარბა აბორტების რაოდენობას მას შემდეგ, რაც ეს კვლევები ტარდება. ამის მიღწევა შესაძლებელი გახდა შობადობის ზრდისა და აბორტების შემცირების ხარჯზე 20–24, 25–29, და 30–34 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, რაც ყველაზე დიდ ნაწილს შეადგენს როგორც შობადობის, ისე ხელოვნური აბორტების რაოდენობის მიხედვით.
- აბორტების უფრო მაღალი მაჩვენებელი სოფლად მცხოვრებ ქალებს, ნაკლებად განათლებულ ქალებსა და აზერბაიჯანული წარმომავლობის ქალებს შორის მიანიშნებს

იმაზე, რომ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არათანაბარია და ოჯახის დაგეგმვის პროგრამებმა უფრო ფართოდ უნდა მოიცვას მოსახლეობის შესაბამისი ქვეჯგუფები.

• აბორტის ძირითადი მიზეზები იყო: შვილოსნობის შეწყვეტა (51%), სურვილი რომ შემდეგი შვილის გაჩენამდე გაევლო გარკვეულ დროს (18%) და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, რომლებიც ხელს უშლის ოჯახს კიდევ ერთი შვილის ყოლაში (20%).

• რესპონდენტების მიერ უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე დაფიქსირებული აბორტებიდან 71% იყო მინი-აბორტი, რაც მკვეთრად აღემატება 1999 წლის (40%) და 2005 წლის მაჩვენებლებს (56%).

• 2005 წლიდან ხელოვნური აბორტების უმრავლესობა ჩატარებული იყო გინეკოლოგიურ კაბინეტებში (56%); მათი 42% - ამბულატორულ კლინიკებში როგორიცაა, მაგალითად, ქალთა კონსულტაციები, და 2% - სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ. რაც შეეხება გადასახდელ თანხას, საშუალო გადასახადი არ განსხვავდებოდა სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით. კვლევის პერიოდში საშუალო გადასახადი აბორტისათვის იყო დაახლოებით US$29.00, რაც წარმოადგენს 65%-იან ზრდას 2005 წლის ფასებთან შედარებით.

• ხელოვნული აბორტის პროცედურის პერიოდში და მის შემდეგ პაციენტი ადეკვატურად არ იღებს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ მომსახურებას. სამიდან ერთმა რესპონდენტმა (33%), რომლებსაც 2005-2010 წლებში გაუკეთებიათ ხელოვნური აბორტი, აღნიშნა, რომ მიიღო კონსულტაცია კონტრაცეფციის შესახებ აბორტამდე ან/და აბორტის შემდეგ; ქალების მხოლოდ 6.6%-მა (კონსულტაცია გავლილი ქალების 29%), მიიღო კონტრაცეპტივი შემდგომი არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად და დამატებით კიდევ 7.4%-მა მიიღო დანიშნულება (22% ყველა კონსულტაცია გავლილი ქალებისა).

• 2010 წელს კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია ორჯერ უფრო მაღალი იყო, ვიდრე 1999 წელს (33% და 15% შესაბამისად). კონტრაცეპტიული საშუალების მიწოდება ან დანიშნულება თითქმის გასამმაგდა - 5%-დან 14%-მდე, რაც თავისთავად, დაბალი მაჩვენებლებია, თუმცა სახეზეა აშკარა გაუმჯობესება.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამსახურები

• პრენატალური მომსახურების გამოყენება თითქმის უნივერსალურია: ქალების 98%-მა გაიარა სულ მცირე ერთი პრენატალური ვიზიტი მაინც. პრენატალური მომსახურების მიღება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში უფრო ხშირად ხდებოდა ქალაქად, ვიდრე სოფლად (93% და 86%) და ყველაზე უფრო გავრცელებული იყო თბილისში (94%).

• ქალთა 90%-მა პრენატალურ სამსახურს მიმართა სულ ცოტა ოთხჯერ მაინც, რაც უფრო ხშირად აღინიშნება ქალაქში მცხოვრებ ქალთა შორის (95%), ვიდრე სოფლად მაცხოვრებლ ქალთა შორის (86%).

• ორიდან ერთმა ქალმა გაიარა პრენატალური მომსახურება ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში (49%), ხოლო 44%-მა – რეგიონალურ სამშობიარო სახლებში. ქალების მხოლოდ 7%-მა მიიღო ასეთი მომსახურება პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებსა ან საოჯახო მედიცინის ცენტრებში.

• 1999 და 2005 წლებში თორმეტიდან ერთი მშობიარობა მოხდა ბინაზე, უმეტესობა - სპეციალისტების დაუსწრებლად; 2010 წელს ახალშობილების მხოლოდ 2% დაიბადა ბინაზე. ბინაზე მშობიარობის მაჩვენებელი ოდნავ უფრო მაღალი იყო აზერბაიჯანელ ქალებში (5%), თუმცა აღინიშნება აშკარა კლება 2005 წელს ამ ეთნიკურ ჯგუფში დაფიქსირებულ ბინაზე მშობიარობის მაჩვენებელთან (40%) შედარებით.

• ახალშობილთა 84%-მა გაიარა ჯანმრთელობის შემოწმება, მაგრამ ქალთა მხოლოდ 23%-მა მიიღო მშობიარობის შემდგომი მომსახურება 2010 წელს. მშობიარობის შემდგომი მომსახურება დაბალი იყო 2005 წელსაც, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ეს მომსახურება ჯერ კიდევ არ არის ფართოდ გამოყენებული საქართველოში.

• დედის გადმოცემით, პრაქტიკულად ყველა ცოცხლადშობილი (97%) 2005 – 2010 წლებში რეგისტრირებული იყო, თუმცა რეგისტრირებული ახალშობილების მაჩვენებელი მერყეობდა 92%-დან კახეთის რეგიონში 99%-მდე სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში. ბინაზე შობილი ბავშვები ყველაზე ნაკლებად რეგისტრირდებოდნენ (67%).

ძუძუთი კვება

• 2005-2010 წლის პერიოდში ახალშობილთა უმრავლესობა (87%) იკვებებოდა ძუძუთი, რაც პრაქტიკულად არ შეცვლილა 1999 და 2005 წლებთან შედარებით. ქართველ ქალებში ძუძუთი კვების მაჩვენებელი უფრო ნაკლებია , ვიდრე სხვა ეთნიკური ჯგუფების ქალებში.

• 1999 წლის კვლევასთან შედარებით, იმ ახალშობილების რაოდენობა, რომლებიც ძუძუთი იკვებებოდნენ დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში, გაიზარდა 4-ჯერ (5%-დან 1999 წელს 10%-მდე 2005-ში და 20%-მდე 2010-ში), ხოლო ახალშობილთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც მიიღო დედის რძე დაბადებიდან პირველი 23 საათის განმავლობაში გაორმაგდა - 28%-დან 55%-მდე.

• საშუალოდ, ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა იყო 12.1 თვე, რაც 2 თვით მეტია 2005 წლის მაჩვენებელთან შედარებით (10.1 თვე). სრულყოფილი ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა (ეკსკლუზიურად ძუძუთი კვება ან ძირითადად ძუძუთი კვება) შეადგენდა 4.1 თვეს, რაც უფრო მეტია, ვიდრე 1999 და 2005 წლების კვლევებით დაფიქსირებული ხანგრძლივობა - 3.7 თვე. ყველაზე მნიშვნელოვანი მატება იყო ექსკლუზიურად ძუძუთი კვების ხანგრძლივობაში, რაც გაორმაგდა 1999 წლის კვლევასთან შედარებით (1.5 თვიდან 3 თვემდე).

პერინატალური და ბავშვთა სიკვდილიანობა

• კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში ყოველი 1,000 ახალშობილიდან 8 იყო მკვდრადშობილი. მკვდრადშობილთა ყველაზე დიდი რაოდენობა იყო იმ ქალთა შორის, რომლებსაც არ მიუღიათ პრენატალური მომსახურება (50 მკვდრადშობილი ყოველ 1,000 ახალშობილზე), ქალებში, რომლებსაც ორსულობისას ჰქონდათ გართულებები (34 შემთხვევა ყოველ 1,000-ზე), ქალებში, რომლებსაც ხანგრძლივი მშობიარობა ჰქონდათ (30 ყოველ 1,000-ზე) და ქალებში, რომლებიც მშობიარობის დროს იყვნენ 35 წელზე უფროსი ასაკის (11 ყოველ 1,000-ზე).

• ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, (ანუ მაჩვენებელი, რაც ასახავს 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობას) მკვეთრად მცირდებოდა 1999 წლის კვლევის შემდეგ: 41.6 ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე 1995-1999 წლებში, 21.1 – 1,000 ცოცხლადშობილზე 2000-2004 წლებში, და 14.1 – 1,000 ცოცხლადშობილზე 2005 – 2009 წლებში. ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (გარდაცვლილთა რაოდენობა სიცოცხლის პირველი თვის განმავლობაში) შემცირდა 25.4-დან ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე 1995–1999-ში 16.8-მდე ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე 2000–2004-ში და 9.5-მდე ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე 2005-2009 წლებში.

• 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება ორი მესამედით 1990-დან 2015 წლამდე ფორმულირებულია, როგორც ათასწლეულის განვითარების მიზნების ერთ-ერთი ცენტრალური ამოცანა (MDG 4). კვლევის მონაცემით 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 45.3-დან ყოველ 1,000 ახალშობილზე 1995–1999-წლებში 25.0-მდე 2000-2005 წწ. და 16.4-მდე 2005-2010 წწ, რაც თითქმის 64%-იანი კლებაა. შესაბამისად, კვლევის მონაცემების მიხედვით, საქართველომ თითქმის მიღწია ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანს. გადარჩენილი ბავშვების მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა ბოლო 15 წლის განმავლობაში, ძირითადად ნეონატალური და პოსტ-ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირების ხარჯზე. რადგან სიკვდილიანობა ნეონატალურ ფაზაში ჩვილთა სიკვდილიანობის უმთავრეს მიზეზად რჩება და შეადგენს ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის 58%-ს, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემდგომი შემცირება მნიშვნელოვანწილად იქნება დამოკიდებული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვნად შემცირებაზე.

კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმირებულობის დონე

• რესპონდენტების 96%-ს სმენია სულ ცოტა ერთი თანამედროვე მეთოდის შესახებ – განსაკუთრებით კონდომების (94%), საშვილოსნოს შიდა სპირალის (სშს) (87%) და ორალური კონტრაცეპტივების (81%) შესახებ. თუმცა, ქალების მხოლოდ 39%-ს სმენია მილების ლიგაციისა (4%) და ვაზექტომიის შესახებ.

• თითოეული კონტრაცეფციული მეთოდის შემთხვევაში არსებობს მნიშვნელოვანი სხვაობა მეთოდის შესახებ ინფორმაციის და ამ პროცედურის ან პროდუქტის გამოყენების შესახებ ცოდნის დონეთა შორის.

• ქალთა უმეტესობას არა აქვს ზუსტი ცოდნა იმის შესახებ, თუ რამდენად ეფექტიანია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები; მაშინ როცა ქალების 30%-მა სწორად აღნიშნა რომ სშს ძალიან ეფექტურია ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, მხოლოდ 16%-ს სჯეროდა, რომ კონტრაცეფციული სტერილიზაცია ძალიან ეფექტურია. ქალების უმეტესობა ფიქრობდა, რომ აბების მიღება მაინცდამაინც ეფექტური არ იყო.

კონტრაცეპტივების გამოყენება

• 15-44 წლის ასაკის ქალებს შორის 32% იყენებდა კონტრაცეფციულ მეთოდს, მათ შორის 21% მარაგდებოდა კონტრაცეპტივებით (დონორთა დაფინანსებული პროგრამების ფარგლებში - კონდომები, სშს, ორალური კონტრაცეპტივები, მილების ლიგაცია და სპერმიციდები).

• 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალების ნახევარზე მეტი (53%) ამჟამად იყენებდა კონტრაცეფციას, მათ შორის 35% იყენებდა თანამედროვე მეთოდებს. თანამედროვე კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენება მკვეთრად გაიზარდა 20%-დან 1999 წელს 35%-მდე 2010 წელს. პირველად, თანამედროვე მეთოდების გამოყენებამ გადააჭარბა ტრადიციული მეთოდების გამოყენებას (ამ უკანასკნელთა გამოყენება საგრძნობლად შემცირდა). შედეგად, კონტრაცეფციის პრევალენტობის მაჩვენებელი (CPR) გათხოვილი ქალებისათვის გაიზარდა 41%-დან 1999 წელს 45%-მდე 2005 წელს და 53%-მდე 2010 წელს.

• ამჟამად კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა 26% იყენებს კონდომს, 25% - სშს-ს, 21% - შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს, 13% - პერიოდულ თავშეკავებას, 7% იყენებს აბებს, 5% - საშვილოსნოს მილების ლიგაციას და 3% - სპერმიციდებს.

• 1999 წლიდან 2010 წლამდე კონდომის გამოყენება წყვილებს შორის გაიზარდა 2.5-ჯერ (6%-დან 14%-მდე) და სშს-ს გამოყენება გაიზარდა 10%-დან 13%-მდე; ამჟამად ისინი წარმოადგენენ ყველაზე ხშირად გამოყენებად მეთოდებს წყვილებს შორის. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და კალენდარული მეთოდი, რომლებიც გამოყენების სიხშირის მხრივ ყველაზე პოპულარული მეთოდები იყო 1999 წელს, მესამე და მეოთხე ადგილზეა 2010 წლის მონაცემებით. აბების მოხმარება, რაც ჯერ ისევ დაბალია, გაიზარდა 2%-დან 1999 წელს 4%-მდე 2010 წელს, ხოლო მილების ლიგაციის მეთოდის გამოყენება გაიზარდა 2%-დან 3%-მდე.

• სამედიცინო დაწესებულებები, მათ შორის ჯანდაცვის კლინიკები/ცენტრები, ქალთა საკონსულტაციო კლინიკები და ქალაქის თუ რეგიონალური საავადმყოფოები თავისი

გინეკოლოგიური კაბინეტებით წარმოადგენდნენ თანამედროვე კონტრაცეფციული მეთოდების მიწდოების მთავარ წყაროებს, ამარაგებდნენ რა მომხმარებელთა 50%-ს. კომერციული გაყიდვები, კონკრეტულად კი აფთიაქების საშუალებით, თანამედროვე კონტრაცეპტივებით მომარაგების მეორე, ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო იყო (45%). მომხმარებლების თითქმის 5% ღებულობდა თავის საშუალებას "სხვა" წყაროებიდან, მაგ. თავიანთი პარტნიორებისგან, მეგობრებისა და ნათესავებისაგან, ანდა ღია ბაზარზე.

პოტენციური მოთხოვნა კონტრაცეფციაზე

• გათხოვილ ქალთა თითქმის ორ მესამედს (65%) გააჩნია პოტენციური მოთხოვნა კონტრაცეფციაზე, მათ შორის 52% უკვე იყენებს მეთოდს, 12%-ში კი მოთხოვნა ჯერ კიდევ დასაკმაყოფილებელია (ე.ი. მათ გააჩნიათ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეფციის ზოგიერთ მეთოდზე). კონტრაცეფციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა გათხოვილ ქალთა შორის 2010 წელს, 1999 წელს დოკუმენტურად დაფიქსირებული დონის ნახევარია (12% და 24%, შესაბამისად), რაც ძირითადად შედეგია თანამედროვე მეთოდების გამოყენების ზრდისა. საჭიროება კონტრაცეპტივებზე იზრდება სოფლად მცხოვრებ, დაბალი დონის განათლების, დიდი ოჯახებისა და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის შემთხვევებში. კონტრაცეპტივების გამოყენების საჭიროება უფრო მეტია მშობიარობის რაოდენობის შეზღუდვის მიზნით, ვიდრე მშობიარობებს შორის ინტერვალის გაზრდის მიზნით, შეფარდებით 2:1.

• კონტრაცეფციის მეთოდების ამჟამად მომხმარებელთა შორის (52%) 18% მიმართავს ტრადიციულ მეთოდებს, რომელთა დროსაც ხშირია წარუმატებლობის შემთხვევები, რასაც შედეგად მოსდევს ხელოვნური აბორტების გამოყენება. თუ ქალთა მოცემულ ჯგუფს დავამატებთ იმ ჯგუფს, სადაც აღინიშნება დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეფციაზე (12%), მაშინ მთლიანი მოთხოვნა თანამედროვე მეთოდებზე შეადგენს 30%-ს, რაც ყველა გათხოვილი ქალის თითქმის მესამედს შეადგენს.

• გათხოვილ ქალთა შორის, გარდა იმ 52%-ისა, რომელიც იყენებს კონტრაცეფციის მეთოდს, 13% ამჟამად ფეხმძიმედაა ან ახლად ნამშობიარები, 9% უნაყოფოა, 6% სქესობრივად არააქტიურია და 8% სურს დაფეხმძიმება, რაც მთლიანად შეადგენს 88%-ს. დანარჩენი 12%-ის მოთხოვნა დაუკმაყოფილებელია, როგორც აღვნიშნეთ; ანუ, მთლიანად მათი რაოდენობა იქნება 30%, თუ იმ ქალებსაც ჩავთვლით, ვინც ტრადიციულ მეთოდებს იყენებს. (ამ რაოდენობას ემატება ახალნამშობიარები ქალები, რომლებიც მალე დადგებიან არასასურველი ორსულობის რისკის ქვეშ).

კონსულტირება კონტრაცეფციის საკითხებზე

• ოჯახის დაგეგმვა საქართველოში ხელმისაწვდომია მხოლოდ სპეციალიზებულ დაწესებულებებში და მას სთავაზობენ, როგორც მშობიარობის შემდგომ ან აბორტის შემდგომ მომსახურებას და ის იშვიათად მოიცავს კონტრაცეფციულ საშუალებათა მარაგების ან ამ მარაგებისათვის საჭირო რეცეპტების გაცემას. ასე რომ, საქართველოში მწვავედ დგას ახალი პოლიტიკის შემუშავების საკითხი, რომელიც გამოიწვევს კონტრაცეფციაზე კონსულტირების მასშტაბის გაზრდას და მოახდენს მის ინტეგრირებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მომსახურებაში, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

• ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების დიდი ნაწილი საქართველოში უზრუნველყოფილია გინეკოლოგებისა და "რეპროდუქტოლოგების" (ექიმები, რომლებმაც გაიარეს დამატებითი ტრეინინგები რეპროდუქციულ საკითხებზე) მიერ, რომელთაც ტრადიციულად მწირი გამოცდილება გააჩნიათ ოჯახის დაგეგმვის კლიენტზე ორიენტირებული კონსულტაციების გაწევის მხრივ. საქართველოში ახლახან განხორციელებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჯანდაცვის პროფესიონალების წვრთნა ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე კონსულტაციის გასაწევად სამედიცინო მომსახურების ნებისმიერ დონეზე, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩათვლით.

• რესპონდენტთა უმეტესობას გინეკოლოგმა ან რეპროდუქტოლოგმა ურჩია გამოეყენებინათ ის მეთოდი, რომელსაც ამჟამად იყენებენ (56%). ქალებმა, რომლებსაც არ მიუღიათ რჩევა სამედიცინო პერსონალისაგან, დაიწყეს მეთოდის გამოყენება პარტნიორის რჩევით (23%), საკუთარი გადაწყვეტილებით (9%), მეგობრის რჩევით (5%), ან ნათესავის რჩევით (4%), ფარმაცევტისაგან რჩევა მიიღო მხოლოდ 1%-მა.

• კონსულტირების შემთხვევაში, 2010 წელს ქალთა 64%-მა მიიღო ზოგადი ინფორმაცია ალტერნატიულ კონტრაცეფციულ მეთოდებზე, შედარებით 32%-თან 1999 წელს; 2010 წელს 59%-ს ჩაუტარდა კონსულტაციები არჩეული მეთოდის ეფექტიანობის შესახებ, შედარებით მხოლოდ 31%-თან 1999 წელს; და 82%-მა აღნიშნა, რომ მომსახურების მიმწოდებელმა მათ აუხსნა არჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდითი მოვლენები; 1999 წელს ანალოგიური მაჩვენებლი შეადგენდა 70%-ს.

ქალთა ჯანმრთელობა

• რესპონდენტთა უმრავლესობამ (79%) აღნიშნა, რომ ისინი ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ ყველა საკითხზე ერთსა და იმავე სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ. მათ შორის, ვინც ერთი და იმავე დაწესებულებით სარგებლობდა, უმეტესობა სამედიცინო მომსახურებას იღებდა საავადმყოფოებში (38%) და ამბულატორიულ კლინიკებში (ე.ი.

პოლიკლინიკებში და ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში - 26%). მხოლოდ უმცირესობა იღებდა სამედიცინო მომსახურებას პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (PHC) (14%).

• ყოველი სამი ქალიდან ერთ ქალზე მეტმა აღნიშნა, რომ წვევია სამედიცინო დაწესებულებას უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში. აქედან ნახევარი (51%) მივიდა იქ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მისაღებად, 41% - პრევენციული მკურნალობისათვის, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, ხოლო 20% - ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ (რაც ჯამში შეადგენს 100% მრავალჯერადი ვიზიტების გათვალისწინებით).

• რესპონდენტთა მეოთხედმა (25%) აღნიშნა, რომ მათ მოუწიათ დაყოვნებით მიეღოთ სამედიცინო დახმარება ბოლო 12 თვის განმავლობაში (პრევენციული, მწვავე და ქრონიკული შემთხვევებისათვის). ამ ქალთა დიდმა უმრავლესობამ (82%) განაცხადა, რომ ჯანდაცვის მომსახურების ფასი იყო ძირითადი დამაბრკოლებელი ფაქტორი.

• ინტერვიუს დროს ქალთა მხოლოდ 22%-ს გააჩნდა რაიმე ტიპის სამედიცინო დაზღვევა. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრები მოსახლეობის არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილების გამო სოფლად მცხოვრებ დაზღვეულ ქალებს უფრო ხშირად ჰქონდათ ჯანმრთელობის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული დაზღვევა, ვიდრე ქალაქში მცხოვრებლებს, და უფრო იშვიათად - ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა.

• რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტების რაოდენობა (პრევალენტობა) კვლავ დაბალია საქართველოში: სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა მხოლოდ 24%-მა მიმართა ამ პრევენციულ სერვისს. რადგან საშვილოსნოს ყელისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი ძირითადად ხორციელდება ან ინიშნება რუტინული გინეკოლიგური ვიზიტებისას, რუტინული გინეკოლოგიური შემოწმებების დაბალი პრევალენტობა აუცილებლად აისახება და გავლენას იქონიებს რეპროდუქციული ორგანოების სიმსივნეების დროულ გამოვლენასა და მკურნალობაზე. მას ასევე მნიშვნელოვანი ნეგატიური გავლენა აქვს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებსა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა ინფორმაციის გავრცელებაზე.

• მთლიანობაში, სქესობრივად გამოცდილი ქალების 42%-ს ჩაუტარებია მკერდის თვითგასინჯვა (BSE), რაც უფრო მაღალი მაჩვენებელია, ვიდრე 2005 წელს (29%), მაგრამ ასევე მიანიშნებს, რომ ამ მიმართულებით კვლავ ბევრია მისაღწევი. რაც შეეხება მკერდის თვითგასინჯვის სიხშირეს, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა 17% აღნიშნავს, რომ თვითგასინჯვას იტარებს ყოველთვიურად, 12% - ყოველ 2-5 თვეში ერთხელ, 12% - ყოველ 6-12 ან მეტ თვეში ერთხელ და 58%-ს არასოდეს ჩაუტარებია.

• მკერდის თვითგასინჯვა, თავისთავად, არ არის საკმარისი ქმედება. შეკითხვაზე, ჩაუტარებია თუ არა მკერდის კლინიკური გამოკვლევა (CBE) და მამოგრაფია, სქესობრივად გამოცდილი ქალების მეხუთედზე ნაკლებმა (18%) აღნიშნა, რომ ოდესმე ჩაუტარებია მკერდის კლინიკური გამოკვლევა (ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ პათოლოგიის გამოსავლენად).

• 40-44 წლის ასაკის ქალების მხოლოდ 10%-ს ჩაუტარებია ოდესმე მამოგრაფია; მამოგრაფიის ჩაუტარებლობის სამ ყველაზე მნიშვნელოვან მიზეზად დასახელდა: ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებლისაგან რეკომენდაციის ნაკლებობა, კვლევის საჭიროების არცოდნა და მამოგრაფიის შესახებ აბსოლუტური არაინფორმირებულობა.

• საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პრევალენტობა ასევე დაბალი იყო; სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა მხოლოდ 12%-მა აღნიშნა, რომ ოდესმე ჩაუტარებია პაპ-ტესტი; თუმცა, ეს მაჩვენებელი სამჯერ არის გაზრდილი 1999 და 2005 წელს დაფიქსირებულ შედეგთან შედარებით (4%).

• 2010 წლის კვლევამ პირველად გამოიკვლია საქართველოში ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინის შესახებ გათვითცნობიერებისა და გამოყენების დონე. 15-44 წლის ქალთა მხოლოდ მეხუთედს (21%) სმენია HPV-ის და 18%-ს - ვაქცინის შესახებ; როდესაც განემარტათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისთვის ვაქცინის ეფექტურობის შესახებ, 29%-მა გამოთქვა ვაქცინაციის ჩატარების სურვილი.

• თითქმის ყველა (95%) გამოკითხულმა ქალმა იცოდა ტუბერკულოზის შესახებ და ორმა მესამედმა (67%) სწორედ აღნიშნა, რომ იგი გადაეცემა ხველებისას, ჰაერ-წვეთოვანი გზით. ქალთა მნიშვნელოვანი ნაწილი მდგარა ტუბერკულოზის საფრთხის ქვეშ ტუბერკულოზით დაავადებულ ოჯახის წევრთან, (9%) ან ტუბერკულოზით დაავადებულ სხვა ადამიანებთან ხშირი კონტაქტების გამო (12%).

• ქალთა მხოლოდ სამმა მეოთხედმა (75%) იცოდა, რომ ტუბერკულოზის სრული განკურნება შესაძლებელია. კითხვაზე, თუ რა სახის მკურნალობაა ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანისათვის საუკეთესო, დიდმა უმრავლესობამ (82%) აღნიშნა, რომ უნდა მოხდეს პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია, 14%-მა აღნიშნა, რომ დასაწყისში უნდა მოხდეს მათი ჰოსპიტალიზაცია და შემდეგ მათი ბინაზე მკურნალობა, და 2%-მა მიუთითა, რომ მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ ბინაზე.

• ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ოდესმე, ამჟამად თუ წარსულში მწეველთა პროცენტული მაჩვენებლები დაბალი იყო; ქალთა მხოლოდ 8%-ს მოუწევია ოდესმე თამბაქო, 6% ამჟამინდელი მწეველია და 2% წარსულში ეწეოდა. ეს მაჩვენებლები ქალაქში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე სოფლად. მაგალითად, ქალაქში მცხოვრებ ქალთა 9%-მა აღნიშნა, რომ ამჟამად მწეველია (თბილისელი ქალების 13%), სოფლად მცხოვრები ქალების 2%-თან შედარებით.

• მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხული ქალების უმეტესობა არ ეწეოდა, ყოველმა მეორემ

აღნიშნა ამჟამინდელი პასიური მოწევის (secondhand smoke - SHS) მაღალი დონე როგორც სახლში, ასევე სამსახურში. სახლში პასიური მოწევის მაღალი დონე აღნიშნა 15-44 წლის ასაკის ყველა ქალთა 52%-მა და არამწეველთა 50%-მა. პასიური მოწევის ზეგავლენა აღნიშნა დახურულ შენობაში მომუშავე ქალების 44%-მა, მათ შორის არამწეველ ქალთა 40%-მა.

• საშუალოდ, გამოკითხულთა 31%-ს ოდესმე მიუღია ალკოჰოლი, ხოლო 17%-ს უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში, მაგრამ მხოლოდ 2% მოიხმარს ალკოჰოლს ხშირად. გამოკვლევამდე უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში 5 ან მეტი ჭიქა ალკოჰოლს ერთ ჯერზე იღებდაქალების 8%.

ახალგაზრდა ქალების ქცევა

• საქართველოში ახალგაზრდა ქალების (15-24 წლის) თითქმის მესამედმა (32%) აღნიშნა სქესობრივი ურთიერთობების გამოცდილების არსებობა; მათმა დიდმა უმრავლესობამ (31%) აღნიშნა სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ქორწინების შემდეგ.

• საინტერესო განსხვავება გამოვლინდა პირველი სქესობრივი კავშირისას ასაკისა და განათლების დონის მიხედვით; 22 წლის ასაკამდე სქესობრივად აქტიური გახდა სრული საშუალო ან არასრული განათლების მქონე ახალგაზრდა ქალების ნახევარზე მეტი და უმაღლესი ან საშუალო ტექნიკური განათლების მქონე ქალთა 39%, რაც ძირითადად აიხსნება ქორწინების ასაკით.

• იმ ახალგაზრდა ქალების ნახევარზე მეტს, რომელთაც სქესობრივი კავშირი ჰქონდათ 18 წლის ასაკამდე, ჰყავდათ ხუთი, ან მეტი წლით უფროსი პარტნიორი.

• პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეპტივების გამოყენება საქართველოში იშვიათია, მიუხედავად ქორწინების სტატუსისა. პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეპტივები არ გამოიყენეს ძირითადად იმ მიზეზების გამო, რომ სურდათ დაორსულება (67%) ან არ უფიქრიათ მეთოდის გამოყენების შესახებ (24%).

ძალადობა ოჯახში

• საქართველოში მიღებულია ახალი სამართლებრივი რეგულაციები და გაძლიერებულია ძალისხმევა ოჯახში ძალადობის საკითხებზე გაცნობიერების ამაღლების კუთხით. ქალთა განცხადებები ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობის შესახებ 2010 წელს საკმაოდ მცირერიცხოვანი იყო: რესპონდენტთა მცირე რაოდენობამ აღნიშნა უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (2%) ან ცხოვრების მანძილზე (7%) განცდილი ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობა.. ეს პროცენტული მაჩვენებელი მეტნაკლებად უცვლელია 1999 წლიდან მოყოლებული. მეტიც, მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა არც ძალადობის შესახებ ოფიციალური განაცხადებით შესაბამის უწყებებში მიმართვის ტენდენციები.

• ინტიმური პარტნიორის მიერ ფიზიკურ ძალადობას ადგილი ჰქონდა ყველა ქვეჯგუფში, მიუხედავად სოციალურ-ეკონომიკური და განათლების სტატუსისა; მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი (23%) იყო წარსულში გათხოვილ ქალებს შორის. უახლოეს წარსულში ფიზიკური ძალადობის უფრო მაღალი პრევალენტობა დააფიქსირეს 15-19 წლის გოგონებმა უფრო ასაკოვან ქალებთან შედარებით.

• ოჯახში ძალადობა ბავშვებზეც ახდენს გავლენას. საშუალოდ, რესპონდენტთა 8%-მა განაცხადა, რომ მათ გაუგონიათ ან დაუნახავთ მშობლებს შორის მომხდარი ძალადობის ფაქტი და 8%-მა განაცხადა, რომ მათ საკუთარ თავზე გამოუცდიათ მშობლებისაგან ფიზიკური ძალადობა. ბავშვობის ასაკში ოჯახური ძალადობის დანახვა, ან საკუთარ თავზე გამოცდა ზრდის იმის ალბათობას, რომ ქალი თვითონ გახდეს ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობის მსხვერპლი. იმ ქალებს შორის, რომლებმაც ბავშვობაში განიცადეს ძალადობა მშობლების მხრიდან, ფიქსირდება ფსიქოლოგიური ძალადობის 3-ჯერ და ფიზიკური ძალადობის 2-ჯერ უფრო მაღალი პრევალენტობა იმ ქალებთან შედარებით, ვისაც მსგავსი გამოცდილება არ აქვს.

• იმ ოჯახებში ცხოვრება, სადაც გენდერული თანასწორობის დაბალი დონეა, ასოცირდება (ნებისმიერი სახის) ოჯახში ძალადობის გაზრდილ რისკთან.

• იმ ქალთა შორის, რომელთაც ოდესმე გამოუცდიათ ფიზიკური ძალადობა, დახლოებით ყოველ მესამეს (29%) არასოდეს არავისთვის არ გაუმხელია ეს ფაქტი. ის ქალები, რომლებიც განცდილ ძალადობას გარშემო მყოფთ უმხელენ, ამის შესახებ ძირითადად ოჯახის წევრებს ან მეგობრებს უყვებიან; მხოლოდ 5%-მა განაცხადა პოლიციაში, 3%-მა მიმართა სამედიცინო დახმარებას და 2%-მა ითხოვა იურიდიული რჩევა.

• ზოგადად, ოდესმე გათხოვილი ქალების დაახლოებით 20% ეთანხმება სულ ცოტა ერთ გარემოებას, როდესაც ცოლზე ფიზიკური ძალადობა გამართლებულია. ეს პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო იმ ქალებში, რომლებმაც აღნიშნეს ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის შესახებ, იმ ქალებთან შედარებით, რომელთაც ძალადობა არასოდეს გამოუცდიათ; ეს ფაქტი იმას მიანიშნებს, რომ ქალებში თვითპატივისცემის ნაკლებობამ შესაძლოა ისინი ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის მიმართ უფრო მოწყვლადი გახადოს.

სარჩევი

შესავალი ..... *iii*

მადლობა ..... *v*

რეზიუმე ..... *vii*

თავი 1. შესავალი 1

1.1 წინასიტყვაობა 1
1.2 მიზნები 4

თავი 2. მეთოდოლოგია 7

2.1 შერჩევის დიზაინი 8
2.2 კითხვარის შინაარსი 9
2.3 მონაცემთა შეგროვება 10
2.4 მოპასუხეთა კოეფიციენტი 11
2.5 ხარისხის კონტროლის მექანიზმები 11
2.6 შერჩევის წონები 11
2.7 ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებთან შედარება 12

თავი 3. შერჩევის ნიმუშის მახასიათებლები 15

3.1 შინამეურნეობათა მახასიათებლები 17
3.2 რესპონდენტთა მახასიათებლები 23
3.3 სკოლაში შესვლის და დასწრების ინდიკატორები 25

თავი 4. შობადობის და ორსულობის გამოცდილება 45

4.1 შობადობის დონეები და ტენდენციები 45
4.2 შობადობის მახასიათებლები 50
4.3 ქორწინებითი მდგომარეობის მახასიათებლები 51
4.4 ქალის ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირის, პარტნიორთან თანაცხოვრებისა და მშობიარობის დროს 53
4.5 სქესობრივი აქტივობა უკანასკნელ ხანებში 54
4.6 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი 55
4.7 შვილების სასურველი რაოდენობა მომავალში 58
4.8 უშვილობის პრობლემები 59

თავი 5. ხელოვნური აბორტი 73

5.1 აბორტების მაჩვენებლები და ტენდენციები 74
5.2 ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტები 80
5.3 მომსახურება აბორტების სფეროში 81
5.4 აბორტის გართულებები 87
5.5 აბორტის გამომწვევი მიზეზები 88

თავი 6. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა 101
6.1 დედათა სიკვდილიანობის სტატისტიკა 102
6.2 პრენატალური სამედიცინო მომსახურება 102
6.3 ინტრანატალური სამედიცინო მომსახურება 112
6.4 პოსტპარტუმ სამედიცინო მომსახურება 114
6.5 თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობის დროს 116
6.6 ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი გართულებები 117
6.7 მშობიარობის მძიმე შედეგები 118
6.8 ძუძუთი კვება 120
6.9 ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა 121

თავი 7. ინფორმირებულობა დონე კონტრაცეპტივების შესახებ 145

7.1 ინფორმირებულობის დონე კონტრაცეპტივებისა და მათი გამოყენების შესახებ 146
7.2 კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო 151
7.3 ცოდნა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ 152

თავი 8. კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება 161

8.1 კონტრაცეფციული საშუალებების ოდესმე გამოყენება 161
8.2 კონტრაცეფციული საშუალებების ამჟამად მოხმარება 163
8.3 კონტრაცეფციული საშუალებებით მომარაგების წყარო 170
8.4 კონტრაცეფციის მეთოდის შეცვლის სურვილი 172
8.5 ტრადიციული მეთოდების გამოყენება 173
8.6 კონტრაცეფციული მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები 174
8.7 გეგმები კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების შესახებ მათ შორის, ვინც არ მიმართავს კონტრაცეფციას 175
8.8 კონტრაცეფციული საშუალებების არაეფექტურობა და მათი გამოყენების შეწყვეტა 175

თავი 9. კონტრაცეფციული მომსახურების საჭიროება 193

9.1 პოტენციური მოთხოვნა და დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციაზე 195
9.2 პოტენციური მოთხოვნილება ოჯახის დაგეგმვაზე შობადობის არჩევანის მიხედვით 197

თავი 10. კონსულტაცია კონტრაცეფციის შესახებ 205

10.1 ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების წარმომადგენელთა ურთიერთობა კლიენტებთან 205
10.2 საკონსულტაციო მომსახურებით კმაყოფილება 209

10.3 აბორტის შემდგომი და მშობიარობის შემდგომი კონსულტაცია 210

თავი 11. შეხედულებები კონტრაცეფციის შესახებ 217

11.1 შეხედულებები მეთოდის ეფექტურობის შესახებ 217
11.2 შეხედულებები აბებისა და სშს-ს გამოყენების დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ 219
11.3 შეხედულებები კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ 221
11.4 კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღების სურვილი 223

თავი 12. მოსაზრებები და ცოდნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ 237

12.1 ოჯახის სასურველი სიდიდე 237
12.2 ცოდნა მენსტრუალური ციკლის შესახებ 238
12.3 ცოდნა ძუძუთი კვების ფერტილობაზე გავლენის შესახებ 239
12.4 მოსაზრებები იმის შესახებ, თუ რამდენად მისაღებია აბორტი 240
12.5 მიდგომები და მოსაზრებები ოჯახისა და რეპროდუქციული როლის შესახებ 242

თავი 13. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა 253

13.1 სამედიცინო მომსახურების გამოყენება 254
13.2 რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტების სიხშირე 256
13.3 სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი 256
13.4 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და ცოდნა ადამიანის პაპილომა ვირუსთან დაკავშირებით 259
13.5 ცოდნა ტუბერკულოზის და მისი საფრთხის შესახებ 260
13.6 თამბაქოს მოხმარება 262
13.7 ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება 263
13.8 ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემების პრევალენტობა 264

თავი 14. განათლება ოჯახური ცხოვრების შესახებ 283

14.1 მოსაზრებები სკოლებში ოჯახური ცხოვრების სწავლების შესახებ 285
14.2 სქესობრივი განათლების საკითხების განხილვა მშობლებთან 287
14.3 ოჯახური ცხოვრების სწავლება სკოლებში 288
14.4 ინფორმაციის წყარო სქესობრივი ცხოვრების შესახებ 289
14.5 სკოლისა და მშობლების გავლენა ფერტილობის შესახებ ცოდნაზე 290

თავი 15. სქესობრივი ცხოვრებისა და კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების გამოცდილება ახალგაზრდებს შორის 299

15.1 სქესობრივი გამოცდილება 299
15.2 პირველი სქესობრივი კავშირი 301

15.3 კონტრაცეპტივების გამოყენება პირველი სქესობრივი კავშირისას; მიმდინარე სქესობრივი აქტივობა და კონტრაცეფციის გამოყენება 301
15.4 შეხედულებები და მიდგომები კონდომებისა და მათი გამოყენების შესახებ 303

თავი 16. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები აივ/შიდსის გარდა 313

16.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საქართველოში და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში 313
16.2 ინფორმირებულობის დონე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ 314
16.3 ცოდნის დონე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცების სიმპტომების შესახებ 315
16.4 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების რისკის აღქმა 316
16.5 ტესტირება სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე 317
16.6 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების არსებობა 318
16.7 ინფორმაციის ძირითადი წყარო სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ 319

თავი 17. აივ/შიდსი 331

17.1 აივ/შიდსი საქართველოში 331
17.2 ინფორმირებულობა და ცოდნის დონე აივ/შიდსის შესახებ 332
17.3 ტესტირება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე 334
17.4 ინფორმაციის წყარო აივ/შიდსის შესახებ 335
17.5 ცოდნის დონე აივ ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ 336
17.6 ცოდნის დონე აივ ინფექციის პრევენციის შესახებ 337
17.7 აივ ინფიცირების საკუთარი რისკის შეფასება 338

თავი 18. ძალადობა ოჯახში 353

18.1 ფიზიკური ძალადობა მშობლებისგან ან მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის აქტის მოწმედ ყოფნა 356
18.2 ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობის პრევალენტობა 356
18.3 დახმარებისთვის მიმართვა ინტიმური პარტნიორისგან ძალადობის გამო 358
18.4 ინტიმურ პარტნიორთან ურთიერთობის ასპექტები და გენდერული ნორმები 358

დანართი ა: მონაწილე ორგანიზაციები 366

დანართი ბ: კვლევაზე მომუშავე პერსონალი 368

ბიბლიოგრაფია 369

თავი 1

შესავალი

1.1 წინასიტყვაობა

ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საქართველოში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კულტურული, ისტორიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები. ჯანდაცვის ძველი სისტემა ძირითადად კონცენტრირებული იყო მკურნალობაზე და ნაკლებად – პრევენციულ მომსახურებაზე, ეყრდნობოდა სპეციალიზებულ მკურნალობას და სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას. შესაბამისად, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებსაც ნაკლები მხარდაჭერა ჰქონდა.

მართვის საბჭოური ცენტრალიზებული სისტემის დაშლის და ეკონომიკის დაღმასვლის პირობებში შეუძლებელი გახდა მკურნალობაზე ორიენტირებული საავადმყოფოების სისტემის შენარჩუნება. საავადმყოფოების უმრავლესობაში არ არსებობდა აუცილებელი სამედიცინო აპარატურა, მედიკამენტები, სახარჯი მასალები და სახსრები მიმდინარე ხარჯებისთვის.

სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული, საავადმყოფოებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის დაშლის შემდეგ საქართველოს ჯანდაცვის სექტორმა ტრანსფორმაციის რამდენიმე ეტაპი გამოიარა. 2007 წლიდან საქართველოს ხელისუფლებამ წამოიწყო ჯანდაცვის სისტემის ფართომასშტაბიანი რეფორმები, რომლებიც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების სისტემის შექმნას დაზღვევის საფუძველზე, რომელიც ორიენტირებული იყო ღარიბ მოსახლეობაზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებებში სახელმწიფო რესურსების წილის გაზრდის პარალელურად.

2011-2015 წლების ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიაში - „ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება“ - მოცემულია ახალი გეგმა ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისათვის. 2013 წლისთვის დასრულდება საავადმყოფოთა მოძველებული ინფრასტრუქტურის შეცვლა ჯანდაცვის თანამედროვე რაიონული ცენტრებით, რომლებიც აერთიანებს პირველად, პრეჰოსპიტალურ და სტაციონარულ მომსახურებას.

საქართველოში ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში შეინიშნება მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების სფეროში. ხელისუფლება, საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით, სულ უფრო მეტ აქტივობებს ეწევა პერსონალის გადამზადების, განათლების და ინფრასტრუქტურის განვითარების, ოჯახის დაგეგმვის ხარისხის და რეპროდუქციული

ჯანმრთელობის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროექტები და სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული მომსახურებები ამჟამად მოიცავს ტუბერკულოზს, აივ/შიდსს, იმუნიზაციას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, მათ შორის ანტენატალური ზრუნვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობას, და ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სერვისებს, თუმცა კვლავ პრობლემას წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მომსახურებათა ინტეგრირება ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებში.

ოჯახის დაგეგმვის სფეროში მომსახურებას ამჟამად მხარს უჭერს რამდენიმე დონორის, ძირითადად კი აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ინიციატივები.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, გაეროს მოსახლეობის ფონდი და სხვა ბილატერალური თუ მულტილატერალური დონორები ხელს უწყობდნენ საქართველოს ხელისუფლების და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მცდელობებს, გაეუმჯობესებინათ მოსახლეობისთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებათა ხელმისაწვდომობა. 1990-იანი წლების დასაწყისიდან მუშაობის ძირითადი მიმართულებაა კლიენტზე ორიენტირებული ოჯახის დაგეგმვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავება, ექიმებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული გადამზადება, აგრეთვე საზოგადოების ინფორმირების კამპანიების ორგანიზება და კონტრაცეფციული საშუალებების გავრცელების ერთიანი სახელმწიფო სისტემის შექმნა.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ დააფინანსა რამდენიმე ინიციატივა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, მათ შორის, პროექტი „ჯანმრთელი ქალები საქართველოში“ (HWG) (პროექტი დასრულებულია). აღნიშნული პროექტი, რომელიც განახორციელა ჯონ სნოუს სახელობის სამეცნიერო-კვლევითმა ინსტიტუტმა (John Snow Research and Training Institute - JSI), ყურადღებას, უპირველეს ყოვლისა, ამახვილებდა მტკიცებულებებზე დამყარებულ, ქალების საჭიროებებზე მორგებულ და კლიენტზე ორიენტირებულ ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებებზე. გარდა ამისა, პროექტის ფარგლებში მეტი ყურადღება მიეპყრო ორსულ ქალებსა და ახალშობილებზე ზრუნვას: შემოღებული იქნა ეფექტიანი პერინატალური ზრუნვის განყოფილებები 16 სამშობიარო სახლში. ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება გაფართოვდა - შეიქმნა მომსახურების რამდენიმე ასეული პუნქტი. პროგრამის ფარგლებში ასევე დახმარება ეწეოდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხს, საოჯახო ცხოვრებასთან დაკავშირებულ სასწავლო კურსებს და სხვა ინიციატივებს. 2008-2009 წლებში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრთან (CDC) და პროექტთან „ჯანმრთელი ქალები საქართველოში“ (HWG) თანამშრომლობით ჩაატარა რეპროდუქციული ასაკის ახალგაზრდა ქალებში სიკვდილიანობის პირველი კვლევა (RAMOS) აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით.

მას შემდეგ აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ დააფინანსა კიდევ ორი პროგრამა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, რომლებიც ასევე ჯონ სნოუს სახელობის სამეცნიერო კვლევითმა ინსტიტუტმა განახორციელა: SURVIVE (ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია), რომელიც 2009–2010 წლებში განხორციელდა, და ამჟამად მიმდინარე SUSTAIN. პროგრამა SUSTAIN აგრძელებს ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე ტრეინინგების ჩატარებას პირველადი ჯანდაცვის სფეროს და ოჯახის ექიმებისათვის, პედიატრებისთვის და მეან-გინეკოლოგებისათვის და ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების (EPC) პრინციპების დანერგვას მრავალდარგობრივი ჯგუფებისათვის პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ტრეინინგების ჩატარების გზით.

გაეროს მოსახლეობის ფონდს (UNFPA) საქართველოს ყველა რეგიონისთვის 1993 წლიდან შემოაქვს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში აუცილებელი მოხმარების საგნები და მასალები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების გამოსაყენებლად საჭირო მასალები. წინა წლებში მიღწეულ წარმატებებზე დაყრდნობით გაეროს მოსახლეობის ფონდის მეორე, 2011-2015 წლების, ეროვნული პროგრამის ფარგლებში დახმარება ეწევა მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) მიღებული სამოქმედო პროგრამისა და საქართველოს ჯანდაცვის 2011-2015 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებას. აღნიშნული პროგრამის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპონენტში სამი მიმართულებაა გამოკვეთილი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის გაძლიერება, საკონონმდებლო გარემოს სრულყოფა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად. გაეროს მოსახლეობის ფონდი ასევე ხელს უწყობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს საქმიანობას, რომელიც საქართველოს პირველი ლედის თაოსნობით დაფუძნდა და 2006 წლის

შემდეგ მოქმედებს, ასევე ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად დახმარებას უწევს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (მათ შორის გადაუდებელი სამეანო ზრუნვის, ოჯახის დაგეგმვის, საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და ა.შ.) სფეროში კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებას და განხორციელებას.

გარდა ამისა, გაეროს მოსახლეობის ფონდი ხელს უწყობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრირებას პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში პირველადი ჯანდაცვის მუშაკთა ტრეინინგის გზით ანტენატალური ზრუნვის, პოსტნატალური ზრუნვის, ოჯახის დაგეგმვის და საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს სკრინინგის თემებზე, ასევე ატარებს პრაქტიკულ ტრეინინგს პაპ-ტესტის ჩატარების მეთოდოლოგიასთან დაკავშირებით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო ასევე თანამშრომლობენ „იუნისეფთან“ და ისრაელის შებას სამედიცინო ცენტრთან. ეს თანამშრომლობა მიზნად ისახავს ქვეყანაში პერინატალური/ნეონატალური სისტემის გაძლიერებას. გარდა ამისა, ჯანდაცვის სამინისტროს და იუსტიციის სამინისტროს ერთობლივი ძალისხმევით, „იუნისეფთან“ თანამშრომლობით, 2011 წელს შეიქმნა სახელმძღვანელო „მშობელი-ჩვილი“ (ბავშვის ზრდისა და განვითარების პირადი ბარათი); წიგნი ქვეყნის ყველა ახალშობილის მშობელს სთავაზობს ინფორმაციას პირველი ექვსი წლის განმავლობაში ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების შესახებ.

გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და თბილისის მუნიციპალიტეტის პარტნიორობა რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეების პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით, რომელიც 2006 წელს იქნა წამოწყებული, 2009 წელს ევროპარლამენტის საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისადმი მიძღვნილ სამიტზე „სიბრძნის მარგალიტის“ ჯილდო მიენიჭა. 2008 წლიდან 2012 წლამდე თბილისში 57 000-ზე მეტმა ქალმა ისარგებლა ძუძუს კიბოს სკრინინგის (კლინიკური გამოკვლევა ან მამოგრაფია) და 59 000-ზე მეტმა ქალმა - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მომსახურებით. კიბოს სკრინინგის პროგრამა ჯანდაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ გავრცელდა საქართველოს ყველა რეგიონში. გაეროს მოსახლეობის ფონდის ხელშეწყობით ხორციელდებოდა ასევე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინიციატივები ახალგაზრდებისთვის, მათ შორის იყო საგანგებოდ ახალგაზრდებისთვის განკუთვნილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებები, ახალგაზრდებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების თემაზე ცოდნის გაფართოება თანატოლთა განათლების პროგრამების მეშვეობით.

ხელისუფლების მცდელობისა და საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების დახმარების შედეგად საქართველოში ქალებისათვის უფრო ხელმისაწვდომი გახდა თანამედროვე კონტრაცეპტივები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მომსახურებები. თუმცა ჯერ კიდევ ბევრი გამოწვევა რჩება, კერძოდ, მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის შემდგომი გაუმჯობესების კუთხით. პოლიტიკის განმსაზღვრელი ორგანიზაციებისთვის და პროგრამების ხელმძღვანელებისთვის არსებული საჭიროებების შეფასებაში დახმარების გასაწევად 1999, 2005 და 2010 წლებში საქართველოში ჩატარდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა ქვეყნის მასშტაბით. ეს კვლევები ჩატარდა ორი საერთაშორისო ორგანიზაციის მხარდაჭერით: აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, რომელმაც დააფინანსა ტექნიკური დახმარება აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებისგან (CDC/DRH), და გაეროს მოსახლეობის ფონდი, რომელმაც დააფინანსა საველე მუშაობა, თარგმნა და კონფერენციების ჩატარება კვლევის შედეგების წარსადგენად. 2010 წლის კვლევისთვის ტექნიკურ დახმარებასა და დაფინანსებაში წვლილი შეიტანა ასევე გაეროს ბავშვთა ფონდმა („იუნისეფმა“). სამივე კვლევის ჩატარებაში აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებამ ტექნიკური დახმარება გაუწია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს – ძირითად განმახორციელებელ უწყებას.

1999 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში ჩატარებული შინამეურნეობათა პირველი წარმომადგენლობითი სახელმწიფო კვლევა იყო, რომელმაც გამოავლინა კონტრაცეპტივების გამოყენების დაბალი და აბორტების მაღალი მაჩვენებლები. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მეორე კვლევა 2005 წლის პირველ ნახევარში ჩატარდა. წინა კვლევების ანალოგიურად, 2010 წლის კვლევა აფასებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში განხორციელებულ აქტივობებს და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების ტენდენციებს. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევაში გამოყენებულ კითხვარში ჩართული იქნა ზოგიერთი ინდიკატორი „იუნისეფის“ მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევი-

დან, რომლებიც ეხება ბავშვების განათლების, წყლის, სანიტარიისა და ჰიგიენის საკითხებს. 1999 წლის კვლევაში ჩართული იყო დროებითი საცხოვრებლის მქონე იძულებით გადაადგილებულ ქალთა ცალკე შერჩეული ჯგუფი. ეს ჯგუფი შემდგომ კვლევებში აღარ იყო შეტანილი.

სამივე კვლევაში ქვეყნის მასშტაბით შერჩეულნი და გამოკითხულნი იყვნენ 15-44 წლის ასაკის ქალები და ეს კვლევები ერთმანეთის მსგავსი იყო მიზნების, დიზაინისა და შინაარსის თვალსაზრისით. საკვლევი პირების შერჩევა ხდებოდა მრავალეტაპიანი ალბათობის მეთოდით. პირველადი შესარჩევი ერთეულების განსაზღვრა 2005 და 2010 წლებში ეყრდნობოდა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერას და იძლეოდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი ინდიკატორების რეგიონალური მაჩვენებლების გამოთვლის საშუალებას მაშინ, როცა 1999 წელს გამოყენებული შერჩევის სისტემა, რომელიც 1999 წლის მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის შერჩევის სისტემას ეფუძნებოდა, არ იძლეოდა ყველა რეგიონისთვის დამოუკიდებელი შეფასებების განსაზღვრის შესაძლებლობას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ხარისხიანი მონაცემების წყალობით უფრო ზუსტად გახდა შესაძლებელი საქართველოში კონტრაცეპტივების გამოყენების და ხელოვნური აბორტების შესახებ სიტუაციის შეფასება, ვიდრე ეს ოდესმე იყო შესაძლებელი. კვლევაში მოცემული შეფასებები კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებით უფრო ზუსტია, ვიდრე შეფასებები, რომლებიც ეყრდნობა სერვისის მიმწოდებელთა სტატისტიკას – ეს უკანასკნელი ანგარიშობს მხოლოდ იმ ქალების რაოდენობას, ვინც მიმართავს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს. კვლევაზე დამყარებული შეფასებები აბორტების რაოდენობასთან დაკავშირებით ასევე უფრო მაღალია, ვიდრე ოფიციალური მონაცემები, თუმცა ბოლო წლებში ოფიციალური მაჩვენებლები უახლოვდება კვლევაში მოცემულ ციფრებს, რაც გაუმჯობესებულ ანგარიშგებაზე მიუთითებს.

დამატებითი ინფორმაცია წინამდებარე ანგარიშისთვის კიდევ ორი კვლევის შედეგად მივიღეთ. ერთია 2010-11 წლების მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, რომელში მოცემული ინფორმაციაც გამოყენებულ იქნა მე-3 თავში. მეორე - 2009 წლის სპეციალური კვლევა ოჯახური ძალადობის შესახებ (ჩიტაშვილი და სხვ., 2010), რომლის მონაცემებიც მე-18 თავშია გამოყენებული.

1.2 მიზნები

მოსახლეობის პერიოდული კვლევები, რომლებიც შინამეურნეობათა კვლევებს ეფუძნება, საუკეთესო და ყველაზე დროული საშუალებაა საქართველოში ოჯახების ჯანმრთელობის დაცვის მხრივ არსებული მოთხოვნილებების და ჯანმრთელობის სხვადასხვა სფეროში მათთვის საჭირო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მოსაპოვებლად. საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ზოგადი კონტექსტის გათვალისწინებით, 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა მიზნად ისახავდა ეროვნულ და რეგიონალურ დონეზე ძირითადი დემოგრაფიული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების დადგენას, რაც იძლევა გასაუმჯობესებელი საკითხების განსაზღვრის, რესურსების განაწილების, ოჯახის დაგეგმვისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების შესრულების მონიტორინგის საშუალებას. 2010 წლის ოქტომბრიდან და 2011 წლის თებერვლამდე შერჩეული და გამოკითხული იქნა 15-44 წლის ასაკის 6 292 ქალი. კვლევა, როგორც ეს ზემოთ აღინიშნა, 1999 და 2005 წლების კვლევების, ასევე აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის სხვა ქვეყნებში ჩატარებული ანალოგიური კვლევების მსგავსია მოდელითაც და შინაარსითაც.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის კონკრეტული ამოცანები იყო:

- საქართველოში შობადობის, აბორტებისა და კონტრაცეპტივების გამოყენების მხრივ არსებული სიტუაციის, აგრეთვე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების განსაზღვრა;
- პოლიტიკის განმსაზღვრელი ორგანიზაციებისთვის, პროგრამების ხელმძღვანელებისა და მკვლევარებისთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში არსებული პროგრამების შეფასებასა და დახვეწაში და ახალი სტრატეგიების შემუშავებაში ხელის შეწყობა;
- საქართველოს შინამეურნეობათა სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების, ასევე შინამეურნეობებისთვის ჯანდაცვის მომსახურების მისაწვდომობის და ამ მომსახურებით სარგებლობის მოდელების აღრიცხვა;
- შობადობის და კონტრაცეპტივების გამოყენების მაჩვენებლებში ცვლილებების შეფასება და იმ ფაქტორების შესწავლა, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ ცვლილებებზე, როგორიცაა გეოგრაფიული და სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები, ძუძუთი კვება, ხელოვნური აბორტები, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხელმისაწვდომობა;

• განათლებასთან, დედათა და ბავშვთა გადარჩენასთან, გენდერულ თანასწორობასთან და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისა და სხვა დაავადებათა გავრცელების შემცირებასთან დაკავშირებული გლობალური განვითარების ინდიკატორების შესაფასებლად საჭირო მონაცემთა მოპოვება;

• მონაცემთა მოპოვება 15-24 წლის ახალგაზრდებში ცოდნის, შეხედულებებისა და ქცევის შესახებ და მათ მიერ სქესობრივ საკითხებში განათლებისა და ჯანდაცვის ხელშეწყობის პროგრამებით სარგებლობის შეფასება;

• მაღალი რისკის ჯგუფებში **რეპროდუქციულ** ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განსაკუთრებით ყურადსაღები თემების იდენტიფიცირება.

კვლევამ ხელი შეუწყო თანამშრომლობას საქართველოს მთავრობას, საერთაშორისო დონორებსა და სხვა პარტნიორებს შორის: ერთი მხრივ, კვლევის შედეგად მოპოვებული ქვეყნისთვის და რეგიონებისთვის დამახასიათებელი მონაცემები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და მომსახურების შესახებ ხელმისაწვდომი გახდა ყველა დაინტერესებული მხარისათვის, ხოლო მეორე მხრივ, ხელი შეეწყო სახელმწიფო ორგანიზაციების შესაძლებლობის ზრდას შეკრიბონ, გააანალიზონ და გაავრცელონ აღნიშნული ინფორმაცია. კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება საქართველოში ჯანმრთელობის სექტორის რეფორმისა და სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიების კონტექსტში რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების მონიტორინგისათვის. კვლევა ასევე საშუალებას გვაძლევს, განვსაზღვროთ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული საჭიროებანი და ჯანმრთელობის სამსახურებისა და სექტორების რეფორმებს შორის კავშირები და ურთიერთზეგავლენა. საერთაშორისო ორმხრივ და მრავალმხრივ დონორებს (მაგალითად, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, გაეროს სააგენტოები, მსოფლიო ბანკი, ევროკავშირი) და სხვადასხვა სამთავრობო დაწესებულებას (კერძოდ, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს და ფინანსთა სამინისტროს) საშუალება აქვთ, ეს მონაცემები ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სტრატეგიების შემუშავებისა და ჯანდაცვის სექტორის რეფორმისათვის გამოიყენონ – როგორც მოდერნიზაციისა და დასაქმებისათვის საქართველოს მთავრობის სტრატეგიული ათპუნქტიანი გეგმის და ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის - **„ხელმისაწვდომი, მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება“** - ფარგლებში, **ისე გაეროს ათასწლეულის განვითარების** მიზნების განხორციელების გზაზე მიღწეული პროგრესის მონიტორინგისა და შეფასებისათვის.

თავი 2

მეთოდოლოგია

მოსახლეობის გამოკითხვები მთელ მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენება სამედიცინო ინფორმაციის სისტემების შესავსებად. ამ გამოკითხვების უპირატესობა ის არის, რომ ისინი ჯანმრთელობის საკმაოდ ბევრ საკითხზე ინფორმაციის მიღების, ჯანდაცვის პროგრამების მიმდინარეობაზე დაკვირვების და ზოგადად მოსახლეობასა თუ კონკრეტულ რისკ-ჯგუფებზე ამ პროგრამების ზეგავლენის შეფასების საშუალებას იძლევა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა შეიმუშავა, ვინაიდან საჭირო გახდა რეპროდუქციისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ დეტალური საერთაშორისო ინდიკატორების შეგროვება (Morris, 2000). ეს კვლევები ეფუძნება ამ ცენტრების გამოცდილებას იმ მეთოდოლოგიებში, რომელთა მიხედვითაც აშშ-ში ოჯახის დაგეგმვისა და ქალთა ჯანმრთელობის კვლევები ტარდება, და ასევე, საერთაშორისო გამოცდილებას. დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ტექნიკური დახმარებით, 1990-იანი წლების შუა პერიოდის შემდეგ, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რამდენიმე კვლევა ჩატარდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, მათ შორის სამი კვლევა საქართველოში.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მთავარი მიზანია მონაცემების მიღება მთელი ქვეყნისა და რეგიონალური მასშტაბით, ორსულობასა და შობადობასთან დაკავშირებული ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა სქესობრივი აქტივობა და კონტრაცეფცია, აბორტისა და სხვა სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა, დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველი კვლევა საქართველოში 1999 წელს ჩატარდა, მეორე კვლევა - 2005 წლის მარტიდან ივლისის ჩათვლით, ხოლო მესამე კვლევა (GERHS10) - 2010 წელს. პირველი ორი კვლევის მსგავსად, მესამე კვლევაც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრთან ერთად განახორციელა. აშშ-ის რეპროდუქციული დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა ტექნიკური დახმარება გაუწია ჯანმრთელობის სამივე კვლევას საქართველოში. ეს ტექნიკური დახმარება, რაც ითვალისწინებდა ხელშეწყობას კვლევის დიზაინის, შერჩევის მეთოდის და კითხვარის შემუშავებაში, ტრენინგის ჩატარებაში, მონაცემთა დამუშავებასა და ანალიზში, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ დააფინანსა. 2010 წლის კვლევის ყველა ადგილობრივი ხარჯი, მათ შორის შედეგების გამოქვეყნების ხარჯები, გაეროს მოსახლეობის ფონდმა (UNFPA) და გაეროს ბავშვთა ფონდმა (UNICEF) დაფარა.

საქართველოში ყველა კვლევა ჩატარდა წარმომადგენლობითი შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით და ინფორმაცია ჯანმრთელობის ფართო

სპექტრის საკითხებზე რეპროდუქციული ასაკის ქალებისგან შეგროვდა. თანმიმდევრული კვლევების ძირითადი მიზანია დროთა განმავლობაში ტენდენციების გამოვლენა და მონაცემების შედარება. ამრიგად, 2005 წლის კვლევა შემუშავებული იქნა 1999 წლის კვლევის მოდელის მიხედვით, ხოლო 2010 წლის კვლევა წინა ორი რაუნდის გამოცდილებას დაეფუძნა და რამდენიმე ახალი ელემენტით გამდიდრდა. ყველა კვლევის შინაარსი განიხილეს საქართველოს ადგილობრივმა ექსპერტებმა, მთავრობის წარმომადგენლებმა, ასევე სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების ექსპერტებმა და დონორებმა. წინამდებარე ანგარიშს დართული აქვს იმ ექსპერტთა ჩამონათვალი, რომლებმაც განიხილეს და შეისწავლეს RHS10-ის კითხვარი და ამ კვლევის ძირითადი შედეგები.

თითოეული კვლევის მეშვეობით შეგროვდა ინფორმაცია საქართველოში მცხოვრებ 15-44 წლის ქალთა წარმომადგენლობითი შერჩევისგან. ამრიგად, ამ მონაცემთა გამოყენებით შეიძლება საქართველოში შინამეურნეობებში მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის ქალების მთლიანი რაოდენობის პროცენტული განაწილების, საშუალო კოეფიციენტებისა და სხვა მაჩვენებლების განსაზღვრა.

2.1 შერჩევის დიზაინი

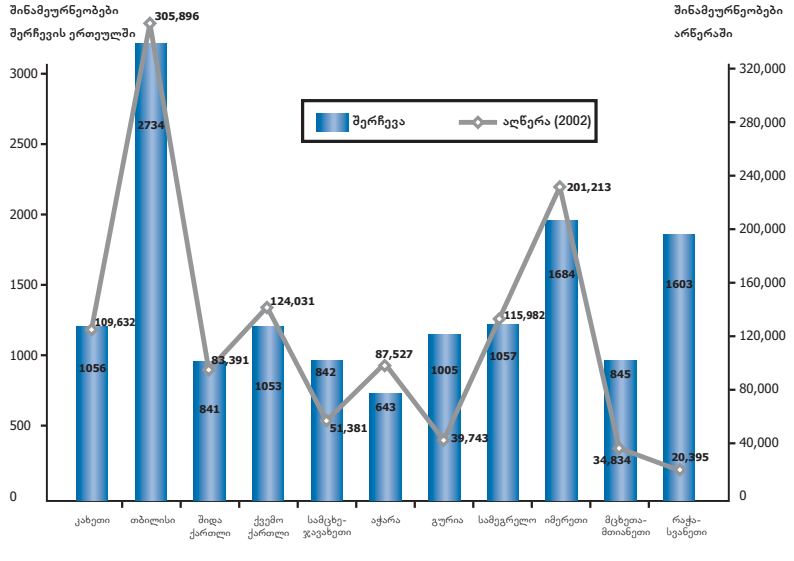
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 1999 და 2005 წლის კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევაც დიდ წარმომადგენლობით შერჩევას ემყარება (13,363 შინამეურნეობა) და მოიცავს რეპროდუქციული ასაკის ქალებთან პირისპირ ინტერვიუებს, რომლებიც მათ სახლებში ჩატარდა. მოსახლეობა, საიდანაც რესპონდენტები შეირჩა, მოიცავდა 15-დან 44 წლამდე ასაკის ქალებს, განურჩევლად მათი ქორწინების სტატუსისა, რომლებიც კვლევის ჩარტარების პერიოდში საქართველოს შინამეურნეობებში ცხოვროდნენ (აფხაზეთისა და სამხრეთ ოსეთის რეგიონების გამოკლებით).

შერჩევა მოხდა ისე, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო ქალაქის და სოფლის, ასევე რეგიონალური დონის მონაცემების მიღება სამიზნე მოსახლეობის და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ისეთი ძირითადი საკითხების შესახებ, როგორებიცაა შობადობა, აბორტი, კონტრაცეფცია, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა.

შერჩევაში მონაწილე შინამეურნეობათა რაოდენობა განისაზღვრა ისე, რომ შედეგად ჩატარებული ყოფილიყო 6000 ინტერვიუ 15-44 წლის ქალებთან. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2005 წლის კვლევის მსგავსად, ამ კვლევაშიც გამოყენებული იქნა შერჩევის სტრატიფიცირებული მრავალსაფეხურიანი მოდელი, რომლისთვისაც საქართველოს 2002 წლის აღწერა იქნა შერჩევის ჩარჩოდ აღებული (სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2003). რეგიონალურ დონეზე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების უკეთესი მონიტორინგის მიზნით, შერჩევის მოდელი ისე შემუშავდა, რომ მიღებული ყოფილიყო ქვეყნის 11 რეგიონის მონაცემები. აღწერის სექტორები 11 სტრატად დაჯგუფდა საქართველოს ადმინისტრაციული რეგიონების შესაბამისად; სამი პატარა რეგიონი – რაჭა-ლეჩხუმი, ქვემო სვანეთი და ზემო სვანეთი ერთ - რაჭა-სვანეთის სტრატაში, გაერთიანდა. სურათში 2.1 შედარებულია 2002 წლის აღწერაში შინამეურნეობათა განაწილება შინამეურნეობათა იმ განაწილებასთან, რომელიც შერჩევაში იქნა მიღებული.

პირველ საფეხურზე მოხდა შერჩევის პირველადი ერთეულების ამორჩევა, რომლებიც 2005 წლის კვლევაში მონაწილე სექტორებს ემთხვეოდა. პირველ საფეხურზე მოხდა შემთხვევითი

სურათი 2.1 **შინამეურნეობათა რაოდენობა 2010 წლის კვლევის შერჩევის ერთეულის 11 სტრატასა და 2002 წლის აღწერაში**



შერჩევა, რომელიც 11 რეგიონალური სექტორიდან თითოეულში შინამეურნეობათა რაოდენობის პროპორციული იყო. გამოყენებული იქნა სისტემატური შერჩევის პროცესი შემთხვევითი დასაწყისით თითოეულ სტრატაში. პირველ საფეხურზე შერჩევის პირველადი ერთეულებად აღწერის 310 სექტორი შეირჩა, როგორც ეს ნაჩვენებია ცხრილში 2.1.

აქედან გამომდინარე, შერჩევა მოიცავდა 310 შერჩევის პირველადი ერთეულს და სრული ინტერვიუების სამიზნე რაოდენობა შერჩევის თითოეულ პირველად ერთეულზე საშუალოდ 20 იყო. ინტერვიუების მინიმალურად მისაღები რაოდენობა თითოეულ სტრატაში 400-ით განისაზღვრა, და, შესაბამისად, პირველადი შერჩევის ერთეულების მინიმალური რიცხვი თითო სტრატაში 20-ით. აღნიშნული კრიტერიუმებით თითოეულ სტრატაში 20 პირველადი შერჩევის ერთეული განაწილდა, ხოლო მთლიანობაში კი პირველადი შერჩევის ერთეულთა რაოდენობამ 220 შეადგინა. 80 პირველადი შერჩევის ერთეული უდიდეს რეგიონებში გადანაწილდა, რათა პირველადი შერჩევის ერთეულები 2002 წლის აღწერაში შინამეურნეობათა განაწილების დაახლოებით პროპორციული ყოფილიყო. დამატებითი 10 პირველადი შერჩევის ერთეული ქვეყნის ყველაზე პატარა, რაჭა-სვანეთის სტრატას დაემატა, ამ სტრატაში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა საგრძნობი გაფანტულობის საკომპენსაციოდ.

ცხრილში 2.1 შედარებულია შერჩევაში შინამეურნეობათა განაწილება 2002 წლის აღწერის განაწილებასთან 11 სტრატას მიხედვით. შერჩევის წილი მერყეობს: ერთი შინამეურნეობა 13-დან რაჭა-სვანეთის სტრატაში (ყველაზე ნაკლებდასახლებული სტრატა) ერთ შინამეურნეობამდე 136-დან აჭარის სტრატაში. როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 2.1, იმ რეგიონში, სადაც შეფარდება აღწერის და შერჩევის შინამეურნეობათა შორის აღემატებოდა 100.0-ს, შერჩეულთა წილი შემცირებული იქნა, ხოლო სადაც ეს შეფარდება 100.0-ზე ნაკლები იყო, შერჩეულთა წილი გაზრდილი იქნა.

შერჩევის მეორე საფეხურზე მოხდა შინამეურნეობათა კლასტერების შემთხვევითი შერჩევა პირველ საფეხურზე გამოყოფილი თითოეული აღწერის სექტორიდან. თითოეული შერჩეული პირველადი შერჩევის ერთეულის ჩამონათვალი 2005 წლის კვლევის მოსამზადებელ პერიოდში გაკეთდა. 2010 წლის კვლევისთვის შინამეურნეობები თითოეული პირველადი შერჩევის ერთეულში განახლებული ჩამონათვალიდან შეირჩა. თითოეული კლასტერის სიდიდე საშუალოდ 20 სრული ინტერვიუს მოსაგროვებლად საჭირო შინამეურნეობათა რაოდენობით განისაზღვრა. თითოეულ კლასტერში შინამეურნეობათა საერთო რაოდენობის განსაზღვრისას გათვალისწინებული იქნა დაუსახლებელი შინამეურნეობების წილი, თითოეულ შინამეურნეობაში 15-44 წლამდე ასაკის ქალების საშუალო რაოდენობა, ცალკეულ შინამეურნეობაში მხოლოდ ერთი რესპონდენტის ინტერვიუირება და მოპასუხეთა სავარაუდო კოეფიციენტი 98%-ის დონეზე. იმ შინამეურნეობებში, სადაც ერთზე მეტი 15-44 წლამდე ასაკის ქალი იყო, ინტერვიუსთვის შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით მხოლოდ ერთი ქალი შეირჩა.

2.2. კითხვარის შინაარსი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 1999 და 2005 წლის კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევაშიც, შინამეურნეობათა და შესაბამისი რესპონდენტებისაგან ინფორმაციის მისაღებად ორი კითხვარი იქნა გამოყენებული - შინამეურნეობათა კითხვარი და ქალთა კითხვარი. ორივე კითხვარი დამზადდა ორ ენაზე - ქართულსა და რუსულზე.

შინამეურნეობათა კითხვარი მოიცავდა კითხვებს ისეთ დეტალებზე, როგორებიცაა შინამეურნეობის შემადგენლობა, ოჯახის წევრების განათლების დონე და ბავშვებისა და ახალგაზრდების სკოლაში წასვლისთვის მზადყოფნა და დასწრება, შინამეურნეობის სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები, ოჯახის წევრთა მიერ სოციალური დახმარების მიღება. ეს კითხვები შესწორდა საქართველოს საჭიროებების შესაბამისად, რისთვისაც გამოყენებული იქნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შინამეურნეობათა კითხვარის ნიმუში და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ შემუშავებული მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევების მეოთხე რაუნდი.

წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევის ქალთა კითხვარი შემდეგი ინფორმაციის მოპოვებას ისახავდა მიზნად:

- დემოგრაფიული მახასიათებლები;
- შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა;
- ოჯახის დაგეგმვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრიორიტეტები;
- რეპროდუქციული და ბავშვის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სამსახურებით სარგებლობა;
- დედობასთან დაკავშირებული სამსახურების მრავალფეროვნება და ხარისხი;
- ჯანმრთელობის დაცვის პროფილაქტიკური და სამკურნალო სამსახურების გამოყენება;
- რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების ხარისხის შეფასება რესპონდენტთა მიერ;
- ჯანმრთელობისათვის მავნე ჩვევები (თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება);
- ჯანმრთელობის საკითხებში მოზარდთა განათლება და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მათი ქცევები;
- ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მხრიდან;
- მონაცემები აივ/შიდსისა და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ.

გარდა ამისა, დაისვა კითხვები, რათა შეფასებულიყო რესპონდენტების ინფორმირების დონე ტუბერკულოზისა და სხვა ქრონიკული დაავადე-

ბების შესახებ და ამ დაავადებების შემთხვევების სიხშირე, მდგომარეობა ძუძუს კიბოს სკრინინგით სარგებლობის თვალსაზრისით, პაპილომა ვირუსის ვაქცინაციის შესახებ ინფორმირების დონე და ამ აცრის გამოყენების სიხშირე. დაბოლოს, ქალებს უსვამდნენ კითხვებს ჯანდაცვის პროფილაქტიკური და სამკურნალო სამსახურების ხელმისაწვდომობის, ჯანმრთელობის დაზღვევის სტატუსის და სამედიცინო მომსახურების ხარჯების გადახდისუნარიანობის შესაფასებლად.

ვინაიდან აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მსგავსი მონაცემები მრავლად არსებობს, შეიძლება ქვეყნების შედარება და წარმატებული რეგიონალური მიდგომების ადაპტირება ქვეყნისთვის სპეციფიკური კონტექსტის გათვალისწინებით.

2.3 მონაცემთა შეგროვება

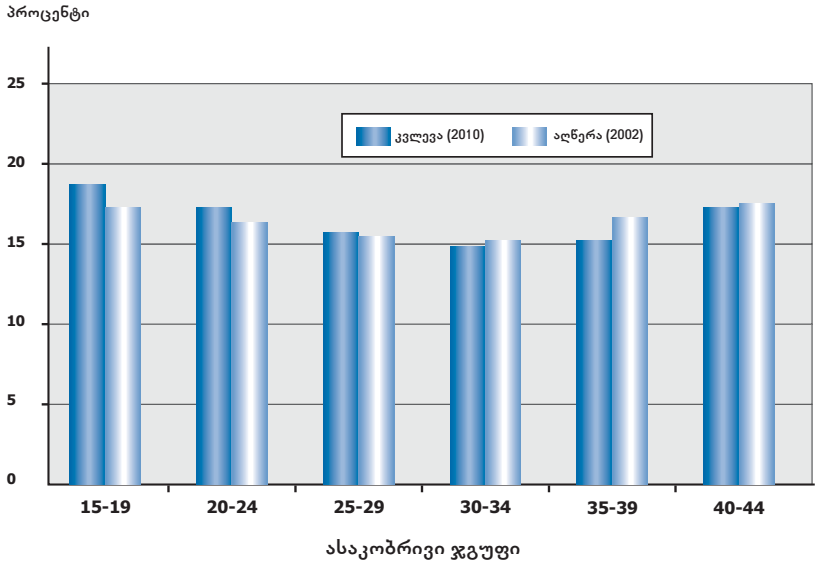
ინტერვიუს 40 ინტერვიუერი ქალი ატარებდა, რომლებმაც ინტერვიუს ტექნიკის, კვლევის პროცედურების და კითხვარის შინაარსის ასათვისებლად სპეციალური მომზადება გაიარეს. ინტერვიუერთა მომზადება ჩატარდა მონაცემების შეგროვების დაწყებამდე დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ოფისში. ინტერვიუერთა ტრენინგი, უმეტესად ქართულ ენაზე, ტრენერთა გუნდმა ჩაატარა. ტრენერთა გუნდი შედგებოდა აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების სამი კონსულტანტისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებისაგან. მოსამზადებელი პერიოდის დასასრულს შეირჩა 8 გუნდი, თითოეული 5 ინტერვიუერი ქალის, 1 ზედამხედველისა და 2 მძღოლის შემადგენლობით. ყველა ინტერვიუერი ორ ენას ფლობდა (ქართულსა და რუსულს). საველე სამუშაოებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლები ხელმძღვანელობდნენ, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ტექნიკური დახმარებით. საველე სამუშაოები 2009 წლის ოქტომბრიდან 2010 წლის თებერვლის ჩათვლით ჩატარდა. თითოეული გუნდი პასუხისმგებელი იყო რამდენიმე პირველადი შერჩევის ერთეულზე და ისინი დაგეგმილი განრიგისა და მარშრუტების მიხედვით მანქანებით მგზავრობდნენ. ინტერვიუების უმეტესობა ქართულ ენაზე, ხოლო დაახლოებით 20% რუსულ ენაზე წარიმართა. აზერბაიჯანული ენის მცოდნე მედმუშაკები მუშაობდნენ იმ რესპონდენტებთან, რომლებმაც მხოლოდ აზერბაიჯანული ენა იცოდნენ. შევსებულ კითხვარებს გუნდის ხელმძღვანელები ადგილზევე ამოწმებდნენ და მხოლოდ ამის შემდეგ, საველე სამუშაოების კოორდინატორებს მიჰქონდათ ისინი მონაცემთა დასამუშავებლად დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის საველე სამუშაოების ჯგუფს ორი კოორდინატორი ჰყავდა, რომლებიც საველე სამუშაოებს ინტერივუერებისა და ზედამხედველების რვა გუნდს უნაწილებდა. საველე სამუშაოების კოორდინატორები და ზედამხედველები ამზადებდნენ ინტერვიუერების დავალებებს და მონიტორინგს უწევდნენ თითოეული მათგანის მუშაობას საველე დაკვირვებების, ინტერვიუერთა სამუშაოს პირადად გადამოწმების და პასიურ რესპონდენტებთან მუშაობის გზით. საველე სამუშაოების ზედამხედველები ყოველკვირეულად აანალიზებდნენ თითოეული ინტერვიუერის მუშაობის შედეგებსა და ხარისხს და კოორდინირებას უწევდნენ მონაცემების ელექტრონულ ბაზაში შეყვანის სამუშაოს ზედამხედველებს.

2.4 მოპასუხეთა კოეფიციენტი

13363 შერჩეული შინამეურნეობიდან 6356-ში მინიმუმ ერთი შესაფერისი რესპონდენტი ქალი (15-44 წლის) იყო. ამ რესპონდენტებიდან 6292

სურათი 2.2 **15-44 წლამდე ქალთა ასაკობრივი განაწილება 2010 წლის კვლევისა და 2002 წლის აღწერის მიხედვით**



ქალს სრულყოფილი ინტერვიუ ჩამოერთვა, ამგვარად, მოპასუხეთა კოეფიციენტმა 99% შეადგინა. პრაქტიკულად ყველა რესპონდენტი, რომელიც კვლევისთვის შეირჩა და ვისთან მისვლაც მოხერხდა, ინტერვიუზე დათანხმდა და ითანამშრომლა. შინამურნეობათა კითხვარსა და ქალთა კითხვარზე უარის კოეფიციენტი ძალიან დაბალი იყო (0.2%). გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით მოპასუხეთა კოეფიციენტები ერთმანეთისაგან მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა (ცხრილი 2.2).

2.5 ხარისხის კონტროლის მექანიზმები

მონაცემების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად, გარკვეული ზომები იქნა მიღებული. უპირველეს ყოვლისა, კითხვარი, რომელიც უკვე საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის წინა რაუნდების დროს დაიხვეწა, ყურადღებით განიხილა ქართველი ექსპერტების ჯგუფმა. შედეგად, კითხვარის შინაარსი მნიშვნელოვნად გაფართოვდა და უფრო მეტად შეესაბამებოდა პროგრამულ საჭიროებებს. მოხდა კითხვარის ფართო ტესტირება როგორც საცდელ გამოკითხვამდე და მის დროს, ასევე საველე სამუშაოების დაწყებამდე. ტესტირება მოიცავდა საველე და სიმულირებულ ინტერვიუებს, რომლებსაც დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლები წარმართავდნენ. კითხვარი ითარგმნა ქართულად და რუსულად და შემდეგ, ხელახლა ინგლისურად.

ტრენერების გუნდმა შეარჩია 40 ინტერვიუერი და 8 ზედამხედველი ერთკვირიანი თეორიული ტრენინგისა და ერთკვირიანი საველე სწავლების შემდეგ. ტრენინგი საკმაოდ კონკურენტული იყო და თავდაპირველი 75 მონაწილიდან მხოლოდ ყველაზე კვალიფიციური შეირჩა. ზედამხედველები მოამზადეს თითოეული ინტერვიუს დასრულებისთანავე ანკეტების შემოწმებასა და შესწორებაში, რათა ინტერვიუერის ან რესპონდენტის მიერ დაშვებული შეცდომის ან რომელიმე კითხვა-პასუხის გამორჩენის აღმოჩენისას ინტერვიუერს ჰქონოდა შესაძლებლობა, დაუყოვნებლივ გამოესწორებინა ასეთი ხარვეზი განმეორებითი მოკლე ვიზიტების გზით. ასეთი რედაქტირებების პირობებში კითხვაზე პასუხის გაუცემლობის შემთხვევები 2%-მდე შემცირდა. ზედამხედველები და საველე სამუშაოების კოორდინატორები ინტერვიუერების მუშაობის ხარისხს ხშირად და ყურადღებით ამომწმებდნენ შემთხვევითი შერჩევით. საველე სამუშაოების გადამოწმების ეს პროცესი ხარისხის კონტროლის მთლიანი სისტემის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი იყო.

ცხოვრების მანძილზე მნიშვნელოვანი მონაცემების (ქორწინებისა და ორსულობის ისტორია) და ორსულობების, კონტრაცეფციის გამოყენებისა და ქორწინების სტატუსის 5 წლის პერიოდისთვის ყოველთვიური კალენდრის კითხვარში ჩართვა დაეხმარა რესპონდენტებს, გაეხსენებინათ მოვლენები და მათთან დაკავშირებული თარიღები. ცხოვრების მნიშვნელოვან მოვლენებს შედარების შედეგები შემოწმებები შეყვანილი იქნა მონაცემების გადამამუშავებელ პროგრამაში, რათა მონაცემების შეყვანის ზედამხედველებს შესძლებოდათ მცდარი და შეუსაბამო მონაცემების გამოვლენა და პრობლემური ინტერვიუების ველზე დაბრუნება რესპონდენტებთან განმეორებითი ვიზიტების ჩასატარებლად.

დაავადებათა კონტროლის ცენტრების გუნდი საველე სამუშაოების მიმდინარეობას აკვირდებოდა ხარისხის კონტროლის იმ სტანდარტული ცხრილების მეშვეობით, რომლებიც მზადდებოდა შეგროვებული უახლესი მონაცემებით და მათ დაახლოებით ორ კვირაში ერთხელ ეგზავნებოდათ. გარდა ამისა, გუნდი ოთხი კვირა იყო ველზე და ყველა ჯგუფს გაჰყვა რამდენიმე წინასწარი შერჩევის ერთეულში ვიზიტებზე. გარდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის გუნდის წევრებისა, საველე სამუშაოებს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების წარმომადგენლებიც აკვირდებოდნენ, ამოწმებდნენ საველე სამუშაოების მიმდინარეობასა და ხარისხს.

2.6 შერჩევის წონები

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიზანია სტატისტიკური მაჩვენებლების მიღება, რომლებიც ასახავს ვითარებას ქვეყნის მასშტაბით. ისინი მიიღება თითოეული რესპონდენტისთვის „შერჩევის წონის“ გამოთვლით, რომელიც შესწორებულია შერჩევის ალბათობის გათვალისწინებით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისთვის წონები შემდეგნაირად გამოითვალა: პირველად, წონები შესწორდა, რათა აესახა შინამეურნეობებიდან რეპროდუქციული ასაკის მხოლოდ ერთი ქალის შერჩევა. იმ შინამეურნეობებში, სადაც ერთზე მეტი შესაფერისი რესპონდენტი იყო, ის ქალი, რომელიც ინტერვიუსთვის შეირჩეოდა, დამატებით წონას იღებდა. შემდეგ, წონები შესწორდა იმის ასასახად, რომ მეჩხერად დასახლებულ რეგიონებში მცხოვრებ ქალთა შერჩევა უფრო მაღალი მაჩვენებლებით მოხდა (ე.ი. მათი მეტი რაოდენობა იყო შერჩეული), ვიდრე მჭიდროდ დასახლებულ რეგიონებში, სადაც ქალების ნაკლები რაოდენობა იყო შერჩეული. ვინაიდან პასუხების მიღების ზოგადი მაჩვენებელი მაღალი იყო (99%), არ გახდა საჭირო შეწონვა იმ შემთხვევების შესასწორებლად, როცა ინტერვიუერებმა ვერ მოახერხეს რესპონდენტების ნახვა ან მათგან პასუხების მიღება. მას შემდეგ, რაც გამოსაკვლევი მოსახლეობის შეწონილი განაწილება ხუთ ასაკობრივ ჯგუფად და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მოხდა და შედარებული იქნა აღწერის მონაცემებთან, პოსტსტრატიფიკაციული შეწონვა აღარ იქნა საჭიროდ მიჩნეული (იხ. სექცია 2.7).

ცხრილი 2.2-ის გარდა, წინამდებარე ანგარიშში მოცემულ ყველა სხვა ცხრილში შეწონილი შედეგებია წარმოდგენილი, თუმცა შეუწონავი შემთხვევები, გამოყენებული გადახრის გამოთვლის მიზნით, ნაჩვენებია თითოეულ ცხრილში. ზოგადად, ცხრილები, სადაც პროცენტული განაწილებებია მოცემული, ჯამში 100%-ს უნდა შეადგენდეს, მაგრამ დამრგვალების გამო შეიძლება შეადგინოს 99.9% ან 101.1%.

2.7 ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებთან შედარება

2010 წლის კვლევისათვის შერჩეულ ქალთა შეწონილი პროცენტული განაწილება, 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, მხოლოდ უმნიშვნელოდ განსხვავდება 2009 წლის ოფიციალური საშუალო წლიური მონაცემებისაგან, რომლებიც აღწერის მონაცემებს ეფუძნება (ცხრილი 2.3). სანდოობის ინტერვალის გათვალისწინების შემდეგ, საერთო ასაკობრივ განაწილებაში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ აღინიშნებოდა. სამწუხაროდ, შერჩევის ქალაქი/სოფელი განაწილებას ვერ შევადარებთ მიმდინარე ოფიციალურ მონაცემებს, ვინაიდან ოფიციალური სტატისტიკა არ ასახავს მოსახლეობის მონაცემებს ქალაქებისა და სოფლების მიხედვით. 2002 წელთან შედარებით, შერჩევის როგორც მთლიანი, ასევე ქალაქი/სოფელი განაწილება მოიცავდა 35-39 და 40-44 წლის ასაკის ქალების ნაკლებ რაოდენობას (სურათი 2.2). თუმცა 2002 წლის შემდეგ ასაკობრივი შემადგენლობა მნიშვნელოვნად შეიცვალა და ამიტომ, საჭიროა შედარება მოსახლეობის საპროგნოზო ციფრებთან. 2009 წლის ოფიციალური პროგნოზები ამ ასაკობრივი ჯგუფების ქალთა პროცენტული წილისთვის ემთხვევა 2010 წლის კვლევის მიერ აღრიცხულ ციფრებს და ამ ქალებს შორის ასაკობრივ განაწილებაში რაიმე დიდი გადახრა, მათი ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ ქალებად სტრატიფიცირების დროს, არ ყოფილა. ეს შედეგები იმაზე მიუთითებს, რომ 35-39 და 39-44 წლის ასაკის ქალების შერჩევის განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ოფიციალურ პროგნოზებთან მიახლოებული იქნებოდა, ასეთი პროგნოზები ხელმისაწვდომი რომ ყოფილიყო.

ცხრილი 2.1 შინამეურნეობების რაოდენობა 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შერჩევაში და 2002 წლის აღწერაში, აღწერის მონაცემებში შინამეურნეობათა რიცხვის შეფარდება კვლევის შედეგად შერჩეული შინამეურნეობების რიცხვთან, რეგიონების მიხედვით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სტრატა (რეგიონი)	შინამეურნეობათა რაოდენობა აღწერის მიხედვით	პირველადი შერჩევის ერთეულების (PSU) რაოდენობა შერჩევაში	შესარჩევ შინამეურნეობათა რაოდენობა	აღწერაში შინამეურნეობების რაოდენობის შეფარდება შერჩევაში შინამეურნეობების რაოდენობასთან	ჩატარებული სრული ინტერვიუების რაოდენობა
კახეთი	109,632	25	1056	103.8	498
თბილისი	305,896	65	2734	111.9	1,426
შიდა ქართლი	83,391	20	841	99.2	392
ქვემო ქართლი	124,031	25	1053	117.8	546
სამცხე-ჯავახეთი	51,381	20	842	61.0	481
აჭარა	87,527	20	643	136.1	419
გურია	39,743	20	1005	39.5	401
სამეგრელო	115,982	25	1057	109.7	477
იმერეთი	201,213	40	1684	119.5	805
მცხეთა-მთიანეთი	34,484	20	845	40.8	393
რაჭა - სვანეთი †	20,395	30	1603	12.7	454
სულ	1,173,675	310	13,363	87.8	6,292

*წყარო: სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის მონაცემები
†რაჭა-ლეჩხუმის, ქვემო-სვანეთისა და ზემო სვანეთის რეგიონები გაერთიანებულია ერთ სტრატაში

HH = შინამეურნეობა; PSU = პირველადი შერჩევის ერთეული

ცხრილი 2.2 შინამეურნეობებში ვიზიტების შედეგები და ინტერვიუსათვის შესაფერის ქალთა ინტერვიუირების შედეგები საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, პროცენტული განაწილება. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

შინამეურნეობებში ვიზიტები	სულ	საცხოვრებელი ადგილი			რეგიონი										
		თბილისი	სხვა ქალაქი	სოფელი	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
შესაფერისი ქალები არჩეულია	47.6	52.7	49.5	44.9	47.4	52.7	47.0	52.0	57.5	65.6	40.8	45.5	48.1	47.7	28.7
შესაფერისი ქალები არ არის	49.0	43.7	48.0	51.4	49.5	43.7	50.2	44.8	40.1	30.9	59.0	53.8	48.9	49.5	62.2
ვიზიტისას სახლში არავინაა	0.1	0.5	0.0	0.1	0.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
კომლის უარი	0.2	0.9	0.1	0.1	0.0	0.9	0.0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
დაუსახლებელი კომლი	3.0	1.9	2.4	3.6	2.8	1.9	2.9	2.8	2.0	3.4	0.2	0.7	3.0	2.4	9.0
სხვა	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
მონახულებული კომლების რაოდენობა	**13,363**	**2,734**	**3,152**	**7,477**	**1,056**	**2,734**	**841**	**1,053**	**842**	**643**	**1,005**	**1,057**	**1,684**	**845**	**1,603**
შესაფერისი ქალების რაოდენობა															
სრული ინტერვიუები	99.0	98.9	99.4	98.9	99.4	98.9	99.2	99.6	99.4	99.3	97.8	99.2	99.4	97.5	98.7
შერჩეული რესპონდენტი ადგილზე არ იყო	0.1	0.3	0.1	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0
შერჩეულმა რესპონდენტმა უარი თქვა	0.2	0.3	0.1	0.1	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0
შერჩეული რესპონდენტი არ არის კომპეტენტური	0.7	0.4	0.5	0.9	0.0	0.4	0.8	0.4	0.6	0.7	1.2	0.6	0.6	2.2	1.3
არასრული ინტერვიუ	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
არჩეული შესაფერისი ქალების რაოდენობა	**6,356**	**1,442**	**1,559**	**3,355**	**501**	**1,442**	**395**	**548**	**484**	**422**	**410**	**481**	**810**	**403**	**460**
სრული ინტერვიუების რაოდენობა	**6,292**	**1,426**	**1,549**	**3,317**	**498**	**1,426**	**392**	**546**	**481**	**419**	**401**	**477**	**805**	**393**	**454**

ცხრილი 2.3 ქალების რაოდენობა, ვისაც სრული ინტერვიუ ჩამოერთვა, შედარება ოფიციალურ მონაცემებთან საცხოვრებელი ადგილისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

ასაკობრივი ჯგუფი	2010 წლის კვლევა (95% სანდოობის ინტერვალი)						2009 წლის ოფიციალური მონაცემები (საშუალო წლიური)*	2002 წლის ოფიციალური მონაცემები †		
	სულ		ქალაქი		სოფელი		სულ	სულ	ქალაქი	სოფელი
15–19	17.9	(1.3)	17.4	(1.3)	18.6	(1.3)	17.2	17.6	16.7	18.8
20–24	18.9	(1.4)	19.7	(1.4)	18.0	(1.3)	18.1	16.4	16.2	16.7
25–29	16.6	(1.3)	16.3	(1.3)	17.0	(1.3)	17.0	15.8	15.9	15.8
30–34	16.3	(1.3)	16.7	(1.3)	15.9	(1.3)	16.1	15.5	15.6	15.3
35–39	15.8	(1.3)	15.6	(1.3)	16.1	(1.3)	15.8	17.0	17.4	16.6
40–44	14.4	(1.4)	14.3	(1.3)	14.5	(1.4)	15.8	17.7	18.3	16.8
სულ	100.0		100.0		100.0		100.0	100.0	100.0	100.0

* სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2011: მოსახლეობს ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, საშუალო წლიური მონაცემები, საქართველო, 2008 – 2009

† სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2003. 2002 წლის საქართველოს მოსახლეობის აღწერის მონაცემები.

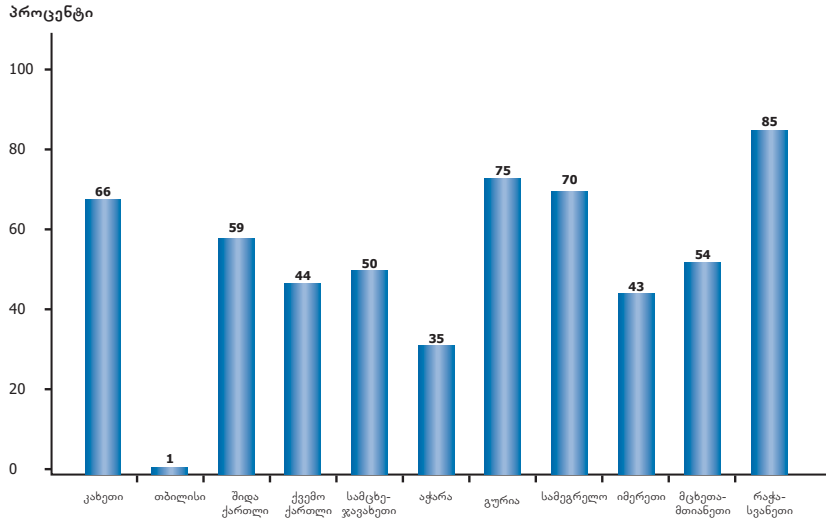
თავი 3

შერჩევის ნიმუშის მახასიათებლები

კვლევაში აღწერილია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ჯანმრთელობის მაჩვენებლებისა და მათი განმსაზღვრელი ფაქტორების ფართო სპექტრი. აღნიშნული მაჩვენებლების უკეთ გასაგებად, მე-3 თავში აღწერილია რესპონდენტების ძირითადი მახასიათებლები, რომლებიც გამოყენებულია წინამდებარე ანგარიშში. ძირითად გეოგრაფიულ მაჩვენებლებად აღებულია: საცხოვრებელი ადგილის ტიპი, რაც ნიშნავს ქალაქად ან სოფლად ცხოვრებას; საცხოვრებელის ადგილმდებარეობა, რომელიც მოიცავს თბილისის გარდა სხვა ურბანულ და სასოფლო დასახლებებს; ასევე საცხოვრებელი ადგილის ლოკალიზაცია რეგიონების მიხედვით (სულ 11 რეგიონი). ძირითად დემოგრაფიულ მაჩვენებლებად შერჩეულია ასაკი და ოჯახური მდგომარეობა ინტერვიუს აღების მომენტში. ასაკის მაჩვენებელი დაჯგუფებულია 5-წლიანი ინტერვალით (ან ზოგიერთ თავში 10-წლიანი ინტერვალით), ხოლო ოჯახური მდგომარეობის მაჩვენებელი მოიცავს 4 ტიპის ურთიერთობას: ოფიციალური ქორწინება. სამოქალაქო კავშირი, წარსულში არსებული კავშირი (ქვრივი, განქორწინებული ან დაშორებული) და ქალები, რომლებიც არასოდეს ყოფილან ქორწინებაში.

სოციალურ-ეკონომიკურ მაჩვენებლებში შედის განათლების დონე და შინამურნეობის ქონებრივი მდგომარეობა. განათლება იყოფა შემდეგ კატეგორიებად: არასრული საშუალო ან ნაკლები (შეესაბამება საშუალო სკოლის 0-10 კლასის განათლებას), სრული საშუალო (საშუალო სკოლის განათლება მე-11 და მე-12 კლასების ჩათვლით), ტექნიკური (პროფესიული კოლეჯი) და უმაღლესი (ბაკალავრიატი/მაგისტრატურა) განათლება. ქონებრივი მდგომარეობა განისაზღვრება შინამეურნეობათა აქტივების, მათ შორის ხანგრძლივი მოხმარების ნივთების (მაცივარი, ტელევიზორი, ავტომობილი, კომპიუტერი და სხვა) და საყოფაცხოვრებო პირობების (სასმელი წყალი, ტუალეტი, საჭმლის მოსამზადებლად და გასათბობად გამოყენებული ენერგორესურსი, სახლის გადახურვისთვის გამოყენებული ძირითადი მასალა, შინამეურნეობაში მოსახლეთა სიმჭიდროვე) საფუძველზე. ქონებრივი მდგომარეობის ინდექსის გამოსათვლელად, შინამურნეობაში არსებულ თითოეულ აქტივს მიენიჭა კონკრეტული ქულა, რომელიც განისაზღვრა ძირითადი კომპონენტების ანალიზის მეშვეობით. განხორციელდა აქტივების ქულების სტანდარტიზება, რათა ნორმალური განაწილების სტანდარტული საშუალო სიდიდე ნულის, და სტანდარტული გადახრა ერთის ტოლი ყოფილიყო (Gwatkin et al., 2000). თითოეულ შინამეურნეობას მიენიჭა

სურათი 3.1.1 შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებლები ქვედა ორ ქონებრივ კვინტილში, რეგიონების მიხედვით

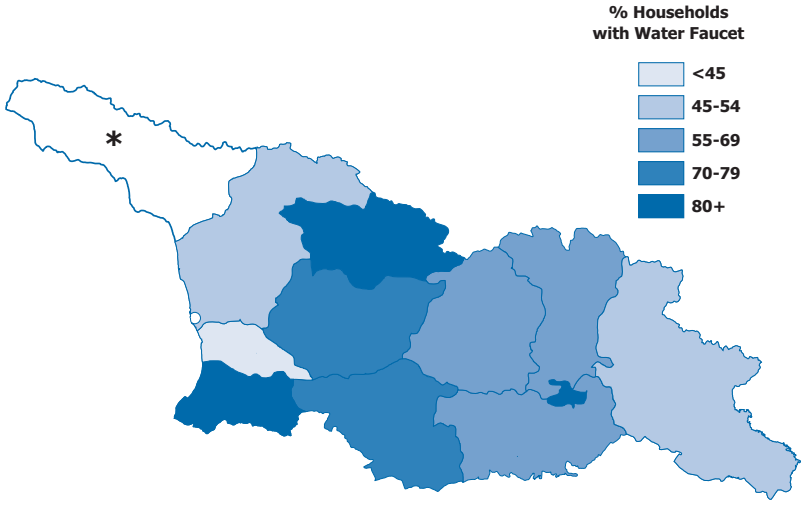


სტანდარტიზებული ქულა, რომელიც ასახავდა ამ შინამეურნეობაში არსებულ აქტივებს და ქონებას; შინამეურნეობების ჯამური ქულები მიღებული იქნა სტანდარტიზებული ქულების შეჯამებით. შემდეგ, შინამეურნეობები დაიყო ხუთი თანაბარი ზომის ჯგუფად ანუ კვინტილებად ჯამური ქულების მიხედვით. აქტივების ყველაზე დაბალი ჯამური ქულის მქონე შინამეურნეობათა 20% მოხვდა პირველ კვინტილში, ანუ ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილში; მომდევნო 20% - მე-2 კვინტილში ანუ მეორე ქონებრივ კვინტილში, და ა.შ. თითოეული რესპონდენტის რანჟირება მოხდა იმ შინამეურნეობის ქონებრივი კვინტილის შესაბამისად, რომელშიც ცხოვრობდა.

ამრიგად ქონებრივი ინდექსი აფასებს შინამეურნეობის საყოფაცხოვრებო პირობებს სხვა შინამეურნეობებთან შედარებით, რაც მიუთითებს, რომ მაღალი ქონებრივი კვინტილის შინამეურნეობებში მცხოვრებ რესპონდენტებს უკეთესი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი აქვთ, ვიდრე დაბალი ქონებრივი კვინტილის შინამეურნეობებში მცხოვრებ რესპონდენტებს. ცხრილში 3.1.1 ნაჩვენებია საქართველოს მოსახლეობის განაწილება ქონებრივი კვინტილების მიხედვით, საცხოვრებელი ადგილის ტიპის (ქალაქი/სოფელი) და რეგიონების შესაბამისად. შინამეურნეობათა ქონებრივი ინდექსი გეორგაფიულად შემდეგნაირადაა გადანაწილებული: ქალაქის შინამეურნეობათა 74% ზედა ორ კვინტილში მოხვდა მაშინ, როდესაც ამ ქონებრივ ჯგუფებს სოფლის შინამეურნეობათა მხოლოდ 3% მიეკუთვნა. რეგიონებს შორის განსხვავებებს თუ დავაკვირდებით, დავინახავთ, რომ ზედა ორ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებული შინამეურნეობების ყველაზე დიდი წილი თბილისზე მოდის (91%). სურათში 3.1.1 ჩანს, რომ რაჭა-სვანეთში, გურიასა და სამეგრელოში არის ქვედა ორი ქონებრივი კვინტილის მქონე შინამეურნეობების ყველაზე დიდი რაოდენობა.

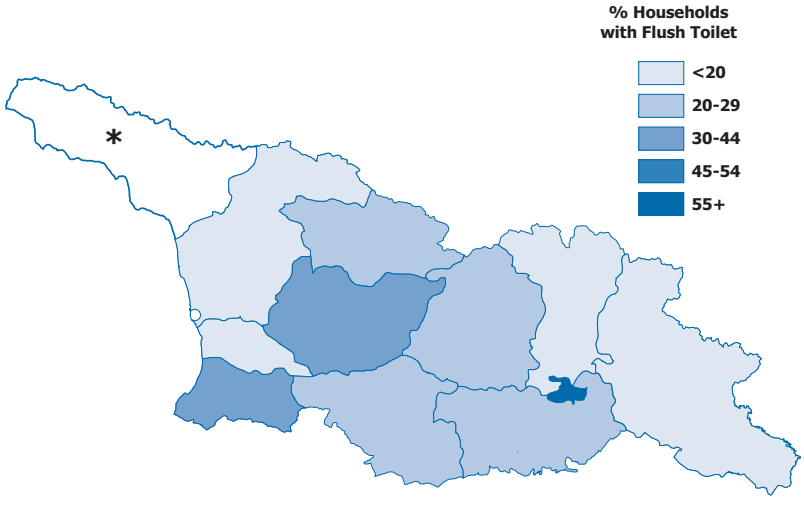
აღსანიშნავია, რომ საქართველოში 1999 და 2005 წლებში ჩატარებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებში სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის დასახასიათებლად ქონებრივი ინდექსი არ გამოყენებულა. წინა კვლევებში გამოიყენებოდა სოციალურ-ეკონომიკური ინდექსი, რომელიც ეფუძნებოდა საყოფაცხოვრებო პირობებისა და საკუთრებაში არსებული საგნებისთვის მინიჭებულ თანაბარ სიდიდეებს. მიღებული ქულები 0-დან 9-მდე ან 0-დან 10-მდე მერყეობდა, სადაც 0 ყველაზე დაბალი ნიშნული იყო (ანუ, ისეთი საყოფაცხოვრებო პირობები და საკუთრებაში არსებული ნივთები, რომლებსაც ქულები არ ენიჭებოდა), ხოლო 9 და 10 უმაღლესი ნიშნული იყო (როდესაც შინამეურნეობას ყველა ნივთი ჰქონდა). შემდეგ, აღნიშნული ქულა იყოფოდა ტერციელებად, შინამეურნეობის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის სამი დონის მისაღებად. იმისათვის, რომ გაადვილდეს 2010 წლის კვლევაში გამოკითხული რესპონდენტების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების შედარება წინა კვლევების შედეგებთან სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების მიხედვით, 2010 წლის კვლევის ქონებრივი ინდექსი ასევე გამოიყენება შინამეურნეობათა ტერციელების მიხედვით განაწილებისათვის. ქონებრივი ტერციელები ეფუძნება ძირითადი კომპონენტების ანალიზს და კვლევაში შერჩეულ შინამეურნეობებს ჰყოფს იმგვარად, რომ 33% ხვდება მთლიანი აქტივების ყველაზე დაბალი ქულის კატეგორიაში, მეორე 33% - საშუალო და მესამე 33% - უმაღლეს კატეგორიაში. ამრიგად, ინდიკატორების ტენდენციების შე-

სურათი 3.1.2 | ონკანის წყლით მოსარგებლე შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებლები, რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

სურათი 3.1.3 | ჩასარეცხი ტუალეტით მოსარგებლე შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებლები, რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

დარება სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით უნდა მოხდეს ფრთხილად, ვინაიდან 2010 წლის კვლევის ანალიზში სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის შეფასების ოდნავ განსხვავებული მეთოდოლოგიაა გამოყენებული.

3.1 შინამეურნეობათა მახასიათებლები

სოციალურ-ეკონომიკური კეთილდღეობა რეპორდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. რესპონდენტთა სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის შესაფასებლად, 2010 წლის კვლევის ფარგლებში შეგროვდა ინფორმაცია შინამეურნეობებში ძირითადი საყოფაცხოვრებო პირობების (მაგ., ელექტროენერგიის მიწოდება, სასმელი წყლის წყარო, ტუალეტის ტიპი, საჭმლის მომზადებისა და გათბობისათვის გამოყენებული ენერგორესურსი, გადახურვისათვის გამოყენებული ძირითადი მასალა) და სხვადასხვა ნივთების (მაგ., ტელევიზორი, მაცივარი, ავტომობილი, სატელიტური ანტენა, კომპიუტერი, ან ვიდეო/DVD მაგნიტოფონი და სხვა) შესახებ.

შინამეურნეობათა 76% სასმელად ონკანის წყალს იყენებს, რომელიც ან მილსადენით აქვთ შეყვანილი ბინაში, ეზოში, შემოღობილ ტერიტორიაზე ან მიწის ნაკვეთზე (ცხრილი 3.1.2). შინამეურნეობათა დაახლოებით 15% სასმელად ჭის წყალს იყენებს, ხოლო 3% - წყაროს წყალს. ონკანის წყალი უფრო გავრცელებულია ქალაქებში (97%), ვიდრე სოფლად (55%). ონკანის წყლის ხელმისაწვდომობა იზრდება ქონებრივი ინდექსის ზრდის შესაბამისად, 45%-დან ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილში თითქმის

100%-მდე ყველაზე მაღალ ქონებრივ კვინტილში (ცხრილი 3.1.3). ონკანის წყალი ხელმისაწვდომია 80%-ზე მეტ შინამეურნეობაში თბილისის, აჭარისა და რაჭა-სვანეთის რეგიონებში (სურათი 3.1.2). ონკანის წყალი სასმელი წყლის ძირითადი წყაროა სხვა რეგიონებშიც, გარდა გურიისა და სამეგრელოსი, სადაც შინამეურნეობათა უმეტესობა ჭის წყლით სარგებლობს. საერთო მოხმარების ონკანები სასმელი წყლის რიგით მეორე მნიშვნელოვანი წყაროა კახეთსა და ქვემო ქართლში (ცხრილი 3.1.2). მთლიანობაში, საქართველოს შინამეურნეობათა 93% (აქედან, 98% ქალაქად, ხოლო 88% სოფლად) სასმელი წყლის გაუმჯობესებულ წყაროს იყენებს (დაუცველი ჭის და წყაროს წყალი სასმელად სახიფათოდ ითვლება). სასმელი წყლის გაუმჯობესებული წყაროს ყველაზე დაბალი პროცენტი (69%) სამეგრელოშია (ცხრილი 3.1.4).

შენიშვნა: ცხრილები 3.1.4-დან 3.1.7-ის ჩათვლით და 3.3.1-დან 3.3.6-ის ჩათვლით შედგენილია შინამეურნეობათა კითხვარებიდან აღებული მონაცემებით, რომლებიც მოიცავს მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევების მაჩვენებლებს. მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევების მაჩვენებლის ნომერი ყოველი თემისთვის ნაჩვენებია თითოეული ცხრილის ქვეშ. (გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ შემუშავებული მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევა - ICS)

ცხრილი 3.1.5 გვიჩვენებს, რომ შინამეურნეობათა 75%-ს სასმელი წყლის წყარო ადგილზე აქვს. შინამეურნეობათა 20% სასმელი წყლის წყაროსთან მისვლას და წყლის მოტანას 30 წუთს, შინამეურნეობათა 4% კი, 30 წუთზე მეტს ანდომებს.

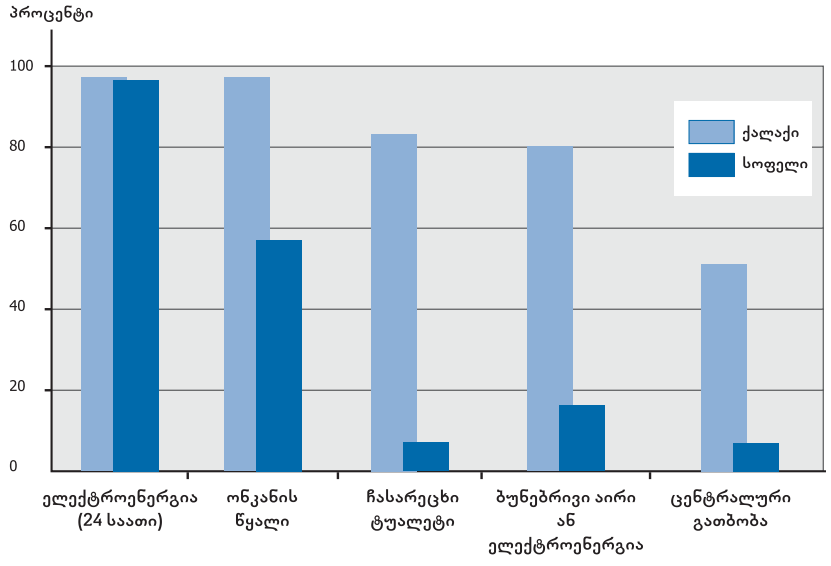
2010 წელს თითქმის ყველა შინამეურნეობას უწყვეტად მიეწოდებოდა ელექტროენერგია და მხოლოდ უმნიშვნელო განსხვავებები იყო რეგიონებს შორის (ცხრილი 3.1.2). ელექტროენერგიის უწყვეტი მიწოდების მკვეთრი ზრდა (37%-დან 96%-მდე) აღინიშნა 2005 და 2010 წლების კვლევებს შორის. - ნ 2005-ში 2010 წელს.

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 3.1.2, შინამეურნეობის 48% ჩასარეცხი ტუალეტით სარგებლობს, ხოლო 50% — ეზოს საპირფარეშოთი. შინამეურნეობებში ჩასარეცხი ტუალეტის არსებობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი სხვაობაა ქალაქსა (84%) და სოფელს შორის (9%). შინამეურნეობაში ჩასარეცხი ტუალეტის არსებობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია თბილისში (96%), ხოლო ყველაზე დაბალი — კახეთის და რაჭა-სვანეთის რეგიონებში (8%) (სურათი 3.1.3).

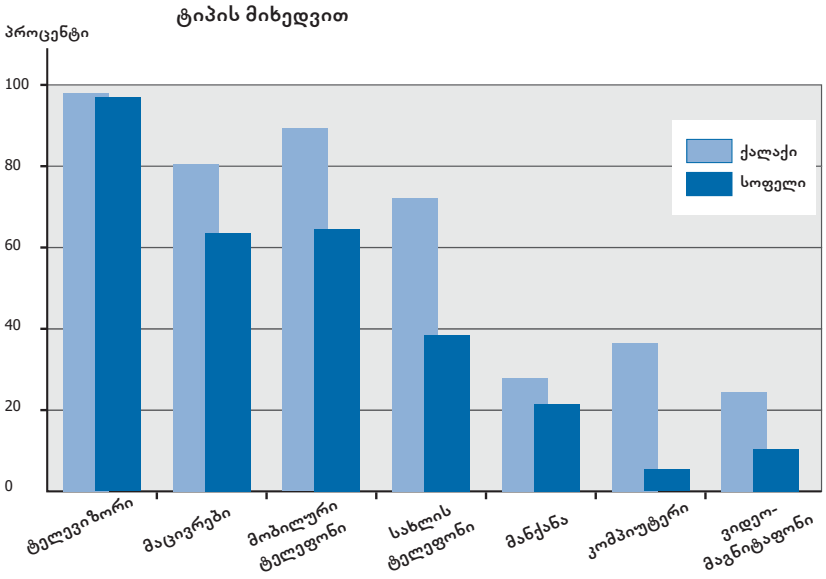
როგორც ცხრილი 3.1.6 გვიჩვენებს, რეგიონების უმეტესობაში, თბილისის და აჭარის გარდა, შინამეურნეობები ძირითადად ეზოს საპირფარეშოებით სარგებლობენ. ზოგადად, ქალაქის შინამეურნეობათა 96%, ხოლო სოფლის შინამეურნეობათა 71% სარგებლობს გაუმჯობესებული სანიტარული საშუალებებით. სამცხე-ჯავახეთის მოსახლეობა ყველაზე ნაკლებად იყენებს გაუმჯობესებულ საკანალიზაციო საშუალებებს (53%). სოფლად მოსახლეობა ძირითადად სარგებლობს ეზოს საპირფარეშოებით ბეტონის იატაკით ან მის გარეშე (შესაბამისად, 59% და 24%; ეზოს საპირფარეშო, რომელსაც ბეტონის იატაკი არა აქვს, არ ითვლება გაუმჯობესებული ტიპის საკანალიზაციო საშუალებად), ხოლო ურბანულ დასახლებებში ყველაზე გავრცელებული ჩასარეცხი ტუალეტებია, რომლებიც საკანალიზაციო სისტემასთან არის მიერთებული (82%).

ცხრილი 3.1.7 (ბოლო სვეტი) გვიჩვენებს, რომ მთელი მოსახლეობის 79% იყენებს წყლისა და სანიტარიის გაუმჯობესებულ საშუალებებს.

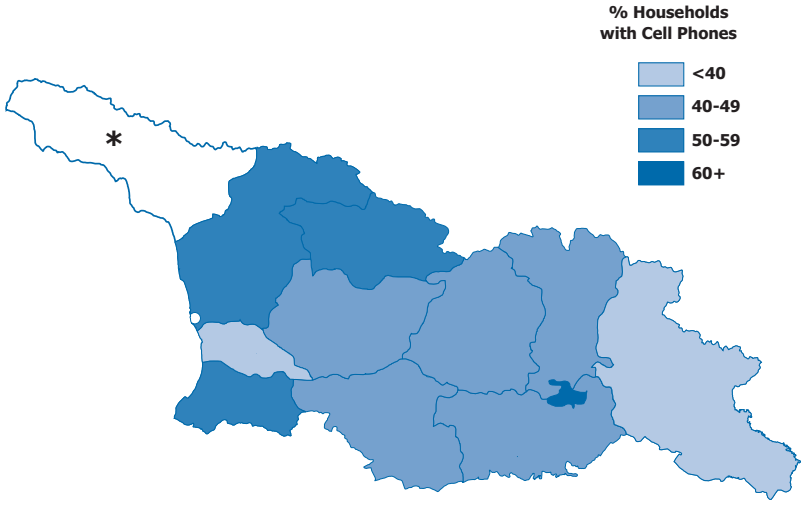
სურათი 3.1.4 **ძირითადი საყოფაცხოვრებო პირობები შინამეურნეობებში, საცხოვრებელი ადგილის ტიპის მიხედვით**



სურათი 3.1.5 შინამეურნეობებში ხანგრძლივი მოხმარების ნივთების პროცენტული მაჩვენებლები, საცხოვრებელი ადგილის ტიპის მიხედვით



სურათი 3.1.6 მობილური ტელეფონით მოსარგებლე შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებლები, რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

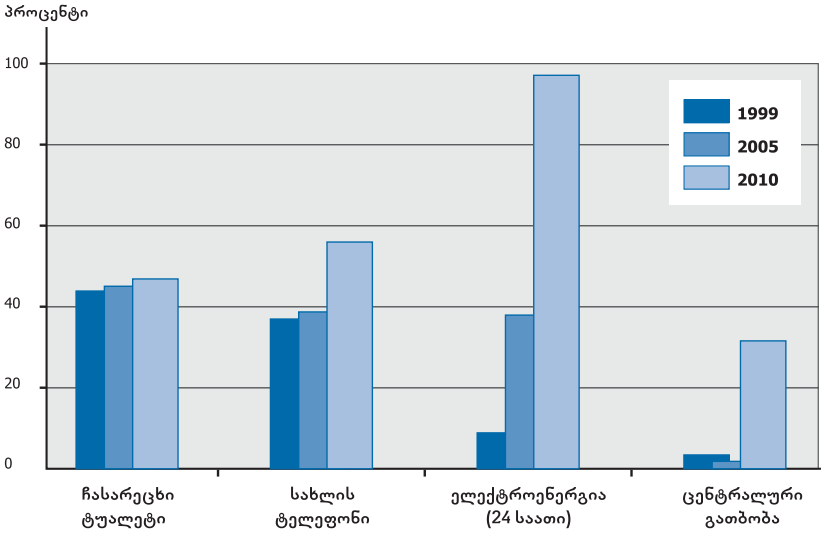
ამ მახასიათებლის მიხედვით მკვეთრი განსხვავებაა (56%-დან 99%-მდე) ქონებრივ კვინტილებს შორის.

შინამეურნეობები საჭმლის მოსამზადებლად ძირითადად იყენებენ ბუნებრივ აირს (45%), ქვანახშირს ან შეშას (40%). ელექტროენერგიას შინამეურნეობათა მხოლოდ 4% იყენებს საჭმლის მოსამზადებლად. ქალაქებში შინამეურნეობათა უმეტესობა (74%) საჭმლის მოსამზადებლად ბუნებრივ აირს იყენებს, ხოლო სოფლად (70%) ქვანახშირს ან შეშას. ბუნებრივი აირის მოხმარება ყველაზე მაღალია თბილისში (80%), ხოლო ყველაზე დაბალი – რაჭა-სვანეთში (2%).

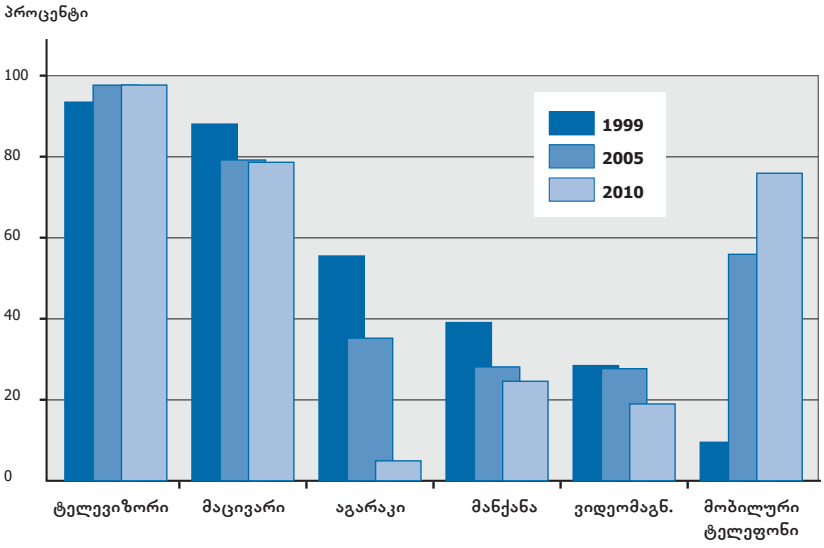
შინამეურნოებათა თითქმის ორი მესამედი გასათბობად ღუმელს იყენებს (66%), რომელსაც მოსდევს ოთახების სხვადასხვა სახის ინდივიდუალური გამათბობლები (29%). ცენტრალური გათბობით სარგებლობს შინამურნეობათა მხოლოდ 1.4% და ისიც ძირითადად თბილისში. შინამურნეობათა 2%-ს საერთოდ არ ჰქონდა გათბობა, რაც უფრო ხშირია ქალაქად ვიდრე სოფლად.

სახლების გადახურვისთვის გამოყენებული ძირითადი მასალაა გოფრირებული თუნუქი (36%), თუნუქის ფურცლები (33%), კრამიტი ან ბეტონის ფილა (26%). გოფრირებული თუნუქი ძირითადად გამოიყენება სოფლად, ხოლო კრამიტის ან ბეტონის ფილებიანი სახურავები უფრო ურბანული დასახლებებისთვის არის დამახასიათებელი. გოფრირებული თუნუქით გადახურული სახლები ყველაზე გავრცელებულია გურიის რეგიონში (70%), ხოლო კრამიტით ან ბეტონის ფილებით გადახურვა ყველაზე

სურათი 3.1.7 ძირითადი საყოფაცხოვრებო პირობების ცვლილებები შინამეურნეობებში; 1999, 2005 და 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები



სურათი 3.1.8 ქონებრივი ცვლილებები შინამეურნეობებში; 1999, 2005 და 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები

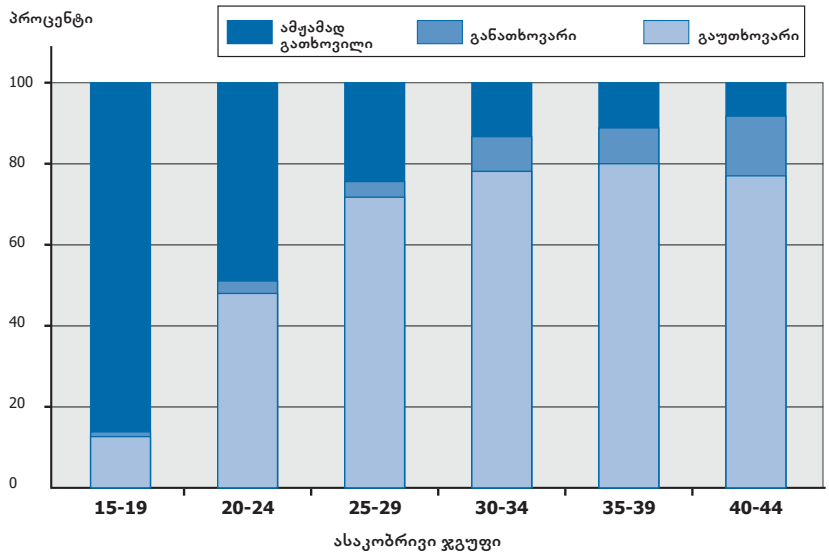


ხშირად თბილისში გვხვდება (62%).

ჯამში, ურბანული შინამურნეობებისთვის უფრო მეტად არის დამახასიათებელი წყალგაყვანილობის, ჩასარეცხი ტუალეტის და ცენტრალური გათბობის არსებობა, ასევე ბუნებრივი აირის გამოყენება საჭმლის მოსამზადებლად. უწყვეტი ელექტროენერგიით მომარაგების მხრივ, პრაქტიკულად არ არსებობს განსხვავება ქალაქსა და სოფელს შორის და ელექტროენერგია მიეწოდება თითქმის ყველა ოჯახს (სურათი 3.1.4). ერთადერთი მახასიათებელი, რომელიც სოფლის შინამეურნეობებს უკეთესი აქვთ, ეს არის ოთახების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე. ქალაქთან შედარებით, სოფლად ერთ სულ მოსახლეზე ოთახების მეტი რაოდენობა მოდის.

ცხრილის 3.1.8 თანახმად, ტელევიზორი ყველაზე გავრცელებული ხანგრძლივი მოხმარების ნივთია და საქართველოს თითქმის ყველა შინამეურნეობას აქვს (97%), მცირედი განსხვავებით ქალაქსა და სოფელს შორის. ხანგრძლივი მოხმარების ყველა სხვა ნივთი უფრო მეტად ქალაქის შინამეურნეობებში გვხვდება, ვიდრე სოფლად (სურათი 3.1.5). მაცივარი და მობილური ტელეფონი (მინიმუმ ერთი) შინამეურნეობათა ორ მესამედზე მეტს აქვს. ფიქსირებული სატელეფონო ხაზი აქვს შინამეურნეობათა ნახევარზე მეტს (56%). უნდა აღინიშნოს, რომ ფიქსირებული სატელეფონო ხაზის გავრცელების თვალსაზრისით, განსხვავება ქალაქსა და სოფელს შორის საკმაოდ დიდია (73% და 38%), თუმცა ეს სხვაობა მნიშვნელოვნად მცირდება მობილური ტელეფონების ფლობის მახასიათებლის მიხედვით. მობილური ტელეფონები ქალაქის შინამეურნეობათა 82%-ს, ხოლო სოფლის შინამეურნეობათა 67%

სურათი 3.2.1 რეპროდუქციული ასაკის ქალების ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობა, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



აქვს. მინიმუმ ერთი მობილური ტელეფონის ფლობის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია რაჭა-სვანეთში (57%) და ყველაზე მაღალია თბილისში (86%) (სურათი 3.1.6).

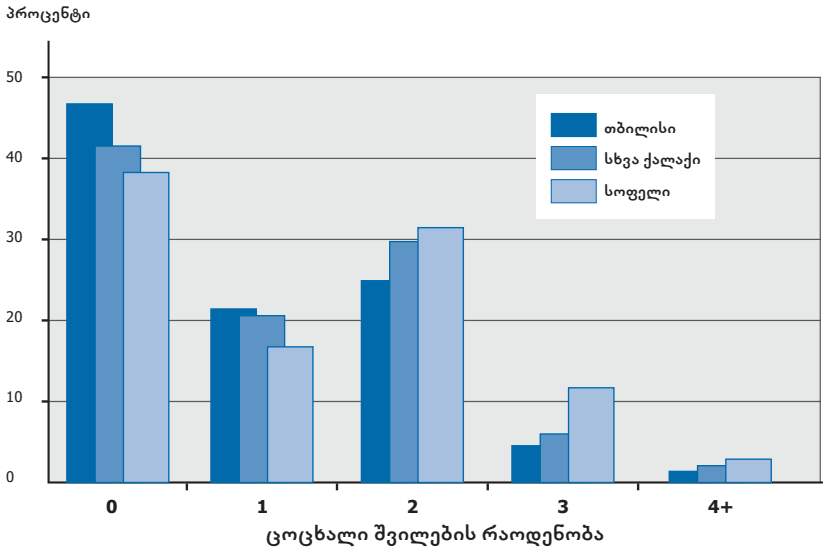
ზოგადად, შინამეურნეობათა 25% ფლობს ავტომობილს. ავტომობილის მფლობელთა წილი ყველაზე მაღალია თბილისის და სამცხე-ჯავახეთის რეგიონებში (31%), ხოლო ყველაზე დაბალი რაჭა-სვანეთში (13%). კომპიუტერი და ინტერნეტი შინამეურნეობათა 20%-ს აქვს და აღინიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავება საცხოვრებელი ადგილის ტიპის მიხედვით. კომპიუტერი ქალაქის შინამეურნეობათა 35%-ს და სოფლის შინამეურნეობათა მხოლოდ 6%-ს გააჩნია. ანალოგიურად, ინტერნეტი ხელმისაწვდომია ქალაქის შინამეურნეობათა 34%-ისთვის და სოფლის შინამეურნეობათა 4%-სთვის (ცხრილი 3.1.3).

ზოგადად, ყოველ მეხუთე შინამეურნეობას სატელიტური თეფში აქვს. აღნიშნული ნივთის ქონა უფრო გავრცელებულია სოფლად (29%), ვიდრე ქალაქად (14%). რესპონდენტთა 19%-ს გააჩნია ვიდეო/DVD მაგნიტოფონი, უფრო მეტად ქალაქის შინამეურნეობებში (26%), ვიდრე სოფლებში (11%). კონდიციონერები შინამეურნეობათა მხოლოდ 4%-ს აქვს, ძირითადად ქალაქებში. აგარაკს შინამეურნეობათა მხოლოდ 7% ფლობს და სხვაობა ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ შინამეურნეობებს შორის დიდია (12% და 1.2%, შესაბამისად). ხანგრძლივი მოხმარების ნებისმიერი ნივთი უფრო მეტად ქალაქის შინამეურნეობებს გააჩნია, ერთადერთი გამონაკლისის გარდა. ეს არის ტელევიზორი, რომელიც თითქმის ყველა შინამეურნეობას აქვს როგორც ქალაქად, ასევე სოფლად (სურათი 3.1.5).

სურათში 3.1.7 ნაჩვენებია შინამეურნეობათა საყოფაცხოვრებო პირობების ცვლილება უკანასკნელი 11 წლის განმავლობაში. აღსანიშნავია, რომ ამ პერიოდის განმავლობაში ჩასარეცხი ტუალეტების ხელმისაწვდომობის მაჩვენებელი პრაქტიკულად არ შეცვლილა, მაგრამ 10-ჯერ გაიზარდა ელექტროენერგიის 24-საათიანი მომარაგება (9%-დან 1999 წელს 96%-მდე 2010 წელს). უფრო მეტ შინამეურნეობას აქვს ფიქსირებული სატელეფონო ხაზი (36%-დან 56%-მდე ზრდა) და 10-ჯერ მეტ შინამეურნეობას აქვს ცენტრალური გათბობა. სურათში 3.1.8 ნაჩვენებია შინამეურნეობაში ხანგრძლივი მოხმარების ნივთების არსებობის მაჩვენებლების ტენდენციები. ერთადერთი მნიშვნელოვანი ზრდა მხოლოდ მობილური ტელეფონის ფლობის მაჩვენებელში აღინიშნა –10%-დან (1999 წელს) გაიზარდა 75%-მდე (2010 წელს). ბოლო 11 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა აგარაკების მფლობელთა რაოდენობა და უმნიშვნელოდ შემცირდა მაცივრის და ავტომობილის მფლობელთა რაოდენობა.

ცხრილი 3.1.3 გვიჩვენებს შინამეურნეობათა პროცენტულ მაჩვენებლებს შერჩეული მახასიათებლების (მაგ., საყოფაცხოვრებო პირობების და ხანგრძლივი მოხმარების ნივთების) მიხედვით თითოეულ ქონებრივ კვინტილში. როგორც მოსალოდნელი იყო, შინამეურნეობათა პროპორცია, თითოეული კონკრეტული მახასიათებლის მიხედვით, იზრდება ქონებრივი კვინტილის მატებასთან ერთად; გამონაკლისს წარმოადგენს მობინადრეთა სიმჭიდროვის და სატელიტური თეფშის მახასიათებლები. მობინადრეთა სიმჭიდროვის მიხედვით საუკეთესო მაჩვენებლებია ქვედა ორ ქონებრივ კვინტილში და მნიშვნელოვნად უარესდება ზედა ქონებრივ კვინტილებში. სატელიტური თეფშის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი საშუალო ქონებრივ კვინტილშია (31%) ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (16%) უმაღლეს ქონებრივ კვინტილში.

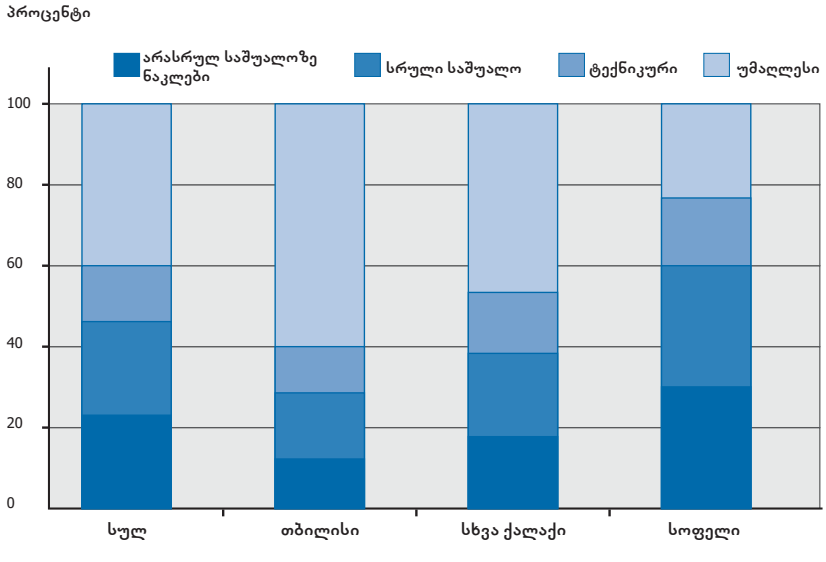
სურათი 3.2.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ცოცხალი შვილების რაოდენობა, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



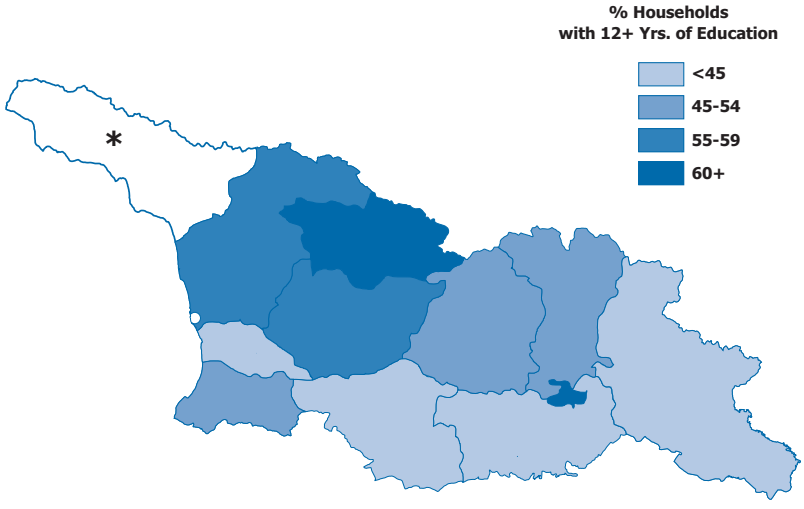
უნდა აღინიშნოს, რომ ქონებრივ კვინტილებს შორის ძალზე უმნიშვნელო სხვაობაა უწყვეტი ელექტრომომარაგებისა და ტელევიზორის ქონის მახასიათებლების მიხედვით. მკვეთრი განსხვავება აღინიშნება შინამეურნეობებში ჩასარეცხი ტუალეტების არსებობის მხრივ, რაც მერყეობს 0%-დან ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილში 100%-მდე ყველაზე მაღალ ქონებრივ კვინტილში. ასევე მნიშვნელოვანი ვარირება გამოვლინდა ქონებრივ კვინტილებში ისეთი მახასიათებლის მიხედვით, როგორებიცაა საკვების მომზადებისთვის გამოყენებული ენერგიის ძირითადი წყარო, გათბობის სისტემის ტიპი, კომპიუტერის და ინტერნეტის ქონა.

2005-დან 2010 წლამდე გაიზარდა რესპონდენტთა რიცხვი, რომლებიც ცხოვრობენ საკუთარ ბინაში ან სახლში (85%-დან 93%-მდე). საკუთარ ბინაში/სახლში მცხოვრებთა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი კახეთის რეგიონშია (99%), ხოლო ყველაზე დაბალი თბილისში (84%). ნაქირავებ ბინაში და ოჯახთან ერთად უფრო მეტად ქალაქებში ცხოვრობენ, ვიდრე სოფლად (12% და 3%, შესაბამისად) და მათი წილი ყველაზე მაღალია თბილისში. რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებიც ოჯახთან ერთად ცხოვრობენ, 2005 წლის შემდეგ 2%-ით შემცირდა (2010 წლის მონაცემები იხ. ცხრილში 3.1.9). 2010 წლის კვლევის მიხედვით, ტიპიურ შინამეურნეობას საშუალოდ 3.8 ოთახი აქვს, სამზარეულოსა და სააბაზანო ოთახის გარდა. სოფლის შინამეურნეობებს ოთახების უფრო მეტი რაოდენობა აქვთ , ვიდრე ქალაქისას. (საშუალოდ 4.6 ოთახი და 3.0 ოთახი, შესაბამისად). ყველაზე მეტი ოთახი კახეთის რეგიონში მდებარე შინამეურნეობებს აქვთ (საშუალოდ 5.2

სურათი 3.2.3 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში განათლების დონე, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



სურათი 3.2.4 | საშუალო სკოლაზე მაღალი განათლების მქონე ქალების პროცენტული მაჩვენებლები, რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

ოთახი), რომლებსაც მოსდევს გურიის, სამეგრელოსა და იმერეთის რეგიონებში არსებული შინამეურნეობები, საშუალოდ 4.5 ოთახით. ოთახების ყველაზე ნაკლები რაოდენობით გამოირჩევა თბილისის შინამეურნეობები (საშუალოდ 2.5 ოთახი). (ცხრილი 3.1.10).

შინამეურნეობების სულადობა, საშუალოდ 3.3 ადამიანს შეადგენს და მეტია სოფლად (3.5) ვიდრე ქალაქად (3.2). შინამეურნეობის საშუალო სიდიდე ყველაზე დაბალია რაჭა-სვანეთის რეგიონში (2.8 ადამიანი), ხოლო ყველაზე მაღალი აჭარისა და სამცხე-ჯავახეთის რეგიონებში (3.9 და 3.8 ადამიანი, შესაბამისად). შინამეურნეობების 67%-ში ოჯახის უფროსი მამაკაცია. ოჯახის უფროსობა მამაკაცებს უფრო მეტად სოფლად ეკუთვნით, ვიდრე ქალაქად. (71% და 64%, შესაბამისად). ოჯახის უფროსი მამაკაცების ყველაზე მეტი რაოდენობა აჭარისა და გურიის რეგიონებშია (71%), ყველაზე ნაკლები კი - თბილისში (64%) (ცხრილი 3.1.11).

შინამეურნეობებში მობინადრეთა სიმჭიდროვე შემდეგნაირად შეფასდა: მობინადრეთა საშუალო რაოდენობა (ცხრილი 3.1.11) გაიყო ოთახების საშუალო რაოდენობაზე (ცხრილი 3.1.10). მთლიანობაში, ერთ ოთახზე მოდის 0.8 ადამიანი. ქალაქში აღნიშნული მაჩვენებელი 1.1-სს, ხოლო სოფლად - 0.8-ს შეადგენს. თბილისში ერთ ოთახზე საშუალოდ 1.3 ადამიანი მოდის.

2010 წლის კვლევაში რესპონდენტებმა საკუთარი ოჯახების მატერიალური სტატუსი შემდეგნაირად შეაფასეს: რესპონდენტთა 67%-მა აღნიშნა, რომ ოჯახი „როგორღაც ახერხებს თავის გატანას“, 26%-ის თქმით ოჯახს „უჭირს თავის გატანა“. მხოლოდ 7%-მა განაცხადა, რომ ოჯახი „თავისუფლად აკმაყოფილებს საკუთარ მოთხოვნილებებს“, რომელთა უმეტესობა აჭარის რეგიონში ცხოვრობს. შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელსაც „უჭირს თავის გატანა“ ყველაზე მაღალია სოფლად (35%) და გურიის რეგიონში (45%). (ცხრილი 3.1.12).

3.2 რესპონდენტთა მახასიათებლები

ცხრილის 3.2.1 მიხედვით, რესპონდენტთა ასაკობრივი განაწილება საკმაოდ ერთგვაროვანია როგორც ზოგადად, ასევე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. მთლიანობაში, ინტერვიუს ჩატარების მომენტისთვის, გამოკითხულთა 36% 15-24 წლის ასაკის იყო. აღნიშნული მაჩვენებელი არ იცვლება საგრძნობლად საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

რესპონდენტთა თითქმის 60% ოფიციალურად დაქორწინებული იყო ან იმყოფებოდა არაოფიციალურ ცოლ-ქმრულ კავშირში მამაკაცთან. ქალების უმრავლესობა (58%) იმყოფებოდა რეგისტრირებულ ქორწინებაში. ოფიციალურ ქორწინებაში ან არაოფიციალურ ცოლ-ქმრულ კავშირში მყოფი რესპონდენტების უმრავლესობა (64%) ცხოვრობდა სოფლად. გამოკითხული ქალების ერთ მესამედზე მეტი არასდროს ყოფილა ქორწინებაში არ უცხოვრია პარტნიორთან, რომელთა ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი (40%) თბილისში დაფიქსირდა. რესპონდენტთა 7%-მა განაცხადა, რომ მეუღლესთან ან პარტნიორთან ამჟამად განქორწინებული ან დაშორებული არიან.

სურათში 3.2.1 ნაჩვენებია რესპონდენტთა ოჯახური მდგომარეობის დამატებითი მონაცემები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. 15-19 წლის ასაკის ქალთა უდიდესი უმრავლესობა არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში ან არაოფიციალურ ცოლ-ქმრულ კავშირში პარტნიორთან. 20-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებს შორის თითქმის ყოველი

მეორე (49%), ხოლო 25-29 წლის ასაკის ქალების 71% დაქორწინებული იყო ან თანაცხოვრობდა პარტნიორთან. ქორწინებაში მყოფი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი იზდრებოდა ასაკის მატების პარალელურად და 40-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 90%-ს მიაღწია. ასაკის მატებასთან ერთად, ასევე, იზრდებოდა წარსულში ქორწინებაში მყოფ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი: თუ 15-19 წლის ასაკის ქალების მხოლოდ 0.8 %-ია განწორწინებული, 40-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 13 %-ს აღწევს (ცხრილი 3.2.2).

ინტერვიუს ჩატარების მომენტში, გამოკითხულთა 41%-ს არ ჰყავდა შვილი (ცოცხალი). ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში მცხოვრებ რესპონდენტთა შორის (47%) და ყველაზე დაბალი - სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის (38%). თითქმის ყოველ მეხუთე რესპონდენტს ჰყავდა ერთი ცოცხალი შვილი, რესპონდენტთა 30 %-ს — ორი, ხოლო 10%-ს — სამი და მეტი ცოცხალი შვილი (ცხრილი 3.2.1). 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების მიხედვით, თბილისში მცხოვრებ ქალებს შედარებით ნაკლები რაოდენობის შვილები ჰყავთ (საშუალოდ 1.7), ვიდრე სხვა ქალაქებსა (საშუალოდ 1.8) და სოფლებში მცხოვრებ (საშუალოდ 2.0) ქალებს. მსგავსი მონაცემები იქნა მიღებული 2005 წელს ჩატარებული კვლევის დროს (სურათი 3.2.2).

განათლების დონე ქართველ ქალებში მაღალია, რაც დასტურდება იმ ფაქტით, რომ რესპონდენტთა მხოლოდ 23%-ს აქვს არასრული საშუალო განათლება. ზოგადად, თბილისსა და სხვა ქალაქებში მცხოვრები ქალების განათლების დონე უფრო მაღალია, ვიდრე სოფლებში (სურათი 3.2.3). მაგალითად, როგორც ცხრილიდან 3.2.1 ჩანს, უმაღლესი განათლების მიღების ალბათობა სამჯერ მეტია თბილისში მცხოვრებ ქალებს შორის, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებში. განათლების დაბალი დონის მქონე ყველაზე მეტი ქალი ცხოვრობს ქვემო ქართლში, სამცხე-ჯავახეთში, კახეთსა და გურიაში. კერძოდ, აღნიშნულ რეგიონებში რესპონდენტთა მხოლოდ 37% - 42%-ს ჰქონდა მიღებული 12 წლიანი ან უფრო ხანგრძლივი განათლება (სურათი 3.2.4).

უმაღლესი განათლების მხრივ გამოირჩევა ქ. თბილისი, სადაც რესპონდენტთა 60%-ს უმაღლესი განათლება აქვს მიღებული. არასრული საშუალო განათლება დაიფიქსირა თბილისში მცხოვრებ რესპონდენტთა მხოლოდ 13%-მა (ცხრილი 3.2.1). უკანასკნელი მახასიათებლით, ქვეყნის არც ერთი სხვა რეგიონი არ ცდება 20%-იან მაჩვენებელს. აღნიშნული განსხვავება, სავარაუდოდ, აიხსნება ქ. თბილისში უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების უკეთესი ხელმისაწვდომობით.

რესპონდენტთა ერთ მესამედზე მეტი ცხოვრობდა შინამეურნეობებში, რომლებიც ორ ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილში მოხვდნენ, 21% - საშუალო ქონებრივ კვინტილში, ხოლო 44% - ორ უმაღლეს ქონებრივ კვინტილში. ქვედა ორ ქონებრივ კვინტილში მოხვედრილი ქალების უდიდესი ნაწილი სოფლად ცხოვრობდა (66%), ხოლო უმცირესი - თბილისში (1%). შესაბამისად, ორ უმაღლეს ქონებრივ კვინტილში სოფლად მცხოვრები რესპონდენტების მხოლოდ 5% და თბილისში მცხოვრები ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა მოხვდა (ცხრილი 3.2.1).

გამოკითხული ქალების მხოლოდ 21%-მა განაცხადა, რომ მუშაობს ოჯახის გარეთ, კვირაში სულ მცირე 20 საათის განმავლობაში. სოფლად ქალები უფრო ნაკლებად არიან დასაქმებული ოჯახის გარეთ (13%), ვიდრე თბილისსა და სხვა ქალაქებში (31% და 26%, შესაბამისად).

გამოკითხულთა უმრავლესობამ (87%) საკუთარ ეროვნებად დაასახელა ქართველი, 5%-მა - ეთნიკური აზერბაიჯანელი, და ასევე 5%-მა – ეთნიკური სომეხი. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებიდან უფრო მეტი ცხოვრობდა სოფლად, ვიდრე ქალაქად (19% და 8%, შესაბამისად). რესპონდენტთა უმრავლესობა (82%) ქართველი მართლმადიდებელი იყო, 11% - მუსულმანი, ხოლო 5% - სხვა ქრისტიანული რელიგიის წარმომადგენელი. როგორც ცხრილიდან 3.2.1 ჩანს, მუსულმანთა უმეტესობა სოფლად ცხოვრობს და მოსახლეობის 18%-ს შეადგენს.

ცხრილი 3.2.2 წარმოგვიდგენს დამატებით ინფორმაციას 15-44 წლის ასაკის ქალების განათლების დონის შესახებ. მთლიანობაში, დაახლოებით ყოველ მეოთხე რესპონდენტს (23%) არასრული საშუალო, ხოლო 39%-ს უმაღლესი განათლება ჰქონდა მიღებული. ახალგაზრდა ქალებში (15-19 წლის ასაკის რესპონდენტების გარდა, რომელთა უმეტესობა, სავარაუდოდ, ჯერ კიდევ სკოლაში სწავლობს), უმაღლესი განათლების სიხშირე მეტია, ვიდრე შედარებით ასაკოვან ქალებში. რაც შეეხება ტექნიკურ განათლებას, იგი დომინირებს 40-44 წლის ასაკის რესპონდენტებს შორის. როგორც ცხრილიდან 3.2.3 ჩანს, უმაღლესი განათლება უფრო მეტად ქალაქად მცხოვრები ქალებისთვის არის დამახასიათებელი (45%), ვიდრე სოფლად მცხოვრებთათვის (19%). უმაღლესი განათლების მქონეთა ყველაზე მაღალი წილი თბილისზე მოდის (53%), ყველაზე დაბალი კი - გურიის რეგიონზე (15%). განათლების დონე იცვლება ქონებრივი კვინტილების მიხედვით: ყველაზე დაბალ კვინტილში ქალების მხოლოდ 13%-ს აქვს უმაღლესი განათლება, ხოლო ყველაზე მაღალ კვინტილში – 57%-ს. ცხრილის 3.2.3 მიხედვით, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში

განათლების ხანგრძლივობის მედიანა საშუალოდ 10.8 წელს შეადგენს.

ცხრილში 3.2.4 შეჯამებულია შინამეურნეობებში მცხოვრები მამაკაცების განათლების დონე. მთლიანობაში, მამაკაცთა 25%-ს არასრული საშუალო (10 წელზე ნაკლები), ხოლო 29%-ს - უმაღლესი განათლება აქვს მიღებული. განათლების ხანგრძლივობის მედიანა საშუალოდ 10.7 წელს შეადგენს (თითქმის იმდენივეს, რაც ქალებში). ქალების მსგავსად, უმაღლესი განათლების მქონე მამაკაცების უდიდესი ნაწილი თბილისზე და უმაღლეს ქონებრივ კვინტილზე მოდის, ხოლო ყველაზე მცირე ნაწილი - გურიის რეგიონსა და ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილზე.

3.3 სკოლაში შესვლის და დასწრების ინდიკატორები

ცხრილებში 3.3.1–3.3.6 ნაჩვენებია დამატებითი ინფორმაცია განათლებასთან დაკავშირებით, კერძოდ, სკოლაში შესვლისა და დასწრების მაჩვენებლები. ყველა ეს ინფორმაცია აღებულია 2010-2011 წლების მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევიდან და აღნიშნული კვლევის ინდიკატორი ნაჩვენებია თითოეული ცხრილის ქვეშ. აღნიშნულ ცხრილებში მოცემული ინფორმაცია შესაძლებელია შემდეგნაირად შეჯამდეს:

ცხრილი 3.3.1 - ჩვენთვის საინტერესო ინდიკატორი ეხება სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებიდან საშუალო სკოლის პირველ კლასში შესვლას. საქართველოში პირველკლასელთა 40% სკოლაში შესვლის წინა წელს სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებაში დადიოდა.

ცხრილი 3.3.2 - პირველ კლასში შესასვლელი ასაკის მქონე ბავშვთაგან 83% სკოლაში შედის (მათგან 84% ბიჭი და 82% გოგო, ანუ, თითქმის თანაბარი რაოდენობა).

ცხრილი 3.3.3 - დაწყებითი კლასების ასაკის მქონე ყველა ბავშვიდან 96% დადის სკოლაში (დასწრების წმინდა მაჩვენებელი). სკოლის გარეთ რჩება 4%, რომელიც სკოლაში უნდა დადიოდეს. საშუალო ინდიკატორზე ოდნავ დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნა კახეთსა და ქვემო ქართლში – 93%.

ცხრილი 3.3.4 - საშუალო სკოლაში დასწრების საერთო მაჩვენებელი 86%-ია. სკოლის გარეთ რჩება 14%, რაც ბავშვების იმ 4%-ზე მეტია, რომელიც სკოლაში არ შედის. სავარაუდოა, რომ ამ 14%-დან ზოგი დაწყებით სკოლაში დადის.

ცხრილი 3.3.5 - დაწყებითიდან საშუალო კლასებში გადასვლის მაჩვენებელი დაახლოებით 100%-ია და თითქმის თანაბარია გოგონებისა და ბიჭებისათვის.

ცხრილი 3.3.6 გენდერული განსხვავება სქესთა თანაბარი წარმომადგენლობის საზომით ძალზე მცირეა როგორც დაწყებით, ასევე საშუალო კლასებში.

ცხრილი 3.1.1 შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებლები სხვადასხვა ქონებრივ კვინტილში, საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ქონებრივი კვინტილი					სულ	შინამეურნეობათა რაოდენობა
	ყველაზე დაბალი	მეორე	საშუალო	მეოთხე	უმაღლესი		
სულ	20.0	20.0	20.2	19.8	20.0	100.0	12,904
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	3.7	5.0	17.4	35.7	38.1	100.0	5,708
სოფელი	37.5	36.0	23.1	2.8	0.6	100.0	7,196
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	0.4	0.6	7.7	35.4	55.8	100.0	2,636
სხვა ქალაქი	7.1	9.5	27.1	36.0	20.4	100.0	3,072
სოფელი	37.5	36.0	23.1	2.8	0.6	100.0	7,196
რეგიონი							
კახეთი	30.3	35.2	30.0	3.6	1.0	100.0	1,024
თბილისი	0.4	0.6	7.7	35.4	55.8	100.0	2,636
შიდა ქართლი	25.9	32.9	27.2	9.8	4.2	100.0	817
ქვემო ქართლი	23.3	20.5	23.7	18.4	14.0	100.0	1,020
სამცხე-ჯავახეთი	20.8	29.6	38.6	8.4	2.7	100.0	822
აჭარა	14.0	20.6	25.9	26.6	12.9	100.0	621
გურია	50.4	24.9	17.4	6.0	1.2	100.0	1,003
სამეგრელო	41.4	29.0	18.7	8.0	3.0	100.0	1,050
იმერეთი	19.0	23.9	22.2	22.7	12.2	100.0	1,633
მცხეთა-მთიანეთი	24.4	29.1	26.6	14.1	5.8	100.0	821
რაჭა-სვანეთი	57.1	27.8	13.6	1.4	0.1	100.0	1,457

ცხრილი 3.1.2 შინამეურნეობებში ძირითადი საყოფაცხოვრებო პირობების არსებობა, საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონების მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		რეგიონი										
		ქალაქი	სოფელი	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
24-საათიანი ელექტრომომარაგება														
დიახ	96.4	96.6	96.2	98.3	97.1	97.7	91.9	99.3	91.8	97.9	97.4	97.6	90.9	98.1
არა	3.6	3.4	3.8	1.7	2.9	2.3	8.1	0.7	8.2	2.1	2.6	2.4	9.1	1.9
სასმელი წყლის წყარო														
ონკანი (სახლში)	53.3	86.8	17.4	19.4	96.8	30.7	44.8	55.8	63.0	16.7	19.8	49.1	38.2	15.9
ონკანი (ეზოში, საკუთარ ტერიტორიაზე)	22.7	9.2	37.2	42.3	2.7	33.7	23.9	34.8	20.8	23.8	25.7	26.0	36.3	68.5
საერთო სარგებლობის ონკანი	5.8	0.8	11.2	19.6	0.3	11.6	13.7	7.2	2.9	5.7	2.0	2.1	8.0	7.1
ჭაბურღილი	1.2	0.3	2.2	1.6	0.1	1.2	0.5	0.0	1.1	3.0	3.2	1.5	3.3	1.3
დაცული ჭა	8.4	1.1	16.2	11.0	0.0	5.8	2.8	0.4	1.1	46.2	19.8	16.0	6.8	1.0
დაუცველია ჭა	5.3	1.5	9.2	1.6	0.0	12.2	5.0	0.0	0.2	4.2	29.2	3.2	1.0	1.2
დაცული წყარო	2.0	0.2	4.1	2.6	0.0	2.4	5.0	1.1	7.9	0.3	0.2	1.5	4.8	1.4
დაუცველი წყარო	0.8	0.0	1.7	1.1	0.0	1.5	3.3	0.7	0.8	0.2	0.0	0.6	0.7	3.6
სხვა	0.4	0.0	0.8	0.8	0.0	0.9	0.9	0.0	2.3	0.0	0.0	0.1	0.9	0.1
საპირფარეშო														
ჩასარეცხი ტუალეტი, მიერთებული კანალიზაციის სისტემასთან	45.8	82.9	6.0	7.3	95.3	19.8	38.2	24.8	54.1	14.2	13.8	41.7	25.8	7.0
ჩასარეცხი ტუალეტი, მიერთებული რაიმე სხვა სისტემასთან	2.2	1.3	3.2	6.8	1.1	0.7	2.7	1.9	5.3	0.7	0.5	1.4	5.4	1.4
ეზოს საპირფარეშო ვენტილაციის გაუმჯობესებული სისტემით	1.9	0.9	2.9	2.7	0.5	1.6	2.6	2.8	1.3	1.0	4.9	1.3	1.7	3.6
ეზოს საპირფარეშო ცემენტის საფარით	34.5	11.1	59.6	64.5	2.0	54.8	42.3	26.6	12.7	69.3	67.8	36.6	33.9	58.2
ეზოს საპირფარეშო ცემენტის საფარის გარეშე	14.0	3.4	25.3	18.4	1.0	20.9	13.9	38.7	11.4	14.7	13.0	18.7	32.9	29.6
დაკიდული საპირფარეშო	1.4	0.0	2.9	0.3	0.0	0.0	0.1	4.5	15.1	0.2	0.0	0.2	0.2	0.1
საპირფარეშო არ არის/ბუჩქი/მინდორი	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
სხვა	0.2	0.4	0.0	0.0	0.1	2.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
საკვების მოსამზადებლად გამოყენებული ენერგიის წყარო														
ელექტროენერგია	3.7	6.3	1.1	0.4	7.5	1.5	2.9	0.6	6.0	1.2	3.3	2.2	3.8	0.2
ბუნებრივი აირი	44.8	73.7	13.8	26.2	89.8	29.3	51.8	9.9	26.9	8.1	3.7	43.8	33.0	1.5
ქვანახშირი/შეშა	39.8	11.5	70.1	57.6	1.1	55.7	36.1	64.7	39.3	81.3	75.5	40.7	54.8	96.2
სხვა	11.6	8.5	15.0	15.8	1.6	13.6	9.2	24.8	27.9	9.5	17.4	13.3	8.4	2.1
გათბობის სისტემები														
ცენტრალური გათბობა	1.4	2.6	0.1	0.1	4.1	0.5	0.3	0.4	1.6	0.1	0.1	0.4	0.6	0.1
საკუთარი საქვაბე	0.8	1.4	0.2	0.2	1.7	0.5	1.0	0.2	1.8	1.2	0.1	0.2	0.5	0.1
ოთახების ინდივიდუალური გათბობა	28.9	47.5	9.0	5.7	57.1	23.9	24.8	6.1	27.5	8.7	23.2	21.6	17.1	7.5
ღუმელი	66.5	45.0	89.6	93.0	32.7	74.7	71.5	93.1	65.4	89.5	75.5	75.8	80.3	92.1
არა აქვს	2.1	3.3	0.8	1.0	4.2	0.5	2.2	0.2	1.9	0.5	1.0	1.7	1.2	0.2
სხვა	0.3	0.2	0.3	0.1	0.1	0.0	0.3	0.0	1.8	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0
სახურავის ძირითადი მასალა														
კრამიტი ან ცემენტის ფილა	26.5	45.3	6.5	3.1	61.8	8.8	17.2	4.7	18.7	7.1	13.5	22.2	25.3	3.4
გოფრირებული თუნუქი	36.0	19.6	53.6	42.7	6.8	47.1	48.7	58.9	51.7	69.7	49.2	38.5	34.0	23.1
თუნუქის ფურცლები	33.2	28.3	38.3	52.8	23.7	42.8	27.4	35.4	27.5	22.5	33.7	36.1	36.1	68.9
ბეტონის ფილა	2.4	4.5	0.1	0.1	5.2	0.1	5.3	0.0	0.6	0.3	0.9	1.6	1.2	1.0
ბუნებრივი მასალები	1.3	1.6	1.1	0.7	2.0	0.9	0.6	0.6	0.6	0.2	2.6	1.0	2.2	2.5
სხვა	0.5	0.7	0.4	0.6	0.5	0.2	0.9	0.4	0.8	0.2	0.1	0.7	1.2	1.1
შინამეურნეობათა რაოდენობა			7,196	1,024	2,636	817	1,020	822	621	1,003	1,050	1,633	821	1,457

ცხრილი 3.1.3 შინამეურნეობებში ძირითადი საყოფაცხოვრებო პირობების არსებობა, საცხოვრებელი ადგილისა და ქონებრივი კვინტილის მიხედვით.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		ქონებრივი კვინტილი				
		ქალაქი	სოფელი	ყველაზე დაბალი	მეორე	საშუალო	მეოთხე	უმაღლესი
24-საათიანი ელექტრომომარაგება	96.4	96.6	96.2	94.6	96.4	97.0	96.0	97.9
ონკანის წყალი	76.0	96.0	54.6	45.3	57.3	79.1	98.6	99.9
ჩასარეცხი ტუალეტი	48.0	84.2	9.3	0.0	2.4	40.6	97.8	100.0
საკვების მომზადება ელექტროენერგიით ან ბუნებრივი აირით	48.6	80.0	14.9	0.2	11.8	46.7	87.7	96.9
ცენტრალური ან ოთახის ინდივიდუალური გათბობა	31.1	51.5	9.3	0.2	8.0	18.8	47.9	81.1
გადაუტვირთავი საცხოვრებელი ფართი*	66.5	57.8	75.8	76.1	76.3	73.0	61.4	45.4
ტელევიზორი	96.6	97.9	95.1	89.3	98.0	97.8	98.0	99.8
მობილური ტელეფონი	74.5	81.9	66.5	43.4	74.0	79.2	78.1	97.7
მაცივარი	78.8	89.1	67.9	41.7	78.2	85.2	90.4	98.9
სახლის ტელეფონი	56.0	72.5	38.3	15.9	41.3	59.0	70.3	93.7
ავტომობილი	25.2	28.1	22.0	3.2	25.3	28.9	20.9	47.3
კომპიუტერი	21.0	35.2	5.8	0.0	1.1	11.7	18.8	73.7
ინტერნეტი	19.7	34.0	4.4	0.0	0.6	8.8	17.6	71.7
ვიდეო/DVD მაგნიტოფონი	18.6	26.0	10.6	0.6	9.3	17.6	19.5	45.8
სატელიტური თეფში	21.3	13.9	29.2	17.6	29.0	30.7	13.0	16.1
აგარაკი	6.9	12.2	1.2	0.2	1.0	1.8	4.2	27.3
კონდიციონერი	3.8	6.9	0.5	0.0	0.1	0.4	1.6	17.2
შინამეურნეობათა რაოდენობა	12.904	5,708	7,196	3,312	2,815	2,603	2,121	2,053

* შინამეურნეობაში მცხოვრები პირების საერთო რაოდენობა გაყოფილი ოთახების რაოდენობაზე (სამზარეულოსა და სააბაზანოს გამოკლებით) უდრიდა ერთს ან ნაკლებს.

ცხრილი 3.1.4 შინამეურნეობებში სასმელი წყლის ძირითადი წყაროს პროცენტული მაჩვენებლები, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სასმელი წყლის ძირითადი წყარო														სულ	სასმელი წყლის გაუმჯობესებული წყაროებით მოსარგებლე შინამეურნეობათა პროცენტული მაჩვენებელი [1]	შინამეურნეობათა რაოდენობა
	გაუმჯობესებული წყარო								არაგაუმჯობესებული წყარო								
	ონკანი (სახლში)	ონკანი (ეზოში)	ონკანი (მეზობელთან)	საერთო სარგებლობის ონკანი	ჭაბურღილი	დაცული ჭა	დაცული წყარო	ბოთლში ჩამოსხმული წყალი	დაუცველი ჭა	დაუცველი წყარო	წყალმზიდი მანქანის ცისტერნა	ურიკები პატარა ზომის ცისტერნებით	ზედაპირიდან აღებული წყალი (მდინარე, ნაკადული,	სხვა			
რეგიონი																	
კახეთი	19.4	41.1	4.8	15.7	1.7	11.2	2.8	.0	1.4	1.1	.1	.4	.0	.3	100.0	96.7	4,079
თბილისი	96.9	2.7	.2	.1	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	100.0	10,506
შიდა ქართლი	30.9	32.4	1.7	9.2	1.7	6.1	2.4	.0	13.5	1.3	.0	.0	.0	.7	100.0	84.5	3,052
ქვემო ქართლი	42.9	23.7	1.3	13.2	.7	3.5	5.2	.4	4.7	3.6	.1	.5	.1	.0	100.0	90.9	4,692
სამცხე-ჯავახეთი	56.1	33.7	2.4	5.5	.0	.4	1.2	.0	.0	.8	.0	.0	.0	.0	100.0	99.2	2,148
აჭარა	59.4	22.0	1.1	2.5	1.6	.8	9.1	.0	.1	.8	.0	.0	.0	2.6	100.0	96.5	3,782
გურია	16.8	22.9	.8	5.0	3.1	47.0	.2	.0	3.9	.2	.0	.0	.0	.0	100.0	95.9	1,419
სამეგრელო	18.8	24.9	1.7	.2	3.5	19.9	.3	.0	30.6	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	69.4	4,345
იმერეთი	49.7	25.1	.9	.9	1.9	16.2	1.6	.0	3.0	.6	.0	.0	.0	.0	100.0	96.4	7,005
მცხეთა-მთიანეთი	39.8	33.8	2.8	4.5	3.7	7.7	4.9	.1	1.2	.9	.0	.5	.1	.0	100.0	97.3	1,241
რაჭა-სვანეთი	17.4	67.4	2.5	3.6	.9	1.1	1.1	.0	1.5	4.3	.0	.1	.0	.0	100.0	94.1	584
საცხოვრებელი ადგილი																	
ქალაქი	86.9	8.9	.4	.3	.3	1.3	.2	.0	1.7	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	98.3	21,102
სოფელი	19.2	35.5	2.5	8.8	2.5	15.3	4.4	.1	9.0	1.8	.0	.2	.0	.6	100.0	88.4	21,751
ოჯახის უფროსის განათლების დონე																	
არანაირი	67.8	15.9	.9	3.2	.9	5.8	1.6	.0	3.0	.5	.0	.1	.0	.3	100.0	96.1	20,846
დაწყებითი	31.3	31.6	2.5	8.5	1.9	7.9	6.8	.0	5.5	3.7	.0	.2	.0	.0	100.0	90.6	1,577
საშუალო +	38.6	28.4	1.9	5.8	1.9	11.1	2.7	.1	7.9	1.0	.0	.1	.0	.4	100.0	90.5	20,424
არ უთქვამს	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	100.0	5
ქონებრივი კვინტილი																	
ქვედაზე დაბალი	.1	43.3	2.8	8.8	2.0	20.1	5.5	.1	13.1	3.1	.0	.1	.0	.8	100.0	82.7	7,634
მეორე	10.7	43.7	2.2	9.2	2.8	15.5	4.7	.1	8.9	1.6	.1	.1	.1	.6	100.0	88.7	9,175
საშუალო	54.2	23.1	1.9	4.6	2.1	6.8	1.5	.1	5.3	.0	.0	.3	.0	.2	100.0	94.2	9,180
მეოთხე	96.1	2.1	.3	.7	.1	.5	.2	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	99.9	7,621
უმაღლესი	99.9	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	100.0	9,242
სულ	52.5	22.4	1.4	4.6	1.4	8.4	2.3	.0	5.4	.9	.0	.1	.0	.3	100.0	93.2	42,853

[1] MICS ინდიკატორი 4.1; MDG ინდიკატორი 7.8

ცხრილი 3.1.5 შინამეურნეობიდან სასმელი წყლის წყარომდე მისასვლელად საჭირო დრო სასმელი წყლის გაუმჯობესებული და არაგაუმჯობესებული წყაროს მომხმარებლებისთვის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სასმელი წყლის წყარომდე მისასვლელად საჭირო დრო					სულ	შინამეურნეობათა რაოდენობა
	სასმელი წყლის გაუმჯობესებული წყაროს მომხმარებლები			სასმელი წყლის არაგაუმჯობესებული წყაროს მომხმარებლები			
	წყალი ადგილზე	30 წუთზე ნაკლები	30 წუთზე მეტი	30 წუთზე ნაკლები	30 წუთზე მეტი		
რეგიონი							
კახეთი	65.3	28.0	3.4	2.0	1.3	100.0	4,079
თბილისი	99.8	.2	.0	.0	.0	100.0	10,506
შიდა ქართლი	65.0	18.5	1.0	14.8	.8	100.0	3,052
ქვემო ქართლი	68.2	14.2	8.5	6.2	2.9	100.0	4,692
სამცხე-ჯავახეთი	92.1	5.8	1.2	.8	.0	100.0	2,148
აჭარა	82.5	6.1	7.8	1.3	2.3	100.0	3,782
გურია	40.5	51.8	3.6	3.8	.3	100.0	1,419
სამეგრელო	45.4	23.0	1.0	30.2	.4	100.0	4,345
იმერეთი	75.8	18.4	2.2	2.5	1.2	100.0	7,005
მცხეთა-მთიანეთი	76.5	17.8	3.0	2.1	.6	100.0	1,241
რაჭა-სვანეთი	87.3	5.9	.8	5.8	.1	100.0	584
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	96.1	1.9	.2	1.5	.2	100.0	21,102
სოფელი	57.3	25.8	5.3	9.9	1.7	100.0	21,751
ოჯახის უფროსის განათლების დონე							
არანაირი	84.6	9.7	1.8	3.3	.6	100.0	20,846
დაწყებითი	65.5	18.1	7.0	7.0	2.4	100.0	1,577
საშუალო +	68.9	18.1	3.4	8.3	1.2	100.0	20,424
არ ვიცი	100.0	.0	.0	.0	.0	100.0	5
ქონებრივი კვინტილის ინდექსი							
ყველაზე დაბალი	46.3	30.3	6.1	14.5	2.8	100.0	7,634
მეორე	56.6	26.8	5.2	9.9	1.4	100.0	9,175
საშუალო	79.2	12.6	2.4	5.1	.7	100.0	9,180
მეოთხე	98.5	1.1	.3	.1	.0	100.0	7,621
უმაღლესი	99.9	.1	.0	.0	.0	100.0	9,242
სულ	76.4	14.1	2.8	5.8	1.0	100.0	42,853

ცხრილი 3.1.6 შინამეურნეობებში სხვადასხვა ტიპის ტუალეტების პროცენტული მაჩვენებლები, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ტუალეტის ტიპი														
	გაუმჯობესებული ტუალეტი							არაგაუმჯობესებული ტუალეტი						სულ	შინამეურნეობათა რაოდენობა
	ჩასარეცხი ტუალეტი მიერთებული კანალიზაციის სისტემასთან	ჩასარეცხი ტუალეტი მიერთებული სეპტიკურ ცისტერნასთან	ჩასარეცხი ტუალეტი მიერთებული ორმოსთან	ჩასარეცხი ტუალეტი, რომელიც უცნობია რასთან არის მიერთებული	ეზოს საპირფარეშო გაუმჯობესებული ვენტილაციის სისტემით	ეზოს საპირფარეშო ცემენტის საფარით	ბიოტუალეტი	ტუალეტი, რომელიც უცნობია რასთან არის მიერთებული	ეზოს საპირფარეშო ცემენტის საფარის გარეშე	ვედრო	დაკიდული საპირფარეშო	სხვა	საპირფარეშო არ არის/ ბუჩქი/ მინდორი		
რეგიონი															
კახეთი	5.2	1.4	3.6	1.9	2.0	65.5	.3	2.1	18.0	.0	.0	.0	.0	100.0	4,079
თბილისი	94.8	.5	.7	.1	.5	2.2	.0	.1	1.0	.0	.0	.1	.0	100.0	10,506
შიდა ქართლი	18.5	1.1	.6	.1	1.7	57.0	.0	.1	19.2	.0	.0	1.5	.0	100.0	3,052
ქვემო ქართლი	32.9	2.9	2.3	.1	3.1	44.9	.1	.3	13.4	.0	.0	.0	.0	100.0	4,692
სამცხე-ჯავახეთი	20.9	.4	1.1	.0	3.4	27.6	.0	.9	40.0	.0	5.4	.1	.2	100.0	2,148
აჭარა	47.9	2.0	1.4	1.9	1.4	12.9	2.0	1.6	12.5	.0	16.3	.0	.0	100.0	3,782
გურია	12.4	1.6	.4	.3	1.0	68.8	.2	.2	15.0	.0	.0	.0	.0	100.0	1,419
სამეგრელო	11.3	1.3	.3	.1	5.2	68.0	.0	.0	13.8	.0	.0	.0	.0	100.0	4,345
იმერეთი	38.2	2.9	.5	.1	1.2	38.2	.4	.9	17.6	.0	.0	.0	.0	100.0	7,005
მცხეთა-მთიანეთი	24.7	2.0	4.2	.0	1.7	35.1	.4	.7	31.1	.0	.0	.0	.0	100.0	1,241
რაჭა-სვანეთი	6.0	1.3	1.1	.1	3.0	59.6	.2	.2	28.5	.0	.0	.0	.0	100.0	584
საცხოვრებელი ადგილი															
ქალაქი	81.9	1.0	.9	.1	.9	11.5	.0	.2	3.2	.0	.0	.3	.0	100.0	21,102
სოფელი	4.3	2.1	1.6	.7	2.9	58.8	.6	1.0	24.4	.0	3.4	.0	.0	100.0	21,751
ოჯახის უფროსის განათლების დონე															
არანაირი	59.8	1.9	1.0	.3	1.3	25.2	.3	.4	9.2	.0	.5	.1	.0	100.0	20,846
დაწყებითი	13.1	2.4	2.0	2.6	1.4	44.4	1.6	.5	21.8	.0	9.9	.2	.1	100.0	1,577
საშუალო +	27.2	1.2	1.4	.4	2.6	45.3	.2	.9	18.2	.0	2.3	.2	.0	100.0	20,424
არ ვიცი	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	5
ქონებრივი კვინტილის ინდექსი															
ყველაზე დაბალი	.0	.0	.0	.0	2.6	63.8	.9	.0	30.5	.0	1.9	.1	.0	100.0	7,634
მეორე	.2	.2	.4	.9	2.7	65.1	.3	.3	24.9	.0	4.8	.2	.0	100.0	9,175
საშუალო	23.0	3.8	3.8	1.0	3.5	45.9	.3	2.1	14.7	.0	1.6	.3	.0	100.0	9,180
მეოთხე	91.2	3.3	1.6	.2	.6	2.0	.0	.6	.3	.0	.0	.1	.0	100.0	7,621
უმაღლესი	98.9	.7	.4	.0	.0	.1	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	9,242
სულ	42.5	1.6	1.3	.4	1.9	35.5	.3	.6	14.0	.0	1.7	.1	.0	100.0	42,853

ცხრილი 3.1.7 შინამეურნეობებში სასმელი წყლის წყაროსა და სხვადასხვა ტიპის ტუალეტის პროცენტული მაჩვენებელი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	შინამეურნეობათა მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომელიც სარგებლობს:									შინამეურნეობათა რაოდენობა
	გაუმჯობესებული სასმელი წყალი[1]		არაგაუმჯობესებული სასმელი წყალი	სულ	გაუმჯობესებული ტუალეტის ტიპი [2]	არაგაუმჯობესებული ტუალეტის ტიპი		სულ	გაუმჯობესებული სასმელის წყლის წყაროები და გაუმჯობესებული ტუალეტის ტიპი	
	ონკანის წყალი სახლში, ეზოში ან საკუთარ ტერიტორიაზე	სხვა გაუმჯობესებული				არაგაუმჯობესებული ტუალეტის ტიპი	ღია დეფეკაცია			
რეგიონი										
კახეთი	60.5	36.2	3.3	100.0	79.9	20.1	.0	100.0	79.1	4,079
თბილისი	99.6	.4	.0	100.0	98.8	1.2	.0	100.0	98.8	10,506
შიდა ქართლი	63.3	21.2	15.5	100.0	79.2	20.8	.0	100.0	68.9	3,052
ქვემო ქართლი	66.6	24.3	9.1	100.0	86.2	13.7	.0	100.0	78.2	4,692
სამცხე-ჯავახეთი	89.7	9.4	.8	100.0	53.3	46.5	.2	100.0	52.6	2,148
აჭარა	81.4	15.0	3.5	100.0	69.5	30.5	.0	100.0	68.4	3,782
გურია	39.7	56.3	4.1	100.0	84.8	15.2	.0	100.0	81.0	1,419
სამეგრელო	43.8	25.6	30.6	100.0	86.2	13.8	.0	100.0	61.1	4,345
იმერეთი	74.9	21.5	3.6	100.0	81.5	18.5	.0	100.0	79.9	7,005
მცხეთა-მთიანეთი	73.6	23.7	2.7	100.0	68.2	31.8	.0	100.0	66.5	1,241
რაჭა-სვანეთი	84.8	9.2	5.9	100.0	71.2	28.7	.0	100.0	68.5	584
ადგილი										
ქალაქი	95.7	2.5	1.7	100.0	96.3	3.7	.0	100.0	95.0	21,102
სოფელი	54.8	33.6	11.6	100.0	71.1	28.8	.0	100.0	62.9	21,751
ოჯახის თავის განათლება										
არანაირი	83.6	12.5	3.9	100.0	89.8	10.2	.0	100.0	87.1	20,846
დაწყებითი	63.0	27.6	9.4	100.0	67.5	32.4	.1	100.0	61.7	1,577
საშუალო +	67.0	23.5	9.5	100.0	78.3	21.7	.0	100.0	71.4	20,424
არ ვიცი	100.0	.0	.0	100.0	100.0	.0	.0	100.0	100.0	5
ქონებრივი კვინტილის ინდექსი										
ყველაზე დაბალი	43.4	39.3	17.3	100.0	67.4	32.6	.0	100.0	56.3	7,634
მეორე	54.4	34.3	11.3	100.0	69.7	30.2	.0	100.0	61.5	9,175
საშუალო	77.3	16.9	5.8	100.0	81.3	18.7	.0	100.0	76.3	9,180
მეოთხე	98.2	1.8	.1	100.0	98.9	1.1	.0	100.0	98.8	7,621
უმაღლესი	99.9	.1	.0	100.0	100.0	.0	.0	100.0	100.0	9,242
სულ	74.9	18.3	6.8	100.0	83.5	16.5	.0	100.0	78.7	42,853

[1] MICS ინდიკატორი 4.1; MDG ინდიკატორი 7.8
[2] MICS ინდიკატორი 4.3; MDG ინდიკატორი 7.9

ცხრილი 3.1.8 შინამეურნეობებში ხანგრძლივი მოხმარების ნივთების ან ქონების არსებობა, საცხოვრებელი ადგილისა და რეგიონების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		რეგიონი										
		ქალაქი	სოფელი	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
ტელევიზორი	96.6	97.9	95.1	97.0	97.9	96.1	94.5	96.2	96.3	97.5	95.9	97.7	91.6	90.7
მობილური ტელეფონი	74.5	81.9	66.5	73.8	85.7	65.4	70.3	79.2	73.3	62.4	64.2	74.0	71.7	57.4
მაცივარი	78.8	89.1	67.9	76.8	92.3	72.7	73.4	73.1	81.0	58.9	72.2	77.7	69.5	57.2
სახლის ტელეფონი	56.0	72.5	38.3	44.3	81.9	42.7	47.7	47.2	39.0	49.0	36.7	62.0	34.1	35.9
ავტომობილი	25.2	28.1	22.0	28.1	30.7	17.4	24.2	31.3	21.4	16.2	21.0	25.0	22.4	12.5
კომპიუტერი	21.0	35.2	5.8	8.2	47.0	7.8	15.0	13.0	19.5	4.5	7.5	15.6	10.6	3.1
ინტერნეტი	19.7	34.0	4.4	7.1	46.0	7.1	13.4	10.5	19.2	3.9	6.2	13.6	7.9	2.1
ვიდეო/DVD მაგნიტოფონი	18.6	26.0	10.6	12.1	31.0	7.8	18.3	30.4	19.2	6.4	9.2	14.6	13.8	5.2
სატელიტური თეფში	21.3	13.9	29.2	29.0	8.3	15.8	33.2	65.0	39.3	12.7	18.1	13.2	30.3	37.7
აგარაკი	6.9	12.2	1.2	0.8	17.5	1.6	3.5	1.8	8.7	1.8	1.7	4.4	2.1	1.1
კონდიციონერი	3.8	6.9	0.5	0.3	9.4	0.6	2.0	0.5	7.7	0.3	0.9	2.3	1.5	0.0
შინამეურნეობათა რაოდენობა	**12,904**	**5,708**	**7,196**	**1,024**	**2,636**	**817**	**1,020**	**822**	**621**	**1,003**	**1,050**	**1,633**	**821**	**1,457**

ცხრილი 3.1.9 შინამეურნეობის ტიპი საცხოვრებელი ადგილისა და რეგიონის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

შინამეურნეობის ტიპი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		რეგიონი										
		ქალაქი	სოფელი	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
ცხოვრობს საკუთარ ბინაში ან სახლში	93.3	88.9	97.9	98.7	84.1	93.3	95.8	97.8	95.2	98.2	95.5	97.6	94.4	98.4
ცხოვრობს ნაქირავებ ოთახში, ბინაში ან სახლში	4.4	8.0	0.5	1.0	11.9	0.7	2.6	0.9	4.2	0.6	2.1	1.3	2.1	0.8
ცხოვრობს საკუთარ ოჯახთან	1.5	2.2	0.8	0.1	2.8	4.4	0.8	0.5	0.0	0.7	1.7	0.7	1.0	0.6
ცხოვრობს ნათესავებთან	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.0	0.4	0.5	0.3	0.2	0.4	0.2	1.1	0.1
სხვა	0.5	0.6	0.4	0.0	0.8	1.6	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	1.5	0.1
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შინამეურნეობათა რაოდენობა	12,904	5,708	7,196	1,024	2,636	817	1,020	822	621	1,003	1,050	1,633	821	1,457

ცხრილი 3.1.10 ოთახების რაოდენობა შინამეურნეობაში, საცხოვრებელი ადგილისა და რეგიონების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ოთახების რაოდენობა*	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		რეგიონი										
		ქალაქი	სოფელი	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
1	8.5	14.0	2.6	1.3	19.5	7.5	7.7	3.2	5.6	2.5	3.3	4.2	8.9	2.7
2	20.1	28.2	11.4	7.5	34.2	17.9	21.1	14.4	21.9	13.4	10.7	14.1	21.7	13.5
3	22.5	27.8	17.0	12.0	28.8	20.9	23.9	27.7	25.0	14.3	18.5	20.3	23.4	21.6
4	20.4	15.8	25.3	23.1	13.2	24.1	23.0	26.4	21.4	27.3	24.0	19.6	23.8	29.8
5	10.4	6.1	15.0	14.8	2.7	11.8	11.2	13.6	11.4	14.5	15.5	12.9	9.0	17.4
6	8.5	4.0	13.4	18.6	1.3	6.6	7.4	8.2	7.2	15.1	12.0	13.1	5.8	10.3
7 ან მეტი	9.5	4.1	15.3	22.7	0.4	11.3	5.7	6.6	7.4	13.1	16.0	15.8	7.4	4.8
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ოთახების საშუალო რაოდენობა	3.8	3.0	4.6	5.2	2.5	3.9	3.6	3.9	3.7	4.5	4.5	4.5	3.6	4.0
შინამეურნეობათა რაოდენობა	12,904	5,708	7,196	1,024	2,636	817	1,020	822	621	1,003	1,050	1,633	821	1,457

* სამზარეულოს და სააბაზანოს გამოკლებით

ცხრილი 3.2.1 შერჩეული ქალების მახასიათებლები, რომლებთანაც სრულად ჩატარდა ინტერვიუ, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		
		თბილისი	სხვა ქალაქი	სოფელი
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–19	17.9	17.2	17.7	18.6
20–24	18.9	20.3	18.9	18.0
25–29	16.6	16.3	16.3	17.0
30–34	16.3	17.2	16.2	15.9
35–39	15.8	14.9	16.3	16.1
40–44	14.4	14.1	14.5	14.5
ოჯახური მდგომარეობა				
კანონიერი ქორწინება	57.9	50.2	57.2	62.8
ნებაყოფლობითი თანაცხოვრება	1.2	1.4	1.3	1.2
განათხოვარი	6.5	8.7	7.2	4.8
გაუთხოვარი	34.4	39.8	34.2	31.2
ბავშვების რაოდენობა				
0	41.3	46.8	41.6	37.9
1	19.0	21.8	20.7	16.5
2	29.5	25.3	29.7	31.8
3	8.3	5.1	6.5	11.2
4 ან მეტი	1.9	1.1	1.5	2.6
განათლების დონე				
არასრული საშუალო ან ნაკლები	22.6	12.6	17.8	31.2
სრული საშუალო	24.7	17.5	21.7	30.6
ტექნიკუმი	13.2	10.0	14.1	14.6
უნივერსიტეტი	39.4	60.0	46.5	23.6
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	14.6	0.5	3.5	28.9
მეორე	19.5	0.3	7.6	37.3
საშუალო	21.5	4.6	26.0	28.9
მეოთხე	18.5	27.9	34.9	4.0
უმაღლესი	25.9	66.7	27.9	0.9
დასაქმება				
დასაქმებული	21.3	30.9	25.7	13.3
უმუშევარი	78.7	69.1	74.3	86.7
ეთნიკური წარმომავლობა				
ქართველი	86.9	91.3	92.5	81.2
აზერბაიჯანელი	5.2	0.9	2.3	9.3
სომეხი	5.2	4.2	2.8	7.0
სხვა	2.8	3.6	2.4	2.5
რელიგია				
მართლმადიდებელი	82.4	92.1	89.2	73.0
სხვა ქრისტიანული რელიგია	4.9	4.8	3.3	6.0
მუსლიმი	10.5	1.0	6.2	18.4
სხვა	1.6	1.7	0.9	2.0
არა აქვს რელიგია	0.5	0.4	0.5	0.6
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების რაოდენობა	6,292	1,426	1,549	3,317

ცხრილი 3.2.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები ასაკის, ოჯახური მდგომარეობისა და განათლების მიხედვით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ასაკობრივი ჯგუფი	ოჯახური მდგომარეობა				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	კანონიერი ქორწინება	ნებაყოფლობითი თანაცხოვრება	განქორწინებული ან დაშორებული	არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში		
15–19	10.3	0.3	0.8	88.5	100.0	861
20–24	47.1	1.6	3.2	48.2	100.0	1,099
25–29	69.5	1.5	4.2	24.8	100.0	1,191
30–34	77.0	1.0	8.8	13.1	100.0	1,168
35–39	77.4	1.8	10.8	10.1	100.0	1,051
40–44	75.0	1.4	13.2	10.5	100.0	922
Total	57.9	1.2	6.5	34.4	100.0	6,292
ასაკობრივი ჯგუფი	**განათლება**				**სულ**	**შემთხვევათა რაოდენობა**
	არასრული საშუალო ან ნაკლები	სრული საშუალო	ტექნიკუმი	უმაღლესი		
15–19	57.4	29.6	2.4	10.7	100.0	861
20–24	12.7	31.4	12.7	43.3	100.0	1,099
25–29	14.1	24.9	11.9	49.2	100.0	1,191
30–34	16.7	22.8	14.0	46.5	100.0	1,168
35–39	16.8	22.4	14.6	46.2	100.0	1,051
40–44	15.5	14.5	26.5	43.5	100.0	922
Total	22.6	24.7	13.2	39.4	100.0	6,292

ცხრილი 3.2.3 შინამეურნეობებში ქალების განათლების დონე და განათლების მიღებაზე დახარჯული წლების საშუალო რაოდენობა, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მიღებული განათლების დონე							სულ	შემთხვევების რაოდენობა*	განათლების მისაღებად დახარჯული წლების საშუალო რაოდენობა
	განათლება არა აქვს	სკოლამდელი	დაწყებითი (1–6 კლასი)	საბაზისო საშუალო (7–9 კლასი)	სრული საშუალო (10–12 კლასი)	პროფესიული	უმაღლესი			
სულ	2.8	1.8	8.8	11.5	31.0	11.9	32.2	100.0	21,117	10.8
ასაკი										
3–9	23.5	24.8	51.6	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	1,466	1.0
10–14	0.6	0.0	45.7	52.0	1.7	0.0	0.0	100.0	1,263	5.5
15–19	0.9	0.0	0.8	14.9	63.3	3.6	16.6	100.0	1,415	10.1
20–24	1.2	0.0	1.0	5.3	30.4	10.8	51.4	100.0	1,444	12.1
25–29	0.8	0.0	1.5	7.3	28.0	10.2	52.1	100.0	1,380	13.1
30–34	1.1	0.1	0.6	8.2	27.2	12.0	50.7	100.0	1,331	12.5
35–39	0.7	0.0	0.6	6.3	29.0	12.0	51.4	100.0	1,303	12.7
40–44	0.5	0.0	0.4	4.8	24.0	19.7	50.6	100.0	1,278	12.4
45–49	0.9	0.0	0.3	4.2	35.3	20.9	38.3	100.0	1,783	11.5
50–54	1.3	0.1	1.4	6.1	35.3	18.5	37.4	100.0	1,686	11.4
55–59	1.3	0.0	1.5	7.6	36.0	19.3	34.2	100.0	1,407	11.2
60–64	1.5	0.0	3.6	9.2	37.0	15.5	33.1	100.0	1,267	11.0
65–69	1.4	0.0	4.0	14.2	39.7	13.0	27.7	100.0	920	10.5
70–74	1.6	0.0	6.7	18.1	42.8	12.3	18.5	100.0	1,416	9.9
75–79	3.2	0.3	9.8	20.7	39.0	10.0	17.0	100.0	803	9.7
80 ან მეტი	4.6	0.0	17.0	22.6	31.5	6.5	17.8	100.0	955	9.4
საცხოვრებელი ადგილი										
ქალაქი	1.7	2.4	7.3	7.2	24.1	12.0	45.4	100.0	9,279	11.7
სოფელი	4.1	1.2	10.3	16.0	38.2	11.7	18.6	100.0	11,838	10.0
რეგიონი										
კახეთი	7.7	1.7	10.3	17.2	32.5	12.6	18.1	100.0	1,694	10.0
თბილისი	1.6	2.3	6.9	5.8	19.5	10.1	53.8	100.0	4,308	13.0
შიდა ქართლი	2.2	1.1	9.2	10.5	37.1	12.0	27.9	100.0	1,367	10.4
ქვემო ქართლი	4.4	1.7	13.2	16.3	31.3	10.1	23.1	100.0	1,752	9.9
სამცხე-ჯავახეთი	3.2	1.2	10.2	11.9	40.4	9.6	23.5	100.0	1,555	9.8
აჭარა	3.6	0.9	11.3	14.4	32.7	12.7	24.5	100.0	1,209	11.1
გურია	1.9	1.3	7.2	20.5	34.4	19.6	15.1	100.0	1,574	9.9
სამეგრელო	2.1	1.3	6.4	11.2	43.4	10.1	25.5	100.0	1,728	10.4
იმერეთი	1.5	2.5	7.4	10.7	32.9	14.3	30.7	100.0	2,602	10.7
მცხეთა-მთიანეთი	3.0	2.3	9.9	12.6	30.4	17.1	24.7	100.0	1,334	10.6
რაჭა-სვანეთი	2.5	0.9	9.7	14.4	37.8	10.8	24.0	100.0	1,994	10.1
ქონებრივი კვინტილი										
ყველაზე დაბალი	5.2	0.7	11.0	20.3	39.9	9.9	13.1	100.0	4,748	9.6
მეორე	4.0	1.3	10.2	14.3	39.7	11.9	18.6	100.0	4,806	10.1
საშუალო	2.2	2.0	9.2	11.4	33.9	13.6	27.7	100.0	4,507	10.5
მეოთხე	1.9	2.4	6.8	7.2	26.0	14.3	41.3	100.0	3,341	11.5
უმაღლესი	1.3	2.5	6.9	5.3	17.0	9.6	57.4	100.0	3,715	14.0

*გამოირიცხა 2 ქალი, რომელთა განათლების დონე უცნობი იყო.

ცხრილი 3.2.4 შინამეურნეობებში მამაკაცების განათლების დონე და განათლების მიღებაზე დახარჯული წლების საშუალო რაოდენობა, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მიღებული განათლების უმაღლესი დონე							სულ	შემთხვევების რაოდენობა*	განათლების მისაღებად დახარჯული წლების საშუალო რაოდენობა
	განათლება არა აქვს	სკოლამდელი	დაწყებითი (1–6 კლასი)	საბაზისო საშუალო (7–9 კლასი)	სრული საშუალო (10–12 კლასი)	პროფესიული	უმაღლესი			
სულ	3.1	2.1	9.2	10.3	34.9	11.0	29.4	100.0	19,482	10.7
ასაკობრივი ჯგუფი										
3–9	25.0	24.0	50.9	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	1,606	1.0
10–14	1.1	0.2	49.4	48.5	0.7	0.1	0.0	100.0	1,338	5.2
15–19	1.1	0.0	0.8	15.3	66.0	2.5	14.4	100.0	1,582	10.0
20–24	1.2	0.0	1.1	6.1	41.4	7.6	42.7	100.0	1,548	11.6
25–29	0.5	0.0	1.1	6.8	36.4	8.7	46.5	100.0	1,507	11.8
30–34	1.1	0.1	0.7	6.4	36.0	11.3	44.5	100.0	1,410	11.7
35–39	1.0	0.0	0.8	4.5	39.6	13.4	40.6	100.0	1,292	11.5
40–44	0.9	0.1	0.4	4.3	36.5	17.5	40.2	100.0	1,302	11.5
45–49	0.6	0.0	0.5	3.2	37.8	19.6	38.2	100.0	1,481	11.4
50–54	1.0	0.0	1.3	3.8	39.9	19.5	34.5	100.0	1,450	11.3
55–59	1.2	0.0	0.7	4.8	37.0	20.3	36.0	100.0	1,209	11.4
60–64	0.6	0.0	1.6	7.7	39.9	17.4	32.8	100.0	982	11.0
65–69	0.8	0.0	2.2	13.8	43.4	13.3	26.6	100.0	701	10.7
70–74	1.3	0.0	3.6	17.1	40.9	13.3	23.7	100.0	944	10.1
75–79	2.9	0.2	11.1	20.8	39.0	8.8	17.1	100.0	543	9.6
80 ან მეტი	3.0	0.3	13.9	23.9	32.0	7.5	19.4	100.0	587	9.4
ადგილი										
ქალაქი	2.2	2.9	8.6	6.6	26.5	10.5	42.7	100.0	7,936	11.6
სოფელი	4.0	1.4	9.8	13.6	42.4	11.4	17.4	100.0	11,546	10.0
რეგიონი										
კახეთი	7.6	1.4	10.3	13.7	40.1	11.4	15.6	100.0	1,647	10.0
თბილისი	1.9	3.0	8.5	5.4	21.6	8.9	50.7	100.0	3,638	12.3
შიდა ქართლი	3.4	1.3	8.2	11.3	39.3	12.0	24.5	100.0	1,271	10.3
ქვემო ქართლი	4.4	1.5	13.1	15.0	35.9	8.4	21.8	100.0	1,622	9.9
სამცხე-ჯავახეთი	4.3	1.2	10.1	8.4	45.7	10.1	20.1	100.0	1,410	9.9
აჭარა	2.8	1.9	10.6	11.8	34.4	13.4	25.1	100.0	1,134	11.1
გურია	2.1	1.0	8.0	16.8	40.2	17.7	14.2	100.0	1,534	9.9
სამეგრელო	2.8	1.4	7.4	9.2	48.0	8.5	22.6	100.0	1,661	10.3
იმერეთი	1.7	3.1	8.1	9.8	34.7	13.5	29.0	100.0	2,362	10.6
მცხეთა-მთიანეთი	2.4	2.6	9.4	13.0	34.7	15.1	22.7	100.0	1,253	10.6
რაჭა-სვანეთი	1.7	0.9	8.6	14.9	45.6	9.2	18.9	100.0	1,950	10.0
ქონებრივი კვინტილი										
ყველაზე დაბალი	4.9	0.9	10.2	16.8	44.9	10.4	12.0	100.0	4,376	9.7
მეორე	4.1	1.5	9.7	12.8	43.0	11.5	17.4	100.0	4,691	10.1
საშუალო	2.7	1.9	9.6	10.2	38.8	11.9	24.9	100.0	4,318	10.5
მეოთხე	2.1	2.4	8.3	7.2	28.5	13.1	38.4	100.0	2,798	11.4
უმაღლესი	1.8	3.7	8.4	4.7	18.9	8.3	54.2	100.0	3,299	13.3

* არ ასახავს 1 კაცს, რომლის განათლების უმაღლესი დონე უცნობი იყო.

ცხრილი 3.3.1 პირველკლასელთა მზაობა სკოლისთვის, რომლებიც სკოლაში შესვლამდე ერთი წლის განმავლობაში დადიოდნენ სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში, პროცენტული მაჩვენებლები სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით საქართველო, 2010-2011 წელი

მახასიათებელი	პირველკლასელთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებიც სკოლაში შესვლამდე ერთი წლის განმავლობაში დადიოდნენ სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში	პირველკლასელთა რაოდენობა
სქესი		
მამრობითი	42.5	227
მდედრობითი	38.3	224
რეგიონი		
კახეთი	21.6	37
თბილისი	52.3	86
შიდა ქართლი	25.9	27
ქვემო ქართლი	41.7	36
სამცხე-ჯავახეთი	16.7	36
აჭარა	48.0	25
გურია	34.2	41
სამეგრელო	37.1	35
იმერეთი	43.8	73
მცხეთა-მთიანეთი	53.6	28
რაჭა-სვანეთი	22.2	27
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	49.9	196
სოფელი	30.5	255
ქონებრივი კვინტილი		
ყველაზე დაბალი	26.2	102
მეორე	28.3	89
საშუალო	39.9	101
მეოთხე	53.5	68
უმაღლესი	51.4	91
სულ	40.4	451

[1] MICS ინდიკატორი 7.2

ცხრილი 3.3.2 დაწყებით სკოლაში შესვლა.
დაწყებითი სკოლისთვის შესაბამისი ასაკის ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებლები სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით, რომლებიც შედიან პირველ კლასში (დასწრების წმინდა მაჩვენებელი), საქართველო, 2010-2011

მახასიათებელი	დაწყებითი სკოლისთვის შესაბამისი ასაკის ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებიც შედიან პირველ კლასში [1]	დაწყებითი სკოლისთვის შესაბამისი ასაკის ბავშვთა რაოდენობა
სქესი		
მამრობითი	84.1	476
მდედრობითი	81.6	440
რეგიონი		
კახეთი	77.5	89
თბილისი	86.9	183
შიდა ქართლი	82.4	51
ქვემო ქართლი	78.7	89
სამცხე-ჯავახეთი	82.1	67
აჭარა	84.8	46
გურია	83.3	72
სამეგრელო	88.9	63
იმერეთი	80.0	135
მცხეთა-მთიანეთი	84.5	58
რაჭა-სვანეთი	85.7	63
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	84.5	399
სოფელი	81.1	517
ქონებრივი კვინტილი		
ყველაზე დაბალი	79.2	182
მეორე	81.7	208
საშუალო	76.8	210
მეოთხე	86.6	135
უმაღლესი	89.4	181
სულ	82.8	916

[1] MICS ინდიკატორი 7.3

ცხრილი 3.3.3 მოსწავლეთა დასწრება დაწყებით კლასებში; დაწყებითი კლასებისთვის შესაბამისი ასაკის ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებლები სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით, რომლებიც დადიან დაწყებით ან მაღალ კლასებში (დასწრების წმინდა მაჩვენებელი). საქართველო, 2010-2011 წლები

მახასიათებელი	მამრობითი		მდედრობითი		სულ	
	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (მისადაგებული) [1]	ბავშვების რაოდენობა	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (მისადაგებული) [1]	ბავშვების რაოდენობა	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (მისადაგებული) [1]	ბავშვების რაოდენობა
რეგიონი						
კახეთი	95.7	116	90.8	109	93.3	225
თბილისი	96.6	265	97.4	234	97.0	499
შიდა ქართლი	96.6	89	100.0	85	98.3	174
ქვემო ქართლი	92.4	145	94.7	113	93.4	258
სამცხე-ჯავახეთი	92.7	109	96.7	91	94.5	200
აჭარა	95.9	73	96.3	80	96.1	153
გურია	99.0	103	93.4	91	96.4	194
სამეგრელო	94.6	112	95.5	89	95.0	201
იმერეთი	94.7	170	97.2	144	95.9	314
მცხეთა-მთიანეთი	98.8	84	96.4	84	97.6	168
რაჭა-სვანეთი	99.2	118	96.3	107	97.8	225
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	96.3	589	97.2	511	96.7	1100
სოფელი	94.5	795	95.1	716	94.7	1511
ასაკი სასწავლო წლის დასაწყისისთვის						
6	83.5	219	85.7	209	84.6	428
7	97.1	227	97.5	201	97.3	428
8	99.0	238	98.1	191	98.6	429
9	99.4	199	98.4	196	98.9	395
10	98.0	278	98.7	226	98.3	504
11	95.0	223	98.8	204	96.8	427
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	93.1	267	91.7	259	92.4	526
მეორე	93.2	326	97.1	300	95.0	626
საშუალო	98.0	342	96.6	261	97.4	603
მეოთხე	97.6	191	96.6	183	97.1	374
უმაღლესი	94.8	258	97.8	224	96.2	482
სულ	95.4	1384	96.1	1227	95.7	2611

[1] MICS ინდიკატორი 7.4; MDG ინდიკატორი 2.1

ცხრილი 3.3.4 მოსწავლეთა დასწრება მაღალ კლასებში. მაღალი კლასებისთვის შეასბამისი ასაკის მოსწავლეთა პროცენტული მაჩვენებლები სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით, რომლებიც დადიან მაღალ კალსებში (დასწრების წმინდა მაჩვენებელი) და ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც დადიან დაწყებით კლასებში საქართველო, 2010-2011

მახასიათებელი	მამრობითი			მდედრობითი			სულ		
	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (შესწორებული) [1]	პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ესწრებიან დაწყებით კლასებს	ბავშვების რაოდენობა	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (მისადაგებული) [1]	პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ესწრებიან დაწყებით კლასებს	ბავშვების რაოდენობა	დასწრების წმინდა მაჩვენებელი (მისადაგებული) [1]	პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ესწრებიან დაწყებით კლასებს	ბავშვების რაოდენობა
რეგიონი									
კახეთი	72.7	11.6	121	81.8	6.4	110	77.1	9.1	231
თბილისი	86.9	7.6	237	87.2	7.4	243	87.1	7.5	480
შიდა ქართლი	90.8	5.1	98	91.3	4.9	103	91.0	5.0	201
ქვემო ქართლი	79.9	11.7	154	81.0	10.2	137	80.4	11.0	291
სამცხე-ჯავახეთი	81.2	11.9	101	83.9	11.0	118	82.7	11.4	219
აჭარა	89.1	5.4	92	90.9	6.8	88	90.0	6.1	180
გურია	90.0	7.0	100	93.5	2.2	92	91.7	4.7	192
სამეგრელო	86.6	6.7	119	90.2	2.7	112	88.3	4.8	231
იმერეთი	90.1	7.4	162	91.1	7.0	158	90.6	7.2	320
მცხეთა-მთიანეთი	88.0	2.2	92	85.5	5.8	69	87.0	3.7	161
რაჭა-სვანეთი	88.8	7.5	161	87.7	8.7	138	88.3	8.0	299
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	87.9	7.4	576	87.7	6.9	572	87.8	7.2	1148
სოფელი	83.2	8.7	861	87.3	6.9	796	85.2	7.8	1657
ასაკი სასწავლო წლის დასაწყისისთვის									
12	61.0	36.4	279	64.1	32.0	268	62.5	34.2	547
13	92.6	3.7	272	93.7	2.1	290	93.2	2.8	562
14	92.0	1.0	286	96.9	0.5	275	94.4	0.7	561
15	92.2	0.4	299	91.2	0.0	285	91.7	0.2	584
16	88.8	0.0	301	91.3	0.0	250	89.9	0.0	551
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	76.1	8.7	291	89.5	4.2	330	83.3	6.3	621
მეორე	85.6	9.9	373	83.6	8.7	292	84.7	9.4	665
საშუალო	88.4	5.8	328	84.9	10.1	313	86.7	7.9	641
მეოთხე	86.5	7.4	200	89.6	6.1	182	88.0	6.8	382
უმაღლესი	88.3	8.4	245	90.1	5.1	251	89.2	6.7	496
სულ	85.4	8.1	1437	87.5	6.9	1368	86.4	7.5	2805

[1] MICS ინდიკატორი 7.5

ცხრილი 3.3.5 მოსწავლეთა გადასვლა დაწყებითი კლასებიდან მაღალ კლასებში. დაწყებითი კლასების დასრულების და მაღალ კლასებში გადასვლის სიხშირე, საქართველო, 2010-2011 წელი

მახასიათებელი	დაწყებითი სკოლის დასრულების მაჩვენებელი [1]	დაწყებითი სკოლის დასასრულებელი ასაკის ბავშვთა რაოდენობა	საშუალო სკოლაში გადასვლის მაჩვენებელი [2]	რომლებიც იყვნენ დაწყებითი სკოლის დამამთავრებელ კლასში წინა წელს
სქესი				
მამრობითი	89.3	279	100.0	244
მდედრობითი	83.8	268	99.4	209
რეგიონი				
კახეთი	85.7	49	100.0	37
თბილისი	84.7	111	98.8	86
შიდა ქართლი	85.4	41	100.0	34
ქვემო ქართლი	89.1	64	100.0	44
სამცხე-ჯავახეთი	82.9	41	100.0	35
აჭარა	85.7	28	100.0	28
გურია	84.4	32	100.0	34
სამეგრელო	92.1	38	100.0	33
იმერეთი	84.2	57	100.0	47
მცხეთა-მთიანეთი	96.9	32	100.0	29
რაჭა-სვანეთი	100.0	54	100.0	46
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	83.7	240	99.4	190
სოფელი	89.5	307	100.0	263
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	80.4	108	100.0	93
მეორე	89.6	128	100.0	102
საშუალო	91.5	125	100.0	110
მეოთხე	92.3	80	100.0	62
უმაღლესი	79.7	106	98.8	86
სულ	86.6	547	99.7	453

[1] MICS ინდიკატორი 7.7

[2] MICS ინდიკატორი 7.8

ცხრილი 3.3.6 გენდერული ბალანსი
გოგონების დასწრების წმინდა მაჩვენებლის შეფარდება ვაჟების დასწრების წმინდა მაჩვენებელთან საშუალო სკოლის დაწყებით და მაღალ კლასებში, საქართველო, 2010-2011 წლები

მახასიათებელი	დაწყებით კლასებში დასწრების წმინდა მაჩვენებელი, გოგონები	დაწყებით კლასებში დასწრების წმინდა მაჩვენებელი, ვაჟები	დაწყებით კლასებში გენდერული ბალანსის ინდექსი მისადაგებული დასწრების წმინდა მაჩვენებელთან	მაღალ კლასებში დასწრების წმინდა მაჩვენებელი, გოგონები	მაღალ კლასებში დასწრების წმინდა მაჩვენებელი, ვაჟები	მაღალ კლასებში გენდერული ბალანსის ინდექსი მისადაგებული დასწრების წმინდა მაჩვენებელთან
რეგიონი						
კახეთი	90.8	95.7	0.95	81.8	72.7	1.12
თბილისი	97.4	96.6	1.01	87.2	86.9	1.00
შიდა ქართლი	100.0	96.6	1.03	91.3	90.8	1.00
ქვემო ქართლი	94.7	92.4	1.02	81.0	79.9	1.01
სამცხე-ჯავახეთი	96.7	92.7	1.04	83.9	81.2	1.03
აჭარა	96.3	95.9	1.00	90.9	89.1	1.02
გურია	93.4	99.0	0.94	93.5	90.0	1.04
სამეგრელო	95.5	94.6	1.01	90.2	86.6	1.04
იმერეთი	97.2	94.7	1.03	91.1	90.1	1.01
მცხეთა-მთიანეთი	96.4	98.8	0.98	85.5	88.0	0.97
რაჭა-სვანეთი	96.3	99.2	0.97	87.7	88.8	0.99
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	97.2	96.3	1.01	87.7	87.9	1.00
სოფელი	95.1	94.5	1.01	87.3	83.2	1.05
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	91.7	93.1	0.98	89.5	76.1	1.18
მეორე	97.1	93.2	1.04	83.6	85.6	0.98
საშუალო	96.6	98.0	0.99	84.9	88.4	0.96
მეოთხე	96.6	97.6	0.99	89.6	86.5	1.04
უმაღლესი	97.8	94.8	1.03	90.1	88.3	1.02
სულ	96.1	95.4	1.01	87.5	85.4	1.02

[1] MICS ინდიკატორი 7.9; MDG ინდიკატორი 3.1
[2] MICS ინდიკატორი 7.10; MDG ინდიკატორი 3.1

თავი 4

შობადობის და ორსულობის გამოცდილება

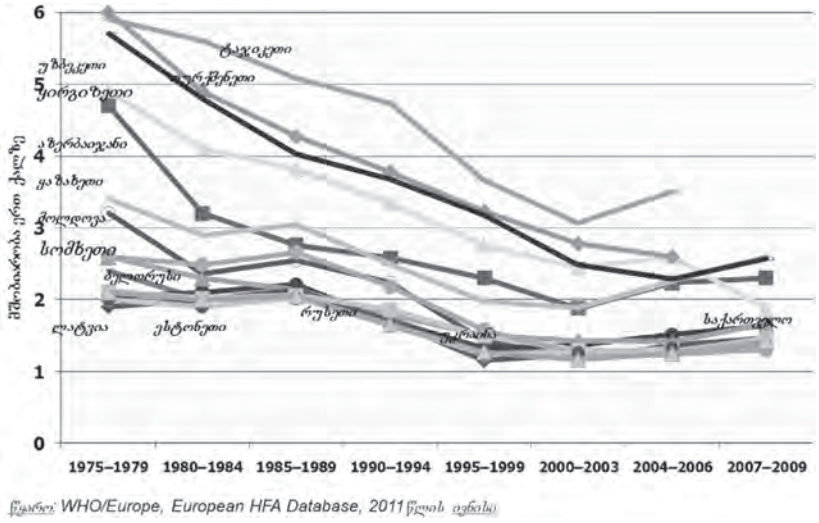
კვლევის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენდა შობადობისა და ორსულობის გამოცდილების ამჟამინდელი დონეებისა და ტენდენციების განსაზღვრა და რეპროდუქციულ ქცევაზე გავლენის მქონე შესაძლო ფაქტორების დადგენა. რეპროდუქციული მოდელის შესახებ ინფორმაციის მოსაპოვებლად კვლევა მოიცავდა შეკითხვათა რიგს ორსულობის, ხელოვნური აბორტების, ოჯახის სასურველი ზომის და შობადობის უპირატესობის და ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ყველა ორსულობის დადგეგმვის სტატუსის შესახებ. კვლევაზე დამყარებული სტატისტიკური მონაცემები ორსულობის შესახებ აღებულია ორსულობის ისტორიიდან და მოიცავს ინფორმაციას მშობიარობის, აბორტისა და ორსულობის შეწყვეტის ყველა შემთხვევის შესახებ, რაც გულისხმობს ასევე ინფორმაციას ორსულობის შედეგების, ორსულობის ხანგრძლივობის თარიღებისა და ცოცხლადშობილთა გადარჩენის სტატუსის შესახებ. თითოეულ ქალს ეთხოვა, დეტალურად აღეწერა პირველი ორსულობიდან ინტერვიუს ჩამორთმევამდე დროის მონაკვეთში მიმდინარე ყველა ორსულობის ისტორია და მათი შედეგები. ეს ინფორმაცია მნიშვნელოვნად ავსებს ადგილობრივ თუ სახელმწიფოებრივ დონეზე რეგულარულად მოპოვებულ დემოგრაფიულ-სტატისტიკურ მონაცემებს, რადგან საშუალებას გვაძლევს, გამოვიკვლიოთ შობადობისა და აბორტების მახასიათებლები ზოგად მახასიათებლებსა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებთან მიმართებაში. ეს ინფორმაცია ასევე გვაძლევს ორსულობის შემთხვევების უფრო ზუსტად შეფასების საშუალებას სახელმწიფო და რეგიონალურ დონეებზე, ვინაიდან წინა წლებში ოფიციალური სტატისტიკა შობადობის და აბორტების არსებულზე უფრო დაბალ რაოდენობას აღრიცხავდა (Serbanescu et al., 2001).

4.1. შობადობის დონეები და ტენდენციები

დემოგრაფიული თვალსაზრისით, საქართველოსა და რეგიონის სხვა, გარდამავალ პერიოდში მყოფ ქვეყნებს ბევრი აქვთ საერთო, რადგან მსგავს სოციალურ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ ცვლილებებს განიცდიან. გარდა ამისა, კომუნისტური რეჟიმის დანგრევის შემდეგ, მათ მემკვიდრეობით მიიღეს ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალიზებული, სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფი სისტემა.

შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი – ცოცხლადშობილთა შესაძლო საშუალო რაოდენობა ერთ ქალზე მისი ცხოვრების რეპროდუქციული პერიოდის განმავლობაში (თუ ამ ქალებში აღინიშნებოდა მოცემული წლის შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტის შესაბამისი მაჩვენებლები)– გამოიყენება ინდიკატორად შობადობის დონეებისა და

სურათი 4.1.1 შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტები ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, 1975–2009



წყარო: WHO/Europe, European HFA Database, 2011 წლის ივნისი

ტენდენციების შესწავლისათვის. მისი შედარება შეიძლება ქვეყნებს შორის, რადგან იგი არ არის დამოკიდებული განსხვავებაზე მოსახლეობის რაოდენობასა და სტრუქტურას შორის.

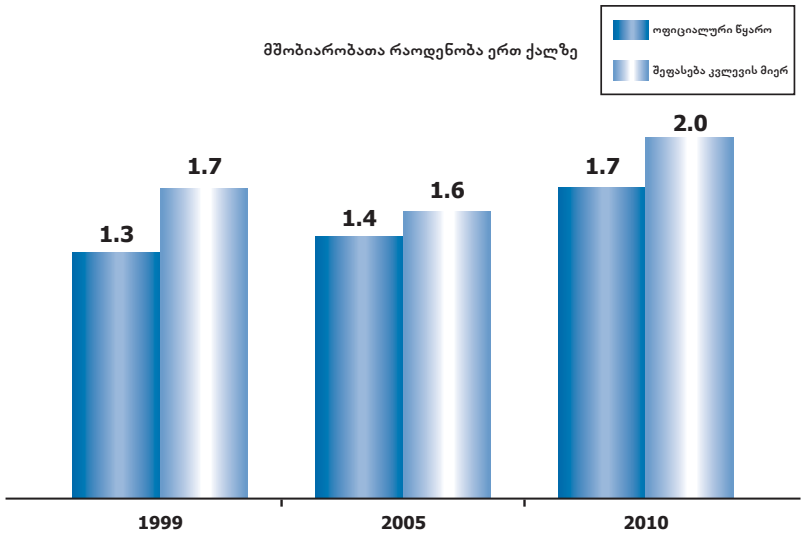
ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში შობადობა სტაბილურად იკლებდა. ამ მაჩვენებელმა ყველაზე მეტად 1985-1995 წლებში იკლო; მიუხედავად ამისა, შობადობის დონეები, ტენდენციები და კლების ტემპი განსხვავდებოდა შუა აზიის რესპუბლიკებსა და საბჭოთა კავშირის ევროპულ ნაწილს შორის (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2011ა და 2011ბ). შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის შემცირება უფრო ადრე შუა აზიაში დაიწყო. იქ შემცირების ტემპიც უფრო მღალი იყო, რამაც შედეგად მოიტანა შობადობის კოეფიციენტების დღევანდელი კონვერგენცია (სურათი 4.1.1). 1980-იანი წლების შუა პერიოდში განსხვავება შობადობის ყველაზე მაღალი (შუა აზია) და ყველაზე დაბალი (საბჭოთა კავშირის ევროპული ნაწილი) კოეფიციენტის მქონე რეგიონებს შორის იყო 3 მშობიარობა ერთ ქალზე. 1990-იანი წლების შუა პერიოდში განსხვავება შემცირდა 2 მშობიარობამდე ერთ ქალზე.

2005 წლისთვის განსხვავება უფრო შემცირდა და შეადგინა ერთ ბავშვზე ნაკლები ერთ ქალზე. ამ პერიოდში ტაჯიკეთი (ერთადერთი ქვეყანა, სადაც შობადობა 3.5 ბავშვს შეადგენდა ერთ ქალზე) და ლატვია ორ უკიდურესობას წარმოადგენდა. ამჟამად კლებისკენ მიმართული ტენდენცია შეიცვალა მთელ რიგ ქვეყნებში. საქართველოსა და ცხრა სხვა ქვეყანაში (სომხეთი, აზერბაიჯანი, ბელარუსი, ესტონეთი, ყაზახეთი, ლიტვა, მოლდოვა, უკრაინა და უზბეკეთი) 2007-2009 წლების შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი უფრო მაღალია, ვიდრე 2004-2006 წლებში. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (დაახლოებით 2.1 ბავშვი ერთ ქალზე) განიხილება როგორც აღდგენის დონე, რაც ნიშნავს შობადობის საშუალო რიცხვს ერთ ქალზე, რაც აუცილებელია მოსახლეობის რაოდენობის ხანგრძლივად შენარჩუნებისთვის, თუ ადგილი არ ექნება შიდა და გარე მიგრაციას. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი კვლავაც დაბალია აღდგენის დონეზე - 2.1 ბავშვი ერთ ქალზე – შუა აზიის საზღვრებს გარეთ მდებარე ყველა ქვეყანაში, გარდა აზერბაიჯანისა (2.3 ბავშვი ერთ ქალზე). ყოფილი საბჭოთა კავშირის ევროპული ნაწილის ქვეყნებს შორის საქართველო შობადობის კოეფიციენტის მიხედვით მეორე ადგილზეა აზერბაიჯანის შემდეგ.

კვლევების დროს შობადობასთან დაკავშირებული ისტორიებიდან ამოკრებილი ინფორმაცია კიდევ ერთი წყაროა შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის გამოსათვლელად. 1999-2005 წლებში ჩატარებული კვლევებისას ორსულობის ისტორიები გამოყენებული იქნა ამჟამინდელი შობადობის ორი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მაჩვენებლის – შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის და მისი კომპონენტის, შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტების გამოსათვლელად. ეს მაჩვენებლები ეფუძნება ინფორმაციას თითოეული ქალის ორსულობის ისტორიიდან, ანუ ცოცხლადშობილის დაბადების თვეს და წელს და დედის ასაკს მშობიარობისას.

შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი მოცემულ პერიოდში გამოთვლილი იქნა თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტების შეკრებისა და ჯამის ხუთზე (წლების რაოდენობა თითოეულ ჯგუფში) გამრავლების გზით. ამრიგად, შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი განისაზღვრა როგორც ცოცხალდშობილთა შესაძლო საშუალო რაოდენობა ერთ ქალზე მისი ცხოვრების რეპროდუქციული პერიოდის განმავლობაში (15-44 წლის ასაკი) (თუ ამ ქალებში აღინიშნებოდა შობადობის ასაკობრივი კოეფი-

სურათი 4.1.2 სამწლიანი შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი: კვლევის შეფასება და ოფიციალური წყაროები: 1999, 2005, 2010



ციენტის მოცემული მაჩვენებლები).

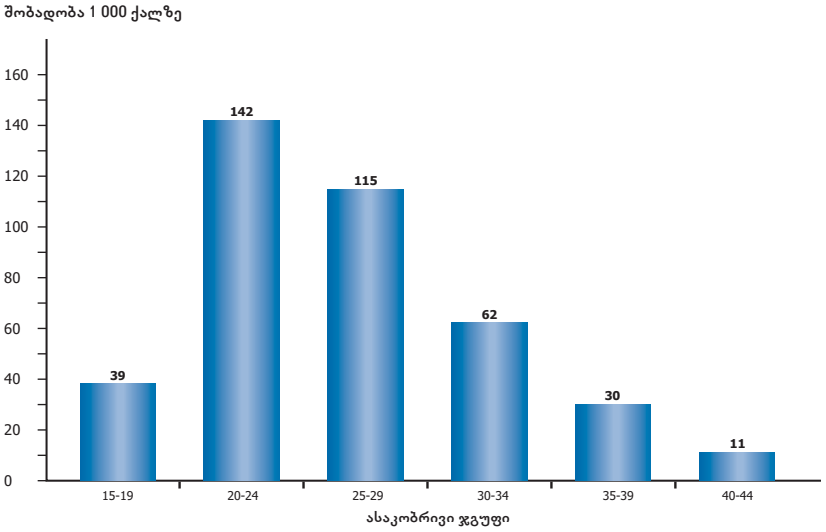
შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი გამოხატავს ცოცხლადშობილთა რაოდენობას მოცემულ ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 1000 ქალზე წლის განმავლობაში. ამ კვლევაში, როგორც წინა შემთხვევებში, შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი ნებისმიერ 5-წლიან ასაკობრივ ჯგუფში გამოითვლებოდა კვლევის წინ 1-36 თვის განმავლობაში მოცემული ასაკობრივი ჯგუფის ქალებზე ცოცხლად დაბადებულთა რაოდენობის გაყოფით ქალი-წლების იმ რაოდენობაზე, რამდენი წელიც იცხოვრეს ამ ასაკობრივ ჯგუფში იმავე პერიოდის განმავლობაში. შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი ძალიან სასარგებლოა შობადობის ასაკობრივი მოდელის დასადგენად.

2007-2010 წლებში შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი, გამოთვლილი 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ფარგლებში - 2.0 ბავშვი ერთ ქალზე (95%CI=1.9–2.1) - წარმოადგენს კვლევაზე დაფუძნებულ შობადობის უმაღლეს ჯამობრივ კოეფიციენტს, რომელიც კი ოდესმე დაფიქსირებულა საქართველოში (სურათი 4.1.2). ბოლო წლების შობადობის კოეფიციენტი 25%-ით მეტია, ვიდრე 2002-2005 წლების შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი 1.6 (95%CI=1.4–1.7), რომელიც ასევე გამოთვლილია 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ორსულობის ისტორიებიდან (Serbanescu et al., 2007).

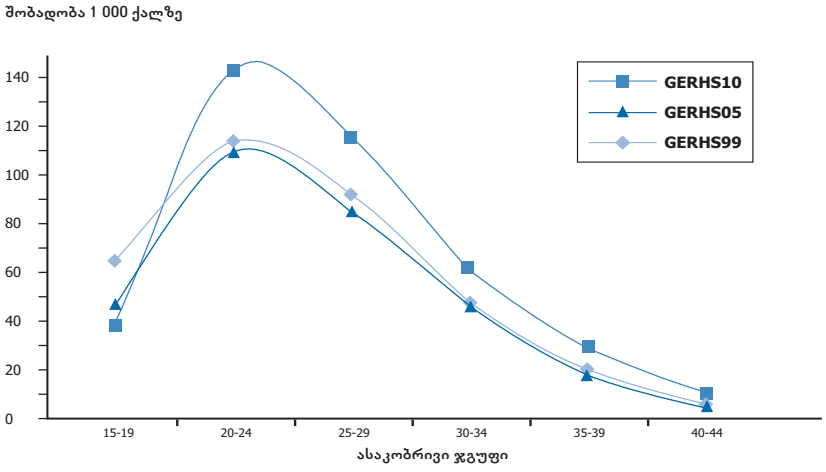
როგორც წინა შედარებებში, კვლევაზე დაფუძნებული ბოლო სამი წლის შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი უფრო მაღალი იყო, ვიდრე შობადობის შესაბამისი ჯამობრივი კოეფიციენტი ოფიციალურ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით. საქართველოში ჩატარებულ წინა კვლევებში მშობიარობათა რეგისტრაციის სისტემის შეუსაბამობა აიხსნება ორი ფაქტორით: 1) შობადობის არასწორი ჩაწერა მრიცხველში, ძირითადად, დაბადების რეგისტრირების დაგვიანების გამო; და 2) მნიშვნელის გადაჭარბება მოსახლეობის საპროგნოზო რაოდენობების გამოყენების გამო (Serbanescu et al., 2001; Alyoshina and Redmond, 2005). როგორც ეს ნაჩვენები იქნება მოგვიანებით წინამდებარე ანგარიშში, ბოლო 5 წლის განმავლობაში საქართველოში თითქმის ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ადრეულ რეგისტრაციას (პირველი ორი კვირის განმავლობაში ბავშვის დაბადებიდან), ასე რომ, ახალშობილების რეგისტრაციაში გაუტარებლობა ვერ იქნება შობადობის ჯამურ კოეფიციენტში არსებული განსხვავებების საფუძველი. გადაჭარბებული მნიშვნელების არსებობა კვლავაც პრობლემაა, ვინაიდან აღწერის საპროგნოზო გამოთვლები არ ითვალისწინებდა გარე მიგრაციას და რეპროდუქციულ ასაკში მყოფი ქალების რაოდენობა გადამეტებით იყო შეფასებული. ამან შეიძლება შედეგად მოგვცეს შობადობის კოეფიციენტების და მოსახლეობასთან დაკავშირებული სხვა სტატისტიკის არასწორი შეფასება.

2007-2010 წლების შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი და შესაბამისი შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი მოცემულია ცხრილში 4.1.1 და სურათზე 4.1.3. ტრადიციულად ქართველი ქალები ადრეულ ასაკში იწყებენ და ასრულებენ შვილოსნობას, როგორც ეს აისახა შობადობის ძალიან მაღალ ასაკობრივ კოეფიციენტებში ახალგაზრდა ქალებისთვის. შობადობის უმაღლესი დონე შეიმჩნევა 20-24 წლის და 25-29 წლის ასაკში, რაც შეადგენს შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის 36%-ს და 29%-ს შესაბამისად. შობადობა 30-34 წლის ქალებში აღწევს მესამე უმაღლეს მაჩვენებელს შობადობის ასაკობრივ კოეფიციენტებს შორის და შეადგენს შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის 15%-ს. 35-39 და 40-44 წლის ქალების შობადობის მაჩვენებელი ძალიან დაბალია, მათი შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი შეადგენს შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის

სურათი 4.1.3 | სამწლიანი შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი (2007–2010)



სურათი 4.1.4 | სამწლიანი შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი, 1999, 2005, 2010

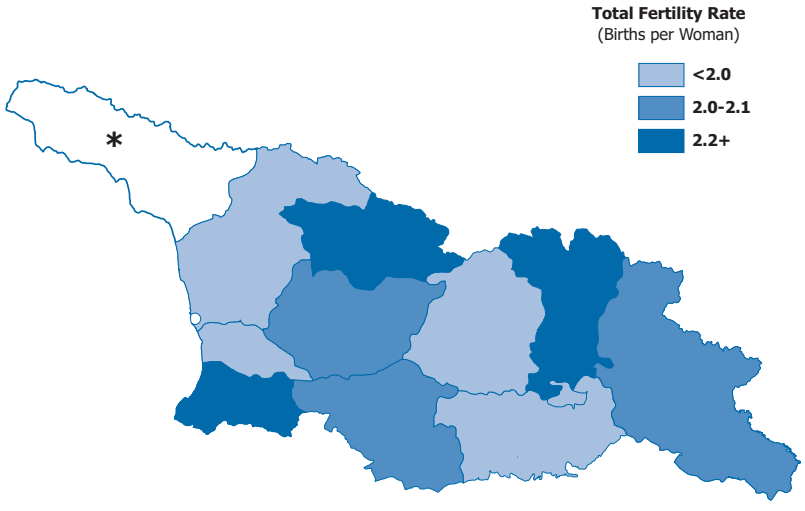


8%-ს და 3%-ს შესაბამისად. ამგვარად, საერთო ჯამობრივი კოეფიციენტის 26% უკავიათ 30 და მეტი წლის ქალებს.

საქართველოში განხორციელებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მიხედვით, შობადობის ტენდენცია სამი 3-წლიანი პერიოდით შეიძლება შეფასდეს (ცხრილი 4.1.1 და სურათი 4.1.4). უახლესი კვლევის თანახმად, სამ წელიწადში (2007-2010) შობადობის ჯამობრივმა კოეფიციენტმა მოიმატა 25%-ით 2002-2005 წლების პერიოდთან შედარებით. 1996-1999 წლების პერიოდთან შედარებით შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი 18%-ით გაიზარდა. შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები გაიზარდა ყველა ჯგუფში, გარდა ერთისა. ეს ჯგუფია ახალგაზრდა ქალები, რაც ნიშნავს საქართველოში შობადობის თანდათან გადაწევას შედარებით უფროსი ასაკისკენ. ამ ჯგუფში შობადობის ასაკობრივმა კოეფიციენტმა იკლო 65-დან 1996-1999 წლებში 47-მდე 2002-2005 წლებში და 39-მდე ამ ბოლო პერიოდის განმავლობაში (2007-2010). საერთო ჯამში 1996-1999-დან 2007-2010 წლებამდე მაჩვენებლის საერთო კლებამ 40% შეადგინა.

ამავე დროს, შობადობის ასაკობრივმა კოეფიციენტმა 20-24 და 25-29 წლის ქალებში მოიმატა 26%-ით და 25%-ით შესაბამისად. ამის შედეგად მათი წილი შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტში გაიზარდა 59%-დან 65%-მდე 1996-1999 და 2007-2010 პერიოდებში. ასევე შესამჩნევი ცვლილება მოხდა შობადობაში შედარებით უფროსი ასაკის ქალებს შორის: შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი 30-34, 35-39 და 40-44 წლის ქალებში გაიზარდა 29%, 43% და 57%-ით შესაბამისად, თუმცა დაბალი დონეების ფარგლებში, როგორც ეს ნაჩვენებია სურათზე 4.1.4, მათი წილი შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტში 22%-დან 26%-მდე

სურათი 4.2.1 | **სამწლიანი შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი, რეგიონალური ჭრილი**



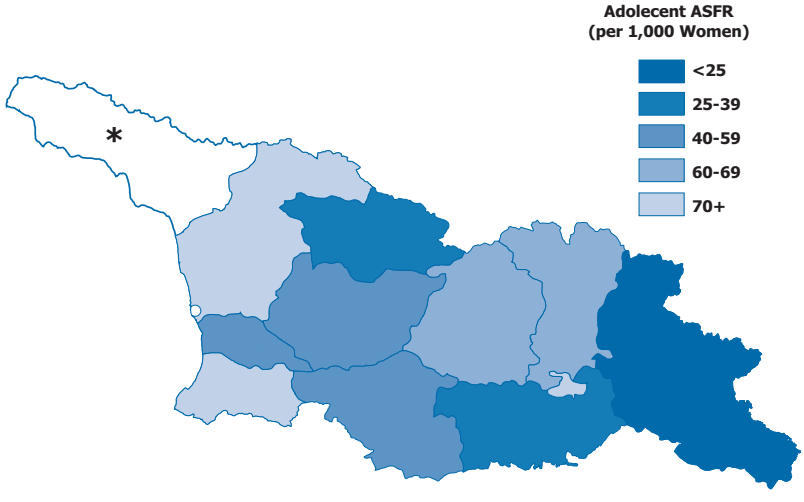
* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

გაიზარდა.

ცხრილი 4.1.2 გვიჩვენებს 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში გამოკითხული ყველა ქალისა და ამჟამად დაქორწინებული ქალების მიერ გაჩენილი ბავშვების რაოდენობას. ინფორმაცია წარსულ შობადობაზე ასახავს კუმულაციურ შობადობას ქალთა მთლიანი შვილოსნობის წლების განმავლობაში და სასარგებლოა იმის დასანახად, თუ როგორ იცვლება საშუალო ოჯახის ზომა ასაკობრივი ჯგუფებში. თუმცა ამ მონაცემებს არც ისე დიდი კავშირი აქვს შობადობის არსებულ დონეებთან.

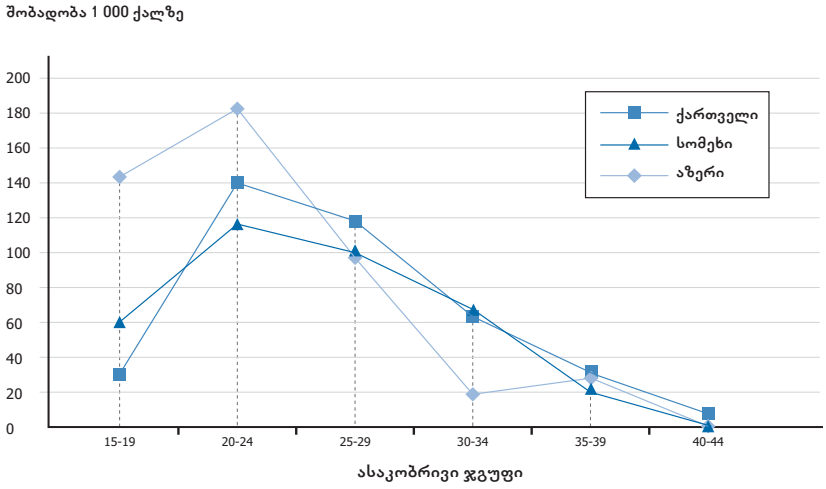
მთლიანობაში, ინტერვიუს პერიოდში 15-44 წლის ასაკის ყველა ქალის 41% უშვილო იყო, 18%-ს ჰყავდა მხოლოდ ერთი შვილი, 29%-ს – ორი და მხოლოდ 12%-ს - სამი და მეტი შვილი. 15-19 წლის ქალებში მხოლოდ 5%-ს ჰყავდა გაჩენილი შვილი, ხოლო 25-29 წლის ქალებში 69%-ს ჰყავდა თითო შვილი. 40-44 წლის ქალებში თითქმის ყოველი მეშვიდე (15%) უშვილო იყო. ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალების 26%-ს ერთი შვილი ჰყავს, 45%-ს – ორი და მხოლოდ 19%-ს ჰყავს სამი და მეტი შვილი. ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალებიდან ყოველ 10-ს არასდროს ჰყოლია შვილი. თითქმის ყოველ მეორე გათხოვილ ახალგაზრდა (15-19 წლის) ქალს მცირე რაოდენობის გამოკითხულებიდან უკვე გაჩენილი ჰყავს პირველი შვილი; 20-24 წლის ქალებში პირველი შვილი ჰყავს 79%-ს, ხოლო 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 92%-ს. 35-44 წლის ქალებში, კვლევის თანახმად, 5% უშვილოა, რაც შობადობის გაუარესებას ნიშნავს, ვინაიდან საკუთარი სურვილით უშვილოდ დარჩენა ძალიან იშვიათია საქართველოში, სადაც წყვილების უმრავლესობას ერთი შვილი მაინც ჰყავს.

სურათი 4.2.2 | **სამწლიანი შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი 15–19 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, რეგიონალური ჭრილი**

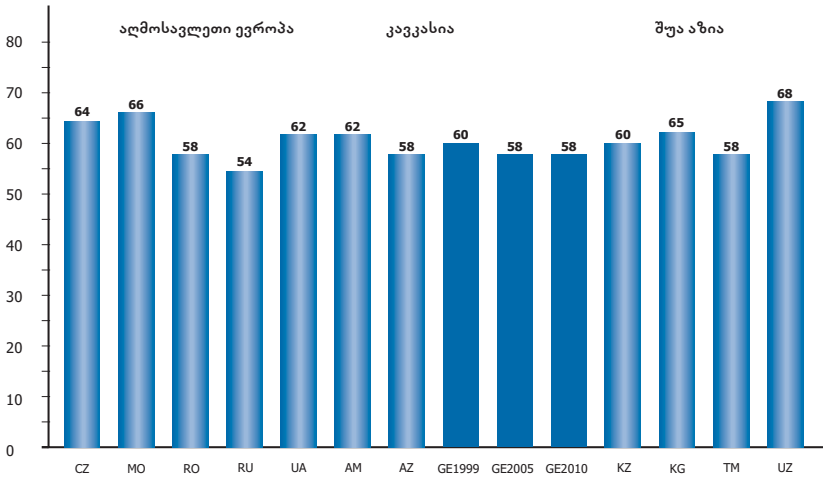


* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

სურათი 4.2.3 | სამწლიანი შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი (2007–2010), ეთნიკური ჭრილი



სურათი 4.3.1 | ამჟამად ქორწინებაში ან ურთიერთთანხმობით კავშირში მყოფი 15-44 წლის ქალების პროცენტული განაწილება*



* წყარო: CDC and ORC/Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia; A Comparative Report
შენიშვნა; CZ = ჩეხეთის რესპ.; MD = მოლდოვა; Ro = რუმინეთი; Ru = რუსეთი; UA = უკრაინა; AM = სომხეთი; AZ = აზერბაიჯანი; GE = საქართველო; KZ = ყაზახეთი; KG = ყირგიზეთი; TM = თურქმენეთი; UZ = უზბეკეთი

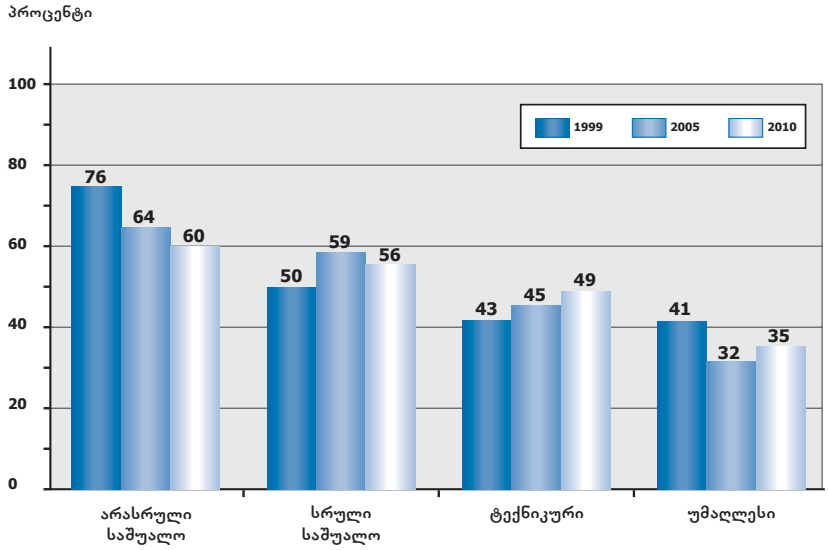
4.2. შობადობის მახასიათებლები

შობადობის განმსაზღვრელი ფაქტორების დადგენისას უპრიანია ქალების სხვადასხვა ქვეჯგუფების შედარება. შობადობა იცვლება სოციალურ, კულტურულ და ეკონომიკურ ფაქტორებთან ერთად, რაც ზეგავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღებაზე ბავშვების რაოდენობასთან დაკავშირებით, რომელიც სასურველია წყვილისთვის ან ქალისთვის.

ინტერვიუს წინა სამწლიანი პერიოდის განმავლობაში შობადობა ქალაქში (მათ შორის თბილისში) მცხოვრებ ქალებს შორის შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის მიხედვით თითქმის 10%-ით უფრო დაბალი იყო, ვიდრე სოფლად მცხოვრებ ქალებში (ცხრილი 4.2). განსხვავების დიდი წილი ქალაქში და სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის შობადობის კოეფიციენტების თვალსაზრისით გამომდინარეობდა შობადობის უფრო მაღალი ასაკობრივი კოეფიციენტიდან სოფლად მცხოვრებლებს შორის – 15-19, 20-24 და 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში. გასაკვირია, მაგრამ შობადობა 30-34 წლის ქალების ჯგუფში უფრო მაღალი იყო ქალაქში, ვიდრე სოფლად.

რეგიონების მიხედვით, შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი ყველაზე დაბალი იყო გურიაში (1.7 ბავშვი ერთ ქალზე), ხოლო ყველაზე მაღალი — მცხეთა-მთიანეთსა და რაჭა-სვანეთში (2.3), ამას მოჰყვებოდა აჭარა (2.2) და სამცხე-ჯავახეთი და კახეთი (2.1) (სურათი 4.2.1). 20 წლამდე ასაკში ქალებს შორის შობადობის ყველაზე მაღალი ასაკობრივი კოეფიციენტი ჰქონდათ კახეთის, ქვემო ქართლის და რაჭა-სვანეთის მცხოვრებთ (სურათი 4.2.2), შესაძლოა, იმის შედეგად, რომ ქვეყნის სხვა რეგიონებთან შედარებით ამ მხარეებში პირველი ქორწინება და პირველი ბავშვის გაჩენა უფრო

სურათი 4.3.2 ქორწინებაში მყოფი 20-24 წლის ქალების პროცენტული განაწილება განათლების დონეების მიხედვით, 1999, 2005, 2010



ადრეულ ასაკში ხდება. განათლების დონის მიხედვით შობადობის კოეფიციენტების სხვაობა უფრო ახალგაზრდა ქალებში გამოიკვეთა. საზოგადოდ, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 25-29 წლის ასაკში აღინიშნება, მაშინ, როდესაც განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალებში შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია. აზერბაიჯანელ ქალებში შობადობა (შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი - 2.4) უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ძირითად ეთნიკურ ჯგუფში - ქართველებში (შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი - 2.0), რაც 15-24 წლის აზერბაიჯანელ ქალებს შორის უფრო მაღალი შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტით აიხსნება (სურათი 4.2.3).

4.3. ქორწინებითი მდგომარეობის მახასიათებლები

ვინაიდან საქართველოში დაორსულების რისკი უფრო დიდია ქორწინებაში ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფ ქალებს შორის, რეპროდუქციულ ქცევას მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს ქორწინებითი სტატუსი. 1996 წლიდან 11 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც მოიცავდა ქალის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა თემას, გვიჩვენა, რომ პირველი ქორწინების საშუალო ასაკი რეპროდუქციული ასაკის მქონე ქალებში აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში 20 და 22 წლებს შორისაა (CDC and ORC/Macro, 2003). რეგიონის ქვეყნების უმრავლესობაში ამჟამად დაქორწინებულ წყვილებში შობადობის კოეფიციენტი ყველაზე მაღალია. ამას ორი მიზეზი აქვს: ბავშვის გაჩენის ალბათობა ყველაზე დიდია გათხოვილ ქალებს შორის და, გარდა ამისა, წყვილებს ჩვეულებრივ დაქორწინებიდან მალე სურთ შვილის ყოლა (პირველი ბავშვი, ჩვეულებრივ, ჩნდება ქორწინებიდან 2 წელიწადში). ამრიგად, მნიშვნელოვანია ქალების ქორწინებითი მდგომარეობის ცოდნა ჯგუფების მიხედვით, ასევე პირველი სქესობრივი გამოცდილებისა და პირველი მშობიარობის ასაკის თვალსაზრისით დროთა განმავლობაში მომხდარი ცვლილებების ცოდნა.

ამჟამად ქორწინებაში მყოფ ქალთა წილი საქართველოში (58%) და რეგიონის სხვა ქვეყნებში საკმაოდ ახლოსაა ერთმანეთთან (54%-დან რუსეთში 68%-მდე უზბეკეთში). არარეგისტრირებულ კავშირში იმყოფებოდა ქალების მცირე ნაწილი (2%), როცა წყვილთა თანაცხოვრების მაჩვენებელი რეგიონის ქვეყნების ერთ ნაწილში უფრო მაღალია (10% ქალებისა რუსეთში, 6% რუმინეთში და 4% უკრაინაში), ხოლო შუა აზიაში – გაცილებით ნაკლები (სურათი 4.3.1).

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ჩატარების დროისთვის, ქალების 6.5%-ს ჰქონდა წინა ქორწინებითი გამოცდილება (მაგალითად, ქვრივი, განქორწინებული ან დაშორებული ქმარს ან პარტნიორს, ვისთანაც ჰქონდა არარეგისტრირებული კავშირი). სამიდან ერთი ან მეტი ქალი (34%) არასდროს ყოფილა გათხოვილი თუ არარეგისტრირებულ კავშირში. 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალების წილი უცვლელია 2005 წლისა და 2010 წლის კვლევების მონაცემების მიხედვით (58%), თუმცა დე ფაქტო (ანუ არარეგისტრირებული, ნებაყოფლობითი) ქორწინებების რაოდენობამ იკლო (2005 წლის 2%-დან 1%-მდე 2010 წელს).

ამჟამად ქორწინებაში მყოფი (რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ კავშირში) ქალების პროცენტი მეტია სოფლად, ვიდრე ქალაქში (64% და 56%, შესაბამისად), და შემდეგ რეგიონებში: გურიასა და აჭარაში (64%), კახეთში (63%) და ქვემო ქართლში (63%). წინა ქორწინებითი გამოცდილების მქონე ქალთა პროცენტი ოდნავ მეტი იყო ქალაქის მცხოვრებლებს შორის, სოფლის მცხოვრებლებთან შედარებით (8% და 5%),

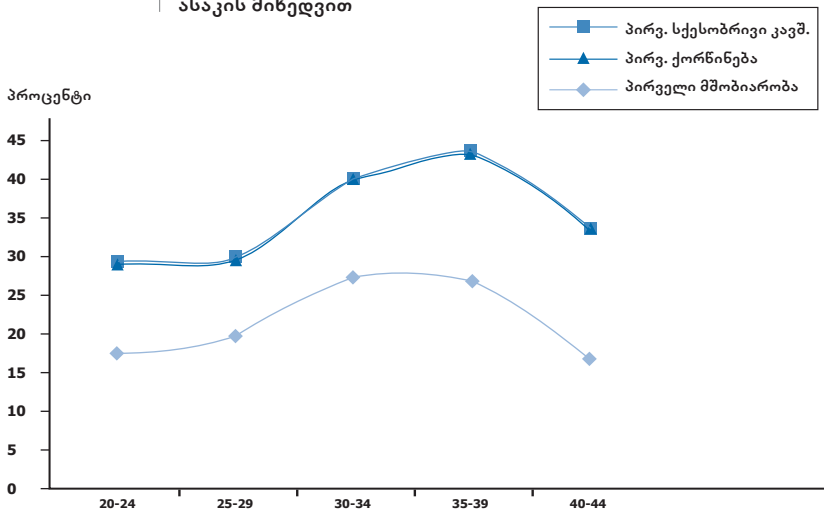
ისევე, როგორც იმ ქალებისა, რომლებიც არასდროს გათხოვილან (37% და 31%, შესაბამისად).

ქორწინებაში მყოფთა პროცენტი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად, 10%-დან 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 47%-მდე 20-24 წლის და 69%-მდე 25-29 წლის ასაკის ქალებს შორის; ქორწინებაში მყოფთა წილი ყველაზე მაღალია 40-44 წლის ქალებს შორის და შეადგენს 75%-ს. ასაკთან ერთად მკვეთრად კლებულობს გაუთხოვარ ქალთა წილი — 88%-დან 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 48%-მდე 20-24 წლის, 25%-მდე 25-29 წლის და 13%-მდე 30-34 წლის ასაკის ქალებს შორის. 35 წლის და უფროს ქალთა 10% არასოდეს ყოფილა გათხოვილი.

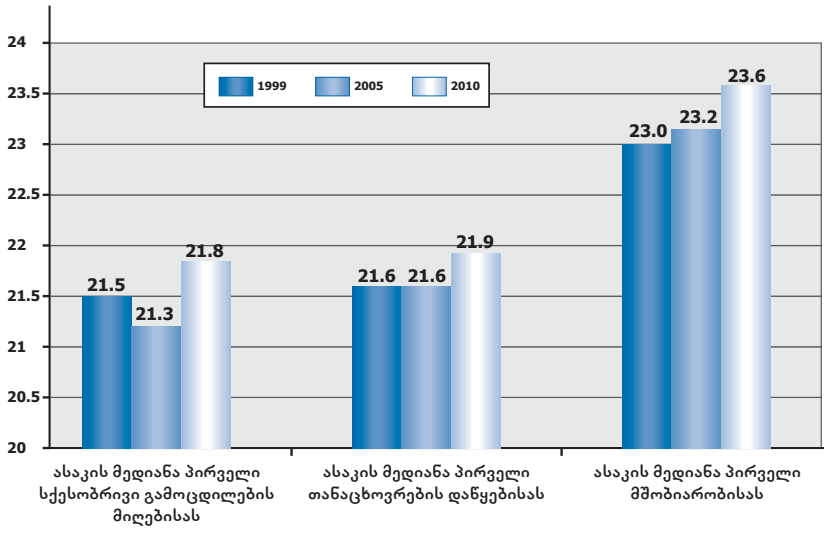
რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალთა წილი გაცილებით დაბალი იყო არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებს შორის (45%), ვიდრე სრული საშუალო ან ტექნიკუმის (63% და 69%, შესაბამისად) ან უნივერსიტეტის ან ასპირანტურის კურსდამთავრებულ (58%) ქალებს შორის. ქორწინების დონეებზე განათლების გავლენის კვლევისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ყველაზე ახალგაზრდა ქალები ნაკლებად თხოვდებიან, რადგან ჯერ კიდევ სკოლაში სწავლობენ. ოფიციალური დაქორწინების ყველაზე ახალგაზრდა ასაკია 18 წელი, თუმცა 16 წლის ასაკშიც შეიძლება დაქორწინება მშობლების თანხმობის საფუძველზე.

20-24 წლის ქალებს შორის კი რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში ყოფნა დიდად იყო დამოკიდებული განათლებაზე. მაგალითად, 2010 წელს საშუალო და არასრული საშუალო განათლების მქონე 20-24 წლის ქალების 56%–60% იმყოფებოდა რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში, როცა იმავე ასაკის საშუალოზე მაღალი განათლების მქონე ქალებში ქორწინებაში ყოფნის მაჩვენებელი შეადგენდა 35-49%-ს (სურათი 4.3.2). აღნიშნული მიუთითებს, რომ ქალები ცდილობენ, გადაავადონ გათხოვება

სურათი 4.4.1 **20-44 წლის ქალების პროცენტი, რომლებსაც 20 წლის ასაკამდე ჰქონდა პირველი სქესობრივი გამოცდილება, ქორწინებითი კავშირი და პირველი მშობიარობა, ამჟამინდელი ასაკის მიხედვით**



სურათი 4.4.2 **ასაკის მედიანა პირველი სქესობრივი გამოცდილების მიღებისას, პირველი თანაცხოვრების დაწყებისას და პირველი მშობიარობისას 15-44 წლის ქალებში: 1999, 2005, 2010**



განათლების თვალსაზრისით სასურველი მიზნის მიღწევამდე. ტენდენცია 1999 და 2010 წლებს შორის გვიჩვენებს, რომ განათლების შედარებით დაბალი დონის მქონე ახალგაზრდა ქალები უკვე ნაკლებად ცდილობენ ადრე დაქორწინებას.

4.4 ქალის ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირის, პარტნიორთან თანაცხოვრებისა და მშობიარობის დროს

შობადობას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს პირველი სქესობრივი კავშირის და პარტნიორთან თანაცხოვრების ასაკი. აღნიშნული მოვლენების გადავადება ამცირებს რეპროდუქციული წლების რიცხვს, როცა ქალის დაორსულების რისკი არსებობს. ამ მოვლენების ზემოქმედებას ასევე უშუალოდ შეუძლია შობადობის არსებული კოეფიციენტების შემცირება, ვინაიდან შვილის გაჩენის შემთხვევები უფრო ნაკლებია, როცა ხდება ამის გადადება სამომავლოდ.

ინფორმაცია პირველი სქესობრივი კავშირის, თანაცხოვრების პირველი გამოცდილებისა და პირველი მშობიარობის შესახებ ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტისთვის რესპონდენტთა ასაკის მიხედვით მოცემულია ცხრილში 4.4.1. ცხრილის მარცხენა ნაწილში მოცემულია რესპონდენტთა განაწილება თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში (5-წლიანი ასაკობრივი ინტერვალით), ვისაც გარკვეული ასაკის მიღწევამდე ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი (ცხრილის ზედა ნაწილი), ოდესმე ყოფილა რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში (ცხრილის შუა ნაწილი) და ჰქონია ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობა (ცხრილის ქვედა ნაწილი). მაგალითად, ცხრილის ზედა ნაწილში, ამჟამად 25-29 წლის ასაკის ქალების 30%-ს სქესობრივი გამოცდილება მიღებული ჰქონდა 20 წლამდე.

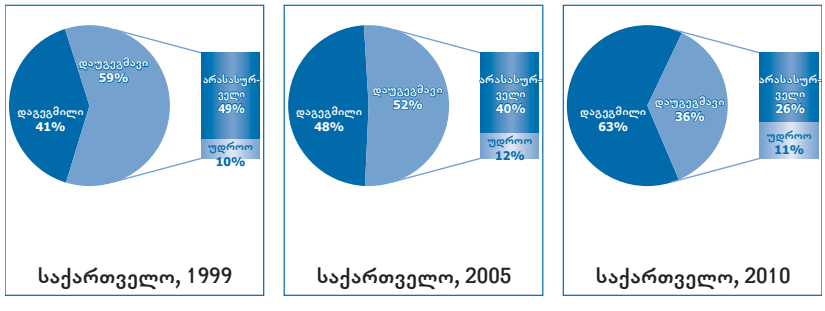
საერთო საშუალო ასაკი (ბოლოს წინა სვეტი), როცა 15-44 წლის ქალების 50%-ს გამოცდილი აქვს აღნიშნული მოვლენები, და საშუალო ასაკი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ასევე მოცემულია თითოეულ მოვლენასთან მიმართებაში. სხვადასხვა ასაკობრივ ქვეჯგუფში იმ ქალთა განაწილებების შედარებით, ვისაც 20 წლის ასაკამდე გამოუცდია აღნიშნული მოვლენები, შესაძლებელია იმის განსაზღვრა, შეიცვალა თუ არა საშუალო ასაკი თითოეულ მოვლენასთან მიმართებაში დროის განმავლობაში. მაგალითად, ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც სქესობრივი გამოცდილება 20 წლის ასაკამდე შეიძინა, იყო 33% 40-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, მაგრამ სხვა მხრივ მან დაიკლო 43%-დან 35-39 წლის ქალებისთვის 29%-მდე 20-24 წლის ქალებს შორის.

სქესობრივ გამოცდილებასა და ქორწინებას შორის ინტერვალი ძალიან მცირეა. ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ქორწინებამდელი სქესობრივი გამოცდილება ჰქონდა რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილს, რადგან 20 წლის ასაკისთვის გათხოვილ ქალთა წილი თითქმის იდენტურია სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა პროცენტის (სურათი 4.4.1). ასევე, პირველი სქესობრივი გამოცდილებისას რესპონდენტთა საშუალო ასაკი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ოდნავ ჩამორჩებოდა პირველი ქორწინების საშუალო ასაკს. ამრიგად, 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგებმა დაადასტურა ადრინდელი შედეგები იმის შესახებ, რომ საქართველოში ქორწინებამდე სქესობრივი ურთიერთობებისგან თავის შეკავება ფართოდაა გავრცელებული. აშკარაა, რომ ტრადიციები ძლიერია და მათზე არ მოუხდენია გავლენა ბოლოდროინდელ ფაქტორებს, რომლებმაც შეცვალა ახალგაზრდების რეპროდუქციული ქცევა განვი-

სურათი 4.6.1 დემოგრაფიული ტერმინოლოგია ორსულობის განზრახვის მიხედვით



სურათი 4.6.2 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი 15-44 წლის ყველა ქალში: 1999, 2005, 2010



თარებულ სამყაროში და აღმოსავლეთ ევროპის ყოფილი საბჭოთა ბლოკის ზოგიერთ ქვეყანაში.

ყველაზე ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში 20 წლის ასაკამდე გათხოვილ ქალთა პროცენტის შემცირება შესაძლოა ასახავდეს ქორწინების თავიდან აცილების ბოლოდროინდელ ტენდენციას. რამდენადაც უმაღლესი განათლების მიღების მსურველ ქალთა რაოდენობაც შესაბამისად გაიზარდა, ახალგაზრდა ქალები საქართველოში აყოვნებენ პირველ ქორწინებას თუ არარეგისტრირებულ კავშირს და პირველ ორსულობას იქამდე, სანამ მიაღწევენ განათლების სასურველ დონეს და სტაბილურ შემოსავალს. აღნიშნული ტენდენცია განსაკუთრებით საინტერესოა და მომავალში ალბათ გავლენას იქონიებს შობადობისა და შობადობის კონტროლის სურათის განვითარებაზე.

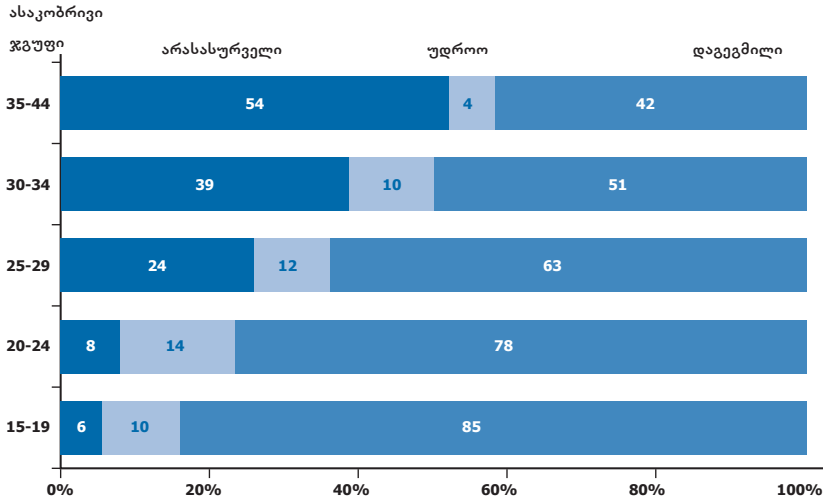
2010 წელს პირველი ქორწინებისა და ორსულობის ასაკი შეადგენდა 21.9 და 23.6-ს შესაბამისად (სურათი 4.4.2). საქართველოში ქალები უფრო ადრე თხოვდებიან, ვიდრე დასავლეთ ევროპაში, სადაც პირველი ქორწინებისას საშუალო ასაკი 27 წელია (UNECE, 2002). მეორე მხრივ, 2005 წელთან შედარებით, პირველი სქესობრივი გამოცდილებისას რესპონდენტთა ასაკი ოდნავ შემცირდა 2010 წელს (21.8 და 21.3). ახალგაზრდების პროპორცია, რომლებსაც ჰქონდათ ქორწინებამდელი სქესობრივი გამოცდილება, მიუხედავად ძალიან დაბალი წილისა, თითქმის გაორმაგდა 2005 და 2010 წლების კვლევებს შორის ინტერვალში (2.7%-დან 2005 წელს 5%-მდე 2010 წელს), როცა ნებისმიერი სქესობრივი გამოცდილების პროპორცია თითქმის უცვლელი დარჩა (66%).

ქალაქში მცხოვრები ქალები სოფლის მცხოვრებლებთან შედარებით 1.7-2 წლით გვიან იწყებენ სქესობრივ ცხოვრებას, ქორწინებას და ორსულობას (ცხრილი 4.4.2). ყველაზე მაღალი საშუალო ასაკი აღნიშნულთან მიმართებაში დაფიქსირდა თბილისის მკვიდრ რესპონდენტებში, რაც იმის მიმანიშნებელია, რომ ცხოვრების სიძვირე, განათლების მიღების შესაძლებლობები და დედაქალაქის კონკურენტული სამუშაო ბაზარი აყოვნებს სქესობრივი ცხოვრების დაწყებას, ქორწინებას და ორსულობას. საინტერესოა, რომ რაჭა-სვანეთის (მთიანი მხარე) მოსახლე ქალებშიც ასევე მაღალი იყო სქესობრივი ცხოვრების დაწყების საშუალო ასაკი, მაგრამ, სავარაუდოდ, აბსოლუტურად სხვა მიზეზების გამო. ეს მიზეზებია რეგიონში რეპროდუქციული ასაკის ქალებისა და მამაკაცების სიმცირე (დადასტურებულია მოსახლეობის აღწერითა და 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგებით), ასევე ზრდასრული მოსახლეობის, განსაკუთრებით მამაკაცების გადინება კვალიფიკაციის ამაღლებისა და უკეთესი დასაქმების პერსპექტივის მიზნით. განსხვავებული საშუალო ასაკი სქესობრივი გამოცდილების, ქორწინებისა და ორსულობის მიხედვით მნიშვნელოვნადაა განპირობებული განათლების დონით. უმაღლესი სასწავლებლის კურსამთავრებულთა შორის პირველი სქესობრივი გამოცდილების, ქორწინებისა და ორსულობის საშუალო ასაკი 5 წლით ჩამორჩებოდა არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალების მაჩვენებელს.

4.5 სქესობრივი აქტივობა უკანასკნელ ხანებში

მიმდინარე სქესობრივი აქტივობა მნიშვნელოვანი ინდიკატორია არასასურველი ორსულობის რისკის მქონე ქალთა ხვედრითი წილისა და კონტრაცეფციულ მომსახურებაზე მოთხოვნილების შესაფასებლად. აღნიშნული ინფორმაცია ასევე მნიშვნელოვანია იმ კონტრაცეფციული მეთოდის შესარჩევად, რომელიც ყველაზე მეტად მიესადაგება ყოველი ცალკეული ადამიანის რეპროდუქციულ ქცევასა და რეპროდუქციულ პრიორიტეტებს. როგორც ნაჩვენ-

სურათი 4.6.3 **ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი დედის ასაკის მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის**



დამრგვალების გამო კატეგორიები ყოველთვის არ შეადგენს 100%-ს.

ებია ცხრილში 4.5, 15-44 წლის ყველა ქალის 34% სქესობრივად გამოუცდელი აღმოჩნდა, 5% იყო ორსულად, ხოლო 3% - თავს იკავებდა მშობიარობის შემდგომი სქესობრივი აქტივობისგან ინტერვიუს ჩამორთმევის დროს. თითქმის ნახევარი (48%) ეწეოდა სქესობრივად აქტიურ ცხოვრებას (ჰქონდათ სქესობრივი კავშირი ბოლო ერთი თვის განმავლობაში), ხოლო 10% –სქესობრივ ცხოვრებას ეწეოდა არარეგულარულად.

ქორწინებაში ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფი ქალებიდან 80%-ს ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ერთხელ მაინც ინტერვიუმდე ერთი თვის განმავლობაში, ხოლო 3%-ს – წინა 3 თვის განმავლობაში, ამათ ემატება 13%, რომელიც იყო ორსულად ან ორსულობის შემდგომ პერიოდში. მათგან განსხვავებით, ადრე ქორწინებაში მყოფ ქალთა მხოლოდ 12%-ს ჰქონდა სქესობრივი კავშირი უკანასკნელი 3 თვის განმავლობაში. გაანათხოვარ ქალთა უმრავლესობამ (70%) თქვა, რომ უკანასკნელად სქესობრივი კავშირი ჰქონდა ერთი ან მეტი წლის წინ, სავარაუდოდ, როცა ჯერ კიდევ ქორწინებაში იმყოფებოდნენ. თითქმის არავის (0.1%) გაუთხოვარი ქალებიდან არ ჰქონია სქესობრივი გამოცდილება, რაც კიდევ ერთი მტკიცებაა იმისა, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ მტკიცეა ტრადიციული აკრძალვა სექსუალური ურთიერთობებისა ქორწინებამდე. სამიდან თითქმის ერთი ახალგაზრდა ქალი (15-24 წლის ასაკის) (ცხრილის ქვედა ნაწილი) ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას, მათგან 10% იყო ორსულად ან ახლად ნამშობიარები. 25 წლის და უფროსი ასაკის ქალების თითქმის 71% სქესობრივი გამოცდილების მქონე აღმოჩნდა, მათგან ორი მესამედი სქესობრივად აქტიური იყო ინტერვიუმდე ბოლო ერთი თვის მანძილზე.

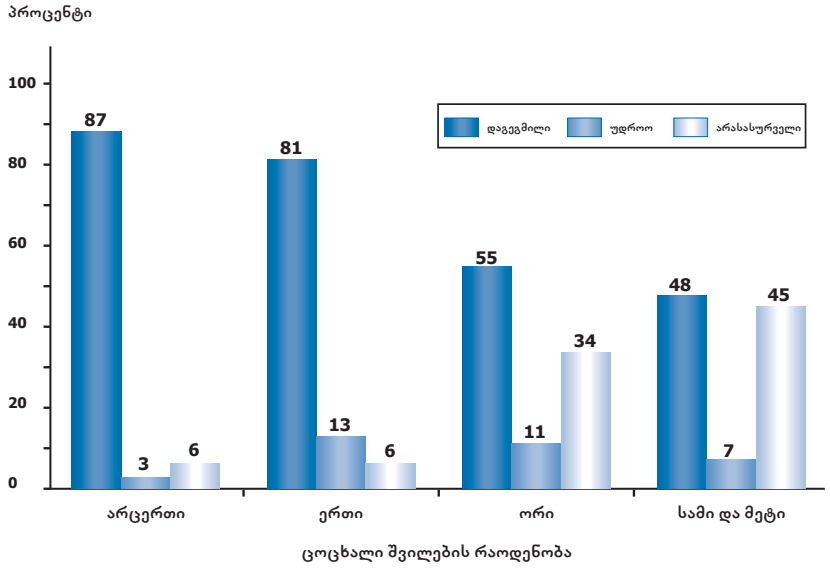
4.6 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი

დაუგეგმავი ორსულობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის დიდ პრობლემას მთელ მსოფლიოში, რაც ხდება ყველა კულტურაში და რაც ემართება ყველა ასაკის და ყველა სოციალურ-ეკონომიკური დონის თუ განათლების მქონე ქალს. რეპროდუქციული პრიორიტეტების ზუსტი დოკუმენტირება მნიშვნელოვანია მოსახლეობის შობადობისა და შობადობასთან დაკავშირებული ქცევის გაგებისა და კონტრაცეფციაზე მოთხოვნილების განსაზღვრისათვის. დაუგეგმავი ორსულობები ჩვეულებრივ ასოცირდება ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტასთან, არასათანადო პრენატალურ მომსახურებასთან, ორსულთა მავნე ქცევებთან და ორსულობის ან ორსულობისშემდგომ გართულებებთან (Brown and Eisenberg, 1995). დაუგეგმავი ორსულობა დიდი ხანია, რაც კლასიფიცირდება ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალურ და ეკონომიკურ პრობლემად, რაც სირთულეებს უქმნის ქალებს და ჩვილებს. აღნიშნულის შედეგებს, თავის მხრივ, განეკუთვნება ოჯახებზე დაწოლილი დიდი ტვირთი, მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების ზრდა და სიღარიბეში მცხოვრები ქალების ფინანსური დახმარება.

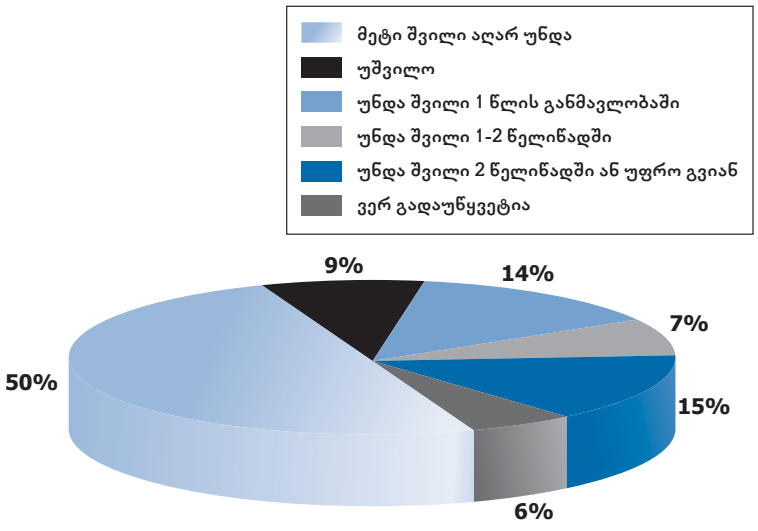
არასასურველი ორსულობების ტრადიციული განსაზღვრება ასახავს ქალის რეპროდუქციულ პრიორიტეტებს დაორსულებამდე (Henshaw, 1998). ყველა რესპონდენტს, რომელმაც იმშობიარა 2005 წლის იანვრის შემდეგ, ეკითხებოდნენ, იყო თუ არა დაგეგმილი ორსულობა ჩასახვის მომენტისათვის. ყველა ორსულობა კლასიფიცირებული იქნა როგორც: „დაგეგმილი" (სასურველი მისი დადგომის დროისათვის), „უდროო" (დაგეგმილზე უფრო ნაადრევი), „არასასურველი" (არასასურველი ბავშვი ან შვილების სასურველ რაოდენობას გადაჭარბებული) ან „გაურკვეველი სტატუსის". უდროო და არასასურველი ორსულობები ერთად განეკუთვნებიან „დაუგეგმავი" ორსულობების ჯგუფს (Westoff, 1976) (სურათი 4.6.1).

დაუგეგმავი ორსულობების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება რთულია. ერთ-ერთი მუდ-

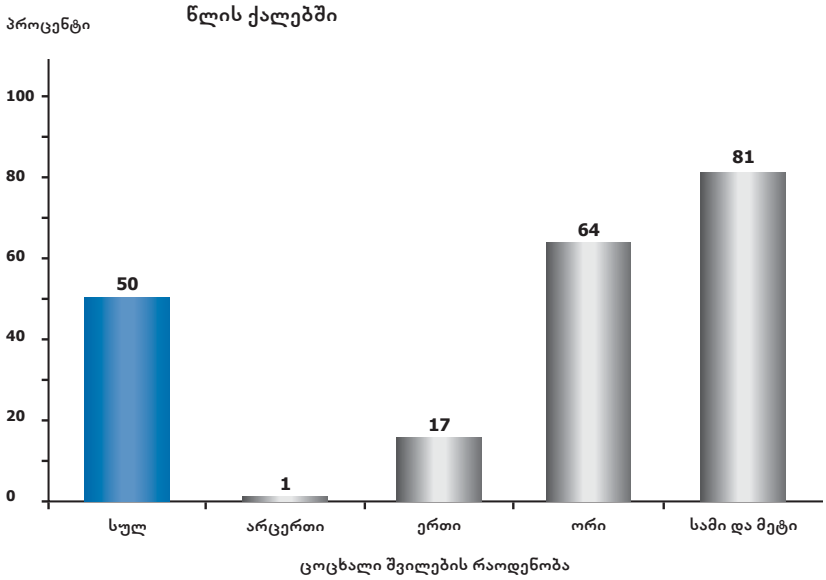
სურათი 4.6.4 **ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებში**



სურათი 4.7.1 მომავალი შობადობის უპირატესობა ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში



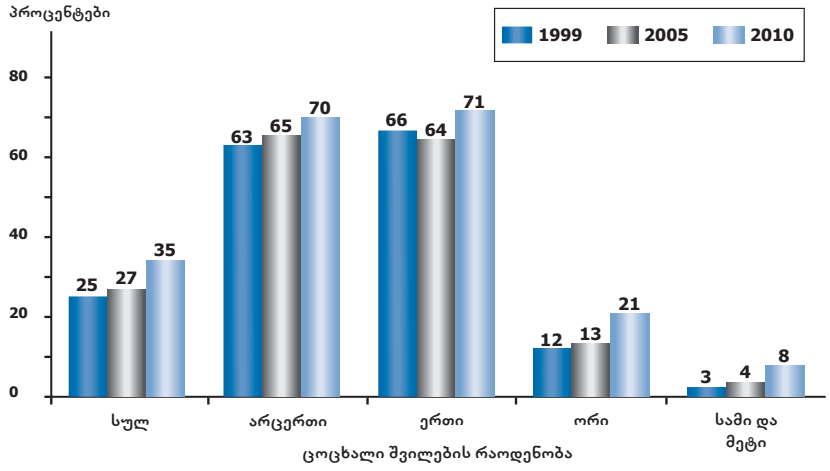
სურათი 4.7.2 გადაწყვეტილება, აღარ იყოლიონ მეტი შვილი, ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში



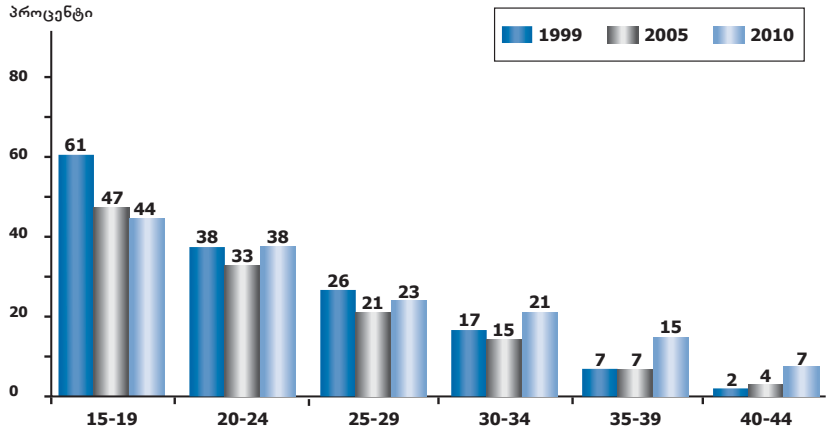
მივი პრობლემა ისაა, რომ ხელოვნური აბორტით დასრულებული ორსულობები ნაკლებად არის აღრიცხული. იმის გამო, რომ დაუგეგმავი ორსულობების უმრავლესობა უდროო და არასასურველია, მათი რეგისტრაცია არასრულია და აღწევს აბორტების რეგისტრაციის დონეს. თუმცა განუცხადებელი აბორტები 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მთავარი დაბრკოლება არ გამხდარა (იხ. მე-5 თავი). კიდევ ერთი პრობლემა შესაძლოა დავუკავშიროთ ორსულობის დაგეგმვის რეტროსპექტიულ გააზრებას და წინააღმდეგობრიობას, იმ შემთხვევებში, როცა ორსულობის შედეგი ცოცხლადშობილი ბავშვია. ქალებს სთხოვდნენ ჩასახვის მომენტისათვის ორსულობის განზრახვის თაობაზე მოსაზრებების ჩამოყალიბებას. ბავშვის გაჩენის შემდეგ რეტროსპექტიულად განცხადებული განზრახვა უფრო დადებითია ხოლმე (Miller WB 1994). ასე რომ, წარმოდგენილი მონაცემები დაუგეგმავი ორსულობების რეალური დონეების კონსერვატული შეფასებებია.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის დროს ქალების თითქმის ორმა მესამედმა (63%), რომლებსაც ორსულობა ჰქონდათ ბოლო 5 წლის განმავლობაში, განსაზღვრა თავისი ორსულობა როგორც „დაგეგმილი“; 10%-მა – როგორც „უდროო”, ხოლო 26%-მა - როგორც „არასასურველი”, რამაც საბოლოოდ მოგვცა 36% „დაუგეგმავი” ორსულობებისა (ცხრილი 4.6). იგივე მაჩვენებლები უდრიდა 52%-ს 2005 წელს და 59%-ს - 1999 წელს (სურათი 4.6.2). როგორც წინა კვლევებში, დაუგეგმავი ორსულობების უმეტესობა არასასურველი იყო, მაგრამ უდროო ორსულობა დაუგეგმავი ორსულობების ყველაზე დიდ ნაწილს შეად-

სურათი 4.7.3 მეტი შვილის გაჩენის სურვილი, ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით, ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში:1999, 2005, 2010



სურათი 4.7.4 ბავშვის გაჩენის სურვილი ორ წელიწადში, ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში: 1999, 2005, 2010



გენდა (36%-დან - 11%) ანუ 31%-ს – ეს ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია წინა წლებთან შედარებით (2005 წელს - 23% და 1999 წელს - მხოლოდ 17%). ეს მიგვითითებს კონტრაცეპტივებით მომსახურების მიმართ ყურადღების მიქცევის აუცილებლობაზე იმ წყვილებისთვის, ვისაც სურს თავისი ოჯახის დაგეგმვა.

იმ ქალების უმრავლესობა (94%), რომელთა ბოლო ორსულობა დასრულდა ცოცხლადშობილი ბავშვის გაჩენით, აცხადებს, რომ მათი ორსულობა დაგეგმილი იყო (ცხრილი 4.6). და პირიქით, მხოლოდ 3% იმ ქალებისა, რომელთა ორსულობა დასრულდა ხელოვნური აბორტით, ადასტურებს ორსულობის სასურველობას. იმ ქალების შედარებით დიდი რაოდენობა (19%), რომელთა ბოლო ორსულობა დასრულდა უნებლიე აბორტით ან მკვდარშობილი ბავშვის გაჩენით, თავის ამ ორსულობას მოიხსენიებს როგორც არასასურველს. ეს ათჯერ აღემატება ცოცხლადშობილ ბავშვთა დედების წილს (2%), რომლებმაც ორსულობა არასასურველად შეაფასეს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ორსულობის განვითარებასა და შედეგებზე უარყოფითი გავლენა ან დაუგეგმავობამ იქონია, ან ამ შედეგებიდან ზოგიერთი სინამდვილეში ხელოვნური აბორტი იყო, რაც გაცხადდა ნაყოფის სხვა სახით დაკარგვად. დაუგეგმავი ორსულობების, რომლებიც დასრულდა ან სპონტანური აბორტით, ან მკვდარშობილი ბავშვის გაჩენით, პროცენტი მსგავსია 1999 და 2005 წლების პროცენტებისა (Serbanescu et al., 2001, 2007).

საერთო ჯამში, დაგეგმილი ორსულობების პროპორციამ გადააჭარბა დაუგეგმავს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, გარდა 35-44 წლის ქალებისა და სამ და მეტბავშვიანი ოჯახებისა, სადაც პროპორცია ჩამოვარდა 50%-ზე ქვემოთ. დაუგეგმავი ორსულობების წილი ძალიან გაიზარდა შედარებით უფროსი ასაკის ჯგუფებში და დიდ ოჯახებში (სურათი 4.6.3). 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ორსულობის მხოლოდ 16% იყო დაუგეგმავი, თუმცა მათი უმრავლესობა უფრო „უდროო" იყო, ვიდრე „არასასურველი". ამ ქალებისთვის არასასრუველი-უდროოს შეფარდება იყო დაახლოებით 0.6:1, ანუ 5.8/9.7; მაჩვენებელი იგივე იყო 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. თუმცა ეს შემდეგ შეიცვალა და გახდა 2.1:1-დან 3.8:1 და 14.9:1-მდე შემდგომ, უფრო მაღალი ასაკის ჯგუფებში. რაც უფრო

მაღალია ასაკი, მით უფრო მეტი ორსულობა კლასიფიცირდება როგორც „არასასურველი" და არა როგორც „უდროო".

ამრიგად, უდროო ორსულობებს სწრაფად ანაცვლებს არასასურველი ორსულობები დედის ასაკის ზრდასთან ერთად, უპირველეს ყოვლისა იმიტომ, რომ ოჯახის დაგეგმვის სურვილი ჩაანაცვლა ბავშვების ყოლის სურვილის შეწყვეტამ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ფაქტობრივად ყველა დაუგეგმავი ორსულობა არასასურველია შედარებით უფროს ასაკში. ქალები, რომლებსაც არასდროს ჰყოლიათ შვილი, ან ჰყავდათ მხოლოდ ერთი შვილი (ალბათ უფრო ახალგაზრდა ქალები), არ აცხადებდნენ, რომ მათი ორსულობა არასასურველი იყო, როგორც ამას აკეთებდნენ ორი ან მეტი ცოცხლადშობილის დედები (სურათი 4.6.4).

დაუგეგმავი ორსულობების წილი უფრო მაღალი იყო ცოდნის დაბალი დონის და დაბალი შემოსავლის მქონე ქალებში. ეს წილი ასევე უფრო მაღალი იყო აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებს, ვიდრე ქართველებს შორის.

4.7 შვილების სასურველი რაოდენობა მომავალში

მოსახლეობის ცოდნა მოსალოდნელი შობადობის შესახებ მნიშვნელოვანია დაუგეგმავი ორსულობების თავიდან აცილებისა და წყვილებისათვის სასურველი ზომის ოჯახის დაგეგმვაში ხელის შესაწყობად. ჯანდაცვის მუშაკებმა და სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებმა უნდა იცოდნენ ადამიანების შობადობასთან დაკავშირებული სურვილები, რათა შეძლონ წყვილების დახმარება დაუგეგმავი ორსულობის და ხელოვნური აბორტების მაჩვენებლების შემცირებაში.

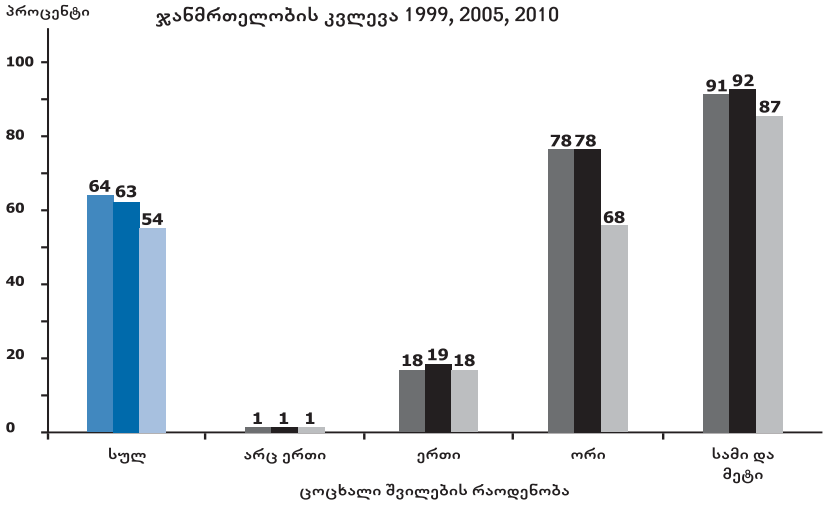
ყველა კვლევაში ქალებში გამოკვლეული იქნა მეტი ბავშვის ყოლის სურვილი. მათ დაუსვეს კითხვა, სურდათ თუ არა შვილის (კიდევ ერთი შვილის) გაჩენა მომავალში. იმ რესპონდენტებს, რომლებმაც გამოხატეს შვილის ყოლის სურვილი მომავალში, ჰკითხეს, ისურვებდნენ თუ არა ბავშვის ყოლას ერთ წელიწადში, ერთ-ორ წელიწადში ან ორი წლის შემდეგ.

4.7.1 ცხრილიდან და 4.7.1 სურათიდან ჩანს, რომ დაქორწინებული თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი სამი ქალიდან ერთ ქალზე მეტს სურს მეტი შვილების ყოლა; დამატებით 6% არ იყო დარწმუნებული, უნდოდა თუ არა მეტი შვილი. ქალების 9%-მა განაცხადა, რომ მისი პარტნიორი ან თვითონ უნაყოფო იყო. ეს ქალები მომავალში ბავშვების სასურველი რაოდენობის თაობაზე არ გამოუკითხავთ.

შობადობის შემდგომ განვითარებაზე დიდ გავლენას ახდენს ცოცხლადშობილი ბავშვების რაოდენობა. მაგალითად, გათხოვილი ქალების 70%-ს, რომლებსაც არ ჰყავდათ ბავშვები, უნდოდათ შვილის ყოლა და თითქმის ყველა მათგანს (66%/69.6%=95%) უნდოდა ბავშვის გაჩენა ორ წელიწადში. ერთშვილიან ქალებში 71%-ს უნდოდა კიდევ ერთი შვილის გაჩენა მომავალში, მათ შორის 37%-მა ეს ისურვა მომავალი ორი წლის განმავლობაში. ეს პროცენტული მაჩვენებელი სწრაფად შემცირდა 21%-მდე ორშვილიან ქალებში და 8%-მდე სამ და მეტშვილიან ქალებში. აღნიშნულის საპირისპიროდ, გადაწყვეტილება, მეტი შვილი აღარ გაეჩინათ, სწრაფად გაიზარდა ცოცხლადშობილი ბავშვების რაოდენობის ზრდასთან ერთად (სურათი 4.7.2). იმ ქალების 81%, რომლებსაც უკვე ჰყავდათ სამი და მეტი შვილი, მზად იყო შვილოსნობის შეწყვეტისთვის. საპირისპიროდ ამისა, იმ ქალებს შორის, რომლებსაც არ ჰყავდათ ცოცხლადშობილი ბავშვი, მხოლოდ 1%-მა აღარ ისურვა შვილის ყოლა.

ცვლილებები ბავშვების გაჩენის სურვილში საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამი კვლევის მანძილზე ძალიან რელევანტურია შობადობის კოეფიციენტის (2010 წლის კვლევა) ზრდის ინტერპრეტირებისათვის. როგორც ნაჩვენებია 4.7.3 სურათზე, იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ სურთ მეტი შვილის ყოლა, გაზრდილია 1999 წლის 25%-დან

სურათი 4.7.5 გადაწყვეტილება, მეტი აღარ იყოლიოს შვილი, ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით, ქორწინებაში მყოფ შობადობის უნარის მქონე 15-44 წლის ქალებში: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 1999, 2005, 2010



35%-მე 2010 წელს – ეს არის 40%-იანი ზრდა. აღნიშნული ტენდენცია თანმიმდევრულია, მიუხედავად ცოცხლადშობილი ბავშვების რაოდენობისა. განსაკუთრებით აღსანიშნავია იმ ორი და მეტშვილიანი ქალების რაოდენობა (21%), რომლებმაც 2010 წელს განაცხადეს, რომ სურთ მეტი შვილი. ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 12% იყო 1999 წელს.

შობადობის მოდელების შესწავლამ საქართველოში გვიჩვენა შობადობის მაღალი კონცენტრაცია შედარებით ახალგაზრდა ასაკში. არ არის გასაკვირი, რომ შვილების ყოლის სურვილი ძალიან მაღალი იყო ახალგაზრდა ქალებს შორის (89% - 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 73% - 20-24 წლის ქალებს შორის). იგივე მაჩვენებელი ჩამოდის 47%-მდე 25-29 წლის ქალებში და კიდევ უფრო მცირდება 30 და მეტი წლის ქალებში (4.7.1 ცხრილის ბოლო ნაწილი). თითქმის ნახევარს იმ ქალებისა, რომლებსაც სურდათ შვილი (კიდევ ერთი შვილი), ეს უნდოდათ ორი წლის განმავლობაში (სურათი 4.7.4). მაგალითად, 15-19 წლის ქალების 45%-მა 89%-დან განაცხადა, რომ სურდა შვილის (კიდევ ერთი შვილის) ყოლა მომავალში. მეორე მხრივ, 29 წლის და უფრო ახალგაზრდა ქალებს შორის, რომლებმაც ისურვეს კიდევ ერთი შვილი, ორიდან ერთს უნდოდა, სულ მცირე, ორი წელი მოეცადა (მაგალითად, 34.8/72.8 20-24 წლის ქალებს შორის). 30 და მეტი წლის ქალები, რომლებსაც სურდათ მეტი შვილი, ამის განხორციელებას აპირებდნენ მომდევნო ორი წლის განმავლობაში, და 40 წლისთვის თითქმის ყველამ შეასრულა თავისი სურვილი.

1999 და 2010 წლებს შორის შესამჩნევი ცვლილებები მოხდა მოცემულ ასაკში კიდევ ერთი ბავშვის გაჩენის დროს დაგეგმვის თვალსაზრისით. ყველაზე ახალგაზრდა ქალებს შორის, რომლებსაც სურდათ შვილის გაჩენა მომავალი ორი წლის განმავლობაში, მაჩვენებელი მკვეთრად დაეცა, თითქმის მეოთხედით, 61%-დან 44%-მდე, მაგრამ შემცირებას ადგილი არ ჰქონია 30 და მეტი წლის ქალებში, რომლებსაც სურდათ შვილის გაჩენა მომავალი ორი წლის განმავლობაში. ეს შედეგები მიესადაგება შობადობის მაჩვენებლის შემცირებას ახალგაზრდა ქალებში და გაზრდილ შობადობას 30 და მეტი წლის ქალებში, რაც შეიძლება იყოს უფროსი ასაკის ქალებში ორსულობის რაოდენობის ზრდის მიმანიშნებელი.

უფრო ზუსტი ანალიზი მეტი შვილის მსურველ ქალებთან დაკავშირებით მიღებული იქნა დაკვირვების შემოფარგვლით მხოლოდ ნაყოფიერი (ვინც ორსულდება) ქალებით, რომლებიც შეიძლება იმყოფებოდნენ დაუგეგმავი ორსულობის რისკის ქვეშ (ცხრილი 4.7.2). შემდეგ უშვილო ქალების გამორიცხვა გვაძლევს ტენდენციებზე უკეთ დაკვირვების საშუალებას (1999 და 2010 წლებს შორის შესამჩნევად შემცირდა უშვილოთა ჯგუფი – 14%-დან 9%-მდე). და პირიქით - უკუპროპორციული კავშირი იმ ქალებს, რომლებსაც მეტი შვილი აღარ უნდათ, და დედობის მსურველთა შორის დღეს უფრო გამოხატულია. მთლიანად, ქართველი ქალების 54%, რომელთაც შეუძლიათ შვილოსნობა, აცხადებს, რომ მათ არ უნდათ მეტი შვილი, მაგრამ ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 18%-დან ერთშვილიან დედებს შორის 87%-მდე სამ და მეტშვილიანი დედებს შორის (სურათი 4.7.5). ერთშვილიან დედებს შორის მეტი შვილის არყოლის სურვილი უფრო მაღალი იყო ქალაქებში მცხოვრებ ქალებში, ვიდრე სოფლის ბინადართ შორის (21% და 15%) და ეს მაჩვენებელი იზრდება განათლების დონის ამაღლებასთან ერთად.

ნებისმიერ დროს შვილოსნობის შეწყვეტის სურვილი უშუალოდ იყო დაკავშირებული ასაკთან. ეს მოდელი ჰგავს 1999 და 2005 წლების კვლევისას აღრიცხულ შემთხვევებს, თუმცა 2010 წელს ორი და მეტშვილიანი ქალების უფრო მცირე ნაწილმა განაცხადა, რომ აღარ უნდოდა მეტი შვილი, ვიდრე ეს გამოხატეს ქალებმა 1999 ან 2005 წელს.

ოჯახის დაგეგმვის პროგრამამ უნდა გაითვალისწინოს საქართველოში წყვილთა მოსაზრებანი შვილების სასურველი რაოდენობის შესახებ, რათა უზრუნველყოს ისინი მოთხოვნილების შესაბამისი კონტრაცეფციული მეთოდებით. ერთი ან მეტი შვილის მოსურნე ახალგაზრდა ქალებს ისეთი მეთოდები სჭირდებათ, რომლებიც შვილის გაჩენის შესაფერისი დროის განსაზღვრის საშუალებას მისცემთ; მაშინ, როცა შედარებით ასაკოვნები, რომელთა უმრავლესობას ბავშვის გაჩენა აღარ სურს, ხანგრძლივ ან პერმანენტულ კონტრაცეფციულ მეთოდებს საჭიროებენ.

4.8 უშვილობის პრობლემები

2010 წლის კვლევაში შედიოდა მოდული, რომლის დანიშნულებას წარმოადგენდა უშვილობის ამჟამინდელი დონეების შეფასება და უნაყოფო ქალებისთვის არსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურების დოკუმენტური სახით აღრიცხვას. უშვილობა ხშირად სახელდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემად აღმოსავლეთ ევროპაში, სადაც მკვეთრად კლებულობს შობადობა, ფართოდაა გავრცელებული აბორტები, გამრავლებულია სქესობრივი გზით გადამდები და მენჯის ღრუს ინფექციები; გარდა ამისა, არასაკმარისია ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურა. თუმცა არ არსებობს მკაფიო დოკუმენტური დასაბუთება იმისა, რომ საქართველოში უშვილობის კოეფიციენტი იზრდება, ცალკეული მტკიცებულებები საფუძვლად უდევს ფართოდ გავრცელებულ შეხედულებას, რომ საქართველოში ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას უშვილობისგან განკურნებისთვის, ვიდრე ადრე, რისი მიზეზი შეიძლება იყოს მენჯის ღრუს ინფექციები (აბორტის ან მშობიარობის გართულებები) ან ძლიერი ტრადიციული ზეწოლა, რომ ბავშვი ქორწინებიდან სულ მალე უნდა გაჩნდეს. იმის გათვალისწინებით, რომ უშვილობასთან და უშვილობის

სამკურნალო სამსახურებში მიღებულ მომსახურებასთან დაკავშირებულ მონაცემებს დიდი მნიშვნელობა აქვს სამომავლოდ მომსახურებაზე მოთხოვნილების და ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების განსაზღვრისთვის, კვლევაში შეტანილი იქნა მთელი რიგი კითხვებისა მომსახურებით მოსარგებლე ადამიანების რაოდენობისა და დიაგნოსტირებული პრობლემების შესახებ.

ტერმინი „უნაყოფობა" წინამდებარე თავში ეხება წყვილის შესაძლებლობის დარღვევას, იყოლიოს შვილი ან რაიმე ცნობილი სამედიცინო მიზეზის, ან ჩასახვის უნარის დაკარგვის გამო, დაუცველი სქესობრივი აქტების შემთხვევაში, სულ მცირე ორი წლის განმავლობაში. როგორც ეს ნაჩვენებია 4.8.1 ცხრილში, სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების 10%-ს ან მათ პარტნიორებს სხვადასხვა დროს მიღებული ჰქონდათ უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებული მომსახურება და დასმული ჰქონდათ „უნაყოფობის" დიაგნოზი. იმ ქალების რაოდენობა, რომლებსაც ოდესღაც ჰქონდათ დასმული ასეთი დიაგნოზი, უფრო მაღალია თბილისში, ვიდრე სხვა ქალაქებსა ან სოფლებში, სავარაუდოდ იმიტომ, რომ თბილისში მცხოვრებთათვის უფრო ხელმისაწვდომია ისეთი სამედიცინო სამსახურება, რომლებსაც შეუძლია ქალისთვის „უნაყოფობის" დიაგნოზის დასმა. მიუხედავად ამისა, იმ ხუთ პროცენტ ქალებს შორის, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მათ ამჟამად დასმული აქვთ უნაყოფობის დიაგნოზი, ყველაზე ნაკლები რაოდენობა მოვიდა თბილისზე, მაშინ, როდესაც სოფლად ამ პრობლემის გაცილებით მაღალი მაჩვენებელი აღმოჩნდა.

უნაყოფობა პირდაპირ პროპორციული აღმოჩნდა ასაკისა – დაახლოებით 1,5% 20-24 წლის ქალებში და 13% 40 და მეტი წლის ქალებში. ძალზე დიდმა ნაწილმა ქალებისა, რომლებსაც არასდროს გაუჩენიათ შვილი, განაცხადა უნაყოფობის შესახებ (ასევე ეწოდება პირველადი უნაყოფობა). გარდა ამისა, პირველადი უნაყოფობის მქონე ქალების მაჩვენებელი სამჯერ და უფრო მეტად მაღალია იმ ქალებს შორის, ვისაც ოდესღაც აწუხებდა მენჯის ღრუს ინფექციები, ვიდრე მათ შორის, ვისაც ეს დაავადება არ ჰქონია.

სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე იმ ქალების 10%-ს შორის, რომლებსაც ოდესმე მიუღიათ უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებული მომსახურება, 25% (არ არის ნაჩვენები) იღებდა სპეციალურ სამედიცინო დახმარებას ინტერვიუმდე 12 თვის მანძილზე.

უშვილობის პრობლემები, რომლებიც დიაგნოსტირებული იყო დაორსულების მიზნით სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართვისას, მოცემულია 4.8.2 ცხრილში (პაციენტებს შეუძლიათ განაცხადონ რამოდენიმე დიაგნოზის შესახებ, ასე რომ, ჯამი ზოგიერთ სტრიქონში გახდება 100%-ზე მეტი, ზოგიერთი ჯამი ვერ მიაღწევს 100%-ს, რადგან 75 შემთხვევაში ინფორმაცია გამოტოვებულია). პრობლემათა უმრავლესობა ეხება ოვულაციის დისფუნქციებს, ხოლო დანარჩენები თითქმის თანაბრადაა გაყოფილი — 10-15% თითოეული. დიაგნოზები მნიშვნელოვნად განსხვავდება საცხოვრებელი ადგილიდან, რეგიონიდან და ცხრილში ნაჩვენები სხვა ქვეჯგუფებიდან გამომდინარე.

მე-4 თავის დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში 1990-იან და ადრეულ 2000-იან წლებში აღრიცხულ შობადობაზე ეკონომიკური და სოციალური ზეგავლენა იქონია პოსტკომუნისტურმა გარდამავალმა პერიოდმა. 2010 წლის კვლევაში დაფიქსირებული შობადობის ბოლოდროინდელი აღმავლობა დაემთხვა ამ ბოლო პერიოდის ეკონომიკურ ზრდას და ქვეყნის პოლიტიკურ სტაბილურობას. ამჟამად ახალგაზრდებში შობადობის კოეფიციენტი შემცირდა, მაგრამ შედარებით უფროსი ასაკის ქალებში შეინიშნება შვილების კიდევ გაჩენის სურვილის ზრდა და სავარაუდოა, რომ მათში ნაკლებად ექნება ადგილი დაუგეგმავ ორსულობას, ვიდრე ხუთი წლის წინ. აქედან გამომდინარე, ქალების სულ უფრო მზარდ რაოდენობას ჰყავს მათთვის სასურველი რაოდენობის შვილები, როცა მათ ისინი უნდათ, და მხოლოდ მცირე ნაწილი აცხადებს, რომ აღარ სურთ შვილების ყოლა. შესაბამისად, საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის სფეროში მიმდინარე მცდელობებისთვის აუცილებელია კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით ისეთი კონსულტაციების უზრუნველყოფა, რომლებიც სათანადოდ გაითვალისწინებს ადამიანების პრიორიტეტებს ბავშვების გაჩენის თვალსაზრისით და მათ სამომავლო გეგმებს შვილის გაჩენის, ბავშვების რაოდენობის და შვილოსნობის შეწყვეტის შესახებ.

ცხრილი 4.1.1 შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები (სამწლიანი ასაკობრივი ინტერვალები) და შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტები დროის სამ პერიოდში15-44 წლის ყველა ქალისთვის.
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისკვლევა - საქართველო, 1999, 2005 და 2010 წლები

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი (1,000 ქალზე)*		
	2007–2010 GERHS-10[1]	2002–2005 GERHS-05[2]	1996–1999 GERHS-99[3]
15–19	39	47	65
20–24	142	109	113
25–29	115	85	92
30–34	62	47	48
35–39	30	18	21
40–44	(11)	(7)	(7)
შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (ერთ ქალზე)	**2.0**	**1.6**	**1.7**
შობადობის საერთო კოეფიციენტი (1,000 ქალზე/წელიწადში)	**72**	**55**	**66**

* ასაკი მშობიარობისას

1. გამომჟღავნებული შობადობა 2007 წლის ოქტომბერსა და 2010 წლის სექტემბერს შორის.

2. გამომჟღავნებული შობადობა 2002 წლის მარტსა და 2005 წლის თებერვალს შორის.

3. გამომჟღავნებული შობადობა 1996 წლის დეკემბერსა და 1999 წლის ნოემბერს შორის.

( ) მითითებული დრო ნაწილობრივ შეკვეცილია, რადგან შერჩევაში არ შედის მოცემულ პერიოდში გამომჟღავნებული ყველა ქალი

ცხრილი 4.1.2 ცოცხლადშობილთა რაოდენობა რესპონდენტთა ამჟამინდელი ასაკის მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალსა და ამჟამად ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო 2010

ცოცხალშობილთა რაოდენობა	ყველა ქალი						
	სულ	ასაკობრივი ჯგუფი					
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
0	41.1	94.8	59.3	31.2	19.1	15.2	15.3
1	18.4	4.6	27.3	27.5	18.0	16.8	15.4
2	28.5	0.5	12.0	33.5	45.7	44.8	42.0
3	9.3	0.1	1.3	7.3	13.4	16.9	20.6
4 ან მეტი	2.7	0.0	0.0	0.5	3.8	6.2	6.7
შემთხვევების მთლიანი რაოდენობა	**100.0** **6,292**	**100.0** **861**	**100.0** **1,099**	**100.0** **1,191**	**100.0** **1,168**	**100.0** **1,051**	**100.0** **922**
ცოცხალშობილთა რაოდენობა	**ქორწინებაში მყოფი ქალები**						
	სულ	**ასაკობრივი ჯგუფი**					
		15–19	**20–24**	**25–29**	**30–34**	**35–39**	**40–44**
0	9.7	55.5	20.6	8.0	5.7	5.0	4.7
1	26.0	39.6	52.5	35.5	18.0	15.5	12.4
2	45.4	4.2	24.1	46.0	55.7	52.5	49.5
3	14.8	0.7	2.6	9.8	16.3	19.6	25.5
4 ან მეტი	4.1	0.0	0.1	0.7	4.3	7.5	7.9
შემთხვევების მთლიანი რაოდენობა	**100.0** **4,098**	**100.0** **124**	**100.0** **610**	**100.0** **863**	**100.0** **948**	**100.0** **836**	**100.0** **717**

ცხრილი 4.2 შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები (სამ-წლიანი ინტერვალი*) და შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტები 15-44 წლის ყველა ქალი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტი (1,000 ქალზე) †						შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (მშობიარობა ერთ ქალზე
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
სულ	**39**	**142**	**115**	**62**	**30**	**11**	**2.0**
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	25	134	108	70	29	8	1.9
სოფელი	57	151	123	54	31	13	2.1
რეგიონი							
კახეთი	77	168	85	40	21	24	2.1
თბილისი	21	127	121	73	32	13	1.9
შიდა ქართლი	33	133	131	59	30	0	1.9
ქვემო ქართლი	64	129	118	50	22	6	1.9
სამცხე-ჯავახეთი	55	132	131	61	15	30	2.1
აჭარა	19	166	142	58	31	26	2.2
გურია	45	138	86	53	20	0	1.7
სამეგრელო	23	171	86	80	20	0	1.9
იმერეთი	53	135	105	62	46	0	2.0
მცხეთა-მთიანეთი	39	167	148	57	26	26	2.3
რაჭა-სვანეთი	65	198	96	67	35	5	2.3
განათლების დონე							
არასრული საშუალო და ნაკლები	44	162	88	37	32	26	1.9
სრული საშუალო	48	166	118	54	25	7	2.1
ტექნიკუმი	36	160	100	66	37	14	2.1
უნივერსიტ./ასპირანტურა	16	118	126	75	28	5	1.8
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	53	148	112	47	27	12	2.0
მეორე	57	182	111	62	25	15	2.3
საშუალო	47	132	117	68	37	12	2.1
მეოთხე	20	118	100	61	35	3	1.7
ყველაზე მაღალი	27	133	130	69	25	11	2.0
ეროვნება							
ქართველი	30	141	117	65	30	9	2.0
აზერი	143	184	96	18	29	0	2.4
სომეხი	59	118	101	70	22	0	1.9
სხვა	66	144	111	60	40	73	2.5

* შობადობა 2007 წლის ოქტომბერსა და 2010 წლის სექტემბერს შორის.

† შობადობა 1000 ქალზე წელიწადში, მშობიარობისას ასაკის მიხედვის

ცხრილი 4.3 15-44 წლის ქალების ქორწინების ამჟამინდელი სტატუსი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ქორწინების ამჟამინდელი სტატუსი				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	რეგისტრირებული ქორწინება	არაგეგისტრირებული ქორწინება	აღარ გათხოვილი	არასდროს ყოფილა გათხოვილი		
სულ	**57.9**	**1.2**	**6.5**	**34.4**	**100.0**	**6,292**
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	53.6	1.3	8.0	37.1	100.0	2,975
სოფელი	62.8	1.2	4.8	31.2	100.0	3,317
რეგიონი						
კახეთი	62.8	0.6	6.5	30.1	100.0	498
თბილისი	50.2	1.4	8.7	39.8	100.0	1,426
შიდა ქართლი	60.0	1.2	5.5	33.3	100.0	392
ქვემო ქართლი	61.9	1.6	7.6	29.0	100.0	546
სამცხე-ჯავახეთი	58.5	2.6	3.9	34.9	100.0	481
აჭარა	63.6	0.9	5.5	30.0	100.0	419
გურია	63.6	.	3.2	33.2	100.0	401
სამეგრელო	55.5	1.2	5.0	38.3	100.0	477
იმერეთი	61.2	1.0	5.6	32.2	100.0	805
მცხეთა-მთიანეთი	60.6	2.7	5.1	31.6	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	57.2	0.5	4.3	38.0	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	10.3	0.3	0.8	88.5	100.0	861
20–24	47.1	1.6	3.2	48.2	100.0	1,099
25–29	69.5	1.5	4.2	24.8	100.0	1,191
30–34	77.0	1.0	8.8	13.1	100.0	1,168
35–39	77.4	1.8	10.8	10.1	100.0	1,051
40–44	75.0	1.4	13.2	10.5	100.0	922
განათლების დონე						
არასრული საშუალო და ნაკლები	45.5	0.7	5.7	48.2	100.0	1,330
სრული საშუალო	63.5	1.5	4.9	30.0	100.0	1,568
ტექნიკუმი	68.7	2.0	7.2	22.1	100.0	903
უნივერსიტ./ასპირანტურა	58.0	1.2	7.6	33.2	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	62.1	1.0	5.7	31.2	100.0	1,093
მეორე	62.8	1.1	5.3	30.8	100.0	1,385
საშუალო	59.7	1.9	4.7	33.7	100.0	1,413
მეოთხე	52.4	1.0	8.3	38.4	100.0	1,037
ყველაზე მაღალი	54.3	1.2	8.0	36.5	100.0	1,364
ეროვნება						
ქართველი	57.0	1.3	6.3	35.3	100.0	5,488
აზერი	72.3	.	5.9	21.8	100.0	276
სომეხი	57.1	1.7	5.6	35.5	100.0	364
სხვა	60.6	0.6	14.0	24.8	100.0	164
დასაქმება						
დასაქმებული	55.6	1.3	11.9	31.2	100.0	1,410
დაუსაქმებელი	58.5	1.2	5.0	35.2	100.0	4,882

ცხრილი 4.4.1 ქალების პროცენტული განაწილება ახლანდელი ასაკის მიხედვით, რომლებსაც პირველი სქესობრივი გამოცდილება, პირველი თანაცხოვრება და პირველი მშობიარობა ჰქონდათ შერჩეულ ასაკამდე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ახლანდელი ასაკი	ასაკი პირველი სქესობრივი გამოცდილებისას					ჰქონდა სქესობრივი კავშირი	არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	ასაკის მედიანა	შემთხვევების რაოდენობა
	<15	<18	<20	<22	<25				
15–19	0.5	(8.4)	(11.5)			11.5	88.5	†	861
20–24	1.2	14.4	29.5	(46.1)	(52.2)	52.2	47.8	†	1,099
25–29	0.9	14.6	30.0	45.5	65.9	75.3	24.7	22.4	1,191
30–34	2.0	24.4	40.9	52.3	67.7	86.9	13.1	21.1	1,166
35–39	0.7	21.6	43.2	55.9	69.6	90.1	9.9	20.6	1,051
40–44	0.7	11.2	32.8	51.4	67.5	89.5	10.5	21.6	922
სულ	**1.0**	**15.7**	**30.8**	**43.1**	**54.6**	**65.7**	**34.3**	**21.8**	**6,290**

ახლანდელი ასაკი	ასაკი პირველი თანაცხოვრებისას					კვლავაც კავშირშია	არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	ასაკის მედიანა	შემთხვევების რაოდენობა
	<15	<18	<20	<22	<25				
15–19	0.4	(8.3)	(11.5)			11.5	88.5	†	861
20–24	1.1	14.0	28.8	(45.6)	(51.8)	51.8	48.2	†	1,099
25–29	1.2	14.7	29.6	45.6	65.8	75.2	24.8	22.6	1,191
30–34	2.2	24.9	41.0	52.7	66.7	86.9	13.1	21.4	1,168
35–39	0.9	22.1	42.9	55.6	69.3	89.9	10.1	21.0	1,051
40–44	0.6	11.0	32.4	51.2	66.7	89.5	10.5	21.9	922
სულ	**1.0**	**15.7**	**30.6**	**43.0**	**54.3**	**65.6**	**34.4**	**21.9**	**6,292**

ახლანდელი ასაკი	ასაკი პირველი მშობიარობისას					შვა ცოცხალშობილი ბავშვი	არასდროს გაუჩენია ცოცხალშობილი ბავშვი	ასაკის მედიანა	შემთხვევების რაოდენობა
	<15	<18	<20	<22	<25				
15–19	0.2	(3.0)	(5.2)			5.2	94.8	†	861
20–24	0.0	6.1	17.7	(32.3)	(40.7)	40.7	59.3	†	1,099
25–29	0.1	6.9	20.2	35.1	55.8	68.8	31.2	24.1	1,191
30–34	0.2	11.8	29.0	42.2	57.4	80.9	19.1	23.4	1,168
35–39	0.2	9.5	26.3	44.3	60.9	84.8	15.2	22.8	1,051
40–44	0.2	4.7	17.3	36.7	58.4	84.7	15.3	23.4	922
სულ	**0.1**	**6.9**	**19.0**	**32.0**	**45.3**	**58.9**	**41.1**	**23.6**	**6,292**

* გარდა 2 ქალისა, რომლებმაც არ დაასახელეს პირველი სქესობრივი კავშირის ასაკი.

† გამოტოვებულია, რადგან ამ ასაკობრივ ჯგუფში 50%-ზე ნაკლები იყო დაქორწინებული პერიოდის დასაწყისში მოცემულ ასაკში.

( ) ასაკი ჯერ არ არის მიღწეული 15-19 წლის ქალების მიერ.

არ მოითხოვება: მითითებული დრო ნაწილობრივ შეკვეცილია, რადგან ყველა შემთხვევაში არ არის მიღწეული ეს ასაკი.

ცხრილი 4.4.2 პირველი სქესობრივი გამოცდილების, პირველი თანაცხოვრებისა და პირველი მშობიარობისა საშუალო ასაკი მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათბლები	ასაკის მედიანა პირველი სქესობრივი გამოცდილების მიღებისას	ასაკის მედიანა პირველი თანაცხოვრებისას	ასაკის მედიანა პირველი მშობიარობისას
სულ	**21.8**	**21.9**	**23.6**
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	22.6	22.8	24.6
სოფელი	20.9	21.1	22.6
რეგიონი			
კახეთი	20.7	20.7	22.2
თბილისი	23.5	23.7	25.3
შიდა ქართლი	20.6	20.9	22.3
ქვემო ქართლი	20.8	21.1	22.6
სამცხე-ჯავახეთი	20.3	20.5	21.9
აჭარა	21.0	21.2	22.8
გურია	21.4	21.6	23.2
სამეგრელო	22.8	23.1	24.4
იმერეთი	21.7	22.0	23.6
მცხეთა-მთიანეთი	20.9	21.3	23.1
რაჭა-სვანეთი	23.3	23.6	25.2
განათლების დონე			
არასრული საშუალო ან ნაკლები	19.3	19.5	20.9
სრული საშუალო	20.1	20.2	21.7
ტექნიკუმი	21.8	21.9	23.5
უნივერსიტ./ასპირანტურა	24.1	24.4	25.9
შემთხვევათა რაოდენობა	**6,290**	**6,292**	**6,292**

ცხრილი 4.5 სქესობრივი აქტივობის მდგომარეობა ქორწინების სტატუსისა და ასაკის მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალს შორის.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

სქესობრივი აქტივობის მდგომარეობა	სულ	ქორწინების სტატუსი		
		ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	არასდროს ყოფილა ქორწინებაში
არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	34.2	0.0	0.0	99.7
ამჟამად ორსულადაა	4.6	7.6	1.3	0.0
აქვს მშობიარობის შემდგომი პერიოდი	3.1	5.2	0.0	0.0
ბოლო თვეში	47.6	79.8	5.9	0.1
1-3 თვე	2.4	3.4	6.0	0.0
3 და მეტი თვის წინ, მაგრამ მიმდინარე წელს	1.7	1.5	11.9	0.0
ერთი ან მეტი წლის წინ	5.8	2.0	70.2	0.0
ინტერვალი უცნობია	0.6	0.4	4.8	0.1
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევათა რაოდენობა	**6,292**	**4,098**	**389**	**1,805**
სქესობრივი აქტივობის მდგომარეობა	**სულ**	**ახლანდელი ასაკი**		
		15–24	**25–34**	**35–44**
არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	34.2	67.7	19.0	10.2
ამჟამად ორსულადაა	4.6	7.0	4.7	1.5
აქვს მშობიარობის შემდგომი პერიოდი	3.1	3.4	4.7	0.9
ბოლო თვეში	47.6	18.5	61.7	67.7
1-3 თვე	2.4	0.8	1.8	5.1
3 და მეტი თვის წინ, მაგრამ მიმდინარე წელს	1.7	1.0	2.1	2.1
ერთი ან მეტი წლის წინ	5.8	1.1	5.7	11.5
ინტერვალი უცნობია	0.6	0.5	0.4	1.0
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევათა რაოდენობა	**6,292**	**1,960**	**2,359**	**1,973**

ცხრილი 4.6 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-4 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ბოლო ორსულობის დაგეგმვის მდგომარეობა					
	დაგეგმილი	უდროო	არასასურველი	პასუხი არა აქვს	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	**63.1**	**10.5**	**25.7**	**0.6**	**100.0**	**2,986**
ორსულობის შედეგი						
მიმდინარე ორსულობა	86.7	9.2	3.5	0.5	100.0	294
ცოცხალშობილი ბავშვი	93.8	3.8	2.1	0.3	100.0	1,526
ხელოვნული აბორტი	3.1	22.4	73.5	0.9	100.0	953
ორსულობის სხვა შედეგები*	70.6	8.1	19.2	2.1	100.0	213
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	66.5	11.4	21.6	0.5	100.0	1,354
სოფელი	59.7	9.6	29.9	0.8	100.0	1,632
დედის ასაკი ორსულობის ბოლოს†						
15–19	84.5	9.7	5.8	.	100.0	193
20–24	78.0	13.6	8.1	0.4	100.0	836
25–29	63.4	11.5	24.3	0.8	100.0	885
30–34	50.6	10.2	38.5	0.6	100.0	633
35–44	41.7	3.6	53.5	1.2	100.0	439
ცოცხალშობილი ბავშვების რაოდენობა						
0	87.2	2.9	5.7	4.2	100.0	72
1	80.9	12.7	6.1	0.3	100.0	956
2	54.7	10.7	33.8	0.7	100.0	1,484
3 ან მეტი	47.8	6.6	45.1	0.5	100.0	474
განათლების დონე						
სრული საშუალო ან ნაკლები	57.2	10.8	31.3	0.7	100.0	1,373
ტექნიკურმი	65.5	10.6	23.8	0.2	100.0	405
უნივერსიტ./ასპირანტურა	68.8	10.1	20.4	0.7	100.0	1,208
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	57.8	9.5	31.4	1.3	100.0	497
მეორე	61.3	9.5	28.6	0.5	100.0	709
საშუალო	60.6	10.5	28.1	0.8	100.0	661
მეოთხე	69.2	11.0	19.6	0.2	100.0	475
ყველაზე მაღალი	65.4	11.6	22.5	0.5	100.0	644
ეროვნება						
ქართველი	63.9	10.9	24.7	0.4	100.0	2,541
აზერი	54.3	6.7	36.3	2.7	100.0	166
სომეხი	57.9	8.9	31.6	1.6	100.0	193
სხვა	68.3	11.2	20.5	0.0	100.0	86

* შედის ორსულობები, რომლებიც დასრულდა მკვდარშობილი ბავშვის შეძენით, აბორტით ან საშვილოსნოს გარე ორსულობით.

† ქალის ასაკი ორსულობის დასრულებისას, გარდა 294 ორსული ქალისა, რომლის ასაკი ემთხვევა ინტერვიუში მოტანილ ასაკს.

ცხრილი 4.7.1 რეპროდუქციული პრიორიტეტები ცოცხალი შვილების რიცხვისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სურს ან არ სურს შვილი	სულ	ცოცხალშობილი ბავშვების რაოდენობა*			
		0	1	2	3 და მეტი
უნდა მეტი შვილი	35.3	69.6	70.8	20.5	7.9
ახლავე უნდა ორსულად ყოფნა	9.5	54.7	14.2	3.6	1.9
უნდა შვილი ერთი წლის განმავლობაში	4.0	8.1	7.0	2.3	2.3
უნდა შვილი 1-2 წლის განმავლობაში	7.3	3.2	16.1	5.1	1.0
უნდა შვილი 2 წლის განმავლობაში	14.5	3.6	33.5	9.5	2.7
არა აქვს გადაწყვეტილი	6.3	0.4	3.9	9.0	4.7
არ უნდა (მეტი აღარ უნდა) შვილი	49.7	0.8	16.6	63.7	80.8
შვილოსნობის დაბალი დონის მქონე, ნაწილობრივ უშვილო წყვილები	8.7	29.2	8.7	6.7	6.7
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევათა რაოდენობა	**4,098**	**281**	**1,110**	**2,053**	**654**

სურს ან არ სურს შვილი	სულ	ასაკობრივი ჯგუფი					
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
უნდა მეტი შვილი	35.3	88.9	72.8	47.0	31.1	17.4	7.2
ახლავე უნდა ორსულად ყოფნა	9.5	29.9	14.1	11.5	9.0	7.1	3.2
უნდა შვილი ერთი წლის განმავლობაში	4.0	3.6	6.4	3.3	4.5	3.9	2.2
უნდა შვილი 1-2 წლის განმავლობაში	7.3	11.2	17.5	8.3	7.1	3.8	1.1
უნდა შვილი 2 წლის განმავლობაში	14.5	44.2	34.8	23.9	10.5	2.6	0.7
არა აქვს გადაწყვეტილი	6.3	3.7	8.1	9.0	8.3	4.9	1.8
არ უნდა (მეტი აღარ უნდა) შვილი	49.7	7.4	17.6	38.7	53.2	66.4	72.6
შვილოსნობის დაბალი დონის მქონე, ნაწილობრივ უშვილო წყვილები	8.7	0.0	1.5	5.3	7.4	11.4	18.5
სულ	**100.0**	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	**4,098**	**124**	**610**	**863**	**948**	**836**	**717**

* ქალები, რომლებიც ორსულად იყვნენ ინტერვიუების ჩატარების დროს, ჩაითვალნენ, რომ ჰყავდათ ფაქტიურ რაოდენობაზე ერთით მეტი შვილი.

ცხრილი 4.7.2 15-44 წლის ფერტილურ ქალთა პროცენტული კოეფიციენტი ვისაც არ სურს მეტი შვილის ყოლა, ცოცხალი შვილებისა რაოდენობისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	სულ	ცოცხალი შვილების რაოდენობა*			
		0	1	2	3 +
სულ	**54.4**	**1.1**	**18.2**	**68.3**	**86.6**
შემთხვევათა რაოდენობა	**3,728**	**192**	**1,007**	**1,920**	**609**
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	50.2	1.0	20.9	66.9	81.2
სოფელი	58.6	1.4	14.5	69.6	89.5
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	16.1	0.0	6.2	39.1	52.9
25–34	49.4	1.7	15.0	59.2	82.6
35–44	81.2	3.2	52.6	86.9	90.7
განათლების დონე					
სრული საშუალო ან ნაკლები	59.1	1.5	16.0	72.1	90.2
ტექნიკუმი	58.3	0.0	18.4	72.5	89.4
უნივერსიტ./ასპირანტურა	47.7	1.3	20.1	62.4	77.9

* ქალები, რომლებიც ორსულად იყვნენ ინტერვიუების ჩატარების დროს, ჩაითვალნენ, რომ ჰყავდათ ფაქტიურ რაოდენობაზე ერთით მეტი შვილი.

ცხრილი 4.8.1 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტული განაწილება, რომლებმაც განაცხადეს ნაწილობრივი უშვილობის შესახებ და მიღებული აქვთ სხვადასხვა მომსახურება, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

	შვილოსნობის უნარის დაქვეითება (%)	ერთხელ მაინც ჰქონდა ადგილი შვილოსნობის უნარის დაქვეითებას (%)	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	**5.1**	**10.5**	4493
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი	5.8	12.9	943
სხვა ქალაქი	7.5	10.6	1105
სოფელი	8.9	9.3	2445
რეგიონი			
კახეთი	9	9	380
თბილისი	5.8	12.9	943
შიდა ქართლი	8	10.1	285
ქვემო ქართლი	6.4	9	420
სამცხე-ჯავახეთი	7.2	8.1	350
აჭარა	7.4	10.4	317
გურია	10.8	7.5	290
სამეგრელო	8.2	5.4	326
იმერეთი	10.4	13	586
მცხეთა-მთიანეთი	8.3	10.2	292
რაჭა-სვანეთი	12.3	9.7	304
ეროვნება			
ქართველები	8	10.8	3859
სხვა	6.2	8.6	634
ასაკობრივი ჯგუფი			
15-19	--	10.3	130
20-24	1.5	9.6	642
25-29	5.6	10	910
30-34	7.5	10.9	1036
35-39	10.8	10.3	946
40-44	12.9	11.7	829
ჰქონდა პელვიოპერიტონიტი			
ერთხელ მაინც	11.9	21.1	1292
არასდროს	6	6.1	3201
შვილების რაოდენობა			
0	18.7	33.1	477
1	7.9	12.6	1286
2	6.2	5.6	2069
3	4.5	5.9	539
4 ან მეტი	4.2	2.9	122

ცხრილი 4.8.2 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე იმ ქალების პროცენტული განაწილება, რომლებსაც დასმული ჰქონდათ უნაყოფობის დიაგნოზი, შერჩეული მახასიათებელების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

	ოვულაციას თან დაკავშირებული პრობლემა (ჰორმონალური დისფუნქციის ჩათვლით) %	დახურული მილები, %	ენდომეტრიოზი, %	სპერმის პრობლემები (ვიწრო არხი, სუსტი მოძრაობა, ვარიკოცელე), %	ანთება, %	კისტა, %	ვირუსული ინფექცია, %	უნაყოფობის სხვა პრობლემები, %	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	**36.2**	**14.8**	**10.4**	**15.3**	**7.1**	**3.9**	**4.7**	**14.7**	468
საცხოვრებელი ადგილი									
თბილისი	29.9	10.4	15.3	12.5	4.9	3.5	4.9	10.4	117
სხვა ქალაქი	45.1	16.3	10.4	24.2	7.0	4.5	5.4	8.1	122
სოფელი	35.4	17.0	7.0	11.9	8.8	3.9	4.2	21.4	229
რეგიონი									
კახეთი	50.0	15.0	15.0	17.5	5.0	5.0	2.5	22.5	38
თბილისი	29.9	10.4	15.3	12.5	4.9	3.5	4.9	10.4	117
შიდა ქართლი	41.2	8.8	.	5.9	2.9	8.8	5.9	29.4	31
ქვემო ქართლი	33.3	13.3	4.4	13.3	8.9	4.4	8.9	31.1	37
სამცხე-ჯავახეთი	23.5	26.5	14.7	11.8	2.9	.	2.9	23.5	30
აჭარა	43.9	26.8	2.4	19.5	19.5	2.4	.	12.2	35
გურია	36.0	20.0	20.0	16.0	.	.	8.0	16.0	22
სამეგრელო	55.0	10.0	.	20.0	15.0	10.0	.	.	18
იმერეთი	34.5	16.1	9.2	21.8	4.6	2.3	5.7	8.0	78
მცხეთა-მთიანეთი	40.5	10.8	29.7	2.7	10.8	8.1	10.8	8.1	32
რაჭა-სვანეთი	26.5	23.5	14.7	14.7	8.8	5.9	.	11.8	30
ეროვნება									
ქართველები	37.0	14.4	9.9	16.2	6.3	4.0	4.1	13.9	406
სხვა	30.4	17.8	13.9	8.5	13.6	3.5	9.4	19.7	62
ასაკობრივი ჯგუფი									
15-19	49.8	6.9	7.7	.	.	.	11.5	12.4	12
20-24	39.8	15.1	11.4	18.6	8.1	3.0	6.9	12.5	53
25-29	42.0	12.1	6.5	10.7	8.4	1.5	5.1	9.6	94
30-34	30.2	16.6	12.2	18.6	5.8	5.8	4.3	16.2	110
35-39	34.1	14.9	9.6	19.3	2.5	6.7	4.1	16.4	103
40-44	35.3	16.0	12.4	11.8	12.3	2.4	3.1	16.9	96
შვილების რაოდნობა									
არც ერთი	34.4	15.3	6.6	28.1	4.6	2.6	6.4	12.8	166
ერთი ან მეტი	37.1	14.5	12.3	8.7	8.4	4.6	3.8	15.5	302

თავი 5

ხელოვნური აბორტი

საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები მოიცავდა დეტალურ კითხვებს აბორტების შესახებ. აბორტის მოდული, რომელიც აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებამ მიზნობრივად შეიმუშავა აღმოსავლეთ ევროპაში დაუგეგმავი ორსულობისა და ორსულობის შეწყვეტის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად, იკვლევს როგორც ქალების მიერ ცხოვრების განმავლობაში, ასევე ბოლო დროს გაკეთებული აბორტების გამოცდილებას. მოდული მოიცავს ისეთ კითხვებს, რომ რესპონდენტმა აღწეროს ცხოვრების მანძილზე ყველა ორსულობის ისტორია, თითოეული ორსულობის შედეგის ჩათვლით (ანუ, ცოცხლადშობილი, მკვდრადშობილი, მუცლის მოშლა ან აბორტი), ქრონოლოგიურად უკუთანმიმდევრობით. აბორტთან დაკავშირებით, თითოეულ რესპონდენტს ეკითხებიან ორსულობის შეწყვეტის თარიღს, ორსულობის ხანგრძლივობას და დაგეგმილი იყო თუ არა ორსულობა ჩასახვის დროს (იმ აბორტებთან დაკავშირებით, რომლებიც გამოკითხვამდე 5 წლიან პერიოდში გაკეთდა). ყოველ ხელოვნურ აბორტზე, რომელიც ბოლო 5 წლის განმავლობაში გაკეთდა, შემდეგი დამატებითი ინფორმაცია გროვდება: აბორტის მიზეზი, პარტნიორის დამოკიდებულება აბორტის მიმართ, კონტრაცეპტივების გამოყენება ჩასახვის დროს, აბორტის პროცედურის დეტალები და გაწეული სამედიცინო მომსახურება, ადრეული და გვიანდელი პოსტაბორტული გართულებები, აბორტისშემდგომი კონსულტაციის და კონტრაცეფციის მეთოდების მიღება.

აბორტთან დაკავშირებულ კითხვებს მოიცავს კონტრაცეფციის მოდულიც, რათა რესპონდენტებს მიეცეს კიდევ ერთი შესაძლებლობა, აღწერონ თავიანთი გამოცდილება. მიუხედავად იმისა, რომ აღრიცხულია ორსულობის სრული ისტორიები, რესპონდენტები კიდევ ერთხელ აღწერენ ბოლო ორსულობების შედეგებს ორსულობების ისტორიის და კონტრაცეპტივების გამოყენების ყოველთვიურ კალენდარში, რომელიც კვლევის წინა 5 წლის პერიოდს ფარავს. ეს კალენდარი მოიცავს კითხვებს კონტრაცეფციის, ორსულობის სტატუსის და სხვა შემთხვევების შესახებ კვლევის წინა ფიქსირებული პერიოდის (ჩვეულებრივ 5 წელი) განმავლობაში. ამ კალენდარში ერთად აღირიცხება ორსულობების და კონტრაცეფციის გამოყენების შემთხვევები, რაც ეხმარება რესპონდენტებს, გაიხსენონ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მოვლენები და ამ მოვლენების დრო. კალენდარი ასევე ინფორმაციის სიზუს-

ტის შიდა გადამოწმების საშუალებას იძლევა და არის ვიზუალური ინსტრუმენტი, რომელიც უადვილებს ინტერვიუერებს, აღმოაჩინონ და შეასწორონ შეუსაბამობები.

შეუსაბამობების გადამოწმების შემდეგ, ორსულობის ისტორიებზე შეგროვილი მონაცემები გამოყენებული იქნა აბორტების ასაკობრივი და ჯამობრივი კოეფიციენტების გამოსაანგარიშებლად ისე, როგორც შობადობის ასაკობრივი და ჯამობრივი კოეფიციენტების შემთხვევაში. უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევებით მიღებულ სტატისტიკას, როგორც აბორტების შესახებ ინფორმაციის წყაროს, ხშირად უპირატესობას ანიჭებენ აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში (იხ. ქვემოთ). უშუალოდ რესპონდენტების მიერ დასახელებული მონაცემები საშუალებას იძლევა, შეფასდეს აბორტის დონეები ქალების ყველა ქვეჯგუფში (მათ შორის, იმ ქალებს შორის, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების მიღმა იკეთებენ აბორტს). ეს მონაცემები ასახავს იმ ქალთა გეოგრაფიულ, დემოგრაფიულ და სოციალურ-ეკონომიკურ მახასიათებლებს, რომლებმაც აბორტები გაიკეთეს და შესაბამისად, შესაძლებლობას იძლევა, განისაზღვროს ის ქეჯგუფები, რომლებსაც ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება ესაჭიროებათ. ისინი ასევე აადვილებს ანალიზს, ვინაიდან ადვილად იზომება და შესაძლებლობას იძლევა, აბორტი შესწავლილი იქნეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მონაცემების კონტექსტში. კვლევის მონაცემების უპირატესობა ასევე არის ის, რომ შესაძლებელია აბორტის შესწავლა ისეთი სოციალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ქცევის უფრო ფართო კონტექსტში, როგორიცაა შობადობა და სექსუალური ურთიერთობის დინამიკა, კონტრაცეფციის მეთოდებზე მოთხოვნა და ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების საჭიროება.

5.1 აბორტების მაჩვენებლები და ტენდენციები

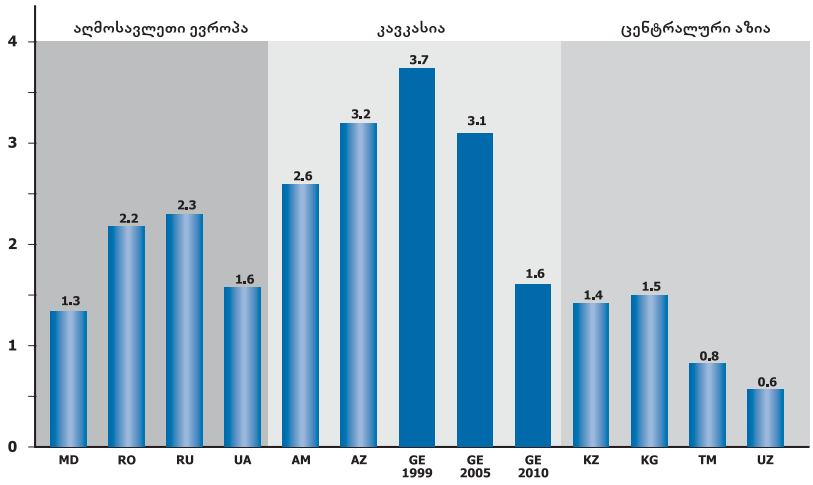
1991 წლამდე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის დამახასიათებელი იყო შობადობის კონტროლი აბორტების მეშვეობით. ამ ქვეყნებში აბორტი ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე ადვილად ხელმისაწვდომი იყო, ხოლო ეფექტიანი კონტრაცეფციული საშუალებები ნაკლებად მოიპოვებოდა. ყოფილი საბჭოთა კავშირის მიბაძვით, ამ ქვეყნებში აბორტი 1950-იანი წლების შუა ხანებში დაკანონდა, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებზე ბევრად ადრე, და მათ მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე ლიბერალური კანონმდებლობა ჰქონდათ აბორტთან დაკავშირებით. ყველა ამ ქვეყანაში, ორი ქვეყნის გარდა, საკუთარი სურვილით აბორტის გაკეთება კანონიერი იყო ორსულობის პირველი 12-14 კვირის განმავლობაში, ხოლო სოციალურ-ეკონომიკური და სამედიცინო მიზეზებით – 22-25 კვირამდე. აბორტი მკაცრად იკრძალებოდა მხოლოდ რუმინეთში (სადაც საკუთარი სურვილით აბორტი აიკრძალა 1966 წელს, მაგრამ ისევ დაკანონდა 1989 წელს) და ალბანეთში, სადაც პირველი ლიბერალური კანონი აბორტის შესახებ 1995 წელს მიიღეს (Rahman A et al. 1998). ამჟამად, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ყველა ქვეყანას, პოლონეთის გარდა, აბორტთან დაკავშირებით ლიბერალური კანონები აქვთ. ვინაიდან აბორტი დიდი ხნის განმავლობაში იყო დაკანონებული და ფართოდ გამოიყენებოდა ამ რეგიონში, სოციალური სტიგმა არ არის ისე ძლიერად გამოხატული, როგორც დასავლეთ ევროპაში. თუმცა, ამ ბოლო დროს, ზოგ ქვეყანაში აბორტის წინააღმდეგ სულ უფრო იმაღლებენ ხმას რელიგიური ლიდერები, ყოფილი კომუნისტები და ნაციონალისტური ორგანიზაციები, რამაც შესაძლოა საზოგადოების დამოკიდებულება აბორტის მიმართ შეცვალოს.

მაღალხარისხიანი კონტრაცეფციული მეთოდების ნაკლებობის პირობებში, აბორტების მაჩვენებლები საბჭოთა კავშირში ხშირად შობადობის მაჩვენებლებს აჭარბებდა. მაგალითად, მთელ საბჭოთა კავშირში 1989 წელს ყოველ ცოცხლადშობილზე 1.3 აბორტი მოდიოდა, აბორტის კოეფიციენტი შეადგენდა 96 შემთხვევას წელიწადში 15-49 წლის 1,000 ქალზე, ხოლო სიცოცხლის განმავლობაში ხელოვნური აბორტების კოეფიციენტი შეადგენდა 3.3 აბორტს ერთ ქალზე. რუსეთში, ბელარუსსა და უკრაინას აბორტების სტაბილურად მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა მაშინ, როცა შუა აზიის რესპუბლიკებში იგი გაცილებით დაბალი იყო (გოსკომსტატი, სსრკ, 1990).

გასული საუკუნის 90-ინი წლებიდან მოყოლებული, იზრდებოდა თანამედროვე ეფექტიანი კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენება, რამაც შესაბამისად გამოიწვია აბორტების მაჩვენებლების შემცირება (Popov and David, 1999). მიუხედავად ამისა, შობადობის კონტროლის საშუალებად აბორტის გამოყენების მაჩვენებელი ბევრ ქვეყანაში კვლავ მაღალია (სურათი 5.1.1).

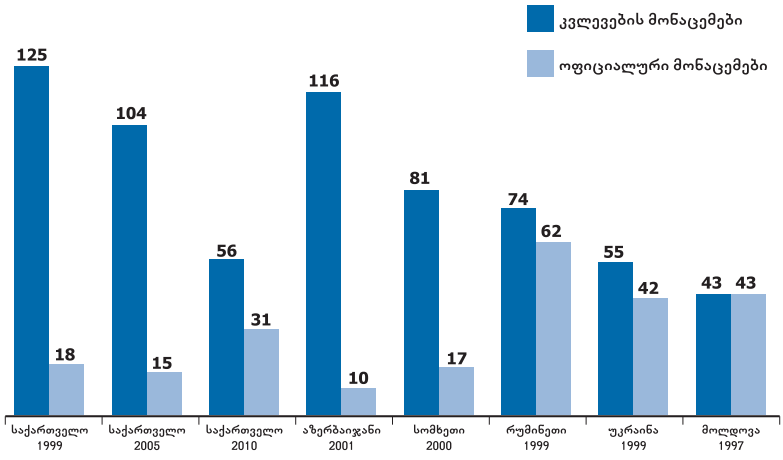
კვლევების თანახმად, აბორტების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი კავკასიის რეგიონშია, სადაც თითოეულ ქალს აზერბაიჯანსა და სომხეთში, ცხოვრების მანძილზე, ჩვეულებრივ, 2-ზე მეტი აბორტი აქვს გაკეთებული. საქართველოში აბორტების საერთო რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდა ბოლო 10 წლის განმავლობაში – ერთ ქალზე 3.7 აბორტიდან 1999 წელს (რაც მაშინ ყველაზე მაღალი აღრიცხული მაჩვენებელი იყო მსოფლიოში) 3.1 აბორტამდე 2005 წელს და 1.6 აბორტამდე 2010 წელს. თუმ-

სურათი 5.1.1 აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი (ერთ ქალზე): აღმოსავლეთ ევროპასა და ევრაზიაში ჩატარებული კვლევების მონაცემების მიხედვით



წყარო: CDC და ORC/Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report.
შენიშვნა: MD=მოლდოვა; RO=რუმინეთი; RU=რუსეთი; UA=უკრაინა; AM=სომხეთი; AZ=აზერბაიჯანი; GE=საქართველო; KZ=ყაზახეთი; KG=ყირგიზეთი; TM=თურქმენეთი; UZ=უზბეკეთი

სურათი 5.1.2 აბორტების ზოგადი კოეფიციენტები (1,000 ქალზე) აღმოსავლეთ ევროპაში: კვლევების შედეგები და ოფიციალური მონაცემები

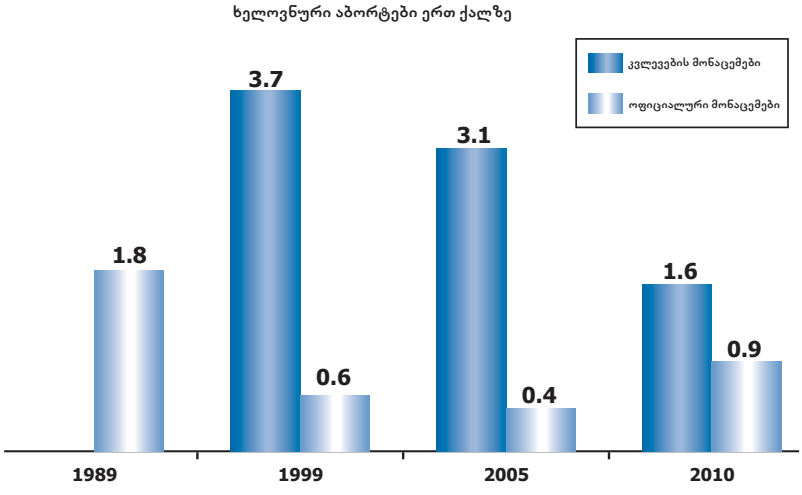


წყარო: CDC and ORC Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report
Serbanescu et al., 2007.

ცა, აღმოსავლეთ ევროპაში რეპროდუქციული და დემოგრაფიული ჯანმრთელობის კვლევის ბოლო დროის მონაცემები არ არსებობს და ამიტომ საქართველოში აბორტების ამ ბოლო მონაცემის შედარება სხვა ქვეყნების იმავე პერიოდის (2007-2010) მონაცემებთან ვერ ხერხდება.

აბორტის შემთხვევების შესახებ ზუსტი მონაცემების მოპოვება რთულია ნებისმიერ ქვეყანაში. მონაცემების სიზუსტე დამოკიდებულია სამედიცინო ინფორმაციის ინფრასტრუქტურის არსებობასა და ხარისხზე, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებში და ქვეყნის მასშტაბით აბორტის აღრიცხვის მეთოდებზე, პროცედურის იურიდიულ სტატუსსა და საზოგადოებრივ-კულტურულ ნორმებზე (Alan Guttmacher Institute, 1999; Rossier, 2003). ქვეყნებში, სადაც აბორტი კანონით დაშვებულია, ინფორმაციას ჩვეულებრივ სახელმწიფო სტრუქტურები აგროვებენ სამედიცინო დაწესებულებებისგან. ოფიციალური სტატისტიკა აბორტის შესახებ ყოფილი საბჭოთა ბლოკის ყველა ქვეყანაში არსებობს, მაგრამ პოსტსაბჭოთა პერიოდში მდგომარეობა, აბორტების აღრიცხვის მხრივ, გაუარესდა. საბჭოთა რეჟიმის დროს, აბორტის შესახებ მონაცემებს სამთავრობო უწყებები აგროვებდნენ იმ ინფორმაციიდან, რომელსაც მათ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები აწვდიდა. ეს დაწესებულებები ზოგჯერ მალავდნენ არასახარბიელო ჯანდაცვის სტატისტიკას. პოსტ-საბჭოთა ეკონომიკის გარდამავალ პერიოდში სტატისტიკასთან დაკავშირებით სხვა პრობლემები წარმოიშვა; მაგალითად, სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებსაც აღარ ჰქონდა საკმარისი დაფინანსება, აბორტები არ აღირიცხებოდა; ასევე,

სურათი 5.1.3 **ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტის ცვლილების ტენდენცია. კვლევის შედეგები და ოფიციალური მონაცემები. საქართველო 1999, 2005, 2010 წლები**



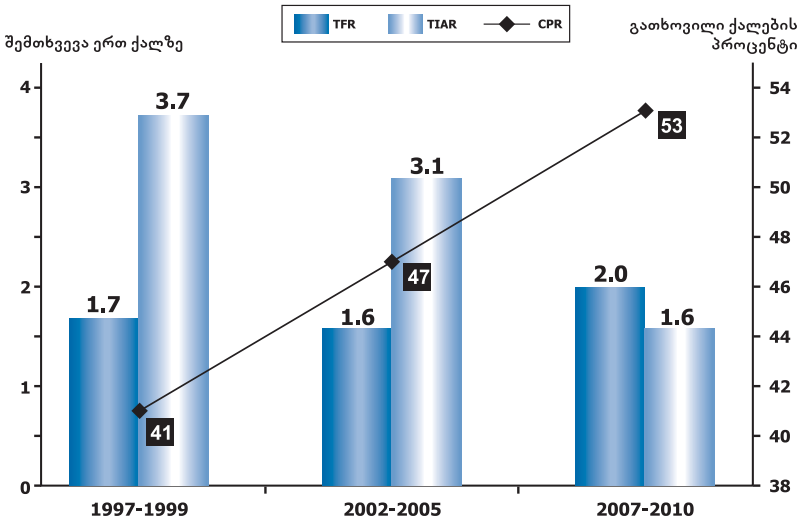
კერძო სამედიცინო სექტორის მონაცემები ოფიციალურ სტატისტიკაში, ჩვეულებრივ, არ აისახებოდა; მით უფრო, არ აისახებოდა სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ აბორტების გაკეთების შემთხვევები (Serbanescu and Morris 2003). მოსახლეობის გაზრდილი მონაცემების გამოყენება აბორტების მაჩვენებლების გამოსაანგარიშებლად კიდევ ერთი ფაქტორი იყო, რომელმაც, სავარაუდოდ, აბორტის მაჩვენებლების შემცირება გამოიწვია, განსაკუთრებით, კავკასიის რეგიონში.

აღმოსავლეთ ევროპაში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები უფრო სრულყოფილ მონაცემებს იძლევა აბორტზე, ვიდრე ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემებით შეგროვებული რეგულარული მონაცემები. მიუხედავად შერჩევის ცდომილებისა და ზოგი შეზღუდვისა, რომელიც კვლევას ახასიათებს (გამოტოვება, უკანონოდ გაკეთებული აბორტების არასწორი კლასიფიკაცია, და იმ შემთხვევების გახსენებაში შეცდომები, რომლებიც კვლევის ჩატარებამდე დიდი ხნით ადრე მოხდა), აღმოსავლეთ ევროპაში ჩატარებულ კვლევებით მიღებული შეფასებები, ზოგადად, აბორტების მაჩვენებლებისა და კოეფიციენტების უფრო ზუსტ შეფასებას გვაძლევს, ვიდრე ოფიციალური სტატისტიკა. სურათში 5.1.2 შედარებულია ოფიციალური და კვლევების მონაცემები აბორტების შესახებ, კერძოდ, აბორტის ზოგადი კოეფიციენტი, რომელიც მიუთითებს აბორტების რაოდენობაზე რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე გაანგარიშებით. მოლდავეთის გამოკლებით, სადაც მონაცემები ორივე წყაროდან ერთმანეთს ემთხვევა, ყველა სხვა ქვეყანაში კვლევის მონაცემები სულ მცირე 20%-ით აღემატება ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს. კავკასიის რეგიონში, კვლევის მონაცემები რამდენჯერმე აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს, რაც აბორტის შესახებ ოფიციალური სტატისტიკის მოგროვების სისტემის ხარვეზებზე მიუთითებს. მთლიანობაში, გამოკვლეული ქვეყნების უმეტესობაში ოფიციალური სტატისტიკა არასრულად ასახავს მონაცემებს აბორტის შესახებ.

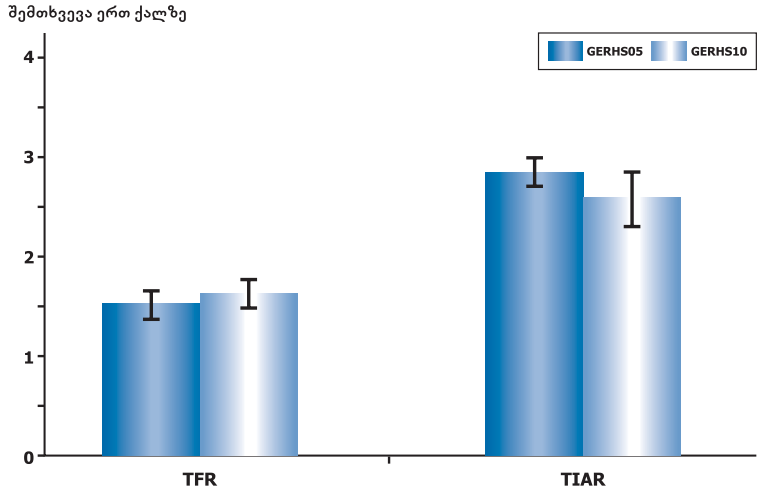
კვლევის მონაცემები ასევე საშუალებას იძლევა, გამოანაგრიშდეს აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი, რაც გვიჩვენებს აბორტების რიცხვს, რომლებიც ცხოვრების განმავლობაში შეიძლება გადაიტანოს ქალმა არსებული აბორტის ასაკობრივი კოეფიციენტის გათვალისწინებით. ოფიციალური სტატისტიკა, ჩვეულებრივ, არ ახდენს ცხოვრების განმავლობაში გაკეთებული აბორტების მაჩვენებლების სისტემატურ შეფასებას. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, რომელიც ეყრდნობა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში გაკეთებული აბორტების საფუძველზე გამოთვლილ აბორტების ასაკობრივ მაჩვენებელს, აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი 2007-2010 წლებში 0.9 აბორტს შეადგენდა ერთ ქალზე, რაც კვლევაში აღრიცხულ კოეფიციენტზე 44%-ით ნაკლებია, მაგრამ მეტია წინა კვლევებში აღრიცხულ არასრულ მაჩვენებელთან შედარებით (აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტის 80%-იანი არასრული აღრიცხვა 1999 და 2005 წელს).

როგორც სურათიდან 5.1.3 ჩანს, საქართველოში აბორტის ტენდენციები ძალიან განსხვავდება ოფიციალური სტატისტიკისა და კვლევის მონაცემების მიხედვით და არ იძლევა ინფორმაციას კონტრაცეფციის მეთოდებზე რეალური მოთხოვნისა და ოჯახის

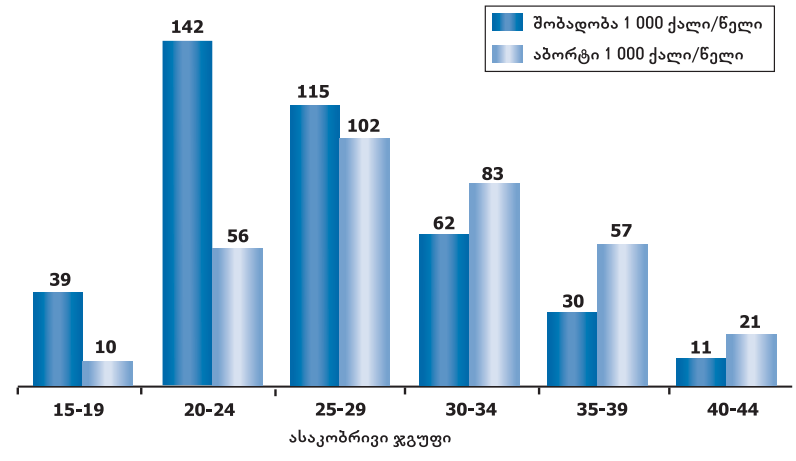
სურათი 5.1.4 ცვლილებები შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტებში (TFR), აბორტების ჯამობრივ კოეფიციენტსა (TIAR) და კონტრაცეპციის პრევალენტობაში (CPR) 1999 წლიდან 2010 წლამდე



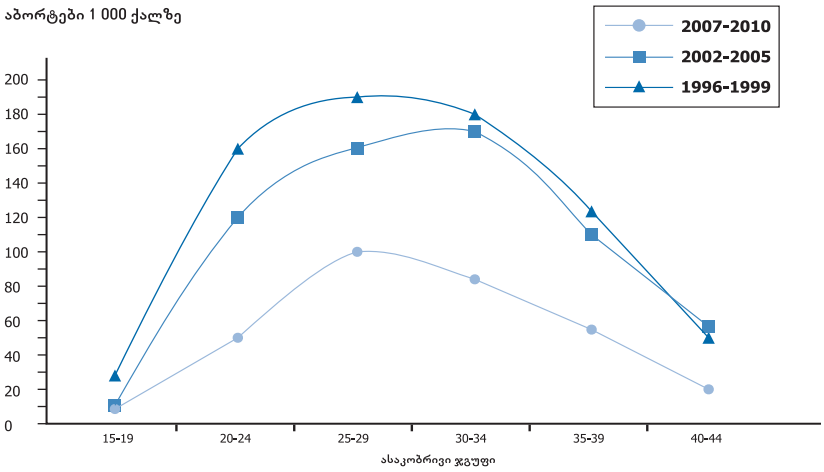
სურათი 5.1.5 შობადობის და აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტები 15-39 წლის ქალებისთვის 2002–2005 წლებში 2005 (GERHS05) და 2010 (GERHS10) წლების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მიხედვით



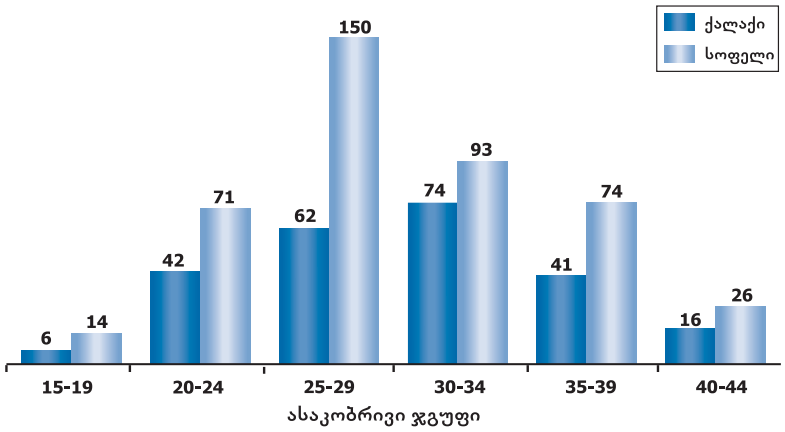
სურათი 5.1.6 შობადობის და აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში (2007–2010) 15-44 წლის 1,000 ქალზე



სურათი 5.1.7 აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტი სამწლიან პერიოდში 15-44 წლის ყველა ქალს შორის, სამი სამწლიანი პერიოდისთვის, საქართველო 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 5.2.1 აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტები სამწლიან (2007–2010) პერიოდში (15-44 წლის 1,000 ქალზე) საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



დაგეგმვის მომსახურების საჭიროების შესახებ. მნიშვნელოვანი სტატისტიკური მონაცემები მიუთითებს აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტის მკვეთრ კლებაზე საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ (ერთ ქალზე 1989 წლის 1.8 აბორტიდან, 0.6 აბორტამდე 1997-1999 წლებში და 0.3 აბორტამდე 2002-2004 წლებში) და ბოლოდროინდელ მატებაზე - ერთ ქალზე თითქმის ერთ აბორტამდე 2008-2010 წლებში. თუმცა, ეს ტენდენცია კვლევის მონაცემებით არ დასტურდება. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის წინა კვლევებმა აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტის მკვეთრი მატება აჩვენა 1990 წლის შემდეგ, რომელმაც პიკს – ერთ ქალზე 3.7 აბორტი - 1996-1999 წლებში მიაღწია. 2002-2005 წლებში აბორტის კოეფიციენტი თანდათან ერთ ქალზე 3.1 აბორტამდე შემცირდა (95%CI = 2.9-3.4 აბორტი ერთ ქალზე). 2005 და 2010 წლებში ჩატარებულ კვლევებს შორის პერიოდში, აბორტის კოეფიციენტი მნიშვნელოვნად შემცირდა – ერთ ქალზე 1.6 აბორტამდე (95%CI = 1.5-1.8 აბორტი ერთ ქალზე), რაც 3.1-თან შედარებით 48%-იანი კლებაა (ცხრილი 5.1 და სურათი 5.1.4).

კვლევაში დაფიქსირებული აბორტების მაჩვენებლის კლება შეესაბამება შობადობის, შობადობის სურვილისა და თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების მატებას (სურათი 5.1.4). თუმცა, რომ გვენახა, ხომ არ იმოქმედა მნიშვნელოვნად აბორტის დაღმავალ ტენდენციაზე სავარაუდო ცვლილებებმა ქალთა მზადყოფნაში, დაუფარავად ესაუბრათ გაკეთებულ აბორტებზე, აბორტის მონაცემები, რომლებიც კვლევაზე დაყრდნობით იქნა მიღებული, შემდეგნაირად შემოწმდა. სანდო სახელმწიფო მონაცემების არარსებობის დროს, სულ რამდენიმე შესაძლებლობა არსებობს, რომ შეფასდეს, თუ რამდენად სრულყოფილად ასახავს მოსახლეობის კვლევები აბორტის შესახებ მონაცემებს. თუმცა, აბორტის შესახებ მონაცემების შესაბამისობის შემოწმება შესაძლებელია ქალთა იმავე ჯგუფში და დროის იმავე ხანგრძლივობის პერიოდში ჩატარებული

მომდევნო კვლევებით მიღებული აბორტების მაჩვენებლების შედარების გზით. 15-39 წლის ასაკის ქალებში (5-წლიანი ბიჯის ჯგუფებით) აბორტის ასაკობრივი მაჩვენებლები 2010 წლის კვლევის წინა 6-8 წლიან პერიოდში იმავე კალენდარული პერიოდის (2002-2005) აბორტის შესაბამისი მაჩვენებლების ნდობის ინტერვალის ფარგლებში აღმოჩნდა, 2005 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემების გამოყენებით (სურათი 5.1.5).

ცხრილში 5.1. ასევე ნაჩვენებია აბორტის ასაკობრივი მაჩვენებლები 15-44 წლის ასაკის ქალებისათვის დროის სამ პერიოდში. ასაკის შეკვეცის თავიდან ასაცილებლად, გამოყენებულია თითოეული კვლევის წინა 3-წლიანი პერიოდი. მაჩვენებლები გამოითვალა თითოეული აბორტის თვისა და წლის და ორსულობის შეწყვეტის მომენტისთვის ქალის ასაკის გათვალისწინებით. კვლევის მონაცემები ასევე გამოყენებული იქნა აბორტის საერთო კოეფიციენტის გამოსათვლელად (ერთ წელიწადში აბორტების რაოდენობა 15-44 წლის 1000 ქალზე), რომელიც გასაშუალოვდა ყოველი კვლევის წინა 3-წლიან პერიოდზე. კოეფიციენტი შემცირდა 125-დან 1996-199 წლებში 104-მდე 2002-2005 წლებში და 56-მდე 2007-2010 წლებში.

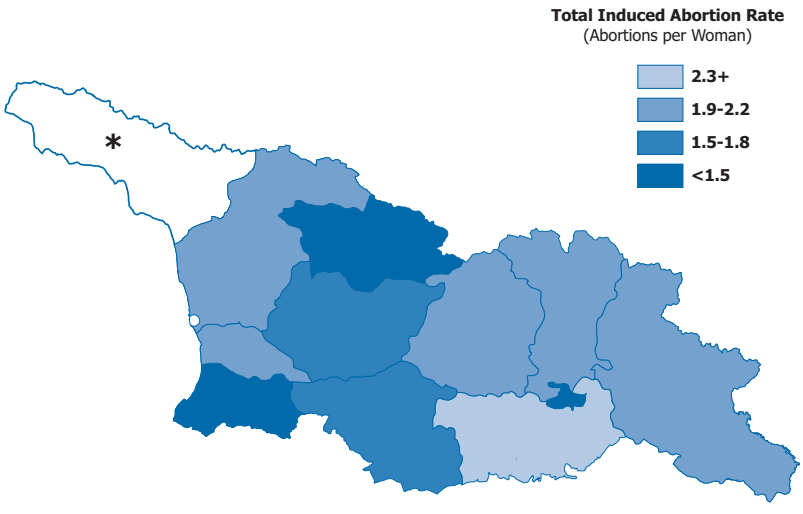
(ოფიციალური სტატისტიკის შესაბამისი ციფრები იყო 18, 15 და 31 აბორტი 1000 ქალზე (იხ. სურათი 5.1.2))

კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით მიღებული შეფარდება აბორტსა და ცოცხლადშობილს შორის შემცირდა ერთ ცოცხლადშობილზე 2.1 ხელოვნური აბორტიდან (2.1:1) 1999 წლის კვლევაში, 1.5:1-მდე 2005 წლის კვლევაში და 0.8:1-მდე 2010 წლის კვლევაში. ამრიგად, მას შემდეგ, რაც კვლევები ტარდება, შობადობის შემთხვევებმა აბორტის შემთხვევებს პირველად 2010 წელს გადააჭარბა. ეს უმთავრესად მიღწეული იქნა შობადობის ზრდისა და 20-24, 25-29 და 30-34 წლის ასაკის ქალებს შორის აბორტების კლების ერთობლიობით, რომლებიც ყველაზე მეტად აისახება შობადობის ჯამობრივ და აბორტის ჯამობრივ მაჩვენებლებზე (სურათი 5.1.6).

შობადობისგან განსხვავებით, რომელიც ძირითადად 20-24 წლის ასაკშია კონცენტრირებული, აბორტების მაჩვენებლები უმეტესად კონცენტრირებულია 25-29 (102 ხელოვნური აბორტი 1000 ქალზე ერთ წელიწადში) და 30-34 ასაკში (83 აბორტი 1000 ქალზე) – ეს ის ორი ასაკობრივი ჯგუფია, რომელიც აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტის ნახევარზე მეტს (56%) შეადგენს. აბორტის მესამე ყველაზე მაღალი ასაკობრივი მაჩვენებელი (57 აბორტი 1000 ქალზე წელიწადში), რომელიც აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტის 25%-ს შეადგენს, 35-39 წლის ასაკის ქალებზე მოდის. აბორტის ასაკობრივი მაჩვენებლები გაცილებით აღემატებოდა შობადობის ასაკობრივ მაჩვენებლებს მხოლოდ 30-ზე მეტი წლის ასაკის ქალებს შორის, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ქართველ ქალთა უმრავლესობას მათთვის სასურველი რაოდენობის შვილების 30 წლის ასაკამდე აჩენენ, რის შემდეგაც დაუგეგმავი ორსულობისთვის ისინი უფრო ხელოვნურ აბორტს იყენებენ.

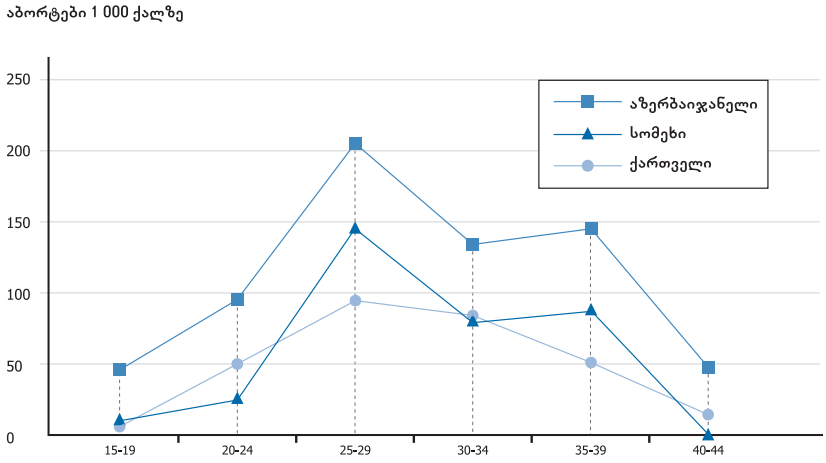
ასაკობრივ განაწილებაში ცვლილებები წინა კვლევებშიც აღირიცხა (ცხრილი 5.1 და სურათი 5.1.7). მაჩვენებლების ძალიან დიდი კლება აღინიშნა 20-39 წლის ასაკში, ზომიერი ცვლილებით ექვსწლიან პერიოდში პირველ და მეორე კვლევებს შორის და შემდეგ ძალიან მკვეთრი კლება ხუთწლიან პერიოდში მეორე და მესამე კვლევებს შორის. საერთოდ, აბორტების მაჩვენებელი 20-24 წლის ქალებს შორის 65%-ით

სურათი 5.2.2 **ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში (2002–2005) რეგიონების მიხედვით**

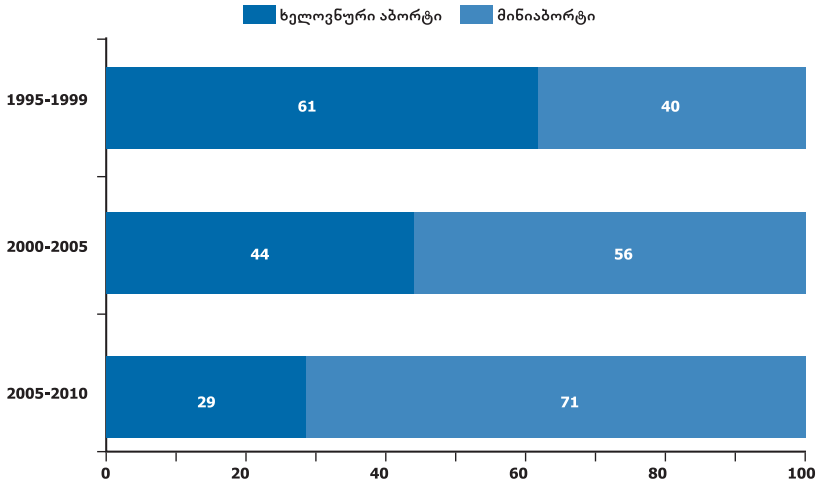


* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

სურათი 5.2.3 აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში (2007–2010) ეთნიკური წარმოშობის მიხედვით



სურათი 5.3.1 აბორტების პროცენტული განაწილება აბორტის პროცედურის ტიპის მიხედვით (კვლევამდე 5 წლის მანძილზე ჩატარებული აბორტები)



შემცირდა. უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (25-29, 30-34 და 35-39) კლებამ შეადგინა 47%, 46% და 53%, შესაბამისად.

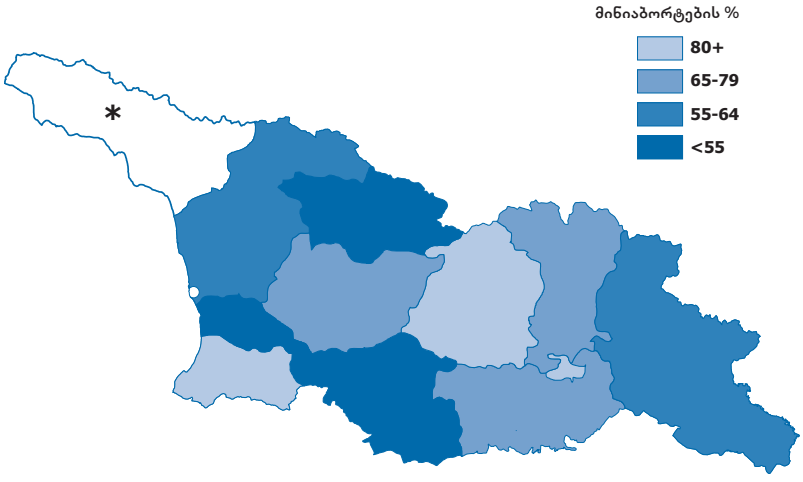
სურათი აჩვენებს კოეფიციენტებს. აბსოლუტურ რიცხვებში აბორტებმა ყველაზე მეტად დაიკლო 20-29 წლის ქალებს შორის, ვინაიდან გათხოვილი ქალების რიცხვი ამ კატეგორიაში ყველაზე მეტია.

5.2 ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტები

ცხრილში 5.2.1 ნაჩვენებია აბორტების ჯამობრივი და ასაკობრივი მაჩვენებლები ქალების მახასიათებლების მიხედვით. სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის აბორტების ასაკობრივი მაჩვენებლები კვლავ უფრო მაღალია, ვიდრე ქალაქად მცხოვრებ ქალებს შორის (სურათი 5.2.1). აბორტების მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო სოფლად, ვიდრე ქალაქად ყველა ასაკის ქალებს შორის, მაგრამ ყველაზე დიდი სხვაობა (2.4-ჯერ მეტი) 25-29 წლის ასაკის ქალებს შორის აღინიშნა, ანუ იმ ჯგუფში, რომელზეც აბორტების ჯამობრივი მაჩვენებლის ყველაზე დიდი წილი მოდის.

აბორტების ჯამობრივი მაჩვენებლები ყველაზე მაღალი ქვემო ქართლის მოსახლეობაში იყო (2.4 აბორტი ერთ ქალზე) და ასევე, შიდა ქართლში, სამეგრელოში, გურიაში, მცხეთა-მთიანეთსა და კახეთში (1.9 – 2.2 აბორტი ერთ ქალზე) (სურათი 5.2.2). აბორტების ჯამობრივი მაჩვენებლები ყველაზე დაბალი იყო თბილისში, რაჭა-სვანეთსა და აჭარაში (1.1 – 1.2 აბორტი ერთ ქალზე). აბორტების ჯამობრივი მაჩვენებლები ყველაზე მაღალი არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებს შორის იყო; მათ, საშუალოდ, 1.7 აბორტზე მეტი ჰქონდათ გაკეთ-

სურათი 5.3.2 მინიაბორტების პროცენტული წილი ბოლო 5 წელს ჩატარებულ აბორტებს შორის, რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

ებული, ვიდრე უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს (შესაბამისად, 2.7 აბორტი და 1.0 აბორტი ერთ ქალზე).

აბორტების ჯამობრივი მაჩვენებლები მცირდებოდა შინამეურნეობათა ქონებრივი კვინტილების მატებასთან ერთად - დაახლოებით ორი აბორტიდან ერთ ქალზე ყველაზე დაბალ კვინტილში ერთ აბორტამდე ყველაზე მაღალ კვინტილში. აბორტის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ეთნიკური აზერბაიჯანელი ქალების ჯგუფში იყო (3.3 აბორტი ერთ ქალზე), ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ქართველ ქალებს შორის (1.5 აბორტი ერთ ქალზე). აზერბაიჯანელ ქალებს შორის აბორტის მაღალი მაჩვენებელი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა, მაგრამ ყველაზე დიდი სხვაობა ქართველ ქალების ჯგუფთან შედარებით, 25-29 და 30-39 წლის ქალებში იყო. ეს ის ჯგუფებია, რომლებიც აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტის 75%-ს შეადგენენ (სურათი 5.2.3).

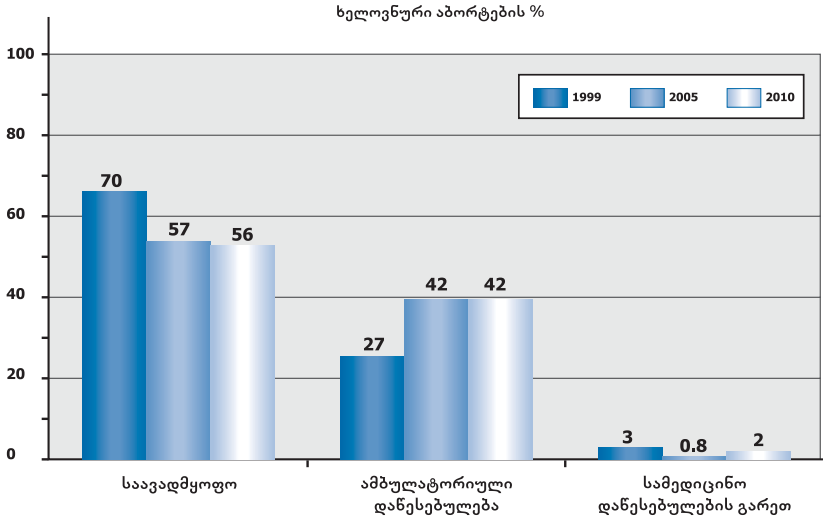
აბორტები გარკვეულწილად კონცენტრირებულია კონკრეტულ ქვეჯგუფში, ვინაიდან გამოკითხულ ქალთა 37%-ს აბორტი არასდროს გაუკეთებია (ცხრილი 5.2.2). ეს ციფრი ასახავს აბორტების თითქმის არარსებობას გაუთხოვარ ქალებს შორის ან იმ ქალებს შორის, რომლებიც ახალი გათხოვილები იყვნენ, რომელთაგან უმეტესობა პირველ შვილს ელოდებოდა. მათ შორის, ვისაც აბორტი გაკეთებული ჰქონდა, ქალები დაჯგუფდა გაკეთებული აბორტების მცირე რაოდენობის მიხედვით: 55%-მა აღნიშნა მხოლოდ ერთი ან ორი აბორტის შემთხვევა; 70%-მა - ერთიდან სამამდე აბორტის შემთხვევა. და მაინც, მეორე მხრივ, 11%-ს 7-დან 10-მდე და მეტი აბორტი ჰქონდა გაკეთებული. აბორტის შემთხვევები მეტია სოფლად ვიდრე ქალაქად, თუმცა ნაკლებია განათლების დაბალის დონის მქონეთა შორის. ქვედა სამ კვინტილში აბორტის მეტი შემთხვევაა, ვიდრე ზედა ორში; ეს შეიძლება აიხსნას სოფლად ცხოვრებითა და უფრო მოზრდილი ასაკით. ეთნიკური აზერბაიჯანელების ჯგუფი, სხვა ჯგუფებთან შედარებით, ცხოვრების განმავლობაში უფრო მეტი აბორტის გაკეთების შემთხვევით გამოირჩევა.

ყველაზე მეტი აბორტი (59%) გაკეთებული იყო ორსულობის მე-7 – მე-9 კვირის დროს (ცხრილი 5.2.3). ფეხმძიმობის მე-10 კვირის შემდეგ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილება უკავშირდება სამ ან მეტი ბავშვის ყოლას. რესპონდენტთა იმ ჯგუფში, რომლებსაც შვილები არ ჰყავდათ, მხოლოდ 5%-ს ჰქონდა აბორტი გაკეთებული, სამშვილიანი ქალების ჯგუფში – 16%-ს, ხოლო ოთხი და მეტშვილიან ქალებს შორის - 29%-ს.

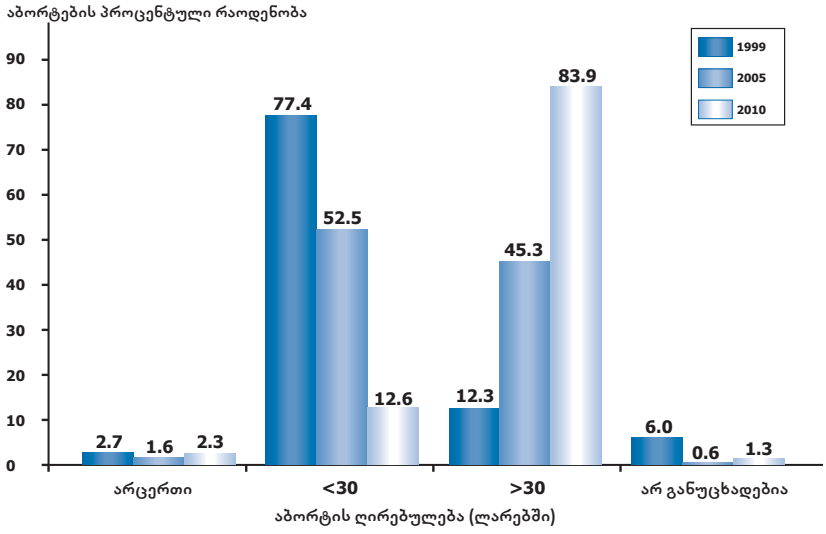
5.3 მომსახურება აბორტების სფეროში

საქართველოში, როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკაში, აბორტებისადმი ლიბერალური კანონმდებლობა სსრკ უმაღლესი საბჭოს 1955 წლის ნოემბრის ბრძანებულებით ამოქმედდა. გარდა რამდენიმე უმნიშვნელო ცვლილებისა და შესწორებისა, ეს კანონი ძალაში მრავალი წლის მანძილზე დარჩა. კანონში შეტანილი აღნიშნული ცვლილებებით ნებადართული იქნა ადრეული აბორტები ვაკუუმ ასპირაციით, ამბულატორიულ დაწესებულებებში აბორტების ჩატარება ორსულობის პირველი 7 კვირის განმავლობაში (მინი-აბორტები); სამედიცინო ან სოციალური გარემოებების საფუძველზე ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა პირველი 28 კვირის განმავლობაში; კერძო კლინიკებსა და სახელმწიფო საავადმყოფოების ფასიან განყოფილებებში „კომერციული“ აბორტების ჩა-

სურათი 5.3.3 აბორტის ჩატარების ადგილი კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში საქართველო, 1999, 2005, და 2010 წლები



სურათი 5.3.4 ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის პროცედურის ღირებულება იმ აბორტებს შორის, რომლებიც ჩატარდა ბოლო 5 წელიწადში საქართველო, 1999, 2005 და 2010



ტარება (სსრკ ჯანდაცვის სამინისტრო, 1982 წლის მარტის ბრძანებულება 234 და 1987 წლის ივნისის ბრძანებულება 757 და დეკემბრის ბრძანებულება 1342).

ეს საკანონმდებლო აქტები წარმოადგენდა საქართველოში ლეგალური აბორტების ჩატარების საფუძველს 1997 წლამდე, როდესაც ქვეყანამ მიიღო ახალი კანონი ჯანდაცვის შესახებ, რომელიც შეიცავს დეტალურ დებულებებს აბორტისა და კონტრაცეფციის პრაქტიკის შესახებ (საქართველოს მთავრობა, 1997 წ.). ამჟამად მოქმედი კანონის თანახმად, აბორტი შეუზღუდავად არის ნებადართული ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში, ხოლო სამედიცინო ან სოციალური გარემოებების საფუძველზე, 12 კვირის შემდეგაც (I, 2007). აბორტის ჩატარებამდე საჭიროა ქალის წერილობითი თანხმობა და აბორტისწინა კონსულტაცია. მშობლების თანხმობა საჭიროა 16 წლამდე ასაკის გოგონების შემთხვევაში. ხელოვნურ აბორტს ატარებს მხოლოდ გინეკოლოგი ვაკუუმ ასპირაციის ან კურეტაჟის მეთოდით; აბორტის პროცედურების ჩატარება ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს სახელმწიფო ლიცენზია აბორტების ჩატარებაზე. აბორტის შემდეგ პაციენტები ჩვეულებრივ ეწერებიან იმავე დღეს საავადმყოფოდან, თუ არ გამოვლინდა აბორტისშემდგომი გართულებები. ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში (მაგალითად, ქალთა კონსულტაციებში და კერძო კლინიკებში) აბორტის ჩატარება მხოლოდ ვაკუუმ ასპირაციის მეთოდით არის ნებადართული.

აბორტის პროცედურების ხარჯს სამედი-

ცინო დაზღვევა არ ანაზღაურებს, თუმცა ის შედარებით მცირეა. არაოფიციალური გადასახადები ანდა „დამატებითი“ მომსახურების საფასური, როგორიც არის ანესთეზია, აბორტის ხარჯს მნიშვნელოვნად ზრდის.

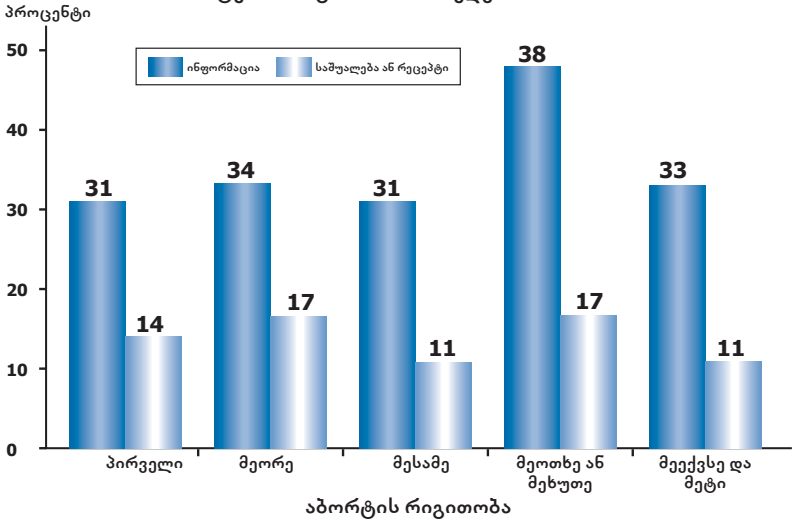
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის სტანდარტული აბორტის მოდული მოიცავს ინფორმაციას რესპონდენტების ბოლო ოთხი აბორტის შესახებ, რომელიც კვლევისწინა 5-წლიანი პერიოდის განმავლობაში ჰქონიათ. თითოეული აბორტზე, რესპონდენტს ეკითხებიან აბორტის მიზეზის, აბორტის ჩატარების ადგილის, რეგისტრაციისა და ფასის, ადგილობრივი თუ ზოგადი ანესთეზიის გამოყენების და გამოწერილი ანტიბიოტიკების შესახებ; აგრეთვე პროცედურის შემდეგ საავადმყოფოში გატარებული ღამეების რაოდენობის (თუ ამას ადგილი ჰქონდა), აბორტისშემდგომი ადრეული ან გვიანი გართულებების და აბორტამდე და/ან მის შემდეგ მიღებული კონსულტაციის შესახებ. მახსოვრობით გამოწვეული ცთომილების მაქსიმალურად შემცირების მიზნით, მონაცემები შეგროვდა ყველაზე ბოლოს ჩატარებული აბორტის პროცედურის შესახებ.

2010 წლის წინა 5 წლის განმავლობაში განხორციელებული აბორტების უმეტესობა (71%) მინიაბორტი იყო (ცხრილი 5.3.1 და სურათი 5.3.1). მინიაბორტების წილი გაცილებით აღემატება 1999 და 2005 წლებში აღრიცხულ მნიშვნელობებს, როდესაც მინიაბორტებზე მოდიოდა აბორტების, შესაბამისად, 40% და 56%. მინიაბორტები ჭარბობდა თბილისში, შიდა ქართლსა და აჭარაში მცხოვრებ რესპონდენტებს შორის (80%-ზე მეტი) (სურათი 5.3.2). ქალაქად მცხოვრებნი უფრო ხშირად სარგებლობდნენ მინი აბორტის პროცედურით (81%), ვიდრე სოფლად მცხოვრებნი (63%). მინი აბორტების რიცხვი მცირდებოდა ქალის ასაკთან ერთად და იზრდებოდა განათლების დონის და ქონებრივი კვინტილის მატების მიხედვით.

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 5.3.2, 2005 წელს და შემდგომ პერიოდში ხელოვნური აბორტების უმეტესობა ჩატარდა გინეკოლოგიურ განყოფილებებში (56%), აბორტების 42% – ამბულატორიულ დაწესებულებებში, როგორიცაა ქალთა კონსულტაციები, და მხოლოდ 2% – სამედიცინო დაწესებულების მიღმა. ამბულატორიულ დაწესებულებებში აბორტების ჩატარების პრევალენტობა უფრო მაღალი იყო თბილისსა და სხვა ქალაქებში (70% და 51%), ვიდრე სოფლებში (30%). წინა კვლევებთან შედარებით, ქალაქებში აბორტის პროცედურის ჩატარებამ საავადმყოფოებიდან თანდათან ამბულატორიულ დაწესებულებებში გადაინაცვლა და ამ უკანასკნელში ჩატარებული აბორტების წილი გაიზარდა 1999 წლის 38%-დან 42%-მდე 2005 წელს და 60%-მდე 2010-ში. თუმცა, სოფლად ეს პროცედურა კვლავ უმეტესწილად საავადმყოფოებში ტარდება (მონაცემი არ არის ნაჩვენები). ამბულატორიულ დაწესებულებებში აბორტების ჩატარება იზრდებოდა ქალების განათლების დონის და ქონებრივი კვინტილის მატების მიხედვით.

ორსულობების შეწყვეტის პროცედურების თითქმის 2% ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებს გარეთ ჩატარდა. რამდენადაც სამედიცინო დაწესებულების გარეთ აბორტების ჩატარება (თვითაბორტი, არაპროფესიონალი თუ პროფესიონალი ექიმის მიერ) უკანონოა, სავარაუდოა, რომ ქალებს არ სურდათ მსგავსი ფაქტების აღიარება, მიუხედავად ინტერვიუს ანონიმურობისა; შესაბამისად, მიღებული პროცენტი, სა-

სურათი 5.3.5 **აბორტის დროს კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის, კონტრაცეფციის მეთოდების ანდა კონტრაცეპტივის რეცეპტის მიღება ბოლო 5 წლის განმავლობაში, აბორტების რიგითობის მიხედვით**



ვარაუდოდ, სრულად არ ასახავს სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ ჩატარებულ აბორტთა რეალურ წილს.

როგორც ცხრილიდან 5.3.3 ჩანს, 2005 წლის იანვრიდან ინტერვიუს თარიღამდე, ანუ თითქმის 5 წლის განმავლობაში, რესპონდენტებს 2054 აბორტი ჰქონდათ გაკეთებული (ზოგ რესპონდენტს ერთზე მეტი აბორტი ჰქონდა გაკეთებული). მხოლოდ 548 შემთხვევაში (26.4%) რესპონდენტები იყენებდნენ კონტრაცეფციის მეთოდს დაორსულებამდე (ჩასახვის დროს). (ამ შემთხვევაშიც, ზოგ რესპონდენტს ერთზე მეტი აბორტი ჰქონდა გაკეთებული კონტრაცეპტივების გამოყენების ფონზე).

ამრიგად, თითქმის ყოველი მეოთხე აბორტი (26%) გამოწვეული იყო კონტრაცეფციული მეთოდების არაეფექტიანობით, მათგან უმეტესობა (76%) კი - ტრადიციული მეთოდის (სექსუალური აქტის შეწყვეტა ან აქტისგან პერიოდული თავშეკავება) არაეფექტიანობით. სხვაობა კონტრაცეფციული მეთოდის არაეფექტიანობის გამო აბორტის პროცედურის ჩატარების მაჩვენებლებში მცირე იყო, გარდა სამეგრელოსა და შიდა ქართლისა, სადაც შედარებით დაბალი მაჩვენებლები იყო, და სამცხე-ჯავახეთისა, სადაც ეს მაჩვენებელი მაღალი იყო. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებს შორის თანამედროვე მეთოდები უმნიშვნელო როლს თამაშობს. თუმცა, ტრადიციული მეთოდების არაეფექტიანობა უფრო მეტი იყო სოფლად მცხოვრებ, შედარებით უფროსი ასაკის, ყველაზე დაბალი ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ და ასევე, აზერბაიჯანელი თუ სომეხი ეროვნების ქალებში.

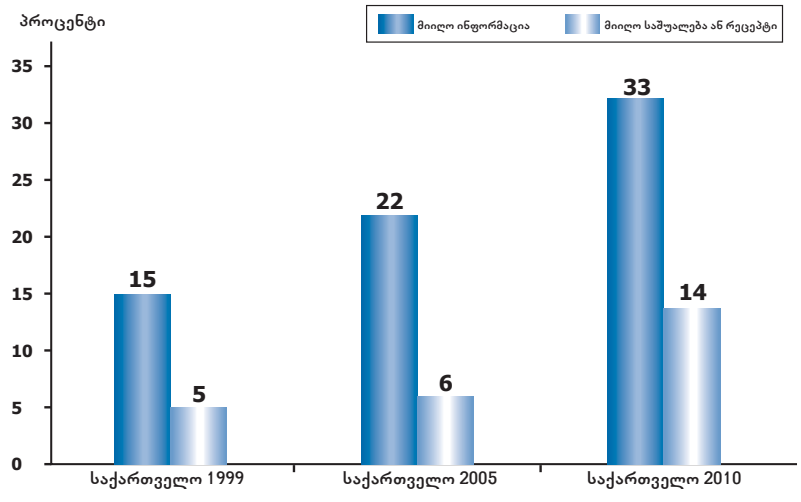
საქართველოში აბორტების უმრავლესობა ფასიანია და ფასი დაწესებულებების მიხედვით განსხვავდება. კვლევის ჩატარების დროისთვის, აბორტის საშუალო საფასური შეადგენდა 48 ლარს (დაახლოებით 29 აშშ დოლარს), რაც 65%-ით მეტია 2005 წლის საშუალო ღირებულებასთან შედარებით. აბორტის პროცედურის საფასური მერყეობდა ნული თეთრიდან 100 ლარამდე. აბორტების მხოლოდ 12.3% განხორციელდა უფასოდ, 29%-ის საფასური შეადგენდა 34 ლარს ან ნაკლებს, 23%-ის ფასი 35-დან 49 ლარამდე მერყეობდა, ხოლო 45%-სა 50 ლარი და მეტი იყო, მათ შორის — აბორტების 6%-ის, რომლის ღირებულებაც 100 ლარს აღემატებოდა (ცხრილი 5.3.4 და სურათი 5.3.4).

სოფლად მცხოვრები ქალები უფრო ნაკლებს იხდიდნენ, ვიდრე ქალაქად მცხოვრები და გადახდის მაჩვენებელი იზრდებოდა რესპონდენტთა ქონებრივი კვინტილის მატებასთან ერთად. ხელოვნური აბორტი, საშუალოდ, 10 ლარით მეტი ღირს მინი აბორტთან შედარებით; ასევე, ორსულობის მე-10 ან მეტ კვირაზე ხელოვნური შეწყვეტა მეტი ღირდა, ვიდრე ორსულობის პირველი 9 კვირის განმავლობაში (შესაბამისად, 64.8 ლარი და 45.8 ლარი). აბორტის საშუალო საფასური დიდად არ იცვლებოდა სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით.

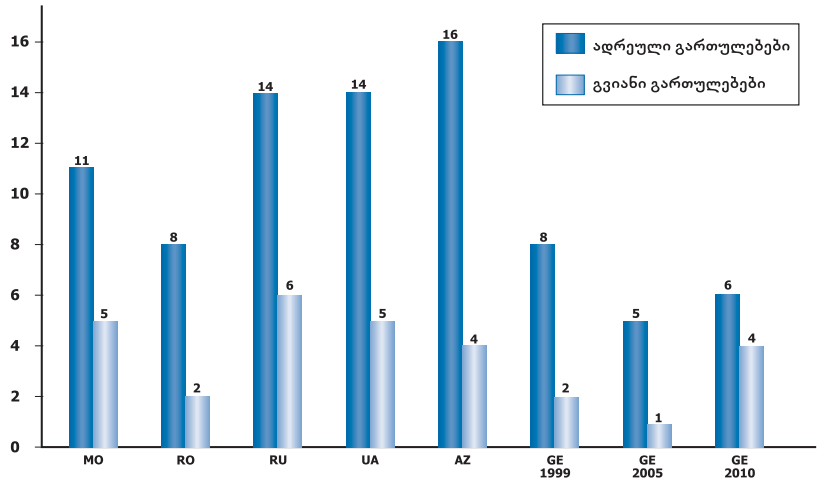
ქალები, რომლებიც ორსულობას ხელოვნური აბორტით წყვეტენ და შემდეგ კონტრაცეფციის მეთოდს არ იყენებენ, დიდი ალბათობით მალევე დაფეხმძიმდებიან აბორტისშემდგომ პერიოდში. საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობის თანახმად, აბორტის გაკეთების პერიოდში აუცილებელია ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე კონსულტაციის გაწევა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2000 წელს გამოსცა ბრძანებულება ქალთა კონსულტაციებში აბორტების შემდეგ ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე კონსულტაციის ჩატარებაზე

სურათი 5.3.6 **კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაციის მიღება აბორტის დროს ბოლო 5 წლის განმავლობაში**
საქართველო, 1999, 2005, და 2010



სურათი 5.4.1 აბორტებისშემდგომი ადრეული და გვიანი გართულებების პრევალენტობა: აღმოსავლეთ ევროპის და საქართველოს კვლევები



შენიშვნა: *MO* = მოლდოვა; *RO* = რუმინეთი; *RU* = რუსეთი; *AZ* = აზერბაიჯანი; *GE* = საქართველო

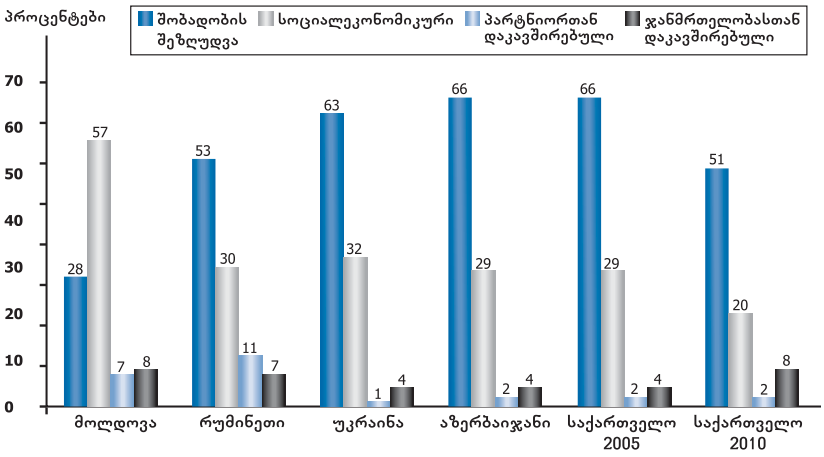
(შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანება 136, 2000 წელი). ბრძანებულების მე-11 პუნქტში წერია, რომ ყოველ ქალს, ვინც ორსულობა ვაკუუმ ასპირაციით შეწყვიტა, უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ (ექიმს მოეთხოვება, რომ პაციენტისათვის კონსულტაციის ჩატარება პაციენტმა ხელმოწერით დაუდასტუროს), ხოლო კონსულტაციის შემდეგ კონტრაცეფციის მეთოდი შეირჩეს. ამჟამად, ოჯახის დაგეგმვაზე კონსულტირებასა და ამ მომსახურების გაწევის საკითხებზე ტრენინგი მეან-გინეკოლოგების ლიცენზირების პროგრამების ნაწილია. მიუხედავად საკანონმდებლო რეგულაციებისა და საკმაოდ დიდი რესურსების და ტექნიკური დახმარებისა, რომელიც დონორების მიერ ოჯახის დაგეგმვის კონსულტირებაშია ინვესტირებული, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება ძალზე შეზღუდულად მიეწოდება პაციენტებს აბორტის გაკეთების პერიოდში.

წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევის ფარგლებში ყველა რესპონდენტს, რომელსაც აბორტი ჰქონდა გაკეთებული ბოლო 5 წლის განმავლობაში, ჰკითხეს 1) გაეწია თუ არა კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვაში აბორტის პროცედურის წინ ან მისი დასრულების შემდეგ; 2) შეურჩიეს თუ არა კონტრაცეფციის მეთოდი ანდა რაიმე მეთოდი თუ დაუნიშნეს; და 3) გააგზავნეს თუ არა ოჯახის დაგეგმვის რომელიმე დაწესებულებში აბორტის პროცედურის შემდეგ. როგორც ცხრილიდან 5.3.5 ჩანს, მხოლოდ ყოველ მესამე რესპონდენტს (33%), რომელსაც ბოლო ხუთი წლის მანძილზე ერთი აბორტი მაინც ჰქონდა გაკეთებული, გაეწია კონსულტაცია კონტრაცეფციის მეთოდის თაობაზე (10%-ს აბორტამდე და 13%-ს აბორტის შემდეგ, დანარჩენს კი როგორც აბორტამდე, ასევე მის შემდეგ).

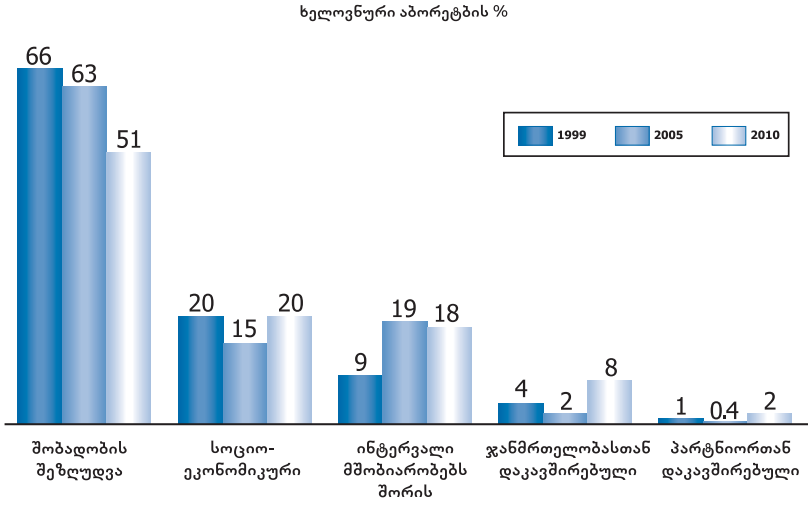
კონტრაცეფციაზე გაწეული კონსულტაციების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო იმერეთში (46%), ხოლო ყველაზე დაბალი – სამცხე-ჯავახეთში (14%). ეს მაჩვენებელი ოდნავ იზრდებოდა განათლების დონისა და ქონებრივი კვინტილის მატებასთან ერთად და სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებთან შედარებით, ყველაზე მაღალი ქართველ ქალებს შორის იყო. სამწუხაროდ, კონტრაცეფციაზე კონსულტაციების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება აბორტების რიგითობის მიხედვით (სურათი 5.3.5). მართალია, კონსულტირების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იმ ქალებს შორის აღინიშნა, რომლებსაც ოთხი ან ხუთი აბორტი ჰქონდათ გაკეთებული, მაგრამ იმ ქალებს, რომლებსაც ექვსი და მეტი აბორტი ჰქონდათ გაკეთებული, იმავე ალბათობით მიეწოდებოდა ინფორმაცია კონტრაცეფციის შესახებ, კონტრაცეპტივები, ან კონტრაცეპტივზე რეცეპტი, როგორც იმ ქალებს, რომლებსაც მხოლოდ ერთი აბორტი ჰქონდათ გაკეთებული ბოლო 5 წლის განმავლობაში.

იმ ქალთა შორის, რომლებსაც ჰქონდათ აბორტების ისტორია ბოლო 5 წლის განმავლობაში (20% იმ ქალებისა, რომლებსაც გაეწიათ კონსულტაცია), მხოლოდ 6.6%-ს შეურჩიეს კონტრაცეფციის მეთოდი მომავალში დაუგეგმავი ორსულობისგან თავის დასაცავად. ქალების კიდევ 7.4%-ს გამოეწერა რეცეპტი კონტრაცეპტივებისთვის (22% იმ ქალებისა, რომლებსაც გაეწიათ კონსულტაცია). როგორც კონტრაცეპტივების, ასევე კონტრაცეპტივების რეცეპტის მიწოდების მაჩვენებლები დაბალი იყო ყველა ქვეჯგუფში, გარდა იმერეთში მცხოვრები

სურათი 5.5.1 ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი 15-44 წლის იმ ქალებს შორის, ვინც უკანასკნელი 5 წლის ინტერვალში გაიკეთა სულ მცირე ერთი აბორტი: აღმოსავლეთ ევროპის და 2010 წელს საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემები



სურათი 5.5.2 ორსულობის შეწყვეტის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი კვლევამდე 5 წლის ინტერვალში გაკეთებულ აბორტებს შორის: საქართველო, 1999, 2005 და 2010 წლები



ქალებისა (შესაბამისად, 16% და 10%). კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმირების დონე 2010 წელს ორჯერ აღემატებოდა 1999 წლის კვლევაში აღრიცხულ მაჩვენებელს (შესაბამისად, 33% და 15%); რაც უფრო მნიშვნელოვანია, კონტრაცეფციის მეთოდის ანდა კონტრაცეპტივზე რეცეპტის მიღება თითქმის გასამმაგდა – 5%-დან 14%-მდე (სურათი 5.3.6).

ეს შედეგები კონსულტირების გაუმჯობესება/გაფართოების და აბორტის პროცედურის პერიოდში კონტრაცეპტივების მიწოდების გადაუდებელ საჭიროებაზე მიუთითებს. ეს მოითხოვს უფრო მკაცრ კონტროლს იმ მოქმედი რეგულაციების შესრულებაზე, რომლებიც აბორტის შემდეგ პაციენტისათვის ოჯახის დაგეგმვაში კონსულტაციებისა და მომსახურების გაწევას ითვალისწინებს. გარდა ამისა, უნდა მუშაობდეს სისტემები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების სრულ ინტეგრაციას იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც აბორტის პროცედურები ტარდება. საგანმანათლებლო ღონისძიებები ასევე აამაღლებს პაციენტების ინფორმირების დონეს აბორტის მომსახურების შესახებ, რამაც, შესაძლოა, გაზარდოს მოთხოვნა კონსულტაციებსა და კონტრაცეფციის მეთოდებზე.

ერთ-ერთი საკითხი ეხება ულტრაბგერითი გამოკვლევის გამოყენებას ფეხმძიმობის დროს, ორსულობის ასაკის ანდა ნაყოფის სქესის დადგენის მიზნით. ცხრილში 5.3.6 მოცემულია მონაცემები მხოლოდ იმ ქალების შესახებ, რომლებმაც აბორტი გაიკეთეს. მათგან დაახლოებით ნახევარმა (51.8%) ჩაიტარა ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის ასაკის დასადგენად. ნაყოფის სქესის დასადგენად ეს გამოკვლევა მხოლოდ 3%-მა ჩაიტარა. ეს მაჩვენებელი 5%-

მდე გაიზარდა ასაკის მატებასთან ერთად და მკვეთრად გაიზარდა შვილების რაოდენობის მატებასთან ერთად და 20%-ს მიაღწია იმ ქალებს შორის, რომლებსაც ოთხი და მეტი შვილი ჰყავდათ. ეს მონაცემი მაღალი იყო (16%) იმ ქალებს შორისაც, ვინც აბორტი ორსულობის მე-10 კვირაზე ან უფრო გვიან გაიკეთა. ამის საპირისპიროდ, ეს მონაცემი დაბალი იყო (1.1%) იმ ქალებში, ვინც მინიაბორტი გაიკეთა.

5.4 აბორტის გართულებები

მიუხედავად იმისა, რომ სტანდარტული ქირურგიული ჩარევით მიმდინარე აბორტი აბსოლუტურად უსაფრთხოა მშობიარობასთან ან სხვა ქირურგიულ პროცედურებთან შედარებით, არსებობს გართულებების გარკვეული რისკი (Cates W. Jr., 1982). ლეგალურად ჩატარებულ აბორტებს ოპერაციისშემდგომი გართულებების რისკი ახლავს, რომელთა შემთხვევები და სიმწვავე დამოკიდებულია ორსულობის ასაკზე, მშობიარობების რაოდენობაზე, ქალის ასაკზე, ქირურგიულ პროცედურაზე, ოპერატორის კვალიფიკაციაზე, ანესთეზიის ტიპზე და ადრე არსებულ პათოლოგიებზე (Tietze and Henshaw, 1986). 7-9 კვირის ფეხმძიმობის ვადაში გაკეთებული აბორტების შემთხვევაში გართულებები გაცილებით იშვიათია, ვიდრე 10-დან 14 კვირამდე ორსულობის ასაკში გაკეთებული აბორტების დროს. ასევე, ვაკუუმასპირაციის მეთოდით ჩატარებულ აბორტებს უფრო ნაკლები გართულებები ახასიათებს, ვიდრე კლასიკური, საშვილოსნოს ყელის გაფართოებისა და კურეტაჟის მეთოდი ჩატარებულს. გარდა ამისა, მხოლოდ აბორტის კანონიერება ამ პროცედურის უსაფრთხოებას ვერ უზრუნველყოფს. აღჭურვილობის სიმწირე, გადატვირთული საავადმყოფოები, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები და არასათანადო სამედიცინო მომსახურება აბორტისშემდგომი გართულებების რისკს ზრდის. აღნიშნულმა ფაქტორებმა შეიძლება აიძულოს ქალი, უარი თქვას საავადმყოფოების მომსახურებაზე ან გაახანგრძლივოს ლოდინის დრო საწყის კონსულტაციასა და მიმართვას შორის. იმ შემთხვევაში, როცა ჰოსპიტალიზაცია გვიანდება და 12 კვირის ასაკის დაშვებულ ზღვარს სცდება, ქალები მიმართავენ უკანონო აბორტებს ლიცენზირებული დაწესებულებების მიღმა. დაუცველი აბორტები სიკვდილიანობისა და ავადობის მაღალი რისკით ხასიათდება.

რეგიონში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების ფარგლებში, აბორტების გამოცდილების მქონე ყველა რესპონდენტი გამოიკითხა ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შემდეგ იმ სამედიცინო გართულებების შესახებ, რომელიც კვლევამდე უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში ჰქონდათ. მაგრამ ამ კვლევებით არ ხდება აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობის აღრიცხვა. კვლევის შედეგები აბორტებისშემდგომი გართულებების შესახებ, ჩეულებრივ, ემყარება რესპონდენტთა მიერ აღწერილ სიმპტომებს ან მდგომარეობებს და ამიტომ შესაძლოა ნაკლებ სანდო იყოს, ვიდრე საავადმყოფოების მიერ წარმოებული სტატისტიკა. როგორც მოცემულია სურათში 5.4.1, ადრეული (6 თვის განმავლობაში) გართულებები და გვიანი გართულებები (6 თვის შემდეგ და უფრო გვიან), მერყეობდა, შესაბამისად, 5%-დან 16%-მდე და 1%-დან 6%-მდე. აღნიშნული მაჩვენებლები მაღალია აშშ-ში ორსულობის პირველ ტრიმესტრში განხორციელებული აბორტების მონაცემებთან შედარებით (0.3%) (Finer and Zolna, 2011).

საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ 2005 წლის შემდგომ ჩატარებული აბორტების 10%-ს მოჰყვა ადრეული (6.4%), ან გვიანი გართულებები (3.6%). (ცხრილი 5.4.1). ადრეული და გვიანი გართულებების შესახებ რესპონდენტების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია არ განსხვავდებოდა რესპონდენტთა მახასიათებლების მიხედვით. თუმცა ადრეული გართულებების სიხშირე თითქმის მესამედით გაიზარდა (8.2%-მდე) 10 კვირის შემდეგ ფეხმძიმობის დროს გაკეთებული აბორტების და თითქმის 50%-ით საშვილოსნოს ყელის გახსნითა და კურეტაჟით ჩატარებული აბორტების შემთხვევებში, ვიდრე მინი-აბორტების შემდეგ.

აბორტისშემდგომი გართულებების სიხშირე უფრო მაღალი იყო 2010 წელს, ვიდრე 2005 წელს; 2005-2010 წლებში ხელოვნურად შეწყვეტილი ორსულობების მხოლოდ 10%-ს მოჰყვა ადრეული ან გვიანი გართულებები, მაშინ როდესაც ეს მაჩვენებელი 2000-2004 წლებში 6.4%-ს შეადგენდა (სურათი 5.4.1). აბორტების შედეგად გამოწვეული ავადობის ზრდა აღინიშნება ყველა კატეგორიაში და 6.3%-ზე მეტია ყველა შემთხვევაში (ცხრილი 5.4.1).

ლეგალური აბორტის შედეგად გამოწვეულ ავადობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორი აბორტის დროს ორსულობის ასაკია. 2005-დან 2010 წლამდე პერიოდში გვიანი აბორტების რიცხვი (ფეხმძიმობის 12 კვირის შემდგომ), 1%-ით გაიზარდა და 11%-ს გადააჭარბა. ამ არასახარბიელო შედეგმა სხვა დადებითი ტენდენცია დაჩრდილა. მაგალითად, ცვლილებები აღინიშნებოდა კლინიკურ პრაქტიკაში – 2010 წელს აბორტების 41.5%-ის შემდეგ დაინიშნა ანტიბიოტიკებით მკურნალობის კურსი, მაშინ, როდესაც 2005 წელს ეს წილი მხოლოდ 32%-ს შეადგენდა. მიუხედავად ამისა, აბორტისშემდგომი გართულებების შემთხვევებმა იმატა. ანესთეზიის გამოყენება ოდნავ შემცირდა 58.0%-დან 56.6%-მდე. იმ პაციენტების წილი, ვინც აბორტისშემდგომი გართულებების გამო ჰოსპიტალიზებული იქნა, შემ-

ცირდა (12%-დან 2005 წელს 0.6%-მდე 2010-ში), ნაწილობრივ მინიაბორტების რიცხვის ზრდის შედეგად.

აბორტისშემდგომი გართულებების 51% გამოიხატებოდა გახანგრძლივებული ტკივილით სასქესო ორგანოების მიდამოში. სხვა გართულებებს შორის იყო მაღალი სიცხე (37%), მძიმე სისხლისდენა (34%), ინფექციური გამონადენი (22%) და პერფორაცია (1.7%) (ცხრილი 5.4.2). საშვილოსნოს პერფორაციისა და ძლიერი სისხლდენის გარდა, ძნელია იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად სერიოზულ ხასიათს ატარებდა აბორტისშემდგომი სხვა ადრეული გართულებები. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ადრეულ გართულებათა მხოლოდ 0.6% მოითხოვდა ჰოსპიტალიზაციას ერთი ან მეტი დღით.

5.5 აბორტის გამომწვევი მიზეზები

გარემოებები, რომლებიც განაპირობებს ქალის გადაწყვეტილებას ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის შესახებ, უშუალოდ დაკავშირებულია ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემასთან და აშკარად მიუთითებს იმაზე, თუ როგორ შეიძლება იმოქმედოს ამ მომსახურების ხელმიუწვდომლობამ ქალის ცხოვრებაზე. 1996 წლიდან ჩატარებული კვლევების შედარებამ, რომლებიც ქალთა ჯანმრთელობის საკითხების ფართო სპექტრს მოიცავდა, გვიჩვენა, რომ ქალების მიერ დასახელებული მიზეზები ორსულობის შეწყვეტის თაობაზე არ შეცვლილა რეგიონში (სურათი 5.5.1). აბორტების უმრავლესობა კვლევამდე 5 წლის ინტერვალში გამოწვეული იყო ქალის სურვილით, არ ჰყოლოდა მეტი შვილი, ან ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით, რომელიც არ იძლეოდა კიდევ ერთი შვილის გაზრდის საშუალებას. სულ აბორტების 66% და 95% გამოწვეული იყო აღნიშნული ორი მიზეზით (CDC and Macro, 2003).

საქართველოშიც, 2010 წლის კვლევის მონაცემებმაც დაადასტურა, რომ აბორტების უმრავლესობა (51%) განპირობებული იყო ქალების შვილოსნობის შეზღუდვის სურვილით (ცხრილი 5.5.) ანდა ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით (20%) - დაბალი შემოსავლის, უმუშევრობის, სამუშაოს დაკარგვის შიშის ან ბინის სივიწროვის გამო. თითქმის ყოველი მეხუთე აბორტი (18%) ჩატარდა მშობიარობებს შორის ინტერვალის გახანგრძლივების მიზნით. აბორტების 8%-ის მიზეზი ჯანმრთელობის მდგომარეობა იყო: 5% - დედის ჯანმრთელობა (მაგ. ორსულობა საფრთხეს უქმნიდა ქალის ფიზიკურ ან სულიერ ჯანმრთელობას) და 3% - ნაყოფის დეფექტები ან ჩვილის ჯანმრთელობისთვის შექმნილი პოტენციური საფრთხე. აბორტების 1.5% გაკეთდა პარტნიორთან დაკავშირებული მიზეზებით (პარტნიორი იყო ორსულობის წინააღმდეგი). დაბოლოს, აღსანიშნავია, რომ ქალთა 1.4%-მა თქვა, რომ აბორტი ნაყოფის სქესის გამო გაიკეთეს, რომელიც მათ აბორტზე გადაწყვეტილების მიღებამდე გაიგეს. რაც შეეხება ტენდენციებს, 1999 წელთან შედარებით, 2010 წელს ქალები უფრო ნაკლებად იკეთებდნენ აბორტებს მშობიარობის შესამცირებლად და უფრო მეტად - მშობიარობებს შორის ინტერვალის გაზრდისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო.

აბორტის გამოყენება შვილოსნობის შეზღუდვის მიზნით უფრო ხშირად სახელდებოდა სოფლად მცხოვრები ქალების (ვისაც უკვე საშუალოდ უფრო მეტი შვილი ჰყავდა, ვიდრე ქალაქში მცხოვრებ ქალებს) და 34 წელზე მეტი ასაკის ქალების მიერ (62%), რომლებსაც ასევე მეტი შვილი ჰყავდათ. აბორტის მიზეზად მეტი შვილის არყოლის სურვილის დასახელება მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ორსულობის რიგითობასთან: ეს მიზეზი დაასახელა მეორე ორსულობის მქონე ქალების 18%-მა, ორი წინამორბედი ორსულობის მქონე ქალების 40%-მა, და ოთხი ან მეტი წინამორბედი ორსულობის მქონე ქალების 62%-მა. აბორტების გამოყენება შემდეგ მშობიარობამდე ინტერვალის გასაზრდელად უფრო ხშირი იყო თბილისის გარდა სხვა ქალაქებში მცხოვრებ ქალებს, 15-24 წლის ქალებს, მეორე ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებსა და ერთი წინამორბედი ორსულობის მქონე ქალებს შორის. სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზები უფრო ხშირად სახელდებოდა თბილისში და ქვედა კვინტილში.

ამრიგად, ქალების უმრავლესობის მიერ ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა განპირობებულია ოჯახის სიდიდითა და ოჯახის წევრებზე, განსაკუთრებით, შვილებზე შესაძლო სოციალურ-ეკონომიკური გავლენით. აბორტების ძირითად მიზეზად სახელდებოდა „მეტი შვილის არყოლის სურვილი“, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ორსულობები დაგეგმილი არ იყო და მეტყველებს ქვეყანაში ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ნაკლებობაზე. 1999 წელთან შედარებით (სურათი 5.5.2), ახლა პროპორციულად მეტი აბორტი კეთდება მშობიარობებს შორის ინტერვალის გასაზრდელად ანდა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. საბედნიეროდ, პარნტიორთან დაკავშირებული მიზეზით აბორტების რაოდენობა ძალზე ცოტაა, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ქალები გადაწყვეტილებას აბორტის შესახებ იღებენ დამოუკიდებლად ან პარტნიორთან შეთანხმებით.

დაბოლოს, საქართველოში კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით მიღებული მაჩვენებლები ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს მნიშ-

ვნელოვნად აჭარბებს; სავარაუდოდ, ეს იმითაა განპირობებული, რომ ოფიციალური სტატისტიკა, რომელიც სახელმწიფო რეგისტრაციის სისტემებზეა დაფუძნებული, აბორტების არასრული აღრიცხვიანობით ხასიათდება. ვინაიდან კვლევის შედეგებიც შეიძლება სრულად არ ასახავდეს აბორტების რაოდენობას, კვლევის მონაცემები აბორტების შესახებ ასევე წარმოადგენს მოსახლეობაში ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის რეალური სურათის მხოლოდ კონსერვატიულ შეფასებას. აბორტების რაოდენობისა და ტენდენციების შესახებ უფრო ზუსტი ინფორმაციის დოკუმენტირების გარდა, კვლევის შედეგები უფრო ფართო სპექტრის ანალიზის საშუალებას იძლევა არასასურველი ორსულობისა და კონტრაცეფციული მომსახურებით სარგებლობისა და მასზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის აუცილებლობის თვალსაზრისით.

2010 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ 2005 წლის შემდეგ კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომობის გაზრდამ უკვე გამოიწვია არასასურველი ორსულობების რიცხვისა და აბორტების მაჩვენებლების შემცირება ქვეყნის მასშტაბით. ის ფაქტი, რომ იმ ქალთა მზარდი წილი, რომლებმაც აბორტები გაიკეთეს, ცხოვრობენ სოფლად, არიან ღარიბები და აქვთ ნაკლები დონის განათლება, ხაზს უსვამს ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების სუბსიდირების და მათი საქმიანობის არეალის გაფართოების, როგორც არასასურველი ორსულობისა და აბორტების შემთხვევების შემცირების ეფექტიან საშუალების მნიშვნელობას. მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო გეგმა მოუწოდებს ქვეყნებს, შეამცირონ აბორტების გამოყენება, აბორტის შემდგომი კონსულტაციების, განათლების და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებით. 1999 წლის შემდეგ საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია: აბორტების მაჩვენებლები მცირდება, ხოლო კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდის მოხმარება ქალებს შორის მატულობს და სულ უფრო ნაკლები ქალის მოთხოვნა თანამედროვე კონტრაცეფციაზე არის დაუკმაყოფილებელი. და მაინც, მეტი ძალისხმევაა საჭირო აბორტების მაჩვენებლების შესამცირებლად, განსაკუთრებით მაშინ, როცა აბორტების ნახევარზე მეტი მხოლოდ იმიტომ კეთდება, რომ ქალებს მეტი შვილის ყოლა არ სურთ.

თუმცა, მხოლოდ ოჯახის დაგეგმვით არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილება ვერ მოხერხდება, ვინაიდან ვერც ერთი კონტრაცეფციული მეთოდი ვერ უზრუნველყოფს აბსოლუტურ დაცვას. ტრადიციული მეთოდები, რომლის იმედადაც განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები, ღარიბი და ნაკლები განათლების მქონე ქალები არიან, ხშირად არაეფექტიანია, რასაც ეს ქალები აბორტამდე მიჰყავს. სანამ არსებობს ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობის გაძლიერებისა და ტრადიციული მეთოდების მიმდევრების კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ინფორმირების საჭიროება, უსაფრთხო აბორტების მომსახურება ქვეყანაში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. მსოფლიოში, უსაფრთხო პირობებში განხორციელებული აბორტები სიკვდილიანობისა და ავადობის დაბალ მაჩვენებლებთან ასოცირდება. აბორტის კონტრაცეფციით ჩანაცვლებაზე ორიენტირებული საქმიანობა კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალხარისხოვანი, ხელმისაწვდომი კონტრაცეფციული მეთოდების ფართო სპექტრის უზრუნველყოფაზე, და არა უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვაზე.

ცხრილი 5.1 ხელოვნური აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტი და ჯამობრივი აბორტის მაჩვენებელი* სამწლიან ინტერვალში* 15-44 წლის ასაკის ქალებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999, 2005, 2010

ასაკობრივი ჯგუფი	ხელოვნური აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტი (1,000 ქალზე)*		
	2007–2010 2010 წლის კვლევა†	2002–2005 2005 წლის კვლევა	1996–1999 1999 წლის კვლევა
15–19	10	13	29
20–24	56	126	162
25–29	102	164	191
30–34	83	167	179
35–39	57	110	122
40–44	(21)	(54)	(49)
აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი (ერთ ქალზე)	1.6	3.1	3.7
აბორტების საერთო მაჩვენებელი (1,000 ქალი/წელი)	56	104	125

* ასაკი ხელოვნური აბორტის მომენტისთვის.

† 2007 წლის ოქტომბრიდან 2010 წლის სექტემბრამდე გაკეთებული აბორტები.

‡ 2002 წლის მარტიდან 2005 წლის თებერვლამდე გაკეთებული აბორტები.

¶ 1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე გაკეთებულილ აბორტები.

( ) ნაჩვენები დრო ნაწილობრივ შეკუმშულია, ვადგან შერჩევა არ მოიცავს ყველა იმ ქალს, ვინც საანგარიშო პერიოდში აბორტი გაიკეთა.

ცხრილი 5.2.1 აბორტების ასაკობრივი და ჯამობრივი კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში 15-44 წლის ასაკის ქალებში, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999, 2005, 2010

მახასიათებლები	ხელოვნური აბორტების ასაკობრივი კოეფიციენტი (1,000 ქალზე)†						სულ აბორტის მაჩვენებელი (აბორტების
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
სულ	10	56	102	83	57	21	1.6
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	6	42	62	74	41	16	1.2
სოფელი	14	71	150	93	74	26	2.1
რეგიონი							
კახეთი	30	58	100	46	135	18	1.9
თბილისი	9	44	53	73	36	13	1.1
შიდა ქართლი	7	133	144	72	61	22	2.2
ქვემო ქართლი	11	53	170	111	106	19	2.4
სამცხე-ჯავახეთი	3	40	77	95	70	37	1.6
აჭარა	0	51	87	49	20	32	1.2
გურია	12	59	156	144	44	7	2.1
სამეგრელო	6	77	169	92	48	18	2.1
იმერეთი	10	47	101	96	40	32	1.6
მცხეთა-მთიანეთი	8	77	113	127	58	13	2.0
რაჭა-სვანეთი	13	21	43	81	60	0	1.1
განათლება							
არასრული საშუალო ან ნაკლები	14	125	186	85	89	32	2.7
სრული საშუალო	10	76	151	107	110	19	2.4
ტექნიკუმი	4	54	68	85	40	28	1.4
უმაღლესი/ასპირანტურა	4	26	62	70	29	11	1.0
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	12	72	179	79	70	33	2.2
მეორე	13	61	139	86	73	24	2.0
საშუალო	10	71	113	101	59	22	1.9
მეოთხე	11	55	71	62	57	14	1.4
უმაღლესი	3	32	52	82	38	14	1.1
ეროვნება							
ქართველი	7	51	90	82	52	20	1.5
აზერბაიჯანელი	45	92	207	132	144	46	3.3
სომეხი	12	27	146	80	82	0	1.7
სხვა	30	212	168	17	41	25	2.5

* 2007 წლის ოქტომბრიდან 2010 წლის სექტემბრამდე გაკეთებული აბორტები.

† ასაკი აბორტის მომენტისათვის.

ცხრილი 5.2.2 მინიმუმ ერთი აბორტის მქონე ქალები და სიცოცხლის მანძილზე აბორტების რაოდენობა 15-44 წლის ქალებს შორის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოდესმე გაუკეთებია აბორტი	შემთხვევების რაოდენობა	სიცოცხლის მანძილზე ხელოვნური აბორტების სრული რაოდენობა იმ ქალებს შორის, რომლებსაც ოდესმე გაუკეთებიათ აბორტი							სულ	შემთხვევების რაოდენობა
			1	2	3	4	5–6	7–9	10+		
სულ	37.1	6,292	31.4	23.5	15.4	9.1	10.0	4.3	6.3	100.0	2,568
რეგიონი											
თბილისი	31.8	1,426	38.8	22.0	15.2	8.3	7.0	3.2	5.5	100.0	490
სხვა ქალაქი	35.4	1,549	30.2	26.0	16.9	8.1	9.7	5.1	3.9	100.0	594
სოფელი	41.2	3,317	28.6	23.1	14.8	9.8	11.5	4.4	7.8	100.0	1,484
ასაკობრივი ჯგუფი											
15–19	2.2	861	85.6	14.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	25
20–24	13.8	1,099	55.3	29.3	6.4	6.7	2.3	0.0	0.0	100.0	186
25–29	35.5	1,191	44.4	23.7	15.9	5.8	6.1	2.2	1.8	100.0	436
30–34	54.6	1,168	30.9	24.0	14.9	9.0	11.5	4.8	4.9	100.0	663
35–39	60.6	1,051	23.1	25.3	16.2	11.2	11.4	5.2	7.6	100.0	637
40–44	67.6	922	23.5	20.1	17.7	10.0	12.1	5.7	10.8	100.0	621
ცოცხალი შვილების რაოდენობა											
არცერთი	3.4	2,276	68.9	17.0	6.2	7.9	0.0	0.0	0.0	100.0	96
ერთი	39.4	1,286	53.4	21.6	11.5	4.6	4.6	3.3	1.0	100.0	518
ორი	69.5	2,069	24.8	24.4	17.9	10.3	11.0	4.6	7.0	100.0	1,456
სამი	77.5	539	18.8	23.4	15.8	11.7	15.4	4.7	10.2	100.0	417
ოთხი ან მეტი	68.5	122	30.2	28.2	6.7	3.6	9.5	8.9	12.8	100.0	81
განათლება											
არასრული საშუალო ან ნაკლები	32.0	1,330	24.5	21.3	15.4	10.1	12.6	4.6	11.6	100.0	486
სრული საშუალო	39.1	1,568	33.7	24.6	12.7	8.2	10.2	5.8	4.8	100.0	691
ტექნიკუმი/ უნივერსიტეტი	38.4	3,394	32.8	23.8	16.7	9.1	9.0	3.5	5.0	100.0	1,391
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	40.8	1,093	28.9	25.1	13.6	8.9	11.1	3.7	8.8	100.0	469
მეორე	39.4	1,385	27.9	25.3	16.2	7.9	10.6	4.4	7.8	100.0	602
საშუალო	40.2	1,413	29.0	21.7	14.6	11.8	11.4	5.4	6.1	100.0	620
მეოთხე	31.4	1,037	35.8	23.8	15.1	8.1	8.8	3.7	4.7	100.0	369
უმაღლესი	34.8	1,364	35.5	22.6	16.9	8.1	8.3	4.1	4.5	100.0	508
ეროვნება											
ქართველი	36.5	5,488	32.0	23.8	15.6	9.3	10.0	4.0	5.3	100.0	2,197
აზერბაიჯანელი	47.2	276	20.0	18.4	18.4	7.6	13.8	4.9	16.9	100.0	143
სომეხი	35.4	364	38.7	26.5	8.9	9.8	3.5	5.7	6.9	100.0	150
სხვა	42.3	164	26.2	23.2	15.0	3.4	12.9	9.2	10.2	100.0	78

ცხრილი 5.2.3 გესტაციური ასაკი ფეხმძიმობის ხელოვნურად შეწყვეტის მომენტისთვის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულებებს შორის;
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გესტაციური ასაკი (კვირეებში)				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	< 7	7–9	10–12	13+		
სულ	27.9	59.2	11.9	1.1	100.0	2,054
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	30.7	60.4	7.9	1.0	100.0	333
სხვა ქალაქი	29.8	60.7	8.0	1.5	100.0	435
სოფელი	26.1	58.2	14.8	0.9	100.0	1,286
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	17.9	70.3	11.9	0.0	100.0	18
20–24	21.5	63.8	13.4	1.2	100.0	208
25–29	32.7	56.4	9.9	1.0	100.0	540
30–34	25.2	62.6	11.2	1.1	100.0	648
35–39	29.9	57.1	12.5	0.5	100.0	424
40–44	26.8	55.2	15.7	2.2	100.0	216
ცოცხალი ბავშვების						
არცერთი	46.2	48.4	5.4	0.0	100.0	9
ერთი	27.6	58.6	10.7	3.1	100.0	334
ორი	29.9	59.5	9.8	0.7	100.0	1,280
სამი	24.7	58.2	16.5	0.6	100.0	350
ოთხი ან მეტი	9.5	61.6	28.9	0.0	100.0	81
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	26.1	56.0	17.0	1.0	100.0	456
სრული საშუალო	23.8	63.5	12.4	0.3	100.0	668
ტექნიკუმი/ უნივერსიტეტი	31.6	57.8	8.9	1.7	100.0	930
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	17.6	61.9	19.8	0.7	100.0	419
მეორე	29.8	58.3	11.1	0.8	100.0	504
საშუალო	27.4	59.3	12.4	0.9	100.0	506
მეოთხე	26.8	66.1	5.3	1.8	100.0	282
უმაღლესი	36.0	52.6	10.2	1.3	100.0	343
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	29.8	58.9	10.0	1.2	100.0	1,661
აზერბაიჯანელი	25.8	59.1	14.6	0.5	100.0	181
სომეხი	18.8	59.1	21.1	1.0	100.0	141
სხვა	8.2	63.9	27.9	0.0	100.0	71
ფეხმძიმობის დასასრული						
ხელოვნური აბორტი	2.6	53.6	40.2	3.6	100.0	645
მინი აბორტი	38.3	61.5	0.2	0.0	100.0	1,409

ცხრილი 5.3.1 ორსულობის შეწყვეტის ტიპი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულებებს შორის; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ორსულობის შეწყვეტის ტიპი			
	ხელოვნური აბორტი	მინიაბორტი	სულ	შემთხვევათა
სულ	29.3	70.7	100.0	2,054
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	19.3	80.7	100.0	768
სოფელი	36.6	63.4	100.0	1,286
რეგიონი				
კახეთი	43.4	56.6	100.0	185
თბილისი	18.7	81.3	100.0	333
შიდა ქართლი	17.1	82.9	100.0	183
ქვემო ქართლი	31.4	68.6	100.0	253
სამცხე-ჯავახეთი	50.8	49.2	100.0	160
აჭარა	19.6	80.4	100.0	90
გურია	47.4	52.6	100.0	163
სამეგრელო	40.5	59.5	100.0	169
იმერეთი	27.0	73.0	100.0	265
მცხეთა-მთიანეთი	22.2	77.8	100.0	152
რაჭა-სვანეთი	45.8	54.2	100.0	101
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–24	28.6	71.4	100.0	501
25–34	27.9	72.1	100.0	1,196
35–44	34.3	65.7	100.0	357
აბორტის რიგითობა				
პირველი	28.8	71.2	100.0	576
მეორე	26.5	73.5	100.0	417
მესამე	27.2	72.8	100.0	291
მეოთხე	31.8	68.2	100.0	185
მეხუთე	32.3	67.7	100.0	135
მეექვსე და მეტი	31.8	68.2	100.0	450
განათლების დონე				
არასრული საშუალო ან ნაკლები	34.6	65.4	100.0	1,124
სრული საშუალო	33.1	66.9	100.0	286
ტექნიკუმი/ უნივერსიტეტი	18.7	81.3	100.0	644
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	46.8	53.2	100.0	419
მეორე	31.8	68.2	100.0	504
საშუალო	29.1	70.9	100.0	506
მეოთხე	13.8	86.2	100.0	282
უმაღლესი	22.6	77.4	100.0	343
ეთნიკური				
ქართველი	27.4	72.6	100.0	1,661
აზერბაიჯანელი	37.2	62.8	100.0	181
სომეხი	38.1	61.9	100.0	141
სხვა	34.0	66.0	100.0	71

ცხრილი 5.3.2 ორსულობის შეწყვეტის ადგილი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობებს შორის; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ორსულობის შეწყვეტის ადგილი				
	საავადმყოფო/სამშობიარო სახლი	ამბულატორიული კლინიკა	სამედიცინო დაწესებულების გარეთ	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	55.8	42.2	1.9	100.0	2,054
საცხოვრებელი					
ქალაქი	38.6	59.6	1.8	100.0	768
სოფელი	68.4	29.6	2.0	100.0	1,286
საცხოვრებელი					
თბილისი	29.4	69.6	1.0	100.0	333
სხვა ქალაქი	46.9	50.7	2.4	100.0	435
სოფელი	68.4	29.6	2.0	100.0	1,286
რეგიონი					
კახეთი	71.2	23.2	5.6	100.0	185
თბილისი	29.4	69.6	1.0	100.0	333
შიდა ქართლი	59.0	40.5	0.5	100.0	183
ქვემო ქართლი	60.1	37.5	2.4	100.0	253
სამცხე-ჯავახეთი	72.4	27.1	0.6	100.0	160
აჭარა	47.3	46.4	6.3	100.0	90
გურია	75.5	21.9	2.6	100.0	163
სამეგრელო	51.6	47.9	0.5	100.0	169
იმერეთი	69.3	30.0	0.7	100.0	265
მცხეთა-მთიანეთი	54.0	44.9	1.1	100.0	152
რაჭა-სვანეთი	88.8	10.3	0.9	100.0	101
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	62.2	36.9	0.9	100.0	501
25–34	53.4	44.2	2.4	100.0	1,196
35–44	55.3	43.1	1.6	100.0	357
აბორტის რიგითობა					
პირველი	58.1	40.5	1.4	100.0	576
მეორე	52.4	46.3	1.3	100.0	417
მესამე	51.9	45.6	2.4	100.0	291
მეოთხე	53.1	44.7	2.3	100.0	185
მეხუთე	61.2	37.2	1.5	100.0	135
მეექვსე და მეტი	58.1	39.3	2.7	100.0	450
განათლების დონე					
არასრული საშუალო ან ნაკლები	60.4	37.1	2.5	100.0	1,124
სრული საშუალო	58.4	40.6	1.0	100.0	286
ტექნიკუმი/ უნივერსიტეტი	47.0	51.8	1.2	100.0	644
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	76.0	22.7	1.3	100.0	419
მეორე	68.4	29.6	2.0	100.0	504
საშუალო	55.0	41.0	4.0	100.0	506
მეოთხე	43.3	55.7	1.1	100.0	282
უმაღლესი	34.3	65.2	0.5	100.0	343
ეთნიკური					
ქართველი	54.0	44.0	2.0	100.0	1,661
აზერბაიჯანელი	77.4	20.5	2.1	100.0	181
სომეხი	59.0	39.5	1.4	100.0	141
სხვა	33.4	66.7	0.0	100.0	71
აბორტის ტიპი					
ხელოვნური აბორტი	65.9	30.5	3.5	100.0	645
მინი აბორტი	51.7	47.1	1.2	100.0	1,409

ცხრილი 5.3.3 ჩასახვის დროისათვის კონტრაცეპტიული მეთოდის გამოყენება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობებს შორის;
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენება			შემთხვევათა რაოდენობა
	ნებისმიერი მეთოდი %	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი %	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი %	
სულ	26.4	20.1	15.6	2,054
საცხოვრებელი დგილი				
ქალაქი	26.6	17.4	18.9	768
სოფელი	26.2	22.1	13.2	1,286
რეგიონი				
კახეთი	20.2	15.2	12.1	185
თბილისი	26.1	14.3	21.7	333
შიდა ქართლი	16.1	13.7	13.2	183
ქვემო ქართლი	34.1	28.7	14.3	253
სამცხე-ჯავახეთი	49.2	41.4	12.7	160
აჭარა	25.0	20.5	5.4	90
გურია	19.8	15.1	9.9	163
სამეგრელო	11.1	7.9	6.8	169
იმერეთი	32.3	26.0	24.3	265
მცხეთა-მთიანეთი	26.1	22.7	15.3	152
რაჭა-სვანეთი	34.6	29.9	15.0	101
ასაკი აბორტის				
15–24	23.9	16.1	15.1	501
25–34	25.2	18.9	15.6	1,196
35–44	33.2	29.0	16.1	357
განათლების დონე				
არასრული საშუალო ან ნაკლები	24.3	20.5	10.3	1,124
სრული საშუალო	26.2	21.0	19.5	286
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	30.0	19.2	23.2	644
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	28.7	24.9	14.7	419
მეორე	23.4	20.6	9.8	504
საშუალო	23.8	20.0	11.7	506
მეოთხე	23.4	14.7	18.8	282
უმაღლესი	32.9	19.4	25.1	343
ეთნიკური წარმომავლობა				
ქართველი	26.5	19.4	18.5	1,661
აზერბაიჯანელი	28.5	27.5	2.5	181
სომეხი	35.0	28.5	8.7	141
სხვა	7.2	4.9	4.0	71
აბორტის ტიპი				
ხელოვნური აბორტი	22.5	18.8	11.7	645
მინი აბორტი	28.0	20.7	17.2	1,409

ცხრილი 5.3.4 ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის პროცედურის ღირებულება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობებს შორის;
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	საშუალო ფასი†	აბორტის ღირებულება (ლარებში)*								შემთხვევათა რაოდენობა
		უფასო	< 30	30–34	35–49	50–99	100 და მეტი	არ ახსოვს	სულ	
სულ	**48.2**	**2.3**	**12.6**	**16.0**	**22.6**	**39.4**	**5.9**	**1.3**	**100.0**	
საცხოვრებელი ადგილი										
თბილისი	61.5	3.1	4.1	7.4	18.9	49.1	15.3	2.0	100.0	333
სხვა ქალაქი	46.0	1.9	12.2	18.2	23.3	39.3	4.4	0.7	100.0	435
სოფელი	44.5	2.2	15.7	18.1	23.6	36.0	3.2	1.3	100.0	1,286
ასაკობრივი ჯგუფი										
15–24	50.8	1.6	9.7	14.1	23.7	43.5	6.3	1.1	100.0	501
25–34	46.2	2.7	15.1	15.5	22.1	38.5	4.8	1.3	100.0	1,196
35–44	51.2	1.9	8.7	19.6	22.9	37.0	8.5	1.4	100.0	357
აბორტის რიგითობა										
პირველი	53.2	3.1	8.3	12.3	19.0	46.5	9.1	1.7	100.0	576
მეორე	50.6	1.1	11.2	14.5	24.4	40.5	6.7	1.6	100.0	417
მესამე	49.5	1.9	13.9	14.8	21.1	41.8	5.5	1.1	100.0	291
მეოთხე	45.6	2.0	12.5	19.5	26.8	34.1	4.4	0.7	100.0	185
მეხუთე	43.6	2.3	15.4	17.1	26.4	37.2	1.6	0.0	100.0	135
მეექვსე და მეტი	41.8	2.7	17.3	20.6	23.6	31.2	3.3	1.4	100.0	450
განათლების დონე										
არასრული საშუალო ან ნაკლები	47.1	2.2	11.2	22.6	22.6	33.8	6.4	1.3	100.0	456
სრული საშუალო	45.6	1.9	14.7	15.1	24.4	38.5	3.9	1.5	100.0	668
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	50.7	2.6	11.9	13.1	21.4	42.9	7.0	1.2	100.0	930
ქონებრივი კვინტილი										
ქვედაზე დაბალი	40.6	2.5	20.7	20.8	22.8	30.7	2.4	0.2	100.0	419
მეორე	42.6	2.0	12.2	21.0	22.7	39.8	1.0	1.3	100.0	504
საშუალო	49.2	2.0	16.1	14.5	23.9	35.1	5.9	2.5	100.0	506
მეოთხე	49.5	2.9	6.0	11.0	27.0	47.0	5.0	1.0	100.0	282
უმაღლესი	59.3	2.3	6.8	11.3	17.6	45.8	15.0	1.2	100.0	343
ეთნიკური წარმომავლობა										
ქართველი	48.5	2.2	12.0	16.0	22.9	40.6	5.5	0.9	100.0	1,661
აზერბაიჯანელი	40.2	3.6	22.1	21.8	14.5	32.7	2.5	2.8	100.0	181
სომეხი	49.0	3.7	9.0	9.9	23.9	47.2	4.9	1.5	100.0	141
სხვა	62.3	0.0	4.8	9.7	35.5	23.2	21.5	5.2	100.0	71
აბორტის ტიპი										
ხელოვნური აბორტი	54.8	3.3	12.4	15.3	16.7	39.5	11.4	1.4	100.0	645
მინი აბორტი	45.5	1.9	12.7	16.2	25.0	39.3	3.6	1.3	100.0	1,409
აბორტის ჩატარების ადგილი										
საავადმყოფო/სამშობიარო	48.2	1.4	14.2	17.6	22.0	36.8	6.8	1.2	100.0	1,207
ამბულატორიული	49.2	1.2	10.4	14.1	24.1	43.9	4.8	1.5	100.0	810
სამედიცინო	26.6	53.3	14.0	10.1	7.5	13.1	2.0	0.0	100.0	37
გესტაციური ასაკი										
10 კვირა და მეტი	64.8	1.4	7.1	13.4	17.5	39.9	18.5	2.2	100.0	291
<10 კვირა	45.8	2.4	13.4	16.3	23.4	39.3	4.0	1.2	100.0	1,763
ანტიბიოტიკები აბორტის										
დიახ	53.5	1.8	11.1	13.9	18.7	43.9	9.2	1.3	100.0	845
არა	44.5	2.6	13.7	17.4	25.3	36.1	3.5	1.3	100.0	1,209

* კვლევის ჩატარების დროს დაახლოებით 1.65 ლარი =1.00 აშშ დოლარს

† ერთი პროცედურის საშუალო ფასი არ მოიცავს გადახდილ დაუდგენელ თანხებს.

ცხრილი 5.3.5 კანონიერი აბორტის გაკეთების დროს ოჯახის დაგეგმვის შეთავაზებული სერვისების სახეობები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობის შორის; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	კონსულტაცია კონტრაცეპციის მეთოდზე			კონტრაცეფციის საშუალებების დარიგება, საშუალებების გამოწერა ან მითითება			შემთხვევათა რაოდენობა
	ნების-მიერი კონსულ-ტაცია	აბორტის წინ	აბორტის შემდეგ	დარიგე-ბული საშუალება	რეცეპტის შეთავა-ზება	მითითება	
სულ	33.1	9.9	13.2	6.6	7.4	2.7	2,054
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	35.6	10.5	13.6	6.1	9.2	3.3	768
სოფელი	31.3	9.4	12.8	6.9	6.1	2.3	1,286
რეგიონი							
კახეთი	25.8	4.5	10.6	7.6	4.5	1.5	185
თბილისი	36.3	9.7	11.8	4.1	9.7	1.5	333
შიდა ქართლი	40.0	13.2	19.0	4.4	9.8	1.0	183
ქვემო ქართლი	25.6	7.8	14.7	4.4	9.2	2.4	253
სამცხე-ჯავახეთი	13.8	5.5	5.0	4.4	2.8	0.0	160
აჭარა	33.0	17.0	9.8	5.4	7.1	5.4	90
გურია	29.2	8.9	9.9	5.2	1.6	4.2	163
სამეგრელო	30.0	4.2	15.8	5.3	1.6	4.7	169
იმერეთი	45.7	15.0	15.7	15.7	10.0	4.7	265
მცხეთა-მთიანეთი	31.8	10.8	8.5	2.3	3.4	0.0	152
რაჭა-სვანეთი	29.9	2.8	13.1	5.6	12.1	3.7	101
ასაკი აბორტის							
15–24	33.7	11.3	13.5	7.9	8.1	3.4	501
25–34	34.0	8.8	13.9	6.2	8.2	2.3	1,196
35–44	29.7	11.3	10.4	6.1	4.2	3.0	357
განათლების დონე							
არასრული საშუალო ან ნაკლები	32.3	9.3	13.6	6.3	7.2	2.1	1,124
სრული საშუალო	27.1	7.7	8.1	3.7	7.5	0.9	286
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	36.8	11.7	14.5	8.2	7.7	4.3	644
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	25.2	9.9	8.9	4.9	5.0	1.8	419
მეორე	35.5	9.4	14.7	11.1	6.3	4.1	504
საშუალო	32.0	8.4	16.5	5.1	7.5	1.1	506
მეოთხე	37.1	10.3	12.5	5.6	8.1	6.2	282
უმაღლესი	35.6	11.7	12.0	5.4	10.3	1.0	343
ეთნიკური წარმომავლობა							
ქართველი	34.9	10.5	13.4	7.6	6.9	3.2	1,661
აზერბაიჯანელი	28.4	7.7	13.7	3.7	9.7	0.0	181
სომეხი	26.3	9.0	13.7	1.9	8.9	1.9	141
სხვა	21.2	4.2	7.2	1.1	8.6	1.1	71
აბორტის რიგითობა							
პირველი	30.5	10.5	12.1	7.4	7.0	3.7	576
მეორე	34.4	12.4	12.7	7.5	9.6	2.9	417
მესამე	30.6	9.0	11.9	5.6	5.2	1.2	291
მეოთხე-მეხუთე	38.2	11.4	14.7	8.8	7.7	3.1	320
მეექვსე და მეტი	33.2	6.4	14.6	4.1	7.3	1.9	450

ცხრილი 5.3.6 ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარება ორსულობის შეწყვეტამდე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობებს შორის;
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩაიტარა გესტაციური ასაკის ულტრაბგერითი შეფასება	ჩაიტარა ნაყოფის სქესის ულტრაბგერითი შეფასება	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	51.8	3.3	2,054
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	67.1	4.6	768
სოფელი	40.5	2.4	1,286
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი	82.4	4.9	333
სხვა ქალაქი	53.4	4.3	435
სოფელი	40.5	2.4	1,286
ასაკი აბორტის დროისთვის			
15–24	52.1	2.7	501
25–34	51.4	2.9	1,196
35–44	52.7	5.1	357
ცოცხალი ბავშვების			
0	*	*	9
1	64.2	1.8	334
2	52.3	2.9	1,280
3	43.1	2.6	350
4 ან მეტი	32.9	20.0	81
განათლების დონე			
არასრული საშუალო ან ნაკლები	44.2	5.0	456
სრული საშუალო	43.0	4.1	668
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	61.9	1.9	930
ქონებრივი კვინტილი			
ყველაზე დაბალი	33.3	2.2	419
მეორე	36.8	1.8	504
საშუალო	49.9	4.8	506
მეოთხე	70.1	3.0	282
უმაღლესი	73.4	4.5	343
ეთნიკური წარმომავლობა			
ქართველი	55.9	2.8	1,661
აზერბაიჯანელი	25.1	3.5	181
სომეხი	30.6	3.9	141
სხვა	68.6	10.8	71
აბორტის ტიპი			
ხელოვნური აბორტი	43.9	8.5	645
მინი აბორტი	55.0	1.1	1,409
აბორტის ჩატარების ადგილი			
საავადმყოფო/სამშობიარო	47.8	3.4	1,207
ამბულატორიული კლინიკა	58.2	3.0	810
სამედიცინო დაწესებულების გარეთ	26.9	6.5	37
გესტაციური ასაკი			
<10 კვირა	50.7	1.3	1,763
10+	58.7	16.8	291

* 25-ზე ნაკლები შემთხვევა ამ კატეგორიაში.

ცხრილი 5.4.1 აბორტებთან დაკავშირებული კლინიკური პრაქტიკა და ადრეული და გვიანი გართულებების პრევალენტობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებულ ორსულობებს შორის; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	კლინიკური პრაქტიკა				აბორტისშემდგომი გართულებები			
	ანესთეზია	ანტიბიოტიკური მკურნალობა	ჰოსპიტალიზაცია ერთი ან მეტი დღით	შემთხვევების რაოდენობა	ადრეული გართულებები	შემთხვევების რაოდენობა	გვიანი გართულებები	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	56.6	41.5	0.6	2,054	6.4	2,054	3.6	2,020
საცხოვრებელი ადგილი								
თბილისი	59.1	50.1	0.5	333	6.9	333	2.6	328
სხვა ქალაქი	58.2	44.3	0.8	435	5.4	435	3.0	430
სოფელი	55.1	37.5	0.6	1,286	6.6	1,286	4.2	1,262
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–24	59.7	43.3	0.1	501	5.3	501	2.9	493
25–34	56.0	40.6	0.9	1,196	6.6	1,196	3.1	1,176
35–44	54.6	42.2	0.6	357	7.0	357	5.9	351
აბორტის რიგითობა								
პირველი	62.4	43.6	0.5	576	5.8	576	2.8	560
მეორე	58.0	41.6	1.1	417	6.8	417	3.8	414
მესამე	52.8	43.8	0.8	291	6.6	291	4.3	290
მეოთხე	57.6	47.7	0.0	185	6.3	185	4.6	181
მეხუთე	53.9	46.0	0.0	135	5.2	135	2.3	135
მეექვსე და მეტი	51.1	34.1	0.6	450	6.9	450	3.9	440
განათლების დონე								
არასრული საშუალო ან ნაკლები	58.3	33.4	0.0	456	4.1	456	3.4	448
სრული საშუალო	54.5	41.9	0.9	668	8.6	668	4.1	653
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	57.2	45.5	0.8	930	6.0	930	3.4	919
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	51.6	35.6	0.6	419	5.0	419	3.2	407
მეორე	46.8	33.4	0.6	504	7.1	504	3.8	496
საშუალო	64.8	39.4	0.3	506	6.4	506	4.5	503
მეოთხე	56.0	45.6	1.0	282	3.8	282	2.8	275
უმაღლესი	63.0	55.2	0.8	343	8.7	343	3.4	339
ეთნიკური წარმომავლობა								
ქართველი	58.3	45.0	0.6	1,661	6.6	1,661	3.5	1,636
აზერბაიჯანელი	40.9	20.4	0.5	181	5.8	181	5.5	177
სომეხი	60.4	24.7	0.5	141	6.5	141	2.1	136
სხვა	58.5	51.3	1.1	71	3.2	71	3.2	71
აბორტის ტიპი								
ხელოვნური აბორტი	68.1	40.7	1.0	645	9.5	645	6.6	638
მინი აბორტი	51.8	41.9	0.5	1,409	5.1	1,409	2.3	1,382
აბორტის ჩატარების								
საავადმყოფო/სამშობიარო	58.3	41.3	0.4	1,207	6.6	1,207	4.2	1,185
ამბულატორიული	55.3	42.9	0.9	810	6.1	810	2.7	799
სამედიცინო	35.1	18.4	0.0	37	7.5	37	5.3	36
გესტაციური ასაკი								
<10 კვირა	53.3	40.7	0.6	1,763	6.1	1,763	2.6	1,734
10+	79.0	47.0	0.9	291	8.2	291	10.1	286
ადრეული გართულებები								
არა	56.2	39.9	0.0	1,928	0.0	1,928	1.4	1,897
კი	62.2	65.1	9.8	126	100.0	126	36.4	123

* გულისხმობს გართულებებს აბორტიდან ექვსი თვის შემდეგ (96 შემთხვევა ექვს თვეზე ნაკლებ დროში მომხდარი გართულებებით, გამოირიცხა) რესპოდენტებს, ვისაც რამდენიმე გართულება აღენიშნებოდათ, სთხოვეს დაესახელებინათ ყველაზე მწვავე მათგანი

ცხრილი 5.4.2 2005-2010 წლებში აბორტით დასრულებული ორსულობები გართულებების ტიპისა და გესტაციური ასაკის მიხედვით; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	გესტაციური ასაკი (კვირებში)	
		< 7 კვირა	7 ან მეტი
ხანგრძლივი ტკივილი სასქესო ორგანოების არეში	58.6	50.4	62.0
მაღალი სიცხე (38° და უხვი სისხლდენა	36.7	27.3	40.6
ინფექციური ვაგინალური პერფორაცია	34.5	32.7	35.2
სხვა პრობლემა	22.3	36.1	16.7
	1.7	0.0	2.4
	4.1	2.6	4.7
აბორტების შემთხვევები ადრეული გართულებებით	126	30	96

ცხრილი 5.5 2005-2010 წლებში გაკეთებული აბორტების მთავარი მიზეზი ცალკეული მახასიათებლების მიხედვით; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აბორტის მიზეზი						აბორტი	შემთხვევების რაოდენობა
	არ მინდა (მეტი) ბავშვი	სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზები	მინდა მშობიარობის გადავადება	დედის ან ნაყოფის ჯანმრთელობის სთვის რისკი	პარტნიორი იყო ფეხმძიმობის წინააღმდეგი	სქესის შერჩევა		
სულ	51.1	20.2	18.1	7.8	1.5	1.4	100.0	2,054
საცხოვრებელი ადგილი								
თბილისი	46.3	24.0	14.3	9.7	2.8	2.8	100.0	333
სხვა ქალაქი	46.6	17.1	21.7	12.1	1.1	1.5	100.0	435
სოფელი	54.5	20.0	18.0	5.4	1.1	0.9	100.0	1,286
ასაკობრივი ჯგუფი (აბორტის მომენტისთვის)								
15–24	33.9	17.1	38.3	9.3	0.1	1.3	100.0	501
25–34	54.7	21.5	13.8	6.8	2.2	1.0	100.0	1,196
35–44	61.7	20.0	5.7	8.7	0.9	3.0	100.0	357
ქორნებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	54.9	25.1	13.0	5.5	0.5	1.0	100.0	419
მეორე	53.5	19.1	22.5	3.8	0.6	0.5	100.0	504
საშუალო	53.3	18.3	19.4	5.0	2.1	1.9	100.0	506
მეოთხე	45.2	23.3	19.4	11.4	0.0	0.7	100.0	282
უმაღლესი	46.9	16.9	15.2	14.6	3.6	2.7	100.0	343
ყველა ფეხმძიმობის რიგითობა								
პირველი	*	*	*	*	*	*	100.0	20
მეორე	18.0	12.9	55.2	10.9	2.9	0.0	100.0	240
მესამე	40.0	18.1	28.0	12.0	0.4	1.5	100.0	329
მრეოთხრ	50.0	20.5	16.5	9.8	1.1	2.1	100.0	328
მეხუთე და მეტი	61.7	22.3	8.5	4.5	1.6	1.4	100.0	1,137

*25-ზე ნაკლები შემთხვევა ამ კატეგორიაში.

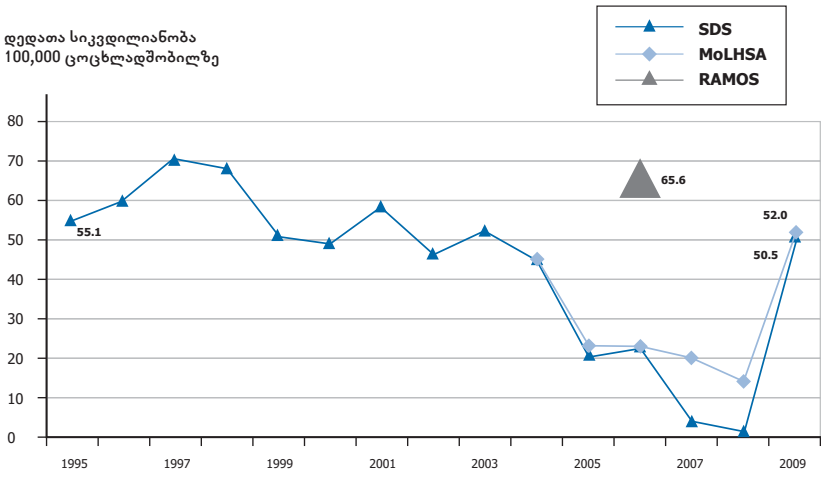
თავი 6

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

განვითარებად ქვეყნებში ორსულობისა და მშობიარობისშემდგომი გართულებები რეპროდუქციული ასაკის ქალთა დაინვალიდებისა და სიკვილიანობის ძირითადი მიზეზია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მსოფლიო მაჩვენებელი ძალიან მაღალია. 2008 წელს დედათა სიკვდილიანობის 358 000 შემთხვევა ორსულობის, მშობიარობის ან პოსტნატალურ პერიოდში მოხდა, რაც ნაკლებია 1990 წლის შესაბამის მაჩვენებელზე, რომელიც 546,000 იყო (WHO, 2010). ყოველწლიურად დაახლოებით 8.8 მილიონი ბავშვი იღუპება 5 წლის ასაკამდე, მათ შორის 3.8 მილიონი ახალშობილი დაბადებიდან პირველი 28 დღის განმავლობაში, 1.8 პოსტნეონატალურ პერიოდში - ერთ წლამდე ასაკში, ხოლო 3.2 მილიონი ბავშვი 1-დან 5 წლამდე ასაკში (You et al., 2010; UNICEF, 2009). ახალშობილთა ჯანმრთელობა და სიცოცხლისუნარიანობა მჭიდროდაა დაკავშირებული დედის ჯანმრთელობასთან. შესაბამისი სამედიცინო ან ადეკვატური მომსახურებისადმი შეზღუდული ხელმისაწვდომობა ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში ახალშობილთა პოსტნატალური მომსახურების ნაკლებ ხელმისაწვდომობასაც გულისხმობს. ორსულობის პერიოდში განვითარებული მიზეზებით გარდაცვლილი დედების ჩვილებს შორის სიკვდილიანობა უფრო მაღალია, ვიდრე იმ დედების ჩვილებს შორის, რომლებიც ცოცხლები არიან (UNICEF, 2005).

დედის და ბავშვის ჯანმრთელობასა და ორსულობის შედეგზე გავლენას რამდენიმე ფაქტორი ახდენს, მათ შორის ორსულთათვის სამედიცინო მომსახურება, მშობიარობის ადგილი და მშობიარობის დროს გაწეული დახმარება და პოსტნატალური ქცევა, ძუძუთი კვების ჩათვლით. საქართველოში ჩატარებული წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევის ფარგლებში შეგროვდა ინფორმაცია რესპონდენტების ორსულობის, მშობიარობის და პოსტნატალური პერიოდის შესახებ. ეს საკითხები ისევე, როგორც ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, განხილულია წინამდებარე თავში. ყველა აქ წარმოდგენილი მონაცემი ეფუძნება რესპონდენტების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას ცხოვრების განმავლობაში ორსულობის შემთხვევების შესახებ და დეტალურ მონაცემებს 2005 წლის იანვრის შემდეგ კვლევის ჩატარებამდე მშობიარობის ყველა შემთხვევის შესახებ. რესპონდენტთა შერჩევის შეზღუდული ზომისა და მშობიარობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების (რომლებიც არ იყო ძალიან მაღალი) გამო, დედათა სიკვდილიანობის პირ-

სურათი 6.1 დედათა სიკვდილიანობა საქართველოში, ოფიციალური მაჩვენებლები და RAMOS მაჩვენებლები 1995–2009 წლებისათვის



წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემები: http://statistics.ge; საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემები: ღ. საყვარელიძე, 2010; RAMOS-ის მონაცემები: Serbanescu et al., 2009.

დაპირ გამოთვლა კვლევაზე დაყრდნობით ვერ ხერხდება (ე.წ. დის მეთოდი - the sisterhood method). აქ წარმოდგენილი ციფრები ეფუძნება ოფიციალურ ანგარიშებს და 2006 წელს ჩატარებულ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევას, რომელშიც შესწავლილი იყო 15-49 წლის ასაკის ქალთა სიკვდილიანობა ქვეყნის მასშტაბით (Serbanescu et al., 2009).

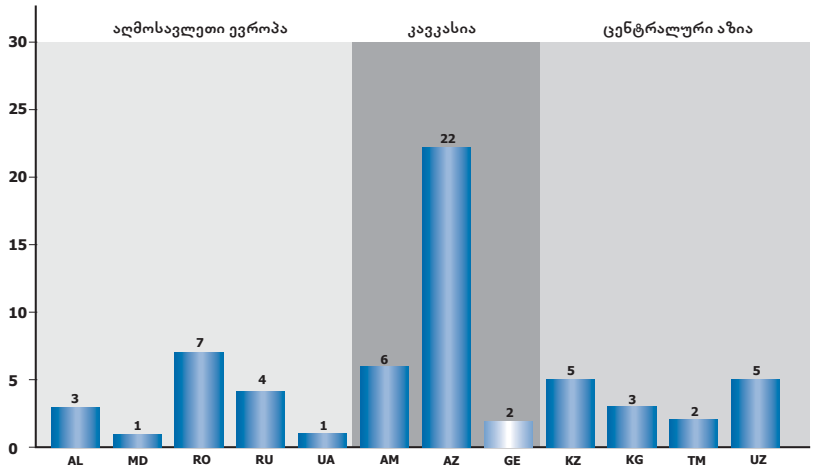
6.1 დედათა სიკვდილიანობის სტატისტიკა

„ათასწლეულის განვითარების მიზნების“ ვადის დასრულებამდე 5 წელია დარჩენილი და დედათა სიკვდილიანობის სამი-მეოთხედით და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ორი-მესამედით შემცირება 1990-დან 2015 წლამდე პერიოდში კვლავ რთულ შესასრულებელ ამოცანად რჩება ბევრი ქვეყნისათვის. მაგალითად, საქართველოში, დედათა სიკვდილიანობის ოფიციალური მაჩვენებელი თითქმის 20%-ით გაიზარდა 1990-დან 2000 წლამდე (41 დედიდან 49 დედამდე 100,000 ცოცხლადშობილზე), ხოლო პიკს 1997 წელს მიაღწია (70.6 დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევა 100,000 ცოცხლადშობილზე). 2000-დან 2008 წლამდე მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა 2009 წელს კვლავ გაიზარდა და 100,000 ცოცხლადშობილზე 51 შემთხვევა გამოვლინდა, რაც 1990 წლის მაჩვენებელს აღემატებოდა (სურათი 6.1). დედათა სიკვდილიანობის დონეებისა და ტენდენციების ოფიციალური წყარო სამოქალაქო რეგისტრაციის სისტემაა, რომელიც აღრიცხავს სიკვდილიანობის შემთხვევებს სიკვდილის გამომწვევი მიზეზების მიხედვით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც აღრიცხავს დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევებს ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში, იგივე მონაცემები გააჩნია. 2008-2009 წლებში ჩატარებულმა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევამ აჩვენა, რომ სიკვდილიანობის შემთხვევების არასრულად ასახვა და სიკვდილის მიზეზების არასწორი კლასიფიკაცია მნიშვნელოვან ცდომილებას იწვევს დედათა სიკვდილიანობის შეფასებაში. აღნიშნულ კვლევაში დედათა გარდაცვალების შემთხვევები მრავალი წყაროს გამოყენების გზით დადგინდა; ეს შემთხვევები შესწავლილი იქნა გარდაცვლილი ქალების ნათესავებთან ინტერვიუს ჩატარებით და დეტალური კითხვარების შევსებით; აგრეთვე იმ სამედიცინო დაწესებულებებში ჩანაწერების შემოწმებით, სადაც გარდაცვლილ ქალებს სიკვდილამდე გაეწიათ მომსახურება. კვლევის შედეგების მიხედვით დადგინდა 2006 წელს დედათა სიკვდილის 2.8-ჯერ მეტი შემთხვევა, ვიდრე ოფიციალური მონაცემი იყო (MMR=66/100,000); 68% გარდაიცვალა მშობიარობის შემდეგ, 16% - ფეხმძიმობის სხვა გართულებების გამო, ხოლო 16%-ში გარდაცვალების მიზეზი ვერ დადგინდა. ორსულობის პირდაპირი მიზეზით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობა ყველაზე ხშირად დაკავშირებული იყო სისხლდენასთან, მშობიარობისშემდგომ ინფექციასთან და ორსულობით გამოწვეულ ჰიპერტენზიასთან; დედათა სიკვდილიანობის დაახლოებით 40% არაპირდაპირი მიზეზებით იყო გამოწვეული, რომელთა უმეტესობა ასახულია ოფიციალურ სტატისტიკაში (Serbanescu et al., 2009).

6.2 პრენატალური სამედიცინო მომსახურება

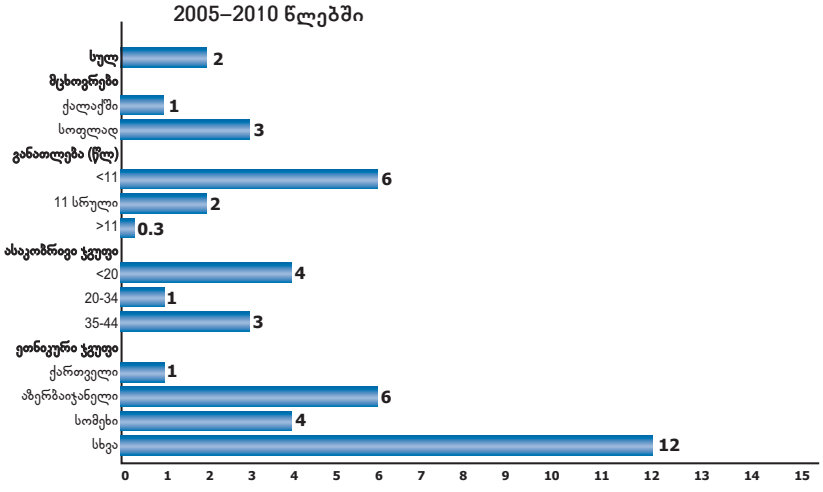
პრენატალური მომსახურება მნიშვნელოვანია ისეთი მდგომარეობების პრევენციის, გამოვლენისა და მკურნალობისთვის, რომლებიც გავლენას ახდენს ორსულის ან ჩვილის ჯანმ-

სურათი 6.2.1 ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება - ბოლო 5 წლის მანძილზე ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები: აღმოსავლეთ ევროპა და ევრაზია



წყარო: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (RHS) და დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის მდგომარეობის (DHS) უახლესი კვლევები შემდეგ ქვეყნებში: AL=ალბანეთი, 2008; MD=მოლდოვა, 2005; RO=რუმინეთი ,2004; RU=რუსეთი 1999; UA=უკრაინა 2007; AM=სომხეთი 2005; AZ=აზერბაიჯანი 2006; GE=საქართველო 2010; KZ=ყაზახეთი, 1999; KG=ყირგიზეთის რესპ., 1997 TM=Turkmenistan, 2000; UZ=Uzbekistan., 1996

სურათი 6.2.2 ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2005–2010 წლებში

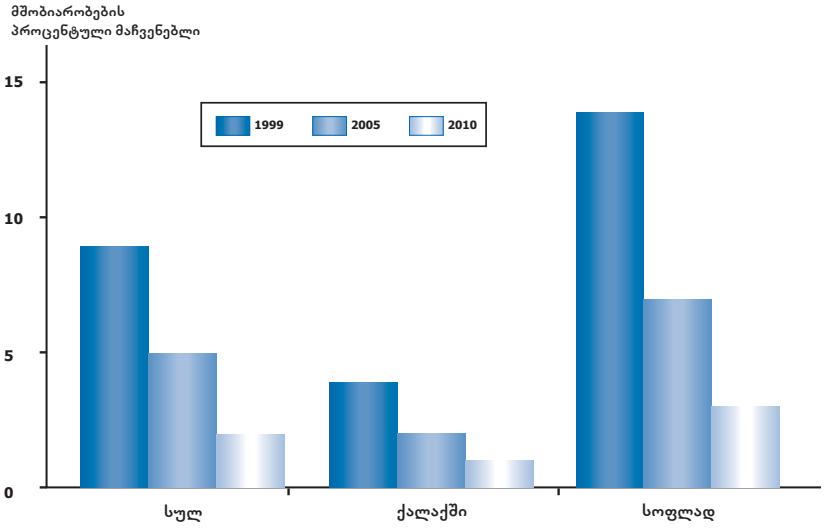


მშობიარობების პროცენტული მაჩვენებელი

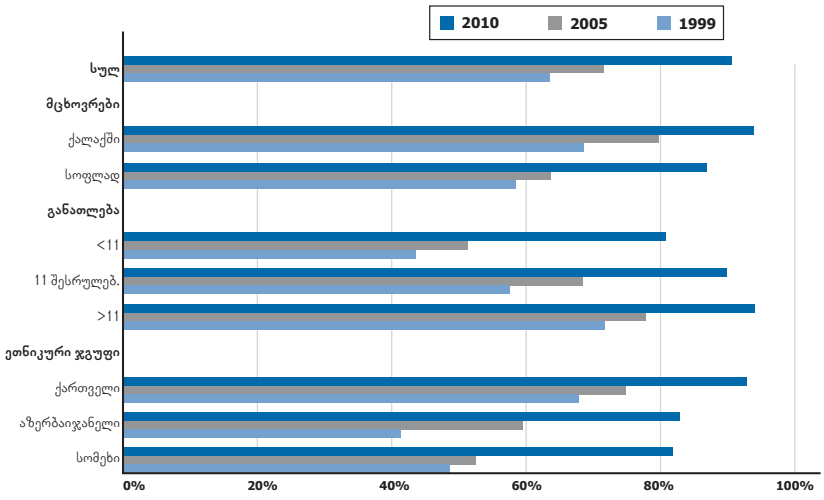
რთელობაზე. ექსპერტების რეკომენდაციით, დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის ოპტიმალური მდგომარეობის უზრუნველსაყოფად, პრენატალური მომსახურება ორსულობის პირველი ტრიმესტრიდან უნდა დაიწყოს, გაგრძელდეს მთელი ორსულობის განმავლობაში და მოიცავდეს მომსახურების სრულ სპექტრს (მათ შორის რისკის შეფასება, რისკის შემცირება ან მკურნალობის კურსის გავლა და კონსულტაცია). სრულყოფილი პრენატალური მომსახურებით შესაძლებელია პერინატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება პოტენციური რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მკურნალობის გზით. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში ჩატარებულმა მოსახლეობის კვლევებმა გამოავლინა რეგიონში პრენატალური მომსახურების ფართო ქსელის არსებობა; მხოლოდ აზერბაიჯანში დაფიქსირდა იმ ფეხმძიმე ქალთა შედარებით მაღალი წილი, რომლებსაც პრენატალური მომსახურება არ მიუღიათ (სურათი 6.2.1) (CDC and Macro, 2003).

1995 წლამდე რეკომენდაციები პრენატალური მომსახურების შესახებ საქართველოში საბჭოთა კავშირის დროს დადგენილ სტანდარტებს ემყარებოდა, რომლებიც განვითარებული ქვეყნების სტანდარტებს შეესაბამებოდა. სტანდარტული პრენატალური მომსახურება (გართულების გარეშე მიმდინარე ორსულობის შემთხვევაში) მოიცავდა რეგულარულ ვიზიტებს ფეხმძიმობის ასაკის შესაბამისად: ორსულობის პირველი 12 კვირა – თვეში ერთხელ, 12-დან 30 კვირამდე – ორ თვეში ერთხელ; და ორსულობის დასრულებამდე დარჩენილ პერიოდში – ყოველკვირეულად ან თვეში ორჯერ.

სურათი 6.2.3 ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



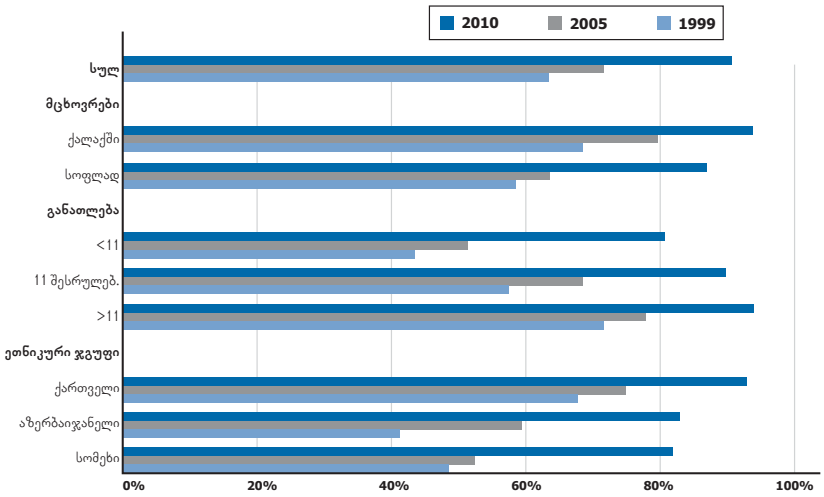
სურათი 6.2.5 პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის დაწყება პირველ ტრიმესტრში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



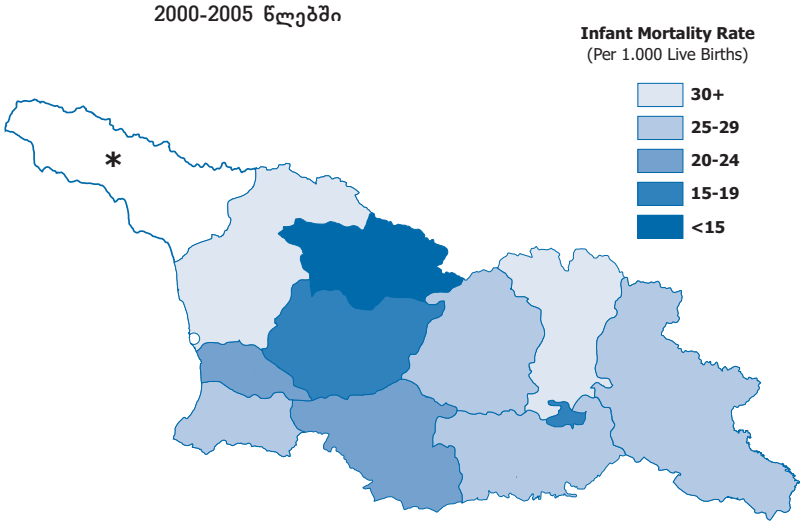
საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების სისტემიდან ხელფასებზე დაწესებულ გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემაზე გადასვლამ გამოიწვია ახალი, ოთხვიზიტიანი პრენატალური მომსახურების მოდელის შემოღება 1996 წელს, რომელიც მოგვიანებით, 2000 წელს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად შეიცვალა (WHO, 2002). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ახალი პრენატალური მოდელის მიხედვით, რეკომენდებულია პირველი პრენატალური ვიზიტის დროს ჯანმრთელობის საფუძვლიანი გამოკვლევა და პოტენციური რისკ-ფაქტორების შეფასება, ორსულთა ორ ჯგუფად დაყოფისთვის: ორსულები, რომლებიც გაივლიან პრენატალური მომსახურების ძირითად პროგრამას (ორსულთა 75%), და ორსულები, ვისაც დასჭირდება დამატებითი მომსახურების გაწევა. პრენატალური მომსახურების ძირითადი პროგრამის ფარგლებში ტარდება ენდემურ დაავადებებზე გამოკვლევა და მათი მკურნალობა სახელმწიფო დონეზე არსებული პროტოკოლის შესაბამისად (მაგ. სიფილისის სკრინინგი); ორსულისა და ოჯახის წევრების ინფორმირება ორსულობის შესაძლო გართულების სიმპტომების შესახებ, რომელიც ექიმის ჩარევას მოითხოვს; კონსულტაციები კვების რაციონის, მშობიარობისთვის მომზადების, ძუძუთი კვებისა და პოსტნატალურ ეტაპზე ოჯახის დაგეგმვის შესახებ.

ჯანდაცვის შესახებ საქართველოს 1997 წლის კანონის 132-ე მუხლის თანახმად, დედობას ამჟამად სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ფარავს (საქართველოს მთავრობა, 1997). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ახალი პროტოკოლის შესაბამისად, სამეანო მომსახ-

სურათი 6.2.5 პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის დაწყება პირველ ტრიმესტრში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.2.6 სულ მცირე 4 პრენატალური ვიზიტის შესრულება რეგიონების მიხედვით. ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2000-2005 წლებში



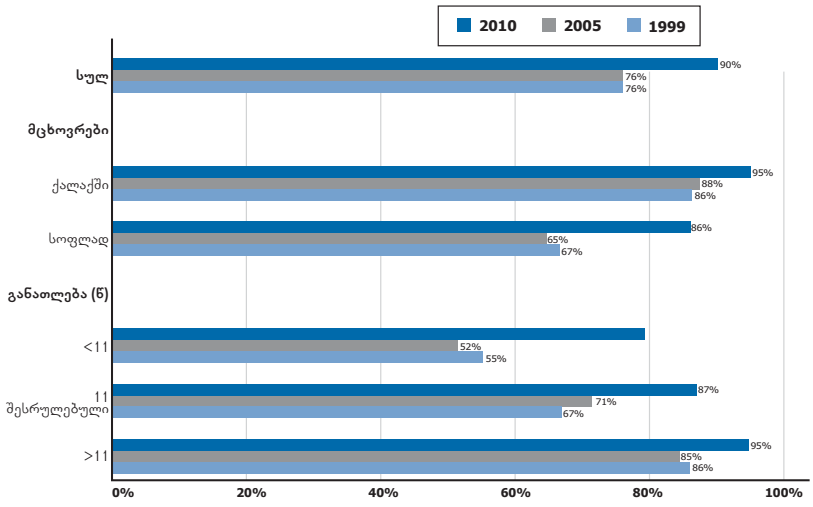
* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

ურების ძირითადი პაკეტი ფარავს ოთხ უფასო პრენატალურ ვიზიტს ერთ ორსულზე (ორსულობის 13, 20–22, 30–32 და 36 კვირებზე). თითოეული ვიზიტი, პროტოკოლის მიხედვით, მოიცავს ზეპირ კონსულტაციას, კლინიკურ გასინჯვას, ლაბორატორიული ანალიზების ჩატარებას, ულტრაბგერით გამოკვლევას (20–22 კვირაზე), სკრინინგს (სიფილისზე, აივ ინფექციაზე და Rh იზოიმუნიზაციაზე) და კონსულტაციას.

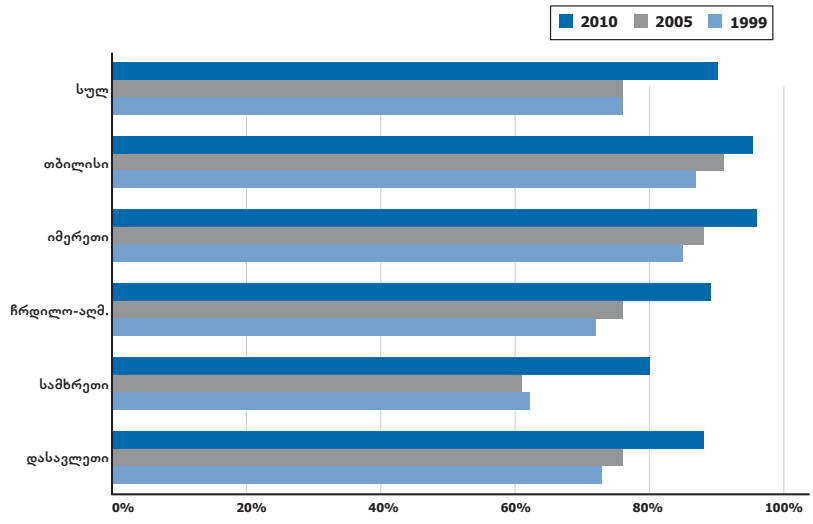
პირველი ვიზიტის დროს რისკ-ფაქტორების გამოვლენის შემთხვევაში, ასეთი პაციენტები იგზავნებიან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში ან/და დამატებით გამოკვლევაზე. 400 ლარის (დაახლოებით 228 აშშ დოლარი) ღირებულების უფასო მშობიარობის ვაუჩერი გაიცემა სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაზე; დანარჩენი ორსული ქალებისთვის გათვალისწინებულია მხოლოდ 200 ლარიანი ვაუჩერი (დაახლოებით 114 აშშ დოლარი) მშობიარობის ხარჯების დასაფარად (CoReform Project, 2005). ვაუჩერების მისაღებად ქალები უნდა დარეგისტრირდნენ ქალთა კონსულტაციის ცენტრებში და ჩაიტარონ მინიმუმ ოთხი პრენატალური გამოკვლევა.

მიუხედავად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციისა, სახელმწიფო პროგრამა არ ითვალისწინებს პოსტნატალურ მომსახურებას. ჯანდაცვის რეფორმის დასრულების შემდეგ, პოსტნატალური მომსახურების გაწევა, სავარაუდოდ, ოჯახის ექიმების ფუნქცია იქნება, რომლებიც ნებისმიერი გარ-

სურათი 6.2.7 სულ მცირე 4+ პრენატალური ვიზიტის შესრულება საცხოვრებელი ადგილისა და განათლების მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.2.8 სულ მცირე 4 პრენატალური ვიზიტის შესრულება რეგიონების მიხედვით - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები

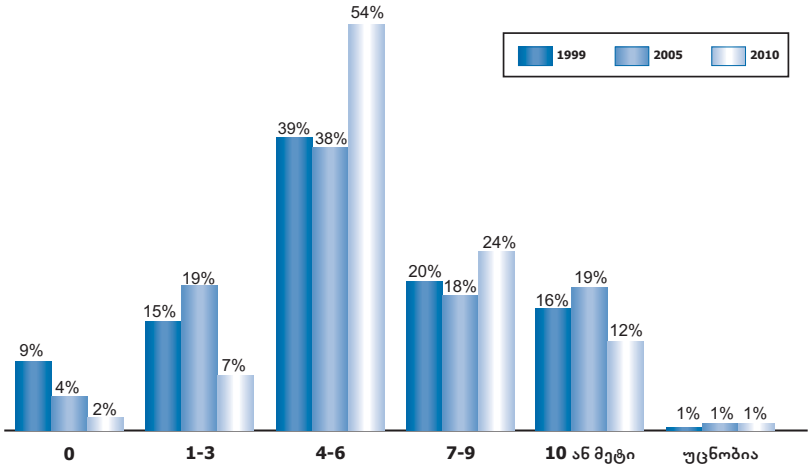


თულების შემთხვევაში გადააგზავნიან დედებს სპეციალიზებულ კლინიკებში.

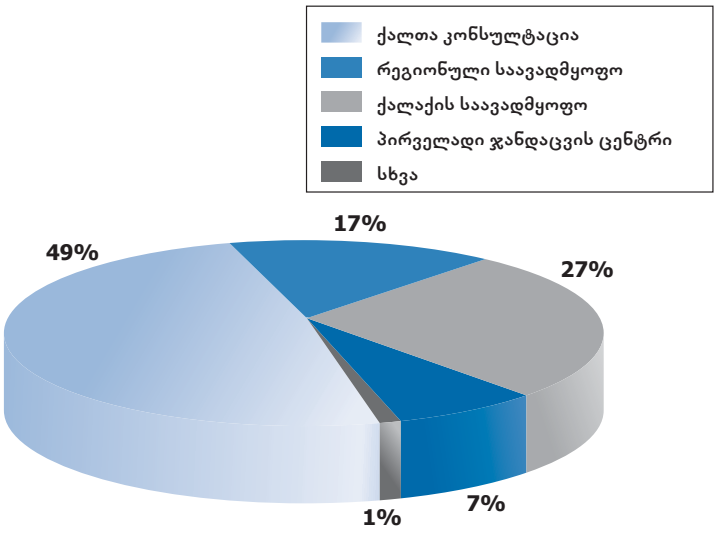
ცხრილში 6.2.1 ნაჩვენებია 2005 წლის იანვრიდან ინტერვიუს ჩატარების დღემდე იმ რესპონდენტთა მშობიარობების ხვედრითი წილი (ცოცხლად და მკვდრადშობადობის), რომლებსაც გაეწია პრენატალური სამედიცინო მომსახურება. მართალია, მკვდრადშობილი და ცოცხლადშობილი ჩვილების დედებისთვის გაწეულ პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას შორის განსხვავება შეიძლება არსებობდეს, მაგრამ საანგარიშო პერიოდში მკვდრადშობადობის მცირე რაოდენობა ამ შემთხვევების დაწვრილებით შესწავლის საშუალებას არ იძლევა.

პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით თითქმის ყველამ ისარგებლა - ორსულების 98%-ს გავლილი ჰქონდა მინიმუმ ერთი პრენატალური გამოკვლევა. პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, ვისაც არ გაუვლია პრენატალური მომსახურება მერყეობდა დაახლოებით 1%-დან იმერეთის და თბილისის რეგიონებში 7%-მდე კახეთის რეგიონში. პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის ალბათობა ყველაზე დაბალი იყო სოფლად მცხოვრებ ქალებს, მშობიარობის დროისთვის 20 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებს (4%), არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებს (6%), ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ შინამეურნეობებში მცხოვრებ ქალებსა (6%) და იმ ქალებს შორის, რომელთათვისაც ეს მშობიარობა რიგით მესამე ან მომდევნო იყო (5%). ხვედრითი წილი იმ ქალებისა, რომელთაც პრენატალური მომსახურებით არ უსარგებლიათ, უფრო მაღალი იყო ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა

სურათი 6.2.9 პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.2.10 დაწესებულებები, რომლებზეც მოდის პრენატალური ვიზიტების უმრავლესობა – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 2010



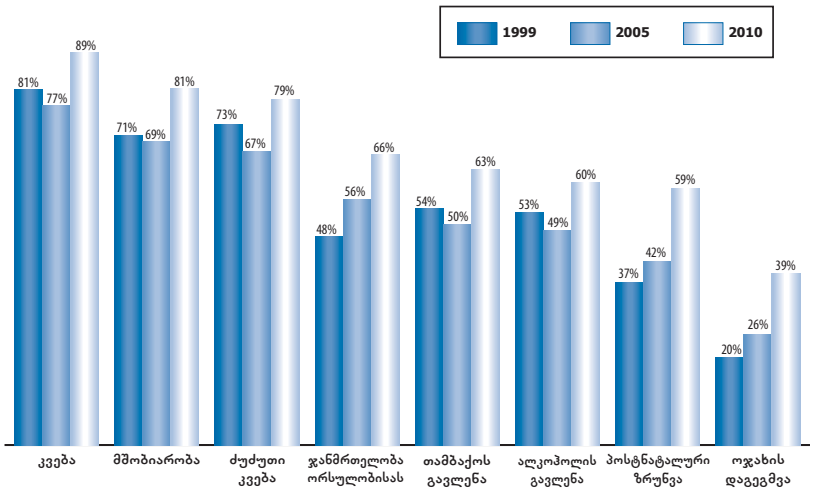
შორის, ვიდრე ქართველ ქალებს შორის (სურათი 6.2.2).

1999 წლის შემდეგ, პრენატალური მომსახურებით სარგებლობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. 1999 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის თანახმად, დედების 9%-ს, ვინც იმშობიარა კვლევამდე ბოლო 5 წლის განმავლობაში, არ უსარგებლია პრენატალური მომსახურებით; 2005 წელს მათი რიცხვი 5%-მდე, ხოლო 2010 წელს 2%-მდე შემცირდა (სურათი 6.2.3).

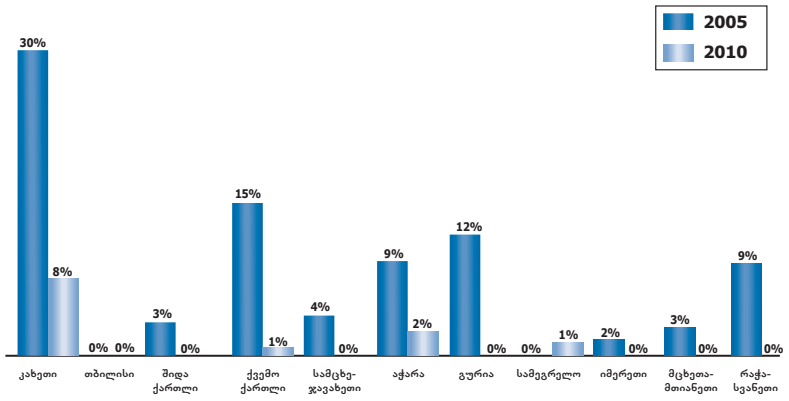
1999 წელთან შედარებით, ყველაზე დიდი კლება იმ ქალთა მაჩვენებლებში, რომლებსაც პრენატალური მომსახურებით არ უსარგებლიათ, აღინიშნა სოფლად მცხოვრებ (14%-დან 3%-მდე), არასრული საშუალო განათლების მქონე (30%-დან 6%-მდე) და ეთნიკურად აზერბაიჯანელ (28%-დან 4%-მდე) ქალებს შორის (სურათები 6.2.3 და 6.2.4).

რესპონდენტთა უმრავლესობამ (90%) პრენატალური მომსახურებით სარგებლობა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში დაიწყო (ცხრილი 6.2.1). პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში პრენატალური მომსახურებით სარგებლობას ქალაქად მცხოვრები უფრო მეტი ქალი იწყებს, ვიდრე სოფლად მცხოვრები (შესაბამისად, 93% და 86%) და ასევე, თბილისსა (94%) და აჭარის რეგიონში (93%) მცხოვრები ქალები, ვიდრე ქვეყნის სხვა რეგიონებში მცხოვრებნი. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში პრენატალური მომსახურების დაწყების მაჩვენებელი იზრდება დედათა განათლების და ქონებრივი კვინტილის დონის მატების შესაბამისად. პირველ ტრიმესტრში პრენატალური მომსხურების მიღების

სურათი 6.2.11 პრენატალური მომსახურების ფარგლებში გაწეული კონსულტაციის სახეები – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.3.1 სახლში მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 2005 და 2010 წლები



დაწყება გაიზარდა 1999 წლის 63%-დან 2005 წლის 71%-მდე და 2010 წლის 90%-მდე და ეს გაუმჯობესება თანამიმდევრული იყო ყველა ქვე-ჯგუფში (სურათი 6.2.5).

მთლიანობაში, ორსულთა უმეტესობამ (90%) ჩაიტარა ოთხი ან მეტი პრენატალური გამოკვლევა, მათ შორის 12%-მა - ათი და მეტი (ცხრილი 6.2.1); საშუალოდ, ერთ ორსულ ქალზე 6.5 ვიზიტი მოდიოდა პრენატალური მომსახურების მისაღებად. ოთხი ან მეტი ვიზიტი უფრო ხშირი იყო ქალაქებში, ვიდრე სოფლებში (შესაბამისად, 95% და 86%) და შიდა ქართლის (98%), თბილისის (96%) და იმერეთის (96%) რეგიონებში, ხოლო ყველაზე იშვიათი – რაჭა-სვანეთსა (78%) და ქვემო ქართლში (80%) (სურათი 6.2.6). პრენატალური მომსახურების მიღების საშუალო მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვითაც განსხვავდება (ერთ ქალზე საშუალოდ 7 ვიზიტიდან თბილისსა და იმერეთში 5 ვიზიტამდე სამცხე-ჯავახეთსა და გურიაში, მაგრამ საშუალოდ 5 ვიზიტზე ნაკლები არც ერთ რეგიონში არ დაფიქსირებულა).

როგორც მოსალოდნელი იყო, ოთხი ან მეტი პრენატალური ვიზიტის შემთხვევები იზრდება ორსულთა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მატებასთან ერთად – არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალების 79%-დან უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 95%-მდე და ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებული ქალების 78%-დან ყველაზე მაღალი ქონებრივი კვინტილის ქალების 97%-მდე. ოთხი ან მეტი პრენატალური გამოკვლევის ჩატარების პროცენტული მაჩვენებელი დედების ასაკის ზრდასთან ერთად მნიშვნელოვან ცვლილებებს არ ასახავს, მაგრამ ეს მაჩვენებელი მცირდება ორსულობის რიგითობასთან ერთად - 94%-დან პირველი მშობიარობის შემთხვევაში 80%-მდე მესამე და შემდგომი მშობიარობისას. ქართველ ქალებთან შედარებით, ოთხი ან მეტი პრენატალური გამოკვლევის ჩატარების ალბათობა ნაკლებია ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებს შორის.

პროცენტული მაჩვენებელი ორსულებისა, ვინც ჩაიტარა 10 ან მეტი პრენატალური გამოკვლევა, ყველაზე მაღალი იყო თბილისსა და იმერეთში და იზრდებოდა ორსული ქალების განათლების დონისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მატებასთან ერთად.

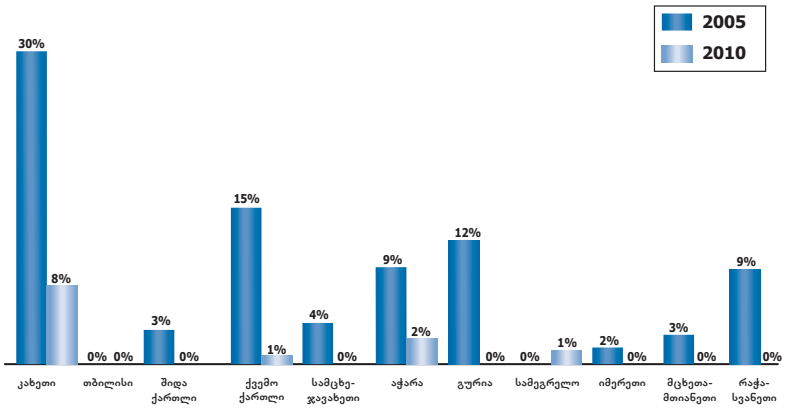
1999 წლიდან 2010 წლამდე პერიოდში პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის ყველა მაჩვენებელი გაუმჯობესდა. პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის საერთო და ორსულობის პირველი ტრიმესტრიდან ამ მომსახურებით სარგებლობის დაწყების მაჩვენებლები გაიზარდა, შესაბამისად, 91%-დან 98%-მდე და 63%-დან 90%-მდე, ხოლო ოთხი ან მეტი გამოკლვევის მქონე ორსულობების პროცენტული მაჩვენებელი გაიზარდა 76%-დან 90%-მდე. წინა კვლევებისაგან განსხვავებით, ამ გაუმჯობესებაში მოხვდა სოციალურად ყველაზე დაუცველი ქალების ზოგიერთი ჯგუფი, სოფლად მცხოვრები, არასრული საშუალო განათლების მქონე და სამხრეთის რეგიონში მცხოვრები ქალები (სურათები 6.2.7 და 6.2.8). პრენატალური მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებლის გაუმჯობესება, სავარაუდოდ, გამოიწვია იმ ჯგუფის ფეხმძიმე ქალთა პროპორციიის გადანაცვლებამ 4-6 და 7-9 განხორციელებული ვიზიტის კატეგორიებში, რომლებიც 1999 და 2005 წლებში ან საერთოდ არ სარგებლობდნენ ამ მომსახურებით ანდა ძალიან ცოტა ვიზიტი ჰქონდათ. პირველი ტრიმესტრის წილი 2010 წელს შემცირდა ვიზიტების რაოდენობის ზრდის სასარგებლოდ (სურათი 6.2.9).

როგორც ნაჩვენებია სურათზე 6.2.10, ყოველმა მეორე ქალმა, ვინც იმშობიარა 2005-2010 წლების პერიოდში, პრენატალური მომსახურება მიიღო ქალთა კონსულტაციის კლინიკებში (49%), ან რეგიონალურ ან ქალაქის სამშობიარო სახლებში (44%). ქალების მხოლოდ 7%-მა მიმართა მომსახურებისთვის პირველადი ჯანდაცვის ან საოჯახო მედიცინის ცენტრებს, ხოლო 1%-მა - სხვა დაწესებულებებს.

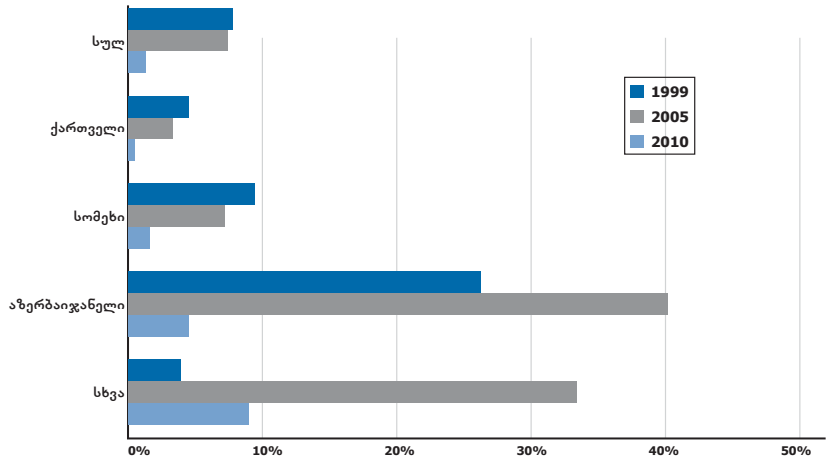
წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევა მოიცავდა კითხვებს გაწეული პრენატალური მომსახურების ადეკვატურობის შესაფასებლად. კერძოდ, რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, რა ტიპის კონსულტაცია მიიღეს და რა გამოკვლევები ჩაუტარდათ პრენატალური ვიზიტების დროს. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რჩევების მიცემა პრენატალური ვიზიტების მნიშვნელოვანი ნაწილია. ჩასახვამდელი რეგულარული მომსახურების არარსებობის პირობებში, პირველი პრენატალური ვიზიტი საუკეთესო შესაძლებლობაა ქალის ქცევით გამოწვეული რისკ-ფაქტორების (მაგ. თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება), სამედიცინო, გენეტიკური და პროფესიული რისკების შესაფასებლად და მრავალმხრივი კონსულტაციის გასაწევად. კონსულტაცია უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ორსულთა ქცევის შესახებ, რამაც შესაძლოა, იმოქმედოს ნაყოფის ჯანმრთელობაზე, ასევე კვების რაციონის, დასვენების და ორსულობის გართულებების პირველი ნიშნების შესახებ. გარდა ამისა, მშობიარობის მოახლოებასთან ერთად, კონსტულტაციის დროს ექიმმა უნდა შეამზადოს ორსული მშობიარობისთვის, მიაწოდოს სწორი ინფორმაცია ჭინთვებისა და მშობიარობის შესახებ, და ტკივილისა და ნერვიულობის შესამცირებელი მეთოდების თაობაზე. აგრეთვე, კონსულტაცია უნდა შეეხოს ძუძუთი კვებისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებს პრენატალურ პერიოდში და გაგრძელდეს პოსტნატალური მომსახურების ფარგლებში.

როგორც მოცემულია ცხრილში 6.2.2, ქალების 89%-მა, ვინც პრენატალური მომსახურების კლინიკებს მიმართა, მიიღო კონსულტაცია ორსულთა კვების რაციონის შესახებ, 81%-მა – მშობიარობის, ხოლო 79%-მა ძუძუთი კვების შესახებ. სამიდან ორმა ქალმა მიიღო ინფორმაცია ორსულობის დროს შესაძლო გარ-

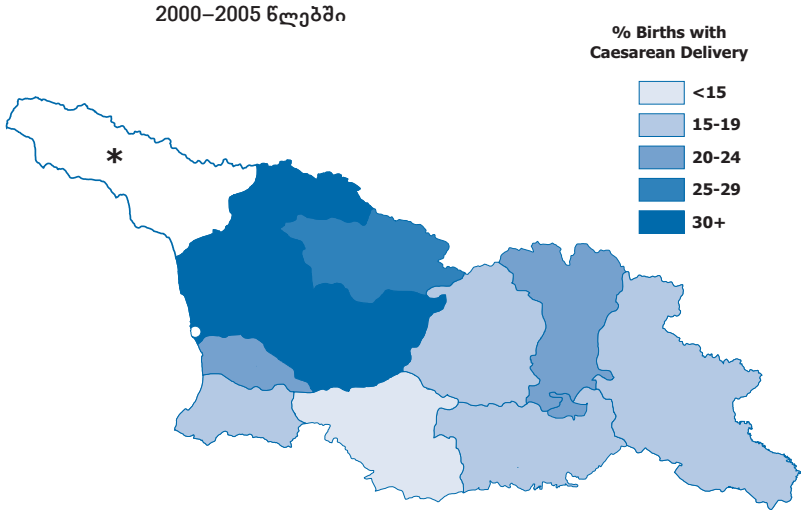
სურათი 6.3.1 **სახლში მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 2005 და 2010 წლები**



სურათი 6.3.2 სახლში მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი ეთნიკური ჯგუფის მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.3.3 საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობები რეგიონების მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2000–2005 წლებში



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

თულებების და მათი ადრეული ნიშნების შესახებ, ფეხმძიმე ქალების 63% და 60%-ს მიეწოდა ინფორმაცია, შესაბამისად, ორსულობის დროს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების უარყოფითი გავლენის შესახებ; ქალების 59%-მა მიიღო ინფორმაცია პოსტნატალური მომსახურების შესახებ და ქალების მხოლოდ 39%-მა - ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ბავშვის დაბადების შემდეგ. ამ საკითხებზე კონსულტაციის მიღების ალბათობა ნაკლები იყო შემდეგი მახსიათებლების მიხედვით: სოფლად ცხოვრება, სამცხე-ჯავახეთსა და სამეგრელოში ცხოვრება, არასრული საშუალო განათლება და ყველაზე დაბალი ქონებრივი კვინტილის წევრობა. პრენატალური ვიზიტების დროს მიღებული ინფორმაციის მოცულობა პირდაპირ-პროპორციული იყო პრენატალური ვიზიტების რიცხვისა (იხ. ცხრილი 6.2.2-ის ქვედა ხაზი).

1999 და 2005 წლებთან შედარებით, 2010 წელს ზოგადი სიტუაცია, ყველა საკითხზე კონსულტაციების გაწევის თვალსაზრისით გაუმჯობესდა (სურათი 6.2.11). ყველაზე დიდი გაუმჯობესება იმ ქალთა წილში აღინიშნა, რომლებსაც კონსულტაცია გაეწია ოჯახის დაგეგმვაზე ბავშვის გაჩენის შემდეგ (თითქმის გაორმაგდა 1990 წლის 20%-დან 2010 წლის 39%-მდე) და ქალთა იმ წილში, რომლებმაც მიიღეს ინფორმაცია პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურების შესახებ (37%-დან 59%-მდე გაიზარდა). ორსულობის ადრეული ნიშნების შესახებ კონსულტაციის მიღების მონაცემიც 48%-დან 66%-მდე გაიზარდა. ასევე გაუმჯობესდა თამბაქოსა და ალკოჰოლური სასმელის მოხმარების შესახებ კონსულტაციების წილი. თუმცა, მიუხედავად ამ მნიშვნელოვანი წინსვლისა, 2010 წელს ეს საკითხები კვლავ ჩამორჩება სხვა იმ სამ

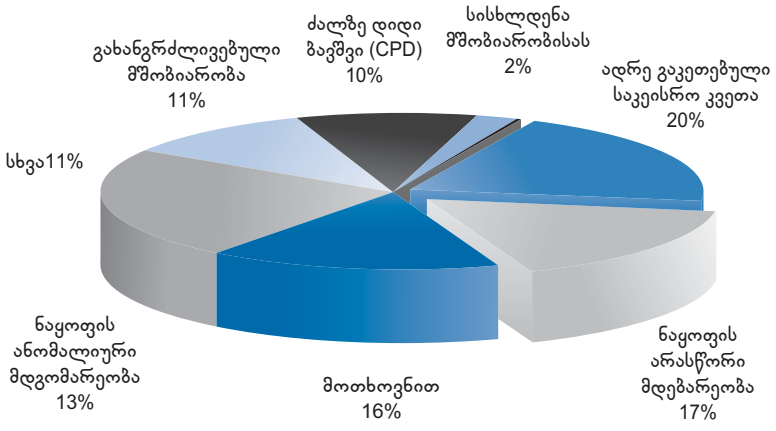
საკითხში გაუმჯობესების მაჩვენებლებს, რომლებიც ნაჩვენებია სურათზე 6.2.11.

კონსულტაციის გარდა, პრენატალურ მომსახურებაში უნდა შედიოდეს დეტალური სამედიცინო ისტორიის შედგენა ქალისა და მისი ოჯახის შესახებ, მათ შორის, ინფორმაცია გენეტიკური დაავადებებისა და რისკ-ფაქტორების შესახებ; დეტალური სამეანო ისტორია; კლინიკური და სამეანო გამოკვლევა; წონის, სიმაღლისა და არტერიული წნევის მონაცემების აღება; შარდის ანალიზი, სისხლის საერთო ანალიზი; ულტრაბგერითი გამოკვლევა (მეორე ვიზიტის დროს); და ანალიზები სხვადასხვა ინფექციებზე (მაგ. სიფილისი და აივ-ინფექცია). ცხრილები 6.2.3 და 6.2.4 უჩვენებს იმ ქალთა ხვედრით წილს, რომლებმაც ჩაიტარეს შერჩეული გამოკვლევები და გაზომვები. მთლიანობაში, თითქმის ყველა ქალი (92%-99%) აწონეს, გაუზომეს სიმაღლე, არტერიული წნევა, ჩაუტარეს სისხლის და შარდის ანალიზები; თითქმის 65%-ს ჩაუტარეს ტესტი აივ ინფექციაზე პრენატალურ პერიოდში, რაც 19%-იანი ზრდაა 2005 წლის 46%-იან მონაცემთან შედარებით; და 97%-ს ჩაუტარდა მინიმუმ ერთი ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

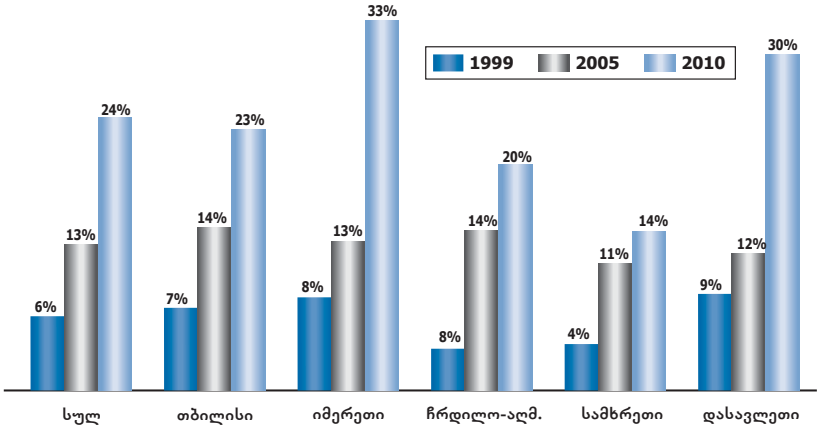
წინა კვლევებთან შედარებით, 2010 წლის კვლევამ დაადგინა, რომ ორსულობის დროს გაზომვის პრაქტიკა და ლაბორატორიული სამუშაო არა მხოლოდ მთლიანობაში გაუმჯობესდა, არამედ ეს გაუმჯობესება სოციალურად ყველაზე დაუცველ ჯგუფებშიც აღინიშნა. წინა კვლევებისაგან განსხვავებით, 2010 წელს პრენატალურ პერიოდში გაზომვების და ტესტების ჩატარების მაჩვენებლები უმნიშვნელოდ განსხვავდებოდა ქალთა მახასიათებლების მიხედვით. ერთადერთ თვალშისაცემ გამონაკლისად კვლავ რჩებოდა სკრინინგი აივ ინფექციაზე ორსულობის დროს, რომელიც უფრო მეტად ქალაქებში ხორციელდებოდა, ვიდრე სოფლად (შეასაბამისად, 75% და 55%). ეს მაჩვენებელი განსხვავდებოდა რეგიონების მიხედვითაც (ყველაზე დაბალი სამცხე-ჯავახეთსა და აჭარაში) და პირდაპირ კავშირში იყო განათლების დონესა და სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან, და ყველაზე ნაკლებად ტარდებოდა იმ შემთხვევებში, როდესაც ქალებს პრენატალური მომსახურება ეწეოდათ პირველადი ჯანდაცვის ან საოჯახო მედიცინის ცენტრებში.

ქალთა სამ-მეოთხედზე მეტს (77%) ჩაუ-

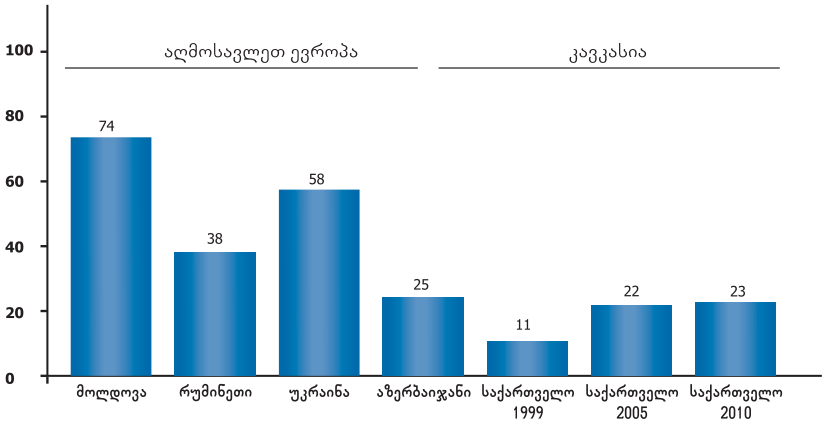
სურათი 6.3.4 **საკეისრო კვეთის გამომწვევი ძირითადი მიზეზები - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2005–2010 წლებში**



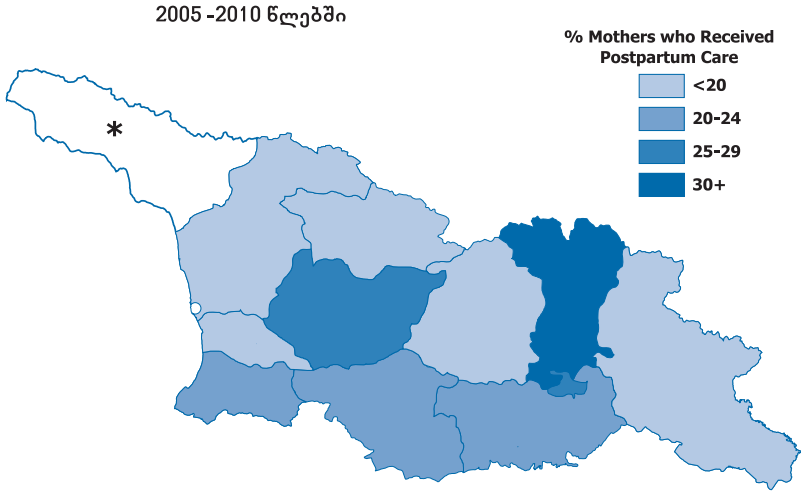
სურათი 6.3.5 **საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობები რეგიონების მიხედვით – ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები**



სურათი 6.4.1 დედების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც სარგებლობს პოსტპარტუმ მომსახურებით. ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: აღმოსავლეთ ევროპის და კავკასიის შერჩეული ქვეყნები



სურათი 6.4.2 დედების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც სარგებლობს პოსტპარტუმ მომსახურებით რეგიონების მიხედვით ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2005 -2010 წლებში



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

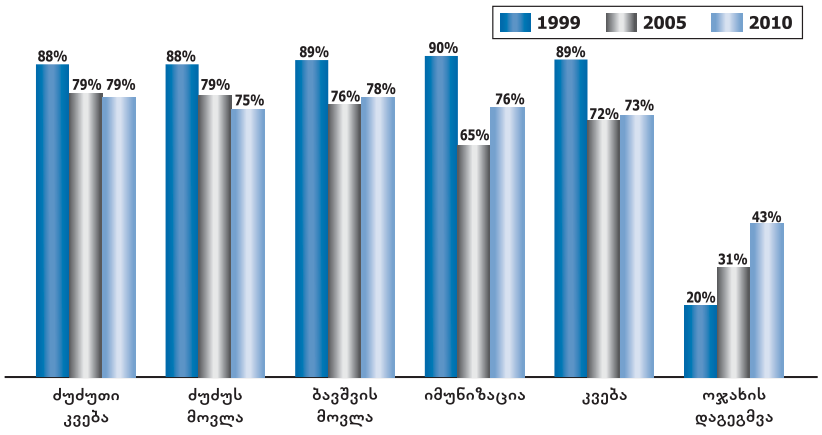
ტარდა პირველი ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში, რაც მნიშვნელოვანი ზრდაა 2005 წელთან შედარებით, როდესაც ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 44%-ს შეადგენდა. ეს შედეგი იმაზე მეტყველებს, რომ ულტრაბგერითი გამოკვლევა სულ უფრო და უფრო გამოიყენება ორსულობის პირველადი შეფასებისთვის – ანუ, ორსულობის დადასტურებისთვის, რათა დარწმუნდნენ, რომ არც ბუშტნამქერია და არც საშვილოსნოს გარე ორსულობა, დაადგინონ გესტაციის ასაკის და მშობიარობის მოსალოდნელი თარიღი.

6.3 ინტრანატალური სამედიცინო მომსახურება

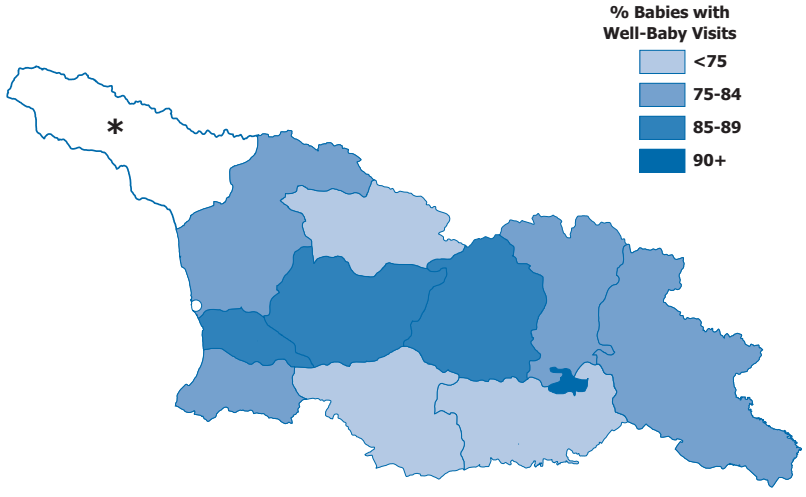
2005 წლის იანვრის შემდეგ ქალების დიდმა უმრავლესობამ სამედიცინო დაწესებულებებში იმშობიარა; მხოლოდ 2%-მა იმშობიარა სახლში (ცხრილი 6.3.1). ურბანულ დასახლებებში ყველა მშობიარობა საავადმყოფოში მიმდინარეობდა. სახლში მშობიარობის შემთხვევები, ქვეყნის მასშტაბით, ძალიან ცოტა იყო, გარდა კახეთში მცხოვრებ (8%), არასრული განათლების მქონე (6%) და ყველაზე დაბალ კვინტილს მიკუთვნებულ შინამეურნეობებში მცხოვრებ ქალებს შორის (4%) და ასევე, აზერბაიჯანელ და სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს შორის (შესაბამისად, 5% და 9%).

მთლიანობაში, 2005 წლისა და 2010 წლის კვლევებს შორის მონაკვეთში, სახლში მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა (თითქმის 8%-დან 2%-მდე). ყველაზე დიდი კლება იმ რეგიონებში აღინიშნა, რომლებიც სახლში მშობიარობის მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდებოდა (სურათები 6.3.1 და

სურათი 6.4.3 პოსტპარტუმ კონსულტაციის სახეები ქალებში, ვინც სარგებლობს პოსტპარტუმ მომსახურებით - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.4.4 ჩვილთა პროფილაქტიკური გასინჯვების შესრულება რეგიონების მიხედვით - ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები 2005–2010 წლებში



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

6.3.2). ბინაზე მშობიარობათა მაჩვენებელი კახეთში 22%-ით შემცირდა (30%-დან 8%-მდე), ხოლო ქვემო ქართლსა და გურიაში, სადაც 2005 წლის მონაცემებით სახლში მშობიარე ქალთა, შესაბამისად, 15% და 12% მშობიარობდა, თითქმის ნულამდე დაეცა. მკვეთრი კლება აღინიშნა ასევე ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებს შორის. აზერბაიჯანელ ქალებში სახლში მშობიარობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა – 2005 წლის 40%-დან 5%-მდე 2010 წელს.

ცხრილში 6.3.2 მოცემულია ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებაში უშუალოდ მშობიარობამდე და მის შემდეგ გატარებული დროის შესახებ. სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობის დაწყებამდე ქალები საშუალოდ 4 საათს ატარებდნენ. ეს მონაცემი ოდნავ იცვლება დედის მახასიათებლებისა და მშობიარობის ტიპის მიხედვით. თუ გავითვალისწინებთ, რომ მშობიარობის საშუალო ხანგრძლიობა მერყეობს 10 საათიდან პირველი მშობიარობისას, 6 საათამდე მეორე ან მომდევნო მშობიარობისას, ყველა ქალი მივიდა საადმყოფოში სამშობიარო ჭინთვების დაწყების დროს.

საქართველოში, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებით პოსტნატალური ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის დადგენილია 4 დღე გართულების გარეშე მიმდინარე მშობიარობის შემთხვევაში, 5 დღე გართულებული ორსულობის ან მშობიარობის შემთხვევაში და 6 დღე საკეისრო კვეთის შემთხვევაში. 2010 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ ქალების 56%, ვინც სამედიცინო დაწესებულებაში იმშობიარა, საავადყოფოდან 4 დღეში გაეწერა, 25% კი — 5 დღის შემდეგ და 15% - 6 ან 7 დღის შემდეგ. ძალზე მცირე წილი (4%) ქალებისა გაეწერა მშობიარობიდან მე-8 ან მომდევნო დღეებში. 6 ან მეტი დღით სამშობიაროში დარჩენა ყოველი ორიდან ერთ ქალს მოუხდა (48%), რომლებმაც საკეისრო კვეთით იმშობიარეს და 29%-ს, რომლებსაც

გართულებული ორსულობა ჰქონდათ.

სამედიცინო დაწესებულებაში დაბადებულ ბავშვთა 24% საკეისრო კვეთით გაჩნდა. საკეისრო კვეთის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო სამეგრელოში - 33%, ხოლო ყველაზე დაბალი სამცხე-ჯავახეთში – 9% (ცხრილი 6.3.3 და სურათი 6.3.3). ბევრი ქვეყნის მსგავსად, საქართველოში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი იზრდება დედის ასაკის, განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მატებასთან ერთად. საკეისრო კვეთის შემთხვევები გართულებული ფეხმძიმობის მქონე ქალებს შორის მეტი იყო, ვიდრე გართულებების გარეშე ფეხმძიმობის მქონე ქალებს შორის, შესაბამისად, 36% და 22%. საკეისრო კვეთით იმშობიარა იმ ქალთა 41%-მა, რომელთა მშობიარობაც 12 საათზე მეტ ხანს გაგრძელდა და იმ ქალთა მხოლოდ 8%-მა, რომელთა მშობიარობაც ნაკლებ ხანს გაგრძელდა.

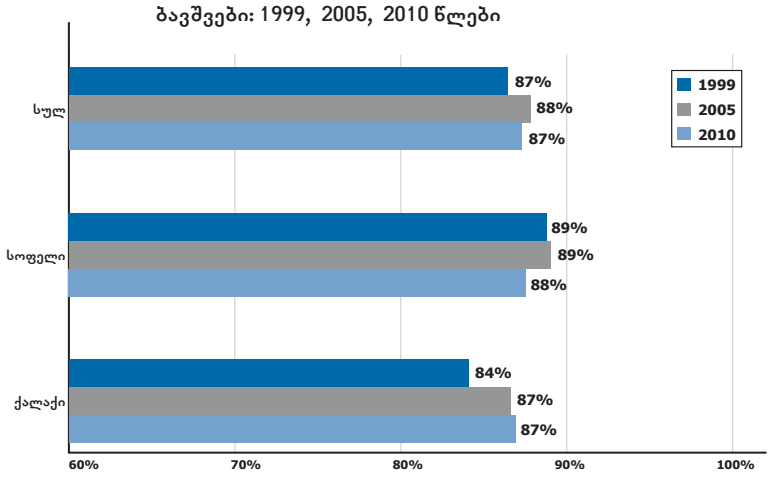
რესპონდენტებს სთხოვეს, დაესახელებინათ საკეისრო კვეთის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი (სურათი 6.3.4). რესპონდენტების მიერ ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები იყო: ადრე გაკეთებული საკეისრო კვეთა (20%), ნაყოფის ანომალიური მდგომარეობა (17%), საკეისრო კვეთის გაკეთება მოთხოვნით (16%), ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობა (13%), გახანგრძლივებული მშობიარობა (11%), ნაყოფისა და დედის მენჯის ზომების შეუსაბამობა (10%), უხვი სისხლდენა (2%); 11%-მა საკეისრო კვეთის ჩატარების მიზეზად „სხვა“ ფაქტორები დაასახელა. საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის თანახმად, ფეხმძიმის თხოვნის საფუძველზე საკეისრო კვეთის გაკეთება არ განიხილება როგორც სამედიცინო ინდიკატორი. 1999 წლის კვლევასთან შედარებით, ყველა რეგიონში საკეისრო კვეთით შესრულებული მშობიარობების რიცხვი სამჯერ გაიზარდა; ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ჩრდილო-აღმოსავლეთის რეგიონი (2010 წელს 5-ჯერ მაღალი პრევალენტობით 1999 წელთან შედარებით) და იმერეთის რეგიონი (2010 წელს 4-ჯერ მაღალი პრევალენტობით 1999 წელთან შედარებით) გამოირჩეოდა (სურათი 6.3.5). მაჩვენებლის ასეთ ზრდას ხელი შეუწყო სამედიცინო პრაქტიკაში საკეისრო კვეთის ჩატარების ჩვენების უფრო მეტი ინდიკატორების შემოღებამ.

საქართველოში, კვალიფიციური პერსონალის დახმარებით ჩატარებული თითქმის ყველა მშობიარობა (88%) ფასიანია და მერყეობს სამედიცინო დაწესებულების და მშობიარობის ტიპის მიხედვით (ცხრილი 6.3.4). კვლევის ჩატარების დროს, მშობიარობის საშუალო ფასი 453 ლარი (დაახლოებით 260 აშშ დოლარი) იყო. მშობიარობა შედარებით იაფი იყო სოფლად, ვიდრე ქალაქად ისევე, როგორც აბორტების ფასი თბილისის გარეთ. ფასები იზრდებოდა განათლების დონისა და ქონებრივი კვინტილის მატებასთან ერთად. მშობიარობის ფასი მერყეობდა ნულიდან 600 ლარამდე. მშობიარობების მხოლოდ 12% იყო უფასო, ხოლო 28%-ის ფასი 600 ლარი და მეტი იყო; საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობების ფასი 1.7-ჯერ აღემატებოდა ბუნებრივი გზით მშობიარობების ფასს და ნახევარზე მეტი 600 ლარი და მეტი დაჯდა.

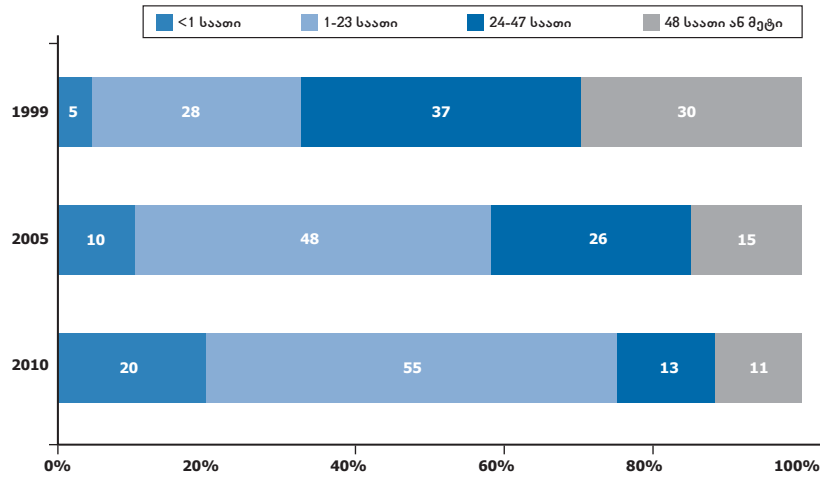
6.4 პოსტპარტუმ სამედიცინო მომსახურება

მშობიარობის შემდეგ მნიშვნელოვანია როგორც დედის, ასევე ჩვილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, და საფუძვლიანი კონსულტაციის გაწევა. ნამშობიარები ქალის მოვლა აუცილებელია, რათა ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობამ საშუალება მისცეს მას, მოუაროს ჩვილს. პოსტნატალური პერიოდი მნიშვნელოვანი მომენტია იმისათვის, რომ შეფასდეს დედისა და ახალშობილის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობა, გამოვლინდეს მშობიარობისშემდგომი გართულებები და ჩატარდეს მათი მკურნალობა და ასევე

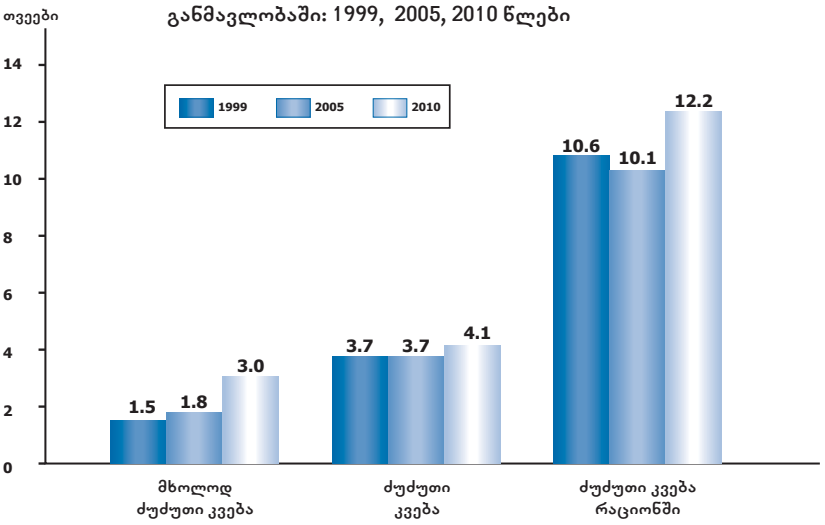
სურათი 6.8.1 **ბავშვების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც ძუძუთი კვებავდნენ – კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში დაბადებული ბავშვები: 1999, 2005, 2010 წლები**



სურათი 6.8.2 ძუძუთი კვების დაწყება დაბადების შემდეგ (საათებში) კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში დაბადებული ბავშვები: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.8.3 ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა (თვეებში) ძუძუთი კვების სახეების მიხედვით, ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



გაეწიოს დედას კონსულტაცია ჩვილის მოვლასთან დაკავშირებული ნებისმიერი კონკრეტული პრობლემის შესახებ (WHO, 2002). როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სახელმწიფო პროგრამა ჯერჯერობით არ ითვალისწინებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოდელს, რომელიც პოსტნატალურ პერიოდში ოთხ ვიზიტს მოითხოვს. თუმცა, რამდენადაც ქალების უმრავლესობა სამშობიარო სახლებში მშობიარობს, გადაუდებელ პოსტნატალურ სამედიცინო მომსახურებას მათ იქვე უწევენ ექიმები და ექთნები, მშობიარობის შემდეგ სამშობიაროში გატარებული დროის მონაკვეთში (4-6 დღე). მაშინაც კი, როცა პოსტნატალური მომსახურება გაწეულია საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, ძირითადი ყურადღება გადატანილია ბავშვის ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე, ხოლო დედის ჯანმრთელობას ნაკლები ყურადღება ეთმობა (CoReform Project, 2005).

როგორც მოცემულია ცხრილში 6.4.1, ქალების მხოლოდ 23%-ს გაეწია პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მონაცემი 1999 წლის კვლევის შედეგებზე უკეთესია, 2005 წელთან შედარებით თითქმის არ გაუმჯობესებულა. საქართველო ბოლო ადგილზეა რეგიონში ქალების პროცენტული მაჩვენებლით, ვისაც გაეწია პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ აუცილებელია დედისა და ბავშვის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში პოსტნატალური მომსახურების ჩართვა (სურათი 6.4.1).

პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებელი მერყეობდა ყველაზე დაბალი 16%-დან გურიაში, სამეგრელოსა და შიდა ქართლში, ყველაზე მაღალ 32%-მდე მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში (სურათი 6.4.2). მაჩვენებელი იზრდებოდა რესპონდ-

ენტთა განათლებისა და ქონებრივი კვინტილის მატებასთან ერთად და განსაკუთრებით მაღალი იყო პოსტნატალური გართულებების მქონე ქალებს შორის იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც ასეთი გართულებები არ ჰქონიათ – შესაბამისად, 44% და 21%. 2010 წელს, ოთხიდან თითქმის სამ ქალს, ვინც პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება მიიღო (73%-79%), მინიმუმ ერთხელ გაეწია კონსულტაცია ძუძუთი კვების, სარძევე ჯირკვლის მოვლის, ბავშვის მოვლის, იმუნიზაციისა და კვების რაციონის თაობაზე (სურათი 6.4.3). უნდა აღინიშნოს, რომ ქალების 43%-ს გაეწია კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. 1999 წელთან შედარებით, კონსულტაციის მაჩვენებლები ნებისმიერ საკითხზე შემცირდა როგორც 2005, ასევე 2010 წელს. გაიზარდა მხოლოდ კონსულტაციების რიცხვი ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე – 1999 წლის 20%-დან 31%-მდე 2005 წელს და 43%-მდე 2010-ში. თუმცა ეს 43%-იც კი იმ დედათა 23%-ის ნახევარზე ნაკლებია, რომლებმაც საერთოდ რაიმე პოსტნატალური მომსახურება მიიღეს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, პირველი პოსტნატალური ვიზიტი ბავშვის დაბადებიდან ერთი კვირის განმავლობაში ტარდება (WHO, 2002). როგორც მოცემულია ცხრილში 6.4.2, იმ ქალთა ქვეჯგუფიდან, რომლებსაც გაეწია პოსტნატალური მომსახურება, 31%-მა მშობიარობიდან პირველი ექვსი დღის განმავლობაში განახორციელა პირველი პოსტნატალური ვიზიტი, 42%-მა — მშობიარობიდან ერთი-ორ კვირამდე პერიოდში, ხოლო 27%-მა — ორ კვირის შემდეგ.

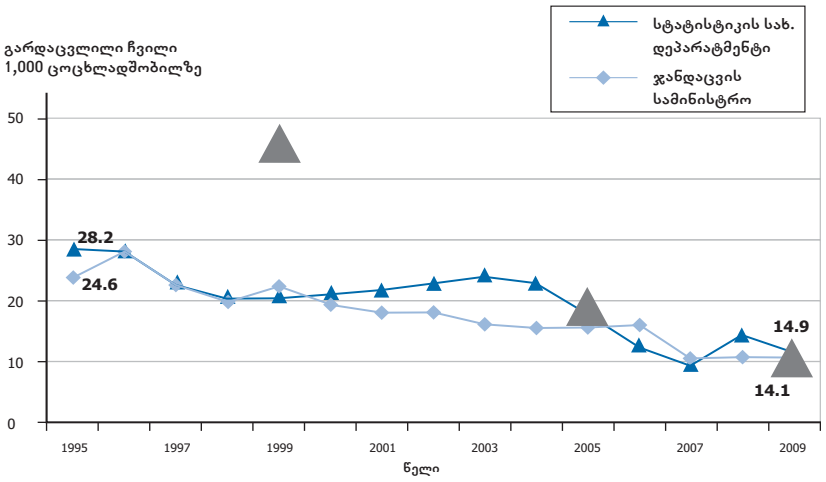
თითოეული დედა გამოიკითხა იმის შესახებ, აკონტროლებდა თუ არა ბავშვის ჯანმრთელობას ჯანდაცვის მუშაკი და დადებითი პასუხის შემთხვევაში, დაბადებიდან რამდენ ხანში მოხდა პირველი გასინჯვა. როგორც ცხრილიდან 6.4.3 ჩანს, ჩვილთა 84% სამედიცინო დახმარებას იღებდა ბავშვის პროფილაქტიკური გასინჯვების სახით. ჩვილის გასინჯვის შემთხვევები მეტი იყო ქალაქად, ვიდრე სოფლად (შესაბამისად, 90% და 79%). ჩვილთა ჯანმრთელობის შემოწმების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (72-75%) აღინიშნა რაჭა-სვანეთის, სამცხე-ჯავახეთისა და ქვემო ქართლის რეგიონებში, ხოლო ყველაზე მაღალი (92%) – თბილისის რეგიონში (სურათი 6.4.4). ამ თავში განხილული სხვა ინდიკატორების მსგავსად, ბავშვების პროფილაქტიკური გასინჯვების ალბათობა იზრდებოდა დედათა განათლების დონისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მატებასთან ერთად. იმ რესპონდენტთაგან, ვინც ბავშვი მიიყვანა პროფილაქტიკურ გასინჯვაზე ჯანდაცვის მუშაკთან, 22%-მა ჩვილი დაბადებიდან ექვსი დღის განმავლობაში მიიყვანა, 53%-მა — ერთიდან ორ კვირამდე ინტერვალში, ხოლო 24%-მა მშობიარობიდან ორ კვირაზე მეტი ხნის შემდეგ.

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 6.4.4, დედების ინფორმაციის თანახმად, 2005-10 წლებში ცოცხლადშობილების 97% რეგისტრირებული იყო. ქალების უმრავლესობამ ბავშვები რეგისტრაციაში გაატარა მშობიარობიდან ექვსი დღის განმავლობაში (81%), ხოლო 16%-მა — ერთიდან ოთხი კვირის განმავლობაში. ქალაქად მცხოვრები ქალები მშობიარობიდან უფრო მოკლე ინტერვალში ახორციელებდნენ ჩვილების რეგისტრირებას, ვიდრე სოფლად მცხოვრები ქალები.

6.5 თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობის დროს

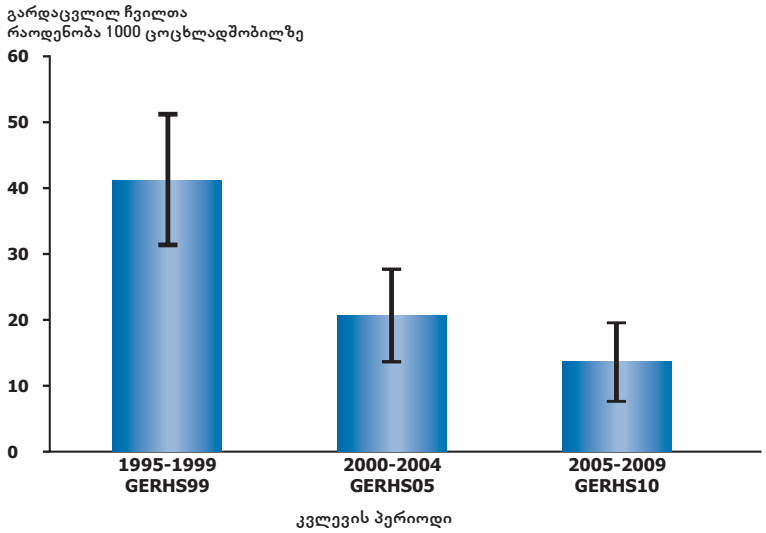
ორსულობის დროს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება ფეხმძიმობის გართულების

სურათი 6.9.1 **ჩვილთა სიკვდილიანობა საქართველოში ოფიციალური მონაცემები და კვლევის მონაცემები 1995–2009 წლებისათვის**



სტატისტიკის დეპარტამენტის შესწორებული მონაცემები, განთავსებულია: http://statistics.ge; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემები იხ.: საყვარელიძე, 2010

სურათი 6.9.2 ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სერიოზულ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს. ორსულობის დროს თამბაქოს მოხმარება იწვევს მცირეწონიანი ბაშვების დაბადებას, ნაადრევ მშობიარობებს, ჩვილ ბავშვებში უეცარი სიკვდილის სინდრომს და რესპირატორულ პრობლემებს (DiFranza JR and Lew RA, 1996). კვლევებით ასევე დასტურდება, რომ ალკოჰოლის მოხმარება ორსულებში ხშირად იწვევს სპონტანურ აბორტებს, მკვდრადშობადობას და ნაადრევ მშობიარობას (Wilsnack SC et al., 1984; esmodel U et al., 2002). არ არსებობს ალკოჰოლის რაოდენობა, რომელიც უსაფრთხო იქნება ორსულთათვის; რაც უფრო მეტია ალკოჰოლის მოხმარება, მით უფრო იზრდება თანდაყოლილი ანომალიების (ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი) ან ფიზიკური და გონებრივი განვითარების პრობლემების წარმოშობის საფრთხე.

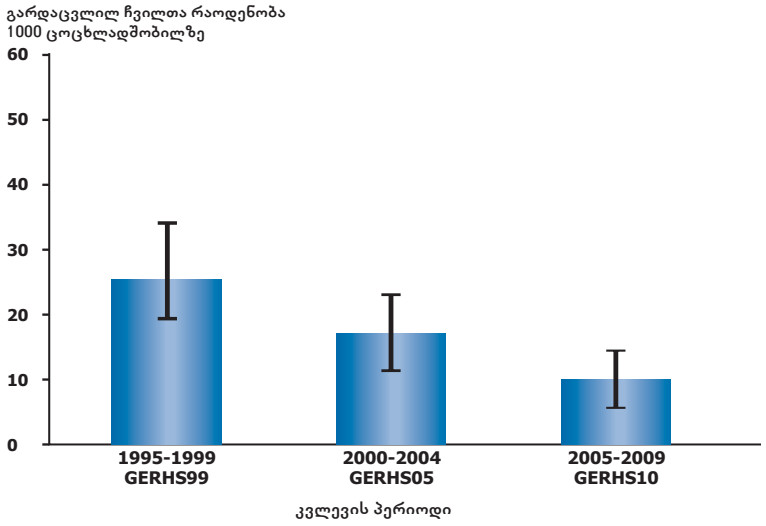
ქალებს, ვინც იმშობიარა 2010 წლის კვლევამდე უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში, დაუსვეს შემდეგი კითხვები: „საშუალოდ, დღეში რამდენ სიგარეტს ეწეოდით, მას შემდეგ, რაც დაორსულდით?“ და „კვირაში რამდენჯერ მიირთმევდით ალკოჰოლურ სასმელებს ორსულობის პერიოდში?“. როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 6.5, ქალების მხოლოდ 4.2% ეწეოდა სიგარეტს, ვიდრე შეიტყობდნენ ორსულობის შესახებ და მათგან თითქმის ნახევარზე ნაკლები აგრძელებდა თამბაქოს მოხმარებას მას შემდეგ, რაც გაიგეს, რომ ორსულად იყვნენ (1.8%). ორსულობის დროს სიგარეტის მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო თბილისში (4.6%), იმ ქალებს შორის, რომლებიც ყველაზე მაღალ ქონებრივ კვინტილს განეკუთვნებოდნენ (3.4%), და სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს შორის (5.4%). მწეველი ორსულების უმრავლესობა ეწეოდა 1-4 სიგარეტს დღეში. ქალების მხოლოდ 1.1%-მა თქვა, რომ განაგრძობდა ალკოჰოლის მოხმარებას ორსულობის დროს და მათი უმრავლესობა (61%) სვამდა უფრო იშვიათად, ვიდრე კვირაში ერთხელ (მონაცემები არ არის ნაჩვენები).

6.6 ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი გართულებები

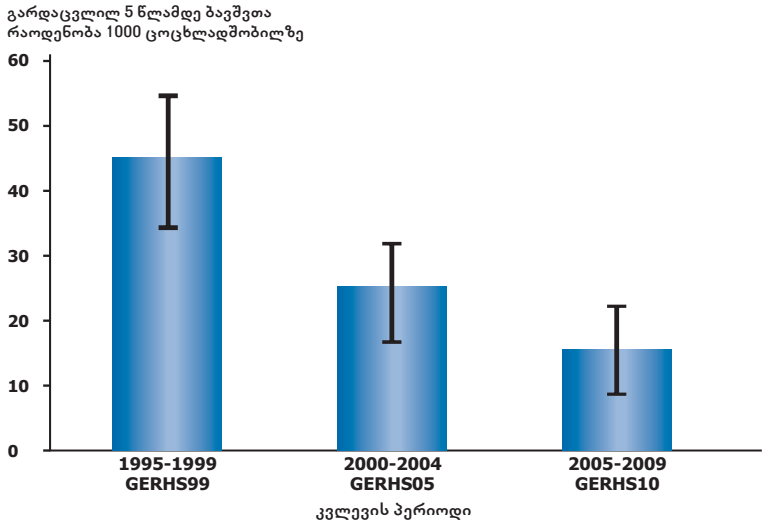
როგორც ადრე იყო ნაჩვენები ცხრილში 5.2.3, სისხლის არტერიული წნევის რეგულარული გაზომვა თითქმის ყოველთვის (96%) პრენატალური ვიზიტების აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი იყო. მათ შორის, ვისაც რეგულარულად უმოწმებდნენ არტერიულ წნევას, ქალების 10%-ს მაღალი არტერიული წნევა დაუდგინდა (ცხრილი 6.6.1). ფეხმძიმობის დროს მაღალი არტერიული წნევა უფრო ხშირი იყო იმ ქალებში, რომლებიც ბავშვის დაბადებისას 35-44 წლისა იყვნენ (21%). მთლიანობაში, ქალების 1% იქნა ჰოსპიტალიზებული მაღალი წნევის გამო. ჰოსპიტალიზების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა კახეთში მცხოვრებ ქალებსა (2%) და იმ ქალებს შორის, რომელთაც პრენატალური ვიზიტების უმეტესობა ქალაქის სამშობიარო საავადმყოფოებში ჰქონდათ (2%).

კვლევამდე ხუთი წლის განმავლობაში ნამშობიარები ქალების თითქმის 16%-ს ფეხმძიმობის დროს ჰქონდა გართულებები, რომლებიც მოითხოვდა სამედიცინო მეთვალყურეობას (ცხრილი 6.6.2). ყველაზე ხშირად დასახელებულ გართულებებს შორის იყო: ვადამდელი მშობიარობის რისკი (8%), ორსულობით გამოწვეული ანემია (4%), შეშუპება (3%), მაღალი არტერიული წნევა (3%) და ნაადრევი ან გვიანი სისხლდენა (4%). ორსულობის გართულებები, რომლებიც სამედიცინო მეთვალყურეობას მოითხოვდა, შედარებით ხშირი იყო იმ ქალებში, რომლებიც ცხოვრობდნენ მცხეთა-მთიანეთის (24%), შიდა ქართლის (22%) და იმერეთის (21%) რეგიონებ-

სურათი 6.9.3 ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 6.9.4 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები: 1999, 2005, 2010 წლები



ში და იმ ქალებს შორის, რომლებიც მშობიარობისას 35-44 წლისა იყვნენ (20%). მსგავსი გართულებების მქონე სამიდან თითქმის ერთი ქალი იქნა მოთავსებული საავადმყოფოში (მონაცემები არაა ნაჩვენები).

მშობიარობისშემდგომი გართულებები ინტერვიუს ჩატარებამდე ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ნამშობიარებ ქალებს შორის მოცემულია ცხრილში 6.6.3. მთლიანობაში, ქალების 11%-მა დაასახელა სულ მცირე ერთი მშობიარობისშემდეგომი გართულება. ყველაზე ხშირად დასახელდა უხვი სისხლდენა, ტკივილები საშვილოსნოს არეში, მაღალი სიცხე, ძუძუს ინფექცია, ინფექციებისთვის დამახასიათებელი გამონადენი საშოდან, ტკივილი შარდვის დროს და ქირურგიული ჭრილობის ინფექცია.

6.7 მშობიარობის მძიმე შედეგები

წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევის ფარგლებში, ცხოვრების განმავლობაში ორსულობების, მათ შორის მკვდრადშობით დასრულებული ორსულობების შესახებ რესპონდენტთა გამოკითხვის გზით შეგროვდა დასრულებული ორსულობების ისტორიები. სხვადასხვა ქვეყანაში გამოიყენება მრავალი განსაზღვრება სხვადასხვა პარამეტრზე (მაგ. გესტაციის ასაკი ან ახალშობილის წონა) და სიცოცხლისუნარიანობის სტანდარტზე დაყრდნობით. საერთაშორისო შედარებისთვის, 2010 წლის კვლევაში გამოყენებული იყო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციები და მკვრადშობადობის მაჩვენებლის გასაანგარიშებლად შეყვანილ იქნა ყველა ის ჩვილი, რომელიც მკვდარი დაიბადა ფეხმძიმობის 28 სრული

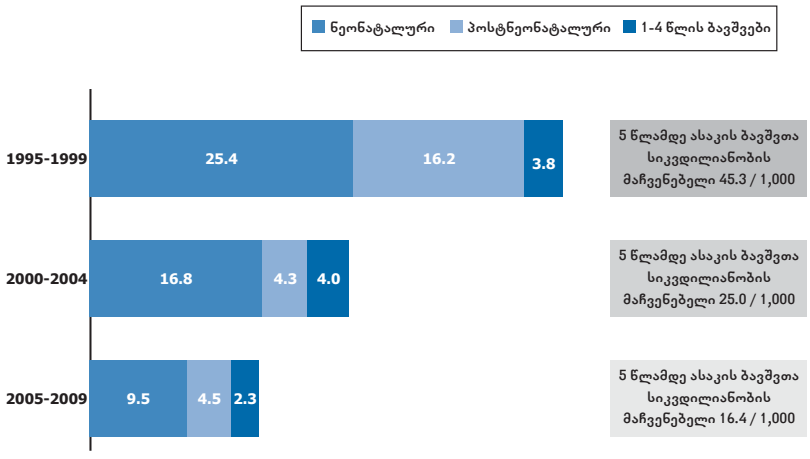
კვირის შემდეგ (რომლებიც დაბადებისას იწონიდნენ დაახლოებით 1,000 გრამს ან მეტს). ამრიგად, აქ წარმოდგენილი მკვდრადშობის მაჩვენებელი გვიანი სიკვდილიანობის მაჩვენებელია, ანუ აჩვენებს ფეხმძიმობის 28 კვირის შემდეგ მკვრადშობილი ჩვილების რაოდენობას 1,000 მშობიარობაზე. გამოკითხვამდე დროის ხუთწლიან მონაკვეთში ყოველ 1000 დაბადებულ ჩვილზე 8 მკვდრადშობილი (95%CI=3.1-13 1,000-ზე) მოდიოდა (ცხრილი 6.7). ეს მაჩვენებელი ნაკლებია 2005-2010 წლების ოფიციალურ სტატისტიკაზე, რომელიც შეადგენს 13.4-ს ყოველ 1,000 დაბადებულზე (WHO 2011ა, 2011ბ).

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ქალაქად ორჯერ აღემატებოდა ამავე მაჩვენებელს სოფლად და ყველაზე მაღალი იყო მცხეთა-მთიანეთში (21.8 ყოველ 1,000-ზე), რომელსაც მოსდევდა კახეთი, თბილისი და რაჭა-სვანეთი. მკვდრადშობის შემთხვევები ყველაზე ხშირი იყო იმ ქალებს შორის, ვისაც არ მიუღია პრენატალური სამედიცინო მომსახურება (50.0), ასევე, გართულებული ორსულობის მქონე ქალებსა (33.5) და ხანგრძლივი მშობიარობის მქონე ქალებს შორის (29.6).

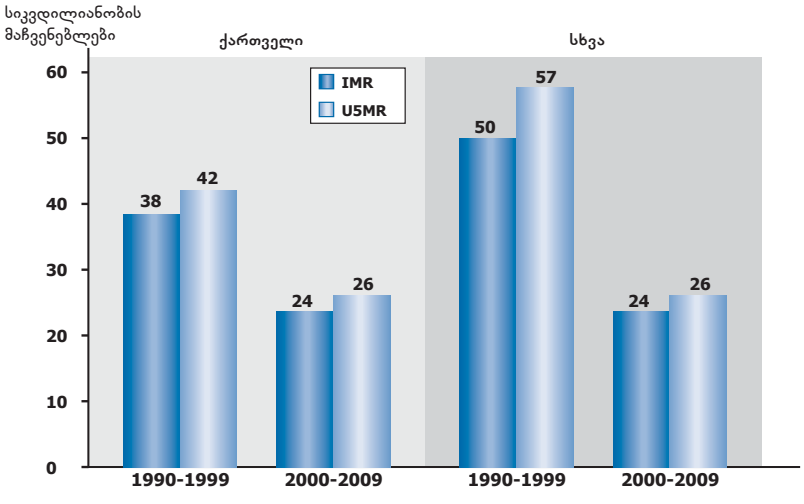
დაბალი წონის მქონე ახალშობილთა პროპორცია, რომელიც ცოცხლადშობილთა შორის 2,500 გრამზე ნაკლები წონის ახალშობილთა პროცენტულ მაჩვენებელს წარმოადგენს, შეადგენდა ცოცხლადშობილთა 4.2%-ს. ეს მაჩვენებელი ოდნავ მაღალი იყო მცხეთა-მთიანეთში მცხოვრებ ქალთა შორის (7.6%), ასევე, ქალთა შორის, რომლებიც მშობიარობის დროს 35-44 წლის იყვნენ (11.1%), ქალებში, რომლებმაც საკეისრო კვეთით იმშობიარეს (7.7%) და ორსულობის დროს გართულებების მქონე ქალებში (10.9%).

ვადამდელი მშობიარობის მაჩვენებელი (იმ ცოცხლადშობილთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც გესტაციის 37 კვირაზე ადრე გაჩნდნენ) იმავე პერიოდში შეადგენდა 3.8%. ვადამდელი მშობიარობები უფრო ხშირად დაკავშირებული იყო დედათა და ორსულობის იმავე მახასიათებლებთან, რომლებსაც ახალშობილთა დაბალი წონა უკავშირდებოდა.

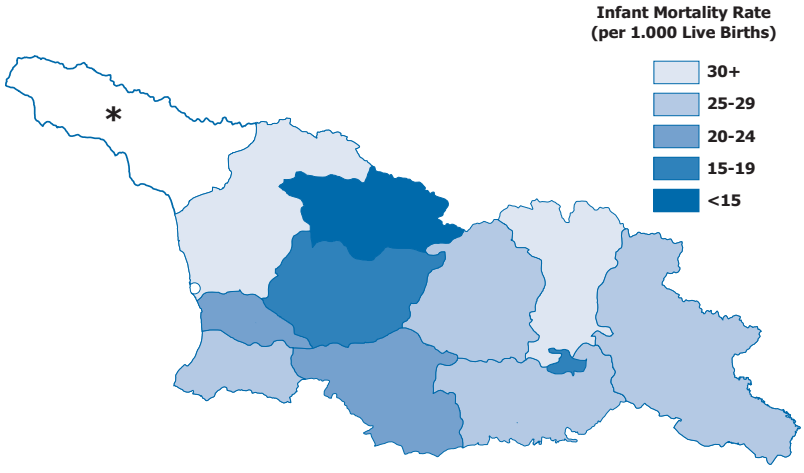
სურათი 6.9.5 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა – კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში: 1999, 2005, 2010



სურათი 6.9.6 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ეროვნების მიხედვით კვლევამდე 10 წლის განმავლობაში: 1999 და 2010



სურათი 6.9.7 ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 ცოცხლადშობილზე) რეგიონების მიხედვით -კვლევამდე 10 წლით ადრე ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობები



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

6.8 ძუძუთი კვება

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჩვილი უნდა იკვებებოდეს ექსკლუზიურად დედის რძით დაბადებიდან 6 თვის ასაკამდე, ხოლო შემდეგ ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს, სათანადო დამატებით კვებასთან ერთად, ბავშვის 2 წლამდე ასაკის შესრულებამდე ან შემდომ პერიოდშიც (WHO, 2002). ჩვილის „ექსკლუზიურად“ ძუძუთი კვება ნიშნავს იმას, რომ ჩვილი იკვებება მხოლოდ და მხოლოდ დედის რძით, ხოლო „თითქმის ექსკლუზიურად“ ძუძუთი კვება ნიშნავს, რომ დედის რძის გარდა ჩვილი იღებს წყალს, წყალზე დამზადებულ სხვა სასმელს, ხილის წვენს ან სხვა სითხეს (გარდა სითხეებისა, რომლებიც დამზადებულია ცხოველური რძისა და საკვების საფუძველზე) (WHO, 1991). მიჩნეულია, რომ ექსკლუზიურად ან თითქმის ექსკლუზიურად ძუძუთი კვების დროს, ჩვილები მხოლოდ დედის რძით იკვებებიან.

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 6.8.1 და სურათზე 6.8.1, 2005 წლის იანვრიდან ცოცხლადშობილთა 87% ძუძუთი იკვებებოდა. ეს მაჩვენებელი თითქმის არ შეცვლილა 1999 და 2005 წლების კვლევებთან შედარებით. განსხვავებები უმნიშვნელო იყო საცხოვრებელი ადგილის, რეგიონის, დედის ასაკის, განათლების დონისა და მშობიარობის რიგითობის მიხედვით; თუმცა, ქართველ ქალებს შორის ძუძუთი კვების მაჩვენებელი ნაკლებია სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებთან შედარებით. 2,500 გრამზე ნაკლები წონის ახალშობილების მხოლოდ 64% იკვებებოდა დედის რძით (იხ., ცხრილის 6.8.1 ქვედა ხაზი).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, რეკომენდებულია ახალშობილისთვის ძუძუს ადრეული მიცემა (მშობიარობის პირველი საათის განმავლობაში) სპონტანური მშობიარობის შემდეგ. მიუხედავად ამისა, დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში ძუძუთი გამოიკვება ახალშობილების მხოლოდ 20%. დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში ახალშობილთა ძუძუთი კვების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო სამცხე-ჯავახეთსა და მცხეთა-მთიანეთში - 33%, ხოლო ყველაზე დაბალი აჭარაში – 9%. ახალშობილთა 55% ძუძუთი გამოიკვება დაბადებიდან 1-23 საათის განმავლობაში. მთლიანობაში, ახალშობილების 75%-მა დედის რძით კვება დაიწყო დაბადებიდან პირველი დღის განმავლობაში. უნდა აღინიშნოს, რომ საკეისრო კვეთით გაჩენილი ბავშვების მხოლოდ 50% იქნა მიყვანილი ძუძუზე მშობიარობიდან პირველსავე დღეს, 25% — მხოლოდ 48 საათის შემდეგ, ხოლო 25% — უფრო გვიან. 1999 წლის კვლევების შედეგებთან შედარებით, დაბადებიდან პირველ საათში ძუძუთი გამოკვებილი ახალშობილების რაოდენობა ოთხჯერ გაიზარდა (1999 წელს 5%-დან 2005 წელს 10%-მდე და 2011 წელს 20%-მდე), ხოლო დაბადებიდან 1-23 საათის განმავლობაში ძუძუთი გამოკვებილი ახალშობილების რაოდენობა 28%-დან 55%-მდე გაიზადა (სურათი 6.8.2).

ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვების ხვედრითი წილი, რომლებიც ისევ იღებდნენ დედის რძეს კვლევის ჩატარების მომენტისთვის, გამოთვლილ იქნა ბავშვთა ასაკის თვეების მიხედვით (0-59 თვე), სადაც მნიშვნელი მოიცავდა ყველა ცოცხლადშობილს კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში, მიუხედავად მათი გადარჩენის სტატუსისა. მიღებული პროპორციები დაჯამდა ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობის გამოსათვლელად. ეს მეთოდი ცნობილია, როგორც „ამჟამინდელი სტატუსის საშუალო ართმეტიკული“ (WHO 1991). ამის მსგავსად გამოითვალა ექსკლუზიური და თითქმის ექსკლუზიური

კვების ხანგრძლივობაც.

ცხრილში 6.8.2 და სურათზე 6.8.5 ნაჩვენებია ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობის მონაცემები. ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 12.2 თვეს, რაც 2 თვით აღემატება 2005 წლის კვლევის მაჩვენებელს, რომელიც 10.1 თვეს შეადგენდა. მხოლოდ ძუძუთი კვების (ექსკლუზიურად ან თითქმის ექსკლუზიურად) მაჩვენებელი შეადგენდა 4.1 თვეს, რაც აღემატება 1999 წელსა და 2005 წელს დაფიქსირებულ მაჩვენებელს – 3.7 თვე.

ყველაზე მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, ალბათ, ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხანგრძლივობის ზრდა იყო, რომელიც გაორმაგდა 1999 წლის კვლევის მონაცემთან შედარებით (1.5 თვიდან 3.0 თვემდე).

ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა განსაკუთრებით მატულობს მშობიარობის რიგითობის ზრდასთან ერთად: როგორც ცხრილიდან 6.8.2 ჩანს, ძუძუთი კვების ნებისმიერი მაჩვენებლები ერთნაირი იყო ყველა კატეგორიის მიხედვით, გარდა ერთი – მშობიარობის რიგითობის კატეგორიისა. მცირე სხვაობებია საცხოვრებელი ადგილისა და ქონებრივი კვინტილის მიხედვით.

6.9 ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა

ათასწლეულის განვითარების მეოთხე მიზანი ითვალისწინებს ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ორი მესამედით შემცირებას 1990 წლიდან 2015 წლამდე. ამ მიზნის მისაღწევად დარჩენილი მცირე დროის გათვალისწინებით, მსოფლიოში უნდა გაძლიერდეს ძალისხმევა ბავშვების სიცოცხლის გადასარჩენად პირველი 5 წლის განმავლობაში; ამიტომ, იზრდება მოთხოვნა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის დონეებისა და ტენდენციების ამსახველ სანდო სახელმწიფო მონაცემებზე, რომელთა მიხედვითაც განისაზღვრება სამოქმედო პრიორიტეტები და მოხდება შემდგომი კვლევა.

მსოფლიოში აღინიშნება ჩვილთა სიკვდილიანობის სტაბილური კლება ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე 65 შემთხვევიდან 1990 წელს, 62 შემთხვევამდე 2000 წელს და 42 შემთხვევამდე 2009 წელს (UNICEF, 2001 და 2011). შესაბამისად, იკლო 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობამაც, რომელიც 1000 ცოცხლადშობილზე 1990 წელს შეადგენდა 95-ს, 2000 წელს – 84-ს, ხოლო 2004 წელს – 79 შემთხვევას და 60 შემთხვევას 2009 წელს (UNICEF, 2001 და 2011). მიუხედავად ამისა, ყოველწლიურად 8,88 მილიონი ბავშვი იღუპება, მათ შორის 5,6 მილიონი ჩვილი ერთი წლის ასაკამდე; შემთხვევების 99% მოდის დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე. ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ძირითადი ნაწილი მოდის ახალშობილთა სიკვდილიანობაზე; 2009 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 24 შემთხვევა 1000 ცოცხლადდაბადებულზე, რაც 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 39%-ს და ჩვილთა სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტს შეადგენს. გლობალურად, ნეონატალური სიკვდილიანობის ძითადი მიზეზებია: ინფექციები (36%), ვადამდელი მშობიარობა (28%) და ასფიქსია (23%) (Lawn et al., 2005). ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში სიკვდილის შემთხვევათა 68%-ის მიზეზი ინფექციური დაავადებებია, მათ შორის პნევმონია (18%), ფაღარათი (15%), მალარია (8%), ნეონატალური სეფსისი (6%), შიდსი (2%). ასევე, მთავარ მიზეზთა შორისაა ვადამდელი მშობიარობა (12%) და ასფიქსია დაბადების დროს (9%) (Black et al., 2010).

წინა კვლევების მსგავსად, 2010 წლის კვლევის მონაცემები გამოყენებული იქნა რესპონდენტთა შვილებს შორის სიკვდილიანობის გამოსათვლელად, კერძოდ, ჩვილთა სიკვდილიანობის (ანუ, 1 წლამდე ასაკის), ბავშვთა სიკვდილიანობის (ანუ, 12-დან 59 თვემდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა) და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის (ანუ 5 წლის შესრულებამდე გარდაცვალების) დონეების გამოსათვლელად. ჩვილთა სიკვდილიანობა, თავის მხრივ, დაიყო ორ პერიოდად: ნეონატალური (0-დან 28 დღემდე) და პოსტ-ნეონატალური (29 დღიდან 11 თვის ჩათვლით). კვლევაში შეფასდა ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ტენდენციები და დონეები მშობიარობებისა და ჩვილთა გადარჩენის შესახებ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. კვლევაში გამოყენებული კითხვარი მოიცავდა შეკითხვების ჯგუფს თითოეული ცოცხლადშობილის შესახებ: დაბადების თარიღი, ბავშვის სქესი, გადარჩენის სტატუსი და, გარდაცვლილი ბავშვების შემთხვევაში, ასაკი გარდაცვალების დროს. მიღებული ინფორმაცია საშუალებას იძლევა პირდაპირი წესით გამოვთვალოთ ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი ცხრილების საშუალებით.

კვლევის შედეგად მიღებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ითვლება მინიმალურ მაჩვენებლად, რამდენადაც მონაცემები შესაძლოა არასრული იყოს. მაგალითად, შეუძლებელი იქნება ინფორმაციის მოპოვება გარდაცვლილ ბავშვზე, ვისი დედაც ასევე გარდაცვლილია; ზოგიერთი დედა შვილად არ მიიჩნევს უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ გარდაცვლილ ჩვილს; ზოგიერთმა შესაძლოა ვერ გაიხსენოს დაბადების ზუსტი თარიღი ან არ მოისურვოს ან ვერ შეძლოს გარდაცვლილი ბავშვის ასაკის გახსენება. ყველა ამ ნაკლოვანების მიუხედა-

ვად, მოსახლეობაზე დაფუძნებული კვლევების მონაცემები ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესახებ საკამოდ სანდოა და მათ საკმაოდ ხშირად მიმართავენ ქვეყნებში, სადაც ბავშვთა დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ინფორმაცია მწირი ან არასრულია. რამდენადაც კვლევები ასახავს იმ მოვლენებს, რომლებსაც კვლევისთვის რანდომულად შერჩეული ნაწილი განიცდის და არა მთელი მოსახლეობა, მიღებულ შედეგებში არსებობს კვლევისთვის დამასახიათებელი შერჩევის ცდომილებების გარკვეული ალბათობა (იხ. დანართი). შერჩევის ცდომილებების კორექტირებისთვის გამოანგარიშებულ იქნა 95%-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი კვლევის მონაცემების მიხედვით; შესაბამისად, შეიძლება ითქვას, რომ სტატისტიკური მონაცემების ჭეშმარიტი მაჩვენებელი მერყეობს 95%-იანი სარწმუნოობის ინტერვალში.

საქართველოში დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ მონაცემთა ორი განსხვავებული წყარო არსებობს. სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი აგროვებს ინფორმაციას სამოქალაქო რეესტრის სამსახურებიდან, რომლებიც ოჯახის წევრებს აძლევენ დაბადებისა და გარდაცვალების ოფიციალურ სერტიფიკატს სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი დაბადების ან გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე. სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი კი აგროვებს აგრეგირებულ ინფორმაციას საავადმყოფოებიდან, სამშობიარო სახლებიდან და პოლიკლინიკებიდან. ამ ინფორმაციას ძირითადად იყენებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ისინი არ აისახება ოფიციალურ სამთავრობო ანგარიშებში, მაგრამ მათში მუდმივად ფიქსირდება დაბადებისა და გარდაცვალების უფრო მეტი შემთხვევა, ვიდრე სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტმენტის ანგარიშებში.

სურათზე 6.9.1 ნაჩვენებია საქართველოში ჩვილთა სიკვდილიანობის დინამიკა იმ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, რომლებიც აღებულია ყველა ხელმისაწვდომი კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკიდან. 2009 წლის ყველაზე ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემები მსგავსია ყველა წყაროს მიხედვით (14.1–14.9 სიკვდილის შემთხვევა 1,000 ცოცხლადშობილზე). ეს მნიშვნელობა, რომელიც სურათზე სამკუთხედითაა აღნიშნული, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამი კვლევის შედეგებს აერთიანებს. 2009 წლის ბოლო მონაცემი ყველაზე დაბალი მაჩვენებელია 1990 წლის შემდეგ.

ცვლილების შეფასება ძნელია ოფიციალური დემოგრაფიული სტატისტიკის მონაცემების მიხედვით, ვინაიდან 2002 წლამდე ის ძალზე არასრული იყო (ეს განსაკუთრებით ეხება სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშებს). 2002 წლიდან, საქართველოს მთავრობამ, გაეროს მოსახლეობის ფონდთან და სხვა დონორებთან თანამშრომლობით, დაიწყო რეფორმა დემოგრაფიული სტატისტიკის სარეგისტრაციო სისტემების გასაუმჯობესებლად (WHO და CMSI, 2003). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ მიიღო ახალი რეკომენდაცია ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების გამოთვლისა და დანერგვის შესახებ და შემოიღო ახალი ინსტრუქციები გარდაცვალების შესახებ სერტიფიკატის შევსების და გაცემის თაობაზე (2000 წლის ოქტომბრის ბრძანება 141 და 2000 წლის დეკემბერის ბრძანება 94/0). 2002 წლის 10 დეკემბრის პრეზიდენტის 31 განკარგულებით შემოღებულ იქნა დაბადებისა და გარდაცვალების რეგისტრაციის ახალი წესები (საქართველოს მთავრობა, 2002). ამრიგად, ჩვილთა სიკვდილიანობის ტენდენციების განსაზღვრა ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით რთულია, ვინაიდან მიუხედავად იმისა, რომ 2002 წლის შემდეგ დაბადებისა და გარდაცვალების რეგისტრირებაში ცვლილებების შედეგად ოფიციალური მონაცემები, სავარაუდოდ, უფრო ზუსტი და სრულყოფილი გახდა, 2002 წლამდე არსებული ნაკლოვანებები რეალური სურათის მიღების საშუალებას არ იძლევა.

ცხრილში 6.9.1 წარმოდგენილია სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 2010, 2005 და 1999 წლების კვლევების წინა 5-წლიანი პერიოდებისათვის. მაგალითად, ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2005 წლის იანვრიდან 2009 წლის დეკემბრის ჩათვლით შეადგენდა 14.1 შემთხვევას 1,000 ცოცხლადშობილზე, ხოლო ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1-4 წლის ასაკის) 2.3 იყო. ამრიგად, 5 წლამდე ასაკის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1,000 ცოცხლადშობილზე 16.4 იყო. ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1,000 ცოცხლადშობილზე იყო 9.5, მაშინ როცა პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეადგენდა 4.5. ასე რომ, ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ორჯერ მაღალია ვიდრე პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და შეადგენს ჩვილთა სიკვდილიანობის 67%-სა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 58%-ს. ეს შედეგი არ არის მოულოდნელი: ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბადებიდან ერთი თვის შემდეგ უფრო სწრაფად მცირდება, ვიდრე ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი; ამრიგად, დაბადებიდან პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში (ნეონატალური პერიოდი) და განსაკუთრებით, პირველი შვიდი დღის განმავლობაში (ადრეული ნეონატალური პერიოდი) ჩვილთა სიკვდილიანობის რეალური წილი დროთა განმავლობაში იზრდება (Lawn et al., 2005).

წინა კვლევების შედეგებთან შედარებით მნიშვნელოვანი კლება ვლინდება როგორც ნეონატალური, ისე პოსტ-ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელში, რამაც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად შეამცირა ჩვილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ბოლო 15 წლის განმავლობაში (ცხრილი 6.9.1 და სურათები 6.9.2 და 6.9.4). ნეონატალური სიკვდილიანობა შემცირდა 25-დან 1995-1999 წლებში, 16.8-მდე 2000-2004 წლებში და 9.5-მდე 2005-2009 წლებში. ჩვილთა სიკვდილიანობა შემცირდა 41.6-დან 1995-1999 წლებში, 21.1-მდე 2000-2004 წლებში და 14.1-მდე 2005-2009 წლებში. 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა კი შემცირდა 45.3-დან 1995-1999 წლებში, 25.0-მდე 2000-2004 წლებში და 16.4-მდე 2005-2009 წლებში, რაც 64%-იანი კლებაა. ამრიგად, კვლევების შედეგების თანახმად, საქართველომ, 2010 წლისთვის, მართლაც შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მეოთხე მიზანი (სურათი 6.9.5).

2000-2009 წლებში დაბადებული ბავშვების სიკვდილიანობის შესახებ 2010 წლის კვლევის მონაცემები, რომლებიც წარმოდგენილია ცხრილში 6.9.2, გვიჩვენებს, რომ ჩვილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გამოვლინდა სოფლად და ყველაზე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ჯგუფებში მცხოვრებ ბავშვებში. წინა კვლევებმა აჩვენეს, რომ აზერბაიჯანელი და სომეხი დედების ჩვილებს შორის სიკვდილიანობა ორჯერ აღემატებოდა ქართველი დედების ჩვილებისას, თუმცა 2010 წლის მონაცემებში ასეთ დიდი სხვაობა აღარ ჩანს. ერთი შეხედვით, სურათის 6.9.6 თანახმად, 1999 წლიდან 2010 წლამდე ჩვილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აშკარად უფრო მკვეთრად შემცირდა ეთნიკური უმცირესობების ბავშვებს შორის, ვიდრე ეთნიკურად ქართველ ბავშვებს შორის - შესაბამისად, 1,000 ცოცხლადშობილზე 50.0 [95%CI=30.7-71.2] და 57.0 [95%CI=33.6-74.2] სიკვდილიანობის მაჩვენებლიდან, 23.5 [95%CI=8.7-38.3] და 26.3 მაჩვენებლამდე [95%CI=10.5-42.1]. თუმცა, ვინაიდან მცირერიცხოვან ეთნიკურ ჯგუფებში გარდაცვალების შემთხვევები ნაკლებია ქართველებთან შედარებით, ეს კლება სტატისტიკურად სარწმუნოს არ წარმოადგენს; ხოლო სიკვდილიანობის მაჩვენებლის კლება ქართველ ჩვილებსა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო იყო: შესაბამისად, 1,000 ცოცხლადშობილზე 38.3 [95%CI=31.6-45.0] და 42.4 სიკვდილიანობის [95%CI=35.9-49.8] მაჩვენებლიდან, 23.8 [95%CI=17.8-29.9] და 25.9 [95%CI=19.5-32.1] მაჩვენებლამდე, შესაბამისად.

ჩვილთა სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნა რაჭა-სვანეთში, თბილისსა და იმერეთში, ხოლო ყველაზე მაღალი – სამეგრელოსა და მცხეთა-მთიანეთში. ამ ორ რეგიონს, ასევე კახეთსა და შიდა ქართლს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა (სურათი 6.9.7).

ჩვილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იზრდებოდა მშობიარობის რიგითობის მიხედვით. გარდაცვალების ყველაზე დიდი რისკი ჰქონდათ იმ დედების ჩვილებს, ვისაც უკვე მინიმუმ ორი წინა მშობიარობა ჰქონდათ.

მოულოდნელობა იყო ის, რომ 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალი იყო მშობიაროებს შორის 24-27 თვიანი ინტერვალით დაბადებულ ბავშვებში მაშინ, როდესაც ეს ინტერვალი, ჩვეულებრივ, ნაკლებრისკიანად ითვლება.

სიკვდილიანობის მაჩვენებლის სქესობრივი თავისებურებები (იხ. ცხრილის 6.9.2 ბოლო ხაზი) განსხვავდებოდა ნეონატალურ და პოსტ-ნეონატალურ პერიოდებში, რაც, შესაძლოა განპირობებულია გოგონათა კარგად გამოხატული ბიოლოგიური უპირატესობებით უშუალოდ დაბადების შემდგომ პერიოდში (Ulizzi and Zonta, 2002).

დასასრულს, ბავშვთა სიცოცხლისუნარიანობა საქართველოში გაცილებით გაიზარდა უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში, ძირითადად, ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი შემცირების ხარჯზე. რამდენადაც საქართველოში ნეონატალური სიკვდილიანობა ჩვილთა სიკვდილიანობის ძირითად წილს და 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის 58%-ს შეადგენდა, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება მომავალში დიდად იქნება დამოკიდებული ნეონატალურ პერიოდში ბავშვთა სიცოცხლისუნარიანობის გაზრდაზე. ნეონატალური, განსაკუთრებით, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება დამოკიდებული იქნება დედისა და ბავშვისთვის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე. ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება, რაც დაბადებიდან პირველი შვიდი დღის განმავლობაში ვლინდება და რაზეც ნეონატალური სიკვდილიანობის უდიდესი წილი მოდის, შესაძლებელია სამშობიარო ასფიქსიის, დღენაკლულობის და დედათა ავადობის შემცირებით მშობიარობისა და პოსტნატალურ პერიოდში. გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის პრევენცია, რომელიც ძირითადად ინფექციებითაა გამოწვეული, შესაძლებელია ნეონატალური ინფექციების სწორი მართვით, რაც გამოიხატება გადაუდებელი სამეანო და ნეონატალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებით. ზოგადად, ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების შემცირება შეი-

ძლება ქალების ინფორმირებით ორსულობებს შორის ინტერვალების დაცვის მნიშვნელობაზე, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების უკეთესი ხელმისაწვდომობით და საკვები რაციონის და ძუძუთი კვების გაუმჯობესების გზით.

ცხრილი 6.2.1 პრენატალური მომსახურების მიღების დაწყება ორსულობის ტრიმესტრის მიხედვით და პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, ორსულობები 2005-2010 წლებში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	პირველი პრენატალური ვიზიტის ტრიმესტრი					პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა						სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	არც ერთი	1-ლი	მე-2	მე-2	არ იცის	არც ერთი	1–3	4–6	7–9	10+	არ იცის		
სულ	1.6	89.8	7.5	0.3	0.7	1.6	7.3	54.3	23.9	12.0	0.9	100.0	2,617
საცხოვრებელი ადგილი													
ქალაქი	0.6	93.1	5.8	0.2	0.2	0.6	4.2	52.3	26.2	16.1	0.7	100.0	1,193
სოფელი	2.7	86.4	9.2	0.5	1.2	2.7	10.5	56.4	21.5	7.8	1.1	100.0	1,424
რეგიონი													
კახეთი	7.1	79.6	7.8	1.2	4.3	7.1	6.7	60.8	17.3	5.5	2.7	100.0	224
თბილისი	0.6	93.6	5.4	0.2	0.3	0.6	3.7	50.8	27.1	17.6	0.2	100.0	567
შიდა ქართლი	0.0	91.4	8.6	0.0	0.0	0.0	2.2	62.7	23.8	11.4	0.0	100.0	168
ქვემო ქართლი	4.7	86.4	8.5	0.0	0.4	4.7	14.0	50.8	21.7	7.0	1.9	100.0	234
სამცხე-ჯავახეთი	0.0	89.8	8.1	1.2	0.8	0.0	18.7	63.8	10.6	6.1	0.8	100.0	214
აჭარა	0.5	93.2	5.4	0.0	1.0	0.5	7.8	65.9	17.1	8.3	0.5	100.0	176
გურია	0.0	86.2	13.2	0.0	0.6	0.0	9.4	76.1	8.8	3.8	1.9	100.0	140
სამეგრელო	1.4	91.9	5.7	0.5	0.5	1.4	12.0	50.7	26.8	7.7	1.4	100.0	184
იმერეთი	0.3	90.0	9.5	0.3	0.0	0.3	3.3	45.0	32.2	18.7	0.5	100.0	349
მცხეთა-მთიანეთი	2.6	84.3	12.2	0.9	0.0	2.6	10.0	52.4	26.6	7.9	0.4	100.0	200
რაჭა-სვანეთი	1.5	87.2	10.7	0.5	0.0	1.5	20.4	43.9	26.0	8.2	0.0	100.0	161
ასაკობრივი ჯგუფი (დაბადებისას)													
< 20	3.8	88.3	5.7	0.0	2.2	3.8	6.0	57.5	24.0	8.3	0.4	100.0	313
20–24	1.1	89.2	8.7	0.4	0.6	1.1	7.5	58.8	22.6	9.3	0.7	100.0	956
25–34	1.3	90.9	7.0	0.3	0.5	1.3	7.0	51.1	24.2	15.5	0.9	100.0	1,164
35–44	2.9	88.9	7.2	1.0	0.0	2.9	10.8	45.2	28.3	10.3	2.4	100.0	184
განათლება													
არასრული საშუალო ან ნაკლები	5.8	79.6	11.3	0.2	3.1	5.8	13.9	56.0	18.4	4.9	0.9	100.0	422
სრული საშუალო	2.0	89.2	8.1	0.5	0.2	2.0	9.7	55.4	20.8	11.2	0.9	100.0	738
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	0.3	93.0	6.1	0.3	0.3	0.3	4.3	53.3	26.9	14.4	0.8	100.0	1,457
ქონებრივი კვინტილი													
ქვედაზე დაბალი	5.9	82.5	11.2	0.3	0.1	5.9	15.1	53.2	17.0	8.2	0.6	100.0	428
მეორე	1.4	87.6	8.6	0.7	1.8	1.4	10.9	56.0	23.0	7.5	1.3	100.0	628
საშუალო	1.5	89.4	7.8	0.4	0.9	1.5	6.9	61.2	20.8	8.5	1.1	100.0	587
მეოთხე	1.2	89.9	7.9	0.2	0.7	1.2	3.9	52.4	26.6	14.6	1.2	100.0	413
უმაღლესი	0.0	96.0	4.0	0.1	0.0	0.0	2.6	49.1	29.1	19.0	0.2	100.0	561
მშობიარობის რიგითობა													
პირველი მშობიარობა	0.9	93.3	5.0	0.1	0.7	0.9	4.5	54.0	26.0	14.0	0.7	100.0	1,293
მეორე მშობიარობა	1.5	87.3	9.8	0.7	0.7	1.5	8.9	55.7	22.7	10.5	0.7	100.0	937
მესამე ან მომდევნო	4.6	83.6	10.7	0.2	0.8	4.6	13.3	52.3	19.3	8.5	1.9	100.0	387
ეროვნება													
ქართველი	0.7	91.5	7.1	0.3	0.3	0.7	5.7	54.5	25.3	13.0	0.8	100.0	2,248
აზერბაიჯანელი	6.0	81.7	7.8	0.0	4.5	6.0	15.9	55.6	15.8	4.5	2.2	100.0	145
სომეხი	3.6	80.7	11.5	0.9	3.3	3.6	23.7	53.9	11.1	7.3	0.5	100.0	145
სხვა	12.2	77.1	10.1	0.6	0.0	12.2	9.0	48.9	22.3	7.6	0.0	100.0	79
ჩვილის წონა													
< 2500 გრამი	2.8	87.8	8.2	0.0	1.2	2.8	13.8	40.2	18.0	20.5	4.7	100.0	125
>= 2500 გრამი	1.4	90.1	7.4	0.4	0.7	1.4	7.0	55.2	24.2	11.6	0.7	100.0	2,481

* არ მოიცავს 11 ჩვილს, რომლის წონაც ყოცნობილი

ცხრილი 6.2.2 ორსულები, ვინც მიიღო სპეციფიკური ინფორმაცია პრენატალური ვიზიტების დროს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით; ორსულობა 2005-2010 წწ იმ ქალებს შორის, ვისაც გაეწია პრენატალური მომსახურება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	კვება	მშობიარობა	ძუძუთი კვება	გართულებული ორსულობა	თამბაქოს გავლენა	ალკოჰოლის გავლენა	პოსტნატალური მომსახურ	ოჯახის დაგეგმვა	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	89.4	81.2	78.6	66.0	62.6	59.6	58.6	39.2	2,575
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	92.1	84.7	83.1	70.6	67.9	63.8	63.1	42.1	1,184
სოფელი	86.6	77.6	73.8	61.2	57.1	55.1	53.8	36.1	1,391
რეგიონი									
კახეთი	85.7	80.2	74.7	66.7	64.6	64.1	59.1	44.7	211
თბილისი	91.2	84.3	83.7	68.4	66.1	62.4	60.9	37.3	563
შიდა ქართლი	93.5	74.1	68.6	64.3	57.3	50.8	54.6	20.0	168
ქვემო ქართლი	81.7	79.3	74.8	54.9	56.1	54.1	50.0	33.7	223
სამცხე-ჯავახეთი	78.9	59.3	61.0	42.7	50.8	49.6	42.3	22.4	214
აჭარა	94.6	82.8	78.9	57.4	62.7	57.4	52.0	40.2	175
გურია	87.4	84.9	83.0	71.1	62.9	61.6	62.3	22.6	140
სამეგრელო	93.7	80.1	79.1	67.0	49.0	44.2	55.3	31.6	181
იმერეთი	90.5	86.4	83.6	80.0	72.6	71.3	71.8	60.0	348
მცხეთა-მთიანეთი	89.2	83.0	78.0	68.6	63.7	60.5	57.0	42.2	194
რაჭა-სვანეთი	88.1	83.4	78.2	72.0	55.4	55.4	64.8	43.0	158
განათლება									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	82.5	73.5	69.0	60.3	50.8	50.0	50.6	30.9	400
სრული საშუალო	89.3	80.6	80.6	62.8	62.8	59.9	57.6	36.2	724
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	91.4	83.5	80.2	69.0	65.7	62.0	61.2	42.8	1,451
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	83.6	72.2	72.5	58.4	53.2	52.4	49.3	28.1	410
მეორე	86.3	78.4	72.2	62.6	58.8	54.3	53.9	39.4	619
საშუალო	90.0	81.7	77.7	65.6	60.3	58.9	59.4	39.0	579
მეოთხე	92.7	86.4	84.9	69.6	70.7	66.7	60.8	41.9	406
უმაღლესი	92.5	84.3	83.6	70.7	67.2	63.6	65.1	43.0	561
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი მშობიარობა	89.8	81.3	79.8	67.1	64.6	60.9	58.6	39.2	1,285
მეორე მშობიარობა	90.5	82.5	78.4	66.0	61.9	59.3	59.4	38.5	924
მესამე ან მომდევნო	85.7	77.5	74.6	61.9	57.1	55.4	56.4	40.5	366
პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა*									
1–3	81.6	68.0	67.6	56.7	53.7	49.9	52.1	26.3	223
4–6	87.7	79.2	76.2	63.5	58.5	54.6	55.1	36.1	1,445
7–9	93.2	86.0	83.2	70.6	68.7	67.7	63.8	45.2	604
10+	95.0	89.5	87.4	75.1	75.1	72.0	68.6	49.3	279
პრენატალური მომსახურების მირების ადგილი†									
პირველადი მომსახურების ცენტრი/ოჯახის სამედიცინო ცენტრი	91.2	81.2	73.1	58.0	56.0	57.1	56.1	43.0	172
ქალთა კონსულტაცია	90.9	82.8	79.5	68.7	67.2	62.4	60.3	38.9	1,206
რაიონული სამშობიარო	83.4	76.4	74.9	56.0	51.8	50.5	52.2	35.5	471
ქალაქის სამშობიარო სახლი/საავადმყოფო	90.5	81.4	80.7	69.6	62.9	61.0	60.2	41.3	715

* არ შედის 24 ორსული, რომელთა პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა უცნობია .

† არ შედის 11 ორსული, ვინც პრენატალური მომსახურება სხვაგან მიიღო.

ცხრილი 6.2.3 პრენატალური ვიზიტების დროს გაკეთებული გამოკვლევები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, ორსულობა 2005-2010 წლებში ქალებს შორის, ვისაც გაეწია პრენატალური მომსახურება
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სისხლის საერთო ანალიზი	შარდის ანალიზი	წონის გაზომვა	სიმაღლის გაზომვა	არტერიული წნევის გაზომვა	აივ ტესტირება	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	99.2	99.3	99.0	98.1	96.2	65.1	2,575
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	99.3	99.2	99.2	98.6	96.5	74.5	1,184
სოფელი	99.2	99.3	98.8	97.7	95.8	55.4	1,391
რეგიონი							
კახეთი	97.5	98.3	98.7	96.6	96.2	58.6	211
თბილისი	99.4	99.4	99.2	98.5	97.5	78.9	563
შიდა ქართლი	100.0	100.0	100.0	98.4	94.1	74.6	168
ქვემო ქართლი	99.6	99.2	99.2	97.6	97.6	54.9	223
სამცხე-ჯავახეთი	98.8	98.8	95.5	96.3	92.3	43.9	214
აჭარა	99.5	99.5	99.5	97.1	92.2	46.6	175
გურია	99.4	99.4	98.7	99.4	93.7	56.0	140
სამეგრელო	99.5	99.5	99.5	99.5	97.1	68.9	181
იმერეთი	99.2	99.2	98.7	99.0	97.4	70.0	348
მცხეთა-მთიანეთი	100.0	100.0	99.1	99.1	96.4	53.4	194
რაჭა-სვანეთი	97.4	97.9	97.4	95.3	95.9	49.2	158
ასაკობრივი ჯგუფი							
< 25	98.8	99.0	98.8	97.7	95.7	61.4	1,251
25–34	99.6	99.5	99.2	98.5	96.3	69.0	1,145
35–44	99.9	99.9	98.3	99.0	98.0	66.4	179
განათლება							
არასრული საშუალო ან ნაკლები	98.2	98.7	98.5	95.5	94.7	46.6	400
სრული საშუალო	99.6	99.6	99.2	99.0	96.5	60.0	724
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	99.4	99.3	99.0	98.4	96.4	72.5	1,451
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	98.4	98.4	98.4	97.2	95.6	54.0	410
მეორე	99.0	99.4	99.3	97.5	95.2	56.2	619
საშუალო	99.4	99.4	98.4	98.2	95.9	60.1	579
მეოთხე	99.5	99.5	99.1	97.9	98.2	67.5	406
უმაღლესი	99.5	99.4	99.4	99.2	96.1	80.7	561
მშობიარობის რიგითობა							
პირველი მშობიარობა	99.1	99.2	98.9	98.4	95.7	65.8	1,285
მეორე მშობიარობა	99.4	99.3	99.3	98.6	96.6	65.2	924
მესამე ან მომდევნო	99.5	99.5	98.3	96.1	96.7	62.3	366
პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა*							
1–3	98.4	97.8	97.2	96.0	95.5	47.2	223
4–6	99.0	99.1	98.7	97.7	95.3	63.3	1,445
7–9	99.8	99.8	99.8	99.4	97.4	68.1	604
10+	99.7	99.7	99.3	98.9	97.9	79.6	279
პრენატალური მომსახურების მირების							
პირველადი მომსახურების ცენტრი/ოჯახის სამედიცინო ცენტრი	96.5	97.1	97.1	94.7	91.4	49.3	172
ქალთა კონსულტაცია	99.5	99.5	99.0	98.7	95.5	68.6	1,206
რაიონული სამშობიარო	99.6	99.6	99.1	96.7	97.3	50.6	471
ქალაქის სამშობიარო სახლი/საავადმყოფო	99.3	99.3	99.3	98.8	97.7	71.7	715

* არ შედის 24 ორსული, რომელთა პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა უცნობია .

† არ შედის 11 ორსული, ვინც პრენატალური მომსახურება სხვაგან მიიღო.

ცხრილი 6.2.4 ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარება ორსულობის დროს და პირველი ასეთი გამოკვლევის ჩატარების დრო, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ორსულობა 2005-2010 წლებში ქალებს შორის, ვისაც გაეწია პრენატალური მომსახურება
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩაუტარდა ულტრაბგერითი		პირველი ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარების დრო (კვირებში)					სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	არც ერთი შემთხვევა	13	14–19	20–26	27+	არ ახსოვს		
სულ	97.4	2,575	77.2	11.4	8.3	2.2	0.9	100.0	2,489
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	98.9	1,184	84.4	9.1	5.3	1.1	0.1	100.0	1,167
სოფელი	95.7	1,391	69.5	13.8	11.4	3.4	1.8	100.0	1,322
რეგიონი									
კახეთი	92.0	211	77.1	7.3	12.4	1.4	1.8	100.0	194
თბილისი	99.2	563	88.5	8.5	2.5	0.5	0.0	100.0	558
შიდა ქართლი	99.5	168	73.4	15.2	10.9	0.5	0.0	100.0	167
ქვემო ქართლი	96.7	223	73.9	8.4	12.6	4.2	0.8	100.0	215
სამცხე-ჯავახეთი	96.3	214	67.9	17.3	11.4	3.0	0.4	100.0	206
აჭარა	98.5	175	63.2	16.4	10.4	4.0	6.0	100.0	172
გურია	98.1	140	63.5	22.4	10.9	3.2	0.0	100.0	137
სამეგრელო	97.6	181	84.6	7.5	6.5	1.5	0.0	100.0	176
იმერეთი	96.9	348	73.8	13.8	8.5	3.7	0.3	100.0	337
მცხეთა-მთიანეთი	96.4	194	74.0	11.2	12.6	2.3	0.0	100.0	188
რაჭა-სვანეთი	87.6	158	63.9	12.4	20.7	3.0	0.0	100.0	139
ასაკობრივი ჯგუფი									
< 25	96.8	1,251	74.7	12.3	9.2	2.4	1.4	100.0	1,205
25–34	98.2	1,145	80.2	10.3	7.3	1.7	0.4	100.0	1,115
35–44	95.6	179	76.2	11.9	7.4	3.8	0.6	100.0	169
განათლება									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	92.5	400	68.7	9.7	13.5	2.6	5.5	100.0	367
სრული საშუალო	97.7	724	69.5	15.1	11.9	3.3	0.2	100.0	702
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	98.5	1,451	83.0	10.1	5.2	1.6	0.1	100.0	1,420
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	95.6	410	68.0	14.3	14.2	3.5	0.0	100.0	386
მეორე	96.1	619	71.1	11.6	11.0	4.4	2.0	100.0	591
საშუალო	96.6	579	73.8	13.9	7.7	2.2	2.3	100.0	557
მეოთხე	98.8	406	76.8	13.4	8.2	1.5	0.0	100.0	400
უმაღლესი	99.0	561	89.6	6.5	3.6	0.2	0.0	100.0	555
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი მშობიარობა	97.6	1,285	81.8	9.4	6.5	1.8	0.5	100.0	1,246
მეორე მშობიარობა	97.1	924	73.6	13.9	9.0	2.6	1.0	100.0	891
მესამე ან მომდევნო	97.0	366	69.6	12.3	12.9	2.7	2.4	100.0	352
პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა*									
1–3	92.2	223	47.6	24.0	18.2	9.6	0.6	100.0	200
4–6	97.6	1,445	75.9	11.8	9.5	1.5	1.2	100.0	1,410
7–9	98.2	604	82.5	9.0	5.9	2.0	0.6	100.0	586
10+	99.3	279	89.5	6.9	2.0	1.6	0.0	100.0	276
პრენატალური მომსახურების მირების ადგილი†									
პირველადი მომსახურების ცენტრი/ოჯახის სამედიცინო ცენტრი	92.0	172	77.5	11.5	7.3	2.4	1.2	100.0	159
ქალთა კონსულტაცია	98.0	1,206	77.2	11.4	8.6	1.4	1.4	100.0	1,171
რაიონული სამშობიარო	96.8	471	69.2	11.2	13.8	5.0	0.7	100.0	452
ქალაქის სამშობიარო სახლი/საავადმყოფო	97.8	715	81.9	11.7	4.4	1.8	0.2	100.0	696

* რ შედის 17 ორსული, რომელთა პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა უცნობია.
† არ შედის 11 ორსული, ვინც პრენატალური მომსახურება სხვაგან მიიღო.

ცხრილი 6.3.1 მშობიარობის ადგილი 2005-2010 წლებში მშობიარობებს შორის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მშობიარობის ადგილი				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	ქალაქის სამშობიარო	რეგიონული სამშობიარო	სხვა	სახლი		
სულ	54.7	43.6	0.5	1.2	100.0	2,617
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	56.8	42.6	0.6	0.0	100.0	1,193
სოფელი	52.6	44.6	0.5	2.4	100.0	1,424
რეგიონი						
კახეთი	47.1	44.7	0.8	7.5	100.0	224
თბილისი	55.9	44.0	0.2	0.0	100.0	567
შიდა ქართლი	74.0	25.9	0.0	0.0	100.0	168
ქვემო ქართლი	37.6	60.9	0.8	0.8	100.0	234
სამცხე-ჯავახეთი	30.1	69.9	0.0	0.0	100.0	214
აჭარა	45.3	52.2	0.0	2.4	100.0	176
გურია	53.5	46.5	0.0	0.0	100.0	140
სამეგრელო	78.5	18.7	1.4	1.4	100.0	184
იმერეთი	62.4	36.3	1.3	0.0	100.0	349
მცხეთა-მთიანეთი	51.9	47.6	0.0	0.4	100.0	200
რაჭა-სვანეთი	68.9	28.1	2.0	1.0	100.0	161
ასაკობრივი ჯგუფი						
< 20	50.7	45.8	0.3	3.2	100.0	313
20–24	57.1	41.4	0.7	0.8	100.0	956
25–34	55.2	43.6	0.3	0.9	100.0	1,164
35–44	46.4	50.6	1.7	1.1	100.0	184
განათლება						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	41.8	51.4	1.2	5.6	100.0	422
სრული საშუალო	54.4	44.3	0.5	0.8	100.0	738
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	58.6	41.0	0.4	0.1	100.0	1,457
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	49.9	45.8	0.3	4.1	100.0	428
მეორე	54.7	41.7	1.2	2.4	100.0	628
საშუალო	53.1	46.1	0.5	0.3	100.0	587
მეოთხე	57.4	42.4	0.3	0.0	100.0	413
უმაღლესი	56.9	42.7	0.3	0.0	100.0	561
ეროვნება						
ქართველი	59.1	39.8	0.5	0.5	100.0	2,248
აზერბაიჯანელი	24.0	70.1	1.3	4.6	100.0	145
სომეხი	20.1	78.3	0.0	1.6	100.0	145
სხვა	51.8	39.2	0.0	9.1	100.0	79
მშობიარობის რიგითობა						
პირველი მშობიარობა	57.6	41.5	0.5	0.4	100.0	1,293
მეორე მშობიარობა	54.1	44.0	0.6	1.4	100.0	937
მესამე ან მომდევნო	46.1	50.0	0.6	3.3	100.0	387
ჩვილის წონა დაბადებისას*						
< 2500 გრამი	55.1	43.0	0.0	1.9	100.0	125
>= 2500 გრამი	54.8	43.7	0.6	0.9	100.0	2,481

* არ მოიცავს 11 ჩვილს, რომლის წონას დაბადებისას არ იყო ცნობილი.

ცხრილი 6.3.2 დროის ინტერვალი საავადმყოფოში მისვლიდან მშობიარობამდე და სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული ღამეების რაოდენობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	საშუალო დრო (საათებში)		ღამეების რაოდენობა, გატარებული სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობიდან გაწერამდე				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა*	4	5	6–7	8+		
სულ	3.8	2,077	56.3	25.1	14.7	4.0	100.0	2,589
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	3.9	946	55.9	26.9	13.8	3.4	100.0	1,193
სოფელი	3.8	1,131	56.6	23.3	15.5	4.5	100.0	1,396
რეგიონი								
კახეთი	4.0	159	65.3	17.4	14.0	3.4	100.0	209
თბილისი	4.0	469	60.3	26.0	10.7	2.9	100.0	567
შიდა ქართლი	3.3	141	57.8	28.1	12.4	1.6	100.0	168
ქვემო ქართლი	4.0	189	64.8	21.9	10.9	2.3	100.0	232
სამცხე-ჯავახეთი	3.4	194	67.9	23.2	7.3	1.6	100.0	214
აჭარა	3.1	136	40.5	24.5	26.5	8.5	100.0	171
გურია	4.1	109	47.2	23.9	24.5	4.4	100.0	140
სამეგრელო	3.8	133	51.9	28.6	15.5	3.9	100.0	181
იმერეთი	4.5	250	48.1	28.6	17.4	5.9	100.0	349
მცხეთა-მთიანეთი	3.0	169	57.9	20.2	17.5	4.4	100.0	199
რაჭა-სვანეთი	3.6	128	43.3	34.0	17.5	5.2	100.0	159
ასაკობრივი ჯგუფი								
< 20	4.5	254	59.9	27.0	11.4	1.6	100.0	307
20–24	3.9	797	57.9	26.2	13.6	2.3	100.0	948
25–34	3.8	902	54.1	25.4	15.1	5.4	100.0	1,152
35–44	2.7	124	55.0	14.5	22.5	8.0	100.0	182
განათლება								
არასრული საშუალო ან ნაკლები	3.6	326	63.3	23.5	10.4	2.8	100.0	401
სრული საშუალო	3.9	599	56.5	25.0	14.2	4.3	100.0	733
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	3.9	1,152	54.2	25.6	16.0	4.2	100.0	1,455
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	3.8	340	55.1	22.4	18.5	4.0	100.0	416
მეორე	3.7	489	56.2	23.5	16.0	4.3	100.0	614
საშუალო	3.7	472	58.8	24.6	13.0	3.6	100.0	585
მეოთხე	4.2	329	54.6	25.4	15.3	4.7	100.0	413
უმაღლესი	3.9	447	55.9	28.2	12.5	3.4	100.0	561
მშობიარობის რიგითობა								
პირველი მშობიარობა	4.5	1,028	54.1	26.3	16.1	3.5	100.0	1,289
მეორე მშობიარობა	3.2	745	59.0	24.4	12.5	4.1	100.0	927
მესამე ან მომდევნო	3.1	304	57.3	22.6	14.8	5.4	100.0	373
ჩვილის წონა დაბადებისას*								
< 2500 გრამი	3.5	79	38.4	16.1	23.5	21.9	100.0	123
>= 2500 გრამი	3.9	1,994	57.1	25.6	14.2	3.1	100.0	2,461
უცნობია	†	4	†	†	†	†	100.0	5
მშობიარობის ტიპი								
ვაგინალური	3.8	1,911	65.8	24.7	7.9	1.6	100.0	2,001
საკეისრო კვეთით	4.8	166	25.9	26.3	36.3	11.5	100.0	588
გართულებული ორსულობა								
დიახ	4.2	278	39.5	31.7	20.6	8.2	100.0	379
არა	3.8	1,796	59.3	23.9	13.6	3.2	100.0	2,207
არ ახსოვს	†	3	†	†	†	†	100.0	3

* არ მოიცავს 406 ქალს, რომელსაც ჩაუტარდა საკეისრო კვეთა მშობიარობის დაწყებამდე და 106 ქალს, რომლის მშობიარობის ხანგრძლივობა უცნობია.

† 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.

ცხრილი 6.3.3 საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობათა პროცენტული მაჩვენებელი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, მშობიარობები სამედიცინო დაწესებულებებში 2005-2010 წლები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	საკეისრო კვეთით მშობიარობა %	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	23.9	2,589
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	26.0	1,193
სოფელი	21.7	1,396
რეგიონი		
კახეთი	19.5	209
თბილისი	22.8	567
შიდა ქართლი	19.5	168
ქვემო ქართლი	16.4	232
სამცხე-ჯავახეთი	8.9	214
აჭარა	28.5	171
გურია	23.3	140
სამეგრელო	33.0	181
იმერეთი	32.5	349
მცხეთა-მთიანეთი	21.5	199
რაჭა-სვანეთი	25.3	159
ასაკობრივი ჯგუფი		
< 20	15.5	307
20–24	19.3	948
25–34	27.2	1,152
35–44	40.4	182
განათლება		
არასრული საშუალო ან ნაკლები	16.4	401
სრული საშუალო	20.5	733
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	27.5	1,455
ქონებრივი კვინტილი		
ყველაზე დაბალი	20.0	416
მეორე	22.5	614
საშუალო	22.6	585
მეოთხე	26.9	413
უმაღლესი	26.1	561
მშობიარობის რიგითობა		
პირველი მშობიარობა	25.7	1,289
მეორე მშობიარობა	23.9	927
მესამე ან მომდევნო	17.2	373
გართულებული ორსულობა		
დიახ	35.7	379
არა	21.7	2,207
არ ახსოვს	*	3
ჩვილის წონა დაბადებისას*		
< 2500 გრამი	37.5	123
>= 2500 გრამი	23.2	2,461
უცნობია	*	5
ხანგრძლივი მშობიარობა†		
არა	8.0	2,045
დიახ	41.1	32
არ ახსოვს	19.4	106

* 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.
† არ შედის 406 საკეისრო კვეთა , რომელიც მშობიარობის დაწყებამდე გაკეთდა.

ცხრილი 6.3.4 მშობიარობის პროცედურის ღირებულება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, მშობიარობები 2005-2010 წლები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მშობიარობის ღირებულება									სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	საშუალო ფასი	უფასო	< 200	200–299	300–399	400–499	500–599	600 +	არ ახსოვს		
სულ	452.7	11.8	10.0	10.8	11.4	15.0	11.8	28.0	1.2	100.0	2,583
საცხოვრებელი ადგილი											
თბილისი	589.9	8.9	5.4	6.7	6.4	11.5	16.2	43.6	1.2	100.0	567
სხვა ქალაქი	454.8	9.5	8.9	11.0	13.8	16.4	10.8	28.2	1.4	100.0	621
სოფელი	377.6	14.6	13.1	12.9	12.8	16.2	9.8	19.3	1.2	100.0	1,395
დედის ასაკი											
15–24	442.0	10.7	10.8	11.9	12.1	15.5	12.5	25.8	0.7	100.0	1,253
25–34	456.6	12.3	9.6	10.3	10.6	14.8	11.4	29.1	1.9	100.0	1,149
35–44	501.4	16.3	8.0	6.9	10.9	12.8	8.6	35.5	1.0	100.0	181
ცოცხლადშობადობის რიგითობა											
პირველი მშობიარობა	481.6	10.3	8.8	10.3	10.7	16.1	12.1	30.7	1.0	100.0	1,286
მეორე მშობიარობა	439.2	12.0	11.1	10.5	11.7	15.6	11.5	26.3	1.2	100.0	924
მესამე ან მომდევნო	375.4	15.2	13.4	11.5	12.7	11.9	11.9	21.0	2.4	100.0	282
მესოთხე ან მომდევნო	399.0	21.6	7.8	18.0	14.1	4.0	8.3	24.7	1.4	100.0	91
განათლება											
არასრული საშუალო ან ნაკლები	341.3	15.0	14.6	13.5	16.3	12.3	10.4	15.3	2.7	100.0	400
სრული საშუალო	405.8	9.9	12.8	12.3	13.9	17.8	12.1	20.7	0.6	100.0	732
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	505.1	11.9	7.5	9.4	8.8	14.4	12.0	34.9	1.2	100.0	1,451
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	312.7	17.9	14.4	14.2	13.7	15.0	10.5	12.5	1.7	100.0	416
მეორე	365.2	12.9	12.9	13.3	14.4	15.8	10.4	19.1	1.3	100.0	611
საშუალო	431.0	12.3	13.4	11.8	13.0	16.1	9.4	23.0	1.0	100.0	584
მეოთხე	498.8	9.9	7.0	10.6	9.5	16.1	12.7	33.0	1.3	100.0	412
უმაღლესი	585.8	8.7	4.6	6.3	7.5	12.7	14.9	44.2	1.2	100.0	560
ეროვნება											
ქართველი	460.7	11.7	10.1	10.0	10.5	15.7	12.1	28.8	1.0	100.0	2,230
აზერბაიჯანელი	377.4	12.8	10.2	17.3	16.2	9.4	11.5	18.6	4.1	100.0	136
სომეხი	356.6	10.8	11.1	19.8	20.5	10.9	7.0	18.6	1.2	100.0	143
სხვა	522.4	13.2	6.3	5.8	11.3	13.6	10.6	38.0	1.3	100.0	74
მშობიარობის ადგილი											
რეგიონული სამშობიარო	413.5	13.7	10.2	11.1	12.9	14.4	13.4	22.8	1.5	100.0	1,156
ქალაქის საავადმყოფო	484.5	9.7	10.0	10.7	10.0	16.1	10.5	32.1	1.0	100.0	1,345
რეფერალური	454.5	19.0	10.2	8.6	10.7	7.3	10.5	31.1	2.6	100.0	73
სხვა სამედიცინო	†	†	†	†	†	†	†	†	†	100.0	9
მშობიარობის ტიპი											
ვაგინალური	385.2	12.5	12.7	12.8	13.0	15.6	12.3	19.5	1.5	100.0	2,000
საკეისრო კვეთით	667.2	9.6	1.5	4.4	6.1	13.0	9.9	55.1	0.3	100.0	583

* არ შედის 6 ქალი, რომლებსაც არ ახსოვთ, გადაიხადეს თუ არა მშობიარობის საფასური.

† 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.

ცხრილი 6.4.1 მშობიარობის შემდგომი მომსახურებით სარგებლობა და მშობიარობის შემდგომ ვიზიტებზე მიღებული ინფორმაცია შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, მშობიარობები 2005-2010
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მშობიარობის შემდგომი მომსახურება		მშობიარობის შემდგომ ვიზიტებზე მიღებული ინფორმაცია						
	%	შემთხვევების რაოდენობა	ძუძუთი კვება %	მკერდის მოვლა %	ბავშვის მოვლა %	იმუნიზაცია %	კვება %	ოჯახის დაგეგმვა %	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	23.0	2,617	78.6	74.9	77.9	75.6	73.2	43.0	611
საცხოვრებელი ადგილი									
თბილისი	27.6	567	85.0	81.7	84.4	85.6	82.8	46.1	160
სხვა ქალაქი	28.6	626	77.4	74.6	75.5	72.7	72.5	47.7	172
სოფელი	17.9	1,424	74.4	69.6	74.4	69.6	66.1	37.0	279
ასაკობრივი კატეგორია (მშობიარობისას)									
< 20	20.1	313	81.1	75.6	80.4	81.4	74.8	39.1	65
20–24	21.8	956	77.9	72.9	73.7	71.0	71.2	39.2	212
25–34	24.9	1,164	75.8	73.3	78.0	75.2	72.1	43.9	290
35–44	23.1	184	96.2	93.2	93.3	90.9	87.8	61.7	44
განათლება									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	16.6	422	77.7	68.9	74.3	74.5	72.9	32.2	76
სრული საშუალო	18.0	738	78.1	72.3	79.2	71.2	67.5	33.7	134
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	27.3	1,457	78.9	76.7	78.1	77.1	75.1	47.9	401
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	12.3	428	73.7	67.0	73.7	67.9	65.3	36.2	69
მეორე	16.3	628	81.7	77.5	81.4	77.2	72.8	35.9	110
საშუალო	23.3	587	76.7	70.8	74.0	67.5	65.3	41.8	143
მეოთხე	30.7	413	74.6	70.2	73.5	72.3	71.9	41.4	118
უმაღლესი	29.4	561	82.3	81.3	82.7	84.0	81.4	49.9	171
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი მშობიარობა	25.4	1,293	74.2	69.8	72.5	73.1	70.3	38.6	335
მეორე მშობიარობა	22.1	937	83.8	80.3	83.3	76.3	75.9	46.0	206
მესამე ან მომდევნო	17.3	387	85.1	84.3	88.6	85.8	79.9	56.8	70
გართულებული ორსულობა*									
დიახ	27.6	380	71.6	71.9	68.9	68.6	62.3	36.3	112
არა	22.2	2,234	80.2	75.5	79.9	77.1	75.7	44.5	498
მშობიარობის შემდგომი გართულებები									
ნებისმიერი სახის	43.6	296	64.1	64.6	65.5	62.3	56.4	26.3	132
გართულების გარეშე	20.5	2,321	82.5	77.6	81.2	79.1	77.7	47.5	479

* არ შედის 3 შემთხვევა, რომელზეც არ არის ინფორმაცია ორსულობის გართულების შესახებ.

ცხრილი 6.4.2 დროის ინტერვალი მშობიარობისა და პირველ პოსტნატალურ ვიზიტს შორის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით — დედები, ვისაც გაეწია პოსტნატალური მომსახურება ცოცხლადშობით დასრულებული ორსულობის შემდეგ 2005-2010 წლებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დროის ინტერვალი მშობიარობასა და პირველ პოსტნატალურ ვიზიტს შორის (კვირებში)				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	< 1	1–2	> 2	არ ახსოვს		
სულ	30.8	42.0	26.6	0.6	100.0	611
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	27.8	39.4	32.2	0.6	100.0	160
სხვა ქალაქი	29.2	44.9	25.3	0.5	100.0	172
სოფელი	34.4	41.9	23.1	0.6	100.0	279
ასაკობრივი კატეგორია (მშობიარობისას)						
< 20	31.8	37.7	30.6	0.0	100.0	65
20–24	33.8	37.4	28.4	0.5	100.0	212
25–34	28.1	44.6	26.4	0.8	100.0	290
35–44	31.5	54.3	14.1	0.0	100.0	44
განათლება						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	53.5	33.2	13.3	0.0	100.0	76
სრული საშუალო	24.8	45.3	28.8	1.0	100.0	134
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	28.7	42.5	28.3	0.5	100.0	401
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	35.5	44.4	15.0	5.1	100.0	69
მეორე	39.7	38.1	22.1	0.0	100.0	110
საშუალო	32.9	40.7	26.4	0.0	100.0	143
მეოთხე	26.6	46.2	27.1	0.0	100.0	118
უმაღლესი	26.9	41.4	31.2	0.5	100.0	171
მშობიარობის ადგილი						
რეგიონის სამშობიარო სახლი	35.1	45.8	18.7	0.5	100.0	287
ქალაქის სამშობიარო სახლი	26.1	39.4	34.2	0.3	100.0	314
სხვა სამედიცინო დაწესებულება	*	*	*	*	100.0	3
სახლში	*	*	*	*	100.0	7
მშობიარობის რიგითობა						
პირველი მშობიარობა	29.1	41.5	29.0	0.4	100.0	335
მეორე მშობიარობა	29.1	45.8	24.1	1.0	100.0	206
მესამე ან მომდევნო	44.3	33.2	22.5	0.0	100.0	70

* 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში

ცხრილი 6.4.3 ჩვილთა პროფილაქტიკური გასინჯვების მომსახურებით სარგებლობა და დროის ინტერვალი მშობიარობასა და ჩვილის პირველ გასინჯვას შორის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით — საავადმყოფოში ცოცხლადშობით დასრულებული მშობიარობები, 2005-2010 წლები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩვილთა პროფილაქტიკური შემოწმება		დროის ინტერვალი მშობიარობასა და ჩვილის პირველ გასინჯვას შორის (კვირებში)				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა*	< 1	1–2	> 2	არ ახსოვს		
სულ	84.1	2,624	21.7	53.4	23.7	1.2	100.0	2,369
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	89.5	1,199	26.0	56.2	17.3	0.5	100.0	1,131
სოფელი	78.7	1,425	16.8	50.2	30.9	2.1	100.0	1,238
რეგიონი								
კახეთი	79.6	223	19.8	53.7	24.2	2.2	100.0	200
თბილისი	91.9	572	28.6	56.7	14.0	0.8	100.0	553
შიდა ქართლი	87.0	168	7.0	46.5	44.2	2.3	100.0	157
ქვემო ქართლი	74.7	233	19.3	55.0	24.3	1.4	100.0	196
სამცხე-ჯავახეთი	72.6	215	7.6	41.1	49.7	1.5	100.0	173
აჭარა	81.7	179	28.8	59.9	11.3	0.0	100.0	150
გურია	86.2	141	11.4	60.4	27.5	0.7	100.0	132
სამეგრელო	82.5	186	20.9	42.9	32.5	3.7	100.0	167
იმერეთი	85.7	349	19.5	56.3	23.4	0.8	100.0	325
მცხეთა-მთიანეთი	83.5	197	26.5	41.7	31.8	0.0	100.0	185
რაჭა-სვანეთი	72.4	161	15.5	36.6	47.8	0.0	100.0	131
ასაკობრივი ჯგუფი								
< 24	84.3	1,266	20.0	53.5	24.7	1.8	100.0	1,143
25–34	84.7	1,170	24.0	52.9	22.3	0.8	100.0	1,062
35–44	79.6	188	19.0	55.2	25.8	0.0	100.0	164
განათლება								
არასრული საშუალო ან ნაკლები	78.8	420	21.8	46.6	29.1	2.6	100.0	354
სრული საშუალო	79.3	743	16.4	53.7	27.4	2.5	100.0	639
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	88.0	1,461	24.0	55.0	20.7	0.3	100.0	1,376
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	75.4	430	16.7	46.4	35.1	1.8	100.0	353
მეორე	79.9	627	17.2	51.5	28.2	3.1	100.0	549
საშუალო	82.1	588	17.4	51.9	30.1	0.6	100.0	532
მეოთხე	86.6	414	27.0	53.2	18.8	1.0	100.0	383
უმაღლესი	92.4	565	27.3	59.2	13.3	0.2	100.0	552
მშობიარობის ადგილი								
რეგიონული სამშობიარო	82.2	1,160	20.5	56.5	21.7	1.4	100.0	1,018
ქალაქის საავადმყოფო	87.4	1,346	22.8	51.1	25.0	1.0	100.0	1,255
რეფერალური ჰოსპიტალი	65.5	76	20.5	51.2	28.3	0.0	100.0	63
სხვა სამედიცინო	†	9	†	†	†	†	100.0	9
სახლში	53.9	27	14.9	49.8	21.1	14.3	100.0	18
სხვა	†	6	†	†	†	†	100.0	6
მშობიარობის რიგითობა								
პირველი მშობიარობა	85.9	1,305	21.4	54.1	23.2	1.4	100.0	1,207
მეორე მშობიარობა	84.3	943	21.6	54.8	22.5	1.0	100.0	846
მესამე ან მომდევნო	77.3	376	23.0	46.7	29.1	1.2	100.0	316

* მოიცავს 29 ტყუპს.
† ამ კატეგორიაში არის 25 შემთხვევაზე ნაკლები

ცხრილი 6.4.4 დაბადების მოწმობების მქონე ჩვილთა პროცენტული მაჩვენებელი და დროის ინტერვალი მშობიარობასა და სერტიფიკატის გაცემას შორის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით — ცოცხლადშობილ ჩვილები 2005-2010 წლები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რეგისტრირებული ბავშვი		დროის ინტერვალი მშობიარობასა და დაბადების მოწმობის გაცემას შორის (კვირებში)					სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა*	< 1	1–2	3–4	> 4	არ ახსოვს		
სულ	97.3	2,624	81.2	14.0	2.4	1.1	1.4	100.0	2,558
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	98.1	1,199	84.0	12.5	1.8	0.7	1.0	100.0	1,176
სოფელი	96.5	1,425	78.2	15.4	3.0	1.4	1.9	100.0	1,382
რეგიონი									
კახეთი	92.5	223	72.0	18.6	3.0	1.3	5.1	100.0	210
თბილისი	98.2	572	83.9	13.2	1.9	0.6	0.5	100.0	562
შიდა ქართლი	98.4	168	76.4	19.2	4.4	0.0	0.0	100.0	165
ქვემო ქართლი	95.7	233	82.9	10.6	4.1	1.6	0.8	100.0	223
სამცხე-ჯავახეთი	98.8	215	88.6	2.9	2.0	2.4	4.1	100.0	212
აჭარა	98.1	179	78.4	19.6	1.5	0.0	0.5	100.0	175
გურია	94.4	141	82.1	11.3	0.7	4.6	1.3	100.0	137
სამეგრელო	97.6	186	75.4	19.3	1.9	1.9	1.4	100.0	181
იმერეთი	98.5	349	85.0	10.4	2.1	0.8	1.8	100.0	344
მცხეთა-მთიანეთი	97.3	197	78.4	16.5	2.8	1.4	0.9	100.0	193
რაჭა-სვანეთი	96.9	161	82.1	10.5	3.7	3.7	0.0	100.0	156
ასაკობრივი ჯგუფი (დაბადებისას)									
< 24	97.4	1,266	80.0	14.6	2.5	1.5	1.4	100.0	1,240
25–34	97.3	1,170	84.0	12.2	2.2	0.6	1.1	100.0	1,137
35–44	96.3	188	72.3	20.2	3.2	0.6	3.7	100.0	181
განათლება									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	92.2	420	77.8	15.2	2.8	2.0	2.1	100.0	394
სრული საშუალო	97.5	743	81.9	12.5	2.3	1.1	2.2	100.0	724
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	98.7	1,461	81.7	14.3	2.3	0.8	0.9	100.0	1,440
ქონებრივი კვინტილი									
ქვედაზე დაბალი	93.8	430	77.9	16.0	3.4	1.8	1.0	100.0	412
მეორე	97.4	627	76.5	17.9	2.0	1.0	2.6	100.0	612
საშუალო	98.1	588	80.1	12.7	2.8	2.1	2.4	100.0	574
მეოთხე	96.4	414	81.4	15.4	2.5	0.3	0.5	100.0	401
უმაღლესი	99.0	565	87.4	9.8	1.8	0.5	0.5	100.0	559
მშობიარობის ადგილი									
რეგიონული	97.6	1,160	82.0	13.2	2.0	1.2	1.7	100.0	1,131
ქალაქის საავადმყოფო	97.7	1,346	82.5	13.6	2.5	0.9	0.6	100.0	1,317
რეფერალური	96.2	76	65.5	28.0	1.5	0.0	5.0	100.0	74
სხვა სამედიცინო	†	9	†	†	†	†	†	100.0	9
სახლში	67.3	27	14.2	20.7	25.3	10.0	29.8	100.0	21
სხვა	†	6	†	†	†	†	†	100.0	6
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი მშობიარობა	97.2	1,305	80.3	14.9	2.6	1.2	1.0	100.0	1,274
მეორე მშობიარობა	97.8	943	82.5	13.3	2.4	0.6	1.2	100.0	923
მესამე ან მომდევნო	96.3	376	80.9	12.4	1.7	1.6	3.4	100.0	361

* მოიცავს 29 ტყუპს.

† 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.

ცხრილი 6.6.1 სისხლის არტერიული წნევის რეგულარული გაზომვა ორსულობის დროს, მაღალი წნევის მქონე ორსულების რაოდენობა და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით; მშობიარობები 2005-2010 წწ. ქალებს შორის, ვისაც უსარგებლია პრენატალური მომსახურებით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სისხლის არტერიული წნევა		ჰქონდა მაღალი წნევა		მაღალი წნევის შედეგად ჰოსპიტალიზებული ორსულები (ექსკლუზიურად)	მაღალი წნევის შედეგად ჰოსპიტალიზებული ორსულები (არა ექსკლუზიურად)	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა	%	შემთხვევების რაოდენობა	%	%	
სულ	96.2	2,575	9.7	2,468	0.3	1.0	2,575
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	96.5	1,184	9.7	1,140	0.3	0.7	1,184
სოფელი	95.8	1,391	9.7	1,328	0.2	1.2	1,391
რეგიონი							
კახეთი	96.2	211	9.6	203	0.0	2.1	211
თბილისი	97.5	563	10.1	548	0.3	0.8	563
შიდა ქართლი	94.1	168	9.8	160	0.0	1.1	168
ქვემო ქართლი	97.6	223	8.3	217	0.4	1.2	223
სამცხე-ჯავახეთი	92.3	214	8.8	200	0.0	0.0	214
აჭარა	92.2	175	12.8	159	0.0	0.5	175
გურია	93.7	140	6.7	130	0.0	0.0	140
სამეგრელო	97.1	181	10.5	175	0.0	1.5	181
იმერეთი	97.4	348	8.7	338	0.8	1.0	348
მცხეთა-მთიანეთი	96.4	194	9.8	186	0.0	0.9	194
რაჭა-სვანეთი	95.9	158	8.1	152	0.0	0.0	158
ასაკობრივი ჯგუფი							
< 24	95.7	1,251	8.2	1,194	0.3	0.5	1,251
25–34	96.3	1,145	9.5	1,099	0.2	1.5	1,145
35–44	98.0	179	21.4	175	0.6	1.0	179
განათლება							
არასრული საშუალო ან	94.7	400	7.7	377	0.0	0.7	400
სრული საშუალო	96.5	724	9.9	694	0.6	1.0	724
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	96.4	1,451	10.2	1,397	0.1	1.0	1,451
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	95.6	410	8.2	389	0.3	1.5	410
მეორე	95.2	619	10.1	589	0.2	0.9	619
საშუალო	95.9	579	11.3	557	0.0	1.1	579
მეოთხე	98.2	406	9.4	399	0.0	1.2	406
უმაღლესი	96.1	561	9.1	534	0.6	0.5	561
პრენატალური მომსახურების მიღების ადგილი							
პირველადი მომსახურების	91.4	172	6.9	157	0.0	0.6	172
ქალთა კონსულტაცია	95.5	1,206	9.9	1,151	0.2	0.3	1,206
რეგიონული სამშობიარო	97.3	471	11.2	457	0.3	1.0	471
ქალაქის სამშობიარო	97.7	715	9.1	692	0.5	1.9	715
სხვა	*	11	*	11	*	*	11
მშობიარობის რიგითობა							
პირველი მშობიარობა	95.7	1,285	10.2	1,227	0.4	1.1	1,285
მეორე მშობიარობა	96.6	924	8.6	890	0.1	0.8	924
მესამე ან მომდევნო	96.7	366	11.0	351	0.0	0.8	366

*25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.

ცხრილი 6.6.2 გართულებული ორსულობები, რომლებიც მოითხოვდა სამედიცინო მეთვალყურეობას, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობები 2005-2010 წწ. ქალებს შორის, ვისაც უსარგებლია პრენატალური მომსახურებით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გართულებული ორსულობები											
	მინიმუმ ერთი ორსულობის გართულება %	ვადამდელი მშობიარობის რისკი %	ორსულთა ანემია %	წყლის შეკავება ან ედემა %	ორსულთა ჰიპერტონია %	საშვილოსნოს ყელის სისუსტე %	სისხლდენა პირველი 6 თვის განმავლობაში %	საშარდე გზების ინფექცია %	სისხლდენა ორსულობის 6 თვის შემდეგ %	Rh იზოიმუნიზაცია %	სხვა %	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	15.7	7.9	3.6	3.3	3.0	2.1	1.9	1.5	1.1	1.0	1.6	2,575
საცხოვრებელი ადგილი												
ქალაქი	15.0	7.1	3.7	3.1	2.7	2.6	2.1	1.4	1.4	0.9	1.6	1,184
სოფელი	16.3	8.6	3.6	3.6	3.4	1.6	1.6	1.7	0.8	1.1	1.5	1,391
რეგიონი												
კახეთი	12.7	6.8	5.9	2.5	2.5	1.7	1.3	0.4	1.3	2.1	0.8	211
თბილისი	13.6	6.8	3.5	2.0	3.1	2.6	2.2	0.6	1.5	0.6	0.9	563
შიდა ქართლი	22.2	9.2	3.8	2.7	4.3	2.7	5.9	2.2	1.1	3.2	2.2	168
ქვემო ქართლი	14.2	8.5	3.3	4.9	2.4	1.6	1.6	1.2	0.4	0.4	1.2	223
სამცხე-ჯავახეთი	14.2	6.5	0.8	2.4	3.7	2.0	2.0	1.2	0.4	1.2	0.4	214
აჭარა	17.2	10.3	0.5	4.4	3.9	1.0	1.5	2.9	1.5	0.5	2.0	175
გურია	4.4	0.6	1.3	1.3	0.6	0.6	1.3	0.6	0.0	0.0	0.0	140
სამეგრელო	11.7	7.8	2.4	2.9	2.4	2.4	0.5	1.0	1.0	1.0	1.0	181
იმერეთი	20.8	9.2	6.2	4.9	3.3	1.5	1.3	3.1	1.0	1.0	3.6	348
მცხეთა-მთიანეთი	23.8	9.4	5.8	5.8	2.2	6.3	1.8	0.9	0.4	0.4	2.7	194
რაჭა-სვანეთი	7.3	3.1	2.6	1.6	0.0	2.1	2.1	4.1	0.0	0.0	0.0	158
ასაკობრივი ჯგუფი (დაბადებისას)												
< 24	14.2	7.4	3.1	2.3	2.2	2.2	1.4	1.3	0.8	0.8	1.2	1,251
25–34	16.6	7.9	4.2	4.2	3.2	1.9	2.7	2.0	1.4	1.0	2.3	1,145
35–44	19.8	11.0	4.1	4.8	8.2	3.0	0.0	0.2	0.7	2.6	0.0	179
განათლება												
არასრული საშუალო ან ნაკლები	13.2	7.1	1.6	4.2	2.0	2.4	0.0	1.2	0.6	0.7	1.9	400
სრული საშუალო	15.9	7.3	4.1	2.9	2.8	2.1	2.1	2.2	1.2	1.2	1.5	724
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტ	16.2	8.4	4.0	3.3	3.4	2.0	2.3	1.3	1.1	1.0	1.6	1,451
ქონებრივი კვინტილი												
ყველაზე დაბალი	15.0	6.4	3.2	3.6	3.1	1.4	1.0		0.8	2.4	1.8	410
მეორე	15.8	8.2	3.0	2.7	2.5	1.5	1.9	1.5	1.3	0.5	1.5	619
საშუალო	15.8	7.4	4.1	4.7	4.1	1.8	1.6	1.9	0.9	1.1	2.1	579
მეოთხე	17.7	10.6	4.7	4.7	2.3	4.4	2.8	1.5	2.8	0.5	1.7	406
უმაღლესი	14.5	7.0	3.3	1.8	3.0	1.7	1.9	0.8	0.2	1.0	1.0	561
მშობიარობის რიგითობა												
პირველი მშობიარობა	17.1	9.1	3.7	3.2	3.3	2.5	2.3	1.8	1.4	0.7	1.6	1,285
მეორე მშობიარობა	13.7	6.4	3.3	3.4	2.8	1.6	1.5	1.2	0.9	0.9	1.3	924
მესამე ან მომდევნო	15.3	6.9	4.4	3.7	2.7	1.9	1.4	1.3	0.5	2.4	2.1	366

ცხრილი 6.6.3 მშობიარობისშემდგომი გართულებები შერჩეული მახასიათებლები მიხედვვვით - მშობიარობები 2005-2010 წწ.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მშობიარობისშემდგომი გართულება										შემთხვევების რაოდენობა
	მინიმუმ ერთი პოსტნატალური გართულება %	უხვი სისხლდენა %	საშვილოსნოს ტკივილი %	მადალი სიცხე %	ბუძუს ინფექცია %	უსიამოვნო სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენი %	ტკივილი შარდვის დროს %	ქირურგიული ჭრილობის ინფექცია %	გულის წასვლა/კომა %	სხვა %	
სულ	11.2	3.5	3.5	3.3	2.5	2.0	1.9	1.7	0.7	0.6	2,617
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	12.6	4.6	3.8	3.8	3.2	2.2	2.2	1.9	0.8	0.8	1,193
სოფელი	9.7	2.4	3.1	2.7	1.8	1.8	1.7	1.5	0.6	0.3	1,424
რეგიონი											
კახეთი	13.3	3.5	4.3	3.5	2.7	2.0	2.7	1.6	0.0	0.0	224
თბილისი	13.0	3.5	4.1	4.0	4.3	2.5	2.5	2.6	0.8	0.9	567
შიდა ქართლი	10.8	0.5	3.8	3.2	3.2	3.8	0.5	1.1	1.1	0.0	168
ქვემო ქართლი	9.3	3.5	5.0	3.1	1.2	1.2	2.3	0.8	0.8	0.8	234
სამცხე-ჯავახეთი	6.1	3.7	1.6	0.4	0.4	0.4	0.4	1.2	0.4	0.4	214
აჭარა	10.2	2.9	2.0	4.4	1.5	2.0	2.0	2.4	1.5	0.5	176
გურია	5.0	0.6	0.6	3.1	0.6	0.6	0.6	1.3	0.0	0.6	140
სამეგრელო	5.7	0.5	1.9	1.9	1.0	1.0	0.5	1.9	0.5	0.0	184
იმერეთი	12.8	6.1	2.8	3.1	2.3	1.5	2.0	1.0	0.5	0.8	349
მცხეთა-მთიანეთი	16.2	6.1	6.6	3.5	2.2	6.6	3.5	0.4	1.7	0.9	200
რაჭა-სვანეთი	15.8	5.6	3.6	2.6	5.1	4.1	1.5	2.0	0.0	0.0	161
ასაკობრივი ჯგუფი (დაბადებისას)											
< 24	10.2	2.5	3.4	2.6	2.2	1.8	1.4	1.2	0.4	0.6	1,269
25–34	12.8	4.4	4.0	4.3	3.1	2.3	2.5	2.2	1.0	0.6	1,164
35–44	8.1	4.9	1.2	1.6	0.8	1.6	1.7	1.8	0.6	0.2	184
განათლება											
არასრული საშუალო ან ნაკლები	8.4	2.9	2.2	2.4	1.6	1.5	0.5	1.3	0.7	0.3	422
სრული საშუალო	10.2	2.6	2.7	2.7	1.4	1.9	1.5	1.1	0.5	0.4	738
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	12.4	4.1	4.2	3.8	3.3	2.3	2.5	2.1	0.8	0.7	1,457
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	9.2	3.4	2.4	2.1	0.7	1.2	0.7	1.7	0.5	0.8	428
მეორე	8.0	2.7	2.8	1.8	1.3	1.2	1.2	1.3	0.7	0.0	628
საშუალო	11.7	3.6	3.9	3.8	2.3	2.7	2.6	1.7	1.1	0.4	587
მეოთხე	14.4	3.8	3.9	4.9	4.0	2.0	1.9	1.2	0.5	0.7	413
უმაღლესი	12.4	4.0	4.0	3.7	3.6	2.6	2.7	2.3	0.7	1.0	561
მშობიარობის რიგითობა											
პირველი მშობიარობა	11.4	2.9	3.5	3.9	2.9	2.0	2.1	2.1	0.8	0.7	1,293
მეორე მშობიარობა	10.3	3.3	3.2	2.8	2.0	1.7	1.7	1.1	0.5	0.6	937
მესამე ან მომდევნო	12.2	6.0	3.9	2.3	2.1	2.8	2.1	1.7	1.1	0.3	387
მშობიარობის ტიპი											
ვაგინალური	9.8	3.2	3.5	2.7	2.0	1.7	1.8	1.0	0.5	0.6	2,029
საკეისრო კვეთა	15.5	4.3	3.4	5.1	4.2	3.0	2.4	4.0	1.4	0.6	588
ბავშვის წონა დაბადებისას											
< 2500 გრამზე	37.3	24.9	8.9	7.8	2.0	8.5	3.0	2.8	2.2	1.5	125
>= 2500 გრამს	9.9	2.5	3.2	3.0	2.5	1.7	1.9	1.6	0.6	0.5	2,481
უცნობია	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11

* არ შედის 11 მშობიარობა, სადაც ბავშვის წონა დაბადებისას უცნობია

ცხრილი 6.7 ორსულობის მძიმე შედეგები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით; მშობიარობები 2005-2010
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მკვდრადშობილთა კოეფიციენტი (1,000 მშობიარობაზე)	მშობიარობების რაოდენობა	მწირეწონიანი ჩვილების მაჩვენებელი (%ცოცხლადშობილები< 2,500 გრამი)	ვადამდელი მშობიარობების მაჩვენებელი (%ცოცხლადშობილები< 37კვირა)	ცოცხლად შობილთა რაოდენობა
სულ	7.8	2,617	4.2	3.8	2,595
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	10.3	1,193	3.9	4.2	1,181
სოფელი	5.2	1,424	4.4	3.5	1,414
რეგიონი					
კახეთი	11.8	224	3.6	5.6	221
თბილისი	10.7	567	3.4	4.3	562
შიდა ქართლი	5.4	168	4.9	4.9	167
ქვემო ქართლი	7.8	234	5.1	3.5	232
სამცხე-ჯავახეთი	8.1	214	4.9	3.7	212
აჭარა	0.0	176	5.9	2.9	176
გურია	6.3	140	5.1	4.4	139
სამეგრელო	4.8	184	2.4	2.4	183
იმერეთი	5.1	349	3.6	3.3	347
მცხეთა-მთიანეთი	21.8	200	7.6	3.1	197
რაჭა-სვანეთი	10.2	161	4.1	1.0	159
ასაკობრივი ჯგუფი					
< 20	9.2	313	3.8	4.1	310
20–24	3.6	956	2.8	2.5	951
25–34	10.4	1,164	4.2	4.5	1,152
35–44	10.8	184	11.1	5.8	182
განათლება					
არასრული საშუალო ან ნაკლები	2.8	422	4.5	2.6	420
სრული საშუალო	8.7	738	4.2	4.5	730
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	8.8	1,457	4.0	3.9	1,445
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	6.3	428	4.4	3.9	425
მეორე	5.3	628	5.5	3.2	623
საშუალო	8.9	587	3.4	3.7	582
მეოთხე	16.9	413	3.5	4.6	407
უმაღლესი	3.8	561	3.9	3.8	558
ეროვნება					
ქართველი	8.7	2,248	4.1	4.1	2,227
აზერბაიჯანელი	0.0	145	4.9	3.1	145
სომეხი	0.0	145	4.6	1.4	145
სხვა	10.8	79	4.4	2.1	78
მშობიარობის რიგითობა					
პირველი მშობიარობა	5.3	1,293	3.5	4.0	1,285
მეორე მშობიარობა	8.8	937	4.4	3.3	929
მესამე ან მომდევნო	13.9	387	5.8	4.7	381
პრენატალური ვიზიტები					
დიახ	7.1	2,575	4.1	3.8	2,555
არა	50.0	42	5.6	5.5	40
გართულებული ორსულობა					
არა	3.1	2,237	3.0	2.9	2,229
დიახ	33.5	380	10.9	9.2	366
ხანგრძლივი მშობიარობა					
არა	5.3	2,064	3.2	2.8	2,052
დიახ	29.6	32	1.7	1.7	31
საკეისრო კვეთა	9.7	406	7.7	7.2	402
არ ახსოვს	34.4	115	8.3	9.5	110

ცხრილი 6.8.1 2005-2010 წლებში დაბადებულ ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც იკვებებოდა დედის რძით და ძუძუთი კვების დაწყების დრო, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩვილები, ვინც იკვებებოდნენ		ძუძუთი კვების დაწყების დრო					სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა*	<1 საათი	1–23 საათი	24–47 საათი	48 საათი ან მეტი	უცნობია		
სულ	87.4	2,624	19.7	54.5	13.3	11.3	1.2	100.0	2,278
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	87.1	1,199	19.6	53.7	13.2	12.9	0.7	100.0	1,040
სოფელი	87.7	1,425	19.9	55.4	13.4	9.6	1.7	100.0	1,238
რეგიონი									
კახეთი	90.6	223	14.7	69.3	8.7	3.9	3.5	100.0	201
თბილისი	88.3	572	22.1	54.5	11.9	11.0	0.5	100.0	503
შიდა ქართლი	85.9	168	13.8	41.5	24.5	20.1	0.0	100.0	144
ქვემო ქართლი	88.3	233	21.6	57.3	8.8	9.7	2.6	100.0	204
სამცხე-ჯავახეთი	90.3	215	33.0	54.0	6.3	6.3	0.4	100.0	195
აჭარა	83.7	179	8.6	56.3	23.6	11.5	0.0	100.0	146
გურია	82.5	141	18.9	45.5	18.9	16.7	0.0	100.0	117
სამეგრელო	82.5	186	18.9	65.7	9.1	5.1	1.1	100.0	151
იმერეთი	88.8	349	19.8	47.4	14.1	17.2	1.4	100.0	311
მცხეთა-მთიანეთი	86.2	197	32.6	42.0	13.5	10.4	1.6	100.0	168
რაჭა-სვანეთი	85.7	161	24.4	38.7	22.6	13.1	1.2	100.0	138
ასაკობრივი ჯგუფი									
< 24	89.6	1,266	19.6	55.7	14.2	9.1	1.5	100.0	1,129
25–34	86.0	1,170	20.1	53.8	12.0	13.4	0.7	100.0	997
35–44	81.0	188	18.8	50.6	15.1	13.3	2.2	100.0	152
განათლება									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	88.1	420	16.2	64.6	11.6	5.1	2.6	100.0	366
სრული საშუალო	84.9	743	20.1	55.7	13.2	10.4	0.6	100.0	626
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	88.4	1,461	20.6	51.1	13.9	13.4	1.1	100.0	1,286
ეროვნება									
ქართველი	86.5	2,250	19.1	53.0	14.8	12.3	0.8	100.0	1,933
აზერბაიჯანელი	92.0	145	18.5	65.9	7.7	4.1	3.8	100.0	133
სომეხი	93.9	148	36.1	49.2	4.2	6.1	4.4	100.0	139
სხვა	91.1	81	13.4	73.3	4.3	7.9	1.1	100.0	73
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი მშობიარობა	87.2	1,305	17.4	54.1	14.0	13.6	1.0	100.0	1,129
მეორე მშობიარობა	88.6	943	22.3	53.3	13.4	9.8	1.1	100.0	827
მესამე ან მომდევნო	85.0	376	21.9	58.9	10.6	6.5	2.1	100.0	322
მშობიარობის ტიპი									
ვაგინალური	88.6	2,022	23.8	57.8	9.9	7.2	1.2	100.0	1,787
საკეისრო კვეთა	83.6	602	6.1	43.5	24.6	24.8	1.0	100.0	491
ჩვილის წონა									
< 2500 გრამზე	64.2	113	11.0	40.4	18.8	28.3	1.5	100.0	68
2500 გრამზე	88.7	2,474	20.1	55.2	13.2	10.4	1.2	100.0	2,187
უცნობია	64.2	37	†	†	†	†	†	100.0	23

* მოიცავს 29 ტყუპს.
† 25-ზე ნაკლები შემთხვევა აღნიშნულ კატეგორიაში.

ცხრილი 6.8.2 ძუძუთი კვების ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი თვეებში, ძუძუთი კვების ტიპებისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 0-59 თვის ბავშვებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ექსკლუზიურად ძუძუთი კვება *	ძუძუთი კვება	ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვება
სულ	3.0	4.1	12.2
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი	2.9	3.8	10.3
სხვა ქალაქი	2.8	3.4	12.1
სოფელი	3.1	4.5	13.2
ბავშვის სქესი			
ვაჟი	2.5	3.7	12.8
გოგონა	3.4	4.4	11.2
ასაკობრივი ჯგუფი (დაბადებისას)			
<30	3.2	4.2	12.1
30-44	2.9	4.0	12.4
განათლება			
ნაკლები	3.3	4.5	12.8
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	2.7	3.8	11.6
ეროვნება			
ქართველი	2.9	4.0	11.9
სხვა	3.3	4.7	12.5
ქონებრივი კვინტილი			
ყველაზე დაბალი	4.1	5.2	13.9
მეორე	1.8	3.2	11.5
საშუალო	2.7	3.8	12.4
მეოთხე	3.1	4.3	11.8
უმაღლესი	2.7	3.2	10.2
მშობიარობის რიგითობა			
პირველი მშობიარობა	3.1	4.3	11.2
მეორე მშობიარობა	2.9	4.1	13.0
მესამე ან მომდევნო	3.3	4.2	15.2

* ექსკლუზიურად ძუძუთი კვება; ბავშვი იკვებება მხოლოდ დედის რძით

† ძუძუთი კვება: მოიცავს ექსკლუზიურ და თითქმის ექსკლუზიურ კვებას (დედის რძე, წყალი და სხვა სითხეები, სხვა სახის რძის გარდა)

‡ ნებისმიერი ტიპის ძუძუთი კვება: მოიცავს ძუძუთი ექსკლუზიურ და თითქმის ექსკლუზიურ კვებას და ძუძუთი კვებას დანამატებით (დედის რძე და ნებისმიერი სხვა საკვები ან სითხე)

ცხრილი 6.9.1 ჩვილებისა და ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (გარდაცვლილ ჩვილთა და ბავშვთა რაოდენობა 1000 ცოცხლადშობილზე) კვლევამდე 5 წლის პერიოდში დაბადებულ ბავშვებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	2010 წლის კვლევა: იანვარი 2005 – დეკემბერი 2009		2005 წლის კვლევა: იანვარი 2000 – დეკემბერი 2004		1999 კვლევა: იანვარი 1995 – დეკემბერი 1999	
	მაჩვენებელი	CI	მაჩვენებელი	CI	მაჩვენებელი	CI
ჩვილთა სიკვდილიანობა	14.1	(7.8–20.4)	21.1	(13.5–28.7)	41.6	(31.0–52.2)
ნეონატალური	9.5	(5.4–13.4)	16.8	(10.7–22.9)	25.4	(17.0–33.8)
პოსტნატალური	4.5	(0.0–9.1)	4.3	(1.2–7.4)	16.2	(9.1–23.3)
ბავშვთა სიკვდილიანობა (1–4)	2.3	(0.0–4.6)	4.0	(0.5–8.5)	3.8	(0.9–6.7)
5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	16.4	(9.6–23.2)	25.0	(16.4–33.6)	45.3	(34.5–56.1)
შემთხვევების რაოდენობა	2,170		1,909		2,507	

ცხრილი 6.9.2 ჩვილებისა და ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (გარდაცვლილ ჩვილთა და ბავშვთა რაოდენობა 1000 ცოცხლადშობილზე) შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 2000 წლის იანვრიდან 2009 წლის დეკემბრამდე დაბადებულ ბავშვებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩვილთა სიკვდილიანობა			ბავშვთა სიკვდილიანობა	5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა	შემთხვევების რაოდენობა
	სულ	ნეონატალური	პოსტნეონატალური	1–4 წელი	0–4 წელი	
სულ	23.8	17.5	6.3	2.2	26.0	4,015
საანგარიშო დროის მონაკვეთი						
იანვარი 2000/დეკემბერი 2004	35.7	27.2	8.5	2.2	37.9	1,845
იანვარი 2005/დეკემბერი 2009	14.1	9.5	4.5	2.3	16.4	2,170
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	21.8	16.3	5.6	0.5	22.4	1,772
სოფელი	25.7	18.6	7.0	3.9	29.4	2,243
რეგიონი						
კახეთი	27.0	16.0	10.9	5.9	32.8	345
თბილისი	16.9	14.7	2.1	0.0	16.9	839
შიდა ქართლი	28.2	21.2	7.0	7.5	35.5	257
ქვემო ქართლი	28.1	16.5	11.6	2.4	30.4	384
სამცხე-ჯავახეთი	21.8	13.6	8.3	3.1	24.9	329
აჭარა	26.6	19.8	6.8	3.7	30.3	261
გურია	21.3	14.2	7.1	0.0	21.3	251
სამეგრელო	34.1	31.0	3.1	0.0	34.1	293
იმერეთი	19.7	12.4	7.2	1.9	21.6	515
მცხეთა-მთიანეთი	38.0	34.8	3.2	0.0	38.0	281
რაჭა-სვანეთი	6.8	3.4	3.3	0.0	6.8	260
ასაკობრივი ჯგუფი დაბადებისას						
< 25	18.2	12.9	5.3	1.5	19.7	2,118
25–44	30.1	22.6	7.5	3.2	33.2	1,897
განათლება						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	22.8	16.6	6.3	1.6	24.4	730
სრული საშუალო	28.4	22.1	6.3	2.8	31.2	1,132
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	21.8	15.4	6.4	2.2	23.9	2,153
ეროვნება						
ქართველი	23.8	17.5	6.4	2.1	25.9	3,395
სხვა	23.5	17.3	6.2	2.9	26.3	620
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	26.0	19.9	6.1	1.6	27.5	1,685
საშუალო/მაღალი	22.4	16.0	6.4	2.6	25.0	2,330
მშობიარობის რიგითობა						
პირველი	20.4	14.9	5.5	0.7	21.2	1,978
მეორე	23.1	16.1	7.0	3.5	26.5	1,464
მესამე ან მეტი	36.7	29.3	7.4	3.9	40.4	573
მშობიარობებს შორის ინტერვალი						
პირველი მშობიარობა	20.4	14.9	5.5	0.7	21.2	1,978
<24 თვე	22.4	20.0	2.4	3.0	25.4	637
24–47 თვე	34.8	29.5	5.3	6.2	40.7	689
48 თვე ან მეტი	24.0	11.5	12.5	1.7	25.6	711
ბავშვის სქესი						
ვაჟი	26.6	18.5	8.1	1.6	28.1	2,142
გოგონა	20.5	16.2	4.3	3.0	23.5	1,873

თავი 7

ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ

კონტრაცეპტივების გამოყენება შობადობისა და აბორტების მაჩვენებლების ცვალებადობის მნიშვნელოვანი და პირდაპირი განმსაზღვრელია. საქართველოში კონტრაცეფციის ხარისხიანი მეთოდების მისაწვდომობა შეზღუდული იყო. ამჟამად ქვეყანაში არ არსებობს ოჯახის დაგეგმვის დამოუკიდებელი სახელმწიფო პროგრამა, და ჯანმრთელობის დაზღვევის არც სახელმწიფო და არც კერძო პაკეტები არ მოიცავს ოჯახის დაგეგმვას. თუმცა ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ამოცანები ჩართულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სახელმწიფო სტრატეგიაში და დასახულია კონკრეტული მიზნები კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების გასაზრდელად და ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის შესამცირებლად (ჯანდაცვის სამინისტრო, 2007). ოჯახის დაგეგმვის სფეროში ყოველნაირი საქმიანობა ხდება დონორების მხარდაჭერით. ძირითადი დონორები არიან გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID). 1996-1999 წლებიდან ორივე ორგანიზაციამ დიდი წვლილი შეიტანა სხვადასხვა სიახლის დაფინანსებაში. ეს სიახლეები იყო მოცულობის გაზრდა; სახელმწიფო კლინიკებში უფასო კონტრაცეფციული საშუალებების მიწოდება; კონტრაცეფციული მომსახურების ჩართვა პირველად ჯანდაცვაში; ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელთა პროფესიული მომზადება; მომსახურების მიწოდება მოშორებულ ადგილებში მცხოვრები მოსახლეობისთვის, უმცირესობებისა და იძულებით გადაადგილებული ოჯახებისათვის; ინფორმირების, განათლებისა და კომუნიკაციის ინიციატივების დაფინანსება. კონტრაცეფციის მეთოდები ხელმისაწვდომია ან უფასოდ, ანუ სუბსიდირებულია სოციალური მარკეტინგის პროგრამების მეშვეობით, ან საბაზრო ფასებში — აფთიაქებში და კომერციულ სექტორში. ჯანდაცვის უმეტესი დაწესებულებები, სადაც არსებობს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება – საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები და პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები – უფასოდ ურიგებენ პაციენტებს ორალური კონტრაცეფციის საშუალებებს, კონდომებს და სპერმიციდებს; უფასო კონტრაცეპტივებს ასევე არიგებენ მობილური ჯგუფები. მილების ლიგირება და საშვილოსნოს შიდა საშუალებების ჩასმა ფასიანია იმ დაწესებულებებში, რომლებშიც მუშაობენ მომზადებული მეანები/გინეკოლოგები.

კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ კითხვარში ოჯახის დაგეგმვის ბევრი საკითხია გათვალისწინებული. მაგალითად, კონ-

ტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ცოდნა, კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენება წარსულში და ამჟამად, მოწოდების წყაროები, კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციები, კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების შეწყვეტისა და არაეფექტური გამოყენების მაჩვენებლები, გამოუყენებლობის მიზეზები, მომავალში გამოყენების სურვილი, ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული გზავნილების მიღება და მათი ზეგავლენა, ასევე დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვისადმი. წინამდებარე თავში შეტანილია შერჩეული თემები.

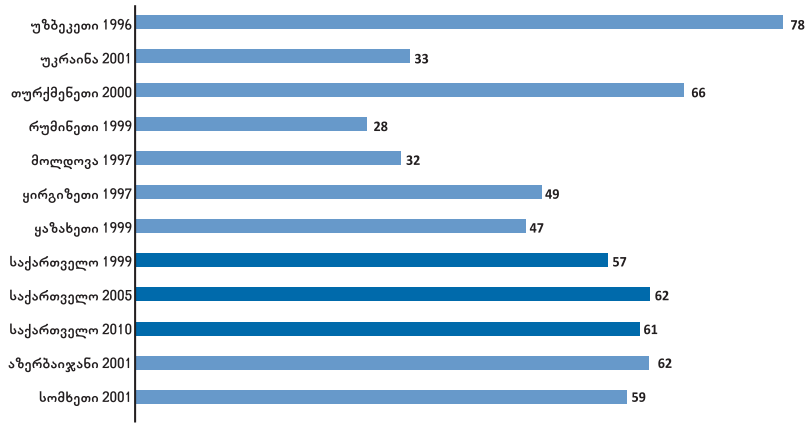
7.1 ინფორმირებულობის დონე კონტრაცეფტივებისა და მათი გამოყენების შესახებ

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა მნიშვნელოვნად აფერხებს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებით სარგებლობას. ამ პრობლემის აღმოფხვრის მიზნით, 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა მოიცავდა კითხვებს კონკრეტულ კონტრაცეფციულ საშუალებებზე ზოგადი წარმოდგენის, მიწოდების წყაროების, საიმედოობის შეფასების (კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ ცოდნა) და გამოყენების წესების შესახებ.

ერთი შეხედვით, საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალები კონტრაცეფციის შესახებ კარგად არიან ინფორმირებულები. არსებითად, ყველა მათგანს (97%) გაგონილი ჰქონდა კონტრაცეფციის, სულ მცირე, ერთი თანამედროვე საშუალების შესახებ, თუმცა ერთი რომელიმე ტრადიციული მეთოდის შესახებ წარმოდგენა შედარებით ნაკლებია (64%) (ცხრილი 7.1.1). ნებისმიერი მეთოდის შესახებ ცოდნის დონე ყველაზე დაბალი ქვემო ქართლის რეგიონში, ხოლო ყველაზე მაღალი – თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღმოჩნდა. საშუალოდ, ქალებისთვის ცნობილი იყო 3.4 თანამედროვე მეთოდი – ეს მაჩვენებელი მერყეობდა 3.8 თანამედროვე მეთოდის ცოდნიდან გათხოვილ ქალებში 2.7 თანამედროვე მეთოდის ცოდნამდე იმ ქალებს შორის, ვინც არასდროს ყოფილა გათხოვილი. როგორც მოსალოდნელი იყო, ინფორმირებულობა იზრდებოდა უშუალოდ რესპონდენტის ასაკთან ერთად; ახალგაზრდა ქალებმა იცოდნენ 2.6 თანამედროვე მეთოდის შესახებ, მაშინ, როცა 35 წლის ან უფროსი ასაკის ქალებმა – თითქმის 4 თანამედროვე მეთოდის შესახებ (ცხრილი 7.1.2). კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებების შესახებ ცოდნის დონე ასევე იზრდებოდა განათლების დონის მიხედვით: საშუალოდ 2.4 მეთოდის ცოდნიდან არასრული საშუალო განათლების ქალებს შორის — 4.0 მეთოდამდე უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში (ცხრილი 7.1.3). კონდომი (94%), საშვილოსნოს შიდა საშუალება (სშს) (87%) და ორალური კონტრაცეპტივები (81%) – ეს ის საშუალებებია, რომელთა შესახებ ცოდნა ყველაზე მეტად არის გავრცელებული, მიუხედავად ოჯახური მდგომარეობის, ასაკის თუ განათლებისა.

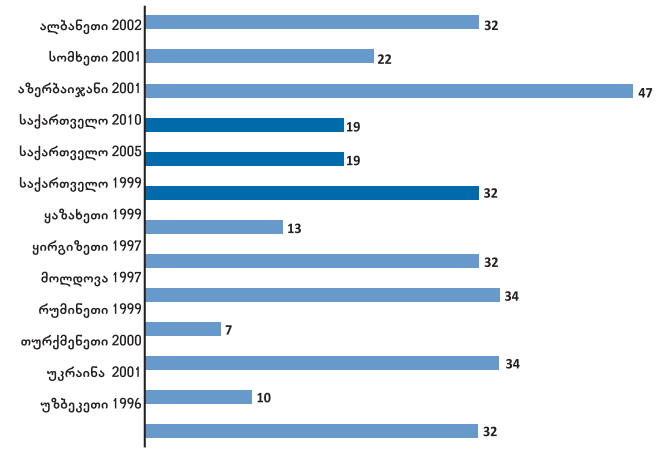
ყველა ქვეჯგუფში აღინიშნა მილების ლიგირების, ვაზექტომიისა და საინექციო საშუალებების შესახებ ცოდნის დაბალი დონე. ქალების მხოლოდ 39%-ს სმენოდა მილების ლიგირების და კიდევ უფრო ნაკლებს (4%-ს) ვაზექტომიის შესახებ. ინფორმირებულობის ეს დაბალი დონე ყოფილი საბჭოთა ბლოკის ყველა ქვეყანაში დაფიქსირდა (სურათი 7.1.1), რაც ხშირად ზღუდავდა მილების ლიგირების, როგორც კონტრაცეფციის საშუალების, მისაწვდომობას. აღმოსავლეთ ევროპის სახელმწიფოთა უმეტესობაში, მათ შორის საქართველოში,

სურათი 7.1.1 **15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც არასოდეს სმენიათ მილების ლიგირების შესახებ აღმოსავლეთ ევროპისა და შუა აზიის შერჩეული ქვეყნები***



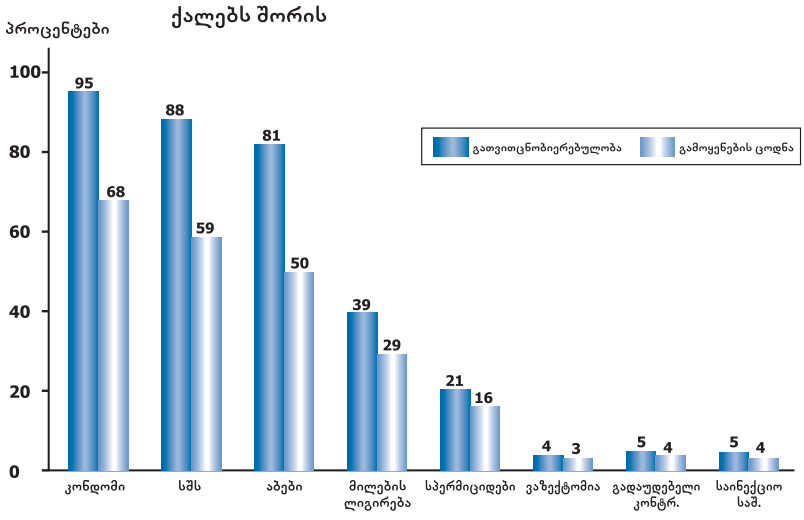
* წყარო: CDC and ORC/Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report

სურათი 7.1.2 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც არასოდეს სმენიათ ორალური კონტრაცეპტივების შესახებ აღმოსავლეთ ევროპისა და შუა აზიის შერჩეული ქვეყნები*



* წყარო: CDC and ORC/Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report

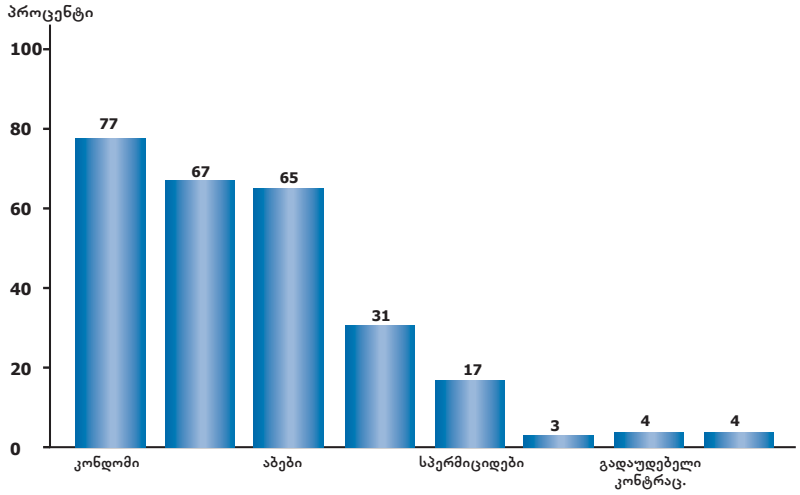
სურათი 7.1.3 თანამედროვე კონტრაცეპციის მეთოდებისა და მათი გამოყენების შესახებ გათვითცნობიერებულობა 15-44 წლის ქალებს შორის



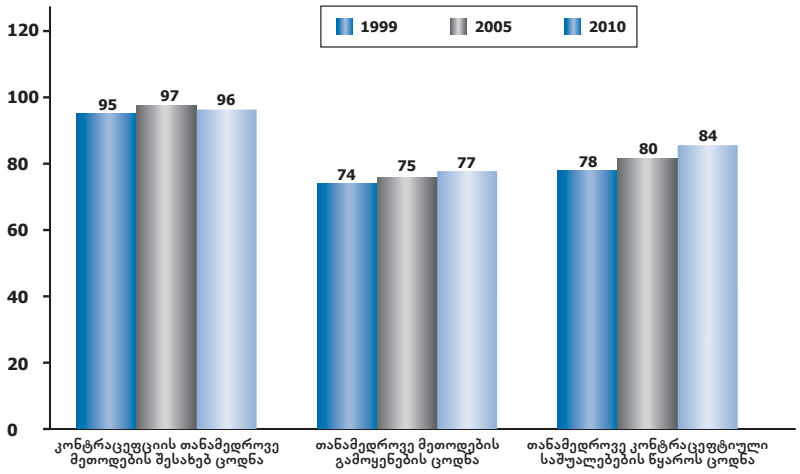
მილების ლიგირება ან საგანგებოდ არის დაშვებული კანონით, ან არ არის საგანგებოდ აკრძალული (და, შესაბამისად, იგულისხმება, რომ დაშვებულია). თუმცა ქვეყნების უმრავლესობას დაწესებული აქვს გარკვეული პირობები ან შეზღუდვები ქირურგიულ კონტრაცეფციაზე (მაგალითად, ასაკი და/ან ოჯახში ბავშვების რაოდენობის მიმართ მოთხოვნები, სამედიცინო კომიტეტის მიერ დამტკიცება, მეუღლის თანხმობა), რომელთა შესახებ ინფორმაცია ყოველთვის არ არის ცნობილი არც მომსახურების მიმწოდებელთათვის და არც მომხმარებელთათვის (EngenderHealth, 2002). მაგალითად, საბჭოთა კავშირში მილების ლიგირების ლეგალიზება 1990 წელს მოხდა, აკრძალვის ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ (სსრკ-ის ჯანდაცვის სამინისტრო, 1990 წლის 14 დეკემბრის 484 ბრძანებულება), და ამ მეთოდის გამოყენების ნება დაერთოთ მხოლოდ 3 ან მეტ შვილიან ქალებს ან 30 წელზე უფროსი ასაკის ქალებს, რომელთაც უკვე ჰყავთ 2 შვილი (ეს შეზღუდვები 1993 წელს შემსუბუქდა). 1991 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მის ყოფილ წევრ სახელმწიფოთა უმეტესობამ გააგრძელა მილების ლიგირების რეგულირება სსრკ-ის საკანონმდებლო ნორმებზე დაყრდნობით, თუმცა არ იყო ცხადი, რომ ზემოხსენებული შეზღუდვები კვლავაც იმოქმედებდა.

მილების ლიგირების მისაწვდომობა საქართველოში რეგულირდება ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონით (საქართველოს მთავრობა, 1997წ.). ამ კანონის 145-ე მუხლი ითვალისწინებს, რომ მილების ლიგირება ნებადართულია მხოლოდ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში ლიცენზირებული ექიმის მიერ, თუ არსებობს პაციენტის წერილობითი თანხმობა და თუ პაციენტისთვის ექიმის მიერ ჩატარებული წინასწარი გასაუბრების შემდეგ გასულია ერთი თვის მოსაფიქრებელი ვადა. მართალია, მილების ლი-

სურათი 7.1.4 კონტრაცეფციის ცალკეული თანამედროვე მეთოდების წყაროს ცოდნა 15 – 44 წლის ქალებს შორის



სურათი 7.1.5 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების, მათი გამოყენების გზებისა და წყაროს ცოდნის ტენდენციები 15-44 წლის ქალებში; 1999, 2005 და 2010 წლები

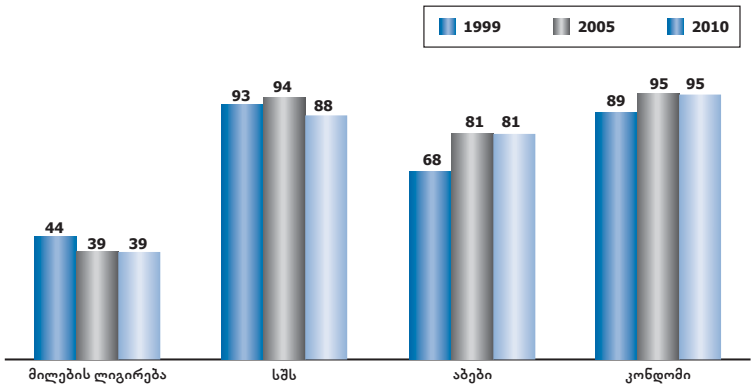


გირება კანონმდებლობით დაშვებულია, მაგრამ ცოტა ქალს თუ აქვს საკმარისი ცოდნა ამ მეთოდის შესახებ, რათა მიიღოს გადაწყვეტილება იმასთან დაკავშირებით, სურს თუ არა მისი გამოყენება. როგორც ჩანს, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის სახით მილების ლიგირების გამოყენების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა საქართველოში ამ მეთოდის გამოყენების ყველაზე მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორია. 2010 წელს გამოკითხულ იმ ქალებს შორის, ვისაც აღარ უნდოდა შვილის ყოლა, თითქმის ორ მესამედს მხოლოდ შეზღუდული ცოდნა ჰქონდა პროცედურის შესახებ. პროცედურის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა, იმის არცოდნა, თუ სად შეიძლება მისი ჩატარება, ქირურგიული ჩარევის ან ოპერაციის შემდგომი გართულებების შიში – ეს არის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები მილების ლიგირებით დაინტერესების ნაკლებობისა (მონაცემები არ არის ნაჩვენები).

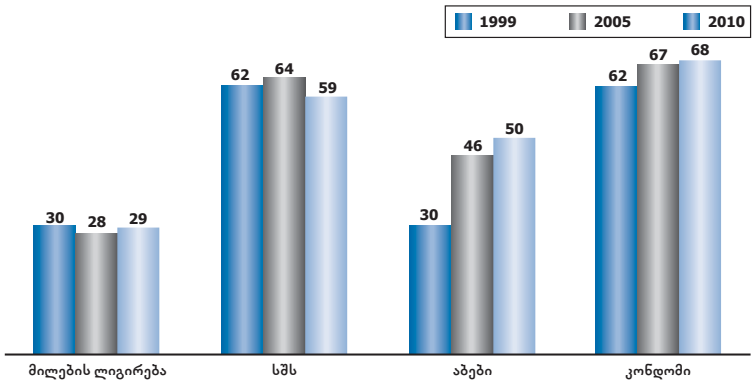
ცოდნის ნაკლებობა და არასწორი შეხედულებები ორალური კონტრაცეპტივების შესახებ ყოფილი საბჭოთა რეჟიმის კიდევ ერთი მემკვიდრეობაა, განსაკუთრებით, შედარებით უფროსი ასაკის ქალებში. საბჭოთა პერიოდში ჰორმონალური მეთოდები აქტიურად არ გამოიყენებოდა ოჯახის დაგეგმვის მიზნით და, ჩვეულებრივ, სამედიცინო ჩვენებით ინიშნებოდა. გარდა ამისა, ჰორმონალური საშუალებების გამოყენების პოტენციური საფრთხე ჯანმრთელობისათვის და შესაძლო გვერდითი მოვლენები გაზვიადებული იყო. შედეგად, ყოფილი საბჭოთა ბლოკის ქვეყნებში ქალები კვლავაც არ არიან ინფორმირებულნი ორალური კონტრაცეპტივების შესახებ (სურათი 7.1.2).

იმის ცოდნა, რომ კონტრაცეფცია არსებობს, არ გულისხმობს ცოდნას კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეფციის შესახებ ცოდნა საქართველოში ძალიან მაღალია, ცოდნა იმისა, თუ როგორ უნდა იქნეს გამოყენებული ესა თუ ის თანამედროვე ან ტრადიციული მეთოდი, გაცილებით ნაკლები იყო (96% და 76%; 64% და 51%, შესაბამისად). კონტრაცეფციის ყველაზე ფართოდ ცნობილი თანამედროვე მეთოდების

სურათი 7.1.6 კონტრაცეფციის ცალკეული მეთოდების შესახებ ცოდნის ტენდენციები 15-44 წლის ქალებში; 1999, 2005 და 2010 წლები



სურათი 7.1.7 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების შესახებ ცოდნის ტენდენციები 15-44 წლის ქალებში; 1999, 2005 და 2010 წლები



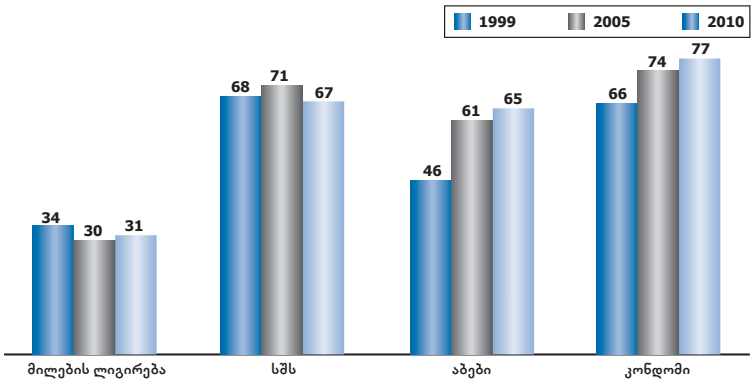
შესახებ ინფორმირებულობასა და მეთოდისა თუ პროდუქტის გამოყენების ცოდნას შორის სერიოზული სხვაობა აღინიშნა (შედარებისთვის იხ. ცხრილები 7.1.2 და 7.1.4 და სურათი 7.1.3). მიუხედავად იმისა, რომ თითქმის ყველასთვის ცნობილი იყო ინფორმაცია კონდომისა და საშვილოსნოს შიდა საშუალებების შესახებ, კონდომის გამოყენება მხოლოდ ქალების ორმა მესამედმა იცოდა და მხოლოდ 59%-მა განაცხადა, რომ იცის, როგორ უნდა საშვილოსნოს შიდა საშუალებების გამოყენება. ორალური კონტრაცეფციის გამოყენების ცოდნაც გაცილებით დაბალი იყო, ვიდრე ინფორმირებულობა მეთოდის შესახებ: ქალების 81%-ს სმენოდა ორალური კონტრაცეფციის შესახებ, მაგრამ 50%-ზე ნაკლებმა იცოდა, თუ როგორ გამოიყენება აღნიშნული მეთოდი. კონტრაცეფციის სხვა მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობასა და პროცედურებისა და პროდუქტების გამოყენების ცოდნას შორის აგრეთვე მნიშვნელოვანი სხვაობაა.

საშუალოდ, ქალებისთვის ცნობილი იყო კონტრაცეფციის დაახლოებით ორი თანამედროვე მეთოდის მოხმარების გზები. კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობასა და მათი გამოყენების ცოდნას შორის სხვაობა განსაკუთრებით გაუთხოვარ (93% და 58% შესაბამისად) და ახალგაზრდა ქალებს (94% და 63% შესაბამისად) შორის გამოიკვეთა; სხვაობა თითქმის წაიშალა გათხოვილი ქალების (99% და 92% შესაბამისად) და 25-44 წლის ქალების (98-99% და 88-92% შესაბამისად) შემთხვევაში. გაუთხოვარმა და ახალგაზრდა ზრდასრულმა ქალებმა საშუალოდ 1.4-1.5 თანამედროვე მეთოდის მოქმედების შესახებ იცოდნენ, მაშინ, როდესაც გათხოვილმა ან შედარებით უფროსი ასაკის ქალებმა — საშუალოდ 3 მეთოდის შესახებ.

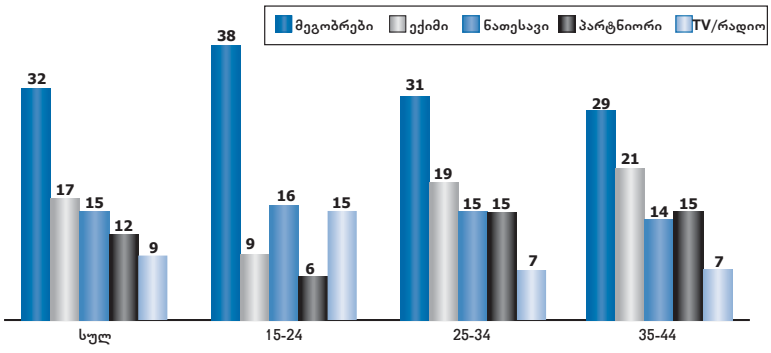
გაუთხოვარ ახალგაზრდა ქალებში, ზოგჯერ სკოლის მოსწავლეებშიც, ცოდნის დაბალი დონე ცხადყოფს იმის საჭიროებას, რომ სქესობრივი ჯანმრთელობის შესახებ ასაკობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებულ საგანმანათლებლო პროგრამებში ჩაირთოს ინფორმაცია კონტრაცეპტიული მეთოდების შესახებ.

რეპროდუქციული ასაკის ქალების უმეტესობას (84%) თანამედროვე კონტრაცეფციული საშუალებების ერთი წყაროს დასახელება მაინც შეეძლო (ცხრილი 7.1.5). საშუალოდ, ქალებს შეეძლოთ კონტრაცეფციის დაახლოებით ორი მეთოდის წყაროს დასახელება. რესპონდენტებისთვის უპირატესად ყველაზე ფართო მოხმარების თანამედროვე კონტრაცეფციული საშუალებების მიწოდების წყარო იყო ცნობილი. მაგალითად, ქალების 77%-მა იცოდა, სად ეშოვა კონდომი, 67%-მა - სშს, 65%-მა – აბები (სურათი 7.1.4). თუმცა მხოლოდ 31%-მა თუ იცოდა, სად ტარდება მილების ლიგირება და ძალიან ცოტამ

სურათი 7.1.8 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების წყაროს შესახებ ცოდნის ტენდენციები 15-44 წლის ქალებში; 1999, 2005 და 2010 წლები



სურათი 7.2.1 კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო, 15-44 წლის ქალებს შორის, ვისაც სმენია კონტრაცეფციის ცალკეული მეთოდების შესახებ



- სად შეიძლება ვაზექტომიის გაკეთება ან სად მოიპოვება საინექციო საშუალებები, სპერმიციდები ან გადაუდებელი კონტრაცეპტივები.

კონტრაცეფციული საშუალებების წყაროს შესახებ ცოდნა უფრო მაღალი იყო თბილისში (90%) და სხვა ქალაქებში (87%), ვიდრე სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის (79%) (ცხრილი 7.1.5). ისევე, როგორც კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ცოდნის სხვა ასპექტებში, კონტრაცეფციული საშუალებების წყაროს შესახებ ცოდნა ასაკთან ერთად მატულობდა.

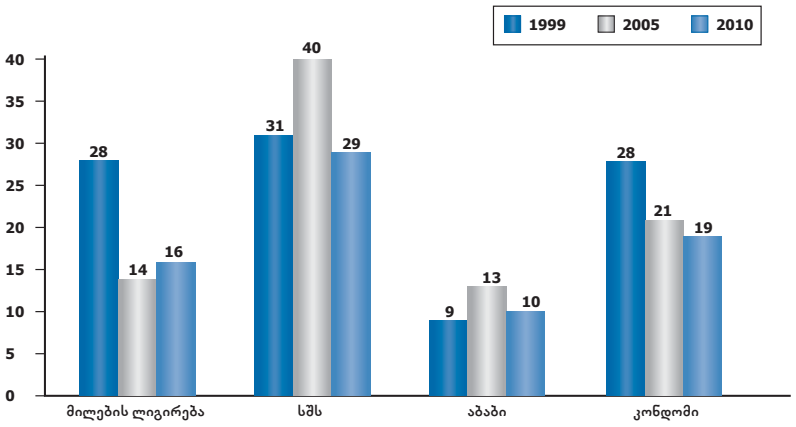
2010 წლისთვის აღინიშნა ყველაზე გავრცელებული კონტრაცეფციული საშუალებების შესახებ ცოდნის სამივე ასპექტის (ინფორმირებულობა, გამოყენების გზები და წყაროების ცოდნა) ზრდა (ცხრილი 7.1.6 და სურათი 7.1.5). აღნიშნული გაუმჯობესება შესაძლოა შედეგია ბოლოდროინდელი საქმიანობისა, რომელიც ხორციელდება ჯანდაცვის პირველადი სამსახურებისა თუ მობილური ჯგუფების მიერ და მიმართულია ქვეყნის იზოლირებულ რაიონებში ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის ზრდისკენ.

თუმცა, აღინიშნა განსხვავებები ინდივიდუალურ მეთოდებთან დაკავშირებულ ტენდენციებში. საშვილოსნოს შიდა საშუალებებისა და მილების ლიგირების შესახებ ცოდნის დონე 1999 წელთან შედარებით შემცირდა, ხოლო აბებთან და კონდომებთან დაკავშირებით — გაიზარდა (ცხრილი 7.1.6 და სურათი 7.1.6). აღსანიშნავია, რომ განსხვავება ქალაქში და სოფლად მცხოვრებთა ინფორმირებულობას შორის თერთმეტი წლის განმავლობაში შემცირდა, მაგრამ მაინც მნიშვნელოვანი დარჩა კონკრეტული მეთოდების ცოდნასთან დაკავშირებით.

ასევე განსხვავება იყო მეთოდების გამოყენების შესახებ გათვითცნობიერებულობაში. ცოდნა ასე თუ ისე მყარ (დაბალ) დონეზე რჩებოდა მილების ლიგირებასთან დაკავშირებით, ხოლო საშვილოსნოს შიდა საშუალებებთან დაკავშირებით ეს დონე დაეცა. 1999 წლის შემდეგ აბების და კონდომის შესახებ ცოდნის დონე გაიზარდა (ცხრილი 7.1.6 და სურათი 7.1.7). ამ შემთხვევაშიც, დროთა განმავლობაში განსხვავება ქალაქში და სოფლად მცხოვრებთა ინფორმირებულობას შორის შემცირდა.

დაბოლოს, მეთოდის მოპოვების წყაროსთან დაკავშირებული ცოდნა ანალოგიურია თავად მეთოდის შესახებ ცოდნისა. მილების ლიგირების წყაროსთან დაკავშირებით ეს ცოდნა ერთგვაროვნად დაბალი იყო, საშვილოსნოს შიდა საშუალებებთან დაკავშირებით – დაეცა, ხოლო აბების და კონდომების წყაროს შესახებ — გაიზარდა (ცხრილი 7.1.6 და სურათი 7.1.8). ქალაქში და სოფლად მცხოვრებთა ინფორმირებულობას შორის არსებობდა განსხვავება, რომელიც 1999 წლის შემდეგ შემცირდა.

სურათი 7.3 პროცენტული მაჩვენებელი 15-44 წლის ქალებისა, ვისაც მიაჩნია, რომ ცალკეული კონტრაცეფციული მეთოდები* ძალიან ეფექტურია ორსულობის თავიდან ასაცილებლად



* მარცხნიდან მარჯვნივ კლებადი თანამიმდევრობით წარმოდგენილია ინფორმაცია კონტრაცეპტივების ეფექტიანობის შესახებ, როცა მეთოდი სწორად და თანამიმდევრულადაა გამოყენებული

აღნიშნული გაუმჯობესება შესაძლოა შედეგია იმ საქმიანობისა, რომელიც ხორციელდება ჯანდაცვის პირველადი სამსახურებისა თუ მობილური ჯგუფების მიერ და მიმართულია საქართველოს მოსახლეობისთვის ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის და თანამედროვე კონტრაცეპტივების, განსაკუთრებით კი აბებისა და კონდომების, ხელმისაწვდომობის ზრდისკენ.

7.2 კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევის შედეგების მიხედვით, საქართველოში ქალთა უმრავლესობისთვის კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის პირველადი წყარო იყო: ნაცნობი ან მეგობარი ვაჟი (32%), შემდეგ – ექიმი (17%), ნათესავი, ოღონდ არა მშობელი (15%), პარტნიორი ან ქმარი (12%), და ტელევიზია, რადიო და ინტერნეტი (9%) (ცხრილი 7.2.1 და სურათი 7.2.1). ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროდ იშვიათად სახელდებოდნენ მშობლები ან სკოლა (შესაბამისად 2% და 1%). ახალგაზრდა ქალებმა (15-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) ასაკით უფროსი ქალებისგან განსხვავებული ინფორმაციის წყარო დაასახელეს: ახალგაზრდა ქალების 38%-მა კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია მეგობართან ან მეგობარ ვაჟთან საუბრისას მიიღო, 16%-მა - ნათესავთან ან მშობელთან საუბრისას, ხოლო 15%-მა – მასობრივი ინფორმაციის აუდიოვიზუალური საშუალებებიდან. აღნიშნული ასაკის ქალებში ჯანდაცვის მუშაკის მიერ ინფორმაციის მიწოდების მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია, ვიდრე 25-34 ან 35-44 ასაკობრივ ჯგუფში (შესაბამისად 9%, 19% და 21%), მაშინ, როცა ტელევიზიის ან რადიოს კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის პირველად წყაროდ დასახელების შემთხვევები ორჯერ მეტია (შესაბამისად, 15%, 7% და 7%). იგივე განსხვავებები დაფიქსირდა დაუქორწინებელ ქალებსა და ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის, ვინაიდან ეს ორი ჯგუფი ძალზე განსხვავებულია საშუალო ასაკით.

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის წყარო განსხვავებულია მეთოდების მიხედვითაც (ცხრილი 7.2.2). კონდომებთან დაკავშირებული ინფორმაციის ძირითად წყაროდ დასახელდნენ მეგობრები, ნათესავები და მედია, და არა ჯანდაცვის მუშაკები. თუმცა ინფორმაციის წყაროს სახით ჯანდაცვის მუშაკი უშუალოდ მოჰყვებოდა მეგობრებს/მეგობარ ვაჟებს — აბებთან და საშვილოსნოს შიდა საშუალებებთან, ასევე მილების ლიგირებასთან და სპერმიციდებთან მიმართებაში. რაც შეეხება კონტრაცეფციის ნაკლებად გავრცელებულ საშუალებებს, როგორიც არის ვაზექტომია, საინექციო საშუალებები და გადაუდებელი კონტრაცეფციული საშუალებები, უპირველეს წყაროდ ჯანდაცვის მუშაკები და წიგნები დასახელდა. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შესახებ პარტნიორის/ქმრის (39%) შემდეგ რიგით მეორე მნიშვნელოვან წყაროდ მეგობარი ან მეგობარი ვაჟი (37%) დასახელდა (სურათი 7.2.2).

აღნიშნული მონაცემები გარკვეულწილად მიუთითებს კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის მდარე ხარისხსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის გააქტიურების აუცილებლობაზე, რომელიც მიმართული იქნება კონტრაცეფციით სარგებლობის შესახებ ქალთა ცოდნის ასამაღლებლად უფრო საიმედო არხების მეშვეობით, როგორიცაა სკოლები, ინფორმაციის მასობრივი საშუალებები და ჯანდაცვის სამსახურები.

7.3 ცოდნა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევაში აისახა არა მხოლოდ კონტრაცეფციის მეთოდებისა და მათი წყაროების შესახებ ცოდნა, არამედ კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ ინფორმირებულობაც. კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ სწორი ინფორმაცია წყვილებს დიდად შეუწყობდა ხელს დაუგეგმავი ორსულობების თავიდან აცილებაში. მოსახლეობის ცოდნის დონე კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდის ეფექტურობის შესახებ შეიძლება ჩაითვალოს კონტრაცეფციული საშუალებების შესახებ გავრცელებული ინფორმაციის, საგანმანათლებლო პროგრამებისა და კონსულტაციების ადეკვატურობის ინდიკატორად. 2010 წლის კვლევის მონაცემების მიხედვით, ქალთა უმეტესობას მიაჩნია, რომ არც ერთი თანამედროვე მეთოდი არ არის სათანდოდ ეფექტური (ცხრილი 7.3 და სურათი 7.3.1). ქალების 29%-მა მართებულად მიიჩნია საშვილოსნოს შიდა საშუალებები ეფექტურ საშუალებად ორსულობის თავიდან აცილებისთვის, მაშინ, როცა იგივე მაჩვენებელი მხოლოდ 16%-ია ქირურგიულ სტერილიზაციასთან მიმართებაში. ქალების დიდი ნაწილი აბებს ეფექტურ საშუალებად არ მიიჩნევს, რაც არასწორია. ფაქტობრივად, ქალთა წილი, ვინც უპირატესობას აბებს ანიჭებს (მართებულად), ნაკლები აღმოჩნდა იმ ქალთა წილზე, ვისაც ძალიან ეფექტურ საშუალებად არამართებულად მიაჩნია კონდომი (10% და 19% შესაბამისად), თუმცა კონდომის დოკუმენტურად დადასტურებული ეფექტურობა გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე ორალური კონტრაცეპტივებისა (Hatcher et al., 2004).

კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების მიმდევართა შორის გავრცელებული მცდარი შეხედულებები ნათელი მაგალითია იმისა, თუ როგორი გავლენა შეიძლება იქონიოს კონტრაცეფციული საშუალებების ეფექტურობის შესახებ ცოდნის ნაკლებობამ მეთოდის შეგნებულ არჩევანზე და გაზარდოს ნაკლებად ეფექტური მეთოდისთვის მიმართვის შემთხვევები. კალენდარული მეთოდი და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ქალების შესაბამისად 38%-მა და 27%-მა დაასახელა ძალიან ეფექტურად ან ეფექტურად. მართალია, იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც სმენია ამ მეთოდების შესახებ, 2005-2010 წლების პერიოდში შემცირდა (68%-დან 59%-მდე კალენდარულ მეთოდთან და 55%-დან 43%-მდე შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდთან მიმართებაში) (ცხრილი 7.1.6), რწმენა ტრადიციული მეთოდების მაღალ ეფექტურობის შესახებ დომინანტური შეხედულებაა იმ ქალებში, ვისაც სმენია ამ მეთოდების შესახებ. ცხრილში 7.3 42% და 56%-ს არასოდეს სმენია ამ ორი მეთოდის შესახებ და, შესაბამისად, როდესაც ისინი ამოღებული იქნება, დანარჩენი მეთოდების უმეტესობა მოხვდება ძალიან ეფექტურის ან ეფექტურის კატეგორიაში.

უფრო ვრცელი ინფორმაცია ტენდენციების შესახებ ნაჩვენებია ცხრილში 7.3.1. ტენდენციები ცვალებადია და ამის მიზეზები არ არის ნათელი. 1999-2005 წლებში საშვილოსნოს შიდა საშუალებებისა და ორალური კონტრაცეპტივების ეფექტიანობის აღქმა გაიზარდა (შესაბამისად, 31%-დან 40%-მდე და 9%-დან 13%-მდე). მაგრამ შემდგომში, 2010 წელს, ამ მაჩვენებელთა დონეებმა დაიწია თითქმის 1999 წლის დონეებამდე და მიაღწია, შესაბამისად, 29%-ს და 10%-ს. მილების ლიგირების მაღალი ეფექტურობის შესახებ შეხედულების მაჩვენებელი განახევრდა 1999 და 2005 წლების პერიოდში (28%-იდან 14%-მდე) და თითქმის უცვლელი იყო 2005-2010 წლებში.

რომ შევაჯამოთ, საზოგადოებაში ამა თუ იმ მეთოდების, ასევე მათი გამოყენებისა და წყაროს შესახებ ცოდნის დიდი დეფიციტი აღინიშნება. მეთოდების საიმედოობის შესახებ შეხედულებები არ არის ერთგვაროვანი და შეინიშნება მნიშვნელოვნად მცდარი შეხედულებები, რაც სავარაუდოდ გაზრდის დაუგეგმავი ორსულობებისა და აბორტების რაოდენობას. ცხადია, რომ საჭიროა პროგრამები ამ ფართოდ გავრცელებული პრობლემების მოსაგვარებლად და როგორც საზოგადოების, ისე ჯანდაცვის დაწესებულებათა პერსონალისთვის თანამედროვე კონტრაცეფციის შესახებ ცოდნის მიწოდება ამჟამინდელი მცდელობების ხელშესაწყობად.

ცხრილი 7.1.1 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული განაწილება, ვისაც ოდესმე სმენია კონკრეტული კონტრაცეპტული მეთოდის შესახებ, რეგიონების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ	სულ	რეგიონი										
		კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	სამცხე-ჯავახეთი	აჭარა	გურია	სამეგრელო	იმერეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-სვანეთი
ოდესმე სმენია რომელიმე მეთოდის შესახებ	96.6	95.7	98.9	97.0	90.6	95.0	95.4	99.2	98.3	96.8	97.5	96.3
ოდესმე სმენია თანამედროვე მეთოდის შესახებ	96.2	95.3	98.9	97.0	88.7	94.4	95.0	98.6	98.3	96.5	97.5	96.1
კონდომი	94.5	93.8	98.4	95.7	83.1	92.7	90.8	98.2	97.6	95.9	94.9	95.4
სშს	87.5	85.1	90.9	85.0	81.3	88.2	84.7	90.4	84.7	91.1	88.4	84.2
აბები	81.1	79.1	89.5	80.9	74.9	73.9	72.8	79.2	73.8	83.6	84.6	76.7
მილების ლიგირება	39.3	36.4	44.3	47.1	30.1	24.7	19.2	46.2	41.2	51.0	37.8	36.6
სპერმიციდები	20.7	19.3	28.4	16.8	18.7	9.6	16.3	18.6	12.9	23.1	18.8	13.0
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	5.2	3.2	10.2	2.4	3.6	1.2	3.9	1.6	0.8	4.8	5.7	3.0
საინექციო საშუალებები	4.8	2.8	9.3	3.4	3.4	1.7	3.2	4.6	2.5	3.2	4.9	3.6
ვაზექტომია	4.2	2.8	8.4	1.6	1.7	0.9	2.5	2.6	2.2	4.2	2.3	2.0
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	3.4	3.2	3.8	3.3	3.0	2.9	2.9	3.4	3.2	3.6	3.4	3.1
ოდესმე სმენია ტრადიციული მეთოდების შესახებ	63.7	62.2	67.9	63.1	60.4	66.6	59.0	61.2	55.6	67.0	65.6	59.5
კალენდარული მეთოდი	58.5	57.4	64.7	60.4	48.1	55.6	51.3	51.6	51.6	64.4	62.4	54.9
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	43.2	37.0	42.8	40.6	46.6	50.9	49.4	45.8	32.1	44.6	46.4	40.0
შემთხვევათა რაოდენობა	6,292	498	1,426	392	546	481	419	401	477	805	393	454

ცხრილი 7.1.2 15-44 წლის ქალთა პროცენტული განაწილება, ვისაც ოდესმე სმენია კონკრეტული კონტრაცეპტული მეთოდის შესახებ, ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ	სულ	ოჯახური მდგომარეობა			ასაკობრივი ჯგუფი		
		ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	გაუთხოვარი	15–24	25–34	35–44
ოდესმე სმენია რომელიმე მეთოდის შესახებ	96.6	98.6	96.8	93.0	93.8	97.9	98.6
ოდესმე სმენია თანამედროვე მეთოდის შესახებ	96.2	98.1	96.3	93.0	93.7	97.7	97.7
კონდომი	94.5	96.1	95.0	91.5	91.6	96.7	95.5
სშს	87.5	95.9	94.7	71.8	73.7	95.2	96.0
აბები	81.1	89.7	89.7	64.7	65.8	90.4	89.6
მილების ლიგირება	39.3	48.6	50.8	21.0	19.1	46.5	55.9
სპერმიციდები	20.7	27.2	29.9	7.8	8.1	26.1	30.2
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	5.2	6.2	9.5	2.6	1.8	6.6	7.7
საინექციო საშუალებები	4.8	5.6	7.3	3.0	2.1	5.2	7.8
ვაზექტომია	4.2	4.5	7.8	2.8	1.3	4.8	7.0
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	3.4	3.7	3.8	2.7	2.6	3.7	3.9
ოდესმე სმენია ტრადიციული მეთოდების შესახებ	63.7	83.0	74.9	28.5	34.0	77.4	85.1
კალენდარული მეთოდი	58.5	75.3	71.6	27.0	30.3	70.6	79.5
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	43.2	62.0	56.7	8.2	15.9	53.8	64.8
შემთხვევათა რაოდენობა	6,292	4,098	389	1,805	1,960	2,359	1,973

ცხრილი 7.1.3 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული განაწილება (%), ვისაც ოდესმე სმენია კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდის შესახებ, განათლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ	სულ	განათლება			
		არასრული საშუალო ან ნაკლები	სრული საშუალო	ტექნიკუმი	უმაღლესი/ ასპირანტურა
ოდესმე სმენია რომელიმე მეთოდის შესახებ	96.6	91.2	96.1	99.1	99.1
ოდესმე სმენია თანამედროვე მეთოდის შესახებ	96.2	90.0	95.8	99.0	99.1
კონდომი	94.5	87.4	93.2	97.2	98.5
სშს	87.5	69.5	86.7	97.4	95.1
აბები	81.1	59.2	77.5	90.8	92.7
მილების ლიგირება	39.3	19.9	30.6	51.6	51.6
სპერმიციდები	20.7	6.7	12.5	28.0	31.5
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	5.2	0.5	2.1	7.1	9.1
საინექციო საშუალებები	4.8	0.9	1.7	4.3	9.2
ვაზექტომია	4.2	0.2	1.2	5.5	7.9
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	3.4	2.4	3.1	3.8	4.0
ოდესმე სმენია ტრადიციული მეთოდის შესახებ	63.7	40.3	59.3	79.5	74.7
კალენდარული მეთოდი	58.5	33.2	51.3	76.7	71.4
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	43.2	27.9	41.1	51.1	50.6
შემთხვევათა რაოდენობა	6,292	1,330	1,568	903	2,491

ცხრილი 7.1.4 15-44 წლის ქალთა პროცენტული განაწილება (%), ვინც აცხადებს, რომ იცის კონკრეტული კონტრაცეპტული მეთოდის გამოყენება, ოჯახური მდგომარეობასა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

კონტრაცეპტიული მეთოდის გამოყენების ცოდნა	სულ	ოჯახური მდგომარეობა			ასაკობრივი ჯგუფი		
		ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	გაუთხოვარი	15–24	25–34	35–44
სულ მცირე რომელიმე ერთი მეთოდი	79.9	92.0	87.9	57.5	62.9	87.9	91.8
სულ მცირე ერთი თანამედროვე მეთოდი	76.5	87.3	85.5	56.2	61.1	84.3	86.8
კონდომი	67.5	76.4	77.9	50.3	54.7	75.0	74.8
სშს	58.5	72.1	69.3	33.1	37.2	67.5	74.7
აბები	49.7	61.1	61.9	27.8	32.2	58.9	61.1
მილების ლიგირება	29.0	37.2	39.7	12.9	11.9	34.6	43.8
სპერმიციდები	16.0	21.2	25.3	5.2	5.8	20.0	24.0
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	4.0	4.8	7.9	2.1	1.3	5.0	6.4
საინექციო საშუალებები	3.5	3.9	6.8	2.2	1.3	3.5	6.3
ვაზექტომია	3.4	3.6	7.3	2.2	1.1	3.9	5.6
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	2.3	2.8	3.0	1.4	1.5	2.7	3.0
სულ მცირე ერთი ტრადიციული	50.5	69.3	62.0	15.9	22.5	61.9	72.0
კალენდარული მეთოდი	41.9	56.2	55.2	14.8	18.2	50.4	61.4
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	34.8	50.7	45.4	5.4	12.3	43.4	52.8
შემთხვევათა რაოდენობა	6,292	4,098	389	1,805	1,960	2,359	1,973

ცხრილი 7.1.5 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული განაწილება (%), ვინც აცხადებს, რომ იცის, სად შეიძლება იშოვოს კონკრეტული კონტრაცეპტული საშუალება ასაკობრივი ჯგუფისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

კონტრაცეპტიული მეთოდის წყაროს ცოდნა	სულ	საცხოვრებელი ადგილი			ასაკობრივი ჯგუფი		
		თბილისი	სხვა ქალაქი	სოფელი	15–24	25–34	35–44
იცის სად იშოვოს სულ მცირე ერთი საშუალება	84.1	90.1	86.9	79.0	75.6	88.8	89.2
კონდომი	77.4	85.1	80.2	71.4	70.5	82.0	80.9
სშს	66.5	68.9	69.8	63.2	48.0	75.2	79.4
აბები	64.7	73.3	67.6	58.2	50.2	73.6	72.8
მილების ლიგირება	30.6	33.9	32.7	27.5	13.0	36.8	45.2
სპერმიციდები	17.1	21.8	20.6	12.5	6.4	21.1	25.7
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	4.1	8.0	3.3	2.3	1.3	5.2	6.5
საინექციო საშუალებები	3.7	6.3	3.2	2.5	1.5	3.7	6.4
ვაზექტომია	3.4	6.7	2.7	2.0	1.1	3.9	5.8
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	2.3	2.7	2.5	2.0	1.5	2.7	3.0
შემთხვევათა რაოდენობა	6,292	1,426	1,549	3,317	1,960	2,359	1,973

ცხრილი 7.1.6 ძირითადი ტენდენციები კონტრაცეფციული მეთედობის შესახებ ცოდნის, მათი გამოყენებისა და თანამედროვე მეთოდების წყაროების შესახებ, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, 15-44 წლის ყველა ქალს შორის საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები, 1999, 2005 და 2010 წლები

კონტრაცეფციის მეთოდი	1999			2005			2010		
	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		სულ	საცხოვრებელი ადგილი		სულ	საცხოვრებელი ადგილი	
		ქალაქი	სოფელი		ქალაქი	სოფელი		ქალაქი	სოფელი
კონტრაცეფციული მეთოდების შესახებ გათვითცნობიერებულობა									
ნებისმიერი მეთოდი	**95.1**	**98.2**	**91.3**	**96.9**	**99.5**	**93.8**	**96.6**	**98.4**	**94.6**
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	**94.9**	**98.0**	**90.8**	**96.7**	**99.4**	**93.4**	**96.2**	**98.3**	**93.9**
კონდომი	88.5	95.5	79.3	95.2	99.2	90.3	94.5	97.3	91.3
სშს	92.6	95.9	88.3	93.9	96.8	90.3	87.5	90.0	84.8
აბები	67.5	77.7	54.4	81.3	88.4	72.7	81.1	87.2	74.2
მილების ლიგირება	43.5	48.5	37.0	38.5	47.7	27.4	39.3	42.6	35.5
სპერმიციდები	11.3	14.6	6.9	18.4	23.6	12.1	20.7	25.8	15.0
ვაზექტომია	12.4	16.9	6.6	5.1	7.6	2.1	4.2	5.9	2.2
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	4.1	6.0	1.6	4.2	6.2	1.8	5.2	7.4	2.7
საინექციო საშუალებები	4.3	5.8	2.5	3.3	5.2	1.1	4.8	6.6	2.8
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	**69.4**	**74.0**	**63.5**	**72.5**	**77.1**	**67.0**	**63.7**	**66.2**	**61.0**
კალენდარული	64.9	71.0	57.0	68.2	74.2	60.8	58.5	62.7	53.6
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	50.3	53.6	46.1	54.9	58.0	51.0	43.2	42.6	43.9
მეთოდების გამოყენების შესახებ გათვითცნობიერებულობა									
ნებისმიერი მეთოდი	77.9	83.3	70.9	79.4	83.2	74.7	79.9	83.4	75.9
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	73.5	80.4	64.7	75.1	79.9	69.4	76.5	81.5	70.9
კონდომი	62.2	71.3	50.4	66.6	72.8	59.2	67.5	73.7	60.4
სშს	61.8	67.0	55.2	64.0	67.6	59.6	58.5	62.1	54.5
აბები	30.1	36.9	21.4	45.9	50.2	40.6	49.7	54.7	44.2
მილების ლიგირება	30.1	35.2	23.6	28.3	35.4	19.5	29.0	32.5	25.1
სპერმიციდები	7.0	9.6	3.6	11.5	14.8	7.6	16.0	20.3	11.0
ვაზექტომია	8.9	12.0	4.9	3.5	5.3	1.3	3.4	4.7	1.9
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	2.7	4.1	1.0	2.5	3.9	0.8	4.0	5.7	2.2
საინექციო საშუალებები	2.6	3.8	1.0	1.7	2.5	0.7	3.5	4.8	2.1
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	52.1	56.4	46.5	55.5	58.9	51.3	50.5	51.4	49.4
კალენდარული	43.0	49.0	35.3	46.7	52.3	39.9	41.9	45.6	37.7
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	37.9	40.0	35.1	41.3	43.0	39.2	34.8	33.0	36.8
სად შეიძლება კონტრაცეპციული საშუალების მიღება									
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	77.5	83.8	69.4	80.4	84.2	75.7	84.1	88.5	79.0
კონდომი	65.8	75.7	53.1	74.2	79.6	67.6	77.4	82.8	71.4
სშს	67.9	73.5	60.7	70.6	74.0	66.4	66.5	69.3	63.2
აბები	45.8	55.3	33.5	61.4	67.6	54.0	64.7	70.6	58.2
მილების ლიგირება	34.0	38.7	27.9	30.1	37.2	21.5	30.6	33.3	27.5
სპერმიციდები	8.4	11.3	4.6	13.6	17.6	8.8	17.1	21.2	12.5
ვაზექტომია	9.4	12.7	5.2	4.1	5.8	1.9	3.4	4.7	2.0
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	2.9	4.5	0.8	3.0	4.6	1.1	4.1	5.8	2.3
საინექციო საშუალებები	2.6	3.7	1.1	2.0	3.0	0.7	3.7	4.8	2.5
შემთხვევათა რაოდენობა	7,798	4,759	3,039	6,376	3,196	3,180	6,292	2,975	3,317

ცხრილი 7.2.1 კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო ასაკობრივი ჯგუფის და ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, 15-44 წლის ქალები, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის სულ მცირე ერთი მეთოდის შესახებ
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

წყარო	სულ	ასაკობრივი ჯგუფი			ოჯახური მდგომარეობა		
		15–24	25–34	35–44	ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	გაუთხოვარი
მეგობრები, მეგობარი ვაჟი	32.1	37.6	30.6	29.0	28.7	30.9	41.6
ექიმი	17.0	8.9	19.5	21.2	22.3	17.2	2.6
ნათესავი	15.3	16.5	15.3	14.4	14.7	14.0	17.4
პარტნიორი/ქმარი	12.2	6.2	14.6	14.8	16.3	16.0	0.0
ტელევიზია/ რადიო/ინტერნეტი	9.1	14.5	7.0	6.7	6.0	7.3	17.9
თანამშრომელი, კოლეგა, თანატოლები	4.2	3.3	4.4	4.8	3.8	6.1	4.9
დედა ან მამა	2.5	4.8	1.9	1.0	1.7	1.9	4.6
წიგნები	2.2	2.1	1.8	2.8	1.8	3.6	3.0
გაზეთები, ჟურნალები,	1.8	1.6	1.5	2.2	1.6	1.2	2.5
მასწავლებელი	0.8	1.6	0.6	0.5	0.4	0.5	2.1
ექთანი, ბებიაქალი, ფელდშერი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკი	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3	0.0	0.1
სხვა	1.5	1.7	1.4	1.4	1.4	0.8	2.1
არ ახსოვს	1.0	1.2	1.1	0.9	1.0	0.5	1.2
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	6,123	1,854	2,319	1,950	4,050	378	1,695

ცხრილი 7.2.2 ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ 15-44 წლის ქალები, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის, სულ მცირე, ერთი მეთოდის შესახებ
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

წყარო	სულ	კონტრაცეფციის მეთოდი									
		აბები	სშს	კონდომი	სპერმიციდი	მილების ლიგირება	ვაზექტომია	საინექციო საშუალებები	გადაუდებელი კონტრაცეფცია	კალენდარული მეთოდი	შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი
მეგობრები, მეგობარი ვაჟი	32.1	39.8	37.8	41.9	35.2	33.8	11.6	15.1	27.9	46.4	37.4
ექიმი	17.0	25.3	32.2	8.7	28.8	25.1	22.6	25.3	25.2	13.2	3.6
ნათესავი	15.3	12.2	15.6	6.9	9.0	17.4	3.2	5.0	4.5	25.2	11.3
პარტნიორი/ქმარი	12.2	0.1	0.2	17.1	0.6	0.3	0.4	0.3	0.3	0.6	39.3
ტელევიზია/რადიო/ინტერნეტი	9.1	8.7	2.5	14.6	4.7	5.5	10.0	11.1	6.4	0.6	0.3
თანამშრომელი, კოლეგა, თანატოლები	4.2	3.5	3.8	4.1	6.3	4.0	6.8	8.9	9.0	4.5	4.0
დედა ან მამა	2.5	1.4	2.6	0.8	0.2	1.2	0.4	0.6	0.0	3.2	0.2
წიგნები	2.2	2.8	1.9	1.3	5.4	6.1	28.0	15.4	13.0	2.5	1.5
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ბუკლეტები	1.8	1.7	0.9	1.5	2.9	2.6	7.4	7.5	4.3	0.9	0.4
მასწავლებელი	0.8	1.2	1.0	0.8	2.2	2.4	8.4	6.5	4.5	1.0	0.4
ექთანი, ბებიაქალი, ფელდშერი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკი	0.2	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0	0.3	0.3	0.3	0.1
სხვა	1.5	2.3	0.9	1.6	4.2	0.4	1.1	1.9	3.2	0.7	0.2
არ ახსოვს	1.0	0.7	0.6	0.8	0.3	1.0	0.4	2.0	1.3	0.9	1.5
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	6,123	5,237	5,652	6,006	1,346	2,614	259	306	326	3,906	2,958

ცხრილი 7.3 15-44 წლის ყველა ქალის პროცენტული განაწილება კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ მათი მოსაზრებების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

კონტრაცეფციის მეთოდი*	კონტრაცეპტივების ეფექტიანობა					სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ძალიან ეფექტური	ეფექტური	უეფექტო	არ იცის	არასოდეს სმენია		
მილების ლიგირება	16.3	17.9	0.4	4.6	60.7	100.0	6,292
სშს	29.5	43.1	1.7	13.2	12.5	100.0	6,292
აბები	10.1	53.3	2.3	15.5	18.9	100.0	6,292
კონდომი	19.2	59.1	1.5	14.7	5.5	100.0	6,292
კალენდარული მეთოდი	4.7	33.5	10.0	10.2	41.5	100.0	6,292
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	3.4	23.9	8.6	7.2	56.8	100.0	6,292

*** ჩამოთვლილია კონტრაცეპტიული მეთოდის ეფექტიანობის კლებადი რიგით კონტრაცეპტივების სწორად და თანმიმდევრულად გამოყენების შემთხვევაში (Hatcher et al., 1998).**

თავი 8

კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება

წინამდებარე თავი იწყება ყველა ქალის, დაქორწინებულის თუ დაუქორწინებლის, მიერ კონტრაცეფციული საშუალებების ოდესმე გამოყენების შესწავლით. უმეტესად კონტრაცეპტივებს იყენებენ ქორწინებაში მყოფი ქალები და, გარკვეულწილად, ქორწინებაში ადრე მყოფი ქალები; ძალიან იშვიათია მათი მოხმარება იმ ქალების მიერ, რომლებიც არასოდეს ყოფილან გათხოვილი. აქედან გამომდინარე, კონტრაცეპტივების ოდესმე გამოყენების პროცენტული მაჩვენებელი ყველა ქალს შორის გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე პროცენტული მაჩვენებელი ამჟამად ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის.

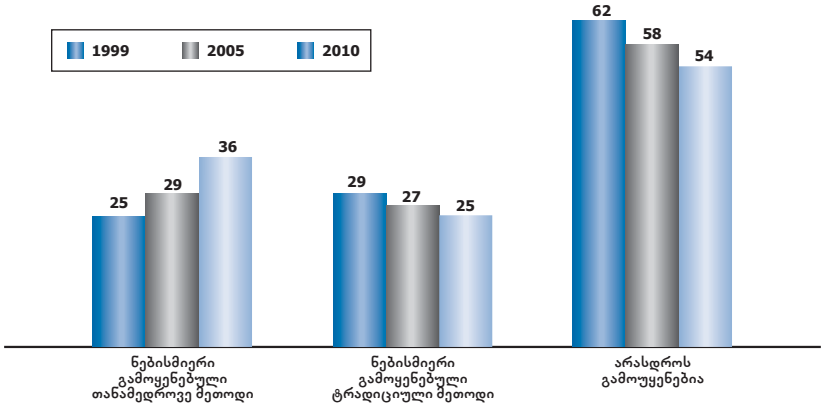
8.1 კონტრაცეფციული საშუალებების ოდესმე გამოყენება

საქართველოში კონტრაცეფციული საშუალებების ოდესმე გამოყენების პროცენტული მაჩვენებელი არ არის მაღალი, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ კონტრაცეპტივების, კერძოდ, მაღალი ეფექტის მქონე მეთოდების, გამოყენება ჯერ სულ ახალი დაწყებულია. გარდა ამისა, პროცენტული მაჩვენებელი ყველა ქალისთვის შემცირებულია ქორწინებაში არმყოფი ქალების ჩართვის გამო. მიუხედავად ამისა, 1999 წლიდან დაწყებული ტენდენცია საინტერესოა (იხ. სურათი 8.1.1; და ცხრილი 8.1.1). თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მუდმივად იზრდება და ასევე მუდმივად კლებულობს ტრადიციული მეთოდების გამოყენების შემთხვევათა რაოდენობა. საერთო შედეგია მთლიანი პროცენტული მაჩვენებლის მატება იმ ქალებისა, რომლებსაც ოდესმე გამოუყენებიათ ეს მეთოდები.

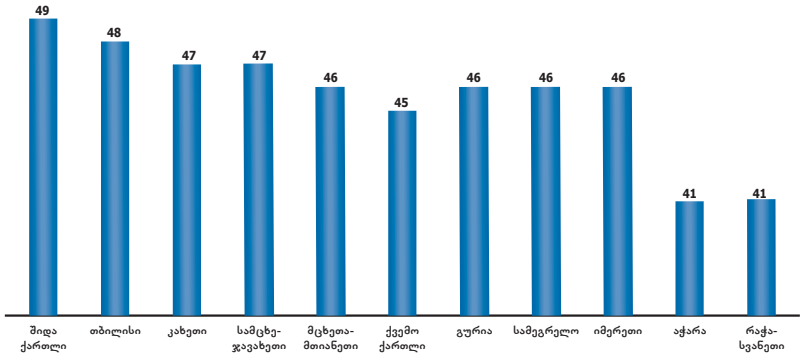
მიაქციეთ ყურადღება, რომ არსებობს ზედდება თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებს შორის, ვინაიდან ზოგიერთ ქალს ორივე გამოუყენებია. აქედან გამომდინარე, ეს ორი მონაცემი ვერ შეიკრიბება. ხაზები მარჯვნივ გვიჩვენებს, რომ 2010 წელს ყველა ქალის 46%-ს ოდესმე ჰქონდა გამოყენებული რაიმე მეთოდი, რაც მხოლოდ 38%-ს შეადგენდა 1999 წელს. ეს პროცენტული მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია ქორწინებაში მყოფ ქალებში, როგორც ეს ნაჩვენებია ცხრილში 8.1.2.

კონტრაცეფციული საშუალებების ოდესმე გამოყენების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 30 და მეტი წლის ქალებში (67%-70%), განსაკუთრებით კი მაშინ, როცა ოჯახში ორი ან სამი ბავშვია (82%-86%), უმაღლესი განათლების მქონე (51%-56%) და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (52%). რაგინდ გასაკვირიც არ უნდა იყოს, ძალიან

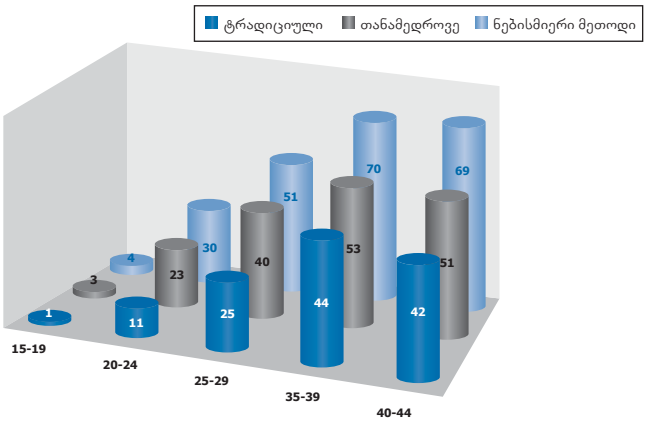
სურათი 8.1.1 კონტრაცეპციის გამოყენების სტატუსის ცვლილება საქართველოში 15-44 წლის ყველა ქალს შორის1999, 2005 და 2010 წლებში



სურათი 8.1.2 კონტრაცეპტივების ოდესმე გამოყენება 15-44 წლის ქალებში რეგიონების მიხედვით



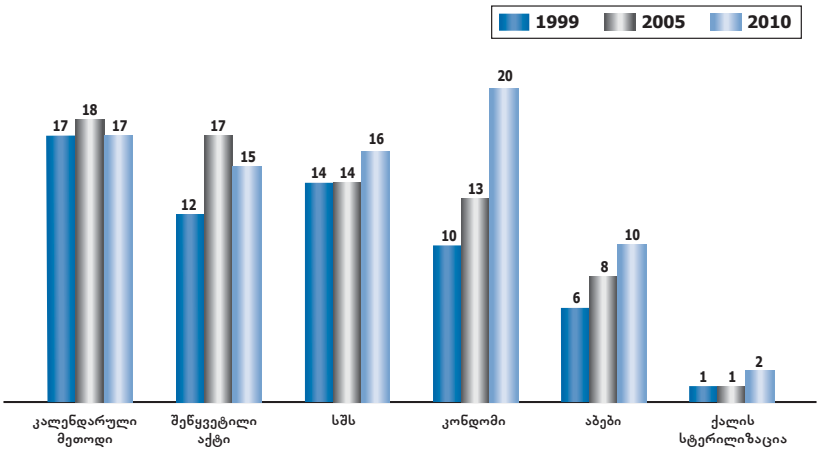
სურათი 8.1.3 კონტრაცეპტივების ოდესმე გამოყენება მეთოდის მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალის მიერ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



ცოტაა განსხვავება ეროვნებების მიხედვით, თუმცა ქართველი ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ თანამედროვე მეთოდებს და უფრო იშვიათად - ტრადიციულ მეთოდებს, ვიდრე აზერბაიჯანელი თუ სომეხი ქალები. სურათზე 8.1.2 ნაჩვენებია, რომ რომელიმე თანამედროვე მეთოდის ოდესმე გამოყენება ყველაზე მაღალი იყო შიდა ქართლში (49%) და ყველაზე დაბალი - რაჭა-სვანეთში (41%).

საინტერესოა, რომ თანამედროვე მეთოდების ოდესმე გამოყენების მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ტრადიციული მეთოდებისა სურათ 8.1.2-ზე მოცემულ თითქმის ყველა კატეგორიაში. მოდელი ერთნაირია ყველა ასაკობრივი ჯგუფისთვის, როგორც ეს ნაჩვენებია სურათზე 8.1.3.

სურათი 8.1.4 კონტრაცეფციის ცალკეული მეთოდების ოდესმე გამოყენება (%) 15-44 წლის ყველა ქალს შორის: 1999, 2005 და 2010 წლები

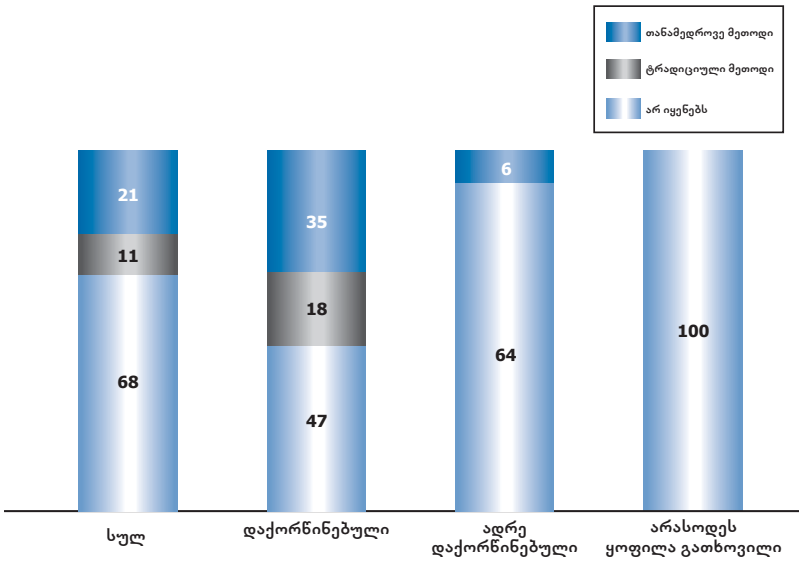


8.1.3 ცხრილის თანახმად, ყველაზე გავრცელებულ მეთოდს წარმოადგენს კონდომი (20%), კალენდარული მეთოდი (17%), საშვილოსნოს შიდა საშუალებები (16%) და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი (15%). რაც შეეხება ტენდენციებს (სურათი 8.1.4), 1999 და 2010 წლებს შორის გაორმაგდა იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მათ პარტნიორს ერთხელ მაინც აქვს გამოყენებული კონდომი (10%-დან 13%-20%-მდე). შედეგად კონდომი ყველაზე გავრცელებული მეთოდი იყო 2010 წელს, რასაც მოჰყვებოდა კალენდარული მეთოდი, რომელიც წამყვანი მეთოდი აღმოჩნდა 1999 და 2005 წლების კვლევების თანახმად. ოდნავ გაიზარდა იმ ქალების რაოდენობა, რომლებსაც ოდესმე გამოუყენებიათ საშვილოსნოს შიდა საშუალებები (14%-დან 16%-მდე). კალენდარული მეთოდის ოდესმე გამოყენება ერთ დონეზე დარჩა 1999-2010 წლებში (17%-18%). იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მათ პარტნიორს ოდესმე მიუმართავს შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდისთვის, შემცირდა 2005 წლის 17%-დან 2010 წელს 15%-მდე, თუმცა მაინც უფრო მაღალი იყო, ვიდრე 1999 წელს (12%). ორალური კონტრაცეპტივების ოდესმე გამოყენება ოდნავ გაიზარდა, მაგრამ უმნიშვნელოდ – 1999 წლის 6%-დან 2010 წელს 10%-მდე. პროცენტული მაჩვენებელი იმ ქალებისა, რომლებსაც ოდესმე გამოუყენებიათ სპერმიციდული პროდუქტები, საინექციო საშუალებები, გადაუდებელი კონტრაცეფცია და მილების ლიგირება, არ გაზრდილა ან 2005-2010 წლებში მცირე მატება იყო რეგისტრირებული. მხოლოდ ერთმა ქალმა განაცხადა, რომ მის პარტნიორს ჩატარებული ჰქონდა ვაზექტომია.

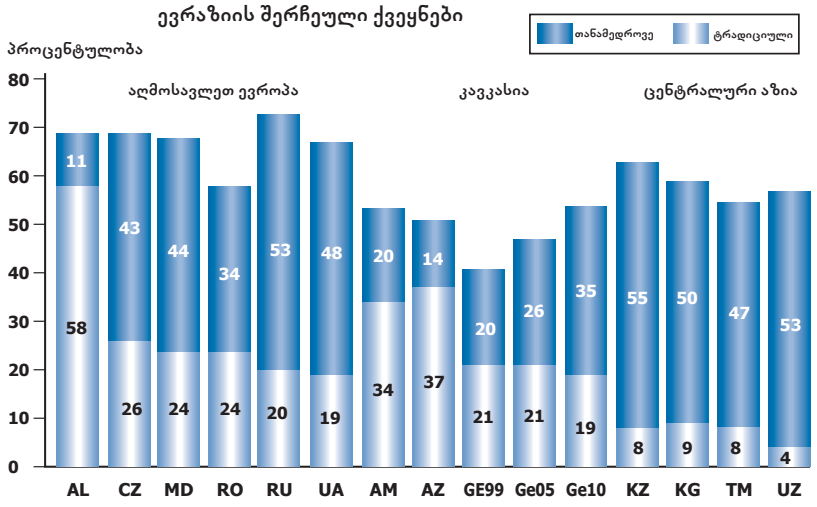
8.2 კონტრაცეფციული საშუალებების ამჟამად მოხმარება

კვლევის დროს 15-44 წლის ყველა ქალის 32% (ანუ 317,000 ქალი) იმ პერიოდში იყენებდა რომელიმე მეთოდს, რომელიც ან მათ პარტნიორს ჰქონდა ჩატარებული, ან ისინი იყენებდნენ ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით. ამ ქალების 68% იყენებდა თანამედროვე მეთოდს, 11% – ტრადიციულ მეთოდს, ხოლო 21% არ იყენებდა არანაირ მეთოდს.

სურათი 8.2.1 ცალკეული კონტრაცეფციული მეთოდების ამჟამინდელი მოხმარება ქორწინების სტატუსის მიხედვით

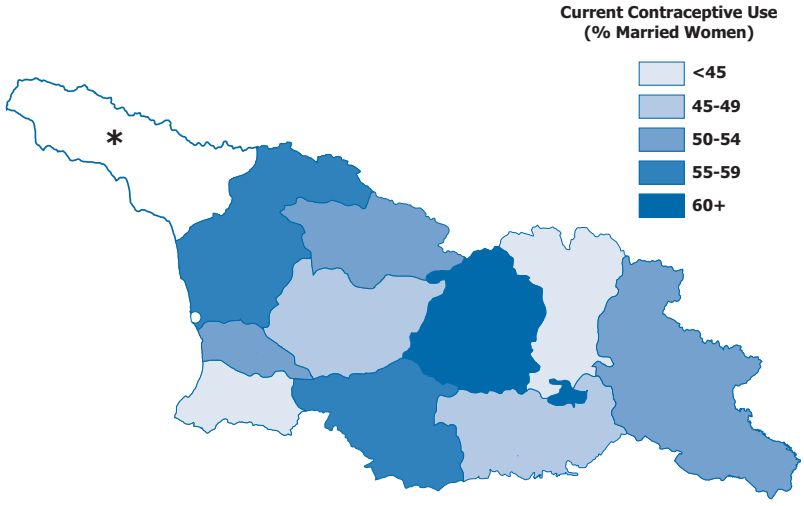


სურათი 8.2.2 კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი გამოყენება 15-44 წლის ქორწინებში მყოფ ქალებს შორის; აღმოსავლეთი ევროპის და ევრაზიის შერჩეული ქვეყნები



წყარო: Most recent RHS or DHS survey in AL=Albania, 2008; CZ=Czech Rep., 1993; MD=Moldova, 2005; RO=Romania, 2004; RU=Russia, 1999; UA=Ukraine, 2007; AM=Armenia 2005; AZ=Azerbaijan 2006; GE=Georgia, 1999, 2005, 2010; KZ=Kazakhstan, 1999; KG=Kyrgyz Republic, 1997 TM=Turkmenistan, 2000; UZ=Uzbekistan., 1996.

სურათი 8.2.3 ნებისმიერი კონტრაცეფციული მეთოდის ამჟამინდელი გამოყენება რეგიონების მიხედვით

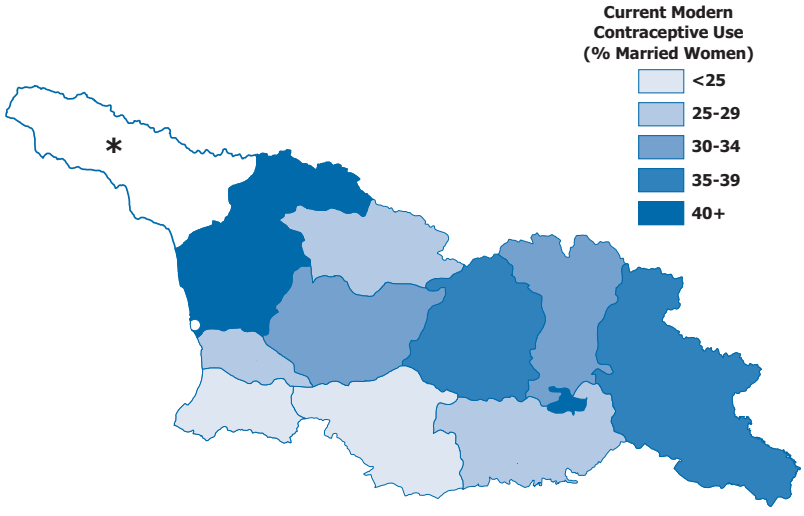


* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

ებდა კონტრაცეფციის მეთოდს, მათ შორის იყო იმ ქალების 21% (დაახლოებით 207,000 ქალი), რომლებიც იყენებდნენ თანამედროვე მეთოდებს (კონდომი, საშვილოსნოს შიდა საშუალებები, აბები, მილების ლიგირება და სპერმიციდები) (ცხრილი 8.2.1 და სურათი 8.2.1). ზოგადად, ყველაზე ხშირად მიმართავდნენ კონდომს, მას მოჰყვება საშვილოსნოს შიდა საშუალებები, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და კალენდარული მეთოდი. ორალურ კონტრაცეპტივებს მოიხმარდა ქალების 2.4%, ხოლო მილების ლიგირების მეთოდს მიმართა ქალების 1.8%-მა.

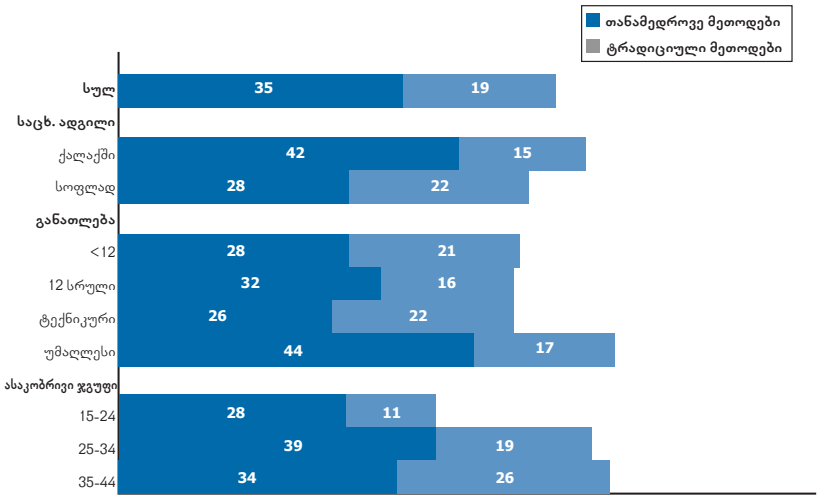
რეგისტრირებულ თუ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ კონტრაცეპტივების მოხმარების მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია, ვიდრე მათი გამოყენება სხვების მიერ, რადგან ისინი წარმოადგენენ სქესობრივად აქტიური ქალების უმრავლესობას, მათ უფრო ხშირად აქვთ სქესობრივი კავშირი, აქვთ უფრო მაღალი შობადობა და დაუგეგმავი ორსულობის რისკი. საქართველოში, ფაქტობრივად, კონტრაცეპტივების ყველა მომხმარებელი დაქორწინებულია. ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალების 53% იყენებს კონტრაცეპტივებს, მათ შორისაა ის 35%-იც, რომლებიც იყენებდნენ თანამედროვე მეთოდებს. განსხვავებით ამ ქალებისგან, ადრე ქორწინებაში მყოფი ქალების მხოლოდ 6% მიმართავს კონტრაცეფციის მეთოდებს და ისინი თითქმის სულ არ გამოიყენებენ დაუქორწინებელი ქალების მიერ. ფაქტობრივად, ადრე ქორწინებაში მყოფი ყველა ქალი იყენებს თანამედროვე მეთოდებს (4% კონდომს, ხოლო 2% - საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს და მილების ლიგირების გრძელვადიან ან მუდმივ მეთოდებს).

სურათი 8.2.4 თანამედროვე კონტრაცეფციული მეთოდების ამჟამინდელი გამოყენება რეგიონების მიხედვით



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

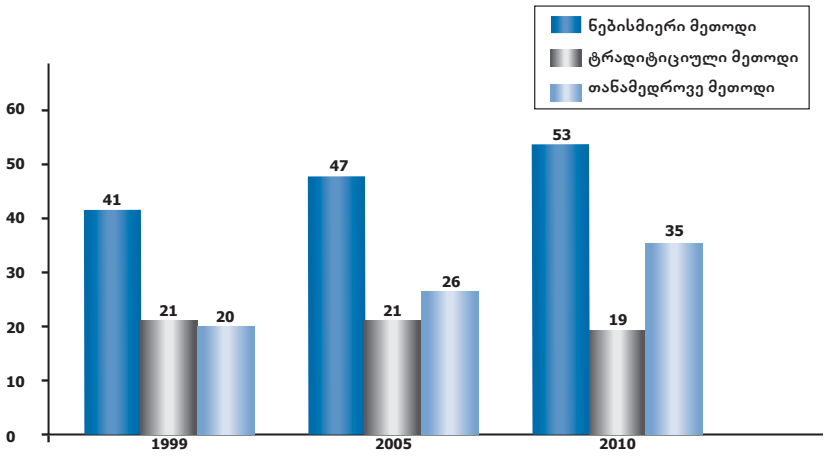
სურათი 8.2.5 თანამედროვე და ტრადიციული კონტრაცეფციული მეთოდების ამჟამინდელი გამოყენება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის



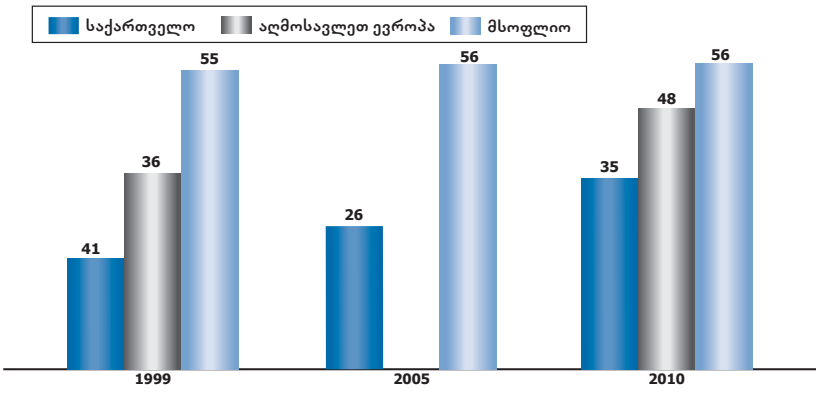
ეს შედეგები შეიძლება აიხსნას სხვადასხვა ფაქტორით. პირველი, ქორწინების გარეშე კავშირები იშვიათია საქართველოში ანუ ისინი უარყოფილია ქალების უმრავლესობის მიერ, ვინაიდან ეს არ არის მისაღები საზოგადოებისთვის. ამგვარად, ქორწინებაში არმყოფმა ქალებმა შეიძლება უარი თქვან არა მარტო კონტრაცეპტივების გამოყენებაზე, არამედ საერთოდ სქესობრივ ცხოვრებაზე (ამის არაპირდაპირ მტკიცებას წარმოადგენს მამაკაცებში ჩატარებული კვლევა). გარდა ამისა, ბევრი ქალი, ქვეცნობიერადაც კი, არ მიიჩნევს, რომ მამაკაცების მიერ კონდომების გამოყენება ისევე ეფექტურია, როგორც თავად მათ მიერ კონტრაცეპტივების მოხმარება. დაბოლოს, ქალებთან შედარებით მამაკაცების მიერ დასახელებული კონდომის მოხმარების უფრო მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ნაწილობრივ იმითაც აიხსნას, რომ ამ მეთოდის გამოყენება მამაკაცებში შეიძლება უფრო ძლიერ ფიზიკურ მოგონებას ტოვებდეს. ყველა ეს ფაქტორი შესაძლოა დაგვეხმაროს იმ განსხვავებების ახსნაში, რომლებიც არსებობს მამაკაცებთან და ქალებთან თითქმის ერთდროულად (2005) ჩატარებული კვლევების შედეგებში: თანამედროვე მეთოდების ამჟამინდელი მოხმარება, როგორც ეს მამაკაცებმა დაასახელეს, 39.5%-ს შეადგენს, ხოლო ქალებში ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 27%-ია. ამის ძირითადი მიზეზია განსხვავებები კონდომის მოხმარებაში: მამაკაცებში – 29%, ხოლო ქალებში – 5%. სხვა მეთოდებს მამაკაცების მხოლოდ 10% მიმართავს.

მიუხედავად ბოლო პერიოდში კონტრაცეპტივების მოხმარების ზრდისა – 1999 წლის 41%-დან 2010 წელს 53%-მე, კონტრაცეპტივების გავრცელების საქართველოში არსებული კოე-

სურათი 8.2.6 ტენდენციები კონტრაცეფციის ამჟამინდელ გამოყენებაში 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის: 1999, 2005 და 2010 წლები



სურათი 8.2.7 საქართველოში თანამედროვე კონტრაცეპტივების ამჟამად გამოყენების ტენდენციების შედარება აღმოსავლეთ ევროპის და მსოფლიოს საშუალო მაჩვენებლებთან



ფიციენტი ყველაზე დაბალია აღმოსავლეთ ევროპასა და ევრაზიაში (სურათი 8.2.2).

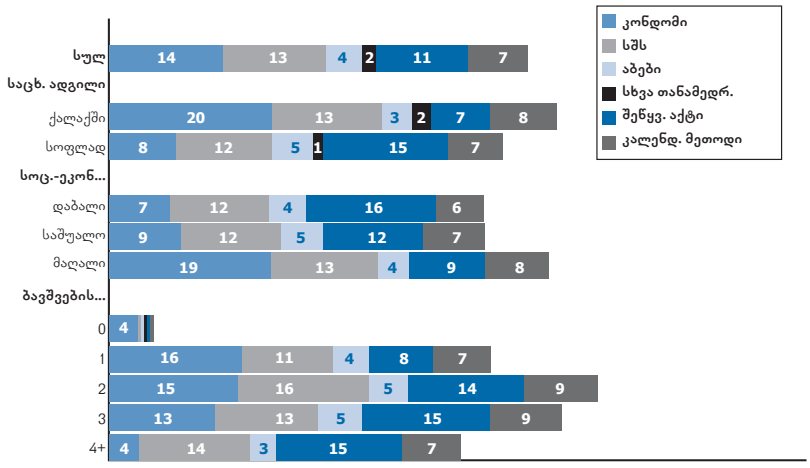
აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში (მაგალითად, ალბანეთში, მოლდოვაში, რუსეთსა და უკრაინაში) წყვილების თითქმის ორი მესამედი იყენებს კონტრაცეპტივებს, ხოლო საქართველოში ეს მაჩვენებელი უკანასკნელად 53% იყო. კონტრაცეპტივების გავრცელების კოეფიციენტი საქართველოში შეიძლება შედარდეს სომხეთის 2005 წლის მაჩვენებლებს (ქორწინებაში მყოფი ქალების 54%) და აზერბაიჯანის 2006 წლის მაჩვენებლებს (ქორწინებაში მყოფი ქალების 51%), თუმცა საქართველოში ორჯერ უფრო მაღალია თანამედროვე მეთოდების გამოყენება. 2010 წელს თანამედროვე მეთოდების გამოყენება შეიძლება შედარდეს რუმინეთის 2004 წლის შესაბამის კოეფიციენტს (34%), მაგრამ უფრო დაბალია, ვიდრე მოლდოვის, უკრაინის, რუსეთისა და შუა აზიის ბოლოდროინდელი ხელმისაწვდომი მაჩვენებლები. ტრადიციული მეთოდების გამოყენება საქართველოში (19%) უფრო მაღალი იყო 2010 წელს, ვიდრე შუა აზიის ქვეყნებში (4%-9%) და უკრაინასა და რუსეთში.

ცხრილი 8.2.2 გვიჩვენებს 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ კონტრაცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენებას საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონის მიხედვით. როგორც მოსალოდნელი იყო, ქალაქში მცხოვრები ქალები უფრო აქტიურად იყენებდნენ კონტრაცეპტივებს, ვიდრე სოფლად მცხოვრებნი. ქალაქებში კონდომი ყველაზე ხშირად მოიხმარებოდა და 2.5-ჯერ აჭარბებდა მის გამოყენებას სოფლებში.

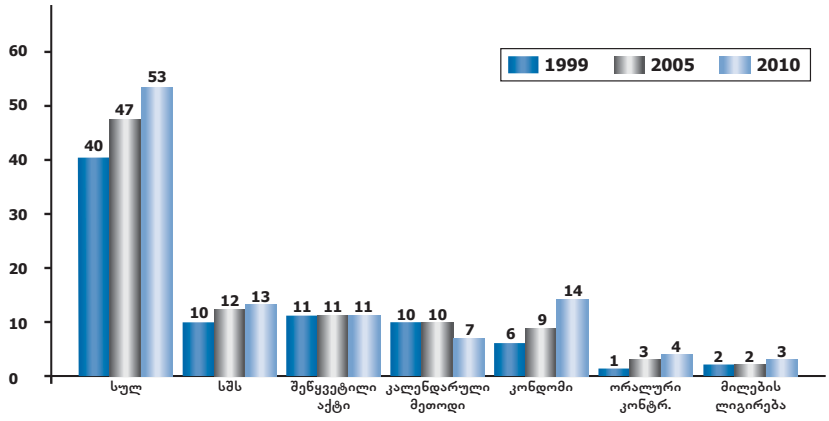
მეთოდების გამოყენება მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონებს შორის – 44%-45%-დან აჭარაში და მცხეთა-მთიანეთში, 61%-მდე თბილისსა და შიდა ქართლში (სურათი 8.2.3). თანამედროვე მეთოდების გამოყენება განსაკუთრებით მაღალი იყო თბილისში – 46% (ცხრილი 8.2.2 და სურათი 8.2.4). გარდა სამცხე-ჯავახეთისა და აჭარისა, სხვა რეგიონებში მცხოვრები წყვილები უფრო მეტად მიმართავდნენ თანამედროვე მეთოდებს, ვიდრე ტრადიციულს.

ყველა რეგიონში ყველაზე გავრცელებულ მეთოდს წარმოადგენს კონდომი და საშვილოს-

სურათი 8.2.8 თანამედროვე და ტრადიციული კონტრაცეფციული მეთოდების ამჟამინდელი გამოყენება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის



სურათი 8.2.9 კონტრაცეპტივების გამოყენების ტენდენციები ცალკეული მეთოდის მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებ შორის:1990, 2005 და 2010 წლები

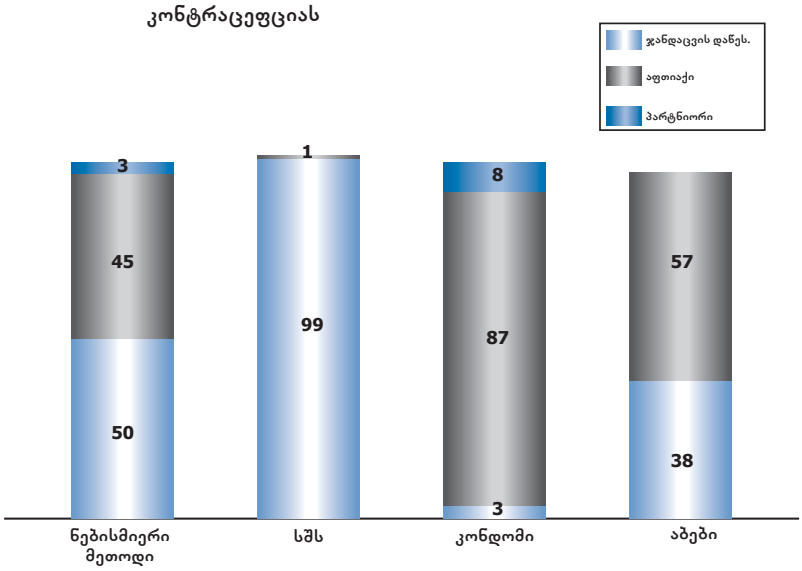


ნოს შიდა საშუალებები. კონდომის გამოყენების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია თბილისში (25%), ხოლო ყველაზე დაბალი – აჭარაში (5%). საშვილოსნოს შიდა საშუალებების გამოყენების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი აღმოჩნდა შიდა ქართლში, სამეგრელოსა და იმერეთში (15%-16%). ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება მერყეობს 1%-დან სამცხე-ჯავახეთში 9%-მდე სამეგრელოში. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ყველაზე ხშირი იყო სამცხე-ჯავახეთსა და აჭარის რეგიონებში (27% და 20% შესაბამისად).

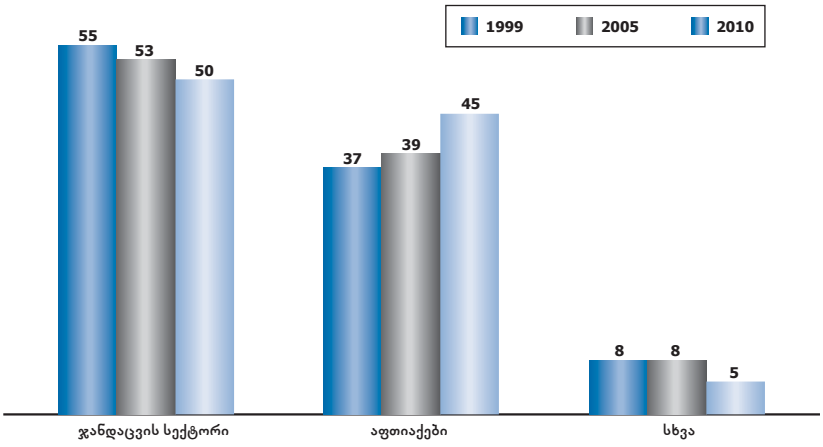
როგორც ეს ნაჩვენებია ცხრილში 8.2.3 და სურათზე 8.2.5, ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის კონტრაცეპტივების გამოყენების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო 30-34 წლის ქალებში, ორი შვილის დედებში, უმაღლესი განათლების და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში. აღსანიშნავია, რომ თითოეული ამ ჯგუფის ქალები უფრო თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდებს იყენებდნენ, ვიდრე ტრადიციულს. შვილების არყოლა და ახალგაზრდობა (15-24 წლის ასაკი) ასოცირდებოდა კონტრაცეპტივების გავრცელების და ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების ყველაზე დაბალ დონესთან. ნებისმიერი მეთოდის გამოყენება მნიშვნელოვნად გაიზარდა ცოცხალი შვილების რაოდენობის ზრდასთან ერთად – 6%-დან შვილების არმყოლ ქალებში 60%-ზე მეტი ორი ან მეტი შვილის დედებში. კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენება ოდნავ მაღალი იყო ქართველ ქალებს შორის, ვიდრე სხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებში. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება, სულ მცირე, 50%-ით უფრო მაღალი იყო ქართველ, ვიდრე აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებში (37% და 23% და 20% შესაბამისად).

პროცენტული მაჩვენებელი 15-44 წლის დაქორწინებული ქალებისა, რომლებიც იყენებდნენ კონტრაცეპტივებს, გაიზარდა 1999 წლის 41%-დან 2010 წელს 45%-მდე (ცხრილი 8.2.4 და სურათი 8.2.6). კონტრაცეფციის თან-

სურათი 8.3.1 თანამედროვე კონტრაცეპტივების მიწოდების წყარო 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებში, ვინც ამჟამად მიმართავს კონტრაცეფციას



სურათი 8.3.2 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების მიწოდების წყაროები 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალებისთვის: 1999, 2005 და 2010 წლები

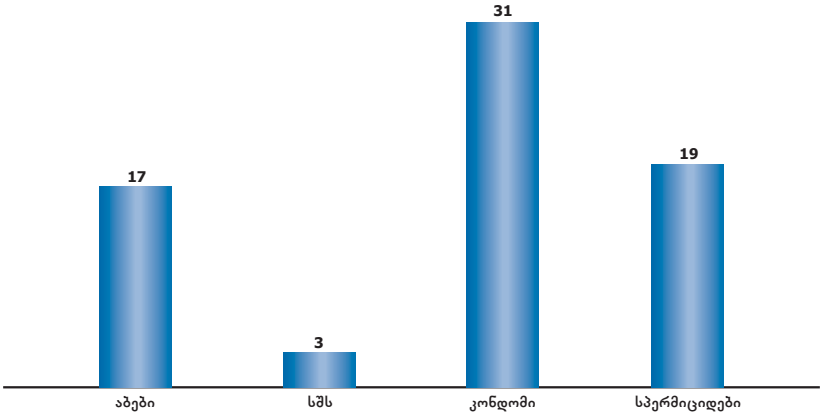


ამედროვე მეთოდების გამოყენება გაიზარდა 20%-დან 35%-მდე (75%-იანი ზრდა). 1999 წლის შემდეგ თანამედროვე მეთოდების გავრცელება აჭარბებდა ტრადიციული მეთოდების გამოყენებას. როგორც ეს დოკუმენტურად არის დადასტურებული გაერო-ს მიერ, კონტრაცეფციის ახალი მეთოდების მიღება საქართველოში უფრო სწრაფად მოხდა, ვიდრე რომელიმე სხვა ქვეყანაში. სურათზე 8.2.7 ნაჩვენები კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების 75%-იანი ზრდა საქართველოში (15%-იანი ზრდა 20%-იან საფუძველზე) შეიძლება შედარდეს მხოლოდ 33%-ს (12%-იანი ზრდა 36%-იან საფუძველზე) აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში. ამავე დროს, საშუალო მაჩვენებელი უცვლელი დარჩა მსოფლიოში.

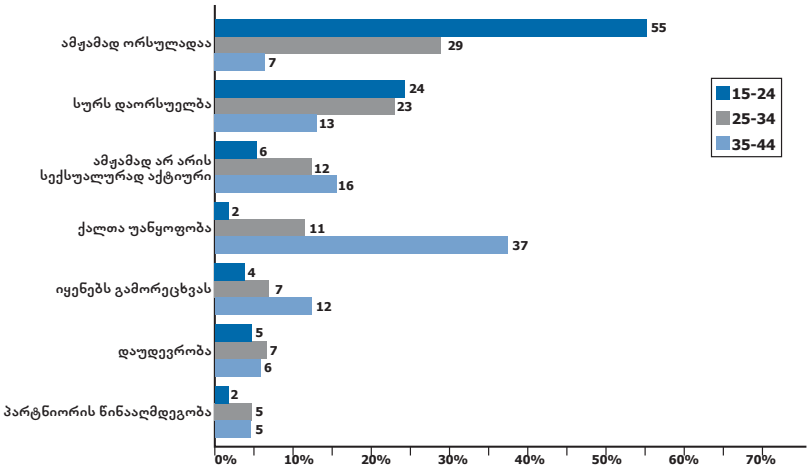
მოსახლეობის ასაკისა და სქესის მიხედვით განაწილების ოფიციალური ციფრების თანახმად, საქართველოში თანამედროვე კონტრაცეპტივების მომხმარებლების ზრდა 1999 წლის შემდეგ ნიშნავს იმას, რომ თითქმის 67,000-ით მეტი ქალი იყენებს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს, ვიდრე 1999 წელს. ამ ზრდას ყოველწლიური ხასიათი ექნება, რისთვისაც აუცილებელია კარგი პროგნოზირება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული კონტრაცეპტივების მარაგის ნაკლებობა, კერძოდ, მაშინ, როცა საჩუქრად გადმოცემული კონტრაცეპტივების მარაგები იკლებს.

ცხრილებში 8.2.2 და 8.2.3 და სურათზე 8.2.9 მოცემულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, განსხვავება გამოყენებაში შეიძლება აღიწეროს მეთოდის მიხედვით, მოსახლეობის სხვადასხვა ქვეჯგუფებისთვის. არსებობს კონდომის (14%), საშვილოსნოს შიდა საშუალებების (13%) და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდების (11%) გამოყენების ზოგადი უპირატესობა. კონდომის უპირატესობა გაცილებით მაღალი იყო ქალაქის მცხოვრებლებს შორის, ვიდრე სოფლად მცხოვრებ წყვილებში (20% და 8%) და

სურათი 8.4.1 კონტრაცეფციის სხვა მეთოდზე გადასვლის მსურველი ქალების პროცენტული ოდენობა ამჟამინდელი მეთოდების მიხედვით, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი იმ ქალების მიხედვით, რომლებიც ამჟამად იყენებენ კონტრაცეპტივებს



სურათი 8.4.2 კონტრაცეფციის ამჟამად გამოუყენებლობის ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის



იგი პირდაპირპროპორციულად გაიზარდა განათლების დონის მატებასთან ერთად (7%-დან არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებში 21%-მდე უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში) და ოჯახების სოციალურ-ეკონომიურ სტატუსთან ერთად (დაბალი ქონებრივი სტატუსის მქონე ქალების 7%-დან მაღალი სოციალურ-ეკონომიური სტატუსის მქონე ოჯახებიდან გამოსული ქალების 20%-მდე).

ერთადერთ სხვა თანამედროვე მეთოდს, რომელიც ხშირად გამოიყენებოდა, წარმოადგენდა საშვილოსნოს შიდა საშუალებები. მათი გამოყენების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, 16%, დაფიქსირდა შიდა ქართლში, ხოლო 15% — სამეგრელოსა და იმერეთში. ამ მეთოდის გამოყენების შემთხვევები, თუმცა არარეგულარულად, იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და შვილების რაოდენობიდან გამომდინარე. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, კონტრაცეფციის მესამე ყველაზე გავრცელებული მეთოდი, ასოცირდება სოფლად ცხოვრებასთან (15%), არასრულ საშუალო განათლებასთან (17%), დაბალ ქონებრივ სტატუსთან (18%), ორი ან სამი ბავშვის ყოლასთან (14-15%) და სომხურ ან აზერბაიჯანულ წარმოშობასთან (26% და 20% შესაბამისად). შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის პოპულარობა სომხებს შორის აღმოჩენილი იქნა ასევე ახალგაზრდების კვლევის დროს, რომელიც დაფინანსებული იყო ევროკავშირის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (RHIYC Project) მიერ 2009 წელს . სომხეთში, აზერბაიჯანსა და საქართველოში ჩატარებული ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების შედარებითმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ინფორმირებულობა და ცოდნა შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდთან დაკავშირებით ყველაზე მაღალია სომეხ ახალგაზრდებს შორის (96% და 95% შესაბამისად). იგივე მაჩვენებელი

გაცილებით დაბალია აზერბაიჯანში (14% და 12%) და საქართველოში (35% და 10%).

ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მოხმარების დონე კვლავაც დაბალი რჩება ყველა ქვეჯგუფში. ყველაზე მეტ უპირატესობას ამგვარ პრეპარატებს ანიჭებენ სამეგრელოში და კახეთში, სავარაუდოდ, გამომდინარე რეგიონში ბოლო დროს დონორების დახმარებით განხორციელებულ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული სხვადასხვა საქმიანობიდან, რომლებიც ფოკუსირებული იყო ჰორმონალური მეთოდის უფრო მეტად გამოყენებაზე. განსაკუთრებით დაბალია ინტერესი მილების ლიგირების მიმართ (3%), მიუხედავად იმისა, რომ ქორწინებაში მყოფი და შვილოსნობის უნარის მქონე რესპონდენტების დიდმა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ აღარ სურდათ მეტი შვილის ყოლა. ეს მდგომარეობა ალბათ გამომდინარეობს ამ მეთოდზე ინფორმაციის ნაკლებობიდან, ასევე ხალხში არსებული უარყოფითი დამოკიდებულებიდან და მომსახურების მიმწოდებელთა შეზღუდული ცოდნიდან სტერილიზაციის თანამედროვე ტექნიკის შესახებ (როგორიცაა მინილაპარატომია ქალების სტერილიზაციისთვის და უფრი მარტივი ვაზექტომია) (ცერცვაძე და სხვები, 2010). იშვიათად გამოიყენებოდა სხვა თანამედროვე მეთოდები (მაგალითად, საინექციო საშუალებები, სპერმიციდები და დიაფრაგმა).

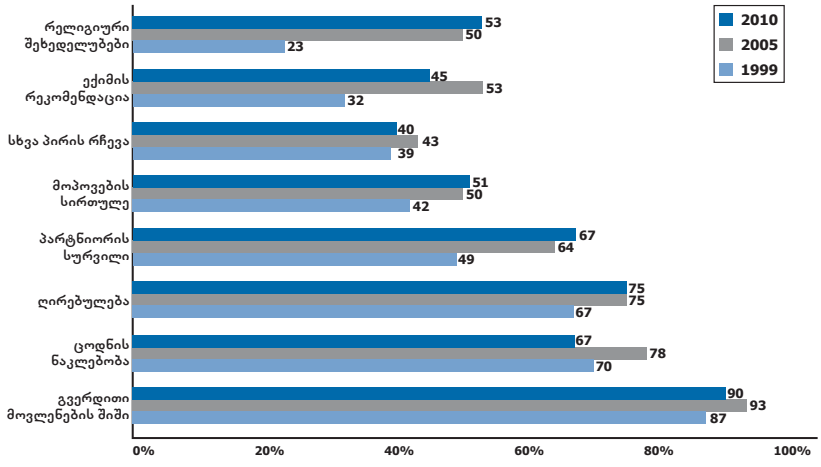
საქართველოში ადრე ჩატარებული კვლევების დროს შეგროვებულმა მონაცემებმა გვიჩვენა უდიდესი დამოკიდებულება ტრადიციულ მეთოდებზე, განსაკუთრებით, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდზე. თუმცა 2010 წლის კვლევამ ცხადყო შესამჩნევი ზრდა ახალი მეთოდების გამოყენებაში და ძველი მეთოდების მოხმარების კლება. მართალია, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და კალენდარული მეთოდები წამყვან მეთოდებს წარმოადგენდა 1999 წელს, მათ 2005 წელს მეორე და მესამე ადგილებზე გადაინაცვლეს, ხოლო 2010 წელს – მესამე და მეოთხე ადგილებზე (სურათი 8.2.9).

1999-2010 წლებში კონდომის გამოყენებამ წყვილების მიერ 2.5-ჯერ (6%-დან 14%-მდე) მოიმატა, ხოლო საშვილოსნოს შიდა საშუალების გამოყენების მაჩვენებელი გაიზარდა 10%-დან 13%-მდე. შედეგად ამ ორმა მეთოდმა, შესაბამისად, პირველი და მეორე ადგილი დაიკავეს ყველაზე ხშირად გამოყენებულ მეთოდებს შორის. ბოლო პერიოდში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და აივ-ით ინფიცირების რისკის შესახებ გამოქვეყნებულმა მასალებმა შედეგად მოიტანა კონდომის მოხმარების მაჩვენებლის ზრდა. საშვილოსნოს შიდა საშუალების გამოყენების ზრდა, სავარაუდოდ, გამოწვეულია მისი მისაღები ფასით და ოჯახის ზომის შეზღუდვის სურვილით მას შემდეგ, რაც ოჯახში იქნება შვილების სასურველი რაოდენობა. აბების გამოყენება, რაც კვლავ დაბალ დონეზეა, შეიცვალა მხოლოდ 2005 წლის 3%-დან 2010 წელს 4%-მდე. კონტრაცეპტივების მოხმარების მთლიანი ზრდა 2005-2010 წლებში შედეგია მხოლოდ კონდომის, საშვილოსნოს შიდა საშუალებების და ორალური კონტრაცეპტივების მოხმარების ზრდისა. კონტრაცეფციის სხვა თანამედროვე მეთოდების გამოყენებაში არ ყოფილა რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილება.

8.3 კონტრაცეფციული საშუალებებით მომარაგების წყარო

საქართველოში კონტრაცეფციის საშუალებები არ არის სუბსიდირებული მთავრობის ან ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით. მოსახლეობის უღარიბესი სეგმენტიც კი (800,000 ადამიანი მთავრობის მიერ ჩატარე-

სურათი 8.5.1 **თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენებაზე უარის თქმის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები 15-44 წლის იმ ქალებს შორის, რომლებიც ამჟამად იყენებენ ტრადიციულ მეთოდებს: 1999, 2005 და 2010 წლები**



ბული შეფასების თანახმად) არ სარგებლობს კონტრაცეფციის სუბსიდირებული მომსახურებით, მაშინ, როცა სამედიცინო დახმარების სხვა სფეროების უდიდეს ნაწილს მთავრობა ფარავს კერძო სადაზღვევო შენატანებით. დონორების, უპირველეს ყოვლისა, გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, შეთანხმებული ძალისხმევით სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც უზრუნველყოფს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას, ხელმისაწვდომია (ან უფასოდ, ან სიმბოლურ ფასად) კონტრაცეფციული საშუალებები.

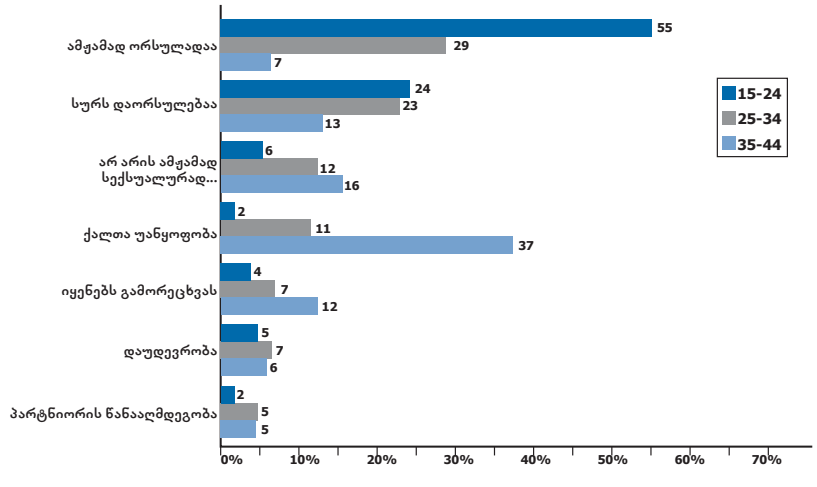
ცხრილში 8.3.1 მოცემულია კონტრაცეფციის წყაროები ქორწინებაში მყოფი მომხმარებლებისთვის, რომლებიც იყენებენ თანამედროვე მეთოდებს. თანამედროვე კონტრაცეპტივების ძირითად წყაროს ჯანდაცვის დაწესებულებები წარმოადგენდნენ (50%). მეორე უდიდესი წყარო იყო კომერციული გაყიდვები, განსაკუთრებით აფთიაქების მეშვეობით (45%), ხოლო „სხვა" წყაროების წილად რჩება 5%. ქალთა საკონსულტაციო კლინიკები მომხმარებლებს ამარაგებდნენ კონტრაცეპტივების 25%-ით, ხოლო საავადმყოფოს კატეგორიის დაწესებულებები — 21%-ით. „სხვა" კატეგორიებში შედის ისეთი წყაროები, როგორებიცაა პარტნიორები, მეგობრები, ნათესავები და სავაჭრო ქსელი.

წყაროები მნიშვნელოვნად იცვლებოდა კონტრაცეფციის გამოყენებული მეთოდების მიხედვით. როგორც ნაჩვენებია ცხრილის ქვედა რიგში, საშვილოსნოს შიდა საშუალებების (99%) და მილების ლიგირების (97%) ერთადერთი წყაროა სამედიცინო სექტორი. აფთიაქები წარმოადგენდა იმ დომინინტურ წყაროს, რომელსაც პერიოდულად სჭირდებოდა მარაგის შევსება. აფთიაქები კონდომით უზრუნველყოფდნენ იმ ქალების ოთხ მეხუთედზე მეტს, რომლებმაც განცხადეს, რომ მათი პარტნიორები იყენებდნენ კონდომს. აფთიაქები ასევე წარმოადგენდნენ წამყვან წყაროს სპერმიციდებისთვის (89%), სხვა თანამედროვე მეთოდებისთვის (73%) და აბებისთვის (56%) (სურათი 8.3.2).

სურათი 8.3.2 გვიჩვენებს ცვლილებებს თანამედროვე კონტრაცეპტიული მეთოდების წყაროებში 1999, 2005 და 2010 წლებს შორის. ზოგადად, ცვლილებები უმნიშვნელოა. სამედიცინო სექტორის მონაწილეობამ იკლო 55%-დან (1999) 53%-მდე (2005) და 50%-მდე (2010), მაშინ, როცა კერძო აფთიაქების მონაწილეობის წილი გაიზარდა 36%-დან (1999) 39%-მდე (2005) და 45%-მდე (2010).

უნდა აღინიშნოს, რომ კონტრაცეფციის მეთოდების წყაროები სრულად არ დარდება წინა ორი კვლევის დროს შეგროვილ მონაცემებს. 2007 წელს საქართველოს მთავრობამ წამოიწყო ჯანდაცვის სფეროს ყოვლისმომცველი რეფორმა, რომელიც მიზნად ისახავდა სისტემის პრივატიზებას. საავადმყოფოების პრივატიზებას რეგულირებას უწევდა საავადმყოფოების განვითარების გენერალური გეგმა (საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2007 წლის 26 იანვრის გადაწყვეტილება 11), რომელიც მიმართული იყო საავადმყოფოების არსებული ინფრასტრუქტურის მთლიანად შეცვლისკენ მფლობელობის სრული გადაცემით კერძო სექტორისთვის. პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები ასევე იმყოფებიან პრივატიზების სხვადასხვა საფეხურზე. პრივატიზების მთლიანი პროცესის დასრულება დაგეგმილია 2012 წლის ბოლოსთვის (ჭანტურიძე და სხვები, 2009).

სურათი 8.6.1 **კონტრაცეფციის ამჟამად გამოუყენებლობის ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის**



8.4 კონტრაცეფციის მეთოდის შეცვლის სურვილი

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 8.4.1, ქორწინებაში მყოფი ქალების მხოლოდ 16% ისურვებდა კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის გამოყენებას, რაც იმას ნიშნავს, რომ 84% უპირატესობას ანიჭებდა ამჟამად გამოყენებულ მეთოდს ხელმისაწვდომ ალტერნატივებთან შედარებით. მეთოდების მიხედვით შეიმჩნეოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები: საშვილოსნოს შიდა საშუალებების მომხმარებლების მხოლოდ 3%-ს სურდა მეთოდის გამოცვლა, როცა ეს მაჩვენებელი 31%-ს აღწევდა კონდომის მომხმარებლებში. აბების მომხმარებლებში ასეთი მხოლოდ 17% იყო, ხოლო სპერმიციდების მომხმარებლებში – 19% (სურათი 8.4.1). ყველაზე ხშირად ქალები მიზეზად ასახელებდნენ უკმაყოფილებას მათ მიერ ამჟამად მოხმარებული მეთოდით, მათ შორის, ისინი უჩიოდნენ ამ მეთოდების მოუხერხებლობას, დაბალ ეფექტურობას/მეთოდის გამოუსადეგობას, რაც ორსულობით მთავრდებოდა; ქალებს ასევე ხშირად ავიწყდებოდათ მათი გამოყენება.

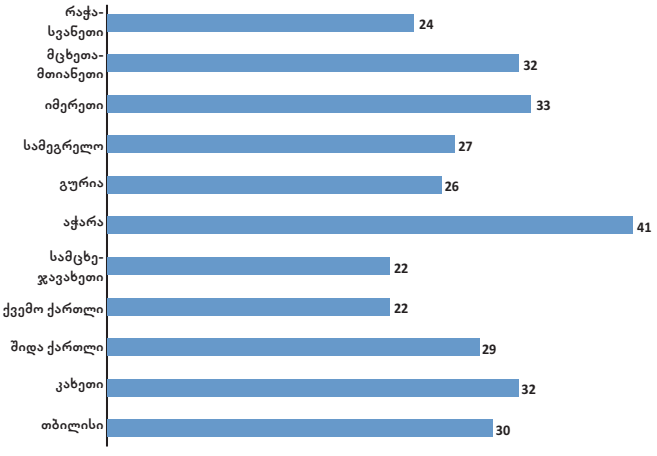
საშვილოსნოს შიდა საშუალებების პოპულარობა ასახულია ცხრილის 8.4.1 საშვილოსნოს შიდა საშუალებებისადმი მიძღვნილ სვეტში, საიდანაც ჩანს, რომ ეს ყველაზე სასურველი მეთოდია იმ ქალებს შორის, რომლებსაც სურთ რაიმე ახალი მეთოდის მოხმარების დაწყება (68%). ქალების ნაკლებ რაოდენობას სურდა მილების ლიგირებაზე (13%), აბების (10%) ან კონდომის გამოყენებაზე (3%) გადასვლა. არავის უნდოდა საინექციო საშუალებებზე გადართვა, რაც ნაკლებადაა ცნობილი და ხელმისაწვდომი საქართველოში.

საშვილოსნოს შიდა საშუალებებზე გადასვლის სურვილი განსაკუთრებით მაღალი იყო დაბალ სოციალურ-ეკონომიკურ საფეხურზე მდგომ ქალებში. ეს სურვილი იკლებდა შედარებით უფროსი ასაკის ქალებში, მაგრამ იყო არაერთგვაროვანი და დამოკიდებული შვილების რაოდენობაზე. ამავე დროს, ქალის სტერილიზაციის სურვილი იზრდებოდა ოჯახში ბავშვების რაოდენობასთან ერთად, რაც ასახავდა შობადობის შეჩერების სანდო მეთოდის მწვავე აუცილებლობას. სტერილიზაციას სოფლად მცხოვრები ქალები უფრო ისურვებდნენ, ვიდრე ქალაქელები.

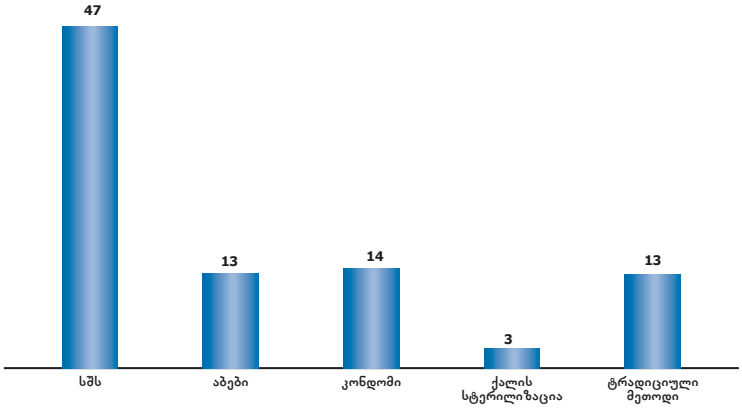
ქორწინებაში მყოფი იმ ქალების დაახლოებით 77%-მა, რომლებიც არ იყენებდნენ კონტრაცეფციულ საშუალებებს კვლევის ჩატარების პერიოდში, დაასახელა ორსულობასთან, შობადობასთან თუ სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებული მიზეზები. მათი უმრავლესობა იმ პერიოდში ორსულად იყო (27%), აქედან სასურველი ორსულობა იყო 20%; იმ ქალების ნაწილი, ვინც არ იყენებდა კონტრაცეფციულ საშუალებებს, იყო უნაყოფო სამედიცინო მიზეზების გამო (არა კონტრაცეპტივების შედეგად) ან მენოპაუზის (19%) შედეგად ან ბოლო დროს არ ჰქონია სქესობრივი კავშირი (12%). გარდა ამისა, ქალების 18%-მა კონტრაცეპტივებისგან თავის შეკავების „სხვა" მიზეზებიც დაასახელა. ქალების დაახლოებით 8%-მა განაცხადა, რომ ისინი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით იყენებდნენ ვაგინალურ შხაპს, ხოლო 6%-მა თქვა, რომ მათ უბრალოდ არც უფიქრიათ კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენებაზე. ქალების მხოლოდ 4%-მა განაცხადა, რომ მათი ქმარი ან პარტნიორი წინააღმდეგია კონტრაცეფციისა. საშუალო მონაცემები ასაკის მიხედვით ნაჩვენებია სურათზე 8.4.2. (1999-2010 წლებში ქორწინებაში მყოფი იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც უნდოდათ მალე დაორსულება, გაიზარდა 50%-ით, 13%-დან 20%-მდე).

კონტრაცეფციის მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები მკვეთრად განსხვავდებოდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ახალგაზრდა

სურათი 8.7.1 **კონტრაცეპტივების მომავალი 12 თვის განმავლობაში გამოყენების განზრახვა ქორწინებაში მყოფ შვილოსნობის უნარის მქონე ქალებს შორის, რომლებიც ამჟამად არ იყენებენ რაიმე მეთოდს რეგიონების მიხედვით**



სურათი 8.7.2 კონტრაცეფციის სასურველი მეთოდი 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ შვილოსნობის უნარის მქონე ქალებს შორის, რომლებიც ამჟამად არ იყენებენ კონტრაცეპტივებს და სურთ მათი გამოყენება მომავალში



ზრდასრული ქალების უმრავლესობა ორსულად იყო ან ჰქონდა დაორსულების სურვილი (79%) მაშინ, როცა 35-44 წლის ქალებისთვის შეუძლებელი იყო დაორსულება ან უნაყოფობის (37%), ან ბოლო დროს სქესობრივი აქტივობის ნაკლებობის (15%) გამო. უნდა აღინიშნოს, რომ 35-44 წლის ქალების 13%-ს უნდოდა დაორსულება, რაც წარმოადგენს სამჯერ გაზრდილ შედეგს წინა კვლევებთან შედარებით, როცა მხოლოდ 4% და 5%, შესაბამისად, გამოხატავდა ამგვარ სურვილს.

8.5 ტრადიციული მეთოდების გამოყენება

კონტრაცეფციის მეთოდების ყველა მომხმარებლის თითქმის ერთი მესამედი (34%) უპირატესობას ანიჭებს ტრადიციულ მეთოდებს, როგორიცაა კალენდარული მეთოდი და/ან შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, რომლებიც მესამე და მეოთხე ადგილზეა კონტრაცეფციის მეთოდებს შორის საქართველოში. სხვადასხვა მიზეზს შორის, რომლებითაც ქალებს სურდათ ტრადიციული მეთოდების უპირატესობის დასაბუთება, ბევრმა დაასახელა ჯანმრთელობისთვის პრობლემების შექმნის და გვერდითი მოვლენების გაჩენის შიში. სხვებმა მიზეზად მოიტანეს ახალ მეთოდებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სიმწირე; ფასები ან ახალი მეთოდების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა; პარტნიორის სურვილები; ჯანდაცვის მუშაკების ან სხვა ადამიანების მიერ ახალი მეთოდების მიმართ გამოთქმული უარყოფითი დამოკიდებულება და რელიგიური შეხედულებები.

რესპონდენტთა თითქმის 90%-მა აღნიშნა, რომ ახალი მეთოდებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების მიმართ შიში მნიშვნელოვან ან საკმაოდ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენდა (ცხრილი 8.5.1). დაახლოებით 67%-მა აღნიშნა, რომ ისინი ნაკლებად იცნობდნენ თანამედროვე მეთოდებს და რომ საჭირო იყო რაიმე ინფორმაციის ან საგანმანათლებლო პროგრამის განხორციელება კონტრაცეფციის ახალი მეთოდების გამოყენების დადებით და უარყოფით მხარეებთან დაკავშირებით (საყურადღებოა, რომ რესპონდენტებმა შეძლეს უამრავი მიზეზის დასახელება, ისე, რომ ცხრილში მათ 100%-ს გადააჭარბეს).

ფასი ახალი მეთოდების გამოუყენებლობის ფაქტორს წარმოადგენდა რესპონდენტთა 75%-ისთვის, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ კონტრაცეპტივების სუბსიდირების შემთხვევაში შესაძლებელი გახდებოდა ახალი მეთოდების გამოყენებისათვის არსებული ბარიერების მოხსნა. ახალი მეთოდების მისაწვდომობის სირთულე დაასახელა ტრადიციული მეთოდების მომხმარებელთა ნახევარმა (51%). აღნიშნული მიუთითებს, რომ თანამედროვე მეთოდები გეოგრაფიულად არ არის თანაბრად განაწილებული საქართველოში. ქალების 45%-მა იმის მიზეზად, რომ ისინი ტრადიციულ მეთოდებს იყენებდნენ, ექიმის რეკომენდაცია დაასახელა. ეს მეტყველებს იმაზე, რომ ექიმი ყოველთვის ვერ აწვდის პაციენტის სათანადო ინფორმაციას კონტრაცეფციის ახალი მეთოდების შესახებ და რომ საჭიროა ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებთან დაკავშირებით.

რესპონდენტთა 67%-მა განაცხადა, რომ იყენებდა ტრადიციულ მეთოდებს, რადგან ეს ქმრის ან პარტნიორის არჩევანი იყო, რაც იმას ნიშნავს, რომ საჭიროა საინფორმაციო და საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელება არა მარტო ქალებისთვის, არამედ მამაკაცებისთვისაც. რელიგიური შეხედულებები მნიშვნელოვანი ან საკმაოდ მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ტრადიციული მეთოდების მომხმარებელთა 53%-ისათვის.

რაც შეეხება განსხვავებებს ქვეჯგუფებში, თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა უფრო ხშირად ტრადიციული მეთოდებ-

ის გამოყენების მიზეზად დაასახელეს სოფლად მცხოვრებმა ქალებმა, 15-24 წლის, ორშვილიანმა, საშუალო და ნაკლები განათლების მქონე ქალებმა და სომეხმა ქალებმა. მსგავსად ამისა, თანამედროვე მეთოდების ფასი უფრო ხშირად სახელდებოდა მიზეზად სოფლად მცხოვრები ქალების მიერ. ეს ასევე მიზეზს წარმოადგენდა ნაკლები განათლების და დაბალ სოციალურ-ეკონომიკურ საფეხურზე მდგომი ქალებისთვის. თანამედროვე მეთოდის ხელმისაწვდომობის სირთულეს უფრო ხშირად ასახელებდნენ ქალები, რომლებსაც ზოგადად ძალიან შეზღუდული ჰქონდათ მომსახურებების ხელმისაწვდომობა: ესენი იყვნენ სოფლად მცხოვრები, განათლების დაბალი დონის, დაბალ სოციალურ-ეკონომიკურ საფეხურზე მდგომი ქალები და სომეხი და აზერბაიჯანელი ქალები. საყურადღებოა, რომ 15-24 წლის ქალების თითქმის 50% ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავდა ექიმის რჩევით; ეს იგივე ჯგუფია, რომელმაც თანამედროვე მეთოდების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა დაასახელა ტრადიციული მეთოდებისთვის უპირატესობის მინიჭების მიზეზად. ეს მეტყველებს იმაზე, რომ ექიმები უნდა აწვდიდნენ ახალგაზრდა ქალებს ინფორმაციას კონტრაცეფციის ყველა ხელმისაწვდომი საშუალების შესახებ.

მსგავს მიზეზებს ასახელებდნენ ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლები 1999 და 2005 წლების კვლევებში (სურათი 8.5.1), 1999 წლიდან 2010 წლამდე პერიოდში თანამედროვე მეთოდების გამოუყენებლობის მნიშვნელოვან მიზეზად უფრო მეტმა ქალმა დაასახელა ღირებულება (67%-75%), პარტნიორის არჩევანი (49%-67%), რელიგიური შეხედულებები (23%-53%), ექიმის რეკომენდაცია (32%-45%) და თანამედროვე მეთოდების რთულად ხელმისაწვდომობა (42%-51%).

ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლები თვლიდნენ, რომ მათ მიერ გამოყენებული მეთოდი უფრო ეფექტური (29%) ან ისეთივე ეფექტურია (46%), როგორც თანამედროვე მეთოდები (ცხრილი 8.5.2). პროპორციები იგივეა, რაც 1999 და 2005 წლებში. შეხედულება, რომ მათი ტრადიციული მეთოდი უფრო ეფექტურია, ვიდრე თანამედროვე საშუალება, ყველაზე გავრცელებული იყო 35-44 წლის, საშუალო ან ნაკლები განათლების ქალებში, ეროვნებით ქართველ და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მეოთხე, უმაღლესი კვინტილის ქალებში. პროცენტული რაოდენობა ქალებისა, ვინც მიიჩნევდა, რომ ამჟამინდელი მეთოდი ნაკლებად ეფექტური იყო თანამედროვესთან შედარებით (16%) არ იცვლებოდა ცხრილში 8.5.2 მოცემული ზოგადი მახასიათებლების მიხედვით, გარდა დაბალი ციფრებისა ჯგუფისთვის „სხვა ქალაქი" და სოციალურ-ეკონომიური სტატუსის ორი უმაღლესი კვინტილისა და მაღალი ციფრებისა ორშვილიანი და აზერბაიჯანელი ქალებისთვის.

რესპონდენტების თითქმის 9%-მა არ იცოდა ან არ იყო დარწმუნებული, იყო თუ არა მის მიერ გამოყენებული მეთოდი უფრო ეფექტური, ვიდრე თანამედროვე მეთოდი; ეს განსაკუთრებულად აღინიშნებოდა განათლების დაბალი დონის მქონე ჯგუფში და აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებს შორის, და შეინიშნებოდა მაჩვენებლის ზრდის ტენდენცია დაბალი სოციალურ-ეკონომიური სტატუსის ქალებში.

8.6 კონტრაცეფციული მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 8.6.1, ქორწინებაში მყოფი ქალების თითქმის 77% არ მიმართავდა კონტრაცეფციას კვლევის პერიოდში და მიზეზად ასახელებდნენ ორსულობას, უნაყოფობას ან სქესობრივი აქტივობის ნაკლებობას. უმრავლესობა ორსულად იყო (27%), ჰქონდა დაორსულების სურვილი (20%), იყო უნაყოფო სამედიცინო (არა კონტრაცეფციის) მიზეზით ან მენოპაუზის (19%) გამო, ან არ ჰქონია სქესობრივი კავშირი ბოლო პერიოდში (12%) (არ არის ნაჩვენები). გარდა ამისა, ქალების თითქმის 23%-მა დაასახელა კონტრაცეფციაზე უარის „სხვა" მიზეზები. თითქმის 8%-მა განაცხადა, რომ ისინი მიმართავდნენ ვაგინალურ შხაპს ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით, ხოლო 6%-მა თქვა, რომ უბრალოდ არც უფიქრიათ კონტრაცეფციის მეთოდზე. მხოლოდ 4%-მა დაასახელა მიზეზად ის, რომ მათ ქმრებს თუ პარტნიორებს არ სურდათ კონტრაცეპტივების გამოყენება.

ცხრილი 8.6.1 გვიჩვენებს განსხვავებას პირადი მახასიათებლების მიხედვით. პროცენტული მაჩვენებელი იმ მიზეზებისა, რომლებიც დაკავშირებული იყო ორსულობასთან, უნაყოფობასთან ან სქესობრივ აქტივობასთან, უფრო მაღალი იყო ქალაქებში, ვიდრე სოფლად, კლებულობდა ასაკთან და შვილების რაოდენობასთან ერთად, მაგრამ იზრდებოდა განათლებასა და სოციალურ-ეკონომიურ მდგომარეობასთან ერთად. ეს მაჩვენებელი ძალიან დაბალი იყო აზერბაიჯანელთა ჯგუფში. ყველა ასეთი მაგალითი გადატანილი იქნა ჯგუფში „სხვა მიზეზები", ვინაიდან ორივე თითქმის 100%-ს უდრიდა თითოეული ჯგუფისთვის.

1999 და 2010 წლებს შორის პერიოდში იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც არ იყენებდნენ კონტრაცეპტივებს დაორსულების სურვილის გამო, გაიზარდა თითქმის ნახევარჯერ – 13%-დან 20%-მდე.

მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები მკვეთრად განსხვავდებოდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (სურათი 8.6.1). ახალ-

გაზრდა ზრდასრული ქალების უმრავლესობა იყო ორსულად ან სურდა დაორსულება (79%), როცა 35-44 წლის ქალებს აღარ შეეძლოთ ბავშვის გაჩენა ან უნაყოფობის (37%), ან სქესობრივი აქტივობის ნაკლებობის გამო (16%). უნდა აღინიშნოს, რომ 35-44 წლის ქალების 13%-ს სურდა დაორსულება, რაც წარმოადგენს თითქმის სამჯერ ზრდას 1999 და 2005 წლებთან შედარებით, როცა მხოლოდ 4% და 5%, შესაბამისად, გამოხატავდა შვილის ყოლის სურვილს.

8.7 გეგმები კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების შესახებ მათ შორის, ვინც არ მიმართავს კონტრაცეფციას

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში8.7.1 , ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის რესპონდენტების 30%-მა, რომელიც არ იყენებდა კონტრაცეფციის არც ერთ მეთოდს კვლევის პერიოდში, განაცხადა, რომ განზრახული ჰქონდა რომელიმე მეთოდის გამოყენება უახლოეს 12 თვეში, ხოლო 17%-მა თქვა, რომ უფრო მოგვიანებით აპირებდა ამის გაკეთებას. ამგვარად, 47% გეგმავს მეთოდების გამოყენებას, რაც 9%-ით მეტია 1999 წელთან შედარებით. როგორც ეს ნაჩვენებია სურათზე 8.7.1, მომავალ 12 თვეში მეთოდის გამოყენების განზრახვის მქონე ქალთა რაოდენობა იცვლება რეგიონების მიხედვით. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი აჭარაში, ხოლო ყველაზე დაბალი – ქვემო ქართლსა და სამცხე-ჯავახეთში იყო.

საინტერესოა, რომ რესპონდენტების 22%-ს არ ჰქონდა გადაწყვეტილი, გამოიყენებდა თუ არა კონტრაცეპტივებს მომავალში, მაშინ, როცა ერთმა მესამედმა (32%) განაცხადა, რომ ისინი არასდროს არ აპირებენ ამ მეთოდების გამოყენებას. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 35-44 წლის ქალებში და სამ და მეტშვილიან ქალებში (რომელთა შორის მეტია უნაყოფო და სქესობრივი აქტივობის არმქონე ქალები) და აზერბაიჯანელ ქალებში.

მომდევნო 12 თვის განმავლობაში ან მომავალში მეთოდის გამოყენების სურვილი უკუპროპორციულ დამოკიდებულებაშია ასაკთან და ცოცხალი შვილების რაოდენობასთან. 15-24 წლის რესპონდენტთა სამჯერ მეტი რაოდენობა (72%) გეგმავდა მეთოდის გამოყენებას მომავალ 12 თვეში ან უფრო გვიან, ვიდრე 35-44 (21%) წლის ქალები. გამოყენების განზრახვის მქონე ქალთა პროცენტული რაოდენობა პირდაპირპროპორციული იყო ბავშვების რაოდენობისა: 50-51% 0-1 ბავშვის შემთხვევაში, 44% ორი ბავშვის შემთხვევაში და 37% სამი და მეტი ბავშვის შემთხვევაში. გარდა ამისა, ასაკისა და ბავშვების რაოდენობის ზრდასთან ერთად გადაწყვეტილება იხრებოდა კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენებისკენ 12 თვეში და არა უფრო გვიან პერიოდში. ეს მონაცემები მეტყველებს, რომ ოჯახის დაგეგმვის პროგრამამ საქართველოში ყურადღება უნდა გაამახვილოს შედარებით ახალგაზრდა ქალებზე და ორ და ნაკლებშვილიან ქალებზე.

ფერტილურ დაქორწინებულ ქალთა შორის, ვინც მომავალში აპირებს კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენებას, უმრავლესობას სურს თანამედროვე მეთოდების გამოყენების დაწყება (ცხრილი 8.7.2). ყველაზე სასურველ მეთოდს წარმოადგენდა საშვილოსნოს შიდა საშუალება (47%), მას მოჰყვებოდა კონდომი (14%) და აბები (13%). დანარჩენი 3% უპირატესობას ანიჭებდა ქალების სტერილიზაციას. რაც შეეხება ტრადიციულ მეთოდებს, რესპონდენტთა 6% გეგმავდა კალენდარული მეთოდის, ხოლო 6.5% - შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის გამოყენებას.

მათგან, ვინც ამჟამად არ იყენებს კონტრაცეფციას, მაგრამ გეგმავს თანამედროვე მეთოდის გამოყენებას მომდევნო 12 თვის განმავლობაში ან მომავალში, 33%-მა მომარაგების წყაროდ დაასახელა ქალთა კონსულტაცია, ხოლო 37%-მა — აფთიაქი (ცხრილი 8.7.3). ქალთა კონსულტაცია ითვლება საუკეთესო ადგილად საშვილოსნოს შიდა საშუალების მიღებისთვის (50%), ხოლო აფთიაქი – აბების (78%) და კონდომი /სპერმიციდების (92%) მიღებისთვის.

8.8 კონტრაცეფციული საშუალებების არაეფექტურობა და მათი გამოყენების შეწყვეტა

კონტრაცეფციული საშუალებების არაეფექტურობის (ანუ დაორსულების ალბათობა კონტრაცეფციის გამოყენების დროს) და მათი მოხმარების შეწყვეტის (ანუ კონტრაცეფციის მეთოდის მოხმარების შეწყვეტა ნებისმიერი, მათ შორის ორსულობის მიზეზით) მაჩვენებლების გამოთვლისას გამოყენებულ იქნა ინფორმაცია, რომელიც ორსულობის დეტალური ყოველთვიური ისტორიებისა და კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენების ისტორიების საფუძველზე შეგროვდა (ცხრილი 8.8.1). ეს კონსერვატიული შეფასებებია, რადგან ზოგიერთმა ქალმა, შესაძლოა, არ ისაუბრა ორსულობებზე, რომლებიც აბორტებით დასრულდა, და იმაზე, კონტრაცეფციულ საშუალებებს იყენებდა თუ არა ჩასახვის მომენტისთვის; შესაძლოა, მეთოდის არაეფექტურობის შემთხვევა არ იყო ასახული მათ ისტორიებში; ამრიგად, რეალური მაჩვენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე ცხრილშია მოცემული.

კონტრაცეფციის უშედეგო გამოყენების ან შეწყვეტის ყოველთვიური ალბათობები ყველა ქალისათვის, ვინც სარგებლობდა

კონტრაცეფციით დაკვირვების პერიოდში, გამოთვლილიიქნასქესობრივიცხოვრებისკალენდრის (life table) ანალიზის საფუძველზე. მათი შეერთებით შესაძლებელია 12, 24 და 36 თვიანი მაჩვენებლების გამოთვლა კონტრაცეფციული მეთოდების არაეფექტურობისა და მათი გამოყენების შეწყვეტის შესახებ. აღნიშნული მაჩვენებლები წარმოადგენს იმ მომხმარებელთა განაწილებას, ვინც შეწყვიტა მეთოდით სარგებლობა დაწყებიდან პირველ, მეორე და მესამე წელს სხვადასხვა მიზეზის გამო (კონტრაცეფციული მეთოდის გამოყენების შეწყვეტის მაჩვენებელი), ან ვინაიდან დაორსულდა მეთოდის გამოყენების პერიოდში (ე.ი. მეთოდის არაეფექტურობის შემთხვევათა კოეფიციენტი). 12, 24 და 36 თვიანი ინტერვალები გულისხმობს კონტრაცეფციული მეთოდების უწყვეტ მოხმარებას; ახალი ინტერვალი იწყება, როცა ქალი პირველად იწყებს მეთოდის გამოყენებას ან განაახლებს მეთოდის მოხმარებას იმ პერიოდის შემდეგ, როცა იგი იყენებდა რაიმე სხვა მეთოდს ან საერთოდ არაფერს არ იყენებდა. ვინაიდან ერთი თვის განმავლობაში შესაძლებელია მხოლოდ ერთი რომელიმე მეთოდის გამოყენების შეფასება, თვის განმავლობაში გამოყენებული ორი მეთოდიდან შერჩეული იყო უფრო ეფექტური მეთოდი.

რესპონდენტთა დაახლოებით 10% დაორსულდა მეთოდის გამოყენების პირველ წელს, 17% - ორი წლის განმავლობაში და 22% - 3 წლის განმავლობაში. არაეფექტურობის მაჩვენებლები იცვლებოდა კონტრაცეფციის მეთოდების მიხედვით – საშვილოსნოს შიდა საშუალების გამოყენებისას უეფექტობის შემთხვევები ყველაზე მცირე იყო პირველ, მეორე და მესამე წელს: დაორსულდა ამ მეთოდის მომხმარებელთა 0.9%-2.9%. კონდომების მომხმარებლებს შორის პირველ წელს არაეფექტურობის მაჩვენებელი შეადგენდა 5%-ს, მეორე წელს – 10%-ს, ხოლო მესამე წელს – 14%-ს. მეთოდის არაეფექტურობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები მოხმარების 12, 14 და 36 თვეებში გამოავლინა კალენდარულმა მეთოდმა (21%, 33% და 41% შესაბამისად) და შეწყვეტილი აქტის მეთოდმა (18%, 30% და 37% შესაბამისად), რაც მიგვითითებს საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკონსულტაციო პროგრამების გაძლიერების აუცილებლობაზე კონტრაცეფციული მეთოდების სწორად და ეფექტურად გამოყენების პოპულარიზაციის მიზნით.

მთლიანობაში ქალების 35%-მა შეწყვიტა მეთოდის გამოყენება ერთი წლის განმავლობაში, 53%-მა – ორი წლის, ხოლო 64%-მა – სამი წლის განმავლობაში. საშვილოსნოს შიდა საშუალება ერთადერთი იყო პირველ წელს მოხმარების შეწყვეტის დაბალი მაჩვენებლით (9%), თუმცა აღნიშნული მეთოდის გამოყენება სამი წლის განმავლობაში რესპონდენტთა 30%-მა შეწყვიტა (ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ყველა მეთოდს შორის). საშვილოსნოს შიდა საშუალების მომხმარებელთა მხოლოდ 11%-მა (0.9/8.6 პირველ წელიწადში) შეწყვიტა მისი გამოყენება არაეფექტურობის გამო. განსხვავებით ამისგან, აბების მომხმარებელთა 52%-მა პირველივე წელს შეწყვიტა ამ მეთოდის გამოყენება, ხოლო 81%-მა – სამი წლის განმავლობაში, მიუხედავად მისი არაეფექტურობის დაბალი მაჩვენებლისა.

კონდომზე უარის თქმაც იმავე სქემით ვითარდება: 40% მოიხმარდა ერთ წელიწადზე ნაკლები დროის განმავლობაში, ხოლო 69% - სამ წელიწადზე ნაკლებს. მეთოდის არაეფექტურობა კონდომით სარგებლობის შეწყვეტის მიზეზთა 13%-ს (5.2/40.4) შეადგენდა. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და კალენდარული მეთოდები ხასიათდებოდა გამოყენების შეწყვეტის მაღალი მაჩვენებლით პირველ წელს (35%-37%), ორ წელიწადში (54%-61%) და სამ წელიწადში (66%-73%). მეთოდზე უარის თქმის მიზეზად შემთხვევათა ნახევარზე მეტში მის არაეფექტურობის ასახელებდნენ (50%-57%). მათ შორის, ვინც შეწყვიტა მეთოდის გამოყენება, უცნობი ნაწილი დაორსულდა ან გადავიდა ალტერნატიულ მეთოდზე.

მეთოდების არაეფექტურობის გარდა (13%), რესპონდენტებმა კიდევ ბევრი სხვა მიზეზის გამო შეწყვიტეს მათი გამოყენება (ცხრილი 8.8.2): ყველაზე გავრცელებული მიზეზი იყო დაორსულების სურვილი (10%), შემდეგ — პარტნიორის წინააღმდეგობა ან მისი არყოფნა (8%), უკვე გამოცდილი გვერდითი მოვლენები ან შიში მათ მიმართ (6%), უყურადღებობა (4%) და სხვა მეთოდზე გადასვლა (4%). მიაქციეთ ყურადღება, რომ ცხრილი იძლევა „წმინდა” მაჩვენებლებს რიგში „სულ”, და „საერთო” მაჩვენებლებს – ყველა სხვა რიგისთვის, ინდივიდუალური მიზეზების გამო.

კონტრაცეფციის გამოყენების შეწყვეტის მიზეზები ძალიან განსხვავდებოდა მეთოდის მიხედვით. პირველ წელს საშვილოსნოს შიდა საშუალების გამოყენების შეწყვეტა, რომელიც ყველაზე დაბალი მაჩვენებლით ხასიათდებოდა, გამოწვეული იყო მეთოდის გამოყენების შედეგად გაუარესებული ჯანმრთელობის მდგომარეობით ან გვერდითი მოვლენებით. გვერდითი მოვლენების შიში იყო აბებზე უარის თქმის მიზეზიც. ქალებმა, ვისი პარტნიორებიც კონდომს იყენებდნენ, შეწყვიტეს მათი მოხმარება პარტნიორის წინააღმდეგობის ან მისი არყოფნის გამო. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტისა და კალენდარული მეთოდის შემთხვევაში ამ მეთოდთა არაეფექტურობა ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი იყო მათი გამოყენების შეწყვეტისა.

ცხრილი 8.1.1 კონტრაცეფციის გამოყენების სტატუსი 15-44 წლის ყველა ქალს შორის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონტრაცეფციის გამოყენების სტატუსი			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	არასდროს გამოუყენებია	ადრე იყენებდა	ამჟამად იყენებს		
სულ	**53.5**	**14.5**	**32.0**	**100.0**	**6,292**
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	53.3	14.9	31.8	100.0	2,975
სოფელი	53.7	14.1	32.2	100.0	3,317
რეგიონი					
კახეთი	52.4	15.2	32.4	100.0	498
თბილისი	51.9	16.2	31.9	100.0	1,426
შიდა ქართლი	50.3	11.6	38.1	100.0	392
ქვემო ქართლი	55.3	13.1	31.6	100.0	546
სამცხე-ჯავახეთი	53.1	12.9	34.0	100.0	481
აჭარა	55.8	15.3	29.0	100.0	419
გურია	54.8	11.2	34.0	100.0	401
სამეგრელო	54.5	12.4	33.1	100.0	477
იმერეთი	54.5	14.7	30.7	100.0	805
მცხეთა-მთიანეთი	53.6	17.9	28.5	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	58.3	11.5	30.2	100.0	454
ქორწინების სტატუსი					
რეგისტრირებულ ქორწინებაშია	27.1	19.4	53.5	100.0	4,011
არარეგისტრირებულ ქორწინებაშია	41.8	10.3	47.9	100.0	87
ადრე იყო ქორწინებაში	45.6	48.1	6.3	100.0	389
არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	99.9	0.1	0.0	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	96.5	1.4	2.2	100.0	861
20–24	71.1	8.0	20.9	100.0	1,099
25–29	49.1	12.2	38.7	100.0	1,191
30–34	32.5	19.0	48.5	100.0	1,168
35–39	30.1	21.6	48.2	100.0	1,051
40–44	31.3	29.3	39.4	100.0	922
ცოცხალი შვილების რაოდენობა					
0	97.0	1.9	1.1	100.0	2,276
1	36.0	23.4	40.6	100.0	1,286
2	17.3	22.1	60.6	100.0	2,069
3 ან მეტი	14.3	27.2	58.5	100.0	661
განათლების დონე					
არასრული საშუალო ან ნაკლები	66.4	10.0	23.6	100.0	1,330
სრული საშუალო	54.1	14.5	31.4	100.0	1,568
ტექნიკუმი	44.3	21.0	34.7	100.0	903
უნივერსიტ./ასპორანტურა	48.8	15.0	36.2	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
კახეთი	55.6	14.8	29.6	100.0	1,093
მეორე	53.8	13.6	32.6	100.0	1,385
საშუალო	53.2	13.2	33.5	100.0	1,413
მეოთხე	59.2	13.3	27.5	100.0	1,037
ყველაზე მაღალი	48.2	17.0	34.8	100.0	1,364
ეროვნება					
ქართველი	53.3	14.6	32.1	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	54.0	13.6	32.4	100.0	276
სომეხი	55.2	14.7	30.1	100.0	364
სხვა	54.5	14.7	30.9	100.0	164

ცხრილი 8.1.2 კონტრაცეფციის მეთოდების ოდესმე გამოყენება 15-44 წლის ქალების მიერ, გამოყენებული მეთოდების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონტრაცეფციის გამოყენების სტატუსი			შემთხვევათა რაოდენობა
	ნებისმიერი მეთოდი	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	
სულ	**46.5**	**36.3**	**25.5**	**6,292**
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	46.9	39.7	22.9	2,975
სოფელი	46.1	32.6	28.4	3,317
რეგიონი				
კახეთი	47.3	38.6	26.4	498
თბილისი	48.2	42.2	23.9	1,426
შიდა ქართლი	49.3	37.5	27.2	392
ქვემო ქართლი	44.7	30.3	28.4	546
სამცხე-ჯავახეთი	46.7	26.9	39.3	481
აჭარა	44.2	26.5	25.6	419
გურია	45.6	31.8	27.4	401
სამეგრელო	45.9	40.0	19.2	477
იმერეთი	45.7	37.1	23.3	805
მცხეთა-მთიანეთი	46.0	37.6	26.2	393
რაჭა-სვანეთი	41.0	28.8	26.8	454
ქორწინების სტატუსი				
რეგისტრირებულ ქორწინებაშია	72.7	56.5	40.3	4,011
არარეგისტრირებულ ქორწინებაშია	57.1	44.7	30.8	87
ადრე იყო ქორწინებაში	53.8	44.5	26.8	389
არასდროს ყოფილა ქორწინებაში	0.6	0.5	0.1	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–19	3.6	3.1	0.7	861
20–24	29.3	23.5	11.4	1,099
25–29	51.0	39.7	25.2	1,191
30–34	67.4	55.1	37.0	1,168
35–39	69.6	53.5	43.8	1,051
40–44	68.5	50.7	41.9	922
ცოცხალი შვილების				
0	3.3	3.0	0.8	2,276
1	63.8	50.6	29.0	1,286
2	82.5	64.7	48.3	2,069
3 ან მეტი	85.7	62.6	53.0	661
განათლების დონე				
არასრული საშუალო ან ნაკლები	33.7	23.3	18.3	1,330
სრული საშუალო	45.9	32.7	26.5	1,568
ტექნიკუმი	55.6	43.0	32.5	903
უნივერსიტ./ასპორანტურა	51.2	43.9	26.6	2,491
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	44.4	27.2	30.1	1,093
მეორე	45.8	32.7	26.7	1,385
საშუალო	46.8	37.5	25.3	1,413
მეოთხე	41.3	32.7	21.4	1,037
ყველაზე მაღალი	51.7	45.8	25.0	1,364
ეროვნება				
ქართველი	46.7	37.5	24.7	5,488
აზერბაიჯანელი	45.8	26.3	29.1	276
სომეხი	44.8	25.6	35.3	364
სხვა	45.5	37.5	24.2	164

ცხრილი 8.1.3 კონტრაცეპტივების ერთხელ მაინც გამოყენება მეთოდების და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

ასაკობრივი ჯგუფი	კონტრაცეფციის მეთოდი										შემთხვევათა რაოდენობა
	კონდომი	კალენდარული მეთოდი	სშს	შეწყვეტილი აქტი	აბები	სპერმიციდი	მილების ლიგირება	გადაუდებელი კონტრაცეფცია	ინექციური საშუალებები	ვაზექტომია	
15–19	2.0	0.3	0.7	0.5	0.8	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	861
20–24	13.9	5.9	7.0	7.3	6.1	1.7	0.3	0.2	0.1	0.0	1,099
25–29	21.3	14.9	15.6	15.8	11.1	3.6	0.9	0.0	0.0	0.1	1,191
30–34	30.6	24.1	23.0	19.9	17.5	6.9	2.5	0.6	0.4	0.0	1,168
35–39	29.3	30.6	25.4	26.1	15.7	4.8	3.4	0.3	0.5	0.0	1,051
40–44	23.4	30.5	30.2	23.6	12.7	4.5	4.9	0.6	0.1	0.0	922
სულ	**19.5**	**16.8**	**16.2**	**14.9**	**10.3**	**3.5**	**1.9**	**0.3**	**0.2**	**0.0**	**6,292**

ცხრილი 8.2.1 15-44 წლის ყველა ქალის მიერ კონტრაცეპტივების გამოყენების პროცენტული ოდენობა ქორწინების სტატუსისა და მეთოდების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

კონტრაცეფციის გამოყენების სტატუსი	ყველა ქალი	ქორწინების სტატუსი		
		ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	არასდროს ყოფილა ქორწინებაში
ნებისმიერი მეთოდი	**32.0**	**53.4**	**6.3**	**0.0**
თანამედროვე მეთოდები	**20.9**	**34.7**	**6.1**	**0.0**
აბები	2.4	4.1	0.3	0.0
საშვილოსნოს შიდა საშუალება	7.5	12.5	0.9	0.0
კონდომი	8.3	13.6	3.8	0.0
სპერმიციდები	0.9	1.5	0.0	0.0
მილების ლიგირება	1.8	2.9	1.1	0.0
სხვა თანამედროვე მეთოდები	0.0	0.1	0.0	0.0
ტრადიციული მეთოდები	**11.0**	**18.5**	**0.2**	**0.0**
კალენდარული მეთოდი	4.4	7.4	0.2	0.0
შეწყვეტილი აქტის მეთოდი	6.6	11.1	0.0	0.0
ამჟამად არ იყენებენ	**68.0**	**46.6**	**93.7**	**100.0**
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევების რაოდენობა	**6,292**	**4,098**	**389**	**1,805**

ცხრილი 8.2.2 15-44 წლის ქალების მიერ კონტარცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების მოხმარების პროცენტული ოდენობა საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდები						ტრადიციული მეთოდები			შემთხვევათა რაოდენობა
		კონდომი	სშს	აბები	მილების ლიგირება	სხვა	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	შეწყვეტილი აქტი	კალენდარული მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	
სულ	**53.4**	**13.6**	**12.5**	**4.1**	**2.9**	**1.7**	**34.8**	**11.1**	**7.4**	**18.6**	**4,098**
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	56.9	19.5	13.3	3.4	3.0	2.4	41.5	7.1	8.1	15.3	1,806
სოფელი	50.0	7.9	11.8	4.7	2.8	1.1	28.2	15.0	6.6	21.7	2,292
რეგიონი											
კახეთი	50.6	11.5	14.5	7.5	1.0	3.0	36.2	6.2	7.0	14.5	348
თბილისი	60.9	25.4	13.3	2.5	2.0	2.7	46.0	5.9	9.0	14.9	815
შიდა ქართლი	61.3	13.2	15.8	1.9	3.2	1.9	36.1	10.6	14.5	25.2	266
ქვემო ქართლი	48.9	9.5	10.1	2.5	2.3	1.1	25.5	15.1	8.3	23.4	375
სამცხე-ჯავახეთი	55.6	11.4	7.6	1.3	1.0	0.8	22.1	26.6	6.9	33.5	331
აჭარა	44.4	5.0	9.4	3.6	3.6	0.3	21.8	19.8	2.8	22.6	292
გურია	53.5	9.4	9.7	6.0	2.8	1.9	29.9	17.0	6.6	23.6	276
სამეგრელო	57.0	12.2	14.8	8.6	6.5	1.2	43.3	9.5	4.2	13.6	302
იმერეთი	49.0	9.1	14.8	4.7	4.4	1.5	34.4	8.3	6.3	14.6	540
მცხეთა-მთიანეთი	44.7	12.0	7.2	7.2	1.8	2.4	30.6	7.5	6.6	14.1	270
რაჭა-სვანეთი	52.3	13.5	10.5	1.5	2.5	0.3	28.3	14.8	9.2	24.0	283

ცხრილი 8.2.3 15-44 წლის ქალების მიერ კონტრაცეპტივების თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ნებისმიერი მეთოდი	არ გამოიყენება	თანამედროვე მეთოდები						ტრადიციული მეთოდები			შემთხვევათა რაოდენობა
			კონდომი	სშს	აბები	მილების ლიგირება	სხვა	თანამედროვე მეთოდების ქვეჯამი	შეწყვეტილი აქტი	კალენდარული მეთოდი	ტრადიციული მეთოდების ქვეჯამი	
სულ	**53.4**	**46.6**	**13.6**	**12.5**	**4.1**	**2.9**	**1.7**	**34.8**	**11.1**	**7.4**	**18.6**	**4,098**
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–19	20.4	79.6	6.5	5.3	3.7	0.0	0.7	16.2	2.6	1.5	4.2	124
20–24	42.7	57.3	13.0	11.1	4.3	0.5	1.3	30.2	8.6	4.0	12.5	610
25–29	53.9	46.1	16.9	12.7	5.3	1.3	1.7	37.9	10.2	5.8	16.0	863
30–34	61.0	39.0	15.8	12.9	5.2	3.0	2.7	39.4	11.9	9.5	21.6	948
35–39	59.8	40.2	12.5	14.5	3.8	3.8	1.6	36.0	14.5	9.2	23.8	836
40–44	51.3	48.7	10.6	12.1	1.7	6.2	1.5	31.8	11.0	8.3	19.4	717
ცოცხალი შვილების რაოდენობა												
0	5.8	94.2	3.5	0.3	0.4	0.0	0.5	4.7	0.3	0.8	1.1	409
1	47.4	52.6	15.8	11.2	4.2	0.3	1.5	33.0	7.6	6.8	14.5	1,106
2	64.0	36.0	15.4	15.8	4.6	3.4	2.1	41.1	14.0	8.7	22.9	1,956
3 ან მეტი	61.7	38.3	11.0	12.8	4.6	7.8	1.8	37.9	15.4	8.3	23.7	627
განათლების დონე												
არასრული საშუალო ან ნაკლები	50.7	49.3	4.7	15.4	5.0	2.2	1.1	28.4	17.0	5.3	22.3	726
სრული საშუალო	47.7	52.3	9.3	10.0	4.9	2.8	0.9	27.8	13.5	6.3	19.9	1,119
ტექნიკუმი	48.4	51.6	12.7	9.6	2.8	4.9	2.4	32.2	7.7	8.4	16.2	673
უნივერსიტ./ასპორანტურა	60.5	39.5	20.9	14.2	3.7	2.5	2.4	43.5	8.3	8.5	17.0	1,580
ქონებრივი კვინტილი												
ყველაზე დაბალი	46.7	53.3	5.6	10.5	4.4	1.9	0.4	23.0	17.5	6.2	23.7	727
მეორე	50.4	49.6	7.8	13.3	4.4	2.4	1.0	28.6	14.1	7.5	21.9	966
საშუალო	53.8	46.2	11.3	12.4	5.5	4.4	2.1	35.6	11.5	6.6	18.3	952
მეოთხე	51.0	49.0	14.5	10.7	3.7	2.6	3.0	34.4	8.4	8.1	16.6	623
ყველაზე მაღალი	61.4	38.6	25.3	14.5	2.6	2.9	2.0	47.3	6.0	8.1	14.1	830
ეროვნება												
ქართველი	54.3	45.7	14.6	13.1	4.0	3.2	1.8	36.5	9.8	8.0	17.9	3,521
აზერბაიჯანელი	44.9	55.1	0.8	14.0	6.5	1.7	0.0	23.0	19.8	2.1	21.8	219
სომეხი	50.7	49.3	11.4	4.5	1.0	1.6	2.0	20.4	25.8	4.4	30.2	249
სხვა	48.0	52.0	15.4	7.7	8.0	0.9	3.8	35.9	6.8	5.3	12.1	109

ცხრილი 8.2.4 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ კონტრაცეპტივების გამოყენების პროცენტული ოდენობა წლების და მეთოდების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

კონტრაცეფციის გამოყენების სტატუსი	კვლევის წელი		
	1999	2005	2010
ნებისმიერი მეთოდი	**40.5**	**47.3**	**53.4**
თანამედროვე მეთოდები	**19.8**	**26.6**	**34.7**
აბები	1.0	3.2	4.1
სშს	9.7	11.6	12.5
კონდომი	6.3	8.7	13.6
სპერმიციდები	0.1	0.9	1.5
მილების ლიგირება	1.6	2.2	2.9
სხვა თანამედროვე მეთოდები	0.0	0.0	0.0
	1.0	0.0	0.1
ტრადიციული მეთოდები	**20.7**	**20.7**	**18.5**
კალენდარული მეთოდი	10.2	9.5	7.4
შეწყვეტილი აქტის მეთოდი	10.5	11.2	11.1
ამჟამად არ იყენებენ	**59.5**	**52.7**	**46.6**
შემთხვევათა რაოდენობა	**5,177**	**4,119**	**4,098**

ცხრილი 8.3.1 თანამედროვე მეთოდების მოწოდების წყარო შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფი ქალებისთვის, რომლებიც ამჟამად იყენებენ თანამედროვე მეთოდებს
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ჯანდაცვის სექტორი							აფთიაქი	სხვა							სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ქვეჯამი, ჯანდაცვის სექტორი	ქალთა კონსულტაციები	ქალაქის საავადმყოფოები	რეგიონული საავადმყოფოები	პირველადი ჯანდაცვის კლინიკები/ცენტრები	რეფერალური ჰოსპიტლები	მობილური კლინიკები		ქვეჯამი, სულ	პარტნიორი/ქმარი	მეგობარი	ნათესავი	ღია ბაზარი	სხვა	არ იცის		
სულ	**50.0**	**24.6**	**11.6**	**9.1**	**4.0**	**0.6**	**0.2**	**44.8**	**5.2**	**3.3**	**0.4**	**0.3**	**0.2**	**1.0**	**0.0**	**100.0**	**1,413**
საცხოვრებელი ადგილი																	
თბილისი	34.7	23.5	6.8	0.5	1.8	1.6	0.5	59.8	5.5	4.6	0.7	0.0	0.0	0.2	0.0	100.0	379
სხვა ქალაქი	51.9	32.1	11.5	5.2	2.8	0.2	0.0	44.2	3.9	2.9	0.2	0.2	0.0	0.5	0.0	100.0	373
სოფელი	60.4	20.4	15.2	18.2	6.4	0.1	0.1	33.7	6.0	2.6	0.3	0.6	0.6	1.9	0.1	100.0	661
ასაკობრივი ჯგუფი																	
15–24	43.8	24.2	12.3	4.5	2.8	0.0	0.0	48.3	8.0	5.6	0.0	0.9	0.0	1.3	0.3	100.0	211
25–34	46.2	22.6	9.1	7.8	5.5	1.0	0.3	49.8	3.9	3.1	0.3	0.3	0.0	0.3	0.0	100.0	687
35–44	56.8	27.1	14.2	12.4	2.6	0.4	0.1	37.5	5.7	2.6	0.6	0.1	0.6	1.8	0.0	100.0	515
განათლების დონე																	
არასრული საშუალო ან ნაკლები	70.0	31.1	9.2	22.5	6.8	0.0	0.4	26.2	3.8	1.1	0.0	0.5	0.0	2.3	0.0	100.0	199
სრული საშუალო	52.6	24.5	12.9	9.7	3.9	1.3	0.3	40.6	6.8	3.6	0.0	0.2	1.0	1.7	0.2	100.0	324
ტექნიკუმი	49.2	18.7	15.4	11.8	3.3	0.0	0.0	46.0	4.8	3.9	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	208
უმაღლესი/ასპორანტურა	43.2	24.4	10.5	4.0	3.3	0.7	0.1	51.7	5.1	3.6	0.6	0.3	0.0	0.6	0.0	100.0	682
ქონებრივი კვინტილი																	
ყველაზე დაბალი	58.7	22.0	9.8	22.0	5.0	0.0	0.0	30.8	10.4	1.9	0.6	1.8	2.2	3.8	0.0	100.0	168
მეორე	62.4	23.8	12.5	19.8	5.9	0.0	0.3	32.8	4.9	3.4	0.2	0.4	0.0	1.0	0.0	100.0	284
საშუალო	56.3	22.2	15.8	12.5	5.7	0.0	0.0	39.3	4.5	3.0	0.3	0.0	0.0	0.9	0.2	100.0	336
მეოთხე	45.8	28.5	10.2	2.7	3.8	0.5	0.0	50.5	3.7	2.4	0.0	0.4	0.0	0.9	0.0	100.0	227
ყველაზე მაღალი	38.4	25.4	9.3	0.2	1.5	1.6	0.4	56.4	5.1	4.3	0.7	0.0	0.0	0.2	0.0	100.0	398
ეროვნება																	
ქართველი	49.6	25.0	11.6	8.6	3.6	0.7	0.2	45.5	4.9	3.1	0.3	0.4	0.3	0.8	0.0	100.0	1,274
აზერბაიჯანელი	82.9	28.6	15.9	23.4	15.0	0.0	0.0	10.2	6.8	0.0	0.0	0.0	0.0	6.8	0.0	100.0	52
სომეხი	29.9	15.4	9.3	5.2	0.0	0.0	0.0	58.8	11.3	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	100.0	45
სხვა	34.0	14.5	7.4	6.8	3.5	0.0	1.7	58.8	7.2	4.8	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	42
გამოყენებული თანამედროვე მეთოდი*																	
აბები	37.5	15.9	5.1	5.7	10.7	0.0	0.0	56.3	6.2	0.0	0.6	1.2	0.0	4.4	0.0	100.0	176
სშს	99.0	60.0	14.5	18.2	5.2	1.1	0.0	0.4	0.6	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	100.0	498
კონდომი	3.2	1.4	0.2	0.0	1.1	0.0	0.5	86.7	10.1	8.4	0.6	0.3	0.6	0.2	0.1	100.0	565
სპერმიციდები	9.1	6.9	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	89.4	1.4	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	66
მილების ლიგირება	97.0	1.9	65.9	21.7	4.8	2.8	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	100.0	103

* ხუთი ქალის გამოკლებით, რომლებიც იყენებდნენ სხვა თანამედროვე მეთოდებს.

ცხრილი 8.4.1 კონტრაცეფციის განსხვავებული და უპირატესი მეთოდის გამოყენების სურვილი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებში, რომლებიც ამჟამად მოიხმარენ თანამედროვე მეთოდებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	განსხვავებული მეთოდის გამოყენების სურვილი		კონტრაცეფციის სასურველი მეთოდები								
	პროცენტი	ყველა მომხმარებელი	სშს	მილების ლიგირება	აბები	კონდომი	სპერმიციდი	კალენდარული მეთოდი	სხვა/არ იცის	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	**15.8**	**1,413**	**68.3**	**12.5**	**10.4**	**2.5**	**2.2**	**2.3**	**1.8**	**100.0**	**230**
საცხოვრებელი ადგილი											
თბილისი	19.6	379	68.6	11.6	9.3	2.3	1.2	4.7	2.3	100.0	77
სხვა ქალაქი	13.6	373	72.1	5.7	12.1	4.1	2.1	1.7	2.1	100.0	56
სოფელი	14.4	661	65.6	17.6	10.4	1.7	3.4	0.3	1.0	100.0	97
ასაკობრივი ჯგუფი											
15–24	17.6	211	84.2	2.7	6.5	2.9	0.0	0.0	3.7	100.0	42
25–34	17.9	687	68.7	13.1	10.5	2.0	2.6	1.8	1.2	100.0	126
35–44	12.6	515	59.0	16.7	12.3	3.1	2.7	4.4	1.7	100.0	62
ცოცხალი შვილების რაოდენობა											
0–1	15.7	388	70.4	7.1	18.0	1.8	0.0	2.1	0.6	100.0	69
2	16.7	799	65.3	13.5	8.5	3.5	3.8	3.0	2.5	100.0	134
3 ან მეტი	13.3	226	76.1	18.3	4.5	0.0	0.0	0.0	1.1	100.0	27
განათლების დონე											
არასრული საშუალო ან ნაკლები	7.5	199	*	*	*	*	*	*	*	100.0	16
სრული საშუალო	13.0	324	70.5	13.5	2.8	8.0	5.3	0.0	0.0	100.0	43
ტექნიკუმი	18.2	208	84.1	7.7	5.2	0.3	0.0	0.0	2.7	100.0	38
უნივერსიტ./ასპორანტურა	18.8	682	66.4	11.7	13.3	1.1	1.5	4.0	2.0	100.0	133
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	17.3	168	87.8	7.4	3.3	0.0	0.0	0.0	1.5	100.0	27
მეორე	11.8	284	67.2	16.5	1.7	3.7	10.1	0.8	0.0	100.0	36
საშუალო	14.7	336	58.5	21.2	13.3	0.8	1.9	1.9	2.4	100.0	55
მეოთხე	17.6	227	70.8	5.2	10.3	5.2	2.7	5.0	0.9	100.0	37
ყველაზე მაღალი	17.4	398	67.1	11.3	14.0	2.6	0.0	2.5	2.6	100.0	75
კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი მოხმარება											
აბები	17.4	176	78.2	0.0		11.0	7.3	3.1	0.4	100.0	29
სშს	2.6	498		*	*	*	*	*	*	100.0	13
კონდომი	30.6	565	71.5	11.4	11.5		1.1	1.8	2.1	100.0	173
სპერმიციდები	18.8	66	75.6	8.7	15.7	0.0		0.0	0.0	100.0	13
მილების ლიგირება	0.0	103	*	*	*	*	*	*	*	100.0	0
სხვა თანამედროვე მეთოდები	21.6	5	*	*	*	*	*	*	*	100.0	2
პრეტენზია ამჟამად მოხმარებული მეთოდების მიმართ											
დიახ	66.3	128	62.0	18.8	11.4	3.8	2.3	0.0	1.7	100.0	85
არა	11.0	1,285	71.9	8.8	9.8	1.8	2.1	3.7	1.8	100.0	145

* 25 შემთხვევაზე ნაკლები

არ განიხილება: იგივე მეთოდები, რაც ამჟამად გამოიყენება.

ცხრილი 8.5.1 შერჩეული ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვანი ან საკმაოდ მნიშვნელოვანი იყო თანამედროვე მეთოდის ნაცვლად ტრადიციული მეთოდის გამოყენების გადაწყვეტილების მიღებისას, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის დაქორწინებული ქალებისთვის, რომლებიც ამჟამად იყენებენ ტრადიციულ მეთოდებს

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	შერჩეული ფაქტორები								შემთხვევების რაოდენობა
	გვერდითი მოვლენების შიში ან ამის უკვე მიღებული გამოცდილება	თანამედროვე მეთოდების ნაკლები ცოდნა	ფასი	ქმრის/პარტნიორის არჩევანი	ექიმის რეკომენდაცია	რელიგიური შეზღუდულება	თანამედროვე მეთოდის რთული ხელმისაწვდომობა	სხვა ადამიანის რჩევა	
სულ	**89.8**	**66.6**	**74.8**	**66.7**	**45.3**	**52.9**	**50.8**	**40.1**	**797**
საცხოვრებელი ადგილი									
თბილისი	90.1	65.5	66.9	66.9	41.5	59.9	35.2	46.5	123
სხვა ქალაქი	88.5	57.2	66.6	65.7	45.3	56.2	38.4	41.1	159
სოფელი	90.1	70.3	80.4	67.0	46.6	49.5	60.3	37.7	515
ასაკობრივი ჯგუფი									
15–24	86.0	70.8	68.2	70.4	50.1	58.8	48.3	43.0	88
25–34	89.3	65.9	76.8	65.5	45.6	50.1	51.5	40.2	358
35–44	91.1	66.2	74.7	66.9	44.0	54.1	50.7	39.3	351
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0–1	84.1	61.6	66.7	64.6	42.3	47.5	44.3	39.1	166
2	91.0	68.5	76.8	63.3	44.1	52.7	52.5	40.7	472
3 ან მეტი	92.3	66.5	77.7	78.1	52.0	59.1	52.6	39.7	159
განათლების დონე									
არასრული საშუალო ან ნაკლები	88.8	69.2	80.4	72.5	50.0	51.1	59.3	44.0	169
სრული საშუალო	87.7	73.1	74.0	70.7	41.3	48.5	56.8	34.7	238
ტექნიკუმი	89.6	59.3	75.5	52.9	35.1	42.8	48.0	41.0	128
უნივერსიტ./ასპორანტურა	92.1	62.6	71.9	65.3	49.8	61.4	42.0	41.9	262
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	88.1	69.9	86.6	63.4	47.8	47.6	59.4	33.1	179
მეორე	88.1	66.9	77.3	65.6	42.6	51.6	61.8	43.8	211
საშუალო	93.2	69.3	76.7	68.2	46.7	48.8	52.2	36.6	191
მეოთხე	89.0	61.5	71.2	67.9	45.5	57.9	45.6	40.0	105
ყველაზე მაღალი	90.3	63.5	59.5	68.7	44.7	61.4	29.0	47.1	111
ეროვნება									
ქართველი	91.4	65.5	74.3	65.7	46.9	57.0	48.4	40.6	651
აზერბაიჯანელი	66.3	66.3	70.2	58.9	32.3	43.8	62.5	41.9	46
სომეხი	92.9	77.5	82.3	80.0	36.8	27.2	65.0	30.8	86
სხვა	*	*	*	*	*	*	*	*	14

* 25 შემთხვევაზე ნაკლები

ცხრილი 8.5.2 მოსაზრებები ტრადიციული მეთოდების უპირატესობის შესახებ თანამედროვე მეთოდებთან შედარებით, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის, ვინც ამჟამად ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავს
რეპროდუქციულიჯანმრთელობისკვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	აღქმული ეფექტიანობა				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ამჟამინდელი მეთოდი უფრო ეფექტურია	თითქმის ერთნაირად ეფექტურია	ამჟამინდელი მეთოდი ნაკლებად ეფექტურია	არ იცის/არ არის დარწმუნებული		
სულ	**28.9**	**46.1**	**16.2**	**8.8**	**100.0**	**797**
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	32.4	43.7	16.9	7.0	100.0	123
სხვა ქალაქი	31.6	51.2	9.9	7.3	100.0	159
სოფელი	26.8	45.0	18.3	10.0	100.0	515
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–24	24.2	50.7	14.2	10.9	100.0	88
25–34	26.2	46.4	18.4	9.0	100.0	358
35–44	32.5	44.6	14.8	8.2	100.0	351
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0–1	31.5	48.7	12.6	7.2	100.0	166
2	28.1	43.8	19.1	8.9	100.0	472
3 ან მეტი	28.2	49.5	12.0	10.2	100.0	159
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	30.8	38.0	16.5	14.7	100.0	169
სრული საშუალო	30.1	42.2	17.8	9.9	100.0	238
ტექნიკუმი	23.4	52.6	16.5	7.5	100.0	128
უნივერსიტ./ასპორანტურა	28.8	51.5	14.7	5.0	100.0	262
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	26.9	43.9	18.7	10.5	100.0	179
მეორე	26.6	45.6	16.3	11.5	100.0	211
საშუალო	26.7	45.0	18.5	9.8	100.0	191
მეოთხე	37.9	47.6	12.0	2.5	100.0	105
ყველაზე მაღალი	29.4	49.0	14.2	7.4	100.0	111
ეროვნება						
ქართველი	30.4	46.8	16.5	6.2	100.0	651
აზერბაიჯანელი	18.2	32.8	20.8	28.1	100.0	46
სომეხი	21.6	46.3	12.6	19.5	100.0	86
სხვა	*	*	*	*	100.0	14

* 25 შემთხვევაზე ნაკლები

ცხრილი 8.6.1 ამჟამად კონტრაცეპტივების გამოუყენებლობის მიზეზი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	მიზეზის ტიპი			სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	ორსულობასთან, შობადობასთან ან სქესობრივ აქტივობასთან დაკავშირებული მიზეზები	სხვა	არ იცის		
სულ	**76.8**	**22.3**	**0.9**	**100.0**	**1,888**
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	81.0	18.7	0.2	100.0	772
სოფელი	73.2	25.3	1.5	100.0	1,116
რეგიონი					
კახეთი	74.2	21.7	4.0	100.0	166
თბილისი	81.2	18.5	0.3	100.0	313
შიდა ქართლი	80.8	19.2	0.0	100.0	103
ქვემო ქართლი	74.0	23.8	2.2	100.0	189
სამცხე-ჯავახეთი	84.0	16.0	0.0	100.0	146
აჭარა	72.3	27.7	0.0	100.0	159
გურია	70.9	28.4	0.7	100.0	128
სამეგრელო	70.3	29.0	0.7	100.0	130
იმერეთი	78.7	20.7	0.6	100.0	279
მცხეთა-მთიანეთი	76.6	23.4	0.0	100.0	143
რაჭა-სვანეთი	78.7	21.3	0.0	100.0	132
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	86.3	12.6	1.1	100.0	435
25–34	74.9	24.3	0.8	100.0	766
35–44	72.3	26.7	1.0	100.0	687
ცოცხალი შვილების რაოდენობა					
0–1	90.6	9.1	0.3	100.0	961
2	63.7	34.8	1.5	100.0	685
3 ან მეტი	59.9	38.5	1.6	100.0	242
განათლების დონე					
არასრული საშუალო ან ნაკლები	68.8	28.0	3.1	100.0	358
სრული საშუალო	75.6	24.0	0.4	100.0	557
ტექნიკუმი	76.3	23.7	0.0	100.0	337
უნივერსიტ./ასპორანტურა	82.4	16.9	0.6	100.0	636
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	67.2	29.5	3.3	100.0	380
მეორე	74.9	24.1	1.0	100.0	471
საშუალო	77.3	22.7	0.0	100.0	425
მეოთხე	82.4	17.3	0.3	100.0	291
ყველაზე მაღალი	81.8	17.9	0.3	100.0	321
ეროვნება					
ქართველი	77.8	21.9	0.3	100.0	1,596
აზერბაიჯანელი	64.9	30.0	5.1	100.0	121
სომეხი	81.2	18.8	0.0	100.0	118
სხვა	70.8	21.5	7.7	100.0	53

ცხრილი 8.7.1 კონტრაცეპტივების მომავალში გამოყენების სურვილი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ფერტილურ ქალებში, რომლებიც ამჟამად არ იყენებენ კონტრაცეპტივებს
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონტრაცეპტივების მომავალში გამოყენების სურვილი				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	სურს მათი გამოყენება 12 თვის განმავლობაში	გამოიყენებს მოგვიანებით	არ სურს გამოყენება	არა აქვს გადაწყვეტილი		
სულ	**30.2**	**16.5**	**31.8**	**21.5**	**100.0**	**2,046**
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	29.8	18.4	29.5	22.2	100.0	910
სოფელი	30.5	14.7	34.1	20.7	100.0	1,136
რეგიონი						
კახეთი	31.9	14.0	28.5	25.6	100.0	174
თბილისი	29.9	19.1	25.6	25.4	100.0	403
შიდა ქართლი	28.9	16.4	41.4	13.3	100.0	105
ქვემო ქართლი	22.4	18.0	35.7	23.9	100.0	211
სამცხე-ჯავახეთი	21.7	18.5	27.0	32.8	100.0	155
აჭარა	41.0	12.4	36.7	10.0	100.0	165
გურია	26.1	17.4	39.9	16.7	100.0	119
სამეგრელო	26.5	17.2	31.1	25.2	100.0	131
იმერეთი	32.7	15.6	32.7	19.0	100.0	291
მცხეთა-მთიანეთი	32.5	15.2	33.5	18.8	100.0	154
რაჭა-სვანეთი	23.5	15.4	37.0	24.1	100.0	138
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–24	42.3	29.7	9.1	18.9	100.0	468
25–34	36.7	18.7	19.2	25.3	100.0	829
35–44	15.7	5.7	59.3	19.3	100.0	749
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	20.8	29.1	22.8	27.4	100.0	409
1	31.7	19.4	24.5	24.3	100.0	693
2	32.5	11.2	39.5	16.7	100.0	697
3 ან მეტი	34.7	2.7	45.7	16.8	100.0	247
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	25.9	12.3	35.5	26.4	100.0	390
სრული საშუალო	36.5	18.6	27.8	17.1	100.0	573
ტექნიკუმი	22.9	18.0	39.7	19.4	100.0	349
უნივერსიტ./ასპორანტურა	30.8	16.4	29.6	23.2	100.0	734
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	28.9	11.5	39.0	20.6	100.0	393
მეორე	29.6	15.7	31.9	22.9	100.0	485
საშუალო	31.4	16.0	32.8	19.7	100.0	430
მეოთხე	29.2	19.3	30.4	21.1	100.0	343
ყველაზე მაღალი	31.5	19.2	26.7	22.6	100.0	395
ეროვნება						
ქართველი	30.7	16.3	32.6	20.4	100.0	1,726
აზერბაიჯანელი	27.0	17.7	35.5	19.9	100.0	120
სომეხი	26.6	19.0	20.9	33.6	100.0	131
სხვა	29.1	16.6	25.1	29.2	100.0	69

ცხრილი 8.7.2 უპირატესი კონტრაცეფციული მეთოდი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალები, ვინც არ მიმართავს კონტრაცეფციას და სურს მომავალში გამოიყენოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონტრაცეფციის სასურველი მეთოდები								სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	სშს	კონდომი	აბები	მილების ლიგირება	ინექციური საშუალებები	შეწყვეტილი აქტი	კალენდარული მეთოდი	არ იცის		
სულ	**46.7**	**14.3**	**13.5**	**2.5**	**0.1**	**6.5**	**6.2**	**8.4**	**100.0**	**940**
საცხოვრებელი ადგილი										
თბილისი	36.8	26.8	15.5	0.8	0.0	2.9	6.7	9.2	100.0	191
ქალაქი	46.6	14.9	13.5	2.7	0.0	3.4	7.7	9.2	100.0	243
სოფელი	51.8	7.6	12.5	3.2	0.2	10.0	5.3	7.5	100.0	506
ასაკობრივი ჯგუფი										
15–24	45.2	14.3	15.4	2.6	0.3	1.9	4.5	15.1	100.0	331
25–34	55.6	13.3	12.6	2.6	0.0	4.9	3.6	5.5	100.0	456
35–44	26.9	17.0	11.6	1.8	0.0	20.6	17.0	0.9	100.0	153
ცოცხალი შვილების რაოდენობა										
0	40.3	22.1	12.0	0.0	0.0	0.5	3.2	21.9	100.0	184
1	47.1	12.1	17.4	3.9	0.0	5.1	5.0	8.2	100.0	356
2	51.6	13.5	11.9	1.8	0.4	8.5	7.7	1.8	100.0	312
3 ან მეტი	43.2	8.9	7.2	4.2	0.0	18.0	12.7	0.7	100.0	88
განათლების დონე										
არასრული საშუალო ან ნაკლები	53.9	7.3	12.9	3.4	0.0	12.1	2.6	6.8	100.0	148
სრული საშუალო	46.3	11.3	13.3	1.9	0.3	7.4	5.4	11.3	100.0	300
ტექნიკუმი	42.4	11.1	19.8	4.9	0.0	6.3	7.2	8.2	100.0	137
უნივერსიტ./ასპორანტურა	45.6	21.4	11.6	1.6	0.0	3.2	8.2	6.3	100.0	355
ქონებრივი კვინტილი										
ყველაზე დაბალი	50.4	6.7	11.7	5.4	0.0	13.1	2.4	7.5	100.0	155
მეორე	53.7	6.9	13.7	3.4	0.5	8.7	5.3	7.4	100.0	216
საშუალო	43.3	15.3	12.6	2.4	0.0	5.4	9.2	9.0	100.0	208
მეოთხე	48.1	11.6	14.1	0.7	0.0	5.1	7.5	9.4	100.0	165
ყველაზე მაღალი	40.3	26.4	14.7	1.3	0.0	2.7	5.9	8.3	100.0	196

ცხრილი 8.7.3 კონტრაცეპტიული მეთოდების უპირატესი წყარო შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალებისთვის, რომლებიც ამჟამად არ იყენებენ კონტრაცეპტივებს და აქვთ სურვილი მათი მომავალში გამოყენების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ჯანდაცვის სექტორი								აფთიაქი	სხვა				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ქალთა კონსულტაციები	საქალაქო საავადმყოფოები	რეგიონული საავადმყოფოები	პირველადი ჯანდაცვის კლინიკა/ცენტრი	პოლიკლინიკა	საოჯახო სამედიცინო ცენტრი	რეფერალური ჰოსპიტლები	მობილური კლინიკა		პარტნიორი/ქმარი	ნათესავი	სხვა	არ იცის		
სულ	**32.5**	**13.0**	**8.9**	**3.8**	**2.1**	**0.8**	**0.3**	**0.1**	**36.5**	**0.3**	**0.1**	**0.0**	**1.4**	**100.0**	**756**
საცხოვრებელი ადგილი															
თბილისი	32.0	7.7	0.0	2.6	2.1	1.0	0.0	0.0	53.6	0.5	0.0	0.0	0.5	100.0	156
ქალაქი	37.1	11.5	6.0	2.8	1.7	1.0	1.1	0.0	37.5	0.0	0.0	0.0	1.5	100.0	194
სოფელი	30.3	16.6	15.3	5.1	2.4	0.7	0.1	0.3	26.8	0.3	0.3	0.0	1.9	100.0	406
ასაკობრივი ჯგუფი															
15–24	30.0	13.5	7.6	4.6	1.7	0.7	0.7	0.3	38.7	0.4	0.4	0.0	1.4	100.0	262
25–34	36.0	14.3	10.8	3.0	2.8	0.6	0.1	0.0	30.7	0.0	0.0	0.0	1.8	100.0	393
35–44	27.3	6.7	5.8	4.6	1.0	1.9	0.0	0.0	51.7	1.0	0.0	0.0	0.0	100.0	101
ცოცხალი შვილების რაოდენობა															
0	27.7	13.9	8.3	1.8	0.9	0.7	0.0	0.0	46.1	0.0	0.0	0.0	0.7	100.0	139
1	33.2	13.4	6.1	5.3	3.1	0.8	0.4	0.3	34.4	0.7	0.4	0.0	2.1	100.0	295
2	35.1	14.0	9.9	4.0	2.0	0.9	0.1	0.0	32.5	0.0	0.0	0.0	1.4	100.0	258
3 ან მეტი	31.1	5.3	19.3	1.3	0.6	1.3	1.6	0.0	39.5	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	64
განათლების დონე															
არასრული საშუალო ან ნაკლები	31.2	11.3	15.8	5.9	4.6	0.8	0.0	0.0	27.7	0.9	0.0	0.0	1.8	100.0	114
სრული საშუალო	28.5	14.0	13.3	2.8	1.1	0.0	0.1	0.0	37.9	0.0	0.4	0.0	1.8	100.0	236
ტექნიკუმი	29.1	13.1	9.6	5.9	0.3	1.8	1.0	0.9	37.1	0.0	0.0	0.0	1.0	100.0	109
უნივერსიტ./ასპორანტურა	37.8	12.7	2.0	3.1	2.6	1.2	0.4	0.0	38.7	0.4	0.0	0.0	1.1	100.0	297
ქონებრივი კვინტილი															
ყველაზე დაბალი	22.6	16.1	23.8	3.8	1.9	0.3	0.0	0.9	28.5	0.0	0.0	0.0	2.2	100.0	124
მეორე	29.5	19.0	12.6	8.9	3.2	0.7	0.9	0.0	22.4	0.0	0.0	0.1	2.8	100.0	175
საშუალო	35.6	9.2	11.5	1.9	1.6	1.3	0.0	0.0	36.8	1.4	0.7	0.0	0.0	100.0	161
მეოთხე	40.6	11.2	2.3	3.7	0.7	0.7	0.0	0.0	39.5	0.0	0.0	0.0	1.3	100.0	132
ყველაზე მაღალი	32.1	10.8	0.6	1.5	2.8	1.0	0.5	0.0	49.6	0.0	0.0	0.0	1.1	100.0	164
სასურველი მეთოდი															
აბები	9.8	3.1	2.5	3.1	1.2	1.5	0.0	0.0	77.9	0.0	0.0	0.1	0.7	100.0	127
ს/შს	49.7	18.8	13.7	5.1	2.9	0.4	0.3	0.0	7.2	0.0	0.2	0.0	1.7	100.0	448
კონდომი/სპერმიციდი	3.9	0.0	0.0	0.0	0.9	0.7	0.0	0.0	91.8	1.3	0.0	0.0	1.4	100.0	150
სხვა	20.9	40.9	11.4	9.0	0.0	5.8	4.3	4.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	31

ცხრილი 8.8.1 კონტრაცეპტივების არაეფექტურობის და მათი მოხმარების შეწყვეტის მაჩვენებელი ერთი, ორი და სამი წლის მანძილზე შერჩეული მეთოდების მიხედვით 2005 წლის სექტემბრიდან შემოღებული კონტრაცეპტივების გამოყენების ყველა სეგმენტისთვის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

ხანგრძლივობა	არაეფექტურობის მაჩვენებელი						
	ყველა მეთოდი	კონტრაცეპციის მეთოდი					
		სშს	კონდომი	აბები	სხვა თანამედროვე მეთოდები	კალენდარული მეთოდი	შეწყვეტილი აქტი
ერთი წელი	10.3	0.9	5.2	7.3	8.5	20.9	17.7
ორი წელი	17.2	1.7	10.0	10.0	13.1	33.2	30.2
სამი წელი	21.9	2.9	14.3	16.4	15.0	40.6	37.2
სეგმენტების რაოდენობა	**3,981**	**545**	**1,183**	**542**	**255**	**663**	**793**
ხანგრძლივობა	**შეწყვეტის მაჩვენებელი**						
	ყველა მეთოდი	**კონტრაცეფციის მეთოდი**					
		სშს	**პრეზერვატივი**	**აბები**	**სხვა თანამედროვე მეთოდები**	**კალენდარული მეთოდი**	**შეწყვეტილი აქტი**
ერთი წელი	35.4	8.6	40.4	52.1	33.7	36.8	35.4
ორი წელი	53.4	18.7	59.3	69.3	48.8	61.1	53.8
სამი წელი	64.0	30.2	69.1	80.5	56.0	72.6	65.6
სეგმენტების რაოდენობა	**3,981**	**545**	**1,183**	**542**	**255**	**663**	**793**
შეწყვეტის % მეთოდის არაეფექტურობის შედეგად (12 თვე)	**29.2**	**10.6**	**12.9**	**14.0**	**25.1**	**57.0**	**50.0**

ცხრილი 8.8.2 ერთი წლის განმავლობაში კონტრაცეპტივების გამოყენების შეწყვეტის მაჩვენებლები მთავარი მიზეზის მიხედვით; კონტრაცეფციის შერჩეული მეთოდებისთვის; კონტრაცეფციის გამოყენების ყველა სეგმენტი დაწყებული 2005 წლის იანვრიდან
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტის მთავარი მიზეზი	ყველა მეთოდი	კონტრაცეპციის მეთოდი					
		სშს	კონდომი	აბები	სხვა თანამედროვე მეთოდები	კალენდარული მეთოდი	აქტის შეწყვეტა
სულ, წმინდა კოეფიციენტები †	**35.4**	**8.6**	**40.4**	**52.1**	**33.7**	**36.8**	**35.4**
მთლიანი კოეფიციენტები*							
დაორსულდა კონტრაცეპტივების გამოყენებისას	13.1	2.1	6.7	6.9	9.9	27.3	24.7
პარტნიორის უკმაყოფილება ან არყოფნა	8.0	0.2	14.3	2.5	5.0	4.2	12.4
უყურადღებობა	4.3	0.0	4.7	2.9	1.8	11.2	2.4
სურს დაორსულება	9.6	6.4	12.4	9.9	8.7	7.1	9.7
გვერდითი მოვლენების შიში ან უკვე მიღებული გამოცდილება	6.1	11.2	0.6	29.8	5.5	0.2	0.1
გადართულია სხვა მეთოდზე	4.1	0.2	4.9	1.6	4.8	7.5	4.2
ფასი/ხელმისაწვდომობა	3.2	0.0	6.3	6.1	6.8	0.2	0.1
დაანება თავი ორგანიზმის დასვენების მიზნით/ექიმის რჩევით	3.5	7.9	2.2	9.6	2.3	1.2	0.2
რთულია ან მოუხერხებელი გამოყენება	1.8	0.2	3.4	0.6	1.7	1.8	1.2
სხვა	2.1	1.7	2.8	0.8	3.0	2.3	1.6
შემთხვევების რაოდენობა	**3,981**	**545**	**1,183**	**542**	**255**	**663**	**793**

† შეწყვეტის წმინდა კოეფიციენტი ამ რიგში

* შეწყვეტის მთლიანი კოეფიციენტი დანარჩენ ცხრილში; ისინი შეკრებისას უფრო მეტია, ვიდრე წმინდა კოეფიციენტი რიგში „სულ". იხ. სქოლიო ტექსტში.

თავი 9

კონტრაცეფციული მომსახურების საჭიროება

კონტრაცეფციულ საშუალებებზე პოტენციური მოთხოვნის და დაუკმაყოფილებელი საჭიროების კონცეფცია 1960-იან წლებში გახდა აქტუალური, როდესაც მკვლევარებმა პირველად დაგვანახეს განსხვავება ქალების შვილოსნობის პრიორიტეტებსა და მათ მიერ კონტრაცეპტივების გამოყენებას შორის განვითარებად სამყაროში. ჯამური პოტენციური მოთხოვნა კონტრაცეფციაზე ზოგადად განისაზღვრება როგორც ჯამი კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი მოხმარების (დაკმაყოფილებული საჭიროების) და კონტრაცეფციის დამატებითი გამოყენებისა, რომელიც საჭირო იქნება არასასურველი ან არასასურველ დროს დამდგარი ორსულობების თავიდან ასაცილებლად (დაუკმაყოფილებელი საჭიროება). კონტრაცეფციაზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება წარმოადგენს საკმაოდ ზუსტ მაჩვენებელს, რომელიც ასახავს სხვაობას სასურველ შობადობასა და კონტრაცეფციული მეთოდების მოხმარების ამჟამინდელ დონეს შორის.

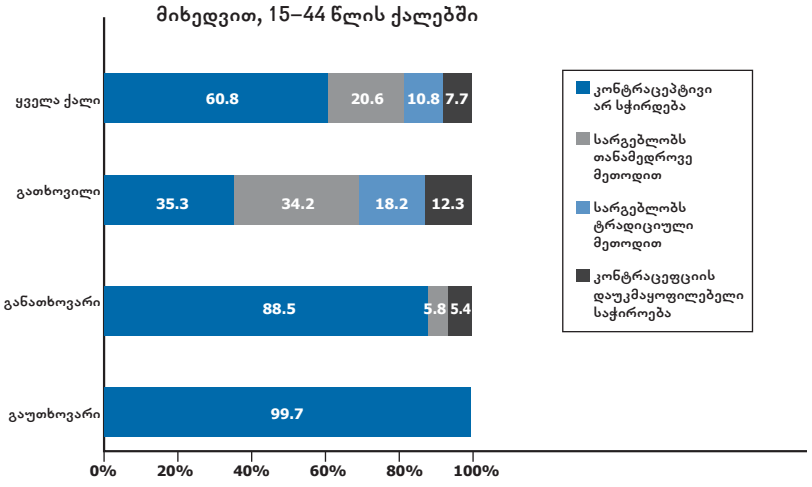
კონტრაცეპტივების საჭიროებას სულ უფრო მეტი ყურადღება ექცევა ოჯახის დაგეგმვის საქმეში. ფაქტები და მონაცემები იმ ქალების შესახებ, რომელთა მოთხოვნა კონტრაცეპტივებზე არ არის სრულად დაკმაყოფილებული, ცხადყოფს იმ სამუშაოს, რომელიც ჩასატარებელია ქალებისა და წყვილების დასახმარებლად დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით. გარდა ამისა, ამგვარი მონაცემები გვიჩვენებს, საკმარისია თუ არა სახელმწიფოს ფინანსური და პოლიტიკური მხარდაჭერა ამ პრობლემის გამოსასწორებლად. ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულების მიმდინარეობის შეფასების ხელშეწყობის მიზნით 2006 წელს დაისახა ახალი მიზანი - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა (ათასწლეულის განვითარების მიზნები, მიზანი 5ბ). ამასთან ერთად, გაეროს კომისიების რეკომენდაციაა, რომ „დაუკმაყოფილებელი კონტრაცეფცია" შევიდეს იმ ინდიკატორთა რიცხვში, რომლებზეც მსოფლიო მასშტაბით მონიტორინგი უნდა დაწესდეს. გარდა დაუკმაყოფილებელი საჭიროებისა კონტრაცეფციაზე, მეორე საყურადღებო ცნებაა დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე, რომელიც გამორიცხავს ნაკლებად ეფექტურ ტრადიციულ მეთოდებს, როგორიცაა პერიოდული თავშეკავება სქესობრივი აქტივობისგან და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი. ეს ყველაფერი ეფუძნება სახელმწიფო დონეზე განხორციელებული იმ ფართომასშტაბიანი კვლევების მონაცემებს, რომლებიც პერიოდუ-

ლად ტარდება როგორც განვითარებად, ისე განვითარებულ ქვეყნებში.

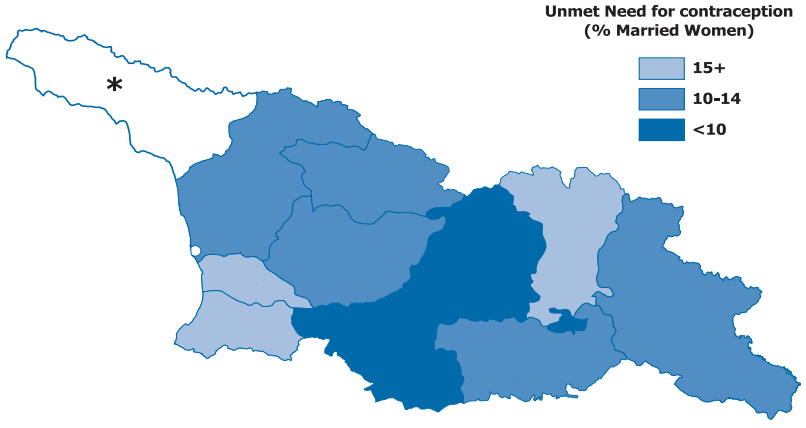
ზემოთ აღნიშნულ კვლევებს შორის არის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაც საქართველოში, რომელიც დიდი როლს თამაშობს კონტრაცეფციული საშუალებებით მომსახურების დღევანდელი საჭიროების და მომავალში მასზე პოტენციური მოთხოვნის აღწერაში, რისთვისაც ფასდება რესპონდენტთა შობადობის არჩევანი და რეპროდუქციული უპირატესობები. კვლევების შედეგად ჩამოყალიბდა დაუკმაყოფილებელი საჭიროების განსაზღვრება (Bongaarts J, 1991; Westoff, 2006), რომელიც მოიცავს ამჟამად ქორწინებაში ან ურთიერთთანხმობით კავშირში მყოფ ქალებს: ვინც ამჟამად (ბოლო ერთი თვის განმავლობაში) სქესობრივად აქტიურია; იმყოფება დაორსულების რისკის წინაშე (მათ რიცხვში არ შედიან ქალები, ვინც არ არის სქესობრივად აქტიური, ამჟამად ორსულადაა, ახლად ნამშობიარებია ან აქვს ამენორეა); ნაყოფიერია (არც ქალს და არც მის პარტნიორს არა აქვს შვილოსნობის დაქვეითებული უნარი); არ სურს დაორსულება (ინტერვიუს აღების დროისთვის); და არ იღებს რაიმე ზომებს კონტრაცეფციის მიზნით. გარდა ამისა, დაუკმაყოფილებელი საჭიროების განსაზღვრება გავრცელდა ყველა ქალზე, რათა უფრო ზუსტად დადგენილიყო კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონე ქალთა რაოდენობა.

კვლევებმა, რომელთა ფარგლებში მოხდა საქართველოში დაუგეგმავი ორსულობის რისკის შემცირების მიზნით საჭირო კონტრაცეპტივების დამატებითი გამოყენების პერიოდული დოკუმენტური ასახვა, დიდი დახმარება გაწიეს ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე ყურადღების გამახვილებაში და მიმდინარე პროგრამების ეფექტურის მონიტორინგსა და შეფასებაში, მათ შორის კონტრაცეპტივების ლოჯისტიკის მართვის შემოღებაში და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიზნის მიღწევაში პროგრესის შეფასებაში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია 1999-2010 წლების პერიოდში აღრიცხული ტენდენციები.

სურათი 9.1.1 ნებისმიერ კონტრაცეპტიულ მეთოდზე პოტენციური მოთხოვნა და დაუკმაყოფილებელი საჭიროება, ქორწინების სტატუსის მიხედვით, 15–44 წლის ქალებში

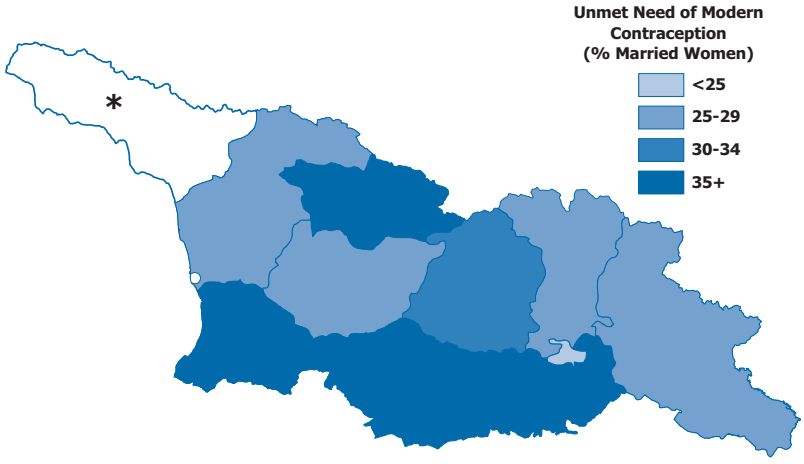


სურათი 9.1.2 დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ნებისმიერ კონტრაცეფციულ მეთოდზე, საქართველოს რეგიონების მიხედვით, ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში



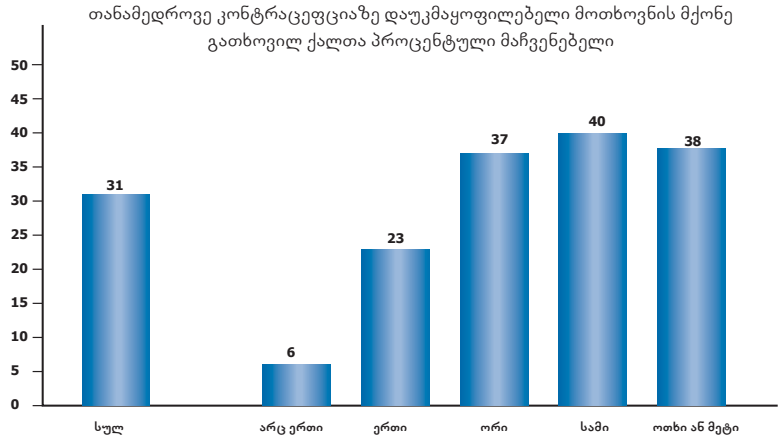
* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

სურათი 9.1.3 დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე, საქართველოს რეგიონების მიხედვით, ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში



* აფხაზეთი: ავტონომიური რეგიონი, რომელზეც არ ვრცელდება ცენტრალური ხელისუფლების კონტროლი

სურათი 9.1.4 ამჟამინდელი დაუკმაყოფილებელი საჭიროება თანამედროვე კონტრაცეფციაზე, ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით, ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებში

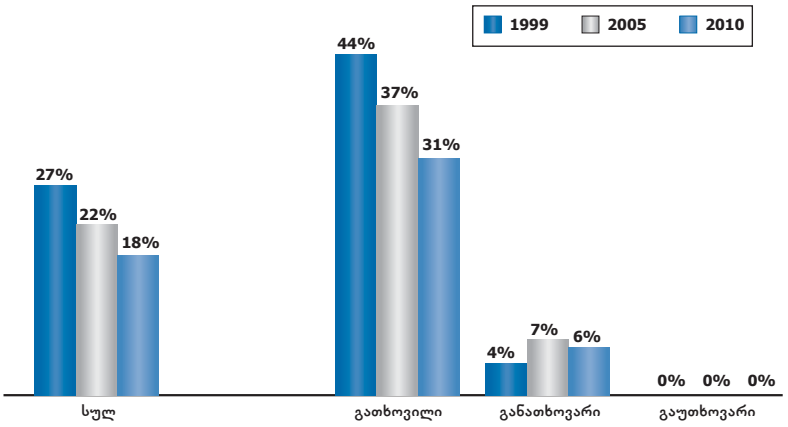


9.1 პოტენციური მოთხოვნა და დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციაზე

2010 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ყველა ქალის 39%-ს აქვს პოტენციური მოთხოვნა კონტრაცეფციის საშუალებებზე. ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის, რომლებიც სქესობრივად გაცილებით აქტიურნი არიან და დაუგეგმავი ორსულობების უფრო დიდი რისკის წინაშე დგანან, კონტრაცეპტივებზე პოტენციური მოთხოვნა გაცილებით მაღალი აღმოჩნდა (65%), ამჟამად კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების მომხმარებელი 34%-ის, ტრადიციული მეთოდების მიმდევარი 18%-ის და იმ 12%-ის ჩათვლით, რომელიც საერთოდ არ იყენებს კონტრაცეფციის არც ერთ მეთოდს (ცხრილი 9.1.1 და სურათი 9.1.1). 9.1.1 ცხრილში ქორწინებაში მყოფი ქალების 18.2% იყენებს ტრადიციულ მეთოდებს და იმ 12.3%-თან ერთად, რომელიც არავითარ მეთოდს არ იყენებს, ისინი ჩათვლილნი არიან დაუკმაყოფილებელ საჭიროებათა მქონე მთლიან 30.5%-ში. ქორწინებაში მყოფ დაახლოებით სამიდან ერთ ქალს (35.3%) არ სჭირდებოდა კონტრაცეფცია, რადგან იმ მომენტისთვის ისინი იყვნენ ორსულად, ცდილობდნენ დაორსულებას, უნაყოფონი იყვნენ ან არ ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი ბოლო დროის განმავლობაში. გარდა ნებისმიერ კონტრაცეპტივზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროებისა (12.3%), აღსანიშნავია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების საჭიროება (30.5%). ეს ჯგუფი ყოველთვის უფრო ფართოა, ვინაიდან იგი აგრეთვე მოიცავს ტრადიციული მეთოდების მიმდევრებსაც. ასეთი კვლევები განსაკუთრებით აუცილებელია ისეთ ქვეყნებში, სადაც მაღალია არასანდო ტრადიციული მეთოდების მოხმარება.

(უნდა აღინიშნოს, რომ ეს პროცენტული ოდენობა კონსერვატიულია, ვინაიდან ზოგი-

სურათი 9.1.5 დაუკმაყოფილებელი საჭიროება თანამედროვე კონტრაცეფციულ მეთოდებზე ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის: 1999, 2005 და 2010 წლები



ერთ ორსულ ქალს არ სურს არც ეს ორსულობა და არც სხვა ოდესმე მომავალში და ამიტომ სამოქმედო პროგრამები უნდა უზრუნველყოფდეს მშობიარობის შემდგომ კონტრაცეფციას ამგვარი საჭიროების დაკმაყოფილების მიზნით).

ქორწინებაში მყოფი ქალების ზოგიერთმა ქვეჯგუფმა გამოავლინა დაუკმაყოფილებელი საჭიროების გაცილებით მაღალი დონე სხვა ჯგუფებთან შედარებით (ცხრილი 9.1.2). კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება რეგიონების მიხედვით გამოიყურება ასე: 15%-16% აჭარაში, გურიასა და მცხეთა-მთიანეთში და 8%-9% თბილისში, სამცხე-ჯავახეთსა და შიდა ქართლში (სურათი 9.1.2).

თანამედროვე კონტრაცეფციულ საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება გაცილებით მაღალია: 38%-40% სამცხე-ჯავახეთში, აჭარაში, გურიაში, რაჭა-სვანეთსა და ქვემო ქართლში და 23%-27% თბილისში, სამეგრელოსა და იმერეთში (სურათი 9.1.3).

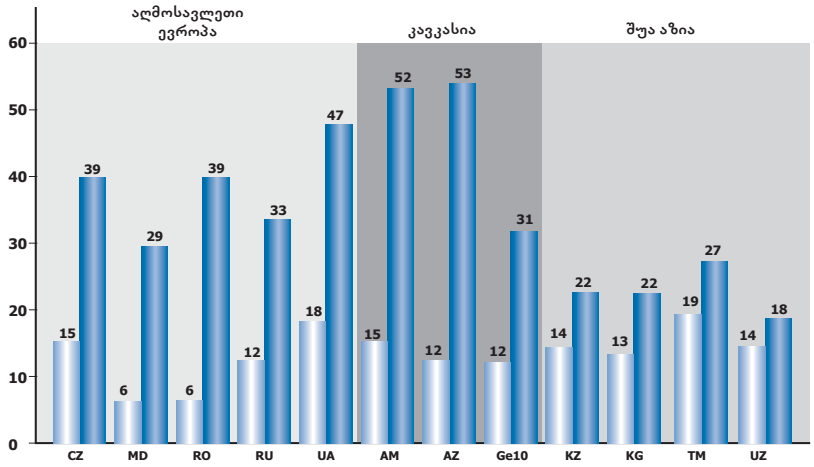
ზოგადად, დაუკმაყოფილებელი საჭიროების დონეები, განსაკუთრებით დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებებზე, უფრო მაღალი იყო სოფლად, ვიდრე ქალაქში მცხოვრებ ქალებში და იზრდებოდა ცოცხალი შვილების რაოდენობასთან ერთად (სურათი 9.1.4). საშუალო ან ნაკლები განათლების მქონე რესპონდენტებს ჰქონდათ დაუკმაყოფილებელი საჭიროების უფრო მაღალი დონე, ვიდრე საშუალოზე მაღალი განათლების მქონე ქალებს (ცხრილი 9.1.2).

საქართველოში კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ქორწინებაში მყოფ ქალებში შეადგენდა 30%-ს, როცა ეს მაჩვენებელი 1999 წელს იყო 44%, ხოლო 2005 წელს – 37%. ეს წარმოადგენს დაახლოებით ერთი მესამედით კლებას 1999 წლიდან (სურათი 9.1.5). კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელმა საჭიროებამ ყველა ქალს შორის დაიკლო 27%-დან 18%-მდე, რაც ასევე შეადგენს კლებას ერთი მესამედით. პრაქტიკულად, აღნიშნული კლება წარმოადგენს წყვილებს შორის თანამედროვე მეთოდების მოხმარების ზრდის შედეგს, მაშინ, როცა დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მაჩვენებელი დაუქორწინებელ და ადრე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის დარჩა იგივე, ანუ ძალიან დაბალი.

აბსოლუტურ ციფრებში ეს წარმოადგენს აშკარა კლებას - 15-44 წლის დაახლოებით 75,000 ქალს კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროებით 2005-2010 წლებში, და ამ ფაქტორს შეიძლება მიეწეროს დაუგეგმავი ორსულობებისა და ხელოვნური აბორტების მნიშვნელოვანი კლება.

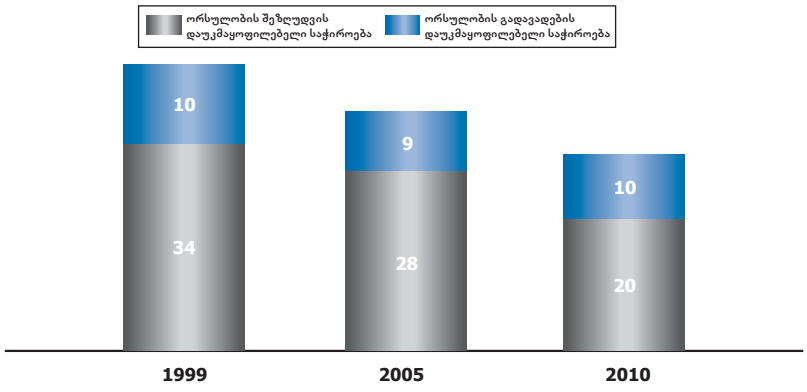
თუმცა 9.2.1 ცხრილში თანამედროვე მეთოდებთან მიმართებაში კვლავ შეიმჩნევა 18%-იანი დაუკმაყოფილებელი საჭიროება 15-44 წლის ყველა ქართველ ქალში (ქორწინებაში მყოფი ქალების 31%). მათ აქვთ შვილების რაოდენობის დაგეგმვის, მათ შორის ინტერვალის დაცვის და დაუგეგმავი ორსულობის რისკის მოხსნის განუხორციელებელი სურვილი. ეს ეხება თითქმის 180,000 წყვილს, რომელთა საჭიროება კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე არ არის დაკმაყოფილებული. ამ ციფრის შემცირების მიზნით, პოლიტიკურ გადაწყვეტილებათა მიმღებმა პირებმა და პროგრამებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ იმ ქვეჯგუფებზე, სადაც დაუკმაყოფილებელი საჭიროება უფრო კონცენტრირებულია, და გაითვალისწინონ ისეთი მახასიათებლები, როგორიცაა ასაკი, შემოსავალი, განათლება და ეროვნება.

სურათი 9.2.1 დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ნებისმიერ კონტრაცეფციულ საშუალებებზე და დაუკმაყოფილებელი საჭიროება თანამედროვე კონტრაცეფციულ საშუალებებზე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის აღმოსავლეთ ევროპისა და ევრაზიის შერჩეულ ქვეყნებში



წყარო: CDC and ORC/Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report.
შენიშვნა: CZ=ჩეხეთის რესპ.; MD=მოლდოვა; RO=რუმინეთი; RU=რუსეთი; UA=უკრაინა; AM=სომხეთი; AZ=აზერბაიჯანი; GE=საქართველო; KZ=ყაზახეთი; KG=ყირგიზეთი; TM=თურქმენეთი; UZ=უზბეკეთი.

სურათი 9.2.2 თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის, შობადობის მომავალი არჩევანის მიხედვით, 1999, 2005 და 2010 წლები



9.2 პოტენციური მოთხოვნილება ოჯახის დაგეგმვაზე შობადობის არჩევანის მიხედვით

თუ შევადარებთ ბოლო პერიოდში აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და კავკასიის რეგიონში ჩატარებული მოსახლეობის კვლევების შედეგებს, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია სომხეთში (52%, 2000) და აზერბაიჯანში (53%, 2001). მათ მოჰყვება უკრაინა (47%, 1999), ჩეხეთის რესპუბლიკა (39%, 1993), რუმინეთი (39%, 1999) და საქართველო (31%, 2010) (CDC and ORC Macro, 2003).

9.2.1 ცხრილსა და 9.2.1 სურათზე მოცემულია დეტალური მონაცემები; ისინი დაუკმაყოფილებელ საჭიროებას ასევე განასხვავებენ იმის მიხედვით, თუ რასთან არის იგი დაკავშირებული - ორსულობის „გადავადებასთან" თუ „შეზღუდვასთან". ეს ნიშნავს, რომ გარდა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე მთლიანი მოთხოვნის გაზომვისა, კვლევის მონაცემები ასევე იძლევა რესპონდენტების შობადობის არჩევანზე დაფუძნებული დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების შეფასების საშუალებას (ცხრილი 9.2.2). კონტრაცეფციის რაიმე ან თანამედროვე მეთოდებზე პოტენციური მოთხოვნის მქონე რესპონდენტებს შორის ის ქალები, რომლებსაც არ სურდათ მალე დაორსულება, მაგრამ ჰქონდათ ბავშვის მომავალში გაჩენის სურვილი (იმ ქალების ჩათვლით, რომლებსაც ვერ გადაეწყვიტათ, უნდოდათ თუ არა შვილი), კლასიფიცირებულნი იქნენ როგორც ორსულობის გადავადების დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონენი. რესპონდენტები, რომლებსაც არ სურდათ (საერთოდ) მეტი შვილის ყოლა, მაგრამ არაფერს აკეთებდნენ ორსულობის თავიდან ასაცილებლად (ან იყენებდნენ ნაკლებად ეფექტურ ტრადიციულ მე-

თოდებს), ჩაითვალნენ ორსულობის შეზღუდვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონეებად. მსგავსად ამისა, რესპონდენტები, რომელთა კონტრაცეფციის მეთოდებზე საჭიროება დაკმაყოფილებული იყო (ნებისმიერი მეთოდის ან თანამედროვე მეთოდების მომხმარებლები), კლასიფიცირებულნი იქნენ დაკმაყოფილებულ საჭიროებათა მქონეებად როგორც ორსულობის გადავადების, ასევე შეზღუდვის თვალსაზრისით.

9.2.1 ცხრილის ბოლო ორი სვეტი გვიჩვენებს შეზღუდვასთან დაკავშირებული მთელი დაუკმაყოფილებელი საჭიროების პროცენტულ ოდენობას. მაგალითად, საქართველოს შემთხვევაში 2010 წელს „ნებისმიერ კონტრაცეფციაზე" მთელი დაუკმაყოფილებელი საჭიროების 68% დაკავშირებული იყო შეზღუდვასთან (8.4/12.3), „თანამედროვე კონტრაცეფციაზე" დაუკმაყოფილებელი საჭიროების 67% ასევე დაკავშირებული იყო შეზღუდვასთან (20.5/30.4). ორსულობის შეზღუდვასთან დაკავშირებული საჭიროებები აშკარად დომინირებს თითქმის ყველა ქვეყანაში. ორსულობის შეზღუდვასთან დაკავშირებული საჭიროების პროცენტული ოდენობა – 50% ან ნაკლები – დაბალია მხოლოდ თურქმენეთსა და უზბეკეთში.

ზოგადად, 9.2.2 ცხრილსა და 9.2.2 სურათზე მოცემული ორსულობის შეზღუდვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროებები უფრო მაღალია, ვიდრე ორსულობის გადავადების დაუკმაყოფილებელი საჭიროებები, მიუხედავად რეგიონისა და სტანდარტული თუ ფართო განსაზღვრების გამოყენებისა. ამჟამად ქორწინებით კავშირში მყოფ ქალებს შორის ორსულობის შეზღუდვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ორჯერ და სამჯერ მეტია, ვიდრე ორსულობის გადავადების დაუკმაყოფილებელი საჭიროება, რაც შეესაბამება ამ რეგიონისთვის ტიპურ, მცირე ზომის იდეალური ოჯახის ხედვას და მომავალ რეპროდუქციულ განზრახვებს. ორსულობის შეზღუდვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება საქართველოში 1999-2010 წლებში 14%-ით შემცირდა, მაშინ, როცა ორსულობის გადავადების დაუკმაყოფილებელი საჭიროება იმავე დონეზე რჩება (10%).

დაუკმაყოფილებელი საჭიროების ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს საქართველოში წარმოადგენს ინფორმაციის ნაკლებობა, შიში კონტრაცეპტივებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების მიმართ და მომსახურების მიღების მოუხერხებლობა. დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონე ქალებს, ჩვეულებრივ, კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით ცოდნის დაბალი დონე აქვთ, არ იციან მათი გამოყენება და არ სჯერათ, რომ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება მათთვის ადვილად ხელმისაწვდომია.

ამ ქალთა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად აუცილებელია გაცილებით მეტი ძალისხმევა, რათა ამაღლდეს მათი ცოდნა კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით. ეს შეიძლება გაკეთდეს პროგრამების „ინფორმაცია, განათლება და კომუნიკაცია" და „კომუნიკაცია ქცევის შესაცვლელად" მეშვეობით, ასევე ეფექტური, მაღალი ხარისხის და მისაღები ფასის კონტრაცეფციული მეთოდების, მათ შორის გრძელვადიანი და მუდმივი მეთოდების, ფართო არჩევანის ხელმისაწვდომობის გაფართოების გზით.

დაბოლოს, პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებს და დონორებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა რაოდენობის მასალებია საჭირო ოჯახის დაგეგმვის სფეროში იმისათვის, რომ დაკმაყოფილდეს საქართველოს ყველა იმ ქალის საჭიროება, რომელიც ამჟამად მოიხმარს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს (21% 9.1.1 ცხრილის მიხედვით, ანუ დაახლოებით 207,000 მომხმარებელი); ასევე, მათ უნდა გაითვალისწინონ კონტრაცეფციის საშუალებათა რაოდენობის პოტენციური ზრდა, როცა ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლები და ისინი, ვინც დღეს არ მიმართავს რაიმე მეთოდს, დაიწყებენ ახალი მეთოდების გამოყენებას. მხოლოდ დაუკმაყოფილებელი საჭიროების დასაკმაყოფილებლად მოწოდებაზე მოთხოვნა შეიძლება ძალიან გაიზარდოს მაშინაც კი, როცა მოსახლეობის მატება ისევ ძველ დონეზე იქნება. გარდა ამისა, შობადობის არჩევანში ცვლილებებმა და შვილის გაჩენის დროის განსაზღვრამ ასევე შეიძლება გაზარდოს კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდის მომხმარებელთა რაოდენობა.

ამჟამად ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ყველა საქმიანობა ორგანიზებულია დონორების (ძირითადად გაერო-ს მოსახლეობის ფონდის და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს) დახმარებით და ხორციელდება ადგილობრივი სამთავრობო დაწესებულებების და საერთაშორისო ან ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. დონორები მხარდაჭერას უწევენ სამ ძირითად ფუნქციას, რომლებიც მიზნად ისახავს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების გაფართოებას: 1) სხვადასხვა სახის ეფექტური და მისაღები კონტრაცეფციის მეთოდების ხელმისაწვდომობა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებში; 2) ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო მუშაკების პროფესიული მომზადება ზოგადი ტრენინგის პროგრამების მეშვეობით; და 3) ინფორმაციის გავრცელება, საზოგადოების მონაწილეობაზე დამყარებული განათლება და საქმიანობის გაფართოება.

თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროების დაკმაყოფილებას

საქართველოში დასჭირდება პროგრამული და ფინანსური დახმარების მნიშვნელოვანი გაფართოება. ამჟამად კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული მომსახურების უმეტესი ნაწილი ფინანსდება დონორების შენატანებით და მომხმარებლების მიერ გადახდილი თანხებით, მაშინ, როცა ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული სამთავრობო სუბსიდიები კვლავაც შეზღუდულია. ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მოთხოვნის უკეთ დაკმაყოფილების მიზნით მთავრობამ უნდა გაზარდოს თანამშრომლობა დონორებთან და უზრუნველყოს მომსახურების ხელმისაწვდომობა ყველა წყვილისთვის, ვისაც ეს მომსახურება სჭირდება. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სახელმწიფო სტრატეგია უნდა უზრუნველყოფდეს უფასო ან დაბალი ღირებულების კონტრაცეპტივებს, აწვდიდეს ქალებს ინფორმაციას, თუ რა მეთოდები და მომსახურებაა ხელმისაწვდომი, ასევე ავრცელებდეს ზუსტ ინფორმაციას, რომელიც დაეხმარება ქალებს თანამედროვე კონტრაცეპტივების შესახებ არასწორი შეხედულებების დაძლევაში. სახელმწიფო სტრატეგიისთვის განსაკუთრებულ პრიორიტეტს უნდა წარმოადგენდეს კონტრაცეფციის გამოყენების გაფართოება, ათასწლეულის განვითარების მიზნის – რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის შესაბამისად.

ცხრილი 9.1.1 მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე	სულ	ქორწინების სტატუსი			ასაკობრივი ჯგუფი		
		ქორწინებაში მყოფი	ადრე ქორწინებაში მყოფი	არასდროს დაქორწინებული	15–24	25–34	35–44
არავითარი მოთხოვნა	**60.8**	**35.3**	**88.5**	**99.7**	**85.3**	**49.1**	**44.1**
არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	34.2	0.0	0.0	99.7	67.7	19.0	10.2
ამჟამად არ არის სქესობრივად აქტიური*	8.7	5.6	82.2	0.0	2.7	9.0	15.6
ამჟამად ორსულადაა ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში	7.6	12.8	1.3	0.0	10.4	9.4	2.3
სურს ორსულობა†	4.9	8.2	1.1	0.0	4.1	6.8	3.8
უნაყოფო/ნაწილობრივ უნაყოფო	5.4	8.7	3.9	0.0	0.4	4.9	12.2
პოტენციური მოთხოვნა	**39.1**	**64.7**	**11.4**	**0.2**	**14.8**	**51.0**	**55.8**
დაკმაყოფილებული საჭიროება	31.4	52.4	6.0	0.0	11.5	42.7	43.5
ამჟამად თანამედროვე მეთოდების მომხმარებელი	20.6	34.2	5.8	0.0	8.3	28.9	26.7
ამჟამად ტრადიციული მეთოდების მომხმარებელი	10.8	18.2	0.2	0.0	3.2	13.8	16.8
ნებისმიერ კონტრაცეფციაზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება (დაუგეგმავი ორსულობის რისკი იმ ადამიანებში, რომლებიც არ მიმართავენ კონტრაცეფციას)	7.7	12.3	5.4	0.2	3.3	8.3	12.3
დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე §	**18.5**	**30.5**	**5.6**	**0.2**	**6.5**	**22.1**	**29.1**
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევათა რაოდენობა	**6,292**	**4,098**	**389**	**1,805**	**1,960**	**2,359**	**1,973**

* გასული თვის განმავლობაში.

† სურს მალე დაორსულება; 115 რესპონდენტი, რომლებმაც პასუხად თქვეს: „როცა ღმერთი ისურვებს." სტერილიზაცია არა კონტრაცეფციის მიზნით, ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელიც ხელს უშლის ორსულობას, უნაყოფო პარტნიორები და მენოპაუზა.

§ მოიცავს დაუგეგმავი ორსულობის რისკის ქვეშ მყოფ ადამიანებს, რომლებიც არ მიმართავენ კონტრაცეფციას, და მათ, ვინც ამჟამად იყენებს არატრადიციულ მეთოდებს

ცხრილი 9.1.2 დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების სერვისებზე ქორწინების სტატუსის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ყველა ქალი		შემთხვევათა რაოდენობა	ქორწინებაში მყოფი ქალები		შემთხვევათა რაოდენობა
	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი		ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი	
სულ	**7.7**	**18.5**	**6,292**	**12.3**	**30.5**	**4,098**
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	6.1	14.2	2,975	10.1	24.8	1,806
სოფელი	9.5	23.2	3,317	14.5	36.0	2,292
რეგიონი						
კახეთი	9.5	18.2	498	14.2	27.9	348
თბილისი	5.3	12.7	1,426	8.9	23.2	815
შიდა ქართლი	5.7	21.1	392	9.0	34.2	266
ქვემო ქართლი	9.7	24.6	546	14.4	37.6	375
სამცხე-ჯავახეთი	5.0	24.7	481	7.6	39.8	331
აჭარა	10.5	25.0	419	15.7	38.3	292
გურია	10.2	25.0	401	15.1	38.4	276
სამეგრელო	7.4	15.1	477	13.1	26.7	302
იმერეთი	8.5	17.4	805	13.5	27.8	540
მცხეთა-მთიანეთი	10.8	19.4	393	16.2	29.7	270
რაჭა-სვანეთი	8.2	21.8	454	14.2	37.8	283
ასაკობრივი ჯგუფები						
15–19	1.0	1.4	861	9.0	13.1	124
20–24	5.5	11.3	1,099	10.7	22.6	610
25–29	7.7	18.8	1,191	10.7	26.4	863
30–34	9.0	25.5	1,168	10.7	31.9	948
35–39	11.1	29.6	1,051	13.1	36.3	836
40–44	13.7	28.5	922	16.8	36.2	717
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	0.9	1.0	2,276	4.6	5.8	409
1	8.2	19.9	1,286	8.9	23.0	1,106
2	14.0	34.9	2,069	14.6	36.9	1,956
3 ან მეტი	16.0	38.5	661	15.8	39.5	627
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	8.4	18.7	1,330	17.6	39.9	726
სრული საშუალო	9.2	21.9	1,568	13.9	33.4	1,119
ტექნიკუმი	11.2	22.4	903	14.7	30.5	673
უნივერსიტ./ასპირანტურა	5.2	14.9	2,491	7.8	24.2	1,580
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	12.4	27.2	1,093	18.6	42.1	727
მეორე	9.0	22.9	1,385	13.9	35.7	966
საშუალო	6.4	17.4	1,413	10.4	28.1	952
მეოთხე	6.9	15.5	1,037	11.3	27.3	623
ყველაზე მაღალი	5.6	13.2	1,364	9.3	22.9	830
ეროვნება						
ქართველი	7.0	17.2	5,488	11.4	28.8	3,521
აზერბაიჯანელი	16.3	32.1	276	22.5	44.4	219
სომეხი	7.5	24.9	364	11.8	41.3	249
სხვა	12.1	20.1	164	18.0	30.1	109

ცხრილი 9.2.1 დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეფციაზე მომავალი შობადობის არჩევანის მიხედვით, რეპროდუქციული ასაკის ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალები, აღმოსავლეთ ევროპა და ევრაზია: შედარებითი ანგარიში

რეგიონი და ქვეყანა	კონტრაცეფციის ნებისმიერ მეთოდზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება†			კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროება			შეზღუდვასთან მიმართებაში დაუკმაყოფილებელი საჭიროება %	
	სულ	გადავადები სთვის	შეზღუდვი სთვის	სულ	გადავადები სთვის	შეზღუდვი სთვის	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი
აღმოსავლეთი ევროპა								
ჩეხეთის რესპ., 1993	14.6	3.9	10.7	38.9	11.9	27.0	73	69
მოლდოვა, 1997	5.9	2.5	3.4	28.9	9.3	19.6	58	68
რუმინეთი, 1999	5.6	1.7	3.9	39.2	9.4	29.8	70	76
რუსეთი, 1999	11.5	2.4	9.1	32.5	7.0	25.5	79	78
უკრაინა, 1999	17.5	3.4	14.1	47.2	8.1	39.1	81	83
კავკასია								
სომხეთი, 2000	15.0	4.0	11.0	52.0	10.0	42.0	73	81
აზერბაიჯანი, 2001	11.5	1.8	9.7	53.3	8.2	45.1	84	85
საქართველო, 1999	23.8	5.7	18.1	44.1	9.9	34.2	76	78
საქართველო, 2005	16.3	4.3	12.0	36.9	8.6	28.3	74	77
საქართველო, 2010	12.3	3.9	8.4	30.4	9.9	20.5	68	67
შუა აზია								
ყაზახეთი, 1999	15.0	6.0	9.0	22.0	9.0	13.0	60	59
ყირგიზეთის რესპ., 1997	13.0	5.0	8.0	22.0	9.0	13.0	62	59
თურქმენეთი, 2000	19.0	11.0	8.0	27.0	14.0	13.0	42	48
უზბეკეთი, 1996	14.0	7.0	7.0	18.0	8.0	10.0	50	56

* იგულისხმება 15–44 წლის ასაკის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებში და 15–49 წლის ასაკი დემოგრაფიულ და ჯანმრთელობის კვლევებში.

† ქალები, რომლებიც იყენებენ ხალხურ მეთოდებს ან ლაქტაციისას ამენორეის მეთოდს კლასიფიცირებულ იქნენ, როგორც კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონენი

რუსეთთან დაკავშირებული მონაცემები ეხება სამ ქალაქს – ივანოვის ოლქის, პერმის და ეკატერინბურგის რაიონების ქალაქებს.

წყარო: Serbanescu et al. in *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report.* CDC and ORC/Macro, 2003.

ცხრილი 9.2.2 დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილებები ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე 15-44 წლის ყველა ქალსა და ქორწინებაში მყოფ ყველა ქალს შორის მათი მომავალი შობადობის არჩევანის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ყველა ქალი		ქორწინებით კავშირში მყოფი	
	ნებისმიერი მეთოდი %	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი %	ნებისმიერი მეთოდი %	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი %
მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე	**39.1**	**39.1**	**64.7**	**64.6**
მოთხოვნა გადავადებაზე	13.6	13.6	22.3	22.3
მოთხოვნა შეზღუდვაზე	25.5	25.5	42.4	42.3
ოჯახის დაგეგმვის დაკმაყოფილებული საჭიროება (მომხმარებლები)	**31.4**	**20.6**	**52.4**	**34.2**
გადავადებაზე	11.1	7.5	18.4	12.4
შეზღუდვაზე	20.3	13.1	34.0	21.8
ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებული საჭიროება (არა-მომხმარებლები)	**7.7**	**18.5**	**12.3**	**30.4**
გადავადებაზე	2.5	6.1	3.9	9.9
შეზღუდვაზე	5.2	12.4	8.4	20.5
დაკმაყოფილებული მოთხოვნის %	**80.3**	**52.7**	**81.0**	**52.9**
გადავადებაზე	81.6	55.1	82.5	55.6
შეზღუდვაზე	79.6	51.4	80.2	51.5
შემთხვევათა რაოდენობა	**6,292**	**6,292**	**4,098**	**4,098**

თავი 10

კონსულტაცია კონტრაცეფციის შესახებ

კონტრაცეფციის მეთოდის არჩევისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული პაციენტის პირადი ისტორია, მისი მდგომარეობა, ანუ ხანმოკლედ თუ ხანგრძლივად გამოადგება მას მოცემული მეთოდი, რომელიმე კონკრეტული მეთოდის საწინააღმდეგო ჩვენებები და მისი წარსული გამოცდილება კონტრაცეპტივების მოხმარებასთან დაკავშირებით (თუ ჰქონია საერთოდ ამგვარი). გვერდითი მოვლენების შესახებ სათანადო ინფორმაციის გარეშე, მაგალითად, მენსტრუალური ციკლის სავარაუდო დარღვევასთან დაკავშირებით, პაციენტებმა შეიძლება ძალიან სწრაფად დაანებონ თავი კონტრაცეპტივებს და ისევ აღმოჩნდნენ დაუგეგმავი ორსულობის საფრთხის წინაშე.

ინსტრუქციები უნდა იყოს მარტივად ჩამოყალიბებული პაციენტისთვის გასაგებ ენაზე. დღემდე ნაკლებად არის ცნობილი, თუ რა ფაქტორი მოქმედებს მომხმარებელზე იმ მეთოდის არჩევისას, რომლის შესახებ ისინი შეიტყობენ და გამოიყენებენ. მაგალითად, მაღალი ეფექტურობის მიუხედავად, ჰორმონალური კონტრაცეპტივები ხასიათდება მათი გამოყენებისთვის აუცილებელი მკაცრი რეჟიმის დაბალი დამყოლობითა და ხანგრძლივი მოხმარების გამო დაბალი მაჩვენებლით. მიუხედავად ამისა, მეთოდთა უმრავლესობისთვის შეიმჩნევა კონტრაცეპტივების მოხმარების გამოკვეთილი ზრდა, როცა ქალებს აწვდიან საინფორმაციო მასალებს და უტარებენ კონსულტაციებს. ასეთ შემთხვევებში ისინი, რა თქმა უნდა, ამჯობინებენ უფრო სანდო თანამედროვე მეთოდებს. გარდა ამისა, კონსულტაციების ხარისხის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია ტრენინგების ჩატარება, რაც თავიდან აგვაცილებს რეკომენდაციების უგულისყუროდ გაცემას ისე, რომ ისინი სრულიად საპირისპირო შედეგს იძლეოდნენ, კონტრაცეფციის სწრაფად შეწყვეტის მაჩვენებლების ზრდას და, ზოგადად, დაუკმაყოფილებლობას (Moreau et al., 2007).

10.1 ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების წარმომადგენელთა ურთიერთობა კლიენტებთან

საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას, ძირითადად, მეან-გინეკოლოგები და „რეპროდუქტოლოგები" (უნიკალური კონცეფცია საქართველოში, რომელიც მოიცავს სხვა დარგის ექიმებს, რომლებმაც გაიარეს სპეციალური მომზადება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში) ახორციელებენ. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ" (საქართველოს მთავრობა, 2001 წ.) ადგენს, რომ ექიმებს, რომლებსაც უკვე მიღებუ-

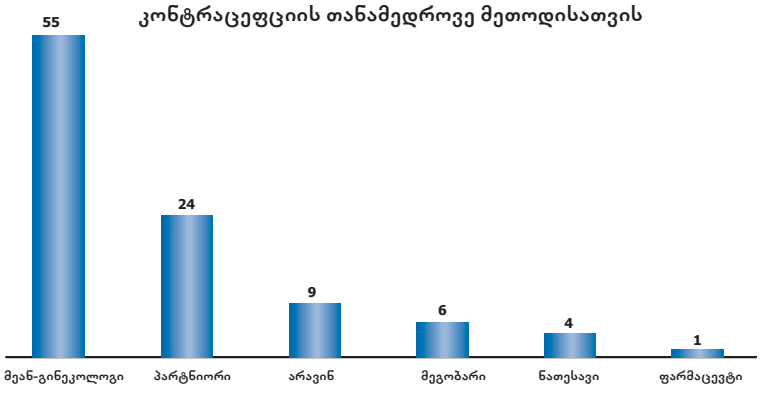
ლი აქვთ ლიცენზია მჭიდროდ დაკავშირებულ სფეროში, შეუძლიათ „რეპროდუქტოლოგის" ლიცენზიის მიღება ასპირანტურის შემდგომი მცირე კურსის გავლით; სხვა სფეროს ექიმებმა უნდა დაამთავრონ ასპირანტურის სრული კურსი და რეზიდენტურა რეპროდუქტოლოგის ლიცენზიის მისაღებად. ახლად დანერგილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებისთვის ტრენინგების ჩატარება, რათა მათ შეძლონ ოჯახის დაგეგმვის საკითხებში კონსულტაციების გაწევა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ყველა დონეზე, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის სფეროში. გაეროს მოსახლეობის ფონდმაც და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომაც დახმარება გაუწიეს ექიმების მომზადებას ასპირანტურაში, სადაც ისინი შეისწავლიდნენ კონტრაცეფციის ტექნოლოგიას. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სპეციალური ნებართვის მქონე და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებულმა პროექტმა „ჯანმრთელი ქალები საქართველოში" პირველად მისცა პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს, პედიატრებს და ექთნებს ოჯახის დაგეგმვის კონსულტაციების საკითხებში მომზადების საშუალება (JSI, 2009). გაეროს მოსახლეობის ფონდის და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დახმარებით ოჯახის დაგეგმვის სპეციალისტების რაოდენობა საქართველოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა, განსაკუთრებით, ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში. რეპროდუქტოლოგების და ზოგადი თერაპევტების ბოლოდროინდელმა კვლევამ ოთხ რეგიონში, რომელიც ჩატარდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის დახმარებით, გვიჩვენა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობას (77%) გავლილი ჰქონდა ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვაში, ძირითადად, 2005 წლის შემდეგ. მომსახურების მიმწოდებელთა თითქმის ორ მესამედს სწორი ცოდნა ჰქონდა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ, უფრო ნაკლებმა რაოდენობამ გასცა სწორად პასუხი კითხვებს სშს-სთან და ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებულ გვერდით მოვლენებზე (ცერცვაძე და სხვები, 2010).

ისევე, როგორც წინა კვლევები, 2010 წლის კვლევა მოიცავდა მთელ რიგ კითხვებს ოჯახის დაგეგმვის სამსახურის წარმომადგენელსა და კლიენტებს შორის ურთიერთობის შესაფასებლად. კერძოდ, კვლევაში დასმული იყო კითხვა, თუ რა მოცულობით მიაწოდეს ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებმა ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე ქალებს, რომლებიც იყენებდნენ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს, გაკეთებული ჰქონდათ აბორტი ან გაჩენილი ჰყავდათ ბავშვი ინტერვიუმდე ხუთი წლის განმავლობაში.

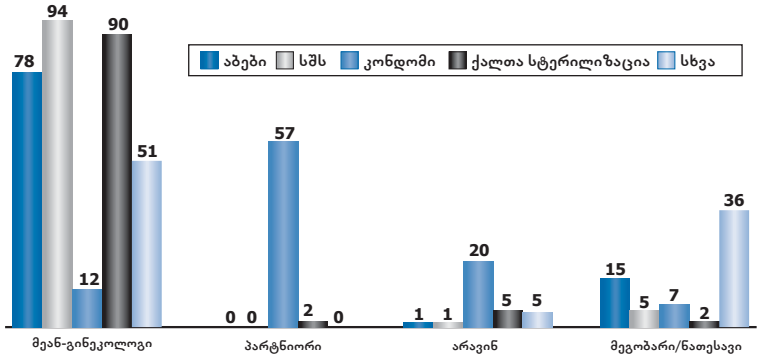
ქალებს, რომლებსაც ერთი თანამედროვე მეთოდი მაინც ჰქონდათ მოხმარებული წინა ხუთი წლის განმავლობაში, ეკითხებოდნენ, თუ ვინ ურჩია მათ კონკრეტული მეთოდის გამოყენება და რა შინაარსის რჩევა მიეცათ ოჯახის დაგეგმვის კონსულტაციის დროს, იმ შემთხვევაში, თუ რჩევის წყაროს წარმოადგენდა ჯანდაცვის მუშაკი (მაგალითად, ექიმი, ექთანი ან ბებიაქალი). რესპონდენტთა უმრავლესობამ (55%) დაადასტურა, რომ თანამედროვე მეთოდი, რომელსაც ისინი ამჟამად მიმართავენ, ურჩია გინეკოლოგმა, ხოლო 1%-ს რჩევა მიღებული ჰქონდა ექთნებისგან, ბებიაქალებისგან ან საერთო პროფილის თერაპევტისგან (ცხრილი 10.1 და სურათი 10.1.1). იმ ქალების უმრავლესობა, რომლებსაც არანაირი რჩევა არ ჰქონდათ მიღებული, გვერდს უვლიდა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ნებისმიერ პოტენციურ კონსულტაციას და ბოლო ხანებში გამოყენებულ მეთოდს პარტნიორის რჩევით (24%), საკუთარი შეხედულებით (9%), მეგობრის (6%) ან ნათესავის (4%) რჩევით მიმართავდა. შემთხვევების მხოლოდ 1%-ში იყო რჩევის წყარო ფარმაკოლოგი/აფთიაქარი.

რჩევების წყაროები ძალიან განსხვავდებოდა ბოლო თანამედროვე მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებით (სურათი 10.1.2). სშს-ს თითქმის ყველა მომხმარებელმა და ქალებმა, რომელთაც

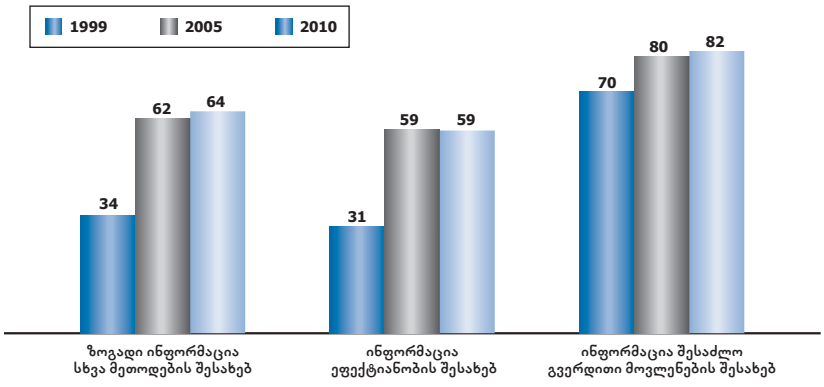
სურათი 10.1.1 **რჩევის წყარო უკანასკნელად გამოყენებული კონტრაცეფციული მეთოდის შესახებ, 15 –44 წლამდე ქალებს შორის, ვისაც ბოლო 5 წლის განმავლობაში მიუმართავს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდისათვის**



სურათი 10.1.2 კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული რჩევის წყარო კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ტიპების მიხედვით 15-44 წლის ქალებში, ვისაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში მიუმართავს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდისთვის



სურათი 10.1.3 ძირითადი მიმართულებები კონსულტაციის ტიპების მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის, ვისაც ბოლო 5 წლის განმავლობაში მიუმართავს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდისთვის: 1999, 2005 და 2010 წლები



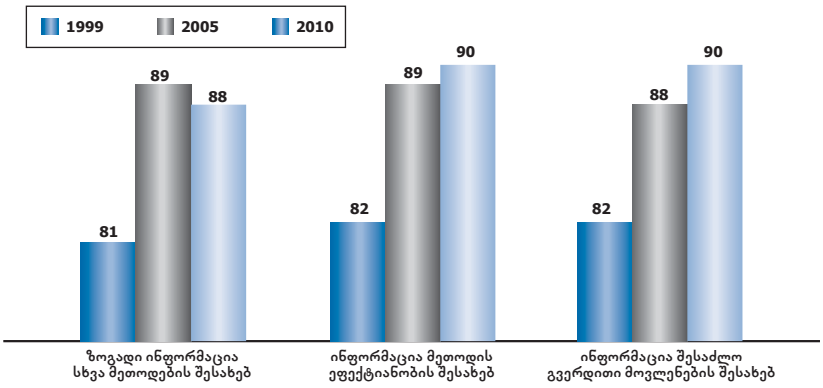
მილების ლიგირება ჰქონდათ ჩატარებული, ეს მეთოდები აირჩიეს ჯანდაცვის მუშაკის რჩევით (94% და 90% შესაბამისად), მაშინ, როცა იგივე მაჩვენებელი ორალური კონტრაცეფციის მომხმარებელთა შორის 78% და სხვა თანამედროვე მეთოდების მომხმარებელთა შორის მხოლოდ 51% იყო. კონდომის მომხმარებელთა მხოლოდ 12%-ს ჰქონდა რჩევა მიღებული ექიმისგან, ექთნისგან ან ბებიაქალისგან. კონდომის მომხმარებელ ქალთა უმეტესობა მას პარტნიორის წინადადებით (57%), საკუთარი გადაწყვეტილებით (20%) ან მეგობრის რჩევით (7%) იყენებდა. „სხვა" მომხმარებლების უდიდეს ნაწილს არასამედიცინო რჩევები მეგობრებისა და ნათესავებისგან ჰქონდა მიღებული (36%).

ჯანდაცვის მუშაკის და კლიენტის ურთიერთობისას ქალების 64%-მა მიიღო ზოგადი ინფორმაცია კონტრაცეფციის სხვა საშუალებების შესახებ (სურათი 10.1.3); 59%-ს ჩაუტარდა კონსულტაცია არჩეული საშუალების ეფექტურობის შესახებ სხვა საშუალებებთან შედარებით; 82%-მა განაცხადა, რომ ჯანდაცვის მუშაკი ესაუბრა არჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ, ხოლო 77%-ს აუხსნეს, თუ როგორ უნდა ემოქმედათ გვერდითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში (ცხრილი 10.1). მთლიანობაში, ქალების 52%-მა გაიარა სრული კონსულტაცია. ეს მაჩვენებელი ოდნავ უფრო მაღალია სოფლად (53%), ვიდრე ქალაქებში (51%).

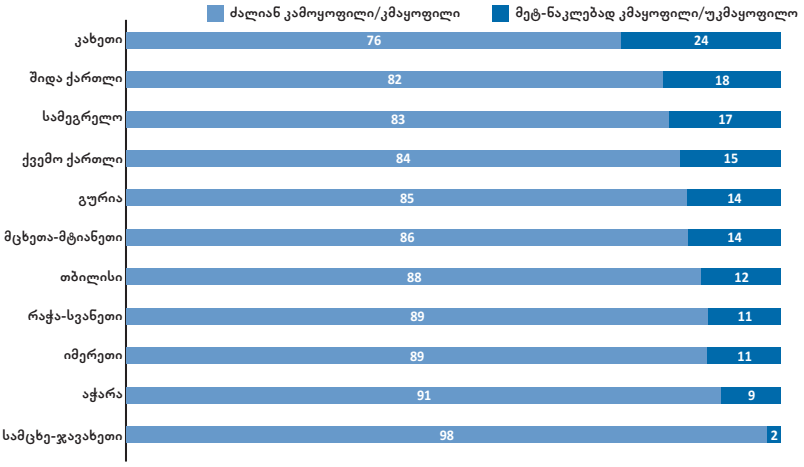
კონსულტაციის შინაარსი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ურთიერთობას ჯანდაცვის მუშაკებსა და მათ კლიენტებს შორის და ამ ურთიერთობისას ერთმანეთისთვის გადაცემულ თემებს დიდი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ მეთოდის ხანგრძლივ და სწორ მოხმარებაზე და ასევე, კლიენტის კმაყოფილებაზე.

რაც შეეხება ტენდენციას, 1999 და 2010 წლებს შორის ძალიან ცოტა რამ შეიცვალა იმ ქალების პროცენტულ მაჩვენებელში, რომლებმაც რჩევა უახლესი მეთოდების შესახებ ჯანდაცვის მუშაკებისგან მიიღეს. მიუხედავად ამისა, ამ ურთიერთობათა შინაარსი საგრძნობლად გაუმჯობესდა. 2010 წლისთვის, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ჯანდაცვის მუშაკისა და კლიენტის ურთიერთობისას ქალების 64% იღებდა ზოგად ინფორმაციას კონტრაცეფციის სხვა მეთოდების შესახებ. ეს რიცხვი გაორმაგებულია 1999 წელთან შედარებით (34%); 2010 წელს შერჩეული მეთოდის ეფექტურობაზე კონსულ-

სურათი 10.2.1 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია სხვადასხვა ტიპის კონსულტაციით, იმ ქალებს შორის, ვისაც ბოლო 5 წლის მანძილზე მიუმართავს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდისთვის



სურათი 10.2.2 კმაყოფილება ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებით 15-44 წლის ქალებს შორის, ვისაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში მიღებული აქვს კონსულტაცია კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით



ტაცია მიიღო ქალების 59%-მა. თუ ამ მონაცემს შევადარებთ 1999 წელს აღრიცხულ 31%-ს, ვნახავთ, რომ მაჩვენებელი აქაც გაორმაგებულია. 82%-მა განაცხადა, რომ ჯანდაცვის მუშაკმა მას აუხსნა შერჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდითი ეფექტები. იგივე მომსახურება 1999 წელს მიიღო ქალების 70%-მა.

კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციების შინაარსი განსხვავდებოდა სხვადასხვა მეთოდის, ასევე შერჩეული მეთოდების მიხედვით. მაგალითად, საშვილოსნოს შიდა საშუალების მომხმარებლებს კონსულტაციისას უფრო მეტად ესაუბრებოდნენ შესაძლო გვერდით მოვლენებზე (91%) და რისი გაკეთება იყო საჭირო მათი გამოვლენისას (86%), ვიდრე სხვა კონტრაცეპტივების მომხმარებლებს (ცხრილი 10.1). ქალებს, რომლებსაც სტერილიზაცია ჰქონდათ ჩატარებული, ყველაზე ნაკლებად სჭირდებოდათ კონსულტაცია, განსაკუთრებით კი ინფორმაცია სხვა მეთოდების (49%) და კონტრაცეფციის ეფექტურობის (48%) შესახებ. კონდომების და „სხვა" მომხმარებლები ყველაზე ნაკლებად იღებდნენ ყოვლისმომცველ კონსულტაციას (41% და 39% შესაბამისად), მაშინ, როცა აბების მომხმარებელთა დიდი რაოდენობა ითხოვდა კონსულტაციას (60%).

კარგი კომუნიკაცია კლიენტებსა და ოჯახის დაგეგმვის სამსახურის მუშაკებს შორის კონსულტაციის დროს გადამწყვეტია ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებაში. როცა კონსულტაციას პარტნიორობის სახე აქვს, როცა კლიენტები და ჯანდაცვის მუშაკები გულახდილად საუბრობენ, უზიარებენ ერთმანეთს ინფორმაციას, გამოხატავენ ემოციას და თავისუფლად სვამენ კითხვებს და იღებენ პასუხებს, კლიენტები უფრო კმაყოფილები რჩებიან, უკეთ იგებენ და იმახსოვრებენ მიღებულ ინფორმაციას, უფრო ეფექტურად იყენებენ კონტრაცეპტივებს და ცხოვრობენ ჯანმრთელი ცხოვრებით.

ოჯახის ინფორმირებული დაგეგმვის პროცესი იწყება დიდი ხნით ადრე ჯანდაცვის დაწესებულებაში ვიზიტამდე, ხოლო ბევრი ამგვარ არჩევანს სამედიცინო მუშაკთან შეხვედრის გა-

რეშე აკეთებს. მაგრამ როცა კლიენტები ეძებენ მომსახურებას, ჩნდება მრავალი მაგალითი იმისა, თუ რისი გაკეთება შეუძლიათ კლიენტებსა და ჯანდაცვის მუშაკებს ერთად იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები დაფუძნებული იყოს ინფორმირებულ არჩევანის პრინციპზე.

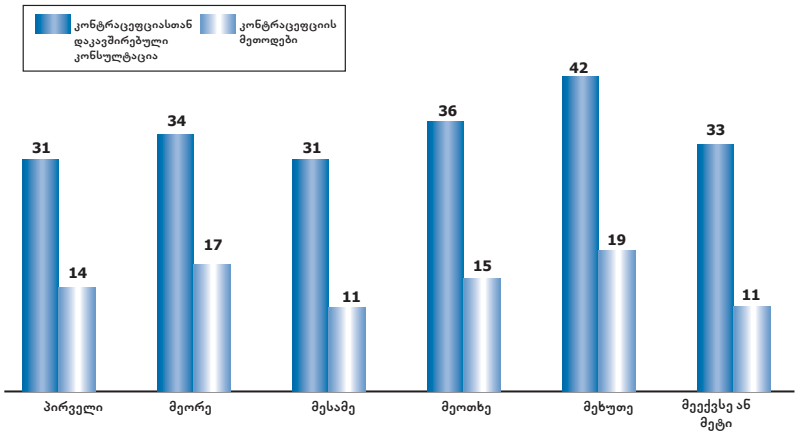
ოჯახის დაგეგმვის სამსახურში დაკავებულ ჯანდაცვის მუშაკებსა და კლიენტებს შორის ურთიერთობა იძლევა შესანიშნავ შესაძლებლობას რისკ-ფაქტორების შესახებ კონსულტაციის გაწევისათვის. ამიტომ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციების და მომსახურებების დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაში პრიორიტეტულ სტრატეგიად არის აღიარებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სხვა შესაბამისი სამთავრობო უწყებებისა და პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ. ინტეგრაცია წარმოადგენს სხვადასხვა ტიპის მომსახურებების ან სამოქმედო პროგრამების კომბინაციას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შედეგების მაქსიმუმამდე აყვანის მიზნით, მათ შორის რეფერალურ მიმართვას ერთი სამსახურის მიერ მეორესთვის, ისევე, როგორც ერთ სფეროში ან ჯანდაცვის ერთი მუშაკის მიერ გაწეულ მომსახურებას. სამთავრობო უწყებებისა და დონორებისთვის პრიორიტეტს წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციების მისაწვდომობის გაუმჯობესება და იაფი ან უფასო კონტრაცეპტივები პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და ძნელად მისადგომ გეოგრაფიულ ადგილებში (მობილური კლინიკების დახმარებით). ამ პრიორიტეტის შესასრულებლად საჭიროა უფრო მეტი პირველადი ჯანდაცვის ექიმების, პედიატრების და ექთნების მომზადება ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციის და მომსახურების მიწოდების ტექნიკაში. გარდა ტრენინგებისა, უნდა შეიცვალოს მარეგულირებელი ნორმები, რათა პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს და ექთნებს მიეცეთ ამ მომსახურებების მიწოდების უფლება, სავარაუდოდ, საშვილოსნოს შიდა საშუალებებთან დაკავშირებული მომსახურების გარდა.

10.2 საკონსულტაციო მომსახურებით კმაყოფილება

ოჯახის დაგეგმვის კლიენტებიც და მომსახურების მიმწოდებლებიც პასუხისმგებელნი არიან, უზრუნველყონ, რომ საკონსულტაციო პროცესი ასახავდეს ინფორმირებული არჩევანის პრინციპს და განაპირობებდეს კლიენტების მიერ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებათა დამოუკიდებლად მიღებას. ზოგჯერ კლიენტსა და ჯანდაცვის მუშაკს შორის სათანადო ურთიერთობის დამყარებას ხელს უშლის სხვადასხვა წინააღმდეგობა: ყოვლად არასაჭირო სამედიცინო ბარიერები და სხვა შეზღუდვები, რომლებსაც მომსახურების მიმწოდებლები ადებენ მომსახურებებს, ჯანდაცვის მუშაკის პირადი შეხედულებები კონტრაცეფციაზე და დადებითი ან უარყოფითი განწყობა ზოგიერთი მეთოდის მიმართ, ჯანდაცვის მუშაკსა და კლიენტს შორის სქესობრივ საკითხებზე საუბრის უხერხულობა, მათი სტატუსისა და ცოდნის დონის განსხვავება და გენდერული თვალსაზრისით წინასწარი განწყობა. ზემოთ ჩამოთვლილი წინააღმდეგობების მოხსნა ხელს შეუწყობს ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებას.

რესპონდენტებს, რომლებიც თანამედროვე მეთოდებს იყენებდნენ ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, ჰკითხეს, რამდენად კმაყოფილები იყვნენ მომსახურების მიმწოდებლებით (ცხრილი 10.2). მხოლოდ 41% იყო „ძალიან კმაყოფილი" და 45% „კმაყოფილი"; 11% იყო „მეტ-ნაკლებად კმაყოფილი", ხოლო 3% - „უკმაყოფილო". კმაყოფილება ოდნავ იცვლებოდა

სურათი 10.3.1 **ოფიციალური აბორტის დროს მიღებული ოჯახის დაგეგმვის შერჩეული მომსახურება, აბორტების თანმიმდევრობის მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში, ვისაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ერთი აბორტი მაინც ჰქონდა გაკეთებული**



რესპონდენტების მახასიათებლების მიხედვით. თუმცა განსხვავება მკვეთრად იცვლებოდა მეთოდების მიხედვით: მაჩვენებლები უმაღლესი იყო საშვილოსნოს შიდა საშუალებების და მილების ლიგირების შემთხვევაში, მაგრამ ყველა დანარჩენი მეთოდისთვის ეს მაჩვენებლები იყო ერთმანეთის მსგავსი, გაცილებით უფრო დაბალი.

ქალები, რომლებსაც კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების დროს კონსულტაცია შობადობის კონტროლის ყველა მეთოდზე ჰქონდათ მიღებული, ალბათ უფრო იქნებოდნენ „ძალიან" კმაყოფილნი მიღებული კონსულტაციით, ვიდრე ისინი, ვისაც არ მიუღია სრული ინფორმაცია (44% vs. 36%). მსგავსად ამისა, ქალები, რომლებსაც მიღებული ჰქონდათ კონსულტაცია მეთოდის ეფექტურობის შესახებ, სავარაუდოდ, უფრო კმაყოფილები დარჩებოდნენ, ვიდრე ისინი, ვისაც არ მიუღია ამგვარი კონსულტაცია (46% vs. 34%), ისევე, როგორც ქალები, რომლებსაც მიღებული ჰქონდათ კონსულტაცია გვერდითი მოვლენების შესახებ (45% vs. 23%), მსგავსად კონსულტაციისა იმის თაობაზე, თუ რა უნდა გაკეთდეს გვერდითი მოვლენების წარმოქმნისას (43% vs. 32%) და ყოვლისმომცველი კონსულტაციის მისაღებად (47% vs. 34%).

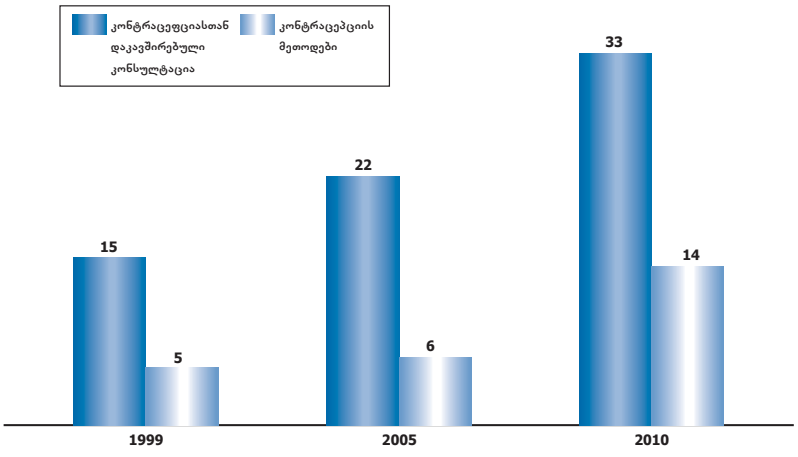
1999 წელთან შედარებით იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც ძალიან კმაყოფილები ან კმაყოფილები იყვნენ კონსულტაციების შედეგად მიღებული ინფორმაციით, გაიზარდა სამ კატეგორიაში, როგორც ეს ნაჩვენებია სურათზე 10.2.2.

კონსულტაციის გარკვეული ტიპით კმაყოფილება მერყეობდა ყველაზე მაღალი 98%-დან სამცხე-ჯავახეთში ყველაზე დაბალ 76%-მდე კახეთის რეგიონში (სურათი 10.2.2).

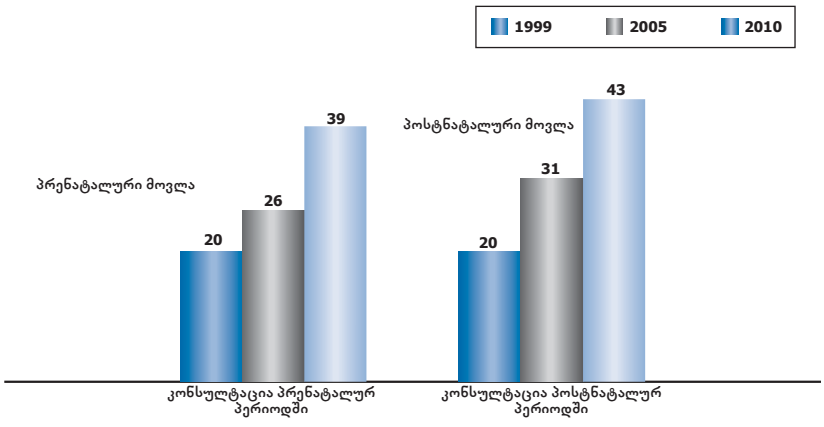
10.3 აბორტის შემდგომი და მშობიარობის შემდგომი კონსულტაცია

კლიენტების კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული საჭიროებების დაკმაყოფილება მათი რეპროდუქციული ცხოვრების ყველა საფეხურზე წარმოადგენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიანად დაცვის უმნიშ-

სურათი 10.3.2 კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაციის მიღება ნებაყოფლობითი აბორტის დროს: 1999, 2005 და 2010 წლები



სურათი 10.3.3 კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაცია პრენატალურ ან პოსტნატალურ პერიოდში: 1999, 2005 და 2010 წლები



ვნელოვანეს ასპექტს. მშობიარობის შემდგომ და აბორტის შემდგომ პერიოდებში ქალებზე ზრუნვისას საგანგებო საკითხებია გასათვალისწინებელი.

მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფცია წარმოადგენს კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენების დაწყებას მშობიარობის შემდეგ პირველი ექვსი თვის განმავლობაში დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით, კერძოდ, ორსულობის თავიდან ასაცილებლად პირველი 1-2 წლის განმავლობაში ბავშვის გაჩენიდან, როცა ახალი მშობიარობა შეიძლება მავნე აღმოჩნდეს დედისთვის ან ძუძუზე მყოფი ბავშვისთვის. აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია წარმოადგენს მეთოდს, რომელიც უფრო ხშირად იწყება დაუყოვნებლივ აბორტის შემდეგ — 48 საათში ან ნაყოფიერების დაბრუნებამდე (2 კვირაში აბორტის შემდეგ). მიზანს წარმოადგენს დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილება, განსაკუთრებით იმ ქალებისთვის, რომლებსაც არ სურთ ორსულობა და შეიძლება წავიდნენ სახიფათო აბორტზეც კი, თუ კონტრაცეფცია არ იქნება მათთვის ხელმისაწვდომი ამ მოკლე ინტერვალის განმავლობაში. იმ ქალების უმრავლესობას, რომლებიც იღებდნენ აბორტის შემდგომ მომსახურებას, არ სურთ კვლავ ორსულობა უახლოეს მომავალში, და ამ კრიტიკული პერიოდის განმავლობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქალების კონტრაცეფციაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილებას.

სამწუხაროდ, იმ ქალების დიდი რაოდენობა, რომლებსაც სურთ მომავალი ორსულობების გადავადება ან თავიდან აცილება, ვერ იღებენ ან იღებენ არასაკმარის ინფორმაციას უსაფრთხო, ხელმისაწვდომი, ეფექტური კონტრაცეფციის შესახებ მშობიარობის ან აბორტის შემდგომ პერიოდში გამოსაყენებლად, მათ შორის იმის შესახებ, თუ სად ან როგორ შეიძლება მეთოდის მიღება და რა დროს უნდა დაიწყოს მისი მოხმარება აბორტის ან მშობიარობის შემდეგ. კარგი კონსულტაცია ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ქალების შიშს, რადგან ზოგჯერ ქალები საკამოდ საფუძვლიან შიშს გამოთქვამენ გარკვეულ მეთოდებთან დაკავშირებით, რომლებსაც შეუძლიათ ზემოქმედება ძუძუთი კვებაზე, დედის რძის რაოდენობის შემცირება ან ზიანის მიყენება ახალშობილის ზრდისა და განვითარებისთვის.

ყველა რესპონდენტს, რომელსაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში გაკეთებული ჰქონდა აბორტი, ჰკითხეს, მიღებული ჰქონდათ თუ არა რჩევა ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე აბორტამდე ან შემდეგ; მიღებული ჰქონდათ თუ არა რჩევა რომელიმე მეთოდთან დაკავშირებით, მისცეს ან დაუნიშნეს თუ არა რომელიმე მეთოდი; და გააგზავნეს თუ არა ოჯახის დაგეგმვის რომელიმე სამსახურში ამ პროცედურის შემდეგ. მართალია, იმ რესპონდენტთა 33%-მა, რომელთაც, სულ მცირე, ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში გაკეთებული ჰქონდათ აბორტი, განაცხადა, რომ კონსულტაციები კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით მიღებული ჰქონდა აბორტის გაკეთების დროისათვის, მაგრამ მხოლოდ 7%-მა მიიღო რჩევა კონტრაცეპტიულ მეთოდთან დაკავშირებით, დანიშნულება ან მიმართვა ოჯახის დაგეგმვის სამსახურში. აბორტის წინა და შემდგომ პერიოდში კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების ალბათობა უფრო მეტია ქალაქად (36%), ვიდრე სოფელში (31%). (ცხრილი 10.3.1; რიგების ჯამმა შეიძლება გადააცილოს მთლიან ციფრს, ვინაიდან გამოიყენებოდა სხვადასხვა მომსახურება). კონტრაცეფციის საკითხებზე კონსულტირება ან კონტრაცეფციის მეთოდები არათანაბრად განსხვავდებოდა აბორტის რიგითობის მიხედვით (სურათი 10.3.1; „მეთოდების" ზოლი გვიჩვენებს „განაწილებული მეთოდების" და „მიცემული დანიშნულების" ჯამს 10.3.1 ცხრილში).

1999 წელთან შედარებით 2010 წელს უფრო მეტმა ქალმა აღნიშნა, რომ მიღებული ჰქონდა კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული ინფორმაცია (33%), ხოლო უფრო მეტ ქალს მიღებული ჰქონდა კონტრაცეფციის მეთოდები ან დანიშნულება (14%) (სურათი 10.3.2).

ყველა ამ მომსახურების დონე საკმაოდ დაბალია. ეს გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად კონსულტაციების, რეფერალური მიმართვების და კონტრაცეპტივების მიწოდების ზრდისა, მაინც სახეზეა აბორტებისა და მშობიარობის მომსახურებათა გაფართოების დიდი საჭიროება.

ასევე არასრულფასოვანია კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული კონსულტაცია პერინატალური ჯანდაცვის დონეზე (ცხრილი 10.3.2). მხოლოდ 39%-მა იმ ქალებისა, რომლებსაც გაჩენილი ჰყავდათ შვილი ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში და გავლილი ჰქონდათ, სულ მცირე, ერთი პერინატალური კონსულტაცია, განაცხადა, რომ მიიღო ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე პრენატალური კონსულტაციის ფარგლებში. მსგავსად ამისა, მხოლოდ 43%-მა პროცენტმა ქალებისა, რომლებსაც გავლილი აქვთ მშობიარობის შემდგომი მოვლა ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, განაცხადა, რომ მათ მიიღეს კონსულტაცია. ეს მაჩვენებლები არ იყო ერთგვაროვანი ქვეჯგუფებში — კონსულტირება უშუალო კავშირში იყო საცხოვრებელ ადგილთან, ასაკთან, განათლების და სოციალურ-ეკონომიკურ დონესთან და, შესაბამისად, უფრო მეტი კონსულტაცია მიიღეს ქალაქებში მცხოვრებმა, შედარებით უფროსი ასაკის, უფრო განათლებულმა და შეძლებულმა ქალებმა.

კონსულტირების საშუალო მაჩვენებლები დაბალია, თუმცა ისინი მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა 1999 და 2005 წლებს და ასევე 2005 და

2010 წლებს შორის პერიოდებში. 1999 წელთან შედარებით საკონსულტაციო მომსახურება პრენატალურ პერიოდში გაიზარდა 20%-დან 39%-მდე, ხოლო კონსულტირება პოსტნატალური პერიოდში – 20%-დან 43%-მდე (სურათი 10.3.3).

აბორტის და მშობიარობის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ერთ-ერთ დიდ უპირატესობას წარმოადგენს ის, რომ ისინი არ მოითხოვენ ცალკე კლინიკურ ინფრასტრუქტურას ან თანამშრომლებს. კონტრაცეფციის დაუყოვნებლად დაწყებას აბორტის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მივყავართ ფინანსების მოკლევადიან და გრძელვადიან დაზოგვასთან როგორც კლიენტისთვის, ასევე მომსახურების მიმწოდებლისთვის. როდესაც ოჯახის დაგეგმვის საკითხებში განათლება და აბორტის და მშობიარობის შემდგომი მომსახურებები გახდება სამშობიარო ცენტრების საქმიანობათა ჩვეულებრივი ნაწილი, მაშინ ადვილად მოხდება მათი ინსტიტუციონალიზაცია და მდგრადი განვითარება.

გადაწყვეტილებები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კონტრაცეპტივების გამოყენების შესახებ იმ უმნიშვნელოვანეს გადაწყვეტილებებს განეკუთვნება, რომლებსაც ადამიანები რეპროდუქციულ ასაკში იღებენ. როცა ფართოდ იქნება დანერგილი ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების საშუალება, ადამიანებს ექნებათ მეტი ინფორმაცია, დიდი არჩევანი და მეტი დახმარება იმისათვის, რომ დამოუკიდებლად მიიღონ შესაბამისი გადაწყვეტილება. ოჯახის დაგეგმვაში ინფორმირებული არჩევანის უზრუნველყოფა უნდა წარმოადგენდეს დონორი ორგანიზაციების, მთავრობების, ოჯახის დაგეგმვის პროგრამების და მომსახურების მიმწოდებლების მიზანს.

ცხრილი 10.1 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ბოლო 5 წლის განმავლობაში გამოუყენებიათ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდი - მეთოდის შესახებ რჩევის წყაროს, ჯანდაცვის მუშაკის მიერ გაწეული კონსულტაციის ტიპის, საცხოვრებელი ადგილისა და კონტრაცეფციის მეთოდის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

ადამიანი, რომელმაც პირველად ურჩია მომხმარებელს კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენება	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები				
		ქალაქი	სოფელი	აბები	სშს	კონდომი	ქალის სტერილიზაცია	სხვა
მეან/გინეკოლოგი	54.6	48.4	63.6	78.3	93.6	11.6	90.1	51.4
პარტნიორი/ქმარი	24.2	28.0	18.6	0.0	0.0	56.6	1.7	0.4
არავინ	9.4	12.6	4.9	1.3	1.1	19.6	5.1	5.0
ამხანაგი	5.6	5.6	5.7	8.7	0.9	7.3	0.0	22.8
ნათესავი	4.2	3.8	4.9	6.6	4.0	3.1	1.6	13.5
ფარმაკოლოგი	1.1	1.2	0.8	2.7	0.0	1.1	0.0	5.3
ექთანი/ბებიაქალი	0.5	0.2	0.9	1.6	0.4	0.3	0.0	1.1
სხვა	0.4	0.3	0.6	0.8	0.0	0.4	1.5	0.4
სულ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
შემთხვევათა რაოდენობა	**1,871**	**1,010**	**861**	**271**	**612**	**792**	**107**	**89**
კონსულტაციის ტიპი	**სულ**	**ქალაქი**	**სოფელი**	**აბები**	**სშს**	**კონდომი**	**ქალის სტერილიზაცია**	**სხვა**
ინფორმაცია მეთოდის ეფექტურობის შესახებ	59.1	59.2	58.9	67.4	58.0	56.4	47.6	68.6
ინფორმაცია შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ	81.9	81.7	82.2	78.2	91.1	53.2	70.7	67.9
რა უნდა გაკეთდეს გვერდითი მოვლენების წარმოქმნისას	77.3	75.9	78.8	78.9	85.9	47.5	60.9	61.1
სრული	52.0	51.2	52.9	60.2	52.9	40.7	57.9	39.3
შემთხვევათა რაოდენობა	**1,015**	**480**	**535**	**212**	**572**	**88**	**95**	**48**

ცხრილი 10.2 დაგეგმვის სამსახურების სერვისით კმაყოფილების მაჩვენებელი იმ 15-44 წლის ქალებს შორის, რომლებსაც კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით კონსულტაცია მიღებული აქვთ ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კმაყოფილების დონე				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ძალიან კმაყოფილი	კმაყოფილი	მეტ-ნაკლებად კმაყოფილი	უკმაყოფილო		
სულ	**40.7**	**45.3**	**10.7**	**3.3**	**100.0**	**1,015**
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	42.7	43.9	10.7	2.6	100.0	480
სოფელი	38.6	46.8	10.6	4.0	100.0	535
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–24	34.2	47.6	13.0	5.3	100.0	135
25–34	40.9	45.3	10.2	3.5	100.0	499
35–44	42.8	44.5	10.4	2.3	100.0	381
რეგიონი						
კახეთი	29.4	47.1	19.3	4.2	100.0	110
თბილისი	45.5	42.2	8.6	3.7	100.0	207
შიდა ქართლი	34.9	47.0	16.9	1.2	100.0	70
ქვემო ქართლი	41.6	42.7	12.4	3.4	100.0	79
სამცხე-ჯავახეთი	28.3	69.6	0.0	2.2	100.0	37
აჭარა	46.3	45.1	6.1	2.4	100.0	66
გურია	32.4	52.9	10.3	4.4	100.0	62
სამეგრელო	47.5	35.6	14.4	2.5	100.0	104
იმერეთი	38.7	50.3	6.8	4.2	100.0	164
მცხეთა-მთიანეთი	40.3	45.8	12.5	1.4	100.0	58
რაჭა-სვანეთი	41.5	47.7	7.7	3.1	100.0	58
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან ნაკლები	36.9	44.0	16.1	3.0	100.0	180
სრული საშუალო	34.4	51.6	10.1	3.9	100.0	259
ტექნიკუმი	48.3	41.7	6.2	3.8	100.0	152
უნივერსიტ./ასპირანტურა	43.3	43.5	10.4	2.9	100.0	424
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	43.6	44.8	8.2	3.5	100.0	141
მეორე	39.5	46.8	10.1	3.5	100.0	226
საშუალო	35.8	45.5	14.2	4.5	100.0	250
მეოთხე	37.9	49.6	11.3	1.1	100.0	169
ყველაზე მაღალი	46.5	41.6	8.6	3.3	100.0	229
გამოყენებული მეთოდი						
აბები	28.7	48.8	17.0	5.5	100.0	212
სშს	44.5	45.6	7.5	2.5	100.0	572
კონდომი	26.4	48.3	19.7	5.6	100.0	88
სხვა	28.5	44.8	19.9	6.8	100.0	48
ქალის სტერილიზაცია	59.9	35.4	4.7	0.0	100.0	95
მიღებული აქვს კონსულტაცია ყველა მეთოდის შესახებ						
არა	35.8	46.6	12.9	4.7	100.0	371
დიახ	43.5	44.6	9.4	2.5	100.0	644
მიღებული აქვს კონსულტაცია მეთოდის ეფექტურობის შესახებ						
არა	33.8	46.9	14.2	5.1	100.0	420
დიახ	45.5	44.2	8.3	2.1	100.0	595
მიღებული აქვს კონსულტაცია შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ						
არა	22.5	46.0	23.6	7.9	100.0	187
დიახ	44.7	45.2	7.8	2.3	100.0	828
მიღებული აქვს კონსულტაცია იმის თაობაზე, თუ რა უნდა გაკეთდეს გვერდითი მოვლენების წარმოქმნისას						
არა	31.8	44.9	18.1	5.2	100.0	238
დიახ	43.3	45.4	8.5	2.8	100.0	777
მთლიანად კონსულტაცია						
არა	34.4	46.5	14.2	5.0	100.0	499
დიახ	46.5	44.2	7.5	1.8	100.0	516

ცხრილი 10.3.1 ლეგალურად გაკეთებული აბორტის დროს მიღებული ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით იმ 15-44 წლის ქალებს შორის, რომლებსაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც აქვთ გაკეთებული აბორტი
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონსულტაცია კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით			კონტრაცეფციის მეთოდების, მეთოდების დანიშვნის ან მიმართვის განაწილება			შემთხვევათა რაოდენობა
	სულ	აბორტამდე	აბორტის შემდეგ	განაწილებული მეთოდები	მიცემული დანიშნულება	მიმართვა	
სულ	**33.1***	**9.9**	**13.2**	**6.6**	**7.4**	**1.0**	**2,054**
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	35.6	10.5	13.6	6.1	9.2	1.2	768
სოფელი	31.3	9.4	12.8	6.9	6.1	0.9	1,286
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	36.3	9.7	11.8	4.1	9.7	1.8	333
სხვა ქალაქი	35.0	11.2	15.3	8.0	8.6	0.7	435
სოფელი	31.3	9.4	12.8	6.9	6.1	0.9	1,286
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–24	31.0	10.8	10.1	9.3	7.1	1.0	226
25–34	36.1	9.2	15.4	7.4	8.1	0.8	1,188
35–44	28.8	10.5	10.5	4.4	6.3	1.4	640
განათლების დონე							
არასრული საშუალო ან	30.6	6.5	14.7	6.1	6.5	1.9	456
სრული საშუალო	33.5	11.4	12.8	6.6	7.8	0.6	668
ტექნიკუმი	27.1	7.7	8.1	3.7	7.5	0.4	286
უნივერსიტ./ასპირანტურა	36.8	11.7	14.5	8.2	7.7	1.1	644
ქონებრივი კვინტილი							
დაბალი	28.7	14.7	9.1	3.9	9.2	0.0	286
საშუალო	33.3	8.6	14.4	7.5	6.5	1.3	982
მაღალი	34.3	9.6	13.2	6.6	7.8	1.1	786
ეროვნება							
ქართველი	34.9	10.5	13.4	7.6	6.9	0.7	1,661
აზერბაიჯანელი	28.4	7.7	13.7	3.7	9.7	0.0	181
სომეხი	26.3	9.0	13.7	1.9	8.9	6.1	141
სხვა	21.2	4.2	7.2	1.1	8.6	3.6	71
აბორტების							
პირველი	30.5	10.5	12.1	7.4	7.0	0.6	576
მეორე	34.4	12.4	12.7	7.5	9.6	1.2	417
მესამე	30.6	9.0	11.9	5.6	5.2	0.4	291
მეოთხე	35.6	12.2	12.8	7.3	7.3	1.2	185
მეხუთე	41.8	10.4	17.4	10.8	8.1	1.3	135
მეექვსე ან უფრო მეტი	33.2	6.4	14.6	4.1	7.3	1.7	450

* რაიმე ამჟამინდელი კონსულტაციის ან მომსახურების პროცენტული ოდენობა. რიგებმა ჯამში შეიძლება მოგვცეს საერთო ციფრზე მეტი, ვინაიდან გამოიყენება მრავალი მომსახურება.

ცხრილი 10.3.2 პრენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში მიღებული ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება იმ 15-44 წლის ქალებში, რომლებსაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში მიღებული აქვთ პრენატალური მომსახურება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციები პრენატალურ პერიოდში		კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციები პოსტნატალურ პერიოდში	
	%	შემთხვევათა რაოდენობა	%	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	**39.2**	**2,575**	**43.0**	**611**
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	42.1	1,184	46.9	332
სოფელი	36.1	1,391	37.0	279
საცხოვრებელი ადგილი				
თბილისი	37.3	563	46.1	160
სხვა ქალაქი	47.3	621	47.7	172
სოფელი	36.1	1,391	37.0	279
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–24	36.2	722	36.0	147
25–34	39.0	1,473	43.1	375
35–44	45.7	380	55.5	89
განათლების დონე				
არასრული საშუალო ან ნაკლები	30.9	400	32.2	76
სრული საშუალო	36.2	724	33.7	134
ტექნიკუმი	41.5	332	43.1	69
უნივერსიტ./ასპირანტურა	43.2	1,119	48.8	332
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	28.1	410	36.2	69
მეორე	39.4	619	35.9	110
საშუალო	39.0	579	41.8	143
მეოთხე	41.9	406	41.4	118
ყველაზე მაღალი	43.0	561	49.9	171
მშობიარობათა თანმიმდევრობა				
პირველი	39.2	1,285	38.6	335
მეორე	38.5	924	46.0	206
მესამე და მეტი	40.5	366	56.8	70

თავი 11

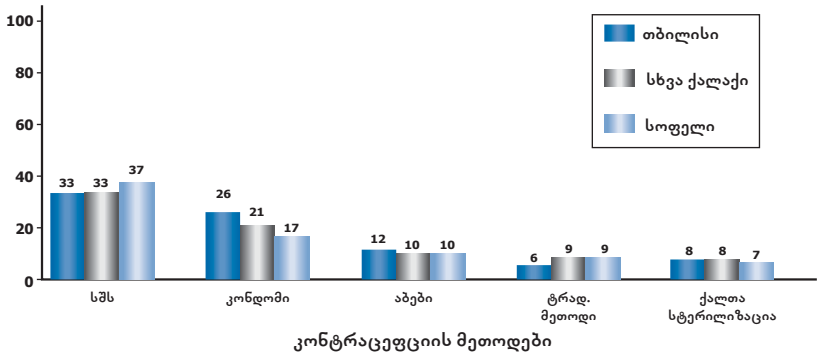
შეხედულებები კონტრაცეფციის შესახებ

საქართველოში კონტრაცეპტივების გამოყენება არც თუ ისე ფართოდაა გავრცელებული. ქალთა ნახევარზე ოდნავ მეტი (53%) მიმართავს კონტრაცეფციას. რადგან კონტრაცეპტივების გამოყენება სრულ შესაბამისობაშია მასზე ინფორმაციის ფლობასთან, მეთოდების ფართოდ გამოყენება, განსაკუთრებით კი თანამედროვე მეთოდებისა, საჭიროებს საიმედო მონაცემებს იმაზე, თუ რეპროდუქციული ასაკის ქალები რას ფიქრობენ კონკრეტულ დეტალებზე. 2010 წელს საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების მიხედვით თითქმის ყველა ქართველ ქალს სმენია კონტრაცეფციის, სულ ცოტა, ერთი მეთოდის შესახებ. თუმცა, კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდის კონკრეტული მახასიათებლების ცოდნა, მაგ. იმისა, თუ რა უპირატესობები, რა ნაკლოვანებები ან როგორი ეფექტურობა ახასიათებთ მათ, დაბალია. სამწუხაროდ, კონტრაცეფციის მიმართ დამოკიდებულობის და მის შესახებ ცოდნის ზოგიერთი ინდიკატორი, რომელიც გაუმჯობესდა 1995 - 2005 წლებში, აღარ გაუმჯობესებულა 2010 წლის კვლევის შედეგების მიხედვით.

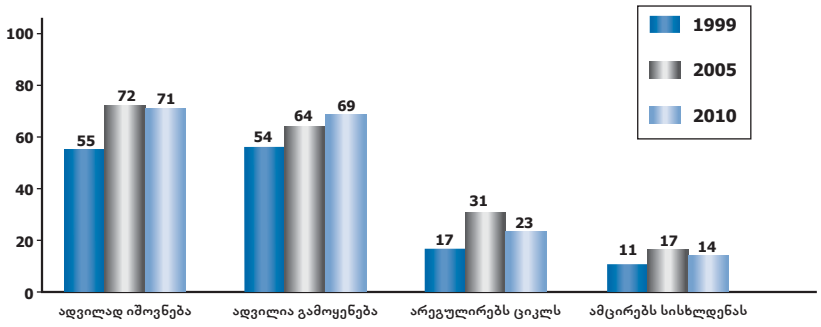
11.1 შეხედულებები მეთოდის ეფექტურობის შესახებ

კონტრაცეპტული მეთოდების ეფექტურობასთან დაკავშირებით გათვითცნობიერების შესაფასებლად ყველა რესპონდენტს უჩვენებდნენ 12 სხვადასხვა მეთოდის ჩამონათვალს და სთხოვდნენ განესაზღვრათ, ორსულობის თავიდან ასაცილებლად ყველაზე ეფექტური მეთოდი (ცხრილი 11.1 და სურათი 11.1). სინამდვილეში, ქალთა სტერილიზაციას ყველაზე მაღალი ეფექტურობა გააჩნია, ხოლო შეწყვეტილ აქტს - ყველაზე დაბალი, თუმცა მხოლოდ 7%-მა ახსენა სტერილიზაცია. რესპონდენტები უფრო ხშირად სამ სხვა მეთოდს ასახელებდნენ, მათ შორის კონდომსაც, რომლის გამოყენებაც პრაქტიკაში ხშირად წარუმატებლობით მთავრდება. ადრე ქორწინებაში მყოფი ქალები, უფროსი ასაკის ქალები, ორი ან მეტი შვილის დედები და უმაღლესი განათლების მქონე ქალები, რესპონდენტთა სხვა ჯგუფებთან შედარებით ყველაზე ხშირად ასახელებდნენ ქალის სტერილიზაციას პირველ ადგილზე, თუმცა პროცენტული მაჩვენებელი დაბალი იყო ყველა ქვეჯგუფში – საშუალოდ, დაახლოებით 7 პროცენტი. 11.1 ცხრილში კონტრაცეფციის მეთოდები განლაგებულია მარცხნიდან მარჯვნივ იმის მიხედვით, თუ რამდენად შედეგიანია თითოეული მათგანი ორსულობის თავიდან

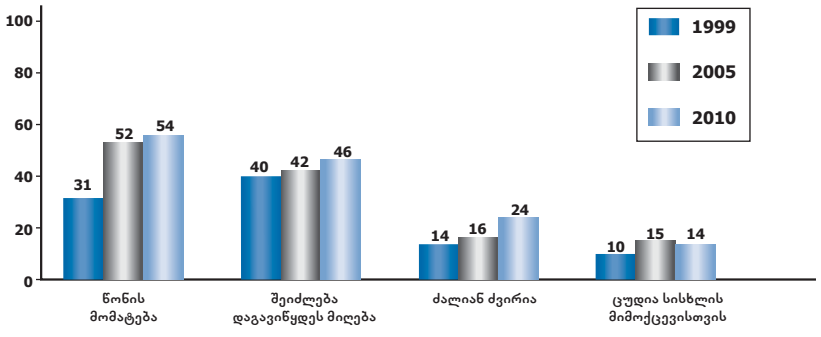
სურათი 11.1 შეხედულებები კონტრაცეფციის ყველაზე ეფექტური მეთოდის შესახებ, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, 15-44 წლის ქალებს შორის



სურათი 11.2.1 შეხედულებები აბების გამოყენების უპირატესობის შესახებ 15-44 წლის იმ ქალებს შორის, ვისაც სმენია ორალური კონტრაცეფციის შესახებ: 1999, 2005 და 2010 წლები



სურათი 11.2.2 შეხედულებები აბების გამოყენების უარყოფითი მხარეების შესახებ 15-44 წლის იმ ქალებს შორის, ვისაც სმენია ორალური კონტრაცეფციის შესახებ: 1999, 2005 და 2010 წლები



აცილების თვალსაზრისით, თუმცა როგორც შედეგები მიუთითებენ, რესპონდენტების მოსაზრებები ამ თანმიმდევრობას არ ემთხვევა.

სპირალის (სშს), რომელიც ეფექტურობის თვალსაზრისით მეორე ადგილზეა, რესპონდენტების 35% ყველაზე ეფექტურ მეთოდად მიიჩნევს. კონდომები, რომლებიც რეალური ეფექტურობის თვალსაზრისით მეოთხე ადგილზეა, რესპონდენტთა 20%-ის მიერ მიჩნეულია ყველაზე ეფექტურ მეთოდად სპირალის შემდეგ. აბები მესამე ადგილზეა როგორც რეალური ეფექტურობის, ასევე რესპონდენტთა შეფასებით. მას მეოთხე ადგილზე მოჰყვებოდა ქალთა სტერილიზაცია, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ. რეალურად დაბალი ეფექტურობის მქონე რიტმული (კალენდარული) მეთოდი აღმოჩნდა მეხუთე ადგილზე. რაც შეეხება კატეგორიას "სხვა", რომელშიც გაერთიანებული ყველა მეთოდი მაღალეფექტურია — ნორპლანტი, გადაუდებელი კონტრაცეპტივები, ინექციური კონტრაცეპტივები და ვაზექტომია, რესპონდენტების მხოლოდ 1.3% მიიჩნია ისინი ყველაზე ეფექტურად.

სტერილიზაცია და სშს პირველ ადგილზე სახელდებოდა უფრო ხშირად უფროსი ასაკის ქალებისა და იმ ქალების მიერ, რომელთაც ჰყავთ უფრო მეტი შვილი, საკმაოდ სისტემატიურად, კონდომების ხარჯზე. სხვა მხრივ,

სხვადასხვა მეთოდების რანჟირების სისწორე მნიშვნელოვნად არ უმჯობესდებოდა რესპონდენტთა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად. სამწუხაროდ, ყველაზე უფრო შედეგიანი მეთოდები ნაკლებად პოპულარულია საქართველოში, როგორც ეს დაამტკიცა 1999 და 2005 წლების კვლევებმა, ისევე როგორც საქართველოში ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა კვლევებმა. (ხომასურიძე, ქრისტესაშვილი და წულაძე, 2004; ქრისტესაშვილი და წულაძე, 2002; ქრისტესაშვილი და სხვ. 2009).

მთლიანობაში, ქალების 16%-ს არ ჰქონდა ჩამოყალიბებული აზრი მეთოდების ეფექტურობასთან დაკავშირებით. პროცენტული მაჩვენებელი პასუხისა – "არ გაგვაჩნია აზრი"- სხვადასხვა ჯგუფებში დიდად განსხვავდებოდა და იყო ძალიან მაღალი 15-19 წლის (42%), გაუთხოვარ ქალებსა (34%) და იმ ქალებს შორის, რომლებსაც ჯერ კიდევ არ ჰყოლიათ შვილები (32%). სხვა ჯგუფების უმეტესობაში უფრო დაბალი პროცენტული მაჩვენებლები გამოვლინდა, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ კონტრაცეფციის მიმართ ქალების ინტერესი რადიკალურად იზრდება შესაბამისი ვითარების მიხედვით.

აღნიშნული პროცენტული მაჩვენებელი ასევე მაღალი იყო აზერბაიჯანელ ქალებში (38%) და განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებში (29%). 2005 წლის შედეგებთან შედარებით, იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც აირჩიეს ქალთა სტერილიზაცია, როგორც ყველაზე უფრო ეფექტური მეთოდი, თითქმის არ გაზრდილა (6%-დან 7%-მდე), მაშინ როცა პროპორცია იმ ქალებისა, რომლებიც ყველაზე ეფექტურ მეთოდად სშს-ს ასახელებენ, ფაქტიურად შემცირდა (45%-დან 35%-მდე); და კიდევ, იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც არ გააჩნიათ აზრი მეთოდების ეფექტურობასთან დაკავშირებით, გაიზარდა (11%-დან 16%-მდე).

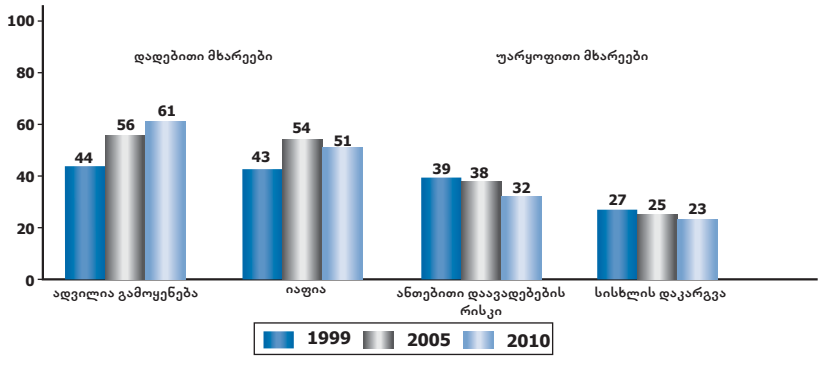
მთლიანობაში, კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდებზე ინფორმაციის ნაკლებობა, არასწორ ინფორმაციასთან ერთად, როგორც ჩანს, საკმაოდ ფართოდაა გავრცელებული რეპროდუქციული ასაკის ქალებს შორის, რაც მიანიშნებს გაუმჯობესებული ინფორმირებისა და საგანმანათლებლო პროგრამების საჭიროებაზე ქვეყანაში.

11.2 შეხედულებები აბებისა და სშს-ს გამოყენების დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ

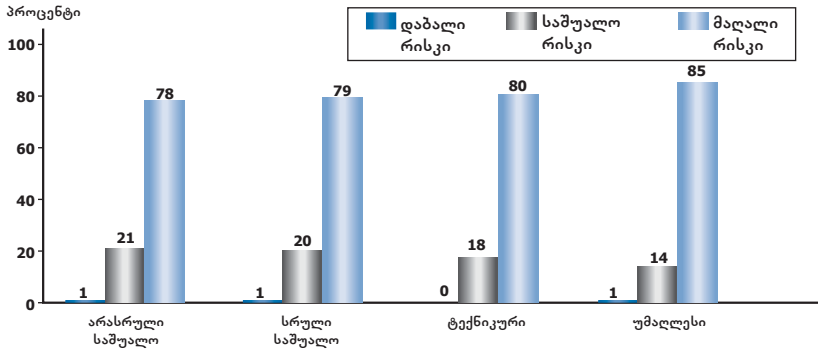
კონტრაცეფციის ზოგიერთი მეთოდის უპირატესობასა და ნაკლოვანებაზე ქალთა ინფორმირებულობის შესაფასებლად, რესპონდენტებს, რომლებსაც სმენიათ ორალურ კონტრაცეპტივებზე და სპირალზე, უნდა გამოეხატათ თავიანთი აზრი რამდენიმე გამონათქვამის შესახებ, რომლებიც აბებისა და სშს-ს გამოყენების შესაძლო უარყოფით და დადებით მხარეებს ეხებოდა. რესპონდენტების 71% დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ აბების "შოვნა იოლია", ხოლო 69% - რომ "გამოყენება ადვილია". ქალები ნაკლებად ეთანხმებოდნენ აზრს, რომ აბები არეგულირებს მენსტრუალურ ციკლს (23%) და ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას (14%) (სურათი 11.2.1.). 1999 წლიდან 2010 წლამდე პერიოდში "შოვნა იოლია" და "გამოყენება ადვილია"-ს მომხრეთა ხვედრითმა წილმა მკვეთრად იმატა. მთლიანობაში, აბების უპირატესობის აღიარება ქალებში იზრდება რესპონდენტის ქალაქში ცხოვრების, განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ზრდასთან ერთად (ცხრილი 11.2.1).

ქალების 54% დაეთანხმა გამონათქვამს, რომ აბებმა შესაძლოა გამოიწვიოს წონის მომატება, ხოლო 42%-ის აზრით ყოველდღე აბის მიღების გახსენება ძნელია. ქალების მხოლოდ 15.8% დაეთანხმა აზრს, რომ აბები ძალიან ძვირია, ხოლო 15% - რომ აბები "ცუდია სისხლის მიმოქცევისთვის" (სურათი 11.2.2.). საინტერესოა, რომ უპირატესობებზე, ისევე როგორც ნაკლოვანებებზე მოსაზრების მქონე ქალთა ხვე-

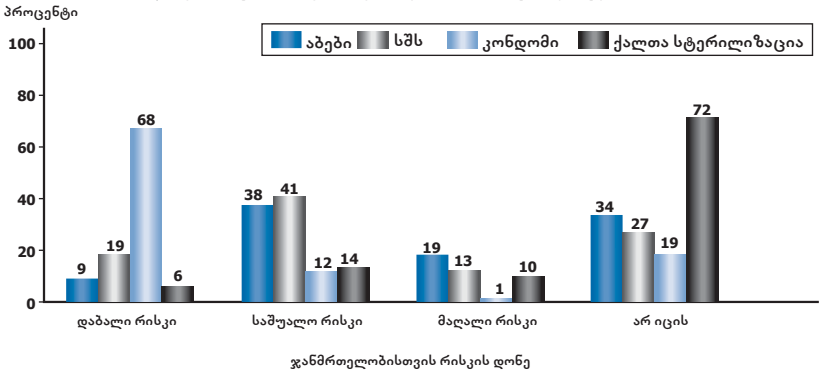
სურათი 11.2.3 **შეხედულებები სშს-ს გამოყენების დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ 15-44 წლის იმ ქალებს შორის, ვისაც სმენია სშს-ს შესახებ 1999, 2005 და 2010 წლებში**



სურათი 11.3.1 აბორტთან დაკავშირებით აღქმული რისკების დონეები, განათლების დონეების მიხედვით, პასუხი „არ ვიცი" ამოღებულია. წინა გრადიენტი თითქმის გამქრალია, და აღქმული რისკების დონე უფრო მაღალია



სურათი 11.3.2 შეხედულებები შერჩეული კონტრაცეპტული მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში ჯანმრთელობისთვის შექმნილი შესაძლო რისკის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის

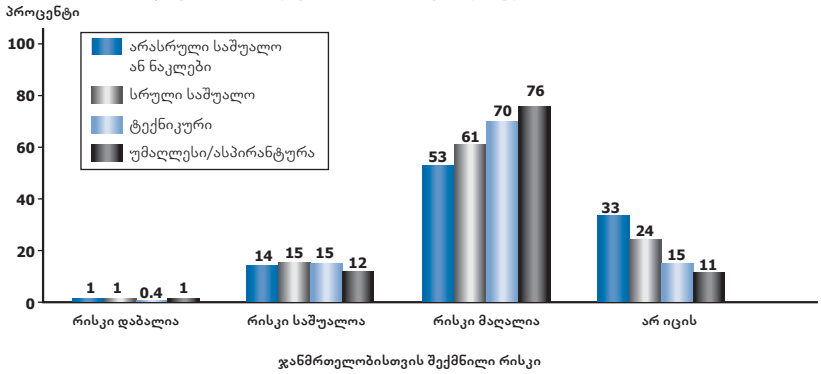


დრითი წილი გაიზარდა 1999 წელთან შედარებით, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ საზოგადოება უკეთ ათვითცნობიერებს აბების მნიშვნელობას. თუმცა, როცა იმ ქალების დაახლოებით ნახევარი, რომლებსაც სმენიათ აბებზე, ამბობს, რომ ისინი იწვევენ წონაში მატებას და რომ ძნელია ყოველდღე გაიხსენო მათი მიღება, ხოლო მეოთხედი ფიქრობს, რომ ისინი ძალიან ძვირია, გასაკვირი არაა, რომ მათი გამოყენება დაბალია ქვეყანაში. აბების დადებით და უარყოფით მხარეებზე ზუსტი ინფორმაცია პირველ რიგში ექიმებისაგან უნდა მოდიოდეს; ეს კიდევ ერთხელ მიუთითებს ექიმების მიერ თავიანთი ცოდნის გაღრმავების აუცილებლობაზე, რათა უფრო მეტად შეასრულონ მრჩევლისა და განმანათლებლის როლი.

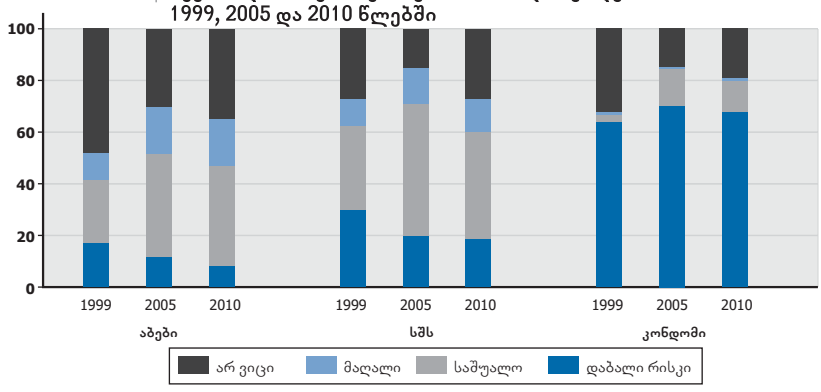
სამი მეხუთედი (61%) იმ ქალებისა, რომლებსაც ოდესმე სმენიათ სშს-ს შესახებ, დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ სშს "გამოყენება ადვილია", ხოლო 51% - აზრს, რომ "შედარებით იაფია". რაც შეეხება უარყოფით მხარეებს, ერთმა მესამედმა (32%) აღნიშნა, რომ სშს-ს გამოყენება ზრდის ანთებითი დაავადებების რისკს, ხოლო ყოველი მეოთხე (23%) ქალი დაეთანხმა აზრს, რომ სშს ზრდის მენსტრუალურ სისხლდენას. გაიზარდა ხვედრითი წილი იმ ქალებისა, რომლებიც თვლიან, რომ სშს "გამოსაყენებლად ადვილია", ამასთან, შემცირდა იმ ქალების პროპორცია, რომლებიც სშს-ს ანთებით პროცესებს და სისხლდენას უკავშირებენ, რაც მეთოდის მზარდ დადებით იმიჯზე მიუთითებს და შეიძლება ხელი შეუწყოს ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვას. ყველა ეს პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ქორწინებაში მყოფ ქალებს და 25-44 წლის ქალებს შორის, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ქალის ცხოვრების სტადია პირდაპირ კავშირშია იმასთან, თუ რა მნიშვნელობას ანიჭებს ის კონტრაცეფციას და რა აზრისაა იგი კონკრეტულ მეთოდებზე. ხვედრითი წილი იზრდებოდა განათლების დონისა და ზოგადად სოციალურ-ეკონომიკური ინდექსის მატებასთან ერთად (ცხრილი 11.2.2. სურათი 11.2.3).

მთლიანობაში, ქალების ცოდნა კონტრაცეპტივების დადებით და უარყოფით მხარეებზე და მათ ეფექტურობაზე მწირია და სავარაუდოდ არ მოდის ისეთი საიმედო წყაროდან, როგორცაა მაგალითად, ექიმები. ყოველ შემთხვევაში, ჩვენ შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ექიმების მიერ ჩატარებული კონსულტაციების დაბალი სიხშირე მნიშვნელოვან უარყოფით როლს თამაშობს და მიანიშნებს მათი საგანმანათლებლო როლის გაზრდის აუცილებლობაზე.

სურათი 11.3.3 შეხედულებები ნებაყოფლობითი აბორტის შემთხვევაში ქალის ჯანმრთელობისთვის შექმნილი რისკის შესახებ, განათლების დონის მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის



სურათი 11.3.4 შეხედულებები შერჩეული კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში ქალის ჯანმრთელობისთვის შექმნილი რისკის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის 1999, 2005 და 2010 წლებში



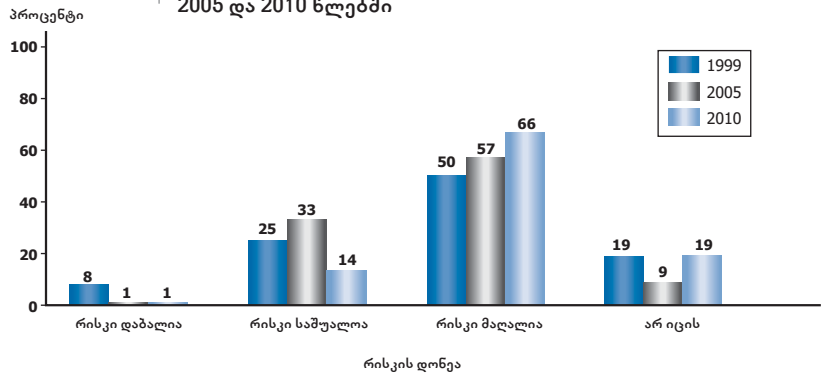
11.3 შეხედულებები კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ

კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ფაქტორი შეიძლება იყოს მათი მოხმარებით გამოწვეული ქალის ჯანმრთელობის შესაძლო რისკი. ყველა რესპონდენტს უნდა შეეფასებინა კონტრაცეფციის ხუთი თანამედროვე მეთოდის გამოყენებასთან და ნებაყოფლობით ჩატარებულ აბორტთან ასოცირებული ქალის ჯანმრთელობის რისკის დონე (ცხრილი 11.3.1 და სურათები 11.3.1 და 11.3.5). ცხრილები 11.3.2-დან 11.3.6-მდე იძლევა უფრო დეტალურ ინფორმაციას თითოეულ ამ მეთოდზე, გარდა ინექციის მეთოდისა, რომელიც ძალიან ნაკლებადაა ცნობილი საქართველოში.

კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკის შეფასება მოცემულია ცხრილში 11.3.1 და ყველაზე დაბალია კონდომებთან, ხოლო ყველაზე მაღალი –აბორტთან დაკავშირებით. ზოგადად, ქალების ნახევარზე მეტს მიაჩნია, რომ აბებსა და სშს-სთან დაკავშირებული რისკი საშუალო ან მაღალია, თუმცა რესპონდენტების 9% თვლის, რომ ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების რისკი დაბალია, ხოლო 19% ასე ფიქრობს სშს-ზე. ქალების დიდმა ნაწილმა “არ იცოდა” კონტრაცეფციის განსაზღვრული მეთოდი რაიმე საფრთხეს უქმნის თუ არა ქალის ჯანმრთელობას (ცხრილი 11.3.1). ეს მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი იყო კონდომებთან და აბორტთან დაკავშირებით - 19% თვითოეულ შემთხვევაში, და ყველაზე მაღალი — ინექციებთან მიმართებაში (97%), რაც ქვეყანაში ინექციების შეზღუდული ხელმისაწვდომობით აიხსნება. აგრეთვე ძალიან მაღალი იყო (70%) პროპორცია ქალებისა, ვინც “არ იცოდა” ქალთა სტერილიზაციასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ. აბორტთან დაკავშირებით “არ ვიცი”-ს დაბალი მაჩვენებელი შეიძლება აიხსნას მისი ფართო გამოყენებით.

ცხრილებში 11.3.2-დან 11.3.6-ის ჩათვლით თითოეული მეთოდი განიხილება ცალცალკე, გარდა ინექციებისა, რომელიც ნაკლებადაა ცნობილი. ყველა ეს ცხრილი უჩვენებს რისკების აღქმას მოსახლეობის სხვადასხვა ქვეჯგუფების მიერ. უპირველეს ყოვლისა, განხილულია ორალური კონტრაცეპტივები, ხოლო ყველაზე ბოლოს – აბორტი. ქვეჯგუფების მახასიათებლები განსხვავდება მეთოდის მიხედვით, მაგრამ რისკის მაჩვენებლების ინტერპრეტაცია არ შეიძლება “არ ვიცი”-ს პროცენტული მაჩვენებლების გათვალისწინების გარეშე.

სურათი 11.3.5 შეხედებულებები ნებაყოფლობითი აბორტის შემთხვევაში შექმნილი რისკის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის 1999, 2005 და 2010 წლებში



არსებითი პრობლემა ის გახლავთ, რომ პასუხი "არ ვიცი" ბევრ ქალს გამორიცხავს სამი სვეტიდან (სადაც რისკის დონეების შეფასებაა წარმოდგენილი) ყოველ ცხრილში. ცხრილში 11.3.2 მაგ. სოფლად მცხოვრები რესპონდენტების 41%-მა მიუთითა, რომ მათ არ იციან ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული რისკის შესახებ. აქედან გამომდინარე, პროპორცია ქალებისა, რომელთაც დააფიქსირეს საკუთარი შეხედულება რისკის სხვადასხვა დონეებთან დაკავშირებით, დაბალია. მეორე მხრივ, თბილისელი რესპონდენტების მხოლოდ 24%-მა აღნიშნა, რომ "არ იცის" ორალურ კონტრაცეპტივთან ასოცირებული რისკის შესახებ, ასე რომ, ხვედრითი წილი ქალებისა, რომელთაც რისკის სხვადასხვა დონეების შესახებ მიუთითეს, მაღალია. ამან შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს; აქედან გამომდინარე, რისკის აღქმა ფრთხილად უნდა იყოს გაანალიზებული. სოფლად მცხოვრებ ქალთაგან დაახლოებით 60%-ს გააჩნდა გარკვეული მოსაზრება და აქედან 32% თვლის, რომ რისკი საშუალოა, თანაფარდობა დაახლოებით შეადგენს 1:2 (32%/60%). მაგრამ თბილისელ ქალებთან მიმართებაში იგივე შეფასებით მიღებული თანაფარდობაა 47%/76%, რომელთა 62% მხარს უჭერს საშუალო რისკს. ამრიგად, იმ ქალთაგან, რომლებსაც გააჩნიათ საკუთარი აზრი, გაცილებით უფრო მეტი თბილისელი ქალი ხედავს აბებში რისკს, ვიდრე სოფლად მცხოვრები ქალი. იგივე პრობლემასთან გვაქვს საქმე სხვა ჯგუფების ინტერპრეტაციისას. პროპორცია იმ ქალებისა, რომლებიც არასოდეს ყოფილან გათხოვილი და რისკის სხვადასხვა დონეების შესახებ უთითებენ, დაბალია, რადგან მათმა უმეტესობამ საერთოდ არ იცოდა რისკის შესახებ.

განათლებასთან დაკავშირებული სურათი, მსგავსი კორექციით დიამეტრალურად საპირისპიროა. აბორტთან დაკავშირებით ცხრილი 11.3.6 უჩვენებს მკვეთრ ცვლილებას, როცა განათლების დონის მატებასთან ერთად მაღალი რისკის აღქმა იზრდება 53%-დან 76%-მდე; ამასთან, "არ ვიცი"-ს პროცენტული მაჩვენებელი 33%-დან 11%-მდე კლებულობს. "არ ვიცი" პასუხის ამოღების კორექციით, როგორც 11.3.1 სურათი უჩვენებს, მაღალი რისკის აღქმის პროცენტული მაჩვენებლის ზრდის ნაცვლად, ის დაახლოებით თანაბარია და 79-85%-ის ფარგლებში მერყეობს თითქმის ყველა ჯგუფში.

რეალურად, 11.3.2-დან 11.3.6-მდე ცხრილებში რესპონდენტები ორ ჯგუფადაა დაყოფილი: ერთი, რომლთაც ძალიან მწირი ინფორმაცია გააჩნიათ მეთოდის შესახებ, რაც თავისთავად საინტერესოა, და მეორე ჯგუფი, რომლებიც უთითებენ რისკის გარკვეულ დონეზე მეთოდთან მიმართებაში. განათლების მიხედვით, პირველი ძირითადი გზავნილია, რომ კონტრაცეპტივების რისკთან დაკავშირებით გარკვეული მოსაზრების ქონა იზრდება განათლების დონის პროპორციულად; ხოლო მეორე – მათ შორის, ვისაც მოსაზრება გააჩნია, განათლების ყველა დონის ჯგუფები შესაძლებელია შეთანხმდნენ რისკის ხარისხთან დაკავშირებით.

სურათები 11.3.2-დან 11.3.5-მდე სრულად ასახავენ ცხრილებში არსებულ ინფორმაციას, მათ შორის, "არ ვიცი"-ს პროცენტულ მაჩვენებლებს, რადგან მათი მიზანია საზოგადოებრივი ინფორმაციის სიმწირის გამოვლენა და სიტუაციის გასაუმჯობესებლად პროგრამული საქმიანობის განხორციელება. როგორც ცხრილი 11.3.1 უჩვენებს, რესპონდენტი ქალების ერთმა მეხუთედმა (19%) მიუთითა, რომ მათ არ აქვთ გააზრებული აბორტთან და კონდომებთან დაკავშირებული რისკის დონეები.

თუმცა, იმისათვის რომ შევაფასოთ აღქმული რისკები იმათ შორის, ვისაც მოსაზრება გააჩნია, უნდა მოხდეს ყველა მონაცემის შესწორება "არ ვიცი" ჯგუფის ამოღებით, როგორც ეს ნაჩვენებია ზემოთ. სხვა შემთხვევაში, ადგილი ექნება აღქმული რისკების სურათის დამახინჯებას მათ შორის, ვისაც ამაზე უფიქრია.

11.4 კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღების სურვილი

2010 წლის კვლევის მონაცემები ადასტურებს, რომ ქალებს სურთ უფრო მეტი იცოდნენ კონტრაცეფციის შესახებ. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტს (53%) სურს მეტი ინფორმაცია მიიღოს. ეს პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალია ჯგუფებში, რომლებიც ფლობენ ყველაზე მწირ ინფორმაციას - ახალგაზრდა ქალებში, გაუთხოვარ ქალებში, ქალებში, რომლებსაც არ ჰყავთ ცოცხალი შვილები. ხვედრითი წილი მაღალი იყო მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ჯგუფებში. ქალები, რომლებსაც არასდროს არ გამოუყენებიათ ორალური კონტრაცეპტივები, უფრო მეტად იყვნენ დაინტერესებული კონტრაცეფციაზე დამატებითი ინფორმაციის მიღებით, ვიდრე ისინი, რომლებიც ყოველთვის იყენებდნენ მას. საინტერესოა, რომ ასაკისა და შვილების რაოდენობის მატებასთან ერთად მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილი მცირდებოდა, ალბათ იმიტომ, რომ ეს ჯგუფები უკვე ფლობდნენ სასურველ ინფორმაციას (ცხრილი 11.4.1. და სურათი 11.4.1).

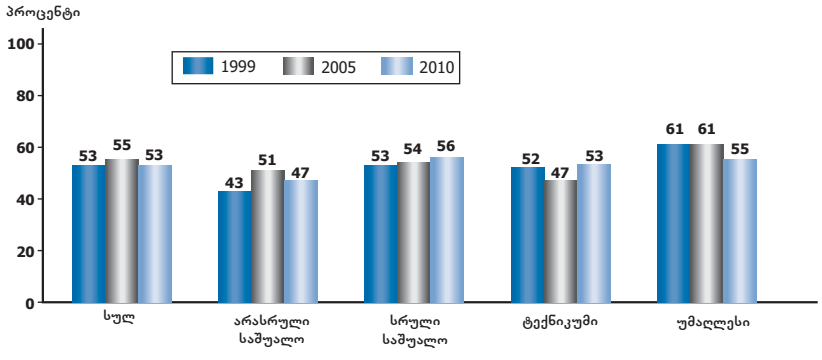
რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ კონტრაცეფციაზე „საუკეთესო“ ინფორმაციის წყაროს შესახებ. აღნიშნული წყაროები შეიძლება დაჯგუფდეს ორ კატეგორიად: სამედიცინო წყაროები (მაგ., გინეკოლოგები) და არასამედიცინო წყაროები (მაგ., რადიო/ტელევიზია, მეგობრები, კოლეგები, დედა). ქალები, რომლებიც ოდესმე იყვნენ ქორწინებაში, ასაკოვანი ქალები, განათლების მაღალი დონის მქონე ქალები და ქალაქში მცხოვრებნი უფრო ხშირად ასახელებდნენ გინეკოლოგებს, როგორც ინფორმაციის საუკეთესო წყაროს. მთლიანობაში, იმ ქალების 52%-მა დაასახელა გინეკოლოგი, როგორც ინფორმაციის მიღების საუკეთესო წყარო , რომლებიც მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილს გამოთქვამდნენ; დანარჩენი 48% უპირატესობას ანიჭებდა ინფორმაციის არასამედიცინო წყაროებს. ამ ჯგუფის ქალების დაახლოებით 20%-ის აზრით — ტელევიზია ან რადიო, ხოლო 10%-ის აზრით — ჟურნალ-გაზეთები ყველაზე შესაფერისი ინფორმაციის წყარო იქნებოდა (ცხრილი 11.4.2 და სურათი 11.4.2). ეს ორი წყარო (ტელევიზია/რადიო და გაზეთები) წარმოადგენს ერთი კატეგორიის ინფორმაციის წყაროს – მასმედიას; ასე რომ, რესპონდენტთა თითქმის ერთმა მესამედმა აირჩია მასმედია, როგორც კონტრაცეფციაზე ინფორმაციის საუკეთესო წყარო.

დამატებით, ცხრა პროცენტმა დაასახელა წიგნები, სამმა პროცენტმა – მეგობრები და კიდევ სამმა – ინტერნეტი. ნამდვილად არაა გასაკვირი, რომ ინტერნეტის როლი გაიზარდა კონტრაცეფციაზე ინფორმაციის მოპოვებაში. ახალგაზრდა ქალების, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების, უფრო მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალების და თბილისში მცხოვრები ქალების დაახლოებით 4-6%-ს სჯერა, რომ ინტერნეტი ინფორმაციის საუკეთესო წყაროა.

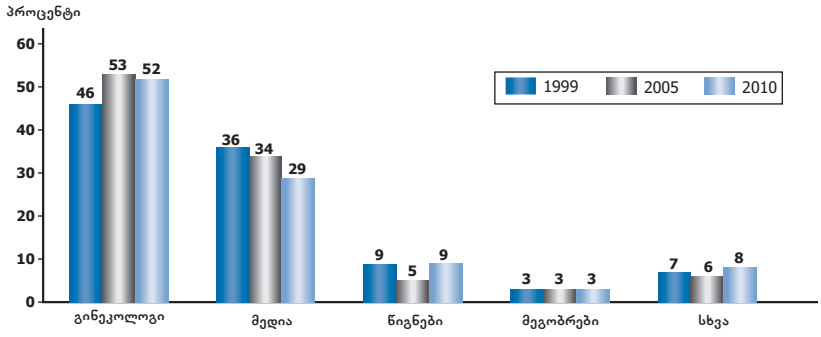
საინტერესოა, რომ რესპონდენტთა მხოლოდ ორმა პროცენტმა დაასახელა საკუთარი დედა, როგორც საუკეთესო წყარო. ეს პროცენტული მაჩვენებელი იყო ცოტათი უფრო მაღალი, დაახლოებით ექვსი პროცენტი, გაუთხოვარ, ახალგაზრდა და ნაკლებად განათლებულ ქალებში.

2010 წლის კვლევის მონაცემებით, რეპროდუქციული ასაკის ქალების ნახევრისათვის (52%) ინფორმაციის მიღების საუკეთესო წყარო გინეკოლოგია. მოზარდ გოგონებთან შედარებით, რეპროდუქციული ასაკის ქალები უფრო ხშირად მასმედიას ენდობიან. აქედან ნათელია, რომ გინეკოლოგებმა უფრო მეტი დრო უნდა დაუთმონ პაციენტთა განათლებას, ხოლო მასმედიის წარმომადგენლებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ ქალთა 30% მათ ინფორმაციის მიღების საუკეთესო წყაროდ მიიჩნევს და სწორედ ამიტომ, გარკვეული საზოგადოებრივი მოვალეობა გააჩნიათ.

სურათი 11.4.1 **კონტრაცეპტული მეთოდების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღების სურვილი 15-44 წლის ქალებს შორის განათლების მიხედვით: 199, 2005 და 2010 წლები**



სურათი 11.4.2 შეხედულებები კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული ინფორმაციის საუკეთესო წყაროებზე 15-44 წლის ქალებს შორის 1999, 2005 და 2010 წლებში



2010 წლის კვლევის შედეგები უჩვენებს, რომ მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილის დონე იგივეა, რაც 1999 წელს (53%) და ოდნავ უფრო დაბალი (55%) 2005 წელთან შედარებით (სურათი 11.4.1). 2005 და 2010 წლის კვლევის შედეგების მიხედვით, 35 წლამდე ასაკის ქალთა უფრო დიდმა პროცენტულმა რაოდენობამ გამოთქვა კონტრაცეპტივებზე მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილი, ვიდრე 30 წლის და უფროსი ასაკის ქალებმა. თუმცა, 2010 წელს, 2005 წელთან შედარებით, 15-34 წლის ასაკის ქალების ინტერესი კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციის მიმართ უფრო ნაკლები იყო, მაშინ როცა, უფროსი ასაკის ქალების (35-44 წლები) ინტერესი ათი პროცენტით გაიზარდა.

საზოგადოებრივი ინტერესი კონტრაცეპტული მეთოდების მასმედიაში გაშუქების მიმართ შეფასებულია ცხრილში 11.4.3. შედეგები არაერთგვანოვანია: ქალთა ორი მესამედისათვის მისაღები იყო ეს, მაგრამ ერთი მეოთხედისათვის - არა. უფრო კონსერვატიულ მიდგომას ჰქონდა ადგილი სოფლად მცხოვრებ და ნაკლებად განათლებულ, ასევე ნაკლები შეძლების მქონე ჯგუფებში. საკმაოდ უცნაური სურათი იყო აზერბაიჯანელ ქალებში, რომელთა 29%-მა არ იცოდა, საჭიროა თუ არა ინფორმაციის მიწოდება მასმედიით, ხოლო დანარჩენები თანაბრად იყვნენ გაყოფილები „კი“-სა და „არა“-ს შორის.

ზოგადად, საპირისპიროდ საზოგადოების უფრო ნაკლებად შეძლებული ჯგუფების მოსაზრებისა, კვლევის მონაცემები ნათლად მიუთითებს რეპროდუქციული ასაკის ქალების უმრავლესობის მიერ კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის მიღების საჭიროებაზე, მათ შორის — მასმედიიდანაც. ამასთანავე ნათელია, რომ მეან-გინეკოლოგები უნდა განიხილებოდნენ, როგორც სწორი ინფორმაციის უპირველესი წყარო. ამ კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომავალ პროგრამებში საზოგადოების ინფორმირების დაგეგმვისათვის .

ცხრილი 11.1 მოსაზრება, თუ რომელი კონტრაცეფციული მეთოდია ყველაზე ეფექტური შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის ქალთა შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ჩასახვის მეთოდი										სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ქალის სტერილიზაცია	სპირალი	აბები	პრეზერვატივი	საერმიციდები	სხვა თანამედროვე	კალენდარული	შეწყვეტილი აქტი	არც ერთი	არ ვიცი		
სულ	7.3	34.9	10.6	20.4	1.3	0.2	4.8	3.4	1.0	16.3	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი												
თბილისი	7.6	33.4	11.5	26.0	1.9	0.2	5.1	1.0	1.0	12.2	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	7.6	33.2	10.2	21.2	1.5	0.2	6.0	3.1	0.6	16.4	100.0	1,549
სოფელი	7.0	36.6	10.3	16.6	0.8	0.1	4.0	5.0	1.2	18.6	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი												
გათხოვილი	8.9	41.7	11.3	16.5	1.8	0.1	6.7	5.5	1.1	6.3	100.0	4,098
წინათგათხოვილი	9.1	38.5	8.0	22.0	1.4	0.6	6.4	1.1	1.6	11.3	100.0	389
არასოდეს გათხოვილი	4.3	22.3	9.9	26.7	0.3	0.1	1.3	0.1	0.7	34.4	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–19	1.7	17.4	8.5	29.3	0.0	0.0	0.3	0.1	0.7	42.0	100.0	861
20–24	4.3	32.6	13.5	22.1	0.8	0.2	3.2	1.8	0.6	20.8	100.0	1,099
25–34	8.1	40.5	11.9	18.6	2.0	0.1	4.6	4.6	0.8	8.7	100.0	2,359
35–44	11.7	40.5	8.5	15.9	1.5	0.3	8.7	5.1	1.5	6.4	100.0	1,973
ცოცხალ ბავშვთა რაოდენობა												
0	4.8	24.4	10.1	26.0	0.4	0.2	1.4	0.2	0.7	31.9	100.0	2,276
1	7.4	40.1	12.6	20.6	1.5	0.2	6.2	4.0	0.7	6.6	100.0	1,286
2	9.2	43.2	10.9	15.1	2.3	0.1	7.8	5.5	1.3	4.5	100.0	2,069
3 ან მეტი	12.0	43.2	7.7	12.2	1.6	0.1	7.3	9.1	1.7	5.2	100.0	661
განათლების დონე												
საშუალო არასრული ან	3.0	29.5	8.5	21.1	0.6	0.0	2.7	4.6	1.3	28.6	100.0	1,330
საშუალო სრული	6.3	35.7	10.4	17.7	0.8	0.0	4.1	4.4	1.0	19.5	100.0	1,568
ტექნიკუმი	11.1	40.8	10.5	14.7	1.9	0.1	7.2	3.2	0.5	10.1	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტუ	9.2	35.4	11.9	23.5	1.8	0.4	5.7	2.1	0.9	9.3	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი												
ყველაზე დაბალი	6.6	35.5	10.0	16.6	0.4	0.1	3.7	6.4	1.4	19.3	100.0	1,093
მეორე	7.0	37.4	9.8	15.8	0.5	0.0	4.7	4.7	1.0	19.1	100.0	1,385
საშუალო	7.2	32.8	10.6	20.0	1.6	0.1	4.9	3.5	0.9	18.3	100.0	1,413
მეოთხე	6.8	35.4	10.3	21.4	1.3	0.1	6.0	2.7	1.4	14.6	100.0	1,037
უმაღლესი	8.5	33.9	11.6	25.4	2.1	0.3	4.6	1.1	0.5	12.0	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა												
ქართველი	8.0	34.9	11.1	21.5	1.4	0.2	5.1	2.7	0.9	14.4	100.0	5,488
აზერბაჯანელი	1.8	34.2	5.8	5.3	0.3	0.0	3.0	10.7	1.2	37.7	100.0	276
სომეხი	3.1	35.4	5.1	15.2	0.3	0.0	2.3	8.3	1.3	29.0	100.0	364
სხვა	5.9	34.3	14.8	23.0	2.3	0.0	2.7	2.9	2.5	11.6	100.0	164

სხვა თანამედროვე მეთოდებია: ნორპლანტი, სასწრაფო კონტრაცეპცია, ინექციები და ვახექტომია.

ცხრილი 11.2.1 შეხედულებები ორალური კონტრაცეპტივების მომხმარების უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებზე იმ 15-44 წლის ქალებში, რომელთაც სმენიათ ორალურ კონტრაცეპტივებზე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	უპირატესობები				ნაკლოვანებები				სულ შემთხვევები
	ადვილი საშოვნად	ადვილი ხმარებაში	რეგულარული ინტერვალები	შემცირებული სისხლდენა	შეიძლება გამოიწვიოს წონის მომატება	შესაძლოა გამოგრჩეს მიღება	ძალიან ძვირი	ცუდი სისხლის მიმოქცევისათვის.	
სულ	71.1	69.1	23.2	14.4	53.8	46.0	24.0	13.5	5,237
საცხოვრებელი ადგილი									
თბილისი	76.3	73.5	26.6	17.8	57.9	46.7	24.1	14.7	1,304
სხვა ქალაქი	71.5	70.0	22.3	11.8	53.3	45.5	23.4	11.9	1,352
სოფელი	67.3	65.5	21.4	13.6	51.3	45.8	24.4	13.7	2,581
ქორწინების სტატუსი									
გათხოვილი	74.6	73.3	26.8	17.2	58.0	49.8	27.6	15.7	3,686
წინათ გათხოვილი	74.3	71.1	29.7	16.5	57.2	48.9	26.3	15.4	347
გაუთხოვარი	62.0	58.6	13.0	7.3	43.0	36.1	15.0	7.9	1,204
ასაკობრივი ჯგუფი									
15–19	56.7	55.6	7.6	4.8	33.7	29.6	10.1	5.5	449
20–24	68.1	63.7	18.8	12.2	46.6	37.1	18.8	9.8	884
25–34	75.0	72.4	27.3	16.2	56.7	49.4	27.1	15.4	2,125
35–44	73.5	73.1	26.5	17.0	61.6	52.8	28.3	16.3	1,779
განათლების დონე									
საშუალო არასრული	58.2	60.9	14.6	7.4	40.3	37.4	19.4	7.2	833
საშუალო სრული	67.6	65.8	21.1	13.9	49.7	44.4	28.4	10.9	1,257
ტექნიკუმი	74.4	71.2	26.0	15.2	59.7	49.7	25.5	19.4	827
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	76.7	73.1	26.6	17.0	59.1	48.8	23.0	15.3	2,320
ქონებრივი კვინტილი									
ქვედაზე დაბალი	63.7	63.2	20.2	11.9	49.6	44.5	28.4	11.0	824
მეორე	66.4	64.6	20.6	12.5	49.7	45.7	24.6	14.8	1,077
საშუალო	69.5	68.7	22.1	12.4	54.3	46.6	23.3	13.0	1,160
მეოთხე	71.7	69.6	22.4	15.4	52.8	46.8	23.1	10.0	925
უმაღლესი	78.2	74.5	27.5	17.5	58.6	45.8	22.9	16.6	1,251
ეთნიკური წარმომავლობა									
ქართველი	72.7	70.2	23.8	14.9	56.2	47.3	24.4	14.3	4,709
აზერბაიჯანელი	54.2	53.2	16.4	10.8	27.8	37.3	15.2	6.0	160
სომეხი	51.5	53.6	12.6	8.8	29.9	31.5	25.5	7.0	237
სხვა	71.0	75.7	28.2	12.1	43.8	33.6	20.2	7.4	131

ცხრილი 11.2.2 შეხედულებები სშს-ს გამოყენების უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებზე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქალთა შორის, ვისაც ოდესმე სმენია სშს-ზე,
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	უპირატესობები		ნაკლოვანებები		სულ შემთხვევები
	ადვილიხმარებაში	შედარებით იაფი	ზრდის მენჯის ღრუს ანთების რისკს	შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა	
სულ	60.6	50.8	32.2	23.0	5,652
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	64.4	51.4	35.5	25.3	1,328
სხვა ქალაქი	62.4	52.8	29.6	20.6	1,415
სოფელი	57.1	49.2	31.7	22.9	2,909
ქორწინების სტატუსი					
გათხოვილი	68.6	59.3	36.5	27.0	3,938
წინათ გათხოვილი	63.1	52.3	41.9	29.0	369
გაუთხოვარი	41.6	30.8	20.1	12.2	1,345
ასაკობრივი სგუფი					
15–19	38.2	26.4	13.0	9.2	513
20–24	54.0	41.1	23.8	16.4	986
25–34	65.7	56.4	32.8	23.7	2,251
35–44	66.9	59.1	43.4	31.1	1,902
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	52.6	41.6	20.7	15.2	982
საშუალო სრული	56.9	48.5	30.0	20.1	1,401
ტექნიკუმი	64.1	59.1	38.6	29.1	884
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	64.8	53.1	36.2	25.8	2,385
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	55.5	48.7	26.8	19.6	935
მეორე	56.3	46.4	30.9	20.9	1,221
საშუალო	59.5	52.5	33.7	22.5	1,261
მეოთხე	62.5	50.2	29.7	23.2	952
უმაღლესი	65.6	53.9	36.6	26.5	1,283
ეთნიკური წარმომავლობა					
ქართველი	61.3	51.7	33.4	24.1	5,005
აზერბაიჯანელი	50.0	45.7	17.4	15.2	191
სომეხი	53.3	41.1	22.7	10.3	308
სხვა	63.7	46.0	32.0	21.1	148

ცხრილი 11.3.1 შეხედულებები ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში ქალის ჯანმრთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რისკის ხარისხი				სულ	სულ შემთხვევები
	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	არ ვიცი		
აბი	9.3	38.3	18.6	33.7	100.0	6,292
სშს	19.0	40.8	13.2	27.0	100.0	6,292
კონდომი	68.1	11.9	0.7	19.3	100.0	6,292
ქალის სტერილიზაცია	6.1	13.7	10.0	70.2	100.0	6,292
ინექციები	0.4	1.8	1.1	96.8	100.0	6,292
აბორტი	1.0	13.5	66.2	19.4	100.0	6,292

ცხრილი 11.3.2 შეხედულებები კონტრაცეფციული აბების გამოყენების შემთხვევაში ქალის ჯანრმთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჯანმრთელობისათვი რისკის დონე				სულ	შემთხვევები
	დაბალი	საშუალო	მაღალი	არ ვიცი		
სულ	9.3	38.3	18.6	33.7	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	8.5	47.4	20.5	23.6	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	10.4	39.8	18.0	31.8	100.0	1,549
სოფელი	9.3	32.2	17.9	40.6	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	10.7	44.4	22.6	22.3	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	9.6	43.3	23.3	23.8	100.0	389
გაუთხოვარი	7.0	27.0	10.8	55.2	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი						
15–19	5.8	17.9	6.3	69.9	100.0	861
20–24	10.1	36.6	14.4	38.9	100.0	1,099
25–34	11.1	43.5	22.6	22.8	100.0	2,359
35–44	9.1	45.9	24.2	20.8	100.0	1,973
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	6.1	24.4	10.2	59.3	100.0	1,330
საშუალო სრული	9.9	32.9	16.6	40.6	100.0	1,568
ტექნიკუმი	9.9	45.9	23.9	20.3	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	10.7	47.2	23.0	19.2	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	10.5	28.8	15.5	45.1	100.0	1,093
მეორე	9.4	31.6	17.7	41.3	100.0	1,385
საშუალო	8.1	35.4	19.6	36.9	100.0	1,413
მეოთხე	9.9	44.3	18.6	27.3	100.0	1,037
უმაღლესი	9.3	46.9	20.3	23.4	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	10.0	40.6	19.4	30.0	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	5.0	19.8	7.1	68.1	100.0	276
სომეხი	2.4	23.9	16.7	57.1	100.0	364
სხვა	10.1	28.0	19.3	42.5	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები						
კი	25.8	44.1	26.8	3.3	100.0	716
არა	7.5	37.7	17.7	37.2	100.0	5,576

ცხრილი 11.3.3 შეხედულებები სშს-ს გამოყენების შემთხვევაში ქალის ჯანრმთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჯანმრთელობისათვის რისკის დონე				სულ	შემთხვევები
	დაბალი	საშუალო	მაღალი	არ ვიცი		
სულ	19.0	40.8	13.2	27.0	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	20.7	44.8	14.0	20.5	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	18.1	43.5	12.5	25.9	100.0	1,549
სოფელი	18.6	36.9	13.0	31.4	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	23.3	47.0	15.2	14.4	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	19.5	46.7	17.0	16.9	100.0	389
გაუთხოვარი	11.6	28.9	8.9	50.6	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი						
15–19	10.5	18.7	5.7	65.0	100.0	861
20–24	18.8	37.9	10.2	33.1	100.0	1,099
25–34	22.9	46.5	15.1	15.5	100.0	2,359
35–44	20.0	49.4	17.4	13.2	100.0	1,973
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	15.2	27.2	8.4	49.2	100.0	1,330
საშუალო სრული	18.9	36.8	12.3	32.1	100.0	1,568
ტექნიკუმი	21.1	50.2	15.5	13.2	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	20.7	47.9	15.7	15.8	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	19.3	33.8	10.8	36.1	100.0	1,093
მეორე	19.3	36.3	13.1	31.3	100.0	1,385
საშუალო	16.7	41.2	14.2	27.9	100.0	1,413
მეოთხე	19.4	42.8	14.5	23.3	100.0	1,037
უმაღლესი	20.3	46.2	12.7	20.7	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	19.6	42.3	13.7	24.4	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	19.2	19.5	3.6	57.7	100.0	276
სომეხი	10.0	34.6	14.8	40.6	100.0	364
სხვა	18.2	43.3	10.4	28.1	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები						
კი	45.1	41.7	11.5	1.7	100.0	1,048
არა	14.0	40.6	13.5	31.9	100.0	5,244

ცხრილი 11.3.4 შეხედულებები კონდომის გამოყენების შემთხვევაში ქალის ჯანრმთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჯანმრთელობისათვის რისკი დონე				სულ	შემთხვევები
	დაბალი	საშუალო	მაღალი	არ ვიცი		
სულ	68.1	11.9	0.7	19.3	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	76.5	11.4	0.3	11.8	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	69.0	12.2	1.3	17.6	100.0	1,549
სოფელი	62.7	12.1	0.6	24.6	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	73.4	12.3	0.8	13.5	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	74.5	12.8	1.1	11.6	100.0	389
გაუთხოვარი	57.7	11.1	0.5	30.7	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი						
15–19	51.6	9.4	0.6	38.4	100.0	861
20–24	65.5	12.0	0.3	22.2	100.0	1,099
25–34	73.7	12.3	0.8	13.1	100.0	2,359
35–44	73.4	13.0	0.9	12.8	100.0	1,973
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	51.9	12.8	0.6	34.7	100.0	1,330
საშუალო სრული	64.7	10.8	0.6	23.9	100.0	1,568
ტექნიკუმი	76.3	9.7	1.2	12.8	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	76.8	12.9	0.6	9.7	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	59.4	11.9	0.5	28.1	100.0	1,093
მეორე	62.1	12.0	0.7	25.2	100.0	1,385
საშუალო	67.4	11.6	0.6	20.4	100.0	1,413
მეოთხე	69.4	14.5	1.4	14.7	100.0	1,037
უმაღლესი	77.1	10.2	0.4	12.2	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	71.3	12.2	0.7	15.8	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	36.1	8.4	1.1	54.4	100.0	276
სომეხი	49.6	10.4	0.4	39.5	100.0	364
სხვა	61.4	13.0	1.5	24.1	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები						
კი	90.5	5.9	0.8	2.8	100.0	1,316
არა	62.6	13.4	0.7	23.3	100.0	4,976

ცხრილი 11.3.5 შეხედულებები მილების ლიგირების ჩატარების შემთხვევაში ქალის ჯანრმთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	ჯანმრთელობისათვის რიკის დონე				სულ	შემთხვევები
	დაბალი	საშუალო	მაღალი	არ ვიცი		
სულ	6.1	13.7	10.0	70.2	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	8.1	15.2	11.9	64.8	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	5.4	15.1	10.0	69.4	100.0	1,549
სოფელი	5.3	12.1	8.9	73.7	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	7.8	17.2	12.6	62.4	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	6.0	18.7	12.5	62.9	100.0	389
გაუთხოვარი	3.3	6.7	5.0	85.0	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი						
15–19	1.1	2.4	2.1	94.3	100.0	861
20–24	4.3	9.8	6.6	79.3	100.0	1,099
25–34	6.3	15.6	12.7	65.4	100.0	2,359
35–44	10.0	20.8	13.8	55.3	100.0	1,973
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	2.0	6.9	5.1	86.0	100.0	1,330
საშუალო სრული	5.5	9.7	7.7	77.1	100.0	1,568
ტექნიკუმი	8.8	18.6	11.0	61.5	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	8.0	18.5	13.9	59.6	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	6.0	9.1	8.6	76.3	100.0	1,093
მეორე	4.7	11.4	9.0	74.9	100.0	1,385
საშუალო	5.3	14.6	9.7	70.4	100.0	1,413
მეოთხე	5.9	12.9	8.5	72.7	100.0	1,037
უმაღლესი	8.2	17.9	12.8	61.1	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	6.6	14.9	10.8	67.7	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	2.1	4.3	2.8	90.8	100.0	276
სომეხი	3.3	3.4	4.1	89.2	100.0	364
სხვა	2.6	14.6	9.2	73.7	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები						
კი	51.8	42.4	1.7	4.2	100.0	112
არა	5.3	13.2	10.2	71.4	100.0	6,180

ცხრილი 11.3.6 შეხედულებები ნებაყოფლობითი აბორტის ჩატარების შემთხვევაში ქალის ჯანრმთელობისთვის შექმნილი შესაძლო საფრთხის შესახებ15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჯანმრთელობისათვის რისკი დონე				სულ	შემთხვევები
	დაბალი	საშუალო	მაღალი	არ ვიცი		
სულ	1.0	13.5	66.2	19.4	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	1.2	12.5	70.8	15.5	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	0.7	10.7	69.5	19.1	100.0	1,549
სოფელი	1.0	15.6	61.7	21.8	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	1.2	15.5	70.8	12.4	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	1.4	14.9	68.3	15.4	100.0	389
გაუთხოვარი	0.6	9.7	57.8	32.0	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი						
15–19	0.5	10.4	49.1	40.0	100.0	861
20–24	0.8	11.9	64.6	22.7	100.0	1,099
25–34	1.1	14.2	71.1	13.6	100.0	2,359
35–44	1.2	15.5	71.9	11.4	100.0	1,973
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	0.9	13.8	52.6	32.7	100.0	1,330
საშუალო სრული	0.7	14.5	61.2	23.5	100.0	1,568
ტექნიკუმი	0.4	14.8	70.0	14.7	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	1.4	12.2	75.8	10.6	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	1.2	18.5	56.5	23.9	100.0	1,093
მეორე	0.8	14.3	63.0	21.8	100.0	1,385
საშუალო	1.0	14.1	65.9	19.0	100.0	1,413
მეოთხე	1.3	11.4	69.1	18.2	100.0	1,037
უმაღლესი	0.8	11.0	72.1	16.1	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	0.9	12.9	69.2	17.0	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	2.4	17.7	37.3	42.6	100.0	276
სომეხი	0.8	17.1	51.7	30.4	100.0	364
სხვა	0.2	16.6	52.7	30.5	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები						
კი	1.1	17.1	73.5	8.3	100.0	3,170
არა	0.9	10.3	59.8	29.0	100.0	3,122

ცხრილი 11.4.1 დამატებითი ინფორმაციის მიღების სურვილი კონტრაცეფციული მეთოდების შესახებ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სასურველი მეტი ინფორმაცია			სულ	შემთხვევათა რ-ა
	კი	არა	არ იცის		
სულ	53.2	42.9	3.9	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	54.2	43.2	2.5	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	55.9	41.3	2.8	100.0	1,549
სოფელი	51.2	43.5	5.3	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი					
გათხოვილი	53.9	43.4	2.7	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	28.9	67.6	3.5	100.0	389
გაუთხოვარი	56.7	37.2	6.1	100.0	1,805
ასაკობრივი სგუფი					
15–19	62.0	29.8	8.2	100.0	861
20–24	66.8	28.8	4.4	100.0	1,099
25–34	56.7	40.2	3.1	100.0	2,359
35–44	35.6	62.4	2.0	100.0	1,973
ცოცხალი შვილების რაოდენობა					
0	56.8	37.5	5.8	100.0	2,276
1	58.2	39.4	2.4	100.0	1,286
2	48.7	48.8	2.6	100.0	2,069
3 ან მეტი	42.7	54.2	3.1	100.0	661
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	46.6	45.2	8.2	100.0	1,330
საშუალო სრული	56.0	39.7	4.3	100.0	1,568
ტექნიკუმი	52.8	45.6	1.6	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	55.4	42.6	1.9	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	48.6	46.2	5.2	100.0	1,093
მეორე	51.5	42.8	5.8	100.0	1,385
საშუალო	53.1	42.5	4.4	100.0	1,413
მეოთხე	52.4	45.2	2.4	100.0	1,037
უმაღლესი	57.8	39.8	2.4	100.0	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა					
ქართველი	54.2	42.7	3.1	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	33.3	51.2	15.5	100.0	276
სომეხი	60.1	33.5	6.4	100.0	364
სხვა	47.0	49.8	3.2	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები					
კი	58.7	39.3	1.9	100.0	716
არა	52.6	43.3	4.1	100.0	5,576

ცხრილი 11.4.2 შეხედულება კონტრაცეფციული საშუალებების შესახებ ინფორმაციის საუკეთესო წყაროს თაობაზე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, დამატებითი ინფორმაციის მიღების მსურველ 15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	კონტრაცეფციაზე ინფორმაციის საუკეთესო წყარო								სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	გინეკოლოგი	რადიო ტვიზია	ჟურნალ გაზეთები	წიგნები	მეგობრები კოლეგები	ინტერნეტი	დედა	სხვა წყარო		
სულ	51.5	19.8	9.6	8.9	2.6	2.6	1.9	3.2	100.0	3,441
საცხოვრებელი ადგილი										
თბილისი	54.6	15.9	7.7	10.5	2.4	4.6	2.1	2.3	100.0	776
სხვა ქალაქი	51.0	20.5	11.8	6.6	2.1	3.6	1.7	2.5	100.0	893
სოფელი	49.9	21.8	9.4	9.2	2.9	0.7	1.8	4.2	100.0	1,772
ქორწინების სტატუსი										
გათხოვილი	61.1	17.6	8.4	7.0	1.7	1.4	0.1	2.6	100.0	2,277
წინათ გათხოვილი	59.0	14.0	4.9	12.3	5.0	3.2	0.0	1.6	100.0	108
გაუთხოვარი	35.1	24.1	11.9	11.7	3.7	4.3	5.0	4.4	100.0	1,056
ასაკობრივი სგუფი										
15–19	36.6	22.6	10.4	9.8	4.8	4.1	6.4	5.4	100.0	549
20–24	51.5	20.3	9.5	8.6	2.1	3.8	1.4	2.9	100.0	767
25–34	60.4	18.1	8.5	6.8	1.6	1.7	0.6	2.4	100.0	1,383
35–44	51.6	19.4	10.6	11.9	2.5	1.1	0.2	2.7	100.0	742
განათლების დონე										
საშუალო არასრული	41.0	23.6	7.5	9.5	4.0	2.7	5.0	6.8	100.0	620
საშუალო სრული	52.8	21.4	11.0	6.6	3.6	1.3	1.3	1.9	100.0	895
ტექნიკუმი	53.6	22.0	8.9	10.8	2.1	0.2	0.6	1.7	100.0	496
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	55.1	16.3	9.9	9.4	1.3	4.1	1.2	2.7	100.0	1,430
ქონებრივი კვინტილი										
ქვედაზე დაბალი	43.4	23.2	11.5	8.9	3.7	0.1	2.7	6.4	100.0	542
მეორე	51.2	22.8	7.4	9.2	3.0	1.2	1.8	3.6	100.0	747
საშუალო	54.0	20.8	10.4	8.3	2.4	0.9	0.6	2.7	100.0	792
მეოთხე	53.6	19.5	10.7	7.2	1.8	2.6	2.2	2.5	100.0	572
უმაღლესი	52.4	15.7	8.7	10.2	2.4	5.9	2.4	2.3	100.0	788
დასაქმება										
დასაქმებულია	49.3	18.7	11.1	13.0	2.3	3.2	0.4	2.1	100.0	763
არაა დასაქმებული	52.1	20.1	9.2	7.8	2.6	2.4	2.3	3.5	100.0	2,678
ეთნიკური										
ქართველი	51.5	19.4	9.9	9.1	2.4	2.8	2.0	3.0	100.0	3,036
აზერბაიჯანელი	56.1	24.6	4.4	0.9	2.6	0.0	0.9	10.4	100.0	93
სომეხი	51.1	22.4	7.6	10.4	3.7	0.5	1.9	2.5	100.0	235
სხვა	48.3	21.7	9.9	7.6	6.4	3.4	0.0	2.7	100.0	77
ოდესმე გამოუყენებია კონტრაცეპტივები										
კი	60.9	17.2	9.0	7.1	1.8	1.8	0.1	2.1	100.0	1,736
არა	43.6	22.1	10.0	10.4	3.2	3.2	3.4	4.1	100.0	1,705

ცხრილი 11.4.3 შეხედულებები რადიოთი ან ტელევიზიით კონტრაცეფციული მეთოდების შესახებ ინფორმაციის გავრცელების თაობაზე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	"უნდა იყოს თუ არა კონტრაცეპციული მეთოდების შესახებ ინფორმაცია გადაცემული რადიოთი ან ტვ-იზიით?"			სულ	შემთხვ. #
	კი	არა	არ იცის		
სულ	67.1	26.7	6.1	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგ.					
თბილისი	71.9	24.6	3.5	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	72.3	23.5	4.2	100.0	1,549
სოფელი	61.6	29.7	8.7	100.0	3,317
ქორწინების სტატ.					
გათხოვილი	68.5	25.1	6.4	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	59.5	34.6	5.9	100.0	389
გაუთხოვარი	66.3	27.9	5.8	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	65.2	27.0	7.8	100.0	861
20–24	71.8	21.9	6.3	100.0	1,099
25–34	69.2	24.8	6.1	100.0	2,359
35–44	63.2	31.7	5.1	100.0	1,973
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	55.9	32.0	12.1	100.0	1,330
საშუალო სრული	67.3	26.7	6.0	100.0	1,568
ტექნიკუმი	69.4	26.6	4.0	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	72.8	23.8	3.5	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	56.1	31.7	12.2	100.0	1,093
მეორე	61.6	30.4	8.0	100.0	1,385
საშუალო	69.2	25.4	5.4	100.0	1,413
მეოთხე	68.9	26.7	4.4	100.0	1,037
უმაღლესი	74.5	22.3	3.2	100.0	1,364
დასაქმება					
დასაქმებულია	72.1	24.8	3.0	100.0	1,410
არაა დასაქმებული	65.8	27.2	7.0	100.0	4,882
ეთნიკური წარმომავლობა					
ქართველი	69.0	26.7	4.3	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	34.5	36.6	29.0	100.0	276
სომეხი	72.0	16.2	11.9	100.0	364
სხვა	59.9	29.4	10.7	100.0	164
ოდესმე გამოუყენებია ორალური კონტრაცეპცია					
კი	71.7	24.7	3.6	100.0	716
არა	66.6	26.9	6.4	100.0	5,576

თავი 12

მოსაზრებები და ცოდნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში მოიცავდა კითხვებს, რომლებიც აღწერს ქალის ცოდნას, დამოკიდებულებას და მოსაზრებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთ საკითხზე. კვლევის შედეგების მიხედვით ქალთა მოსაზრება ბავშვების იდეალურ რაოდენობაზე 11 წლის განმავლობაში (1999 – 2010) სტაბილური რჩება და ის სამის ტოლია. სწორი ცოდნა ძუძუთი კვების კონტრაცეპტულ ეფექტზე გაიზარდა 1999 წლიდან, მაშინ როცა პროპორცია ქალებისა, რომლებმაც სწორად იციან, თუ როდის არის დაორსულების ყველაზე დიდი ალბათობა მენსტრუალური ციკლის პერიოდში, ოდნავ შემცირდა. ქალების შეხედულებები ხელოვნურ აბორტზე ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან ხანგრძლივი დროის მანძილზე საქართველოში აბორტი განიხილებოდა არასასურვლი ფეხმძიმობის შეწყვეტის მთავარ საშუალებად. საქართველოში, ისევე როგორც სხვა ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, კვლავაც ფართოდაა აღიარებული, რომ ქალის უფლებაა, თვითონ გადაწყვიტოს საკუთარი ფეხმძიმობის გამოსავალი აბორტის ჩათვლით. საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად ხელოვნური აბორტი ნებადართულია თუ ფეხმძიმობა არ სცდება 12 კვირას. 2011 წლის იანვარში ახალი კანონი იყო შემაღებული, რომლის მიხედვითაც გინეკლოგებმა აბორტზე საუბარი უნდა ჩაუტარონ იმ ფეხმძიმე ქალებს, რომლებსაც სურთ აბორტის გაკეთება; ხოლო სამი დღის შემდეგ, თუ ქალმა მაინც არ გადაიფიქრა, მას შეუძლია აბორტის გაკეთება. ეს წესები კრძალავს აბორტს 12 კვირის შემდეგ, ისევე როგორც აბორტის რეკლამირებას.

12.1 ოჯახის სასურველი სიდიდე

ყველა რესპონდენტმა აღნიშნა საკუთარი მოსაზრება საქართველოში ახალგაზრდა ოჯახისათვის შვილების იდეალური რაოდენობის შესახებ. გამოკითხული ქალების თითქმის ორმა მესამედმა (67%) აღნიშნა, რომ ახალგაზრდა წყვილს უნდა ყავდეს ორი ან სამი შვილი, 47%-მა კი უპირატესობა სამ შვილს მიანიჭა. გამოკითხულ ქალთა 10%-მა მიუთითა, რომ ახალგაზრდა წყვილს უნდა ჰყავდეს რაც შეიძლება მეტი შვილი, ხოლო 6%-ის აზრით, ახალგაზრდა წყვილს უნდა ჰყავდეს იმდენი შვილი, რამდენსაც ღმერთი მისცემს (ცხრილი 12.1). მიღებული შედეგები დიდად არ განსხვავდებოდა სხვადასხვა ქვეჯგუფებს შორის, გარდა იმისა, რომ აზერბაიჯანელი ქალების 17%-მა უპასუხა, რომ "რაც შეიძლება მეტი", მაშინ როცა სომეხი ქალები იშ-

ვიათად პასუხობდნენ ასე და მათი 30% მხარს უჭერდა ორი შვილის ყოლას.

და კიდევ, იდეალური რაოდენობა კიდევ უფრო მაღალი იყო იმ ქალების პასუხებში, რომლებსაც უკვე ჰყავდათ სამი ან მეტი შვილი, რაც ალბათ, მათ ცხოვრებისეულ გამოცდილებას ასახავს. მხოლოდ 7% მიემხრო ორი ბავშვის იდეალს, მაშინ როდესაც 77%-მა უპირატესობა მიანიჭა სამ, ხუთ ან მეტ შვილს, ხოლო კიდევ 14%-მა აირჩია პასუხები "იმდენი, რამდენსაც ღმერთი მოგვცემს" ან "რაც შეიძლება მეტი". ეს მონაცემები შეადგენდა 64% და 13% შესაბამისად იმ ქალებს შორის, რომლებსაც კვლევის პერიოდისთვის ორი ცოცხალი შვილი ჰყავდათ.

12.2 ცოდნა მენსტრუალური ციკლის შესახებ

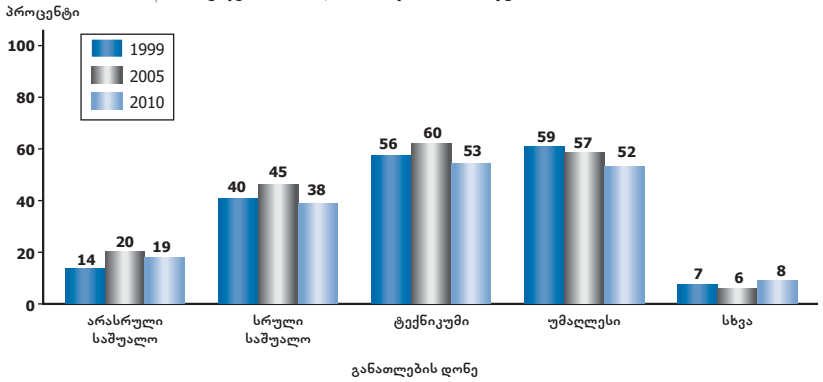
რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ მათ მოსაზრებას - მენსტრუალური ციკლის დროს ორსულად დარჩენის ალბათობა როდის იყო ყველაზე მაღალი.

როგორც მოცემულია ცხრილში 8.2.1, საქართველოში ქორწინებაში მყოფ ქალთა დაახლოებით 21% კონტრაცეფციის ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავს, როგორიცაა შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და რიტმული მეთოდი. აღნიშნული მეთოდების ეფექტურობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად სწორად იცის ქალმა მენსტრუალური ციკლის ის პერიოდი, როცა ორსულად დარჩენის ალბათობა ყველაზე მაღალია.

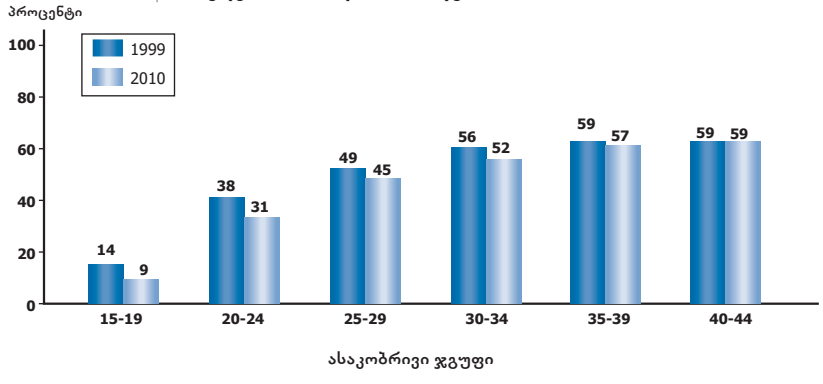
რესპონდენტების მხოლოდ 41%-მა მიუთითა სწორად, რომ დაორსულების რისკი ყველაზე მაღალია ორ მენსტრუალურ ციკლს შორის, შუა პერიოდში. გათვითცნობიერებულობა ყველაზე მაღალი იყო ქალაქად და ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის და იზრდებოდა ასაკის, განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად. ის შესამჩნევად დაბალი იყო სამ ჯგუფში: ახალგაზრდა, უშვილო და გაუთხოვარი ქალების ჯგუფში; ყველა მათგანს უკვე ჰქონდა მენსტრუალური ციკლი წლების განმავლობაში, მაგრამ რიტმული მეთოდი ჯერ კიდევ არ ყოფილა მნიშვნელოვანი მათთვის. აღსანიშნავია, რომ უმაღლესი განათლების მქონე ქალების მხოლოდ ნახევარმა უპასუხა კითხვაზე სწორად.

მთლიანობაში, ქალების 27%-მა არ იცოდა, დაორსულების რისკი როდისაა მაღალი, თუმცა, მნიშვნელოვანი ვარიაციებით. და ისევ, ყველაზე ახალგაზრდა ქალების, გაუთხოვარი ქალების და უშვილო ქალების, ისევე როგორც ნაკლებად განათლებული და აზერბაიჯანელი ქალების ნახევარმა აღნიშნულ კითხვაზე გასცა პასუხი: "არ ვიცი" (ცხრილი 12.2); ეს შედეგები ნამდვილად დრამატულია და ასახავს სქესობრივი განათლების გაუმჯობესების აუცილებლობას.

სურათი 12.2.1 **სწორი ცოდნა დაორსულების სავარაუდო პერიოდზე მენსტრუალური ციკლის დროს, განათლების დონის მიხედვით 1999, 2005 და 2010 წლები**



სურათი 12.2.2 **სწორი ცოდნა დაორსულების სავარაუდო პერიოდზე მენსტრუალური ციკლის დროს, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 1999 და 2010 წლები**



ბოლო პერიოდის ტენდენციები იმის ცოდნის შესახებ, თუ როდისაა დაორსულების რისკი ყველაზე მაღალი, საკმაოდ იმედის გამაცრუებელია. სწორი პასუხის პროცენტული მაჩვენებელი შემცირდა 2005 წლიდან 2010 წლამდე განათლების ნებისმიერი დონის მქონე რესპონდენტებში, მიუხედავად იმისა, რომ 1999 წლიდან 2005 წლამდე პერიოდში გათვითცნობიერება ამ კუთხით გაზრდილი იყო (სურათი 12.2.1.). ცოდნის დონე ასევე შემცირდა 1999-დან 2010 წლამდე ყველა ასაკობრივი ჯგუფსა და, განსაკუთრებით მკვეთრად - 15-19 და 20-24 წლის ახალგაზრდა ქალებში (სურათი 12.2.2). ნორმალურია, რომ მენსტრუალური ციკლის შესახებ სწორი ცოდნა პოზიტიურ კორელაციაშია განათლებასთან, ასაკთან, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობასთან, ქორწინების სტატუსთან, სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან, ქალაქში ცხოვრებასთან, მაგრამ დონეები ძალიან დაბალია და ტენდენცია კი — ნეგატიური. ზოგიერთი ეს მომენტი შეიძლება აიხსნას იმით, რომ საგანმანათლებლო საქმიანობა, რომელიც მიმართულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის ამაღლებისკენ, დაბრკოლებებს აწყდება საზოგადოების კონსერვატიული ელემენტების მხრიდან; ამასთან, კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდები იცვლება თანამედროვე მეთოდებით და ამ პირობებში ქალები ნაკლებად ფიქრობენ ორსულად დარჩენის რისკზე (15-44 წლის გათხოვილ ქალებში თანამედროვე მეთოდების გამომყენებელთა პროპორცია გაიზარდა 1999-დან 2005-მდე და შემდეგ 2010-მდე, 20%-დან 27%-მდე და 35%-მდე; მაშინ როცა, ტრადიციული მეთოდების გამომყენებელთა ხვედრითი წილი შეადგენდა 21%, 21% და 19% შესაბამისად).

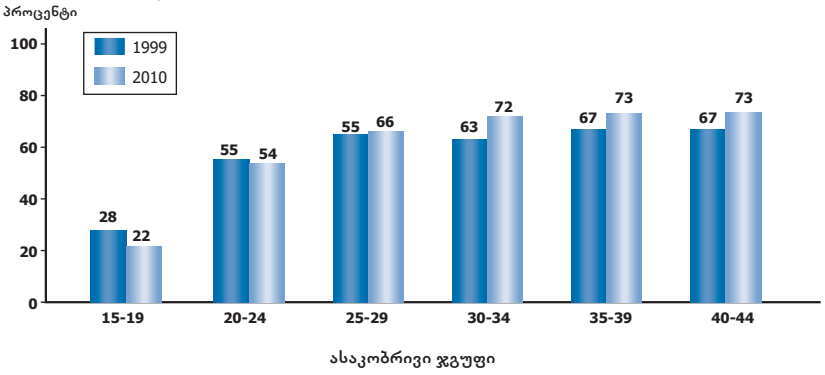
12.3 ცოდნა ძუძუთი კვების ფერტილობაზე გავლენის შესახებ

რესპონდენტები გამოკითხული იყვნენ მათი შეხედულების შესახებ, ძუძუთი კვება ზრდის, ამცირებს თუ საერთოდ არანაირი გავლენა არა აქვს დაორსულებაზე; ქალების დაახლოებით ორმა მესამედმა (59%) სწორად იცოდა, რომ ძუძუთი კვების დროს დაორსულების რისკი მცირდება (ცხრილი 12.3). თუმცა 23%-მა არ იცოდა, თუ რა გავლენა შეიძლება ჰქონდეს ძუძუთი კვებას შობადობაზე და ასეთი ქალების ხვედრითი წილი მაღალი იყო გაუთხოვარ ქალებში, ახალგაზრდა ქალებსა და უშვილო ქალებში, დაბალი განათლებისა და აზერბაიჯანული წარმომავლობის ქალებში. მეორე მხრივ, "არ ვიცი"-ს პროცენტული მაჩვენებელი იყო ყველაზე დაბალი (8%) და სწორი პასუხები მაღალი (73%) იმ ჯგუფში, რომელთათვისაც ძუძუთი კვება რელევანტურია - ამჟამად გათხოვილთა ჯგუფში.

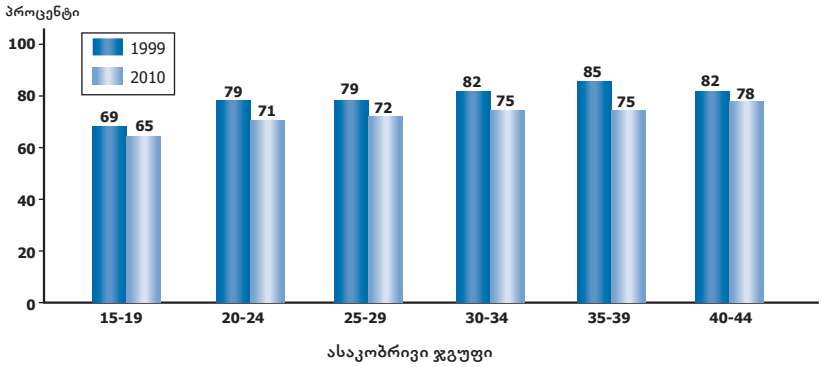
სწორი პასუხები შესამჩნევად მაღალი იყო 25 წლის ასაკის ზემოთ (სურათი 12.3) და განათლების უმაღლესი დონის მქონე ორ ჯგუფში. განსხვავებები მცირე იყო ქალებში საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსიის მიხედვით.

1999 წელთან შედარებით, იმ ქალების პროცენტული თანაფარდობა, რომლებიც სწორედ უთითებდნენ ძუძუთი კვების კონტრაცეფციული ეფექტის შესახებ, 56%-დან 69%-მდე გაიზარდა, მაგრამ ის სამი პროცენტით ჩამოუვარდება 2005 წლის მაჩვენებელს. ამასთან, იმ ქალთა ხვედრითი წილი, რომლებმაც არ იცოდნენ ძუძუთი კვება ახდენს თუ არა გავლენას ფერტილობაზე, შეიცვალა 25%-დან 1999 წელს 19%-მდე 2005 წელს და 23%-მდე 2010 წელს. დროში ტენდენციის ეს ისეთივე მაგალითია, როგორიც მენსტრუალური ციკლის დროს დაორსულების მაღალი რისკის პერიოდის შესახებ ცოდნასთან დაკავშირებით (იხ. ზემოთ) გამოვლინდა, რომელიც 1999-დან 2005 წლამდე იზრდებოდა და შემდგომ 2010 წლისათვის შემცირდა. ამის ახსნა გარკვეულწილად შეიძლება ძუძუთი კვების უპირატესობის ამსახველი ინტენსიური და ეფექტური საინფორმაციო კამპანიით, რომელიც განხორციელდა 1995-2004 წლებში. ამჟამად, როგორც 12.2 და 12.3 ცხრილები უჩვენებენ, სქესობრივი განათლების თვალსაზრისით ძალისხმევა უფრო ენერგიულად უნდა იყოს

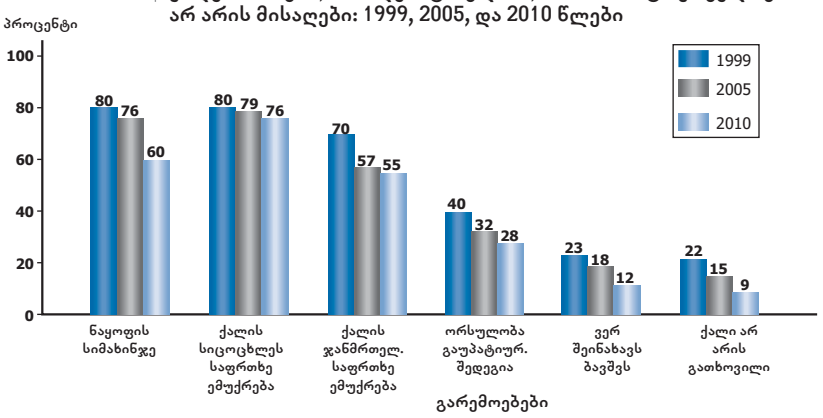
სურათი 12.2.3 **სწორი ცოდნა იმისა, რომ ძუძუთი კვება ამცირებს ქალის დაორსულების ალბათობას ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით: 1999 და 2010 წლები**



სურათი 12.4.1 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ასკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რომლებიც თვლიან, რომ აბორტი ყოველთვის მისაღებია: 1999 და 2010 წლები



სურათი 12.4.2 გარემოებები, როდესაც აბორტი მისაღებია იმ 15-44 წლის ქალებისათვის, რომლებიც თვლიან, რომ აბორტი ყოველთვის არ არის მისაღები: 1999, 2005, და 2010 წლები



მიმართული 15-24 წლის ასაკის ქალების, აზერბაიჯანელი ქალების და განათლების დაბალი დონის მქონე ქალების (საშუალო, საშუალო არასრული ან ნაკლები) მიმართ.

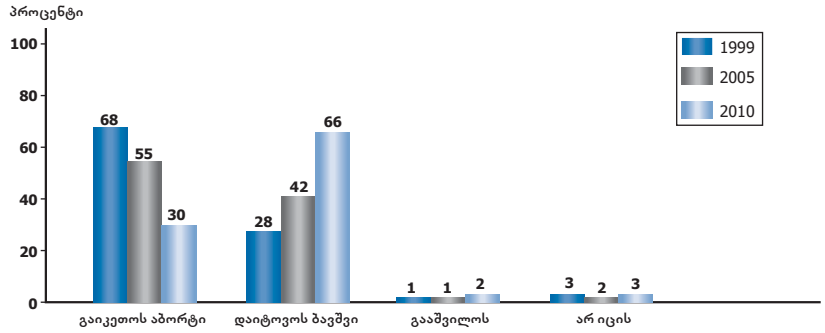
12.4 მოსაზრებები იმის შესახებ, თუ რამდენად მისაღებია აბორტი

აბორტის შესახებ შეხედულებების გამოსავლენად რესპონდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ შემდეგ კითხვაზე: "ქალს ყოველთვის აქვს თუ არა უფლება, პირადად მიიღოს გადაწყვეტილება ორსულობის გამოსავლის ან მისი ხელოვნურად შეწყვეტის (აბორტის) შესახებ?" რესპონდენტებს, რომლებმაც თქვეს „არა", შემდეგ ჰკითხეს, თუ რა კონკრეტულ გარემოებაში იქნებოდა აბორტი მისაღები (ცხრილი 12.4.1). მთლიანობაში, გამოკითხულთა 72%-მა მიუთითა, რომ ქალს ყოველთვის უნდა გააჩნდეს უფლება, თვითონ მიიღოს გადაწყვეტილება ორსულობის გამოსავალზე, მათ შორის აბორტის გაკეთებაზე. ქალების მხოლოდ 3% ორსულობის ნებისმიერ გარემოებაში ხელოვნური შეწყვეტის წინააღმდეგი იყო.

მოსაზრება - აბორტი „ყოველთვის" მისაღებია - იზრდებოდა ასაკისა და შვილების რაოდენობის შესაბამისად. განათლების დონისა და სოციალურ- ეკონომიკური სტატუსის, ისევე როგორც საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით პასუხები საკმაოდ არარეგულარული იყო. ყველა ქვეჯგუფში გამოვლინდა მაღალი მაჩვენებელი ამ თვალსაზრისით, მაგრამ ისინი, რომლებიც ნაკლებად ეთანხმებოდნენ მოსაზრებას — „ყოველთვის" — მოიცავდნენ 15-დან 19 წლის ასაკამდე გოგონებს (65%), გაუთხოვარ ქალებს (66%), თბილისში მცხოვრებ ქალებს (66%) და უშვილო ქალებს (66%). ისინი, ვინც აცხადებდნენ საპირისპიროს, რომ აბორტი არასდროს იყო მისაღები, ოთხ პროცენტზე ნაკლები იყო ყველა ქვეჯგუფში, ხოლო „არ ვიცი"-ს ხვედრითი წილი თითქმის უმნიშვნელო იყო.

იმ რესპონდენტების ხვედრითი წილი, რომლებიც აცხადებდნენ, რომ აბორტი მისაღებია მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებში, ვარირებდა 24%-იანი საშუალო მაჩვენებლის გარშემო და იყო მაღალი იმავე სამ ჯგუფში, რომლებიც ამ კვლევაში ხშირად მსგავს პასუხებს იძლეოდნენ: ყველაზე ახალგაზრდა ქალები, გაუთხოვარი და უშვილო ქალები. ყოველ ჯგუფში დაახლოებით 30% მხარს უჭერდა მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებში ჩატარებულ აბორტს. ამავე მოსაზრებას ემხრობოდა თბილისელ ქალთა 31%. ზოგადად, პროცენტული მაჩვენებელი იზრდებოდა სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის შესაბამისად, გარდა უმაღლესი დონის წინა კვინტილისა.

სურათი 12.4.3 შეხედულებები იმის შესახებ, თუ რა უნდა გააკეთოს ქალმა, თუ ორსულობა არასასურველია, 15-44 წლის ქალებს შორის: 1999, 2005 და 2010 წლები



რესპონდენტებს, რომლებმაც განაცხადეს, რომ აბორტი მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებშია მისაღები, ეძლეოდათ შესაძლო გარემოებების ჩამონათვალი და უნდა განესაზღათ, თუ რამდენად მისაღებია თითოეული მათგანი „კი“, „არა“, „გააჩნია“, ან „არ ვიცი“ პასუხებით. გამოვლინდა სამი მთავარი მიზეზი, რომლის გამოც ფეხმძიმე ქალს შეუძლია გაიკეთოს აბორტი (12.4.2) : ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი (77%) იყო იმ შემთხვევაში, როცა ორსულობა საფრთხის ქვეშ აყენებს დედის სიცოცხლეს, რასაც მოსდევდა (60%) ჩანასახის ფიზიკური ნაკლის არსებობა და მესამე ადგილზე იყო გარემოება, როდესაც ორსულობამ შეიძლება საფრთხის ქვეშ დააყენოს ქალის ჯანმრთელობა (55%). ერთ მესამედზე ნაკლები (29%) მიიჩნევდა აბორტს მისაღებად, თუ ორსულობა გაუპატიურების შედეგი იყო. შემწყნარებლობის ყველაზე დაბალი დონე დაფიქსირდა მაშინ, როცა აბორტის გამოყენება განპირობებული იყო იმით, რომ წყვილს მატერიალურად არ შეუძლია შეინახოს შვილი (11%) ან წყვილის სურვილით, არ იყოლიოს მეტი შვილი (7%) ან როცა ორსული არ იმყოფება ქორწინებაში (9%). ზოგადად, ამ პროცენტების საპირისპირო მაჩვენებლები აღმოჩნდა „მიუღებელია“ კატეგორიაში, რადგან ხვედრითი წილი იმ პირებისა, ვინც განაცხადა „ეს დამოკიდებულია“ იყო მხოლოდ 5% და 8%, ხოლო „არ ვიცი“-ს პროპორცია იყო 4%-ზე დაბლა, ერთი გამონაკლისის გარდა.

ამრიგად ნათელია, რომ ქალთა უმრავლესობისათვის აბორტი მისაღებია, თუ ორსულობა საფრთხის ქვეშ აყენებს ქალის სიცოცხლეს — მნიშვნელობა არა აქვს, ქალთა რომელ ქვეჯგუფს განვიხილავთ (ცხრილი 12.4.3). იგივე ითქმის ფიზიკური ნაკლის მქონე ჩანასახის შემთხვევაში პროცენტულ მაჩვენებლებზეც - საშუალო მაჩვენებლით 69%; ხოლო ყველაზე დაბალი პროცენტული მაჩვენებლები (56%-57%) გამოვლინდა ისეთი ჯგუფებისათვის, როგორიცაა ყველაზე ახალგაზრდა ქალები, ქორწინებაში არ მყოფი ქალები და უშვილო ან ის ქალები, რომელთაც სამი ან მეტი შვილი ჰყავთ. ქართველ ქალებთან შედარებით, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები ორჯერ უფრო ხშირად თვლიან აბორტს მისაღებად, თუ ქალი გათხოვილი არ არის. აქ ალბათ, ამ საკითხზე ტრადიციული შეხედულებების გავლენა ჩანს.

ყველა რესპონდენტი, მიუხედავად მათი შეხედულებისა ქალის უფლებებზე თავისი ორსულობის გამოსავლის გადაწყვეტასთან დაკავშირებით, პასუხობდა შემდეგ კითხვას: “თუ ქალი თავისი სურვილის საწინააღმდეგოდ დაორსულდა, მან უნდა შეინარჩუნოს ბავშვი, გააშვილოს იგი თუ გაიკეთოს აბორტი?” როგორც მოცემულია ცხრილში 12.4.4, რესპონდენტთა დაახლოებით მესამედმა უპასუხა, რომ უნდა გაიკეთოს აბორტი, ხოლო ორი მესამედი თვლის, რომ ქალმა უნდა გააჩინოს ბავშვი და გაზარდოს იგი. რესპონდენტთა მხოლოდ 2 %-მა მიუთითა, რომ ქალმა უნდა გააჩინოს ბავშვი და გააშვილოს. ეს ადასტურებს, რომ საქართველოში არასასურველი ორსულობისას, რეპროდუქციული ასაკის ქალების დიდი წილი (ორი მესამედი) თვლის, რომ ორსულობა ბავშვის გაჩენით უნდა დასრულდეს, ხოლო დანარჩენის აზრით, არასასურველი ორსულობის გამოსავალი აბორტია. ისინი, ვინც უარყოფითად იყვნენ აბორტის მიმართ განწყობილნი, იყვნენ ისევ და ისევ რესპონდენტთა ის ნაცნობი სამეული, რომლებიც არასდროს ყოფილან გათხოვილნი, 15-დან 19 წლამდე ახალგაზრდა ქალები და ქალები, რომლებსაც არ ჰყავდათ ცოცხალი შვილები, ანუ ჯგუფები, რომლებსაც ბევრი საერთო გააჩნიათ. უმაღლესი განათლების მქონე ქალებიც ნაკლებად ეთანხმებოდნენ არასასურველი ორსულობის აბორტით შეწყვეტას.

მეტად საყურადღებო შედეგია აბორტის მომხრეთა მაღალი ხვედრითი წილი აზერბაიჯანელ, სომეხ და „სხვა“ ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს შორის - 52%, 39% და 49% შესაბამისად. ესეც ალბათ, ტრადიციული კულტურის გავლენისა და, გარკვეულწილად, სიღარიბის შედეგია.

2005 წლის შემდგომი ტენდენცია უჩვენებს,

რომ პროპორცია იმ ქალებისა, რომლებსაც სჯერათ, რომ აბორტი ყოველთვის მისაღებია, 10%-ით დაბალია, ვიდრე 2005 წელს (72.4% წინააღმდეგ 81.7%-სა 2005 წელს). ეს შედეგი ბალანსირდება იმ რესპონდენტთა ხვედრითი წილის 8%-ით გაზრდით, რომლებიც ამტკიცებდნენ აბორტის მისაღებობას მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებში (24.2%, 15.9%-ის წინააღმდეგ 2005 წელს).

იმ რესპონდენტთა ხვედრითი წილის შემცირება, რომლებიც მიიჩნევდნენ, რომ აბორტი ყოველთვის მისაღებია, ნაჩვენებია 12.4.1 სურათზე, საიდანაც ჩანს, რომ 1999 და 2010 წლების კვლევების შედეგების მიხედვით შემცირებას ადგილი ჰქონდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ასეთი შემცირების მაჩვენებელი სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში 4-დან 10%-მდე ვარირებდა.

პროცენტული მაჩვენებლების შესამჩნევ შემცირებას ადგილი ჰქონდა იმ ჯგუფებში, რომლებიც მიიჩნევდნენ, რომ აბორტი გამართლებულია სხვადასხვა გარემოებების დროს (სურათი 12.4.2). ყოველ ასეთ გარემოებასთან დაკავშირებით ადგილი აქვს იმ რესპონდენტთა პროცენტული მაჩვენებლების სისტემატურ, მკვეთრ შემცირებას 1999-დან 2005-მდე და 2010 წლამდე, რომლებიც ამტკიცებდნენ, რომ აბორტი მისაღებია გარკვეულ გარემოებებში.

ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოცემულია სურათზე 12.4.3. 38%-ით (68%-დან 30%-მდე) შემცირდა იმ რესპონდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც თვლიან, რომ არასასურველი ორსულობისას ქალმა უნდა მიმართოს აბორტს. ამასთან, 38 პუნქტით (28%-დან 66%-მდე) გაიზარდა პროპორცია იმ ქალებისა, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ ორსულმა უნდა შეინარჩუნოს ბავშვი. ეს შედეგები საზოგადოებრივი აზროვნების უმნიშვნელოვანესი ძვრებია და მით უფრო სარწმუნოა, რამდენადაც ასეთ ცვლილებებს ადგილი ჰქონდა ყოველ 5 წლიან პერიოდში. აღნიშნული ტენდენციები უეჭველად უნდა იქნას აღქმული, როგორც პოზიტიური.

12.5 მიდგომები და მოსაზრებები ოჯახისა და რეპროდუქციული როლის შესახებ

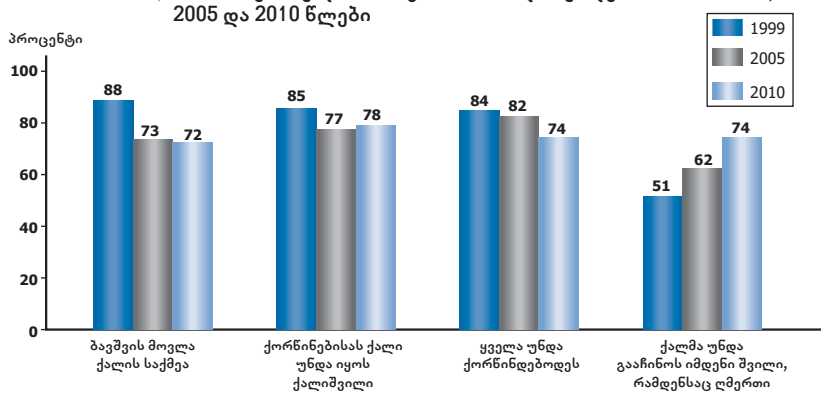
ყველა რესპონდენტი პასუხობდა კითხვაზე, ეთანხმებოდნენ თუ არა ისინი განცხადებებს, რომლებიც ასახავდა ქალთა უფლებებს, პასუხისმგებლობებს და მათ რეპროდუქციულ როლს ოჯახში.

მთლიანობაში, რესპონდენტთა 74%-ს მიაჩნია, რომ "ყველა ქალი უნდა ქორწინდებოდეს" (ცხრილი 12.5.1). ეთნიკურ ჯგუფებს შორის, აზერბაიჯანელმა ქალებმა ამ მტკიცებულებას ყველაზე მეტად დაუჭირეს მხარი (89%). ადრე ქორწინებაში მყოფი ქალები უფრო ნაკლებად უჭერდნენ მხარს საყოველთაო ცოლ-ქმრობის აუცილებლობას (65%), გათხოვილ ქალებთან (76%) და იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც არასოდეს ყოფილან გათხოვილი (74%) ; მნიშვნელოვან განსხვავებას ჰქონდა ადგილი თბილისში მცხოვრებ ქალებსა და (65%) და თბილისს გარეთ მცხოვრებ ქალებს შორის (74%). თანხმობის მაჩვენებელი იზრდებოდა ბავშვების რაოდენობის ზრდასთან ერთად, მაგრამ ასევე რეგულარულად მცირდებიდა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ზრდასთან ერთად.

რესპონდენტთა დაახლოებით ოთხი მეხუთედი (78%) ეთანხმებოდა იმ მოსაზრებას, რომ „ქალი უნდა იყოს ქალწული გათხოვებისას". ამ აზრს უფრო ხშირად იზიარებდნენ ის ქალები, რომლებიც ცხოვრობენ თბილისის გარეთ, 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალები, სამი ან მეტი შვილის დედები, ნაკლებად განათლებული და დაბალი და საშუალო შეძლების მქონე ქალები, ისევე როგორც აზერბაიჯანელი და სომეხი რესპონდენტები.

ზოგადად, ქალების 72%-ს მიაჩნია, რომ "ბავშვის მოვლა ქალის საქმეა" (სურათი 12.5.1). ქვეჯგუფების მახასიათებლები ძირითადად მსგავსია იმათი, რომლებიც მხარს უჭერენ ქალწულობის ინსტიტუტს. სოფლად მცხოვრები ქალები, მრავალშვილიანები, განათლების დაბალი დონის და დაბალი სოციალურ-ეკონომი-

სურათი 12.5.1 **რეპროდუქციულ ნორმებთან დაკავშირებულ სხვადასხვა მოსაზრებაზე დათანხმება 15-44 წლის ქალებს შორის: 1999, 2005 და 2010 წლები**



კური სტატუსის მქონე ქალები, ისევე როგორც სომეხი და აზერბაიჯანელი ქალები, უფრო ხშირად ემხრობოდნენ ამ მოსაზრებას.

სხვა საკითხთან დაკავშირებით, რესპონდენტების 74% დაეთანხმა აზრს რომ „ქალს უნდა ჰყავდეს იმდენი შვილი, რამდენსაც ღმერთი მისცემს“. ამ ტრადიციული დამოკიდებულებისადმი თანხმობის ხვედრითი წილი მაღალი იყო იმ ქალებში, რომლებიც არასოდეს ყოფილან გათხოვილი, ისევე როგორც 15-24 წლის ასკის ქალებში, უშვილოებში, განათლების უმაღლესი დონის მქონე და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მეოთხე დონეზე მყოფ ქალებში. აზერბაიჯანელი, სომეხი და სხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლები გამოირჩეოდნენ ამ საკითხისადმი დაბალი მხარდაჭერით, რაც სრულიად შესაბამისია მათ მიერ აბორტის მხარდაჭერის მაღალი მაჩვენებლისა, როგორც ეს ვნახეთ ზემოთ. სხვა მახასიათებლები მეტნაკლებად არარეგულარულია და მათი ახსნა ცოტა რთულია. სავარაუდოა, რომ ბოლო პერიოდში მორწმუნე ქალები თითქმის თანაბრად არიან წარმოდგენილნი საზოგადოების ყველა ფენაში.

რესპონდენტები პასუხობდნენ ოთხ დამატებით კითხვაზე (დაორსულების რისკი პირველი სქესობრივი კავშირისას; სქესობრივ კავშირზე უარის თქმა, თუ ქმარს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია გააჩნია; რამდენად მისაღებია სთხოვო ქმარს, იხმაროს კონდომი, თუ მას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია აქვს, და უნდა დაემორჩილოს თუ არა კარგი ცოლი ქმარს). დიდი უმრავლესობა (84%) დაეთანხმა აზრს, რომ ქალი შეიძლება დაორსულდეს პირველი სქესობრივი კავშირის დროს. ქვეჯგუფები, რომლებიც ყველაზე ნაკლებად დაეთანხმნენ ამ აზრს (73% ან ნაკლები), იყვნენ 15-24 წლის ქალები, ქალები, რომლებიც არასდროს ყოფილან გათხოვილი, უშვილო ქალები და არასრული საშუალო და განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალები (ცხრილი 12.5.1.).

რესპონდენტთა უმრავლესობა (76%) იყო იმ აზრისა, რომ „ქალს შეუძლია სქესობრივ ურთიერთობაზე უარის თქმა, თუ ქმარს აქვს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია“ და რომ „ცოლს შეუძლია მოსთხოვოს ქმარს იხმაროს კონდომი, თუ მას აქვს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია“ (74%). ქალები, რომლებიც არასდროს ყოფილან გათხოვილი, 15-24 წლის ქალები, არასრული საშუალო ან განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალები, ისევე როგორც აზერბაიჯანელი ქალები, ყველაზე ნაკლებად იზიარებდნენ ამ მოსაზრებებს. თბილისში მცხოვრები ქალების უმეტესობა (81%) თვლიდა, რომ „ქალს შეუძლია მოსთხოვოს ქმარს იხმაროს კონდომი“, როცა სოფლად მცხოვრები ქალების მხოლოდ 68% დაეთანხმა ამ წინადადებას. ორივე კითხვას ნაკლებად დაეთანხმნენ გაუთხოვარი, ახალგაზრდა და უშვილო ქალთა ჯგუფები, ისევე როგორც აზერბაიჯანული და სომხური ჯგუფები. თანხმობის მაჩვენებელი მცირდებოდა განათლების დონის და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის შემცირებასთან ერთად. ზოგადად, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების ცოდნა კორელაციაშია განათლების დონესთან და, გარკვეულწილად, ცხოვრებისეულ გამოცდილებასთან; ამიტომ, განათლების დაბალი დონის მქონე პირები უნდა განიხილებოდნენ როგორც საგანმანათლებლო საქმიანობის ჩატარების ფოკუს-ჯგუფები. მათ აგრეთვე ესაჭიროებათ სპეციალური პროგრამები, რომლებიც მიმართული იქნება სქესობრივ პარტნიორებთან მათი კომუნიკაციის გაუმჯობესებისკენ.

ყველა რესპონდენტმა გამოხატა თავისი დამოკიდებულება მტკიცებულებისადმი „კარგი ცოლი უნდა დაემორჩილოს საკუთარ ქმარს“; მხოლოდ 42% დაეთანხმა, რაც სხვა საკითხებთან შედარებით ყველაზე დაბალ თანხმობას წარმოადგენს ცხრილში 12.5.1. აღნიშნულ მოსაზრებას ეთანხმებოდა თბილისელი ქალების მხოლოდ 26%, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 34% და უმაღლესი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალების 28%. აგრეთვე, გამოვლინდა მოსალოდნელი მახასიათებლები ასაკის და შვილთა რაოდენობის მიხედვით, რაც თანაზომიერია ქალთა უფრო მეტი დამოუკიდებლობისა საქართველოში მიმდინარე სოციალური ცვლილებების დროს.

დაბოლოს, კვლევის ყველა მონაწილემ უპასუხა კითხვაზე, „როგორ გგონიათ, ვინ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება, თუ რამდენი შვილი უნდა ჰყავდეს წყვილს?“ რესპონდენტთა დიდმა უმრავლესობამ (94%) განაცხადა, რომ მამაკაცმა და ქალმა ეს გადაწყვეტილება ერთად უნდა მიიღონ. ყველა სხვა პროცენტული მაჩვენებელი დაბალი იყო (3-დან 6%-მდე) და განსხვავებები ქვეჯგუფებს შორის იყო მცირე. ქალთა 2%-ზე ნაკლებმა განაცხადა, რომ გადაწყვეტილება კაცმა უნდა მიიღოს, გარდა აზერბაიჯანელი ქალების 6%-სა (ცხრილი 12.5.2.)

კვლევის შედეგად გამოვლინდა საინტერესო ტენდენციები, რომლებიც საქართველოში მიმდინარე სოციალურ ცვლილებებს ასახავენ (სურათი 12.5.1).

1999-სა და 2010 წლების კვლევებს შორის პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, რომლებიც ფიქრობდნენ, რომ “ბავშვის მოვლა ქალის საქმეა” და რომ “ქორწინებისას ქალი უნდა იყოს ქალიშვილი” შემცირდა, ისევე როგორც ხვედრითი წილი იმ მოსაზრებისა, რომ ყველა ადამიანი უნდა დაქორწინდეს, თუმცა ყველა პროცენტული მაჩვენებელი მაინც მაღალი

რჩება. სამაგიეროდ, იმ ქალების საკმაოდ დიდი პროცენტული მატება გამოვლინდა (23%), რომლებიც ამტკიცებდნენ, რომ ქალმა იმდენი შვილი უნდა იყოლიოს, რამდენსაც ღმერთი მისცემს. ეს შედეგები თანაფარდობაშია აბორტის მომხრეთა ხვედრითი წილის შემცირებასთან.

ცხადია, რომ საქართველოში მიმდინარეობს ქალთა ემანსიპაციის პროცესი. ამავდროულად, ადამიანის უფლებები უფრო მყარი ხდება, ხოლო აბორიტსადმი დამოკიდებულება — ნეგატიური. ამ პროცესებში რელიგიის პოზიტიურმა გავლენამ პოსტ-საბჭოთა პერიოდში მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშოს. კვლევებმა აჩვენა, რომ ოჯახის შექმნა და შვილების ყოლა საქართველოში მცხოვრები ქალებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ღირებულებებია. მაშინ, როცა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კონსტრუქციული საინფორმაციო და საგანმანათლებლო პროგრამები, მათ შორის — რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული, ტელევიზიით მინიმუმამდეა დაყვანილი, აღსანიშნავია, რომ UNFPA-ს მიერ განხორციელებულ სხვადასხვა, ცნობიერების ამაღლებისაკენ მიმართულ და საგანმანათლებლო პროექტებს ბოლო ათი წლის განმავლობაში შეეძლო უფრო მეტი შედეგები მოეტანა, მათთვის ხელი რომ არ შეეშალა ნეგატიურ ტელე „თოქ-შოუებში“ წარმოდგენილ მოწინააღმდეგეთა ჯგუფებს.

ცხრილი 12.1 საქართველოში ახალგაზრდა ოჯახში შვილების იდეალური რაოდენობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	შვილების იდეალური რაოდენობა								სულ	შემთხვევების რაოდენობა	შვილების საშუალო რაოდენობა	
	0–1	2	3	4	5 ან მეტი	რამდენსაც ღმერთი მოგვცემს	რამდენიც შესაძლებელია	არ ვარ დარწმუნებული			საშუალო	შემთხვევები
სულ	0.7	19.8	47.1	12.3	2.3	5.8	9.9	2.1	100.0	6,292	3.0	5,159
საცხოვრებელი												
თბილისი	0.8	19.5	49.0	13.1	1.8	5.6	8.8	1.4	100.0	1,426	3.0	1,203
სხვა ქალაქი	1.0	22.0	45.1	11.3	2.6	6.1	10.4	1.6	100.0	1,549	2.9	1,255
სოფელი	0.4	18.8	47.0	12.3	2.4	5.9	10.4	2.9	100.0	3,317	3.0	2,701
ქორწინების სტატუსი												
გათხოვილი	0.6	18.6	49.5	13.0	2.2	4.4	10.1	1.5	100.0	4,098	3.0	3,416
წინათ გათხოვილი	0.8	23.4	40.0	10.5	2.4	6.6	13.0	3.3	100.0	389	2.9	304
გაუთხოვარი	0.9	21.1	44.1	11.3	2.4	8.1	9.1	2.9	100.0	1,805	2.9	1,439
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–19	0.6	21.8	44.8	10.6	2.2	7.3	8.9	3.8	100.0	861	2.9	691
20–24	0.8	21.2	49.6	10.1	2.2	4.9	8.4	2.7	100.0	1,099	2.9	929
25–34	0.6	19.5	47.0	12.6	2.1	5.4	11.4	1.5	100.0	2,359	3.0	1,927
35–44	0.7	18.1	46.8	14.3	2.6	6.1	9.9	1.5	100.0	1,973	3.0	1,612
ცოცხალი შვილების რაოდენობა												
0	0.8	20.9	44.4	11.3	2.3	8.6	9.0	2.7	100.0	2,276	2.9	1,805
1	0.9	23.0	47.3	9.6	1.2	4.8	11.2	1.9	100.0	1,286	2.8	1,063
2	0.3	20.7	48.1	13.7	1.8	2.8	10.8	1.7	100.0	2,069	3.0	1,744
3 ან მეტი	0.6	6.8	54.2	17.0	5.8	5.3	9.0	1.3	100.0	661	3.3	547
განათლების დონე												
საშუალო არასრული												
უფრო დაბალი	0.6	22.2	43.2	11.7	2.4	5.6	9.4	4.9	100.0	1,330	2.9	1,070
საშუალო სრული	1.1	19.0	46.6	13.0	2.5	5.6	9.8	2.5	100.0	1,568	3.0	1,284
ტექნიკუმი	0.3	20.4	49.4	11.1	1.7	5.2	10.7	1.3	100.0	903	3.0	746
უნივერსიტეტი/ასპირანტ.	0.6	18.8	48.7	12.6	2.2	6.4	10.1	0.6	100.0	2,491	3.0	2,059
ქონებრივი კვინტილი												
ყველაზე დაბალი	0.4	19.2	41.0	14.2	2.9	5.8	11.9	4.7	100.0	1,093	3.0	839
მეორე	0.5	18.9	49.5	10.7	2.0	5.1	10.6	2.7	100.0	1,385	3.0	1,148
საშუალო	0.7	19.4	47.4	12.5	2.2	6.8	9.6	1.5	100.0	1,413	3.0	1,164
მეოთხე	0.9	23.7	43.5	11.6	2.5	6.3	9.9	1.7	100.0	1,037	2.9	850
უმაღლესი	0.9	18.4	50.9	12.8	2.0	5.4	8.7	1.1	100.0	1,364	3.0	1,158
ეთნიკური კუთვნილება												
ქართველი	0.7	19.2	47.7	12.7	2.4	6.4	9.9	1.1	100.0	5,488	3.0	4,519
აზერბაიჯანელი	0.3	19.4	39.0	7.5	1.6	3.0	17.3	11.9	100.0	276	2.9	186
სომეხი	1.5	30.1	48.1	9.3	1.4	0.9	3.1	5.7	100.0	364	2.8	328
სხვა	0.0	20.3	38.6	14.8	2.6	4.0	10.7	9.0	100.0	164	3.0	126

ცხრილი 12.2 მოსაზრებები, თუ როდისაა ქალის დაორსულების ალბათობა ყველაზე მაღალი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	როდისაა ყველაზე უფრო სავარაუდო დაორსულდეს ქალი						სულ	შემთხვევები
	პერიოდის დაწყებამდე	პერიოდისას	პერიოდის მერე	პერიოდებს შუა	ნებისმიერ დროს	არ ვიცი		
სულ	3.1	0.3	18.5	41.1	7.6	29.4	100.0	6,292
საცხოვრებელი								
თბილისი	3.6	0.4	19.0	46.2	6.8	24.0	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	2.1	0.4	18.3	44.7	7.8	26.7	100.0	1,549
სოფელი	3.4	0.3	18.3	36.1	8.0	34.0	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი								
გათხოვილი	3.3	0.2	21.3	54.5	6.5	14.2	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	1.6	0.9	18.5	57.1	6.8	15.0	100.0	389
გაუთხოვარი	3.1	0.5	13.6	14.8	9.7	58.2	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	3.0	0.2	9.1	9.3	10.2	68.2	100.0	861
20–24	2.9	0.4	19.9	31.3	9.1	36.5	100.0	1,099
25–34	3.5	0.3	21.6	48.5	7.2	18.9	100.0	2,359
35–44	3.0	0.5	19.9	57.9	5.7	13.1	100.0	1,973
ცოცხალი შვილების რაოდენობა								
0	3.0	0.5	14.5	19.8	9.3	52.9	100.0	2,276
1	2.6	0.2	21.8	55.2	6.7	13.5	100.0	1,286
2	3.5	0.1	21.7	56.5	5.8	12.4	100.0	2,069
3 ან მეტი	3.5	0.7	19.6	55.9	7.6	12.7	100.0	661
განათლების დონე								
საშუალო არასრული უფრო დაბალი	2.4	0.6	15.4	19.3	9.5	52.8	100.0	1,330
საშუალო სრული	5.4	0.2	16.8	37.6	8.2	31.7	100.0	1,568
ტექნიკუმი	2.5	0.4	23.4	53.0	5.6	15.0	100.0	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	2.3	0.2	19.7	51.7	6.8	19.2	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	2.9	0.4	17.3	32.8	5.8	40.8	100.0	1,093
მეორე	4.2	0.2	20.1	35.0	8.2	32.3	100.0	1,385
საშუალო	3.1	0.3	18.2	37.6	9.9	30.9	100.0	1,413
მეოთხე	3.0	0.6	17.1	45.4	7.2	26.6	100.0	1,037
უმაღლესი	2.5	0.3	19.2	50.0	6.6	21.4	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	3.2	0.4	19.3	42.7	7.0	27.4	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	1.7	0.0	11.4	20.8	12.3	53.8	100.0	276
სომეხი	3.1	0.0	13.7	34.0	11.1	38.1	100.0	364
სხვა	3.3	0.0	16.5	40.4	10.5	29.3	100.0	164

ცხრილი 12.3 მოსაზრებები, თუ რა გავლენას ახდენს ძუძუთი კვება ქალის დაორსულების ალბათობაზე (ზრდის თუ ამცირებს) შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რა გავლენას ახდენს ძუძუთი კვება ქალის დაორსულების შანსზე				სულ	შემთხვევები
	ზრდის შანსს	ამცირებს შანსს	გავლენა არა აქვს	არ ვიცი		
სულ	0.6	59.0	17.3	23.1	100.0	6,292
საცხოვრებელი						
თბილისი	0.9	59.5	20.2	19.4	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	0.2	61.1	17.8	21.0	100.0	1,549
სოფელი	0.7	57.6	15.3	26.3	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	0.7	73.3	18.0	8.0	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	0.4	68.1	18.7	12.9	100.0	389
გაუთხოვარი	0.6	32.6	15.8	50.9	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	0.5	22.0	14.7	62.7	100.0	861
20–24	0.6	54.0	16.8	28.6	100.0	1,099
25–34	0.7	69.3	18.4	11.6	100.0	2,359
35–44	0.6	72.9	18.0	8.5	100.0	1,973
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	0.7	36.2	16.5	46.7	100.0	2,276
1	0.7	74.5	17.8	7.0	100.0	1,286
2	0.6	75.2	18.1	6.0	100.0	2,069
3 ან მეტი	0.5	75.6	17.4	6.5	100.0	661
განათლების დონე						
საშუალო არასრული უფრო დაბალი	0.6	42.6	14.8	42.0	100.0	1,330
საშუალო სრული	0.6	56.5	16.6	26.3	100.0	1,568
ტექნიკუმი	0.6	70.9	19.4	9.1	100.0	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	0.7	66.0	18.4	14.8	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ქვედაზე დაბალი	0.5	55.2	15.5	28.8	100.0	1,093
მეორე	0.6	58.7	14.6	26.0	100.0	1,385
საშუალო	1.0	57.0	16.9	25.1	100.0	1,413
მეოთხე	0.2	62.3	17.3	20.1	100.0	1,037
უმაღლესი	0.7	60.6	20.7	18.0	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	0.6	60.7	17.6	21.2	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	0.0	41.5	15.5	43.0	100.0	276
სომეხი	1.6	48.0	14.6	35.8	100.0	364
სხვა	2.1	59.3	17.8	20.8	100.0	164

ცხრილი 12.4.1 მოსაზრებები, თუ რამდენად მისაღებია აბორტი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რამდენად მისაღებია აბორტი				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	ყოველთვის მისაღებია	მისაღებია ზოგიერთ გარემოებაში	არასოდეს არაა მისაღები	არ ვიცი		
სულ	72.4	24.2	2.9	0.5	100.0	6,292
საცხოვრებელი						
თბილისი	65.5	30.9	3.2	0.4	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	75.1	21.1	3.6	0.2	100.0	1,549
სოფელი	75.0	22.0	2.2	0.7	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	64.5	31.4	3.0	1.2	100.0	861
წინათ გათხივილი	71.4	24.1	3.8	0.7	100.0	1,099
გაუთხოვარი	73.7	22.8	3.0	0.4	100.0	2,359
ასაკობრივი ჯგუფი	76.4	21.5	2.0	0.1	100.0	1,973
15–19						
20–24	75.6	21.4	2.6	0.3	100.0	4,098
25–34	77.7	19.4	2.7	0.2	100.0	389
35–44	65.9	29.9	3.3	0.9	100.0	1,805
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	65.6	30.3	3.3	0.8	100.0	2,276
1	74.9	21.7	3.2	0.2	100.0	1,286
2	77.9	19.4	2.4	0.3	100.0	2,069
3 ან მეტი	79.3	18.3	1.7	0.7	100.0	661
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან უფრო დაბალი	75.7	21.2	2.0	1.2	100.0	1,330
საშუალო სრული	71.8	24.0	3.7	0.5	100.0	1,568
ტექნიკუმი	74.9	22.5	2.1	0.4	100.0	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	70.1	26.7	3.1	0.2	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	76.2	20.6	2.2	1.0	100.0	1,093
მეორე	76.9	20.6	2.0	0.5	100.0	1,385
საშუალო	71.2	25.0	3.1	0.7	100.0	1,413
მეოთხე	72.8	23.1	3.7	0.3	100.0	1,037
უმაღლესი	67.7	29.1	3.1	0.2	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	71.6	25.0	2.9	0.4	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	77.1	19.3	2.0	1.7	100.0	276
სომეხი	78.9	18.1	1.8	1.2	100.0	364
სხვა	75.9	20.1	3.5	0.5	100.0	164

ცხრილი 12.4.2 რამდენად მისაღებია აბორტი გარკვეულ გარემოებებში 15-44 წლის ქალებში, რომლებსაც სჯერათ, რომ აბორტი ყოველთვის არაა მისაღები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

გარემოება	რამდენად მისაღებია აბორტი				სულ	შემთხვევები
	მისაღებია	არ არის მისაღები	გააჩნია	არ ვიცი		
ორსულობა ქალის სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის	77.2	16.1	4.4	2.4	100.0	1,689
ჩანასახს გააჩნია ნაკლოვანება	60.4	27.6	8.1	4.0	100.0	1,689
ორსულობა ქალის ჯანმრთელობას საფრთხეს უქმნის	55.2	34.8	6.8	3.1	100.0	1,689
ორსულობა გაუპატიურების შედეგია	29.4	55.5	7.7	7.4	100.0	1,689
წყვილი ვერ შეინახავს კიდევ ერთ ბავშვს	10.8	80.2	5.4	3.7	100.0	1,689
ქალი არ არის გათხოვილი	8.8	80.1	7.2	4.0	100.0	1,689
წყვილს მეტი შვილი არ უნდა	7.2	84.6	4.9	3.3	100.0	1,689

ცხრილი 12.4.3 გარემოებები, როცა მისაღებია აბორტის გაკეთება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებს შორის, ვისაც მიაჩნია, რომ აბორტი არ არის ყოველთვის მისაღები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გარემოება როცა აბორტი მისაღებია							შემთხვევების რაოდენობა
	საფრთხე ქალის სიცოცხლეს	ჩანასახს დეფექტი აქვს	საფრთხე ქალის ჯანმრთელობას	ფეხმძიმობა გაუპატიურების შედეგია	შვილის ყოლა ეკონომიკურად არ შეუძლიათ	ქალი არ არის გათხოვილი	აღარ უნდა(თ) მეტი შვილი	
სულ	77.2	60.4	55.2	29.4	10.8	8.8	7.2	1,689
საცხოვრებელი								
თბილისი	81.2	57.7	56.3	26.6	10.2	4.7	6.6	483
სხვა ქალაქი	71.9	57.3	51.1	29.3	9.3	10.5	3.7	381
სოფელი	76.8	64.2	56.7	31.6	12.0	11.1	9.6	825
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	76.9	56.4	55.5	29.1	7.8	8.8	4.8	615
25-34	77.3	62.2	56.2	28.3	11.4	10.3	7.4	598
35-44	77.6	64.6	53.7	31.1	14.7	6.8	11.0	476
ქორწინების სტატუსი								
გათხოვილი	77.4	64.2	56.1	31.9	14.1	9.2	9.2	998
წინათ გათხოვილი	74.3	59.9	49.0	24.3	12.0	6.1	8.0	83
გაუთხოვარი	77.3	55.7	55.0	26.9	6.5	8.5	4.6	608
ცოცხალი შვილების რაოდენობა								
0	77.1	56.8	54.4	27.3	6.6	7.9	4.6	773
1	74.9	64.5	59.0	27.1	14.4	8.0	8.1	334
2	80.6	66.5	57.7	34.1	16.7	10.8	11.5	446
3 ან მეტი	72.3	55.9	45.0	34.1	12.0	9.9	9.2	136
განათლების დონე								
საშუალო არასრული ან უფრო დაბალი	77.4	60.5	59.4	34.9	11.8	13.6	9.7	319
საშუალო სრული	72.8	60.7	52.0	31.8	11.7	9.3	6.4	409
ტექნიკუმი	80.4	69.4	60.5	35.4	16.2	11.7	10.7	217
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	78.7	57.5	53.8	23.6	8.2	5.4	5.5	744
ქონებრივი კვინტილი								
ქვედაზე დაბალი	78.6	62.7	59.0	32.7	15.3	9.6	8.3	260
მეორე	79.3	66.7	59.2	29.3	13.2	15.0	10.0	324
საშუალო	75.0	58.4	48.0	29.0	8.8	9.2	6.7	391
მეოთხე	75.7	60.2	56.2	25.0	5.8	5.9	3.9	282
უმაღლესი	78.0	57.5	56.4	30.9	12.1	6.5	7.6	432
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	77.7	59.7	55.2	28.6	10.3	8.1	6.5	1,520
აზერბაიჯანელი	68.5	67.6	53.9	47.2	16.6	16.8	18.1	60
სომეხი	73.2	71.2	60.8	30.4	9.3	14.2	9.9	67
სხვა	78.2	54.8	49.8	25.1	17.7	10.7	11.5	42

ცხრილი 12.4.4 მოსაზრებები, თუ რა უნდა იღონოს ქალმა, თუ სურვილის საწინააღმდეგოდ დაორსულდა? შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15 - 44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რა უნდა ქნას ქალმა თუ მას არასასურველი ფეხმძიმობა აქვს				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	შეინარჩუნოს ბავშვი	გაიკეთოს აბორტი	გააჩინოს და გააშვილოს	არ ვიცი		
სულ	65.5	29.5	2.1	2.9	100.0	6,292
საცხოვრებელი						
თბილისი	66.1	29.4	2.5	2.0	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	70.5	25.0	1.8	2.7	100.0	1,549
სოფელი	62.4	32.0	2.0	3.6	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	60.1	35.3	1.9	2.7	100.0	4,098
წინათ გათხოვილი	64.4	32.4	1.8	1.4	100.0	389
გაუთხოვარი	74.9	18.9	2.5	3.7	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	72.8	19.7	2.4	5.1	100.0	861
20–24	69.2	26.1	1.8	2.8	100.0	1,099
25–34	63.4	32.1	2.0	2.5	100.0	2,359
35–44	61.0	34.6	2.2	2.2	100.0	1,973
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	75.2	18.9	2.4	3.5	100.0	2,276
1	66.2	30.9	1.5	1.5	100.0	1,286
2	55.7	38.5	2.3	3.5	100.0	2,069
3 ან მეტი	53.1	43.6	1.4	1.9	100.0	661
განათლების დონე						
საშუალო არასრული უფ	61.5	32.4	1.7	4.4	100.0	1,330
საშუალო სრული	60.5	33.8	2.3	3.4	100.0	1,568
ტექნიკუმი	62.6	33.1	2.3	2.0	100.0	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	71.8	23.9	2.1	2.1	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ქვედაზე დაბალი	60.3	34.2	1.4	4.1	100.0	1,093
მეორე	64.3	30.7	1.9	3.1	100.0	1,385
საშუალო	64.9	29.2	2.2	3.7	100.0	1,413
მეოთხე	67.2	28.3	2.5	2.0	100.0	1,037
უმაღლესი	68.6	27.1	2.3	2.1	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	68.3	26.9	2.2	2.6	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	39.2	52.3	0.9	7.6	100.0	276
სომეხი	55.3	39.2	1.4	4.0	100.0	364
სხვა	45.6	48.8	2.4	3.1	100.0	164

ცხრილი 12.5.1 გენდერული და რეპროდუქციული საკითხების შესახებ მოსაზრებებზე დათანხმება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15 - 44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გენდერულ და რეპროდუქციულ ნორმებთან დაკავშირებით გარკვეულ მოსაზრებზე დათანხმება								შემთხვევები
	ყველა უნდა დაქორწინდეს	ქალი ქალწული უნდა იყოს გათხოვების სას	ბავშვს ქალმა უნდა მოუაროს	ქალს იმდენიშვილი უნდა ჰყავდეს რმდენსაც ღმერთი მისცემს	ქალი შეიძლება დაფეხმძიმდეს პირველი კავშირისას	ქალს შეუძლია უარი სექსზე თუ ქმარს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია აქვს	ქალს შეუძლია სთხოვოს ქმარს გამოიყენოს კონდომი, თუ ქმარს შთ აქვს	კარგი ცოლი ემორჩილება ქმარს	
სულ	74.3	77.5	72.2	73.9	84.1	76.5	73.8	42.5	6,292
საცხოვრებელი									
თბილისი	64.6	60.8	62.1	73.1	85.4	82.8	81.1	26.5	1,426
სხვა ქალაქი	74.7	80.5	71.1	76.4	86.3	78.2	76.5	41.8	1,549
სოფელი	79.8	85.7	78.6	72.9	82.1	71.8	68.1	52.1	3,317
ასაკობრივი ჯგუფი									
15-24	76.0	80.0	72.6	77.6	72.9	70.3	67.6	40.1	1,960
25-34	73.1	75.2	71.9	70.8	89.7	80.2	78.1	43.4	2,359
35-44	73.6	77.0	71.9	72.6	91.6	80.1	76.7	44.3	1,973
ქორწინების სტატუსი									
გათხოვილი	75.8	78.7	72.6	70.8	91.0	79.8	77.2	47.3	4,098
წინათ გათხოვილი	64.7	59.1	68.1	70.4	91.4	86.5	84.4	28.5	389
გაუთხოვარი	73.5	78.8	72.2	79.8	70.7	68.9	66.1	36.7	1,805
რაოდენობა									
0	73.8	78.3	71.9	80.1	72.8	70.9	68.0	37.9	2,276
1	72.3	71.1	69.7	72.3	91.1	83.4	82.0	41.9	1,286
2	74.7	77.5	72.2	67.0	92.5	80.5	76.9	44.9	2,069
3 ან მეტი	79.1	86.0	77.7	71.1	92.2	75.0	73.2	54.9	661
განათლების დონე									
უფრო დაბალი	81.1	84.8	80.3	72.8	71.5	65.5	63.3	51.6	1,330
საშუალო სრული	75.7	83.4	77.1	71.3	83.5	73.6	69.8	49.5	1,568
ტექნიკუმი	75.7	79.8	73.2	72.4	90.9	81.3	78.2	39.1	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	69.1	68.9	64.0	76.6	89.4	83.1	80.9	33.9	2,491
ქონებრივი კვინტილი									
ქვედაზე დაბალი	79.6	85.8	79.4	73.8	78.3	73.0	69.4	56.4	1,093
მეორე	80.5	87.2	79.0	71.9	85.0	71.4	67.5	50.9	1,385
საშუალო	78.5	82.7	74.3	72.0	84.0	75.7	72.4	46.3	1,413
მეოთხე	70.2	76.5	73.5	77.5	84.9	77.2	75.4	38.2	1,037
უმაღლესი	66.1	61.9	60.2	74.3	86.1	82.5	81.1	28.1	1,364
ეთნიკური კუთვნილება									
ქართველი	73.6	76.6	70.7	75.8	85.3	78.8	76.8	38.8	5,488
აზერბაიჯანელი	88.5	92.4	87.9	60.3	73.4	52.6	44.9	84.9	276
სომეხი	73.0	82.3	81.5	59.4	75.1	60.2	49.5	55.8	364
სხვა	72.8	67.9	70.1	65.4	83.5	78.2	79.3	51.6	164

ცხრილი 12.5.2 მოსაზრებები, თუ ვინ უნდა გადაწყვიტოს რამდენი შვილი იყოლოს წყვილმა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ვინ უნდა გადაწყვიტოს რამდენი შვილი იყოლიოს წყვილმა				სულ	შენთხვევათა რაოდენობა
	ქალმა	კაცმა	ორივემ	არ ვიცი		
სულ	4.0	0.8	94.1	1.1	100.0	6,292
საცხოვრებელი						
თბილისი	4.9	0.4	94.0	0.7	100.0	1,426
სხვა ქალაქი	2.9	0.4	95.9	0.8	100.0	1,549
სოფელი	4.1	1.2	93.2	1.5	100.0	3,317
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	3.9	1.0	94.5	0.7	100.0	4,098
წინათ გათხივილი	6.3	0.2	92.5	1.0	100.0	389
გაუთხოვარი	3.8	0.6	93.7	1.9	100.0	1,805
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	4.1	0.8	93.1	2.0	100.0	861
20–24	3.0	0.8	94.4	1.8	100.0	1,099
25–34	4.0	1.0	94.4	0.6	100.0	2,359
35–44	4.6	0.6	94.2	0.6	100.0	1,973
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	3.5	0.7	94.3	1.6	100.0	2,276
1	4.7	0.5	94.1	0.7	100.0	1,286
2	4.3	0.7	94.1	0.9	100.0	2,069
3 ან მეტი	4.1	2.1	93.2	0.7	100.0	661
განათლების დონე						
საშუალო არასრული უფრო დაბალი	4.3	1.8	91.2	2.7	100.0	1,330
საშუალო სრული	5.0	0.8	93.4	0.8	100.0	1,568
ტექნიკუმი უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	3.5	0.5	95.5	0.5	100.0	903
	3.4	0.3	95.7	0.6	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	3.3	1.0	93.9	1.7	100.0	1,093
მეორე	4.4	1.4	93.1	1.1	100.0	1,385
საშუალო	3.5	0.9	93.9	1.7	100.0	1,413
მეოთხე	3.9	0.3	94.9	0.9	100.0	1,037
უმაღლესი	4.6	0.4	94.5	0.5	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	3.8	0.4	94.9	0.9	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	2.9	5.5	89.2	2.5	100.0	276
სომეხი	5.2	2.0	89.5	3.2	100.0	364
სხვა	8.9	1.9	87.0	2.2	100.0	164

თავი 13

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქცევები დიდ გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და სრულყოფილს ხდის სამედიცინო მომსახურებას. ისეთი ქცევები, როგორიცაა რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშები, სიგარეტზე უარის თქმა და ალკოჰოლის ზომიერად მიღება, მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის დაცვის და ქრონიკული დაავადებების პრევენციის თვალსაზრისით. ამ თავში მოცემულია საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი ქცევები და ცოდნა. 2010 წლის კვლევა განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას, სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის სკრინინგს, ტუბერკულოზს, სიგარეტისა და ალკოჰოლის მოხმარებას. ეს საკითხები შესწავლილია ქალთა დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით, რათა უკეთ იქნას ახსნილი მოსახლეობის სხვადასხვა ქვეჯგუფების ცვალებადი და მრავალფეროვანი მოთხოვნები ჯანდაცვაზე.

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო იმ პრევენციული ღონისძიებების აღწერას, რაც ხელს უწყობს ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის შემცირებას. მიუხედავად გარკვეული წარმატებებისა პრევენციის, დიაგნოსიტირებისა და მკურნალობის სფეროებში, ავთვისებიანი გინეკოლოგიური დაავადებები კვლავ რჩება რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ძირითად გამომწვევ მიზეზად, როგორც განვითარებად, ისევე განვითარებულ ქვეყნებში. რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეებს შორის ყველაზე გავრცელებულია სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის კიბო. ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის ეფექტურობას კი მნიშვნელოვანწილად ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობის დროულად დაწყება განაპირობებს. აღმოსავლეთ ევროპაში აღნიშნულ დაავადებათა უმეტესი ნაწილი შორსწასულ და განუკურნებელ სტადიებზე ვლინდება, რაც განპირობებულია: ქალთა არასაკმარისი გათვითცნობიერებულობით ან პრევენციული სამსახურებისადმი მიმართვის სურვილის არქონით; აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან უყურადღებობით, გადატვირთული გრაფიკით, არასაკმარისი კომპეტენციით ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დარგში და ჯანდაცვის ისეთი სისტემის არსებობით, რომელიც თავის შეზღუდულ რესურსებს უფრო სამკურნალო ღონისძიებებს ახმარს, ვიდრე პრევენციულს. საქართველოში 2006 წელს 15-44 წლის ქალებში სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის ხვედრითი წილი (14%) ყველაზე მაღალი

იყო, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბო მეოთხე ადგილზე იყო, 5%-იანი სიკვდილიანობით. ძუძუს კიბოს მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის უხეში მაჩვენებლები საქართველოში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე საშუალო ევროპული მაჩვენებლები (ყოველ 100,000-ზე 7.9 საწინააღმდეგოდ 5.4-სა 15-44 წლის ასაკი ქალებში) (Serbanescu et al., 2009).

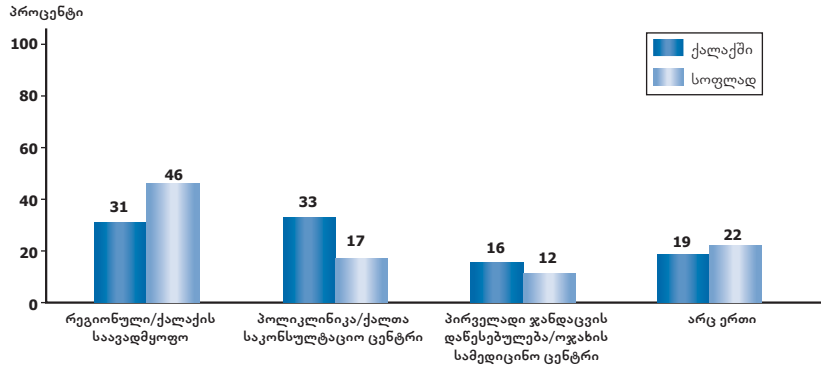
13.1 სამედიცინო მომსახურების გამოყენება

პაციენტსა და ჯანდაცვის სამსახურებს შორის ურთიერთობა ჯანმრთელობის პროპაგანდისა და დაავადებების პრევენციის ხელსაყრელ შესაძლებლობას იძლევა. პაციენტებთან ურთიერთობისას ჯანდაცვის მუშაკებს შეუძლიათ ჯანმრთელობის ზოგად საკითხებზე კონსულტაციის გაწევა და ჯანმრთელობისთვის მავნე ჩვევების შეცვლის შესახებ რეკომენდაციების მიცემა. პაციენტების მიდგომაზეც ბევრია დამოკიდებული — კერძოდ, გაითვალისწინებენ თუ არა ისინი ექიმის რჩევას, და გაივლიან თუ არა პროფილაქტიკურ შემოწმებას, მათ შორის, საშვილოსნოს ყელისა და სარძევე ჯირკვლების სკრინინგს. ამიტომ რესპონდენტებს დაუსვეს მთელი რიგი კითხვებისა, თუ რა ზომებს მიმართავენ ისინი ჯანმრთელობის დასაცავად და რა უშლით მათ ხელს სამედიცინო მომსახურების მიღებაში.

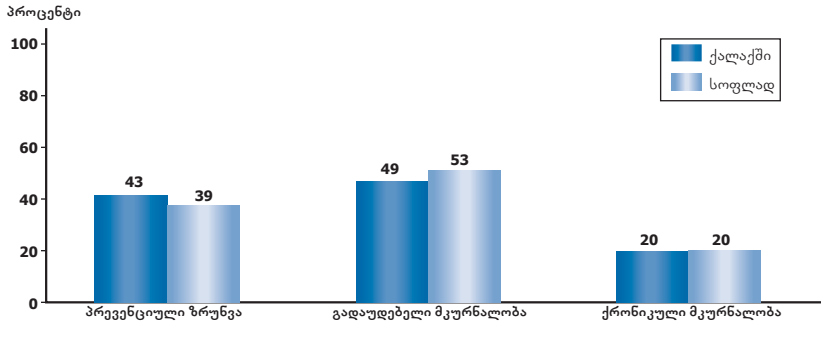
როდესაც ადამიანს გააჩნია "ჩვეული ადგილი" სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ანუ დაწესებულება, სადაც იგი მუდმივად იღებს სამედიცინო მომსახურებას, პაციენტი უფრო დროულად და უკეთესი ხარისხის პრევენციულ და სამკურნალო მომსახურებას იღებს. რესპონდენტთა უმრავლესობამ (79%) განაცხადა, რომ მათ გააჩნიათ ჩვეული ადგილი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად (ცხრილი 13.1.1.).

ასეთ მომსახურებას უფრო ხშირად ის ქალები მიმართავდნენ, რომლებსაც ჰქონდათ ჯანმრთელობის დაზღვევა (85%) და იყვნენ დასაქმებულნი (83%). როგორც ჩანს, არსებობს პირდაპირი კავშირი ჩვეული სამედიცინო დაწესებულების არსებობასა და განათლების დონეს შორის. იმ ქალთა პროპორცია, რომლებიც დადიოდნენ მათთვის ჩვეულ სამედიცინო დაწესებულებაში იყო 73% არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალთათვის და 83% უმაღლესი და ასპირანტურა დამთავრებულ ქალთათვის. სამედიცინო მომსახურების მიღება ერთსა და იმავე ადგილას ნაკლებად გავრცელებული იყო 15-19 წლის მოზარდებისთვის (71%), 20-24 წლის ახალგაზრდებისათვის (76%), ყველაზე დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე შინამეურნეობებში მცხოვრები ქალებისთვის (74%) და ეთნიკური უმცირესობებისათვის (70%). ქალები, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ისინი ერთსა და იმავე ადგილას დადიოდნენ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ასეთ მომსახურებას მეტწილად

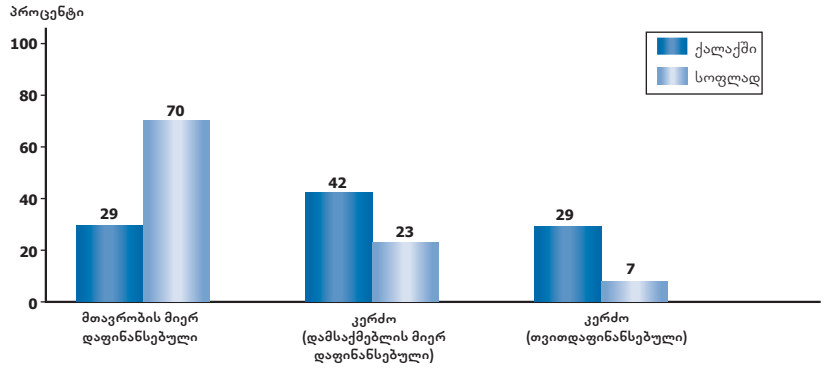
სურათი 13.1.1 სამედიცინო დახმარების მიღების ჩვეული ადგილი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით 15-44 წლის ქალებში



სურათი 13.1.2 სამედიცინო მომსახურების ტიპი 15-44 წლის ქალებს შორის, რომლებმაც მიიღეს სამედიცინო მომსახურება ბოლო 12 თვის განმავლობაში, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



სურათი 13.1.3 **სამედიცინო დაზღვევის მთავარი წყარო საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით 15-44 წლის ქალებში, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის დაზღვევა**



შენიშვნა: *მაჩვენებლები ასაკობრივად სტანდარტიზებულია, ასე რომ ისინი იძლევიან საერთაშორისო შედარებების განხორციელების საშუალებას. მიუხედავად სხვადასხვა ასაკობრივი სტრუქტურებისა: Ferlay J, et al,. კიბოს შემთხვევები და სიკვდილიანობა მსოფლიოს მასშტაბით: IARC Cancer Base No 10, 2010*

იღებდნენ საავადმყოფოებში (38%) და ამბულატორიულ კლინიკებში (ანუ პოლიკლინიკებსა და ქალთა კონსულტაციის კლინიკებში) (26%). მხოლოდ უმცირესობა იღებდა სამედიცინო მომსახურებას პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში (14%). სოფლად ყველაზე უფრო გავრცელებული ადგილი ასეთი მომსახურების მისაღებად იყო რეგიონალური/ქალაქის საავადმყოფო (46%), მაშინ როცა ქალაქად ქალთა მნიშვნელოვანი ნაწილი დადიოდა პოლიკლინიკებში და ქალთა კონსულტაციის კლინიკებში ან რეგიონალურ/ქალაქის საავადმყოფოებში (33% და 1% შესაბამისად) (სურათი 13.1.1.).

ქალების მესამედზე მეტმა (37%) აღნიშნა, რომ მათ მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებას (სამკურნალოდ ან პრევენციის მიზნით, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის მიზნით) ინტერვიუმდე 12 თვის განმავლობაში (ცხრილი 13.1.2). აშკარად შეიმჩნევა ზრდა წინა 2005 წლის კვლევასთან შედარებით, რომლის დროსაც ქალების მხოლოდ მეოთხედმა (25%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას წინა ერთი წლის განმავლობაში (მონაცემები არ არის ნაჩვენები). სამედიცინო მომსახურებისათვის მსგავსი მიმართვები უფრო ჩვეულებრივი იყო ქალაქად მცხოვრები ქალებისათვის (39%), თბილისსა (41%) და იმერეთში მცხოვრებთა (42%) ჩათვლით.

მათ შორის, რომლებმაც ერთხელ მაინც მიმართეს სამედიცინო მომსახურებას, თითქმის ნახევარმა (51%) მიმართა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის, 41%-მა – პევენციული მომსახურებისათვის, ხოლო 20%-მა - ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ (საერთო ჯამში 100%-ზე მეტი, მრავალჯერადი ვიზიტების გამო). სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით, ქალაქად მცხოვრები ქალები უფრო ხშირად მიმართავდნენ პრევენციული მიზნებით (43%, 39%) და უფრო ნაკლებად გადაუდებელი მომსახურებისათვის (49% და 53%) (სურათი 13.1.2). ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ განხორციელებულ ვიზიტებში არ იყო განსხვავება ქალაქად და სოფლად მცხოვრებთა შორის.

როცა ჰკითხეს, მოუხდათ თუ არა სამედიცინო დახმარების მიღების გადადება ბოლო 12 თვის განმავლობაში, პრევენციის ან დაავადების მკურნალობის მიზნით, რესპონდენტთა მეოთხედმა (25%) განაცხადა, რომ ასეთ დაყოვნებებს ადგილი ჰქონდა (ცხრილი 13.1.3). ქალთა უდიდესმა უმრავლესობამ, რომელთაც დაგვიანებით მიიღეს სამედიცინო მომსახურება (82%), აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების ფასი იყო ყველაზე მეტად დამაბრკოლებელი ფაქტორი. ეს ყველაზე მეტად ეხებოდა მრავალშვილიან ქალებს (84% და მეტი), დაბალი განათლების მქონე ((91%), ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებს (90%) და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელებს (91%).

ამ კონტექსტში, 2010 წელს საქართველოში ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ გამოავლინა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის დაზღვევით დაფარვა მათგან ინტერვიუს აღების დროს. ქალის სტატუსი იყო განსაზღვრული როგორც დაზღვეული თუ მას თვითონ, ან მეუღლეს, ან მშობელს ჰქონდა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა (მაგ., სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის განკუთვნილი “5 ლარიანი” დაზღვევა), სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სხვა ჯანდაცვის პროგრამებით სარგებლობის უფლება, ან დამქირავებლის მიერ გაცემული ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პაკეტი (ე.ი. სამოქალაქო და სახელმწიფო სტრუქტურების თანამშრომლებისათვის განკუთვნილი დაზღვევა, ან ნაწილობრივად დაფინანსებული კერძო დაზღვევა), ან თვით-დაზღვევა.

ქალების მხოლოდ 33%-ს გააჩნდა ჯანმრთელობის რაიმე დაზღვევა ინტერვიუს დროს

(ცხრილი 13.1.4). ეს შეფარდება ოდნავ განსხვავდებოდა ქალაქად ან სოფლად მცხოვრებ ქალთა შორის და ყველაზე დაბალი იყო ქვემო ქართლის მცხოვრებთა შორის (14%).

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრები მოსახლეობის გეოგრაფიულად არათანაბრად გავრცელების გამო სოფლად მცხოვრები ქალები უფრო ხშირად იყვნენ დაზღვეულნი ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევით, ვიდრე ქალაქად მცხოვრებნი (70% და 29%-ს) და ისინი უფრო ნაკლებად სარგებლობდნენ კერძო დაზღვევით (სურათი 13.1.3). 35 წლის ან უფროსი ასაკის ქალებში სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის ქონის ალბათობა მეტი იყო, ვიდრე უფრო ახალგაზრდა ქალებში. განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებისაგან განსხვავებით (18-19%), ჯანმრთელობის დაზღვევით უფრო ხშირად სარგებლობდნენ ასპირანტურა-ადამთავრებული ქალები (27%), რომლებიც მეტწილად ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით სარგებლობდნენ. ყველაზე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის შინამეურნეობებში მცხოვრები ქალები უფრო ხშირად იყვნენ დაზღვეულნი (28%), ვიდრე უფრო მაღალი სტატუსის მქონე ქალები; ფაქტიურად ყველა მათგანი სარგებლობდა სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის განკუთვნილი სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევით. სამსახურის მქონე ქალებს უფრო მეტი შანსი ჰქონდათ ყოფილიყვნენ დაზღვეულნი, ვიდრე დანარჩენებს (39% და 18%-ს); დაზღვევით მოსარგებლეთა ნახევარზე მეტს ჰქონდა დამქირავებლის მიერ მთლიანად ან ნაწილობრივ დაფინანსებული სადაზღვევო პაკეტი. ქართველ ქალთა 24%-ს ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაშინ როცა, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა მხოლოდ 11% იყო დაზღვეული; დაზღვეულ ქალთა შორის დაზღვევის წყარო არ განსხვავდებოდა ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით.

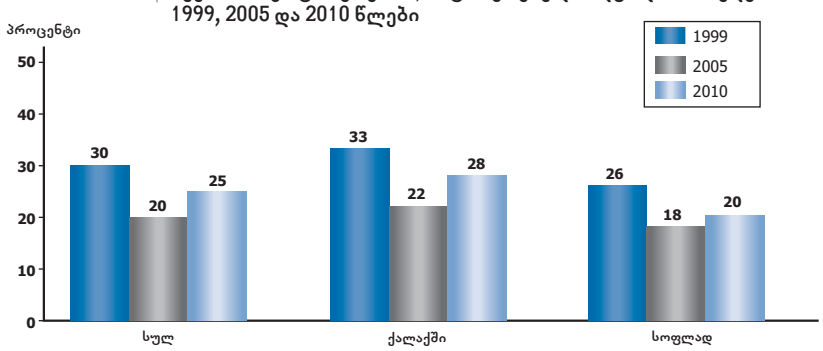
13.2 რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტების სიხშირე

ამერიკის შეერთებული შტატების მეან-გინეკოლოგების კოლეჯმა ცოტა ხნის წინ განაახლა რეკომენდაციები, სადაც ნათქვამია რომ 21 წელზე უფროსი ასაკის ყველა ქალმა ყოველწლიურად უნდა გაიაროს პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური გამოკვლევა; თუმცა მსოფლიოში განსხვავებული მიდგომები არსებობს. 2010 წელს საქართველოში ჩატარებული კვლევა მიანიშნებს იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებლის ზრდაზე, რომლებმაც წინა წელს გაიარეს რუტინული გინეკოლოგიური გამოკვლევა (2005 წელს 20%-დან 25%-მდე); ეს მაჩვენებელი დაბალია 1999 წელთან შედარებით, როცა ქალების 30%-მა მიუთითა, რომ მათ ჩატარებული ჰქონდათ გამოკვლევა წინა წელს (ცხრილი 13.2 და სურათი 13.2). ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩატარებულ გინეკოლოგიურ გამოკვლევასა და ასაკის მატებას შორის იყო გარკვეული უარყოფითი კორელაცია - 15-24 წლის ქალების 32%-დან, 40-44 წლის ქალების 17%-მდე. ფაქტიურად, 40-44 წლის ქალების 38%-მა ბოლო გინეკოლოგიური შემოწმება გაიარა ინტერვიუმდე სამი წლით ადრე, ხოლო 19%-ს არასოდეს გაუვლია. არსებობს პირდაპირი კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსსა და გინეკოლოგიური გამოკვლევის გავლას შორის, რადგან დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში მაღალი იყო იმ ქალების ხვედრითი წილი (39%), რომელთაც არ გაუვლიათ ასეთი შემოწმება, შეძლებულ ქალებთან შედარებით (21%). ვინაიდან ქალებს უტარდებათ ან ენიშნებათ სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტების დროს, გინეკოლოგიური შემოწმებების დაბალ სიხშირეს გარდაუვალი გავლენა აქვს გინეკოლოგიური სიმსივნეების ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაზე. მას აგრეთვე საკმაოდ უარყოფითი გავლენა აქვს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებსა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გზავნილების გავრცელებაზე.

13.3 სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი

სარძევე ჯირკვლის კიბო მსოფლიოში 2008 წელს დაახლოებით 1.38 მილიონი ახალი შემთხვევის დიაგნოზით (ყველა დადგენილი კიბოს 23%), სიმსივნის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სახეობაა ქალებში და მას მთლიანობაში მეორე ადგილი უკავია (ყველა დადგენილი სიმსივნის 10.9%). სარძევე ჯირკვლის კიბო გახდა ავთვისებიანი სიმსივნის ყველაზე უფრო გავრცელებული ფორმა როგორც განვითარებულ, ისევე განვითარებად რეგიონებში დაახლოებით 690 000 ახალი შემთხვევით ყოველ რეგიონში (მოსახლეობის თანაფარდობა 1:4) (Ferley et al., 2010). საქართველოში სარძევე ჯირკვლის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობის მაჩვენებელი (38.5 შემთხვევა ყოველ 100 000 ქალზე) უფრო მაღალია, ვიდრე დასავლეთ აზიის ნებისმიერ ქვეყანაში (როგორც ეს შეფასებული იყო GLOBOCAN 2008 სიმსივნეთა რეესტრში), მაგრამ ის უფრო დაბალია, ვიდრე ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის, ჩრდილოეთ ამერიკის და დასავლეთ ევროპის საშუალო მაჩვენებლები, რომლებიც სიმსივნით ავადობის მაღალი მაჩვენებლებით გამოირჩევიან მსოფლიოში (Ferley at al., 2010) (სურათი 13.3.1). სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის შემთხვევები 2006 წელს საქართველოში (კიბოთი გამოწვეული სიკვდი-

სურათი 13.2 რუტინული გინეკოლოგიური გამოკვლევები ბოლო წლის განმავლობაში 15-44 წლის ქალებში, რომლებიც ცხოვრობენ სქესობრივი ცხოვრებით, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით: 1999, 2005 და 2010 წლები

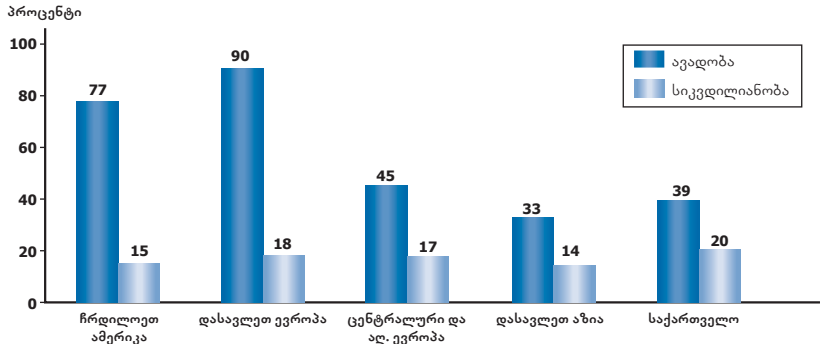


ლის 7.9 შემთხვევა 15-44 წლის ასაკის 100,000 ქალზე) რამდენადმე მაღალია, ვიდრე საშუალო ევროპული მაჩვენებელი, რაც, სავარაუდოდ, გამოწვეულია გვიანი გამოვლენითა და მკურნალობით.

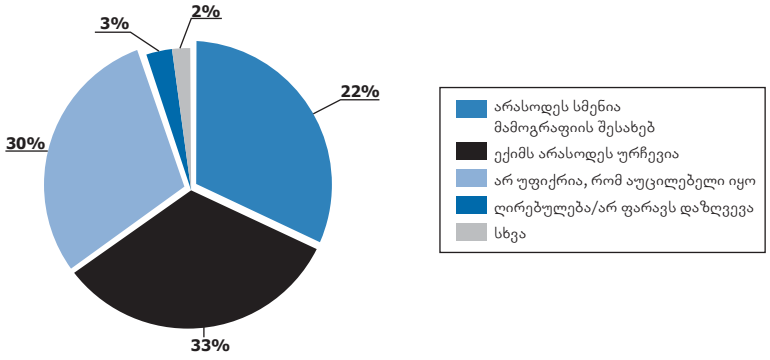
ბოლო პერიოდში, საქართველოში დიდი მონდომებით ეკიდებიან რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეების სკრინინგის გაუმჯობესების საკითხს. ეროვნული სკრინინგული პროგრამისა და საქართველოს პირველი ლედის პატრონაჟით, სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნის ადრეული გამოვლენის პოპულარიზაცია ხდებოდა სკრინინგის პროგრამების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების, კლინიცისტების განათლებისა და საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების გზით. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, თბილისის მუნიციპალიტეტსა და UNFPA-ს შორის თანამშრომლობით 2006 წელს გაიხსნა საქართველოს სახელმწიფო სკრინინგის ცენტრი თბილისში. მიუხედავად იმისა რომ თავდაპირველად ცენტრი ემსახურებოდა ქალებს მხოლოდ თბილისში, პროექტის წარმატებამ უკარნახა მთავრობას, რომ მსგავსი ცენტრები გაეხსნა ქვეყნის მასშტაბით. ცენტრი დაჯილდოვებულ იქნა "Pearl of Wisdom"-ის ("სიბრძნის მარგალიტი") პრიზით ევროპარლამენტის საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის სამიტზე ბრიუსელში. ცენტრმა აგრეთვე ხელი შეუწყო სარძევე ჯირკვლის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის შავი ზღვის აუზის ქვეყნების კოალიციის შექმნას, გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდისა და პირველი ლედის დახმარებით. სარძევე ჯირკვლის და საშვილოსნოს ყელის სიმსივნისადმი საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებასა და სკრინინგთან დაკავშირებული პრაქტიკის პოპულარიზაციას ასევე მხარს უჭერენ აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული პროექტები, დაწყებული პროექტით "ჯანმრთელი ქალები საქართველოში". ამ პროექტების საშუალებით, ცნობიერების ამაღლებისაკენ მიმართული რამდენიმე კამპანია "Race for the Cure" განხორციელდა საქართველოში. ერთ-ერთი მიმდინარე პროექტი, რომელიც ხორციელდება JSI (SUSTAIN)-ს მიერ, მოიცავს საზოგადოებრივი მობილიზაციისაკენ მიმართული საქმიანობის ფართო სპექტრს და სარძევე ჯირკვლის კიბოს წინააღმდეგ კლინიკურ ტრენინგებს ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის.

სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტირების თანამედროვე მეთოდებია სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვა (სჯთ), სარძევე ჯირკვლების კლინიკური გამოკვლევა და მამოგრაფია. რეკომენდაციები სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული გამოვლენისათვის საშუალო რისკის მქონე ქალებში მოიცავს სარძევე ჯირკვლების რეგულარულ თვითგასინჯვას 20 წლის ასაკიდან, რომელიც კომბინირებულია კონსულტაციებთან სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის სიმპტომების მიმართ ცნობიერების ამაღლების მიზნით, და ყოველწლიურ მამოგრაფიულ შემოწმებას, დაწყებული 40 წლის ასაკიდან (American Cancer Society, 2005). ყველაზე მარტივი პროფილაქტიკური საშუალება სარძევე ჯირკვლების ავთვისებიანი სიმსივნის ადრეული სტადიების გამოსავლენად სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვაა, რომელიც მცირე ინსტრუქტაჟის შემდეგ შესაძლებელია ქალმა თავად ჩაიტაროს სახლის პირობებში. სჯთ რეკომენდირებულია როგორც ძუძუს კიბოს გამოვლენის დამხმარე საშუალება, რომელიც გამოყენებულ უნდა იქნას სარძევე ჯირკვლების კლინიკურ გასინჯვასთან და მამოგრფიასთან ერთად. ქალებს უნდა აუხსნან, თუ რა სარგებლობის მოტანა შეუძლია სჯთ-ს და რა არის მისი ნაკლოვანებები, აგრეთვე ისიც, რომ ძუძუში ახალი სიმპტომების გამოვლენისას მათ დაუყოვნებლივ უნდა მიმართ ჯანდაცვის სპეციალისტს. ქალებმა, რომლებიც ირჩევენ სჯთ-ს, უნდა მიიღონ ინსტრუქტაჟი და პერიოდულად გაიარონ სამედიცინო გამოკვლევა სჯთ-ს გადამოწმების მიზნით. ექიმმა სათანადო ყურადღება უნდა მიაქციოს იმ პაციენტს, რომელიც ძუძუს თვითგასინჯვისას ცვლილებებს შეამჩნევს. ამ დროს რეკომენდებულია სარძევე ჯირკვლების კლინიკური გამოკვლევა

სურათი 13.3.1 ძუძუს კიბოს შემთხვევათა რაოდენობა და სიკვდილიანობა რეგიონების მიხედვით, 2008 წელი, რაოდენობა ყოველ 100,000 ქალზე



სურათი 13.3.2 ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები, თუ რატომ არ ჩაუტარებიათ მამოგრაფიული გამოკვლევა 15-44 წლის სქესობრივად გამოცდილ ქალებში



და საჭიროების შემთხვევაში, მამოგრაფიის ჩატარება.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ძუძუს თვითგასინჯვასთან დაკავშირებით გამოცდილების დონე და ამგვარი შემოწმებების სიხშირე. მთლიანობაში, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა 42%-ს ოდესმე ჩაუტარებია სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯავა (ცხრილი 13.3.1), რაც 2005 წლის მონაცემებზე მაღალია (29%). რაც შეეხება კლინიკური გასინჯვის სიხშირეს, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების 17%-მა მიუთითა, რომ ყოველთვე იტარებს მას, 12%-მა - ყოველ 2-5 თვეში ერთხელ, 12%-მა – ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ ან ნაკლებად, და 58%-მა აღნიშნა, რომ არასოდეს ჩაუტარებია. თვითგასინჯვის მეთოდს ნაკლებად მიმართავდნენ სოფლად მცხოვრები ქალები, ახალგაზრდა ქალები, ორი ყველაზე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ჯგუფი და ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები. ჩაუტარებიათ თუ არა ოდესმე ძუძუს თვითგასინჯვა, პირდაპირ კორელაციაში იყო რუტინული გინეკოლოგიური გამოკვლევის გამოცდილებასთან. ეს მოსალოდნელიცაა, რადგან გინეკოლოგიური შემოწმება ხელსაყრელი შესაძლებლობაა კლინიცისტისათვის, წაახალისოს და ინსტრუქტაჟი ჩაუტაროს ქალს თვითგასინჯვასთან დაკავშირებით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, თვითგასინჯვა არ არის ეფექტური, თუ იგი არ ტარდება კლინიკურ გასინჯვასა და მამოგრაფიასთან ერთად. კლინიკური გასინჯვა – ძუძუს ფიზიკური გასინჯვა ჩატარებული პროფესიონალის მიერ, არსებული ცვლილებების გამოსავლენად – შეიძლება იყოს რუტინული სამედიცინო შემოწმების ნაწილი. ცხრილი 13.3.2 გვიჩვენებს, რომ სქესობრივად გამოცდილი ქალების მხოლოდ მეხუთედს (18%) გაუვლია ოდესმე კლინიკური გამოკვლევა და რომ ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის არსებობს განსხვავება (22% და 13% შესაბამისად). იმ ქალთა ხვედრითი წილი, რომლებსაც ოდესმე გაუვლიათ კლინიკური გამოკვლევა, იზრდება ასაკის, განათლებისა და ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად როგორც ყველა ქალისთვის, ასევე სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების ჯგუფში. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა შორის კლინიკური შემოწმება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუვლია ორჯერ უფრო მეტ ქართველ ქალს, ვიდრე სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს (19% და 10%-ს).

რადგან ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი იზრდება ასაკთან ერთად, მამოგრაფიული სკრინინგი ძირითადად ასაკოვან ქალებს ეხებათ. ამიტომ ყველაზე უფრო ასაკოვანი ჯგუფის გამოკვლეული ქალები (40-44) უფრო ხშირად მიუთითებდნენ, რომ მათ ჩატარებული ჰქონდათ მამოგრაფიული სკრინინგი, ვიდრე

უფრო ახალგაზრდა რესპონდენტები. თბილისში, სადაც საქართველოს კიბოს სკრინინგის პროგრამა თავდაპირველად ამუშავდა, მამოგრაფიის გამოყენება, სულ ცოტა, ორჯერ უფრო ხშირი იყო, ვიდრე სხვა რეგიონებში. თბილისში მცხოვრები სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების 13%-ს ერთხელ მაინც ჩაუტარებია მამოგრაფია, მაშინ როცა ასეთი ქალების რაოდენობა რეგიონებში მერყეობდა 3%-დან სამცხე-ჯავახეთში, 6%-ზე ოდნავ მეტამდე მცხეთა-მთიანეთში.

ქალებს, რომლებსაც არასოდეს ჩაუტარებიათ მამოგრაფია, ჰკითხეს ამის მიზეზი. ცხრილში 13.3.3 და სურათზე 13.3.2 პასუხები თანაბრად განაწილდა სამ კატეგორიაზე: არც ერთ ექიმს არ მიუცია რეკომენდაცია (33%), მათ არასოდეს სმენიათ მამოგრაფიის შესახებ (32%), და მათ არ უფიქრიათ, რომ ეს იყო აუცილებელი (30%). მამოგრაფიასთან დაკავშირებული ცნობიერების დონე უფრო მაღალი იყო თბილისში, სადაც ქალების მხოლოდ 22%-ს არ სმენია მის შესახებ. 35-44 წლის ასაკის ქალების მეხუთედს, ჯგუფისა, რომელიც საქართველოში მამოგრაფიული სკრინინგის სამიზნე ჯგუფია ან მალე გახდება, არასოდეს სმენია სკრინინგის ამ პრაქტიკაზე.

13.4 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და ცოდნა ადამიანის პაპილომა ვირუსთან დაკავშირებით

საშვილოსნოს ყელის კიბო ქალებში გავრცელებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის სიხშირით მესამე ადგილზეა; მსოფლიოში 2008 წელს თითქმის 530,000 ახალი შემთხვევა გამოვლინდა (Ferlay et al., 2004). ავადობის ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (ყოველ 100,000 ქალზე 9.4 ახალი შემთხვევა), ისევე როგორც სიკვდილიანობის ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (ყოველ 100,000 ქალზე 4.7 სიკვდილის შემთხვევა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შედეგად), რაც საქართველოში 2008 წელს აღირიცხა, უფრო მაღალი იყო, ვიდრე განვითარებული ქვეყნებისა და დასავლეთ აზიის ქვეყნების მაჩვენებლები, თუმცა უფრო დაბალი, ვიდრე ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლები (სურათი 13.4.1). საქართველოში ჩატარებულმა კვლევამ რეპროდუქციული ასაკის ქალებს შორის სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზების შესახებ, დაადგინა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო იყო სიკვდილიანობის გამომწვევი მეოთხე მთავარი მიზეზი ქალების ამ ჯგუფში 2006 წელს (Serbanescu et al., 2009).

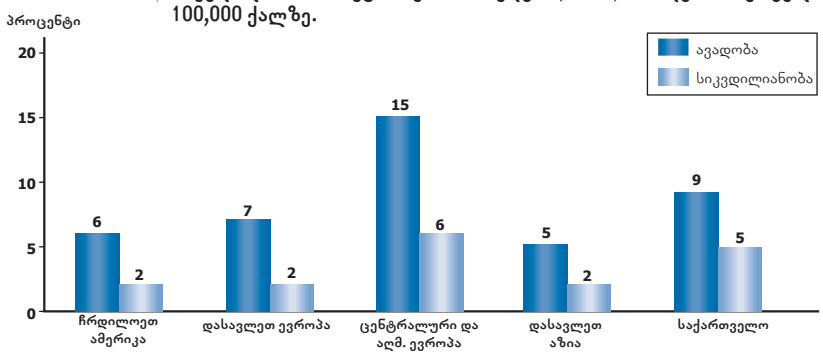
პაპანიკოლაუს მეთოდით ნაცხის ანალიზი (Pap) საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის უპირველესი მეთოდია და რადგან რეკომენდაციები განსხვავდება ერთმანეთისაგან სხვადასხვა ქვეყნებში და ხშირად დამოკიდებულია არსებულ რესურსებზე, სპეციალისტები რეკომენდაციას იძლევიან, რომ სქესობრივად აქტიურმა ქალებმა Pap-ტესტი, სულ მცირე, სამ ან ხუთ წელიწადში ერთხელ მაინც უნდა ჩაიტარონ. განვითარებულ ქვეყნებში სკრინინგები რეკომენდებულია უკვე 18 წლის ასაკიდან, მაგრამ მწირი რესურსების მქონე გარემოში ძირითადი სამიზნე ჯგუფი უნდა იყოს 30-60 წლის ასაკის ქალები. წინა ნაწილში ნახსენები საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის მიზნობრივი ჯგუფი საქართველოს სკრინინგ პროგრამის ფარგლებში 25-60 წლის ასაკის ქალების ჯგუფია და სკრინინგ ტესტის ჩატარების რეკომენდებული სიხშირე არის ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ მაინც.

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგით მოსახლეობის მოცვა. საქართველოში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველა კვლევა შეიცავდა მთელ რიგ კითხვებს, რომლებიც ეხებოდა Pap ტესტის გამოყენებას, იმის გასარკვევად, ჩაუტარებიათ თუ არა რესპონდენტებს ეს ტესტი, და თუ პასუხი დადებითი იყო, როდის ჩაიტარეს მათ ბოლო ტესტი. მოცემულ კვლევაში, 15-44 წლის სქესობრივად აქტიური ქალების 12%-მა მიუთითა, რომ მათ ოდესმე ჩატარებული ჰქონდათ Pap-ტესტი (ცხრილი 13.4.1); ეს ძალიან დაბალი მაჩვენებელია, მაგრამ მაინც საგრძნობი ზრდაა იმ 4%-თან შედარებით, რომელიც 1999 და 2005 წლებში (სურათი 13.4.2) გამოვლინდა. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ტესტი ჩაიტარა 5%-მა და ესეც უკეთესი მაჩვენებელია, ვიდრე წინა ორი კვლევის დროს მიღებული შედეგები.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგით მოსახლეობის დაბალი მოცვა საშუალებას არ იძლევა მისი ქვეჯგუფებად დაყოფისა, რათა შესწავლილ იქნას ამ პრევენციული პრაქტიკის პოტენციური განმსაზღვრელები. თუმცა, როგორც ეს ნაჩვენებია Pap-ტესტების ცხრილში 13.4.2, 25-34 და 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში (15% და 22% შესაბამისად) თბილისში ჩატარებული ტესტების უფრო მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეებთან დაკავშირებულმა მიზნობრივმა სკრინინგ-ამპანიამ აქ პოზიტიური გავლენა იქონია. ქვეყანაში საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ფართო გავრცელების კვალდაკვალ სხვა რეგიონებიც უფრო მეტად უნდა იქნენ მოცული.

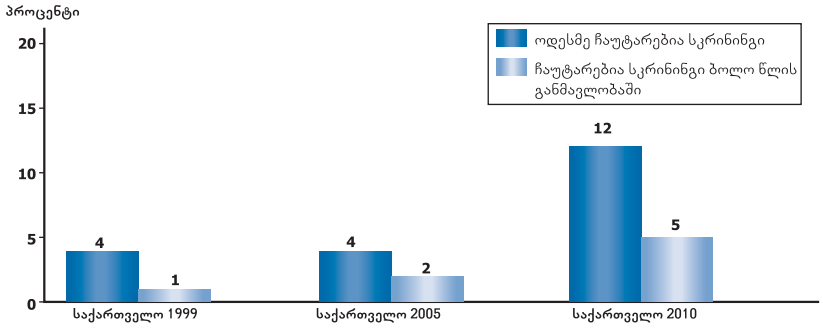
საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ერთერთი მთავარი რისკ-ფაქტორი ადამიანის პაპილომავირუსით (HPV) დაინფიცირებაა. HPV ვაქცინების განვითარება ბოლო ათწლეულის მანძილზე გახდა უსაფრთხო და ეფექტური საშუალება საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცი-

სურათი 13.4.1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების რაოდენობა და სიკვდილიანობა რეგიონების მიხედვით, 2008, რაოდენობა ყოველ 100,000 ქალზე.



შენიშვნა: *მაჩვენებლები ასაკობრივად სტანდარტიზებულია, ასე რომ ისინი იძლევიან საერთაშორისო შედარებების განხორციელების საშუალებას. მიუხედავად სხვადასხვა ასაკობრივი სტრუქტურებისა: Ferlay J, et al,. კიბოს შემთხვევები და სიკვდილიანობა მსოფლიოს მასშტაბით: IARC Cancer Base No 10, 2010*

სურათი 13.4.2 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ჩატარების სიხშირე 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში



Source: CDC and ORC/MACRO, 2003.

ისათვის. პირველად, 2010 წელს საქართველოში ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ შეისწავლა HPV ვაქცინების გამოყენებისა და მათ შესახებ ცოდნის დონის ფაქტორი საქართველოში. ქალებს ეკითხებოდნენ, თუ რამდენად გათვითცნობიერებულნი იყვნენ HPV–ს თვალსაზრისით, იცოდნენ თუ არა საშვილოსნოს ყელის კიბოს საწინააღმდეგო ვაქცინის არსებობის შესახებ და იყვნენ თუ არა დაინტერესებულნი ამ ვაქცინის შეძენით.

15-44 წლის ასაკის ქალთა შორის მხო-ლოდ 21%-ს სმენია HPV ინფექციის შესახებ და მხოლოდ 18%-ს - მისი საწინააღმდეგო ვაქცინის შესახებ (ცხრილი 13.4.3). შეიტყვეს რა ამ ვაქცინის ეფექტურობის შესახებ საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციაში, 29%-მა გამოთქვა მისი შეძენის სურვილი. გათვითცნობიერებულობა HPV ინფექციაზე ორჯერ მაღალი იყო თბილისში (34%), ვიდრე სხვა რეგიონების უმეტესობაში. დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინის არსებობის შესახებ აგრეთვე უფრო მეტი ცოდნით გამოირჩეოდნენ თბილისელი მოქალაქეები. მაშინ როცა გათვითცნობიერებულობა იზრდებოდა ასაკის შესაბამისად, ვაქცინის მიღების სურვილი უკუპროპორციულ კორელაციაში იყო ასაკთან, შესაძლოა იმიტომ, რომ ვაქცინის გამოყენება უფრო მეტად რეკომენდებულია ახალგაზრდა გოგონებში, რომლებსაც, სავარაუდოდ, აქვთ უფრო ნაკლები სქესობრივი გამოცდილება და უფრო ნაკლებია ალბათობა, იყვნენ ინფიცირებულნი. როგორც ცოდნის დონე, ასევე ინტერესი იზრდებოდა განათლების დონესთან ერთად. HPV-სა და ვაქცინის შესახებ ცოდნა იყო გაცილებით დაბალი ეთნიკურ უმცირესობათა შორის (7%), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ უნდა გაუმჯობესდეს ძალისხმევა მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვის თვალსაზრისით. ინფორმაციის მიღების შემდეგ, ამ ჯგუფებში ბევრმა ქალმა გამოხატა ვაქცინაციის ჩატარების სურვილი (20%).

13.5 ცოდნა ტუბერკულოზის და მისი საფრთხის შესახებ

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, 2009 წელს ტუბერკულოზით გარდაიცვალა 1,7 მილიონი ადამიანი, რაც ყოველდღიურად 4,700 სიკვდილის შემთხვევას გულისხმობს. აქედან 380,000 იყო ქალი და 380,000 აივ-ინფიცირებული (WHOb, 2010). 2009 წელს მსოფლიოში აღირიცხა ტუბერკულოზის 9,4 მილიონი შემთხვევა (137 შემთხვევა ყოველ 100,000 მოსახლეზე). 1990-იანი წლების დასაწყისში ჯანდაცვის სისტემების და მათ შორის, ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების შესუსტებამ, ხელი შეუწყო მდგომარეობის გაუარესებას როგორც კონკრეტულად საქართველოში, ასევე მთლიანად ყოფილ საბ-

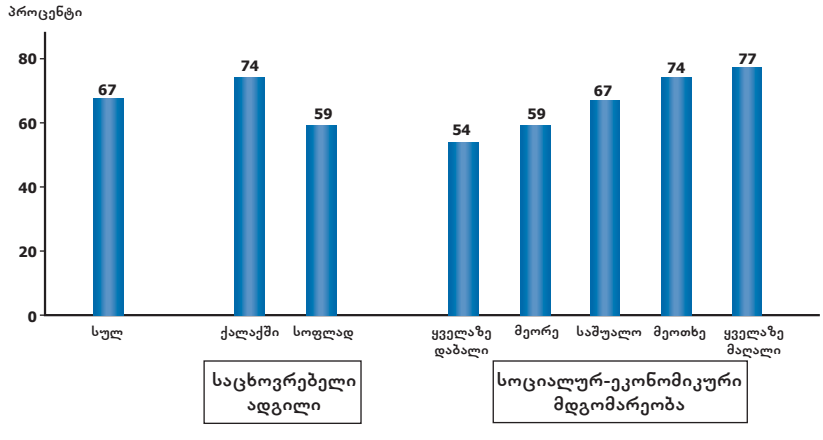
ჭოთა კავშირში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში ადგილი ჰქონდა ტუბერკულოზის 107 შემთხვევას ყოველ 100,000 მოსახლეზე. მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზი (MDR-TB) განსაკუთრებით პრობლემატურია საქართველოში და შეადგენს ახალი შემთხვევების 10%-ს, და განმეორებითი შემთხვევების 31%-ს. საქართველო დასახელდა მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის ყველაზე მაღალი ტვირთის მქონე 27 ქვეყანას შორის და ჩართულ იქნა EXPAND-TB (ტუბერკულოზის ახლებური დიაგნოსტიკისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა) პროექტში "შეაჩერეთ ტუბერკულოზის" გლობალური პარტნიორობის ფარგლებში. მას შემდეგ, რაც 1990-იანი წლების დასაწყისში ტუბერკულოზი იდენტიფიცირებულ იქნა ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ საფრთხედ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დააარსა ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამა 1995 წელს. 1997 წელს შეიქმნა საპილოტე ადგილები „უშუალო მეთვალყურეობით თერაპიის" მოკლე კურსისათვის (DOTS) და ეს სტრატეგია თანდათანობით დაინერგა ქვეყნის მასშტაბით. 2003 წლიდან აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოს განყოფილება დაეხმარა ტუბერკულოზის სახელმწიფო კონტროლის პროგრამას DOTS პროგრამის გაფართოებაში; გაიზარდა წარმატებული მკურნალობის და შემცირდა წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევები; ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის გაუმჯობესდა კლინიკური და ლაბორატორიული მომსახურება; გაიზარდა ძალისხმევა ტუბერკულოზის და აივ/შიდსი-ს კომბინირებული შემთხვევების მკურნალობის თვალსაზრისით (USAID Georgia, 2009).

თითქმის ყველა გამოკითხულმა ქალმა იცოდა ტუბერკულოზის შესახებ (ცხრილი 13.5.1, მარცხენა სურათი). ორ მესამედზე მეტმა (67%) სწორად აღნიშნა, რომ მისი გადაცემა ხდება ჰაერწვეთოვანი გზით ხველებისას. დაავადების გადაცემის შესახებ სწორი ცოდნა უფრო მაღალი იყო ქალაქად მცხოვრებ ქალთა შორის და იზრდებოდა შინამეურნეობების სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის (SES) ზრდასთან ერთად (სურათი 13.5). 15-19 წლის ასაკის ქალებმა (53%), არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებმა (50%) და ეროვნული უმცირესობის წარმომადგენელმა ქალებმა (45%) ნაკლები ალბათობით იცოდნენ, რომ ტუბერკულოზი გადაეცემა ხველების გზით. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტმა (57%) დაასახელა ტუბერკულოზის გადაცემის სხვა გზები. ყოველი რვა ქალიდან თითქმის ერთმა (12%) არ იცოდა, თუ როგორ ვრცელდება ტუბერკულოზი. ქალთა საკმაოდ დიდი როდენობა იყო ტუბერკულოზით დაავადების რისკის ქვეშ ოჯახში ტუბერკულოზით დაავადებული წევრის არსებობის გამო (12%), (სურათი 13.5.1). ქვემო ქართლსა (17%) და კახეთში (15%) მცხოვრებნი, ყველაზე დაბალი განათლების მქონე (17%) და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები (23%) უფრო ხშირად უთითებდნენ, რომ ისინი იმყოფებოდნენ ტუბერკულოზით დაავადების რისკის ქვეშ თავიანთ შინამეურნეობებში.

კითხვაზე, რა სიმპტომები ახასიათებს ტუბერკულოზს, ქალების უმეტესობამ უპასუხა, რომ ეს არის ძლიერი და ხანგრძლივი ხველება (71%). უფრო ნაკლებმა ქალმა იცოდა სიცხის (28%), ნახველში სისხლის არსებობის (27%), წონაში დაკლების (24%) და სხვ. შესახებ (ცხრილი 13.5.2). სხვადასხვა სიმპტომების ცოდნა უფრო დაბალი იყო სოფლად, ვიდრე ქალაქად. ზოგადად, ცოდნის დონე იზრდებოდა ასაკსა და განათლებასთან ერთად.

მიუხედავად ტუბერკულოზის შესახებ უნივერსალური გათვითცნობიერებულობისა, ქალთა მხოლოდ სამმა მეოთხედმა (75%)

სურათი 13.5 **სწორი ცოდნა ტუბერკულოზის გადაცემის შესახებ საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით**



იცოდა, რომ ტუბერკულოზისაგან სრულიად განკურნება შესაძლებელია (ცხრილი 13.5.3). ქალები, რომლებმაც უფრო ხშირად იცოდნენ, რომ ტუბერკულოზი განკურნებადია, იყვნენ ტექნიკუმ- ან უნივერსიტეტ/ ასპირანტურა-დამთავრებული ქალები (83% და 85% შესაბამისად), 30-44 წლის ასაკის (83%), დასაქმებული (87%) და ყველაზე უფრო შეძლებულ შინამეურნეობებში მცხოვრები ქალები (85%). კითხვაზე, რა იყო ტუბერკულოზით დაინფიცირებული ადამიანების მკურნალობის ყველაზე შესაფერისი საშუალება, დიდმა უმრავლესობამ (78%) მიუთითა, რომ ისინი უნდა ყოფილიყვნენ ჰოსპიტალიზირებულნი, 13%-მა - რომ თავიდან უნდა ყოფილიყვნენ ჰოსპიტალიზირებულნი და შემდგომ მკურნალობა გაეგრძელებინათ ბინაზე, და მხოლოდ 1%-მა უპასუხა, რომ მათ უნდა ემკურნალათ მხოლოდ სახლში. ასეთი მიდგომა დაახლოებით ერთნაირი იყო ყველა დემოგრაფიულ ჯგუფში, მაგრამ საჭიროა ამ საკითხის უფრო დაწვრილებით შესწავლა ტუბერკულოზის სპეციალიზირებული კვლევის გზით.

13.6 თამბაქოს მოხმარება

თამბაქო ძლიერი კანცეროგენია, რომელიც მრავალი სახის კიბოს იწვევს, მათ შორის: რესპირატორული და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის, ნაღვლის ბუშტის, საშვილოსნოს ყელისა და თირკმლის კიბოს. მსოფლიო მასშტაბით თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული დაახლოებით 5 მილიონი სიკვდილის შემთხვევა აღირიცხება ყოველწლიურად; 2020 წლისათვის მოსალოდნელია ამ ციფრის გაორმაგება (WHO 2003). თამბაქოს მოწევა ყოველწლიურად სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილიანობის 22%-ის და ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 70%-ის მიზეზია. თამბაქოს მოწევა ასევე წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს ათეროსკლეროზის, ასთმის, ემფიზემის, პნევმონიის და ოსტეოპოროზისათვის. თამბაქოს მოხმარება ორსულებში ასოცირდება მცირეწონიანი ან დღენაკლული ახალშობილების დაბადებასთან, თვითნებურ აბორტებთან, ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომთან და რესპირატორულ პრობლემებთან ჩვილებში (DiFranza and Lew, 1996).

ქალებს დაუსვეს რამდენიმე კითხვა, რათა შეეფასებინათ მათი თამბაქოს მომხმარების სტატუსი. 15-დან 44 წლამდე ასაკის ქალთა მხოლოდ ძალიან დაბალი პროცენტი ეწეოდა თამბაქოს (6%) (ცხრილი 13..6.1.) მათგან 5% ეწეოდა ყოველდღიურად, ხოლო 1% - დროგამოშვებით. ქალების 94%-მა განაცხადა, რომ ისინი არ ეწეოდნენ, ხოლო 92%-მა აღნიშნა, რომ არასოდეს მოუწევიათ.

მთლიანობაში ქალების მხოლოდ 8%-მა მიუთითა, რომ ისინი ეწევიან ან ოდესმე მოუწევიათ თამბაქო; აქედან 6% იყო მწეველი, ხოლო 2% - წარსულში მწეველი (ცხრილი 1.6.2). მოწევის მაღალი პრევალენტობა კორელაციაში იყო ასკის მატებასთან 34 წლის ასაკის ზემოთ; თუმცა ამ ასაკის ზემოთ თამბაქოს მოხმარების გამოცდილების მახასიათებლები საკმაოდ მსგავსი იყო (სურათი 13.6)

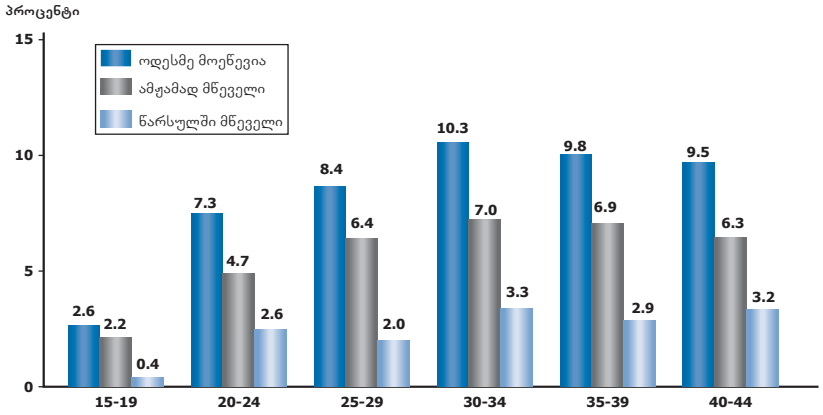
ქალაქად მცხოვრები ქალები უფრო ხშირად ეწეოდნენ თამბაქოს. ქალაქში მცხოვრები ქალების თითქმის მეათედმა (9%) განაცხადა, რომ ამჟამად ეწევიან; ასევე ეწეოდა თბილისელი ქალების 13% და სოფლად მცხოვრები ქალების 2%. სოფლად მცხოვრები ქალების 98%-ს არასოდეს მოუწევია.

პირები, რომლებიც თვითონ არ ეწევიან, ხშირად არიან პასიური მოწევის ზემოქმედების ქვეშ. არ არსებობს პასიური მოწევის უსაფრთხო დონე და ამან შეიძლება თავისუფლად გამოიწვიოს ფილტვის კიბო არამწეველებში. ის აგრეთვე ასოცირდება გულის დაავდებებთან მოზრდილ ადამიანებში და ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომთან, ყურის ინფექციებთან და ბავშვებში ასთმის შეტევებთან (US DHHS, 2006; US DHHS, 2010). ბოლოდროინდელმა გამოკვლევებმა უჩვენა, რომ მსოფლიოში ყოველწლიურად 600,000 სიკვდილის შემთხვევა დაკავშირებულია პასიურ მოწევასთან, რომელთა შორისაც 165,000 ბავშვია (Oberg et al,.2011). ამ გამოკვლევებმა აგრეთვე უჩვენა, რომ აღმოსავლეთ ევროპა თამბაქოს პასიური მოხმარების თვალსაზრისით ერთ-ერთი ყველაზე მაღალრისკიანი რეგიონია და საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2010 ადასტურებს ამ მაღალ ციფრებს. მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხული ქალების უმეტესობა არ ეწეოდა, ყოველი ორი ქალიდან ერთმა აღნიშნა, რომ ისინი იმყოფებოდნენ პასიური მოწევის მაღალი რისკის ქვეშ (ბოლო 30 დღის განმავლობაში) როგორც სახლში, ასევე სამსახურში. 15-44 წლის ქალების 52%-მა და არამწეველების 50%-მა განაცხადა, რომ სახლში პასიური მოწევის ზემოქმედება მაღალი იყო (ცხრილი 13.6.3).

საქართველომ გადადგა ნაბიჯები პასიური მოწევის საფრთხესთან საბრძოლველად, თამბაქოს სახელმწიფო კონტროლის კანონმდებლობის შემუშავებით და მისი განახლებით ამ ცოტა ხნის წინ, აგრეთვე, 2006 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციაზე ხელის მოწერით (WHO, 2003).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენცია მოუწოდებს ყველას, დაიცვას ადამიანები თამბაქოს კვამლისგან და ხაზს უსვამს მოთხოვნისა და მიწოდების შემცირების სტრატეგიების შემუშავების მნიშვნელობას.

სურათი 13.6 მუდმივი, ამჟამინდელი, თუ ადრინდელი მწეველები 15-44 წლის ქალებს შორის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



13.7 ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება

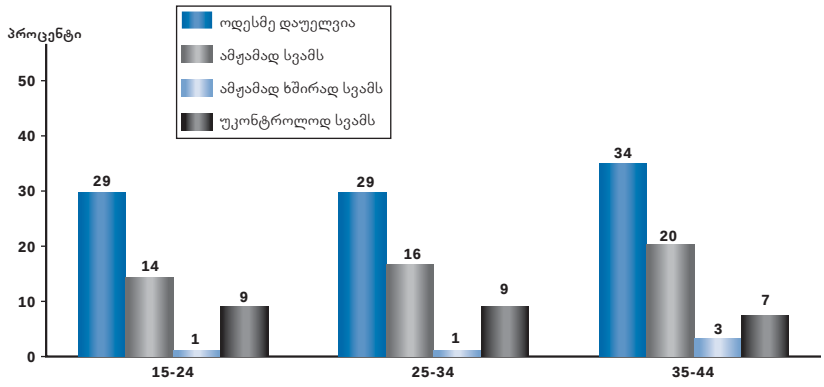
ალკოჰოლის ათვისებასა და გადამუშავებაში გენდერული განსხვავებების გამო, ალკოჰოლის უფრო დიდი კონცენტრაცია ხვდება ქალის სისხლში და ამიტომ, სასმელის თანაბარი რაოდენობის მიღების შემთხვევაში, ქალები ალკოჰოლის უფრო ძლიერი ზემოქმედების ქვეშ აღმოჩნდებიან ხოლმე, ვიდრე მამაკაცები, რასაც მათთვის ხანგრძლივ პერსპექტივაში უფრო სავალალო შედეგები მოაქვს. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება იწვევს ჯანმრთელობის ქრონიკულ გართულებებს, როგორიცაა: ღვიძლის დაავადებები, კიბო, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, აგრეთვე ნევროლოგიური ან ფსიქიატრიული პრობლემები. მოხმარება იწვევს ტრავმებს, ძალადობას, ალკოჰოლით მოწამვლას, მაღალ არტერიულ წნევას, მიოკარდიუმის ინფარქტს, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს, მენინგიტს და დიაბეტის კონტროლის გართულებას (Naimi et al., 2003b). ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება განსაკუთრებით საშიშია ჩანასახის თუ ჩვილის ჯანმრთელობაზე შესაძლო უარყოფითი გავლენის გამო. არ არსებობს ალკოჰოლის ოდენობა, რომლის მიღებაც უსაფრთხოა ორსულთათვის და აგრეთვე არ არსებობს ალკოჰოლის მიღებისათვის უსაფრთხო პერიოდი ორსულობისას. ალკოჰოლის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს თანდაყოლილი დეფექტები (ჩანასახის ალკოჰოლური სპექტრის დარღვევები), ფიზიკური თუ გონებრივი განვითარების შეფერხების რისკი, თვითნებური აბორტი, მკვდრადშობა და ნაადრევი მშობიარობა (Wilsnack et al., 1984; Kesmodel et al., 2002)

საქართველოში ჩატარებული კვლევა აფასებს ალკოჰოლის მოხმარებას რესპონდენტებში მათ მიერ ბოლო სამი თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირესა და რაოდენობაზე დასმული კითხვებით. რესპონდენტები, რომლებიც იღებდნენ ალკოჰოლს ყოველდღე, ან თითქმის ყოველდღე, ჩაითვალნენ “ამჟამად მომხმარებლებად”; ის, ვინც დღეში საშუალოდ ერთხელ და მეტჯერ იღებდა ალკოჰოლს - “ამჟამად ხშირად მომხმარებლებად”; ხოლო ისინი, ვინც უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში ზედიზედ ხუთჯერ ან მეტჯერ დალია - “ეპიზოდურად ჭარბ მომხმარებლებად”, ანუ ალკოჰოლის უკონტროლოდ მომხმარებელთა კატეგორიად. რამდენადაც მონაცემები ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ ეფუძნება რესპონდენტთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, შესაძლოა გარკვეული უზუსტობები — განსაკუთრებით ორსული რესპონდენტების პასუხებში, რადგანაც შესაძლოა, მათთვის ცნობილი იყო ის ფაქტი, რომ ალკოჰოლის ნებისმიერი დოზით მოხმარება მათთვის მიზანშეწონილი არ არის.

საშუალოდ, ქალების 31%-ს ოდესმე მაინც დაულევია ალკოჰოლური სასმელი, ხოლო 17% ახლაც სვამს, მაგრამ მხოლოდ 2%-ია ალკოჰოლის ხშირი მომხმარებელი (ცხრილი 13.7). ქალთა რვა პროცენტმა აღიარა ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება კვლევის წინა სამი თვის განმავლობაში. როგორც 2005 წლის კვლევისას, სმა გარკვეულწილად კორელაციაში იყო ასაკთან, გარდა უკონტროლოდ სმის შემთხვევებისა (სურათი 13.7). აღსანიშნავია, ამჟამად, ხშირად და უკონტროლოდ სმის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი (22%, 6% და 14% შესაბამისად) ადრე ქორწინებაში მყოფ ქალთა შორის.

ჭარბად და უკონტროლოდ სმა უფრო მეტად დამახასიათებელია ქალაქელი ქალებისათვის (9%), განსაკუთრებით თბილისში მცხოვრებთათვის (12%) და უმაღლესი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებისათვის (12%). ხშირი და უკონტროლო სმა იშვიათი იყო აზერბაიჯანელ ქალებში (0% და 1% შესაბამისად), რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ამ მოსახლეობაში სავარაუდოდ, ალკოჰოლის წინააღმდეგ დამცავი ფაქტორები არსებობს.

სურათი 13.7 ალკოჰოლური სასმელების მოხმარების პროცენტული მაჩვენებლები 15-44 წლის ქალებს შორის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



13.8 ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემების პრევალენტობა

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემების გამოსაკვლევად ყველა რესპონდენტს მიმართეს შემდეგი შეკითხვით: "ოდესმე უთქვამს თუ არა ექიმს, ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკს, რომ გაქვთ ჯანმრთელობის პრობლემა (ჩამოთვლილიდან რომელიმე)?" ჯანმრთელობის პრობლემების ჩამონათვალში შედიოდა: დიაბეტი, ანემია, მაღალი არტერიული წნევა და გულის დაავადება. გარდა ამისა, მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების პრევალენტობის განსაზღვრისათვის, ქალებს მიმართავდნენ შეკითხვით "ოდესმე თუ გაგივლიათ მკურნალობა ფალოპის მილების, საშვილოსნოს ან საკვერცხეების ინფექციებთან, ანუ მენჯის ღრუს ინფექციებთან დაკავშირებით?"

ყველაზე გავრცელებული პრობლემა რეპროდუქციული ასაკის ქალებს შორის აღმოჩნდა მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები: გამოკითხულ ქალთა 19%-ს, ამჟამად ქორწინებაში მყოფ ქალთა 29%-ს და 35-44 წლის ქალთა 32%-ს, ექიმის დიაგნოზით, გადაუტანია ეს ანთებითი დაავადებები. 19-24 წლის ქალთა მხოლოდ მცირე რაოდენობამ (7%) აღნიშნა, რომ გადაუტანია მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები, და ეს პრობლემა საკმაოდ იშვიათი იყო ქორწინებაში არასოდეს მყოფ ქალთა შორის (ცხრილი 13.8).

მეორე ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული პრობლემა იყო მაღალი არტერიული წნევა: რესპონდენტების 6%-მა და 35-44 წლის ასაკის ქალთა 11%-მა მიუთითა, რომ აწუხებდათ ჰიპერტენზია. ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები იყო ანემია, გულსისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი: კვლევის მონაწილეების 4%-მა მიუთითა ანემიის შესახებ, 3%-მა - გულსისხლძარღვთა დაავადებების, ხოლო 1%-მა - დიაბეტის შესახებ.

ზოგადად, ჯანმრთელობის შერჩეულ პრობლემებთან დაკავშირებული კვლევის მონაცემები არაზუსტია. არ ჩატარებულა ლაბორატორიული ტესტირება; ყველა მონაცემი ეყრდნობა რესპონდენტთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, ხოლო ბევრმა მათგანმა არ იცოდა, ან ვერ აკონკრეტებდა საკუთარ პრობლემებს. ამიტომ, დაავადებათა გავრცელების რეალური სურათი გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე მიღებული ინფორმაცია; და კიდევ, ჯანმრთელბის მდგომარეობაზე რეგიონებიდან მიღებულ ინფორმაციაზე გავლენა იქონია სამედიცინო დაწესებულებების სიმწირემ რეგიონებში. უფრო მეტიც, კითხვარით გროვდებოდა ინფორმაცია რესპონდენტებში დაავადებათა გავრცელებაზე ცხოვრების მანძილზე, და არ შეფასებულა ახალი შემთხვევები. ყველა ამ მიზეზთა გამო, კვლევა ვერ უზრუნველყოფდა ზუსტ მონაცემებს ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით და ეს შედეგები მიჩნეულ უნდა იქნას როგორც რეპროდუქციული ასაკის ქალთა შორის ამ პრობლემების პრევალენტობის მინიმალური შეფასება.

რამდენადაც 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ფარგლებში შესწავლილი მრავალი საკითხი ორსულობას უკავშირდებოდა, ან სავარაუდოდ, ყველაზე მეტად ვლინდებოდა ორსულობის პერიოდში, დამატებითი კითხვები იკვლევდა — ჯანმრთელობის თითოეული პრობლემა, გარდა მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებებისა, იყო თუ არა მხოლოდ ორსულობის პერიოდისთვის დამახასიათებელი. სურათი 13.7 უჩვენებს ქალთა პროცენტულ განაწილებას ორსულობის პერიოდში დასმული დიაგნოზების მიხედვით. ორსულობის გამოცდილების მქონე ქალების უმეტესობამ საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ შეიტყო მხოლოდ ორსულობის პერიოდში, შესაძლოა, იმიტომ, რომ დაავადება დაკავშირებული იყო ორსულობასთან, ანდა იმიტომ, რომ პრევენციული გამოკვლევისთვის ქალები ორსულობის პერიოდში უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმს.

ცხრილი 13.1.1 15-44 წლის ქალთა პროცენტი, რომლებიც იღებდნენ სამედიცინო მომსახურებას ჩვეულ სამედიცინო დაწესებულებაში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჰქონდა მომსახურების		მომსახურების მიღების ჩვეული ადგილი						
	%	შემთხვევების რაოდენობა	რეგიონალური/ქალაქის საავადმყოფო	პოლიკლინიკა, ქალთა კონსულტაცია	პირველადი ჯანდაცვა/ოჯახური მედიცინის ცენტრი	სხვა	არც ერთი	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	79.4	6,292	37.9	25.6	14.4	1.4	20.6	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	80.7	2,975	30.5	32.9	16.2	1.1	19.3	100.0	2,975
სოფელი	77.9	3,317	46.3	17.4	12.4	1.7	22.1	100.0	3,317
რეგიონი									
კახეთი	79.7	498	39.4	20.9	17.1	2.4	20.3	100.0	498
თბილისი	78.0	1,426	20.2	34.8	21.6	1.3	22.0	100.0	1,426
შიდა ქართლი	86.8	392	60.4	18.7	7.7	0.0	13.2	100.0	392
ქვემოქართლი	73.7	546	40.0	23.1	10.1	0.4	26.3	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	78.3	481	49.4	17.9	10.4	0.6	21.7	100.0	481
აჭარა	75.8	419	37.5	29.3	8.5	0.5	24.2	100.0	419
გურია	74.4	401	40.0	26.4	7.8	0.2	25.6	100.0	401
სამეგრელო	89.2	477	60.0	23.9	3.9	1.5	10.8	100.0	477
იმერეთი	80.2	805	40.2	19.3	17.8	2.9	19.8	100.0	805
მცხეთა-მთიანეთი	78.9	393	34.0	23.4	20.5	1.0	21.1	100.0	393
რაჭა სვანეთი	84.7	454	62.9	9.4	6.9	5.5	15.3	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი									
15–19	71.0	861	31.0	26.4	12.6	1.0	29.0	100.0	861
20–24	76.0	1,099	35.2	26.1	13.2	1.5	24.0	100.0	1,099
25–29	81.5	1,191	40.1	25.6	14.5	1.2	18.5	100.0	1,191
30–34	82.4	1,168	42.0	25.3	13.6	1.4	17.6	100.0	1,168
35–39	85.0	1,051	40.1	25.9	17.1	1.8	15.0	100.0	1,051
40–44	82.2	922	40.7	24.0	16.2	1.2	17.8	100.0	922
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა									
0	75.0	2,276	33.8	26.3	13.6	1.2	25.0	100.0	2,276
1	82.6	1,286	37.5	27.3	16.3	1.5	17.4	100.0	1,286
2	82.7	2,069	42.2	25.2	13.9	1.4	17.3	100.0	2,069
3 ან მეტი	81.4	661	42.9	21.3	15.6	1.5	18.6	100.0	661
განათლების დონე									
საშუალო არასრული ან ნაკლები	73.1	1,330	37.4	23.7	11.2	0.9	26.9	100.0	1,330
საშუალო სრული	77.6	1,568	40.1	24.9	11.4	1.2	22.4	100.0	1,568
ტექნიკუმი	82.3	903	45.3	24.8	10.8	1.4	17.7	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	83.1	2,491	34.4	27.5	19.4	1.8	16.9	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	73.7	1,093	47.8	17.2	7.3	1.5	26.3	100.0	1,093
მეორე	78.9	1,385	46.6	18.4	12.2	1.7	21.1	100.0	1,385
საშუალო	80.7	1,413	44.2	22.0	13.0	1.5	19.3	100.0	1,413
მეოთხე	79.5	1,037	31.1	32.8	14.6	0.9	20.5	100.0	1,037
ყველაზე მაღალი	81.7	1,364	25.5	33.8	21.2	1.3	18.3	100.0	1,364
დასაქმებული									
მუშაობს	82.5	1,410	36.1	25.2	19.1	2.1	17.5	100.0	1,410
არ მუშაობს	78.5	4,882	38.4	25.8	13.2	1.2	21.5	100.0	4,882
ეთნიკური წარმომ.									
ქართველი	80.8	5,488	37.7	26.5	15.1	1.5	19.2	100.0	5,488
სხვა	69.8	804	39.3	20.1	9.7	0.7	30.2	100.0	804
აქვს ჯან. დაზღვევა									
კი	85.1	1,548	35.3	23.2	24.2	2.4	14.9	100.0	1,548
არა	77.7	4,744	38.7	26.3	11.7	1.1	22.3	100.0	4,744

ცხრილი 13.1.2 ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიღებული სამედიცინო დახმარება და დახმარების ტიპი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიღებული სამედიცინო დახმარება		სამედიცინო დახმარების ტიპი			
	%	შემთხვევათა რაოდენობა	პრევენციული მომსახურება	გადაუდებელი მომსახურება	ქრონიკული დაავადებების მკურნალობა	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	36.6	6,292	41.1	50.7	20.0	2,353
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	38.7	2,975	42.6	49.4	20.1	1,172
სოფელი	34.3	3,317	39.1	52.5	20.0	1,181
რეგიონი						
კახეთი	39.2	498	46.8	46.4	27.0	205
თბილისი	40.7	1,426	43.1	51.6	18.0	580
შიდა ქართლი	34.9	392	36.7	56.5	19.8	142
ქვემოქართლი	32.7	546	43.7	48.0	20.1	187
სამცხე ჯავახეთი	30.9	481	34.7	58.3	13.6	159
აჭარა	25.9	419	31.5	47.9	26.7	119
გურია	33.0	401	57.0	50.3	7.9	139
სამეგრელო	35.0	477	41.3	51.0	16.8	174
იმერეთი	43.0	805	39.0	50.9	20.9	352
მცხეთა-მთიანეთი	29.7	393	39.7	44.2	25.6	124
რაჭა სვანეთი	38.9	454	30.6	53.4	24.7	172
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	30.6	861	27.1	61.3	16.3	273
20–24	36.6	1,099	47.8	45.7	14.3	428
25–29	40.1	1,191	45.8	43.7	18.5	475
30–34	38.6	1,168	44.7	51.3	17.4	454
35–39	36.0	1,051	42.4	51.1	25.5	379
40–44	38.6	922	35.5	54.0	30.0	344
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა						
0	32.6	2,276	32.9	56.0	19.5	776
1	42.1	1,286	54.5	39.8	16.2	541
2	39.9	2,069	40.6	53.4	21.2	807
3 ან მეტი	33.1	661	44.0	46.6	27.1	229
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან ნაკლები	30.3	1,330	32.9	55.0	19.7	427
საშუალო სრული	35.5	1,568	43.0	46.8	21.6	563
ტექნიკუმი	38.8	903	34.6	57.8	23.7	348
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	40.2	2,491	45.7	48.8	18.1	1,015
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	31.7	1,093	37.6	54.7	23.3	367
მეორე	34.0	1,385	42.0	49.5	18.5	483
საშუალო	37.7	1,413	37.4	52.1	20.1	547
მეოთხე	39.4	1,037	42.7	44.6	23.9	411
ყველაზე მაღალი	38.5	1,364	44.0	53.1	16.6	545
დასაქმება						
მუშაობს	40.7	1,410	45.0	46.7	18.3	572
არ მუშაობს	35.5	4,882	39.9	52.0	20.5	1,781
ეთნიკური წარმომავ						
ქართველი	37.4	5,488	41.5	50.4	19.9	2,092
სხვა	31.2	804	37.8	53.9	20.9	261
აქვს ჯან.დაზღვევა						
კი	48.7	1,548	42.0	52.2	19.6	736
არა	33.2	4,744	40.7	50.1	20.2	1,617

ცხრილი 13.1.3 დაგვიანებული სამედიცინო დახმარება და დაგვიანების მთავარი მიზეზი ბოლო12 თვის განმავლობაში, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლისქალებში, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დაყოვნებული სამედიცინო დახმარება,		დაყოვნების ძირითადი მიზეზი			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	%	შემთხვევათა რაოდენობა	თანხასთან დაკავშირებით	სხვა მიზეზები	არ ახსოვს		
სულ	25.2	6,292	82.0	17.8	0.2	100.0	1,672
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	22.3	2,975	75.5	24.2	0.4	100.0	682
სოფელი	28.6	3,317	87.7	12.2	0.1	100.0	990
რეგიონი							
კახეთი	21.2	498	84.3	15.7	0.0	100.0	109
თბილისი	23.4	1,426	67.6	31.7	0.7	100.0	339
შიდა ქართლი	29.6	392	94.7	5.3	0.0	100.0	118
ქვემო ქართლი	30.1	546	85.3	14.7	0.0	100.0	168
სამცხე-ჯავახეთი	25.5	481	89.0	10.4	0.6	100.0	130
აჭარა	22.6	419	89.0	11.0	0.0	100.0	93
გურია	24.8	401	87.1	12.9	0.0	100.0	100
სამეგრელო	26.9	477	87.5	12.5	0.0	100.0	135
იმერეთი	24.0	805	84.9	15.1	0.0	100.0	193
მცხეთა-მთიანეთი	35.4	393	82.3	17.2	0.5	100.0	140
რაჭა სვანეთი	31.4	454	79.1	20.9	0.0	100.0	147
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	10.1	861	80.6	19.4	0.0	100.0	88
20–24	16.8	1,099	77.1	22.9	0.0	100.0	186
25–29	22.0	1,191	80.0	19.8	0.2	100.0	272
30–34	32.1	1,168	82.5	17.2	0.3	100.0	383
35–39	33.2	1,051	83.3	16.0	0.7	100.0	352
40–44	42.3	922	84.5	15.5	0.0	100.0	391
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა							
0	16.4	2,276	76.9	23.0	0.1	100.0	391
1	23.8	1,286	81.1	18.8	0.1	100.0	313
2	33.2	2,069	84.0	15.6	0.5	100.0	701
3 ან მეტი	40.8	661	86.6	13.4	.	100.0	267
განათლების დონე							
საშუალო არასრული ან ნაკლები	25.4	1,330	91.1	8.9	0.0	100.0	351
საშუალო სრული	26.4	1,568	88.1	11.8	0.1	100.0	437
ტექნიკუმი	31.7	903	86.9	13.1	0.0	100.0	294
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	22.2	2,491	69.1	30.3	0.6	100.0	590
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	33.0	1,093	90.1	9.9	0.0	100.0	373
მეორე	27.7	1,385	88.6	11.4	0.0	100.0	400
საშუალო	26.6	1,413	86.9	12.9	0.1	100.0	382
მეოთხე	22.4	1,037	80.4	19.2	0.4	100.0	237
ყველაზე მაღალი	19.9	1,364	63.2	36.1	0.7	100.0	280
დასაქმება							
მუშაობს	26.3	1,410	65.2	34.3	0.5	100.0	386
არ მუშაობს	24.9	4,882	86.8	13.1	0.1	100.0	1,286
ეთნიკური წარმომავ.							
ქართველი	25.1	5,488	80.6	19.2	0.2	100.0	1,462
სხვა	25.8	804	91.0	8.7	0.2	100.0	210
აქვს ჯან.დაზღვევა **კი**	29.0	1,548	69.3	30.4	0.2	100.0	462
არა	24.2	4,744	86.3	13.5	0.2	100.0	1,210

ცხრილი 13.1.4 ინტერვიუს დროს დაზღვევის მქონე 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი და ჯანმრთელობის დაზღვევის ძირითადი წყაროები, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აქვს ჯან. დაზღვევა		ჯან. დაზღვევის წყარო			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა*
	%	შემთხვევათა რაოდენობა	მთავრობის მიერ დაფინანსებული	კერძო, დამქირავებლის მიერ	კერძო, თვით დაფინანსებული		
სულ	22.1	6,292	49.1	32.6	18.3	100.0	1,542
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	21.4	2,975	28.8	42.1	29.0	100.0	659
სოფელი	23.0	3,317	70.4	22.7	6.9	100.0	883
რეგიონი							
კახეთი	20.1	498	69.3	19.7	11.0	100.0	110
თბილისი	23.3	1,426	19.7	45.8	34.5	100.0	333
შიდა ქართლი	24.9	392	71.4	19.8	8.7	100.0	101
ქვემო ქართლი	14.1	546	49.0	22.9	28.1	100.0	77
სამცხე ჯავახეთი	19.1	481	34.1	61.8	4.1	100.0	98
აჭარა	25.4	419	55.9	26.6	17.5	100.0	105
გურია	26.6	401	75.2	18.0	6.8	100.0	109
სამეგრელო	21.2	477	66.7	26.2	7.1	100.0	98
იმერეთი	21.1	805	56.0	34.4	9.6	100.0	181
მცხეთა-მთიანეთი	33.7	393	74.6	16.9	8.5	100.0	132
რაჭა-სვანეთი	42.1	454	81.4	15.7	3.0	100.0	198
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	16.8	861	73.8	13.1	13.1	100.0	150
20–24	18.2	1,099	51.1	30.1	18.9	100.0	212
25–29	23.2	1,191	47.3	34.1	18.6	100.0	307
30–34	22.5	1,168	45.9	36.1	18.0	100.0	298
35–39	24.5	1,051	43.7	37.1	19.3	100.0	298
40–44	29.7	922	39.5	40.0	20.4	100.0	277
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა							
0	18.8	2,276	51.6	27.7	20.7	100.0	472
1	23.4	1,286	40.4	37.9	21.7	100.0	316
2	24.0	2,069	47.3	35.9	16.8	100.0	547
3 ან მეტი	27.9	661	60.0	29.8	10.3	100.0	207
განათლების დონე							
საშუალო არასრული ან ნაკლები	19.3	1,330	81.9	9.5	8.6	100.0	294
საშუალო სრული	18.2	1,568	80.6	10.4	9.0	100.0	333
ტექნიკუმი	19.8	903	56.3	29.2	14.5	100.0	204
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	27.0	2,491	20.5	52.4	27.1	100.0	711
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	27.7	1,093	91.0	5.6	3.4	100.0	345
მეორე	22.7	1,385	67.2	25.5	7.2	100.0	356
საშუალო	20.0	1,413	54.0	34.5	11.5	100.0	321
მეოთხე	16.7	1,037	36.7	37.4	25.9	100.0	186
ყველაზე მაღალი	24.3	1,364	12.0	51.5	36.6	100.0	334
დასაქმება							
მუშაობს	38.6	1,410	13.4	59.2	27.4	100.0	571
არ მუშაობს	17.7	4,882	70.3	16.9	12.8	100.0	971
ეთნიკური წარმომავ.							
ქართველი	23.9	5,488	48.5	32.8	18.7	100.0	1,442
სხვა	10.6	804	58.0	29.7	12.3	100.0	100

* გამოტოვებულია 6 ქალი, ვინც არ იცოდა, რა ტიპის დაზღვევა ჰქონდა

ცხრილი 13.2 მკერდის თვითგასინჯვის სიხშირე (მთს) შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში, რომლებსაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ბოლო გინეკოლოგიური გამოკვლევის დრო				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ბოლო 12 თვე	1-3 წლის განმავლობაში	3 წელზე მეტი წლის წინ	არასოდეს		
სულ	24.6	26.1	20.1	29.3	100.0	4,473
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	28.2	27.6	19.8	24.5	100.0	2,039
სოფელი	20.8	24.5	20.4	34.3	100.0	2,434
რეგიონი						
კახეთი	19.8	29.6	20.7	29.8	100.0	377
თბილისი	30.8	28.3	19.6	21.4	100.0	941
შიდა ქართლი	23.1	24.6	26.0	26.3	100.0	285
ქვემო ქართლი	23.7	21.9	16.8	37.7	100.0	416
სამცხე-ჯავახეთი	21.8	19.9	18.4	40.0	100.0	349
აჭარა	20.7	30.4	16.6	32.2	100.0	314
გურია	16.9	24.4	19.0	39.8	100.0	288
სამეგრელო	21.9	24.9	22.4	30.9	100.0	325
იმერეთი	26.8	24.4	22.1	26.8	100.0	584
მცხეთა-მთიანეთი	15.6	26.7	20.0	37.8	100.0	290
რაჭა სვანეთი	20.6	22.1	22.3	35.0	100.0	304
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	31.8	19.6	3.2	45.3	100.0	770
25–29	28.5	27.4	10.5	33.6	100.0	908
30–34	25.5	27.1	18.5	29.0	100.0	1,027
35–39	20.7	29.4	28.4	21.5	100.0	941
40–44	17.2	26.0	37.5	19.3	100.0	827
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა						
0	38.3	13.2	9.9	38.6	100.0	477
1	26.0	26.1	15.7	32.1	100.0	1,283
2	22.9	28.4	22.5	26.2	100.0	2,057
3 ან მეტი	17.1	28.1	28.2	26.6	100.0	656
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან ნაკლები	18.3	25.3	19.6	36.9	100.0	794
საშუალო სრული	22.6	23.2	19.3	34.9	100.0	1,192
ტექნიკუმი	24.9	26.3	23.3	25.4	100.0	738
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	28.5	28.2	19.6	23.8	100.0	1,749
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	17.6	24.2	19.7	38.5	100.0	786
მეორე	21.4	24.1	21.1	33.4	100.0	1,025
საშუალო	23.5	24.0	20.7	31.8	100.0	1,013
მეოთხე	28.4	27.7	18.4	25.5	100.0	706
ყველაზე მაღალი	29.6	29.4	20.1	20.8	100.0	943
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	24.9	26.2	21.1	27.8	100.0	3,847
სხვა	22.5	25.3	14.2	38.0	100.0	626
კონტრაც. ამჟ. მომხმარ.						
თანამედროვე	25.3	31.5	20.4	22.8	100.0	1,429
ტრადიციული	20.0	26.9	21.2	31.9	100.0	797
არანაირი მეთოდი	25.6	22.4	19.5	32.4	100.0	2,247

ცხრილი 13.3.1 სარძევე ჯირკვლების თვითშემოწმების სიხშირე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მთს სიხშირე				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ყოველ თვე	ყოველ 2-5 თვეში ერთხელ	ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ ან ნაკლებად	არასოდეს		
სულ	17.1	12.4	12.4	58.1	100.0	4,493
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	19.9	14.1	14.4	51.6	100.0	2,048
სოფელი	14.3	10.6	10.3	64.9	100.0	2,445
რეგიონი						
კახეთი	17.9	13.8	12.9	55.4	100.0	380
თბილისი	22.8	13.4	14.8	49.0	100.0	943
შიდა ქართლი	15.1	14.8	10.9	59.2	100.0	285
ქვემოქართლი	13.4	8.4	12.0	66.1	100.0	420
სამცხე ჯავახეთი	7.4	5.7	11.7	75.2	100.0	350
აჭარა	9.6	11.7	11.7	67.0	100.0	317
გურია	15.6	10.2	8.1	66.2	100.0	290
სამეგრელო	15.8	15.3	9.3	59.7	100.0	326
იმერეთი	20.4	13.3	11.8	54.5	100.0	586
მცხეთა-მთიანეთი	18.8	11.9	16.0	53.3	100.0	292
რაჭა სვანეთი	11.5	14.3	10.3	63.9	100.0	304
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	10.1	2.2	3.5	84.2	100.0	130
20–24	9.4	8.9	8.7	73.0	100.0	642
25–29	12.9	11.3	10.7	65.1	100.0	910
30–34	17.7	10.8	13.0	58.5	100.0	1,036
35–39	20.0	15.9	15.7	48.4	100.0	946
40–44	24.4	15.5	14.0	46.1	100.0	829
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა						
0	12.5	7.9	6.3	73.3	100.0	477
1	17.3	13.0	11.7	58.1	100.0	1,286
2	18.1	13.1	13.8	55.1	100.0	2,069
3 ან მეტი	17.2	12.4	14.1	56.3	100.0	661
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან ნაკლები	8.5	7.5	7.6	76.4	100.0	802
საშუალო სრული	13.4	11.7	10.9	63.9	100.0	1,196
ტექნიკუმი	19.9	13.8	15.4	50.9	100.0	740
უნივერსიტეტი/ასპირანტუ	22.3	14.4	14.4	49.0	100.0	1,755
ქონებრივი კვინტილი						
ქვედაზე დაბალი	12.5	9.6	9.6	68.3	100.0	788
მეორე	11.9	10.9	9.9	67.3	100.0	1,032
საშუალო	18.6	11.8	13.4	56.2	100.0	1,018
მეოთხე	17.7	11.9	12.4	58.0	100.0	710
ქვედაზე მაღალი	22.5	16.1	15.3	46.1	100.0	945
დასაქმება						
მუშაობს	24.8	17.4	14.6	43.2	100.0	1,013
არ მუშაობს	14.9	10.9	11.8	62.4	100.0	3,480
ეთნიკური წარმომავ.						
ქართველი	18.8	13.3	13.0	55.0	100.0	3,859
სხვა	7.3	7.0	9.1	76.6	100.0	634
კონტრაც. ამჟ. მომხმარ.						
თანამედროვე	19.3	14.7	14.8	51.3	100.0	1,436
ტრადიციული	18.9	12.8	10.2	58.2	100.0	798
არანაირი მეთოდი	15.2	10.8	11.7	62.4	100.0	2,259
გაუვლია გინ.შემოწმება						
კი	19.5	14.2	13.8	52.5	100.0	3,099
არა	11.3	8.0	9.1	71.6	100.0	1,394

ცხრილი 13.3.2 სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვის (მთგ), კლინიკური გასინჯვის (მკგ) და მამოგრაფიის პრევალენტობა ყველა ქალში და სქესობრივად გამოცდილ 15-44 წლის ქალებში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოდესმე გაუვლია მთგ		ოდესმე გაუვლია მკგ		ოდესმე გაუკეთებია მამოგრაფია		შემთხვევათა რაოდენობა	
	ყველა ქალი	სქესობრივად გამოცდილი	ყველა ქალი	სქესობრივად გამოცდილი	ყველა ქალი	სქესობრივად გამოცდილი	ყველა ქალი	სქესობრივად გამოცდილი
სულ	32.1	41.9	13.1	17.7	4.9	6.8	6,292	4,493
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	36.2	48.4	15.8	21.9	6.9	9.7	2,975	2,048
სოფელი	27.5	35.1	10.1	13.4	2.8	3.8	3,317	2,445
რეგიონი								
კახეთი	35.0	44.6	13.4	18.3	4.1	5.9	498	380
თბილისი	37.0	51.0	19.0	26.7	8.8	12.6	1,426	943
შიდა ქართლი	31.8	40.8	9.9	13.9	3.2	4.7	392	285
ქვემოქართლი	27.3	33.9	11.3	14.4	4.6	6.0	546	420
სამცხე ჯავახეთი	17.2	24.8	6.5	10.0	2.2	3.3	481	350
აჭარა	25.0	33.0	9.4	13.5	2.8	4.1	419	317
გურია	29.0	33.8	8.4	11.4	3.2	4.2	401	290
სამეგრელო	29.9	40.3	8.1	10.1	2.7	3.8	477	326
იმერეთი	36.4	45.5	13.6	17.9	3.6	4.8	805	586
მცხეთა-მთიანეთი	34.4	46.7	12.4	16.9	4.8	6.4	393	292
რაჭა სვანეთი	29.3	36.1	10.8	14.6	2.7	4.0	454	304
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	5.4	15.8	3.0	7.2	0.4	0.0	861	130
20–24	19.4	27.0	7.6	11.2	1.7	2.6	1,099	642
25–29	31.6	34.9	10.5	12.7	3.3	3.8	1,191	910
30–34	40.2	41.5	16.2	17.2	6.5	6.9	1,168	1,036
35–39	51.0	51.6	22.3	23.3	9.3	9.4	1,051	946
40–44	52.6	53.9	22.4	23.7	10.2	11.0	922	829
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა								
0	15.6	26.7	5.8	13.4	1.8	4.3	2,276	477
1	41.9	41.9	18.9	18.9	7.1	7.1	1,286	1,286
2	44.9	44.9	18.8	18.8	8.1	8.1	2,069	2,069
3 ან მეტი	43.7	43.7	15.3	15.3	4.2	4.2	661	661
განათლების დონე								
საშუალო არასრული ან ნაკლები	14.2	23.6	5.7	8.7	1.9	3.2	1,330	802
საშუალო სრული	28.0	36.1	9.1	11.9	2.7	3.7	1,568	1,196
ტექნიკუმი	41.8	49.1	17.4	20.6	6.5	7.9	903	740
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	41.7	51.0	18.4	24.4	7.5	10.0	2,491	1,755
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	24.5	31.7	7.8	10.5	1.9	2.6	1,093	788
მეორე	25.5	32.7	9.4	12.1	3.1	4.3	1,385	1,032
საშუალო	33.5	43.8	11.6	15.9	3.0	4.4	1,413	1,018
მეოთხე	31.0	42.0	12.6	18.0	4.7	6.6	1,037	710
ყველაზე მაღალი	40.9	53.9	20.6	28.1	9.8	13.6	1,364	945
ეთნიკური წარმომავლობა								
ქართველი	34.2	45.0	14.0	19.1	5.4	7.5	5,488	3,859
სხვა	18.1	23.4	7.3	9.8	2.0	2.7	804	634
კონტრაც. ამჟ. მომხმ.								
თანამედროვე	48.7	48.7	20.0	20.0	8.3	8.3	1,436	1,436
ტრადიციული	41.8	41.8	14.3	14.3	6.2	6.2	798	798
არანაირი მეთოდი	25.4	37.6	10.8	17.4	3.7	6.1	4,058	2,259
ოდესმე გაგივლიათ რუტინული გინეკოლოგიური შემოწმება?								
არა	45.9	47.5	21.7	22.0	8.4	8.6	3,322	3,099
კი	18.0	28.4	4.3	7.4	1.4	2.3	2,970	1,394

ცხრილი 13.3.3 მამოგრაფიის არ ჩატარების მიზეზები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებს შორის, რომლებსაც არასდროს ჩაუტარებიათ მამოგრაფია.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მამოგრაფიის არ გავლის ყველაზე ხშირი მიზეზი						
	ექიმს რეკომენდაცია არ მოუცია	არაფერი მსმენია მასზე	არ მეგონა აუცილებელი/ ძალიან ახალგაზრდა	ფასი/ დაუზღვეველი	სხვა	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	33.4	31.7	29.8	3.0	2.1	100.0	5,984
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	35.0	24.6	35.8	2.9	1.8	100.0	2,768
სოფელი	31.6	39.5	23.4	3.2	2.4	100.0	3,216
რეგიონი							
კახეთი	37.6	38.3	20.5	0.8	2.8	100.0	475
თბილისი	34.5	21.9	39.0	2.2	2.4	100.0	1,300
შიდა ქართლი	33.0	36.7	25.1	4.1	1.2	100.0	381
ქვემოქართლი	31.9	35.9	25.6	3.7	2.8	100.0	519
სამცხე ჯავახეთი	18.7	56.3	24.1	0.5	0.3	100.0	470
აჭარა	30.5	29.6	29.3	9.3	1.3	100.0	404
გურია	23.6	26.9	39.0	6.2	4.3	100.0	389
სამეგრელო	30.1	45.9	22.1	1.0	0.9	100.0	462
იმერეთი	41.4	25.8	29.1	1.6	2.1	100.0	772
მცხეთა-მთიანეთი	28.7	24.8	36.3	5.6	4.6	100.0	372
რაჭა სვანეთი	33.6	44.2	19.7	1.3	1.3	100.0	440
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-24	19.4	45.8	33.1	0.6	1.1	100.0	1,938
25-34	39.0	25.1	31.4	2.4	2.1	100.0	2,256
35-44	45.6	20.5	23.6	6.9	3.4	100.0	1,790
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა							
0	19.1	42.5	36.4	0.8	1.2	100.0	2,229
1	43.6	22.7	28.0	3.7	2.0	100.0	1,203
2	45.0	22.8	24.7	4.7	2.7	100.0	1,919
3 ან მეტი	41.5	28.1	19.9	6.4	4.1	100.0	633
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	20.4	51.5	23.9	2.5	1.6	100.0	1,303
საშუალო სრული	31.0	36.3	26.8	4.1	1.8	100.0	1,525
ტექნიკუმი	39.6	21.8	31.5	5.5	1.6	100.0	847
უნივერსიტ/ასპირანტ.	40.7	20.0	34.9	1.7	2.7	100.0	2,309
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	28.5	45.8	20.0	3.4	2.3	100.0	1,072
მეორე	33.2	38.3	24.6	2.3	1.6	100.0	1,342
საშუალო	32.2	35.9	25.2	4.4	2.3	100.0	1,360
მეოთხე	35.4	25.5	34.8	2.5	1.8	100.0	983
ყველაზე მაღალი	36.0	18.7	40.3	2.5	2.4	100.0	1,227
ეთნიკური წარმომავლობა							
ქართველი	34.8	28.5	31.5	3.1	2.1	100.0	5,197
სხვა	24.1	52.2	19.3	2.3	2.2	100.0	787
კონტრაც. ამჟ. მომხმ.							
თანამედროვე	48.1	18.0	27.2	3.9	2.9	100.0	1,323
ტრადიციული	40.0	26.8	27.6	3.7	1.9	100.0	752
არანაირი მეთოდი	28.0	36.5	30.9	2.6	1.9	100.0	3,909

ცხრილი 13.4.1 საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სიხშირე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ბოლოს გავლილი საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი					
	ბოლო 12თვე	ბოლო 1-3წელი	სამ წელზე მეტი	არასოდეს	სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	5.0	4.0	3.1	87.8	100.0	4,491
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	7.1	5.1	3.1	84.8	100.0	2,047
სოფელი	2.9	3.0	3.2	91.0	100.0	2,444
რეგიონი						
კახეთი	3.9	3.4	3.6	89.1	100.0	379
თბილისი	10.0	7.0	3.3	79.7	100.0	942
შიდა ქართლი	3.0	1.5	4.4	91.1	100.0	285
ქვემოქართლი	3.2	3.4	3.0	90.4	100.0	420
სამცხე ჯავახეთი	1.9	1.4	2.6	94.0	100.0	350
აჭარა	4.3	4.6	2.8	88.3	100.0	317
გურია	4.8	5.4	4.5	85.3	100.0	290
სამეგრელო	1.6	0.8	0.0	97.5	100.0	326
იმერეთი	3.7	3.4	4.2	88.7	100.0	586
მცხეთა-მთიანეთი	4.4	2.5	1.1	92.0	100.0	292
რაჭა სვანეთი	2.3	3.7	2.9	91.1	100.0	304
ასაკობრივი ჯგუფი						
1524	6.5	3.1	0.8	89.5	100.0	772
25-29	4.7	4.4	2.9	88.1	100.0	910
30–34	3.9	3.5	3.2	89.4	100.0	1,035
35–39	5.4	4.1	4.2	86.2	100.0	946
40–44	4.8	5.0	4.2	86.0	100.0	828
ცოცხ. ბავშვ რაოდ.						
0	6.5	3.3	1.9	88.2	100.0	477
1	6.0	4.3	2.6	87.1	100.0	1,285
2	4.8	4.1	3.5	87.6	100.0	2,069
3 ან მეტი	2.9	3.6	3.8	89.7	100.0	660
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან ნაკლები	2.0	1.3	1.7	95.0	100.0	802
საშუალო სრული	3.6	2.4	2.6	91.4	100.0	1,196
ტექნიკუმი	5.6	4.9	3.5	86.0	100.0	739
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	7.1	6.0	4.0	83.0	100.0	1,754
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	1.2	1.7	2.8	94.4	100.0	788
მეორე	3.7	2.8	3.8	89.6	100.0	1,032
საშუალო	3.0	3.4	2.4	91.2	100.0	1,017
მეოთხე	5.4	4.9	2.1	87.6	100.0	710
ყველაზე მაღალი	10.0	6.3	4.1	79.6	100.0	944
ეთნიკური წარმ.						
ქართველი	5.6	4.1	3.5	86.8	100.0	3,857
სხვა	1.9	3.5	0.8	93.9	100.0	634
კონტრაც. ამჟ. მოხმ.						
თანამედროვე	5.0	4.1	3.3	87.5	100.0	1,436
ტრადიციული	3.4	3.9	2.8	89.9	100.0	798
არანაირი მეთოდი	5.6	4.0	3.1	87.4	100.0	2,257
გაუვლია გინ. შემოწ.						
არა	6.3	4.9	3.6	85.2	100.0	3,097
კი	1.9	2.0	1.9	94.1	100.0	1,394

ცხრილი 13.4.2 საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სერვისით სარგებლობა ბოლო 3 წლის მანძილზე შერჩეული მახასიათებლებისა და ასაკის მიხედვით, 15-44 წლის სქესობრივად გამოცდილ ქალებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გაიარა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი ბოლო სამ წელში			შემთხვევათა რაოდენობა
	15–24	25–34	35–44	
სულ	9.6	8.1	9.7	4,491
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	10.4	11.0	14.0	2,047
სოფელი	8.8	5.2	5.1	2,444
რეგიონი				
კახეთი	7.7	5.7	8.4	379
თბილისი	11.1	14.8	21.6	942
შიდა ქართლი	7.1	5.2	2.7	285
ქვემოქართლი	9.4	7.1	4.9	420
სამცხე ჯავახეთი	2.3	2.9	4.4	350
აჭარა	16.7	4.2	9.3	317
გურია	15.7	11.2	7.1	290
სამეგრელო	0.0	3.3	2.2	326
იმერეთი	10.7	7.7	5.1	586
მცხეთა-მთიანეთი	6.6	5.5	8.3	292
რაჭა სვანეთი	12.8	7.1	3.4	304
განათლების დონე				
საშუალო არასრ.	3.7	1.4	5.0	802
საშუალო სრული	8.2	6.1	3.9	1,196
ტექნიკუმი	17.9	10.4	8.8	739
უნივერსიტ./ასპირანტ.	12.7	11.4	14.8	1,754
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	4.0	3.7	1.7	788
მეორე	12.5	4.0	5.9	1,032
საშუალო	3.9	6.9	6.9	1,017
მეოთხე	8.5	10.8	10.7	710
ყველაზე მაღალი	15.9	13.3	19.2	944
ეთნიკური წარმ.				
ქართველი	10.6	8.6	10.3	3,857
სხვა	5.7	5.5	4.8	634
კონტრაც. ამჟ. მოხმ.				
თანამედროვე	11.0	7.5	10.4	1,436
ტრადიციული	4.3	6.3	9.0	798
არანაირი მეთოდი	9.9	9.3	9.6	2,257
გაუვლია გინ. შემოწ.				
არა	12.5	10.4	11.4	3,097
კი	6.2	3.1	3.0	1,394

ცხრილი 13.4.3 ადამიანის პაპილომა ვირუსისა (HPV) და მისი ვაქცინის შესახებ ცოდნა და ამ ვაქცინით დაინტერესების მაჩვენებელი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გათვითცნობიერებულობა		ინტერესი	შემთხვევათა რაოდენობა
	პაპილომა ვირუსზე	ვირუსის ვაქცინაზე	ვირუსის ვაქცინის შეძენაზე	
სულ	20.8	18.3	29.3	6,292
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	28.3	24.1	29.7	2,975
სოფელი	12.3	11.8	28.8	3,317
რეგიონი				
კახეთი	19.1	19.1	30.9	498
თბილისი	34.3	28.8	30.3	1,426
შიდა ქართლი	16.4	11.4	29.4	392
ქვემოქართლი	15.0	12.6	30.4	546
სამცხე ჯავახეთი	7.6	8.7	13.5	481
აჭარა	14.9	17.4	34.8	419
გურია	13.6	11.4	34.6	401
სამეგრელო	10.3	6.9	22.7	477
იმერეთი	20.3	18.2	30.9	805
მცხეთა-მთიანეთი	18.4	18.4	26.6	393
რაჭა სვანეთი	9.8	11.5	25.4	454
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–19	5.7	8.9	31.9	861
20–24	15.1	14.7	30.7	1,099
25–29	21.5	18.2	29.7	1,191
30–34	27.7	21.0	29.1	1,168
35–39	28.5	25.0	28.4	1,051
40–44	29.9	24.6	25.0	922
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა				
0	15.0	15.2	29.5	2,276
1	26.8	22.8	31.9	1,286
2	24.8	19.9	28.3	2,069
3 ან მეტი	21.2	18.4	26.1	661
განათლების დონე				
საშუალო არასრული ან ნაკლები	4.7	6.7	27.5	1,330
საშუალო სრული	12.0	12.1	25.3	1,568
ტექნიკუმი	26.5	20.2	28.1	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	33.6	28.3	33.2	2,491
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	7.6	7.8	24.2	1,093
მეორე	13.1	11.5	28.1	1,385
საშუალო	14.1	13.9	29.8	1,413
მეოთხე	21.7	19.3	31.4	1,037
ყველაზე მაღალი	38.9	32.5	31.1	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა				
ქართველი	22.8	20.1	30.7	5,488
სხვა	7.2	6.9	19.8	804
კონტრაც. ამჟ. მოხმ.				
თანამედროვე	30.4	24.5	32.3	1,436
ტრადიციული	22.4	18.5	29.6	798
არანაირი მეთოდი	17.5	16.4	28.3	4,058
ოდესმე გაგივლიათ რუტინული გინეკოლოგიური შემოწმება?				
არა	27.7	21.7	30.2	3,322
კი	13.8	14.9	28.3	2,970

ცხრილი 13.5.1 ტუბერკულოზის (ტბ) და მისი გადაცემის გზების შესახებ ცოდნა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ყველა ქალს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გაუგია ტბ	გაუგია გადაცემის გზებზე			ტბ რისკი		შემთხვევათა რაოდენობა
	%	ხველებისას ჰაერწვეთოვანი გზით	სხვა გზებით	არ იცის გადაცემის გზები	ოჯახის ტბ ინფიცირებული წევრი*	ინფიცირებულ ადამიანთან ხშირი კონტაქტი	
სულ	94.5	67.3	56.6	12.1	8.7	11.8	6,292
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	96.9	74.3	59.2	7.9	6.0	12.3	2,975
სოფელი	91.7	59.4	53.7	16.8	11.7	11.2	3,317
რეგიონი							
კახეთი	87.0	61.2	46.5	22.0	15.3	12.2	498
თბილისი	97.1	77.3	63.3	6.9	5.8	13.1	1,426
შიდა ქართლი	97.0	71.6	65.1	5.7	8.1	7.7	392
ქვემოქართლი	86.1	57.6	45.3	24.6	17.7	11.4	546
სამცხე ჯავახეთი	90.2	44.9	39.3	23.6	12.1	9.0	481
აჭარა	98.6	73.9	43.9	4.6	4.1	14.9	419
გურია	97.2	72.4	62.4	7.2	6.6	16.0	401
სამეგრელო	96.0	74.3	72.6	6.1	6.7	9.4	477
იმერეთი	95.6	57.1	57.9	15.3	7.5	10.4	805
მცხეთა-მთიანეთი	97.5	65.8	58.7	10.3	7.6	12.9	393
რაჭა სვანეთი	96.4	63.8	67.9	10.1	6.9	12.3	454
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	89.2	52.9	40.0	23.5	13.3	8.3	861
20–24	92.4	61.7	51.4	16.1	10.7	10.4	1,099
25–29	95.5	70.2	59.1	10.1	6.9	13.9	1,191
30–34	96.6	72.4	63.6	6.9	6.1	11.6	1,168
35–39	97.4	75.0	64.0	7.3	5.9	13.1	1,051
40–44	97.1	75.0	65.3	6.0	8.3	14.2	922
ცოცხალი ბავშვ-ების რაოდენობა	92.7	63.4	51.1		9.7	11.1	2,276
0				15.6			
1	95.5	71.2	62.6	9.6	8.4	12.8	1,286
2	96.4	69.8	60.2	8.9	6.7	11.9	2,069
3 ან მეტი	94.3	68.6	57.4	11.6	10.8	12.4	661
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	86.3	49.6	41.0	25.1	17.1	7.6	1,330
საშუალო სრული	94.9	62.2	54.0	13.6	8.5	11.7	1,568
ტექნიკუმი	97.6	75.8	65.5	5.6	6.4	13.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირან	97.9	77.9	64.2	5.8	4.7	13.8	2,491
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	90.7	54.3	55.1	17.9	13.6	13.8	1,093
მეორე	91.4	59.0	50.0	17.2	11.7	9.6	1,385
საშუალო	94.6	66.8	56.7	12.6	8.7	10.0	1,413
მეოთხე	97.1	73.5	55.6	8.3	6.4	13.5	1,037
ყველაზე მაღალი	97.1	76.9	63.1	7.2	5.3	12.5	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა							
ქართველი	96.7	70.6	60.1	9.0	6.6	12.1	5,488
სხვა	79.7	45.2	33.4	32.5	22.6	9.6	804

* მოიცავს 36 ქალს, რომლებიც არ არიან დარწმუნებულნი, იყვნენ თუ არა ოჯახის წევრისგან ტბ-ს რისკის ქვეშ.

ცხრილი 13.5.2 ტბ სიმპტომებში გათვითცნობიერების მაჩვენებელი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სპონტანურად ნახსენები ტუბერკულოზის სიმპტომები												შემთხვევათა რაოდენობა
	ხანგრძლივი და მძიმე ხველება	სიცხე	სისხლი ნახველში	წონის დაკარგვა	დაღლა	ოფლიანობა ღამით	სამ კვირაზე მეტი ხველება.	მადის დაკარგვა	ტკივილი მკერდში	ლეთარგია	სხვა	არ იცის	
სულ	70.5	28.0	27.2	24.3	20.4	13.6	13.1	12.8	4.6	1.5	1.2	11.7	6,292
საცხოვრებელი ადგილი													
ქალაქი	75.7	30.4	32.1	27.2	21.6	15.3	16.0	14.7	5.4	1.9	0.8	7.4	2,975
სოფელი	64.6	25.2	21.7	21.0	19.1	11.7	9.9	10.6	3.7	1.1	1.6	16.6	3,317
რეგიონი													
კახეთი	57.8	17.7	22.3	15.7	16.3	8.9	8.9	8.5	3.3	1.4	0.2	22.9	498
თბილისი	79.7	32.0	34.7	29.4	23.4	15.6	14.8	15.6	6.3	2.7	0.6	6.3	1,426
შიდა ქართლი	77.7	34.1	17.0	22.3	23.7	13.6	7.7	7.9	5.3	0.6	3.0	6.3	392
ქვემოქართლი	58.9	19.3	19.4	20.9	12.6	10.9	11.0	8.4	3.1	1.1	1.6	24.7	546
სამცხე ჯავახეთი	53.9	17.2	15.7	12.4	21.1	5.6	1.7	5.7	2.2	0.3	2.2	22.4	481
აჭარა	75.0	26.5	30.2	29.3	13.0	16.3	30.4	20.8	8.5	1.6	0.7	3.7	419
გურია	79.0	20.8	36.8	32.0	12.2	21.8	7.6	18.6	4.6	1.2	0.4	6.6	401
სამეგრელო	74.1	42.4	35.0	25.9	22.7	12.3	11.4	10.9	1.5	1.7	1.3	5.9	477
იმერეთი	65.2	28.2	23.3	22.1	26.0	15.7	11.0	12.7	3.7	0.5	1.7	15.1	805
მცხეთა-მთიანეთი	72.1	22.6	24.0	24.1	20.5	8.6	13.9	11.0	2.9	0.6	0.6	5.9	393
რაჭა სვანეთი	74.2	37.1	25.4	21.8	27.5	14.6	10.8	12.8	2.8	1.6	1.8	8.9	454
ასაკობრივი ჯგუფი													
15–19	58.0	17.8	17.8	15.6	10.9	6.0	8.4	7.4	2.6	1.0	0.3	23.2	861
20–24	65.3	22.2	23.8	21.6	18.0	10.3	11.7	10.4	3.2	0.7	1.4	15.3	1,099
25–29	70.8	29.7	30.7	26.8	22.0	15.3	13.2	12.5	5.6	2.3	0.9	9.7	1,191
30–34	74.7	33.3	30.1	25.5	22.6	14.6	13.6	13.0	4.8	0.8	1.4	7.3	1,168
35–39	76.6	33.4	33.0	27.5	24.1	17.7	17.3	16.2	5.7	1.7	1.7	7.1	1,051
40–44	80.9	34.3	29.6	31.0	27.3	19.8	15.8	18.7	6.6	2.7	1.5	5.0	922
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა													
0	65.6	24.9	24.9	21.9	17.9	10.1	11.4	10.2	3.4	1.3	1.0	15.6	2,276
1	74.5	32.1	32.3	26.1	23.4	16.7	14.6	16.0	5.6	2.2	0.5	9.2	1,286
2	74.3	29.5	28.0	25.1	21.6	15.6	13.6	14.2	5.4	1.1	2.0	8.6	2,069
3 ან მეტი	71.6	28.1	24.7	28.2	22.0	16.3	16.2	13.2	5.8	2.0	1.0	9.6	661
განათლების დონე													
საშუალო არასრული ან ნაკლები	55.7	18.7	15.7	14.9	11.5	7.0	8.0	7.3	2.4	0.9	0.5	25.3	1,330
საშუალო სრული	66.0	22.7	23.1	22.1	15.8	11.4	12.9	11.4	4.5	1.3	1.7	13.4	1,568
ტექნიკუმი	74.7	33.9	31.6	31.5	27.7	16.8	16.2	17.5	7.4	1.5	2.2	5.2	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	80.4	34.5	34.9	28.7	26.1	17.7	15.3	15.2	5.1	2.0	0.9	5.1	2,491
ქონებრივი კვინტილი													
ქვედაზე დაბალი	62.3	25.8	21.7	17.3	14.8	11.0	10.6	7.4	3.2	1.3	1.8	17.2	1,093
მეორე	62.2	24.4	19.5	19.1	16.7	9.0	9.2	9.0	2.9	0.6	2.2	18.3	1,385
საშუალო	69.3	24.0	23.9	25.1	24.0	13.7	11.3	13.3	4.0	1.3	1.2	12.0	1,413
მეოთხე	74.4	28.8	30.6	25.7	18.6	16.4	17.4	16.3	5.7	1.5	0.3	7.7	1,037
ქვედაზე მაღალი	79.6	34.6	36.4	30.5	24.9	16.4	16.1	15.7	6.6	2.4	0.7	6.3	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა													
ქართველი	73.8	30.3	29.1	25.7	21.7	14.8	14.4	13.8	4.8	1.7	1.2	8.5	5,488
სხვა	48.5	12.6	14.7	15.4	12.1	5.9	5.0	6.1	3.7	0.3	1.2	32.6	804

ცხრილი 13.5.3 ცოდნა ტბ-ისგან სრულად განკურნების შესაძლებლობისა და მკურნალობისთვის ყველაზე შესაბამისი მიდგომების შესახებ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ცოდნა რომ ტბ განკურნებადია		ცოდნა ყველაზე შესაბამისი მიდგომისა ტბ დაინფიცირებულის განსაკურნად					
	%	შემთხვევების რაოდენობა	ჰოსპიტალიზაცია	მკურნალობაა სახლში	ჰოსპიტალიზაცია, შემდეგ მკურნალობა სახლში	არ იცის	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	75.2	6,292	77.8	1.4	12.8	8.0	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	81.7	2,975	80.7	1.2	13.6	4.5	100.0	2,975
სოფელი	67.9	3,317	74.5	1.6	11.9	12.0	100.0	3,317
რეგიონი								
კახეთი	60.0	498	68.8	2.1	10.8	18.4	100.0	498
თბილისი	82.3	1,426	81.9	1.0	13.1	4.0	100.0	1,426
შიდა ქართლი	83.2	392	83.0	1.6	11.6	3.7	100.0	392
ქვემოქართლი	61.7	546	71.4	1.4	9.7	17.4	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	58.9	481	66.6	1.2	11.0	21.1	100.0	481
აჭარა	74.2	419	78.3	2.1	17.6	2.0	100.0	419
გურია	86.6	401	78.4	0.4	17.0	4.2	100.0	401
სამეგრელო	78.8	477	80.7	1.0	13.3	5.0	100.0	477
იმერეთი	79.4	805	79.2	1.4	12.0	7.4	100.0	805
მცხეთა-მთიანეთი	76.0	393	78.7	1.5	14.8	4.9	100.0	393
რაჭა სვანეთი	77.3	454	80.8	1.1	13.7	4.4	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	58.5	861	72.5	2.0	8.9	16.6	100.0	861
20–24	69.8	1,099	75.9	1.3	12.4	10.4	100.0	1,099
25–29	78.8	1,191	78.3	1.1	13.9	6.7	100.0	1,191
30–34	82.6	1,168	82.2	0.8	12.5	4.5	100.0	1,168
35–39	82.6	1,051	80.3	1.2	14.3	4.2	100.0	1,051
40–44	82.7	922	78.7	1.8	15.4	4.1	100.0	922
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა								
0	69.0	2,276	74.4	1.7	13.4	10.4	100.0	2,276
1	80.4	1,286	80.3	1.2	11.8	6.7	100.0	1,286
2	79.6	2,069	80.1	1.1	13.2	5.6	100.0	2,069
3 ან მეტი	78.1	661	80.0	1.4	10.7	8.0	100.0	661
განათლების დონე								
საშუალო არასრული ან ნაკლები	56.7	1,330	72.5	1.1	7.7	18.7	100.0	1,330
საშუალო სრული	72.1	1,568	77.2	1.9	12.3	8.6	100.0	1,568
ტექნიკუმი	83.1	903	82.0	1.5	13.6	2.9	100.0	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	85.3	2,491	79.8	1.2	15.7	3.3	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	65.0	1,093	71.7	1.9	13.4	12.9	100.0	1,093
მეორე	67.2	1,385	75.7	1.9	10.5	11.9	100.0	1,385
საშუალო	73.7	1,413	77.1	1.3	12.5	9.1	100.0	1,413
მეოთხე	80.4	1,037	80.3	1.1	14.1	4.5	100.0	1,037
ყველაზე მაღალი	84.7	1,364	81.7	0.9	13.4	4.1	100.0	1,364
დასაქმება								
მუშაობს	86.6	1,410	77.0	1.2	18.6	3.2	100.0	1,410
არ მუშაობს	72.2	4,882	78.0	1.4	11.2	9.4	100.0	4,882
ეთნიკური წარმომავ.								
ქართველი	79.6	5,488	79.9	1.4	13.6	5.1	100.0	5,488
სხვა	46.4	804	63.6	1.3	7.6	27.5	100.0	804

ცხრილი 13.6.1 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი თამბაქოს მოხმარების ამჟამინდელი სტატუსისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

წევის სტატუსი	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		
		თბილისი	სხვა ქალაქი	სოფელი
ამჟამად მწეველი	5.5	13.4	4.1	1.7
ყოველდღე მწეველი	4.6	11.3	3.5	1.2
იშვიათად მწეველი	0.9	2.1	0.6	0.4
არამწეველი	94.5	86.6	95.9	98.3
წინათ ყოველდღე	1.3	3.5	0.8	0.2
არასოდეს ყოველდღე	1.1	2.4	0.8	0.5
არასოდეს მწეველი	92.2	80.7	94.3	97.6
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა *	6,279	1,417	1,547	3,315

* არ მოიცავს 13 ქალს, ვინც უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე.

ცხრილი 13.6.2 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ოდესმე მოუწევია და ვინც ამჟამად ეწევა, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოდესმე მოუწევია	ამჟამინდელი სტატუსი		შემთხვევათა რაოდენობა
		ახლა ეწევა	წინათ ეწეოდა	
სულ	7.8	5.5	2.3	6,292
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	12.7	8.9	3.8	2,975
სოფელი	2.4	1.7	0.7	3,317
რეგიონი				
კახეთი	4.5	3.6	0.9	498
თბილისი	19.2	13.3	5.9	1,426
შიდა ქართლი	2.8	1.4	1.4	392
ქვემოქართლი	3.1	2.1	1.0	546
სამცხე ჯავახეთი	1.4	1.1	0.3	481
აჭარა	6.1	4.3	1.8	419
გურია	1.0	0.6	0.4	401
სამეგრელო	2.8	1.8	1.0	477
იმერეთი	3.0	2.6	0.4	805
მცხეთა-მთიანეთი	5.7	3.2	2.5	393
რაჭა სვანეთი	2.5	0.9	1.6	454
ასაკობრივი ჯგუფი				
15–19	2.6	2.2	0.4	861
20–24	7.3	4.7	2.6	1,099
25–29	8.4	6.4	2.0	1,191
30–34	10.3	7.0	3.3	1,168
35–39	9.8	6.9	2.9	1,051
40–44	9.5	6.3	3.2	922
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა				
0	7.0	5.6	1.4	2,276
1	13.0	8.4	4.6	1,286
2	6.5	4.2	2.3	2,069
3 ან მეტი	5.4	3.2	2.2	661
განათლების დონე				
საშუალო არასრული ან ნაკლები	2.5	2.3	0.2	1,330
საშუალო სრული	5.7	3.8	1.9	1,568
ტექნიკუმი	5.6	3.9	1.7	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	13.0	8.9	4.1	2,491
ქონებრივი კვინტილი				
ყველაზე დაბალი	2.1	1.6	0.5	1,093
მეორე	2.5	1.8	0.7	1,385
საშუალო	4.0	2.5	1.5	1,413
მეოთხე	9.6	6.7	2.9	1,037
ყველაზე მაღალი	16.9	12.0	4.9	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა				
ქართველი	8.4	5.8	2.6	5,488
სხვა	4.0	3.3	0.8	804
ამჟ. გამოყ. კონტრაცეპ.				
თანამდედროვე	9.3	5.9	3.4	1,436
ტრადიციული	4.5	3.2	1.3	798
არც ერთი მეთოდი	7.9	5.7	2.2	4,058

ცხრილი 13.6.3 სახლსა და სამსახურში (ოთახში) პასიური მოწევის მაჩვენებელი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში, რომლებიც ამჟამად არ ეწევიან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ყველა ქალი				არა-მწეველი			
	სახლში რისკის ქვეშ	შემთხვევა-თა რაოდენობა	სამსახურში რისკის ქვეშ	შემთხვევა-თა რაოდენობა	სახლში რისკის ქვეშ	შემთხვევა-თა რაოდენობა	სამსახურში რისკის ქვეშ	შემთხვევა-თა რაოდენობა
სულ	51.6	6,292	43.6	1,352	49.6	5,823	40.3	1,167
საცხოვრებელი ადგ.								
ქალაქი	48.9	2,975	47.0	872	45.4	2,588	43.4	703
სოფელი	54.5	3,317	35.3	480	53.9	3,235	33.9	464
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–24	51.0	1,960	47.3	169	49.8	1,871	43.9	154
25–29	56.0	1,191	40.8	250	54.0	1,102	36.3	217
30–34	52.2	1,168	45.9	260	48.9	1,057	43.2	222
35–39	49.3	1,051	40.8	352	47.5	955	36.2	298
40–44	49.7	922	44.7	321	47.3	838	42.9	276
განათლების დონე								
საშუალო არასრული ან ნაკლები	52.9	1,330	59.4	48	52.1	1,295	56.0	41
საშუალო სრული	55.7	1,568	55.7	108	54.3	1,493	52.9	95
ტექნიკუმი	54.4	903	44.4	199	53.0	850	42.6	182
უნივერსიტეტი/ასპირანტუ	47.2	2,491	41.2	997	43.7	2,185	37.4	849
ქონებრივი კვინტილი								
ქვედაზე დაბალი	52.9	1,093	39.3	87	52.1	1,063	37.2	84
მეორე	56.3	1,385	33.1	200	55.7	1,353	31.0	194
საშუალო	51.7	1,413	39.9	314	50.5	1,356	37.5	296
მეოთხე	51.0	1,037	47.9	280	48.6	936	46.3	246
ქვედაზე მაღალი	47.5	1,364	46.5	471	42.6	1,115	41.9	347
ეთნიკური წარმომავლობა								
ქართველი	51.7	5,488	43.7	1,252	49.7	5,054	40.2	1,072
სხვა	50.4	804	41.5	100	49.1	769	41.6	95

ცხრილი 13.7 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ბოლო სამი თვის განმავლობაში მიუმართავთ ალკოჰოლისთვის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ალკოჰოლის მიღება ბოლო 3 თვეში				შემთხვევათა რაოდენობა
	ოდესმე დაულევია	ახლა სვამს	ახლა ხშირად სვამს	სვამს უკონტროლოდ	
სულ	30.5	16.6	1.8	8.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	33.9	18.5	2.3	9.2	2,975
სოფელი	26.7	14.5	1.2	6.7	3,317
რეგიონი					
კახეთი	32.8	21.8	3.2	8.2	498
თბილისი	40.9	23.2	3.1	12.3	1,426
შიდა ქართლი	36.5	15.8	1.4	9.5	392
ქვემოქართლი	19.3	8.9	0.7	5.7	546
სამცხე ჯავახეთი	18.6	7.6	0.3	3.1	481
აჭარა	13.7	7.3	0.9	3.4	419
გურია	19.8	10.4	0.4	6.2	401
სამეგრელო	33.4	19.2	2.2	8.6	477
იმერეთი	30.7	16.8	0.8	6.4	805
მცხეთა-მთიანეთი	34.2	16.5	1.9	6.8	393
რაჭა სვანეთი	33.2	16.9	2.3	8.5	454
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	29.0	14.4	1.0	8.6	1,960
25–34	29.4	16.4	1.4	8.6	2,359
35–44	33.7	19.6	3.3	6.9	1,973
ქორწინების სტატუსი					
გათხოვილი	26.9	14.8	1.4	6.3	4,098
წინათ გათხოვილი	36.6	21.7	5.6	14.0	389
გაუთხოვარი	35.7	18.8	1.7	9.9	1,805
განათლების დონე					
საშუალო არასრული ან ნაკლები	24.5	12.0	1.0	6.0	1,330
საშუალო სრული	26.7	16.2	2.0	8.1	1,568
ტექნიკუმი	31.1	16.9	1.6	8.8	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	36.2	19.4	2.2	9.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	26.8	12.9	0.6	6.5	1,093
მეორე	24.7	14.3	1.0	5.6	1,385
საშუალო	28.5	16.0	2.2	7.3	1,413
მეოთხე	28.1	14.8	1.4	7.7	1,037
ყველაზე მაღალი	40.4	22.2	3.0	11.6	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა					
ქართველი	32.6	17.6	2.0	8.8	5,488
სხვა	16.7	9.8	0.7	3.1	804
დასაქმება					
მუშაობს	39.6	22.5	2.4	8.7	1,410
არ მუშაობს	28.1	15.0	1.6	7.9	4,882

ცხრილი 13.8 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ოდესმე მიუღიათ ინფორმაცია ექიმისაგან გარკვეული დაავადებების შესახებ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჩამოთვლილი ჯანმრთელობის პრობლემები					შემთხვევათა რაოდენობა
	მენჯის ღრუს ანთება	მაღალი წნევა	ანემია	გულის დაავადება	დიაბეტი	
სულ	19.4	5.5	4.2	2.8	0.6	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	18.6	5.1	4.4	2.4	0.7	2,975
სოფელი	20.2	6.1	3.9	3.4	0.5	3,317
რეგიონი						
კახეთი	22.6	8.5	5.2	1.1	0.2	498
თბილისი	18.1	5.4	5.2	2.0	0.8	1,426
შიდა ქართლი	22.3	7.1	4.3	2.6	0.4	392
ქვემოქართლი	19.3	3.6	4.0	3.1	0.3	546
სამცხე ჯავახეთი	17.7	2.8	1.1	2.3	0.0	481
აჭარა	16.2	5.9	0.7	5.5	0.2	419
გურია	11.8	5.2	3.0	2.2	0.4	401
სამეგრელო	19.3	5.5	2.5	3.9	0.3	477
იმერეთი	21.7	5.4	5.8	2.8	1.6	805
მცხეთა-მთიანეთი	21.9	7.2	5.9	4.6	0.8	393
რაჭა სვანეთი	22.6	6.4	4.3	3.4	0.4	454
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–24	6.5	2.3	2.7	1.4	0.5	1,960
25–34	22.4	4.0	5.3	1.8	0.4	2,359
35–44	31.6	11.2	4.7	5.8	1.0	1,973
ქორწინების სტატუსი						
გათხოვილი	29.2	7.1	5.2	3.2	0.6	4,098
წინათ გათხოვილი	31.6	9.1	5.7	6.4	1.0	389
გაუთხოვარი	0.1	2.2	2.2	1.6	0.6	1,805
განათლების დონე						
საშუალო არასრული ან ნაკლები	13.1	4.8	2.8	3.2	0.4	1,330
საშუალო სრული	20.8	5.1	3.5	2.7	0.8	1,568
ტექნიკუმი	26.1	9.3	3.9	5.3	0.8	903
უნივერსიტეტი/ ასპირანტურა	19.8	5.0	5.5	1.9	0.6	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	16.6	7.7	3.3	5.5	0.9	1,093
მეორე	21.7	5.1	2.7	2.4	0.7	1,385
საშუალო	20.5	6.1	4.8	2.9	0.3	1,413
მეოთხე	16.8	4.2	3.8	2.1	0.7	1,037
ყველაზე მაღალი	20.0	5.2	5.5	2.2	0.6	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	19.5	5.7	4.6	2.9	0.7	5,488
სხვა	18.6	4.6	1.6	2.7	0.2	804
დასაქმება						
მუშაობს	21.8	6.2	5.1	2.2	0.7	1,410
არ მუშაობს	18.7	5.4	3.9	3.0	0.6	4,882

თავი 14

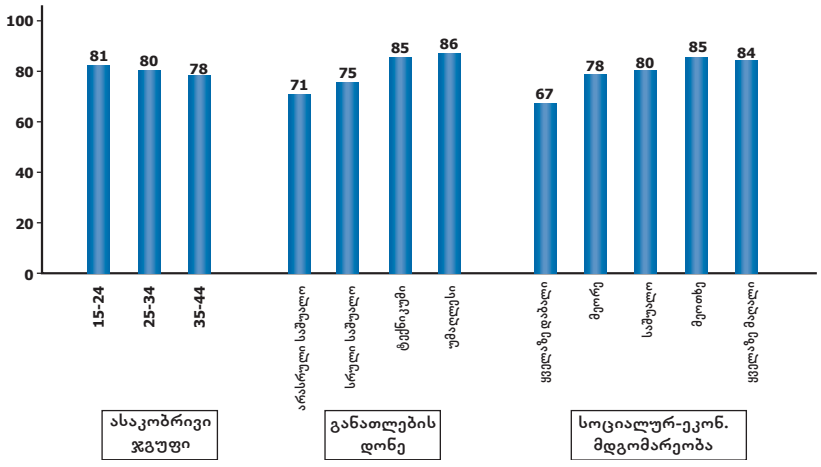
განათლება ოჯახური ცხოვრების შესახებ

მსოფლიოში ბოლო დროს მნიშვნელოვნად გაიზარდა დაინტერესება მოზარდთა სქესობრივი ცხოვრებითა და მათი ორსულობის პრობლემებით, ისევე როგორც სქესობრივი ჯანმრთელობით. ნათელი გახდა, რომ საჭიროა კომპლექსური მიდგომა მოზარდებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და ნაადრევი ორსულობის პრევენციის მიზნით. მაგალითად, სქესობრივი განათლება სკოლებში უნდა გახდეს ფართო ძალისხმევის მნიშვნელოვანი ნაწილი. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საგანმანათლებლო ინტერვენციები სკოლაში, სქესობრივი განათლების საკითხებში ოჯახის ჩართვასთან ერთად, მნიშვნელოვან როლს ითამაშებს მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა უჩვენა, რომ მაღალი ხარისხის სქესობრივი განათლების პროგრამებს სკოლაში მივყევართ პერსონალური ჰიგიენის, ჯანმრთელობის და რეპროდუქციული პრობლემების უკეთ გაგებამდე. იმ ქვეყნებში, სადაც დანერგილია კარგად მოქმედი ოჯახური ცხოვრების სწავლების სასწავლო პროგრამები, პირველიდან მე-12 კლასების ჩათვლით ხორციელდება ასაკის შესაფერისი თემების ჩართვა, როგორც ჯანმრთელობის და ფიზიკური კურიკულუმის კომპონენტი. ბოლო დროს რეპროდუქციული ბიოლოგიის ელემენტები შეტანილ იქნა უფროსი კლასების ბიოლოგიისა და ადამიანის ანატომიის სახელმძღვანელოებში, მაგრამ კურიკულუმს მაინც სჭირდება გაუმჯობესება და გაძლიერება.

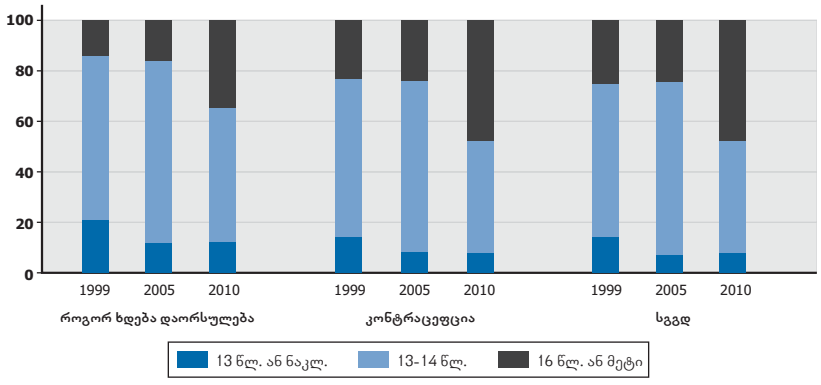
14.1 მოსაზრებები სკოლებში ოჯახური ცხოვრების სწავლების შესახებ

მოზარდების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცოდნა და ქცევები შესაძლებელია გაუმჯობესდეს სკოლებში ოჯახური ცხოვრების მაღალ დონეზე სწავლების დანერგვით. საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევის, ისევე როგორც წინა კვლევების ერთ-ერთი მიზანი იყო, შეესწავლა, ქვეყანაში რეპროდუქციული ასაკის ქალები მხარს უჭერენ თუ არა სკოლაზე დაფუძნებულ სქესობრივ განათლებას (სახელწოდებით “ოჯახური ცხოვრების სწავლება”) და გამოეკვლია საზოგადოებრივი აზრი ასეთი სწავლების დაწყების საუკეთესო ასაკის შესახებ. კვლევით მიღებული ინფორმაცია ახალგაზრდა რესპონდენტების მიერ ოჯახური ცხოვრების სწავლების აღქმასთან დაკავშირებით შეიძლება გამოყენ-

სურათი 14.1.1 სკოლებში ოჯახური ცხოვრების შესახებ სწავლების მხარდაჭერა ასაკის, განათლების და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით



სურათი 14.1.2 საუკეთესო ასაკი ოჯახური ცხოვრების კონკრეტულ საკითხებზე განათლების დასაწყებად 1999, 2005 და 2010 წლებში



ებულ იქნას სკოლის კურიკულუმის შესადგენად და მასწავლებელთა ტრენინგის კურსების დასაგეგმად. 2010 წელს რესპონდენტთა დიდმა უმრავლესობამ (80%), მხარი დაუჭირა სქესობრივ სწავლებას სკოლაში. სქესობრივ განათლებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური თემების სწავლებას, როგორცაა მაგალითად, "როგორ ხდება დაორსულება", სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და კონტრაცეფცია, მხარი დაუჭირა რესპონდენტების 80%-მა, 78%-მა და 76%-მა შესაბამისად (ცხრილი 14.1.1 და სურათი 14.1.1). სკოლაში ნებისმიერი ტიპის სქესობრივ განათლებას მხარი ყველაზე მეტად დაუჭირეს დასაქმებულმა ქალებმა (86%), მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებმა (84%), ქალებმა რომლებიც ცხოვრობენ ქალაქში (83%), ერთშვილიანმა ან უშვილო ქალებმა (82%), უმაღლესი განათლების მქონე ქალებმა (85%), 15-24 წლის ასაკის ახალგაზრდებმა (81%). მხარდაჭერა ყველაზე სუსტი იყო აზერბაიჯანელ ქალებში (50%), ქალებში, რომელთაც ჰყავდათ სამი ან მეტი შვილი (69%), და ყველაზე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (67%).

რესპონდენტებს, რომლებიც ეთანხმებოდნენ ოჯახური ცხოვრების სწავლებას სკოლებში, დაუსვეს კონკრეტული შეკითხვები სხვადასხვა თემის სწავლებისთვის ყველაზე შესაფერისი ასაკის შესახებ (ცხრილი 14.1.2 და 14.1.3). მხოლოდ 14% დაეთანხმა, რომ სწავლება უნდა დაიწყოს 14 წლის ასაკამდე; 52%-მა მიუთითა 14-15 წლებს შორის პერიოდი, და 35%-მა აღნიშნა, რომ სწავლება უნდა დაიწყოს 16 წლიდან ან უფროსი ასაკიდან. ზოგიერთი რეგიონის წარმომადგენელი ქალები უფრო კონსერვატიულად უყურებდნენ სქესობრივი განათლების დაწყებისათვის შესაფერის ასაკს. რესპონდენტების 40%-ზე ოდნავ მეტმა შიდა ქართლიდან, აჭარიდან, სამცხე-ჯავახეთიდან და მცხეთა-მთიანეთიდან განაცხადა, რომ სასკოლო პროგრამაში ისეთი საკითხების შესატანად, როგორცაა "როგორ ხდება დაორსულება" ან კონტრაცეფცია, უპრიანი იქნება დავიცადოთ 16 ან მეტი წლის ასაკამდე. სხვა ქვეჯგუფებშიც რესპონდენტთა 40%-ზე მეტი მიემხრო მოსაზრებას, რომ ამისთვის 16 ან მეტი წლის ასაკი უფრო შესაფერისი იქნებოდა: სამი ან მეტი შვილის დედები, ტექნიკუმდამთავრებული ქალები, სოციალურ-ეკონომიკური დონის მეორე საფეხურზე მყოფი ქალები, სომეხი და სხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლები.

ზუსტად ასეთივე მახასიათებლები აისახა

პასუხებში კონტრაცეფციის სასწავლო კურსის დაწყებისათვის საუკეთესო ასაკთან დაკავშირებით. ამ საკითხის მიმართ კონსერვატიულობა გამოვლინდა იმავე რეგიონებში, რომლებიც ზემოთაა აღნიშნული.

კონსერვატიული თვალთახედვა სჭარბობდა სხვა თემებთან დაკავშირებითაც. რესპონდენტების მხოლოდ 8% მიიჩნევდა, რომ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების თემა სკოლაში უნდა განიხილებოდეს 13 წლის ან უფრო ადრეულ ასაკში; დანარჩენი პასუხები თითქმის თანაბრად გაიყო 14-15 წლისა და 16 ან მეტი წლის ასაკებს შორის, 44% და 48% თითოეული. რაც შეეხება რეგიონებს, რესპონდენტების ნახევარზე მეტი შიდა ქართლიდან, სამცხე-ჯავახეთიდან, აჭარიდან და მცხეთა-მთიანეთიდან მხარს უჭერდა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კურსის სკოლაში დანერგვას 16 ან მეტი წლის ასაკიდან.

აღნიშნულ სამ თემასთან დაკავშირებული ტენდენციები მოცემულია სურათზე 14.1.2, სადაც შედარებულია რესპონდენტთა პასუხები 1999, 2005 და 2010 წლებში სკოლებში ოჯახური ცხოვრების სწავლების კურსის დაწყებისათვის საუკეთესო ასაკის შესახებ. 2010 წელს გაიზარდა პროპორცია ქალებისა, რომლებიც თვლიდნენ, რომ სწავლება თემაზე, "როგორ ხდება დაორსულება", უნდა დაიწყოს უფრო გვიან ასაკში, ვიდრე წინა ორი კვლევისას (დიაგრამის ზედა სეგმენტები სურათზე 14.1.2). სამივე წელს რესპონდენტების უმეტესობამ დაასახელა 14-15, როგორც ამ თემის სწავლებისათვის საუკეთესო ასაკი, თუმცა 2010 წელს რესპონდენტების მხოლოდ ნახევარზე ოდნავ მეტმა გასცა ასეთი პასუხი, მაშინ როცა 1999 2005 წლებში - რესპონდენტების 80%-მა. მსგავსი ცვლილებები ვლინდება სურათზეც 14.1.2 კონტრაცეფციისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სასწავლო კურსებთან დაკავშირებით. ყველა ეს ცვლილება, ზოგიერთ იმ ცვლილებასთან ერთად, რომლებიც ზემოთ იყო აღწერილი, უფრო კონსერვატიული მიმართულებისაა.

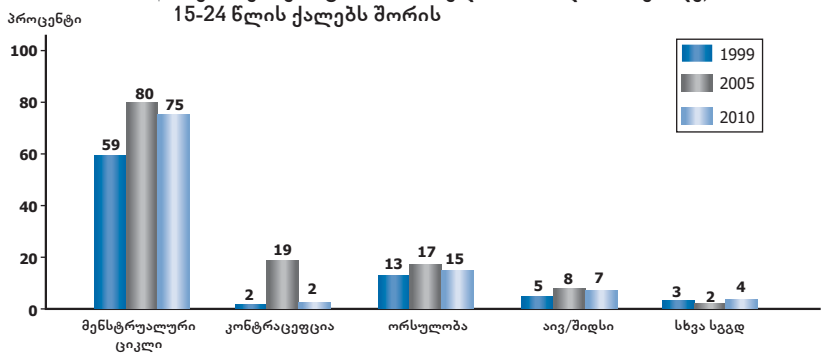
14.2 სქესობრივი განათლების საკითხების განხილვა მშობლებთან

ოჯახში მიღებულ სქესობრივ განათლებაზე ინფორმაციის გამოსავლენად 15-24 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტს ეკითხებოდნენ, 18 წლის ასაკის მიღწევამდე თუ უსაუბრიათ მათ მშობელთან ისეთ თემებზე, როგორცაა მენსტრუალური ციკლი, როგორ ხდება დაორსულება, კონტრაცეფციის მეთოდები, აივ/შიდსი და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები. მონაცემები 15-17 წლის ასაკის გოგონებზე "შეკვეცილია", რადგან ისინი ჯერ არ იყვნენ 18 წლის, ასე რომ ამ ჯგუფის მაჩვენებლები მიჩნეულ უნდა იქნას როგორც მინიმალურად შეფასებული.

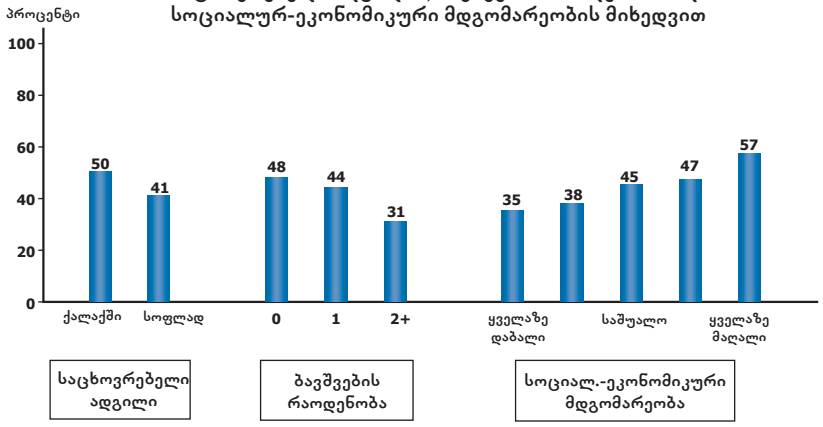
ახალგაზრდა რესპონდენტთა სამ მეოთხედზე ოდნავ მეტს (77%) განუხილავს მშობელთან სქესობრივი განათლების სულ ცოტა ერთი თემა მაინც (იხ. ცხრილი 14.2). ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები გამოვლენილ იქნა ქალაქებში, მათ შორის თბილისში, უშვილო ქალებში, უნივერსიტეტ/ასპირანტურა დამთავრებულ ქალებში, უმაღლესი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ჯგუფში, სქესობრივი გამოცდილების არმქონე ქალებში და, რაც ყველაზე საინტერესოა, ქალებში, რომლებიც რელიგიურ მსახურებაში ყოველთვიურად მონაწილეობენ. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად "შეკვეცის" ეფექტისა, ყველაზე ახალგაზრდა ასაკის (15-17) რესპონდენტებში უფრო მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები გამოვლინდა, ვიდრე ორ მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფში, რაც ალბათ, სოციალური ცვლილებების მომასწავებელია მოზარდებთან უფრო ღია დიალოგის თვალსაზრისით.

როდესაც მშობლებთან განიხილებოდა ოჯახური ცხოვრების საგანმანათლებლო საკითხები, დისკუსიები უფრო მეტად მენსტრუალურ ციკლს ეხებოდა (75%) და გაცილებით ნაკლებად ისეთ თემებს, როგორიცაა — როგორ ხდება დაორსულება (15%), აივ/შიდსი (7%), სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (4%), ან ოჯახის დაგეგმვა (2%). ზემოთ ნახსენებ

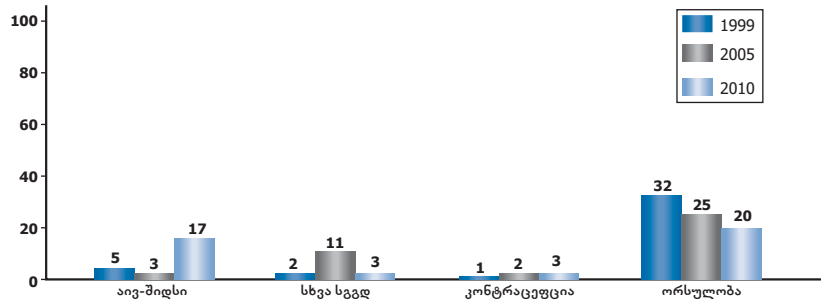
სურათი 14.2.1 **ოჯახურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული განათლების საკითხებზე საუბარი მშობელთან 18 წლის ასაკამდე, 15-24 წლის ქალებს შორის**



სურათი 14.3.1 იმ ქალთა შერჩეული მახასიათებლები, რომლებსაც მიუღიათ განათლება ოჯახურ ცხოვრებაზე სკოლაში 18 წლის ასაკამდე, საცხოვრებელი ადგილის, ბავშვების რაოდენობის და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით



სურათი 14.3.2 პროპორცია ქალებისა, რომელთაც 18 წლის ასაკამდე სკოლაში გაუვლიათ სწავლება ოჯახური განათლების კონკრეტულ საკითხებზე 1999, 2005 და 2010 წლებში



ასაკობრივ ჯგუფს საუბრები ჰქონდა მენსტრუალურ ციკლზე, გათხოვებამდე სექსის არქონასთან და აივ/შიდსთან დაკავშირებით, როცა 20-24 წლის ასაკობრივმა ჯგუფმა განაცხადა, რომ ნაკლებად განიხილავდნენ ამ თემებს მშობელთან.

აივ ინფექცია/შიდსის განხილვა მშობლებთან განსხვავდებოდა სხვადასხვა ქვეჯგუფებში და უფრო მაღალი იყო თბილისში (15%) და მცხეთა-მთიანეთში მცხოვრებთა შორის (13%), მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (12%), 15-17 წლის ახალგაზრდებში და ყოველთვიურად რელიგიურ მსახურებაში მონაწილე ქალებში.

სურათზე 14.2.1 ჩანს ტენდენციები, რომლებიც უჩვენებენ განსხვავებებს 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებს შორის მშობლებთან ამ საკითხების განხილვასთან დაკავშირებით. ყველაზე დიდი გაუმჯობესება იყო მენსტრუალური ციკლის განხილვის თვალსაზრისით, რომლის მაჩვენებელიც 1999 წლიდან 2005 წლამდე 21 პუნქტით აიწია (59%-დან 80%-მდე), ხოლო 2010 წელს მხოლოდ 75%-მდე შემცირდა. 2005 წლისათვის კონტრაცეფციასთან დაკავშირებითაც ჰქონდა მატებას ადგილი, რომელიც 2010 წელს თითქმის აღარ არის. დანარჩენ სამ საკითხთან მიმართებაში შენარჩუნდა საკმაოდ დაბალი დონე.

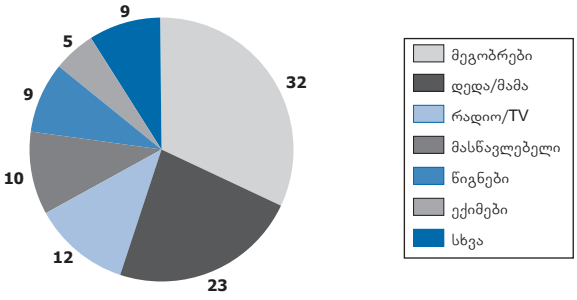
14.3 ოჯახური ცხოვრების სწავლება სკოლებში

სასკოლო სისტემა უზრუნველყოფს გარემოს, სადაც ახალგაზრდებს შეუძლიათ ისაუბრონ ინფორმირებულ მოზრდილ ადამიანებთან ისეთ საკითხებზე, რომლებიც მნიშვნელოვანია მათი რეპროდუქციული განვითარებისთვის. ეს არის დაწესებულება, რომელთანაც ახალგაზრდების უმეტესობაა დაკავშირებული და რომელიც სქესობრივი ჯანმრთელობის თემაზე თანმიმდევრული და ზუსტი ინფორმაციის გავრცელების შესანიშნავ შესაძლებლობას იძლევა.

იღებდნენ თუ არა 15-24 წლის ახალგაზრდები ფორმალურ ან არაფორმალურ სქესობრივ განათლებას სკოლაში 18 წლის ასაკამდე – არის ერთ-ერთი საკითხი, რომელიც 2010 წლის კვლევისას იყო განხილული. კითხვები ეხებოდა რეპროდუქციულ ჯამრთელობასთან დაკავშირებულ კონკრეტულ თემებს, როგორცაა, მაგალითად, ქალის და მამაკაცის რეპროდუქციული ბიოლოგია, მენსტრუალური ციკლი, როგორ ხდება დაორსულება, კონტრაცეფციული მეთოდები და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, მათ შორის აივ ინფექცია/შიდსი.

ისევე როგორც მონაცემები 15-17 წლის ასაკის გოგონების მშობლებთან ოჯახური ცხოვრე-

სურათი 14.4 | სქესობრივ საკითხებზე ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო 15-24 წლის ქალებში, 2010 წელი



ბის სწავლების განხილვის შესახებ, მონაცემები სკოლაში სქესობრივ განათლებასთან დაკავშირებით შეკვეცილია, რადგანაც ეს რესპონდენტები ჯერ არ იყვნენ 18 წლის. აქედან გამომდინარე, ამ ჯგუფთან დაკავშირებული შედეგები შეიძლება მიჩნეულ იყოს მხოლოდ მინიმალურ შეფასებად.

ახალგაზრდა ქალების მხოლოდ 46%-ს ჰქონდა მოსმენილი, სულ ცოტა, ერთი სასკოლო კურსი, რომელიც სქესობრივი განათლების თემატიკას ეხებოდა (ცხრილი 14.3). ქალაქად მცხოვრებ რესპონდენტებს უფრო დიდი ალბათობით ჰქონდათ გავლილი ასეთი კურსები, ვიდრე სოფლად მცხოვრებთ (50% და 41% შესაბამისად) (სურათი 14.3.1). პროცენტული მაჩვენებლები დიდად განსხვავდებოდა რეგიონებს შორისაც: 31%-დან აჭარაში, 55%-მდე მცხეთა-მთიანეთში. სქესობრივი განათლების პრევალენტობა სკოლაში პირდაპირ შესაბამისაბაში იყო რესპონდენტის სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან: დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე რესპონდენტთა მხოლოდ 35%-მა აღიარა, რომ მიუღიათ რაიმე სქესობრივი განათლება სკოლაში, განსხვავებით საშუალო შეძლების მქონე რესპონდენტთა 45%-ის და მაღალი შეძლების მქონე ქალთა 57%-ისაგან. ეთნიკური წარმომავლობაც იყო ფაქტორი: როდესაც ქართული და სომხური ეთნიკური ჯგუფების რესპონდენტთათვის მაჩვენებლები შეადგენდა 48% და 49%, აზერბაიჯანული წარმომავლობის რესპონდენტთა მხოლოდ 18%-ს ჰქონდა მიღებული რაიმე სახის სქესობრივი განათლება სკოლაში.

რაც შეეხება თემებს, ახალგაზრდა ქალებს უფრო დიდი ალბათობით ჰქონდათ მიღებული განათლება ქალის (41%) და მამაკაცის (38%) რეპროდუქციულ ბიოლოგიაზე, მენსტრუალურ ციკლზე (28%), ორსულებაზე (20%) და აივ-ინფექცია/შიდსზე (20%), ვიდრე სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე (3%) ან კონტრაცეფციაზე (3%). ნებისმიერ საკითხთან დაკავშირებით, უფრო მეტ ქალაქელ ახალგაზრდას ჰქონდა გავლილი სასკოლო კურსი, ვიდრე სოფლად მცხოვრებს.

საინტერესოა, რომ კვლევისას განხილული სქესობრივი განათლების ნებისმიერ თემასთან დაკავშირებით, სქესობრივად გამოუცდელი ქალების უფრო დიდ ნაწილს ჰქონდა გავლილი სქესობრივი სწავლება, ვიდრე მათ სქესობრივად გამოცდილ კოლეგებს, რომლებიც ზოგადად უფრო ასაკოვანი არიან. სავარაუდოდ, ბოლო დროს ასეთი კურსები უფრო ჩვეულებრივი მოვლენა გახდა სკოლებში — 15-17 წლის რესპონდენტები, რომლებმაც მიუთითეს, რომ სქესობრივ თემატიკაზე უფრო მეტი სმენიათ, აგრეთვე დომინირებენ სქესობრივად გამოუცდელი ქალების ჯგუფზე. სკოლაში მიღებული ინფორმაციით შეიძლება აიხსნას ის ფაქტიც, რომ ყველაზე ახალგაზრდა ქალები უფრო ხშირად შედიან დისკუსიაში თავიანთ მშობლებთან, რაც ზემოთ მოყვანილი მონაცემებით დასტურდება.

1999-2010 წლის ტენდენციები ფაქტობრივად უჩვენებს სკოლაში აივ-ინფექცია/შიდსზე მიღებული იფორმაციის მნიშვნელოვან ზრდას (5%-დან 1999 წელს და 3%-დან 2005 წელს 17%-მდე 2010 წელს) და კონტრაცეფციის საკითხის სწავლების უმნიშვნელო მატებას (1%-დან 1999 წელს და 2%-დან 2005 წელს 3%-მდე 2010 წელს). თუმცა, საკითხის "როგორ ხდება დაორსულება" სწავლება სკოლებში შემცირდა (32%-დან 1999 წელს და 25%-დან 2005 წელს 20%-მდე 2010 წელს).

14.4 ინფორმაციის წყარო სქესობრივი ცხოვრების შესახებ

15-24 წლის ასაკის გოგონებს სქესობრივ საკითხებზე მათი ინფორმაციის ძირითადი წყაროს გამოსავლენად ეკითხებოდნენ, თუ ვინ/რა იყო ინფორმაციის მთავარი წყარო მათთვის სექსთან დაკავშირებულ თემებზე. ყველაზე ხშირად ისინი ასახელებდნენ მეგობრებს (32%) (ცხრილი 14.4. და სურათი 14.4), ხოლო ყოველი ოთხიდან თითქმის ერთმა მიუთითა მშობელი (23%), როგორც ინფორმაციის ძირითადი წყარო. 12%-მა აღნიშნა, რომ რადიო და ტელევიზია იყო ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო.

ზემოთ მოყვანილ დისკუსიებთან დაკავშირებით მასწავლებლები განსაკუთრებულ

ყურადღებას იმსახურებენ. ისინი დასახელდნენ მესამე ადგილზე (10%), როგორც ინფორმაციის ძირითადი წყარო (მეგობრებისა და მშობლების შემდეგ), პროპორცია განსაკუთრებით მაღალი იყო ყველაზე ახალგაზრდა, 15-17 წლის ასაკის ქალებისათვის (15%). ეს მაჩვენებელი აგრეთვე მაღალი იყო ყველაზე დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე (16%) და სომეხი ქალებისათვის (13%). საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით იგი დიდად არ განსხვავდებოდა. თუმცა ზოგიერთ რეგიონში მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი გამოვლინდა: სამეგრელო 13%, იმერეთი 13% და რაჭა-სვანეთი 17%. დასახელებული ინფორმაციის წყაროები დიდად არ განსხვავდებოდა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, გარდა იმისა, რომ რადიოს და ტელევიზიას უფრო ხშირად სოფლად მცხოვრებნი ახსენებდნენ. ინფორმაციის ძირითად წყაროდ მეგობრების დასახელების მხრივ რეგიონები მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან და ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალი იყო კახეთში (43%), სამეგრელოში (39%) და აგრეთვე შიდა ქართლსა (35%) და სამცხე-ჯავახეთში (35%) მცხოვრებ რესპონდენტთა შორის.

ყველა ამ შედეგის განხილვისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ისინი ეხება ქალისათვის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროს. მოზარდების უმეტესობა მრავალი სხვადასხვა წყაროს ზემოქმედებას განიცდის, მაგრამ ამის შესწავლა განსხვავებული და უფრო რთული ანალიზის ჩატარებას საჭიროებს .

14.5 სკოლისა და მშობლების გავლენა ფერტილობის შესახებ ცოდნაზე

სწორი ცოდნა ქალის მენსტრუალურ ციკლში ყველაზე ფერტილური პერიოდის შესახებ გადამწყვეტ როლს ასრულებს დაუცველი სქესობრივი კავშირის დროს წყვილის მიერ დაორსულების რისკის შეფასების თვალსაზრისით. ჩატარებული კვლვის დროს ამ კუთხით მიღებული ინფორმაცია მნიშვნელოვანია იმ პროგრამებისათვის, რომლებიც მიმართულია არასასურველი ორსულობის პრევენციისაკენ. ამიტომ ეს კვლევა შეიცავდა სპეციალური კითხვების მთელ ჯგუფს და შედეგები დაკავშირებული იყო სკოლაში ან მშობლებისაგან მიღებულ სქესობრივ განათლებასთან.

15-24 წლის რესპონდენტები პასუხობდნენ კითხვებზე: 1) მენსტრუალური ციკლის რომელ პერიოდშია ჩასახვის ალბათობა ყველაზე მაღალი; 2) რა გავლენას ახდენს ძუძუთი კვება დაორსულების რისკზე: ზრდის, ამცირებს თუ საერთოდ არ ახდენს გავლენას; და 3) შესაძლებელია თუ არა დაორსულება პირველი სქესობრივი კავშირის დროს. ცხრილში 14.5 მოცემული პასუხები დაყოფილია ორ კატეგორიად იმის მიხედვით, აღნიშნული საკითხების შესახებ რესპონდენტები ესაუბრებოდნენ მშობლებს თუ სწავლობდნენ სკოლაში.

გოგონათა მხოლოდ მეოთხედმა მიუთითა სწორად ქალის მენსტრუალური ციკლის ყველაზე ფერტილური მონაკვეთი (ციკლის შუა პერიოდი). რესპონდენტების დაახლოებით ნახევარმა (52%) უპასუხა "არ ვიცი" და ხვედრითი წილი ასეთი რესპონდენტებისა იყო თითქმის თანაბარი მენსტრუალური ციკლის შესახებ მშობლებთან დისკუსიის მქონეთა (54%) და სკოლაში ტრენირებულთა შორის (52%). თუ მხედველობაში მივიღებთ როგორც "არ ვიცი", ასევე არასწორ პასუხებს, 79%-ს ორივე ჯგუფში, სამწუხაროდ, ჰქონდა სწორი პასუხების დეფიციტი. მოკლედ რომ ვთქვათ, თითოეული ჯგუფის ნახევარმა არ იცოდა პასუხი და დანარჩენი რესპონდენტების ნახევარზე მეტმა ვერ გასცა სწორი პასუხი. თუმცა, ტენდეციები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით საკმაოდ დამაიმედებელია, რადგან სწორი პასუხების მაჩვენებლები გაიზარდა 4%-დან 16%-მდე და 31%-მდე სამი ასაკობრივი ჯგუფისათვის: 15-17, 18-19 და 20-24, როგორც ეს ნაჩვენებია ცხრილში 14.5. შესაბამისად შემცირდა ხვედრითი წილი ქალებისა, რომლებმაც არ იცოდნენ ყველაზე ფერტილური პერიოდის შესახებ.

რაც შეეხება მეორე კითხვას, ახალგაზრდა რესპონდენტების მხოლოდ 38%-მა იცოდა, რომ ძუძუთი კვება ამცირებს დაორსულების შესაძლებლობას. სწორი პასუხი უფრო მეტად გასცეს იმ რესპონდენტებმა, რომელთაც მშობლისაგან მიღებული ჰქონდათ ინფორმაცია დაორსულების შესახებ (44% vs 37%) და მათ, რომლებმაც სკოლაში გაიარეს აღნიშნული საკითხები (45% vs 37%). პროცენტულად საკმაოდ ბევრმა მიუთითა, რომ მათ არ იცოდნენ აღნიშნული საკითხის შესახებ, მაგრამ ეს მონაცემები უფრო დაბალი იყო იმ ჯგუფებში, რომლებსაც მიღებული ჰქონდათ ინფორმაცია. თუმცა არაინფორმირებულებთან შედარებით, ინფორმაციის მქონე რესპონდენტთა უფრო მეტმა პროცენტმა უპასუხა, რომ ძუძუთი კვებას ფერტილობაზე "არანაირი გავლენა არა აქვს".

და კიდევ ერთხელ, ასაკობრივი ჯგუფების მახასიათებლები მაინც იმედისმომცემია: სწორი პასუხების პროცენტული მაჩვენებელი გაიზარდა 16%-დან 30%-მდე და 54%-მდე 14.5 ცხრილში მოცემულ სამ ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო არმცოდნეთა პროპორცია შემცირდა.

დაბოლოს, რაც შეეხება მესამე კითხვას, ახალგაზრდა ქალების დიდი უმრავლესობისთვის ცნობილი იყო, რომ შესაძლებელია დაორსულება პირველი სქესობრივი კავშირის დროს. მშობელთან ორსულობაზე დისკუსიის ქონამ პროცენტული მაჩვენებელი გაზარდა 82%-მდე (ჰქონდა დისკუსია) 71%-დან (არ ჰქონია დის-

კუსია), 11 პუნქტიანი გაუმჯობესებით. თუმცა განსხვავება ნაკლებად მნიშვნელოვანი იყო იმ რესპონდენტებისათვის, რომლებმაც ცოდნა სკოლაში მიიღეს, 74% და 73% შესაბამისად. ცოდნა იზრდებოდა ასაკთან ერთად: 15-17 წლის ასაკის რესპონდენტთა 56%-ს, 18-19 წლის ასაკის 73%-ს და 20-24 წლის ასაკის 82%-ს ჰქონდა სწორი პასუხი.

ცხრილი 14.1.1 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ეთანხმებიან აზრს, რომ სქესობრივი განათლების ზოგიერთი საკითხი უნდა ისწავლებოდეს სკოლაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოჯახურ ცხოვრებაზე განათლების საკითხები				შემთხვევათა რაოდენობა
	ოჯახურ ცხოვრებაზე განათლების ნებისმიერი საკითხი	როგორ ხდება დაორსულება	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	კონტრაცეფცია	
სულ	79.5	79.5	77.6	76.4	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	83.1	83.1	81.6	80.9	2,975
სოფელი	75.5	75.5	73.1	71.3	3,317
რეგიონი					
კახეთი	72.9	72.9	69.8	66.3	498
თბილისი	81.8	81.8	80.6	80.0	1,426
შიდა ქართლი	85.0	85.0	84.8	82.6	392
ქვემოქართლი	71.9	71.9	68.1	66.7	546
სამცხე ჯავახეთი	82.5	82.3	78.7	77.6	481
აჭარა	72.8	72.8	72.6	72.6	419
გურია	71.6	71.6	71.2	69.2	401
სამეგრელო	86.4	86.4	82.9	81.2	477
იმერეთი	83.6	83.6	81.8	80.9	805
მცხეთა-მთიანეთი	78.1	78.1	76.6	74.7	393
რაჭა სვანეთი	76.7	76.7	75.0	73.5	454
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	81.1	81.1	78.6	77.5	1,960
25–34	79.6	79.5	78.0	77.1	2,359
35–44	77.6	77.6	76.0	74.3	1,973
ცოცხალი შვილები					
0	82.0	82.0	79.5	78.3	2,276
1	82.4	82.4	80.3	79.2	1,286
2	77.7	77.7	76.6	75.4	2,069
3 ან მეტი	69.6	69.6	68.4	66.3	661
განათლების დონე					
საშუალო არასრული ან ნაკლები	70.8	70.8	68.1	66.8	1,330
საშუალო სრული	74.7	74.7	72.1	70.9	1,568
ტექნიკუმი	84.9	84.9	83.4	80.9	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტ	85.8	85.8	84.6	83.9	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	67.4	67.4	65.8	63.4	1,093
მეორე	77.5	77.5	74.0	72.9	1,385
საშუალო	79.7	79.7	77.8	76.4	1,413
მეოთხე	84.9	84.9	83.6	82.2	1,037
ყველაზე მაღალი	84.0	84.0	82.6	82.2	1,364
ეთნიკური წარმომავლობა					
ქართველი	81.8	81.8	80.2	78.9	5,488
აზერბაიჯანელი	49.7	49.7	46.1	45.8	276
სომეხი	74.0	74.0	68.8	66.9	364
სხვა	75.4	75.4	73.9	73.7	164
დასაქმება					
მუშაობს	86.1	86.1	84.5	84.1	1,410
არ მუშაობს	77.3	77.3	75.8	74.3	4,882

ცხრილი 14.1.2 საუკეთესო ასაკი ოჯახური ცხოვრების სწავლების დაწყებისთვის ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა კონტრაცეფციული საშუალებები და "როგორ ხდება დაორსულება" — 15-44 წლის ქალები, რომელიც ეთანხმებიან სქესობრივ განათლებას სკოლებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	საუკ. ასაკი, როცა უნდა დაიწყოს სწავლება, თუ "როგორ ხდება დაორსულება"			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა	საუკ. ასაკი, როცა უნდა დაიწყოს სწავლება კონტრაცეფციის საკითხებზე			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	≤13	14–15	16+			≤13	14–15	16+		
სულ	**12.2**	**52.7**	**35.0**	**100.0**	**4,982**	**7.9**	**44.3**	**47.8**	**100.0**	**4,796**
საცხოვრებელი ადგ.										
ქალაქი	13.1	52.8	34.1	100.0	2,466	7.7	44.7	47.5	100.0	2,405
სოფელი	11.2	52.7	36.1	100.0	2,516	8.0	43.8	48.2	100.0	2,391
რეგიონი										
კახეთი	16.9	53.8	29.3	100.0	360	11.5	43.2	45.3	100.0	330
თბილისი	15.1	53.9	31.0	100.0	1,172	8.8	44.8	46.4	100.0	1,153
შიდა ქართლი	8.8	49.7	41.5	100.0	335	6.7	36.8	56.6	100.0	324
ქვემო ქართლი	15.1	55.9	29.0	100.0	385	13.3	50.1	36.6	100.0	362
სამცხე ჯავახეთი	6.4	50.8	42.8	100.0	403	4.4	37.2	58.4	100.0	382
აჭარა	3.2	39.0	57.8	100.0	304	1.0	33.5	65.5	100.0	303
გურია	15.9	58.1	26.0	100.0	280	9.2	42.5	48.3	100.0	271
სამეგრელო	12.6	57.2	30.2	100.0	417	6.6	50.5	42.9	100.0	393
იმერეთი	11.2	55.4	33.3	100.0	670	7.5	50.2	42.3	100.0	651
მცხეთა მთიანეთი	10.9	47.2	41.8	100.0	305	6.9	39.2	53.9	100.0	291
რაჭა სვანეთი	13.7	58.6	27.8	100.0	351	12.6	45.7	41.8	100.0	336
ასაკობრივი ჯგუფი										
15–24	12.3	55.7	32.0	100.0	1,577	8.3	47.6	44.1	100.0	1,516
25–34	12.2	51.4	36.4	100.0	1,862	6.9	43.1	50.0	100.0	1,796
35–44	12.1	50.4	37.4	100.0	1,543	8.4	41.5	50.1	100.0	1,484
ცოცხალი შვილები										
0	12.0	55.9	32.1	100.0	1,858	8.0	47.0	45.0	100.0	1,783
1	14.3	51.3	34.3	100.0	1,043	8.7	43.5	47.8	100.0	1,001
2	11.4	50.6	38.1	100.0	1,613	7.0	42.5	50.5	100.0	1,563
3 ან მეტი	11.4	48.0	40.6	100.0	468	8.3	39.5	52.3	100.0	449
განათლების დონე										
საშუალო არასრული	11.7	53.5	34.8	100.0	924	9.1	45.5	45.4	100.0	873
საშუალო სრული	11.4	52.9	35.8	100.0	1,178	8.5	43.2	48.2	100.0	1,126
ტექნიკუმი	11.6	46.6	41.8	100.0	757	6.1	41.1	52.7	100.0	726
უნივერსიტეტი/ასპირ.	13.2	54.4	32.5	100.0	2,123	7.5	45.4	47.1	100.0	2,071
ქონებრივი კვინტილი										
უდაბლესი	12.8	51.1	36.0	100.0	760	8.1	43.7	48.2	100.0	716
მეორე	10.2	49.7	40.1	100.0	1,071	8.1	40.7	51.2	100.0	1,018
საშუალო	12.6	54.5	32.9	100.0	1,132	8.2	46.5	45.2	100.0	1,092
მეოთხე	11.4	51.9	36.7	100.0	869	6.6	41.3	52.1	100.0	842
უმაღლესი	13.7	54.8	31.5	100.0	1,150	8.2	47.5	44.3	100.0	1,128
ეთნიკური წარმომავ.										
ქართველი	11.8	53.5	34.7	100.0	4,449	7.1	45.3	47.6	100.0	4,297
აზერბაიჯანელი	28.2	48.3	23.5	100.0	130	27.7	44.0	28.3	100.0	121
სომეხი	6.6	49.4	44.0	100.0	277	5.2	34.5	60.2	100.0	256
სხვა	17.0	38.5	44.5	100.0	126	14.2	30.0	55.8	100.0	122

ცხრილი 14.1.3 საუკეთესო ასაკი ოჯახური განათლების სწავლების დასაწყებად სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ — იმ 15-44 წლის ქალების მოსაზრება, რომლებიც ეთანხმებიან სქესობრივი განათლებას სკოლებში
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	საუკ. ასაკი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესასწავლად.			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	≤13	14–15	16+		
სულ	8.0	44.3	47.7	100.0	4,874
საცხოვრებელი					
ქალაქი	8.3	44.3	47.4	100.0	2,424
სოფელი	7.6	44.4	48.0	100.0	2,450
რეგიონი					
კახეთი	11.8	46.3	42.0	100.0	347
თბილისი	9.4	43.8	46.8	100.0	1,158
შიდა ქართლი	7.0	37.9	55.1	100.0	334
ქვემო ქართლი	13.2	50.9	35.8	100.0	368
სამცხე-ჯავახეთი	4.3	35.5	60.2	100.0	388
აჭარა	1.0	34.7	64.3	100.0	303
გურია	10.7	43.5	45.8	100.0	278
სამეგრელო	5.5	49.3	45.2	100.0	400
იმერეთი	7.4	49.8	42.8	100.0	657
მცხეთა- მთიანეთი	6.5	39.5	54.1	100.0	299
რაჭა-სვანეთი	11.6	45.0	43.4	100.0	342
ასაკ. ჯგუფი					
15–24	8.1	48.3	43.6	100.0	1,536
25–34	7.4	42.4	50.2	100.0	1,827
35–44	8.5	41.4	50.1	100.0	1,511
ცოცხ. შვილები					
0	7.8	46.9	45.3	100.0	1,812
1	9.5	43.8	46.7	100.0	1,016
2	6.9	42.1	51.0	100.0	1,584
3 ან მეტი	8.8	40.7	50.5	100.0	462
განათლ. დონე					
საშუალო არასრული	8.8	45.8	45.4	100.0	897
საშუალო სრული	8.1	43.3	48.6	100.0	1,139
ტექნიკუმი	6.7	40.8	52.5	100.0	745
უნივერსიტეტი/ასპირ.	7.9	45.3	46.7	100.0	2,093
ქონებრივი კვინტილი					
უმდაბლესი	7.6	43.7	48.7	100.0	744
მეორე	8.3	40.2	51.5	100.0	1,035
საშუალო	8.3	47.3	44.4	100.0	1,107
მეოთხე	6.3	41.4	52.3	100.0	856
უმაღლესი	8.9	47.2	43.9	100.0	1,132
ეთნიკური					
ქართველი	7.3	45.2	47.5	100.0	4,367
აზერბაიჯანელი	28.0	43.8	28.2	100.0	122
სომეხი	5.1	33.7	61.2	100.0	262
სხვა	14.1	32.8	53.1	100.0	123

ცხრილი 14.2 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც 18 წლამდე უსაუბრიათ მშობელთან ოჯახური განათლების ზოგიერთ თემაზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოჯახურ ცხოვრებაზე განათლების საკითხი							შემთხვევათა რაოდენობა
	ნებისმიერი საკითხი	მენსტრუალური ციკლი	არავითარი სექსი ქორწინებამდე	როგორ ხდება "დაორსულება"	აივ შიდსი	კონტრაცეფციული მეთოდები	სხვა სგგი	
სულ	76.8	74.9	16.6	14.9		2.0	3.7	1,960
საცხოვრებელი ადგ.								
ქალაქი	79.9	78.0	18.1	18.3	9.9	2.6	4.9	937
სოფელი	73.3	71.4	14.9	10.9	4.1	1.4	2.4	1,023
რეგიონი								
კახეთი	69.5	69.5	12.2	8.5	6.9	0.8	2.4	163
თბილისი	80.2	78.9	19.0	19.8	14.6	3.9	7.2	451
შიდა ქართლი	78.2	73.9	20.7	17.6	1.6	0.0	0.5	133
ქვემო ქართლი	71.7	70.2	11.3	11.3	6.4	0.8	3.4	181
სამცხე ჯავახეთი	76.5	76.5	11.6	11.2	2.2	2.2	1.1	171
აჭარა	79.2	74.3	25.2	23.3	4.0	2.5	4.0	131
გურია	89.5	89.5	9.2	8.5	7.8	2.6	2.6	104
სამეგრელო	82.5	77.2	20.4	12.1	2.9	1.5	0.0	139
იმერეთი	72.0	71.4	13.3	10.8	2.5	0.6	2.0	251
მცხეთა მთიანეთი	77.6	76.0	11.5	9.8	13.1	4.4	8.7	121
რაჭა-სვანეთი	71.3	67.4	14.0	6.2	2.8	2.2	0.0	115
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–17	80.3	78.5	15.8	12.1	11.1	2.0	4.9	481
18–19	78.6	77.8	19.2	17.4	7.8	1.8	3.6	380
20–24	74.2	71.8	16.0	15.3	4.9	2.1	3.1	1,099
ცოცხალი შხილები								
0	78.0	76.6	16.0	14.5	8.3	2.0	4.2	1,379
1	74.7	71.1	19.6	17.2	4.1	2.3	2.8	396
2 ან მეტი	68.6	65.6	15.8	13.7	3.2	1.1	1.1	185
განათლების დონე								
საშუალო არასრული	72.7	70.9	14.0	10.1	9.1	1.6	4.1	651
საშუალო სრული	77.5	75.7	17.4	17.3	5.5	1.6	2.5	604
ტექნიკუმი	75.0	70.2	16.8	9.9	3.3	0.6	1.2	165
უნივერსიტეტ/ასპირანტ	81.7	80.4	18.9	19.5	7.9	3.3	5.3	540
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	68.8	65.9	10.8	10.6	2.7	0.7	0.6	327
მეორე	72.7	70.3	14.4	9.4	4.7	1.6	2.5	448
საშუალო	76.1	75.0	17.3	10.8	3.6	1.6	2.5	433
მეოთხე	78.7	77.6	18.3	21.6	11.1	3.0	5.9	336
უმაღლესი	83.6	81.4	19.6	19.8	11.8	2.7	5.6	416
ეთნიკური წარმომავლ.								
ქართველი	78.9	76.9	17.1	15.5	7.8	2.1	3.9	1,688
აზერბაიჯანელი	57.1	56.3	9.3	6.1	2.1	0.0	0.0	92
სომეხი	71.1	69.1	15.1	10.8	6.3	3.0	4.7	135
სხვა	61.4	59.9	19.5	23.1	0.0	1.8	3.4	45
სქესობრივად გამოც.								
არა	78.7	77.4	16.0	13.4	8.5	1.8	4.0	1,188
კი	72.9	69.7	18.0	17.8	4.6	2.5	3.1	772
რელიგიის მიმდევარი								
ყოველთვიური	80.3	78.2	17.9	16.1	9.9	2.9	5.0	882
თვეზე ნაკლები	74.2	73.2	12.0	14.5	7.7	1.4	3.8	248
მხოლოდ რელ. დღესასწ.	76.5	74.8	16.9	14.3	5.0	1.4	2.6	673
არასოდეს	61.5	58.5	14.9	10.3	0.5	0.6	1.1	157

ცხრილი 14.3 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც სკოლაში გაიარეს ოჯახური ცხოვრების სწავლების კურსი 18 წლამდე რეპროდუქციულიჯანმრთელობისკვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოჯახურ ცხოვრებაზე განათლების საკითხი								შემთხვევათა რაოდენობა
	ნებისმიერი საკითხი	ქალის რეპროდ.ბიოლოგია	კაცის რეპროდ. ბიოლოგია	მენსტრუალური ციკლი	როგორ ხდება დაორსულე	სხვა სგგი	აივ შიდსი	კონტრაცეფცია	
სულ	45.7	40.5	38.1	28.1	19.6	3.1	16.6	2.7	1,960
საცხოვრებელი ადგ.									
ქალაქი	49.9	42.6	39.5	32.2	21.0	4.4	20.6	3.5	937
სოფელი	40.8	38.1	36.6	23.4	18.0	1.6	12.0	1.7	1,023
რეგიონი									
კახეთი	47.6	45.5	45.5	26.8	18.7	2.4	12.6	1.2	163
თბილისი	54.7	45.7	42.9	35.8	23.2	4.3	21.1	3.5	451
შიდა ქართლი	43.6	39.9	37.2	20.7	16.0	2.1	14.4	0.5	133
ქვემო ქართლი	37.4	32.8	29.8	26.8	16.2	5.3	15.5	3.0	181
სამცხე ჯავახეთი	44.0	37.3	35.4	24.3	11.6	1.5	10.8	1.1	171
აჭარა	30.7	29.2	27.2	22.3	22.3	2.5	7.4	5.0	131
გურია	33.3	32.0	31.4	20.3	17.6	2.0	14.4	2.0	104
სამეგრელო	42.7	37.4	32.5	18.9	18.4	1.9	16.0	1.5	139
იმერეთი	47.9	44.2	43.3	29.7	19.5	2.0	22.7	3.1	251
მცხეთა მთიანეთი	55.2	48.6	41.5	31.1	21.3	2.2	13.1	0.0	121
რაჭა სვანეთი	33.7	32.6	32.6	27.5	18.5	2.2	8.4	0.6	115
ასაკობრივი ჯგუფი									
15–17	50.1	45.0	42.2	30.6	21.2	3.8	21.3	2.7	481
18–19	46.3	39.4	37.8	25.0	19.7	2.7	18.5	2.1	380
20–24	43.1	38.5	36.0	28.0	18.7	2.9	13.3	2.8	1,099
ცოცხალი შხილები									
0	47.5	41.9	39.6	29.3	20.0	3.3	18.3	2.8	1,379
1	43.7	38.7	36.7	26.4	20.4	2.6	12.5	2.5	396
2 ან მეტი	30.9	29.6	25.6	19.2	13.0	8.1	2.3	1.7	185
განათლების დონე									
საშუალო არასრული	41.1	37.0	34.8	24.2	18.5	3.0	15.5	2.3	651
საშუალო სრული	48.1	41.9	39.8	28.4	17.1	2.3	18.9	1.9	604
ტექნიკუმი	50.3	49.7	46.2	28.0	25.2	3.8	9.8	5.0	165
უნივერსიტეტ/ასპირანტ	47.6	40.7	38.2	32.7	22.2	3.8	17.5	3.3	540
ქონებრივი კვინტილი									
ყველაზე დაბალი	34.8	32.6	29.9	20.1	18.3	1.0	10.2	2.3	327
მეორე	38.1	35.0	34.3	22.4	14.6	1.0	11.6	1.1	448
საშუალო	45.3	42.2	39.9	22.6	19.2	2.5	13.3	2.0	433
მეოთხე	46.5	38.6	37.0	31.9	19.4	3.8	19.4	3.0	336
უმაღლესი	57.4	49.3	45.1	38.6	24.8	5.8	24.7	4.3	416
ეთნიკური წარმავლ.									
ქართველი	47.9	42.3	39.9	29.2	20.5	3.5	18.4	2.9	1,688
აზერბაიჯანელი	17.6	17.6	17.6	11.7	13.1	0.0	2.1	0.0	92
სომეხი	48.7	42.9	40.8	30.7	14.9	0.6	9.7	3.0	135
სხვა	24.0	22.5	16.5	18.7	14.7	1.5	3.5	0.0	45
სქესობრივად გამოც.									
არა	48.4	42.7	40.5	30.1	20.2	3.4	19.1	2.9	1,188
კი	40.1	35.9	33.2	23.9	18.4	2.4	11.4	2.2	772
რელიგიის მიმდევარი									
ყოველთვიური	52.1	45.2	42.4	33.0	22.0	4.2	23.2	3.5	882
თვეზე ნაკლები	52.7	45.1	43.5	28.2	18.5	1.6	17.1	1.8	248
მხოლოდ რელ. დღესასწ.	38.2	35.3	32.8	23.5	16.8	2.5	10.9	2.2	673
არასოდეს	29.7	27.8	27.4	18.7	19.3	1.6	1.9	0.6	157

ცხრილი 14.4 სქესობრივი საკითხების შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო, 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალებს შორის, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ინფორმაციის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი წყაროები										სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	მეგობრები	დედა მამა	რადიო/ ტელევიზია	მასწავლებელი	წიგნები ზეჭდვითი სიტყვა	ექიმი მედდა	სხვა ნათესავები	პარტნიორი, მეგობრის	არ ახსოვს	სხვა		
სულ	31.9	23.1	11.6	9.8	8.7	5.2	2.3	1.2	2.9	3.3	100.0	1,960
საცხოვრებელი ადგ.												
ქალაქი	31.1	24.2	9.9	9.7	9.4	5.5	1.8	1.2	2.7	4.5	100.0	937
სოფელი	32.8	21.8	13.4	10.0	8.0	4.9	2.9	1.3	3.0	1.9	100.0	1,023
რეგიონი												
კახეთი	42.7	15.0	13.4	5.3	7.7	2.4	6.5	0.8	3.3	2.8	100.0	163
თბილისი	33.0	22.7	10.1	10.7	8.1	5.1	1.9	0.7	2.2	5.6	100.0	451
შიდა ქართლი	35.1	18.1	13.3	11.7	10.6	6.4	2.1	1.1	0.0	1.6	100.0	133
ქვემო ქართლი	24.5	23.4	13.2	9.1	6.8	6.4	5.3	4.2	5.7	1.5	100.0	181
სამცხე ჯავახეთი	34.7	14.2	7.1	11.9	8.6	4.1	1.1	2.2	5.6	10.4	100.0	171
აჭარა	25.2	41.6	11.4	4.0	3.0	9.9	0.0	0.5	1.5	3.0	100.0	131
გურია	24.8	34.0	17.6	1.3	11.1	6.5	1.3	0.7	0.7	2.0	100.0	104
სამეგრელო	38.8	20.4	14.6	12.6	5.3	4.9	1.5	1.0	0.5	0.5	100.0	139
იმერეთი	28.0	22.1	10.2	13.3	16.7	3.1	0.8	0.6	4.2	0.8	100.0	251
მცხეთა მთიანეთი	31.7	21.3	12.0	8.7	6.0	8.2	3.8	1.6	4.9	1.6	100.0	121
რაჭა სვანეთი	29.2	24.2	14.6	17.4	9.0	0.0	4.5	0.0	0.6	0.6	100.0	115
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–17	30.8	25.8	11.9	14.7	7.0	3.2	1.4	0.2	2.0	2.9	100.0	481
18–19	30.8	27.1	9.7	9.7	7.8	4.8	1.6	0.9	3.1	4.4	100.0	380
20–24	32.9	19.9	12.1	7.3	10.0	6.5	3.1	1.9	3.2	3.0	100.0	1,099
ცოცხალი შხილები												
0	32.8	23.7	11.6	10.7	8.8	3.9	1.7	0.4	2.8	3.5	100.0	1,379
1	31.0	21.4	11.5	7.2	8.5	10.1	3.2	3.0	1.7	2.5	100.0	396
2 ან მეტი	23.8	19.5	11.7	6.6	7.7	8.1	7.8	5.8	6.5	2.4	100.0	185
განათლების დონე												
საშუალო არასრული	31.2	24.0	12.4	11.4	5.8	4.7	2.4	1.4	4.0	2.6	100.0	651
საშუალო სრული	36.3	23.4	9.2	9.4	8.1	4.0	3.6	1.6	1.9	2.4	100.0	604
ტექნიკუმი	29.2	19.6	12.7	12.2	9.3	8.4	1.5	1.6	3.9	1.6	100.0	165
უნივერსიტეტ/ასპირანტ	28.6	22.4	12.8	7.7	12.8	6.4	1.1	0.5	2.1	5.6	100.0	540
ქონებრივი კვინტილი												
ყველაზე დაბალი	30.9	19.9	11.5	16.4	5.0	5.6	4.7	1.0	3.8	1.3	100.0	327
მეორე	30.4	23.4	16.6	6.7	8.1	5.8	2.6	2.4	2.1	1.9	100.0	448
საშუალო	36.2	19.1	9.8	10.2	11.0	4.1	2.0	1.2	4.1	2.3	100.0	433
მეოთხე	32.3	28.4	10.3	7.1	8.9	3.8	1.6	0.7	3.5	3.3	100.0	336
უმაღლესი	29.8	23.7	9.9	10.6	9.1	6.6	1.8	0.8	1.5	6.2	100.0	416
ეთნიკური წარმ.												
ქართველი	32.6	23.8	11.4	10.0	9.1	5.1	1.4	0.8	2.4	3.3	100.0	1,688
აზერბაიჯანელი	29.6	18.9	17.2	6.7	0.0	3.0	11.1	2.4	9.0	2.2	100.0	92
სომეხი	22.8	15.8	8.0	13.4	12.1	10.8	3.3	6.5	2.7	4.5	100.0	135
სხვა	34.3	24.7	13.0	1.8	4.1	0.0	13.9	1.8	5.0	1.5	100.0	45
სქესობრივად გამოც.												
არა	32.8	24.1	11.6	11.1	8.9	3.2	1.6	0.0	3.0	3.7	100.0	1,188
კი	30.0	20.9	11.5	7.1	8.3	9.5	3.8	3.8	2.6	2.4	100.0	772
რელიგიის მიმდევარ.												
ყოველთვიური	35.8	21.1	10.6	10.2	10.8	2.9	1.5	0.6	2.2	4.2	100.0	882
თვეზე ნაკლები	33.9	20.9	10.8	12.3	6.7	6.6	1.2	1.2	2.3	4.2	100.0	248
მხოლოდ რელ. დღესასწ	25.6	26.4	12.7	9.5	7.8	7.9	2.8	2.0	3.4	1.9	100.0	673
არასოდეს	33.2	23.1	13.6	5.2	3.6	5.8	7.1	1.4	5.0	2.0	100.0	157

ცხრილი 14.5 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალების ცოდნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შერჩეული საკითხების შესახებ, იყო თუ არა ოჯახური განათლების კონკრეტული საკითხები განხილული მშობელთან ან სკოლაში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი		ოჯახური ცხოვრების განათლებაზე ხელმისაწვდომობა				ასაკობრივი ჯგუფი		
მენსტრუალური ციკლისას დაორსულების ყველაზე სავარაუდო დრო	სულ	განგვიხილავს მენსტრუალური ციკლი მშობელთან		განგვიხილავს მენსტრუალური ციკლი სკოლაში				
		კი	არა	კი	არა	15–17 %	18–19 %	20–24 %
შუა პერიოდი	20.6	21.3	18.5	21.4	20.2	4.1	16.1	31.3
ციკლის წინ	17.8	18.2	16.7	16.6	18.3	7.7	18.3	23.1
ნებისმიერი დრო	9.6	9.1	11.1	10.8	9.2	10.5	9.8	9.1
არ ვიცი	52.0	51.4	53.7	51.1	52.3	77.7	55.8	36.5
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევები	1,960	1,470	490	525	1,435	481	380	1,099
ძუძუთი კვებისას დაორსულების რისკი	**სულ**	**განვიხილეთ "როგორ ხდება დაორსულება" მშობელთან**		**გვასწავლეს "როგორ ხდება დაორსულება" სკოლაში.**		**ასაკობრივი ჯგუფი**		
		კი	არა	კი	არა	15–17 %	18–19 %	20–24 %
დაბალი რისკი	38.4	44.0	37.4	44.8	36.9	16.1	29.8	54.0
არა-ეფექტიანი	15.8	21.2	14.8	17.7	15.3	13.1	16.9	16.8
მაღალი რისკი	0.6	0.5	0.6	0.4	0.6	0.0	1.3	0.6
არ ვიცი	45.2	34.2	47.1	37.1	47.2	70.8	52.0	28.6
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	1,960	285	1,675	368	1,592	481	380	1,099
პირველი სქესობრივი კავშირისას დაორსულების შესაძლებ-ლობა	**სულ**	**განვიხილეთ "როგორ ხდება დაორსულება" მშობელთან**		**გვასწავლეს "როგორ ხდება დაორსულება" სკოლაში**		**ასაკობრივი ჯგუფი**		
		კი	არა	კი	არა	15–17 %	18–19 %	20–24 %
შესაძლებელია	72.9	82.1	71.3	74.3	72.5	55.9	73.4	81.9
შეუძლებელია	5.4	5.0	5.5	5.0	5.5	4.8	4.6	6.1
არ ვიცი	21.7	12.9	23.2	20.6	22.0	39.3	22.0	12.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევები	1,960	285	1,675	368	1,592	481	380	1,099

თავი 15

სქესობრივი ცხოვრებისა და კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების გამოცდილება ახალგაზრდებს შორის

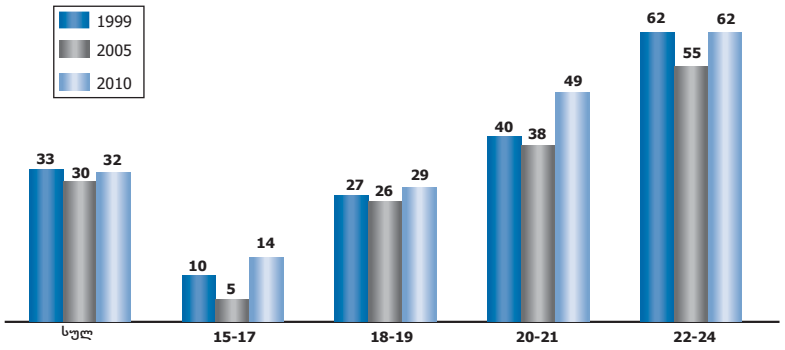
2010 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა შეიცავდა 15-24 წლის მოზარდი და სრულწლოვანი ახალგაზრდა ქალების მოდულს, რომელიც აფასებდა მათ სქესობრივ და რეპროდუქციულ ქცევას, განსაკუთრებით, გაუთვალისწინებელი ორსულობისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკს. ეს თავი განიხილავს ამ ასაკის მოზარდთა სქესობრივ გამოცდილებასთან, კონტრაცეპტივების მოხმარებასა და სქესობრივ პარტნიორებთან დაკავშირებულ ზოგიერთი ახალ მონაცემს, რომლებიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ახალგაზრდებისთვის გამიზნული პროგრამული სტრატეგიების და სქესობრივი განათლების დააგეგმვისთვის.

15.1. სქესობრივი გამოცდილება

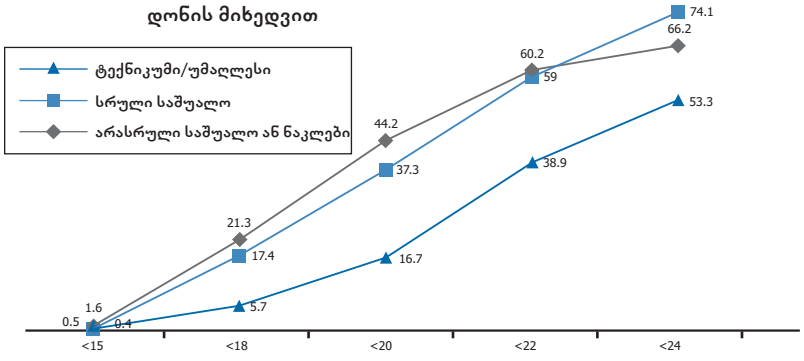
2010 წელს სქესობრივი გამოცდილება დააღასტურა 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალების დაახლოებით მესამედმა (32%), თითქმის ყველა მათგანმა ქორწინების შემდეგ (ცხრილი 15.1.1). სქესობრივი გამოცდილება აღიარა 15-19 წლის გოგონათა 11%-მა და ახალგაზრდა ქალების (20-24 წლის) 52%-მა. სქესობრივი ცხოვრების დაყოვნება ქორწინებამდე, გვიანი მოზრდილობის პერიოდამდე, დაფიქსირებულ იქნა აგრეთვე 1999 და 2005 წელს ჩატარებული კვლევებითაც (სურათი 15.1.1).

ცხრილში 15.1.2. ჩანს, რომ სქესობრივი გამოცდილება უფრო დაბალი იყო თბილისში მცხოვრებ ახალგაზრდა ქალებს შორის (30%), ვიდრე სხვა ქალაქებში (33%) ან სოფლად (35%). სქესობრივი გამოცდილება იზრდებოდა განათლების პარალელურად; გამონაკლისს წარმოადგენდა საუნივერსიტეტო ან ასპირანტურის განათლებამიღებული ახალგაზრდა ქალების ჯგუფი, რომელთაგან 66% ქორწინებამდე სქესობრივად გამოუცდელი იყო. სქესობრივი გამოცდილება უფრო ხშირად ფიქსირდებოდა აზერბაიჯანელ (53%), ვიდრე სხვა ეთნიკური ჯგუფის ქალებში (ეთნიკური ქართველების 30%, ეთნიკური სომხების – 36%, 45% - ყველა დანარჩენის). სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე საკმაოდ უჩვეულო იყო და დაფიქსირებულ იქნა ნებისმიერი ასაკის, ნებისმიერ ადგილას მცხოვრები, ნებისმიერი განათლების, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ან ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ქალთა მხოლოდ 5%-ის, და მთლიანობაში, მხოლოდ 2%-ს მიერ.

სურათი 15.1.1 | 15-24 წლის ქალების სქესობრივი გამოცდილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით; 1999, 2005, 2010 წლები



სურათი 15.1.2 | იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც შიძინეს სქესობრივი გამოცდილება შერჩეულ ასაკებამდე, განათლების დონის მიხედვით



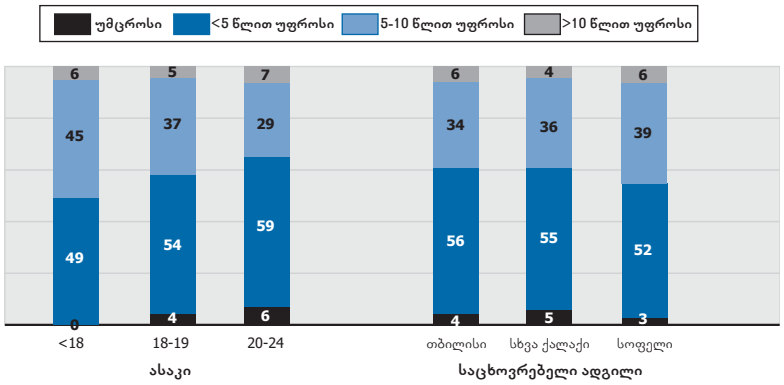
პირველი სქესობრივი კავშირისას საცხოვრებელი ადგილის, განათლების, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის და ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით ასაკობრივი განსხვავებების საჩვენებლად გამოყენებულ იქნა სქესობრივი ცხოვრების კალენდრის (life table) მეთოდოლოგია (ცხრილი 15.1.3). მთლიანობაში დაფიქსირდა მკვეთრი ზრდა 1%-ზე ნაკლებიდან, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას იწყებენ 15 წლის ასაკამდე, 62%-მდე, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას იწყებენ 24 წლის ასაკამდე. ერთერთ ყველაზე მნიშვნელოვან განსხვავებას ადგილი აქვს განათლების დონეებს შორის (სურათი 15.1.2). საშუალო განათლების მქონე გოგონების ნახევარზე საკმაოდ მეტს (60%) ჰქონია სქესობრივი კავშირი 22 წლის ასაკამდე. მაშინ, როცა უნივერსიტეტ- ან ტექნიკუმდამთავრებულ ახალგაზრდა ქალებში იგივე მაჩვენებელი 39%-ია. ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობას, განათლების დონის მიუხედავად, ჰქონია სქესობრივი ცხოვრება 24 წლის ასაკამდე (არასრული საშუალო განათლების მქონე გოგონების 66%-ს, საშუალო განათლების მქონე გოგონების 74%-ს და ტექნიკუმ- ან უნივერსიტეტდამთავრებული ქალების 53%-ს). სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ქვედა 2 საფეხურზე მყოფ რესპონდენტებს სქესობრივი გამოცდილება უფრო ადრეულ ასაკში მიუღიათ, ვიდრე უფრო შეძლებულ ქალებს.

ქართველი და სომეხი ქალები უფრო ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ არ აქვთ სქესობრივი გამოცდილება (70% და 64% შესაბამისად); თუმცა იმ აზერბაიჯანელ ქალებს, რომლებსაც ჰქონიათ სქესობრივი გამოცდილება, პირველი სქესობრივი კავშირი დაუმყარებიათ უფრო ადრეულ ასაკში, ვიდრე სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს. ამის ახსნა შეიძლება ქორწინების საშუალო ასაკის ეთნიკური თავისებურებებით.

ცხრილი 15.1.4 აცალკევებს ორ განხილულ ასაკობრივ ჯგუფს და აქცენტი გადააქვს 20-24 წლის ახალგაზრდებზე. ამ ასაკში უფრო მეტი ახალგაზრდა ქალი უკვე გათხოვილია და კვლავ სახეზეა გათხოვებამდე სქესობრივი გამოცდილების ქონის ძალიან დაბალი გავრცელება. 20-24 წლისათვის განათლებაც თითქმის დასრულებულია (ყურადღება მიაქციეთ ცხრილის ბოლო სვეტს, სადაც ნაჩვენებია 15-19 წლის გოგონების არასრული განათლების 507 შემთხვევა და უნივერსიტეტდამთავრებულების მხოლოდ 82 შემთხვევა).

განათლების დონესთან სქესობრივი გამოცდილების შესაბამისობაზე განსაკუთრებული გავლენა აქვს ქორწინების ასაკს; ქორწინების საშუალო ასაკი უფრო ნაკლებია დაბალი განათლების მქონე ქალთა ჯგუფში. ეს იძლევა უკუპროპორციულ დამოკიდებულებას განათლების დონესა და სქესობრივ

სურათი 15.2.1 ასაკობრივი სხვაობა პარტნიორებს შორის პირველი სქესობრივი კავშირის დროს, პირველი სქესობრივი კავშირის დროისათვის რესპონდენტთა ასაკისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



გამოცდილებას შორის. მხოლოდ 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში განათლების ყველაზე დაბალიდან ყველაზე მაღალ დონემდე სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი მცირდება 66%-დან 63%-მდე, 51%-მდე და მხოლოდ 40%-მდე.

15.2. პირველი სქესობრივი კავშირი

ცხრილი 15.2.1 გვიჩვენებს რესპონდენტებსა და მათ პარტნიორებს (უმრავლესობა დაქორწინებული) შორის ასაკობრივ განსხვავებას პირველი სქესობრივი კავშირის დროს. საქართველოში ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობას (54%) ჰყოლია 5 წელზე ნაკლებად უფროსი პარტნიორი. ახალგაზრდა ქალები სოფლად უფრო ხშირად (39%) აღნიშნავდნენ, რომ ჰყოლიათ 5-დან 10 წლამდე უფროსი პარტნიორი, ქალაქის მცხოვრებლებთან (34% და 36%) შედარებით. 10 წელზე უფროსი პარტნიორების დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი უფრო ხშირად ფიქსირდებოდა თბილისში და სოფლად (6.3% და 6.2% შესაბამისად), ვიდრე სხვა ქალაქებში (4.3%). რესპონდენტისა და მისი პარტნიორის ასაკობრივი სხვაობა გაცილებით უფრო ხშირად ფიქსირდებოდა იმ ახალგაზრდა ქალებს შორის, რომლებიც პირველი სქესობრივი კავშირის დროს იყვნენ 18 წლამდე ასაკის: ნახევარზე ნაკლებს (49%) ჰყავდა 5 წლამდე უფროსი პარტნიორი, მომდევნო ასაკობრივი ჯგუფებისგან (54% და 59%) განსხვავებით (სურათი 15.2.1)

ცხრილი 15.2.2 აღწერს რესპონდენტის ურთიერთობას პარტნიორთან პირველი კავშირის დროს. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ახალგაზრდა ქალთა უმრავლესობამ თქვა, რომ პირველი სქესობრივი გამოცდილება ქორწინებისას იყო მიღებული; ასე რომ პირველი სქესობრივი პარტნიორები ძირითადად ქმრები (95%) იყვნენ, და ყველა რეგიონის, განათლების დონის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის და ეთნიკური ჯგუფის მქონე ქალთა 90%-ზე მეტმა ქმარი აღნიშნა როგორც პირველი სქესობრივი პარტნიორი. იმ 5%-დან, რომლებიც პირველი სქესობრივი კავშირის დროს არ იყვნენ დაქორწინებულნი, უმრავლესობა (53%) დანიშნული იყო თავის პარტნიორზე (2.8%/5.3%). თბილისში მცხოვრებ ქალთა ოდნავ ნაკლებმა რაოდენობამ (91%) განაცხადა, რომ ქმარი იყო პირველი პარტნიორი, ისევე როგორც უფრო დაბალი განათლების დონის (93%) და აზერბაიჯანული წარმომავლობის (92%) ქალებმა.

ახალგაზრდა ქალების უმეტესობა ხვდებოდა თავიანთ პარტნიორებს პირველ სქესობრივ ურთიერთობამდე სულ მცირე 6 თვის განმავლობაში, მხოლოდ 24% ხვდებოდა პარტნიორს 6 თვეზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში,14% - 6-11 თვის განმავლობაში, 25% - 12-13 თვის და 12% - 24-71 თვის განმავლობაში (ცხრილი 15.2.3). გაუთხოვარი რესპონდენტების მხოლოდ 40 შემთხვევა დაფიქსირდა; მათგან 60%-მა აღნიშნა ქორწინებამდე სქესობრივი ურთიერთობა პარტნიორთან, რომელსაც 23 თვემდე პერიოდის განმავლობაში ხვდებოდა.

15.3. კონტრაცეპტივების გამოყენება პირველი სქესობრივი კავშირისას; მიმდინარე სქესობრივი აქტივობა და კონტრაცეფციის გამოყენება

პირველი სქესობრივი ურთიერობისას კონტრაცეპტივების გამოყენება საქართველოში საკმაოდ უჩვეულოა მიუხედავად იმისა, გათხოვილია ქალი თუ არა. პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეფციული მეთოდის არგამოყენების ძირითადი მიზეზი (69%), გათხოვილ რესპონდენტთა თქმით, დაორსულების სურვილია. მნიშვნელოვანი იყო აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ მათ არ უფიქრიათ მეთოდის გამოყენებაზე (22%). ზოგიერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ სქესობრივი ურთიერთობა მოულოდნელად მოხდა, ან რომ არ იცოდნენ კონ-

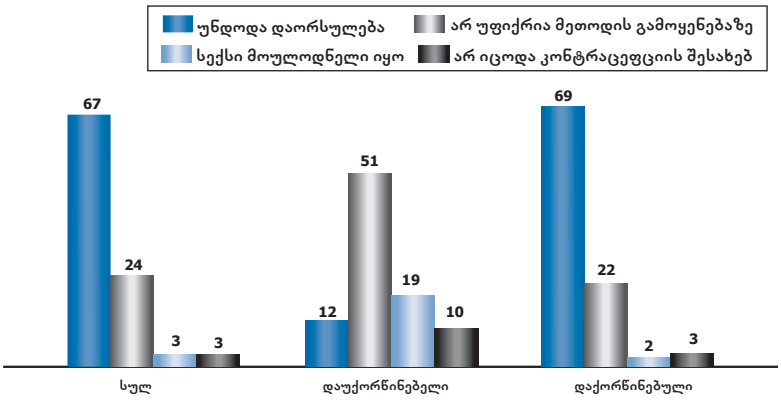
ტრაცეფციის შესახებ (2% და 3% შესაბამისად) (ცხრილი 15.3.1)

ძირითადი მიზეზები საკმაოდ განსხვავებული იყო გაუთხოვარი რესპონდენტების 34 შემთხვევაში. მხოლოდ 12%-ს სურდა დაფეხმძიმება, მაშინ როდესაც 51%-მა აღნიშნა, რომ ისინი არ ფიქრობდნენ კონტრაცეფციაზე, ან რომ სქესობრივი ურთიერთობა მოულოდნელი აღმოჩნდა (19%) (სურათი 15.3.1). სამწუხაროდ, ახალგაზრდა ქალების 10%-მა არ იცოდა კონტრაცეფციის შესახებ.

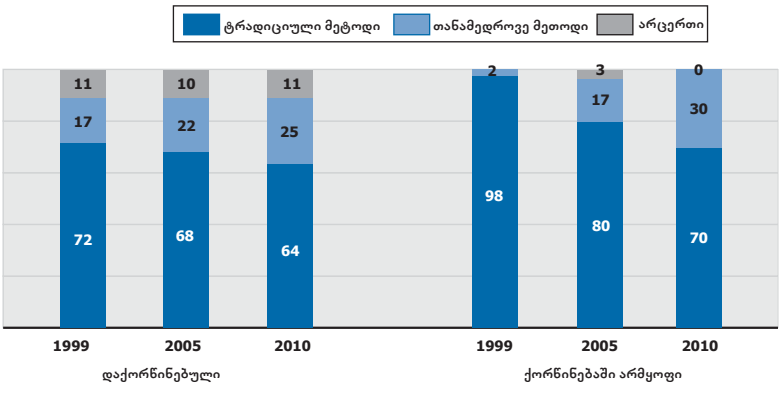
მიმდინარე სქესობრივი აქტივობა დაორსულების რისკის მნიშვნელოვანი ინდიკატორია და მიგვანიშნებს თუ კონტრაცეფციის რომელი მეთოდია ინდივიდისთვის ყველაზე შესაფერისი მათი რეპროდუქციული ქცევისა თუ გადაწყვეტილებების მიხედვით. გათხოვილი ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობამ (61%) აღნიშნა, რომ ბოლო ერთი თვის განმავლობაში სქესობრივად აქტიურ ცხოვრებას ეწეოდა. არც ერთი მათგანი არ ყოფილა ორსული ან ახალი ნამშობიარები, რაც მიუთითებს ჩასახვის დიდ ალბათობაზე უახლოეს მომავალში (ცხრილი 15.3.2). გათხოვებიდან მალე ბავშვის ყოლის სურვილი, რაც განპირობებულია ეროვნული კულტურის თავისებურებებით, აისახება ამჟამად ორსული ან ახალნამშობიარები ქალების მაღალ მაჩვენებელში (34%). წინათ გათხოვილი ახალგაზრდა ქალების 35 შემთხვევაში სქესობრივი აქტივობა და ორსულობა შედარებით უჩვეულო იყო.

ცხრილი 15.3.3 გვიჩვენებს, რომ ახალგაზრდა ქალებში კონტრაცეპტივების გამოყენება არ არის ფართოდ გავრცელებული: გათხოვილი ქალებიდან 15-19 წლის ასაკის ქალების მხოლოდ 20% და 20-24 წლის ასაკის ქალების 39% იყენებდა კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს. ეს დაბალი პროცენტული მაჩვენებლები ნაწილობრივ ასახავს დაორსულების სურვილს, მაგრამ ასევე გულისხმობს არასერიოზულ მიდგომას და დაუდევრობას, რაც ზემოთ უკვე აღინიშნა. გაუთხოვარი ქალებიდან 37 რესპონდენტის მხოლოდ 30%-მა უკანასკნელი სქესობრივი კონტაქტისას გამოიყენა რომელიმე მეთოდი. იმ გაუთხოვარი ქალებიდან, რომლებიც იყენებდნენ კონტრაცეფციას, თითქმის ყველამ აღნიშნა, რომ ხმარობდნენ კონდომს და არც ერთმა არ დაასახელა ისეთი ტრადიციული მეთოდების გამოყენება, როგორიცაა შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ან კალენდარული (რიტმული) მეთოდი. გათხოვილი ახალგაზრდა ქალების 25% იყენებდა თანამედროვე მეთოდებს, რომელთაგან კონდომი (11%) და სშს (9%) ყველაზე

სურათი 15.3.1 პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეპტივების გამოუყენებლობის ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები, პირველი სქესობრივი კავშირისას ქორწინების სტატუსის მიხედვით



სურათი 15.3.2 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალებში კონტრაცეპტივების გამოყენება ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით; 1999, 2005, 2010 წლები



გავრცელებული იყო. 11% იყენებდა ტრადიციულ მეთოდს.

რაც შეეხება ბოლო ათწლეულს, გამოიკვეთა დადებითი ტენდენცია, მკვეთრად შემცირდა იმ ქალების წილი, რომლებსაც უკანასკნელი სქესობრივი კავშირისას არ გამოუყენებია კონტრაცეფციის მეთოდი; ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა გაუთხოვარ ქალებში (სურათი 15.3.2). საინტერესოა, რომ ეს ტენდენცია ძალიან ჰგავს 2009 წლის მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვის შედეგებს, რომელთა მიხედვითაც სქესობრივად აქტიური გაუთხოვარი მოზარდების (17-19 წლის) 30% იყენებდა კონტრაცეფციას პირველი სქესობრივი კავშირისას (როგორც ზემოთ აღმოჩნდა, ყველა შემთხვევაში კონდომს), ხოლო 70% კი არ იყენებდა არცერთ საშუალებას (ქრისტესაშვილი და სხვები, 2009).

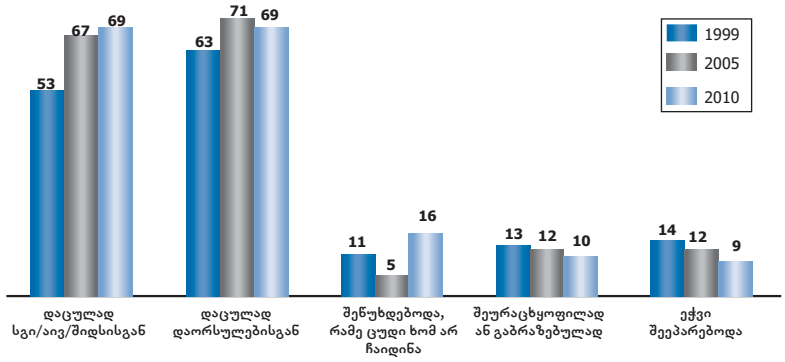
მრავლობითი პარტნიორი იშვიათად სახელდებოდა სქესობრივად გამოცდილი ახალგაზრდა ქალების მიერ. 15.3.3 ცხრილის ზედა ნაწილში, გათხოვილი ახალგაზრდა ქალების 98%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჰყავდათ მხოლოდ ერთი პარტნიორი. მათ შორის, ვინც გათხოვილი იყო წარსულში, 34%-მა დაასახელა ერთი, და კიდევ 10%-მა ორი ან მეტი პარტნიორი, მაგრამ ნახევარზე მეტმა (56%) – არცერთი. ცხრილის ქვედა ნაწილი ასახავს ცხოვრებისეულ გამოცდილებას; ყურადღება მიაქციეთ, რომ პროცენტული განაწილება არის მხოლოდ "ერთი"-ს, ან "ორი ან მეტი"-სათვის, განსხვავებით ცხრილის ზედა ნაწილისაგან. ასე რომ, რაიმე სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა პრაქტიკულად 100%-მა აღნიშნა მხოლოდ ერთი პარტნიორის არსებობა, მაშინ როდესაც წარსულში გათხოვილი ქალების 85%-მა დაასახელა ერთი, და 14%-მა, ანუ ყოველმა მეშვიდემ თქვა, რომ ჰყავდათ ორი ან მეტი პარტნიორი.

15.4. შეხედულებები და მიდგომები კონდომებისა და მათი გამოყენების შესახებ

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალებს ჰკითხეს, ეთანხმებოდნენ თუ არა მოსაზრებებს კონდომების გამოყენებასთან დაკავშირებით (ცხრილი 15.4.1). რესპონდენტების უმრავლესობა, რომელთაც ოდესმე გამოუყენებიათ კონდომი, დაეთანხმა, რომ კონდომის გამოყენება ახალ პარტნიორთან ჭკვიანური აზრია (86%) და ორმა მესამედმა (65%) განაცხადა, რომ ქალმა უნდა (მო)სთხოვოს პარტნიორს გამოიყენოს კონდომი. მათგან განსხვავებით, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალების 57%, რომელთაც კონდომი არასოდეს გამოუყენებიათ, დაეთანხმა წინადადებას, რომ კონდომის გამოყენება ახალ პარტნიორთან კარგი აზრია და მხოლოდ 19% დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ ქალმა უნდა (მო)სთხოვოს პარტნიორს კონდომის გამოყენება. რესპონდენტთა დიდი ნაწილი, ვისაც არასდროს გამოუყენებია კონდომი, უფრო ხშირად ირჩევდა პასუხს "არ ვიცი", დათანხმების ან არდათანხმების ნაცვლად. საინტერესოა, რომ კონდომის არგამომყენებელთაგან ოდნავ მეტი (44%) დაეთანხმა წინადადებას, რომ "კონდომის გამოყენება საჭირო არ არის, როცა პარტნიორს იცნობ", ვიდრე კონდომის გამომყენებელნი (43%); სამწუხაროდ, ორივე ჯგუფმა გამოამჟღავნა უცოდინარობა დაუცველი სქესობრივი კავშირის რისკებთან დაკავშირებით.

სქესობრივად გამოცდილი ახალგაზრდა ქალების 37%-მა აღნიშნა, რომ უსაუბრიათ პარტნიორთან კონდომის გამოყენების შესახებ (ცხრილი 15.4.2); ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია (81%) მეთოდის გამომყენებლებს, ვიდრე არგამომყენებლებს შორის (19%). მთლიანობაში, კონდომის გამოყენებაზე გაცილებით მეტს საუბრობდნენ თბილისში მცხოვრებნი (62%), 20-24 წლის ასაკის (40%) და უნივერსიტეტ- ან ასპირანტურადამთავრებული ახალგაზრდა ქალები (47%) სხვა ქვეჯგუფების ქალებთან შედარ-

სურათი 15.4.1 **როგორ იგრძნობდა თავს რესპონდენტი, თუ პარტნიორი კონდომის გამოყენებას შესთავაზებდა; 1999, 2005 და 2010 წლები**



ებით. და კიდევ (არ არის ნაჩვენები), პროცენტული მაჩვენებელი თითქმის უნივერსალური იყო (95%) მათ შორის, ვინც გამოიყენა კონდომი ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ცოტა მამაკაცი იყენებს მას განხილვის გარეშე, და რომ განხილვა და გამოყენება ურთიერთხელშემწყობია.

სქესობრივად გამოცდილ ახალგაზრდა ქალებს ჰკითხეს, ეთანხმებოდნენ თუ არა ისინი კონკრეტულ მოსაზრებას, რომ მათ პარტნიორებს ან მეუღლეებს უნდოდათ კონდომის გამოყენება. უმეტესობამ (68%) განაცხადა, რომ კონდომის გამოყენება მათ გაუჩენდათ უსაფრთხოების შეგრძნებას დაორსულების თვალსაზრისით (ცხრილი 15.4.3). აქ მონაცემების გარკვეულ სხვადასხვაობას ჰქონდა ადგილი: ქალაქელი ქალების 72% თავს გრძნობდა უსაფრთხოდ, სოფლად მცხოვრები ქალების 65%-თან შედარებით. უსაფრთხოების შეგრძნება იზრდებოდა განათლების დონესთან ერთად; არასრული საშუალო ან ნაკლები დონის განათლების გოგონების მხოლოდ 57%-მა თქვა, რომ ისინი გრძნობდნენ თავს უსაფრთხოდ, სრული საშუალო განათლების მქონე 70%-თან, ტექნიკუმის დონის განათლების 73%-თან და საუნივერსიტეტო განათლების 74%-თან შედარებით. ასეთი რეაქცია სჭარბობდა მათ შორის, ვინც იყვნენ კონდომის რეგულარული მომხმარებლები (74%) და ქალებში, რომლებსაც პარტნიორებთან უსაუბრიათ კონდომის გამოყენებაზე (75%).

კონდომის გამოყენება უნიკალური მეთოდია, რომელიც უზრუნველყოფს ორმაგ დაცვას არასასურველი ორსულობისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან. როდესაც ჰკითხეს, იძლეოდა თუ არა კონდომის გამოყენება დაცულობის შეგრძნებას სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან, მათ შორის აივ/შიდსისგან, 69%-მა დადებითი პასუხი გასცა. აქაც იყო სხვადასხვა მახასიათებლებზე დაფუძნებული გარკვეული განსხვავებები, როდესაც თანხმობას გამოთქვამდა უფრო მეტი ქალაქად მცხოვრები ქალი (73%), კონდომის მუდმივი მომხმარებლები (83%) და ისინი, ვისაც პარტნიორთან უსაუბრია კონდომის გამოყენების თაობაზე (81%). 10% დაიკავა სხვა ტიპის რეაქციებმა, როდესაც მაგ. ამბობდნენ, რომ იქნებოდნენ შეურაცხყოფილნი და გაბრაზებულნი, 9%-ს ეჭვი გაუჩნდებოდა, რომ მათი პარტნიორი სხვა ქალებთან დადიოდა, 16% იფიქრებდა, რომ მათ ჩაიდინეს რაიმე ცუდი. რომ შევაჯამოთ, ორსულობისა და აივ/შიდსი-სგან დაცულობის შეგრძნების მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, მიგვანიშნებს, რომ სტიგმა რომელიც თან სდევს კონდომის გამოყენებას, ნელნელა მცირდება (სურათი 15.4.1)

ახალგაზრდები შეიძლება აღმოჩნდნენ სხვადასხვა დამოკიდებულებისა და რწმენის გავლენის ქვეშ სქესობრივი ურთიერთობებსა და სექსუალურობასთან დაკავშირებით. ეს ხანდახან ბადებს ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრებსა და გაურკვევლობის გრძნობას. სქესობრივი განათლება ახალგაზრდებს ხედვისა და დამოკიდებულების გამომუშავების საშუალებას უნდა აძლევდეს, რადგან მათთვის რთული იქნება იმოქმედონ მხოლოდ ინფორმაციის საფუძველზე. სქესობრივი განათლების მიზანია შეამციროს ის პოტენციურად ნეგატიური შედეგები, რომლებიც გამოწვეულია სქესობრივი აქტივობით, მაგ. არასასურველი ან დაუგეგმავი ორსულობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, მათ შორის აივ/შიდსი. მისი მიზანია აგრეთვე, დაეხმაროს ახალგაზრდებს საკუთარი სექსუალურობის უკეთ გაგებაში ურთიერთობების ხარისხის გაზრდით და მათი უნარით, მიიღონ ინფორმირებული გადაწვეტილებები ცხოვრების მანძილზე. და კიდევ, ის უნარ-ჩვევები, რომლებსაც ახალგაზრდები გამოიმუშავებენ, როგორც სქესობრივი განათლების ნაწილს, დაკავშირებულია უფრო ზოგად ცხოვრებისეულ უნარ-ჩვევებთან. შესაძლებლობა დაამყარო კომუნიკაცია, მოუსმინო, დაელაპარაკო სხვებს, მოითხოვო და განსაზღვრო დახმარებისა და რჩევის წყაროები — ეს ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევები შეიძლება გამოყენებულ იქნას სქესობრივი ურთიერთობებისას. სქესობრივი განათლება აგრეთვე უვითარებს ახალგაზრდებს უნარ-ჩვევებს, რათა მათ განასხვავონ სწორი ინფორმაცია არასწორისაგან, და განიხილონ მორალური და სოციალური საკითხებისა და პერსპექტივების ფართო სპექტრი სქესობრივ ურთიერთობასა და სექსუალურობაზე, მათ შორის — სხვადასხვა კულტურულ ასპექტებსა და ისეთ მგრძნობიარე საკითხებზე, როგორიც აბორტი და კონტრაცეფციაა.

ცხრილი 15.1.1 15-24 წლის გამოკითხულ ახალგაზრდა ქალთა სექსობრივი გამოცდილების მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირის დროისთვის, ოჯახური მდგომარეობისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დასახელებული სქესობრივი გამოცდილება			სულ	სულ შემთხვევები
	არანაირი სქესობრივი გამოცდილება	ქორწინების შემდეგ	ქორწინებადე		
სულ	67.7	30.6	1.7	100.0	1,960
15–19	88.5	10.6	0.8	100.0	861
20–24	47.8	49.6	2.6	100.0	1,099
ქალაქად					
სულ	69.8	28.3	1.9	100.0	937
15–19	91.5	7.8	0.7	100.0	391
20–24	50.6	46.5	2.9	100.0	546
სოფლად					
სულ	65.1	33.2	1.6	100.0	1,023
15–19	85.3	13.6	1.0	100.0	470
20–24	44.4	53.4	2.2	100.0	553

ცხრილი 15.1.2 15-24 წლის გამოკითხულ ახალგაზრდა ქალთა სექსობრივი გამოცდილების მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირის დროისთვის, ოჯახური მდგომარეობისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დასახელებული სქესობრივი გამოცდ.			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	არანაირი სქესობრივი გამოცდილება	ქორწინების შემდგომ	ქორწინებამდე		
სულ	67.7	30.6	1.7	100.0	1,960
საცხოვრებელი ადგ.					
თბილისი	72.6	25.0	2.5	100.0	451
სხვა ქალაქი	66.8	32.0	1.2	100.0	486
სოფელი	65.1	33.2	1.6	100.0	1,023
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–17	95.9	3.9	0.2	100.0	481
18–19	78.8	19.5	1.7	100.0	380
20–21	58.9	39.7	1.3	100.0	388
22–24	40.8	55.8	3.4	100.0	711
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	80.4	18.3	1.3	100.0	651
საშუალო სრული	58.0	40.4	1.6	100.0	604
ტექნიკუმი	53.3	44.7	2.0	100.0	165
უნივერსიტეტი/ასპირა.	66.3	31.3	2.4	100.0	540
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	66.2	32.2	1.6	100.0	327
მეორე	61.2	36.6	2.2	100.0	448
საშუალო	69.1	29.5	1.3	100.0	433
მეოთხე	70.7	27.7	1.6	100.0	336
უმაღლესი	70.1	28.0	1.9	100.0	416
ეთნიკური წარომავლ.					
ქართველი	69.6	28.9	1.5	100.0	1,688
აზერბაიჯანელი	47.0	48.8	4.2	100.0	92
სომეხი	64.0	34.0	2.0	100.0	135
სხვა	54.6	42.4	3.0	100.0	45

ცხრილი 15.1.3 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალთა მიერ დასახელებული სქესობრივი გამოცდილება გარკვეულ ასაკებამდე (ცხოვრების კალენდრის შეფასება) შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციულიჯანმრთელობისკვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირისას					ოდესმე ჰქონია სქესობრივიკავშირი	არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	შემთხვევათა რაოდენობა
	< 15	< 18	< 20	<22	< 24			
სულ	0.8	13.6	28.7	49.2	62.3	32.3	67.7	1,960
საცხოვრებელი ადგ.								
ქალაქი	0.5	11.3	25.1	45.5	57.7	30.2	69.8	937
სოფელი	1.2	16.0	32.3	52.0	65.7	34.9	65.1	1,023
განათლების დონე								
საშუალო არასრული	1.6	21.3	44.2	60.2	66.2	19.6	80.4	651
საშუალო სრული	0.5	17.4	37.3	59.0	74.1	42.0	58.0	604
ტექნიკუმი/უნივერსიტ.	0.4	5.7	16.7	38.9	53.3	36.5	63.5	705
სოც.-ეკონომ. სტატუსი								
დაბალი	0.3	15.3	30.9	51.7	54.9	32.3	67.7	189
საშუალო	0.9	14.4	30.5	49.2	64.4	34.3	65.7	855
მაღალი	0.9	12.4	26.2	47.4	60.2	30.8	69.2	916
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	1.2	15.2	37.0	53.1	69.0	33.8	66.2	327
მეორე	1.7	18.6	34.3	60.2	69.8	38.8	61.2	448
საშუალო	0.7	12.0	26.2	45.0	61.0	30.9	69.1	433
მეოთხე	0.6	13.2	26.3	43.0	53.7	29.3	70.7	336
უმაღლესი	0.2	9.8	23.0	43.8	56.6	29.9	70.1	416
ეთნიკური წარმავლ.								
ქართველი	0.5	11.3	26.2	46.9	58.9	30.4	69.6	1,688
აზერბაიჯანელი	4.7	35.9	53.7	75.0	85.4	53.0	47.0	92
სომეხი	1.3	16.6	31.1	41.6	67.3	36.0	64.0	135
სხვა	1.6	33.3	43.4	62.7	73.5	45.4	54.6	45

ცხრილი 15.1.4 15-24 წლის გამოკითხულ ახალგაზრდა ქალთა სქესობრივი გამოცდილების მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირის დროისთვის, ოჯახური მდგომარეობისა და განათლების დონის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

განათლება და ასაკობრივი ჯგუფი	დასახელებული სქესობრივი გამოცდილება (პროცენტული განაწილება)			სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	არანაირი სქესობრივი გამოცდილება	ქორწინების შემდეგ	ქორწინებამდე		
სულ	67.7	30.6	1.7	100.0	1,960
15–19	88.5	10.6	0.8	100.0	861
20–24	47.8	49.6	2.6	100.0	1,099
საშუალო არასრული					
სულ	80.4	18.3	1.3	100.0	651
15–19	91.2	8.0	0.8	100.0	507
20–24	34.0	62.7	3.3	100.0	144
საშუალო სრული					
სულ	58.0	40.4	1.6	100.0	604
15–19	81.9	17.3	0.7	100.0	254
20–24	36.6	61.0	2.4	100.0	350
ტექნიკუმი					
სულ	53.3	44.7	2.0	100.0	165
15–19	*	*	*	*	18
20–24	48.8	48.9	2.3	100.0	147
უნივერსიტეტი/ასპ.					
სულ	66.3	31.3	2.4	100.0	540
15–19	94.1	4.3	1.6	100.0	82
20–24	59.8	37.6	2.6	100.0	458

* 25 შემთხვევაზე ნაკლები

ცხრილი 15.2.1 ასაკობრივი განსხვავება პარტნიორებს შორის პირველი სქესობრივი კავშირის დროისათვის 15-24 წლის სექსობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

	ასაკში განსხვავება				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა*
	პარტნიორი უფრო ახალგაზრდა	პარტნიორი 5 წლამდე უფროსი	პარტნიორი 5-10 წლით უფროსი	პარტნიორი 10 წელზე მეტით უფროსი		
სულ	3.6	53.6	37.0	5.8	100.0	769
საცხოვრებელი ადგ.						
თბილისი	4.2	55.8	33.7	6.3	100.0	148
სხვა ქალაქი	5.1	55.1	35.5	4.3	100.0	191
სოფელი	2.6	51.8	39.4	6.2	100.0	430
ასაკი პირველი სექს.						
< 18	0.4	48.7	45.3	5.6	100.0	270
18–19	4.1	53.5	37.4	5.0	100.0	233
20–24	6.4	58.5	28.6	6.6	100.0	266
ქორწ. სტატ. პირველი სექსისას						
გაუთხოვარი	2.4	48.4	47.1	2.1	100.0	39
გათხოვილი	3.7	53.9	36.5	6.0	100.0	730

* 3 ქალის გამოკლებით, ვინც არ მიაწოდა ინფორმაცია პირველი სქესობრივი პარტნიორის ასაკის შესახებ

ცხრილი 15.2.2 პარტნიორის სტატუსი პირველი სქესობრივი კავშირის დროისათვის 15-24 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	პარტნიორი პირველი სქესობრივი კავშირის დროს				სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	ქმარი	საქმრო	მეგობარი	სხვა		
სულ	94.6	2.8	2.1	0.4	100.0	772
საცხოვრებელი ადგ.						
თბილისი	91.1	3.2	5.8	0.0	100.0	148
სხვა ქალაქი	96.4	1.1	2.4	0.2	100.0	193
სოფელი	95.4	3.6	0.2	0.8	100.0	431
ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირისას						
< 18	93.0	3.8	2.1	1.1	100.0	272
18–19	95.8	1.8	2.2	0.2	100.0	233
20–24	95.2	2.8	2.0	0.0	100.0	267
ქორწ. სტატ. პირველი სექსისას						
გაუთხოვარი	0.0	52.7	39.1	8.2	100.0	40
გათხოვილი	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	732
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	93.5	4.1	1.2	1.3	100.0	167
საშუალო სრული	96.2	2.0	1.9	0.0	100.0	304
ტექნიკუმი	95.8	4.2	0.0	0.0	100.0	88
უნივერსიტეტი/ასპირა.	92.9	2.6	3.9	0.6	100.0	213
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	95.1	1.4	1.6	1.8	100.0	128
მეორე	94.3	5.1	0.0	0.5	100.0	210
საშუალო	95.7	2.9	1.2	0.2	100.0	170
მეოთხე	94.7	1.7	3.6	0.0	100.0	118
უმაღლესი	93.6	2.1	4.2	0.0	100.0	146
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	95.0	2.4	2.5	0.2	100.0	628
აზერბაიჯანელი	92.2	7.8	0.0	0.0	100.0	58
სომეხი	94.4	0.0	1.8	3.8	100.0	64
სხვა	*	*	*	*	*	22

*25 შემთხვევაზე ნაკლებია ამ კატეგორიაში

ცხრილი 15.2.3 დროის ხანგრძლივობა გაცნობიდან პირველ სქესობრივ კავშირამდე 15-24 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს შორის პირველი სქესობრივი კავშირის დროისათვის ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

ერთად ყოფნის დრო პირველ სქესობრივ კავშირამდე	სულ	ქორწინების სტატუსი პირველი სქესობრივი კავშირისას	
		გაუთხოვარი	გათხოვილი
1 თვე	4.0	2.1	4.1
1-5 თვე	20.1	3.7	21.0
6-11 თვე	14.2	21.6	13.8
1 წელი	24.7	32.5	24.3
2-5 წელი	31.2	30.4	31.2
6+ წელი	5.0	2.3	5.1
არ ახსოვს	0.9	7.3	0.6
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	772	40	732

ცხრილი 15.3.1 პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეფციის არგამოყენების ყველაზე ხშირად მოყვანილი მიზეზები, ქორწინების სტატუსის მიხედვით, 15-24 წლის სქესობრივად გამოცდილ ახალგაზრდა ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მიზეზი	სულ	ქორწინების სტატუსი პირველი სქესობრივი კავშირისას	
		გაუთხოვარი	გათხოვილი
უნდოდა დაორსულება	66.6	12.1	69.3
არ ფიქრობდა მის გამოყენებაზე	23.7	50.8	22.4
სქესობრივი კავშირი მოულოდნელი	2.9	19.4	2.1
არ იცოდა კონტრაცეფციის შესახებ	3.1	9.5	2.8
პარტნიორს არ უნდოდა	1.3	0.0	1.3
არ მახსოვს/არ ვიცი	1.1	2.9	1.0
რესპონდენტს არ სურდა	0.7	5.4	0.4
სხვა	0.7	0.0	0.7
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	759	34	725

ცხრილი 15.3.2 სქესობრივი აქტივობის მიმდინარე სტატუსი 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალებს შორის ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სქესობრივი აქტივობის სტატუსი	სულ	ამჟამინდელი ქორწინების სტატუსი			ასაკობრივი ჯგუფი	
		გათხოვილი	წინათ გათხოვილი	არასდროს გათხოვილი	15–19	20–24
ამჟამად სქესობრივად აქტიური	19.3	62.6	18.8	0.1	5.8	32.3
ბოლო თვეში	18.5	61.0	4.2	0.1	5.6	30.9
1-3 თვის წინ	0.8	1.6	14.6	0.0	0.2	1.4
ახლა სქესობრივად არააქტიური	2.1	2.1	74.2	0.0	0.7	3.5
სამი თვის წინ მაგრამ ბოლო წელს	1.0	1.5	28.5	0.0	0.2	1.8
1 ან მეტი წელი	1.1	0.6	45.7	0.0	0.5	1.7
ახლა ორსული/წამშობიარები	10.4	34.0	7.0	0.0	4.9	15.6
არასოდეს ჰქონია სქესობრივი კავშირი	67.7	0.0	0.0	99.7	88.5	47.8
უპასუხოდ	0.5	1.3	0.0	0.1	0.2	0.8
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა	1,960	734	35	1,191	861	1,099

ცხრილი 15.3.3 უკანასკნელი სქესობრივი კავშირის დროს კონტრაცეპტივების გამოყენების მაჩვენებელი, მიმდინარე ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 15-24 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

კონტრაცეფციის მეთოდი	ყველა ახალგაზრდა ქალი	ახალ გათხოვილი/კავშირში			ახლა გაუთხოვარი /კავშირში არ მყოფი
		სულ	ასაკობრივი ჯგუფი		
			15–19	20–24	
კონტრაცეფციის გამოყენება ბოლო სქესობრივი კავშირისას	35.6	36.0	19.7	39.4	29.8
თანამედროვე მეთოდები	25.5	25.2	15.5	27.2	29.8
ორალური კონტრაცეპტივები	3.9	4.2	3.7	4.3	0.0
სშს	8.0	8.5	3.9	9.5	1.0
კონდომი	12.2	11.0	7.3	11.8	28.8
სპერმიციდები	1.1	1.2	0.7	1.3	0.0
მილების ლიგატურა	0.3	0.3	0.0	0.4	0.0
ტრადიციული მეთოდები	10.0	10.7	4.2	12.1	0.0
კალენდარული (რიტმული) მეთოდი	3.1	3.3	1.5	3.7	0.0
შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირი	6.9	7.4	2.6	8.4	0.0
უცნობი მეთოდები	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0
არ იყენებს	64.4	64.0	80.3	60.6	70.2
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევათა რაოდენობა*	771	734	124	610	37

* არ მოიცავს 1 შემთხვევას, როცა ყველაზე ბოლო სქესობრივი კავშირი იძულებითი იყო

ცხრილი 15.3.4 სქესობრივ პარტნიორთა რაოდენობა უკანასკნელი თორმეტი (12) თვის განმავლობაში და მუდმივ პარტნიორთა რაოდენობა, ოჯახური მდგომარეობის სტატუსის მიხედვით 15-24 წლის სქესობრივი გამოცდილების ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობა	სულ	ქორწინების სტატუსი		
		გათხოვილი	წინათ გათხოვილი	გაუთხოვარი
ბოლო 12 თვის მანძილზე				
არც ერთი	5.2	1.5	56.1	*
ერთი	93.2	97.7	33.7	*
ორი ან მეტი	1.6	0.8	10.2	*
სულ	100.0	100.0	100.0	*
ცხოვრების მანძილზე				*
ერთი	98.2	99.5	86.1	*
ორი ან მეტი	1.8	0.5	13.9	*
სულ	100.0	100.0	100.0	*
შემთხვევათა რაოდენობა	772	734	35	3

* ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლებია

ცხრილი 15.4.1 შეხედულება კონდომის შესახებ და მათი გამოყენების სიხშირე, კონდომების მომხმარების მიხედვით 15-24 წლის სქესობრივად გამოცდილ ქალებს შორის
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

რწმენა	ოდესმე მომხმარებლები რაოდ. 216				არასდროს მომხმარებლები რაოდ. 556			
	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვიცი	უარი პასუხზე	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვიცი	უარი პასუხზე
ახალ პარტნიორთან კონდომის ხმარება ჭკვიანურია	86.1	5.3	6.7	1.9	56.6	11.3	28.7	3.4
ქალმა უნდა სთხოვოს პარტნიორებს იხმარონ კონდომი	65.1	26.2	6.8	1.9	19.1	44.3	32.4	4.1
მომავალ პარტნიორთან იოლია კონდომის ხმარება	46.5	37.8	13.3	2.3	13.4	42.8	39.2	4.5
კონდომის ხმარება არა არის საჭირო თუ პარტნიორს იცნობ	43.2	49.8	5.1	1.9	43.7	23.4	29.4	3.5
კონდომი სიამოვნებას ამცირებს	41.4	43.9	10.1	4.5	10.6	6.2	78.4	4.8
დამამცირებელია აფთიაქებში კონდომის მოთხოვნა	13.2	80.1	4.9	1.9	15.0	56.6	24.4	4.0
ხალხს, რომელიც კონდომს ხმარობს ხშირი სქესობრივი კავშირი აქვთ	1.5	89.4	7.2	1.9	5.1	69.3	21.5	4.1
კონდომის განმეორებით ხმარება შესაძლებელია	0.5	93.2	4.4	1.9	2.0	80.4	13.6	4.0

ცხრილი 15.4.2 ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც უსაუბრიათ პარტნიორთან კონდომის გამოყენების შესახებ, კონდომების მოხმარების მიხედვით 15-24 წლის სქესობრივად გამოცდილ ქალებს შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	სქესობრივად გამოცდილი ყველა ქალი		ქალები, რომელთაც ოდესმე უხმარიათ კონდომი		ქალები, რომელთაც არასდროს უხმარიათ კონდომი	
	%	N	%	N	%	N
სულ	37.0	772	81.1	216	19.4	556
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	61.6	148	91.5	75	32.3	73
სხვა ქალაქი	39.4	193	74.4	59	25.4	134
სოფელი	24.1	431	73.5	82	12.8	349
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	23.0	130	*	23	7.4	107
20–24	39.9	642	81.1	193	22.2	449
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	24.1	167	77.1	33	11.7	134
საშუალო სრული	33.8	304	74.2	68	20.9	236
ტექნიკუმ/უნივერსიტეტი	46.9	301	86.6	115	22.7	186

* ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლებია

ცხრილი 15.4.3 15 - 24 წლის სქესობრივად გამოცდილი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ეთანხმება პარტნიორის / მეუღლის სურვილს გამოიყენოს კონდომი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	არ შემეშინდება აივ/შიდსით დაავადების	არ შემეშინდება დაორსულების	მეგონება, რომ რაღაც ცუდი გავაკეთე	გავბრაზდები ან მეწყინება	ვიეჭვიანებ მასზე	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	69.1	68.7	15.8	9.5	9.4	772
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	73.2	72.1	19.8	11.8	10.8	341
სოფელი	65.1	65.2	11.9	7.2	8.0	431
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	78.9	75.3	23.7	10.5	5.3	148
სხვა ქალაქი	67.9	69.3	16.3	12.9	15.8	193
სოფელი	65.1	65.2	11.9	7.2	8.0	431
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	68.7	68.6	8.9	10.0	11.1	130
20–24	69.2	68.7	17.3	9.4	9.0	642
ქორწინების სტატუსი						
ახლა გათხოვილი ან კავშირში	69.1	68.6	15.9	9.7	9.5	734
ახლაგაუთხოვარი ან არაკავშირში	69.4	69.1	14.2	6.3	7.9	38
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	55.8	57.3	11.5	6.3	8.4	167
საშუალო სრული	69.6	70.1	16.1	12.5	10.4	304
ტექნიკუმი	68.9	72.6	17.3	10.5	3.4	88
უნივერსიტეტი/ასპირა.	78.2	73.5	18.1	7.4	10.9	213
კონდომის გამოყენება						
ვისაც ოდესმე გამოუყენებია	83.2	73.9	17.1	4.5	4.2	216
ვისაც არასდროს უხმარია	63.5	66.6	15.3	11.5	11.5	556
ოდესმე ულაპარაკია პარტნიორთან კონდომის ხმარების შესახებ						
კი	80.7	74.5	18.6	5.0	4.5	282
არა	62.3	65.2	14.2	12.2	12.2	490

თავი 16

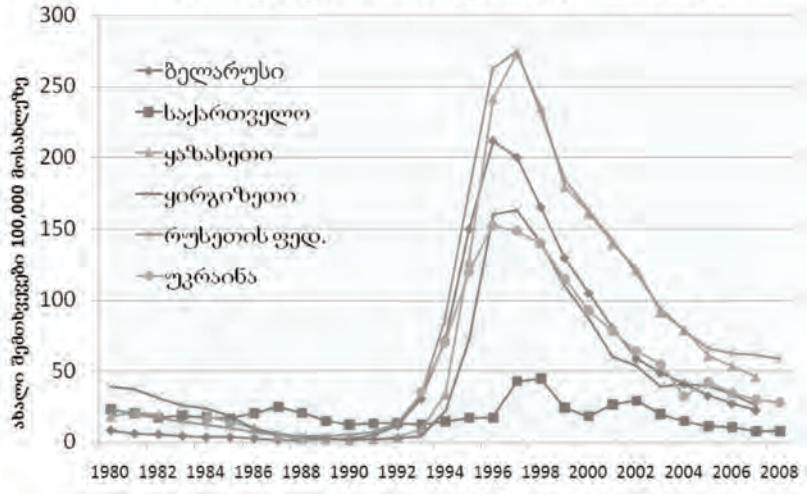
სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები აივ/შიდსის გარდა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2005 წლის მონაცემების მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად ადგილი აქვს სქესობრივი გზით გადამდები განკურნებადი ინფექციების 448 მილიონ ახალ შემთხვევას 15-49 წლის ასაკის მოზარდებსა და მოზრდილებში. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ქალებში უფრო მეტად იწვევს მძიმე გართულებებს, ვიდრე მამაკაცებში. მაგალითად, ქლამიდიოზი და გონორეა მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების, ექტოპიური ორსულობის და უნაყოფობის ყველაზე ხშირი გამომწვევია, ხოლო ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) ასოცირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს ორსულობისას შეუძლია გამოიწვიოს სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა, ნაადრევი მშობიარობა და მშობიარობისშემდგომი ენდომეტრიტი. დადგენილია, რომ ორსულ ქალებში არანამკურნალები ადრეული სიფილისი მკვდრადშობადობის ყოველი მეოთხე შემთხვევის (25%) და ნეონატალური სიკვდილიანობის 14%-ის მიზეზია, რაც მთლიანობაში, პერინატალური სიკვდილიანობის დაახლოებით 40%-ია (WHO, 2010). ქალებში არანამკურნალები გონოკოკური და ქლამიდიური ინფექციები იწვევს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების დაახლოებით 40%-ს. მათგან დაახლოებით 25% უნაყოფობით სრულდება (WHO, 2006). გარდა ამისა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ზრდის აივ ინფექციის მიმღებლობას და ხელს უწყობს მის გავრცელებას.

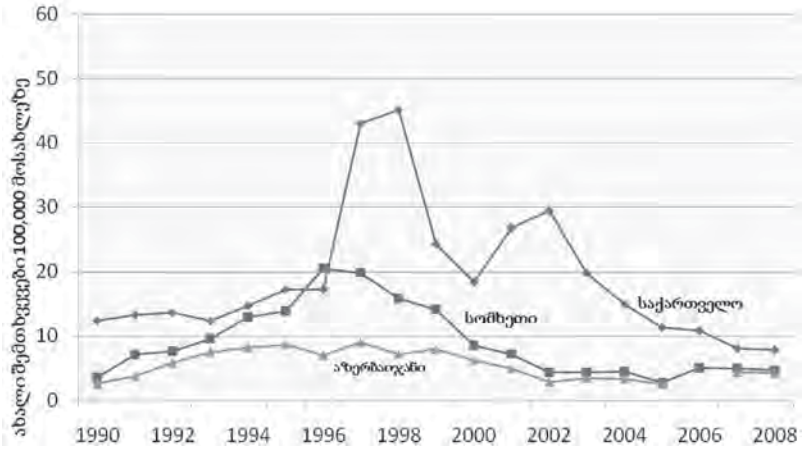
16.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საქართველოში და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში

განვითარებად ქვეყნებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და მათი გართულებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხია. სოციალურ-ეკონომიკურ ნგრევას ხშირად მოყვება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, განსაკუთრებით კი ინფექციური დაავადებებით, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის ზრდა. უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები მოიცვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, განსაკუთრებით სიფილისის, მასშტაბურმა ეპიდემიებმა. 1990 წლიდან 1998 წლამდე სიფილისის რეგისტრირებული შემთხვევების ყველაზე მკვეთრი ზრდა დაფიქსირდა ყაზახეთში, ყირგიზეთში,

სურათი 16.1.1 სიფილისის შემთხვევები ყოველ 100,000 მოსახლეზე აღმოსავლეთ ევროპასა და შუა აზიაში; 1980-2008 წლები



სუგრათი 16.1.2 სიფილისის შემთხვევები ყოველ 100,000 მოსახლეზე კავკასიის ქვეყნებში; 1990-2008 წლები



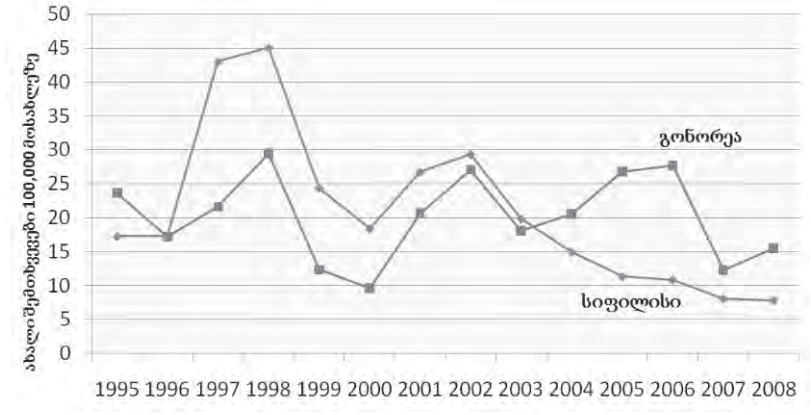
ბელარუსში და რუსეთის ფედერაციაში (სურათი 16.1.1) (WHO, 2010). საქართველოში სიფილისით ავადობა ყველაზე მაღალია კავკასიის ქვეყნებს შორის (სურათი 16.1.2). საქართველოში სიფილისის რეგისტრირებული შემთხვევების სწრაფი ზრდა მოხდა 1995-1998 და 2000-2002 წლებში. გონორეის რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობამ (30 ახალი შემთხვევა ყოველ 100 000 მოსახლეზე) რამდენჯერმე მიაღწია პიკს: 1998, 2002 და 2006 წლებში (სურათი 16.1.3) (WHO, 2010).

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიხშირეზე გავლენას ახდენს ოთხი ფაქტორი: ინფორმირებულობა, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, დაავადების მიმღებლობა და ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეფექტურობა. საქართველოში ჩატარებული წინა და (1999 წ, 2005 წ) და ამჟამინდელი (2010 წ) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები განხორციელდა, რათა განსაზღვრულიყო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ცნობიერების დონე, რისკის თვითშეფასება, ტესტირების გავრცელება, სიმპტომების არსებობა და მკურნალობის ჩატარება რეპროდუქციული ასაკის, სქესობრივად აქტიური ქალების შერჩეულ ჯგუფებში. ეს დაგვეხმარება განვსაზღვროთ მოსახლეობის ქვეჯგუფები, რომლებიც ყველაზე მეტად საჭიროებენ ინტერვენციას და ხელი შევუწყოთ სქესობრივი გზით გადამდები დააავადებების პრევენციას და მართვის პოლიტიკის რეკომენდაციების განხორციელებას.

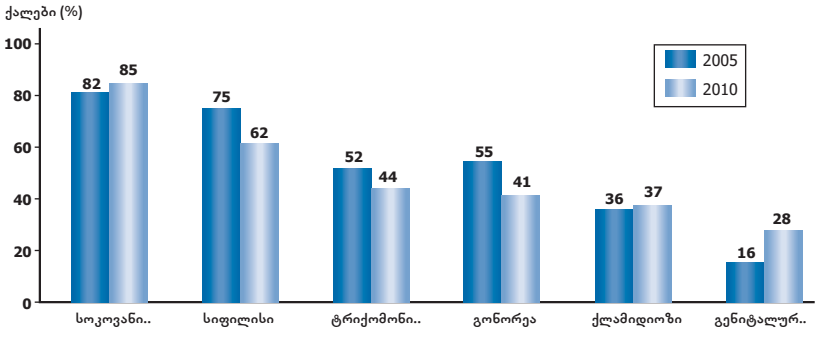
16.2 ინფორმირებულობის დონე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ

ცხრილი 16.2. გვიჩვენებს იმ რესპონდენტთა პროცენტულ მაჩვენებელს, რომლებმაც დაადასტურეს, რომ სმენიათ საქართველოში ყველაზე უფრო გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ. რესპონდენტების 88%-ს სმენია, სულ მცირე, ერთი სგგი-ს შესახებ. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ინფორმირებულობა საკმაოდ განსხვავდებოდა რესპონდენტთა მახასიათებლების მიხედვით. სულ მცირე, ერთი სგგი-ს

სურათი 16.1.3 | სიფილისის და გონორეის შემთხვევები ყოველ 100,000 მოსახლეზე საქართველოში; 1995-2008 წლები



სურათი 16.2.2 | სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ცოდნა 15-44 წლის ასაკის ქალებში; 2005 და 2010 წლები



შესახებ ინფორმირებულობის დონე ყველაზე მაღალი იყო ქალაქში მცხოვრებ (92%), 25-44 წლის (93%), მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის (91%), უმაღლესი განათლების (96%) და სქესობრივი გამოცდილების (94%) მქონე ქალებში. ქალთა უმრავლესობას თბილისში (93%), შიდა ქართლში (91%) და მცხეთა-მთიანეთში (93 %) სმენია სულ მცირე ერთი სგგი-ს შესახებ (სურათი 16.2.1). ცნობიერების ყველაზე დაბალი დონე დაფიქსირდა სამცხე-ჯავახეთში (77%) და ქვემო ქართლში (78%) მცხოვრებ, ასევე აზერბაიჯანელ (55%) ქალებს შორის.

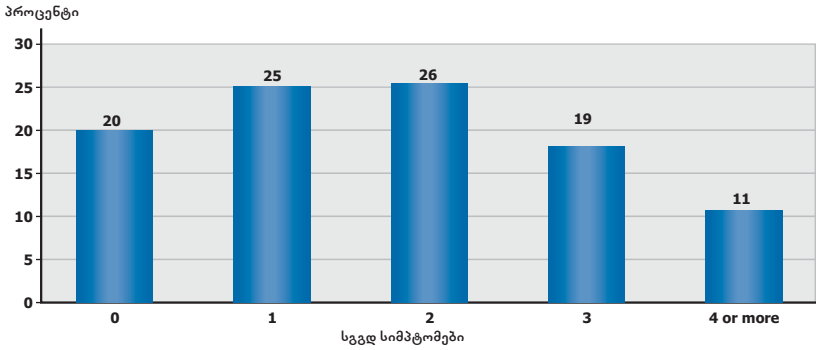
რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ცოდნის დონე ყველაზე მაღალი იყო სოკოვანი დაავადებების (88%) და სიფილისის (62%) შესახებ. ცოდნა ტრიქომონოზის, გონორეის და ქლამიდიოზის შესახებ საკმაოდ მწირი აღმოჩნდა, რესპონდენტების მხოლოდ 37-44%-ს სმენია ამ დაავადებების შესახებ. ცოდნის ყველაზე დაბალი დონე გამომჟღავნდა გენიტალურ ჰერპესთან მიმართებაში (28%). ზოგადად, ზემოთ აღნიშნული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ცოდნის მაღალი დონე ასოცირდებოდა ქალაქში ცხოვრებასთან, უფროს ასაკთან, უმაღლეს განათლებასთან, მაღალ სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან და სქესობრივ გამოცდილებასთან.

2005 წლიდან 2010 წლამდე ცოდნის დონის ზრდა აღინიშნა სქესობრივი გზით გადამდებ სამ ინფექციაზე, ესენია — სოკოვანი დაავადება, ქლამიდიოზი და გენიტალური ჰერპესი (სურათი 16.2.2). მეორე მხრივ, 2005 წლიდან 2010 წლამდე ცოდნის დონე შემცირდა სიფილისის, ტრიქომონოზის და გონორეის შესახებ.

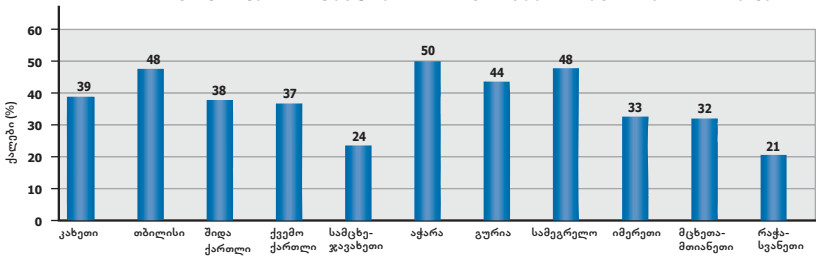
16.3 ცოდნის დონე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების შესახებ

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ შეაფასა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დამახასიათებელი სიმპტომების ცოდნა. რესპონდენტებს, ვისთვისაც ცნობილი იყო სქესობრივი გზით გადამდები, სულ მცირე, ერთი ინფექცია, სთხოვეს, სპონტანურად დაესახელებინათ ამ დაავადებებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. კითხვაზე გაცემული პასუხების რაოდენობის საფუძველზე დადგინდა ინფორმირებულობის დონის მაჩვენებელი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების შესახებ. რომელიმე ერთი სიმპტომის სწორად დასახელება ფასდებოდა +1 ქულით, ხოლო არცოდნა 0 ქულით. შესაბამისად, ქულების შესაძლო

სურათი 16.3 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების ცოდნა 15-44 წლის ასაკის ქალებში



სურათი 16.4 15-44 წლის ასაკის ქალების პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც მიაჩნიათ, რომ იმყოფებიან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკის ქვეშ, რეგიონების მიხედვით



რაოდენობა მერყეობდა 0-დან 10-მდე ან მეტი.

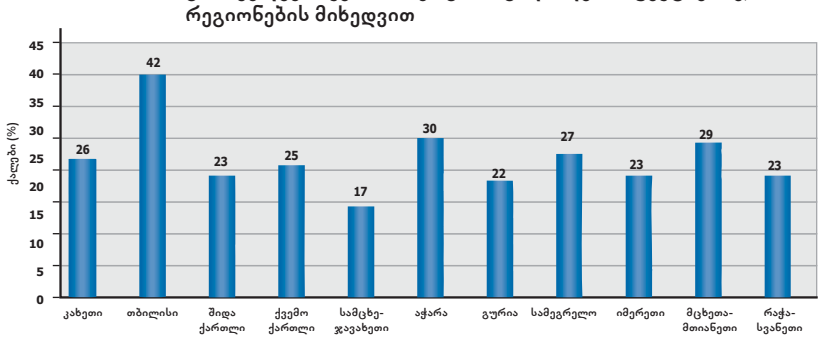
ქალების დაახლოებით 20%-მა ვერ დაასახელა ვერცერთი სიმპტომი, ანუ ისინი სრულიად გაუთვითცნობიერებული იყვნენ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების შესახებ. რესპონდენტების უმრავლესობამ დაასახელა ერთი ან ორი სიმპტომი (25% და 26% შესაბამისად). ქალების მხოლოდ 11%-მა ახსენა ოთხი ან მეტი სიმპტომი (სურათი 16.3). ქალაქთან შედარებით, სოფლად უფრო ნაკლებად იცოდნენ სგგი-სთვის დამახასიათებელი სიმპტომების შესახებ (24% და 16%). ასაკის, განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის ზრდასთან ერთად იზრდებოდა იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც შეეძლო სგგი-ს სიმპტომების დასახელება. აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებს ყველაზე მეტად გაუჭირდათ ამ დაავადებების ნებისმიერი სიმპტომის დასახელება. სქესობრივი გამოცდილების არმქონე ქალები უფრო ნაკლებად ფლობდნენ ინფორმაციას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების შესახებ, ვიდრე სქესობრივად გამოცდილი ქალები(32% და13%).

რესპონდენტები ყველაზე ხშირად ასახელებდნენ შემდეგ სიმპტომებს: ვაგინალური გამონადენი (55%), სასქესო ორგანოების ქავილი (34%), მძაფრი სუნის მქონე გამონადენი (32%), და მუცლის ტკივილი (25%) (ცხრილი 16.3.2). მეორეს მხრივ, ყველაზე ნაკლებად დასახელებული სიმპტომები იყო: გენიტალური იარები, წყლულები ან მეჭეჭები (5%), სასქესო ორგანოების შეშუპება (4%) და წონაში დაკლება (1%). ზოგადად, სგგი-სთვის დამახასიათებელი სიმპტომების შესახებ ცოდნის დონე მატულობდა ასაკის, განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის ზრდასთან ერთად.

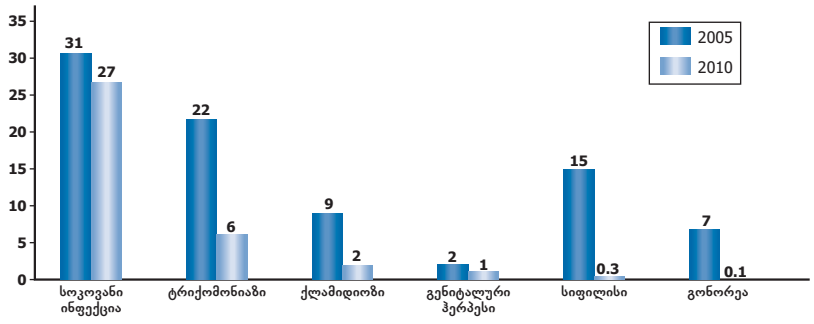
16.4 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების რისკის აღქმა

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკის აღქმა წარმოადგენს ძირითადი რისკ-ფაქტორების და პრევენციული ღონისძიებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის მნიშვნელოვან მარკერს. რესპონდენტებს, რომელთაც სმენიათ სგგი-სთვის დამახასიათებელი მინიმუმ ერთი სიმპტომის შესახებ, სთხოვეს, შეეფასებინათ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით საკუთარი თავის ინფიცირების რისკი. ქართველი ქალების უმრავლესობა (55%) ფიქრობს, რომ საერთოდ არ იმყოფება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკის ქვეშ, დაახლოებით 19%-ის აზრით, რისკის დონე დაბალია, ხოლო დანარჩენ 3%-ს მიაჩნია, რომ რისკის დონე საშუალოა (ცხრილი 16.4). სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკის აღქმის დონე ყველაზე მაღალი იყო თბილისში, აჭარისა და სამეგრელოს რეგიონებში მცხოვრებ ქალებს შორის (სურათი 16.4). ქალაქში მცხოვრები ქალების უფრო დიდი ნაწილი აღიქვამს ამ სგგი-თ ინფიცირების საშიშროებას სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რისკის აღქმის დონე იზრდება რესპონდენტთა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით.

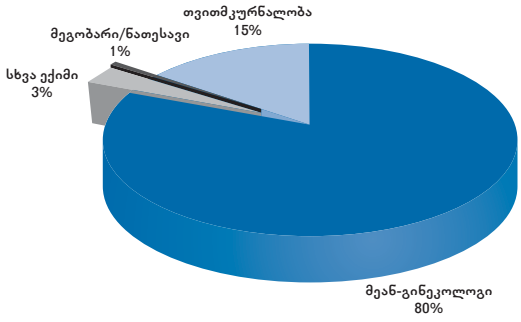
სურათი 16.5.1 სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ოდესმე ჩატარებული აქვთ გამოკვლევა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, რეგიონების მიხედვით



სურათი 16.5.2 სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ოდესმე ჩატარებული აქვთ გამოკვლევა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, 2005 და 2010 წლები



სურათი 16.6 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების საწინააღმდეგო მკურნალობის პროვაიდერი სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ასაკის ქალებში



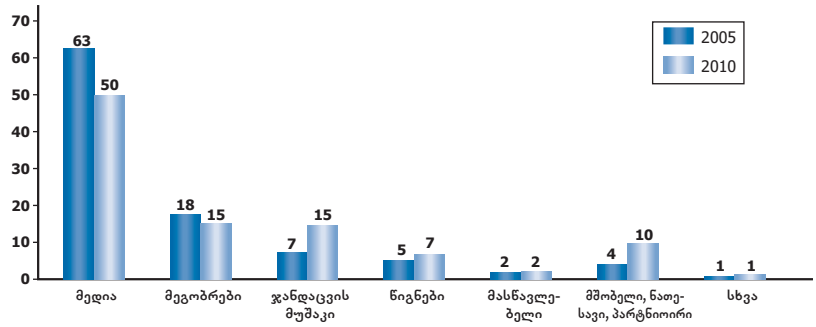
16.5 ტესტირება სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს ჰკითხეს ჩაუტარებიათ თუ არა ოდესმე ტესტირება სგგი-ზე. მთლიანობაში, სქესობრივი გამოცდილების მქონე რესპონდენტების 29%-მა დააფიქსირა, რომ მათ ჩატარებული აქვთ ტესტირება მინიმუმ ერთ სგგი-ზე, აივ/შიდსის გარდა (ცხრილი 16.5.1). სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ჩატარებული გამოკვლევების პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალია ქალაქში მცხოვრებ ქალებში, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებში (35% და 24%). მინიმუმ ერთ სგგი-ზე ტესტირების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა თბილისში (42%), შემდეგ აჭარაში (30%) და მცხეთა-მთიანეთში (29%) (სურათი 16.5.1). ზოგადად, სულ მცირე, ერთ სგგი-ზე გამოკვლევა უფრო მეტად ჩატარებული აქვთ 30-44 წლის ასაკის ქალებს, რომლებსაც მიღებული აქვთ უმაღლესი განათლება, აქვთ მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი და ჰყოლიათ ორი ან მეტი მუდმივი სქესობრივი პარტნიორი.

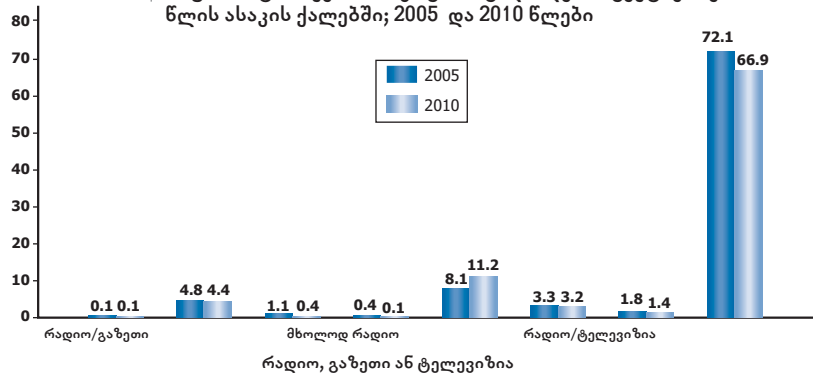
სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებიდან რესპონდენტებს ტესტირება ყველაზე ხშირად ჩატარებული აქვთ სოკოვან ინფექციებზე (27%), რომელსაც მოჰყვება ტრიქომონოზზე (7%), ქლამიდიოზზე (3%) და გენიტალურ ჰერპესზე ჩატარებული გამოკვლევები(1%). ქართველი ქალები ყველაზე ნაკლებად იტარებენ ტესტირებას სიფილისზე და გონორეაზე.

სურათში 16.5.1 მოცემულია, სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე გამოკვლეუ-

სურათი 16.7.1 ინფორმაციის ძირითადი წყარო სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე 15-44 წლის ასაკის ქალებში; 2005 და 2010 წლები



სურათი 16.7.2 რადიოს ან ტელევიზიის მეშვეობით უკანასკნელად მიღებული ინფორმაცია სქესობრივი გზით გადამდებ ინგექციებზე 15-44 წლის ასაკის ქალებში; 2005 და 2010 წლები



ლი რეპროდუქციული ასაკის, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტული თანაფარდობა 2005 და 2010 წლების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების მიხედვით. 2005-დან 2010 წლამდე 15-44 წლის ასაკის ქალებში საგრძნობლად შემცირდა თითქმის ყველა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციაზე ტესტირების სიხშირე.

16.6 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების არსებობა

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ყველა რესპონდენტს დაესვა კითხვა, ხომ არ ჰქონიათ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისთვის დამახასიათებელი რომელიმე სიმპტომი უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე (ცხრილი 16.1.1). სქესობრივად აქტიური ქალების მეხუთედმა აღნიშნა, რომ ჰქონდათ უსიამოვნო სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენი, 13%-ს აწუხებდა წვა და ქავილი სასქესო ორგანოების არეში, 9%-მა დაასახელა წვა და ტკივილი შარდვის დროს, 6%-ს აღენიშნებოდა ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს, ხოლო 4%-ს სასქესო ორგანოების მიდამოებში ჰქონდა იარა, წყლული ან მეჭეჭი. ყველა ზემოთ აღნიშნული სიმპტომი უფრო მეტად დამახასიათებელი იყო სოფლად მცხოვრები ქალებისათვის, ვიდრე ქალაქად მცხოვრებთათვის. მნიშვნელოვანი განსხვავება სგგი-ს სიმპტომების არსებობაში ქალების ასაკის, რეგიონის, განათლების დონის, ქონებრივი ინდექსის, ან ეთნიკური წარმომავლობის მხრივ არ აღინიშნა.

უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისთვის დამახასიათებელი ერთი ან მეტი სიმპტომის მქონე ქალების ნახევარზე მეტმა ჩაიტარა მკურნალობა. ამ რესპონდენტების უმრავლესობამ (80%), მკურნალობა ჩაიტარა მეან-გინეკოლოგთან, ხოლო ქალების 15%-მა თვითმკურნალობას მიმართა (ცხრილი 16.6.3 და სურათი 16.6) მკურნალობის ჩატარება დამოკიდებული იყო რესპონდენტის განათლებასა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსზე (ცხრილი 16.6.2).

რესპონდენტებმა, რომლებმაც არ ჩაიტარეს მკურნალობა სგგი-ს სიმპტომების გამო, დაასახელეს სხვადასხვა მიზეზი: ორ მესამედს არ ჰქონდა ფინანსური საშუალება სამედიცინო მომსახურებისა და მკურნალობის ხარჯების დასაფარად. აღნიშნულ მიზეზს განსაკუთრებით ხშირად ასახელებდნენ 35-44 წლის ასაკის, სოფლად მცხოვრები, განთლების დაბალი დონის და სიმდიდრის ქვედა ინდექსის მქონე ქალები. მკურნალობის არ ჩატარების მეორე, ყველაზე ხშირი მიზეზი დაასახელა ქალების 12%-მა, რომელთაც განაცხადეს, რომ სიმპტომები დროთა განმავლობაში გაქრა. ქალების 6%-მა ვერ დააკავშირა სიმპტომები სგგი-სთან, ხოლო რესპონდენტთა 5%-მა დი-

აგნოზის შიშის გამო არ მიმართა ექიმს. თუმცა ამ სიმპტომებისას ინფექციების სამკურნალოდ სამედიცინო დაწესებულებებისათვის არ მიმართვის ძირითადი მიზეზი იყო გადახდისუუნარობა ქალების ყველა კატეგორიაში.

16.7 ინფორმაციის ძირიდადი წყარო სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ

ქალებს, ვისაც სმენიათ მინიმუმ ერთი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის შესახებ, დაუსვეს შემდეგი კითხვა: "რომელი იყო ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის შიდსის, შესახებ?" რესპონდენტების 43%-მა ინფორმაციის ძირითად წყაროდ ტელევიზია დაასახელა, 15%-მა – მეგობრები და კოლეგები, 14%-მა — ჯანდაცვის მუშაკები, 7%-მა — სპეციალური სამედიცინო ლიტერატურა, ხოლო 6%-მა — ბეჭდვითი მედია (ცხრილი 16.7.1). გამოკითხული ქალების ერთ პროცენტზე ნაკლებისთვის ინფორმაციის ძირითად წყაროს სგგი-ს შესახებ ქმარი ან პარტნიორი წარმოადგენდა. მშობლები, ნათესავები, მასწავლებლები და ინტერნეტი არ თამაშობს მნიშვნელოვან როლს სგგი-ზე ინფორმაციის მიწოდებაში. უნდა აღინიშნოს, რომ თუმცა რესპონდენტებმა დაასახელეს ინფორმაციის მხოლოდ ერთი, ძირითადი წყარო, რეალურად ქალები ინფორმაციას ერთდროულად რამოდენიმე წყაროდან იღებენ.

2005 და 2010 წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების შედეგების შედარებით აღმოჩნდა, რომ 2010 წლისთვის ჯანდაცვის მუშაკების და მშობლების როლი გაიზარდა რეპროდუქციული ასაკის ქალებისთვის სგგი-ს შესახებ ინფორმაციის მიწოდების მხრივ (სურათი 16.7.1).

რესპონდენტებს დაუსვეს შეკითხვა, უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში უნახავთ, მოუსმენიათ ან წაუკითხავთ თუ არა საზოგადოებრივი განცხადებები ან რეკლამა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ტელევიზიით, რადიოთი, ან ჟურნალ-გაზეთებში. როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 16.7.2, გამოკითხულთა ორ მესამედს (67%) არ მოუსმენია, არ უნახავს და არ წაუკითხავს არავითარი ინფორმაცია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ზემოთ ხსენებულ მედია-წყაროებში. ქალების 11%-მა განაცხადა, რომ უნახავს რეკლამა ან განცხადება მხოლოდ ტელევიზიით, 3%-ს წაუკითხავს ინფორმაცია მხოლოდ ჟურნალ-გაზეთებში, და ერთ პროცენტზე ნაკლებს მოუსმენია განცხადება ან რეკლამა მხოლოდ რადიოს საშუალებით. 2010 წლისთვის, 2005 წელთან შედარებით 5%-ით შემცირდა იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი , რომელთაც ბოლო 6 თვის განმავლობაში რ უნახავთ, მოუსმენიათ და წაუკითხავთ რეკლამა ან განცხადება სგგი-ს შესახებ (სურათი 16.7.2).

კვლევის შედეგების მიხედვით, საქართველოს რეპროდუქციული ასაკის ქალებში აღინიშნება სგგი-ს შესახებ ინფორმირებულობის და ზუსტი ცოდნის ნაკლებობა. ამის შედეგად, მათი უმეტესობა სათანადოდ ვერ აფასებს სგგი-თ ინფიცირების რისკს. მნიშვნელოვანია, შევიმუშავოთ და დავნერგოთ შესაბამისი საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო პროგრამები სოფლად მცხოვრები, ახალგაზრდა, მწირი განათლების და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებისთვის. სათანადოდ ინტეგრირებული საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო ინტერვენციები დაგვეხმარება ამ ჯგუფებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შემდგომი გავრცელების თავიდან აცილებაში.

ცხრილი 16.2 აივ/შიდსის გარდა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 15-44 წლის ყველა ქალი
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სგგი							შემთხვევათა რ-ა
	მინიმუმ ერთი სგგი	სოკოვანი დაავადება	სიფილისი	ტრიქომონოზი	გონორეა	ქლამიდიოზი	გენიტალური ჰერპესი	
სულ	88.0	84.8	61.8	44.1	41.4	37.4	27.7	6,292
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	92.0	88.9	69.7	53.8	50.3	47.5	37.6	2,975
სოფელი	83.4	80.2	52.8	33.2	31.2	25.9	16.4	3,317
რეგიონი								
კახეთი	80.7	77.1	55.5	35.8	31.8	28.0	16.6	498
თბილისი	93.1	89.4	73.7	60.2	55.0	53.9	42.7	1,426
შიდა ქართლი	91.5	89.9	52.5	36.7	35.9	28.2	16.0	392
ქვემო ქართლი	78.4	74.4	49.4	34.6	34.1	28.6	21.3	546
სამცხე ჯავახეთი	77.0	70.8	43.5	23.1	24.2	20.0	11.2	481
აჭარა	90.1	86.3	56.5	46.2	37.8	36.6	32.7	419
გურია	88.4	83.8	68.4	37.8	42.4	36.4	23.2	401
სამეგრელო	87.9	84.9	56.6	37.0	32.8	28.7	16.8	477
იმერეთი	89.6	88.6	67.8	41.7	43.2	35.3	26.7	805
მცხეთა მთიანეთი	93.0	90.9	67.3	46.8	43.2	40.5	27.8	393
რაჭა-სვანეთი	86.7	86.1	49.7	26.6	28.2	20.1	12.8	454
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	68.6	63.7	21.5	10.8	11.1	8.1	7.5	861
20–24	84.9	81.3	50.2	31.5	30.4	28.5	22.0	1,099
25–29	93.1	90.4	67.0	47.1	42.6	40.7	30.3	1,191
30–34	95.1	92.1	77.3	56.0	50.0	47.1	33.1	1,168
35–39	94.7	92.5	80.4	59.7	57.3	50.2	36.6	1,051
40–44	94.7	92.5	82.8	68.3	64.8	56.4	41.3	922
განათლების დონე								
საშუალო არასრული	70.7	66.2	34.3	18.6	17.8	11.2	7.6	1,330
საშუალო სრული	87.1	83.5	53.4	34.2	29.9	28.6	18.3	1,568
ტექნიკუმი	96.0	94.1	77.5	59.3	55.3	50.3	36.4	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	95.7	93.2	77.5	59.9	57.5	53.5	42.1	2,491
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	79.9	75.1	47.4	25.0	23.7	19.5	11.8	1,093
მეორე	82.3	79.5	51.6	32.4	31.0	24.8	14.9	1,385
საშუალო	88.2	85.4	58.5	40.5	37.1	31.8	22.0	1,413
მეოთხე	91.1	88.1	67.1	49.1	47.0	42.6	32.7	1,037
უმაღლესი	94.4	91.3	76.3	63.2	58.7	57.7	47.3	1,364
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	91.1	88.2	64.7	46.7	43.9	40.3	29.8	5,488
აზერბაიჯანელი	54.6	50.8	25.7	13.7	13.1	7.7	3.8	276
სომეხი	70.4	65.1	45.4	28.8	25.1	18.1	15.0	364
სხვა	84.6	79.6	67.1	48.1	46.7	34.6	27.3	164
სქესობრივი გამოცილება								
კი	77.0	72.7	41.4	22.8	25.3	20.7	16.7	1,799
არა	93.7	91.1	72.4	55.3	49.8	46.0	33.4	4,493

ცხრილი 16.3.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სპონტანურად დასახელებული სიმპტომების ცოდნა15-44 წლის ყველა ქალის მიერ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სპონტანურად დასახელებული სიმპტომების რაოდენობა					სულ	შემთხვევათა რაოდენობა
	არა	1	2	3	4 და მეტი		
სულ	19.5	25.0	25.6	18.8	11.1	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	15.9	23.3	26.4	21.2	13.2	100.0	2,975
სოფელი	23.7	26.8	24.6	16.2	8.7	100.0	3,317
რეგიონი							
კახეთი	18.8	31.3	27.7	13.9	8.2	100.0	498
თბილისი	13.2	20.4	27.1	23.6	15.7	100.0	1,426
შიდა ქართლი	18.5	22.7	25.6	20.7	12.4	100.0	392
ქვემო ქართლი	25.7	29.0	22.9	16.0	6.4	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	51.4	23.0	15.4	7.8	2.5	100.0	481
აჭარა	12.3	29.1	28.4	22.0	8.2	100.0	419
გურია	9.8	44.2	23.0	16.2	6.8	100.0	401
სამეგრელო	11.3	19.2	29.7	25.4	14.5	100.0	477
იმერეთი	25.9	26.0	24.1	12.9	11.1	100.0	805
მცხეთა მთიანეთი	26.4	23.0	23.2	17.5	9.9	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	25.9	22.4	21.5	19.5	10.7	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	41.8	30.4	18.0	7.5	2.4	100.0	861
20–24	22.4	28.1	25.3	17.0	7.1	100.0	1,099
25–29	13.7	25.7	28.5	19.2	12.9	100.0	1,191
30–34	12.4	21.5	28.2	24.7	13.2	100.0	1,168
35–39	12.3	20.7	27.3	23.6	16.1	100.0	1,051
40–44	10.9	21.7	27.2	23.0	17.1	100.0	922
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	35.7	28.6	22.1	10.1	3.5	100.0	1,330
საშუალო სრული	21.7	27.5	26.4	16.1	8.3	100.0	1,568
ტექნიკუმი	11.6	19.5	29.8	23.2	15.9	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	11.6	23.1	25.7	24.1	15.5	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი							
ქვედაზე დაბალი	26.2	24.8	26.3	16.7	6.1	100.0	1,093
მეორე	26.1	26.9	24.6	16.0	6.4	100.0	1,385
საშუალო	19.8	27.9	24.5	16.5	11.2	100.0	1,413
მეოთხე	18.0	24.9	28.5	18.5	10.1	100.0	1,037
უმაღლესი	11.7	21.2	24.8	24.3	18.0	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	16.6	24.9	26.3	20.0	12.2	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	47.8	25.3	16.5	8.7	1.8	100.0	276
სომეხი	42.2	21.2	22.1	11.7	2.9	100.0	364
სხვა	16.5	32.9	27.2	14.8	8.6	100.0	164
სქესობრივი გამოცილება							
კი	31.7	29.1	22.3	11.4	5.4	100.0	1,799
არა	13.2	22.8	27.3	22.7	14.0	100.0	4,493

ცხრილი 16.3.2 სპონტანურად დასახელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სპეციფიკური სიმპტომების ცოდნა15-44 წლის ყველა ქალში, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სიმპტომები										შემთხვევების რ-ა
	ვაგინალური გამონადენი	გენიტალური ქავილი	ცუდი სუნის მქონე გამონადენი	ტკივილი მუცლის არეში	წვა შარდვისას	გენტალიების სიწითლე	გენიტალური წყლულები/მეჭეჭები	გენიტალიების შეშუპება	დაორსულების პრობლემა	წონის კარგვა	
სულ	55.4	34.0	31.9	25.2	13.5	7.1	4.7	4.0	8.2	1.3	6,292
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	60.6	36.0	37.1	26.1	15.5	8.8	5.2	4.8	7.1	1.5	2,975
სოფელი	49.5	31.6	26.1	24.1	11.3	5.1	4.2	2.9	9.3	1.0	3,317
რეგიონი											
კახეთი	43.0	27.7	25.0	26.7	9.5	5.7	5.4	2.8	20.3	0.3	498
თბილისი	65.5	38.5	40.3	27.3	20.0	9.8	6.3	5.8	6.3	2.3	1,426
შიდა ქართლი	59.2	46.7	31.0	24.3	13.2	6.5	2.8	3.6	3.4	0.8	392
ქვემო ქართლი	48.7	25.3	23.0	27.6	7.6	6.9	3.3	3.7	7.9	1.0	546
სამცხე ჯავახეთი	35.6	19.6	12.6	13.4	2.0	0.5	0.6	0.2	3.9	0.0	481
აჭარა	61.6	29.1	40.5	26.6	11.9	5.5	3.7	3.2	7.1	0.9	419
გურია	63.2	25.8	28.2	25.8	8.8	3.2	2.8	1.0	9.0	0.4	401
სამეგრელო	59.2	41.2	32.3	36.5	18.7	10.8	5.7	4.7	9.6	2.2	477
იმერეთი	47.7	36.3	29.4	16.6	11.3	5.4	5.5	3.4	9.0	0.5	805
მცხეთა მთიანეთი	51.0	26.8	32.3	21.7	15.6	5.7	3.2	4.2	4.6	1.7	393
რაჭა-სვანეთი	48.8	39.8	26.1	27.0	13.1	7.8	3.7	4.4	3.7	1.6	454
ასაკობრივი ჯგუფი											
15–19	29.2	17.4	11.4	23.3	5.3	2.5	1.8	1.2	6.2	0.9	861
20–24	52.3	28.5	28.1	24.3	10.6	5.7	3.8	2.9	6.5	0.7	1,099
25–34	60.9	39.1	36.7	25.5	15.9	8.6	5.3	4.6	8.6	1.4	2,359
35–44	66.8	41.5	41.3	26.5	17.7	8.9	6.3	5.5	9.8	1.6	1,973
განათლების დონე											
საშუალო არასრული	37.8	20.8	17.8	23.0	7.0	2.6	1.6	1.5	6.9	0.8	1,330
საშუალო სრული	49.9	30.4	28.9	24.5	11.6	5.8	3.8	3.0	8.7	0.9	1,568
ტექნიკუმი	64.5	42.2	40.8	29.7	16.2	8.4	6.3	4.3	8.1	0.9	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	65.8	41.0	39.0	25.3	17.6	10.0	6.5	5.8	8.5	1.8	2,491
ქონებრივი კვინტილი											
ქვედაზე დაბალი	47.9	25.9	24.1	25.0	12.0	4.0	3.7	2.4	9.1	1.0	1,093
მეორე	46.6	30.4	24.7	22.5	9.7	4.6	3.0	2.0	8.2	0.8	1,385
საშუალო	52.9	37.0	31.1	23.8	10.3	6.9	3.8	3.7	8.5	0.7	1,413
მეოთხე	56.6	29.1	34.2	25.8	13.3	7.4	5.7	3.7	7.7	1.3	1,037
უმაღლესი	67.3	42.1	40.8	28.0	20.2	10.6	6.6	6.6	7.6	2.2	1,364
ეთნიკური კუთვნილება											
ქართველი	57.7	36.3	34.2	25.4	14.6	7.8	5.1	4.3	8.3	1.4	5,488
აზერბაიჯანელი	32.5	13.3	11.8	19.8	3.9	2.2	1.7	1.1	5.8	0.0	276
სომეხი	36.9	17.0	19.6	24.8	5.2	1.4	2.1	0.9	7.8	0.3	364
სხვა	58.1	31.6	21.3	27.9	13.7	4.8	2.1	2.4	9.0	2.1	164
სქესობრივი გამოცილება											
კი	39.7	23.5	19.8	24.9	8.2	4.7	3.0	2.0	6.7	1.2	1,799
არა	63.5	39.4	38.2	25.3	16.3	8.3	5.6	4.9	8.9	1.3	4,493

ცხრილი 16.4 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გადადების გაცნობიერებული რისკი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, სულ მცირე, ერთი სიმპტომის მცოდნე 15-44 წლის ქალები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	რისკის შეფასება					სულ	შემთხვევათა რ-ა
	მაღალი რისკი	საშუალო რისკი	დაბალი რისკი	არანაირი რისკი	არ იცის		
სულ	0.3	3.2	38.1	54.8	3.6	100.0	5,626
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	0.4	3.6	42.5	50.5	3.0	100.0	2,777
სოფელი	0.3	2.6	32.6	60.2	4.3	100.0	2,849
რეგიონი							
კახეთი	0.4	3.1	35.7	50.6	10.2	100.0	413
თბილისი	0.5	4.6	43.0	50.0	1.9	100.0	1,347
შიდა ქართლი	0.6	3.9	34.3	59.7	1.5	100.0	363
ქვემო ქართლი	0.4	2.9	35.0	54.5	7.3	100.0	437
სამცხე ჯავახეთი	0.2	2.0	21.6	66.5	9.7	100.0	386
აჭარა	0.2	1.6	48.1	48.9	1.2	100.0	387
გურია	0.0	3.2	41.2	54.5	1.1	100.0	362
სამეგრელო	0.2	1.7	45.9	50.7	1.5	100.0	429
იმერეთი	0.2	2.5	30.6	63.1	3.6	100.0	739
მცხეთა მთიანეთი	0.6	3.7	27.4	66.1	2.2	100.0	366
რაჭა-სვანეთი	0.2	2.5	18.2	77.9	1.2	100.0	397
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	0.2	1.6	25.1	68.3	4.8	100.0	592
20–24	0.2	3.3	36.6	56.1	3.8	100.0	946
25–29	0.0	3.5	40.5	53.2	2.8	100.0	1,103
30–34	0.8	4.2	43.4	47.7	4.0	100.0	1,111
35–39	0.6	3.9	40.4	51.0	4.2	100.0	997
40–44	0.3	2.1	40.3	55.4	2.0	100.0	877
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	0.5	2.2	27.3	62.5	7.4	100.0	978
საშუალო სრული	0.0	3.2	35.0	57.3	4.5	100.0	1,391
ტექნიკუმი	0.1	3.0	39.6	53.6	3.7	100.0	870
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	0.5	3.6	43.9	50.6	1.4	100.0	2,387
ქონებრივი კვინტილი							
ქვედაზე დაბალი	0.2	3.3	30.0	61.6	4.9	100.0	908
მეორე	0.2	2.4	34.4	57.7	5.2	100.0	1,185
საშუალო	0.3	2.4	35.2	58.5	3.6	100.0	1,266
მეოთხე	0.4	3.6	41.4	51.3	3.3	100.0	968
უმაღლესი	0.5	3.9	44.3	49.3	2.0	100.0	1,299
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	0.4	3.2	39.5	54.0	2.9	100.0	5,055
აზერბაიჯანელი	0.0	0.6	15.1	73.0	11.4	100.0	159
სომეხი	0.0	2.0	27.2	60.7	10.2	100.0	271
სხვა	0.6	5.6	34.1	51.3	8.3	100.0	141

ცხრილი 16.5.1 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც გაუვლია გამოკვლევა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ჰქონდა მინიმუმ ერთი სგგი	ჩაუტარდა გამოკვლევა სგგი-ზე						შემთხვევათა რ-ა
		სოკოვანი დაავადება	ტრიქომონოზი	ქლამიდიოზი	გენიტალური ჰერპესი	სიფილისი	გონორეა	
სულ	29.2	26.9	6.5	2.5	1.4	0.3	0.1	4,493
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	34.6	32.0	8.4	3.2	1.6	0.3	0.1	2,048
სოფელი	23.7	21.6	4.5	1.7	1.1	0.2	0.2	2,445
რეგიონი								
კახეთი	26.2	24.2	4.8	2.5	1.6	0.2	0.2	380
თბილისი	41.8	38.7	10.0	4.8	1.8	0.3	0.1	943
შიდა ქართლი	23.4	20.4	3.8	1.2	0.9	0.0	0.3	285
ქვემო ქართლი	25.1	22.6	4.4	1.0	1.0	0.0	0.0	420
სამცხე ჯავახეთი	17.4	15.3	1.7	1.7	1.4	0.5	0.0	350
აჭარა	29.7	27.7	10.7	1.8	1.3	0.0	0.0	317
გურია	22.5	21.3	3.0	0.9	1.2	0.0	0.0	290
სამეგრელო	26.7	25.3	4.6	1.9	1.4	0.3	0.3	326
იმერეთი	23.1	20.9	4.9	1.6	1.2	0.7	0.1	586
მცხეთა მთიანეთი	29.0	26.8	6.4	2.5	0.8	0.0	0.0	292
რაჭა-სვანეთი	22.9	20.9	5.7	0.3	0.6	0.3	0.6	304
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	20.6	18.3	6.0	3.4	1.0	0.0	0.0	130
20–24	22.2	19.4	4.2	2.1	1.6	0.0	0.0	642
25–29	26.8	25.4	4.4	1.7	1.0	0.3	0.2	910
30–34	32.4	30.3	6.0	2.8	1.4	0.3	0.1	1,036
35–39	32.0	29.3	7.4	2.1	1.9	0.2	0.1	946
40–44	31.9	28.9	9.9	3.3	1.0	0.5	0.1	829
განათლების დონე								
საშუალო არასრული	19.5	17.5	3.4	0.5	0.6	0.1	0.1	802
საშუალო სრული	25.5	23.8	5.7	1.7	0.9	0.1	0.1	1,196
ტექნიკუმი	32.8	29.6	6.9	3.2	1.4	0.6	0.0	740
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	34.7	32.0	8.2	3.5	2.0	0.3	0.2	1,755
ქონებრივი კვინტილი								
ყველაზე დაბალი	19.5	17.8	2.4	1.7	0.7	0.1	0.3	788
მეორე	24.5	23.0	3.8	1.4	0.4	0.0	0.1	1,032
საშუალო	24.4	22.4	6.9	1.2	1.1	0.4	0.1	1,018
მეოთხე	34.0	31.3	6.7	2.8	1.5	0.3	0.0	710
უმაღლესი	39.9	36.3	10.7	4.6	2.6	0.4	0.1	945
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	30.7	28.2	7.1	2.7	1.5	0.3	0.1	3,859
აზერბაიჯანელი	14.4	13.7	0.8	0.3	0.0	0.3	0.3	234
სომეხი	22.2	19.5	2.6	0.8	1.6	0.2	0.0	270
სხვა	30.1	27.4	8.6	1.5	0.0	0.0	0.0	130
სქ.პარტნიორების რაოდ. ცხ. მანძილზე								
1	28.8	26.6	6.1	2.3	1.3	0.3	0.1	4,324
2 ან მეტი	40.5	34.2	16.4	5.6	2.3	0.0	0.0	161
პასუხის გარეშე	*	*	*	*	*	*	*	8

* 25 შემთხვევაზე ნაკლები

ცხრილი 16.6.1 ბოლო 12 თვის განმავლობაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების მქონე 15-44 წლის სქესობრივად გამოცდილი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სიმპტომები					შემთხვევათა რ-ა
	ცუდი სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენი	გენიტალიების ქავილი ან წვა	წვა შარდვისას	ტკივილი სექსის დროს	წყლულები,იარები, მეჭეჭები გენიტალიებზე	
სულ	20.4	13.2	9.3	6.2	2.6	4,493
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	17.8	12.0	9.0	5.0	2.5	2,048
სოფელი	23.1	14.4	9.6	7.5	2.8	2,445
რეგიონი						
კახეთი	17.9	12.0	9.0	5.4	3.4	380
თბილისი	18.0	12.0	9.6	4.7	3.0	943
შიდა ქართლი	28.1	16.9	9.5	7.1	1.8	285
ქვემო ქართლი	21.0	12.4	9.2	5.8	2.2	420
სამცხე ჯავახეთი	25.5	9.8	3.3	3.3	1.2	350
აჭარა	19.3	12.4	7.4	8.1	2.0	317
გურია	15.6	7.5	10.2	7.2	0.3	290
სამეგრელო	21.8	17.7	15.0	9.0	3.3	326
იმერეთი	19.2	14.5	8.8	6.3	2.5	586
მცხეთა მთიანეთი	29.8	14.9	10.5	8.8	5.2	292
რაჭა-სვანეთი	22.3	13.2	10.0	8.6	4.3	304
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	28.1	15.2	13.0	7.6	7.3	130
20–24	19.3	10.8	8.2	6.7	2.0	642
25–29	17.7	10.7	6.5	5.2	1.7	910
30–34	21.5	15.5	9.8	7.2	2.4	1,036
35–39	21.2	14.0	10.5	5.8	2.8	946
40–44	20.6	13.6	10.2	5.9	3.3	829
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	22.7	16.1	10.1	7.7	3.0	802
საშუალო სრული	21.9	12.6	9.4	7.1	2.5	1,196
ტექნიკუმი	24.1	15.2	11.7	6.9	3.3	740
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	16.9	11.4	7.9	4.7	2.3	1,755
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	24.6	16.2	10.6	7.3	1.8	788
მეორე	22.0	14.0	9.7	6.8	3.0	1,032
საშუალო	20.3	13.1	9.6	7.3	2.5	1,018
მეოთხე	20.2	12.6	8.9	6.3	3.1	710
უმაღლესი	16.8	11.1	8.1	4.0	2.6	945
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	20.6	13.2	9.8	6.7	2.8	3,859
აზერბაიჯანელი	21.0	12.8	5.3	2.3	2.6	234
სომეხი	20.0	8.7	3.6	1.6	0.5	270
სხვა	14.5	19.9	13.3	8.6	1.5	130

ცხრილი 16.6.2 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალები, ვისაც აღმოაჩნდა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის, სულ მცირე, ერთი სიმპტომი გასული 12 თვის მანძილზე და მიმართა ექიმს სამკურნალოდ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	იმკურნალა	არ იმკურნალა	არ იცის	სულ	შემთხვევათა რ-ა
სულ	56.5	43.2	0.3	100.0	1,220
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	65.2	34.6	0.2	100.0	497
სოფელი	49.4	50.3	0.3	100.0	723
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	78.7	21.3	0.0	100.0	39
20–24	69.6	29.0	1.3	100.0	153
25–29	57.0	43.0	0.0	100.0	226
30–34	53.3	46.7	0.0	100.0	305
35–39	54.1	45.6	0.4	100.0	269
40–44	50.0	50.0	0.0	100.0	228
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	47.1	52.4	0.4	100.0	222
საშუალო სრული	54.1	45.6	0.3	100.0	342
ტექნიკუმი	57.7	42.3	0.0	100.0	234
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	63.2	36.5	0.2	100.0	422
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	41.6	58.0	0.4	100.0	257
მეორე	53.7	45.8	0.4	100.0	293
საშუალო	52.4	47.6	0.0	100.0	258
მეოთხე	64.9	34.6	0.5	100.0	184
უმაღლესი	69.6	30.4	0.0	100.0	228

ცხრილი 16.6.3 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობის წყარო 15-44 წლის ქალებში, ვინც ბოლო დროს მიმართა მკურნალობას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების გამოვლენის შემდეგ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სგგი-ზე მკურნალობის წყარო					სულ	შემთხვევათა რ-ბა
	მეან/გინეკოლოგი	სხვა ექიმი	მეგობარი/ნათესავი	თვით მკურნალობა	სხვა		
სულ	80.4	3.2	0.7	15.0	0.6	100.0	670
საცხოვრებელი ადგ.							
თბილისი	83.3	2.6	0.5	13.5	0.0	100.0	158
სხვა ქალაქი	79.7	3.1	0.9	15.6	0.7	100.0	151
სოფელი	79.1	3.5	0.8	15.7	1.0	100.0	361
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–24	87.3	4.7	0.7	7.3	0.0	100.0	130
25–34	84.8	1.1	0.1	14.0	0.0	100.0	291
35–44	72.6	4.4	1.3	20.1	1.6	100.0	249
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	69.2	5.3	0.9	22.9	1.7	100.0	106
საშუალო სრული	81.3	4.9	0.6	13.2	0.0	100.0	181
ტექნიკუმი	79.8	3.0	0.0	16.1	1.1	100.0	129
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	84.9	1.1	1.1	12.5	0.4	100.0	254
ქონებრივი კვინტილი							
ქვედაზე დაბალი	74.8	4.6	0.0	19.4	1.1	100.0	115
მეორე	83.5	3.6	1.0	11.8	0.0	100.0	149
საშუალო	75.3	3.7	1.0	18.6	1.4	100.0	134
მეოთხე	83.3	2.4	0.8	13.2	0.3	100.0	114
უმაღლესი	82.7	2.3	0.5	13.9	0.6	100.0	158

* მოიცავს ექთანს/ბებიაქალს (1 შემთხვევაში) და ფარმაცევტს (2 შემთხვევაში)

ცხრილი 16.6.4 ექიმისთვის არმიმართვის ძირითადი მიზეზები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალები, ვინც უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე არ მიმართა ექიმს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმპტომების გამოვლენის შემდეგ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სამკურნალოდ არმიმართვის მთავარი მიზეზი								სულ	შემთხვევათა რ-ა
	ხელმიუწვდომელი ფასი	სიმპტომები გაქრა	არ ეგონა,რომ სგგი ჰქონდა	გამოკვლევის შედეგებში შიში	არ იცოდა ვისთვის მიემართა	სამედიცინო დაწესებულების სიშორე/მომსახურების ხელმიუწვდომლობა	სხვა	უარი პასუხზე		
სულ	67.4	11.9	5.8	4.2	2.0	1.5	5.9	1.4	100.0	550
საცხოვრებელი ადგ.										
თბილისი	65.6	17.2	0.0	4.3	6.5	2.2	3.2	1.1	100.0	83
სხვა ქალაქი	57.9	16.4	4.9	9.3	1.5	1.0	8.9	0.0	100.0	105
სოფელი	70.6	9.0	7.7	2.6	0.9	1.4	5.8	1.9	100.0	362
ასაკობრივი ჯგუფი										
15–24	64.2	14.7	6.0	3.5	0.0	3.7	4.2	3.6	100.0	62
25–34	62.4	11.9	7.6	4.3	2.8	1.4	8.8	0.9	100.0	240
35–44	72.4	11.1	4.3	4.2	1.8	1.0	3.9	1.3	100.0	248
განათლების დონე										
საშუალო არასრული	75.8	10.3	5.2	3.7	0.3	0.1	3.9	0.8	100.0	116
საშუალო სრული	74.7	8.2	5.6	3.5	0.7	1.4	3.8	2.1	100.0	161
ტექნიკუმი	73.4	11.4	6.1	1.1	2.2	0.8	3.9	1.2	100.0	105
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	49.7	17.0	6.4	7.1	4.5	3.1	10.9	1.2	100.0	168
ქონებრივი კვინტილი										
ქვედაზე დაბალი	74.1	11.7	6.1	2.4	0.0	1.6	3.3	0.8	100.0	142
მეორე	68.9	9.0	12.6	0.1	1.7	1.3	4.4	1.9	100.0	144
საშუალო	66.3	10.9	3.3	8.1	0.8	0.0	9.1	1.5	100.0	124
მეოთხე	58.8	13.2	5.3	4.5	3.4	4.7	8.7	1.4	100.0	70
უმაღლესი	63.3	16.5	0.0	6.7	6.2	0.9	5.1	1.3	100.0	70

ცხრილი 16.7.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყაროები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით, 15-44 წლის ქალებში, ვისთვისაც ცნობილი იყო სქესობრივი გზით გადამდები, სულ მცირე, ერთი ინფექცია
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ინფორმაციის პირველადი წყარო												სულ	სულ შემთხვევები
	ტელევიზია	მეგობარი/ კოლეგა	ჯანდაცვის მუშაკი	სპეციალიზირებული ლიტერატურა	ბეჭდვითი მედია	ნათესავი	დედა/ მამა	მასწავლებელი	ინტერნეტი	მეუღლე/ პარტნიორი	სხვა	არ მახსოვს/არ უპასუხა		
სულ	42.6	15.2	14.5	6.7	5.8	4.6	4.3	2.1	1.6	0.6	1.2	0.8	100.0	5,626
საცხოვრებელი ადგილი														
ქალაქი	40.3	15.6	15.5	7.2	6.8	3.5	4.2	2.5	2.6	0.5	1.0	0.4	100.0	2,777
სოფელი	45.5	14.7	13.4	6.0	4.6	6.0	4.3	1.6	0.4	0.7	1.4	1.2	100.0	2,849
რეგიონი														
კახეთი	39.4	21.6	13.5	7.6	4.3	4.7	3.7	1.6	0.6	0.4	1.2	1.4	100.0	413
თბილისი	39.5	16.7	12.8	7.9	7.3	3.7	4.3	2.7	3.2	0.5	0.9	0.5	100.0	1,347
შიდა ქართლი	41.8	18.1	11.6	6.5	5.4	7.8	3.2	1.5	0.4	1.3	1.5	0.9	100.0	363
ქვემო ქართლი	41.7	13.1	13.7	7.3	3.6	6.6	5.8	2.9	2.0	0.9	0.2	2.2	100.0	437
სამცხე ჯავახეთი	76.8	3.0	3.6	3.4	4.4	2.0	0.6	1.8	0.6	0.0	2.4	1.2	100.0	386
აჭარა	30.0	15.6	28.6	3.7	5.1	8.1	4.9	1.2	1.4	0.8	0.6	0.0	100.0	387
გურია	46.6	10.4	17.6	5.2	5.0	4.5	6.3	0.5	0.7	1.1	1.4	0.7	100.0	362
სამეგრელო	34.6	16.1	14.7	8.0	4.4	5.9	9.2	1.0	1.0	1.9	2.5	0.8	100.0	429
იმერეთი	51.4	13.1	13.3	6.5	7.4	1.5	1.8	2.4	0.8	0.0	1.2	0.6	100.0	739
მცხეთა მთიანეთი	45.6	14.1	16.2	4.7	5.7	5.7	2.9	3.5	0.0	0.2	1.4	0.0	100.0	366
რაჭა-სვანეთი	59.8	13.5	11.1	3.9	2.7	3.9	3.5	0.6	0.0	0.0	0.2	0.8	100.0	397
ასაკობრივი ჯგუფი														
15–19	42.4	18.3	4.4	4.2	3.4	4.2	12.6	5.5	3.0	0.5	0.7	0.9	100.0	592
20–24	38.6	17.3	12.5	7.2	6.1	6.4	4.4	3.3	2.5	0.5	0.9	0.4	100.0	946
25–29	43.1	15.3	16.8	4.5	6.4	5.2	3.0	1.1	1.3	1.2	1.4	0.8	100.0	1,103
30–34	44.9	12.4	19.4	5.1	6.2	4.3	2.2	1.7	1.2	0.7	1.0	0.8	100.0	1,111
35–39	43.1	14.6	17.0	7.7	6.5	3.7	2.8	1.1	0.9	0.5	0.9	1.1	100.0	997
40–44	43.9	13.6	15.4	11.4	6.0	3.8	1.8	0.4	0.9	0.3	1.9	0.6	100.0	877
განათლების დონე														
საშუალო არასრული	47.8	16.2	8.7	2.2	2.7	6.9	8.2	2.2	1.2	0.9	0.9	2.1	100.0	978
საშუალო სრული	40.5	17.6	16.9	3.6	4.8	7.3	4.3	1.5	0.5	1.0	1.4	0.6	100.0	1,391
ტექნიკუმი	45.6	13.4	16.5	8.0	5.9	4.0	1.5	3.1	0.3	0.2	1.3	0.2	100.0	870
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	40.6	14.0	15.0	9.9	7.8	2.3	3.4	2.0	2.8	0.5	1.1	0.4	100.0	2,387
ქონებრივი კვინტილი														
ყველაზე დაბალი	41.8	15.7	12.1	5.2	4.7	8.8	6.4	1.2	0.1	1.0	2.0	1.0	100.0	908
მეორე	47.5	15.2	13.7	4.8	3.9	5.3	4.4	1.2	0.3	1.2	1.1	1.4	100.0	1,185
საშუალო	46.6	12.9	14.4	7.2	6.5	3.9	3.1	1.9	0.7	0.5	1.2	1.1	100.0	1,266
მეოთხე	39.1	17.0	15.9	5.2	6.4	4.5	5.7	2.6	2.2	0.3	0.9	0.1	100.0	968
უმაღლესი	39.2	15.5	15.4	9.2	6.8	2.8	3.0	2.9	3.5	0.5	0.9	0.4	100.0	1,299
ეთნიკური კუთვნილება														
ქართველი	42.1	15.5	14.6	7.2	5.9	4.2	4.2	2.2	1.7	0.6	1.2	0.5	100.0	5,055
აზერბაიჯანელი	39.5	13.7	18.3	1.0	3.7	9.1	3.1	1.1	0.0	2.2	0.0	8.1	100.0	159
სომეხი	55.0	11.6	11.0	1.9	6.3	4.3	4.8	0.7	1.5	0.9	1.0	1.1	100.0	271
სხვა	44.9	12.0	13.2	2.3	6.7	12.9	5.9	0.6	0.0	0.0	0.9	0.7	100.0	141
სქესობრივი გამოცილება														
კი	40.4	19.6	4.9	7.5	5.2	4.3	8.5	4.9	2.9	0.0	1.0	0.7	100.0	1,422
არა	43.6	13.3	18.7	6.3	6.1	4.8	2.4	0.9	1.0	0.9	1.2	0.8	100.0	4,204

ცხრილი 16.7.2 ბოლო 6 თვის მანძილზე ნანახი ან გაგონილი საზოგადოებრივი განცხადება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ აივ/შიდსის გარდა;
15-44 წლის ყველა ქალი, შერჩეული მახასიათებლებისა და ინფორმაციის წყაროს მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	მას-მედიის წყარო									სულ	შემთხვევათა რ-ა
	არც ერთი	რადიო /გაზეთი	ტელევიზია/ გაზეთი	რადიო/ტელევიზია/ გაზეთი	მხოლოდ რადიო	მხოლოდ ტელევიზია	რადიო და ტელევიზია	მხოლოდ გაზეთი	არ ახსოვს		
სულ	66.9	0.1	4.4	0.4	0.1	11.2	1.4	3.2	12.4	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	62.2	0.1	5.3	0.5	0.1	13.1	1.8	4.3	12.6	100.0	2,975
სოფელი	72.2	0.0	3.3	0.2	0.0	9.1	1.0	2.0	12.1	100.0	3,317
რეგიონი											
კახეთი	66.6	0.2	2.1	0.3	0.0	7.9	0.8	1.4	20.7	100.0	498
თბილისი	63.0	0.1	6.3	0.9	0.2	14.0	2.3	4.4	8.8	100.0	1,426
შიდა ქართლი	73.8	0.0	2.8	0.0	0.0	19.5	0.8	1.8	1.4	100.0	392
ქვემო ქართლი	69.7	0.0	3.7	0.1	0.0	7.4	2.0	2.6	14.4	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	51.9	0.2	2.3	0.2	0.0	13.5	0.2	1.6	30.3	100.0	481
აჭარა	78.5	0.0	7.5	0.0	0.0	3.4	0.7	2.8	7.1	100.0	419
გურია	72.0	0.0	4.2	0.0	0.0	13.4	1.8	1.8	6.8	100.0	401
სამეგრელო	74.1	0.0	1.2	0.3	0.3	8.2	2.0	2.2	11.6	100.0	477
იმერეთი	61.9	0.1	3.7	0.4	0.1	12.5	0.5	4.7	16.0	100.0	805
მცხეთა მთიანეთი	62.7	0.0	5.9	0.2	0.0	13.5	1.7	2.9	13.1	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	72.6	0.0	2.1	0.0	0.2	11.9	1.2	1.1	10.8	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი											
15–19	74.6	0.0	2.3	0.1	0.0	8.2	1.7	0.8	12.2	100.0	861
20–24	68.4	0.0	3.7	0.5	0.0	9.7	1.5	3.5	12.7	100.0	1,099
25–29	65.4	0.1	3.9	0.8	0.2	12.8	1.3	2.8	12.8	100.0	1,191
30–34	64.3	0.1	4.1	0.1	0.1	12.6	1.7	3.9	13.1	100.0	1,168
35–39	65.2	0.1	5.6	0.4	0.0	11.4	1.1	4.1	12.1	100.0	1,051
40–44	61.8	0.1	7.2	0.4	0.3	13.5	1.1	4.4	11.1	100.0	922
განათლების დონე											
საშუალო არასრული	78.5	0.0	1.2	0.1	0.2	7.4	1.3	0.7	10.6	100.0	1,330
საშუალო სრული	69.5	0.1	3.4	0.1	0.1	9.8	1.3	1.8	13.9	100.0	1,568
ტექნიკუმი	59.6	0.0	7.9	0.3	0.2	13.3	0.7	3.7	14.2	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	61.0	0.1	5.7	0.8	0.0	13.6	1.8	5.3	11.8	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	79.3	0.0	1.5	0.0	0.0	7.5	0.6	1.6	9.5	100.0	1,093
მეორე	72.4	0.0	2.8	0.0	0.1	9.6	1.1	1.2	12.8	100.0	1,385
საშუალო	66.2	0.1	3.3	0.3	0.0	11.9	1.0	3.4	13.8	100.0	1,413
მეოთხე	65.3	0.1	4.9	0.6	0.2	11.4	2.5	2.9	12.1	100.0	1,037
უმაღლესი	57.5	0.1	7.6	0.8	0.2	13.9	1.6	5.6	12.6	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება											
ქართველი	66.0	0.1	4.7	0.4	0.1	12.0	1.5	3.5	11.7	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	85.3	0.0	1.2	0.0	0.0	4.2	0.6	0.6	8.1	100.0	276
სომეხი	63.0	0.2	1.9	0.0	0.0	8.1	0.6	1.4	24.9	100.0	364
სხვა	67.4	0.0	4.7	0.0	0.0	6.8	1.0	3.0	17.1	100.0	164
სქესობრივი გამოცილება											
კი	71.4	0.1	2.6	0.5	0.1	9.7	1.7	2.5	11.4	100.0	1,799
არა	64.6	0.1	5.3	0.3	0.1	12.0	1.3	3.6	12.8	100.0	4,493

თავი 17

აივ/შიდსი

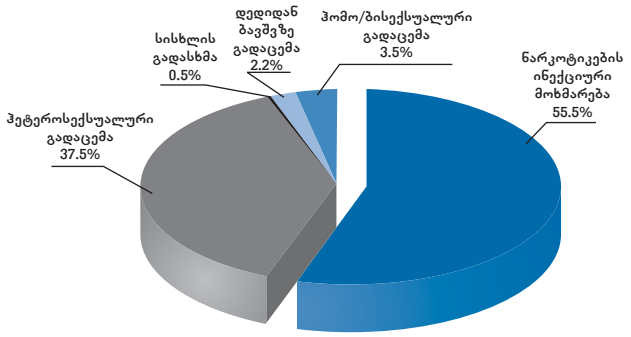
გაეროს აივ/შიდსის პროგრამის [UNAIDS] მონაცემებით, 2010 წლის ბოლოს მსოფლიოში აივ ინფიცირებულთა რაოდენობამ 34 მილიონს მიაღწია. აივ ინფექციის ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე 16 მილიონზე მეტმა ბავშვმა დაკარგა მშობელი შიდსის გამო. მხოლოდ 2010 წელს 2.7 მილიონი ადამიანი დაინფიცირდა და დაახლოებით 390 000 ბავშვი დაიბადა თანდაყოლილი აივ ვირუსით. ამავე წელს შიდსის გამო დაიღუპა დაახლოებით 1.8 მილიონი ადამიანი. აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის ქვეყნებში კვლავაც მძვინვარებს აივ/შიდსის ეპიდემია. აივ ინფექცია უფრო სწრაფად ვრცელდება ამ ქვეყნებში, ვიდრე მსოფლიოს ნებისმიერ სხვა რეგიონში. ინტრავენური ნარკომანია აივ ინფექციის გავრცელების მთავაარი გზაა ამ ქვეყნებში, თუმცა უკანასკნელ წლებში აღინიშნება აივ-ის სქესობრივი გზით გადაცემის ზრდა, განსაკუთრებით, ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს შორის.

17.1 აივ/შიდსი საქართველოში

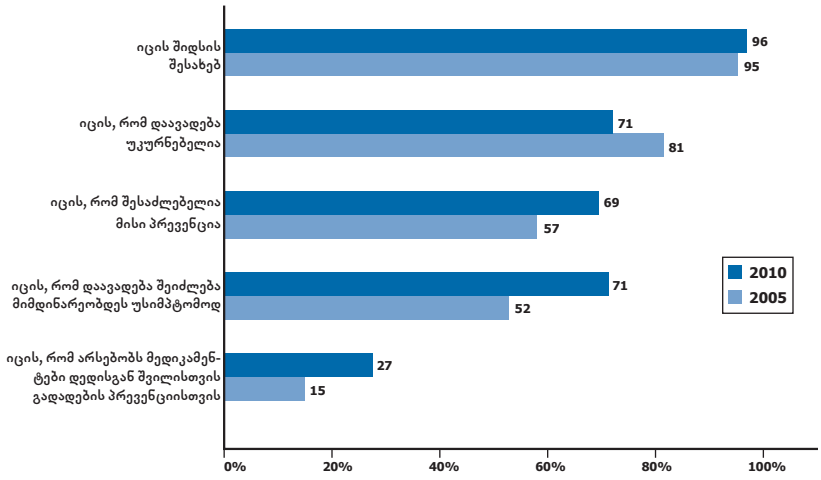
მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო კვლავაც დაბალი აივ პრევალენტობის ქვეყანად რჩება (0.087%), უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში აღინიშნება აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობის სტაბილური ზრდა. არესებობს აივ ინფექციის სწრაფი გავრცელების რისკი, რაც განპირობებულია ქვეყანაში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარელების, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, B და C ჰეპატიტების ფართოდ გავრცელებით და მზარდი მიგრაციით მეზობელ ქვეყნებში, როგორიცაა რუსეთი და უკრაინა, სადაც ამჟამად მძვინვარებს აივ ეპიდემია. საქართველოში აივ ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა არის ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარება(55.5%), მაგრამ უკანასკნელ წლებში სქესობრივი გზით გადაცემა მნიშვნელოვნად გაიზარდა და 37.5%-ს მიაღწია. (სურათი 17.1). აივ/შიდსის შემთხვევების უმრავლესობა მიეკუთვნება 29-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფს და მამრობით მოსახლეობას. აივ ინფიცირებული პირების ერთ მესამედზე მეტი ცხოვრობს დედაქალაქში (თბილისში), ხოლო მეორე მესამედი (31%) შავი ზღვის სანაპირო რეგიონებში, კერძოდ, აჭარასა და სამეგრელოში (მონაცემები არ არის ნაჩვენები).

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია აივ/შიდსის შესახებ ცოდნის დონის გამოვლენა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში, განსაკუთრებით კი —რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, რათა სწორად განვსაზღვროთ ფაქტორები, რომლებიც გავ-

სურათი 17.1 საქართველოში აივ ინფექციის გადაცემის გზები, აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემა



სურათი 17.2.1 ინფორმირებულობა და ცოდნის დონე აივ/შიდსის შესახებ 15-44 წლის ასაკის ქალებს შორის



ლენას ახდენენ აივ/შიდსის შესახებ არასწორი შეხედულებების ჩამოყალიბებაზე. სწორედ ამიტომ, 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ფარგლებში შეგროვდა დეტალური ინფორმაცია 15-44 წლის ასაკის ქალებში აივ/შიდსთან დაკავშირებული ცოდნის დონის და ინფორმაციის სხვადასხვა წყაროს შესახებ.

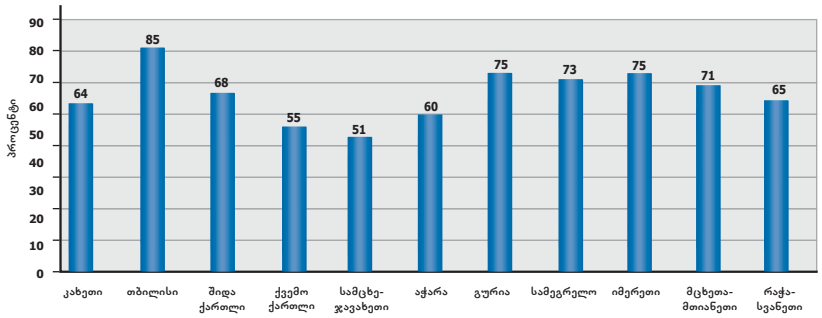
17.2 ინფორმირებულობა და ცოდნის დონე აივ/შიდსის შესახებ

კვლევის ყველა მონაწილეს ეკითხებოდნენ, სმენიათ თუ არა აივ/შიდსის შესახებ. რესპონდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (96%) განაცხადა, რომ სმენია აივ/შიდსის შესახებ, მაგრამ ქალების შედარებით მცირე რაოდენობამ იცოდა 17.2 ცხრილში მოცემული დეტალების შესახებ. 2005 წლის რეპროდუქციული კვლევის მიხედვით ქალების 95%-მა განაცხადა, რომ სმენია აივ ინფექციის შესახებ, და ეს მაჩვენებელი თითქმის უცვლელი დარჩა 2010 წლისთვის. (სურათი 17.2.1). უნდა აღინიშნოს, რომ აივ/შიდსის შესახებ ნაკლებად სმენიათ სოფლად (93%), ქვემო ქართლში მცხოვრებ (84%), მწირი განათლების (88%) და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე (90%) ქალებს. ცნობიერების ყველაზე დაბალი დონე აღინიშნა აზერბაიჯანული ეროვნების ქალებში (60%).

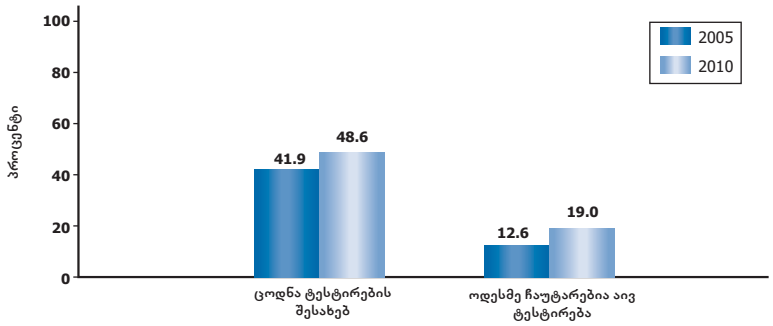
მხოლოდ ცნობიერება აივ/შიდსის შესახებ არ ასახავს რეალურ ცოდნის დონეს. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში აივ/შიდსის შესახებ ცოდნის დონის შესაფასებლად, იმ რესპონდენტებს რომლებსაც ოდესმე სმენათ ამ დაავადების შესახებ, დაუსვეს დამატებითი კითხვები (ცხრილი 17.2). მთლიანობაში, ქალების 77%-ს სჯეროდა, რომ აივ/შიდსი განუკურნებელი დაავადებაა, რაც 10%-ით აღემატება 2005 წლის კვლევის შედეგს (სურათი 17.2.1). ქალაქში მცხოვრებმა ქალებმა უფრო მეტად იცოდნენ ამ ფაქტის შესახებ, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებმა (76% და 65% შესაბამისად). 2005 წლის კვლევის შედეგების ანალოგიურად, ცოდნა იმისა, რომ არ არსებობს აივ/შიდსისგან საბოლოო განკურნება იზრდებოდა რესპონდენტების ასაკთან, განათლების დონესთან, ეკონომიკურ სტატუსთან და სქესობრივ გამოცდილებასთან ერთად. ცოდნის დონე აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ყველაზე დაბალი აღმოჩნდა აზერბაიჯანელ (33%) და სომეხ (55%) ქალებში.

რესპონდენტების მხოლოდ 71%-მა იცოდა,

სურათი 17.2.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები რეგიონების მიხედვით, რომელთაც იციან, რომ შესაძლებელია აივ ინფექციის უსიმპტომო მიმდინარეობა



სურათი 17.3.1 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში აივ-ზე ტესტირების შესახებ ცოდნა და გამოცდილება

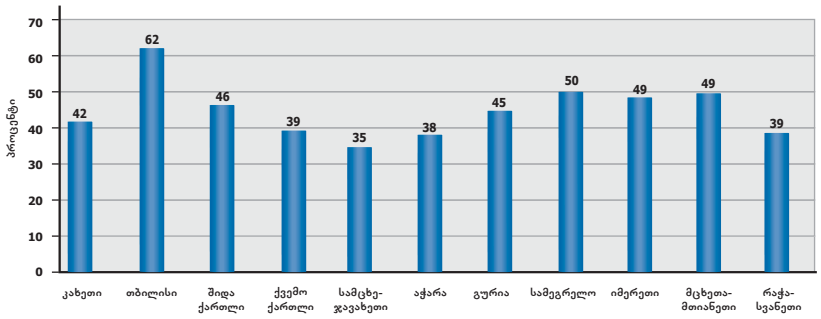


რომ შესაძლებელია აივ ინფექცია სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობდეს. აღნიშნული ფაქტი ყველაზე ნაკლებად იცოდნენ სოფლად (60%), სამცხე-ჯავახეთსა (51%) და ქვემო ქართლში მცხოვრებმა (55%), 15-19 წლის ასაკის (64%), არასრული საშუალო განათლების (50%), და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე (53%), ასევე აზერბაიჯანელმა ქალებმა (18%) (ცხრილი 17.2 და სურათი 17.2.2). აივ/შიდსის შესახებ ცოდნის დაბალი დონე ძალიან მნიშვნელოვანია — თუ ქალები არ ფლობენ ინფორმაციას ამ დაავადების შესახებ, იმყოფებიან აივ-ით ინფიცირების რისკის ქვეშ, რადგან მათ შესაძლოა ჰქონდეთ სქესობრივი კავშირი სხვა მხრივ ჯანმრთელ, აივ-პოზიტიურ პარტნიორთან. სურათი 17.2.1 გვიჩვენებს, რომ 2010 წელს ცოდნის დონე ასიმპტომური აივ ინფექციის შესახებ 19%-ით გაიზარდა 2005 წელთან შედარებით, თუმცა კვლავ დაბალია, განსაკუთრებით ზოგიერთ ქვეჯგუფში. ამიტომ, აუცილებელია აივ/შიდსის შესახებ ცოდნის დონის ასამაღლებლად ჩატარდეს საინფორმაციო და საგანმანათლებლო ღონისძიებები მთელ მოსახლეობაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ქვეჯგუფებს, სადაც აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა განსაკუთრებით მწირია.

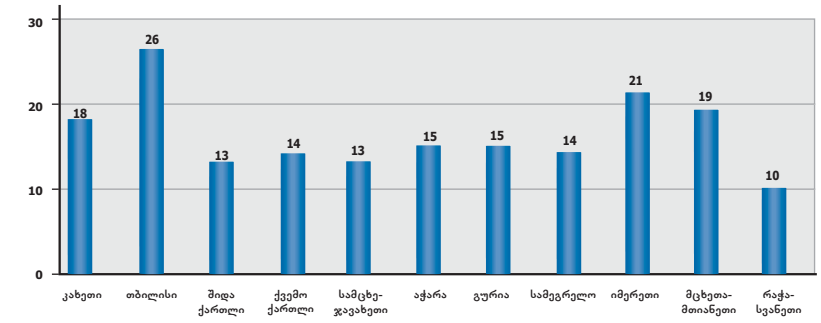
შეკითხვას "იცით თუ არა, რომ შესაძლებელია აივ-ის გადაცემის თავიდან აცილება?", რესპონდენტების 69%-მა დადებითად უპასუხა. აივ ინფექციის გადაცემის შესახებ ცოდნა გაუმჯობესდა 2005 წლიდან 2010 წლამდე 57%-დან 69%-მდე (სურათი 17.2.1). რაც შეეხება განსხვავებებს ქვეჯგუფებში, ცოდნა უფრო დაბალი იყო სოფლად (60%) და სამცხე-ჯავახეთში მცხოვრებ (46%), 15-19 წლის ასაკის (58%), მწირი განათლების (50%), დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის (53%) და სქესობრივი გამოცდილების არ მქონე ქალებს (65%) შორის. აივ ინფექციის პრევენციის არსებობის შესახებ აზერბაიჯანელი (24%) და სომეხი ქალებიც (44%) ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებულები (ცხრილი 17.2).

კვლევამ აგრეთვე შეაფასა რესპონდენტების ცოდნა მედიკამენტების არსებობის შესახებ, რომლებიც ამცირებენ დედიდან ბავშვზე აივ-ის გადაცემას. ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც იცოდნენ ამ ამგვარი პრეპარატების არსებობის შესახებ, 15%-დან 27%-მდე გაიზარდა 2005 წლიდან 2010 წლამდე, თუმცა ეს მაჩვენებელი მაინც საკმაოდ დაბალია (სურათი 17.2.1). დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის საპროფილაქტიკო მედიკამენტების არსებობის შესახებ ცოდნის დონე უფრო მაღალი იყო ქალაქად მცხოვრებ ქალებში და პირდაპირ იყო დაკავშირებული ასაკთან, განათლების დონესთან და სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან. სამცხე-ჯავახეთში მცხოვრები და აზერბაიჯანელი ქალები განსაკუთრებულად გამოირჩეოდნენ ამ საკითხზე არაინფორმირე-

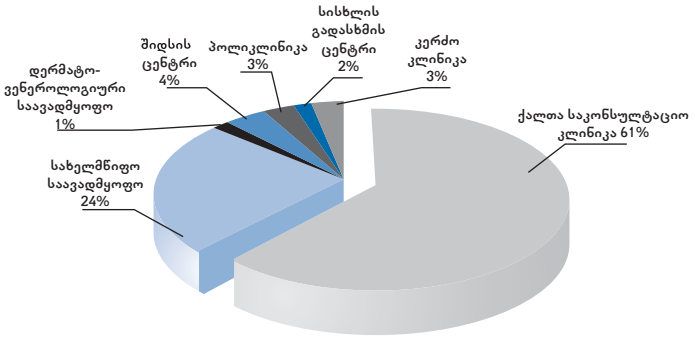
სურათი 17.3.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები რეგიონების მიხედვით, რომელთაც იციან, სად ტარდება აივ-ზე ტესტირება



სურათი 17.3.3 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით, რომლებსაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება



სურათი 17.3.4 აივ ინფექციაზე ტესტირების ჩატარების ადგილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა შორის, რომელთაც ოდესმე ჩატარებული აქვთ აივ-ზე ტესტირება



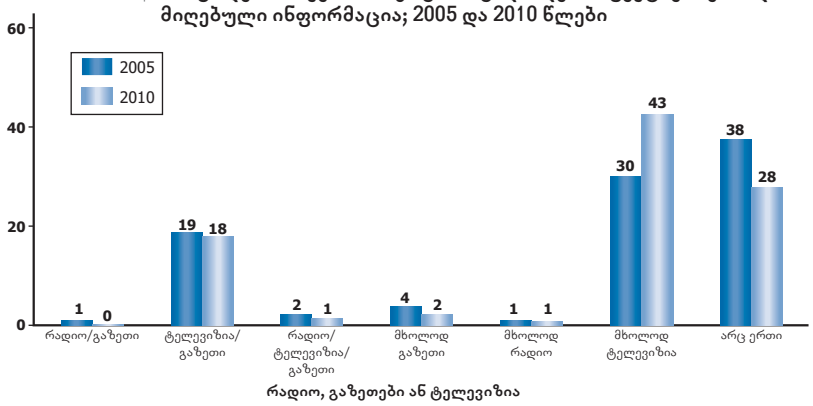
ბულობით, თუმცა ცოდნის დეფიციტი ყველა ქვეჯგუფში აღინიშნებოდა.

17.3 ტესტირება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე

რესპონდენტების თითქმის ნახევარმა (49%) იცოდა მინიმუმ ერთი დაწესებულების შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტესტირება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე. ეს მაჩვენებელი 7%-თ გაიზარდა 2005 წლის მონაცემებთან შედარებით (სურათი 17.3.1). ასეთი დაწესებულების შესახებ ინფორმაციის ფლობა უფრო მაღალი იყო ქალაქად, ვიდრე სოფლად (57% და 39%) (ცხრილი 17.3.1). ცოდნის დონის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ქ. თბილისში (62%) სხვა რეგიონებთან შედარებით (სურათი 17.3.2). აივ ტესტირების ადგილის შესახებ ინფორმაცია იზრდებოდა განათლების დონესა და ქონებრივი ინდექსთან ერთად. ახალგაზრდა (15-19 წლის ასაკის), სქესობრივად გამოუცდელმა და აზერბაიჯანული ეროვნების ქალებმა ყველაზე ნაკლებად იცოდნენ ამგვარი დაწესებულებების არსებობის შესახებ.

UNAIDS-ის აივ-ზე ტესტირების ინდიკატორი არის პროპორცია იმ ქალებისა რომელთაც ჩაუტარდათ აივ-ზე ტესტირება და მიიღეს ტესტის შედეგები უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში. აღნიშნული ინდიკატორი გამოიყენება აივ-ზე ტესტირების ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად მთელ მოსახლეობაში, ასევე იმ პირთა პროცენტული მაჩვენებლის შესაფასებლად,

სურათი 17.4 რეპროდუქციული ასაკის ქალებში რადიოსა და ტელევიზიის საშუალებით სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ბოლოს მიღებული ინფორმაცია; 2005 და 2010 წლები



რომლებმაც იციან საკუთარი აივ სტატუსის შესახებ. ამ ინდიკატორის მრიცხველი არის იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ჩაუტარდათ აივ-ზე ტესტირება და მიიღეს ტესტის შედეგი უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ხოლო მნიშვნელი არის კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მთლიანი რაოდენობა. ამ გამოთვლების შედეგებმა გვიჩვენა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პოპულაციის 4.9%-ს ჩაიტარა აივ ინფექციაზე ტესტირება და მიიღო ტესტის შედეგი ბოლო 12 თვის განმავლობაში (ცხრილი 17.3.1).

რესპონდენტების მხოლოდ 19%-მა აღნიშნა, რომ ოდესმე ჩაუტარებია ტესტირება აივ ინფექციაზე და მიუღია ტესტის შედეგი. აღნიშნული ქალების უმეტესობას (71%) აივ-ზე ტესტირება ჩატარებული აქვთ ორსულობისას, ქალთა კონსულტაციებში. ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება, უფრო მაღალი იყო ქალაქად (23%), განსაკუთრებით კი თბილისში მცხოვრებ ქალებს შორის (26%) (სურათი 17.3.3). აივ ინფექციაზე ტესტირების სიხშირე იზრდებოდა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის ზრდასთან ერთად. ფაქტიურად არც ერთ სქესობრივად გამოუცდელ ქალს არ ჩაუტარებია ტესტირება. აივ-ზე ტესტირების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა აზერბაიჯანელ ქალებში (8%)–და სომეხ ქალებში (10%).

იმ რესპონდენტებს, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ იცოდნენ მინიმუმ ერთი დაწესებულება, სადაც შეიძლება აივ-ზე ტესტირება, სთხოვეს, დაესახელებინათ ტესტირების ჩასატარებლად ყველაზე უფრო ხელმისაწვდომი ადგილი. ქალების დაახლოებით ერთმა მესამედმა (35%) დაასახელა შიდსის ცენტრი, 22%-მა - ქალთა კონსულტაცია, 17%-მა - ქალაქის საავადმყოფო, ხოლო 10%-მა - რეგიონალური საავადმყოფო. სხვა დაწესებულებები (პოლიკლინიკა, სისხლის გადასხმის ცენტრი, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კლინიკა) მიუთითა რესპონდეტების 5%-ზე ნაკლებმა (ცხრილი 17.3.2).

იმ ქალთა შორის, რომლებსაც ოდესმე ჩატარებიათ აივ-ზე ტესტირება, 61%-მა ბოლო ტესტირება ჩაიტარა ქალთა კონსულტაციაში, 24%-მა – ქალაქის საავადმყოფოში, 4%-მა - შიდსის ცენტრში, ხოლო 2%-ზე ნაკლებმა – სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კლინიკაში, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ შესაძლოა, ჯერ კიდევ არსებობს გარკვეული სტიგმა, რომელიც ასოცირდება ასეთი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ზე ტესტირებასთან (სურათი 17.3.4 და ცხრილი 17.3.3)..

ქალებს, რომლებსაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება ჰკითხეს, როდის ჩაუტარდათ ბოლო ტესტირება. თითქმის ნახევარს (48%) ტესტირება ჩაუტარდა ორი წლის წინ, 27%-ს – ინტერვიუმდე 1-დან 2 წლის პერიოდში, და ხოლო 26%-ს – უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (ცხრილი 17.3.4). 2010 წელს დაფიქსირდა ბოლო 12 თვის განმავლობაში ტესტირებულთა უფრო დიდი რაოდენობა 2005 წელთან შედარებით (26% და 15% შესაბამისად). აივ-ზე ტესტირების სიხშირე მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა სოციალური და დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით, ერთადერთი გამონაკლისის გარდა - ბოლო 12 თვის განმავლობაში აივ-ზე ტესტირება უფრო მაღალი იყო 15-24 წლის ასაკის ქალებში.

17.4 ინფორმაციის წყარო აივ/შიდსის შესახებ

ყველა რესპონდენტს ეკითხებოდნენ, ბოლო 6 თვის განმავლობაში უნახავთ, სმენიათ ან წაუკითხავთ თუ არა რაიმე ინფორმაცია აივ/შიდსის შესახებ ტელევიზიით, რადიოთი ან ჟურნალ-გაზეთებში. ქალების 43%-მა განაცხადა, რომ უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე ტელევიზიით ნახეს ვიდეო რგოლო აივ/შიდსის შესახებ. რესპონდენტების 1%-ზე ნაკლებს რადიოთი მოუსმენია განხცადება აივ/შიდსის შესახებ. ქალების დაახლოებით ერთ მესამედს (28%) არ მოუსმენია, არ უნახავს და არ წაუკითხავს რაიმე ინფორმაცია აივ/შიდსის შესახებ ინტერვიუმდე 6 თვის განმავლობაში. ქვეჯგუფების მიხედ-

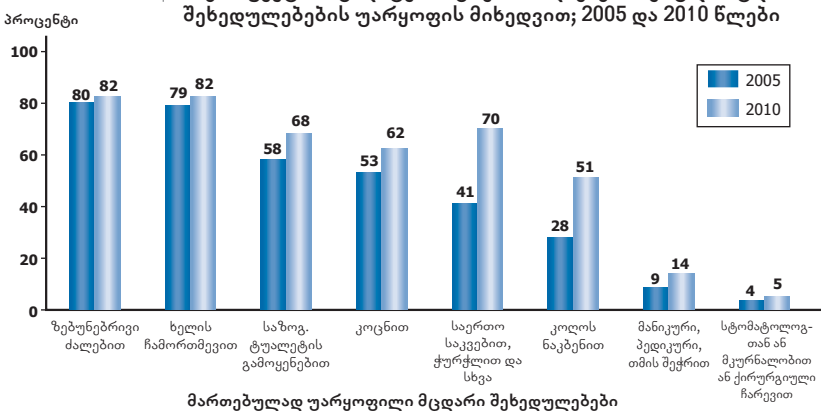
ვით ინფორმაციის მიღების ყველაზე დაბალი ალბათობა აღინიშნა სოფლად (35%) ქვემო ქართლის რეგიონში (41%) და აზერბაიჯანული ეროვნების ქალებში (70%). აივ/შიდსზე ინფორმაციის მიღება მას მედიის საშუალებებით უკუპროპორციულ კავშირშია რესპონდენტთა განათლების დონესა და ქონებრივ კვინტილთან. 2005 წელთან შედარებით, იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც არანაირი ინფორმაცია არ მიუღიათ აივ/შიდსის შესახებ, 2010 წელს 38%-დან შემცირდა 28%-მდე. პარალელურად, ქალების რაოდენობა, ვინც ინფორმაციას ტელევიზიით იღებდა, 2005 წლიდან 2010 წლამდე გაიზარდა (სურათი 17.4).

17.5 ცოდნის დონე აივ ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ

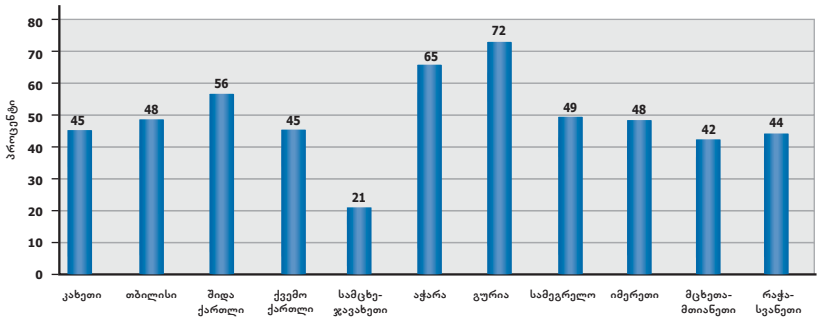
ყველა რესპონდენტს წარუდგინეს აივ ინფექციის გადაცემასთან დაკავშირებული ყველაზე ფართოდ გავრცელებული, არასწორი შეხედულებების ჩამონათვალი და სთხოვეს განესაზღვრათ, თუ რომელი მათგანი იყო არასწორი. პასუხი კლასიფიცირებული იყო როგორც "მართებული", თუ კონკრეტულ შეხედულებაზე რესპონდენტის პასუხი იყო "არა". ქალების პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებმაც სწორად უარყვეს სხვადასხვა არასწორი შეხედულება, გაშუქებულია ცხრილში 17.5.1 (ცხრილში ჩამოთვლილი არც ერთი ქცევა არ არის მეცნიერულად დადასტურებული, როგორც აივ ინფექციის გადაცემის საშუალება). ქალების უმრავლესობამ (82%) სწორად უარყო იდეა, რომ აივ-ის გადაცემა ხდება ჯადოქრობით ან სხვა ზებუნებრივი ძალებით, რაც ნიშნავს, რომ რესპონდენტების 18%-ს სჯეროდა ან ზუსტად არ იცოდა, თამაშობს თუ არა ჯადოქრობა როლს აივ ინფექციის გადაცემაში. ხელის ჩამორთმევა, საკვების ან ჭურჭლის გაზიარება აივ დადებით პირებთან უარყოფილი იქნა, როგორც ინფექციის გადაცემის გზა, შესაბამისად ქალების 82%-ის და 70%-ის მიერ. რესპონდენტების ორმა მესამედმა უარყო აზრი რომ აივ ინფიცირებულთან საერთო ტუალეტით სარგებლობა და კოცნა შეიძლება გახდეს აივ-ის გადაცემის მიზეზი. ქალების მხოლოდ ნახევარმა (49%) იცოდა, რომ აივ არ გადაეცემა კოღოს ნაკბენით. რესპონდენტების მხოლოდ 14%-მა უარყო, რომ მანიკური, პედიკური და თმის შეჭრა არის აივ ინფექციის გადატანის გზა. სტომატოლოგიური და ქირურგიული მანიპულაციები, როგორც აივ ინფექციის გადაცემის გზა, უარყოფილი იქნა ქალების მხოლოდ 5%-ს მიერ, რაც გამოხატავს მოსახლეობის უნდობლობას ბასრი ინსტრუმენტების სათანადო სტერილიზაციის მიმართ. აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ არასწორი შეხედულებები უფრო მეტად გავრცელებული იყო სოფლად მცხოვრებ, მწირი განათლების, დაბალი ქონებრივი კვინტილის და აზერბაიჯანული ეროვნების მქონე ქალებში. 2005 წელთან შედარებით, იმ რესპონდენტთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც სწორად უარყვეს მცდარი შეხედულებები, 2010 წლისთვის საგრძნობლად გაიზარდა (სურათი 17.51). თუმცა, რესპონდენტთა საკმაოდ დიდ რაოდენობას მიაჩნდა, რომ აივ ინფექციის გადაცემა შესაძლებელია მანიკურით, პედიკურით, თმის შეჭრით, სტომატოლოგიური და ქირურგიული პროცედურებით. აღნიშნულის მიზეზია მოსახლეობის უნდობლობა ინსტრუმენტების სტერილიზაციის მიმართ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სილამაზის სალონებში .

კვლევის კიდევ ერთ ინტერესს წარმოადგენდა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ცოდნის დონის განსაზღვრა დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის შესახებ. რესპონდენტებს სთხოვეს, დაესახელებინათ აივ ინფექციის დედიდან ბავშვზე გადაცემის ყველა შესაძლო გზა (ცხრილი 17.5.2). ქალების დაახლოებით ნახევარმა (49%) იცოდა აივ-ის გადაცემის სამივე გზის შესახებ. დედიდან ბავშვზე აივ ინეფქციის გადაცემის გზების შესახებ ცოდნის დონე ყველაზე მაღალი იყო გურიაში (72%), შემდეგ აჭარაში (66%), შიდა ქართლში (56%), სამეგრელოში (49%), თბილისში (48%) და იმერეთში (48%) (სურათი 17.5.2). ცოდნის დონე

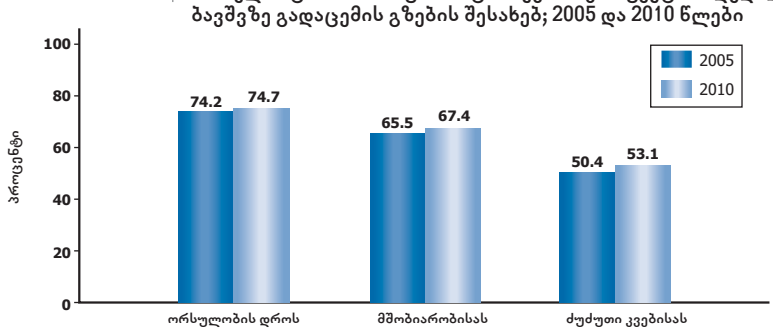
სურათი 17.5.1 **რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები აივ ინფექციის გადაცემის გზებთან დაკავშირებული მცდარი შეხედულებების უარყოფის მიხედვით; 2005 და 2010 წლები**



სურათი 17.5.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები, რეგიონების მიხედვით, რომელთაც სწორი ინფორმაცია აქვთ აივ ინფექციის დედიდან ბავშვზე გადაცემის შესახებ,



სურათი 17.5.3 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც სწორი ინფორმაცია აქვთ აივ ინფექციის დედიდან ბავშვზე გადაცემის გზების შესახებ; 2005 და 2010 წლები



ინფექციის დედისგან შვილისთვის გადაცემის შესახებ ცოდნა

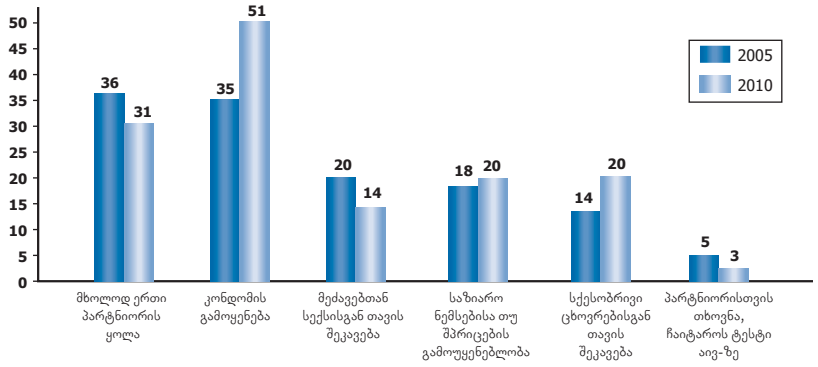
დაკავშირებული იყო ასაკთან, განათლების დონესა და ქონებრივ კვინტილთან. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალები უფრო მეტად იყვნენ ინფორმირებულები დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ. ყველაზე ნაკლები ცოდნა აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ჰქონდათ სომეხი ეროვნების ქალებს. რესპონდენტების 75%-მა დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის გზად ორსულობა დაასახელა, 67%-მა – მშობიარობა, ხოლო 53%-მა — ძუძუთი კვება. მთლიანობაში, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში 2010 წელს დედიდან ბავშვზე აივ-ის გადაცემის შესახებ ცოდნის დონე დაახლოებით იგივე იყო, რაც 2005-ში. თუმცა, ძუძუთი კვების დროს აივ ინფექციის გადაცემის რისკის ცოდნა გაიზარდა 3%-თ. (სურათი 17.5.3).

17.6 ცოდნის დონე აივ ინფექციის პრევენციის შესახებ

რესპონდენტებს ჰკითხეს, სჯერათ თუ არა, რომ არსებობს ღონისძიებები, რომლებიც ამცირებენ აივ-ით ინფიცირების რისკს. როგორც ცხრილი 17.6.1 გვიჩვენებს, ქალების ორ მესამედზე მეტს (68%) სჯეროდა, რომ ადამიანს შეუძლია რაღაც მოიმოქმედოს, რათა თავიდან აიცილოს აივ ინფექცია. რესპონდენტების 10%-ს არ სჯეროდა, ხოლო 21% არ იყო დარწმუნებული ამგვარი ზომების არსებობის შესახებ. ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც სჯეროდა, რომ არსებობს აივ ინფექციის თავიდან აცილების საშუალებები, ყველაზე მაღალი იყო ქალაქში მცხოვრებ, შედარებით ასაკოვან, უმაღლესი განათლების და მაღალი ქონებრივი კვინტილის ჯგუფებში. პრევენციული ღონისძიებების არსებობის შესახებ ცოდნის დაბალი პროცენტული მაჩვენებლები იყო სოფლად მცხოვრებლებში, 15-19 წლის ასაკის ქალების ჯგუფში, ყველაზე დაბალი განათლების დონისა და ქონებრივი კვინტილის, ასევე აზერბაიჯანელ ქალებში.

აივ ინფექციის პრევენციის შესახებ ცოდნის დონის შესაფასებლად რესპონდენტებს ჰკითხეს, თუ რა გზები არსებობს აივ ინფექციით დაავადების რისკის შესამცირებლად. ქალების 31%-მა ვერ გასცა სპონტანური პასუხი აივ ინფექციის პრევენციის საშუალებებზე. ასეთი რესპონდენტები სჭარბობდა სოფლად და სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში მცხოვრებ, 15-19 წლის ასაკის, ყველაზე დაბალი განათლებისა და ქონებრივი კვინტილის, ასევე სქესობრივად გამოუცდელ და აზერბაიჯანელ ქალებს შორის. რესპონდენტების 16%—მა სპონტანურად დაასახელა აივ-ით ინფიცირების რისკის შემცირების სამი, 18%-მა დაასახელა ოთხი, ხოლო 34%—მა ხუთი ან მეტი გზა. მთლიანობაში, დასახელდა აივ ინფექციის პრევენციის საშუალოდ 3 მეთოდი. ქალაქად მცხოვრებ, უმაღლესი განათლებისა და ქონებრივი ინდექსის მქონე ქალებს ჰქონდათ ყველაზე მაღალი საშუალო მაჩვენებელი (ცხრილი17.6.2).

სურათი 17.6.1 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც სპონტანურად დაასახელეს აივ ინფექციის პრევენციის აღნიშნული მეთოდები; 2005 და 2010 წლები



ქალების ნახევარზე მეტმა (51%) კონდომის გამოყენება დაასახელა, როგორც აივ ინფექციის თავიდან აცილების საშუალება (ცხრილი 17.6.3). აღნიშნული მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია 2005 წლის მონაცემთან (35%) შედარებით (სურათი 17.6.1). მხოლოდ ერთი პარტნიორის ყოლა, როგორც აივ ინფექციის პრევენციული ზომა, დააფიქსირა ქალების 31%-მა, რაც შედარებით დაბალი მაჩვენებელია 2005 წლის მონაცემთან შედარებით. სქესობრივი ურთიერთობისა და საერთო სამართებლის, ნემსის და შპრიცის გამოყენებისგან თავის შეკავება დასახელებულ იქნა რესპონდენტების 20%-ს მიერ. სისხლის გადასხმისაგან თავის შეკავება დააფიქსირა 16%-მა, მსუბუქი ყოფაქცევის ქალებთან სქესობრივ ურთიერთობაზე უარის თქმა - 14%-მა, ხოლო და ინექციებისაგან თავის შეკავება - 13%-მა.

აივ ინფექციის კომპოზიტური ინდიკატორის გამოსათვლელად, ყველა რესპონდენტს სწრაფად ჩამოუთვალეს სქესობრივი გზით აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის სამი ძირითადი გზა : "კონდომის გამოყენება", "ერთგულება აივ უარყოფითი პარტნიორის მიმართ"" და "სქესობრივი ურთიერთობისგან თავის შეკავება". ქალებს სთხოვეს, დაეფიქსირებინათ, ეთანხმებოდნენ თუ არა ჩამონათვალს. ქალების 71% დაეთანხმა აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გადაცემის პრევენციის სამივე გზას (ცხრილი 17.6.4 და სურათი 17.6.2). სამივე მეთოდის ცოდნა ყველაზე მაღალი იყო ქალაქში, და შიდა ქართლის რეგიონში მცხოვრებ, უმაღლესი განათლებისა და ქონებრივი კვინტილის ქალებს შორის. ჩამონათვალს ყველაზე ნაკლებად აზერბაიჯანელი ქალები დაეთანხმნენ. ინდიკატორის ინდივიდუალური კომპონენტების გათვალისწინებით, რესპონდენტების 82% დაეთანხმა ერთი პარტნიორის ერთგულებას , 79% - კონდომის გამოყენებას, ხოლო 78% - სქესობრივი კონტაქტისგან თავის შეკავებას.

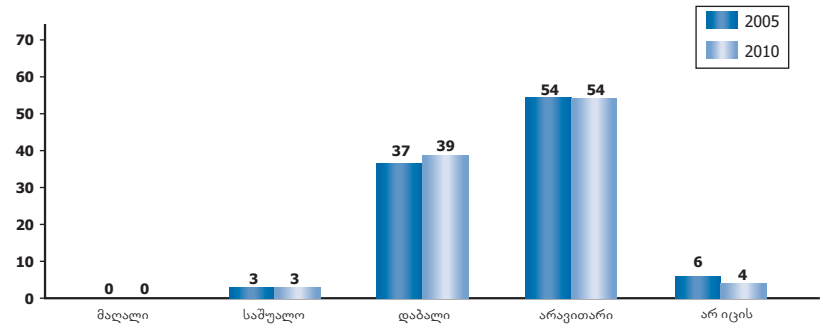
17.7. აივ ინფიცირების საკუთარი რისკის შეფასება

რესპონდენტებს, რომელთაც სმენიათ აივ/შიდსის შესახებ, სთხოვეს, შეეფასებინათ აივით ინფიცირების საკუთარი რისკი. შეფასებისთვის მოცემული იყო ხუთი ალტერნატიული პასუხი: მაღალი რისკი, საშუალო რისკი, დაბალი რისკი, არავითარი რისკი და „არ ვიცი". ქალების ნახევარზე მეტმა (54%) მიიჩნია, რომ მათ აივ ინფექცია საერთოდ არ ემუქრებათ. რესპონდენტთა 38%-ს მიაჩნდა რომ ისინი აივ ინფექციის დაბალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, ხოლო3%-ისთვის რისკის დონე საშუალოა. მაღალი რისკის ქვეშ თავს გრძნობდა გამოკითხულთა 1%-ზე ნაკლები. (ცხრილი 17.7). 2010 წელს კვლევაში მონაწილეთა აივ ინფექციის საკუთარი რისკის შეფასება მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება 2005 წლის კვლევის შედეგებისაგან (სურათი 17.7.1).

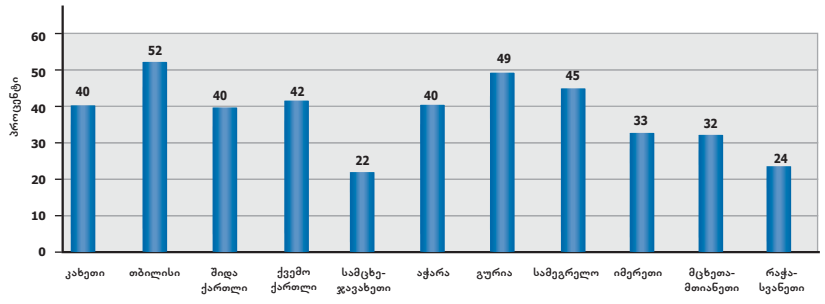
ცხრილში 17.7 ნაჩვენებია ქალების მიერ აივ ინფექციის რისკის შეფასება სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით. იმ რესპონდენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც არ მიაჩნიათ საუთარი თავი აივ ინფექციის რისკის ქვეშ, უფრო მაღალია სოფლად, სამცხე ჯავახეთისა და რაჭა-სვანეთის რეგიონებში მცხოვრებ (სურათი 17.7.2), 15-19 წლის ასაკის, დაბალი განათლებისა და ქონებრივი კვინტილის, ასევე აზერბაიჯანელ ქალებს შორის. ქალები, რომლებსაც საკუთარი თავი მიაჩნიათ გარკვეული რისკის ქვეშ (დაბალი და საშუალო დონის რისკი), ცხოვრობენ ქალაქში, განსაკუთრებით თბილისში, სამეგრელოსა და იმერეთის რეგიონებში, აქვთ უმაღლესი განათლება და მიეკუთვნებიან მაღალ ქონებრივ კვინტილს (ცხრილი 17.7).

2010 წლის კვლევამ გამოავლინა, რომ საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, განსაკუთრებით ზოგიერთ ქვეჯგუფში, ინფორმირებულობა და ცოდნის დონე აივ/შიდსის შესახებ დაბალია. აღნიშნულ ქვეჯგუფებს წარმოადგენენ ახალგაზრდა, სო-

სურათი 17.7.1 აივ ინფექციის რისკის აღქმა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში; 2005 და 2010 წლები



სურათი 17.7.2 რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებლები რეგიონების მიხედვით, რომელთაც სჯერათ, რომ იმყოფებიან აივ-ით ინფიცირების გარკვეული რისკის ქვეშ



ფლად მცხოვრები, განათლების დაბალი დონის, დაბალი ქონებრივი კვინტილის, სქესობრივად გამოუცდელი და აზერბაიჯანელი ქალები. კვლევამ აგრეთვე გვიჩვენა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალებში აივ-ზე ტესტირების დაბალი სიხშირე კვლავ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება საქართველოში. უფრო მეტიც, ცოდნა იმ სამედიცინო დაწესებულებებისა, სადაც შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება, ძალიან დაბალია რესპონდენტებს შორის.

აივ/შიდსზე ცოდნის ასამაღლებლად საჭიროა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, განსაკუთრებით ზემოთ ჩამოთვლილ ქვეჯგუფებში, დაუყოვნებლივ ჩატარდეს საინფორმაციო და საგნმანათლებლო კამპანიები. ყურადღება უნდა გამახვილდეს აივ ინფექციის გადაცემასთან დაკავშირებულ არასწორ შეხედულებებზე. აუცილებელია ქალების განათლება აივ-ით ინფიცირების შესაძლო რისკებთან დაკავშირებით, რაც განაპირობებს მომავალში სარისკო ქცევებისგან თავის შეკავებას. ცოდნის დონის ამაღლებისა და სარისკო ქცევებზე გავლენის მოსახდენად საჭიროა საინფორმაციო და საგანმანათლებლო კამპანიების ჩატარება სხვადასხვა დონეზე: პროცესში აქტიურად უნდა ჩაერთოს როგორც მასმედიის საშუალებები, ასევე სამედიცინო პერსონალი და არასამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი თანატოლთა განმანათლებლები.

ცხრილი 17.2 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ინფორმირებულია და სწორი წარმოდგენა აქვს აივ/შიდსის შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სმენია აივ/შიდსზე	ცოდნა				შემთხვევა თა რ-ა
		რომ არ არსებობს აივ/შიდსიდან განკურნება	რომ აივ შეიძლება იყოს ასიმპ-ტომატიური	რომ შესაძ-ლებელია აივ გადაცემის პრევენცია	რომ არსებობს წამლები დედიდან ბავშვზე აივ-ის გადაცემის შესამცირებლად	
სულ	95.8	71.2	70.6	69.0	27.4	6,292
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	98.7	76.4	80.5	77.3	31.5	2,975
სოფელი	92.6	65.2	59.5	59.6	22.7	3,317
რეგიონი						
კახეთი	88.0	65.7	63.6	57.9	16.5	498
თბილისი	99.6	77.9	84.6	78.1	31.2	1,426
შიდა ქართლი	99.0	80.1	67.7	76.1	29.2	392
ქვემო ქართლი	83.7	59.4	54.7	53.6	20.1	546
სამცხე ჯავახეთი	92.9	54.3	50.9	46.4	13.7	481
აჭარა	97.7	67.5	59.5	78.3	37.7	419
გურია	99.6	80.4	75.0	62.4	20.2	401
სამეგრელო	98.3	83.2	72.8	72.4	25.5	477
იმერეთი	97.7	67.4	74.6	67.5	30.8	805
მცხეთა მთიანეთი	98.9	68.3	70.5	70.9	29.1	393
რაჭა-სვანეთი	98.4	67.9	64.8	67.5	27.2	454
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	93.6	63.3	63.9	57.4	17.4	861
20–24	95.0	69.2	71.5	69.2	28.0	1,099
25–29	96.5	74.1	71.8	71.9	31.1	1,191
30–34	96.7	75.2	72.5	71.2	29.4	1,168
35–39	96.5	73.0	72.6	73.8	32.0	1,051
40–44	97.1	73.7	72.2	72.3	27.3	922
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	87.7	56.6	50.0	50.4	16.1	1,330
საშუალო სრული	96.2	68.3	64.1	63.6	22.0	1,568
ტექნიკუმი	98.5	77.4	77.6	80.4	32.5	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	99.3	79.2	84.2	79.3	35.5	2,491
ქონებრივი კვინტილი						
ქვედაზე დაბალი	90.2	62.1	52.9	53.2	16.5	1,093
მეორე	91.8	63.5	57.6	59.3	21.6	1,385
საშუალო	96.0	70.6	69.9	68.5	26.4	1,413
მეოთხე	98.9	74.6	77.2	72.8	31.7	1,037
უმაღლესი	99.6	80.1	86.3	83.0	35.5	1,364
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	98.5	74.7	75.7	73.4	29.5	5,488
აზერბაიჯანელი	59.9	32.6	18.0	24.2	6.0	276
სომეხი	88.0	54.8	45.4	43.7	14.9	364
სხვა	94.0	63.9	56.0	62.1	24.0	164
სქესობრივი გამოცილება						
კი	95.5	69.1	70.0	64.9	23.5	1,799
არა	96.0	72.3	71.0	71.2	29.4	4,493

ცხრილი 17.3.1 15-44 წლის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც იცის, სად შეიძლება აივ-ზე გამოკვლევის ჩატარება და ოდესმე გაუვლია გამოკვლევა, შერჩეული მახასიათებლები სმიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დაასახელა მინიმუმ ერთი ადგილი, სადაც შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება	ოდესმე ჩაუტარებია აივ-ზე ტესტირება და მიუღია ტესტის შედეგი	ჩაიტარა ტესტირება და მიიღო ტესტის შედეგი ბოლო 12 თვეში	შემთხვევათა რ-ა	ორსულობისას ჩაიტარა ტესტირება და მიიღო ტესტის შედეგი	შემთხვევათა რ-ა
სულ	48.6	19.0	5.0	6,292	71.3	1,099
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	56.9	23.2	5.5	2,975	73.4	500
სოფელი	39.1	14.3	4.5	3,317	68.4	599
რეგიონი						
კახეთი	41.6	18.4	5.1	498	82.6	103
თბილისი	62.0	26.0	5.8	1,426	73.7	241
შიდა ქართლი	46.2	13.2	4.1	392	57.4	64
ქვემო ქართლი	39.1	14.3	3.7	546	76.0	93
სამცხე ჯავახეთი	34.5	13.5	3.6	481	82.4	92
აჭარა	38.0	15.5	5.0	419	55.6	82
გურია	44.6	15.4	3.4	401	71.4	55
სამეგრელო	49.9	13.8	2.7	477	55.6	70
იმერეთი	48.5	21.1	6.7	805	74.1	153
მცხეთა მთიანეთი	49.4	19.0	6.7	393	77.6	81
რაჭა-სვანეთი	38.5	9.8	2.3	454	68.6	65
ასაკობრივი ჯგუფი						
15–19	24.3	3.0	1.6	861	75.8	74
20–24	47.7	20.0	7.7	1,099	72.2	363
25–29	58.8	30.3	8.3	1,191	69.5	344
30–34	56.8	29.1	5.7	1,168	68.0	199
35–39	53.8	19.2	4.6	1,051	79.0	96
40–44	53.1	12.8	1.5	922	69.7	23
განათლების დონე						
საშუალო არასრული	24.8	7.6	2.1	1,330	62.2	172
საშუალო სრული	43.2	17.8	5.2	1,568	68.5	330
ტექნიკუმი	56.7	19.1	5.6	903	66.5	154
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	62.8	26.3	6.4	2,491	76.1	443
ქონებრივი კვინტილი						
ყველაზე დაბალი	32.5	10.9	3.2	1,093	58.8	177
მეორე	38.1	14.5	4.5	1,385	70.5	265
საშუალო	44.4	16.6	4.8	1,413	70.3	252
მეოთხე	53.2	20.4	5.5	1,037	71.8	177
უმაღლესი	65.6	28.0	6.2	1,364	76.3	228
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	51.5	20.2	5.3	5,488	71.5	940
აზერბაიჯანელი	18.1	7.7	1.1	276	81.1	55
სომეხი	30.6	10.2	3.0	364	67.8	73
სხვა	47.3	18.5	5.8	164	59.2	31
სქესობრივი გამოცილება						
კი	31.7	0.8	0.1	1,799	0.0	0
არა	57.3	28.5	7.6	4,493	71.3	1,099

ცხრილი 17.3.2 ცოდნა კონკრეტული დაწესებულებებისა, სადაც შესაძლებელია აივ-ზე გამოკვლევის ჩატარება, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით; 15-44 წლის ქალები, ვინც იცის სად შეიძლება აივ-ზე გამოვკლევის ჩატარება
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აივ-ზე ტესტირების ადგილი										სულ	შემთხვევათა რ-ა
	შიდსის ცენტრი	ქალთა კონსულტაცია	ქალაქის საავადმყოფო	რეგიონალური საავადმყოფო	პოლიკლინიკა	სისხლის გადასხმის ცენტრი	პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი	სგგი კლინიკა	სხვა	არ ახსოვს		
სულ	35.1	22.3	16.7	10.4	4.5	4.4	2.5	2.1	1.3	0.7	100.0	3,150
საცხოვრებელი ადგილი												
ქალაქი	44.1	22.0	13.2	5.0	4.6	4.2	3.1	2.2	1.2	0.4	100.0	1,770
სოფელი	20.3	22.9	22.6	19.2	4.3	4.7	1.5	1.8	1.5	1.2	100.0	1,380
რეგიონი												
კახეთი	26.2	28.1	16.0	15.2	2.7	4.6	1.5	3.0	2.7	0.0	100.0	222
თბილისი	56.8	18.3	7.6	1.1	4.5	4.8	2.5	2.9	1.2	0.3	100.0	928
შიდა ქართლი	17.9	28.6	20.1	22.6	6.0	1.7	1.3	0.9	0.4	0.4	100.0	189
ქვემო ქართლი	35.4	20.1	19.3	6.9	7.7	2.6	3.3	2.6	0.7	1.5	100.0	217
სამცხე ჯავახეთი	14.9	22.5	25.7	22.5	5.4	4.5	2.7	0.5	0.0	1.4	100.0	188
აჭარა	19.2	13.1	37.4	19.6	2.3	0.9	6.5	0.5	0.5	0.0	100.0	172
გურია	12.1	18.8	24.7	12.1	13.5	9.4	2.2	5.4	1.8	0.0	100.0	187
სამეგრელო	22.6	31.6	14.1	25.9	2.4	0.7	0.0	1.7	0.7	0.3	100.0	253
იმერეთი	22.1	27.5	22.1	9.0	2.3	9.2	2.3	1.0	2.3	2.3	100.0	418
მცხეთა მთიანეთი	32.3	23.5	16.9	7.7	10.4	1.9	2.7	1.2	3.1	0.4	100.0	199
რაჭა-სვანეთი	30.4	14.3	19.8	21.2	6.0	1.4	0.5	0.5	1.8	4.1	100.0	177
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–19	37.4	9.8	16.0	11.4	10.1	4.8	3.4	5.1	0.7	1.2	100.0	219
20–24	31.5	24.6	21.4	10.7	4.7	1.7	1.8	1.3	1.4	0.9	100.0	550
25–29	29.1	30.3	18.6	10.5	3.2	2.9	2.2	0.6	1.7	1.0	100.0	694
30–34	35.9	25.9	15.2	9.9	2.4	4.9	1.8	2.2	1.0	0.7	100.0	648
35–39	37.7	21.3	13.7	8.8	5.5	4.7	3.7	2.8	1.5	0.4	100.0	571
40–44	42.1	13.5	14.4	11.6	4.0	8.2	2.6	2.0	1.2	0.3	100.0	468
განათლების დონე												
საშუალო არასრული	23.8	20.1	17.2	18.1	9.2	4.0	3.3	2.7	0.6	1.1	100.0	363
საშუალო სრული	23.8	26.5	22.9	12.2	4.7	3.0	1.9	2.6	0.9	1.6	100.0	690
ტექნიკუმი	30.2	19.4	18.0	15.4	4.6	7.1	2.0	1.4	1.5	0.4	100.0	504
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	44.0	22.0	13.6	6.3	3.2	4.3	2.7	1.9	1.6	0.4	100.0	1,593
ქონებრივი კვინტილი												
ქვედაზე დაბალი	18.7	23.2	24.8	18.2	5.6	3.4	2.3	1.8	1.3	0.7	100.0	389
მეორე	18.7	23.4	21.1	20.2	6.2	5.1	1.1	1.2	1.1	1.9	100.0	573
საშუალო	21.3	24.9	21.0	17.6	4.2	3.1	2.9	2.3	1.8	0.9	100.0	662
მეოთხე	35.7	24.0	15.3	6.3	5.0	6.4	2.7	2.4	1.2	0.9	100.0	588
უმაღლესი	54.3	19.2	11.0	2.2	3.2	3.9	2.8	2.1	1.2	0.0	100.0	938
ეთნიკური კუთვნილება												
ქართველი	36.3	22.0	16.5	10.1	4.4	4.3	2.3	2.2	1.3	0.6	100.0	2,908
აზერბაიჯანელი	14.8	17.0	32.7	21.6	3.9	1.6	0.0	0.0	1.7	6.7	100.0	54
სომეხი	17.2	32.1	15.6	12.7	9.9	8.1	1.9	0.0	1.9	0.5	100.0	110
სხვა	30.7	25.9	13.6	7.6	2.2	5.7	10.7	2.6	1.1	0.0	100.0	78
სქესობრივი გამოცდილება												
კი	49.6	5.3	13.9	9.2	8.7	5.7	2.5	3.7	0.6	0.9	100.0	591
არა	31.0	27.2	17.5	10.7	3.3	4.0	2.5	1.6	1.5	0.7	100.0	2,559

* მოიცავს 27 ქალს, ვინც აღნიშნა მობილური კლინიკების შესახებ და 9 ქალს, ვინც აღნიშნა საოჯახო მედიცინის ცენტრების სესახებ

ცხრილი 17.3.3 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც ოდესმე გაუვლია აივ-ტესტირება, უკანასკნელი აივ-ტესტირების ჩატარების ადგილის შესაბამისად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აივ-ზე ბოლო ტესტირების ადგილი										სულ	სულ შემთხვევები
	ქალთა კონსულტაცია	სახელმწიფო საავადმყოფო	შიდსის ცენტრი	პოლიკლინიკა	სისხლის გადასხმის ცენტრი	სგგი-ს კლინიკა	კერძო კლინიკა	ოჯახის დაგეგმვის კლინიკა	მობილური კლინიკა	სხვა		
სულ	61.2	24.3	4.1	3.1	1.7	1.5	3.1	0.4	0.2	0.4	100.0	1,582
საცხოვრებელი ადგილი												
თბილისი	63.5	16.2	7.5	3.5	2.0	1.3	5.5	0.4	0.2	0.2	100.0	476
სხვა ქალაქი	68.4	16.8	3.2	4.1	1.8	2.2	1.9	0.8	0.0	0.7	100.0	417
სოფელი	54.1	37.0	1.7	2.0	1.3	1.2	1.9	0.1	0.5	0.4	100.0	689
ასაკობრივი ჯგუფი												
15–24	62.2	27.8	2.2	1.5	1.1	2.1	3.1	0.0	0.0	0.0	100.0	361
25–34	62.6	24.8	4.2	2.4	1.0	1.1	2.6	0.7	0.2	0.5	100.0	847
35–44	57.2	20.0	5.8	6.2	3.7	1.7	4.3	0.0	0.6	0.5	100.0	374
განათლების დონე												
საშუალო არასრული	56.6	31.8	1.1	5.6	0.7	0.2	1.2	0.5	1.6	0.7	100.0	163
საშუალო სრული	59.6	30.0	3.4	2.6	0.6	1.2	1.6	0.0	0.1	0.8	100.0	369
ტექნიკუმი	56.0	27.5	6.0	3.4	1.7	2.6	2.4	0.5	0.0	0.0	100.0	230
უნივერსიტეტი/ასპირანტუ	64.2	19.5	4.5	2.8	2.3	1.6	4.4	0.5	0.1	0.2	100.0	820
ქონებრივი კვინტილი												
ქვედაზე დაბალი	54.1	38.8	2.1	2.9	0.0	1.6	0.3	0.0	0.2	0.0	100.0	196
მეორე	52.6	34.1	1.7	4.1	1.0	2.7	2.2	0.3	0.9	0.4	100.0	294
საშუალო	57.5	32.8	2.9	2.4	1.0	0.4	1.6	0.0	0.0	1.3	100.0	323
მეოთხე	66.9	18.1	5.1	1.9	4.0	1.1	2.3	0.4	0.0	0.3	100.0	295
უმაღლესი	66.1	14.3	6.0	3.7	1.6	1.7	5.6	0.7	0.2	0.0	100.0	474

ცხრილი 17.3.4 15-44 წლის იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც ოდესმე გაუვლია აივ-ტესტირება, უკანასკნელი აივ-ტესტირების ჩატარებიდან გასული დროისა და შერჩეული მახასისათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიატებელი	გასული დრო ბოლოს გავლილი აივ ტესტიდან			სულ	შემთხვე-ვათა რ-ა.
	12 თვე	13-24 თვე	2 წელზე მეტი		
სულ	26.0	25.9	48.1	100.0	1,582
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	22.5	27.6	49.8	100.0	476
სხვა ქალაქი	25.3	23.7	51.0	100.0	417
სოფელი	29.6	25.9	44.5	100.0	689
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–24	38.6	35.2	26.2	100.0	361
25–34	23.4	26.4	50.2	100.0	847
35–44	19.0	15.6	65.4	100.0	374
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	23.5	27.8	48.6	100.0	163
საშუალო სრული	30.5	28.0	41.5	100.0	369
ტექნიკუმი	26.7	27.9	45.4	100.0	230
უნივერსიტეტი/ასპირანტუ	24.2	24.0	51.7	100.0	820
ქონებრივი კვინტილი					
ქვედაზე დაბალი	25.6	28.2	46.2	100.0	196
მეორე	29.8	28.8	41.4	100.0	294
საშუალო	28.8	22.7	48.5	100.0	323
მეოთხე	26.1	26.4	47.5	100.0	295
უმაღლესი	22.7	25.3	52.0	100.0	474

ცხრილი 17.4 აივ/შიდსზე ინფორმაციის მიღება პირველადი საინფორმაციო წყაროსა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით; 15-44 წლის ყველა ქალი
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ინფორმაციის წყარო									სულ	შემთხვევათა რ-ა
	არც ერთი	რადიო გაზეთი	ტელევ. გაზეთი	რადიო ტელევ. გაზეთი	მხოლოდ რადიო	მხოლოდ ტელევ	რადიო ტელევ.	მხოლოდ გაზეთი	არ ახსოვს		
სულ	28.1	0.3	18.1	1.4	0.6	43.0	1.5	2.1	5.0	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	22.2	0.3	22.1	2.1	0.6	43.9	2.2	2.5	4.1	100.0	2,975
სოფელი	34.7	0.2	13.7	0.6	0.7	41.9	0.7	1.6	6.0	100.0	3,317
რეგიონი											
კახეთი	32.1	0.3	8.5	1.4	0.5	39.7	1.3	2.2	13.9	100.0	498
თბილისი	21.8	0.2	23.8	2.6	0.7	44.0	3.0	2.3	1.6	100.0	1,426
შიდა ქართლი	35.3	0.2	11.2	0.6	0.4	49.7	1.2	0.8	0.6	100.0	392
ქვემო ქართლი	41.0	0.3	14.6	1.9	0.4	31.4	0.4	2.1	7.9	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	23.8	0.2	9.5	0.2	1.1	51.4	0.8	1.1	12.1	100.0	481
აჭარა	32.3	0.7	32.3	0.0	0.0	31.3	0.0	3.0	0.4	100.0	419
გურია	23.4	0.0	16.0	0.2	0.0	56.2	0.8	0.6	2.8	100.0	401
სამეგრელო	39.7	0.0	8.7	0.7	1.0	38.8	1.5	2.4	7.2	100.0	477
იმერეთი	18.2	0.2	18.6	1.3	1.2	51.7	1.1	1.6	6.1	100.0	805
მცხეთა მთიანეთი	25.3	0.4	18.8	1.0	0.2	46.2	0.8	4.6	2.9	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	31.3	0.0	9.4	0.2	0.2	52.0	0.4	1.8	4.8	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი											
15–19	29.6	0.0	11.1	1.5	0.4	47.7	1.4	2.2	5.9	100.0	861
20–24	28.7	0.1	18.1	2.1	1.5	40.5	1.5	2.2	5.4	100.0	1,099
25–29	26.7	0.3	17.1	1.9	0.9	44.8	1.4	2.3	4.6	100.0	1,191
30–34	28.0	0.2	18.9	1.1	0.6	41.1	1.5	2.5	6.1	100.0	1,168
35–39	27.2	0.6	22.3	0.4	0.3	42.6	1.2	1.6	4.0	100.0	1,051
40–44	28.0	0.4	22.7	1.2	0.1	40.6	1.8	1.7	3.6	100.0	922
განათლების დონე											
საშუალო არასრული	41.7	0.1	9.6	0.5	0.3	39.2	1.0	1.3	6.3	100.0	1,330
საშუალო სრული	32.4	0.2	13.0	0.8	0.8	43.9	0.7	2.1	6.0	100.0	1,568
ტექნიკუმი	23.9	0.1	22.1	1.0	0.6	44.5	1.0	2.1	4.8	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	18.9	0.4	24.9	2.4	0.7	44.0	2.4	2.6	3.7	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი											
ყველაზე დაბალი	44.9	0.0	8.1	0.1	0.4	39.1	0.8	2.2	4.5	100.0	1,093
მეორე	35.9	0.4	12.1	0.4	0.5	41.6	0.3	1.2	7.5	100.0	1,385
საშუალო	26.9	0.3	15.4	1.1	0.7	46.7	0.9	2.0	5.9	100.0	1,413
მეოთხე	21.1	0.3	23.0	2.2	1.2	43.8	2.0	2.8	3.7	100.0	1,037
უმაღლესი	18.6	0.2	27.2	2.6	0.5	42.5	2.7	2.3	3.5	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება											
ქართველი	25.1	0.3	19.7	1.6	0.7	44.6	1.6	2.1	4.2	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	70.1	0.0	2.4	0.0	0.0	19.0	0.0	0.7	7.8	100.0	276
სომეხი	33.7	0.2	8.4	0.3	0.5	41.7	0.3	2.2	12.7	100.0	364
სხვა	31.0	0.6	15.4	0.6	0.3	38.1	2.6	2.8	8.7	100.0	164
სქესობრივი გამოცილება											
კი	25.9	0.2	16.6	2.1	0.7	44.4	2.0	2.7	5.3	100.0	1,799
არა	29.2	0.3	18.9	1.0	0.6	42.2	1.2	1.7	4.8	100.0	4,493

ცხრილი 17.5.1 15-44 წლის ასაკის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც მართებულად უარყოფს მცდარ წარმოდგენებს აივ-ს გადაცემის შესახებ, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	არასწორი შეხედულებები აივ გადაცემაზე								შემთხვევათა რ-ა
	ჯადოქრობა	ხელის ჩამორთმევა	აივ ინფიცირებულთან ჭურჭლისა და საჭმლის გაზიარება	საერთო ტუალეტის გამოყენება	კოცნა	კოღოს ნაკბენი	მანიკური, პედიკური, თმის შეჭრა	სტომატოლოგიური ან ქირურგიული მანიპულაცია	
სულ	81.6	81.6	70.2	67.6	61.8	51.0	13.8	4.9	6,292
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	87.4	89.3	80.4	78.4	72.1	60.4	11.8	4.3	2,975
სოფელი	74.9	72.8	58.6	55.5	50.3	40.3	16.1	5.6	3,317
რეგიონი									
კახეთი	66.6	68.2	60.0	55.2	52.5	37.8	15.2	1.9	498
თბილისი	88.8	93.6	84.3	80.3	76.7	61.6	11.4	3.1	1,426
შიდა ქართლი	89.7	85.4	70.4	66.3	65.9	51.9	16.6	6.1	392
ქვემო ქართლი	63.9	60.0	52.0	52.0	47.1	37.3	9.0	3.6	546
სამცხე ჯავახეთი	74.7	71.3	59.8	58.2	53.0	41.9	10.2	3.7	481
აჭარა	84.5	80.1	65.2	68.9	46.9	60.7	25.9	12.6	419
გურია	80.2	88.4	65.4	65.8	62.6	49.4	12.0	4.6	401
სამეგრელო	84.2	87.7	72.4	73.6	61.2	58.5	15.8	4.5	477
იმერეთი	84.0	81.2	70.3	64.3	62.7	42.3	11.4	5.1	805
მცხეთა მთიანეთი	86.9	81.9	70.2	63.9	61.4	48.1	16.2	6.8	393
რაჭა-სვანეთი	83.5	82.4	65.0	60.2	58.6	48.3	17.1	7.8	454
ასაკობრივი ჯგუფი									
15–19	78.0	78.2	62.2	58.7	54.4	42.6	15.1	5.5	861
20–24	80.9	82.5	70.4	68.9	62.4	51.8	13.7	4.9	1,099
25–29	84.4	82.0	69.3	68.4	60.1	52.6	14.2	4.5	1,191
30–34	81.1	81.1	70.8	68.4	64.0	50.6	11.2	3.6	1,168
35–39	82.4	82.0	74.4	70.7	65.5	53.0	12.8	4.6	1,051
40–44	83.1	84.2	75.5	72.2	65.8	56.7	16.0	6.1	922
განათლების დონე									
საშუალო არასრული	66.0	63.6	50.7	48.4	41.7	34.3	15.9	5.8	1,330
საშუალო სრული	80.3	77.5	62.7	60.6	52.1	45.2	16.9	6.3	1,568
ტექნიკუმი	87.7	86.9	78.1	75.5	65.2	55.9	15.1	6.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	89.2	92.7	83.4	80.5	78.4	62.5	10.2	3.1	2,491
ქონებრივი კვინტილი									
ქვედაზე დაბალი	68.6	67.5	53.8	49.8	44.6	36.6	16.6	4.5	1,093
მეორე	72.4	71.5	58.0	56.3	50.5	42.1	15.9	6.3	1,385
საშუალო	82.9	80.6	68.0	65.3	59.1	46.4	15.7	5.3	1,413
მეოთხე	85.9	88.5	78.2	78.1	70.3	60.6	11.9	4.9	1,037
უმაღლესი	91.5	93.0	84.6	80.8	76.4	62.7	10.5	3.6	1,364
ეთნიკური კუთვნილება									
ქართველი	85.6	86.0	74.4	71.8	66.2	54.0	13.8	4.9	5,488
აზერბაიჯანელი	37.8	30.2	21.3	21.7	16.7	14.3	8.7	2.4	276
სომეხი	63.1	62.9	52.6	51.6	41.0	38.3	14.1	5.1	364
სხვა	70.4	73.4	61.6	54.8	49.4	48.5	22.0	7.2	164
სქესობრივი გამოცილება									
კი	80.8	82.4	68.0	66.1	62.3	49.2	13.4	4.7	1,799
არა	82.0	81.2	71.3	68.4	61.6	51.9	14.1	5.0	4,493

ცხრილი 17.5.2 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც სწორი წარმოდგენა აქვს აივ ინფექციის დედიდან ბავშვებზე გადაცემის მექანიზმების შესახებ -შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის გზა				შემთხვევათა რ-ა
	ორსულობის დროს	მშობიაროზის დროს	ძუძუთი კვების დროს	სამივე ერთად	
სულ	74.7	67.4	53.1	48.9	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	78.4	72.3	55.7	51.3	2,975
სოფელი	70.5	61.7	50.2	46.2	3,317
რეგიონი					
კახეთი	64.7	59.5	46.4	44.6	498
თბილისი	78.2	72.9	53.6	48.2	1,426
შიდა ქართლი	86.6	76.9	60.4	56.2	392
ქვემო ქართლი	63.4	56.7	48.4	45.1	546
სამცხე ჯავახეთი	43.3	42.1	30.3	21.0	481
აჭარა	82.9	77.8	67.5	65.5	419
გურია	88.6	80.8	74.0	72.0	401
სამეგრელო	75.8	68.9	51.3	48.7	477
იმერეთი	79.3	64.6	53.4	48.4	805
მცხეთა მთიანეთი	73.8	64.8	46.0	42.2	393
რაჭა-სვანეთი	73.4	63.8	49.9	44.4	454
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	64.4	52.2	45.9	40.3	861
20–24	73.3	65.6	50.8	46.3	1,099
25–29	76.1	70.4	53.7	50.3	1,191
30–34	78.9	72.3	56.0	52.1	1,168
35–39	79.7	74.0	59.1	55.5	1,051
40–44	77.5	72.3	54.5	50.7	922
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	61.3	51.6	42.4	39.2	1,330
საშუალო სრული	72.9	64.5	52.7	48.5	1,568
ტექნიკუმი	81.7	73.1	55.1	52.2	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	81.2	76.2	58.8	53.7	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	66.6	60.3	51.6	48.0	1,093
მეორე	69.3	61.4	50.4	46.9	1,385
საშუალო	75.1	65.1	50.1	45.7	1,413
მეოთხე	79.7	74.1	56.8	53.8	1,037
უმაღლესი	79.4	72.9	55.8	50.2	1,364
ეთნიკური კუთვნილება					
ქართველი	78.8	71.2	55.7	51.6	5,488
აზერბაიჯანელი	41.6	36.0	33.1	31.9	276
სომეხი	42.9	39.3	32.5	23.8	364
სხვა	69.0	57.0	46.5	44.4	164
სქესობრივი გამოცილება					
კი	69.7	59.6	49.2	44.0	1,799
არა	77.3	71.4	55.2	51.5	4,493

ცხრილი 17.6.1 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც მიაჩნია, რომ ადამიანს შეუძლია მიიღოს ზომები აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	არსებობს რაიმე საშუალება	ვერაფერს მოიმოქმედებ	არ ვიცი	სულ	შემთხვევათა რ-ა
სულ	69.0	9.8	21.2	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	77.3	9.6	13.1	100.0	2,975
სოფელი	59.6	10.0	30.4	100.0	3,317
რეგიონი					
კახეთი	57.9	8.5	33.5	100.0	498
თბილისი	78.1	10.7	11.1	100.0	1,426
შიდა ქართლი	76.1	10.3	13.6	100.0	392
ქვემო ქართლი	53.6	10.6	35.9	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	46.4	3.9	49.7	100.0	481
აჭარა	78.3	8.7	13.0	100.0	419
გურია	62.4	23.8	13.8	100.0	401
სამეგრელო	72.4	11.4	16.1	100.0	477
იმერეთი	67.5	7.6	24.9	100.0	805
მცხეთა მთიანეთი	70.9	7.8	21.3	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	67.5	12.1	20.4	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	57.4	12.5	30.0	100.0	861
20–24	69.2	10.0	20.8	100.0	1,099
25–29	71.9	9.3	18.9	100.0	1,191
30–34	71.2	9.4	19.5	100.0	1,168
35–39	73.8	8.4	17.8	100.0	1,051
40–44	72.3	8.5	19.2	100.0	922
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	50.4	11.6	37.9	100.0	1,330
საშუალო სრული	63.6	11.1	25.3	100.0	1,568
ტექნიკუმი	80.4	6.6	12.9	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	79.3	8.9	11.8	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	53.2	11.9	34.8	100.0	1,093
მეორე	59.3	9.7	31.0	100.0	1,385
საშუალო	68.5	9.8	21.7	100.0	1,413
მეოთხე	72.8	10.8	16.4	100.0	1,037
უმაღლესი	83.0	7.8	9.2	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება					
ქართველი	73.4	9.9	16.7	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	24.2	5.7	70.1	100.0	276
სომეხი	43.7	10.9	45.4	100.0	364
სხვა	62.1	10.1	27.8	100.0	164
სქესობრივი გამოცილება					
კი	64.9	11.7	23.4	100.0	1,799
არა	71.2	8.8	20.1	100.0	4,493

ცხრილი 17.6.2 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც მიაჩნია, რომ ადამიანს შეუძლია მიიღოს ზომები აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	დასახელებული საშუალებების საშუალო რაოდენობა	დასახელებული საშუალებების რაოდენობა					სულ	შემთხვევათა რ-ა.
		0	1–2	3	4	5 ან მეტი		
სულ	3.3	31.0	0.7	15.8	18.1	34.3	100.0	6,292
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	3.8	22.7	0.5	16.1	18.8	41.9	100.0	2,975
სოფელი	2.7	40.4	1.0	15.5	17.4	25.8	100.0	3,317
რეგიონი								
კახეთი	2.6	42.1	1.6	15.5	16.8	24.1	100.0	498
თბილისი	3.8	21.9	0.4	15.6	20.4	41.7	100.0	1,426
შიდა ქართლი	3.5	23.9	1.8	16.6	17.9	39.8	100.0	392
ქვემო ქართლი	2.5	46.4	0.7	11.0	14.9	27.0	100.0	546
სამცხე ჯავახეთი	2.0	53.6	0.2	10.9	19.4	16.0	100.0	481
აჭარა	3.7	21.7	0.5	16.3	16.9	44.6	100.0	419
გურია	3.0	37.6	0.4	15.0	17.2	29.8	100.0	401
სამეგრელო	3.6	27.6	0.3	12.9	18.5	40.7	100.0	477
იმერეთი	3.0	32.5	0.7	21.6	17.4	27.8	100.0	805
მცხეთა მთიანეთი	3.0	29.1	1.3	21.3	18.8	29.5	100.0	393
რაჭა-სვანეთი	3.1	32.5	0.7	14.0	22.2	30.6	100.0	454
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–19	2.5	42.6	0.8	15.5	17.7	23.4	100.0	861
20–24	3.2	30.8	0.6	18.4	18.5	31.7	100.0	1,099
25–29	3.4	28.1	0.5	14.7	18.7	38.0	100.0	1,191
30–34	3.4	28.8	1.0	16.3	18.3	35.6	100.0	1,168
35–39	3.6	26.2	0.7	14.3	16.7	42.1	100.0	1,051
40–44	3.4	27.7	0.7	15.4	19.0	37.2	100.0	922
განათლების დონე								
საშუალო არასრული	2.2	49.6	0.3	16.0	15.5	18.7	100.0	1,330
საშუალო სრული	2.9	36.4	1.3	15.6	16.5	30.3	100.0	1,568
ტექნიკუმი	3.8	19.6	0.3	17.5	22.0	40.6	100.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	3.9	20.7	0.7	15.3	19.4	43.8	100.0	2,491
ქონებრივი კვინტილი								
ქვედაზე დაბალი	2.3	46.8	1.2	16.4	15.0	20.6	100.0	1,093
მეორე	2.6	40.7	0.4	17.4	18.4	23.1	100.0	1,385
საშუალო	3.2	31.5	1.2	14.6	17.4	35.2	100.0	1,413
მეოთხე	3.5	27.2	0.4	15.2	17.7	39.5	100.0	1,037
უმაღლესი	4.1	17.0	0.5	15.7	20.7	46.2	100.0	1,364
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	3.5	26.6	0.8	16.7	19.1	36.8	100.0	5,488
აზერბაიჯანელი	1.1	75.8	0.0	6.2	7.2	10.9	100.0	276
სომეხი	1.9	56.3	0.2	10.1	15.1	18.4	100.0	364
სხვა	2.8	37.9	0.4	17.0	14.3	30.4	100.0	164
სქესობრივი გამოცილება								
კი	3.0	35.1	0.8	15.5	18.5	30.1	100.0	1,799
არა	3.4	28.8	0.7	16.0	18.0	36.5	100.0	4,493

ცხრილი 17.6.3 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც მიაჩნია, რომ ადამიანს შეუძლია მიიღოს ზომები აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	სულ	საცხ. ადგილი			ასაკობრივი ჯგუფი					
		თბილისი	სხვა ქალაქი	სოფელი	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
აივ გადაცემა										
კონდომის ხმარება	50.6	61.0	58.5	40.2	39.0	52.0	56.2	53.4	52.0	51.9
ერთი პარტნიორის ყოლა	30.5	35.6	34.0	25.5	22.8	28.5	32.1	31.8	36.6	32.5
სექსისგან თავის შეკავება	20.3	25.1	23.1	15.9	18.8	19.4	19.1	20.9	22.8	21.1
პარტნ. რაოდ. შეზღუდვა	10.6	13.0	12.9	7.8	5.5	10.8	12.0	10.3	14.2	11.1
მოერიდეთ სექსს ადამ. ვისაც ბევრი პარტნიო.	3.3	3.0	4.2	3.0	1.5	3.2	3.5	3.5	4.5	3.9
სთხოვეთ პარტ. გაიაროს აივ-ზე ტესტი	2.6	4.2	2.2	1.9	1.4	1.6	2.8	3.5	3.1	3.3
აივ სისხლით გადაცემის პრევენც. მეთ.										
არ გაიზიაროთ სამართებელი, წემსი, შპრიცი	20.0	26.4	22.1	15.1	13.3	20.1	22.1	20.0	25.0	20.2
მოერიდეთ სისხლის გადასხმას	15.9	20.1	18.0	12.3	12.4	14.0	17.5	17.4	17.5	17.5
მოერიდეთ ინექციებს	13.5	17.0	16.2	9.9	11.4	12.3	12.4	13.3	17.3	15.0
აივ გადაცემის პრევენციის მეთოდები										
მოერიდეთ სექსს მეძავებთან	14.3	14.4	16.8	12.9	8.2	13.3	16.3	15.2	17.5	16.3
მოერიდეთ სექსს ინტრავენურ ნარკომანებთ.	9.3	12.8	9.9	6.8	6.0	8.7	11.5	9.7	10.2	9.9
მოერიდეთ სექსს ბისექსუალებთან	1.6	1.8	2.7	1.0	1.0	1.4	1.2	1.5	2.3	2.7
შემთხვევათა რაოდენობა.	6,292	1,426	1,549	3,317	861	1,099	1,191	1,168	1,051	922

ცხრილი 17.6.4 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც მიაჩნია, რომ ადამიანს შეუძლია მიიღოს ზომები აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გადაცემის პრევენციის ძირითადი გზები				შემთხვევათა რაოდენობა
	ერთი პარტნიორის ერთგულება	კონდომის გამოყენება	სქესობრივი კავშირისგან თავის შეკავება	სამივე ერთად	
სულ	82.5	78.7	78.4	70.9	6,292
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	88.5	85.2	84.5	77.5	2,975
სოფელი	75.7	71.3	71.4	63.4	3,317
რეგიონი					
კახეთი	66.1	63.0	61.6	54.1	498
თბილისი	89.0	88.0	83.4	77.7	1,426
შიდა ქართლი	94.5	88.6	91.7	83.6	392
ქვემო ქართლი	66.3	58.3	63.9	54.1	546
სამცხე ჯავახეთი	76.6	71.0	75.0	68.6	481
აჭარა	89.9	79.4	89.0	76.7	419
გურია	80.2	81.8	87.0	70.6	401
სამეგრელო	85.7	82.2	80.2	76.5	477
იმერეთი	81.5	80.3	74.7	68.4	805
მცხეთა მთიანეთი	85.9	79.5	79.1	70.0	393
რაჭა-სვანეთი	84.0	82.1	82.6	74.4	454
ასაკობრივი ჯგუფი					
15–19	76.5	71.4	72.6	63.6	861
20–24	81.5	77.2	76.4	69.1	1,099
25–29	85.3	82.7	82.0	75.0	1,191
30–34	84.4	81.4	79.8	73.6	1,168
35–39	82.8	80.0	79.3	72.7	1,051
40–44	85.6	80.5	81.3	72.6	922
განათლების დონე					
საშუალო არასრული	68.4	62.6	64.8	56.0	1,330
საშუალო სრული	79.4	75.0	76.5	68.1	1,568
ტექნიკუმი	90.0	85.9	83.3	77.0	903
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	90.0	87.8	85.7	79.1	2,491
ქონებრივი კვინტილი					
ყველაზე დაბალი	71.7	66.0	68.3	59.6	1,093
მეორე	74.2	71.4	69.5	63.3	1,385
საშუალო	82.9	78.5	80.3	71.8	1,413
მეოთხე	87.0	83.8	82.9	74.1	1,037
უმაღლესი	91.3	87.8	85.9	79.9	1,364
ეთნიკური კუთვნილება					
ქართველი	86.1	82.6	82.0	74.4	5,488
აზერბაიჯანელი	36.9	30.6	34.7	27.3	276
სომეხი	70.6	63.6	65.0	59.2	364
სხვა	78.4	72.4	70.1	65.0	164
სქესობრივი გამოცილება					
კი	79.8	75.6	76.1	67.3	1,799
არა	83.9	80.3	79.6	72.8	4,493

ცხრილი 17.7 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც მიაჩნია, რომ ადამიანს შეუძლია მიიღოს ზომები აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	აივ-ით ინფიცირების რისკის თვით შეფასება					სულ	შემთხვევათა რ-ა
	მაღალი	საშუალო	დაბალი	არანაირი	არ იცის		
სულ	0.3	3.0	38.5	54.2	4.0	100.0	6,063
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	0.3	3.8	44.4	48.1	3.3	100.0	2,942
სოფელი	0.2	2.1	31.4	61.5	4.8	100.0	3,121
რეგიონი							
კახეთი	0.2	3.2	36.3	49.1	11.2	100.0	439
თბილისი	0.3	5.3	46.5	45.7	2.1	100.0	1,422
შიდა ქართლი	0.8	1.4	37.3	58.2	2.4	100.0	389
ქვემო ქართლი	0.0	3.4	38.2	51.7	6.7	100.0	459
სამცხე ჯავახეთი	0.3	1.0	20.7	66.6	11.4	100.0	453
აჭარა	0.2	0.9	39.3	58.5	1.1	100.0	408
გურია	0.0	3.4	45.6	49.8	1.2	100.0	399
სამეგრელო	0.0	0.5	44.4	53.2	1.9	100.0	472
იმერეთი	0.4	2.8	29.6	62.9	4.3	100.0	788
მცხეთა მთიანეთი	0.4	2.1	29.4	65.6	2.5	100.0	388
რაჭა-სვანეთი	0.2	1.8	21.7	74.5	1.8	100.0	446
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	0.2	1.6	30.3	62.3	5.6	100.0	810
20–24	0.2	3.1	38.6	53.7	4.4	100.0	1,049
25–29	0.1	3.0	39.0	55.4	2.4	100.0	1,151
30–34	0.5	4.6	40.9	49.5	4.6	100.0	1,133
35–39	0.5	3.3	42.1	49.7	4.4	100.0	1,021
40–44	0.3	2.5	41.3	53.8	2.1	100.0	899
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	0.4	1.3	29.4	61.7	7.2	100.0	1,182
საშუალო სრული	0.1	1.8	31.8	61.5	4.8	100.0	1,513
ტექნიკუმი	0.0	2.6	40.6	52.3	4.5	100.0	893
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	0.4	4.8	46.6	46.5	1.6	100.0	2,475
ქონებრივი კვინტილი							
ყველაზე დაბალი	0.2	2.0	28.3	63.0	6.4	100.0	1,018
მეორე	0.1	1.2	33.1	60.8	4.7	100.0	1,292
საშუალო	0.2	2.7	33.0	60.2	3.9	100.0	1,367
მეოთხე	0.2	3.1	43.4	50.1	3.2	100.0	1,027
უმაღლესი	0.5	5.0	48.6	43.2	2.8	100.0	1,359
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	0.3	3.3	40.0	53.2	3.3	100.0	5,414
აზერბაიჯანელი	0.0	0.0	22.7	69.8	7.5	100.0	169
სომეხი	0.2	1.3	26.4	61.9	10.2	100.0	326
სხვა	0.0	1.1	32.2	54.6	12.2	100.0	154

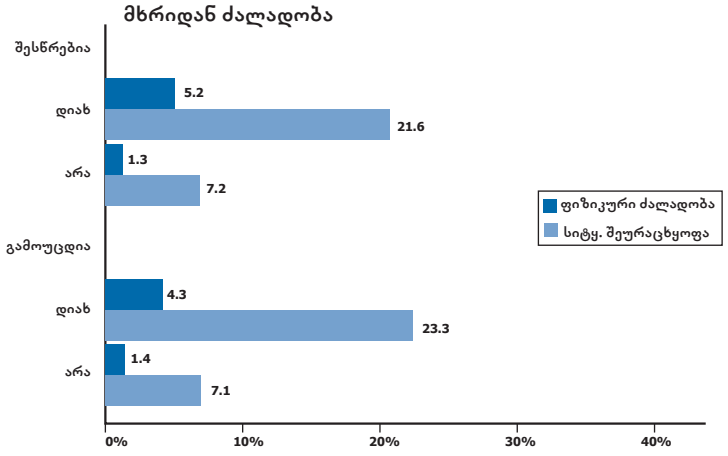
თავი 18

ძალადობა ოჯახში

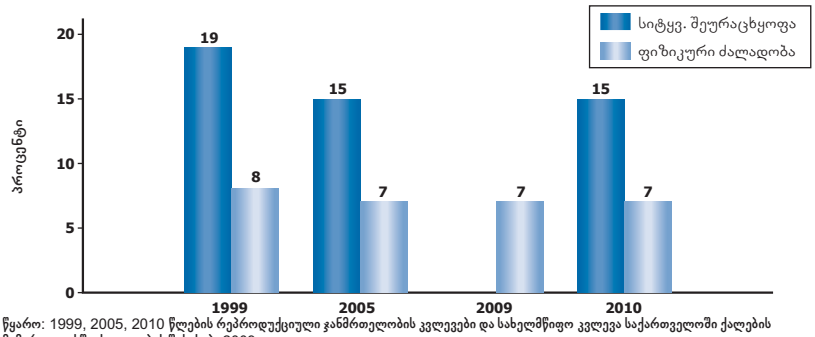
ყოველდღიურად მილიონობით ქალი განიცდის ფიზიკურ, სქესობრივ და ემოციურ ძალადობას მსოფლიოში. ქალების მიმართ ძალადობა მოიცავს პარტნიორებისა თუ ოჯახის სხვა წევრების მიერ მათ წინააღმდეგ განხორციელებული ქმედებების ან ძალადობრივი აქტების ფართო სპექტრს. ოჯახში ძალადობა, რომელიც ცნობილია როგორც ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მხრიდან (IPV), „ცემა“ ან ცოლქმრული ლანძღვა-გინება — ქალების მიმართ განხორციელებული ძალადობის ყველაზე გავრცელებული ფორმებია. ასეთ ქცევას ადგილი აქვს ყველა კულტურასა და საზოგადოებაში და მისი მსხვერპლი შეიძლება გახდეს ნებისმიერი ასაკის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა და განათლების მქონე ქალი. მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობა ოჯახში არ არის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების ძირითადი საგანი, მოგვეცა უნიკალური საშუალება ძალადობის პრევალენტობის და ძალადობის მსხვერპლი ქალების მახასიათებლების შესასწავლად. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კონტექსტში, ინდივიდუალური პარტნიორის მხრიდან განხორციელებული ძალადობის დოკუმენტურად დაფიქსირებასთან ერთად, კვლევის შედეგების გამოყენება შესაძლებელია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ინფორმირებულობის ასამაღლებლად ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ დონეზე, ძალოვანი სტრუქტურებისა და სოციალური სამსახურების მობილიზებისთვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკაზე გავლენის მოსახდენად, ფიზიკურად შეურაცხყოფილი ქალების დასაცავად და მათთვის სარგებლის მოსატანად, დაბოლოს, ძალადობის მსხვერპლი ქალების მხარდამჭერი სამსახურებისა და ინტერვენციების სამომავლო საჭიროებების განსაზღვრისთვის.

საქართველოში 1999 და 2005 წლებში ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებმა (Serbanescu et al., 2001 და 2007) და 2009 წლის ოჯახში ძალადობის სახელმწიფო კვლევამ (Chitashvili et al., 2010, UNFPA-ს მხარდაჭერით) გვიჩვენა, რომ საქართველოში ოჯახში ძალადობის ფაქტების გამომჟღავნება იშვიათია. საქართველოში პირველი კანონი ოჯახში ძალადობის შესახებ ძალაში შევიდა 2006 წლის 9 ივნისიდან. აღნიშნული კანონის მიხედვით ძალადობა ოჯახში არ განისაზღვრება მხოლოდ ფიზიკური ძალადობით და მოიცავს ფსიქოლოგიურ, ეკონომიკურ და სქესობრივ ძალადობას: “ოჯახში ძალადობა არის კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლების დარღვევა, ჩადენილი ოჯახის ერთი წევრის მიერ მეორის მიმართ, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან სქესო-

სურათი 18.1 **ბოლო დროს განცდილი ფიზიკური და სიტყვიერი ძალადობა 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში, რომლებიც ოდესმე შესწრებიან ან გამოუცდიათ მშობლების მხრიდან ძალადობა**



სურათი 18.2.1 **ფიზიკური და სიტყვიერი ძალადობის გაცხადება 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ, საქართველო, 1999-2005-2009-2010 წლები**



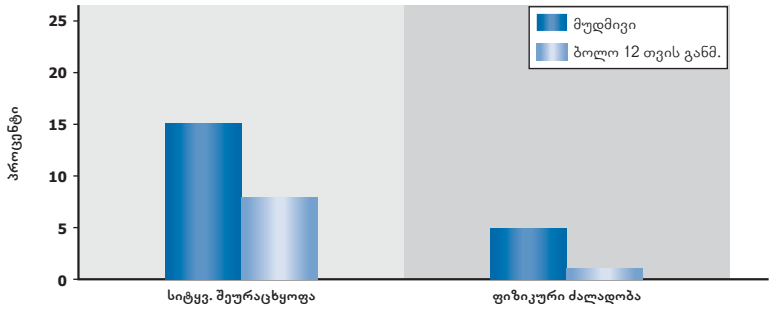
წყარო: 1999, 2005, 2010 წლების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები და სახელმწიფო კვლევა საქართველოში ქალების მიმართ ოჯახში ძალადობის შესახებ, 2009

ბრივი ძალადობის მეშვეობით, იძულებით ან ამგვარი აქტების ჩადენის მუქარით" (საქართველოს მთავრობა, კანონი ოჯახში ძალადობის პრევენციის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და მხარდაჭერის შესახებ; 2006 წლის ივნისი). აღნიშნული კანონის ამოქმედებას მოჰყვა ორი ციკლური სამოქმედო გეგმის შემუშავება და დამტკიცება, რომლებიც მიმართული იყო ოჯახში ძალადობის აღმოფხვრის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და მხარდაჭერისკენ (2006–2008 წწ და 2009–2010 წწ). მიუხედავად ახალი სამართლებრივი რეგულაციებისა და ოჯახში ძალადობის შესახებ ცნობიერების გაზრდისაკენ მიმართული ძალისხმევისა, სამართალდამცავი სტრუქტურებისთვის ოჯახში ძალადობის აქტების ოფიციალური შეტყობინება კვლავ უცვლელი დარჩა, ანუ 2009 წლისთვის რეპროდუქციული ასაკის ქალების მიერ ყოფილი ან იმჟამინდელი ინტიმური პარტნიორის მიერ განხორციელებული ძალადობის შესახებ სამართალდამცავი ორგანოებისადმი შეტყობინება დაახლოებით იგივე იყო, რაც 2005 წელს.

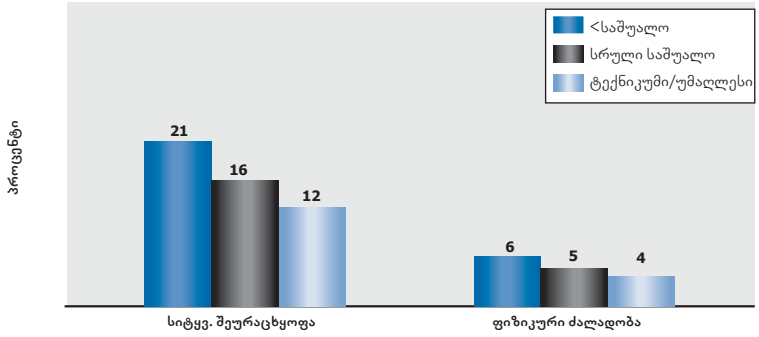
2008 წელს პრეზიდენტის ბრძანებით დაარსდა მაკოორდინირებელი ორგანო (სახელმწიფო უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო ოჯახში ძალადობაზე), რომლის მიზანსაც წარმოადგენდა ოჯახში ძალადობის შესახებ კანონის განხორციელების უზრუნველყოფა. აღნიშნულმა საბჭომ, საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის (GYLA) და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) დახმარებით, შეიმუშავა სახელმწიფო რეფერალური მექანიზმები (NRM) ოჯახური ძალადობის მსხვერპლთათვის.

2010 წელს გაეროს ქალთა ფონდმა (UNIFEM) შვეიცის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (SIDA) მხარდაჭერით და ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და სამთავრობო უწყებებთან თანამშრომლობით განახორციელა პროექტი "ოჯახში ძალადობის მიმართ რეაგირების და პრევენციის გაძლიერება," რაც მოიცავდა ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთათვის ორი თავშესაფრის აშენებას თბილისსა და გორში. ამჟამად, არაერთი არასამთავრობო ორგანიზაცია, მაგალითად, საქართველოს ანტიძალადობრივი ქსელი, საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, ქალთა ცენტრი, და ქალები დემოკრატიისათვის, დონორ ორგანიზაციებთან და სამთავრობო უწყებებთან პარტნიორობით, აქტიურად ახორციელებენ გენდერული თანასწორობისა და ძალადობის პრევენციის პროექტებს საქართველოში.

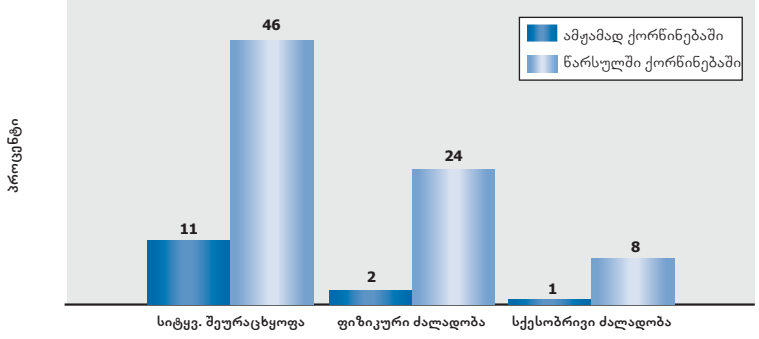
სურათი 18.2.2 ოდესმე და ბოლო 12 თვის განმავლობაში განცდილი ფიზიკური და სიტყვიერი ძალადობის გაცხადება 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ



სურათი 18.2.3 ოდესმე განცდილი სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობის გაცხადება განათლების დონის მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში

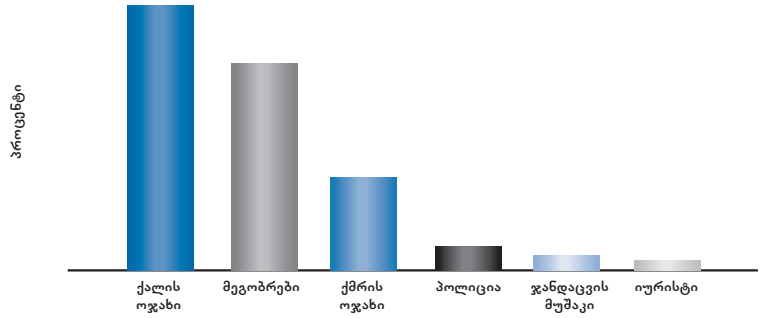


სურათი 18.2.4 ოდესმე განცდილი სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობის გაცხადება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში



2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა მოიცავდა რამდენიმე შეკითხვას საქართველოში ოჯახში ძალადობის გავრცელების შესაფასებლად. შეკითხვები ძირითადად მიმართული იყო რესპონდენტის ამჟამინდელი ან ყოფილი ინტიმური პარტნიორის მიერ განხორციელებული ძალადობის გამოვლენისკენ. ინტიმური პარტნიორის მიერ განხორციელებული ძალადობა, რომელიც სხვადასხვა ფორმით გამოიხატება, მათ შორის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სქესობრივი ძალადობა, დოკუმენტირებულ იქნა კონფლიქტების რვაპუნქტიანი ტაქტიკური შკალის მოდიფიცირებული ვარიანტის გამოყენებით (Straus, 1979). საქართველოს 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში, ინტიმური პარტნიორის მიერ განხორციელებული ძალადობა კვალიფიცირებულ იქნა როგორც ფსიქოლოგიური, ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობა ოდესმე ქორწინებაში მყოფი (ოფიციალურად ან არაოფიციალურად) ქალის მიმართ. ფსიქოლოგიური ძალადობა მოიცავს მუქარას, ლანძღვა-გინებას, ფსიქოლოგიურ დაშინებას და ფიზიკური ანგარიშსწორების მიმანიშნებელ ჟესტიკულაციას. ფიზიკური ძალადობა მოიცავს ხელის კვრას, სახეში გარტყმას, დარტყმას, მუშტის ან რაიმე ნივთის ჩარტყმას, ცემას, დანით ან სხვა იარაღით დამუქრებას. ქალები, რომლებმაც უკანასკნელ პერიოდში საკუთარ თავზე განიცადეს ოჯახური ძალადობა, გამოჰკითხეს, თუ რამდენად სერიოზული ტრავმა მიიღეს და მიმართეს თუ არა დახ-

სურათი 18.3 ფიზიკური ძალადობის გამო დახმარებისთვის მიმართვის სიხშირე დახმარების წყაროს მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში



მარებისთვის ძალოვან სტრუქტურებს, ოჯახს, მეგობრებს, ან სამედიცინო დაწესებულებას. სქესობრივი ძალადობა განსაზღვრულია, როგორც ნებისმიერი ეპიზოდი, როდესაც ინტიმური პარტნიორი ფიზიკურად აიძულებს ქალს დაამყაროს მასთან სქესობრივი ურთიერთობა საკუთარი სურვილის წინააღმდეგ. კვლევის ყველა მონაწილეს დამატებით დაუსვეს კითხვა, ყოფილან თუ არა ოდესმე მშობლებს შორის განვითარებული ფიზიკური ძალადობის მოწმენი ან განუცდიათ თუ არა მშობლებისგან ძალადობა ბავშვობისას ან მოზარდობისას.

18. 1. ფიზიკური ძალადობა მშობლებისგან ან მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის აქტის მოწმედ ყოფნა

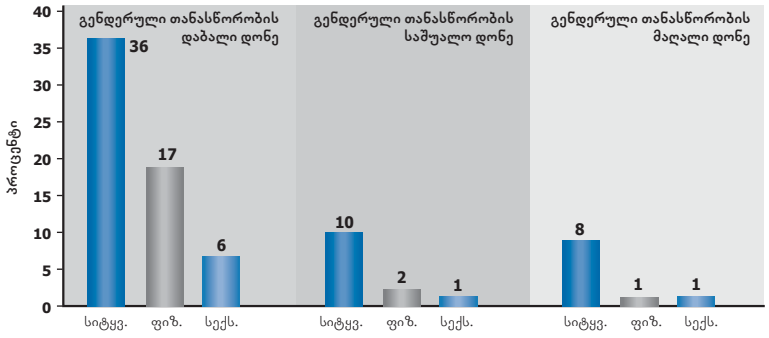
2010 წლის რეპროდუქციული კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, ბავშვობისას ან მოზარდობისას შესწრებიან თუ არა მშობლებს შორის ძალადობის აქტს ან განუცდიათ თუ არა მშობლებისგან ძალადობა. ქალების მიმართ ჩადენილი ძალადობის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ბავშვობაში მშობლებს შორის ძალადობრივი ქცევის მოწმედ ყოფნა ან ძალადობის საკუთარ თავზე გამოცდა განაპირობებს მოზრდილ ასაკში ძალადობრივი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას (Hotaling and Sugarman, 1986). როგორც ნაჩვენებია ცხრილში 18.1.1 რესპონდენტების 8%-მა აღნიშნა, რომ ბავშვობისას ყოფილან მშობლებს შორის ძალადობრივი ურთიერთობების მოწმე. გამოკითხულთა ასევე 8%-მა განაცხადა, რომ განუცდიათ მშობლების მხრიდან ფიზიკური ძალადობა. 2010 წელს იმ რესპონდენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ბავშვობაში გამხდარან ფიზიკური ძალადობის მოწმე ან მსხვერპლი, შემცირდა 14%-დან 8%-მდე 2005 წელთან შედარებით. მშობლებს შორის ძალადობის მოწმეთა ყველაზე დიდი მაჩვენებელი დაფიქსირდა მცხეთა-მთიანეთის (12%), აჭარის (11%) და ქვემო ქართლის (11%) რეგიონებში მცხოვრებ ქალთა შორის. აზერბაიჯანელი და სხვა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები ყველაზე ხშირად გამხდარან მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის მოწმენი. სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით, არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება იმ რესპონდენტებში, რომელთაც აღნიშნეს, რომ განუცდიათ ფიზიკური ძალადობა მშობლებისგან. თუმცა, სოფლად მცხოვრებ, მწირი განათლების და ყველაზე დაბალი ქონებრივი კვინტილის ქალებს უფრო ხშირად ჰქონდათ მსგავსი გამოცდილება (ცხრილი 18.1.1).

ქალებს, რომლებიც ბავშვობაში გამხდარან მოწმე ან მსხვერპლი მშობლების ძალადობისა, უფრო მეტად განუცდიათ ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური ძალადობა პარტნიორისგან წარსულში ან ამჟამად (ინტერვიუმდე 12 თვის განმავლობაში) (ცხრილი 18.1.2 და სურათი 18.1).

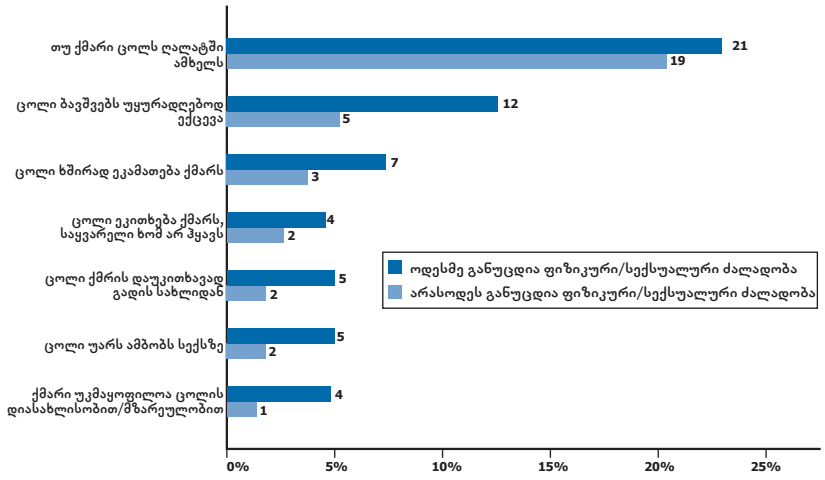
18.2 ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობის პრევალენტობა

ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი დანაშაულის პრევალენტობის გასაზომად, ქალებს, რომლებიც ოდესმე ყოფილან ქორწინებაში (ოფიციალურ ან არაოფიციალურ), ჰკითხეს, გამხდარან თუ არა სიტყვიერი, ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი პარტნიორის ან ექს-პარტნიორისგან. 1999 და 2005 წლებში ჩატარებული კვლევების მსგავსად, 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ქალების მიერ განცხადებული ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობის ფაქტების პრევალენტობა დაბალი და თითქმის უცვლელია წინა წლებთან შედარებით(სურათი 18.2.1). სამივე კვლევის მონაცემებით, რესპონდენტთა 20%-ზე ნაკლებმა აღნიშნა, რომ ყოფილან ფსიქოლოგიური ძალადობის მსხვერპლი. ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობა ამჟამინდელი ან ყოფილი ინტიმური პარტნიორისგან დააფიქსირა გამოკითხული ქალების 7%-8%-მა. მსგავსი

სურათი 18.4.1 ოდესმე განცდილი სიტყვიერი, ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობის გავრცელება, ოჯახის გენდერული თანასწორობის სტატუსის მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში



სურათი 18.4.2 ქმრის მიერ ცოლის ცემის გამამართლებელ გარემოებებზე დათანხმება ფიზიკური ძალადობის გამოცდილების მიხედვით, 15-44 წლის ასაკის, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალებში



მაჩვენებელი გამოავლინა საქართველოში ჩატარებულმა ოჯახში ძალადობის სახელმწიფო კვლევამ (Serbanescu et al., 2001 and 2007; Chitashvili et al., 2010).

რესპონდენტთა 15%-მა განაცხადა, რომ წარსულში განუცდია, ხოლო 8% — რომ ამჟამადაც (ბოლო 12 თვის განმავლობაში) განიცდის სიტყვიერ ძალადობას პარტნიორისაგან (ცხრილი 18.2 და სურათი 18.2.2). კვლევამ გამოავლინა ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობის დაბალი მაჩვენებლები, კერძოდ, გამოკითხული ქალების მხოლოდ 5%-მა აღნიშნა პარტნიორისგან ფიზიკური ძალადობის, ხოლო 2%-მა - სქესობრივი ძალადობის გამოცდილება. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი რესპონდენტთა 2%-ზე ნაკლები იყო.

ოჯახში ძალადობის დაბალი პრევალენტობის მიუხედავად, გამოვლინდა განსხვავებები ქალების მახასიათებლების მიხედვით (ცხრილი 18.2). ზოგადად, ბოლო 12 თვის მანძილზე სამივე ტიპის (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სქესობრივი) ძალადობის მსხვერპლი უფრო მეტად იყვნენ ქალები, რომლებიც წარსულში იმყოფებოდნენ ქორწინებაში ან თანაცხოვრობდნენ მუდმივ სქესობრივ პარტნიორთან. სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობა უფრო მაღალი იყო მწირი განათლების და დაბალი ქონებრივი კვინტილის, ასევე აზერბაიჯანული ეროვნების რესპონდენტებში (სურათი 18.2.3). ამჟამინდელი (ბოლო 12 თვის განმავლობაში) ფიზიკური ძალადობის მაღალი პრევალენტობა (5%) გამოვლინდა 15-19 წლის ასაობრივ ჯგუფში. სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების მიხედვითაც, ახალგაზრდა ქალები უფრო მეტად იმყოფებიან ოჯახში ძალადობის რისკის ქვეშ, ვიდრე შედარებით ასაკოვანი ქალები. გარდა ამისა, წარსულში ქორწინებაში მყოფი ქალები უფრო მეტად გამხდარან სიტყვიერი, ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობას მსხვერპლი, ვიდრე ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალები, რაც მიანიშნებს იმ ფაქტზე, რომ ზოგადად, ოჯახში ძალადობა ასოცირდება წყვილების დაშორებასა და განქორწინებასთან (სურათი 18.2.4).

18.3 დახმარებისთვის მიმართვა ინტიმური პარტნიორისგან ძალადობის გამო

ინტიმური პარტნიორისგან ძალადობის მსხვერპლ ქალებს შორის 71%-მა მიმართა დახმარებისთვის ან გაუმხილა საკუთარი გამოცდილება სხვებს (ცხრილი 18.3.1). აღნიშნული ქალების უმრავლესობამ ძალადობის ფაქტი გაუმხილა ოჯახის წევრს ან მეგობარს, ნაცვლად იმისა, რომ მიემართა იურიდიული ან სამედიცინო დახმარებისთვის. ქალების მხოლოდ 5%-მა შეატყობინა პოლიციას ფიზიკური ძალადობის შესახებ, 3%-მა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას დახმარებისთვის, ხოლო 2%-მა მიაკითხა იურიდიულ მრჩეველს (სურათი 18.3.1). ინდივიდუალური მახასიათებლების მიხედვით აღინიშნა მცირედი განსხვავება, კერძოდ, ძალადობის გამო დახმარებისათვის მიმართვიანობა უფრო ხშირი იყო ქალაქში მცხოვრებ, ახალგაზრდა და წარსულში ქორწინებაში ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფ ქალებს შორის. იურიდიული ან სამედიცინო დახმარებისათვის შედარებით იშვიათად მიუმართავთ სოფლად მცხოვრებ, ამჟამად ქორწინებაში მყოფ, დაბალი ქონებრივი კვინტილის და არაქართული ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს (ცხრილი 18.3.1).

ოფიციალური დახმარებისათვის არმიმართვის ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული მიზეზი, რომელსაც ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი ქალები ასახელებდნენ, იყო უხერხულობის და სირცხვილის გრძნობა ძალადობის ფაქტის გამხელის დროს (28%) და მოსაზრება, რომ ეს არაფრის მომტანია (23%). სახელდებოდა სხვა მიზეზებიც, მაგალითად, განცდილი ფიზიკური ძალადობა არ იყო მძიმე (10%), შიში, რომ ძალადობის ფაქტის შეტყობინება პოლიციისათვის უარყოფით გავლენას მოახდენდა ოჯახის რეპუტაციაზე (10%), შიში, რომ ეს გამოიწვევდა უფრო მეტი ძალადობას და დასჯას პარტნიორისგან (8%) და განქორწინების ან დაშორების შიში (6%) (ცხრილი 18.3.2.). საქართველოში ოჯახში ძალადობის გამხელის სურვილის ნაკლებობა ასევე გამოავლინა 2009 წელს ჩატარებულმა ოჯახური ძალადობის კვლევამ (Chitashvili et al., 2010).

18.4. ინტიმურ პარტნიორთან ურთიერთობის ასპექტები და გენდერული ნორმები

ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობა ხშირად გამოწვეულია ოჯახში გენდერული ნორმების შეგნებული დარღვევით. ეს ნორმები გულისხმობს ოჯახური წყვილის თანასწორობას და განაპირობებს ქალის და მამაკაცის თანაბარ უფლებებს, დამოუკიდებლად მიიღონ გადაწყვეტილებები სოციალურ, მატერიალურ და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა შეეცადა გამოევლინა ცოლისა და ქმრის როლი და პასუხისმგებლობა ოჯახში და მათი კავშირი ოჯახურ ძალადობასთან. რესპონდენტებს, რომლებიც ოდესმე ყოფილან ქორწინებაში, დაუსვეს კითხვები მეუღლესთან ან პარტნიორთან ურთიერთობის რამდენიმე საკითხზე, მათ შორის, რამდენად გამოხატავენ ერთმანეთის მიმართ სიყვარულსა და სითბოს, რამდენად ტოლერანტულია ქმარი, როდესაც ცოლი ურთიერთობს საკუთარი ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან, როგორ არის ოჯახური მოვალეობები გადანაწილებული ცოლ-ქმარს შორის და მოთხოვს თუ არა ქმარი გადაწყვეტილებების ერთპიროვნულად მიღებას (ე.წ. "საბოლოო სიტყვას"). რესპონდენტების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მეუღლეები მათთან ერთად ინაწილებენ ოჯახურ მოვალეობებს (72%). გამოკითხული ქალების დაახლოებით ნახევარმა (50%) განაცხადა, რომ ოჯახში საბოლოო გადაწყვეტილებას ქმარი იღებს, ხოლო 32%-მა აღნიშნა, რომ მათ მეუღლეებს ყოველთვის სურთ, რომ იცოდნენ მათი ადგილსამყოფელი. რესპონდენტების ძალიან მცირე რაოდენობამ აღნიშნა, რომ მათი მეუღლეები ბრაზობენ, როცა ისინი უცხო მამაკაცებს ესაუბრებიან, ცდილობენ შეუზღუდონ ურთიერთობა მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან, ან ეჭვიანობენ საკუთარი ცოლის ღალატზე (ცხრილი 18.4.1).

მეუღლეების თითოეულ ქცევას, რომელიც მიმართულია გენდერული თანასწორობისკენ (მაგალითად, როცა ოჯახური მოვალეობები თანაბრადაა განაწილებული ცოლ-ქმარს შორის, როცა ხდება გადაწყვეტილებების ერთობლივად მიღება, როცა ქმარი არ უზღუდავს ცოლს მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას და არ ეჭვიანობს და ბრაზობს, როცა მეუღლე უცხო მამაკაცს ესაუბრება), მიენიჭა გარკვეული ქულა. შემდეგ ეს ქულები შეჯამდა და შეიქმნა გენდერული ნორმების სტატუსის ცხრილი, რის მიხედვითაც განხორციელდა ოჯახების კლასიფიკაცია. ყოველი "პოზიტიური" ნორმის დაცვას თანაბარი ქულა მიენიჭა. საბოლოო ქულათა ჯამი მერყეობდა 0-დან (გენდერული სამართლიანობის არანაირი ნორმა ოჯახში) 5-მდე (ხუთივე პოზიტიური ნორმის არსებობა ოჯახში). ოჯახების კლასიფიკაცია გენდერულ თანასწორობასთან მიმართებით შემდეგნაირად განაწილდა: ვინც მოაგროვა 0 ან 1 ქულა კლასიფიცირებულ იქნა როგორც დაბალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახი, ვინც მოაგროვა 2 ან 3 ქულა – საშუალო გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახი, ხოლო 4 ან 5 ქულა – მაღალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახი.

აღმოჩნდა, რომ გამოკითხული ქალების უმრავლესობას აქვს საშუალო გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახი. ასევე, გამოვლინდა, რომ ქალები, რომლებიც ცხოვრობდნენ დაბალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახებში, უფრო მეტად განიცდიდნენ ნებისმიერი ტიპის ძალადობას, ვიდრე ისინი, ვინც წარმოადგენდა მაღალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახებს (ცხრილი 18.4.2 და სურათი 18.4.1).

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ ასევე გამოავლინა, თუ რა შემთხვევაში ამართლებენ ქალები ქმრის მიერ ცოლის ცემის ფაქტს (ცხრილი 18.4.3). მთლიანობაში, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების თითქმის 20%-მა დაასახელა მინიმუმ ერთი გარემოება, რომლის დროსაც ქმრის მიერ ცოლის ცემა გამართლებულია. აღნიშნული რესპონდენტების უმრავლესობის (19%) აზრით, ქმრის მიერ ცოლის ცემა გამართლებულია ცოლის ღალატის შემთხვევაში. ცოლის ცემის გამამართლებელი დანარჩენი გარემოებები, რომლებიც მოცემულია ცხრილში, დაასახელა ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების 1-5%-მა. ქმრის მიერ ცოლის ცემას გარკვეულ გარემოებებში უფრო მეტად ამართლებდნენ ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი რესპონდენტები (სურათი 18.4.2). აღნიშნული შედეგები მიუთითებს, რომ ქალებში უფლებამოსილების ნაკლებობა განაპირობებს მათ მიმართ ფიზიკურ ან სქესობრივ ძალადობას ინტიმური პარტნიორის მხრიდან.

ცხრილი 18.1.1 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ბავშვობაში გახდა მშობლების მხრიდან განხორციელებული ფიზიკური ძალადობის სხვერპლი ან მოწმე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებლები	შეესწრნენ ძალადობას	განიცადეს ძალადობა	შემთხვევათა რაოდენობა
სულ	8.1	8.4	6,268
საცხოვრებელის ტიპი			
ქალაქი	7.6	7.5	2,967
სოფელი	8.7	9.3	3,301
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი	6.6	6.4	1,422
სხვა ქალაქი	8.7	8.7	1,545
სოფელი	8.7	9.3	3,301
რეგიონი			
კახეთი	9.3	6.7	493
თბილისი	6.6	6.4	1,422
შიდა ქართლი	4.3	10.1	392
ქვემო ქართლი	10.7	9.7	546
სამცხე ჯავახეთი	8.3	13.6	479
აჭარა	11.1	10.2	417
გურია	6.3	6.7	395
სამეგრელო	6.7	5.0	477
იმერეთი	8.3	9.6	804
მცხეთა მთიანეთი	12.4	10.1	391
რაჭა-სვანეთი	7.1	14.8	452
განათლების დონე			
საშუალო არასრული	9.4	10.0	1,321
საშუალო სრული	9.7	8.6	1,562
ტექნიკუმი	8.2	9.1	898
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	6.3	7.0	2,487
ქონებრივი კვინტილი			
ყველაზე დაბალი	9.6	10.9	1,088
მეორე	9.4	9.3	1,378
საშუალო	7.8	7.9	1,406
მეოთხე	9.2	9.1	1,035
უმაღლესი	5.7	6.1	1,361
ეთნიკური კუთვნილება			
ქართველი	7.5	7.8	5,467
აზერბაიჯანელი	12.7	13.7	276
სომეხი	10.6	8.3	363
სხვა	15.0	17.2	162

* გამოვრიცხეთ 24 რესპონდენტი, რომელთაც განაცხადეს, რომ არ იზრდებოდნენ მშობლებთან.

ცხრილი 18.1.2 15-44 წლის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ოდესმე ან ბოლო 12 თვის განმავლობაში გამხდარან სიტყვიერი, ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი; შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ძალადობა ოდესმე		ძალადობა ბოლო 12 თვის განმავლობაში	
	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობა	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობა
სულ	14.8	5.0	8.4	1.6
შესწრებია მშობლების ძალადობას				
კი	37.3	13.5	21.6	5.2
არა	12.6	4.2	7.2	1.3
გამოუცდია ძალადობა მშობლებისგან				
კი	39.0	12.0	23.3	4.3
არა	12.6	4.4	7.1	1.4
შემთხვევათა რაოდენობა	4,487	4,487	4,487	4,487

ცხრილი 18.2 15-44 წლის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ოდესმე ან უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში განიცდიდა ძალადობას ინტიმური პარტნიორის მხრიდან, ძალადობის სახისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ძალადობა ოდესმე			ძალადობა ბოლო 12 თვეში.			შემთხვევათა რაოდენობა
	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ძალადობა	სქესობრივი ძალადობა	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ძალადობა	სქესობრივი ძალადობა	
სულ	14.8	4.5	1.7	8.4	1.4	0.5	4,487
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	13.9	4.5	2.0	7.0	1.4	0.4	2,044
სოფელი	15.7	4.5	1.4	10.0	1.4	0.5	2,443
საცხოვრებელი ადილი							
თბილისი	13.8	4.8	2.1	6.6	2.3	0.5	940
სხვა ქალაქი	14.0	4.2	2.0	7.3	0.6	0.4	1,104
სოფელი	15.7	4.5	1.4	10.0	1.4	0.5	2,443
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–19	7.9	5.0	0.0	7.3	5.0	0.0	130
20–24	9.0	2.6	1.0	5.7	1.7	0.5	639
25–29	13.1	2.7	1.3	8.9	1.1	0.6	909
30–34	15.6	4.7	2.2	8.0	1.4	0.4	1,036
35–39	18.6	6.9	2.1	9.9	1.5	0.2	944
40–44	16.9	4.9	2.2	9.0	0.8	0.8	829
ოჯახური მდგომარეობა							
ამჟამად ქორწინებაში/კავშირში	11.4	2.4	1.0	8.4	1.0	0.4	4,098
ამჟამად არ არის	45.8	23.5	8.1	8.4	4.9	0.9	389
ცოცხალი შვილების რაოდენობა							
0	12.9	6.1	2.8	5.8	1.9	0.5	472
1	13.6	5.2	1.9	6.4	1.6	0.3	1,285
2	15.8	3.7	1.2	10.7	1.1	0.5	2,069
3	13.5	3.2	2.0	6.7	1.2	0.6	539
4 or more	23.3	10.3	3.8	11.3	3.9	1.5	122
განათლების დონე							
საშუალო არასრული	20.7	6.4	2.0	12.8	2.2	0.2	801
საშუალო სრული	15.8	4.7	1.8	10.3	2.2	0.8	1,196
ტექნიკუმი/უნივერსიტეტი	12.4	3.8	1.6	6.2	0.8	0.4	2,490
სოციო-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	23.9	8.2	2.6	14.4	2.5	0.6	462
საშუალო	15.0	4.7	1.7	8.2	1.3	0.5	2,011
მაღალი	12.7	3.5	1.6	7.4	1.2	0.4	2,014
ქონებრივი ინდექსი							
ყველაზე დაბალი	20.9	6.5	1.9	13.0	1.7	0.4	787
მეორე	14.9	4.2	1.6	10.0	1.4	0.6	1,032
საშუალო	13.0	3.9	1.3	7.1	0.8	0.3	1,017
მეოთხე	13.5	4.8	1.8	6.9	1.8	0.5	710
უმაღლესი	13.4	3.8	2.0	6.6	1.5	0.5	941
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	13.4	3.9	1.7	7.7	1.2	0.5	3,854
აზერბაიჯანელი	29.6	8.9	2.3	18.1	2.5	0.4	234
სომეხი	13.2	6.0	1.9	5.7	1.1	0.0	269
სხვა	26.8	10.3	2.3	15.2	4.7	0.0	130

ცხრილი 18.3.1 15-44 წლის ოდესმე გათხოვილი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ოდესმე განუცდიათ ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობა და მიუმართავთ დახმარებისათვის.
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	ოდესმე მიუმარ-თავს დახმა-რებისათვ	დახმარების წყარო						შემთხ-ვევათა რ ა
		რესპონ-დენტის ოჯახი	მეგო-ბარი	ქმრის ოჯახი	პოლი-ცია	სამ. მომს. მიმწოდებე ლი	იურიდიუ ლი მრჩევ-ელი	
სულ	71.2	54.4	42.3	19.3	5.4	3.4	2.3	222
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	76.3	55.3	48.3	19.7	5.1	3.5	2.8	100
სოფელი	65.7	53.5	35.9	18.8	5.7	3.3	1.7	122
საცხოვრებელი ადგ.								
თბილისი	73.3	55.0	48.3	21.7	5.0	5.0	3.3	46
სხვა ქალაქი	79.4	55.6	48.2	17.5	5.3	1.8	2.2	54
სოფელი	65.7	53.5	35.9	18.8	5.7	3.3	1.7	122
ასაკობრივი ჯგუფი								
15–24	82.4	54.6	52.5	22.4	0.0	0.0	0.0	18
25–34	63.7	48.4	36.8	21.8	5.0	3.2	1.4	84
35–44	73.4	58.4	43.5	16.8	7.0	4.4	3.4	120
ქორწინების სტატუსი								
გათხოვილი/კავშირში	64.8	48.7	37.4	19.3	5.3	5.9	3.4	129
გაუთხოვარი/არა კავშირ.	77.9	60.3	47.5	19.2	5.5	0.8	1.1	93
ცოცხალი შვილების რ-ა								
0–1	79.7	63.7	43.3	24.8	6.4	2.4	3.1	94
2	65.9	46.8	44.5	15.0	5.2	5.1	1.3	86
3+	59.1	45.0	34.9	13.0	3.0	2.4	2.0	42
განათლების დონე								
საშუალო/სრული,ნაკლ.	73.5	59.4	42.6	17.7	7.7	4.7	3.5	120
ტექნიკუმი უნივერსიტ.	68.7	49.0	42.1	21.0	2.9	2.0	0.9	102
სოციო-ეკონომ. სტატ.								
დაბალი	71.6	58.9	40.1	29.4	10.3	3.2	1.9	45
საშუალო/ნაღალი	71.2	53.5	42.8	17.2	4.4	3.4	2.3	177
ქონებრივი ინდექსი								
ქვედაზე დაბალი	70.6	57.9	40.7	22.6	7.0	2.6	0.0	57
მეორე	60.7	51.7	26.6	14.9	7.1	3.7	2.6	45
საშუალო	74.7	58.3	37.3	23.0	0.0	2.1	0.0	47
მეოთხე	83.2	62.0	55.0	18.9	6.2	6.9	4.1	36
უმაღლესი	67.6	43.9	50.7	17.0	6.5	2.0	4.5	37
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	71.4	52.8	45.0	18.6	5.7	4.5	3.0	168
სხვა	70.8	59.3	34.4	21.4	4.7	0.0	0.0	54

ცხრილი 18.3.2 დახმარებისათვის არმიმართვის ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები 15-44 წლის ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებში, რომლებიც ოდესმე გამხდარან ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მთავარი მიზეზი, რის გამოც არ მიგიმართავთ სამედიცინო ან იურიდიული დახმარებისთვის	შემთხვევათა რაოდენობა	სულ
უხერხულობა/სირცხვილი	61	28.4
აზრი არა აქვს	47	23.0
ოჯახს სახელს გაუტეხს	23	9.8
ტრავმა არც თუ სერიოზულია	20	10.4
დასჯის შიში	12	7.6
გაყრის ან დაშორების შიში	9	6.3
არ იცის ვის მიმართოს დახმარებისთვის	7	3.1
ძალადობა ჩვეულებრივი ამბავია	4	2.1
შვილების დაკარგვის შიში	2	1.2
შიში რომ სერიოზულად არ აღიქვამენ	1	0.5
შიში რომ თვით მას დაადანაშაულებენ	1	0.5
სხვა	7	3.5
არ ვიცი/ უარი პასუხზე.	6	3.7
შემთხვევათა რაოდენობა	200	100.0

ცხრილი 18.4.1 15-44 წლის ასაკის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლთაც დაასახელეს ოჯახში გენდერული ნორმების არსებობა; შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

მახასიათებელი	გენდერული ნორმები						შემთხვევათა რაოდენობა
	ქმარი იწაწილებს ოჯახურ მოვალეობებს	ქმარი მოითხოვს საზოლოო სიტყვას	ქმარს სურს ყოველთვის იცოდეს სად არის მისი მეუღლე	ქმარი ბრაზობს, როცა ცოლი უცხო მამაკაცს ესაუბრება	ქმარი ზღუდავს ცოლის ურთიერთობას მეგობრებთან/წათეს ოჯახ	ქმარი ეჭვიანობს, რომ ცოლი სხვასთან ღალატობს	
სულ	71.5	49.6	31.8	6.3	4.9	4.2	4,487
საცხოვრებელი ს ტიპი							
ქალაქი	72.7	46.1	29.7	7.4	5.2	5.1	2,044
სოფელი	70.4	53.2	34.1	5.1	4.6	3.2	2,443
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	70.4	40.6	31.6	9.4	6.0	6.2	940
სხვა ქალაქი	74.9	51.5	27.9	5.5	4.4	3.9	1,104
სოფელი	70.4	53.2	34.1	5.1	4.6	3.2	2,443
ასაკობრივი ჯგუფი							
15–24	74.4	50.1	36.6	7.6	5.3	5.2	769
25–34	72.2	48.8	32.6	6.2	4.9	3.4	1,945
35–44	69.7	50.2	29.1	5.7	4.8	4.5	1,773
ქორწინების სტატუსი							
გათხოვილი/კავშირში	74.8	48.5	29.8	3.8	2.7	2.2	4,098
გაუთხოვარი/არა კავშირ.	41.4	59.7	50.6	29.0	24.7	22.3	389
ცოცხალი შვილების							
0–1	69.3	45.6	33.3	8.8	6.3	6.0	1,757
2	72.2	51.2	31.2	4.6	4.0	2.8	2,069
3+	75.4	55.1	30.0	4.5	4.1	3.4	661
განათლების დონე							
საშუალო/სრული,ნაკლ.	68.7	54.5	36.4	7.1	6.6	4.7	1,997
ტექნიკუმი უნივერსიტ.	73.8	45.7	28.3	5.6	3.6	3.7	2,490
სოციო-ეკონომ. სტატუსი							
დაბალი	63.4	54.0	35.7	8.7	5.9	6.7	462
საშუალო/ნაღალი	72.5	49.1	31.4	6.0	4.8	3.9	4,025
ქონებრივი ინდექსი							
ქვედა ზე დაბალი	69.1	56.2	38.9	6.0	5.0	3.9	787
მეორე	68.8	54.2	35.0	5.8	5.7	3.5	1,032
საშუალო	72.1	51.6	28.5	4.0	3.3	2.8	1,017
მეოთხე	74.6	46.5	30.6	6.9	6.2	4.7	710
უმაღლესი	72.6	42.3	28.7	8.4	4.8	5.8	941
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	73.5	47.8	30.0	5.3	4.0	3.5	3,854
სხვა	59.7	60.3	43.0	12.0	10.6	8.1	633

ცხრილი 18.4.2 15-44 წლის ასაკის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების პრევალენტობა ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის ნიშნით, ოჯახის გენდერული თანასწორობის სტატუსის მიხედვით
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 2010

გენდერული თანასწორობის სტატუსი	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ძალადობა	სქესობრივი ძალადობა	სულ შემთხვევები
სულ	14.8	4.5	1.7	4,487
დაბალი გენდერული თანასწორობა	35.9	16.5	5.9	907
საშუალო გენდერული თანასწორობა	9.5	1.6	0.8	2,745
მაღალი გენდერული თანასწორობა	8.0	0.5	0.1	835

ცხრილი 18.4.3 15-44 წლის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების პროცენტული განაწილება იმის მიხედვით, განუცდიათ თუ არა ოდესმე ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობა და რამდენად ეთანხმებიან ცოლის ცემის გამამართლებელ სხვადასხვა მიზეზებს
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

გამართლება კონკრეტული გარემოების გამო	სულ	ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობა ოდესმე	
		არასდროს განუცდია	მუდმივად განიცდის
ქმარმა შეიტყო, რომ ცოლი ღალატობს	18.7	18.6	21.0
ცოლი ყურადღებას არ აქცევს ბავშვებს	5.2	4.8	11.5
ცოლი ეკამათება ქმარს	3.5	3.4	6.7
ცოლი ეკითხება ქმარს ხომ არა ჰყავს მას მეგობარი გოგონა	2.5	2.4	4.2
ცოლი დაუკითხავად გადის სახლიდან	1.8	1.7	4.5
ცოლს არ უნდა სქესობრივი ურთიერთობა ქმართან	1.6	1.5	4.6
ქმარი უკმაყოფილოა ცოლის დიასახლისობით ან მზარეულობით	1.3	1.2	4.4
გამართლება ნებისმიერი მიზეზის გამო	19.3	19.1	22.6
შემთხვევათა რაოდენობა.	4,487	4,265	222

დანართი ა: მონაწილე ორგანიზაციები

ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბჭო
სანდრა ელისაბედ რულოვსი, თავმჯდომარე

საქართველოსშრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA)
ზურაბ ჭიაბერაშვილი, მინისტრი
ანდრია ურუშაძე, ყოფილი მინისტრი
მიხეილ დოლიძე, მინისტრის მოადგილე
რუსუდან რუხაძე, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსი

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC)
ნატალია ავალიანი, გენერალური დირექტორი
პაატა იმნაძე, სამეცნიერო საბჭოს უფროსი
გიორგი კანდელაკი, დირექტორის მოადგილე
მაია ბუწაშვილი, დირექტორის მოადგილე
ნელი ჩაკვეტაძე, აკადემიური მდივანი
ხათუნა ზახაშვილი, გადამდები დაავადებების განყოფილების უფროსი
ბელა სტურუა, არაგადამდები დაავადებების განყოფილების უფროსი
მარინა შახ-ნაზაროვა, მთავარი სპეციალისტი
ნანა მებონია, მთავარი სპეციალისტი

ადამიანთა რეპროდუქციის ჟორდანიას ინსტიტუტი
გიორგი ცაგარეიშვილი, ინ-ვიტრო ფერტილიზაციის განყოფილების უფროსი
ჯენარო ქრისტესაშვილი, რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენის განყოფილების უფროსი.

საქართველოს მეანთა და გინეკოლოგთა ასოციაცია.
თენგიზ ასათიანი, ვიცე-პრეზიდენტი
ზაზა ბოხუა, გენერალური მდივანი

დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი
გიორგი წულაძე, განყოფილების უფროსი

ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი
ზაზა სინაურიძე, გენერალური დირექტორი

ჯონ სნოუს ინსტიტუტი (JSI)
ნინო ბერძული, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში უფროსი ტექნიკური მრჩეველი
ქართლოს კანკაძე, საქართველოში წარმომადგენლობის დირექტორი

საერთაშორისო ფონდი "კურაციო"
ქეთევან ჩხატარაშვილი, პრეზიდენტი

USAID/**საქართველო**
ჯონათან კონლი, მისიის დირექტორი
ჯერი დაიბლი, ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების სამსახურის დირექტორი
თამარ სირბილაძე, უფროსი მრჩეველი ჯანმრთელობისა და ინფექციური დაავადებების დარგში
ნანა ჭყონია, პროგრამის ასისტენტი

UNFPA/**საქართველო**
ზაჰიდულ ჰაქი, წარმომადგენელი თურქეთში, ოფისების დირექტორი აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში
თამარ ხომასურიძე, საქრთველოს ოფისის ხელმძღვანელი
ლელა ბაქრაძე, პროგრამის ანალიტიკოსი
მარინა ცინცაძე, ადმინისტრაციულ-ფინანსური თანაშემწე
ანა ცქიტიშვილი, პროგრამის თანაშემწე

UNICEF/საქართველო
რულანდ მონაში, წარმომადგენელი საქართველოში
თინათინ ბაუმი, სოციალური პოლიტიკის სპეციალისტი

დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილება (CDC/DRH), **ატლანტა, აშშ**
ფლორინა სერბანესკუ, წამყვანი მკვლევარი
ვასილ ეგნატაშვილი, კვლევის კონსულტანტი
მერი გუდვინი, ეპიდემიოლოგი
პოლ შტუპი, სტატისტიკოსი (დემოგრაფი)
დანიელ საქდევი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ანალიტიკოსი (ORISE)
ალისია რუიზი, სისტემის პროგრამისტი (SAIC)
ფერნანდო კარლოსამა, სისტემის პროგრამისტი (SAIC)
ხოსე ლუის კარლოსამა, სისტემის პროგრამისტი (McKing Corp.)
ლეო მორისი, კვლევის კონსულტანტი (SAIC)

დანართი ბ: კვლევაზე მომუშავე პერსონალი

საველე კოორდინატორები:

ხათუნა ზახაშვილი
მარინა შახ-ნაზაროვა

გუნდის ზედამხედველები:

ოლგა თარხან-მოურავი (გუნდი I)
ნატო წერეთელი (გუნდი II)
თეა ნინიაშვილი (გუნდი III)
ლალი ტრაპაიძე (გუნდი IV)
ხათუნა ალადაშვილი (გუნდი V)
რუსუდან ეცადაშვილი (გუნდი VI)
სოფო დათუკიშვილი (გუნდი VII)
ია ქოჩიაშვილი (გუნდი VIII)

გუნდის ინტერვიუს ამღებები:

გუნდი I
ლელი ურუშაძე
რუსუდან ჭუმბურიძე
ნატალია ცქიფურიშვილი
ლელა საბაძე
ანა ნემსაძე

გუნდი II
ნინო შუბლაძე
თამილა ლემონჯავა
სოფო დოლბაძე
ნონა პაპუკაშვილი
ეკა ნოდია

გუნდი III
ეკა ცერცვაძე
ლია სხირტლაძე
თეა გოგნაძე
თამარ ძოძუაშვილი
ირმა ირემაშვილი

გუნდი IV
მარინა გაიდაური
მარინა წერეთელი
ნინო ცინცაძე
ქეთევან გალდავაძე
ფიქრია შავრეშიანი

გუნდი V
მარიკა ხატაშვილი
მარიამ ნაცვლიშვილი
ქეთი სანაძე
ნანა გაბრიაძე
თინა გაბრიჩიძე
ეკა ჭუბაბრია

გუნდი VI
რუსუდან ჩლიქაძე
ლია სანოძე
მაკა თევზაძე
ელისო იობაშვილი
ქეთევან ნაპირელი

გუნდი VII
მარინა ჩუბინიძე
მარიამ ყუფარაძე
ეკა ხმალაძე
ლალი კუდუხოვა
შორენა კომლაძე

გუნდის ინტერვიუს ამღებები:

გუნდი IV
მარინა გაიდაური
მარინა წერეთელი
ნინო ცინცაძე
ქეთევან გალდავაძე
ფიქრია შავრეშიანი

გუნდი VIII
მარინა ლაშქარაშვილი
ანა კასრაძე
ხათუნა ლომაშვილი
ხათუნა ქუთათელაძე
სოფო გურამიშვილი

მონაცემთა შეყვანის ზედამხედველები:

ირინა კოჩაროვა
კონსტანტინ კაზანჯიანი

მონაცემთა შეყვანის ოპერატორები:

ნათელა გოგნაძე
გულნაზი ლომსაძე
ლიანა ხუჭუა
თამარ ფილაური
ლარისა სედიხ
სუსანა შაჰბუდაგიანი
ირინა თხინვალელი
ციმი ჭაბუკაშვილი-ჩანადირი

ბიბლიოგრაფია

Alan Guttmacher Institute (1999). Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

Aleshina N and Redmond G (2005). How high is infant mortality in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States? Population Studies; 59:39–54.

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, editors (2004). Comparative Quantification of Health risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors. 959–1108. Geneva, Switzerland, WHO.

Black RE (2010). Global, Regional, and National Causes of Child Mortality in 2008: a Systematic Analysis. The Lancet 5; 375(9730):1969–87.

Bongaarts J (1991). The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception. Population and Development Review; 17:293–313.

Brown SS, Eisenberg L, editors (1995). The Best Intentions. Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. Washington, DC (USA): National Academy Press.

Cates W, Jr. (1982). Legal abortion: The public health record. Science; 215(4540):1586-1590

Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro (2003). Reproductive, Maternal, and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report. Atlanta, GA (USA): Department of Health and Human Services and Claverton, MD (USA): ORC Macro.

Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T, Richardson E (2009). Georgia: Health System Review. Health Systems in Transition; 11(8):1–116.

Chitashvili M, Javakhishvili N, Arutiunov L, Tsuladze L, Chachanidze S (2010). National Research on Domestic Violence Against Women in Georgia. Final Report. Tbilisi, Georgia. UNFPA.

CoReform Project (2005). Review and Analysis of Reproductive Health Legislation and Policy in Georgia. Tbilisi, Georgia, USAID.

DiFranza JR, Lew RA (1996). Morbidity and Mortality Associated with the Use of Tobacco Products by Other People. Pediatrics; 97:560–568.

EngenderHealth (2002). Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends. Available at http://www.engenderhealth.org/pubs/family-planning/contraceptive-sterilization-factbook.php

Finer LB and Zolna MR (2011). Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. Contraception; doi: 10.1016/j. Contraception.2011.07.013.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM (2010).
GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: http://globocan.iarc.fr.
See also Georgian European Policy and Legal Advice Centre (GEPLAC) (2008). Georgian Economic Trends Quarterly Review. October 2008. Available at: http://www.geplac.org/eng/trends.php

Georgian Ministry of Health, Labor and Social Affairs, Georgia National Reproductive Health Policy, 2006, Tbilisi, Georgia: Government of Georgia, 2007.

Goskomstat, USSR (1990). Demographic Yearbook of the USSR, 1990. Moscow: Goskomstat USSR.

Government of Georgia (1997). Law of Georgia of 10 December 1997 on Health Care. Tbilisi, Georgia: Govern-

ment of Georgia.

Government of Georgia (2001). Law of Georgia on Medical Activities of 08 June 2001. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2002). Decree #31: Measures on the Improvement of the Registration System in the Demography Statistics. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2006). Law on Prevention of Domestic Violence, Protection and Support of Domestic Violence Victims, June 2006. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, and A. Wagstaff. 2000. Socialur-economic differences in health, nutrition and poverty. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank.Washington D.C.: The World Bank.

Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Nelson AL, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal D (2004). The Essentials of Contraception: Efficacy, Safety, and Personal Considerations. In: Contraceptive Technology, 18th edition. New York, NY (USA): Ardent Media.

Henshaw SK (1998). Unintended Pregnancy in the United States. Family Planning Perspectives; 30(1):24–29 and 46.

Hotaling G and Sugarman DB (1986). An Analysis of Risk Makers in Husband to Wife Violence: The Current State of Knowledge Violence and Victims Vol 1, No. 2:101–124.

International Planned Parenthood Federation (IPPF)(2007). Abortion Legislation in Europe. Available at http://www.ippfen.org/

JSI Research and Training Institute, Inc (2009). Healthy Women in Georgia. Making a Difference. Tbilisi, Georgia, JSI.

Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Sechler NJ (2002). Moderate Alcohol Intake in Pregnancy and the Risk of Spontaneous Abortion. Alcohol & Alcoholism; 37(1):87–92.

Khomasuridze A, Kristesashvili J, and Tsuladze G (2005). Male Reproductive Health Survey, Tbilisi, Georgia: United Nations Population Fund (UNFPA).

Kristesashvili J, and Tsuladze G (2002). Adolescents' Reproductive Health Survey, Tbilisi, Georgia: United Nations Population Fund (UNFPA).

Kristesashvili J, Surmanidze L, et al. (2009). Adolescents' Reproductive Health Survey in Georgia, Tbilisi, Georgia: EU, UNFPA, EPF.

Kristesashvili, J, and Zardiashvili P (2009). "Comparative Analysis of Results of Adolescent Reproductive Health Surveys Conducted in Armenia, Azerbaijan and Georgia", EU/UNFPA co-funded project "Reproductive Health Initiative for Youth in the South Caucasus" (RHIYC), Tbilisi.

Lawn JE, Cousens S, Zupan J (2005). 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why? The Lancet; 365 (9462):891–900.

Mattias Öberg, Maritta S Jaakkola, Alistair Woodward, Armando Peruga, Annette Prüss-Ustün (2011).Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-Hand Smoke: A Retrospective Analysis of Data From 192 Countries. The Lancet; 377(9760):139–46.

MEASURE DHS, Demographic and Health Survey in Albania, Armenia, Azerbaijan Moldova, and Ukraine. 2005–2010, Calverton, MD, USA

Available at http://www.measuredhs.com/pubs
Miller WB (1994). Reproductive Decisions: How We Make Them and How They Make Us. In: Severy LJ, editor, Advances in Population, Vol 2. London: Jessica Kingsley Publishers: 1–27.

Moreau C., Cleland K., Trussel J. (2007). Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. Contraception, 76(4), 267-72.

Morris L, 2000. History and Current Status of Reproductive Health Surveys at CDC. American Journal of Preventive Medicine; 19(1 Suppl):31-4.

Naimi TS, Brewer B, Mokdad A, Serdula M, Denny C, Marks J (2003). Binge Drinking among U.S. Adults. JAMA; 289:70–5.

Popov AA, David HP (1999). Russian Federation and USSR Successor States: Sex and Society. In: From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behaviors in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present (David HP, ed.). Westport, CT: Greenwood Press.

Rahman A, Katzive L, Henshaw SL. 1998. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985–1997. International Family Planning Perspectives; 24(2):56–64.

Rossier C (2003). Estimating Induced Abortion Rates: a Review. Studies in Family Planning; 34(2):87–102.

Sakvarelidze L., 2010. Health and Health Care Georgia 2009: Statistical Yearbook. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control. Tbilisi, Georgia, NCDC.

Serbanescu F, Morris L, Nutsubidze N, Imnadze P, Shaknazarova M (2001). Reproductive Health Survey, Georgia, 1999–2000. Final Report. Atlanta, GA (USA): Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.

Serbanescu F and Morris L (2003). Background, in: Morris L and Sullivan JM, eds., Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report, Atlanta, GA, USA: CDC and ORC Macro, 1–11.

Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, Jackson DB, Morris L (2007).
Reproductive Health Survey, Georgia, 2005. Final Report. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.

Serbanescu F, Tefft M, Shakhnazarova M, Williams D, Berdzuli N, Berg C (2009). Reproductive Age Mortality Study, Georgia, 2008 —Part II: Maternal Mortality, Atlanta, GA, USA: Georgian National Center for Disease Control, JSI Research & Training Institute, Inc (JSI) and CDC. Atlanta, Georgia, USA.

State Department for Statistics (2003). Population of Georgia in 2002: Statistical Abstract. Tbilisi, Georgia: State Department for Statistics.

State Department for Statistics (2010). Key Population and Health Statistics. Available at: http://statistics.ge

Straus MA (1979). Measuring Intra-family Conflict and Violence: The Conflict Tactics Scales. Journal of Marriage and the Family, 41:75–88.

Tietze C and Henshaw S (1986). Induced Abortion, a World Review. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1986, Chapter 8.

Tsertsvadze G, Bokhua Z, Tsuladze G (2010). Doctors' Attitudes Towards Family Planning Issues. Tbilisi, Georgia, UNFPA.

Ulizzi L, Zonta LA (2002). Sex Differential Patterns in Perinatal Deaths in Italy. Human Biology; 74: 879–88.

UNECE (United Nations Economic Commission for Europe (2002). Dynamics of Fertility and Partnership in Europe: Insights and Lessons from Comparative Research (Volume I). New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.

UNICEF (2001). Progress since the World Summit for Children: A Statistical Review. New York, NY: UNICEF. Available at: http://www.unicef.org/pubsgen/

UNICEF (2005). The State of the World's Children 2006: Excluded and Invisible. New York, NY: UNICEF. Available at: http://www.unicef.org/pubsgen/

UNICEF (2009) State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Care. New York, NY: UNICEF. Available at: http://www.unicef.org/pubsgen/

UNICEF (2010) Multiple Indicators Cluster Surveys-Round 4 (MICS4). Available at: http://www.childinfo.org/mics4.html

UNICEF (2011) State of the World's Children 2011: Maternal and Newborn Care. New York, NY: UNICEF. Available at: http://www.unicef.org/pubsgen/

U.S. Agency for International Development (USAID) Georgia, 2009. Tuberculosis Profile. Tbilisi, Geogia, USAID.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: DHHS and CDC.

U.S. Department of Health and Human Services (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: DHHS and CDC.

USSR Ministry of Health (1982). Order No. 234 of March 1982.

USSR Ministry of Health (1987). Order No. 757 of June 5, 1987 and Order No. 1342 of December 1987.

USSR Ministry of Health (1990). Order No. 484 of December 14, 1990.

Westoff CF (1976). The Decline of Unplanned Births in the United States. Science; 191:38–41.

WHO (1991). Indicators for Assessing Breast Feeding Practices (WHO/CDD/SER/91.14). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2002). WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model (WHO/RHR/01.30). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003). WHO Press. Geneva, Switzerland. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf

WHO and Center for Medical Statistics and Information [CMSI], (2003). Comparison of Completeness of Data Collected by Two Systems; Evaluating Cause of Death Certification by Physician and ICD-10 Coding of Underlying Causes of Death by SDS Coding Staff. Tbilisi, Georgia: WHO and CMSI.

WHO (2006). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015.

WHO (2008). Global Burden of Disease Report, 2004 update. Available at:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/ GBD_report_2004update_full.pdf

WHO (2010). Sexually Transmitted Infections. Fact sheet N°110.

WHO (2010a). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2010b). Global Tuberculosis Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2011a). European Health for All Database (HFA-DB)(online version). Copenhagen, Denmark: WHO. Available at http://www.euro.who.int/hfadb.

WHO (2011b). World Health Statistics 2011. Available at: www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf

Wilsnack SC, Klassen AD, Wilsnack RW (1984). Drinking and Reproductive Dysfunction among Women in a 1981 National Survey. Alcohol, Clinical and Experimental Research; 8(5):451–458.

You D, Wardlaw T, Salama P, Jones G (2010). Levels and Trends in Under-5 Mortality, 1990–2008. The Lancet; 375: 100–03.