

მაღლა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა

საქართველო, 1999-2000

საბოლოო ანგარიში

(პ რ ე კ ტ ი)

მოამზადა:
ფლორინა სერბანესკუმ,
ლეო მორისმა
ნიკა ნუცუბიძემ
პაატა იმნაძემ
მარინა შახ-ნაზაროვამ

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (დკეც)
სამედიცინო ინფორმაციის და სტატისტიკის ცენტრი (სისც)
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი (სსდ)

საქართველო, თბილისი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ქვეგანყოფილება
დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრები (CDC)
აშშ, ჯორჯია, ატლანტა,

გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)
გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი (UNICEF)
გაერთიანებული ერების ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარიატი (UNHCR)
შვედეთის შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID)
ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის ალიანსი (AIHA)



2001, ივლისი

წინასიტყვაობა

სსრკ დაშლის შემდეგ საქართველო შევიდა დრამატული ცვლილებების ხანგრძლივ პერიოდში, რაც გამოიხატა ყოფილი საბჭოთა კავშირისათვის დამახასიათებელი ცენტრალიზებული, ტოტალიტარული რეჟიმიდან ისეთ ავტონომიურ, ადმინისტრაციულ, ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და სოციალ-კულტურულ სისტემაზე გადასვლით, რომლის პრიორიტეტებს მიეკუთვნება სახელმწიფოს შესაძლებლობათა განვითარება, დემოკრატიული საზოგადოების მშენებლობა და საბაზო ეკონომიკის განმტკიცება. ცვლილებების ამ პერიოდში საქართველომ განიცადა ეთნიკური კონფლიქტები, ეკონომიკური სიძნედეები და ღრმა საზოგადოებრივი ტრანსფორმაციები, ჯანდაცვის სექტორის სწრაფი დანგრევის ჩათვლით. ჯანდაცვის მომსახურებათა სიღარიბემ თავისი წვლილი შეიტანა ჯანმრთელობის ისეთ მარეგულაციებში, როგორცაა სიცოცხლის ხანგრძლივობა, მოსახლეობის ბუნებრივი ნაშთი და ზოგადი სიკვდილიანობა და აუადობა, დედათა და ბავშვთა მარეგულაციების ჩათვლით. ხელოვნური აბორტი შეიღოსნობის კონტროლის წამყვან მეთოდად იქცა, ხოლო პოსტაბორტული გართულებები დედათა სიკვდილიანობისა და აუადობის მნიშვნელოვან მიზეზად ჩამოყალიბდა, რომლის ძვირადღირებული მკურნალობა მძიმედ აწევბა ისედაც მცირე ფინანსურ რესურსებს. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე გაეღენის მქონე სწრაფი ცვლილებების პერიოდის განმავლობაში უფრო მეტი ინფორმაცია არის საჭირო, რათა შეფასებულ იქნას მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობა. 1999 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ დააგეგმათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის რეპროდუქციული ჯანდაცვის განყოფილების ტექნიკური დახმარებით (DRH/CDC) ჩაატარა მოსახლეობაზე დაფუძნებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველი ნაციონალური კვლევა (1999 სრჯკ).

კვლევის მიზანი იყო საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სფეროსთან შეხებაში მყოფი არასამთავრობო ორგანიზაციების ინფორმაციული უზრუნველყოფა ფერტილობის, ქალთა რეპროდუქციული პრაქტიკის, დედათა მეთვალყურეობის, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის, ქცევითი რისკ-ფაქტორებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცალკეული საკითხების მიმართ მათი დამოკიდებულების შესახებ. კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ასახავს საქართველოში დედათა და ბავშვთა სამსახურის, ასევე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობას და გვეხმარება მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების უკეთ გაგებაში. კვლევის მონაცემები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე კოინტეგრებული პროგრამების პასუხისმგებლობის ამალეებისა და მათი ეფექტურობის და ქმედითუნარიანობის მატების საშუალებას გვაძლევს. ამ პროგრამათა წარმატებული განხორციელებისათვის აუცილებელია სამიზნე მოსახლეობის საჭიროებათა ზუსტი განსაზღვრა, ჩარევათა შესაბამისი პაკეტის შემუშავება და მათი მონიტორინგი და შეფასება. კვლევის მონაცემები დაგვეხმარება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ნაციონალური პროგრამის სარწმუნო მონაცემებზე დაფუძნებულ დაგეგმარებაში, მონიტორინგსა და შეფასებაში.

ნიკოლოზ ნუცუბიძე - კვლევის 99 GERHS ნაციონალური დირექტორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე

მადლიერება

გესურს მადლიერებით მოვიხსენიოთ ყველა ის ორგანიზაცია და პიროვნება, რომელმაც საკუთარი წვლილი შეიტანა საქართველოში 1999-2000წწ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის სხვადასხვა ფაზის განხორციელებაში (99GERHS). მოცემული კვლევა ჩატარებულ იქნა საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მიერ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა (MOLH/SA) და სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრთან თანამშრომლობით (CMSI). ტექნიკური დახმარება კვლევის დაგეგმვაში, კონტინგენტის შერჩევაში, კითხვარის შედგენაში, ტრენინგების ჩატარებაში, მონაცემთა დამუშავებასა და ანგარიშის მომზადებაში უზრუნველყო აშშ დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილებამ (DRH/CDC). კვლევის ჩატარებაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სამინისტროს მხრიდან დაკისრებული ჰქონდათ ბატონებს ნიკოლოზ ნუცუბიძესა და პაატა იმნაძეს., ხოლო დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მხრიდან ქალბატონ ფლორენა სერბანესკუსა და ბატონ ლეო მორისს.

99GERHS კვლევის ჩატარებისათვის საჭირო ფინანსირების უმეტესი ნაწილი გამოყოფილ იქნა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID PASA DPE-3038-X-HC-1015-00), გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA), გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდის (UNICEF) და გაერთიანებული ერების ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარიატის (UNHCR) მიერ.

გესურს მადლობა გადაუხადოთ იმ 7798 ქალს, რომელთაც 99GERHS კვლევაში მონაწილეობით დიდი წვლილი შეიტანეს საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ჩვენი ცოდნის ამაღლებაში. მადლობას ვუხდით ჩვენი ინტერვიუერებსა და კურატორებს გამორჩენილი პასუხისმგებლობისა და დისციპლინიზებულიობისათვის.

დიდ მადლობას ვუხდით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს ბატონ აეთანდილ ჯორბენაძეს, ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებს: მინისტრის მოადგილეს ქალბატონ მარინა ლუდუშაურს და დედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის უფროსს ქალბატონ ნატა ყაზახაშვილს იმ მუდმივი მხარდაჭერისათვის, რომელიც მათ გამოიჩინეს კვლევის ყველა სტადიაზე. განსაკუთრებული მადლობა კვლევის ხელმძღვანელობას: დირექტორს ბატონ ნიკოლოზ ნუცუბიძეს, მოადგილეს ბატონ პაატა იმნაძესა და ასისტენტს ქალბატონ ნელი ჩაქვეტაძეს, პროექტის მენეჯერს მერაბ სიხარულიძეს, ბუღალტერს ნანა პაპაჩაშვილს, მდივანს გალინა ჩუბინიძეს, სპეველ სამუშაოების კოორდინატორებს ხათუნა ზახაშვილსა და მარინა შახნაზაროვას, მონაცემთა შეყვანის ზედამხედველებს ირინა კოჩაროვასა და ევგენი კორნშტეინს.

გესურს მადლობა გადაუხადოთ მხატვარ ზურაბ ნიჟარაძეს, რომლის ესკიზი გამოყენებულ იქნა საბოლოო ანგარიშის სასტამბო ვარიანტის გადკეანის გაფორმებისათვის (თეატრალური ესკიზი ო. თაქთაქიშვილის ოპეროდან "პირველი სიყვარული") და მერაბ მირცხულავას საბოლოო ანგარიშის სასტამბო ვარიანტის ტექნიკური მომზადებისათვის.

განსაკუთრებული მადლობა აგრეთვე USAID-ის კოლექტივს, ხელმძღვანელს კენტ ლარსონს, გეგი მატარაძეს - ჯანდაცვის პროგრამის ოფიცერს, კატრინ ფიშერს - რეგიონული ჯანმრთელობის სპეციალიტს, მარკო ბორზოტის - UNDP/UNFPA მუდმივ წარმომადგენელს, ქეთი შროფფს - UNFPA წარმომადგენელს ალბანეთში, საქართველოს, ბულგარეთის და სომხეთის UNFPA ოფისების დირექტორს, თამარ ხომასურიძეს - UNFPA ნაციონალური პროგრამის ოფიცერს, მარინა ცინცაძეს - UNFPA ადმინისტრაციულ ასისტენტს, ბორის ტოლსტოპიატოვს - UNICEF კავკასიის რეგიონულ წარმომადგენელს, ნინო ფარცხალაძეს - პროექტის ოფიცერს, არსენ კუბატაევს - AIFHA/თბილისის კავკასიის ოფისის რეგიონულ დირექტორს და ნატა ავალიანს - პროგრამის კოორდინატორს, მათ მიერ კვლევის დაგეგმვაში, ფინანსირებისა და მართვაში გაწეული დახმარებისათვის. დიდი მადლობა მერი ანნ მიკას, მერი ჯო ლაზეარს და ეილლა პრესმანს USAID-ის ვაშინგტონის ოფისიდან, კვლევის მიმდინარეობის პერიოდში მუდმივი მხარდაჭერისათვის. განსაკუთრებული მადლობა შირლი აპია-ივბოპენდს და აბიგაილ შულცს დააუადებათა კონტროლის ცენტრიდან საბოლოო ანგარიშის მომზადებაში მათ მიერ შეტანილი წვლილისათვის.

სარჩევი

მაღლიერება	iv
I. შესავალი	2
II. მეთოდოლოგია	8
2.1. შერჩევის დიზაინი	8
2.2. მონაცემების შეგროვება	11
2.3. პასუხების მარჯვენა	12
III. შერჩევის მახასიათებლები	16
3.1. კომლის მახასიათებლები	16
3.2. გამოკითხვისათვის შესაფერისი ქალების მახასიათებლები	24
IV. ფერტილობა და ორსულობა	31
4.1. ფერტილობის დონეები და ტენდენციები	31
4.2. ფერტილობის დიფერენციალები	38
4.3. ოჯახის მდგომარეობის მახასიათებლები	41
4.4. ქალის ასაკი პირველი სქესობრივი აქტის, პარტნიორთან თანაცხოვრების პირველი გამოცდილების და პირველი მშობიარობის მომენტისათვის	43
4.5. ბოლო დროის სქესობრივი აქტივობა	47
4.6. ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი	50
4.7. ფერტილობის მომავალი პროორიტეტები	53
V. ხელოვნური აბორტი	57
5.1. აბორტების დონე და ტენდენციები	57
5.2. ხელოვნური აბორტის დიფერენციალები	62
5.3. აბორტების სამსახური	67
5.4. აბორტის გართულებები	77
5.5. აბორტის გამომწვევი მიზეზები	80
VI. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა	83
6.1. პრენატალური სამედიცინო მომსახურება	84
6.2. ინტრანატალური სამედიცინო მომსახურება	96
6.3. პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება	101
6.4. თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლიანი სასმელების მოხმარება ორსულობის პერიოდში	103
6.5. ორსულობა და მშობიარობის შემდგომი გართულებები	104
6.6. მშობიარობის მიმე შედეგები	108
6.7. ძუძუთი კვება	109
6.8. ახალშობილების და ბავშვთა სიკვდილიანობა	114
6.9. დედათა სიკვდილიანობა საქართველოში	121
VII. კონტრაცეიული მეთოდებისა და მათი მოხმარების ცოდნა	123
7.1. კონტრაცეიულის მეთოდების და მოხმარების ცოდნა	124
7.2. კონტრაცეივიაზე ინფორმაციის პირველი წყარო	131
7.3. ცოდნა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ	133
VIII. კონტრაცეპტივების მიმდინარე და წარსული გამოყენება	137
8.1. არსებული კონტრაცეპტივების გაგრძელება	138
8.2. კონტრაცეპტივებით მომარაგების წყარო	143
8.3. არსებული მეთოდებით გამოწვეული უკმაყოფილება და სხვა მეთოდების არჩევანი	145
8.4. კალენდარული და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის (ტრადიციული) მეთოდის მომხმარებლები	148

	8.5. კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის მიზეზები	151
	8.6. ქალები, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს, მაგრამ სამომავლოდ გეგმავენ მათ მოხმარებას.	153
	8.7. კონტრაცეპტივების გამოყენების უახლესი ტენდენციები	156
	8.8. კონტრაცეპტივის მტკუნება და მოხმარების შეწყვეტა	157
IX.	მოთხოვნა კონტრაცეპციის სამსახურებზე	162
	9.1. კონტრაცეპტივებზე შესაძლო მოთხოვნები და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები	162
	9.2. ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებისადმი პოტენციური მოთხოვნა ფერტილური არჩევანის მიხედვით	167
X.	კონსულტაციები კონტრაცეპციულ საშუალებებზე	170
	10.1. ურთიერთობა ოჯახის დაგეგმარების პროუიდერთან	170
	10.2. დამაკმაყოფილებელი საკონსულტაციო მომსახურება	173
	10.3. კონსულტაცია აბორტის შემდგომ პერიოდზე	174
XI.	კონტრაცეპციისადმი დამოკიდებულება და მოსაზრებები მის შესახებ	177
	11.1. კონტრაცეპციაზე მეტი ინფორმაციის მიღების ინტერესი	177
	11.2. მოსაზრებები კონტრაცეპტივებზე ყველაზე სანდო ინფორმაციის წყაროების შესახებ	180
	11.3. ქალების აზრი ორალური კონტრაცეპტივის და სუნის ხმარების დადებით და უარყოფით ასპექტებზე	180
	11.4. მოსაზრებები ქალის ჯანმრთელობაზე კონტრაცეპტივებით გამოწვეული რისკის შესახებ	184
	11.5. მოსაზრებები ქალის ჯანმრთელობაზე აბორტით გამოწვეული რისკის შესახებ	189
XII.	დამოკიდებულება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართ	191
	12.1. იდეალური ოჯახის სიდიდე	191
	12.2. ცოდნა მენსტრუალური ციკლის შესახებ	193
	12.3. ცოდნა ძუძუთი კვების ფერტილობაზე გავლენის შესახებ	193
	12.4. აბორტის მიმართ დამოკიდებულება	196
	12.5. რეპროდუქციული ნორმებისა და სქესთა როლების მიმართ დამოკიდებულება და მათი გათვითცნობიერება	202
XIII.	ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევითი ჩვევები	204
	13.1. სიგარეტის წევა	205
	13.2. ალკოჰოლის მოხმარება	208
	13.3. სტანდარტული გინეკოლოგიური ვიზიტების სიხშირე	210
	13.4. სარბივე ჯირკვლის თვითგასინჯვა	214
	13.5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	216
	13.6. ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემების გავრცელების დონე	219
XIV.	სქესობრივი განათლება	222
	14.1. მოსაზრებები სკოლებში სქესობრივი განათლების შემოღების შესახებ	223
	14.2. მშობლებთან სქესობრივი განათლების თემების განხილვა	228
	14.3. სკოლებში სქესობრივი განათლების ინსტრუქტაჟი	230
	14.4. სექსთან დაკავშირებით მიღებული ინფორმაციის წყაროები	233
	14.5. სქესობრივი განათლების გავლენა ფერტილობასა და კონტრაცეპციის საკითხების ცოდნაზე	233
XV.	ახალგაზრდების სქესობრივი და კონტრაცეპტივების მოხმარების გამოცდილება	237
	15.1. პირველი სქესობრივი აქტი	237
	15.2. ამჟამინდელი სქესობრივი აქტიუობა	242
	15.3. კონდომთან და კონდომების მოხმარებასთან დაკავშირებული აზრები და დამოკიდებულებები	245

15.4. რეგიონალური შედარებები	248
XVI. სექსობრივი გზით გადამდები დაავადებების ცოდნა და გამოცდილება	251
16.1. შიდსის და სხვა სგგდ-თა ცოდნა	254
16.2. რესპონდენტის ინიციატივით მოწოდებული ინფორმაცია სგგდ-ზე გამოკვლევის და დიაგნოზის შესახებ	260
16.3. თავად რესპონდენტების მიერ აღწერილი სგგდ-ის სიმპტომები	264
16.4. სგგდ-ის რისკის თვითაღქმა	266
XVII. აივ/შიდსის გადაცემის გზები და პრევენციის ცოდნა	269
17.1. აივ/შიდსის დაავადების ცოდნა	271
17.2. აივ/შიდსის გადაცემის გზები	273
17.3. აივ/შიდსის პროფილაქტიკა	277
17.4. აივ/შიდსის რისკის აღქმა და აივ/შიდსის რისკის თვითაღქმის შესახებ	282
XVIII. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა	290
18.1. აღმოსავლეთ ევროპაში ოჯახური ძალადობის შედარებითი მაჩვენებლები	292
18.2. მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის თვითმხილველობა და ბავშვობაში მშობლების მიერ მიყენებული ძალადობის გამოცდილება	293
18.3. პარტნიორის ან ყოფილი პარტნიორის მიერ მიყენებული სიტყვიერი, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა	294
18.4. ფიზიკური ძალადობის შესახებ ინფორმაციის მიღება	299
ლიტერატურა	303
დანართი A შერჩევის ცდომილების გამოთვლა	a
დანართი B 99GERHS მონაწილეთა ნუსხა	d

თავი I

შესავალი

საქართველო კავკასიონის ქედის სამხრეთით შავი და კასპიის ზღვებს შორის ტრანს-კავკასიურ რეგიონშია განლაგებული. ქვეყნის ფართობის 70000 კვ.მეტრზე მეტი მთიანი რეგიონია. ჩრდილო და ჩრდილო-აღმოსავლეთით საქართველოს რუსეთი ესაზღვრება, სამხრეთ-აღმოსავლეთით აზერბაიჯანი, სამხრეთით სომხეთი და თურქეთი, დასავლეთით ქვეყანა შავი ზღვითაა შემოსაზღვრული. ადრეული ხანიდან საქართველო "დიდი აბრეშუმის გზის" მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენდა და ამჟამადც მრავალი ასპექტით შემაერთებული ხდია აღმოსავლეთსა და დასავლეთს შორის. საქართველოს ხანგრძლივი და მდიდარი კულტურული ისტორია აქვს. საქართველო ერთ-ერთი პირველია იმ ქვეყნებს შორის, რომელმაც ჩ.წ. 330 წელს მიიღო ქრისტიანობა. ქართული ენა თავისი უნიკალური ანბანით (მსოფლიოში არსებულ 14 განსხვავებულ ანბანთან ერთ-ერთი) უძველესია ცოცხალ ენათა შორის. მოსახლეობის უმრავლესობას ქართველები შეადგენენ. საქართველოს გეოგრაფიულმა მდებარეობამ განაპირობა ქვეყანაში განსხვავებული პროპორციით 94 ეთნიკური ჯგუფის თანაარსებობა. 1989 წლის აღწერის მონაცემებით საქართველის მოსახლეობამ შეადგინა 5.4 მილიონი, მათ შორის 70% ქართველია, 8% სომეხი, 6% რუსი, 6% აზერბაიჯანელი 3% ოსი, 2% ბერძენი, 2% აფხაზი, 1% უკრაინელი, 1% ქურთი და 1% სხვა. (საქართველოს მოსახლეობა. მოსახლეობა საქართველოს მსოფლიო კონგრესი. თბილისი 1993). 1999 წლის ბოლო მონაცემებით. საქართველოს მოსახლეობამ 4.6 მილიონი (აფხაზეთისა და ცხინვალის რეგიონის ანუ ცხინვალის რეგიონის მაცხოვრებელთა გამოკლებით) შეადგინა მიგრაციულ და იძულებით გადაადგილებულ პირთა გათვალისწინებით. (სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი. გამოუქვეყნებული მონაცემები აპრილი, 2000). მოსახლეობის ნახევარზე მეტი ქალაქებშია თავმოყრილი.

ეროვნულ დონეზე ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემას ხელმძღვანელობს ჯანმრთელობის სამინისტრო, (უახლოეს წარსულში გაერთიანდა სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროსთან და იწოდება, როგორც ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო) რომელიც ადგენს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტს, კოორდინაციას უწევს სამედიცინო სამსახურებს და პასუხს აგებს ჯანდაცვის პოლიტიკაზე. ადგილებზე ჯანდაცვას ხელმძღვანელობს რეგიონალური ხელისუფლება და ჯანდაცვის სამინისტრო ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მეშვეობით. ისინი მეთვალყურეობენ ჯანდაცვის სამსახურებს, ატყობინებენ სამინისტროს გადამდებ სნეულებათა შესახებ, ატარებენ იმუნიზაციას და სხვა სახის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, ახორციელებენ სანიტარულ ზედამხედველობას. ჯანდაცვის უზრუნველყოფა ხდება მომსახურების სამი დონის მეშვეობით: ა) ჯანდაცვის პირველადი ქსელი, რომელიც წარმოდგენილია სხვადასხვაგვარი ამბულატორიებით (მაგ. საფერ შლო ამბულატორიული პუნქტები, და საექიმო ამბულატორიული ცენტრები სოფლად, საზოგადოებრივი პოლიკლინიკებითა და ქალთა კონსულტაციებით ქალაქად) ბ) ჯანდაცვის მეორადი ქსელი მოიცავს სოფლის ცენტრალურ, რაიონულ და მუნიციპალურ ჰოსპიტლებს. გ) მესამე დონის ჯანდაცვას ახორციელებს

სპეციალიზირებული საქალაქო და რესპუბლიკური დაქვემდებარების საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები და კვლევითი ინსტიტუტები. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის პირობებში სამედიცინო ინსტიტუტები თანდათანობით გადადიან თვითდაფინანსებაზე. (№269 რეზოლუცია, 1995 წლის ივლისი)

1995 წლის აგვისტოდან გამოცემული კანონების, რეზოლუციების და ბრძანებების მიზანს ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაცია და ჯანდაცვის სადაზღვეო სისტემის განვითარება შეადგენს. ახლად შექმნილი სადაზღვეო სისტემის სავალდებულო სადაზღვეო კომპონენტს ახორციელებს ჯანდაცვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია (სსდკ), ნებაყოფლობით კომპონენტს ახორციელებს ჯანდაცვის სამინისტროში რეგისტრირებული ჯანდაცვის ნებაყოფლობითი სადაზღვეო პროგრამა, განსაკუთრებით მოსამსახურეებისა და დამქირაველების ხელშეწყობით. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა აწვევინებს საქართველოს მოქალაქეებს და დაფუძნებულია სავალდებულო გადასახადებზე (1% მოსამსახურეებისათვის, 3% დამქირაველებისათვის) და სპეციფიური ნიშნით გადასახადებზე (მაგ. გადასახადები თაბაქოზე და ალკოჰოლზე) და ფონდებზე (მაგ. სამხედრო პერსონალსა და ვეტერანებზე), სახელმწიფო და მუნიციპალურ სუფსიდიებზე. (ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში, UNICEF 1997 წ.) სსდკ-ის უფლებამოსილებაშია ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება, მათ შორის პრე. ინტრა- და პოსტნატალური მზრუნველობა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვების ჯანდაცვა (კალანდაძე და სხვები, 1999წ.) დღეისათვის ჯანდაცვის რეფორმას არაერთგვაროვანი შედეგები აქვს, ვინაიდან ჯანმრთელობის სექტორმა ვერ მიიღო ძირითადი სტანდარტების განხორციელებისათვის საჭირო შესაბამისი რესურსები. 1995-1998 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებაზე გათვალისწინებული იყო ერთობლივი შემოსავლების 2%-ზე ნაკლები. რეალურად გამოყოფილი თანხა გათვალისწინებულზე ნაკლები აღმოჩნდა. 1999 წელს ცენტრალურმა ბიუჯეტმა ჯანმრთელობის ხარჯების დაფინანსება (ჯანდაცვის სისტემის აღსადგენად გამოყოფილი მსოფლიო ბანკის სესხის ჩათვლით) ერთობლივი შემოსავლების 3.7%-ით გაზარდა (ჰუმანური განვითარების ანგარიში UNDP, 1999 წ.). საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების ბოლოდროინდელმა შესწავლამ ცხადყო, რომ ჯანმრთელობაზე გაწეულმა ხარჯებმა 10-ჯერ გადააჭარბა ცენტრალური ბიუჯეტიდან გამოყოფილ თანხებს. ამგვარად, ჯანდაცვის ხარჯების თითქმის 90% მოსახლეობის პირადი ხარჯებია. (საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების შესწავლა: არჩევანის ზემოქმედება. სტატისტიკური კვლევის ჯგუფი, 1998წ.)

საქართველოში ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა ბოლო 10 წლის განმავლობაში). 1991 წლის აპრილში საქართველო ოფიციალურად გამოეყო საბჭოთა კავშირს და თავი დამოუკიდებელ სახელმწიფოდ გამოაცხადა. საბჭოეთიდან გამოყოფის შემდგომ ქვეყანას მძიმე სოციალ-ეკონომიკური კრიზისის ხანა დაუდგა, რაც ძველი რეჟიმიდან მემკვიდრეობით გადმოცემული სტრუქტურების ახალ პოლიტიკურ და საკანონმდებლო სისტემაზე გადართვამ განაპირობა. დამოუკიდებელი საქართველოს საკანონმდებლო და პოლიტიკური რეფორმებით გაღიზიანებულმა ყოფილი საბჭოთა საქართველოს შემადგენელმა ორმა ავტონომიურმა რეგიონმა - სამხრეთ ოსეთმა და აფხაზეთმა დამოუკიდებლობა გამოაცხადა (1991 და 1992 წ.წ.). კონფლიქტი ომში გადაიზარდა, რასაც ეთნიკური

ნიშნით ქართული მოსახლეობის წმენდა მოჰყვა. ცეცხლის შეწყვეტის დაფიქსირების შემდგომ მონიტორინგი გაეროს სამშვიდობო ჯარებს დაეუკლა (19991 წელს ცხინვალის რეგიონში და 1993 წელს აფხაზეთში). 1994 წლის გაზაფხულიდან, პოლიტიკური არასტაბილურობის მიუხედავად, ორივე სეპარატისტულ რეგიონში შედარებითი სიმშვიდეა და ისინი კელაენ-დებურად არ ცნობენ საქართველოს ცენტრალურ ხელისუფლებას და ორივე რეგიონის სტატუსი მოლაპარაკების დონეზეა. დაახლოებით 264000 ქართველი იძულებული გახდა, დაეტოვებინა კონფლიქტური გარემო და თავშეუფარა საქართველოს სხვა კუთხეში ემოვა. ამგვარმა პოლიტიკამ, ეთნოკონფლიქტებმა, იძულებითმა მიგრაციამ, ხანგრძლივმა ადგილმონაცვლეობამ, ინფრასტრუქტურის რღვევამ, ეკოლოგიურმა ნგრევამ, გაუარესებულმა საგარეო ვაჭრობამ კატასტროფიულად იმოქმედა ეკონომიკაზე და ყველაფერმა ერთად ჯანდაცვის სისტემაზე განსაკუთრებით დაზარალდა დედთა და ბავშვთა დაცვის სისტემა. შეიცვალა ცხოვრების მრავალი ასპექტი, მათ შორის შობადობის არსი და მნიშვნელობა.

კავკასიელი ქალები ტრადიციულად ადრე თხოვდებიან და შვილოსნობას ადრეულ ასაკში იწყებენ. ბავშვი აღიქმება, როგორც ოჯახის სიმტკიცის სიმბოლო. არსებული პირობებიდან გამომდინარე ახალგაზრდა დედები და ცოლები ეკონომიკურ და სოციალურ დახმარებას თავიანთი ოჯახებიდან იღებენ. ადგილობრივი კულტურისათვის ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობები მიუღებელია. მიუხედავად იმისა, რომ ქართველი ქალების განათლების დონე აღმატება მამაკაცებისას, ქალთა უმეტესობას არა აქვს მიღებული განათლების შესაბამისი სამუშაო. გათხოვების შემდეგ მეტი წილი ქალებისა თავს ანებებს სამსახურს ან დროს ვერ პოულობს საკუთარი კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. მოსამსახურე ქალებს ძალზედ ცოტა თავისუფალი დრო აქვთ, რადგან დროის მეტ წილს დიასახლისობას ანდომებენ. შესაბამისად, პოლიტიკის სფეროში ქალთა აქტივობა კაცებთან შედარებით ბევრად უფრო დაბალია. ამაში ნაწილობრივ კულტურული და ეკონომიკური წინააღმდეგობები იკვეთება, ნაწილობრივ კი საზოგადოებრივი აზრის უარყოფითი სტერეოტიპი, რაც ჩამოყალიბდა ქვეყნის დამოუკიდებლობის გამოცხადების პირველ წლებში ხელისუფლების დამცველ ქალთა აქტივობით.

დღესაც კი, როცა მასმედია და ცხოვრების დასავლური წესი შედარებით ხელმისაწვდომია, რეგიონის ქალთა სტატუსში ცვლილებები სხვა ქვეყნებთან შედარებით უმნიშვნელოა. სკოლებში სქესობრივი განათლება ძალიან დაბალ დონეზეა. მიუხედავად მიღებული განათლებისა, ქალების მეტი წილი უმუშევარია ან მუშაობს მცირე ხელფასიან სამსახურში. ღარიბ ქალებს მწირი ინფორმაცია აქვთ ცხოვრების სტილის ალტერნატიულ არჩევანზე, ნაკლებად განაგებენ საკუთარ ცხოვრებას, ნაკლებად არიან გათვითცნობიერებული საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხებში, არ იცნობენ ოჯახის დაგეგმარების საშუალებებს.

ამჟამად შობადობის დონემ ჩანაცვლების დონეზე, ანუ როცა ერთ ქალზე ორ მშობიარობაზე ოდნავ მეტი მოდის, დაბლა დაიწია. შვილოსნობის რეგულაციის ძირითადი საშუალება ლეგალური აბორტია. მიუხედავად ქვეყანაში არსებული კონტრაცეპტივების საკმაო მარაგისა (კონდომი, საშვილოსნოს შინა საშუალებები, აბები და ბარიერული საშუალებები) კონტრაცეპციის თანამედროვე საშუალებების მოხმარების წილი სასურველზე დაბალია. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგდ) და

აივ/შიდის დონე მატულობს. ორსულობასთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილიანობა ევროპის მეტი წილი ქვეყნების დონესთან შედარებით მაღალია. მაგ. ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით 1997 წელს რეგისტრირებულია ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომი გართულებების 5945 შემთხვევა (112 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე). იმავე წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც მაღალია. (70 სიკვდილი ყოველ 100.000 ცოცხალშობილზე), ეს მაჩვენებელი 1999 წელს შემცირდა 513-მდე ყოველ 100.000 ცოცხალშობილზე. ოფიციალური მონაცემებით ბაეშეთა სიკვდილიანობამ ოდნავ ეკლო 24,9/1000-დან 1997 წელს 23,4/1000-მდე 1999 წელს. მიუხედავად კლებისა, ეს მაჩვენებლები რეგიონის სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებთან შედარებით კვლავინდებურად მაღალია. მთავრობა ცდილობს მთელი ქვეყნის ტერიტორიაზე განაგრძოს ოჯახის დაგეგმვის სამსახური, რაც ჯანდაცვის რფორმის შემადგენელი ნაწილია და გამიზნულია სტად-ის მაღალი დონის შემცირებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების გასაუმჯობესებლად. 1999 წლის ნოემბერში საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრმა დაამტკიცა ახალი ეროვნული პროგრამა სახელწოდებით „რეპროდუქციული სამსახურის განვითარება საქართველოში“. ახალი პროგრამა რამოდენიმე ნაწილისაგან შედგება: ა) ოჯახის დაგეგმვა; ბ) სტად-აივ/ შიდის; გ) მუცლადყოფნისა და პერინატალური ზედამხედველობა; დ) სქესობრივი განათობა; ე) ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგი.

2000 წლის მაისში პარლამენტმა დაამტკიცა ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის გამტარებელი დოკუმენტი. მასში ფორმულირებულია საქართველოს ჯანდაცვის პრიორიტეტები, რომლებშიც წამყვანი უპირატესობით სარგებლობს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება 2010 წლამდე; სოციალურად საშიში, გადამდები დაავადებების შემცირება; ფსიქიური ჯანმრთელობა; ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დანერგვა და უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

ქვეყანაში არსებული მწვავე დემოგრაფიული სიტუაცია, დაბალი შობადობა, დედათა და ბაეშეთა სიკვდილიანობის შედარებით მაღალი მაჩვენებლები და მზარდი გარემოგარაციული მოვლენები ქვეყანაში დეპოპულაციის საშიშროებას ქმნიან. მოცემულ სიტუაციაში პირველი რიგის მნიშვნელობა ენიჭება დედათა და ბაეშეთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, დედათა და ბაეშეთა სიკვდილიანობის შემცირებას.

ამას გარდა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის ძალზედ მნიშვნელოვანია ჯანმრთელი სტარტი, ანუ პრე- და პოსტნატალური პერიოდის ბაეშეთა განვითარებაზე განსაკუთრებული ზრუნვა და მონიტორინგი. დედათა და ბაეშეთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პრიორიტეტი განაპირობა ჯანმრთელი, პარამონიულად განვითარებული, სოციალურად აქტიური ახალი თაობის საჭიროებამ.

ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საშიზენ დედათა სიკვდილიანობის შემცირებაა. ამ მიზნის მისაღწევად საჭიროა შეიქმნას ოჯახის დაგეგმვის ყოვლისმომცველი სისტემა და გაუმჯობესებული პრენატალური ზრუნვის სამსახურები. ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის არანაკლებ მნიშვნელოვანი საშიზენა მკვდრადშობილებისა და ცოცხლადშობილების სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სტად) პრევენცია, რეალური სიტუაციის შეფასება და ღონისძიებათა სწორი

დაგეგმვა ზემოთ აღნიშნული მიზნების განხორციელების წინაპირობაა. 15-44 წლის ქალებში, ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა, რომელიც 1999 წლის ბოლოს და 2000 წლის დასაწყისში ჩატარდა (99GERHS), არის პირველი ეროვნული მასშტაბის გამოკითხვა, რომლის მიზანია საქართველოში მცხოვრებ ქალთა და მათ შორის იკპ-თა ჯანმრთელობის არსებულ სტატუსზე, რაც შეიძლება ფართო ინფორმაციის მოპოვება. 99GERHS ძირითად მიზანს შეადგენს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მრავალმხრივი გამოკვლევა და ამ მხრივ მათ საჭიროებათა მოძიება. შერგროვეული ინფორმაციით გაუმჯობესდება სამშობიარო სამსახურები, შეიცვლება ჯანმრთელობის პროგრამების სტრატეგია და შემუშავდება ახალი გეგმები. საბჭოთა პერიოდის ჯანდაცვის სტრუქტურა და ბიუჯეტი სტანდარტული იყო მთელი საბჭოთა კავშირისათვის, ქვეყნისთვის სპეციფიური ინფორმაცია კი ლიმიტირებული იყო. პირველი შემთხვევაა, როცა ქვეყანაში მოსახლეობის მონაცემთა ბაზები ხელმისაწვდომია და დოკუმენტირებულია როგორც ეროვნულ, ისე რეგიონალურ დონეზე. საქართველოში აქამდე არასოდეს ჩატარებულა ქვეყნის მასშტაბით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა. ამდენად, ამ გამოკითხვით მოპოვებული ინფორმაცია ძალზედ ფასეულია, ვინაიდან დეტალურადაა აღწერილი ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსი (ჯეს) საქართველოში. ფართომასშტაბიანი გამოკითხვით შეგროვილი რჯეს ინდიკატორების მონიტორინგი გარკვეული დროის განმავლობაში ხელს შეუწყობს ახლად განხორციელებული ინტერვენციების შეფასებას. პასუხების მაღალი მანევრებლუბი (98%) ზრდის მონაცემთა ნდობის ფაქტორს და განაპირობებს სამომავლოდ ამ მეთოდოლოგიით მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინფორმაციის შერგროვებას.

ჯანმრთელობის სისტემის რეფორმის საწყის ეტაპზე პრიორიტეტები დგინდებოდა ქვეყნის ფინანსური შესაძლებლობიდან გამომდინარე. რეორიენტაციის შედეგად შეიცვალა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა და ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი ნაწილი დაფუნდა სადაზღვევო პრინციპებზე. ამგვარად, ნაციონალური ჯანდაცვის სამსახურებისთვის პრიორიტეტების განსაზღვრა ნაციონალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთერთ ძალზედ მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს. ფინანსური, მატერიალური და ადამიანური რესურსების მიმართვა შერჩეული, პრიორიტეტული სფეროებისაკენ და სხვადასხვა სექტორების პასუხისმგებლობა და მონაწილეობა, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაწყვეტად. ჯანდაცვის პრიორიტეტების მიღწევის პროცესში მონიტორინგის პრინციპებს შეადგენს მენციურული მონაცემები, შეფასება და ანგარიში.

ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკის ძირითად ამოცანას შეადგენს დედათა ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება აბორტის პროცენტული რაოდენობის შემცირებით. ამის მიღწევა შესაძლებელია ძირითადად ადვილად ხელმისაწვდომი, თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარების დონის გაზრდით. გამოკითხვის მნიშვნელოვან თემს წარმოადგენდა კონტრაცეპტივების გაერეკვლების დონე და ტენდენცია, კონტრაცეპტივების შერეული მეთოდი, მათი მოხმარების სახეობები და ხელმისაწვდომი კონტრაცეპტიული სამსახურები. და ბოლოს, გამოკითხვის მიზანს შეადგენდა ქალების მოსაზრებისა და დამოკიდებულების გამოკვლევა ორსულობის პროფილაქტიკის სპეციფიურ მეთოდებზე; მათი ცოდნის დონის დადგენა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შერჩევით საკითხებზე, მათი მოსაზრება

სამომავლოდ კონტრაცეპტივების მოხმარებასთან დაკავშირებით, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის დადგენა და განათლების, ინფორმაციის, საკომუნიკაციო ცნობების განვითარების ხელშეწყობა.

ოფიციალური წყაროების დაგვიანებული განცხადებით მოსახლეობის მკვეთრად შემცირების (1998 წლის 5 135 000-დან 1999 წლის 4 600 000-მდე) მიზეზი უკეთესი საცხოვრებელი პირობების მაძიებელი გარე მიგრაციაში გადასული მოსახლეობის ნაწილია, რომელსაც სეპარატისტული ავტონომიების მაცხოვრებელთა რიცხვი ემატება. მიუხედავად იმისა, რომ მთელი მოსახლეობის ახალი პროექცია შეესაბამება სხვა დამოუკიდებელი პოპულაციების პროექციებს (მაგ. აშშ მოსახლეობის აღწერის ბიურო, საქართველოს მოსახლეობის კვლევის ნაციონალური ცენტრი), რომლებშიც არ არის მოცემული ასაკობრივი და სქესობრივი დიფერენციალები, ხოლო სხვადასხვა ქვეჯგუფებისათვის გამოკვლეული ჯანმრთელობის ინდიკატორები შეგნებულად შემცირებულია, რაც ცხადი ხდება, როცა მნიშვნელოვანი იყენებენ უფრო დიდი პოპულაციის მაჩვენებლებს. ამგვარად, მოსახლეობის სარწმუნო სტატისტიკის არქონის პირობებში გამოკითხვის მონაცემებს არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება არსებული რეპროდუქციული სტატუსის და ბოლოდროინდელი ტენდენციების დასაფიქსირებლად. თუმცა, გამოკითხვის მონაცემების და ოფიციალური მონაცემების შედარება თითქმის შეუძლებელია სარწმუნო დემოგრაფიული სტატისტიკის არარსებობის გამო.

ამგვარად, საქართველომ განიცადა დიდი სოციალ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ძვრები: სამოქალაქო ომები, იძულებითი მიგრაცია და ადგილმონაცვლეობა, ეკონომიკური სიდუხჭირე, მოშლილი სოციალური სამსახურები, რომლებშიც აისახა პრაქტიკულად ცხოვრების ყველა ასპექტში. დაახლოებით 279.000 იძულებით გადაადგილებული პირი (იგპ) გაფანტულია ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე. ამ კონტინგენტის ნახევარზე მეტი სახელმწიფო დაწესებულებებშია განსახლებული. საჭიროა მთელი ინფორმაციის ქონა, რომ დადგინდეს მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსი ტრანზიტულ პერიოდში. ამ პერიოდისათვის დამახასიათებელია ღრმა ცვლილებები როგორც ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ისე ჯანმრთელობის სამსახურების მხრივ. ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა, რომელიც ჩატარდა საქართველოში 1999 წლის ბოლოს – 2000 წლის დასაწყისში (99 GERHS) არის პირველი, მთელი ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული გამოკითხვა, რომლის მიზანი იყო, რაც შეიძლება მეტი ინფორმაციის მოპოვება საქართველოში მცხოვრები ქალების ჯანმრთელობის სტატუსის დასადგენად. გამოკითხვამ მოიცვა იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობაც. 99 GERHS სპეციფიურად შედგენილი კითხვარია, რომლის მიზანს შეადგენს:

საქართველოში ფერტილობის, აბორტების, კონტრაცეპტივების და სხვა სახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების განსაზღვრა.

ახალი პოლიტიკის მესვეურების, პროგრამის მენეჯერებისა და მკვლევარების ხელშეწყობა, არსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების შეფასება და ახალი სტრატეგიების განვითარება.

იმ ფაქტორების შესწავლა, რომელიც ზემოქმედებას ახდენს ფერტილობაზე, კონტრაცეპტივების მოხმარება, დედათა და ბავშვთა

ჯანმრთელობა, გეოგრაფიული და სოციო-დემოგრაფიული ფაქტორები, ძუძუთა კვება, ხელოვნური აბორტი და ოჯახის დაგეგმვის სამსახურები.

არასასურველი ფეხმძიმობის რისკის მქონე ქალების მახასიათებლების იდენტიფიცირება.

15-24 წლის ასაკის ქალების ცოდნაზე, დამოკიდებულებებზე და ქცევაზე მონაცემთა მოპოვება.

მონაცემების მოპოვება შიდსის პრევენციის, სეგდ სიმპტომის და ინფიცირების ცოდნის დონეზე.

მაღალი რისკის ამოცნობა და მათზე დამატებითი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევების მიმართვა.

ხანგრძლივად დევნილობაში მყოფი ქალების მონაცემთა მოპოვება.

გამოკითხვა არ იქნებოდა წარმატებული ამერიკული და ქართული მხარის მრავალი ორგანიზაციის მონაწილეობის, მხარდაჭერის და თანამშრომლობის გარეშე. პროექტს ფინანსური მხარდაჭერა აღმოუჩინა USAID, UNFPA, UNICEF და UNHCR-მა. დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსთან ურთიერთთანამშრომლობის საფუძველზე პასუხისმგებლობა აიღო გამოკითხვის ჩატარებაზე და შედეგების განეცობაზე.

ლეო მორისმა და ფლორინა სერბანესკუმ კოორდინირება გაუწიეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განყოფილების, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების მონაწილეობას და ტექნიკურ მხარდაჭერას გამოკითხვის დაგეგმვის და ორგანიზების, კითხვარის შემუშავების, მონაცემთა ანალიზის და საბოლოო ანგარიშის მომზადებაში.

ულრმესი მაღლობა ყველას ამერიკაშიც და საქართველოშიც, ვინც არ დაზოგა არც დრო და არც ენერჯია, რათა გამოკითხვა ხარისხიანად და წარმატებით ჩატარებულიყო.

თავი II

მეთოდოლოგია

2.1. შერჩევის ღირებულება

1999 წლის GERHS-ის მონაცემთა საფუძველს წარმოადგენს 7 798 ქალთან პირისპირ, სახლებში ჩატარებული ინდივიდუალური გამოკითხვა. კვლევის მიზანს შეადგენდა საქართველოს ტერიტორიაზე მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის წარმომადგენლობითი შერჩევის ქალებისაგან ინფორმაციის მოპოვება. გამოკითხული ქალებიდან შერჩა საქართველოში (სამხრეთ ოსეთის და აფხაზეთის გარდა), ოჯახში მცხოვრები 6 143 რესპონდენტი, რომელთა ასაკი ვარირებდა 15-დან 44 წლამდე, განურჩევლად მათი ოჯახური მდგომარეობისა, და რომლებიც გამოკითხვის დროისათვის იმყოფებოდნენ საქართველოში. ქალების ამ ფენის გარდა გამოკითხვა ჩატარდა 1 655 იძულებით გადაადგილებულ ქალს (იგქ) აფხაზეთიდან და ცხინვალის რეგიონიდან, რომლებიც ამჟამად კომპაქტურად არიან დასახლებული სახელმწიფო დაწესებულებებში. ამ ფენის ჩართვა გამოკვლევაში აუცილებელი იყო საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ქალების საჭიროებების სრული სურათის მისაღებად. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში იძულებით გადაადგილებულ პირთა თითქმის ნახევარი ცხოვრობს კერძო ბინებში (ცალკე ან ნათესავეებთან ერთად), მათი საკმარის მნიშვნელოვანი ნაწილი იმპროვიზირებულ კომპლექსურ სახით ეკვდა ცხოვრობს სათემო ცენტრებში (სასტუმროებში, სკოლებში, საბავშვო ბაღებში, ფერმებში, ქარხნებში და სხვა ტიპის შენობებში). დღეს არსებული მონაცემებით 100 000-ზე მეტი იძულებით გადაადგილებული პირი ცხოვრობს კომპაქტური დასახლების ცენტრებში (UNHCR, 1999). 1999 წლის GERHS-ში იგქ შერჩევა მოხდა სახელმწიფო დაწესებულებებში (კომპაქტური დასახლების ცენტრებში) მცხოვრები იძულებით გადაადგილებულ პირთა ოჯახებიდან; სხვა შემთხვევაში ეს ქალები გამოაკლდებოდნენ კვლევას, რომელშიც შერჩევის ჩარჩოს წარმოადგენდნენ საცხოვრებელი სახლების ბინადარი. 1 655 იძულებით გადაადგილებული ქალისაგან შემდგარი შერჩევა წარმოადგენდა სახელმწიფო შენობებში კომპაქტურად მცხოვრებ ყველა იძულებით გადაადგილებულ ქალს. დეტალური ინფორმაცია მათი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ მოყვანილია ცალკე გამოცემულ წინასწარ ანგარიშში (Serbanescu et al., 2000). წინამდებარე საბოლოო ანგარიშში იგქ შერჩევა, რომელსაც ჭარბშერჩევითობის გამო შესაბამისი სტატისტიკური წონა აქვს, მოცემულია ოჯახურ შერჩევასთან კომბინაციაში, რაც კვლევის შედეგებს წარმომადგენლობით ხასიათს ანიჭებს საქართველოში მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალისათვის, განურჩევლად მათი საცხოვრებელი პირობებისა.

საველე სამუშაოები ტარდებოდა 1999 წლის 7 ნოემბრიდან 2000 წლის 31 მარტამდე. ოჯახური და იგქ შერჩევების სასურველი სიდიდე ჭარბ-შერჩევითობის ჩათვლით იმერეთის რეგიონისათვის შესაბამისად დაახლოებით 6 000 და 1 500 რესპონდენტს შეადგენდა. ვინაიდან პასუხთა მარჯვენა-

ლი მოსალოდნელზე მაღალი აღმოჩნდა, შერჩევის ფაქტიური მოცულობა აჭარბებს დაგეგმილს.

კითხვარი შეიცავდა ინფორაციას ყოველი გამოკითხული ქალის განათლებაზე, დასაქმებაზე, საცხოვრებელ პირობებზე და სხვა ფონურ მახასიათებლებზე, აგრეთვე ოჯახურ მდგომარეობაზე, სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილებაზე, ფეხმძიმობის და კონტრაცეპტივების გამოყენების ისტორიებს. დამატებითი კითხვების მეშვეობით შეისწავლებოდა დედამა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორები, ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მქონე ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევები (თამბაქოს წევვისა და ალკოჰოლის მიღების ჩათვლით), ქალთა დისპანსერული გამოკვლევის პრაქტიკა, ძალადობა სქესობრივი პარტნიორის მხრიდან (ძსპ). მთელი გამოკითხვის ინსტრუმენტი მოყვანილია ამ ანგარიშის დანართ Q-ში.

კომპლების გამოკითხვისას გამოიყენებოდა მრავალსაფეხურიანი შერჩევის მეთოდი მოდერნიზებული შერჩევის სქემის მიხედვით, რომელიც მომზადებული იყო სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ მრავლობით ინდიკატორთა კლასტერული გამოკითხვისათვის (მიკგ), რომელიც ერთობლივად ჩაატარეს UNICEF-მა და NCDC-მა 1999 წლის ივლისში. მიკგ-ს ჩარჩო ითვალისწინებდა ეროვნული მასშტაბით (აფხაზეთისა და ცხინვალის რეგიონის გამოკლებით, რაც პოლიტიკური არასტაბილობით იყო გამოწვეული) მონაცემების შეგროვებას მათი სუბნაციონალური შეფასებებით. ქვეყნის თორმეტი რეგიონი დაჯგუფდა გამოკითხვის შვიდ რეგიონად, და გამოკითხვის ყოველ რეგიონში განხორციელდა დამოუკიდებელი შერჩევა-რეგიონების დაჯგუფება განხორციელდა გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის და მოსახლეობის სამედიცინო მახასიათებლების მსგავსების პრინციპით. (UNICEF, მიკგ პირველადი ანგარიში, 2000). შერჩევის ჩარჩო, რომელიც წარმოადგინა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტმა, მოიცავდა შვიდივე რეგიონს, რაიონს, სექტორს, მოსახლეობის აღწერის დათვლის უბნებს და მოსახლეობის აღწერის ჩატარების პუნქტებს ყველა კომლის მისაბარტის მითითებით. უმცირესი ერთეულის - აღწერის პუნქტის - სიდიდე 20-დან 60-მდე კომლია (HHs); ზომით მომდევნო ერთეული - მოსახლეობის აღწერის დათვლის უბანი მოიცავს 4-5 აღწერის პუნქტში გაერთიანებულ 67-დან - 900-მდე ოჯახს; სექტორი წარმოადგენს 3-5 აღწერის დათვლის უბნის კომბინაციას. ყველა სექტორი 53 რაიონად იქნა დაჯგუფებული, რამაც საბოლოო ჯამში მოგვცა 12 რეგიონი (რაც თავის მხრივ გადაჯგუფდა 7 რეგიონად მიკგ შერჩევის ჩარჩოს შემთხვევაში). UNICEF-ის გამოკითხვისათვის დაჯგუფებული შვიდი რეგიონიდან რამდენიმე რეგიონი (მცირე ზომისაა (მაგ. კახეთი, აჭარა) და ზოგ შემთხვევაში არ იძლევა დამოუკიდებელი შეფასების საშუალებას. ამგვარად, წინამდებარე ანგარიშში კახეთის რეგიონი წარმოდგენილია, როგორც ჩრდილო-აღმოსავლეთის, ხოლო აჭარა - როგორც დასავლეთის რეგიონის ნაწილები. დაჯგუფებული რეგიონების დეტალური აღწერა მოყვანილია ცხრილი 2.1-ის სქოლიოში.

სამეტაბიანი შერჩევის სქემის პირველი ეტაპი წარმოადგენდა მოსახლეობის აღწერის სექტორების შერჩევას კომპლების რაოდენობის პროპორციული აღბათობით. ამის განსახორციელებლად გამოიყენეთ შემთხვევით შერჩეული სისტემატური საწყისი წერტილი ყოველ ფენაში; პირველი ეტაპის შერჩევამ მოიცვა 300 სექტორი: თბილისი (73), იმერეთი-ქალაქის მოსახლეობა - (28), სხვა ქალაქების მოსახლეობა (59), იმერეთი სოფლის

მოსახლეობა (27) და სხვა სოფლების მოსახლეობა (113). შერჩევის მეორე ეტაპზე პირველ ეტაპზე არჩეულ ყოველ აღწერის სექტორში შემთხვევითი მეთოდით შეირჩა ოჯახური კლასტერები. კლასტერების ზომის განსაზღვრა ხდებოდა 20 სრული ინტერვიუს მისაღებად საჭირო კომპლების რაოდენობის საფუძველზე (საშუალოდ ეს 38 კომპლს შეადგენდა). კომპლების საერთო რაოდენობა თითო კლასტერში ითვალისწინებდა დაუსახლებელ საცხოვრისებს, 15-44 წლის ასაკის ქალების საშუალო რიცხვს, კომპლის მხოლოდ ერთი წევრის ინტერვიუებას და წინასწარ გამოთვლილი პასუხების მაჩვენებელს, რამაც ქალაქში შეადგინა 90%, ხოლო სოფლად - 92%. და ბოლოს, ყოველ შერჩეულ ოჯახში (თუ ოჯახში ერთზე მეტი ქალი იყო) გამოიკითხა 15-44 წლის ასაკის მხოლოდ ერთი შემთხვევით შერჩეული რეპროდენტი ქალი.

1999 წლის GERHS-ის შერჩევა შეიცავდა 2 ჭარბშერჩევას: ა) რეგიონის ჭარბშერჩევას და ბ) მოსახლეობის ჭარბშერჩევას სახელმწიფო დაწესებულებებში კომპაქტურად ჩასახლებულ იძულებით გადაადგილებულ პირებს შორის. იმერეთის რეგიონში ჭარბშერჩევა გაკეთდა პროგრამული მოსაზრებით. ისევე, როგორც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა რამოდენიმე გამოკვლევაში, რომლებიც უკანასკნელ დროს ჩატარდა აღმოსავლეთ ევროპაში CDC-ის ხელშეწყობით (1996 და 1999 წლების რუსეთის სამი ოლქის გამოკვლევა, 1999 წლის რუმინეთის ეროვნული გამოკვლევა და 1999 წლის ეროვნული გამოკვლევა უკრაინაში), ჭარბშერჩევამ იმერეთში ნათელყო, თუ როგორი შეიძლება იყოს გამოკითხვის დიზაინი და მისი ინტეგრირება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების შემუშავებაში, მონიტორინგში და შეფასებაში. იმერეთის რეგიონის ჭარბშერჩევა სპეციალურად იყო დაგეგმილი რეგიონალური მასშტაბის ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროექტის ზემოქმედების გასაზომად, რომელიც წარმოადგენს ეროვნული და საერთაშორისო (USAID და ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსი) სააგენტოების მრავალწახნაგოვან ერთობლივ ძალისხმევას. პროექტის მიზანია შეამციროს მოსახლეობის დამოკიდებულება ხელოვნურ აბორტზე ჩასახვის საწინააღმდეგო ეფექტური მეთოდების ხელმისაწვდომობის გაზრდით, და ჯანსაღი ქცევითი ჩვევების - რუტინული გინეკოლოგიური გასინჯვების, საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს პროფილაქტიკური გამოკვლევების პროპაგანდით. პროექტი ითვალისწინებს სხვადასხვა ინტერვენციებს, მაგალითად ქალთა ჯანმრთელობის თანამედროვე კლინიკების დაარსებას, ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგს, IEC შეტყობინებების შემუშავებას, სოციალურ მარკეტინგს და მდლალხარისხოვანი კონტრაცეპტიული საშუალებების და მომსახურების უზრუნველყოფას.

იკვ ჭარბშერჩევა პროგრამული მიზნითაც იყო განპირობებული და მის ამოცანას წარმოადგენდა იკვ ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთეობის შეფასება UNHCR-ის მიერ 1994 წლიდან დაწყებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამის ბოლო ეტაპზე.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჭარბშერჩევა პროგრამული მიზნით იყო განპირობებული. კერძოდ, მისი მიზანია UNCHR-ის მიერ 1994 წლიდან განხორციელებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამის დასასრულს იძულებით გადაადგილებულ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება. ამის გარდა, ეს იმ ფაქტმაც განაპირობა, რომ სახელმწიფოს სტატისტიკური დეპარტამენტის ოჯახური შერჩევა არ მოიცავს

ოჯახებს, რომლებიც ცხოვრობენ არასაცხოვრებელ სახელმწიფო დაწესებულებებში (კოლექტიურ ცენტრებში). ეს შერჩევა გამოყენებული იყო სამედიცინა და ზოგადი ცენტრების მიხედვით. პირველ ეტაპზე საქართველოს ტერიტორიაზე ყველა კოლექტიურ ცენტრში მცხოვრები იკმ რიცხვის პროპორციულად შეირჩა 74 კოლექტიური ცენტრი. ცენტრების უმრავლესობა განლაგებულია სამეგრელოს, ზემო სვანეთისა და გურიის რეგიონებში (23), თბილისში (20) და იმერეთის რეგიონში (19). რადგან ინფორმაცია დაუსაქმებელ იკმ ოჯახებზე და 15 - 44 წლის ასაკის ქალების საშუალო რაოდენობაზე ერთ იკმ ოჯახში არ იყო ცნობილი, კლასტერის ზომა გამოვიყენეთ ქალაქის ოჯახური შერჩევიდან, რადგან იკმ კოლექტიური ცენტრების უმრავლესობა ქალაქებშია განლაგებული. იძულებით გადაადგილებულ პირთა ოჯახებშიც ოჯახური შერჩევის მსგავსად შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით გამოიკისხა მხოლოდ ერთი 15-44 წლის ასაკის ქალი. იკმ შერჩევა აღინიშნებოდა, როგორც 99GERHS-ს მეექვსე ფენა. წინასწარ ანგარიშში მონაცემები იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შესახებ პროგრამული მოსაზრებით ცალკე იყო მოყვანილი. წინამდებარე საბოლოო ანგარიშში მონაცემები საქართველოს ყველა რეპროდუქციული ასაკის ქალის შესახებ ერთიანად არის წარმოდგენილი, ხოლო იკმ სტატუსი იდენტიფიცირებულია სტრატეგიული ანალიზების უმეტესობაში.

საბოლოო ანგარიშში გამოყენებული წონები შეიცავენ იმერეთის რეგიონში (ქალაქად და სოფლად) ოჯახური ჭარბშერჩევის და იკმ ფენაში ქალების ჭარბშერჩევის კორექციის კომპონენტს; საბოლოო წონის მეორე კომპონენტი აწონასწორებს იმ ფაქტს, რომ ზოგ ოჯახში ერთზე მეტი შესაფერისი რესპონდენტი იყო. ამ ანგარიშში ყველა ცხრილში გარდა ცხრილი 2.1-სა მოყვანილია შეწონილი შედეგები. ამასთან, ყველა ცხრილში ნაჩვენებია ცვალებადობის შეფასებისათვის გამოყენებული შეწონავე შემთხვევების რიცხვიც. გამოკითხვა შეიძლება გამოვიყენოთ ეროვნული მასშტაბით შეფასებისათვის. ამის საფუძველს გვაძლევს ის დახვეწილი და სერუპულ-ზური პროცესი, რომლის მეშვეობით ხდებოდა მონაცემების "აწონვა", ანუ იმის განსაზღვრა, თუ რამდენ ქალს წარმოადგენდა შერჩევაში მოხვედრილი თითო ქალი.

2.2. მონაცემების შეგროვება

ინტერვიუებს იღებდა 35 ინტერვიუერი ქალი, რომელთა უმრავლესობა ექიმი იყო და რომლებსაც საველე სამუშაოების დაწყებამდე ჩაუტარდათ სპეციალური ტრენინგი ინტერვიუს აღების ტექნიკაში, კითხვარის შინაარსსა და გამოკითხვის პროცედურაში. საველე სამუშაოებს ხელმძღვანელობდნენ დააადებდათ კონტროლის ეროვნული ცენტრისა (დკეც) და ჯანდაცვის სამინისტროს თანაშრომლები. ინტერვიუერების ტრენინგს ხელმძღვანელობდნენ დკეც და ჯანდაცვის სამინისტრო. გამოკითხვის დირექტორი იყო დოქტორი ნიკა ნუცუბიძე, დირექტორის მოადგილე - ბატონი პაატა იმნაძე, პროექტის მენეჯერი - ნელი ჩაკვეტაძე და CDC-ის გუნდი (დოქტორი ანა შაპარიშვილი, ექიმ-ეპიდემიოლოგი, დოქტორი ფლორინა სერბანესკუ ექიმ-ეპიდემიოლოგი და დოქტორი ნატალია მელნიკოვა). ინტერვიუერების ტრენინგი ჩატარდა დკეც-ის სათავე ოფისში უშუალოდ მონაცემების შეკრების წინ. იგი შედგებოდა ერთკვირიანი საკლასო მეცადინეობისაგან, რომლის დროს ინტერვიუერებს ასწავლიდნენ ველზე მუშაობის პროცე-

დურებს და კითხვარის სათანადო შევსებას, და ერთკვირიანი საველე პრაქტიკული მეცადინეობისაგან მასწავლებლების უშუალო მეთვალყურეობით. ტრენინგის პერიოდის დასასრულს შეირჩა ქალთა ექვსი ბრიგადა ოთხი ინტერვიუერისა და ერთი ზედამხედველის შემადგენლობით. საველე სამუშაოების შესრულებას ზედამხედველობას უწევდნენ საველე სამუშაოების ორი კოორდინატორი (მარინა შახნაზაროვა და ხათუნა ზახაშვილი), საველე სამუშაოები დაიწყო 1999 წლის ნოემბერში და გაგრძელდა 2000 წლის მარტის ბოლომდე. თითოეულ ბრიგადას დაევალია ქვეყნის ყველა რეგიონში პირველადი შერჩევის რიგი პუნქტების მონახულება. ინტერვიუებს რესპონდენტების სახლებში იღებდნენ. თითო ინტერვიუ საშუალოდ ორმოცი წუთი გრძელდებოდა (თუ არ ჩავთვლით იმ 95 ინტერვიუს, რომელშიც არ იყო მითითებული ხანგრძლივობა). თითქმის ყველა ინტერვიუ ქართულად იყო აღებული. ინტერვიუებში რუსულენოვანი კითხვარიც აქონდათ. ყველა ინტერვიუერი ორივე ენას ფლობდა. პირველადი შერჩევის ზოგ პუნქტში ბრიგადებს ეხმარებოდნენ აზერბაიჯანულად მოლაპარაკე თარჯიმნები. შევსებულ კითხვარებს ჯერ ბრიგადების ზედამხედველები განიხილავდნენ საველე პირობებში, ხოლო შემდეგ საველე სამუშაოების კოორდინატორებს ისინი დასამუშაებლად მიჰქონდათ ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ეროვნულ ცენტრში (სსიცი).

2.3. პასუხების მაჩვენებელი

როგორც ცხრილი 2.1-დან ჩანს, 55% ოჯახში შერჩევაში მოხვედრილი 14 495 კომლიდან მინიმუმ ერთი ქალი მაინც აკმაყოფილებდა რესპონდენტი-სადმი წაყენებულ პირობას (იყო 15-44 წლის). ინტერვიუებ უარის თქმის ალბათობა ოდნავ უფრო მაღალი იყო ქალაქის ოჯახების შერჩევაში, მაგრამ უარის მაჩვენებელი ერთ პროცენტზე ნაკლები აღმოჩნდა. ასე მაგალითად, 7 896 კომლიდან, სადაც მინიმუმ ერთი ქალი პასუხობდა რესპონდენტის კრიტერიუმებს, წარმატებით გამოიკითხა 7 798 ქალი (თითო ოჯახში მხოლოდ ერთ რესპონდენტს ირჩევდნენ შემთხვევითი შერჩევით), რაც იძლევა 98.8% პასუხების მაჩვენებელს. პრაქტიკულად ყველა შერჩეული რესპონდენტი, რომელთა ნახვა მოხერხდა, დათანხმდა ინტერვიუზე და აქტიურად თანამშრომლობდა ინტევიუერთან. პასუხების მაჩვენებელები რეგიონების მიხედვით თითქმის ერთნაირი იყო და მერყეობდა 98.3%-დან თბილისში 99.1%-მდე იმერეთში და ჩრდილო-აღმოსავლეთ რეგიონებში (კახეთის, შიდა ქართლის, მცხეთა-მთიანეთის და რაჭა-ლეჩხუმის ჩათვლით).

როგორც 2.1 ცხრილშია ნაჩვენები, შერჩევის გეოგრაფიული განაწილება რეგიონების მიხედვით ძალიან უახლოვდება საქართველოს სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტის (სსდ) მოსახლეობის შეფასების ბოლოდროინდელ ოფიციალურ მონაცემებს. მოსახლეობის ამ კონტინენტის 1989 წლის აღწერის მონაცემებთან შედარებით ქალების რეგიონალური განაწილება შერჩევაში (იმის გათვალისწინებით, რომ ოჯახში გამოიკითხებოდა მხოლოდ ერთი რესპონდენტი და იმერეთის რეგიონში იძულებით ადგილნაცვალ ქალთა ჭარბშერჩევითობა იყო) თითქმის ისეთივეა, როგორც მოსახლეობის განაწილების ოფიციალურ შეფასებაში. მხოლოდ გურია და სამეგრელო აღმოჩნდა ოდნავ ზედმეტად წარმოდგენილი, რაც შესაძლოა ამ რეგიონებში აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა განსაკუთრებით დიდი ნაკადით იყო განპირობებული. რადგან შერჩევის ზომა არ

იძლევა ინდივიდუალური რეგიონების შეფასების საშუალებას (გარდა თბილისის, სადაც ცხოვრობს საქართველოს მოსახლეობის 20% და იმერეთისა, სადაც დამოუკიდებელი შედეგების მისაღებად მოხდა ჭარბშერჩევა), ყველა სხვა რეგიონი გეოგრაფიულად დაჯგუფდა. გეოგრაფიული დაჯგუფება ფართო რეგიონალური ანალიზის საშუალებას იძლევა, მაგრამ არ გულისხმობს რაიმე კულტურულ დაჯგუფებას. ამგვარად, წინამდებარე ანგარიშში ჩრდილო-აღმოსავლეთი რეგიონი მოიცავს კახეთს, შიდა ქართლს, მცხეთა-მთიანეთს და რაჭა-ლეჩხუმს; სამხრეთ რეგიონი მოიცავს ქვემო ქართლს და სამცხე-ჯავახეთს, ხოლო დასავლეთ რეგიონი - აჭარას, გურიას, სამეგრელოს და ზემო სვანეთს.

2.2 ცხრილის ქვედა სექტორში ქალების პროცენტული განაწილება შერჩევის ხუთ ასაკობრივ ჯგუფში შედარებულია 2000 წლის ოფიციალურ მონაცემებთან. სარწმუნო ინტერვალის გათვალისწინებით. ამ მონაცემებთან შედარების მიხედვით მოზარდი (15-19 წლის) ქალები ოდნავ ჭარბად, ხოლო 40-44 ასაკის წლის ქალები არასრულად არიან წარმოდგენილი გამოკითხვის შერჩევაში: შესაბამისად ორი და ერთი პროცენტული პუნქტით. აღნიშნული სხვაობა შესაძლოა გამოწვეულია რამოდენიმე ფაქტორით: პირველი, ოფიციალური შეფასებები წარმოდგენილია 1989 წლის აღწერით დაფიქსირებული ასაკობრივი შემადგენლობის პროექციით და შესაბამისად დამოკიდებული არიან კონტინგენტის დაბერების პროცირებისას მიღებულ დაშვებებზე, და მეორე, ოფიციალური შეფასებები ზუსტად ვერ ასახავენ 1991-1993 წლების შეიარაღებული კონფლიქტებით გამოწვეულ ეთნიკურ ადგილმონაცვლეობასა და მიგრაციას.

ცხრილი 2.1.

ოჯახებში ვიზიტის შედეგები და შერჩეული ქალების ინტერვიუების სტატუსი რეგიონების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000
(პროცენტული განაწილება)

ოჯახები	საცხოვრებელი ადგილი					რეგიონი*	სამხრეთი***	დასავლეთი***
	სულ	ქალაქი	სოფელი	თბილისი	იმერეთი			
დადგენილი რესპონდენტი****	54.5	55.4	53.1	57.0	52.0	49.7	55.7	57.0
ოჯახში არ არის შესაბამისი რესპონდენტი	35.9	34.2	38.4	33.5	38.7	39.7	31.6	35.3
დაუსაქმებელი კომლი	8.6	9.2	7.7	8.3	8.8	9.7	12.2	5.9
მობინადრეები შინ არ არიან	0.7	0.6	0.7	0.2	0.3	0.8	0.2	1.6
ოჯახმა უარი განაცხადა გამოკითხვაზე	0.4	0.7	0.1	1.1	0.3	0.1	0.3	0.1
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ოჯახების რაოდენობა								
შერჩეული ქალები								
სრული ინტერვიუ	98.8	98.7	98.8	98.3	99.1	99.1	98.7	98.9
შერჩეული რესპონდენტი შინ არ არის	0.3	0.3	0.3	0.4	0.1	0.0	0.3	0.4
შერჩეულმა რესპონდენტმა უარი განაცხადა ინტერვიუზე	0.4	0.5	0.2	0.7	0.3	0.4	0.3	0.2
სხვა****	0.6	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შერჩეული ქალების რაოდენობა	7,986	4,820	3,076	2,065	1,605	1,271	1,030	1,925
გამოკითხული ქალების რაოდენობა	7,798	4,759	3,039	2,029	1,590	1,259	1,017	1,908

* გარდა იმერეთის რეგიონისა, სადაც იძულებით გადაადგილებულ ქალთა ჭარბ შერჩევა იყო, და თბილისისა, შერჩევის ზომა არ იძლევა ინდივიდუალური რეგიონალური შეფასების საშუალებას. სხვა რეგიონები მხოლოდ გეოგრაფიულად, კულტურული დაჯგუფების გარეშე იყვნენ დაჯგუფებული.

** მოიცავს კახეთს, შიდა ქართლს, მცხეთა-მთიანეთს და რაჭა-ლეჩხუმს.

*** მოიცავს ქვემო ქართლს და სამცხე-ჯავახეთს

**** მოიცავს აჭარას, გურიას, სამეგრელოს და ზემო სვანეთს

***** მოიცავს 15-44 წლის ასაკის ქალებს სრულად შეესებულ ინტერვიუებით, ქალებს, რომლებიც არ იყვნენ სახლში, ქალებს, რომელთა ინტერვიუება ვერ მოხერხდა მათი ინვალიდობის გამო და ქალებს, რომლებმაც უარი თქვეს ინტერვიუზე.

***** ინვალიდი ქალები და ქალები დაუსრულებული ინტერვიუებით.

ცხრილი 2.2.

სრული ინტერვიუების მქონე ქალების პროცენტული განაწილების* შედარება ოფიციალურ შეფასებასთან რეგიონისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

	შერჩევა	±სარწმუნო ინტერვალი**	ოფიციალური შეფასება (1998)****
რეგიონი***			
ქახეთი	7.4	(0.7)	8.7
შიდა ქართლი, მცხეთა-მთიანეთი	9.9	(0.8)	10.0
ქვემო ქართლი; სამცხე-ჯავახეთი	15.9	(1.0)	16.5
აჭარა	7.3	(0.7)	7.9
გურია, სამეგრელო; ზემო საენეთი	15.7	(0.5)	1.1.
რაჭა-ლეჩხუმი	1.4	(0.5)	1.1
თბილისი	26.1	(1.2)	25.7
იმერეთი	16.2	(1.0)	16.2
სულ	100.0		100.0
ასაკობრივი ჯგუფი	შერჩევა	±სარწმუნო ინტერვალი**	ოფიციალური შეფასება 2000)***
15-19	20.0	(1.1)	16.9
20-24	16.8	(1.0)	16.4
25-29	15.6	(1.0)	14.9
30-34	15.9	(1.0)	16.7
35-39	17.5	(1.0)	18.8
40-44	14.3	(0.9)	16.4
სულ	100.0		100.0

*მიესადაგება იმერეთის რეგიონში იგპ შერჩევის ტარბშერჩევას (შერჩევის დისაინი) და კომლიდან მხოლოდ ერთი რესპონდენტის გამოკითხვას

**გარდა პლუს-მინუს 95% სარწმუნო ინტერვალისა (CI)

***რეგიონები მოყვანილია მხოლოდ იდენტიფიკაციის მიზნით სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის შერჩევის ჩარჩოს კოდებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად.

**** ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრის (სსიც) ოფიციალური შეფასებები

შერჩევის მახასიათებლები

3.1. კომლის მახასიათებლები

საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის განმარტების ანალოგიურად კომლის მცნება განისაზღვრა, როგორც პირი ან პირთა ჯგუფი, რომლებსაც საერთო ფინანსები და საცხოვრებელი ფართი გააჩნიათ. ოჯახში სტუმრად მყოფი პირები რესპონდენტებად არ ჩათვლილან. თითოეულ ოჯახში შემთხვევითი შერჩევით პერსონალური ინტერვიუ ჩამოართვეს მხოლოდ ერთ 14-დან 44 წლამდე ასაკის ქალს.

3.1.1 ცხრილში მოცემულია ერთ ოჯახში წვერთა რაოდენობის პროცენტული განაწილება და წვერთა საშუალო რაოდენობა ისეთი ოჯახებისათვის, რომლებშიც მინიმუმ ერთი, გამოკითხვისათვის შესაფერისი რესპონდენტი იყო. კომლები (52%), რომლებშიც გამოკითხვისათვის შესაფერისი რესპონდენტი იყო, ოთხი ან ხუთსულიანია. დაახლოებით ყოველი მეოთხე კომლი ექვსი ან მეტსულიანია. სოფლად ეს პროპორცია უფრო მაღალია და 1:3 უტოლდება.

ცხრილი 3.1.1.

ერთ კომლში წვერთა რაოდენობის პროცენტული განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და ისეთი კომლების წვერთა საშუალო რაოდენობა, რომლებშიც მინიმუმ ერთი, გამოკითხვისთვის შესაფერისი რესპონდენტი იყო. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

კომლის წვერთა რაოდენობა	საცხოვრებელი ადგილი				რეგიონი			
	სულ	ქალაქი	სოფელი	თბილისი	იმერეთი	ჩრდილო-აღმოსავლეთი	სამხრეთი	დასავლეთი
ერთ კომლში სულთა რაოდენობა								
ერთი	1.3	2.2	0.3	2.5	0.8	0.5	1.2	1.2
ორი	6.2	8.0	3.9	9.8	5.1	5.3	5.0	4.3
სამი	13.8	17.0	9.8	18.2	12.2	12.9	12.7	11.4
ოთხი	28.8	32.9	23.6	34.1	29.2	27.4	25.9	25.7
ხუთი	23.7	21.2	26.9	19.8	24.2	24.0	26.3	25.9
ექვსი	15.0	11.9	19.1	9.5	18.4	18.5	14.4	16.6
შვიდი	6.6	4.2	9.6	3.5	6.5	6.4	9.1	8.5
რვა და მეტი	4.5	2.8	6.8	2.6	3.7	5.0	5.4	6.4
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
წვერთა საშუალო რაოდენობა ოჯახში	4.7	3.4	5.1	4.2	4.7	4.8	4.8	4.9
შუაწონაი შემთხვევების რიცხვი	7 895	4 819	3 076	2 065	1 604	1 271	1 030	1 925

* ცხრილში შეტანილი არ არის 3 კომლი, რომელთა სულადობა უცნობია.

ცხრილი 3.1.2.

იძულებით გადაადგილებული პირებისა და ადგილობრივი მოსახლეობის ერთ კომლში წევრთა რაოდენობის პროცენტული განაწილება და წევრთა საშუალო რაოდენობა ისეთი კომლებისათვის, რომლებშიც მინიმუმ ერთი გამოკითხვისთვის შესაფერისი რესპონდენტი იყო.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

კომლის სულადობა	სულ	იკმ კომლები	ადგილობრივი მაცხოვრებლების კომლები
ერთ კომლში სულთა რაოდენობა			
ერთი	1.3	3.6	1.3
ორი	6.2	8.0	6.1
სამი	13.8	16.9	13.7
ოთხი	28.8	35.6	28.5
ხუთი	23.7	17.6	24.0
ექვსი	15.0	10.8	15.2
შეიდი	6.6	4.3	6.6
რვა და მეტი	4.5	3.1	4.6
სულ	100.0	100.0	100.0
წევრთა საშუალო რაოდენობა კომლში	4.7	4.2	4.7
შუაწონავი შემთხვევების რიცხვი*	7 895	1 782	6 113

* ცხრილში შეტანილი არ არის 3 კომლი, რომელთა სულადობა უცნობია.

ერთი ან ორი წევრისაგან შემდგარი ოჯახები (ძირითადად უშიგლ წყვილები) მეტად იშვიათია საქართველოში, სადაც მარტოხელა ქალები ჩვეულებრივ მშობლების კომლში ცხოვრობენ, ხოლო ახალგაზრდა წყვილები ქორწინებიდან მოკლე ხანში აჩენენ შვილებს. მთლიანობაში ერთსულიანმა ოჯახებმა საერთო რიცხვიდან მხოლოდ ერთი პროცენტი შეადგინა, სოფლად კი ასეთი ოჯახები პრაქტიკულად არ გვხვდებოდა. ასეთი ოჯახები უფრო ხშირად ქალაქად (2%) გვხვდება. თბილისში კი ისინი ყველა კომლის 3%-ს შეადგენენ. ორწევრიანი ოჯახები ორჯერ უფრო ხშირია ქალაქად, სოფელთან შედარებით (შესაბამისად 8% და 4%); ორწევრიანი ოჯახების ყველაზე მაღალი რაოდენობა (10%) თბილისშია; საქართველოს დანარჩენ რეგიონებში ეს მაჩვენებელი ერთნაირად დაბალია (4-5%).

საშუალოდ, ტიპური კომლი გამოკითხვისათვის შესაფერისი რესპონდენტით შედგება დაახლოებით 5 სულიდან. ქალაქად კომლის წევრთა რაოდენობა ნაკლებია (4.3 წევრი ერთ ოჯახზე) სოფელთან შედარებით (5.1 სული კომლში). სოფლად კომლის წევრთა მეტობა ნაწილობრივ ფერტილობის უფრო მაღალი დონით აიხსნება (იხ. თავი IV). კომლის შემადგენლობის საშუალო რაოდენობის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალ თბილისში იყო, რადგან სწორედ თბილისშია მარტოხელა რეპროდუქციული ასაკის ქალების წილი ყველაზე მაღალი, ხოლო ფერტილობა უფრო დაბალი ვიდრე დანარჩენ საქართველოში (თფრ = 1.6 ბავშვი ერთ ქალზე). 3.1.2 ცხრილში მოცემულმა სხვაობამ იკმ და ადგილობრივ ოჯახებში წევრთ:

საშუალო რაოდენობით (4.2 და 4.7 წვერი/ოჯახზე) დაახლოებით 10% შეადგინა. მიუხედავად იმისა, რომ მარტოხელა ქალების წილი იკპ-თა ოჯახებში თავისთავად დაბალია, იგი სამჯერ აღემატება ანალოგიურ მაჩვენებელს ადგილობრივ მოსახლეობაში (შესაბამისად 3.6% და 1.3%). იკპ-თა ოჯახებში მარტოხელა ქალთა მაღალი მაჩვენებელი სავარაუდოდ განპირობებულია დანგრეული ოჯახებისა და ქვრივად დარჩენილთა დიდი პროცენტით, რაც გასახსნა წინასწარ ანგარიშში (მარტოხელა იკპ ქალების 9% წარსულში ათასობლივი იყო, ხოლო ადგილობრივი ქალების ეს მაჩვენებელი 6% უტოლდება).

რესპონდენტთა სოციალ-ეკონომიკური კეთილდღეობა მათი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელია. რესპონდენტთა სოციალ-ეკონომიკური პირობების გამოკვლევის მიზნით 99GERHS-მა შეგროვა ინფორმაცია კომლის საყოფაცხოვრებო პირობების (ელექტრო-მომარაგება, ცენტრალური გათბობა, ჩასარეციხი ტუალეტი, და ტელეფონი) და მათ საკუთრებაში არსებული ნივთების (ტელევიზორი, მაცივარი, ვიდეომაგნი-ტოფონი, საკუთარი ავტომანქანა, მობილური ტელეფონი, აგარაკი, ბოსტანი, ბაღი, ეენახი) შესახებ. კითხვაზე რესპონდენტი პასუხობდა "დიახ" ან "არა"-ს. დამატებით შეგროვდა ინფორმაცია დღიურად ელექტროენერჯის მიწოდების საშუალო ხანგრძლივობასა და საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვეზე. ამ უკანასკნელის გამოთვლა ხდებოდა კომლის წვერების რაოდენობის გაყოფით მათ მიერ დაკავებული ოთახების რაოდენობაზე (სამართლებრივსა და აბაზანის გამოკლებით). რესპონდენტი კლასიფიცირდებოდა, როგორც მცირე ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთზე მეტი სული მოდის) და საკმარისი ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთი ან ნაკლები სული მოდის).

ცხრილში 3.1.3 და დიაგრამაზე 3.1.1 ნაჩვენებია იმ რესპონდენტთა პროცენტული შემადგენლობა, რომლებიც ცხოვრობენ კეთილმოწყობილ ბინებში. რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარზე ნაკლები ცხოვრობს ბინებში, სადაც არის ჩასარეციხი ტუალეტი, ხოლო ტელეფონი დაახლოებით ერთ მესამედს აქვს. ასეთი ოჯახების რაოდენობრივი მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მერყეობს საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. მაგალითად, ჩასარეციხი ტუალეტისა და ტელეფონის ქონების ალბათობა ქალაქად მცხოვრები ქალებისათვის შესაბამისად თორმეტჯერ და ექვსჯერ უფრო მეტია, ვიდრე სოფლად მცხოვრები ქალებისათვის. კეთილმოწყობილი ბინების რაოდენობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისშია - ოჯახების უმრავლესობას აქვს ჩასარეციხი ტუალეტი (90%) და თითქმის სამ მეოთხედს აქვს ტელეფონი. საპირისპირო სურათია სხვა რეგიონებში. ჩასარეციხი ტუალეტი აქვს ოჯახების ერთ მესამედს, ხოლო ტელეფონი - ერთ მეოთხედზე ნაკლებს. საქართველოში მეტნაკლებად ყველა კომლი განიცდის უშუქობას; იგი შავი ჭირივით მოედო მთელ ქვეყანას მას შემდეგ, რაც საქართველომ ყოფილი საბჭოთა კავშირისაგან დამოუკიდებლობა გამოაცხადა. ყოველი 10 ქალიდან ერთზე ნაკლები ცხოვრობს ბინაში ელექტროენერჯის 24 საათიანი მიწოდებით (ზამთარში). ელექტროენერჯის დეფიციტი ყველაზე მაღალია აჭარის და სამეგრელოს დასავლეთ რეგიონებში, სადაც ოჯახების მხოლოდ 2%-ს აქვს უწყვეტი ელექტრომომარაგება. საშუალოდ საქართველოს ოჯახებს დღეში მხოლოდ 7 საათი მიეწოდება ელექტროენერჯია და ოჯახების 50%-ს ელექტროენერჯია დღეში მხოლოდ 6 საათი მიეწოდება (დიაგრამაზე ეს ნაჩვენები არ არის).

წყველაზე შეზღუდულად ელექტროენერგია მიეწოდება სოფელს, სადაც ოჯახების 50% დღეში მხოლოდ 4 საათი აქვთ დენი (შედარებისათვის შეგახსენებთ, რომ ქალაქად ოჯახების 50% დღეში 7 საათი აქვთ დენი).

ცხრილი 3.1.3.

ძირითადი საყოფაცხოვრებო ნივთებით კეთილმოწყობილ ბინებში მცხოვრები ქალების პროცენტი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით

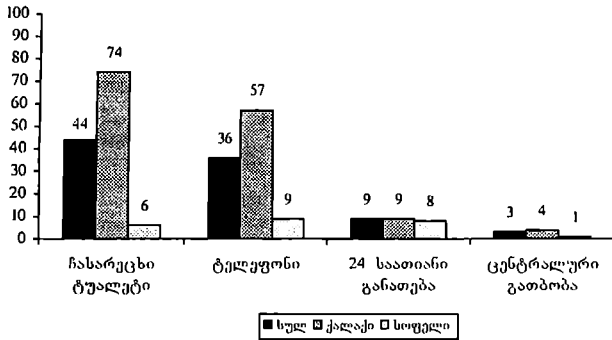
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

	საცხოვრებელი ადგილი				რეგიონი			
	სულ	ქალაქი	სოფელი	თბილისი	იმერეთი	ჩრდილო-აღმოსავლეთი	სამხრეთი	დასავლეთი
კეთილმოწყობილობა								
ჩასარეცი ტუალეტი	44.3	74.1	6.4	88.1	37.8	20.3	24.8	32.3
ტელეფონი	35.8	56.8	9.1	72.0	28.8	20.4	16.8	25.4
ელექტრობა (24 საათი)	8.5	9.1	7.7	11.6	4.4	5.9	3.9	13.0
ცენტრალური გათბობა	2.7	4.1	1.0	5.2	1.8	1.3	2.4	1.9
საყოფაცხოვრებო ნივთები								
ტელევიზორი	93.6	95.8	90.8	97.2	92.3	91.5	92.6	92.9
მაცივარი	88.2	91.2	84.4	93.9	87.2	85.2	89.1	84.2
ბოსტანი/ბაღი/ვენახი	79.3	67.3	94.6	60.8	83.5	91.0	84.4	84.3
აგარაკი (ეილა)	55.6	58.9	51.3	66.9	48.4	55.7	50.8	51.0
ავტომანქანა	38.5	38.3	38.8	42.8	33.0	38.6	40.5	36.0
ვიდეომანტიტოფონი	29.6	36.8	20.4	48.8	17.2	22.3	27.5	23.9
მობილური ტელეფონი	8.8	13.0	3.4	19.9	3.4	5.0	4.6	5.8
მცირე ფართის მქონე ოჯახების %*	56.3	66.2	43.5	78.6	40.5	50.9	64.5	40.7
შუუწონავე შემთხვევა- 7 ბის რიცხვი	798	4 759	3 039	2 029	1 590	1 259	1 017	1 903

* ფართის სიმჭიდროვის გამოთვლა ხდებოდა კომლის წვერების რაოდენობის გაყოფით მათ მიერ დაკავებული ოთახების რაოდენობაზე (სამზარეულოსა და აბაზანის გამოკლებით, ქალი კლასიფიცირდებოდა, როგორც მცირე ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთზე მეტი სული მოდის) და საკმარისი ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთი ან ნაკლები სული მოდის).

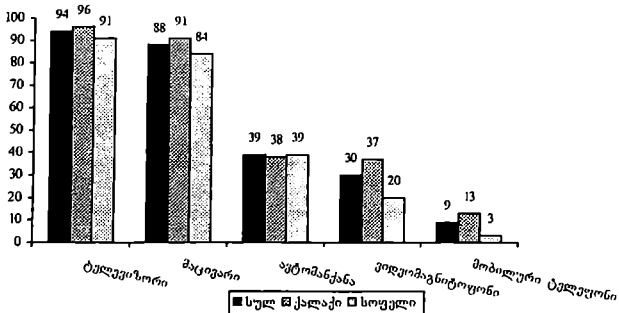
დიაგრამა 3.1.1.

საცხოერისის კეთილმოწყობა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ფერტილური ასაკის ქალების (15-44 წლის) კომპლები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი.



დიაგრამა 3.1.2

ხანგრძლივი მოხმარების საოჯახო ნივთები საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ფერტილური ასაკის ქალების (15-44 წლის) კომპლები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი.



საქართველოს ოჯახების უმრავლესობას არა აქვს ცენტრალური გათბობა. მას შემდეგ, რაც საქართველო გამოვიდა ყოფილი საბჭოთა კავშირის შემადგენლობიდან, ცენტრალურ გათბობასთან დაკავშირებული სიტუაცია შეიცვალა ძირითადად იმის გამო, რომ ბოლო ათწლეულში ქვეყანაში მოიშალა ეკონომიკა და იმიტომაც, რომ საქართველო დამოკიდებული იყო რუსეთიდან მოწოდებულ ბუნებრივ აირზე. საქართველოს მჭირი შინაგანი რესურსები გააჩნია და მას არ შეუძლია გაზისა და სხვა საწვავის იმპორტის ხარჯების გადახდა. ბოლო პერიოდში ოჯახების უმრავლესობა შეშის ღუმელების იყენება ბინაში ერთი ოთახის გასათბობად.

ცხრილი 3.1.3 და დიაგრამა 3.1.2 ნათელყოფენ, რომ ხანგრძლივი მოხმარების საგნებიდან ტელევიზორია ყველაზე ხელმისაწვდომი თითქმის ყველა იმ კომლისათვის, რომელშიც რეპროდუქციული ასაკის მამოკითხვისთვის შესაფერი ქალი ცხოვრობს (94%). ქალაქად ოდნავ მაღალია ეს მაჩვენებელი (96%), სოფლად ოდნავ ნაკლები (91%). თითქმის ყველა ოჯახს აქვს მაცივარი (84%-94%), ეს მაჩვენებელი მაღალია თბილისში (94%) და სხვა ქალაქებში (91%). როგორც მოსალოდნელი იყო, სოფლად რეპროდუქციული ასაკის ქალების ოჯახების უმრავლესობას აქვთ ბოსტანი, ბაღი, ვენახი (95%); რაც შეეხება ქალაქის მოსახლეობას, ასეთი ნაკვეთები ოჯახების მხოლოდ ნახევარს აქვს. ქალების თითქმის 40% ცხოვრობს ოჯახებში, რომლებსაც აქვთ ავტომანქანა და ეს მაჩვენებელი თითქმის არ განსხვავდება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. დაახლოებით ერთს ორი კომლიდან აქვს ავარაკი ან დამხმარე საცხოვრებელი (56%). დამატებითი საცხოვრებელი ფართის ქონების ალბათობა უფრო მაღალია ქალაქის, განსაკუთრებით კი თბილისის რესპონდენტების შემთხვევაში. საქართველოში ვიდეომანტიტოფონები ფართოდ გავრცელებული არ არის. ვიდეომანტიტოფონი ქალაქად მხოლოდ სამიდან ერთ კომლშია, ხოლო სოფლად იგი მხოლოდ 20% გააჩნია. მობილური ტელეფონებით სარგებლობს მოსახლეობის მცირე პროცენტი (ქალების მხოლოდ 9% განაცხადა, რომ აქვს ასეთი ტელეფონი) და ისიც ძირითადად ქალაქებში. ინტერესმოკლებული არ უნდა იყოს ფაქტი, რომ მობილური ტელეფონების მფლობელების უმრავლესობას კომლში ჩვეულებრივი ტელეფონიც აქვთ, მაშინ როცა უტელეფონო ოჯახების მხოლოდ 6%-ს გააჩნია მობილური ტელეფონი (ცხრილში და დიაგრამაში არ არის ნაჩვენები).

საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვე – საყოფაცხოვრებო პირობების მეორე მნიშვნელოვანი ინდიკატორია. რეპროდუქციული ასაკის ქალების ნახევარზე მეტი (56%) განიცდის საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვეს. ეს მაჩვენებელი ბევრად უფრო მაღალია ქალაქად (66%), ვიდრე სოფლად (44%) მიუხედავად იმისა, რომ ქალაქად კომლის საშუალო სულადობა ნაკლებია, ვიდრე სოფლად. თბილისში საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვის მაჩვენებელი უმაღლესია ქალების 79% განაცხადა, რომ მათ ოჯახებში ერთ ოთახზე ერთზე მეტი სული მოდის. ყველაზე დაბალი საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვის მაჩვენებელი იყო იმერეთში, აჭარის დასავლეთ რაიონებსა და სამეგრელოში (41.1%).

როგორც 3.1.4 ცხრილშია ნაჩვენები, საცხოვრისის ძირითადი კეთილმოწყობის ელემენტების არქონების ყველაზე დიდი ალბათობა იგპ ოჯახებშია. იგპ-თა ოჯახების ტელეფონიზაციის დონე დაბალია ადგილობრივ ოჯახებთან შედარებით (შესაბამისად 24% და 36%). ანალოგიურად ხანგრძლივი მოხმარების ბევრი საყოფაცხოვრებო ნივთის (მაგალითად,

ტელევიზორი, ვიდეომაგნიტოფონი, მაცივარი, ავტომანქანა) არქონების ალბათობა იკმ ოჯახებში უფრო დიდია, ვიდრე ადგილობრივი მაცხოვრებლების ოჯახებში.

ცხრილი 3.1.4.

ქალების პროცენტი კეთილმოწყობილი ბინებისა და ძირითადი საყოფაცხოვრებო ნივთების მფლობელი იკმ და ადგილობრივ მაცხოვრებელთა ოჯახებში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

კეთილმოწყობა	სულ	იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსი	
		იკმ	ადგილობრივი მოსახლეობა
ჩასარეცი ტუალეტი	44.3	62.7	43.4
ტელეფონი	35.8	23.8	36.4
ელექტრობა (24 საათი)	8.5	15.3	8.1
ცენტრალური გათბობა	2.7	1.7	2.8
საყოფაცხოვრებო ნივთები			
ტელევიზორი	93.6	87.0	93.9
მაცივარი	88.2	56.0	89.9
ბოსტანი/ბაღი/ვენახი	79.3	42.4	81.2
აგარაკი (ეილა)	55.6	25.8	57.1
ავტომანქანა	38.5	21.6	39.4
ვიდეომაგნიტოფონი	29.6	20.2	30.1
მობილური ტელეფონი	8.8	7.5	8.8
მცირე ფართის მქონე ოჯახების % *	56.3	77.7	55.1
შუუწონავი შემთხვევების რიცხვი	7 798	1 828	5 790

* ფართის სიმჭიდროვის გამოთვლა ხდებოდა კომლის წვერების რაოდენობის გაყოფით მათ მიერ დაკავებული ოთახების რაოდენობაზე (სამზარეულოსა და აბაზანის გამოკლებით, ქალი კლასიფიცირდებოდა, როგორც მცირე ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთზე მეტი სული მოდის) და საკმარისი ფართის მქონე (როცა ერთ ოთახზე ერთი ან ნაკლები სული მოდის).

რადგან იკმ ოჯახების უმრავლესობა ქალაქად ცხოვრობს, ნაკლებად მოსალოდნელია ბაღი ან ბოსტანი იმდენ იკმ ოჯახს ქონდეს, რამდენიც ადგილობრივ მოსახლეებს აქვთ (შესაბამისად, 42% და 81%). მეტიც, რადგან იძულებით გადაადგილებულ პირთა საკუთრება აფხაზეთისა და ცხინვალის სეპარატისტულ რეგიონებში დარჩა, იმის ალბათობა, რომ მათ ექნებათ დამსმარე საცხოვრისი ან აგარაკი, ნაკლებია, შედარებით აგილობრივ ოჯახებთან (შესაბამისად, 26% და 57%).

მიუხედავად იმისა, რომ კომლის საშუალო სულადობა იკმ და ადგილობრივ კომლებში დიდად არ განსხვავდება, საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვის დონე, რაზეც დიდ გავლენას ახდენენ საცხოვრებელი პირობები, ბევრად უფრო თვალში საცემია იკმ-თა კომლებში. ამ ოჯახების ორ მესამედზე მეტი ცხოვრობს არასაკმარის საცხოვრებელ ფართში მაშინ,

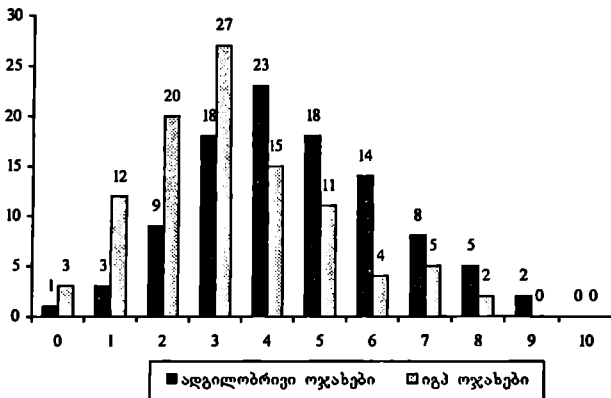
როცა ადგილობრივი მოსახლეობის მხოლოდ 55% პროცენტი განიცდის საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვეს.

ოჯახის საყოფაცხოვრებო კეთილმოწყობა, მის მფლობელობაში არსებული ნივთები, საკმარისი საცხოვრებელი ფართი და 24 საათიანი ელექტროენერჯის მიწოდება დაჯამდა ოჯახის სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის (სეს) კლასიფიცირების მიზნით. კეთილმოწყობის ყოველ ელემენტს და ოჯახის მფლობელობაში არსებულ ყოველ ნივთს მიენიჭა ერთნაირი ქულები. კომლის აღწერისას მივიღეთ ქულების გარკვეული რაოდენობა, რომელიც შეფასდა კონზახის ალფა კოეფიციენტის მეშვეობით. ამ საწყისი შეფასების საფუძველზე შეირჩა მხოლოდ 10 საგანი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის განსასაზღვრელად (ალფა კოეფიციენტი = 0.61). ბოსტნის, ბაღის ან ვენახის ფლობა და 24 საათიანი ელექტროენერჯის ქონა არ შევიდა საბოლოო შეფასებაში. ეს საგნები გამოირიცხა, რადგან შეფასება ეყრდნობა მხოლოდ ისეთი საგნების ფლობას, რომლებიც დაკავშირებულია უფრო მაღალ სოციალ-ეკონომიკურ სტატუსთან. ბაღის ქონება უქუორელაციით არის დაკავშირებული სოციალ-ეკონომიკურ სტატუსთან, ხოლო ელექტროენერჯის დეფიციტი საქართველოს ყველა კომლისათვის პრაქტიკულად უნივერსალურია.

დიაგრამა 3.1.3 გვიჩვენებს სე სტატუსის პროცენტულ განაწილებას, თუ შეფასების ინტერვალად მივიღებთ მნიშვნელობებს 0-დან 10-მდე, სადაც 0 გამოხატავს შეფასების ყველაზე დაბალ დონეს, იმის აღსანიშნავად, რომ ოჯახს არ გააჩნია საყოფაცხოვრებო კეთილმოწყობის არცერთი ელემენტი, ხოლო 10 ქულა გამოხატავს უმაღლეს შეფასებას იმის აღსანიშნავად, რომ ოჯახს გააჩნია საყოფაცხოვრებო კეთილმოწყობის შეფასების ყველა ელემენტი. შეფასების მაჩვენებელი შემდგომში სამ ჯგუფად დაიყო სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის (სეს) ცვლადის სამი დონის მისაღებად. რესპონდენტები, რომელთა შეფასება 0-დან 3 იყო (რაც გულისხმობს, რომ მათ 0-დან 3 სახის კეთილმოწყობის ელემენტი ქონდათ), კლასიფიცირდებოდა როგორც დაბალი სეს ოჯახები; ისინი, ვინც 4-დან 6-ს ქულამდე შეფასდა კლასიფიცირდებოდა როგორც საშუალო სეს -ის მქონე ოჯახები; ხოლო ისინი ვინც 7 და მეტი ქულით შეფასდა, მიჩნეული იყვნენ მაღალი სეს-ის მქონე ოჯახებად. მოსახლეობის სოციალ-ეკონომიკური განაწილების შეფასების იგივე მეთოდი გამოიყენეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა გამოკვლევებშიც, რომლებიც აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში ჩატარდა.

გამოთვლების მიხედვით საქართველოს რეპროდუქციული ასაკის ქალების ერთი მესამედი ცხოვრობს დაბალი სეს-ის მქონე კომლებში, დაახლოებით ნახევარს აქვს საშუალო სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი და მხოლოდ 14%-ი კლასიფიცირდება, როგორც მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე კომლის წევრი. დიაგრამა 3.1.2 მონაცემებით, იძულებით გადაადგილებულ ყველა ქალს ერთნაირად მიაჩნია, რომ ცხოვრობს კეთილმოწყობულ ბინაში და განიცდის საჭირო საყოფაცხოვრებო ნივთების ნაკლებობას ადგილობრივი ოჯახის ქალებთან შედარებით. შესაბამისად, ამ ქალების დაბალი სეს-ის პროცენტი ორჯერ აღემატებოდა ადგილობრივი ოჯახების იგივე მაჩვენებელს (შესაბამისად, 63% და 31%), მაშინ როცა მაღალი სეს-ის მქონე ოჯახების პროცენტმა მხოლოდ 7% შეადგინა ადგილობრივი ოჯახების იგივე მაჩვენებლის 14% სიდიდესთან შედარებით (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის).

დიაგრამა 3.1.3
ოჯახების პროცენტული განაწილება არსებული საყოფაცხოვრებო კეთილმოწყობის დონისა და კუთვნილი საოჯახო ნივთების რაოდენობის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000



3.2. გამოკითხვისათვის შესაფერისი ქალების მახასიათებლები

დასრულებული ინტერვიუების მქონე რესპონდენტების ზოგადი მახასიათებლები მათი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მოცემულია 3.2.1 ცხრილში. რესპონდენტების 37% 14-24 წლის ასაკის ახალგაზრდა ქალებია. საცხოვრებელ ადგილს არ ჰქონდა რაიმე მნიშვნელოვანი გაელენა ასაკობრივ განაწილებაზე. სამაგიეროდ, 15-24 წლის ახალგაზრდა აზერბაიჯანელი ქალების პროცენტი გაცილებით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე სხვა ეთნიკურ ჯგუფებში (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). ქალების უმნიშვნელო უმრავლესობა ოფიციალურად გათხოვილია (60%), ერთ პროცენტზე ნაკლები კი არარეგისტრირებულ ქორწინებაში იმყოფება ან თანაცხოვრობს პარტნიორთან, მაგრამ გათხოვილი არ არის. გათხოვილი და არარეგისტრირებული ურთიერთობის მქონე რესპონდენტები წარმოდგენილია ერთიან ჯგუფში. სოფლად მცხოვრები ქალების უფრო დიდი პროცენტი კანონიერ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაშია (65%) თბილისში ან სხვა ქალაქებში მცხოვრებ ქალებთან შედარებით (შესაბამისად 56% და 59%). გაყრა და დაცილება არატიპიურია საქართველოსათვის, რაც აისახა იმ ფაქტში, რომ ქალების მხოლოდ 6% განაცხადა, რომ ისინი წარსულში გათხოვილი იყვნენ (ეს მონაცემი ოდნავ უფრო მაღალია თბილისში). სამი ქალიდან ერთი (33%)

არასოდეს არ ყოფილა გათხოვილი და არც სქესობრივი პარტნიორი არ ყოლია.

რეგიონის ყველა ქვეყნის მსგავსად შობადობის მაჩვენებლების სწრაფ ეარდნასთან ერთად საქართველოს აგრეთვე ახასიათებს დაბალი ფერტილობა. ქვეყნის ზოგადი ფერტილობის მაჩვენებელი ჩანაცვლების დონეზე ნაკლებია, ანუ ნაკლებია იმ დონეზე, როცა ერთ ქალს ორი შვილი ეავს. შერჩევაში მოხვედრილი ქალების 40% უშვილო იყო, 15% მხოლოდ ერთი, 31% - ორი და მხოლოდ 14% სამი ან მეტი შვილი ყავდა.

ფერტილობა უფრო მაღალია სოფლად, სადაც ქალების მხოლოდ 37%-ია უშვილო (თბილისში ეს მაჩვენებელი 43%, ხოლო სხვა ქალაქებში - 40% იყო). სოფლად მცხოვრები ქალების 30% სამი ან მეტი შვილი ყავს, რაც სამჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს თბილისში (7%) და ორჯერ სხვა ქალაქებში (11%).

ქართველები განათლებული ხალხია, რასაც თუნდაც ის ფაქტი მოწმობს, რომ ქალების მხოლოდ 17% არ ქონდა დამთავრებული საშუალო სკოლა. არასრული საშუალო განათლების მქონე რესპონდენტების უმრავლესობა ან უფროსი ასაკისა იყვნენ ან ძალიან ახალგაზრდები, რომლებიც ჯერ კიდევ სწავლობდნენ საშუალო სკოლაში (მონაცემები მოყვანილი არ არის). თბილისის და სხვა ქალაქების რესპონდენტები უფრო განათლებული ჩანან, ვიდრე სოფლად მცხოვრებნი. ქალაქსა და სოფელს შორის არსებული სხვაობა უფრო გამოკვეთილია უმაღლესი სასწავლებლების დონეზე, სადაც უმაღლესი განათლების მქონე რესპონდენტი უფრო ასაკის თბილისელი და სხვა ქალაქელი ქალების რაოდენობა თითქმის სამჯერ აღემატება სოფლად მცხოვრები ქალების ამ მაჩვენებელს (შესაბამისად, 43%, 28% და 15%).

რესპონდენტთა ერთი მესამედი ცხოვრობდა კომლებში, და კლასიფიცირდებოდა როგორც დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის (სეს) მქონე, ნახევარზე მეტი ცხოვრობდა საშუალო სოციალ-ეკონომიკური კომლებში და მხოლოდ ყოველი მეშვიდე ცხოვრობდა მაღალი სოციალ-ეკონომიკური დონის კომლში. დაბალი სეს-ის კომლებში მცხოვრები რესპონდენტების პროცენტი სოფლად ოთხჯერ აღემატებოდა თბილისის მონაცემებს და ორჯერ - სხვა ქალაქებში მცხოვრები დაბალი სეს-ის ოჯახების პროცენტულ რაოდენობას. ამავე დროს, სოფლები ქალების მხოლოდ 4% კლასიფიცირდებოდა, როგორც მაღალი სეს-ის მქონე ოჯახების წევრები; თბილისისა და სხვა ქალაქების მკვიდრთა სეს-ის შედარებითმა შეფარდებაშ შეადგინა 31% და 15%.

ეკლესიის რესპონდენტებს შორის დომინირებს ქართული მართლმადიდებლური ეკლესიის მრევლი. რესპონდენტების 79% -მა (სოფლად მხოლოდ 68%) განაცხადა, რომ ის ამ ეკლესიის მრევლია. სხვა მიმდინარეობების წარმომადგენლები მეტად მცირერიცხოვანია: რუსეთის ან ბერძნული მართლმადიდებელი ეკლესიების მრევლი (1%), სომხური საპოსტოლო ეკლესიის მრევლი (3%), არამართლმადიდებელი რესპონდენტების უმრავლესობა ეკუთვნოდა მუსლიმანურ (13%) ან სხვა (2%) აღმსარებლობას. ქალთა მხოლოდ 1% განაცხადა, რომ ისინი არც ერთ რელიგიას არ ეკუთვნიან. მუსლიმანების უმრავლესობა ცხოვრობს სოფლად, სადაც ისინი მოსახლეობის მეოთხედს (25%) შეადგენენ; თბილისში და სხვა ქალაქებში მათი რაოდენობა მთელი მოსახლეობის შესაბამისად 1% და 8% შეადგენს.

ცხრილი 32.1

დასრულებული ინტერვიუების მქონე ქალების მახასიათებლები
საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა:
საქართველო, 1999/2000 წელი (პროცენტული განაწილება)

მახასიათებლები	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		
		თბილისი	სხვა ქალაქები	სოფელი
ასაკოვანი ჯგუფი				
15-19	20.0	17.3	19.5	21.9
20-24	16.8	18.0	18.0	15.2
25-29	15.6	16.6	13.9	16.1
30-34	15.9	16.6	16.3	15.2
35-39	17.5	18.1	17.0	17.6
40-44	14.3	13.4	15.4	14.0
ოჯახური მდგომარეობა				
გათხოვილი	60.0	54.1	58.3	64.7
არარეგისტრირებული ქაშირი	0.8	1.4	0.6	0.5
განათხოვარი	6.0	8.4	5.9	4.5
არასოდეს ყოფილა გათხოვილი	33.3	36.1	35.2	30.3
ცოცხალი შვილების რაოდენობა				
არც ერთი	39.6	42.5	40.3	37.3
ერთი	14.8	19.2	15.9	11.4
ორი	31.3	30.9	32.5	30.8
სამი	11.5	6.5	9.0	16.2
ოთხი +	2.8	0.9	2.3	4.2
განათლება				
არასრული საშუალო	16.7	9.3	13.3	23.4
საშუალო	33.4	26.9	30.5	39.2
ტექნიკუმი	23.8	20.8	28.2	22.6
უნივერსიტეტი	26.1	43.0	28.0	14.8
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი				
დაბალი	32.8	12.5	28.5	47.7
საშუალო	53.4	57.7	57.6	48.0
მაღალი	13.9	29.9	14.0	4.3
რელიგია და ეკლესია				
ქართული მართლმადიდებელი	78.9	87.3	87.7	67.9
სომხური გრიგორიანული	3.1	5.1	0.5	3.7
სხვა მართლმადიდებელი	1.3	2.5	1.3	0.6
მუსლიმანობა	13.2	0.9	7.3	24/6
სხვა	2.1	3.2	1.7	1.8
არც ერთი	1.3	1.0	1.6	1.3
დასაქმება				
მუშაობს	22.5	30.4	25.4	15.7
არ მუშაობს	77.5	69.6	74.6	84.3
იკვ სტატუსი				
იძულებით ადგილნაცვალნი პირი	4.9	5.4	8.5	2.2
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	95.1	94.6	91.5	97.8
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0
შემაჯავებების რაოდენობა	7 798	2 029	2 730	3 039

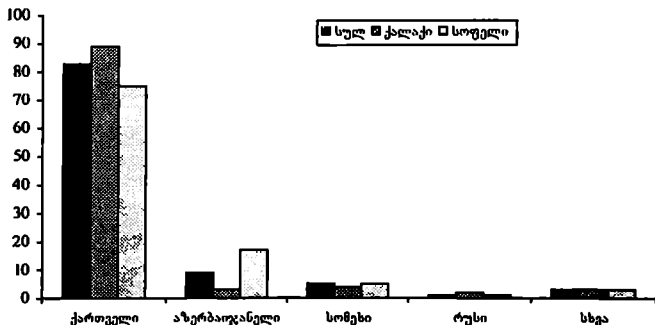
ქალების უმრავლესობა (77%) დიასახლისია და არ მუშაობს (ნახევარ განაკვეთზეც კი). სამუშაო ადგილების უქონლობის გამო სოფელი ქალების ოჯახს გარეთ დასაქმების ძალზე მცირე ალბათობა (16%, თბილისში - 30% და 25% - სხვა ქალაქებში) კიდევ უფრო აღრმავებს ქალაქისა და სოფლის მაცხოვრებელთა სეს-ში განსხვავებას.

საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა დაახლოებით 5% აფხაზეთსა და ცხინვალის რეგიონში წარმოებული სეპარატისტული ომების შედეგად იძულებით გადაადგილებული პირია (იგპ). იძულებით გადაადგილებული ოჯახების უმრავლესობამ ქალაქში (80%) დროებით საცხოვრისებში, სახელმწიფო დაწესებულებებში (სასტუმროები, სკოლები, ქარხნები, და სხვა სახელმწიფო დაწესებულებები) აპოვა თავშესაფარი. იგპ-თა თითქმის ნახევარი (41) აფხაზეთიდანაა დევნილი მეზობელი სამეგრელოს რეგიონში, სადაც ისინი რეპროდუქციული ასაკის ქალების 13%-ს შეადგენენ. სამეგრელოს რეგიონის ქალაქებში (მაგ. ზუგდიდში) ფერტილური ასაკის ქალების 21% იგპ-ია (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). იგპ-ის ქალების დაახლოებით მეოთხედი თბილისში ცხოვრობს (15-44 წლის ასაკის ქალების 5%), 18% იმერეთის რეგიონში (15-44 წლის ასაკის ქალების 6%).

უმნიშვნელო განსხვავებაა იგპ და ადგილობრივი ქალების ფონურ მახასიათებლებში. ეურადსაღებია მხოლოდ რამოდენიმე გამონაკლისი, მაგალითად: დაბალი სეს-ის მქონე ოჯახების რაოდენობა (შესაბამისად 62% და 31%), ოდნავ მაღალი უმუშევრობის მაჩვენებელი (შესაბამისად 82% და 77%), იგპ-თა თითქმის 100%-ის ქართული ეთნიკური წარმოშობა (შესაბამისად 98% და 82%) (ეს მონაცემები ნაჩვენებია არ არის).

დიაგრამა 3.2. ეთნიკური ფონი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი



3.2.2 ცხრილში და 3.2 დიაგრამაზე მოყვანილია კომლში სალაპარაკო ენისა და ეთნიკური წარმომავლობის ვარირება საცხოვრებელი ადგილისა და რეგიონის მიხედვით. ხუთი ქალიდან ოთხი ქართველია (83%), 9% - აზერბაიჯანელი, 5% - სომეხი, 1% - რუსი და 3% - სხვა ეთნიკური წარმომავლობის. ქართული ძირითადი სალაპარაკო ენაა რესპონდენტთა უმრავლესობისათვის (83%), შემდეგ მოდის აზერბაიჯანული (8%), სომხური (4%) და რუსული (3%). აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალები სოფლად უფრო გვხვდება (17%), ვიდრე თბილისში (1%) და სხვა ქალაქებში (5%). აზერბაიჯანელები საქართველოს სამხრეთ რეგიონის მისახლეობის თითქმის ნახევარს შეადგენენ, სომეხი მოსახლეობის 7% კონცენტრირებულია თბილისში ან სამხრეთის რეგიონში, საქართველო-სომხეთის საზღვრისპირა სოფლებში (13%).

3.2.3 ცხრილიდან ნათლად ჩანს, რომ ქალაქელი და სოფლელი რესპონდენტები მნიშვნელოვად განსხვავდებიან ოჯახური მდგომარეობით. მთლიანობაში თითქმის ყოველი მეორე ქალი 20-24 წლის ასაკისათვის (49%) გათხოვილია ან აქვს მყარი, არარეგისტრირებული ურთიერთობა საპირისპირო სქესის წარმომადგენელთან, კიდევ 4% განათხოვარია, მაგრამ სოფლად, გათხოვილი ქალების წილი 50% მაღალია, ქალაქად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით (შესაბამისად 67% და 43%). 30 წლისათვის სხვაობა ოჯახურ მდგომარეობაში ქალაქელ და სოფლელ ქალებს შორის თითქმის ქრება; გათხოვილი და განათხოვარი ქალების წილი შესაბამისად 85% და 88%-მდე იზრდება. ქალაქელი ქალები მზად არიან გადადონ ქორწინება, ვიდრე განათლებას დაასრულებენ. უმაღლესი განათლების მიღების შემდგომ ქორწინებების წილი ქალაქად და სოფლად თანაბარი ხდება. აღსანიშნავია სკოლის გაყვანა ახალგაზრდა გოგონების საქორწინო ქცევაზე; მაგალითად, 15-19 წლის სოფელი ქალების 19% და 20-24 წლის 67%-ს უკვე აქვთ საქორწინო გამოცდილება, მაშინ როცა, იგივე მაჩვენებელი ქალაქელი რესპონდენტების ჯგუფში 50% პროცენტით აღემატება იგივე მაჩვენებელს სოფლად (შესაბამისად 14% და 9%).

ცხრილი 3.2.4 წარმოგივდგენს რესპონდენტების პროცენტულ განაწილებას მიღებული უმაღლესი განათლების, ასაკისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. მთლიანობაში 25-29 წლის ასაკის ქალებში (ჩვეულებრივ ეს უმაღლესი განათლების დამთავრების ასაკია) უმაღლესი განათლების მქონეთა პროცენტი ბევრად უფრო მაღალია უფროსი თაობის წარმომადგენლებთან შედარებით. როგორც მოსალოდნელი იყო, ქალაქელ ქალებს ბევრად უკეთესი განათლება აქვთ ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (დამთავრებული საშუალო სკოლა ან უმაღლესი); მაგ. 20-24 წლის ასაკის ქალაქელი ქალების 75%-ს აქვს სრული საშუალო განათლება, იგივე ასაკის სოფლელი ქალების მხოლოდ 37%-ს აქვს სრული საშუალო განათლება. საუნივერსიტეტო განათლების მქონე ქალაქელ ქალთა რაოდენობა (36%) ორჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს სოფლად (19%). ქალაქისა და სოფლის მაცხოვრებელთა განათლების დონის შესაბამისად უფროსი თაობის წარმომადგენლებშიც შეინიშნება. საშუალო და უმაღლესი განათლება ქალაქელ ქალებში მათი ასაკის მიუხედავად თითქმის ორჯერ აღემატება ამავე მაჩვენებელს სოფლად.

ცხრილი 32.2.

ეთნიკური წარმოშობა და მთავარი სალაპარაკო ენა კომლში რეგიონების მიხედვით
15-44 ასაკის ქალები
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი
(პროცენტული განაწილება)

მახასიათებლები	სულ	საცხოვრებელი ადგილი				
		ქალაქი	სოფელი			
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	82.9	89.3	74.8			
აზერბაიჯანელი	8.9	2.9	16.5			
სომეხი	4.6	3.9	5.4			
რუსი	1.0	1.5	0.5			
ოსი	0.5	0.4	0.6			
სხვა*	2.1	2.1	2.2			
ენა						
ქართული	83.2	90.0	74.4			
აზერბაიჯანული	8.2	2.6	15.6			
სომხური	3.5	2.0	5.3			
რუსული	2.9	4.5	0.7			
ქართული მეგრული	1.1	0.4	2.0			
სხვა	1.1	0.5	1.9			
სულ	100.0	100.0	100.0			
შემთხვევების რაოდენობა	7 798	4 759	3 039			
		რეგიონი				
	სულ	თბილისი	იმერეთი	ჩრდილო-აღმოსავლეთი	სამხრეთი	დასავლეთი
ეთნიკური წარმომავლობა						
ქართველი	82.9	86.0	98.9	83.1	39.5	97.9
აზერბაიჯანელი	8.9	0.8	0.1	7.3	45.6	0.1
სომეხი	4.6	7.1	0.3	2.8	12.9	0.4
რუსი	1.0	2.0	0.3	0.6	0.4	1.2
ოსი	0.5	0.5	0.0	1.6	0.2	0.0
სხვა*	2.1	3.6	0.5	4.6	1.3	0.4
ენა						
ქართული	83.2	88.1	98.7	86.7	40.7	93.2
აზერბაიჯანული	8.3	0.3	0.1	6.0	44.5	0.0
სომხური	3.5	3.4	0.0	2.6	12.8	0.2
რუსული	2.9	7.2	0.9	0.6	1.5	2.0
ქართული-მეგრული	1.1	0.0	0.1	0.0	0.0	4.6
სხვა*	1.1	0.8	0.2	4.1	0.4	0.1
სულ	100.	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების რაოდენობა	7 798	2 029	1 590	1 259	1 017	1 903

* ქურთების (იეზიდების), ქისტების, ავარების, ჩეჩნების, ბერძნების, უკრაინელებისა და სხვა ეთნიკური ჯგუფების ჩათვლით

ცხრილი 3.2.3.

15-44 წლის ასაკის სრულად ინტეგრირებული ქალების ოჯახური მდგომარეობა
 ასაკობრივი ჯგუფებისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი
 (პროცენტული განაწილება)

საცხოვრებელი ადგილი	ასაკობრივი ჯგუფი	ოჯახური მდგომარეობა				
		გათხოვილი	განათხოვარი	გაუთხოვარი	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	15-44	60.8	6.0	33.3	100.0	7 798
	15-19	15.6	0.2	84.2	100.0	1 142
	20-24	48.8	3.7	47.5	100.0	1 246
	25-29	70.7	6.2	23.1	100.0	1 312
	30-34	79.1	7.2	13.7	100.0	1 419
	35-39	82.4	8.7	8.9	100.0	1 523
ქალაქი	40-44	80.3	11.7	8.0	100.0	1 156
	15-19	12.5	0.0	87.5	100.0	666
	20-24	39.2	4.0	56.8	100.0	778
	25-29	66.9	7.1	25.9	100.0	765
	30-34	76.4	8.7	14.9	100.0	882
	35-39	80.1	10.9	9.0	100.0	946
სოფელი	40-44	77.4	13.5	9.0	100.0	722
	15-19	18.8	0.5	80.7	100.0	476
	20-24	63.1	3.4	33.5	100.0	468
	25-29	75.2	5.1	19.7	100.0	547
	30-34	82.9	5.1	12.0	100.0	537
	35-39	85.3	5.9	8.8	100.0	577
	40-44	84.1	9.3	6.7	100.0	434

ცხრილი 3.2.4.

დასრულებული ინტერვიუს მქონე ქალების განათლების დონე ასაკობრივი ჯგუფებისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

საცხოვრებელი ადგილი	ასაკობრივი ჯგუფი	განათლების დონე					
		დაწვებითი სკოლა ან ნაკლები	ბრძანული საშუალო	მრუდი საშუალო	კოლეჯი და უნივერსიტეტი	სულ	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
სულ	15-44	16.7	33.4	23.8	26.1	100.0	7 798
	15-19	53.0	38.5	4.9	3.6	100.0	1 142
	20-24	10.5	42.1	18.0	29.5	100.0	1 246
	25-29	6.6	29.0	26.4	38.1	100.0	1 312
	30-34	5.4	28.8	33.6	32.2	100.0	1 419
	35-39	6.5	30.0	33.3	30.3	100.0	1 523
ქალაქი	40-44	9.3	30.0	31.7	29.0	100.0	1 156
	15-19	46.9	40.2	7.5	5.4	100.0	666
	20-24	5.7	39.7	18.2	36.3	100.0	778
	25-29	3.2	21.2	25.9	49.8	100.0	765
	30-34	2.0	21.4	33.7	42.9	100.0	882
	35-39	3.0	23.9	33.1	40.0	100.0	946
სოფელი	40-44	3.0	23.1	33.2	40.7	100.0	722
	15-19	59.6	36.7	2.1	1.6	100.0	476
	20-24	17.6	45.7	17.6	19.1	100.0	468
	25-29	10.6	38.2	27.1	24.1	100.0	547
	30-34	10.2	39.0	33.4	17.4	100.0	537
	35-39	11.0	37.6	33.5	17.8	100.0	577
	40-44	17.7	39.1	29.6	13.6	100.0	434

ფერტილობა და ორსულობა

99GERHS-ის ერთ-ერთ მიზანს შეადგენდა რეპროდუქციული ქცევის თანამედროვე დონისა და ტენდენციების შესწავლა და იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებსაც შეუძლიათ ამ ქცევის შეცვლა. აქ მოყვანილი მონაცემები განსაკუთრებით წაადგება პოლიტიკის გამტარებლებს და პროგრამების მენეჯერებს, რათა მათ მიერ დაგეგმილი პროგრამები ხელს უწყობდნენ მოსახლეობის ოპტიმალურ რეპროდუქციულ ქცევას და ესადაგებოდნენ ძირითადი ქვეჯგუფების მოთხოვნილებებს. რეპროდუქციული ქცევის სახესხვაობაზე ინფორმაციის მიღების მიზნით კითხვარში შეიტანეს ისეთი კითხვები, როგორიცაა: ქორწინება, გაყრა, სექსუალური აქტივობა, კონტრაცეპტივების გამოყენება, ორსულობა და ხელოვნური აბორტები, უნაყოფობა, ოჯახის დაგეგმარება, ბოლო ხუთი წლის ყველა ორსულობის დაგეგმვა და ამავე პერიოდის ყველა მშობიარობის პრენატალური მოვლა. გამოკითხვის მომენტისათვის ყველა გამოკითხული ქალის ორსულობის ამომწურავი ისტორიის შედგენისას გამოვლინდება სრული სურათი ორსულობების (მშობიარობების, აბორტების და შეწყვეტილი ორსულობის რაოდენობა) შესახებ. ეს ინფორმაცია წარმოადგენს ადგილობრივად და სახელმწიფო დონეზე ტრადიციულად შედგენილი სასისოცხლო სტატისტიკის მნიშვნელოვან დანამატს, რადგან შესაძლებელს ხდის ფერტილობისა და აბორტების დიფერენციალიების განსაზღვრას ფონური მახასიათებლებისა და ქცევის სახეობების მიხედვით. გარდა ამისა, გამოკითხვა სიღრმისეულად სწავლობს ბოლო ხუთი წლის მანძილზე გაკეთებულ ყოველი აბორტის ან მშობიარობის გარემოვნებს, აბორტებისა და პრენატალური მოვლის ფაქტების დოკუმენტირებას და ორსულობასთან დაკავშირებული ავადობის მაჩვენებლებს.

4.1. ფერტილობის დონეები და ტენდენციები

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და საბჭოთა კავშირის ყოფილ რესპუბლიკებში USAID-ის მხარდაჭერით და დაავადებათა კონტროლის ცენტრების (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვები) ან makro inkorporeitid (დემოგრაფიული ჯანმრთელობის გამოკითხვები) დახმარებით ეროვნული მასშტაბით ჩატარდა მოსახლეობის რამდენიმე გამოკითხვა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ყველა ამ გამოკითხვაში გამოიყენეს ერთნაირი მეთოდოლოგია და სტანდარტიზებული კითხვარები, რაც ქვეყნების ერთმანეთთან შედარების კარგ საშუალებას იძლევა.

ასეთი გამოკითხვები ისეთ ქვეყნებში განხორციელდა, რომლებსაც ბოლო რამდენიმე ათწლეული საერთო ისტორია ქონდათ; იგულისხმება საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მომხდარი სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური ცვლილებები, რომლებმაც დიდი გავლენა მოახდინეს ამ ქვეყნების ჯანდაცვის პოლიტიკასა და პრაქტიკაზე. იმ ქვეყნების უმრავლესობას, რომლებსაც მემკვიდრეობით ერგოთ რუსეთის ცენტრალიზებული სისტემის (სემაშკოს მოდელი) მსგავსად მოდელირებული სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული ჯანდაცვის სისტემები, თავისი კარგად ცნობილი არასაკმარისი დაფინანსებით, ნაკლებად ეფექტური სტრუქტურით,

მენეჯმენტით, რესურსების განთავსებით და ავადმყოფის მოთხოვნილებების უზრუნველყოფით, ბევრი რამ აქვს საერთო ფერტილობის და ფერტილობის რეგულირების სფეროში. როგორც 4.1.1 ცხრილიდან ჩანს, ყირგიზეთის და უზბეკეთის გარდა, ამ ქვეყნების უმრავლესობას ფერტილობის შედარებით დაბალი დონეები აქვთ, რაც ამ ბოლო დროს კიდევ უფრო შემცირდა; კიდევ უფრო თვალშისაცემია ფერტილობის მკვეთრად შემცირება მოზარდებში და 20 წლის ახალგაზრდა ქალების ორსულობის მაჩვენებლების ზრდა, რომლებიც მკვეთრად მცირდება 30 და მეტი წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

ცხრილი 4.1.1

ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მაჩვენებლები 15-44 წლის 1000 ქალზე სამწლიანი პერიოდისათვის*
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვები აღმოსავლეთ ევროპის და საბჭოთა კავშირის ყოფილ ქვეყნებში, 1993-1999

ქვეყანა	ასაკობრივი ჯგუფი [†]						ფერტილობის ზოგადი მაჩვენებელი [‡]
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
ჩეხეთის რესპუბლიკა, 1993	49	176	92	41	11	4	1.9
რუმინეთი, 1993	49	129	83	33	12	5	1.6
ყაზახეთი, 1995	64	190	136	67	35	7	2.5
უზბეკეთი, 1996	61	266	176	114	39	9	3.3
რუსეთი (სამი ოლქი), 1996	36/36/60	98/108/140	62/56/55	31/31/30	4/11/5	3/3/0	1.2/1.2/1.5
ყირგიზეთი, 1997	75	246	179	113	47	13	3.4
მოლდოვა, 1997	57	158	88	40	17	6	1.8
ყაზახეთი, 1999	40	167	106	64	24	9	2.1
რუმინეთი, 1999	36	100	83	29	13	2	1.3
რუსეთი (სამი ოლქი) [§]	46/39/41	83/109/128	68/72/80	30/25/21	8/16/10	8/3/3	1.2/1.3/1.4
უკრაინა, 1999	49	114	66	36	14	4	1.4
საქართველო, 1999-2000	65	113	92	48	22	7	1.7
ხომხეთი, 2000							

* გამოკითხვის წინა სამწლიანი პერიოდი; ფერტილობის ასაკის სფეციფიური მაჩვენებლები

მოცემული ასაკობრივი ჯგუფის ყოველ 1000 ქალზე

[†] ასაკი ორსულობის დასრულების მომენტისათვის

[‡] მშობიარობების რაოდენობა ერთ ქალზე

[§] შესაბამისად, ეკატერინბურგი, პერმი და ივანოვო

აღმოსავლეთ ევროპაში და საბჭოთა კავშირის ყოფილ რესპუბლიკებში ჩატარებული გამოკითხვის სხვა პროექტების მსგავსად, საქართველოში ფერტილობის ამჟამინდელი კოეფიციენტები შეფასდა ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მაჩვენებლების საფუძველზე, რომლებიც გამოითვალა რესპონდენტების ორსულობის ისტორიებიდან ამოკრეფილი ინფორმაციის საფუძველზე. ფერტილობის ზოგადი კოეფიციენტი (ფშმ) განისაზღვრა ასაკის სპეციფიური ფერტილობის კოეფიციენტების ჯამის ხუთზე გამრავლებით. ამგვარად, ფშმ-ი არის მშობიარობათა საშუალო რაოდენობა რომელიც ფერტილობის პერიოდში ექნებოდა ქალს ასაკისათვის სპეციფიური ფერტილობის არსებული მაჩვენებლებიდან გამომდინარე. ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მაჩვენებლის მნიშვნელი გამოითვალა გამოკითხვამდე 36 თვის მანძილზე რეგისტრირებული ხუთი მშობიარობის შერჩევით და ამ მონაცემების დაჯგუფებით (ხუთწლიან ასაკობრივ ჯგუფებად) მშობიარობის მომენტისათვის დედის ასაკის მიხედვით (რაც დღინდებოდა დედის მიერ მოწოდებული დაბადების თარიღის საფუძველზე). ამ მაჩვენებლების მრიც-

ხედელები წარმოადგენილია ქალ-წლების რიცხვით, რომელიც ამ დედებმა გამოკითხვის წინა სამწლიან პერიოდში გაატარეს თითოეულ წინასწარ განსაზღვრულ ხუთწლიან ასაკობრივ ჯგუფში. ფერტილობის ზოგადი მარე-ნებელი გამოკითხვის წინა სამწლიან პერიოდში (1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე) იყო 1.7 მშობიარობა ერთ ქალზე (იხ. ცხრილები 4.1.1 და 4.1.2) რაც ოდნავ ნაკლებია ჩანაცვლების სტატისტიკურ დონეზე.

რეგიონის სხვა ქვეყნების მსგავსად (იხ. ცხრილი 4.1.1), ქართველი ქალების ბავშვის ყოლის პერიოდი იწყება და მთავრდება ფერტილობის ადრეულ ასაკში. ფერტილობის უმაღლესი დონეები აღინიშნება 20-24 წლის ასაკის ქალებში და ამ ასაკზე მოდის ფზმ-ის ერთ მესამედამდე და 25-29 წლის ქალებში, რაც ფზმ-ის 27% შეადგენს (იხ. 4.1.1 და 4.1.2 ცხრილები). აღსანიშნავია, რომ მოზარდ ქალებს სიდიდით მესამე ფერტილობის მანქენებ-ლები აქვთ (65 მშობიარობა 15-19 წლის ასაკის 1000 ქალზე), ანუ ფზმ-ის 19% შეადგენენ და თავისი სიდიდით რეგიონში მეორე ადგილი უკავიათ. ამის შედეგია, რომ ფზმ-ის 51% 15-24 წლის ქალებზე მოდიოდა. ზოგადი ფერტილობის მანქენებელში 35-39 და 40-44 წლის ქალების წილი მინი-მალურია; ამ ასაკობრივი ჯგუფების ასაკის სფეციფიური ფერტილობის მან-ქენებლები მთლიანი ფერტილობის მანქენებლის შესაბამისად 6% და 2% შეადგენენ.

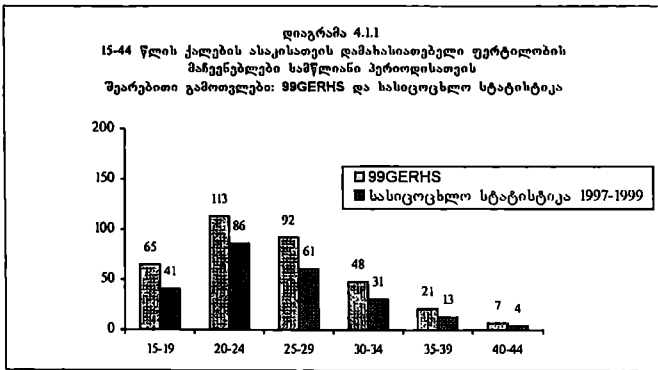
ცხრილი 4.1.2

ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მანქენებლები და დაქორწინებულთა ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მანქენებლები სამწლიანი პერიოდისათვის 15-44 წლის ასაკზე
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

დედის ასაკი მშობიარობისას [*]	ასაკის სფეციფიური ფერტილობის კოეფიციენტები	დაქორწინებულთა ასაკის სპეციფიური მანქენებლები [†]
15-19	65	377
20-24	113	200
25-29	92	118
30-34	48	55
35-39	21	24
40-44	(7)	(8)
ფერტილობის ზოგადო მანქენებელი (ერთ ქალზე)	1.7	3.9

* მშობიარობების რაოდენობა 1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე
† გარდა მშობიარობებისა, რომლებსაც ადგილი პქონდა გათხოვილი ქალების პირველ ქორწინებაზე
() დრო ნაწილობრივ შემცირებულია, რადგან ყველა შემთხვევა სრულად არ ჩაეტია ანალიზის პერიოდში

ქორწინების ასაკობრივი სურათი საქართველოში რეგიონის სხვა ქვეყნების სურათის სადარია, მაგრამ ასაკობრივად უფრო ახალგაზრდაა, ვიდრე დასავლეთ ევროპის ქორწინების ასაკობრივი სტრუქტურა. გამოკითხვის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ 15-44 წლის ქალების (15-49 წელი ყაზახეთში, უზბეკისტანში და ყირგიზეთში) პირველი ქორწინების ასაკი 4.1.1 ცხრილში ჩამოთვლილ ქვეყნებში ემთხვევა 20-22 წლის ასაკს. რადგან პირველი ბავშვის ყოლის აღბათობა გათხოვილ ქალებში ბევრად უფრო



მაღალია და სახეზეა ქორწინებიდან რაც შეიძლება ადრე შეიღოს ყოლის დიდი სურვილი (პირველი მშობიარობის დრო საშუალოდ 1-2 წელია ქორწინების შემდეგ); ამ რეგიონს აგრეთვე ახასიათებს ახალგაზრდა ქალების ქორწინების ფერტილობის მაღალი მაჩვენებელი. ამის გარდა, საქართველოში ქორწინების გარეშე მშობიარობა ძალიან იშვიათია, ამიტომ გაუთხოვარი ქალები თითქმის არაფერს მატებენ ზოგად ფერტილობის მაჩვენებელს. როგორც 4.1.2 ცხრილშია ნაჩვენები, ახალგაზრდა (15-24 წლის) ქალების ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია ახალგაზრდა ქალებში მთლიან რაოდენობასთან შედარებით (შესაბამისად 377 და 65 მშობიარობა 15-19 წლის ყოველ 1000 ქალზე და 199 და 113 მშობიარობა 20-24 წლის ყოველ 1000 ქალზე); ანალოგიურად, გათხოვილი ქალების ფერტილობის მაჩვენებელი ორჯერ მეტია ზოგადად, ვიდრე ქალების მთელი კონტინენტის მასკენებლები (შესაბამისად 3.9 და 1.7), რაც იმის მანიშნებელია, რომ ქორწინების გარეშე ფერტილობა უმნიშვნელ როლს თამაშობს ზოგად ფერტილობაში. 30 წლის ასაკის შემდეგ ქორწინებაში მყოფ და გაუთხოვარი ქალების ფერტილობა თითქმის ერთნაირია, რადგან თითქმის ყველა ქალს ამ ასაკისათვის უკვე აქვს გათხოვილი ქალის გამოცდილება. როგორც ჩანს, ფერტილობის სხვა განმსაზღვრელებიც (განათლება, მიღწევები, ეთნიკური წარმოშობა) გარკვეულად მოქმედებენ ახალგაზრდა ქალების გათხოვების შემდგომი ფერტილობის მაჩვენებელზე (იხ. 4.4.2 ცხრილი).

4.1.3 ცხრილში შედარებულია რესპონდენტების ორსულობის ისტორიის საფუძველზე მიღებული ასაკის სპეციფიური ფერტილობის მაჩვენებლები და სასიცოცხლო სტატისტიკის ოფიციალური მაჩვენებლები. მთლიანობაში 99GERHS დროს გამოთვლილი სამწლიანი ფშმ დაახლოებით 40% მეტია, ვიდრე სასიცოცხლო სტატისტიკის ბოლოდროინდელი შეფასებები (სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ გამოქვეყნებული ფშმ დროის იგივე პერიოდისათვის შეადგენს 12 მშობიარობას 15-49 წლის ასაკის ერთ ქალზე). ანალოგიურად, ფერტილობის ზოგადი მაჩვენებელი (ფშმ), რომელიც განისაზღვრება, როგორც მშობიარობების რაოდენობა ყოველ 1000 ქალზე, გამოითხვის მონაცემით შეადგენდა 66 მშობიარობას რეპროდუქციული ასაკის

(15-44 წლის ასაკის) ყოველ 1000 ქალზე; სასიცოცხლო სტატისტიკის მონაცემებით კი ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 38/1000 შეადგენს. ასეთი სხვაობა შეიძლება რამოდენიმე ფაქტორით აიხსნას. ფერტილობის ოფიციალური მაჩვენებლები გამოთვლილია ფორმულით, რომლის მრიცხველი მიღებულია 1989 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების პროექცირებით დღევანდელ სინამდვილეზე, რაც გულისხმობს აფხაზეთის და ცხინვალის სეპარატისტულ რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობასაც. საქართველოს სტატისტიკური დეპარტამენტის ყოველწლიური სტატისტიკური ცნობარის (სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტი, 1999) მიხედვით თითქმის 600 000 ადამიანი ცხოვრობდა (1993 წლის მოსახლეობის 11%) 1993 წელს ამ ტერიტორიებზე; 1993 წლის მონაცემებით ზემოსხენებულ რეგიონებზე ჩვენს ხელთ არსებული ბოლო მონაცემებით (516 000 ადამიანი ცხოვრობდა აფხაზეთში და 49 200 ადამიანი - ცხინვალის რეგიონში). როცა ფერტილობის ასაკის სპეციფიურ მაჩვენებლებს თვლიან მოსახლეობის გადაჭარბებული შეფასების პროექცირებით, გასაკვირი არაა, რომ სახელმწიფო სტატისტიკური დეპარტამენტის ფერტილობის მაჩვენებლები ნაკლებია, ვიდრე ფაქტიური. მოსახლეობის შესწავლის ეროვნული ცენტრის დამოუკიდებელმა ექსპერტებმა გამოთვალეს, რომ სეპარატისტულ ტერიტორიებზე მცხოვრები მოსახლეობის გარეშე საქართველოს მოსახლეობა 1999 წელს თითქმის 4.1 მილიონს შეადგენდა, რაც აფხაზეთის და ცხინვალის რეგიონების გამოკლების შემდეგ ბევრად ნაკლებია ვიდრე სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის პროექცირებით მიღებული მოსახლეობის მონაცემები (დემოგრაფიული ყოველწლიური ანგარიში, თბილისი, 1999 წელი).

მიუხედავად ზემოთ თქმულისა, გამოკითხვის შეფასებასა და ოფიციალურ მაჩვენებლებს შორის არსებული სხვაობა იმდენად დიდია, რომ მისი ახსნა მხოლოდ მოსახლეობის გაბერილი რაოდენობით ან გამოკითხვის შერჩევის შეცდომებით არ შეიძლება. უფრო სავარაუდოა, რომ ეს სხვაობა განპირობებულია სარეგისტრაციო სისტემაში მშობიარობების არასრული რეგისტრაციით. ის, რომ სტატისტიკის დეპარტამენტი ახალშობილთა არასრულ მონაცემებს ეყრდნობა, ცხადი შეიქმნება, თუ შეეცდარება ახალშობილების აბსოლუტური რიცხვის იგივე პერიოდის ჯანდაცვის სამინისტროს ახალშობილთა ოფიციალურ მონაცემებს (სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, 2000). ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრის (სსი/ჯდმ) მიერ დარეგისტრირებული ახალშობილების მთლიანი რაოდენობა სტატისტიკის დეპარტამენტის იგივე მონაცემებზე უფრო მაღალია და ზოგჯერ საკმაოდ მაღალიც. ასე მაგალითად, სსი-ის მონაცემები 1997 წლისათვის თითქმის 1000 ცოცხალშობილით აღემატებოდა სსდ-ის მიერ გამოქვეყნებულ მონაცემს, 1999 წელს კი ამ სხვაობამ 6000 ახალშობილი შეადგინა. მთლიანობაში, 1997-1999 წლებში ჯდს მიერ გამოქვეყნებული ახალშობილების რაოდენობა 5% აღემატება სასიცოცხლო სტატისტიკის მონაცემებს. ასეთი სხვაობა შეიძლება იმით იყოს გამოწვეული, რომ ეს დაწესებულებები ინფორმაციის სხვადასხვა ინფორმაციის წყაროს იყენებენ: ჯდს აგროვებს მონაცემებს ცოცხალშობილებზე სამედიცინო სამსახურის მქონე ყველა სამედიცინო დაწესებულებებიდან; სსდ-ს ინფორმაციის წყაროა იუსტიციის სამინისტროს დაქვემდებარებული სახელმწიფო მმარის ბიუროების მიერ გაცემული დაბადების მოწმობის სარეგისტრაციო მონაცემები. იმის გამო, რომ დაბადების მოწმობის გაცემის პროცედურა ფასიანია და მშობლებმა გარკვეული თანხა

უნდა გადაიხადონ დაბადების მოწმობაში, ხოლო დაბადების მოწმობა ბავშვს სკოლაში წასვლამდე არ სჭირდება, ისინი ხშირად არჩევენ მოწმობის მიღების პროცედურის სამომავლოდ გადადებას. ფაქტურთან შედარებით არაზუსტი მონაცემების გამოქვეყნების ერთი მიზეზი ორივე ოფიციალური სტრუქტურისათვის ერთგვაროვანია. ესაა, შინ და მეზობელ ქვეყნებში მშობიარობის არასრული დაფიქსირება (გამოკითხვისას აღმოჩნდა, რომ შინ მშობიარობების შემთხვევები ორჯერ აჭარბებს ჯდს-ს მიერ მოწოდებულ მონაცემებს) (დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დეპარტამენტი/ჯდს, სსი/ჯდს, სსდ, 2000). გამოკითხვამ იმის საშუალებაც მოგვცა, რომ დაგეფიქსირებინა ფერტილობის ტენდენციები საქართველოში დროსთან შეფარდებით. სასიცოცხლო სტატისტიკის ჩანაწერების თანახმად ფერტილობის მთლიანი მაჩვენებელი (ფმმ) ნელ-ნელა კლებულობს 2.6-2.7- დან 1960-1970 წლებში 2.4-2.5-მდე 1971-1979 წლებში და ერთ ქალზე დაახლოებით 2.3 მშობიარობების სტაბილურ რიცხვს აღწევს 1980-1989 წლების პერიოდში. 1993 წლის შემდეგ დმმ მკვეთრად ეცემა და ყველაზე დაბალ დონეს 1999 წლისათვის აღწევს (1.1 მშობიარობა ერთ ქალზე). მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი მკვეთრი ვარდნა საეჭვოდ გვეჩვენება (იხ. ზევით), ფერტილობის ბოლოდროინდელი კლება ბევრად ნაკლები ტემპებით გამოკითხვის შედეგებმაც დაგვიდასტურა. 4.1.3 ცხრილი და 4.1.2 დიაგრამა წარმოადგენენ რესპონდენტების ისტორიებში დაფიქსირებულ ახალშობილების და დედის ასაკის (ბავშვის დაბადების მომენტისათვის) საფუძველზე გამოთვლილ ასაკთან შეფარდებული ფერტილობის სამწლიან მაჩვენებლებს 1998-1999 წლებისათვის. რადგან 44-49 და მეტი ასაკის ქალები გამოკითხვაში არ მონაწილეობდნენ, თუ მიღებულ მონაცემებს რეტროსპექტიულად განვიხილავთ, უფროსი ქალების ფერტილობის მაჩვენებლები (ასაკი მშობიარობისას) წარმოადგენენ ფერტილობის ნაწილობრივ მაჩვენებლებს დროის შეკვეცის გამო (მაგ. 1991-1993 წელს 35-39 წლის ქალები 1999 წელს 42-47 წლისანი არიან, გამოკითხვაში კი მონაწილეობდნენ მხოლოდ 44 ან ნაკლები ასაკის ქალები).

ცხრილი 4.1.3

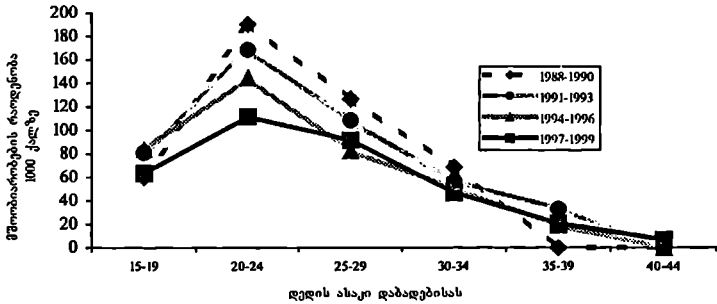
ასაკისათვის დამახასიათებელი ფერტილობის სამწლიანი მაჩვენებლები 1987-1999 წლების პერიოდისათვის

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

დედის ასაკი მშობიარობისას	1997-1999 ²	1994-1996	1991-1993	1988-1990
15-19	64	84	81	60
20-24	112	145	169	191
25-29	92	83	109	127
30-34	47	51	57	(69)
35-39	21	19	(33)	
40-44	7	-	-	-

²მშობიარობების (ახალშობილები) რიცხვი 1997 წლის იანვრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე O ექსპოზიციის დრო ნაწილობრივ შეკვეცილია, რადგან ანალიზის პერიოდში ყველა შემთხვევა არ არის დაფიქსირებული

დიაგრამა 4.12
 ასაკისათვის სპეციფიური 15-44 წლის ქალების ფერტილობის
 საშუალო მანქენებლები (ასფმ) დროის რამოდენიმე
 ინტერვალისათვის



წინა წლებთან (1991-1996) შედარებით, ფერტილობის მაჩვენებლის კლება 1997-99 წლებში შეიმჩნევა ყველაზე ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში (შესაბამისად, 20-24 და 15-19 წლის ქალები). მაგალითად, 1991-1993 წლებიდან ბოლო სამწლიან პერიოდამდე (1997-1999) 15-29 წლის ქალების ასფმ შემცირდა შესაბამისად 21%, 34% და 16% პროცენტით. ფერტილობის მაჩვენებლების შემცირება უფროსი ასაკის ქალებში ნაკლებ მნიშვნელოვანია, რადგან მათი წვლილი ფერტილობის საერთო მაჩვენებლის ფორმირებაში უმნიშვნელოა.

4.1.4 ცხრილში მოყვანილია 99GEHRs მიერ გამოკითხული ქალების ფერტილობის კუმულატიური მაჩვენებელი წარსულში (გამოთვლილია, როგორც ქალების პროცენტული განაწილება ხუთი ცოცხალშობილის მიხედვით და სტრატეგიცირებულია ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტისათვის რესპონდენტის ასაკის მიხედვით), 15-44 წლის ასაკის ქალების 39% ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტისათვის უშვილო იყო და ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალების მხოლოდ 8% არ ყავდა პირველი შვილი. ქალების ძალიან მცირე რაოდენობამ განაცხადა, რომ მას შვილი 20 წლამდე ასაკში გაუჩნდა (9%), 29 წლის ასაკში ქალების 69%-ს მინიმუმ ერთი შვილი მაინც ყავდა გაჩენილი. ყოველი ათი ქალიდან დაახლოებით ერთი რჩება უშვილო რეპროდუქციული ასაკის ბოლოს. ამჟამად გათხოვილი ქალებიდან ყოველ მეორე 15-19 წლის ქალს უკვე ყავს პირველი შვილი, ქალების 85%-ს 20-24 წლის ასაკში 90%-ზე მეტ ქალს პირველი შვილი 30 წლის ასაკში ყავს. 40-44 წლის ასაკში ქალების მხოლოდ 3% -ია უშვილო. 4.1.4 ცხრილში ნაჩვენებია ორშვილიანი ოჯახების აშკარა დომინირება მცირერიცხოვან, სამ ან მეტშვილიან ოჯახებზე (ყველა ქალის 13% და ამჟამად გათხოვილი ქალების 20%).

ცხრილი 4.14

15-44 წლის ყველა ქალის და ამჟამად კავშირში მყოფი რესპონდენტების ცოცხლად შობილი ბავშვების რაოდენობა გამოკითხვის მომენტისათვის რესპონდენტის ასაკის მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ცოცხლად შობილი ბავშვების რაოდენობა	ყველა ქალი						
	სულ	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
0	39.3	91.6	56.5	31.1	17.4	13.0	11.4
1	18.8	6.8	24.2	25.2	22.0	17.4	20.8
2	29.1	1.6	17.2	34.9	43.3	44.4	40.7
3	10.4	0.0	2.0	7.6	14.3	20.5	20.9
4 ან მეტი	2.4	0.0	0.1	1.1	3.1	4.7	6.2
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	7 798	1 142	1 246	1 312	1 419	1 523	1 156

თანაცხოვრების კავშირში მყოფი ქალები

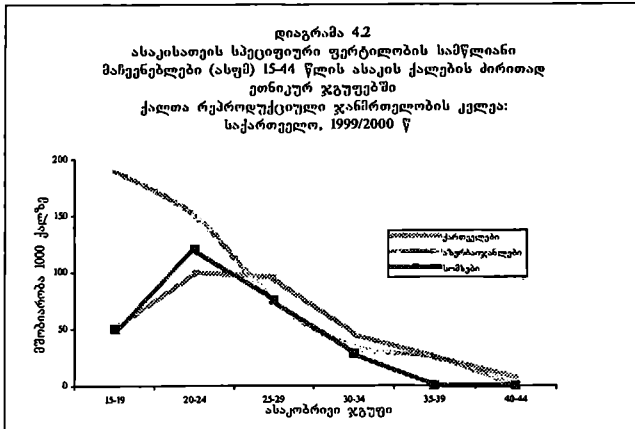
	ასაკობრივი ჯგუფი (ასაკი გამოკითხვის მომენტისათვის)						
	სულ	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
0	8.1	45.9	15.0	8.5	3.6	3.8	3.1
1	27.0	43.9	47.0	31.7	23.5	17.5	19.3
2	44.8	10.2	33.8	47.5	51.3	50.0	45.8
3	16.3	0.0	4.1	10.7	17.7	23.2	24.5
4	3.8	0.0	0.2	1.6	3.8	5.5	7.4
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი	5 177	227	673	975	1 134	1 251	917

4.2. ფერტილობის დიფერენციალები

4.2 ცხრილში ნაჩვენებია ასაკისათვის სპეციფიური ფერტილობის მაჩვენებლები სხვადასხვა ქვეჯგუფებში. ინტერვიუს ჩამორთმევის წინა სამწლიან პერიოდში თბილისში ან სხვა ქალაქებში მაცხოვრებელ ქალთა ფერტილობის მაჩვენებელი საშუალოდ 25% ნაკლები იყო, ვიდრე სოფლად მცოვრები ქალებისა. გარდა 40-44 წლის ქალების ასაკობრივი ჯგუფებისა, სოფლად მცოვრები ქალებს უფრო მაღალი, ასაკისათვის სპეციფიური ფერტილობის მაჩვენებლები ჰქონდათ, ვიდრე ქალაქელ ქალებს; ახალგაზრდა ქალების (15-19 და 20-24 წლის) შემთხვევაში ამ სხვაობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. რეგიონების მიხედვით ფერტილობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდათ თბილისელ ქალებს (1.5 ცოცხალშობილი ერთ ქალზე); ყველაზე მაღალი ფერტილობის მაჩვენებელი ქვეყნის ჩრდილო-აღმოსავლეთის და სამხრეთის რეგიონებშია, სადაც მეტი მამამდიანი ცხოვრობს (1.9 ცოცხალშობილი ერთ ქალზე). რეგიონების მიხედვით ასაკისათვის სფეციფიური ფერტილობის მაჩვენებლების განსხვავების დიდი წილი ახალგაზრდა ქალების ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის.

ფერტილობის მთლიანი მაჩვენებელი პრაქტიკულად არ იცვლება რესპონდენტების განათლების დონის მიხედვით, ფერტილობის მაჩვენებლების

სხვაობა განათლების დონის მიხედვით ოდნავ უფრო გამოკეთილია ახალგაზრდა ქალებში, ხოლო ასაკით უფროს ქალებში ეს სხვაობა მცირეა. საერთოდ, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების ფერტილობის მაჩვენებლის პიკი მოდის 25-29 წლებზე, მაშინ, როცა ნაკლებად განათლებული ქალები თავისი ფერტილობის პიკს აღწევენ 20-24 წლის ასაკში. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალების ფერტილობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა ორ ცოცხალშობილს ერთ ქალზე, მაშინ, როცა საშუალო და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალების ფერტილობის საშუალო მაჩვენებელი შესაბამისად 1.5 და 1.7 ცოცხალშობილია ერთ ქალზე. 15-19 წლის ახერბაიჯანელ ქალებს ფერტილობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აქონდათ (189 ცოცხალშობილი 1000 ქალზე), რაც ოთხჯერ აღემატებოდა ქართული ან სომეხი ქალების ასაკისათვის სფეციფიურ ფერტილობის მაჩვენებელს; რაც შეეხება სხვა ეთნიკურ ჯგუფებს, აქ ფერტილობის პიკი მოდის 20-24 წლის ასაკზე (დიაგრამა 4.2).



ცხრილი 4.2

15-44 წლის ყველა ქალის ასაკისათვის სფეციფიური და მთლიანი ფერტილობის სამწლიანი* მანვენებლები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ასაკობრივი ჯგუფი†						ფერტილობის მთლიანი მანვენებელი
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
სულ	64	113	92	48	21	7	1.7
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	49	93	91	43	19	8	1.5
სოფელი	84	142	92	55	25	6	2.0
რეგიონი							
თბილისი	47	97	90	49	17	9	1.5
იმერეთი	40	106	101	48	32	5	1.7
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	96	113	84	57	27	7	1.9
სამხრეთი	102	126	103	40	12	3	1.9
დასავლეთი	49	132	87	47	22	8	1.7
განათლება							
საშუალო ან არასრული							
საშუალო	67	122	78	40	17	3	1.6
ტექნიკუმი	65	121	95	48	27	9	1.8
უნივერსიტეტი/ასპირანტურა	46	100	103	58	21	11	1.7
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	78	139	102	58	36	6	2.1
საშუალო	59	98	86	42	14	8	1.5
მაღალი	52	121	89	49	16	6	1.7
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	47	109	93	49	22	7	1.6
აზერბაიჯანელი	189	154	75	44	25	0	2.4
სომეხი	46	123	73	37	0	0	1.4
სხვა‡	113	98	149	48	24	24	2.3

* მშობიარობათა რაოდენობა 1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე

† ასაკი მშობიარობისას

‡ რუსების, ოსების, ქურთების (იეზიდების), ქისტების, ავარების, ჩეჩნების, ბერძენების, უკრაინელების და სხვა ეთნიკური ჯგუფების ჩათვლით.

4.3. ოჯახური მდგომარეობის მახასიათებლები

რადგან დაორსულების ყველაზე მაღალი რისკი გათხოვილ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებს ახასიათებს, რესპონდენტის ოჯახური მდგომარეობა ღირდა განსაზღვრავს მისი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ქცევის ხასიათს. გამოკითხვის მომენტიანთვის 15-44 წლის ასაკის ქალების თითქმის ორი მესამედი (61%) გათხოვილი (60%) ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში (1%) იყო (ცხრილი 4.3). ქალების ექვსი პროცენტი ქერივი, ქმართან გაყრილი ან არარეგისტრირებული ქორწინების პარტნიორთან დაშორებული იყო. ამ ქალების ქვეჯგუფების ერთობლიობა განათხოვარი ქალების კატეგორიას ქმნიან. ყოველი მესამე ქალი (33%) არასოდეს ყოფილა გათხოვილი და არ მყოფია სექსუალური პარტნიორი.

ქალაქელ ქალებთან შედარებით, სოფლად მცხოვრები ქალების უმეტესობა გათხოვილია (შესაბამისად 56% და 65%) და მხოლოდ მცირე რაოდენობაა ჰყავს არარეგისტრირებული სექსუალური პარტნიორი. განათხოვარ ქალთა წილი ოდნავ მეტია ქალაქად სოფელთან შედარებით (შესაბამისად 7% და 5%). ამგვარად, სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით ქალაქელ ქალებს ოჯახის შექმნის ნაკლები და ოჯახის შენარჩუნების კიდევ უფრო ნაკლები ალბათობა ახასიათებთ, გამოკითხვის მომენტიანთვის თბილისელი ქალების ნაკლები რაოდენობაა გათხოვილი სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით. ქალაქელი რესპონდენტების მეტი რაოდენობა ცხოვრობდა არარეგისტრირებულ ქორწინებაში სექსუალურ პარტნიორთან.

ოფიციალურ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში გამოკითხული ქალების წილი მთლიანი რაოდენობიდან ასაკობრივ ჯგუფების მიხედვით შემდეგნაირად განაწილდა: 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ამ მაჩვენებელმა შეადგინა 15%, 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იგი სწრაფად გაიზარდა 48%-მდე, 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენა 70%, 35-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მიაღწია მაქსიმალურ სიდიდეს 80% და ამის შემდეგ ოდნავ კლებულა. არარეგისტრირებული ქორწინებები უჩვეულო მოვლენაა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. პარტნიორთან დაშორების, მეუღლესთან განქორწინების და დაქერიების შემთხვევების რაოდენობა მატულობს ასაკთან ერთად და მაქსიმალურ 12% აღწევს 40-44 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში. გაუთხოვარი ქალების წილი მკვეთრად კლებულობს ასაკის მატებასთან ერთად; თუ 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში რესპონდენტების 84% გაუთხოვარი იყო, 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი კლებულობს 48%-მდე, 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 23%-მდე და 30-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში 13%-მდე. 35 და მეტი ასაკის ქალებიდან დაახლოებით 8% გაუთხოვარი იყო.

საშუალო ან უმაღლესი განათლების ქალებთან (61% და მეტი) შედარებით გათხოვილი ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების წილი ბევრად ნაკლებია იმ რესპონდენტებს შორის, ვისაც ჯერ არ დაუმთავრებია საშუალო სკოლა (36%). მიუხედავად ამისა, მიმდინარე ასაკის მონაცემების შემოწმებისას სრულიად სხვა სურათი გამოიკვეთა. უფროსი ასაკის ქალების პარტნიორთან რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში თანაცხოვრების ალბათობა უკუპროპორციულია მათი განათლების დონისა. მაგალითად, 20-24 წლის ქალების 80% მეტი, ვისაც არა აქვს უმაღლესი განათლება, არარეგისტრირებულ ქორწინებაში იმყოფებოდა, მაშინ, როცა უმაღლესი განათლების მქონე იგივე 20-24 წლის ასაკის ქალების მხოლოდ 44%-47% იმყოფებოდა არარეგისტრირებულ ქორწინებაში; იგივე სურათია უფრო მეტი ასაკის ჯგუფებშიც. ქალების ერთადერთი

ჯგუფი, სადაც ოჯახური მდგომარეობის სტატუსი არ იცვლებოდა განათლების დონის შესაბამისად, იყო 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, სადაც დაოჯახების ალბათობა ერთნაირად დაბალია (16%) მიუხედავად მათი განათლების დონისა. რადგან არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალების 63%-ს 15-19 წლის გოგონები წარმოადგენენ, მათ უმრავლესობას ჯერ სკოლა არ დაუმთავრებია, არ გათხოვილან, რაც კიდევ ერთხელ ცხადყოფს, რომ ქალებს ურჩევნიათ გადადონ გათხოვება სწავლის დასრულებამდე (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის).

ცხრილი 4.3

15-44 წლის ქალების ოჯახური მდგომარეობა გამოკითხვის ჩატარების მომენტიდან შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	გაუთხო- ვილი	ოჯახური მდგომარეობა		გაუთხო- ვარი	სულ	შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი
		არარეგისტრირე- ბულ კავშირში მყოფი	განათ- ხოვარი			
სულ	60.0	0.8	6.0	33.3	100.0	7 798
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	56.3	1.0	7.1	35.6	100.0	4 759
სოფელი	64.7	0.5	4.5	30.3	100.0	3 039
რეგიონი						
თბილისი	54.1	1.4	8.4	36.1	100.0	2 029
იმერეთი	58.4	0.5	4.1	37.1	100.0	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	64.2	1.2	4.7	29.9	100.0	1 259
სამხრეთი	65.5	0.4	7.4	26.7	100.0	1 017
დასავლეთი	60.6	0.2	4.6	34.7	100.0	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-19	14.8	0.7	0.2	84.2	100.0	1 142
20-24	48.2	0.5	3.7	47.5	100.0	1 246
25-29	69.7	1.1	6.2	23.1	100.0	1 312
30-34	78.5	0.7	7.2	13.7	100.0	1 419
35-39	81.6	0.7	8.7	8.9	100.0	1 523
40-44	79.3	1.0	11.7	8.0	100.0	1 156
განათლება						
არასრული საშუალო ან დაწყებითი	35.9	1.0	3.5	59.6	100.0	991
საშუალო	61.0	0.7	6.2	32.0	100.0	2 664
ტექნიკური	73.7	0.8	6.6	18.9	100.0	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	61.5	0.7	6.6	31.2	100.0	2 085
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	60.3	0.6	6.5	32.5	100.0	3 276
საშუალო	59.6	0.8	6.0	33.6	100.0	3 654
მაღალი	60.6	1.2	4.4	33.8	100.0	868
ეთნიკური ჯგუფი						
ქართველი	58.8	0.6	5.3	35.3	100.0	6 700
აზერბაიჯანელი	66.4	1.4	8.4	23.9	100.0	589
სომეხი	64.4	0.8	9.5	25.3	100.0	300
სხვა	64.7	2.3	12.7	20.3	100.0	209

4.4. ქალის ასაკი პირველი სქესობრივი აქტის, პარტნიორთან თანაცხოვრების პირველი გამოცდილების და პირველი მშობიარობის მომენტისათვის

ფერტილობას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს პირველი სქესობრივი აქტის და პარტნიორთან თანაცხოვრების პირველი გამოცდილების ასაკი. ამ მოვლენების დროში გადავადება ქალის დაორსულების მაღალი რისკის რეპროდუქციული წლების რაოდენობას ამცირებს და შესაბამისად ნაკლები შვილანსობის ალბათობას უზღვევს. პირველი მშობიარობის ასაკი უშუალოდ მოქმედებს ფერტილობის მთლიან მაჩვენებლებზე, რადგან პირველი შვილის განენის გადავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს ფერტილობის მთლიანი მაჩვენებლის შემცირებას.

ინფორმაცია პირველი სქესობრივი აქტის, თანაცხოვრების პირველ გამოცდილებაზე და პირველი მშობიარობის შესახებ წარმოდგენილია ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტისათვის, რესპონდენტის ასაკის მიხედვით (ცხრილი 4.4.1). ცხრილის მარცხენა ნაწილში ნაჩვენებია მოცემული ხუთწლიანი ასაკობრივი ჯგუფების რესპონდენტთა წილი, რომლებსაც განსაზღვრულ ასაკამდე ქონდათ სქესობრივი აქტი (ზედა ნაწილი), იყვნენ რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში (შუა ნაწილი) და გაუჩენიათ შვილი (ქვედა ნაწილი). აქვე მოცემულია მთლიანი საშუალო ასაკი (ასაკი, როდესაც 15-44 წლის ქალების 50%-მა ზემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები განიცადა) და საშუალო ასაკი თითოეული ასაკობრივი ჯგუფის შიგნით. გამოკითხვის მომენტისათვის ასაკის მიხედვით დაჯგუფებული რესპონდენტების შედარება საშუალებას იძლევა, განისაზღვროს, იცვლება თუ არა დროის მიხედვით თითოეული მოვლენის დადგომის ასაკი. მაგალითად, იმ ქალების რაოდენობა, რომლებსაც სექსუალური კონტაქტი 20 წლამდე ადრე ქონდათ 40-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 32%; ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 40%-მდე 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში; რესპონდენტების წილს, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ქორწინებამდე ქონდათ სექსუალური გამოცდილება, ქალების ამ ორ კატეგორიაში არაფერი შეუცვლია, რადგან რესპონდენტთა ასაკი პირველი სქესობრივი აქტის და პირველი თანაცხოვრების მომენტისათვის პრაქტიკულად იდენტური იყო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში.

საქართველოში ქორწინებამდე სექსუალური თავშეკავება იყო და რჩება ქცევის მიღებულ ნორმად. ქალებს ტრადიციულად მიიჩნევენ სათემო და სოციალური ღირებულებების დამცველებად. როგორც ჩანს, ტრადიციული ნორმები იმდენად ხილრმისეულია, რომ მათ ვერაფერი დააკლო ბოლო დროინდელმა ცვლილებებმაც კი, ესოდენ დიდი გავლენა რომ მოახდინეს ახალგაზრდების რეპროდუქციულ ქცევაზე ინდუსტრიალიზებულ სამყაროში. მიუხედავად იმისა, რომ აღმოსავლეთ ევროპაში და ყოფილ საბჭოთა კავშირში მომხდარმა ძირულმა პოლიტიკურმა ცვლილებებმა ღრმა კვალი დაამჩნიეს ცხოვრების ყველა ასპექტს, მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის აღქმას და ქცევებს, სქესობრივი აქტიუობის, ოჯახის შექმნის და დედობის ასაკობრივი სტერეოტიპები ძალიან უმნიშვნელოდ შეიცვალა.

როგორც 4.4.1 ცხრილშია ნაჩვენები, სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე ქალების ყველა კატეგორიისათვის უჩვეულოა, რასაც ადასტურებს პირველი სქესობრივი კონტაქტის და პირველი დაქორწინების პრაქტიკულად იდენტური მედიანური ასაკი ქალების ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. თავისი ასაკის მიუხედავად, ტიპური ქართველი ქალის პირველ სქესობრივ

ცხრილი 4.4.1

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც პარტნიორთან პირველი სქესობრივი ურთიერთობა ან თანაცხოვრების გამოცდილება და პირველი მშობიარობა შერჩეულ ასაკამდე ჰქონდათ. მონაცემები მოყვანილია გამოკითხვის მომენტისათვის რესპონდენტების ასაკის მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ასაკი გა- მოკითხე- სას	ასაკი პირველი სექსუალური კონტაქტისას					სექსუალური კონტაქტი პარტნიორთან	არ ქონია სექსუალური კონტაქტი	საშუალო ასაკი	შემთხე- ვეების რაოდენ- ობა*
15-19	<15	<18	<20	<22	<25	15.8	84.2	†	1 142
20-24	2.5	(13.8)	(15.8)	NA	NA	52.7	47.3	†	1 246
25-29	0.8	20.3	43.7	58.1	71.2	77.0	23.0	20.9	1 312
30-34	0.6	14.4	36.6	55.2	72.5	86.7	13.3	21.4	1 419
35-39	0.4	12.3	34.9	52.5	71.2	91.0	9.0	21.7	1 522
40-44	0.4	12.0	32.1	51.5	68.4	92.1	7.9	21.8	1 154
სულ	1.2	16.2	33.1	45.8	56.8	66.8	33.2	21.5	7 795
ასაკი გა- მოკითხე- სას	ასაკი პირველი სქესობრივი თანაცხოვრების დაწყებისას					არარეგისტრი- რებული ქორწინების გამოცდილება	არასოდეს ყოფილა არარეგისტრ- ირებული ქორწინებაში	საშუალო ასაკი	შემთხე- ვეების რაოდენ- ობა*
15-19	<15	<18	<20	<22	<25	15.8	84.2	†	1 142
20-24	2.5	(13.8)	(15.8)	NA	NA	52.5	47.5	†	1 246
25-29	0.6	20.0	42.7	57.9	71.1	76.9	23.1	20.9	1 312
30-34	0.6	13.0	34.9	54.7	71.9	86.3	13.7	21.5	1 419
35-39	0.5	11.9	34.6	51.6	70.9	91.0	9.0	21.8	1 521
40-44	0.6	11.0	29.9	50.4	67.6	92.0	8.0	21.9	1 156
სულ	1.2	15.7	32.3	45.3	56.5	66.7	33.3	21.6	7 796
ასაკი გა- მოკითხე- სას	ასაკი პირველი შვილის განჩინისას					ქონდა მშობიარობა	არ უმშობიარია	საშუალო ასაკი	შემთხე- ვეების რაოდენ- ობა*
15-19	<15	<18	<20	<22	<25	8.4	91.6	†	1 142
20-24	0.1	11.1	30.7	(39.1)	(43.4)	43.5	56.5	†	1 246
25-29	0.2	6.1	26.8	45.1	60.4	68.9	31.1	22.8	1 312
30-34	0.2	4.0	20.5	42.1	64.9	82.5	17.5	22.7	1 419
35-39	0.1	3.3	19.7	40.0	61.7	87.0	13.0	23.3	1 523
40-44	0.1	3.9	17.3	39.9	59.1	88.3	11.7	23.4	1 156
სულ	0.2	5.8	20.2	34.7	47.9	60.6	39.4	23.0	7 798

0 მოქალაქის დრო ნაწილობრივ შეეყვანა რადგან ზოგი შემთხვევა არ ეტეოდა ანალიზის პერიოდის ჩარჩოებში;

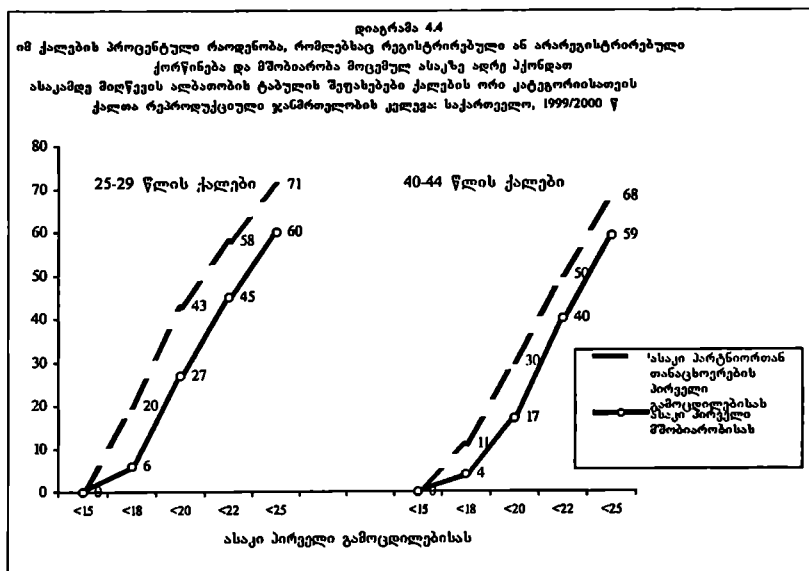
NA - გამოყენებისათვის უყარგისი

* გარდა 3 შემთხვევისა, სადაც პირველი სქესობრივი აქტის დრო უცნობია, და 2 შემთხვევისა, სადაც პირველი არარეგისტრირებული ქორწინების თარიღი უცნობია

† მონაცემები გამოტოვებულია, რადგან ამ ასაკობრივი ჯგუფის 50% ნაკლები რესპონდენტი გათხოვდა განსაზღვრული პერიოდის დასაწყისში.

კონტაქტსა და ქორწინებას შორის ინტერვალი, თუკი ასეთი არსებობდა, ერთ თვეს შეადგენს. მართალია, 25-29 წლის ასაკის ქალები სქესობრივ აქტიუობას ერთი წლით ადრე იწყებდნენ, ვიდრე მათზე უფროსი თაობა (მაგ. 40-44 წლის რესპონდენტები), სამაგიეროდ ისინი ერთი წლით ადრეც თხოვდებოდნენ. ამგვარად, პირველი სქესობრივ კონტაქტს და გათხოვებას შორის ინტერვალი პრაქტიკულად ერთნაირი იყო ყველა ასაკობრივ ქვეჯგუფში.

ყველაზე შესამჩნევი ცვლილება ქალების სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში (მაგალითად, 25-29 და 40-44 წლის ქალები) განიცადა ცოლ-ქმრული ურთიერთობის სტერეოტიპმა (იხ. აგრეთვე დიაგრამა 4.4). როგორც ადრე ვახსენეთ, შედარებით უფროსი ასაკის ქალებთან, ახალგაზრდა ასაკობრივი ჯგუფის ქალების მეტი რაოდენობა პირველად 20 წლამდე ასაკში თხოვდება (ეს მაჩვენებელი 40-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იყო 32%, ხოლო 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 39%). შემდგომში თანაცხოვრების პირველი გამოცდილების მედიანური ასაკი 20-29 წლიან ასაკობრივ ჯგუფში ერთი სრული წლით მცირდება 21.9-დან 20.9-მდე 40-44 ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით.



ასაკი პირველი მშობიარობისას აგრეთვე შემცირებულია ახალგაზრდა ქალებში და ეს შემცირება პირველი რეგისტრირებული თუ არარეგისტრირებული ქორწინების ასაკის შემცირების პარალელურია. ამასთან, დროის ინტერვალი პირველი კავშირის დამყარების და პირველი შეიღის გაჩენას შორის ყოველი ასაკობრივი ჯგუფის შიგნით თანდათანობით იზრდება. მაგალითად, მედიანურმა ასაკმა პირველი მშობიარობისას 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორი წელიწადით (1.9) გადაიწია დროში პირველი რეგისტრირებული ან არარეგისტრირებული ქორწინების ასაკთან

მიმართებაში, ხოლო 40-44 წლის რესპონდენტთა ჯგუფში პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი 15 წლით მეტი იყო ვიდრე მათი მედიანური ასაკი პირველი რეგისტრირებული ან არარეგისტრირებული ქორწინებისას. ეს მონაცემები მოწმობენ, რომ ახალგაზრდა ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები უპირატესობას უფრო ადრეულ ქორწინებას ანიჭებენ ვიდრე უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის ქალები, მაგრამ ახალგაზრდა რესპონდენტების შეიღოსნობის ასაკი უფრო გვიან იწყება, ვიდრე უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის ქალებისა. რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო რაოდენობის 83%-ს უკვე აქვს პირველი სქესობრივი კონტაქტი 30 წლის ასაკისათვის, ხოლო 75%-ს ამ ასაკისთვის უკვე ჰყავს გაჩენილი პირველი შვილი (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის).

4.4.2 ცხრილში მოყვანილია 15-44 წლის ქალების პირველი სქესობრივი კონტაქტის, პარტნიორთან თანაცხოვრების და პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი შერჩეული ფონური პარამეტრების მიხედვით. ქალაქელი ქალების პირველი სქესობრივი კონტაქტის, პარტნიორთან თანაცხოვრების და პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი 1.5 წლით ჩამორჩება სოფლად მცხოვრებ ქალების ასაკს. თბილისელი ქალების პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი 2 წლითაა გადავადებული სხვა რეგიონის რესპონდენტებთან შედარებით. ამ ორ მოვლენას შორის არსებული ინტერვალი, (გათხოვება და პირველი ბავშვის გაჩენა) ერთნაირია როგორც ქალაქის, ისე სოფლის ქალებისათვის, რითაც აიხსნება ფერტილობის მაჩვენებლების უმნიშვნელო სხვაობა რესპონდენტების საცხოვრებელი ადგილის მიუხედავად. ამ ორი მოვლენის მედიანური ასაკის სხვაობა ბევრად უფრო დიდია, თუ შედარებას განათლების დონის მიხედვით გაეკეთებთ. პირველი სქესობრივი კონტაქტის და პირველი დაქორწინების მედიანური ასაკი უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში 4.6 წლით უფრო დიდია, ვიდრე არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებში; ანალოგიურად, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი 5.8 წლით აღემატება ნაკლები განათლების მქონე ქალების იგივე მაჩვენებლებს. ეთნიკურად ქართველი ქალების პირველი სქესობრივი კონტაქტის და მყარების, გათხოვების და პირველი შვილის გაჩენის მედიანური ასაკი ყველაზე მაღალია, აზერბაიჯანელი ქალების ანალოგიური მაჩვენებლები კი ყველაზე დაბალი (პარტნიორთან პირველი თანაცხოვრების გამოცდილების და პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკის მაჩვენებლები ამ ორ ჯგუფში შესაბამისად 2.6 და 2.3 წელია.)

ცხრილი 4.4.2

15-44 წლის ქალების პირველი სქესობრივი კონტაქტის , პირველი ქორწინების და პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

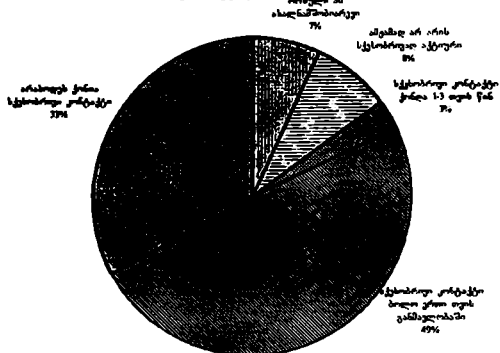
მახასიათებლები	მედიანური ასაკი პირველი სქესობრივი კონტაქტისას 21.5	მედიანური ასაკი პირველი დაქორწინებისას 21.6	მედიანური ასაკი პირველი მშობიარობისას 23.0
სულ			
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	22.1	22.2	23.7
სოფელი	20.6	20.7	22.1
რეგიონი			
თბილისი	22.6	22.6	24.2
იმერეთი	22.0	22.0	23.5
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	20.9	20.9	22.3
სამხრეთი	20.1	20.2	21.7
დასავლეთი	21.6	21.6	23.1
განათლება			
არასრული საშუალო, ან დაწყებითი სკოლა	19.0	19.2	20.4
საშუალო სკოლა	20.1	20.2	21.3
ტექნიკუმი	21.5	21.5	22.9
უმაღლესი/ასპირანტურა	24.6	24.7	26.2
ქართული	21.9	22.0	23.4
აზერბაიჯანული	19.3	19.4	21.1
სომეხი	20.0	20.1	21.2
სხვა	20.9	21.0	22.6

4.5. ბოლო დროის სქესობრივი აქტიუობა

მიმდინარე სქესობრივი აქტიუობა მნიშვნელოვანი ინდიკატორია იმისათვის, რომ განისაზღვროს პროპორცია ქალებისა, რომლებსაც არასასურველი დაორსულების მაღალი რისკი აქვთ და ქალები, რომლებსაც კონტრაცეფციის სამსახური ესაჭიროებათ. იგი ხელს უწყობს ისეთი კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევას, რომელიც კარგად ესადაგება როგორც რეპროდუქციულ ქცევას, ისე თითოეული ინდივიდის ფერტილურ პერიორიტეტებს. ქალების აზრი ოჯახის დაგეგმარების სამსახურზე და კონტრაცეფტიულ არჩევანზე მოყვანილია IX თავში.

როგორც 4.5 ცხრილიდან ჩანს, 99GERHS -ის მიერ ინტერვიუებული 15-44 წლის ასაკის ქალების 67%-მა განაცხადა, რომ მათ წარსულში ქონდათ სქესობრივი კავშირები, მათგან მხოლოდ 49%-ია სქესობრივად აქტიური (გამოკითხვამდე ერთი თვით ადრე). თუ გამოვრიცხავთ იმ რესპონდენტებს, რომლებსაც არ ჰქონიათ სქესობრივი კონტაქტის გამოცდილება, სქესობრივი გამოცდილების ქალების 77% სქესობრივად აქტიური რჩებოდა. ქალების თითქმის 4% ორსულად იყო, ხოლო 4%-მა განაცხადა რომ თავს იკავებდა მშობიარობის შემდგომი სქესობრივი კონტაქტებისაგან ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტიდან.

დიაგრამა 4.5
 15-44 წლის ქალების მიერ განცხადებული სქესობრივი
 აქტივობის სტატუსი.
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კელეა:
 საქართველო, 1999/2000 წ.



4.5 ცხრილში წარმოდგენილია ინფორმაცია სქესობრივ აქტივობაზე ოჯახური მდგომარეობის და ასაკის მიხედვით. გათხოვილი ან პარტნიორთან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების 80%-მა განაცხადა, რომ ერთხელ მაინც ჰქონდა სქესობრივი კონტაქტი ბოლო თვის განმავლობაში, 5% აღნიშნა, რომ სქესობრივ კონტაქტს ორი-სამი თვის უკან ჰქონდა ადგილი. გათხოვილი ქალების მხოლოდ 3%-ს ჰქონდა სქესობრივი კონტაქტი გამოკითხვის მომენტისათვის. განათხოვარი ქალების უმრავლესობამ (77%) განაცხადა, რომ მათ ბოლო სქესობრივი კონტაქტი ერთი ან მეტი წლის უკან ჰქონდათ. გაუთხოვარი რესპონდენტების ერთ პროცენტზე ნაკლებმა განაცხადა, რომ მათ არასოდეს ჰქონიათ სქესობრივი გამოცდილება და არც ამჟამად არიან სქესობრივად აქტიურები. მხოლოდ ყოველმა მეოთხე ქალმა (15-24 წლის) განაცხადა, რომ სქესობრივად აქტიურია. სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე მხოლოდ 62%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში. თითქმის 10% გამოკითხვის მომენტისათვის ორსულად ან მემკუთუე იყო. სქესობრივად აქტიური 25 და მეტი წლის ქალების 80%-მა განაცხადა, რომ ჰქონდათ სქესობრივი გამოცდილება. აქედან სამ მეოთხედს სქესობრივი კონტაქტი გასულ თვეში ჰქონდათ. სქესობრივი გამოცდილების მქონე 25 და მეტი წლის ქალების დაახლოებით 7%-ს ბოლო სქესობრივი კონტაქტი ერთი ან მეტი წლის წინათ ჰქონდათ.

ცხრილი 4.5

15-44 წლის ქალების სქესობრივი აქტიუობის სტატუსი გამოკითხვის მომენტიდან მათი ასაკის მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

სქესობრივი აქტიუობის სტატუსი	ოჯახური მდგომარეობა			
	სულ	გათხოვილი/ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	განაშთიერი	გაუთხოვარი
არასოდეს ქონიათ სქესობრივი აქტი	33.1	0.0	0.0	99.6
ამჟამად ორსულად არიან	3.6	5.9	0.0	0.0
ახალი ნამშობიარევი	3.7	5.5	5.0	0.0
ქონდათ სქესობრივი კონტაქტი				
• ბოლო ერთი თვის მანძილზე	48.9	80.3	2.8	0.0
• 1-3 თვის წინ	3.0	4.5	4.6	0.0
• ბოლო 1 წლის მანძილზე სამ თვეზე მეტი არ ქონიათ კონტაქტი	1.8	2.2	7.0	0.0
ერთი წელი ან მეტი	5.5	1.4	76.7	0.2
ერთი თვე ან მეტი - უცნობი	0.4	0.2	3.9	0.1
ინტერვალი	100	100	100	100
სულ				
შეუწონელი შემთხვევების რაოდენობა	7 798	5 177	517	2 104
		<u>ასაკობრივი ჯგუფი</u>		
სქესობრივი აქტიუობის სტატუსი	სულ	15-24	25-34	35-44
არასოდეს ქონიათ სქესობრივი აქტი	33.1	67.3	18.1	8.5
ამჟამად ორსულად არიან	3.6	4.9	4.7	0.9
ახალი ნამშობიარევი	3.7	4.6	4.9	1.5
ქონდათ სქესობრივი კონტაქტი				
• ბოლო ერთი თვის მანძილზე	48.9	20.4	60.9	70.1
• 1-3 თვის წინ	3.0	0.9	3.5	5.0
• ბოლო 1 წლის მანძილზე სამ თვეზე მეტი არ ქონიათ კონტაქტი	1.8	0.8	1.8	2.9
ერთი წელი ან მეტი	5.5	1.1	5.7	10.5
ერთი თვე ან მეტი - უცნობი	0.4	0.1	0.4	0.6
ინტერვალი				
სულ	100	100	100	100
შეუწონელი შემთხვევების რაოდენობა	7 978	2 388	2 731	2 679

4.6. ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი

ყველა რესპონდენტს, რომლებმაც იმშობიარეს 1994 წლის იანვრის შემდეგ, ეკითხებოდნენ, რამდენად დაგეგმილი იყო ორსულობა ჩასახვის მომენტიდან. ყოველი ორსულობა კლასიფიცირდებოდა, როგორც დაგეგმილი (სასურველი მისი დადგომის დროისათვის), უდროო (სასურველ დროზე უფრო ადრე) და არასასურველი (რესპონდენტს აღარ უნდოდა მეტი შვილი). უდროო და არასასურველი ორსულობები ქმნიან დაუგეგმავი ორსულობების ჯგუფს. წინამდებარე ანგარიშში ასახულია ამ პერიოდის მხოლოდ ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი. ორსულობის დაგეგმვის სტატუსზე მონაცემების შეგროვებას ართულებს ის ფაქტი, რომ რესპონდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ხელოწერილი აბორტების რაოდენობაზე ხშირად არასრულია, მით უმეტეს, თუ აბორტი სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ გაკეთდა. მიუხედავად ამისა, აბორტების არასრული ნუსხა ამ გამოკითხვის მთავარი საზრუნავი არ არის, რადგან გამოკითხვის მონაცემების საფუძველზე გამოთვლილი აბორტების მაჩვენებლები ოფიციალურზე უფრო მაღალია. ორსულობებთან დაკავშირებული მეორე შესაძლო პრობლემა ის არის, რომ ორსულობის ცოცხალი ბავშვის გაჩენით დასრულება წარმოადგენს მშობიარობის შემდგომ ლოგიკურ დასაბუთებას. ზოგიერთმა ქალმა შეიძლება შეიცვალოს აზრი დაუგეგმავ ორსულობაზე ბავშვის დაბადების შემდეგ ან პირიქით სიამოვნებდეს იმის აღიარება, რომ ეს დაუგეგმავი ორსულობა იყო. ამგვარად, ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი შეიძლება ითქვას, წარმოადგენს უდროო და განსაკუთრებით არასასურველი აბორტით ან ცოცხალი ბავშვის გაჩენით დასრულებული ორსულობების არასრულ შეფასებას. დაგეგმილი ჩასახვების შესახებ ინფორმაციის შესაძლო არასრული მოწოდების მიუხედავად 4.6 ცხრილში მოყვანილი ციფრები ცხადყოფენ მნიშვნელოვან სხვაობას სასურველი ორსულობის, ორსულობის შედეგის და ფონური მახასიათებლების მიხედვით. ეს მონაცემები ხაზგასმით მიუთითებენ დაუგეგმავი ორსულობის რისკის შემცირების აუცილებლობაზე. სხვადასხვა ქვეჯგუფების შეილოსნობის ასაკის ორიდან ერთზე ნაკლებმა ქალმა (40%) ოჯახური მდგომარეობის მიუხედავად განაცხადა, რომ მათი ბოლო ორსულობა სასურველი იყო ჩასახვის მომენტიდან, 10%-ის აზრით იგი ნაადრევი იყო (ბავშვის გაჩენა მოგვიანებით სურდათ), ხოლო 49%-მა თავის ბოლო ორსულობას არასასურველი უწოდა, ამგვარად, ქალების 59%-მა დაახასიათა თავისი ბოლო ორსულობა, როგორც დაუგეგმავი და ამ ქალების უმრავლესობამ (83%) განაცხადა რომ ბოლო ორსულობა არა თუ უდროო, არამედ უფრო არასასურველი იყო. თითქმის ყველა ქალმა (94%), რომელთა ორსულობა ცოცხალი ბავშვის გაჩენით დასრულდა, განაცხადა, რომ ეს დაგეგმილი მშობიარობები იყო. როგორც 4.6 დიაგრამიდან ჩანს, ქალების ძალიან მცირე პროცენტმა განაცხადა, რომ მათი ბოლო ორსულობა უდროო (3%) ან არასასურველი იყო. და პირიქით, მცირე გამოკლებით ყველა ქალმა, რომელმაც ხელოწერილი აბორტი გაიკეთა, განაცხადა, რომ მათი ორსულობა არასასურველი იყო.

უნდა ითქვას, რომ იმ ქალების შედარებით დიდმა რაოდენობამ (25%) , რომელთა ბოლო ორსულობა მუცლის მოშლით ან მკვრადშობილი ბავშვით დასრულდა, განაცხადა, რომ ეს არასასურველი ჩასახვა იყო; ეს ციფრი

ცხრილი 4.6

15-44 წლის ქალების, რომლებსაც 1994 წლის იანვრიდან ერთი ორსულობა მაინც ქონდათ, ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

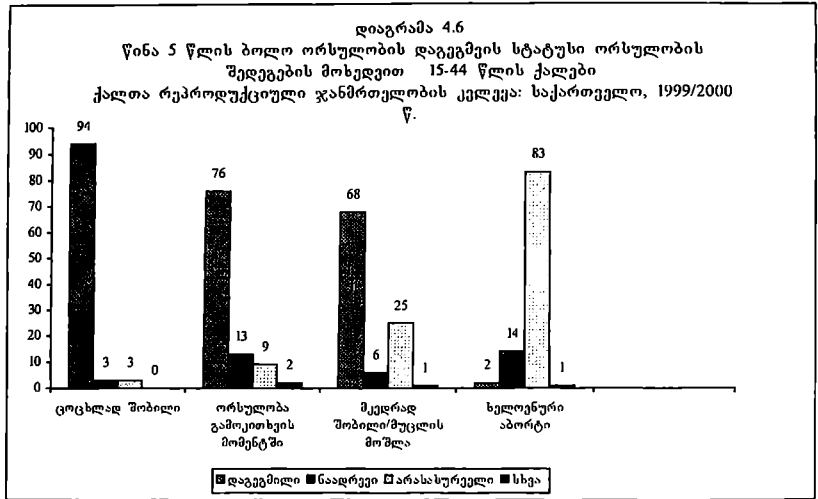
მახასიათებლები	ხასიათი	ბოლო ორსულობის უღრთო	არასა-სურველი	დაგეგმვის არ არის დარწმუნებული	სტატუსი სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	40.4	10.1	48.9	0.7	100.0	3 406
ორსულობის შედეგი						
ამეზომინდელი ორსულობა	75.9	13.0	9.3	1.8	100.0	305
ახალშობილი ბავშვი	94.0	2.8	3.0	0.2	100.0	1 079
ხელოვნური აბორტი	2.0	14.1	83.1	0.8	100.0	1 864
ორსულობის სხვა შედეგები*	67.9	6.3	25.1	0.7	100.0	158
საცხოვერებელი ადგილი						
ქალაქი	39.0	11.2	49.3	0.5	100.0	1 960
სოფელი	41.9	8.9	48.3	0.9	100.0	1 446
ასაკობრივი ჯგუფი†						
15-24	61.9	14.5	22.9	0.8	100.0	1 065
25-34	34.9	10.2	54.1	0.8	100.0	1 676
35-44	19.1	3.2	77.4	0.3	100.0	665
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/არარეგისტრირებული ქორწინებაში მყოფი	39.9	10.1	49.4	0.7	100.0	3 295
განათხოვარი	54.2	10.7	34.4	0.7	100.0	108
გაუთხოვარი	‡	‡	‡	‡	‡	3
ცოცხალი შეიღების რაოდენობა						
არცერთი	90.7	4.5	3.1	1.7	100.0	184
ერთი	58.6	21.0	19.3	1.0	100.0	926
ორი	28.4	8.0	63.3	0.4	100.0	1 639
სამი ან მეტი	30.4	2.5	66.5	0.6	100.0	657
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან დასაწყისი სკოლა	50.4	6.8	41.3	1.5	100.0	312
საშუალო	38.6	10.0	50.6	0.7	100.0	1 171
ტექნიკური	35.0	9.5	55.0	0.5	100.0	969
უმაღლესი/ასპირანტურა	43.8	12.0	43.7	0.5	100.0	954
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართული	39.7	10.6	49.0	0.6	100.0	2 868
აზერბაიჯანელი	49.6	6.7	43.1	0.6	100.0	303
სომეხი	30.0	8.1	60.5	1.3	100.0	139
სხვა	40.7	11.4	47.0	1.0	100.0	96

* მოიცავს ორსულობებს, რომლებიც დასრულდა მკერადშობილი ბავშვის გაჩენით, მუცლის მოშლით ან საშვილოსნოს გარე ორსულობით

† ქალის ასაკი ორსულობის დასასრულისას

‡ ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლებია.

რეაჯერ აღმატება იმ ქალთა რიცხვს, რომლებმაც ცოცხალი შვილი გააჩინეს არასასურველი ორსულობის შედეგად. მიუხედავად იმისა, რომ ეს სხვაობა გარკვეულწილად ხაზს უსმევს არასასურველი ორსულობის უარყოფით შედეგს, არ არის გამორიცხული, რომ სპონტანურ აბორტად ან მკედრადშობილად მონათლული ზოგი შემთხვევა სინამდვილეში ხელოვნური აბორტი იყო.

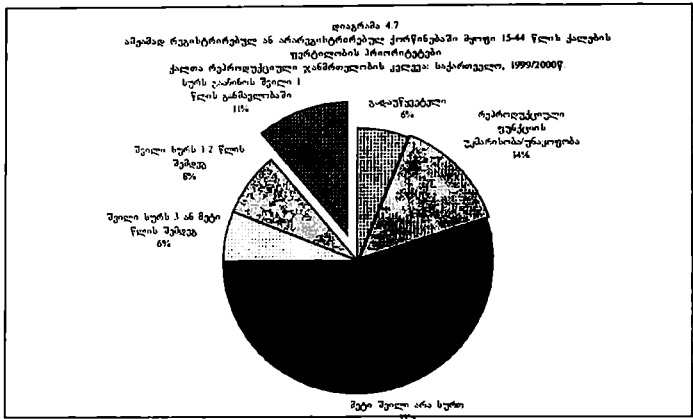


ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი არ განსხვავდებოდა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, მაგრამ დაუგეგმავი ორსულობების რიცხვი იზრდება ასაკთან და წარსული მშობიარობების რიცხვთან ერთად. ახალგაზრდა ქალები ნაკლებად აღნიშნავენ დაუგეგმავ ორსულობას (38%) 24-34 წლის (65%) ან 35-44 წლის (81%) ქალებთან შედარებით. 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში დაუგეგმავი ორსულობების მეტი წილი უფრო ნაადრევი იყო, ვიდრე არასასურველი. არასასურველი ორსულობების ნაადრევი ორსულობებთან შეფარდება ამ ქალებში იყო 1.6:1; იგივე მაჩვენებელი 25-34 წლის ქალებისათვის შეადგენდა 5.4:1 და 35-44 წლის ქალებისათვის - 24:1. ამგვარად, დედის ასაკის ზრდასთან ერთად ხდება ნაადრევი ორსულობების სწრაფი ჩანაცვლება არასასურველი ორსულობებით, რაც უპირველეს ყოვლისა იმით არის გამოწვეული, რომ მშობიარობის დროში განთავსების წარუმატებლობას ენაცვლება ქალის სურვილი აღარ ყავდეს მეტი ბავშვი, რის შედეგად პრაქტიკულად ყველა დაუგეგმავი ორსულობა უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში არასასურველი იყო. მსგავსი სიტუაციაა, როცა ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი ფასდება ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით. ქალებს, რომლებსაც არასოდეს გაუჩენიათ ცოცხალი ბავშვი და ერთშვილიანი ქალები უფრო იშვიათად აცხადებდნენ, რომ მათი ბოლო ორსულობა არასასურველი იყო, ვიდრე ქალები, რომლებსაც ორი ან მეტი შვილი ჰყავთ. მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდა ქალებმა ხშირ შემ-

თხვევაში თავისი ბოლო ორსულობა დაახასიათეს როგორც ნაადრევი, არასასურველი ფეხმძიმობის მაღალი პროცენტი ამ ასაკობრივ ჯგუფში შეიძლება გამოწვეული იყოს თავად კითხვის არასწორი გაგებით, რესპონდენტის არაერთგვაროვანი ან ბოლო ორსულობისადმი ამბივალენტური დამოკიდებულებით ან იმით, რომ ქალი ბოლომდე არ არის დარწმუნებული, უნდა თუ არა ამ ბავშვის ყოლა. არასასურველი ორსულობის მჩაგვნიებელი თითქმის არ იცვლება განათლების დონის მიხედვით.

4.7. ფერტილობის მომავალი პრიორიტეტები

4.7.1 ცხრილში ნაჩვენებია ამჟამად არარეგისტრირებულ ან რეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების განაწილება ფერტილობის პრიორიტეტების მიხედვით ცოცხალი შვილების ამჟამინდელი რაოდენობისა და რესპონდენტების ასაკის გათვალისწინებით. აუცილებელია ვიცოდეთ, რას მოელის მოსახლეობა ფერტილობასთან დაკავშირებით, რომ დაეხმაროს წყვილებს, თავიდან აიცილონ არასასურველი ორსულობა და მათთვის სასურველი სულადობის ოჯახი შექმნან. თავის საქმიანობაში, რომელიც მიმართულია არასასურველი ორსულობების და ხელოვნური აბორტების მანევენებლების შემცირებისაკენ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიციალურმა პირებმა და ექიმებმა უნდა გაითვალისწინონ ფერტილობის პრიორიტეტები. როგორც 4.7 დიაგრამაშია ნაჩვენები, ამჟამად გათხოვილი ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების ნახევარზე მეტს (55%) არ სურთ მეტი შვილის ყოლა, კიდევ 6% არ იცოდა, უნდა თუ არა მეტი შვილი. რესპონდენტების საკმაოდ დიდმა ნაწილმა (17%) განაცხადა თავისი ან მეუღლის



უნაყოფობის შესახებ. ასეთ ქალებს ფერტილობის სამომავლო პრიორიტეტებზე არ ეკითხებოდნენ. ქალების მხოლოდ 23% განაცხადა, რომ მათ უნდათ მომაველში კიდევ ერთი შვილის გაჩენა. მათ შორის 10% სურდა, რომ

მაღლე გასჩენოდა შვილი (ერთი წელიწადში), 8% კი გამოთქვა სურვილი, დაეცადათ 1-2 წელი და მეგრე გაეჩინათ კიდევ ერთი შვილი.

4.7.1 ცხრილში წარმოდგენილი ციფრები კიდევ უფრო ამტკიცებენ ორბაეშვიანი კომლის უკვე აღწერილი სტერეოტიპის გავრცელებას. მეტი ბავშვის ყოლის სურვილი სწრაფად კლებულობს მას შემდეგ, რაც კომლში ორი ბავშვი გაინდება. თითქმის ყოველ მესამე ქალს (63%), რომელსაც არა ყარ ცოცხალი შვილები (ტაბულის ზედა სექტორი), სურს ბავშვის გაჩენა მომავალში; პრაქტიკულად ყველა ამ ქალმა განაცხადა, რომ მზად არის ეხლავე დაორსულდეს (გამოკითხვის წელს). ანალოგიურად, ერთშვილიანი ქალების წილი, რომლებსაც სურთ კიდევ ერთი შვილის გაჩენა, 61% შეადგენს, მაგრამ ამ ქალების უმრავლესობას ურჩევნია მინიმუმ ერთი წელი მოიცადოს, სანამ მეორე შვილს გააჩენდეს. მეტი შვილის ყოლის სურვილი მკვეთრად კლებულობს ორი შვილის გაჩენის შემდეგ. ორშვილიანი ქალების მხოლოდ 12% და სამ- ან მეტშვილიანი ქალების მხოლოდ 3% გამოთქვა სურვილი, იყოლიოს კიდევ ერთი შვილი. როგორც არ უნდა იყოს დემოგრაფიული ან სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები, ქალების უმრავლესობას ერთ-ორ ბავშვზე მეტი არა ჰყავთ და არც მეტი ბავშვის ყოლის სურვილი გააჩნიათ ასეთია მთავარი დასკვნა, რომელიც შეიძლება გაკეთდეს ამ ციფრებიდან გამომდინარე.

როგორც მოსალოდნელი იყო, მეტი ბავშვის ყოლის სურვილი უფრო ნაკლები ასაკის ქალებმა გამოთქვეს (4.7.1 ცხრილის ქვედა სეგმენტი). მეტი ბავშვის ყოლის სურვილი იცვლება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: იგი ყველაზე მაღალია უმცროსი ასაკის ქალების ჯგუფში და 74% შეადგენს; 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი კლებულობს 54%-მდე, 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იგი უდრის 34%, 30-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -19%, 35-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 7% და 40+ წლის ასაკობრივ ჯგუფში იგი მხოლოდ 2% შეადგენს. ბავშვის გაჩენის მსურველებიდან ყველაზე ახალგაზრდებს უნდოდათ მიმდინარე წელს გაეჩინათ ბავშვი (74 პროცენტის 42 პროცენტი = 57%). შვილის მაღლე ყოლის სურვილი ნაკლებია 20-29 წლის ქალების ჯგუფში (35%), ალბათ იმიტომ, რომ მათ სურთ მეორე ორსულობის პირველისაგან დროში დაცილება; კიდევ ერთი ბავშვის ყოლის სურვილი კვლავ მატულობს 59%-მდე 30 ან მეტი წლის რესპონდენტებში. ეს მონაცემები ძალიან მნიშვნელოვანია ოჯახის დაგეგმარების პროგრამებისათვის, რომლებმაც უნდა გაითვალისწინონ ორსულობებს შორის ინტერვალების დაცვის მეთოდები ახალგაზრდა ქალებისათვის და ხანგრძლივი ან მუდმივი კონტრაცეპციის მეთოდები უფროსი ქალებისათვის.

4.7.2 ცხრილში მოცემულია პროცენტული რაოდენობა აშუამდრევისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ფერტილური ქალებისა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ არ სურთ მეტი ბავშვის ყოლა, ცოცხალი შვილების რაოდენობის და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით. სულ, ფერტილურ ქართველ ქალთა 63% განაცხადა, რომ მათ არ სურთ მეტი შვილის გაჩენა. ერთშვილიანი ქალების მხოლოდ 17% გამოთქვა მეორე ბავშვის ყოლის სურვილი განსხვავებით ორშვილიანი ქალების 77% და სამ- და მეტშვილიანი ქალების 90%-საგან. ქალების სურვილი, შეუწყდეთ შვილოსნობის უნარი გაჩენილი შვილების რაოდენობის მიუხედავად, არ არის დამოკიდებული საცხოვრებელ ადგილსა და განათლებაზე, სამაგიეროდ იგი უშუალოდ არის დაკავშირებული რესპონდენტის

ასაკთან. რამდენი შვილიც არ უნდა ყოლოდა 35 წლამდე ქალებს, ისინი ნაკლებად გამოთქეადენ სურვილს, შეეწყვიტათ შეილოსნობის უნარი.

ცხრილი 4.7.1.

ამჟამად რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ქალების ფერტილობის პრიორიტეტები ცოცხალი შვილების რაოდენობის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ბავშვის ყოლის სურვილი	სულ	ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა*			
		არცერთი	ერთი	ორი	სამი ან მეტი
ახლა სურთ ბავშვი	7.1	52.6	12.5	2.0	1.0
ერთ წელიწადში უნდათ შვილი	3.1	8.2	8.5	1.5	0.3
1-2 წლის შემდეგ სურთ ბავშვი	8.3	1.8	26.6	4.8	1.0
3-5 წლის შემდეგ სურთ შვილი	4.2	0.0	13.0	2.8	0.4
შვილის გაჩენა 5 წლის შემდეგ სურთ	1.9	0.7	5.5	1.2	0.8
არა აქვთ გადაწყვეტილი	5.7	0.7	5.8	7.3	3.8
ალარ სურთ მეტი ბავშვი	55.2	0.3	16.2	68.2	77.9
რეპროდუქციული ფუნქციის უკმარისობა/უნაყოფობა	14.4	35.7	12.4	12.0	14.8
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა	5 177	298	1 125	2 614	1 140

ბავშვის ყოლის სურვილი	სულ	ასაკობრივი ჯგუფი					
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ახლა სურთ ბავშვი	7.1	31.6	13.6	7.6	6.0	3.0	1.4
ერთ წელიწადში უნდათ შვილი	3.1	9.8	5.5	4.6	3.4	1.0	0.5
1-2 წლის შემდეგ სურთ ბავშვი	8.3	19.7	18.7	14.2	7.4	2.5	0.3
3-5 წლის შემდეგ სურთ შვილი	4.2	11.0	14.7	6.9	1.5	0.2	0.1
შვილის გაჩენა 5 წლის შემდეგ სურთ	1.9	6.4	3.9	3.6	1.4	0.5	0.0
არა აქვთ გადაწყვეტილი	5.7	4.9	10.1	10.1	7.2	2.7	1.1
ალარ სურთ მეტი ბავშვი	55.2	13.6	28.3	44.4	64.7	72.7	63.6
რეპროდუქციული ფუნქციის უკმარისობა/უნაყოფობა	14.4	2.8	5.1	8.5	8.4	17.2	32.9
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა	5 177	227	673	975	1 134	1 251	917

* ქალებს, რომლებიც ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტში ორსულად იყვნენ, ერთი ცოცხალი ბავშვით მეტი ეწერებოდათ, ვიდრე მათ ფაქტიურად ჰყავდა.

ცხრილი 4.7.2

პროცენტული რაოდენობა ამჟამად რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ფერტილური ქალებისა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ არ სურთ მეტი ბავშვის ყოლა ცოცხალი შვილების რაოდენობის და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	სულ	ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა*			
		არცერთი	ერთი	ორი	სამი ან მეტი
სულ	64.2	0.5	18.3	77.5	90.9
შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა	4 470	186	991	2 303	990
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	64.2	1.0	22.8	80.7	91.7
სოფელი	65.6	0.0	14.1	74.0	90.4
ასაკობრივი ჯგუფი**					
15-24	27.1	0.0	7.6	58.1	71.1
25-34	60.4	0.0	16.6	70.2	86.6
35-44	89.4	**	57.6	93.4	96.1
განათლების დონე					
საშუალო ან არასრული საშუალო	65.0	0.0	18.7	77.0	90.6
ტექნიკური	70.7	2.9	23.3	81.0	91.7
უმაღლესი/ასპირანტურა	57.9	0.0	19.2	75.9	90.2

* ქალებს, რომლებიც ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტში ორსულად იყვნენ, ერთი ცოცხალი ბავშვით მეტი ეწერებოდათ, ვიდრე მათ ფაქტიურად ჰყავდათ.

** ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლები იყო

თავი V ხელოვნური აბორტი

წლების განმავლობაში არა კონტრაცეპტივები, არამედ ხელოვნური აბორტია ფერტილობის გაკონტროლების ძირითადი მეთოდი საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად წარმოქმნილ 15 დამოუკიდებელ სახელმწიფოში. ამ ქვეყნებში ხელოვნური აბორტებისა და ცოცხალშობილების რაოდენობის შეფარდება 1989 წელს უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ერთი აბორტი ყოველ ცოცხალშობილზე. თუმცა სავარაუდოა, რომ რეგისტრირებული ხელოვნური აბორტების რიცხვი ფაქტიურზე ნაკლებია (პოპოვი, 1996). როგორც ჩანს, ამ ქვეყნებს შორის არსებულმა ეკონომიკურმა, სოციალურმა და კულტურულმა განსხვავებამ გარკვეულწილად განაპირობა აბორტების რეგისტრირების პროცესში არსებული სხვაობა, რამაც მნიშვნელოვნად გააძევა ამ ქვეყნების მაჩვენებლების შედარებითი მონაცემების ინტერპრეტაცია. 1989 წელს ხელოვნური აბორტების საერთო მაჩვენებელი ზოგადად მთელი საბჭოთა კავშირის 14-49 წლის ასაკის ქალებისათვის იყო 96/1000, ხოლო აბორტების რაოდენობამ ფერტილური ასაკის პერიოდში შეადგინა 3.3 აბორტი ერთ ქალზე; აბორტის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები რეგისტრირებული იყო რუსეთში, ბელორუსიაში და უკრაინაში, ცენტრალურ აზიაში კი ეს მაჩვენებლები ბევრად უფრო დაბალი იყო (სსრკ-ს გოსკომსტატი, 1990).

ითვლება, რომ აბორტის მაღალ სიხშირეს და კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების ნაკლებ გამოყენებას ხელს უწყობდა რიგი ფაქტორებისა. სსრკ-ის შედარებითმა იზოლირებამ დასავლეთის ქვეყნების მიღწევებისაგან კონტრაცეპციის სფეროში გამოიწვია მაღალხარისხოვანი კონტრაცეპციის მეთოდების ცოდნისა და მათი გამოყენების დაბალი დონე. ამის გარდა, ჯანმრთელობის ასპექტების ერთგვარმა იგნორირებამ და ფატალისტურმა დამოკიდებულებამ, სამედიცინო მომსახურების სისტემამ, რომელიც სამკურნალო და არა პრევენციულ მედიცინას ანიჭებდა უპირატესობას, და აბორტის გაკეთების ფართოდ გავრცელებული მომსახურების ხელმისაწვდომობამ თავისი წვლილი შეიტანა ხელოვნური აბორტების პოპულარიზაციაში (ლ. რემენიკი, 1991; ა. პოპოვი, 1996). ხელოვნური აბორტისადმი ასეთ დამოკიდებულებას კიდევ უფრო ამტკიცებდა ძლიერი მორალისტური პრინციპების კლიმატიც, რომელიც გამოხატავდა ქორწინებამდე და ქორწინების გარეშე ორსულობას, კრძალავდა სქესობრივ განათლებას სკოლებში, ათვალწუნებით უყურებდა სქესობრივ თემებზე ღია დისკუსიებს და ქმნიდა მკვეთრად ნეგატიურ აზრს სექსზე. ბოლო წლების გარკვეული ცვლილებების მიუხედავად ამა თუ იმ ფაქტორის ზეგავლენა ხელოვნური აბორტების სიხშირეზე განსხვავებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკისა და პროგრამების განვითარების პროცესში მყოფი ქვეყნებისათვის.

5.1. აბორტების დონე და ტენდენციები

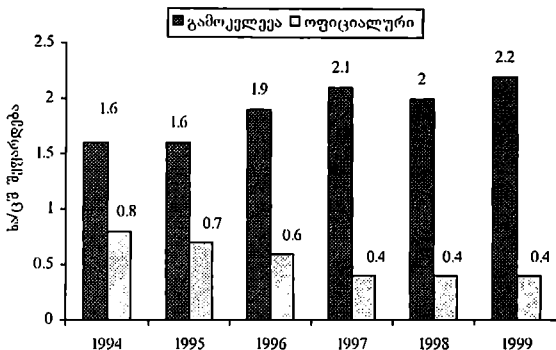
საბჭოთა კავშირის დაშლამდე საქართველოს აბორტების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო კავკასიაში (14-49 წლის ასაკის ქალებისათვის იგი შედგენდა 51/1000, მაშინ როცა სომხეთში ეს მაჩვენებელი იყო 31/1000,

ხოლო აზერბაიჯანში - 23/1000); ამასთან იგი მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა იგივე მაჩვენებელს რუსეთის ფედერაციაში (სსრკ-ს გოსკომსტატი, 1990). საქართველოში ეხლაც მაღალია ხელოვნური აბორტების სიხშირის მაჩვენებლები, თუმცა ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად, ისინი შეკეთრად შემცირდნენ (14 აბორტი 14-49 წლის ასაკის 1000 ქალზე 1999 წლის მონაცემებით). უნდა ითქვას, რომ არსებობს საერთო აზრი იმის შესახებ, რომ ოფიციალურმა სტატისტიკამ შეიძლება აბორტების სიხშირის ფაქტიურთან შედარებით უფრო დაბალი დონე დააფიქსიროს, რაც მონაცემების მოსახლეობაზე არასანდო პროეცირებით, სამედიცინო (სახელმწიფო და კერძო) დაწესებულებებში ფაქტიურად გაკეთებული აბორტების შემცირებული რაოდენობის რეგისტრირებით და კლინიკის გარეთ გაკეთებული დაუფიქსირებელი აბორტებით არის გაპირობებული. ეროვნული შერჩევითი გამოკითხვები რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, რომლებსაც შეეძლო ხელოვნურ აბორტებზე ქალების მიერ დასახელებული აბორტების რაოდენობის საფუძველზე მიღებული სანდო ინფორმაციის მოწოდება, არასოდეს ჩატარებულა საქართველოში. 99GERHS წარმოადგენს მოსახლეობიდან მიღებული ხელოვნური აბორტების მონაცემების ერთადერთ საინფორმაციო წყაროს საქართველოში. საქართველოს პოლიტიკის გამტარებლები საჭიროებენ ინფორმაციას ხელოვნური აბორტების რაოდენობასა და მათი განმაპირობებელი ფაქტორების შესახებ, რათა განსახლწონ აბორტების კონტრაცეპციით ჩანაცვლების შესაბამისი პოლიტიკა ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმის პროცესში.

99GERHS მონაცემებით აბორტების სიხშირის მაჩვენებელი 1999 წელს შეადგენდა 135 აბორტს 15-49 წლისა ასაკის 1000 ქალზე, რაც 8.5-ჯერ მეტია, ვიდრე ოფიციალური მონაცემით 15.7 აბორტი 15-49 წლს ასაკის 1000 ქალზე. ანალოგიურად რუსონდენტების ორსულობის ისტორიებიდან გამოთვლილი შეფარდება აბორტები/ცოცხალშობილები იყო ორი აბორტი ყოველ ცოცხალშობილზე (2.1:1.1 - 1997 წელს; 2.0:1 - 1998 წელს და 2.2:1 - 1999 წელს), მაშინ, როცა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემით ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში წლიურად მხოლოდ 0.4 აბორტი იყო თითო ცოცხალშობილზე (იხ. დიაგრამა 5.1.1, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2000 წლის სტატისტიკური ცნობარი).

99GERHS მონაცემებს და ოფიციალურ შეფასებებს შორის არსებული დიდი განსხვავება აბორტების მაჩვენებლებთან დაკავშირებით ნაწილობრივ იმით არის გაპირობებული, რომ ოფიციალურ გამოთვლებში შეფარდების ფორმულაში მოსახლეობაზე პროეცირების ნაკლებად ზუსტი მონაცემებია გამოყენებული, როგორც მნიშვნელი. მიუხედავად ამისა, გამოკითხვის და სამინისტროს ცოცხალშობილების და აბორტების რიცხვებს შორის არსებული სხვაობა, რაც კარგად ჩანს 5.1.1 დიაგრამიდან და არ არის დამოკიდებული მოსახლეობის მნიშვნელზე, ხელოვნური აბორტების არასრული რეგისტრაციის შედეგია (დაურეგისტრირებელი აბორტების რიცხვი მნიშვნელოვნად სჭარბობს დაურეგისტრირებელ ცოცხალშობილების რიცხვს). მაგალითად, ხელოვნური აბორტების გამოთვლილი რიცხვი გამოკითხვის მონაცემებით იყო 122 424 აბორტი 1999 წელს, რაც თითქმის შეიდეჯერ მეტია, ვიდრე ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ციფრი 18 603.

დიაგრამა 5.1.1.
ხელოვნური აბორტები/ცოცხალშობილების შეფარდება
15-44 წლის ქალებისათვის



წყარო: საქართველოს მერ მარტოვლი (ცოცხალშობილების და აბორტების რაოდენობა მკვლელობა: აქვს ასაკი ქალებისთვის)

5.1.1 ცხრილში ნაჩვენებია აღმოსავლეთ ევროპისა და ახალ დამოუკიდებელ ქვეყნებში ნატარებული ბოლოდროინდელი რეპროდუქციული ან დემოგრაფიული ჯანმრთელობის გამოკითხვების მონაცემებზე მიღებული აბორტების მაჩვენებლები (შერბანესცუ ეტ ალ., 1995, მაკრო ინტერნეიშენელ, 1996-2000). რუმინეთის გარდა, სადაც აბორტი 1990 წლამდე კანონით იყო აკრძალული, ამ ქვეყნების უმრავლესობას რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში აბორტების მსოფლიოში უმაღლესი მაჩვენებლები ჰქონდათ. 99GERHS-მა ცხადყო, რომ აბორტების მაჩვენებლები საქართველოში 40-50% უფრო მაღალია, ვიდრე 1999 წელს რუსეთის ფედერაციაში (ქალაქის შერჩევა) და რუმინეთში, ხოლო 2000 წელს - სომხეთში. საქართველოში ეს მაჩვენებელი ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე ყოფილი საბჭოთა კავშირის ყველა დანარჩენ რესპუბლიკაში.

ისევე, როგორც ასაკის შეფარდებული ფერტილობის მაჩვენებლები, 51.1 და 5.12 ცხრილებში მოყვანილი ასაკის შეფარდებული აბორტების მაჩვენებლებიც გამოხატავენ მოცემული ასაკობრივი ჯგუფის იმ ქალთა პროცენტულ წილს, რომლებმაც შეწყვეტეს ორსულობა ხელოვნური აბორტით და არ გააჩინეს ბავშვი გამოკითხვამდე სამწლიან პერიოდში. ამ მაჩვენებლების გამოთვლა მოხდა ქალის ასაკიდან ფუნქციონირების შეწყვეტის მომენტისათვის. ხელოვნური აბორტების ზოგადი მაჩვენებელი (მსგავსად ზოგადი ფერტილობის მაჩვენებლისა, რომელიც ასახავს რა რაოდენობის აბორტს გაიკეთებდა ქალი თავისი ცხოვრების მანძილზე ასაკთან შეფარდებული აბორტების მაჩვენებლების ფონზე) გამოითვალა ფერტილობის დონეების ანალიზის დროს გამოყენებული სამწლიანი პერიოდისათვის მიღებული ასაკთან შეფარდებული აბორტების მაჩვენებლების შეჯამებით.

ცხრილი 5.1.1

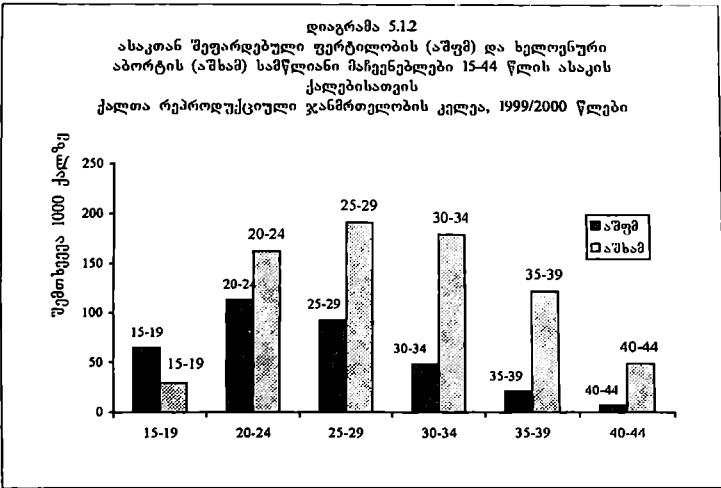
კელეამდე სამი წლის განმავლობაში ჩატარებული, ასაკთან შეფარდებული ხელოვნური აბორტების (ხა) მანევრებლები და ხა მთლიანი მანევრებლები 15-44 წლის ასაკის 1000 ქალზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები აღმოსავლეთ ევროპაში და საბჭოთა კავშირის ყოფილ რესპუბლიკებში, 1993-1999

ქვეყანა	ასაკობრივი ჯგუფი ¹						სულ ხა მანევრებლები
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
ჩეხოსლოვაკია, 1993	არ არის	არ არის	არ არის	არ არის	არ არის	არ არის	
რუმინეთი, 1993	32	153	209	167	79	40	
უზბეკეთი, 1996	2	18	32	36	23	15	
ყაზახეთი, 1996	15	78	104	75	50	18	
რუსეთი (სამი ოლქი ²), 1996	45/57/30	132/153/148	124/181/129	93/108/81	54/62/4	34/39/2	
მოლდოვა, 1997	12	74	81	46	31	16	1.3
ყირგიზეთი, 1997	6	57	77	81	58	22	1.5
ყაზახეთი, 1999	12	57	87	65	44	20	1.4
რუმინეთი, 1999	26	101	119	105	58	21	2.2
რუსეთი (სამი ოლქი), 1999	43/63/26	143/169/98	91/141/83	96/120/134	51/73/67	34/58/19	2.3/1/2.1
უკრაინა, 1999	13	91	91	69	33	18	1.6
საქართველო. 1999-2000	30	164	192	180	123	50	3.7
სომხეთი	6	99	175	131	82	30	2.6

¹ ინტერვიუმდე სამი წლით ადრე. ასაკთან შეფარდებული ხა მანევრებლები მოცემულია 1000 შესაბამისი ასაკის ქალისათვის.

² ასაკო-ორსულობის დასრულებისას აბორტების რაოდენობა ერთ ქალზე

შესაბამისად. უახტურინბურტი, პერმი და ივანოვო



ასაკობრივი ჯგუფები

ცხრილი 5.12

კელევაძემ ხაზი წლის განმავლობაში ჩატარებული, ასაკთან შეფარდებული ხელოვნური აბორტების (ხა) მანქანებლები და ქორწინებაში მყოფი ქალების ხა მანქანებლები 14-44 წლის ასაკის ქალებისათვის
 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კელევი აღმოსავლეთ ევროპაში და საბჭოთა კავშირის ყოფილ რესპუბლიკებში, 1993-1999

ასაკი ორსულობის ბოლოსათვის*	ასაკთან შეფარდებული ხა მანქანებლები	ასაკთან შეფარდებული ქორწინებაში მყოფი ქალების ხა მანქანებლები
15-19	29	172
20-24	162	285
25-29	191	246
30-34	179	204
35-39	122	135
40-44	49	53
სულ (ერთ ქალზე)	3.7	5.5

* ხელოვნური აბორტები, რომლებიც გაკეთდა 1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე

† არ არის შეტანილი ხელოვნური აბორტები, რომლებიც გაკეთდა გათხოვილი ან განათხოვარი ქალის პირველი ერთობლივად ცხოვრების გამოცდილებამდე.

ხელოვნური აბორტების ზოგადი მაჩვენებელი (ხაზმ) გამოკითხვამდე სამწლიან პერიოდში ორჯერ უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ფერტილობის ზოგადი მაჩვენებელი (ფზმ) (შესაბამისად 3.7 და 1.7). ფერტილობისაგან განსხვავებით აბორტების ასაკობრივი სტრუქტურაში საქართველოში კონცენტრირებულია 25-29 წლის (191 ხელოვნური აბორტი 1000 ქალზე) და 30-35 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში (179 ხელოვნური აბორტი 1000 ქალზე). ამ ჯგუფებზე მოდის ხაზმის 50%(იხ. აგრეთვე 5.12 დიაგრამა). ზომით მესამე ყველაზე დიდი ასაკთან შეფარდებული აბორტების მაჩვენებელი აღინიშნა ქალების 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

თუ არ ჩათვლით ყველაზე უმცროს ასაკობრივ ჯგუფს, ასაკთან შეფარდებული აბორტების მაჩვენებლები გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე ფერტილობის მაჩვენებლები. ეს მონაცემები იმაზე მოწმობენ, რომ ქართველი ქალები მათთვის სასურველ კომლის სულადობას ახალგაზრდა ასაკში აღწევენ, და ყველა დაორსულება ამის შემდეგ არასასურველია და ხელოვნურად არის შეწყვეტილი. ამ ქალებისათვის მუდმივი კონტრაცეპციის მეთოდების სიკეთე ცხადია, და მიუხედავად ამისა ქორწინებაში ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალების ორ პროცენტზე ნაკლები თუ მიმართავს კონტრაცეპციულ სტერილიზაციას, რაც ცხადყოფს მუდმივი კონტრაცეპციის მეთოდების უპირატესობების განსამარტავ საინფორმაციო კამპანიის აუცილებლობას.

ასაკთან შეფარდებული, ქორწინებისას გაკეთებული ხელოვნური აბორტების მაჩვენებლების შედარებამ გვიჩვენა, რომ ხელოვნური აბორტის მაჩვენებლები გათხოვილ ქალებში უფრო მაღალი იყო ვიდრე ყველა დანარჩენ ქალებში და აღემატებოდა ამ მაჩვენებლებს გაუთხოვარ ქალებში. რადგან ქალების 83% უკვე გათხოვილია 29 წლის ასაკისათვის, ქორწინებაში გაკეთებული აბორტების მაჩვენებლები ოდნავ განსხვავდებიან იგივე მაჩვენებლებისაგან ყველა 30 წლის და მეტი ასაკის ქალებში. განსხვავება ქორწინებაში გაკეთებულ და ხელოვნური აბორტების ზოგად მაჩვენებლებს შორის ყველაზე მაღალია მოზრდილებში (15-24 წლის ასაკში).

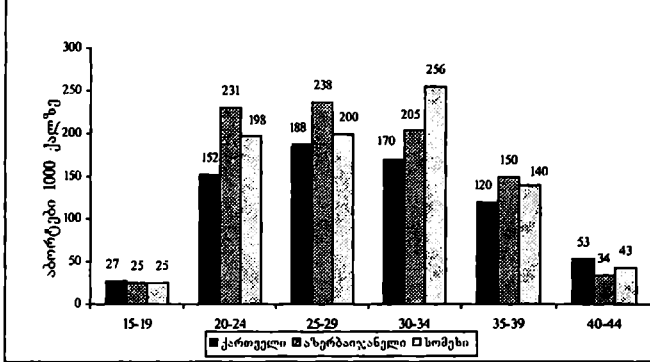
5.7. ხელოვნური აბორტის დიფერენციალები

როგორც 5.2.1 ცხრილშია ნაჩვენები, აბორტების მაჩვენებლები ერთნაირად მაღალია და უმნიშვნელოდ ცვალებადობს ფონური მახასიათებლების მიხედვით. აბორტის მაჩვენებლები ძირითადად ერთნაირია თბილისსა და სხვა ქალაქების და სოფლების მაცხოვრებლებში. ქალებს, რომლებიც ქვეყნის სამხრეთით და ჩრდილო-აღმოსავლეთით ცხოვრობენ, თავისი ცხოვრების მანძილზე მინიმუმ ერთი აბორტით მეტი ქონდათ გაკეთებული, ვიდრე დასავლეთ საქართველოს მკვიდრებს. ყველაზე დაბალი ხაზში ქონდათ უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს; საშუალოდ, ქალებს საშუალო ან სპეციალური ტექნიკური განათლებით, ერთი აბორტით მეტი ქონდათ გაკეთებული, ვიდრე ქალებს უმაღლესი განათლებით. როგორც 5.2.1 დიაგრამიდან ჩანს, ქართველებთან შედარებით, აბორტს განურჩევლად ასაკობრივი ჯგუფისა მიმართავს დაახლოებით 20% მეტი აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალი (ხაზმ = 4.4 და 4.3, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალებსათვის და შეადგენს 3.6 აბორტს ერთ ქართველ ქალზე). მაგალითად, აზერბაიჯანელი ქალების ასაკთან შეფარდებული ხელოვნური აბორტების მაჩვენებლები (აშხამ) ასე გამოიყურება: 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 103 აბორტი 1000 ქალზე; 20-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 218/1000; 25-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 206 აბორტი 1000 ქალზე; 30-34 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 231 აბორტი 1000 ქალზე; 35-40 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 112 აბორტი 1000 ქალზე და 40-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფში – 49 აბორტი 1000 ქალზე.

აბორტით დამთავრებული არასასურველი ორსულობების რიცხვის შემცირების ერთ-ერთი საშუალებაა ოჯახის დაგეგმვის სამსახურის დანერგვა. ასეთ სამსახურზე პოტენციური მოთხოვნილება მეტია იმ ქალების ქვეჯგუფებში, სადაც აღინიშნებოდა ხელოვნური აბორტების მაღალი მაჩვენებლები (სოფლად მცხოვრები ქალები, ნაკლებად განათლებული ქალები, ორი და მეტშვილიანი ქალები, აზერბაიჯანელი ქალები). რაც იმის მანიშნებელია, რომ ასეთი სამსახურის ხელმისაწვდომობა ყველასათვის ერთნაირი არ არის, და რომ ოჯახის დაგეგმვის პროგრამა კიდევ უფრო უნდა გაფართოვდეს. თანამედროვე კონტრაცეპციაზე მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად საჭიროა პროგრამული და ფინანსური მხარდაჭერის მნიშვნელოვანი გაზრდა დღეს არსებულთან შედარებით (იხილეთ აგრეთვე თავი XI).

დიაგრამა 5.2.1

ასაკთან შეუფარდებელი აბორტის სამწლიანი მაჩვენებელი (აშშ)
 მთავარი ეთნიკური ჯგუფის 15-44 წლის ქალებისათვის
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო,
 1999/2000 წ.



5.2.2 ცხრილიდან ნათელია, რომ რეპროდუქციული ასაკის ყოველი ორი ქალიდან დაახლოებით ერთს (43%) მაინც ქონდა გაკეთებული მინიმუმ ერთი აბორტი. ამჟამად გათხოვილ ქალებში ეს პროპორცია 66%-მდე იზრდება. აბორტის ალბათობა უკავშირდება ასაკს, რადგან ასაკთან ერთად იზრდება დაორსულების, განსაკუთრებით, არასასურველი ორსულობის ალბათობა. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდთა უმნიშვნელო რიცხვს (2%) ქონდა გაკეთებული აბორტი, 20-24 წლის ასაკისათვის ეს პროცენტი 21%-მდე იზრდება; 25-34 წლის ასაკის ქალებში ეს მაჩვენებელი 50% აჭარბებს, ხოლო 35 და მეტი წლის ქალებში - 70% აღწევს. აბორტის ალბათობა აგრეთვე დაკავშირებულია ცოცხალი შვილების რაოდენობასთან, რაც ორსულობის არასასურველობის სანდო მაჩვენებელია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში ქალები მათთვის სასურველ ერთ-ორ ბავშვიანი კომლის სულადობას საკმაოდ მალე აღწევენ. მინიმუმ ერთი აბორტის ალბათობა დიდად არ განსხვავდება საცხოვრებელი ადგილისა და განათლების მიხედვით.

ცხრილი 5.2.1

ეკლევამდე სამი წლის განმავლობაში ჩატარებული, ასაკთან შეფარდებული ხელოვნური აბორტების (ხა) მჩვენებლები და 15-44 წლის ასაკის ყველა ქალების ზოგადი ხა მჩვენებლები შერჩეული მჩვენებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეკლავა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მეხასიათებლები	ასაკობრივი ჯგუფი						ზოგადი ხა მჩვენებლები
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
სულ	29	162	191	179	122	49	3.7
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	26	155	181	182	129	50	3.6
სოფელი	34	172	202	175	114	48	3.7
რეგიონი							
თბილისი	26	161	160	204	133	48	3.7
იმერეთი	23	138	236	156	112	78	3.7
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	49	222	184	234	137	49	4.4
სამხრეთი	20	199	257	170	139	27	4.1
დასავლეთი	30	107	161	137	91	47	2.9
განათლება							
საშუალო ან დაწყებითი	25	190	221	197	123	43	4.0
ტექნიკური სასწავლებელი	46	182	223	196	110	51	4.0
უმადლე სი/ასპირანტურა	50	117	136	142	135	54	3.2
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	31	182	188	160	102	45	3.5
საშუალო	30	153	209	191	130	50	3.8
უმადლესი	24	157	130	175	139	52	3.4
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	27	152	188	170	120	53	3.6
აზერბაიჯანელი	25	231	238	205	150	34	4.4
სომეხი	25	198	200	256	140	43	4.3
სხვა	157	195	88	210	66	0	3.6
იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსი							
იკა	35	151	185	155	74	21	3.1
ადგილობრივი მოსახლეობა	29	163	191	181	125	51	3.7

*ხელოვნური აბორტების რაოდენობა 1996 წლის დეკემბრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე ჩასაკი ორსულობის დამთავრებისათვის მოიცავს რუსებს, ოსებს, ქურთებს (იეზიდებს), ქისტებს, ავარებს, ჩერნებს, ბერძნებს, უკრაინელებს და სხვა ეთნიკურ ჯგუფებს.

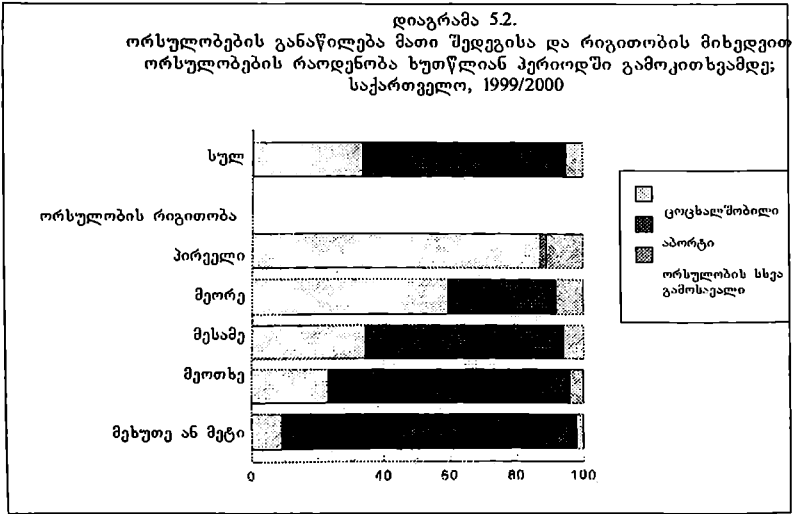
ცხრილი 5.2.2.

იმ ქალთა პროცენტული რაოდენობა, ვინც მინიმუმ ერთხელ გაიკეთა აბორტი და ამ ქალთა პროცენტული განაწილება ცხოვრებაში გაკეთებული აბორტების რაოდენობისა და შერჩეული მანქანების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	გაკეთებით აბორტი		ხელსაწყოთა აბორტების რაოდენობა იმ ქალების შიგნით ცხოვრების მანძილზე, ვისაც ერთხელ მინიმუმ გააკეთებია აბორტი									
	%	შემთხვევების რაოდენობა	1	2	3	4	5-6	7-9	10+	სულ	შემთხვევების რაოდენობა	
სულ	43.0	7 798	22.5	21.3	16.6	11.5	10.7	9.2	8.4	100.0	3 658	
საცხოვრებელი ადგილი												
ქალაქი	43.4	4 759	21.1	21.7	17.5	12.4	9.6	9.8	7.9	100.0	2 211	
სოფელი	42.6	3 039	24.4	20.6	15.3	10.2	12.1	8.3	9.0	100.0	1 447	
რეგიონი												
თბილისი	42.8	2 029	20.8	22.1	17.9	12.9	10.2	8.4	7.7	100.0	910	
იმერეთი	42.5	1 590	23.1	22.1	15.5	11.1	9.6	9.9	8.8	100.0	776	
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	48.6	1 259	20.5	21.3	15.7	10.3	13.4	9.1	9.8	100.0	674	
სამხრეთი	42.8	1 017	22.3	16.8	17.8	11.9	12.4	10.0	8.8	100.0	479	
დასავლეთი	39.3	1 903	26.5	22.9	15.5	10.8	8.1	8.9	7.2	100.0	819	
ასაკობრივი ჯგუფი												
15-19	1.7	1.061	*	*	*	*	*	*	*	100.0	22	
20-24	20.6	1.239	41.8	27.8	13.7	10.1	4.5	2.1	0.0	100.0	278	
25-29	41.7	1.315	30.8	28.1	16.8	9.7	6.6	5.5	2.5	100.0	579	
30-34	60.7	1.396	24.3	22.5	19.4	9.9	10.3	8.6	4.9	100.0	869	
35-39	70.9	1.527	16.1	21.5	15.3	13.3	12.2	11.4	10.2	100.0	1 058	
40-44	69.5	1.260	16.2	13.8	16.2	12.3	14.0	11.8	15.7	100.0	852	
ოჯახური მდგომარეობა												
გათხოვილი/არარეგისტრირებული ქორწინება	69.5	5.177	21.7	21.2	16.5	11.6	10.8	9.7	8.6	100.0	3 403	
ქორწინებული	49.9	517	32.4	22.6	17.7	10.2	9.2	2.2	5.7	100.0	253	
გათხოვარი	0.1	2.104	*	*	*	*	*	*	*	100.0	2	
ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა												
არცერთი	0.8	2.598	81.4	6.8	3.9	7.9	0.0	0.0	0.0	100.0	25	
ერთი	47.2	1.316	37.2	24.0	18.3	8.1	6.8	3.9	1.7	100.0	607	
ორი	77.3	2.737	20.3	22.8	15.8	12.4	11.1	9.6	8.1	100.0	2 108	
სამი ან მეტი	80.3	1.147	16.7	16.9	17.5	11.7	12.5	11.6	13.2	100.0	918	
განათლების დონე												
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	21.3	991	24.7	22.2	13.7	11.8	9.9	7.7	9.8	100.0	264	
საშუალო	43.0	2.664	22.8	20.2	15.5	11.7	11.1	9.6	9.2	100.0	1 271	
საშუალო ტექნიკური	56.9	2.058	19.5	19.8	17.1	13.2	10.7	10.5	9.3	100.0	1 185	
უმაღლესი/ასპირანტურა	44.3	2.085	25.0	24.0	18.2	9.1	10.4	7.5	5.8	100.0	938	
ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლებია												

როგორც 5.2 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, აბორტების, როგორც არასასურველი დაორსულების შეწყვეტის მეთოდის გამოყენება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ორსულობის რიგითობაზე (ორსულობის რიგითობა გულისხმობს ყველა წინა ორსულობებს, ცოცხალშობილს, ხელოვნურ აბორტებს, მუცლის მოშლას ან ორსულობის სხვა შედეგებს). აბორტის ალბათობა პირველი ორსულობის მქონე ქალებში ყველაზე დაბალი (2%) იყო. ამ შემთხვევაში ცოცხალშობილის ალბათობა მაღალია (87%). აბორტის ალბათობა სწრაფად იზრდება, თუ ორსულობა პირველი არ არის. აბორტის ალბათობა ორსულობის ცოცხალშობილით დასრულებასთან შედარებით ბევრად უფრო დაბალია ერთი ორსულობის მქონე ქალებში და მნიშვნელოვნად იზრდება თუ ქალს ორი ან მეტი ორსულობა ქონდა წარსულში. ამგვარად, ხელოვნური აბორტის ცოცხალშობილებთან შეფარდება პირდაპირ კორელირებს ორსულობის რიგითობასთან და იზრდება 0.5/1 პირველი ორსულობის მქონე ქალებში დაახლოებით 2/1 წარსულში ორი ორსულობის მქონე ქალებში, 4/1 - ოთხი ორსულობის მქონე ქალებში და 10/1 ხუთი ან მეტი ორსულობის მქონე ქალებში.

რისკი ყველა ქალს არ ემუქრება, 5.2.2 ცხრილის მარჯვენა ნაწილის მნიშვნელოვანი მოიცავს მხოლოდ იმ ქალებს, რომლებსაც ერთხელ მაინც გაუკეთებიათ აბორტი. თითქმის ყოველ მეოთხე ქალს (23%) აქვს გაკეთებული ერთი აბორტი, 21%-ს ორი აბორტი, 17% სამი და 40% ოთხი ან მეტი. ამ უკანასკნელთა რიცხვში შედიან იმ ქალების 8%, ვინც ათი ან მეტი აბორტი გაიკეთა. ქალებს, რომლებსაც ბევრი აბორტი აქვთ გაკეთებულ ასაკოვანი, ნაკლებად განათლებულნი და მაღალი ფერტილობის არიან.



5.3. აბორტების სამსახური

ისევე, როგორც საბჭოთა კავშირის სხვა ყოფილ რესპუბლიკებში, საქართველოშიც მოქმედებდა ლიბერალური, საბჭოური კანონმდებლობით დაშვებული წესები აბორტების შესახებ. 1955 წლის ნოემბრის ბრძანების თანახმად, პაციენტის მოთხოვნით აბორტის გაკეთება ნებადართული იყო ორსულობის პირველი 12 კვირის მანძილზე. ეს კანონი მეტნაკლებად უცვლელი იყო 1987 წლამდე, სსრკ-ის ჯანდაცვის სამინისტროს 1987 წლის 5 ივნისის №757 ბრძანებით დაიშვა ადრეული აბორტები ვაკუუმ ასპირაციით, ორსულობაზე აუცილებელი ტესტების ჩატარების შემდეგ. იგივე ბრძანებით დაიშვა ეგრეთ წოდებული "მინიაბორტი" 7 კვირაზე ნაკლები ასაკის ორსულობის შეწყვეტა ამბულატორულ პირობებში. გამოქვეყნდა დამატებითი წესები სამედიცინო ან სოციალური ჩვენებების საფუძველზე 28 კვირის ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტის ნებათუის თაობაზე (სსრკ-ის ჯანდაცვის სამინისტროს 1987 წლის დეკემბრის ბრძანება №1342). კერძო და სახელმწიფო საავადმყოფოების ფასიან განყოფილებებში (ეს წესები 1988 წლის მარტში დააკანონა ჯანდაცვის სამინისტრომ, ხოლო იგივე 1988 წლის დეკემბერში მინისტრთა საბჭოს დადგენილებით ისინი ძალადაკარგულად გამოცხადდა).

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ სსრკ-ის კანონმდებლობა აბორტის შესახებ უცვლელი სახით მოქმედებდა საქართველოში 1993 წლის ნოემბრამდე, როცა საქართველომ მიიღო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ცოცხლადშობილის და მკვდრადშობილის განსაზღვრა. (ჯანდაცვის სამინისტროს, იუსტიციის სამინისტროს და საქართველოს სოციალური და ეკონომიკური ინფორმაციის კომიტეტის ბრძანებები №334/0; №134, №95/9). ცოცხლადშობილის ახალმა განსაზღვრებამ უშუალოდ იმოქმედა გვიანი აბორტის ვადის ლიმიტზე (ორსულობის 22 კვირა ნაცვლად საბჭოთა კანონით გათვალისწინებული 28 კვირისა). ორსულობის 12 კვირიანი ვადა დარჩა პაციენტის მოთხოვნით აბორტის გაკეთების ვადად. 2000 წლის მარტში ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოსცა ბრძანება ამ ცვლილებების რატიფიცირებისათვის (2000 წლის 30 მარტის №3010 ბრძანება) და პარლამენტს დასამტკიცებლად წარუდგინა ახალი კანონპროექტი აბორტის შესახებ. ამ კანონპროექტში ჩამოთვლილია ახალსინჯული სამედიცინო და სოციალური ჩვენებები გვიანი აბორტისათვის (ორსულობის 22 კვირამდე).

მოქმედი კანონის თანახმად, ხელოვნური აბორტის გაკეთება ვაკუუმ-ასპირაციის ან კიურეტაჟის მეთოდის გამოყენებით, შეუძლია იმ სამედიცინო დაწესებულების მენ-გინეკოლოგებს, რომლებსაც გააჩნიათ საამისო სახელმწიფო ლიცენზია. პოლიკლინიკურ სამედიცინო დაწესებულებებს (მაგალითად, ქალთა კონსულტაციები და კერძო კლინიკები) უფლება აქვთ მხოლოდ ვაკუუმ ასპირაციის მეთოდის გამოყენებით გააკეთონ ხელოვნური აბორტი. პაციენტის მოთხოვნით აბორტის გაკეთება შეიძლება მხოლოდ აუცილებელი გამოკვლევის შემდეგ, ათაშანგის, გონორეას და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგდ) გამოსავლენად. აბორტის გაკეთებამდე პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გამოვლენილი ყველა სახის გენიტალური ინფექციის მკურნალობა.

99GERHS-მა შეაგროვა ინფორმაცია 1994 წლის იანვრიდან გაკეთებული ბოლო ოთხი აბორტის შესახებ. გამოკითხული აბორტების ისტორიაში აღინიშნა აბორტის გაკეთების მიზეზი, გაკეთების ადგილი, რეგისტრაცია,

ღირებულება, ინფორმაცია ადგილობრივი ან საერთო ანესთეზიის შესახებ, დანიშნული ანტიბიოტიკები, პროცედურის შემდეგ საავადმყოფოში გატარებული ღამეების რაოდენობა (როგორც წესი აბორტის შემდეგ პაციენტები იმავე დღეს ეწერებიან საავადმყოფოდან, თუ არ აღენიშნებათ აბორტის შემდგომი გართულებები) და აბორტის შემდგომი გართულებების არსებობა-არარსებობა. ჩვენებათა უზუსტობის გამორიცხვის მიზნით, მონაცემები შეგროვდა ბოლო აბორტიდან.

რესპონდენტთა ორსულობის ისტორიებში 1994 წლის იანვრიდან გაკეთებული 5 627 აბორტიდან მხოლოდ 4871 (87%) შემთხვევა იყო რეგისტრირებული. 1996-1999 წლებში გაკეთებულ ხელოვნურ აბორტებზე (90%-ზე მეტი) დეტალური ინფორმაცია ისტორიებში შეტანილი, მაშინ, როცა 1994-1995 წლებში გაკეთებული აბორტების ერთი მეოთხედიც არაა დაფიქსირებული. გამოითხვამდე, ექსწლიან პერიოდში ზოგ ქალს ოთხი ან მეტი ხელოვნური აბორტი ქონდა გაკეთებული. ორსულობის ემიზონების ჩაწერა რეტროსპექტიულად (უხალციანი აბორტიდან უკან) ხდებოდა, რამაც ცხადყო, რომ 1994-1995 წლებში გაკეთებული აბორტების რიცხვი ბოლო წლებში გაკეთებულ აბორტების რაოდენობაზე ოთხ ან ოთხზე მეტად უფრო მაღალია.

რესპონდენტების ჩვენებით თითქმის ყველა აბორტი (90%) გაკეთდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (მონაცემები არ არის ნაჩვენები), სავარაუდოა, რომ რესპონდენტების პასუხები ამ საკითხთან დაკავშირებით მიკერძოებულია. მიზეზად მოყვანილია არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი, ფაქტების დაიწყება და მიჩმალვის მცდელობა, რომ აბორტი ორსულობის კანონით ნებადართულ ვადაზე გვიან გაკეთდა. ყოველი მეორე აბორტი (50%) რესპონდენტების გადმოცემით გაკეთდა ორსულობის 7-დან 12 კვირამდე, 40% - 7 კვირაზე ნაკლებ ვადაში, ხოლო 10% -მა აღიარა, რომ მათ გაუკეთდა გვიანი აბორტი (13 კვირა ან მეტი ვადის ორსულობა). მონაცემების რაოდენობა საკმარისი არ არის რაიმე სტატისტიკური დასკვნების გასაკეთებლად, მაგრამ იმის თქმა კი შეიძლება, რომ გვიანი აბორტები უფრო სოფლად მცხოვრებ ქალებს აღენიშნებოდათ. გვიანი აბორტების სიხშირე ქალის განათლების დონის და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მაჩვენებელია. დაგვიანებული აბორტების სიხშირე ოდნავ უფრო მაღალია აზერბაიჯანული ეთნიკური წარმოშობის ქალებში (13%).

1987 წლამდე პირველ ტრიმესტრში ორსულობის შეწყვეტის კლასიკური მეთოდი. საშვილოსნოს ყელის გახსნა და კიურეტაჟი (გ და კ) იყო. სსრკ-ის ჯანდაცვის სამინისტროს 1987 წლის №757 ბრძანებით ოფიციალურად დაკანონდა ვაკუუმ-ასპირაციის პროცედურა, როგორც ადრეული ორსულობის შეწყვეტის, მინიაბორტად წოდებული მეთოდი. მინიაბორტი ცნობილია, როგორც მენსტრუალური ციკლის რეგულირება ან მენსტრუალური ექსტრაქცია, სრულდება ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდით (ხელის ან ელექტრონის მოწყობილობის მეშეობით) იმ შემთხვევაში, თუ მენსტრუაციის დაგვიანება 20 დღეს არ აღემატება (რაც უხეში გათვლით შეესაბამება ორსულობის მაქსიმუმ 6 კვირას); როგორც წესი, მინიაბორტის დროს ანესთეზიას არ იყენებენ, რადგან პროცედურა საშვილისნოს ყელის გახსნას არ საჭიროებს. ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში მენსტრუაციის რეგულირება ვაკუუმ-ასპირაციით ორსულობის დადგენის შემდეგ სრულდება. ამ პროცედურის მიზანია არასასურველი ორსულობის შეწყვეტა (რის გამოც მას "მინიაბორტი" შეარქვეს). ინფორმაცია მინიაბორტის შესახებ აბორტების

ცხრილი 5.3.1.

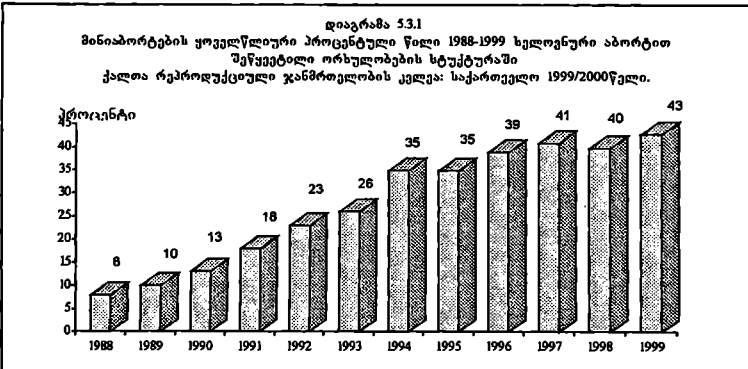
მინიაბორტებად რეგისტრირებული ხელოვნური აბორტების პროცენტი შერჩეული მაჩვენებლების მიხედვით 1994-1999 წლებში ხელოვნური აბორტით შეწყვეტილი ორსულობები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	მინიაბორტების %	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
სულ	39.5	4 845
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	53.8	2 904
სოფელი	20.5	1 941
რეგიონი		
თბილისი	67.7	1 283
იმერეთი	30.2	972
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	32.7	693
სამხრეთი	25.7	924
დასავლეთი		
ასაკობრივი ჯგუფი (აბორტის დროისათვის)		
15-24	38.6	1 354
25-34	40.1	2 562
35-44	39.1	929
განათლების დონე		
არასრული საშუალო	22.9	391
საშუალო	31.9	1 662
საშუალო ტექნიკური	39.8	1 515
უმაღლესი/ასპირანტურა	53.7	1 277
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი		
დაბალი	25.9	1 906
საშუალო	43.5	2 388
მაღალი	55.9	551
ეთნიკური წარმოშობა		
ქართველი	42.0	4 075
აზერბაიჯანელი	14.4	403
სომეხი	44.9	228
სხვა	42.7	139
იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსი		
იძულებით გადაადგილებული პირი	33.2	876
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	38.8	3 969
აბორტის გაკეთების ადგილი		
საავადმყოფო	28.9	3 251
ქალთა საკონსულტაციო კლინიკა	60.5	1 342
კერძო კლინიკა	81.4	87
სამედიცინო დაწესებულებებს გარეთ*	35.2	165

*სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ ორსულობის შეწყვეტის 90% შესრულდა გ და კ-ს ან ეკუთმ-ასპირაციის მეთოდით (56%). აბორტები საეგარულოდ გაკეთებულია ექიმების ან რეს-პონდენტების ბინაზე.

სტატისტიკაში შედიოდა. ჯანმო-ს განმარტების მიხედვით მენტრუალური ციკლის რეგულაცია, რომელსაც ხშირად იმ ქვეყნებში მიმართავენ, სადაც აბორტი კანონით არის შეზღუდული, არ საჭიროებს ორსულობის დადასტურებას და იურიდიულად აბორტად არ ითვლება.

5.3.1 ცხრილში ნაჩვენებია, რომ რესპონდენტების ინფორმაციით, 1994 წლიდან გაკეთებულ აბორტების 40% მინიაბორტი იყო (რესპონდენტების აღწერილობიდან გამომდინარე, გაკეთებული აბორტების 14%-დან 68%-მდე მინიაბორტი იყო). ქალაქად მცხოვრებ ქალებში მინიაბორტების სიხშირე ორჯერ მეტი იყო (54%), ვიდრე სოფლად მცხოვრებ ქალებში (21%). ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისელ ქალაქე მოდის (68%). მინიაბორტებად კლასიფიცირებული აბორტების სიხშირე არაა ქალის ასაკზე დამოკიდებული, სამაგიეროდ ეს მაჩვენებელი ქალების განათლების დონის და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მაჩვენებელია. მინიაბორტის ყველაზე დაბალი სიხშირე აზერბაიჯანელ ქალებში აღინიშნებოდა (14%), ხოლო სხვა ეთნიკურ ჯგუფებში მინიაბორტების წილი გაკეთებული აბორტების თითქმის ნახევარს შეადგენდა (42%-45%). უკანასკნელ ექვსწლიან პერიოდში მინიაბორტების რიცხვი ოდნავ ნაკლები იყო იძულებით გადაადგილებულ ქალებში. მიუხედავად იმისა, რომ ამბულატორულ კლინიკებს არ გააჩნიათ გ და კ-ს გაკეთების უფლება, ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში გაკეთებული მინიაბორტები საერთო რაოდენობის 61%, ხოლო კერძო კლინიკებში 81% შეადგენენ. ამბულატორულ კლინიკებსა და სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ D & C მეთოდით გაკეთებულმა აბორტებმა მნიშვნელოვნად განაპირობეს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოცემული აბორტების სტატისტიკის უზუსტობა.



5.3.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია ვაკუუმ-ასპირაციით შეწყვეტილი ორსულობების წილი 1988 წლიდან (ამ პროცედურის ლეგალიზაციის პირველ წელს) 1989 წლამდე თითქმის ხუთჯერ გაიზარდა. ვაკუუმ-ასპირაციით შეწყვეტილი ორსულობების პროცენტული მაჩვენებელი აბორტის რიგითობის პარალელურად იზრდება (მონაცემები ნაჩვენები არ არის), რაც იმით არის განპირობებული, რომ რიგით პირველი აბორტი უფრო ხშირად კეთდება 7 და მეტი კვირის ორსულობის ასაკში (შეიდ კვირაზე ნაკლები ორსულობის ასაკში პირველად გაკეთებულმა აბორტებმა შეადგინა 33%, ხოლო რიგით

მესამე და მეტმა აბორტებმა 44%). ფაქტიურად ყველა მინიაბორტი გაკეთდა შეიდე კვირაზე ნაკლები ორსულობის შესაწყვეტად (98%). ადრეული აბორტების სტრუქტურაში ვაკუუმ-ასპირაციაზე აბორტების 96% მოდიოდა (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის).

კანონით მენა-გინეკოლოგებს ყველა აბორტი საავადმყოფოში ან ამბულატორულ კლინიკებსა ან კაბინეტებში უნდა გაეკეთებინათ. 532 ცხრილში ნაჩვენებია, რომ რესპონდენტების მიერ 1994 წლიდან გაკეთებული ხელოვნური აბორტები (65%) გინეკოლოგიურ პალატებში იყო ჩატარებული. ამასთან აბორტების ერთ მესამედზე ნაკლები (29%) გაკეთდა სახელმწიფო ამბულატორულ დაწესებულებებში (მაგალითად, ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში) და მხოლოდ 2% - კერძო კლინიკებში. ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში (ქსკ) შესრულებილი აბორტების რაოდენობა ქალაქად უფრო მაღალი (37%) იყო, ვიდრე სოფლად (19%). თბილისში ასეთ პირობებში გაკეთებული აბორტების რაოდენობა აღემატებოდა საავადმყოფოებში გაკეთებული აბორტების რაოდენობას (შესაბამისად, 49% და 46%). ეკრძო სექტორში გაკეთებული აბორტების რაოდენობა იზრდება განათლების და სოციალ-ეკონომიკური დონეების ზრდის შესაბამისად. აბორტების უმრავლესობას მინიაბორტები შეადგენენ. მხოლოდ ქართველმა ქალებმა განაცხადეს ეკრძო სექტორში გაკეთებული ხელოვნური აბორტების შესახებ, რაც მათი შედარებით მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსით და ადრეული აბორტებისადმი უპირატესობის მიცემით შეიძლება აიხსნას. ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდით შესრულებული ადრეული აბორტები (მინიაბორტები) თითქმის თანაბრად განაწილდა საავადმყოფოების გინეკოლოგიურ პალატებსა და ამბულატორულ სამედიცინო დაწესებულებებს შორის (45% შესრულდა ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში და 5% - კერძო კლინიკებში). აღსანიშნავია, რომ შეიდე ან მეტი კვირის ორსულობისას ხელოვნური აბორტების მეტი წილი გაკეთდა საავადმყოფოს პირობებში (76%), რესპონდენტთა ინფორმაციით ასეთი აბორტების 20% შესრულდა ამბულატორულ დაწესებულებებში (19% - ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში და 1% - კერძო კლინიკებში), ხოლო 4% გაკეთდა სამკურნალო დაწესებულებებს გარეთ. ბოლო დროს შეიმჩნევა ამბულატორულ დაწესებულებებში (სახელმწიფო ან კერძო კლინიკებში) გაკეთებული აბორტების რიცხვის უმნიშვნელო ზრდა, 1996-1999 წლებში საავადმყოფოებში გაკეთებული აბორტების რაოდენობა 60%-აღემატებოდა.

ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებს გარეთ ორსულობის ხელოვნური პროცედურებით შეწყვეტის მხოლოდ 4% აღინიშნა. ამ აბორტების 90% შესრულდა D და C-ს ან ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდების გამოყენებით, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ეს აბორტები ევალოგიცირებულმა ექიმებმა თავიანთ რესპონდენტების ბინაში გააკეთეს. ვინაიდან სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ გაკეთებული აბორტები (ეინც არ უნდა იყოს შემსრულებელი) უკანონოა, გასაგებია, რომ აბორტთან დაკავშირებით ქალები არ იყვნენ გულწრფელი მამინაც კი, როცა ინტერვიუერი ანონიმურობის გარანტიას იძლეოდა. ამიტომ საეხებით შესაძლებელია, რომ ზევით მოყვანილი ციფრები არ შეესაბამება სამედიცინო კლინიკების გარეთ გაკეთებული აბორტების რეალურ მაჩვენებელს. ჩრდილო-დასავლეთში მსცოვრები, ნაკლები განათლების მქონე ქალები (საშუალო ან დაწყებითი სკოლა), დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები ან სომეხი ქალები უფრო ხშირად ლაპარაკობენ სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ გაკეთებულ აბორტებზე.

ცხრილი 5.3.1.

1994-1999 წლებში ორსულობის შეწყვეტის ადგილი
შერჩეული მაჩვენებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ორსულობის შეწყვეტის ადგილი

მახასიათებლები	გინეკოლოგი- ური პალატა	ქალთა საკონ- სულტაციო კლინიკა	კერძო კლინიკა	ჯანდაცვის სისტემის გარეშ	სულ	შეუწონავი შემთხვე- ვების რეალური რაოდენობა
სულ	65.0	29.2	2.2	3.6	100.0	4 845
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	56.6	36.7	2.9	3.8	100.0	2 904
სოფელი	76.2	19.2	1.3	3.2	100.0	1 941
რეგიონი						
თბილისი	46.5	48.9	1.1	4.4	100.0	1 283
იმერეთი	79.8	18.3	0.1	1.8	100.0	972
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	63.8	26.4	3.1	6.8	100.0	973
სამხრეთი	65.9	26.0	5.5	2.6	100.0	693
დასავლეთი	82.0	15.5	1.7	0.8	100.0	924
განათლების დონე						
არასრული საშუალო	71.5	22.3	0.5	5.6	100.0	391
საშუალო	63.5	28.6	2.7	5.3	100.0	1 662
საშუალო ტექნიკური	66.5	29.8	1.4	2.3	100.0	1 515
უმადლეის/ასპირანტურა	63.1	31.5	3.1	2.3	100.0	1 277
სოციალ-ეკონომიკური						
სტატუსი						
დაბალი	69.2	25.5	0.8	4.5	100.0	1 906
საშუალო	64.2	29.6	2.9	3.4	100.0	2 388
მაღალი	58.6	36.9	2.6	1.9	100.0	551
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	65.9	28.5	2.7	2.9	100.0	4 075
აზერბაიჯანელი	74.2	20.7	0.0	5.1	100.0	403
სომეხი	42.0	48.4	0.0	9.7	100.0	228
სხვა	52.8	42.6	0.0	4.5	100.0	139
იძულებით						
გადაადგილებულ პირთა						
სტატუსი						
იძულებით	70.4	25.1	0.8	3.8	100.0	876
გადაადგილებული პირი						
ადგილობრივი	64.8	29.4	2.3	3.5	100.0	3 969
მაცხოვრებელი						
აბორტის სახეობა						
ხელოვნური აბორტი	76.4	19.1	0.7	3.8	100.0	3 015
მინი-აბორტი	47.5	44.8	4.5	3.2	100.0	1 830
აბორტის გაკეთების						
წელი						
1994 - 95	69.4	26.5	1.4	2.7	100.0	1 211
1996 - 97	63.4	31.2	2.4	3.0	100.0	1 729
1998 - 99	63.8	29.0	2.5	3.6	100.0	1 905

* სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ ორსულობის შეწყვეტის 90% შესრულდა გ და კ-ს (56%) ან ვაკუუმ-ასპირაციის მეთოდით. აბორტები საეარაულოდ გააკეთა ექიმმა თავის ან რესპონდენტის ბინაზე.

კანონმდებლობის თანახმად, ყველა ხელოვნური აბორტი უნდა გაკეთდეს მხოლოდ ორსულობის დადგენის შემდეგ (ორსულობის ტესტის ან მენჯის არეს ორგანოების ექოსკოპიური გამოკვლევა) და ქალის სქესობრივი

გზით გადამდებ დაავადებებზე შემოწმების (სისხლის სინჯები და ვაგინალური ბაქტერიოლოგიური ტესტების გამოყენება) შედეგ. ამ გამოკვლევების საფასური აბორტის საფასურში უნდა იყოს ჩადებული.

აბორტის შესახებ კანონმდებლობის თანახმად, ყველა ხელოვნური აბორტი უნდა გაკეთდეს მხოლოდ ორსულობის დადგენის შემდეგ (ორსულობის ტესტის ან მენჯის არეს ორგანოების ექოსკოპიური გამოკვლევით) და ქალის სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე შემოწმების (სისხლის სინჯები და ვაგინალური ბაქტერიოლოგიური ტესტები) შემდეგ. ამ გამოკვლევების საფასური აბორტის ფასში უნდა იყოს ჩადებული. 5.3.3 ცხრილიდან ნათელია, რომ 1994-1999 წლებში ორსულობის დამამტკიცებელი აბორტის წინა პროცედურა მხოლოდ 28% შემთხვევაში იყო შესრულებული. აქედან 26% ორსულობა დადგინდა ექოსკოპით, 1% - ორსულობის ტესტით და კიდევ 1% - ორივე გამოკვლევის კომბინაციით. ორსულობის დამამტკიცებელი აბორტის წინა პროცედურა და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე ტესტირება ძირითადად უტარდებოდა რესპონდენტების შემდეგ კატეგორიებს: ქალაქად, განსაკუთრებით თბილისში მცხოვრებ ქალებს, უმაღლესი განათლების და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე რესპონდენტებს. ხელოვნური აბორტის მსგავსად, მინიაბორტების რაოდენობა, რომლებსაც წინ უსწრებდა ტესტირება ორსულობაზე, სამჯერ აღემატებოდა ასეთი ტესტირების გარეშე გაკეთებული მინიაბორტების რიცხვს (შესაბამისად 45% და 16%); რაც შეეხება მინიაბორტების რაოდენობას, რომლებსაც წინ უსწრებდა გამოკვლევა სგდ-ზე, მათი რიცხვი ორჯერ მეტი იყო, ვიდრე ამ ტესტის გარეშე გაკეთებული აბორტების რიცხვი. დიაგნოსტიკური ტესტების რაოდენობა ბოლო წლებში არ გაზარდილა. საავადმყოფოს გინეკოლოგიურ პალატებთან შედარებით ორსულობის დამამტკიცებელი აბორტის წინა ტესტირების ალბათობა უფრო მაღალი იყო ამბულატორულ პირობებში (ქალთა საკონსულტაციო ან კერძო კლინიკებში).

5.3.3 ცხრილიდან ჩანს, რომ ხელოვნური აბორტების 70% რეგისტრირებული იყო საავადმყოფოში ან კლინიკის სარეგისტრაციო წიგნებში. რესპონდენტების ფონურ მახასიათებლებს რაიმე მნიშვნელოვანი გავლენა არ მოუხდენია რესპონდენტის ცოდნაზე აბორტების რეგისტრაციის შესახებ. არარეგისტრირებული აბორტების დაფიქსირების თვალსაზრისით უმნიშვნელო გამონაკლისია აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალები (მათი ცოდნა რეგისტრაციის პროცედურების შესახებ შეზღუდულია ენობრივი ბარიერის გამო).

მიუხედავად იმისა, რომ 1994-1999 წლებში გაკეთებული ხელოვნური აბორტების უმრავლესობა დარეგისტრირებული იყო, აბორტის დარეგისტრირების ქეითარი მხოლოდ ყოველი მეთოხე აბორტისათვის გამოიწერა (23%). ძალიან სპეციფიური სოციალური გარემოების გარდა, საქართველოში ყველა აბორტი ფასიანია (აბორტის ფასი ვარირებს სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით). ქალაქად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით სოფლად, სამხრეთ და ჩრდილო-აღმოსავლეთ რეგიონებში მცხოვრები ქალები ნაკლებად აღნიშნავენ აბორტის საფასურის გადახდას; ეს მაჩვენებელი იზრდება განათლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად. აბორტის საფასურის ქეითრის არსებობის შესახებ ყველაზე ნაკლებად აზერბაიჯანელმა ქალებმა უწყობდა (9%). ცხადია, რომ კერძო კლინიკებში აბორტის რეგისტრაციას და ქეითრის გამოწერას არ აწარმოებენ. რეგისტრირებული აბორტების რიცხვი და გამოწერილი ქეითრების რაოდენობა მნიშვნელოვნად არ იცვლებოდა აბორტის გაკეთების წლის მიხედვით.

ცხრილი 5.3.3

აბორტის წინა დიაგნოსტიკური ტესტები და აბორტის რეგისტრაცია 1994-1999 წლების პერიოდში შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	დიაგნოსტიკური ტესტები		აბორტების რეგისტრაცია		
	ორსულობის დადასტურება	სეგად-ზე გასწავლევა	აბორტების რეგისტრაცია	გადახდის ქვითარი	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
სულ	27.6	6.8	70.2	22.7	4 845
ხაცხოვრებული ადგილი					
ქალაქი	37.8	9.0	74.4	26.7	2 904
სოფელი	14.0	3.8	64.6	17.3	
რეგიონი					
თბილისი	58.6	15.4	79.5	33.7	1 283
იმერეთი	14.9	2.8	77.3	20.0	972
მრდილო-აღმოსავლეთი	16.7	4.5	60.7	17.5	973
სამხრეთი	17.7	2.9	61.5	13.8	693
დასავლეთი	14.3	3.6	69.2	22.8	924
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	12.6	3.7	51.2	12.7	391
საშუალო	22.5	4.4	63.4	19.4	1 662
საშუალო ტექნიკური	22.1	7.1	77.6	24.1	1 515
უმაღლესი	44.8	10.2	76.1	28.3	1 277
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი					
დაბალი	13.4	3.0	65.7	17.2	1 906
საშუალო	29.5	7.5	70.8	24.6	2 388
მაღალი	54.4	13.1	78.7	28.1	551
ეთნიკური წარმოშობა					
ქართველი	29.4	7.3	72.6	24.8	4 075
აზერბაიჯანელი	9.54	1.1	49.8	8.6	403
სომეხი	30.0	6.5	69.5	17.3	228
სხვა	32.6	12.2	72.4	21.0	139
იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსი					
იძულებით გადაადგილებული პირი	21.3	5.4	67.8	17.1	876
აღფილობრთვი მაცხოვრებელი	27.9	6.8	70.3	22.9	3 969
აბორტის სახეობა					
ხელუენური აბორტი	16.1	4.9	65.9	18.0	3 015
მინიაბორტი	45.3	9.7	76.7	29.8	1 830
აბორტის გაკეთების წელი					
1994 - 95	25.7	7.8	71.1	19.7	1 211
1996 - 97	26.5	6.7	70.1	24.9	1 729
1998 - 99	29.8	6.3	69.7	22.5	1 905
აბორტის გამკეთებელის დაწესებულება					
გინეკოლოგიური პალატა	23.2	6.3	72.2	22.7	3 251
კერძო კლინიკა	37.1	8.3	79.5	27.2	1 342
ჯანდაცვის სისტემის გარეთ	58.7	8.3	0.0	0.0	87

ცხრილი 5.3.4

1996-1999 წლებში გაკეთებული აბორტების ღირებულება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	საშუალო გადასახადი	უფასო	აბორტის ღირებულება*				მხოლოდ სარეკრუტი	არასრულწლოები	სულ	შემოსავლების რაოდენობა
			20 ლარი ან ნაკლები	21-30 ლარი	31-50 ლარი	51 ლარი ან მეტი				
სულ	25.2	2.7	38.4	39.0	9.9	2.4	1.6	6.0	100.0	3 634
საცხოვრებელი ადგილი										
ქალაქი	26.3	3.3	34.5	39.7	12.6	3.2	2.1	4.6	100.0	2 162
სოფელი	23.6	1.9	43.6	38.0	6.3	1.3	1.0	7.8	100.0	1 472
რეგიონი										
თბილისი	29.9	3.9	17.8	47.7	18.3	5.1	1.7	5.4	100.0	965
იმერეთი	23.7	2.3	50.6	33.6	6.2	1.4	1.8	4.1	100.0	728
ჩრდილო-აღმოსავლეთი სამხრეთი დასავლეთი	22.1	3.2	46.8	37.4	4.3	1.4	1.3	5.7	100.0	720
სამხრეთი დასავლეთი	22.0	0.9	54.3	29.0	2.7	1.4	1.3	10.4	100.0	530
დასავლეთი	25.6	2.1	34.7	41.5	13.4	1.4	2.2	4.9	100.0	691
განათლების დონე										
არასრული საშუალო	23.8	0.6	49.7	34.4	6.9	1.3	0.9	6.1	100.0	302
საშუალო	23.6	1.8	43.2	35.8	8.0	1.5	1.3	8.3	100.0	1 269
საშუალო ტექნიკური უმაღლესი	25.6	2.3	38.7	40.8	9.9	2.1	1.8	4.4	100.0	1 120
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი										
დაბალი	23.3	2.1	47.8	35.3	7.1	1.2	1.5	5.0	100.0	1 406
საშუალო	25.4	2.0	37.2	40.5	10.0	2.2	1.2	6.9	100.0	1 822
მაღალი	28.5	6.9	20.7	41.6	16.3	6.4	3.6	4.5	100.0	406
ეთნიკური წარმოშობა ქართველი	25.4	2.8	37.6	40.6	10.3	2.6	1.7	4.5	100.0	3 043
აზერბაიჯანელი	21.9	2.2	52.2	30.6	3.4	1.1	0.8	9.6	100.0	319
სომეხი	24.5	1.6	32.2	41.3	6.9	0.0	0.5	17.5	100.0	174
სხვა	32.8	2.5	22.7	20.1	27.4	8.3	5.7	13.3	100.0	98
იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსი										
იძულებით გადაადგილებული პირი	24.5	7.1	42.8	28.7	10.7	3.0	3.0	4.8	100.0	639
ადგილობრივი მაცხოვრებელი ორსულობის ვადა										
<7 კვირა	23.5	2.7	41.2	41.3	7.0	1.0	1.8	5.0	100.0	1 466
7-12 კვირა	25.2	2.8	38.2	37.4	10.2	2.3	1.5	7.6	100.0	1 807
13 კვირა და მეტი	31.7	2.2	27.7	37.3	20.3	8.7	1.4	2.5	100.0	361
აბორტის გამკეთებელი დაწესებულება										
გინეკოლოგიური პალატა	25.8	2.4	36.7	37.6	11.0	2.9	2.1	7.3	100.0	2 392
ქალთა კონსულტაცია	24.9	2.6	37.6	44.9	8.6	1.5	0.8	3.9	100.0	1 032
კერძო კლინიკა	21.6	4.8	47.8	37.7	6.0	2.4	0.0	1.2	100.0	74
ჯანდაცვის სისტემის გარეშე	21.0	3.6	68.3	18.5	4.4	1.8	1.7	1.8	100.0	123

*ლაზრებში: გამოკითხვის მომენტისათვის ღირის კურსი იყო დაახლოებით 2 ლარი = 1 აშშ-ის დოლარს
 * აბორტის საშუალო გადასახადში არ შედის არაუფლადი სახით გადახდა ან საფასური, რომლის რაოდენობა უცნობია

შეიცავს 94 აბორტს, რომლის ღირებულება გადახდილია სხვა ვალიუტაში
 შემორჩენილი მეთოდებით გაკეთებული 13 აბორტის გარდა

გამოკითხვის დროისათვის აბორტის ფასი 20 ლარამდე იყო (დაახლოებით აშშ-ის 10 დოლარი). 5.3.4 ცხრილში ნაჩვენებია 1996-1999 წლებში გაკეთებული აბორტების საფასურის განაწილება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით. 1994-1995 წლებში გაკეთებული აბორტები ამ ცხრილში შეტანილი არ არის, რადგან ეროვნული ვალუტა (2 ლარი = 1 აშშ-ის დოლარი) შემოღებულ იქნა 1995 წლის ბოლოს.

99GERHS-მა ცხადყო, რომ მთლიანობაში 1996-1999 წლებში გაკეთებული აბორტების საშუალო ფასი 25 ლარი იყო. გადასახადის სიდიდე ვარირებდა 0 ლარიდან 215 ლარამდე (ერთ შემთხვევაში). აბორტების მხოლოდ 3% გაკეთდა უფასოდ; 38% შემთხვევაში აბორტის საფასური იყო 20 ლარი ან ნაკლები; 39% - 21-30 ლარი და 12% - 50 ლარზე მეტი. ქალების 2% ნაკლებმა განაცხადა, რომ აბორტის საფასურად ექიმს მხოლოდ საჩუქარი მიართვეს (საჩუქრის ფასი უცნობია), ხოლო 6% არ ახსოვდა რამდენი გადაიხადა.

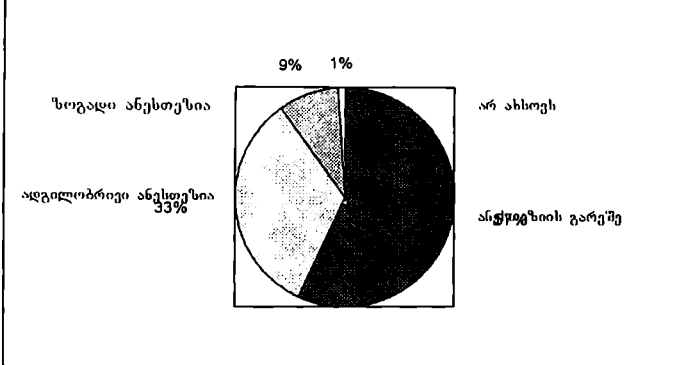
ქალაქად მცხოვრები, მათ შორის თბილისელი, უმაღლესი განათლების და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები საშუალოდ მეტს იხდიდნენ აბორტში სხვა რესპონდენტებთან შედარებით. გვიანი აბორტის გაკეთება 25% მეტი ჯდებოდა, ვიდრე ორსულობის პირველი 12 კვირის პერიოდში გაკეთებული აბორტი. აბორტის საშუალო საფასური სამედიცინო დაწესებულებებში მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა.

საერთოდ, ორსულობის 6 კვირის შემდეგ აბორტები საავადმყოფოში უნდა კეთდებოდა, მაგრამ პაციენტებს იმავე დღეს უშვებენ სახლში და საავადმყოფოში ღამის გათევა არ უწევთ. გამოკითხვის შედეგებმა დაადასტურეს, რომ 1994 წლიდან პრაქტიკულად ყველა ქალი (99%), რომელმაც აბორტი გაიკეთა, იმავე დღეს გაიწერა საავადმყოფოდან (მონაცემები არ არის ნაჩვენები). ქალების მხოლოდ 1% მოუწია საავადმყოფოში მინიმუმ ერთი ღამის გათევა; საავადმყოფოში გაჩერების დრო დამოკიდებული იყო ორსულობის ვადაზე და აბორტის გართულებების არსებობა-არარსებობაზე.

როგორც 5.3.2 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, 1994-1995 წლებში გაკეთებული აბორტების პრაქტიკულად ნახევარზე მეტი (57%) უანესთეზიით გაკეთდა; ერთი მესამედი გაკეთდა ადგილობრივი (საშივილონსოს ყელის) ანესთეზიით და 9% - ინტრავენური ანესთეზიით. ანესთეზიის ალბათობა არ იყო დამოკიდებული რესპონდენტების ფონურ მახასიათებლებზე, სამაგიეროდ, ანესთეზიის მიზანშეწონილობა განისაზღვრებოდა ორსულობის ვადით, აბორტის მეთოდით და იმ სამედიცინო დაწესებულების სახეობით, სადაც გაკეთდა აბორტი (მონაცემები ნაჩვენები არ არის). ანესთეზიის გამოყენება ნაკლებად სავარაუდოა (29%) ადრეული აბორტების დროს (შეიქმნა კვირაზე ნაკლები ორსულობა), ხოლო შეიქმნა და მეტი კვირის ორსულობისას აბორტების თითქმის ნახევარი გაკეთდა ანესთეზიით; ანალოგიურად, ვაკუუმ-ასპირაციით გაკეთებულ აბორტებთან შედარებით D & C მეთოდით გაკეთებული აბორტები ორჯერ უფრო ხშირად სრულდებოდა ანესთეზიის გამოყენებით (შესაბამისად 28% და 52%). საავადმყოფოში გაკეთებული აბორტების (ხშირად ორსულობის ასაკი ექვს კვირაზე მეტი იყო და კეთდებოდა D & C მეთოდის გამოყენებით) შემთხვევაში ანესთეზიის ალბათობა უფრო მაღალია, ვიდრე ქალთა საკონსულტაციო ან კერძო კლინიკებში (შესაბამისად 50% და 30% და 33%) ან სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ გაკეთებული (29%) აბორტების შემთხვევაში.

დიაგრამა 5.3.2

აბორტის პროცედურისას გამოყენებული ანესთეზიის ტიპი
ხელოვნური აბორტები გაკეთდა 1994-1999 წლებში
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა:
საქართველო, 1999/2000 წ.

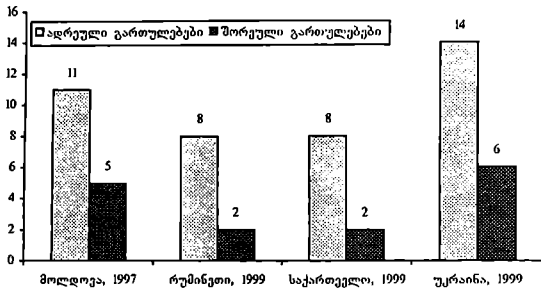


5.4. აბორტის გართულებები.

კანონიერად გაკეთებული აბორტები დაკავშირებულია ოპერაციის შემდგომი გართულებების გარკვეულ რისკთან; ორსულობის ასაკი, ფერტილობა, ქალის ასაკი, ქირურგიული პროცედურა და ოპერატორის კვალიფიკაცია, ანესთეზიის ტიპი და ადრე არსებული პათოლოგიები უშუალოდ განაპირობებენ ამ გართულებების სიხშირესა და სიმძიმეს (Henshaw, 1990). მაგალითად, 7-9 კვირის ორსულობის ასაკში გაკეთებული ოპერაციები გაცილებით ნაკლებად იძლევა გართულებებს, ვიდრე 10-დან -14 კვირამდე ორსულობის ასაკში გაკეთებული აბორტები. გ და კ-ს მეშვეობით გაკეთებული ადრეული აბორტების (7 კვირაზე ნაკლები ორსულობის ვადით) შემთხვევაში გართულებების განვითარების რისკი ოდნავ უფრო მაღალია ორსულობის 7-9 კვირამდე ასაკში გაკეთებულ აბორტებთან შედარებით. ვაკუუმ-ასპირაცია საშვილოსნოს ყელის გაფართოებით ან უამისოდ უფრო იშვიათად იძლევა აბორტის შემდგომ გართულებებს, ვიდრე კლასიკური კიურეტაჟი. განვითარებულ ქვეყნებში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ პირველ ტრიმესტრში გაკეთებული აბორტების გართულებების სიხშირე აბორტის 100 პროცედურაზე ვარირებდა 0.9-დან აშშ-ში (Hakim-Elahi E. et al., 1990) 0.6-მდე დანიაში (Heisterberg L. და Kringlebach M., 1989), მაგრამ იმის გამო, რომ "აბორტებით ავადობის მაჩვენებლის" საერთაშორისო განსაზღვრა არ არსებობს, სხვადასხვა ქვეყნების შედარებითი მონაცემების ინტერპრეტაცია გართულებულია.

ჩვეულებრივ, გამოკითხვის ჩატარებისას, აბორტის შემდგომი გართულებების შეფასებები ეყრდნობა რესპონდენტების მიერ მითითებულ სიმპტომებსა და მდგომარეობებს და შესაძლოა მოკლებულია საავადმყოფოების სტატისტიკური მონაცემების სიზუსტეს. როგორც 5.4.1 ცხრილიდან ჩანს,

დიაგრამა 5.4
 გამოკითხვის წინა ხუთწლიან პერიოდში გაკეთებული აბორტების შემდგომი
 ადრეული და შორეული გართულებები
 დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მხარდაჭერით შესრულებული
 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვები აღმოსავლეთ ევროპასა და
 ღმრთ-ს ქვეყნებში



1994 წლიდან გაკეთებული აბორტების 10%-ს განუვითარდა ადრეული (8%) ან შორეული (2%) გართულებები. ეს ციფრები შეესაბამება აბორტის სისხშირის მაღალი დონის მქონე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა გამოკითხვების შედეგებს (იხ. დიაგრამა 5.4). ჩრდილო-აღმოსავლეთის რეგიონში მაცხოვრებლებს, ქართული და სხვა ეთნოკურული წარმოშობის ქალებს აბორტის შემდგომი ადრეული გართულებების სისხშირის ოდნავ უფრო მაღალი მაჩვენებლები ქონდათ, ვიდრე აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებს და ქალებს გვიანი აბორტით (13%). როგორც მოსალოდნელი იყო, გართულებების გარეშე გაკეთებულ აბორტებთან შედარებით შორეული გართულებები (აბორტის გაკეთებიდან ექვსი ან მეტი თვის შემდეგ) უფრო ხშირია ადრეული გართულებებით მიმდინარე აბორტებისათვის (შესაბამისად 1% და 22%).

ადრეული გართულებების მეტი ნაწილი გამოიხატებოდა პერსისტენტული ტკივილებით მენჯის არეში (67%), მძიმე ან ხანგრძლივი სისხლდენით (59%), მაღალი ტემპერატურით (34%) და მენჯის ინფექციით (21%); საშვილოსნოს პერფორაცია, როგორც გართულებული აბორტის შედეგი, აღენიშნებოდა შემთხვევების მხოლოდ 1% (ცხრილი 5.4.2). პერფორირებული საშვილოსნოს შემთხვევებს გარდა, ძნელია შეაფასოს, რამდენად სერიოზული იყო სხვა ადრეული გართულებები. ამ გართულებების სიმძიმის გაზომვის არაპირდაპირი მეთოდია, მივიჩნით მძიმედ ყველა ადრეული გართულება, თუ მათ გამო პაციენტს მიუხედავად საავადმყოფოში ერთი ღამით დარჩენა ან შემდგომში განუვითარდა შორეული გართულებები. როგორც ადრე აღენიშნეთ, ისეთი გართულებები, რომლებიც მოითხოვენ ავადმყოფის ერთი ან მეტი ღამით ჰოსპიტალიზაციას, თითზე ჩამოსათვლელია და მათი 22% დაკავშირებულია შორეული გართულებების განვითარებასთან. აბორტის შემდგომი ადრეული გართულებების სისხირე თითქმის ორმაგდება ორსულობის მეცამეტე კვირის შემდეგ.

ცხრილი 5.4.1

1996-1999 წლებში გაკეთებული ხელოვნური აბორტების პროცენტი, რომლებსაც მოჰყვა ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, და ადრეული და შორეული გართულებებით მიმდინარე აბორტების პროცენტული განაწილება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	მკურნალობა ანტიბიოტიკებით %	ადრეული გართულებები %	შორეული გართულებები რიცხვი	შორეული გართულებები %	შორეული გართულებები რიცხვი
მახასიათებლები					
სულ	24.3	7.5	4 845	2.3	4 700
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	29.6	6.8	2 904	2.2	2 825
სოფელი	13.7	8.6	1 941	2.4	4 875
რეგიონი					
თბილისი	40.7	7.6	1 283	2.9	1 251
იმერეთი	22.1	6.5	972	1.6	938
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	22.0	10.2	973	3.5	944
სამხრეთი	11.0	6.5	693	1.8	679
დასავლეთი	16.3	5.9	924	1.0	888
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	10.2	6.9	391	3.4	376
საშუალო	16.6	7.1	1 662	2.3	1 615
საშუალო ტექნიკური	23.1	8.1	1 515	2.1	1 468
უმაღლესი	39.5	7.7	1 277	2.2	1 241
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი					
დაბალი	14.2	6.6	1 906	2.4	1 843
საშუალო	26.7	7.7	2 388	1.7	2 318
მაღალი	39.0	8.9	551	4.3	539
ეთნიკური წარმომოება					
ქართველი	26.8	8.1	4 075	2.3	3 949
აზერბაიჯანელი	6.5	4.2	403	2.7	395
სომეხი	16.0	3.6	228	0.4	224
სხვა	28.6	11.0	139	4.0	132
იძულებით					
გადაადგილებულ პირთა სტატუსი					
იძულებით	21.0	7.9	876	2.2	843
გადაადგილებული პირი					
ადგილობრივი	24.5	7.5	3 969	2.3	3 857
მაცხოვრებელი					
ორსულობის ვადა					
<7 კვირა	30.3	6.8	1 877	1.9	1 820
7-12 კვირა	18.9	7.1	2 507	2.1	2 436
13 კვირა და მეტი	27.0	13.0	461	5.2	444
აბორტის გამკეთებელი დანების რაოდენობა					
გინეკოლოგიური პალატა	23.7	7.6	3 251	2.6	3 159
ქალთა კონსულტაცია	25.7	7.2	1 342	1.7	1 304
კერძო კლინიკა	22.0	10.3	87	2.3	79
ჯანდაცვის სისტემის გარეთ	25.7	6.4	165	1.9	158
ადრეული გართულებები					
არ აღინიშნებოდა	21.5	0.0	4 498	0.6	4 395
აღინიშნებოდა	58.7	100.0	347	22.1	322

ცხრილი 5.4.2

1996-1999 წლებში გაკეთებული ხელოვნური აბორტების ადრეული გართულებები
გართულების ტიპისა და ორსულობის ასაკის მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

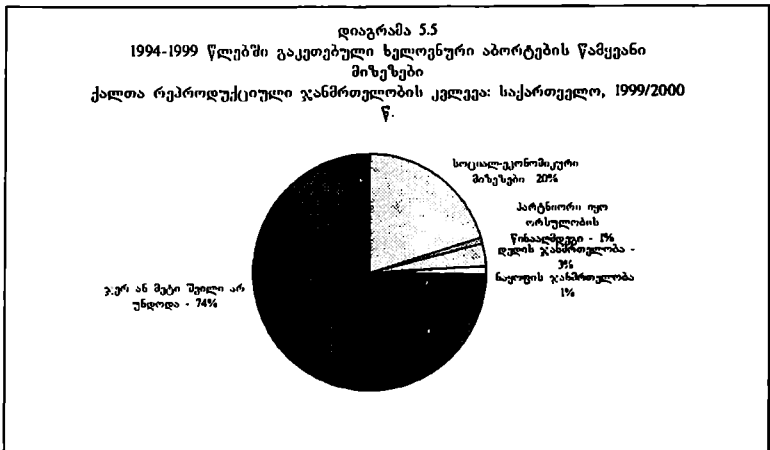
ადრეული გართულების ტიპი	სულ	ორსულობის ასაკი		
		ექვსი კვირა ან ნაკლები	7-12 კვირა	13+ კვირა
ხანგრძლივი ტკივილი მენჯის არეში	66.8	60.9	67.3	77.9
მთიმე ან ხანგრძლივი სისხლდენა	59.4	56.3	61.8	59.2
მაღალი ტემპერატურა (28°C)	34.3	30.1	36.8	36.2
ინფიცირებული გამონადენი	20.8	25.7	15.9	24.0
საშვილოსნოს პერფორაცია	0.6	0.8	0.6	0.0
ადრეული გართულებებით მიმდინარე აბორტების რიცხვი	347	115	180	52

5.5. აბორტის გამომწვევი მიზეზები

5.5 ცხრილში და 5.5 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რომ ხელოვნური აბორტების უმრავლესობა (74%) ფერტილობის კონტროლირების მიზნით გაკეთდა: აბორტების 65%-ში გადაწყვეტილება ორსულობის შეწყვეტის შესახებ მიღებული იყო იმიტომ, რომ ქალს არ სურდა მეტი ბავშვის (ბავშვების) ყოლა; 9%-ში – იმიტომ, რომ ჯერ არ უნდოდა ბავშვის გაჩენა. ამის გარდა, აბორტების 20% განპირობებული იყო სოციალ-ეკონომიკური მიზეზებით (დაბალი შემოსავალი, უმუშევრობა, სამსახურის დაკარგვის შიში, საცხოვრებელი ფართის სიმცირე), ერთ პროცენტზე ნაკლებ შემთხვევებში აბორტის მიზეზი პარტნიორთან იყო დაკავშირებული (პარტნირს არ უნდოდა ბავშვი). აბორტების მხოლოდ 3% დედის ჯანმრთელობის დეგომარეობის გამო გაკეთდა (ორსულობა საფრთხეს უქმნიდა ქალის ფიზიკურ ან ფსიქიურ ჯანმრთელობას) და 1% - ორსულობის შეწყვეტა ნაყოფის დეფექტური განვითარების ან ბავშვისათვის პოტენციური რისკის არსებობის გამო მოხდა.

აბორტს, როგორც ფერტილობის კონტროლირების საშუალებას, უფრო სოფლად მცხოვრები ქალები (სადაც ცოცხალი შვილების საშუალო რაოდენობა ისედაც მეტია ქალაქელ ქალებთან შედარებით), ქვეყნის სამხრეთ (სადაც სჭარბობს აზერბაიჯანული მოსახლეობა) ან დასავლეთ რეგიონებში მცხოვრები ქალები, 34 წელს გადაცილებული ქალები (რომლებსაც უკვე ყავთ შვილები) და აზერბაიჯანელი ქალები ასახელებდნენ; აბორტის ასეთი ახსნა მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ორსულობის რიგითობასთან: ეს მაჩვენებელი ვარირებდა 26%-დან პირველი ორსულობის შემთხვევაში 66%-მდე მესამე და უფრო მაღალი რიგითობის ორსულობის შემთხვევაში. ქალაქად მცხოვრები რესპონდენტები, მათ შორის თბილისელი ქალები (25%), უფრო ხშირად ახსენებდნენ სოციალურ-ეკონომიკურ ასპექტებს, რადგან ქალაქში ცხოვრება უფრო ძვირია და შესაბამისი საცხოვრებელი ფართის მოვნა პროგრესულად მზარდ პრობლემას წარმოადგენს. ორსულობის მიმართ პარტ-

ნიორის ნეგატიური დამოკიდებულება ძალიან იშვიათად აიძულებდა რესპონდენტს მისი ფონური მახასიათებლების განურჩევლად მიეღო გადაწყვეტილება ორსულობის შეწყვეტის შესახებ, რაც საეარაუდოდ იმით არის გამოწვეული, რომ ქალების უმრავლესობა აბორტის მომენტი სათვის გათხოვილი იყო, და ორივე მეუღლე თანახმა იყო აბორტზე. ქალაქად მცხოვრები, უმაღლესი განათლების და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები უფრო ხშირად ასახელებდნენ დედის ჯანმრთელობას, როგორც აბორტის გამომწვევ მიზეზს. რესპონდენტები, რომელთა პირველი ორსულობა ხელაყნური აბორტით დასრულდა სწორედ დედის ჯანმრთელობას იმიზეზებდნენ. ანალოგიურად, ახალშობილის თანდაყოლილი დეფექტების რისკს უფრო მეტად მაღალი განათლების და სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალაქელი ქალები ასახელებდნენ. თითქმის ყოველი მეხუთე ორსულობა ნაყოფის ჯანმრთელობის მიზეზით მოიშალა.



ცხრილი 5.5

1994 წლის იანვრიდან გაკეთებული აბორტების ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები
 შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	შეტი შვილი არ უნდა	სიდიადე: კონტრაცეპტი მიზეზები	ჯერ არ უნდათ შვილი	აბორტის მიზეზები		პარტნიორის წინააღმდეგობა	სხვა	სულ	შემთხვევის რაოდენობა
				დედის ჯანმრთელობის რისკი	ნაყოფის ჯანმრთელობის რისკი				
სულ	65.8	20.1	8.6	2.7	1.1	0.5	1.2	100.0	4 845
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	62.2	22.6	8.8	3.5	1.3	0.6	1.0	100.0	2 094
სოფელი	70.6	16.9	8.2	1.7	0.8	0.3	1.5	100.0	1 941
რეგიონი									
თბილისი	59.5	24.7	7.7	4.3	1.5	1.1	1.2	100.0	1 283
იმერეთი	62.6	19.9	10.7	3.2	1.0	0.2	2.4	100.0	972
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	66.1	20.1	9.0	1.8	1.2	0.3	1.6	100.0	973
სამხრეთი	73.1	17.0	6.6	1.5	0.7	0.5	0.4	100.0	693
დასავლეთი	71.2	16.3	9.2	2.0	0.7	0.0	0.5	100.0	924
ასაკობრივი ჯგუფი*									
15-24	64.0	21.5	9.0	2.9	0.8	0.4	1.5	100.0	1 354
25-34	60.4	22.7	11.1	2.6	1.2	0.4	1.5	100.0	2 562
35-44	81.6	12.0	1.6	2.7	1.1	0.8	0.2	100.0	929
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	72.9	16.1	8.9	1.8	0.0	0.0	0.3	100.0	391
საშუალო	71.8	17.7	7.3	1.1	0.6	0.3	1.1	100.0	1 662
უმაღლესი	61.3	22.1	9.2	3.7	1.5	0.6	1.4	100.0	2 792
სოციალურ- ეკონომიკური სტატუსი									
დაბალი	68.2	21.2	7.5	1.2	0.4	0.1	1.4	100.0	1 906
საშუალო	65.8	20.6	8.5	2.5	1.1	0.6	0.9	100.0	2 388
მაღალი	60.0	15.4	11.4	7.3	2.8	1.0	2.0	100.0	551
ეთნიკური წარმოშობა									
რუმინელი	64.3	20.8	8.7	3.1	1.2	0.5	1.5	100.0	4 075
უნგრელი	77.9	11.9	7.4	1.5	1.3	0.0	0.0	100.0	403
რომაელი	71.0	21.4	6.8	0.0	0.0	0.0	0.8	100.0	228
სხვა	57.6	26.6	12.8	1.5	0.0	1.5	0.0	100.0	139
ორსულობის რიგითობა									
პირველი	18.0	13.2	8.0	47.2	9.3	0.0	4.4	100.0	23
მეორე	21.9	38.2	31.9	4.7	0.6	0.5	2.3	100.0	395
მესამე	50.1	26.3	15.9	2.3	2.0	0.8	2.7	100.0	3 727
მეოთხე და ზევით	73.8	17.1	4.7	2.3	0.9	0.4	0.8	100.0	3 727

*რეკონსტრუირებული ასაკი ორსულობის შეწყვეტის მომენტისათვის

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა

დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობა ერის ჯანმრთელობის საზომი და მსოფლიოში მიღებული სოციალური კეთილდღეობის ინდიკატორია. ჯანმო-ს მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი (მაჩვენებელი) (დსკ) საქართველოში 1995 წელს იყო 22 სიკვდილის შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე, რაც სხვა ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკების მაჩვენებელზე უფრო ნაკლებია (მაგ. რუსეთის ფედერაციაში დსკ იყო 50 სიკვდილი 100 000 ცოცხალშობილზე), ხოლო აშშ-ის მოსახლეობის ცნობათა ბიუროს (მცბ, 2001) მიხედვით, 1999 წლის ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 18 ბავშვი/1000 ცოცხალშობილზე - იყო სიკვდილიანობის მეოთხე უმაღლესი მაჩვენებელი აღმოსავლეთ ევროპაში და კავკასიის რეგიონში (რუმინეთის, ალბანეთის და მოლდოვას შემდეგ). მიუხედავად ამისა, შობადობის მონაცემების არასრული რეგისტრაციის მსგავსად, სიკვდილიანობის სარეგისტრაციო სისტემაც შეიძლება არასრული იყოს და სიკვდილიანობის მონაცემებიც არაზუსტი, რაც შეუძლებელს ხდის საქართველოში ისეთი სტატისტიკური მასალის მოპოვებას, რომელიც შეესაბამება საერთაშორისო საზოგადოებაში მიღებულ სტანდარტებს.

შესაბამისი პერინატალური სამედიცინო მომსახურეობა უსაფრთხო დედაობის პროგრამაში მნიშვნელოვანი ეტაპია. საქართველოში მრავალი წლის მანძილზე პერინატალური სამედიცინო მომსახურეობა უფასო იყო. ამჟამად, ჯანდაცვის ახალი რეფორმის პირობებში, იგი შესულია ძირითადი სამედიცინო მომსახურეობის პაკეტში. იგი შედგება სამი კომპონენტისაგან: ჩასახვადელი სამედიცინო მომსახურეობა, პრენატალური და პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურეობა. ჩასახვისწინა და პრენატალური სამედიცინო მომსახურეობა შეიცავს ინფორმაციის ფართო სპექტრს, რომელიც მოიცავს ორსულობასთან დაკავშირებულ რისკს, ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორებს, რომლებსაც შეუძლიათ უარყოფითად იმოქმედონ ნაყოფზე (მაგ. თამბაქო, ალკოჰოლი), დედის ინფექციის რისკს (მაგ. წითურა, ტოქსოპლაზმა, აივ და სხვა სგვდ), დედის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკს და გენეტიკურ ასპექტებთან დაკავშირებულ რისკს. სამწუხაროდ, ჩასახვისწინა კონსულტირებას მხოლოდ ახალდასაქორწინებულ წყვილებს სთავაზობენ ყოველგვარი შემდგომი ზედამხედველობის გარეშე, რომელიც წესით უნდა გაგრძელდეს იქამდე, სანამ წყვილი არ გადაწყვეტს ბავშვის ყოლას. ჩასახვისწინა კონსულტირებას არა აქვს ადგილი ექიმთან რუტინული ვიზიტების დროს, თუმცა სწორედ რომ პირველადი სამედიცინო დახმარების რგოლის ექიმს შეუძლია გარკვეულწილად ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქალის ქცევითი ჩვევების მოდიფიკაციას (ვიდრე დადგინდება ორსულობის ფაქტი, ქალმა უნდა გაითავისოს ჯანმრთელობისათვის ბევრი სასარგებლო ჩვევა) და იმ სამედიცინო მდგომარეობების იდენტიფიკაციას, რომლებმაც შეიძლება მოითხოვონ სპეციალური ყურადღება ორსულობის პერიოდში.

დროულ და პერიოდულ პრენატალურ მომსახურეობას შეუძლია ეფექტურად შეამციროს პერინატალური სიკვდილიანობა და ავადობა. 1995

წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს რეკომენდაციით გაურთულებული ორსულობის პირობებში, ქალს ესაჭიროებოდა მინიმუმ 10 პრენატალური ვიზიტი ექიმთან. სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული პრენატალური სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომელიც 1995 წელს განხორციელდა, ითვალისწინებს მხოლოდ 4 პრენატალური ვიზიტის ხარჯების დაფარვას სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მიერ (ორსულობის მე-13, მე-20, 30-ე და 36-ე კვირა). კიდევ ორი ვიზიტი ექიმთან ხორციელდება თანადაფინანსების გეგმის მიხედვით. თუ საჭირო გახდა დამატებითი ვიზიტები ექიმთან, ამ ვიზიტების საფასურს მთლიანად ავადმყოფი იხდის ნაღდი ანგარიშსწორებით. იგულისხმება, რომ პრენატალური სამედიცინო მომსახურება შეიცავს ჯანმრთელობის ზოგადი რისკის შეფასებას სამედიცინო გასინჯვისა და ლაბორატორული გამოკვლევების (სისხლის, შარდის ანალიზი, ვაგინალური ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, სკრინინგი სეგდ-ზე და Rh იზოიმუნიზაცია) სახით. ასეთი გამოკვლევები პერიოდულად უნდა მეორდებოდეს.

ამ თავის მიზანია შეამოწმოს დედათა და ბავშვთა შერჩეული მახასიათებლები საქართველოში (მაგ. ჯანდაცვის წყაროები, დედათა სამედიცინო მომსახურების სამსახურების გამოყენება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი), გამოავლინოს ქვეჯგუფები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციფიურ სამედიცინო მომსახურებას და გამოიკვლიოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შედეგები, რომლებიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს დედათა სამედიცინო მომსახურების არსებობასა და ხარისხთან. ეს ინფორმაცია შეიძლება გამოდგეს პროგრამის ინტერვენციების მოდიფიცირებისას.

6.1. პრენატალური სამედიცინო მომსახურება

ამ ქვეთავში აღწერილია პრენატალური სამედიცინო მომსახურების გამოყენება ყველა ფიზიოლოგიური მშობიარობის (ცოცხალშობილი ან მკერადშობილი ბავშვი) შემთხვევაში, რომელსაც ადგილი ჰქონდა 1994 წლის იანვრიდან. ქალებს ეკითხებოდნენ, ორსულობის რომელი კვირას ან თვეს შედგა მათი პირველი ვიზიტი პრენატალური მომსახურების მისაღებად (გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ქალი მიმართაუდა ექიმს ორსულობაზე ტესტის ჩასატარებლად ან სამშობიაროდ) და ორსულობის დროს პრენატალური სამედიცინო მომსახურების ვიზიტების რაოდენობაზე. გამოკვლევაში ექვსი წლით ადრე დაფიქსირებული 3 050 ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევიდან, ქალების უმრავლესობამ (91%) რაღაც პრენატალური მომსახურება მიიღო, მაგრამ ქალების მხოლოდ ორ მესამედზე ნაკლებმა (63%) მიმართა ექიმს პირველი პრენატალური მომსახურებისათვის ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (ცხრილი 6.1.1). მათგან დაახლოებით 25% პირველად მონახულა ექიმი ორსულობის მეორე ტრიმესტრში, ხოლო 3% მესამე ტრიმესტრში.

ნებისმიერი სამედიცინო პრენატალური მომსახურების დონე ზოგჯერ საკმაოდ დიდ ფარგლებში ვარირებს (70%-დან 98%-მდე). სოფლად მცხოვრები ქალები, სამხრეთ რეგიონის მოსახლეები, არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალები, უფროსი ასაკის ქალები და აზერბაიჯანელი რესპონდენტები უფრო ხშირად არ ლებულობდნენ არანაირ პრენატალურ სამედიცინო

მომსახურებას. ამიტომაც ახალშობილების პროცენტული რაოდენობა, რომელთა დედები ორსულობის პირველივე ტრიმესტრიდან ლებულობდნენ პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას, მერყეობდა დაბალი 43% მაჩვენებლიდან მაღალ 74% მაჩვენებლამდე. ქალაქად მცხოვრები ქალების მეტი ნაწილი უფრო ადრე იწყებდა პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მიღებას, ვიდრე სოფლად მცხოვრები რესპოდენტები (შესაბამისად 68% და 58%). ორსულობის ადრეულ სტადიაზე პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მიღების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდათ სამხრეთში და ჩრდილო-აღმოსავლეთში მცხოვრებ ქალებს (შესაბამისად 49% და 59%), ხოლო ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდათ თბილისელ ქალებს (70%). ახალგაზრდა ქალები შედარებით უფრო ხშირად მიმართავენ ადრეულ პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას (67%), ვიდრე დიდი ასაკის ქალები. ადრეული მიმართვა პრენატალური სამედიცინო მომსახურებისათვის პირდაპირ იყო დამოკიდებული დედის განათლების დონეზე; პრენატალური სამედიცინო მომსახურების დაწყების ალბათობა ორსულობის ადრეულ ეტაპზე არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებში 50%-ით ნაკლებია, ვიდრე უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში (შესაბამისად 43% და 74%). გარდა ამისა, ამ ქალების 30% განაცხადა, რომ არავითარი პრენატალური სამედიცინო მომსახურება არ მიუღია, მაშინ, როცა უმაღლესი განათლების მქონე ქალების მხოლოდ 2% გააკეთა ანალოგიური განცხადება. ამის მსგავსად დაბალი სეს-ის მქონე ქალები ნაკლებად მიმართავენ ადრეულ პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას. სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების ქალებში, ადრეული პრენატალური მომსახურების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ქართველ ქალებს ჰქონდათ (67%), ყველაზე დაბალი კი – აზერბაიჯანელ ქალებს (41%). ადგილობრივ მოსახლეობასთან შედარებით, იქ ქალები უფრო იშვიათად აღნიშნავენ, რომ არ მიუღიათ არავითარი პრენატალური მომსახურება (შესაბამისად 10% და 5%). ამავე დროს იგპ ქალები, რომლებიც სარგებლობდნენ პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით, უფრო ხშირად მიმართავენ მას ორსულობის პირველი ტრიმესტრიდან. ქალები, რომლებსაც უკვე ჰყავთ ერთი ან ორი შვილი (მესამე ან მეტი მშობიარობა) უფრო ხშირად არ მიმართავენ არანაირ პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას (19%), რის გამოც, მათ ადრეული პრენატალური სამედიცინო მომსახურების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდათ (47%). მიუხედავად იმისა, რომ ორსულობის მეკვრადშობილი ბავშვით დამთავრების ფაქტები საკმაოდ იშვიათია, ისინი უფრო იმ ქალებში აღინიშნება, ვისაც არავითარი პრენატალური სამედიცინო მომსახურება არ მიუღია. ახალშობილის დაბალი წონა უკუკავშირშია პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებასთან, რაც შეიძლება იმით აიხსნას, რომ ასეთი შედეგით დასრულებული ორსულობები უფრო ხშირად არის დაკავშირებული ორსულობის გაათქვამებთან, რომლებიც მოითხოვენ სამედიცინო ზედამხედველობას (არ არის ნაჩვენები).

გარდა იმისა, რომ პრენატალური სამედიცინო მომსახურება ორსულობის ადრეულ სტადიაზე უნდა დაიწოს, იგი უნდა გრძელდებოდეს მთელი ორსულობის განმავლობაში პერიოდული გასინჯვების სტანდარტების მიხედვით. ამგვარად, პრენატალური სამედიცინო მომსახურების ადეკვატურობის შეფასებისათვის აუცილებელია არა მხოლოდ პრენატალური სამედიცინო მომსახურების პირველი ვიზიტის თარიღის რეგისტრირება, არამედ ასეთი ვიზიტების რაოდენობის მონიტორინგი (იხ. 6.1.1 ცხრილის

ცხრილი 6.1.1

ორსულობის ტრიმესტრი ექიმთან პირველი ვიზიტის დროს და პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა. მონაცემები მშობიარობაზე გამოკითხვამდე 6 წლიანი პერიოდისათვის ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ტრიმესტრი პირველი ვიზიტისას				პრენატალური ვიზიტების რაოდენობა						სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	ექიმთან არ მისულა	პირველი	მეორე	მესამე	0	1-3	4-6	7-9	10+	არ არის		
სულ	9.2	62.6	24.6	2.9	9.2	14.7	39.2	20.1	16.3		100.0	3 050
საცხოვრებელი ადგილი												
ქალაქი	4.2	67.7	24.8	2.7	4.2	9.5	37.1	24.4	24.3	0.4	100.0	1 584
სოფელი	13.9	57.9	24.4	3.1	13.9	19.5	41.2	16.1	8.8	0.5	100.0	1 466
რეგიონი												
თბილისი		70.1	20.9	2.8	5.0	7.8	33.5	23.1	30.1	0.5	100.0	646
იმერეთი		67.5	25.5	2.1	4.8	10.0	41.0	24.6	19.6	0.0	100.0	612
ჩრდილო-აღმოსავლეთი		59.1	27.5	3.1	9.3	17.7	46.1	17.3	9.5	0.2	100.0	569
სამხრეთი	19.1	48.6	29.0	3.3	19.1	19.3	36.5	17.1	7.1		100.0	483
დასავლეთი	8.8	66.2	21.6	3.0	8.8	18.6	39.8	18.8	13.4		100.0	740
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისას)												
15-24	7.2	67.3	21.5	3.1	7.2	12.0	40.8	22.1	17.6	0.3	100.0	721
25-34	9.7	61.2	26.1	2.5	9.7	15.4	38.9	19.5	16.0	0.6	100.0	2 144
35-44	11.5	62.1	19.0	7.4	11.5	16.9	37.1	20.1	14.4	0.0	100.0	185
ჯანათლების დონე												
არასრული	30.1		23.2	2.4	30.1	14.8	34.7	12.7		2.0	100.0	342
საშუალო	11.5	56.5	28.0		11.5	21.3	38.1	17.3		0.2	100.0	1 052
საშუალო ტექნიკური	4.0	67.4	24.9		4.0	15.2	43.2	19.8		0.6	100.0	805
უმჯობესი	2.1	74.2	21.0		2.1	6.4	39.0	26.9		0.0	100.0	851
ეთნიკური წარმომადგენელი												
ქართველი	5.7	67.2	24.0	2.4	5.7	12.1	41.2	22.3	18.2		100.0	2 522
აზერბაიჯანელი	28.2	40.7	26.5	4.3	28.2	27.4	28.9	8.8	5.8		100.0	326
სომეხი	9.5	47.5	38.6	4.3	9.5	16.3	50.0	13.8	10.4		100.0	114
სხვა	13.6	65.8	14.0	6.6	13.6	21.4	22.8	22.0	20.2		100.0	88
იკა სტატუსი												
იკა		74.0	20.0		4.8	6.6	41.5	20.6	26.4		100.0	558
ადგილობრივი მაცხოვრებელი		62.1	24.9		9.5	15.1	39.1	20.1	15.7		100.0	2 492
მშობიარობის შედეგი												
ცოცხალშობილი		62.6	24.8	2.8	9.1	14.5	39.4	20.1			100.0	2 999
მკვდარშობილი		65.2	13.8	6.1	14.9	26.4	29.0	17.5			100.0	51
მშობიარობის რიგითობა												
პირველი	5.6	70.3	21.4	2.1	5.6	11.0	36.9	25.1	21.0	0.5	100.0	1 326
მეორე	8.1	61.9	26.7	2.5	8.1	16.3	43.2	17.8	14.1	0.5	100.0	1 122
მესამე ან მეტი	19.2	47.3	27.9	5.3	19.2	19.9	37.2	13.4	9.9	0.4	100.0	602

მარჯვენა ნაწილი). ქალები, რომლებმაც იმშობიარეს 1994 წლიდან გამოკითხვის ჩატარების დრომდე, საშუალოდ 6 პრენატალური ვიზიტით ესტუმრნენ ექიმს; ვიზიტების რაოდენობა მერყეობდა ნულიდან 40 ვიზიტამდე (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). თუ მხოლოდ იმ ქალებს ავიღებთ, ვინც ერთხელ მაინც იყო პრენატალური ვიზიტით ექიმთან, მაშინ ვიზიტების საშუალო რაოდენობა ერთ ქალზე უდრის 6.6 ვიზიტს. 1995 წლამდე ორსული ქალები, საქართველოში მიღებული სტანდარტებით, ორსულობის პირველი ხუთი თვის მანძილზე თვეში ერთხელ უნდა მისულიყვნენ ექიმთან გასასინჯად, ხოლო ორსულობის დარჩენილი ოთხი თვის მანძილზე – ორ თვეში ერთხელ; ამგვარად, ვიზიტების ადეკვატურ რაოდენობად ითვლებოდა 10 ან მეტი ვიზიტი. 1995 წლიდან სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია იხდის მხოლოდ პირველი 4 ვიზიტის ღირებულებას (ორსულობის მე-13, მე-20, 30-ე და 36-ე კვირას), ორი დამატებითი ვიზიტის გადახდა თანდაფინანსების პრინციპით ხდება. თუ საჭიროა დამატებითი ვიზიტები, მათ ღირებულებას მთლიანად პაციენტი იხდის. ამგვარად, პრენატალური ვიზიტების საშუალო რაოდენობა 99GERHS-ის მონაცემებით ფაქტიურად ოდნავ უფრო მეტია, ვიდრე სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის მიერ დაფარული ვიზიტების რაოდენობა, რაც შეიძლება იმით იყოს გამოწვეული, რომ ქალებს ურჩევნიათ თავისი ჯიბიდან გადაიხადონ დამატებითი ვიზიტების ღირებულება.

როგორც 6.1.1 ცხრილის მარჯვენა ნაწილშია ნაჩვენები, ქალების 15% მხოლოდ 1-4 ჯერ ინახულა ექიმში ორსულობის პერიოდში, ერთ შესამჯღზე მეტმა – 4-6 ჯერ (39%), ყოველმა მეხუთე ქალმა 7-9 ინახულა ექიმში, ხოლო ყოველმა მეექვსემ – 10 ან მეტჯერ. 1%-ზე ნაკლებმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ მას “არ ახსოვს” პრენატალური სამედიცინო მომსახურების ვიზიტების რაოდენობა. ქალები, რომლებსაც პრენატალური ვიზიტების ადეკვატური რაოდენობა ჰქონდათ. ჩვეულებრივ ის ქალებია, ვინც ადრე დაიწყო პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მიღება, რადგან ვიზიტების რაოდენობა ემთხვეოდა სამედიცინო მომსახურების დაწყების თვეს.

მიუხედავად ამისა, თუ პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას საერთაშორისო სტანდარტებს შევადარებთ, ქალების უმრავლესობა ვერ პასუხობს ადეკვატური პრენატალური სამედიცინო მომსახურების კრიტერიუმებს. პრენატალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეფასების ერთი გზაა პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის ადეკვატურობის ინდექსის გამოყენება (ქსმსაი), რომელიც აგრეთვე ცნობილია, როგორც კოტელრუის ინდექსი. ეს ინდექსი აფასებს პრენატალური სამედიცინო მომსახურების დაწყების ადეკვატურობისა (პრენატალური მომსახურების დაწყების თვე) და ამ სამსახურით სარგებლობის ადეკვატურობის (რეკომენდებული ვიზიტების პროცენტი) კომბინაციას მას შემდეგ, რაც დაიწყება პაციენტის პრენატალური მომსახურება; ინდექსის ამ ბოლო კომპონენტის გაანგარიშება ხდება მომსახურების ფაქტიური გამოყენების მაჩვენებლის ვიზიტების რეკომენდებულ რაოდენობასთან შედარებით (ამერიკის მეან-გინეკოლოგების კოლეჯის რეკომენდაციების საფუძველზე), გესტაციური პერიოდის ხანგრძლივობისა და მომსახურების დაწყებისას გესტაციური ასაკის მიხედვით. ეს ორი განზომილება ერთიანდება გამოყენების ერთ ინდექსში და ოთხ დონეს მოიცავს: არაადეკვატურს, შუაღვეურს, ადეკვატურს ან ადეკვატურ პლეუსს. არაადეკვატურ გამოყენებას განსაზღვრავენ, როგორც გვიან დაწყებულ

ცხრილი 6.12

პრენატალური სამედიცინო მომსახურების გამოყენების ინდექსის*
 ადექვატურობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	პრენატალური სამედიცინო მომსახურების გამოყენების ინდექსის ადექვატურობა					სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	არაადექვატური	შუალედური	ადექვატური	ადექვატური +	უცნობი		
სულ	47.4	31.8	13.5	6.7	0.5	100.0	3 050
საცხოვრებელი ადგილი ქალაქი	33.6	37.7	18.0	10.2	0.4	100.0	4 584
სოფელი	60.2	26.4	9.4	3.5	0.5	100.0	1 466
რეგიონი თბილისი	33.8	32.4	19.3	14.0	0.5	100.0	646
იმერეთი	37.7	37.6	18.2	6.6	0.0	100.0	612
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	57.8	28.3	10.0	3.7	0.2	100.0	569
სამხრეთი	59.2	27.3	8.8	3.7	1.0	100.0	483
დასავლეთი	49.3	33.9	11.5	4.6	0.6	100.0	740
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტიდან)							
15-24	44.7	33.3	14.3	7.4	0.3	100.0	721
25-34	47.9	31.5	13.6	6.4	0.6	100.0	2 144
35-44	51.9	29.8	10.2	8.1	0.0	100.0	185
განათლების დონე არასრული საშუალო	63.0	26.0	5.7	3.4	2.0	100.0	342
საშუალო	55.8	26.8	12.2	4.9	0.2	100.0	1 052
ტექნიკური	45.4	33.1	15.4	5.6	0.6	100.0	805
უმაღლესი	32.5	39.2	17.0	11.3	0.0	100.0	851
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	61.8	24.2	10.2	3.0	0.8	100.0	1 392
საშუალო	40.5	36.2	15.8	7.2	0.3	100.0	1 357
მაღალი	28.2	39.3	15.3	17.1	0.0	100.0	301
ეთნიკური წარმოშობა ქართველი	43.0	34.1	15.2	7.4	0.4	100.0	2 522
აზერბაიჯანელი	71.0	20.7	4.3	3.0	1.0	100.0	326
სომეხი	53.2	29.4	12.2	5.2	0.0	100.0	114
სხვა	47.6	28.0	15.8	8.6	0.0	100.0	88
იკა სტატუსი							
იკა	36.6	36.2	15.7	11.4	0.2	100.0	558
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	48.0	31.6	13.4	6.5	0.5	100.0	2 492
მშობიარობის შედეგი							
ცოცხალშობილი	38.4	35.9	16.1	9.1	0.5	100.0	1 326
შეკრადშობილი	50.8	30.3	13.3	5.2	0.5	100.0	1 122
მშობიარობის რითითობა							
პირველი	38.4	35.9	19.1	9.1	0.5	100.0	1 325
მეორე	50.8	30.3	13.3	5.2	0.5	100.0	1 222
მესამე ან მეტი	61.0	25.8	8.5	4.4	0.4	100.0	602

* აგრეთვე ცნობილია, როგორც კოტელუკის ინდექსი. ეს ინდექსი პრენატალური მომსახურების (პმ) დაწყების ხანაში იგეგმება კმ სახში (პრენატალური მომსახურების გამოყენების შემთხვევაში იგი ავტომატურად განისაზღვრება, როგორც არაადექვატური კმსი) და გესტაციის ხანგრძლივობისა და პირველი ვიზიტისას გესტაციური ასაკის მისაღებელი აუცილებელი ვიზიტების რაოდენობა. მას კენერის ინდექსის ნაცვლად ხმარობენ.

პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას ან როგორც რეკომენდებული ვიზიტების 50% ნაკლებს; აქ აგრეთვე იგულისხმება ის შემთხვევებიც, როდესაც ქალს საერთოდ არ უსარგებლია პრენატალური მომსახურებით. დანარჩენი სამი დონე გულისხმობს პრენატალური მომსახურების ადრეულ დაწყებას (გესტაციის მეოთხე თვიდან). შუალედური მომსახურება გულისხმობს რეკომენდებული ვიზიტების რაოდენობის 50%-79%, ადექვატური მომსახურება გულისხმობს რეკომენდებული ვიზიტების 80%-109%, ხოლო ადექვატური + კი - რეკომენდებული ვიზიტების რაოდენობის 110% ან მეტ პროცენტს (კოტელაჩუკი მ. 1994).

ამ ინდექსის 99GERHS-ის მონაცემების გამოყენებით მივიღეთ, რომ ბოლო ექვსი წლის მანძილზე მხოლოდ ყოველ მეხუთე მშობიარობას (20%) უძღვოდა წინ ადექვატური ან ადექვატური + პრენატალური სამედიცინო მომსახურება (ცხრილი 6.1.2). მშობიარობების თითქმის ნახევარს (47%) არაადექვატური პრენატალური სამედიცინო მომსახურება ჰქონდა. არაადექვატური სამედიცინო მომსახურება უფრო ხშირია სოფლებში (60%) ქალაქებთან შედარებით (34%), ჩრდილო-აღმოსავლეთ ან სამხრეთ რეგიონებში (შესაბამისად, 58% და 59%) და აზერბაიჯანულ ქალებში (71%). მშობიარობების პროცენტი არაადექვატური პრენატალური მომსახურების პირობებში მცირდება დედის განათლების დონის ზრდის (ეს მაჩვენებელი არასრული საშუალო განათლების ქალებში 63% აღწევს, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში - 32%) და ოჯახის სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ამაღლების (62% დაბალი და 28% მაღალი სეს-ის მქონე ოჯახებში) პარალელურად; არაადექვატური მომსახურება ნაკლებად გვხვდება პირველი მშობიარობისას (38%), მისი პროცენტი მშობიარობის რიგითობის პირდაპირპროპორციულია. სწორედ ამ ჯგუფებში იყო დედებისა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები. ინტერვენციის სამიზნედ ისეთი ჯგუფების შერჩევა, რომლის წევრებს არ უსარგებლიათ პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით ორსულობის პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში ან რეკომენდებულზე უფრო იშვიათად იყვნენ ექიმის სანახავად, ხელს შეუწყობს ორსულობის და ახალშობილების მაჩვენებლების გაუმჯობესებას და საქართველოში პერინატალური სიკვდილიანობის და ავადობის მაჩვენებლების შემცირებას.

საქართველოში პერინატალური სამედიცინო მომსახურების (პმ) ძირითადი მიმწოდებელია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები (ქალაქის სამედიცინო გარემო ან სოფლის ამბულატორული დისპანსერები) და პოლიკლინიკები (ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები, მხოლოდ ქალაქებში). კერძო სამედიცინო სექტორი იშვიათად ეწევა პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას. პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მთავარი წყარო წინამდებარე გამოკითხვის მიხედვით წარმოდგენილია 6.1.3 ცხრილში. ზოგადად ყოველ მესამე ქალს პრენატალური სამედიცინო მომსახურება გაუწია ქალთა საკონსულტაციო კლინიკამ (73%), სამშობიარო (14%), პირველადი ჯანდაცვის ცენტრმა - "სამედიცინო გარემო" (9%) ან სოფლის ამბულატორულმა დისპანსერმა (6%). ქალების ფონური მახასიათებლები არ ახდენდნენ რაიმე მნიშვნელოვან გავლენას პრენატალური სამედიცინო მომსახურების წყაროს შერჩევაზე. ქალების უმრავლესობისათვის ქალთა საკონსულტაციო კლინიკები წარმოადგენენ პრენატალური მომსახურების ყველაზე მთავარ წყაროს, შემდეგ მოდიან სამშობიაროები, თუმცა, უნდა ითქვას, რომ რაოდენობრივი სხვაობა რიგით პირველ და მეორე წყაროს

შორის საკმაოდ დიდია. მესამე ადგილზეა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის კლინიკები. მხოლოდ სოფლად მცხოვრებმა არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებმა (19%), ჩრდილო-აღმოსავლეთ ან სამხრეთ რაიონებში მცხოვრებმა ქალებმა (შესაბამისად 18% და 17%) და აზერბაიჯანელმა ქალებმა (25%) დაასახელეს პირველადი ჯანდაცვის ქსელი, როგორც პრენატალური მომსახურების რიგით მეორე წყარო. საერთოდ, ზოგადპროფილის ექიმები ("თერაპევტიკი") და ბუბიაქლონი ეწვევიან პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას ამბულატორიებში, ხოლო ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებსა (ქკ) და საავადმყოფოებში ამ მომსახურებას უმეტესად ეწვევიან მენ-გინეკოლოგები.

სამედიცინო ინფორმაციის გაერცვლება პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი კომპონენტია. იქ, სადაც არ არსებობს რუტინული ჩასახვისწინა სამედიცინო მომსახურება, პირველი პრენატალური ვიზიტი ექიმთან წარმოადგენს ქალის ქცევითი (მაგ. თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლიანი სასმელების მოხმარება), სამედიცინო, გენეტიკური და პროფესიასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების გამოვლენის და სათანადო კონსულტირების ჩატარების უმნიშვნელოვანეს საშუალებას. კონსულტაციებისას ქალს უნდა გააცნონ ინფორმაცია დედის არაჯანსაღი ქცევების ნაყოფის ჯანმრთელობაზე უარყოფითი ზემოქმედების შესახებ, გარეშე ფაქტორებზე, კეებისა და დასვენების რეჟიმზე და ორსულობის გართულებების ადრეულ ნიშნებსა და სიმპტომებზე. გარდა ამისა, მშობიარობის მოახლოებისას ექიმის კონსულტაციამ უნდა მოაზაადოს ქალი იმისთვის, რაც მას ელის მშობიარობისას, მიაწოდოს ზუსტი ინფორმაცია მშობიარობის პროცესის შესახებ და ასწავლოს სამშობიარო ტკივილისა და შიშის შეგარების შემცირების ტექნიკური ხერხები. პრენატალურ პერიოდში აგრეთვე უნდა დაეწყოთ ქალის კონსულტირება ძუძუთი კვების და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. ასეთი კონსულტირება უნდა გაგრძელდეს მშობიარობის შემდგომ პერიოდშიც.

რადგან პრენატალური მომსახურების დაწყების დრო პრენატალური სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ ერთი განზომილების შეფასების საშუალებას იძლევა (მაგ. პრენატალური მომსახურების გამოყენების ადექვატურობის შეფასება), 99GERHS-ში შეიტანეს დამატებითი კითხვები პრენატალური ვიზიტების დროს მიღებული ინფორმაციის შესაფასებლად (პრენატალური სამედიცინო მომსახურების შინაარსის ადექვატურობა). 6.1.4 ცხრილსა და 6.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია იმ ორსული ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც პრენატალური მომსახურების პროცესში მიიღო გარკვეული ინფორმაცია სპეციფიურ საგანმანათლებლო თემებზე.

მთლიანობაში, ქალების უმრავლესობამ, რომელიც პრენატალური სამედიცინო მომსახურების კლინიკების სამსახურით სარგებლობდა, ორსულობის პერიოდში გარკვეული კონსულტაციები მიიღო კვების (81%), ძუძუთი კვების (73%) და მშობიარობის (71%) შესახებ; თითქმის ყოველმა მეორე ქალმა მიიღო ინფორმაცია სიგარეტისა და ალკოჰოლის მოხმარების უარყოფითი ეფექტების შესახებ (შესაბამისად 64% და 53%), ხოლო ქალების 48% გაეწია კონსულტაციები ორსულობის ადრეული გართულებების შესახებ. ქალების დაახლოებით ერთ მესამედს ურჩიეს პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურებით ესარგებლათ (37%) და მხოლოდ ყოველმა მეხუთე ქალმა მიიღო ინფორმაცია მშობიარობის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვის შესახებ.

ცხრილი 6.13

პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა და პრენატალური მომსახურების მიღების ყველაზე ტიპური ადგილები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოთვლებამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ნებისმიერი პრენატალური მომსახურება		პრენატალური მომსახურების მიღების ადგილი					სულ	შემოხვედრების რაოდენობა
	%	შემოხვედრების რაოდენობა	სოფ-	სამე-	ქ. (მრ-	კერძო	სამშო-		
			ლის	დიც-	ლაკლ-	კლინ-	ბიარო		
			იმ-დი-	ნო	ნიკა)	კ/ოფს			
			სპანსე-	გარე-					
			რები	მს					
სულ	90.8	3 050	6.2	4.8	73.3	1.4	14.2	100.0	2 801
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	95.8	1 584	0.3	2.7	82.5	2.0	12.5	100.0	1 516
სოფელი	86.1	1 466	12.3	7.0	63.9	0.8	16.0	100.0	1 285
რეგიონი									
თბილისი	95.0	646	0.2	2.6	77.5	3.8	15.9	100.0	612
იმერეთი	95.2	612	2.4	4.5	82.1	0.8	10.2	100.0	593
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	90.7	569	7.6	10.8	68.2	1.1	12.4	100.0	525
სამხრეთი	80.9	483	12.9	4.5	71.0	0.2	11.3	100.0	393
დასავლეთი	91.2	740	9.4	2.2	68.7	0.6	19.1	100.0	678
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)									
15-24	92.8	721	6.5	3.7	74.8	1.5	13.6	100.0	670
25-34	90.3	2 144	6.2	5.1	72.8	1.3	14.6	100.0	1 965
35-44	88.5	185	6.1	5.9	74.0	2.8	11.2	100.0	166
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	69.9	342	10.4	8.4	67.7	0.0	13.6	100.0	250
საშუალო	88.5	1 052	9.1	4.1	72.4	0.6	13.8	100.0	951
ტექნიკური	96.0	805	4.2	5.5	75.2	2.0	13.1	100.0	769
უმაღლესი	97.9	851	3.7	3.8	74.5	2.3	15.8	100.0	831
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი									
დაბალი	82.9	1 392	7.2	7.2	70.1	0.7	14.8	100.0	1 213
საშუალო	95.1	1 357	6.8	3.4	75.4	1.7	12.7	100.0	1 293
მაღალი	98.8	301	1.5	3.9	74.0	2.2	18.4	100.0	295
ეთნიკური წარმოშობა									
ქართველი	94.3	2 522	4.6	4.5	74.6	1.1	15.1	100.0	2 384
აზერბაიჯანელი	71.8	326	18.0	7.3	60.0	4.6	10.1	100.0	235
სომეხი	90.5	11.4	8.5	1.9	83.7	0.0	5.8	100.0	103
სხვა	86.4	88	3.6	7.8	72.4	0.0	16.2	100.0	79
იკა სტატუსი									
იკა	95.2	558	4.9	3.2	76.0	1.2	14.7	100.0	540
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	90.5	2 492	6.3	4.9	73.2	1.5	14.2	100.0	2 261
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი	94.4	1 326	4.7	4.8	74.0	1.4	15.0	100.0	1 260
მეორე	91.9	1 122	6.3	5.1	74.8	1.7	12.0	100.0	1 043
მესამე ან მეტი	80.8	602	9.9	4.2	68.5	0.9	16.5	100.0	498

*რვა ქალის გარდა, რომლებმაც პრენატალური სამედიცინო მომსახურების უმეტესი ნაწილი შინ მიიღეს

ცხრილი 6.1.4

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც მიიღეს კონსულტაცია ორსულობის შესახებ პრენატალური ვიზიტების დროს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში

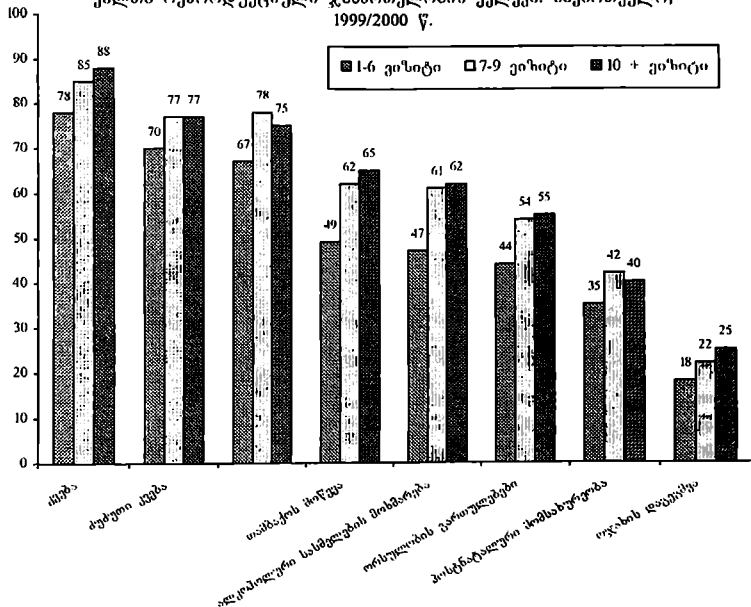
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

მახასიათებლები	კვება	მუშა- თი კვირა	მშობი- არობა	თამბა- კოს წივის გაყვანა	ალკო- ჰოლუ- რი სის- მელეების გაყვანა	ორსუ- ლობის გართუ- ლებები	მოსტნა- ტალური მოსმსახუ- რება	თვალის დაკავშირ- ება	შემთხვე- ვების რას- დენობა
სულ	81.2	72.6	70.5	54.3	52.6	47.8	37.2	20.1	2 809
საცხ. ადგილი									
ქალაქი	84.0	73.4	72.2	57.9	55.2	51.7	38.2	20.2	1 523
სოფელი	78.3	71.8	68.7	50.5	49.9	43.9	36.2	19.9	1 286
რეგიონი									
თბილისი	83.6	72.1	69.2	59.7	56.5	53.6	36.0	20.0	615
იმერეთი	83.9	79.2	76.0	51.8	51.4	50.8	43.5	19.0	593
ჩრდილო- აღმოსავლეთი	80.6	72.9	67.5	54.7	52.8	46.2	34.3	23.2	526
სამხრეთი დასავლეთი	71.5	64.7	61.2	48.9	46.7	40.9	34.2	21.1	393
დასავლეთი	84.3	73.6	76.9	53.9	53.4	46.1	38.6	17.5	682
ასაკობრივი ჯგუ- ფი (მშობიარობის მომენტისათვის)									
15-24	83.1	72.7	70.8	54.3	52.1	50.3	37.8	20.5	672
25-34	80.5	72.4	69.9	54.5	53.0	46.6	36.6	19.8	1 970
35-44	83.4	74.5	76.3	50.8	49.4	53.1	42.5	21.8	167
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	77.0	70.1	65.5	52.0	51.5	43.7	33.6	14.4	253
საშუალო ტექნიკური	79.6	71.1	66.8	50.5	48.0	43.4	35.7	23.8	952
უმაღლესი	81.4	72.1	72.2	53.1	52.3	49.6	39.2	18.2	771
უმაღლესი	84.1	75.4	74.5	60.1	58.0	52.3	38.3	19.4	833
ეთნიკური წარმოშობა									
ქართველი	82.5	73.7	72.7	55.3	53.5	49.0	37.6	19.3	2 392
აზერბაიჯანელი	70.7	62.8	55.8	40.9	39.1	34.9	27.2	16.7	235
სომეხი	81.7	78.0	69.4	65.5	66.5	60.9	56.2	43.5	103
სხვა	83.5	71.4	66.2	59.0	57.6	44.9	39.5	22.8	79
თბა სტატუსი									
თბა	84.9	71.9	74.1	55.0	51.4	53.9	42.2	17.9	541
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	81.0	72.6	70.3	54.2	52.6	47.5	37.0	20.2	2 268
პმ-ის ვიზიტების რიცხვი*									
1-6	78.1	69.9	66.6	48.5	47.1	43.9	35.0	17.9	1 645
7-9	84.7	77.1	78.4	61.6	60.7	54.1	42.1	22.0	625
10+	88.1	77.0	74.6	65.3	61.7	54.5	39.7	25.4	524
პმ-ს ადგილი†									
დისპანსერი	74.9	69.0	65.0	41.8	42.2	32.0	24.6	15.9	299
პოლიკლინიკა	82.4	74.3	72.3	58.1	56.4	51.4	41.3	22.8	2 085
კერძო კლინიკა	85.9	50.4	53.1	32.4	32.4	42.1	25.9	8.1	33
სამშობიარო	80.3	69.5	68.0	47.2	43.7	43.0	27.5	11.1	384

*გარდა ორსულობის 15 შემთხვევისა, სადაც ვიზიტების რაოდენობა უცნობია

† გარდა ორსულობის რვა შემთხვევისა, როცა პრენატალური მომსახურება ბინაზე იყო გაწეული

დიაგრამა 6.1. პრენატალური მომსახურების ვიზიტების დროს მიღებული ინფორმაცია ვიზიტების რიცხვის მიხედვით 1994-1999 წლებში მომხდარი მშობიარობები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.



დედათა მასხასიათებლები, რომლებიც დაკავშირებულია კონსულტირების უფრო დაბალ დონეებთან, შეიცავენ სოფლად ცხოვრებას, სამხრეთ რეგიონში ცხოვრებას, არასრულ საშუალო განათლებას, აზრებათჯანულ ეთნიკურ წარმოშობას, შეიძლება ნაკლებ პრენატალურ ვიზიტს და პრენატალური მომსახურების პირველადი სამედიცინო მომსახურების კლინიკებში მიღებას (სოფლის ამბულატორიული დისპანსერები ან სამედიცინო გარემო). აღსანიშნავია (დიაგრამა 6.1), რომ პრენატალური მომსახურებისას მიღებული ინფორმაციის მოცულობა ვიზიტების რაოდენობის პირდაპირპროპორციულია.

პერინატალურ მომსახურებაში სულ უფრო ხშირად იყენებენ ულტრაბგერით გამოკვლევებს, თუმცა დავა რუტინულ ულტრაბგერით გამოკვლევებზე ჯერ არ შეწყვეტილა. გამოკითხვის მონაცემები არ იძლევა შერჩეული სპეციფიურ დანიშნულებებს შორის (მაგ. გესტაციური ასაკის დადასტურება, ნაყოფის სიცოცხლისუნარიანობის შეფასება, ნაყოფის მანკიერი განვითარება, ნაყოფის ზრდა, ნაყოფის წინამდებარეობა და მრავალნაყოფიანი ორსულობა, პლაცენტის შემოწმება და ამნიონური სითხის შეფასება) დიფერენცირების ან

რუტინული სკრინინგის ჩატარების საშუალებას ორსულობის ადრეულ ან გვიან (20 კვირის შემდეგ) ეტაპებზე.

6.15 ცხრილში ნაჩვენებია ულტრაბგერითი გამოკვლევების სიხშირის მაჩვენებლები 1994-1999 პერიოდში მომხდარი მშობიარობებისათვის. მთლიანობაში, ყველა ორსულობის თითქმის ორ მესამედ (60%) შემთხვევაში, პაციენტს ერთხელ მაინც ჩაუტარდა ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ულტრაბგერითი გამოკვლევების მაღალ სიხშირესთან დაკავშირებულია დედის შემდეგი მახასიათებლები: ქალაქად ცხოვრება (74%), თბილისში ცხოვრება (87%), უმაღლესი განათლება (79%), მაღალი სეს-ი (86%), ოთხი ან მეტი პრენატალური ვიზიტი (არ არის ნაჩვენები) და პრენატალური მომსახურების, ძირითადად, კერძო კლინიკებში მიღება (89%). ულტრაბგერითი გამოკვლევები უფრო იშვიათია სოფლად (46%), სამხრეთ რეგიონში მცხოვრებ (39%) ქალებში, არასრული საშუალო განათლების (42%) ან დაბალი სეს-ის (40%) მქონე ქალებში და მათ შორის, ვინც პრენატალური მომსახურება ძირითადად ქალაქის ან სოფლის ამბულატორულ დისპანსერებში მიიღო (43%).

პირველი ულტრაბგერითი გამოკვლევების ნახევრზე ოდნავ მეტი ჩატარდა ორსულობის მეორე ნახევარში (55%), რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ულტრაბგერით გამოკვლევას უფრო სპეციფიური მიზნით იყენებდნენ (ორსულობის გვიან ეტაპზე პირველი ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარების მიზანია ნაყოფის ზრდისა და ანომალური წინამდებარეობის ან პოზიციის შეფასება საკეისრო კეეთის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად). მიუხედავად ამისა, ქალაქელი ქალები, თბილისელების ჩათვლით, მაღალი განათლების დონის მქონე ქალები, ისინი, ვისაც შეიძინა ან მეტი პრენატალური ვიზიტი ჰქონდა (არ არის ნაჩვენები) და ისინი, ვისთვისაც პრენატალური მომსახურების მთავარი წყარო სამშობიარო იყო, ოდნავ უფრო ხშირად იკეთებდნენ ულტრაბგერით გამოკვლევებს ორსულობის პირველი 20 კვირის განმავლობაში.

ცხრილი 6.15

ულტრაბგერითი გამოკვლევის გამოყენება პირველი გამოკვლევის დროის და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

მახასიათებლები	გააკეთეს ულტრაბგერითი გამოკვლევა		პირველი გამოკვლევის დრო		სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა	4-20 კვირა	21-ან კვირა		
სულ	59.9	2 809	45.1	54.9	100.0	1 657
ხატხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	73.7	1 523	48.6	51.4	100.0	1 065
სოფელი	45.7	1 286	39.4	60.6	100.0	592
რეგიონი						
თბილისი	86.8	615	56.1	43.9	100.0	520
იმერეთი	64.0	593	38.0	62.0	100.0	372
წრდილო-აღმოსავლეთი	53.6	526	38.6	61.4	100.0	270
სამხრეთი	38.8	393	47.5	52.5	100.0	154
დასავლეთი	49.7	682	37.4	62.6	100.0	341
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)						
15-24	66.5	672	49.5	50.5	100.0	433
25-34	57.2	1 970	42.8	57.2	100.0	1 113
35-44	67.4	167	52.1	47.9	100.0	111
განათლების დონე						
არასრული საშუალო	41.6	253	40.6	59.4	100.0	109
საშუალო	47.8	952	37.1	62.9	100.0	454
ტექნიკური	59.6	771	41.3	58.7	100.0	451
უმაღლესი	78.9	833	53.5	46.5	100.0	643
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	39.7	1 214	37.8	62.2	100.0	533
საშუალო	67.5	1 298	45.0	55.0	100.0	865
მაღალი	86.4	297	55.1	44.9	100.0	259
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	63.3	2 392	45.7	54.3	100.0	1 471
აზერბაიჯანელი	36.3	235	32.7	67.3	100.0	81
სომეხი	44.8	103	46.7	53.3	100.0	46
სხვა	75.3	79.0	54.4	45.6	100.0	59
იგა სტატუსი						
იგა	65.0	541	38.7	61.3	100.0	334
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	59.6	2 268	45.5	54.5	100.0	1 323
კმ-ს ადგილი*						
დისპანსერი	43.2	299	26.4	73.6	100.0	132
პოლიკლინიკა	61.6	2 085	45.4	54.6	100.0	1 270
კერძო კლინიკა	88.9	33	27.1	72.9	100.0	27
სამშობიარო	61.6	384	56.6	43.4	100.0	223

* გარდა ორსულობის რეა შემთხვევისა, როცა პრენატალური მომსახურება ბინაზე ხდებოდა

6.2 ინტრანატალური სამედიცინო მომსახურება

ყველა მშობიარობა უნდა მიმდინარეობდეს სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც სათანადოდ გაწვრთნილ პერსონალს შეუძლია თვალ-ყური ადევნოს მშობიარობისა და ბავშვის განვითარების პროცესს. საქართველოში მშობიარობების უმრავლესობა სამშობიარო სახლებში ან საავადმყოფოს სამედიცინო განყოფილებაში ხდება. ბავშვები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებების კედლებს გარეთ გაჩნდა, მშობიარობები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებების კედლებს გარეთ მიმდინარეობს, იშვიათი მოვლენაა საქართველოში, და იმ იშვიათ შემთხვევაშიც, როცა მელოგიე სახლში მშობიარობს, დედაცა და ახალშობილიც სასწრაფოდ გადააყვანო საავადმყოფოში ან სამშობიაროში, სადაც ისინი ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ არიან მშობიარობის შემდგომი მინიმუმ 5 დღის მანძილზე.

გამოკითხვის მონაცემებმა დაადასტურა, რომ ქალების უმრავლესობა მშობიარობს სამშობიარო სახლებში ან საავადმყოფოების სამედიცინო განყოფილებაში (92%), მშობიარობების მხოლოდ რვა პროცენტი მიმდინარეობდა საავადმყოფოს კედლებს გარეთ (ცხრილი 6.2.1). თითქმის ყველა ამ ქალმა შინ იმშობიარა, ხოლო რამოდენიმე – კერძო კლინიკაში. მიუხედავად ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ სახლში მშობიარობის სიხშირე მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის ზოგ ქვეჯგუფში. ასე მაგალითად, ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია სოფლად მცხოვრებ ქალებში, ვიდრე ქალაქელებში (შესაბამისად 13% და 2%), სამხრეთ რეგიონების მაცხოვრებლებში (16%), 35 წლის ზევით ასაკის ქალებში (11%), განათლების ან სეს-ის დაბალი დონის ქალებში (შესაბამისად 25% და 15%), აზერბაიჯანულ ქალებში (26%) და იმ ქალებში, ვისაც ორი ამ მეტი მშობიარობა ჰქონდა (17%).

რესპონდენტების ინფორმაცია მშობიარობის დაწყების და ხანგრძლივობის შესახებ არცთუ ისე საიმედოა ჭინთების სიხშირისა და საშვილოსნოს აქტივობის აღქმის ძალიან ინდივიდუალური ბუნების გამო. ამგვარად, ხშირად ქალი არ არის დარწმუნებული, როდის დაეწყო მშობიარობა, განსაკუთრებით, მისი ლატენტური ფაზა. 99GERHS-ი შეიცავდა კითხვას მშობიარობის ხანგრძლივობის შესახებ (რომელიც განისაზღვრებოდა რეკლარული ჭინთების (ყოველ 5 წუთში ან უფრო ხშირად) დაწყების ბავშვის დაბადებამდე). რესპონდენტების პასუხები მშობიარობის საკმარის მოკლე ხანგრძლივობას ასახავდნენ – საშუალოდ 2.6 საათი პირველი მშობიარობისას და 1.7 საათი მეორე და მომდევნო მშობიარობისას. ლიტერატურაში გამოკვეთილი მონაცემების მიხედვით, მშობიარობის საშუალო ხანგრძლივობა მერყეობს 10 საათიდან (პირველ მშობიარობისას) და 6 საათამდე (მეორე ან მეტი მშობიარობისას). რესპონდენტების მიერ მითითებული მშობიარობის ხანგრძლივობის უზუსტობის გამო, წინამდებარე ანგარიშში მოცემულია მონაცემები მშობიარობამდე სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის დროის, როგორც მშობიარობის ხანგრძლივობის მაჩვენებლის შემცველის შესახებ. 6.2.2 ცხრილში ნაჩვენებია დროის მონაკვეთი, რომელიც მელოგიეებმა დააყვეს სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვის გაჩენამდე და მისი გაჩენის შემდეგ. ბავშვის გაჩენამდე სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის დროის საშუალო ხანგრძლივობა თითქმის 12 საათს შეადგენდა (ეს მაჩვენებელი ვარირებდა 1 საათიდან ექვს დღემდე). მაგრამ უნდა ითქვას, რომ რესპონდენტების ნახევარი ხვდებოდა საავადმყოფოში გაჩენამდე 4 საათით ადრე (არ არის ნაჩვენები), როგორც ჩანს,

მშობიარობის დაწყებიდან საკმაო დროის შემდეგ. განათლების დაბალი დონის მქონე ქალები, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები, ბევრჯერ ნამშობიარები ქალები და ქალები, რომლებსაც არ უსარგებლიათ პრენატალური მომსახურებით (არ არის ნაჩვენები), საშუალოდ, ნაკლებ დროს იმყოფებოდნენ საავადმყოფოში ბავშვის გაჩენამდე. ქალები, რომლებსაც უკონდად ორსულობის გართულების ნებისმიერი სახეობა, აგრეთვე ქალები, რომლებსაც დაბალი წონის ბავშვები გაუჩნდათ და საკეისრო კეისრო ნამშობიარები ქალები უფრო მეტ ხანს იწვნენ საავადმყოფოში ბავშვის გაჩენამდე, რაც შეიძლება ორსულობის უფრო ინტენსიური მონიტორინგის, დროის მოგებისა და ხანგრძლივი მშობიარობის საკეისრო კეისრით დამთავრების საჭიროებით იყო განპირობებული.

ცხრილი 6.2.1

ბოლო მშობიარობის ადგილი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

მახასიათებლები	ბოლო მშობიარობის ადგილი			სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	საავადმყოფო/სამშობიარო	კერძო კლინიკა	სახლი ¹		
სულ	92.0	0.2	7.8	100.0	3 050
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	98.0	0.2	1.8	100.0	1 584
სოფელი	86.5	0.3	13.3	100.0	1 466
რეგიონი					
თბილისი	99.0	0.2	0.8	100.0	646
იმერეთი	95.7	0.2	4.1	100.0	612
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	90.9	0.5	8.6	100.0	569
სამხრეთი	83.6	0.0	16.4	100.0	483
დასავლეთი	90.1	0.2	9.7	100.0	740
ახაკობრავი უბანი (მშობიარობის მომენტისათვის)					
15-24	92.9	0.6	6.5	100.0	721
25-34	91.9	0.1	7.9	100.0	2 144
35-44	89.2	0.0	10.8	100.0	185
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	74.6	0.0	25.3	100.0	342
საშუალო	89.9	0.0	10.1	100.0	1 052
ტექნიკური	97.7	0.2	2.1	100.0	805
უმაღლეს/ასპირანტურა	97.1	0.6	2.3	100.0	851
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი					
დაბალი	84.5	0.4	15.1	100.0	1 392
საშუალო	96.3	0.1	3.6	100.0	1 357
მაღალი	99.1	0.3	0.6	100.0	301
ეთნიკური წარმოშობა					
ქართველი	95.1	0.3	4.6	100.0	2 522
აზერბაიჯანელი	73.6	0.0	26.4	100.0	326
სომეხი	90.6	0.0	9.4	100.0	114
სხვა	96.5	0.0	3.5	100.0	88
იგპ სტატუსი					
იგპ	97.7	0.6	1.7	100.0	558
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	91.7	0.2	8.1	100.0	2 492
მშობიარობის რიგითობა					
პირველი	96.1	0.2	3.7	100.0	1 326
მეორე	92.1	0.2	7.7	100.0	1 122
მესამე +	82.8	0.4	16.9	100.0	602

¹ოთხი მშობიარობის ჩათვლით, რომლებიც დასრულდა სანამ მულოვინე საავადმყოფოში მოკავდათ

ცხრილი 6.2.2

საათების საშუალო რაოდენობა საავადმყოფოში დაწოლიდან განენამდე და სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული დამეების რაოდენობა განენიდან გამოწერამდე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	საათების საშუალო რაოდენობა საავადმყოფოში დაწოლიდან განენამდე	სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული დამეების რაოდენობა განენიდან გამოწერამდე				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
		4 ან ნაკლები	5	6-7	8 ან მეტი		
სულ	11.6	19.9	37.4	31.7	11.0	100.0	2 850
საცხოვრებელი ადგილი ქალაქი	12.1	21.8	37.8	29.4	11.0	100.0	1 556
სოფელი	11.1	17.8	37.0	34.1	11.0	100.0	1 294
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტი/სათვის)							
15-24	10.6	20.1	34.8	34.2	10.9	100.0	680
25-34	11.7	20.2	38.1	31.1	10.7	100.0	1 999
35-44	14.6	15.3	40.8	28.5	15.4	100.0	171
განათლების დონე არასრული საშუალო საშუალო	9.7	25.1	38.4	30.9	5.6	100.0	262
საშუალო	10.0	20.0	38.8	32.5	8.6	100.0	962
ტექნიკური	12.5	20.8	37.4	30.0	11.6	100.0	790
უმადლე/ს/ასპირანტურა	13.2	17.1	35.7	32.4	14.8	100.0	836
ეთნიკური წარმოშობა ქართველი	12.5	17.9	37.2	32.7	12.2	100.0	2 420
აზერბაიჯანელი	6.5	30.5	42.1	21.9	5.4	100.0	240
სომეხი	8.7	26.6	36.0	34.6	2.9	100.0	105
სხვა	11.2	25.1	30.4	33.9	10.7	100.0	85
იკა სტატუსი იკა	11.1	10.8	39.0	33.4	16.8	100.0	550
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	11.6	20.4	37.4	31.6	10.7	100.0	2 300
მშობიარობის რიგითობა პირველი	13.4	16.9	35.8	33.2	14.1	100.0	1 287
მეორე	9.5	22.5	38.1	30.4	9.0	100.0	1 046
მესამე +	11.2	22.1	40.2	30.3	7.4	100.0	517
ახალშობილის წონა < 500 გ	17.9	23.2	25.6	31.6	19.6	100.0	163
2 500 გ ან მეტი	11.2	19.7	38.1	31.7	10.5	100.0	2 687
მშობიარობის ტიპი ვაგინალური	10.1	21.1	39.7	31.8	7.4	100.0	2 656
საქეისრო კვეთით	34.0	2.3	3.9	29.7	64.1	100.0	194
ორსულობის გართულებები ნებისმიერი სახის გართულებები	23.7	18.0	26.6	32.9	22.5	100.0	387
გართულებების გარეშე	9.8	20.2	39.1	31.5	9.2	100.0	2 463

სამედიცინო დაწესებულებაში ნაშობიარები ქალების დაახლოებით ნახევარი გამოეწერა მშობიარობიდან ხუთი დღის განმავლობაში (57%), მათ შორის 20% გამოეწერა მშობიარობის შემდეგ ოთხი დღის განმავლობაში. ყოველი მესამე ქალი (32%) გამოეწერა 6-7 დღის შემდეგ, ხოლო ქალების 11% საავადმყოფოში რვა ან მეტი დღე დაყო მშობიარობის შემდეგ (15%). განათლებისა და სეს-ის დაბალი დონის მქონე ქალები (არ არის ნაჩვენები), ასურბაიჯანული ან სომხური წარმოშობის ქალები და რამდენჯერმე ნაშობიარები ქალები მშობიარობის შემდეგ უფრო ადრე ეწერებოდნენ საავადმყოფოდან. როგორც მოსალოდნელია, ქალებს, რომლებმაც დაბალი წონის ბავშვები გააჩინეს, პქონდათ ორსულობის გართულებები (23%) ან მშობიარობის შემდგომი ადრეული გართულებები (არ არის ნაჩვენები), აგრეთვე ქალები, ვისაც საკეისრო კვეთა გაუკეთდა (64%), სხვა მელოგიკურებთან შედარებით, გაცილებით მეტ ხანს რჩებოდნენ საავადმყოფოში.

პრაქტიკულად ყველა მშობიარობა სამედიცინო დაწესებულებაში მიმდინარეობდა მუანის დახმარებით (არ არის ნაჩვენები). სახლში მომხდარი მშობიარობების რვა პროცენტიდან 59%-მდე მიმდინარეობდა ბებიაქალების, 19% - ექიმის დახმარებით და მხოლოდ 22% ტრადიციული მშობიარეო დამხმარებების თანდასწრებით; აქედან მშობიარობების 2% ყოველგვარი დახმარების გარეშე მიმდინარეობდა.

6.2.3 ცხრილში წარმოდგენილია მშობიარობები საკეისრო კვეთით, რომლებსაც ადგილი ჰქონდა 1994-1999 წლებში. საკეისრო კვეთის (ს-კვეთა) სიხშირე სვადასხვა ქვეყნებში მნიშვნელოვნად ვარიებს ყველა მშობიარობის 5%-დან 20%-მდე, ოპტიმალური მარევენული ცნობილი არ არის, მაგრამ 7%-ზე მეტი სიხშირის შემთხვევაში აღინიშნებოდა ორსულობის ოდნავ უკეთესი დასასრული. გარდა ცალსახა სამეანო ჩვენებებისა, ს-კვეთას ხშირად აკეთებენ ნაკლებად ცხად სიტუაციებშიც (მაგ. ხანგრძლივი მშობიარობა) და ხშირად იმ შემთხვევებში, როცა წინა მშობიარობაც საკეისრო კვეთით მიმდინარეობდა, რაც იშვიათ შემთხვევებში თავისთავად ადექვატური ჩვენებაა. საქართველოში საკეისრო კვეთების საერთო სიხშირე 1994-1999 წლებში მომხდარი ყველა მშობიარობების 6% შეადგენს. ჩრდილო-აღმოსავლეთ და სამხრეთ რეგიონებთან შედარებით საკეისრო კვეთის სიხშირე უფრო მაღალია თბილისში, იმერეთში და დასავლეთ საქართველოს სხვა რეგიონებში. 35 წლის ან მეტი ასაკის მქონე ქალები ბევრად უფრო ხშირად მშობიარობენ საკეისრო კვეთით, ვიდრე 15-24 ან 25-34 წლის ქალები (შესაბამისად 17%, 8% და 5%). საკეისრო კვეთის სიხშირე იზრდება განათლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის პირდაპირპროპორციულად, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ფინანსური მოსახრებები შეიძლება უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს, ვიდრე საკეისრო კვეთის სამეანო ჩვენებები, როგორც მოსალოდნელი იყო, თუმცა ციფრები არ არის დიდი. ქალები, რომლებსაც ხანგრძლივი მშობიარობა ჰქონდათ (20 საათზე მეტი პირველად მშობიარე და 14 საათზე მეტი ადრე ნაშობიარე ქალებში), უფრო ხშირად აჩენდნენ საკეისრო კვეთით, ვიდრე ისინი, ვისაც საშუალო ხანგრძლივობის მშობიარობა ჰქონდა. მიუხედავად ამისა, ს-კვეთების უმრავლესობა მშობიარობის პროცესის დაწყებამდე კეთდებოდა, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ მშობიარობის გაჭიანურება არ არის საკეისრო კვეთის ყველაზე ტიპური ჩვენება.

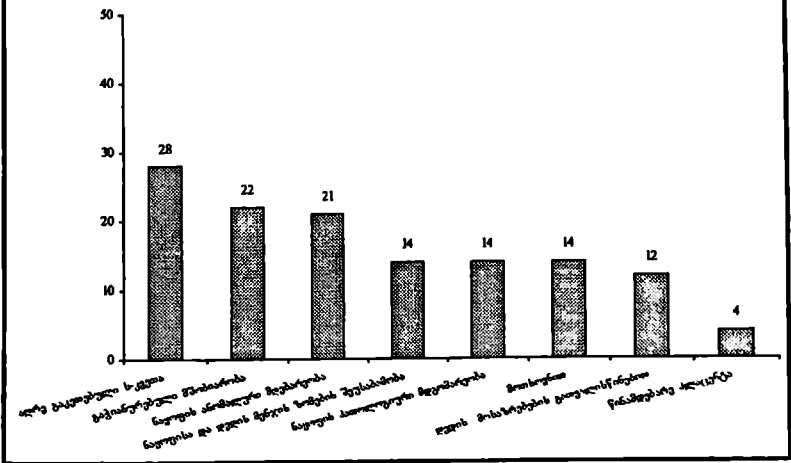
ცხრილი 6.2.3

საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების პროცენტი შერჩეული მარეგულაციების მიხედვით

მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	საკეისრო კვეთით მშობიარობების %	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
სულ	6.4	2 850
საცხოვრებელი ადგილი		
ქალაქი	7.4	1 556
სოფელი	5.4	1 294
რეგიონი		
თბილისი	7.2	642
იმერეთი	8.2	593
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	3.6	530
სამხრეთი	4.0	407
დასავლეთი	8.5	678
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)		
15-24	7.7	680
25-34	5.1	1 999
35-44	17.4	171
განათლების დონე		
არასრული საშუალო	2.3	262
საშუალო	4.1	962
ტექნიკური	6.7	790
უმაღლესი	10.1	936
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი		
დაბალი	3.9	1 233
საშუალო	6.5	1 318
მაღალი	13.0	299
იგა სტატუსი		
იგა	6.5	550
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	6.4	2 300
მშობიარობის რიგითობა		
პირველი	7.6	1 287
მეორე	6.1	1 046
მესამე +	4.2	517
მშობიარობის გართულებები		
ნებისმიერი გართულება	7.4	163
გართულების გარეშე	6.4	2 687
ახალშობილის წონა		
< 2 500 გ	14.8	387
2 500 გ ან მეტი	5.1	2 643
გაჭიანურებული მშობიარობა		
ღიახ	1.4	2 620
არა	9.3	39
მშობიარობას არ ჰქონდა ადგილი	78.1	191

დიაგრამა 6.2 საკეისრო კვეთის შესრულების მიზეზები საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმოხილვა: საქართველო, 1999/2000 წ.



6.2 დიაგრამაზე მოყვანილია საკეისრო კვეთით მშობიარობის ყველაზე ხშირად მითითებული მიზეზები. ამ მიზეზების ჯამი 100%-ზე მეტია, რადგან ზოგმა რესპონდენტმა ერთ მიზეზზე მეტი დაასახელა. ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზებია: წინა მშობიარობა საკეისრო კვეთით (28%), გაჭიანურებული მშობიარობა (22%) და ნაყოფის ანომალური მდებარეობა (21%). სხვა ხშირად მითითებული მიზეზებია: დედის მენჯისა და ნაყოფის ზომების შეუსაბამობა და ნაყოფის პათოლოგიური მდგომარეობა (14%). საკეისრო კვეთით ნამშობიარებმა ყოველმა მეშვიდე რესპონდენტმა განაცხადა, რომ თვითონ მოითხოვა ს-კვეთის გაკეთება, ხოლო 12% ს-კვეთის მთავარ მიზეზად დასახელა ადრე არსებული ჯანმრთელობის პრობლემები (მაგ. გულ-სისხლძარღვთა პრობლემები). ქალების მხოლოდ 5% განაცხადა, რომ საკეისრო კვეთა წინამდებარე პლაცენტის გამო გაიკეთეს.

6.3. პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება

პოსტნატალურ სამედიცინო მომსახურებას დიდი მნიშვნელობა აქვს დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის შეფასებისათვის და დედის სათანადო კონსულტირებისათვის ძუძუთი კვების, საერთოდ, კვების და ოჯახის დაგეგმარებისათვის. პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება საქართველოში იწყება დედის სამშობიაროდან გამოწერის დღიდან და უმთავრესად შემოიფარგლება ბებიაქალის ვიზიტით (ეხით) ნამშობიარე ქალის ოჯახში. პოსტნატალური პერიოდი საუკეთესო სშუალებაა, რომ შევაფასოთ დედისა და ახალშობილის ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური ჯანმრთელობა, გამოვავლინოთ და ვუმკურნალოთ მშობიარობის შემდგომ

განვითარებულ გართულებებს და, აგრეთვე, გაეუწიოთ დედას კონსულტირება ჩვილის მოვლასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სპეციფიური პრობლემის და ოჯახის დაგეგმვარების შესახებ. გამოკითხვის მასალებში არის ინფორმაცია პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურების მოხმარების შესახებ და პოსტნატალური კონსულტირების შინაარსი (ცხრილი 6.3).

ცხრილი 6.3

პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურების გამოყენება და პოსტნატალური ვიზიტისას (ეპისას) მიღებული ინფორმაცია შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება		პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურების დროს მიღებული ინფორმაცია						შემთხვევების რაოდენობა
	%	შემთხვევების რაოდენობა	იმუნო-ზაცია	პედიატრი-ული დახმარება	კვება	მუძუ-თი კვება	მუძუს მოვლა	ოჯახის დეგრადაცია	
სულ	10.6	2 999	89.6	89.0	88.9	88.2	88.3	19.7	326
საცხოვრებელი ადგილი ქალაქი	12.2	1 555	89.1	89.1	86.7	88.5	85.6	20.0	196
სოფელი	9.2	1 444	90.1	88.8	91.7	88.0	91.6	19.3	130
რეგიონი თბილისი	11.2	632	76.4	77.8	79.4	82.2	72.2	15.5	79
იმერეთი	10.9	598	93.6	92.1	91.8	93.6	89.9	31.6	69
ჩრდილო-აღმოსავლეთი სამხრეთი	9.4	560	88.8	90.7	83.1	81.1	88.8	15.6	50
დასავლეთი	8.7	479	91.2	86.8	95.6	88.9	93.4	13.4	37
დასავლეთი	12.3	730	98.4	97.1	95.9	94.7	98.4	22.3	91
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)									
15-24	12.7	714	90.3	87.8	84.2	81.8	86.7	12.7	95
25-34	10.1	2 102	89.0	89.6	90.5	90.4	88.6	23.9	214
35-44	9.2	183	†	†	†	†	†	†	17
განათლების დონე არასრული საშუალო	4.2	338	†	†	†	†	†	†	18
საშუალო	9.1	1 030	98.8	97.7	95.5	96.5	97.7	25.1	84
ტენიკუმი	11.0	794	91.2	88.1	90.3	84.3	89.0	15.6	100
უმაღლესი	14.9	837	80.6	82.0	83.8	85.3	79.7	20.1	124
იგა სტატუსი იგა	13.6	550	95.6	95.6	96.9	96.5	96.0	37.9	79
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	10.5	2 449	89.2	88.5	88.4	87.7	87.8	18.5	247
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი	13.1	1 300	91.7	92.6	91.7	91.7	91.7	24.1	178
მეორე	9.4	1 106	87.6	87.1	83.6	86.4	83.5	19.8	108
მესამე +	7.6	593	86.2	79.9	90.7	79.7	86.2	2.8	40
მშობიარობის სახეობა ეთნიკური	10.0	2 807	90.2	89.9	87.9	87.9	88.4	19.1	288
სუკეთით	20.1	192	84.5	81.6	96.8	90.9	87.5	23.8	38
მშობიარობის შემდგომი გართულებები ნებისმიერ გართულება	19.9	502	76.8	79.9	79.8	78.7	83.0	16.3	103
გართულების გარეშე	8.7	2 497	94.6	92.1	94.1	92.6	91.7	21.1	223

*გარდა მკვლად მშობილი ბავშვების 51 შემთხვევისა; †ამ კატეგორიაში 25 შემთხვევაზე ნაკლები იყო.

მთლიანობაში, ოფიციალური რეკომენდაციების მიუხედავად, პოსტნატალურ სამედიცინო მომსახურებას გაცილებით ნაკლებად მიმართავენ, ვიდრე პრენატალურ სამედიცინო მომსახურებას (შესაბამისად 11% და 91%). ამ სამსახურის გამოყენების მაჩვენებელი სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით ოდნავ უფრო მაღალია ქალაქად მცხოვრებ ქალებში და იზრდება დედის განათლების დონის პირდაპირპროცენტულად. მშობიარობის რიგითობა პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის უკუპროპორციულია; აქ ტენდენცია ისეთივეა, როგორც პრენატალური მომსახურების შემთხვევაში: პირველად ან მეორედ მშობიარე ქალებთან შედარებით მომსახურებით სარგებლობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებლები იმ ქალებს უკავიათ, ვისაც ბოლო მშობიარობამდე უკვე ჰყავდა ორი ან მეტი შვილი. სამედიცინო მომსახურების სამსახურების ნაკლებად გამოყენება მრავალშვილიანი დედების მიერ დიდი ხანია ცნობილია და აიხსნება დედების დიდი დაკავებით ბავშვის აღზრდასთან დაკავშირებული საქმიანობით, რასაც ემატება ამ ქალების წარსული გამოცდილება და საკუთარი თავის რწმენა. ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით საკეისრო კეისოს გამოყენება მშობიარობისას დაკავშირებულია პოსტნატალური მომსახურებით სარგებლობის ბევრად უფრო მაღალ მაჩვენებლებთან (შესაბამისად 10% და 20%), რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს ქირურგიული ჩარევის შემდგომი სამედიცინო მომსახურებისა და პოსტნატალური მომსახურების დროის ურთიერთგადაფარვით.

ქალების უმრავლესობა, რომლებმაც ისარგებლეს პოსტნატალური მომსახურებით, კონსულტირებული იყო ბავშვის იმუნიზაციის (90%), ბავშვის მოვლის (89%), ზოგადად კვების (89%), ძუძუთი კვებისა და ძუძუს მოვლის (88%) თაობაზე. მიუხედავად ამისა, კონსულტაციები მომავალი ორსულობების დაგეგმვის და ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების შესახებ საკმაოდ იშვიათი იყო (20%). პოსტნატალური მომსახურების პერიოდში მიცემული სამედიცინო რჩევის შინაარსი მნიშვნელოვნად არ იცვლება, რად დედის მახასიათებლების მიხედვით. გამონაკლისს შეადგენენ იმპანირების რეგიონის მოსახლეობა; ორივე შემთხვევაში, რესპონდენტები მეტ რჩევას იღებდნენ, განსაკუთრებით, კონტრაცეპციასთან დაკავშირებით.

6.4. თამბაქოს მოწვევა და ალკოჰოლიანი სასმელების მოხმარება ორსულობის პერიოდში

თამბაქოსა და ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება ორსულობის პერიოდში ორსულობის ცუდი შედეგებით დამთავრების მთავარი რისკფაქტორებია. თამბაქოს მოწვევა ორსულობის პერიოდში უკავშირდება მცირე წონის ბავშვების (მწვ) გაჩენას, ნაადრევ შობიარობას, ჩვილ ბავშვთა უცვარი სიკვდილის სინდრომს (ჩბუსს) და რესპირატორულ პრობლემებს ახალშობილებში. ორსულობისას ალკოჰოლის მოხმარების მაგნე გააღწევა გამოიხატება ნაყოფის მუცლადყოფნის განვითარების შენელებით, გონებრივი ჩამორჩენილობით, ფიზიკური ანომალიებით, განსაკუთრებით, სახის ნაკვთების დისმორფიითა და არაადექვატური ნეონატალური ქცევით. განვითარების ანომალიები აღინიშნება ალკოჰოლიკი დედებისაგან გაჩენილი ბავშვების დაახლოებით 35-40%-ში, რისთვისაც საკმარისია დღეში მინიმუმ ორი ჭიქა ალკოჰოლური სასმელის მიღება (Coles CD, 1993).

მთლიანობაში, მწვეელი ქალები 1994-1999 წლებში დაფიქსირებული მშობიარეების მხოლოდ 4% წარმოადგენდნენ. ეს ქალები ეწეოდნენ სიგარეტს, ვიდრე შეიტყობდნენ თავისი ორსულობის შესახებ: ამის შემდეგ ნახევარმა თავი დაანება სიგარეტს ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, ხოლო 2% აგრძელებდა სიგარეტის მოწვეას (არ არის ნაჩვენები). იმ ქალების რაოდენობა, რომლებიც დაორსულებამდე ან ორსულობის პერიოდში ეწეოდნენ სიგარეტს, ბევრად უფრო მაღალია ქალაქად, ვიდრე სოფლად (შესაბამისად 8% და 1%; და 5% და 0.2%); დაორსულებამდე და ორსულობის პერიოდში მწვეელობის გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები თბილისელ ქალებს ჰქონდათ (შესაბამისად, 16% და 9%). დაორსულებამდე და ორსულობის პერიოდში მწვეელობის მაჩვენებლის ზრდა პირდაპირპროპორციულია დედის განათლების დონისა და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსისა. ამასთან, ალკოჰოლური სასმელების მიღება ორსულობის პერიოდში ძალიან იშვიათია (3%).

6.5 ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი გართულებები

ორსულობის პერიოდში სისხლის არტერიული წნევის რუტინული გაზომვა ჯანმრთელობის რისკის შეფასების აუცილებელი კომპონენტია. მიუხედავად ამისა, აქაც, ისევე როგორც ჯანმრთელობის შეფასებისა და დიაგნოზის დასმის სხვა პარამეტრების შემთხვევაში, რესპონდენტთა თვითანგარიში მათი სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული რესპონდენტთა ფონურ მახასიათებლებზე. წინამდებარე ფაქტორებში მიღებული დიფერენციალები შეიძლება ასახავდნენ რისკ-გაპტორებისა და მიწოდებული ინფორმაციის სხვაობებს. როგორც 6.5.1 ცხრილშია ნაჩვენები, ბოლო დროს ნამშობიარეები ქალების უმრავლესობას (96%) რუტინულად უზომავდნენ არტერიულ წნევას მთელი ორსულობის განმავლობაში და აქედან 8% აღმოაჩნდა მაღალი არტერიული წნევა (მაწ). ორსული ქალების მხოლოდ 3% მკურნალობდა მაწ-ის გამო (არ არის ნაჩვენები) და ერთ პროცენტზე ნაკლები მოათავსეს საავადმყოფოში ორსულობის პერიოდში მაღალი არტერიული წნევის გამო. ორსულობის პერიოდში არტერიული წნევის რუტინულ გასინჯვას ნაკლებად მიმართავენ არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალები, აზრები აჯანლები, ისინი, ვისაც ოთხზე ნაკლები პრენატალური ვიზიტი ჰქონდა (არ არის ნაჩვენები) და ისინი, ვინც პრენატალური მომსახურების დიდ ნაწილს აბმულატორულ (ქალაქის და სოფლის) დისპანსერებში ღებულობდა. ორსულობისას მაწ-ის სიხშირის მაჩვენებელი უფრო მაღალია (11%) ახალგაზრდა თბილისელ ქალებში, 35 ან მეტი ასაკის (12%) და მაღალი სეს-ის მქონე ქალებში (11%). მაღალ არტერიულ წნევას ხშირად აღნიშნავდნენ ქალები, რომლებსაც 10 ან მეტი პრენატალური ვიზიტი ჰქონდათ ანამნეზში (არ არის ნაჩვენები), და რესპონდენტები, რომლებმაც პრენატალური მომსახურების დიდი ნაწილი საავადმყოფოებსა ან კერძო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებში მიიღეს, რაც შეიძლება იმით აიხსნას, რომ არტერიული წნევის ხშირი რუტინული გაზომვების ფაქტი მაღალი არტერიული წნევის დიაგნოზის აღბათობაზე მიუთითებს ან კიდევ, ამ ქალებს ორსულობის ადრულ ეტაპზე დაუდგინდათ მაწ დიაგნოზი და მათ ურჩიეს ხშირად ევლოთ პრენატალური სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებში სპეციალიზირებულ პრენატალური მომსახურების მისაღებად.

ბოლო დროს ნაშობიარები, დაახლოებით ყოველი მესამე ქალი (13%) აღნიშნავდა ორსულობის გართულებებს, რომლებიც მოითხოვდნენ სამკურნალო ჩარევას; მათ შორის, 3% დასჭირდა ქირსიტალიზაცია ამ გართულებების გამო (არ არის ნაჩვენები). ყველაზე ხშირად რესპონდენტები აღნიშნავდნენ ნაადრევი მშობიარობის რისკს (4%) და ორგანიზმში სითხის შეკავებას ან შეშუპებას (4%). შემდეგი ადგილი უკავიათ ისეთ გართულებებს, როგორიცაა ორსულობის ანემია (3%), მაწ (3%), სისხლდენა (2%) და მუცლის მოშლის რისკი (2%). სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით, ორსულობის გართულებები, რომლებიც მოითხოვენ სამედიცინო ჩარევას, ქალაქად მცხოვრებ ქალებში ოდნავ უფრო ხშირია (შესაბამისად 10% და 15%). თბილისელი ქალებისათვის ეს მაჩვენებელი 18% უდრის, განათლების მაღალი დონის ქალებისათვის იგი 19% შეადგენს, ხოლო მაღალი აკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებსათვის - 18%. ქალები, რომლებმაც პრენატალური მომსახურების სამსახურებს 10 ან მეტჯერ მიაკითხეს, სამჯერ უფრო ხშირად აღნიშნავდნენ ორსულობის გართულებებს, ვიდრე ქალები, რომლებმაც ოთხზე ნაკლები ვიზიტით მიმართეს ზემოთ ხსენებულ დაწესებულებებს, რაც იმით აიხსნება, რომ ორსულობის გართულებების დიაგნოზის აღბათობა პრენატალური მომსახურების დაწესებულებებში ვიზიტების რაოდენობასთან ერთად იზრდება, ხოლო ორსულობის გართულებების ადრეული დიაგნოზი მოითხოვს მეტი ვიზიტების რაოდენობას პრენატალური სამედიცინო მომსახურების ცენტრებში.

6.5.2 ცხრილში ნაჩვენებია იმ ქალების სამშობიაროსშემდგომი გართულებები, ვინც გამოკვლევამდე 6 წლიან პერიოდში გააჩინა შვილი. მთლიანობაში, ქალების 17% მინიმუმ ერთი მშობიარობისშემდგომი გართულება ჰქონდა. მშობიარობისშემდგომი გართულებები უფრო ხშირია თბილისელ ქალებში (25%), და მათი სიხშირე იზრდება დედის განათლების დონისა და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად. ორსულობის გაურთულებელ შემთხვევებთან შედარებით ქალებს, რომლებსაც ჰქონდათ ორსულობის გართულებები, ორჯერ უფრო ხშირად უვითარდებოდათ მშობიარობისშემდგომი გართულებები. ანალოგიურად, ქალებს, რომლებსაც გაჭიანურებული მშობიარობა ჰქონდათ და საკეისრო კვეთით გააჩინეს ბავშვი, უფრო ხშირად უვითარდებოდათ მშობიარობისშემდგომი გართულებები. რესპონდენტების მიერ აღნიშნული მშობიარობისშემდგომი გართულებების სიხშირე მერყეობდა 7%-დან, თუ მელგონეს მაღალი ტემპერატურა და საშვილოსნოს არეში ძლიერი ტკივილები ჰქონდა, და 1%-მდე, თუ რესპონდენტს აღნიშნებოდა გულის წასვლის ეპიზოდები.

ცხრილი 6.5.1

არტერიული წნევის (აწ) რუტინული გაზომვა. მაღალი არტერიული წნევა (მაწ) ორსულობის პერიოდში და მაწ გამო პოსპიტალური ზეზეული ორსულების პროცენტი მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

შასხაობები	ორსულობის პერიოდში წნევის რუტინული გაზომვა	მაწ ორსულობის პერიოდში	მაწ გამო პოსპიტალური ზეზეული ორსულების ქა
სულ	96.0	8.0	0.8
ხაცხორები ადგილი			
ქალაქი	97.1	8.9	1.0
სოფელი	95.0	7.2	0.7
რეგიონი			
თბილისი	96.2	11.3	1.5
იმერეთი	96.5	8.3	1.0
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	95.5	7.6	0.4
სამხრეთი	95.8	6.8	0.2
დასავლეთი	96.2	5.9	0.7
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)			
15-24	97.5	8.2	0.6
25-34	95.7	7.7	0.7
35-44	94.2	11.8	3.6
განათლების დონე			
არასრული საშუალო	91.8	10.6	1.6
საშუალო	94.8	4.4	0.2
ტექნიკური	97.2	10.9	0.5
უმაღლესი/ასპირანტურა	97.7	8.7	1.5
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი			
დაბალი	95.0	6.3	0.9
საშუალო	96.5	8.5	0.7
მაღალი	97.0	11.3	1.2
ეთნიკური წარმოშობა			
ქართველი	97.2	8.1	0.8
აზერბაიჯანელი	90.7	9.2	1.4
სომეხი	96.2	4.0	0.1
სხვა	84.4	7.8	0.0
მშობიარობის რეგისტრაცია			
პირველი	95.9	9.1	0.9
მეორე	95.9	7.1	0.5
მესამე +	96.6	7.2	1.3
პრენატალური მონიტორინგის მიღების ადგილი			
ამბულატორული დისპანსერი	91.8	5.9	0.0
პოლიკლინიკა	97.5	7.5	0.8
კერძო კლინიკა	94.8	16.6	0.0
სამშობიარო	92.9	11.3	1.1

ცხრილი 6.5.2

მშობიარობის შემდგომი გართულებები შერჩეული მაჩასიათებლების მიხედვით
 მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მაჩასიათებლები	ნების- მიერი გართუ- ლობა	მალაყ ტემპე- რატურა (≥39°C)	ქლიერი ტიფი- ლები სამედი- ცინოს არეში	ჰუპუს ინფექ- ცია	ქლიერი ვაგინა- ლური სისხლ- დენა	ინფექ- ციური ვაგინა- ლური გამო- ნადენი	ღის- ურთა	ქირურ- გიული ჭრი- ლობის ინ- ფიცია	გულის წასფ- ლა
სულ	17.0	7.3	6.9	6.0	3.4	3.1	2.8	2.2	1.0
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	19.0	8.3	6.8	7.2	3.0	3.0	2.7	2.2	0.9
სოფელი	15.1	6.4	7.0	4.8	3.8	3.1	3.0	2.2	1.1
რეგიონი									
თბილისი	25.1	8.8	10.1	9.2	3.1	5.0	4.0	2.1	0.8
იმერეთი	15.3	8.9	4.3	4.8	4.1	3.0	2.1	2.0	1.3
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	15.2	5.6	7.7	6.3	3.7	3.3	3.9	2.3	1.3
სამხრეთი	11.9	5.4	4.2	3.5	2.5	1.7	1.5	1.4	0.4
დასავლეთი	15.7	7.6	6.9	5.2	3.8	2.1	2.2	3.0	1.1
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტი- ხათვის)									
15-24	19.9	8.5	9.4	8.3	4.4	3.0	2.9	2.6	1.0
25-34	16.1	7.2	6.3	5.2	3.2	3.2	2.8	2.2	1.0
35-44	16.0	4.0	4.9	6.8	2.7	2.2	2.4	1.1	1.1
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	10.1	7.5	2.8	5.6	2.3	2.1	1.3	0.5	0.3
საშუალო	12.1	4.1	4.8	3.9	2.6	1.9	1.9	1.3	0.6
ტექნიკური	19.8	8.6	8.6	6.6	4.4	4.4	4.0	2.6	1.7
უმადღესი/ასპირანტურა	23.2	9.8	9.6	8.0	4.0	3.8	3.7	3.6	1.1
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი									
დაბალი	12.5	5.6	5.1	4.7	3.1	2.5	2.3	1.5	1.1
საშუალო	18.5	7.9	8.0	6.1	3.6	3.3	3.1	2.6	1.0
მაღალი	25.4	10.5	8.2	9.6	3.9	4.3	3.7	3.0	0.6
ეთნიკური წარმოშობა									
ქართველი	18.4	7.9	7.1	6.6	3.8	3.6	3.0	2.7	1.1
ასერბაიჯანელი	9.5	4.5	5.2	2.0	2.5	1.0	2.2	0.2	0.5
სომეხი	16.2	5.8	8.7	5.9	0.9	1.8	0.9	0.0	0.0
სხვა	15.4	7.2	6.0	7.0	2.6	1.1	2.5	2.3	1.4
მშობიარობის გართულებები									
ნებისმიერი გართულება	30.5	12.6	13.4	8.8	5.1	8.2	5.7	4.6	2.1
გართულების გარეშე	15.0	6.5	6.0	5.6	3.2	2.3	2.4	1.9	0.8
გაჭიანურებული მშობიარობა									
ღიას	38.3	22.3	24.1	5.2	14.0	22.1	11.7	4.9	2.6
არა	16.7	7.1	6.6	6.0	3.3	2.8	2.7	2.2	1.0
მშობიარობის ტიპი									
ეაგინალური	16.0	7.0	6.4	5.7	3.4	2.9	2.7	2.0	1.0
საკეისრო კეითით	32.7	12.5	13.8	10.7	4.2	5.2	4.8	5.9	1.3

6.6. მშობიარობის მძიმე შედეგები

მშობიარობის მძიმე შედეგები, რომლებიც დაფიქსირდა გამოკითხვამდე ექვსწლიან პერიოდში, ნაჩვენებია 6.6 ცხრილში. რესპონდენტების ინფორმაციის მიხედვით, მკერდაშობადობის მაჩვენებელი 1994-1999 წლის პერიოდის ყველა მშობიარობისათვის შეადგენდა 17 შემთხვევას 1000 მშობიარობაზე. რესპონდენტების გადმოცემით, ყველა შემთხვევა, როცა ბავშვი იბადებოდა სიცოცხლის ნიშანწყალის გარეშე, მინიმუმ 22 კვირის ორსულობის ასაკში, ითვლებოდა მკედრადშობილად. 1994 წლიდან იგივე განსაზღვრას ხმარობენ ჯანდაცვის სამინისტროში გადაცემული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებისათვის მას შემდეგ, რაც ჯანდაცვის სამინისტრომ მიიღო ცოცხლად და მკედრადშობილის საერთაშორისო განსაზღვრა (ჯანდაცვის სამინისტროს 1993 წლის სექტემბრის №334/ი ბრძანება). 1994 წლამდე 22-27 კვირის გესტაციური ასაკის ახალშობილები, რომლებსაც არ ეტყობოდათ სიცოცხლის ნიშანწყალი, ითვლებოდნენ აბორტად და არა მკედრადშობილებად. ამგვარად, წინამდებარე გამოკითხვის მონაცემები შეიძლება შევადაროთ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებულ ოფიციალურ მონაცემებს (18.4 მკედრადშობილი 1000 მშობიარობაზე 1994-1999 წლის პერიოდისათვის). მცირე სხვაობა მონაცემებში შერჩევის მისაღები ცდომილების ფარგლებშია. ქალების ფონური მახასიათებლები მკედრადშობადობის მაჩვენებელზე რაიმე მნიშვნელოვან გავლენას ვერ ახდენენ, სამაგიეროდ, ამ მაჩვენებელზე მოქმედებს პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის სიხშირე, ორსულობის გართულებები და მშობიარობის ხანგრძლივობა. მკედრადშობადობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია იმ შემთხვევაში, თუ რესპონდენტებს სულ არ უსარგებლიათ ან ორსულობის გვიან ეტაპებზე (შესაბამისად 28/1000 და 36/1000) ისარგებლეს პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით, აგრეთვე, თუ პრენატალური მომსახურება მხოლოდ ოთხი ეიზიტით შემოიფარგლა (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). როგორც მოსალოდნელი იყო, გართულებული ორსულობები, რომლებიც მოითხოვდნენ სამედიცინო დახმარებას, უფრო ხშირად იძლეოდნენ მძიმე შედეგს მკედრადშობადობის მაღალი მაჩვენებლების ჩათვლით (37/1000). გაჭიანურებული მშობიარობა (20 საათზე მეტი პირველი მშობიარობისას და 14 საათზე მეტი მეორე და შემდგომ მშობიარობებისას) მკედრადშობადობის ყველაზე სანდო პროგნოზს იძლევა, თუმცა, ისიც უნდა ითქვას, რომ გამოკითხვამ დააფიქსირა გაჭიანურებული მშობიარობის ძალიან ცოტა შემთხვევა. გაჭიანურებული მშობიარობის დაფიქსირებულ შემთხვევებში მკედრადშობადობის მაჩვენებელი ათჯერ აღემატებოდა ნორმალური ხანგრძლივობის მშობიარობის მაჩვენებელს (შესაბამისად 126/1000 და 16/1000).

დაბალი წონის (2 500 გრამზე ნაკლები) ახალშობილების ან ვადამდელი მშობიარობის მაჩვენებლები შეადგენდნენ მოცემული პერიოდის ყველა მშობიარობის 6%. დაბალი წონის ახალშობილების (დწა) ან ვადამდელი მშობიარობის მაჩვენებლები უფრო მაღალია ქალების იმ ჯგუფებში, სადაც მეტია მკედრადშობადობის მაჩვენებლები. გამონაკლისს შეადგენენ ქალები გაჭიანურებული მშობიარობით.

ცხრილი 6.6

მშობიარობის მძიმე შედეგები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 მშობიარობების რიცხვი გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მანქანებლები	მკვლად- შობადობის %	მცირე წონის ახალშობილების % (< 500 გ)	უღამდედი მშობიარობებ ის % (< 57 კიბა)	შეწონავე შემსხვევიების რაოდენობა
სულ	17.1	5.5	6.2	3 050
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	19.7	6.1	7.7	1 584
სოფელი	14.7	4.9	4.8	1 466
რეგიონი				
თბილისი	23.9	7.9	8.8	646
იმერეთი	23.7	5.6	5.9	612
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	15.7	5.3	6.8	569
სამხრეთი	9.8	5.0	5.0	483
დასავლეთი	12.8	3.6	4.2	740
ასაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტი-სათვის)				
15-24	7.0	4.5	4.9	721
25-34	20.7	5.8	6.5	2 144
35-44	12.5	5.7	7.6	185
ეთნიკური წარმოშობა				
ქართველი	18.1	5.2	6.5	2 522
აზერბაიჯანელი	10.0	5.2	3.7	326
სომეხი	0.0	6.1	4.3	114
სხვა	45.6	135	12.4	88
იკა სტატუსი				
იკა	19.8	5.2	6.4	558
ადგილობრივი მაცხოვრებელი მშობიარობის რიგითობა	17.0	5.5	6.2	2 492
პირველი	21.7	6.5	7.3	1 326
მეორე	14.3	4.5	5.3	1 122
მესამე +	12.2	5.1	5.3	602
პირველი პრენატალური მომსა- ხურეობის (პმ) ტრიმესტრი				
პმ არ უსარგებლია	22.7	10.1	5.3	241
პირველი	17.8	5.0	7.1	1 938
მეორე	9.6	4.2	3.9	773
მესამე	35.9	9.3	6.6	83
მშობიარობის გართულებები				
ღიახ	37.4	11.6	17.3	393
არა	14.2	4.6	4.6	2 657
გაჭიანურებული მშობიარობა				
ღიახ	126.2	5.3	12.8	43
არა	15.5	5.5	6.1	3 007

6.7. ძუძუთი კვება

დედის რძე ახალშობილისათვის ყველაზე სრული საკვებია მისი სიცოცხლის პირველ თვეებში. ძუძუთი კვებას ბევრი სიკეთე მოაქვს ახალშობილის ჯანმრთელობის, ზრდის, იმუნიტეტის ჩამოყალიბებისა და განვითარებისათვის. ესენია: ღიარეის (Dewey KG et al., 1995; Popkin BM et al., 1990),

რესპირატორული და ყურის ინფექციების (Kovar MG et al., 1984; Howie PW et al., 1990;) სისხირის და სიმძიმის შემცირება, ჩასახვის უნარის აღდგენის გახანგრძლივება (ოფულაციის აღდგენის გადავადების მეშვეობით) და საოჯახო ხარჯების შემცირება. გარდა ამისა, ტუშუთი კვება აუმჯობესებს დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ამცირებს რა მშობიარობის შემდგომ სისხლდენას (Chua S. et al., 1990), აჩქარებს ორსულობადღელი წონის აღდგენას (Dewey KG et al., 1993) და ამცირებს ტუშუს კიბოს (Newcomb PA et al., 1994) და ოსტეოფოროზის მენოპაუზის წინა რისკს. 99GERHS შეიცავს კითხვებს ტუშუთი კვების მოდელზე და ხანგრძლივობაზე. როგორც 6.7.1 ცხრილშია ნაჩვენები, ბოლო ექვსწლიან პერიოდში დაბადებული ბავშვების უმრავლესობა (87%) ცოტა ხნით მაინც იღებდა დედის რძეს. ახალშობილების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც დედის რძით იკვებებოდნენ, თუნდაც ძალიან ცოტა ხანი, თითქმის ერთნაირია ყველა შერჩეული მახასიათებლისათვის. ტუშუთი კვების მაჩვენებლები ოდნავ ნაკლებია ქალაქად მცხოვრები ქალებისათვის თბილისის ჩათვლით (82%), და ეს მაჩვენებლები მცირდება დედის ასაკის მატების პარალელურად. დაბალი წონის მქონე და საკეისრო კვეთით გაჩენილ ბავშვებს ტუშუთი კვების გაცილებით ნაკლები შანსი ჰქონდათ, ვიდრე ნორმალური წონისა და ვაგინალური მშობიარობით გაჩენილ ბავშვებს. ეს მონაცემები შეესაბამება ლიტერატურაში ცნობილ მონაცემებს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ, თუ დედა ახალშობილს დაბადებისთანავე აძლევს ტუშუს, ბავშვის წოვით ტუშუსთავის სტიმულირება იწვევს ოქსიტოცინის განთავისუფლებას, ლაქტაციის დაწყებას და ხელს უწყობს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის შემცირებას. სედატივები და ანალგეტიკები, რომლებსაც დედა მშობიარობისას ღებულობს, იწვევს ახალშობილის ქცევის შეცვლას და ამით შეიძლება გაანეიტრალოს ახალშობილის როლი ლაქტაციის ინიციაცივაში. ანალგეტიკურად, დაბალი წონის ახალშობილები იმდენად სუსტნი არიან, რომ არ შეუძლიათ ტუშუს წოვა, ამიტომ ისინი ტუშუთი კვებას უფრო გვიან იწყებენ, ვიდრე ისინი, ვისი წონაც დაბადებისას 2 500 გ ან მეტი იყო.

ჯანმრთე რეკომენდაციების თანახმად, ახალშობილისათვის ტუშუს ადრეული მიცემა (მშობიარობიდან პირველი საათის მანძილზე) რეკომენდებულია ყველა სპონტანური მშობიარობისათვის. 6.7.1 ცხრილში (მარჯვენა ნაწილი) აგრეთვე ნაჩვენებია დრო ბავშვის გაჩენიდან ტუშუთი კვების დაწყებამდე. ტუშუთი გამოკვებილი ახალშობილების მხოლოდ 5% დაიწყო ტუშუს ჭამა დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში და 28% დაიწყო ტუშუთი კვება დაბადებიდან ერთი საათის შემდეგ, ვიდრე პირველი დღის დამთავრებამდე. ბავშვების უმრავლესობამ დაიწყო ტუშუთი კვება თავისი სიცოცხლის მეორე დღიდან (37%) ან უფრო გვიან (30%).

ტუშუთი კვების დაწყება ბავშვის გაჩენის პირველი საათის განმავლობაში ოდნავ უფრო ხშირია სამხრეთ რეგიონში მცხოვრებ (8%) და აზერბაიჯანელ ქალებში (8%). ახალშობილების მახასიათებლების თვალსაზრისით, დაბალი წონა დაბადებისას და საკეისრო კვეთით მშობიარობა მნიშვნელოვნად ამცირებენ ტუშუთი კვების ადრეული დაწყების ალბათობას. ასეთი ახალშობილები ტუშუთი კვებას უფრო ხშირად მესამე დღიდან იწყებენ, ან საერთოდ ხელოვნურ კვებაზე გადადიან. ყველა დაბალი წონის ახალშობილის 40% და საკეისრო კვეთით გაჩენილი ბავშვების 60%-მა დაიწყო ტუშუთი კვება დაბადებიდან 48 საათის შემდეგ.

ცხრილი 6.7.1

იმ ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც ძუძუთი კვებადნენ და ძუძუთი კვების დაწყება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ცოცხლადშობილები გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ძუძუთი კვება		ძუძუთი კვების დასაწყისი					სულ	შეიძლება იყოს დასაწყისი
	%	შემთხვევების რაოდენობა	პირველი საათის განმავლობაში	1-23 საათ ში	24-47 საათ ში	48 და მეტ საათ ში	უცნობა		
სულ	86.7	2 999	4.6	27.8	37.1	29.5	0.9	100.0	2 608
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	84.2	1 555	4.7	29.5	34.1	30.3	1.3	100.0	1 326
სოფელი	89.0	1 444	4.6	26.3	39.8	28.8	0.5	100.0	1 282
რეგიონი									
თბილისი	81.8	632	4.1	36.6	26.9	29.7	2.8	100.0	529
იმერეთი	85.7	598	2.3	19.9	36.7	41.1	0.0	100.0	514
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	88.4	560	5.5	27.1	34.1	32.9	0.4	100.0	495
სამხრეთი	91.3	479	7.7	26.2	43.4	21.6	1.1	100.0	437
დასავლეთი	87.1	730	3.3	27.2	44.3	25.0	0.0	100.0	633
ახაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტი-სათვის)									
15-24	88.4	714	4.4	29.7	30.9	32.4	2.6	100.0	629
25-34	86.5	2 102	4.6	27.3	39.5	28.2	0.4	100.0	1 830
35-44	82.6	183	5.7	26.7	33.3	34.3	0.0	100.0	149
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	94.3	338	3.9	26.0	45.6	23.0	1.5	100.0	315
საშუალო	87.1	1 030	5.7	28.5	37.6	27.7	0.5	100.0	907
ტექნიკური	85.1	794	3.3	26.5	37.2	32.1	0.7	100.0	675
უმაღლესი/ასპირანტურა	84.3	837	4.8	29.0	32.3	32.7	1.2	100.0	711
ეთნიკური წარმოშობა									
ქართველი	85.2	2 479	4.0	27.8	34.6	32.7	0.8	100.0	2 127
აზერბაიჯანელი	94.7	322	8.0	25.9	44.7	20.1	1.3	100.0	307
სომეხი	89.6	114	1.0	29.2	52.4	16.4	1.0	100.0	104
სხვა	85.6	84	7.4	36.9	41.8	14.0	0.0	100.0	70
მშობიარობის რიგითობა									
პირველი	85.1	1 300	5.1	25.5	36.6	31.9	0.9	100.0	1 120
მეორე	87.3	1 106	4.1	28.2	38.6	27.8	1.1	100.0	965
მესამე +	89.0	593	4.6	31.7	35.6	27.6	0.4	100.0	523
მშობიარობის სახეობა									
ვაგინალური	87.5	2 807	4.8	28.6	37.7	27.9	0.9	100.0	2 465
საქეისრო კეეთით	74.7	192	0.7	12.3	26.7	60.2	0.0	100.0	143
წონა დაბადებისას									
< 2 500 გ	58.1	153	2.7	23.1	30.1	40.2	2.6	100.0	96
2 500 გ და მეტი	88.1	2 846	4.7	28.0	37.4	29.2	0.8	100.0	2 512

* გარდა 21 ბავშვისა, რომლებიც დაბადებისთანავე დაიღუპა

6.72 ცხრილში ნაჩვენებია ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა 60 თვემდე ასაკის ბავშვებისათვის. ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა მოცემულია ბავშვის ძუძუთი კვების დამთავრების ასაკამდე. ითვლება, რომ ახალშობილი მხოლოდ ძუძუთი იკვებება, თუ იგი მხოლოდ დედის რძეს ჭამს. ახალშობილი ითვლება თითქმის ან უმეტესად ძუძუთი კვებაზე, თუ იგი დედის რძის გარდა ღებულობს წყალს ან სხვა სითხეებს, გარდა რძის სხვა სახეობებისა. ბავშვები, რომლებიც მხოლოდ ან უმეტესად ძუძუთი იკვებებიან, ითვლებიან მთლიანად ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებად (Labbok MH და Krasovec K., 1990). ეს ინდიკატორები ჯმოს-ს მიერ არის რეკომენდირებული მოსახლეობაში ძუძუთი კვების ადექვატურობის შესაფასებლად და სხვა ქვეყნების მიერ ძუძუთი კვების იგივე ტიპის საერთაშორისო მონაცემების ერთმანეთთან შესადარებლად.

ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობის გამოთვლის მიზნით, გამოკითხვის მომგებში მეტუძვევ ქალების პროცენტული წილის გაანგარიშება ბავშვის ასაკის ყოველი თვის მიხედვით ხდებოდა (0-და 59 თვემდე), სადაც მრიცხველი მოიცავდა ყველა ცოცხალშობილი ბავშვის რაოდენობას (მიუხედავად მათი გადარჩენის სტატუსისა); შემდეგ, მიღებულ პროპორციებს აჯამებდნენ და ითვლიდნენ ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობას. ეს მეტოდი ცნობილია, როგორც “ამჟამინდელი სტატუსის საშუალო მაჩვენებელი”. ასევე ითვლიდნენ მხოლოდ და სრულ ძუძუთი კვების ხანგრძლივობას; აქაც ბავშვები, რომლებიც ჯერ არ იღებენ სხვა სითხეებს ან საკვებს, ითვლებიან მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებად, ხოლო ისინი, რომლებიც ადრე იყვნენ მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე ან დაიწყეს სხვა სითხეების მიღება, მაგრამ დედის რძის გარდა სხვა საკვებს არ იღებენ, ითვლებიან სრულ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებად.

ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 10.6 თვეს, თუმცა ამ დროის უმეტეს ნაწილს ძუძუთი კვება მხოლოდ ნაწილობრივი იყო. ჯმოს-ს რეკომენდაციით ოთხ თვეზე პატარა ყველა ბავშვი მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე უნდა იყოს. ცხადია, რომ საქართველოში ჯმოს-ს მიერ რეკომენდებული ძუძუთი კვების სისტემა ძალიან იშვიათია. ძუძუთი კვების საშუალო ხანგრძლივობა მხოლოდ 1.5 თვე იყო. ჩრდილო-აღმოსავლეთ და სამხრეთ რეგიონებში მცოვრებ ქალებს, მათ, ვინც 34 წლის მერე გააჩინა შვილი და იკვამ ქალებს იშვიათად ჰყავდათ შვილები მხოლოდ ძუძუთ კვებაზე. ვაგინალური მშობიარობით გაჩენილ ბავშვებთან შედარებით, საკეისრო კვეთით გაჩენილი ნორმალური წონისა და დაბალი წონის მქონე ბავშვები ნაკლებად იმყოფებიდნენ მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე. ძუძუთი სრული კვების საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 3.7 თვეს. ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა ერთ თვეზე მეტია სოფლად და სამხრეთ რეგიონში მცხოვრებ ქალებში. ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვების მაჩვენებელი იზრდება დედის ასაკთან და მშობიარობის რიგითობასთან ერთად და ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებში (14.5 თვე). იკვამ ქალების მონაცემებით, მათ საშუალოდ ორი თვით ნაკლებ დროს ჰყავთ შვილები ძუძუთი კვებაზე, ვიდრე ადგილობრივ მცხოვრებლებს. ვაგინალური მშობიარობით დაბადებული ბავშვები საშუალოდ ორჯერ უფრო დიდ ხანს იყვნენ ძუძუთი კვებაზე, ვიდრე საკეისრო კვეთით დაბადებული ბავშვები. ანალოგიურად, დაბალი წონის მქონე ახალშობილები ბევრად უფრო ნაკლებ დროს იყვნენ ძუძუთი კვებაზე, ვიდრე ნორმალური წონით დაბადებული ბავშვები.

ცხრილი 6.7.2

ტუტუთი კეების საშუალო ხანგრძლივობა თეეებში ტუტუთი კეების სახეობის და შერჩეული მანენენებლების მიხედვით
 ტუტუთი კეებზე მყოფი ცოცხლადშობილები, რომლებიც დაიბადენენ გამოკითხვამდე 6 წლის პერიოდში
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	მხოლოდ ტუტუთი კეება	სრული ტუტუთი კეება*	ნებისმიერი ქაისს ტუტუთი კეება
სულ	1.5	3.7	10.6
საცხოერებელი ადგილი			
ქალაქი	1.4	3.6	10.0
სოფელი	1.9	4.0	11.0
რეგიონი			
თბილისი	1.9	4.0	10.6
იმერეთი	1.5	2.9	10.0
ჩრდილო-აღმოსაელები	0.7	3.3	10.2
სამსრეთი	0.9	5.0	11.7
დასაელები	1.5	2.8	10.0
ახაკობრივი ჯგუფი (მშობიარობის მომენტისათვის)			
15-24	1.3	4.0	10.1
25-34	1.6	3.2	10.5
35-44	0.0	3.8	12.7
განათლების დონე			
არასრული საშუალო	1.1	4.0	14.5
საშუალო	1.6	3.8	10.8
ტექნიკური	1.6	3.7	9.9
უმადლე ს/ასპირანტურა	1.6	3.9	9.5
ეთნიკური წარმოშობა			
ქართველი	1.5	3.4	9.9
აზერბაიჯანელი	1.5	4.4	13.2
სომეხი	2.0	4.3	7.5
სხვა	1.0	2.6	5.3
იგა სტატუსი			
იგა	0.7	3.6	8.6
ადგილობრივი მაცხოერებელი	1.5	3.7	10.7
მშობიარობის რიგითობა			
პირველი	1.4	3.7	8.9
მეორე	1.8	4.2	11.3
მესამე +	1.4	2.9	12.6
მშობიარობის სახეობა			
ეაგინალური	1.5	3.9	11.9
საკეისრო კეებით	1.0	2.3	5.4
წონა დაბადებისას			
< 2 500 გ	1.5	3.8	10.9
2 500 გ და მეტი			

*ბეეებში, რომლებიც მხოლოდ (დედის რეე მხოლოდ) ტუტუთი კეებზე ან თითქმის ყოველთვის ტუტუთი კეებზე იყენენ (დედის რეე პლიუს ზოგი სახის სითხე, გარდა საბეეეო კეებისა)

ცხრილი 6.7.3

ტუპუთი კეების შეწეეტის ყველაზე ტიპიური მიზეზები ბაეშეის ტუპუდან მოშორების ასაკის მიხედვით

ცოცხლადშობილები, რომლებიც დაიბადნენ გამოკითხვამდე

6 წლის პერიოდში და რომლებიც გამოკითხვის

მომენტში აღარ იყვნენ ტუპუთი კეებზე

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მიზეზები	სულ	ასაკი ტუპუთი კეების დანებებისას (თვეებში)				
		0-1	2-4	5-11	12-23	24-59
დედის რძე საკმარისი არ არის	59.6	82.3	83.0	68.8	7.6	1.1
მიაღწია ტუპუთი კეების დამთავრების ასაკს	27.9	0.4	3.0	14.7	88.1	96.6
ბაეშეს აღარ უნდა ტუპუს წოვა	3.3	1.6	3.4	5.3	2.8	1.2
დედას პრობლემები აქვს ტუპუსთან დაკავშირებით	3.0	80.	3.4	2.0	0.4	0.0
დედა აეად გახდა	1.8	2.4	1.6	3.4	0.0	0.0
ბაეში გახდა აეად ან გარდაიცვალა	1.4	2.8	1.4	1.9	0.0	0.0
დედას ურჩევნია ხელოვნური კება	1.0	0.9	2.1	0.6	0.0	0.0
დედა დაორსულდა	0.9	0.0	0.4	2.6	0.7	0.0
დედას სამსახური სჭირდება	0.8	0.4	1.5	0.3	0.4	1.1
სხვა	0.3	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	1 550	266	525	372	289	98

6.7.3 ცხრილში ნაჩვენებია იმ ბაეშეების პროცენტული განაწილება, რომლებიც ტუპუთი იკებებოდნენ, მაგრამ გამოკითხვის მომენტში აღარ იღებდნენ დედის რძეს, მათი ტუპუდან მოშორების ასაკისა და დედის მიერ დასახელებული მიზეზების მიხედვით. ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია: დედის რძე საკმარისი არ არის ბაეშეის ტუპუთი გამოკვებისათვის (60%) და ბაეშემა მიაღწია ტუპუდან მოშორების ასაკს (28%). დედის რძის უკმარისობა ბაეშეის ტუპუდან მოშორების ყველაზე ტიპიური მიზეზია იმ შემთხვევებში, როცა ბაეშეი ტუპუს ერთი თვის ან ხუთ თვემდე ასაკში მოაშორეს (შესაბამისად 82% და 83%). მეორე ყველაზე ხშირ მიზეზად ასახელებდნენ იმას, რომ ბაეშემა მიაღწია ერთი წლის ან ერთ წელზე მეტ ასაკს.

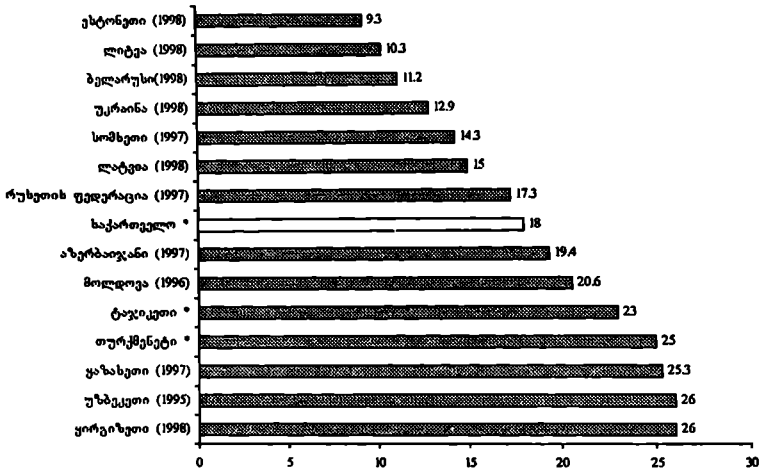
6.8 ახალშობილებისა და ბაეშეთა სიკვდილიანობა

მიუხედავად იმისა, რომ ახალშობილთა სიკვდილიანობა საქართველოში უფრო მაღალია, ვიდრე საბჭოთა კავშირის სხვა ყოფილ რესპუბლიკებში, ეს მაჩვენებელი შეიძლება შევადაროთ ანალოგიურ მაჩვენებლებს დსთ-ის სხვა სახელმწიფოებში (დიაგრამა 6.8.1). ამავე დროს ახალშობილთა სიკვდილის არასრული რეგისტრაციის ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკა საქართველოში, როგორც ჩანს, მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ახალშობილთა და ბაეშეთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების დონეზე.

ახალშობილთა სიკვდილის რეგისტრაცია საქართველოში ისეთივეა, როგორც ცოცხალშობილთა რეგისტრაცია. ამჟამად ახალშობილთა სიკვდილიანობის აღრიცხვის ორი ოფიციალური წყარო არსებობს: ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის (სსიკ) და საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის (სსდ) მიერ მოწოდებული მონაცემები. ისევე, როგორც დაბადების რეგისტრაციის შემთხვევაში (იხ. აგრეთვე თავი IV), ამ ორი წყაროს მიერ დაფიქსირებული ახალშობილთა სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთიმეორესაგან. სსიკ-ი ინფორმაციას ახალშობილთა სიკვდილობაზე სამედიცინო დაწესებულებებიდან იღებს (ყოველთვიურად სამშობიარო სახლებიდან და ყოველწლიურად საავადმყოფოების პედიატრიული განყოფილებებიდან და პოლიკლინიკებიდან). პირველად მონაცემები ჯერ სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე, სარეგისტრაციო მურნალში გატარებული ინფორმაციის საფუძველზე გროვდება, და შემდეგ სპეციალური კრებითი ფორმებით ეგზავნება სსიკ-ს. სსდ ღებულობს სიკვდილიანობის მონაცემებს ქალაქისა და სოფლის მშაჩის ბიუროებიდან, სადაც გარდაცვლილის ნათესავეები წარადგენენ ექიმის მიერ საავადმყოფოში ან ამბულატორულ დაწესებულებაში შევსებულ სამედიცინო მოწმობას გარდაცვალების შესახებ, რათა მიიღონ გარდაცვალების ოფიციალური მოწმობა (რაც აუცილებელია მიცვალებულის დასაფლავებისათვის). გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო მოწმობების ორიგინალები იგზავნება სსდ-ში, სადაც ამუშავენ დემოგრაფიულ მონაცემებს და სიკვდილის მიზეზებს კოდებით შიფრავენ 1998 წელს საქართველოს მიერ მიღებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გამოცემის თანახმად (დსკ10).

ინფორმაციის ზემოთხსენებული ორი სისტემის მონაცემებს შორის არსებული სხვაობა დოკუმენტურად დააფიქსირა შობადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლებისათვის პასუხისმგებელი ორი სააგენტოს (სსიკ და სსდ) ერთობლივმა გამოკვლევამ. გამოკვლევა ჩატარდა ჯმო/უერო-ს ფინანსური მხარდაჭერით. ამ გამოკვლევის ერთ-ერთი მიზანია შობადობისა და სიკვდილობის რეგისტრაციის სიზუსტის შეფასება მშაჩის ბიუროების დონეზე და ამ მონაცემების შედარება სამედიცინო დაწესებულებებში დაფიქსირებულ მონაცემებთან. ამ გამოკვლევამ, რომელიც რამოდენიმე ქალაქსა (თბილისის ერთ-ერთ რაიონში, რუსთავეში და გორში) და რეგიონში (მცხეთა, მარნეული) ჩატარდა, გამოავლინა, რომ შობადობისა და სიკვდილობის საერთო მაჩვენებლების 28%-30% არ იყო რეგისტრირებული მშაჩის ბიუროების მიერ. გარდა ამისა, გამოკვლევა ამ დედათა სიკვდილიანობის არცერთი შემთხვევა, რომელიც დაფიქსირებულია სამედიცინო დაწესებულებებში, არ იყო რეგისტრირებული რეგიონალური მშაჩის ბიუროების მიერ. ამ გამოკვლევის საფუძველზე ჯანდაცვის სამინისტრომ მიიღო ახალი რეკომენდაციები "ბავშვთა სიკვდილიანობის ინდიკატორების განხორციელებისა და გამოთვლის შესახებ", გარდაცვალების სამედიცინო ცნობის ახალი ფორმატი და ინსტრუქციები გარდაცვალების შესახებ ცნობის შევსებისა და გამოქვეყნების შესახებ (2000 წლის ოქტომბრის ბრძანება №141 და 2000 წლის დეკემბრის ბრძანება №94/0).

დიაგრამა 6.8.1 ახალ შობილთა სიკვდილიანობა (ახალ შობილთა სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა 1000 ცოცხლად შობილზე) ახალ დამოუკიდებელ სახელმწიფოებში. ჯანმო-ს მიერ გამოქვეყნებული ბოლო მონაცემების თანახმად



* ამ ქვეყნებში არ მიაწოდეს თავიხი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჯანმო-ს და აქ ჩამოთვლილია 2001 წლის შობადობის შესაბამის მონაცემების შეფასება

ამგვარად, გასაკვირი არ არის, რომ სსიცი-ის მიერ გამოქვეყნებული ახალ შობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (ასმ) საშუალოდ 53% აღემატება სსდ-ის მიერ გამოქვეყნებულ იგივე მონაცემს (შესაბამისად 23.7/1000 და 13.1/1000 1995 წელს; 29.2/1000 და 17.4/1000 1996 წელს, 23.8/1000 და 16.3/1000 1997 წელს, 21.3/1000 და 15.2/1000 1998 წელს, და 23.3/1000 და 17.2/1000 1999 წელს. მიუხედავად იმისა, რომ სსიცი-ის საინფორმაციო სისტემა უფრო სავსეა, ორივე სისტემა არ იძლევა შობადობისა და სიკვდილიანობის იმ შემთხვევების რეგისტრაციას, რომლებსაც საავადმყოფოს კედლებს მიღმა ჰქონდა ადგილი.

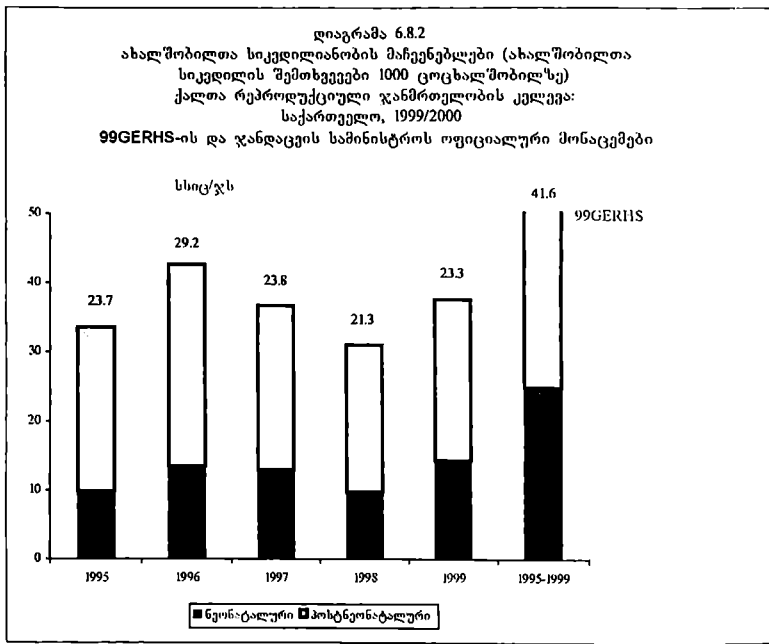
99GERHS-ის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანია ახალ შობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დონისა და ტენდენციების შეფასება იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ახალ შობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები საკმაოდ არაზუსტია. ამ მიზნით, გამოკითხვის კითხვარში შეტანილია კითხვები ორსულობის ისტორიის შესახებ ყოველი ცოცხალ შობილისათვის: მშობიარობის თარიღი, ბავშვის სქესი, გადარჩენის სტატუსი და გარდაცვლილი ბავშვების შემთხვევაში – გარდაცვალების თარიღი. რესპონდენტებს სთხოვეს მიეთითებინათ ორსულობის შედეგები (მაგალითად, მკვდრად შობილი და ცოცხალ შობილი ბავშვი) საერთაშორისო განსაზღვრებების მიხედვით. ასე მაგალითად, ტერმინი “ცოცხლად შობილი” განისაზღვრა, როგორც ყველა გაჩენილი ბავშვი, რომელიც დედის ორგანიზმიდან მოშორების შემდეგ

სუნთქავს ან სიცოცხლის სხვა ნიშნებს ამჟღავნებს ორსულობის ასაკის მიუხედავად. ეს განსაზღვრა მხოლოდ უმნიშვნელოდ განსხვავდება ჯმოს მიერ მოდიფიცირებული და საქართველოში 1994 წლის იანვრიდან მიღებული განსაზღვრისაგან (22 კვირის ორსულობა ან ახალშობილის სხეულის წონა 500 გ და სიცოცხლის ნებისმიერი ნიშანი).

ეს ინფორმაცია ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის გამოთვლის საშუალებას გვაძლევს დროის გარკვეული პერიოდებისათვის, რომლებიც გამოთვლილია მოცემულ ასაკამდე მიღწევის ცხრილების მიხედვით. მიღებული გამოკითხვის შედეგად რესპონდენტთა ბავშვების სიკვდილობის მონაცემების (ბავშვის პირველი დაბადების დღემდე) ანალიზის მიზნით, ეს მონაცემები ორ კატეგორად დაიყო: ნეონატალური (0-28 დღე) და პოსტნეონატალური (29- დღიდან 11 სრულ თვემდე). ბავშვთა სიკვდილიანობა განისაზღვრება როგორც სიკვდილის შემთხვევები, რომლებსაც ადგილი ჰქონდათ 12 - 59 თვის ასაკში. 6.8 ცხრილში მოყვანილია სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1990 წლის იანვრიდან 1999 წლის დეკემბრამდე სხვადასხვა ფორმური მახასიათებლების მიხედვით. ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ამ პერიოდისათვის იყო 40.7/1000 ცოცხალშობილზე, ხოლო სიკვდილიანობა 5 წლამდე ასაკში შეადგენდა 44.8/1000, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ 1000 ცოცხალშობილი ბავშვიდან თითქმის ყოველი 45-ე დაიღუპა ერთ წლამდე ასაკში. ამ ათწლიან ინტერვალში ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შეადგენდნენ შესაბამისად 25.0/1000 და 15.7/1000. ასეთი ტიპის გამოკითხვაში ნეონატალური სიკვდილიანობის რეგისტრაციის უზუსტობა უფრო დიდია, ვიდრე შედარებით დიდი ასაკის ბავშვებში. როცა ახალშობილი იღუპება სიცოცხლის პირველ დღეებში, ზოგი ქალი, განსაკუთრებით დაბალი განათლების მქონე ქალები და ისინი, ვისაც ბევრი შვილი ჰყავს, ყოველთვის არ მიიჩნევენ ბავშვს როგორც ცოცხალშობილს. ამის გამო გამოთვლილი ნეონატალური სიკვდილიანობა 25.0 და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 40.7 უნდა განვიხილოთ, როგორც მინიმალური მაჩვენებლები დროის ამ პერიოდისათვის. მიუხედავად ამისა, დასაეღეთ ევროპაში, სადაც მსგავსი მონაცემები შედარებით სავსეა, ახალშობილთა სიკვდილობის მაჩვენებლები ნეონატალურ პერიოდში ჩვეულებრივ 60% შეადგენდა შესაბამისი ასმ დონეებისათვის. (დემოგრაფიული ყოველწლიური ცნობარი, 1974 წ.). შეფარდება ნეონატალური და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს შორის 99GERHS-ის გამოთვლების მიხედვით (61%) შეესაბამება ამ ცფრებს, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ გამოკითხვისას დაშვებულია უმნიშვნელო უზუსტობა ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებლების თვალსაზრისით.

ახალშობილთა სიკვდილიანობაზე გამოკითხვის მონაცემების შედარებამ ოფიციალურ მონაცემებთან (დიაგრამა 6.8.2) ცხადყო, რომ 99GERHS-ის 5-წლიანი პერიოდისათვის გამოანგარიშებული მთლიანი ასმ 41.6/1000 ცოცხალშობილზე დაახლოებით 70% აღემატება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებულ ასმ-ს 1995 წლის იანვარის - 1999 წლის დეკემბრის პერიოდისათვის. სტანდარტული სტატისტიკური ცდომილება (სც) გამოკითხვის პერიოდის გამოთვლებისათვის შეადგენს 5.7 პროცენტულ წერტილს, რომლებიც გამოითვლება ფორმულით: სც = სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (სიკვდილის შემთხვევის კვადრატული ფესვი) * 14, სადაც 1.4 წარმოადგენს ფორმატის სასურველ ეფექტს, რადგან 99GERHS-ი იყენებდა კლასტერული შერჩევის ფორმატს. სტანდარტული ცდომილებები შეიძლება

გამოიყენეთ სარწუნო ასმ ინტერვალების გამოსათვლელად, რომლებიც 95% სიზუსტით დაამტკიცებენ, რომ მოსახლეობის ასმ-ს ნამდვილი მნიშვნელობა სწორი არ არის. ამგვარად, შეფასება 41.6/1000 ცოცხალშობილზე უნდა განვიხილოთ, როგორც ასმ ნამდვილი მანევრებელი, რომლის თეორიულად გამოთვლა შესაძლებელია, თუ გამოიკითხება რეპროდუქციული ასაკის ეველა ქალი. ნამდვილი მანევრებელი შეიძლება უფრო მაღალი ან დაბალი იყოს და მისი მნიშვნელობა შეიძლება მოდიოდეს 30.4 – 52.8/1000 95% სანდო ინტერვალის რომელიმე მონაკვეთზე (სი=±1.96*სც). ამ მანევრების ქვედა ზღვარი (30.4) დაახლოებით 26% აღემატება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 1995-1999 წლების პერიოდისათვის გამოქვეყნებულ მონაცემს (24.2/1000) და თითქმის ორჯერ აღემატება სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის იგივე მანევრებს.



გამოიკითხვასა და ოფიციალურ მონაცემების შორის არსებული სხვაობა აღინიშნებოდა როგორც ნეონატალური, ასევე პოსტნეონატალური მონაცემებისათვის. მაგრამ ეს სხვაობა იყო ნეონატალური სიკვდილიანობის მანევრებლებისათვის. მაგალითად, ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ოფიციალური ნეონატალური სიკვდილიანობის მანევრებლები საშუალოდ შეადგენდა 12.1/1000 და წლების მიხედვით იყო: 9.9/1000 ცოცხალშობილზე 1995 წ., 13.5 – 1996 წ., 13.0 – 1997 წ., 9.8 – 1998 წ. და 14.4 – 1999 წ. (დიაგრამა 6.8.2). და პირიქით, გამოიკითხვების მონაცემების საფუძველზე მიღებული

ნონატალური სიკვდილიანობის სავარაუდო მაჩვენებელი იყო 25.4/1000, რაც დაახლოებით ორჯერ აღემატება ოფიციალურ საშუალო მაჩვენებელს 1995-1999 წლების პერიოდისათვის. ანალოგიურად, გამოკითხვის პოსტნონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 16.2 34%-ით აღემატება ოფიციალურ საშუალო მონაცემს 12.1/1000. ამგვარად, ჯანმრთელობის სამინისტროს მონაცემებით ნონატალური სიკვდილიანობა 1995-1999 წლების პერიოდისათვის ახალშობილების მთლიანი სიკვდილიანობის მაჩვენებლის 47% შეადგენდა, ხოლო რესპონდენტების ნონატალური სიკვდილიანობის მონაცემებით ახალშობილთა სიკვდილიანობის უდიდესი ნაწილი მიდის ბავშვის სიცოცხლის პირველ წელიწადზე (61%). ამგვარად, გამოკითხვის შედეგად გამოანგარიშებული ბავშვთა ადრეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, მიუხედავად იმისა, რომ არც ეს მაჩვენებლებია სრული, ბევრად აღემატება ოფიციალურ მაჩვენებლებს. ეს შეიძლება იმით აიხსნას, რომ სიცოცხლის მონაცემების მარვესტრირებული სისტემა ამ მონაცემების ბევრად უფრო არასრულ სურათს იძლევა.

დიფერენციალები ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებისათვის დედის საცხოვრებელი ადგილის, ასაკის, განათლების დონის და ეთნიკური ფონური მონაცემების, მშობიარობის რიგითობის და ბავშვის სქესის მიხედვით წარმოდგენილია 6.8 ცხრილში. ახალშობილების და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებიან დედის საცხოვრებელი ადგილის ან დროის მონაკვეთის მიხედვით. სიკვდილობის დიფერენციალები მშობიარობის მომენტში დედის ასაკის მიხედვით ყველაზე დიდია 20 წლამდე ასაკის მულოვან რესპონდენტებში (შესაბამისად 45/1000 და 48/1000). ახალშობილების სიკვდილიანობა დედის განათლების დონის მიხედვით უფრო მაღალია საშუალო განათლების მქონე ქალებში. ყველაზე მაღალი დიფერენციალები აღინიშნებოდა პოსტნონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლებისათვის; სიკვდილიანობის ალბათობა სიცოცხლის 28-294 დღის პერიოდში საშუალო განათლების მქონე დედების შეილებსათვის ორჯერ მეტი იყო ტექნიკუმდამთავრებული ქალების შეილებთან შედარებით და ოთხჯერ მეტი - უმაღლესი განათლების მქონე ქალების შეილებთან შედარებით.

ახალშობილთა სიკვდილიანობის დიფერენციალები დედის ეთნიკური წარმოშობის მიხედვით ცხადყოფენ, რომ აზერბაიჯანელი ქალების შეილების სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 50% აღემატებოდა ქართველი ახალშობილების იგივე მაჩვენებელს. ეს სხვაობები შეიძლება გამოწვეულია განათლების დაბალი დონით, შეილოსნობის უფრო ახალგაზრდა ასაკით, ფერტილობის უფრო მაღალი მაჩვენებლით, საცხოვრებელი ფართის სიმჭიდროვით და ჯანდაცვის სამსახურების ნაკლებად ხელმისაწვდომობით. ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იმ ბავშვებისათვის, რომლებიც დეის ან ძმის მიყოლებით დაიბადნენ (2 წელზე ნაკლები ინტერვალით), უფრო მაღალია, ვიდრე მაშინ, როცა ორი თანმიმდევრული მშობიარობა 2-4 წლით არის დაშორებული ერთმანეთისაგან (შესაბამისად 53/1000 და 33/1000). ახალშობილი ბიჭების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (48/1000) თითქმის 50% აღემატება ახალშობილი გოგონების სიკვდილიანობის მაჩვენებელს (32/1000), რაც ნონატალურ სიკვდილიანობის სტრუქტურაში ასახავს სქესობრივ დიფერენციალს. დედისა და მშობიარობის მაჩვენებლების მიხედვით ბავშვთა სიკვდილიანობისათვის ძირითადად იგივე დიფერენციალები იყო დამახასიათებელი, რაც ახალშობილთა სიკვდილიანობისათვის.

ცხრილი 6.8

ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (ახალშობილების და ბავშვთა რაოდენობა 1000 ცოცხალშობილზე) შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

1990 წლის იანვრიდან 1999 წლის დეკემბრამდე დაბადებული ბავშვები
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ახალშობილთა სიკვდილიანობა			ბავშვთა სიკვდილიანობა	სულ	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
	სულ	ნეონატალური	პოსტ-ნეონატალური	(1-4 წელი)	(0-4 წელი)	
სულ	40.7	25.0	15.7	4.2	44.8	5 605
გამოსაკვლევი პერიოდი						
1990 წ. იანვარი/1994 წ. დეკემბერი	39.9	24.7	15.2	4.8	44.5	3 098
1995 წ. იანვარი/999 წ. დეკემბერი	41.6	25.4	16.2	3.8	45.3	2 507
საკვლევი პერიოდი						
ქალაქი	40.7	28.8	11.9	5.2	45.6	3 037
სოფელი	40.8	21.3	19.5	3.3	43.9	2 568
ახსიათებელი ფაქტორი (მშობიარობის მომენტი: ხათის)						
20 წელზე ნაკლები	44.5	28.6	15.8	4.1	48.4	1 070
20-29	39.0	22.3	16.7	5.1	44.0	3 500
30 ან მეტი	41.9	30.0	12.0	0.1	42.0	1 035
განათლების დონე						
არასრული საშუალო	48.5	24.8	23.7	5.7	54.0	2 467
საშუალო	37.7	26.2	11.5	3.2	40.8	1 621
უმაღლესი/ასპირანტურა	31.2	24.1	7.1	3.0	34.1	1 517
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	38.3	25.8	12.5	4.3	42.4	4 719
აზერბაიჯანელი	54.8	19.4	35.5	3.4	58.0	522
სომეხი	49.0	22.7	26.2	7.6	56.3	218
სხვა	37.9	30.3	7.5	0.0	37.9	146
მშობიარობის რეგიონობა						
პირველი	36.3	25.2	11.1	4.0	40.1	2 453
მეორე	44.6	24.9	19.7	3.3	47.7	2 076
მესამე ან მეტი	43.2	24.8	18.4	6.7	49.6	1 076
ინტერვალის მშობიარობებს შორის						
პირველი მშობიარობა	36.3	25.2	11.1	4.0	40.1	2 458
ორ წელზე ნაკლები	52.8	28.2	24.7	2.5	55.2	1 300
2-4 წელი	43.2	21.3	21.9	7.7	50.5	973
ოთხ წელზე მეტი	32.5	24.1	8.4	4.5	36.9	788
ბავშვთა სქესი						
მამრობითი	48.3	31.5	16.8	4.8	52.9	2 972
მდედრობითი	31.5	17.1	14.5	3.6	35.1	2 622

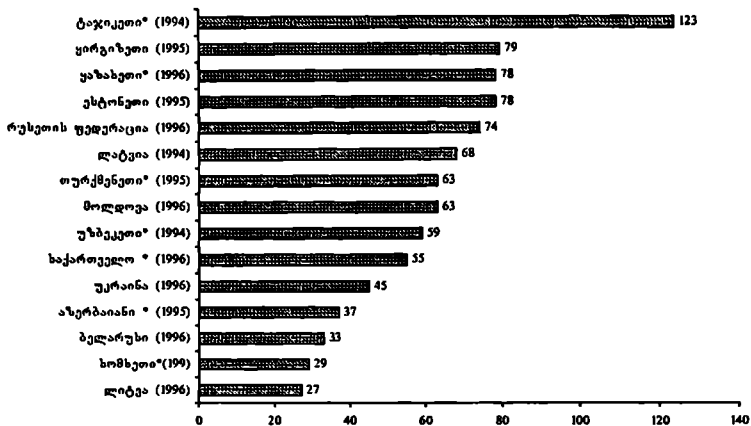
6.9. დედათა სიკვდილიანობა საქართველოში

ევროპული სტანდარტების გათვალისწინებით, ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკები, მათ შორის საქართველოც, ხასიათდება დედათა სიკვდილიანობის ძალიან მაღალი დონით. ჯანმრთელობის ბოლოდროინდელი შეფასებით დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ახალ დამოუკიდებელ სახელმწიფოებში მოყვანილია 6.9 დიაგრამაზე (Hill, et al., 2001). საქართველოს მონაცემები მოწოდებულია ჯანდაცვის სამინისტროს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მიერ, რომელიც ახორციელებს ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების აქტიურ ზედამხედველობას. იგულისხმება, რომ ინფორმაცია დედათა სიკვდილიანობის შესახებ სიკვდილიდან 24 საათში უნდა ეცნობოს ჯანდაცვის სამინისტროს და ყოველ შემთხვევას თანდართული უნდა ჰქონდეს სიკვდილის გარემოებების დეტალური ანგარიში. შეტყობინებებს დედათა სიკვდილის შესახებ ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა წყაროებიდან იღებენ (სამშობიაროები, სხვა საავადმყოფოები, სხვა სამედიცინო დაწესებულებები). წარსულში სიკვდილის ყველა შემთხვევას ადვილზე დეტალურად იკვლევდნენ და ზოგჯერ ექიმს დისციპლინარულ სასჯელსაც აკისრებდნენ. ამჟამად დედათა და ბავშვთა დეპარტამენტი განიხილავს სიკვდილის შემთხვევების ანგარიშებს და შეტყობინებებს დედათა სიკვდილიანობის თავიდან აცილების მიზნით. დედათა სიკვდილის მთავარი მიზეზებია სისხლდენა, რომელიც დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების სტრუქტურაში საშუალოდ 40% შეადგენს ემბოლია, რომელიც 17-20% დედათა სიკვდილიანობას იწვევს და სეფსისი (18%). დედათა ყველა სიკვდილის 13%-მდე აბორტით არის გამოწვეული, თუმცა, თვით სეფსისი და სისხლდენა შეიძლება ხელოვნური აბორტის შედეგი იყოს.

ისევე, როგორც ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემთხვევაში, დედათა სიკვდილიანობაც განისაზღვრება მშობის ბიურობის მიერ გაცემული გარდაცვალების შესახებ ცნობის საფუძველზე (ოხ. ზევით), მაგრამ ეს წყარო საკმაოდ არასრულ მონაცემებს იძლევა, რაც გამოწვეულია კოდირების შეცდომებით და სიკვდილის შესახებ შესავსებ ბლანკზე ორსულობის ინფორმაციის აღმნიშვნელი გრაფის უქონლობით. სიკვდილის შესახებ ცნობის ახალ ფორმაში, რომელიც მიიღო ჯანდაცვის სამინისტრომ (2000 დეკემბრის №94/0 ბრძანება) ასეთი გრაფა სპეციალურად დაემატა დედათა სიკვდილიანობის რეგისტრაციის გაუმჯობესების მიზნით.

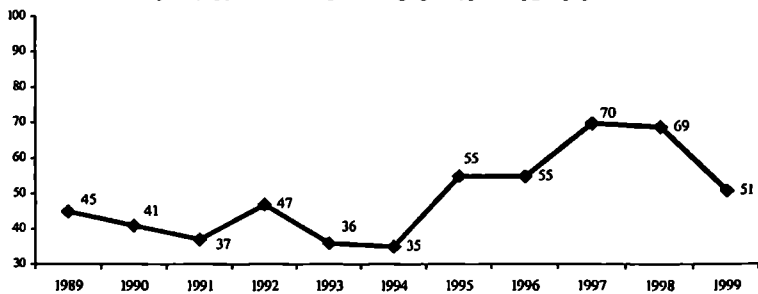
როგორც 6.9.2 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (დსმ) 100 000 ცოცხალშობილზე 1990-ათიან წლების დასაწყისიდან იწყებს თანდათანობით ზრდას და 1998 წელს პიკს მიღწევის შემდეგ შემცირებას იწყებს. ამ მაჩვენებლის ბოლოდროინდელი შემცირების მიზეზი შეიძლება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 1998 წელს შემოღებული ავადმყოფობის ისტორიის და ავადმყოფის საავადმყოფოში გაზაუნვის ახალი სისტემაა. ამჟამად დედის მდგომარეობის ნებისმიერი გართულებისას საავადმყოფომ ან სამედიცინო განყოფილებამ, სადაც იმყოფება პაციენტი, შეიძლება გამოიძახოს სასწრაფო სპეციალიზირებული ბრიგადა ან გადაიყვანოს პაციენტი მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში.

დიაგრამა 6.9.1
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები
 (დედათა სიკვდილი 100 000 ცოცხალ შობილზე) ახალ დამოუკიდებელ
 სახელმწიფოებში
ჯანმრთელობის მიერ შეუასრულებელი ბოლოდროინდელი მონაცემები



*/ ქვეყნები, სადაც სიკვდილის გამოწვევი მიზეზები არ არის ხუსტად მინიშნებული

დიაგრამა 6.9.2
სასქრთველოში დედათა სიკვდილობის მაჩვენებლები (დედათა
სიკვდილის შემთხვევები 100 000 ცოცხალ შობილზე) 1989-1999 წლების
პერიოდისათვის
ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური შეფასებები



კონტრაცეპციული მეთოდებისა და მათი მოხმარების ცოდნა

მეხუთე თავში განხილული იყო ქართველი ქალების მონაცემები, რომელთა მიხედვით ერთ ცოცხალშობილზე ორ აბორტზე მეტი მოდის, რაც განპირობებულია მეტწილად ეფექტური კონტრაცეპტივების უარყოფით, ტრადიციული მეთოდების პოპულარობით, თანამედროვე მეთოდების ნაწილობრივ დაცოდნით და ნაწილობრივ უნდობლობით, ქვეყანაში ახლად შექმნილი ოჯახის დაგეგმარების სამსახურების უგულვებელყოფით. ოჯახის დაგეგმარების მეთოდებზე და მათ გვერდით მოვლენებზე მწირი ან უარეს შემთხვევაში მცდარი ინფორმაცია, კონტრაცეპციული საშუალებებით მომსახურების ადგილსამყოფელის არ ცოდნა მნიშვნელოვნად აფერხებს კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების თანმიმდევრულ და სწორ გამოყენებას.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ 1996 წელს დაფინანსებული პროგრამის ფარგლებში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს ოთხ რეგიონში (თბილისი, იმერეთი, შიდა ქართლი და რუსთავი) დააარსა ოჯახის დაგეგმარების (ოდ) 40 კლინიკა, დააკომლექტა ისინი კვალიფიკაციამაღლებული ექიმებით, აღჭურვა უახლესი აპარატურით და კონტრაცეპციის საშუალებების 2-წლიანი მარაგით (ორალური კონტრაცეპციის საშუალებები, კონდომები, და სმსს), რომლებიც უფასოდ უნდა გაეცელებულიყო. მიუხედავად ამისა, ამ სამსახურების პოპულარიზაციის ფართომასშტაბიანი კამპანია მასმედიაში უკანასკნელ დრომდე არ ჩატარებულა, რის გამოც ბევრი ახლადდაარსებული კლინიკა სრული დატვირთვით ვერ ამუშავდა. 1999 წელს ჯონ ჰოპკინსის სახელობის უნივერსიტეტის მოსახლეობის საკომუნიკაციო სამსახურების ცენტრებმა (ჯეჰუ/მსს) ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით დაარსეს მომხმარებლის ხარისხიანი მომსახურების და ოჯახის დაგეგმარების სასწავლო ცენტრები ამ კლინიკებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისათვის, გახსნა "ცხელი ხაზი" მოსახლეობის ოჯახის დაგეგმარებაზე ინფორმირებისათვის და 2000 წლის ივნის-დეკემბრში დაიწყო ოჯახის ჯანმრთელობის ეროვნული კამპანია ("ვიზრუნეთ ერთმანეთზე"). კამპანიის დროს ეროვნული და რეგიონალური ტელევიზიითა და რადიოთი გადაცემოდა სპეციალური სიუჟეტები, შუქდებოდა ღონისძიებები, იბეჭდებოდა პლაკატები კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე ოჯახის დაგეგმარების სამსახურების პროპაგანდის მიზნით. დაარსდა უფასო "ცხელი ხაზები" (რომლებსაც ემსახურება საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ერთ-ერთი წამყვანი არასამთავრობო ორგანიზაცია "კლარიტასი"). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მეორე "ცხელი ხაზი", რომელსაც ამჟამად ემსახურება ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია "თანადგომა", 1999 წელს დააარსა "ექიმები საზღვრებს გარეშე" - საბერძნეთის ჯგუფმა.

გამოკითხვის მონაცემები ეროვნული დონის პირველი წარმომადგენლობითი ინფორმაციაა ოჯახის დაგეგმარების ცოდნისა და მოხმარების შესახებ. ამ მონაცემების საფუძველზე შეფასდება შრომის, ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საერთაშორისო დონორების (მაგ. გაეროს მოსახლეობის ფონდი, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო) და რამოდენიმე კერძო ნებაყოფლობითი ორგანიზაციის ერთობლივი ინფორმაციულ-განმანათლებელ-კომუნიკაციური (იკა) კამპანიათა მცდელობა.

მაგალითად, 2000 წლის დეკემბერს ჯაჭუშის ოჯახის ჯანმრთელობის კამპანიის ეფექტურობის თვალსაზრისით მიზნით ჩატარდა თბილისში მცხოვრები 1000 რეპროდუქციული ასაკის ქალის მონიტორინგული გამოკითხვა. 1999/2000 წლის გამოკითხვის შედეგებს გამოიყენებენ, როგორც საწყის მონაცემებს, ხოლო მონიტორინგული გამოკითხვის შედეგებს – ამ გამოკითხვებს შორის ჩატარებული კვლევის პარამეტრების ცვლილებების საზომად.

99GRRHS-ის ჩატარებამდე საქართველოში კონტრაცეპციის მეთოდების ცოდნისა და მოხმარების მონაცემები მწირი და ხშირად ურთერთგამომრიცხავი იყო. 1991 წლიდან ჩატარებული რამოდენიმე KAP (ცოდნა-შეხედულება-მიღება) გამოკითხვა ან გეოგრაფიულად იყო შეზღუდული, ან ქვეყნის მასშტაბით წარმომადგენლობითი ხასიათი აკლდა. ბოლოდროინდელ გამოკვლევებს შორის აღსანიშნავია UNDP ფონდის დაფინანსებით "Curatio International Foundation (CIF)"-ის მიერ ჩატარებული ოჯახის დაგეგმარების და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 1996 წლის გამოკითხვა. გამოკითხვა ჩატარდა 9 რეგიონში, სადაც გამოკითხვა რეპროდუქციული ასაკის (14-49 წლის) 1 455 ქალი და კაცი. კითხვარი შეიცავდა კითხვების სერიას კონტრაცეპციის საშუალებების გამოყენების და ცოდნის შესახებ, მოსაზრებებს ოჯახის დაგეგმარების, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ოჯახის დაგეგმარების სამსახურების გამოყენების და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხების შესახებ. ამ გამოკითხვისას გამოვიღეთ კონტრაცეპციის მეთოდების გაცნობიერების შედარებით მაღალი დონე (ყველაზე კარგად ცნობილი მეთოდები იყო კონდომები, სშჩსს და ორალური კონტრაცეპტივები), მაგრამ გამოკითხვის ანგარიშში არ იყო მოყვანილი მონაცემები კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი მოხმარების შესახებ.

7.1. კონტრაცეპციის მეთოდები და მათი მოხმარების ცოდნა

99GERHS-ის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანი იყო რეპროდუქციული ასაკის ახალგაზრდა ქალების ოჯახის დაგეგმარების მეთოდების და ამ მეთოდებით უზრუნველყოფის წყაროების ცოდნის დონის გამოკვლევა. რესპონდენტებს უსახელდებდნენ კონტრაცეპციის 10 თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდს და ეკითხებოდნენ, სმენიათ თუ არა რაიმე ამ მეთოდების შესახებ, იცოდნენ თუ არა მათი გამოყენების წესები და იცოდნენ თუ არა, სად შეიძლება მათი მიღება.

71.1. ცხრილში შეჯამებულია მონაცემები კონტრაცეპციის მეთოდების ცოდნის შესახებ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სტატუსის. საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონის მიხედვით. ქართველი ქალების უმრავლესობას (95%) კონტრაცეპციის სულ ცოტა ერთ თანამედროვე მეთოდზე მაინც პქონდათ წარმოდგენა, ორ მესამედზე მეტი კი ტრადიციულ მეთოდს იცნობდა. საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების (სშჩსს) და კონდომების შესახებ იცოდა გამოკითხულთა უმრავლესობამ (შესაბამისად 93% და 88%), ორალურ კონტრაცეპტივებზე სმენიათ გამოკითხულთა 68%, სქესობრივი ცხოვრებისაგან პერიოდული თავშეკავების შესახებ - ქალების 65%, შეწყვეტილ სქესობრივ აქტზე - 50%. ქალის კონტრაცეპტიულ სტერილიზაციაზე (მიღების სტერილიზაცია) იცოდა ქალების მხოლოდ 44%. კონტრაცეპციის ყველაზე ნაკლებად ცნობილი მეთოდებია ვაშეტომია (12%), სპერმიციდები (11%), საინექციო და გადაუდებელი საჭიროების კონტრაცეპტივები (4%). მთლიანობაში, ქალებისათვის ცნობილია კონტრაცეპციის საშუალოდ სამიოდე მეთოდი.

ადგილობრივ მცხოვრებლებთან შედარებით, იგა ქალების ოდნავ მეტ რაოდენობას სმენიათ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდის შესახებ (შესაბამისად 95% და 98%), განსაკუთრებით კონდომებისა და ორალური კონტრაცეპტივების შესახებ, მაგრამ ქალების ორივე ჯგუფმა ერთნაირად იცოდა ტრადიციული მეთოდების შესახებ. კონტრაცეპციის თანამედროვე ან ტრადიციული მეთოდების ცოდნის დონე უფრო დაბალია სოფლად მცხოვრებ ქალებში. ქალაქად მცხოვრები ქალების ცოდნა სწმის შესახებ 8 პროცენტით, ორალურ კონტრაცეპტივებზე - 44%-ით, ქალთა სტერილიზაციაზე - 32% აღემატებოდა სოფლის მცხოვრებ ქალთა ცოდნის დონეს. რაც შეეხება ცოდნის დონეს სპერმიციდებზე, ვაზექტომიაზე და საინექციო კონტრაცეპტივებზე, ქალაქელი ქალების ცოდნა ორჯერ აღემატებოდა სოფლად მცხოვრები ქალების ცოდნას, ხოლო გადაუდებელი კონტრაცეპციის შემთხვევაში ეს მარეწებელი სამჯერ უფრო დიდი იყო ქალაქელი ქალებში.

კონტრაცეპტივებზე ცოდნა ყველაზე დაბალია ქვეყნის სამხრეთის რეგიონში, სადაც ქალებმა თითქმის არაფერი იცოდნენ არც თანამედროვე და არც ტრადიციულ მეთოდებზე. სხვა რეგიონებთან შედარებით, სამხრეთ რეგიონის ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებზე შესაბამისად 15% და 25% იყო, რაც ყველაზე დაბალი მარეწებელია ქვეყნის მასშტაბით.

ცხრილი 7.1.1

15-44 წლის იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც სმენია კონტრაცეპციის საეციფიურ მეთოდებზე საცხოვრებელი ადგილის და რეგიონის მიხედვით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეპციის მეთოდი	სულ იგა		საცხოვრებელი ადგილი				რეგიონი			
	სულ	იგა	ადგილი ბრძოვა მაცხოვრებელი	ქალაქი	სოფელი	თბილისი	შიდათი	ჩრდილო-აღმოსავლ. საქალ.	სამხრეთი	დასავლეთი
ნებისმიერი	95.1	98.9	94.9	98.2	91.3	97.8	98.3	94.3	84.7	97.8
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	94.9	98.9	94.7	98.0	90.9	97.7	98.0	94.1	84.0	97.7
სწმის	92.6	97.1	92.4	95.9	88.3	94.4	97.0	92.7	80.3	95.8
კონდომი	88.5	96.2	88.1	95.6	79.4	96.2	93.8	87.9	68.2	90.3
აბები	67.5	76.6	67.1	77.7	54.5	83.3	71.2	6.3	39.	65.9
მილების	43.5	46.6	43.3	48.6	36.9	46.1	51.4	43.2	22.2	49.8
სტერილიზაცია										
ვაზექტომია	12.4	14.3	12.3	17.0	6.6	23.2	10.7	9.5	4.9	8.9
სპერმიციდები	11.3	13.6	11.1	14.7	6.9	16.0	11.7	9.3	5.2	11.4
საინექციო (დებო-პროვერა)	4.3	6.1	4.3	5.8	2.5	8.7	2.8	2.2	1.7	7.0
გადაუდებელი კონტრაცეპტივები	4.1	5.1	4.0	6.0	1.6	9.8	1.9	1.8	1.4	2.8
თანამედროვე მეთოდები	3.2	3.6	3.2	3.6	2.8	3.8	3.4	3.2	2.2	3.3
საშუალო რაოდენობა ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	69.4	71.8	69.2	74.0	63.4	75.2	73.1	71.5	53.0	69.8
კალენდარი	69.4	67.6	64.7	71.0	57.0	71.8	70.5	68.1	44.6	64.5
შეწყვეტილი										
სქესობრივი აქტი	50.3	49.7	50.4	53.7	46.1	54.0	52.7	50.8	42.5	49.6
შემთხვევების რაოდენობა	7798	1 828	5 970	4 759	3 039	2 029	1 590	1 259	1 017	1 903

7.12 ცხრილში ნაჩვენებია ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპტივებზე რესპონდენტების ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკის მიხედვით. პრაქტიკულად, ყველა ამჟამად გათხოვილ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში (პარტნიორთან კავშირში) მყოფ და განათხოვარ ქალს კონტრაცეპციის მინიმუმ ერთ მეთოდზე მინც სმენია (შესაბამისად 97% და 96%), და ისინი კარგად იცნობენ ტრადიციულ მეთოდებს (შესაბამისად 85% და 79%). კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე ამჟამად გათხოვილი და განათხოვარი ქალების ცოდნის დონე მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან. გაუთხოვარი ქალების ცოდნა კონტრაცეპციის შესახებ ბევრად ნაკლები იყო, ხოლო კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების ცოდნასთან შედარებით მათი ცოდნა კონტრაცეპციის ტრადიციულ მეთოდებზე ორჯერ ნაკლები იყო (შესაბამისად 90% და 39%). გათხოვილ ქალებთან შედარებით გაუთხოველი ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპციის ყველა მეთოდზე, განსაკუთრებით კი კონტრაცეპციულ სტერილიზაციაზე, სპერმიციდებზე, გადაუდებელ კონტრაცეპციასა და შეწყვეტილ სქესობრივ აქტზე, გაცილებით დაბალი იყო.

ცხრილი 7.12

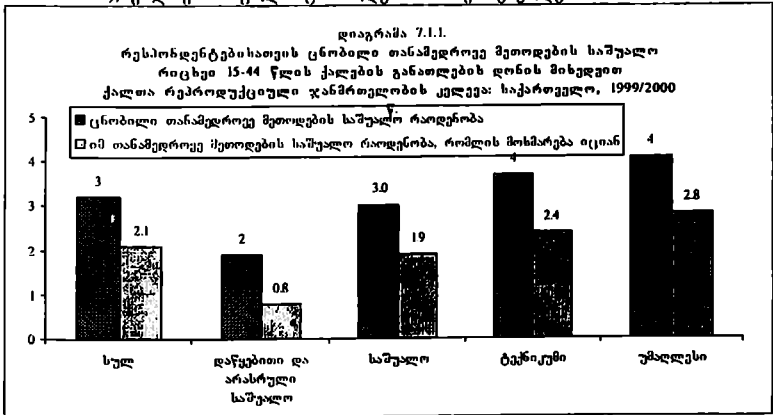
15-44 წლის იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც სმენია კონტრაცეპციის სპეციფიურ მეთოდებზე, მათი ოჯახური მდგომარეობის და ასაკის მიხედვით. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეპციის მეთოდი	ოჯახური მდგომარეობა				ასაკობრივი ჯგუფი		
	სულ	გათხოვილი	განათხოვარი	გაუთხოვარი	15-24	25-34	35-44
ნებისმიერი მეთოდი	95.1	97.8	95.6	90.1	90.3	97.8	98.1
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	94.9	97.4	95.6	90.1	90.0	97.4	98.0
სწახს	92.6	96.5	94.7	85.1	85.5	96.5	96.9
კონდომი	88.5	90.8	88.9	84.1	83.4	92.4	90.4
ორალური კონტრაცეპტივი	67.5	73.0	70.1	57.1	55.9	76.4	72.3
მილბის სტერილიზაცია	43.5	51.3	48.4	28.3	26.3	52.4	54.5
ვაზექტომია	12.4	14.3	16.7	8.1	7.1	15.7	15.4
სპერმიციდები	11.3	13.5	13.1	6.8	6.3	13.7	14.6
საინექციო კონტრაცეპტივი (დეპო პროვერა)	4.3	4.6	6.2	3.6	2.4	5.8	5.1
გადაუდებელი კონტრაცეპცია	4.1	4.5	7.6	2.6	1.4	5.8	5.4
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაოდენობა	3.2	3.5	3.5	2.8	2.7	3.6	3.5
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	69.4	85.0	79.1	39.1	43.6	83.0	85.7
კალენდარი (რითმის მეთოდი)	64.9	79.6	75.1	36.1	39.0	78.4	81.4
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	50.3	66.3	60.2	19.3	25.4	62.8	66.7
შეუწონავი რიცხვი	7 798	5 177	517	2 104	2 388	2 731	2 679

ზოგადად ახალგაზრდა ქალების კონტრაცეპციის ცოდნის დონე უფრო დაბალია, განსაკუთრებით, როცა საქმე გვაქვს ტრადიციულ მეთოდებთან (44% შესაბამისად 83% და 86% შედარებით). ვინაიდან ასაკი და ოჯახური მდგომარეობა პირდაპირ კავშირშია ერთმანეთთან, ხოლო გაუთხოვარი ქალები უფრო ხშირად ახალგაზრდა ქალების ჯგუფს ეკუთვნიან, ახალგაზრდა ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპციის სპეციფიური მეთოდების შესახებ

იხეთივეა, როგორც გაუთხოვარი ქალებისა; ქალების ეს კატეგორია უკეთ იცნობს სმსს-ს და კონდომს და ნაკლებად არის ინფორმირებული სხვა თანამედროვე მეთოდების შესახებ. ანალოგიურად, მათი ცოდნის დონე შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შესახებ ბევრად უფრო ნაკლებია უფროსი თაობის ქალებთან შედარებით (26% შესაბამისად 63% და 67%-თან შედარებით). კონტრაცეპტივების ცოდნის დონე დიდად არ განსხვავდება 25 ან მეტი წლის ქალებში.

როგორც 7.1.1 დიაგრამაზე და 7.1.3 ცხრილშია ნაჩვენები, ცოდნა კონტრაცეპტივებზე მჭიდროდ არის დაკავშირებული განათლების დონესთან. უმაღლესი განათლების მქონე ქალები საშუალოდ ორჯერ მეტ ცნობილ თანამედროვე მეთოდს იცნობენ (მათი ცოდნისა და მოხმარების თვალსაზრისით), ვიდრე საშუალო განათლების არმქონე ქალები.



7.1.3 ცხრილიდან ჩანს, რომ ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების შესახებ პირდაპირ უკავშირდება მათი განათლების დონეს. სპეციფიური მეთოდების ცოდნის ყველაზე დაბალი დონე აქონდათ არასრული საშუალო ან დაწყებითი განათლების მქონე ქალებს. განსაკუთრებით თვალშისაცემია ნაკლებად განათლებული ქალების მწირი ცოდნა მიღების სტერილიზაციის, ვაზექტომიის, სპერმიციდების, საინექციო და გადაუდებელი კონტრაცეპტივების შესახებ. იგივე სურათია კონტრაცეპციის ტრადიციული მეთოდების შემთხვევაშიც – ნაკლებად განათლებული ქალების ცოდნის დონე ამ მეთოდების შესახებ ბევრად უფრო დაბალია.

ცოდნის დონე კონტრაცეპციის იმ მეთოდებზე, რომლებსაც ხშირად მონაცვლეობით ხმარობენ, ჩვეულებრივ უფრო მაღალია, ვიდრე ცოდნა კონტრაცეპციის შესახებ. კონტრაცეპციაზე ცოდნის დონის უფრო ღრმად შესწავლისას, როცა გვინდა შევფასოთ ინფორმაციის მოცულობა, რომელსაც ფლობენ ის ქალები, რომელთაც შეუძლიათ კონტრაცეპციის მეთოდების იდენტიფიცირება (მაგალითად, რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, როგორ უნდა გამოიყენონ თითოეული მეთოდი ან პროცედურა), აღმოჩნდა, რომ ცოდნის დონე მეთოდის გამოყენებაზე მნიშვნელოვნად უფრო დაბალია, ვიდრე ცოდნა

კონტრაქტების შესახებ (ცხრილი 7.1.4 და დიაგრამა 7.1.2). ზოგადად, ცოდნის დონე კონტრაქტების ნებისმიერი თანამედროვე ან ტრადიციული მეთოდის გამოყენების შესახებ უფრო დაბალია, ვიდრე ცოდნის დონე შესაბამის კონტრაქტივზე. (შესაბამისად, 74% და 95%; და 52% და 69%). მიუხედავად იმისა, რომ სშის-სის და კონდომების ცოდნის დონე საკმაოდ მაღალია (93% და 88% შესაბამისად), ქალების ორ მესამედზე ნაკლებმა (62%) განაცხადა, რომ მათ იციან კონდომის ხმარება. და კიდევ, 67% სმენია ორალურ კონტრაქტივზე, მხოლოდ 30% იცოდა ამ მეთოდის გამოყენება. მსგავსი სხვაობა მეთოდისა და მისი გამოყენების ცოდნის დონეებს შორის შემინევა მიღების სტერილიზაციის, სპერმიციდების და საინექციო კონტრაქტივების შემთხვევაშიც, რაც კიდევ უფრო ავიწროებს იმ ქალების წრეს, რომლებმაც შეიძლება დაიწყონ ამ მეთოდების გამოყენება. სხვაობა მეთოდის არსებობის ცოდნასა და მისი გამოყენების ცოდნას შორის აღინიშნება კონტრაქტების კალენდარული მეთოდის შემთხვევაშიც (შესაბამისად 65% და 43%). ეს სხვაობა უფრო მცირეა შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში (შესაბამისად 50% და 38%).

ცხრილი 7.1.3

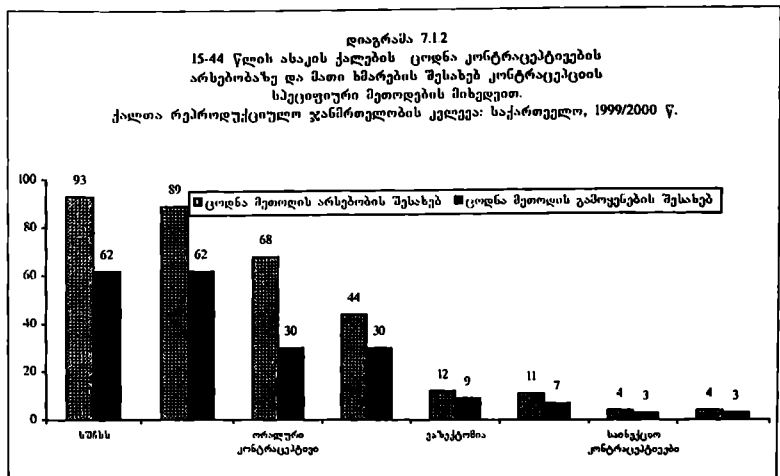
15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც სმენია კონტრაქტების საექიფიურ მეთოდებზე, მათი განათლების მიხედვით.
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ექსპერტთა, 1999/2000 წ.

კონტრაქტების მეთოდი	სულ	განათლების დონე			
		საშუალო ან დაწინაურებული	საშუალო	ბაკნიაური	უმაღლესი
ნებისმიერი მეთოდი	95.1	81.7	95.4	99.6	92.4
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	94.2	81.2	95.0	99.5	92.3
სშის	92.6	74.5	92.4	99.0	98.6
კონდომი	88.5	64.7	87.5	95.9	98.1
ორალური კონტრაქტივი	67.5	33.4	60.5	78.9	87.9
მიღების სტერილიზაცია	43.5	11.4	36.4	58.6	59.2
ვაკუტომა	12.4	1.6	8.2	13.3	24.0
სპერმიციდები	11.3	2.3	7.0	14.3	19.6
საინექციო კონტრაქტივი (დებო პროვერა)	4.3	0.6	2.3	5.1	8.7
გადაუდებელი კონტრაქტაცია	4.1	0.1	2.1	4.0	9.2
თანამედროვე მეთოდების საშუალო რაბა	3.2	1.9	3.0	3.7	4.1
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	64.2	30.0	65.6	84.6	85.5
კალენდარი (რითმის მეთოდი)	64.9	24.2	59.2	81.5	83.0
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	50.3	21.6	44.6	62.5	65.0
შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი	7 798	991	2 664	2 058	2 085

განსხვავება მეთოდის არსებობასა და მისი მოხმარების ცოდნას შორის დიდად არ განსხვავდება ოჯახური მდგომარეობის ან ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით. ყველაზე დაბალი ცოდნა კონტრაქტების მეთოდის გამოყენების შესახებ ჰქონდათ გაუთხოვარ და ძალიან ახალგაზრდა ქალებს (შესაბამისად, 58% და 64%). განსაკუთრებით შემწე მეთოდებზე არცოდნა კონდომებისა და ორალური კონტრაქტივების შესახებ, რადგან ტრადიციულად ისინი ახალგაზრდა ქალებისათვის კონტრაქტების ყველაზე შესაფერისი მეთოდებია. მიუხედავად იმისა, რომ კონდომის მოხმარების თეორიული ცოდნა აღემატება სხვა დანარჩენი მეთოდების ცოდნას, თითქმის ორი ქალიდან ერთმა არ იცოდა მისი ხმარების წესები. ანალოგიურად დაბალია ორალური კონტრაქტივების ცოდნის დონე.

ინფორმაციულ-განმანათლებელ-კომუნიკაციური (იგ.კ) ძალისხმევის შეფასების კიდევ ერთი ინდიკატორია კონტრაცეპციის მეთოდების წყაროს (ების) ცოდნა. GERHS-ის მიხედვით ქალების დაახლოებით ორ მესამედს (77%) შეუძლია დაასახელოს კონტრაცეპციის მეთოდების მიღების მინიმუმ ორი წყარო (ცხრილი 7.1.5). რესპონდენტებმა უკეთ იცოდნენ კონდომების (68%) და სწმსს-ის (66%) შეძენის წყაროები, ვიდრე კონტრაცეპციის სხვა თანამედროვე საშუალებებისა. ქალების ნახევარზე ნაკლებმა (46%) იცოდა, სად შეიძლება ორალური კონტრაცეპტივების შეძენა და სამი ქალიდან მხოლოდ ერთმა იცოდა სად კეთდება მიღების სტერილიზაცია. ძალიან ცოტამ იცოდა, სად კეთდება ვაზექტომია, ან სად შეიძლება სპერმიციდების, საინექციო ან გადაუღებელი კონტრაცეპტივების შეძენა. კონტრაცეპციის ყველაზე უკეთ ცნობილი მეთოდების შემთხვევაშიც, რესპონდენტების ცოდნის დონე ამ კონტრაცეპტივების არსებობის შესახებ გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე ცოდნა იმისა, თუ სად შეიძლება გაკეთდეს კონტრაცეპციის პროცედურა ან სად შეიძლება ამა თუ იმ საშუალების შეძენა; სხვაობა ცოდნის ამ ორ სახეობას შორის ვარირებდა 9 პროცენტული ერთეულით მიღების სტერილიზაციის შემთხვევაში და 22-25 პროცენტულ ერთეულს ფარგლებში ორალური კონტრაცეპტივების, სწმსს-ის და კონდომების შემთხვევაში.

ადგილობრივ მცხოვრებლებთან შედარებით იგ.კ-ის ცოდნის დონე კონტრაცეპციის მეთოდებისა და საშუალებების შეძენის წყაროების შესახებ ოდნავ უფრო მაღალია, შესაბამისად 77% და 85%). ამჟამად გათხოვილმა და განათხოვარმა ქალებმა უკეთ იცოდნენ კონტრაცეპციის მეთოდებისა და საშუალებების შეძენის წყაროები, ვიდრე გაუთხოვარმა ქალებმა (შესაბამისად 84%, 77% და 65%). ამ ცოდნის დონე ასაკთან ერთად იზრდებოდა (14-24 წლიან ასაკობრივ ჯგუფიდან 25-44 ასაკობრივ ჯგუფამდე).



ცხრილი 7.1.4

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც განაცხადა, რომ იცის კონტრაცეპციის სპეციფიური მეთოდების ხმარების წესები მათი ოჯახური მდგომარეობის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კელევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეპციის მეთოდი	სულ	იმა	ოჯახური მდგომარეობა				ასაკობრივი ჯგუფი		
			ადგილობრივი მაცხოვრებელი	გამოსული	განათმავალი	გაუმჯობესებული	15-24	25-34	35-44
ნებისმიერი მეთოდი	77.9	81.9	77.7	88.8	77.9	57.9	63.5	86.5	86.1
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	73.5	80.0	73.2	82.3	73.4	57.4	61.3	81.9	79.3
კონდომი	62.2	68.9	61.5	68.2	61.4	51.3	54.9	68.7	64.2
სწის	61.8	67.9	61.9	71.3	64.7	44.0	47.8	70.8	69.1
ორალური კონტრაცეპტივი	30.1	34.2	29.9	37.1	32.7	16.9	20.6	36.7	34.7
მილების სტერილიზაცია	30.1	33.3	30.0	36.3	35.2	17.9	17.4	36.7	38.3
ვაკუეტობა	8.9	10.3	8.8	10.1	13.5	5.8	5.0	11.0	11.3
სპერმიციდები	7.0	8.8	6.9	8.3	8.7	4.3	3.5	8.3	9.8
გადაუღებელი კონტრაცეპცია	2.7	3.9	2.5	2.9	5.4	1.9	1.0	3.7	3.8
ხაინექციო კონტრაცეპტივი (დგომარეობის პროფერა)	2.6	3.5	2.7	2.6	5.2	2.2	1.5	3.5	2.9
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	52.1	53.0	52.1	69.3	57.7	19.7	27.3	64.0	68.9
კალენდარი (რითმის მეთოდი)	43.0	43.7	43.0	56.7	49.1	16.8	21.3	53.1	58.0
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	37.9	38.1	37.9	52.0	44.8	10.8	17.4	47.8	51.7
შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი	7 798	1 828	5 970	5 177	517	2 104	2 388	2 731	2 679

ცხრილი 7.15

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც იციან, სად მოიძიონ კონტრაცეციის სპეციფიური მეთოდები, ოჯახური მდგომარეობის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

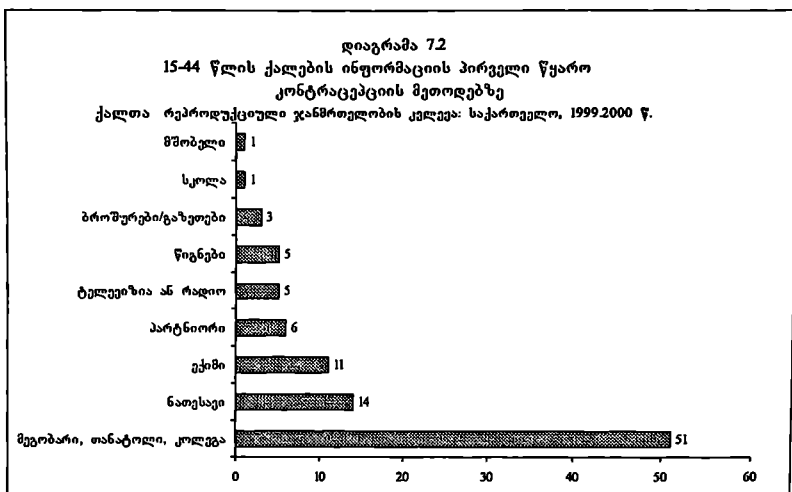
კონტრაცეციის მეთოდი	ხელ	იპა	ოჯახური მდგომარეობა			ასაკობრივი ჯგუფი			
			აღვიძრე ბრძენი მაცხოვრებელი	გაბოხვილი	განათხოვარი	15-24	25-34	35-44	
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	77.5	85.0	77.1	84.2	77.4	65.3	67.2	84.8	82.2
სწისხ	67.9	76.2	67.5	75.9	70.3	52.9	54.9	76.8	74.2
კონდომი	65.8	76.2	65.3	69.7	67.9	58.3	58.9	72.6	67.1
ორალური კონტრაცეპტივი	48.5	52.1	45.5	52.2	48.5	33.6	34.6	54.5	50.0
მიღების სტერილიზაცია	34.0	39.2	33.8	40.7	38.6	21.1	19.6	41.6	43.3
ვაზექტომია	9.4	11.4	9.3	10.8	12.9	6.3	5.0	11.6	12.3
სპერმიციდები	8.4	10.5	8.3	10.1	9.8	5.0	4.5	10.0	11.3
გადაუდებელი კონტრაცეპცია	2.9	4.2	2.8	3.3	5.2	1.8	1.1	3.9	4.0
საინექციო კონტრაცეპტივები (დგაპროვერა)	2.6	4.8	2.5	2.6	4.6	2.2	1.6	3.2	3.1
შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა	7 798	1 828	5 970	5 177	517	2 104	2 388	2 731	5 679

7.2. კონტრაცეპციაზე ინფორმაციის პირველი წყარო

როგორც 7.2 ცხრილში და 7.2 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, 99GERHS-მა გამოაქვეყნა, რომ 15-44 წლის ასაკის ქალებისათვის კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციის მთავარი წყაროა მეგობარი ან ნაცნობი (51%), ნათესავი (მშობლების გარდა) (14%), მასმედია (5% - აუდიოვიზუალური მედია, 5% წიგნები, 3% ჟურნალ-გაზეთები) და ექიმი (11%). 15-24 წლის ახალგაზრდა ქალებმა ინფორმაციის იგივე წყაროები დაასახელეს, რაც უფროსი ასაკის ქალებმა, იმ განსხვავებით, რომ უფრო ახალგაზრდები თითქმის სამჯერ ნაკლებად ასახელებდნენ ექიმს, როგორც კონტრაცეპციაზე ინფორმაციის მთავარ წყაროს (შესაბამისად 5% და 13%). ანალოგიურად, გაუთხოვარი ქალების მხოლოდ 1% ახსენა ეს წყარო, რაც ბევრად ნაკლებია, ვიდრე 14% უფროსი ქალების შემთხვევაში. თითქმის ყოველმა მეორე ქალმა (49%) მიიღო ინფორმაცია კონტრაცეპტივების შესახებ მეგობართან ან ნაცნობთან საუბრისას, 15% გაიგო ამის შესახებ მასმედიის ან წიგნების საშუალებით და 7% - მედიცინის მუშაისგან. გამოკითხული ახალგაზრდა ქალების მხოლოდ

9% განაცხადა, რომ პირველად კონტრაქციის შესახებ მათ ერთ-ერთი მშობლისაგან გაიგეს (7% დედამ უამბო). ახალგაზრდა ქალების მხოლოდ 4% დაასახელა სკოლა, როგორც ინფორმაციის პირველი წყარო კონტრაქციის შესახებ. აღსანიშნავია, რომ 15-44 წლის ქალებთან შედარებით ახალგაზრდა ქალებისათვის მასმედია, როგორც ინფორმაციის პირველი წყარო, ოდნავ უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა (მონაცემები ნაჩვენებია არაა).

ზემოთ თქმულიდან ნათელი ხდება, რომ კონტრაქციულ საშუალებებზე მწიერი ინფორმაცია, რომელსაც რესპონდენტები ხშირად ჭორის სახით ფლობენ, თავისთავად მოითხოვს, გაიზარდოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევა და ოფიციალური არხებით (სკოლა, მასმედია, მედმუშაკები) მიაწოდოს ახალგაზრდებს სწორი, არგუმენტირებული ინფორმაცია კონტრაქციუტეების აუკარგიანობაზე, ხელმისაწვდომი გახადონ ოჯახის დაგეგმარებისათვის საჭირო პროდუქტები და სამსახურები.



ცხრილი 72

კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმაციის პირველი წყარო კონტრაცეპციის სპეციფიური მეთოდების მიხედვით 15-44 წლის ასაკის ქალები, რომლებსაც სმენიათ კონტრაცეპციის სპეციფიურ მეთოდებზე, მეთოდების ხმარების წესებზე, მათი ოჯახური მდგომარეობის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ. (პროცენტული განაწილება)

ინფორმაციის პირველი წყარო	სულ	კონტრაცეპციის მეთოდი					
		სქმს	კონ- დომი	აბ- ი	მილი- ბის ბტ- რილი- ხაყია	კალ- ნდა- რთ	შაწყე- ტალი სქისლ- რღვი აქტა
მეგობარი, თანატოლი, კოლეგა	51.4	51.7	52.1	54.0	45.8	60.1	48.2
ნათესავი	14.1	19.2	7.5	15.2	15.3	20.0	11.3
ექიმი	11.0	20.1	2.4	12.2	18.3	7.5	1.5
პარტნიორი	6.1	0.1	11.6	0.3	0.1	0.3	31.3
ტელევიზია ან რადიო	5.4	1.2	18.7	5.3	1.6	0.2	0.9
წიგნები	4.9	2.6	1.7	4.5	9.3	5.3	3.5
ბროშურები/გაზეთები/ურნალები	3.1	1.4	3.3	4.1	4.4	1.6	1.4
სკოლა	1.3	0.8	0.5	1.5	2.8	0.9	0.6
დედა ან მამა	1.2	2.0	0.2	1.1	1.1	2.8	0.3
ექთანი/ბები/ქალი ან ფარმაცევტი	0.5	0.4	0.4	1.0	0.3	0.3	0.1
სხვა	0.2	0.3	0.3	0.5	0.2	0.2	0.2
არ ახსოვს	0.7	0.3	1.4	0.3	0.9	0.9	0.7
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

7.3. ცოდნა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ

კონტრაცეპტივის ეფექტურობაზე სწორი ინფორმაციის ფლობა ხელს უწყობს წყვილს, ეფექტურად დაცვას თავი არასასურველი ორსულობისაგან. თუ წყვილს არასრული ინფორმაცია აქვს ყველა არსებულ კონტრაცეპტივზე, და თუ არ არსებობს ოჯახის დაგეგმარების ყოველსიმომცველი სამსახური, არ უნდა ეელოდოთ, რომ ადამიანი შეძლებს სწორი გადაწყვეტილების მიღებას. ქალების არცოდნა კონტრაცეპტივების ეფექტურობაზე შესაბამისი საკონსულტაციო და საინფორმაციო-საგანმანათლებლო პროგრამების წარუმატებლობის ირიბი ინდიკატორია.

გამოკითხვის პროცესში რესპონდენტს აჩვენებდნენ რამოდენიმე ბარათს კონტრაცეპტივის დასახელებით და სთხოვდნენ შეეფასებინათ, რამდენად ეფექტური არიან ისინი ორსულობის პროფილაქტიკისათვის, თუ მათ თანმიმდევრულად და სწორედ ხმარობენ (ცხრილი 73). რესპონდენტებს უნდა აერჩიათ ერთ-ერთი მახასიათებელი: მაღალი, საშუალო და დაბალი ეფექტურობა. 73 ცხრილში მოყვანილი მეთოდები ჩამოთვლილია ეფექტურობის დადამავალი თანამიმდევრობით (Hatcher et al., 1998). შეფასების ამგვარი

რანვირება მიღებულია იმ გამოკვლევების საფუძველზე, რომლებიც სწავლობენ არასასურველი ორსულობის შემთხვევებს ოჯახის დაგეგმარების სხვადასხვა მეთოდების მომხმარებელთა შორის პირველი 12 თვის განმავლობაში (მეთოდის მტყუნება). გამონაკლისს შეადგენს გადაუდებელი კონტრაცეპტივი, რომლისთვისაც ასეთი ანალიზი მიუსადაგებელია. ამ გამოკვლევების თანახმად ვაზექტომია და ნორპლანტი (რომლის სპეციფიური ეფექტურობა არ გამოგიკვლევი, რადგან საქართველოში იგი პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია) ყველაზე ეფექტური მეთოდებია და მათი მტყუნების სიხშირის მაჩვენებელია მხოლოდ 0.1 ორსულობა 100 ქალზე. ეფექტურობის მიხედვით მეორე ადგილზეა საინექციო კონტრაცეპტივები, ქალთა სტერილიზაცია და სშსს - სიხშირის მაჩვენებლები ვარირებს 0.3-დან 0.6 ორსულობამდე 100 ქალზე. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების მტყუნების სიხშირის მაჩვენებლები შეიძლება შევადაროთ ნორპლანტის და ვაზექტომიის ეფექტურობას (0.1 ორსულობა 100 ქალზე), სწორი და თანმიმდევრული გამოყენების შემთხვევაში, თუმცა ამ კონტრაცეპტივების მტყუნების სიხშირის ფაქტორი მაჩვენებლები ბევრად უფრო მაღალია (6-8 ორსულობა 100 ქალზე), თუ გაეთვალისწინებთ ჩვეულებრივ როგორ ხმარობენ მათ. ამის გამო ჩვენ ჩამონათვალში ორალური კონტრაცეპტივები სშსს-ს შემდეგ მოდიან, თუმცა მათი თეორიული ეფექტიურობა ხმარების ყველა წესის დაცვის შემთხვევაში აღემატება სშსს-ის ეფექტურობას. კონდომებს და ბარიერის შემქმნელ სხვა მეთოდებს მათი სწორი გამოყენებისას მიიჩნევენ ზომიერად ეფექტურ მეთოდებად. და ბოლოს, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ყველა სხვა მეთოდზე ნაკლებად ეფექტურად იყო მიჩნეული. ამგვარად, როგორც 7.3 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, კონტრეული ქალების უმრავლესობა ენდობა სშსს-ის და კონდომის ეფექტურობას (შესაბამისად, 60% და 57%), მაგრამ მათი ცოდნა ორალური კონტრაცეპტივებისა და მიღების სტერილიზაციის ეფექტურობის შესახებ ძალიან მწირია (შესაბამისად 36% და 32%).

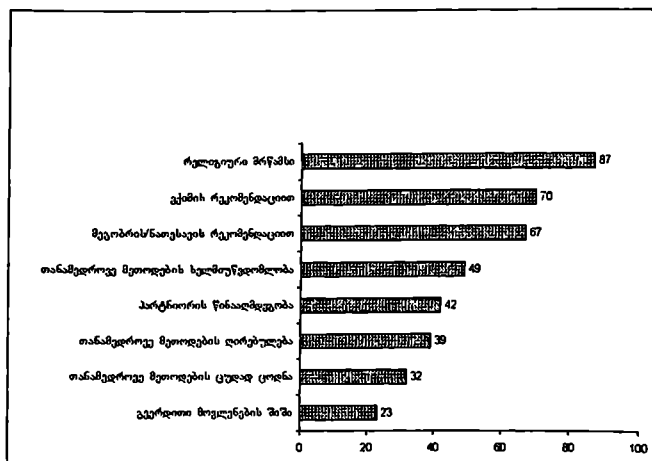
საბოლოო ჯამში, ქალების უმრავლესობამ კონტრაცეპციის არცერთი თანამედროვე მეთოდი არ სცნო ძალიან ეფექტურად, რაც ნაწილობრივ იმის გამო მოხდა, რომ კონტრაცეპციის სპეციფიური მეთოდების მცოდნე ქალების მნიშვნელოვანი რაოდენობა არ ფლობს ინფორმაციას თანამედროვე მეთოდებზე. ამის გარდა, კონტრაცეპციის სპეციფიური მეთოდების მცოდნე ქალების მნიშვნელოვანმა ნაწილმა ვერ შეძლო მათი ეფექტურობის დონის განსაზღვრა. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ანალიზიდან ამოიღეს ქალები, რომლებსაც არასოდეს სმენიათ კონტრაცეპციის სპეციფიურ მეთოდზე, მხოლოდ სშსს-ის შეფასდა, როგორც მაღალეფექტური ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება. სშსს მცოდნე ქალების დაახლოებით ორმა მესამედმა დაახასიათა ეს მეთოდი, როგორც ძალიან ეფექტური ან როგორც ეფექტური. მიუხედავად ამისა, მისი ეფექტურობა ვერ შეაფასა თითქმის ყოველმა მეოთხე ქალმა. ორალური კონტრაცეპტივების მცოდნე ქალების მხოლოდ ნახევარმა მიიჩნია ეს მეთოდი ძალიან ეფექტურად ან ეფექტურად, ხოლო ყოველმა მესამე ქალმა არ იცოდა, რამდენად სანდოა იგი. სქესობრივი ცხროვებისაგან პერიოდულად თავის შეკავება და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ამ მეთოდების მცოდნე ქალების აზრით ძალიან ეფექტური ან ეფექტურია, ხოლო მინიმუმ ყოველმა მეოთხე ქალმა არ იცოდა რამდენად ეფექტურია ეს მეთოდები.

ცხრილი 73

15-44 წლის ქალების პროცენტული განაწილება სწორად და თანმიმდევრულად გამოყენებული კონტრაცეპტივების ეფექტურობაზე მათი შეხედულების და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ. (პროცენტული განაწილება)

კონტრაცეპციის მეთოდი*	ახლიან ეფექტურობა	ეფექტურობა	მიტანა-ბაღ-ეფექტურობა	პრ იცის	არახსო-დეს სმენია ამ მეთოდზე	სულ	შემთხვე-ეების რაოდენ-ობა
ვაზექტომია	8.5	13	0.2	2.5	87.6	100.0	7 798
საინექციო კონტრაცეპტივები	0.6	1.5	0.8	1.5	95.7	100.0	7 798
მილენის სტერილიზაცია	28.0	3.8	0.5	11.1	56.5	100.0	7 798
სწის	31.4	28.3	7.8	25.0	7.4	100.0	7 798
ორალური კონტრაცეპტივი	8.5	27.2	11.4	20.4	32.5	100.0	7 798
გადაუღებელი კონტრაცეპცია†	0.2	1.7	0.9	1.3	95.9	100.0	7 798
კონდომი	28.0	28.8	4.9	26.8	11.5	100.0	7 798
სპერმიციდები	0.7	4.8	2.5	3.3	88.7	100.0	7 798
კალენდარი	8.0	18.2	23.1	15.6	35.1	100.0	7 798
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	7.0	16.8	13.4	13.1	49.7	100.0	7 798

* კონტრაცეპტივები ჩამოთვლილია მათი ეფექტურობის კლების თანმიმდევრობით, იმ პირობით, რომ მათ სწორედ და თანმიმდევრულად იყენებდნენ ყველა წესის დაცვით. გამონაკლისს შეადგენს გადაუღებელი კონტრაცეპცია (Hatcher et al, 1998).
† ეფექტურობის შეფასება სხვა მეთოდებისათვის გამოყენებული ასაკის მიღწევადობის აღბათობის ტაბულის მეშვეობით შეუძლებელია.



დასასრულ, უნდა დავასკვნათ, რომ ქართველი ქალები ძალიან კარგად აცნობიერებენ ოჯახის დაგეგმარების არსს მიუხედავად თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარების დაბალი დონისა (იხ. თავი VIII); თითქმის ყველა ქალმა განაცხადა, რომ კონტრაცეპციის მინიმუმ ერთ თანამედროვე მეთოდზე მაინც სმენია, ხოლო 78% იცის, სად შეიძლება პროცედურის ჩატარება ან კონტრაცეპტივის შექნა. მიუხედავად ამისა, მეთოდის არსებობის გაცნობიერებასა და ამ პროცედურის ჩატარებასა და კონტრაცეპციის საშუალების შექმნის ადგილის ცოდნას შორის საკმაოდ დიდი "უფსკრულია"; ამ "უფსკრული" სიდიდე მერყეობდა 9 პროცენტული ერთეულიდან მიღების სტერილიზაციის შემთხვევაში 22-25 პროცენტულ ერთეულამდე ორალური კონტრაცეპტივის, სმისს და კონდომების შემთხვევაში. სამწუხაროდ, რესპონდენტების ცოდნა კონტრაცეპტივების მოპოვების წყაროებზე საკმარისი არ არის კონტრაცეპციული ქცევის შესაცვლელად, მით უფრო, რომ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების არასწორი აღქმა და მათი ეჭვქვეშ დაყენება საკმაოდ ხშირია საზოგადოებაში და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის.

სმისს-ისა და კონდომის კონტრაცეპციული ფეკტურობის ცოდნის გარდა, ქალების უმრავლესობამ არაფერი იცის კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების ეფექტურობაზე. სმისს-ის და კონდომების შემთხვევაშიც კი, ქალების მხოლოდ ორ მესამედზე ნაკლებს ჰქონდა სწორი წარმოდგენა მათ ეფექტურობაზე.

ქალების მხოლოდ 1% პირველად შეიტყო კონტრაცეპციის შესახებ დედისაგან ან სკოლაში, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ამ თემის განხილვა მშობლებთან ან სკოლის გაკვეთილებზე პრაქტიკულად არ ხდება (იხ. აგრეთვე თავი XIV). ზოგადად, კონტრაცეპციის ნებისმიერ მეთოდზე მთავარი საინფორმაციო წყარო მეგობარი ან ნაცნობი იყო (52%), მეორე ადგილზეა აუდიოვიზუალური ან ბეჭდვითი გამოცემები (25%), მესამეზე – ნათესავი (14%) და მეოთხეზე – ექიმი (11%). მიუხედავად იმისა, რომ ყოველმა მეხუთე ქალმა ახსენა მასმედია, ინფორმაციის ამ წყარომ ალბათ არცთუ ისე მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა კონტრაცეპტივებზე საგანმანათლებლო საქმიანობაში. მიზეზი ალბათ ჯანმრთელობის საკითხებისადმი ინტერესი ნაკლებია პოლიტიკურ და ეკონომიკურ პრობლემებთან შედარებით ან ისეთი სპეციალისტების ნაკლებობა, რომლებსაც შეუძლიათ ოჯახის დაგეგმარების მეთოდი გასაგები ენით მიაწოდონ საზოგადოებას. ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებულ და 2000 წლის ივნის-დეკემბერში დაწყებული ეროვნული კამპანია მასმედიაში გამიზნულია მასმედიის წარმომადგენლებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თემებისადმი ინტერესის გასაღვივებლად, საზოგადოების ოჯახის დაგეგმარებაზე ზოგადი წარმოდგენის და ცოდნის ასამაღლებლად. იგკ ძალისხმევის გაზრდა ოფიციალური არხების მეშვეობით (მასმედია, სკოლა, მედიცინის მუშაკები) საჭიროა იმისათვის, რომ უზრუნველყოთ საზოგადოებისათვის, და განსაკუთრებით ახალგაზრდობისათვის, სწორი ინფორმაციის მიწოდება კონტრაცეპციის ღირსებების და ოჯახის დაგეგმარების პროდუქტების და სამსახურების ხელმისაწვდომობის შესახებ.

კონტრაცეპტივების მიმდინარე და წარსული გამოყენება

საბჭოთა კავშირის დაშლამდე, საბჭოთა რესპუბლიკებში კონტრაცეპტივების მოხმარება დაახლოებით 30%-ს შეადგენდა, ცოტა უფრო ნაკლები იყო კავკასიისა და შუა აზიის რესპუბლიკებში, შედარებით მეტი აღმოსავლეთ ევროპის რესპუბლიკებში. საბჭოთა ბანაკში შენაღადლი, განვითარებული კონტრაცეპტიული ტექნოლოგიის მქონე ინდუსტრიული ქვეყნებიდან იზოლირებულ, ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარების დონე ძალიან დაბალი იყო, ხოლო ხელოვნური აბორტისადმი დამოკიდებულების დონე მაღალი. 1990 წლის შემდგომი მძიმე ეკონომიური გაჭირვების მიუხედავად, ყოფილი საბჭოთა ბანაკის ქვეყნებში, კონტრაცეპტივების თანამედროვე მეთოდების მოხმარება გაიზარდა, რაც განაპირობა ეროვნული და საერთაშორისო ოჯახის დაგეგმვის ინიციატივებმა და კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმაციის და სამსახურების გაზრდილმა ხელმისაწვდომობამ. როგორც 8.1.1 ცხრილიდან ჩანს, ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (რჯგ) და დემოგრაფიული ჯანმრთელობის (დჯგ) ბოლოდროინდელმა გამოკითხვებმა, რომელებიც 1990-იანი წლების ბოლოს ჩატარდა ყოფილ საბჭოთა ბანაკის ქვეყნებში, დოკუმენტურად დაადასტურეს კონტრაცეპტივების, განსაკუთრებით კი თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარების მოსალოდნელზე მაღალი მაჩვენებლები, მიუხედავად იმისა, რომ მხოლოდ რამოდენიმე ქვეყანამ ჩაატარა საკონტროლო გამოკითხვა იმ დონემდე, როცა შესაძლებელია ტენდენციის ანალიზი. (მაგ. ყაზახეთი, რუსეთი, რუმინეთი).

როგორც უკვე აღინიშნა VII თავში, 1996 წლიდან საქართველოში ბევრჯერ იყო მცდელობა, გამოესწორებინათ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტატუსი. გაეროს მოსახლეობის ფონდის (გმფ) მიერ დაფინანსებული პროგრამის მეშვეობით ჯანდაცვის სამინისტრომ დააარსა ოჯახის დაგეგმვის კლინიკები, დანიშნა ახლადკვალიფიკაციამაღლებული ექიმები, მოამარაგა უახლესი აღჭურვილობითა და 2 წლის სამყოფი უფასო კონტრაცეპტიული საშუალებებით (ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, კონდომები, და ს.შ.სს.). USAID-მა რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის პროექტის განსახორციელებლად მნიშვნელოვანი თანხებით დააფინანსა ოჯახის დაგეგმვა (ოდ), ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა (დევე-ს ტექნიკური ხელშეწყობით), პარტნიორული სააუდიტოროები (მიზანმიმართული ჯანმრთელობის მართვაზე, სამედიცინო განათლებასა და ჯანმრთელობის პოლიტიკაზე), რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინფორმაციულ-განმანათლებლეთ-კომუნიკაციური (იგკ) საქმიანობა და მუნიციპალური დახმარება.

მსოფლიო ბანკის ქვეკომპონენტის, “ჯანმრთელი ბავშვობა და უსაფრთხო დედობა” მიზანია ხელი შეუწყოს ოდ და სგდდ სამსახურების ინტეგრაციას დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პირველად სამსახურებთან. გაეროს ლტოლვილთა უმაღლესი კომისარიატი (გლუკ) თავიდანვე აქტიურად უწყობდა ხელს იგკ ქალებისათვის ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდას. წელს საქართველოს მთავრობამ UNFPA-ის, UNICEF-ის, USAID-ის, UNHCR-ის, WHO-სა და მსოფლიო ბანკის ტექნიკური დახმარებით დაგეგმა მრავალწლიანი (2010 წლამდე), რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დონისძიებები, რომელთა მიზანია დედათა და ჩვილთა სიკვდილობის 15%-ით შემცირება. ამ მიზნების მისაღწევად ხელისუფლებამ

დაგეგმა ახალი სტრატეგიები, რომელიც შეიცავს რეგიონალურ დონეზე ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების რეორგანიზაციასა და ოპტიმიზაციას, სკოლებში ოჯახური ცხოვრების სწავლებას, იკ სისტემის განვითარებას, რომლის ყურადღების ცენტრშია ოჯახის დაგეგმვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხები, ჯანდაცვის მუშაკების უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა.

ხელაღწერილი აბორტების მაჩვენებლების შემამწვოთებელი დონე (ბევრი მათგანი არ არის რეგისტრირებული ჯანმრთელობის სტატისტიკურ სისტემაში) ნათელყოფს, რომ წყევლები ჯერ კიდევ განიცდიან ინფორმაციის და ხელმძღვანელებს კონტრაცეპტივების ფართო არჩევანის ნაკლებობას. 1996-1999 წლებში UNFPA და IPPF-ის სწავს, კონდომები და ტაბლეტები უფასოდ გაუნაწილა სახელმწიფო კლინიკებს (ქალთა კონსულტაციები და სამშობიარო სახლები) ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებმა ჯანდაცვის სამინისტროს უშუალო მეთვალყურეობით (ერთ-ერთ არასამთავრობო ორგანიზაციას ხელმძღვანელობს ქვეყნის პირველი ლედი). მიუხედავად ამისა, ფორდების ნაკლებობა ხელს უშლის ახლადჩამოყალიბებულ სახელმწიფო ჯანმრთელობის დასრულებას, შეიქმნას ოჯახის დაგეგმვის სამსახურები თავის ბენეფიციანტების პაკეტი; აქედან გამომდინარე მომხმარებელს უწევს კონტრაცეპციის საშუალებები შეიძინონ საკუთარი სახსრებით, მით უმეტეს, რომ უფასო კონტრაცეპტივების მარაგი სწრაფად მცირდება. ახალი ძალისხმევა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის იკ სფეროში ხელს უწყობს თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე მოთხოვნის გაზრდას. ცხადია, რომ სამომავლოდ საჭირო იქნება რესურსების ზრდა ოჯახის დაგეგმვის ეროვნული პროგრამებისთვის, რაც ხელს შეუწყობს ქალებს წარმატებით დაგეგმონ შობადობა და თავიდან აიცილონ არასასურველი ორსულობის რისკი და თანმდევი აბორტი.

8.1 არსებული კონტრაცეპტივების ფართოდ გავრცელება

VIII თავის მოცემული ნაწილი ყურადღებას ამახვილებს რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებზე, ვინაიდან მათზე მოდის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალთა 87% (და რომელთა უმრავლესობა ამჟამად სქესობრივად აქტიურია). მათ აქვთ ინტენსიური სქესობრივი კავშირები, მაღალი ფერტილობა და არასასურველი ორსულობის რისკი (იხილეთ IV თავი) და წარმოადგენენ კონტრაცეპციული საშუალებების გავრცელების შემსწავლელ ეროვნულ და საერთაშორისო გამოკვლევების საერთო მნიშვნელს. საქართველოში კონტრაცეპციული საშუალებების გავრცელების უფრო სრული ინფორმაციის მიზნით, ყველა ქალს, რომელსაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი, დაუსვეს რამოდენიმე შეკითხვა წინათ და ამჟამად კონტრაცეპტივების გამოყენების შესახებ.

8.1.2 ცხრილი ცხადყოფს, რომ კონტრაცეპციული საშუალებების გავრცელების არეალი ძალზე მცირეა (25%). განათხოვარ ქალთა უმრავლესობა ამჟამად არ არის სქესობრივად აქტიური და თითქმის ყველა გაუთხოვარმა ქალმა განაცხადა, რომ არასდროს ჰქონია სქესობრივი გამოცდილება: მათგან მხოლოდ მცირე რაოდენობა საჭიროებს კონტრაცეპციულ საშუალებებს (იხილეთ IX თავი) განათხოვარ ქალთა 3%-ზე ნაკლებმა და გაუთხოვარმა ქალებმა განაცხადეს, რომ არასდროს უხმარიათ კონტრაცეპტივები. ყველა განათხოვარმა ქალმა, რომელიც ამჟამად იყენებს კონტრაცეპტივებს, აღნიშნა, რომ მიმართავს კონტრაცეპციის ახალ მეთოდებს, ისეთს, როგორიცაა სწავს, ქალთა სტერილიზაცია. ამ მეთოდების

გამოყენების სიხშირე დაახლოებით თანაბარია. კონტრაცეპციული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები იკავებენ იგივე რაჲ ადგილობრივ ქალებში.

ცხრილი 8.1.1.

კონტრაცეპტივების მოხმარების ამჟამინდელი სიხშირე (კმს) რეპროდუქციული ასაკის გათხოვილ ქალებში, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (რჯ) და დემოგრაფიული ჯანმრთელობის გამოკითხვები (დვ) აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, 1993-2000წ.

ქვეყანა	გასულიყო ხუთი ტაბი რჯა ¹	კმს		თანამედროვე კმს %	უცვლადი სიხშირად გამოყენებული მეთოდები შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი
		ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი		
ჩეხეთი, 1993	რჯა ¹	69	45	65	სქესობრივი აქტი
რუმინეთი, 1993	რჯა ²	57	14	25	სწსს ³
ყაზახეთი, 1995	დჯა ²	59	46	78	სწსს
უზბეკეთი, 1996	დჯა ²	56	51	91	სწსს
რუსეთი (სამი ოლქი): 1996	რჯა ²	69-77	50-59	73-77	სწსს
ყირგიზეთი, 1997	დჯა ²	60	49	82	სწსს
მოლდოვა, 1997	რჯა ²	74	50	68	სწსს
ყაზახეთი, 1999	დჯა ²	66	54	82	სწსს
საქართველო, 1999/2000	რჯა ²	64	30	47	შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი
რუსეთი (სამი ოლქი): 1999	რჯა ²	70-75	49-58	70-77	სწსს
უკრაინა, 1999	რჯა ²	67	39	49	სწსს
საქართველო, 1999-2000	რჯა ²	41	20	49	შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი
სომხეთი	დჯა ²	61	22	36	სქესობრივი აქტი შეწყვეტა

¹ შესაბამისად, ეკატერინბურგი, პერმი და ივანოვო; ² რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა; ³ დემოგრაფიული ჯანმრთელობის გამოკითხვა; *საშუალო სწსსა და მასის საწინააღმდეგო საშუალება

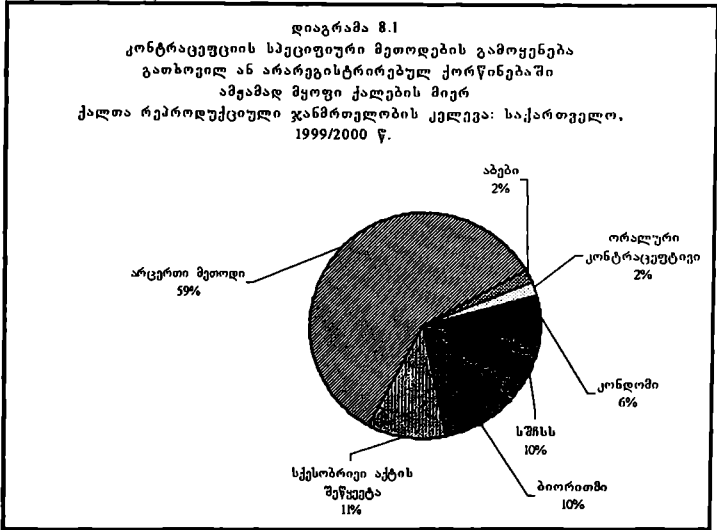
ცხრილი 8.1.2

ქორწინებაში მყოფ ქალებში კონტრაცეპციული საშუალებების მოხმარების დონე (პროცენტული განაწილება)

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ

კონტრაცეპტივის გამოყენება	სულ	თვალსაზრისით მდგომარეობა			იკავს სტატუსი	
		ამჟამად გათხოვილი ან არარეგულ- ტრირებულ ქორწინებაშია	განათ- ხობადი	გაუთ- ხობადი	იკავს ადგილს ბრთვი მს- ცხვრუ- ბელი	ადგილს ბრთვი მს- ცხვრუ- ბელი
ამჟამად მოხმარებული	24.7	40.5	2.7	0.0	23.0	24.9
თანამედროვე მეთოდები	12.1	19.8	2.7	0.0	12.5	12.2
სწსს	5.9	9.7	0.7	0.0	7.8	5.8
კონდომი	3.9	6.3	1.1	0.0	2.7	4.0
მიღების სტერილიზაცია	1.0	1.6	0.9	0.0	1.0	1.0
ორალური კონტრაცეპტივი	0.6	1.0	0.0	0.0	0.1	0.7
გადაუღებელი კონტრაცეპტივი	0.6	1.0	0.0	0.0	0.7	0.6
სხვა თანამედროვე მეთოდები	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1
ტრადიციული მეთოდები	12.6	20.7	0.0	0.0	10.5	12.7
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	6.4	10.5	0.0	0.0	6.8	6.4
კალენდარი (ბიოლოგიური რითმის მეთოდი)	6.2	10.2	0.0	0.0	3.7	6.3
ამჟამად არ ხმარობს	75.2	59.5	97.4	100.0	76.9	75.2
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	4.9	95.1
შემთხვევების რაოდენობა	7 798	5 177	517	2 104	1 828	5 970

როგორც 8.1.3 ცხრილში და 8.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებში კონტრაცეპციული საშუალებების გავრცელების არეალი შეადგენს 41%, აქედან მხოლოდ ნახევარი (20%) მოიხმარს თანამედროვე მეთოდებს. სქესობრივი კონტაქტის მქონე ქალების წილი, რომლიც ამჟამად მიმართავენ რომელიმე ფორმის კონტრაცეპტიულ საშუალებას, უშვილო ქალებში შეადგენს 5%, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში 49%. მთელი ქვეყნის მასშტაბით თანამედროვე კონტრაცეპციული საშუალებების მომხმარებელთა პროცენტული შემადგენლობა უდრის 20%-ს, მათ შორის უშვილო ქალების წილი 4%-ია, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების - 28%. რომელიმე ფორმის კონტრაცეპციულ საშუალებათა მომხმარებელ, თბილისში მცხოვრებ ქალთა პროცენტული რაოდენობა ოდნავ მაღალია და შეადგენს 45%, სხვა ქალაქებში მცხოვრებ ქალებში - 42%, სოფლად მცხოვრებ ქალებში 37%, 30-39 წლის ქალებში 47%, ხოლო ორშვილიან ქალებში - 49%. პროპორცია იზრდება ქალების განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონების მიხედვით. თანამედროვე კონტრაცეპციული საშუალებების მოხმარება მსგავს ნიმუშზეა აგებული. იგი მნიშვნელოვნად დაბალი იყო სოფლად მცხოვრებ ქალებში, თბილისთან და სხვა ქალაქებთან შედარებით (16%, 25% და 22% შესაბამისად) ახალგაზრდა ქალებში (10%), 40 და მეტი წლის ქალებში (15%), უშვილო ქალებში (4%), საშუალო სკოლის მოსწავლე-ახალგაზრდებში (8%), დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის დიასახლისებში (13%), აზერბაიჯანელ ქალებში (11%). თანამედროვე მეთოდების მოხმარება მხოლოდ რამოდენიმე ქვეჯგუფში აჭარბებს ტრადიციული მეთოდების მოხმარებას (15-29 წლის ქალები, უმაღლესი განათლების და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები).



ცხრილი 8.13

თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების მოხმარება შერჩეული მაჩვენებლების მიხედვით არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ქალები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ.

მახასიათებლები	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდები	ტრადიციული მეთოდები	თანამედროვე მეთოდების გამოყენების %	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	40.5	19.8	20.7	49	5 177
ხაცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	44.9	25.2	19.7	56	1 214
ქალაქი	42.3	22.0	20.3	52	1 766
სოფელი	37.2	15.7	21.5	42	2 197
ასაკობრივი ჯგუფი					
15-19	15.3	10.0	5.3	65	227
20-24	33.4	19.7	13.7	59	673
25-29	43.0	23.4	19.6	55	975
30-34	47.1	24.3	22.8	52	1 134
35-39	46.8	19.1	27.7	41	1 251
40-44	35.	15.0	20.1	43	917
ცდცხალი შვილების რაოდენობა					
არცერთი	5.1	4.1	1.0	80	415
ერთი	34.4	20.2	14.2	59	1 125
ორი	49.4	23.9	25.5	48	2 551
სამი ან მეტი	40.8	16.7	24.1	41	1 086
განათლების დონე					
არასრული საშუალო ან დაწვებითი	24.8	8.4	16.4	34	445
საშუალო	37.1	16.7	20.4	45	1 808
ტექნიკური	41.8	19.4	22.4	47	1 567
ურმადღეს/ასპირანტურა	49.4	28.4	21.0	57	1 357
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი					
დაბალი	34.1	13.7	20.4	40	2 137
საშუალო	43.5	20.9	22.6	48	2 444
მაღალი	44.4	30.1	14.3	68	596
უმნიკური ჯგუფი					
ქართველი	42.1	21.0	21.1	50	4 369
აზერბაიჯანელი	24.1	11.3	12.8	45	435
სომეხი	45.3	14.5	30.8	32	221
სხვა	47.3	26.1	21.6	56	152
იგა	38.6	21.0	17.6	54	1 109
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	40.5	19.7	20.9	49	4 068

ცხრილი 8.1.4

სპეციფიური კონტრაცეპციული მეთოდების ამჟამინდელი მოხმარება
 შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ქალები
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ.

მახასიათებლები	უზრუნველყოფილი მეთოდები							ტრადიციული მეთოდები		
	ნების- მიერი მეთო- დი	სშხს	კონ- დომი	მიღების სტერე- ლიზაცია	ორალური კონტრა- ცეპტივი	პოსტი- ნორი	სხვა თანამე- დროვე	შეწყვე- ტილი სქესო- ბრივი აპტი	კალენ- დარი	შემთხვე- ვების რაო- დენობა
სულ	40.5	9.7	6.3	1.6	1.0	1.0	0.1	10.5	10.2	5 177
საცხოვრებელი აღვლი										
თბილისი	44.9	7.4	14.5	0.2	1.7	1.2	0.2	4.6	15.1	1 214
ქალაქი	42.3	12.4	5.7	1.7	0.9	1.2	0.2	10.2	10.1	1 766
სოფელი	37.2	9.2	2.6	2.2	0.8	0.8	0.1	13.7	7.8	2 197
ასაკობრივი ჯგუფი										
15-19	15.3	4.1	3.1	0.0	0.9	1.9	0.0	4.6	0.8	227
20-24	33.4	8.7	6.4	0.3	2.6	1.7	0.0	9.8	3.9	673
25-29	43.0	11.6	9.0	0.6	1.4	0.7	0.1	11.1	8.4	975
30-34	47.0	12.3	8.7	1.3	0.9	1.1	0.1	12.0	10.6	1 134
35-39	46.8	9.1	5.1	2.9	0.6	1.0	0.3	12.5	15.1	1 251
40-44	35.1	8.0	3.6	2.6	0.3	0.4	0.1	7.8	12.4	917
ეკონომიკური შეიღების რადიკალიზაცია										
არც ერთი	5.1	0.3	2.5	0.0	1.2	0.0	0.0	0.5	0.5	415
ერთი	34.4	8.8	8.6	0.6	1.1	1.1	0.0	7.6	6.6	1 125
ორი	49.4	12.3	7.2	1.9	1.2	1.1	0.2	11.7	13.7	2 551
სამი ან მეტი	40.8	8.5	3.8	2.5	0.7	0.9	0.1	14.4	9.7	1 086
განათლების დონე										
არასრული საშუალო ან დაწყებითი	24.8	5.5	0.8	1.0	0.6	0.4	0.0	14.5	1.9	445
საშუალო საწყებითი	37.1	8.7	4.3	1.5	0.8	1.2	0.1	12.8	7.6	1 808
ტექნიკური	41.8	10.8	4.6	1.9	1.1	1.1	0.0	9.8	12.5	1 567
უმაღლესი/ასპი- რანტურა	49.4	11.4	12.8	1.6	1.5	0.8	0.3	6.9	14.2	1 357
სოციალ- ეკონომიკურ- სტატუსი										
დაბალი	34.1	7.9	2.4	1.9	0.5	0.8	0.1	13.8	6.6	2 137
საშუალო	43.5	10.6	6.5	1.5	1.2	1.1	0.1	10.2	12.4	2 444
მაღალი	44.4	10.6	15.0	1.2	2.0	1.0	0.3	3.8	10.4	596
ეთნიკური ჯგუფი										
ქართველი	42.1	10.1	6.9	1.7	1.2	1.1	0.2	9.7	11.3	4 369
აზერბაიჯანელი	24.1	8.2	1.5	1.2	0.4	0.0	0.0	10.5	3.4	435
სომეხი	45.3	8.1	3.8	0.8	0.4	1.3	0.0	23.9	6.8	221
სხვა	47.3	8.3	13.6	1.4	0.7	2.0	0.0	9.0	11.4	152
იგა										
ადგილობრივი	38.6	13.0	4.5	1.7	0.2	1.2	0.3	11.4	6.2	1 109
მაცხოვრებელი	40.5	9.5	6.4	1.6	1.1	1.0	0.1	10.4	10.4	4 068

8.1.4 ცხრილში ნაჩვენებია, რომ კავშირში მყოფ ქალებს შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მეთოდი შეწყვეტილი სქესობრივი აქტია (11%) რაც შეადგენს ფართოდ გავრცელებული კონტრაცეპტივების 26%-ს, პერიოდულად თავშეკაება (10%), სმსს (10%). რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფ ქალებს შორის შემდგომი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მეთოდია კონდომები 6%. ამგვარად, სმსს-ის, რომელთა მოხმარება შეადგენს ფართოდ გავრცელებული კონტრაცეპტივების 24%-ს და კონდომების (ფართოდ გავრცელება 16%) გამოკლებით, ყველა სხვა თანამედროვე მეთოდი მოიხმარება ძალზედ იშვიათად. იმ ქალებს შორის, რომლებსაც აღარ უნდათ შეიღის ყოლა, მხოლოდ 2%-ია თანახმა და ისიც, რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალები, რომლებსაც სურვილი აქვთ გაიკეთონ მიღების მტერილიზაცია (იხ. სექცია IV). ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები და პოსტკოიტალური პროგესტერონი პოსტინორი ერთადერთი მეთოდია, რომელსაც იყენებენ მხოლოდ რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალები.

ფონური მახასიათებლების მიხედვით სპეციფიური მეთოდების არჩევა ზოგჯერ მნიშვნელოვნად განსხვავდება. თბილისში კონდომების მოხმარება ორჯერ აღემატება საშუალო მაჩვენებლებს (15%) ისევე, როგორც უმაღლესი განათლების ქალებში (13%) ან მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (15%). კონდომების მოხმარების დონე ძალიან დაბალია სოფლებში (3%), უშილო ქალებში (3%), საშუალო განათლების (1%), დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში (3%) და აზერბაიჯანულ ქალებში (2%). ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების მოხმარება ძალზედ დაბალია და ამდენად, სტატისტიკურად უმნიშვნელო. სხვა თანამედროვე მეთოდების მოხმარების მაჩვენებლები ნაკლებად ცვალებადობს ფონური მახასიათებლების მიხედვით. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის გამოყენება მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია სოფლის მაცხოვრებლებში (14%), სამ ან მეტ შვილიან ქალებში (15%), დაწყებითი განათლების მქონე ქალებში (15%), სომეხ ქალებში (24%). პერიოდული თავშეკაების (კალენდრის მეთოდი) მეთოდის მოხმარება მაღალია ქალაქში მცხოვრებ ქალებში და როგორც წესი, იზრდება ასაკის მატების, ცოცხალი შვილების რაოდენობის, განათლების დონისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით.

8.2 კონტრაცეპტივებით მომარაგების წყარო

არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებში მოხმარებული კონტრაცეპტივების წყაროების განსაზღვრისათვის 99GERHS გამოკითხვისას შეეცადა, დაედგინა ამაჟამად კონტრაცეპტივების მომხმარებელი ქალების კონტრაცეპტივებით მომარაგების წყაროები. 8.2 ცხრილში ნაჩვენებია, რომ ქვეყანაში კონტრაცეპტივების ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორია (54%). საავადმყოფოებმა არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების 30% მოამარაგა მათი ამაჟამინდელი კონტრაცეპციული მეთოდით. საავადმყოფოები, რომლებსაც აქვთ გინეკოლოგიური განყოფილება, ამარაგებენ ქალების 21%-ს, ხოლო სამშობიაროები - მომხმარებელთა 9%. გარდა ამისა, ქალთა კონსულტაციები ამარაგებენ ქალების 21%-ს კონტრაცეპტივებით, ხოლო პოლიკლინიკები და სოფლის დისპანსერები ქალების მხოლოდ 3%. კომერციული სექტორი სახელმწიფო სამედიცინო სექტორის შემდეგ კონტრაცეპტივებით მომა-

რაგების ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი წყაროა. კერძოდ, ავთიაქებია კონტრაცეპტივებით მომარაგების ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო ქორწინებაში მყოფი ქალების 36%-თვის. ავთიაქების პრივატიზაციის პროცესის სწრაფად მიმდინარეობის გამო ძნელდება საზოგადოებრივ, კერძო და შერეული საკუთრების სტატუსს შორის დიფერენციაცია. სხვა კომერციული წერტილებით (მაღაზიები და ქუჩის ბაზრობა) ქალების მხოლოდ 1% მარაგდებოდა კონტრაცეპტივებით. კერძო სამედიცინო კლინიკები და ექიმები წარმოადგენენ კონტრაცეპტივებით, ზოგადად და კერძოდ, სშსს მომარაგების ახალ წყროს ქალებისათვის, მაგრამ ამჟამად ისინი ამარაგებენ მომხმარებელთა მხოლოდ 1%-ს. პარტნიორები, მეგობრები და ნათესაეები კონტრაცეპტივებით მომარაგებით კიდევ სხვა წყაროებია, რომლებიც ამარაგებენ ქალ-მომხმარებელთა 8%, კერძოდ, კონდომების მომხმარებლებს.

ცხრილი 8.2

თანამედროვე კონტრაცეპციული მეთოდებით მომარაგების წყარო ქალები, რომლებიც ამჟამად იყენებენ თანამედროვე მეთოდს სპეციფიური მეთოდების მიხედვით (პროცენტული განაწილება)

15-44 წლის, ამჟამად არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ.

წყარო	სულ ¹	თბ	ადგილთა მრავლობა	სშსს	კონდომი	მილბის სტერტილიზაცია	ორალური კონტრაცეპტივები	პოსტი-ნორი	სხვა თანამედროვე მეთოდები
საზოგადოებრივი									
ჯანდაცვის	53.9	63.6	53.3	93.7	2.5	99.7	18.4	8.5	24.8
სექტორი									
სააუდიტორო	21.2	18.0	21.4	34.3	0.7	61.2	9.8	0.2	7.9
მედიკალინური									
საჯანმრთელობის	21.0	35.3	20.2	42.0	0.7	0.0	6.1	2.6	6.3
ქალთა									
კონსულტაცია	8.6	5.7	8.8	11.9	0.9	38.5	0.1	3.6	8.5
სამშობიარო	1.9	4.4	1.7	3.2	0.2	0.0	1.6	2.1	2.1
პოლიკლინიკა	1.2	0.2	1.2	2.3	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
სოფლის ამბულატორიული დისპანსერი									
კერძო	1.1	2.2	1.0	2.3	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0
კლინიკა/ოფისი									
კომერციული	37.1	27.9	32.7	32.1	75.9	0.0	79.3	79.2	68.6
საჯანდაცოლო									
ავთიაქები	36.1	27.7	36.6	2.8	74.2	0.0	78.5	79.2	61.2
მაღაზია/ჯიხურები	1.0	0.2	1.1	0.4	1.7	0.0	0.8	0.0	7.4
სხვა	7.2	6.2	7.1	0.7	20.0	0.0	0.8	10.3	6.6
პარტნიორი	6.1	3.2	6.2	0.0	19.1	0.0	0.0	2.0	4.3
მეგობარი	1.1	3.0	0.9	0.7	0.9	0.0	0.8	8.3	2.3
ნათესავი									
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების	1 553	359	1 194	794	436	92	132	54	45
შეუწონავი									
რაოდენობა									

¹სპერმიციდების და საინექციო კონტრაცეპტივების მომხმარებელი ქალების ჩათვლით ორქვეტი სშსს ავთიაქში საყიდლად და ჩასანმეღად, მისი სააუდიტორო/სამშობიაროში მიტანა

კონტრაცეპტივების მოწოდების წყაროები განსხვავდება კონტრაცეპტივების მეთოდის გამოყენების მიხედვით. იგპ-ს ქალების თითქმის მთელი კონტინგენტის კონტრაცეპტივებით მომარაგების ძირითად წყაროს წარმოადგენენ სახელმწიფო საავადმყოფოები (გინეკოლოგიური განყოფილებები და სამშობიარო სახელები) და ქალთა კონსულტაციები (შესაბამისად 46% და 42%). ავთიაქები კონდომების, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების, და სპერმიციდების უმთავრესი მოწოდებლებია, ისინი 75% ამარაგებენ მომხმარებელს კონდომებით, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბებით და პოსტინორით (გადაუდებელი კონტრაცეპცია). ავთიაქები ამარაგებენ სშჩს 3% (მეანის ან გინეკოლოგის რეცეპტით), მაგრამ სშჩს უნდა იქნას განხილული, როგორც სამედიცინო აღჭურვილობა. არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების თითქმის 10%-ისათვის ჩასახვის საწინააღმდეგო აბებით მომარაგების მეორე წყაროა გინეკოლოგიური განყოფილებები. არაა გასაკვირი, რომ სწორედ პარტნიორები წარმოადგენენ კონდომების მომხმარებელ ქალებში მომარაგების სხვა წყაროს (21%). ქალების მცირე რაოდენობამ აღნიშნა, ქალთა კონსულტაცია, როგორც კონდომებით მომარაგების წყარო. ფაქტიურად ყველა კონტრაცეპციული სტერილიზაცია სრულდება სამშობიარო საავადმყოფოებში.

8.3 არსებული მეთოდებით გამოწვეული უკმაყოფილება და სხვა მეთოდების არჩევანი

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ აქვთ პრობლემები და ჩივილები ამჟამად მოხმარებული კონტრაცეპციული საშუალებების მიმართ, გაცილებით დაბალია იმ ქალების პროცენტულ რაოდენობასთან შედარებით, რომლებსაც სურთ სხვა მეთოდზე გადასვლა. მთლიანობაში 7-დან 1 მომხმარებელმა აღნიშნა, რომ ჰქონდა პრობლემები ან ჩივილები კონტრაცეპციის ამჟამინდელი მეთოდების მიმართ. 8.3.1 ცხრილში მოცემულია კონტრაცეპტივების კონკრეტული მეთოდებით გამოწვეული უკმაყოფილების ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები.

რესპონდენტები ყველაზე დიდ უკმაყოფილებას ჩასახვის საწინააღმდეგო აბებისა და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მიმართ გამოთქვამდნენ. ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების მომხმარებლები უკმაყოფილების მთავარ მიზეზად მიიჩნევენ გვერდით მოვლენებს და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ჩივილებს. ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლების უკმაყოფილებას იწყევდა ძირითადად მათ მიერ შერჩეული მეთოდის მოხმარების სირთულე და დაბალი ეფექტურობა. ქალები, რომელთა პარტნიორები იყენებდნენ კონდომებს, აღნიშნავენ, რომ უკმაყოფილების მთავარი მიზეზი დაკავშირებულია მეთოდის მოხმარების უსიამოვნო შეგრძნებასთან და სიძნელესთან.

მისაღები მეთოდის შესაფასებლად, კონტრაცეპტივების ყველა ამჟამინდელ მომხმარებელს დაევა კითხვა, მისცემდნენ თუ არა ისინი უპირატესობას ორსულობის პრევენციის სხვა რომელიმე მეთოდს. მთლიანობაში, ყოველმა მომხმარებელმა შეკითხვას დადებითი პასუხი გასცა (ცხრილი 8.3.2), მაგრამ პროცენტულადა მნიშვნელოვნად განსხვავდება გამოყენებული მეთოდის მიხედვით. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, პორმონალური მეთოდები და კონდომები წარმოადგენენ იმ მეთოდებს, რომლებზედაც რესპონდენტები უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ. ზემოთ ჩამოთვლილი ნებისმიერი მეთოდის

მომხმარებელი ყოველი მეოთხე ქალი გამოთქვამდა უკმაყოფილებას ამ მეთოდების მიმართ. მიღების სტრუქტურის (8%) და სშსსს (4%) მეთოდების მომხმარებლების მხოლოდ მცირე რაოდენობამ გამოხატა კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებზე გადასვლის სურვილი, რაც ამ მეთოდების დაბალ პრობლემატურობაზე მეტყველებს.

სშსსს სწორედ ის მეთოდია, რომელიც შეიძლება შესთავაზონ მათ, ვისაც სურვილი აქვს, ამჟამად მოხმარებული მეთოდი შეცვალოს სხვა მეთოდით (რაც რესპონდენტების მიერ მოწონებული მეთოდების 65% შეადგენს). ეს განსაკუთრებით ეხება პოსტინორის, კონდომების და ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლებს. ქალების მხოლოდ 6%-მა აღნიშნა, რომ ამჟამად მოხმარებულ მეთოდთან შედარებით უპირატესობას აძლევს სტერილიზაციას.

8.3.3 ცხრილში მოყვანილია ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზები, რის გამოც ქალები უარს ამბობენ მათთვის სასურველ მეთოდზე გადასვლაზე. ზოგადად შეიძლება გამოიყოს სამი ძირითადი მიზეზი, რის გამოც ქალები, რომლებსაც სურთ კონტრაცეპციის ამჟამად მოხმარებული მეთოდის მათ მიერ მოწონებული მეთოდით შეცვლა, ვერ აკეთებენ ამას. ესენია: სასურველი მეთოდის ფასი (24%) და სასურველ მეთოდთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების შიში (24%), სხვა მეთოდებზე გადასვლასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების უუნარობა (23%). პარტნიორის წინააღმდეგობა და კონტრაცეპციული საშუალებების ძნელად ხელმისაწვდომობა აღნიშნა რესპონდენტების შესაბამისად 7% და 6%, რომლებმაც ამჟამად მოხმარებული მეთოდის სხვა მეთოდით შეცვლის სურვილი გამოთქვეს.

ცხრილი 8.3.1

კონტრაცეპციული მეთოდების მომხმარებელ ქალთა პროცენტული განაწილება, რომლებიც უკმაყოფილო არიან ან აქეთ ამჟამინდელ მეთოდებთან დაკავშირებული პრობლემები

ამჟამად გამოყენებული მეთოდით უკმაყოფილების მთავარი მიზეზების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ.

	თანამედროვე მეთოდი				სხვა თანამედროვე მეთოდები	შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	კალენდარის მეთოდი
	სულ	სშსსს	კონდომი	აბი			
კმაყოფილია ამჟამინდელი მეთოდით უკმაყოფილოა ამჟამინდელი მეთოდით უკმაყოფილობის მთავარი მიზეზი*	85.2	90.3	86.3	76.8	89.7	79.5	85.2
ძნელი ან არასასიამოვნოა სმარებაში	14.8	9.7	13.7	23.2	10.4	20.4	14.8
გვერდითი ეფექტები ან ჯანმრთელობის რისკი	6.8	0.0	6.6	0.0	0.0	13.5	9.1
ფერადი ეფექტურია, უკვე მიმტუნა	3.8	9.3	1.0	23.2	9.7	0.7	0.0
არტუთ უფექტურია, უკვე მიმტუნა	2.8	0.4	1.8	0.0	0.6	4.0	5.3
მწელი საშოვნელი/მალაღი ფასი	0.8	0.0	3.4	0.0	0.1	0.4	0.4
პარტნიორი უკმაყოფილოა მეთოდით	0.6	0.0	0.9	0.0	0.0	1.8	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შეშტახეების შეუწონავე რაოდენობა	2 136	551	317	48	151	560	509

*იმ ქალების წათვლით, ვისაც მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებით გვერდითი მოვლენები ჰქონდა

ცხრილი 8.3.2

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც ამჟამად მოიხმარენ კონტრაცეპციულ მეთოდებს და ურჩევენიათ, ამჟამად მოხმარებული მეთოდები შეცვალონ სხვა მეთოდით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო 1999/2000წ

ამჟამინდელი მეთოდი	უპირატესი მეთოდი						
	სულ*	სწისს	ორალური კონტრაცეპტივი	კონდომი	მილების სტერილიზაცია	სხვა თანამედროვე მეთოდები	შემთხვევების რაოდენობა
ნებისმიერი მეთოდი†	19.1	12.4	2.4	2.0	1.1	1.2	2 136
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	28.8	20.2	4.1	2.7	1.0	0.8	560
გადაუღებელი კონტრაცეპცია	25.7	21.6	0.0	0.0	1.9	2.2	53
კონდომი	24.7	19.4	3.1	0.0	0.9	1.3	317
ორალური კონტრაცეპტივი	24.1	8.2	0.0	2.0	4.1	9.8	48
კალენდარი	21.4	13.1	2.8	3.7	1.4	0.4	509
მილების სტერილიზაცია	7.7	2.7	0.0	0.0	0.0	5.0	92
სწისს	3.6	0.0	0.6	1.6	0.6	0.8	551

*იმ 13 ქალის ჩათვლით, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ტრადიციულ მეთოდზე სურთ გადასვლა †სხვა ახალი მეთოდების მომხმარებელი ექვსი ქალის ჩათვლით

ცხრილი 8.3.3

იმ ქალების პროცენტული განაწილება, რომლებიც ამჟამად მოიხმარენ კონტრაცეპციის მეთოდს, მაგრამ სურთ მისი სხვა მეთოდით შეცვლა იმ მიზეზების მიხედვით, რომლის გამოც მათ აღარ სურთ ჩვეული მეთოდის მოხმარება, და თვით ამ მეთოდების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

უპირატესი მეთოდი	მეთოდი, რომელსაც რეკომენდებენ უპირატესობას აბლკევენ				
	სულ*	სწისს	ორალური კონტრაცეპტივი	კონდომი	სხვა თანამედროვე მეთოდები
ღირებულება	23.6	29.6	16.1	12.4	9.2
გვერდითი მოვლენების შიში	23.5	25.1	35.9	0.0	23.5
ჯერ არ გადაუწყვეტია	22.7	23.3	25.6	13.9	23.9
ექიმმა არ ურჩია	10.6	14.8	4.1	0.0	4.4
პარტნიორია წინააღმდეგი	7.3	0.4	0.0	51.8	13.1
ძნელად ხელმისაწვდომია	5.6	3.2	11.8	14.9	3.9
ძნელად მოსახმარია	1.1	0.4	2.2	2.5	2.3
არ იცის, სად მიიღოს მეთოდი	1.0	0.0	2.1	0.0	6.2
სხვა მიზეზები	4.4	3.2	2.2	4.5	13.5
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	410	269	56	41	44

*იმ 13 ქალის ჩათვლით, რომლებმაც არჩიეს ტრადიციულ მეთოდზე გადასვლა

ქალების მეტი წილი, რომელიც უპირატესობას აძლევდა სწრაფ მეთოდს, აღნიშნავდა, რომ ვერ იყენებს ამ მეთოდს სიძვირის გამო (30%) ან გვერდითი მოვლენების შიშით (25%). გვერდითი მოვლენების შიში აწუხებთ იმ ქალებსაც, რომელთა არჩევანი შეჩერდა ორალურ კონტრაცეპტივებზე (36%), რასაც ემატება მეთოდის ღირებულება და ხელმისაწვდომობის პრობლემა (28%), მომხმარებლის ჭოჭმანი (26%). ქალების გარკვეულმა რაოდენობამ, რომლებიც კონტრაცეპტივს ვერ ხმარობს პარტნიორის წინააღმდეგობის გამო (52%) და არსებული მეთოდების ღირებულებისა და ძნელად ხელმისაწვდომობის (27%) გამო, დაასახელა კონდომი, როგორც მათთვის სასურველი ჩასახვის საწინააღმდეგო მეთოდი.

8.4. კალენდარული და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის (ტრადიციული) მეთოდის მომხმარებლები

ყველა რესპონდენტს, რომელიც არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით ამჟამად მოიხმარს კალენდარულ ან შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდებს, დაუსვეს შეკითხვა, თუ რა "მნიშვნელოვანი" ან "მეტ-ნაკლებად მნიშვნელოვანი" მოსაზრებით ამბობს უარს მის მიერ ამჟამად მოხმარებულ მეთოდთან შედარებით უფრო ეფექტური მეთოდის გამოყენებაზე. რესპონდენტების პასუხების მიხედვით ესენია: თანამედროვე მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკი ან გვერდითი მოვლენები; სხვა მეთოდების არცოდნა; პარტნიორის უარყოფითი დამოკიდებულება ამ მეთოდებისადმი; სხვა მეთოდების ღირებულება ან ხელმისაწვდომობა; რელიგიური მრწამსი და თანამედროვე მეთოდების წინააღმდეგ მიმართული სამედიცინო რეკომენდაციები. როგორც 8.4.1 ცხრილში და 8.4 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, ქალების უმრავლესობა აღიარებდა, რომ მათ გადაწყვეტილებაზე, უარი თქვან თანამედროვე მეთოდების მოხმარებაზე, უმნიშვნელოვანესი როლი ითამაშა ისეთმა ფაქტორებმა, როგორცაა: გვერდითი მოვლენების შიში (87%), თანამედროვე მეთოდების არასაკმარისი ცოდნა ან არცოდნა (70%), ამ მეთოდების ღირებულება (67%), პარტნიორის სურვილი, გამოიყენონ ტრადიციული მეთოდები (49%) ან თანამედროვე მეთოდების ხელმისაწვდომობის პრობლემები (42%). ყოველმა მესამე ქალმა აღნიშნა, რომ მეგობრის (39%) ან ექიმის რჩევამ (32%) განაპირობა მათი გადაწყვეტილება, მოიხმარონ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდი, ხოლო ყოველმა მეოთხე ქალმა რელიგიური მრწამსი მოიყვანა თანამედროვე მეთოდების არმოხმარების მიზეზად (23%).

კონტრაცეპციის კალენდარული და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის (ტრადიციული) მეთოდის მომხმარებელთა განმარტებით თანამედროვე კონტრაცეპციის არმოხმარების სპეციფიურ მიზეზებში მხოლოდ მცირედი განხვავებაა ფორუნი მახასიათებლების მიხედვით. გვერდითი მოვლენების შიში იზრდება წლების მომატებით, განათლების და სოციალურ-ეკონომიური დონის მიხედვით. ინფორმაციის ნაკლებობას ასახელებდნენ, ძირითადად სოფლად მცხოვრები ის ქალები, რომლებიც შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდს იყენებენ, 15-24 წლის საშუალო განათლების, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის, აზერბაიჯანელი ან სომეხი ქალები. პარტნიორის არჩევანს მიზეზად ის ქალები ასახელებდნენ, რომელთა პარტნიორები იყენებდნენ კონტრაცეპციის კალენდარულ და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის (ტრადიციული) მეთოდს. ესენი არიან 15-24 წლის აზერბაიჯანელი და

სომეხი ქალები. ფასისა და ხელმისაწვდომობის პრობლემის არგუმენტს იყენებდნენ მცირე განათლების და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები. რელიგიურ მრწამსს ასახელებდნენ აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები. ამგვარად, იმ დასახელებულ მნიშვნელოვან ფაქტორებს, რომლებიც განაპირობებენ ქალების გადაწყვეტილებას, მიმართონ კონტრაცეპტივების ტრადიციულ მეთოდს, შეიძლება მოეკებნოს საწმუნო კონტრ-არგუმენტები, რითაც შესაძლებელი გახდება მათ გადაწყვეტილებაზე ზეგავლენის მოხდენა, თუ ოჯახის დაგეგმვის სამსახურები გააუმჯობესებენ საქმისადმი თავიანთ მიდგომას.

8.4.2 ცხრილში მოყვანილია ტრადიციული მეთოდების მომხმარებელ ქალთა მოსაზრება, როდესაც ისინი აღარებენ მათ მიერ ამჟამად გამოყენებულ ტრადიციულ მეთოდს "თანამედროვე მეთოდს, ისეთს როგორცაა სწისს და ორალური კონტრაცეპტივები". აღსანიშნავია, რომ ქალების სამი მეოთხედი მიიჩნევს, რომ მათ მიერ მოხმარებული მეთოდი უფრო ეფექტურია (35%), ვიდრე თანამედროვე მეთოდები, ან უკიდურეს შემთხვევაში, თანაბრად ეფექტურია (43%), და მხოლოდ 11%-მა აღიარა, რომ სწისს და ორალური კონტრაცეპტივები, არასასურველი ორსულობის პრევენციის უფრო ეფექტური საშუალებებია. 11%-მა აღიარა, რომ არ შეუძლია მის მიერ მოხმარებული მეთოდის მეტ-ნაკლებობითი შეფასება. ტრადიციული მეთოდების ეფექტურობისადმი ნდობა არ იყო განპირობებული რესპონდენტთა განათლების დონით და ფონური მახასიათებლებით. კონტრაცეპციის ახალი მეთოდებისადმი უფრო კეთილგანწყობილი იყვნენ ის ქალები, რომელთაც სამომავლოდ სხვა რომელიმე მეთოდის გამოყენების სურვილი ექონდათ. როგორც მოსალოდნელი იყო ქალები, რომლებსაც არ სურთ შეცვალონ ამჟამინდელი ტრადიციული მეთოდი, მიიჩნევენ, რომ მათ მეთოდს მაღალი ეფექტურობა ახასიათებს (85%). ის ქალები (55%), რომლებიც აღიარებენ, რომ მომავალში უპირატესობას მიანიჭებენ სწისს-ს, როგორც ჩანს, მიიჩნევენ, რომ მათ მიერ ამჟამად გამოყენებული მეთოდი შედარებით ნაკლებ ეფექტურია. კონტრაცეპციის უფრო ეფექტური მეთოდების მოხმარების გაზრდის მიზნით ოჯახის დაგეგმვის ეროვნულმა პროგრამამ თავის უპირველეს ამოცანად უნდა დაისახოს ფართო საზოგადოების რაც შეიძლება დეტალურად ინფორმირება კონტრაცეპციის სხვადასხვა ტიპებისა და მათ შორის კონტრაცეპციული სტერილიზაციის მეთოდის შედარებით ეფექტურობის და ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შესახებ, ხაზგასმით აღნიშნოს ამ მეთოდების ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო ეფექტები და გახადოს ისინი უფრო ხელმისაწვდომი.

ცხრილი 8.4.1.

კონტრაცეპციის კალენდარული და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის (ტრადიციული) მეთოდის მომხმარებელთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც განაცხადეს, რომ ზოგიერთმა მეტ-ნაკლებად მნიშვნელოვანმა ფაქტორმა განაპირობა მათი გადაწყვეტილება, მოიხმარონ ტრადიციული მეთოდი, თანამედროვე მეთოდის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

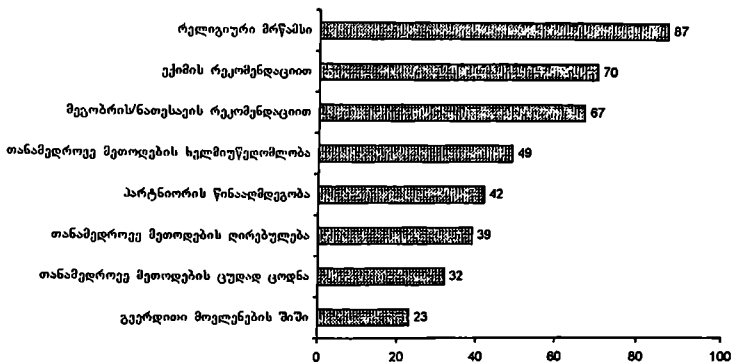
არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი 15-44 წლის ქალები

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო 1999/2000 წელი

შერჩეული ფაქტორები

მახასიათებლები	ჯანმრთელობის გამოშვობ/გაუარყოფი მთვლენები	არახმაკმა რისი ცი: ფა	სხვა მეთოდების დამატება	პარტნიორის წინააღმდეგობა	სხვა მეთოდების ინფორმაცია	სხვა მიზეზები	ეკონომიკური ფაქტორები	რელიგიური მრწამსი	შემოსულების რაოდენობა
სულ	87.3	69.5	66.9	48.5	42.3	39.4	32.4	22.5	1 069
გამოყენებული მეთოდი									
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	83.8	78.6	73.6	56.9	46.6	40.9	29.3	21.8	560
კალენდარული მეთოდი	91.0	60.1	60.0	39.9	38.0	37.8	35.6	23.1	509
საეკონომიკური ადგილი თბილისი	85.4	62.2	57.7	49.2	30.7	35.8	28.9	17.9	226
ქალაქი	93.2	67.1	68.8	47.4	42.7	42.3	40.1	21.4	362
სოფელი	84.8	74.2	70.0	48.8	47.5	39.3	29.5	25.2	481
ასაკობრივი ჯგუფი									
15-24	79.5	74.6	64.7	56.2	43.2	41.2	32.1	23.1	111
25-34	87.2	70.3	72.8	50.3	46.0	36.9	32.8	23.3	441
35-44	89.0	67.7	62.6	45.5	39.3	41.0	32.2	21.7	517
განათლების დონე									
საშუალო/არასრული საშუალო	84.7	77.9	72.0	51.7	46.6	41.4	29.8	22.6	433
ტიქნიკური	88.3	68.7	67.9	44.9	42.3	37.5	29.8	19.8	345
უმადლე სისასპირანტი ურა	90.3	57.5	57.9	47.8	35.9	38.5	39.4	25.3	291
სოციალური ეკონომიკური ინდექსი									
დაბალი	86.0	76.0	73.1	50.6	48.6	42.7	25.6	22.3	437
საშუალო	87.2	68.7	67.2	47.8	41.2	38.3	35.8	23.3	543
მაღალი	92.7	51.9	44.2	45.5	28.5	34.9	35.0	17.6	89
ეთნიკური ჯგუფი									
ქართველი	89.3	67.5	65.7	44.9	40.4	39.1	32.8	20.8	912
აზერბაიჯანელი	63.1	79.4	61.5	74.0	51.9	29.9	27.4	35.2	55
სომეხი	89.1	85.0	80.9	68.3	54.6	49.3	27.3	28.7	70
სხვა	89.3	61.0	78.6	38.7	41.0	45.0	45.3	20.9	32
ფაქტორები									
ფაქტორები	89.1	66.5	75.0	56.1	38.7	33.9	33.8	21.5	203
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	87.3	69.6	66.5	48.2	42.5	39.6	32.3	22.5	866

დიაგრამა 8.4.
 თანამედროვე კონტრაცეპციის არმომხმარებლის მიზეზები
 15-44 წლის ქალები, რომლებიც ტრადიციულ მეთოდს მოიხმარენ
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო 1999/2000 წელი



8.5. კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის მიზეზები

8.5 ცხრილში ნაჩვენებია ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალების მოსაზრება კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის მრავალფეროვან მიზეზებსზე. ყველაზე მარტივი მიზეზი დაკავშირებულია ორსულობასთან (მაგალითად: მიმდინარე ორსულობა, მეჭუპურობა და დაორსულების სურვილი), რაც შესაბამისად ყველა პასუხის 19% და 13% შეადგენს. რიგით მეორე მნიშვნელოვანი მიზეზი უკავშირდება ფერტილობის გაუარესებას. ეს მიზეზი რესპონდენტების 23%-მა დაასახელა; აქედან 6%-მა მიუთითა მენჯის ორგანოების ანთება, 17% დაასახელა სხვა სამედიცინო მიზეზები, რომლებიც ხელს უშლიან დაორსულებას, ხოლო 0,3%-მა პარტნიორის წინააღმდეგობა. კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის ყველაზე მნიშვნელოვან მიზეზად ყოველმა მე-7 ქალმა დაასახელა. ყოველმა მე-10 ქალმა კონტრაცეპტივების არმომხმარებლის მიზეზად დაასახელა სქესობრივი აქტიუობის დაბალი დონე (ბოლო თვის მონაცემებით). აღსანიშნავია, რომ ქალების ძალზედ მცირე რაოდენობამ კონტრაცეპციის მეთოდის არმომხმარებლის მიზეზად ჩათვალა პირადი ან პროგრამასთან დაკავშირებული მიზეზები, როგორცაა კონტრაცეპციულ მეთოდებზე პირადი ან პარტნიორის უარი (5%), გვერდითი მოვლენების შიში (4%), ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების ძნელად ხელმისაწვდომობა (3%).

კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის მიზეზები მკვეთრად განსხვავდება ქალის ამჟამინდელი ასაკის მიხედვით. ამ კატეგორიის რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ახალგაზრდა ქალები ორსულად ან ახლადნაშობობიარები (41 %) იყვნენ, ან კიდევ დაორსულებას ცდილობდნენ (28%), ხოლო ანალოგიურად განწყობილი 40-44 წლის ქალების 40% თვლიდა,

რომ მათ ორსულობა აღარ ემუქრება, 14% კონტრაცეპციისადმი გულგრილია და 11% კი სქესობრივად აქტიური არ იყო.

ცხრილი 8.4.2

ტრადიციული მეთოდების ეფექტურობის შედარება თანამედროვე მეთოდებთან შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

15-44 წლის ქალები, რომლებიც ამჟამად მოიხმარენ ტრადიციულ მეთოდებს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	ტრადიციული და თანამედროვე მეთოდების შედარება				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	თანამედროვე მეთოდი უფრო ეფექტურია	თანამედროვე მეთოდი ისევე ეფექტურია, როგორც ტრადიციული	თანამედროვე მეთოდი ნაკლებად ეფექტურია	არ იცის		
სულ	35.0	43.1	10.7	11.2	100.0	1 069
გამოყენებული მეთოდი შუწყვეტილი სქესობრივი აქტი	37.0	43.0	10.6	9.4	100.0	1 069
კალენდრის (რითვის) მეთოდი						
საცხოვრებელი ადგილი ქალაქი	27.9	51.3	10.9	9.9	100.0	362
სოფელი	36.0	42.3	9.1	12.5	100.0	481
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	33.9	40.1	12.2	13.7	100.0	111
25-34	29.3	46.6	12.9	11.3	100.0	441
35-44	39.8	40.9	8.6	10.6	100.0	517
განათლების დონე						
საშუალო/არასრული საშუალო	34.2	41.2	9.6	15.0	0.0	433
ტექნიკური უმაღლესი/ასპირანტურა	35.7	43.5	12.5	8.2	100.0	345
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	34.3	39.3	9.6	16.8	100.0	437
საშუალო	34.7	45.4	10.8	9.1	100.0	543
მაღალი	39.4	41.7	13.8	5.2	100.0	89
ეთნიკური ჯგუფი						
ქართველი	32.7	44.8	11.7	10.8	100.0	912
აზერბაიჯანელი	42.5	38.3	4*1	15.0	100.0	55
სომეხი	54.7	26.1	6.9	12.4	100.0	70
სხვა	33.5	49.8	6.7	10.0	100.0	32
იკვ სტატუსი						
იკვ	37.4	46.0	10.9	5.7	100.0	203
ადგილობრივი მოსახლეობა	34.9	43.0	10.7	11.5	100.0	866
სხვა სასურველი მეთოდი						
სწის	8.5	46.0	35.2	10.3	100.0	184
ორალური	27.8	46.2	23.0	3.0	100.0	39
კონტრაცეპტივი						
სხვა მეთოდი	16.5	47.7	33.8	2.0	100.0	53
არ სურს შეცვალოს თავისი მეთოდი	42.5	42.0	3.1	12.4	100.0	793

*იმ ოთხი ქალის ჩათვლით, რომლებმაც მოიხურეს სხვა ტრადიციონალურ მეთოდზე გადასვლა

ცხრილი 8.5

ამჟამად კონტრაცეპტივებზე უარის თქმის მოტივირებული მიზეზები ასაკობრივ ჯგუფებში რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი 15-44 წლის ქალები

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ (პროცენტული განაწილება)

მიზეზები	სულ	ასაკობრივი ჯგუფი		
		15-24	25-34	35-44
ქალის უშეილობა/რეპროდუქციული ფუნქციის უქმარისობა	18.7	41.6	21.9	1.9
ამჟამად ორსულად არის ან ახლად ნამშობიარებია	17.0	4.2	11.0	28.9
კონტრაცეპტივის უეფლევებლყოფა	14.3	10.6	16.9	14.0
სურს, დაორსულდეს ახლო მომავალში	12.7	27.4	13.3	4.1
ბოლო თვის განმავლობაში სქესობრივი ურთიერთობების არქონა	8.8	2.7	9.2	11.7
მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები	6.1	0.4	3.5	11.3
პირადი ან პარტნიორის უარყოფითი დამოკიდებულება ოჯახის დაგვემეისადმი	4.6	3.1	5.4	4.6
გეგმრდიანი მოვლენების შიში	4.1	1.6	6.5	3.4
რესპონდენტს ეეჭვება, რომ შეიძლება დაორსულდეს	3.3	0.6	2.4	5.6
არაფერი იცის, არც ოჯახის დაგვემეიანზე და არც, თუ სად შეიძლება ამის შესახებ გაგება	2.9	4.0	3.9	1.5
უახლოვდება მენოპაუზის ასაკს	2.6	0.0	0.0	6.2
მამაკაცის უშეილობა	0.3	0.2	0.2	0.5
სხვა მიზეზები	2.5	1.8	3.2	2.3
არ იცის	2.2	1.7	2.7	1.9
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	3 051	636	1 158	1 257

8.6 ქალები, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს, მაგრამ სამომავლოდ გეგმავენ მათ მოხმარებას.

99 GERHS-ის ფარგლებში ყველა რესპონდენტს, რომელიც ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტისათვის არ იყენებდა კონტრაცეპციის არცერთ მეთოდს, ეკითხებოდნენ, გეგმავენ თუ არა ისინი რაიმე კონტრაცეპტივის გამოყენებას მომავალი 12 თვის განმავლობაში ან მოგვიანებით. ოჯახის დაგვემეიარებაზე პოტენციური მოთხოვნის პროგნოზირებისას მომავალში უნდა გაითვალისწინოთ იმ ქალების განზრახვა კონტრაცეპტივების მოხმარების შესახებ, რომლებიც ამჟამად არ სარგებლობენ არცერთი მეთოდით. 8.6.1 ცხრილში წარმოდგენილია ამჟამად გათხოვილი ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალების ეს განზრახვა მათი ცოცხალი შეიძლების რაოდენობის მიხედვით.

მთლიანობაში, რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ფერტილური ქალები, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპ-

ტივებს (38%), ადასტურებდნენ თავის განზრახვას, მომავალში ისარგებლონ კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდით. აქედან 22% კონტრაცეპტივის მოხმარებას გეგმავდა უახლოვეს 12 თვიან პერიოდში, 16ს% კი ამას უფრო მოგვიანებით აპირებდა. დაახლოებით ყოველი მეოთხე ქალი (29%) არ იყო დარწმუნებული, გაუზნდება თუ არა მას კონტრაცეპტივის გამოყენების სურვილი მომავალში.

ცხრილი 8.6.1

პროცენტული განაწილება 15-44 წლის არარეგისტრირებულ ან რეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალებისა, რომლებიც არ მოიხმარენ არანაირი ტიპის კონტრაცეპტივებს, მაგრამ აპირებენ მომავალში გამოიყენონ კონტრაცეპტივები, ცოცხალი შეიღების რაოდენობის მიხედვით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000წ.

კონტრაცეპტივების გამოყენების სურვილი	სულ	ცოცხალი შეიღების რაოდენობა*				
		არც ერთი	ერთი	ორი	სამი	ოთხი და მეტი
აპირებს მეთოდის გამოყენებას მომდევნო 12 თვიან პერიოდში	22.4	2.4	25.7	24.6		
მოგვიანებით აპირებს მეთოდის გამოყენებას	15.9	30.0	24.2	13.1	9.2	5.4
ვერ გადარწმუნდება	28.8	50.1	28.9	26.9	25.9	23.9
არ სურს კონტრაცეპტივის გამოყენება	32.9	17.5	21.1	35.4	44.1	47.5
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	2 411	158	599	1 097	439	118

* თივლებოდა, რომ ქალებს, რომლებიც ინტერვიუს ნაშრომთვის მომენჭში ორსულად იყვნენ, ფაქტიურზე ერთით მეტი შეიღი აქავდათ

კონტრაცეპტივის სამომავლო გამოყენების განზრახვა დამოკიდებულია ცოცხალი შეიღების რაოდენობაზე. ქალებს, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს, მაგრამ მომავალში აპირებენ, დაიწყონ მათი მოხმარება, როგორც წესი, ერთი ან ორი შეიღი აქავთ (შესაბამისად, 49% და 36%-ია). მიუხედავად ამისა, ყოველი მესამე უშვილო ქალი, რომელიც ამჟამად არ მოიხმარს კონტრაცეპტივს (31%), გეგმავს მათ გამოყენებას მომავალში, თუმცა, ამის დაწყებას მომდევნო 12 თვის განმავლობაში ამ ქალების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი აპირებს (2%). და პირიქით ერთ- ან მეტშვილიანმა ქალებმა, რომლებიც მიუხედავად იმისა, რომ ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს, მაგრამ მომავალში აპირებენ ამის გაკეთებას, განაცხადეს, რომ მომავალი წლიდან დაიწყებენ მათ მოხმარებას.

როგორც 8.6.2 ცხრილშია ნაჩვენები, შეიღოსობასთან დაკავშირებული სამომავლო არჩევანი საკმაოდ მოულოდნელ გაელენას ახდენს კონტრაცეპტივის მოხმარების განზრახვაზე იმ ფერტილური ქალებში, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს: ქალების მხოლოდ 32%-ი, რომლებმაც არ სურდათ მეტი შეიღის გაჩენა, გეგმავს სამომავლოდ კონტრაცეპტივის გამოყენებას, მაშინ, როცა სტერილიზაციის მოწინააღმდეგე ქალების 46 % კონტრაცეპციის მომავალში გამოყენების მომხრეა. ეს შეიძლება იმ ფაქტთან იყოს დაკავშირებული, რომ ქალების ნახევარზე მეტი, ვისაც აღარ უნდა შეიღის გაჩენა, 35 ან მეტი წლისაა, ხოლო ამ ასაკის ქალების 60%, საერთოდ არ აპირებს კონტრაცეპტივების გამოყენებას (არ არის ნაჩვენები).

ქალების უმეტესობა, რომლებიც აირებენ მომავალში კონტრაცეპტივების მოხმარებას, უპირატესობას თანამედროვე მეთოდებს ანიჭებს (დიაგრამა 8.6.). მათგან ნახევარმა თავისი არჩევანი სმსს-სუ შეაჩერა, ყოველი მეექვსე ორალური კონტრაცეპტივის და ყოველი მეთექვსმეტი კონდომის გამოყენებას ამჯობინებს. მხოლოდ 15%-მა აღნიშნა, რომ ისინი თავს ტრადიციული მეთოდით დაიცავენ. სპეციფიური მეთოდის არჩევანი ნაკლებადაა დამოკიდებული ამ ქალების შეიღოსნობის შენარჩუნების სურვილზე.

ცხრილი 8.6.2.

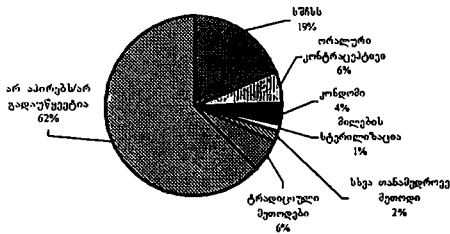
კონტრაცეპტივების მოხმარების სურვილი მომავალში, რომელსაც შეიღოსნობის შენარჩუნების არჩევანი განაპირობებს რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალები, რომლებიც ამჟამად კონტრაცეპტივებს არ მოიხმარენ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა საქართველო, 1999/2000 წელი (პროცენტული განაწილება)

კონტრაცეპციის გამოყენების სურვილი	სულ	მეტი შეიღის ყოლის სურვილი	
		უნდათ უკავლეთ მეტი შეიღი	აღარ უნდათ მეტი შეიღის განაწილება
აირებს მეთოდის გამოყენებას მომდევნო 12 თიან პერიოდში	22.4	21.3	23.2
მოგვყავნებით აირებს მეთოდის გამოყენებას	15.9	25.2	9.0
ვერ გადაუწყვეტია	28.8	33.5	25.4
არ სურს კონტრაცეპტივის გამოყენება	32.9	20.1	42.5
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	2 411	1 011	1 400

დიაგრამა 8.6

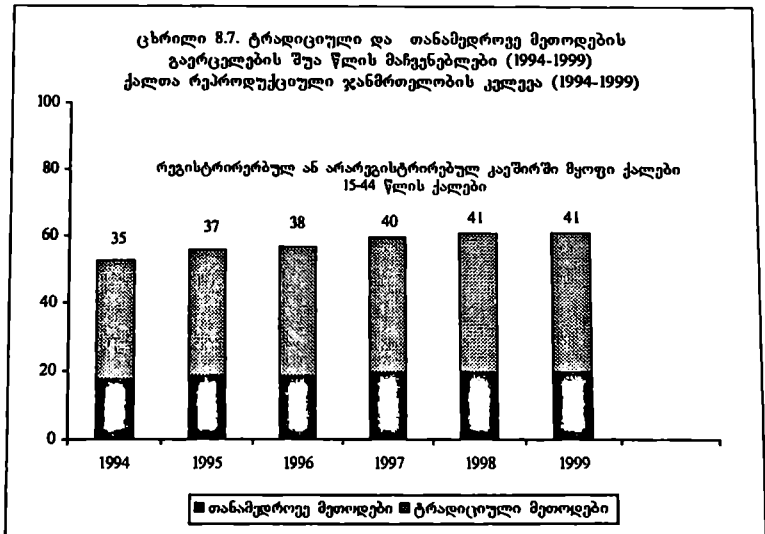
ფერტილური ქალების პროცენტი, რომლებიც ამჟამად არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივს, სპეციფიური კონტრაცეპტული მეთოდების გამოყენების განზრახვის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვა: საქართველო,

1999/2000 წ.



8.7. კონტრაცეპტივების გამოყენების უახლესი ტენდენციები

99GERHS კითხვარი შეიცავს დეტალურ კონტრაცეპტიულ “კალენ-დარს”, სადაც 1994 წლის იანვრიდან მოყოლებული, ინტერვიუს მომენტამდე, ყოველთვიურად ფიქსირდება მონაცემები კონტრაცეპტივის გამოყენების, ორსულობის შემთხვევების და ოჯახური სტატუსის შესახებ. როგორც 8.7 ცხრილში და 8.7.1. დიაგრამაზე ნაჩვენებია, ეს მონაცემები გამოიყენეს 1994-1999 წლებში კონტრაცეპტივების გავრცელების შუა წლის მაჩვენებლების გამოსათვლელად, რისთვისაც გამოიყენეს რესპონდენტების პასუხებიდან გამოყვანილი ყოველი წლის იენისის მონაცემები კონტრაცეპტივების გამოყენების ინტენსივობის შესახებ. დროის ამ მონაკვეთში კონტრაცეპტივების გავრცელების ტემპები რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფ კალებში ხასიათდება, მტკიცე, მაგრამ შედარებით ზომიერი მატებით. 1994 წლის იენისიდან 1999 წლის იელისამდე კონტრაცეპტივების მოხმარების მაჩვენებელი გაიზარდა 35%-დან 41%-მდე. მიუხედავად ზრდის ამ ტენდენციებისა, ორივე მეთოდი ტრადიციულიც (18%-დან 21%-მდე) და თანამედროვეც (18%-დან 20%-მდე) პარარელური ზრდის ტენდენციით ხასიათდებოდა, რის შედეგადაც კონტრაცეპციული მეთოდების პალიტრა თითქმის არ შეცვლილა. მილიანობაში თანამედროვე მეთოდის გავრცელების ზრდა განპირობებული იყო კონდომების მოხმარების მაჩვენებლების ზრდით, მაშინ, როცა სმწსს და ორალური კონტრაცეპტივების მოხმარებამ მხოლოდ მცირედი ცვლილება განიცადა. გასული სამი წლის განმავლობაში ძალიან მცირე ცვლილება დაფიქსირდა თანამედროვე მეთოდის გავრცელებაში, რაც ალბათ 20%-ს უდრიდა. ოჯახის დაგეგმვის ეროვნულ პროგრამას ესაჭიროება განახლებული მცდელობა დაკარგული სინქარის აღსადგენად.



ცხრილი 8.7.

კონტრაცეპტივების შუა წლის გავრცელება ერთწლიანი ინტერვალით 1994-1999 წლებში რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალებისათვის (პროცენტული განაწილება)

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წლები

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ნებისმიერი მეთოდი	35.2	37.1	37.9	39.5	40.6	41.4
თანამედროვე მეთოდები	17.6	18.7	18.7	19.6	19.9	20.2
სწისხ	11.3	11.5	11.2	10.9	10.4	10.1
კონდომი	3.4	4.1	4.5	5.3	5.8	6.2
ორალური კონტრაცეპტივი	12	13	10	12	1.1	1.2
მიღების სტერილიზაცია	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.5
სხვა	0.6	0.6	0.7	0.8	1.1	1.2
17.6	18.4	19.2	19.9	20.7	21.2	
ტრადიციული მეთოდები						
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	7.4	8.0	8.7	9.2	9.9	10.6
კალენდარი (რითმის მეთოდი)	10.2	10.4	10.5	10.7	10.8	10.6
არცერთი მეთოდი	64.8	62.9	62.1	60.5	59.4	58.6

8.8. კონტრაცეპტივის მტყუნება და მოხმარების შეწყვეტა.

კონტრაცეპტივი მტყუნების მაჩვენებლები (დაორსულების ალბათობა კონტრაცეპტივის მოხმარების პერიოდში) და მოხმარების შეწყვეტის მაჩვენებლები (ნებისმიერი და მათ შორის დაორსულების მიუხედავად კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტის ალბათობა) დაანგარიშდა 1994 წლიდან მოპოვებული ორსულობის ყოველთვიური დეტალური ინფორმაციისა და კონტრაცეპტივების გამოყენების ისტორიების საფუძველზე. რადგან ზოგიერთი ქალი არ არეგისტრირებს აბორტით დასრულებულ ორსულობას და ჩასახვის პერიოდში კონტრაცეპტივის მოხმარებას, შესაძლოა ეს მაჩვენებლები შეუფასებელი დარჩეს. ამდენად, აქ მოყვანილი მაჩვენებლები მინიმალურია და ზუსტი მაჩვენებლები შესაძლოა უფრო მაღალი იყოს ვიდრე 8.8.1 ცხრილშია მოყვანილი.

მოცემული კონტრაცეპტივის ყოველთვიური ჩაყარდნის რისკის დონის და ამის გამო მასზე უარის თქმის ალბათობის გამოათვლელად გამოიყენეთ რესპონდენტის სიცოცხლეში კონტრაცეპტივის მოხმარების ისტორიის სეგმენტების ალბათობის ანალიზი და მოვახდინეთ მისი ექსტრაპოლაცია კონტრაცეპტივების მოხმარებელი ქალების მთელ პოპულაციაზე მოცემული პერიოდისათვის (1994 იანვარი 1999 ნოემბერი). თუ მიღებულ ალბათობებს ერთმანეთს დაეუკავშირებთ, შესაძლებელი გახდება კონტრაცეპტივის 12, 24 და 36 თვიანი მტყუნების და ხმარებიდან ამოღების მაჩვენებლების გამოანგარიშება. ეს მაჩვენებლები წარმოადგენენ მოხმარებლების ნაწილს, რომელმაც რაიმე მიზეზის გამო შეწყვიტა შერჩეული მეთოდის მოხმარება პირველ, მეორე ან მესამე წლის განმავლობაში (შეწყვეტის მეჩვენებელი) ან იმის გამო თქვა უარი კონტრაცეპტივზე, რომ მისი მოხმარების დროს დაორსულდა (მტყუნების მაჩვენებელი). ერთი, ორი ან სამი წლის განმავლობაში კონტრაცეპტივების მოხმარება ითვლება შეწყვეტ მოხმარებად. ახალი ინტერვალ იწყება, მაშინ როდესაც ქალი პირველად იწყებს რაიმე მეთოდის გამოყენებას ან სხვა მეთოდზე გადასვლის შემდეგ უარს ამობს მასზე და გარკვეული პერიოდის შესვენების შემდეგ, კვლავ ნაცად მეთოდს უბრუნდება. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოხმარებელი

რომელიმე თვის განმავლობაში ერთზე მეტ მეთოდს იყენებს, კონტრაცეპტივების მოხმარების იმ თვის გამოცდილება მიეწერება ამ ორ მეთოდს შორის ყველაზე ეფექტურს (მაგ. ბევრმა, პერიოდული თავშეკავების მეთოდის მომხმარებელმა განაცხადა, რომ მაქსიმალური ფერტილობის დროს კონდომებს იყენებდა; ასეთ შემთხვევაში, ისინი კლასიფიცირდებიან როგორც კონდომების მომხმარებლები).

კონტრაცეპციული მეთოდის მოხმარებისას 1 წლის განმავლობაში ქალების 13% დაორსულდა, ორი წლის განმავლობაში - 20%, ხოლო 3 წლის განმავლობაში - 24%. მტყუნების მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად იცვლებოდა კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენების მიხედვით. მტყუნების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ერთი, ორი ან სამი წლის განმავლობაში სმწის მეთოდს აქვს. ამ მეთოდის გამოყენებისას დაორსულდა 19% 2.6%- მდე ქალი. მიუხედავად იმისა, რომ სმწის მტყუნების ერთწლიანი მონაცემები ძალიან დაბალია, ისინი მაინც ორჯერ მეტია, ვიდრე ბოლოდროინდელ ლიტერატურაში გამოქვეყნებული მონაცემები, რომლებიც ამ მეთოდის მომხმარებელი ქალებისათვის 100 ქალზე 0.8% მტყუნების ტოლია (Hatcher et al., 1997 წ.). კონდომების მომხმარებლები აღნიშნავენ მეთოდის მტყუნების 9%-იან მაჩვენებელს მოხმარების პირველი წლის განმავლობაში და 18% და 21%-იან მაჩვენებლებს, შესაბამისად, მოხმარების მეორე და მესამე წლის განმავლობაში. კონდომების მტყუნების შედარებით მაღალი მაჩვენებელი შეესაბამება მის კონტრაცეპციულ ეფექტურობას (14% იგივე მონაცემების მიხედვით). ორალური კონტრაცეპტივების მტყუნების მონაცემები უფრო მაღალი იყო, მაგრამ ეს მონაცემები შეესაბამება ერთი წლის განმავლობაში მის რეტირულდ გამოყენებისას (6-8%) მტყუნების გამოქვეყნებულ მონაცემებს. ჩასახვის საწინააღმდეგო აბების მომხმარებლების თითქმის 5% დაორსულდა აბების გამოყენების პირველი 12 თვის, ხოლო 11% და 17% შესაბამისად ორი და სამი წლის გამოყენების შემდეგ. რესპონდენტების მონაცემებით, კონტრაცეპციის მტყუნების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 12, 24 და 36 თვის მოხმარების პერიოდისათვის პქონდა სქესობრივი აქტისაგან პერიოდული თავის შეკავების მეთოდს (შესაბამისად 19%, 32% და 40%) და სქესობრივი აქტის შეწყვეტის მეთოდს (შესაბამისად 17%, 26% და 30%), რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს თანამედროვე, უფრო ეფექტური კონტრაცეპციული მეთოდების ფართოდ შემოღების აუცილებლობაზე და მასთან დაკავშირებული იკა აქტივობის ინტენსიფიკაციის საჭიროებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეპციის საერთო და მეთოდისათვის სპეციფიური მტყუნების მაჩვენებლები (გარდა ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლებისა) მოსალოდნელი სიდიდის ფარგლებში იყო, გამოკითხვის მონაცემებმა ცხადყო კონტრაცეპციის მეთოდების მოხმარების შეწყვეტის გაცილებით უფრო მაღალი მაჩვენებლები. მთლიანობაში, ქალების 41% შეწყვიტა მოხმარებული მეთოდის გამოყენება ერთი წლის განმავლობაში; 59% - ორი წლის და 69% მოხმარების სამი წლის შემდეგ. კონტრაცეპციის მეთოდის მოხმარების ერთი წლის შემდეგ შეწყვეტა ორ მესამედ შემთხვევაში გამოწვეული იყო მეთოდის მტყუნების განსხვავებული მიზეზებით (მეთოდის მტყუნების მაჩვენებელი შეადგენდა ერთი წლის შემდეგ კონტრაცეპციის შეწყვეტის ყველა შემთხვევის $13/41 \times 100 = 31\%$).

ცხრილი 8.8.1.

კონტრაქციის მტყუნება და მოხმარების შეწყვეტის მაჩვენებლები ერთი, ორი და სამი წლის შემდეგ კონტრაქციის შერჩეული მეთოდების მიხედვით 1994 წლის იანვრიდან დაწყებული კონტრაქტივების მოხმარების ყველა სეგმენტი ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო 1999/2000 წელი

	მტყუნების მაჩვენებლები					
	ყველა მეთოდი	კონტრაქციის მეთოდი				
მოხმარების ხანგრძლივობა	სწის	კონდომი	ორალური კონტრაქტივი	რითმის მეთოდი	სქესობრივი აქტის შეწყვეტა	
ერთი წელი	12.6	19	9.1	4.6	19.3	16.9
ორი წელი	20.1	19	17.5	10.8	32.3	25.6
სამი წელი	24.3	2.6	20.9	17.4	40.4	30.1
სეგმენტების რაოდენობა	3 902	649	841	341	973	939
კონტრაქციის შეწყვეტის მაჩვენებლები						
	ყველა მეთოდი	კონტრაქციის მეთოდი				
მოხმარების ხანგრძლივობა	სწის	კონდომი	ორალური კონტრაქტივი	რითმის მეთოდი	სქესობრივი აქტის შეწყვეტა	
ერთი წელი	40.5	10.4	54.0	73.3	39.8	37.4
ორი წელი	58.6	20.1	71.8	89.1	62.2	58.9
სამი წელი	69.1	31.2	81.7	96.6	73.1	71.8
სეგმენტების რაოდენობა	3 902	649	841	341	973	939
მეთოდის მტყუნების გამო (12 თვის მანძილზე) მისი შეწყვეტის % მაჩვენებელი	31.1	18.3	16.9	6.3	48.5	45.2

8.8.1 ცხრილში მოყვანილი კონტრაქციის ხუთი მეთოდიდან ერთწლიანი მოხმარების შემდეგ შეწყვეტის დაბალი მაჩვენებელი მხოლოდ სწის-ს ჰქონდა (10%), მაგრამ სამი წლის შემდეგ მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის ეს მაჩვენებელი სამჯერ იზრდება და 31% შეადგენს. ამასთან უნდა ითქვას, რომ სწის მოხმარებლების მხოლოდ 18%-მა შეწყვიტა მისი გამოყენება მეთოდის მტყუნების გამო. და პირიქით, ორალური კონტრაქტივების მოხმარებლების სამმა მეოთხედმა (73%) შეწყვიტა მისი გამოყენება ერთი წლის შემდეგ, და მეთოდის მტყუნების დაბალი მაჩვენებლის მიუხედავად, ქალების მხოლოდ 3% აგრძელებდა ორალური კონტრაქტივის მიღებას სამი წლის შემდეგ კონდომის მოხმარების შეწყვეტა ანალოგიურ სურათს იძლევა. ქალების ნახევარზე ნაკლები (46%) აგრძელებდა კონდომს

მომხარებას ერთი წლის შემდეგ, ხოლო სამ წელიწადზე მეტ ხანს კონდომი მომხმარებლად რესპონდენტების მხოლოდ ერთ მეხუთედზე ნაკლები (18%) რჩებოდა. უცნაურია, მაგრამ ამ მეთოდების შემთხვევაში მეთოდის ჩაყარვამ ძალიან უმნიშვნელო როლი ითამაშა ამ ქალების გადაწყვეტილებაში, შეწყვიტონ კონტრაცეპტივების მიღება მათი დაწყებიდან ერთი წლის თავზე. მტყუნების გამო მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის მაჩვენებლები შეადგენდნენ 18% (სშსსს მომხმარებლების 18%), 17% (კონდომის მომხმარებლების შემთხვევაში) და 6% (ორალური კონტრაცეპტივების შემთხვევაში). და პირაქით, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის და კალენდრის (რითმის) მეთოდის შემთხვევაში, რომელსაც აგრეთვე ახასიათებს მოხმარების შეწყვეტის ძალიან მაღალი მაჩვენებლები ერთი (37%-40%), ორი (59%-62%) და სამი წლის შემდეგ (72%-73%), სწორედ მეთოდის ჩაყარვა იყო მისი შეწყვეტის თითქმის მთავარი მიზეზი.

გარდა მეთოდის ჩაყარვით გამოწვეული კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტისა, არსებობს მეთოდისათვის სპეციფიური სხვა მიზეზებიც, რომლის გამო ქალები უარს ამბობენ მოხმარების გაგრძელებაზე. 8.8.2 ცხრილში ნაჩვენებია მეთოდისათვის სპეციფიური მოხმარების შეწყვეტის სხვა ერთწლიანი მაჩვენებლები ხუთი ყველაზე ხშირად მოხმარებული კონტრაცეპტივებისათვის. მეთოდის მტყუნების შემდეგ მეთოდის შეწყვეტის ყველაზე ხშირი მიზეზია მისი უკუღველყოფა (12%), რომელიც მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის მიზეზად ქალების 30%-მა დაასახელა. კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტის რიგით მესამე მთავარი მიზეზია თანამედროვე მეთოდის ღირებულება ან ხელმისაწვდომობა (4%), შემდეგ მოდის გვერდითი მოვლენების განვითარება (3%) და სხვა მეთოდზე გადასვლის სურვილი (3%).

კონტრაცეპციის შეწყვეტის მთავარი მიზეზი დამოკიდებულია მოხმარებული მეთოდის სახეობაზე. სშსსს-ის მოხმარების ერთი წლის შემდეგ შეწყვეტის მაჩვენებელი, რომელიც სხვა მეთოდებთან შედარებით ყველაზე დაბალია, დიდად არის დამოკიდებული მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებულ გვერდით მოვლენებზე. სშსსს-ის მომხმარებლების დაახლოებით ერთმა მესამედმა სწორედ ამ მიზეზით შეწყვიტა მისი გამოყენება. მხოლოდ 18%-მა შეწყვიტა მისი მოხმარება დაორსულების გამო, ხოლო 17%-მა - ექიმის რჩევით გააკეთა. გვერდითი მოვლენების განვითარება მთავარი მიზეზი იყო ორალური კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტისას. ქალების 45%, (33% პროცენტს 73%-დან = 45%), რომლებმაც შეწყვეტის ორალური კონტრაცეპტივის მიღება, სწორედ ამ მიზეზით გააკეთეს ეს. ექიმის რჩევა, არ მიიღონ ორალური კონტრაცეპტივები, მათი მაღალი ღირებულება, ორალური კონტრაცეპტივების ძნელად ხელმისაწვდომობა მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის სხვა მიზეზების ყველაზე დიდ პროცენტს შეადგენს (26%). თითქმის ყოველმა მეორე ქალმა, რომლის პარტნიორები კონდომის ხმარობდნენ შეწყვიტეს ამ მეთოდის გამოყენება იმის გამო, რომ მათი პარტნიორები ხშირად უკუღველყოფდნენ კონტრაცეპციის ამ მეთოდს. მეოთხე დასახელებული მიზეზია მეთოდის სიძვირე ან ძნელად ხელმისაწვდომობა.

მეთოდის ჩაყარვამ, დაორსულების სურვილი და ახალ მეთოდზე გადასვლა კონტრაცეპციის მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის სხვა მიზეზებთან შედარებით ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის და კალენდრის (რითმი) მეთოდის მოხმარების შეწყვეტის

ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზია მეთოდის ჩაეარდნა. მეორე ადგილზეა კონტრაცეპტივის გამოყენების უბულებუბულოფა. შეწყვეტლ სქესობრივ აქტზე უარის თქმა პარტნიორთან დაკაეშირებული კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია.

ცხრილი 8.8.2

ერთი წლის შემდეგ კონტრაცეპტივების მოხმარების შეწყვეტის მარეენებლები მოხმარების შეწყვეტის მიზეზების მიხედვით, კონტრაცეპციის შერჩეული მეთოდებისათვის კონტრაცეპციის ყველა ამ მეთოდის მოხმარება დაიწყო 1994 წლიდან ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კელევა: საქართველო, 1999/2000წ.

კონტრაცეპციის შეწყვეტის მიზეზი*	კონტაცეფციის მეთოდი					
	ყველა მეთოდი	სშშსს	კონდომი	ორალური კონტრაცეპტივი	რითმის მეთოდი	სქესობრივი აქტის შეწყვეტა
სულ†	40.5	10.4	54.0	73.3	39.8	37.4
მეთოდის ჩაეარდნა (დაორსულდა მეთოდის მოხმარების პერიოდში)	12.6	1.9	9.1	4.6	19.3	16.9
უბულებუბულოფა მეთოდს (რესპონდე-ნტი ან მისი პარტნიორი) ღირებულება/ ხელმისაწვდომობა	11.9	0.0	22.9	10.5	13.6	11.4
დაორსულების სურვილი	3.9	0.7	7.2	10.8	3.4	3.2
გვერდითი მოელებები	3.3	3.5	0.2	33.0	0.0	0.0
სხვა მეთოდზე გადასელა	3.0	0.2	6.0	3.3	3.7	2.3
პარტნიორთან დაკაეშირებული მიეების გამო ექიმის რჩევით	2.2	0.3	3.4	1.1	0.5	5.1
სხვა მიზეზების გამო	1.9	0.4	2.3	2.6	1.7	2.7
სეგმენტების რაოდენობა	3 902	649	841	341	973	939
* მოხმარების შეწყვეტის საერთო მარეენებლები						
† მოხმარების შეწყვეტის სუფთა მარეენებლები						

მოთხოვნა კონტრაცეპტივების სამსახურებზე

9.1 კონტრაცეპტივებზე შესაძლო მოთხოვნები და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები

ოჯახის დაგეგმვის სამსახურზე პოტენციური მოთხოვნის შეფასების სტანდარტული მიდგომა გულისხმობს არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალების კონტრაცეპციული ქცევის ანალიზის გარდა განისაზღვროს ქალების კონტრაცეპტივებზე მოთხოვნა მათ რეპროდუქციულ ფუნქციასთან და რეპროდუქციულ არჩევანთან კავშირში მათი ქორწინების სტატუსის მიუხედავად. კონტრაცეპტივებზე ტოტალური პოტენციური მოთხოვნა ზოგადად განისაზღვრება, როგორც ამჟამად გამოყენებული კონტრაცეპტივების ჯამი (დაკმაყოფილებული მოთხოვნები) და დამატებითი კონტრაცეპტივების გამოყენება, რაც საჭიროა არასასურველი ან არადროული ორსულობის რისკის შესამცირებლად (დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები). კონტრაცეპციის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა მოიცავს რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფ ამჟამად სქესობრივად აქტიურ ქალებს (გასული თვის გაანგარიშებით), ამჟამად ორსულობის რისკის მქონე (სქესობრივად პასიური, ამჟამად ორსული, მშობიარობის შემდგომი თავშეკავებისა და ამენორეას გამოკლებით) რეპროდუქციული ფუნქციის მატარებელ ქალებს (არც მათ და არც მათ პარტნიორებს არა აქვთ სუბფერტილობა), რომლებსაც ამჟამად არ აქვთ დაორსულების სურვილი და არც არაფერს ხმარობენ ორსულობისაგან თავის დასაცავად (Bongaarts J., 1991). არსებითად, კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები არის ის სპეციფიური ინსტრუმენტი, რითაც იზომება სასურველ ფერტილობასა და კონტრაცეპტივების მოხმარებას შორის არსებული სხვაობა მოსახლეობის ფერტილური არჩევანის უზრუნველსაყოფად. ახლო წარსულში გამოიკვეთა ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების სამიზნე ქვეჯგუფები, დაგეგმვის პროგრამების სტრატეგიები, რესურსების განთავსების და პროგრამების შედეგების შეფასების განმსაზღვრელი ფართომასშტაბიანი ინდიკატორები.

წინამდებარე ანგარიშში კონტრაცეპტივების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების სტანდარტული ფორმულირება არ შემოიფარგლებოდა არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალებით და ვრცელდებოდა ყველა ქალზე. გამოკითხვისას ქალებს დაუსვეს შეკითხვები მათი სქესობრივი, კონტრაცეპციული, რეპროდუქციული ქცევებისა და ფერტილური არჩევანის დასადგენად, რათა შესაძლებელი გამხდარიყო გაუთხოვარ რესპონდენტებში კონტრაცეპციის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების ფართომასშტაბიანი შესწავლა, ვინაიდან მათი დიდი რაოდენობა, შესაძლოა, სქესობრივად აქტიური, არასასურველი ორსულობის რისკის მატარებელი იყოს. კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების დონე უფრო მაღალია გათხოვილ რესპონდენტებში, ვინაიდან ისინი ამჟამად სქესობრივად აქტიურნი არიან და ამგვარად არასასურველი ორსულობის უფრო მაღალი რისკი და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების უფრო მაღალი მოთხოვნები ახასიათებთ. მიუხედავად ამისა, თუ გამოვრიცხავთ გაუთხოვარ რესპონდენტებს

თავიანთი ოჯახის დაგეგმვის სპეციალური მოთხოვნებით (მაგ: მოზარდები), ვერ ხერხდება მოსახლეობაში კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების დონის შეფასება და დარღვეულია პროგრამული მიზნების ინდიკატორების სათანადო შეფასება. მათი წილი მეტ-ნაკლებად მცირდება ტრადიციულ ქვეყნებში, სადაც ძლიერია ქალწულობის ინსტიტუტი და ამიტომ, გაუთხოვარმა ქალებმა შეიძლება დამალონ ქორწინებამდელი სქესობრივი აქტივობა და ამგვარად შეამცირონ ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებათა ჭეშმარიტი დონე.

ცხრილი 9.1.1.

15-44 წლის ქალებში ოჯახის დაგეგმვის (ოდ) სამსახურების საჭიროება ქორწინების სტატუსის გათვალისწინებით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000
(პროცენტული განაწილება)

ოჯახის დაგეგმვის სამსახურის საჭიროება	სულ	ოჯახური მდგომარეობა			
		გაუთხოვლი/არა-რეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	განათხოვარი	გაუთხოვარი	
ქალები, რომლებსაც ამჟამად არ სჭირდებათ ოჯახის დაგეგმვის სამსახური არასოდეს უქონიათ სქესობრივი კავშირი	61.0 33.1	36.6 0.0	93.1 0.0	99.8 0.0	
ამჟამად სქესობრივად აქტიური არ არიან*	8.5	5.9	81.2	0.2	
ამჟამად ორსულად არიან ან მშობიარობის შემდგომი პერიოდი აქვთ დაორსულება სურთ†	7.2 4.1	11.4 6.5	5.0 1.6	0.0 0.0	
უნაყოფო/სუბფერტილური‡	8.1	12.8	5.3	0.0	
ოჯახის დაგეგმვის სამსახური პოტენციური მოთხოვნა	38.9	63.3	6.9	9.1	
თანამედროვე კონტრაცეპტიული მეთოდის მომხმარებლები	11.8	19.2	2.6	0.0	
ტრადიციული კონტრაცეპტიული მეთოდის მომხმარებლები	12.3	20.3	0.0	0.0	
არასასურველი ორსულობის რისკი მათ შორის, ვინც არ ხმარობს კონტრაცეპტივებს	14.8	23.8	4.3	0.1	
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	
დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდზე‡	27.1	44.1	4.3	0.1	
შემთხვევების შეუწონავე რაოდენობა	7 798	5 177	517	2 104	

*ბოლო თვის განმავლობაში
†სურთ, გადაუდებლად დაორსულდნენ
‡ქალები, რომლებსაც მიღების სტერილიზაცია გაუკეთდა არა კონტრაცეპტიული, არამედ სამედიცინო ჩვენებებით; ქალები, რომელთა პარტნიორები უშვილოა და მენოპაუზაში მყოფი ქალები
‡შეიცავს არასასურველი დაორსულების რისკის მქონე ქალებს, რომლებიც არ მოიხმარენ კონტრაცეპტივებს და ქალებს, რომლებიც ამჟამად მოიხმარენ კონტრაცეპციის ტრადიციულ მეთოდებს

ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელ საჭიროებასთან ერთად 99GERHS ცდილობს, შეაფასოს თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა – ინდიკატორი, რომელიც გამოყენებულ იქნა აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნების გამოკითხვებში და რომელიც აფართოებს სტანდარტულ განსაზღვრას და ტრადიციული მეთოდის მომხმარებლებსაც დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების კატეგორიაში აერთიანებს. იმ ქვეყნებში, სადაც ტრადიციულ მეთოდებს (შეწვეტილი სქისობრივი აქტი, პერიოდული თავშეკავება, ტრადიციული/ხალხური მეთოდები) ახასიათებთ მომხმარებლის მაღალი მაჩვენებლები, დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების სტანდარტული განსაზღვრება ნიღბავს უფრო ეფექტური კონტრაცეპტივების რეალურ მოთხოვნებს, ვინაიდან ამ მეთოდებს ახასიათებს ნაყარდნის მაღალი მაჩვენებლები (იხ. VIII თავი). ამ ქვეყნებისათვის ბევრად უფრო სასარგებლოა, შეაფასონ თანამედროვე კონტრაცეპტივების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა, მიუხედავად იმისა, რომ ზოგ შემთხვევაში არსებობს მცირედენი რისკი, გააზიადონ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლები ეფექტურად მოიხმარენ თავიანთ მეთოდს. საერთაშორისო შედარების მიზნით ორივე ინდიკატორი მოცემულია ყველა ქალისათვის ოჯახური მდგომარეობის მიუხედავად. ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ახლახან ჩატარდა კომპლექსური რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ან ფერტილობის გამოკითხვა, სადაც საქართველოს აღმოაჩნდა კონტრაცეპტივების ყველაზე მაღალი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მაჩვენებლები (27%) უკრაინისა და ბულგარეთის შემდეგ. ქალებში, თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები, ფერტილობისა და ოჯახური გამოკითხვის (ფოკ) პროექტის ანალიზით შემდგენიარად განლაგდა: 12% უნგრეთში, 15% ჩეხეთის რესპუბლიკაში, 17% ლატვიაში, 19% სლოვაკეთში, 23% ლიტვაში და 36% ბულგარეთში (Klijzing E., 2000). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვებმა (რჯგ) დააადებების კონტროლის ცენტრის დახმარებით გამოაყლინა თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები: 23% მოლდოვაში, 25-29% რუსეთში, 29% რუმინეთში და 35% უკრაინაში (Serbanescu et al., 1997, 2000 VCIOM and CDC, 2000, KIIS and CDC, 2000).

9.1.1. ცხრილში მოცემულია გამოკითხულ რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებზე მათი მოთხოვნის მიხედვით. ცხრილის ზედა ნაწილში მოყვანილია რესპონდენტები, რომლებიც არ საჭიროებენ კონტრაცეპტივებს და ქვედა ნაწილში მოყვანილია პოტენციური მოთხოვნების ორი კომპონენტი: დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები: სამ ქალში ერთზე ოდნავ მეტს (39%) აქვს კონტრაცეპტივებზე პოტენციური მოთხოვნა. ამაში შედის თანამედროვე მეთოდების ამჟამად მომხმარებელთა 12%. 12% ტრადიციული მეთოდის მომხმარებელი და ქალების 15%, რომლებიც საჭიროებენ რომელიმე ტიპის კონტრაცეპტივს (განსაზღვრულია შემოთხსენებული საყოველთაოდ აღიარებული განსაზღვრებით). სახეშეცვლილი განსაზღვრების მიხედვით, რომელიმე ან უფრო ეფექტური კონტრაცეპტივის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა იზრდება 27%-მდე საერთოდ ქალებში და 44%-მდე გათხოვილ ქალებში.

ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ გამოყენებული მონაცემებით მოსახლეობის შესახებ, დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების 27% დონე შეესაბამება დაახლოებით 314,000, 15-44 წლის ქალს, რომლებსაც ესაჭიროებათ თანამედროვე კონტრაცეპტივები. ქალების 12%-ის (140,000, 15-44 წლის)

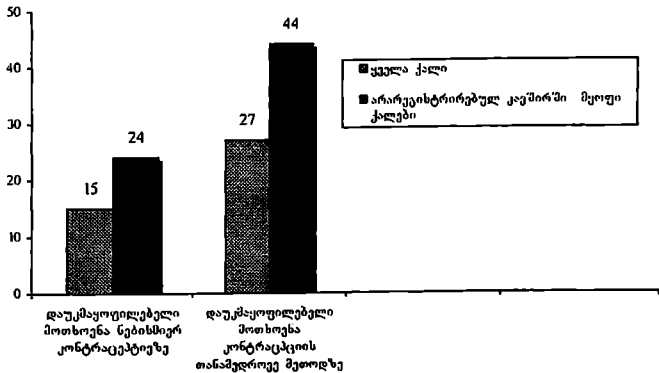
მოთხოვნა თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე უკვე დაკმაყოფილებულია. ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებზე (დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა) მთლიანი პოტენციური მოთხოვნა აჭარბებს 450,000 რეპროდუქციული ასაკის ქალის რაოდენობას ყოველწლიურად.

9.1.1. ცხრილის მარჯვენა ნაწილში და 9.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რომ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა ძალზედ დიდია ამჟამად რეგისტრირებულ და არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფ ქალებში – 24% აქვს კონტრაცეპციის ნებისმიერი მეთოდის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა და 44% თანამედროვე მეთოდების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა.

გაუთხოვარი ქალების მეტი წილი ამჟამად არ არის სქესობრივად აქტიური (იხ. IV თავი). განათხოვარ ან საერთოდ ყველა ქალთა კონტრაცეპტივების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა უმნიშვნელოა.

დიაგრამა 9.1

ნებისმიერი და თანამედროვე მეთოდის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა როგორც არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებში, ისე საერთოდ ყველა ქალში.
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი



9.1.2 ცხრილში მოცემულია შედარებითი მონაცემები, ერთი მხრივ, ქალებისა, რომლებიც საჭიროებენ ნებისმიერი სახის კონტრაცეპტივებს და მეორე მხრივ, იმ ქალებისა, რომლებიც საჭიროებენ ნებისმიერ ან უფრო ეფექტურ კონტრაცეპტივებს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით. ორივე განსაზღვრება იქნა გამოყენებული, რათა ნათლად გამოკვეთილიყო ქალების პროპორცია, რომელთაც სჭირდებათ ოჯახის დაგეგმვის სამსახურები. საზოგადოდ, ყველას, თბილისის გარდა, იქნება ის სოფლად მცხოვრები (მაგალითად, იმერეთის რეგიონში მცხოვრები ქალები), კონტრაცეპტივების მწვავე უკმარისობას განიცდიან.

როგორც მოსალოდნელი იყო, ნებისმიერი ან უფრო ევექტური კონტრაცეპტივების საჭიროება იზრდება ქალების ასაკის მატებისას, შესაბამისად, 6% და 10%-დან 15-24 წლის ქალებისათვის, 19% და 35%-მდე 25-34 წლის ასაკში და შესაბამისად 20% და 40%-მდე 35-44 წლის ასაკში.

ცხრილი 9.1.2.

15-44 წლის ქალები, რომლებიც განიცდიან რომელიმე ან უფრო ევექტური კონტრაცეპციული მეთოდის საჭიროებას შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ნებისმიერი მეთოდი	ნებისმიერი ან უფრო ევექტური მეთოდი	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	14.8	27.1	7 798
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	12.8	24.0	4 759
სოფელი	17.3	31.1	3 039
რეგიონი			
თბილისი	11.8	22.6	2 029
იმერეთი	13.1	25.0	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	18.1	31.0	1 259
სამხრეთი	17.2	30.3	1 017
დასავლეთი	14.8	28.3	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი			
15-24	6.0	9.5	2 388
25-34	19.3	34.8	2 731
35-49	20.4	39.3	2 697
ოჯახური მდგომარეობა			
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	23.8	44.1	5 177
განათხოვარი	4.3	4.3	517
გაუთხოვარი	0.1	0.1	2 104
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
არცერთი	0.6	0.7	2 598
ერთი	15.0	26.6	1 316
ორი	15.0	26.6	1 316
სამი ან მეტი	29.4	52.1	1 147
განათლების დონე			
საშუალო ან ნაკლები	15.1	25.4	3 655
ტექნიკური	17.7	34.1	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	11.4	23.9	2 085
სოციალ-ეკონომიკური მანქანებელი			
დაბალი	18.6	30.8	3 276
საშუალო	13.5	26.8	3 654
მაღალი	10.7	19.5	868
ეთნიკური ჯგუფი			
ქართველი	13.9	26.1	6 700
აზერბაიჯანელი	21.9	31.2	589
სომეხი	14.7	34.8	300
სხვა	16.5	30.2	209
იკა სტატუსი			
იკა	16.8	27.0	1 828
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	14.6	27.1	5 970

თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა იზრდება ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით. უშვილო ქალებიდან 49%-52%-ში შესაბამისად ორი, სამი ან მეტი შვილის ყოლისას დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მაჩვენებელი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის უკუპროპორციულია; დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ქალებს (სეს) მაღალი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების დონე ახასიათებთ მაშინ, როდესაც მაღალი სეს ქალებს დაბალი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები აქვთ, როგორც რომელიმე, ისე ეფექტურ კონტრაცეპტივებზე.

9.2. ოჯახის დაგეგმვის პოტენციური მოთხოვნა ფერტილური არჩევანის მიხედვით

ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებზე პოტენციური მოთხოვნის გასაზომად გამოიყენება საშუალებას იძლევა, შეფასდეს რესპონდენტების ფერტილური არჩევანის მიხედვით დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები. იმ რესპონდენტებს შორის, რომელთაც მოთხოვნა აქვთ ნებისმიერ კონტრაცეპტივზე (სტანდარტული განსაზღვრება) და თანამედროვე მეთოდზე (გაეცელებული განსაზღვრება), კონტრაცეპტივების არმომხმარებლები, რომელთაც ამ მოცემულ მომენტში არ სურთ დაორსულება, მაგრამ უნდათ იყოლიონ ბავშვები მომავალში (ამაში შედის ის კონტინგენტიც, რომელთაც ვერ გადაუწყვეტიათ, იყოლიონ თუ არა შვილები) კლასიფიცირდნენ, როგორც სასურველი მშობიარობების დროში განაწილების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მქონენი, ეიღრე გადაწყვეტენ შვილის გაჩენას. რესპონდენტები, რომელთაც აღარ უნდათ მეტი შვილის გაჩენა, მაგრამ არაფერი უღონიათ ორსულობის თავიდან ასაცილებლად (ან იყენებდნენ ნაკლებად ეფექტურ მეთოდებს) კლასიფიცირდნენ, როგორც *მშობიარობების შეზღუდვის* დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის კონტინგენტი, რომელიც აღარ აპირებს შვილის ყოლას. ანალოგიურად, დაკმაყოფილებული მოთხოვნა (ნებისმიერი მეთოდის ან თანამედროვე მეთოდის მომხმარებლები) უნდა კლასიფიცირდეს, როგორც *სასურველი მშობიარობების დროში განაწილების* დაკმაყოფილებული მოთხოვნა იმ ქალებისათვის, რომლებიც გარკვეული ინტერვალის შემდეგ აპირებენ შვილის ყოლას, და როგორც *მშობიარობების შეზღუდვის* დაკმაყოფილებული მოთხოვნა იმ ქალებისათვის, რომელთაც მეტი შვილის ყოლა აღარ სურთ. 9.2 ცხრილში მოცემულია როგორც ყველა ქალის, ისე აჭემად არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალებისათვის კონტრაცეპტივებზე დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები ორივე მათგანისათვის, მაშინაც, როცა მომავალში გარკვეული ინტერვალის შემდეგ აპირებენ გაჩენას და იმ შემთხვევაში, როცა საერთოდ აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას.

საზოგადოად, ორივე, დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები, მათთვის, ვინც გადაწყვიტა, აღარ იყოლიოს მეტი შვილი, უფრო მაღალია, ვიდრე იგივე მოთხოვნები მათთვის, ვისაც გარკვეული პერიოდის შემდეგ უნდა გაჩენა. აჭემად არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფ ქალებში კონტრაცეპტივების მოხმარება იმ ქალებთან შედარებით, რომელთაც აღარ უნდათ შვილის ყოლა, 3-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის დონე იმ ქალებში, რომელთაც გარკვეული

ცხრილი 9.2.1.

დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებისათვის 15-44 წლის ყველა და არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალებისათვის, მათი სამომავლო ფერტილური არჩევანის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999.2000 წ.

	ყველა ქალი		არარეგისტრირებულ ქალებში მყოფი ქალები	
	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი	ნებისმიერი მეთოდი	თანამედროვე მეთოდი
დაკმაყოფილებული მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე				
სასურველი მშობიარობების დროში განაწილების მოთხოვნა	6.2	3.7	10.1	5.9
მშობიარობების შესლუდვის	17.9	8.1	29.4	13.3
სულ	24.1	11.8	39.5	19.2
დაუკმაყოფილებული მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე				
სასურველი მშობიარობების დროში განაწილების მოთხოვნა	3.5	6.1	5.7	9.9
მშობიარობების შესლუდვის	11.2	21.0	18.1	34.2
სულ	14.8	27.1	23.8	44.1
დაკმაყოფილებული მოთხოვნების %				
სასურველი მშობიარობების დროში განაწილების მოთხოვნა	63.9	37.8	63.9	37.3
მშობიარობების შესლუდვის	61.5	27.8	61.9	28.0
სულ	62.0	30.3	62.4	30.3
შემთხვევების რაოდენობა	7 798	7 798	5 177	5 177

პერიოდის შემდეგ უნდათ შეიღის ყოლა, თანახმად საქართველოში გავრცელებული მცირე იდეალური ზომის ოჯახისა და ფერტილობისა. ხანგრძლივი და პერმანენტული კონტრაცეპციული მეთოდების დაბალი მოხმარების დონის გამო მეტი შეიღის არყოლის მსურველთა დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები მნიშვნელოვანწილად აჭარბებს დაკმაყოფილებულ მოთხოვნებს. არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების მხოლოდ 13%-მა აღნიშნა, რომ მეტი შეიღის არგაჩენის სურვილი დაკმაყოფილდა თანამედროვე მეთოდების გამოყენების შედეგად, მაშინ, როცა 34% აღნიშნა, რომ მათი მოთხოვნები ჯერ კიდევ დაუკმაყოფილებელია. ამგვარად, არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების 47%-დან, რომელთაც სურთ შესლუდონ ფერტილობა, 28%-ზე ცოტა მეტმა დაიკმაყოფილა მოთხოვნა თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე.

ანალოგიურად, თანამედროვე მეთოდების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების დონე იმ ქალებისთვის, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ თითქმის ორჯერ უფრო მაღალია დაკმაყოფილებულ მოთხოვნებთან შედარებით. (შესაბამისად, 10% და 6%) და მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე მეთოდების მოთხოვნების დონე იმ დაქორწინებული წყვილებისათვის, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ ბევრად უფრო დაბალია, ვიდრე იმ წყვილებში, რომლებიც აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას (შესაბამისად, 16% და 47%)

პირველი წყვილის მოთხოვნებს დაკმაყოფილების ბევრად უფრო მეტი შანსი აქვთ მეორე წყვილთან შედარებით (37% და 28%) ეინაიდან თანამედროვე მეთოდების მოხმარების დონე იმ დაქორწინებული წყვილებისათვის, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ (ახალგაზრდა, კარგად განათლებული, ჰყავს ერთი ან მეტი შვილი) არსებითად უფრო მაღალია, ვიდრე იმ წყვილებში, რომლებიც აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას (ძირითადად ასაკს მიტანებული ქალები, დაწყებითი განათლებით, ორი ან მეტი შვილით).

იმ წყვილებში, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ და იმ წყვილებში, რომლებიც აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას, პოტენციურ მოთხოვნებს შორის განსხვავებას პროგრამული მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებისა და იმ პროგრამებისთვის, რომელთა მიზანია კონტრაცეპტივების მოხმარების გაზრდა. ერთი მიზეზია მეთოდების განსხვავებული საშუალებები, რომელსაც მოთხოვნა აქვთ წყვილებს, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ (დროებითი მეთოდი) იმ წყვილებთან შედარებით, რომლებიც აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას (ხანგრძლივადიანი ან პერმანენტული მეთოდი). მეორე მიზეზი მათი განსხვავებული დემოგრაფიული მახასიათებლებია; წყვილები, რომლებიც ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ აპირებენ, ძირითადად არიან ახალგაზრდები უშვილო ან ერთშვილიანი, უმაღლესი განათლებით, უზრუნველყოფილნი იმ წყვილებთან შედარებით, რომლებიც აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას და რომლებიც 30 ან მეტი წლის არიან, ორი ან მეტი შვილი ჰყავთ (მონაცემები არ არის ცნობილი) და აქვთ საშუალო ან დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე. და ბოლოს კონტრაცეპტივების არმოხმარების მიზეზები განსხვავებულია იმის მიხედვით, აპირებენ ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ, საერთოდ თუ აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე ჯგუფის კონტრაცეპტივების არმოხმარების მიზეზებში განსხვავება ძალზედ უმნიშვნელოა, ის ქალები, რომლებიც აპირებენ ბავშვის ყოლას გარკვეული პერიოდის შემდგომ და აქვთ თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები, კონტრაცეპტივების არმოხმარების მიზეზად ასახელებენ მომავლის რომელიმე მომენტში დაორსულების სურვილს, მაშინ, როცა ქალები, რომლებსაც აქვთ თანამედროვე მეთოდების დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნები და აღარ აპირებენ ბავშვის გაჩენას საერთოდ, თავს იიმედებენ იმით, რომ ასაკობრივად აღარ აქვთ დაორსულების რისკი.

ამგვარად, ეროვნული ოჯახის დაგეგმვის პროგრამის მიხედვით, საქართველოში წყვილების კონტრაცეპციული მოთხოვნებით უზრუნველსაყოფად, მეტი ძალისხმევაა საჭირო იმისთვის, რომ გაფართოვდეს და ხელმისაწვდომი გახდეს ეფექტური, მაღალი ხარისხის, გრძელვადიანი, პერმანენტული და მისაღები მეთოდების მოხმარება. ეინაიდან თანამედროვე მეთოდებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მეტი წილი მოდის სოფელში მცხოვრებ, დაბალი განათლების მქონე, ნაკლებად უზრუნველყოფილ, ორ ან მეტ შვილიან ქალებზე, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ სამსახურების მიდგომა არაერთგვაროვანია და ოჯახის დაგეგმვის პროგრამა საჭიროებს თავისი შესაძლებლობების გაფართოებას. თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად საჭიროა, სასუქმლიანად გაფართოვდეს პროგრამული და ფინანსური მხარდაჭერა ამჟამინდელი მცდელობის დონეებთან შედარებით.

კონსულტაციები კონტრაცეპციულ საშუალებებზე

საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებას ეწევიან ექიმები, რომლებსაც აკლიათ სათანადო ტრადიციული მომზადება პაციენტებზე ორიენტირებული კონსულტაციების ჩასატარებლად. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ახლადშემუშავებული სტრატეგიის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმარების პროგრამების შემუშავება და მედიცინის მუშაკების მომზადება ოჯახის დაგეგმარების კონსულტირების დარგში. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა აბორტის და მშობიარობის-შემდომ კონსულტირებას. მიუხედავად იმისა, რომ გაეროს ოჯახის დაგეგმარების ასოციაციის ინიციატივით შექმნილი ბოლოდროინდელი სასწავლო პროგრამები ითვალისწინებდა კონტრაცეპტივებზე კონსულტირების მეთოდების სწავლებას, ოფიციალური რეკომენდაციები იმის შესახებ, რომ კონსულტირება შეყვანილ იქნას აბორტის და სამშობიარო სამედიცინო დახმარების ნორმატიულ აქტებში, ჯერ კიდევ არ არის დამტკიცებული.

99GERHS მთიციას კითხვების სერიას, რომლებიც განსაზღვრავენ ოჯახის დაგეგმარების პროვაიდერების და მათი კლიენტების ურთიერთდამოკიდებულებას: მაც; გამოკითხვისას რესპონდენტებს, რომლებიც იმართავენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდს ან გაკეთებული აქვთ აბორტი ან იმშობიარეს გამოკითხვამდე დროის ხუთწლიან მონაკვეთში, ეკითხებოდნენ, საბაზო ინფორმაციის და მომსახურების რა მოცულობა მიიღეს მათ მედიცინის მუშაკებისაგან.

10.1. ურთიერთობა ოჯახის დაგეგმარების პროვაიდერებთან

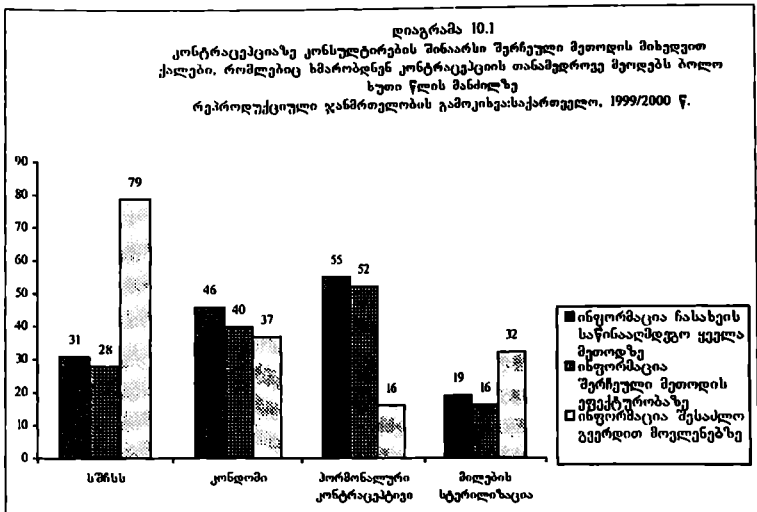
ქალებს, რომლებმაც გამოკითხვამდე ხუთი წლით ადრე კონტრაცეპციის თანამედროვე ერთ მეთოდს შინც მიმართეს, დაესვათ შეკითხვა, ვისი რჩევით მიმართეს ბოლო დროს გამოყენებულ თანამედროვე მეთოდს. იყო თუ არა მრჩეველი მედიცინის მუშაკი (ექიმი, ექთანი, ან ბებიაქალი), ეკითხებოდნენ, აქვთ თუ არა ინფორმაცია კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების შესახებ მათი ფეკუნდურობის და გვერდითი მოვლენების ნათვლით. როგორც 10.1 ცხრილშია ნაჩვენები, ქალების თითქმის 60%-მა რჩევა მიიღო მათ მიერ კონტრაცეპციის ამაჟამად გამოყენებული ან ბოლოდროინდელი თანამედროვე მეთოდის შესახებ მედიცინის მუშაკებისაგან (58% ექიმი და 1% ექთანი ან ბებია ქალი). ქალების დიდმა ნაწილმა ნაწილყო კონტრაცეპციის ბოლოდროინდელი თანამედროვე მეთოდის გამოყენება საკუთარი ინიციატივით (10%) ან პარტნიორის რჩევით (17%), რითაც თავი აარიდა პოტენციურ სამედიცინო რჩევას. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში კონტრაცეპტივი შერჩეულ იქნა ფარმაცევტის რჩევით. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში კონტრაცეპტივის არჩევა ხებოდა მეგობრის (8%) ან ნათესავის (5%) რჩევით.

ადგილობრივ მოსახლეობასთან შედარებით იხულებით გადაადგილებული ქალები უფრო ხშირად იღებდნენ რჩევას ექიმისაგან კონტრაცეპციის მეთოდის შესახებ (შესაბამისად, 58% და 69%), რაც შეიძლება იმით იყოს განპირობებული, რომ ჰუმანიტარული ორგანიზაციების მხარდაჭერით დაარსებული ოჯახის დაგეგმარების რამოდენიმე კლინიკის საშიზნე მოსახლეობას სწორედ იხულებით გადაადგილებული პირები შეადგენენ და

ეს კლინიკები უმინიმუმ ერთი უპირატესობას საშეიღოსნოს მიღა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს (სშსს) ანიჭებენ.

გამოყენებული მეთოდის მიხედვით, რჩევის წყაროები გამოირჩეოდა მრავალფეროვნებით. თითქმის ყველა ქალმა, რომელიც სშსს ხმარობდა ან მიღების სტერილიზაცია აქონდა გაკეთებული, კონტრაცეპციის მეთოდი აირჩია მედმუშაკის რჩევით (შესაბამისად, 88% და 91%), მაგრამ კონდომების მომხმარებელთა მხოლოდ 10%-მა მიიღო რჩევა ექიმის, მედიის ან ბებია-ქალისაგან. ქალების უმრავლესობა, რომლებიც კონდომებს ხმარობს, ამას პარტნიორის თხოვნით (54%) ან საკუთარი გადაწყვეტილებით (28%) აკეთებს. ყოველმა მეორე ქალმა (56%) ჯანდაცვის მუშაკისაგან მიიღო რჩევა, იხმაროს ჩასახვის საწინააღმდეგო ტაბლეტები ან გადაუდებელი კონტრაცეპციის საშუალებები; პორმონალური მეთოდების მოხმარების მეორე მნიშვნელოვანი წყარო მეგობრებია (20%).

აუცილებელია იმის ცოდნა, თუ როგორი რჩევა მიიღეს ქალებმა ჯანდაცვის მუშაკებისაგან, რამდენად ხარისხიანი იყო ინფორმაცია, როგორი ურთიერთობა დაშვარდა პაციენტსა და მედიცინის მუშაკებს შორის, რადგან ყოველივე უემოთხსენებული განაპირობებს შემდგომ ურთიერთობებს და მიღებული ინფორმაციის გამოყენების სურვილს. 10.1 ცხრილის ქვედა სექტორში და 10.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რომ მედმუშაკსა და პაციენტს შორის ურთიერთობისას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებზე ზოგადი ინფორმაცია მიიღო ყოველმა მესამე ქალმა (34%). ქალების კიდევ უფრო ნაკლებმა რაოდენობამ (31%) მიიღო კონსულტაცია მის მიერ გამოყენებული მეთოდის ეფექტურობაზე სხვა მეთოდებთან შედარებით. ქალების (70%-)მა განაცხადა, რომ



მედმუშაკმა მათ აუხსნა შერჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდითი მოვლენები. სშსს-ის მომხმარებლები უფრო ხშირად იღებდნენ ინფორმაციას კონტრაცეპტივის შესაძლო გვერდით მოვლენებზე, ვიდრე სხვა მეთოდების მომხმარებლები. ორალური კონტრაცეპტივებისა და კონდომის მომხმარებლებს უფრო ხშირად აწვდიდნენ ინფორმაციას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებზე და მათ ეფექტურობაზე, თუმცა კონდომის მომხმარებელთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა მიიღო სამედიცინო რჩევა. კონტრაცეპციის ჰორმონალური მეთოდების მომხმარებლებს უფრო ხშირად ეძლეოდათ ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების საშუალება, რადგან ამ ქალების 54% იღებდა ინფორმაციას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებზე, 51% აუხსნეს მეთოდის ეფექტურობა, ხოლო 63% მიიღო ინფორმაცია შესაძლო გვერდით მოვლენებზე.

ცხრილი 10.1

ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების მომხმარებელ ქალთა პროცენტული განაწილება იმის მიხედვით, თუ ვინ ურჩია მათ მოცემული მეთოდი და რა სახის კონსულტაცია მიიღეს მედმუშაკისაგან.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ვინ ურჩია მომხმარებელს	სულ [*]	კონტრაცეპციის ბოლო დროს გააყენებული მეთოდი					
		იკა	ადგილობრივი მისახლეობა	სშსს	კონდომი	ჰორმონალური კონტრაცეპტივი [†]	მიღების სტერილიზაცია
მეან-გინეკოლოგი ‡	58.1	68.5	57.5	87.5	10.1	55.2	91.1
პარტნიორი	16.7	12.8	17.0	0.4	53.5	0.6	0.0
არაინ	9.9	9.5	9.9	6.5	17.8	8.3	3.7
მეგობარი	8.3	7.3	8.4	2.3	13.0	20.2	2.6
დედა ან სხვა ნათესავი	5.1	1.4	5.3	2.8	4.6	11.6	0.0
ფარმაცევტი	1.1	0.3	1.2	0.0	0.5	2.9	0.0
მედდაზღებთა ქალი	0.5	0.1	0.5	0.4	0.0	1.1	2.6
სხვა	0.2	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი	1 553	359	1 194	794	436	186	92
კონსულტაციების ტიპი	სულ [‡]	იკა	ადგილობრივი მისახლეობა	სშსს	კონდომი	ჰორმონალური კონტრაცეპტივი [†]	მიღების სტერილიზაცია
ზოგადი ინფორმაცია სხვა მეთოდებზე	34.0	37.0	33.8	30.9	39.6	54.6	18.5
ინფორმაცია მეთოდის ეფექტურობაზე	30.7	33.8	30.5	27.5	39.6	52.0	15.8
ინფორმაცია შესაძლო გვერდით მოვლენებზე	70.4	74.1	70.2	79.3	36.6	61.9	32.2
შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი	948	243	705	700	43	103	85

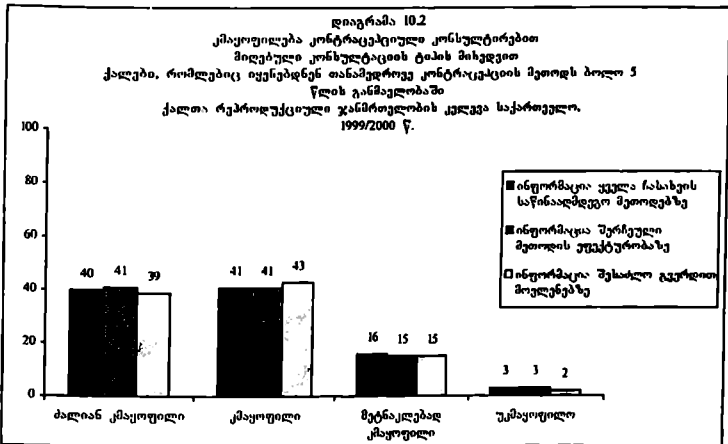
* 39 ქალი, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ბოლო სქესობრივი აქტის დროს იხმარეს სპერმიციდები † ქალები, რომლებიც ბოლო დროს იყენებდნენ ორალურ კონტრაცეპტებს, პოსტინორს, ან საინექციო საშუალებებს.

‡ 5 ქალი, რომლებსაც კონსულტაცია გაუწია ზოგადი პროფილის ექიმმა † ქალები, რომლებსაც კონსულტაცია მიღებული აქვთ მედმუშაკებისაგან. (მეან-გინეკოლოგი, ზოგადი პროფილის ექიმი, მედა ან ბებია ქალი

10.2. დამაკმაყოფილებელი საკონსულტაციო მომსახურება.

გამოკითხვაში მონაწილეობდნენ ქალები, რომლებიც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდს. ქალები პასუხობდნენ შეკითხვას, თუ რამდენად კმაყოფილი იყენენ გაწეული მომსახურებით. (ცხრილი 10.2). თანამედროვე მეთოდის მომხმარებელთა ერთ მესამედზე ოდნავ მეტი ძალიან კმაყოფილი (36%), ხოლო 44%-ს მეტი კმაყოფილი იყო. მეტნაკლებად კმაყოფილი იყო თითქმის ყოველი მეექვსე ქალი (16%), 4%-ზე მეტი კი გაწეული სამსახურით უკმაყოფილო აღმოჩნდა. თანამედროვე მეთოდის შესარჩევი კონსულტაციების ხარისხის შეფასება პრაქტიკულად არ არის დამოკიდებული ქალების ფონურ მახასიათებლებზე.

მომსახურების ხარისხის შეფასებისას სხვაობა სტატისტიკურად უმნიშვნელო იყო ქალების ნაწილმა, რომლებმაც კონსულტაცია მიიღეს ჩასახვის საწინააღმდეგო კონტრაცეპციის მეთოდის შესარჩევად, გაწეული მომსახურება შეაფასა, როგორც ძალიან დამაკმაყოფილებელი. ნაწილმა, რომელთა აზრით კონსულტაცია არ იყო ამომწურავი, უკმაყოფილება გამოთქვა (შესაბამისად 40% და 34%). კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების ეფექტურობის და გვერდითი მოვლენების შესახებ ჩატარებულმა ანალოგიურმა კონსულტაციებმა რესპონდენტების უფრო დიდი კმაყოფილება დაიმსახურა (იხ. აგრეთვე დიაგრამა 10.2).



ცხრილი 10.2

ქალების პროცენტული განაწილება ოჯახის დაგეგმარების სამსახურის შეფასებისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალები, რომლებიც კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდს იყენებენ 1994 წლის იანვრიდან ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ბალიან კმაყოფილი	კმაყოფილი	მეტნაკლებად კმაყოფილი	უკმაყოფილო	არ ახსენეს	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	35.8	44.1	15.8	3.8	0.4	100.0	948
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	37.1	41.1	17.8	3.4	0.6	100.0	608
სოფელი	34.0	48.5	13.0	4.5	0.0	100.0	340
რეგიონი							
თბილისი	33.8	44.2	17.6	4.0	0.5	100.0	235
იმერეთი	36.0	40.0	19.4	4.0	0.6	100.0	221
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	32.9	42.5	19.2	4.7	0.7	100.0	145
სამხრეთი	35.6	51.2	7.1	6.0	0.0	100.0	92
დასავლეთი	39.8	44.8	13.4	2.0	0.0	100.0	255
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-24	31.5	47.3	17.6	3.6	0.0	100.0	115
25-34	33.7	45.4	16.2	4.7	0.0	100.0	441
35-44	39.6	41.7	14.8	3.0	0.9	100.0	392
განათლების დონე							
არასრული საშუალო	42.5	36.7	10.2	10.5	0.0	100.0	50
საშუალო	35.6	47.5	12.6	3.8	0.4	100.0	289
უმაღლესი	35.3	43.3	17.7	3.3	0.4	100.0	609
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	36.9	45.0	13.3	4.8	0.0	100.0	342
საშუალო	35.8	42.6	17.3	3.8	0.4	100.0	458
მაღალი	34.6	47.2	14.7	2.9	0.6	100.0	148
იკპ							
იკპ	33.6	41.5	23.5	1.4	0.0	100.0	243
ადგილობრივი მოსახლეობა	36.0	44.3	15.3	4.0	0.4	100.0	705
წყველა მეთოდზე კონსულტირებული							
დიახ	39.7	41.0	16.4	2.9	0.0	100.0	335
არა	33.9	45.7	15.5	4.3	0.5	100.0	613
მეთოდების ეფექტურობის განხილვა							
დიახ	41.4	41.0	14.8	2.9	0.0	100.0	303
არა	33.4	45.6	16.3	4.3	0.5	100.0	645
შესაძლო გვერდითი მოვლენების განხილვა							
დიახ	39.0	43.2	15.4	2.2	0.2	100.0	685
არა	28.4	46.4	16.7	7.7	0.8	100.0	263

10.3. კონსულტაცია აბორტის შემდგომ პერიოდზე

როგორც IV და V თავებშია ნაჩვენები, რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ფერტილური ქალების დაახლოებით ორ მესამედს არ სურს მეტი შვილის გაჩენა და ქართველი ქალების დიდი რაოდენობა მიმართავს ნებადართულ აბორტს მშობიარობის გადავადების ან თავიდან აცილების მიზნით. ქალები, რომლებმაც აბორტის შემდეგ უარი თქვეს კონტრაცეპციის ეფექტურ მეთოდებზე, წარმოადგენენ მომდევნო

არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკის კონტინგენტს და მოსახლეობის იმ მნიშვნელოვან ჯგუფს ქმნიან, რომელთა ოჯახის დაგეგმარების მოთხოვნა დაუკმაყოფილებელი დარჩა. კონტრაცეპციის მეთოდების ფართო სპექტრი დაწერილებითი ინფორმაციით ანდა ოჯახის დაგეგმარების მომსახურებით ადვილად მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა აბორტგაკეთებელი ქალი-სათვის; აბორტის გამკეთებლებს, ისევე როგორც ოჯახის დაგეგმარების ჯანდაცვის სპეციალისტებს უნდა შეეძლოს, შესთავაზონ კლიენტს თავიანთი მისასახური და კონსულტაციები კონტრაცეპციის უახლეს მეთოდებზე. სამწუხაროდ, აბორტის გამკეთებლების უმრავლესობას საქართველოში არ ესმის აბორტის შემდგომი კონსულტაციების მნიშვნელობა ან არ გააჩნია არც დრო და არც სათანადო რესურსები, რომ დაეხმაროს ქალებს ასეთი კონსულტაციის მიღებაში.

აბორტის შემდგომი კონსულტაციების დონისა და შინაარსის დოკუმენტალურად დაფიქსირების მიზნით, ყველა ქალს, რომელმაც გაიკეთა აბორტი 1994 წლის იანვრიდან, ეკითხებოდნენ, მიიღეს თუ არა აბორტის წინ ან შემდეგ რჩევა ოჯახის დაგეგმარებაზე, მიიღეს თუ არა ინფორმაცია კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდზე ან შესთავაზეს თუ არა რეცეპტი კონტრაცეპციული რომელიმე მეთოდის დანიშნულებით და გაგზავნეს თუ არა ისინი კონტრაცეპციის რომელიმე ცენტრში აბორტის პროცედურის შემდეგ. 1994 წლის იანვრიდან 1999 წლის ნოემბრამდე ყველა შეწვივებული ორსულობის შემთხვევაში დგინდებოდა, გაეწია თუ არა ქალს ოჯახის დაგეგმარების შესახებ კონსულტაციები, აბორტის წინა ან შემდგომ პერიოდის მომსახურება. 10,3 ცხრილიდან ჩანს, რომ მათ შორის ვინც ამ პერიოდში გაიკეთა ხელოვნური აბორტი, მხოლოდ 15% მიიღო კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის წინ ან შემდეგ, და როგორც წესი, უმრავლესობამ (8%) კონსულტაცია აბორტის პროცედურის შემდეგ მიიღო. იმ პირთა პროცენტული რაოდენობა, ვისაც გააცნეს კონტრაცეპციის მეთოდი ან გამოუწერეს რეცეპტი კონტრაცეპტივის მიღებაზე, ძალზედ მცირეა (შესაბამისად 3% და 1%), ერთ პროცენტზე ნაკლებია იმ ქალთა რაოდენობა, რომლებიც აბორტის შემდგომ გააგზავნეს ოჯახის დაგეგმარების პუნქტში.

აბორტის შემდგომი კონსულტაციების სიხშირე არ იყო დამოკიდებული ქალის ფონურ მახასიათებლებზე. სოფლად მცოვრებ ქალებთან შედარებით ქალაქად მცხოვრები ქალები ოდნავ უფრო ხშირად იღებდნენ აბორტის წინა ან შემდგომ კონსულტაციებს (შესაბამისად 11% და 18%) ან კონტრაცეპციის მეთოდს (შესაბამისად, 2% და 4%). კონსულტაციის ან კონტრაცეპტივების მიღების ყველაზე დაბალი ალბათობა პქონდათ ჩრდილო-აღმოსავლეთის და სამხრეთის რეგიონების მკვიდრებს და აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალებს. კონტრაცეპციაზე რჩევის მიღების და კონტრაცეპციის მეთოდის შეთავაზების სიხშირე ქალის განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის ზრდის პროპორციულად იზრდებოდა. აბორტის შემდგომი კონსულტაციების სიხშირე ოდნავ გაიზარდა მას შემდეგ, რაც 1996 წელს განხორციელდა გაეროს ოჯახის დაგეგმარების ასოციაციის ახალი პროგრამა ოჯახის დაგეგმარებაზე. ქალებს, რომლებმაც ბოლო აბორტი გაიკეთეს 1996-1997 და 1998-1999 წლებში, უფრო მეტი შანსი პქონდათ ექიმისაგან მიეღოთ ინფორმაცია ორსულობის თავიდან აცილების მეთოდების შესახებ, ვიდრე ქალებს, რომლებმაც უფრო ადრე გაიკეთეს აბორტი. ანალოგიურად, კონტრაცეპტივებზე, აბორტის შემდგომი კონსულტაციების სიხშირე ოდნავ გაიზარდა 1996-1999 წლებში.

ცხრილი 10.3

ლევალური აბორტის შემთხვევაში ოჯახის დაგვემარების სხვადასხვა სახის მომსახურების შეთავაზება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით 1994 წლის იანვარიდან 1999 წლის ნოემბრამდე გაკეთებული ლევალური აბორტები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	კონსულტაციები კონტრაცეპციასზე				კონტრაცეპციის მეთოდების დანიშნულებების ან უქმის მიმართულების გაურცელება			შემთხვევების რაოდენობა
	სულ	აბორტის წინ	აბორტის შემდეგ	აბორტის შემდეგ	მეთოდის წინ და შეთავაზება	დანიშნულების შეთავაზება	მიმართულების შეთავაზება	
სულ	15.2	3.0	8.4	3.8	3.3	1.3	0.2	4 845
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	18.0	3.9	9.4	4.7	3.9	1.6	0.3	2 904
სოფელი	11.3	1.8	7.0	2.5	2.4	0.8	0.1	1 941
რეგიონი								
თბილისი	18.7	5.3	10.0	3.4	3.3	1.8	0.5	1 283
იმერეთი	20.0	3.7	8.4	7.9	6.4	1.2	0.1	972
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	10.1	1.6	6.0	2.5	2.3	0.4	0.1	973
სამხრეთი	11.1	2.3	7.0	1.8	1.5	0.4	0.0	693
დასავლეთი	15.1	1.2	9.9	4.0	3.0	2.3	0.0	924
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	14.8	3.0	8.2	3.6	2.6	1.5	0.2	1 354
25-34	16.0	3.0	9.4	3.6	3.9	1.3	0.2	2 562
35-44	13.1	3.0	5.9	4.2	2.6	0.9	0.1	929
განათლების დონე								
დაწყებითი	9.0	2.2	3.7	3.1	1.3	0.5	0.0	391
არასრული	12.9	1.6	8.8	2.5	3.3	1.1	0.4	1 662
საშუალო								
საშუალო	16.9	3.3	9.1	4.5	3.4	1.6	0.1	1 515
უმადლე სოციალურ-ეკონომიკური	17.8	4.6	8.5	4.7	3.6	1.3	0.0	1 277
სტატუსი								
დაბალი	10.7	2.0	5.8	2.9	2.5	1.4	0.0	1 906
საშუალო	17.1	3.3	10.0	3.8	3.5	1.0	0.2	2 388
მაღალი	17.7	4.2	7.8	5.7	4.0	1.9	0.7	551
ეთნიკური წარმომობა								
ქართველი	16.0	3.0	8.8	4.2	3.7	1.3	0.1	4 075
ანზრბაიჯანელი	6.5	2.0	4.5	0.0	1.4	0.2	0.0	403
სომეხი	13.2	5.9	5.3	2.0	0.4	1.6	0.0	228
სხვა	23.4	0.6	14.0	8.8	3.0	3.2	3.0	139
ფაქტობრივი								
ფაქტობრივი	13.8	3.7	7.0	3.1	3.0	0.9	0.0	876
ადგილობრივი	15.2	3.0	8.4	3.8	3.3	1.3	0.2	3 969
მაცხოვრებელი აბორტის გაკეთების წელი								
1994-1995	12.8	2.9	6.8	3.1	2.4	0.8	0.0	1 211
1996-1997	15.1	3.5	8.3	3.3	3.4	1.5	0.1	1 729
1998-1999	16.4	2.5	9.3	4.6	3.6	1.3	0.3	1 905

კონტრაცეპციისადმი დამოკიდებულება და მოსაზრებები მის შესახებ

საერთაშორისო დონორების და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბოლოდროინდელი ძალისხმევით კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდები ხელმისაწვდომი გახდა და გაუმჯობესდა მათზე შესაბამის ინფორმაციის მოპოვება. მაგალითად, 1996-1999 წლებში გავროს მოსახლეობის ფონდმა (გმფ) განახორციელა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (რჯ) ყოვლისმომცველი პროგრამა საქართველოში. ამ პროგრამის მთავარი ამოცანა იყო, დახმარებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს, შეემუშაებინა საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო შეტყობინებები (რომელთა მიზანია ხელი შეუწყონ კონტრაცეპტივების გაერცელებას და აივ/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების შესახებ ცოდნის გაღრმავებას), უფრო ხელმისაწვდომი გაეხადა რჯ სამსახურები, მათ შორის ოჯახის დაგეგმარების სამსახურებიც და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაში დაენერგა მართვის საინფორმაციო სისტემა (მსს). ამ პროგრამის ფარგლებში საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე შეიქმნა ოჯახის დაგეგმარების დაახლოებით 40 კლინიკა. გამოქვეყნდა ბროშურები, პლაკატები და თვალსაჩინოების სხვა მასალები, რომლებიც წარმოაჩენდნენ აბორტით მიყენებულ ზიანს, უწევდნენ პროპაგანდას კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს, აშუქებდნენ სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების პროფილაქტიკას. ჩატარდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტრენინგის კურსები (კონტრაცეპციის ტექნოლოგიის ნათელით). 1997 წლიდან გმფმ უზრუნველყო სშსს და ორალური კონტრაცეპტივების მოწოდება და ჯანდაცვის სამინისტროს დაედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის ზედამხედველობით მოხდა მათი დისტრიბუცია არასამთავრობო ორანიზაციების, ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებისა და სამშობიაროების მეშვეობით.

წინა თავებში გაცხადდა, რომ ქართველმა ქალებმა სხვადასხვა კონტრაცეპციული მეთოდების შედარებით კარგი ცოდნის მიუხედავად ცუდად იცნან ამ მეთოდების გამოყენება და ისიც, თუ რამდენად ეფექტურია ისინი. საჭიროა უფრო დეტალური ცოდნა იმის შესახებ, თუ როგორ მოქმედებს ამ ქალების ცოდნის დონე კონტრაცეპციის მიმართ დამოკიდებულებაზე და აზრის ჩამოყალიბებაზე და ზოგადად კონტრაცეპციის გამოყენების გამოცდილებაზე.

რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, რამდენად აინტერესებდათ მათ კონტრაცეპციის მეთოდებზე ინფორმაციის მიღება, რა მიზნად იყენებდნენ სწორ ინფორმაციის წყაროდ, როგორ ესმოდათ ორალური კონტრაცეპტივების, სშსს და კონდომის ხმარებასთან და აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკი და რაში ხედავდნენ კონტრაცეპტივების გამოყენების დადებით და უარყოფით მხარეებს.

11.1. კონტრაცეპციაზე მეტი ინფორმაციის მიღების ინტერესი

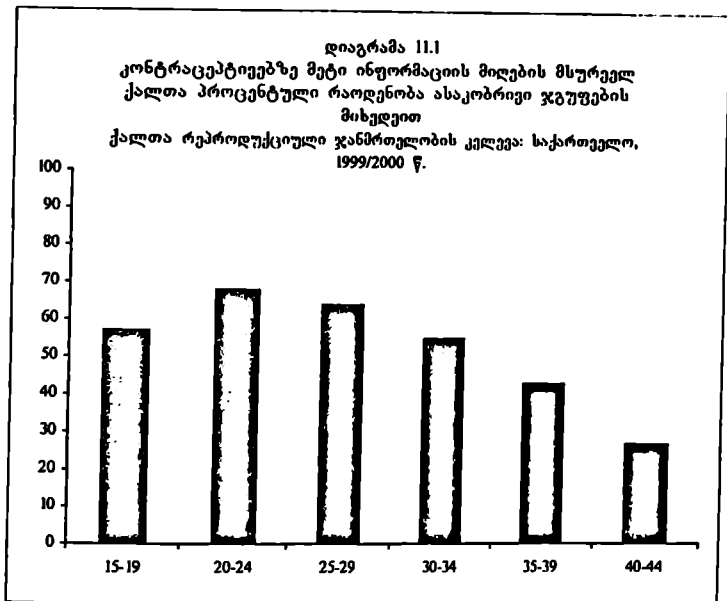
გამოკითხვის მიზანს შეადგენდა მოსახლეობის იმ ქვეჯგუფების განსაზღვრა, რომლებსაც არ გააჩნდათ სათანადო ინფორმაცია კონტრაცეპციის მეთოდებზე, გამოკვლევა იმისა, თუ რა სახის ინფორმაციას არ

ფლობდნენ ისინი და როგორ შეიძლება მათი ინფორმაციის, განათლების და კომუნიკაციის (იგკ) საქმიანობის სფეროში მოქცევა

ცხრილი 11.1

კონტრაქტაციაზე ინფორმაციის მიღების მსურველ ქალთა პროცენტული რაოდენობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ქალები, რომლებსაც მეტი ინფორმაციის მიღება სურდათ	%	შემთხვევების რაოდენობა
სულ		53.0	7 798
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი		58.0	2 029
სხვა ქალაქები		55.8	2 730
სოფელი		48.1	3 039
ასაკობრივი ჯგუფი			
15-19		57.4	1 142
20-24		68.0	1 246
25-29		63.7	1 312
30-34		55.2	1 419
35-39		43.0	1 523
40-44		27.3	1 156
ოჯახური მდგომარეობა			
ამჟამად რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაშია		52.7	5 117
წარსულში იყო რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში		33.1	517
არასოდეს ყოფილა რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში		57.1	2 104
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
არც ერთი		56.4	2 598
ერთი		59.7	1 316
ორი		51.3	2 737
სამი ან მეტი		40.6	1 147
განათლების დონე			
არასრული საშუალო		42.9	991
საშუალო		52.8	2 664
ტექნიკური		51.6	2 058
უმაღლესი		60.9	2 085
ეთნიკური წარმოშობა			
ქართველი		55.9	6 700
აზერბაიჯანელი		29.2	589
სომეხი		45.5	300
სხვა		63.4	209
ამჟამად გამოყენებული კონტრაცეპტივი			
სწისს		56.7	551
კონდომი		72.6	317
მიღების სტერილიზაცია		16.3	92
ორალური კონტრაცეპტივი		70.5	48
სხვა თანამედროვე მეთოდები		78.3	59
შენჯეროვანი სქესობრივი აქტი		60.8	560
კალენდარი		56.8	509
არცერთი		50.8	5 662



ქაღების 53% სურვილი ჰქონდა, მიეღო მეტი ინფორმაცია კონტრაცეპტივებზე (ცხრილი 11.1). აქ მოყვანილი მონაცემებიდან ცხადია, რომ 35 და მეტი წლის ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით კონტრაცეპტივებზე მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილი უფრო დიდია ახალგაზრდა ქაღების ასაკობრივ ჯგუფებში (დაახლოებით 60%). ანალოგიური სხეაობა აღინიშნა ცოცხალი შეიღების რაოდენობის მიმართაც: ამ შემთხვევაში კონტრაცეპციაზე მეტი ინფორმაციის მიღების მსურველების დიდი ნაწილი ის ქაღებია, რომლებსაც ცოტა შეიღი ჰქავთ და შესაბამისად უფრო ახალგაზრდები არიან. კონტრაცეპციაზე მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილი დიდია უმაღლესი განათლების მქონე ქაღების ჯგუფში, მათ შორის, ვინც ორალურ კონტრაცეპტივებს და კონდომებს ხმარობენ, და ქართველთა ეთნიკურ ჯგუფში. მეორე მხრივ, ოჯახური მდგომარეობა ფაქტიურად არ განსაზღვრავს ამ სხეაობას, იმ მცირე გამონაკლისის გარდა, რომელსაც შეადგენს განათხოვარი ან პარტნიორთან დაშორებული ქაღების უმნიშვნელო რაოდენობა, რომლებსაც ბევრად ნაკლებ აინტერესებთ კონტრაცეპციაზე მეტი ინფორმაციის მიღება, რაც შეიძლება ამ ჯგუფის ქაღების დაბალი სქესობრივი აქტივობით არის განპიობებული.

ეს განსხეაება აიხსნება იმით, რომ სწორედ ამ ახალგაზრდა, კარგად განათლებულ, მცირე შეიღოსნობის მსურველ ქაღებს აინტერესებთ კონტრაცეპტივებზე რაც შეიძლება მეტი ინფორმაციის მოპოება გაუთვალისწინებელი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად.

11.2. მოსაზრებები კონტრაცეპტივებზე ყველაზე სანდო ინფორმაციის წყაროების შესახებ.

რესპონდენტები პასუხობდნენ შეკითხვას, რა იყო მათთვის ყველაზე სანდო საინფორმაციო წყარო კონტრაცეპტივების შესახებ. პასუხები შეიძლება დაჯგუფდეს ორ დიდ კატეგორიად: სამედიცინო წყაროები, ანუ გინეკოლოგები და არასამედიცინო წყაროები (მასმედია, მშობლები, წიგნები, მეგობრები, მეუღლე ან პარტნიორი და ა.შ.). ქალების თითქმის ნახევარმა (46%) ჩათვალა, რომ კონტრაცეპციაზე ინფორმაციის ყველაზე სანდო წყარო გინეკოლოგია (ცხრილი 11.2). მათი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიუხედავად, რესპონდენტების უმრავლესობამ, გარდა ოც წელზე ნაკლები ასაკის ქალებისა, რომლებმაც ინფორმაციის სანდო წყაროდ აღიარეს წიგნები, დედა, ნათესავები და მეგობრები, დაასახელა გინეკოლოგები, როგორც ყველაზე საიმედო ინფორმაციის წყარო კონტრაცეპტივებზე. გამონაკლისს შეადგენდნენ უმაღლესი განათლების მქონე ქალები, რომლებმაც უპირატესობა წიგნს მიანიჭეს, და არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალები, ვისთვისაც დედა, მეგობრები და ნათესავებიც წარმოადგენდნენ ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს. ამ უკანასკნელი ჯგუფის წევრები შეიძლება იყვნენ 20 წელზე ახალგაზრდა ქალები, რომლებსაც ჯერ სკოლა არ დაუშთავრებიათ.

11.3. ქალების აზრი ორალური კონტრაცეპტივის და სშჩსს-ის ხმარების დადებით და უარყოფით ასპექტებზე.

რესპონდენტებს, რომლებსაც სმენიათ ამ მეთოდებზე, სთხოვეს, გამოეთქვათ თავისი მოსაზრება ორალური კონტრაცეპტივის და სშჩსს-ის ხმარების შემოთავაზებულ დადებით და უარყოფით ასპექტებზე.

ოჯახის დაგეგმარების სამსახურის ორგანიზაცია და ფუნქციონირება, გეოგრაფიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომი ოჯახის დაგეგმარების თანამედროვე მეთოდები განაპირობებენ ქალების მოსაზრებას კონტრაცეპციის სხვადასხვა თანამედროვე მეთოდების აეკარგიანობაზე.

ზოგადად, რესპონდენტების პროცენტი, რომლებსაც შეეძლოთ დაესახელებინათ ორალური კონტრაცეპტივის და სშჩსს-ის დადებითი თვისებები, უფრო მაღალია ქალაქელ და მაღალი განათლების მქონე ქალებში (ცხრილი 11.3.1 და 11.3.2). ამ მეთოდების ნეგატიურ ასპექტებზე აზრის გამოთქმა იგივე კატეგორიის ქალებმა შეძლეს (თუმცა პროცენტულად ნაკლები რაოდენობით). კონტრაცეპციის ამ მეთოდების დადებით და უარყოფით მხარეებში ქალები უფრო ისეთ თვისებებს აცნობიერებდნენ, რომელთა ამოცნობა ზოგადად ცოდნის საფუძველზე იყო შესაძლებელი და გაცილებით ნაკლებად ასახელებდნენ ისეთ თვისებებს, რომელთა ამოცნობა თსოულობს რეპროდუქციულ ფიზიოლოგიის სიდრმისეულ ცოდნას და ორალური კონტრაცეპტივის და სშჩსს-ის ფარმაკოლოგიას.

როგორც 11.1 ცხრილსა და 11.3.1 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, ყველაზე ხშირად დასახელებული დადებითი თვისებებია: "იოლად მოსახმარი" და "ადვილად შესაძენი". ამას აღნიშნავდა ნახევარზე მეტი (55%-56%) რესპონდენტი, ვისაც სმენია ორალურ კონტრაცეპტივებზე. ამ ქალების თითქმის ნახევარს (45%) ეგონა, რომ ორალური კონტრაცეპტივის გამოყენება დააზღვევს "სპონტანური სქესობრივი აქტის დროს". ასეთ აზრს უფრო ხშირად გამოთქამდნენ ქალაქელი და განათლებული ქალები. ქალების მხოლოდ 17%-ზე ნაკლებს მიჩნია, რომ ორალური კონტრაცეპტივები აწესრიგებენ

ცხრილი 11.2

კონტრაცეპციაზე ყველაზე სანდო ინფორმაციის წყაროს შესახებ და კიდევ უფრო მეტი ინფორმაციის მოპოვების მსურველი 15-44 წლის რესპონდენტების აზრების პროცენტული განაწილება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	განკუ- ლადი	მახ მყოფი	წინა ნაბი	მედი- ბრები	დადა- ნადეხ- ები	კონტრა- ცეპტი- ვების მომხმ- არებლები	მუ- ლად/ ხარ- ტნი- ანი	ხეცა	ხულ	შემახვე- ვების რაოდენ- ობა
სულ	45.9	36.2	8.5	2.8	2.4	1.7	1.0	1.6	100.0	4 126
საცხოვრებელი ადგილი										
თბილისი	39.8	43.9	7.8	3.3	1.8	0.8	1.3	1.3	100.0	1 178
ქალაქი	49.9	32.5	8.8	2.1	2.5	1.7	0.4	2.1	100.0	1 462
სოფელი	47.1	33.6	8.8	2.9	2.8	2.5	1.1	1.3	100.0	1 486
ასაკობრივი ჯგუფები										
15-19	29.9	34.9	11.5	7.4	8.4	2.8	1.9	3.8	100.0	686
20-24	50.2	33.0	7.4	2.1	1.6	2.7	1.6	1.4	100.0	872
25-29	49.8	35.7	8.5	2.1	1.1	1.4	0.5	0.9	100.0	843
30-34	53.1	36.0	7.2	1.1	0.3	1.5	0.0	0.9	100.0	802
35-39	50.1	38.9	8.3	0.8	0.0	0.4	0.5	1.0	100.0	645
40-44	47.2	45.8	6.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	100.0	278
ოჯახური მდგომარეობა										
ამჟამად გათხოვილია ან ცხოვრობს პარტნიორთან განათხოვარი ან პარტნიორთან დაშორებული	54.7	35.9	5.1	0.8	0.7	1.1	1.1	0.7	100.0	2 733
გათხოვარი, არ უცხოვრია პარტნიორთან განათლების დონე არასრული საშუალო	49.3	39.2	7.3	3.6	0.0	0.0	0.0	0.7	100.0	157
საშუალო	30.6	36.4	14.3	6.0	5.7	3.0	0.9	3.2	100.0	1 236
საშუალო	36.8	27.9	9.1	6.1	9.9	3.2	2.6	4.5	100.0	442
ტექნიკური უმაღლესი	45.7	37.0	7.4	3.5	1.9	1.8	0.8	2.0	100.0	1 371
უმაღლესი	52.5	36.4	5.2	1.9	0.9	1.7	0.9	0.6	100.0	1 054
უმაღლესი	45.1	38.9	12.0	1.2	0.8	1.1	0.5	0.5	100.0	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა										
არცერთი	32.9	36.5	13.2	5.4	5.3	2.9	1.2	2.7	100.0	1 488
ერთი	57.6	31.0	6.5	1.6	0.6	0.9	1.2	0.7	100.0	779
ორი	54.8	37.9	4.6	0.4	0.2	0.8	0.8	0.5	100.0	1 400
სამი ან მეტი	53.4	38.2	4.4	0.8	0.4	1.3	0.2	1.3	100.0	499
იყენებს კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდს										
სწის	63.4	31.3	2.7	1.1	0.0	0.4	0.0	0.7	100.0	315
კონდომი	54.5	38.6	6.4	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	100.0	236
ორალური	67.3	30.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	100.0	33
კონტრაცეპტივი სხვა თანამედროვე მეთოდი	45.8	41.6	9.2	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	61
შეწყვეტილი	55.9	33.8	4.8	1.2	0.7	2.4	0.3	0.9	100.0	335
სქესობრივი აქტი	51.6	39.5	6.3	0.4	0.0	1.1	1.1	0.0	100.0	287
კალენდარი	41.9	36.4	9.8	3.5	3.3	2.0	1.2	2.0	100.0	2 859
არცერთი										

მენსტრუალურ ციკლს, ამცირებენ მენსტრუალურ სისხლდენას და ტკივილს, ხოლო რესპონდენტების 10% ნაკლები დაგეთანხმდა, რომ ორალური კონტრაცეპტივები “ამცირებენ ავთვისებიანი ზოგი სახეობების სიმსივნეების განვითარების რისკს”. ორალური კონტრაცეპტივის ნაკლად ქალების 40%, რომლებსაც სმენიათ ორალურ კონტრაცეპტივებზე, მიაჩნიათ, რომ წამლის ყოველდღიური მიღების აუცილებლობის კონტროლი დამორგუნეელია. უნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ ქალების დაახლოებით 30%, რომლებსაც სმენიათ ორალური კონტრაცეპტივის შესახებ, მიაჩნდათ, რომ ორალური კონტრაცეპტივის მიღებას შეეძლო გამოეწვია წონაში მომატება. ქალების 15%-ზე ნაკლებს, რომლებსაც სმენიათ ორალური კონტრაცეპტივის შესახებ, მიაჩნიათ, რომ ისინი ძვირადღირებული პრეპარატებია ან “ცუდად მოქმედებენ, სისხლის მიმოქცევაზე” (გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე).

ცხრილი 11.3.1.

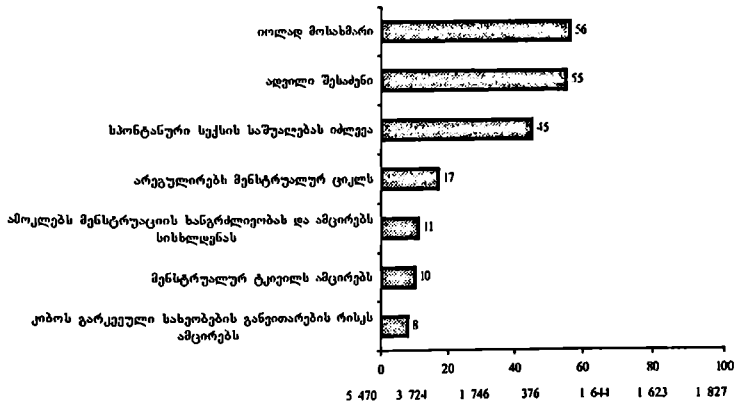
იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც ეთანხმება შერჩეულ დებულებებს ორალური კონტრაცეპტივის აეკარგიანობის შესახებ (15-44 წლის ქალები), რომლებსაც სმენიათ ორალურ კონტრაცეპტივზე, მათი საცხოვრებელი ადგილის, ასაკისა და განათლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

	სულ	საცხოვრებელი ადგილი		განათლების დონე			უმად- ლესი
		ქალაქი	სოფელი	პრ-სრული საშუალო	საშუალო	ტექნიკური	
დებულებები							
უპირატესობა							
იოლად მოსახმარი	56.4	59.9	50.0	39.9	55.4	55.0	62.4
ადვილად საყიდელი	55.2	59.3	47.8	32.6	53.1	55.6	62.3
საონტანური სქესობრივი აქტის საშუალებას იძლევა	45.4	48.1	40.4	30.4	41.3	45.7	52.4
არვეულირებს მენსტრუალურ ციკლს	17.1	18.5	14.7	5.9	14.8	18.0	21.2
ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას	10.8	11.4	9.8	6.4	9.1	11.2	13.1
ამცირებს მენსტრუალურ ტკივილს	10.0	10.5	9.0	6.1	7.9	10.7	12.2
ამცირებს კბობს გარკვეული სახეობების განვითარების რისკს	8.4	9.0	7.3	4.8	7.4	8.1	10.3
ნაკლი							
დამორგუნეელია, მუდამ გასოფდეს ყოველდღიური მიღების აუცილებლობის კონტროლი	39.5	41.7	35.4	29.4	35.7	42.2	43.0
აბება შეიძლება წონის მომატება გამოწვიოს	30.7	33.1	26.3	15.0	26.4	32.2	37.1
ძალიან ძვირია	13.8	13.8	13.8	8.3	13.6	15.7	13.9
ცუდად მოქმედებს გულსისხლძარღვთა სისტემაზე	9.9	9.9	10.0	4.8	6.7	12.2	12.0

დიაგრამა 113

იმ ქალთა პროცენტი, ვინც ეთანხმება ორალურ კონტრაცეპტივთან დაკავშირებულ შერჩეულ უპირატესობებს
 15-44 წლის ქალები, რომლებსაც სმენიათ ორალურ კონტრაცეპტივებზე
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა:საქართველო, 1999/2000 წ.



საქართველოში ყველაზე გაავრცელებულ მეთოდს სწმსს იყენებს რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების 10%, თუმცა 71% განაცხადა, რომ იცოდა მისი მოხმარების წესები, ხოლო 70% იცოდა, სად შეიძლება მისი შეძენა (იხ. თავი 8). რაც შეეხება ამ მეთოდის უპირატესობებს, ქალების 46% განაცხადა, რომ მათი აზრით სწმსს "სქესობრივ აქტს უფრო სასიამოვნოს ხდის, რადგან უხსნის ქალს დაორსულების შიშს"; 44% აღნიშნა, რომ სწმსს "იოლი სახმარი უნდა იყოს"; 43% აზრით "იგი შედარებით იაფია" და 15% მიაჩნია, რომ სწმსს "საშვილოსნოს გარე ორსულობის რისკს ამცირებს".

მათ შორის, ვინც იცოდა სწმსს-ის შესახებ, ხუთიდან ორმა ქალმა იცოდა სწმსს-თან დაკავშირებული მენჯის ორგანოების ანთების განვითარების რისკის შესახებ, მხოლოდ ყოველი მეოთხე ქალი დაეთანხმა დებულებას, რომ სწმსს-ს შეუძლია გამოიწვიოს სისხლისდენა, ყოველ მეხუთეს კი სჯერა, რომ მას შეუძლია მენსტრუალური ტკივილის გამოწვევა. სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით, ქალაქელმა ქალებმა ოდნავ უკეთ იციან სწმსს-ის დადებითი და უარყოფითი თვისებები, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალებმა სხვებთან შედარებით ბევრად უკეთ იციან მეთოდის აეკარგიანობა.

ცხრილი 11.3.2.

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც დაეთანხმა შერჩეულ დებულებებს სწმსს-ის აკეარგიანობის შესახებ (15-44 წლის ქალები), რომლებსაც სმენიათ სწმსს-ზე, მათი საცხოვრებელი ასაკისა და განათლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

	სულ	საკაცოვრებელი ადგილი		ანათლების დონე	რეპროდუქციული		
		ქალაქი	სოფელი		არასრული	საშუალო	ტიპიკური უმაღლესი
დებულებები							
ღირსეუბნი							
აღიერებს სექსისაგან მიღებულ სიამოვნებას, რადგან ხსნის დაირსულების შშს	46.2	48.8	42.5	34.0	41.9	50.8	52.8
იოღად მოსახარია	44.1	46.0	41.4	26.7	41.8	49.1	50.6
სწმსს შედარებით იაფია	43.3	44.6	41.4	22.3	39.1	50.3	52.0
საშეიღისნის გატე ორსულობის რისკს ამცირებს	13.3	14.5	11.6	6.3	11.7	14.4	17.5
ნაკლი							
ზრდის მენჯის ორგანოების ანთების რისკს	38.6	40.2	36.5	21.5	36.6	43.9	44.5
სწმსს შეიძლება გამოიწვიოს არარეგულარული ხისხლენა	27.6	32.5	25.0	11.3	25.3	33.7	32.7
სწმსს შეიძლება გაზარდოს მენსტრუალური სისხლის რაოდენობა	26.8	28.7	24.2	10.1	24.3	33.2	31.9
სწმსს შეიძლება გააძლიეროს მენსტრუალური ტიპილი	19.6	20.1	18.9	7.6	18.8		22.2
შემთხვევების რაოდენობა	7 395	3 753	2 587	778	2 517	2 041	2 059

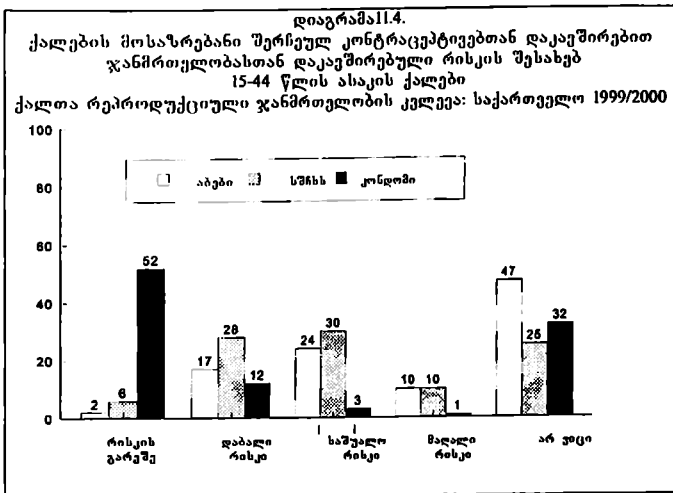
საერთოდ, იმ ქალების წილი, რომლებმაც იცოდნენ ორალური კონტრაცეპტივის და სწმსს-ის ღირსება და ნაკლი, არცთუ ისე დიდია (იხ. ცხრილები 11.3.1 და 11.3.2). ცხადია, რომ ორივე მეთოდის ხანგრძლივ ეფექტურობაზე მოსახლეობის ცოდნის გაზრდის მიზნით საჭიროა ძალისხმევის გაზრდა იგე სფეროში, რადგან იმ ქალების სამ მეოთხედზე მეტს, რომლებიც ამჟამად რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში იმყოფებიან და ორი ან მეტი შეილი ჰყავთ, აღარ სურთ მეტი შეილის გაჩენა, მაგრამ ქალების 40%-ს, ვისაც სმენია ორალურ კონტრაცეპტივზე, მიაჩნია, რომ ორალური კონტრაცეპტივის აბის ყოველდღე მიღება შემაწუხებელია. საჭიროა, ქალებმა უფრო ღრმად გააცნობიერონ თითოეული მეთოდის ღირსებაც და ნაკლიც, რომ შეძლონ შეგნებულ არჩევანის გაკეთება თანამედროვე კონტრაცეპტივების შერჩევისას.

11.4 მოსაზრებები ქალის ჯანმრთელობაზე კონტრაცეპტივებით გამოწვეული რისკის შესახებ

საქართველოში თანამედროვე კონტრაცეპტიული საშუალებების მოხმარების დაბალი დონე შესაძლოა, განპირობებული იყოს ქალთა და მამაკაცთა მოსაზრებით ქალის ჯანმრთელობაზე კონტრაცეპტივების მანე გავლენის შესახებ. ქალთა ჯანმრთელობაზე შესაძლო რისკის შესახებ მოსაზრებები, რომლებიც შეეხებოდა კონტრაცეპტივის სამ პირითად

თანამედროვე მეთოდს, რესპონდენტების მიერ "შეფასებულ იქნა, როგორც რისკის არარსებობა", "მაღალი რისკი", "საშუალო რისკი" და "მაღალი რისკი" (იხ ცხრ. 11.4.1, 11.4.2 და 11.4.3 და დიაგრამა 11.4)."

ამ სამი მეთოდის შედარებისას ქალებმა განაცხადეს, რომ კონდომი არის ყველაზე უსაფრთხო მეთოდი და მისი გამოყენება არ არის დაკავშირებული რისკთან, თუმცა ქალების ერთმა მესამედმა განაცხადა, რომ "არ იცის" არის თუ არა კონდომის ხმარება დაკავშირებული რაიმე რისკთან. მეორეს მხრივ, ქალების მხოლოდ 2%-მა განაცხადა, რომ სწისსის გამოყენება არ არის დაკავშირებული არანაირ რისკთან, და 6%-მა განაცხადა იგივე, ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით. თუმცა იმ რესპონდენტებისგან განსხვავებით, რომლებიც იყენებენ იმ მეთოდს, რომლის შესახებაც ვეითხებოდნენ და იმ ქალების გარდა რომლებიც უფრო განათლებულნი და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფის წარმომადგენლები იყვნენ, ქალების დიდმა უმრავლესობამ არ იცოდა ამ მეთოდების გამოყენების რისკიანობის შესახებ.



რესპონდენტების დაახლოებით ორი მესამედის დიდ ნაწილს მიაჩნია, რომ ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება დაკავშირებულია ჯანმრთელობის რისკთან, და რომ ორალური კონტრაცეპტივის გამოყენება "საშუალო დონის რისკს" უქმნის ქალის ჯანმრთელობას. ასევე ფიქრობენ სხვა რესპონდენტებიც, რომლებსაც ჰქონდათ თავიანთი მოსაზრება ამ საკითხზე, განურჩევლად მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა. მაგრამ როგორც აღვნიშნეთ, ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ სოფლად მცხოვრები და

ცხრილი 11.4.1.

ქალების მოსაზრებების კრეციენტული განაწილება ორალური კონტრაცეპციის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობის რისკის შესახებ შექმნილი მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	რისკი არ არის	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	არ იცის	სულ	შემოხვევების რაოდენობა
სულ	2.3	17.1	24.4	9.5	46.7	100.0	7 798
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	3.4	18.9	33.5	12.9	31.4	100.0	2 029
სხვა ქალაქები	1.8	21.2	26.0	9.3	41.7	100.0	2 730
სოფელი	2.0	13.3	17.9	7.7	59.2	100.0	3 039
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-19	1.0	8.5	11.7	3.6	75.2	100.0	1 142
20-24	2.4	17.5	24.0	9.1	47.0	100.0	1 246
25-29	3.5	19.5	26.3	12.3	38.5	100.0	1 312
30-34	2.4	21.3	31.1	11.0	34.2	100.0	1 419
35-39	2.1	19.7	30.3	11.5	36.4	100.0	1 523
40-44	2.8	18.1	25.6	11.5	42.1	100.0	1 156
ოჯახური მდგომარეობა							
ამემამლ ცხოვრობს ქმართან ან პარტნიორთან	2.4	19.3	28.0	11.2	39.1	100.0	5 177
განათხოვარი ან პარტნიორს დაშორებული გაუთხოვარი, არასოდეს უცხოვრია პარტნიორთან	2.2	20.2	25.7	10.0	42.0	100.0	517
განათლების დონე							
არასრული საშუალო	1.1	8.1	7.5	2.0	81.4	100.0	991
საშუალო	2.1	13.6	21.1	8.1	55.2	100.0	2 664
ტექნიკუმი	2.5	21.9	29.6	11.2	34.8	100.0	2 058
უსაღლეხი	3.2	22.9	34.6	14.8	24.7	100.0	2 085
სოციალურ-ეკონომიკური დონე							
დაბალი	1.7	12.9	17.4	6.2	61.8	100.0	3 276
საშუალო	2.6	18.8	26.2	10.3	42.1	100.0	3 654
მაღალი	2.6	20.4	33.7	14.6	28.7	100.0	868
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	2.6	18.8	26.6	10.7	41.4	100.0	6 700
აზერბაიჯანელი	0.3	3.4	4.2	1.5	90.7	100.0	589
სომეხი	2.8	13.1	21.7	4.0	58.5	100.0	300
სხვა	1.4	22.0	33.1	11.7	31.9	100.0	209
კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდი							
ს'შსს	0.9	21.3	32.1	11.8	34.0	100.0	551
კონდომი	3.5	27.1	36.7	17.9	14.8	100.0	317
ორალური	16.4	38.3	43.2	0.0	2.2	100.0	48
კონტრაცეპტივი სხვა თანამედროვე მეთოდები	9.0	41.0	25.9	1.3	22.8	100.0	151
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	1.8	20.6	21.5	7.9	48.2	100.0	560
კალენდარი	2.7	14.8	42.6	16.4	23.6	100.0	509
არცერთი	2.1	15.4	21.7	8.8	52.1	100.0	5 662

ცხრილი 11.4.2

ქალეხის მოსახრებების პროცენტული განაწილება სწრს-ის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელოების რისკის შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელოების კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	რისკი არ არის	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	არ იცის	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	6.2	28.4	30.2	10.4	24.9	100.0	7 798
საცხოერებელი ადგილი							
თბილისი	6.2	24.5	35.4	13.8	20.2	100.0	2 029
სხვა ქალაქები	6.6	33.3	31.0	9.9	19.2	100.0	2 730
სოფელი	6.0	27.3	26.5	8.7	31.6	100.0	3 039
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-19	4.6	18.1	16.6	5.2	55.5	100.0	1 142
20-24	8.1	32.1	58.6	8.7	22.5	100.0	1 246
25-29	6.7	31.5	34.1	10.5	17.2	100.0	1 312
30-34	5.9	31.2	35.1	13.3	14.4	100.0	1 419
35-39	7.1	30.9	34.7	13.1	14.2	100.0	1 523
40-44	4.9	28.4	35.6	12.9	18.3	100.0	1 156
ოჯახური მდგომარეობა							
ამჟამად ცხოვრობს ქმართან ან პარტნიორთან	7.3	31.0	33.7	11.8	16.2	100.0	5 177
განათხოვარი ან პარტნიორს დაშორებული გაუთხოვარი, არასოდეს უცხოვრია პარტნიორთან განათლების დონე	4.9	28.0	33.9	14.9	18.4	100.0	517
4.5	23.6	23.0	7.0	42.0	100.0	2 104	
არასრული საშუალო საშუალო ტექნიკური უმაღლესი სოციალურ-ეკონომიკური დონე	5.3	17.2	16.0	4.9	56.6	100.0	991
6.2	28.1	28.8	9.4	27.5	100.0	2 664	
7.3	31.7	34.9	12.5	13.6	100.0	2 058	
5.8	32.8	36.6	13.3	11.5	100.0	2 085	
5.9	26.9	25.3	7.4	34.5	100.0	3 276	
6.2	29.2	31.6	12.0	21.1	100.0	3 654	
7.1	28.6	35.9	11.3	17.1	100.0	868	
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	6.4	29.0	32.2	11.2	21.3	100.0	6 700
აზერბაიჯანელი	3.9	17.9	16.2	5.7	56.4	100.0	589
სომეხი	7.2	33.2	20.9	8.1	30.7	100.0	300
სხვა	8.1	38.1	33.4	6.6	13.9	100.0	209
კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდი სწრს	23.4	51.3	20.4	1.4	3.5	100.0	551
კონდომი	3.5	29.1	46.8	17.3	3.3	100.0	317
ორალური	2.1	32.2	33.5	10.1	22.1	100.0	48
კონტრაცეპტივი სხვა თანამედროვე მეთოდები	5.3	39.9	36.6	10.3	7.9	100.0	151
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	5.0	32.3	36.5	11.9	14.4	100.0	560
კალენდარი	3.0	25.9	46.1	20.2	4.8	100.0	509
არცერთი	5.4	26.1	28.0	9.8	30.7	100.0	5 662

ცხრილი 11.4.3

ქალების მოსაზრებების პროცენტული განაწილება კონდომის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობის რისკის შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	რისკი არ არის	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	არ იცის	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	52.1	12.2	3.1	0.6	32.2	100.0	7 798
საცხოერებელი ადგილი							
თბილისი	65.9	13.1	2.5	0.6	18.0	100.0	2 029
სხვა ქალაქები	59.1	11.9	2.9	0.5	25.6	100.0	2 730
სოფელი	39.0	11.8	3.5	0.6	45.1	100.0	3 039
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-19	31.1	6.8	3.7	0.5	58.0	100.0	1 142
20-24	55.0	12.4	3.9	0.4	28.3	100.0	1 246
25-29	62.1	12.1	2.1	0.6	23.2	100.0	1 312
30-34	59.2	13.9	2.7	1.0	23.1	100.0	1 419
35-39	56.5	15.1	2.5	0.7	25.2	100.0	1 523
40-44	53.6	13.9	3.2	0.3	29.0	100.0	1 156
ოჯახური მდგომარეობა							
ამჟამად ცხოვრობს	56.9	14.1	2.6	0.6	25.8	100.0	5 177
ქმართან ან პარტნიორთან განათხოვარი ან პარტნიორს დაშორებული გაუთხოვარი, არასოდეს უცხოვრია პარტნიორთან განათლების დონე	54.4	12.8	4.7	0.2	27.8	100.0	517
არასრული საშუალო	24.7	6.8	3.1	0.4	65.0	100.0	991
საშუალო	46.6	12.8	3.9	0.6	36.0	100.0	2 664
ტექნიკუმი	57.6	14.9	3.1	0.6	23.8	100.0	2 058
უმაღლესი	71.4	12.3	1.9	0.6	13.8	100.0	2 085
სოციალურ-ეკონომიკური დონე							
დაბალი	39.1	12.0	2.6	0.6	27.5	100.0	3 276
საშუალო	56.0	12.5	3.4	0.5	27.7	100.0	3 654
მაღალი	67.7	11.4	2.8	0.7	17.5	100.0	868
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	56.6	12.3	3.0	0.6	27.5	100.0	6 700
ასერბაიჯანელი	12.9	8.9	3.3	0.3	74.6	100.0	589
სომეხი	47.6	13.5	5.0	0.6	33.4	100.0	300
სხვა	61.3	16.2	1.7	0.0	20.8	100.0	209
კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდი							
სწის	63.8	15.4	1.5	0.2	19.1	100.0	551
კონდომი	90.0	8.3	0.3	0.0	1.4	100.0	317
ორალური	61.7	14.1	6.2	2.1	16.0	100.0	48
კონტრაცეპტივი							
სხვა თანამედროვე	64.4	10.8	3.8	0.1	21.0	100.0	151
მეთოდები							
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	54.6	14.9	3.6	0.6	26.3	100.0	560
კალენდარი	64.5	18.3	3.1	0.4	13.7	100.0	509
არცერთი	47.6	11.4	3.2	0.6	37.2	100.0	5 662

დაბალი განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე იმ რესპონდენტების პროცენტული რაოდენობა, ვინც "არ იცოდა" უქმნის თუ არა ორალური კონტრაცეპტივის გამოყენება რაიმე რისკს ქალის ჯანმრთელობას, მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია. ეს კიდევ უფრო ამტკიცებს ადრე გამოთქმულ მოსაზრებას ორალურ კონტრაცეპტივებთან და კონტრა-

ცეპციის სხვა მეთოდებთან დაკავშირებით, ამ ჯგუფებისაკენ მიმართული იგკ საქმიანობის გაძლიერება-გაფართოვების აუცილებლობაზე.

რესპონდენტების ერთმა მეთხედმა "არ იცოდა" უქმნიდა თუ არა რაიმე რისკს ქალის ჯანმრთელობას სშსს-ის გამოყენება. ქალების იმ დიდ ნაწილს, რომლებსაც აქვთ საკუთარი მოსაზრება ორალურ კონტრაცეპტივებზე, მიაჩნიათ, რომ სშსს-ის ზეგავლენა ქალის ჯანმრთელობაზე "მცირეა ან უარეს შემთხვევაში საშუალო დონის", ანალოგიურია სხვა რესპონდენტების მოსაზრება სშსს-თან დაკავშირებით, განურჩევლად მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, გამონაკლისს წარმოადგენდა ქალების ის დიდი ჯგუფი, რომლებიც იყენებენ სშსს-ს და მიაჩნიათ, რომ ქალის ჯანმრთელობაზე სშსს-ს უარყოფითი ზეგავლენა "ნულის ტოლი ან მინიმალურია". რაც შეეხება ორალურ კონტრაცეპტივებს, იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც "არ იცოდა", უქმნის თუ არა სშსს-ის გამოყენება რაიმე რისკს ჯანმრთელობას, გაცილებით უფრო მაღალი იყო სოფლად მცხოვრები და დაბალი განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალებს შორის.

ისინი, ვინც "არ იციან" კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენების ღირსებები და ნაკლი, რისკის დონე, რომელსაც ის უქმნის ქალის ჯანმრთელობას, წარმოადგენენ ოჯახის დაგეგმარებასთან დაკავშირებული იგკ-ს მომავალი საქმიანობის "სამიზნე მოსახლეობას". კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენების ღირსებების და ნაკლის მცოდნე მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობის გაზრდით შეიძლება გაიზარდოს კონტრაცეპციის მეთოდების მომხმარებელთა რიცხვი, რაც შეამცირებს არასასურველი ორსულობების რისკს.

11.5. მოსაზრება ქალის ჯანმრთელობაზე აბორტით გამოწვეული რისკის შესახებ

საქართველოში აბორტს აღიქვამენ, როგორც არასასურველი ორსულობის შედეგად ბავშვის გაჩენის თავიდან აცილების საშუალებას (იხ. თავი V). მოსახლეობის დარწმუნება, აბორტის ნაცვლად მიმართონ კონტრაცეპციის მეთოდებს არასასურველი ორსულობის შეწყვეტის მიზნით - ოჯახის დაგეგმარების პროგრამის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინტერვენციაა. ეს პრობლემა უნდა გადაწყდეს არა აბორტის აკრძალვით ან შეზღუდვით, არამედ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე საქართველოს მოსახლეობის ცოდნის გაუმჯობესების გზით, რაზეც მეტყველებს 11.5 ცხრილის მონაცემები იმის შესახებ, რომ ყოველ მეორე ქალს მიაჩნია, აბორტი მავნეა ქალის ჯანმრთელობისათვის.

როგორც 11.5 ცხრილიდან ჩანს, ქალების 50% მიაჩნია, რომ აბორტი ქალის ჯანმრთელობას "მაღალი რისკის" ქვეშ აყენებს. ეს პროცენტული მონაცემები ოდნავ უფრო დაბალი იყო ნაკლებად განათლებული ქალების, აზერბაიჯანელი და ოც წლამდე ახალგაზრდა ქალების ჯგუფებში. მიღებული შედეგები მოწმობენ, რომ აბორტს მიმართავენ მიუხედავად არსებული აზრისა, რომ იგი ქალის ჯანმრთელობას მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ აყენებს, რაც იმაზეც მიაჩნებს, რომ ქართველი ქალები აბორტს იმისთვის არ იკეთებენ, რომ მას ფეიქტურ კონტრაცეპციას ამჯობინებენ.

ცხრილი 11.5

ქალების მოსაზრებები პროცენტული განაწილება ამორტიზ გამოსწვეული ჯანმრთელობის რისკის შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	რისკი არ არის	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	არ იცის	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	0.7	5.4	24.7	50.4	18.9	100.0	7 798
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	0.4	3.3	21.5	60.2	14.6	100.0	2 029
სხვა ქალაქები	0.6	5.1	28.2	51.2	15.0	100.0	2 730
სოფელი	1.0	6.7	24.1	44.1	24.1	100.0	3 039
ახაკობრივი ჯგუფი							
15-19	1.2	4.8	17.9	31.0	45.1	100.0	1 142
20-24	0.6	5.8	25.0	50.7	17.9	100.0	1 246
25-29	0.9	4.4	26.7	56.3	11.7	100.0	1 312
30-34	0.3	5.3	26.9	56.5	11.0	100.0	1 419
35-39	0.7	6.4	27.4	56.3	9.2	100.0	1 523
40-44	0.4	5.3	25.6	56.8	11.9	100.0	1 156
ოჯახური მდგომარეობა							
ამჟამად ცხოვრობს	0.4	6.1	27.6	54.5	11.4	100.0	5 177
ქმართან ან პარტნიორთან							
განათხოვარი ან	1.4	5.7	28.3	51.1	13.5	100.0	517
პარტნიორს დაშორებული							
გაუთხოვარი, არასოდეს	1.1	4.0	18.7	42.8	33.5	100.0	2 104
უცხოურია პარტნიორთან							
განათლების დონე							
არასრული საშუალო	1.2	4.6	16.9	32.3	44.9	100.0	991
საშუალო	0.5	7.0	27.0	44.7	20.9	100.0	2 664
ტექნიკური	0.8	5.3	26.2	57.7	10.1	100.0	2 058
უმაღლესი	0.6	3.9	25.2	62.6	7.8	100.0	2 085
სოციალურ-ეკონომიკური							
დონე							
დაბალი	0.9	4.8	23.8	44.1	26.4	100.0	3 276
საშუალო	0.6	5.8	25.4	52.6	15.6	100.0	3 654
მაღალი	0.8	5.0	23.8	56.7	13.7	100.0	868
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	0.7	4.9	25.6	53.3	15.4	100.0	6 700
აზერბაიჯანელი	0.4	5.0	17.5	27.4	49.7	100.0	589
სომეხი	1.1	15.3	19.3	44.1	20.2	100.0	300
სხვა	0.0	3.5	29.2	55.1	12.2	100.0	209
კონტრაცეპციის							
თანამედროვე მეთდი							
სქსს	0.5	4.4	32.1	56.3	6.7	100.0	551
კონდომი	0.0	4.6	26.3	65.9	3.3	100.0	317
ორალური	0.0	0.0	32.1	62.0	6.0	100.0	48
კონტრაცეპტივი							
სხვა თანამედროვე	2.2	8.6	30.2	53.9	5.1	100.0	151
მეთოდები							
შეწყვეტილი სქესობრივი	0.0	9.1	29.8	57.2	3.9	100.0	560
აქტი							
კალენდარი	0.2	4.9	31.4	59.9	3.7	100.0	509
არცერთი	0.8	5.2	22.8	47.6	23.6	100.0	5 662

დამოკიდებულება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართ

საქართველოში არსებულ რეპროდუქციულ და შობადობის კონტროლის წესჩვეულებებს ბევრი რამ აქვთ საერთო რუსეთსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებთან. ფერტილობა მკვეთრად დაეცა და ამჟამად თაობათა ცვლის ზღვარს ქვემოთ დონეზეა. ამ დროს ფერტილობის კონტროლის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ხელოვნური აბორტი, დასაუღეთის ქვეყნების კონტრაცეპციული ტექნოლოგიებით მომუშავე თანამედროვე მეთოდები კი იშვიათად გამოიყენება. ყოფილი სსრკ-ის შედარებითმა იზოლაციამ გაელენა მოახდინა როგორც მაღალი ხარისხის კონტრაცეპციული მეთოდების ცოდნაზე, ასევე მათ გაერკვლევაზე (არსებობაზეც). ამას თან ახლავს ჯანმრთელობის საკითხების მიმართ იგნორირება და ფატალისტური დამოკიდებულება, ორსულობის შეწყვეტის ფაქტთან ძლიერი შეგუება და შობადობის პრევენციის ძირითადი მეთოდის, ხელოვნური აბორტის მიმართ მტკიცე ნდობის ფაქტორის არსებობა (რემენიკი ლ, 1991, პოპოვი ა, 1996). ეს ძირითადი ნიშან-თვისებები შემდგომში მოიქცა ისეთი ძლიერი მორალისტური პრინციპების ზეგავლენის ქვეშ, რომლებსთვისაც მიუღებელი და გასაკიცხი იყო ორსულობა გათხოვებამდე და ქორწინების გარეთ, სექსის შესახებ განათლების მიღება სკოლებში, ღია დისკუსიები სექსთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ამან განაპირობა სექსუალობის მიმართ წინასწარ შექმნილი მტკიცე დამოკიდებულება.

ოჯახის სიდიდესთან და ხელოვნურ აბორტთან დაკავშირებული საკითხების მიმართ დამოკიდებულების გარკვევის გარდა 99სრჯკ შეიცავდა საქართველოში სექსთა როლების, ორსულობის გამოსაყვლის, რეპროდუქციული საკითხების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ირგვლივ არსებულ დამოკიდებულებასთან დაკავშირებულ კითხვებს. ამ კითხვებზე გაცემული პასუხები სასარგებლო უნდა აღმოჩნდეს რეპროდუქციული ჯანდაცვის საგან-მანათლებლო პროგრამებისა და მეთოდის ელემენტების შემუშავებისა და მოდიფიცირებისათვის.

12.1 ოჯახის იდეალური სიდიდე

რესპონდენტებს დაუსვეს შეკითხვა საქართველოში მცხოვრები ახალ-გაზრდა ოჯახისათვის ბავშვების "იდეალურ" რაოდენობასთან დაკავშირებით მათი აზრის შესახებ. ცხრ.12.1 გვიჩვენებს, რომ ბავშვების საშუალო იდეალური რაოდენობა უდრის 2.8-ს. ეს რიცხვი კონტრასტულად განსხვავდება საქართველოში არსებული ფერტილობის საერთო მაჩვენებლისაგან, რომელიც შეესაბამება 1.7 მშობიარობას თითო ქალზე (იხ. თავი IV), რაც იმას ნიშნავს, რომ იდეალურ მდგომარეობაში, რეპროდუქციული ასაკის ქალებს ურჩევნიათ, ჰყავდეთ ერთი ბავშვი, ვიდრე იმდენი, რამდენიც ჰყავთ ან ეყოლებათ. ეს განსხვავება, ეჭვების გარეშე, გამომდინარეობს ეკონომიკური და სოციალური დაბრკოლებებიდან, რომლების აიძულებენ ქალს პრაქტიკულად შეზღუდოს თავისი ოჯახის სიდიდე.

ცხრილი 12.1

საქართველოში ახალგაზრდა ოჯახში ბავშვთა იდეალური რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელი შერჩეული კატეგორიების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ბავშვების იდეალური რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელი	შემთხვევათა რაოდენობა*
საერთო რაოდენობა	2.8	7,507
საცხოვრებელი ადგილი		
თბილისი	2.7	1,973
სხვა ქალაქი	2.7	2,609
სოფელი	2.8	2,925
ახაკობრივი ჯგუფები		
15-19	2.7	1,100
20-24	2.7	1,209
25-29	2.7	1,260
30-34	2.8	1,362
35-39	2.9	1,470
40-44	2.9	1,106
ოჯახური მდგომარეობა		
ამჟამად გათხოვილი/კავშირში	2.8	5,009
კავშირში ნამყოფი	2.7	492
არასდროს არ ყოფილა კავშირში	2.7	2,006
განათლების დონე		
დაუმთავრებელი საშუალო სრული საშუალო	2.8	937
ტექნიკუმი	2.8	1,993
უმაღლესი	2.7	2,016
ცოცხალი შვილების რაოდენობა		
არცერთი	2.7	2,480
ერთი	2.6	1,275
ორი	2.8	2,659
სამი ან მეტი	3.1	1,093
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი		
დაბალი	2.8	3,137
საშუალო	2.8	3,533
მაღალი	2.7	837
ეთნიკური კუთვნილება		
ქართველი	2.8	6,479
აზერბაიჯანელი	2.8	540
სომეხი	2.7	948
სხვა	2.5	194
IDP სტატუსი (იძულებით გადაადგილებული პირი)		
IDP	2.8	1,767
არა-IDP	2.8	5,740

* 298 ქალის გამოკლებით, რომლებმაც კითხვაზე პასუხი გასცეს არა რიცხობრივად: "რამდენსაც ღმერთი მომცემს", "რაც შეიძლება უფრო მეტი" და სხვ.

უფრო მეტიც, ამ კითხვაზე პასუხის გაცემისას რესპონდენტები იმყოფებოდნენ საკუთარი გამოცდილების ზეგავლენის ქვეშ, რადგანაც ბავშვების იდეალური საშუალო რაოდენობა პირდაპირ კავშირში იყო რესპონდენტის ცოცხალი ბავშვების მიმდინარე რაოდენობასთან. ასე მაგ., სამი ან მეტი ბავშვის დედებმა აღნიშნეს საშუალო მაჩვენებელი 3.1, 2.8-სთან ან ნაკლებთან შედარებით, თუ ქალს ნაკლები რაოდენობის ბავშვები ჰყავდა. ამის გარდა, ბავშვების იდეალური საშუალო რაოდენობა იზრდება რესპონდენტთა ასაკთან ერთად და ოდნავ მეტია ქართველ და აზერბაიჯანულ ქალებს შორის.

12.2 ცოდნა მენსტრუალური ციკლის შესახებ

იმის გამო, რომ ქართველების მხოლოდ მცირე ნაწილია განათლებული სექსობრივი კავშირის შესახებ, გამოკითხვის მიხედვით შეფასებულ იქნა რესპონდენტთა ცოდნა რეპროდუქციასთან და ფერტილობასთან დაკავშირებული ძირითადი კონცეფციების შესახებ. ცხრილი 12.2 გვიჩვენებს რესპონდენტთა აზრს იმის თაობაზე, თუ მენსტრუალური ციკლის რომელ პერიოდში შეიძლება ქალი დაორსულდეს - სექსობრივი კავშირის შესახებ განათლების დონის ერთ-ერთი ყველაზე ჩვეულებრივი მაჩვენებელი.

ქალების 44%-მა სწორედ გაცა კითხვაზე პასუხი, რომ დაორსულების ყველაზე მეტი რისკი უკავშირდება ორ მენსტრუალურ პერიოდს შორის დროს, სხვადასხვა ვარიაციებით ქვეგუფებს შორის. ცოდნა მენსტრუალური ციკლის შესახებ პირდაპირ არის დამოკიდებული განათლების დონესთან, განათლების უმაღლეს კატეგორიაში შესული ქალები ოთხჯერ უფრო ხშირად სცემდნენ ამ კითხვას სწორ პასუხს. სასოფლო რეგიონებში და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ქალები გამოირჩეოდნენ მეტად დაბალი დონის ცოდნით იმ პერიოდის შესახებ, როდესაც ქალი შეიძლება დაორსულდეს. სექსობრივი კავშირის შესახებ განათლება გამიზნული უნდა იყოს 20 წლამდე ასაკის ქართველ ქალებზე, რომელთაც აღენიშნათ ამ კითხვაზე სწორი პასუხის გაცემის ყველაზე დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი -14% და ამავე კატეგორიის იმ ქალებზე (56%), ვისაც საერთოდ არ გააჩნიათ ცოდნა იმის შესახებ, თუ მენსტრუალური ციკლის რომელ პერიოდში შეიძლება ქალი დაორსულდეს.

12.3 ცოდნა ძუძუთი კვების ფერტილობაზე გავლენის შესახებ

მენსტრუალური ციკლის მსგავსად, ქალები და მამაკაცები გამოკითხულ იყვნენ ძუძუთი კვების განმავლობაში ქალის დაორსულების რისკის შესახებ მათი შეხედულების თაობაზე, რაც წარმოადგენს რეპროდუქციისა და ფერტილობის კიდევ ერთ ძირითად საკითხს. ქალების 55% სწორად იცოდა, რომ ძუძუთი კვების პერიოდში დაორსულების რისკი უფრო დაბალია (ცხრ. 12.3). ეს მონაცემები ასევე გვიჩვენებს, რომ ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ქალების ცოდნაც ძუძუთი კვების დროს ფერტილობის დაქვეითების თაობაზე. 20 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის ქალებს შორის აღინიშნა ყველაზე მაღალი, 57%, მაჩვენებელი ამ კითხვაზე "არ ვიცი" პასუხის გაცემისა. ისევე, როგორც ეს აღმოჩნდა მენსტრუალური ციკლის შესახებ ცოდნის შეფასებისას, ის უფრო მაღალი იყო მეტი განათლების მქონე ქალებს

შორის. სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ქალებს შორის განსხვავება მცირედენი იყო. ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ უსვამენ ხაზს სქესობრივი კავშირის შესახებ განათლების საჭიროებას, განსაკუთრებით 20 წლამდე ასაკის ქალებისათვის, და დედების ძუძუთი კვების განმავლობაში დარსულების უფრო დაბალი რისკის შესახებ განათლების აუცილებლობას.

ცხრილი 12.2

მენტრალური ციკლის განმავლობაში დარსულების ყველაზე მეტად საეარადო პერიოდის შესახებ ქალების შეხედულებათა პროცენტული გადანაწილება შერჩეული კატეგორიების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ერთი კვირა მენტრალური აციაზა	მენტრალური აციის განმავლობაში	ერთი კვირა მენტრალური ციის შეზღვევა	ორ მენტრალური მენტრალური შორის პერიოდი	ნების-მცირდროს	არ ვიცი	სულ	შემოს-ვევითა რაოდენობა
საერთო რაოდენობა	2.6	0.4	23.3	44.4	6.3	23.0	100.0	7,798
საცხოვრებელი ადგილი								
თბილისი	3.1	0.7	21.5	55.4	5.0	14.4	100.0	2,029
სხვა ქალაქი	2.4	0.3	22.4	46.9	5.2	22.7	100.0	2,730
სოფელი	2.5	0.3	25.1	36.0	7.9	28.2	100.0	3,039
ასაკობრივი ჯგუფები								
15-19	2.8	0.6	18.6	13.6	8.4	56.0	100.0	1,142
20-24	3.8	0.4	27.0	38.3	6.1	24.4	100.0	1,246
25-29	2.9	0.5	27.4	49.2	6.0	14.0	100.0	1,312
30-34	1.9	0.4	24.4	55.5	6.1	11.7	100.0	1,419
35-39	1.9	0.4	22.5	58.8	5.8	10.7	100.0	1,523
40-44	2.3	0.0	21.1	59.3	5.1	12.3	100.0	1,156
ოჯახური მდგომარეობა								
ამჟამად გათხოვილი/კავშირში	2.2	0.3	24.5	57.0	6.2	9.8	100.0	5,177
კავშირში ნამყოფი	3.1	0.2	25.8	49.2	6.2	15.6	100.0	517
არახდროს არ ყოფილა კავშირში	3.3	0.5	20.8	20.4	6.7	48.3	100.0	2,104
განათლების დონე								
დაუმთავრებელი საშუალო	1.8	0.2	17.3	13.9	10.5	56.3	100.0	991
სრული საშუალო	3.2	0.7	26.6	40.0	7.2	22.3	100.0	2,664
ტექნიკური უმაღლესი	2.6	0.4	24.8	55.6	4.6	12.0	100.0	2,058
უმაღლესი	2.3	0.2	21.6	59.2	4.3	12.5	100.0	2,085
სოციალურ-ეკონომიკური ინდექსი								
დაბალი	2.4	0.3	24.1	35.0	7.4	30.7	100.0	3,276
საშუალო	2.8	0.4	23.4	47.3	6.0	20.1	100.0	3,654
მაღალი	2.4	0.4	21.1	55.3	5.1	15.7	100.0	868
ფინიკური კუთვნილება								
ქართველი	2.7	0.4	23.7	46.6	5.3	21.4	100.0	6,700
აზერბაიჯანელი	1.6	0.4	23.4	22.5	12.4	39.8	100.0	589
სომეხი	3.6	0.8	22.0	41.2	11.9	20.4	100.0	300
სხვა	2.4	0.0	15.0	60.9	7.5	14.2	100.0	209
IDP სტატუსი (იძულებით გადაადგილებული პირი)								
IDP	2.6	0.2	28.3	40.4	5.5	23.1	100.0	1,828
არა-IDP	2.6	0.4	23.1	44.6	6.4	23.0	100.0	5,970

ცხრილი 12.3

ძუძუთი კეების განმავლობაში დაორსულების რისკის შესახებ ქალების შეხედულება იმ პერიოდთან შედარებით, როდესაც ძუძუთი არ კვებავენ შერჩეული კატეგორიების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ურთო მალალი რისკი	ურთო დაბალი რისკი	იხვითვე რისკი	არ ვიცი	სულ	შემთხვევითა რაოდენობა
საერთო რაოდენობა	1.0	56.2	18.3	24.5	100.0	7,798
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	1.5	56.8	21.9	19.8	100.0	2,029
სხვა ქალაქი	0.8	56.9	17.3	25.0	100.0	2,730
სოფელი	0.9	55.3	16.8	27.0	100.0	3,039
ასაკობრივი ჯგუფები						
15-19	1.9	27.7	13.5	56.9	100.0	1,142
20-24	1.2	54.6	17.6	26.6	100.0	1,246
25-29	0.9	64.8	18.0	16.3	100.0	1,312
30-34	0.6	63.0	22.0	14.7	100.0	1,419
35-39	0.8	67.1	20.1	12.0	100.0	1,523
40-44	0.6	67.4	19.5	12.4	100.0	1,156
ოჯახური მდგომარეობა						
ამჟამად გათხოვილი/კავშირში	0.7	67.4	20.0	11.8	100.0	5,177
კავშირში ნამყოფი	1.8	64.1	19.9	14.3	100.0	517
არასდროს არ ყოფილა კავშირში	1.5	34.3	14.7	49.6	100.0	2,104
განათლების დონე						
დაუმთავრებელი საშუალო	0.5	34.0	15.7	49.9	100.0	991
სრული საშუალო	1.8	55.0	18.3	24.9	100.0	2,664
ტექნიკური უმაღლესი	0.9	64.6	19.6	14.9	100.0	2,058
უმღალესი	0.6	64.2	18.6	16.6	100.0	2,085
სოციალურ-ეკონომიკური ინდექსი						
დაბალი	1.1	55.0	15.7	28.2	100.0	3,276
საშუალო	1.0	56.6	18.9	23.6	100.0	3,654
მაღალი	1.4	57.4	21.8	19.8	100.0	868
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	1.2	56.9	18.1	23.8	100.0	6,700
აზერბაიჯანელი	0.5	50.0	15.4	34.1	100.0	589
სომეხი	0.8	59.4	20.0	19.7	100.0	300
სხვა	0.0	51.0	28.7	21.6	100.0	209
IDP სტატუსი (იძულებით გადაადგილებული პირი)						
IDP	0.7	54.3	21.8	23.3	100.0	1,828
არა-IDP	1.1	56.3	18.1	24.6	100.0	5,970

12.4 აბორტის მიმართ დამოკიდებულება

საქართველოს, ისევე, როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს, გააჩნია აბორტისადმი ნდობის დიდი ისტორია, რომელიც კონტრაცეპციის ტრადიციულ მეთოდებთან ერთად წარმოადგენდა 1950-იან წლებში ფერტილობის სწრაფი დაცემის მიზეზს. მოთხოვნისამებრ რეგალურად ჩატარებული ხელაღწერი აბორტი რუსეთში სოციალისტური რეჟიმის შემდეგ იქცა ფერტილობის კონტროლის ძირითად მეთოდად. 1936 წელსაც კი, როდესაც სტალინმა აკრძალა აბორტები, რათა შეესაღწა მათი ჩატარების სამედიცინო ჩვენებები, სამედიცინო პერსონალის ან ტრადიციული მეურნალების მიერ ნაწარმოები კლანდესტინი აბორტი ფართოდ გამოიყენებოდა არასასურველი ორსულობის მოსაშორებლად. 1955 წლის ნოემბერში კვლავნება დართულ იქნა მოთხოვნისამებრ აბორტის ჩატარება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, რაც მოხდა ძირითადად არალეგალური აბორტებისა და მათ შემდეგ გართულებათა თავიდან აცილების მიზნით. აბორტების ამკრძალავ კანონში ცვლილებების შეტანის შემდეგ, საბჭოთა კავშირი გახდა ევროპაში აბორტების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყანა; შეწყვეტილ ორსულობათა რაოდენობამ ორჯერ და სამჯერ გადააჭარბა მშობიარობათა რიცხვს. მიუხედავად ამისა, აბორტების მაჩვენებლები განსხვავებოდა საბჭოთა რესპუბლიკებს და ეთნიკურ ჯგუფებს შორის. 1970-1985 წლებს შორის პერიოდში რუსეთის ფედერაცია, უკრაინა, მოლდოვა, ეასახეთი, ლატვია და ესტონეთი აღნიშნავენ აბორტების მდგრად მაღალ მაჩვენებელს, რომელიც აჭარბებდა 90-ს 15-49 წლის ასაკის ყოველ 1000 ქალზე, რაც იმ პერიოდში განცხადებული იყო შესაბამისი სამინისტროების მიერ (რემენიკი, 1991). იმავე პერიოდში საქართველოში ხელაღწერი აბორტების მაჩვენებელი ბევრად დაბალი იყო ზემოთ ხსენებულ ქვეყნებთან შედარებით და 1080-1988 წლებში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო აღნიშნავდა მხოლოდ 57 აბორტს 15-49 წლის ასაკის ყოველ 1000 ქალზე. ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებთან შედარებით საქართველოში ხელაღწერი აბორტების დაბალი დონის მიუხედავად, ამ ქვეყნის აბორტების მაჩვენებელი ძალიან მაღალი რჩება დასავლეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, სადაც უმრავლეს შემთხვევაში ის არ აღემატება 20 აბორტს 15-44 წლის ასაკის ყოველ 1000 ქალზე (რემენიკი, 1991, კენზოუ ს.კ., 1990).

ფერტილობის კონტროლის მიზნით აბორტებისადმი ნდობის ხანგრძლივი ტრადიცია კომბინირებულია ეკონომიკურ სირთულესთან, რომელიც აიძულებს წყვილებს შესლედონ ან გადაივადონ ორსულობა, თანამედროვე კონტრაცეპციის ფართოდ გავრცელების ნაკლებობა და ნაკლებად ეფექტური, ტრადიციული მეთოდების შედარებით მაღალი გამოყენება ხელს უწყობენ საქართველოში აბორტების მაღალი მაჩვენებლის და აბორტის მიმართ დამოკიდებულების შენარჩუნებას. მიუხედავად ამისა, პიროვნულ ღირებულებებს და რეპროდუქციულ ნორმებს ძალუთ აბორტებზე და კონტრაცეპციის გამოყენებაზე ძლიერი ზეგავლენის მოხლენა. აბორტების მიმართ რესპონდენტთა დამოკიდებულება გამოკვეთილ იქნა კითხვით, "თუ თვლიან აუცილებლად, რომ ქალს ყოველთვის უნდა ჰქონდეს უფლება პირადად მიიღოს გადაწყვეტილება თავისი ორსულობის თაობაზე, აბორტის ჩატარების ჩათვლით"; იმ ქალებს, რომლებიც კატეგორიულად არ ეთანხმებოდნენ ხელაღწერი აბორტების ჩატარებას, ჰკითხეს, მოცემული ექსიდიან თუ რომელ სპეციფიკურ მდგომარეობას მიიჩნევენ მისანშეწონილად აბორტის

ჩატარებისათვის: თუ "ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს", თუ "ნაყოფს აღენიშნება სიმახინჯე", თუ "ორსულობა - გაუპატიურების შედეგია", თუ "ორსულობა ზეგაელენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობაზე", თუ "ქალი გაუთხოვარია", და თუ "წყვილს დაბალი შემოსავალი აქვს და არ აქვთ საშუალება, იყოლიონ ბავშვი".

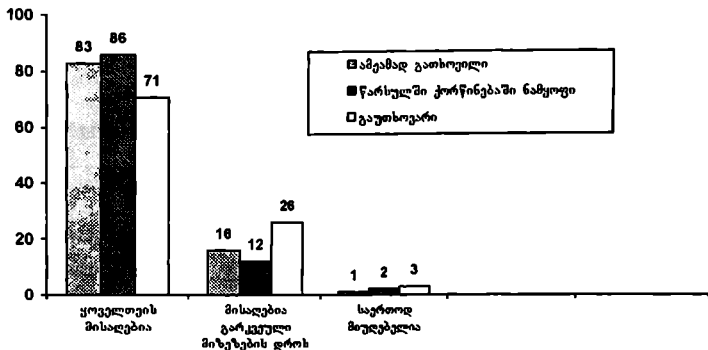
საერთოდ, იმ ქალების პროპორციულმა რაოდენობამ, რომლებიც თანახმა არიან, რომ ქალს ყოველთვის უნდა ჰქონდეს თავისი ორსულობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება, აბორტების ჩატარების ჩათვლით, შეადგინა 79% (ცხრ. 12.4 და დიაგრამა 12.4). ქალების მხოლოდ 2%-მა გამოხატა წინააღმდეგობა ნებისმიერი მიზეზით ორსულობის შეწყვეტის თაობაზე, ამავე დროს 19%-სთვის აბორტების ჩატარება მისაღები აღმოჩნდა მხოლოდ სპეციფიკური ჩვენების დროს. ორსულობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლების მიმართ დამოკიდებულება მერყეობდა რესპონდენტთა სოციალურ-დემოგრაფიულ თვისებებთან, ოჯახში ბავშვების იდეალურ რაოდენობასთან და აბორტების გამოცდილებასთან დაკავშირებით.

20 წლამდე ასაკის ქალები (69%) და გაუთხოვარი ქალები (71%) ნაკლებად იწინებდნენ აბორტებს, როგორც ორსულობის შეწყვეტის მეთოდს და შესაძლებლად მიიჩნეოდნენ მათ ჩატარებას მხოლოდ გარკვეული მიზეზების დროს. ნაკლები განათლების დონის მქონე ქალებიც შედარებით უფრო მეტად არ ყუანხმებოდნენ აბორტების ჩატარებას. რესპონდენტთა შედარებით მკვირვ ჯგუფს სჯეროდა, რომ საქართველოში ახალგაზრდა წყვილმა უნდა იყოლიოს რაც შეიძლება უფრო მეტი ბავშვი, და ეს ქვეჯგუფი ალბათ იმ კატეგორიას მიეკუთვნებოდა, რომელიც კატეგორიული წინააღმდეგია აბორტების ჩატარებისა.

დიაგრამა 9.1

დამოკიდებულება აბორტის ჩატარების შესახებ ქალის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების მიმართ ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000



ცხრილი 12.4.1

აბორტების ჩატარების მიმართ ქალების შეხედულებათა პროცენტული განაწილება შერჩეული კატეგორიების მიხედვით
15-44 ასაკის ქალები

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ყოველთვის მისაღებია	მხოლოდ გარკვეული მიზეზების დროს	მიუღებელია	სულ	შემთხვევ. რაოდენობა
საერთო რაოდენობა	79.2	18.8	2.0	100.0	7,797
საცხოვრებელი ადგილი					
ობილისი	76.8	22.2	1.0	100.0	2,029
სხვა ქალაქი	81.9	15.8	2.2	100.0	2,730
სოფელი	78.7	18.8	2.5	100.0	3,038
ასაკობრივი ჯგუფები					
15-19	69.3	27.1	3.5	100.0	1,142
20-24	79.4	19.0	1.6	100.0	1,246
25-29	79.8	17.9	2.3	100.0	1,312
30-34	81.9	16.5	1.6	100.0	1,419
35-39	85.2	13.5	1.4	100.0	1,523
40-44	81.5	17.1	1.4	100.0	1,155
ოჯახური მდგომარეობა					
ამჟამად კავშირში	82.9	15.7	1.4	100.0	5,176
კავშირში ნამყოფი	86.1	11.9	2.1	100.0	517
არასდროს არ ყოფილა კავშირში	71.2	25.7	3.1	100.0	2,104
განათლების დონე					
დაუმთავრებელი საშუალო	70.2	25.3	4.6	100.0	991
სრული საშუალო	80.7	18.0	1.4	100.0	2,663
ტექნიკუმი	84.5	14.2	1.3	100.0	2,058
უმაღლესი	78.2	20.0	1.9	100.0	2,085
ეთნიკური კუთვნილება					
ქართველი	78.6	19.7	1.7	100.0	6,700
აზერბაიჯანელი	75.7	18.4	5.9	100.0	588
სომეხი	92.2	7.6	0.3	100.0	300
სხვა	86.7	12.0	1.3	100.0	209
IDP სტატუსი (იმჟღერებით გადაადგილებული პირი)					
IDP	80.6	18.4	1.0	100.0	1,828
არა-IDP	79.1	18.8	2.1	100.0	7,797
ბავშვების იდეალური რაოდენობა					
1	79.0	21.0	0.0	100.0	104
1-2	86.6	12.2	1.2	100.0	165
2	81.6	17.2	1.2	100.0	1,754
2-3	83.3	14.3	2.4	100.0	1,469
3	76.8	21.9	1.4	100.0	2,386
სამზე მეტი	76.9	21.2	1.9	100.0	1,625
რაც შეიძლება უფრო მეტი და სხვ.	71.7	16.6	11.7	100.0	291

ცხრილი 14.2 გვიჩვენებს გარკვეული მიზეზებით ჩატარებული აბორტების მიმართ არსებულ იმ ქალების აზრს, რომლებიც არ ეთანხმებიან, რომ აბორტი ყოველთვის მისაღებია. ორსული ქალის მიერ საპეციფიკურ გარემოებასთან დაკავშირებით აბორტის ჩატარების გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობის მიმართ რესპონდენტთა დამოკიდებულება განისაზღვრა სამი დონით. ყველაზე მეტად აბორტები მისაღები აღმოჩნდა ორსულობის შენარჩუნებასთან დაკავშირებულ ფიზიკური ან გონებრივი ჯანმრთელობის გართულებების შემთხვევებში. ამ ქალების ოთხმოც პროცენტს მიაჩნდა, რომ ნაყოფის ანომალიები და დედის სიცოცხლისათვის სახიფათო ჯანმრთელობის პრობლემების დროს აბორტი შეიძლება იყოს გამართლებული, 70% კი თვლიდა, რომ აბორტი მისაღებია, თუ ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის ჯანმრთელობას. აბორტების მიმართ საშუალო დამოკიდებულების მქონე ქალების 40% ეთანხმებოდა აბორტის ჩატარებას, თუ ეს ორსულობა განვითარდა გაუპატიურების შედეგად. ამ ჯგუფის ქალებს ყველაზე ნაკლებად გამართლებულად მიაჩნდათ აბორტის ჩატარება, თუ ოჯახს არა აქვს ბავშვის გაზრდის საშუალება (23%) ან ორსული ქალი არ იმყოფება ქორწინებაში (22%).

ცხრილი 12.4.2

გარკვეულ გარემოებებთან დაკავშირებული აბორტების ჩატარებაზე თანხმობისა და მათი უარყოფის პროცენტული განაწილება 15-44 ასაკის ქალები, რომლებიც არ ეთანხმებიან იმას, რომ აბორტი ყოველთვის მისაღებია ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

გარემოება	აბორტების მისაღებობა					
	მისაღებია	მიუღებელია	გააჩნია	არ ვიცი	სულ	შემთხ. რაოდ.
ბავშვი შეიძლება დაიბადოს ანომალიებით	80.3	8.5	1.9	9.4	100.0	1,500
ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს	79.9	9.7	2.3	8.1	100.0	1,500
ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის ჯანმრთელობას	70.1	19.0	2.4	8.6	100.0	1,500
ორსულობა წარმოადგენს გაუპატიურების შედეგს	39.8	31.7	13.9	14.6	100.0	1,500
ოჯახს არა აქვს საშუალება გაზარდოს ბავშვი	23.4	54.7	9.2	12.7	100.0	1,500
ქალი არ იმყოფება ქორწინებაში	22.4	49.3	16.3	12.0	100.0	1,500

ცხრილი 12.4.3

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც კატეგორიულად არ უთანხმებიან აბორტის ჩატარებას რაიმე მიზეზით

მათი თანხმობა გარკვეული გარემოების გათვალისწინებით აბორტის დაშვების თაობაზე

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

გარემოება

კატეგორიები	ნაყოფის ანთმალა	ქალის სიცოცხლე საფრთხე- შია	ქალის ჯანმრთე- ლობა საფრთხეშია	ორსულ- ბა- გაუბა- ტიურების შედეგია	ვერ განზ- ღიან ბავშვს	ქალი არ ინახოვება ქორწი- ნებაში	შემთხე. რაოდ.
საერთო რაოდენობა	80.3	79.9	70.1	39.8	23.4	22.8	1,500
საცხოვრებელი ადგილი							
თბილისი	82.0	86.7	76.9	37.6	23.7	18.7	446
სხვა ქალაქი	79.8	75.5	63.0	38.8	22.4	18.9	469
სოფელი	79.4	78.1	69.7	41.7	23.8	26.8	585
ოჯახური მდგომარეობა							
ამჟამად გათხოვილი/ ქაქშირში	85.1	81.1	71.9	39.8	29.0	24.1	842
ქორწინებაში ნამყოფი	78.9	75.0	62.8	36.9	21.5	13.4	84
	75.1	79.0	68.7	40.0	17.5	21.4	585
ასაკობრივი ჯგუფები							
15-24	79.1	78.3	68.1	44.3	22.2	26.7	582
25-34	78.6	79.9	70.6	33.5	23.0	18.1	502
35-44	84.4	82.8	73.2	38.7	26.2	19.4	416
განათლების დონე							
ღაუთაერებელი საშუალო	71.5	72.1	59.1	48.6	22.8	33.2	268
სრული საშუალო	84.4	80.2	72.5	42.6	27.7	27.5	484
ტექნიკური	83.9	82.7	73.6	38.0	25.1	20.4	307
უმაღლესი	80.9	84.6	74.7	30.0	18.0	8.5	441
ეთნიკური კუთვნილება							
ქართველი	81.8	81.5	71.8	39.2	23.3	20.6	1,316
აზერბაიჯანელი	67.4	66.9	53.8	38.0	17.9	33.8	132
სომეხი	89.1	85.8	92.7	71.4	63.7	42.6	25
სხვა	83.2	79.7	72.5	50.4	25.8	18.2	27
IDP სტატუსი (იძულებით გადაადგილებული პირი)							
IDP	83.1	88.6	81.0	44.9	19.8	22.8	336
არა-IDP	80.1	79.5	69.6	39.5	23.6	22.4	1,164

ცხრილი 12.4.4

15-44 ასაკის ქალების პროცენტული განაწილება მათი აზრის მიხედვით იმის თაობაზე, თუ რა უნდა ქნას ქალმა არასასურველი ორსულობის შემთხვევაში შერჩეული კატეგორიების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	რა უნდა ქნას ქალმა, თუ ორსულობა არ არის სასურველი					
	გაიკეთოს აბორტი	იმშობიაროს და დაიტოვოს ბავშვი	იმშობიაროს და გააშვილოს ბავშვი	აღვიძოს	ხელ	შემთხვევითად
საერთო რაოდენობა	68.1	27.5	1.4	3.0	100.0	7,798
ხაცხაურებული ადგილი						
თბილისი	63.0	32.7	1.5	2.8		2,029
სხვა ქალაქი	72.0	24.0	1.0	3.0		2,730
სოფელი	68.6	26.8	1.6	3.1		3,039
ახაკობრივი ჯგუფები						
15-24	59.6	34.0	1.3	5.1		2,388
25-34	71.2	25.0	1.6	2.3		2,731
35-44	74.9	22.6	1.2	1.2		2,679
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
არცერთი	54.5	38.4	1.9	5.2		2,598
ერთი	71.4	25.2	1.2	2.2		1,316
ორი	79.9	19.1	0.9	1.2		2,737
სამი ან მეტი	76.9	20.5	1.2	1.5		1,147
მუცხური მდგომარეობა						
ამჟამად კავშირში	75.5	21.5	1.3	1.8		5,177
კავშირში ნამყოფი	72.5	25.5	0.8	1.1		517
არასდროს არ ყოფილა კავშირში	53.9	38.9	1.7	5.6		2,104
განათლების დონე						
დაუმთავრებელი საშუალო სრული საშუალო	57.1	34.4	1.5	7.1		991
სრული საშუალო	71.9	24.8	1.3	2.1		2,664
ტექნიკური უმაღლესი	73.9	23.3	1.3	1.5		2,058
უმაღლესი	65.2	30.4	1.5	2.9		2,085
ეკონომიკური კუთვნილება						
ქართველი	68.2	27.9	1.5	2.4		6,700
აზერბაიჯანელი	62.9	28.1	0.4	8.7		589
სომეხი	72.9	26.0	0.6	0.6		300
სხვა	78.3	16.5	1.4	3.8		209
IDP სტატუსი (იძულებით გადაადგილებული პირი)						
IDP	69.3	25.4	1.9	3.5		1,828
არა-IDP	68.1	27.6	1.3	3.0		5,970

12.5 რეპროდუქციული ნორმებისა და სქესთა როლების მიმართ დამოკიდებულება და მათი გათვითცნობიერება

ტრადიციული რეპროდუქციული ნორმებისა და მამაკაცისა და ქალის სქესთა როლების მკაცრი დაცვა შეიძლება დიდ როლს თამაშობდეს წყვილთა რეპროდუქციულ და კონტრაცეპციულ გადაწყვეტილებებზე. ტაბულა 12.5 გვიჩვენებს იმ ქალებთა პროპორციულ რაოდენობას, რომლებსაც გააჩნიათ კონსერვატორული შეხედულება მოცემული ოთხი რეპროდუქციული ნორმის მიმართ.

ქალების 88%-მა აღნიშნა, რომ "ბავშვის მოვლა - ქალის საქმეა", რაც იმაზე გეაფიქრებინებს, რომ ისეთ საზოგადოებაში, სადაც ქალების უმრავლესობა (78%) არ მუშაობს სახლის გარეთ (იხ. თავი III), ბავშვის მოვლაზე პასუხისმგებლობის გაზიარების სურვილი საკმაოდ დაბალ დონეზეა. ბავშვის მოვლაზე მამაკაცებთან პასუხისმგებლობის გაზიარება ნაკლებათ მიზანშეწონილად მიაჩნდათ სოფლად მცხოვრებ, აზერბაიჯანელ და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ქალებს.

ტაბულა 12.5 ასევე გვიჩვენებს, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალების 85%-ს გააჩნია კონსერვატორული შეხედულება ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირის გამოცდილების თაობაზე. გათხოვებამდე უმწიკლობას დიდ უპირატესობას ანიჭებდნენ სოფელში მცხოვრები (95%), უმაღლესზე უფრო დაბალი განათლების მქონე (90%) და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ქალები (94%). აზერბაიჯანელი ქალები სხვა ეთნიკურ ჯგუფებთან შედარებით უფრო მეტად აფასებდნენ სექსუალური გამოცდილების გადადებას ქორწინებამდე.

ქალების საერთო რაოდენობის ოთხ მეხუთედს (84%) მიაჩნდა, რომ "ყველა ადამიანი უნდა დაქორწინდეს". იმ ქალების რაოდენობა, რომლებიც ეთანხმებიან ამ აზრს, უფრო ნაკლები იყო თბილისის მაცხოვრებელთა შორის, ვიდრე "სხვა ქალაქებში" და სასოფლო რეგიონებში, და ასევე შედარებით დაბალი იყო უმაღლესი განათლებისა და მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ქალებს შორის. სხვა ეთნიკურ ჯგუფებთან შედარებით აზერბაიჯანელ ქალებს უფრო მეტად სჯეროდათ, რომ ყველა ადამიანი უნდა დაქორწინდეს (95%).

ქალთა მნიშვნელოვან პროპორციას გააჩნდა ფატალური დამოკიდებულება ფერტილობის მიმართ. ნახევარზე მეტი (51%) აღნიშნავდა, რომ "ქალმა უნდა იყოლიოს იმდენი შვილი, რამდენსაც ღმერთი არუქმებს". ეს ტრადიციული დამოკიდებულება სჭარბობს ქალთა იმ კატეგორიაში, რომლებიც არასდროს ყოფილან კავშირში და, ასევე, ყველაზე დაბალი განათლების მქონე ჯგუფში.

ცხრილი 12.5

15-44 ასაკის ქალთა პროცენტული რაოდენობა,
ვინც ეთანხმება რეპროდუქციულ ნორმებს
შერჩეული კატეგორიების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ბავშვის მოვლა ქალის საქმეა	ქალი გათხოვებისას ქალწული უნდა იყოს	ყველა ადამიანი უნდა ქორწინდებოდეს	ქალმა იმდენი ბავშვი უნდა იყოლიოს, რამდენიც ლმერთი მისცემს
სულ	88.1	85.0	83.6	51.1
საცხოვრებელი ადგილი				
თბილისი	79.4	64.6	73.5	53.3
სხვა ქალაქი	89.0	87.7	85.8	45.4
სოფელი	92.8	95.2	88.2	53.7
ასაკობრივი ჯგუფები				
15-24	89.8	87.9	84.9	55.2
25-34	86.8	81.0	81.8	50.4
35-44	87.5	85.5	84.0	53.7
ღვთაებრივი მდგომარეობა				
ამჟამად კათოლიკე	88.8	86.8	85.6	47.7
კათოლიკე ნამყოფი	87.5	73.5	76.4	51.4
არასდროს არ ყოფილა კათოლიკე	87.1	83.7	81.3	57.2
ცოცხალი შვილების რაოდენობა				
არცერთი	87.3	83.0	82.3	57.0
ერთი	87.7	78.7	81.3	58.9
ორი	88.2	86.0	84.5	44.5
სამი ან მეტი	90.8	94.6	87.8	51.5
განათლების დონე				
დაუმთავრებელი საშუალო	93.4	93.7	87.1	59.2
სრული საშუალო	90.8	90.1	86.5	51.9
ტექნიკური	88.6	87.8	85.1	47.3
უმაღლესი	81.0	7.3	76.8	48.4
სოციალურად-ეკონომიკური ინდექსი				
დაბალი	92.3	93.7	87.3	51.4
საშუალო	87.3	83.6	83.3	50.6
მაღალი	81.4	69.4	76.4	52.2
ეთნიკური კუთვნილება				
ქართველი	87.7	84.2	82.9	50.0
ანუზაზიზიანი	95.3	97.6	93.8	57.8
სომეხი	87.7	87.0	85.8	62.7
სხვა	78.1	61.2	67.6	40.9
IDP სტატუსი (იმძღვრებით გადადგილებული პირი)				
IDP	87.7	87.6	82.0	50.2
არა-IDP	88.2	84.8	83.7	51.1

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევითი ჩვევები

ყოფილი საბჭოთა კავშირისა და აღმოსავლეთის ბლოკის ქვეყნების პოსტკომუნისტური საზოგადოებების საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ გამოიწვია მნიშვნელოვანი სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური ცვლილებები, რომლებმაც, თავის მხრივ, ღრმა კვალა დაამჩნიეს მოსახლეობის ჯანმრთელობას. ამ ცვლილებების ერთ-ერთი ყველაზე სერიოზული შედეგია სიცოცხლის საგარაუდო ხანგრძლივობის მკვეთრი შემცირება. მზარდი სიკვდილიანობის ხელშემწყობი ფაქტორია არაჯანსაღი ქცევითი ჩვევების ფართო გავრცელება, განსაკუთრებით მამაკაცებში. გაიზარდა თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება. რეგიონის მეტ წილ ქვეყნებში №1 “მკვლეელი” - გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის გაზრდილი მაჩვენებელი, უპირველეს ყოვლისა ასახავს ამ რისკ-ფაქტორების დამდუპველ ფეჟეტს და დაშლის პირას მისული ჯანდაცვის სისტემის უუნარობას, უზრუნველყოს შესაბამისი პრევენციული სამსახურები და მკურნალობა ამ პრობლემის დასაძლევად (მაგალითად, პიურტონიული დაავადების სკრინინგი და გადაადგილებული სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხი, საჭირო მედიკამენტების არადამაკმაყოფილებელი ხელმისაწვდომობა).

რეგიონის ბევრ ქვეყანაში ძალიან სწრაფი ტემპით იზრდება თამბაქოს მოხმარება ახალგაზრდა ქალებში და საქართველოც ვერ ასცდა ამ დამღუპველ ტენდენციას. WHO-ს მონაცემების თანახმად, თამბაქოს წევას ყოველწლიურად ეწირება 3000 ადამიანი საქართველოში, ხოლო ამ მანვე ჩვევასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა მამაკაცების ზოგადი სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 25%-ს შეადგენს (WHO, 1993). თამბაქოს წვეთი გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემები ქალებში არასაკმარისია. თამბაქოს მოხმარების ფილტვის კიბოსთან და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან მჭიდრო კავშირის გარდა, ეს რისკ-ფაქტორი სპეციფიურ საფრთხეს უქმნის ქალის ჯანმრთელობას. იგი ზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკს, მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებულ რისკზე და უარყოფით ეფექტს ახდენს ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, რადგან ზრდის ადრეული მენოპაუზის, მუცლის მოშლის და დაბალი წონის ბავშვების დაბადების რისკს. გაიზარდა აგრეთვე ქალების მიერ ალკოჰოლის მოხმარებაც. მიმდებარე ქვეყნების, მაგალითად, დეიდლის ციროზის განვითარების რისკი ქალებში, რომლებიც ალკოჰოლს ჭარბად იღებენ, უფრო დიდია, ვიდრე კაცებში.

განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში კიბო - ქალთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია. რეპოდუქციული სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნეების სახეობებიდან ყველაზე ხშირია ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბო. განვითარებად ქვეყნებში ამ დაავადებების დიაგნოსტიკა, როგორც წესი, გვიან და უკურნებელ სტადიაზე ხდება, რაც განაპირობებულა რისკ-ფაქტორების უგულვებელყოფით, დაავადებების სიმკრამების ცოდნის დაბალი დონით და თვით კიბოსადმი ფატალისტური დამოკიდებულებით, ინფორმაციის უკმარისობით ან მკურნალობის არსებული კურსისადმი უნდობლობით, დისპანსერული გასინჯვის ეფექტური სისტემის არქონით ან უეარგი-სობით და ქალთა ჯანმრთელობის საკითხების დაბალი პრიორიტეტულობით.

13.1. სიგარეტის მოწევა

აღმოსავლეთ ევროპაში თამბაქოს მოხმარება შემამოწმებლად მაღალ დონეს ოთხმოცდაათიანი წლების დასაწყისიდან აღწევს, რაც, უპირველეს ყოვლისა, განპირობებულია საბაზრო ეკონომიკასე გადასვლით და თამბაქოს მსხვილი საერთაშორისო მრეწველობის მიერ ახლადგახსნილი ბაზრის დაპყრობით. ამ კომპანიების პროდუქციის ძვირადღირებული სარეკლამო კამპანიები სათანადო საკანონმდებლო ბაზის უქონლობის ფონზე მიმდინარეობს, ვინაიდან აშშ-სა და დასავლეთ ევროპაში თამბაქოს მწარმოებლებს უპირისპირდება გამაკარებელი კანონმდებლობა, ტრანსნაციონალური თამბაქოს კომპანიები იწყებენ სწრაფ გაფართოებას აღმოსავლეთ ევროპაში და ახალ დამოუკიდებელ ქვეყნებში, სადაც ისინი მეყიდრდებიან თამბაქოს მწარმოებელი ადგილობრივი საწარმოების დარსებისა და აგრესიული სარეკლამო კამპანიების გამართვის მეშვეობით. ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში ჩატარებულმა ბოლოდროინდელმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვებმა ცხადყვეს, რომ თამბაქოს წვევის გაერყვლების მარევენეული ახალგაზრდა ქალებში ვარიტებს 7%-დან მოდლოვაში (Serbanescu et al., 1998), 19%-მდე უკრაინაში (Goldebrg et al., 2001), 25%-მდე რუსეთში, 30%-მდე ჩეხეთსა და რუმინეთში; გარდა ამისა, გამოკითხვის მომენტისათვის 15-49 წლის მამაკაცების 54% რუმინეთში მწვეული იყო (Serbanescu et al., 2000).

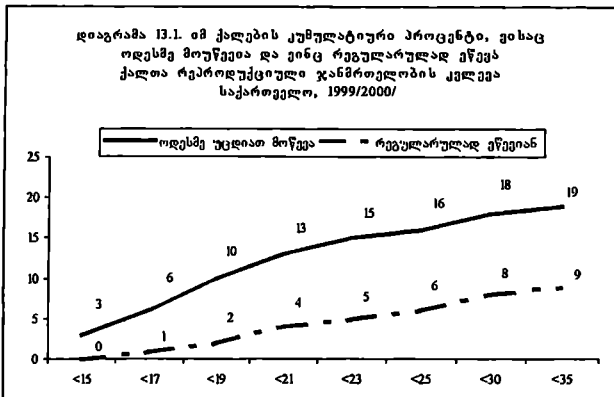
დღეს თამბაქოს კონტროლირების პოლიტიკა საქართველოში არც ყოვლისმომცველია და არც შესაბამისად განმტკიცებული. თამბაქოს რეკლამის აკრძალვის კანონი საქართველოში არცთუ ისე დიდი ხნის წინ მიიღეს, მაგრამ არავითარი სისტემატური ხასიათის ძალისხმევა არ მიუძღრთავთ საზოგადოების თავშეურის ადგილებში თამბაქოს წვევის ასაკრძალად, თამბაქოსაგან თავისუფალი გარემოს შესაქმნელად, სიგარეტის ბაეშეებისათვის მიყიდვის შესაზღულად, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის კამპანიების განსავითარებლად და თამბაქოს თავის დანებების კამპანიების ჩასატარებლად. ვინაიდან თამბაქო ძალიან მომგებიანი პროდუქტია, ძალიან ხშირად ჯანმრთელობის ინტერესები ეკონომიკურ მოგებას ეწირება, მაგრამ თამბაქოს ინდუსტრიის მოგებები ფაქტიურად ბათილდება თამბაქოს მოხმარების შედგვად განვითარებული დაავადებების მეურნალობის უზარმაზარი ღირებულებით.

99GERHS თამბაქოს მოხმარების სტატუსის განსაზღვრის მიზნით ორი კითხვა შეიტანა კითხვარში: “მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სულ ცოტა 100 სიგარეტი მაინც მოგიწევიათ?” და დადებითი პასუხის შემთხვევაში, რესპონდენტს კეითხებოდნენ: “ბოლო 30 დღის განმავლობაში ყოველდღე ეწეოდით, ზოგჯერ ეწეოდით თუ საერთოდ არ მოგიწევიათ?” დამატებითი კითხვები ეხებოდა მოწეული სიგარეტების რაოდენობას და თამბაქოს მოწევის დაწყების ასაკს. როგორც 13.1.1 ცხრილშია ნაჩვენები, ქალების მხოლოდ 8%-მა განაცხადა, რომ ცხოვრების მანძილზე სულ ცოტა 100 სიგარეტი მოწეულია (ვინც ოდესმე იყო მწვეული), აქედან 5% ყოველდღე ეწეოდა გამოკითხვამდე 30 დღის განმავლობაში (ამჟამინდელი მწვეულები). გარდა ამისა, ქალების 1%-მა განაცხადა, რომ ბოლო 30 დღის განმავლობაში ისინი ეწეოდნენ სიგარეტს, მაგრამ არა ყოველდღე (ნაჩვენები არ არის).

მწვეულების რაოდენობა ქალაქელ ქალთა შორის მეტი იყო, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებს შორის (შესაბამისად 13% და 1%). 25 ან მეტი

ასაკის მქონე ქალებში თამბაქოს მოწვევის მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ნაკლები ასაკის რესპონდენტებში. განათხოვარი ქალები უფრო ხშირად არიან მწველები, ვიდრე ამჟამად გათხოვილი და გაუთხოვარი რესპონდენტები (შესაბამისად 22% და 20%). თამბაქოს მოწვევა პირდაპირ იყო დაკავშირებული განათლების და სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან (სეს). ამჟამად მომუშავე (და შესაბამისად უფრო დიდი ასაკის) რესპონდენტების ორჯერ მეტ რაოდენობას ოდესმე მოუწევია ან ამჟამად ეწვეა. თამბაქოს მოწვევის ყველაზე დაბალი მაჩვენებლები პქონდათ აზერბაიჯანელ ქალებს და ამჟამად, პრაქტიკულად არცერთი მათგანი არ ეწვეა.

13.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია მონაცემები პირველი სიგარეტის მოწვევის და რეგულარულად მოწვევის შესახებ, ასაკის მიხედვით. 15 წლისათვის თამბაქოს რეგულარული მოხმარების ჩვევის ჩამოყალიბების კუმულატიური ალბათობა 1% ნაკლებია, მაგრამ 15 წლის რესპონდენტების 3% მინიმუმ ერთი სიგარეტი მაინც პქონდათ მოწვეული. 19 წლის ასაკის ახალგაზრდა ქალების 2% განაცხადა, რომ ისინი რეგულარულად ეწვეიან სიგარეტს, ხოლო 10%-მა აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უცდია მოწვევა. თუ თამბაქოს რეგულარული მოხმარების ჩვევა არ ჩამოყალიბდა 19 წლამდე, თამბაქოს მოწვევის დაწყების ალბათობა 21 წლის ასაკიდან იყო 4%, 25 წლიდან – 6% და 30 წლის შემდეგ – 9%. მიუხედავად იმისა, რომ 25 წლის ასაკისათვის ძალიან ცოტა ახალგაზრდა ხდებოდა თამბაქოს რეგულარული მოხმარებელი (6%), ცხადია, რომ მოზარდობის პერიოდი თამბაქოს მოხმარების დაწყების ყველაზე საუარაუდო დროა; მწვეელების რაოდენობა ორმაგდება 19-21 წლამდე პერიოდში და ოცდაათი წლის ასაკიდან აღარ იცვლება. ეს მონაცემები მით უფრო შემაშფოთებელია, რომ თამბაქოს ინდუსტრიამ სწორედ ახალგაზრდა ქალებს დაუმიზნა სარეკლამო კამპანიები, რომლებიც სიგარეტის მოწვევას წარმოაჩენენ როგორც თანამედროვეობის, დახვეწილობის და წარმატების თანმხლებ კომპონენტს.



ცხრილი 13.1.1

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც ოდესმე მოუწევია სიგარეტი ან ამჟამად ეწევა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: ხაქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	თამბაქოს მოხმარება		
	ოდესმე მსუწვევით %	ამჟამად ეწევიან %	შემთხვევების შაუწლსავე რაოდენობა
სულ	7.5	6.0	7 798
საეხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	12.9	10.4	4 759
სოფელი	0.7	0.5	3 039
რეგიონი			
თბილისი	21.8	17.7	2 029
იმერეთი	3.0	2.3	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	2.4	1.9	1 259
სამხრეთი	1.2	0.6	1 017
დასავლეთი	3.1	2.6	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი			
15-24	5.5	4.6	2 388
25-34	9.5	7.1	2 731
35-44(49)	8.0	6.6	2 679
ოჯახური მდგომარეობა			
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	6.6	4.8	5 177
განათხოვარ/ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	22.1	19.7	517
გაუთხოვარი	6.6	5.8	2 104
განათლების დონე			
დაწყებითი სკოლა	1.5	1.3	991
არასრული საშუალო	5.2	4.4	2 664
საშუალო	6.7	5.3	2 058
უმაღლესი	15.2	11.7	2 085
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი			
დაბალი	1.7	1.3	3 276
საშუალო	8.6	6.7	3 654
მაღალი	17.0	14.4	868
ეთნიკური წარმოშობა			
ქართველი	8.1	5.4	6 700
აზერბაიჯანელი	0.9	0.0	589
სომეხი	5.3	3.6	300
სხვა	17.3	14.5	209
იკა სტატუსი			
იკა	3.3	2.6	1 828
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	7.8	6.2	5 970
დაკავებულობის სტატუსი			
მუშაობს	11.9	9.3	1 747
უმუშევარია	6.3	5.1	6 051

13.2. ალკოჰოლის მოხმარება

როგორც ცნობილია, ახალგაზრდების მიერ ალკოჰოლის მოხმარება დაკავშირებულია სარიისკო სქესობრივ ქცევასთან, ძალადობასთან და აკადემიურ პრობლემებთან (DJ Hanson და RC Engs, 1992). ეპიზოდურად ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღება პირდაპირ კავშირშია სხეულის სერიოზული დაზიანებების მიღებასთან, განსაკუთრებით საავტომობილო ავარიების შედეგად. რეპროდუქციული ასაკის ახალგაზრდა ქალების ალკოჰოლიზმი განსაკუთრებით სერიოზული პრობლემაა, რადგან ყველაფერთან ერთად, იგი საფრთხეს უქმნის ნაყოფისა და ბავშვის ჯანმრთელობას. არავინ იცის, რა რაოდენობის ალკოჰოლი უნდა მიიღოს ქალმა, რომ დააზიანოს ნაყოფი ან საერთოდ არსებობს თუ არა დედებისათვის ალკოჰოლის “უსაფრთხო” დოზები. სამაგიეროდ ცნობილია, რომ რაც უფრო მეტ ალკოჰოლს ღებულობს ორსული ქალი, მით უფრო დიდია შექმნილი დევექტების განვითარების ალბათობა ნაყოფში (ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი). ეგრეთ წოდებულ “სოციალურ სმასაც” კი შეუძლია გამოიწვიოს განვითარების უმნიშვნელო პრობლემები სხვა მხრივ ნორმალურ ჩვილ ბავშვებში.

საქართველოს ღვინის წარმოებისა და მოხმარების დიდი ხნის ტრადიცია აქვს. ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ძვრებმა შეცვალეს ყველაზე ხშირად მოხმარებული სასმელის სახეობაც და (ღვინიდან ლუდსა და მაგარ სასმელებზე გადასვლა) სმის ტრადიციაც (სასმელის რიტუალური მოხმარებიდან ხშირ სმაზე და ქვიფვზე გადასვლა), რაც განსაკუთრებით დამახასიათებელია ახალგაზრდებისათვის. ითვლება, რომ ალკოჰოლის მოხმარების დონე საქართველოში მაღალი არ არის. საბჭოთა კავშირის დაშლამდე საქართველოს, სომხეთს და აზერბაიჯანს მოსახლეობის 100 000 სულზე ალკოჰოლიზმის ყველაზე ნაკლები მაჩვენებლები ჰქონდათ; იგი საშუალოდ შეადგენდა 20/100 000 (WHO, 1993). სანდო სტატისტიკური მონაცემები ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ 1990 წლის შემდეგ არ მოიპოვება, რადგან ადრე არსებული სისტემა, რომელიც ყვრდნობდა სასმელების გაყიდულ რაოდენობას, დღემდე არ შეცვლილა.

99GERHS-ში გათვალისწინებულია კითხვების ერთი სერია ალკოჰოლის მოხმარების არსებული პრაქტიკის შესაფასებლად. ალკოჰოლის მოხმარების დონის გასაზომად თითოეულ რესპონდენტს უნდა ეპასუხა მაგარი სასმელის რა რაოდენობა აქვს მიღებული ბოლო სამი თვის მანძილზე და რა სიხშირით იღებს იგი სასმელის ამ რაოდენობას. პასუხის მიხედვით რესპონდენტები სამ კატეგორიად იყოფიან: თუ რესპონდენტი მიუთითებდა, რომ თვეში ერთხელ მაინც იღებდა ერთ ჭიქა მაგარ სასმელს, მას “ამჟამად მსმელთა” კატეგორიას მიაკუთვნებდნენ; “ამჟამად ხშირდ მსმელების” კატეგორიაში შედიოდნენ რესპონდენტები, რომლებიც ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე ერთხელ მაინც ღებულობდნენ ერთ ჭიქა მაგარ სასმელს; ხოლო მათ, ვინც გამოკითხვამდე სამთვიანი პერიოდის მანძილზე ნებისმიერ დროს ზედიზედ ოთხ ან მეტ ჭიქა მაგარ სასმელს ღებულობდა, ახასიათებდნენ, როგორც -“ეპიზოდურად ბევრის მსმელ” ადამიანს.

გამოკითხვის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალების 42%-ს მიუღია ალკოჰოლური სასმელი წინა სამი თვის განმავლობაში, მათ შორის 28% თვეში მინიმუმ ერთი ჭიქა მაინც დაუღევია

(ცხრილი 13.2). მთლიანობაში, ქალების მხოლოდ 3% განაცხადა, რომ ალკოჰოლურ სასმელს ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე იღებს (ამჟამად ხშირად მსმელები); 16% აღნიშნა, რომ გამოკითხვამდე საში თვის პერიოდში ზედიზედ ოთხი ან მეტი ჭიქა მაგარი სასმელი მიუღია.

ცხრილი 13.2

15-44 წლის იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც გამოკითხვამდე სამთვიან პერიოდში მოიხმარდნენ ალკოჰოლურ სასმელებს შერწყული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება ბოლო სამი თვის მანძილზე				შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა
	იმ ქალების % ვისაც ოდესმე მიუღია მაგარი სასმელი	ამჟამად მსმელების %	ამჟამად ხშირად მსმელების %	ამჟამად ეპიზოდურად ბევრს მსმელების %	
სულ	41.8	27.6	2.7	15.7	7 798
საცხოვრებელი ადგილი					
ქალაქი	46.6	21.4	3.1	17.8	4 759
სოფელი	35.7	22.8	2.3	12.9	3 039
რეგიონი					
თბილისი	47.3	32.3	4.4	16.5	2 029
იმერეთი	46.2	32.2	3.2	17.3	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	45.6	28.5	2.8	18.4	1 259
სამხრეთი	24.2	14.6	1.0	7.4	1 017
დასავლეთი	41.5	27.2	1.7	17.2	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი					
15-24	41.8	27.5	2.1	16.9	2 388
25-34	41.9	28.5	3.1	16.8	2 731
35-44	41.7	26.8	3.2	13.2	2 679
ოჯახური მდგომარეობა					
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირში მყოფი	37.7	24.7	2.7	13.1	5 177
განათხოვარი	41.3	28.6	4.7	15.9	517
გაუთხოვარი	49.3	32.8	2.4	20.3	2 104
განათლების დონე					
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	26.7	15.4	1.6	7.2	991
საშუალო	41.4	27.7	2.3	17.8	2 664
ტექნიკური	44.9	29.5	3.4	16.4	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	49.1	33.6	3.4	17.8	2 085
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი					
დაბალი	34.1	21.5	1.9	12.3	3 276
საშუალო	45.1	30.6	3.1	17.5	3 654
მაღალი	47.4	30.7	3.0	16.7	868
ეთნიკური წარმოშობა					
ქართველი	46.2	30.7	3.0	17.7	6 700
აზერბაიჯანელი	5.8	2.1	0.8	1.3	589
სომეხი	33.6	20.7	2.3	8.6	300
სხვა	49.8	35.2	2.1	18.4	209
იკავებენ სტატუსი					
იკავებენ	41.6	26.6	3.2	17.9	1 828
ადგილობრივი	41.8	27.7	2.7	15.6	5 970
მაცხოვრებელი					

ალკოჰოლის მოხმარების დონე ოდნავ უფრო მაღალია ქალაქად მცხოვრებ ქალებში, თბილისელების ჩათვლით, გაუთხოვარ ქალებში, ეთნიკურ ქართველებში და ამჟამად დასაქმებულ ქალებში (არ არის ნაჩვენები). ალკოჰოლის მოხმარების დონე იზრდება განათლების დონის და სეს-ის პარალელურად და ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ქართველ ქალებში. აზერბაიჯანელ ქალებში, ალბათ მათი რელიგიური მრწამსის გამო, ალკოჰოლის მოხმარების დონე ძალიან დაბალი იყო.

რესპონდენტების ფონური მახასიათებლები თითქმის არანაირ გავლენას არ ახდენენ ალკოჰოლური სასმელების მოხმარების პრაქტიკაზე სოფლად მცხოვრებში, სამხრეთ რეგიონში მცხოვრებ (სადაც ცხოვრობს აზერბაიჯანული მოსახლეობის უმეტესობა), დაბალი განათლების მქონე ქალებში, აზერბაიჯანული და სომხური წარმომავლობის ქალებში. ყოველმა მეექვსე რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ინტერვიუს ჩამორთმევამდე სამთვიან პერიოდში ერთხელ მაინც მოუხმარია ალკოჰოლური სასმელი.

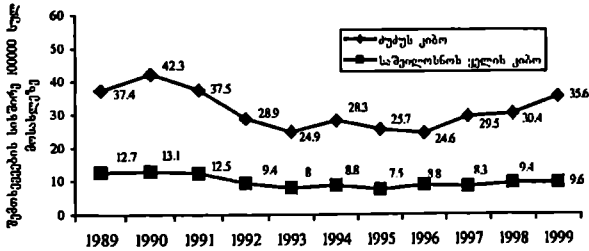
13.3 სტანდარტული გინეკოლოგიური ვიზიტების სიხშირე

კიბოთი ავადობის რეგისტრირებული მონაცემების მიხედვით (Morabia A. და Levshin V, 1992წ.), საბჭოთა კავშირის დაშლამდე საქართველოში კიბოს ყველა სახეობის სიხშირის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი იყო (როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში) საბჭოთა კავშირის მთელ ტერიტორიაზე. 13.3.1 დიაგრამაზე ნაჩვენებია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებული მონაცემები ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირის შესახებ. თუმცა ეს მაჩვენებლები ჯერ კიდევ დაბალია, აღინიშნება გინეკოლოგიური კიბოს სიხშირის ზრდა: ძუძუს კიბოს სიხშირე უკანასკნელ წლებში გაიზარდა 29.9 შემთხვევიდან/100 000 სულ მოსახლეზე (1993 წ.) 35.6 შემთხვევამდე/100 000 სულ მოსახლეზე (1999 წ.) თუმცა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე საკმაოდ დაბალია, წარსულთან შედარებით იგი გაიზარდა 8 შემთხვევიდან/100 000 სულ მოსახლეზე 9.6 შემთხვევამდე/100 000 სულ მოსახლეზე (დროის იგივე პერიოდში (სისც და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 1999). შესაბამისად, გენიტალური ორგანოების კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1999 წელს შეადგენდა 22%: აქედან 13% მოდიოდა ძუძუს კიბოზე (სისც, 1999). ითვლება, რომ მონაცემები გინეკოლოგიური კიბოს სიხშირის შესახებ მნიშვნელოვნად არაზუსტია, რადგან ქალების უმრავლესობას კიბოს დიაგნოზს უსვამენ და შესაბამისად ატარებენ რეგისტრაციაში დაავადების შორს წასულ სტადიაში.

99GERHS შეიცავდა კითხვების სერიას, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია რეპროდუქციული ასაკის ქალების ჯანმრთელობაზე მიმართული ქცევითი თავისებურებების შეფასება. პაციენტების დამოკიდებულება და ქცევა ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ფაქტორებია იმის განსასაზღვრავად, ხდება თუ არა მოსახლეობის სტანდარტული სკრინინგი ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ჩათვლით. სამედი-

დიაგრამა 13.1
 ტუქუს და საშელონოს უელის კიბოს სისხიორე,
 საქართველო, 1989-1999

სამედიცინო ინფორმაციის და სტატისტიკის ცენტრი და ჯანდაცვის სამინისტრო



ცინო დაწესებულებებში ინდივიდუალური სტანდარტული ვიზიტების შემზღულდაეი ბარიერებია მოსახლეობის მიერ ჯანმრთელობის რისკის გაუცნობიერებლობა, კიბოსადმი ფატალისტური დამოკიდებულება, სკრინინგის სასარგებლო ასპექტების არცოდნა, დისკომფორტის მოლოდინი და დადებითი პასუხის შიში. პრევენციული ჯანდაცვის პოტენციური ბარიერებია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების არცოდნა, ექიმების რეკომენდაციების უგულველბეაყოფა, ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთგაგების არარსებობა და სოციალურ-ეკონომიკური და გეოგრაფიული ფაქტორები. პრევენციული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის სხვა შემზღულდაეი ბარიერებია თვით ჯანდაცვის სისტემაში არსებული შეზღულული რესურსები, მედიცინის მუშაკების არაადეკვატური და არასწორი განაწილება და ექიმთან დაკავშირებული ბარიერები (სტანდარტული სკრინინგის შესახებ ცოდნა, მის მიმართ დამოკიდებულება და მოსაზრებები, დროის ან საექსპერტო შეფასების დეფიციტი და სამედიცინო მომსახურების გაწევის საათების შეზღულდაეი).

აშშ-სა და დასავლეთ ევროპაში რეპროდუქციული ასაკის ქალებს ურჩევენ, წელიწადში ერთხელ გაიარონ პროფილაქტიკური შემოწმება. 99GERHS-მა (ცხრილი 13.3.1 და დიაგრამა 13.4) გამოაუკლინა, რომ სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების თითქმის ორი მესამედი (72%) სტანდარტული გასინჯვის პროცესში ერთხელ მაინც გასინჯა გინეკოლოგმა, მაგრამ ამ ქალების მხოლოდ 30% გაიარა სამედიცინო გასინჯვა გამოკითხვამდე ერთი წლის პერიოდში. სტანდარტული გასინჯვის ესოდენ დაბალმა სიხშირემ შეიძლება მოახდინოს მნიშვნელოვანი უარყოფითი გავლენა სკრინინგზე, კონსულტირებაზე და ჯანმრთელობის შესახებ განათლებაზე.

ქალების უმრავლესობამ, ვისაც არ გაუვლია შემოწმება ბოლო ერთი წლის მანძილზე, განაცხადა, რომ იყო ექიმთან ბოლო სამი წლის განმავლობაში (23%). ამგეარად, დაახლოებით ყოველი მეორე სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალი ერთხელ მაინც იყო გინეკოლოგთან ბოლო სამი წლის მანძილზე; 19% განაცხადა, რომ ბოლო სტანდარტული სამედიცინო შემოწმება სამ წელზე მეტი ხნის წინათ გაიარა. სოფლად მცხოვრები ქალები, სამხრეთ რეგიონის მაცხოვრებლები, ახალგაზრდა

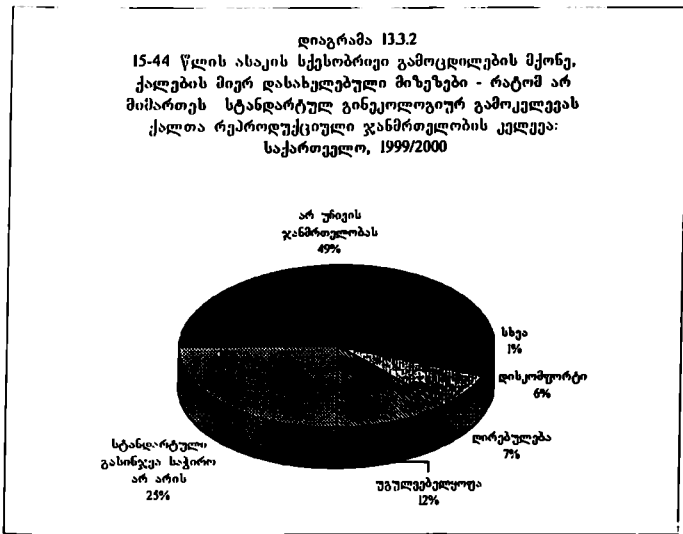
ასაკის ქალები, დაბალი განათლების და სეს-ის მქონე ქალები და აზერბაიჯანული წარმოშობის რესპონდენტები უფრო ხშირად აღნიშნავენ, რომ არასოდეს გაუელიათ პრევენციული შემოწმება გინეკოლოგთან. მსგავსი პასუხი მივიღეთ იმ ქალებისგანაც, ეინც არ მოიხმარს კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს.

ცხრილი 13.3

ბოლო სტანდარტული გინეკოლოგიური შემოწმების დრო შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ქალები

	ბოლო სტანდარტული გინეკოლოგიური გახინჯვის დრო					
	ბოლო წლის მანძილზე	1-3 წლის მანძილზე	3 წლის წინ	არასოდეს	სულ	შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა
სულ	29.6	23.3	19.0	28.1	100.0	5 703
ხაცხვრებელი ადგილი						
ქალაქი	32.9	24.3	18.9	23.8	100.0	3 362
სოფელი	25.6	22.2	19.0	33.2	100.0	2 341
რეგიონი						
თბილისი	36.2	24.3	17.8	21.6	100.0	1 387
იმერეთი	28.7	24.4	18.6	28.2	100.0	1 147
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	30.4	21.4	22.1	26.1	100.0	984
სამხრეთი	24.6	24.2	16.6	34.6	100.0	812
დასავლეთი	25.9	22.5	19.5	32.1	100.0	1 373
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	42.0	15.4	2.4	40.3	100.0	951
25-34	33.2	26.8	12.7	27.3	100.0	2 300
35-44	21.2	23.6	31.4	23.8	100.0	2 452
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	22.1	15.5	16.4	45.9	100.0	485
საშუალო	27.8	21.6	20.4	30.3	100.0	2 000
ტექნიკური	28.0	25.1	21.0	25.8	100.0	1 726
უმაღლესი/ასპირანტურა	36.3	26.6	15.9	21.2	100.0	1 492
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	22.2	21.8	19.5	36.5	100.0	2 402
საშუალო	30.9	24.5	19.0	25.7	100.0	2 664
მაღალი	42.3	22.8	17.5	17.3	100.0	637
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	30.0	23.7	19.5	26.8	100.0	4 795
აზერბაიჯანელი	25.4	19.3	14.8	40.5	100.0	481
სომეხი	24.6	28.6	21.8	25.1	100.0	247
სხვა	40.7	20.9	15.3	23.1	100.0	180
ოჯ სტატუსი						
ოჯ	34.2	24.3	16.8	24.6	100.0	1 266
ადგილობრივი მაცხოვრებელი კონტრაცეპტივის ამჟამად მოხმარება	29.3	23.3	19.1	28.3	100.0	4 437
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი						
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	35.8	26.3	18.3	19.5	100.0	1 067
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი						
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	25.7	26.8	18.8	28.7	100.0	1 069
არ მოიხმარს	28.9	21.4	19.2	30.4	100.0	3 567

დიდი მნიშვნელობა აქვს რუტინული გინეკოლოგიური გასინჯვების უზუსტებულყოფის მიზეზების შესწავლას, რადგან ამან შეიძლება გამოავლინოს პოტენციური ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლიან პრევენციული ჯანდაცვის მომსახურების გამოყენებას. როგორც 13.2 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების სამ მეთხედს, რომელსაც არასოდეს გაუვლია სტანდარტული შემოწმება, მიაჩნია, რომ მას ეს არ სჭირდება, რადგან ჯანმრთელობას არ უჩივის (49%) ან რომ სტანდარტული გასინჯვა საჭირო არ არის (25%). როგორც ჩანს, ამ ქალებისათვის უცნობია ჯანმრთელობის ზოგადი საკითხები და წარმოდგენა არა აქვთ სტანდარტული გასინჯვის პროცედურებზე ან ამ გასინჯვის ჯანმრთელობისათვის სარგებლობაზე. სტანდარტული გასინჯვის უზუსტებულყოფის მეორე ეველაზე ტიპური მიზეზია დროის უქონლობა (12%). რამოდენიმე ქალმა განაცხადა, რომ სტანდარტულ შემოწმებაზე უსახსრობის გამო ამბობს უარს (7%), რადგან მიაჩნიათ, რომ სტანდარტული გინეკოლოგიური გასინჯვის საფასური თვითონ უნდა გადაიხადონ. რესპონდენტების ძალიან უმნიშვნელო ნაწილი (6%) შესაძლო დისკომფორტის, ტკივილის და უხერხულობის შიშით ამბობს უარს სტანდარტულ გინეკოლოგიურ პროცედურაზე.



13.4. სარძევე ჯირკელის თვითგასინჯვა

სარძევე ჯირკელის კიბოს ადრეული გამოვლენის და ამ დაავადებისაგან სიკვდილიანობის შემცირების მეთოდებია: სარძევე ჯირკელის თვითგასინჯვა (სჯთ), სარძევე ჯირკელის ფიზიკური გასინჯვა ექიმთან და მამოგრაფია (Last et al., 1986). იქ, სადაც მამოგრაფია ადვილად ხელმისაწვდომი არ არის ან მისი ღირებულება ძალიან მაღალია (და ამდენად სტანდარტული გამოკვლევისათვის გამოუსადეგარი), სჯთ და სამედიცინო გასინჯვებს შეუძლიათ ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება, თუ ეს პროცედურები სწორად და თანმიმდევრულად სრულდება. სჯთ - თვითგასინჯვის ძალიან მარტივი პროცედურაა, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია სარძევე ჯირკელში მიმდინარე ცვლილებების ადრეული გამოვლენა, თანაც მინიმალური ინსტრუქტირების შემდეგ ქალებს შეუძლიათ ამ პროცედურის საკუთარ სახლში ჩატარება. მათთვის, ვინც თვითგასინჯვისას გამოვლენს სარძევე ჯირკელის რაიმე ცვლილებებს, უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ექიმის შესაბამისი მეთვალყურეობა.

99GERHS-მა შეისწავლა რესპონდენტების ცოდნა სჯთ-ის შესახებ და ამ მეთოდის გაერცვლება, მაგრამ არ შეუსწავლია სჯთ-ის პრაქტიკული ცოდნის დონე. მთლიანობაში სქესობრივი გამოცდილების მქონე ფერტილური ასაკის ქალების ნახევარზე ნაკლებს (47%) სმენია სჯთ-ის შესახებ და მხოლოდ 23% ჩაუტარებია სჯთ-ის პროცედურა (ცხრილი 13.4). ქალკად მცხოვრებ ქალებს მეტი სმენიათ სჯთ-ის შესახებ, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებს (შესაბამისად, 56% და 36%). სჯთ-ზე იცოდა თბილისელი ქალების 60%-მა, 35 და მეტი ასაკის ქალების - 55%-მა, უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 64% და მაღალი სეს-ის მქონე ქალების 65%-მა. სჯთ-ის შესახებ იცოდა ათიდან ერთზე ნაკლებმა აზერბაიჯანელმა ქალმა და მხოლოდ 3% ჩაუტარებია ეს პროცედურა. იმ ქალებმა, ვისაც ჩაუტარდა სტანდარტული გინეკოლოგიური გასინჯვა და იგპ ქალებმა სჯთ-ზე ბევრად უფრო მეტი იცოდნენ, ვიდრე ქალებმა, რომლებსაც არასოდეს გაუკეთებიათ ასეთი გასინჯვა (შესაბამისად 50% და 39% და 55% და 47%).

13.4 ცხრილში აგრეთვე ნაჩვენებია სჯთ-ის სიხშირე სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში. მთლიანობაში, ქალების მეოთხედზე ნაკლები იტარებს სჯთ-ს და მხოლოდ ყოველი მერვე რესპონდენტი თვეში ერთხელ იმეორებს ამ პროცედურას. სჯთ-ის გაერცვლების დონე და სიხშირე უფრო მაღალია ქალებში, რომლებიც იტარებენ სტანდარტულ გინეკოლოგიურ გასინჯვას, ვიდრე ქალებში, რომლებიც ამას არ აკეთებენ (შესაბამისად 25%; 16% და 14% და 8%). მიუხედავად ამისა, ის, რომ სტანდარტული გინეკოლოგიური გასინჯვების მქონე ქალების სამი მეოთხედი არ იტარებს სჯთ-ს, გეაფიქრებინებს, რომ ჯანდაცვის მუშაკები სათანადოდ არ ზრუნავენ ამ პრევენციული პრაქტიკის ფართოდ დანერგვაზე.

მათ შორის, ვისაც არასოდეს გაუკეთებია სჯთ, სჭარბობენ სოფლად მცხოვრები ქალები (84%), სამხრეთ რეგიონის ქალები, სადაც აზერბაიჯანელი მოსახლეობის ყველაზე მაღალი კონცენტრაციაა (88%), ახალგაზრდა ქალები (93%), არასრული საშუალო ან საშუალო განათლების მქონე ქალები (შესაბამისად, 94% და 86%), დაბალი ეკონომიკური სეს-ის მქონე ქალები (86%) და აზერბაიჯანული ან სომხური წარმომავლობის ქალები (შესაბამისად, 97% და 89%).

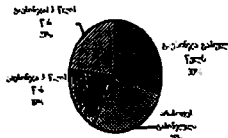
ცხრილი 13.4

ცოდნა სარძევე ჯირკვლის თეიტაინჯვის (სჯთ) შესახებ და სჯთ-ის სიხშირე შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 15-44 წლის ქალები, რომლებსაც აქვთ სქესობრივი აქტის გამოცდილება
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

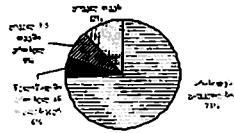
	სარძევე ჯირკვლის თეიტაინჯვის სიხშირე						
	მცოდნე ქალების %	ყოველ თვე	ყოველ 3-5 თვეში ერთხელ	წელიწადში 1-2 ჯერ	არასოდეს	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	46.9	12.4	4.8	5.6	77.2	100.0	5 703
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	56.4	15.4	6.1	6.9	71.5	100.0	3 362
სოფელი	35.8	8.8	3.2	4.0	83.9	100.0	2 341
რეგიონი							
თბილისი	59.5	16.3	6.2	10.4	67.1	100.0	1 387
იმერეთი	51.1	13.3	6.2	4.1	76.4	100.0	1 147
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	44.8	12.1	4.9	4.9	78.1	100.0	984
სამხრეთი	27.4	6.0	2.7	3.1	88.2	100.0	812
დასავლეთი	47.2	12.8	3.7	3.8	79.7	100.0	1 373
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-24	27.4	3.8	1.7	1.5	93.0	100.0	951
25-34	47.1	11.2	4.3	5.8	78.7	100.0	2 300
35-44	54.9	17.0	6.4	7.1	69.4	100.0	2 452
განათლების დონე							
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	15.9	2.4	1.5	2.5	93.6	100.0	485
საშუალო ტექნიკური	37.2	7.8	2.8	3.4	85.9	100.0	2 000
უმაღლესი/ასპირანტურა	53.6	14.5	5.8	6.0	73.7	100.0	1 726
63.8	19.8	7.3	9.1	63.9	100.0	1 492	
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	34.6	8.3	3.3	2.8	85.5	100.0	2 402
საშუალო	50.1	12.8	5.2	6.1	75.9	100.0	2 664
მაღალი	64.5	20.7	6.4	10.7	62.2	100.0	637
ეთნიკური წარმომობა							
ქართველი	52.5	14.0	5.5	6.3	74.2	100.0	4 795
აზერბაიჯანელი	10.4	1.9	0.7	0.9	96.6	100.0	481
სომეხი	31.9	6.3	2.2	2.2	89.3	100.0	247
სხვა	59.0	18.3	4.7	9.3	67.7	100.0	180
იკა სტატუსი							
იკა	54.7	14.0	6.2	4.4	75.4	100.0	1 266
ადგილობრივი	46.6	12.3	4.7	5.7	77.3	100.0	4 437
მაცხოვრებელი							
კონტრაქტების ამჟამად მოხმარება							
ნებისმიერი	54.5	15.7	5.5	7.6	71.2	100.0	1 067
თანამედროვე მეთოდი							
ნებისმიერი	51.3	14.7	5.5	6.7	73.1	100.0	1 069
ტრადიციული მეთოდი							
არ მოიხმარს	43.5	10.8	4.4	4.7	80.2	100.0	3 567
გინეკოლოგიური გასინჯვა							
ჰქონდა	50.1	14.1	4.9	6.5	74.5	100.0	4 158
არასოდეს	38.8	8.0	4.5	3.3	84.2	100.0	1 545

ცხრილი 13.4

15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში სტანდარტული გინეკოლოგიური გამოკვლევის და სჯთ-ის სიხშირე ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლასიკა: საქართველო, 1999/2000



სტანდარტული გინეკოლოგიური შემოწმება



სტანდარტული სჯთ

13.5 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი

საშვილოსნოს ყელის კიბო ქალების რიგით მეორე ყველაზე გავრცელებული კიბოა. ყოველწლიურად მთელ მსოფლიოში ამ დაავადების 450 000 ახალი დიაგნოზი ისმევა (მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 1993). ეს ქალის კიბოს ყველაზე გავრცელებული სახეობაა განვითარებად ქვეყნებში, სადაც ამ დაავადების 80%-ია რეგისტრირებული (Parkin DM et al., 1993). ასაკთან შეფარდებული ავადობა ვარირებს კიბოს 5-დან 42 შემთხვევამდე ყოველ 100 000 ქალზე და ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აქვს ლათინურ ამერიკას, აფრიკას, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიას, ხოლო ყველაზე დაბალი - ჩრდილოეთ ამერიკას, დასავლეთ ევროპას, ავსტრალიასა და ისრაელს.

განვითარებულ ქვეყნებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს *in situ* სიხშირე იზრდება, ხოლო ინვაზიური საშვილოსნოს ყელის კიბო და ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მცირდება. ამ დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება განპირობებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მასშტაბური გამოყენებით (პაპანიკოლაუს ნაცხების ტესტი), რის შედეგადაც ამ კიბოს გამოვლენა ხდება ადრეულ და მასშადაზე, უფრო განკურნებად სტადიაზე; ამასთან, ხდება აუთოისებიანი გადაგვარების წინამორბედი წყლულებისა და ეროზიების გამოვლენა და მკურნალობა. ფართომასშტაბიანი სკრინინგის პროგრამების მონაცემებმა ცხადყო, რომ პაპანიკოლაუს ნაცხის ტესტის საფუძველზე ჩატარებული სკრინინგი 93.3%-ით ამცირებს ინვაზიური კიბოს განვითარების ალბათობას, ყოველ მესამე წელს ჩატარებული სკრინინგი ამცირებს ამ მაჩვენებელს 91.2% -ით, ხუთ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული სკრინინგი კი - 83.6%-ით (Miller AB, 1986). ამ შეფასებების საფუძველზე ექსპერტების უმეტესობა ურჩევს სქესობრივად აქტიურ ქალებს ყოველწლიურად ან სამ წელიწადში ერთხელ გაიკეთონ პაპანიკოლაუს ტესტი; სკრინინგის სიხშირე შეიძლება შეუმცირდეთ ქალებს, რომლებიც რეგულარულად გადაიან შემოწმებას პაპანიკოლაუს ტესტს და აქვთ ნორმალური

შედგებები, მას შემდეგ, რაც ისინი 65 წლის ასაკს მიაღწევენ. საშვილოსნოს ყელის რისკ-ფაქტორებია: სქესობრივი პარტნიორების დიდი რაოდენობა, სქესობრივი უროიერთობების ადრეულ ასაკში დაწყება, თამბაქოს მოწევა, ადამიანის იმუნოდეფეციტის ვირუსით ინფიცირება და ადამიანის პაპილომის ვირუსის გარკვეული ტიპით ინფიცირება.

თუმცა პაპ-ტესტის თვითონ მოხსენებული სიხშირის სანდოობა ვერ შეფასდება სამედიცინო ჩანაწერების შემოწმების გარეშე, კვლევის შედეგები ხშირად გამოიყენება სოკადად, მოსახლეობაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის გაორკველების შესაფასებლად. 99GERH-ის კითხვარში შეტანილია კითხვები პაპანიკოლაუს ტესტის შესახებ. ეს კითხვებია: "ოდესმე თუ გაგიკეთებიათ ნაცხის ტესტი (პაპანიკოლაუს სკრინინგული ტესტი)?" "როდის აიღეთ ბოლო ნაცხი საშვილოსნოს ყელიდან?", ხოლო მათ ვისაც არასოდეს გაუკეთებია ეს ტესტი, ეკითხებოდნენ, "რატომ არ ავიღიათ ნაცხი პაპანიკოლაუს ტესტზე?"

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების მხოლოდ 4% დაადასტურა, რომ აუღია ნაცხი პაპანიკოლაუს ტესტზე (ცხრილი 13.5.1) და მხოლოდ 2% გაიკეთა ეს ტესტი ბოლო სამწლიან პერიოდში. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სიხშირე ძალიან დაბალია და არ იძლევა პრევენციული პრაქტიკის პოტენციური განმსახლებლების შესწავლის საშუალებას. მიუხედავად ამისა, აღსანიშნავია, რომ გინეკოლოგიური გასინჯვისას ქალების მხოლოდ 5% შეამოწმეს საშვილოსნოს ყელის კიბოზე. სტანდარტული ვიზიტები გინეკოლოგიური გამოკვლევისათვის უნდა განეხილოთ, როგორც ავადმყოფებისათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის სწავლების და ისეთი დაავადებების შესაბამისი პრევენციული სკრინინგის პოპულარიზაციის საშუალება, როგორიცაა საშვილოსნოს ყელის კიბო.

13.5.2 ცხრილში მოყვანილია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-ტესტზე უარის თქმის ყველაზე მთავარი მიზეზები. რესპონდენტების 42% ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი ის არის, რომ ექიმს არ მიუცია რეკომენდაცია ამ ტესტის გაკეთებაზე. რიგით მეორე ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზია ასეთი სკრინინგ-ტესტის არსებობის არცოდნა (35%). თითქმის ყოველმა მეხუთე რესპონდენტმა ყველაზე მთავარ მიზეზად დაასახელა ის, რომ მათ არ სჭირდებოდათ ასეთი ტესტის გაკეთება.

ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ მოწმობენ, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალებმა საკარტველოში არ იციან გინეკოლოგიური სკრინინგ-პროცედურების შესახებ, და ამის დასაძლევად საჭიროა სიცოცხლისუნარიანი საგანმანათლებლო პროგრამების კამპანიის ჩატარება და სამედიცინო პერსონალის პრაქტიკაში ადეკვატური ცვლილებების შემოტანა. აღსანიშნავია, რომ ქალების მხოლოდ 19%, რომლებმაც გაიკეთეს სტანდარტული გინეკოლოგიური გასინჯვა, ჩაუტარდათ აგრეთვე ნაცხის პაპანიკოლაუს ტესტი და მათ შორის, ვინც ერთხელ მაინც გამოიკვლიეს გინეკოლოგიურად, მხოლოდ 23% შეამოწმეს საშვილოსნოს ყელის კიბოზე (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). სტანდარტული გინეკოლოგიური ვიზიტები უნდა ადვილქნათ, როგორც ავადმყოფებისათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის სწავლების და ისეთი დაავადებების შესაბამისი პრევენციული სკრინინგის პოპულარიზაციის საშუალება, როგორიცაა საშვილოსნოს ყელის კიბო.

ცხრილი 13.5.1

საშეილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ასაკის ქალები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	საშეილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ ტესტი				სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	ბოლო ერთი წლის მანძილზე	2-3 წლის წინ	სამ წელზე მეტი წლის წინ	არასოდეს		
სულ	1.2	1.0	1.5	96.3	100.0	5 703
საცხოვრებელი ადგილი ქალაქი	1.7	1.2	1.8	95.3	100.0	3 362
სოფელი	0.7	0.7	1.2	97.4	100.0	2 341
რეგიონი						
თბილისი	2.4	1.5	2.2	93.9	100.0	1 387
იმერეთი	0.6	0.9	1.4	97.1	100.0	1 147
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	0.6	1.0	0.8	97.7	100.0	984
სამხრეთი	0.4	0.3	1.0	98.3	100.0	812
დასავლეთი	1.5	0.9	1.9	95.7	100.0	1 373
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	0.5	1.0	0.0	98.5	100.0	951
25-34	1.3	0.8	1.0	97.0	100.0	2 300
35-44	1.4	1.2	2.6	94.8	100.0	2 452
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	0.0	0.2	0.0	99.8	100.0	485
საშუალო	0.7	0.8	1.3	97.2	100.0	2 000
ტექნიკუმი	1.4	0.9	1.7	96.0	100.0	1 726
უმაღლესი/ასპირანტურა	2.2	1.6	2.2	94.1	100.0	1 492
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი						
დაბალი	0.5	0.7	0.8	98.1	100.0	2 402
საშუალო	1.2	1.0	1.8	96.1	100.0	2 664
მაღალი	3.3	1.5	2.3	92.9	100.0	637
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	1.4	1.0	1.6	96.0	100.0	4 795
აზერბაიჯანელი	0.3	0.3	0.3	99.0	100.0	481
სომეხი	0.7	0.8	1.8	96.7	100.0	247
სხვა	1.2	2.4	1.7	94.7	100.0	180
იკა სტატუსი						
იკა	0.4	1.5	1.6	96.4	100.0	1 266
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	1.3	0.9	1.5	96.3	100.0	4 437
კონტრაცეპტივის ამჟამად მოხმარება						
ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	1.1	1.6	1.1	96.2	100.0	1 067
ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	1.0	0.5	0.8	97.7	100.0	1 069
არ მოიხმარს	1.3	0.9	1.8	95.9	100.0	3 567
გინეკოლოგიური გასინჯვა						
ქონდა	1.7	1.3	2.0	95.0	100.0	4 158
არასოდეს	0.0	0.2	0.1	99.7	100.0	1 545

ცხრილი 13.52

პაპანიკოლაუს ნაცხის არაღვების ყველაზე ტიპური მიზეზები რესპონდენტების ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

15-44 წლის ქალები, რომლებსაც კონდათ სქესობრივი კონტაქტი პარტნიორთან ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მიზეზები	ადგილობრივი მკაცხურბული			ასაკობრივი ჯგუფი		
	სულ	იგი	მკაცხურბული	15-24	25-34	35-44
ექიმს არასოდეს ურჩევია	42.4	45.6	42.2	34.3	43.7	44.7
არაფერი მსმენია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგზე	34.6	31.6	34.8	40.3	34.9	31.8
არ მჭირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	18.8	19.5	18.8	22.9	17.9	17.9
უზღუდელებფოყუს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს	2.6	1.9	2.6	1.9	2.3	3.1
ამჟამად სქესობრივად აქტიური არ არის	0.2	0.2	0.2	0.0	0.2	0.3
სხვა მიზეზები	1.4	1.1	1.4	0.7	1.0	2.1
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავე რაოდენობა	5 498	1 223	4 275	935	2 236	2 327

13.6 ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემების გავრცელების დონე

ყველა ქალს ეკითხებოდნენ: "ექიმს თქვენთვის უთქვამს, რომ ჯანმრთელობის გარკვეული პრობლემები გაქვთ?" ეს პრობლემებია: ანემია, საშარდე გზების ინფექცია, მენჯის ღრუს ორგანოების ანთება (რომლებიც ითარგმნება როგორც მიღების ან საშვილოსნოს ინფექცია), მაღალი არტერიული წნევა, გულის დაავადებები, ჰეპატიტი B, ასთმა და დიაბეტი. 13.6 ცხრილში ნაჩვენებია იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისთვისაც ექიმს უთქვამს, რომ მათ აქვთ ზემოთ ჩამოთვლილი ჯანმრთელობის სპეციფიური პრობლემები.

ცხადია, ეს შედეგები იძლევა მინიმალურ შეფასებას ფერტილური ასაკის მდედრობითი სქესის მოსახლეობაში ჯანმრთელობის ამ პრობლემების სიხშირის ნამდვილ მაჩვენებლებთან შედარებით. საეგებით შესაძლებელია, რომ მიღებული ციფრები ნაკლებია, ვიდრე სინამდვილეში არსებული მაჩვენებლები, რადგან როცა რესპონდენტი თვითონ ყველა თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ეს იმას ნიშნავს, რომ მისთვის ხელმისაწვდომია სამედიცინო დაწესებულებები, რომ იგი დადის ამ დაწესებულებებში და რომ მას მიეცა ექიმის განმარტება ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ. საქართველოს მოსახლეობაში ექიმების წილი მაღალია (421 ექიმი მოსახლეობის 100 000 სულზე 1997 წლის მონაცემებით). მიუხედავად ამისა, სამედიცინო პერსონალის და ჯანდაცვის რესურსების განაწილება არაერთგვაროვანია და კონტაქტი - მედიცინის მუშაკებთან - მინიმალური. ამგვარად, გამოიკითხულთა სხვადასხვა ქვეჯგუფებში რესპონდენტის მიერ დასახელებული ჯანმრთელობის პრობლემების სიხშირის ინტერპრეტაცია დიდი სიფრთხილის გამოჩენას მოითხოვს, ვინაიდან ფონურმა მახასიათებლებმა

შეიძლება იმოქმედონ ჯანდაცვის სისტემის ხელმისაწვდომობაზე და ინფორმაციის მოწოდებაზე. მეტიც, რესპონდენტების მთელი ცხოვრების პერიოდისათვის გაკეთებული შეფასებები არ ასახავენ ამჟამინდელ ჯანმრთელობის სტატუსს და მათი ტემპორალური დაკავშირება სხვა მოვლენებთან შეუძლებელია. მაგალითად, შეუძლებელია დაეამყაროთ პირდაპირი კავშირი ანემიასა და ორსულობის შორის, რადგან იმის განსაზღვრა, უსწრებდა თუ არა ანემია დაორსულებას, თუ იგი ორსულობის პერიოდში განვითარდა, ვერ ხერხდება. ამ მიზეზთა გამო გამოკითხვის მონაცემები ქალების ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ მხოლოდ წარმომადგენლობითი შეფასებების სტატუსით თუ შეიძლება გამოიყენოს, რადგან სამედიცინო ჩანაწერების ან საავადმყოფოდან გაწერის დოკუმენტების საფუძველზე მიღებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები არ არსებობს.

ჩვეულებრივ, რესპონდენტების მიერ მოწოდებული მონაცემები მათი სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ ძალიან დაბალი დონისაა. ყველაზე ხშირად რესპონდენტები ახსენებენ გენიტალური ტრაქტის ინფექციებს. გენიტალური ტრაქტის ინფექციების ან მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების გაერცხვების მაჩვენებელს ადგენდნენ ქალების გამოკითხვის შედეგებით. მათ ეკითხებოდნენ, უთქვამთ თუ არა მათთვის, რომ ფალოპის მილების ანთება (სალიპინდიტი) ან საშვილოსნოს ინფექცია (ენდომეტრიტი) აქვთ. მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადება (მოად) დაასახელა გამოკითხულთა მხოლოდ 19%. ესენი უმეტესად იყვნენ 35-44 წლის ასაკის ქალები (29%), ორ- ან მეტ შვილიანი ქალები (შესაბამისად 28% და 26%) და უმაღლესი განათლების მქონე ქალები (შესაბამისად, 24% და 21%). ქალწულებს პრაქტიკულად არ ჰქონდათ მოად-ი, და მისი სისხშირე იზრდებოდა სქესობრივი პარტნიორების რიცხვის ზრდის პარალელურად 25% პროცენტიდან მონოგამურ ქალებში 33%-მდე ორი ან მეტი სქესობრივი პარტნიორის მქონე ქალებში.

ქალების სხვადასხვა რაოდენობის მიერ დასახელებული ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები: ყოველმა მეათე ქალმა განაცხადა, რომ ექიმის თქმით მას გულის დაავადება აქვს; 9% აღნიშნა, რომ მაღალი არტერიული წნევა აქვთ; 7% განაცხადა სმარდვ გზების ინფექციის შესახებ; 6% - დაასახელა ანემია; 2% ჰეპატიტ B-ს დიაგნოზი ჰქონდათ და ძალიან ცოტამ დაასახელა ასთმა და დიაბეტი (1%).

ცხრილი 13.6

იმ ქაღებების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც ექიმის თქმით, ჯანმრთელობის შერჩეული პრობლემები ჰქონდათ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქაღთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	მენჯის ორგანულ განადგობის ანთუ- ბითი დაავა- ლებები	გულის დაავა- ლება	მალაღი წნევა	სამშრდე გზების ინფექცია	ანემია	შესატ- ტი მ	ასთმა	დია- ბეტი	შემთხვე- ვების რაოდ- ენობა
ხუღ	18.7	10.5	8.7	6.9	5.9	1.8	1.3	0.5	7 798
ხაცხოვრებელი ადგილი									
ქაღაქი	19.5	10.5	9.1	7.8	6.6	1.9	1.8	0.6	4 759
სოფელი	17.7	10.5	8.1	5.7	5.1	1.6	0.7	0.3	3 039
რეგიონი									
თბილისი	18.2	11.6	9.6	9.0	9.0	2.0	2.1	0.8	2 029
მრეთი	20.6	7.9	7.3	7.9	4.4	1.7	1.4	0.3	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	18.3	12.2	9.0	7.3	5.7	1.7	0.8	0.3	1 259
სამხრეთი	16.2	9.	7.6	4.9	3.8	1.3	0.2	0.2	1 017
დასავლეთი	20.0	10.6	9.1	4.8	5.2	1.9	1.6	0.5	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი									
15-24	7.8	4.6	3.0	2.7	3.5	1.4	1.1	0.2	2 388
25-34	21.1	9.6	7.9	7.4	7.6	1.9	1.1	0.6	2 731
35-44	28.9	18.2	16.0	11.2	7.1	2.0	1.8	0.7	2 679
ცოცხალი შეიღების რაოდენობა									
არცერთი	7.7	5.5	3.4	3.5	3.2	1.8	1.4	0.2	2 598
ერთი	22.0	9.1	9.8	8.0	8.7	1.4	1.3	0.5	1 316
ორი	28.0	14.7	12.2	10.0	7.9	1.9	1.6	0.8	2 737
სამი ან მეტი	25.6	16.6	14.4	8.3	6.2	1.8	0.5	0.5	1 147
განათღების დონე									
საშუალო ან დაწყებითი	15.1	9.3	6.4	4.7	4.2	1.3	1.1	0.5	3 655
ტექნიკური	24.4	14.0	12.8	9.5	6.6	2.0	1.5	0.6	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	20.5	9.4	9.3	8.7	8.6	2.5	1.5	0.4	2 085
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი									
დაბალი	17.0	10.0	7.3	5.4	5.8	1.4	1.0	0.4	3 276
საშუალო	19.5	11.5	9.6	7.3	5.4	1.9	1.3	0.6	3 654
მაღალი	19.6	7.8	8.3	8.5	8.1	1.9	2.1	0.2	868
ეთნიკური წარმომოხა ქართული	19.5	10.3	8.8	7.2	6.3	2.0	1.5	0.5	6 700
აზერბაიჯანელი	12.7	10.4	8.4	4.6	3.6	0.5	0.1	0.3	589
სომეხი	17.2	9.2	5.8	3.6	3.9	1.1	0.6	0.8	300
სხვა	20.1	17.5	10.9	10.5	7.6	0.9	1.4	0.9	209
თუ სტატუსი									
თუ	21.3	12.1	11.9	7.5	6.6	1.8	3.3	0.3	1 828
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	18.6	10.4	8.5	6.8	5.9	1.8	1.2	0.5	5 970
პარტნიორების რაოდ- ენობა ხიცოცხლის განმეღობაში									
არ ქონია სქესობრივი ურთიერთობა	5.1	5.1	3.1	3.0	2.7	1.8	1.4	0.1	2 095
ერთი	25.2	12.8	11.4	8.6	7.3	1.7	1.2	0.6	5 533
ორი ან მეტი	32.8	23.2	13.5	16.1	13.2	3.5	3.5	2.1	170

თავი XIV სქესობრივი განათლება

ბოლო ათწლეულში მოზარდების სექსუალობის, ფეხმძიმობის და სექსუალური ჯანმრთელობის პრობლემები მზარდ შემფოთებას იწყებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. ბევრ ქვეყანაში მომხდარი სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული ძვრების გამო ახალგაზრდები, განსაკუთრებით კი მოზარდები, წინა თაობისაგან განსხვავებით სექსუალურად აქტიურნი არიან ადრეული ასაკიდან. გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ მოზარდებში მდლალია ქორწინებამდე სქესობრივი კონტაქტი, ერთზე მეტი სექსუალური პარტნიორი, არასასურველი ფეხმძიმობის მაღალი სიხშირე და სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების (სგგდ) რისკის აღბათობა. არასასურველი ფეხმძიმობა და სექსუალური პრობლემები კომპლექსურად გადასაწყვეტი ამოცანაა. ბოლო ათი წლის მანძილზე მომხდარმა სოციალურმა ცვლილებებმა კიდევ უფრო გაართულა ამ პრობლემისადმი შესაბამისი მიდგომების გზები. ქალაქელ ახალგაზრდებს მეტი ცოდნა აქვთ და უკეთ არიან ინფორმირებულნი ცხოვრებისეული გამოცდილების აუკარგიანობაში, მაგრამ სოციალური დამოკიდებულება სექსუალობის, დედობის და გენდერული როლების მიმართ ჯერ კიდევ განიცდის ტრადიციული ფასეულობების პრესს. მოზარდთა ფეხმძიმობისა და სგგდ სიხშირის შემცირების პრევენციული პროგრამები გულისხმობენ საკითხისადმი მრავალმხრივ მიდგომას. სქესობრივი განათლების საკითხების სასკოლო პროგრამაში ჩართვა ამ ფართომასშტაბიანი ძალისხმევის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. ჩატარებულმა გამოკვლევებმა ნათელყო, რომ სქესობრივი განათლების მაღალხარისხიან პროგრამებს შეუძლიათ გადააყადონ სექსუალური აქტივობის დაწყების დრო და ხელი შეუწყონ კონტრაცეპციის მეთოდების უფრო ფართოდ დანერგვას (Kirbi D. et al, 1994; Dawson DA., 1986).

ბევრ ქვეყანაში სქესობრივი განათლება სკოლაში აუცილებელ საგანს წარმოადგენს. ხშირად სწავლება მიმდინარეობს პირველიდან მე-12 კლასამდე მოსწავლეთა ასაკის შესაფერისი სასწავლო მასალების გამოყენებით. სასკოლო პროგრამაში სქესობრივი განათლება ჯანმრთელობისა და ფიზიკური კულტურის შემადგენელ კომპონენტს წარმოადგენს და მისი მიზანია გააღრმავოს მოსწავლის ცოდნა ადამიანის ბიოლოგიის, სქესობრივი გზით გადადამდები დაავადებების, შიდსის პრევენციის, კონტრაცეპციებისა და სქესობრივი კავშირისაგან თავის შეკავების სფეროში.

დღეს საქართველოში სკოლის სასწავლო პროგრამა არ ითვალისწინებს ოჯახური ცხოვრებისა და სქესობრივი განათლების სისტემატურ სწავლებას. 1990 წლამდე რეპროდუქციული ბიოლოგიის ელემენტებს ასწავლიდნენ საშუალო სკოლის უფროს კლასებში ბიოლოგიისა და ადამიანის ანატომიის გაკვეთილებზე. დროდარო მოწვეული მედიცინის მუშაკები კითხულობდნენ მოკლე ლექციებს სქესობრივი გზით გადაცემულ დაავადებებზე. ხშირად ეს ფაკულტატური ლექციები იკითხებოდა ცალცალკე გოგონებისა და ბიჭებისათვის. 1990 წლის შემდეგ რამოდენიმე საერთაშორისო სააგენტოს უწყვეტი მხარდაჭერით, ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების სპეციალურად მომზადებული მოხალისეები კითხულობენ ლექციებს სკოლებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმა-

რების და სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების შესახებ. ლექციების ტექსტის დამტკიცება დაეწვალა ადგილობრივ სასკოლო საბჭოებს, რის გამოც წაკითხული ლექციების შინაარსი განსხვავებულია. ამგვარად, სქესობრივი განათლება საქართველოში სპორადულ ხასიათს ატარებს, ზოგ სკოლებში მსგავსი ლექციები საერთოდ არ იკითხება, წაკითხული ლექციების ინფორმაციის ხარისხი და მოცულობა განსხვავებული და არასტანდარტულია.

საქართველოს მოზარდების ცოდნის გასაღრმავებლად აუცილებელია სკოლის პროგრამაში სქესობრივი განათლების მდლახარისხოვანი კურსის დანერგვა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მოზარდები მინც მიიღებენ გარკვეულ, ზოგჯერ სრულიად დამახინჯებულ ინფორმაციას ინფორმაციის სხვა მრავალი წყაროდან, მაგ, ოჯახში, თანატოლებისაგან და მასმედიის მეშვეობით. ასაკობრივ ჯგუფებში სქესობრივი განათლების სასკოლო კურსი რეპროდუქციული ფიზიოლოგიისა და ბიოლოგიის გარდა უნდა იმლეოდეს ინფორმაციის სქესობრივი გზით გადაცემულ დაავადებებზე (მათ შორის შიდის) კონტრაცეპციის მეთოდებზე, სექსის როლის და სქესობრივი კონტაქტების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებზე. მხოლოდ ამ გზითაა შესაძლებელი მითებისა და არასწორი წარმოდგენების კორექცია, რაც ხელს შეუწყობს მოზარდებში ურთიერთზრუნვის, სიყვარულისა და პარტნიორობის გრძნობების პატივისცემის გავლევას.

GRHS-ის ერთ-ერთ ამოცანას შეადგენს რეპროდუქციული ასაკის ქალების დამოკიდებულება სკოლებში სქესობრივი განათლების კურსის დანერგვის მიმართ და გარკვევა იმისა, თუ რომელი ასაკიდანაა უმჯობესი სქესობრივი განათლების დაწყება. გამოკითხვის დიზაინი ითვალისწინებს, გაარკვიოს ახალგაზრდა ქალების დაინტერესება სქესობრივი განათლების საკითხებით სკოლებში და შეისწავლოს სექსთან დაკავშირებით მიღებული ინფორმაციის წყაროები შინ და გარეთ. ახალგაზრდა ქალების სქესობრივი განათლებისადმი დამოკიდებულება და მათი ცოდნა სასარგებლო იქნება სასწავლო კურსის შემუშავებასა და მასწავლებელთა მომზადების საქმეში.

14.1. მოსაზრებები სკოლებში სქესობრივი განათლების შემოღების შესახებ

14.1.1 ცხრილიდან ჩანს, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქართველი ქალების უმრავლესობა, განურჩევლად ასაკის, საცხოვრებელი ადგილის, ოჯახური მდგომარეობის, ფერტილობის სტატუსის, განათლების ან სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა, მხარს უჭერს სკოლებში სქესობრივი განათლების შემოღებას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მონაცემები არ არის მოყვანილი ცალკე ცხრილში, უნდა ითქვას, რომ ქალების 15% სკოლაში სქესობრივი განათლების წინააღმდეგია, 84% ფიქრობს, რომ სქესობრივმა განათლებამ "შეიძლება დროზე ადრე უბიძგებს მოზარდებს სექსუალური აქტივობისაკენ", 62% ფიქრობს, რომ სქესობრივი განათლება ბავშვმა სახლში უნდა მიიღოს. ამ ქალების ნახევარს მიაჩნია, რომ სქესობრივი განათლება ეწინააღმდეგება მათ რელიგიურ მრწამსს, ხოლო 43% რომ მათ, ვინც ასწავლის სქესობრივი განათლებას სკოლებში, არა აქვთ სათანადო კვალიფიკაცია.

ქალებს, რომლებიც მხარს უჭერენ სკოლებში სქესობრივი განათლების შემოღებას, სთხოვეს, გამოთქვათ თავიანთი მოსაზრება რა ასაკის მოზარდებისათვის იქნება მისაღები სქესობრივი განათლების კურსის დაწყება.

ცხრილი 14.1.1

პროცენტული რაოდენობა 15-44 წლის ქალებისა, რომლებიც ეთანხმებიან აზრს, რომ სქესობრივი განათლება სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	% ეთანხმება აზრს, რომ სქესობრივი განათლება სკოლებში უნდა ისწავლებოდეს			ჩვეულ ქალის შემთხვევები	ადგილობრივი ქალების შემთხვევები	იაა ქალების შემთხვევები
	ქვეულ ქალი	ადგილობრივი ქალები	იაა ქალები			
სულ	84.8	84.4	91.8	7 798	5 970	1 828
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	88.3	88.0	92.7	2 029	1 476	553
სხვა ქალაქები	90.7	90.5	91.9	2 730	1 685	1 045
სოფელი	78.6	78.4	90.3	3 039	2 809	230
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-19	81.4	81.0	90.8	1 142	876	266
20-24	86.4	85.9	96.2	1 246	948	298
25-29	88.2	88.0	92.4	1 312	1 030	282
30-34	86.3	85.8	96.4	1 419	1 114	305
35-39	84.7	84.4	92.7	1 523	1 147	376
40-44	81.9	82.0	80.1	1 156	855	301
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირი	84.5	84.1	92.2	5 177	4 068	1 109
ადრე ქონდა არარეგისტრირებული კავშირი	84.1	83.9	87.7	517	362	155
არასოდეს ქონდა არარეგისტრირებული კავშირი	85.4	85.0	91.8	2 104	1 540	564
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	85.2	84.8	92.3	2 598	1 934	664
1	88.4	88.0	95.9	1 316	993	323
2	85.1	84.6	93.2	2 737	2 135	602
3+	79.1	79.0	82.2	1 147	908	239
განათლების დონე						
არასრული საშუალო სრული საშუალო	70.0	69.6	85.4	991	846	145
სრული საშუალო	84.3	83.7	94.5	2 664	1 968	696
ტექნიკური	87.7	87.4	92.3	2 058	1 516	542
უსივრსიტეტო	82.1	92.3	89.9	2 085	1 640	445
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი						
დაბალი	79.8	78.5	92.1	3 276	1 883	1 393
საშუალო	86.9	86.7	93.6	3 654	3 257	397
მაღალი	88.2	88.4	82.1	868	830	38
ეთნიკური ჯგუფი						
ქართველი	88.3	88.0	91.7	6 700	4 918	1 782
აზერბაიჯანელი	53.9	53.9	**	589	589	0
სომეხი	86.2	86.2	**	300	294	6
სხვა	86.3	86.0	98.6	209	169	40

ცხრილი 14.12

“როგორ ხდება დაფეხმძიმება” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ აზრთა პროცენტული განაწილება

15-44 წლის ქალები, რომლებიც ეთანხმებიან მოსაზრებას, რომ სქესობრივი განათლება სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	“როგორ ხდება დაფეხმძიმება” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ გამოთქმული მოსაზრებები				შემთხვევების რაოდენობა
	<14	14-15	16+	სულ	
სულ	21.3	64.3	14.4	100.0	6 843
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	28.5	59.4	12.1	100.0	1 829
სხვა ქალაქები	22.2	63.4	14.5	100.0	2 507
სოფელი	15.9	68.2	15.9	100.0	2 507
ასაკობრივი ჯგუფი					
15-19	15.4	69.5	15.1	100.0	967
20-24	23.1	63.4	13.5	100.0	1 108
25-29	21.3	64.9	13.8	100.0	1 186
30-34	25.0	63.0	12.0	100.0	1 262
35-39	20.1	64.5	15.4	100.0	1 326
40-44	24.4	58.6	17.0	100.0	994
ძმულებით ადგილმაცვადი პირი					
ღიას	22.5	65.3	12.2	100.0	1 677
არა	21.2	64.2	14.6	100.0	5 166
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	14.9	65.2	19.9	100.0	733
სრული საშუალო	20.0	66.2	13.8	100.0	2 320
ტექნიკუმი	20.6	64.8	14.6	100.0	1 844
უნივერსიტეტი	26.6	61.1	12.3	100.0	1 946
“თჯახური მდგომარეობა					
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირი	20.6	64.0	15.4	100.0	4 527
ადრე უქონდა არარეგისტრირებული კავშირი	29.3	59.1	11.7	100.0	455
არასოდეს უქონია არარეგისტრირებული კავშირი	21.1	65.7	13.2	100.0	1 861
ფინიკური ჯგუფი					
ქართველი	21.1	64.2	14.7	100.0	6 034
აზერბაიჯანელი	16.6	68.1	15.4	100.0	353
სომეხი	21.7	66.8	11.5	100.0	270
სხვა	37.2	53.0	9.8	100.0	186
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი					
დაბალი	20.0	64.2	15.8	100.0	2 815
საშუალო	21.1	64.8	14.3	100.0	3 247
მაღალი	24.8	63.1	12.1	100.0	781

ცხრილი 14.1.3

“კონტრაქციის” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ აზრთა პროცენტული განაწილება,
15-44 წლის ქალები, რომლებიც ეთანხმებიან

მოსაზრებას, რომ სქესობრივი განათლება სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	“კონტრაქციის” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ გამოთქმული მოსაზრებები				შემთხვევების რაოდენობა
	<14	14-15	16+	სულ	
სულ	14.2	62.5	23.3	100.0	6 383
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	21.2	57.8	21.0	100.0	1 760
სხვა ქალაქები	13.3	62.9	23.8	100.0	2 325
სოფელი	10.2	65.3	24.5	100.0	2 298
ასაკობრივი ჯგუფი					
15-19	11.8	63.9	24.3	100.0	897
20-24	15.6	61.3	23.2	100.0	1 044
25-29	14.8	63.2	21.9	100.0	1 105
30-34	16.5	62.4	21.1	100.0	1 186
35-39	12.9	63.1	24.0	100.0	1 231
40-44	14.3	60.4	25.3	100.0	920
იმულებით აღილნაცვალი პირი					
ღიახ	16.6	63.5	20.0	100.0	1 560
არა	14.1	62.4	23.5	100.0	4 823
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	11.4	60.9	27.7	100.0	656
სრული საშუალო	14.1	62.8	23.1	100.0	2 182
ტექნიკური	13.5	61.9	24.6	100.0	1 704
უნივერსიტეტი	16.3	63.4	20.4	100.0	1 841
თჯახური მდგომარეობა					
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირი	13.5	61.8	24.7	100.0	4 219
ადრე ქონდა არარეგისტრირებული კავშირი	21.4	60.8	17.8	100.0	425
არასოდეს ჰქონია არარეგისტრირებული კავშირი	14.3	64.0	21.7	100.0	1 739
ეთნიკური ჯგუფი					
ქართველი	13.5	62.5	24.0	100.0	5 848
აზერბაიჯანელი	14.8	65.3	19.9	100.0	311
სომეხი	17.5	63.9	18.6	100.0	266
სხვა	28.1	55.2	16.7	100.0	185
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი					
დაბალი	13.2	62.1	24.7	100.0	2 576
საშუალო	14.5	63.1	22.4	100.0	3 057
მაღალი	15.4	61.9	23.6	100.0	750

ცხრილი 14.14

“სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ აზრთა პროცენტული განაწილება 15-44 წლის ქალები, რომლებიც ეთანხმებიან მოსაზრებას, რომ სქესობრივი განათლება სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	“სიგდ” კურსის სკოლაში სწავლების საუკეთესო ასაკის შესახებ გამოთქმული მოსაზრებები				
	<14	14-15	16+	სულ	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	14.0	60.9	25.1	100.0	6 610
საცხოვრებელი ადგილი					
თბილისი	21.2	56.2	22.6	100.0	1 797
სხვა ქალაქები	12.9	61.5	25.6	100.0	2 426
სოფელი	9.9	63.7	26.4	100.0	2 387
ასაკობრივი ჯგუფი					
15-19	11.1	63.1	25.8	100.0	923
20-24	15.3	60.1	24.6	100.0	1 070
25-29	14.7	61.5	23.8	100.0	1 152
30-34	16.3	60.8	22.9	100.0	1 229
35-39	12.8	60.4	26.8	100.0	1 279
40-44	14.1	59.3	26.7	100.0	957
ძულეობით ადგილნაცვალადი პირი					
დიახ	16.0	61.8	22.2	100.0	1 624
არა	13.9	60.9	25.3	100.0	4 986
განათლების დონე					
არასრული საშუალო	11.1	59.6	29.3	100.0	671
სრული საშუალო	13.5	61.3	25.2	100.0	2 251
ტექნიკუმი	13.8	59.9	26.4	100.0	1 779
უნივერსიტეტი	16.0	62.0	22.0	100.0	1 909
ოჯახური მდგომარეობა					
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირი	13.3	60.0	26.8	100.0	4 374
ადრე ქქონდა არარეგისტრირებული კავშირი	21.2	58.7	20.2	100.0	438
არასოდეს ქქონია არარეგისტრირებული კავშირი	13.9	63.1	23.0	100.0	1 798
უნიკური ჯგუფი					
ქართული	13.3	60.7	26.0	100.0	6 034
აზერბაიჯანელი	14.3	65.3	20.4	100.0	353
სომეხი	18.0	62.0	20.0	100.0	270
სხვა	26.7	56.7	16.4	100.0	186
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი					
დაბალი	13.1	60.1	26.8	100.0	2 682
საშუალო	13.9	61.6	24.4	100.0	3 164
მაღალი	16.0	60.0	24.1	100.0	764

14.12 ცხრილის მარცხენა ნაწილის მიხედვით, ქალთა 80% მომხრეა, რომ სქესობრივი განათლების კურსი "როგორ ხდება დაფეხმძიმება" ისწავლებოდეს 16 წლამდე ასაკში. ამ პროცენტულ მაჩვენებელში იგულისხმებიან ის ქალებიც, რომელთა მოსაზრებით, ზემოთ აღნიშნული კურსი უფრო ადრე, 14 წლამდე ასაკში უნდა დაიწყოს. თბილისელი ქალები, ადრე არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალები და უმაღლესი განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები მიიჩნევენ, რომ სწავლება თემასე "როგორ ხდება დაფეხმძიმება", უნდა დაიწყოს 14 წლამდე ასაკში.

14.13 და 14.14 ცხრილებში მოყვანილია რეპროდუქციული ასაკის ქალების მოსაზრებები, თუ რომელ ასაკში უნდა დაეწყოს მოზარდების კონტრაცეპტივებისა და სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების შემსწავლელელი სქესობრივი განათლება. მონაცემები ორივე ცხრილში ერთნაირია; იმ რესპონდენტთა უმრავლესობა, ვინც მხარი დაუჭირა სკოლაში ამ თემების სწავლებას, დარწმუნებული იყო, რომ კურსის სწავლება 16 წლამდე ასაკში უნდა დაიწყოს; მათ შორის 14% სჯერა, რომ სწავლება 14 წლამდე ასაკში უნდა დაიწყოს. უნდა აღინიშნოს, რომ 14 წლამდე სქესობრივი განათლების დაწყების მომხრე რესპონდენტების უმრავლესობა თბილისში ცხოვრობს და წარსულში არარეგისტრირებულ ქორწინებაში იმყოფებოდნენ. ასაკს, განათლების დონეს, ან ცხრილში მოყვანილ სხვა მახასიათებლებს რაიმე მნიშვნელოვანი გავლენა ამ მოსაზრებაზე არ მოუხდენიათ.

14.2. მშობლებთან სქესობრივი განათლების თემების განხილვა

სქესობრივი განათლების ზეგავლენა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცოდნაზე, სექსუალურ ქცევაზე და კონტრაცეპციის ჩვევებზე განისაზღვრა რესპონდენტთა შინ თუ გარეთ მიღებული სქესობრივი განათლების დონის შესწავლის მეშვეობით. გამოკვლევა ჩატარდა რესპონდენტების სახლებში; ყველა 15-24 წლის ახალგაზრდას ეკითხებოდნენ, უსაუბრიათ თუ არა მშობლებთან მენსტრუალური ციკლის, ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირებისაგან თავშეკავების, დაფეხმძიმების, კონტრაცეპციის მეთოდების, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების შესახებ. თუმცა მიღებული მონაცემები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება უფროსი ასაკის მოზარდებისა და ახალგაზრდების მონაცემებისაგან, იმის გამო, რომ 15-17 წლის ასაკის გოგონებისათვის მონაცემები შეკვეცილია, რადგან მათ ჯერ არ მიუღწევიათ 18 წლის ასაკისათვის, ამ ასაკობრივი ჯგუფისაგან მიღებულ მონაცემებს მიიჩნევენ მხოლოდ როგორც მინიმალურს.

ცხრილი 14.2-ში ნაჩვენებია იმ ახალგაზრდა ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც შეჩჩული მახასიათებლების მიხედვით მშობლებთან ისაუბრეს სქესობრივი განათლების ზემოთ ხსენებულ თემებზე. სულ ახალგაზრდა ქალების 61%-მა განაცხადა, რომ მშობლებთან ერთად განუხილავთ სქესობრივი განათლების ერთი თემა მაინც. ქალაქად მცხოვრები, მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის და უმაღლესი განათლების მქონე ახალგაზრდა ქალები გაცილებით მეტად არიან მიდრეკილნი მშობლებთან ასეთი საუბრებისადმი. აზერბაიჯანელი ახალგაზრდა ქალები ბევრად უფრო ნაკლებ იყვნენ განწყობილნი, რომ რომელიმე ზემოთ ხსენებული თემა განეხილათ მშობლებთან. ამასთან, ამ თემებზე საუბარი რესპონდენტთა უმრავლესობისათვის იფარგლებოდა მენსტრუალური ციკლის საკითხებით. საუბარი ქორწინებამდე სქესობრივი

ცხრილი 14.2.1

პროცენტული რაოდენობა 15-24 წლის ქალებისა, რომლებსაც 18 წლის ასაკამდე აქვთ მოსმენილი სქესობრივი განათლების გარკვეული თემები მშობლებისაგან შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	ნების-მეორე თემა	ქორწინება-მდე სქესობრივი ცხოვრებისას-განთავისშეაყვება	სქესობრივი განათლების თემა				კონტრაცეცია	შემთხვევების რაოდენობა
			მენტრუალური ციკლი	როგორ ხდება დოჯინს-მიმება	აივ/შიდსი	სხვა სხვა		
სულ	61.0	59.2	14.0	13.0	4.7	2.8	1.6	2 188
საცხოვრებელი ადგილი								
თბილისი	68.1	66.0	16.8	16.4	13.4	7.4	3.6	623
სხვა ქალაქები	64.3	63.7	13.0	12.4	2.3	1.6	1.1	821
სოფელი	54.7	52.3	13.0	11.5	1.4	1.0	0.7	944
ფინიკური უჯჯუფი ქართული	65.2	63.8	14.3	13.5	5.0	3.1	1.5	2 028
ანუბრაიჯანელი	32.7	28.8	11.0	7.0	2.5	1.2	0.6	219
სომეხი	57.8	54.7	14.6	16.2	1.6	0.0	2.3	91
სხვა	52.1	52.1	14.8	19.3	11.3	4.8	9.8	50
ასაკობრივი უჯჯუფი								
15-17	59.4	57.6	13.9	11.8	4.0	2.8	1.0	673
18-19	61.3	59.5	15.3	14.0	6.3	3.1	1.0	469
20-24	62.0	60.3	13.4	13.4	4.5	2.7	2.3	1 246
იძულებით აღიზღნაკეფილი პირი								
დიახ	66.9	66.4	12.8	13.4	5.2	2.0	2.1	564
არა	60.7	58.9	14.0	13.0	4.7	2.8	1.5	1 824
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/არარეგისტრირებული კავშირი	55.8	53.7	10.4	13.7	4.0	1.7	2.0	949
არასოდეს უქონია არარეგისტრირებული კავშირი	63.5	61.9	15.6	12.6	5.1	3.3	1.4	1 439
განათლების დონე								
არასრული საშუალო	54.3	52.0	13.5	10.3	0.6	2.3	1.1	683
სრული საშუალო	62.0	60.7	14.7	15.2	2.5	3.1	1.9	997
ტექნიკური	67.2	64.6	12.1	9.5	5.6	1.9	1.0	291
უნივერსიტეტი	68.5	67.3	14.2	15.7	7.1	3.4	2.0	417
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი								
დაბალი	58.0	55.2	13.2	11.3	2.5	1.1	0.9	1 014
საშუალო	60.5	59.3	12.9	11.7	3.9	2.5	1.4	1 105
მაღალი	70.1	68.4	19.7	21.8	13.0	8.0	4.0	269

კონტაქტებისაგან თავის შეკავების, დაფეხმძიმების, სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების, აივ/შიდსის და კონტრაცეპციის შესახებ ბევრად უფრო იშვიათი იყო: 18 წლამდე ასაკის მხოლოდ ყოველი მეშვიდე ახალგაზრდა ქალი (13%) ელაპარაკა მშობლებს ფეხმძიმობაზე (ადამიანის რეპროდუქცივაზე) და 5%-ზე ნაკლებმა განიხილა შობადობის გაკონტროლების მეთოდები, აივ/შიდსის ან სხვა სეგვლის საკითხები მშობელთან. ახალგაზრდა ქალებს პრაქტიკულად არ უსაუბრიათ მშობლებთან კონტრაცეპცივაზე.

საერთოდ, ქალაქელი ახალგაზრდები უფრო ხშირად საუბრობენ მშობლებთან ზემოთხსენებულ თემებზე, ვიდრე სოფლელი ქალები. ასე

მაგალითად, მშობლებთან აიჟ/შიდს-ის თემაზე საუბარი ექსპერტ და ცხრაჯერ უფრო ხშირია თბილისში, ვიდრე შესაბამისად სხვა ქალაქებში ან სოფლებში. სქესობრივი განათლების ყველა თემის მშობლებთან განხილვა უფრო ხშირია მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ოჯახებში და უკიდურესად იშვიათია აზერბაიჯანელი ახალგაზრდების შემთხვევაში.

14.3. სკოლებში სქესობრივი განათლების ინსტრუქტაჟი

ახალგაზრდა ქალებს ეკითხებოდნენ, მიუღიათ თუ არა მათ 14.3.1 ცხრილში ჩამოთვლილ თემებზე რაიმე ოფიციალური ან არაოფიციალური ინსტრუქცია სკოლაში. მათ, ვინც ამ კითხვას დადებითად პასუხობდა, ეკითხებოდნენ, რამდენი წლისა იყვნენ ისინი, როცა მათ პირველად ჩაუტარდათ გაკვეთილი ყოველ ზემოთხსენებულ თემაზე. 15-17 წლის გოგონების მშობლებთან ამ თემებზე საუბრის მონაცემებიც შეეკვცილია, რადგან ამ რესპონდენტებს ჯერ არ მიუღწევიათ 18 წლის ასაკისათვის. ამიტომ რესპონდენტთა ამ ჯგუფის მონაცემები განიხილება მხოლოდ, როგორც მინიმალური შეფასება.

ცხრილი 14.3.1 გვიჩვენებს იმ ქალების პროცენტულ რაოდენობას, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მოსმენილი აქვთ სქესობრივი განათლების გარკვეული თემები. თითქმის ნახევარს (49%) სკოლაში აქვს მოსმენილი სქესობრივი განათლების ერთი კურსი ან გაკვეთილი ცალკეულ თემაზე. ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციულ ბიოლოგიაზე, მენსტრუალურ ციკლსა და დაფხვზშიმებაზე (რამაც შესაბამისად 45%, 43% და 32% შეადგენდა) ლექციების სისშირე ბევრად აღემატებოდა აიჟ/შიდსსა, სხვა სგდ-ისა და კონტრაცეციის მთოდებზე ჩატარებული ლექციების რაოდენობას (შესაბამისად 5%, 2% 1%). მშობლებთან სქესობრივი განათლების საკითხების განხილვის ანალოგიურად, ახალგაზრდა ქალებს, რომლებსაც მხოლოდ დაწყებითი სკოლა აქვთ დამთავრებული, პრაქტიკულად არ გაუვლიათ სქესობრივი განათლების არანაირი კურსი სკოლაში. რადგან ზოგ რეგიონში ასეთი კურსების ჩატარება მხოლოდ საშუალო სკოლის მაღალ კლასებშია შესაძლებელი, ამ კატეგორიის ქალებს ზემოთ ხსენებული კურსების მოსმენის შანსი ნაკლებად ჰქონდათ, ამიტომ ფაქტი, რომ მიუხედავად აღნიშნულისა, 37% მანაც გაიარა ეს კურსები, ფრიად მნიშვნელოვანია და მიგვანიშნებს საშუალო სკოლის გარეთ დარჩენილ ქალებისათვის სქესობრივი განათლების აუცილებლობაზე. მშობლებთან სქესობრივი განათლების საკითხებზე საუბრების ანალოგიურად, უმდაბლესი სოციალურ-ეკონომიკური კატეგორიის ოჯახებისა და აზერბაიჯანელი ეთნიკური ჯგუფის ქალების მხოლოდ მცირე პროცენტმა გაიარა სქესობრივი განათლების სასკოლო კურსები რომელიმე თემაში. თბილისში და სხვა ქალაქებში მცხოვრებ ახალგაზრდა ქალებს მეტი შანსი აქვთ ასეთი კურსის გავლისა, და თბილისი ერთადერთი ქალაქია მთელ საქართველოში, სადაც ახალგაზრდა ქალების 10%-ზე მეტმა მოისმინა ლექცია აიჟ/შიდს-ზე.

ახალგაზრდა ქალების წილმა, რომლებმაც სკოლაში გაიარეს სქესობრივი განათლების სპეციფიური კურსები, ქალების თითქმის მეოთხედი შეადგინა. მათ გაიარეს ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული ბიოლოგიის კურსი 15 წლის ასაკამდე (ცხრილი 14.3.2). რაც შეეხება თემებს “მენსტრუალური ციკლი” და “დაფხვზშიმება”, ისინი მოისმინა ყოველმა მესამემ 16 წლის ასაკამდე. როგორც ზემოთ აღენიშნეთ, “კონტრაცეციის მეთოდების”,

აივ.შიდს-ის და “სხვა სტდ-ის“ კურსები განურჩევლად ასაკისა, მხოლოდ თითზე ჩამოსათვლელმა ქალებმა მოისმინეს.

14.3.3 ცხრილში ნაჩვენებია, ვინ დაასახელეს ახალგაზრდა ქალებმა თავისი სქესობრივი განათლების სხვადასხვა თემების მასწავლებლებად. თითქმის ყველა თემა მოსმენილი აქვთ სკოლის მასწავლებლებისაგან.

ამ თავის მე-2 და მე-3 ქვეთავებში ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ მიღებული მონაცემები რესპონდენტების ინფორმაციას წარმოადგენს და ამგვარად არ მიუთითებენ ამ საკითხების მშობლებთან ან სკოლაში განხილვის არც ხარისხზე და არც სიღრმეზე.

ცხრილი 14.3.1

პროცენტული რაოდენობა 15-24 წლის ქალებისა, რომლებსაც 18 წლის ასაკამდე სკოლაში აქვთ მოსმენილი სქესობრივი განათლების გარკვეული თემები
 შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მახასიათებლები	წრის- მოც თემ	ქალის რეპო- დუქცი- ული ჰორ- ლოჯია	სქესობრივი განათლების თემა				სხვა სტდ	კონ- რაცე- ცია	შენიშე- ვნის რა- ოდენობა
			მაცოცხ- რებლელ ცოლი ჰორ- ლოჯია	გემტრო- ალური ცოლი	როგორ სება დღევან- დებზე	აფმაგ- სი			
სულ	49.3	44.9	42.6	36.4	32.2	5.4	2.1	1.1	2 388
საცხოვრებელი ადგილი									
თბილისი	58.3	46.8	45.6	38.9	36.7	12.2	4.9	2.1	623
სხვა ქალაქები	52.6	50.2	46.3	43.0	36.2	4.2	1.2	0.7	821
სოფელი	42.0	40.2	38.3	30.6	27.0	2.3	1.2	0.9	944
ოჯახური მდგომარეობა									
გათხოვილი	44.5	41.0	39.2	32.6	29.3	3.7	1.2	1.1	949
გათუხოვარი	51.6	46.8	44.2	38.3	33.6	6.2	2.5	1.2	1 439
იმულებით									
ადგილმცვლელი პირი									
დიას	56.8	48.0	46.5	38.6	34.7	11.1	2.5	2.9	564
არა	49.0	44.8	42.4	36.3	32.1	5.1	2.1	1.1	1 824
ასაკობრივი ჯგუფი									
15-17	45.0	40.8	39.3	33.5	28.1	5.2	2.4	0.4	673
18-19	52.8	48.1	44.4	41.8	34.9	8.4	1.9	1.8	469
20-24	51.1	46.7	44.3	36.3	34.2	4.2	1.9	1.4	1 246
განათლების დონე									
არასრული საშუალო	36.7	33.6	31.7	26.4	22.5	3.7	1.5	0.4	683
სრული საშუალო	54.4	40.2	48.1	40.3	37.5	5.9	2.0	1.4	997
ტექნიკური	51.4	46.4	42.0	36.8	34.2	6.3	2.9	1.6	291
უნივერსიტეტი	62.3	56.9	52.2	48.2	38.4	7.0	3.2	1.6	417
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი									
დაბალი	41.9	39.9	37.9	31.5	28.5	2.7	1.1	0.9	1 014
საშუალო	51.9	46.8	44.3	37.9	32.8	4.9	1.9	0.9	1 105
მაღალი	57.5	49.8	47.8	43.0	39.2	13.5	5.4	2.7	269
ეთნიკური ჯგუფი									
ქართველი	54.1	49.2	46.5	40.2	35.3	5.8	2.3	1.2	2 028
აზერბაიჯანელი	17.8	17.5	16.6	11.1	9.9	2.4	0.6	0.3	219
სომეხი	43.1	37.7	37.7	32.3	30.1	3.9	1.6	0.8	91
სხვა	45.6	39.0	39.0	34.3	35.8	6.4	4.8	3.2	50

ცხრილი 14.3.2

ასაკთან შეფარდებული პროცენტული რაოდენობა 15-24 წლის ქალებისა, რომლებსაც სკოლაში აქვთ მოსმენილი სქესობრივი განათლების შერჩეული თემები

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

სქესობრივი განათლების თემები	კურსგაყოფილ რესპონდენტთა პროცენტული რაოდენობა ასაკის მიხედვით						შემთხვევების რაოდენობა
	14	15	16	17	18	19	
ქალის რეპროდუქციული ბიოლოგია	1.9	23.2	43.6	46.5	46.5	46.6	2 388
მამაკაცის რეპროდუქციული ბიოლოგია	1.4	21.5	41.3	44.1	44.1	44.2	2 388
მენსტრუალური ციკლი	2.3	19.4	35.5	37.7	37.7	37.8	2 388
როგორ ხდება დაფეხმძიმება	0.8	15.5	31.7	33.5	33.5	33.6	2 388
აიუ/შიდსი	0.4	1.9	4.1	5.6	5.8	5.9	2 388
სხვა სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებები	0.1	0.6	1.4	2.1	2.3	2.4	2 388
კონტრაცეპციის მეთოდები	0.0	0.4	0.8	1.1	1.2	1.3	2 388

ცხრილი 14.3.3

იმ პირთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც ასწავლიდნენ სქესობრივი განათლების შერჩეულ თემებს 15-24 წლის ქალებს

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

სქესობრივი განათლების თემები	ვის მიჰყავდა სქესობრივი განათლების კურსი სკოლაში						შემთხვევების რაოდენობა
	მასწავლებელი	ექიმ/მედიკოსი	მოხალისე	სხვა არასსულ	სულ		
ქალის რეპროდუქციული ბიოლოგია	99.4	0.3	0.0	0.0	0.3	100.0	1 120
მამაკაცის რეპროდუქციული ბიოლოგია	99.3	0.3	0.0	0.0	0.3	100.0	1 069
მენსტრუალური ციკლი	99.1	0.3	0.5	0.0	0.1	100.0	904
როგორ ხდება დაფეხმძიმება	99.2	0.6	0.1	0.0	0.1	100.0	819
აიუ/შიდსი	92.0	0.8	1.9	5.3	0.0	100.0	116
სხვა სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებები	98.3	1.7	0.0	0.0	0.0	100.0	37
კონტრაცეპციის მეთოდები	96.9	3.1	0.0	0.0	0.0	100.0	28

14.4 სექსთან დაკავშირებით მიღებული ინფორმაციის წყაროები

14-24 წლის ახალგაზრდა ქალებს სთხოვეს, დაესახელებინათ სექსთან დაკავშირებით მიღებული ინფორმაციის, მათი აზრით, ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო. 14.4 ცხრილი გვიჩვენებს, რომ მეტი წილი ქალებისთვის ასეთი ტიპის ინფორმაციის უმთავრესი წყაროებია მათი მეგობრები და თანატოლები (46%). მასმედიის საშუალებები დაასახელა მხოლოდ ყოველმა მეშვიდე ქალმა, მასწავლებლები - ყოველმა მეთამე და სხვა წყაროები - 9%-ზე ნაკლებმა.

თბილისში განათლების დონის ამადლების პარადელურად იზრდება მასმედიის როლი, როგორც ახალგაზრდა ქალების და 15-17 წლის გოგონების სექსთან დაკავშირებული ინფორმაციის მნიშვნელოვანი წყაროსი. ქალების შედარებით ნაკლები რაოდენობა ენდობა წიგნს, როგორც ინფორმაციის წყაროს. როგორც წესი, წიგნებს ამ მიზნებისათვის უფრო უმაღლესი განათლების მქონე ქალები მიმართავენ.

14.5. სქესობრივი განათლების გაელენა ფერტილობასა და კონტრაცეპციის საკითხების ცოდნაზე

მიუხედავად იმისა, რომ 18 წლამდე ასაკის ახალგაზრდა ქალების 47% სულ ცოტა ერთი კურსი ან ერთი გაკვეთილი მაინც მოისმინა სქესობრივი განათლებაში (იხ. ცხრილი 14.3.2), და თითქმის ერთ მესამედს წაუკითხეს ლექცია მენსტრუალურ ციკლსა და დაფეხმძიმების შესახებ, კურსის მოსმენის ფაქტი თავისთავად არ ნიშნავს, რომ მსმენელმა ადექვატური ცოდნა მიიღო და გამოიყენებს შექნილ ცოდნას თავის სექსუალურ ქცევაში.

შინ და გარეთ მიღებული სქესობრივი განათლების ადამიანის რეპროდუქციის საკითხების ცოდნის დონეზე და ხარისხზე ზეგავლენის გასარკვევად რესპონდენტებს სთხოვეს, დაესახელებინათ ჩასახვისათვის ყველაზე ხელსაყრელი დღემდე მენსტრუალური ციკლის პერიოდში (ასარჩევად მათ ხუთი პასუხი შესთავაზეს), ეპასუხათ კითხვებზე, ბუპუთი კვების პერიოდში დაფეხმძიმების რისკი იზრდება, კლებულობს, თუ ეს ფაქტორი არანაირ გავლენას არ ახდენს მასზე და შეიძლება თუ არა დაფეხმძიმება პირველივე სექსუალური კონტაქტის შემდეგ.

დაუცველი სექსის სიტუაციაში ქალის მენსტრუალურ ციკლში ჩასახვისათვის ხელსაყრელი დღეების ცოდნა საშუალებას აძლევს პარტნორებს თავიდან აიცილონ არასასურველი, დაუგეგმავი ფეხმძიმობა. ეს ცოდნა რესპონდენტის ამ საკითხში შეფასების უნარის ინდიკატორს წარმოადგენს. 14.5.1 ცხრილში ნაჩვენებია ახალგაზრდა ქალების პროცენტული განაწილება ქვემოთ ჩამოთვლილ კითხვებზე გაცემული პასუხების მიხედვით: “დასახელებთ მენსტრუალური ციკლის ჩასახვისათვის ყველაზე ხელსაყრელი დღეები”, “გისაუბრიათ თუ არა მენსტრუალურ ციკლზე მშობლებთან ან მოგისმენიათ თუ არა სკოლაში სქესობრივი განათლების კურსი ან გაკვეთილი”.

მთლიანობაში მხოლოდ ყოველმა მეოთხე ახალგაზრდა ქალმა შექლო სწორად განეხილა მენსტრუალურ ციკლში ჩასახვისათვის ყველაზე ხელსაყრელი პერიოდი (მენსტრუალური ციკლის შუა პერიოდი). მშობლებთან მენსტრუალურ ციკლზე საუბრებს დიდი გავლენა არ მოუხდენია ახალგაზრდა ქალების ცოდნაზე, მაშინ, როცა სკოლაში ჩატარებულმა სქესობრივი განათლების გაკვეთილებმა განსაზღვრეს მათი პასუხების სისწორე. სქესობრივი განათლების სასკოლო კურსის მსმენელთა შორის 31%-მა შექლო სწორად დაესახელებინა მენსტრუალურ ციკლში ჩასახვისათვის ყველაზე

ხელსაყრელი პერიოდი, მაშინ, როცა მათ შორის, ვისაც ასეთი სასკოლო კურსი მოსმენილი არ ჰქონდა, 21%-მა მოახერხა სწორი პასუხის გაცემა. მართალია ამ თემის ფართომასშტაბიანი განხილვა ზრდის სწორი ინფორმაციის ცოდნას, ფაქტი ფაქტად რჩება: მენსტრუალურ ციკლზე სკოლაში ან სახლში მიღებული ინფორმაციის მიუხედავად, ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობამ არასწორი პასუხი გასცა დასმულ შეკითხვას ან უარეს შემთხვევაში, საერთოდ არ იცოდა, რა ეპასუხა კითხვაზე.

14.5.2 ცხრილის ყოველი ზედა სექცია წარმოადგენს პასუხებს კითხვაზე: “როგორ გგონიათ ძუძუთი კვების პერიოდში დაფეხმძიმების რისკი იზრდება, კლებულობს, თუ ეს ფაქტორი არანაირ გავლენას არ ახდენს მასზე?” გამოკითხული ქალების 40%-მა სწორი პასუხი გასცა შეკითხვას, რომ ძუძუთი კვება დაფეხმძიმების რისკს ამცირებს. სწორად გაცემული პასუხების წილი გაცილებით მაღალი იყო იმ ახალგაზრდებში, რომლებსაც სკოლაში ან სახლში ესაუბრნენ თემაზე “როგორ ხდება დაფეხმძიმება”. ხაზგასმით უნდა აღუნიშნით, რომ ახალგაზრდა ქალების თითქმის ნახევარმა არ იცოდა ამ კითხვაზე პასუხი.

ცხრილის ქვედა სექციაში მოცემულია ახალგაზრდა ქალების პასუხები კითხვაზე, ეთანხმებიან თუ არა ისინი წინადადებას “ქალი შეიძლება დაფეხმძიმდეს პირველივე სქესობრივი აქტის დროს”. ახალგაზრდა ქალების სამ მეოთხედზე მეტმა უპასუხა, რომ ქალი შეიძლება დაფეხმძიმდეს პირველივე სქესობრივი აქტის დროს. დანარჩენების უმრავლესობამ არ იცის პასუხი ამ კითხვაზე. სწორი პასუხი, რომ ქალი შეიძლება დაფეხმძიმდეს პირველივე სქესობრივი აქტის დროს, გასცა ქალთა იმ ჯგუფის უმრავლესობამ, რომელსაც აუხსნეს განსახილველი თემა სკოლაში ან სახლში, რამაც კიდევ ერთხელ ცხადყო, რომ თემის სწორად ცოდნა განათლებაზე დამოკიდებული.

გამოკითხვა შეიცავდა ისეთი კითხვების სერიასაც, სადაც რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, იცოდნენ თუ არა მათ კონტრაცეპციის ჩამოთვლილი (იხ. თავი VII) 10 მეთოდის გამოყენება. თავდაპირველად იგეგმებოდა მონაცემების ანალიზში სპეციალური ცხრილის შეტანა. ამ ცხრილს უნდა ეჩვენებინა ახალგაზრდა ქალების პროცენტი, რომლებმაც იცოდნენ, როგორ გამოიყენება კონტრაცეპციის ესა თუ ის მეთოდი ოჯახსა და სკოლაში მიღებული “კონტრაცეპციის მეთოდების შესახებ” ცოდნის გათვალისწინებით. როგორც ცხრილი 14.2.1 და 14.3.1-დან ჩანს, ახალგაზრდა ქალების ორ პროცენტზე ნაკლებმა მიიღო კონტრაცეპციაზე ინფორმაცია მშობლებისაგან ან სკოლიდან. ამიტომ ეს მონაცემები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ვერ იქნებოდა, და ამ მონაცემების არც რაიმე ანალიზი გაკეთებულა.

ცხრილი 14.4

15-24 წლის ქალების მოსაზრებების პროცენტული განაწილება სექსის საკითხებთან დაკავშირებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროს შესახებ

სერვისული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მასივები	მოსაზრება სექსის საკითხებთან დაკავშირებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროს შესახებ										
	მეზობრები თანატოლები	მედი	მანქანა მანქანა	მშობლები	პროფესორ/მედიკოსი	მედიკოსი	სტრუქტურული სერვისი	კმა	არ ერ	სულ	შეზღვევის რისკი
სულ	45.8	14.1	9.8	8.1	7.7	7.2	4.8	2.2	0.3	100.0	2 360
საკონსერვაციო ადგილი											
თბილისი	38.8	20.7	11.5	11.1	5.2	8.5	2.0	2.2	0.0	100.0	614
სხვა ქალაქები	49.6	12.9	13.0	5.5	5.7	6.9	4.2	2.2	0.1	100.0	817
სოფელი	47.1	11.3	6.7	8.3	10.4	6.7	6.7	2.2	0.6	100.0	929
ენიკური ჯგუფი											
ქართველი	47.2	14.7	10.8	8.0	5.1	8.2	4.0	1.9	0.1	100.0	2 015
აზერბაიჯანელი	34.1	7.3	3.3	11.1	27.0	0.6	9.6	5.1	1.9	100.0	208
სომეხი	57.1	11.2	7.9	4.8	6.3	5.6	7.0	0.0	0.0	100.0	89
სხვა	26.7	31.4	11.7	3.4	13.3	5.3	4.9	3.3	0.0	100.0	48
დასაკონსერვაციო ჯგუფი											
15-17	34.2	29.8	18.9	6.5	7.1	1.8	0.9	0.3	0.6	100.0	668
18-19	43.5	14.0	13.2	7.4	7.4	6.5	4.9	2.7	0.5	100.0	457
20-24	42.7	14.2	9.6	6.4	11.1	9.1	4.5	2.1	0.4	100.0	1 235
განათლების დონე											
არასრული საშუალო	48.8	12.6	6.7	10.1	10.0	3.5	6.0	2.0	0.2	100.0	670
სრული საშუალო	45.7	13.1	10.8	7.3	7.0	7.7	5.1	2.8	0.6	100.0	986
ტექნიკური	47.4	13.7	14.9	7.1	5.8	2.4	1.4	2.2	0.0	100.0	290
უნივერსიტეტი	38.4	20.4	10.5	6.7	4.7	14.9	2.8	1.6	0.0	100.0	414
ოჯახური											
მდგომარეობა											
გათხოვილი/არარეგისტრირებული ქალი	40.1	10.2	7.0	6.1	23.5	5.1	4.6	3.0	0.4	100.0	935
არასოდეს ქონია არარეგისტრირებული ქალი	48.5	16.0	11.2	9.1	0.1	8.2	4.8	1.8	0.3	100.0	1 425
იმულებით											
ადგილობრივი	50.4	11.2	11.6	8.7	6.8	5.5	1.8	3.9	0.0	100.0	562
არა	45.6	14.3	9.7	8.1	7.7	7.3	4.9	2.1	0.3	100.0	1 798
სოციალ-ეკონომიკური											
ინდექსი											
დაბალი	47.3	12.8	7.3	7.3	10.2	6.4	6.4	1.7	0.6	100.0	997
საშუალო	45.4	14.3	10.6	8.0	6.7	8.2	4.3	2.3	0.2	100.0	1 097
მაღალი	43.7	16.8	13.0	10.3	5.3	5.4	2.6	3.0	0.0	100.0	266

* = გარდა 28 ქალისა, რომლებმაც ამ კითხვას არ უპასუხეს

ცხრილი 14.5.1

15-24 წლის ქალების მოსაზრებების პროცენტული განაწილება მენსტრუალური ციკლის პერიოდში დაფეხმძიმების ყველაზე ხელსაყრელი დღეებისა და მშობლებისაგან ან სკოლაში მენსტრუალურ ციკლზე ინფორმაციის მიღების შესახებ

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

მოსაზრება მენსტრუალური ციკლის პერიოდში დაფეხმძიმების ყველაზე ხელსაყრელი დღეების შესახებ	სულ	ისაუბრეს მენსტრუალურ ციკლზე მშობლებთან			ცოდნა მენსტრუალურ ციკლზე მიიღეს სკოლაში	
		დიახ	არა	დიახ	არა	
უშუალოდ ციკლის დაწყების წინ, ციკლის პერიოდში, ან უშუალოდ მისი დამთავრების შემდეგ	26.2	26.6	25.7	26.2	26.2	
ციკლის პერიოდების შუალედში	24.9	26.6	22.3	31.3	21.2	
ნებისმიერ დროს	7.3	6.5	8.6	6.2	8.0	
არ ვიცი	41.6	40.4	43.4	36.4	44.6	
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
შემთხვევების რაოდენობა	2 388	1 465	923	904	1 484	

ცხრილი 14.5.2

15-24 წლის ქალების მოსაზრებების პროცენტული განაწილება ძუძუთი კვებისა და პირველი სქესობრივი კონტაქტისას დაფეხმძიმების შანსის შესახებ. მონაცემები დაჯგუფებულია იმის მიხედვით, ესაუბრენ თუ არა რესპონდენტს სკოლაში ან სახლში თემაზე "როგორ ხდება დაფეხმძიმება"

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წელი

	სულ	ესაუბრა მშობლებს თემაზე "როგორ ხდება დაფეხმძიმება"			სკოლაში ესაუბრენ თემაზე "როგორ ხდება დაფეხმძიმება"	
		დიახ	არა	დიახ	არა	
ძუძუთი კვების პერიოდში დაფეხმძიმების რისკი იზრდება	1.6	1.1	1.7	2.2	1.3	
დაფეხმძიმების რისკი მცირდება	40.0	50.7	38.4	44.7	37.8	
დაფეხმძიმების რისკი არ იცვლება	15.4	19.7	14.7	18.3	14.0	
არ ვიცი	43.0	28.5	45.2	34.9	46.9	
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
დაფეხმძიმების ალბათობა პირველივე სქესობრივი კონტაქტისას	76.4	86.8	74.8	82.2	73.6	
დაფეხმძიმება შესაძლებელია	3.4	4.6	3.2	2.1	4.0	
არ ვიცი	20.3	8.6	22.0	15.8	22.4	
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
შემთხვევების რაოდენობა	2 388	302	2 086	819	1 569	

მოზარდების სქესობრივი და კონტრაცეპტივების
მოხმარების გამოცდილება

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვის (GRHS 1999) მოზარდების მოდულში შედიოდა კითხვები, რომლებიც ეხებოდა კონდომის გამოყენებას, პირველი სქესობრივი აქტის ასაკსა და პარტნიორის მიერ კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებას და ამჟამინდელ და წარსულ სქესობრივ ქცევას.

15.1. პირველი სქესობრივი აქტი

ხანგრძლივობის მაჩვენებლების ცხრილის შეფასებები, რომლებიც მოყვანილია 15.1.1 ცხრილში, უჩვენებენ სქესობრივი ცხოვრების დაწყების სხვაობებს 16, 18 და 20 წლის ასაკისათვის. მოზარდების პროცენტი, რომლებმაც პირველი სქესობრივი გამოცდილება 16 წლის ასაკში მიიღეს, დაბალია (2%), 20 წლის ასაკისთვის კი გამოკითხულთა ერთ მესამედზე მეტს უკვე პქონდათ სქესობრივი კონტაქტების გამოცდილება (32%). ცხრილში ნაჩვენებია, რომ განათლების დონის, საცხოვრებელი ადგილის და სოციალურ-ეკონომიკური დონის ყველა ჯგუფში სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ალბათობა ასაკთან ერთად იზრდება. აღმოჩნდა, რომ სოფლად მცხოვრები ქალების უფრო დიდმა პროცენტმა დაიწყო სქესობრივი ცხოვრება 16, 18 და 20 წლის ასაკისათვის, რაც ალბათ გათხოვების უფრო ახალგაზრდა ასაკით არის განპირობებული.

განათლების დონე გარკვეულ ორგანოზომილებიან გაელენას ახდენს სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ალბათობაზე: სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ალბათობა მცირდება განათლების დონის ზრდასთან ერთად. არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებთან შედარებით, საშუალო, სპეციალური ტექნიკური და უმაღლესი განათლების ქალების უფრო მცირე რაოდენობა იწყებს სქესობრივ ცხოვრებას; მიუხედავად ამისა, როგორც ჩანს, განათლების დაბალ დონეს, სოფლად ცხოვრებას და ადრეულ ასაკში გათხოვებას შორის არსებობს მრავალფარიანი და მოკიდებულიება. უმაღლესი განათლების დონის მქონე ქალების მხოლოდ 21% განაცხადა, რომ 20 წლის ასაკისათვის მას უკვე პქონდა სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილება. არსებობს უკუკავშირი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსსა და ქალის ადრეულ გათხოვებას შორის, რაც იმით დასტურდება, რომ საშუალო (28%) და მაღალი (28%) სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალების მხოლოდ მცირე ნაწილმა დაიწყო სქესობრივი ცხოვრება 20 წლის ასაკში, მაშინ როცა დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალების 39% დაიწყო სქესობრივი ცხოვრება იგივე ასაკში. რეგიონალური სხვაობების შედარებისას აღმოჩნდა, რომ სამხრეთ რეგიონში მცხოვრები ქალების თითქმის ნახევარმა თავისი პირველი სქესობრივი გამოცდილება მიიღო 20 წლის ასაკში (49%). და პირიქით, იმერეთის რეგიონში მცხოვრები ქალების მხოლოდ ყოველმა მერვემ დაიწყო სქესობრივი ცხოვრება ამ ასაკში (22%), და ბოლოს, სხვადასხვა რესპონდენტების შედარება იძულებით გადაადილებული პირის სტატუსის მიხედვით ხდებოდა. ახალგაზრდა ქალს, რომელსაც იძულებით გადაადგილებული პირის (იგპ) სტატუსი აქვს, და იგივე ასაკის ადგილობრივ მაცხოვრებელს 20 წლის ასაკში სქესობრივი

ცხოვრების დაწყების თითქმის ერთნაირი ალბათობა აქვთ - შესაბამისად, 29% და 32%.

ცხრილი 15.1.1

ასაკის ხანგრძლივობის მანვენებლების ცხრილი 15-24 წლის ქალების პირველი სქესობრივი გამოცდილების მიღების ასაკისათვის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ასაკი პირველი სქესობრივი აქტის დროს			შემთხვევების რაოდენობა
	<16	<18	<20	
სულ	2.3	13.9	31.5	2 388
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	1.2	9.6	25.6	1 444
სოფელი	3.7	19.5	39.6	944
განათლების დონე				
არასრული საშუალო	4.2	24.4	48.1	683
საშუალო	2.1	12.6	31.0	997
ტექნიკური	0.8	8.8	26.5	291
უმალესი	0.0	5.3	20.8	417
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი				
დაბალი	3	17.3	38.9	1 014
საშუალო	2.1	12.7	28.3	1 105
მაღალი	1.5	10.6	28.0	269
რეგიონი				
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	4.3	19.2	40.0	384
სამხრეთი	3.7	24.3	48.5	337
თბილისი	1.0	9.2	24.5	623
იმერეთი	1.5	10.2	21.8	472
დასავლეთი	1.7	10.0	28.2	572
იჯამ სტატუსი				
ღიახ	2.0	6.9	28.5	564
არა	2.4	14.3	31.7	1 824

ახალგაზრდა ქალებს ეკითხებოდნენ, როდის პქონდა ადგილი (თვე და წელი) მათ პირველ სქესობრივ აქტს და რამდენი წლისა იყვნენ ისინი. როგორც 15.1.2 ცხრილშია ნაჩვენები, 15-24 წლის ქალები ინარჩუნებენ ქალწულობას მოზარდობის თითქმის მთელ პერიოდში. ორმა მესამედმა 2 388 ახალგაზრდა რესპონდენტიდან (67%) განაცხადა, რომ ჯერ არ პქონია სქესობრივი ურთიერთობა მამაკაცთან. ეს ცხრილი აგრეთვე გვიჩვენებს, რომ სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ პირველი სქესობრივი გამოცდილება ქორწინების შემდეგ მიიღო (96%) და მხოლოდ 22-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ქალების ნახევარს პქონდა სქესობრივი გამოცდილება, ამათგან 95% ეს გამოცდილება მიიღო ქორწინების შემდეგ. ქორწინებამდე სექსის სიხშირე ძალიან დაბალია; გამოკითხულთა მხოლოდ 1%-ს პქონდა სქესობრივი ურთიერთობა გათხოვებამდე. ეს დიამეტრალურად განსხვავდება აღმოსავლეთ ევროპის მეზობელი ქვეყნების სიტუაციისაგან. ქვეყნების ერთმანეთთან შედარების განხილვა ამ თავის ბოლოშია მოყვანილი.

ცხრილი 15.12

15-24 წლის ახალგაზრდა ქალების სქესობრივი გამოცდილება პირველი სქესობრივი აქტის დროს მათი ოჯახური მდგომარეობის და ამჟამინდელი ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

ამჟამინდელი ასაკობრივი ჯგუფი (წლოვანება) სულ (15-24)	სქესობრივი გამოცდილება რესპონდენტების პასუხების მიხედვით		სულ	ოჯახური მდგომარეობა პირველი სქესობრივი აქტის დროისათვის		შემთხვევების ს. შეუწონავი რაოდენობა
	არა აქვს სქესობრივი გამოცდილება	აქვს სქესობრივი გამოცდილება		გათხოვების შემდეგ	გათხოვებამდე	
	67.4	32.7	100.0	31.3	1.3	2 388
15-17	90.2	9.8	100.0	9.5	0.3	673
18-19	73.5	26.5	100.0	25.9	0.5	469
20-21	59.8	40.2	100.0	38.6	1.6	479
22-24	38.3	61.7	100.0	58.7	3.1	767

როგორც 15.13 ცხრილშია ნაჩვენები, სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების პროცენტი ქალაქში მცხოვრებ ქალებში ოდნავ უფრო დაბალია, ვიდრე სოფლად მცხოვრებ ქალებში (შესაბამისად 28% და 39%), რაც ასახავს დაქორწინების უფრო ადრეულ ასაკს სოფლად, რადგან თითქმის ყველა გამოკითხული აცხადებს, რომ სქესობრივი გამოცდილება ქორწინების შემდეგ მიიღო. ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში, სოფლად მცხოვრები ახალგაზრდა ქალები სხვადასხვა სოციალური და ეკონომიკური მიზეზების გამო უფრო განწყობილნი არიან ადრეული ქორწინებისათვის. გარდა ამისა, ის, რომ ქალაქად მცხოვრებ ქალებს მეტი შესაძლებლობა აქვთ, გააგრძელონ სწავლა უმაღლესში, შეიძლება ხელს უწყობდეს გათხოვების უფრო გვიან დრომდე გადადებას და ქვეყნის ტრადიციიდან გამომდინარე, პირველი სქესობრივი გამოცდილების ასაკის გაზრდას.

ცხრილი 15.13

15-24 წლის ქალების ინფორმაციით მათი სქესობრივი გამოცდილება ოჯახური მდგომარეობის და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით პირველი სქესობრივი კონტაქტის დროს

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველი: 1999/2000 წ.

ამჟამინდელი ასაკი და საცხოვრებელი ადგილი	სქესობრივი გამოცდილება რესპონდენტების პასუხების მიხედვით		სულ	ოჯახური მდგომარეობა პირველი სქესობრივი აქტის დროს		შემთხვევების ს. შეუწონავი რაოდენობა
	არა აქვს სქესობრივი გამოცდილება	აქვს სქესობრივი გამოცდილება		გათხოვების შემდეგ	გათხოვებამდე	
ყველა ქალი						
15-19	84.2	15.4	100.0	0.4	100.0	1 142
20-24	47.3	50.3	100.0	2.4	100.0	1 246
სულ	67.4	31.3	100.0	1.3	100.0	2 388
ქალაქი						
15-19	87.5	12.1	100.0	0.4	100.0	666
20-24	56.4	40.9	100.0	2.7	100.0	778
სულ	72.1	26.3	100.0	1.5	100.0	1 444
სოფელი						
15-19	80.7	18.9	100.0	0.4	100.0	476
20-24	33.5	64.4	100.0	2.1	100.0	468
სულ	61.4	37.6	100.0	1.1	100.0	944

ახალგაზრდა ქალების ოჯახური სტატუსი პირველი სქესობრივი გამოცდილებისას ამჟამინდელი ასაკობრივი ჯგუფის და განათლების დონის მიხედვით ნაჩვენებია 15.14 ცხრილში. სრული საშუალო განათლების მქონე 15-24 წლის ქალების მეტმა ნაწილმა დაადასტურა, რომ ჰქონდათ სქესობრივი გამოცდილება (36%-42%); არასრული საშუალო განათლების ქალებში ეს მაჩვენებელი 23% იყო. ამასთან აღსანიშნავია, რომ ჯვარედინი მონაცემები 15-24 წლის ქალებისათვის არ ეძრება ხანგრძლივობის ტაბულის მაჩვენებლებს 20 წლის ასაკისათვის (იხ. ცხრილი 15.1.1). ხანგრძლივობის მაჩვენებლების ცხრილი გვიჩვენებს პირველი სქესობრივი კავშირის და განათლების დონის შორის არსებულ უკუპროპორციულ კავშირს, და თუ ავიღებთ ერთ ასაკობრივ ჯგუფს და შევადარებთ მას მხოლოდ 20-24 წლის ქალებს 15.14 ცხრილიდან, სახეზე გავეჩვენებთ იგივე უკუპროპორციული დამოკიდებულება განათლების დონესთან.

სქესობრივი გამოცდილების მქონე გათხოვილ და გაუთხოვარ ქალებს ეკითხებოდნენ, გამოიყენეს თუ არა მათ ან მათმა პარტნიორმა კონტრაცეციის რომელიმე მეთოდი პირველი სქესობრივი კავშირის დროს (ცხრილი ნაჩვენები არ არის). სქესობრივი გამოცდილების მქონე 951 ახალგაზრდა ქალიდან მხოლოდ ოთხმა განაცხადა, რომ თვითონ ან მისმა პარტნიორმა გამოიყენა კონტრაცეციის მეთოდი პირველი სქესობრივი კავშირის დროს. დანარჩენ რესპონდენტებს ჰკითხეს, რა მიზეზით არ იხმარეს მათ კონტრაცეპტივი პირველი სქესობრივი კონტაქტის დროს. პასუხები მოცემულია 15.15 ცხრილში. უმთავრესი მიზეზი, რომლის გამოც ამ ახალგაზრდა ქალებმა არ იხმარეს კონტრაცეპტივი პირველი სქესობრივი კონტაქტის დროს, იყო მათი დაღიანებული სურვილი (75%). სიხშირით მეორე მიზეზია კონტრაცეციის უეფულებელობა (13%). ეს იყო ორი ყველაზე ტიპური მიზეზი, რომელიც დაასახელეს სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებმა (შესაბამისად 76% და 13%). მიუხედავად იმისა, რომ შერჩევის ზომა მცირეა სქესობრივი გამოცდილების მქონე იმ გაუთხოვარი ქალებისათვის, რომლებმაც არ გამოიყენეს კონტრაცეციის არცერთი მეთოდი პირველი სქესობრივი ურთიერთობისას, ყურადსაღებია, რომ ამ ქალების კონტრაცეპტივის არმომხმარებლის მიზეზიც დაღიანებული სურვილი იყო (68%), ხოლო სიხშირით მეორე მიზეზია მოულოდნელი სქესობრივი კავშირი (18%). მიუხედავად იმისა, რომ შერჩევა მცირე ზომისაა, პირველი სქესობრივი კავშირისას დაღიანებული სურვილი გაუთხოვარი ქალების 60%-ზე მეტი ხედვებთან თავის პარტნიორს ერთ წელიწადზე მეტი დროის განმავლობაში (ცხრილში ნაჩვენები არ არის). როგორც ჩანს, დაღიანებული სურვილი ამ ასაკობრივი ჯგუფის ბევრი გათხოვილი თუ გაუთხოვარი ქალის მთავარი მიზეზია. იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველის ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობა სქესობრივ გამოცდილებას ქორწინების შემდეგ იღებს და ამასთან უნდა, ქორწინებიდან რაც შეიძლება მალე გააჩინოს შვილი, ოჯახის დაგეგმვარების მოთხოვნა ახალგაზრდა ქალებში მინიმალურია პირველი შვილის გაჩენამდე. პროგრამები მიმართული უნდა იყოს მომავალი შვილების დროში ადექვატურად განაწილებისაკენ დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით და უნდა ითვალისწინებდნენ კონსულტაციებს კონტრაცეპტივების მოხმარებასა და პრენატალური სამედიცინო მომსახურების შესახებ.

ცხრილი 15.14

15-24 წლის ქალების ინფორმაციით მათი სქესობრივი გამოცდილება ოჯახური მდგომარეობის და განათლების დონის მიხედვით პირველი სქესობრივი კონტაქტის დროს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო: 1999/2000

ამჟამინდელი ასაკი და განათლების დონე	სქესობრივი გამოცდილება რესპონდენტების პასუხების მიხედვით			სულ	შემთხვევების შეფარება რაოდენობა
	არა აქვს სქესობრივი გამოცდილება	გათხოვების შემდეგ	გათხოვებამდე		
ყველა ქალი					
15-19	84.2	15.4	0.4	100.0	1 142
20-24	47.3	50.3	2.4	100.0	1 246
სულ	67.4	31.3	1.3	100.0	2 388
არასრული საშუალო					
15-19	86.3	13.1	0.6	100.0	558
20-24	19.4	77.6	3.0	100.0	128
სულ	76.8	22.2	0.9	100.0	683
სრული საშუალო					
15-19	81.2	18.6	0.2	100.0	472
20-24	46.0	51.9	2.2	100.0	525
სულ	64.4	34.5	1.1	100.0	997
ბაკალავრის					
15-19	75.6	24.4	0.0	100.0	64
20-24	52.5	44.4	3.0	100.0	227
სულ	58.2	39.5	2.3	100.0	291
უმაღლესი					
15-19	96.1	3.9	0.0	100.0	48
20-24	55.8	42.0	2.3	100.0	369
სულ	60.9	37.2	2.0	100.0	417

ცხრილი 15.15

პირველი სქესობრივი კავშირის დროს კონტრაცეპტივების არმომხმარების ყველაზე ხშირად მოხსენიებული მიზეზები სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-25 წლის ქალებში პირველი სქესობრივი ურთიერთობის დროს, მათი ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კონტრაცეპტივის არმომხმარების მთავარი მიზეზი	ოჯახური მდგომარეობა პირველი სქესობრივი აქტის დროს		
	სულ	გათხოვილი და არარეგისტრირებული კავშირში მყოფი	გათხოვარია
უნდოდა, რომ დაორსულებულიყო	75.4	75.7	67.9
აზრად არ მოსვლიდა კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენება	12.7	12.9	8.7
არაფერი იცოდა კონტრაცეპციაზე	5.3	5.4	2.8
სქესობრივი აქტი სპონტანური და მოულოდნელი იყო	3.2	2.6	17.5
არ სურდა კონტრაცეპტივის მოხმარება	2.8	2.8	3.1
სხვა	0.3	0.3	0.0
არ ახსოვს	0.3	0.3	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეფარება რაოდენობა	945	916	29

როგორც 15.6.1 ცხრილიდან ჩანს, პირველი ქორწინებისას პარტნიორების ნახევარზე მეტი (55%) მინიმუმ ხუთი წლით უფროსია ქალზე. 19-24 წლის ასაკში გათხოვილი ქალების თითქმის ორი მესამედის პარტნიორები მათზე ხუთი წლით უფროსი არიან.

ცხრილი 15.1.6

პარტნიორების ასაკობრივი სხვაობები პირველი სქესობრივი აქტის დროს რესპონდენტების პირველი სქესობრივი ურთიერთობის ასაკის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველო. 1999/2000 წ.

ასაკი პირველი სქესობრივი გამოცდილების მიღებისას	ხუთ წელზე ნაკლები	ხუთ წელზე მეტი	სულ	შემთხვევების შეწონხავი რაოდენობა
სულ	45.0	55.0	100.0	928
12-14	56.0	44.0	100.0	59
15	49.3	50.7	100.0	128
16	54.3	45.7	100.0	149
17	39.5	60.5	100.0	182
18	45.1	54.9	100.0	165
19	28.7	71.3	100.0	82
20-24	35.9	64.1	100.0	163

15.2. ამჟამინდელი სქესობრივი აქტივობა

15.2.1 ცხრილში ნაჩვენებია 15-24 წლის ასაკის ქალების ამჟამინდელი სქესობრივი აქტივობის სტატუსი. სქესობრივი გამოცდილების მქონე რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, როდის პქონდათ ბოლო სქესობრივი აქტი პარტნიორთან. როგორც წინა, ქვეთავში იყო ნახსენები, ახალგაზრდა ქალების უმრავლესობას (67%) არა პქონდა სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილება. ქალების დანარჩენი 33%-ის უმრავლესობას, რომლებსაც პქონდათ სქესობრივი გამოცდილება, ბოლო სქესობრივი აქტი წინა თვეს პქონდა (62%); 29% ინტერვიუს ჩამორთმევის მომენტი სათვის ან ორსულად იყო ან ახლადნამშობიარები. ამჟამად, გათხოვილი ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი ქალების 30% ორსული ან ახლანამშობიარები იყო; იგივე შეხება განათხოვარი ქალების 14%-ს. და პირიქით, გაუთხოვარი ქალების თითქმის 100%-მა განაცხადა, რომ არასოდეს პქონია სქესობრივი ურთიერთობა. ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით, 15-19 წლის ქალების უმრავლესობას არასოდეს პქონია სქესობრივი ურთიერთობა (84%). მიუხედავად ამისა, 20-24 წლის ქალების თითქმის ნახევარს სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილება პქონდა (53%). ყოველ მესამე ქალს წინა თვეში პქონდა სქესობრივი კავშირი პარტნიორთან (35%).

ცხრილი 15.2.1

ახალგაზრდა ქალების ამჟამინდელი სქესობრივი აქტივობის სტატუსი ამჟამინდელი ოჯახური სტატუსის და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველი, 1999/2000 წ.

სქესობრივი აქტივობის სტატუსი	სულ	ოჯახური მდგომარეობა			ასაკობრივი ჯგუფი	
		გათხოვილი/ არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	განათხოვარი	გაუთხოვარი	15-19	20-24
არასოდეს პქონია სქესობრივი ურთიერთობა	67.4	0.0	0.0	99.8	84.2	47.3
ერთხელ მაინც პქონია სქესობრივი ურთიერთობა	32.8	100.0	100.0	0.2	15.8	52.7
• ბოლო ერთი თვის მანძილზე	20.4	66.3	19	0.1	8.6	34.5
1-3 თვის წინ	0.9	2.1	11.2	0.0	0.4	1.4
სამ თვეზე მეტი ხნის წინ, მაგრამ გასული წლის ფარგლებში	0.8	1.0	24.0	0.0	0.1	1.6
ერთი ან მეტი წლის წინ	1.1	0.5	49.2	0.0	0.2	2.1
ერთი თვის ან მეტი დროის ხანგრძლივობის ინტერვალში უცნობი	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2
ამჟამად ორსული ან ახალნაშობიარეგია	9.5	30.0	13.8	0.0	6.5	12.9
სულ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების რაოდენობა	2 388	900	49	1 439	1 142	1 246

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების უმრავლესობას არ მოუხმარია კონტრაცეპციის საშუალება პირველი სქესობრივი კავშირის დროს (73%). 15.2.2 ცხრილში ნაჩვენებია პროპორციები ამჟამინდელი ოჯახური სტატუსის მიხედვით. კონტრაცეპტივის არმომხმარებლის აღბათობა ამჟამად გაუთხოვარ ქალებში (98%) უფრო დიდია, ვიდრე ამჟამად გათხოვილებში (72%). კონტრაცეპციის მომხმარებელი სქესობრივი გამოცდილების მქონე 27% ქალების მეტი წილი ტრადიციულთან შედარებით უპირატესობას თანამედროვე კონტრაცეპტივებს ანიჭებს, შესაბამისად 16% და 11%. სქესის ყველაზე გავრცელებული თანამედროვე მეთოდია (5%), ხოლო შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი გავრცელებული ტრადიციული მეთოდი (8%).

კონტრაცეპტივების არმომხმარებლის მიზეზები, რომლებიც დაასახელებს რესპონდენტებმა, ვისაც ბოლო სამი თვის განმავლობაში პქონდა სქესობრივი ურთიერთობა პარტნიორთან, ან ინტერვიუს ჩამორთმევისას ორსული ან ახალდადნაშობიარეები იყო, ოჯახური სტატუსის მიხედვით აღწერილია 15.2.3 ცხრილში. ყველაზე ხშირად რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალები ასახელებდნენ დაორსულების სურვილს (28%). სიხშირით მეორე მიზეზი იყო ორსულად ყოფნა ან მშობიარობის შემდგომი მდგომარეობა (შესაბამისად, 22% და 19%). გაუთხოვარი ქალების დასახელებული მიზეზებია პარტნიორის არყოფა ან სქესობრივი აქტივობის არქონა (79%).

ცხრილი 15.2.2

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალების მიერ კონტრაცეპტივების მოხმარება ბოლო სქესობრივი აქტის დროს ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეპციის მოხმარება	სულ	ოჯახური სტატუსი	
		ამჟამად გათხოვილი/ არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი	ამჟამად გაუთხოვარი
ამჟამად მოიხმარს	26.8	28.4	1.8
თანამედროვე მეთოდები	16.1	17.1	1.8
სწის	7.1	7.4	1.8
კონდომი	5.2	5.5	0.0
ორალური კონტრაცეპტივი	2.0	2.1	0.0
გადაუღებელი კონტრაცეპტივი	1.7	1.8	0.0
მიღების სტერილიზაცია	0.2	0.2	0.0
ტრადიციული მეთოდები	10.7	11.4	0.0
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	7.9	8.4	0.0
კალენდარი (რითმის მეთოდი)	2.9	3.0	0.0
ამჟამად არ მოიხმარს	73.2	71.6	98.2
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების რაოდენობა	951	900	51

ცხრილი 15.2.3

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალების მიერ, რომლებიც ბოლო სამი თვის მანძილზე სქესობრივად აქტიური ან ორსული ან ახალადანამშობიაროები იყვნენ, კონტრაცეპტივების არმოხმარების ყველაზე ხშირი მიზეზები ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეპტივის არმოხმარების მთავარი მიზეზი	სულ	ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობა	
		გათხოვილი/სქესობრივ კავშირში	გაუთხოვარი
ამჟამად ორსულია	20.4	22.2	0.0
სურს დაორსულდება	26.4	28.2	5.9
ამჟამად ახალნამშობიარები ან მეტუბურია	18.9	19.4	13.2
არ უფიქრია ამაზე/უგულეებელყოფა	10.0	10.8	1.9
სქესობრივად არ იყო აქტიური	8.8	2.7	79.0
ქალის უშეიღობა/სუბფერტილობა	3.3	3.6	0.0
არ მოსწონს	2.9	3.1	0.0
ღირებულება/ხელშიუწვდომლობა	2.2	2.4	0.0
არ იცის	1.6	1.7	0.0
გვერდითი მოვლენების შიში	1.5	1.6	0.0
ოჯახის დაგეგმვის შესახებ არცოდნა	1.4	1.6	0.0
შენჯის ორგანოების ანთება	1.0	1.1	0.0
არ სჯედა, რომ შეიძლება დაორსულდეს	0.7	0.8	0.0
სხვა მიზეზები	0.6	0.7	0.0
მამაკაცის უშეიღობა	0.1	0.2	0.0
სულ	100.0	100.0	100.0
შემთხვევების შეუწონავი რაოდენობა	686	636	50

სქესობრივი გამოცდილების მქონე რესპონდენტებს სთხოვდნენ, გაეხსენებინათ ბოლო სამი თვის მანძილზე რამდენი სქესობრივი პარტნიორი ჰყავდათ. ეს მონაცემები ნაჩვენებია 15.2.4 ცხრილში; სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების 90% განაცხადა, რომ მხოლოდ ერთი პარტნიორი ჰყავს, ერთ პროცენტზე ნაკლებმა ორი ან მეტი პარტნიორი დაასახელა. გათხოვილი ქალების 95% განაცხადა, რომ ბოლო სამი თვის მანძილზე ერთი პარტნიორი ჰყავდა. განათხოვარი ქალების 67% არ ჰყოლია პარტნიორი ბოლო სამი თვის განმავლობაში, ხოლო 33%-ს ერთი პარტნიორი ჰყავდა. შემდგომში, ამ რესპონდენტებს სთხოვეს, გაეხსენებინათ რამდენი სქესობრივი პარტნიორი ჰყოლიათ მთელი ცხოვრების მანძილზე. ქალების 98%-მა დაასახელა ერთი სქესობრივი პარტნიორი. ეს შეფარდება არსებითად ერთნაირია გათხოვილ და განათხოვარ ქალებში (შესაბამისად 99% და 98%).

ცხრილი 15.2.4.

სქესობრივი გამოცდილების მქონე ახალგაზრდა ქალების მიერ დასახელებული სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობა ბოლო სამი თვის და მთელი ცხოვრების მანძილზე ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

კონტრაცეციის გამოყენება	სულ	ოჯახური მდგომარეობა		
		ამჟამად გათხოვილი/ სქესობრივ კავშირში	განათხოვარი	გათხოვარი
სამი თვე				
არცერთი	9.5	4.5	66.7	*
ერთი	90.4	95.4	33.3	*
ორი ან მეტი	0.1	0.1	0.0	*
სულ	100.0	100.0	100.0	
ცხოვრების მანძილზე				
ერთი	98.2	99.1	98.0	
ორი ან მეტი	1.0	0.9	2.0	
უარი თქვა პასუხზე	0.2	0.0	0.0	
სულ	100.0	100.0	100.0	
შემთხვევების რაოდენობა	951	900	49	2

15.3. კონდომებთან და კონდომების მოხმარებასთან დაკავშირებული შეხედულებები და დამოკიდებულებები

15.3.1 ცხრილში ნაჩვენებია სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების მოსაზრებები კონდომის მოხმარების შესახებ. ეს მოსაზრებები დაყოფილია ორ ჯგუფად: იმ ქალების მოსაზრებები, რომლებსაც ერთხელ მაინც მოუხმარიათ კონდომი და ისინი, რომლებსაც საერთოდ არ მოუხმარიათ კონდომი. მათთან შედარებით, ვინც კონდომებს არ მოიხმარს, კონდომების მომხმარებელი ქალების ბევრად მეტი რაოდენობა დაეთანხმა ან არ დაეთანხმა შეთავაზებულ ინფორმაციას კონდომის მოხმარების შესახებ. ამ ქალების მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობა არ იყო დარწმუნებული პასუხში. მათ შორის, ვინც არ მოიხმარს კონდომებს, 40%-ზე მეტმა ქალმა გასცა გაურკვეველი პასუხი (“არ ვიცი”) ყველა შეთავაზებულ ტექსტზე.

აღბათ ეს იმით უნდა აეხსნათ, რომ მათ არასოდეს უხმარიათ კონდომი და არც ვინმესთან უსაუბრიათ კონდომის გამოყენებასთან დაკავშირებულ თემებზე. კონდომების მომხმარებელთა უმეტესობა თანახმაა, რომ კონდომის მოხმარება კარგი იდეაა (85%). თითქმის ორ მესამედს სწამს, რომ ქალმა უნდა სთხოვოს პარტნიორს, მოიხმაროს კონდომი (61%). კონდომების მომხმარებელთა უმეტესობა არ ეთანხმება აზრს, რომ ერთი კონდომი შეიძლება რამდენჯერმე იყოს გამოყენებული (97%). კონდომის მომხმარებელთა დიდი ნაწილი არ ეთანხმება მოსაზრებას, რომ ისინი, ვინც კონდომს ხმარობს აღვირახსნილ სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა (91%) და რომ ქალისათვის უხერხულია, მოიკითხოვს კონდომები ოჯახის დაგეგმვის კლინიკაში ან აფთიაქში (88%). ეს იმის მანიშნებელია, რომ კონდომის მომხმარებელ ქალებს და მათ პარტნიორებს არ სწამთ საზოგადოებაში გავრცელებული მითებისა, რომლებმაც შეიძლება ბარიერის როლი შეასრულონ კონდომის მოხმარების პრაქტიკაში.

მათ შორის, ვინც არ ხმარობს კონდომებს, ნახევარზე ნაკლები ეთანხმება მოსაზრებას, რომ კონდომის გამოყენება კარგი აზრია (48%). ამ კატეგორიის გაცილებით ნაკლები რესპონდენტი დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ ქალმა უნდა სთხოვოს თავის პარტნიორს, გამოიყენოს კონდომი (16% კონდომების მომხმარებლების 61% შედარებით), და რომ პარტნიორთან კონდომზე საუბარი სულ არ არის ძნელი (შესაბამისად 8% და 33%). ქალების ორივე კატეგორიის დიდი ნაწილი (კონდომის მომხმარებელთა 48% და კონდომის მოხმარების წინააღმდეგი ქალების 40%) ეთანხმება მოსაზრებას, რომ, თუ პარტნიორს იცნობ, კონდომი საჭირო არ არის. ეს განცხადება იმას მოწმობს, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებმა სპეციალური ყურადღება უნდა დაუთმონ კონდომების მოხმარების პროპაგანდას დაქორწინებულ წყვილებში.

15.3.2 ცხრილში ნაჩვენებია სქესობრივი გამოცდილების მქონე იმ ახალგაზრდა ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც ერთხელ მაინც უსაუბრიათ პარტნიორთან კონდომის მოხმარების შესახებ ამ კონტრაცეპტივის მოხმარების გამოცდილების მიხედვით. ყველა სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების მხოლოდ ერთ მეოთხედს (25%) უსაუბრია პარტნიორთან კონდომების გამოყენების შესახებ. კონდომის მომხმარებელი ქალების 94% უსაუბრია პარტნიორთან კონდომების მოხმარების შესახებ. რაც შეეხება ქალებს, რომლებსაც არასოდეს უხმარიათ კონდომი, ამ ქალების მხოლოდ 15% ელაპარაკა პარტნიორს კონდომების შესახებ. პარტნიორების უნარი, ერთად განიხილონ კონდომის მოხმარების შესაძლებლობა, უკავშირდება მის მოხმარებას. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში, რომლებმაც პარტნიორთან ისაუბრეს კონდომის მოხმარების შესახებ, უფრო მეტი 20-24 წლის ქალაქად მცხოვრები ქალია, ისინი, ვისაც პირველი სქესობრივი აქტი გათხოვების შემდეგ ჰქონდათ და ისინი, ვინც ტექნიკურად უნდა უმაღლესი სასწავლებელში სწავლობს. ქალაქელი ქალების 36% უსაუბრია კონდომის მოხმარებაზე თავის პარტნიორთან, სოფლად მცხოვრები ქალებისაგან განსხვავებით, რომელთა მხოლოდ 15%-ს უსაუბრია ამ თემაზე პარტნიორთან.

15.3.3 ცხრილში ნაჩვენებია სქესობრივი გამოცდილების მქონე იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც ეთანხმება მოსაზრებას, რომ პარტნიორის შეთავაზება, მოიხმარონ კონდომი სქესობრივი ურთიერთობისას გამოიწვევს სპეციფიურ რეაქციებს მათი მხრიდან. ქალების თითქმის ორი

მესამედი ეთანხმება განცხადებას, რომ ისინი უფრო დაცულები იქნებიან ორსულობისაგან, იმ შემთხვევაში თუ პარტნიორი მოიხმარს კონდომს სქესობრივი აქტის დროს (63%). ასეთი დადებითი ემოციები უფრო დამახასიათებელია ქალაქად მცხოვრები ქალებისათვის (75%), უმაღლესი განათლების მქონე (76%) ან ტექნიკური სასწავლებლის კურსდამთავრებულებისათვის (76%), მათთვის, ვინც კონდომების მოხმარებაზე პარტნიორს ესაუბრა (93%), ვინც იცოდა კონდომის გამოყენება (80%) ან მოიხმარდა მას (95%). ქალების დაახლოებით ნახევარი დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ კონდომი დაიცავს მათ აივ/შიდსისაგან (53%) და სხვა სგდ-ისაგან (52%). თითქმის ყოველმა მეშვიდე ქალმა აღიარა, რომ გუვს მიიტანს პარტნიორის საქციელზე, თუ იგი შესთავაზებს მას კონდომის გამოყენებას (14%). უფრო მეტად ასეთ აზრს იზიარებენ სოფლად მცხოვრები ქალები (12%), საშუალო განათლების მქონე ქალები (13%-17%) და ისინი, ვისაც არასოდეს მოუხმარია კონდომი (16%); ქალების დაახლოებით ერთი მეხუთედი (22%) თავს უხერხულად იგრძნობს, ხოლო 13% - გაბრაზდება.

ცხრილი 15.3.1

სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-24 წლის ქალების მოსაზრებები კონდომებისა და კონდომის მოხმარების შესახებ კონდომის გამოცდილების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

	ერთხელ მაინც მოუხმარიათ (N=118)			არასოდეს მოუხმარიათ (N=833)		
	ეთანხმებიან	არ ეთანხმებიან	არ იციან	ეთანხმებიან	არ ეთანხმებიან	არ იციან
კონდომის გამოყენება პარტნიორთან კარგი იდეაა	85.0	3.2	11.8	47.9	6.4	45.7
კონდომები საჭირო არ არის, პარტნიორს თუ იცნობ	48.0	41.1	10.8	40.3	15.2	44.4
ქალმა უნდა მოსთხოვოს პარტნიორს, მოიხმაროს კონდომი	61.2	28.4	10.5	16.1	35.6	48.4
მომავალ პარტნიორთან კონდომის მოხმარებაზე მოლაპარაკება ადვილია	32.6	45.0	22.4	8.2	39.2	52.7
კონდომები სექსისაგან მიღებულ სიამოვნებას ამცირებენ	43.8	53.5	2.7	8.9	5.7	85.5
ზოგი კონდომის რამოდენიმეჯერ გამოყენება შეიძლება	1.6	96.6	1.7	1.3	56.0	42.7
ისინი, ვინც კონდომებს მოიხმარს, აღვირახსნილ სქესობრივ ცხოვრებას მწვეა	2.5	90.8	6.7	5.7	50.0	44.3
უხერხულაა, მოითხოვო კონდომი ოდ კლინიკებში ან აფთიაქებში	8.4	88.3	3.4	17.7	40.9	41.5

ცხრილი 15.3.2

იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც ერთხელ მინც ველაპარაკა თავის პარტნიორს კონდომის მოხმარების შესახებ რესპონდენტების კონდომის მოხმარების გამოცდილების მიხედვით სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-24 წლის ასაკის ქალები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	სქესობრივი გამოცდილების მქონე ყველა ქალი		კონდომის მოხმარებელი ქალები		ქალები, რომლებსა საეთოდ არ უნმარიათ კონდომი	
	%	N	%	N	%	N
სულ	24.9	932	94.3	118	14.5	814
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	36.3	491	93.5	90	21.1	401
სოფელი	14.5	441	96.6	28	9.4	413
ასაკობრივი ჯგუფები						
15-19	10.0	224	*.*	13	6.0	211
20-24	30.3	708	95.4	105	17.9	603
ოჯახური სტატუსი პირველი სქესობრივი აქტის მომენტისათვის						
გათხოვილი	25.3	900	94.2	116	14.5	784
გაუთხოვარი	16.7	32	*.*	2	14.0	30
განათლების დონე						560
საშუალო ან ტექნიკური	20.5	618	95.1	58	12.2	
იპ სტატუსი	34.2	314	93.4	60	19.8	254
ლიახ არა	39.4	193	100.0	25	25.9	168
არა	24.2	739	93.9	93	13.9	646

* გარდა იმ რესპონდენტებისა, ვინც არ უპასუხა კითხვას სწორად ან ვერ გაიხსენა, ელაპარაკა თუ არა ამ თემაზე პარტნიორს
 . ამ კატეგორიაში 25-ზე ნაკლები შემთხვევაა

15.4. რეგიონალური შედარებები

15.4 ცხრილში ნაჩვენებია 15-24 წლის ქალების ქორწინებამდელ სქესობრივ გამოცდილებასთან და პირველი ქორწინებამდელი სქესობრივი აქტისას კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებული სხვაობები აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს შორის. შედარებულია არსებული მონაცემები მსგავსი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვებთან, რომლებიც ჩატარდა ჩეხეთის რესპუბლიკაში, მოლდოვაში, რუსეთში, რუმინეთში, უკრაინასა და საქართველოში. ყველაზე მაღალი ქორწინებამდელი სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მაჩვენებლები 15-19 წლის და 20-24 წლისას ასაკობრივ ჯგუფში აქვთ ჩვენებს. ჩეხეთში 20-24 წლის ახალგაზრდა ქალების 90% მეტს პქონდა ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობები. მეორე ადგილზეა რუსეთი, სადაც ეს მაჩვენებელი 20-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფისათვის თითქმის 90% შეადგენს; მესამე ადგილზეა უკრაინა - 73%. ორივე ასაკობრივ ჯგუფში ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს საქართველოს. 15-19 წლის ახალგაზრდა ქალების ერთ პროცენტზე ნაკლებმა დაადასტურა, რომ პქონდა ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობები პარტნიორთან; ეს მაჩვენებელი 20-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფისათვის მხოლოდ 2% იყო. თუ გავითვალისწინებთ, რომ აღმოსავლეთ

ცხრილი 15.33

15-24 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების აზრი კონდომის მოხმარების ინტერპერსონალურ ეფექტთან დაკავშირებული მოსაზრების შესახებ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

"თუ თქვენი პარტნიორი მონიდომებს თქვენთან ურთიერთობისას კონდომი მოიხმაროს, თქვენ იგრძნობთ..."

მახასიათებლები	უხერხულობას	ბრახს	ორსულებისაგან გარანტირებულად	დაცულად აიე/შიღსისაგან	შეშოთუბას, რა დაემავე	დაცულად სხვა სფეროსაგან	ექვს პარტნიორის საქციელის შესახებ	შეითხვეუბის რაოდენობა
სულ	22.1	12.9	62.8	53.2	10.5	51.5	14.1	951
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	19.7	12.1	75.3	67.8	10.3	68.0	16	500
სოფელი	24.2	13.5	51.5	40.1	10.8	36.6	12.3	451
რეგიონი								
თბილისი	15.9	10.6	74.2	66.6	11.7	64.0	10.6	201
იმერეთი	32.8	17.7	69.6	59.5	8.9	63.5	17.7	166
ჩრდილო-აღმოსავლეთი სამხრეთი	23.5	13.2	62.1	53.6	5.7	47.6	13.2	189
დასავლეთი ასაკობრივი ჯგუფი								
15-19	19.9	10.0	47.1	38.1	9.4	36.1	7.3	229
20-24	22.9	13.9	68.4	58.6	10.9	57.0	16.4	722
ოჯახური სტატუსი								
პირველი სქესობრივი აქტის დროს								
გათხოვილი	21.4	12.4	62.3	52.5	10.4	51.1	13.6	918
გათხოვარი	37.5	24.2	73.9	70.7	12.9	60.9	23.8	33
განათლების დონე								
არასრული	24.7	13.1	38.1	28.1	15.1	27.7	9.8	202
საშუალო	24.7	14.9	66.4	53.8	9.4	50.1	16.8	429
საშუალო ტექნიკური	18.1	11.4	75.5	65.8	9.8	68.0	12.9	143
უმაღლესი	15.6	8.9	76.4	74.9	7.8	73.1	13.8	177
ულაპარაკია პარტნიორთან კონდომის შესახებ								
ულაპარაკია არ ულაპარაკია იცის კონდომის გამოყენების წესი	11.5	8.7	92.7	75.6	8.9	73.3	11.7	232
არ ულაპარაკია იცის კონდომის გამოყენების წესი	25.5	14.2	53.1	45.9	11.0	44.4	14.8	719
დიახ არა								
დიახ	20.8	12.8	79.8	68.2	9.2	65.4	14.6	634
არა	24.5	13.0	31.9	26.0	12.9	26.3	13	317
უხმარია კონდომი								
დიახ არა	3.3	4.1	95.1	79.2	3.4	77.1	4.2	118
არა	24.9	14.1	58.0	49.4	11.6	47.7	15.5	833

ვეროპის რეგიონის ქვეყნებში ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობების პროცენტული მაჩვენებელი ვარირებდა 14%-დან 49%-მდე 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 40%-დან - 93%-მდე 20-24 წლის ქალებში, საქართველოს მაჩვენებლები უკიდურესად დაბალია და მოწმობენ საზოგადოების მნიშვნელოვან კონსერვატიზმზე.

კონტრაცეპტივების მოხმარება აღმოსავლეთ ვეროპის ქვეყნებში დიდად განსხვავდება ანალოგიური მაჩვენებლისაგან საქართველოში. რუმინეთში, ჩეხეთის რესპუბლიკასა და რუსეთში 15-24 წლის ასაკის ქალების მიერ პირველი სქესობრივი კავშირის დროს კონტრაცეპტივების გამოყენების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია მთელი რეგიონისათვის (თითქმის 50%). უკრაინისა და რუსეთის გარდა, სადაც უფრო ხშირად იყენებენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს, ტრადიციული და თანამედროვე მეთოდების მოხმარების სიხშირე შედარებით ერთნაირია რუმინეთსა და ჩეხეთის რესპუბლიკაში. საქართველოს ქალების მხოლოდ 3%-მა დაადასტურა, რომ მოიხმარა კონტრაცეპტივი პირველი ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობის დროს.

საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ვეროპის საბჭოთა ბლოკის დაშლის შემდეგ ეკონომიკურმა, პოლიტიკურმა და სოციალურმა ძვრებმა დააჩქარეს იმ საზოგადოებების განვითარება, რომლებიც ნაკლებ იზოლირებულნი იყვნენ და უფრო მეტად განიცდიდა დასავლეთის კულტურისა და მასმედიის გავლენას. ამ ცვლილებებმა იმოქმედეს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან, სქესობრივ ქცევასთან და ოჯახურ ფასეულობებთან დაკავშირებულ კულტურულ ნორმებზეც. მიუხედავად იმისა, რომ ქორწინებამდელი სქესობრივი გამოცდილების მაჩვენებელი 15.3 ცხრილში ჩამოთვლილ ყველა ქვეყანაში იზრდება, უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქართველოში ჯერ არ შეიმჩნევა ინსტიტუციონალური ცვლილებების ზეგავლენა კულტურულ ნორმებზე.

ცხრილი 15.4

15-24 წლის იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც აქვთ ქორწინებამდელი სქესობრივი ურთიერთობების გამოცდილება (ქსუგ) და რომლებმაც პირველი ქსუგ-ის დროს გამოიყენეს კონტრაცეპციის მეთოდი ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, აღმოსავლეთ ვეროპა: 1993-1997

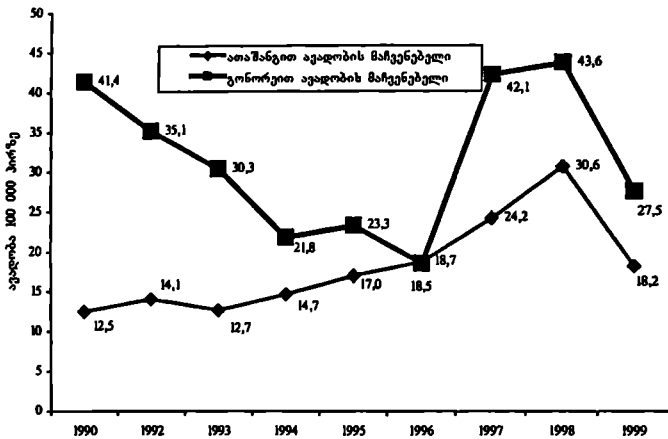
ქვეყანა	რჯგ-ს ჩატარების წელი	ქორწინებამდელი სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების %		სულ	15-24 წლის კონტრაცეპციის მოხმარებელი ქალების % რაოდენობა	
		15-19	20-24		თანამედროვე მეთოდები	ტრადიციული მეთოდები
ჩეხეთი	1993	36	93	57	28	29
მოლდოვა	1997	14	40	33	14	19
რუსეთი	1999	49	87	51	40	10
რუმინეთი	1999	24	58	58	28	30
უკრაინა	1999	30	73	47	32	15
საქართველო	1999	**	2	3	3	0

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ცოდნა და გამოცდილება

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სგდ) თავისი უშუალო და ხანგრძლივი სოციალ-ეკონომიკური შედეგებით რჩება საზოგადოების ჯანდაცვის მთავარ, მუდამ მზარდ პრობლემად მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალთახეული არსებობს რამოდენიმე არგუმენტი, რომლებსაც სგდ-ის პროფილაქტიკა, ადრეული დიაგნოზი და მკურნალობა მაღალი პრიორიტეტის საკითხების რანგში გადააყვას: სგდ განსაკუთრებულად უარყოფითად მოქმედებს რეპროდუქციული ასაკის ქალების და კაცების და მათი შთამომავლობის ჯანმრთელობაზე; სგდ-ის შედეგად შეიძლება განვითარდეს მწვავე დაავადებები, ინვალიდობა, უნაყოფობის ჩათვლით, და სხვა ხანგრძლივი გართულებები. სგდ ინფიცირებულ ორსულ ქალებში იწვევს ნაადრევი მშობიარობის რისკის გაზრდას; ზოგი სგდ პოტენციურად ხელს უწყობს აივ ინფექციის გავრცელებას.

ბოლო დროს სგდ-ის დიდი მასშტაბის ეპიდემიებმა მოიცვეს კომუნისტური ბანაკის ყოფილი ქვეყნები. განსაკუთრებით საგანგაშოა სიტუაცია ათაშანგთან დაკავშირებით. როგორც ჩანს, ათაშანგის დაავადების შემთხვევების მაჩვენებლები სხვა სგდ-ის (გარდა აივ/შიდსის შემთხვევების) რეგისტრირებულ მონაცემებზე უფრო სანდოა; არ არის ცნობილი სგდ სხვა დაავადებათა მაჩვენებლები. თუ დასავლეთ ევროპაში ათაშანგის სიხშირის მაჩვენებელი 100 000 კაცზე 2-დგ შემცირდა, საბჭოთა კავშირის რამოდენიმე ყოფილ რესპუბლიკაში, მაგალითად, რუსეთში, ბელორუსიაში, ყაზახეთში, მოლდოვა და უკრაინაში 1990-1996 წლებში ათაშანგის რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობა 15-30 ჯერ გაიზარდა და საწყისი მაჩვენებლებიდან რუსეთში <10/100 000 1996 წელს გაიზარდა 263/100 000 შემთხვევაზე (ჩიკონოვა ლ. თანაავტორებით, 1997; Renton A.M. et al., 1998). მიუხედავად იმისა, რომ ათაშანგის ეპიდემია საქართველოში ბევრად ნაკლებია, ვიდრე ზევით მოყვანილ ქვეყნებში, სგდ შემთხვევების, განსაკუთრებით კი პირველადი და მეორეადი ათაშანგის შემთხვევების ბოლოდროინდელი ზრდა დიდ შეშფოთებას იწვევს. როგორც 16.1.1 ცხრილშია ნაჩვენები 1993 წლიდან 1998 წლამდე ათაშანგით ავადობამ თითქმის ოთხჯერ მოიმატა და 12/100 000 გაიზარდა 43.6/100 000 (შრომის, ჯანდაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, დერმატოლოგიის და ვენეროლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი, 1999). ამავე დროს გონორეთით ავადობამ თანდათანობით იკლო (1990 წლის 41.4 ახალი შემთხვევებიდან 100 000 ადამიანზე 1999 წლის 18.2/100 000 შემთხვევამდე). 1997-1998 წლებში პირველად გამოქვეყნდა ინფორმაცია თანდაყოლილი ათაშანგით დაბადებულ ბავშვთა შემავსოთებელ რაოდენობაზე (შესაბამისად 29 და 27 შემთხვევა, რაც შეფერება სიხშირის მნაჩვენებელს 55-54/100000 ცოცხალშობილზე), რაც მიუთითებს ორსულ ქალებში არანამკურნალები ათაშანგის შემთხვევების სიხშირის გაზრდაზე. ჯანდაცვის სისტემის ახალი რეფორმების პირობებში ნაკლები ქალი მიმართავს ექიმს ადრეული პრენატალური სამედიცინო მომსახურებისათვის, რადგან მხოლოდ ოთხი პრენატალური შემოწმება არის უფასო, ეს კი ორსულ ქალებში დაავადების ადრეული გამოძღვანების და ათაშანგის მკურნალობის ადრეულ სტადიაში დაწყების შესახებ ამცირებს.

დიაგრამა 16.1.1.
ათა შანგით ავადობის წლიური მაჩვენებლები 1990-1999 წლებში.
საქართველო, 1990-1999



ინფორმაციის დიდი ნაწილი, სგგდ-ის შესახებ საქართველოში ცნობილი გახდა სგგდ-ის ეპიდზედამხედველობის სისტემისათვის მოხსენებელი მონაცემებიდან. აიუ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემა, რომლის დიაგნოსტიკური, სარეგისტრაციო და სამკურნალო სამსახურები კონცენტრირებულია საქართველოს შიდასის და იმუნოლოგიური კვლევების ცენტრის გარშემო, განცალკევებულია სგგდ-ის ეპიდზედამხედველობის სხვა სისტემებისაგან (იხ. აგრეთვე თავი XVII). საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ საქართველოს, ყველა დანარჩენ დამოუკიდებელი სახელმწიფოების მსგავსად, მემკვიდრეობით ერგო ცენტრალიზებული სგგდ-ის ეპიდზედამხედველობის სისტემა, რომელიც აგებულია დაბალი რისკის (კლინიკური ავადმყოფები, ორსული ქალები, სისხლის დონორები, პროფესიული ჯგუფები) და მაღალი რისკის ჯგუფებში (სგგდ პაციენტები, პათიმრები, სხეულით მოვაჭრენი, ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები, სგგდ ინფიცირებული ინდივიდების სქესობრივი პარტნიორები) შემთხვევების გამოვლენის და სკრინინგის საფუძველზე. მთელი სისტემა კონცენტრირებული იყო 58 დერმატო-ვენეროლოგიური კაბინეტის, 29 რეგიონალური ვენდაავადებათა (ვდ) კლინიკების და 15 ვენერიულ დაავადებათა საავადმყოფოს (თითოს თავისი ვდ კლინიკა ჰქონდათ) და ეროვნული სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის გარშემო. კანისა და ვენდაავადებების ეროვნული ინსტიტუტი სგგდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონაცემების შეგროვების და მიწოდების ყველა ასპექტზე პასუხისმგებელი. სხვა კლინიკებში ან სამშობიაროებში გასინჯულ ავადმყოფებს, რომლებსაც ესაჭიროებოდათ დიაგნოზის დაზუსტება, მკურნალობის დანიშვნა და მეთვალყურეობის ქვეშ აყვანა უშვებდნენ ვდ ქსელში. კანონით აუცილებელია, რომ ექიმებმა დააფიქსირონ და შეატყობინონ სათანადო ორგანოებს

ათაშანგის, გონორეას, ქლამიდიას, მიკოპლაზმას, გენიტალური ჰერპესის და ტრიქომონიასის ყველა შემთხვევის შესახებ. მკურნალობის დაწყებამდე და შეტყობინების გაგზავნამდე ყველა დიაგნოზი ლაბორატორულად ან სხვა მეთოდით უნდა იყოს დადასტურებული: ათაშანგის დიაგნოსტიკა მოთხოვს სეროლოგიურ გამოკვლევას, გონორეის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი, ტრიქომონასს და ქლამიდიების დიაგნოზის დასმას ხდება მიკროსკოპული შემოწმების საფუძველზე, მიკოპლაზმის დიაგნოზი დგინდება შტამის კულტურებით, ხოლო გენიტალური ჰერპესის დიაგნოზი კლინიკური გასინჯვით დგინდება. მაგრამ შეზღუდული ლაბორატორული რესურსების გამო, ძალიან ცოტა ვეღვ კლინიკას შეუძლია უზრუნველყოს ლაბორატორული ანალიზების და მკურნალობის ფართო სპექტრი. ამის გამო შემთხვევების რეგისტრირების და შეტყობინების სისტემაც განიცდის რესურსების არქონის უარყოფით გავლენას, რომელმაც გარდამავალ პერიოდში დააუქმლურა ჯვანდაცვის სამსახურები.

მაშინაც, როცა ადექვატური ლაბორატორული რესურსები სახეზეა, სგგდ ეპიდზედამხედველობის სამსახურის მიერ მოწოდებული სტატისტიკური მონაცემები მხოლოდ იმ ავადმყოფებს არეგისტრირებენ, რომლებიც სამკურნალოდ სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ, ხოლო ავადმყოფები, რომლებიც სგგდ უსიმპტომო ფორმით აქვთ, მიმართავენ თვითმკურნალობას ან საერთოდ არ ან ვერ მკურნალობენ სამედიცინო მომსახურების შეზღუდული ხელმისაწვდომობის გამო, და ამრიგად არ ხელდება რეგისტრირებულ შემთხვევათა რიცხვში. ვინაიდან სგგდ-ს ხშირად უსიმპტომო ხასიათი აქვთ ან მათი სიმპტომები არასპეციფიური და ეპიზოდურია, ინფიცირებულმა ადამიანებმა შეიძლება არც იცოდენ თავიანთი დაავადების შესახებ და ამიტომ არ მიმართონ ექიმს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის; ამგვარად ეპიდზედამხედველობის სისტემები, რომლებიც მხოლოდ შემთხვევის შეტყობინების პრინციპზეა აგებული, მნიშვნელოვნად ამახინჯებენ მოსახლეობაში სგგდ გავრცელების მასშტაბებს.

სგგდ-ს გავრცელებასთან დაკავშირებული მზარდი შეშფოთების საპასუხოდ 1997 წელს დაიწყო ახალი სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფდა დერმატო-ვენეროლოგიურ დაწესებულებებს და გინეკოლოგიურ პალატებს უფასო სგგდ სადიაგნოსტიკო სამსახურით და ზოგჯერ უფასო მკურნალობის საშუალებას იძლეოდა. აღსანიშნავია, რომ ათაშანგის და გონორეის ავადობის მაჩვენებლების ყველაზე დიდი ზრდა 1997-1998 წლებზე მოდიოდა და ემთხვეოდა ამ პროგრამის განხორციელების პერიოდს. ახალი სგგდ პროგრამის ფარგლებში დიაგნოზის დაზუსტების პროცედურა ძირითადად უცვლელი რჩებოდა, სამაგიეროდ გაიზარდა მასიური სკრინინგის და შემთხვევების აქტიური გამოყვინების ღონისძიებები, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ათაშანგის და გონორეის ავადობის მაჩვენებლები 1997-1998 წლებში, რომლებიც ნაჩვენებია 16.1 დიაგრამაზე, შესაძლოა იყოს უკეთესი რეგისტრაციის შედეგი. ამჟამად პროგრამის გაგრძელება საეჭო ხდება ფინანსური შეზღუდვების, სათანადო აღჭურვილობის, მასალების და ლაბორატორიის პერსონალის ტრენინგის არქონის ან არაადექვატურობის გამო. ავადობის მაჩვენებლების ბოლოდროინდელი შემცირება (43.6 შემთხვევიდან 27.5 შემთხვევამდე 100 000 მოსახლეზე (ათაშანგ), და 30.6 შემთხვევიდან 18.2 შემთხვევამდე 100 000 მოსახლეზე (გონორეა)) ემთხვევა დაფინანსების მნიშვნელოვან შემცირებას და მასიური სკრინინგის შეწყვეტას 1999 წელს.

ბოლო წლებში სგგდ შემთხვევების სწრაფი ზრდის ფონზე, სგგდ პრევენციის ეროვნულმა პროგრამამ სგგდ და აივ/შიდსთან დაკავშირებით მეტი ძალისხმევით უნდა მიაწოდოს საზოგადოებას ინფორმაცია მოსალოდნელი საფრთხისა და ჩასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ. ეს ღონისძიებები უნდა ითვალისწინებდნენ ინფორმაციას დაავადებების გადაცემის გზებსა და მექანიზმებზე, აქტიურად წვედეს პროპაგანდას უსაფრთხო სექსს და რისკის შემცირების ღონისძიებებს. ამავე დროს ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ინფორმაცია არ შეიცავდეს გაუპარტლებელ მუქარას მათთვის, ვისაც ინფიცირების ძალიან მცირე რისკი ახასიათებს. ამ საგანმანათლებლო ძალისხმევის სათანადოდ მიმართვის მიზნით პერიოდულად უნდა შემოწმდეს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენების ცოდნა სგგდ-ზე, განისაზღვროს მოსახლეობის ის ქვეჯგუფები, რომლებსაც ყველაზე მეტად ესაჭიროებათ ინფორმაცია პირველად პრევენციაზე, გამოვლინდეს ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის სწორი ინფორმაციის მიღებას და აივ ინფექციის გადაცემის და პრევენციის შესახებ მცდარი კონცეფციების გაცნობიერებას. 99GERHS-ი შეიცავს მოდულს, რომლის დანიშნულებაა შეაფასოს რესპონდენტების ცოდნის დონე ყველაზე ტიპურ სგგდ-ებზე, ისტორიები სგგდ-ზე შემოწმების და მკურნალობის შესახებ, სგგდ-ზე ინფორმაციის მთავარი წყარო, სგგდ გადაცემასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მასშედითი გაშუქებული კამპანიის აღქმის დონე, აღქმული სგგდ-ს რისკის დონე და ცოდნა აივ ინფექციის გადაცემის და პრევენციის შესახებ (იხ. აგრეთვე თავი XVII).

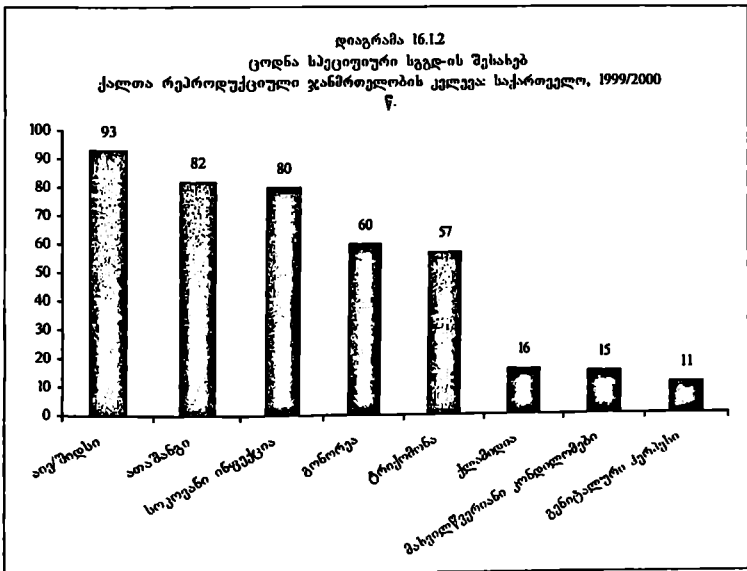
16.1. შიდსის და სხვა სგგდ-თა ცოდნა

რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალს ეკითხებოდნენ სმენიათ თუ არა რვა სპეციფიურ სგგდ-ზე (იხ. ცხრილი 16.1); მათ, ვინც იცოდა სპეციფიური სგგდ-ების შესახებ, ეკითხებოდნენ შემოწმებულან თუ არა ისინი ამ დაავადებებზე; ქალებს, რომლებმაც გაიარეს შემოწმება, ეკითხებოდნენ შემოწმების შედეგებზე (დადებითი, უარყოფითი); ქალებს, რომლებსაც ანალიზები დადებითი პქონდათ ეკითხებოდნენ უმკურნალიათ თუ არა, და თუ უმკურნალიათ სად.

გამოკითხვის მონაცემების მიხედვით აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა საკმაოდ მაღალია საქართველოში, მაგრამ, ზოგი სხვა სგგდ-ს ამოცნობის დონე საკმაოდ შუალედურია. ქალების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მათ სმენიათ შიდსის (82%), ათაშანგის (82%) და სოკოვანი ინფექციის შესახებ (80%), მაგრამ გაცილებით ნაკლებმა ქალმა იცოდა სხვა ტიპურ სგგდ-ების შესახებ. რესპონდენტებს პქონდათ ზომიერი წარმოდგენა გონორეაზე (60%) და ტრიქომონიაზზე (57%), მწირია მათი ცოდნა სგგდ-ს სხვა დაავადებებზე, რომლებიც გადაიცემა სქესობრივი კონტაქტით; ქალების მხოლოდ 16% სმენია ქლამიდოური ინფექციების შესახებ, 15% იცოდა, რომ მახვილწვერიანი კონდილომები სქესობრივი გზით გადადიან, ხოლო 11% სმენია გენიტალურ პერპეისზე.

ცოდნის დონე შიდსისა და ათაშანგის შესახებ პრაქტიკულად ერთნაირი იყო მოსახლეობის ყველა ქვეჯგუფში. რაც შეეხება სხვა სგგდ, აქ ცოდნის დონე მნიშვნელოვან ფარგლებში მერყეოდა რესპონდენტების ზოგიერთი მახასიათებლების მიხედვით. ჩვეულებრივ ქალაქში ცხოვრების ფაქტი, უფროსი ასაკი, განათლების მაღალი დონე და სქესობრივი გამოცდილება კონკრეტული სგგდ-ს შესახებ ცოდნის უფრო მაღალ დონესთან

არის დაკავშირებული. თბილისში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ქვეყნის სხვა რეგიონებში. კონკრეტული სტადიების შესახებ ცოდნის დონე შესამჩნევად უფრო დაბალია სამხრეთ რეგიონების მცხოვრებ და აზერბაიჯანელ ქალებში.



გამოკითხვამ აგრეთვე გამოავლინა რესპონდენტების გამოცდილების საფუძველზე ინფორმაციის საუკეთესო წყაროები სტად-ს შესახებ. ცხადია, რომ მასმედიაში ყველაზე მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა რესპონდენტების სტად-ზე ცოდნის გაზრდაში ალბათ იმიტომ, რომ მედიაში საკმაოდ ფართოდ გააშუქა შიდსის ეპიდემია საქართველოში. რესპონდენტების დაახლოებით სამმა მეოთხედმა განაცხადა, რომ მასმედია ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყაროა სტად-ზე ინფორმაციის გაერცვლების ასპექტში. რესპონდენტთა აზრზე პრაქტიკულად არავითარ გაეულენას არ ახდენენ მათი ფონური მახასიათებლები. ინფორმაციის მეორე მნიშვნელოვანი წყაროა მეგობრები და თანატოლები (10%). აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალები უფრო ენდობიან მეგობრების და თანატოლების ინფორმაციას სტად-ზე. რესპონდენტების მხოლოდ 3% სწამდათ, რომ ექიმია სტად-ზე მნიშვნელოვანი წყარო, რაც ალბათ იმით არის გამოწვეული, რომ კონსულტირება სტად-ს შესახებ საქართველოში ძალიან შეზღუდულია. ქალების მხოლოდ 3% მიაჩნია, მასწავლებელი სტად-ს შესახებ ინფორმაციის საუკეთესო წყაროდ. რადგან სქესობრივი განათლება სკოლებში ძალიან შეზღუდულია (იხ. აგრეთვე თავი XIV).

ცხრილი 16.1.1

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ მცოდნე 15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	აივ/ შიდსი	აიპა- შანგი	სიკა- ვანი ინფექ- ცია	გონორ- რეა	ტრეპო- ნოსა	ქლამი- დია	მახვილწვე- რიაში კონ- დილმები	გენიტა- ლური პერნაპსი	შეშხვე- ვების რაოდენ- ობა
სულ	93.4	81.5	79.8	60.0	56.8	16.2	14.7	10.5	7 798
საცხოვრებელი ადგილი									
ქალაქი	98.5	89.9	86.6	70.1	67.9	23.0	18.9	15.4	4 759
სოფელი	86.8	70.8	71.1	47.0	42.6	7.5	9.4	4.3	3 039
რეგიონი									
თბილისი	99.2	91.3	86.8	74.8	74.4	32.1	22.6	21.3	2 029
იმერეთი	98.0	87.0	87.4	66.4	59.8	12.9	16.6	8.0	1 590
ჩრდილ-ო-აღმოსავლეთი	91.8	79.3	79.6	56.1	54.9	10.8	11.5	5.6	1 259
სამხრეთი	77.9	64.8	53.2	40.6	37.3	6.8	7.7	4.8	1 017
დასავლეთი	95.5	79.9	85.2	55.2	49.8	11.3	12.0	7.9	1 903
ახაკობრივი ჯგუფი									
15-24	90.0	64.3	69.5	38.4	34.9	9.5	11.0	7.5	2 388
25-34	95.7	90.8	86.6	70.4	67.8	19.3	17.0	12.6	2 731
35-44	95.0	92.2	85.1	74.7	71.3	20.9	16.9	11.8	2 679
ოჯახური მდგომარეობა									
გათხოვილი/არარეგისტრი- რებული ქორწინებაში მყოფი	94.1	88.6	83.7	68.8	66.8	18.4	14.9	10.1	5 177
განათხოვარი	91.3	89.8	84.8	72.5	70.2	21.9	19.9	14.5	517
გაუთხოვარი	92.5	67.1	71.8	41.7	36.2	11.1	13.5	10.4	2 104
განათლების დონე									
არასრული საშუალო ან დაწვებითი სკოლა	76.0	45.9	51.1	22.1	18.5	3.0	3.0	1.2	991
საშუალო	93.2	78.8	76.2	50.3	48.2	9.1	10.9	6.0	2 664
ტექნიკური	98.9	94.3	91.2	76.4	72.2	18.2	19.3	11.5	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	99.8	96.1	92.5	81.6	78.2	31.9	23.0	21.1	2 085
ეთნიკური წარმოშობა									
ქართული	97.6	85.1	85.9	63.7	61.0	17.4	16.3	11.6	6 700
აზერბაიჯანელი	57.8	45.9	31.8	22.9	18.6	2.2	1.8	1.0	589
სომეხი	91.5	83.6	67.0	58.7	52.3	13.2	11.1	5.9	300
სხვა	96.8	94.5	87.4	81.9	73.4	34.8	19.7	19.2	209
ოჯახტატუხი									
ოჯახი	97.8	88.7	86.1	68.5	60.6	17.7	17.9	13.2	1 828
ადგილობრივი	93.2	81.1	79.5	59.5	56.6	16.1	14.6	10.3	5 970
მაცხოვრებელი									
სივოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენ- ობა									
არასოდეს	92.5	66.9	71.7	41.6	36.0	11.1	13.5	10.4	2 095
სქესობრივი კონტაქტი									
1	93.7	88.4	83.6	68.6	66.6	18.3	15.1	10.2	5 533
2+	97.4	96.8	92.2	83.1	82.9	31.8	23.6	19.5	170

გამოკითხვაში შეიტანეს რამდენიმე დამატებითი კითხვა აივ/შიდსისა და სხვა სგგდ-ზე რესპონდენტის მიერ ბოლო დროს (ექვსთვიან პერიოდში ინტერვიუს ჩამორთმევამდე) ნანახი, მოსმენილი ან წაკითხული მასალების შესახებ. როგორც 16.13 და 16.14 ცხრილებშია ნაჩვენები, რესპონდენტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ინფორმაცია სგგდ-ს შესახებ, რომელიც ვერცდებოდა აუდიო-ვიზუალური მედიის მეშვეობით, აივ/შიდსს ეხებოდა,

რაც დაამოწმა ქალების 47%, მაშინ როცა მხოლოდ 7% აღნიშნა, რომ აუდიო-ვიზუალური მასმედის საშუალებებით მიიღო ინფორმაცია სხვა სტად-ზე. სოფლად, სამხრეთ რეგიონში მცხოვრები რესპონდენტების, ახალგაზრდა ქალების, აგრეთვე არასრული საშუალო განათლების მქონე და აზერბაიჯანელი ქალების მეტმა ნაწილმა განაცხადა, რომ არც უნახავთ, და არც მოუსმენიათ ბოლოდროინდელი გადაცემები აიუშიდის ან სხვა სტად-ის შესახებ. როგორც წესი, რესპონდენტების უმრავლესობამ ამგვარი ინფორმაცია ტელევიზიით მიიღო, და მხოლოდ ძალიან უმნიშვნელო ნაწილმა მოისმინა გადაცემები რადიოთი.

ცხრილი 16.1.2

მინიმუმ ერთი სტად-ის მცოდნე 15-44 წლის ქალების აზრი სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე ინფორმაციის საუკეთესო წყაროს შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველი, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	მამა-მედა	მეგობრები	ქალი	კაცი	მასწავლებელი	მშობელი	პარტნიორი	სხვა	არც ერთი	სულ	შემთხვევების დაზღვევა
სულ	72.6	10.0	6.2	2.7	2.6	1.8	1.5	1.1	1.6	100.0	7 523
საცხოვრებელი ადგილი											
ქალაქი	74.2	8.8	7.4	1.8	2.6	2.6	1.0	0.8	0.9	100.0	4 716
სოფელი	70.3	11.6	4.4	4.0	2.6	0.8	2.2	1.5	2.6	100.0	2 807
რეგიონი											
თბილისი	72.0	7.7	8.9	2.4	3.2	3.4	1.1	0.8	0.5	100.0	2 022
იმერეთი	74.1	12.2	5.8	2.5	2.1	1.0	0.7	0.4	1.1	100.0	1 577
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	72.9	10.5	4.8	2.6	3.3	1.5	1.5	1.0	1.9	100.0	1 198
სამხრეთი	69.0	12.5	3.3	4.1	2.3	0.4	2.7	1.8	3.8	100.0	861
დასავლეთი	73.9	9.1	6.0	2.4	1.9	1.7	1.8	1.5	1.6	100.0	1 865
ახაკობრივი ჯგუფი											
15-24	69.8	12.5	4.3	4.0	1.7	3.7	1.2	1.2	1.7	100.0	2 233
25-34	73.8	8.1	7.7	1.6	3.3	1.1	1.9	0.9	1.6	100.0	2 670
35-44	74.5	9.0	6.7	2.4	2.9	0.5	1.5	1.1	1.4	100.0	2 620
ოჯახური მდგომარეობა											
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	73.9	9.2	5.8	1.8	3.6	0.8	2.4	1.0	1.5	100.0	5 016
განათხოვარი	70.5	11.8	6.8	3.1	2.8	0.4	0.5	1.6	2.5	100.0	499
გათუხოვარი	70.5	11.0	6.8	4.4	0.7	3.9	0.0	1.2	1.6	100.0	2 008
განათლების დონე											
არასრული საშუალო ან დაწვე	68.4	11.8	1.3	6.6	1.9	1.2	1.8	3.1	3.8	100.0	821
ბათი სკოლა											
საშუალო	72.9	12.9	3.1	3.1	1.9	1.5	2.1	0.7	1.9	100.0	2 565
ტექნიკური	74.9	8.5	7.1	1.0	2.7	2.4	1.4	1.2	0.8	100.0	2 054
უმაღლესი/ასპირანტურა	72.3	6.8	11.6	1.7	3.7	2.0	0.8	0.3	0.8	100.0	2 083
ენიკური წარმოშობა											
ქართველი	73.5	9.7	6.4	2.5	2.6	2.0	1.3	0.8	1.2	100.0	6 633
აზერბაიჯანელი	56.2	15.7	1.9	7.1	2.7	0.8	4.7	3.5	7.3	100.0	398
სომეხი	75.7	10.5	6.2	1.7	1.2	0.3	0.6	2.4	1.5	100.0	287
სხვა	78.0	4.0	7.7	0.9	4.3	2.4	0.9	1.3	0.5	100.0	205
იკვ სტატუსი											
იკვ	71.8	10.1	8.7	2.3	2.2	2.3	1.0	1.2	0.3	100.0	1 805
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	72.6	9.9	6.0	2.7	2.6	1.8	1.5	1.2	1.7	100.0	5 718
სოცოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა											
არასოდეს ქონია სქესობრივი	70.4	11.0	6.8	4.4	0.7	3.9	0.0	1.2	1.6	100.0	1 999
კონტრაქტი											
1	73.5	9.4	5.9	1.8	3.6	0.8	2.3	1.1	1.6	100.0	5 356
2+	78.4	9.4	4.8	3.9	1.8	0.0	0.0	0.6	1.1	100.0	168

ცხრილი 16.13

რეპროდუქციული ასაკის ქალების მასშედით ბოლო დროს მიღებული ინფორმაცია აიუ/შიდსის შესახებ შერჩეული მახასითებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასითებლები	15-44 წლის ქალები		რადიო-დატლევების რაოდენობა	არც ერთი	ხუთი	შემთხვევების რაოდენობა*
	ტელევიზია	რადიო				
ხუთი	45.2	1.2	1.2	52.5	100.0	7 584
ხაცხორებელი ადგილი						
ქალაქი	54.8	1.4	1.9	41.9	100.0	4 646
სოფელი	32.8	0.9	0.3	66.0	100.0	2 938
რეგიონი						
თბილისი	55.3	2.0	3.5	39.3	100.0	1 983
იმერეთი	48.1	1.4	0.8	49.7	100.0	1 562
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	35.6	1.5	0.7	62.2	100.0	1 228
სამხრეთი	30.4	0.2	0.2	69.2	100.0	975
დასავლეთი	49.5	0.4	0.1	50.0	100.0	1 836
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	41.7	1.5	1.5	55.3	100.0	2 316
25-34	49.1	1.1	1.2	48.6	100.0	2 653
35-44	45.2	0.8	0.9	53.0	100.0	2 615
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	45.0	0.8	0.9	53.3	100.0	5 043
განათხოვარი	42.6	0.8	3.0	53.5	100.0	501
გაუთხოვარი	45.9	1.8	1.5	50.7	100.0	2 040
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	29.3	1.4	0.8	68.5	100.0	943
საშუალო	40.3	1.1	1.0	57.6	100.0	2 583
ტექნიკუმი	49.3	1.3	1.0	48.5	100.0	2 014
უმაღლესი/ასპირანტურა	57.3	1.0	2.0	39.6	100.0	2 044
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართული	49.2	1.3	1.3	48.2	100.0	6 540
აზერბაიჯანელი	14.0	0.3	0.1	85.6	100.0	552
სომეხი	36.4	0.9	0.6	62.1	100.0	291
სხვა	45.0	1.0	3.9	50.1	100.0	201
იგი სტატუსი						
იგი	55.2	0.8	0.8	43.3	100.0	1 790
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	44.6	1.2	1.2	52.9	100.0	5 794
სივოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა						
არასოდეს ქონია სქესობრივი კონტაქტი	45.8	1.8	1.6	50.8	100.0	2 031
1	44.7	0.8	0.9	53.6	100.0	5 388
2+	48.6	2.5	6.0	42.9	100.0	165

* გარდა 214 ქალისა, რომლებსაც არ ახსოვდათ სქენით თუ უნახიათ აიუ/შიდსის შესახებ რადიოთი ან ტელევიზიით ბოლო ექვსი თვის განმავლობაში.

ცხრილი 16.1.4

რეპროდუქციული ასაკის ქალების მიერ მასშედით ბოლო დროს მიღებული ინფორმაცია სხვა სვგლ-ს შესახებ შერეული მახასითებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

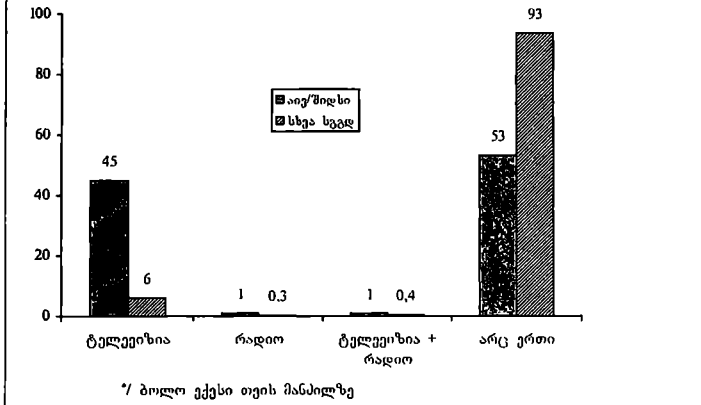
მახასითებლები	15-44 წლის ქალები				სულ	შემთხვევის რაოდენობა
	ტიკვიზია	რადიო	რადიო და ტელევიზია	არც ერთი		
სულ	6.0	0.3	0.4	93.2	100.0	7 572
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	7.3	0.4	0.5	91.8	100.0	4 623
სოფელი	4.4	0.2	0.2	95.1	100.0	2949
რეგიონი						
თბილისი	8.2	0.7	0.9	90.3	100.0	1 975
იმერეთი	6.4	0.4	0.1	93.0	100.0	1 560
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	5.6	0.2	0.6	93.6	100.0	1 222
სამხრეთი	3.3	0.2	0.1	96.5	100.0	978
დასავლეთი	5.5	0.2	0.1	94.3	100.0	1 837
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	4.7	0.4	0.3	94.6	100.0	2 308
25-34	7.2	0.3	0.3	92.2	100.0	2 648
35-44	6.4	0.4	0.6	92.7	100.0	2 616
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	6.4	0.3	0.2	93.0	100.0	5 035
განათხოვარი	5.8	0.2	1.8	92.2	100.0	505
გაუთხოვარი	5.4	0.4	0.4	93.8	100.0	2 032
განათლების დონე						
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	1.7	0.5	0.0	97.8	100.0	939
საშუალო	4.4	0.3	0.3	91.1	100.0	2 600
ტიქნიკუმი	7.5	0.3	0.4	91.8	100.0	2 002
უმაღლესი/ასპირანტურა	9.5	0.4	0.7	89.4	100.0	2 031
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართველი	6.7	0.4	0.4	92.6	100.0	6 523
აზერბაიჯანელი	1.0	0.0	0.0	99.0	100.0	552
სომეხი	4.0	0.3	0.0	95.8	100.0	293
სხვა	7.6	0.5	2.9	89.0	100.0	204
იკ სტატუსი						
იკ	8.3	1.3	0.0	90.3	100.0	1 777
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	5.9	0.3	0.4	93.4	100.0	5 795
სიცოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა						
არასოდეს ქონია სქესობრივი კონტაქტი	5.3	0.4	0.4	93.8	100.0	2 023
1	6.3	0.2	0.2	93.2	100.0	5 381
2+	7.0	2.3	5.2	85.5	100.0	168

* გარდა 226 ქალისა, რომლებსაც არ ახსოვდათ სმენიათ თუ უნახავთ სვგლ-ს შესახებ რადიოთი ან ტელევიზიით ბოლო ვექსი თვის განმავლობაში.

დიაგრამა 16.13

რეპროდუქციული ასაკის ქალების მასშედიით ბოლო დროს მიღებული ინფორმაცია აივ/შიდსსა და სხვა სეგდ-ის შესახებ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო,

1999/2000 წ.



16.2. რესპონდენტის ინიციატივით მოწოდებული ინფორმაცია სეგდ-ზე გამოკვლევის და დიაგნოზის შესახებ

მოსახლეობის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციაზე აგებული გამოკითხვა მნიშვნელოვნად აესებს სეგდ-ზე ტრადიციულ ეპიდზედამხედველობის მონაცემებს, რადგან ეს ინფორმაცია მოსახლეობის სოციალურ შეფასების საშუალებას იძლევა. ამასთან ერთად, ეს მონაცემები შეიძლება არასრული აღმოჩნდეს (მაგ. გახსენებული ფაქტის არასანდოობა, სანოთირო ინფორმაციის დამალვა). გარდა ამისა, ასეთი გამოკითხვები, მართალია შესაძლებელს ხდის დაავადების გავრცელების შეფასებას, სამაგიეროდ, ისინი არ იძლევიან ავადობის დონის განსაზღვრის საშუალებას. არსებული შეზღუდვების მიუხედავად, გამოკითხვები მნიშვნელოვნად აესებენ ეპიდზედამხედველობის მონაცემებს, რადგან იძლევიან სეგდ-სთან დაკავშირებული გამოცდილების ანალიზის საშუალებას რეპონდენტების მახასიათებლების, რეპროდუქციული ინფორმაციის და ჯანმრთელობისათვის სასიკეთო ქცევების სეგდ-თან კორელაციის მიხედვით.

16.2.1 და 16.2.2 ცხრილებში ნაჩვენებია რესპონდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია გამოკვლევის და დიაგნოსტიკის დონეების შესახებ საქართველოში ყველაზე ტიპური სეგდ-ის რვა სახეობისათვის. რესპონდენტებს არ ეკითხებოდნენ აივ დიაგნოზისა და მეურნეობის შესახებ. ამ შედეგების ინტერპრეტაციისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ლაბორატორული გამოკვლევის რესურსები საქართველოში შეზღუდულია, ხოლო სეგდ-ის უმრავლესობის დიაგნოსტიკა სათანადო ლაბორატორული ანალიზის გარეშე შეუძლებელია. უფრო მეტიც, რესპონდენტების სეგდ-ს შესახებ ცოდნის

განსხვავებულმა დონემ (რომელიც დამოკიდებულია ფონურ მახასიათებლებზე) შეიძლება იმოქმედოს გამოკვლევისა და დიაგნოსტიკის შესახებ მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციის სიზუსტეზე. სგდ-ს ზოგი სახეობები სხვებზე უფრო კარგად არის ცნობილი, ამიტომ რესპონდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ამ სგდ-ზე უფრო ზუსტია. გარდა ამისა, ზოგი სგდ-ს შესახებ აუცილებელია ეცნობოს დერმატო-ვენეროლოგიურ ქსელს (მაგ. ათაშანგი და გონორეა). ამიტომ რესპონდენტებს არ უნდათ აღიარონ, რომ ამ სახის ინფექცია შეეყარათ.

როგორც 16.2.1 ცხრილშია ნაჩვენები, რესპონდენტები ყველაზე ხშირად ასახელებდნენ სოკოვან ინფექციებს და ტრიქომონიაზს. რესპონდენტებია 8% გადაიტანა სოკოვანი ინფექცია, ხოლო 7% ტრიქომონიაზი. სგდ-ს ამ ორი სახეობის სიხშირის მაჩვენებელი უფრო მაღალია ქალაქელ (11% სოკოვანი ინფექციები, 9% - ტრიქომონიაზი), თბილისელ (შესაბამისად 16% და 13%) და უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში (შესაბამისად 16% და 11%), რაც შეიძლება ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სტრუქტურით და სამედიცინო მომსახურების მეტი ხელმისაწვდომობით არის განპირობებული. სოკოვანი ინფექციები და ტრიქომონიაზი უფრო ხშირად აღენიშნებათ გათხოვილ და განათხოვარ ქალებს. რაც შეეხება ასაკის მიხედვით გავრცელებას, ეს ინფექციები უფრო ხშირია 25 წლის და უფრო ასაკოვან ქალებში, ვიდრე ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში. სოკოვანი ინფექციის გავრცელება სიცოცხლის მანძილზე იზრდება ერთი პარტნიორის შემთხვევაში 11% ორი ან მეტი პარტნიორის შემთხვევაში 25%-მდე. ანალოგიურად, ტრიქომონიაზის შემთხვევები სამჯერ უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში, რომლებსაც ორი ან მეტი პარტნიორი ჰყავდათ, ვიდრე მონოგამურ ქალებში (შესაბამისად, 24% და 9%). ინფორმაცია მწირია სგდ-ს სხვა სახეობებზე: ქალების მხოლოდ 0.4% განაცხადა, რომ მათ დაუსვეს ქლამიდოური ინფექციის დიაგნოზი; 0.2% აღნიშნა, რომ ქქონდათ გონორეა და 0.1% - ათაშანგი.

სგდ-ის გავრცელების მონაცემები სხვა ქვეყნებისათვის, მათ შორის საქართველოსთვის, ხელმიუწვდომელია. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ეფექტური ინტერვენციების დასაგეგმავად აუცილებელია ყველაზე ტიპური სგდ-ის გავრცელებისა და სიხშირის ზუსტი მაჩვენებლების ცოდნა. ჯანმრთელობადროინდელ ანგარიშში გამოქვეყნებულია ათაშანგის, გონორეის, ქლამიდოური ინფექციის და ტრიქომონიაზის გამოთვლილი გავრცელება და სიხშირე 1995 წლისათვის (Gerbase A.C. et al, 1998). გავრცელების მაჩვენებლები ჯანმრთელების ფაილების და დაბალი რისკის მქონე მოსახლეობის (ორსული ქალები, სისხლის დონორები და ქალები, რომლებიც სარეგულაროდ იჯახის დაგვემარების კლინიკების მომსახურებით) ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების ერცელი მიმოხილვის საფუძველზეა მიღებული. აღმოსავლეთ ევროპის და აზიის რეგიონში ათაშანგის, გონორეის, ქლამიდოური ინფექციის და ტრიქომონიაზის გავრცელების მაჩვენებლები 15-44 წლის ქალებში შესაბამისად იყო 0.08%, 0.5%, 3.7% და 7.4%. ქლამიდოური ინფექციის გარდა ეს გამოთვლები ძალიან პაკეის ამ დაავადებების გავრცელების გამოკითხვით მიღებულ მონაცემებს. გამოკითხვით მიღებული ქლამიდოური ინფექციის გავრცელების მაჩვენებლები ბევრად ნაკლებია, ვიდრე ჯანმრთელების მიერ გამოქვეყნებული ციფრები (შესაბამისად 0.6% და 3.7%), რაც შესაძლოა მოსახლეობაში ამ ინფექციების შესახებ ცოდნის ძალიან დაბალი დონით და ლაბორატორიული გამოკვლევების უქონლობით არის გამოწვეული.

ცხრილი 162.1

კონკრეტული სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოზის მქონე 15-44 წლის ქალები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	საკოვანი ინჟექცია	ტრიქო-მონა	ქლაში-და	გუნ-რეა	მახვილ-წვეტიანი კონდომები	აბა-შანი	გენიტალური პერპეტი	შემთხვევების რაოდენობა
სულ	7.9	6.5	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	7 798
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	10.8	9.0	0.6	0.3	0.3	0.1	0.1	4 759
სოფელი	4.1	3.4	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	3 039
რეგიონი								
თბილისი	15.8	12.7	0.8	0.4	0.4	0.0	0.2	2 029
იმერეთი	5.8	5.1	0.1	0.6	0.4	0.1	0.0	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	6.1	5.5	0.5	0.2	0.0	0.2	0.1	1 259
სამხრეთი	4.4	4.0	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	1 017
დასავლეთი	4.2	3.2	0.1	0.0	0.2	0.0	0.1	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	3.4	2.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	2 388
25-34	11.2	9.0	0.8	0.3	0.2	0.1	0.2	2 731
35-44	9.8	9.3	0.3	0.4	0.3	0.1	0.1	2 679
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	11.2	9.7	0.6	0.3	0.3	0.1	0.1	5 177
განათხოვარი	12.9	8.1	0.6	0.8	0.0	0.2	0.0	517
გაუთხოვარი	0.8	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2 104
განათლების დონე								
არასრული საშუალო ან დაწეებითი სკოლა	1.7	1.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	991
საშუალო	4.7	4.5	0.2	0.1	0.2	0.1	0.0	2 644
ტექნიკური	8.3	7.7	0.2	0.5	0.2	0.2	0.1	2 058
უმადლესი/ასპირანტურა	15.5	11.3	1.0	0.3	0.3	0.0	0.2	2 085
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	8.5	7.2	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	6 700
ასურბაიჯანელი	2.3	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	589
სომეხი	4.5	4.2	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	300
სხვა	14.1	9.4	0.9	1.0	0.9	0.0	0.5	209
ოჯახური სტატუსი								
იგა	5.6	4.6	0.9	0.7	0.1	0.1	0.3	1 828
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	8.0	6.6	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	5 970
სიცოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა								
არასოდეს	0.8	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2 095
სქესობრივი კონტაქტი								
1	10.9	9.0	0.5	0.4	0.3	0.1	0.1	5 533
2+	24.7	24.2	1.7	0.6	1.1	0.0	0.6	170

ცხრილი 16.2.2

სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ქალების სგგდ-ს გაცნობიერების, გამოკვლევის, დიაგნოზის და მკურნალობის დონე საეციფიური სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველი, 1999/2000 წ.

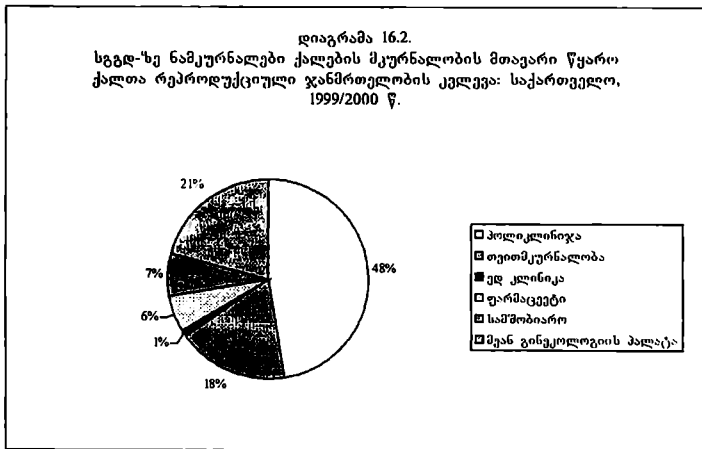
სხედიფიურ სგგდ	სგგდ-ს გაცნობიერების რების %	სგგდ-ზე ჩატარებული გამოკვლევის %	სგგდ-ს დიაგნოზის %	ნაშკარა ლავი სგგდ-ს გამო %	შეუწონავი შემთხვევების რიცხვი
აივ.შიდსი	93.8	6.5		*	5 703
ათაშანგი	88.7	9.5	0.1	0.1	5 703
სოკოვანი ინფექცია	83.9	22.5	11.4	11.1	5 703
გონორეა	69.1	6.4	0.4	0.4	5 703
ტრიქომონიაზი	67.1	17.9	9.5	9.4	5 703
ქლამიდიასი	18.7	2.8	0.6	0.5	5 703
მახვილწვერიანი კონდილომები	15.4	0.4	0.3	0.3	5 703
გენიტალური პერპესი	10.5	0.3	0.1	0.1	5 703
ნებისმიერი სგგდ	96.0	30.2	16.0	15.7	5 703

* რესპონდენტებს არ გკითხებოდნენ აივ გამოკვლევის პასუხს.

16.2.2 ცხრილში ნაჩვენებია ცოდნის, გამოკვლევის და დიაგნოსტიკების დონე ყველაზე ტიპიურ სგგდ-თვის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს შორის. ზოგადად თითქმის ყოველი მესამე ქალი (30%) არასოდეს გასინჯულა სგგდ-ზე. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების თითქმის 10% განაცხადა, რომ შემოწმებული იყო ათაშანგზე და ამ ქალების 1% დაუდასტურდა ამ დაავადების დიაგნოზი, რაც გავრცელების 0.1% ტოლია. სოკოვანი ინფექციები და ტრიქომონიაზი სგგდ-ს ყველაზე გავრცელებული სახეობებია, რომლებზეც გამოიკვლიეს სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალები და რომლებსაც ისინი ყველაზე ხშირად ასახელებდნენ. თითქმის ყველა მესამე ქალი გამოკვლეულია ამ ინფექციებზე. ორივე ინფექციისათვის დადებითი პასუხების მაჩვენებელი რესპონდენტების 50% შეადგენდა. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებისათვის ორივე ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი იყო 12% (სოკოვანი ინფექცია) და 10% (ტრიქომონიაზი). ქლამიდიასი და გონორეა დაასახელა ქალების შესაბამისად 0.6% და 0.4%. დადებითი პასუხების მაჩვენებლები ამ დაავადებებისათვის უფრო დაბალია და შესაბამისად შეადგენენ 11% და 6%. საქართველოში იშვიათია ისეთ ვირუსულ სგგდ-ზე გამოკვლევა, როგორცაა მახვილწვერიანი კონდილომები და გენიტალური პერპესი (შესაბამისად, 0.3% და 0.1%), ამიტომ დიაგნოზს ძირითადად სვამენ კლინიკური გასინჯვის საფუძველზე. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ავადმყოფებს ლაბორატორიულად იკვლევენ მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ვითარდება დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური პათოლოგია, რადგან გამოკვლეულთა უმრავლესობას დაუმტკიცდა დაავადების დიაგნოზი.

იმ ქალების უმრავლესობას, ვისაც სგგდ-ს დადებითი ტესტი ქონდათ, ჩაუტარდა ამ ინფექციის სამედიცინო მკურნალობა. როგორც 16.2.2 დიაგრამაზეა ნაჩვენები, სგგდ-ს მქონე ქალების მკურნალობის მთავარი წყაროები იყო პოლიკლინიკა (48%), მან-გინეკოლოგიური საავადმყოფო (21%) ან

სამშობიარო (7%). ქალების მხოლოდ 1% იმპურნალა ვენეროლოგიური დაავადებების კაბინეტში ან კლინიკაში. ამავე დროს სგგდ-ით დაავადებული დანამკურნალები ქალების უმრავლესობას სოკოვანი ინფექცია ან ტრიქომონიაზი ქონდათ, ანუ ეს ის ინფექციებია, რომელთა მკურნალობა დერმატოვენეროლოგიური ქსელის გარეთაც შეიძლება. ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით დადებითი ტესტების მქონე ქალების 11%-დან 30%-მდე მკურნალობდა ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებს გარეთ (საშუალოდ 18%). თვითმკურნალობას მიმართავენ ქალები, რომლებსაც მკურნალობის წესის ასწავლა ფარმაცევტმა (12%), მეგობარმა (3%) ან არაინ (2%). როგორც ჩანს, ეს ქალები მიმართავენ თვითმკურნალობას იმიტომ, რომ არ სურდათ ექიმისათვის გაენდოთ თავისი დაავადება.



16.3. თავად რესპონდენტების მიერ აღწერილი სგგდ-ს სიმპტომები

ქვეყნის მთლიან მოსახლეობაში სგგდ-ს სიმპტომების გავრცელების შესაბამისად გამოკითხვის კითხვარში შეიტანეს რიგი კითხვებისა ბოლოდროინდელი ვაგინალური გამონადენისა, გენიტალური იარებისა და წყლულების შესახებ. 16.3 ცხრილში ნაჩვენებია ვაგინალური გამონადენის და ვაგინალური იარების/წყლულების გავრცელება 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში. მონაცემები შეგროვილია გამოკითხვამდე 12 თვიან პერიოდისათვის. ეს ინფორმაცია დაეხმარება ეროვნულ სგგდ პროგრამას გადაწყვიტოს რამდენად გამართლებულია სგგდ-ით დაავადებული ქალების მკურნალობისათვის სინდრომული მიდგომა. სინდრომული ავადმყოფების ისტორიები არ მოითხოვენ ლაბორატორული სადიაგნოსტიკო ტესტების ჩატარებას და ეყრდნობიან კონკრეტული სავარაუდო სგგდ-სათვის დამახასიათებელი სიმპტომებისა და ნიშნების კომბინაციის (სინდრომებს) იდენტიფიკაციას. დაავადების სინდრომული მკურნალობა გულისხმობს იდენტიფიცირებულ სინდრომების გამომწვევ ყველაზე ტიპური ორგანიზ-

ცხრილი 16.3

პროცენტული რაოდენობა 15-44 წლის სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებისა, რომლებსაც გასული წლის განმავლობაში ქონდათ ვაგინალური გამონადენი და იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვინც დაასახელა ვაგინალურ გამონადენთან დაკავშირებული სხვა სიმპტომები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ვაგინალური გამონადენი ან გენიტალური წყლული			ვაგინალურ გამონადენთან დაკავშირებული სიმპტომები				
	ვაგინალური გამონადენი	გენიტალური იარები/წყლულები	მუცლის ტკივილი	ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს	ვაგი-ნალური ქაფი	დიზურია	N	
სულ	24.1	4.7	5 703	59.4	30.6	26.1	16.1	1 407
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	25.2	4.8	3 362	55.5	29.1	26.9	16.3	889
სოფელი	22.7	4.5	2 341	64.6	32.7	25.0	15.7	518
რეგიონი								
თბილისი	29.2	4.0	1 387	51.3	29.5	28.3	15.8	422
იმერეთი	23.2	5.8	1 147	59.8	31.1	24.7	19.4	276
ჩრდილო-აღმოსავლეთი სამხრეთი	26.5	5.5	984	62.9	31.3	23.7	14.3	247
დასავლეთი	18.6	4.5	812	68.7	31.8	27.9	14.8	153
დასავლეთი	21.1	4.2	1 373	61.5	30.6	25.2	16.8	309
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	23.2	5.4	951	51.8	37.4	26.7	14.6	243
25-34	26.3	4.7	2 300	58.3	31.1	26.4	14.7	618
35-44	22.4	4.4	2 452	63.9	27.3	25.6	18.2	546
განათლების დონე								
საშუალო ან დაწვებითი სკოლა	22.4	4.3	2 845	65.1	32.9	22.6	15.4	589
ტექნიკუმი	24.9	5.5	1 726	62.8	28.3	29.1	20.4	428
უმაღლესი/ასპირანტურა ეთნიკური წარმოშობა	25.9	4.5	1 492	47.9	29.9	28.1	12.5	390
ქართული	25.5	5.1	4 795	58.6	30.0	26.9	16.2	1 238
აზერბაიჯანელი	14.7	2.0	481	70.2	38.3	23.3	25.6	72
სომეხი	20.4	2.9	247	59.8	21.7	18.3	7.5	49
სხვა	26.4	6.3	180	58.2	42.2	22.7	4.7	48
იმა სტატუსი								
იპ	29.2	5.1	1 266	58.0	35.1	21.9	15.7	342
ადგილობრივი მაცხოვრებელი არასოფლეს ქონია სქესობრივი კონტრაცტის	23.8	4.7	4 437	59.5	30.4	26.4	16.1	1 065
1	24.0	4.8	5 533	59.7	30.7	26.3	16.1	1 363
2	26.8	1.7	170	52.8	28.0	21.6	16.7	44
გამოკვლევა სტად-ზე არასოდეს გამოკვლეულა	19.0	3.5	4 051	62.0	26.3	19.2	14.6	796
გამოკვლეულა	35.9	7.6	1 652	56.3	36.0	34.5	17.9	611
სტად-ს დიაგნოზი უარყოფითი	20.1	3.8	4 847	59.8	26.8	20.1	14.5	1 006
დადებითი	44.7	9.4	856	58.4	39.7	40.4	19.7	401

მეზბის და მათი ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის შესახებ არსებული ცოდნის ურთიერთშერწყმას. მაგრამ ამ შემთხვევაში არსებობს რამდენიმე მნიშვნელოვანი შეზღუდვა, რომელიც სინდრომულ მეთოდს გამოუსადეგარს ხდის სტად-ს სიხშირისა და გავრცელების შესაფასებლად. ჯერ ერთი, ვაგინალური გამონადენის შემთხვევების დიდი ნაწილი არ არის

გამოწვეული სგგდ-თი, გენიტალური წყლულები ხშირად მიანიშნებენ შექცევად HSV (ჰერპესის ვირუსული) ინფექციაზე, რომელიც ავადმყოფს შეიძლება მრავალი წლის წინ შეეყარა. მეორე, სგგდ-ს შემთხვევების დიდი ნაწილი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. და დაავადების სინდრომული განსაზღვრებები არ არიან პათოგენ-სპეციფიური (ჯანმო, 1999). და ბოლოს, მკურნალობა, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაავადების სინდრომული განსაზღვრებები, უცილობლად იწვევს ზედმეტ მედიკამენტოზურ მკურნალობას, ანტიბიოტიკებისადმი მდგრადობის გაზრდას და საზოგადოებრივი ფონდების დანახარჯების გაზრდას რასაც საბოლოო ჯამში მიყვავართ იქეთენ რომ პიროვნება შეცდომით უწოდებენ სგგდ ინფექციით დაავადებულს. ეს ნაკლი უნდა დიდი სიფრთხილით შევადაროთ სგგდ-ს გართულებებთან დაკავშირებულ ხარჯებს, დაავადების უწყვეტ გადაცემას და აიუ ინფექციის გადატანის გაზრდებულ პოტენციალს და ისეთ სამედიცინო ხარჯებს, როგორცაა ლაბორატორული გამოკვლევები და კლინიკური დიაგნოზი (Johannes van Dam et al., 1998).

როგორც 16.3 ცხრილშია ნაჩვენები, ყოველი მეოთხე სქესობრივად გამოცდილი ქალი აღნიშნავდა არანორმალურ ვაგინალურ გამონადენს, ხოლო 5% კი განაცხადა, რომ მათ იარები, მუჭუჭები ან წყლულები ქონდათ გენიტალურ მიდამოებში. ამგვარ ინფორმაციას ოდნავ უფრო ხშირად იძლეოდნენ ის ქალები, რომლებმაც გამოაფინეს სგგდ-ზე ცოდნის უფრო მაღალი დონე, რაც იმას გვაფიქრებინებს, რომ რესპონდენტის მიერ სგგდ-ს სიმპტომების დასახელება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სგგდ-ს ცოდნის დონესთან. ანალოგიურად, სგგდ-ს ნიშნებს და სიმპტომებს უფრო ხშირად ასახელებდნენ ის ქალები, ვისაც ჩაუტარეს ლაბორატორული გამოკვლევა ან დაუსვეს სგგდ-ს დიაგნოზი. იმ ქალებიდან, ვისაც ბოლო დროს პქონდა ვაგინალური გამონადენი, 59%-მა განაცხადა, რომ აგრეთვე პქონდათ ტკივილები მუცლის ქვემო მიდამოში, 31% აღნიშნა, რომ მათ პქონდათ დისპარეუნია (ტკივილები სქესობრივი აქტის დროს), 26% პქონდა ქავილი სასქესო ორგანოების არეში და 16% - მტკივნეული შარდვა (დიხურია).

16.4. სგგდ-ის რისკის თვითაღქმა

სგგდ-ს მოსახლეობაში გავრცელების სიჩქარე ძირითადად სამი ფაქტორით განისაზღვრება: ა) კონტაქტი ინფექციის წყაროსთან; ბ) დაინფიცირების ალბათობა; გ) დროის მონაკვეთი, რომლის განმავლობაშიც ინფექციის მატარებელს შეუძლია მისი გავრცელება (Eng TR and Butler WT, 1997). სგგდ-ს ცოდნის და გაცნობიერების დაბალი დონის შედეგად ქართული ქალები სათანადოდ ვერ აფასებენ ინფექციის რისკს, განსაკუთრებით კი აიუ/შიდსის გარდა სხვა სგგდ-თა რისკს. როგორც 16.5 ცხრილშია ნაჩვენები, 99GERHS დროს მხოლოდ 10% სწამდა, რომ მათი სგგდ-თი დაავადების გარკვეული რისკი არსებობს; მათ შორის 1% სწამდა, რომ ეს რისკი ზომიერი ან მაღალია. აიუ/შიდსის გადადების რისკთან დაკავშირებული შეშფოთება გაცილებით უფრო დიდია სხვა სგგდ-სთან შედარებით - ქალების 32% განაცხადა, რომ მათ სწამთ, რომ აიუ/შიდსის გადადების გარკვეული რისკი არსებობს, რაც შეიძლება მედიაში გაჩაღებული ბოლოდროინდელი ფართომასშტაბიანი კამპანიით იყოს განპირობებული (იხ. აგრეთვე თავი XVII) სხვაობა აიუ/შიდსის გარდა სხვა სგგდ-ს ინფექციების რისკის აღქმას შორის უმნიშვნელოა. სგგდ-ს რისკის

არ ცოდნა უფრო ხშირია სოფლად, სამხრეთ საქართველოში, ახალგაზრდა ქალებში, არასრული საშუალო განათლების მქონე რესპონდენტებში, აზერბაიჯანელ ქალებში და სქესობრივი გამოცდილების არმქონე ქალებში.

დასასრულს უნდა ითქვას, რომ ქართველ ქალებს აივ/შიდსის და ათაშანგის შესახებ უფრო მაღალი ცოდნის დონე აქვთ, ვიდრე სხვა ტიპიურ სტატუსზე, გონორეას ჩათვლით. სოკოვანი ინფექციის და ტრიქომონიაზის გარდა (შესაბამისად 23% და 18%) სტატუსზე გამოიკვლევის დონე სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებში ძალიან დაბალი იყო: ყოველ 10 ქალში ერთზე ნაკლები იყო გამოკვლეული ათაშანგზე; 7% გამოიკვლია აივ ინფექციაზე, 6% - გონორეაზე და 3%-ზე ნაკლები - სხვა სტატუსზე. ამავე დროს, ყოველ მეხუთე ქალს გამოკითხვის წინა წელს ქონდა ვაგინალური გამოწვევა და 5% ქონდა გენიტალური წყლულები ან იარები. ქალების უმრავლესობა, რომლებსაც დადებითი ანალიზები ქონდათ სტატუსზე, ნამკურნალებია, მაგრამ მათგან ძალიან ცოტამ გაიარა მკურნალობის კურსი ენეროლოგიური დაავადებების კლინიკაში, და როგორც ჩანს, არ მოხედნენ სტატუს-ეპიდემიოლოგიის ქსელში.

მხოლოდ ყოველ მეათე ქალსა აქვს გაცნობიერებული აივ/შიდსის გარდა სხვა სტატუს-შეყრის რისკი, რაც სამჯერ ნაკლებია, ვიდრე იმ ქალების რიცხვი, რომლებსაც სწამთ, რომ არსებობს აივ/შიდსით დაავადების რისკი. აშშ-ში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გეიჩენეს, რომ სქესობრივი გზით გადადებული დაავადებებით დასნებოვნების რისკი ერთი დაუცველი სქესობრივი აქტის დროს შეადგენს 50% გონორეის შემთხვევაში, 49% - ქლამიდოური ინფექციის შემთხვევაში, 30% გენიტალური ჰერპესის შემთხვევაში და 1% - აივ/შიდსის შემთხვევაში (Harlap S. et al., 1991). აივ რისკის თვითგაცნობიერების არაპროპორციულად მაღალი დონე ქართველ ქალებში იმის მანიშნებელია, რომ ამ ქალების მიერ სარისკო ქცევების გაცნობიერება (რომლებსაც იგივე ზეგავლენა აქვს ნებისმიერ სხვა სტატუს-თვითგაცნობიერებულ რისკზე), არ თამაშობს რაიმე მნიშვნელოვან როლს მათ მიერ რისკის აღქმაში. სამაგიეროდ, მასმედიის მიერ გამოქვეყნებულმა ინფორმაციამ, რომელიც ჯანდაცვის სისტემას წარმოაჩენს, როგორც აივ-ინფექციის პოტენციურ წყაროს, შეიძლება ითამაშოს მთავარი როლი აივ რისკის აღქმაში, მაგრამ არავითარ გაელენას არ ახდენს სხვა სტატუს-რისკის თვითაღქმაზე (რადგან მასმედია, აუდიო-ვიზუალური საშუალებები იშვიათად ახსენებენ სხვა სტატუს-ს).

გამოკითხვამ ნათელჰყო, რომ მასმედიის საშუალებები თითქმის ერთსულდონად არის მიჩნეული აივ/შიდსის უმნიშვნელოვანეს საინფორმაციო წყაროდ, მასმედიის პროგრამების დიდი ნაწილი ხშირად ავრცელებს ინფორმაციას (ხშირად კი დეზინფორმაციას) აივ/შიდსზე და ძალიან იშვიათად აშუქებს სხვა სტატუს-ს. ლიტერატურული მონაცემებით ქცევით ცვლილებებზე შეიძლება დადებითად იმოქმედოს კარგად ორგანიზებულმა კამპანიამ მასმედიაში. სტატუს-სახელმწიფო პროგრამამ, სტატუს-გადაცემისა და ინფიცირების საშიშროების შესამცირებლად გამიზნული ქცევითი ინტერვენციების განხორციელებისას ინფორმაციის ფართოდ გაშუქების მიზნით აქტიურად უნდა მოიზიდოს მასმედიის საშუალებები. მიუხედავად ამისა, საზოგადოების განათლებისაკენ მიმართულმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევამ უპირველეს ყოვლისა უნდა გააბათილოს მასმედიის მიერ შექმნილი იმიჯი, რომელიც ჯანდაცვის სისტემას წარმოაჩენს როგორც აივ ინფექციის წყაროს.

ცხრილი 16.4

სგგდ-ის რისკის თვითაღქმის მიხედვით იმ ქალების პროცენტული პროცენტული განაწილება, რომლებსაც სშენიათ სგგდ-ის შესახებ შეჩვეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	აიე/შიდის საგან თვითაღქმული რისკი		განსხვავებული რისკი		სგგდ-ით		დაავადების შემთხვევების რაოდენობა
	მაღალი რისკი	ზოქიერი რისკი	დაბალი რისკი	არანაღ-რი რისკი	არ იცის	სულ	
სულ	0.2	1.0	8.8	85.6	4.4	100.0	7 390
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	0.9	1.2	10.9	84.4	3.2	100.0	4 688
სოფელი	0.1	0.8	5.8	87.3	6.0	100.0	2 702
რეგიონი							
თბილისი	0.5	1.3	14.6	80.0	3.5	100.0	2 016
იმერეთი	0.1	1.3	5.6	91.2	1.8	100.0	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	0.2	1.3	7.1	87.2	4.2	100.0	1 172
სამხრეთი	0.1	0.5	7.1	82.0	10.3	100.0	817
დასავლეთი	0.1	0.6	6.5	88.7	4.0	100.0	1 822
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-24	0.1	0.9	5.1	87.6	6.3	100.0	2 181
25-34	0.4	1.5	11.5	83.1	3.4	100.0	2 633
35-44	0.2	0.7	10.1	85.8	3.2	100.0	2 576
ოჯახური მდგომარეობა							
გათხოვილი/არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი	0.3	1.2	11.8	82.9	3.7	100.0	4 923
განათხოვარი	0.7	0.7	7.9	88.3	2.4	100.0	487
გათხოვარი	0.1	0.7	3.3	90.0	5.9	100.0	1 980
განათლების დონე							
არასრული საშუალო დაწყებითი სკოლა	ან 0.2	0.6	2.3	85.9	11.0	100.0	767
საშუალო	0.3	0.8	6.8	87.9	4.2	100.0	2 500
ტექნიკუმი	0.2	1.4	9.5	86.0	2.9	100.0	2 042
უმაღლესი/ასპირანტურა	0.2	1.2	13.7	82.3	2.7	100.0	2 081
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	0.1	0.7	5.9	86.9	6.4	100.0	2 995
საშუალო	0.2	1.2	8.5	86.6	3.5	100.0	3 537
მაღალი	0.4	1.1	15.9	78.9	3.7	100.0	858
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	0.2	1.1	8.6	86.5	3.6	100.0	6 563
აზერბაიჯანელი	0.2	0.2	3.4	79.9	16.3	100.0	352
სომეხი	0.0	0.6	7.7	85.7	6.0	100.0	275
სხვა	0.0	1.4	26.9	70.3	1.4	100.0	200
იგუ სტატუსი							
იგუ	0.3	0.8	8.1	88.5	2.4	100.0	1 784
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	0.2	1.1	8.8	85.4	4.5	100.0	5 606
სიცოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა							
არასოდეს ქონია სექსობრივი კონტაქტი	0.1	0.7	3.3	90.0	5.9	100.0	1 971
1	0.2	1.2	10.9	84.1	3.7	100.0	5 254
2+	2.4	2.9	28.5	63.5	2.7	100.0	165

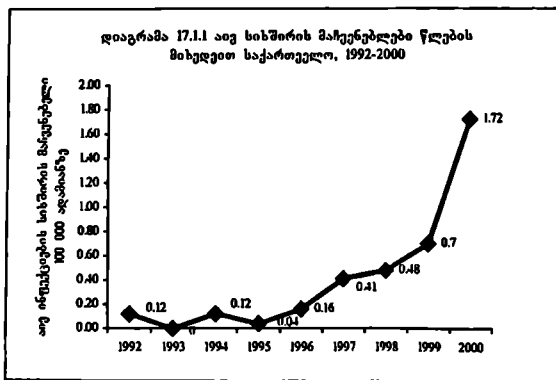
აივ/შიდსის გადაცემის გზებისა და პრევენციის ცოდნა

აივ/შიდსის ეპიდემიამ მსოფლიოში 36 მილიონ ადამიანზე მეტი მოიცვა. ინფიცირებული მოზრდილების თითქმის ნახევარი, - 16 მილიონზე მეტი - ქალებია. მარტო 2000 წელს შიდსმა იმსხვერპლა 13 მილიონი ქალის და 15 წლამდე ასაკის 500 000 ბავშვის სიცოცხლე. ეს ინფექცია სერიოზული რისკის ქვეშ აყენებს ქალების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას გლობალურ მასშტაბში.

აღმოსავლეთ ევროპა მსოფლიოს ერთ-ერთი უკანასკნელი რეგიონ-თაგანია, რომელსაც აივ ეპიდემია ემუქრება. 1995 წლის პირველ ნახევარამდე აღმოსავლეთ ევროპას და ყოფილ საბჭოთა კავშირს თითქოს არ ემუქრებოდა აივ ინფექციის მნიშვნელოვანი ეპიდემია. სავარაუდოდ, ამ რეგიონის 450 მილიონიანი მოსახლეობის 30 000-ზე ცოტა ნაკლებ ადამიანს აქვს აივ ინფექცია. 1995-1997 წლების პერიოდში ამ რეგიონში აივ შემთხვევების სავარაუდო რაოდენობა ხუთჯერ გაიზარდა. UNAIDS და ჯანმო-ს გამართულებით ამ ინფექციების ორი მესამედი 1995-1997 წლების ბოლო 12 თვის პერიოდზე მოდის (Dehne K., 1999).

მიმდინარე სტატისტიკური მონაცემებით, საქართველოში აივ ინფექციის შემთხვევების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია შემაშუოთებულ ხასიათს იღებს: მხოლოდ 1997-2000 წლების პერიოდში აივ შემთხვევების რაოდენობა გაათმაგდა (დიაგრამა 17.1.1). აივ ინფექციის შემთხვევების ფაქტიური რაოდენობა სხვა ქვეყნებთან შედარებით საკმაოდ დაბალია. ახალი აივ შემთხვევების უცვარი ზრდა, შესაძლოა დიდი ეპიდემიის დასაწყისს მოასწავებდეს. (ნუცუბიძე ნ., 1999).

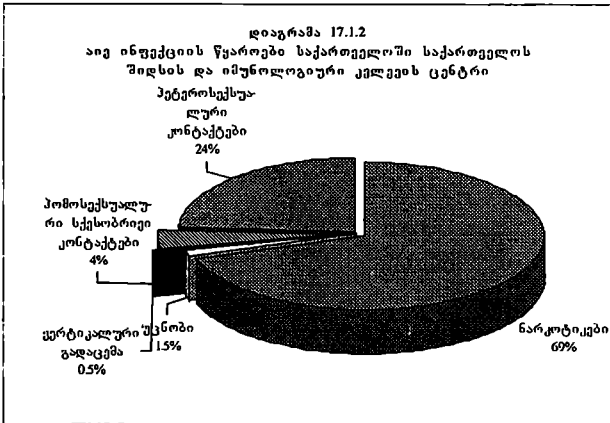
საქართველო აღმოსავლეთ ევროპაში ერთ-ერთი პირველი ქვეყანაა, რომელმაც რეაგირება მოახდინა აივ/შიდსის ეპიდემიაზე. აივ ინფექციის მონიტორინგი საქართველოში ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანდაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს შიდსის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამით. 1994 წელს დაწყებულ ამ პროგრამას კურირებას უწევს შიდსის ეროვნული კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაშია



საქართველოს შიღის ცენტრი 60 დიაგნოსტიკური ლაბორატორია და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის შიღის სამეცნიერო-კვლევითი განყოფილება. აიე ტესტირება, როგორც ჯანდაცვის ბოლოდროინდელი რეფორმის კომპონენტი აუცილებელია მხოლოდ სისხლის დონორებისათვის და ამ გამოკვლევას უზრუნველყოფს სისხლისა და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების პროგრამა. გარდა ამისა, ტესტირება აიე ინფექციაზე უფასოა მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებისათვის. (ნუცუბიძე ნ., 1999).

აიე შემთხვევების რეგისტრაცია საბჭოთა კაეშირის 15 ყოფილ რესპუბლიკაში ორეტაპიანია: სკრინინგ ტესტების რეგისტრაცია და მიმართვა ჯანდაცვის დაწესებულებებში ეპიდემიოლოგიური ისტორიის მისაღებად. ეს მეორე ეტაპი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან სწორედ ამ დაწესებულებებში ხდება ავადმყოფების კლასიფიცირება ინფექციის გადაცემის და წყაროს მიხედვით (Dehne K., 1999).

17.1.2 დიაგრამაზე მოცემულია საქართველოში აიე ინფექციების კლასიფიკაცია გადაცემის წყაროების მიხედვით. აიე ინფექციების უმრავლესობა (69%) აღინიშნება საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლებს შორის. აიე ინფექციების ერთ მეოთხედზე მეტი (28%) ვრცელდება სქესობრივი (პრომოსუალური და პეტეროსექსუალური) კონტაქტების მეშვეობით. ინფექციის ვერტიკალური გადაცემა ორსული დედისაგან ახალშობილებზე აიე ინფექციის ყველა შემთხვევების 0.5% შეადგენს და შემთხვევების 1.5% მოდის ინფექციის უცნობ წყაროებზე.



ინფექციის გავრცელების მაჩვენებლები საქართველოში შეიძლება არასრული იყოს და ეს სერიოზული ეპიდემია საინექციო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებელთა შორის შეიძლება ეპიდემიის აფეთქების და მოსახლეობაზე მისი სქესობრივი გზით პოტენციური გადადების დასაბამი

შეიქნას. სამომავლოდ ინფექციის გაერცვლება შეიძლება დამოკიდებული იყოს საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და დანარჩენ მოსახლეობას შორის არსებულ დამაკავშირებელ რგოლზე. ეპიდემიის საწყის ეტაპებზე ეფექტური პროფილაქტიკური ძალისხმევით შესაძლებელია ინფექციის გაერცვლების ლოკალიზება. მაგრამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის პროფილაქტიკური ღონისძიებები შეიზღუდება და ამიტომ ამ ღონისძიებათა სპეციფიურ ქვეჯგუფებზე კონცენტრირება უადრესად მნიშვნელოვანი და საკურო სტრატეგიაა, და მოითხოვს მოსახლეობის გამოკვლევებზე დაფუძნებულ მონაცემებს პრევენციული პროგრამების მიზანდასახულობის უზრუნველსაყოფად.

17.1. აიუ/შიდსის დაავადების ცოდნა

გამოკითხვისას დასმულ შეკითხვას სმენიათ თუ არა რაიმე აიუ/შიდსის შესახებ (ცხრილი 17.1). ქართველი ქალების დიდმა რაოდენობამ (93%) განაცხადა, რომ გააზრდილი აქვს აიუ/შიდსის შესახებ. ამ ცნების გაცნობიერების დონე უმნიშვნელოდ მერყეობს რესპონდენტების მახასიათებლების მიხედვით. სოფლად მცხოვრები და დაბალი განათლების მქონე ახალგაზრდა ქალები ნაკლებად ინფორმირებული არიან აიუ/შიდსის საკითხებზე. აიუ/შიდსის არსის გაცნობიერების ყველაზე დაბალი დონე აზერბაიჯანულ რესპონდენტებს ეკონდა (58%). უნდა აღინიშნოს რომ აიუ/შიდსის ცოდნა ყოველთვის არ ნიშნავს, რომ რესპონდენტები ფლობენ სრულ ინფორმაციას ამ დაავადების შესახებ.

აიუ/შიდსის დაავადების მცოდნე ყველა 7390 რესპონდენტს ჰკითხეს სჯერათ თუ არა მათ, რომ ინფიცირებულ ადამიანს შეიძლება არ ექონდეს დაავადების სიმპტომები. ქალების მხოლოდ ნახევარზე ოდნავ მეტმა (56%) იცოდა, რომ ინფიცირებულ ადამიანს შეიძლება არ ექონეს დაავადების სიმპტომები. ამას განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ქალებმა, რომლებმაც არ იციან, რომ ეირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეიძლება უსიმპტომოდ არსებობდეს, თავს დიდ საფრთხეში იგდებენ აიუ ინფიცირებულ პირთან კონტაქტით.

ასიმპტომატურ აიუ ინფექციაზე რესპონდენტების ცოდნის დონე მერყეობდა რესპონდენტების მახასიათებლების მიხედვით. სოფლად მცხოვრებლები (45%), არასრული საშუალო განათლების (36%) და დაბალი სოციალ-ეკონომიკური დონის (44%) მქონე ქალებმა უფრო ნაკლები იცოდნენ, ვიდრე ქალაქელმა (63%), უზალღესი განათლების მქონე (72%) და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალებმა (71%). ყველაზე მწირი ცოდნა ასიმპტომატური აიუ ინფექციის შესახებ თინიკურ აზერბაიჯანულ ქალებს ექონდათ (24%). სქესობრივ გამოცდილებას და ოჯახურ სტატუსს პრაქტიკულად არანაირი ან მეტად უმნიშვნელო გავლენა აქვს ცოდნის დონეზე.

ორივე კითხვაზე უფრო ზუსტად უპასუხეს ქალაქად მცოვრებმა, განათლებულმა და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებმა, რომლებმაც დაადასტურეს, რომ აიუ-შიდსი ნამდვილად არსებობს და რომ იგი შეიძლება ასიმპტომატური იყოს. ჯანმრთელობის საგანმანათლებლო პროგრამები ყველაზე კარგად წაადგება სოფლად მცხოვრებ ქალებს, ნაკლებად განათლებულ და დაბალი სოციალ-ეკონომიკური დონის მქონე ქალებს. ინფორმაციაში ხასხასით უნდა ითქვას აიუ დადებით ასიმპტომატურ პარტნიორებთან სქესობრივი კავშირის რისკის პოტენციალის შესახებ.

ცხრილი 17.1

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, ვისაც სმენია აიუ/შიდსის შესახებ, ვისაც სჯერა, რომ აიუ/შიდსის ინფექცია შეიძლება ასიმტომატური იყოს და ვინც იცის, სად შეიძლება აიუ ტესტის ჩატარება შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კონტრაცეპტივები

	სმენიათ აიუ/შიდსის შესახებ		სჯერათ, რომ აიუ/შიდსის ინფექცია შეიძლება ასიმტომატური იყოს		იციან, სად შეიძლება აიუ/შიდსზე ტესტირება	
	%		%		%	
სულ	93.4	7 798	55.8	7 390	23.5	7 798
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	98.5	4 759	63.4	4 688	30.1	4 759
სოფელი	86.8	3 029	44.9	2 702	15.1	3 039
რეგიონი						
თბილისი	99.2	2 029	66.5	2 016	38.7	2 029
იმერეთი	98.0	1 590	58.2	1 563	21.3	1 590
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	91.8	1 259	52.2	1 172	18.2	1 259
სამხრეთი	77.9	1 017	40.3	817	12.0	1 017
დასავლეთი	95.5	1 903	53.0	1 822	20.2	1 903
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	90.0	2 388	51.4	2 181	15.5	2 388
25-34	95.7	2 731	58.8	2 633	29.3	2 731
35-44	95.0	2 679	57.7	2 576	27.1	2 679
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/არარეგისტრირებული ქორწინებაში მყოფი	94.1	5 177	55.6	4 923	25.8	5 177
განათხოვარი	91.3	517	56.0	487	25.0	517
გაუთხოვარი	92.5	2 104	56.1	1 980	19.0	2 104
განათლების დონე						
არასრული საშუალო/დაწყებითი	76.0	991	35.7	767	6.2	991
საშუალო	93.2	2 664	46.8	2 500	16.5	2 664
ტექნიკური	98.9	2 058	60.5	2 042	28.2	2 058
უმაღლესი/ასპირანტურა	99.8	2 085	72.1	2 081	39.3	2 085
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი						
დაბალი	87.0	3 276	43.9	2 995	13.1	3 276
საშუალო	96.0	3 654	58.5	3 537	25.8	3 654
მაღალი	98.6	868	70.6	858	39.6	868
ეთნიკური ჯგუფი						
ქართველი	97.6	6 700	58.4	6 563	25.7	6 700
აზერბაიჯანელი	57.8	58.9	23.7	352	5.3	589
ხომხები	91.5	3.00	41.5	275	17.6	300
სხვა	96.8	209	67.5	200	33.3	209
ოპა სტატუსი						
ოპა	97.8	1 828	61.1	1 784	21.6	1 828
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	93.2	5 970	55.5	5 606	23.6	5 970
სისოცხლის მანძილზე პარტნიორების რაოდენობა						
არასოდეს ქონია სქესობრივი კონტაქტი	92.5	2 095	56.1	1 971	19.0	2 095
1 პარტნიორი	93.7	5 533	55.5	5 254	25.3	5 533
2+ პარტნიორი	97.4	170	61.2	165	41.0	170

რესპონდენტების მხოლოდ ერთმა მეთხედმა მათ შორის აიჭ/შიდს-ზე აღდრე შემოწმებულმა 5% იცოდა სად იკვლევენ აიჭ/შიდს-ზე. სოფლად, თბილისის გარდა სხვა ქალაქებში მცხოვრებ, ახალგაზრდა, ნაკლებად განათლებული, ნაკლები სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე და აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალებს შორის გაცილებით ნაკლებია იმ პირთა რიცხვი, რომლებმაც იციან სად შეიძლება აიჭ ინფექციაზე შემოწმება.

17.2. აიჭ/შიდსის გადაცემის გზები

რესპონდენტების აიჭ/შიდსით დაინფიცირების გზების ცოდნის შესამოწმებლად გააცნეს 14 დებულება და სთხოვეს გამოეთქვათ თავიანთი აზრი. მიღებული პასუხების საფუძველზე რესპონდენტები შემდეგნაირად დააჯგუფეს: თუ მითითებულ აიჭ ინფექციის გადაცემის ცნობილ გზაზე პასუხი იყო "არა" ან "არ ვიცი," რესპონდენტს მიაკუთვნებდნენ დაავადების გადაცემის მოცემული გზის არმცოდნეთა ჯგუფს. თუ არასწორად დასახელებულ გადაცემის მექანიზმს რესპონდენტი პასუხობდა "დიახ", მას ახასიათებდნენ, როგორც "არასწორად ინფორმირებულ პიროვნებას" თუ რესპონდენტები პასუხობდნენ "არა" ან "არ ვიცი" ინფექციის გადაცემის არასწორად დასახელებულ მექანიზმს, მათ პასუხის მიუხედავად სწორი პასუხის გამცემ რესპონდენტთა ჯგუფში აერთიანებდნენ, რადგან პასუხი "არ ვიცი" სწორ პასუხად ითვლებოდა.

17.2.1 ცხრილში ნაჩვენებია იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც სმენიათ აიჭ ინფექციაზე, მაგრამ არ იცოდნენ მისი გადაცემის მექანიზმები. რესპონდენტებისათვის აიჭ ინფექციის გადაცემის ყველაზე ნაკლებად ცნობილი გზაა ვერტიკალური გადაცემა ორსული ან მძეპური დღიდან ბავშვზე (28%). რესპონდენტებისათვის აიჭ ინფექციის გადაცემის ყველაზე უკეთ ცნობილი ფორმებია: პომოსქსუალური სქესობრივი აქტი (9%), სისხლის გადასხმა (9%) და არასტერილური შერიცების ხმარება (8%), პეტეროსექსუალური კონტაქტები (3%). მთლიანობაში აიჭ/შიდსის შესახებ ინფორმაციის მქონე ქალების ცოდნა აიჭ ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ მერყეობდა არცოდნის (3%) და გადაცემის ხუთივე მთავარი გზის ცოდნის (81%) დიაპაზონში. საშუალოდ რესპონდენტებმა იცოდნენ აიჭ ინფექციის გადაცემის 4.6 გზა (მონაცემები ნაწილები არ არის).

აზერბაიჯანელი ქალები, სოფლად მცხოვრები და დაბალი განათლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები უფრო ნაკლებად იყენებენ ინფორმირებული აიჭ ინფექციის გადაცემის გზებზე. მწირია გაუთხოვარი ან სქესობრივად გამოუცდელი ქალების ცოდნა აიჭ ინფექციის გადაცემის გზებზე გათხოვილი და სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალებისაგან განსხვავებით. სწორედ ამ ქალების დიდმა პროცენტმა ვერ გასცა სწორი პასუხი აიჭ ინფიცირების საშუალებებზე.

17.2.2. ცხრილში ნაჩვენებია აიჭ/შიდსზე არასწორი ინფორმაციის მქონე ქალების პროცენტული რაოდენობა. ამ ცხრილში აღნიშნული ქვეყის ყველა სახეობა არ იყო მეცნიერულად. განსაზღვრული, როგორც აიჭ გადაცემის წყარო. იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც სწამდათ, რომ ეს იყო აიჭ/შიდსის გადაცემის შესაძლო მექანიზმები, კლასიფიცირდება თავისი მახასიათებლების მიხედვით. აიჭ/შიდსზე არასწორი ინფორმაციის წილი მოდიოდა ქირურგიულ და სტომატოლოგიურ მკურნალობასთან დაკავშირებით (82%) სისხლის დონორულ გადაბასთან კავშირში (73%). სხვა

არასწორი პასუხები აივ ინფექციის გადაცემის შესახებ შემდეგნაირად განაწილდა: კოლოს ნაკებით (48%), ინფიცირებული პირების დანა-ჩანგლით, ჭურჭლით და სხვა საგნებით სარგებლობა (41%), კოცნით (37%), საზოგადოებრივი ტუალეტით სარგებლობით (28%), ხელის ჩამორთმევით (10%).

ცხრილი 17.2.1.

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც არ იციან აივ/შიდსის გადაცემის მექანიზმები შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	პეტეროსე- ქსულაური კონტაქტი	არასტერი- ლური შპრიცები	პომოსე- სულაური კონტაქტები	სისხლის გადასხმა	დედიდან ბავშვზე	შემთხვე- რულ- დენობა
სულ	3.4	7.7	9.1	9.3	27.5	7 390
საცხოვრებელი ადგილი						
ქალაქი	1.8	4.1	6.0	5.6	27.3	4 688
სოფელი	5.8	13.0	13.7	14.7	27.8	2 702
რეგიონი						
თბილისი	0.8	2.8	4.2	3.9	34.4	2 016
იმერეთი	2.6	5.7	10.8	7.3	20.4	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	3.6	8.5	8.0	10.5	27.3	1 172
სამხრეთი	10.2	19.5	18.4	20.1	34.3	817
დასავლეთი	3.1	7.6	9.4	10.2	21.0	1 822
ასაკობრივი ჯგუფი						
15-24	4.8	10.4	11.7	12.8	30.8	2 181
25-34	2.2	5.9	7.4	6.9	26.4	2 633
35-44	3.1	6.5	8.2	7.9	25.2	2 576
ოჯახური მდგომარეობა						
გათხოვილი/	2.9	7.4	8.4	8.9	25.3	4 923
განათხოვარი	2.2	4.9	5.8	5.8	27.2	487
გათხოვარი	3.1	8.7	11.2	10.7	31.7	1 980
განათლების დონე						
არასრული საშუალო	10.0	21.0	19.7	24.9	38.9	767
საშუალო	4.0	9.5	9.7	10.9	27.6	2 500
ტექნიკუმი	1.9	4.7	7.7	6.2	21.8	2 042
უმაღლესი/ასპირანტურა	0.9	1.8	4.5	2.6	27.1	2 081
სოციალ-ეკონომიკური						
სტატუსი						
დაბალი	6.1	12.7	13.3	15.5	28.8	2 995
საშუალო	2.5	6.3	7.9	7.4	26.4	3 537
უმაღლესი	1.4	2.6	5.3	3.7	29.3	858
ეთნიკური წარმოშობა						
ქართული	2.4	5.4	7.8	7.3	25.6	6 563
აზერბაიჯანელი	16.6	35.0	28.9	31.5	45.7	352
სომეხი	7.2	15.9	10.8	19.2	33.9	275
სხვა	0.9	6.1	4.4	8.2	36.8	200
იკა						
იკა	1.5	3.8	5.7	6.2	22.8	1 784
ადგილობრივი	3.5	7.9	9.3	9.5	27.8	5 606
მაცხოვრებლები						
სქესობრივი პარტნიორების						
რაოდენობა ცხოვრების						
მანძილზე						
არ ქონიათ	4.7	8.7	11.2	10.8	31.8	1 971
კონტაქტი						
I პარტნიორი	2.8	7.3	8.3	8.7	25.2	5 254
2+	2.4	3.6	3.5	4.7	32.5	165

ცხრილი 17.2.2.

15-44 წლის ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც არასწორი ინფორმაცია აქვთ აივ/შიდსის გადაცემის შესახებ შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ხელის ჩამორ- თმევით	სახოჯა- ღობრით და ტუალ- ტუბის სმარ- ბით	კაც- ნით	ინფიცე- რებულ პირთან საყრდენ- საგნების ერთობლივი სმარტებით	კლ- დოს- ნაკმ- ბენით	სისხ- ლის- ღონ- ტული გაღ- ბით	ჭირბრ- ული- სტამბ- ლოვით და მკურნა- ლობით	შეითხე- ვის რაოდ- ნობა
სულ	9.5	28.2	36.9	41.3	47.6	73.0	82.4	7 390
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	6.1	24.3	33.1	35.3	47.3	75.6	87.6	4 688
სოფელი	14.3	33.7	42.2	49.9	48.1	69.2	74.8	2 702
რეგიონი								
თბილისი	3.1	17.6	24.4	25.4	44.7	77.5	88.6	2 016
იმერეთი	7.9	30.0	40.5	47.7	47.9	72.1	84.5	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	11.5	34.6	41.6	46.9	48.3	76.2	79.7	1 172
სამსრეთი	14.9	31.8	39.2	43.7	44.9	65.0	70.3	817
დასავლეთი	13.5	32.3	43.8	49.6	51.9	70.3	82.5	1 822
ახაკობრივი ჯგუფი								
15-24	9.3	30.5	39.7	43.8	43.2	69.9	75.7	2 181
25-34	8.2	25.9	35.5	39.5	49.1	75.1	85.0	2 633
35-44	10.8	27.9	35.1	40.4	51.0	74.3	87.1	2 576
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/ცხოვრობს სქესობრივ პარტნიორთან	10.4	29.0	37.1	41.0	49.0	74.0	83.5	4 923
განათხოვარი	10.0	27.0	41.3	41.2	53.6	78.5	85.9	487
გაუთხოვარი	7.7	26.8	35.6	41.8	44.0	70.1	79.6	1 980
განათლების დონე								
არასრული საშუალო ან დაწყებითი სკოლა	14.1	32.2	38.6	45.4	39.1	59.7	62.1	767
საშუალო	11.7	32.7	43.0	47.8	49.3	72.6	79.4	2 500
ტექნიკური	10.4	31.8	41.9	45.1	53.6	77.6	86.2	2 042
უმაღლესი/ასპირანტურა	3.7	17.6	24.2	28.0	44.4	75.7	92.3	2 081
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი								
დაბალი	12.8	30.8	40.6	47.4	45.5	68.0	74.5	2 995
საშუალო	8.7	28.5	37.5	41.4	49.1	74.9	84.8	3 537
მაღალი	5.3	21.3	26.8	28.3	46.3	76.3	89.8	858
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	8.5	28.2	36.5	41.5	48.4	74.5	84.8	6 563
აზერბაიჯანელი	20.6	32.3	40.5	42.0	39.4	52.0	55.4	352
სომეხი	12.4	27.5	40.3	44.2	45.5	75.6	71.4	275
სხვა	10.3	21.5	34.9	29.2	43.9	69.1	83.2	200
იმა სტატუსი								
იმა	7.7	27.5	36.3	41.0	54.1	79.4	87.1	1 784
აფგილობრივი მაცხოვრებელი	9.6	28.2	36.9	41.3	47.3	72.6	82.1	5 606
პარტნიორების რაოდენობა ცხოვრების მანძილზე								
არ ქონიათ სქესობრი- ვი კონტაქტი	7.6	26.8	35.6	41.8	44.0	70.0	79.6	1 971
1 პარტნიორი	10.4	29.2	37.7	41.4	49.5	74.6	83.6	5 254
2+	10.3	20.3	29.8	30.0	46.8	69.6	88.3	165

თითქმის ყოველმა მეზუთე ქალმა, რომელსაც სმენია აივ.შიდსის დააყვანებაზე (21%), ვერ შეძლო სწორად ამოცნო აივ /შიდსით დაინფიცირების გზები. მიუხედავად ამისა, ყოველმა მეორე ქალმა (50%) სწორედ ამოიცნო სამი ან მეტი არასწორი დებულება აივ.შიდსის შესახებ (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის)

სისხლის დონორული გაღების და ქირურგიული და სტომატოლოგიური მკურნალობის გარდა აივ /შიდსით დაინფიცირების გზების ყველა დანარჩენ კატეგორიაში არასწორი ინფორმაციის მქონე ქალებს შორის სჭარბობს სოფლად მცხოვრები, დაბალი განათლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალები. მაგალითად, კითხვაზე, შეუძლია თუ არა სისხლის დონორულმა გაღებამ გადასცეს აივ ვირუსი, ტექნიკურმადამთავრებულ ქალებს (78%), უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს (76%) და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ქალებს (76%) არასწორი პასუხები უფრო მეტი რაოდენობა ქონდათ, ვიდრე ქალებს განათლების დაბალი დონით (60%) ან დაბალი სეს-ის მქონე ქალებს (68%). საოცარია, მაგრამ უმაღლესი განათლების მქონე ქალების 92% სწამდათ, რომ ქირურგიულ ან სტომატოლოგიურ მკურნალობას შეიძლება აივ /შიდსით დაინფიცირება მოჰყვეს. აივ/შიდსის გადაცემის მექანიზმების არასწორი გაგება არ იყო ან თითქმის არ იყო დამოკიდებული ოჯახურ მდგომარეობაზე, წარსულ სქესობრივ გამოცდილებაზე ან იმ სტატუსზე.

იმ ფაქტს, რომ ქალების დიდ პროცენტს (განსაკუთრებით, განათლებული და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალების), სწამს, რომ მათ შეიძლება აივ ინფექცია გადაედოთ სისხლის გაღებისას ან სტომატოლოგიური მკურნალობისას, შეიძლება რამოდენიმე ახსნა მოეძებნოს. აივ ინფექციით დაინფიცირება ხშირად ასოცირდება ბასრ საგნებთან, განსაკუთრებით ნემსებთან, ქართველი ქალების დიდი ნაწილი არ ენდობა ჯანდაცვის სისტემას და ჯანდაცვის სამსახურებს აღიქვამს აივ ინფექციის გადაცემის რისკის მნიშვნელოვან წყაროდ. არც ქირურგიული ან სტომატოლოგიური მკურნალობა და არც საკუთარი სისხლის დონორული მიზნით გაღება არ შეიცავს აივ /შიდსით დაინფიცირების საშიშროებას. რაც შეეხება აივ ინფიცირებული სისხლის პროდუქტებს, მათი მიღება აივ ინფიცირების რისკ ფაქტორია. უფროსი და უფრო განათლებული ქალების მაღალ პროცენტულ რაოდენობას, რომელსაც სწამს, რომ ქირურგიული ან სტომატოლოგიური მკურნალობა ან სისხლის დონორული გაღება აივ ინფექციის გადაცემის შესაძლო გზაა, გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობაში ფართოდ გავრცელებული მცდარი აზრის დასაძლევად საჭირო გახდება ფართომასშტაბიანი საგანმანათლებლო-სამედიცინო კამპანიის ჩატარება.

უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის ფართოდაა გავრცელებული მცდარი აზრი სილაბაზის სალონების შესახებ (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). ქალების დიდ ნაწილს სწამს, რომ მანიკურის ან პედიკურის გაკეთება უკავშირდება აივ /შიდსით დაინფიცირების შესაძლებლობას (74%). ეს მცდარი აზრები მომდინარეობენ მოსაზრებიდან, რომ აივ ვირუსით ინფიცირება შეიძლება ბასრი საგნების ხმაურებისას. რესპონდენტები, რომლებიც ასე ფიქრობენ, მეტწილად უფროსი ასაკის, უეტე განათლებული, მაღალი სოციალ-ეკონომიკური ფენის წარმომადგენლები და ქალაქის მაცხოვრებლები იყვნენ.

აივ გადაცემის გზებთან დაკავშირებული მცდარი აზრის მაღალი პროცენტული გავრცელება მიუთითებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საგან-

მანათლებლო პროგრამების საჭიროებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ კოლეები და სხვა მწერები არ ითვლებიან აივ ვირუსის გადამტანებად, ქალების დიდი რაოდენობა თვლის, რომ ეს შესაძლებელია. ნერწყვი არ არის ვირუსის დიდი რაოდენობა და მიუხედავად ამისა ყოველ მესამე რესპონდენტს სწამს, რომ არსებობს აივ ინფექციის ნერწყვით გადაღების გარკვეული რისკი. ინფიცირებული ადამიანისათვის ხელის ჩამორთმევა ან საერთო საყოფაცხოვრებო საგნებით სარგებლობა აივ ინფექციის გადაღების არავითარ რისკს არ შეიცავს; მიუხედავად ამისა, რესპონდენტების ნახევარს საპირისპირო აზრი აქვს. აივ ინფექციის გადაცემის გზებზე საგანმანათლებლო პროგრამები გამიზნული უნდა იყოს სოფლად მცხოვრებ, ნაკლები განათლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებისათვის. მცდარი აზრი იმის შესახებ, რომ აივ ინფექცია შეიძლება გადაეცეს სისხლის დონორული გაღებით, სტომატოლოგიური და ქირურგიული მკურნალობისას და სიღამაზის საღონებში, არ უკავშირდება სამიზნე ქალების რომელიმე კატეგორიას. აივ ინფექციის სარწმუნო გადაცემის წყაროებზე, განსაკუთრებით კი სისხლის დონორული გაღების და სისხლის პროდუქტებით სარგებლობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება ესაჭიროება ყველა განათლების დონის და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ქალს.

17.3. აივ/შიდსის პროფილაქტიკა

აივ ინფექციის პრევენციის მცოდნე რესპონდენტების განსახლდრის მიზნით იყენებდნენ ორი ნაწილისაგან შემდგარ შეკითხვას. რესპონდენტებს ეკითხებოდნენ, რისი გაკეთება შეიძლება აივ ვირუსით ინფიცირების თავიდან ასაცილებლად. რესპონდენტებს, რომლებმაც შესძლეს სპონტანურად დაესახელებინათ აივ პრევენციის მექანიზმი, მიაკუთვნებდნენ კოდს “სპონტანურად”. კითხვის მეორე ნაწილში რესპონდენტს უნდა ესაუბრა იმ მექანიზმებზე, რომლებიც მათ ვერ დაასახელეს სპონტანურად (“გამოსაკვლევი”). რეგისტრირდებოდა სპონტანური პასუხებიც, რომლებიც წინასწარ არ იყო შეტანილი კითხვარში (კითხვარის “სხვა” კატეგორია ძირითადად შეიცავდა “სექსისაგან თავის შეკავებას”. “პიჯინის წესების დაცვას”, “აივ/შიდსზე” ინფორმაციის მიღებას და აივ/შიდსით დაავადებულ ავადმყოფთა “იზოლაციას”).

რესპონდენტების თითქმის ორმა მესამედმა სპონტანურად უპასუხა, რომ აივ/შიდსისაგან თავის დაცვის მიზნით უნდა შეიზღუდოს პარტნიორების რაოდენობა, პარტნიორს კარგად უნდა იცნობდეს – “იყო მონოგამური” (27%). უცნობ პარტნიორებთან და მეძავებთან ურთიერთობისაგან თავი უნდა შეიკავო (36%). მხოლოდ ყოველმა მეოთხე ქალმა (25%) დაასახელა კონდომის ხმარება, როგორც თავი დაცვის შესაძლო საშუალება, თუმცა ეს პროცენტული მაჩვენებელი დამატებითი განსჯის შემდეგ 81%-მდე გაიზარდა. მხოლოდ ყოველმა მეხუთე ქალმა (19%) სპონტანურად დაასახელა სტერილური შპრიცის ხმარება, როგორც აივ ინფექციის თავიდან აცილების ჭეშმარიტი საშუალება. ამის მსგავსად, ქალების უმრავლესობამ სწორად ამოიცნო ამგვარი პრევენციული ქცევა დამატებითი განსჯის შემდეგ (92%). ქალების 5%-ზე ნაკლებმა დაასახელა აივ ვირუსზე შემოწმება, როგორც პრევენციის ერთ-ერთი საშუალება, მაგრამ დამატებითი განსჯის შემდეგ ეს მაჩვენებელი 86%-მდე გაიზარდა.

ზოგადად ქალების ერთ მესამედზე მეტმა (38%) ვერ დაასახელა აივ ინფექციისაგან თავის დაცვის რომელიმე მეთოდი და მხოლოდ 12% შეძლო დაესახელებინა სამი ან მეტი პრევენციული ქცევის მაგალითი. საშუალოდ, ქართველმა ქალებმა შეძლეს დაესახელებინათ აივ ინფექციისაგან თავის- დაცვის მხოლოდ ერთი ძირითადი საშუალება (მონაცემები ნაჩვენებია არ არის). სოფლად მცხოვრებმა (41%), თბილისის გარდა სხვა ქალაქებში მცხოვრებმა ახალგაზრდა ქალებმა (40%), არასრული საშუალო განათლების მქონე (56%), დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე (42%) და აზერბაიჯანელმა ქალებმა (54%) არ იცოდნენ აივ ინფექციისაგან თავის დაცვის არც ერთი საშუალება.

ცხრილი 17.3.1.

აივ/შიდსის შესახებ ინფორმირებული ქალების პროცენტული განაწილება აივ/შიდსის პრევენციის შესაძლო საშუალებებზე სპონტანურად და განსჯის შემდეგ გაცემული პასუხების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

შესაძლო საშუალებები	დაასახელეს			
	სპონტა- ნურად	განსჯის შემდეგ	ვერ დაასა- ხელეს	სულ
პარტნიორებთან სექსისაგან თავის შეკავება*	35.7	57.6	6.7	100.0
მონოგამურობა	27.3	67.0	5.7	100.0
კონდომების გამოყენება	24.7	56.3	19.0	100.0
სტერილური ნემსებით სარგებლობა	18.7	73.4	7.9	100.0
ინექციებზე უარის თქმა	7.8	81.2	11.0	100.0
პარტნიორის აივ ინფექციაზე შემოწმება	4.7	81.1	14.2	100.0
ბისექსუალური ურთიერთობებისაგან თავის შეკავება	2.9	79.7	17.4	100.0
სხვა	1.4	0.2	98.4	100.0

* უნცობ პარტნიორებთან და მეძავეებთან სქესობრივი კონტაქტებისაგან თავის შეკავების ჩათვლით.

17.3.2 ცხრილში ნაჩვენებია იმ რესპონდენტების წილი, რომლებმაც სპონტანურად, განსჯის გარეშე დაასახელეს აივ ინფექციის პრევენციის შესაძლებელი საშუალებები. როგორც ზევით იყო ნახსენები, ყველაზე ხშირად ქალები ასახელებდნენ უნცობ პარტნიორებთან და მეძავეებთან სქესობრივი კონტაქტებისაგან თავის შეკავებას (36%), მონოგამურობას (27%) და კონდომების ხმარებას (35%). სოფლად მცხოვრები ქალების ცოდნის დონე აივ ინფექციის პრევენციაზე, კონდომის და შპრიცის ხმარების გარდა არ განსხვავდებოდა ქალაქელი ქალების ცოდნის დონისაგან. დაბალი განათ- ლების და სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებმა, სქესობრივი გამოცდილების არმქონე და აზერბაიჯანელმა ქალებმა ვერ შეძლეს სპონტანურად დაესახელებინათ პრევენციის მექანიზმები. სწორედ ეს ჯგუფები უნდა გახდეს საგანმანათლებლო პროგრამების სამიზნე.

17.3.3 ცხრილში მოცემულია ის ქალები, რომლებმაც აივ ინფექციის პრევენციის საშუალებებზე ინტერვიუერთან მსჯელობის შემდეგაც ვერ შეძლეს შესაბამისი ცოდნის გამოქვეყნება. აღსანიშნავია, რომ რეს- პონდენტების დიდი რაოდენობა (19%), არ თვლის კონდომის მოხმარებას აივ

გადაცემის პრევენციის საშუალებად. ქალების დიდმა ნაწილმა არ იცის, რომ ბისექსუალებთან კონტაქტისაგან თავის არიდება (17%) და პარტნიორისგან შიდასზე გასინჯვის უსაფრთხოების მოთხოვნა აივ ინფექციის პრევენციის მექანიზმებია (14%). აივ ინფექციის პრევენციის მექანიზმების არცოდნა უფრო ხშირია სოფლად მცხოვრებ, დაბალი განათლების და სოციალ-ეკონომიკური დონის მქონე, სქესობრივად გამოუცდელ და აზერბაიჯანულ ქალებში. ახალგაზრდა გაუთხოვარმა ქალებმაც პრაქტიკულად არაფერი იციან აივ პრევენციაზე.

17.3 დიაგრამაზე ნაჩვენებია აივ პრევენციის და აივ ვირუსით გადაცემის გზების არცოდნის დამოკიდებულება განათლების დონეზე. რესპონდენტებს, რომლებმაც ვერ შესძლეს აივ ინფექციის პრევენციის და გადაცემის ვერცერთი მექანიზმის სწორად ამოცნობა, ახასიათებდნენ როგორც “პრევენციის არმცოდნეს” ან “აივ გადაცემის არმცოდნეს”. ყველაზე დაბალი განათლების დონის მქონე ნახევარზე მეტ რესპონდენტს წარმოდგენა არ ჰქონდა აივ ინფექციის პრევენციაზე, მაშინ, როცა უმაღლესი განათლების მქონე ქალების მხოლოდ მეოთხედმა არ იცოდა ამის შესახებ. განათლების ყველა დონეზე აივ პრევენციის უცოდინართა რიცხვი მეტი იყო, ვიდრე აივ გადაცემის მექანიზმების არმცოდნეთა რიცხვი.

17.3 დიაგრამის მიხედვით ქალებმა აივ ვირუსით ინფიცირების გზები უფრო იციან, ვიდრე მისი თავიდან აცილების საშუალებები. აივ ინფექციის გადაცემის მექანიზმების ცოდნის პარალელურად ქალების ცოდნაში აივ ვირუსით ინფიცირებაზე მრავალი მცდარი აზრიც ურევია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საგანმანათლებლო პროგრამები შეიძლება ფოკუსირებული იყოს აივ ინფექციის გადაცემის მექანიზმების სწავლებაზე.

საგანმანათლებლო პროგრამები მიმართული უნდა იყოს ახალგაზრდა ქალებისაკენ და მათში ძირითადი აქცენტი უნდა მოდიოდეს აივ ინფექციისაგან თავის დაცვის ისეთ მექანიზმებზე, როგორიცაა კონდომების გამოყენება, აივ ვირუსზე გამოკვლევა და სქესობრივი ურთიერთობებისაგან თავის შეკავება. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ აივ ინფიცირება შესაძლებელია ჩვეულებრივ პეტროსექსუალურ და ბისექსუალურ პარტნიორებთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებით. სქესობრივად გამოუცდელ ქალიშვილებზე კონცენტრირებამ შეიძლება მომავალში აგეაცოდოს ისეთი სქესობრივი ქცევა, რომელმაც შეიძლება აივ ინფიცირება გამოიწვიოს. იმის გამო, რომ საქართველოში აივ ინფიცირების მაღალი მაჩვენებლები ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლებზე მოდის, ხაზგასმით უნდა ითქვას არასტერილურ საინექციო ნემსებზე, როგორც აივ ვირუსით ინფიცირების შესაძლო წყაროზე და ასეთ მომხმარებელთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების საშიშროებაზე. ანტინარკოტიკული კამპანიის მთავარ მიზანს უნდა შეადგენდნენ ახალგაზრდა, განათლების დაბალი დონის და დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ქალები.

ცხრილი 17.3.2

აივ/შიდსის შესახებ ინფორმირებული ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც შეთავაზებულ სიაში აივ/შიდსის პრევენციის შესაბამის საშუალებებზე სპონტანურად ამოიცნეს შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

	შემთხვევითი სიხარვეზი პარტნიორების გამოცხადება	მოსოგამურობა	კონდომების გამოყენება	სტერილური საინექციო ნემსებით სარგებლობა	ინექციებისგან თავის შეკავება	მოთხოვნის პარტნიორისგან აივ/შიდსის მოწმება	ბინუსთან ალბანური კავშირი აივ/შიდსის შეკავება	სულ
მახასიათებლები								
სულ	35.7	27.3	24.7	18.7	7.8	4.7	2.9	7 390
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	36.8	27.6	31.8	21.2	9.2	5.3	3.2	4 688
სოფელი	34.0	26.8	14.4	15.1	5.7	3.7	2.5	2 702
რეგიონები								
თბილისი	34.7	27.7	39.0	21.5	11.9	5.3	4.4	2 016
იმერეთი	39.8	25.8	22.4	21.4	7.0	5.2	1.6	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	36.9	27.7	17.2	17.8	6.5	4.1	1.9	1 172
სამხრეთი	34.0	26.8	17.0	14.2	5.0	3.1	2.5	817
დასავლეთი	33.9	27.9	19.9	16.7	6.1	4.9	3.1	1 822
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	29.9	21.0	24.2	16.0	6.3	4.3	2.5	2 181
25-34	38.3	30.3	27.6	20.4	8.1	4.9	3.3	2 633
35-44	39.3	31.2	22.4	19.9	9.0	4.9	3.0	2 576
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/ცხოვრობს სქესობრივ პარტნიორთან	38.5	31.0	23.9	19.1	7.8	4.4	3.1	4 923
განათხოვარი	39.0	28.5	28.9	17.9	10.6	4.8	3.2	487
გაუთხოვარი	29.8	20.1	25.5	18.1	7.3	5.2	2.5	1 980
განათლების დონე								
არასრული საშუალო ან დაწვებითი სკოლა	22.7	16.9	11.7	10.5	4.9	2.8	1.0	767
საშუალო	35.8	26.4	23.0	17.2	7.2	4.9	3.9	2 500
ტექნიკური	38.2	30.5	23.1	18.6	6.9	4.7	2.8	2 042
უმადლე/ასპირანტურა	39.6	30.6	34.6	24.6	10.6	5.3	2.8	2 081
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი								
დაბალი	30.8	24.1	15.5	14.9	5.4	3.4	2.2	2 995
საშუალო	38.3	28.3	25.5	19.3	7.6	5.0	2.9	3 537
მაღალი	35.9	30.2	41.0	24.2	13.2	6.2	4.5	858
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	36.6	27.6	25.7	19.8	8.2	5.0	3.0	6 563
აზერბაიჯანელი	28.5	21.2	8.9	6.8	2.9	1.6	0.9	352
სომეხი	27.0	27.5	22.3	13.9	6.7	3.7	3.7	275
სხვა	35.9	28.8	32.8	18.3	8.0	3.9	3.4	200
იკა სტატუსი								
იკა	35.7	27.2	27.7	15.8	6.0	5.5	2.3	1 784
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	35.7	27.3	24.6	18.9	7.9	4.6	2.9	5 606
პარტნიორების რაოდენობა ცხოვრების მანძილზე								
არ კონიათ სქესობრივი კონტაქტი	29.7	20.0	25.6	18.1	7.3	5.2	2.5	1 971
1 პარტნიორი	38.6	30.9	24.0	19.1	7.9	4.5	3.1	5 254
2+	39.3	29.1	33.9	15.4	12.4	3.5	3.0	165

ცხრილი 17.33

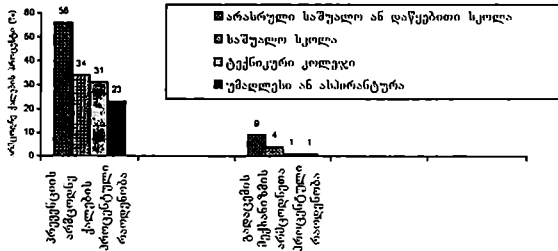
აიუ/შიდსის შესახებ ინფორმირებული ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც ინტერვიუერთან მსჯელობის შემდეგაც არ იცოდნენ აიუ/შიდსის გადაცემის პრევენციის შესაძლო საშუალებების შესახებ.

შერჩეული მაჩასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველი, 1999/2000 წ.

	შემთხვე- ვათი სქ- სობრივი პარტნიო- რების გამორიც- ხვა	მონო- გურობა	კონდო- მების გამოყ- ნება	ტერო- დური საინფ- ქციო ნემსე- რის ხმა- რება	ინექციე- რის შეყვება	შიოთ- ხოვთ პარტ- ნიორ- საგან აიუ-ზე შემოწ- მება	ბისექსუ- ალუბრის ქვესობ- რივი კა- რეის შეყ- ვება	სულ
მაჩასიათებლები								
სულ	19.0	17.4	14.2	11.1	7.9	6.7	5.7	7 390
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	12.8	11.9	10.3	8.5	4.6	4.4	3.8	4 688
სოფელი	28.0	25.2	19.9	14.8	12.6	10.1	8.4	2 702
რეგიონები								
თბილისი	11.1	8.5	12.3	10.1	3.5	4.1	3.6	2 016
იმერეთი	17.6	19.3	9.9	8.1	7.2	5.6	5.0	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	20.4	18.4	14.7	11.1	9.2	7.3	6.2	1 172
სამხრეთი	31.9	25.7	24.9	19.9	17.6	14.0	11.8	817
დასავლეთი	20.9	20.9	13.2	9.3	7.1	6.1	4.7	1 822
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	24.7	20.3	17.7	14.0	10.9	9.8	8.7	2 181
25-34	14.3	15.4	11.7	8.8	6.1	4.8	4.0	2 633
35-44	17.4	16.1	12.8	10.1	6.4	5.4	4.1	2 576
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/ ცხოვრობს	16.8	16.8	13.7	7.3	10.3	5.8	4.7	4 923
სქესობრივ პარტნიორთან								
განათხოვარი	16.7	12.7	10.9	4.8	8.4	4.2	3.5	487
გათუხოვარი	23.5	19.2	15.7	9.6	12.9	9.0	7.9	1 980
განათლებლის დონე								
არასრული საშუალო ან	40.0	35.4	30.1	20.5	24.4	18.3	16.0	767
დაწყებითი სკოლა								
საშუალო	21.5	17.7	16.2	8.8	11.9	7.6	6.5	2 500
ტექნიკური	15.3	16.2	10.4	5.9	8.6	4.1	3.4	2 042
უმაღლესი/ასპირანტურა	9.0	9.3	7.6	2.5	5.9	2.6	1.8	2 081
სოციალ-ეკონომიკური								
სტატუსი								
დაბალი	27.5	23.6	19.6	14.7	12.4	9.7	8.8	2 995
საშუალო	16.4	15.7	11.9	9.7	6.5	5.7	4.2	3 537
მაღალი	11.1	10.4	11.7	8.5	3.9	4.6	4.8	858
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	16.7	15.7	12.2	9.3	6.0	5.5	4.6	6 563
აზერბაიჯანელი	53.8	41.5	39.9	32.6	30.5	23.4	20.4	352
სომეხი	19.5	18.8	19.9	16.5	13.5	9.0	8.1	275
სხვა	14.3	14.6	12.2	9.1	7.6	7.2	4.9	200
იგა სტატუსი								
იგა	12.9	14.9	9.1	7.7	6.4	4.9	4.9	1 784
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	19.3	17.5	14.5	11.2	8.0	6.8	5.7	5 606
პარტნიორების რაოდენობა								
ცხოვრების მანძილზე								
არ კონიათ სქესობრივი	23.4	19.1	15.8	12.8	9.5	9.0	7.9	1 971
კონტაქტი								
1 პარტნიორი	16.7	16.7	13.5	10.1	7.2	5.7	4.6	5 254
2+	20.9	11.6	11.4	13.6	5.9	5.3	3.6	165

დიაგრამა 17.3
 პრევენციისა და გადაციემის გზების არმცოდნე რესპონდენტების პროცენტული რაოდენობა განათლების დონის მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.



17.4. აივ/შიდსის რისკის აღქმა და აივ/შიდსის რისკის თვითაღქმის შესახებ აივ ვირუსით ინფიცირების გზების თანამედროვე მეცნიერული ცოდნიდან გამომდინარე, სარისკო ქცევის პირთათვის აივ ინფექციით ინფიცირების რისკი სხვებთან შედარებით უფრო მაღალია. სარისკო ქცევები გულისხმობენ დაუცველ სქესობრივ ურთიერთობებს, მრავალრიცხოვან სქესობრივ პარტნიორებს, სხეულით ვაჭრობას და ნარკოტიკების ინტრავენურ მოხმარებას.

17.4.1 ცხრილში ნაჩვენებია ქალების პასუხი კითხვაზე, თუ როგორ ესმით მათ ტერმინი “შერჩეული რისკის ჯგუფები” ქალების დიდმა ნაწილმა ასეთად მიიჩნია, მეძავეები (92%) და ნარკომანები (89%), როგორც აივ ინფიცირების მაღალი რისკის კონტინგენტი. გამოკითხულებს მიაჩნიათ, რომ უცხოლო კაცებს და სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს აივ ინფიცირების მეტი რისკი ემუქრებათ დაოჯახებულ ქალებსა და კაცებთან შედარებით.

რესპონდენტ ქალებს სთხოვეს შეეფასებინათ თავისი პერსონალური აივ/შიდსით დაავადების რისკი დაოჯახებულ ქალებთან და კაცებთან შედარებით (რისკის გრადაციის შემდეგი სკალით: “მაღალი რისკი”, “ზომიერი რისკი”, “დაბალი რისკი” ან “არავითარი რისკი”). 17.4.2 ცხრილში ნაჩვენებია იმ ქალების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც სწამთ, რომ აივ დაინფიცირების გარკვეული რისკი აქვთ. ჯგუფებზე, რომლებსაც სჯერათ, რომ აივ ინფიცირების მაღალი რისკი აქვთ, უნდა შეგროვდეს ინფორმაცია იმგვარი რესურსების მოსაზიდად, რომლებიც დაეხმარება პიროვნებას, თავი შეიკავოს სარისკო ქცევებისაგან.

ქალების 1%-ზე ნაკლებს სწამდა, რომ მათ აივ ინფექციის მაღალი რისკის დონე ჰქონდათ, ხოლო რესპონდენტების ერთ მესამედს სწამდა, რომ მათ აივ ინფიცირების გარკვეული რისკის დონე აქვთ. სამიდან ორ ქალს მიაჩნია, რომ მათ აივ ინფიცირების არანაირი რისკი არა აქვთ. მათ შორის ვინც აცხადებს, რომ აივ ინფიცირების მაღალი ან ზომიერი რისკის ქვეშ

არიან, უმრავლესობა ქალაქად მაცხოვრებელია. იჯახური მდგომარეობა და სქესობრივი გამოცდილება არაერთი, ან უკიდურეს შემთხვევაში მცირე უეგაელენას ახდენს რისკის თვითაღქმასზე.

ცხრილი 17.4.1.

შერეული ჯგუფების ქალების აივ/შიდსით დასნებოვნების რისკის გაცნობიერება (პროცენტული განაწილება)

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

შერეული ჯგუფები	მალალი რისკი	ზომიერი რისკი	დაბალი რისკი	არადადა-რი რისკი	არ იცის	სულ	შეუწონავი შემთხვევების რაოდენობა
მესხეები	91.9	2.2	0.5	0.2	5.2	100.0	7 390
ნარკოტიკების მიმხმარებლები	89.0	2.2	0.7	0.3	7.8	100.0	7 390
პომოსიქესუალისტი მამაკაცები	82.8	3.2	1.6		12.1	100.0	7 390
სქესობრივი გამოცდილების მქონე უცხოელ მამაკაცები	64.4	19.7	6.3	0.5	9.1	100.0	7 390
სქესობრივი გამოცდილების მქონე გაუთხოვარი ქალები	63.1	20.0	7.3	0.6	9.0	100.0	7 390
ცოლიანი ქალები	9.7	46.1	32.0	4.6	7.6	100.0	7 390
გაუთხოვარი ქალები	7.1	46.2	32.9	5.9	7.9	100.0	7 390

ახალგაზრდა, მცირე განათლების, სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე და ავტობიჯანელი ქალების დიდ ნაწილს მიანისა, რომ აივ ინფიცირების რისკი მათი პრობლემა არ არის (შესაბამისად 69%,74%, 70% და 71%). ეს აგრეთვე ის ქვეჯგუფებია, სადაც აივ ინფიცირების და პროფილაქტიკის ცოდნის დონე ყველაზე დაბალია. აივ ინფიცირების და პრევენციის მექანიზმების არცოდნამ შეიძლება იმოქმედოს ქალის უნარზე სადად შეაფასოს აივ ინფიცირების საკუთარი რისკი. ამ ქვეჯგუფებში შეეისწავლეთ აივ ინფიცირების რისკის რესპონდენტების თვითაღქმის კავშირი აივ ინფექციის პრევენციის ცოდნასთან. 17.4 დიაგრამაზე ნაჩვენებია იმ ქალთა პროცენტული განაწილება პრევენციის ცოდნისა და განათლების მიხედვით, ვინც თავს აივ ინფექციის რისკის გარეთ აღიქვამეს. დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რომ აივ/შიდსის პრევენციის გზების ცოდნა-არცოდნა დაბალი განათლების ქალების აივ/შიდსის რისკის თვითაღქმასზე არაერთიარ უეგაელენას არ ახდენს; მიუხედავად ამისა, უფრო მაღალი განათლების დონის მქონე ქალებისაგან განსხვავებით, ამ ქალების მეტ ნაწილს არ შეეძლო საკუთარი აივ ინფიცირების რისკის შეფასება. უმაღლესი განათლების ქალებში აივ ინფიცირების რისკის თვითაღქმა მატულობს აივ ინფიცირების პრევენციაზე ცოდნის ზრდასთან ერთად.

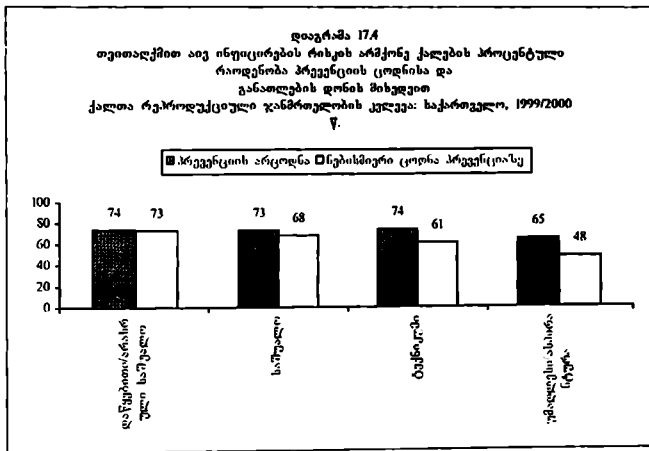
ამგვარად, ახალგაზრდა ქალების, ნაკლებად განათლებული ქალების, სოფლად მცხოვრები ქალების და ავტობიჯანელი ქალების ქვეჯგუფებში მაღალია იმ პირთა პროცენტი, ვინც არაფერი იცის აივ/შიდსის პრევენციის და დინამიკის გზებზე (დიაგრამა 17.3); სწორედ ამ ჯგუფებში რესპონდენტების უმრავლესობის თვითაღქმით, მათ აივ ინფიცირების არანაირი რისკი არა აქვთ. ნაკლებად მოსალოდნელია, რომ ამ ქალებს, რომლებსაც არაერთიარ ინფორმაცია არ აქვთ აივ ინფექციის პრევენციისა და გადაცემის მექანიზმებზე, შეეძლოთ სწორედ შეეფასებინათ აივ ინფიცირების საკუთარი

ცხრილი 17.4.2.

აივ/შიდსით დასნებოვნების რისკის თვითშეფასების პროცენტული განაწილება აივ/შიდსზე ინფორმაციის მქონე ქალებს შორის შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	აივ/შიდსით დაავადების რისკის თვითშეფასება					სულ	შემთხვევების რაოდენობა
	მაღალი რისკი	ზომიერი რისკი	დაბალი რისკი	არანაირი რისკი	არ იცის		
სულ	0.8	3.0	28.1	64.0	4.1	100.0	7 390
საცხოვრებელი ადგილი							
ქალაქი	1.0	3.5	33.6	59.3	2.6	100.0	4 688
სოფელი	0.5	2.3	20.1	70.9	6.2	100.0	2 702
რეგიონი							
თბილისი	0.8	3.2	39.7	54.5	1.8	100.0	2 016
იმერეთი	0.6	4.6	23.3	69.7	1.9	100.0	1 563
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	0.8	2.5	23.6	69.0	4.1	100.0	1 172
სამხრეთი	0.2	2.9	20.1	66.2	10.6	100.0	817
დასავლეთი	1.2	2.1	26.0	65.9	4.8	100.0	1 822
ასაკობრივი ჯგუფი							
15-24	0.3	2.5	22.3	68.7	6.2	100.0	2 181
25-34	1.4	3.7	31.4	60.7	2.8	100.0	2 633
35-44	0.7	2.9	31.2	62.1	3.1	100.0	2 576
ოჯახური მდგომარეობა							
გათხოვილი/ ცხოვრობს სქესობრივ პარტნიორთან	0.9	2.6	29.4	63.9	3.3	100.0	4 923
განათხოვარი	0.5	5.3	27.4	63.7	3.0	100.0	487
გათხოვარი	0.7	3.4	25.9	64.3	5.8	100.0	1 980
განათლების დონე							
არასრული საშუალო განათებითი სკოლა	0.2	1.4	14.6	73.5	10.4	100.0	767
საშუალო	0.9	2.2	22.6	69.7	4.6	100.0	2 500
ტექნიკური	0.7	3.1	28.3	65.0	2.9	100.0	2 042
უმაღლესი/ასპირანტურა	1.0	4.6	41.1	51.6	1.6	100.0	2 081
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი							
დაბალი	0.6	2.4	20.0	70.1	6.9	100.0	2 995
საშუალო	0.8	3.2	29.1	63.8	3.2	100.0	3 537
მაღალი	1.2	3.4	41.4	52.2	1.8	100.0	858
ეთნიკური წარმოშობა							
ქართველი	0.8	3.0	29.2	63.9	3.1	100.0	6 563
აზერბაიჯანელი	0.2	1.8	9.9	71.1	17.1	100.0	352
სომეხი	0.3	2.5	23.5	67.1	6.6	100.0	275
სხვა	0.9	5.8	42.1	48.8	2.3	100.0	200
იკავ სტატუსი							
იკავ	1.7	1.9	29.7	64.6	2.1	100.0	1 784
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	0.7	3.1	28.0	64.0	4.2	100.0	5 606
პარტნიორების რაოდენობა ცხოვრების მანძილზე							
არ ქონიათ სქესობრივი კონტაქტი	0.7	3.4	25.8	64.4	5.8	100.0	1 971
1 პარტნიორი	0.8	2.7	28.8	64.3	3.3	100.0	5 254
2+	1.2	4.8	41.5	50.8	1.8	100.0	165



რისკი. უფრო დიდი ასაკის, უფრო განათღბებულ ქალღბელ რესპონდენტებთან შედარებით, ამ ქალღბის ნაკღბი ცოდნა აქეთ აიე ინფექციით ინფიცირებისა და მისგან თვისი დაცვის გზების შესახებ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაღბებმა საჭიროა განსაკუთრებული ძაღლისხმეღბა გასწიონ ამ ქვეჯგუფის ქალღბის აიე ინფექციით ინფიცირებისა და პრევენციის ფაქტებით ინფორმირებისათვის. საგანმანათღბლო პროგრამები გაშიზნული უნდა იყოს სწორედ აეთი ქალღბისათვის, რათა დღეხმაროს მათ, თაი დღიეღბან აიე დაინფიცირებისაგან.

ყოველ მესამე ქალღბს, რომელსაც სწამდა, რომ აიე ინფიცირების გარკვეული რისკი აქეს (მათი პასუხი რისკის დონის შესახებ იყო “მაღალი”, “საშუაღბლო” და “დაბალი რისკი”) (32%) სთხოვეს აეხსნათ, რატომ თელიდნენ რომ აქეთ აიე ინფიცირების რისკი. 17.43 ცხრიღბში ნაჩენებია ქალღბის მოსახრებები აიე ინფიცირების რისკ-ფაქტორების შესახებ. რესპონდენტების უდიდეს ნაწილს სწამს, რომ აიე ინფიცირების რისკს მათ ჯანდაცვის სისტემის სამსახურეთი უქმნიან; თუ ამას სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებულ რისკს დაეუმატებთ, აღმონდება, რომ იმ ქალღბის 90%, რომღბებიც აღიარებდნენ აიე ინფიცირების რისკს, ამ რისკის არსებობას ჯანდაცვის სისტემას აბრღბებენ. ქალღბის 5%-ზე ნაკღბეს სწამდა, რომ მათი აიე ინფიცირების რისკი მათივე საკუთარი ქცეღბით და ჩვეღბით, პარტნიორისადმი უნდობლობით (4%), მრავალი პარტნიორის და დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებითაა განპირობებული (0.4%). თეთალქმით რისკის დონის ყველა კატეგორიებში (გარდა კატეგორია “სხეღბი”) მიზეზები ერთანირი იყო დემოგრაფიული მახასიათებღბების და ქვეჯგუფების მიუხედავად. არცერთ რესპონდენტს არ დაუსახეღბებია წარსულში ინტრავენური ნარკოტიკის მოხმარება, როგორც აიე ინფექციის გადაცემის შესაღბლო წყარო.

გამოკითხვისას აგრეთვე ფიქსირდებოდა ქალღბის აბრი სხეა პოტენციური რისკ ფაქტორების შესახებ. ეს პასუხები დაჯგუფებულია კატეგორია “სხეა“-ში. ქალღბის 2 პროცენტს სწამს, რომ ისინი აიე ინფიცირების რისკის ჯგუფს წარმოადღენენ, რადგან სარგებლობენ სიღბამზის ს-

ლონების მომსახურეობით (სადაც ისინი იკეთებენ მანიკურს, პედიკურს ან თმის ვარცხნილობას). ასეთი განწყობა შესაძლოა ბასრი და წვეტიანი საგნების საშიშროებიდან მოდის, რადგან ეს საგნები ასოცირდებოდა აიე ვირუსით ინფიცირებასთან. სილამაზის სალონებიდან აიე ინფიცირების შიში უფრო ხშირად ახალგაზრდა, გაუთხოვარი და დაბალი განათლების მქონე ქალებში გვხვდებოდა. ასეთი რესპონდენტები ხშირ შემთხვევაში სქესობრივად გამოუცდელი და სხვადასვა ქალაქების მკვიდრნი იყვნენ.

ფაქტს, რომ ქალების დიდ პროცენტს სწამს, რომ ჯანდაცვის სისტემა თავის თავში შეიცავს აიე დაინფიცირების რისკს, შეიძლება რამოდენიმე ახსნა მოეძებნოს. პირველი: ეკონომიკურმა კრიზისმა საქართველოში დიდი დარტყმა მიაყენა ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურებსა და ჯანმრთელობის სამსახურებს (ხშირად ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებში არ არის შუქი, სითბო და წყალი). საქართველოს ბიუჯეტით ჯანდაცვაზე გამოყოფილია მთლიანი შიდა პროდუქტის 1% (ეს ციფრი 1998 წელს იყო 0.7% და 0.6% 1999 წ.); შემცირდა კლინიკებში საწოლების დატვირთვა, 33%-90%-ით და ექიმთან მიმართვის სიხშირე (იხ. აგრეთვე თავი XIII), რაც ნაწილობრივ ჯანდაცვის სისტემის ხარისხისადმი ფართოდ გავრცელებული უნდობლობით არის გამოწვეული. მეორე, რუსეთის ტელევიზიის, განსაკუთრებით პირველი არხის და NTV-ს პროგრამებში, ხშირად აშუქებენ ინფორმაციას, რომლის თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის სამსახურები აიე ინფიცირების რისკს უქმნიან ავადმყოფს. მედიის მიერ შექმნილი ჯანდაცვის სისტემის ეს იმიჯი ძნელად გასანეიტრალებელია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებისათვის. აიე ვირუსით ინფიცირების და შემდეგ მისი სხვებზე გადაცემის მთავარი მიზეზია ქალის პერსონალური ქცევა. მცდარმა აზრმა იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვის სამსახურები ადამიანს აიე ინფიცირების მაღალ რისკს უქმნიან, შეიძლება უარყოფითი რეაქცია გამოიწვიოს და ქალებმა კიდევ უფრო ნაკლები ყურადღება მიაქციონ საკუთარ ქცევას აიე დაინფიცირებისაგან თავის დაცვის თვალსაზრისით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქალთა განათლების მცდელობებმა შეიძლება მოითხოვონ მას მედიაში კამპანიის წამოწყება, რომელიც დაუპირისპირდება ტელევიზიის იმ გადაცემებს, რომლებიც თავის აუდიტორიას მცდარ აზრებს უნერგავენ აიე ინფიცირების და გადაცემის საკითხებზე. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი კამპანიები მეტისმეტად ძვირად ღირებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის, მედიის მუშაკებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ მათი მუშაობა უარყოფით აზრს ქმნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაზე.

ქალების ორ მესამედს (65%) სთხოვეს ეპასუხათ შეკითხვაზე, რატომ პკონიათ, რომ მათ არა აქვთ აიე/შიდსით ინფიცირების რისკი, (ცხრილი 17.4.4) ქალების ნახევარზე მეტმა ამ კითხვის პასუხად განაცხადა, რომ ენდობიან თავის პარტნიორს. ქალების მესამედმა მიზუსტად სქესობრივი კონტაქტების უქონლობა დაასახელა, ხოლო 14% განაცხადა, რომ ისინი მონოგამიურ კავშირში იმყოფებიან. რაოდენ საკვირველიც არ უნდა იყოს, ქალების მხოლოდ 0.2% განაცხადა, რომ კონდომები ინფიცირების რისკს ამცირებდნენ. სქესობრივი კონტაქტებისაგან თავის შეკავებას უფრო ახალგაზრდა და გაუთხოვარი ქალები აღნიშნავენ, ხოლო მონოგამიას და სანდო პარტნიორის ყოლას - უფროსი, გათხოვილი ქალები ასახელებდნენ. ეს მაჩვენებლები არ იცვლება საცხოვრებელი ადგილის, სოციალ-ეკონომიკური დონის ან ეთნიკური წარმოშობის მიხედვით.

ცხრილი 17.4.3.

აივ/შიდსით დასნებოვნების რისკის ფაქტორების შესახებ 15-44 წლის იმ ქალების მოსაზრებები, რომლებსაც სმენიათ აივ/შიდსის შესახებ და სწამთ, რომ აივ/შიდსის გადადების რისკის ქვეშ არიან შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	ჯანდაცვის სამსახურებით სარგებლობა	პარტნიორის დამზღვრლობა	ხისხლის გადახსნა	დაუც- ველი სქესი	ხევა	არ იციხ	სულ	შემთხვე- ვების საერთო რაოდენობა
სულ	88.3	3.8	3.4	0.4	3.0	1.0	100.0	2 364
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	89.1	3.4	2.6	0.3	3.7	0.8	100.0	1 737
სოფელი	86.5	4.7	5.2	0.7	1.3	1.5	100.0	627
რეგიონი								
თბილისი	88.9	3.7	2.5	0.2	4.4	0.2	100.0	875
იმერეთი	88.2	3.3	4.4	0.3	2.2	1.7	100.0	456
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	87.0	3.3	6.0	0.6	1.7	1.4	100.0	316
სამხრეთი	87.1	4.0	2.2	1.7	4.5	0.4	100.0	196
დასავლეთი	88.9	4.6	2.9	0.2	1.6	1.8	100.0	521
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	88.1	2.5	3.2	0.0	5.1	1.1	100.0	569
25-34	86.7	4.7	4.2	0.7	2.6	1.1	100.0	930
35-44	90.2	4.0	2.7	0.5	1.9	0.8	100.0	86.5
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვლი/ ცხოვრობს	87.6	5.9	3.4	1.7	0.9	0.5	100.0	1 605
სქესობრივ პარტნიორთან								
განათხოვარი	91.4	0.7	2.2	3.0	2.0	0.7	100.0	152
გათხოვარი	89.2	0.1	3.6	5.8	1.0	0.3	100.0	607
განათლებლის დონე								
არასრული საშუალო ან	80.9	6.3	3.3	8.7	0.7	0.0	100.0	130
დაწყებითი სკოლა	86.4	3.4	4.5	3.1	2.0	0.7	100.0	630
საშუალო	88.5	5.4	3.4	1.8	0.9	0.0	100.0	645
ტექნიკური	90.7	2.8	2.7	2.8	0.4	0.6	100.0	959
უმაღლესი/ასპირანტურა								
სოციალ-ეკონომიკური								
სტატუსი								
დაბალი	85.4	4.8	5.9	0.4	1.4	2.2	100.0	776
საშუალო	89.5	3.3	3.3	0.3	3.0	0.7	100.0	1 193
მაღალი	88.3	4.3	1.2	0.8	4.9	0.6	100.0	395
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	88.5	3.6	3.4	0.4	3.2	0.9	100.0	2 145
აზერბაიჯანელი	75.6	11.4	3.7	3.7	1.9	3.7	100.0	46
სომეხი	85.9	5.8	5.8	0.0	1.3	1.2	100.0	75
სხვა	94.2	3.0	0.9	0.0	1.0	1.0	100.0	98
იმა სტატუსი								
იმა	86.1	4.1	5.5	0.1	3.9	0.3	100.0	570
ადგილობრივი	88.5	3.8	3.3	0.4	3.0	1.0	100.0	1 794
მაცხოვრებელი								
პარტნიორების რაოდენობა								
ცხოვრების მანძილზე								
არ ქონიათ სქესობრივი	89.4	0.0	3.6	0.3	5.8	1.0	100.0	602
კონტრაქტი								
1 პარტნიორი	88.0	5.5	3.3	0.5	1.7	1.1	100.0	1 680
2+	85.4	6.3	2.2	1.2	4.8	0.0	100.0	82

ცხრილი 17.4.4.

აიუ/შიდსისაგან დამცავი ფაქტორების შესახებ 15-44 წლის იმ ქალების მოსაზრებები, რომლებსაც სმენიათ აიუ/შიდსის შესახებ და სწამთ, რომ აიუ/შიდსის გადაღების არაერთი რისკი არ ემუქრებათ

შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000 წ.

მახასიათებლები	პარტნიორ-სადმი ნდობა	სექსი-საგან თავის შეკავება	მხოლოდ ერთი ერთ-გული პარტნიორი	კონდომ-მეზობი სარგებლობა	სხვა	არ იცის	სულ	შემთხვევების საერთო რაოდენობა
სულ	45.8	36.5	13.4	0.3	0.8	3.2	100.0	4 776
საცხოვრებელი ადგილი								
ქალაქი	43.0	41.1	12.3	0.2	1.2	2.2	100.0	2 838
სოფელი	49.2	30.9	14.8	0.3	0.4	4.5	100.0	1 938
რეგიონი								
თბილისი	41.5	42.0	11.9	0.4	2.2	2.0	100.0	1 107
იმერეთი	45.3	39.5	12.1	0.1	0.0	3.1	100.0	1 077
ჩრდილო-აღმოსავლეთი	50.0	30.7	14.2	0.2	1.4	3.2		814
სამხრეთი	49.1	29.8	15.1	0.8	0.0	5.2	100.0	543
დასავლეთი	44.8	37.3	14.2	0.1	0.2	3.3	100.0	1 235
ასაკობრივი ჯგუფი								
15-24	23.6	63.7	5.8	0.3	1.2	5.5	100.0	1 502
25-34	58.3	21.7	17.7	0.2	0.6	1.4	100.0	1 638
35-44	60.5	17.8	18.5	0.3	0.6	2.2	100.0	1 636
ოჯახური მდგომარეობა								
გათხოვილი/ ცხოვრობს სქესობრივ პარტნიორთან	74.1	1.0	21.8	2.3	0.4	0.4	100.0	3 169
განათხოვარი	3.8	90.1	1.1	2.4	1.9	0.7	100.0	325
გაუთხოვარი	1.0	92.5	0.1	5.0	1.4	0.0	100.0	1 282
განათლების დონე								
არასრული საშუალო ან	24.2	59.3	5.7	9.8	1.1	0.0	100.0	560
დაწყებითი სკოლა								
საშუალო	47.8	35.3	13.3	2.9	0.3	0.4	100.0	1 779
ტექნიკური	54.3	27.1	16.5	1.2	0.6	0.2	100.0	1 343
უმაღლესი/ასპირანტურა	47.9	33.1	15.5	1.4	1.8	0.3	100.0	1 094
სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი								
დაბალი	45.9	34.4	14.1	0.1	0.7	4.8	100.0	2 081
საშუალო	46.4	37.0	13.2	0.4	0.8	2.3	100.0	2 245
მაღალი	42.8	39.9	12.6	0.5	1.4	2.7	100.0	450
ეთნიკური წარმოშობა								
ქართველი	45.4	37.7	13.0	0.2	1.0	2.7	100.0	4 246
აზერბაიჯანელი	43.7	23.3	20.8	1.2	0.3	10.7	100.0	249
სომეხი	54.6	32.8	10.4	0.4	0.0	1.8	100.0	183
სხვა	47.8	34.5	12.9	0.0	0.0	4.8	100.0	98
იმა სტატუსი								
იმა	47.6	37.6	12.5	0.1	0.1	20.1	100.0	1 173
ადგილობრივი მაცხოვრებელი	45.7	36.4	13.5	0.3	0.9	3.3	100.0	3 603
პარტნიორების რაოდენობა ცხოვრების მანძილზე								
არ ქონიათ სქესობრივი კონტაქტი	1.0	92.4	0.1	0.0	1.4	5.0	100.0	1 278
I პარტნიორი	68.5	8.3	19.9	0.4	0.5	2.3	100.0	3 419
2+	44.0	29.3	20.8	1.2	2.3	2.4	100.0	79

დასასრულს, უნდა ითქვას, რომ ამ გამოკვლევამ დაგვიჩაჩა, რომ ქართველი ქალების განსაზღვრული ქვეჯგუფების განათლება აიჭმის ინფიცირების და მისი პრევენციის შესახებ საკმაოდ დაბალია. ახალგაზრდა, სოფლის მეცხოვრებელი, დაბალი განათლების და დაბალი სოციალ-ეკონომიკურის სტატუსის მქონე სქესობრივად გამოუცდელი და აზურბაიჯანელი ქალები ნაკლებად იყენებენ ინფორმირებულნი აიჭმის ინფიცირების და მისი პრევენციის საკითხებზე. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქალების ამ ჯგუფების სამიზნედ შერჩევას. ახალგაზრდა და სქესობრივად გამოუცდელ ქალებს უნდა ასწავლონ აიე ინფექციის პოტენციალის შესახებ, რაც განაპირობებს იმას, რომ მათ მომავალში უარი თქვან სარისკო ქცევაზე. სოფლის მეცხოვრებლებს მასს მედიის საშუალებით ინფორმაციის მიღების ნაკლები შანსი აქვთ, ამიტომ მიზანშეწონილია, მოსახლეობამ ადგილობრივი მედმუშაკისაგან მიიღოს ინფორმაცია აიჭმის ინფიცირებასა და პრევენციაზე. დაბალი სოციალ-ეკონომიკური დონის ქალებს შეიძლება ხელი არ მიუწვდებოდეთ ადგილობრივი მედმუშაკის სანახაყად, ამიტომ ამან შეიძლება მოითხოვოს სპეციალური მიზნობრივი საგანმანათლებლო კამპანიის განხორციელება. აზურბაიჯანელი ქალებისათვის გამიზნულმა სასწავლო პროგრამებმა უნდა მოიზიდოს ეთნიკური თემის წევრები, რათა განამტკიცოს აიე დაკავშირებული განათლების მნიშვნელობა.

ქართველ ქალებს სჭირდებათ განათლება აიე ინფექციის პოტენციურ რისკზე, რომელიც გამოწვეულია მათი ან მათი პარტნიორების ქცევით, და ინტენსიური განათლება იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვის სისტემის სამსახურებით სარგებლობა არ შეიცავს აიე ინფიცირების არანაირ ინდივიდუალურ რისკს. უნდა გაბათილდეს მცდარი აზრები ჯანდაცვის სამსახურებიდან აიე რისკის გაზრდის საშიშროების შესახებ და წინა პლანზე წამოიწიოს ჯანდაცვის სისტემის დადებითმა როლმა ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკისა და კონტროლის სფეროში. საქართველომ მიიღო სათანადო ზომები, გამოიციხა აიე ვირუსით ინფიცირებული სისხლის მოხვედრა ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებში. საზოგადოების შეშფოთება იმის თაობაზე, რომ სისხლის პროდუქტები ან ჯანდაცვის სისტემის სამსახურები აიე ინფიცირების რისკთან არის დაკავშირებული, უნდა გაქარწყლდეს საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო პროგრამების მეშვეობით, რომლებიც მოსახლეობას დაარწმუნებენ ამ სამსახურების საიმედოობაში.

საქართველოში, ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელთა შორის აიე ინფექციის მაღალი პროცენტული რაოდენობა დამატებით ყურადღებას მოითხოვს ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის თვალსაზრისით. ნარკოტიკების მოხმარების საგანმანათლებლო პროგრამები და რესურსები არანაკლებ წაადგება ახალგაზრდა ქალაქელ ქალებსაც. აიე ვირუსით ინფიცირებისა და პრევენციის საკითხებზე შექმნილმა კონკრეტულმა საგანმანათლებლო პროგრამებმა ხაზგასმით, პირველ პლანზე უნდა წამოიწიოს კონდომებისა და აიე ინფექციაზე შემოწმების აუცილებლობის საკითხები. ადრეული პრევენციის პროგრამებმა შეიძლება შეზღუდონ ეპიდემიის პოტენციალი და აღკვეთონ შიდსის გადაცემის შესაძლო ჩანაცვლება ინტრავენური ნარკოტიკების გზით გავრცელებიდან სქესობრივი გზით გავრცელებიდან.

ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა

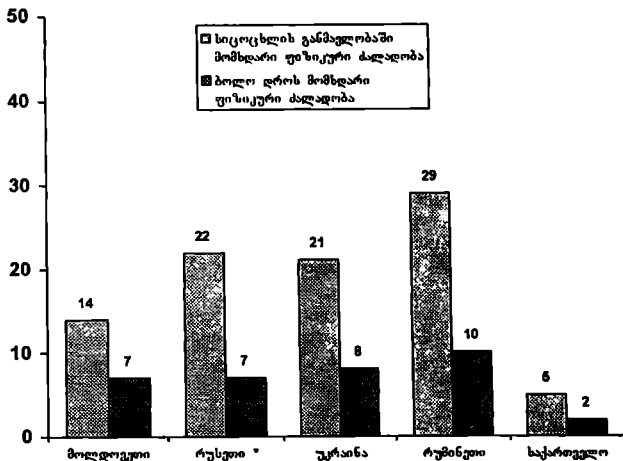
ძალადობა ქალების წინააღმდეგ ბოლო წლებში აღიარებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემად, რომელიც იწვევს სერიოზულ შედეგებს ქალთა ჯანმრთელობისა და საზოგადოებისათვის. გაერთიანებული ერების განმარტებით ქალთა წინააღმდეგ ძალადობა წარმოადგენს "... ფიზიკური, სექსუალური ან ფსიქოლოგიური ზიანის მიყენებას... ისეთ მოქმედებებს, როგორიცაა მუქარა, ძალდატანება ან დესპოტური ნების გამოხატვა თავისუფლების შეზღუდვის სახით, განურჩევლად იმისა, ხდება ეს საზოგადოებრივ თუ პირად ცხოვრებაში" (გაეროს გენერალური ასამბლეა, 1993). ქალების წინააღმდეგ ძალადობის აქტები ყველაზე ხშირად ხორციელდება მამაკაცების მიერ მათი პარტნიორი ქალების მიმართ. "შინაურ ძალადობად" ანდა "ცემად" წოდებული ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მიმართ (ძიპ) მოიცავს ყველა ასაკობრივ, სოციალურ-ეკონომიკურ და განათლების დონის ჯგუფს.

1999 სრჯკ (საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევითი პროექტის) კითხვარში შესული კითხვები ძირითადად კონცენტრირებულია ქალთა წინააღმდეგ ძალადობის ორ სახეობაზე: 1) ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მიმართ და 2) სექსუალური ძალადობა (ნებისმიერი სახით მომხდარი ქალის ცხოვრებაში). ინტიმური პარტნიორის მიერ ძალადობის შესწავლა მოხდა კონფლიქტის ტაქტიკური შეფასების მოდიფიცირებული სკემის (რვა შეკითხვის) გამოყენებით. ის განისაზღვრა, როგორც ქორწინებაში (როგორც ოფიციალურ, ასევე არაოფიციალურ კავშირში ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე) ოდესმე მყოფი ქალების მიმართ განხორციელებული სიტყვიერი, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა. ქალ-რესპონდენტებს დაეცათ კითხვები წარსულში და ბოლო დროს (გასული წლის განმავლობაში) გამოცდილი ძალადობის ირგვლივ. სიტყვიერი ძალადობა გულისხმობს შეურაცხყოფას, გინებას, სიტყვიერ მუქარას და ფიზიკური ზიანის მიყენების მონდომების გამოშვებულ ფესტებს ("მუქარა დარტყმით ან რაიმე საგნის საშუალებით, გარტყმით"). ფიზიკური ძალადობა, შემდგომ კლასიფიცირებულია საშუალო და სასტიკ ძალადობად (ო კამპო პ. და სხვ., 1994), გულისხმობს ხელის კერას, სილის გარტყმას (საშუალო ძალადობა) და წიხლის კერას, მუშტით ან რაიმე საგნით ცემას, სასტიკ ცემას და მუქარას დანით ან სხვა იარაღით (სასტიკი ძალადობა). ბოლო პერიოდში გამოცდილი ფიზიკური ძალადობის ფაქტის შემთხვევაში ქალები გამოკითხულ იქნენ ფიზიკური ზიანის სიმძიმის შესახებ და იმის შესახებ, თუ უცდიათ დახმარების მოძიება ძალოვან სტრუქტურებში, ოჯახში, მეგობრებში ან ჯანდაცვის პერსონალთან. სექსუალური ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მიერ განისაზღვრება კითხვით, "თუ ოდესმე დაუტანებიათ მისთვის (ქალისთვის) ფიზიკური ძალა სქესობრივი კავშირის დამყარებისათვის მისი ნების საწინააღმდეგოდ". იმისათვის, რომ შემოწმებულიყო შინაური ძალადობის ფაქტების აღიარება მამაკაცების მიერ, მსგავსი კითხვები, მამაკაცების მიერ თავიანთი ქალი პარტნიორების მიმართ განხორციელებული ძალადობის სახეობათა შესახებ, შეტანილ იქნა მამაკაცებისათვის განკუთვნილ კითხვარში.

ამასთანავე, ყველა რესპონდენტი გამოკითხულ იქნა მშობელთა შორის ფიზიკური ძალადობის თვითმხილველობაზე ან ბავშვობაში ან მოზარდობისას გადატანილი ძალადობის თაობაზე; ყველა ქალბატონი რესპონდენტი, ოჯახური მდგომარეობის მიუხედავად, გამოკითხულ იქნა მათი ცხოვრების განმავლობაში ოდესმე მომხდარი სექსუალური ძალდატანების თაობაზე, რაც განსაზღვრულია, როგორც "შამაკაცის მიერ ძალდატანება სქესობრივი კავშირის დამყარების მიზნით მისი (ქალის) ნების საწინააღმდეგოდ". შემდეგ მოცემული იყო კითხვები პირველი ძალდატანებითი სქესობრივი კავშირის დროს ქალის ასაკისა და ამ ძალდატანებითი კავშირის დროს მოძალადესთან ურთიერთობის სახეობის შესახებ.

დიაგრამა 18.1

მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და ბოლო დროს მომხდარი ფიზიკური ძალადობა (შპ)
 15-44 ასაკის ოდესმე ქორწინებაში ნამყოფი ქალები
 CDC-ის დახმარებით ჩატარებული კვლევები: აღმოსავლეთ ევროპა და ახალი დამოუკიდებელი ქვეყნები



* რუსეთის სამი ოლქის გამოკითხვის შედეგები (პერმის, ეკატერინბურგისა და ივანოვოს ოლქები)

18.1 აღმოსავლეთ ევროპაში ოჯახური ძალადობის შედარებითი მაჩვენებლები

1999 სრჯკ-ში შესული კითხვები შინაარსობრივად შეესაბამება აღმოსავლეთ ევროპასა და ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში CDC-ის დახმარებით ჩატარებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევით პროექტსა კითხვებს (ტაბ. 18.1.I). ამ ქვეყნებში, რუსეთის გამოკლებით, გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემებით ნაციონალურ დონეზე შემუშავებული იქნა პირველი, უშუალოდ მოსახლეობაზე დაფუძნებული ინფორმაცია ქალების წინააღმდეგ ძალადობის თაობაზე. ამ გამოკითხვებმა შესაძლებელი გახადეს ძალადობის მსხვერპლი ქალების მდგომარეობის თავისებურებებისა და ძალადობის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან კავშირების შესწავლა. დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის კონტექსტში ქალების წინააღმდეგ ძალადობის დოკუმენტური ასახვის გარდა, გამოკითხვის შედეგების გამოყენება შესაძლებელია ამ საკითხის როგორც ინდივიდუალურ, ასევე საზოგადოების დონეზე გათვითცნობიერების გაზრდის, კანონის დამცველი ძალოვანი და სოციალურ მომსახურებათა სტრუქტურების განათლების მიზნით, მიმდინარე საზოგადოებრივ პოლიტიკაზე ზეგავლენის მოხდენისა და ძალადობის მსხვერპლი ქალების დამცველი კანონებისა და შესაბამისი ჩარევების შემუშავების მიზნით. ამ რვეიონის ქვეყნების უმრავლესობას ახასიათებს მსგავსი მდგომარეობა ქალის ლეგალური სტატუსისა და სქესთა როლების მხრივ; ყველა მათგანს ერთნაირად გამოცდილი აქვს წარსული კომუნისტური აზროვნების მიერ სქესთა თანასწორუფლებიანობის ხელშეწყობა და აწმყოს პოლიტიკური და სოციალური ცვლილებები, რომლებიც მიმართულნი არიან ქალისათვის ისევ ძველი ტრადიციული სტატუსის მინიჭებაზე. ამ ქვეყნებთანავე ჯერჯერობით არცერთს არ გააჩნია მეუღლის მიერ ქალის მიმართ ძალადობისაგან დამცველი კანონი და მექანიზმი. მთაწერობის უზუნარობა შინაურ ძალადობაზე რეაგირების თვალსაზრისით ბევრ ქვეყანაში წარმოადგენს საერთაშორისო საზოგადოების ძლიერი მხარდაჭერის მქონე ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და ქალთა კოალიციების ჩამოყალიბების საფუძველს.

აქ მოცემული შეფასებები სავარაუდოდ უფრო მეტად მსუბუქია, ვიდრე მოსახლეობის ნამდვილი მაჩვენებლები, როგორც ფსიქოლოგიური, ასევე პრაქტიკული მიზეზების გამო. ზოგიერთი ქალი არ მოგვითხრობს და არ აღიარებს გადატანილ ძალადობას კონფიდენციალურობის შენახვის გარანტიის მიუხედავად. უფრო მეტიც, კულტურათა შორის არსებულ განსხვავებათა და თავისებურებათა გამო შეიძლება რთული იყოს მონაცემების ინტერპრეტაცია, რადგანაც ერთ ქვეყანაში ძალადობა შეიძლება ნიშნავდეს ერთს და მეორეში კი მეორეს. სიცოცხლის განმავლობაში მომხდარი ფიზიკური ძალადობის მაჩვენებლები მერყეობს 5%-დან საქართველოში 29%-მდე რუმინეთში, ბოლო 12 თვის განმავლობაში მომხდარი ფიზიკური ძალადობის მაჩვენებელი კი 2%-დან საქართველოში 10%-მდე რუმინეთში. ქართველი ქალები აღნიშნავენ სხვა დანარჩენ ქვეყნებთან შედარებით მეუღლეების მიერ მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობის ბევრად დაბალ დონეს, ეს შეიძლება განმარტებულ იქნას კულტურული განსხვავებებით, დამოკიდებულებით ან/და დიდი ოჯახისა და მეგობრების განსაკუთრებით ძლიერი როლით ქართველი ქალების ცხოვრებაში.

18.2 მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის თვითმხილველობა ან ბავშვობაში მშობლების მიერ მიყენებული ძალადობის გამოცდილება

მშობლებს შორის ფიზიკური ძალადობის თვითმხილველობის ფაქტი ან მშობლების მიერ მიყენებული ძალადობის გამოცდილება ბავშვობაში ან მოზარდ ასაკში წარმოადგენს ბავშვობასა და მოზარდ ასაკში ემოციური და ყოფაქცევითი პრობლემების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს (ედელსონი ჯლ., 1999, კოლბო ჯრ და ბლაკელი ეკ, 1996). ლიტერატურაში მოყვანილი მონაცემები იძლევა იმის ვარაუდისაფუძველს, რომ ორივე რისკ-ფაქტორის გამოცდილების მქონე ბავშვებს უფრო ხშირად უნვითარდებათ სერიოზული ყოფაქცევითი პრობლემები. რამოდენიმე კვლევამ დაადგინა ბავშვობაში ძალადობასთან შეხების ფაქტის კავშირი ბავშვისა და მოზარდის ძალადობის გამოვლინებასთან (სონგ ლუ და სხვ., 1998) და მოზრდილ ასაკში ფიზიკური ძალადობისაკენ მიდრეკილებასთან (პოტალინგ გტ და შუგარმან დბ., 1986). 1999 სრუჯკ-ში ყველა რესპონდენტი გამოკითხულ იქნა, თუ სად გაიზარდნენ, თუ უნახავთ ან მოუსმენიათ მათი მშობლების მიერ ერთმანეთის მიმართ ფიზიკური ძალადობის გამოვლინების ფაქტი ან თუ გამოუცდიათ თვითონ ასეთ ძალადობა მშობლებისაგან.

როგორც ნაჩვენებია ცხრ.18.2-ში, რესპონდენტების 7% აღნიშნავენ, რომ მოუსმენიათ ან უნახავთ მშობლებს შორის ძალადობა, 7%-დან 22%-მდე მერყეებით. ქალების 16%-დან 26%-მდე აღნიშნავენ, რომ თვითონაც გამოუცდია ფიზიკური ძალადობა მშობლებისაგან, რაც საშუალოდ შეადგენს 21%-ს. ის ქალები, რომლებსაც ბავშვობაში საკუთარ თავზე გამოცდილი ჰქონდათ მშობლების ძალადობა, უფრო მეტად თბილისში გაზრდილები იყვნენ, მიეკუთვნებოდნენ 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფს, არ ჰქონდათ დამთავრებული საშუალო განათლება და ცხოვრობდნენ დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ოჯახებში, ამ ჯგუფში ასევე აღმოჩნდნენ აზერბაიჯანელი ქალები ან სხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლები. ძალადობის გამოცდილების არსებობა არ იყო დიდად დამოკიდებული ზოგად კატეგორიათა ნიშნებზე, განათლების დონის გარდა. მშობლების მიერ ძალადობის ყველაზე მეტი ფაქტი (26%) აღნიშნულ იქნა იმ ქალების მიერ, რომლებსაც არ ჰქონდათ მიღებული სრული საშუალო განათლება (და რომლებიც შევიდნენ ყველაზე ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში), ამავე დროს მშობლების მიერ ძალადობის ყველაზე ნაკლები მაჩვენებელი (16%) აღნიშნულ იქნა უმაღლესის შემდგომი განათლების მქონე ქალების მიერ. ქართველებს სხვა ეთნიკურ ჯგუფებთან შედარებით უფრო იშვიათად უწყვედათ მშობლებს შორის ძალადობის თვითმხილველობა. იმ რესპონდენტებს შორის, რომლებმაც აღნიშნეს პრტინორის მიერ მათ მიმართ ფიზიკური ძალადობის ფაქტი, უფრო მეტად დამახასიათებელი იყო მათი მშობლების ძალადობის თვითმხილველობის (22% შედარებით 6%-თან) და მშობლების ძალადობის პირადი გამოცდილების არსებობა (36% შედარებით 18%-თან) პარტნიორთა ფიზიკური ძალადობის უარყოფელ ქალებთან შედარებით.

ცხრილი 18.2

მშობლების ძალადობის თვითმხილველი ან მშობლების ძალადობის
გამოცდილების მქონე

15-44 ასაკის ქალების პროცენტული რაოდენობა

შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ძალადობის თვითმხილველი	გამოცდილი ძალადობა	შემთხვევათა რაოდენობა*
საერთო რაოდენობა	6.9	20.8	7,764
საცხოვრებელი ადგილი			
თბილისი	10.2	18.9	1,019
სხვა ქალაქი	4.9	23.5	2,716
სოფელი	6.2	20.1	3,029
ასაკობრივი ჯგუფები			
15-24	8.5	24.6	2,376
25-34	6.5	19.0	2,716
35-44	5.4	18.2	2,672
განათლების დონე			
დაუმთავრებელი საშუალო	11.1	26.4	983
სრული საშუალო	6.5	21.3	2,655
ტექნიკური	6.1	21.4	2,050
უმაღლესი	5.3	16.1	2,076
სოციალურ-ეკონომიკური ინდექსი			
დაბალი	8.9	22.9	2,364
საშუალო	5.9	19.9	3,060
მაღალი	5.9	19.2	1,426
ეთნიკური კუთვნილება			
ქართველი	5.6	21.2	5,977
აზერბაიჯანელი	13.0	19.7	437
სომეხი	8.4	14.1	341
	21.7	24.4	95
პარტნიორის ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი			
კი	22.4	35.9	282
არა	5.7	18.0	5,406

* 34 ქალის გამოკლებით, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ არ იზრდებოდნენ მშობლებთან

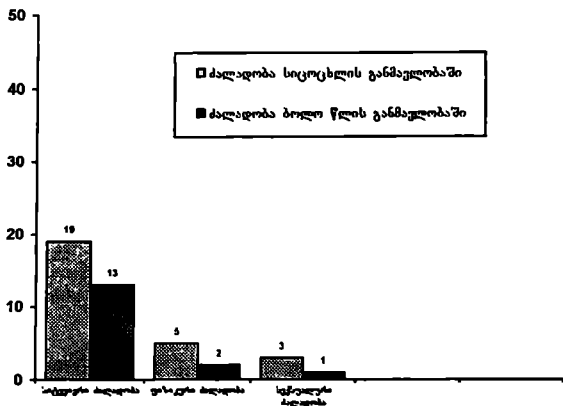
18.3 პარტნიორის ან ყოფილი პარტნიორის მიერ მიყენებული სიტყვიერი, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა

იმისათვის, რათა შეფასებულიყო სიცოცხლის განმავლობაში არსებული ძალადობის ფაქტები ამჟამინდელი ან ყოფილი პარტნიორის მხრიდან, ქალებს ჰკითხეს, თუ ყოფილან როდესმე სიტყვიერად, ფიზიკურად ან სექსუალურად შეურაცხყოფილნი ყოფილი ან ამჟამინდელი პარტნიორის

მიერ. ტერმინები "პარტნიორი" და "ყოფილი პარტნიორი" მოიცავენ ამჟამინდელ ანდა ყოფილ მუდღეობებს (კანონიერს ან არაოფიციალურს) ან სხვა პარტნიორებს, ვისთან ერთადაც რესპონდენტებს უცხოურადაც რომელიმე პერიოდის განმავლობაში.

დიაგრამა 18.3.1 და ცხრილი 18.3.1 გვიჩვენებენ, რომ ხუთიდან მხოლოდ ერთი (19%) ქალი აღნიშნავს თავისი ცხოვრების მანძილზე მომხდარ სიტყვიერ ძალადობას, 5%-ფიზიკურ და 3% სექსუალურ ძალადობას პარტნიორის ან ყოფილი პარტნიორისაგან. სიტყვიერი ძალადობის აღმნიშვნელ ქალებს შორის ყველა (19%) შეურაცხყოფილი იყო გინებით, 4% კი აღნიშნავს ცემით მუქარასაც (არ არის ნაჩვენები). არ უნდა იყოს მოულოდნელი, რომ ძალადობის სამივე სახეობათა შორის არსებობს მნიშვნელოვანი ერთობლიობა; ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი თითქმის ყველა ქალი (94%) ამბობდა, რომ ფიზიკურ შეურაცხყოფას ახლდა სიტყვიერიც (არ არის ნაჩვენები). ასევე, სექსუალური ძალადობა ხშირად დაკავშირებულია ფიზიკური შეურაცხყოფის სხვა ფორმებთან: სექსუალური ძალადობის აღმნიშვნელ ქალთა 66%-მა ამ ფაქტთან დაკავშირებით დაასახელა ფიზიკური ძალადობის სხვა აქტებიც.

დიაგრამა 8.3.1
ძალადობა მთელი სიცოცხლის და ბოლო პერიოდის განმავლობაში
ოდესმე ქორწინებაში მყოფი 15-44 ასაკის ქალები
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000



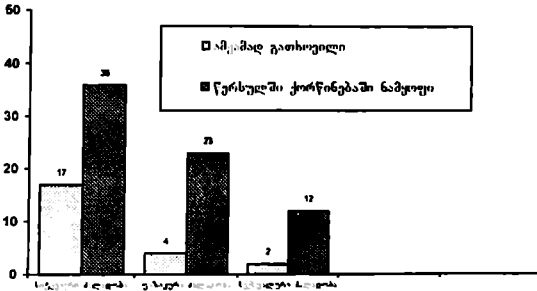
ცხრილი 18.3.1

საერთოდ, სიცოცხლის მანძილზე და კერძოდ, ბოლო წლის განმავლობაში ინტიმურ პარტნიორთა ძალადობის აღმნიშვნელი ქალების პროცენტული რაოდენობა ძალადობის სახეობათა და ზოგიერთი მახასიათებლების მიხედვით
 15-44 ასაკის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალები
 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ძალადობა სიცოცხლის განმავლობაში				ძალადობა ბოლო წლის განმავლობაში			
	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ძალადობა	სექსუალური ძალადობა	უმიოხვევათა რაოდენობა	სიტყვიერი ძალადობა	ფიზიკური ძალადობა	სექსუალური ძალადობა	უმიოხვევათა რაოდენობა
საერთო რაოდენობა	18.7	5.3	2.5	5,694	13.2	1.7	0.8	5,694
საცხოვრებელი ადგილი								
თბილისი	23.5	9.8	4.4	1,386	13.7	3.1	1.0	1,386
სხვა ქალაქი	16.3	3.7	1.7	1,968	11.6	0.8	0.5	1,968
სოფელი	17.7	3.8	1.9	2,340	14.0	1.5	0.9	2,340
ასაკობრივი ჯგუფები								
15-24	15.9	4.2	1.8	949	12.3	1.9	0.7	949
25-34	18.9	5.9	2.5	2,294	13.5	2.1	0.5	2,294
35-44	19.8	5.2	2.7	2,451	13.4	1.3	1.1	2,451
ოჯახური მდგომარეობა								
ამქამდ	17.0	3.6	1.5	5,177	14.2	1.7	0.8	5,177
გათხოვილი/ ქაშვრში ქორწინებაში ნამყოფი	36.4	22.6	12.1	517	3.7	2.1	1.0	517
ცოცხალი შვილების რაოდენობა								
არცერთი	14.3	5.3	2.8	496	7.1	1.9	0.7	496
ერთი	20.1	7.5	3.0	1,314	11.2	1.9	0.3	1,314
ორი	18.1	4.8	2.3	2,737	13.8	1.8	0.9	2,737
სამი ან მეტი	20.7	4.0	2.1	1,147	16.8	1.3	1.1	1,147
ჯანათლების დონე								
დაუმთავრებელი საშუალო	19.8	6.6	3.0	484	14.1	2.4	0.4	484
სრული საშუალო	19.9	5.1	2.7	1,997	14.6	1.7	1.2	1,997
ტექნიკური	19.0	5.8	2.5	1,723	13.2	2.0	0.8	1,723
უმაღლესი სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი	16.7	4.6	1.9	1,490	11.2	1.1	0.6	1,490
დაბალი	20.1	5.7	2.5	2,396	14.8	2.0	0.9	2,396
საშუალო	18.8	5.1	2.3	2,662	13.1	1.7	0.9	2,662
მაღალი	15.2	4.6	3.0	636	9.9	1.0	0.6	636
ეთნიკური კუთვნილება								
ქართველი	17.7	4.6	2.2	4,787	12.8	1.4	0.9	4,787
აზერბაიჯანელი	21.4	6.6	2.5	481	14.8	2.7	0.3	481
სომეხი	19.1	4.5	2.6	247	12.6	1.1	0.4	247
სხვა	34.7	19.3	8.6	179	19.0	6.4	0.6	179
	15.1	2.5	1.6	1,264	12.6	1.3	0.8	1,264
	18.9	5.4	2.5	4,430	13.3	1.7	0.8	4,430

დიაგრამა 18.3.2

იმ რესპონდენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც აღნიშნეს სიცოცხლის განმავლობაში ინტიმური პარტნიორის ძალადობა ძალადობის სახეობათა და მიმდინარე ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით 15-44 ასაკის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალები ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000



ძალადობის ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის დასაბუთების მიზნით განალიზებულ იქნა ძალადობის სხვადასხვა სახეობათა გაერკვლება რესპონდენტთა ზოგიერთი მახასიათებლების მიხედვით. მნიშვნელოვანი განსხვავება არსებობს თბილისის მაცხოვრებელი ქალებისა და სხვა ქალაქებში ან სოფლებში მცხოვრებ რესპონდენტთა მიერ აღნიშნულ ძალადობის სახეობათა შორის, როდესაც აღმოჩნდა, რომ სიცოცხლის განმავლობაში სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით შეადგენს 24% და 10% შესაბამისად. სიტყვიერი და ფიზიკური შეურაცხყოფის გაერკვლება პირდაპირ კავშირშია ასაკთან, მაგრამ სიცოცხლის განმავლობაში მომხდარი ძალადობის ფაქტების ამსახველი პასუხები განსხვავდება ასაკის მიხედვით, რაც აიხსნება რესპონდენტთა გამოცდილების ხანგრძლივობით (უფროსი ასაკის ქალები უფრო მეტი დროის მანძილზე იმყოფებოდნენ ძალადობის რისკის ქვეშ). ამის გამო, ასაკსა და ინტიმური პარტნიორის ძალადობას შორის კავშირის შესწავლა უმჯობესია მიმდინარე ძალადობის ანალიზის მეშვეობით (იხ. ტაბ.18.3.1. მარჯვენა ნაწილი).

რესპონდენტთა მიმდინარე ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით პარტნიორის ან ყოფილი პარტნიორის ფიზიკური ძალადობის ანალიზით დადგენილ იქნა, რომ სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობა უფრო ხშირად ვლინდება წარსულში ქორწინებაში ნამყოფი ქალების კატეგორიაში ვიდრე ამჟამად ქორწინებაში (ან კავშირში) მყოფ ქალებს შორის (იხ. აგრეთვე ცხრილი 18.3.2). იმ დროს, როდესაც ქორწინებაში ნამყოფი ქალების 23%-მა აღნიშნა წარსულში ფიზიკური შეურაცხყოფა, ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალების მხოლოდ 4% აღნიშნა, რომ მიმდინარე ძალადობას (შეფარდება დაახლოებით შეადგენს 6:1). ასევე, წარსულში ქორწინებაში ნამყოფი ქალები აღნიშნავენ საშუალოდ კვხვერ უფრო მეტ სექსუალურ ძალადობას ამჟამად ქორწი-

ცხრილი 18.32

იმ რესპონდენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებმაც აღნიშნეს საერთოდ სიცოცხლის განმავლობაში და კერძოდ ბოლო დროს მომხდარი ფიზიკური ძალადობა

მისი სიმძიმისა და შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით
15-44 ასაკის ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალები

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

	ძალადობა განმავლობაში			სიცოცხლის		ძალადობა განმავლობაში			ბოლო		წლის
	საშუალო	საშუალო	მძიმე	სახსრ-ცივება	მუქარა იარაღით	საშუალო	საშუალო	მძიმე	სახსრ-ცივება	მუქარა იარაღით	შემთხვევა რაოდ.
ქატეგორიები	სიღის გარტ-ემა	ხელის კერა, ფეხის კერა	ცემა მუშ-ტი	სახსრ-ცივება	მუქარა იარაღით	სიღის გარტ-ემა	ხელის კერა, ფეხის კერა	ცემა მუშ-ტი	სახსრ-ცივება	მუქარა იარაღით	შემთხვევა რაოდ.
საერთო რაოდენობა	4.4	4.3	2.8	1.5	1.3	1.3	1.3	0.8	0.5	0.3	5,692
საცხოვრებელი ადგილი											
თბილისი	7.9	7.7	5.0	3.3	2.8	2.5	2.2	1.5	1.0	0.6	1,386
სხვა	3.5	3.6	2.2	0.7	1.2	0.7	0.8	0.3	0.1	0.2	1,967
ქალაქი											
სოფელი	3.1	2.9	2.0	1.0	0.5	1.1	1.0	0.6	0.6	0.2	2,339
ასაკობრივი ჯგუფები											
15-24	3.7	3.6	2.6	1.2	0.8	1.7	1.5	1.1	0.5	0.4	951
25-34	5.1	4.6	3.0	1.7	1.5	1.6	1.4	1.9	0.7	0.3	2,292
35-44	4.1	4.3	2.7	1.5	1.3	1.0	0.9	1.5	0.4	0.3	2,449
ოჯახური მდგომარეობა											
ამჟამად	2.9	2.7	1.7	0.9	0.6	1.3	1.2	0.7	0.5	0.3	5,172
გათხოვილი/ქაემში											
ქორწინებაში	19.9	20.9	14.3	8.0	8.4	1.9	1.9	1.1	0.7	0.7	516
ნამყოფი											
ცოცხალი შვილების რაოდენობა											
არცერთი	4.7	4.7	2.7	0.7	1.0	1.9	1.5	0.8	0.4	0.2	496
ერთი	6.1	6.6	3.8	2.3	2.3	1.3	1.4	0.9	0.4	0.5	1,315
ორი	4.0	3.7	2.8	1.6	1.2	1.3	1.3	1.0	0.7	0.3	2,736
სამი	4.6	3.5	3.1	1.8	0.9	0.5	1.1	0.8	0.2	0.3	1,145
მეტ											
განათლების დონე											
დაუმთავრებელი	5.3	5.4	4.3	2.2	0.9	1.3	1.9	1.1	1.3	0.0	485
ლი											
საშუალო სრული	4.4	4.2	2.7	1.3	1.4	1.3	1.2	0.9	0.5	0.3	1,996
საშუალო ტექნიკური	4.9	4.5	3.1	1.6	1.2	1.6	1.4	0.5	0.5	0.3	1,723
უმადლე	3.6	3.7	2.0	1.4	1.3	1.0	1.0	0.6	0.4	0.4	1,488
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი											
დაბალი	4.7	4.9	3.1	1.7	1.1	1.5	1.7	1.0	0.8	0.4	2,396
საშუალო	4.4	4.1	2.7	1.5	1.1	1.3	1.2	0.6	0.4	0.2	2,661
მაღალი	4.1	3.5	2.5	1.3	2.3	1.0	0.7	0.6	0.3	0.4	635
ფინიკური კუთვნილება											
ქართველი	4.0	3.7	2.8	1.3	1.2	1.2	1.0	0.6	0.5	0.3	4,787
აზერბაიჯანე	4.9	5.4	3.9	1.5	0.5	1.2	2.0	1.2	1.0	0.0	479
ლი											
სომეხი	4.1	3.7	1.9	1.5	1.1	1.1	0.7	0.4	0.0	0.0	247
სხვა	12.9	15.1	11.2	6.3	5.7	4.1	5.3	3.5	1.7	2.3	179

ნებაში მყოფ ქალებთან შედარებით. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის მიხედვით ქალებს არ გეთხებოდნენ, იყო თუ არა ქალის პარტნიორთან განშორების მიზეზი დაკავშირებული ინტიმური პარტნიორის ძალადობასთან, ეს მონაცემები გვაფიქრებინებენ, რომ განქორწინებული ან პარტნიორთან განშორებული ქალები იყვნენ ძლიერი შინაური ძალადობის მსხვერპლნი, რამაც თავისი წვლილი შეიტანა მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებების მიღებაში დაშორებულნიყვნენ მოძალადე პარტნიორს.

განათლების დონე თითქმის არ ახდენს წვავკლქანას ძალადობის სახეობათა სიჭარბეზე, მაგრამ ოდნავ მაღალია დაბალი და საშუალო სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის ქალებში. ინტიმური პარტნიორის ძალადობის დონე ყველაზე დაბალი იყო ქართული ეთნიკური კუთვნილების კატეგორიაში.

როგორც ნაჩვენებია ტაბ. 18.3.1 -ის მარჯვენა ნაწილში, გამოკითხული ქალების 13% აღნიშნავდა სიტყვიერ შეურაცხყოფას პარტნიორის ან ყოფილი პარტნიორის მიერ ბოლო 12 თვის განმავლობაში. მიმდინარე ფისიკური და სექსუალური ძალადობა აღნიშნა ქალების მხოლოდ 2% და 1%-ის მიერ შესაბამისად. ბოლო პერიოდის განმავლობაში უფრო სასტიკი ძალადობის მსხვერპლი ქალებიც და ის რესპონდენტებიც, რომლებმაც აღნიშნეს ძალადობა მთელი თავისი სიცოცხლის განმავლობაში, მიეკუთვნებიან ერთ და იგივე კატეგორიას; ნაკლებად მძიმე ძალადობის მსხვერპლი ქალების ასეთივე ჯგუფებს შორის კი განსხვავება სულ უმნიშვნელოა. ბოლო 12 თვის განმავლობაში გამოცდილი ძალადობა უფრო ხშირი იყო თბილისის მაცხოვრებელთა შორის, ის უკუკავშირშია განათლების დონესთან და სოციო-ეკონომიკურ სტატუსთან და ბევრად მეტია სხვა ეთნიკური კუთვნილების წარმომადგენლებში. მთელი სიცოცხლის განმავლობაში გამოცდილი ძალადობის საპირისპიროდ, ამჟამად ქორწინებაში მყოფი ქალები განიცდიან უფრო მეტად სასტიკ მიმდინარე ძალადობას წარსულში ქორწინებაში ნამყოფ ქალებთან შედარებით, სავარაუდოდ, იმის გამო, რომ ძალადობის ფაქტმა გარკვეულწილად განაპირობა ამ ბოლო ჯგუფის ქალების განქორწინება და ახლა ისინი გათხოვილ ქალებთან შედარებით ნაკლებად წარმოადგენენ ძალადობის ობიექტს.

როგორც ნაჩვენებია ტაბ.18.3.2-ში, ძალადობის ფაქტებს შორის უფრო ხშირად მოიხსენიება სიღის გარტყმა, ხელის კერა და საგნების სროლა (4%), რაც წარმოადგენს ძალადობის საშუალო დონეს. ქალების 1-დან 3%-მდე იტანჯება მძიმე ფიზიკური ძალადობის ერთ-ერთი ფორმით (3% აღნიშნავდა წიხლის კერას ან ცემას მუშტით ან საგნებით, 2% აღნიშნავდა სასტიკ ცემას და 1%-ს თავს ესხმოდნენ დანით ან სხვა იარაღით). იმ რესპონდენტებს შორის, რომლებმაც აღნიშნეს ნებისმიერი ტიპის ძალადობის მაღალი დონე, ძალადობის სისასტიკე უფრო ძლიერი იყო თბილისში მცხოვრებ ქალებს შორის, განათხოვარ ქალებში და სხვა ეთნიკური კუთვნილების წარმომადგენლებში.

18.4 ფიზიკური ძალადობის შესახებ ინფორმაციის მიღება

როგორც ნაჩვენებია ტაბ.18.4-ში, ჩვეულებრივ, ქალებს არ სურთ მიმდინარე ძალადობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება ჯანდაცვის მუშაკებისა და კანონისდამცველი ორგანოების წარმომადგენლებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლის განმავლობაში ძალადობა გამოცდილი

ქალების 60%-დან 70%-მდე უყვებოდა ოჯახის წევრს ან მეგობარს ამის თაობაზე, მხოლოდ 10%-მა აცნობა პოლიციას შინაური ძალადობის ეპიზოდების შესახებ და 8% ესაუბრა მედიცინის მუშაკებს. ხოლო 8%-მა მოიხია ლეგალური კონსულტაცია ბოლო პერიოდში მომხდარი ძალადობის ფაქტებთან დაკავშირებით.

ქალაქელი ქალები, თბილისის მაცხოვრებელთა ჩათვლით, სოფლებში მცხოვრებ ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად ბედავენ ბოლო დროს მომხდარი ძალადობის გამოაშკარაებას. უფროსი ასაკის ქალები, სავარაუდოდ, უფრო ხშირად მიმართავენ პოლიციას ან კანონის სხვა წარმომადგენლებს და ეძებენ მედიკოსთა რჩევას, ვიდრე ახალგაზღვრები, რომლებსაც ურჩევნიათ მეგობართან გასაუბრება. განქორწინებული ანდა გაშორებული ქალები ამჯობნიებენ ოჯახის წევრთან ან მეგობართან გასაუბრებას, პოლიციისათვის ცნობის მიწოდებას, და კანონიერი ან სამედიცინო კონსულტაციის მოძიებას, ალბათ, ძალადობის სისასტიკისა და ასეთი შეურაცხყოფელი ურთიერთობის დასრულების განზრახვის გამო. რაც უფრო მაღალი იყო ქალების განათლების დონე, მით ყფრო ნაკლებად დამახასიათებელი იყო მათთვის ძალადობის გამოაშკარაება.

იმის გათვალისწინებით, რომ ქალების ძალიან უმნიშვნელო ჯგუფმა აღნიშნა ინტიმური პარტნიორის ძალადობის მედიცინის მუშაკებისათვის გამოაშკარაების ფაქტი და დაზიანებების მქონე ხუთი ქალიდან დაახლოებით მხოლოდ ერთმა მიმართა სამედიცინო პერსონალს დახმარებისათვის, სამედიცინო საზოგადოებამ უნდა მიიღოს ძალადობის მსხვერპლი ქალების აღმოჩენისა და ასეთი ეპიზოდების განმეორების პრევენციის აქტიური ღონისძიებები. ჯანდაცვის მუშაკები კარგად უნდა იცნობდნენ ინტიმური პარტნიორის ძალადობის შედარებით მაღალი გავრცელების თავისებურებებს და ითვალისწინებდნენ იმასაც, რომ ძალადობის მსხვერპლს ხშირად არ ეხალისება მკურნალობა, და თავისი რუტინული ვიზიტების დროს პრაქტიკაში უნდა შემოიღონ შინაური ძალადობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება. ასეთი სკრინინგი ეფექტურად შეამცირებს ინტიმური ძალადობის სიმძიმესა და სიხშირეს და შეიძლება ხელი შეუწყოს ადრეული ჩარეების განხორციელებას შინაური შეურაცხყოფის მსხვერპლთა დასახმარებლად.

ნაცემი ქალების მიერ შინაური ძალადობის ფაქტების შესახებ კანონის დამცველი ორგანოებისათვის ან ჯანდაცვის მუშაკებისათვის ინფორმაციის მიწოდების უარყოფის ყველაზე ხშირი მიზეზები მოყვანილია დიაგრამაში 18.4. ყველაზე ხშირად აღნიშნულ მიზეზებს მიეკუთვნება ის, რომ ქალებს ძალიან სცხვენიათ შინაური ძალადობის გამოაშკარაებისა (32%); ითვლება, რომ ის ცუდ რეპუტაციას მოუტანს ოჯახს (10%); ფართოდ არის გავრცელებული აზრი, რომ ძალადობის გამოაშკარაებას არავითარი დადებითი შედეგი არ მოყვება (29%); კიდევ ერთი ფაქტორია განქორწინებისა და შეიღების დაკარგვის შიში (6%); ძალადობის მსხვერპლი ქალების დაახლოებით 5% ფიქრობდა, რომ შინაური ძალადობა "ნორმალური" მოვლენაა და 2%-ს ეშინოდა კიდევ უფრო მეტი ცემის.

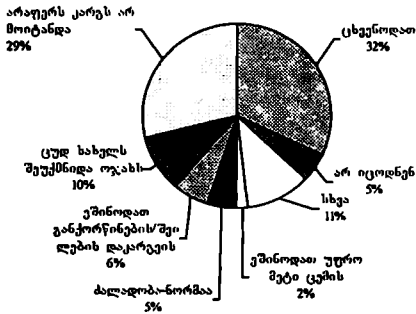
ცხრილი 18.4

ინტიმური პარტნიორის მიერ ბოლო წლის განმავლობაში ძალადობა გამოცდილ ქალებს შორის იმათი პროცენტული რაოდენობა, ვისაც უსაუბრია ძალადობის შესახებ ოჯახის წევრებთან, მეგობრებთან, ჯანდაცვის მუშაკებთან, პოლიციელებთან ან ადვოკატებთან შერჩეული კატეგორიების მიხედვით ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000

კატეგორიები	ოჯახი	მეგობრები	პოლიცია	ადვოკატები	ჯანდაცვის მუშაკები	შემთხვევათა რაოდენობა
საერთო რაოდენობა	70.0	59.8	9.9	8.4	8.1	323
საცხოვრებელი ადგილი						
თბილისი	69.7	62.3	10.9	11.0	8.1	141
სხვა ქალაქი	83.2	67.2	10.0	9.9	9.6	80
სოფელი	62.8	52.2	8.7	4.2	7.4	102
ასაკობრივი ჯგუფები						
15-24	86.4	61.9	6.7	6.5	5.5	42
25-34	67.8	62.5	6.6	3.3	4.8	142
35-44	66.9	56.7	15.9	13.4	11.2	139
ოჯახური მდგომარეობა						
ამჟამად	62.0	53.9	7.8	3.8	5.8	208
გათხოვილი/ კავშირში ქორწინებაში ნამყოფი	84.5	70.4	13.8	16.6	12.4	115
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
არცერთი	81.2	68.2	0.0	0.0	0.3	35
ერთი	77.3	66.5	12.5	11.4	7.4	90
ორი	67.9	57.3	10.4	11.1	11.0	145
სამი ან მეტი	57.4	50.4	10.4	1.6	6.7	53
განათლების დონე						
დაუმთავრებელი	78.4	66.7	7.3	4.9	5.1	35
საშუალო სრული	71.1	58.3	10.1	5.9	4.9	109
საშუალო ტექნიკური უმადლევის	74.5	54.9	13.0	14.2	12.9	101
	57.6	64.5	7.1	5.8	7.9	78
სოციალ-ეკონომიკური ინდექსი						
დაბალი	75.9	56.4	9.6	5.3	9.1	139
საშუალო	68.2	60.1	11.3	9.4	7.6	148
მაღალი	60.6	68.5	5.2	13.1	7.9	36
ეთნიკური კუთვნილება						
ქართველი	70.8	61.8	10.3	9.8	9.5	236
აზერბაიჯანელი	67.3	41.4	8.8	0.0	0.0	37
სხვა	69.3	67.4	9.6	9.6	9.6	50

დიაგრამა 18.4

ინტიმური პარტნიორის ძალადობის დროს ლეგალური ან სამედიცინო დახმარების უარყოფი მიზეზები
ბოლო წლის განმავლობაში ფიზიკურად შეურაცხყოფილი, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალები
ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა: საქართველო, 1999/2000



ლიტერატურა

- Amirkhanian Yuri A., Kelly Jeffrey A. Issayev Dmitri D., 2001. "AIDS knowledge, attitudes, and behaviour in Russia: results of a population-based, random-digit telephone survey in St. Petersburg". *International Journal of STD and AIDS*; 12 (1): 50-57.
- Anonymous, 1999. Spotlight on Georgia. *Entre Nous*; (43-44):12.
- Becker S., 1996. Couples and Reproductive Health: A Review of Couple Studies. *Studies in Family Planning*; 27, 6:291-306.
- Bongaarts. J. 1991. The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception. *Population & Development Review* 17: 293-313.
- Brackett J. W., 1993. Population Issues in the Newly Independent States of the Former Soviet Union. Toward the 21th Century. The Population Institute.
- Center for Medical Statistics and Information (CMSI/MOH), 2000. Health Care in Georgia, Statistical Reports for 1997-1999.
- Chua S., Arulkumaran S., Lim I., et al., 1994. Influence of Breastfeeding and Nipple Stimulation on Postpartum Uterine Activity. *Br. J Obstet Gynaecol*; 261: 804-805
- Cocker AL, Harlap S., Fortney JA., 1993. Oral Contraceptives and Reproductive Cancer: weighing the risks and benefits. *Family Planning Perspectives*; 25: 17-22, 36.
- Coles CD., 1993 Impact of Prenatal Alcohol Exposure on the Newborn and the Child. *Clin Obstet Gynecol*; 36:255-266.
- Dehne KL., Khodakevich L., Hamers FF., Schwartlander B., 1999. The HIV/AIDS Epidemic in Eastern Europe: Recent Patterns and Trends and Their Implications for Policy-Making. *AIDS*; 13: 741-749
- Dewey KG, Heining MJ, Nommsen LA., 1993. Maternal Weight-loss Patterns During Prolonged Lactation. *Am J Clin Nutr*; 58:162-66
- Dewey KG, Heining MJ, Nommsen-Rivers LA., 1995. Differences in Morbidity Between breast-fed and Formula-fed Infants. *Pediatrics*; 126:867-872
- DiFranza Jr., Lew RA., 1996. Morbidity and Mortality Associated with the Use of Tobacco Products by Other People. *Pediatrics*; 97:560-568

- Dowson DA., 1986. The Effects of Sex Education on Adolescent Behavior. *Family Planning Perspectives*; 18: 162-170.
- Edleson JL, 1999. Children witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*; 14(8): 839-870.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1995. HIV/AIDS Surveillance in Europe. *Quarterly Report No. 47*.
- Gerbase AC., Rowley JT., Heymann DH., Berkley SFB., Piot P. 1998. Global Prevalence and Incidence Estimates of Selected Curable STDs. *Sexually Transmitted Infections*; 78 (Suppl 1): S12-S16
- Goldberg H., Velebil P., Stembera Z, Tomek I and Kraus J. 1995. 1993 Czech Republic Reproductive Health Survey. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA.
- Gzirishvili D. and Mataradze G., 2000. Health Care Reform in Georgia. Discussion Paper Series no.5; UNDP, Tbilisi.
- Harlap S., Kost K., and Forrest JD., 1991. *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control in the United States*. The Alan Guttmacher Institute (AGI), New York.
- Hakim-Elahi E., Tovell HM, Burnhill MS., 1990. Complications of First-Trimester Abortion: a report of 170,000. *Obstet Gynecol*; 76: 129-135
- Hanson DJ., and Engs RC., 1992. College Students Drinking Problems: A National Study, 1982-1991. *Psychol Rep.*; 71: 39-42.
- Hatcher, RA., Trussel J., Steward F., Cates W., Steward GK., Guest F., et al., 1998. The Essentials of Contraception and The Pill: Combined Oral Contraceptives. In: *Contraceptive Technology*, Seventeenth Edition. New York: Ardent Media, Inc.
- Heisterbeerg I, Kringlebach M., 1987. Early Complications after Induced First-Trimester Abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 66:201-204
- Henshow, SK 1990. *Induced Abortion: A World Review, 1990*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 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
- Howie PW, Forsith JS, Ogston SA, et al., 1990. Protective Effect of Breastfeeding against Infection. *Br Med J*; 300:11-16

Kaufmann RB., Morris L., and Spitz AM. 1997. Comparison of Two Question Sequences for Assessing Pregnancy Intentions. *Am J Epidemiol*; 145: 810-16
Kiev International Institute of Sociology and Centers for Disease Control and Prevention. Kiev and Atlanta, 2000. *Ukraine Reproductive Health Survey. Preliminary Report.*

Kirby D, Short L, Collins J, et al. 1994. School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: a Review of Effectiveness. *Public Health Reports*; 109: 339-59.

Kish L., 1967. Cluster Sampling and Subsampling. In: *Survey Sampling*. New York: John Wiley and Sons.

Kolbo JR and Blakely EH, 1996. Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature. *Journal of Interpersonal Violence*; 11(2): 281-293.

Kovar MG, Serdula MK, Marks JS, et al. 1984. Review of the Epidemiologic Evidence of an Association Between Infant Feeding and Infant Health. *Pediatrics*; 74:S615-S638

Kotelchuck M, 1994. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am. J Public Health*;84:1414-20

Labock MH., Krasovek K., 1990. Toward Consistency in Breastfeeding Definitions. *Stud Fam Plann.*; 21:226-230

Laga M., 1994. Epidemiology and Control of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries. *STDs March-April Suppl.* S45-S50

Le TN and Verma VK., 1997. An Analysis of Sample Designs and Sampling Errors of the Demographic and Health Surveys. *DHS Analytical Reports* No. 3. Calverton, Maryland: MACRO International Inc.

Mauldon J and Luker K. 1996. The Effects of Contraceptive Education on Method Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives*; 21:19-24.

MACRO International, 1996-1999. Demographic Health Surveys in Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Uzbekistan, and Armenia. Calverton, MD.

Miller AB., 1986. Screening for Cancer: Issues and Future Directions. *J Chronic Dis.*; 39: 1067-77

Morris L. 1994. Sexual Behavior of Young Adults in Latin America. *Advances in Population vol. 2*:231-252. L Severy (ed), Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, et al., 1994. Lactation and Reduced Risk of Premenopausal Breast Cancer. *N Engl J Med*; 330:81-87

Nutsubidze N., 1999. HIV/AIDS Prevention Strategies in the Republic of Georgia. *Medicine and Law*, 18 (2&3) 359-362

O'Campo P, Gielen AC, Faden RR, Kass N., 1994. Verbal Abuse and Physical Violence Among a Cohort of Low-Income Pregnant Women. *Women's Health Issues*, Vol 4 No.1:29-37

Parker SL., Tong T., Bolden S., and Wingo PA., 1996. Cancer Statistics, 1996. *CACancer J Clin*; 65: 5-27.

Parkin DM., Pisani P., and Ferlay J., 1993. Estimates of the Worldwide Incidence of Eighteen Major Cancers in 1985. *Int. J. Cancer*; 54: 594-606

Piha T., Besselink E., and Lopez AD., 1993. Tobacco or Health. *World Health Statistics Quarterly*. 46(3): 188-194

Popkin BM, Adair L, Akin JS, et al., 1990. Breast-feeding and Diarrheal Morbidity. *Pediatrics*; 86:874-882

Popov AA., 1996. Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply. In: *Russia's Demographic Crisis*. Eds. Julie DaVanzo and Gwendolyn Farnsworth. Santa Monica, CA: RAND. 84-112.

Popov AA. And David H., 1999. Russian Federation and USSR Successor States in *From Abortion to Contraception*. Greenwood Press, Westport, CT.

Population Reference Bureau, 2000. World Population Data Sheet. Washington DC.

Remennick LI., 1991. Epidemiology and Determinants of Induced Abortion in the USSR. *Soc Sci Med*;33, No.7:841-48

Renton AM., Borisenko KK., Meheus A., Gromyko A., 1998. Epidemics of Syphilis in the Newly Independent States of the Former Soviet Union. *Sexually Transmitted Infections*; 74(3): 165-166

Russian Center for Public Opinion and Market Research and Centers for Disease Control and Prevention. Moscow and Atlanta, 2000. *1999 Russia Women's Reproductive Health Survey: A Follow-up of Three Sites. Preliminary Report*.

- Serbanescu F., Morris L., et al., 1995. *Reproductive Health Survey, Romania, 1993. Final Report*. Bucharest and Atlanta: Institute for Mother and Child Health Care and Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, USA.
- Serbanescu F. and Morris L., 1998. *Young Adult Reproductive Health Survey, Romania, 1996. Final Report*. Bucharest and Atlanta: International Foundation for Children and Families and Centers for Disease Control and Prevention., Atlanta GA, USA.
- Serbanescu F., Morris L., Stratila M, Bivol O, 1998. *Reproductive Health Survey, Moldova, 1997. Final Report*. Chisinau and Atlanta: Institute for Mother and Child Health Care and Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, USA.
- Serbanescu F. Morris M. Marin M., 2001. *Reproductive Health Survey, Romania, 1999. Final Report*. Bucharest and Atlanta: romanian Association of Public Health and Management and Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, USA.
- Song LY., Singer MI., Anglin TM., 1998. Violence Exposure and Emotional Trauma as Contributors to Adolescents' Violent Behaviors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 152(6): 531-536
- State Department for Statistics for Georgia. Statistical Yearbook, 1999. Tbilisi
- Tichonova L., Borisenko KK, Ward H., Meheus A., Gromyko A., Renton A., 1997. Epidemics of Syphilis in the Russian Federation: Trends, Origins, and Priorities for Control. *The Lancet*. 350(9072): 210-213
- UNICEF, 1994. Children and Women in Georgia: A Situation Analysis. CEE/NIS Section. Geneva.
- UNICEF, 2000. Multiple Indicator Cluster Survey, 1999. Final Report. Tbilisi.
- United Nations, 1976. Demographic Yearbook. Twenty fifth Edition. New York, NY., USA.
- Wasserheit JW. 1991. Epidemiological Synergy: Interrelationships Between HIV Infection and Other STDs. In Chen LD ed. *AIDS and Women's Reproductive Health*. New York: Plenum Press, 47-72.
- World Health Organization, 1995. *AIDS. Wkly Epidemiol. Rec*; 70: 193-200
- World Health Organization, 1997. *Entre Nous*; 36-37:19

World Health Organization, 1999: Mortality Database 1994-1997 in *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 2000; 50/1: 32-33.

Westoff, CF. 1976. The Decline of Unplanned Births in the United States. *Science*; 191:38.

Zabin LS, KantnerbJF., Zelnik M., 1979. The Risk of Pregnancy in the first Months of Intercourse. *Family Planning Perspectives*; 11:215-222

Zayan A., Campbell M, 1994. Reproductive Health in Georgia: Issues and Program Options, Save the Children. Tbilisi.

დანართი A

შერჩევის ცდომილების შეფასება

შერჩევითი გამოკითხვის შეფასებაზე ორი ტიპის ცდომილება მოქმედებს: არაშერჩევითი და შერჩევის ცდომილება. არაშერჩევითი ცდომილება შედეგია მონაცემების შეგროვების, დამუშავების და შერჩევის პროცესში დაშვებული შეცდომებისა, საჭირო ოჯახის ევროპონის და ინტერვიუს ევრამორთმევის, კითხვის არასწორად დასმის და პასუხის არაადეკვატური ინტერპრეტაციისა და მონაცემების შეყვანის შეცდომების ჩათვლით. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ტიპის ცდომილებების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით 1999/2000 GERHS განხორციელებისას დიდ ყურადღებას უთმობდნენ ხარისხის კონტროლს, არაშერჩევითი ცდომილებების სრული აღმოფხვრა პრაქტიკულად შეუძლებელია, ხოლო ამ ცდომილებების სტატისტიკურად შეფასება საკმაოდ ძნელი. შერჩევის ცდომილება წარმოადგენს ცვალებადობის მახასიათებელს მოსახლეობის შესაფასებელი პარამეტრის მიღებულ შეფასებასა და ამ პარამეტრის ნამდვილი მნიშვნელობას შორის, რაც იმით შეიძლება აიხსნას, რომ ეს ცდომილება განაპირობა სრული ჩამონათვალის ნაცვლად შერჩევის გამოყენებამ. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, შერჩევის ცდომილება არის სხვაობა გამოსაკვლევი პარამეტრის მოსალოდნელ მნიშვნელობასა და გამოკითხვის მიერ მიღებული შეფასების შორის. წინამდებარე შერჩევა ერთ-ერთია უამრავი სხვა ალბათობით შერჩევიდან, რომელიც შეგვეძლო გამოგვეყენებინა მდებარეობითი სქესისი 15-44 წლის ასაკის მოსახლეობის გამოსაკითხავად შერჩევის იგივე დიზაინის და დაგეგმილი ზომის შენარჩუნებით. რომელი შერჩევაც არ უნდა აგვერჩია მიღებული შედეგი ფაქტიურად არჩეული შერჩევის შედეგისაგან ოდნავ განსხვავებული იქნებოდა.

აქ წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემები შერჩევის საფუძველზე მიღებული, ისინი შეიძლება შემთხვევითი ცდომილებების გამო განსხვავდებოდნენ სტატისტიკური მონაცემებისაგან, რომლებსაც მივიღებდით თუ გამოვიკითხავდით საქართველოს 15-44 წლის ასაკის ყველა ქალს. შერჩევის ცდომილება, ჩვეულებრივ, იზომება მოცემული სტატისტიკური მაჩვენებლის (საშუალო მნიშვნელობის, პროპორციის ან შეფარდების) დისპერსიით და საშუალო კვადრატული ცდომილებით (დისპერსიის კვადრატული ფესვი). საშუალო კვადრატული ცდომილება (სც) შეიძლება გამოვიყენოთ, რომ გამოვითვლოთ შეფასებების სარწმუნო ინტერვალები (სი), რომლის ფარგლებში მოქცეულია მოსახლეობის პარამეტრის ნამდვილი მნიშვნელობა. მაგალითად, გამოკითხული შერჩევიდან გამოთვლილი ნებისმიერი სტატისტიკური მონაცემისათვის არსებობს 95 პროცენტაანი ალბათობა, რომ ამ სტატისტიკური მაჩვენებლის ნამდვილი მნიშვნელობა მოექცევა გამოკითხვის შეფასების პლიუს-მინუს ორი სც-ის ფარგლებში. იმის შანსი, რომ შერჩევის შეფასება მოექცევა მოსახლეობის სრული გამოკითხვის შედეგად მიღებული სტატისტიკური მონაცემის ერთ საშუალო კვადრატულ ცდომილების ფარგლებში ასიდან შეადგენს 68 (ანუ დაახლოებით სამიდან ორს).

შერჩევის საკარაულო შეცდომები 95% სარწმუნო ინტერვალისათვის (1.96 x სც) შერჩეული პროპორციებისა და შერჩევის ზომისათვის ნაჩვენებია A1 ცხრილში. A1 ცხრილში მოყვანილი შეფასებები შეიძლება გამოვიყენოთ

შერჩევის ნებისმიერი ნაჩვენები ზომის გამოთვლილი პროპორციებისათვის 95% სარწმუნო ინტერვალის გამოსათვლელად. შერჩევის ცდომილების შეფასება შეიცავს 1.6 ტოლფასი დიზაინის საშუალო ეფექტს, რომელიც აუცილებელია, რადგან 99GERHS-ში არ არის გამოყენებული მარტივი შემთხვევითი შერჩევა. ამის ნაცვლად შერჩევის არჩევის მეორე სტადიაზე ჩართეთ ელემენტების კლასტერები.

ცხრილი A.1

შერჩევის ცდომილების შეფასება (პროცენტის კვანტილებში) 95% სარწმუნო ინტერვალისათვის შერჩეული გამოთვლილი პროპორციებისა და შერჩევის ზომებისათვის, რომლის საფუძველზეც იქნა მიღებული ეს პროპორციები იმ დაშვებით, რომ დიზაინის ეფექტი არის 1.6

გამოთვლილი პროპორციები (P)

შერჩევის ზომა	0.05/0.95	0.10/0.90	0.20/0.80	0.30/0.70	0.30/0.60	0.50/0.50
25	0.108	0.149	0.198	0.227	0.243	0.248
50	0.076	0.105	0.140	0.161	0.172	0.175
100	0.054	0.074	0.099	0.114	0.121	0.124
200	0.038	0.053	0.070	0.080	0.086	0.088
400	0.027	0.037	0.050	0.057	0.061	0.062
800	0.019	0.026	0.035	0.040	0.043	0.044
1000	0.017	0.024	0.031	0.036	0.038	0.039
1500	0.014	0.019	0.026	0.029	0.031	0.032
2000	0.012	0.017	0.022	0.025	0.027	0.028
3000	0.011	0.014	0.020	0.021	0.022	0.023
4000	0.008	0.012	0.016	0.018	0.019	0.020
5000	0.008	0.011	0.014	0.016	0.017	0.018

კლასტერების არჩევანი, როგორც წესი ხასიათდება გარკვეული პომოგენურობით, რაც შერჩევის დისპერსიის ზრდას უწყობს ხელს. ამგვარად, კლასტერიზაციის ეფექტის წყალობით დისპერსია 99GERHS შერჩევაში უფრო დიდია, ვიდრე მარტივ ალბათობით შერჩევაში. დიზაინის ეფექტი წარმოადგენს დისპერსიის ორი შეფასების შეფარდებას: კომპლექსური კლასტერების შემცველი დიზაინის დისპერსია გაყოფილი შერჩევის იგივე ზომის მქონე მარტივი ალბათობითი შერჩევის დისპერსიაზე (Kish L., 1967). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციფიური ცვლადების დიზაინის ეფექტთან დაკავშირებული დეტალური ინფორმაცია იხილეთ Le და Verma-ს ანგარიშში, რომელმაც შეისწავლა დემოგრაფიული დიაგნოსტიკის გამოკითხვები მსოფლიოს 48 ქვეყანაში (Le TN და Verma JK, 1997). დიზაინის ეფექტების ცვალებადობის ნიმუში შეესაბამება ქვეყნებს შორის მონაცემებს და ცვლადებს. ცვალებადობა გამოკითხვებს შორის მაღალია, მაგრამ სხვაობა ცვლადებს შორის ნაკლებია. ქალაქ-სოფლის და რეგიონალური დიფერენციალები დიზაინის ეფექტში უმნიშვნელოა, რაც იმით შეიძლება აიხსნას, რომ თითოეული ქვეყნის დომენებში იყენებდნენ შერჩევის ერთნაირ დიზაინს და კლასტერების ზომას. ქვეყნის დონეზე ყველა

ცვლადებისა და ქვეყნებისთვის გაშუალებული დიზაინის მთლიანი ეფექტი 1.5 ტოლია (A.1 ცხრილში, ჩვენ გამოვიყენეთ 1.6 მაჩვენებელი).

რომ მივიღოთ 95% სი იმ პროპორციებისათვის ან შერჩევის ზომებისათვის, რომლებიც არ არის ნაჩვენები ცხრილში, შეიძლება მიემართოს ინტერპოლაციის მეთოდს. მაგალითად, თუ შერჩევის ზომა 200, ხოლო წერტილოვანი შეფასება 25% (სადაც 0.20/0.80 და 0.30/0.70 შორის), 95% სი იქნება პლიუს-მინუს 7.5%; თუ შერჩევის ზომა 300 (საშუალო 200 და 400 შორის) ხოლო წერტილოვანი შეფასება 20%, 95% სი იქნება პლიუს-მინუს 6.0%

ამ ანგარიშში განხილულ შეფასებებს შორის სხვაობები 5% დონეზე სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია ორმხრივად შეზღუდული ნორმალური გადახრის ტესტის გამოყენებისას ($p=0.05$). ეს ნიშნავს, რომ იმავე ტიპის და ზომის განმეორებით შერჩევებში აღნიშნული სხვაობის ტოლი სხვაობები შერჩევების მხოლოდ 5% შემთხვევაში შეგვეხდება, იმ პირობით, რომ მოსახლეობის პროპორციები ერთნაირი იქნება.

წინამდებარე ტექსტში ტერმინები "მეტ", "ნაკლები", "გაზრდა" მიუთითებენ იმაზე, რომ ორმხრივად შეზღუდული ნორმალური გადახრის ტესტის გამოყენებისას მიღებული სხვაობები 0.05 დონეზე სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია. წინადადებები, რომლებიც შეიცავენ ფრაზას "მონაცემები გულისხმობენ" აღნიშნავენ, რომ სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია 0.10 და არა 0.05 დონეზე. თუ ტექსტში რომელიმე ორი სტატისტიკური მონაცემის შესახებ კომენტარი მოყვანილი არ არის, ეს იმას არ ნიშნავს, რომ სხვაობა შემოწმდა და სტატისტიკურად უმნიშვნელოდ ჩაითვალია.

სტატისტიკური მონაცემის შედარებითი სტანდარტული ცდომილება, (რომელსაც აგრეთვე უწოდებენ "ცვალებადობის კოეფიციენტს") წარმოადგენს ამ სტატისტიკური მაჩვენებლის სტანდარტული კვადრატული ცდომილების (სც) შეფარდებას სტატისტიკური მონაცემის მნიშვნელობასთან. ეს მონაცემი, როგორც წესი, გამოიხატება, როგორც შეფასების პროცენტი. შეფასებები, რომლის შედარებითი სტანდარტული ცდომილების 30% ან მეტი პროცენტის ტოლია, განიხილებიან, როგორც თავისთავად არასანდო, მაგრამ მათი კომბინირება სხვა შეფასებებთან შეიძლება გამოდგეს უფრო ზუსტი შედარების მისაღებად. მაგალითად, თუ 20% შეფასება მიღებულია ისეთი შერჩევის ზომისათვის, სადაც მხოლოდ 50 დაკოორდებაა, მაშინ სც 7% ტოლია (A.1 ცხრილში ნაჩვენები 95% სარწმუნო ინტერვალის ნახევარი). შედარებითი სტანდარტული შეცდომა იქნება 35% (7% სც და 20% შეფასების შეფარდება). ეს იმდენად დიდი ციფრია, რომ შეფასება არასარწმუნო ხდება.

დანართი B

მონაწილეთა ნუსხა

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი (სს/იც)

საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი

კანის და ვენსნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

ი. ჟორდანიას სახ. ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტი

პაატა იმნაძე, დირექტორი, მედ. მეცნ. კანდი

ნელი ჩაქვეტაძე, სწავლული მდივანი მერაბ სიხარულიძე, დირექტორის მოადგილე ავთანდილ ჯორბენაძე, მინისტრი

მარინე ლუღუშაური, მინისტრის მოადგილე ნატა ყაზახაშვილი, დედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის უფროსი

ნიკოლოზ ნუცუბიძე, დედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე რამაზ ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის თავმჯდომარე

ანზორ თოთაძე, დემოგრაფიის დეპარტამენტის თავმჯდომარე მანანა ცინცაძე, დირექტორი.

მარინე შახ-ნაზაროვა, მონაცემთა ბაზების ანალიზის და პრეზენტაციის განყოფილების ხელმძღვანელი.

იოსებ არჩვაძე, თავმჯდომრის მოადგილე

ალექსანდრე ვადაჭკორია, დემოგრაფიული სტატისტიკის განყოფილების უფროსი.

ციალა ელიაძე, მოსახლეობის აღწერის განყოფილების ხელმძღვანელი.

ნოდარ კარანაძე, ოჯახური გამოკითხვის და ცხოვრების სტანდარტების განყოფილების უფროსი.

ბადრი ჩლაიძე, დირექტორი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი ლალი ხოტენაშვილი, დირექტორის მოადგილე, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

არჩილ ხომასურიძე, დირექტორი, მედ. მეცნ. დოქტორი

ჯინარო ქრისტესაშვილი,
რეპროდუქციული ფუნქციის
ნამოყალიბების განყოფილების გამგე.

მეან-გინეკოლოგთა და
რეპროდუქტოლოგთა ასოციაცია

თეიგზ ასათიანი, ვიცე-პრეზიდენტი,
მედ. მცენ. კანდი.

მსოფლიო ბანკი

თამარ გოცაძე, ჯანდაცვის
საკითხების ხელმძღვანელი
კენტ ლარსონი, კომანიტარული
დახმარების ოფისის ხელმძღვანელი
გეგი მატარაძე, ჯანდაცვის
პროგრამის ოფიცერი
ქეთრინ ფიშერი, რეგიონალური
ჯანდაცვის სპეციალისტი

აშშ საერთაშორისო განვითარების
სააგენტო

გაეროს განვითარების
პროგრამა/თბილისი

მარკო ბორსოტი, გაეროს მუდმივი
კოორდინატორი, გაეროს
განვითარების პროგრამის მუდმივი
წარმომადგენელი, გაეროს
მოსახლეობის ფონდის
წარმომადგენელი
ქეთი შროფი, გაეროს მოსახლეობის
ფონდის წარმომადგენელი
ალბანეთში, საქართველოში,
ბულგარეთსა და სომხეთში

გაეროს მოსახლეობის ფონდი

თამარ ხომასურიძე, გაეროს
მოსახლეობის ფონდის ეროვნული
პროგრამის ოფიცერი
მარინე ცინცაძე, გაეროს
მოსახლეობის ფონდის
ადმინისტრაციული ასისტენტი

გაეროს ბავშვთა ფონდი

ბორის ტოლსტოპიატოვი,
რეგიონალური წარმომადგენელი
კაკასიაში
ნინო ფარცხალაძე, პროექტის
ოფიცერი

გაეროს ლტოლვილთა უმაღლესი
კომისარიატი

იასმინ ქეიტ-კრელიკ, გამოკითხვის
დირექტორის თანაშემწე
უილიამ ბრელი, ჯანდაცვის
რეგიონალური სპეციალისტი

ამერიკის ჯანმრთელობის
საერთაშორისო აღიანისი

არსენ კუბატაევი, კაკასიის
რეგიონალური ოფისის დირექტორი
ნატა ავალიანი, პროგრამის
კოორდინატორი
ფლორინა სერბანესკუ,
MD.MPH(BEDRB/DRH), გამოკითხვის
მთავარი მკვლევარი
ლუი მორისი, PHD.MPH

დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის
ცენტრები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
განყოფილება), ატლანტა,
ჯორჯია.

ხელმძღვანელი
(BEDRB/DRH),გამოკითხვის მთავარი
მკვლევარი.
ჯეი ფრიდმანი, პროგრამის
ანალიტიკოსი
უინდი ამერსონი, პროგრამისტი
ანა შაქარაშვილი, ტრენინგის
კონსულტანტი.
ნატალია მელნიკოვა, კვლევის
უფროსი თანამშრომელი

1999 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკითხვაში მონაწილე
პირთა საქმიანობა და ზედამხედველობა

ეროვნული დირექტორები;

ნიკა ნუცუბიძე, ქალთა
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
კვლევის დირექტორი.
პაატა იშნაძე, ქალთა
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
კვლევის დირექტორის მოადგილე.
ნელი ჩაკვეტაძე, ქალთა
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
კვლევის დირექტორის თანამშემწე.

პროექტის მენეჯერი;

მერაბ სიხარულიძე

ბუღალტერი

ნანა პაპაჩაშვილი

მდივანი

გალინა ჩუბინიძე

საველე სამუშაოების კოორდინატორი;

ხათუნა ზახაშვილი
მარინე შახნაზაროვა

მონაცემთა ბაზების დამუშავების
ზედამხედველი;
რჯგ/დკც ტექნიკური დახმარება;

ირინა კონაროვა
ევგენი კორნუტეინი
ფლორინა სერბანესკუ
MD.MPH(BEDRB/DRH)
ლუო მორისი PHD.,MPH
ხელმძღვანელი (BEDRB/DRH)
ჯეი ფრიდმანი, პროგრამის
ანალიტიკოსი (BEDRB/DRH)
უინდი ამერსონი,
პროგრამისტი(SCRB/DRH)
ანა შაქარაშვილი, ტრენინგის
კონსულტანტი.
ნატალია მელნიკოვა, კვლევის
უფროსი თანამშრომელი.

საველე სამუშაოების შემსრულებლები

საველე სამუშაოების
კოორდინატორები;

ხათუნა ზახაშვილი
მარინე შახ-ნასაროვა

გუნდის დამკვირვებლები;
(ქალების გამოკვლევა)

I გუნდი ლელა ბაქანიძე
II გუნდი მია მარიდაშვილი
III გუნდი ხათუნა ალადაშვილი
IV გუნდი ეკა ნარჩემაშვილი
V გუნდი ნატო წერეთელი
VI გუნდი თამუნა ჩაჩავა
VII გუნდი ეთერ ნინიაშვილი

I გუნდი
ნანა მებონია
ლიანა ოჩიგავა
ცირა მერაბიშვილი
თამარ დუდაური

V გუნდი
ლელა სტურუა
ნინო შუბლაძე
მარინე ჩუბინიძე
თამარ ცერცვაძე

II გუნდი
ეკა რუაძე
ქეთევან კოკიაური
ირმა ბუჩუკური
რუსუდან ჭლიკაძე

VI გუნდი
თამარ სულხანიშვილი
მარინა ბაიდაური
ქეთევან სანაძე
ღია სხირტლაძე

III გუნდი
ნათია ნაცელიშვილი
ია ბენიძე
ნანა ბერაძე
მარიკა ხატიაშვილი

VII გუნდი
მზია ლეკიშვილი
ჯულიეტა გულუა
ეკა ზანგალაძე
თამარ ვარდოსანიძე

IV გუნდი
ნატა ტარყაშვილი
მარინა ლაშქარაშვილი
ნატო დოლიძე
რუსუდან ეცადაშვილი

ოპერატორები;
ლიანა ქინძაძე
ნინა ხმალაძე
ლიუდმილა ედიბერიძე
ციმი ჩანადირი
თამარ რილაური
ლარისა სედიხ
გულნაზ ლომსაძე
სუსანა შახბუდაგიან