ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა – ინიციატივა სამხრეთ კავკასიაში

რეკომენდაციები

ახალგაზრდული და ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების შესახებ

Reproductive Health Initiative for Youth in the South Caucasus
RHIYC
EPF
This Programme is co-funded by the European Union
United Nations Population Fund
UNFPA

Reproductive Health Initiative for Youth in the South Caucasus
RHIYC
EPF European Parliamentary Forum on Population & Development
This Programme is co-funded by the European Union
United Nations Population Fund
UNFPA

ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა – ინიციატივა სამხრეთ კავკასიაში

გურამ კიკნაძე, გივი ჯავაშვილი

რეკომენდაციები ახალგაზრდული და ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების შესახებ

თბილისი
2008

წინამდებარე პუბლიკაცია მომზადდა ევროკავშირის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ თანადაფინანსებული პროექტის “ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა – ინიციატივა სამხრეთ კავკასიაში” ფარგლებში.

პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლოა არ ასახავდეს ევროკავშირის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის თვალსაზრისს, მის შინაარსზე პასუხისმგებელი არიან მხოლოდ ავტორები.

ISBN 978-9941-0-1613-4

სარჩევი

1. შესავალი 4
2. ქვეყანაში არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა 5
   2.1. სიტუაციის ზოგადი ანალიზი და სტატისტიკური მონაცემები 5
   2.2. კანონმდებლობა 10
   2.3. ახალგაზრდობის საკითხებზე მომუშავე სახელმწიფო სტრუქტურები 13
   2.4. რესურსებისა და სხვადასხვა პროგრამების დაფინანსების შესახებ 15
   2.5. სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის საერთაშორისო ფონდი: დემოგრაფიული განვითარების კონცეფცია 17
3. საერთაშორისო გამოცდილების მოკლე მიმოხილვა 20
   3.1. ევროკავშირი 20
   3.2. ევროპის საბჭო 21
   3.3. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია საქართველოში 22
   3.4. პოლიტიკის ჩამოყალიბებაზე მომუშავე ზოგიერთი სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურა 26
   3.5. სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთ საკითხზე ახალგაზრდული პოლიტიკისა და სტრატეგიების ამსახველი უცხოური ლიტერატურის მოკლე მიმოიხლვა 27
4. რეკომენდაციები პოლიტიკის შესახებ 30
5. ძირითადი ტერმინების შესახებ 34

1. შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტის დანიშნულებაა დაინტერესებული მხარეებისათვის რეკომენდაციების მიწოდება საქართველოში ახალგაზრდობის საკითხებთან დაკავშირებული პოლიტიკის და კანონმდებლობის შემუშავებისა და გაუმჯობესების შესახებ. დამკვეთის – გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ განსაზღვრული ამოცანის შესაბამისად, რეკომენდაციებმა განსაკუთრებით უნდა შეუწყოს ხელი ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროში არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

რეკომენდაციები ეფუძნება ქვეყანაში არსებული მდგომარეობის, საჭიროებების, მიღწევების, ტრადიციების და კულტურული თავისებურებების, აგრეთვე, საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზს.

რეკომენდაციების მომზადებისას გამოყენებულია მიდგომა, რომელიც არ შემოიფარგლება მხოლოდ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებით, არამედ ითვალისწინებს ყველა იმ ფაქტორს, რაც, საბოლოო ჯამში ხელს შეუწყობს ჯანმრთელი, სოციალურად აქტიური, საზოგადოების ცალკეული წევრის და მთლიანად საზოგადოების მიმართ პასუხისმგებლობის მქონე ახალგაზრდობის ჩამოყალიბებას და განვითარებას. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, წინამდებარე დოკუმენტი მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა ახალგაზრდობის ჯანმრთელობის დაცვა, განათლება, პირადი შესაძლებლობების განვითარება სხვადასხვა სფეროში (სპორტი, ხელოვნება, ტექნიკა) და პროფესიული ორიენტაცია, დასაქმება და სხვა ქვეყნის ახალგაზრდებთან ურთიერთობა.

ილია ჭავჭავაძის სიტყვების წამძღვარება, რომელიც ქვეყნისათვის „მცოდნე, გონება-გახსნილი, გულ-განათლებული კაცების“ მნიშვნელობას და ასეთი „კაცების“ ჩამოყალიბებაში სკოლისა და განათლების როლს უსვამს ხაზს, სწორედ ჩვენმა, შეძლებისდაგვარად ფართო, მიდგომამ განაპირობა.

რაც შეეხება XX საუკუნის ამერიკელი დემოკრატის, თომას ო’ნეილის სიტყვების „ყველა პოლიტიკა ადგილობრივია“ ციტირებას, მისი გამოყენებით გვსურდა ხაზი გაგვესვა ქვეყნისა და ხალხის საჭიროებების, თავისებურებებისა და კულტურული ტრადიციების მნიშვნელობისათვის პოლიტიკის განსაზღვრისას ნებისმიერ სფეროში.

2. ქვეყანაში არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა

2.1. სიტუაციის ზოგადი ანალიზი და სტატისტიკური მონაცემები

2.1.1. ზოგადი დემოგრაფიული სტატისტიკა

საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების – სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემების მიხედვით 2008 წლის დასაწყისისათვის საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა არის 4,382,100[1].

1990 წელთან შედარებით მოსახლეობის რაოდენობა მილიონზე მეტით არის შემცირებული, რაც გამოხატულ მიგრაციასთან ერთად განპირობებულია შობადობის მკვეთრი კლებით და ბუნებრივი მატების დაქვეითებით. მაგალითად, 2003 წელს ბუნებრივი მატების აბსოლუტური მაჩვენებელი იყო მხოლოდ ***139*** (დაბადებულთა რიცხოვნობას გამოკლებული გარდაცვლილთა რიცხოვნობა). საბედნიეროდ, ეს რიცხვი 2007 წლისთვის გაიზარდა ***8,109***-მდე. თუმცა, ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება 1990 წლის მაჩვენებელს – ***42,094***!

ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი (ათას კაცზე) 2003 წელს იყო ***0.0*** (ნული), 2005 წელს კი – ***0.8***. აღნიშნული მაჩვენებელი 2007 წელს ***1.8***-მდე გაიზარდა. ამასთან, იმავე წელს უარყოფითი ბუნებრივი მატება აღირიცხა ქვეყნის სამ რეგიონში: (იმერეთი, კახეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი). ბუნებრივი მატების მაჩვენებლის ზრდის ფონზე შობადობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად არ გაზრდილა. ათას სულ მოსახლეზე შობადობა 2003 წლიდან 2007 წლამდე გაიზარდა ***10.7***-დან ***11.2***-მდე. შობადობის ჯამობრივი მაჩვენებლის მიხედვით ქვეყანა ნორმალური რეპროდუქტიულობის დონეზე ბევრად დაბალი მაჩვენებლით ხასიათდება – ***1,45*** ბავშვი ერთ ქალზე.

2006 წლის მონაცემებით, საქართველოში დაბადებულ ბავშვთა 60,5 პროცენტი მოდის პირველ შვილზე, 28,0 პროცენტი – მეორე შვილზე და მხოლოდ 11,5 პროცენტი – მესამე და მომდევნო შვილებზე[2].

ცხადია, საქართველოში ზოგადი დემოგრაფიული მდგომარეობა, შობადობისა და ბუნებრივი მატების თვალსაზრისით, გაუმჯობესების ტენდენციის მიუხედავად, მაინც მძიმე რჩება.

ბავშვთა და ახალგაზრდობის (25 წლამდე ასაკის პირები) წილი ქვეყნის მოსახლეობაში 2008 წლის 1 იანვრის მონაცემების მიხედვით[3] შეადგენს 33.9%. ამათგან ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფების წილი შემდეგია:

15 წლამდე ასაკის	- 17.3%
15-დან 20 წლამდე ასაკის	- 8.4%
20-დან 25 წლამდე ასაკის	- 8.2%

სულ, 15-დან 25 წლამდე ასაკის პირთა წილი შეადგენს მთელი მოსახლეობის 16.6%-ს, რაც აბსოლუტურ რიცხვებში 726,300–ის ტოლია.

---

[1] სტატისტიკის დეპარტამენტის ოფიციალური ვებ-გვერდი: „საქართველოს სტატისტკა“ http://www.statistics.ge

[2] „ქართველთა გამრავლებისა და მრავალრიცხოვანი საქართველოსათვის – დემოგრაფიული განვითარების კოცეფცია“; *სულიერების, კულტურისა და მეცნიერების აღორძინებისა და განვითარების სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის საერთაშორისო საქველმოქმედო ფონდი*

[3] სტატისტიკური ცნობარი „ჯანმრთელობა საქართველოში“; სსიპ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ვებ-გვერდი - http://www.ncdc.ge/W2/Page4_2_ge.htm

2.1.2. <u>განათლების ხელმისაწვდომობა</u>

საქართველოში განათლების რეფორმამ, კერძოდ კი ერთიანი ეროვნული გამოცდების შემოღებამ და მისმა შემდგომმა სრულყოფამ მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი განათლების ხელმისაწვდომობას იმ ახალგაზრდებისათვის, რომლებისთვისაც მანამდე უმაღლესი განათლების მიღება სერიოზულ ბარიერებთან იყო დაკავშირებული, მაგ., რეგიონების მცხოვრებლები, ახალგაზრდები დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებიდან. აღნიშნულზე მიუთითებს ერთიანი ეროვნული გამოცდების შედეგების სტატისტიკური ანალიზი. მაგ., 2006 წლის შედეგების სტატისტიკური ანალიზის მიხედვით, რეგიონებიდან ჩარიცხულ პირთა წილი 61%-ია. იმ 4 ახალგაზრდას შორის, რომლებმაც ერთიან ეროვნულ გამოცდებზე 2006 წელს მაქსიმალური ქულა მიიღეს, 3 რეგიონიდან არის, მათ შორის, უმაღლესი ქულების მქონე პირიც.

საყურადღებოა, რომ დღეს უკვე საკმაოდ მაღალია ეროვნული გამოცდების გამჭვირვალობისა და ობიექტურობის ხარისხი, რაზეც მიუთითებს სააპელაციო განცხადებების საკმაოდ დაბალი პროცენტი – 0.6%.

მნიშვნელოვანია სახელმწიფო სასწავლო გრანტებით დაფინანსებული ადგილების რაოდენობაც. ყოველწლიურად საშუალოდ 8000 ახალგაზრდა ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ სრულად ან ნაწილობრივ (2006 წელს ეს ციფრი იყო 8271).

საყურადღებოა ე.წ. „უმაღლესი პროფესიული განათლების“ პროგრამების ზრდის ტენდენციაც. 2007-2008 წლებში ახალგაზრდებს უმაღლესი პროფესიული განათლების აკრედიტებულ პროგრამებს სთავაზობს 32 სასწავლებელი. ამ პროგრამების ხანგრძლივობა 3 თვიდან 2 წლამდეა და მოიცავს სპეციალობების ფართო სპექტრს (მძღოლი, დურგალი, ზეინკალი, ელექტროაირშემდუღებელი, სტილისტი, სანტექნიკური სამუშაოების ოსტატი, მდივან-რეფერენტი, ჭრა-კერვისა და ქსოვა-ქარგვის სპეციალისტები და ა.შ.). აღნიშნულ სასწავლებლებში სწავლის უფლება აქვთ როგორც საშუალო განათლების, ასევე საბაზისო განათლების (9 კლასი) მქონე პირებს. ყოველწლიურად საშუალო განათლების მქონე პირთა რაოდენობა, რომლებიც უმაღლეს სასწავლებელში ვერ აბარებენ 20-30,000-ის ფარგლებში მერყეობს, რაც მნიშვნელოვანი სამიზნე კონტინგენტია უმაღლესი პროფესიული განათლებისათვის. 2008 წელს ცენტრალური ბიუჯეტიდან დაფინანსდება 2694 პირის პროფესიული განათლება.

ასევე აღსანიშნავია ხელისუფლების მცდელობა, განსაკუთრებული დახმარება აღმოუჩინოს უმაღლესი განათლების მიღების მსურველ ახალგაზრდებს, რომლებიც მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში მცხოვრები ოჯახებიდან არიან, აგრეთვე უმცირესობათა სხვადასხვა ჯგუფების წარმომადგენელ ახალგაზრდებს[4] - კონფლიქტურ ზონებში მცხოვრები ახალგაზრდები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები, უცხოეთში მცხოვრები ქართველი ახალგაზრდები, კომუნისტური რეჟიმის დროს საქართველოდან დეპორტირებული ოჯახების შთამომავლები, მაღალმთიანი რეგიონების მცხოვრებლები.

გასული წლის (2007წ.) მონაცემებით ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში სწავლობს 614,700 ბავშვი, საშუალო პროფესიულ სასწავლებლებში – 17,000 პირი, უმაღლეს სასწავლებლებში – 112,000 სტუდენტი; დოქტორანტების საერთო რაოდენობა 786-ია. ამრიგად, მოსწავლე-ახალგაზრდობის საერთო რაოდენობა 744,500-ს აღწევს (მოსახლეობის საერთო რაოდენობის 16.92%).

[4] საქართველოს მთავრობის 2004 წლის 23 აპრილის №29 დადგენილება.

2.1.3. ახალგაზრდების დასაქმება

საქართველოში უმუშევრობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია როგორც დასავლეთ ევროპის, ისე საერთო ევროპისა და დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობის შესაბამის მაჩვენებლებზე (2005 წლის მონაცემები): საქართველო - 13.8%, ევროპა – 9.29%, დსთ – 6.25%.

ამასთან, საქართველოს პროფესიული კავშირების გაერთიანების მონაცემებით[5], რომელიც ოფიციალურ სტატისტიკას ეყრდნობა, 15-24 წლის ახალგაზრდობის წილი დასაქმებულთა საერთო რაოდენობაში 7%-ს აღემატება. უმუშევრობა ამ ასაკობრივ ჯგუფში 2-ჯერ და მეტად აღემატება ქვეყანაში არსებულ უმუშევრობის საერთო მაჩვენებელს. ასევე საყურადღებოა, რომ უმუშევარი ახალგაზრდობის აბსოლუტურ უმრავლესობას არასოდეს უმუშავია (73-74%).

ზემოთ აღნიშნული მნიშვნელოვანწილად აიხსნება იმ ფაქტით, რომ ამ ასაკის პირების დიდი ნაწილი სწავლით არის დაკავებული. მეორეს მხრივ, ნაკლებად არსებობს სწავლით დაკავებული ახალგაზრდებისათვის შესაფერისი სამუშაო ადგილები (ნაწილობრივი დასაქმება დღის მეორე ნახევარში, დისტანციაზე შესასრულებელი სამუშაო, სამუშაო დასვენების დღეებში და ა.შ.). არსებულ მდგომარეობაზე მეტყველებს შემდეგი სტატისტიკაც: დასაქმებული ახალგაზრდების უმრავლესობა თვითდასაქმებულია (77.4%) და მხოლოდ 22.6% მუშაობს დაქირავებით.

2.1.4. ქორწინება, რეპროდუქციული ქცევა, შობადობა

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების მიხედვით (2005)[6], ქორწინების საშუალო ასაკი 21.6 წელია და პირველი მშობიარობის მედიანური ასაკი შეადგენს 23.2 წელს.

15-19 წლის ასაკის ქალებიდან ყოველი მეექვსე გათხოვილია. 20-24 წლის ქალებში ქორწინების მაჩვენებელი 40%-ია, ხოლო 25-29 წლის ქალებში 68%.

გამოკითხული ქალების 91% მიუთითებს, რომ პირველი სქესობრივი კავშირი მეუღლესთან ჰქონდათ.

შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მოდის 20-24 წლის და 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფებზე. საზოგადოდ, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 25-29 წლის ასაკში აღინიშნება, მაშინ როდესაც განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალებში შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია. შობადობის კოეფიციენტი ასევე ყველაზე მაღალია სოფლად 24 წლის ასაკის, და აზერბაიჯანელი და სომეხი ეროვნების ქალებს შორის.

2.1.5. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე გამოკვლეულია 15070 ქალი და 124 მამაკაცი, სულ 15194 შემთხვევა, რაც 1.7% ნაკლებია ვიდრე 2006 წელს. აღრიცხულია სიფილისის 44, გონორეის 20, ქლამიდიოზის 412, ტრიქომონიაზის 2298, ბაქტერიული ვაგინოზის 1956 და პაპილოვირუსის 617 შემთხვევა.

---

[5] იხ. შესაბამისი ვებ-გვერდი (ახალგაზრდობის დასაქმების მნიშვნელობის შესახებ): http://www.gtuc.ge/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=34&Itemid=5&lang=ka

[6] ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში; დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, 2005. / გამოცემის ქართული ვერსია ნათარგმნია ინგლისურენოვანი გამოცემიდან: Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, Jackson DB, Morris L. 2005. Reproductive Health Survey Georgia 2005: Final Report. Atlanta, GA (USA).

2.1.6. <u>დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა</u>

დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი საქართველოში (100000 ცოცხალშობილზე) გაცილებით მაღალია საშუალო ევროპულ და ევროკავშირის ქვეყნების შესაბამის მაჩვენებლებზე. საქართველოში ის შეადგენს 20.2-ს, ევროპის რეგიონში 12.77-ს, ხოლო ევროკავშირში – 6.2-ს. დსთ-ში იგივე მაჩვენებელი 27.5-ია.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების მიხედვით პრენატალური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია; კერძოდ, ორსულების 95%-ს გავლილი აქვს, სულ მცირე, ერთი პრენატალური გამოკვლევა. ამასთან, პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში ვიზიტების დაწყება უფრო ხშირი იყო ქალაქად, ვიდრე სოფლად (შესაბამისად 79% და 63%). აღნიშნული მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში (84%).

ორსულთა 75%-მა გაიარა ოთხი ან მეტი პრენატალური გამოკვლევა. პროცენტული მაჩვენებელი უფრო დაბალი იყო სოფლად, ვიდრე ქალაქად (შესაბამისად 64% და 86%).

2.1.7. <u>აბორტის შესახებ</u>

2007 წელს ხელოვნური აბორტის საერთო რაოდენობა იყო 20,644. აღნიშნულიდან 2.9% (597 შემთხვევა) გაკეთდა პირველი ორსულობის დროს. აღრიცხულია 2 არალეგალური აბორტი. აბორტების რაოდენობა 15 წლამდე ასაკის ქალებში იყო 7, ხოლო 15-დან 19-წლამდე ასაკის ქალებში – 748.

საყურადღებოა, რომ ყოველ 1000 ცოცხალ ახალშობილზე აბორტების რიცხვი ჩვენს ქვეყანაში – 417.25 - უფრო მაღალია საერთო ევროპულ (იგულისხმება „გაფართოებული“ ევროპის რეგიონი) მაჩვენებელზე – 391.56 (2006 წლის მონაცემი)[7]. ევროკავშირის ქვეყნებში აბორტის სიხშირე კიდევ უფრო დაბალია – 264.4 1000 ცოცხალ ახალშობილზე. დასავლეთ ევროპის ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა გერმანია და ფინეთი მაჩვენებელი საერთო ევროპულზე დაბალია - შესაბამისად 177.95 და 180.91. ის განსაკუთრებით დაბალია საბერძნეთში – 113.47 და პოლონეთში – 0.91. ამ უკანასკნელში ასეთი დაბალი რიცხვი მოქმედი კანონმდებლობით უნდა აიხსნას.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში, სხვა ქვეყნებთან შედარებით, ჯერ კიდევ დაბალია აბორტების რაოდენობა 20 წლამდე ასაკის ქალებში. ეს მაჩვენებელი 1000 ცოცხალ ახალშობილზე 208.35-ია. შედარებისათვის, ფინეთში იგივე მაჩვენებელი 1475.5-ია, საფრანგეთში 1883.26, იტალიაში 1145.26. ევროპის მართლმადიდებელ ქვეყნებში – საბერძნეთი, სერბია - იგივე მაჩვენებელი საქართველოზე უფრო დაბალიც არის, შესაბამისად – 86.54 და 196.47.

ზემოთ აღნიშნული მონაცემებიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში აბორტების საერთო რაოდენობა (ყოველ 1000 ცოცხალ ახალშობილზე) საქართველოსთან შედარებით მნიშვნელოვნად დაბალია. ამასთან, დასავლეთ ევროპაში განსაკუთრებით მაღალია აბორტების წილი 20 წლამდე ასაკის ქალებში, განსხვავებით საქართველოსაგან, სადაც ეს მონაცემი გაცილებით დაბალია დასავლეთ ევროპის მაჩვენებლებზე.

დასასრულ, სტატისტიკური მონაცემების ინტერპრეტაციის დროს გასათვალისწინებელია, რომ ჩვენს ქვეყანაში ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები აბორტის შესახებ ნაკლებია რეალურზე, რომელიც სხვადასხვა სოციოლოგიური კვლევის დროს დაფიქსირდა. მაგალითად, ქალთა

[7] WHO Regional Office for Europe. European health for all database, www.euro.who.int/HFADB

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის[8] შედეგად დაფიქსირებული აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი 6-ჯერ აღემატება 2002-2004 წლების ოფიციალურ მაჩვენებლებს.

2.1.8. <u>კონტრაცეპტივების მოხმარება</u>

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით, საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეფციის საშუალებები 2007 წელს მოიხმარა 2407 ქალმა, ხოლო 2007 წლის ბოლოსთვის აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 7548 ქალი. ჰორმონული კონტრაცეფციის საშუალებებს იყენებდა 9541 ქალი.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის[8] მონაცემებით, საკმაოდ მაღალია იმ ქალთა რაოდენობა, რომლებსაც არასოდეს მიუმართავთ კონტრაცეპციისათვის – 58%. კონტრაცეპტივების მოხმარების (ოდესმე მოხმარება) ყველაზე დიდი მაჩვენებელი აღინიშნა ქალებში, რომლებსაც ჰყავთ შვილების სასურველი რაოდენობა. ქორწინებაში მყოფი ქალების 47% მიმართავს კონტრაცეფციას.

2.1.9. <u>რელიგიური დემოგრაფია</u>

ამერიკის შეერთებული შტატების საელჩოს ანგარიშის მიხედვით[9], საქართველოს 4.4 მილიონი მოსახლეობიდან ეთნიკური ქართველების (2002 წლის აღწერის მიხედვით მოსახლეობის 80%) უმრავლესობა თავს, თუნდაც სიტყვიერად, ქართული მართლმადიდებელი ეკლესიის მრევლს მიაკუთვნებს.

საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 10% მუსულმანია – ეთნიკური აზერბაიჯანელები, ეთნიკური ქართველი (აჭარელი) მუსულმანები და ეთნიკური ჩეჩენი ქისტები. რაოდენობის მიხედვით შემდეგ მოდიან კათოლიკები – 35,000 (ძირითადად ეთნიკური ქართველები და ასირიელები), 18,000 ქურთი იეზიდი, მართლმადიდებელი ბერძნები – 15,000, ებრაელები – 10,000. მოსახლეობის დაახლოებით 1% პროტესტანტები და არატრადიციული რელიგიის მიმდევრები არიან.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის[8] მიხედვით (15-44 წლის გამოკითხულ ქალთა შორის), ქართველი მართლმადიდებლები შეადგენენ 80.1%-ს, სხვა ეროვნების მართლმადიდებლების წილი 5.3%-ია, მუსულმანები 13%, დანარჩენი 1.5% კი სხვა რელიგიების მიმდევრებსა და არარელიგიურ პირებზე მოდის. საყურადღებოა, რომ კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების შერჩევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას გამოკითხულ ქალთა 50%-ისთვის მნიშვნელოვანი იყო რელიგიური შეხედულებები. ეს პროცენტი უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში 58%-ს აღწევს. ასევე საყურადღებოა, რომ იმ ქალთა წილი, რომელთა არჩევანზე რელიგიური შეხედულებები ახდენს გავლენას 1999 წლის შემდეგ 23%-დან გაიზარდა 50%-მდე. ქართველებს შორის იმ ქალთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც რელიგიური შეხედულებების გამო კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს არ მიმართავენ და ამჯობინებენ ტრადიციული მეთოდების გამოყენებას, შეადგენს 52%-ს.

---

[8] ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში; დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, 2005. / გამოცემის ქართული ვერსია ნათარგმნია ინგლისურენოვანი გამოცემიდან: Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, Jackson DB, Morris L. 2005. Reproductive Health Survey Georgia 2005: Final Report. Atlanta, GA (USA).

[9] „რელიგიური თავისუფლების რეპროტი – საქართველო 2007“; აშშ საელჩო საქართველოში; http://georgian.georgia.usembassy.gov/ge/spotlight/irf_georgia.html

2.1.10. <u>ახალგაზრდობის ჩართვა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში</u>

საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში ახალგაზრდობის ჩართულობის ზუსტი სტატისტიკური მაჩვენებლები არ არსებობს. სახელმწიფო ცდილობს გარკვეული პროგრამების დაფინანსებას ახალგაზრდობის გააქტიურებისათვის, რაზეც მიუთითებს ცალკეული ღონისძიებებისა და პროექტების დაფინანსება (იხ. ქვემოთ თავი „რესურსებისა და სხვადასხვა პროგრამების დაფინანსების შესახებ“).

ახალგაზრდობის ჩართულობის ერთ-ერთი ყველაზე ხელშესახები გამოხატულება არის მათი მონაწილეობა ე.წ. სტუდენტურ საბჭოებში, რომლებთანაც თანამშრომლობენ უმაღლესი სასწავლებლების მმართველი ორგანოები. ასეთი საბჭოების ჩამოყალიბებას ხელი შეუწყო 2004 წელს მიღებულმა კანონმა უმაღლესი განათლების შესახებ.

2.2. კანონმდებლობა

2.2.1. <u>საქართველოს კანონი ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერის შესახებ</u>

კანონის განსაზღვრავს სახელმწიფოს მხრიდან ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების მხარდაჭერისა და დახმარების არსს, პრინციპებსა და ფორმებს. საბოლოო ჯამში, მისი მიზანია ხელი შეუწყოს ასეთი კავშირების ეკონომიკური და ორგანიზაციული პირობების გაუმჯობესებას, მათი საქმიანობის სტიმულირებას და სამართლებრივი გარანტიების შექმნას.

კანონი ახალგაზრდულ კავშირს განმარტავს, როგორც არასამეწარმეო (არაკომერციულ) იურიდიულ პირს, რომლის წევრთა არანაკლებ 2/3-ისა არიან 26 წლამდე ასაკის, საერთო ინტერესების მქონე, თავისი უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად გაერთიანებული მოქალაქეები.

კანონის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპია აღნიშნული კავშირების დამოუკიდებლობის გათვალისწინება სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერის ღონისძიებების განხორციელებისას.

კანონით ბავშვთა და ახალგაზრდულ კავშირებს შეუძლიათ აწარმოონ შემდეგი საქმიანობები:

ა) საქართველოს პრეზიდენტს და აღმასრულებელი ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებს მიაწოდონ ინფორმაცია ქვეყანაში ბავშვებისა და ახალგაზრდების უფლებების დაცვის სფეროში არსებული მდგომარეობის შესახებ;

ბ) ბავშვებისა და ახალგაზრდების ინტერესებიდან გამომდინარე, წინადადებით მიმართონ საკანონმდებლო ინიციატივის მქონე სუბიექტებს საქართველოს კანონებსა და სხვა ნორმატიულ აქტებში ცვლილებათა შეტანის თაობაზე;

გ) მონაწილეობა მიიღონ სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის სფეროში სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებაში, განხილვასა და განხორციელებაში.

ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების მხარდაჭერის ღონისძიებების ძირითადი განმახორციელებლები და კოორდინატორები არიან საქართველოს ახალგაზრდობის საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტი და მისი ტერიტორიული ორგანოები. კანონში მითითებულია ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების მხარდაჭერის შემდეგი ფორმები:

- ამ კავშირების ინფორმირება სახელმწიფო ახალგაზრული პოლიტიკით გათვალისწინებული ღონისძიებების შესახებ;
- ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების შესაძლებლობების გაფართოება-განმტკიცება „ტრეინინგ-სემინარების“ ორგანიზების გზით;

- მათი ჩართვა სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის სფეროში შემუშავებული პროგრამების განხორციელებაში;
- ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების მიერ შემუშავებული პროექტების მხარდაჭერა.

კანონით გათვალისწინებულია ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების რეესტრის შექმნა. აღნიშნულ რეესტრში დაფიქსირება არის სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერით სარგებლობის აუცილებელი პირობა. რეესტრის შექმნა დავალებული აქვს საქართველოს ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტს.

2.2.2. <u>მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ</u>

კანონის მიზანია არასრულწლოვანთა დაცვა მავნე ზეგავლენისაგან, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ფილმების ჩვენებასთან, ნაბეჭდ პროდუქციასთან, ალკოჰოლური სასმელების და თამბაქოს მოხმარებასთან, აგრეთვე აზარტულ თამაშებში მონაწილეობასთან.

ამ კანონს საკმაოდ დადებითი ზეგავლენა უნდა მოეხდინა არასრულწლოვანებზე მასმედიის არასასურველ ზემოქმედებაზე. სამწუხაროდ ეს მოლოდინი მხოლოდ ნაწილობრივ გამართლდა, რადგან არ მოხდა ამ კანონის III თავის - „არასრულწლოვნებზე მავნე ზეგავლენის მომხდენი ფილმების ჩვენებისა და ნაბეჭდი პროდუქციის გავრცელების შეზღუდვა“ - სრულყოფილად ამოქმედებისათვის ხელშეწყობა და ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების მქონე მასობრივი საინფორმაციო საშუალებათა პროდუქციისაგან დაცვის რეალური მექანიზმების შექმნა და ამოქმედება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებულმა ბიოეთიკის ეროვნულმა საბჭომ ამ საკითხს დაუთმო ცალკე სხდომა და მოამზადა რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც, აუცილებელია ზემოთ აღნიშნული ზემოქმედებისაგან დაცვის მექანიზმების რეალურად ამოქმედება. „ამისათვის, მიზანშეწონილია უწყებათაშორისი კომისიის შექმნა განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს პარლამენტის და სხვა დაინტერესებული მხარეების წარმომადგენლების მონაწილეობით. კომისიის ფუნქცია იქნება არასრულწლოვანთა ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების მქონე საკითხების მარეგულირებული კანონმდებლობის სრულყოფა, მისი განხორციელებისათვის ხელშეწყობა და ზედამხედველობა.“[10]

2.2.3. <u>კანონები „უმაღლესი განათლების შესახებ“, „პროფესიული განათლების შესახებ“</u>

აღნიშნული კანონების მიღებით უმაღლესი და პროფესიული განათლების სფეროებში განხორციელდა მნიშვნელოვანი რეფორმა. განათლების სისტემა საკმაოდ მიუახლოვდა დასავლურ სტანდარტებს.

კანონით უმაღლესი განათლების შესახებ განისაზღვრა უმაღლესი განათლების სფეროში გატარებული ფუნდამენტური რეფორმის ყველა ასპექტი; განისაზღვრა, უმაღლესი განათლების საფეხურები, აკადემიური ხარისხების, წოდებების, თანამდებობების თანამედროვე სისტემა, უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ტიპები, დაფინანსების გრანტული პრინციპი, შემოღებული იქნა ერთიანი ეროვნული გამოცდები და სხვა.

[10] ახალგაზრდობის სექსუალური განათლებისა და ანტინარკოტიკული კამპანიების შესახებ ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს დასკვნა, 2006 წლის 26 ივნისი

აღნიშნული კანონის ამოქმედებით (2004 წლის დეკემბერში) და რეფორმის დაწყებით, ერთის მხრივ, უმაღლეს სასწავლებლებში სტუდენტთა მიღების სისტემა გახდა ობიექტური, გამჭვირვალე, ყველასათვის ხელმისაწვდომი, ხოლო მეორეს მხრივ, უფრო დემოკრატიული ფორმით ჩამოყალიბდა უმაღლესი განათლების სისტემისა და უმაღლესი სასწავლებლების სტრუქტურა და მმართველობის სახეები.

კანონი ასევე განსზღვრავს სტუდენტის უფლებებს, რომელიც გულისხმობს დამოუკიდებლობას, საკუთარი აზრის გამოხატვის თავისუფლებას, უმაღლესი სასწავლებლების მართვაში და სტუდენტრ თვითმმართველობაში მონაწილეობის მიღებას, სტუდენტური ორგანიზაციების დაფუძნებას, დეტალური ინფორმაციის მიღებას საგანმანათლებლო დაწესებულების საქმიანობის, მათ შორის ფინანსური საქმიანობის შესახებ, სასწავლო პროგრამების არჩევას, ინდივიდუალური სასწავლო პროგრამების შემუშავებაში მონაწილეობის მიღებას და ა.შ.

2.2.4. <u>კანონები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში</u>

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობა ქმნის თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამის საფუძველს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვისათვის, აგრეთვე, უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო მომასახურების განვითარებისათვის. ამ მხრივ საყურადღებოა კანონები:

- „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
- „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
- „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“;
- „აივ/შიდსის შესახებ“[11].

ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროში კანონმდებლობის განხილვისას აუცილებლად უნდა გამახვილდეს ყურადღება საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და კონვენციებზე, რომლებიც საქართველოს მიერ არის რატიფიცირებული, მათ შორის ევროპის საბჭოს კონვენციაზე „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ და მის დამატებით ოქმებზე.

2.2.5. <u>საქართველოს კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს ბრძანება „ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების რეესტრის დებულების დამტკიცების შესახებ“</u>

შესაბამისი დებულების მომზადება და რეესტრის ჩამოყალიბება გათვალისწინებულია „საქართველოს კანონით ბავშვთა და ახალგაზრდული კავშირების სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერის შესახებ“. რეესტრის შემოღების მიზანია ყველა იმ კავშირის რეგისტრაცია, რომლებიც ზემოთ აღნიშნული კანონის მიხედვით შეესაბამებიან ბავშვთა ან ახალგაზრდული კავშირის განმარტებას. რეესტრში აღრიცხულ ორგანიზაციებს სახელმწიფო უზრუნველყოფს სათანადო მხარდაჭერით (იხ. თავი. 2.3.1.). დებულებით განსაზღვრულია რეესტრში რეგისტრაციის პირობები და პროცედურები.

---

[11] მომზადებულია ახალი კანონპროექტი „ადამიანის მუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული ინფექციის/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის შესახებ“, რომელიც ამჟამად განხილვის ეტაპზეა

2.3. ახალგაზრდობის საკითხებზე მომუშავე სახელმწიფო სტრუქტურები

2.3.1. <u>სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტი</u>

სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტი წარმოადგენს საქართველოს კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას. დეპარტამენტის მთავარი დანიშნულებაა სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის განხორციელება სპორტის და ახალგაზრდობის სფეროში.

დეპარტამენტში ცალკე არის გამოყოფილი ახალგაზრდობის პრობლემებზე მომუშავე სტრუქტურა – ახალგაზრდობის საქმეთა სამმართველო.

ახალგაზრდობის საკითხებთან დაკავშირებით დეპარტამენტის საქმიანობა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- შესაბამის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაცია;
- ახალგაზრდებისა და ახალგაზრდა ოჯახების უფლებათა დაცვაში მონაწილეობა, მათი კონსულტაცია და დახმარება;
- წინადადებების მომზადება შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის განვითარებასთან დაკავშირებით;
- ბავშვთა შრომით საქმიანობაზე კონტროლის დაწესება, ავადმყოფი და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩაბმის ხელშემწყობი პირობების შექმნის უზრუნველყოფა;
- იმ ორგანიზაციებისა და კერძო პირების კონსულტაცია, რომელთა საქმიანობა ეხება ბავშვებს, ახალგაზრდებსა და ახალგაზრდა ოჯახებს;
- საქართველოს ახალგაზრდული და ბავშვთა ორგანიზაციების თანამშრომლობის, მათი მიზნების, საქმიანობისა და პრობლემების შესწავლისა და სახელმწიფოებრივი ხელშეწყობის, მათი უფლებებისა და ინტერესების დაცვის კოორდინაცია;
- საქართველოს ბავშვებისა და ახალგაზრდობის სოციალური და სხვა პრობლემების გადაჭრაში მონაწილეობა;
- ახალგაზრდებს შორის დამნაშავეობის, ნარკომანიის, ალკოჰოლიზმის, პროსტიტუციის წინაღმდეგ ბრძოლაში მონაწილეობა (საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში);
- ექსპერტების, მათ შორის უცხოელი ექსპერტების, მოწვევის ორგანიზება და სემინარების, სხვადასხვა კონფერენციების, აგრეთვე, საქველმოქმედო აქციების ორგანიზება;
- კავშირების დამყარება სხვა ქვეყნების ანალოგიურ სტრუქტურებთან;
- განსაკუთრებით ნიჭიერი ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის სახელმწიფო მხარდაჭერის კოორდინაცია;
- საზღვარგარეთ მცხოვრებ თანამემამულეებთან ახალგაზრდობის კონტაქტის განმტკიცებისათვის ხელშეწყობა;
- ბავშვებსა და ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება სამეცნიერო-საგანმანათლებლო სფეროში და მათი წარდგენა შესაბამისი სამინისტროებისა და სახელმწიფო სტრუქტურებისადმი;
- მოზარდებისა და ახალგაზრდობის თავისუფალი დროის ორგანიზებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის ხელშეწყობა;

- ურთიერთობა და თანამშრომლობა კულტურისა და სპორტის დარგის ახალგაზრდა წარმომადგენლებთან, სახელმწიფოს მხრიდან მათი მხარდაჭერის კოორდინაცია;
- სხვადასხვა საინიციატივო ჯგუფების დახმარება მასობრივი ახალგაზრდული ღონისძიებების ორგანიზებაში;
- ბავშვებისა და ახალგაზრდობის პრობლემების გადაჭრისათვის გამიზნული სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება და მათ განხორციელებაში მონაწილეობა;
- ახალგაზრდების პრობლემების მეცნიერული კვლევისათვის ხელშეწყობა;
- მონაწილეობის მიღება სამხედრო-პატრიოტულ ღონისძიებებსა და წვევამდელთა გამწვევი კომისიების მუშაობაში;
- ახაგაზრდობაში შექმნილი სოციალურ-ეკონომიკური ვითარების ანალიზი;
- თანამშრომლობა აღმასრულებელი ხელისუფლების დაწესებულებებთან სახელმწიფოებრივი ახალგაზრდული პოლიტიკის განხორციელებისათვის.

ზემოთ ჩამოთვლილი საქმიანობის უშუალო კოორდინატორი და წარმმართველია დეპარტამენტის ახალგაზრდობის საქმეთა სამმართველო

2.3.2. <u>ახალგაზრდობის საქმეთა შემსწავლელი ქ. თბილისის საკრებულოს დროებითი კომისია</u>

ქალაქ თბილისის საკრებულოს 2008 წლის 21 მარტის №3-7 გადაწყვეტილების შესაბამისად დამტკიცდა „ახალგაზრდობის საქმეთა შემსწავლელი ქ. თბილისის საკრებულოს დროებითი კომისიის“ დებულება. კომისიამ, რომელსაც ქმნიან საკრებულოს წევრები, ხელი უნდა შეუწყოს ახალგაზრდული ინფრასტრუქტურის ობიექტების რეაბილიტაციას და განვითარებას, ახალგაზრდობის სამართლებრივ, ეკონომიკურ და სოციალურ მხარდაჭერას, მათი დასაქმების ჩათვლით.

2.3.3. <u>საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – „ბავშვთა და ახალგაზრდობის ეროვნული ცენტრი“</u>

სსიპ „ბავშვთა და ახალგაზრდობის ეროვნული ცენტრი“ შეიქმნა საქართველოს პრეზიდენტის 2007 წლის 5 ნოემბრის №617 ბრძანებულებით სსიპ „საქართველოს ბავშვთა ფედერაციის“ ბაზაზე.

ცენტრის სახელმწიფო კონტროლს ახორციელებს საქართველოს კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტრო. მასვე დაევალა ცენტრის დებულების მომზადება და ცენტრის წარმომადგენლობაზე უფლებამოსილი პირის დანიშვნა.

ცენტრის დებულება დამტკიცდა კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს 2008 წლის 19 თებერვლის №3/17 ბრძანებით. ცენტრი, სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის ძირითად მიმართულებათა შესაბამისად, ქვეყნის მასშტაბით ქმნის ხელშემწყობ პირობებს ახალგაზრდობის ინტელექტუალური, სულიერი და ფიზიკური პოტენციალის გამოვლენის, ფორმირებისა და სრულყოფისათვის; ახორციელებს გაეროს „ბავშვთა უფლებათა საერთაშორისო კონვენციის“ მოთხოვნათა შესაბამის ღონისძიებებს; მეთვალყურეობას უწევს ქვეყანაში ბავშვებისა და ახალგაზრდობის მდგომარეობას და ამზადებს შესაბამის მოხსენებებს; აგრეთვე ახორციელებს სხვა საქმიანობებს, რომელიც მიმართულია ბავშვებისა და ახალგაზრდობის განვითარებისა და მათი პრობლემების მოგვარებისაკენ.

2.3.4. <u>საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ბავშვთა და ახალგაზრდობის ცენტრი „ვარციხე“</u>

საქართველოს პრეზიდენტის 2005 წლის 17 ოქტომბრის №831 ბრძანებულებით შეიქმნა საჯარო სამართლის იურიდიული პირი „ბავშვთა და ახალგაზრდული ცენტრი „ვარციხე“, რომელიც, ფაქტობრივად ბაღდათის რაიონის სოფელ ვარციხეში მდებარე სამთავრობო რეზიდენციის კომპლექსის ბაზაზე ჩამოყალიბდა.

ცენტრის სახელმწიფო კონტროლი, ცენტრის დებულების დამტკიცება და ცენტრის წარმომადგენლობაზე უფლებამოსილი პირის დანიშვნა დაევალა საქართველოს კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს.

ზემოთ აღნიშნული სამთავრობო რეზიდენციის კომპლექსისა და მის ბალანსზე რიცხული უძრავ-მოძრავი ქონების ცენტრისათვის გადაცემის უზრუნველყოფა დაევალა საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს.

ცენტრის მიზანია ბავშვებისა და ახალგაზრდობის ინტელექტუალური, სულიერი და ფიზიკური განვითარების ხელშეწყობა. ცენტრმა, მისი დებულების შესაბამისად (რომელიც დამტკიცდა კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს 2005 წლის 13 დეკემბრის №3/626 ბრძანებით) მონაწილეობა უნდა მიიღოს ბავშვებისა და ახალგაზრდობის პრობლემების გადაჭრაზე ორიენტირებული სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში, ხელი უნდა შეუწყოს განსაკუთრებული ნიჭით დაჯილდოებული ბავშვებისა და ახალგაზრდების შესაძლებლობების გამოვლენას, მასობრივი ახალგაზრდული ღონისძიებების, აგრეთვე სხვადასხვა სემინარების, კონფერენციების, ფესტივალებისა და სხვა ღონისძიებების ორგანიზებას, რომელთა საბოლოო მიზანია ბავშვებისა და ახალგაზრდობის განვითარება და მათი პრობლემების გადაჭრა.

2.3.5. <u>აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის განათლებისა და კულტურის სამინისტროს ახალგაზრდობის საქმეთა სამმართველო</u>

აფხაზეთის მთავრობამ შესაბამისი ბრძანების საფუძველზე[12] ჩამოაყალიბა ბავშვთა და ახალგაზრდობის საქმეთა სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განმახორციელებელი სტრუქტურა – „ახალგაზრდობის საქმეთა სამმართველო“, რომელიც აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის განათლებისა და კულტურის სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფია.

ფაქტობრივად, აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ფარგლებში არსებული აღნიშნული სამმართველო „სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტის“ (საქართველოს კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება) ანალოგია; შესაბამისად, მისი ფუნქციები და ამოცანები თითქმის ემთხვევა ზემოთ აღნიშნული დეპარტამენტის ფუნქციებსა და ამოცანებს (იხ. ზემოთ).

2.4. რესურსებისა და სხვადასხვა პროგრამების დაფინანსების შესახებ

რესურსების სიმწირის პირობებში სახელმწიფოს ძალზე რთული გადაწყვეტილებების მიღება უწევს, რაც დაკავშირებულია, ისედაც მცირე

[12] აფხაზეთის მთავრობის 2007 წლის 2 აგვისტოს №356/ძ ბრძანება „აფხაზეთი ავტონომიური რესპუბლიკის განათლებისა და კულტურის სამინისტროს ახალგაზრდობის საქმეთა სამმართველოს დებულების დამტკიცების შესახებ“.

რაოდენობის დაფინანსების სხვადასხვა პრიორიტეტებზე განაწილებასთან ახალგაზრდობის პრობლემების მოსაგვარებლად.

აღნიშნულთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული და დაფინანსებული პროგრამები განათლების, მეცნიერების ჯანმრთელობის დაცვისა და დასაქმების სფეროებში.

განათლებაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი დაფინანსება 2003-2006 წლებში გაიზარდა 171.7 მილიონი ლარიდან 450 მილიონ ლარამდე. მათ შორის, 2006 წელს ზოგადი განათლება დაფინანსდა 269 მილიონი ლარით.

სახელმწიფოს მიერ შესაბამისი პროგრამების საფუძველზე ფინანსდება დაწყებითი, საბაზისო, საშუალო და უმაღლესი განათლება, აგრეთვე სახელობო (პროფესიული) და უმაღლესი პროფესიული განათლება. საყურადღებოა, რომ ამ სფეროში გატარებული რეფორმა ორგანიზაციული და ფინანსური თვალსაზრისით ხელს უწყობს განათლების ყველა ფორმის ხელმისაწვდომობას ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის.

ყოველწლიურად 8000-ზე მეტი ახალგაზრდა იღებს სახელმწიფოსაგან სრულ ან ნაწილობრივ დაფინანსებას უმაღლესი განათლების მისაღებად.

ხაზგასასმელია პროფესიული განათლების განვითარებისა და ხელშეწყობისათვის სპეციალური პროგრამის შემუშავება – „საქართველოში პროფესიული განათლების ხელშეწყობის პროგრამა“, რომლისთვისაც გამოყოფილია 8,700,000.00 ლარი. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ე.წ. „სახელობო განათლებას“ სახელმწიფოს ხარჯზე მიიღებს 2694 სტუდენტი.

მოსახლეობის, მათ შორის, ბავშვებისა და ახალგაზრდობის ჯანმრთელობის პირორიტეტულობაზე მიუთითებს მოსახლეობის ამ ნაწილზე ორიენტირებული სახელმწიფო პროგრამების მზარდი დაფინანსება. 2008 წელს ქვეყნის ჯანდაცვის, სოციალური და დასაქმების სფეროს საერთო ბიუჯეტი მილიარდ ორას სამოცი მილიონით განისაზღვრა (1,260,000,000.00). მათ შორის აღსანიშნავია „პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა“, რომელიც მოიცავს უფასო ვიზიტებს ოჯახის ექიმთან, ანტე- და პოსტნატალური მეთვალყურეობის დაფინანსებას, იმუნიზაციას, ინფექციურ დაავადებათა ზედამხედველობას და სხვ., „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა“, „დაავადებათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა“ და მისი ქვეკომპონენტები სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, შიდსის პროფილაქტიკის, აგრეთვე ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა, ცხოვრების ჯანსაღის წესის დამკვიდრების შესახებ.

საქართველოს პრეზიდენტისა და მთავრობის განკარგულებების ანალიზის საფუძველზე ჩანს, რომ მთავრობა ცდილობს ყურადღება გაამახვილოს ახალგაზრდობის პრობლემებზე და მის აღზრდა-განვითარება-ჩამოყალიბებაზე. კერძოდ, ზემოაღნიშნული განკარგულებების საფუძველზე, 2002-2007 წლებში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა ახალგაზრდული კულტურული ღონისძიებები (ახალგაზრდობის დღეების, ექსპერიმენტული კინოჯგუფის დაფინანსება), საპრეზიდენტო ნაციონალური პროგრამა „საჩუქარი ბავშვებს“, კონფლიქტის ზონაში (სოფელ თამარაშენში) საცურაო აუზის მშენებლობა, ზემო აფხაზეთში სამთო-სათხილამურო კომპლექსის და შესაბამისი ინფრასტრუქტურის მშენებლობა-განვითარება, ზემო აფხაზეთის ტერიტორიაზე ახალგაზრდული საზაფხულო კაპიტალური ბანაკის მშენებლობა, სპორტის ოლიმპიურ სახეობათა ძირითად შეჯიბრებებში (მსოფლიოს და ევროპის ჩემპიონატები) საპრიზო ადგილებზე გასული საქართველოს ნაკრები გუნდების წევრთა, მწვრთნელთა და

საექიმო პერსონალის ფულადი პრიზებით დაჯილდოება, ცალკეული სპორტსმენების საზღვარგარეთ წვრთნისათვის მივლინება და სხვა[13].

2.5. სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის საერთაშორისო ფონდი: დემოგრაფიული განვითარების კონცეფცია[14]

საქართველოში არსებული მძიმე დემოგრაფიული მდგომარეობის (იხ. თავი 2.1.1. „დემოგრაფიული სტატისტიკა“) გასაუმჯობესებლად სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის, უწმინდესისა და უნეტარესის ილია II ინიციატივით და ლოცვა-კურთხევით, პატრიარქის საერთაშორისო ფონდმა[15] მოამზადა კონცეფცია "ქართველთა გამრავლებისა და მრავალრიცხოვანი საქართველოსათვის", რომელსაც მოიხსენიებენ, როგორც „დემოგრაფიული განვითარების კონცეფციას“.

კონცეფციის მომზადებაში ჩართული იყო დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი, დემოგრაფთა საზოგადოება, კულტურალური კვლევების ცენტრი და პატრიარქის საერთაშორისო ფონდის წარმომადგენლები.

ამასთან, კულტურალური კვლევების ცენტრის მიერ შეიქმნა დემოგრაფიული პოლიტიკის პროპაგანდისტული მოდელი (პროექტი): "დემოგრაფიული ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური და კულტურული ასპექტები – კვლევა დემოგრაფიული პოლიტიკის ეფექტიანი პროპაგანდისთვის".

აღნიშნული პროექტი ემყარება შემდეგ დებულებებს:

„ა) დემოგრაფიული პრობლემის მოგვარებაზე ზრუნვა, პირველ რიგში, მიმართული უნდა იქნეს დემოგრაფიული ქცევის განწყობის ფორმირებისკენ;

ბ) ოჯახის/ინდივიდის დონეზე უნდა მოხდეს სასურველ ბავშვთა რაოდენობის გაზრდის სტიმულირება;

გ) კვლევის პრიორიტეტი არის ლოკალური (ქართული) სოციოკულტურული კონტექსტის გაგება/გააზრება;

დ) აუცილებელია უარსებითესი კულტურულ-მენტალური საბაზისო განწყობებისა და ორიენტაციების გამოკვლევა/შესწავლა.“

ზემოთ აღნიშნული პროექტი 2008 წლის 5 მარტის სხდომაზე, კათოლიკოს-პატრიარქის თავმჯდომარეობით განიხილა და ერთხმად დაამტკიცა პატრიარქის ფონდის საბჭომ.

დემოგრაფიული განვითარების კონცეფციაში მითითებულია, რომ მსოფლიო მოსახლეობის ზრდის სწრაფი ტემპის ფონზე მიმდინარეობს საქართველოს დეპოპულაცია და პროგნოზული გაანგარიშებებით 2050 წლისათვის 3-3,3 მილიონამდე შემცირდება.

---

[13] საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულებები: 2004 წლის 11 აგვისტოს №698 განკარგულება, 2004 წლის 19 ნოემბრის №1017 განკარგულება, 2007 წლის 12 იანვრის №5 განკარგულება. საქართველოს მთავრობის განკარგულებები: 2006 წლის 20 დეკემბრის №579 განკარგულება, 2006 წლის 22 დეკემბრის №593 განკარგულება, 2007 წლის 7 ივნისის №258 განკარგულება, 2007 წლის 7 ივნისის №282 განკარგულება, 2007 წლის 20 ივნისის №312 განკარგულება,

[14] „ქართველთა გამრავლებისა და მრავალრიცხოვანი საქართველოსათვის – დემოგრაფიული განვითარების კოცეფცია”; *სულიერების, კულტურისა და მეცნიერების აღორძინებისა და განვითარების სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის საერთაშორისო საქველმოქმედო ფონდი*

[15] სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის საერთაშორისო საქველმოქმედო ფონდი; http://www.fundpatriarch.ge

ამასთან, როგორც აღნიშნული დოკუმენტის არსებული მდგომარეობის მიმოხილვის მონაკვეთშია მითითებული, საქართველოში მოსახლეობის კლება ყველაზე მეტად ეხება ქართველებს და „ეროვნული უსაფრთხოების თვალსაზრისით, დემოგრაფიული პოლიტიკა მიმართული უნდა იყოს მთელ ქვეყანაში მოსახლეობის ზრდისაკენ, თუმცა მთავარი ორიენტირი უნდა იქნეს აღებული ქართველებსა და აფხაზებზე, რადგანაც ფიზიკური გადარჩენის პრობლემა რეალურად სწორედ მათ უდგათ“.

აღნიშნული პრობლემის მოსაგვარებლად კონცეფციის ავტორები საჭიროდ თვლიან ღონისძიებების გატარებას ე.წ. მაკრო (საზოგადოება), მეზო (ახალგაზრდობა, ქალები, ხანდაზმულები და სხვა) და მიკრო დონეზე (ოჯახი და პიროვნება). კონცეფციის მიხედვით, ერთიანი სოციალურ-დემოგრაფიული პოლიტიკის, როგორც სისტემის, სტრატეგიული მიზნები უნდა იყოს შემდეგი:

<u>მაკრო დონეზე</u> - ქვეყანაში სიღატაკის დაძლევა; თაობათა განახლების ოპტიმიზაცია; მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვით და თვითმოვლითი (თვითშენახვითი) ქცევის ამაღლებით ჯანმრთელობის განმტკიცება და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა; ახალგაზრდა ოჯახების ფორმირების ხელშეწყობა და ოჯახის განმტკიცება; მიგრაციული პროცესების რაციონალიზაცია და განსახლების სისტემის სრულყოფა; ეკოლოგიური დემოგრაფიის მოთხოვნათა შესაბამისი ღონისძიებების გატარება და სხვა.

<u>მეზო დონეზე</u> - ახალგაზრდობის პრობლემების მოგვარება; ხანდაზმული ადამიანების აქტივიზაცია; ქალთა სოციალურ-დემოგრაფიული პრობლემების დაძლევა; ეროვნებათაშორისი ურთიერთობების სრულყოფა; სოციალურ-კულტურულ ღონისძიებათა გამრავალფეროვნება და სხვა.

<u>მიკრო დონეზე</u> - ოჯახის დამოუკიდებლობისა და თვითგანვითარების პოტენციალის სტიმულირება; ოჯახის სოციალური უსაფრთხოების სახელმწიფო, მათ შორის - რეგიონული პროგრამების შემუშავება და სოციალურ დახმარებათა რეალიზაცია; საქორწინო-საოჯახო ურთიერთობათა, რეპროდუქციულ, თვითმოვლით, აღმზრდელობით, კულტურულ და სხვა ფუნქციათა რეალიზაციისათვის ოჯახში სასურველი გარემოს ფორმირება; ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ფართო დანერგვა და განვითარება; ოჯახის სოციალური სამსახურების ფორმირება და განვითარება.

კონცეფცია სათანადო ყურადღებას უთმობს შობადობის გაზრდისა და დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ შემდეგ საკითხებს:

- „საჭირო“ ბავშვთა ყოლის მოთხოვნილების განწყობის ჩამოყალიბება და ამისათვის აღმზრდელობით-ფსიქოლოგიური მეთოდის გამოყენება;
- უკვე არსებული „ბავშვთა ყოლის მოთხოვნილების“ რეალიზაციისათვის საჭირო სოციალურ-ეკონომიკური პირობების სრულყოფა და ამისათვის სამედიცინო, მატერიალური, სოციალური, სამართლებრივი და სხვა ღონისძიებების გატარება;
- მეორეული უნაყოფობის შემცირება და ამისათვის ოჯახის ნებაყოფლობითი დაგეგმვისა და უშვილობის ერთიანი ეროვნული სამსახურის შექმნა, შობადობის რეგულირების აუცილებლობის პროპაგანდა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდისაკენ მიმართული ღონისძიებები, განსაკუთრებული აქცენტით დედათა და ბავშვთა, მოზარდთა, ორსული ქალების ჯანმრთელობის დაცვაზე;

- მტკიცე ოჯახების ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობა, განსაკუთრებული აქცენტით ახალგაზრდა ოჯახებზე, მათ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ ადაპტაციაზე საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, სოციალურ-ეკონომიკურ პრობლემებზე, დასაქმებაზე, ოჯახში მცირე და საშუალო საოჯახო ბიზნესის განვითარებაზე;
- მიგრაციის რაციონალიზაცია, სადაც დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ახალგაზრდობის დასაქმებას და მათი პრობლემების მოგვარებას.

საყურადღებოა, რომ მტკიცე ოჯახების ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით კონცეფციაში მითითებულია, რომ ***„სკოლებსა და უმაღლეს სასწავლებლებში შეტანილი უნდა იქნეს სასწავლო კურსი ოჯახის საკითხებზე“***.

საყურადღებოა კონცეფციაში წარმოდგენილი ინიციატივა ოჯახების მხარდაჭერის საკანონმდებლო ბაზასთან დაკავშირებით. კერძოდ, მითითებულია, რომ „აუცილებელია შემუშავდეს საქართველოს საოჯახო პოლიტიკის საკანონმდებლო საფუძვლები, რომლებიც გაითვალისწინებს:

- საქართველოს კონსტიტუციიდან გამომდინარე, ოჯახზე სოციალური პოლიტიკის ორიენტაციას. ამ მიზნით იურიდიულად უნდა გაფორმდეს საოჯახო პოლიტიკა, როგორც სახელმწიფოს პრიორიტეტული მიმართულება, განისაზღვროს ამ სფეროში სახელმწიფო უსაფრთხოების ინდიკატორები;
- მრავალპროფილიანი სოციალური მომსახურებისათვის ოჯახის მხარდამჭერი სოციალური სამსახურების ქსელების სამართლებრივ გარანტიებს;
- კანონს, რომ დედებს, რომლებიც ზრდიან სამ და მეტ შვილს, ბოლო ბავშვის 16 წლის ასაკის მიღწევამდე დედობა ჩაეთვალოთ შრომის სტაჟად;
- ოჯახის სტატუსს (მრავალშვილიანი, ახალგაზრდა, მარტოხელა და ა.შ.);
- საოჯახო საკანონმდებლო კონცეფციას, თანამედროვე ცხოვრებისეული მოთხოვნებისა და უცხოეთის ქვეყნების გამოცდილების გათვალისწინებით.“

ამრიგად, დემოგრაფიული განვითარების კოცეფციაში დიდი ადგილი აქვს დათმობილი ახალგაზრდობის პრობლემების მოგვარებას, ახალგაზრდა ოჯახების მხარდაჭერას და საერთოდ, მტკიცე ოჯახების ჩამოყალიბებას, დედათა, ბავშვთა და მოზარდების ჯანმრთელობის დაცვას, მათ შორის, განსაკუთრებით მოწყვლად, დაუცველ პირებზე ზრუნვას (ინვალიდი, ობოლი, იძულებით გადაადგილებულ ოჯახთა და უზედამხედველო ბავშვები).

დასასრულ, კიდევ ერთხელ არის ხაზგასასმელი კონცეფციაში წამოწეული ეთნიკური ქართველებისა და აფხაზების განსაკუთრებით მწვავე დემოგრაფიული მდგომარეობა.

3. საერთაშორისო გამოცდილების მოკლე მიმოხილვა

3.1. ევროკავშირი

დღეს ევროკავშირი დიდ ყურადღებას უთმობს ახალგაზრდობის პრობლემებს. ევროკავშირის პოლიტიკაში ახალგაზრდობის საკითხის წარმოჩენა მაასტრიხტის ხელშეკრულებას უკავშირდება (1993 წელი). ამ ხელშეკრულების 149-ე მუხლის მიხედვით ევროკავშირმა ხელი უნდა შეუწყოს „ახალგაზრდების გაცვლას და სოციალურ-საგანმანათლებლო ინსტრუქტორების გაცვლას“.

2001 წლამდე ევროკავშირის ინსტიტუტები ახალგაზრდობის სფეროში ძირითადად სპეციფიკური პროგრამების დანარგვაზე იყო ფოკუსირებული (მაგ., „ახალგაზრდობა ევროპისათვის“, რომელიც დაიწყო 1998 წელს). ამასთან, გამოიკვეთა თვითონ ახალგაზრდობის უფრო აქტიური მონაწილეობის საჭიროებაც.

მოგვიანებით ევროკომისიამ გადაწყვიტა უფრო რეალური თანამშრომლობის დამკვიდრება მომდევნო ათწლეულებისათვის, რისთვისაც ევროკომისიამ შეიმუშავა სპეციალური დოკუმენტი ახალგაზრდობაზე (***White Paper on Youth***), რომელიც 2001 წელს მიიღეს. ამ დოკუმენტით განისაზღვრა ოთხი პრიორიტეტული მიმართულება:

- მონაწილეობა;
- ინფორმაცია;
- ნებაყოფლობითი საქმიანობები (მოხალისეობა);
- უფრო მეტი გაგება და ცოდნა ახალგაზრდობის შესახებ.

ამავე დოკუმენტით იქნა შემოთავაზებული ახალგაზრდობის ფაქტორის გათვალისწინება პოლიტიკის შემუშავებისას ისეთ სხვა სფეროებში, როგორიცაა მაგ., განათლება, გადამზადება, დასაქმება, სოციალური ჩართულობა, ჯანმრთელობა, ანტი-დისკრიმინაცია და სხვა.

ზემოთ აღნიშნული დოკუმენტის საფუძველზე ევროკავშირის საბჭომ 2002 წლის ივნისში განსაზღვრა ახალგაზრდობის სფეროში ევროპული თანამშრომლობის საფუძვლები. მოგვიანებით ის ჩამოყალიბდა „***ევროპის ახალგაზრდობის პაქტის***“ სახით. ის მოიცავს შემდეგ სამ ძირითად მიმართულებას:

- <u>**ახალგაზრდების აქტიური მოქალაქეობა**</u>; ამ სფეროში მუშაობს პროგრამა ***„ახალგაზრდობა მოქმედებაში“***, ე.წ. „ახალგაზრდობის პორტალი“ და ***„ცოდნის ევროპული ცენტრი ახალგაზრდობის პოლიტიკის საკითხებში“***. ამასთან, ჩამოყალიბდა ე.წ. ***„სტრუქტურული დიალოგი“***, რომლის მიზანია ახალგაზრდობის ჩართვა ევროპის პრობლემების შესახებ დისკუსიებსა და დებატებში.
- <u>**ახალგაზრდობის სოციალური და პროფესიული ინტეგრაცია**</u>; ეს მიმართულება გულისხმობს ახალგაზრდობის განათლებისა და მზადების გაუმჯობესებას, მათ უკეთესად მომზადებას დასაქმებისათვის, ახალგაზრდა ევროპელების სოციალურ ინკლუზიას; იგი ასევე ცდილობს ხელი შეუწყოს ერთის მხრივ სამუშაოს (სამსახურის), ხოლო მეორეს მხრივ, ოჯახური ცხოვრების ურთიერთშეხამებას;
- <u>**ახალგაზრდობის ფაქტორის ჩართვა სხვა სფეროების პოლიტიკაში**</u>; აქ უპირველეს ყოვლისა იგულისხმება ახალგაზრდობის ჩართვა ისეთი სფეროების პოლიტიკის განსაზღვრაში, როგორიცაა ანტი-დისკრიმინაცია და ჯანმრთელობა.

ზემოაღნიშნულთან ერთად ევროკავშირი ხელს უწყობს ახალგაზრდა მოქალაქეების მობილურობას და მათი ცოდნის გაფართოებას სწავლების არაფორმალური გზებით.

ახალგაზრდობის საკითხებზე მუშაობისას ევროკავშირის ინსტიტუტების მთავარი პარტნიორია ***ევროპის ახალგაზრდობის ფორუმი***.

ახალგაზრდობის სოციალური და პროფესიული ინტეგრაციის ძირითადი კომპონენტებია:

- დასაქმება და სოციალური ინტეგრაცია;
- განათლება, მზადება და მობილურობა;
- სამუშაოსა და ოჯახური ცხოვრების ურთიერთშეხამება;

ითვლება, რომ ევროპის ახალგაზრდობის პაქტმა დიდი როლი ითამაშა ევროპაში ახალგაზრდობის საკითხების წინ წამოწევასა და მოგვარებაში. ახალგაზრდობასთან მუდმივად ტარდება კონსულტაციები პაქტის გარშემო ზემოთ აღნიშნული „სტრუქტურირებული დიალოგის“ გზით. სტრუქტურირებული დიალოგის მნიშვნელობა კიდევ უფრო განამტკიცა ევროკომისიის სპეციალურმა მიმართვამ[16] „განათლებაში, დასაქმებასა და საზოგადოებაში ახალგაზრდობის სრული მონაწილეობის ხელშეწყობის შესახებ“, რომელიც მიღებულ იქნა 2007 წლის სექტემბერში.

სტრუქტურირებული დიალოგის ფარგლებში ევროკომისია შეარჩევს თემას (მაგ., „მომავალი გამოწვევები / პრიორიტეტები ახალგაზრდობისათვის“ - 2008 წლის აპრილში შერჩეული თემა) და განსაზღვრავს სხვადასხვა ღონისძიებათა ციკლს, რომლის მიზანია ახალგაზრდობის აზრის და შეხედულებების მოძიება კონსტრუქციული დიალოგებისა და კონსულტაციების, შეხვედრების ორგანიზების გზით. ერთი „თემატური ციკლის“ დასრულების შემდეგ (ზემოთ აღნიშნული თემის შესახებ ციკლი 2009 წლის ნოემბრამდე გასტანს) განისაზღვრება ახალი თემა და დაისახება შესაბამისი ღონისძიებები.

როგორც ჩვენთვის ცნობილია, ევროკავშირი ახალგაზრდობის საკითხებზე საქართველოსთანაც თანამშრომლობს. კერძოდ, ზემოთ აღნიშნული პროგრამის „ახალგაზრდობა მოქმედებაში“ ფარგლებში ევროკავშირმა დააფინანსა საქართველოში მოქმედი რამდენიმე ახალგაზრდული არასამთავრობო ორგანიზაცია. პროგრამებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უწყვეტი განათლების საკითხებზე წარმართავს საქართველოში ევროკომისიის წარმომადგენლობაც. დასასრულ, საქართველო ჩართულია „ევროპული სამეზობლო პოლიტიკის“ პროგრამებშიც.

3.2. ევროპის საბჭო

ევროპის საბჭო ცდილობს გაზარდოს მისი როლი ახალგაზრდობის პრობლემების მოგვარებაში. 2002 წელს ევროპის საბჭოს საპარლამენტო ასამბლეამ მიიღო რეკომენდაცია 1585 (2002) „ევროპის საბჭოში ახალგაზრდობის პოლიტიკის შესახებ“.

აღნიშნულ რეკომენდაციაში საპარლამენტო ასამბლეა ხაზს უსვამს ევროპის საბჭოს საქმიანობაში ახალგაზრდობის ჩაბმის მნიშვნელობას. ეს განსაკუთრებით ეხება იმ ახალგაზრდებს, რომლებიც არ არიან საყოველთაოდ ცნობილი

[16] “Promoting Young People's Full Participation in Education, Employment and Society”; Communication From the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee And the Committee of The Regions; Commission of The European Communities, Brussels, 5.9.2007; Com(2007) 498 Final;

ახალგაზრდული ორგანიზაციების წევრები და აგრეთვე ახალგაზრდები შედარებით მოწყვლადი რეგიონებიდან. ამისათვის ის რეკომენდაციას უწევს ახალგაზრდობის ადგილობრივი ფორუმებისა და საბჭოების ჩამოყალიბება-განვითარებას. აღნიშნულ პროცესში მონაწილეობა უნდა მიიღოს ადგილობრივმა ხელისუფლებამ და ეროვნული წარმომადგენლობის მქონე ახალგაზრდულმა ორგანიზაციებმა.

3.3. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია საქართველოში

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (გაერო) საქართველოში მრავალ პროგრამას ახორციელებს მისი სააგენტოების, ფონდებისა და ცალკეული პროგრამების მუდმივი წარმომადგენლობების საშუალებით.

2006-2010 წლების საქართველოს განვითარების ხელშეწყობის გეგმაში (UNDAF) გაერო გამოყოფს 5 ძირითად მიმართულებას, რომელთაგან ყველა მნიშვნელოვანია ქვეყნის ახალგაზრდობის საკითხებთან მიმართებაში, განსაკუთრებით კი – პირველი 3 მიმართულება. ეს მიმართულებებია[17]:

- **<u>სიღარიბე</u>** – სიღარიბეში მცხოვრები ოჯახების რაოდენობის შემცირება საკუთარი ეკონომიკური პოტენციალის შეცნობაში დახმარების და მათი სოციალური კეთილდღეობის უზრუნველყოფის გზით;
- **<u>მმართველობა</u>** – სახელმწიფო სტრუქტურების ეფექტიანობის და ანგარიშგების გაძლიერება ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეებზე და მონაწილეობითი გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობა;
- **<u>ძირითადი სოციალური სამსახურები</u>** – ძირითადი სამსახურების და საზოგადოებაზე დაფუძნებული ბავშვთა / ოჯახის დაცვის სამსახურების ხარისხის გაზრდა. ამ სამსახურებით სარგებლობის თანაბარი შესაძლებლობის უზრუნველყოფა;
- **<u>მერყეობა და არასტაბილურობა</u>** – ადამიანის ჩარევით და ბუნებრივი მოვლენებით გამოწვეული უბედურებების რისკის და ზარალის შემცირება;
- **<u>გარემო</u>** – გარემოს სტაბილურობის უზრუნველსაყოფი ღონისძიებების გააქტიურება.

3.3.1. <u>გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)</u>

გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიზანია ხელი შეუწყოს ქალთა, მამაკაცთა და ბავშვთა უფლებების განმტკიცებას, ჯანმრთელი ცხოვრებისა და თანაბარი შესაძლებლობების დამკვიდრებას. ზოგადად ფონდი ორიენტირებულია ისეთ პროგრამებზე, რომლებიც ხელს შეუწყობს სიღარიბის დაძლევას და „უზრუნველყოფს, რათა ყოველი ორსულობა იყოს სასურველი, ყოველი მშობიარობა იყოს უსაფრთხო, ყველა ახალგაზრდა იყოს დაცული აივ/შიდსისგან და ყოველ გოგონას და ქალს ეპყრობოდნენ ღირსებითა და პატივისცემით“.[18]

[17] ვებ გვერდი „გაერო საქართველოში“ http://www.ungeorgia.ge
[18] „გაერო საქართველოში“ (გაეროს მოსახლეობის ფონდი): http://www.ungeorgia.ge/geo/UNFPA.php

გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისი გაიხსნა 1999 წელს და მისი საქმიანობა ძირითადად რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში პროგრამებისა და პროექტების დაფინანსებასა და განხორციელებაზეა ორიენტირებული.

დღეს გაეროს მოსახლეობის ფონდი ეხმარება საქართველოს მთავრობას მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) სამოქმედო პროგრამისა და ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელებაში.

გაეროს მოსახელობის ფონდის პროგრამა საქართველოში მიზნად ისახავს საკუთარი წვლილის შეტანას საქართველოს მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში და მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს:

- რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
- მოსახლეობის განვითარება
- გენდერი

<u>რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპონენტი</u> გულისხმობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციისა და მომსახურების მიწოდებას; შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს მხარდაჭერას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის, სტანდარტებისა და სისტემების გასაუმჯობესებლად. კომპონენტი ასევე მოიცავს რეპროდუქციული სისტემის ონკოლოგიური დაავადებების ადრეულ დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პრევენციას, აგრეთვე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების გაუმჯობესებას აფხაზეთის რეგიონში.

<u>კომპონენტი „მოსახლეობა და განვითარება“</u> ითვალისწინებს ათასწლეულის განვითარების მიზნების მონიტორინგის სისტემისა და მექანიზმების გაუმჯობესებას.

<u>გენდერის კომპონენტის</u> ფარგლებში ხორციელდება გაეროს სააგენტოების ერთობლივი პროექტი: ოჯახური ძალადობის სიტუაციის შეფასება საქართველოში. გაეროს მოსახლეობის ფონდი ცდილობს გენდერული თანასწორობის მხარდაჭერას ცნობიერების ამაღლების, ინსტიტუციური მექანიზმების გაძლიერებისა და ძალების მობილიზების გზით[19].

3.3.2. <u>გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF)</u>

გაეროს ბავშვთა ფონდი მხარს უჭერს ბავშვის ჯანსაღ განვითარებასა და კვებას, სასმელი წყლის უსაფრთხოებისა და შესაბამისი ჰიგიენური პირობების უზრუნველყოფას, ბავშვებისათვის განათლების ხელმისაწვდომობას და მათ დაცვას ძალადობის, ექსპლუატაციისა და აივ/შიდსისაგან. გაერო საქართველოსთვის, აგრეთვე განვითარებადი ქვეყნების აბსოლუტური უმრავლესობისათვის ვაქცინების უდიდესი მიმწოდებელია მსოფლიოში.

გაეროს ბავშვთა ფონდი საქართველოში, გაეროს სხვა სააგენტოებთან ერთად, მხარს უჭერს საქართველოს მთავრობას ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევასა და ბავშვზე ზრუნვის, ჯანდაცვისა და განათლების სფეროებში მიმდინარე სოციალური რეფორმების განხორციელებაში. საქართველოში გაეროს ბავშვთა ფონდის ყველა მიმართულება მჭიდროდ არის დაკავშირებული ქვეყანაში ახალგაზრდობის პრობლემების მოგვარების საკითხთან.

[19] http://tsc.unfpa.org/main.htm

გაეროს ბავშვთა ფონდი საქართველოში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს შემდეგ მიმართულებებს:

- დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვისა და კვების სამსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდა და შესაბამისად, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;
- ყველაზე დაუცველი (მოწყვლადი) ბავშვებისა და ახალგაზრდების დაცვა ძალადობისა და ექსპლუატაციისაგან;
- თანამშრომლობის გაძლიერება ყველა დონეზე, რათა შესაძლებელი გახდეს გამოცდილებაზე დაფუძნებული, სიღარიბის დაძლევისაკენ მიმართული სოციალური პოლიტიკის განხორციელება;

3.3.3. <u>ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO)</u>

ზოგადად ჯანმრთელობის, კერძოდ კი, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ევროპის ბიუროს პოზიციისა და სახელმძღვანელო პრინციპების კონცეფციური საფუძვლებია:

- **<u>ჯანმრთელობის მსოფლიო დეკლარაცია</u>**; *ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეა, 1998 წ.;*
- **<u>ჯანმრთელობა 21, „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ პოლიტიკა ევროპის რეგიონისათვის</u>**; *ჯანმო, კოპენჰაგენი 1999 წ.;*
- **<u>მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის ანგარიში</u>**; *ქაირო, 1994 წ.*
- **<u>მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამის საერთო მიმოხილვა და შეფასება</u>**; *გაეროს გენერალური ასამბლეა, 1999 წ.*

ზემოაღნიშნული კონცეფციური დოკუმენტებიდან ევროპაში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებაში განსაკუთრებით მნიშნელოვანია შემდეგი სახელმძღვანელო პრინციპები:

- ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ჯანდაცვის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების ჩათვლით, რომელიც მოიცავს ოჯახის დაგეგმვას და სქესობრივ ჯანმრთელობას; ამ კონტექსტში მამაკაცებისა და ქალების უფლებრივი თანასწორობა;
- ქვეყნების უფლება, განახორციელონ ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები ისე, რომ უზრუნველყოფილი იყოს ამ ქვეყნის მოსახლეობის რელიგიური და ეთიკური ღირებულებებისა და კულტურული თავისებურებების პატივისცემა და შესაბამისობა საყოველთაოდ აღიარებულ ადამიანის უფლებებთან;
- თანასწორობის, სოლიდარობის და სოციალური სამართლიანობის კონცეფციების აღიარება და გენდერული პერსპექტივის გათვალისწინება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიებში;
- ჯანდაცვის ყველა სერვისის დაფუძნება მაღალი ხარისხის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე, ხელმისაწვდომობის ფარგლებში და ამ სერვისების მდგრადობის უზრუნველყოფა;

- პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ალმა-ატის დეკლარაციაში ასახული განმარტებების შესაბამისად;
- ინდივიდების, ჯგუფების და თემების, აგრეთვე დაწესებულებების, ორგანიზაციებისა და სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობის დაცვასა და ხელშეწყობაში.

სადღეისოდ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში **ჯანმო-ს ძირითადი მიზანი ევროპაში** არის წევრი სახელმწიფოების მხარდაჭერა, რათა მათ შეძლონ მოსახლეობის სქესობრივი და რეპროდუქციული უფლებების დაცვა, მათი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, სოლიდარობის დამკვიდრება ევროპის მასშტაბით, რათა შემცირდეს არსებული განსხვავება, ერთის მხრივ, დასავლეთ და მეორეს მხრივ, ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპას შორის და შემცირდეს უთანასწორობა ევროპის ცალკეულ ქვეყნებში.

ზემოაღნიშნული მიზნის მისაღწევად ჯანმო-ს ევროპულ ბიუროში შემუშავებულია სტრატეგიული დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს ***ამოცანებს*** და ***სამიზნეებს*** შემდეგი 10 ძირითადი მიმართულებით:

1. რეპროდუქციული არჩევანი
2. უსაფრთხო დედობა
3. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და აივ კონტროლი
4. სქესობრივი ძალადობა
5. ქალებით ვაჭრობა
6. მკერდის კიბო
7. მოზარდთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
8. ლტოლვილები და იძულებით გადაადგილებული პირები
9. მიგრანტი მოსახლეობა
10. ხანდაზმულები

3.4. პოლიტიკის ჩამოყალიბებაზე მომუშავე ზოგიერთი სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურა

3.4.1. ცენტრი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის (აშშ)

როგორც ეს ცენტრის ერთ-ერთ რეკომენდაციაშია მითითებული, ჯანმრთელი ახალგაზრდობის ჩამოყალიბებისათივს აუცილებელია მუშაობა ხუთი ძირითადი მიმართულებით[20]:

- ინტელექტის ჩამოყალიბება;
- ფიზიკური განვითარება, ფიზიკური ჯანმრთელობა;
- კავშირების განვითარება, სოციალური და თანამშრომლობის ჩვევების ჩამოყალიბება;
- მუშაობა, სამუშაო, პრაქტიკული ჩვევების ჩამოყალიბება;
- საზოგადოებრივ, სამოქალაქო საქმიანობაში ჩართვა.

ამ ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული პოლიტიკა მოზარდობის ასაკში არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს[21]:

- ფართო სქესობრივი განათლება;
- კონტრაცეპტივებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობა;
- ახალგაზრდობის განვითარება.

სქესობრივი განათლება უნდა მოიცავდეს თავშეკავების მნიშვნელობის სწავლებასაც[22].

რაც შეეხება ახალგაზრდობის განვითარებას, ამ მიმართულებით შემუშავებული პროგრამების ნაწილმა საკმაოდ კარგი შედეგები აჩვენა მოზარდებში ორსულობის შემცირებისა და არასასურველი სქესობრივი ცხოვრების თავიდან აცილების თვალსაზრისით[23,24]. ასეთი პროგრამები მოიცავს მომავალი პროფესიული საქმიანობისათვის მზადებას, ახალგაზრდული ორგანიზაციების დაარსებას და იქ დასაქმებას, თანატოლების სწავლებას და კონსულტირებას, საზოგადოებრივ სამსახურებში ჩაბმას, გაჯანსაღების პროგრამების ორგანიზებას და მათში მონაწილეობას და სხვა. ასეთი პროგრამების ორგანიზებაში ჩართული უნდა იყოს სკოლა, თემი, დამქირავებელი და ხელისუფლება.

---

[20] Engaging Youth in Policymaking Improves Policies and Youth Outcomes (2003), a three-part series, Center for Health Improvement, March 2003. http://www.chipolicy.org/pdf/TEEN_BRF2.pdf

[21] Three Policy Strategies Central to Preventing Teen Pregnancy (2003), a three-part series, Center for Health Improvement, March 2003. http://www.chipolicy.org/pdf/TEEN_BRF1.pdf

[22] Kirby, D. (2001). Emerging answers: Research fi ndings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

[23] Allen, J. P., Philliber, S., Herrling, S., & Kuperminc, G. P. (1997). Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. Child Development, 64(4), 729-742.

[24] Eccles, J., & Gootman, J. A. (Eds.). (2002). Community programs to promote youth development. Washington, DC: National Academy Press.

3.5. სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთ საკითხზე ახალგაზრდული პოლიტიკისა და სტრატეგიების ამსახველი უცხოური ლიტერატურის მოკლე მიმოიხილვა

<u>სქესობრივი განათლება</u>

დღეს ბევრია საუბარი სქესობრივ განათლებაზე. აშშ-ი ითვლება, რომ ეს მიდგომა მნიშვნელოვანია მოზარდებში არასასურველი სქესობრივი ცხოვრების პრევენციისათვის და რომ სქესობრივი ცხოვრების შესახებ განათლების დაბალი დონე სახიფათოა აშშ-სა და დანარჩენი მსოფლიოსათვის[25,26,27]. რეკომენდაციები სქესობრივი განათლების შესახებ ძირითადად ფოკუსირებულია კონტრაცეპტივების გამოყენებაზე. ამასთან, საყურადღებოა, რომ ექსპერტები მიუთითებენ მოზარდებისათვის თავშეკავების სწავლების აუცილებლობაზე და კულტურული თავისებურებებისა და აღმსარებლობის გათვალისწინების მნიშვნელობაზე[28].

სქესობრივი განათლების სტრატეგია აშშ-ში კონტრაცეფციის გამოყენებასთან ერთად მოიცავს აბსტინენციის (სქესობრივი ცხოვრებისაგან თავის შეკავების) პროპაგანდასაც. ნაჩვენებია, რომ მოზარდებში ორსულობის და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რაოდენობას ამცირებს ორივე მიდგომა (განათლება აბსტინენციის შესახებ და კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ)[29].

ბოლო წლებში აშშ-ი საკმაოდ ბევრი იყო საუბარი აბსტინენციის პროგრამებზე[30], რასაც სახელმწიფო მხარდაჭერაც ახლდა. აბსტინენციის პროგრამების გამოყენება ხშირად კარგად ეხამება საზოგადოებაში დამკვიდრებულ ტრადიციებსა და რელიგიურ შეხედულებებს[31]. ამასთან, ავტორების ნაწილი თვლის, რომ ის ნაკლებად ეფექტურია, როცა სქესობრივი ცხოვრება უკვე დაწყებულია[32]. აბსტინენციის ეფექტი ადრეულ ორსულობაზე უფრო მეტად 15-17 წლის მოზარდებში იყო გამოხატული[33].

ზოგადად აბსტინენციის კომპონენტის მქონე კომბინირებული პროგრამების ეფექტურობა მტკიცდება რანდომიზებული კვლევებითაც[34]. თუმცა, აშშ-ში მხოლოდ აბსტინენციის პროგრამების ეფექტი უფრო მაღალი იყო პირველი 3 თვის მანძილზე, ვიდრე მომდევნო 6-12 თვეში[35].

---

[25] Kahn JA. Maximizing the potential public health impact of HPV vaccines. J Adolesc Health 2007;40:101–3.

[26] Greydanus DE, Rimsza ME, Matytsina L. Contraception. Pediatr Clin North Am 2005;52: 135–61.

[27] Sionean C, DiClemente RJ, Wingood GM, et al. Psychosocial and behavioral correlates of refusing unwanted sex among African-American adolescent females. J Adolesc Health 2002; 30:55–63

[28] Greydanus DE, Rimsza ME, Matytsina L. Contraception. Pediatr Clin North Am 2005;52: 135–61

[29] Kirby, D. (2001). Emerging answers: Research fi ndings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

[30] Perrin K.K., DeJoy S.B., Abstinence-only education: how we got here and where we're going. J Public Health Policy (2003) 24 : pp 445-459.

[31] Epidemiology and prevention of unintended pregnancy in adolescents. Ayoola AB - *Prim Care* - 01-JUN-2006; 33(2): 391-403

[32] Philliber S., Namerow P., Trying to maximize the odds: using what we know to prevent teen pregnancy. Accord (NY): Philliber Research Associates, 1995

[33] The Case for a New Approach to Sex Education Mounts; Will Policymakers Heed the Message? Heather D. Boonstra; Guttmacher Policy Review; Spring 2007, Volume 10, Number 2

[34] Bennett S.E., Assefi N.P., School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. J Adolesc Health (2005) 36 : pp 72-81

[35] Jemmott J.B. , 3rd, Jemmott L.S., Fong G.T., Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomized controlled trial. JAMA (1998) 279: pp 1529-1536

ადრეული ორსულობის პრობლემა

განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება ადრეული ორსულობის პრევენციის სფეროში[36] განსხვავებულია. ადრეული ორსულობის სიხშირე გაცილებით მაღალია აშშ-ში, ვიდრე კანადასა და ევროპაში. ამასთან, ევროპაში უფრო მაღალია სახელმწიფოს მხარდაჭერა ახალგაზრდობისადმი. ზოგადად, განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების მიმოხილვამ აჩვენა შემდეგი ფაქტორების დადებითი ეფექტრი ადრეული ორსულობის პრევენციისათვის:

- სოციალური და ეკონომიკური განვითარება და თანასწორობა;
- ახალგაზრდების და მშობლების ძლიერი და ფართო მხარდაჭერა სახელმწიფოს მხრიდან;
- პოზიტიური დამოკიდებულება სექსუალურობის მიმართ და მკაფიო მოლოდინი (საზოგადოების, ოჯახის მხრიდან) სასურველი სქესობრივი ქცევის შესახებ;
- მოზარდებისათვის კონტრაცეპტივებისა და რეპროდუქციული სერვისების ხელმისაწვდომობა.

აღნიშნული მიდგომები, ცხადია, ქვეყნის ეკონომიკურ, კულტურულ და ტრადიციულ კონტექსტში უნდა იყოს განხილული.

რელიგიის როლი: ერთ-ერთმა კვლევამ, რომელიც იყენებდა აშშ-ს „მოზარდთა ჯანმრთელობის ხანგრძლივი ეროვნული კვლევის“ (National Longitudinal Study of Adolescent Health) შედეგებს, აჩვენა, რომ რელიგიურობა უარყოფით კორელაციაში იყო აბორტების რაოდენობასთან. ავტორები აღნიშნულს ხსნიან იმ ფაქტით, რომ რელიგიურ ქალებში იშვიათი იყო ორსულობა ქორწინების გარეშე[37]. იგივე ავტორებმა ანალოგიური მეთოდით შეაფასეს თანატოლების რელიგიურობის ზეგავლენა სქესობრივი ცხოვრების დაწყებაზე[38]. როგორც კვლევის შედეგებმა აჩვენა, მეგობრის რელიგიურობა დიდ გავლენას ახდენს ინდივიდის სქესობრივ ქცევაზე. ამ გავლენის სიძლიერე ისეთივეა, როგორი გავლენაც ექნებოდა თვით ამ პირის რელიგიურობას. თანატოლის (მეგობრის) რელიგიურობის ზეგავლენა ყველაზე მეტად არის გამოხატული იმ შემთხვევებში, როცა მოცემული პირი მჭიდროდ არის ჩართული ისეთ სოციალურ კავშირებში, სადაც მისი მეგობრები ერთმანეთის მეგობრებიც არიან.

რელიგიურობის დადებითი გავლენა სექსობრივი ცხოვრების ადრეული დაწყებისა და არასასურველი სქესობრივი ქცევის თავიდან აცილებაზე დასტურდება 250-მდე კვლევის შედეგების მიმოხილვითაც.

ოჯახის როლი

კვლევებით დასტურდება ოჯახის როლი ახალგაზრდობის სექსუალური ქცევის ჩამოყალიბებაზე. მაგალითად, პრობლემური სქესობრივი ქცევა ბავშვობასა და ადრეულ მოზარდობაში მნიშვნელოვანწილად არის განპირობებული ოჯახის მახასიათებლებით, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს ოჯახის ფაქტორის

---

[36] Darroch JE, Frost J, Singh S, et-al. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: can more progress be made? Guttmacher occasional report #3 2001

[37] Fetal Positions: Unraveling the Influence of Religion on Premarital Pregnancy Resolution; Amy Adamczyk and Jacob Felson; Social Science Quarterly, Volume 89, Number 1, March 2008

[38] ddd Friends' religiosity and first sex; Adamczyk A; Felson J; Source: Social Science Research. 2006 Dec;35(4):924-947

გათვალისწინებისა და ოჯახზე ორიენტირებული პროგრამების მნიშვნელობაზე ახალგაზრდობის სქესობრივი ქცევის ჩამოყალიბების სფეროში[39].

მეორე მხრივ, ადრეულ ასაკში სქესობრივ ქცევაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახის მთლიანობა და მისი სტრუქტურა. კერძოდ, როგორც ევროპის 9 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა[40] დაადასტურა, ე.წ. „ინტაქტური ოჯახი" (ოჯახი, რომლის მთლიანობა არ არის დარღვეული გაშორებით ან განქორწინებით) მოზარდებში არასასრველი სქესობრივი ქცევისაგან „დამცავი" მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია მშობლების აქტიური ზედამხედველობა ბავშვების ქცევაზე. ზემოთ აღნიშნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გოგონების არასასურველ სქესობრივ ქცევას ამცირებს მამის აქტიური ზედამხედველობა, ხოლო ვაჟებისას – დედისა. ორივე მშობლის მნიშვნელობა ბავშვის სქესობრივ ცხოვრებაზე განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. კვლევის მიხედვით ის ყველაზე მაღალი იყო უნგრეთში. ჩვენი ქვეყნის ტრადიციების გათვალისწინებით, უნდა ვივარაუდოთ, რომ ამ ფაქტორს ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს საქართველოშიც.

სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ დედის მომთხოვნ დამოკიდებულებას და გულისხმიერ ურთიერთობას მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს მოზარდების მიერ სქესობრივი ცხოვრებისაგან თავშეკავებაზე[41].

ზოგადად, ადრეული ორსულობისა და არასასურველი სქესობრივი ქცევის თავიდან აცილებაში ოჯახისა და მშობლების როლი მნიშვნელოვანია[42,43].

---

[39] Meyer-Bahlburg HF, Wasserman G, Jaramillo BM, Dolezal CL, Sandberg DE; Determinants of sexual behavior in children and young adolescents; *Int Conf AIDS.* 1996 Jul 7-12; 11: 176

[40] Lenciauskiene I, Zaborskis A ; The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries; Scand J Public Health. 2008 Aug;36(6):607-18.

[41] Maternal demandingness and responsiveness as predictors of adolescent abstinence. - Cox MF - J Pediatr Nurs - 01-JUN-2007; 22(3): 197-205

[42] Kirby D., Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. Fam Plann Perspect (2001) 33 : pp 276-281

[43] Dittus P.J., Jaccard J., Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. J Adolesc Health (2000) 26 : pp 268-278

4. **რეკომენდაციები პოლიტიკის შესახებ**

რეკომენდაციების ჩამოყალიბებამდე მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- **ახალგაზრდობის ქცევაზე (მათ შორის, სქესობრივი ცხოვრებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში), ახალგაზრდობის განვითარებასა და ჩამოყალიბებაზე მრავალი ფაქტორი ახდენს გავლენას; მხოლოდ ერთი რომელიმე ფაქტორის გამოყოფა და მასზე ზემოქმედებით სასურველი შედეგის მიღწევა ნაკლებ სავარაუდოა;**
- **ამა თუ იმ სტრატეგიის დაგეგმვისას დიდი მნიშვნელობა აქვს ქვეყნის კონტექსტს – დემოგრაფიულ, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას, კულტურას, ტრადიციებს, ოჯახის როლის ჩათვლით; არ არის აუცილებელი, რომ სხვა ქვეყანაში წარუმატებელი ან წარმატებული სტრატეგია ასვე წარმატებული ან წარუმატებელი იყოს ჩვენს ქვეყანაში;**
- **პოლიტიკის შემუშავებისას აუცილებელია გრძელვადიან, მყარ შედეგებზე ორიენტაცია.**

ახალგაზრდული (ახალგაზრდობის საკითხებთან დაკავშირებული) პოლიტიკა მრავალ სფეროს უნდა მოიცავდეს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ რეკომენდაციების ძირითადი ფოკუსი სქესობრივი ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებია, აუცილებელია უფრო ფართო მიდგომა და ყველა იმ საკითხის მოცვა, რაც განაპირობებს ახალგაზრდობის ქცევას და ცხოვრებას. შესაბამისად, წინამდებარე რეკომენდაციები მხოლოდ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებით ვერ შემოიფარგლება. მხედველობაში გვაქვს შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებების გათვალისწინების აუცილებლობა:

- **განათლება, ინტელექტუალური განვითარება და პროფესიული მზადება;**
- **დასაქმება, მუშაობა, სამუშაო, პრაქტიკული ჩვევების ჩამოყალიბება;**
- **ჩართულობა და მონაწილეობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში;**
- **ჯანმრთელობა (მათ შორის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა);**
- **ოჯახური ცხოვრების ხელშეწყობა.**

ზემოთ ჩამოთვლილ სფეროებში შედეგების მიღწევის აუცილებელი კომპონენტია ახალგაზრდობის ინფორმირება, განათლება, განვითარება და მათი ქცევის ჩამოყალიბება. ცხადია, ეს სქესობრივი და რეპროდუქციული ქცევის ჩამოყალიბებასაც მოიცავს. იმისათვის, რომ ამ მიმართულებით მიღწეულ იქნას მყარი და გრძელვადიანი შედეგები, აუცილებელია ახალგაზრდების ქცევაზე ე.წ. შინაგანი და გარეგანი მოტივაციის ფაქტორების გათვალისწინება.

<u>**გარეგანი და შინაგანი მოტივაციის შესახებ**</u>: ცნობილია, რომ ადამიანის ქცევას განაპირობებენ გარეგანი და შინაგანი მოტივაციის ფაქტორები („მოტივატორები“). ცხადია, ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ქცევაც ამ მოტივატორებზეა დამოკიდებული.

გარეგანი მოტივაციის ფაქტორები შეიძლება იყოს სათანადო საკანონმდებლო გარემო, საზოგადოების აზრი, ქცევის დანერგილი ნორმები. შინაგანი მოტივაცია, ადამიანის შინაგანი სამყაროა, რომელიც თითქოს მიანიშნებს ადამიანს, რა არის სწორი საქციელი. ასეთი სწორი საქციელი შეესაბამება პიროვნების თავისებურებებს, ფასეულობებს და რწმენას. ამიტომ, თუ ადამიანის თავისებურებები, მისი ხედვა და ფასეულობები შეესაბამება მისი, როგორც

სრულფასოვანი პიროვნების, აგრეთვე საზოგადოების ინტერესებს, ეს იქნება საუკეთესო გარანტია იმისა, რომ ჩამოყალიბდეს ინდივიდის მყარი სასურველი ქცევა.

რამდენადაც გარეგანი მოტივაციის ფაქტორები უფრო ხელშესახები და რეალურია, იმდენად სუსტი და არამდგრადია შინაგან მოტივაციასთან შედარებით, რომელიც აუცილებელია გრძელვადიანი ქცევის თავისებურებების ჩამოსაყალიბებლად.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ძალიან დიდი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს პიროვნების ჩამოყალიბებას ოჯახის, სკოლის, ეკლესიისა და საზოგადოების დახმარებით (რაც შინაგანი მოტივაციის ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს) და არა მხოლოდ მარეგულირებელი ჩარჩოს ან სოციალური მარკეტინგის პროგრამებს (რომელთა მიზანი ზოგჯერ მხოლოდ კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობის და მათი სწორად გამოყენების პროპაგანდაა).

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მომზადდა შემდეგი რეკომენდაციები ახალგაზრდებისა და მათი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შესახებ:

<u>რეკომენდაცია 1</u>

ახალგაზრდობისა და მისი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ პოლიტიკის პრიორიტეტები უნდა იყოს ყველა ის მიმართულება, რომელიც ახალგაზრდობის განვითარებას და საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად მათ ჩამოყალიბებას განაპირობებს. ეს მიმართულებები მოიცავს შემდეგს:

- განათლება, ინტელექტუალური განვითარება და პროფესიული მზადება;
- დასაქმება;
- საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა;
- ჯანმრთელობა;
- ოჯახური ცხოვრების ხელშეწყობა.

<u>რეკომენდაცია 2</u>

ახალგაზრდობისა და მისი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ პოლიტიკის შემუშავებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს არა მხოლოდ იმ მექანიზმების შექმნაზე, რომელიც ახალგაზრდების გარეგან მოტივაციაზე მოქმედებს (მაგ., ადრეული ორსულობის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების თავიდან აცილების მეთოდების სოციალური მარკეტინგი), არამედ შინაგან მოტივაციაზეც. ეს უკანასკნელი მიიღწევა პიროვნების ჰარმონიული განვითარებით, ოჯახის, სკოლის, ეკლესიისა და საზოგადოების თანამონაწილეობით.

შედეგის მისაღწევად ეს უკანასკნელი გაცილებით მეტ დროსა და რესურსებს საჭიროებს; ამასთან მიღებული შედეგები უფრო გრძელვადიანი და მყარი აღმოჩნდება.

<u>რეკომენდაცია 3</u>

ახალგაზრდობისა და მისი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ პოლიტიკის შემუშავებისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ქვეყნის კონტექსტი – დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობა, კულტურა, ტრადიციები, რელიგიური შეხედულებებისა და ოჯახის როლის ჩათვლით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პოლიტიკის ჩამოყალიბებამდე აუცილებელია:

- ხარისხიანი სოციოლოგიური კვლევების ჩატარება, რომელთა მიზანია საზოგადოების და მისი ცალკეული ჯგუფების, მათ შორის ახალგაზრდობის დამოკიდებულების კვლევა პოლიტიკის დოკუმენტით შემოსაზღვრული საკითხების მიმართ, აგრეთვე მოსახლეობის კულტურული თავისებურებების კვლევა. მნიშვნელოვანია რელიგიის და ეკლესიურობის გავლენის გათვალისწინება საქართველოს მოსახლეობის შეხედულებებსა და ქცევაზე;
- საყოველთაო დიალოგის ორგანიზება როგორც ახალგაზრდობასთან, ისე მთლიანად საზოგადოებასთან, რისთვისაც შეიძლება გამოყენებული იქნეს ევროკომისიის მიერ გამოყენებული ე.წ. „სტრუქტურირებული დიალოგის“ ფორმა.

ცალსახად არის გასათვალისწინებელი ქვეყანაში არსებული დემოგრაფიული მდგომარეობა; ამიტომ, შობადობის მატება, ახალგაზრდა და მრავალშვილიანი ოჯახების მხარდაჭერა სახელმწიფო პოლიტიკის აუცილებელ შემადგენლად უნდა იქცეს. ამასთან, გასათვალისწინებელია განსაკუთრებით მძიმე დემოგრაფიული მდგომარეობა ეთნიკურ ქართველებსა და აფხაზებს შორის, რასაც სათანადო სახელმწიფოებრივი მიდგომა სჭირდება.

<u>რეკომენდაცია 4</u>

ახალგაზრდობისა და მათი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ პოლიტიკის ძირითადი კომპონენტების განსაზღვრისას მნიშვნელოვანია ევროპისა და სხვა განვითარებული ქვეყნების დადებითი გამოცდილების გაზიარება და შესაბამის ევროპულ სტრუქტურებთან თანამშრომლობა (ევროკავშირის და ევროპის საბჭოს ახალგაზრდობაზე ორიენტირებული პროგრამები და ფორუმები).

ამასთან, არ უნდა მოხდეს რომელიმე ქვეყნის ან საერთაშორისო გამოცდილების ქვეყანაში ცვლილების გარეშე დანერგვა. ის უნდა შეჯერდეს ქვეყნის მოსახლეობის დამოკიდებულებისა და ფასეულობების ამსახველ მონაცემებთან.

მაგალითად, ლიტერატურული მონაცემებით[44] ადრეული ორსულობის საწინააღმდეგო ეფექტი სხვადასხვა ქვეყნებში აღმოაჩნდა გარკვეულ ფაქტორებსა და ღონისძიებებს, რომელიც მოიცავს განათლებას კონტრაცეფციის შესახებ, განათლებას აბსტინენციის მნიშვნელობის შესახებ, ოჯახის ურღვევობას, მშობლების პოზიტიურ დამოკიდებულებას და ბავშვის აღზრდაში ჩართულობას, ახალგაზრდის და მისი სამეგობრო წრის რელიგიურობას. აღნიშნული ფაქტორებიდან და ჩარევებიდან საქართველოში აქცენტი უნდა გაკეთდეს იმაზე, რაც უფრო მეტად ტრადიციულია და მისაღებია საზოგადოებისათვის.

მაგალითად, როგორც სოციოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა, საქართველოში საკმაოდ იშვიათია ქალების მიერ სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ქორწინებამდე. ცნობილია საზოგადოების დამოკიდებულებაც ამ პრობლემისადმი და მასზე რელიგიური შეხედულებების ზეგავლენა. ასევე, ცნობილია ოჯახის ჯერ კიდევ გამოხატული როლი ახალგაზრდის განვითარებაში. ამიტომ, მათი როლი კიდევ უფრო უნდა გაძლიერდეს. ამასთან, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ამ საკითხებს სათანადო კვლევა სჭირდება.

<u>რეკომენდაცია 5</u>

პოლიტიკის დოკუმენტის საბოლოო სახით ჩამოყალიბებამდე, რასაც შესაძლოა შედარებით დიდი დრო დასჭირდეს, სასურველია მომზადდეს ხელისუფლების დამოკიდებულების ამსახველი დოკუმენტი, რომლის საფუძველზე შემუშავდება ახალგაზრდობის პრობლემებზე ორიენტირებული პროგრამები და მოხდება ზემოთ აღწერილი სამთავრობო სტრუქტურების, აგრეთვე არასამთავრობო ორაგნიზაციების თანამშრომლობა და კოორდინაცია.

[44] იხ. თავი „სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთ საკითხზე ახალგაზრდული პოლიტიკისა და სტრატეგიების ამსახველი უცხოური ლიტერატურის მოკლე მიმოიხლვა“

5. ძირითადი ტერმინების შესახებ

ტერმინების „სქესობრივი ჯანმრთელობა“ და „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა“ განმარტება, მათი მრავლისმომცველობისა და ძნელად გამოსაყოფი მახასიათებლების გამო, საკმაოდ რთული საკითხია.

ქვემოთ მოცემულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოყენებული განმარტებები.

<u>სქესობრივ ჯანმრთელობა</u>

სქესობრივი ჯანმრთელობა არის სომატური, ემოციური, ინტელექტუალური და სოციალური ასპექტების ინტეგრაცია, რომელიც ხელს უწყობს პიროვნების განვითარებას, კომუნიკაციას და სიყვარულს. ამრიგად, სქესობრივი ჯანმრთელობა გულისხმობს დადებით მიდგომას ადამიანის სექსუალობისადმი. სქესობრივი ჯანდაცვის მიზანი უნდა იყოს სიცოცხლისათვის და პიროვნებათა ურთოერთობებისათვის ხელშეწყობა და არა მხოლოდ განაყოფიერების თუ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების საკითხების შესახებ კონსულტაციის მიწოდება და სამედიცინო დახმარება *(ჯანმო 1975).*

<u>რეპროდუქციული ჯანმრთელობა</u>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჯანმრთელობის განმარტების კონტექსტში (სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა) რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ეხება ადამიანის რეპროდუქციულ პროცესს, ფუნქციებსა და სისტემებს სიცოცხლის ყველა ეტაპზე. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს, რომ ადამიანებს შესწევთ უნარი იქონიონ პასუხისმგებლობით გამსჭვალული, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სქესობრივი ცხოვრება და რომ მათ აქვთ გამრავლების უნარი და თავისუფლება გადაწყვიტონ გამოიყენონ თუ არა, ან როდის რა სიხშირით გამოიყენონ ეს უნარი. განსაკუთრებით ხაზგასასმელია მამაკაცთა და ქალთა უფლება, იყვნენ ინფორმირებულნი და მათთვის ხელმისაწვდომი იყოს ფერტილურობის რეგულაციის უსაფრთხო, ეფექტური, ფინანსურად ხელმისაწვდომი და მისაღები მეთოდები, რომელიც მათ არჩევანს შეესაბამება, აგრეთვე ჯანდაცვის შესაბამისი სერვისები, რომელიც ქალებს მისცემს უსაფრთხო ორსულობისა და მშობიარობის საშუალებას, ხოლო წყვილებს მაქსიმალურ შესაძლებლობას იყოლიონ ჯანმრთელი შვილი (*ჯანმო 1994*).

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ამ საერთაშორისოდ აღიარებული ჯანმოსეული განმარტებით მოცულია შემდეგი სფეროები:

- სქესობრივი ჯანმრთელობა (პასუხისმგებლობით გამსჭვალული, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სქესობრივი ცხოვრება);
- რეპროდუქციული თავისუფლება (შესაბამისი ინფორმაციის, მეთოდებისა და სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა);
- უსაფრთხო დედობა (უსაფრთხო ორსულობა, მშობიარობა და ჯანმრთელი ბავშვები).

უსაფრთხო დედობა მოიცავს დედისა და ახალშობილისათვის ოპტიმალური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას. ეს უკანასკნელი გულისხმობს

დედის სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირებას და ახალშობილის ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობას, რისთვისაც აუცილებელია უზრუნველყოფილი იყოს შემდეგი მომსახურების ხელმისაწვდომობა:

ა) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის, დედისა და ბავშვისათვის პრენატალური, ინტრანატალური და პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება;

ბ) სამეანო და ნეონატალური მომსახურება.