

ქალთა
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობა
საქართველოში



ქართვ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის
მდგომარეობა საქართველოში

ჯონ როსი



თბილოსი, 2012

წინამდებარე ანგარიში მომზადდა 2012 წელს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის ინიციატივით და დახმარებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პარტნიორობით.



ICPD =

International Conference on
Population and Development
Beyond 2014



ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში

ავტორი: ჯონ როსი

ჯონ როსი არის დემოგრაფიის სპეციალისტი, რომელიც ძალზე დაინტერესებულია სხვადასხვა ქვეყნის პროგრამებით რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის სფეროში. მას მინიჭებული აქვს დოქტორის ხარისხი იელის უნივერსიტეტში. ჯონ როსი მუშაობდა კოლუმბიის უნივერსიტეტში, მოსახლეობის საბჭოში და Futures Group International-ში. მას დიდი ხნით მოუწია მუშაობა თურქეთში, ინდონეზიასა და კორეის რესპუბლიკაში, ასევე მრავალი მოკლევადიანი სამუშაო ჰქონდა აზიის, ლათინური ამერიკის, ახლო აღმოსავლეთისა და კავკასიის ქვეყნებში. გამოქვეყნებული აქვს სტატიები კვლევების შედეგების შესახებ სხვადასხვა ჟურნალში; გარდა ამისა, გამოცემული აქვს რიგი სტატისტიკური კრებულებისა კომენტარებით.

ამ პუბლიკაციაში გამოთქმული შეხედულებები განხილული უნდა იქნეს როგორც ავტორის შეხედულებები და არა გაეროს მოსახლეობის ფონდის შეხედულებები.

დამატებითი ინფორმაციისთვის ამ ანგარიშთან დაკავშირებით შეგიძლიათ მიმართოთ:

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისს
გაეროს სახლი, საქართველო, თბილისი 0179, რ. ერისთავის ქ. №9
ტელ.: (995 32) 225 1126
ფაქსი: (995 32) 225 0271/72

ანგარიში დაიბეჭდა „ლემონ სტუდიოში“

წინასიტყვაობა

ქალების, ახალგაზრდებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ მცდელობებს ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უკავია საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების პროცესში. საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები (რომლებიც ჩატარდა 1999, 2005 და 2010 წლებში) – ეროვნული მასშტაბის წარმომადგენლობითი კვლევებია, რომელთა მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სამსახურებით სარგებლობის მხრივ არსებული მდგომარეობის შესახებ ყოვლისმომცველი ინფორმაციის შეგროვება. ეს კვლევები ფართო აუდიტორიას, მათ შორის გადაწყვეტილებათა მიმღებ პირებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებს და, უფრო ფართოდ, განვითარების სფეროში მომუშავე ადამიანებს აწვდის ძალზე საჭირო ინფორმაციას. ეს ინფორმაცია ეხმარება მათ თვალი მიადევნონ პოლიტიკასა და პროგრამების შედეგებში წინსვლას, შეიმუშაონ გამიზნული ინტერვენციები, განახორციელონ ქვეყნის განვითარების პროგრამების მონიტორინგი; აგრეთვე მოამზადონ ანგარიშები მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) სამოქმედო პროგრამაში დასახული მიზნებისა და ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევის მხრივ არსებული მდგომარეობის შესახებ. გარდა ამისა, კვლევების მონაცემთა ანალიზი იძლევა ნაკლოვანებების დადგენის, რეკომენდაციების შემუშავებისა და მტკიცებულებებზე დამყარებული პროპაგანდის ადვოკატირების შესაძლებლობას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკისა და პროგრამების გასაუმჯობესებლად. ამიტომ, არსებითი მნიშვნელობა აქვს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ასპექტთან დაკავშირებით მაღალი ხარისხის ანალიტიკური დოკუმენტების არსებობას, ვინაიდან ეს დოკუმენტები მოემსახურება ზემოთ ჩამოთვლილი სხვადასხვა მიზნობრივი აუდიტორიის საჭიროებათა დაკმაყოფილებას.

2011-2012 წლების განმავლობაში ინგლისურ და ქართულ ენებზე მომზადდა საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევის საწყისი და უფრო ფართო საბოლოო ანგარიშები, რომლებიც დაურიგდათ გადაწყვეტილებათა მიმღებ პირებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებს.

გაითვალისწინა რა, რომ არსებობს საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევის მონაცემებზე დამყარებული დამატებითი ანალიტიკური დოკუმენტების საჭიროება, ასევე გაითვალისწინა რა მიმდინარე გლობალური პროცესი, რომელიც მოიცავს მოსახლეობისა და განვითარების საკითხებზე კაიროს საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) სამოქმედო პროგრამის მიზნების შესრულების მიმოხილვას და 2014 წლის შემდგომი გლობალური პრიორიტეტების დაგეგმვას ამ სფეროში, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისმა 2012 წელს შეუკვეთა ღრმა ანალიტიკური ანგარიშის მომზადება. ეს ანგარიში ყურადღებას ამახვილებს საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევის ყველაზე მნიშვნელოვან აღმოჩენებზე და საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობაში არსებულ ტენდენციებზე. გარდა ამისა, ამ ანგარიშში მოცემულია რიგი რეკომენდაციებისა და მითითებულობა ის ღონისძიებები, რომლებიც საჭიროა გამოვლენილი პრობლემების მოსაგვარებლად.

სარჩევი

თავი

გვერდი

1.	ნინასიტყვაობა და მეთოდოლოგია	5
2.	შობადობა და აბორტი	7
ა.	შობადობის, აბორტების და კონტრაცეპტივების მოხმარების კოეფიციენტების ცვლილება	7
ბ.	ცვლილებები შობადობაში, რომლებსაც აჩვენებს მოსახლეობის პირამიდეები	9
გ.	შედარებით უფროსი ასაკის ქალების სავარაუდოდ გაზრდილი რაოდენობა მომავალში	10
დ.	აბორტებთან დაკავშირებული სურათი	11
ე.	სქესობრივი აქტივობა, ორსულობის დაგეგმვა და შვილების სასურველი რაოდენობა მომავალში	12
ვ.	უშვილობა	14
3.	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	15
ა.	დედათა სიკვდილიანობა	15
ბ.	პრენატალური მომსახურება	16
გ.	სამედიცინო მომსახურება მშობიარობისას	18
დ.	პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება	18
ე.	თამბაქოს მონევა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობისას	18
ვ.	ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულებები	19
ზ.	ძუძუთი კვება	19
თ.	მშობიარობის მძიმე შედეგები	20
ი.	ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა	20
4.	კონტრაცეფცია	22
ა.	კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმირებულობის დონე და ცოდნა	22
ბ.	კონტრაცეპტივების გამოყენება	23
გ.	სხვადასხვა მეთოდის გამოყენება	23
დ.	ამა თუ იმ მეთოდისთვის უპირატესობის მინიჭება	23
ე.	კონტრაცეფციული საშუალებებით მომარაგების წყაროები	24
ვ.	კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენებლობის მიზეზები	25
ზ.	კონტრაცეფციული საშუალებების არაეფექტურობის და მათი გამოყენების შეწყვეტის მაჩვენებლები	25
თ.	კონტრაცეფციული მომსახურების საჭიროება და მოთხოვნა	26
ი.	კონსულტაცია კონტრაცეფციის შესახებ	27
კ.	კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაციის წყაროები	27
5.	ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები	28
ა.	კიბოს სკრინინგი	29
ბ.	ტუბერკულოზი	30
გ.	თამბაქოს მონევა	30
დ.	ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება	31
6.	ახალგაზრდები	32
7.	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი	34
ა.	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები	34
ბ.	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი(შიდს-ი)	37
8.	ოჯახში ძალადობა	40

თავი 1. წინასიტყვაობა და გეთოდოლოგია

ბოლო წლების განმავლობაში საქართველოში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღინიშნება ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მომსახურების მხრივ. მთავრობა, საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით, სულ უფრო მეტ ყურადღებას აქცევს პერსონალის გადამზადებას, განათლებას და ინფრასტრუქტურის განვითარებას. დახმარების ღონისძიებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვაში ასევე ვრცელდება ტუბერკულოზზე, აივ/შიდს-ზე, იმუნიზაციაზე, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვაზე. უკანასკნელთან დაკავშირებით დახმარების ღონისძიებები მიზნად ისახავს ანტენატალური მომსახურების, ასევე ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევას. თუმცა, კვლავ არსებობს სირთულეები ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემებში ინტეგრირების თვალსაზრისით. ნაწილობრივ ამოქმედდა დაზღვევის საფუძველზე დაფინანსების სისტემა ლარიბი ფენისათვის, მაგრამ მომსახურების ღირებულება კვლავ სერიოზული დაბრკოლებაა ადამიანებისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო მომსახურების მისაღებად.

რეპროდუქციულ ქცევებში, მათ შორის აბორტების თვალსაზრისით მომხდარი ცვლილებების გამოვლენისა და დოკუმენტურად ასახვის მიზნით, 1999 წლის შემდეგ ჩატარდა სამი რეპროდუქციული კვლევა მთელი ქვეყნის მასშტაბით (1999, 2005 და 2010 წლებში).¹ კითხვარები, კვლევის მეთოდოლოგია და მონაცემთა ანალიზის მეთოდები ჩამოყალიბდა აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებთან და საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით. განმახორციელებელი უწყება იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ბოლო კვლევის (2010) ფარგლებში გამოკითხული იქნა 15-44 წლის 6 292 ქალი. შერჩევა მოხდა ისე, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო ქალაქის და სოფლის მცხოვრებთა შესახებ მონაცემების მიღება ქვეყნის 11 რეგიონის მიხედვით. გამოყენებული იქნა შერჩევის სტრატეგია დაყოფის მრავალსაფეხურიანი დიზაინი, მსგავსად 1999 და 2005 წლების ციკლებისა. დახმარება დაფინანსებაში, ისევე, როგორც პროგრამის ფარგლებში ჩასატარებელი ღონისძიებების დახვეწაში, მიღებული იქნა დონორებისგან: უპირველეს ყოვლისა, გაერო-ს მოსახლეობის ფონდისგან (UNFPA), აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსგან (USAID) და გაერო-ს ბავშვთა ფონდისგან (UNICEF). გარდა ამისა, ჩატარდა 15-49 წლის მამაკაცების კვლევა ქვეყნის მასშტაბით.² შესაძლებელია ამ უკანასკნელი კვლევის შედეგების შედარება წინამდებარე ნაშრომში მოცემულ, ქალებთან დაკავშირებით მიღებულ შედეგებთან.

1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010, საბოლოო ანგარიში. 2012. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2005, საბოლოო ანგარიში. 2007. ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 1999-2000. 2001.

2. მამაკაცების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. თბილისი, საქართველო: გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA), 2005.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა მიზნად ისახავდა სახელმწიფო და რეგიონულ დონეებზე ძირითადი დემოგრაფიული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების დადგენას, რაც იძლევა გასაუმჯობესებელი საკითხების განსაზღვრის, რესურსების განაწილების, ოჯახის დაგეგმვისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამების შესრულების მონიტორინგის საშუალებას.

კვლევის კონკრეტული ამოცანები იყო:

- საქართველოში შობადობის, აბორტების, კონტრაცეპტივების გამოყენების მხრივ არსებული მდგომარეობის შესწავლა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხების განსაზღვრა;
- პოლიტიკის განმსაზღვრელი ორგანიზაციების, პროგრამების ხელმძღვანელებისა და მკვლევარებისთვის არსებული პროგრამების შეფასებასა და დახვეწაში და ახალი სტრატეგიების შემუშავებაში ხელის შეწყობა;
- საქართველოს შინამეურნეობათა სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების, ასევე შინამეურნეობებისთვის ჯანდაცვის მომსახურების მისაწვდომობის და ამ მომსახურებით სარგებლობის მოდელის აღრიცხვა;
- შობადობის და კონტრაცეპტივების გამოყენების მაჩვენებლებში ცვლილებების შეფასება და იმ ფაქტორების შესწავლა, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ ცვლილებებზე (გეოგრაფიული და სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები, ძუძუთი კვება, ხელოვნური აბორტები, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხელმისაწვდომობა);
- განათლებასთან, დედათა და ბავშვთა სიცოცხლის უნარიანობასთან, გენდერულ თანასწორობასთან, და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისა და სხვა დაავადებათა გავრცელების შემცირებასთან დაკავშირებული გლობალური განვითარების ინდიკატორების შესაფასებლად საჭირო მონაცემთა მოპოვება;

- 15-24 წლის ახალგაზრდებში ცოდნის, შეხედულებებისა და ქცევის შესწავლა და მათ მიერ სქესობრივ საკითხებში განათლებისა და ჯანდაცვის ხელშეწყობის პროგრამებით სარგებლობის შეფასება;
- მაღალი რისკის ჯგუფებში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განსაკუთრებით საყურადღებო თემების განსაზღვრა.

საერთაშორისო ორმხრივ და მრავალმხრივ დონორებს (მაგ., გაეროს მოსახლეობის ფონდი, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, გაეროს ბავშვთა ფონდი, მსოფლიო ბანკი და ევროკავშირი) და სხვადასხვა სამთავრობო დაწესებულებას (კერძოდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს და საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს) აქვთ შესაძლებლობა, მთელი ეს ინფორმაცია გამოიყენონ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ახალი სტრატეგიების შემუშავებისა და ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების გატარებისათვის, ასევე, გაეროს ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების გზაზე მიღწეული პროგრესის მონიტორინგისა და შეფასებისათვის.

შემდეგი თავები ეფუძნება საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევას (საბოლოო ანგარიშს), რომელიც მოიცავს 18 თავს და შედგება 329 გვერდისგან. ანგარიშში დიდი მოცულობის ტექსტური ნაწილებია, ასევე გრაფიკები და ცხრილები თითოეული თავისათვის.

2005 და 2010 წლების კვლევებს შორის პერიოდში გაიზარდა შობადობის მაჩვენებელი, ხოლო აბორტების რაოდენობა შემცირდა. გახშირდა კონტრაცეპტივების მოხმარება, აქედან გამომდინარე, ორსულობათა უმრავლესობა სასურველია. მაგრამ, ბევრი ქალი კვლავ არ მიმართავს კონტრაცეფციას და იყენებს ოჯახის დაგეგმვის ნაკლებად შედეგიან მეთოდებს. აბორტის შემდეგ ცოტა ქალი თუ ლებულობს დახმარებას კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციის სახით. მომსახურებები ნაკლებად ხელმისაწვდომია და აბორტებიც უფრო ხშირია სოფლად მცხოვრებ და განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ჯგუფებს შორის. შვილის ყოლასთან დაკავშირებული სამომავლო გეგმები მჭიდრო კავშირშია ოჯახის სიდიდესთან, თუმცა გაზრდილია მეტი შვილის ყოლის სურვილი.

თავი 2. შობადობა და აბორტი

შობადობის, აბორტების და კონტრაცეპტივების მოხმარების კოეფიციენტების ცვლილება

საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების უმრავლესობაში, შობადობის და აბორტის მაჩვენებლები მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან, გამომდინარე აბორტისთვის მიმართვის ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკიდან. იმ პერიოდში კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები არ იყო ხელმისაწვდომი. თუმცა, შობადობა დაბალია საქართველოში აბორტის გარდა სხვა მიზეზების გამოც. ეს მიზეზებია:

- 15-49 წლის ქალების 40% არ არის დაქორწინებული, ხოლო ქორწინების გარეშე ბავშვის გაჩენის შემთხვევები თითქმის ნულის ტოლია;
- ახალგაზრდების (15-19 წლის) 90% არ არის დაქორწინებული;
- და ქორწინებამდე მათი შობადობის მაჩვენებელი ასევე თითქმის ნულის ტოლია;
- ქორწინებაში მყოფი ბევრი მამაკაცი სახლიდან შორს არის წასული სამუშაოს შოვნის იმედით;
- დაოჯახებულ წყვილებს მცირე სიდიდის ოჯახები სურთ.

ბოლო წლების მანძილზე გაიზარდა კონტრაცეპტივების მოხმარება. ახალ მეთოდებს 2010 წელს იყენებდა წყვილების 34%; ამას ემატება იმ ადამიანების 19%, რომლებიც იყენებდნენ ტრადიციულ კალენდარულ ან შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდებს, რაც მთლიანობაში წყვილების ნახევარზე მეტს (53%) შეადგენს.

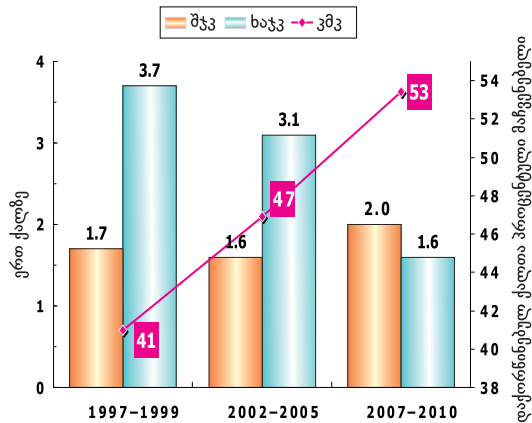
შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი¹ გამოთვლილი 2010 წლის კვლევის შედეგად - 2.0 შობადობა თითო ქალზე 2007-2010 წლებში, წარმოადგენს კვლევაზე დაფუძნებულ შობადობის უმაღლეს ჯამობრივ კოეფიციენტს, რომელიც კი ოდესმე დაფიქსირებულა საქართველოში. იგი 25%-ით მაღალია 2002-2005 წლის კოეფიციენტთან შედარებით (1.6 შობადობა თითო ქალზე). 20-დან 34 წლამდე ძირითად ასაკობრივ ჯგუფში შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი 30%-ით გაიზარდა და 35%-ს მიაღწია. ეს მნიშვნელოვანი ცვლილებაა, რომელიც ასახავს დაგვიანებული შვილოსნობის გზით „დანევას“ ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებასთან ერთად. გასათვალისწინებელია, რომ ამას რამდენიმე წელიწადში შეუძლია შობადობის გაზრდა, რაც, თავის მხრივ, ზრდის შობა-

1. **შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი** - მშობიარობების რაოდენობა ქალის სიცოცხლის მანძილზე, შობადობის არსებულ ასაკობრივ კოეფიციენტებზე დაყრდნობით. გაითვალისწინეთ, რომ ეს ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტის პარალელური კოეფიციენტი.

დობის კოეფიციენტს მის უფრო გრძელვადიანი პერიოდის ტენდენციასთან შედარებით. ამგვარად, 2.0 შეიძლება წარმოადგენდეს ან არც წარმოადგენდეს შობადობის მომავალ ჯამობრივ კოეფიციენტს.

ურთიერთდამოკიდებულება შობადობას, აბორტებსა და კონტრაცეპტივების მოხმარებას შორის მოცემულია **2.1 გრაფიკზე**. კონტრაცეპტივების მოხმარება² გაიზარდა 41%-დან 47%-მდე იმ წყვილებში, რომლებიც რაიმე მეთოდს იყენებდნენ 1999-2005 წლებში, რამაც ხელი შეუწყო შობადობის კლებას, თუმცა ასევე იკლებდა აბორტების კოეფიციენტიც. შემდეგ 2005 წლიდან 2010 წლამდე კონტრაცეპტივების მოხმარება კვლავ იზრდებოდა და მიაღწია წყვილთა 53%-იან მაჩვენებელს, თუმცა აბორტის მაჩვენებელი³ ძალიან მკვეთრად დაეცა, ისე, რომ საერთო სურათი ასეთი იყო – შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი გაიზარდა 1.6-დან 2.0-მდე.

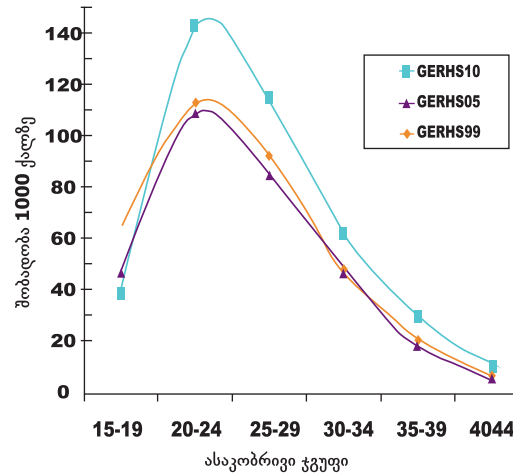
გრაფიკი 2.1 ცვლილებები შობადობის, აბორტების და კონტრაცეპტივების მოხმარების კოეფიციენტებში 1999 და 2010 წლებს შორის პერიოდში



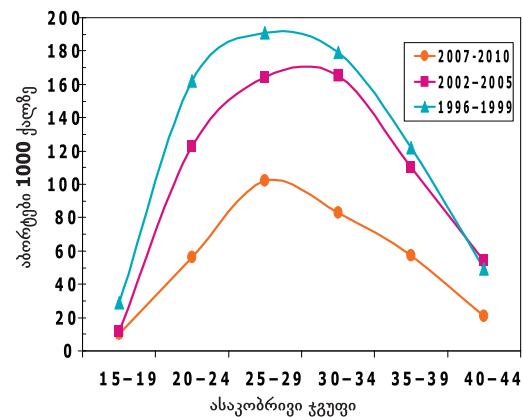
- კონტრაცეპტივების მოხმარების კოეფიციენტი - ქორწინებაში/არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი 15-44 წლის იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ამჟამად იყენებს კონტრაცეფციის მეთოდს.
- ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი - აბორტების რაოდენობა ქალის სიცოცხლის მანძილზე, არსებულ ასაკობრივ კოეფიციენტებზე დაყრდნობით.

აშკარა კავშირი აბორტებსა და შობადობაში ცვლილებებს შორის ჩანს 2.2 და 2.3 გრაფიკებზე. 2005 და 2010 წლების კვლევებს შორის შობადობის კოეფიციენტი მნიშვნელოვნად გაიზარდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, გარდა 15-19 წლისა. ამავე დროს, მნიშვნელოვნად შემცირდა აბორტების მაჩვენებელი. ასაკობრივი მოდელი ამ ციფრებშიც ჩანს. მიაქციეთ ყურადღება, რომ შობადობის მრუდები უფრო მკვეთრად იზრდება 20-24-ზე, როცა აბორტის მრუდი უფრო ფართოდაა გაშლილი და 2010 წელს პიკს 25-29 და 30-34 წლებზე აღწევს.

გრაფიკი 2.2 სამწლიანი პერიოდის შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები: 1999, 2005 და 2010 წლები.

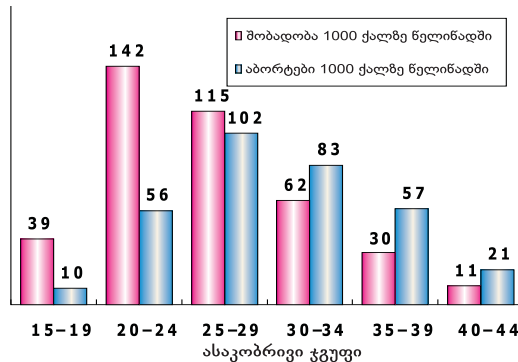


გრაფიკი 2.3 აბორტები ასაკობრივი კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში 15-44 წლის ყველა ქალს შორის სამი სამწლიანი პერიოდისთვის, საქართველო, 1999, 2005 და 2010 წლები.



ტრადიციულად, ქართველი ქალები შვილების გაჩენას ადრეულ ასაკში იწყებენ, როგორც ამას ცხადყოფს შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები ახალგაზრდა ქალებისთვის. შობადობის უმაღლესი კოეფიციენტი 20-24 და 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში აღინიშნება, რომელთა შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი შეადგენს 36%-ს და 29%-ს შესაბამისად. შობადობა ძალიან ახალგაზრდა ქალებში დაბალია (39 მშობიარობა 15-19 წლის ყოველ 1 000 ქალზე), რაც შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის მხოლოდ 10%-ს შეადგენდა. შობადობა 30-34 წლის ქალებში აღწევს მესამე უმაღლეს მაჩვენებელს და შეადგენს შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის 15%-ს (გრაფიკი 2.4).

გრაფიკი 2.4 შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები და აბორტების კოეფიციენტები სამწლიან პერიოდში (2007-2010) 15-44 წლის ქალზე



შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის მოგვიანებით, 25-29 წლის ასაკში აღინიშნება, მაშინ, როდესაც განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალებში შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია. ეს ნაწილობრივ გვიჩვენებს ასაკობრივ განსხვავებებს ქორწინებისას და, ასევე იმას, რომ განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალები უმეტესად ცხოვრობენ სოფლებში და ამიტომ შობადობა სოფლად უფრო მაღალია ქალაქებში შობადობასთან შედარებით.

შობადობის მაჩვენებლები ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფებში, განსაკუთრებით აზერბაიჯანელთა ჯგუფში (2.4 ბავშვი თითო ქალზე) უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ქართველებში, უდიდეს ეთნიკურ ჯგუფში (2.0 ბავშვი თითო ქალზე), რაც გამოწვეულია გაცილებით მაღალი შობადობით 15-24 წლის აზერბაიჯანელ ქალებს შორის.

დაბოლოს, ამჟამინდელი შობადობა გაიზარდა 2.0 მშობიარობამდე ერთ ქალზე, მაგრამ ეს ჯერ კიდევ არ ცვლის სურათს, რადგან შეიძლება ასახავდეს დროებით „დანევას“ დაგვიანებული შვილოსნობისა. საშუალო ოჯახის სასურველი სიდიდე პატარაა და არ არის მოსალოდნელი მისი მნიშვნელოვნად გაზრდა. კონტრაცეპტივების მოხმარების კოეფიციენტის გაზრდა ამჟღავნებს ტენდენციას, ჩაანაცვლოს აბორტები, ხოლო ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესების შედეგია უფრო სასურველი, დაგეგმილი შობადობა.

ცვლილებები შობადობაში, რომლებსაც აჩვენებს მოსახლეობის პირამიდები

1990, 2000 და 2010 წლების მოსახლეობის სამი პირამიდა (გრაფიკი 2.5) გვიჩვენებს საქართველოში დროთა განმავლობაში შობადობის ცვლილებებს. 1990 წლის პირამიდის ქვედა ხაზებს აქვთ ერთნაირი სიგრძე და ისინი ასახავს როგორც შობადობის, ასევე სიკვდილიანობის ზოგადად სტაბილურ პირობებს არც თუ ისე დიდი ცვლილებით (თუმცა უფრო მაღლა მოცემული არათანაბარი ხაზები, რომლებიც იწყება 40 წლის ასაკში, გვიჩვენებს დიდ დისლოკაციებს, რომლებიც მეორე მსოფლიო ომის და მისი წინა ათწლეულის შედეგია).

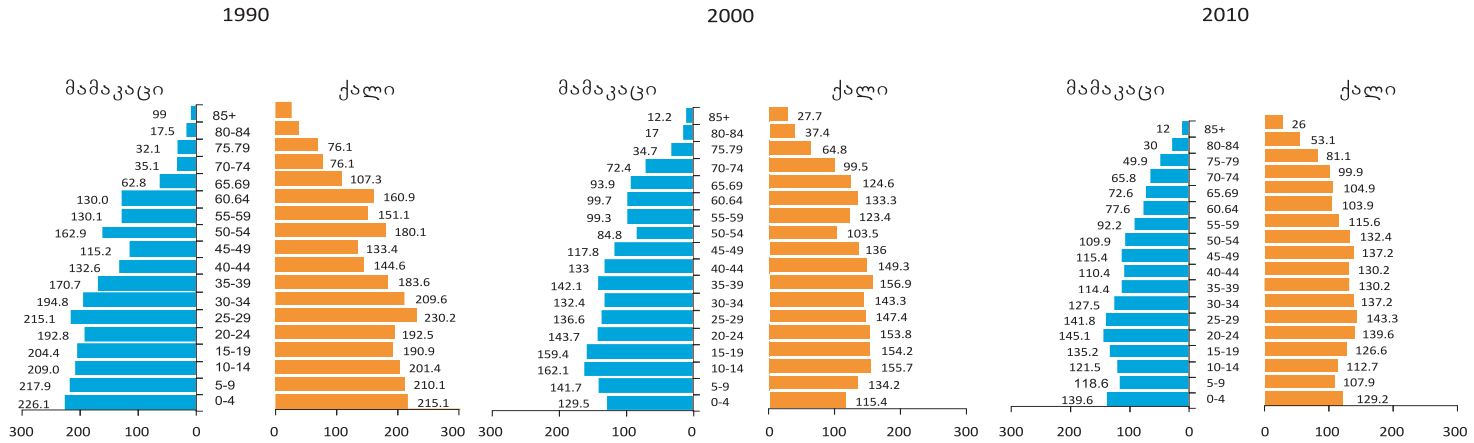
მაგრამ 2000 წლისთვის ქვედა ორი ხაზი შემცირდა, როცა მკვეთრად შემცირდა 0-9 წლის ბავშვების რაოდენობა საბჭოთა კავშირის დაშლის მომდევნო ათწლეულში შობადობის მნიშვნელოვანი კლების შედეგად. შობადობა კიდევ უფრო დაბალი იყო 1995-2000 წლებში (ქვედა ხაზი) 1990-1995 წლებთან შედარებით. ქვედა ხაზი ყველაზე პატარაა 50-54 ასაკის ჯგუფამდე – რაც ძალიან უჩვეულო სურათია ქვეყნისთვის.

2010 წლის პირამიდა გვიჩვენებს ნაწილობრივ ცვლილებას, რადგან 2005-2010 წლების ქვედა ხაზი უფრო გრძელია, ვიდრე 2000-2005 წლების ზედა ხაზი. ამგვარად, მოხდა შობადობის მნიშვნელოვანი აღმასვლა, რაც სავარაუდოდ გრძელდება. ბოლო პერიოდის ტენდენცია ასახულია ზემოთ განხილულ შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტებში.

(გაითვალისწინეთ, რომ ქვედა ხაზები შეიძლება ასახავდეს ცვლილებებს სიკვდილიანობაში და მშობლების ემიგრაციას, აქედან გამომდინარე, ნაკლებ მშობიარობას, თუმცა უმნიშვნელოვანეს განმსაზღვრელს უდავოდ შობადობის კოეფიციენტი წარმოადგენს).

გრაფიკი 2.5 მოსახლეობის პირამიდები 1999, 2000 და 2010 წლებისათვის

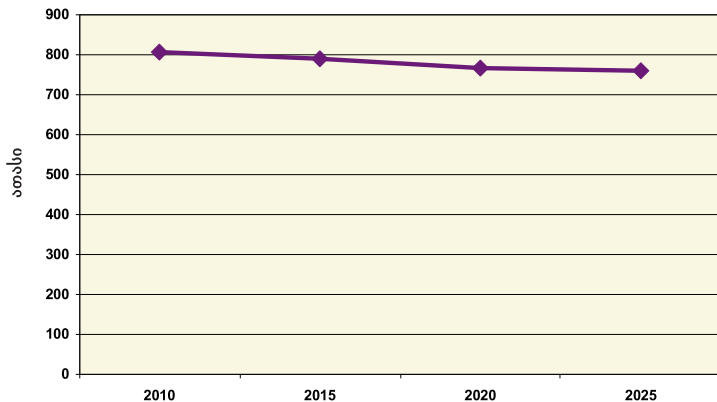
დე ფაქტო მოსახლეობა (ათასობით)



უფროსი ასაკის ქალების სავარაუდოდ გაზრდილი რაოდენობა მომავალში

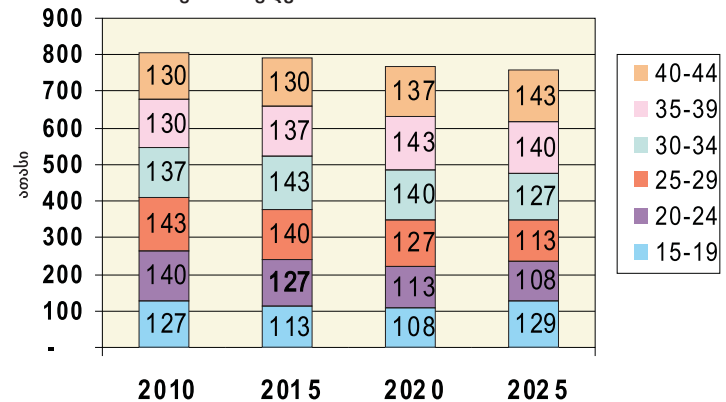
გრაფიკი 2.6, რომელიც ეხება ყველა (და არა მხოლოდ ქორწინებაში მყოფ) ქალს, გვიჩვენებს, რომ 15-44 წლის ქალების საერთო რაოდენობა 2025 წლამდე დიდად არ შეიცვლება. 2025 წელს იგი იქნება 2010 წლის რაოდენობის 94%, ანუ ისევ მაღალი - დაახლოებით 750 000.

გრაფიკი 2.6 15-44 წლის ქალების სავარაუდოდ რაოდენობა 2025 წლისთვის



თუმცა მომავალი ასაკობრივი სტრუქტურა მნიშვნელოვნად შეიცვლება (გრაფიკი 2.7) მოსახლეობის ძალზე არაერთგვაროვანი პირამიდების გამო. განსაკუთრებით შესამჩნევი იქნება ყველაზე ახალგაზრდა ქალების რაოდენობის კლება. 2010-დან 2020 წლამდე პერიოდში 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფები თითქმის 19 000-ით შემცირდება. მხოლოდ ბოლო პერიოდში, 2025 წლისათვის, აღდგება ამ ჯგუფების შემცველობა და 21 000-მდე გაიზრდება (2005-2010 წლებში შობადობის ზრდის წყალობით).

გრაფიკი 2.7 ქალების სავარაუდოდ რაოდენობა 2025 წლისთვის ასაკის მიხედვით



შემდეგი უფრო მაღალი ასაკის ჯგუფები - 20-24 და 25-29 წლის, ასევე შემცირდება ყოველგვარი აღდგენის გარეშე 2025 წლამდე. შემდეგი ჯგუფი - 30-34 წლის ქალებისა, 2025 წლამდე ერთ დონეზე დარჩება. დაბოლოს, ორი შედარებით უფროსი ასაკის ჯგუფის შემცველობა სტაბილურად მოიმატებს. ყველაფერი ეს ნიშნავს, რომ 15-44 წლის ყველა ქალს შორის შესამჩნევი გადანაცვლება მოხდება ახალგაზრდა ქალების ჯგუფებიდან შედარებით უფრო ასაკოვანი ქალების ჯგუფებისკენ.

ზემოხსენებული არ ითვალისწინებს ქორწინებაში მყოფთა პროპორციებს, რომლებიც შეადგენს მხოლოდ 11%-ს 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, 49%-ს 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და დაახლოებით 78%-ს უფრო მაღალ ასაკში. ასე რომ, ზემოთ მოცემული ცვლილებების ფონზე ახალგაზრდა გათხოვილი ქალების აბსოლუტური რაოდენობები ნაკლები იქნება, ვიდრე ზემოთ მოცემული ციფრები.

ვინაიდან ახალგაზრდა დაქორწინებული ქალების რაოდენობა ნაკლები იქნება წლების განმავლობაში, ამას შედეგად მოჰყვება ნაკლები პირველი მშობიარობები, ნაკლები არასასურველი ორსულობები და აბორტები. ცხადია, ოჯახების სასურველი სიდიდე შეიძლება გაიზარდოს და იმატოს შობადობამ, მაგრამ ამას მხოლოდ უმნიშვნელო ზეგავლენა ექნება ზემოთქმულთან შედარებით. დაბოლოს, ქორწინების ასაკის ნებისმიერი მომატება (სავარაუდოდ, მცირეოდენი) გაზრდის ქორწინებაში მყოფი ახალგაზრდა ქალების ნაკლები რაოდენობის ალბათობას.

აბორტებთან დაკავშირებული სურათი

აბორტების მხრივ არსებული საერთო სურათი, როგორც უკვე აღინიშნა, სწრაფად იცვლებოდა და აბორტების კოეფიციენტი შემცირდა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში. ხელოვნური აბორტის ჯამური კოეფიციენტი სრული 57%-ით შემცირდა, 3.7-დან 1.6-მდე. ეს დაღმავალი ტენდენცია ორ სხვა სიდიდეშიც იჩენს თავს: აბორტებისა და შობადობის შეფარდება შემცირდა 2.1:1-დან 1.5:1-მდე და 0.8:1-მდე სამი კვლევის განმავლობაში. გარდა ამისა, აბორტების ზოგადი კოეფიციენტი (აბორტები წელიწადში 15-44 წლის ყოველ 1 000 ქალზე) დაეცა 125-დან 104-მდე და 56-მდე და კვლავ მოგვცა ნახევარზე მეტი კლება (55%).

ასაკობრივი სურათი ჰგავს შობადობასთან დაკავშირებულს, მაგრამ გარკვეული განსხვავებით, რადგან

შობადობა უფრო ადრეულ ასაკობრივ კატეგორიაში კონცენტრირებული, ვიდრე აბორტები. იმ ქართველი ქალების ნახევარზე მეტი, რომლებმაც 2007-2010 წლებში აბორტი გაიკეთეს, იყო 25-29 წლის (102 აბორტი ყოველ 1 000 ქალზე) და 30-34 წლის (83 აბორტი ყოველ 1 000 ქალზე). აბორტის მესამე, ყველაზე მაღალი ასაკობრივი კოეფიციენტი, რომელიც ხელოვნური აბორტის ჯამური კოეფიციენტის 25%-ს შეადგენს, 35-39 წლის ასაკის ქალებზე მოდის. აბორტის ასაკობრივი კოეფიციენტები გაცილებით აღემატებოდა შობადობის ასაკობრივ კოეფიციენტებს მხოლოდ 30-ზე მეტი წლის ასაკის ქალებს შორის, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ქართველ ქალთა უმრავლესობა მათთვის სასურველი რაოდენობის შვილებს 30 წლის ასაკამდე აჩენს, რის შემდეგაც, დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევაში, ისინი უფრო ხელოვნურ აბორტს მიმართავენ.

აბორტების უფრო მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება სოფლად მცხოვრებ, ნაკლები განათლების მქონე და აზერბაიჯანული წარმომავლობის ქალებს შორის, რაც მიგვანიშნებს იმაზე, რომ მომსახურებათა ხელმისაწვდომობა არათანაბარია და რომ საქართველოს ოჯახის დაგეგმვის პროგრამა უნდა გაფართოვდეს და აღინიშნული ქვეჯგუფებიც მოიცვას.

აბორტის არჩევის მთავარ მიზეზებად დასახელდა: ორსულობის შეჩერების სურვილი (51%), შემდეგი ორსულობის დაგეგმვის სურვილი (18%) და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, რომლებიც არ აძლევს ოჯახებს საშუალებას, იყოლიონ კიდევ ერთი ბავშვი (20%).

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ ბოლო 5 წლის განმავლობაში ჩატარებული აბორტებიდან 71% მინი-აბორტი იყო; მაჩვენებელი მკვეთრად არის გაზრდილი 1999 წელთან (40%) და 2005 წელთან (56%) შედარებით.

2005 წელს და შემდგომ პერიოდში ხელოვნური აბორტების უმეტესობა ჩატარდა გინეკოლოგიურ განყოფილებებში (56%), აბორტების 42% – ამბულატორიულ კლინიკებში, როგორცაა ქალთა კონსულტაციები, და მხოლოდ 2% – სამედიცინო დაწესებულების მიღმა.

გართულებები, რესპონდენტების თქმით, შეადგენდა ყველა პროცედურის 10%-ს: აქედან 6% იყო ადრეული და 4% გვიანი გართულებები. გართულებები უფრო ხშირი იყო საშვილოსნოს ყელის გახსნითა და კურეტაჟით ჩატარებული აბორტების შემთხვევებში, ვიდრე მინი-

აბორტების შემდეგ, და ისინი მატულობდა ორსულობის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად. სიმპტომები მოიცავდა გახანგრძლივებულ ტკივილს სასქესო ორგანოების მიდამოში, უხვ სისხლდენას და ინფექციურ ვაგინალურ გამონადენს.

აბორტის ჩატარებამდე ან მის შემდეგ ქალები ნაკლებად ღებულობენ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას. სამიდან ერთ ქალს (33%), რომელსაც 2005-2010 წლებში გაკეთებული ჰქონდა აბორტი, მიუღია კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული კონსულტაცია აბორტამდე და/ან მის შემდეგ; იმ ქალების მხოლოდ ერთმა მეხუთედმა (20%), ვისაც მიღებული ჰქონდა კონსულტაცია, გამოიყენა კონტრაცეფციის მეთოდი შემდგომი არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, და იმ ქალების მხოლოდ კიდევ ერთ მეხუთედს (22%), რომლებსაც მიღებული ჰქონდათ კონსულტაცია, გამოენერათ რეცეპტი კონტრაცეპტივების შესაძენად.

დაბოლოს, 2005 წლის კვლევა ცხადყოფს, რომ კონტრაცეფციის მისაწვდომობის გაზრდამ და თანამედროვე მეთოდების უფრო მეტად გამოყენებამ ხელი შეუწყო აბორტების მაჩვენებლის შემცირებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით. მიუხედავად ამისა, საჭიროა უფრო მეტი ძალისხმევა კონტრაცეფციის მისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად, მით უმეტეს, რომ აბორტების ნახევარი კეთდება იმის გამო რომ ქალს აღარ უნდა მეტი შვილის გაჩენა. თუ გაიზრდება კონტრაცეფციის სხვადასხვა თანამედროვე მეთოდის მისაწვდომობა, ბევრი ქალი დაორსულდება მხოლოდ მაშინ, როცა მას ეს ენდომება, ხოლო აბორტების მაჩვენებელი შემცირდება.

დაუგეგმავი ორსულობა დიდი ხანია, აღიარებულია ჯანმრთელობის, სოციალურ და ეკონომიკურ პრობლემად, რომელიც ცხოვრებას ურთულებს ქალებს და მათ ჩვილებს. ამას კი, თავის მხრივ, დიდი სოციალური ზეგავლენა აქვს, როგორც არის მძიმე ტვირთი ოჯახისთვის, ხოლო სახელმწიფოსთვის ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა და სიღარიბეში მცხოვრები ქალებისთვის ფინანსური დახმარების განევის საჭიროება.

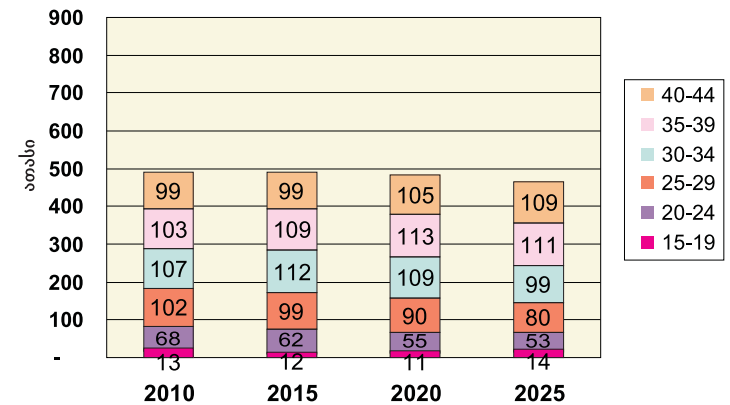
სქესობრივი აქტივობა, ორსულობის დაგეგმვა და შვილების სასურველი რაოდენობა მომავალში

სქესობრივი აქტივობა ქორწინებამდე იშვიათია; ისეთი ქალების 99.7%-ს, ვინც არასდროს ყოფილა ქორწინებაში, არც სქესობრივი კავშირი ჰქონია ვინმესთან ოდესმე.

ამჟამად ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის 80%-მა განაცხადა, რომ ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ბოლო თვის განმავლობაში, ხოლო 13% იყო ორსულად ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. 5%-ს სქესობრივი კავშირი ჰქონდა 3-დან 12 თვემდე პერიოდში, ხოლო დანარჩენს – ერთი წლის განმავლობაში. დაბოლოს, ადრე დაქორწინებულთა ჯგუფის 12%-ს სქესობრივი კავშირი ჰქონდა ბოლო 3 თვის განმავლობაში, ხოლო 12%-ს – ბოლო წლის განმავლობაში, თუმცა არ არის ცნობილი, დაქორწინებული იყო თუ არა კვლევის ჩატარების დროისათვის ზოგიერთი ამ რეკონსტრუქციის მთლიანი სურათი გვიჩვენებს საკმაოდ რეგულარულ სქესობრივ აქტივობას ერთად მცხოვრებ წყვილებს შორის.

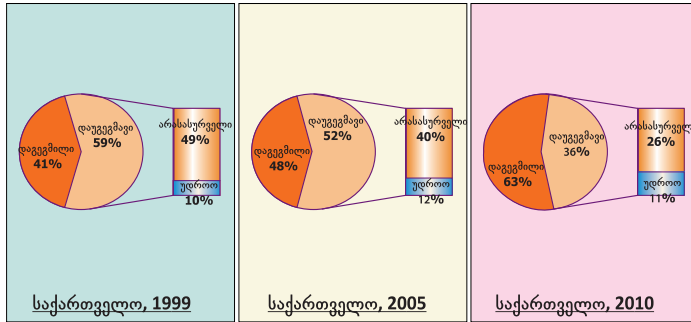
დაგეგმვა: ორსულობათა უმრავლესობა ბოლო 5 წლის განმავლობაში იყო დაგეგმილი, მაგრამ ერთი მესამედი (36%) - არა: 11% იყო უდროო, ხოლო 26% - საერთოდ არასასურველი. ამ მონაცემების შედარება შეიძლება 2005 წლის უფრო მაღალ დონეებთან, როცა ქალების 51%-მა განაცხადა, რომ მათი ბოლო ორსულობა არ იყო დაგეგმილი; იგივე მაჩვენებელი 1999 წელს 59%-ს უდრიდა, ასე რომ დაღმავალი ტენდენცია თვალსაჩინოა (**გრაფიკი 2.8**). მიუხედავად ამისა, სანდო კონტრაცეპტივებს არ იყენებს რისკის ქვეშ მყოფი ბევრი ქალი და გაუთვალისწინებელი ორსულობებიც ხშირია.

გრაფიკი 2.8 დაქორწინებული ქალების სავარაუდო რაოდენობა 2025 წლისთვის ასაკის მიხედვით



დაუფეგმავი ორსულობები ჩვეულებრივ ასოცირდება ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტასთან, არასათანადო პრენატალურ მომსახურებასთან, ორსულთა მავნე ქცევებთან და ორსულობის ან ორსულობის შემდგომ გართულებებთან (Brown and Eisenberg, 1995).⁴

გრაფიკი 2.9 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი 15-44 წლის ყველა ქალს შორის: 1999, 2005, 2010 წლები



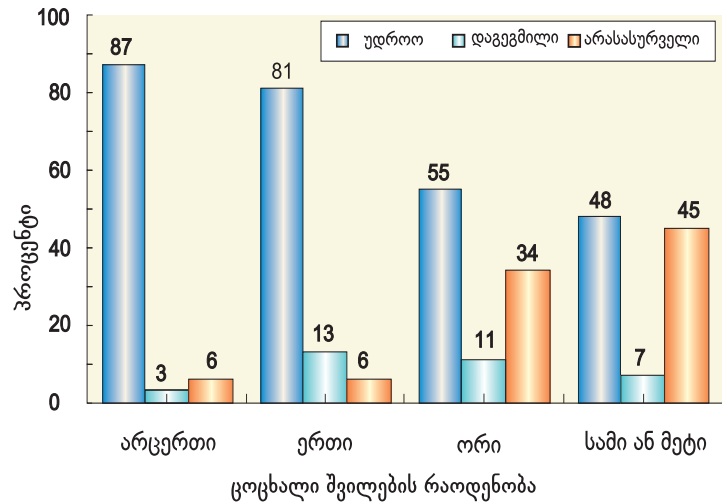
ორსულობათა უმრავლესობა სასურველია იმ ქალებს შორის, რომლებსაც არ ჰყავთ შვილები ან ჰყავთ მხოლოდ ერთი შვილი (გრაფიკი 2.9). მაგრამ ორსულობათა მხოლოდ ნახევარია (55%) სასურველი ორი შვილის დედებისთვის და ნახევარზე ნაკლები მათთვის, ვისაც სამი ან მეტი შვილი ჰყავს. დანარჩენი ორსულობების უმეტესობა არასასურველია და არა უბრალოდ უდროო. ასაკობრივი განაწილება შეესატყვისება აღნიშნულ ტენდენციას: 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ორსულობათა 54% არასასურველია და მხოლოდ 42%-ია სასურველი. აღნიშნულის შედეგია ხელოვნური აბორტების დიდი რაოდენობა.

2010 წლისთვის გაუმჯობესებული ეკონომიკური პირობები სავარაუდოდ ნიშნავდა, რომ ორსულობათა მეტი რაოდენობა იქნებოდა სასურველი ან შენარჩუნებული. 2010 წელს ქორწინებაში/არარეგისტრირებულ კავშირში მყოფი ქალების ერთ მესამედს (35%) სურდა მეტი შვილი, მაშინ, როცა ეს მაჩვენებელი 1999 წელს 25%-ის ტოლი იყო. ასეთი მდგომარეობა აღინიშნებოდა ყველა სიდიდის ოჯახებში, განსაკუთრებით კი იმ ქალებს შორის, რომლებსაც ჰყავდათ ორი ან მეტი შვილი (21%,

4. ს. ბრაუნი და ლ. აიზენბერგი (1995). „საუკეთესო განზრახვები. დაუფეგმავი ორსულობა და ბავშვებისა და ოჯახების კეთილდღეობა“. ვაშინგტონი, კოლუმბიის ოლქი (აშშ): ეროვნული აკადემიის გამომცემლობა.

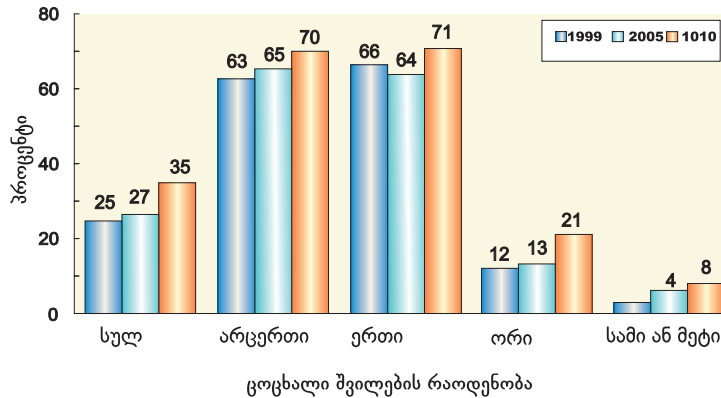
როცა იგივე მაჩვენებელი 1999 წელს 12% იყო). ეფექტი ორმაგია: ორსულობის შემთხვევათა უმრავლესობა განიხილება როგორც სასურველი, და ქალები აქტიურად ცდილობენ კიდევ დაორსულებას. ეს კი ზრდის სასურველი ორსულობების კოეფიციენტს ორსულობათა საერთო რაოდენობაში და ამცირებს არასასურველი ორსულობების რაოდენობას.

გრაფიკი 2.10 ბოლო ორსულობის დაგეგმვის სტატუსი ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის



შვილების სასურველი რაოდენობა მომავალში: ქორწინებაში მყოფი ქალის განზრახვა, იყოლიოს კიდევ ერთი შვილი, დიდადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენი შვილი ჰყავს უკვე მას. გრაფიკი 2.10 ცხადყოფს, რომ ქორწინებაში მყოფი იმ ქალების უმრავლესობას (70%), რომლებსაც არ ჰყავდათ ან ჰყავდათ მხოლოდ ერთი შვილი, უნდოდათ შვილის გაჩენა, მაგრამ ეს მაჩვენებელი უტოლდება მხოლოდ 21%-ს იმ ქალებს შორის, რომლებსაც უკვე ჰყავთ ორი შვილი. თუმცა ყურადღება მიაქცევით, რომ, მიუხედავად ამისა, ტენდენცია დროში საგრძნობლად იწევეს ზემოთ ყველა ჯგუფში.

გრაფიკი 2.11 მეტი შვილის გაჩენის განზრახვა ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის: 1999, 2005, 2010 წლები.



ოჯახის სასურველ სიდიდეში საინტერესო დიაპაზონი შეიმჩნევა. ყველა იმ ქალს, რომელსაც არ ჰყავს შვილი, ალბათ სურს ერთი ან მეტი შვილის ყოლა, თუმცა ციფრები გვიჩვენებს, რომ მხოლოდ 70%-ს ქორწინებაში მყოფი ქალებისა, რომლებსაც შვილი არ ჰყავთ, სურთ ერთი შვილის ყოლა. ამავე დროს, უშვილო ქალების 29%-მა განაცხადა, რომ ნაკლებად ნაყოფიერია ან უნაყოფოა (ამიტომაც არ ჰყავთ შვილები) და, როგორც ისინი აცხადებენ, მათ არა აქვთ ბავშვის ყოლის განზრახვა.

ერთშვილიან ქალებს შორის ყოველ ექვს ქალში ერთი (17%) აცხადებს, რომ მათ მეტი შვილი არც უნდათ. ორშვილიან ქალებში ეს ციფრი უკვე 64%-ს უდრის და ისინი აცხადებენ, რომ აღარ უნდათ მეტი შვილი. სამშვილიანებში ეს მაჩვენებელი 81%-ის ტოლია.

მეორეს მხრივ, ხუთ ორშვილიან ქალში ერთი (21%-ზე მეტი) ფიქრობს, სულ მცირე, სამი შვილის ყოლას, ხოლო სამშვილიანი ქალების 8%-ს სურს, სულ მცირე, ოთხი შვილის ყოლა. როგორც ვხედავთ, ოჯახების სასურველი სიდიდის დიაპაზონი საკმაოდ ფართოა – ერთიდან ოთხამდე და მეტი.

ასაკის მიხედვით მდგომარეობა ასეთია: 35-39 წლის ასაკშიც კი ექვსი ქალიდან ერთს (17%) სურს კიდევ ერთი შვილი და ამასვე აცხადებს 40-44 წლის ქალების 7%. ეს ბალანსდება 66% და 73% ქალებით, შესაბამისად, რომ-

ლებსაც აღარ უნდათ მეტი შვილი. დანარჩენების უმეტესი ნაწილი უნაყოფოა ან ნაკლებად ნაყოფიერია.

საშუალოდ, 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ყველა ქალს შორის 35%-ს სურს მეტი შვილი, მაგრამ სხვადასხვა პერიოდში. 10%-ს დაუყოვნებლივ სურს დაორსულება, 4%-ს – ერთი წლის განმავლობაში, 7%-ს – ერთ-ორ წელიწადში, ხოლო 14%-ს – ორი და მეტი წლის შემდეგ. ეს შეიძლება უკავშირდებოდეს უმცროსი შვილის ასაკს – ქალებს სურთ, გარკვეული პერიოდი გავიდეს შემდეგი შვილის გაჩენამდე. გარდა ამისა, ის ქალები, რომლებიც აცხადებენ, რომ მოგვიანებით სურთ კიდევ ერთი შვილის გაჩენა, შეიძლება ნაკლებად მოტივირებულნი არიან ამისთვის.

(ოჯახის იდეალური სიდიდე შემდეგ თავებშია განხილული).

უშვილობა

2010 წლის კვლევის განმავლობაში დასმული იყო კითხვა უშვილობის და მასთან დაკავშირებით მიღებული მომსახურების თაობაზე. ეს კითხვა ასახავდა მზარდ შემფოთებას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და მენჯის ღრუს დაავადებების დონის შესაძლო მომატებასთან დაკავშირებით. არსებობს მოსაზრება, რომ უშვილობის შემთხვევათა რაოდენობა გაიზარდა და რომ ტრადიციის ძლიერი ზენოლა - ბავშვის ქორწინებიდან სულ მალე გაჩენის აუცილებლობა, კიდევ უფრო ზრდის იმ ქალების რაოდენობას, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას დაგვიანებული ორსულობის მიზეზის დასადგენად.

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა 10%-მა განაცხადა, რომ ოდესმე მიღებული აქვს უშვილობასთან დაკავშირებული მომსახურება; ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში, სადაც უფრო ხელმისაწვდომია ისეთი სამედიცინო მომსახურება, რომლის შედეგადაც ქალს შეიძლება დაესვას უშვილობის დიაგნოზი. რესპონდენტთა 5%-მა განაცხადა უშვილობის თაობაზე; ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის. უშვილობა ასაკთან ერთად იზრდება მხოლოდ 1.5%-ით 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და 13%-ით – 40 და მეტი წლის ასაკობრივ ჯგუფში. უშვილობის მაღალი დონის შესახებ განაცხადეს იმ ქალებმა, რომლებსაც გადატანილი ჰქონდათ მენჯის ღრუს დაავადებები.

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობა კვლავ დასაშვებზე უფრო მაღალია; ასევე მრავალრიცხოვანია დედათა ავადობის შემთხვევები. ჯანმრთელობის უკეთესი მდგომარეობა ნაწილობრივ დამოკიდებულია ქალების არჩევანზე, როდის გააჩინონ ბავშვი, რაც საჭიროებს კონტრაცეპტივების მისაწვდომობის გაუმჯობესებას. ეს საკითხი მომდევნო თავშია განხილული. დედის ჯანმრთელობა და სიცოცხლისუნარიანობა დიდ გავლენას ახდენს ბავშვთა ჯანმრთელობასა და სიცოცხლისუნარიანობაზეც. წინამდებარე თავში წარმოდგენილია არსებული პირობები და აუცილებელი ქმედებები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

თავი 3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედათა სიკვდილიანობა

- ორსულთა სამედიცინო მომსახურება
- ინტრანატალური მომსახურება – რაც ნიშნავს მომსახურებას მშობიარობის პროცესში და მშობიარობის/საკეისრო კვეთის შემდგომ პერიოდში
- თავად მშობიარობის შემდგომი პერიოდი
- თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობის დროს (იხ., აგრეთვე, თავი „ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა“)
- ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი გართულებები
- ძუძუთი კვება
- მშობიარობის მძიმე შედეგები
- ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა

დედათა სიკვდილიანობა

რეპროდუქციული ასაკის ქალების სიკვდილიანობის უმთავრეს მიზეზს განვითარებად ქვეყნებში ორსულობისა და მშობიარობის გართულებები წარმოადგენს. თუ კვდება დედა, ხშირად კვდება ჩვილიც, ხოლო ავადმყოფი დედები ვერ აქცევენ სათანადო ყურადღებას ჩვილებს. საქართველოში რთულია დედათა სიკვდილიანობის ზუსტი დონის დადგენა, ვინაიდან ყოველ წელიწადს სიკვდილის შემთხვევათა მაჩვენებლები დაბალია, თუმცა 2008-2009 წლების სპეციალურმა კვლევამ დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტად დაადგინა სიკვდილის 66 შემთხვევა ყოველ 100 000 ცოცხლად მშობიარობაზე,¹ რაც საკმაოდ მაღალია ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე, რომელიც 21-ის ტოლია.² ოფიციალური სტატისტიკა გვიჩვენებს ხანგრძლივი კლების

1. ფ. სებანესკუ და სხვები, 2009. სიკვდილიანობის კვლევა რეპროდუქციულ ასაკში, საქართველო, 2008 – ნაწილი II: დედათა სიკვდილიანობა. საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, ჯონ სნოუს კვლევისა და ტრენინგის ინსტიტუტი და დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, ატლანტა, ჯორჯია, აშშ. (Serbanescu, F. et al. 2009. Reproductive Age Mortality Study, Georgia, 2008 – Part II: Maternal Mortality. Georgian National Center for Disease Control, JSI Research & Training Institute, Inc. and CDC, Atlanta, Georgia, USA). კვლევა განეკუთვნებოდა RAMOS ტიპს.

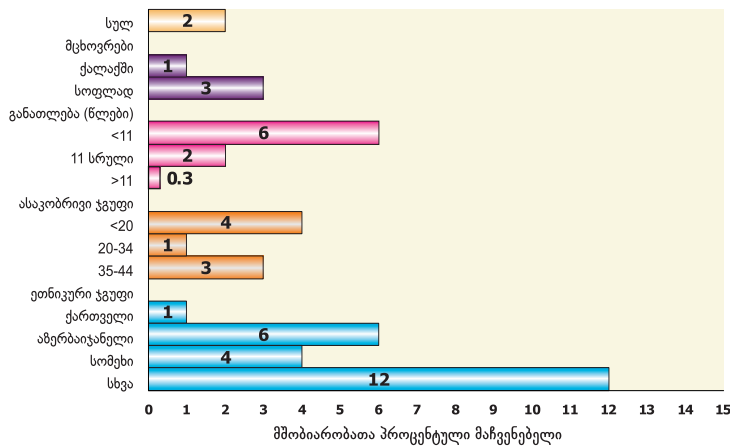
2. "დროითი ტენდენციები დედათა სიკვდილიანობაში 1990-დან 2008 წლამდე": შეფასებები, ჩამოყალიბებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაერო-ს ბავშვთა ფონდის, გაერო-ს მოსახლეობის ფონდის და მსოფლიო ბანკის მიერ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2010 (Time Trends in Maternal Mortality 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. WHO, 2010).

ტენდენციას 1990-იანი წლების შუა პერიოდის შემდეგ, მაგრამ სავარაუდოდ არ ითვალისწინებს ყველა შემთხვევას და გვიჩვენებს უახლეს კოეფიციენტს, რაც საკმაოდ დაბალია სპეციალური კვლევის განმავლობაში მიღებულ კოეფიციენტთან შედარებით.

პრენატალური მომსახურება

საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებში, არსებობდა დედათა მომსახურების ყოვლისმომცველი სისტემა, რომელშიც შედიოდა ექიმთან პრენატალურ პერიოდში ვიზიტების საკმარისი რაოდენობა. როგორც ეს ნაჩვენებია **3.1 გრაფიკზე**, 2010 წლის კვლევისას მშობიარობათა მხოლოდ 2%-ს აკლდა ზოგიერთი სახის პრენატალური მომსახურება. ნაკლებ მომსახურებას ღებულობდნენ განათლების დაბალი დონის მქონე ქალები, ახალგაზრდა ქალები, აზერბაიჯანული წარმომავლობის და „სხვა ეთნიკური“ ჯგუფების წარმომადგენლები. რეგიონებს შორის მხოლოდ კახეთი გამოირჩეოდა, სადაც 7%-ს არ მიუღია მომსახურება (არ არის ნაჩვენები).

გრაფიკი 3.1 იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება, შერჩეული მახასიათებლების მიხედვით - მშობიარობები 2005-2010წ.წ



- ტენდენცია: 1999 წლის შემდგომ პერიოდში სწრაფვა საყოველთაო მომსახურების მისაღწევად გაუმჯობესებულია (**გრაფიკები 3.2 და 3.3**), განსაკუთრებით სოფლად, სადაც მომსახურების მიუღებლობის მაჩვენებელი 14%-დან 3%-მდე

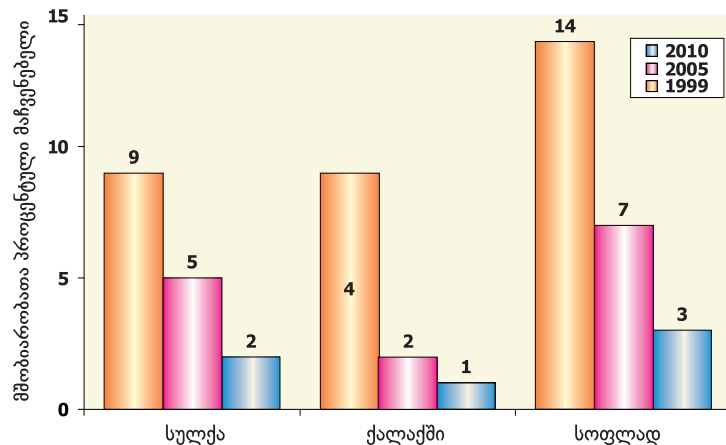
შემცირდა. განათლების დაბალი დონის მქონე ჯგუფში აღინიშნა მომსახურების მიუღებლობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი კლება - 30%-დან 6%-მდე. იგივე აღინიშნა აზერბაიჯანული წარმომავლობის ქალთა ჯგუფშიც, სადაც კლება თითქმის ისეთივე იყო - 28%-დან 6%-მდე.

- ასევე გაუმჯობესდა მომსახურების განაწილება პერიოდების მიხედვით: 1999 წელს მომსახურების შემთხვევათა მხოლოდ ორი მესამედი (63%) იქნა დაფიქსირებული პირველ ტრიმესტრში; ამ მაჩვენებელმა 2010 წლისთვის 90%-ს მიაღწია. უფრო მეტიც, გაუმჯობესება საკმაოდ თანაზომიერი იყო მოსახლეობის ყველა ქვეჯგუფში.
- გაიზარდა ექიმთან ვიზიტების რაოდენობაც თითო ქალზე. სამ და ოთხ შემონიშნაზე ნამყოფი ქალების პროცენტული მაჩვენებელი - 76% 1999 და 2005 წლებში - 2010 წელს 90%-მდე გაიზარდა. გარდა ამისა, გაუმჯობესება აღინიშნა ზოგიერთ ყველაზე მოწყვლად ქვეჯგუფში, როგორცაა სოფლად მცხოვრები ქალები, განათლების დაბალი დონის მქონე ჯგუფები და სამხრეთ რეგიონებში მცხოვრები ქალები. თუმცა მნიშვნელოვანი იყო მშობიარობათა რიგითობა: მესამე და მეტჯერ მშობიარეთა მხოლოდ 80%-მა მიიღო ექიმის ოთხი და მეტი შემონიშნა, განსხვავებით პირველად მშობიარეთა 94%-ისგან.
- მომსახურების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ქალთა საკონსულტაციო კლინიკები. იმ ქალების ნახევარმა, ვინც უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში იმშობიარა, პრენატალური მომსახურება მიიღო ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში (49%). მეორე ადგილზეა ქალაქის სამშობიაროები (27%), ხოლო მესამეზე - რეგიონული სამშობიაროები (17%). ქალების მხოლოდ 7%-მა მიმართა მომსახურებისთვის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს.
- კონსულტაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს პირველი პრენატალური ვიზიტის დროს სახიფათო ნიშნების აღმოჩენის და სათანადო რჩევების მიღებისათვის. ორსულ ქალთა უმრავლესობას მიღებული აქვს კონსულტაცია სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით (**გრაფიკი 3.4**). ყველაზე მნიშვნელოვანი

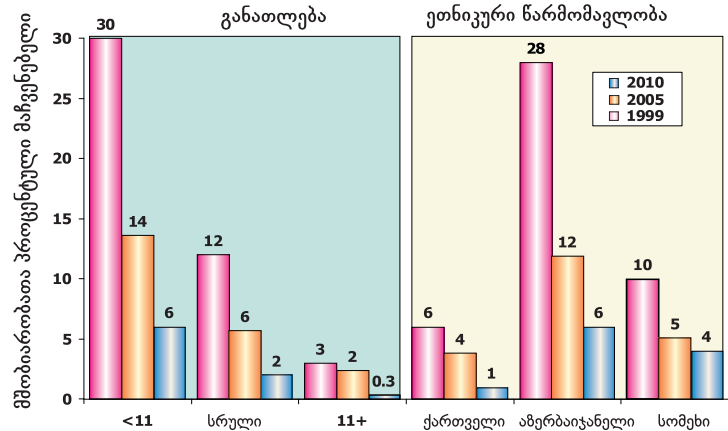
გაუმჯობესება შეიმჩნეოდა ოჯახის დაგეგმვასთან, პოსტნატალურ მომსახურებასა და ორსულობის გართულებებთან დაკავშირებულ კონსულტაციებში. მიუხედავად ამისა, ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციების მაჩვენებელმა შემოწმებულ ქალებს შორის მხოლოდ 39%-ს მიაღწია. ეს სერიოზული პრობლემაა, რადგან ბევრი ქალი შემთხვევით მალევე ორსულდება მშობიარობის შემდეგ.

- ბოლოდროინდელი ცვლილებები: საინტერესოა, რომ მცირე ცვლილებები ყველა ზემოხსენებულ მაჩვენებელში მოხდა პირველ პერიოდში, 1999 წლიდან 2005 წლამდე, მაგრამ საგრძნობლად მეტი – ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში. იგივე შეიმჩნევა როგორც შობადობის, ასევე აბორტების კოეფიციენტებში. ზუსტი მიზეზები უცნობია, მაგრამ სავარაუდოდ მოიცავს გაუმჯობესებულ სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებს, ოჯახების უფრო მაღალ შემოსავლებს და ცვლილებებს მომსახურების ქსელებში, რასაც ემატება რეგულარული დახმარება დონორების და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მხრიდან.

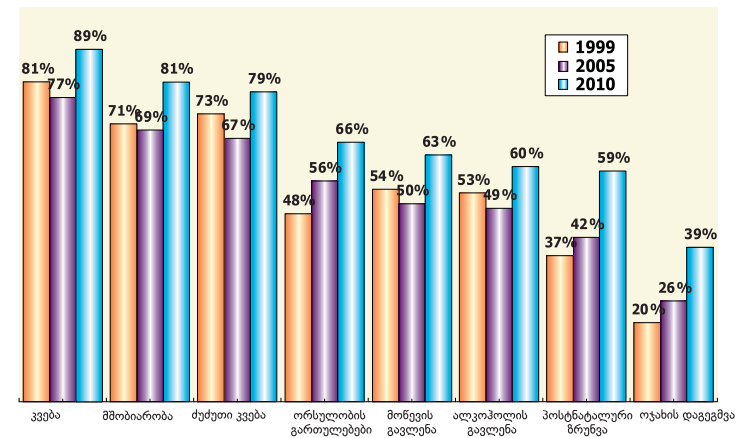
გრაფიკი 3.2 იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება, საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით - მშობიარობები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



გრაფიკი 3.3 იმ ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც არ მიუღია პრენატალური მომსახურება, შერჩეული მასხასიათებლების მიხედვით - მშობიარობები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



გრაფიკი 3.4 პრენატალური მომსახურების ფარგლებში მიღებული კონსულტაციის სახეები - მშობიარობები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



სამედიცინო მომსახურება მშობიარობისას

საკეისრო კვეთა შეადგენდა 2010 წლის კვლევაზე ხუთი წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებებში მიღებულ მშობიარობათა მთლიანი რაოდენობის ერთ მეოთხედს (24%), რაც მაღალი მაჩვენებელია (მშობიარობათა მთლიანი რაოდენობის 99% მოდიოდა სამედიცინო დაწესებულებებზე). 1999 წლის შემდეგ საკეისრო კვეთების რაოდენობა ფაქტობრივად გასამმაგდა ყველა რეგიონში, გარდა ერთისა. 1999 წლის საშუალო მაჩვენებელი 6% 2005 წელს 13%-მდე, ხოლო 2010 წლის კვლევის მიხედვით 24%-მდე გაიზარდა (გრაფიკი 3.5).

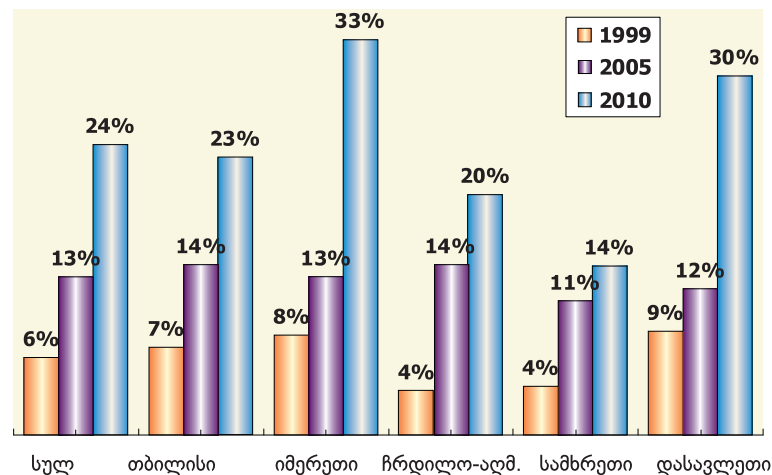
საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი 30% იყო 35-44 წლის ქალებში. ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო გართულებული ორსულობის მქონე ქალებს შორის (36%) და გახანგრძლივებული მშობიარობის შემთხვევებში (41%). საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი დაბალი იყო განათლების დაბალი დონის მქონე ქალთა ჯგუფში (16%) და მესამე და მეტჯერ მშობიარობისას. რესპონდენტთა მიერ დასახელებულ საკეისრო კვეთის მიზეზებს შორის იყო წინა მშობიარობა საკეისრო კვეთით, რესპონდენტის მოთხოვნა და ჩვეულებრივი სამედიცინო ჩვენებები.

საქართველოში თითქმის აღარ არსებობს სახლში მშობიარობის შემთხვევები. ზოგადად, სახლში ბავშვის გაჩენა გაცილებით მეტ რისკთან არის დაკავშირებული, ვიდრე სამედიცინო დაწესებულებაში. თუ შევადარებთ მშობიარობებს ხუთი წლის განმავლობაში 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე, სახლში მშობიარობის შემთხვევათა რაოდენობა შემცირდა 8%-დან 2%-მდე. ძალიან შემცირდა სახლში მშობიარობის შემთხვევები იქ, სადაც მათი რაოდენობა მაღალი იყო, მაგალითად, კახეთის რეგიონში ეს მაჩვენებელი 30%-დან 8%-მდე შემცირდა, ხოლო აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალებს შორის – 40%-დან 5%-მდე. აქედან გამომდინარე, 2010 წლის დაბალი საშუალო მაჩვენებელი თითქმის ერთნაირია მოსახლეობის სხვადასხვა ქვეჯგუფში.

პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება

საქართველო ჩამორჩება რეგიონის სხვა ქვეყნებს პოსტნატალურ სამედიცინო მომსახურებაში; დედების მხოლოდ 23% იღებდა პოსტნატალურ მომსახურებას 2010 წლის კვლევის თანახმად (წინა ხუთი წლის განმავლობაში მიღე-

გრაფიკი 3.5 საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების პროცენტული მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით - მშობიარობები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



ბული მშობიარობების შემდეგ), რაც თითქმის იგივე იყო 2005 წლის კვლევაში. პოსტნატალური მომსახურების მაჩვენებელი იზრდებოდა რესპონდენტთა განათლებისა და ქონებრივი კონტილის მატებასთან ერთად და განსაკუთრებით მაღალი იყო პოსტნატალური გართულებების მქონე ქალებს შორის (44%). იმ ქალების დაახლოებით სამ მეოთხედს, ვისაც გაენია პოსტნატალური სამედიცინო მომსახურება, მიღებული აქვს კონსულტაცია ძუძუთი კვების და ბავშვის მოვლის თაობაზე. სამწუხაროდ, მხოლოდ 43%-ს აქვს მიღებული კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით; ეს არის 43% იმ 23% ქალებისა, ვინც საერთოდ მიიღო რაიმე პოსტნატალური მომსახურება, ანუ ახლად ნამშობიარები ყველა ქალის მხოლოდ 10%.

დაახლოებით ყოველ ექვს დედაში ერთს (16%) არ მიუყვანია ჩვილი სამედიცინო გასინჯვაზე. მათ შორის, ვისაც ჰყავდა ჩვილი შემონმებაზე, 22%-მა ეს მშობიარობიდან ექვსი დღის განმავლობაში გააკეთა, ხოლო 53%-მა - ორ კვირაში, დანარჩენებმა კი ეს უფრო გვიან გააკეთეს.

თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსულობისას

თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის მოხმარება ორსუ-

ლობისას სერიოზული რისკ-ფაქტორებია ჩვილისთვის, ხოლო ალკოჰოლის მოხმარება ზრდის სპონტანური აბორტების, მკვდრადშობის, ნაადრევი მშობიარობისა თუ თანდაყოლილი ანომალიების შანსს.³ საქართველოში შედარებით ნაკლები ქალი ეწევა (4%) ან სვამს ალკოჰოლურ სასმელებს (1%) ორსულობის დროს. მწვევლი ქალების რაოდენობის ნახევარზე ნაკლები განაგრძობდა თამბაქოს მოწევას ორსულობისას (იხ. ცალკე თავი „ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები“).

ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულებები

კვლევამდე ხუთი წლის განმავლობაში ნამშობიარები ქალების 16%-ს ორსულობის დროს ჰქონდა გართულებები, რომლებიც მოითხოვდა სამედიცინო მეთვალყურეობას, და სამიდან თითქმის ერთი ამგვარი დედებიდან საავადმყოფოში იქნა მოთავსებული. გართულებები მატულობდა ასაკთან ერთად და 35-44 წლის ქალების 20%-ს აღენიშნებოდა. ამ შედარებით უფროსი ასაკის ქალების 21%-ს ასევე აღენიშნებოდა მაღალი არტერიული წნევა ორსულობისას. ორსულობის პერიოდის ყველაზე ხშირად დასახელებულ გართულებებს შორის იყო ვადამდელი მშობიარობის რისკი, ანემია, შემუშუბა ან სისხლდენა.

მშობიარობის შემდგომი (პოსტნატალური) გართულებები დედების 11%-მა დაასახელა. ყველაზე ხშირად ისინი უჩიოდნენ უხვ სისხლდენას, ტკივილს საშვილოსნოს არეში, მაღალ ტემპერატურას, მკერდის ინფექციას, ინფექციურ ვაგინალურ გამონადენს, ტკივილს შარდვის დროს ან ქიურრგიული ქრილობის ინფექციას.

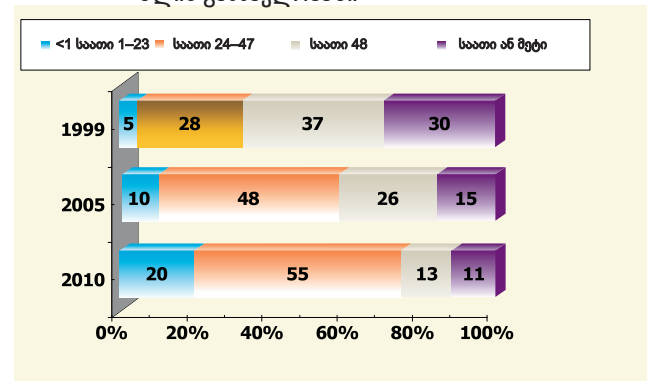
3. ს. უილსნეჯი და სხვები, 1984. „ალკოჰოლის მოხმარება და რეპროდუქციული დისფუნქცია ქალებში 1981 წლის ეროვნულ გამოკვლევაში.“ ალკოჰოლი, კლინიკური და ექსპერიმენტული კვლევა; 8(5):451-458. იხ. აგრეთვე უ. კესმონდელი და სხვები, 2002. „ალკოჰოლის ზომიერად მოხმარება ორსულობისას და სპონტანური აბორტის რისკი“. ალკოჰოლი & ალკოჰოლიზმი; 37(1):87-92 (Wilsnack SC et al., 1984. Drinking and Reproductive Dysfunction among Women in a 1981 National Survey. Alcohol, Clinical and Experimental Research; 8(5):451-458. See also Kesmodel U et al., 2002. Moderate Alcohol Intake in Pregnancy and the Risk of Spontaneous Abortion. Alcohol & Alcoholism; 37(1):87-92).

ძუძუთი კვება

ძუძუთი კვება ზოგადად გავრცელებული მოვლენაა, ვინაიდან მას დედების შვიდი მერვედი (87%) მიმართავს და არსებობს მისი ადრეულ პერიოდში დაწყების დადებითი ტენდენცია (სურათი 3.6). იმ დედებს შორის, ვინც ჩვილს ძუძუთი კვებას, 1999 წლის შემდეგ ბავშვის დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში ძუძუთი კვების დაწყების პროცენტული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად გაიზარდა - 5%-დან 20%-მდე, ხოლო პირველი 24 საათის განმავლობაში ჩვილის ძუძუთი კვების დაწყების პროცენტული მაჩვენებელი 33%-დან 75%-მდე გაიზარდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციაა ჩვილის ძუძუთი კვების დაწყება დაბადებიდან პირველივე საათის განმავლობაში, ასე რომ 20%-იანი მაჩვენებელი ჯერ კიდევ შორს არის სტანდარტისგან. საკეისრო კვეთა (მშობიარობათა 23%) იწვევს ძუძუთი კვების დაყოვნებას – საკეისრო კვეთით დაბადებული ჩვილების მხოლოდ 60%-მა მიიღო ძუძუთი კვება დაბადებიდან პირველ 24 საათში.

2010 წლის კვლევის მონაცემებით, ნებისმიერი სახის ძუძუთი კვება გრძელდებოდა საშუალოდ 12 თვის განმავლობაში, რაც მატებაა წინა ორი კვლევის 10%-11%-იან მაჩვენებელთან შედარებით. თუმცა „ექსკლუზიურად“ ძუძუთი კვება (როცა ჩვილი იღებს მხოლოდ დედის რძეს) გრძელდება მხოლოდ სამი თვის განმავლობაში, „სრული“ ძუძუთი კვება (ექსკლუზიური ან თხევადი დანამატებით) კი მხოლოდ ოთხ თვეს. ამგვარი მოდელი – ძუძუთი სრული კვების შედარებით ხანმოკლე პერიოდი – დამახასიათებელია განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობისთვის.

გრაფიკი 3.6 ძუძუთი კვების დაწყება მშობიარობის შემდეგ (საათებში) – ცოცხლადშობით დასრულებული მშობიარობები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



მშობიარობის მძიმე შედეგები

2010 წლის კვლევაში გამოკვლეული იქნა წინა ხუთი წლის განმავლობაში მიღებული მშობიარობების მძიმე შედეგების სამი ტიპი:

- 1000 მშობიარობიდან 8 შემთხვევა დასრულდა მკვდრადშობით (რაც უფრო დაბალია 13 შემთხვევაზე 1 000 მშობიარობიდან – ანუ მონაცემზე, რომელიც სამთავრობო წყაროებმა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას მიაწოდეს). მაჩვენებელი ორჯერ მაღალი იყო ქალაქებში, ვიდრე სოფლებში და ყველაზე მაღალი იყო შემთხვევების რაოდენობა იმ ქალებს შორის, რომლებსაც არ ჰქონდათ მიღებული პრენატალური ზრუნვა (50/1000), ჰქონდათ გართულებები ორსულობის დროს (33/1000) და ჰქონდათ გახანგრძლივებული მშობიარობა (30/1000). ამკარაა, რომ დაუშვებელია მკვდრადშობის უყურადღებოდ დატოვება, როცა ეს ინვესტაცია ჩვილთა დაკარგვას დედების ზოგიერთ ქვეჯგუფში 3% ან მეტი ორსულობის შემთხვევაში.
- ახალშობილის დაბალი წონა (2 500 გრამზე ნაკლები) გვხვდება ცოცხალშობილთა 4%-ში. ასეთი შემთხვევები უფრო ხშირია უფრო ასაკოვან დედებში (11%), საკეისრო კვეთით მშობიარობისას (8%) და ორსულობისას გართულებების მქონე ქალებში (11%).
- ვადამდელი მშობიარობა (ორსულობის 37 კვირაზე ადრე) აღინიშნა მშობიარობათა მთლიანი რაოდენობის 4%-ში. ვადამდელი მშობიარობების შედარებით მაღალი მაჩვენებლები უფრო ხშირად დაკავშირებული იყო დედათა და ორსულობის იმავე მახასიათებლებთან, რომლებსაც ახალშობილთა დაბალი წონა უკავშირდებოდა.

ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობა

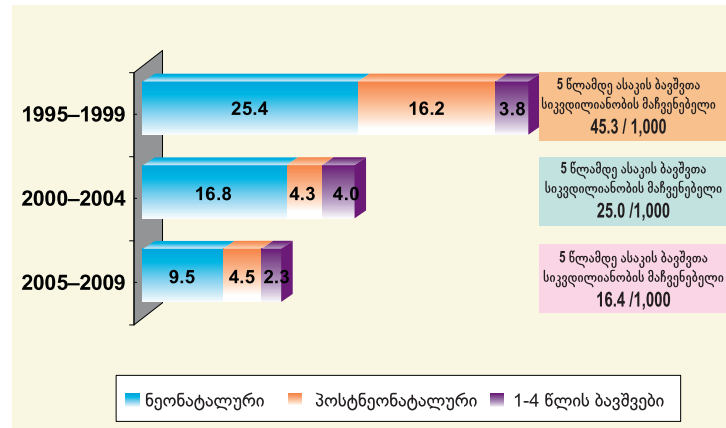
უახლესი გამოთვლებით (2009), ჩვილთა სიკვდილიანობა საქართველოში შემცირდა ყველა დაბადებული ჩვილის 1.4%-მდე (14.1 - 14.9% ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე). ჩვილთა სიკვდილიანობა დაიყო ორ პერიოდად: ნეონატალურ (პირველი 28 დღე) და პოსტნეონატალურ (29 დღიდან სრულ 11 თვემდე) სიკვდილიანობად. ამას ემატება ბავშვთა სიკვდილიანობა (1-დან 4.9 წლამდე). სამივე ნაწილის ჯამი უდრის სიკვდილიანობას „5 წლამდე“:

სიკვდილიანობის მაჩვენებელს სიცოცხლის პირველი ხუთი წლის განმავლობაში.

გრძელვადიანი - 1999 წლის კვლევიდან 2010 წლის კვლევამდე - ტენდენცია შთამბეჭდავი შემცირებაა ორი მესამედით (64%) 5 წლამდე ბავშვებში: 45.3-დან 16.4-მდე (გრაფიკი 3.7). მიაქციეთ ყურადღება, რომ მესამე ნაწილი, სიკვდილიანობა სიცოცხლის პირველი წლის შემდეგ, უკვე უმნიშვნელო ფაქტორი იყო 1995-1999 წლებში და მას შემდეგ დაბალ დონეზე რჩება.

სიკვდილის შემთხვევათა უმრავლესობას ადგილი აქვს დაბადებიდან პირველი წლის განმავლობაში, ხოლო 2005-2010 წლებში უმეტესი შემთხვევები დაბადებიდან პირველ თვეში აღინიშნებოდა (9.5 შემთხვევა 16.4-დან ყოველ 1000-ზე). პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის ძირითად კლებას ადგილი ჰქონდა მანამდე – ბოლო ორი გამოკვლევის განმავლობაში იგი დავიდა სტაბილურ დონემდე - 4.3 და 4.5. მაგრამ ისევე, როგორც სხვა ქვეყნებში, ნეონატალური სიკვდილიანობა უფრო რთული დასაძლევია და მასზე ნაკლებ ზეგავლენას ახდენს კვებისა და გარემო პირობების ზოგადი გაუმჯობესება. განვითარებადი ქვეყნების უმეტეს ნაწილში ნეონატალური სიკვდილიანობა დაკავშირებულია ისეთ მიზეზებთან, როგორც არის ინფექცია ადრეულ ასაკში, ვადამდელი მშობიარობა და ასფიქსია. აქედან გამომდინარე, სიკვდილის ყველა შემთხვევაში ნეონატალური სიკვდილიანობის პროპორცია იზრდება მთლიანი მაჩვენებლის კლების პარალელურად.

გრაფიკი 3.7 ხუთი წლის ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევებამდე ხუთი წლის განმავლობაში



წარმატება ნეონატალურ სიკვდილიანობასთან ბრძოლაში მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პირველ შვიდ დღეში (პერიოდი, როდესაც ხდება ნეონატალური სიკვდილიანობის უმეტესი შემთხვევები) მიღებულ ზომებზე, რომლებიც მიმართულია სამშობიარო ასფიქსიის, უდღეურობის და დედათა ავადობის შემცირებისკენ მშობიარობის დროს, ასევე პოსტნატალურ პერიოდში სათანადო მონიტორინგზე. გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის პრევენცია, რომელიც ძირითადად ინფექციებითაა გამოწვეული, შესაძლებელია გადაუდებელი სამეანო და ნეონატალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებით.

ჩვილთა/ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები შესაძლებელია შემცირდეს კონტრაცეპტივების მოხმარების ზრდის ხარჯზე, რაც შერჩევითია იმ ორსულობებში, რომლებსაც ამგვარი საშუალებების მოხმარება თავიდან აცილებს ქალებს. მაგალითად, ჩვილთა სიკვდილიანობა განსაკუთრებით მატულობს მესამე და მეტი ბავშვის გაჩენისას (ერთნახევარჯერ მეტია საერთო საშუალოზე), რაც შემცირდება კონტრაცეპტივების მოხმარების ზრდასთან ერთად.

თავი 4. კონტრაცეფცია

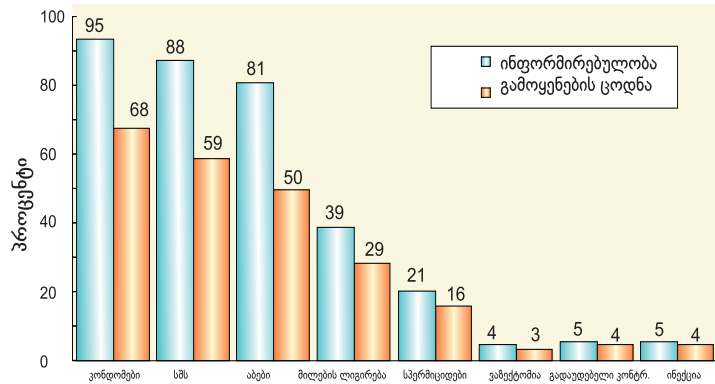
საქართველოში კონტრაცეპტივების გამოყენების მხრივ მდგომარეობა გაუმჯობესებულია, მაგრამ მხოლოდ 53%-მდე, და აქედან ერთი მესამედი იყენებს ტრადიციულ მეთოდებს, რომელთაც არაეფექტურობის მაღალი მაჩვენებლები აქვთ და რაც ხშირად აბორტით მთავრდება. თანამედროვე კონტრაცეფციული მეთოდების ცოდნა არათანაბარია და ხშირად მცდარი, განსაკუთრებით იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა მოხდეს თითოეული მეთოდის გამოყენება. ყოველი რვა გათხოვილი ქალიდან ერთს (12%) სურს ორსულობის თავიდან აცილება, მაგრამ ისინი არ იყენებენ რაიმე მეთოდს („დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა“). როდესაც ეს ციფრები ემატება ქალების 19%-ს, რომლებიც ტრადიციულ მეთოდებს იყენებენ, მთლიანი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა თანამედროვე მეთოდზე წარმოადგენს ყველა გათხოვილი ქალის 31%-ს. ასე რომ, საჭიროა სამმხრივი მოქმედება: საზოგადოების უკეთ ინფორმირება, უკეთესი აბორტის შემდგომი და მშობიარობის შემდგომი კონსულტაციები და ყველა თანამედროვე მეთოდის მისაწვდომობის გაზრდა.

კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმირებულობის დონე და ცოდნა. ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ არათანაბარია, განსაკუთრებით იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა მოხდეს თითოეული მეთოდის გამოყენება. ფაქტობრივად ყველა რესპონდენტს (96%) გაგონილი ჰქონდა კონტრაცეფციის სულ მცირე ერთი თანამედროვე საშუალების შესახებ – კერძოდ, კონდომის (95%), საშვილოსნოს შიდა საშუალებების (88%) და ორალური კონტრაცეპტივების (81%) შესახებ, მაგრამ ქალების მხოლოდ 39%-ს სმენოდა მილების ლიგირების და კიდევ უფრო ნაკლებს (4%-ს) ვაზექტომის შესახებ. კონტრაცეფციის თითოეული მეთოდის შესახებ ინფორმირებულობასა და მეთოდის გამოყენების ცოდნას შორის სერიოზული სხვაობა აღინიშნა (იხ. გრაფიკი 4.1).

გარდა ამისა, ქალების უმეტესობამ არ იცის, თუ რამდენად ეფექტიანია კონტრაცეფციის მეთოდები. უეფექტობის მაჩვენებლები (შემთხვევითი ჩასახვა) ფართოდ განსხვავდება. ქალების 3%-მა მართებულად მიიჩნია საშვილოსნოს შიდა საშუალებები ძალზე ეფექტიან საშუალებად ორსულობის თავიდან აცილებისთვის, მაშინ, როცა იგივე მაჩვენებელი მხოლოდ 16%-ია ქირურგიულ სტერილიზაციასთან მიმართებაში. ქალების დიდი ნაწილი აბებს ეფექტიან საშუალებად არ მიიჩნევს, რაც არასწორია.

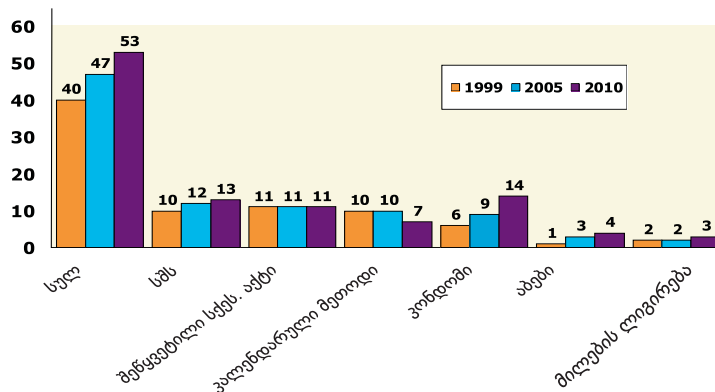
კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების მიმდევართა შორის (ყველა მეთოდის მიმდევართა დაახლოებით ერთი მესამედი) გავრცელებულია მცდარი შეხედულებები მათ მიერ გამოყენებული კონტრაცეფციული საშუალებების საიმედოობის შესახებ. დაახლოებით 75%-ს მათ მიერ გამოყენებული მეთოდი ისევე ან უფრო ეფექტიანადაც მიაჩნდა, ვიდრე თანამედროვე მეთოდები. ხოლო იმასთან დაკავშირებით, თუ რატომ იყენებს ამ მეთოდებს (კალენდარულ მეთოდს და შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს) თანამედროვე საშუალებების ნაცვლად, ბევრმა ქალმა დაასახელა გვერდითი მოვლენების შიში, ღირებულება, ხელმიუწვდომლობა ანდა ცოდნის ნაკლებობა. ეს ყველაფერი მიუთითებს უფრო ფართო ინფორმაციისა და განათლების მიწოდების აუცილებლობაზე თითოეული თანამედროვე მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ, ასევე იმის შესახებ, თუ სად არის შესაძლებელი თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოპოვება.

გრაფიკი 4.1 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობა და მათი გამოყენების ცოდნა 15-44 წლის ქალებში



კონტრაცეპტივების გამოყენება. კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენების თითქმის მთლიანი მაჩვენებელი მოდის ქორწინებაში მყოფ 15-44 წლის ქალებზე. ამ ქალების ნახევარზე მეტი (53%) 2010 წელს იმ მომენტში იყენებდა კონტრაცეპტივებს, აქედან 35% კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებებს იყენებდა. თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მკვეთრად – 20%-დან 1999 წელს 35%-მდე 2010 წელს – გაიზარდა. პირველად იყო, რომ თანამედროვე მეთოდების გამოყენების მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა, ვიდრე ტრადიციული მეთოდებისა, რომელთა პოპულარობამ იკლო. ზრდის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა საშვილოსნოს შიდა საშუალებების და პრეზერვატივის გამოყენებაში.

გრაფიკი 4.2 ტენდენციები კონტრაცეპტივების გამოყენებაში ცალკეული მეთოდები

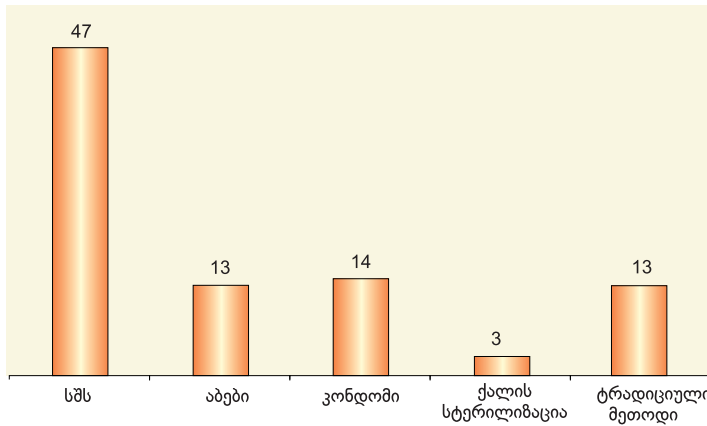


სხვადასხვა მეთოდის გამოყენება. (ქვემოთ მითითებული პროცენტული მაჩვენებლები ემატება 100%-ს ყველა მომხმარებლისათვის). იმ ქალებს შორის, ვინც განაცხადა, რომ ამჟამად იყენებს კონტრაცეფციულ საშუალებებს, 26% იყენებდა პრეზერვატივებს, 25% - საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს, 21% - შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს, 13% - კალენდარულ მეთოდს, 7% - აბებს, 5% - მილბის ლიგირებას და 3% - სპერმიციდებს.

ამა თუ იმ მეთოდისთვის უპირატესობის მინიჭება. ბევრი ქალი, ვინც მოიხმარდა კონტრაცეფციულ საშუალებებს, ამჯობინებდა სხვა მეთოდის გამოყენებას. მეთოდით უკმაყოფილოა იმ ქალების ერთი მესამედი, ვინც პრეზერვატივს იყენებს, მაშინ, როცა თითქმის ყველა ქალი, რომელიც საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს იყენებდა, კმაყოფილი იყო. ამ უკანასკნელი კატეგორიის ქალების მხოლოდ 3%-ს სურდა მეთოდის შეცვლა. აბების მომხმარებელი ქალების 17%-ს და სპერმიციდების მომხმარებელთა 19%-ს სურდათ მეთოდის შეცვლა. ქალების მიერ ამჟამად გამოყენებული საშუალებით უკმაყოფილების ყველაზე ხშირად დასახელებულ მიზეზებს შორის იყო მეთოდის მოუხერხებლობა, გვერდითი მოვლენები, დაბალი ეფექტიანობა, რაც ორსულობით მთავრდებოდა, ქალებს ასევე ხშირად ავიწყდებოდათ მეთოდის გამოყენება. ზოგიერთ შემთხვევაში ქალებმა სცადეს ალტერნატიული მეთოდისთვის მიმართვა, მაგრამ ახალი მეთოდით კიდევ უფრო ნაკლებად კმაყოფილები დარჩნენ.

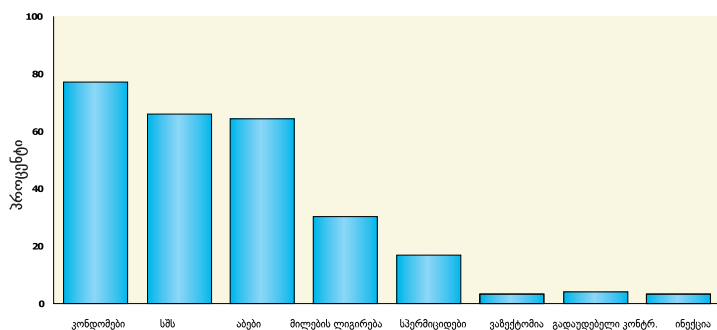
საშვილოსნოს შიდა საშუალებების პოპულარობა კიდევ სხვა სახით გამოიხატება: იმ ქალებს შორის, რომლებსაც სურთ რაიმე ახალი მეთოდის მოხმარების დაწყება, ორ მესამედზე მეტმა (68%) საშვილოსნოს შიდა საშუალებები ამჯობინა. ქალები მნიშვნელობას ანიჭებდნენ ოჯახის სიდიდეს – ქალის სტერილიზაციის სურვილი იზრდებოდა ოჯახში ბავშვების რაოდენობასთან ერთად. საშვილოსნოს შიდა საშუალებების პოპულარობის კიდევ ერთი ნიშანი ის იყო, რომ იმ ქალებს შორის, ვინც არცერთ მეთოდს არ იყენებს, მაგრამ განზრახული აქვს მომავალში ამის გაკეთება, 47% საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს ამჯობინებს, განსხვავებით 13% და 14%-ისა შესაბამისად კონდომისა და აბებისთვის (გრაფიკი 4.3). ეს შეიძლება ასახავდეს ყოფილ საბჭოთა კავშირში არსებულ ვითარებას, როდესაც ჯანდაცვის სისტემა საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს ამჯობინებდა ისეთ ალტერნატივებს, როგორც აბები.

გრაფიკი 4.3 კონტრაცეფციის სასურველი მეთოდი 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ნაყოფიერ ქალებს შორის, ვინც ამჟამად არ სარგებლობს კონტრაცეპტივებით, მაგრამ სურს მომავალში მათი გამოყენება.



კონტრაცეფციული საშუალებებით მომარაგების წყაროები. ბევრმა ქალმა არ იცის, სად უნდა მოიპოვოს კონტრაცეფციული საშუალებები. პრეზერვატივების წყაროდ კი ქალების მხოლოდ 77%-ისთვის არის ცნობილი, 23%-მა კი ესეც არ იცის. ეს პროცენტული მონაცემი კლებულობს 4.4 გრაფიკზე მითითებული ყოველი დამატებითი მეთოდის შემთხვევაში – ქალების ორმა მესამედმა იცის საშვილოსნოს შიდა საშუალებებისა და აბების წყაროები, მხოლოდ ერთმა მესამედმა – მილების ლიგირების, და ბევრად უფრო ნაკლებმა დანარჩენი მითითებული მეთოდების წყაროები.

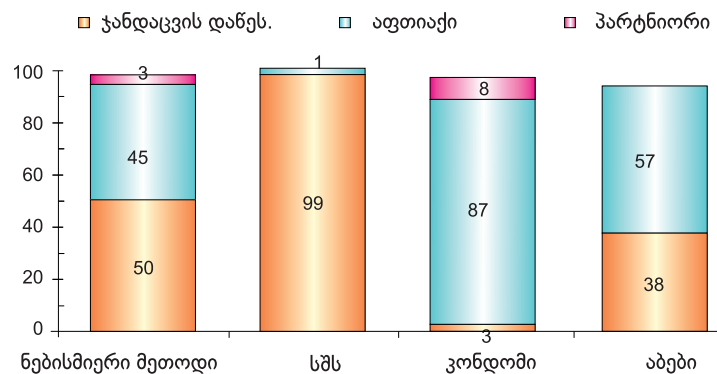
გრაფიკი 4.4 კონტრაცეფციის ცალკეული თანამედროვე მეთოდების წყაროს ცოდნა 15-44 წლის ქალებს შორის.



ქალების დაახლოებით ნახევარი კონტრაცეპტივებს ისეთი დანესებულებებიდან ღებულობს, როგორც არის ჯანდაცვის კლინიკები/ცენტრები, ქალთა საკონსულტაციო კლინიკები და ქალაქის ან რეგიონული საავადმყოფოების გინეკოლოგიური განყოფილებები. მეორე უდიდესი წყარო იყო კომერციული გაყიდვები, განსაკუთრებით აფთიაქების მეშვეობით (45%), ხოლო „სხვა“ წყაროების წილად რჩება 5%. „სხვა“ კატეგორიებში შედის ისეთი წყაროები, როგორებიცაა პარტნიორები, მეგობრები, ნათესავები და სავაჭრო ქსელი (გრაფიკი 4.5).

წყაროები მნიშვნელოვნად იცვლებოდა კონტრაცეფციის გამოყენებული მეთოდების მიხედვით. იმ ქალების 87%, ვისი პარტნიორებიც პრეზერვატივებს იყენებენ, მათ აფთიაქებში ყიდულობს, ისევე, როგორც აბების მომხმარებელთა 57%, მაშინ, როცა საშვილოსნოს შიდა საშუალებების მომხმარებელი ქალების 99% მათ ჯანდაცვის დანესებულებაში მოიპოვებს, ისევე, როგორც აბების მომხმარებელთა 38%. კონტრაცეპტივების წყაროს სახით აფთიაქების როლი გაიზარდა 1999 წლის შემდეგ – 1999 წელთან შედარებით, როდესაც მომხმარებელთა მხოლოდ 37% მიმართავდა აფთიაქებს, 2010 წელს აფთიაქებისთვის მიმართვის მაჩვენებელი 45%-მდე გაიზარდა. უფრო სავარაუდოა, რომ აფთიაქებში პრეზერვატივებს ქმრები ყიდულობენ, ხოლო აბების უმეტესობას – ქალები. როგორც პრეზერვატივების, ისე შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდების გამოყენება ასახავს ქმრის როლს და სავარაუდოდ განამტკიცებს მის შეგრძნებას, რომ თავად არის გადაწყვეტილების მიმღები.

გრაფიკი 4.5 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების წყარო 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ იმ ქალებს შორის, ვინც ამჟამად იყენებს მეთოდს



კონტრაცეფციული მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები: ქორწინებაში მყოფი ქალების დაახლოებით ნახევარი (47%) ამჟამად არ მიმართავს კონტრაცეფციას და მეთოდების გამოუყენებლობის მიზეზები მკვეთრად განსხვავდება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ახალგაზრდა (15-24 წლის) ქალების ჯგუფიდან 55% იყო ორსულად და კიდევ 24%-ს სურდა დაორსულება. უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში (35-44 წლის) ქალების 37% აცხადებს, რომ უნაყოფოა, 16% არ ცხოვრობს სქესობრივად აქტიური ცხოვრებით, ხოლო 12% ვაგინალური შხაპის იმედადაა. ამგვარად, ქალების დამოკიდებულება არაერთგვაროვანია იმასთან დაკავშირებით არიან თუ არა დაინტერესებული კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენებით, სხვა მეთოდზე გადასვლით, ან აქვთ თუ არა რაიმე მეთოდის გამოყენების სურვილი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ორი ჯგუფია: ის ქალები, ვინც ტრადიციულ მეთოდს იყენებს და ვისაც შემთხვევით დაორსულების სერიოზული რისკი ემუქრება, და ის ქალები, ვისაც ორსულობისგან თავის დაცვა უნდა, მაგრამ სხვადასხვა მიზეზის გამო „დაუკმაყოფილებელი საჭიროება“ აქვს, რაზეც ქვემოთ არის საუბარი.

კონტრაცეფციული საშუალებების არაეფექტურობის და მათი გამოყენების შეწყვეტის მაჩვენებლები. ყველა იმ ქალიდან, ვინც იწყებს კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენებას, გარკვეული რაოდენობა ქალებისა შემთხვევით დაორსულდება ან მეთოდის გამოყენებას სხვა მიზეზით შეწყვეტს. ეს პროცენტული მაჩვენებლები წარმოადგენს იმ მომხმარებელთა განაწილებას, ვინც შეწყვიტა მეთოდი სარგებლობა დაწყებიდან პირველ, მეორე, მესამე და ა.შ. წელს.

თუ გავაერთიანებთ ყველა მეთოდს, მეთოდის გამოყენებისას დაორსულებული ქალების პროცენტული მაჩვენებლებია 10%, 17% და 22% შესაბამისად პირველ, მეორე და მესამე წელს. მოხმარების შეწყვეტის სხვა მიზეზებთან ერთად შემთხვევითი დაორსულების გათვალისწინებით, პირველ, მეორე და მესამე წელს, შესაბამისად, სულ 35%-მა, 53%-მა და 64%-მა შეწყვიტა კონტრაცეპტივების გამოყენება. შემთხვევითი დაორსულება მეთოდის გამოყენების შეწყვეტის ყველა შემთხვევის ერთი მესამედის ტოლია.

მონაცემები არ გვიჩვენებს, თუ რას აკეთებენ ქალები მეთოდის გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ, მაგრამ არსებობს შემდეგი შესაძლებლობები:

- ზოგიერთი ქალი გადადის სხვა მეთოდზე – ან ისეთზე, რომელსაც ადრე იყენებდა, ან ახალზე;
- ზოგიერთი ქალი არაფერს არ იყენებს და ზოგიერთი მათგანი დაუგეგმავად ორსულდება და აბორტის გაკეთებას არჩევს (მათთან ერთად, ვინც მეთოდის გამოყენებისას ორსულდება და აბორტის გაკეთებას არჩევს);
- ზოგიერთი ქალი, რომელიც წყვეტს მეთოდის გამოყენებას, აპირებს სხვა მეთოდზე გადასვლას, მაგრამ ახალი მეთოდის გამოყენების დაწყებამდე დაუგეგმავად ორსულდება. ყველაზე ნაყოფიერ წყვილებში ჩასახვა სწრაფად ხდება, ამიტომ დაცვის შეწყვეტა ხშირად მალე დაორსულებას იწვევს.

დაუგეგმავი ორსულობების მაჩვენებლები ყველაზე მაღალია კალენდარული მეთოდის და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში: იმ ქალების დაახლოებით ერთი მეხუთედი (18%-21%), ვინც ამ მეთოდებს იყენებს, ორსულდება პირველი წლის განმავლობაში, ხოლო 30%-33% - მეორე წელს. საშვილოსნოს შიდა საშუალებების შემთხვევაში დაორსულების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია: მხოლოდ 0,9% პირველ წელს და 1.7% მეორე წელს. აბების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია – შესაბამისად, 7.5% და 10.0%. თუ ქალი აბებს სათანადოდ იყენებდა, აბები არ უნდა ყოფილიყო უეფექტო, მაგრამ პრაქტიკაში სათანადო გამოყენების შემთხვევაშიც კი შესაძლებელია, რომ ქალს გამორჩეს აბის მიღება. პრეზერვატივის გამოყენების არაეფექტურობა პირველ წელს მოხმარებელთა 5%-მა მიუთითა, ხოლო მეორე წელს – 10%-მა; ეს ციფრები გაცილებით დაბალია ბევრი სხვა ქვეყნის მონაცემებზე და შესაძლოა ასახავდეს იმ ფაქტს, რომ ბევრმა ქალმა არ ისურვა ამ თემაზე ლაპარაკი.

ამგვარად, არც ერთი მეთოდი არ არის ბოლომდე დამაკმაყოფილებელი, თუმცა საშვილოსნოს შიდა საშუალებებს ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს გამოყენების თვალსაზრისითაც და ზოგადი პოპულარობის მხრივაც. სტერილიზაციას დაქორწინებული ქალების მხოლოდ 3% იყენებს, მაგრამ ეს მაჩვენებელი 6%-მდე იზრდება 40-44 წლის ქალებში და 8%-მდე იმ ქალებში, ვისაც სამი ან მეტი შვილი ჰყავს. სტერილიზაციის შემთხვევები უკანასკნელ წლებში გახშირდა, თუმცა მეთოდის გამოყენება წლების

მიხედვით დაბალი იყო. ქორწინებაში მყოფი ქალების ნახევარი (49%) ამბობს, რომ გაუგია მიღების ლიგირების შესახებ, ხოლო 37% აცხადებს, რომ იცის, თუ როგორ ხდება ამ მეთოდის გამოყენება; ასე რომ, არსებობს პოტენციური იმისა, რომ მომავალში ამ მეთოდს უფრო მეტი ისეთი ქალი მიმართავს, ვისაც აღარ სურს ბავშვების გაჩენა.

კონტრაცეფციული მომსახურების საჭიროება და მოთხოვნა. ერთ ქალს რვა დაქორწინებული ქალიდან (12%) სურს ორსულობის თავიდან აცილება, მაგრამ არ იყენებს კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს („დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა“). თუ ამ ქალების მაჩვენებელს დაუმატებთ იმ ქალების 19%-იან მაჩვენებელს, ვინც იყენებს ტრადიციულ მეთოდებს, მთლიანი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდზე ქორწინებაში მყოფი ყველა ქალისათვის 31%-ის ტოლია.

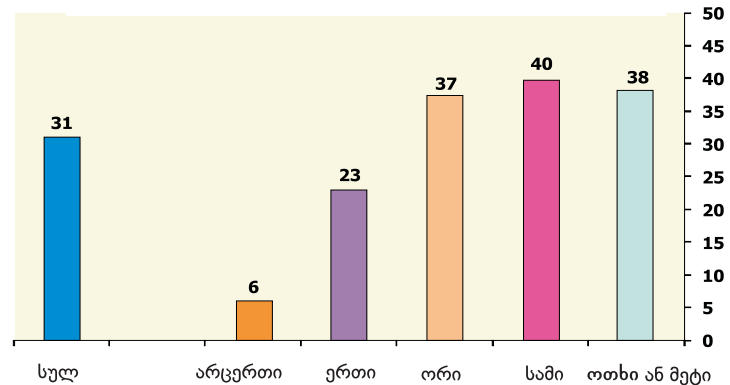
„მოთხოვნა“ დაუკმაყოფილებელ საჭიროებასაც მოიცავს. მოთხოვნა წარმოადგენს დაუკმაყოფილებელი საჭიროებისა და კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი მოხმარების ჯამს. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის კვლევაში აღინიშნა კონტრაცეპტივების ამჟამინდელი მოხმარების 53%-იანი მაჩვენებელი და 12%-იანი დაუკმაყოფილებელი საჭიროება, ანუ მთლიანი მოთხოვნა ტოლია 65%-ისა. ეს მიუთითებს იმ გათხოვილი ქალების მთლიან პროცენტულ მაჩვენებელზე, ვინც ისარგებლებდა მეთოდით, არსებული დაუკმაყოფილებელი საჭიროება მთლიანად რომ დაკმაყოფილებულიყო, როდესაც ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლებს ასევე მივიჩნევთ (თანამედროვე მეთოდის) საჭიროების მქონეებად, ისინი მომხმარებელთა ჯგუფიდან გადავლენ დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონეთა ჯგუფში და ამ უკანასკნელი ჯგუფის მაჩვენებელი გაიზრდება ქორწინებაში მყოფი ქალების 31%-მდე. მხოლოდ თანამედროვე მეთოდის მომხმარებლები (34%) დარჩებიან პრევალენტურ ჯგუფად.

დაუკმაყოფილებელი საჭიროება 2010 წელს შეადგენდა თერთმეტი წლის წინ, 1999 წელს, დაფიქსირებული დონის მხოლოდ ნახევარს (12% შდრ. 24%), ვინაიდან კონტრაცეპტივების მოხმარება გაიზარდა; გარდა ამისა, გარკვეული ზრდა ივარაუდება იმ ქალების ხარჯზე, ვინც კიდევ ერთი ბავშვის გაჩენას აპირებს. 2010 წლისთვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება უფრო მაღალია სოფლად მცხოვრებ, განათლების დაბალი დონის მქონე და

დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებში. მეტი წილი მოდის შეზღუდვაზე და არა გადავადებაზე, 2:1 კოეფიციენტით.

დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონეთა ჯგუფის სიდიდე მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ რამდენი შვილი ჰყავთ ქალებს (გრაფიკი 4.6). ჯგუფში „არა ჰყავს შვილი“ ქალების უმეტესობა ახალგაზრდაა და სურს პირველი ბავშვის ყოლა. ჯგუფში „ჰყავს ერთი შვილი“ ეს მაჩვენებელი გაზრდილია 23%-მდე, ხოლო შვილების მეტი რაოდენობის შემთხვევაში კიდევ უფრო მაღალია – 37%-40%. ეს მონაცემები ადასტურებს ქორწინებაში მყოფი ქალების დიდი რაოდენობის არსებობას, ვისაც ემუქრება არასასურველი ორსულობის რისკი და ვინც არ მოიხმარს კონტრაცეპტივებს.

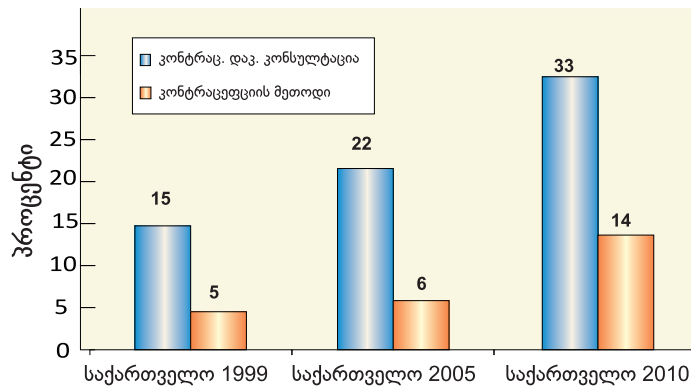
გრაფიკი 4.6 კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე ამჟამინდელი დაუკმაყოფილებელი საჭიროება 15-44 წლის ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის, ცოცხლად შობილი ბავშვების რაოდენობის მიხედვით



რომ შევაჯამოთ, ქორწინებაში მყოფი ქალების 53%-ის გარდა, ვინც მოიხმარს კონტრაცეფციის მეთოდს, 12% ამჟამად ორსულად არის ან ახალი გაჩენილი ჰყავს შვილი, 8%-ს სურს დაორსულება, 9% უნაყოფოა, ხოლო 6% სექსუალურად აქტიური არ არის, რაც 88%-ს შეადგენს. დანარჩენ 12%-ს აქვს დაუკმაყოფილებელი საჭიროება, ან 31%-ს, თუ ამ ჯგუფს ტრადიციული მეთოდების მომხმარებელ ქალებსაც მივათვლით (მიაქციეთ ასევე ყურადღება, რომ ზოგიერთი ქალი, ვისაც ახლახანს ჰყავს შვილი გაჩენილი, მალე დადგება არასასურველი ჩასახვის რისკის წინაშე და შეუერთდება დაუკმაყოფილებელი საჭიროების მქონეთა ჯგუფს).

კონსულტაცია კონტრაცეფციის შესახებ. კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაციისას ხშირად არ ხდება სრული ინფორმაციის მიწოდება ხელმისაწვდომი მეთოდების შესახებ. ამ მხრივ განსაკუთრებით კრიტიკულია ორი ჯგუფი: ქალები, ვისაც ახალი გაჩენილი ჰყავს ბავშვი, და ქალები, ვისაც ახალი გაკეთებული აქვს აბორტი, ვინაიდან ეს ქალები ყველაზე მეტად ექვემდებარებიან მომავალში არასასურველ ჩასახვას. აბორტის შემთხვევებისთვის ტენდენცია კონსულტაციის განწევს თვალსაზრისით გაზრდილია 1999 წლის შემდეგ, მაგრამ მხოლოდ შემთხვევათა მესამედისათვის (33%) (გრაფიკი 4.7), და მხოლოდ 14%-მა მიიღო კონსულტაცია კონკრეტული მეთოდების შესახებ.

გრაფიკი 4.7 კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული კონსულტაციის მიღება აბორტის დროს უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში; საქართველო, 1999, 2005 და 2010 წლები



კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტაციის წყაროები ძალიან განსხვავდება. ძველი და ამჟამინდელი მომხმარებლების ნახევარზე მეტმა (55%) წყაროდ დაასახელა მეანი ან გინეკოლოგი, თუმცა სხვა ქალებმა უკანასკნელი მეთოდის გამოყენება პარტნიორის წინადადებით (24%), საკუთარი გადაწყვეტილებით (9%), მეგობრის რჩევით (5%) ან ნათესავის რჩევით (4%) დაიწყეს და მათ არ მიუღიათ ოჯახის დაგეგმვის რაიმე კონსულტაცია. ქალების დაახლოებით ერთმა მეათედმა განაცხადა, რომ მათთვის რჩევა არავის მიუცია.

კონტრაცეფციის შესახებ რჩევის წყარო ძალზე დამოკიდებულია ამა თუ იმ მეთოდზე. საშვილოსნოს შიდა საშუალებების თითქმის ყველა მომხმარებელმა (94%) და თითქმის ყველა ქალმა, რომელთაც სტერილიზაცია ჰქონდათ ჩატარებული (90%), ეს მეთოდები აირჩიეს მეანის ან გინეკოლოგის რჩევით, ისევე როგორც ორალური კონტრაცეფციის მომხმარებელთა 78%-მა. კონდომების მომხმარებელთა მხოლოდ 12%-ს ჰქონდა რჩევა მიღებული სამედიცინო სფეროს მუშაკისგან. უმეტესობა კონდომს პარტნიორის წინადადებით (57%), საკუთარი გადაწყვეტილებით (20%) ან მეგობრების/ნათესავების რჩევით (7%) იყენებდა.

ქალებისთვის დამახასიათებელი ჩვევები დიდ ზეგავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობაზე, თუმცა აუცილებელია ჯანდაცვის როგორც კერძო, ისე სახელმწიფო მომსახურების გაუმჯობესება, განსაკუთრებით მოსახლეობის დაუცველი ჯგუფებისთვის. მომსახურების ღირებულება სერიოზულ პრობლემად რჩება და წარმოადგენს დაბრკოლებას სამედიცინო მომსახურების მიღებისთვის. დაზღვევა მოსახლეობის მხოლოდ ერთ მეხუთედს აქვს. რუტინულ გინეკოლოგიურ ვიზიტებს არა აქვს რეგულარული ხასიათი; ქალების მხოლოდ მეათედს აქვს ჩატარებული მამოგრაფია და მხოლოდ მეხუთედს სმენია ადამიანის პაპილომის ვირუსის ან მისი სანინაალმდეგო ვაქცინის შესახებ. თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის მიღება ნაკლები პრობლემებია, თუმცა მათი დონე უფრო მაღალია ზოგიერთ ქვეჯგუფში.

თავი 5. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები

სათანადო ქცევა, სამედიცინო ზრუნვასთან ერთად, მნიშვნელოვანი კომპონენტია ქალის კარგი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის. რეგულარული შემოწმების და სკრინინგის გავლას, აგრეთვე თამბაქოს მოწევისა და ალკოჰოლის გადაჭარბებით მიღებისთვის თავის არიდებას დიდი წვლილის შეტანა შეუძლია ავადობის შემცირებაში და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში. ამ თავში მოცემულია ინფორმაცია ქალთა სხვადასხვა სახის ქცევაზე, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობაზე.

გავრცელებული სურათი: 15-44 წლის ქალების დაახლოებით 37%-მა განაცხადა, რომ მიუმართავს სამედიცინო დაწესებულებისთვის ბოლო ერთი წლის განმავლობაში. აქედან ნახევარმა (51%) დაწესებულებას მიმართა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის, 41%-მა – პევენციული მომსახურებისათვის, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვისათვის, ხოლო 20%-მა - ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ (საერთო ჯამში 100%-ზე მეტი, მრავალჯერადი ვიზიტების გამო). ქალების უმრავლესობამ (79%) განაცხადა, რომ აქვს ჩვეული ადგილი სამედიცინო დახმარების უმეტესი ნაწილის მისაღებად; ამ ქალების უმეტესობა სამედიცინო დახმარებას იღებდა საავადმყოფოებში (38%) და ამბულატორიულ კლინიკებში (ანუ პოლიკლინიკებსა და ქალთა საკონსულტაციო კლინიკებში) (26%). მხოლოდ უმცირესობა იღებდა ჩვეულ სამედიცინო მომსახურებას პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში (14%).

დაყოვნებას სამედიცინო მომსახურების მიღებაში ხშირად აქვს ადგილი და ხშირად ამის მიზეზი მომსახურების ღირებულებაა. რესპონდენტთა ერთმა მეოთხედმა (25%) განაცხადა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში მათ მოუწიათ სამედიცინო მომსახურების (გადაუდებელი, პრევენციული თუ ქრონიკული დაავადებების მკურნალობა) მიღების გადადება. ამ ქალების დიდმა უმრავლესობამ (82%) აღნიშნა, რომ ყველაზე მეტად დამაბრკოლებელი ფაქტორი სამედიცინო მომსახურების ფასი იყო.

ჯანმრთელობის დაზღვევა არ არის საყოველთაო: ქალების მხოლოდ 22%-ს ჰქონდა ჯანმრთელობის რაიმე დაზღვევა ინტერვიუს დროს. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრები მოსახლეობის გეოგრაფიულად არათანაბრად გავრცელების გამო სოფლად მცხოვრები ქალები უფრო ხშირად იყვნენ დაზღვეულნი ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევით (70%), ვიდრე კერძო დაზღვევით (30%), განსხვავებით ქალაქად მცხოვრები ქალებისაგან (შესაბამისად 29% და 71%).

კიბოს სკრინინგი: რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტები საქართველოში არ არის ხშირი – სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების მხოლოდ 24%-მა მიიღო პრევენციული მომსახურება („სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე“ ეხება უპირველეს ყოვლისა ქორწინებაში მყოფ ყველა ქალს). ცხადია, რომ რუტინული გინეკოლოგიური შემოწმებების დაბალ სიხშირეს გავლენა აქვს გინეკოლოგიური სიმსივნეების ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაზე, ვინაიდან საშვილოსნოს ყელისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი, ჩვეულებრივ, ტარდება ან ინიშნება რუტინული გინეკოლოგიური ვიზიტების დროს. ამას ასევე საკმაოდ უარყოფითი გავლენა აქვს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებსა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა ინფორმაციის გავრცელებაზე.

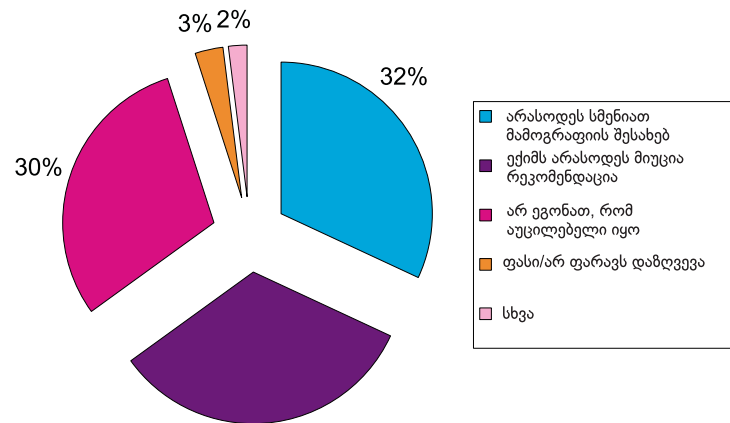
სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვა სასარგებლოა კიბოს გამოვლენისათვის, მაგრამ სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების მხოლოდ 42%-ს ჩაუტარებია ოდესმე თვითგასინჯვა. ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო 2005 წლის მაჩვენებელთან (29%) შედარებით, მაგრამ იგი მაინც ძალიან დაბალია. რაც შეეხება სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვის სიხშირეს, სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების 17% იტარებდა თვითგასინჯვას ყოველთვიურად, 12% – 2-5 თვეში ერთხელ, 12% – 6-12 თვეში ერთხელ ან ნაკლები სიხშირით, ხოლო 58%-ს არასოდეს ჩაუტარებია.

სარძევე ჯირკვლების თვითგასინჯვა არ არის თავისთავად საკმარისი; ქალებს ასევე დაუსვენს კითხვა ძუძუს კლინიკური გასინჯვისა და მამოგრაფიის ჩატარებასთან დაკავშირებით. სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილების მქონე ქალების მეხუთედზე ნაკლებს (18%) გაუვლია ოდესმე კლინიკური გასინჯვა (ძუძუს ფიზიკური გასინჯვა, ჩატარებული პროფესიონალის მიერ, არსებული ცვლილებების გამოსავლენად).

რადგან ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი იზრდება ასაკთან ერთად, მამოგრაფიული სკრინინგი ძირითადად შედარებით ასაკოვან ქალებზეა ორიენტირებული, მაგრამ 40-44 წლის ქალების მხოლოდ 10%-ს ჩაუტარებია ოდესმე მამოგრაფიული სკრინინგი. 15-44 წლის ყველა ქალის გამოკითხვისას ყველაზე მნიშვნელოვან მიზეზებად იმისა, თუ რატომ არასოდეს ჩაუტარებიათ მამოგრაფია, ქალებმა დაასახელეს შემდეგ მიზეზები: ექიმს არ მიუცია

რეკომენდაცია ამასთან დაკავშირებით, მათ არ უფიქრობათ, რომ ეს აუცილებელი იყო, და მათ არასოდეს სმენიათ მამოგრაფიის შესახებ. ამ მიზეზებმა დასახელებული მიზეზების 85% შეადგინა (გრაფიკი 5.1).

გრაფიკი 5.1 ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზები იმისა, თუ რატომ არასოდეს ჩაუტარებიათ მამოგრაფიული გამოკვლევა, სქესობრივი ცხოვრების მქონე 15-44 წლის ქალებში.

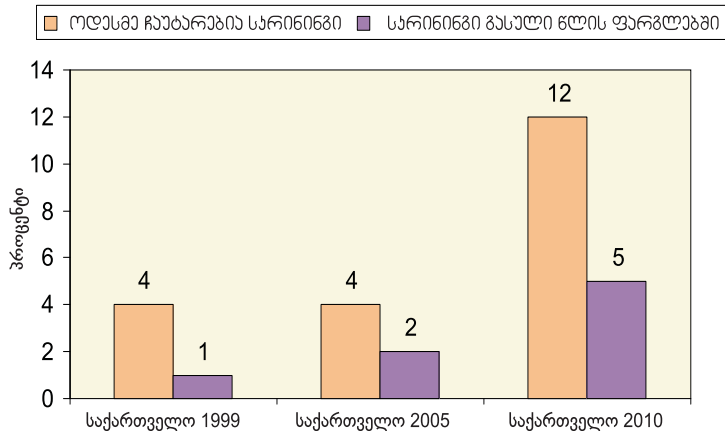


საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ჩატარების შემთხვევები ასევე ცოტა იყო: სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალების მხოლოდ 12%-მა მიუთითა, რომ მათ ოდესმე ჩატარებული ჰქონდათ Pap-ტესტი; ეს ძალიან დაბალი მაჩვენებელია, მაგრამ მაინც სამმაგი ზრდაა იმ 4%-თან შედარებით, რომელიც 1999 და 2005 წლებში გამოვლინდა (გრაფიკი 5.2). ბოლო წლებში წამოწყებული იქნა სერიოზული კამპანია კიბოს სკრინინგის გასაფართოებლად. ეს კამპანია თბილისში დაიწყო და რეგიონებზეც გავრცელდა. ჩატარდა ადრინდელი გამოცდილების (რვა თვე, რომელიც 2008 წლის დეკემბერში დასრულდა) კვლევა¹ ხარჯებთან სკრინინგების რაოდენობის კორელაციის დასადგენად, რაც მიზნად ისახავდა პროგრამის სამომავლო – 2015 წლამდე გავრცობის დაგეგმვას. სარძევე ჯირკვლების და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის შემთხვევები ცალ-ცალკე გაანალიზდა, იმის გათვალისწინებით, რომ ქალების უმეტესობას (77%) ორივე ჩატარებული

1. ჯ.როსი, 2009. „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საქართველოში: კონტრაცეფცია, აბორტი და ხარჯები“, თბილისი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA).

ჰქონდა. კვლევის მიხედვით, ერთი სკრინინგის ღირებულება საშვილოსნოს ყელის შემთხვევაში ტოლი იყო 15 აშშ დოლარის, ხოლო სარძევე ჯირკვლების შემთხვევაში – 12 აშშ დოლარისა. ეს ციფრები უნდა განახლდეს, ვინაიდან პროგრამის მასშტაბი გაიზარდა.

გრაფიკი 5.2 საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ჩატარება სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის ქალებში.



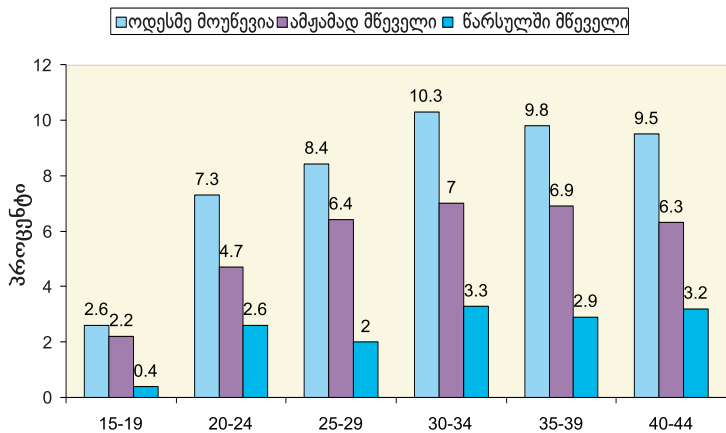
პაპილომა ვირუსის (HPV) ვაქცინის შესახებ ინფორმაცია საქართველოში უფრო ხელმისაწვდომი გახდა, თუმცა 2010 წლის კვლევისას 15-44 წლის ქალების მხოლოდ მეხუთედს (21%) სმენოდა HPV ინფექციის შესახებ და მხოლოდ 18%-ს ვაქცინის შესახებ. შეიტყვეს რა ამ ვაქცინის ეფექტიანობის შესახებ საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციაში, 29%-მა გამოთქვა მისი შექმნის სურვილი.

თითქმის ყველა გამოკითხულმა ქალმა (95%) იცოდა ტუბერკულოზის შესახებ, მაგრამ მხოლოდ ორმა მესამედმა (67%) სწორად აღნიშნა, რომ მისი გადაცემა ხდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით ხველებისას. ქალთა საკმაოდ დიდი რაოდენობა იყო ტუბერკულოზით დაავადების რისკის ქვეშ ოჯახში ტუბერკულოზით დაავადებული წევრის არსებობის გამო (9%) ან ტუბერკულოზით დაავადებულ სხვა ადამიანთან ხშირი კონტაქტის გამო (12%). ქალთა მხოლოდ სამმა მეოთხედმა (75%) იცოდა, რომ ტუბერკულოზისაგან სრულიად განკურნება შესაძლებელია. კითხვაზე, თუ რა არის ტუბერკულოზით ინფიცირებული

ადამიანების მკურნალობის ყველაზე შესაფერისი საშუალება, დიდმა უმრევლესობამ (82%) მიუთითა, რომ ისინი უნდა ყოფილიყვნენ ჰოსპიტალიზებულნი, 14%-მა - რომ თავიდან უნდა ყოფილიყვნენ ჰოსპიტალიზებულნი და შემდეგ მკურნალობა გაეგრძელებინათ ბინაზე, ხოლო 2%-მა უპასუხა, რომ მათ სრულად უნდა ემკურნალათ სახლში.

თამბაქოს მოწევა შედარებით ნაკლებად არის გავრცელებული ქართველ ქალებს შორის. მთლიანობაში ქალების მხოლოდ 8%-მა მიუთითა, რომ ოდესმე მოუწევიათ თამბაქო, აქედან 6% კვლევის ჩატარების დროს იყო მწვეელი, ხოლო 2% - წარსულში მწვეელი („მწვეელი“ და „წარსულში მწვეელი“ შეჯამებულია როგორც „ოდესმე მწვეელი“) (გრაფიკი 5.3). ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ქალაქად მცხოვრებ ქალებში, სოფლად მცხოვრებ ქალებთან შედარებით. მაგალითად, მწვეელი იყო ქალაქელი ქალების 9% (თბილისელი ქალების 13%) და სოფლად მცხოვრები ქალების მხოლოდ 2%.

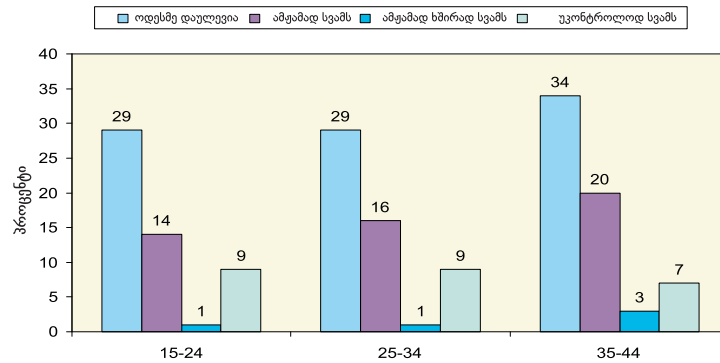
გრაფიკი 5.3 მუდმივი, ამჟამინდელი და ადრინდელი მწვეელები 15-44 წლის ქალებში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



ზოგიერთი ქალისთვის, ვინც თვითონ არ ეწევა, პრობლემას წარმოადგენს პასიური მოწევა, ვინაიდან მათ გარშემო ეწევიან მამაკაცები ან სხვა ქალები. ყოველი ორი ქალიდან ერთმა აღნიშნა, რომ ისინი იმყოფებოდნენ პასიური მოწევის მაღალი ზემოქმედების ქვეშ (ბოლო 30 დღის განმავლობაში) როგორც სახლში, ასევე სამსახურში. ქალების 52%-მა განაცხადა, რომ სახლში პასიური მოწევის ზემოქმედება მაღალი იყო.

ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება ცალკე პრობლემაა. საშუალოდ, ქალების 31%-ს ოდესმე მაინც დაუღევია ალკოჰოლური სასმელი, ხოლო 17% ახლაც სვამს, მაგრამ მხოლოდ 2%-ია ალკოჰოლის ხშირი მომხმარებელი. ქალთა რვა პროცენტმა აღიარა ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება (5 ან მეტი ჭიქა ერთ ჯერზე) კვლევის წინა სამი თვის განმავლობაში (**გრაფიკი 5.4**). ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება უფრო ხშირია ქალაქში მცხოვრებ ქალებში (9%), განსაკუთრებით თბილისში (12%).

გრაფიკი 5.4 ალკოჰოლური სასმელების მოხმარების პროცენტული მაჩვენებლები 15-44 წლის ქალებს შორის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



შენიშვნა: ამ მოკლე თავში განხილულია შერჩეული მახასიათებლები, რომლებიც ეხება ახალგაზრდა ქალების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. ეს თემა ფართოდ არის განხილული ჩვენი კოლეგების მიერ გამოცემულ ნაშრომში, რომელიც მთლიანად ამ თემას ეძღვნება.

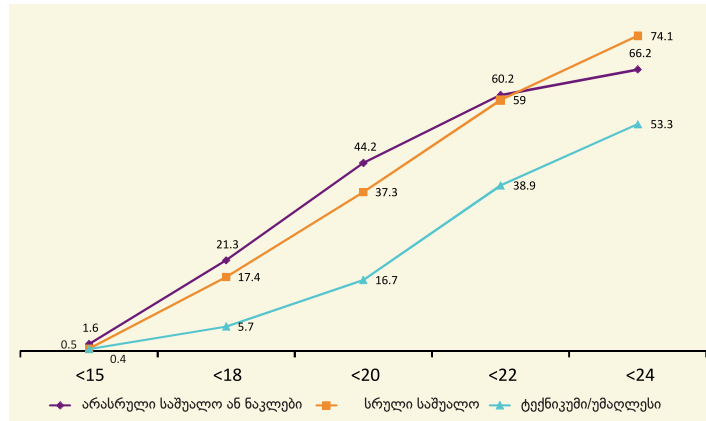
ახალგაზრდა ქალებს განსაკუთრებული საჭიროებები აქვთ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში და ეს საჭიროებები განსხვავდება ჯერ დაუქორწინებელი ქალებისთვის. როგორც დაუქორწინებელ, ისე დაქორწინებულ ახალგაზრდა ქალებს არასათანადო ცოდნა აქვთ საკუთარ სხეულთან, საკუთარ სექსუალობასთან და კონტრაცეფციის საჭიროებებთან დაკავშირებით. სკოლებში არსებული ზოგიერთი პროგრამა ითვალისწინებს ახალგაზრდების საჭიროებას ინფორმაციაზე. აუცილებელია ამ საჭიროების უფრო სრულად დაკმაყოფილება. დაქორწინებული ახალგაზრდა ქალების უმეტესობას პირველი ბავშვის გაჩენა შედარებით მალე სურს, თუმცა ბავშვის გაჩენის შემდეგ ბევრ მათგანს დაუგეგმავი ორსულობის პრობლემა უჩნდება.

თავი 6. ახალგაზრდები

- სქესობრივი კავშირი ქორწინებამდე ძალიან უჩვეულოა. ახალგაზრდა (15-24 წლის) ქალების თითქმის მესამედმა საქართველოში აღნიშნა, რომ აქვს სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილება (32%); მათ დიდ უმრავლესობას (31%) პირველი სქესობრივი კავშირი ქორწინების შემდეგ ჰქონდა.
- ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან განსხვავებას პირველი სქესობრივი კავშირის დამყარების ასაკში (ქორწინების შემდეგ) ადგილი აქვს განათლების დონებს შორის; საშუალო ან ნაკლები განათლების მქონე ახალგაზრდა ქალების ნახევარზე მეტს ჰქონია სქესობრივი კავშირი 22 წლის ასაკამდე, მაშინ, როცა უნივერსიტეტ ან ტექნიკუმდამთავრებულ ახალგაზრდა ქალებში იგივე მაჩვენებელი 39%-ია (გრაფიკი 6.1).
- პირველი სქესობრივი ურთიერთობისას კონტრაცეპტივების გამოყენება საქართველოში საკმაოდ უჩვეულოა, მიუხედავად იმისა, გათხოვილია ქალი თუ არა. პირველი სქესობრივი კავშირისას კონტრაცეფციული მეთოდის გამოუყენებლობის ძირითადი მიზეზი, გათხოვილ რესპონდენტთა თქმით, დაორსულების სურვილია (67%). მნიშვნელოვანი იყო ის გარემოებაც, რომ მათ არ უფიქრიათ მეთოდის გამოყენებაზე (24%). ზოგადად კონდომების შესახებ ცოდნა ფართოდ არის გავრცელებული, მაგრამ ახალგაზრდა ქალების დამოკიდებულება მათ მიმართ არაერთგვაროვანია.
- სქესობრივი განათლების სფეროში სასკოლო პროგრამების არსებობაზე რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარი მიუთითებს, თუმცა ადგილი აქვს ფართო განსხვავებებს რეგიონისა და ქონებრივი კვინტილის მიხედვით. სქესობრივი განათლების თემებს შორის არის: „როგორ ხდება დაორსულება“, კონტრაცეფცია, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და ა.შ.

- ახალგაზრდა ქალებს შორის, რომელთაც პირველი სქესობრივი კავშირი 18 წლამდე ჰქონდათ (ქორწინების შემდეგ), ნახევარზე მეტს ჰყავდა ხუთი-ათი ან მეტი წლით მათზე უფროსი პარტნიორი, რაც ასახავს მნიშვნელოვან განსხვავებას მეუღლეთა ასაკში ქორწინებისას ყველაზე ახალგაზრდა ქალებისათვის.

გრაფიკი 6.1 იმ ახალგაზრდა ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც შეიძინეს სქესობრივი გამოცდილება შერჩეულ ასაკამდე, განათლების დონის მიხედვით.



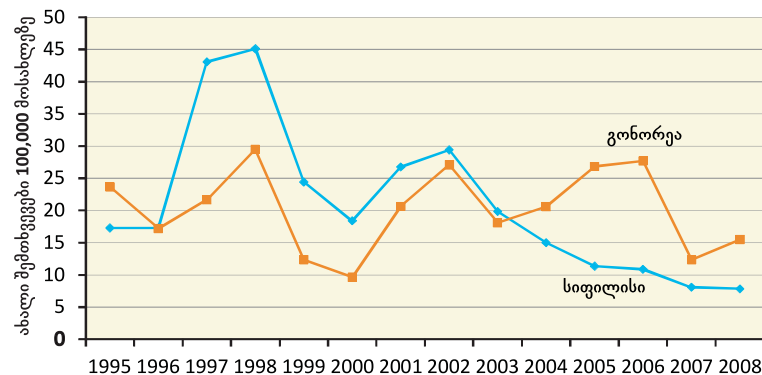
სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) გავრცელება, მათ შესახებ, ასევე მათი პრევენციის შესახებ ცოდნა საზოგადოებაში განსხვავებულია. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ცოდნის დონემაც და შემონშებამაც მათ გამოსავლენად იკლო და ისინი არაადეკვატურია. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისა და შიდს-ის მაჩვენებლები დაბალი, თუმცა მზარდია და ამიტომ არსებითი მნიშვნელობა აქვს დროულ რეაგირებას, რათა თავიდან იქნას აცილებული მათი გავრცელება ჰეტეროსექსუალურ მოსახლეობაში.

თავი 7. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები. ამ თავის დასაწყისში მოცემულია ინფორმაცია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ, რასაც მოჰყვება საუბარი აივ/შიდს-ზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2005 წლისათვის 15-49 წლის ადამიანებს შორის მსოფლიოს მასშტაბით ყოველწლიურად ადგილი ჰქონდა სქესობრივი გზით გადამდები განკურნებადი ინფექციების 448 მილიონ ახალ შემთხვევას. მამაკაცებთან შედარებით, ქალებში დაავადებების შედეგები უფრო მძიმეა და გრძელვადიანი. გონოკოკური და ქლამიდიოზური ინფექციები ქალებში, რომლებსაც არ უმკურნალიათ, შემთხვევათა 40%-ში გამოიწვევს გინეკოლოგიურ ანთებით ინფექციებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ოთხი შემთხვევიდან ერთის შედეგი იქნება უშვილობა ქალებში. გარდა ამისა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ზრდის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირების და ამ ვირუსის გავრცელების საშიშროებას.

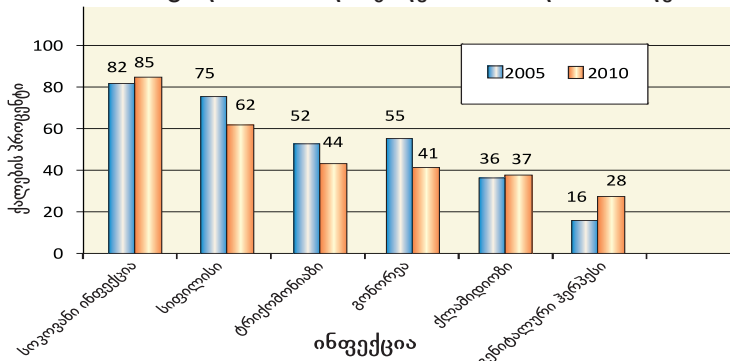
ბოლო 20 წლის განმავლობაში ყოფილი საბჭოთა კავშირის ბევრი ქვეყანა მოიცვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, განსაკუთრებით სიფილისის, მასშტაბურმა ეპიდემიებმა. კავკასიის რეგიონში სიფილისის გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი საქართველოშია დაფიქსირებული. სიფილისის შემთხვევათა რაოდენობის სწრაფი ზრდა 1995-1998 და 2000-2002 წლებში აღინიშნა. გონორეის გავრცელების მაჩვენებელმა პიკს რამდენჯერმე მიაღწია - 1998, 2002 და 2006 წლებში (30 ახალი შემთხვევა 100,000 სულ მოსახლეზე) (გრაფიკი 7.1).

გრაფიკი 7.1 სიფილისისა და გონორეის ახლად დიაგნოსტირებული შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე საქართველოში: 1995-2008 წ.წ.



გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ, გარდა აივ/შიდს-ისა. 88%-ისთვის ცნობილი იყო, სულ მცირე, ერთი დაავადება. ინფორმირებულობა, სულ მცირე, ერთი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის შესახებ მაღალი იყო ქვეყნის ქალაქებში (92%), 25-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (93%-ზე მეტი), მაღალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებს შორის (91%-94%), უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში (96%) და სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს შორის (94%). ყველაზე მაღალი იყო სოკოვანი ინფექციის შესახებ ინფორმირებულობის მაჩვენებელი – 85%, მას მოსდევდა სიფილისის შესახებ ცოდნა – 62% (გრაფიკი 7.2). თუმცა ქალები ყველაზე ნაკლებად იყვნენ გათვითცნობიერებული ტრიქომონიაზის, გონორეისა და ქლამიდიოზის შესახებ მხოლოდ 37%-44%. ცოდნის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნა გენიტალურ ჰერპესთან დაკავშირებით (28%).

გრაფიკი 7.2 სქესობრივი გზით გადამდები შეჩვეული ინფექციების ცოდნა 15-44 წლის ქალებში; 2005 და 2010 წლები



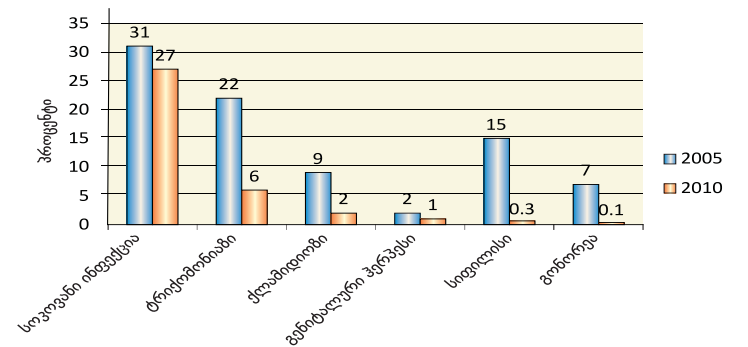
რესპონდენტებს, ვისთვისაც ცნობილი იყო სქესობრივი გზით გადამდები, სულ მცირე, ერთი დაავადება, სთხოვეს, სპონტანურად დაესახელებინათ ინფექციებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. ქალების 20%-მა ვერ დაასახელა ვერცერთი სიმპტომი, უმეტესობამ დაასახელა მხოლოდ ერთი ან ორი სიმპტომი (შესაბამისად 25% და 26%), როგორც არის ვაგინალური გამონადენი და ქავილი. პასუხები უფრო იშვიათი იყო განათლების უფრო დაბალი დონის და დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებში, სოფლად მცხოვრებ ქალებში, ასევე აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებში და იმ ქალებში, ვისაც არა აქვს სექსუალური გამოცდილება.

კიდევ ერთი საინტერესო საკითხია ქალების მიერ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შექმნის რისკის აღქმა. რესპონდენტებს, ვისთვისაც ცნობილი იყო

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სულ მცირე ერთი სიმპტომი, სთხოვეს, შეეფასებინათ მათთვის არსებული რისკი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციით დაავადებისა. უმეტესობა (55%) ფიქრობს, რომ არ ემუქრება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გადადების საფრთხე, 38% ფიქრობს, რომ მცირე რისკი არსებობს, ხოლო 3%-ის აზრით რისკი საშუალოა. პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისა, ვინც ფიქრობს, რომ საფრთხე არსებობს, უფრო მაღალია ქალაქებში, ვიდრე სოფლად. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების რისკის გათვითცნობიერების მაჩვენებელი იზრდება რესპონდენტთა განათლებისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით.

გამოკვლეული იქნა, აგრეთვე, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გამოსავლენად გამოკვლევების ჩატარების მაჩვენებლები. სქესობრივი გამოცდილების მქონე ქალებს (ძირითადად ოდესმე გათხოვილი ქალების ჯგუფში) დაუსვეს კითხვა, თუ გაუვლიათ ოდესმე გამოკვლევა თითოეულზე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებიდან. მთლიანობაში 29%-მა განაცხადა, რომ გაუვლია გამოკვლევა, სულ მცირე, ერთ ინფექციაზე, აივ/შიდს-ის გარდა. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებიდან ყველაზე მეტად გადიან გამოკვლევებს სოკოვანი ინფექციებზე (27%), ტრიქომონიაზზე (7%), ქლამიდიოზზე (3%) და გენიტალურ ჰერპესზე (1%). სიფილისზე და გონორეაზე გამოკვლევებს ყველაზე ნაკლებად იტარებენ. როგორც 7.3 გრაფიკზეა ნაჩვენები, გამოკვლევები უფრო იშვიათი იყო 2010 წელს, ვიდრე 2005-ში, გაურკვეველი მიზეზების გამო.

გრაფიკი 7.3 სქესობრივი გამოცდილების მქონე 15-44 წლის იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ოდესმე ჩატარებული აქვთ გამოკვლევა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე; 2005 და 2010 წლები



გამოკვლევული იქნა ასევე სიმპტომების არსებობა: სქესობრივად აქტიურ ყველა რესპონდენტს დაუსვეს შეკითხვა, ხომ არ აღნიშნათ ინტერვიუმდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისთვის დამახასიათებელი რომელიმე სიმპტომი. საინტერესოა, რომ ერთმა მეხუთედმა თქვა, რომ აღნიშნული პერიოდის განმავლობაში ჰქონდათ უსიამოვნო სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენი, 13%-ს აწუხებდა წვა და ქავილი სასქესო ორგანოების არეში, 9%-ს - წვა და ტკივილი შარდვის დროს, 6%-ს - ტკივილი სქესობრივი კავშირის დროს და 3%-ს სასქესო ორგანოების არეში ჰქონდა იარა, წყლული ან მეჭეჭები. ყველა ეს სიმპტომი უფრო მეტად აღინიშნებოდა სოფლად მცხოვრებ ქალებში, ვიდრე ქალაქის მკვიდრებში. სიმპტომები შესაბამისად იკლებდა უფრო მაღალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებში. სხვა მხრივ შეინიშნებოდა მხოლოდ არასისტემური ხასიათის განსხვავებები სიმპტომებში მოსახლეობის ქვეჯგუფების მიხედვით.

კიდევ ერთი თემა იყო ექიმისთვის მიმართვა მკურნალობის გასაველად. ინტერვიუმდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისთვის დამახასიათებელი სულ მცირე ერთი სიმპტომის მქონე ქალების ნახევარზე მეტმა მიაკითხა ექიმს მკურნალობის გასაველად. ეს მაჩვენებელი იზრდებოდა განათლების დონისა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის ზრდასთან ერთად. ამ კატეგორიის რესპონდენტთა უმრავლესობას (80%) მკურნალობა ჩაუტარა მევანმა ან გინეკოლოგმა, ხოლო 15% თვითმკურნალობას მიმართავდა.

მიზეზები იმისა, თუ რატომ არ მიმართავდნენ ქალები ექიმს, განსხვავებული იყო. ქალების ორმა მესამედმა თქვა, რომ არ ჰქონდა ფინანსური საშუალება მომსახურების ან მკურნალობის ხარჯების დასაფარად. აღნიშნული მიზეზი განსაკუთრებით ხშირად დასახელდა 35-44 წლის, თბილისის ფარგლებს გარეთ მცხოვრებ, ყველაზე დაბალი სამი დონის განათლების მქონე და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალების მიერ. ქალების დაახლოებით 12%-მა თქვა, რომ სიმპტომები დროთა განმავლობაში გაქრა; კიდევ 6%-ს არ ეგონა, რომ ინფიცირებული იყო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებით, ხოლო 4%-მა არ მიაკითხა ექიმს იმიტომ, რომ შეეშინდა დიაგნოზის გაგება. ყველა კატეგორიის ქალებს შორის ფინანსური საშუალების უქონლობა მთავარი მიზეზი იყო.

რესპონდენტებს, ვისთვისაც ცნობილი იყო მინიმუმ ერთი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია, დაუსვეს კითხვა ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყაროს შესახებ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის აივ/შიდს-ის, თაობაზე. ინფორმაციის ძირითად წყაროს წარმოადგენდა ტელევიზია (43%), შემდეგ მეგობრები/კოლეგები (15%), ჯანდაცვის სფეროს მუშაკები (14%), სპეციალიზებული ლიტერატურა (7%) და ბექედური მედია (6%). ქალების ერთ პროცენტზე ნაკლებმა დაასახელა ქმარი ან პარტნიორი. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ინფორმაციის მინოდების თვალსაზრისით ასევე ძალიან მცირე როლს თამაშობენ მშობლები (4%), სხვა ნათესავები (5%), მასწავლებლები (2%) და ინტერნეტი (2%); თუმცა ეს მაჩვენებლები ჯამში მნიშვნელოვანი 14%-ის, ანუ შვიდიდან ერთი ქალის, ტოლია. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია, რომ აქ საუბარია ძირითად წყაროებზე. რეალობაში ბევრ ქალს მიეწოდება ინფორმაცია სხვადასხვა წყაროდან.

რესპონდენტებს ასევე დაუსვეს კითხვა, უნახავთ ან მოუსმენიათ თუ არა უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში საზოგადოებრივი განცხადებები ან ინფორმაცია ტელევიზიით ან რადიოთი, ან ნაუკითხავთ თუ არა ჟურნალ-გაზეთებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ. სამწუხაროდ, გამოკითხულთა ორ მესამედს (67%) არ მოუსმენია, არ უნახავს და არ ნაუკითხავს მედიაში არავითარი ინფორმაცია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ. დანარჩენ ქალებში 11%-მა თქვა, რომ უნახავს განცხადება ან ინფორმაცია ტელევიზიით, 3%-ს ნაუკითხავს რაიმე ინფორმაცია ჟურნალ-გაზეთებში და ერთ პროცენტზე ნაკლებს მოუსმენია განცხადება ან ინფორმაცია რადიოს საშუალებით.

მთლიანობაში გამოკვლევამ აჩვენა საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალების უმეტეს ჯგუფებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ინფორმირებულობისა და სათანადო ცოდნის ნაკლებობა. ამის შედეგია, რომ ბევრი ქალი სათანადოდ ვერ აფასებს ამ ინფექციებით დაავადების საფრთხეს. მნიშვნელოვანია კულტურული თვალსაზრისით შესატყვისი საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო პროგრამების შემუშავება და გავრცელება ახალგაზრდებს, ნაკლებად განათლებულ ადამიანებს, სოფლად მცხოვრებთ და ყველაზე დაბალ ქონებრივ კვინტილს მიკუთვნებულ ქალებს შორის. სათანადოდ დაგეგმილ ჩარევას დიდი დახმარების განევა

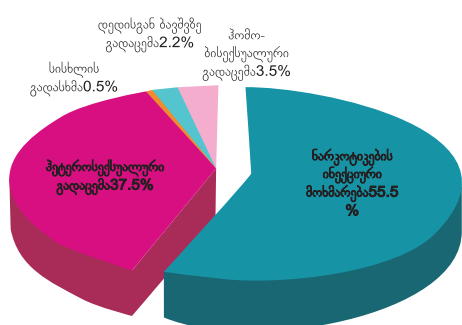
შეუძლია აღნიშნულ ჯგუფებში სქესობრივი გზით გადაამდები ინფექციების შემდგომი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდს-ი)

აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის ქვეყნებში კვლავ მძვინვარებს აივ/შიდს-ის ეპიდემია. აივ ინფექცია უფრო სწრაფად ვრცელდება ამ ქვეყნებში, ვიდრე მსოფლიოს ნებისმიერ სხვა რეგიონში. ამ ქვეყნებში აივ ინფექციის გავრცელების მთავარი გზაა ინტრავენური ნარკომანია, თუმცა უკანასკნელ წლებში აღინიშნება აივ-ის სქესობრივი გზით გადაცემის გახშირება, განსაკუთრებით ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს შორის. საქართველო კვლავ აივ-ის დაბალი პრევალენტობის ქვეყანად რჩება (0.087%), თუმცა უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში აღინიშნება აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობის სტაბილური ზრდა.

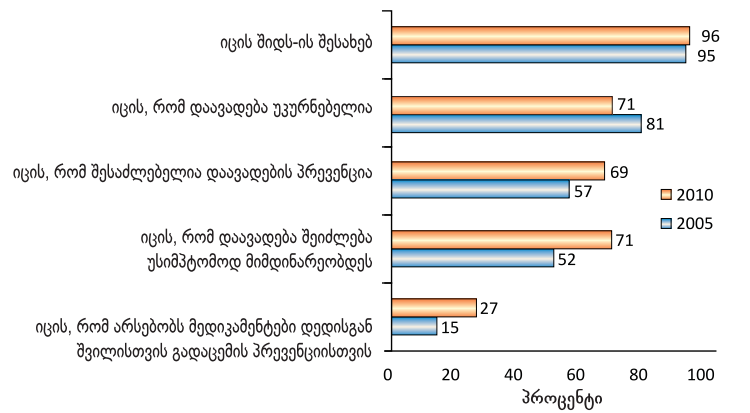
არსებობს აივ ინფექციის სწრაფად გავრცელების რისკი, რაც განპირობებულია ქვეყანაში ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების, სქესობრივი გზით გადაამდები ინფექციების, B და C ჰეპატიტების ფართოდ გავრცელებით და მზარდი მიგრაციით მეზობელ ქვეყნებში, როგორცაა რუსეთი და უკრაინა, სადაც ამჟამად მძვინვარებს აივ ეპიდემია. საქართველოში აივ ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა არის ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარება (55.5%), მაგრამ უკანასკნელ წლებში ჰეტეროსექსუალებს შორის სქესობრივი გზით გადაცემა მნიშვნელოვნად გახშირდა და გადაადების ყველა შემთხვევის 37.5%-ს მიაღწია (გრაფიკი 7.4).

გრაფიკი 7.4 აივ/შიდს-ის გადაცემის გზები საქართველოს აივ/შიდს-ის ეპიდემიადამუდგელობის სისტემის მონაცემებით



აივ/შიდს-ის შესახებ ინფორმირებულობისა და მართებულ ცოდნის შესაფასებლად ყველა რესპონდენტს დაუსვეს კითხვა - სმენიათ თუ არა აივ/შიდს-ის შესახებ. მართალია, რესპონდენტების დიდმა უმრავლესობამ (96%) განაცხადა, რომ სმენია აივ/შიდს-ის თაობაზე, მაგრამ ქალების შედარებით მცირე რაოდენობამ იცოდა 7.5 გრაფიკზე მოცემული დეტალების შესახებ. მთლიანობაში ქალების 71%-ს სჯეროდა, რომ აივ/შიდს-ი განუკურნებელი დაავადებაა, რაც კლებდა 2005 წლის კვლევის შედეგებთან შედარებით, თუმცა სხვა ინდიკატორებმა აჩვენა მკაფიო გაუმჯობესება 2005 წელთან შედარებით. ამჯერადაც რესპონდენტების მხოლოდ 69%-მა იცოდა, რომ შესაძლებელია აივ ინფექციის პრევენცია და მხოლოდ 71%-მა იცოდა იმის შესახებ, რომ შესაძლებელია აივ ინფექცია სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობდეს. დედისგან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის საპროფილაქტიკო მედიკამენტების არსებობის შესახებ მხოლოდ 27%-მა იცოდა.

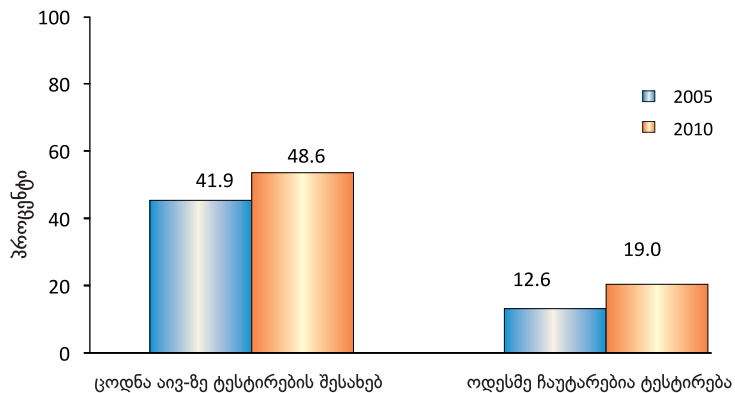
გრაფიკი 7.5 აივ/შიდს-ის შესახებ ინფორმირებულობა და ცოდნა 15-44 წლის ქალებს შორის



დიდი პრობლემაა ცოდნის ნაკლებობა, ვინაიდან ქალებს, რომლებიც არ არიან ინფორმირებულნი, განსაკუთრებული საფრთხე ემუქრებათ აივ ინფექციის გადადებისა, თუ სქესობრივ კავშირს დაამყარებენ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებულ, სხვა მხრივ ჯანმრთელ, პარტნიორთან. აუცილებელია ზოგადად მოსახლეობისთვის ისეთი საინფორმაციო და საგანმანათლებლო კამპანიების წარმოება, რომლებიც მიმართული იქნება აივ/შიდს-ის შესახებ ცოდნის დონის გაზრდისკენ, და ასევე, საგანგებო კამპანიების წარმოება იმ ქვეჯგუფებისთვის, სადაც ცოდნა აივ ინფექციის შესახებ განსაკუთრებით დაბალია.

რესპონდენტების თითქმის ნახევარმა (49%) იცოდა იმ დაწესებულების შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტესტირება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე, ხოლო დაახლოებით ერთმა მეხუთედმა (19%) აღნიშნა, რომ ჩაუტარებია აივ-ზე ტესტირება. ორივე მაჩვენებელი გაიზარდა 6%-7%-ით 2005 წლის შედეგებთან შედარებით (გრაფიკი 7.6). აღნიშნული რესპონდენტების უმეტესობას აივ-ზე ტესტირება ჩაუტარდა ანტენატალური ზრუნვის პერიოდში, რაც ფაქტობრივად საყოველთაო მაჩვენებელია; და ტესტირებათა უმრავლესობა (61%) ჩატარებულია ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში. იმ დაწესებულების შესახებ, სადაც შესაძლებელია ტესტირება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე, ინფორმაციის ფლობა უფრო დაბალი იყო 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, იმ ქალებს შორის, რომელთაც არა აქვთ სქესობრივი გამოცდილება, და აზერბაიჯანული ეროვნების ქალებს შორის. ისევე, როგორც სხვა ინდიკატორების შემთხვევაში, ცოდნის დონე უკეთესი იყო ქალაქებში და იზრდებოდა განათლების დონესა და ქონებრივ ინდექსთან ერთად.

გრაფიკი 7.6 აივ-ზე ტესტირების ცოდნა და გამოცდილება 15-44 წლის ქალებს შორის



ტესტირების შემთხვევათა რაოდენობა აშკარად იზრდება. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ჩატარებული ყველა ტესტირების წილი გაიზარდა მხოლოდ 15%-დან 2005 წლის კვლევის მიხედვით 26%-მდე 2010 წელს. მეოთხედი (27%) ჩატარდა გასული 13 თვიდან 24 თვემდე პერიოდში, ხოლო დაახლოებით ნახევარი (48%) ორ წელიწადზე მეტი ხნის წინ.

აივ/შიდს-ის შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო აშკარად ტელევიზიაა. უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში ტელევიზია ერთადერთ წყაროდ დაასახელა რესპონდენტთა 43%-მა, ხოლო კიდევ 19%-მა წყაროდ დაასახელა ტელევიზია და გაზეთები (18%). მხოლოდ რადიო ან მხოლოდ გაზეთები იშვიათად იყო ნახსენები, და რესპონდენტების 28%-ს არ მოუხმენია, არ უნახავს და არ წაუკითხავს რაიმე ინფორმაცია აივ/შიდს-ის შესახებ.

საზოგადოების ინფორმირების გაუმჯობესების საჭიროება გამოჩნდა, როდესაც ბევრ რესპონდენტს არ ჰქონდა პასუხი აივ-ის გადადების გზების შესახებ. ყველა რესპონდენტს წარუდგინეს აივ ინფექციის გადაცემასთან დაკავშირებული ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მცდარი შეხედულებები, როგორც არის, მაგალითად, ჯადოქრობა, და სთხოვეს, განესაზღვრათ, თუ რომელი მათგანი იყო არასწორი (ქალების მხოლოდ 82%-მა მიიჩნია, რომ აივ-ის გადაცემა არ ხდება ჯადოქრობით, რაც ნიშნავს, რომ რესპონდენტთა 18%-ს სჯეროდა ან ზუსტად არ იცოდა, თამაშობს თუ არა ჯადოქრობა როლს აივ ინფექციის გადაცემაში). სხვა გზები, რომლებიც, სამწუხაროდ, ცოტა რესპონდენტმა უარყო, იყო ხელის ჩამორთმევა (82%), საზოგადოებრივი ტუალეტით სარგებლობა (68%), კოცნა (62%), ჭურჭლის გაზიარება აივ დადებით პირებთან (70%) ან კოლოს ნაკბენი (51%). თუმცა ეს მაინც გაუმჯობესებად იქნა მიჩნეული 2005 წელთან შედარებით; და მაინც, რესპონდენტების მხოლოდ 14%-მა უარყო, რომ მანიკური, პედიკური და თმის შეჭრა არის აივ ინფექციის გადატანის გზა. სტომატოლოგიური და ქირურგიული მანიპულაციები, როგორც აივ ინფექციის გადაცემის გზა, უარყოფილი იქნა ქალების მხოლოდ 5%-ის მიერ. ეს უკანასკნელი ნაწილობრივ შეიძლება ნაკარნახევი იყოს მართებული შეხედულებით იმის თაობაზე, რომ აივ ნამდვილად შეიძლება გადაეცეს ადამიანს ბასრი საგნებით და გამოხატავს მოსახლეობის უნდობლობას სამედიცინო დაწესებულებებსა და სილამაზის სალონებში ინსტრუმენტების სათანადო სტერილიზაციის მიმართ.

განსაკუთრებული ინტერესის საგანს წარმოადგენს დედისგან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის შესახებ ცოდნის დონის განსაზღვრა. ქალების დაახლოებით ნახევარმა (49%) იცოდა აივ-ის გადაცემის სამივე გზის – ორსულობის, მშობიარობისა და ძუძუთი კვების – შესახებ. რესპონდენტთა მხოლოდ 53%-მა იცოდა, რომ აივ-ის გადაცემა შესაძლებელია ძუძუთი კვებით, 75%-მა დედის-

გან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის გზად ორსულობა დაასახელა, 67%-მა კი - მშობიარობა. 2010 წლის ეს შედეგები ოდნავ გაუმჯობესებულია 2005 წლის შედეგებთან შედარებით.

ბევრმა რესპონდენტმა არ იცოდა, რომ არსებობს რაიმე გზა აივ ინფექციის გადაცემის თავიდან ასაცილებლად. 21%-მა განაცხადა, რომ არ იცოდა ამგვარი გზების არსებობის შესახებ, ხოლო 10% უარყოფდა მათ არსებობას. როდესაც ქალებს სთხოვეს, სპონტანურად დაესახელებინათ კონკრეტული გზები, 31%-მა ეს ვერ გააკეთა. თუმცა ნახევარმა (51%) დაასახელა კონდომი, რაც მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა 2005 წლის პასუხებთან შედარებით (35%). სხვებმა დაასახელეს მხოლოდ ერთი პარტნიორის ყოლა, სქესობრივი ურთიერთობისგან თავის შეკავება, მსუბუქი ყოფაქცევის ქალებთან სქესობრივ ურთიერთობაზე უარის თქმა და საერთო ნემსისა და შპრიცის გამოყენებისგან თავის შეკავება.

აივ/შიდს-ით ინფიცირების საკუთარი რისკის შეფასება განხორციელდა შკალით, პასუხიდან „არავითარი რისკი“ მალალ რისკამდე, რასაც დაემატა პასუხი „არ ვიცი.“ ქალების ნახევარზე მეტმა (54%) მიიჩნია, რომ მათ აივ ინფექცია საერთოდ არ ემუქრებათ. რესპონდენტთა 38%-ს მიაჩნდა, რომ ისინი აივ-ით ინფიცირების დაბალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, ხოლო 3%-ისთვის რისკის დონე საშუალო იყო. მალალი რისკის ქვეშ თავს გრძნობდა გამოკითხულთა 1%-ზე ნაკლები. 2010 წელს კვლევაში მონაწილეთა აივ-ით ინფიცირების საკუთარი რისკის შეფასება თითქმის არ განსხვავდება 2005 წლის კვლევის შედეგებისაგან. იმ რესპონდენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც არ მიაჩნიათ საკუთარი თავი აივ ინფექციის რისკის ქვეშ, უფრო მალალია სოფლად მცხოვრებ, 15-19 წლის ასა-

კის, განათლების ყველაზე დაბალი ორი დონის და სამი ყველაზე დაბალი ქონებრივი კვინტილის, ასევე აზერბაიჯანელ ქალებს შორის.

რომ შევაჯამოთ, 2010 წლის კვლევამ გამოავლინა, რომ საქართველოში ზოგიერთ ქვეჯგუფში ინფორმირებულობა და ცოდნის დონე აივ/შიდს-ის შესახებ დაბალია. აღნიშნულ ქვეჯგუფებს წარმოადგენენ ახალგაზრდა, სოფლად მცხოვრები, განათლების დაბალი დონის, დაბალი ქონებრივი კვინტილის, ასევე სქესობრივად გამოუცდელი და აზერბაიჯანელი ქალები. კვლევამ ასევე გვიჩვენა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალებში აივ-ზე ტესტირების დაბალი სიხშირე კვლავ პრობლემად რჩება. გარდა ამისა, ცოდნა იმ სამედიცინო დაწესებულებებისა, სადაც შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება, ძალიან დაბალია.

აივ/შიდს-ზე ცოდნის ასამაღლებლად საჭიროა დაუყოვნებლივ ჩატარდეს საინფორმაციო და საგანმანათლებლო კამპანიები, განსაკუთრებით ზემოთ ჩამოთვლილი ქვეჯგუფებისთვის. ყურადღება უნდა გამახვილდეს აივ ინფექციის გადაცემასთან დაკავშირებით გავრცელებულ მცდარ შეხედულებებზე. აუცილებელია ქალების ინფორმირება აივ-ით ინფიცირების მათ პირად შესაძლო რისკებთან დაკავშირებით, რაც დაეხმარება მათ მომავალში სარისკო ქცევებისგან თავის შეკავებაში. ცოდნის დონის ასამაღლებლად და საზოგადოებაში სარისკო ქცევებზე გავლენის მოსახდენად საჭიროა საინფორმაციო და საგანმანათლებლო კამპანიების ჩატარება სხვადასხვა დონეზე: პროცესში აქტიურად უნდა ჩაერთონ როგორც მასმედიის საშუალებები, ოჯახის ექიმები, ასევე არასამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები, რომლებიც გაივლიან მომზადებას და გახდებიან თანატოლთა განმანათლებლები.

ქალები ზრდასრულ ასაკში განიცდიან პარტნიორების მხრიდან ოჯახში ძალადობას, მაგრამ მათზე მშობლების მხრიდან ძალადობის შესახებ მოგონებებიც ახდენს ზემოქმედებას. სიტყვიერი შეურაცხყოფა უფრო ჩვეულებრივი ამბავია, ვიდრე ფიზიკური, მაგრამ ორივე უფრო ისეთ ქალებზე ხორციელდება, ვისაც პარტნიორთან შედარებით უფრო დაბალი გენდერული სტატუსი აქვს. ძალადობა გარკვეულწილად კულტურაშია ჩადებული, ვინაიდან ზოგიერთ ქალს მიაჩნია, რომ ცოლის ცემა შეიძლება გამართლებული იყოს გარკვეული მიზეზებით.

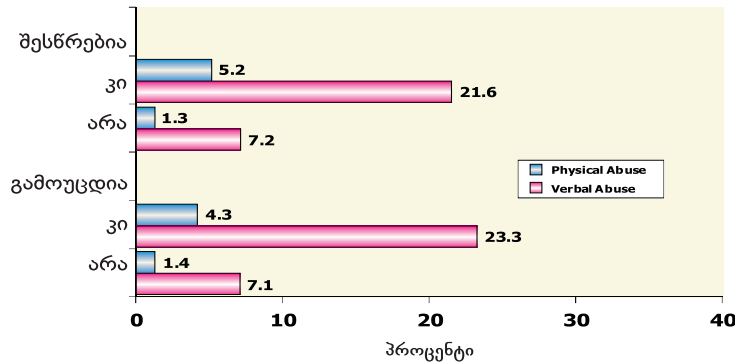
თავი 8. ოჯახში ძალადობა

ინფორმაცია მეუღლეების მხრიდან ქალების შეურაცხყოფის შესახებ შეგროვებულია 1999, 2005 და 2010 წლების კვლევების შედეგად, ასევე 2009 წელს ოჯახში ძალადობის თემაზე ჩატარებული საგანგებო მასშტაბური სახელმწიფო კვლევის¹ შედეგად. 2010 წლის კვლევის მიხედვით, საქართველოში ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების მიერ განცხადებული, ინტიმური პარტნიორის მიერ ჩადენილი ძალადობის ფაქტების პრევალენტობა დაბალია: ცოტა ქალს აქვს განცხადებული, რომ დაქვემდებარება ფიზიკურ და/ან სქესობრივ ძალადობას უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (2%) ან ოდესმე (5%). სიტყვიერი შეურაცხყოფის შემთხვევები უფრო ხშირი იყო: 8% უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში და 15% ოდესმე. ამ მაჩვენებლებს თითქმის არ განუცდია ცვლილება 1999 წლის შემდეგ. გარდა ამისა, კომპეტენტური ორგანოებისთვის ძალადობის შესახებ ოფიციალურად შეტყობინების საერთო სურათიც არ შეცვლილა მნიშვნელოვნად. ფიზიკური შეურაცხყოფა ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ყველა ქვეჯგუფში აღინიშნა, მიუხედავად სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის და განათლებისა. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (23%) იყო წარსულში ქორწინებაში მყოფ ქალებში; ეჭვს არ იწვევს, რომ ძალადობის მიზეზით არაერთი ქორწინება დასრულებულა. ბოლო დროს ფიზიკური ძალადობის უფრო მაღალი პრევალენტობა გამოვლინდა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ვიდრე შედარებით ასაკოვან ქალებში.

ოჯახში ძალადობა ბავშვებზეც ახდენს ზემოქმედებას. რესპონდენტების 8%-მა აღნიშნა, რომ ბავშვობისას ყოფილა მშობლებს შორის ძალადობრივი ურთიერთობების მონაწილე. გამოკითხულთა ასევე 8%-მა განაცხადა, რომ ბავშვობაში განუცდია მშობლების მხრიდან ფიზიკური ძალადობა. ბავშვობაში მშობლებს შორის ძალადობრივი ქცევის მონაწილე ყოფნა ან ძალადობის საკუთარ თავზე გამოცდა ზრდის ზრდასრულ ასაკში ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობის მსხვერპლად ქცევის ალბათობას: ახალგაზრდა ქალებში, ვისაც ბავშვობაში განუცდია ძალადობა მშობლების მხრიდან, უკანასკნელ ხანს განხორციელებული ფსიქოლოგიური ძალადობის პრევალენტობა სამჯერ უფრო მაღალი იყო, ხოლო ფიზიკური ძალადობისა – ორჯერ მაღალი, ვიდრე ქალებში, რომელთაც არ გამოუცდიათ ბავშვობისას ძალადობა მშობლების მხრიდან (გრაფიკი 8.1).

1. მ. ჩიტაშვილი, ნ. ჯავახიშვილი, ლ. არუთინოვი, ლ. ნულაძე და ს. ჩაჩანიძე, 2010. „სახელმწიფო კვლევა საქართველოს ქალების მიმართ ოჯახში ძალადობის შესახებ.“ დასკვნითი ანგარიში. თბილისი, საქართველო, გაეროს მოსახლეობის ფონდი. ამ კვლევისას გამოყენებული იყო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთოდები და მისი შედეგები სხვა ქვეყნებში მიღებული შედეგების თანაზომიერია.

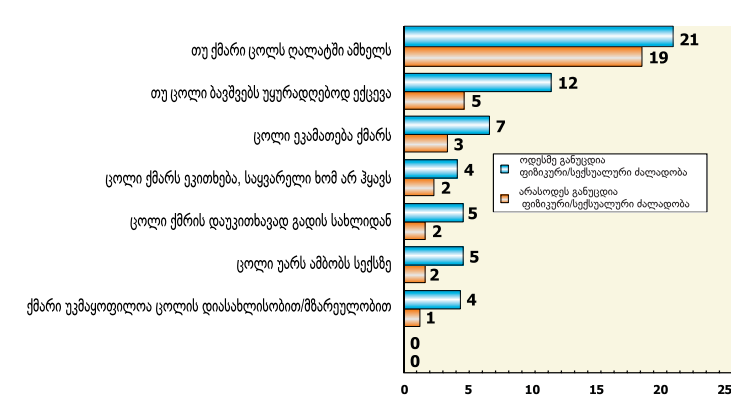
გრაფიკი 8.1 ბოლო დროს განცდილი ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა 15-44 წლის ასაკის ოდესმე გათხოვილ ქალებს შორის, რომლებიც ოდესმე შესწრებიან ან გამოუცდიათ მშობლების მხრიდან ძალადობა



იმ ახალგაზრდა ქალებიდან, ვისაც ოდესმე განუცდია ფიზიკური ძალადობა, დაახლოებით ერთ მესამედს (29%) არავისთვის გაუმხელია ეს. იმ ქალებს, რომელთაც ულ-აპარაკიათ ამ თემაზე, მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობის შესახებ ოჯახის წევრის ან მეგობრისთვის გაუზიარებიათ. ქალების მხოლოდ 5%-მა შეატყობინა პოლიციას ძალადობის შესახებ, 3%-მა მიმართა სამედი-ცინო დაწესებულებას დახმარებისთვის, ხოლო 2%-მა მიაკითხა იურიდიულ მრჩეველს.

თავად ქალებს მიაჩნიათ, რომ ცოლის დასჯა გამართლე-ბულია გარკვეულ გარემოებებში (გრაფიკი 8.2). მთლიანობაში, ოდესმე ქორწინებაში მყოფი ქალების

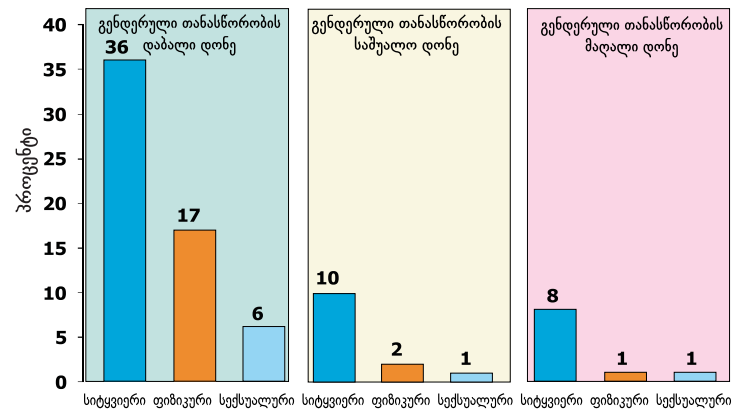
გრაფიკი 8.2 ოდესმე განცდილი სიტყვიერი, ფიზიკური და სექსუალური შეურაცხყოფის პრევალენტობა ოჯახის გენდერული თანასწორობის სტატუსის მიხედვით, 15-44 წლის ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის.



თითქმის 20%-მა დაასახელა მინიმუმ ერთი გარემოება, როდესაც ქმრის მიერ ცოლის ცემა გამართლებულია. ეს განსაკუთრებით ეხება ცოლის მიერ ქმრისთვის ღალატის შემთხვევებს.

პროცენტული მაჩვენებლები უფრო მაღალი იყო იმ ქა-ლებში, ვისაც განუცხადებია ოდესმე ფიზიკური თუ სექსუალური ძალადობის შესახებ, იმ ქალებთან შე-დარებით, ვისაც ძალადობა არასოდეს განუცდია. ეს მიუთითებს, რომ ქალებში უფლებამოსილების ნაკლე-ბობა ქალებს უფრო დაუცველებს ხდის მათ მიმართ ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ფიზიკური ან სექსო-ბრივი ძალადობის წინაშე. გამოვლინდა, რომ ქალები, რომლებიც ცხოვრობდნენ დაბალი გენდერული თანას-წორობის მქონე ოჯახებში, უფრო მეტად განიცდიდნენ ძალადობას, ვიდრე ისინი, ვინც წარმოადგენდა მაღალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახებს: დაბალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახებში მცხოვრები ქალების 36%-მა თქვა, რომ განუცდია სიტყვიერი შეუ-რაცხყოფა, განსხვავებით 8%-ისგან მაღალი გენდერული თანასწორობის მქონე ოჯახებიდან (გრაფიკი 8.3).

გრაფიკი 8.3 ოდესმე განცდილი სიტყვიერი, ფიზიკური და სექსუალური შეურაცხყოფის პრევალენტობა ოჯახის გენდერული თანასწორობის სტატუსის მიხედვით, 15-44 წლის ოდესმე ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის.



დამატებითი ლიტერატურა

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010 წელი, საბოლოო ანგარიში, 2012. გამოცემულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ატლანტის ცენტრების, ჯორჯია, აშშ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და „იუნისეფის“ მიერ.

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2005 წელი, საბოლოო ანგარიში, 2007. გამოცემულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ატლანტის ცენტრების, ჯორჯია, აშშ, გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა მიერ.

ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 1999-2000 წ.წ., საბოლოო ანგარიში, 2001. გამოცემულია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ატლანტის ცენტრების, ჯორჯია, აშშ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის, „გაეროს ბავშვთა ფონდი“, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, გაეროს ლტოლვილთა უმაღლესი კომისრის ოფისისა და კორპორაციის „ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსი“ მიერ.

მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. თბილისი, საქართველო: გაეროს მოსახლეობის ფონდი, 2005 წ. ავტორები არჩილ ხომასურიძე, ჯენარო ქრისტესაშვილი და გიორგი ნულაძე.

რეპროდუქციული, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა აღმოსავლეთ ევროპასა და ევრაზიაში: შედარებითი ანგარიში. 2003 წელი. გამოცემულია დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ატლანტის ცენტრების, ჯორჯია, აშშ, და ORC Macro DHS-ის, კალვერტონი, მერილენდი, აშშ, მიერ.

საქართველო, შემდგომი ანალიზი: ურთიერთკავშირი კონტრაცეფციასა და აბორტს შორის საქართველოს რესპუბლიკაში: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 1999 და 2005 წლების კვლევების შემდგომი ანალიზი. 2008. ავტორები: ჩარლზ ფ. უესტჰოფი და ფლორინ ი. სერბანესკუ. კალვერტონი, მერილენდი, აშშ: Macro International Inc.

