

კონტრასტული და მოქნილი  
მუხის დაბეჭდვის  
საპროექტო სისტემა



# ექიმების დამოკიდებულება ოჯახის დაბეგმვის საკითხებისადმი

საქართველო, 2013 წელი

*ავტორები:*

*გიორგი ცერცვაძე, აკადემიური დოქტორი მედიცინაში  
ზაზა ბოხუა, პროფესორი  
გიორგი ნულაძე, პროფესორი*

ჯანსაღი ცხოვრება



გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)



თბილისი, საქართველო  
2013

პუბლიკაცია მომზადდა და გამოიცა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის ფინანსური მხარდაჭერით.

პუბლიკაციაში გამოთქმული ნებისმიერი აზრი ეკუთვნის ავტორებს და შესაძლოა, არ ასახავდეს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) შეხედულებებს.

## ექიმების დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი საქართველო, 2013

ავტორები: გიორგი ცერცვაძე, აკადემიური დოქტორი მედიცინაში  
ზაზა ბოხუა, პროფესორი  
გიორგი ნულაძე, პროფესორი

ექსპერტები: პროფესორი თენგიზ ასათიანი  
მედიცინის დოქტორი ლელა შენგელია

ინტერვიუერები: მაია გოგუაძე  
თამარ ზამბახიძე  
გიორგი ქებულაძე  
მანანა გეგეჭკორი  
ქეთევან ებრალიძე  
კონსტანტინე ქართველიშვილი  
თომა ქართველიშვილი  
ნოდარ გვეტაძე

მონაცემების კომპიუტერული დამუშავება: გრიგოლ ლორთქიფანიძე

ტექსტის კომპიუტერული დამუშავება: მარინა ხაჩატუროვა

გამოცემის ელექტრონული ვერსია იხ.: <http://www.georgiaunfpa.org>

დაბეჭდილია: შპს „ვესტა“-ს მიერ

## სარჩევი

ცხრილების ჩამონათვალი .....	3
წინასიტყვაობა .....	5
1. მეთოდოლოგია .....	7
2. ინფორმირებულობა კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ და დამოკიდებულება მათ მიმართ.....	9
3. ინფორმირებულობა და დამოკიდებულება ხელოვნური აბორტისადმი .....	13
4. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები.....	18
5. კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ცოდნის დონე.....	23
დასკვნები.....	25
რეკომენდაციები .....	25
დანართი 1. კითხვარი .....	26
დანართი 2. ცხრილები .....	32

## ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1.	ექიმების განაწილება სხვადასხვა მაჩვენებლის მიხედვით, 2010 და 2013 წლების კვლევები
ცხრილი 2.	ექიმების განაწილება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებისადმი მათი დამოკიდებულების მიხედვით
ცხრილი 3.	ექიმების განაწილება კონტრაცეფციის იდეალური მეთოდის ყველაზე მნიშვნელოვანი თვისებების შესახებ შეხედულების მიხედვით
ცხრილი 4.	ექიმების განაწილება ხელოვნური აბორტის სხვადასხვა მეთოდის შესახებ ცოდნისა და მათი გამოყენების მიხედვით
ცხრილი 5.	ექიმების (ან მათი პარტნიორების) მიერ ჩატარებული ხელოვნური აბორტების საშუალო რაოდენობა
ცხრილი 6.	ექიმების შეხედულება იმის ძირითად მიზეზებზე, თუ რატომ იკეთებენ ქალები ხელოვნურ აბორტს
ცხრილი 7.	ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო აბორტის ჩატარების სიხშირე
ცხრილი 8.	ექიმების პროცენტული განაწილება იმის მიხედვით, თუ რა შეხედულების არიან ისინი საქართველოში შობადობაზე ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ზეგალების შესახებ
ცხრილი 9.	ექიმების განაწილება აბორტისადმი, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდისადმი, მათი დამოკიდებულების მიხედვით
ცხრილი 10.	ექიმების პროცენტული განაწილება იმის მიხედვით, თუ რა შეხედულების არიან ისინი აბორტების მაჩვენებლებზე ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ზეგალების შესახებ
ცხრილი 11.	ექიმების პროცენტული განაწილება აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის მომგებიანობის შესახებ მათი შეხედულების მიხედვით
ცხრილი 12.	ექიმების შეხედულებები იმის ძირითად მიზეზებზე, თუ რატომ არ იყენებენ ადამიანები ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს
ცხრილი 13.	ექიმების განაწილება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყაროს მიხედვით
ცხრილი 14.	ექიმების შეხედულებები ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების თაობაზე მეტი კლინიკური ინფორმაციის საჭიროების შესახებ

- ცხრილი 15. ექიმების შეხედულებები იმის შესახებ, თუ როდიდან არის საჭირო ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების თაობაზე ინფორმაციის მიწოდების დაწყება
- ცხრილი 16. ექიმების შეხედულებები იმის შესახებ, თუ ვინ უნდა მიაწოდოს ახალგაზრდებს ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე
- ცხრილი 17. ექიმების შეხედულებები იმის შესახებ, განსხვავდება თუ არა ქალებისა და მამაკაცების დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების მიმართ
- ცხრილი 18. ექიმების შეხედულებები იმის თაობაზე, თუ ვინ იღებს გადაწყვეტილებას წყვილში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ
- ცხრილი 19. ექიმების შეხედულებები იმის თაობაზე, თუ რეპროდუქციული ასაკის ქალების რა პროცენტული წილი იყენებს კონტრაცეფციის მეთოდებს საქართველოში
- ცხრილი 20. ექიმების შეხედულებები იმის თაობაზე, თუ ოჯახის დაგეგმვის რომელი მეთოდი გამოიყენება ყველაზე ხშირად საქართველოში
- ცხრილი 21. ექიმების განაწილება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ კითხვებზე სწორი პასუხების მიხედვით
- ცხრილი 22. ექიმების შეხედულებები იმის თაობაზე, განსხვავებული უნდა იყოს თუ არა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდება 15-24 წლის დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის
- ცხრილი 23. ექიმების შეხედულებები იმის თაობაზე, უნდა იყოს თუ არა ანონიმური დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდება
- ცხრილი 24. იმ ექიმების პროცენტული წილი, ვისაც აქვს დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდების უშუალო გამოცდილება
- ცხრილი 25. იმ ექიმების პროცენტული წილი, ვისაც მიაჩნია, რომ საჭიროა ექიმების ტრენინგი ახალგაზრდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების გასაწევად
- ცხრილი 26. იმ ექიმების პროცენტული წილი, ვისთვისაც საკონსულტაციოდ მიუმართავთ ძალადობის მსხვერპლ ქალებს, ძალადობის ტიპის მიხედვით

## წინასიტყვაობა

საქართველოში ტრადიციულად ქალები აბორტებს უფრო ხშირად მიმართავენ, ვიდრე კონტრაცეფციას. ერთ დროს აბორტების მაჩვენებელი მსოფლიოს ყველაზე მაღალ მაჩვენებელთა შორის იყო, მაგრამ მას შემდეგ, რაც 1990-იანი წლების ბოლოს ამ მაჩვენებელმა თავის პიკს მიაღწია, მან კლება იწყო და 2002-2005 წლებში შედარებით დაბალი იყო, 2005-2010 წლებში კი კიდევ უფრო შემცირდა. ამასობაში გაიზარდა კონტრაცეპტივების გამოყენება: იმავე პერიოდებში რაიმე მეთოდის გამოყენება ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის 41%-დან 47% და 53%-მდე გაიზარდა. თუმცა კონტრაცეპტივების გამოყენების ნაწილი მოდიოდა შეწყვეტილ სქესობრივ აქტსა და კალენდარულ მეთოდზე, რომლებსაც წარუმატებლობის მაღალი მაჩვენებელი და შედეგად აბორტი ახასიათებს. ამ ინფორმაციას ადასტურებს საქართველოში 2000, 2005 და 2010 წლებში ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფართომასშტაბიანი კვლევები<sup>1</sup> (აბორტების ოფიციალურად დაფიქსირებული რაოდენობა ნაკლებია კვლევების შედეგად მიღებულ რაოდენობაზე).

ვინაიდან ყველა ხელოვნური აბორტი ექიმების მიერ ტარდება და კონტრაცეფციის მომსახურების უდიდეს ნაწილს მოსალეობას სწორედ ექიმები აწვდიან, ძალზე საინტერესოა მათი ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შესწავლა. ამიტომ 2010 წელს ჩატარდა ოჯახის ექიმებისა და მეან-გინეკოლოგების საგანგებო კვლევა,<sup>2</sup> რომელმაც გამოავლინა როგორც ძლიერი მხარეები, ისე ნაკლოვანებები ექიმებს შორის არსებულ დამოკიდებულებაში აბორტებთან და კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და პროცედურების მიმართ. კვლევის შედეგები ასახულია ამ პუბლიკაციაში, რათა 2010 წლის ანგარიშში შეტანილი იქნეს ცვლილებები დროთა განმავლობაში გამოვლენილი ტენდენციების გათვალისწინებით და გამოიკვეთოს დღევანდელი სიტუაცია.

1 ფ. სერბანესკუ, ლ. მორისი, ნ. ნუცუბიძე, პ. იმნაძე, მ. შახნაზაროვა (2001). ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 1999-2000, საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, საქართველო, თბილისი.

ფ. სერბანესკუ, პ. იმნაძე, ზ. ბოხუა, ნ. ნუცუბიძე, დ.ბ. ჯეკსონი, ლ. მორისი (2005). ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, საქართველო, თბილისი.

ფ. სერბანესკუ, ა. რუიცი, ს. სუჩიძე, მ. ბუნაშვილი, გ. კანდელაკი, ლ. სტურუა, მ. შახნაზაროვა (2012). დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, თბილისი.

2 გ. ცერცვაძე, ზ. ბოხუა, გ. წულაძე (2010). ექიმების დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი. თბილისი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი.





# 1 მეთოდოლოგია

## საკითხის შესწავლის მდგომარეობა

მსოფლიოში ჩატარებული მრავალი კვლევის შედეგად აბორტებისა და კონტრაცეფციის თემაზე დაგროვილია მნიშვნელოვანი გამოცდილება. საქართველოშიც, მიუხედავად მისი შედარებით მცირე ზომისა, რამდენიმე მნიშვნელოვანი გამოკვლევა ჩატარდა. ამ კვლევებს შორის აღსანიშნავია ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული სამი ზემოხსენებული კვლევა,<sup>3</sup> ასევე 2005 წელს ჩატარებული მამაკაცების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების სპეციალური „ნაკლოვანებათა ანალიზი“<sup>4</sup> და მოზარდების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევა 2002 და 2008 წლებში, აგრეთვე 2010 წელს ჩატარებული ზემოხსენებული კვლევა „ექიმების დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი“.

## კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანი იყო ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტების მეთოდების მიმართ ექიმების დამოკიდებულების გამოვლენა. ამ მიზნიდან გამომდინარე, კვლევის კონკრეტული ამოცანები იყო:

1. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ექიმების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა;
2. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების მიმართ ექიმების დამოკიდებულების განსაზღვრა;
3. აბორტების შესახებ ექიმების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა;
4. აბორტების მიმართ ექიმების დამოკიდებულების განსაზღვრა;
5. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე, აბორტებზე და შესაბამის ქცევაზე სოციალური, რელიგიური და კულტუროლოგიური ფაქტორების გავლენის შესწავლა.

## კვლევის დიზაინი

კვლევა დაეფუძნა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში 600-მდე ექიმის (მეან-გინეკოლოგები, რეპროდუქტოლოგები, ოჯახის ექიმები) გამოკითხვას.

3 ა. ხომასურიძე, ჯ. ქრისტესაშვილი და გ. ნულაძე (2005). მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. თბილისი, საქართველო: გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი.

4 გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი (2013), საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების ნაკლოვანებათა ანალიზი, საბოლოო ანგარიში. თბილისი: გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი.

კვლევა მოიცავდა შემდეგ ეტაპებს:

- შემუშავდა სპეციალური (2010 წელს გამოყენებული კითხვარის ანალოგიური) კითხვარი;
- ჩატარდა პილოტური გამოკვლევა;
- შეირჩა საველე სამუშაოს სფეროები შემთხვევითი შერჩევის მეთოდის გამოყენებით;
- გამოყენებული იქნა ინტერვიუს მეთოდი;
- შემუშავებული იქნა მონაცემთა ცხრილები SPSS კომპიუტერული პროგრამის გამოყენებით;
- მიღებული იქნა ერთჯერადი, ორჯერადი და პირობითი განაწილებები;
- მომზადდა სანყისი ანგარიში;
- სანყისმა ანგარიშმა გაიარა სათანადო ექსპერტიზა;
- სანყისი ანგარიშის საბოლოო ვარიანტი ითარგმნა ინგლისურად;
- ანგარიშის ქართული და ინგლისური ვარიანტები დაისტამბა.

## ექიმების შერჩევის პროცედურები და კრიტერიუმები

კვლევით გათვალისწინებული იყო როგორც მეან-გინეკოლოგებისა და რეპროდუქტოლოგების, ისე ოჯახის ექიმების გამოკითხვა. ჯანდაცვის სტატისტიკა იძლევა მეან-გინეკოლოგებისა და ოჯახის ექიმების რაოდენობას მთლიანად საქართველოში და ცალკეული რეგიონების მიხედვით. საქართველოში, თბილისის ჩათვლით, 11 რეგიონია. კვლევისთვის შერჩეული იქნა ოთხი რეგიონი შემდეგი პრინციპებიდან გამომდინარე: თბილისი – როგორც საქართველოს დედაქალაქი და უმსხვილესი რეგიონი, აჭარა – დასავლეთის რეგიონი, კახეთი – აღმოსავლეთის რეგიონი და იმერეთი – თბილისის შემდეგ ყველაზე მსხვილი რეგიონი, რომელსაც დასავლეთსა და აღმოსავლეთ საქართველოს შორის გარკვეულწილად შუალედური ადგილი უკავია. კიდევ ერთი კრიტერიუმი იყო, რომ მოცემული რეგიონების მოსახლეობა სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფით არის წარმოდგენილი.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, საქართველოში მეან-გინეკოლოგების რაოდენობა 1600-ს აღწევს, ხოლო ოჯახის ექიმებისა – 800-ს. რესპონდენტები შეირჩნენ ამ სიებიდან, რათა მიგველო ქვემოთ მითითებული რაოდენობები. შერჩევისას გამოყენებული იყო პროცედურები, რომლებიც წარმომადგენლობითი შერჩევის მეთოდს აბალანსებდა თითოეული რეგიონის-



ვის/ექიმის ტიპისთვის რესპონდენტების მინიმალური აუცილებელი რაოდენობის საჭიროებასთან. ყოველ ცალკეულ რეგიონში დიზაინი გულისხმობდა თითოეული ექიმისთვის შერჩევის ალბათობის არსებობას. შეირჩა სულ 600 ექიმი — იგივე რაოდენობა, რაც 2010 წლის კვლევისას.

<b>მეან-გინეკოლოგები</b>	
თბილისი	246
იმერეთი	66
აჭარა	51
კახეთი	37
<b>სულ</b>	<b>400</b>
<b>ოჯახის ექიმები:</b>	
თბილისი	80
იმერეთი	40
აჭარა	40
კახეთი	40
<b>სულ</b>	<b>200</b>

ამდენად, გამოსაკითხი ექიმების მთლიანმა რაოდენობამ შეადგინა:

თბილისი	326
იმერეთი	106
აჭარა	91
კახეთი	77
<b>სულ</b>	<b>600</b>

იმ შემთხვევაში, თუ შერჩევით განსაზღვრული ექიმი არ იმყოფებოდა ადგილზე პირველ ჯერზე, ინტერვიუერი რამდენიმე დღის შემდეგ ხე-

ლახალ შემოვლას აწარმოებდა. განმეორებითი ვიზიტის შემთხვევაში, კონკრეტული ექიმის ისევ არყოფნის და/ან ექიმის მიერ ინტერვიუზე უარის თქმის შემთხვევაში გამოიკითხებოდა სიაში შეყვანილი შემდეგი ექიმი.

გამოკითხული ათი ექიმიდან ცხრა ქალი იყო, მათი საშუალო ასაკი - 35-49 წელი. გამოკითხულთა ორი მესამედი რეპროდუქტოლოგი და მეან-გინეკოლოგი იყო, დანარჩენი — ოჯახის ექიმი. დიდ უმრავლესობას (73,8%) გავლილი ჰქონდა ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, მათ უმეტესობას - 2009 წლამდე. აღმოჩნდა, რომ ექიმების მიერ სამედიცინო პრაქტიკაში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების ხანგრძლივობა წლების განმავლობაში დიდად არ განსხვავდებოდა: დაახლოებით 32%-34% 5, 5-9 და 10 და მეტი წლისთვის (დიაგრამა 1 და ცხრილი 1).

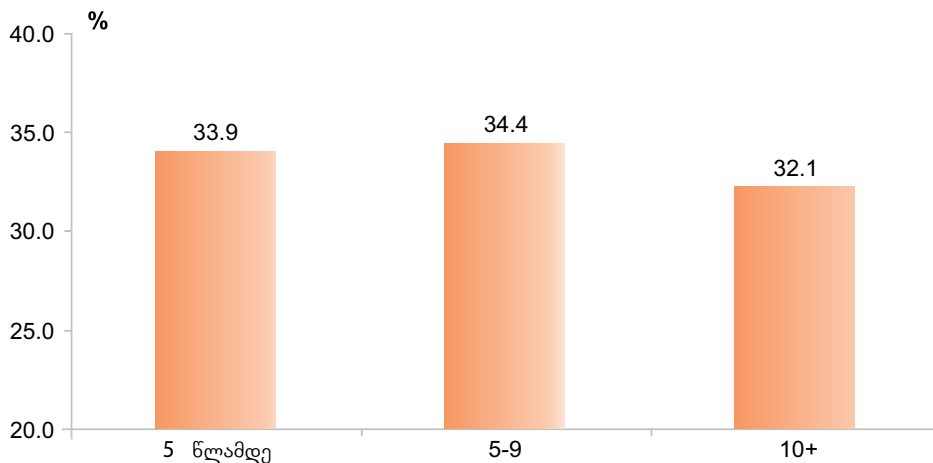
**ინტერვიუერების შერჩევა და ტრენინგი**

ინტერვიუერებად არჩეული იქნა 10 ექიმი. მათ გაიარეს სათანადო ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტების მეთოდების შესახებ, აგრეთვე კითხვართან და გამოკითხვის წარმოებასთან დაკავშირებული მეთოდური საკითხების შესახებ.

**ექსპერტები**

როგორც ზემოთ აღინიშნა, გამოყოფილი იქნა ორი ექსპერტი, რომლებმაც ექსპერტიზა ჩაუტარეს შესრულებულ სამუშაოს და კვლევის ანგარიშს და შეაფასეს ისინი.

**დიაგრამა 1.** იმ ექიმების წილი (%), რომლებიც იყენებენ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს სამედიცინო პრაქტიკაში, გამოყენების ხანგრძლივობის მიხედვით



## 2 ინფორმირებულობა კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ და დამოკიდებულება მათ მიმართ

**კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობა, მათ გამოყენების ცოდნა და რეალურად გამოყენება.** ექიმების დიდ უმრავლესობას (90%-ზე მეტს) სმენია მე-2 დიაგრამაში ჩამოთვლილი კონტრაცეფციის ყველა მეთოდის შესახებ. ასეთ მდგომარეობაა როგორც ზოგადად, ისე სქესის, ასაკის, სპეციალიზაციის, რეგიონის ან ტრენინგის გავლის კრიტერიუმის მიხედვით (ცხრილი 2).<sup>5</sup>

თუმცა შედარებით ნაკლებმა ექიმმა იცის კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენება. იხ. მე-2 ცხრილი შედარებით დაბალი პროცენტული მაჩვენებლებით, რომლებიც განსხვავებულია როგორც მეთოდის, ისე ქვეჯგუფის მიხედვით. ექიმებმა ყველაზე ნაკლებად იციან ვაზექტომის გამოყენება და მხოლოდ ნახევარს შეუძლია ქალის სტერილიზაციისა და იმპლანტის გამოყენება. საკმაოდ მაღალი მაჩვენებლებია ჰორმონალური აბების, საშვილოსნოსშიგა საშუალებებისა და კალენდარული და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ტრადიციული მეთოდების გამოყენების ცოდნის თვალსაზრისით. ზოგადად მამაკაც ექიმებს შორის უფრო მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნება, ვიდრე ქალებს შორის, და მეან-გინეკოლოგებს მეტი ცოდნა აქვთ, ვიდრე ოჯახის ექიმებს. საგანგებოდ აღსანიშნავია მაღალი მაჩვენებლები იმერეთში; დანარჩენ სამ რეგიონში არაერთგვაროვანი სურათია.

რაც შეეხება კონტრაცეფციის მეთოდების რეალურად გამოყენებას, მე-2 დიაგრამაზე ჩანს, რომ მაჩვენებლები საგრძნობლად უფრო შემცირებულია, ვიდრე ინფორმირებულობიდან მეთოდების გამოყენების ცოდნამდე. სინამდვილეში, მე-2 დიაგრამის მიხედვით, მეთოდების უმეტესობას არ იყენებს თითქმის არც ერთი ექიმი, ან მხოლოდ ცოტაოდენი. ყველაზე ხშირად იყენებენ ჰორმონალურ აბებს, საშვილოსნოსშიგა საშუალებას, მამაკაცის კონდომს და კალენდარულ მეთოდს. სტერილიზაცია თითქმის არ გამოიყენება, ისევე, როგორც საინექციო საშუალებები. გასაკვირია, მაგრამ იმერეთში არ აღინიშნება გამოყენების მაღალი

მაჩვენებელი, როგორც ეს იყო ცოდნის შემთხვევაში. როგორც აღმოჩნდა, ყველა რეგიონში თავის პრიორიტეტულ მეთოდ(ებ)ს იყენებენ: საშვილოსნოსშიგა საშუალებას თბილისში, ჰორმონალურ აბებს თბილისსა და კახეთში, კონდომს იმერეთსა და კახეთში და კალენდარულ მეთოდს კახეთში (ცხრილი 2).

აღსანიშნავია, რომ ოჯახის ექიმებს მხოლოდ ჰორმონალური აბების, მამაკაცის კონდომისა და სპერმიციდების გამოყენების უფლება აქვთ. ისინი ვერ გამოიყენებენ საშვილოსნოსშიგა საშუალებას ან სტერილიზაციას. ცხადია, რომ ეს ზეგავლენას ახდენს ამა თუ იმ სპეციალიზაციის ექიმების მიერ მეთოდების გამოყენების სურათზე.

არ უნდა დაგვავინყდეს შერჩევის ცდომილება ანგარიშში, განსაკუთრებით აჭარისა და კახეთისათვის, ვინაიდან მათ, შესაბამისად, მხოლოდ 51 და 37 მეან-გინეკოლოგი რესპონდენტი ჰყავთ; გარდა ამისა, სამ რეგიონს, თბილისის გარდა, მხოლოდ 40 ოჯახის ექიმი ჰყავს (თითოეულს). ამდენად, 4 რესპონდენტის პასუხების შეცვლა ინვესტ შედეგების 10%-ით გადახრას. ამიტომ უმჯობესია კონცენტრირება მხოლოდ მნიშვნელოვან განსხვავებებზე და ტენდენციებზე და არა დეტალებზე.

2010 წლიდან 2013 წლამდე გამოვლენილი ტენდენციები (დიაგრამა 3) გვიჩვენებს ექიმების მიერ კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების ანალოგიურ სპექტრს (2013 წლის მონაცემები ნაჩვენებია მე-2 დიაგრამაზე). ბოლო სამი წლის განმავლობაში გაზრდილია იმ ექიმების წილი, რომლებიც სამედიცინო პრაქტიკაში იყენებენ ჰორმონალურ აბებს, საშვილოსნოსშიგა საშუალებას და კონდომს, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის და ლაქტაციური ამენორეის მეთოდთან ერთად.

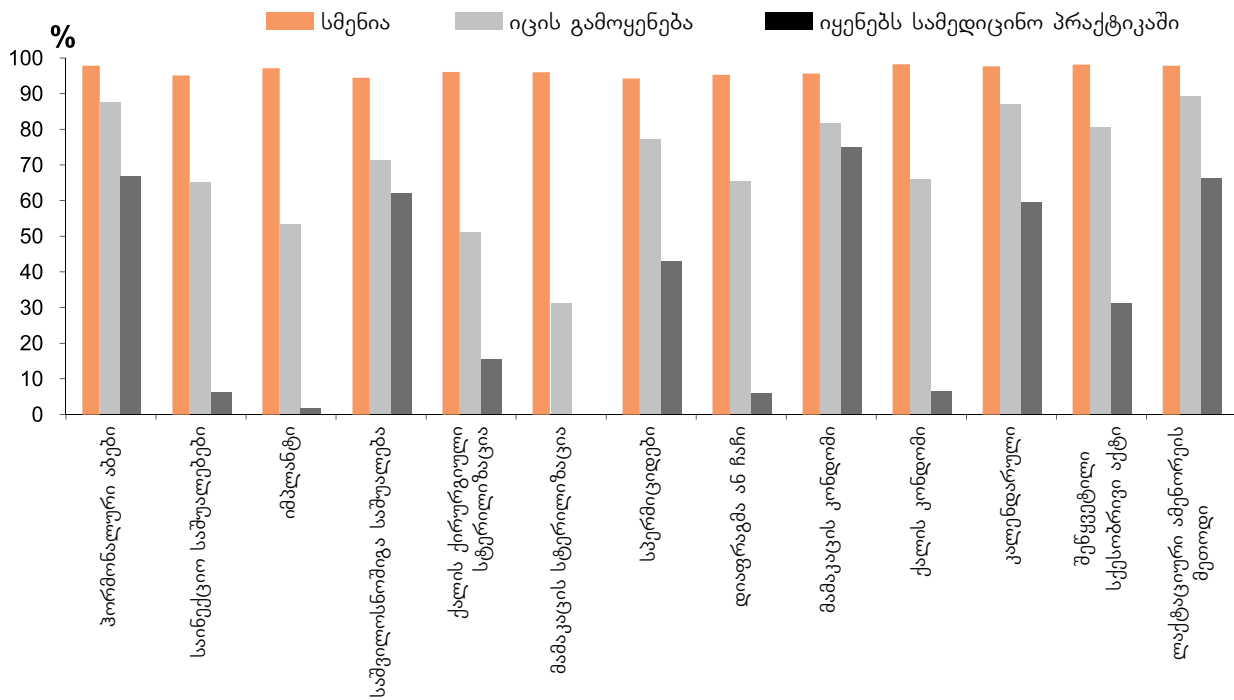
ეს შედეგები შეგვიძლია შევადაროთ ქალების მიერ კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების დონეებს, რაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2010 წლის ფართომასშტაბიან კვლევაშია განხილული (რომელზეც წინასიტყვაობაში ვისაუბრეთ). ეს შედეგები გვიჩვენებს, რომ კონდომის, საშვილოსნოსშიგა საშუალებისა და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდების გამოყენება დაახლოებით ერთნაირად ხდება — მათ დაქორწინებული წყვილების, შესაბამისად, 13.6%, 12.5% და 11.1% იყენებს. შემდეგია კალენდარული მეთოდი (7.4%) და ჰორმონალური აბები (4.1%). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

5 ა. ხომასურიძე, ვ. ქრისტესაშვილი და გ. ნულაძე (2005). მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. თბილისი, საქართველო: გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი.

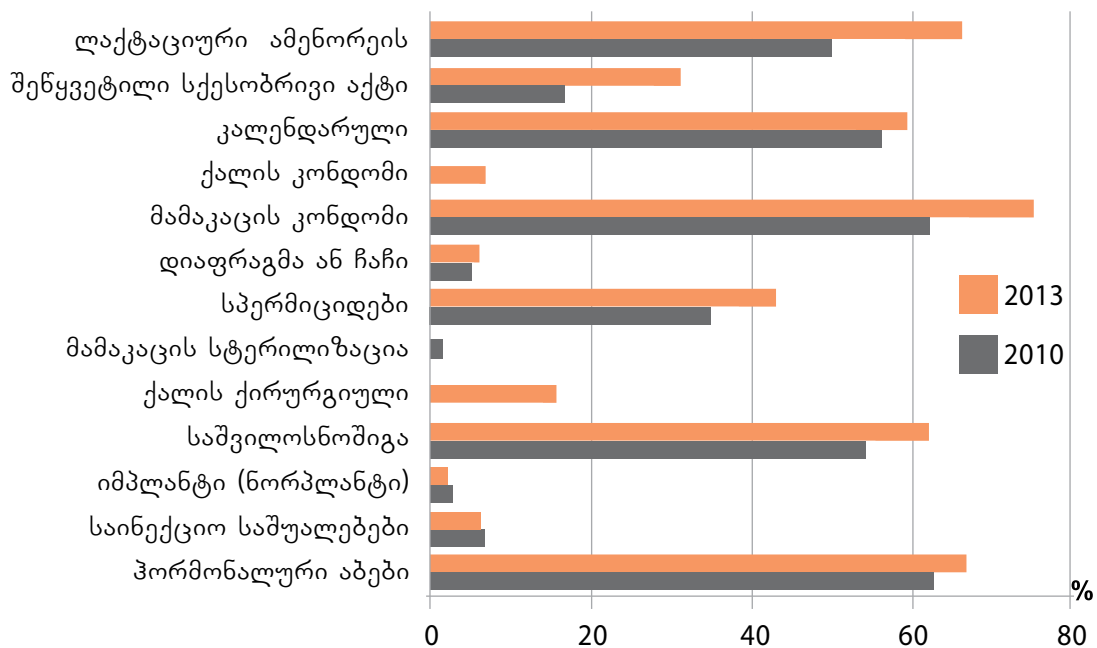
კვლევა ცხადყოფს, რომ თითქმის ყველა ის წყვილი, რომელიც კონდომს იყენებს, და ჰორმონალური აბების მომხმარებელთა ნახევარი მათ ექიმებისგან კი არ ღებულობს, არამედ

აფთიაქებში იძენს, ხოლო საშვილოსნოსშიგა საშუალებას პაციენტებს ძირითადად მთლიანად მეან-გინეკოლოგები აწვდიან.

**დიაგრამა 2.** ექიმების განაწილება (%) კონტრაცეფციის თითოეული მეთოდის შესახებ ინფორმირებულობის, ცოდნის და სამედიცინო პრაქტიკაში გამოყენების მიხედვით



**დიაგრამა 3.** ექიმების მიერ სამედიცინო პრაქტიკაში გამოყენებული კონტრაცეფციის მეთოდების განაწილება (%) 2010 და 2013 წლების კვლევათა მონაცემების მიხედვით



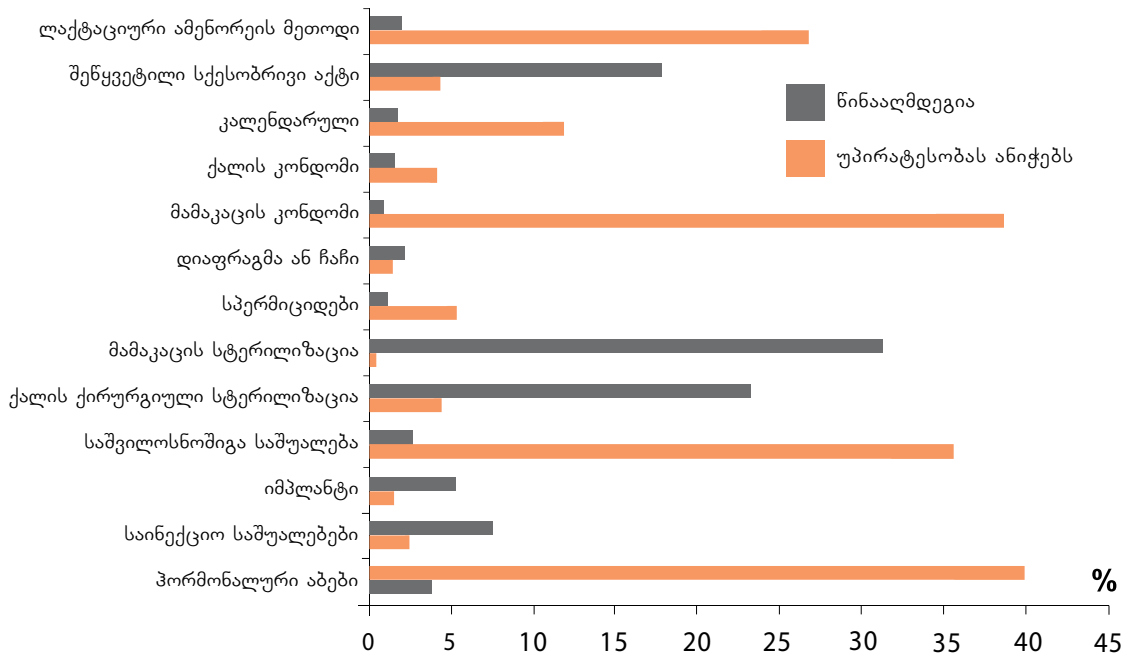
**უპირატესობა.** ყველა ექიმს დაუსვეს კითხვა, რომელ მეთოდებს ანიჭებენ უპირატესობას და რომელი მეთოდების წინააღმდეგი არიან. პასუხები ანალოგიურია მათი პასუხებისა კითხვაზე, თუ რომელ მეთოდებს იყენებენ ისინი თავიანთ სამედიცინო პრაქტიკაში (განხილულია ზემოთ). განსაკუთრებული უპირატესობა ენიჭება ჰორმონალურ აბებს, საშვილოსნოსშიგა საშუალებას და კონდომს, ასევე ლაქტაციური ამენორეის მეთოდს. ექიმები ძალზე დაბალ პრიორიტეტს ანიჭებენ სტერილიზაციას და შედარებით დაბალს - შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს (დიაგრამა 4 და ცხრილი 2).

**იდეალური მეთოდის თვისებები.** რესპონდენტებს სთხოვეს, დაესახელებინათ კონტრაცეფციის იდეალური მეთოდის ძირითადი დამახასიათებელი

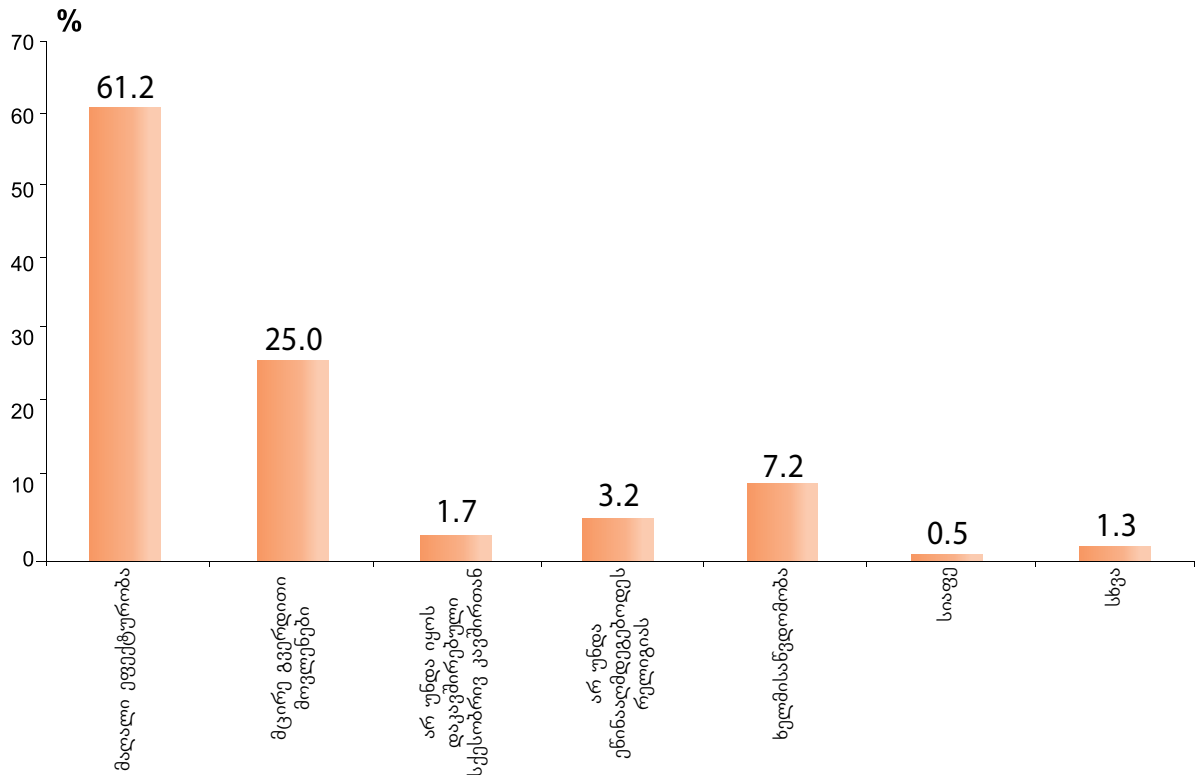
თვისება. ექიმების უმეტესობას (61,2%) იდეალურ თვისებად მიაჩნია კონტრაცეფციის მაღალი ეფექტიანობა (დიაგრამა 5 და ცხრილი 3). ამას საკმაოდ ჩამორჩებოდა (25,0%) უარყოფითი გვერდითი მოვლენების არარსებობა. ყველა სხვა თვისებას, მათ შორის სიიაფესაც, ექიმები ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ, ვინაიდან მთლიანი ჯამი 100% იყო (რამდენიმე პასუხის გაცემა რომ ყოფილიყო შესაძლებელი, ზოგიერთი სხვა მიზეზი უფრო ხშირად დასახელდებოდა).

ზემოაღნიშნული შედეგები შეესაბამება ბევრი სხვა კვლევის შედეგებს, რომელთა მიხედვით ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კონტრაცეფციის მაღალ ეფექტიანობას და გვერდითი მოვლენების ნაკლებობას, ასევე სიმარტივეს ხანგრძლივად გამოყენებისას.

**დიაგრამა 4.** იმ ექიმების წილი (%), რომლებიც უპირატესობას ანიჭებენ ან წინააღმდეგი არიან კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდების



**დიაგრამა 5.** ექიმების განაწილება (%) კონტრაცეფციის იდეალური მეთოდის თვისებების შესახებ შეხედულების მიხედვით



### 3 ინფორმირებულობა და დამოკიდებულება ხელოვნური აბორტისადმი

**ინფორმირებულობა.** მეან-გინეკოლოგების ორი მესამედის თქმით, ისინი იცნობენ ხელოვნური აბორტის სხვადასხვა მეთოდს (ეს შეკითხვა არ იყო დასმული ოჯახის ექიმებისათვის, ვინაიდან მათ არა აქვთ აბორტების გაკეთების უფლება). მე-4 ცხრილში ნაჩვენებია იმ მეან-გინეკოლოგების პროცენტული განაწილება, 67%-დან 72%-მდე, ვინც ამბობს, რომ სმენია მითითებული ხუთი მეთოდიდან თითოეულის შესახებ. თუმცა რეგიონების მიხედვით დიდი განსხვავებები შეინიშნება: მაჩვენებლები ძალზე მაღალია იმერეთში, საშუალოზე ცოტა მაღალი თბილისში და ბევრად დაბალი როგორც აჭარაში, ისე კახეთში. ასევე დაბალია მაჩვენებელი შედარებით ასაკოვან (50 წელს გადაცილებულ) ექიმებს შორის, განსხვავებით უფრო ახალგაზრდა ექიმებისაგან.

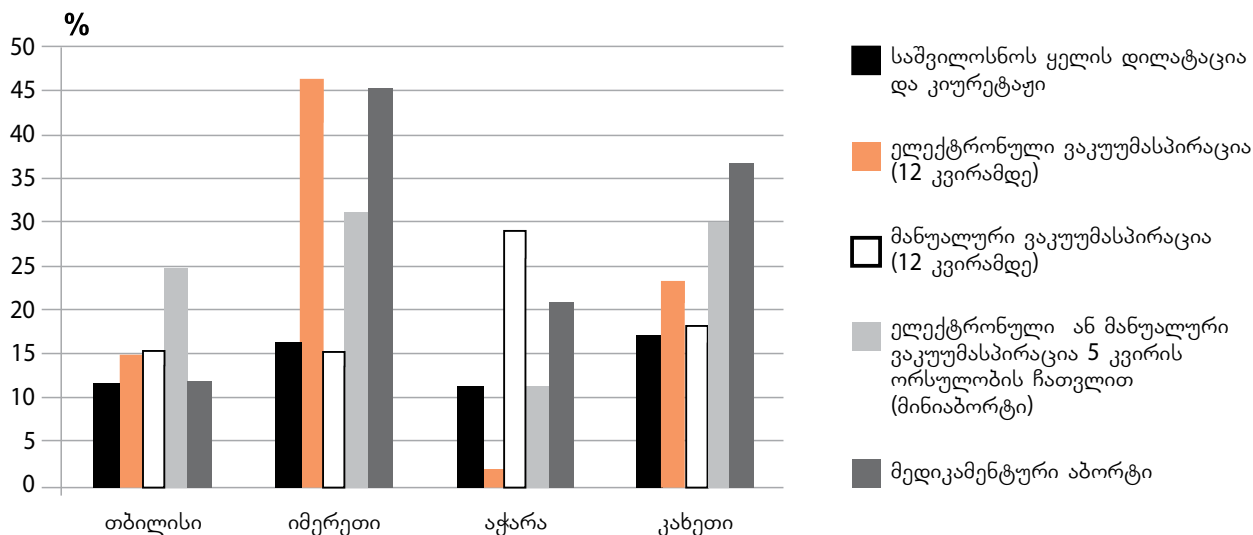
მეთოდების ცოდნასთან შედარებით გაცილებით ნაკლებია იმ ექიმების წილი, ვინც იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში ხელოვნური აბორტის ამა თუ იმ მეთოდს. ამასთან, შეიმჩნევა ძალზე არაერთგვაროვანი სურათი (დიაგრამა 6). მეან-გინეკოლოგები აშკარად ამჯობინებენ გარკვეული მეთოდების გამოყენებას და ასეთი მდგომარეობაა ყველა რეგიონში. ხელოვნური აბორტის სხვადასხვა მეთოდს შორის შედარებით ნაკლებად იყენებენ საშვილოსნოს ყელის დილატაციასა და კიურეტაჟს — მათ მეან-გინეკოლოგების მხოლოდ 10%-15% იყენებს (ცხრი-

ლი 4). ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია თბილისში უგულებელყოფილია და თითქმის არ გამოიყენება აჭარაში, თუმცა მისი გამოყენების მაჩვენებელი მაღალია იმერეთში (46%) და მეტ-ნაკლებად მაღალი კახეთში (23,5%). მანუალური ვაკუუმასპირაციის მეთოდს მეან-გინეკოლოგების მხოლოდ 15%-19% იყენებს ყველა რეგიონში, გარდა აჭარისა, სადაც მისი გამოყენების მაჩვენებელი 28,9%-ია. აჭარა გამოწვევის მინიაბორტების შემთხვევაშიც (ორსულობის მე-5 კვირამდე): აქ მინიაბორტები სხვა რეგიონებთან შედარებით ნაკლებად გამოიყენება. დაბოლოს, მედიკამენტურ აბორტს აკეთებენ ძირითადად იმერეთსა და კახეთში. ამ არაერთგვაროვანი მაჩვენებლების ახსნა რთულია.

გარდა ამისა, შეიმჩნევა განსხვავება ექიმების პირადი მახასიათებლების მიხედვით: ქალი მეან-გინეკოლოგები მედიკამენტურ აბორტს, მინიაბორტსა და ადრეულ სტადიაზე ელექტრონულ ვაკუუმასპირაციას უფრო ხშირად აკეთებენ, ვიდრე მამაკაცები (ცხრილი 4). შედარებით ასაკოვანი (50 წელს გადაცილებული) ექიმები უფრო ხშირად იყენებენ ყველა მეთოდს, გარდა მედიკამენტური აბორტისა, ვიდრე უფრო ახალგაზრდა ექიმები, მიუხედავად იმისა, რომ მათი მაჩვენებელი დაბალი იყო ინფორმირებულობის შემთხვევაში (ზემოთ).

**ხელოვნური აბორტის თითოეული მეთოდისთვის უპირატესობის მინიჭება და ამ მეთოდების გამოყენება** (ყველა რეგიონის მონაცემები გაერთიანებულია) ნაჩვენებია მე-7 დიაგრამაზე და მე-4 ცხრილში. ამჟამად მეთოდი, რომელსაც ექიმები ყველაზე ნაკლებ უპირატესობას ანი-

**დიაგრამა 6.** იმ მეან-გინეკოლოგების წილი (%), რომლებიც ამჟამად იყენებენ აბორტს სამედიცინო პრაქტიკაში, მეთოდებისა და რეგიონების მიხედვით





ჭებენ, არის დილატაცია და კიურეტაჟი, შესაძლოა, იმიტომ, რომ გაჩნდა ტექნიკური თვალსაზრისით უფრო მარტივი მეთოდები. ყველაზე დიდი უპირატესობით ამჟამად მედიკამენტური აბორტი სარგებლობს, მაგრამ რეალურად ექიმები უფრო ხშირად მინიაბორტს იყენებენ. წარსულში სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების გამოცდილების მაჩვენებელი შედარებით უფრო მაღალია (დაახლოებით 40%), გარდა მედიკამენტური აბორტისა, რომლის გამოყენებას განსაკუთრებული ხასიათი აქვს.

კიდევ ერთხელ აღვნიშნავთ, რომ რესპონდენტებმა სხვა მეთოდებთან შედარებით ნაკლები პრიორიტეტი მიანიჭეს დილატაციას და კიურეტაჟს. მე-8 დიაგრამაზე ყურადღება გამახვილებულია ექიმების პასუხებზე კითხვაზე, თუ რომელი მეთოდის წინააღმდეგი არიან ისინი. ეს პასუხები გადმოტანილია მე-7 დიაგრამიდან. დანარჩენ სამ მეთოდთან დაკავშირებით

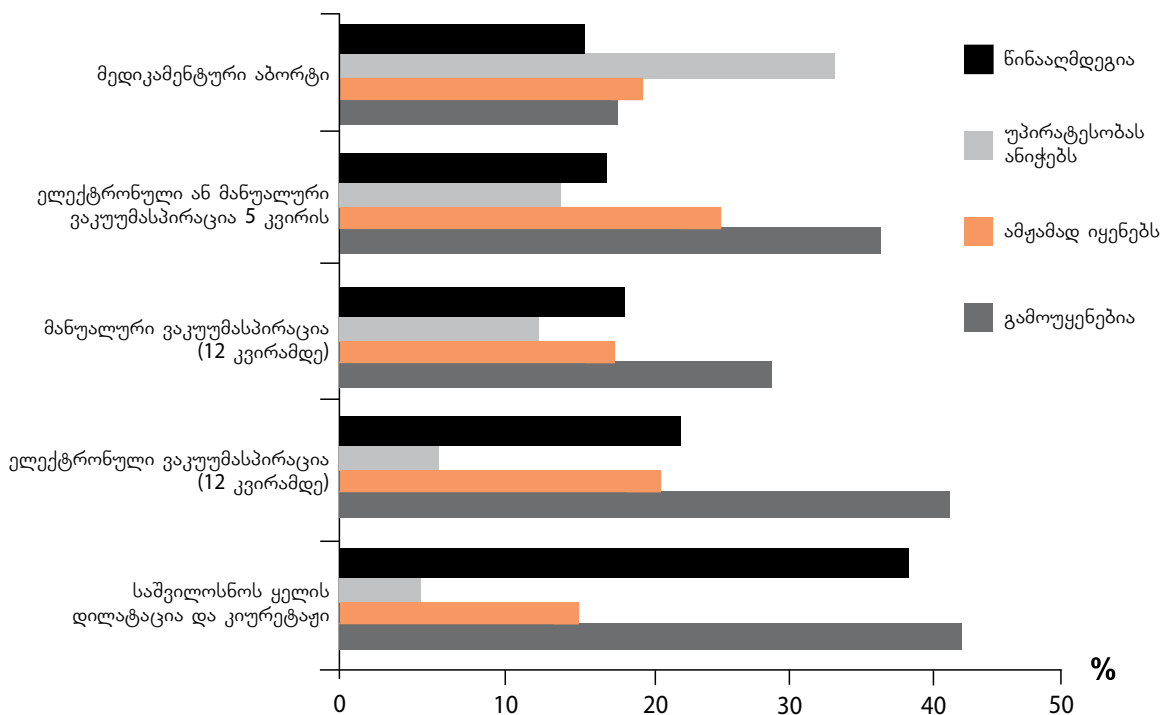
მაჩვენებლები 16,4%-დან 23,9%-ს აღწევდა, რაც საგრძნობლად ნაკლებია ყველაზე მაღალ მაჩვენებელზე — 38,4%-ზე. რეალურად ამჟამად უპირატესობა დანარჩენ მეთოდებს ენიჭება, რომლებიც ნაკლები ტრავმის გამომწვევია და ნაკლები უარყოფითი გვერდითი მოვლენები ახასიათებს, ვიდრე დილატაციისა და კიურეტაჟის მეთოდს.

**აბორტის ამა თუ იმ მეთოდის უპირატესობის ტენდენციები** გვიჩვენებს ბოლო სამი წლის განმავლობაში მედიკამენტური აბორტის უპირატესობის მნიშვნელოვან ზრდას მეან-გინეკოლოგებს შორის — 7,0%-დან 35,7%-მდე. დანარჩენ სამ მეთოდთან დაკავშირებითაც არსებობდა დადებითი დამოკიდებულება, თუმცა ბევრად დაბალი და მცირედი მატებით (დიაგრამა 9). მედიკამენტური აბორტის უპირატესობის ასეთი მნიშვნელოვანი ზრდა მიგვანიშნებს, რომ მომავალში მისი პრიორიტეტულობა სავარაუდოდ კიდევ უფრო ამაღლდება.

გამოყენების ტენდენციები ცხადყოფს მედიკამენტური აბორტის პოპულარობის ზრდას. მე-10 დიაგრამაზე ნაჩვენებია, რომ მეან-გინეკოლოგების მიერ მედიკამენტური აბორტის გამოყენების მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა — 4,8%-დან 2010 წლის კვლევის მიხედვით 20,9%-მდე 2013 წლის კვლევის მიხედვით, რაც თითქმის შეესაბამება მინიაბორტის გამოყენების დონეს.

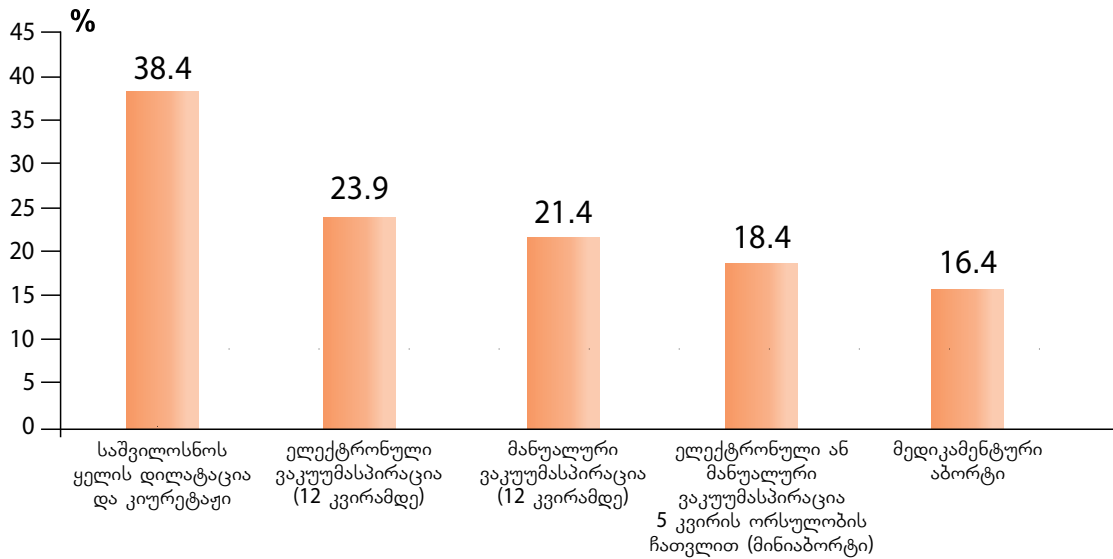
დანარჩენი მეთოდებიდან თითოეულის გამოყენება ასევე გაიზარდა და ეს ზრდა უფრო მაღალი იყო, ვიდრე უპირატესობის მაჩვენებლების ზრდა, რომელიც მე-9 დიაგრამაზეა ნაჩვენები. ეს გვაფიქრებინებს, რომ, მიუხედავად იმისა, რომ აბორტების მთლიანი მაჩვენებელი კლებ-

**დიაგრამა 7.** მეან-გინეკოლოგების განაწილება (%) ხელოვნური აბორტის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისა და შეფასების მიხედვით

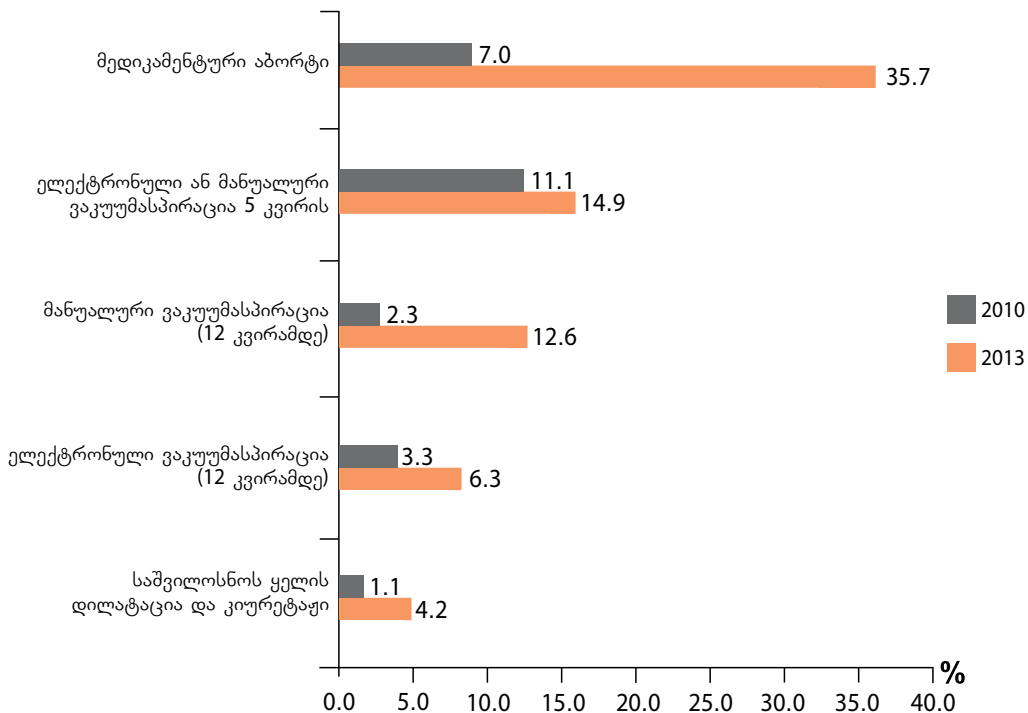




**დიაგრამა 8.** იმ მენ-გინეკოლოგების განაწილება (%), რომლებიც წინააღმდეგი არიან აბორტის სხვადასხვა მეთოდის



**დიაგრამა 9.** მენ-გინეკოლოგების მიერ აბორტების მეთოდებისათვის უპირატესობის მინიჭების მაჩვენებელი (%) 2010 და 2013 წლების კვლევათა შედეგების მიხედვით



ულობს, მენ-გინეკოლოგებს შორის გაიზარდა ცოდნა აბორტის თითოეული მეთოდის შესახებ.

**აბორტების გამოყენება თავად ექიმების მიერ.** ყველა ექიმს დაუსვეს კითხვა, გამოუყენებიათ თუ არა თავად ან მათ პარტნიორებს (თუმცა რესპონდენტთა 89% ქალი იყო) აბორტის რომელიმე მეთოდი თვითონ. კითხვარში მოცემული იყო კითხვა, თუ რამდენჯერ ჰქონდათ მათ

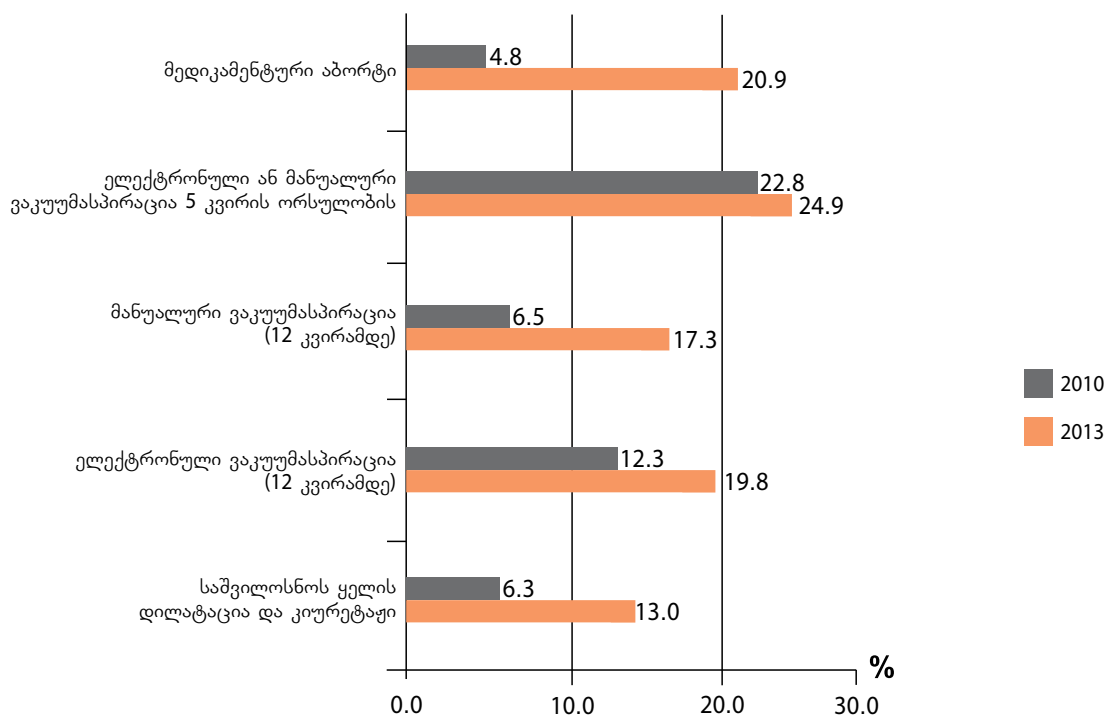
გამოყენებული როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტი — ერთხელ, 2-5-ჯერ, 6-9-ჯერ თუ 10-ჯერ და მეტად. შედეგები მოცემულია მე-11 დიაგრამაზე და მე-5 ცხრილში და ისინი გვიჩვენებს, რომ თავად ექიმები საკმაოდ ხშირად იტარებენ აბორტებს (ეს არ არის მთელი სიცოცხლის მანძილზე გამოყენების მაჩვენებლები, ვინდაინ ზოგიერთი ექიმი შედარებით ახალგაზრდაა).

**აბორტის მიზეზები.** ყველა ექიმს დაუსვეს კითხვა, თუ რა ძირითადი მიზეზით იტარებენ ქალები ხელოვნურ აბორტს. ექიმების ნახევარს მიაჩნია, რომ ეს სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზებია (50,7% მე-6 ცხრილში). ეს მიზეზი პირველ ადგილზე იყო, როდესაც რესპონდენტებს სთხოვდნენ მხოლოდ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზის მითითებას. თითქმის ყველა სხვა ექიმმა თქვა, რომ ქალებს არ სურთ მეტი შვილის ყოლა (42,3%). ექიმების მხოლოდ 3,2%-ს მიაჩნია, რომ აბორტის მიზეზია შემდეგი მშობიარობის გადავადება და 1,7%-ს — რომ მიზეზი ნაყოფის არასასურველი სქესია. თუმცა გაითვალისწინეთ, რომ ბევრი პასუხის გაცემა რომ ყოფილიყო შესაძლებელი, ყოველი კატეგორია უფრო ხშირად იქნებოდა ნახსენები. მიუხედავად ამისა, ეს შედეგები ცხადყოფს ქალებსა და ოჯახებზე ფინანსური სახსრების უკმარისობის გავლენას, რაც ყოველწლიურად ამცირებს მშობიარობათა რაოდენობას.

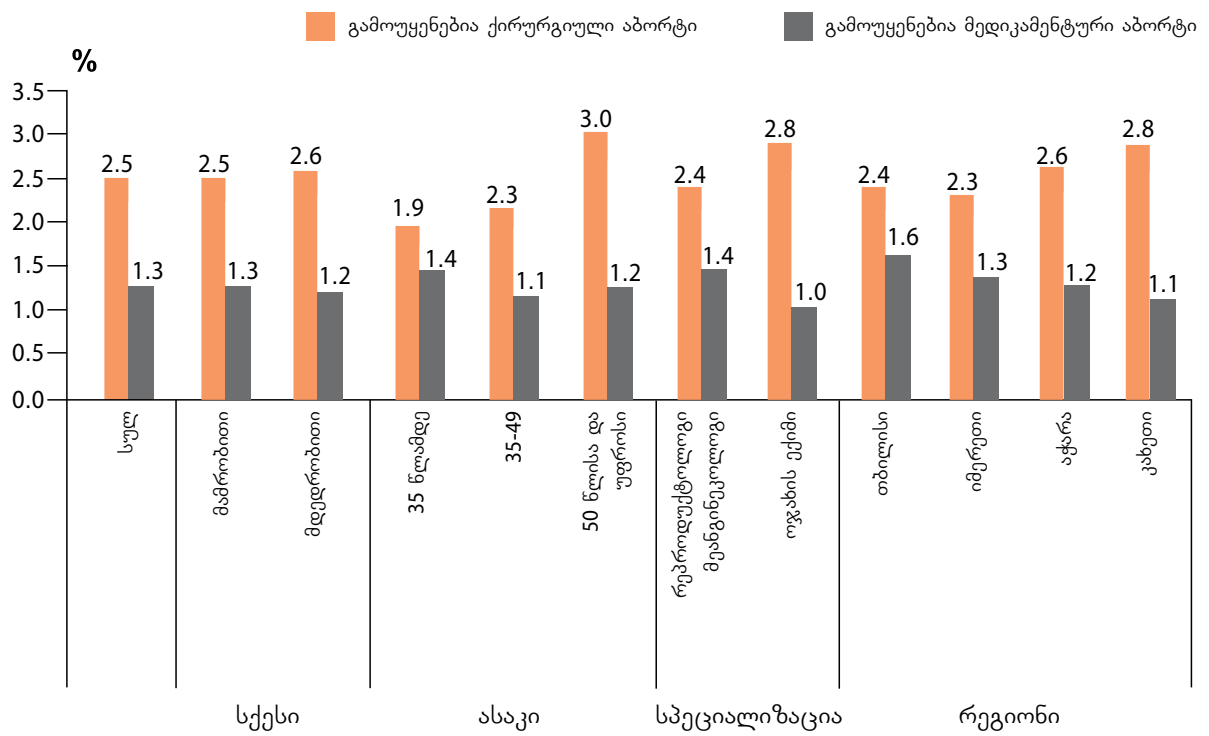
მაოდ იშვიათად, „საკმაოდ ხშირად“ და „ძალიან ხშირად“ და მათი მაჩვენებლები, შესაბამისად, იყო მხოლოდ 2,6%, 2,3% და 0,5%. თუმცა იყო განსხვავებები ექიმის ასაკის მიხედვით: იმ ექიმების პროცენტული წილი, ვისი პასუხი იყო „არასოდეს“, 97%-დან 35 წლამდე ასაკის ექიმების შემთხვევაში შემცირდა 79,5%-მდე 35-49 წლის ექიმებს შორის და მხოლოდ 69,0%-მდე 50 წლის და მეტი ასაკის ექიმებს შორის. ყველაზე დაბალი წილი — 44,8% — იმ ექიმებისა, ვინც აღნიშნულ კითხვას გასცა პასუხი „არასოდეს“, დაფიქსირდა იმერეთში, თუმცა იმერეთის ექიმების 50,7%-მა უპასუხა „ძალიან იშვიათად“, მაშინ, როდესაც აჭარაში, მე-7 ცხრილის მიხედვით, ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო აბორტს მეტი რაოდენობის ექიმი ატარებდა - 15,6%. ყველაზე მაღალი წილი — 90,3% - ექიმებისა, ვინც აღნიშნულ კითხვას გასცა პასუხი „არასოდეს“, მოდიოდა იმ ექიმებზე, რომელთაც არასოდეს გაუვლიათ ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე.

მეან-გინეკოლოგების თქმით, **აბორტებს ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო** არა აქვს ჩვეულებრივი ხასიათი. ოთხმა მეხუთედმა (79,4%) განაცხადა, რომ არასოდეს ჩაუტარებია აბორტი ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო. 15,2%-ის თქმით, მათ აბორტი ამ მიზეზით „ძალიან იშვიათად“ ჩაუტარებიათ. სხვა პასუხები იყო „საკ-

**დიაგრამა 10.** მეან-გინეკოლოგების მიერ აბორტების მეთოდების გამოყენების მაჩვენებელი (%) 2010 და 2013 წლების კვლევათა შედეგების მიხედვით



**დიაგრამა 11.** ექიმების (ან მათი პარტნიორების) მიერ ჩატარებული ხელოვნური აბორტების საშუალო რაოდენობა



# 4 ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები

კვლევის განმავლობაში ექიმებს დაუსვეს სხვადასხვა კითხვა ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდების შესახებ მათ შეხედულებასთან დაკავშირებით.

**ზემოქმედება შობადობაზე და აბორტებზე.** კითხვაზე, ახდენს თუ არა ზემოქმედებას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება ქვეყანაში შობადობაზე, გამოკითხული ექიმების მხოლოდ ნახევარმა (47,2%) გასცა დადებითი პასუხი; მათ შორის ორი მესამედს (64,7%) აზრით, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება ამცირებს შობადობას, ხოლო დანარჩენების აზრით – ზრდის (ცხრილი 8). გაუგებარია, რატომ ფიქრობენ ისინი, რომ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება ზრდის შობადობას.

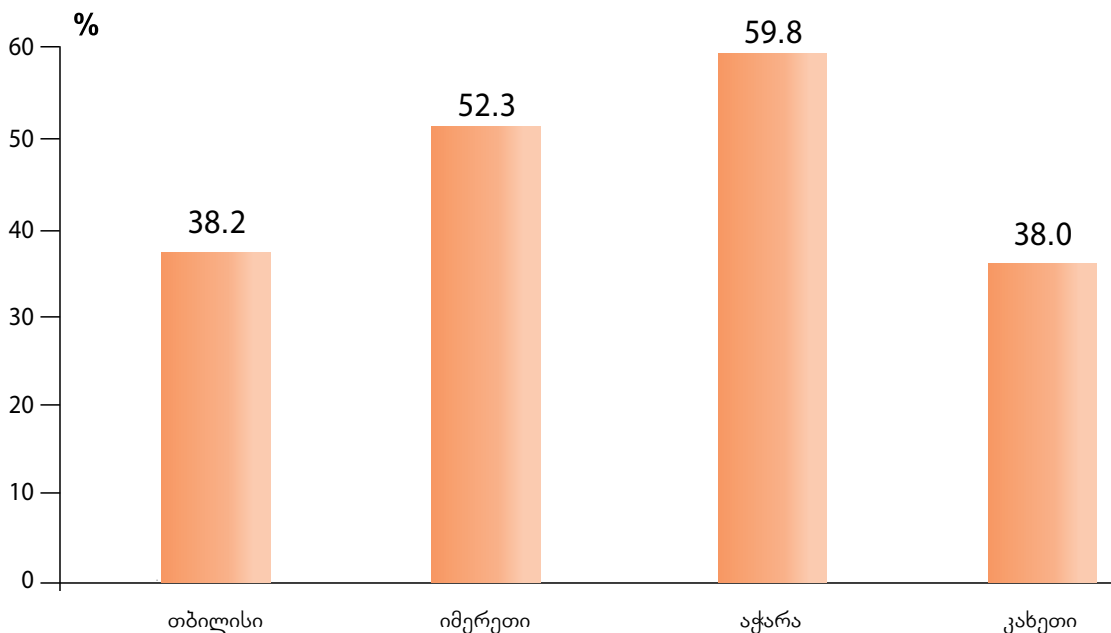
მეორე მხრივ, კითხვაზე, ახდენს თუ არა ზეგავლენას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება აბორტების მაჩვენებლებზე, პასუხი თითქმის ერთსულოვანი იყო — გამოკითხულ ექიმთა 94,7%-მა ამ კითხვას დადებითი პასუხი გასცა (ცხრილი 10). ექიმების დიდ უმრავლესობას (86,8%) მიაჩნია, აგრეთვე, რომ აბორტი არ არის ოჯახის დაგეგმვის მისაღები მეთოდი (ცხრილი 9). და თითქმის ყველა გამოკითხული ექიმის აზრით, ოჯახის დაგეგმვისათვის უმ-

ჯობესია კონტრაცეფციის გამოყენება (99,5%), ვიდრე აბორტებისა.

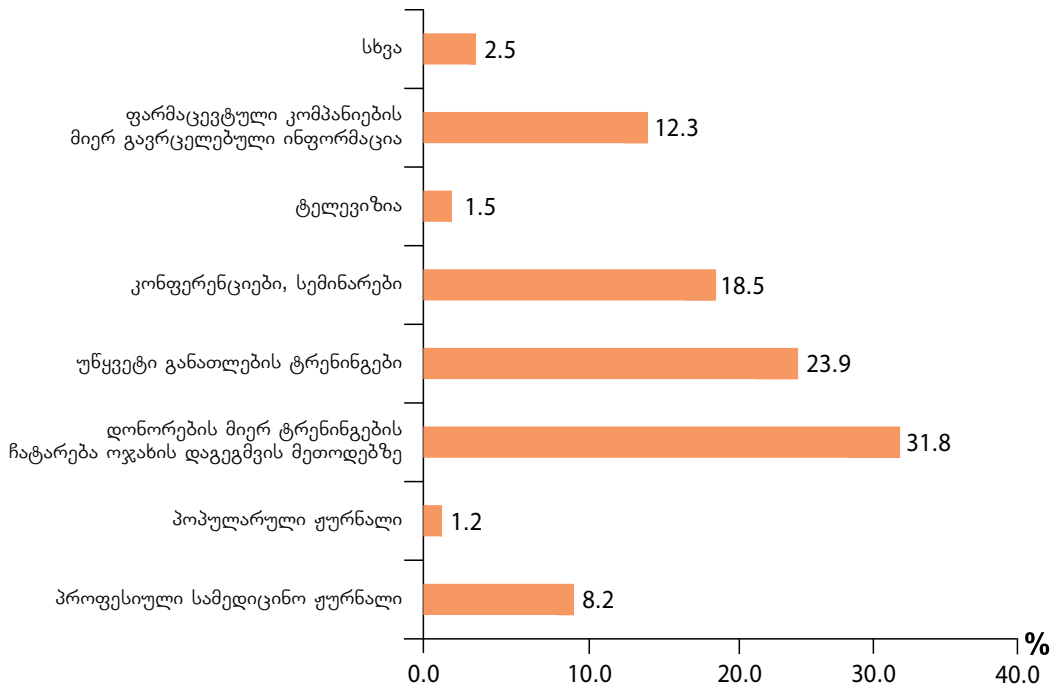
ექიმების შეხედულებები ბევრად უფრო განსხვავებული იყო აბორტებისა და კონტრაცეფციის ექიმებისთვის მომგებიანობასთან დაკავშირებით (დიაგრამა 12 და ცხრილი 11). გამოკითხულთა თითქმის ნახევრის (44,0%) აზრით, აბორტის გაკეთება უფრო მომგებიანია ექიმისათვის, მხოლოდ ერთ მესამედს (31,1%) მიაჩნია, რომ უფრო მომგებიანია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება და ერთი მეოთხედი (24,9%) თვლის, რომ არ არის განსხვავება. ექიმების აზრი მოცემულ საკითხზე მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით: აჭარაში გამოკითხულ ექიმთა 59,8%-ს მიაჩნია, რომ აბორტის გაკეთება უფრო მომგებიანია ექიმისათვის, განსხვავებით მხოლოდ 38%-ისგან თბილისსა და კახეთში. განსხვავებები შეინიშნებოდა ასაკის მიხედვითაც: 50 წლის და უფროსი ასაკის ექიმების 54,1%-ის აზრით აბორტის გაკეთება უფრო მომგებიანია, განსხვავებით 35 წელზე უმცროსი ექიმების მხოლოდ 24,4%-ისგან.

**კონტრაცეფციის გამოყენებლობის მიზეზები.** ყველა ექიმს ჰკითხეს, რომელია ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი იმისა, თუ რატომ არ იყენებენ ადამიანები კონტრაცეფციას. მიზეზების ექვსი შესაძლო ვარიანტიდან უმეტესობამ (69,4%) ძირითად მიზეზად დაასახელა „ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე“. 11,4%-მა მიუთითა „ოჯახის დაგეგ-

**დიაგრამა 12.** ექიმების წილი (%), რომელთა აზრით ექიმისათვის უფრო მომგებიანია აბორტის გაკეთება, ვიდრე ოჯახის დაგეგმვა



**დიაგრამა 13.** ექიმების განაწილება (%) კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყაროების მიხედვით



მვის მომსახურების დაბალი ხარისხი“, ხოლო 6,5%-მა - „ამჯობინებენ აბორტს“. მხოლოდ 4%-მა დაასახელა მიზეზად „სიძვირე“. აღინიშნებოდა განსხვავება რეგიონებს შორის: თბილისში ექიმების 16,5%-მა აღნიშნა „დაბალი ხარისხი“, ხოლო კახეთში მხოლოდ 60,3%-მა დაასახელა მიზეზად „ინფორმირებულობის დაბალი დონე“ (ცხრილი 12).

**საიდან ლებულობენ ექიმები ინფორმაციას კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით.** როდესაც ექიმებს დაუსვეს კითხვა, თუ საიდან ლებულობენ, ჩვეულებრივ, ინფორმაციას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებთან დაკავშირებით და შესთავაზეს რვა შესაძლო ვარიანტი, ექიმების ნახევარზე მეტმა (55,7%) დაასახელა ან დონორების მიერ დაფინანსებული ტრენინგი, ან რეგულარული ტრენინგი (დიაგრამა 13 და ცხრილი 13). ასევე საკმაოდ ბევრმა დაასახელა კონფერენციები და სემინარები (18,5%) და ფარმაცევტული კომპანიების მიერ გავრცელებული ინფორმაცია (12,3%). ექიმების მხოლოდ 8,2%-მა დაასახელა სამედიცინო გამოცემები. სინამდვილეში ინფორმაციის მრავალი წყარო არსებობს, მაგრამ ამ კითხვაზე პასუხები გვიჩვენებს საგანგებოდ ექიმებისთვის შემუშავებული და მათთვის განკუთვნილი ტრენინგების მნიშვნელობას.

დანარჩენ ორ კითხვაზე ექიმების დიდმა უმრავლესობამ (91,9%) უპასუხა, რომ არ არის რთუ-

ლი კლინიკური ინფორმაციის მოძიება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე, თუმცა იმ ექიმების წილი, ვინც ასეთი პასუხი გასცა კითხვას, აჭარაში და კახეთში ნაკლები იყო (შესაბამისად 84,4% და 81,3%) (ცხრილი 14). ექიმების უმეტესობის (81,5%) თქმით, მათ მეტი კლინიკური ინფორმაცია სჭირდებათ. ეს მაჩვენებელი განსხვავდება ექიმების ასაკის მიხედვით — ძალზე მაღალი იყო – 92,0% – 35 წლამდე ასაკის ექიმებს შორის, რასაც მოჰყვებოდა 82,5% 35-49 წლის ექიმების შემთხვევაში და 75,4% 50 და მეტი წლის ექიმების შემთხვევაში. ამდენად, ტრენინგის გეგმები განსაკუთრებით უნდა იყოს ფოკუსირებული შედარებით ახალგაზრდა ექიმებზე.

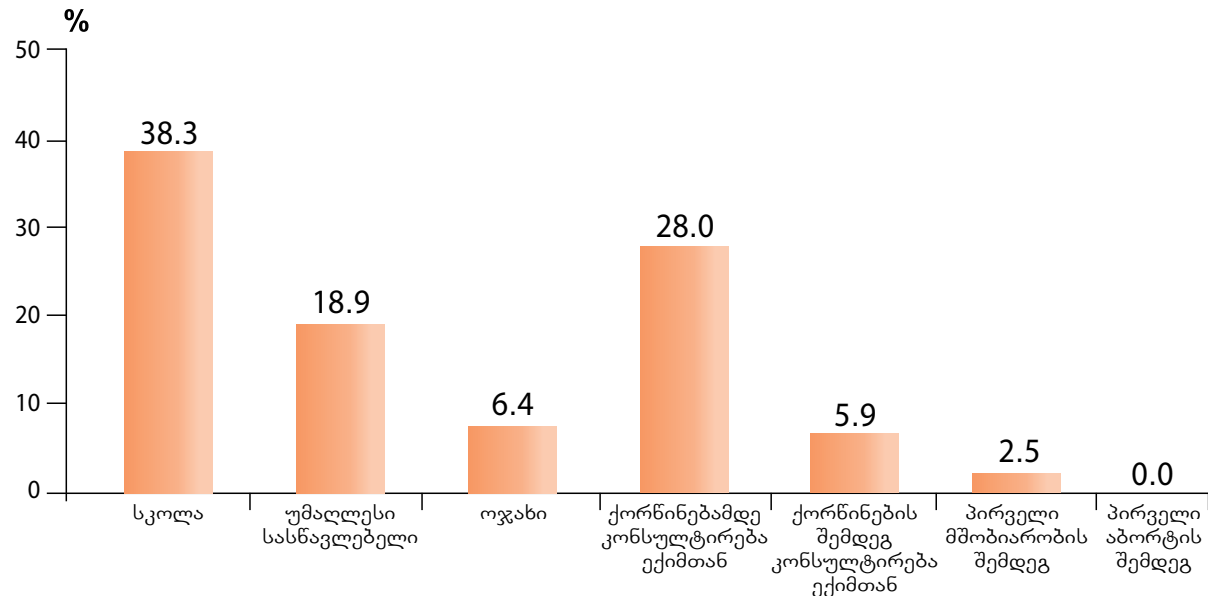
**როდის უნდა დაიწყოს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდება და ვის მიერ?** ყველა ექიმს ჰკითხეს, სად უნდა მოხდეს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდება და სთხოვეს, ამოერჩიათ ყველაზე მნიშვნელოვანი ერთი ვარიანტი მე-14 დიაგრამაზე და მე-15 ცხრილში მოცემულებიდან. ექიმების 38,3%-ის აზრით, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება უმჯობესია დაიწყოს ჯერ კიდევ სკოლაში, ხოლო 18,9%-ის შეხედულებით — უმაღლეს სასწავლებელში (სულ გამოკითხული ექიმების 57,2%). ასევე მნიშვნელოვანი იყო ვარიანტების მეორე წყებაც: ექიმთან ქორწინებამდე და ქორწინების შემდგომი კონსულტირება, რასაც

დაემატა პირველი მშობიარობის ან აბორტის შემდეგ ექიმთან გასაუბრება, დაასახელა გამოკითხულთა 36,4%-მა. ინფორმაციის წყაროს სახით ოჯახს ექიმებმა ძალზე დაბალი პრიორიტეტულობა მიანიჭეს, რაც, შესაძლოა, ასახავს მშობლებსა და მოზარდებს შორის საზოგადოდ არსებულ უხერხულობას სქესობრივ საკითხებზე საუბრისას.

**რაც შეეხება იმას, თუ როდიდან უნდა დაიწყოს ახალგაზრდებისთვის ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდება, ექიმების უმეტესობას (46,3%) მიაჩნია, რომ ეს უნდა მოხდეს 15-17 წლის ასაკიდან ან უფრო გვიანაც კი, 18 წლის და უფროსი ასაკიდან (38,9%). მხოლოდ 14,8%-მა თქვა, რომ ამ ინფორმაციის მიწოდება უნდა დაიწყოს 15 წლამდე. ამ საკითხთან დაკავშირებით საინტერესო ასაკობრივი განსხვავება აღინიშნა იმ ექიმებისთვის, ვინც ინფორმაციის ადრეულ ასაკში (15 წლამდე) მიწოდების მომხრეა: 25,9%-დან 15,3%-მდე და 9,7%-მდე ექიმების ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით — ყველაზე ახალგაზრდიდან ყველაზე ასაკოვანამდე. ანუ შედარებით ახალგაზრდა ექიმები ნაკლებად კონსერვატიულნი არიან მოზარდებისთვის ინფორმაციის ადრეული ასაკიდან მიწოდების მხრივ. ასევე ნაკლებად კონსერვატიულნი იყვნენ კახეთის რეგიონის ექიმებიც — გამოკითხულთა 23,4% ემხრობოდა ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ადრეული ასაკიდან მიწოდებას (ცხრილი 15).**

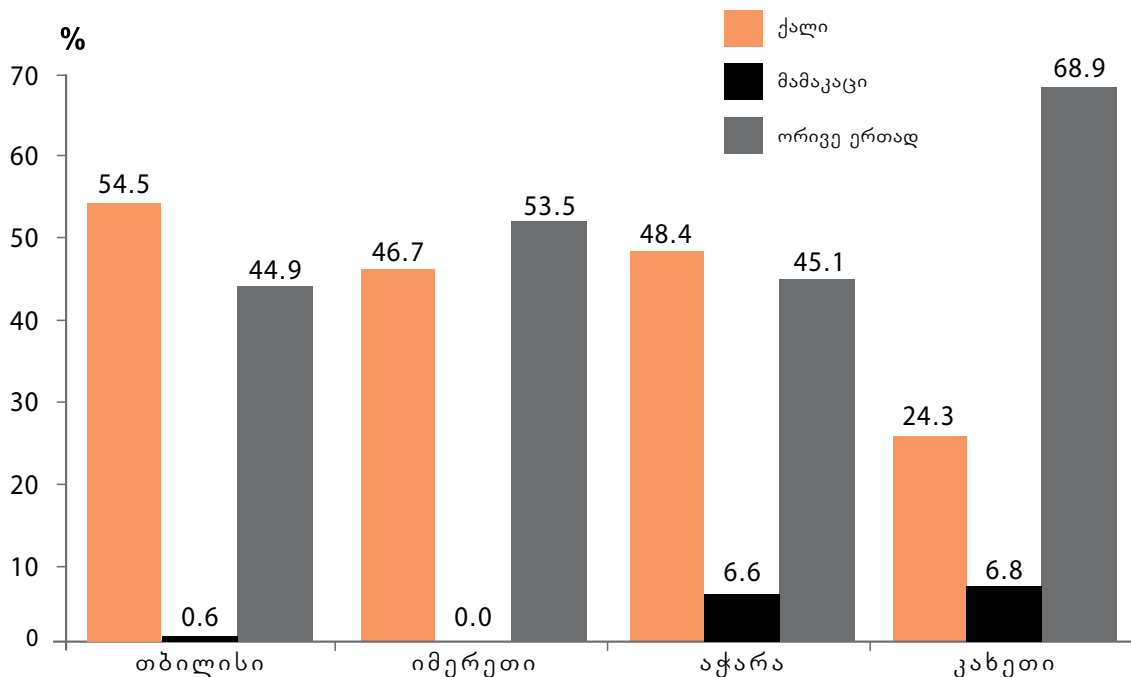
**ვინ უნდა მიაწოდოს ახალგაზრდებს ინფორმაცია?** რესპონდენტებს სთხოვეს, აერჩიათ ერთი ვარიანტი შეთავაზებული ექვსიდან (ცხრილი 16). ვარიანტები „სათანადოდ მომზადებულმა სპეციალურმა პირმა“ და „ექიმმა“ აირჩია გამოკითხულთა შესაბამისად 50,8%-მა და 44,6%-მა. მხოლოდ 3,5%-მა მიიჩნია, რომ კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაცია ახალგაზრდებს მშობელმა უნდა მიაწოდოს, რაც ისევ და ისევ ასახავს მშობლებსა და მოზარდებს შორის არსებულ ჩვეულებრივ უხერხულობას ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე საუბრისას. მამაკაცი რესპონდენტები ინფორმაციის ძირითად წყაროდ ექიმს ამჯობინებდნენ (59,1%), შედარებით ქალების 42,7%-თან, ვინც ეს წყარო დაასახელა. ქალების მეტი წილის აზრით, ეს ინფორმაცია ახალგაზრდებს სათანადოდ მომზადებულმა სპეციალურმა პირმა უნდა მიაწოდოს. ექიმების უმეტესობის (73,2%) აზრით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება (კონსულტაცია, კლინიკური მომსახურება) დაუქორწინებელ ახალგაზრდებს (15-24 წლის) ჩვეულებრივი მომსახურებისგან განსხვავებული სახით უნდა მიეწოდოს (ცხრილი 22). ბევრ გამოკითხულს მიაჩნია (და ამ მხრივ მნიშვნელოვანი განსხვავებები აღინიშნება ექიმების ქვეჯგუფების მიხედვით), აგრეთვე, რომ ეს მომსახურება ანონიმური უნდა იყოს (ცხრილი 23). ექიმების გასაკვირად დიდმა ნაწილმა (58,9%) განაცხადა, რომ მათ აქვთ დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისთვის რეპროდუქციული

**დიაგრამა 14.** ექიმების შეხედულებები ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებასთან დაკავშირებით (%)





**დიაგრამა 15.** ექიმების განაწილება(%) იმის თაობაზე შეხედულების მიხედვით, თუ ვინ იღებს გადაწყვეტილებას წყვილში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ



ჯანმრთელობის მომსახურების განვითარების განხორციელება. თითქმის ყველას (98,3%) მიაჩნია, რომ აუცილებელია სპეციალური ტრენინგი ექიმებისთვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებით (ცხრილები 24 და 25).

**ცოლ-ქმარს შორის რომელი იღებს გადაწყვეტილებას კონტრაცეფციის გამოყენების შესახებ?** ექიმებს დაუსვეს კითხვა, განსხვავდება თუ არა ქალისა და მამაკაცის დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებისადმი და ვინ იღებს საბოლოოდ გადაწყვეტილებას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ (დიაგრამა 15 და ცხრილები 17 და 18). საინტერესოა, რომ ექიმების უმრავლესობის (81%) აზრით ქალისა და მამაკაცის დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებისადმი განსხვავდება, მაგრამ მათი ნახევარი (49,4%) ასევე აცხადებს, რომ წყვილი ერთობლივად იღებს გადაწყვეტილებას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ. მე-15 დიაგრამაზე პასუხები რეგიონების მიხედვით არის ნაჩვენები. მთლიანობაში, ექიმების უმეტესობას მიაჩნია, რომ წყვილში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს ან მხოლოდ ქალი, ან ქალი და მამაკაცი ორივე ერთად.

**კონტრაცეფციის რომელ მეთოდებს იყენებენ უმეტესად?** ექიმებს დაუსვეს კითხვა, რეპროდუქციული ასაკის ქალების რა პროცენტული წილი იყენებს ამჟამად კონტრაცეფციას. გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევრის აზრით (ცხრილი 19), საქართველოში კონტრაცეფციას იყენებს 20-40%. მეხუთედს მიაჩნია, რომ ეს წილი 20%-მდეა, ხოლო დაახლოებით ერთი მესამედის თქმით — 41%-დან 60%-მდე. საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგებიდან გამომდინარეობდა, რომ 15-44 წლის ქალების 32% იყენებს კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდს, რაც ტოლია დაქორწინებული ქალების 53,4%-ისა.

ექიმებს სთხოვეს, დაესახელებინათ საქართველოში ყველაზე ხშირად გამოყენებული ერთი მეთოდი. ექიმების მეტი წილის აზრით, კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდიდან საქართველოში უფრო ხშირად იყენებენ საშვილოსნოსშიგა საშუალებას (43,7%), მამაკაცის კონდომს (25,4%) და ჰორმონალურ აბებს (22,4%). არც ერთი სხვა მეთოდი განსაკუთრებულად არ იყო გამოყოფილი (დიაგრამა 16 და ცხრილი 20). ამას ნაწილობრივ ადასტურებს 2010 წლის კვლევა: სხვა მეთოდებთან შედარებით გამოირჩეოდა საშვილოსნოსშიგა საშუალება და კონდომი, თუმცა ჰორმონალური აბები მათ ბევრად



ჩამორჩებოდა. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი თითქმის ისეთივე პოპულარობით სარგებლობდა, როგორც საშვილოსნოსშიგა საშუალება და კონდომი. საქართველოში კონტრაცეპტივებს ჯერჯერობით უმეტესად დაქორწინებული ქალები იყენებენ; 2010 წლის კვლევაში კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენება პროცენტულად შემდეგნაირად იყო ასახული:

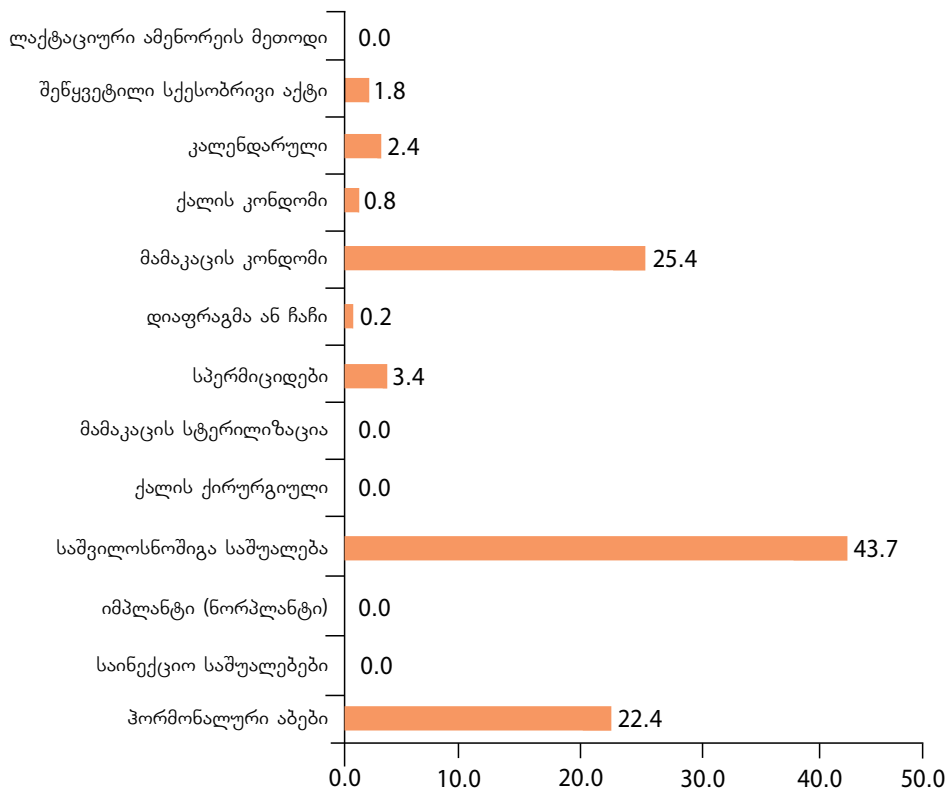
კონდომი	13,6%
საშვილოსნოსშიგა საშუალება	12,5%
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	11,1%
კალენდარული მეთოდი	7,4%
ჰორმონალური აბები	4,1%
ქალის სტერილიზაცია	2,9%
სხვა მეთოდები	1,8%
სულ	53,4%

**ძალადობის შემთხვევები ექიმების პრაქტიკაში.** კვლევის განმავლობაში ექიმებს ასევე დაუსვეს შეკითხვა, თუ მიუმართავთ მათთვის პაციენტებს შველისთვის ოჯახში ძალადობის გამო. მიღებული იქნა შედეგები 26-ე ცხრილის სამ პასუხთან დაკავშირებით - „ხშირად“, „იშვიათად“ და „არასოდეს“. თითქმის არც ერთ ექიმს არ უთქვამს „ხშირად“. უმეტესობის პასუხი იყო „არასოდეს“. მაგრამ გამოკითხულთა 4,4%-19,9%-მა თქვა, რომ მათთვის მიუმართავთ საკონსულტაციოდ შემდეგი საკითხების გამო:

ორსული ქალის ცემა	14,3%
ქალის ცემა	19,9%
გაუპატიურება ნაცნობი ან უცნობი მამაკაცის მიერ	12,9%
გაუპატიურება მეუღლის მიერ	4,4%

ეს მონაცემები ასახავს მხოლოდ იმ ექიმების წილს, ვისთვისაც მიუმართავთ მსგავსი შემთხვევებით, და არა პაციენტების რაოდენობას ან მოსახლეობაში ამგვარი შემთხვევების სიხშირეს, რომელთაგან ბევრი საერთოდ არ ხდება ექიმებისთვის ცნობილი.

**დიაგრამა 16.** კონტრაცეფციის მეთოდები, რომლებსაც, ექიმების აზრით, უფრო ხშირად იყენებენ საქართველოში



# 5 კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ცოდნის დონე

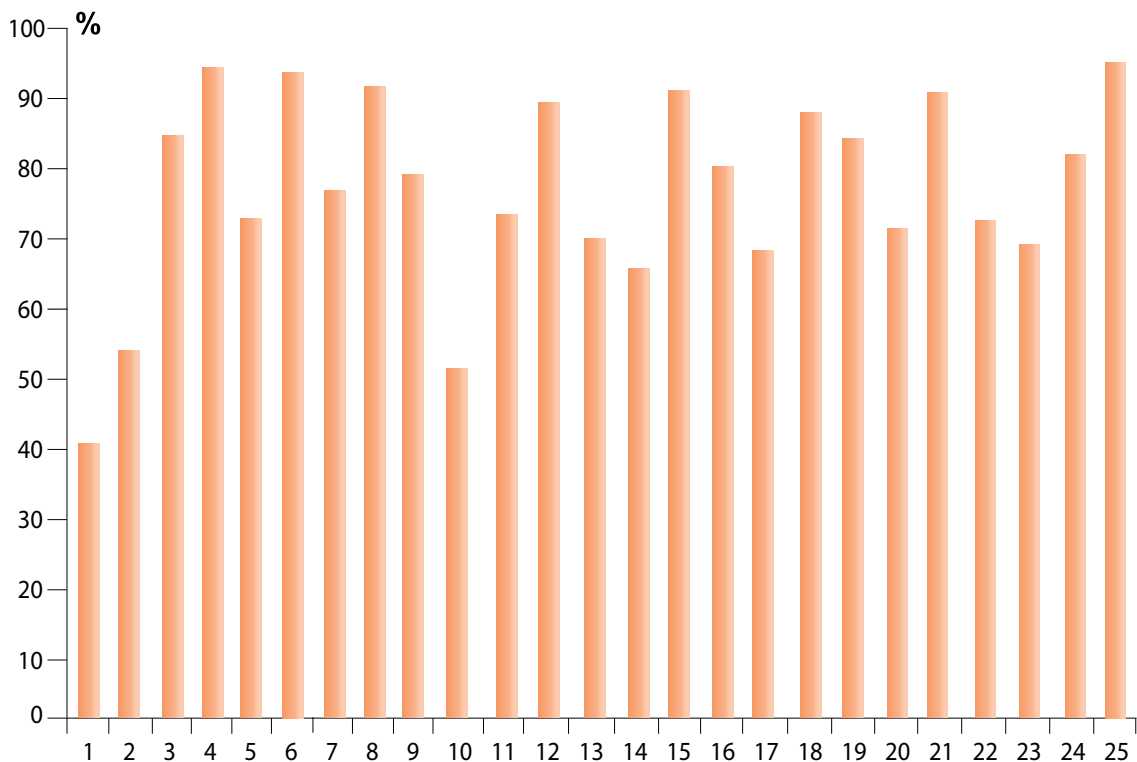
კვლევის განმავლობაში ექიმებს მისცეს 25 პუნქტიანი ტესტი, რომელზე დაყრდნობითაც უნდა შეფასებულიყო კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდის შესახებ მათი ცოდნის დონე. თითოეულმა ექიმმა გასცა პასუხი „დიახ“ ან „არა“, რათა მიეთითებინა, ეთანხმება თუ არ ეთანხმება ტესტში მოცემულ კითხვას (მოსაზრებას) (იხ. დანართი 1, კითხვარი). მე-17 დიაგრამაზე ნაჩვენებია იმ ექიმების წილი, ვინც თითოეულ კითხვას სწორად უპასუხა (იხ., აგრეთვე, 21-ე ცხრილი).

ქვემოთ ჩამოთვლილია 25 კითხვა (მოსაზრება) იმავე თანმიმდევრობით, რაც მე-17 დიაგრამაზე.

1. ექიმმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მან გამოიყენოს ოჯახის დაგეგმვის ის მეთოდი, რომელიც ექიმს მიაჩნია საუკეთესოდ
2. საშვილოსნოსშიგა საშუალების ჩადგმა შეიძლება მშობიარობის შემდეგ 48 საათის განმავლობაში
3. საშვილოსნოსშიგა საშუალება კონტრაცეფციის უფრო ეფექტიანი მეთოდია, ვიდრე

- სპერმიციდები
4. საშვილოსნოსშიგა საშუალება იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან
  5. საშვილოსნოსშიგა საშუალების გამოყენების გამო იზრდება საშვილოსნოს გარე ორსულობის განვითარების რისკი
  6. საშვილოსნოსშიგა საშუალების ამოღების შემდეგ ნაყოფიერება არ აღდგება დიდი ხნის განმავლობაში
  7. საშვილოსნოსშიგა საშუალება შეიძლება ჩაიდგას აბორტის შემდეგ
  8. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების ფონზე ძლიერდება სისხლდენა მენსტრუაციის დროს
  9. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკს
  10. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს ყელის კიბოს განვითარების რისკს
  11. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს საკვერცხეების კიბოს განვითარების რისკს
  12. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება იწვევს გათმინებას
  13. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება უმეტეს შემთხვევაში იწვევს წონის მომატებას

**დიაგრამა 17.** იმ ექიმების წილი (%), ვინც კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ კითხვებს სწორი პასუხები გასცა



14. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებისას მცირდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკი
15. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გადადების რისკს
16. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება მეტუქური დედების მიერ შესაძლებელია მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ
17. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება არამეტუქური დედების მიერ შესაძლებელია მშობიარობიდან 21 დღის შემდეგ
18. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება შესაძლებელია აბორტის შემდეგ მაშინვე
19. სუფთა პროგესტაგენების გამოყენება მეტუქური დედების მიერ შესაძლებელია 42 დღის შემდეგ
20. ვაზექტომიიდან 1 კვირის შემდეგ ეაკულატში არის სპერმა
21. ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია კონტრაცეფციის შექცევადი მეთოდია
22. სპერმიციდების ჩასახვის სანინალმდეგო მოქმედება გამოწვეულია საშვილოსნოს ყელის ლორწოს გასქელებით
23. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი ქალს არასასურველი ორსულობისაგან იცავს შემთხვევათა 98-99%-ში
24. კონტრაცეფციის კალენდარული მეთოდის ეფექტიანობა შეადგენს 98%-ს
25. კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ/შიდს-ისაგან

ბევრ საკითხთან დაკავშირებით ექიმებს არა აქვთ სათანადო ცოდნა. სწორი პასუხების ყველაზე დაბალი წილი მიღებული იქნა შემდეგ მოსაზრებასთან დაკავშირებით: „ექიმმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მან გამოიყენოს ოჯახის დაგეგმვის ის მეთოდი, რომელიც ექიმს მიაჩნია საუკეთესოდ“, ხოლო ყველაზე მაღალი – „კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ/შიდს-ისაგან“. დანარჩენ საკითხებზე დიდი განსხვავებები აღინიშნებოდა. მამაკაცმა ექიმებმა ქალებთან შედარებით 25-დან 20 კითხვაზე უფრო მეტი სწორი პასუხი გასცეს, ხოლო რეპროდუქტოლოგებსა და მეან-გინეკოლოგებს შორის სწორი პასუხების წილი 25-დან 15 კითხვაზე მეტი იყო, ვიდრე ოჯახის ექიმებში. ეს განსხვავებები შეიძლება ასახავდეს ასაკობრივ განსხვავებებს ან

განპირობებული იყოს ექიმთა ნაწილის მიერ ტრენინგის გავლით.

ოთხ რეგიონში არათანაბარი სურათი იყო 25 საკითხზე სწორი პასუხების მხრივ. ეს შეიძლება ასახავდეს ზოგიერთ რეგიონში ტრენინგების უფრო ინტენსიურად ჩატარებას, ნაწილობრივ დონორი ორგანიზაციების მიერ, ასევე შეიძლება აიხსნებოდეს ტრენინგისა ამა თუ იმ საკითხზე ყურადღების გამახვილებით. უნდა აღინიშნოს, რომ საშვილოსნოსშიგა საშუალებასთან დაკავშირებულ კითხვებზე უფრო მეტმა ექიმმა უპასუხა სწორად, ვიდრე კითხვებზე, რომლებიც ორალურ კონტრაცეპტივებს ეხებოდა.

ტრენინგები ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე ყველაზე ხშირად იმერეთში ტარდებოდა და იმ ექიმებს შორის, რომლებსაც გავლილი ჰქონდათ ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, უფრო მაღალია სწორი პასუხების წილი, ვიდრე იმ ექიმებს შორის, რომლებსაც არა აქვთ გავლილი ტრენინგები, რაც იმაზე მიგვანიშნებს, რომ მიზანშეწონილია სათანადო ტრენინგების რეგულარულად ჩატარება.

მიუხედავად გარკვეული ნაკლოვანებებისა, ტენდენცია მაინც მანუგეშებელია. 2013 წლის კვლევის მონაცემების მიხედვით, გაიზარდა იმ ექიმების წილი, რომლებმაც სწორი პასუხები გასცეს შეკითხვებს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ წინა პერიოდთან შედარებით (2010 წლის კვლევის მიხედვით). ესეც იმაზე მიუთითებს, რომ საჭირო და სასარგებლოა ამ საკითხებზე ტრენინგების რეგულარულად ჩატარება.

## დასკვნები

- ექიმების უმეტესობამ იცის და იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ფართო სპექტრს.
- ექიმების აზრით, კონტრაცეფციის მეთოდების ძირითადი თვისებები უნდა იყოს მაღალი ეფექტიანობა, მცირე გვერდითი მოვლენები და ხელმისაწვდომობა.
- ექიმების უმეტესობას სურვილი აქვს, ჰქონდეს უფრო მეტი კლინიკური ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ.
- ექიმების აზრით, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება უმჯობესია 15-17 წლის ასაკიდან სკოლაში და შემდეგ უმაღლეს სასწავლებელში.
- ექიმების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაცია მოზარდებს უნდა მიანოდოს სათანადოდ მომზადებულმა პირმა.
- ოჯახის ექიმების ჩართვა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიწოდებაში ხელს უწყობს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების პოპულარიზაციასა და გავრცელებას.
- ექიმების უმრავლესობამ კარგად იცის აბორტის უარყოფითი შედეგები და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების უპირატესობა, თუმცა მატერიალური თვალსაზრისით ისინი ზოგჯერ შეიძლება ორიენტირებულნი იყვნენ აბორტებზე.
- ექიმების უმეტესობა აღიარებს, რომ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება ამცირებს შობადობის მაჩვენებელს.
- ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ექიმების ცოდნის დონე ამაღლდა, თუმცა საჭიროებს შემდგომ გაუმჯობესებას.
- ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების პრაქტიკული და თეორიული ასპექტების შესახებ ინფორმაციას ექიმები ყველაზე ხშირად სპეციალურ ტრენინგებზე იღებენ.
- ექიმებს მიაჩნიათ, რომ საჭიროა დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კეთილგანწყობილი მომსახურების განვითარების შესახებ ტრენინგების ჩატარება.
- ექიმების 20 პროცენტისთვის მიუმართავთ ქალებს ცემის გამო და 13 პროცენტისთვის — გაუპატიურების გამო.
- ექიმების უმეტესობას ძალიან იშვიათად ჩაუტარებია აბორტები ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო.

## რეკომენდაციები

- მნიშვნელოვანია ექიმებისთვის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე ტრენინგების რეგულარულად ჩატარება.
- მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმებისათვის სამედიცინო პრაქტიკაში გამოსაყენებელი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების სპექტრის გაფართოება.
- მიზანშეწონილია, რომ ექიმებმა და დონორებმა მეტი ინფორმაცია მიანოდონ მოსახლეობას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების უპირატესობების შესახებ.
- მიზანშეწონილია ექიმებისათვის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ახალი კლინიკური მონაცემების პერიოდულად მიწოდება.
- მიზანშეწონილია ახალგაზრდა დაუქორწინებელი წყვილებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კეთილგანწყობილი მომსახურების შესახებ ტრენინგების ჩატარება.

## დანართი 1

### კითხვარი

ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი ექიმების დამოკიდებულებასთან დაკავშირებით

*გამარჯობა, ჩვენ ვატარებთ კვლევას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ. ჩვენ გვინტერესებს ექიმების დამოკიდებულება აღნიშნული საკითხების მიმართ. თქვენგან მიღებული ინფორმაცია გამოიყენება მხოლოდ განზოგადებული სახით სტატისტიკური შეფასებისათვის. ამდენად, თქვენი ვინაობის მითითება არ არის საჭირო.*

*წინასწარ გიხდით მადლობას დახმარებისა და თანამშრომლობისათვის!*

*გთხოვთ, აღნიშნოთ:*

1. სქესი                    1. მამრობითი                    2. მდედრობითი
2. ასაკი                    1. 35 წლამდე                    2. 35-49                    3. 50 წლისა და უფროსი
3. თქვენი სპეციალიზაცია:
  1. რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი
  2. ოჯახის ექიმი
4. მიუთითეთ რეგიონი, რომელშიც მუშაობთ:
  1. თბილისი
  2. იმერეთი
  3. აჭარა
  4. კახეთი
5. გაგივლიათ თუ არა ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე?
  1. გამივლია
  2. არ გამივლია
6. თუ გავლილი გაქვთ ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, გთხოვთ, მიუთითოთ, როდის.
  1. 2009 წლამდე
  2. 2009 წლის შემდეგ
7. რამდენი ხანია იყენებთ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს სამედიცინო პრაქტიკაში?
  1. 5 წლამდე
  2. 5-9 წელი
  3. 10 და მეტი წელი
8. კონტრაცეფციის რომელ მეთოდებს იცნობთ და როგორია თქვენი დამოკიდებულება მათ მიმართ?

		სმე- ნია	იცის გამო- ყენება	უპი- რატესობას ანიჭებს	იყენებს სა- მედიცინო პრაქტიკაში	წინააღმ- დეგია
8.1.	ჰორმონალური აბები	1	2	3	4	5
8.2.	საინექციო საშუალებები	1	2	3	4	5
8.3.	იმპლანტი (ნორპლანტი)	1	2	3	4	5
8.4.	საშვილოსნოსშიგა საშუალება (სპირალი)	1	2	3	4	5
8.5.	ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	1	2	3	4	5
8.6.	მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	1	2	3	4	5
8.7.	სპერმიციდები	1	2	3	4	5
8.8.	დიაფრაგმა ან ჩაჩი	1	2	3	4	5
8.9.	მამაკაცის კონდომი	1	2	3	4	5
8.10.	ქალის კონდომი	1	2	3	4	5
8.11.	კალენდარული	1	2	3	4	5
8.12.	შენწყვეტილი სქესობრივი აქტი	1	2	3	4	5
8.13.	ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	1	2	3	4	5

**9. თქვენი აზრით, რა უნდა იყოს კონტრაცეფციის იდეალური მეთოდის თვისება?**  
(შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი, თქვენთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი, თვისება)

1. მაღალი ეფექტიანობა
2. მცირე გვერდითი მოვლენები
3. არ უნდა იყოს დაკავშირებული სქესობრივ კავშირთან
4. არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს რელიგიას
5. ხელმისაწვდომია
6. იაფია
7. სხვა (მიუთითეთ) .....

**10. ხელოვნური აბორტის რომელ მეთოდებს იცნობთ და იყენებთ სამედიცინო პრაქტიკაში?**  
(ინტერვიუერს: შეეკითხეთ მხოლოდ მეან-გინეკოლოგებს)

		იცნობს	გამოუყენებია სამედიცინო პრაქტიკაში	ამჟამად იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში	უპირატესობას ანიჭებს	წინააღმდეგია
10.1	საშვილოსნოს ყელის დილაცია და კიურეტაჟი	1	2	3	4	5
10.2	ელექტრონული ვაკუუმ-მასპირაცია (12 კვირამდე)	1	2	3	4	5
10.3	მანუალური ვაკუუმ-მასპირაცია (12 კვირამდე)	1	2	3	4	5
10.4	ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმ-მასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინიაბორტი)	1	2	3	4	5
10.5	მედიკამენტური აბორტი	1	2	3	4	5
10.6	სხვა (მიუთითეთ) .....	1	2	3	4	5

**11. გამოგიყენებიათ თუ არა აბორტის რომელიმე მეთოდი თქვენ ან თქვენს პარტნიორს?**  
(თუ გამოგიყენებიათ, რამდენჯერ)

	გამომიყენებია				არ გამომიყენებია	
	1	2-5	6-9	10+		
11.1.	ქირურგიული აბორტი	1	2	3	4	5
11.2.	მედიკამენტური აბორტი	1	2	3	4	5

**12. თქვენი აზრით, რა მიზეზების გამო იკეთებს ქალი ხელოვნურ აბორტს?**  
(მიუთითეთ მხოლოდ ერთი, ყველაზე მნიშვნელოვანი, მიზეზი)

1. არ უნდა მეტი ბავშვის ყოლა
2. სოციალურ-ეკონომიური მიზეზები
3. უნდა მშობიარობის გადავადება
4. დედის ან ნაცოფის ჯანმრთელობისთვის რისკი
5. პარტნიორი იყო ორსულობის წინააღმდეგი
6. ნაცოფის სქესი
7. სხვა (მიუთითეთ)



**13. ჩამიტარებიათ თუ არა აბორტი ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო?***(ინტერვიუერს: შეეკითხეთ მხოლოდ მეან-გინეკოლოგებს)*

1. ჩამიტარებია ძალიან ხშირად
2. ჩამიტარებია საკმაოდ ხშირად
3. ჩამიტარებია საკმაოდ იშვიათად
4. ჩამიტარებია ძალიან იშვიათად
5. არ ჩამიტარებია

**14. ახდენს თუ არა გავლენას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება შობადობაზე საქართველოში?**

1. დიახ, ახდენს
2. არა, არ ახდენს (გადადით მე-16 კითხვაზე)
3. არ ვიცი (გადადით მე-16 კითხვაზე)

**15. იმ შემთხვევაში, თუ მიგაჩნიათ, რომ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება გავლენას ახდენს შობადობაზე, აღნიშნეთ:**

1. ამცირებს შობადობას
2. ზრდის შობადობას

**16. როგორ ფიქრობთ, არის თუ არა აბორტი ოჯახის დაგეგმვის მისაღები მეთოდი?**

1. არის მისაღები მეთოდი
2. არ არის მისაღები მეთოდი

**17. ოჯახის დაგეგმვისათვის რომელია უმჯობესი:**

1. აბორტი
2. კონტრაცეფციის მეთოდები

**18. თქვენი აზრით, ახდენს თუ არა გავლენას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება აბორტის მაჩვენებელზე?**

1. ახდენს
2. არ ახდენს

**19. როგორ ფიქრობთ, მატერიალური თვალსაზრისით რომელი უფრო მომგებიანია ექიმისათვის?**

1. აბორტის გაკეთება
2. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება
3. არ არის განსხვავება

**20. როგორ ფიქრობთ, რა არის მოსახლეობის მიერ კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებლობის მიზეზი? (შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი, ყველაზე მნიშვნელოვანი, მიზეზი)**

1. ძვირია
2. ინფორმირებულობის დაბალი დონე
3. კრძალავს რელიგია
4. ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების დაბალი ხარისხი
5. ექიმი არ ურჩევს
6. ქალებს აბორტის გაკეთება ურჩევნიათ
7. სხვა (მიუთითეთ) .....

**21. ძირითადად საიდან ლეზულობით ინფორმაციას კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ?***(შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი პასუხი)*

1. პროფესიული სამედიცინო ჟურნალი
2. პოპულარული ჟურნალი
3. დონორი ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული ტრენინგები ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე
4. უწყვეტი განათლების ტრენინგები
5. კონფერენციები, სემინარები



- 6. ტელევიზია
- 7. ფარმაცევტული კომპანიების მიერ გავრცელებული ინფორმაცია
- 8. სხვა (მიუთითეთ) .....

**22. რთულია თუ არა თქვენთვის კლინიკური ინფორმაციის მიღება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ?**

- 1. რთულია
- 2. არ არის რთული

**23. გჭირდებათ თუ არა მეტი კლინიკური ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ?**

- 1. მჭირდება
- 2. არ მჭირდება

**24. ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მინოდება უმჯობესია დაინწყით**

(აღნიშნეთ მხოლოდ ერთი პასუხი):

- 1. სკოლაში
- 2. უმაღლეს სასწავლებელში
- 3. ოჯახში
- 4. ქორწინებამდე ექიმთან კონსულტირებისას
- 5. ქორწინების შემდეგ ექიმის მიერ
- 6. პირველი მშობიარობის შემდეგ
- 7. პირველი აბორტის შემდეგ
- 8. სხვა (მიუთითეთ) .....

**25. რა ასაკიდან არის უმჯობესი ინფორმაციის მინოდება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ?**

- 1. 15 წლამდე
- 2. 15-17 წლის
- 3. 18 წლისა და უფროსი

**26. როგორ ფიქრობთ, ვინ უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ახალგაზრდებს? (შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი პასუხი)**

- 1. მასწავლებელმა
- 2. ექიმმა
- 3. სათანადოდ მომზადებულმა პირმა
- 4. მშობელმა
- 5. სათანადოდ მომზადებულმა თანატოლებმა
- 6. სხვებმა (მიუთითეთ) .....

**27. თქვენი აზრით, განსხვავდება, თუ არა ქალისა და მამაკაცის დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებისადმი?**

- 1. განსხვავდება
- 2. არ განსხვავდება

**28. თქვენი აზრით, რეალურად ვინ იღებს გადაწყვეტილებას წყვილში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების შესახებ?**

- 1. ქალი
- 2. მამაკაცი
- 3. ორივე ერთად

**29. თქვენი აზრით, რეპროდუქციული ასაკის ქალების რა წილი იყენებს კონტრაცეფციის მეთოდს საქართველოში?**

- 1. 20%-მდე
- 2. 20-40%
- 3. 41-60%
- 4. 60%-ზე მეტი

**30. თქვენი აზრით, საქართველოში კონტრაცეფციის რომელ მეთოდს იყენებენ უფრო ხშირად?**

(შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი პასუხი)

- 1. ჰორმონალური აბები
- 2. საინექციო საშუალებები
- 3. იმპლანტი (ნორპლანტი)

4. საშვილოსნოსშიგა საშუალება (სპირალი)
5. ქალის სტერილიზაცია
6. მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)
7. სპერმიციდები
8. დიაფრაგმა და ჩაჩი
9. მამაკაცის კონდომი
10. ქალის კონდომი
11. კალენდარული
12. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი
13. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

**გთხოვთ, უპასუხოთ ქვემოთ დასმულ შეკითხვებს კონტრაცეფციის მეთოდებთან დაკავშირებით, „დიახ“, თუ ეთანხმებით და „არა“, თუ არ ეთანხმებით**

№		დიახ	არა
31	ექიმმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მან გამოიყენოს ოჯახის დაგეგმვის ის მეთოდი, რომელიც ექიმს მიაჩნია საუკეთესოდ	1	2
32	საშვილოსნოსშიგა საშუალების ჩადგმა შეიძლება მშობიარობის შემდგომ 48 საათის განმავლობაში	1	2
33	საშვილოსნოსშიგა საშუალება კონტრაცეფციის უფრო ეფექტიანი მეთოდია, ვიდრე სპერმიციდები	1	2
34	საშვილოსნოსშიგა საშუალება იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან	1	2
35	საშვილოსნოსშიგა საშუალების გამოყენების გამო იზრდება საშვილოსნოს გარე ორსულობის განვითარების რისკი	1	2
36	საშვილოსნოსშიგა საშუალების ამოღების შემდეგ ნაყოფიერება არ აღდგება დიდი ხნის განმავლობაში	1	2
37	საშვილოსნოსშიგა საშუალება შეიძლება ჩაიდგას აბორტის შემდეგ	1	2
38	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების ფონზე ძლიერდება სისხლდენა მენსტრუაციის დროს	1	2
39	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკს	1	2
40	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს ყელის კიბოს განვითარების რისკს	1	2
41	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს საკვერცხეების კიბოს განვითარების რისკს	1	2
42	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება იწვევს გათმინებას	1	2
43	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება უმეტეს შემთხვევაში იწვევს წონის მომატებას	1	2
44	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებისას მცირდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკი	1	2
45	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გადადების რისკს	1	2
46	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ამცირებს სქესობრივი მიერ შესაძლებელია მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ	1	2
47	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება არამეძუძური დედების მიერ შესაძლებელია მშობიარობიდან 21 დღის შემდეგ	1	2

48	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება შესაძლებელია აბორტის შემდეგ მაშინვე	1	2
49	სუფთა პროგესტაგენების გამოყენება მეძუძური დედების მიერ შესაძლებელია 42 დღის შემდეგ	1	2
50	ვაზექტომიიდან ერთი კვირის შემდეგ ეაკულატში არის სპერმა	1	2
51	ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია კონტრაცეფციის შექცევადი მეთოდია	1	2
52	სპერმიციდების ჩასახვის სანინაალმდეგო მოქმედება გამოწვეულია საშვილოსნოს ყელის ლორწოს გასქელებით	1	2
53	ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი ქალს არასასურველი ორსულობისაგან შემთხვევათა 98-99%-ში იცავს	1	2
54	კონტრაცეფციის კალენდარული მეთოდის ეფექტიანობა 98%-ს შეადგენს	1	2
55	კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ/შიდსისაგან	1	2

56. თქვენი აზრით, უნდა განსხვავდებოდეს თუ არა 15-24 წლის დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის განუხლები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება (კონსულტირება, კლინიკური მომსახურება და ა.შ.) ჩვეულებრივი მომსახურებისგან?

1. უნდა განსხვავდებოდეს
2. არ უნდა განსხვავდებოდეს

57. თქვენი აზრით, უნდა იყოს თუ არა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება ანონიმური 15-24 წლის დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის?

1. უნდა იყოს ანონიმური
2. არ უნდა იყოს ანონიმური

58. გაქვთ თუ არა 15-24 წლის დაუქორწინებელი ახალგაზრდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების განვითარების გარკვეული გამოცდილება?

1. მაქვს
2. არა მაქვს

59. თქვენი აზრით, საჭიროა თუ არა ექიმებისათვის ტრენინგების ჩატარება ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების დასანერგად?

1. საჭიროა
2. არ არის საჭირო

60. მოუმართავს თუ არა თქვენთვის ძალადობის მსხვერპლს, და თუ მოუმართავს, რამდენად ხშირად?

	ძალადობის ტიპი	მოუმართავს ხშირად	მოუმართავს იშვიათად	არ მოუმართავს
60.1	ორსული ქალების ცემა	1	2	3
60.2	ქალების ცემა	1	2	3
60.3	გაუპატიურება ნაცნობი ან უცნობი მამაკაცის მიერ	1	2	3
60.4	გაუპატიურება მეუღლის მიერ	1	2	3

**გმადლობთ დახმარებისათვის!**

## დანართი 2

ცხრილი 1. გამოკითხული ექიმების განაწილება სხვადასხვა ნიშნის მიხედვით																			
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი		ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში		
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი/მენაგინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე	2009 წლის შემდეგ	5 წლამდე	5-9 წელი	10 და მეტი წელი
2010																			
რაოდენობა	600	78	522	101	304	195	398	202	326	106	91	77	463	137	185	287	209	183	175
%	100	13.0	87.0	16.8	50.7	32.5	66.3	33.7	54.3	17.7	15.2	12.8	77.2	22.8	39.2	60.8	36.9	32.3	30.9
2013																			
რაოდენობა	600	66	534	89	307	204	400	200	324	107	91	78	443	157	271	172	124	152	258
%	100	11.0	89.0	14.8	51.2	34.0	66.7	33.3	54.0	17.8	15.2	13.0	73.8	26.2	61.2	38.8	33.9	34.4	32.1

**ცხრილი 2. ექიმების წილი (%) კონტრაცეპციის მეთოდებისადმი დამოკიდებულების მიხედვით**

**სმენია**

	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანგიეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე
ჰორმონალური აბები	98.7	98.5	98.7	100.0	98.0	99.0	99.0	98.0	99.4	100.0	100.0	92.2	98.6	98.7	97.8	100.0
საინექციო საშუალებები	95.9	92.2	96.4	100.0	95.9	94.0	95.6	96.5	98.0	99.1	89.7	89.7	96.1	95.2	96.3	95.9
იმპლანტი (ნორ-პლანტი)	97.9	95.0	98.3	100.0	97.5	97.6	97.6	98.8	99.3	100.0	92.7	95.1	98.1	97.1	97.7	98.8
საშვილოსნოში-გა საშუალება (სპირალი)	95.3	97.0	95.1	96.6	95.8	94.0	93.7	98.5	94.1	100.0	96.6	92.2	96.1	92.9	94.4	98.8
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	96.9	92.2	97.5	97.7	97.4	95.9	95.5	100.0	97.2	100.0	94.3	94.4	98.6	91.8	98.9	98.2
მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	96.8	95.3	97.0	93.0	96.9	98.4	96.7	97.1	96.8	100.0	98.7	90.0	98.1	92.6	98.1	99.4
სპერმიციდები	95.1	93.7	95.2	94.4	95.2	95.2	95.6	93.8	95.5	100.0	94.3	85.9	95.2	94.8	94.3	96.5
დიაფრაგმა ან ჩაჩი	96.1	96.8	96.0	98.8	97.2	93.0	95.2	98.1	95.4	100.0	94.9	94.0	97.2	91.7	97.3	97.0
მამაკაცის კონდომი	96.5	97.0	96.4	98.9	95.4	97.0	97.2	94.9	96.6	100.0	96.6	90.8	96.2	97.4	94.8	98.2
ქალის კონდომი	99.1	100.0	99.0	98.7	99.6	98.3	99.2	98.8	99.3	100.0	100.0	95.7	98.8	100.0	98.5	99.4
კალენდარული	98.5	100.0	98.3	96.6	99.0	98.5	98.2	99.0	99.1	100.0	100.0	92.1	98.4	98.7	98.5	98.2
შენწყვეტილი სქესობრივი აქტი	99.0	100.0	98.8	98.8	98.7	99.5	99.0	98.9	99.0	100.0	98.9	97.3	98.6	100.0	98.2	99.4
ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	98.6	100.0	98.5	98.9	98.4	99.0	99.0	97.9	100.0	100.0	97.6	92.2	98.2	100.0	98.2	98.2

## გაგრძელება

იცის გამოყენება																
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანგიეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე
ჰორმონალური აბები	87.6	97.0	86.5	88.8	88.6	85.7	94.5	74.0	86.1	100.0	80.2	85.7	92.1	75.2	90.8	94.7
საინექციო საშუალებები	65.2	81.3	63.2	59.3	69.6	61.0	77.4	37.8	60.5	95.3	47.1	61.8	71.7	42.9	71.5	74.0
იმპლანტი (ნორპლანტი)	53.5	75.0	50.7	45.7	56.5	52.1	64.2	28.6	50.9	85.0	29.3	42.6	56.6	40.4	56.9	59.8
საშვილოსნოში-გა საშუალება (სპირალი)	71.5	86.4	69.6	74.2	72.5	68.7	88.2	38.2	65.9	100.0	64.0	63.6	74.5	62.8	71.7	80.1
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	51.1	76.6	48.0	39.8	53.0	53.4	62.5	26.9	45.0	99.1	35.6	25.4	56.5	34.9	56.5	59.5
მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	31.2	48.4	28.9	18.6	34.4	31.9	34.1	24.6	21.0	91.6	7.7	10.0	34.5	20.6	29.3	47.6
სპერმიციდები	77.2	87.3	76.0	60.7	83.4	75.7	81.3	68.4	76.3	100.0	61.4	65.6	83.1	58.2	84.0	84.2
დიაფრაგმა ან ჩაჩი	65.5	81.0	63.5	52.4	67.1	69.2	75.1	42.8	58.1	99.1	63.3	46.3	67.4	58.3	67.3	72.3
მამაკაცის კონდომი	81.9	90.9	80.8	86.5	81.8	80.0	87.7	70.1	83.3	100.0	65.2	69.7	86.4	68.8	85.2	89.5
ქალის კონდომი	66.2	79.0	64.5	58.4	67.7	67.0	74.9	46.0	58.7	99.1	56.0	58.0	69.2	54.5	69.0	72.0
კალენდარული	87.0	86.4	87.1	86.5	89.2	83.9	91.5	78.1	86.0	100.0	84.4	76.3	92.7	70.6	91.5	96.5
შენყვეტილი სქესობრივი აქტი	80.8	87.9	79.9	82.6	81.5	79.0	86.7	67.9	83.0	100.0	63.3	65.3	84.6	68.8	83.8	87.1
ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	89.3	90.9	89.1	86.4	90.9	88.2	92.7	82.3	88.8	100.0	83.5	83.1	92.3	80.7	89.7	98.2

გაგრძელება

უპირატესობას ანიჭებს																
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანონეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე
ჰორმონალური აბები	39.9	40.9	39.8	49.4	40.4	35.0	41.4	37.0	37.3	56.1	28.6	41.6	43.4	29.9	36.2	53.2
საინექციო საშუალებები	2.3	3.1	2.2	3.5	2.4	1.6	2.8	1.2	1.0	5.6	0.0	5.9	2.5	1.6	2.6	3.0
იმპლანტი (ნორპლანტი)	1.5	0.0	1.7	3.7	1.4	0.6	1.6	1.2	0.7	3.7	0.0	3.3	1.9	0.0	2.7	0.6
საშვილოსნოში-გა საშუალება (სპირალი)	35.7	42.4	34.9	39.3	37.6	31.3	44.1	19.1	33.1	56.1	11.2	46.8	36.4	34.0	40.1	32.7
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	4.3	14.1	3.1	6.8	3.3	4.7	6.3	0.0	2.8	12.1	1.1	2.8	3.9	5.5	5.2	2.4
მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	0.4	0.0	0.4	1.2	0.3	0.0	0.5	0.0	0.3	0.9	0.0	0.0	0.2	0.7	0.4	0.0
სპერმიციდები	5.3	4.8	5.4	1.1	5.9	6.3	7.2	1.1	5.8	8.4	2.3	1.6	6.2	2.2	6.9	5.8
დიაფრაგმა ან ჩაჩი	1.3	0.0	1.5	0.0	1.1	2.3	1.1	1.9	0.4	2.8	1.3	3.0	1.4	0.9	0.8	2.4
მამაკაცის კონდომი	38.8	48.5	37.5	36.0	42.0	35.0	35.6	45.2	32.7	74.8	20.2	35.5	42.8	27.3	39.1	48.5
ქალის კონდომი	4.1	6.5	3.8	1.3	4.9	3.9	2.6	7.4	1.8	4.7	1.2	15.9	4.7	1.8	6.1	2.4
კალენდარული	11.8	10.6	11.9	10.1	12.1	12.1	11.6	12.2	5.9	22.4	6.7	27.6	11.3	13.1	10.0	14.0
შენყვეტილი სქესობრივი აქტი	4.3	4.5	4.3	3.5	5.6	2.6	5.3	2.2	1.9	14.0	1.1	4.0	5.7	0.0	4.8	6.4
ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	26.8	30.3	26.3	28.4	26.7	26.2	20.9	39.1	31.8	29.9	1.2	29.9	27.7	24.0	26.9	27.2



გაგრძელება

იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში																		
	სულ	სქესი		ასაკი					სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანგიეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე	2009 წლის შემდეგ	
ჰორმონალური აბები	66.8	62.7	67.3	61.9	67.9	67.3	68.0	56.5	71.2	63.8	50.4	71.8	76.2	40.3	76.0	72.5		
საინექციო საშუალებები	6.2	10.9	5.6	7.0	6.5	5.5	8.2	1.7	2.3	4.7	6.9	25.0	6.7	4.8	6.0	7.7		
იმპლანტი (ნორ-პლანტი)	1.9	3.3	1.7	3.7	1.8	1.2	2.7	0.0	1.1	0.0	1.2	9.8	2.1	1.0	1.5	3.0		
საშვილოსნოში-გა საშუალება (სპირალი)	62.1	77.3	60.2	65.2	64.7	56.7	90.2	1.0	68.7	54.2	56.2	51.9	63.2	59.0	69.1	55.6		
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	15.4	37.5	12.7	10.2	14.6	19.2	21.9	1.6	14.5	18.7	18.4	11.3	16.9	11.0	21.2	10.7		
მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
სპერმიციდები	43.0	39.7	43.5	28.1	43.6	49.2	51.3	24.9	54.9	32.7	26.1	26.6	46.9	30.6	58.4	31.0		
დიაფრაგმა ან ჩაჩი	6.0	7.9	5.7	1.2	4.6	10.5	8.2	0.6	8.1	0.9	2.5	9.0	6.3	4.6	8.7	2.4		
მამაკაცის კონდომი	75.2	86.4	73.8	67.4	76.5	76.5	75.7	74.1	70.4	89.7	67.4	84.2	82.4	54.5	83.0	79.5		
ქალის კონდომი	6.7	6.5	6.7	5.2	6.7	7.3	7.4	4.9	3.6	5.6	2.4	26.1	6.5	7.1	8.4	4.8		
კალენდარული	59.6	59.1	59.7	50.6	61.1	61.3	65.6	47.4	53.6	60.7	60.0	82.9	62.4	51.6	67.8	52.6		
შენყვეტილი სქესობრივი აქტი	31.2	19.7	32.7	32.6	34.4	25.6	32.1	29.3	32.8	33.6	23.3	30.7	31.4	30.5	36.5	22.8		
ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	66.4	74.2	65.5	69.3	64.2	68.7	70.1	58.9	70.7	66.4	31.8	87.0	73.9	44.7	80.1	60.9		

გაგრძელება

წინააღმდეგია																
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანგიეოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე
ჰორმონალური აბები	3.7	1.5	3.9	3.4	5.5	1.0	4.5	2.0	1.9	13.1	0.0	2.6	3.8	3.2	4.4	4.1
საინექციო საშუალებები	7.5	6.3	7.6	5.8	7.8	7.7	8.7	4.7	3.0	26.2	2.3	4.4	8.0	5.6	6.4	11.2
იმპლანტი (ნორ-პლანტი)	5.3	5.0	5.3	4.9	4.9	5.9	6.2	3.1	2.5	15.9	4.9	0.0	5.8	2.9	5.0	7.7
საშვილოსნოში-გა საშუალება (სპირალი)	2.7	1.5	2.8	0.0	1.6	5.5	0.8	6.5	0.3	11.2	2.2	1.3	3.2	1.3	0.7	7.0
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია	23.3	7.8	25.2	28.4	20.5	25.4	18.4	33.9	14.2	43.0	18.4	40.8	20.4	32.2	12.3	31.5
მამაკაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	31.3	42.2	29.9	38.4	29.3	31.4	27.9	38.9	21.9	58.9	10.3	54.3	30.3	34.6	25.1	34.9
სპერმიციდები	1.1	3.2	0.8	1.1	1.0	1.1	1.5	0.0	1.0	2.8	0.0	0.0	0.9	1.5	0.4	1.8
დიაფრაგმა ან ჩაჩი	2.0	0.0	2.3	1.2	3.2	0.6	2.4	1.3	2.1	2.8	0.0	3.0	2.1	1.9	1.5	3.0
მამაკაცის კონდომი	0.8	0.0	0.9	1.1	1.3	0.0	1.3	0.0	0.0	2.8	0.0	2.6	1.1	0.0	0.4	2.3
ქალის კონდომი	1.5	0.0	1.7	0.0	2.1	1.1	2.1	0.0	1.8	2.8	0.0	0.0	1.6	0.9	1.1	2.4
კალენდარული	1.7	1.5	1.7	1.1	2.6	0.5	2.3	0.5	0.6	2.8	5.6	0.0	2.0	0.7	1.9	2.3
შენყვეტილი სქესობრივი აქტი	17.8	27.3	16.6	15.1	16.6	21.0	18.8	15.8	12.2	20.6	18.9	36.0	16.5	22.0	14.0	18.7
ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი	1.9	1.5	1.9	1.1	2.6	1.0	2.8	0.0	0.6	2.8	5.9	1.3	2.3	0.7	2.2	2.4



**ცხრილი 4. ექიმების განაწილება (%) ხელოვნური აბორტის იმ მეთოდების მიხედვით, რომლებსაც იცნობენ და იყენებენ სამედიცინო პრაქტიკაში**

იცნობს																	
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია			რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	მეან-გინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2005 წლამდე	2005 წლის შემდეგ
საშვილოსნოს ყელის დილატაცია და კიურეტაჟი	66.7	63.2	67.3	73.8	72.4	51.8	66.7	0.0	65.9	98.5	31.8	54.3	67.0	65.6	66.3	70.3	
ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	66.8	63.8	67.4	71.4	72.5	54.5	66.8	0.0	63.5	98.5	44.4	55.9	69.0	59.8	68.1	71.4	
მანუალური ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	71.8	80.0	70.3	71.2	70.9	74.0	71.8	0.0	76.5	84.6	35.6	70.4	71.6	72.5	75.7	64.0	
ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინი-აბორტი)	66.9	71.4	66.1	71.9	72.0	55.4	66.9	0.0	62.4	98.5	53.5	51.5	68.4	61.9	66.7	73.7	
მედიკამენტური აბორტი	69.7	78.0	68.2	73.4	69.2	68.4	69.7	0.0	71.2	92.2	41.9	51.5	70.6	67.0	70.1	71.0	

გაგრძელება

**გამოყენებია სამედიცინო პრაქტიკაში**

	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია			რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	მეან-გინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2005 წლამდე	2005 წლის შემდეგ
საშვილოსნოს ყელის დილატაცია და კიურეტაჟი	42.6	63.2	38.9	20.0	44.3	52.7	42.6	0.0	37.5	61.2	38.6	45.7	47.9	25.6	51.1	39.6	
ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	41.8	60.3	38.4	15.9	46.1	49.1	41.8	0.0	38.7	61.2	26.7	44.1	48.4	20.7	50.5	43.9	
მანუალური ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	26.4	47.3	22.4	13.6	28.0	31.0	26.4	0.0	30.4	19.2	17.8	22.2	30.7	12.5	38.7	16.9	
ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინი-აბორტი)	36.9	51.8	34.2	15.6	38.3	46.4	36.9	0.0	38.1	43.3	7.0	54.5	42.1	19.0	49.2	28.3	
მედიკამენტური აბორტი	19.3	22.0	18.8	4.7	23.6	20.2	19.3	0.0	10.7	45.3	20.9	27.3	20.6	15.4	21.9	22.0	

გაგრძელება

ამჟამად იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში																	
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია			რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	მეან-გინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2005 წლამდე	2005 წლის შემდეგ
საშვილოსნოს ყელის დილატაცია და კიურეტაჟი	13.0	17.5	12.1	6.2	10.8	20.9	13.0	0.0	11.6	16.4	11.4	17.1	12.5	14.4	14.2	8.9	
ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	19.8	24.1	19.0	4.8	21.8	25.0	19.8	0.0	14.9	46.3	2.2	23.5	21.0	16.1	21.3	19.4	
მანუალური ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	17.3	14.5	17.8	13.6	16.5	21.0	17.3	0.0	15.2	15.4	28.9	18.5	20.3	7.5	18.5	23.6	
ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინი-აბორტი)	24.9	21.4	25.6	14.1	23.8	33.0	24.9	0.0	24.8	31.3	11.6	30.3	26.7	19.0	28.0	25.3	
მედიკამენტური აბორტი	20.9	8.5	23.2	10.9	24.1	21.1	20.9	0.0	12.0	45.3	20.9	36.4	22.3	16.5	20.3	28.0	

გაგრძელება

უპირატესობას ანიჭებს																	
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია			რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	მეან-გინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2005 წლამდე	2005 წლის შემდეგ
საშვილოსნოს ყელის დილატაცია და კიურეტაჟი	4.2	3.5	4.4	0.0	3.0	9.1	4.2	0.0	1.7	13.4	2.3	5.7	4.9	2.2	5.3	4.0	
ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	6.3	6.9	6.1	3.2	6.7	7.1	6.3	0.0	2.7	20.9	2.2	5.9	6.4	5.7	5.3	9.2	
მანუალური ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	12.6	21.8	10.8	10.2	13.7	12.0	12.6	0.0	15.7	5.8	11.1	3.7	15.7	2.5	19.1	9.0	
ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინი-აბორტი)	14.9	1.8	17.3	9.4	17.1	14.3	14.9	0.0	13.3	11.9	18.6	27.3	17.2	7.1	15.9	19.2	
მედიკამენტური აბორტი	35.7	35.6	35.7	37.5	37.9	30.7	35.7	0.0	32.2	48.4	23.3	51.5	39.0	25.3	39.0	41.0	

გაგრძელება

წინააღმდეგია																	
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია			რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი	
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	მეან-გინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2005 წლამდე	2005 წლის შემდეგ
საშვილოსნოს ყელის დილატაცია და კიურეტაჟი	38.4	40.4	38.0	47.7	42.9	24.5	38.4	0.0	37.5	43.3	43.2	28.6	44.4	18.9	43.7	44.6	
ელექტრონული ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	23.9	22.4	24.2	34.9	26.4	13.4	23.9	0.0	23.0	25.4	26.7	23.5	25.3	19.5	22.9	28.6	
მანუალური ვაკუუმასპირაცია (12 კვირამდე)	21.4	14.5	22.7	30.5	24.2	11.0	21.4	0.0	18.0	32.7	22.2	25.9	21.8	20.0	19.1	27.0	
ელექტრონული ან მანუალური ვაკუუმასპირაცია 5 კვირის ორსულობის ჩათვლით (მინი-აბორტი)	18.4	12.5	19.5	25.0	21.2	9.8	18.4	0.0	17.7	23.9	18.6	12.1	19.3	15.5	16.4	24.2	
მედიკამენტური აბორტი	16.4	11.9	17.2	23.4	17.4	10.5	16.4	0.0	17.2	23.4	7.0	9.1	17.0	14.3	15.0	20.0	

**ცხრილი 5. ექიმების (ან მათი პარტნიორების) მიერ ჩატარებული აბორტების საშუალო რაოდენობა**

	გამოუყენებია ქირურგიული აბორტი	გამოუყენებია მედიკამენტური აბორტი
<b>სულ</b>	<b>2.5</b>	<b>1.3</b>
<b>სქესი:</b>		
მამრობითი	2.5	1.3
მდედრობითი	2.6	1.2
<b>ასაკი:</b>		
35 წლამდე	1.9	1.4
35-49	2.3	1.1
50 წლისა და უფროსი	3.0	1.2
<b>სპეციალიზაცია</b>		
რეპროდუქტოლოგი/ მეანგინეკოლოგი	2.4	1.4
ოჯახის ექიმი	2.8	1.0
<b>რეგიონი, რომელშიც მუშაობს:</b>		
თბილისი	2.4	1.6
იმერეთი	2.3	1.3
აჭარა	2.6	1.2
კახეთი	2.8	1.1
<b>ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე:</b>		
გავლილი აქვს	2.4	1.2
არ გაუვლია	2.6	1.5
<b>გავლილი აქვს ტრენინგი:</b>		
2009 წლამდე	2.5	1.4
2009 წლის შემდეგ	2.4	1.2
<b>ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში:</b>		
5 წლამდე	2.5	1.7
5-9 წელი	2.3	1.2
10 და მეტი წელი	2.6	0.9































**ცხრილი 21. ექიმების განაწილება (%) კონტრაცეპციის მეთოდების შესახებ გაცემული სწორი პასუხების მიხედვით**

	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი		ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში			
	მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქტოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	ქახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე	2009 წლის შემდეგ	5 წლამდე	5-9 წელი	10 და მეტი წელი	
ექიმმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მან გამოიყენოს ოჯახის დაგეგმვის ის მეთოდი, რომელიც მას (ექიმს) მიაჩნია საუკეთესოდ	42.7	48.4	41.9	51.2	39.3	44.4	37.6	52.6	39.2	65.4	24.1	44.3	47.1	30.2	40.8	57.5	35.1	47.6	47.6
სუს ჩადგმა შეიძლება მშობიარობის შემდგომ 48 საათის განმავლობაში	55.0	62.5	54.1	66.3	59.5	43.3	61.6	41.9	60.8	42.1	40.0	64.3	60.7	38.3	63.6	52.6	58.2	60.6	53.7
სუს არის უფრო ეფექტური კონტრაცეპციის მეთოდი, ვიდრე სპერმიციდები	86.1	92.1	85.3	96.1	84.5	84.6	89.2	80.0	87.8	100.0	57.1	86.2	86.4	85.3	86.4	87.2	88.9	83.0	88.7
სუს იცავს სქესობრივი გზით გადადებელი დაავადებებისაგან?	95.0	100.0	94.4	98.8	93.1	96.3	97.6	89.9	97.8	100.0	84.5	85.7	96.9	89.7	97.3	96.2	92.6	95.8	98.8
სუს-ს გამოყენების გამო იზრდება სავილოსნოს გარე ორსულობის განვითარების რისკი	73.2	85.7	71.6	70.0	70.9	78.2	74.5	70.7	82.9	62.6	39.4	80.6	75.2	67.6	78.5	69.9	55.0	79.2	78.1
სუს-ს ამოღების შემდეგ ფერტილობა არ აღსდგება დიდი ხნის განმავლობაში	94.5	96.8	94.2	90.1	94.5	96.3	94.9	93.8	95.5	93.5	91.8	94.5	96.4	89.0	97.7	93.6	91.7	94.4	98.8
სუს შეიძლება ჩაიდგას აბორტის შემდეგ	77.3	79.7	77.0	73.8	81.3	72.8	77.3	77.5	71.1	94.4	91.0	63.9	84.5	56.8	84.2	84.5	79.5	84.9	80.8
კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების (კოკ) გამოყენების ფონზე ძლიერდება სისხლდენა მენსტრუაციის დროს	90.7	96.8	90.0	97.6	90.8	87.6	93.3	85.6	96.5	84.1	81.6	85.5	89.4	94.5	93.0	83.2	85.0	95.1	91.0
კოკ-ის გამოყენება ამცირებს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკს	78.8	81.0	78.5	78.8	77.3	81.1	81.8	72.6	83.2	65.4	80.5	77.6	82.6	67.8	85.7	76.1	72.7	81.5	85.1

გაგრძელება

	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი		ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს იყენებს სამედიცინო პრაქტიკაში			
	მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეკონსტრუქციული მენეჯინგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	ბავლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე	2009 წლის შემდეგ	5 წლამდე	5-9 წელი	10 და მეტი წელი	
სულ																			
კოკის გამოყენება ამცირებს ყელის კიბოს განვითარების რისკს	51.2	54.7	50.7	60.0	48.3	51.9	52.7	48.1	47.7	76.6	51.3	25.8	47.9	60.4	43.2	56.3	59.8	37.1	53.0
კოკის გამოყენება ამცირებს საკვერცხების კიბოს განვითარების რისკს	76.9	78.1	76.8	76.5	74.2	81.3	77.9	75.0	78.9	68.2	73.4	85.5	80.9	65.5	84.6	73.9	73.1	76.4	84.4
კოკის გამოყენება იწვევს გათმინებას	89.9	95.2	89.2	89.0	89.2	91.3	91.7	86.3	95.1	91.6	79.2	76.1	89.0	92.3	91.0	87.8	87.3	87.0	93.1
კოკის გამოყენება უმეტეს შემთხვევაში იწვევს ნონის მომატებას	67.7	67.7	67.7	65.9	67.0	69.6	66.0	70.9	74.9	63.6	48.6	62.5	72.2	54.2	71.6	74.5	66.4	75.7	64.9
კოკის გამოყენებისას მცირდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკი	62.8	74.6	61.3	63.0	60.0	67.2	64.6	59.1	72.8	51.2	88.9	67.7	66.7	51.4	74.4	51.8	66.1	65.8	63.5
კოკი ამცირებს სქესობრივი გზით გადადები ინფექციების გადადების რისკს	91.3	95.2	90.7	91.3	93.9	87.2	91.2	91.4	93.8	94.4	83.5	83.3	90.8	92.5	92.9	88.3	93.8	93.2	89.7
კოკის გამოყენება მეტუტურ დედებში შესაძლებელია მშობიარობიდან 42 დღის შემდეგ	81.7	79.4	81.9	73.4	82.4	84.0	81.3	82.4	87.6	94.4	70.1	47.0	82.2	80.1	82.2	83.5	67.6	85.1	87.9
კოკის გამოყენება არამეტუტურ დედებში შესაძლებელია მშობიარობიდან 21 დღის შემდეგ	64.9	84.1	62.5	70.4	66.0	61.0	75.4	44.1	60.8	81.3	59.0	64.7	67.2	58.3	66.2	70.0	72.5	53.5	73.9
კოკის გამოყენება შესაძლებელია აბორტის შემდეგ მაშინვე	88.0	91.9	87.6	81.9	91.7	85.0	93.6	76.9	87.3	97.2	88.6	76.1	91.4	77.9	92.6	90.3	81.8	92.4	92.3



გაგრძელება

	სქესი		ასაკი			სპეცია- ლიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმ- ვის სა- კითხებზე		გავლი- ლი აქვს ტრენინგი		ოჯახის დაგეგ- მვის მეთოდებს იყენებს სამედ- იციინო პრაქტი- კაში			
	მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეკორდულქოლოგი მეანგიკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გაცლილი აქვს	არ გაუვლია	2009 წლამდე	2009 წლის შემდეგ	5 წლამდე	5-9 წელი	10 და მეტი წელი	
სუფთა პროგეს- ტაგენების გა- მოყენება მე- ტუტურ დედებში შესაძლებელია 42 დღის შემდეგ	84.1	91.2	83.3	74.0	83.5	89.3	86.8	78.9	83.7	91.6	81.1	76.7	88.1	72.7	88.4	87.8	72.4	88.6	91.0
ვაზექტომიიდან 1 კვირის შემდეგ ეაკულატში არის საერმა	68.4	66.7	68.7	64.9	66.7	72.9	65.5	74.3	73.0	74.8	53.4	47.8	72.7	56.0	71.4	74.7	62.5	73.0	71.8
ქალის ქირურ- გიული სტერი- ლიზაცია კონტ- რაცეციის შექვედად მეთოდი	88.7	90.6	88.4	80.8	90.0	90.0	88.7	88.7	90.5	97.2	71.8	86.8	88.9	87.9	91.1	86.3	80.6	88.0	92.8
სპერმიციდების ჩასახვის სან- ინალმდეგო მოქმედება გა- მოწვეულია საშვილოსნოს ყელის ლორწოს გასქელებით	67.9	83.9	65.9	68.8	65.9	70.9	65.2	73.6	79.4	82.2	21.1	42.1	66.8	71.3	70.0	63.5	52.3	70.0	71.7
ლაქტაციუ- რი ამენორეის მეთოდი ქალს არასასურველი ორსულობისაგან იცავს 98-99%-ში	61.6	60.9	61.7	50.0	64.3	62.5	59.6	65.4	59.2	98.1	37.5	44.4	66.5	47.3	64.2	71.1	46.5	63.7	71.8
კალენდარული მეთოდის კონ- ტრაცეპტული ეფექტურობა შეადგენს 98%-ს	82.3	87.5	81.7	95.0	80.1	80.5	84.4	78.3	84.1	89.7	75.6	70.8	82.9	80.8	80.2	86.6	84.7	81.4	82.3
კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადადები ინფექციებისა და აივ/შიდსი- საგან	98.3	96.9	98.4	98.8	98.0	98.4	98.2	98.4	97.8	100.0	97.6	98.6	100.0	97.7	97.7	97.6	98.2	99.3	97.2





ცხრილი 26. ექიმების წილი (%), რომელთათვისაც მოუმართავთ ძალადობის მსხვერპლს																	
	სულ	სქესი		ასაკი			სპეციალიზაცია		რეგიონი, რომელშიც მუშაობს				ტრენინგი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		გავლილი აქვს ტრენინგი		
		მამრობითი	მდედრობითი	35 წლამდე	35-49	50 წლისა და უფროსი	რეპროდუქციოლოგი	მეანგინეკოლოგი	ოჯახის ექიმი	თბილისი	იმერეთი	აჭარა	კახეთი	გავლილი აქვს	არ გაუვლია	2006 წლამდე	2006 წლის შემდეგ
<b>მოუმართავს ხშირად</b>																	
ორსული ქალების ცემა	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ქალების ცემა	1.4	1.6	1.4	3.4	0.3	2.1	1.6	1.0	0.3	0.0	5.7	2.7	1.7	0.7	1.2	2.4	
გაუპატიურება ნაცნობი ან უცნობი მამაკაცისაგან	1.0	0.0	1.2	0.0	0.7	2.1	1.6	0.0	1.6	0.0	1.2	0.0	0.7	2.0	0.8	0.6	
გაუპატიურება მეუღლისაგან	0.3	0.0	0.4	0.0	0.3	0.5	0.3	0.5	0.3	0.0	0.0	1.4	0.5	0.0	0.4	0.6	
<b>მოუმართავს იშვიათად</b>																	
ორსული ქალების ცემა	14.3	23.4	13.1	15.3	10.8	19.1	17.3	8.3	12.1	1.9	18.6	35.1	14.0	15.0	13.0	14.3	
ქალების ცემა	19.9	32.8	18.2	17.0	18.3	23.6	22.2	15.2	21.5	1.9	29.5	27.4	18.2	24.5	18.5	16.6	
გაუპატიურება ნაცნობი ან უცნობი მამაკაცისაგან	12.9	26.6	11.2	2.4	10.7	20.8	17.0	4.7	14.1	13.1	7.1	14.1	13.2	12.0	16.6	7.9	
გაუპატიურება მეუღლისაგან	4.4	4.7	4.3	1.2	5.1	4.7	4.5	4.2	5.5	0.0	4.7	5.5	3.3	7.3	3.1	3.6	
<b>არ მოუმართავს</b>																	
ორსული ქალების ცემა	85.7	76.6	86.9	84.7	89.2	80.9	82.7	91.7	87.9	98.1	81.4	64.9	86.0	85.0	87.0	85.7	
ქალების ცემა	78.7	65.6	80.4	79.5	81.4	74.3	76.2	83.8	78.2	98.1	64.8	69.9	80.1	74.8	80.3	81.1	
გაუპატიურება ნაცნობი ან უცნობი მამაკაცისაგან	86.1	73.4	87.6	97.6	88.6	77.1	81.5	95.3	84.2	86.9	91.8	85.9	86.1	86.0	82.6	91.5	
გაუპატიურება მეუღლისაგან	95.3	95.3	95.3	98.8	94.6	94.7	95.3	95.3	94.1	100.0	95.3	93.2	96.2	92.7	96.5	95.8	