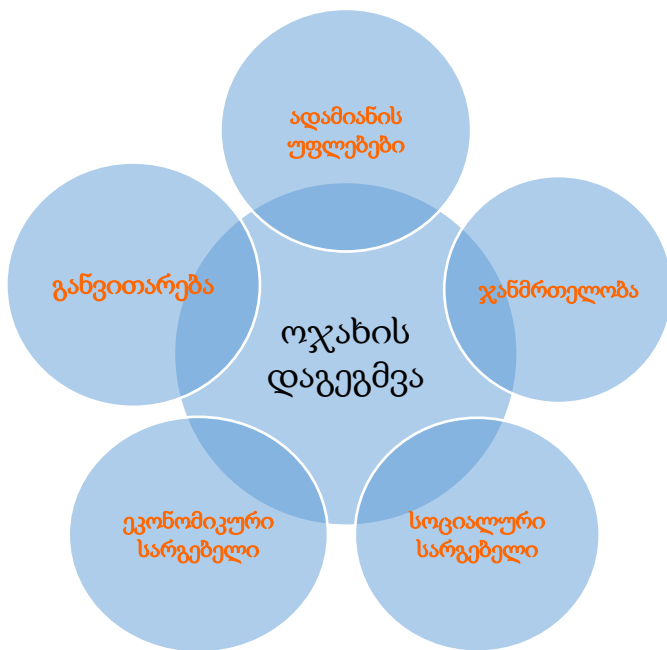


ინვესტიცია ოჯახის დაგეგმვაში

ოჯახის ჰარმონიულობისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით

ძირითადი გზავნილები

- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არის ადამიანის უფლება, რომელიც გენდერული თანასწორობის უზრუნველყოფასა და ქალებისათვის შესაძლებლობების გაფართოებას ემსახურება.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არის მდგრადი განვითარების მიზნებისა და მათთან დაკავშირებული ეროვნული ამოცანების შესრულების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალება.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არის ადამიანების სიცოცხლის გადარჩენის გზა. იგი ქალებისა და ბავშვების სიცოცხლის გადარჩენასა და მათი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ემსახურება.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არის დედათა სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლების შემცირების ეფექტური გზა, რომელიც გულისხმობს მშობიარობებს შორის დროის სასურველი შუალედების დაცვას, ორსულობების რაოდენობისა და მათთან დაკავშირებული შესაძლო გართულებების შემცირებას; ასევე, არაუსაფრთხო აბორტების რაოდენობის შემცირებას.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა ემსახურება ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ორსულობებს შორის შუალედების დაცვა არის ზრუნვა ორსულობის სასურველი გამოსავლის მიღწევასა და ახალშობილთა, ჩვილთა, და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემთხვევათა შემცირებაზე.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არ შემოიფარგლება კონტრაცეპციით, იგი გულისხმობს ზრუნვას დედათა, ახალშობილთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა არის ძირითადი ინსტრუმენტი, რომელიც უზრუნველყოფს დაუგეგმავი ორსულობების, მათ შორის, მოზარდთა შორის ორსულობების რაოდენობის შემცირებასა და აბორტების თავიდან აცილებას, რეპროდუქციის უნარის დაქვეითების საფრთხის გარეშე.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვა ემსახურება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა (სგგი) და აივ/შიდსით დაავადების პრევენციას და ამცირებს მეორადი უნაყოფობის შემთხვევათა რაოდენობას.
- ✓ ოჯახის დაგეგმვის ეკონომიკური სარგებელი ბევრად აჭარბებს მასთან დაკავშირებულ ხარჯებს.



ოჯახის დაგეგმვა საშუალებას აძლევს წყვილებსა და ინდივიდებს, დამოუკიდებლად და შეგნებულად განსაზღვრონ ოჯახში ბავშვთა რაოდენობა და მშობიარობებს შორის სასურველი შუალედები, აწვდის რა მათ ამგვარი გადაწყვეტილების მიღებისათვის საჭირო ინფორმაციასა და საშუალებებს; ოჯახის დაგეგმვა ხელს უწყობს ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებას, უზრუნველყოფს უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდების ხელმისაწვდომობას.

ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული აქტუალური საკითხები საქართველოში

სტატისტიკა

ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება

მიუხედავად იმისა, რომ 1999 წლიდან 2010 წლამდე კონტრაცეპციის გამოყენების მაჩვენებელი გაიზარდა, საქართველოში კონტრაცეპციის გამოყენების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს შორის.¹

კონტრაცეპციის საჭიროების 30.5% არ არის დაკმაყოფილებული. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია სოფლად მაცხოვრებელთა შორის და შეადგენს 40%-ს.

არასასურველი ორსულობის მაღალი მაჩვენებელი

საქართველოში ორსულობათა მხოლოდ 63% არის სასურველი.² არასასურველი ორსულობის შემთხვევები ყველაზე უფრო ხშირია ასაკოვან ქალებს შორის: 35-44 ასაკობრივი ჯგუფის ქალებს შორის ორსულობათა ყველა აღრიცხული შემთხვევის 54% არასასურველ ორსულობას წარმოადგენდა, ხოლო 30-34 ასაკობრივი ჯგუფის ქალებს შორის ამ მაჩვენებელმა 39% შეადგინა.

არასასურველ ორსულობათა დიდი უმრავლესობა არ სრულდება ბავშვის დაბადებით. ამგვარი ორსულობების 94.4% სრულდება ხელოვნური ან სპონტანური აბორტით ან მკვდრადშობადობით.

ხელოვნური აბორტის მაღალი მაჩვენებელი

საქართველოში აბორტი კვლავ რჩება შობადობის რეგულირების ძირითად მეთოდად. ხელოვნური აბორტების ჯამური მაჩვენებელი (TIAR) (ქალის ცხოვრების მანძილზე აბორტების საშუალო რაოდენობა) შეადგენს 1.6-ს. უკანასკნელი მონაცემებით, აბორტების წლიური რაოდენობა (56 აბორტი 15-44 ასაკის ყოველ 1,000 ქალზე) საქართველოში ჯერ კიდევ ორჯერ აღემატება სამხრეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებელს (26) და სამჯერ აღემატება ჩრდილო-დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებელს (18).³

აბორტების მაღალი მაჩვენებელი ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე წვდომისა და ამ მომსახურებით სარგებლობის დეფიციტის დასტურია. ხელოვნური აბორტების რაოდენობის შემცირება ჯანდაცვის

საკითხები

ადამიანური რესურსები

გასული ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვანი პროგრესი არსებობს როგორც სამედიცინო პერსონალის მომზადების, ასევე კონტრაცეპციის უფასო და თანამედროვე მეთოდებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის კუთხით. მიუხედავად ამისა, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება სრულად არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) დონეზე და კვლავ უმეტესწილად ხორციელდება მეან-გინეკოლოგების მიერ, რომლებიც, ტრადიციულად ნაკლებად ინტერესდებიან ხელი შეუწყონ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებას. აღნიშნული ვითარების შესაძლო მიზეზები უკავშირდება ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიმწოდებელი პჯდ მუშაკების წახალისებისა და ხელშეწყობის მექანიზმების ნაკლებობას. გარდა ამისა, ქვეყანაში ატესტაციის მოთხოვნის არარსებობა, ისევე, როგორც უწყვეტი სამედიცინო განათლების არასავალდებულოება, განაპირობებს იმას, რომ ექიმები არ არიან დაინტერესებული მუდმივად იზრუნონ საკუთარი ცოდნის გაღრმავებასა და უნარების განვითარებაზე.

კონტრაცეპციის უსაფრთხოება

ამჟამად საჯარო სექტორის ჯანდაცვის პროგრამების მეშვეობით კონტრაცეპტივები არ მიწოდება მოსახლეობას. მხოლოდ გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო იყვნენ უფასო, თანამედროვე კონტრაცეფციის საშუალებების პროვაიდერები მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდებოდა, თუმცა აღნიშნული პრაქტიკა შეწყდა 2015 წელს. კონტრაცეპტივები არ არის შეტანილი ესენციალური მედიკამენტების ნუსხაში.

ისინი ხელმისაწვდომია კერძო ბაზრებზე, ექიმის დანიშნულებით (გარდა გადაუდებელი (პოსტკოიტალური) კონტრაცეპციის საშუალებებისა), მაგრამ მათი ფასები საკმაოდ მაღალია და, შესაბამისად, არ არის ხელმისაწვდომი ბევრი ქალისთვის, მამაკაცისთვის, ახალგაზრდებისა და ოჯახებისათვის, რომლებიც მათ მიღებას საჭიროებენ, განსაკუთრებით სოფლად.

არ წარმოებს კომერციულ სექტორში გაყიდვაში არსებული კონდომების ხარისხის მონიტორინგი.

ეროვნული სისტემის ერთ-ერთ ძირითად პრიორიტეტს წარმოადგენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულადაც.

ოჯახის დაგეგმვა არ ამცირებს შობადობას

ათი წლის (2000-2010 წწ.) განმავლობაში მოპოვებული მონაცემების თანახმად, ხელოვნური აბორტები ჩაანაცვლა კონტრაცეპციის გამოყენებამ, ისე, რომ არ დაფიქსირებულა შობადობის დონის შემცირება. კონტრაცეპტივების გამოყენების ზრდასთან ერთად, (41-დან 53-მდე) და აბორტების ჯამური რაოდენობის კლებასთან ერთად (3.7-დან 1.6-მდე), შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი გაიზარდა 1.7-დან 2.0-მდე⁴.

მოზარდათა შორის შობადობის მაღალი მაჩვენებელი

შობადობის მაჩვენებელი 15-19 წლის გოგონებს შორის, რომელიც 2000 წელს შეადგენდა 39.9 -ს, 15-19 წლის ასაკის ყოველ 1,000 ქალზე გაიზარდა და 2014 წელს შეადგინა 51.5.⁵ ეს იმას ნიშნავს, რომ იმ დროისათვის, როცა ისინი 20 წლის ასაკს მიაღწევენ, ამ ასაკის გოგონების საერთო რაოდენობის დაახლოებით ერთი მეოთხედი იქნება ნამშობიარები. ევროპული სტანდარტების ფონზე ეს მაჩვენებელი ძალიან მაღალია. დასავლეთ და სამხრეთ ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში აღნიშნული მაჩვენებელი 5-სა და 10-ს შორის მერყეობს (ანუ საქართველოში არსებულ მაჩვენებელზე მინიმუმ 5-ჯერ და მაქსიმუმ 10-ჯერ უფრო ნაკლები).

დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი

2016 წელს, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში შეფასებული იქნა როგორც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ევროპის მასშტაბით, ვინაიდან მან შეადგინა 36 ყოველ 100 000 ცოცხლად შობილ ბავშვზე.⁶

2015 წელს დედათა სიკვდილიანობის გამომწვევ ძირითად მიზეზებს შორის იყო: სისხლდენა მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში (21%), ინფექცია (10.5%), პრეეკლამფსია (5.3%) და სამეანო ემბოლია (5.3%).⁷

მოსახლეობის განათლება და ინფორმირება

არ არსებობს ყოვლისმომცველი და სისტემატური მიდგომა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების, შესაბამისი განათლებისა და მომსახურების უზრუნველყოფის მიმართულებით ერთიანი ინტეგრირებული პროგრამის ფარგლებში.

ოჯახის დაგეგმვის სხვადასხვა კომპონენტთან დაკავშირებული მეთოდები და მომსახურების მიწოდება კონცეპტუალურად და ფაქტობრივად გამიჯნულია სამედიცინო განათლების, მომსახურების ორგანიზებისა და ჯანდაცვის საკითხებზე საზოგადოების ინფორმირების სფეროებისაგან.

დაფინანსება

ამჟამად ოჯახის დაგეგმვის კონსულტირებაზე ან მომსახურებების მიწოდებაზე სახელმწიფო საბიუჯეტო სახსრები არ გამოიყოფა. ეს მომსახურებები არ შედის სახელმწიფო პროგრამებითა თუ კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა მომსახურების პაკეტში. ასევე, კონტრაცეპტივები არ შედის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტების ჩამონათვალში.

გადაწყვეტილების მისაღებ საჭირო მონაცემები

2010 წელს ქვეყნის მასშტაბით ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შემდგომ არ ჩატარებულა კვლევა, რომელიც რეპრეზენტატიული მონაცემების ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს, რაც თითქმის შეუძლებელს ხდის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღებას ოჯახის დაგეგმვის პოლიტიკასთან დაკავშირებით. 2017 წელს ისევ ძალაში რჩება უკანსაკნელი კვლევის საფუძველზე გაცემული ის რეკომენდაციები, რომლებიც აქტუალური იყო 2010 წელს.

რას ემსახურება ინვესტიცია ოჯახის დაგეგმვის საქმეში?

ოჯახის დაგეგმვა არის ადამიანის უფლებების განუყოფელი ნაწილი

ოჯახის ნებაყოფლობითი დაგეგმვა ეხმარება ქალებსა და მამაკაცებს დაიცვან თავისუფალი არჩევანის გაკეთების უფლება, რაც გულისხმობს მათი შეხედულებისა და სურვილისამებრ გადაწყვეტილების მიღებას იმის თაობაზე, უნდათ თუ არა მათ ჰყავდეთ ბავშვები, როდის და რამდენი ბავშვი უნდათ რომ ჰყავდეთ - რაც წარმოადგენს პიროვნებისა და წყვილების ძირითად უფლებას.⁸

ოჯახის დაგეგმვის პროგრამები ემსახურება ადამიანების აღჭურვას სათანადო ინფორმაციითა და საშუალებებით, რომლებიც მათ ეხმარება თავად განსაზღვრონ საკუთარ ოჯახში ბავშვების მათთვის სასურველი რაოდენობა, მათთვის ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობებისა და კონტრაცეპციის უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდების მიწოდების საშუალებით.

ყველა ქვეყანა ვალდებულია უზრუნველყოს ოჯახის დაგეგმვის მაღალი ხარისხის მომსახურების ხელმისაწვდომობა საკუთარი მოქალაქეებისათვის და დაიცვას თითოეული მათგანის უფლება, რომელიც გულისხმობს კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებით ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების უფლებას.⁹

ოჯახის დაგეგმვა ამცირებს არასასურველ ორსულობათა და აბორტების რაოდენობას

კონტრაცეპტივების გამოყენება არის დაუგეგმავი ორსულობისაგან თავის დაცვის საშუალება და, შესაბამისად, ამცირებს ხელოვნური აბორტების რაოდენობას, ვინაიდან, როგორც პრაქტიკა მეტყველებს, არასასურველი ორსულობების 43% სრულდება აბორტით.¹⁰ ქვეყნებში, სადაც შობადობის მაჩვენებელი დაბალია, კონტრაცეპციის გავრცელების დონის ზრდა შესაძლოა ასოცირებული იყოს შობადობის სტაბილური დონის შენარჩუნებასა ან, რიგ შემთხვევაში, ან მის ზრდასთანაც კი.

საქართველოში კონტრაცეპციის გავრცელების დონის ზრდამ გამოიწვია აბორტების რაოდენობის მკვეთრი შემცირება და ამავე დროს, შობადობის ზრდა. შობადობის ბოლო დროს დაფიქსირებულ ზრდა აღინიშნა კონტრაცეპციის გავრცელების ზრდის პარალელურად¹¹. საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებზე დაყრდნობით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ კონტრაცეპციის დამატებით 15-20 პროცენტით ზრდა, არ გამოიწვევს შობადობის დონის დაქვეითებას და კიდევ უფრო შეამცირებს აბორტების რაოდენობას.¹²

მოსახლეობის უზრუნველყოფა ოჯახის დაგეგმვის ხელმისაწვდომი მომსახურებით, მათთვის თანამედროვე კონტრაცეპტივების ფართო არჩევანის მიწოდებასთან ერთად, ქვეყნის დემოგრაფიული პოლიტიკის გრძელვადიანი, ყოვლის მომცველი და ადამიანის უფლებების დაცვაზე დაფუძნებული მიდგომის ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს, მდგრადი განვითარების მიზნებთან მჭიდრო კავშირში, და ინდივიდუალური პირებისა და წყვილების იმ უფლების გათვალისწინებით, რომელიც შვილის (შვილების) ყოლასთან დაკავშირებით მათი არჩევანის თავისუფლებას გულისხმობს.

ოჯახის დაგეგმვა უზრუნველყოფს მოზარდებს შორის ორსულობის პრევენციას

ორსულობის გადავადება ზრდასრულობის ასაკისათვის მნიშვნელოვანი პირობაა ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებლად.

მოზარდებს შორის ორსულობის შედეგად ხშირია ნაადრევად დაბადებული და დაბალი წონით ახალშობილები; ასევე მაღალია ასეთ ახალშობილთა სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი. გოგონების უმრავლესობა, ფეხმძიმობის დადგომისას, იძულებულია შეწყვიტოს სკოლაში სიარული, რაც სამომავლოდ უარყოფითად აისახება როგორც მათ პიროვნულ, ასევე მათი ოჯახებისა და მთლიანად საზოგადოების განვითარებაზე.

ოჯახის დაგეგმვა ეხმარება ქალებს შვილები გააჩინონ მათთვის და მათი ჯანმრთელობისათვის ყველაზე ხელსაყრელ პერიოდში - როცა ისინი ფსიქოლოგიურად, ფიზიკურად, ემოციურად და ეკონომიკურად მზად იქნებიან ორსულობისათვის და, შესაბამისად, შეძლებენ სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და ჯანმრთელი ბავშვების გაჩენას. ქალებისა და გოგონების უზრუნველყოფა გაუმჯობესებული და კომპლექსური მომსახურებითა და კონსულტაციებით, რასაც ოჯახის დაგეგმვა გულისხმობს, დიდ როლს ასრულებს დედათა და ბავშვთა სიცოცხლის შენარჩუნებასა, და მოზარდთა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფაში.

1995 წლიდან 2002 წლამდე, 15-17 წლის გოგონებში ორსულობის შემთხვევათა მკვეთრი შემცირების 77% კონტრაცეპციის გამოყენების ზრდის შედეგად იქნა მიღწეული (დანარჩენი 23% უკავშირდება სქესობრივი აქტივობის შემცირებას), ხოლო 18-19 წლის ახალგაზრდებს შორის ფეხმძიმობის შემთხვევათა შემცირება სრულად უკავშირდება კონტრაცეპციის გამოყენების ზრდას.¹³

დამტკიცებულია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით, ოჯახის დაგეგმვა ამცირებს დედათა სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლებს, რაც უკავშირდება მშობიარობებს შორის ჯანმრთელობისათვის საუკეთესო შუალედების დაცვას და ორსულობების რაოდენობის შემცირებას, ისევე როგორც აბორტების რაოდენობის შემცირებას. აბორტებისა და არასასურველი ორსულობების რაოდენობის შემცირებით, კონტრაცეპცია ამცირებს ორსულობასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემთხვევების რაოდენობას, განსაკუთრებით ქალებში, რომლებიც რეპროდუქციული ასაკის ბოლო პერიოდში იმყოფებიან, და ასევე ქალებში, რომელთა დაავადებებიც მწვავედ ორსულობის პერიოდში.

ოჯახის დაგეგმვა უზრუნველყოფს დედათა სიკვდილიანობის პრევენციას, რაც უკავშირდება არასასურველი და ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემცველი შუალედებით ორსულობების პრევენციას. 172 ქვეყანაში მოდელირების მეთოდის გამოყენებით წარმოებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ, მხოლოდ 2008 წელს, ოჯახის დაგეგმვის შედეგად აცილებული იქნა დედათა სიკვდილიანობის 272,040 შემთხვევა - რაც შეადგენს, კონტრაცეპციის გამოყენების გარეშე, დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევათა პროგნოზირებული მაჩვენებლის 44%-ს.¹⁴ იგივე კვლევის თანახმად, იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის დაგეგმვაზე მოთხოვნილება სრულად იქნება დაკმაყოფილებული, წლიურად თავიდან იქნება აცილებული დედათა სიკვდილიანობის დამატებით 104,000 შემთხვევა (რაც ამჟამად არსებულ მაჩვენებელს 30%-ით შეამცირებს).

ოჯახის დაგეგმვა აუმჯობესებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, მაღალი რისკის შემცველი ორსულობების წილის შემცირების ხარჯზე. ოჯახის დაგეგმვა ასევე ამცირებს ორსულობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკების მქონე ქალებში ამგვარი რისკების წარმოქმნის საფრთხეს და, შედეგად, ამცირებს არასასურველი ორსულობებისა და მშობიარობების რაოდენობას. დემოგრაფიულად მაღალი რისკის შემცველი ორსულობები - ორსულობები რეპროდუქციული ასაკის ან ძალიან ადრეულ ან ძალიან გვიან პერიოდებში, ორსულობებს შორის ძალიან მცირე შუალედებით, ან ანამნეზში მშობიარობების დიდი რაოდენობით - მჭიდროდ უკავშირდება სიკვდილიანობის ან ავადობის მაღალ რისკს.

ორსულობათა სიხშირის შემცირების საშუალებით, კონტრაცეპტივების გამოყენება ძალიან ეფექტურია დედათა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისითაც. მიუხედავად იმისა, რომ გვიანი ქორწინება და ძუძუთი კვება ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენს ამ მიმართულებით, ძირითად ფაქტორად მაინც რჩება შობადობის რეგულირება.¹⁵

ოჯახის დაგეგმვაზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შედეგები შესწავლილ იქნა სამი დამოუკიდებელი კვლევის საშუალებით, რომელთა დასკვნებიც მნიშვნელოვნად დაემთხვა ერთმანეთს: დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევათა შემცირება დაახლოებით 30%-ით არის შესაძლებელი, თუ ქალები, რომლებიც არ გეგმავენ ორსულობას და არ სურთ ბავშვის გაჩენა, ისარგებლებენ კონტრაცეპციის ეფექტური საშუალებებით.^{16,17}

საშვილოსნოს გარე ორსულობები, ორსულთა სიკვდილიანობის გამომწვევ საკმაოდ ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ორსულობის პირველი ტრიმესტრის დროს. გამოცდილება ადასტურებს, რომ ორალური კონტრაცეპტივების მიღება, როგორც მიმდინარე პერიოდში, ასევე წარსულში, საშვილოსნოს შიგა კონტრაცეპტივების გამოყენების გამოცდილება და ქალთა სტერილიზაცია (მილების ლიგირება) მნიშვნელოვნად ამცირებს საშვილოსნოს გარე ორსულობის რისკს, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ გამოყენებული მეთოდი წარმატებული არ აღმოჩნდება.¹⁸

მშობიარობებს შორის სათანადო ინტერვალი ხელს უწყობს ორსულობისა და მშობიარობის შემდეგ ქალის ბიოლოგიური ძალების აღდგენას. კვლევებით დგინდება, რომ მშობიარობის შემდგომ 3-დან 12 თვის განმავლობაში ქალებში ვლინდება ფოლიუმის მჟავას დეფიციტი, რომელიც ამ პერიოდში დაორსულების შემთხვევაში უკავშირდება მცირეწონიანი ახალშობილების დაბადებას.^{19,17} Conde მშობიარობის შემდგომ პერიოდში განვითარებული ანემია, რომელიც უკავშირდება ქალის ორგანიზმში რკინა-დეფიციტს ან სხვა მიკროელემენტების ნაკლებობას, წარმოადგენს დედათა სიკვდილიანობის გამომწვევ არაპირდაპირ მიზეზს, ასევე ნაყოფის ზრდის შეფერხების მიზეზს, რისი შედეგიც არის მცირეწონიანი ახალშობილების დაბადება.²⁰

**ოჯახის დაგეგმვა
არის ზრუნვა
დედების
ჯანმრთელობის
გაუმჯობესებაზე**

ორსულობებს შორის დროის სათანადო შუალედების დაცვა განაპირობებს ჯანმრთელი ახალშობილების დაბადებას, მათ შორის ნაადრევი მშობიარობის შედეგად დაბადებული ბავშვების რაოდენობის შემცირებას; ასევე, მცირეწონიანი ან გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე წონის ახალშობილების რაოდენობის შემცირებას.

როგორც მდიდარ, ასევე ღარიბ ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ცოცხლადშობილი ბავშვის შემდეგ სულ მცირე 24 თვიანი (ან დაახლოებით, სამწლიანი) შუალედი შემდეგ ორსულობამდე, განაპირობებს ახალშობილთა, ჩვილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას.^{21,22,23,24} კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული სხვა კვლევებით დადგინდა, რომ ოჯახის დაგეგმვა ეხმარება ქალებს, თავად განსაზღვრონ მშობიარობებს შორის შუალედები და, ასევე, უზრუნველყოფს მშობიარობებს შორის მოკლე შუალედებისაგან თავის დაცვას; მშობიარობებს შორის სათანადო შუალედები ხელს უწყობს 1 წლამდე ასაკის ბავშვებს შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებლის 10%-ით შემცირებას, ხოლო 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს შორის იგივე მაჩვენებლის 21%-ით შემცირებას.^{25,26}

**ოჯახის დაგეგმვა
არის ზრუნვა
ახალშობილთა და
ბავშვთა
ჯანმრთელობის
გაუმჯობესებაზე**

**ოჯახის დაგეგმვა
ემსახურება
სქესობრივი გზით
გადამდები
ინფექციებითა
(სგგი) და
აივშიდსით
დაავადების
პრევენციას**

მამაკაცების მიერ მაღალი ხარისხის ლატექსის კონდომის სისტემატური და სწორი გამოყენება ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (სგგი) დაავადების რისკს²⁷ და, საბოლოო ჯამში, ამცირებს მეორადი უნაყოფობისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა რაოდენობას. მამაკაცისა და ქალის კონდომების გამოყენება წარმოადგენს როგორც არასასურველი ორსულობისაგან, ასევე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი) ორმაგ დაცვას.²⁸ კონდომები ასევე აივ ინფექციის გადაცემისაგან მნიშვნელოვანი დაცვის საშუალებას წარმოადგენს (სამმაგი დაცვა).²⁹ კონტრაცეპტივებით სარგებლობის უფლება და მასთან დაკავშირებული არჩევანის საშუალება აგრეთვე ძალიან მნიშვნელოვანია პირებისათვის, რომლებიც აივ მატარებლები ან აივ-ის შემენის მაღალი რისკის მატარებლები არიან და, შესაბამისად, ეს უფლება არ უნდა შემოიფარგლებოდეს ინფექციის მხოლოდ ვერტიკალური გზით გადაცემის პრევენციით.

მამაკაცისა და ქალის კონდომის სისტემატური და სწორი გამოყენება არის აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის საშუალება. იგი ასევე ასრულებს აივ ინფიცირებულ ქალებში არასასურველი ორსულობის პრევენციის საშუალების ფუნქციას, რაც ამცირებს ნაყოფზე ვირუსის გადაცემის პოტენციურ რისკს; და ასევე, დედათა სიკვდილიანობის რისკს (მათ შორის აივ-თან დაკავშირებული სიკვდილიანობის რისკს). მოდელირების მეთოდით წარმოებული კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ 14 ქვეყანაში, რომელშიც აივ ინფიცირებული ქალების ყველაზე დიდი რაოდენობაა აღრიცხული, პერინატალური აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციაზე ორიენტირებული პროგრამების საშუალებით შესაძლებელია ახალშობილზე ვირუსის გადაცემის 240,000-ზე მეტი შემთხვევის პრევენცია, იმ შემთხვევაში, თუ ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ხელმისაწვდომი სქემებით ისარგებლებს ყველა ქალი, რომელიც ამგვარ მკურნალობას საჭიროებს.³⁰

ბაზარზე არსებული კონდომების ხარისხის შეფასება და მინიტორინგი მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ამ მიზნების მიღწევის თვალსაზრისით.

**ოჯახის დაგეგმვა
ამცირებს
მეორადი
უნაყოფობის
შემთხვევათა
რაოდენობას**

არაუსაფრთხო აბორტებისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) პრევენციის გზით, ოჯახის დაგეგმვა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს მამაკაცებსა და ქალებს შორის უნაყოფობის რისკის შემცირებას და, დადებითად აისახება მომავალ შობადობის მაჩვენებელზე. ხელოვნური აბორტების რაოდენობის შემცირება ხელს უწყობს მეორადი უნაყოფობის შემცირებას, რომელიც უკავშირდება აბორტების მაღალ მაჩვენებელს და მასთან დაკავშირებულ მენჯის ღრუს ინფექციებს (35-40 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ქალების 37% არ იყენებს კონტრაცეპციის მეთოდებს, ქალებში რეპროდუქციული ფუნქციის შეწყვეტის გამო³¹).

**ოჯახის
დაგეგმვის
სარგებელი არ
შემოიფარგლება
კონტრაცეპციით**

ორალური კონტრაცეფცია ამცირებს ენდომეტრიული და საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკს. ქალთა სტერილიზაცია (მილების ლიგირება) და საშვილოსნოს შიგა კონტრაცეპტივების გამოყენება შესაძლებელია ამცირებდეს ენდომეტრიული და საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკს. ორალური კონტრაცეფცია შესაძლებელია ამცირებდეს კოლორექტალური კიბოს განვითარების რისკს.³²

კონტრაცეპციის ზოგიერთი მეთოდი ეფექტურია მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების, მათ შორის, პრემენსტრუაციული სინდრომის, მენსტრუალური შაკიკისა და აენეს შესამსუბუქებლად. ორალური კონტრაცეპტივებითა და სუფთა პროგესტინის შემცველი კონტრაცეპტივებით კომბინირებული მკურნალობა შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული რამდენიმე ისეთი სიმპტომისა და დარღვევის სამკურნალოდ ან შესამსუბუქებლად, როგორცაა დისმენორეა ან მწვავე მენსტრუალური ტკივილი.^{33, 34}

ორალური კონტრაცეპტივებითა და სუფთა პროგესტინის შემცველი კონტრაცეპტივებით კომბინირებული მკურნალობის მეთოდებით ეფექტურად წარმოებს მენსტრუალური ციკლის დროს სისხლის დაკარგვით გამოწვეული შედეგების მკურნალობა³⁵, იგივე მეთოდები საკმაოდ ეფექტურია მენსტრუალური ციკლის პერიოდში ძლიერი სისხლდენის ან მენორაგიის დროს^{33, 34}, რამაც შესაძლებელია გამოიწვიოს რკინადეფიციტური ანემია.

არასასურველი ორსულობების პრევენციისა და დაგეგმილი ორსულობების ხელშეწყობის გარდა, რაც ჰორმონალური კონტრაცეპციის პირველად მიზანს წარმოადგენს, ჰორმონალური კონტრაცეპტივები ინიშნება საკვერცხის კისტისა და საკვერცხეების პოლიკისტოზის სინდრომის სიმპტომების პრევენციის მიზნით.³⁶

**ოჯახის
დაგეგმვის
ეკონომიკური
სარგებელი
ბევრად აჭარბებს
მასთან**

ოჯახის დაგეგმვით წარმოებს ხარჯების დაზოგვა, როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ოჯახისა და ქვეყნის მასშტაბით. აბორტების პრევენციის საშუალებით, ოჯახის დაგეგმვა ხელს უწყობს აბორტის შემდგომი გართულებების, დედათა ავადობისა და ამ მდგომარეობების მკურნალობასთან დაკავშირებული საკმაოდ ძვირი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების თავიდან აცილებას.

შობადობის როგორც მაღალი, ასევე დაბალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყნებში, არასასურველი ორსულობებისა და მშობიარობების თავიდან აცილება კონტრაცეპციის საშუალებით, უკავშირდება სამედიცინო, ბავშვთა მკურნალობისა და სხვა მასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებას, განათლებაზე სამომავლო ხარჯების ჩათვლით.²³ დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ოჯახის

დაკავშირებულ ხარჯებს

დაგეგმვაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილება, საკმაოდ ეფექტურია ხარჯების დაზოგვის თვალსაზრისით, თუმცა აღნიშნული დამოკიდებულია მოცემულ ქვეყანაში ხარჯების ეფექტურობის დაანგარიშების მეთოდოლოგიაზე.³⁷

ინტეგრირებული მიდგომა, რომელიც მოიცავს ოჯახის დაგეგმვას, უზრუნველყოფს უფრო მეტი სიცოცხლის გადარჩენას უფრო ნაკლები ხარჯით, ვიდრე მხოლოდ დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. კონტრაცეპციასთან დაკავშირებულ მომსახურებაში ჩადებული ყოველი დამატებითი დოლარი გულისხმობს ორსულობასთან დაკავშირებული და ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვისათვის საჭირო ხარჯებიდან \$1.47-ის დაზოგვას.³⁸

ოჯახის დაგეგმვა ხელს უწყობს ინკლუზიური საზოგადოების ჩამოყალიბებას, დაუცველი საზოგადოების საჭიროებების დაკმაყოფილების გზით

ოჯახის დაგეგმვაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების ყველაზე მაღალი წილი მოდის სოციალურად დაუცველ მოსახლეობაზე - მოზარდებზე, ღარიბებზე, სოფლად და ქალაქის ღარიბ უბნებში მაცხოვრებლებზე, აივ ინფიცირებულებზე და იძულებით გადაადგილებულ პირებზე. მოცემულ ჩამონათვალში შესულ საზოგადოების ფენებს ყველაზე ნაკლები რესურსი და შესაძლებლობები გააჩნიათ არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად.

ოჯახის დაგეგმვის ეფექტური პროგრამები გულისხმობს საზოგადოების ამ ფენებისათვის სათანადო მომსახურების გაწევას. 2015 წელს ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ კონტრაცეპტივების მოხმარების თვალსაზრისით, მდიდარ და ღარიბ მოსახლეობას შორის არსებული სხვაობის კლების ტენდენცია შეინიშნება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის დაგეგმვის პროგრამები ეფექტურია.³⁹

ოჯახის დაგეგმვა ემსახურება გენდერული თანასწორობის უზრუნველყოფას და ქალებისათვის შესაძლებლობების გაფართოებას

გენდერული თანასწორობა და ქალებისათვის შესაძლებლობების გაფართოება გულისხმობს რესურსებზე, მომსახურებასა და შესაძლებლობებზე თანაბარი წვდომის უზრუნველყოფას.

ქალების უზრუნველყოფა შესაძლებლობებით, რათა მათ საკუთარი სურვილით განსაზღვრონ ოჯახში ბავშვების სასურველი რაოდენობა, განსაზღვრონ შვილების გაჩენის მათთვის სასურველ დრო და მშობიარობებს შორის შუალედები და, ასევე ის, უნდათ თუ არა ჰყავდეთ ბავშვი, ძალიან მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ქალების მიერ საკუთარი ცხოვრების პირობების კონტროლის საქმეში.

ოჯახის დაგეგმვა საშუალებას აძლევს ქალს აკონტროლოს საკუთარი ცხოვრება, თავიდან აიცილოს აბორტები და არასასურველი ორსულობები, რომლებმაც შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას მის ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობას, შეზღუდოს მისი განათლებისა და კარიერული წინსვლის შესაძლებლობები, და იგი, და მისი ოჯახი სიღარიბისა და სოციალური გარიყულობის მსხვერპლად აქციოს. ოჯახის დაგეგმვა ასევე ემსახურება გენდერული თანასწორობის უზრუნველყოფას, აძლევს რა ქალებს ოჯახში ბავშვების რაოდენობისა და შვილების გაჩენის მათთვის სასურველი დროის შესახებ ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობას.

ოჯახის დაგეგმვა წარმოადგენს ადამიანის განვითარების ხელშეწყობის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ (და ეკონომიურ) მეთოდს.⁴⁰ ქალებს, რომლებიც ადრეული ასაკიდან სარგებლობენ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებით, აქვთ შესაძლებლობა, უფრო მეტი დრო დაუთმონ საკუთარ სწავლა-განათლებას, იყვნენ დასაქმებულნი და ნაკლებად იყვნენ დამოკიდებული მამრობითი სქესის პარტნიორებზე. გარდა ამისა, ახალგაზრდა ქალები, რომლებიც სარგებლობენ კონტრაცეპციის თანამედროვე საშუალებებით, სოციალურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით უფრო მაღალ საფეხურზე იმყოფებიან, ვინაიდან კონტრაცეპცია მათ საშუალებას აძლევს განსაზღვრონ პირველი ბავშვის გაჩენის სასურველი დრო და დაგეგმონ საკუთარი ცხოვრება.

ოჯახის დაგეგმვა წარმოადგენს მდგრადი განვითარების მიზნების შესრულების საშუალებას

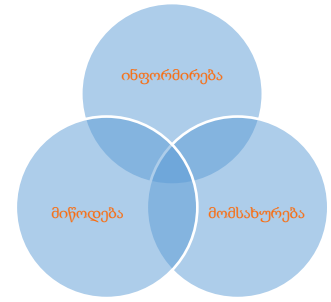
ოჯახის დაგეგმვის მნიშვნელობა აღიარებული და დამტკიცებულია 20-ზე მეტი კონვენციით, ხელშეკრულებითა და შეთანხმებით, 1948 წელს მიღებული ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციიდან დაწყებული ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტის მიერ 2011 წელს მიღებული დეკლარაციით დამთავრებული, რომელსაც უერთდება საქართველოც.

ოჯახის ნებაყოფლობით დაგეგმვა სარგებლის მომტანია ქალებისთვის, ოჯახებისთვის, საზოგადოებებისა და ქვეყნებისათვის. ოჯახის დაგეგმვის საქმეში ინვესტიციის გახორციელება არის ხელსაყრელი გზა მდგრადი განვითარების მიზნების ხუთი თემის მიმართულებით - ადამიანები, პლანეტა, წარმატება, მშვიდობა და პარტნიორობა - მიღწევების უზრუნველყოფის საქმეში და უმნიშვნელოვანესია ამ მიზნებისა და 2015 წლის შემდგომი განვითარების დღის წესრიგის გახორციელების საქმეში.

ქალებისათვის შესაძლებლობების შექმნა, რათა მათ თავად განსაზღვრონ საკუთარ ოჯახში ბავშვების სასურველი რაოდენობა, განსაზღვრონ შვილების გაჩენის მათთვის სასურველი დრო და მშობიარობებს შორის შუალედები, არა მხოლოდ ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების დაცვას ემსახურება, არამედ ასევე მდგრადი განვითარების ბევრი მნიშვნელოვანი მრავალდარგობრივი ფაქტორის უზრუნველყოფასაც, რომელთა შორისაა ქალების განათლება და მათი სტატუსი საზოგადოებაში. ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გარეშე, განვითარების მიმართულებით გაღებული ნებისმიერი ძალისხმევა ნაკლებად ეფექტური იქნება, უფრო მეტ ხარჯებთან და სასურველი შედეგის მისაღებად საჭირო უფრო მეტ დროსთან იქნება დაკავშირებული.

რა არის გასაკეთებელი?

საჭიროა ინფორმაციის, სათანადოდ მომზადებული სპეციალისტების, საქონლისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საჭიროა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების მიწოდებლებთან და კონტრაგეციის თანამედროვე საშუალებებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, რათა ყველას ჰქონდეს მათთვის მისაღები და შესაფერისი კონტრაგეციის საშუალებების შერჩევისა და მიღების შესაძლებლობა.



რეკომენდაციები

- ოჯახის დაგეგმვის კლიენტზე ორიენტირებული მომსახურება, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სიცოცხლის განმავლობაში უწყვეტობის პრინციპის დაცვით, ძირითადი აქცენტით პირველად ჯანდაცვაზე.
- ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების სათანადო დაფინანსება, უშუალოდ სახელმწიფო დაფინანსებისა და/ან ჯანმრთელობის დაზღვევის მექანიზმების საშუალებით. სერვისების და კონტრაგეციის თანამედროვე მეთოდების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში (BBP) ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფისთვის.
- საჭიროა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ინტეგრირება სექსობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპლექსური მომსახურების კონტექსტში, რომლის სამიზნე ჯგუფებს წარმოადგენენ ახალგაზრდები, სოციალურად დაუცველი პირები და სხვა მოწყვლადი ჯგუფები.
- კვალიფიციური და ლიცენზირებული ოჯახის ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის გაზრდა, რომელთაც მიეცემათ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების სრული სპექტრის მიწოდების საშუალება; ასევე საჭირო ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის თითოეულ დონეზე, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება იქნება გამახვილებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მომსახურებასა და მოსახლეობის მოწყვლადი ჯგუფებზე.
- ოჯახის დაგეგმვის სასწავლო პროგრამის ჩართვა დიპლომამდელი და დიპლომის-შემდგომი განათლების პროგრამებში, თანამედროვე საერთაშორისო პრინციპების შესაბამისად.
- მარეგულირებელი და ჯანმრთელობის მართვის მექანიზმების დანერგვა, ოჯახის დაგეგმვის ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების უზრუნველსაყოფად. კონტრაგეპტივების მიწოდება თავისუფალი უნდა იყოს ნებისმიერი არასაჭირო სამედიცინო ბარიერებისაგან, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საუკეთესო მსოფლიო პრაქტიკების გათვალისწინებით.
- სამედიცინო მომსახურების პუნქტებში უფასო კონტრაგეპტივების მიწოდება სოციალურად ან სხვაგვარად დაუცველი პირების და მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლებისათვის. საჭიროა კონტრაგეციის სხვადასხვა მეთოდებს შორის საუკეთესო არჩევანის უზრუნველყოფა.
- უსაფრთხო კონტრაგეციისათვის საჭირო დაფინანსების უზრუნველყოფა, უშუალოდ სახელმწიფო დაფინანსებისა და/ან ჯანმრთელობის დაზღვევის მექანიზმების საშუალებით; ამასთან დაფინანსების ოდენობის განსაზღვრა უნდა წარმოებდეს ფაქტობრივი საჭიროებების საფუძველზე. საჭიროა კონტრაგეპტივების შეტანა ესენციალური მედიკამენტების ნუსხაში.
- მაღალი ხარისხის თანამედროვე კონტრაგეპტივების უწყვეტი და მდგრადი საჯარო შესყიდვების მექანიზმის დანერგვა. შესაძლებელია ეს გახორციელდეს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) შესყიდვების სამსახურის საშუალებით, რომელიც აწარმოებს მაღალი ხარისხის პროდუქტის შეძენას საერთაშორისო ტენდერების საფუძველზე. მომწოდებლებთან გაფორმებული გრძელვადიანი კონტრაქტებისა და დიდი პარტიების შესყიდვის საშუალებით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის შესყიდვების სამსახური უზრუნველყოფს პროდუქტის ხელმისაწვდომ ფასებში მიწოდებას შესაბამისი საჭიროების მქონე ქვეყნებისათვის, მათ შორის საქართველოსათვის.
- კერძო სექტორთან თანამშრომლობა და ფარმაცევტული და სადაზღვევო კომპანიებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობით, საჯარო და კერძო სექტორებს შორის პარტნიორული თანამშრომლობის დამყარება, აფთიაქების იაფი კონტრაგეპტივებით მომარაგების უზრუნველსაყოფად, რომლებიც ხელმისაწვდომი იქნება ყველგან და ყოველთვის.

მომსახურება

მიწოდება

- საზოგადოებისათვის კონტრაცეპციის ხელმისაწვდომი მეთოდების შესახებ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება, რათა შესაბამისი საჭიროების მქონე მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით, ახალგაზრდებისათვის, ცნობილი იყოს, თუ რა არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობებს სთავაზობს მათ ოჯახის დაგეგმვა და რათა მათ შეძლონ ინფორმირებული არჩევანის გაკეთება.
- კონტრაცეპციის მეთოდებთან დაკავშირებული არსებული და ახლად წარმოქმნილი მითებისა და არასწორი შეხედულებების გაქარწყლება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდებითა და მედიასაშუალებების გამოყენებით.
- მეცნიერული კვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბებული სქესობრივი განათლების შეტანა და დამკვიდრება ფორმალური და არაფორმალური განათლების სფეროებში.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისი
გაეროს სახლი, ერისთავის ქ. 9, თბილისი, 0179,
საქართველო



გამოყენებული ლიტერატურა

- ¹ World Contraceptive use 2011. UN Department of Economic and Social Affairs; Population Division.
- ² Georgia Reproductive Health Survey 2010.
- ³ Gilda Sedgh, Jonathan Bearak, Susheela Singh et al. Abortion incidence between 1990 & 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, Published on May 11, 2016 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)3038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)3038-4)).
- ⁴ Georgia Reproductive Health Surveys.
- ⁵ National Centre for Disease Control and Public Health. Health Care; Statistical Yearbook 2014 Georgia. Ministry of Labour, Health and Social Affairs, Tbilisi 2015.
- ⁶ Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG), 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
- ⁷ NCDC Statistical Yearbook 2015 http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/2015_eng_56d0a5ac-9daf-40f6-b5f5-74bb4ad79a1f.pdf
- ⁸ Hardee K, Newman K, Bakamjian L, Kumar J, Harris S, Rodriguez M, et al. Voluntary family planning programs that respect, protect and fulfill human rights: a conceptual framework. Washington (DC): Futures Group. Available from: https://www.engenderhealth.org/files/pubs/family-planning/Voluntary_Family_Planning_Programs_A_Conceptual_Framework
- ⁹ World Health Organization. From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning - Optimizing the health workforce for effective family planning services, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75164/1/WHO_RHR_HRP_12.19_eng.pdf
- ¹⁰ Finer L and Zolna M. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006, *Contraception*, 2011, 84(5):478-485.
- ¹¹ According to the most recent 2014 Census, the TFR in Georgia is 2.2
- ¹² Georgia Population Situation Analysis, 2014, UNFPA.
- ¹³ Santelli J et al. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use, *American Journal of Public Health*, 2007, 97(1):1-7.
- ¹⁴ Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380(9837):111-125.
- ¹⁵ World Health Organization. From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning - Family planning: a health and development issue, a key intervention for the survival of women and children, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75165/1/WHO_RHR_HRP_12.23_eng.pdf
- ¹⁶ Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York, Guttmacher Institute, 2009.
- ¹⁷ Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Eds. Comparative quantification of health risks, global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004, 1255-1320.
- ¹⁸ Mol B et al. Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis, *Contraception*, 1995, 52(6):337-341.
- ¹⁹ Smits LJM, Essed GGM. Short interpregnancy intervals and unfavourable pregnancy outcome: role of folate depletion. *Lancet*. 2001;358(9298):2074-2077.
- ²⁰ Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van Look P.F. WHO Analysis of Causes of Maternal Death: a Systematic Review. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-74. Epub. 2006/04/04.
- ²¹ Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a metaanalysis. *JAMA*. 2006;295(15):1809-1823.
- ²² Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes *N Engl J Med*. 1999;340(8):589-594.
- ²³ Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, Victora CG, Adair L, Humphrey J, et al. The associations of birth intervals with small-for gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13 (Suppl 3):S3.
- ²⁴ Rutstein SO. Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic health surveys. DHS Working Paper No. 41. Calverton (MD): Macro International; 2008. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf>
- ²⁵ Rutstein S, Winter R. The effects of fertility behavior on child survival and child nutritional status: evidence from the demographic and health surveys, 2006 to 2012. DHS Analytical Studies 37. Calverton (MD): ICF International; 2014. Available from: <http://dhsprogram.com/publications/publication-as37-analytical-studies.cfm>
- ²⁶ Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet*. 2012;380(9837):149-156.
- ²⁷ CDC. 'Condoms and STDs: Fact Sheet for Public Health Personnel' http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/condoms_and_std.pdf accessed 2 June 2016.
- ²⁸ CDC selected references <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/references.html>
- ²⁹ UNFPA, WHO and UNAIDS. 'Position Statement on Condoms and the Prevention of HIV, Other Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy'. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- ³⁰ Halperin DT, Stover J, Reynolds HW. Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV. *AIDS*. 2009;23 (Suppl 1):S123-S130.
- ³¹ Georgia Population Situation Analysis, 2014, UNFPA, p. 68-69.
- ³² Kavanaugh ML and Anderson RM, Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers, New York: Guttmacher Institute, 2013. <http://www.guttmacher.org/pubs/health-benefits.pdf>
- ³³ Maguire K, Westhoff C. The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, 205(4 Suppl.):S4-S8.
- ³⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives, *Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115(1):206-218.
- ³⁵ Kaunitz A, Inki P. The levonorgestrel-releasing intrauterine system in heavy menstrual bleeding: a benefit-risk review, *Drugs*, 2012, 72(2):193-215.
- ³⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists, Contraception—a basic health necessity, 2007, <<http://www.acog.org/About%20ACOG/News%20Room/News%20Releases/2007/Contraception%20-%20A%20Basic%20Health%20Necessity.aspx>>, accessed Apr. 1, 2013.
- ³⁷ Zakiyah N, van Asselt ADI, Roijmans F, Postma MJ. Economic Evaluation of Family Planning Interventions in Low and Middle Income Countries; A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(12): e0168447. doi:10.1371/journal.pone.0168447, 2016.
- ³⁸ Barot S. Sexual and Reproductive Health and Rights Are Key to Global Development: The Case for Ramping Up Investment. *Guttmacher Policy Review* Winter 2015, Vol. 18, No. 1.
- ³⁹ Ross J. Improved reproductive health equity between the poor and the rich: an analysis of trends in 46 low- and middle income countries. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):419-445.
- ⁴⁰ Miller G. Contraception as development? New evidence from family planning in Colombia. *Econ J*. 2010;120(545):709-736.