



სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საქართველოში

შერჩეული მახასიათებლების
ანალიზი და დინამიკა

2018 წლის საქართველოს
მრავალინდიკატორული
კლასტერული კვლევის მონაცემების
სიღრმისეული ანალიზი

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის
მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)

2019 წლის დეკემბერი



სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საქართველოში

შერჩეული მახასიათებლების
ანალიზი და დინამიკა

2018 წლის საქართველოს
მრავალინდიკატორული
კლასტერული კვლევის მონაცემების
სიღრმისეული ანალიზი

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის
მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)

2019 წლის დეკემბერი

ავტორები და ანგარიშის შექმნაში მონაწილე პირები

ექსპერტები:
ევგენ კეტიინგი
ნინო ლომია

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისი

ლელა ბაქრაძე
გიორგი მატარაძე
ნატალია ზაქარეიშვილი

წინამდებარე ანგარიში ეყრდნობა მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS-2018) მონაცემებს და მომზადებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით.

მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევა, მიქსი საქართველო 2018, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახურმა გლობალური მიქსის პროგრამის ფარგლებში ჩაატარა 2018 წელს გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) და 11 სხვადასხვა დონორის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით.

პუბლიკაციაში გამოთქმული შეხედულებები განხილული უნდა იქნეს, როგორც ავტორთა შეხედულებები და შესაძლოა, არ ასახავდეს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) პოზიციას.

ISBN 978-9941-8-2218-6



1. შესავალი	10
2. ოჯახის დაგეგმვის საჭიროება, მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე და შვილების სასურველი რაოდენობა	12
2.1. ოჯახის ფაქტობრივი და სასურველი ზომა (ცხრილი TM.13.3 CS)	12
2.2. ოჯახის სასურველი ზომის კორელაციები	13
2.3. ოჯახის დაგეგმვის საჭიროება და მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე (ცხრილი TM. 3.3CS)	14
3. კონტრაცეფცია	22
3.1. კონტრაცეპტივების გამოყენება (ცხრილი TM.3.1).....	22
3.2. ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ (ცხრილი TM 13.1CS)	25
3.3. კონტრაცეპტივების ეფექტურობა (ცხრილი TM.13.2CS)	26
4. ხელოვნური აბორტი და მკვდრადშობადობა	38
4.1. ხელოვნური აბორტების კოეფიციენტი (ცხრილი 15.1CS)	38
4.2. აბორტების არასრული აღრიცხვის შესაძლებლობა	39
4.3. აბორტების არასრული აღრიცხვის ზრდის ტენდენციის სავარაუდო ახსნა.....	40
4.4. ხელოვნური აბორტის მაჩვენებელთა კორელაციები (ცხრილი TM.15.1CS)	41
4.5. აბორტის ჩატარების ადგილი და გამოყენებული მეთოდები (ცხრილი TM 15.2CS)	42
4.6. აბორტის შემდგომი ადრეული გართულებები (ცხრილი TM.15.3CS).....	44
4.7. კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის ჩატარების დროს (ცხრილი 15.4CS).....	45
4.8. მკვდრადშობადობა	46
5. ადრეული შვილოსნობა	58
5.1. მაჩვენებლები და ტენდენციები (ცხრილები TM.2.2W და 2.3W)	58
5.2. ადრეულ ასაკში ორსულობის კორელაციები.....	59
5.3. ადრეულ ასაკში მშობიარობასთან დაკავშირებული ტენდენციები (ცხრილი TM.2.3W).....	60
6. მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის ადგილი	64
6.1. მშობიარობის ადგილი (ცხრილები TM 6.1 და TM 6.2CS)	64
6.2. საკეისრო კვეთა	64

7. ახალშობილისა და დედის მშობიარობის შემდგომი შემოწმება (ცხრილი TM 8.2CS)	69
8. აივ ინფექცია	73
8.1. აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა საქართველოში	73
8.2. მოსახლეობის ინფორმირებულობა აივ/შიდსის შესახებ (ცხრილები TM.11.1W და 1M)	74
8.3. ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ (ცხრილები TM 11.2W და M)	76
8.4. დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ (ცხრილები TM 11.3W და M)	77
8.5. ინფორმირებულობა აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ (ცხრილები TM 11.4W და M)	79
8.6. აივ-ზე კონსულტაცია ანტენატალური მეთვალყურეობისას (ცხრილი 11.5)	81
8.7. აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლები ახალგაზრდებში (ცხრილები 11.6W და M)	82
9. ქალთა და მამაკაცთა შორის თანასწორობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით (ცხრილი TM.16.1CS)	112

მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS) წარმოადგენს ფართომასშტაბიან წარმომადგენლობით კვლევას, რომელიც გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) თაოსნობით 1995 წელს დაიწყო და მას შემდეგ დღემდე მსოფლიო მასშტაბით 300-ზე მეტი კვლევა ჩატარდა. საქართველოს MICS-6 აღნიშნული კვლევის მე-6 რაუნდს წარმოადგენს, რომელიც 2016 წელს დაიწყო და მონაცემები 2018 წლის მეორე ნახევარში შეგროვდა. კვლევის ფარგლებში, მონაცემების შეგროვება ძირითადად წარმოებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობასა და მასთან უშუალოდ დაკავშირებულ თემებზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ ინტენსიურად იქნა შესწავლილი და გამოკვლეული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობასთან (სრჯ) დაკავშირებული ბევრი საკითხი. საქართველოში კვლევა ჩატარდა სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატის) მიერ, გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) და სხვა დონორების ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით.

საქართველო, ევროპის მასშტაბით, ერთ-ერთია იმ ქვეყნებს შორის, რომლებსაც ერთ ქალზე ბავშვების საშუალო რაოდენობის მაღალი მაჩვენებელი აქვს; 2018 წლის მონაცემით, ქვეყანაში შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR) 2,1 შეადგენს;¹ რაც, საქართველოში, ერთი ქალის მიერ მთელი ცხოვრების მანძილზე ცოცხლად დაბადებული ბავშვების საშუალო რაოდენობას წარმოადგენს. ქორწინებაში მყოფი რეპროდუქციული ასაკის ქალების დაახლოებით ორ მესამედს (64%) აღარ სურს დაორსულდეს, ან დაორსულდეს მომავალი ორი წლის განმავლობაში. აღნიშნული 64%-დან დაახლოებით 23% კონტრაცეფციის არანაირ მეთოდს არ მიმართავს და, შესაბამისად, მათ შემთხვევაში მაღალია არასასურველი ორსულობის რისკი. დარჩენილი 41% მიმართავს კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს; დაახლოებით 33% მიმართავს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს, ხოლო 8% კონტრაცეფციის ტრადიციულ მეთოდს. შესაბამისად, კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა პროცენტული წილი 41% შედგენს, რაც, არსებული საერთაშორისო სტანდარტებით, ძალიან დაბალი მაჩვენებელია. მსოფლიო მასშტაბით, აღნიშნული მაჩვენებელი საშუალოდ 62%-ს შეადგენს. გარდა ამისა, საკმაოდ მაღალია იმ ქალების პროცენტული წილი (23%), რომლებიც კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს არ იყენებენ, მაშინ როცა ორსულობა არ აქვთ დაგეგმილი; ფაქტობრივად, აღნიშნული მაჩვენებელი, საერთაშორისო სტანდარტებით, საგანგაშოდ მაღალია. მსგავსი მაჩვენებლები გვხვდება მხოლოდ განვითარებადი მსოფლიოს ღარიბ ქვეყნებში. აღმოსავლეთ ევროპისა და შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში “ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების” მაჩვენებელი საქართველოში დაფიქსირებულ მაჩვენებელზე ორჯერ ნაკლებია.

კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა 41%-ი, არსებული საერთაშორისო სტანდარტებით, ძალიან დაბალი მაჩვენებელია. მსოფლიო მასშტაბით, აღნიშნული მაჩვენებელი საშუალოდ 62%-ს შეადგენს. გარდა ამისა, საკმაოდ მაღალია იმ ქალების პროცენტული წილი (23%), რომლებიც კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს არ იყენებენ, მაშინ როცა ორსულობა არ აქვთ დაგეგმილი; ფაქტობრივად, აღნიშნული მაჩვენებელი, საერთაშორისო სტანდარტებით, საგანგაშოდ მაღალია. მსგავსი მაჩვენებლები გვხვდება მხოლოდ განვითარებადი მსოფლიოს ღარიბ ქვეყნებში. აღმოსავლეთ ევროპისა და შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში “ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების” მაჩვენებელი საქართველოში დაფიქსირებულ მაჩვენებელზე ორჯერ ნაკლებია.

ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის მაღალი დონე საქართველოს საზოგადოების ზოგად მახასიათებელს წარმოადგენს. აღნიშნული მაჩვენებელი დამოკიდებულია მოსახლეობის განათლების და შემოსავლის დონეზე და სხვა ცვლადებზე; თუმცა ეს სხვაობა, შეიძლება ითქვას, რომ უმნიშვნელოა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ, უკანასკნელი 8 წლის განმავლობაში, კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა პროცენტული წილი შემცირდა. 2010 წელს, ქორწინებაში მყოფი ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი წყვილების 53.4% იყენებდა კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს,

1 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (2018)
<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>

მაშინ როცა 2018 წელს იმავე ასაკობრივ ჯგუფში აღნიშნული მაჩვენებელი 45%-მდე შემცირდა. კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება თითქმის განახევრდა 2010 წლიდან 2018 წლამდე, ხოლო კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მცირედით გაიზარდა. 2018 წლის მონაცემებით, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებისა და საშუალებების შესახებ ინფორმირებულია საქართველოს მოსახლეობის თითქმის აბსოლუტური უმრავლესობა. თუმცა, სკოლებში სქესობრივი განათლების არარსებობის შედეგია ის, რომ ახალგაზრდა ქალებს შორის თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდებისა და საშუალებების ცნობადობა დაბალია, ისევე როგორც დაბალია ოჯახის დაგეგმვის შესახებ მათი ინფორმირებულობის დონე.

ზოგადად, ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონის შედეგია ის, რომ არასასურველი ორსულობის შეწყვეტის მიზნით, ჯერ კიდევ ბევრი ქალი მიმართავს აბორტს, და ხელოვნური აბორტების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მაღალ ნიშნულზე ნარჩუნდება და არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს. 2018 წელს, საქართველოში, ხელოვნური აბორტის ჯამობრივმა კოეფიციენტმა (TIAR) 0,9094 შეადგინა; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მანამდე ჩატარებული კვლევების თანახმად, აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) 1999 წელს შეადგენდა 3,7-ს, 2005 წელს - 3,1-ს, ხოლო 2010 წელს - 1,6-ს. სავარაუდოა, რომ მოცემული მაჩვენებლის სწრაფი კლება, ნაწილობრივ მაინც, უკავშირდება ქალებს შორის გავრცელებულ ტენდენციას, ღიად არ განაცხადონ აბორტის შესახებ. არსებობს რამდენიმე მიზეზი, რის გამოც შესაძლებელია ქალები თავს იკავებენ აბორტის შესახებ ინფორმაციის გამჟღავნებისგან. აბორტების 28,8%-ის შემთხვევაში გამოიყენება ე.წ. გამოფხევის (D&C) მეთოდი. აღნიშნული მეთოდი მოძველებულად მიიჩნევა და თითქმის აღარ გამოიყენება დასავლეთის ქვეყნებში. ამავე დროს, ეგრეთ წოდებულ მედიკამენტოზურ აბორტს (აბებს) სულ უფრო მეტი ქალი მიმართავს. მკვდრადშობადობის (ანუ მშობიარობა მკვდარი ნაყოფით) მაჩვენებელი შედგენს 21,9-ს ყოველ 1 000 მშობიარობაზე, რაც ასევე მაღალია და არ შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს. საქართველოს მკვდრადშობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს რეგიონში.

ადრეულ ასაკში (15-19 წლის) მშობიარობის მაჩვენებელი წარსულში საქართველოში მაღალი იყო, თუმცა 1995 წლის შემდეგ ამ მაჩვენებელმა სწაფად იწყო კლება, და თუ 1995 წელს ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 65,7-ს 15-19 წლის ასაკის ყოველ 1 000 ქალზე, 2018 წელს, იმავე ასაკობრივ ჯგუფში, იგი შემცირდა 32,3-მდე. თუმცა ეს მაჩვენებელი კვლავაც მაღალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

საქართველოში, ახალშობილთა დიდ უმრავლესობას (91.6%) სამედიცინო შემონმება უტარდება დაბადებიდან პირველი 4 კვირის განმავლობაში. თუმცა, მშობიარობის შემდგომ შემონმებას უფრო ნაკლები ქალი გადის (დაახლოებით მათი ნახევარი).

საქართველო განეკუთვნება იმ ქვეყნების რიგს, სადაც აივ-ის პრევალენტობის დონე დაბალია და ზრდასრულ მოსახლეობაში აივ-ით ინფიცირების მაჩვენებელი მხოლოდ 0,4%-ს შეადგენს. მოსახლეობის დიდ ნაწილს (90,8%), სულ მცირე, სმენია შიდსის შესახებ. თუმცა მოსახლეობის არც თუ ისე დიდი ნაწილი ფლობს სრულყოფილ ინფორმაციას ინფიცირების რისკებისა და ინფიცირების პრევენციის გზების შესახებ. ქალების ერთი მეოთხედიდან მათ ნახევრამდე არასაკმარისად არის ინფორმირებული აღნიშნული საკითხის შესახებ; და ამ მხრივ ვითარება უარესია მამაკაცებს შორის. კიდევ უფრო დაბალია მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე დედიდან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ. მოსახლეობაში იკვეთება აივ-ით ინფიცირებისადმი შიში, თუმცა არა იმდენად, რომ გაღიზიანებას იწვევდეს ის ფაქტი, რომ მათი რომელიმე ახლობელი ადამიანი შეიძლება აივ-ით ინფიცირებული აღმოჩნდეს. შეფასების კონკრეტული მეთოდოლოგიის მიხედვით, საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარი გაურბის ურთიერთობას იმ ადამიანებთან, რომლებიც შესაძლებელია აივ-ით იყვნენ ინფიცირებული; და, ასევე, იკვეთება აივ-ით ინფიცირებული ადამიანებისადმი დისკრიმინაციული დამოკიდებულება.

ზოგადად, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან (სრჯ) დაკავშირებული საკითხების შესახებ ცოდნა და დამოკიდებულებები ეთნიკურად ქართველ მოსახლეობასთან შედარებით, გაცილებით შეზღუდულია არაქართველი წარმოშობის ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებს შორის. სრჯ-თან დაკავშირებული საკითხების შესახებ ცოდნასა

და დამოკიდებულებაზე ასევე გავლენას ახდენს ისეთი სოციალურ-ეკონომიკური და დემოგრაფიული მაჩვენებლები, როგორცაა განათლების და კეთილდღეობის დონე, რეგიონი და ასაკი.

და ბოლოს, კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ქალების დიდი უმრავლესობა (79%) აცხადებს, რომ ისინი გადანყვეტილებებს დაკავშირებულს სქესობრივ ურთიერთობებთან, კონტრაცეპტივების გამოყენებასა და საკუთარ ჯანმრთელობასთან მეუღლეებისა და პარტნიორებისაგან დამოუკიდებლად იღებენ. ისინი მიიჩნევენ, რომ მათ შეუძლიათ თავად მიიღონ გადანყვეტილებები საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ; და, ასევე, შეუძლიათ ამასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადანყვეტილებები მიიღონ საკუთარ მეუღლესთან/პარტნიორთან ერთად. გამონაკლისს წარმოადგენენ ძალიან ახალგაზრდა (15-19 წლის) ქალები, რომელთა 29% აცხადებს, რომ არ შეუძლიათ უარი განაცხადონ მეუღლის/პარტნიორის მიერ შემოთავაზებულ სქესობრივ აქტზე. 19 წელს ზევით ასაკის ქალებს შორის, იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც ამგვარად ფიქრობენ, აღნიშნული მაჩვენებლის ნახევარზე ნაკლებს შეადგენს.

1. შესავალი

მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევა 6 (MICS6) საქართველოში 2018 წლის სექტემბერში დაიწყო მონაცემთა შეგროვებით, რაც იმავე წლის დასასრულემდე გაგრძელდა. მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS) წარმოადგენს მსოფლიოში შინამეურნეობების ფართომასშტაბიანი კვლევის ერთ-ერთ სახეობას, რომლის ფარგლებშიც წარმოებს ბავშვებისა და ქალების მდგომარეობის შესახებ მაღალი ხარისხის მონაცემთა მოპოვება, და რომელიც მსოფლიო მასშტაბით ამ მონაცემთა შედარების საშუალებას იძლევა. აღნიშნული კვლევის ფარგლებში, მონაცემთა შეგროვება მოხდა საქართველოში არსებული 14 000-ზე მეტი შინამეურნეობის კვლევის საფუძველზე, და მას უძღვებოდა სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი). ასევე, აღნიშნული კვლევა წარიმართა გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით. აღნიშნული კვლევის ფინანსურ მხარდაჭერას, ასევე, უზრუნველყოფდა შვედეთის საერთაშორისო განვითარების თანამშრომლობის სააგენტო (SIDA), ამერიკის შეერთებული შტატების განვითარების სააგენტო (USAID), საფრანგეთის განვითარების სააგენტო (AFD), შვეიცარიის განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტო (SDC), გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), მსოფლიო ბანკი და იტალიის ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი.² კვლევის ფარგლებში წარმოებდა მონაცემთა შეგროვება მოსახლეობის განათლების დონეზე, ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ოჯახის დაგეგმვისა და ხელოვნური აბორტის მიმართულებით არსებულ სიტუაციაზე; ასევე, იძულებით გადაადგილებულ პირებსა და ეროვნულ უმცირესობებზე. ამგვარი კვლევის შედეგად წარმოებს ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე წარმომადგენლობითი მონაცემების შეგროვება იმ მაჩვენებლებზე, რომლებიც გაერთიანებული ერების მდგრადი განვითარების მიზნების 48%-ს მოიცავს. კვლევის შედეგები საქართველოს მთავრობას დაეხმარება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული იმ გადაწყვეტილებების მიღებასა და პოლიტიკის შემუშავებაში, რომლებიც მოწყვლადი შინამეურნეობებისა და ბავშვების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ემსახურება. თავდაპირველად, მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS6) შედეგების გამოქვეყნება და მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა იგეგმებოდა 2019 წლის გაზაფხულისთვის, თუმცა, საქართველოში, კვლევასთან (MICS6) დაკავშირებული ფორმალური პრეზენტაცია 2019 წლის 30 ნოემბერს გაიმართა.

მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის პირველი რაუნდი (MICS1) 60-ზე მეტი ქვეყნის მონაწილეობით ჩატარდა, ძირითადად, 1995 და 1996 წლებში, და იგი ეხმიანებოდა ბავშვთა მსოფლიო სამიტს³. მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის მეექვსე რაუნდი (MICS6) 2016 წელს დაიწყო და 2019 წლამდე უნდა გაგრძელდებოდა. ამ რაუნდის ფარგლებში იგეგმებოდა იმ მონაცემების შეგროვება, რომელიც საფუძველად უნდა დაედებოდა ახალი გლობალური მდგრადი განვითარების მიზნებისა და ამოცანების შემუშავებას. 2018 წლის დასაწყისში, 100-ზე მეტი ქვეყანაში წარმოებული 300-ზე მეტი კვლევა უკვე დასრულებული იყო. მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS) ძირითად საფუძველს წარმოადგენს ინდიკატორების ჩამონათვალი. MICS6-ის ფარგლებში გამოყენებული იქნა 200 კონკრეტული ინდიკატორი - ეს არ არის კვლევის ინდიკატორთა სრული ნუსხა, არამედ, მხოლოდ ის ინდიკატორები, რომლებიც აუცილებელია გაეროს ბავშვთა ფონდისა (UNICEF) და სხვა ორგანიზაციების მიერ გლობალური მონიტორინგის წარმოებისთვის. კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებისათვის დასმული ყველა დამატებითი კითხვა ერთ პრინციპს ემყარება: გამოწვევის გარეშე, ყველა კითხვაზე გაცემული პასუხი უნდა ექვემდებარებოდეს შედეგების შესაბამის ცხრილში ასახვას, ანუ ტაბულაციას. მრავალი ინდიკატორული

2 გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისი, 2018 წ. საქართველოში წამოწყებული ფართო-მასშტაბური კვლევის შედეგად შეფასდება შინამეურნეობების, ბავშვებისა და ქალების მდგომარეობა. <https://georgia.unfpa.org/en/news/large-scale-survey-being-launched-georgia-will-assess-situation-families-children-and-women>. ხელმისაწვდომია 16-11-2019 მდგომარეობით.

3 მრავალი ინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS); https://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_Indicator_Cluster_Surveys

კლასტერული კვლევის (MICS) მონაცემები დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის კვლევის (DHS) მონაცემებთან შედარების შესაძლებლობას იძლევა. საქართველოში დღემდე არ ჩატარებულა დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის კვლევა (DHS), თუმცა ჩატარდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რამდენიმე კვლევა (RHS), რომლებიც დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის კვლევის (DHS) ანალოგურია. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბოლო კვლევა (RHS) საქართველოში ჩატარდა 2010 წელს, მანამდე მსგავსი კვლევები ჩატარდა 2005 წელსა და 1999 წელს. იქ სადაც შესაძლებელია ტენდენციების განსაზღვრა, წინამდებარე ანგარიშის მიზნებიდან გამომდინარე, მოცემული კვლევის მონაცემები შედარებული იქნება საქართველოში უკვე ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების (RHS) მონაცემებთან.

2. ოჯახის დაგეგმვის საჭიროება, მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე და შვილების სასურველი რაოდენობა

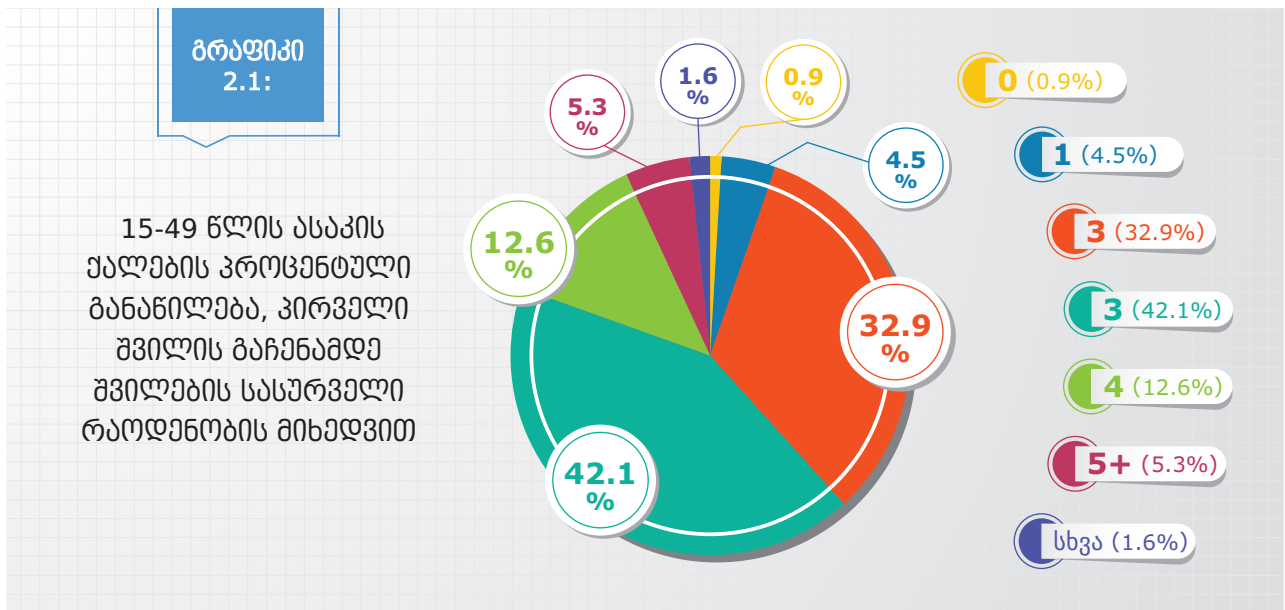
2.1. ოჯახის ფაქტობრივი და სასურველი ზომა (ცხრილი TM.13.3 CS)

მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის მე-6 რაუნდის (MICS6 2018 წ.) მონაცემთა თანახმად, საქართველოში ქალებს, პირველი შვილის დაბადებამდე, სურვილი აქვთ ჰყავდეთ საშუალოდ 2,8 შვილი. როგორც საერთაშორისო მასშტაბით, ასევე საქართველოს შემთხვევაშიც, აღნიშნული მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია. საქართველოში 1999, 2005 და 2010 წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების (RHS) ფარგლებში, შვილების სასურველი რაოდენობის შესახებ კითხვები პირდაპირ არ ყოფილა დასმული. მიუხედავად ამისა, ზემოთ დასახელებულ წლებში წარმოებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების შედეგები გარკვეულ წარმოდგენას ქმნის იმ ტენდენციის შესახებ, რომელიც შვილების სასურველ რაოდენობას უკავშირდება. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR), რომელიც ერთი ქალის მიერ მთელი ცხოვრების მანძილზე ცოცხლად დაბადებული ბავშვების საშუალო რაოდენობას შეადგენს, იმ შემთხვევაში, თუ შობადობის არსებული მაჩვენებელი ერთ ნიშნულზე შენარჩუნდება, წარმოადგენს მაჩვენებელს⁴, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებული იქნას შვილების სასურველი რაოდენობის დასადგენად, იმის გათვალისწინებით, რომ ზემოთ ხსენებული მაჩვენებელი შესაძლებელია იყოს უფრო დაბალი ქალებში უნაყოფობისა და დაქვეითებული ნაყოფიერების გამო. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR), ზემოთ ნახსენები სამი კვლევის მონაცემებით, გაცილებით დაბალი იყო ვიდრე მოცემული კვლევით დადგენილი მაჩვენებელი, რომლის მიხედვითაც შვილების სასურველი რაოდენობა ერთ ქალზე შეადგენს 2,8-ს. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR) 1999 წელს შეადგენდა 1,7-ს, 2005 წელს - 1,6-ს, ხოლო 2010 წელს - 2,0-ს. 2018 წელს, კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ქალების ნახევარზე მეტმა (60%) განაცხადა, რომ, პირველი შვილის გაჩენამდე, მათ სურდათ ჰყოლოდათ 3 ან მეტი შვილი; კერძოდ, 42,1%-ს სურდა ჰყოლოდა სამი შვილი, 12,6% - ოთხი შვილი, ხოლო 5,3%-ს სურდა ჰყოლოდა ხუთი ან მეტი შვილი (გრაფიკი 2.1). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემული მაჩვენებელი არ უკავშირდება კვლევის ჩატარების თარიღს (მოცემულ შემთხვევაში, 2018 წელს), არამედ ასახავს წარსულს; ვინაიდან, კვლევის დროს, რესპონდენტებმა პასუხი გაცეს კითხვას, რომელიც ეხებოდა მათთვის სასურველ ოჯახის ზომას, პირველი შვილის გაჩენამდე, რაც უმეტეს შემთხვევაში, რამდენიმე წლით ადრეულ პერიოდს გულისხმობს. შესაბამისად, ეს პროცენტული მაჩვენებელი უშუალოდ არ უკავშირდება 2018 წელს. მაგრამ, ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ გასული 15 წლის განმავლობაში შობადობის მაჩვენებლის ზრდა დაფიქსირდა. საქართველოში, 1958 წლიდან შობადობის კლების ტენდენცია დაფიქსირდებოდა 2003 წლამდე, როდესაც შობადობის მაჩვენებელმა 1 000 მოსახლეზე შეადგინა 11,7 დაბადებული ბავშვი. შობადობის აღნიშნული შედარებით დაბალი მაჩვენებელი, ნაწილობრივ მაინც, უკავშირდება მკვეთრ ეკონომიკურ ვარდნას, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ყველა ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკაში, 1991 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ⁵. შემდგომი 10 წლის განმავლობაში (2003-2013 წლებში), საქართველოში შობადობის მაჩვენებლის მცირედი ზრდა დაფიქსირდა და 2013 წელს ამ მაჩვენებელმა 1 000 მოსახლეზე შეადგინა 14,2 დაბადებული ბავშვი. აღნიშნული ტენდენცია ეკონომიკური პირობების ეტაპობრივი გაუმჯობესების შედეგი შეიძლება იყოს; მაგრამ აგრეთვე, შეიძლება უკავშირდებოდეს 2007 წელს, საქართველოს მართლმადიდებელი ეკლესიის პატრიარქის მიერ გაკეთებულ განცხადებას იმის თაობაზე, რომ იგი პირადად მონათლავდა ოჯახში დაბადებულ ყოველ მესამე და შემდგომ ბავშვს. პატრიარქი თავისი პირობის შესრულებას დღესაც აგრძელებს. 2013 წლის შემდეგ, შობადობის მაჩვენებელმა კვლავ უმნიშვნელო კლება

4 შვილების სასურველი რაოდენობა თითქმის ყოველთვის აღემატება შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტს (TFR), ვინაიდან, სხვა ფაქტორებს შორის ერთ-ერთ ფაქტორს წარმოადგენს თუნდაც ის, რომ შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (შჯკ) არ მოიცავს იმ ბავშვებს, რომელთა გაჩენაც სურდათ ქალებს, მაგრამ ვერ გააჩინეს, უნაყოფობის ან ნაყოფიერების დაქვეითების გამო.

5 Sobotka, T. (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, 36(2), 246-296. <https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.2.246-296>, ხელმისაწვდომია 2/12/2019 მდგომარეობით.

განიცადა და 2018 წელს 1 000 მოსახლეზე შეადგინა 13,6 დაბადებული ბავშვი⁶. შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის (TFR)⁷ მიხედვით, საქართველო ევროპის ბევრ ქვეყანას უსწრებს ერთ ქალზე დაბადებული ბავშვების რაოდენობით⁸.



2.2. ოჯახის სასურველი ზომის კორელაციები

ქვეყნის თითქმის მთელ ტერიტორიაზე, შვილების სასურველი რაოდენობა 2,8-ს შეადგენს და უმნიშვნელო სხვაობას აჩვენებს როგორც ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ მოსახლეობას, ასევე რეგიონებს შორის. შვილების სასურველი რაოდენობა მერყეობს 2,6-სა და 2,9 ბავშვს შორის. 2018 წელს, მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS) ფარგლებში, გარკვეული სხვაობა დაფიქსირდა რესპონდენტი ქალების სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებს შორის. კერძოდ, აღნიშნული მაჩვენებელი უფრო მცირეა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (2,4), და უფრო მაღალია 35 წელს ზევით ასაკობრივ ჯგუფში (2,9). ასაკის კლების პარალელურად შვილების სასურველი რაოდენობის კლების ტენდენცია უფრო მკვეთრად არის გამოხატული იმ ქალების პროცენტულ წილებში, რომლებსაც სურთ ჰყავდეთ სამი და მეტი შვილი. 15-19 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში აღნიშნული ქალების წილი შეადგენს 40,7%-ს; 20-24 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში - 60,2%-ს; ხოლო 40-49 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში - 65,6%-ს. უნდა აღინიშნოს, რომ უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს, უფრო მეტი შვილი სურთ ჰყავდეთ, ვიდრე დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო) განათლების მქონე ქალებს. პირველ კატეგორიაში ქალების 66,0% სურს ჰყავდეს სამი ან მეტი შვილი, ხოლო მეორე კატეგორიაში იგივე სურვილს გამოთქვამს ქალების მხოლოდ 55,3%. ჩვეულებრივ, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს უფრო ნაკლები შვილი სურთ ჰყავდეთ, ვიდრე მათ, ვისი განათლების მიღწეული დონე უფრო დაბალია. შვილების სასურველი რაოდენობის მხრივ, თითქმის არანაირი სხვაობა არ ფიქსირდება ქონებრივი კეთილდღეობის მიხედვით განსხვავებულ ჯგუფებს შორის. როგორც უღარიბესი, ასევე მდიდარი ქალების შემთხვევაში შვილების სასურველი რაოდენობა საშუალოდ 2,8 ბავშვს შეადგენს. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებს უფრო მცირე ზომის ოჯახი სურთ ჰყავდეთ (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები - საშუალოდ 2,7

6 მაკროტენდენციები. <https://www.macrotrends.net/countries/GEO/georgia/birth-rate>, ხელმისაწვდომია 5/11/2019 მდგომარეობით.

7 შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (შჯკ) წარმოადგენს ერთი ქალის მიერ მთელი ცხოვრების მანძილზე დაბადებული ბავშვების საშუალო რიცხოვნობას, იმ შემთხვევაში, თუ შენარჩუნდება შობადობის არსებული მაჩვენებელი, მათ შორის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

8 საქართველოში შჯკ დეტალური ანალიზი შეგიძლიათ იხილოთ: ჰაკერტი რ. (2017 წ.). მოსახლეობის დინამიკა საქართველოში - 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შედეგებზე დაფუძნებული მიმოხილვა. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი) და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისი. თბილისი. https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.%20Population%20Dynamics_ENGL%20_print_F.pdf. ხელმისაწვდომია 16/12/2019 მდგომარეობით.

ბავშვი, და ეთნიკურად სომეხი ქალები - საშუალოდ 2,5 ბავშვი), ვიდრე ეთნიკურად ქართველ ქალებს (საშუალოდ, 2,8 ბავშვი).

2.3. ოჯახის დაგეგმვის საჭიროება და მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე (ცხრილი TM. 3.3CS)

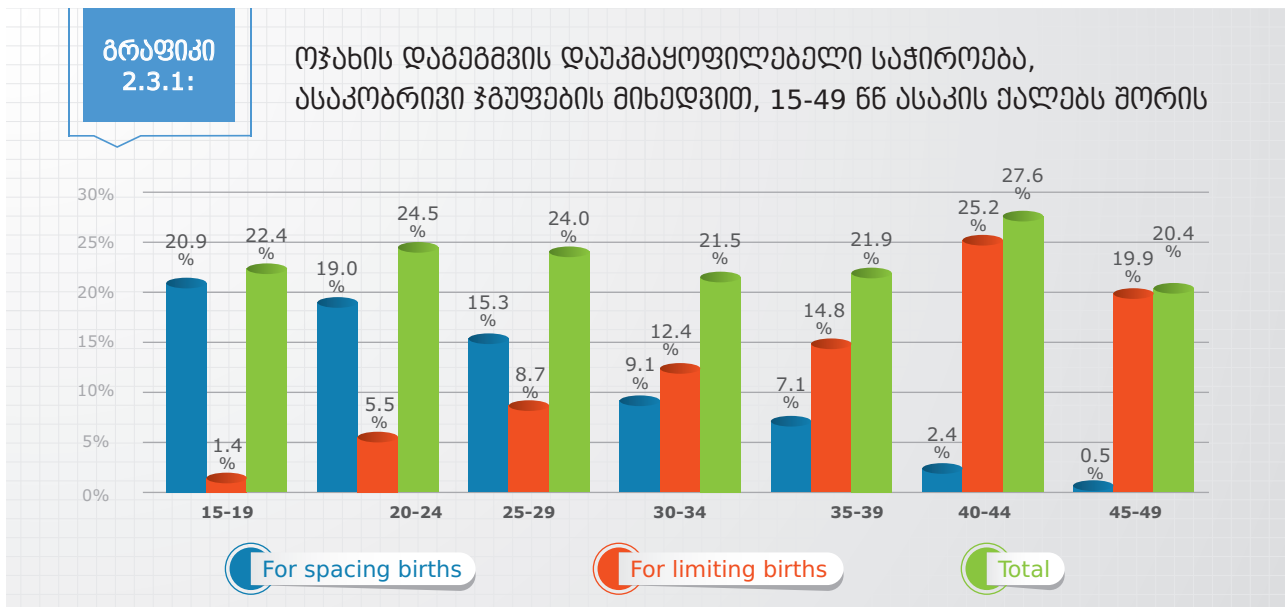
“ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება“ სტანდარტულ ტერმინს წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ არსებულ ლიტერატურაში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) მას შემდეგნაირად განმარტავს: „ქალები, რომლებსაც ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება გააჩნიათ არიან ნაყოფიერი და სქესობრივად აქტიური, მაგრამ არ იყენებენ კონტრაცეფციის არც ერთ მეთოდს და აცხადებენ, რომ არ სურთ მეტი შვილის გაჩენა, ან ჯერ-ჯერობით არ სურთ კიდევ ერთი შვილის გაჩენა.“ დაუკმაყოფილებელი საჭიროების ცნება გამოხატავს შეუსაბამობას ქალების რეპროდუქციულ გეგმებსა და კონტრაცეპტივების მოხმარებასთან დაკავშირებულ მათ ქცევას შორის.

MICS6-ის ფარგლებში, მხოლოდ ქორწინებაში მყოფ და პარტნიორთან ერთად მცხოვრებ ქალებს უნდა ეპასუხათ კითხვებზე, რომლებიც ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებას ეხებოდა. ქალებს, რომლებიც ქორწინებაში არ იმყოფებოდნენ და არ ცხოვრობდნენ პარტნიორთან ერთად, ამგვარ კითხვებს არ უსვამდნენ. როგორც ჩანს, მიიჩნეული იქნა, რომ ქალების ამ კატეგორიას პარტნიორთან სქესობრივი ურთიერთობები არ აქვს. აღნიშნული მიდგომა გარკვეულწილად გამართლებულია, ვინაიდან, საქართველოში მიჩნეულია რომ ქალებს, რომლებიც ქორწინებაში არ იმყოფებიან, არ ჰყავთ სქესობრივი პარტნიორი და არ აქვთ სქესობრივი ურთიერთობები; ფაქტობრივად, ამ კატეგორიის ქალების დიდი უმრავლესობა ამას თავად ადასტურებს. ამ თვალსაზრისით, საქართველოში, ევროპის ქვეყნების დიდ უმრავლესობასთან შედარებით, რადიკალურად განსხვავებული სიტუაციაა. გაეროს მიერ ახლახანს წარმოებული კვლევის შედეგები, რომელიც იკვლევდა სქესობრივ ურთიერთობებთან დაკავშირებულ მდგომარეობას 15-49 წლის ასაკობრივი ჯგუფის იმ ქალებში, რომლებიც ქორწინებაში არ იმყოფებიან (ქორწინებაში არ მყოფი ქალების უმრავლესობა 25 წლამდე ასაკის არის), აჩვენებს, რომ სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ამ კატეგორიის ქალების 20%-ს ჰქონია სქესობრივი ურთიერთობა გასული 4 კვირის განმავლობაში (გაერო, 2017 წ.). ამასთან, ყველაზე დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი 0,8% დაფიქსირდა სომხეთში, ხოლო ყველაზე მაღალი 40,8% - სერბეთში. ყაზახეთსა და ყირგიზეთში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენდა 15,8%-სა და 3,4%-ს, შესაბამისად. მაგრამ, ამასთანავე, საქართველოში ახლახანს ჩატარებული კვლევის⁹ თანახმად, 18-44 წლის გამოკითხული ქალების 14,3%-ს პირველი სქესობრივი ურთიერთობა ჰქონდათ დაქორწინებამდე. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ქორწინებაში არ მყოფ პარტნიორებს შორის სქესობრივი ურთიერთობები არც ისეთ იშვიათობას წარმოადგენს სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპაში, როგორც ამას ხშირად მიიჩნევენ. თუმცა სიმართლეს შეესაბამება ისიც, რომ მსგავსი ურთიერთობები ტაბუდადებულია, განსაკუთრებით კავკასიის ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა, ფაქტობრივად, სექსუალური ქცევა თანდათან ცვლილებას განიცდის.

MICS6-ის მონაცემები აჩვენებს, რომ საქართველოში ქალების 64%-ს სჭირდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები, ვინაიდან ისინი რეპროდუქციული ასაკის ჯგუფს განეკუთვნებიან, იმყოფებიან ქორწინებაში ან ცხოვრობენ პარტნიორთან ერთად და არ სურთ გააჩინონ შვილი მომავალი ორი წლის განმავლობაში, ან საერთოდ არ სურთ მეტი შვილის გაჩენა. ამ 64%-დან, 27,2%-ს ესაჭიროება ოჯახის დაგეგმვა ორსულობებს შორის ინტერვალის დაცვის მიმართულებით, ხოლო 36,8% ოჯახის დაგეგმვა ესაჭიროება, ვინაიდან მათ აღარ სურთ (მეტი) შვილის ყოლა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ქორწინებაში მყოფი ქალების დაახლოებით ორი მესამედის (64%) შემთხვევაში იკვეთება (პოტენციური) მოთხოვნა კონტრაცეპტივებზე; მათ შორის არიან ქალები, რომელთა საჭიროებაც კონტრაცეფციის მეთოდზე სრულად დაუკმაყოფილებელია (23,1%), და ქალები, რომლებიც მოცემულ ეტაპზე

9 აბზიანიძე თ. ბუნაშვილი მ, ქაჯაია მ, და სხვები, (2019 წ.). საქართველოში მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის ქალების სქესობრივი ქცევის სხვაობები თაობათა შორის. „International Journal of Women's Health“ 2019:11 301-308. https://www.researchgate.net/publication/332886714_Generational_differences_in_current_sexual_behavior_among_Georgian_reproductive-aged_women. ხელმისაწვდომია 1/12/2019 მდგომარეობით

იყენებენ კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს (40,9%). ოჯახის დაგეგმვაზე კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების საქართველოში დაფიქსირებული დონე - 23,1% - ძალიან მაღალია ევროპული სტანდარტებით. მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის (2007 წ.)¹⁰ შედეგებმა აჩვენა, რომ 2000-2005 წლების პერიოდში აღნიშნული მაჩვენებელი 10%-ს შედგენდა ჩრდილოეთ აფრიკასა და დასავლეთ აზიაში, 11%-ს - სამხრეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში, 12%-ს ლათინური ამერიკის და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში, და 24%-ს - საჰარის უდაბნოს სამხრეთით მდებარე ტერიტორიაზე. კონტრაცეფციაზე საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის თვალსაზრისით, საქართველოს საჰარის უდაბნოს სამხრეთით მდებარე ტერიტორიის მსგავსი მაჩვენებელი აქვს და ეს მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია, ვიდრე განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობაში. გარდა იმ ქალების 23,1%-სა, რომლებიც უნდა იყენებდნენ კონტრაცეპტივებს, მაგრამ არ იყენებენ მათ, მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS6) შედეგად გამოვლინდა დამატებით ქალების 40,9%, რომლებსაც გამოუყენებიათ კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდი. მოცემული 40,9%-იდან, სამი მეოთხედი (32,6%) იყენებს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს, ხოლო 7,9% - ტრადიციულ მეთოდს. საერთაშორისო სტანდარტებით, აღნიშნული მაჩვენებლები ძალიან დაბალია. ამჟამად, გლობალური მასშტაბით, კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდით სარგებლობს ქორწინებაში მყოფი ქალების 62% (მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2019¹¹). აღნიშნული მაჩვენებელი წარმოადგენს მსოფლიოში საშუალო მაჩვენებელს, რომელიც მოიცავს ღარიბ ქვეყნებსაც. კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა პროცენტული წილი საქართველოში 40,9%-ს შეადგენს, რაც მსოფლიო მასშტაბით საშუალო მაჩვენებლის - 62% - მხოლოდ ორი-მესამედია!



კონტრაცეპტივების გამოყენების ესოდენ დაბალი დონე, ჩვეულებრივ, მოსალოდნელია უფრო ღარიბ და ცენტრიდან მოშორებულ ტერიტორიებზე, თუმცა საქართველოს შემთხვევაში მსგავსი ტენდენცია არ იკვეთება. ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონე საქართველოში ქალაქად 22,0%-ს შეადგენს, ხოლო სოფლად - 24,9%-ს. თბილისში, აღნიშნული მაჩვენებელი 22,1%-ს შეადგენს. გარდა ამისა, ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონის თვალსაზრისით, თითქმის არანაირი სხვაობა არ შეინიშნება სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებს შორის (გრაფიკი 2.3.1). სხვაობა უმნიშვნელოა ქალების განათლების დონის მიხედვითაც: განათლების დაბალი დონის (სრულ საშუალო განათლებამდე) მქონე ქალების 26%-ის შემთხვევაში ვლინდება ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობა; იგივე პრობლემა თავს იჩენს განათლების უფრო

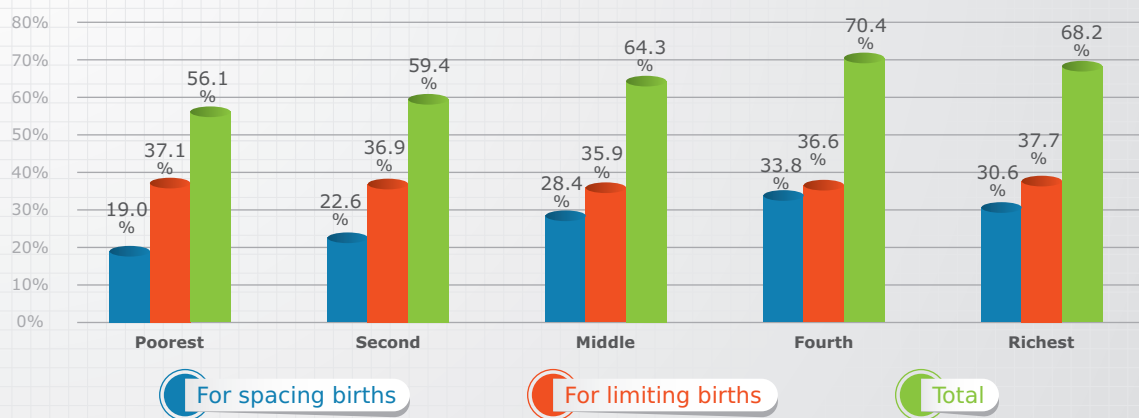
10 მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა (2007 წ.). ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონე განვითარებად ქვეყნებში. <https://www.prb.org/unmetneed/> - ხელმისაწვდომია 2/12/2019 მდგომარეობით.

11 მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა (2019 წ.). 2019 წლის მონაცემები ოჯახის დაგეგმვის მიმართულებით არსებულ ვითარებაზე. მსოფლიოში გამოყენებული ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები.. <https://www.prb.org/2019-family-planning-data-sheet-highlights-family-planning-method-use-around-the-world/>. ხელმისაწვდომია 2/12/2019 მდგომარეობით.

მაღალი დონის მქონე ქალების თითქმის 21,0%-ის შემთხვევაში. ეთნიკურად სომეხ ქალებს შორის ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონე მცირედით მაღალია (28,0%), ვიდრე ეთნიკურად ქართველ ქალებს შორის (22,8%); თუმცა, ფაქტობრივად, ორივე მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია. და ბოლოს, უღარიბესი ქალების კატეგორიაში აღნიშნული საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონე მცირედით მაღალია (26,2%), ვიდრე უმდიდრესი ქალების კატეგორიაში (20,4%), მაშინ როცა მოთხოვნის თვალსაზრისით ვითარება პირიქით არის (გრაფიკი 2.3.2). შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ოჯახის დაგეგმვის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობა საქართველოს საზოგადოებისთვის მეტად დამახასიათებელია და აღნიშნული საჭიროების დაუკმაყოფილებლობის დონე, საერთაშორისო სტანდარტებით, ძალიან მაღალია მოსახლეობის ყველა კატეგორიაში. ამ მიმართულებით მოსახლეობის ქვე-კატეგორიებს შორის სხვაობა, შეიძლება ითქვას, უმნიშვნელოა.

გრაფიკი 2.3.2:

ჯამური მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე, 15-49 წლის ასაკის ქალებს შორის, ეთნობრივი კონსტილუს მიხედვით



2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგების თანახმად, ქორწინებაში მყოფი ქალების 64,7%-ის შემთხვევაში მაღალი იყო არასასურველი ორსულობის რისკი; ვინაიდან ქალები იმყოფებოდნენ ქორწინებაში, მოცემულ პერიოდში არ იყვნენ ორულად, ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში იმყოფებოდნენ, არ სურდათ დაორსულება და არ იყვნენ უნაყოფო; და, ამავდროულად, არ სურდათ დაორსულება. 2010 წელს, აღნიშნული 64,7%-დან ქალების 53,4% მიმართავდა კონტრაცეფციას (34,7% იყენებდა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს, ხოლო 18,5% კონტრაცეფციის ტრადიციულ მეთოდს). 2010 წელს ჩატარებული კვლევის ამ მონაცემების შედარება შესაძლებელია, MICS6-ის ფარგლებში, ქორწინებაში ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფი ქალების კვლევისას მიღებულ მონაცემებთან. წინამდებარე კვლევაში მონაწილე ქალების 64% არასასურველი ორსულობის პოტენციური რისკის წინაშე არიან, რაც დიდად არ განსხვავდება რვა წლის წინ იმავე რისკის მქონე ქალების პროცენტული წილისგან - 64,7%. მოცემული 64%-დან ქალების 40,9% იყენებს კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს (32,6% - კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს, ხოლო 8,3% - კონტრაცეფციის ტრადიციულ მეთოდს). აღნიშნული ორი კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემთა შედარება გვიჩვენებს, რომ კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდით მოსარგებლე ქალების პროცენტული წილი საგრძნობლად არის შემცირებული 2010 წელთან შედარებით: ამ კატეგორიაში შემავალი 15-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ქალებში, მოცემული მაჩვენებელი 2010 წელს დაფიქსირებული 53,4%-დან 45,4%-მდე შემცირდა 2018 წელს. გარდა ამისა, ორი კვლევის მონაცემთა შედარების შედეგად დგინდება, რომ აღნიშნული კვლევა, თითქმის სრულად, კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენების მკვეთრი შემცირების ხარჯზე მოხდა, რომელიც 2010 წელს დაფიქსირებული 18,5%-დან 8,5%-მდე შემცირდა 2018 წელს (იხ. დანართი 1). მოცემული კვლების ტენდენციის კომპლექსირება არ მოხდა იმ ქალების პროცენტული წილის ზრდით, რომლებიც კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს იყენებენ. თანამედროვე კონტრაცეფციის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობა – რომელიც მოიცავს როგორც იმ ქალებს, რომლებიც არ იყენებენ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს,

ასევე იმ ქალებს, რომლებიც კონტრაცეფციის მხოლოდ ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავენ, 2010 წელს დაფიქსირებული 30,5%-დან 32,6%-მდე გაიზარდა 2018 წელს¹², კონკრეტულ ასაკობრივ ჯგუფში (იხ. დანართი 1). აღნიშნული ორი კვლევის მონაცემთა შედარების შედეგად დგინდება, რომ კონტრაცეპტივების გამოყენების თვალსაზრისით ვითარება საქართველოში გაუარესდა 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში! დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ კონტრაცეპტივების მოხმარება ზოგადად შემცირდა, კონტრაცეფციის ტრადიციული საშუალებების მომხმარებელთა პროცენტული წილი განახევრდა, და ამით გამოწვეული კვლების კომპენსაცია არ გახორციელებულა კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებების მომხმარებელთა პროცენტული წილის ზრდით.

ცხრილი TM.13.3CS: შვილების სასურველი რაოდენობა (ქალები)									
15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება პირველი შვილის გაჩენამდე მთელი ცხოვრების განმავლობაში შვილების სასურველი რაოდენობის მიხედვით, მიქსი საქართველო 2018									
	შვილების სასურველი რაოდენობის საშუალო რაოდენობა პირველი შვილის გაჩენამდე ¹	15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება შვილების სასურველი რაოდენობის მიხედვით							სულ ქალების რაოდენობა
		შვილების სასურველი რაოდენობა						სხვა პასუხი	
		0 (არცერთი)	1	2	3	4	5+		
სულ	2.8	0.9	4.5	32.9	42.1	12.6	5.3	1.6	6,812
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	2.8	1.0	4.9	32.4	42.1	12.5	5.2	1.9	4,392
სოფელი	2.8	0.7	3.7	34.0	42.2	12.9	5.3	1.1	2,420
რეგიონი									
თბილისი	2.8	0.8	5.5	31.5	41.1	13.4	5.2	2.5	2,621
აჭარის ა.რ.	2.8	1.4	4.0	31.6	46.0	9.8	5.2	1.9	736
გურია	2.8	1.2	3.9	35.5	42.4	9.5	6.3	1.3	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	2.9	0.0	2.6	29.4	48.3	13.8	5.0	0.9	826
კახეთი	2.9	0.7	4.8	31.6	41.0	15.4	6.4	0.2	412
მცხეთა-მთიანეთი	2.9	1.7	3.5	28.9	43.6	15.3	5.3	1.7	154
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	2.6	0.9	3.2	46.5	34.7	9.0	4.7	0.9	454
სამცხე-ჯავახეთი	2.7	2.3	2.1	38.3	41.9	11.9	2.8	0.7	238
ქვემო ქართლი	2.8	1.0	5.3	33.2	40.9	12.0	6.7	1.0	780
შიდა ქართლი	2.7	1.6	4.1	34.8	40.6	13.1	4.3	1.5	436
ასაკი									
15-19	2.4	3.9	8.3	47.0	29.2	6.2	4.3	1.0	533
15-17	2.3	4.5	11.2	49.8	23.7	5.5	3.7	1.5	324
18-19	2.6	3.0	3.8	42.8	37.8	7.2	5.1	0.3	209
20-24	2.8	0.7	4.2	35.0	37.1	14.9	5.5	2.7	783

12 მონაცემი კორექტირებულია 15-44 ასაკობრივი ჯგუფზე, რაც უზრუნველყოფს მის შედარებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემთან.

25-29	2.7	0.3	3.4	36.4	44.9	9.9	3.9	1.3	1,177
30-34	2.8	0.2	4.2	30.3	45.1	14.7	3.9	1.7	1,207
35-39	2.9	0.5	4.3	31.5	43.3	13.3	5.2	1.9	1,153
40-44	2.9	1.2	5.4	28.2	43.2	13.8	7.0	1.2	1,010
45-49	2.9	1.4	3.4	29.3	43.8	13.1	7.4	1.6	950
განათლება									
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
დანყვებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	2.8	0.6	5.5	38.6	35.0	13.8	4.5	1.9	631
სრული საშუალო	2.7	1.4	5.1	38.3	40.6	9.2	4.1	1.3	1,718
პროფესიული განათლება	2.8	0.6	2.7	33.8	43.7	12.9	5.3	1.0	1,308
უმაღლესი	2.9	0.8	4.6	28.6	43.8	14.2	5.9	2.0	3,148
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0	2.7	2.9	5.9	35.1	36.6	10.7	5.4	3.4	1,682
1	2.6	0.4	8.1	35.2	43.6	9.3	2.4	1.0	1,339
2	2.8	0.2	2.5	40.0	40.1	12.3	3.8	1.0	2,717
3	3.2	0.2	2.7	7.6	62.8	16.9	8.5	1.2	897
4+	4.2	0.0	1.8	14.4	10.2	39.3	32.6	1.8	177
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)									
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	3.1	1.7	5.5	22.8	39.4	17.8	11.3	1.6	639
არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	2.8	0.6	4.0	33.1	43.5	12.5	4.7	1.7	5,849
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება									
ქართველი	2.8	0.9	4.3	31.9	42.7	12.9	5.5	1.8	5,957
აზერბაიჯანელი	2.7	0.4	6.4	40.9	35.5	12.0	4.0	0.8	397
სომეხი	2.5	1.7	3.3	45.0	41.8	6.9	1.2	0.1	330
სხვა	2.9	2.2	7.7	26.6	38.5	16.0	8.0	0.9	128
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი									
არის დევნილი	2.9	2.2	3.6	30.1	43.0	12.9	7.3	0.8	350
არ არის დევნილი	2.8	0.8	4.5	33.1	42.1	12.6	5.1	1.7	6,462
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი									
უღარიბესი	2.8	0.4	4.7	38.9	37.1	11.6	6.0	1.3	1,055
მეორე	2.8	1.2	4.5	31.4	44.8	12.8	4.3	1.1	1,284
საშუალო	2.9	1.3	1.8	32.6	42.5	13.1	7.2	1.5	1,332
მეოთხე	2.7	0.8	6.4	31.5	41.8	12.8	3.9	2.9	1,509
უმდიდრესი	2.8	0.9	4.6	31.9	43.4	12.6	5.2	1.3	1,632
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.3CS - ბავშვების სასურველი რაოდენობა									
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შუნიონავ დაკვირვებას									

ცხრილი TM.3.3CS: საჭიროება და მოთხოვნა ოჯახის დაგვეგვანება (ამჟამად დაქორწინებულნი/პარტნიორთან მცხოვრები)

ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც აქვთ კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი და დაკმაყოფილებელი საჭიროება ოჯახის დაგვეგვანება, მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგვეგვანება, ქალების წილი, ვისი მოთხოვნაც ოჯახის დაგვეგვანება დაკმაყოფილებულია (მეთოდების მიხედვით) და ოჯახის დაგვეგვანება საჭიროების მქონე ქალების პროცენტული წილი, რომელთა მოთხოვნაც ოჯახის დაგვეგვანება დაკმაყოფილებულია (მეთოდების მიხედვით), მიქსი საქართველო 2018

	კონტრაცეფციის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება ოჯახის დაგვეგვანება		კონტრაცეფციის დაკმაყოფილებელი საჭიროება ოჯახის დაგვეგვანება (ამჟამად იყენებენ კონტრაცეფციას)		მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგვეგვანება		ქალების წილი, ვისი მოთხოვნაც ოჯახის დაგვეგვანება დაკმაყოფილებულია:		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა		ქალების წილი, ვისი მოთხოვნაც ოჯახის დაგვეგვანება დაკმაყოფილებულია:		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა, რომელთაც აქვთ საჭიროება ოჯახის დაგვეგვანება	
	ორსულობის გადაგადებისთვის	სულ	ორსულობის გადაგადებისთვის	სულ	ორსულობის გადაგადებისთვის	სულ	ორსულობის გადაგადებისთვის	სულ	ნებისმიერი მეთოდებით	თანამედროვე მეთოდებით ¹	ნებისმიერი მეთოდით	თანამედროვე მეთოდებით ¹		
სულ	8.3	14.8	23.1	18.9	22.0	40.9	36.8	64.0	40.9	32.6	4,920	63.9	51.0	3,150
დასახლების ტიპი														
ქალაქი	8.4	13.6	22.0	22.0	23.0	45.1	36.6	67.1	45.1	37.7	2,986	67.2	56.2	2,003
სოფელი	8.2	16.7	24.9	14.0	20.5	34.4	37.2	59.3	34.4	24.9	1,934	58.0	41.9	1,148
რეგიონი														
თბილისი	8.2	13.8	22.1	24.1	23.0	47.1	32.3	69.2	47.1	39.3	1,709	68.1	56.7	1,183
აჭარის ა.რ.	9.3	18.4	27.7	16.6	14.1	30.7	25.9	58.5	30.7	26.1	531	52.6	44.6	310
გურია	8.7	15.0	23.7	13.8	20.7	34.5	22.5	58.2	34.5	25.1	123	59.3	43.1	72
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	8.3	12.8	21.0	16.0	20.1	36.0	24.2	57.1	36.0	31.7	639	63.1	55.5	365
კახეთი	8.5	16.2	24.6	15.6	25.0	40.5	24.0	65.2	40.5	32.2	325	62.2	49.4	212

მცხეთა-მთიანეთი	7.6	14.8	22.3	17.8	22.2	39.9	25.3	36.9	62.3	39.9	27.3	111	64.1	43.8	69
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	10.8	13.8	24.6	13.2	23.5	36.6	24.0	37.3	61.3	36.6	31.6	339	59.8	51.5	208
სამცხე-ჯავახეთი	11.0	21.8	32.8	8.3	13.0	21.3	19.3	34.8	54.1	21.3	17.7	195	39.4	32.6	105
ქვემო ქართლი	7.5	14.1	21.6	19.2	23.8	43.0	26.7	37.9	64.6	43.0	26.2	622	66.6	40.6	402
შიდა ქართლი	4.8	14.7	19.5	17.9	31.5	49.3	22.7	46.2	68.9	49.3	37.7	326	71.6	54.7	224
ასაკი															
15-19	20.9	1.4	22.4	27.6	1.0	28.6	48.5	2.5	51.0	28.6	13.8	60	(56.2)	(27.2)	30
20-24	19.0	5.5	24.5	36.9	6.2	43.2	55.9	11.8	67.6	43.2	33.8	389	63.8	50.0	263
25-29	15.3	8.7	24.0	36.9	15.0	51.8	52.2	23.7	75.9	51.8	44.6	928	68.3	58.8	704
30-34	9.1	12.4	21.5	25.7	24.6	50.3	34.8	37.0	71.8	50.3	42.7	982	70.0	59.5	705
35-39	7.1	14.8	21.9	13.1	33.8	46.9	20.2	48.6	68.8	46.9	37.3	965	68.1	54.2	664
40-44	2.4	25.2	27.6	5.4	27.2	32.6	7.8	52.4	60.2	32.6	21.7	821	54.2	36.0	494
45-49	0.5	19.9	20.4	0.4	16.6	17.0	0.9	36.5	37.4	17.0	12.1	775	45.5	32.5	290
განათლება															
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2	(*)	(*)	2
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	7.5	18.0	25.5	12.0	23.8	35.9	19.5	41.8	61.4	35.9	23.4	485	58.5	38.2	298
სრული საშუალო	8.3	17.9	26.2	15.7	20.2	35.9	23.9	38.1	62.1	35.9	26.7	1,182	57.8	43.0	734
პროფესიული განათლება	7.5	16.4	23.9	15.1	19.8	34.9	22.7	36.2	58.9	34.9	28.7	1,070	59.3	48.8	630

უმაღლესი	9.0	11.6	20.6	24.0	23.6	47.6	32.9	35.3	68.2	47.6	39.8	2,180	69.8	58.4	1,487
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)															
აქვს	8.8	18.1	26.9	12.6	18.7	31.3	21.5	36.8	58.3	31.3	26.4	463	53.8	45.3	270
არ აქვს	8.2	14.5	22.7	19.4	22.5	41.9	27.6	37.0	64.6	41.9	33.4	4,434	64.9	51.7	2,866
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება															
ქართოველი	8.3	14.4	22.8	19.5	22.2	41.7	27.8	36.7	64.5	41.7	34.2	4,258	64.7	53.1	2,745
აზერბაი-ჯანელი	8.8	13.4	22.2	15.2	25.8	41.0	24.0	39.2	63.2	41.0	19.5	348	64.9	30.8	220
სომეხი	4.2	23.8	28.0	13.2	15.4	28.7	17.4	39.2	56.6	28.7	24.0	237	50.6	42.4	134
სხვა	19.6	14.4	34.0	19.2	14.4	33.6	38.8	28.8	67.5	33.6	29.8	76	49.7	44.1	52
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი															
არის დევნილი	5.8	18.8	24.6	14.1	26.5	40.6	19.8	45.4	65.2	40.6	34.0	240	62.3	52.2	156
არ არის დევნილი	8.5	14.6	23.1	19.1	21.8	40.9	27.6	36.4	64.0	40.9	32.6	4,680	63.9	50.9	2,994
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი															
უღარიბესი	9.0	17.2	26.2	10.0	19.9	29.9	19.0	37.1	56.1	29.9	19.9	824	53.3	35.5	462
მეორე	7.9	14.9	22.8	14.7	21.9	36.6	22.6	36.9	59.4	36.6	27.2	1,008	61.6	45.7	599
საშუალო	7.9	17.1	25.1	20.4	18.8	39.2	28.4	35.9	64.3	39.2	31.4	985	61.0	48.8	633
მეთხე	8.3	13.9	22.2	25.5	22.7	48.2	33.8	36.6	70.4	48.2	40.1	976	68.5	56.9	687
უმაღლესი	8.6	11.7	20.4	22.0	25.9	47.9	30.6	37.7	68.2	47.9	41.4	1,127	70.2	60.7	769

1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.21CS - საჭიროება ოჯახის დაგეგვაზე დაკმაყოფილებული კონტრაქციის თანამედროვე მეთოდებით

() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას

3. კონტრასტები

3.1. კონტრასტების გამოყენება (ცხრილი TM.3.1)

მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS6) შედეგების თანახმად, საქართველოში, ქორწინებაში ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფ ქალებს შორის კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) შეადგენდა 40,9%-ს; ქალების 59,1% კონტრასტების არანაირ მეთოდს არ იყენებდა. კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) 40,9% ძალიან დაბალია ყველა პარამეტრით. 2017 წელს გამოქვეყნებული კონტრასტების გამოყენების თაობაზე გლობალური შეფასებით მონაცემების მიხედვით (გაერო, 2017 წ.) საქართველოში კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) შეფასებითი მაჩვენებელი (CPR) 2017 წელს შეადგენდა 52,8%-ს, რაც გაცილებით მაღალია, ვიდრე MICS6-ის შედეგად დაფიქსირებული მაჩვენებელი - 40,9% ერთი წლის შემდეგ. 2017 წელს პრევალენტობის მნიშვნელოვნად მაღალი შეფასებითი მაჩვენებელი შესაძლებელია ეყრდნობოდეს 2010 წელს ჩატარებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (RHS)¹³ შედეგებს, რომლის თანახმადაც პრევალენტობა შეადგენდა 53,4%.

2010 წელს ჩატარებული RHS-ის და 2018 წელს წარმოებული MICS6-ის ფარგლებში კონტრასტების კუთხით დასმული კითხვები, მონაცემთა შედარების საშუალებას იძლევა;¹⁴ შესაბამისად, MICS-ის შედეგად 2018 წელს გამოვლენილი პრევალენტობის მნიშვნელოვნად დაბალ დონეს ვერ ავსხნით მონაცემთა შედარებლობით. თუმცა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, 2010 და 2018 წელს ჩატარებული კვლევებისთვის შერჩეულ რესპონდენტებს შორის ერთი მნიშვნელოვანი სხვაობა არსებობს! კერძოდ, 2018 წელს ჩატარებული MICS-ის შერჩეული რესპონდენტები¹⁵ დამატებით მოიცავს 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შემავალ ქალებს, განსხვავებით 2010 წელს ჩატარებული კვლევისგან. იმ შემთხვევაში, თუ 2018 წელს წარმოებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS) შედეგებში არ გავითვალისწინებთ 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შემავალი ქალების მონაცემებს, კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) იქნება 45,4%¹⁶ (ნაცვლად 40,9%-სა); რაც მაინც დაბალია, 2010 წლის ანალოგურ მონაცემთან შედარებით (იხ. გრაფიკი 3.1.1 და დანართი 1). დასკვნის სახით უნდა ითქვას, რომ კონტრასტების გამოყენება საქართველოში მნიშვნელოვნად შემცირდა 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში (53.4%-დან 45.4%-მდე). დაფიქსირებული კვლების ტენდენციას არ გააჩნია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ახსნა. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ აღნიშნული ტენდენცია უკავშირდება უფასო კონტრასტების მიწოდების მნიშვნელოვან შემცირებას, რასაც წარსულში უზრუნველყოფდა

13 2010 წელს ჩატარებულ რუკ კვლევასა და 2018 წელს ჩატარებულ MICS შორის პერიოდში, საქართველოში ეროვნულ დონეზე არ წარმოებულა წარმომადგენლობითი კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა კონტრასტების გამოყენების თვალსაზრისით ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას.

14 2010 წელს პრევალენტობის განსაზღვრა წარმოებდა რესპონდენტთა ჯგუფში, რომელიც „ქორწინებაში მყოფი ქალებისგან“ შედგებოდა, ხოლო 2018 წელს - რესპონდენტთა ჯგუფში, რომელიც „ქორწინებაში მყოფი ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფი ქალებისგან“ შედგებოდა. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ 2010 წელს ჩატარებულ კვლევაში მონაწილე ქალებს შორის ძალიან მცირე იყო იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც „პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფი ქალების“ კატეგორიას მიეკუთვნებოდნენ (1,4%); შესაბამისად, აღნიშნული არ გამოდგება იმ სხვაობის ასახვად, რომელიც არსებობს 2017 წელს წარმოებული შეფასებით მიღებულ მაჩვენებელსა და 2018 წელს ფაქტობრივი კვლევის საშუალებით მიღებულ პრევალენტობის მაჩვენებლებს შორის.

15 იმ შემთხვევაში, თუ 2018 წელს ჩატარებული MICS-ის შედეგებიდან გამოვრიცხავთ ყველაზე მაღალი ასაკობრივი კატეგორიის მონაცემებს (რომელთა შორისაც კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) საშუალო მაჩვენებელზე მნიშვნელოვნად დაბალია) კონტრასტების გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) 2018 წელს იქნება 45.4%, ნაცვლად 40.9%-ისა. შესაბამისად, 2018 წლის კვლევაში 45-49 წლის რესპონდენტთა ასაკობრივი ჯგუფის დამატებით აიხსნება 2010 და 2018 წლებს შორის არსებული სხვაობის თითქმის ერთი მესამედი.

16 2018 წელს ჩატარებულ კვლევაში, აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფის დამატების მნიშვნელოვან ზემოქმედებას განაპირობებს ის ფაქტი, რომ ამ ასაკობრივი კატეგორიაში კონტრასტების გამოყენების პრევალენტობა ძალიან დაბალია; ამ ასაკობრივი ჯგუფის მონაცემთა გამორიცხვის შედეგად კონტრასტების მომხმარებელთა საერთო პროცენტული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად იზრდება.

ამერიკის შეერთებული შტატების განვითარების სააგენტო (USAID) და გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA). უფასო კონტრაცეპტივების მოსახლეობისათვის მიწოდების პრაქტიკა შეწყდა დაახლოებით 5 წლის წინ.

ქართულ ვებ-გვერდზე „Gynopedia“ გამოქვეყნებული ინფორმაციის თანახმად, კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) დაბალი მაჩვენებლის (CPR) გამომწვევ მიზეზთა შორის შესაძლებელია იყოს: “კონტრაცეფციის საშუალებების დეფიციტი, რომელიც ქვეყანაში ათწლეულების მანძილზე აღინიშნება, მაღალი ფასები კონტრაცეფციის საშუალებებზე, და კონსერვატორული ოჯახური ადათ-წესებისა და მართლმადიდებელი ეკლესიის გავლენა”¹⁷. გარდა ამისა, იგივე ვებ-გვერდზე არსებული ინფორმაციით, კონტრაცეპტივებზე არსებული ფასები განაპირობებს იმას, რომ საქართველოში მცხოვრებ ბევრ ადამიანს მათზე ხელი არ მიუწვდება, და სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ მოიცავს უფასო კონტრაცეპტივების მიწოდებას. კონტრაცეპტივები, აგრეთვე, არ შედის ესენციალური მედიკამენტების ჩამონათვალში. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია რელიგიური მოსაზრებებით კონტრაცეპტივების გამოყენების უარყოფა. 2017 წელს მსოფლიო მასშტაბით წარმოებული მიმოხილვის შედეგებით თუ ვიხელმძღვანელებთ, ნათლად დავინახავთ, რომ 15-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 2018 წელს დაფიქსირებული კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) – 40,9% - მართლაც ძალიან დაბალი მაჩვენებელია მსოფლიოს ამ რეგიონში. აღნიშნულს ადასტურებს კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) შეფასებითი მაჩვენებელი (CPR) დასავლეთ აზიის რეგიონისათვის; აღნიშნული რეგიონი მოიცავს კავკასიის სამ ქვეყანას და ახლო აღმოსავლეთის ყველა ქვეყანას. ამ რეგიონში კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) შეფასებითი მაჩვენებელი (CPR) 57,6%-ს შეადგენს. აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 68,7%-ს; ორივე მონაცემი მნიშვნელოვნად მაღალია ვიდრე საქართველოში დაფიქსირებული კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR).

2018 წელს, კონტრაცეფციის მომხმარებელთა უმრავლესობა (32,6%) კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებებს მიმართავდა. აქედან ქალების (ან მათი პარტნიორების) 13,8% იყენებდა მამაკაცის კონდომებს, 7,8% - საშვილოსნოს შიდა სპირალის (სშს), 5,2% - ორალურ კონტრაცეპტივებს და 3,3% - ქალთა სტერილიზაციას. აღნიშნულ ჯგუფში ქალების მხოლოდ 7,9% მიმართავდა კონტრაცეფციის ტრადიციულ მეთოდს (კალენდარული: 4,3%, ან შეწყვეტილი აქტი: 3,2%)¹⁸. იმ ქალების პროცენტული წილი (32,6%), რომლებიც კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს იყენებენ, უფრო მაღალი იქნება თუ კვლევის შედეგებიდან გამოვრიცხავთ 45-49 წლის ასაკობრივი ჯგუფის მონაცემებს. ამ შემთხვევაში, **თანამედროვე კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) იქნება 36,5% (15-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში)**. ქვევით მოცემულ გრაფიკზე 3.1.1 ნაჩვენებია 15-44 წლის ასაკის დაქორწინებულ ან პარტნიორთან მცხოვრებ ქალებს შორის იმ ქალების პროცენტული წილები, რომლებიც სარგებლობდნენ კონტრაცეფციის თანამედროვე ან ტრადიციული მეთოდებით, 2010 და 2018 წლებში. 45-49 წლის ასაკობრივი ჯგუფის დამატებასთან დაკავშირებით კორექტირებული 2018 წლის შეფასება შევიძლიათ იხილოთ დანართში 1.

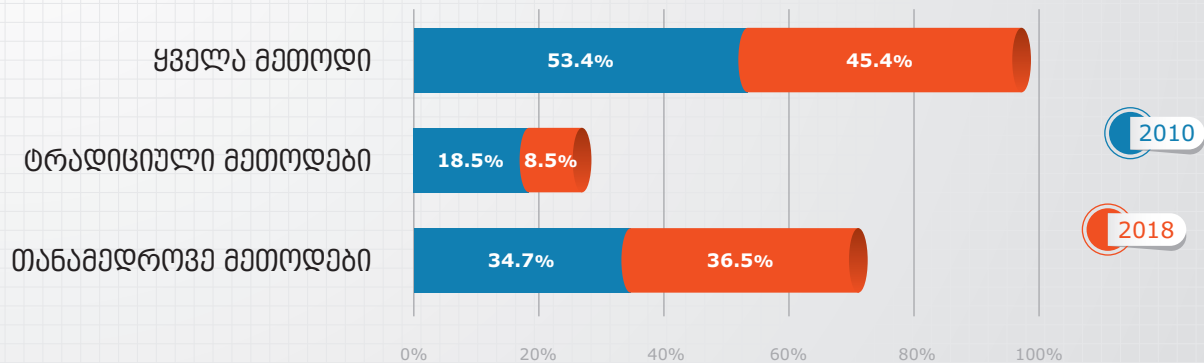
შედეგებით დასტურდება, რომ კონტრაცეფციის ყველა მეთოდით სარგებლობა 8%-ით შემცირდა 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში: 53,4%-დან 45,4%-მდე. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მცირედით გაიზარდა (1,7%-ით), ხოლო კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდებით სარგებლობა მკვეთრად შემცირდა (18,5%-დან 8,5%-მდე). ამგვარი მკვეთრი კლება არ შეიძლება უკავშირდებოდეს კითხვების სხვადასხვაგვარ ფორმულირებას, შესაბამისად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ კლებას რეალურად ჰქონდა ადგილი.

17 Gynopedia. <https://gynopedia.org/Tbilisi>. ხელმისაწვდომია 19-11-2019 მდგომარეობით.

18 კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენების მაჩვენებელი, რომელიც კორექტირებულია 15-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის გამორიცხვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემთან მისი შედარების უზრუნველსაყოფად, შეადგენს 8,5%-ს.

ბრაფიკი 3.1.1:

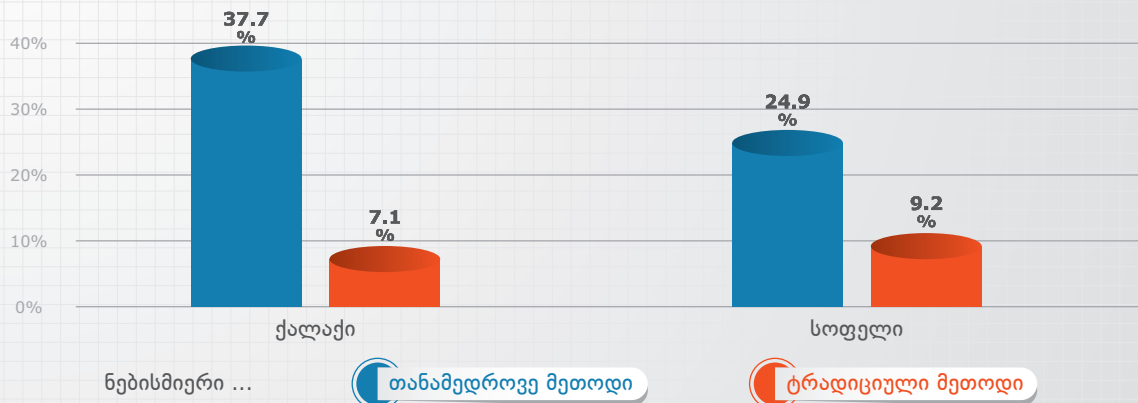
კონტრაცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება 15-44 წლის ასაკის დაუორწინებულ ან კარტნიორთან მცხოვრებ ქალებს შორის, 2010 და 2018 წლებში: GERHS 2010 და MICS6 2018



კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს, რომლებიც თითქმის არ გამოიყენება საქართველოში, განეკუთვნება საინექციო კონტრაცეპტივები, იმპლანტები, დიაფრაგმა და ქალის კონდომი. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებით ქალების გაცილებით მეტი პროცენტი სარგებლობს ქალაქად, ვიდრე სოფლად (გრაფიკი 3.1.2). ასევე, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებით ქალების გაცილებით მეტი პროცენტი სარგებლობს უფრო მეტად ურბანულ რეგიონებში, ვიდრე უფრო მეტად სოფლებით დაკომპლექტებულ რეგიონებში. მაგალითად, დედაქალაქ თბილისში, 2018 წელს, ქალების 39.3% (არაკორექტირებული მონაცემი) სარგებლობდა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებით, მაშინ როცა აღნიშნული მაჩვენებელი სამცხე-ჯავახეთში მხოლოდ 17,7%-ს შეადგენდა. თანამედროვე კონტრაცეპტივების (განსაკუთრებით კონდომების) გამოყენების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი სხვაობა ვლინდება ასაკობრივ ჯგუფებს შორის. განსაკუთრებით მაღალია მათი გამოყენება 25-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (44,6%) და მცირდება ასაკის მატებასთან ერთად, ხოლო 45-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მხოლოდ 12,1%-ს შეადგენს. ასევე დადებითი კორელაცია აღინიშნება, ერთი მხრივ, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებასა და, მეორე მხრივ, რესპონდენტების განათლების დონესა და ქონებრივ კვინტილს შორის (უღარიბესი - 19.9% და უმდიდრესი 41.4%). ეს ის კორელაციებია, რომლებიც სხვა ქვეყნების უმრავლესობისთვისაც არის დამახასიათებელი.

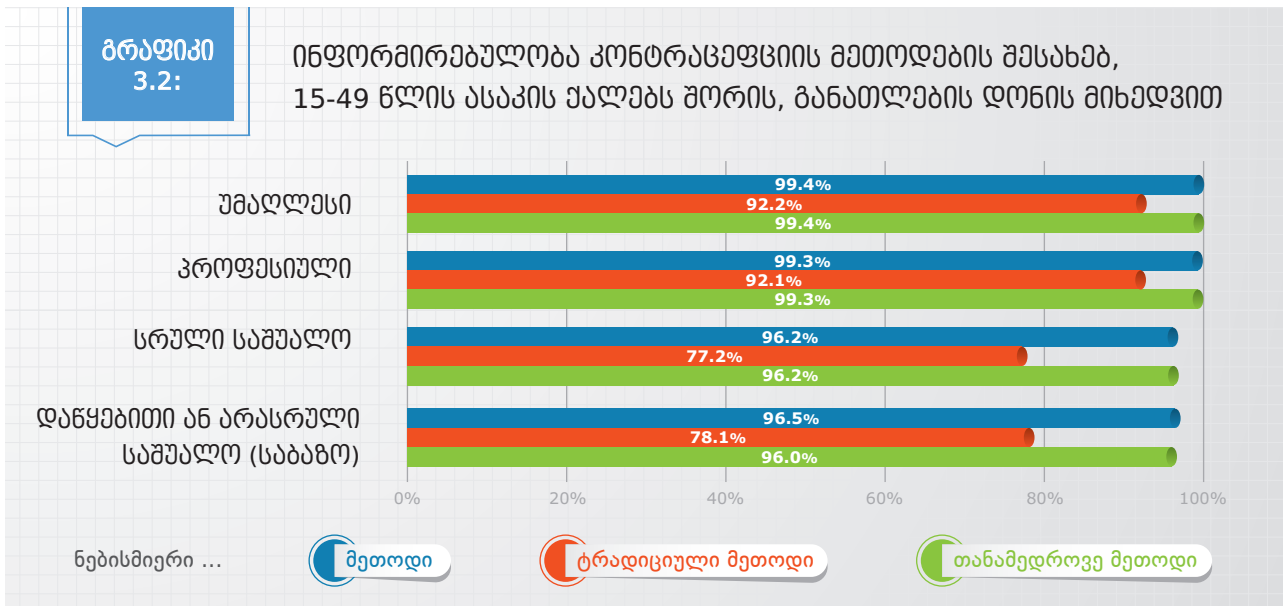
ბრაფიკი 3.1.2:

15-49 წლის ასაკის დაუორწინებულ ან კარტნიორთან მცხოვრები იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც (ან რომელთა კარტნიორების) იყენებენ კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს, საცხოვრებელი ტერიტორიის (ქალაქი/სოფელი) მიხედვით



3.2. ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ (ცხრილი TM 13.1CS)

რა ინფორმაციას ფლობს საქართველოს მოსახლეობა კონტრაცეპტივების შესახებ? სმენიანთ მათ კონტრაცეფციის იმ მეთოდების შესახებ, რომლებსაც ისინი არ მიმართავენ? MICS6-ის ფარგლებში გამოკითხული ქალების უმრავლესობას სმენია კონტრაცეფციის იმ მეთოდების შესახებ, რომლებიც განსხვავდება იმ მეთოდისგან, რომლებსაც ისინი ხშირად მიმართავენ. მაგალითად, ქალების 80%-ზე მეტს სმენია ქალის სტერილიზაციის შესახებ, მაშინ როცა მათი მხოლოდ 3,3% იყენებს კონტრაცეფციის აღნიშნულ მეთოდს. მსგავსად ამისა, ქალების 43,5%-ს სმენია მამაკაცის სტერილიზაციის შესახებ, თუმცა ამ ქალების პარტნიორთა მხოლოდ 1%-ზე ნაკლებს თუ მიუმართავს ამ მეთოდისთვის. ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა (95%) ფლობს ინფორმაციას ორალური კონტრაცეფციის („პილულის“) შესახებ, თუმცა ქალების მხოლოდ 5%-ზე მცირედით მეტს თუ გამოუყენებია ეს მეთოდი. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებით სარგებლობის მაჩვენებელი მცირედ გაზრდილია 2010 წლის მონაცემებთან შედარებით. 15-44 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების დონე 2.2%-დან (2010 წ.) 5.8%-მდე (2018 წ.) გაიზარდა; ხოლო, რაც შეეხება ქალის სტერილიზაციის (მიღების ლიგირება) გამოყენებას, აღნიშნული მეთოდის გამოყენება გაორმაგდა - თუ მას 2010 წელს ქალების 1,8% მიმართავდა, 2018 წელს ამ მეთოდის გამოყენების მაჩვენებელმა შეადგინა 3,4%. მცირედით გაიზარდა კონდომების მოხმარების მაჩვენებელიც (13.6% - 2010 წელს და 15.9% - 2018 წელს). ყველაზე დიდი სხვაობა, 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში, დაფიქსირდა კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენების თვალსაზრისით, რომელიც მკვეთრად შემცირდა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ.



ქვეყნის მასშტაბით მკვეთრი სხვაობა არ აღინიშნება კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის თვალსაზრისით. მიუხედავად იმისა, რომ სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის შედარებით დაბალია კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობის დონე, ვიდრე ქალაქში მცხოვრებ ქალებს შორის, ეს სხვაობა გამოკვეთილი არ არის. 2010 წლის მონაცემებთან შედარებისას ირკვევა, რომ მცირედით გაზრდილია იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც სმენიათ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ, თუმცა ამ მაჩვენებლის შემდგომი ზრდა ნაკლებ სავარაუდოა, ვინაიდან 2010 წელშიც კი იგი უკვე საკმაოდ მაღალი იყო. 2010 წელს რესპონდენტთა 96,2%-ისათვის უკვე ცნობილი იყო სულ მცირე ერთი მეთოდის შესახებ მაინც, რომელიც კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს მიეკუთვნება. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებიდან თითოეულის შესახებ, 15-44 წლის ქალების ასაკობრივი ჯგუფის ინფორმირებულობის დონის 8 წლის წინანდელ მონაცემებთან შედარებისას ირკვევა, რომ: კონდომების შესახებ ინფორმაციას 2010 წელს ქალების იმდენად მაღალი პროცენტი ფლობდა, რომ აღნიშნული მონაცემი ზრდას აღარ ექვემდებარებოდა; საშვილოსნოს შიდა საშუალებების შესახებ 2010 წელს ინფორმაციას ფლობდა ქალების 87,5%, 2018 წელს ეს მაჩვენებელი გაიზარდა და შეადგინა 93,3%; ხოლო რაც შეეხება ორალური კონტრაცეფციის მეთოდს, მის შესახებ ინფორმირებულობის დონე მკვეთრად, 81.1%-დან 94.8%-მდე გაიზარდა!

ერთი შეხედვით, შესაძლებელია დასკვნის გამოტანა იმის შესახებ, რომ 2018 წელს სრულიად საქართველოს მოსახლეობა კარგად არის ინფორმირებული კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ, თუმცა, ამგვარი დასკვნის გაკეთების შესაძლებლობას ზღუდავს ორი ფაქტი. აქედან, პირველი არის ის, რომ ქვეყანაში მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებს შორის შედარებით დაბალია კონტრაცეფციის მეთოდების ხელმისაწვდომობის შესახებ ინფორმირებულობის დონე. ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალების საკმაოდ დიდი ნაწილი და ეთნიკურად სომეხი ქალების შედარებით დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომი მეთოდების შესახებ. იგივე ვითარებაა უღარიბეს ქალებსა და იმ ქალებს შორის რომელთა განათლების დონეც დაბალია (გრაფიკი 3.2). საინტერესოა, რომ შედარებით უფროსი ასაკის და ქორწინებაში მყოფ ქალებთან შედარებით, ახალგაზრდა და დაუქორწინებელი ქალების გაცილებით ნაკლები რაოდენობა ფლობს ინფორმაციას კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ. მაგალითად, 2018 წელს 15-19 წლის ასაკის ახალგაზრდა ქალების მხოლოდ 58,5% ფლობდა ინფორმაციას საშვილოსნოს შიდა საშუალებების (სშს) შესახებ; მაშინ როცა 25 წლისა და მეტი ასაკის ქალებს შორის ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 97%! მსგავსად ამისა, ახალგაზრდა ქალების 42,7%-მა ან უფრო ნაკლებმა განაცხადა, რომ სმენიათ ქალის სტერილიზაციის შესახებ. ხოლო 25 წლისა და მეტი ასაკის ქალებს შორის ამ მაჩვენებელმა შეადგინა 86,1%, რაც ძალიან დიდი სხვაობაა. ანალოგიური ვითარებაა მამაკაცის სტერილიზაციის, იმპლანტების და საინექციო კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმირებულობასთან დაკავშირებით. ახალგაზრდა ქალები, ჩვეულებრივ, არ არიან ინფორმირებული აღნიშნული მეთოდების შესახებ. მიღებული შედეგი იმაზე მეტყველებს, რომ კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაცია ქვეყანაში ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. შედარებით უფროსი ასაკის ქალებმა აღნიშნული ინფორმაცია მიიღეს იმის გამო, რომ მათ იგი სჭირდებოდათ. ახალგაზრდა ქალებს შორის კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობის ნაკლებობის მიზეზი შესაძლებელია იყოს სკოლებში ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების არარსებობა. ევროპის ქვეყნების უმრავლესობაში, ახალგაზრდები მსგავს თემებსა და საკითხებს სკოლაში ეცნობიან¹⁹, მაგრამ საქართველოში მსგავსი პრაქტიკა ჯერ არ არის დანერგილი.

3.3. კონტრაცეპტივების ეფექტურობა (ცხრილი TM.13.2CS)

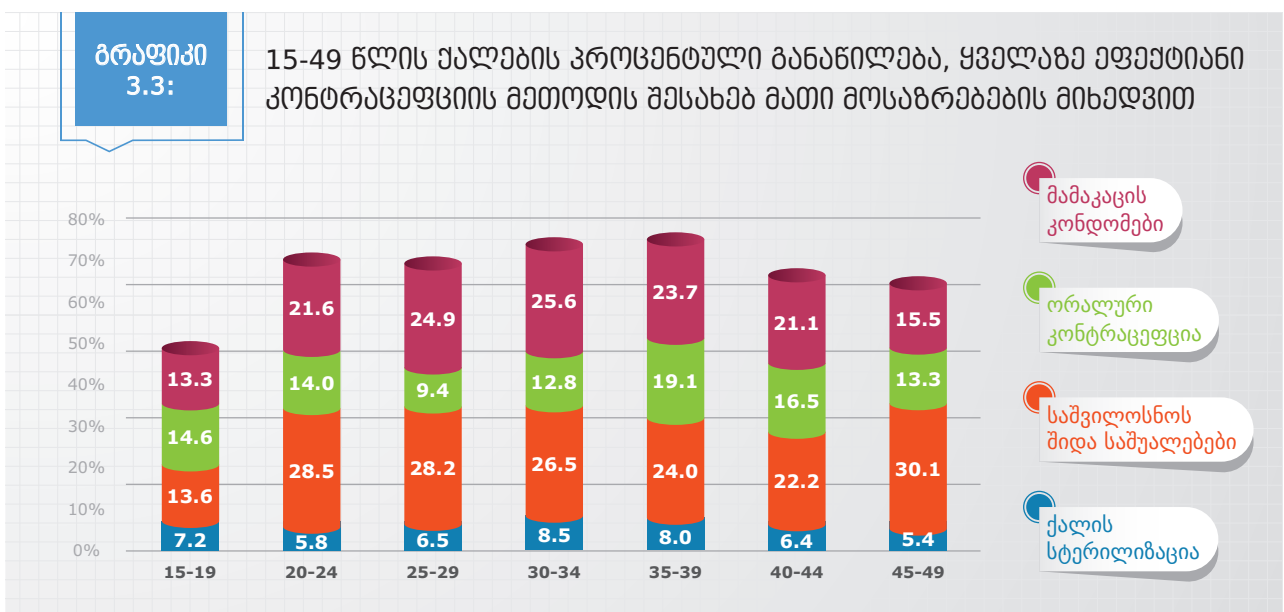
კონტრაცეპტივების მომხმარებლები სრულყოფილ ინფორმაციას უნდა ფლობდნენ კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდთან დაკავშირებული რისკებისა და სარგებლის შესახებ. ასევე, მათი სანდოობის (ეფექტიანობის) შესახებ, რადგან ეს მათ საშუალებას მისცემს ინფორმირებული გადაწყვეტილება მიიღონ კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევასთან დაკავშირებით. MICS6-ის რესპონდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ შემდეგ კითხვაზე: „კონტრაცეფციის ჩამოთვლილი მეთოდებიდან რომელია ყველაზე ეფექტიანი?“ (ამ კითხვამდე, რესპონდენტებმა ასახელებდნენ კონტრაცეფციის იმ მეთოდს, რომელსაც ისინი მიმართავდნენ). რესპონდენტთა 18,9%-მა ვერ უპასუხა ამ კითხვას, რაც იმას ნიშნავს, რომ ისინი არ ფლობდნენ ინფორმაციას კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ. რესპონდენტთა პასუხების მიხედვით კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობა ასე დალაგდა ყველაზე ეფექტიანიდან ყველაზე არაეფექტიან მეთოდამდე: საშვილოსნოს შიდა საშუალებები (სშს) (რესპონდენტთა 25,5%), მამაკაცის კონდომები (რესპონდენტთა 21,7%), ორალური კონტრაცეფცია (რესპონდენტთა 14,2%) და ქალის სტერილიზაცია (რესპონდენტთა 6,9%). სხვა მეთოდები თითქმის არ დასახელებულა რესპონდენტების მიერ. საინტერესოა, რომ საშვილოსნოს შიდა საშუალებები (სშს) ხშირად მიიჩნევა კონტრაცეფციის ყველაზე ეფექტიან საშუალებად. გამონაკლისს წარმოადგენს ძალიან ახალგაზრდა ქალების ასაკობრივი ჯგუფი, რომელთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ კონტრაცეფციის ყველაზე ეფექტიანი საშუალება არის ორალური კონტრაცეფცია (აბები) (გრაფიკი 3.3). ფაქტობრივად, საშვილოსნოს შიდა საშუალებები (სშს) კონტრაცეფციის გაცილებით უფრო ეფექტიან მეთოდს წარმოადგენს, ვიდრე ორალური კონტრაცეფციის საშუალებები (აბები), თუმცა, ყველაზე ეფექტიან საშუალებად რჩება ქალის სტერილიზაცია. რაც შეეხება კონდომების გამოყენებას, აღნიშნული ყველაზე ნაკლებ ეფექტიან მეთოდს წარმოადგენს, ოთხ ჩამოთვლილ მეთოდს შორის, თუმცა

19 Ketting E, Ivanova O (2018). Sexuality Education in Europe and Central Asia: State of the Art and Recent Developments. An Overview of 25 Countries. Cologne: BZgA

რესპონდენტები მას ეფექტიანობის თვალსაზრისით მეორე ადგილს ანიჭებენ. რითი შეიძლება იყოს განპირობებული რესპონდენტთა ამგვარი არჩევანი? ზუსტი ფაქტორების დადგენა ვერ ხერხდება, თუმცა, სავარაუდოა, რომ რესპონდენტები ყველაზე ეფექტიან მეთოდად ასახელებენ კონტრაცეფციის იმ მეთოდს, რომელსაც თავად მიმართავენ.

რესპონდენტი ქალების უმრავლესობისთვის ცნობილია კონტრაცეფციის მხოლოდ სამი ან ოთხი მეთოდი²⁰ და ისინი, რა თქმა უნდა, ყველაზე ეფექტიან მეთოდად ასახელებენ მათთვის ცნობილი მეთოდებიდან ერთ-ერთს; და არა მეთოდს, რომლის შესახებაც მათ არ სმენიათ. შედეგები მიუთითებს, რომ კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ქალების ზოგადი ინფორმირებულობის დონე ძალიან დაბალია. ქალების უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ მეთოდი, რომელსაც ისინი იყენებენ, ყველაზე ეფექტიანია და, გარდა ამისა, მათ კონტრაცეფციის დამატებით ორი ან სამი მეთოდის შესახებ თუ სმენიათ. ქალები არ ფლობენ ინფორმაციას ჩამონათვალში შესული კონტრაცეფციის დანარჩენი მეთოდების შესახებ. მეორე მხრივ, რესპონდენტთა პასუხებიდან ირკვევა, რომ, ზოგადად, ისინი დარწმუნებული არიან, რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები გაცილებით უფრო საიმედოა (რასაც ადასტურებს რესპონდენტთა 73,8%) ვიდრე ტრადიციული მეთოდები (რესპონდენტთა 7,3% მიიჩნევს, რომ ტრადიციული მეთოდები უფრო საიმედოა).

კორელაციების თვალსაზრისით, კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ ინფორმირებულობის დონე თავად კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმირებულობის მსგავსია. ქალაქში მცხოვრები ქალების 16,6% და სოფლში მცხოვრები ქალების 22,9% ვერ პასუხობს კითხვას კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ. ახალგაზრდა ქალების თითქმის ნახევარი (15-19 წლის: 46.3%) ვერ სცემს პასუხს ამ კითხვას; ხოლო, 25 წლისა და მეტი ასაკის ქალების მხოლოდ 16% არ აქვს პასუხი ამ კითხვაზე. განათლების დაბალი დონის მქონე (დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)) ქალები ნაკლებ ინფორმაცია ფლობენ კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ (მათგან 27% ვერ პასუხობს კითხვას), განათლების უფრო მაღალი დონის მქონე რესპონდენტებთან შედარებით (მათგან 14% ვერ პასუხობს კითხვას). საქართველოს ეთნიკურად ქართველი მოსახლეობა (რომელთა შორისაც შესაბამის ინფორმაციას არ ფლობს მხოლოდ 18%) უკეთ არის ინფორმირებული, ვიდრე სხვა ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ჯგუფები (მათი 27% არ ფლობს შესაბამის ინფორმაციას). ქონებრივი კვინტილის მიხედვით, ღარიბი ქალები ნაკლებად არიან ინფორმირებული ვიდრე მდიდრები (არ არის ინფორმირებული 27% და 12%, შესაბამისად). ქორწინებაში მყოფი (ან პარტნიორთან მცხოვრები) ქალები მეტ ინფორმაციას ფლობენ კონტრაცეფციის მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ, ვიდრე ქალები, რომლებიც არ იმყოფებიან ქორწინებაში ან არ ცხოვრობენ პარტნიორთან (არ არის ინფორმირებული 14% და 32%, შესაბამისად).



20 2010 კვლევის შედეგები; 2018 წელს ჩატარებული კვლევის დროს რესპონდენტებს ამასთან დაკავშირებულ კითხვაზე არ უპასუხიათ.

შეჯამების სახით შესაძლებელია ითქვას, რომ კონტრაცეპციის მეთოდებისა და მათი გამოყენების შესახებ ინფორმირებულობის დონე საქართველოში დაბალია რეგიონის სხვა ქვეყნებთან შედარებით. რაც ყველაზე ყურადსაღებია, კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენება, 2018 წლამდე რვა წლის განმავლობაში, მნიშვნელოვნად შემცირდა. მსოფლიოში იშვიათობას წარმოადგენს კონტრაცეფციის გამოყენების ამგვარი მკვეთრი შემცირება. უცნობია ის მიზეზები, რომლებმაც აღნიშნულ ტენდენციას შეუწყო ხელი, შესაბამისად, აუცილებელია დამატებითი კვლევის ჩატარება ამ კონკრეტული მიმართულებით. გარდა ამისა, მოსახლეობა არ ფლობს სრულყოფილ ინფორმაციას კონტრაცეფციის არსებული მეთოდების შესახებ. ამ მიმართულებით ინფორმირებულობის დონე კიდევ უფრო დაბალია მოსახლეობის არაპრივილეგირებულ ჯგუფებში (სოფლად მცხოვრები, მოსახლეობა, განათლების დაბალი დონის მქონე მოსახლეობა, და დაბალი ქონებრივი კვინტილის მოსახლეობა). გარდა ამისა, მოსახლეობა არასაკმარისად არის ინფორმირებული კონტრაცეფციის მეთოდების საიმედოობის შესახებ. ქალები კონტრაცეფციის ყველაზე საიმედო მეთოდად მიიჩნევენ იმ მეთოდს, რომელსაც ისინი მიმართავენ, რაც, ხშირ შემთხვევაში, სიმართლეს არ შეესაბამება.

ცხრილი TM.3.1: კონტრაგენტების გამოყენება (ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებაც იყენებენ) კონტრაგენციის მეთოდს, მიქსი საქართველო 2018		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა																	
სულ	59.1	მონაცემი არ არის										40.9	4,920						
		არ იყენებენ არცერთ მეთოდს																	
		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებაც იყენებენ):																	
თანამედროვე მეთოდს		ტრადიციულ მეთოდს		მონაცემი არ არის		ნებისმიერი მეთოდი		ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი		ნებისმიერი მეთოდი ¹									
ქალების სტერილიზაცია	ქალების სტერილიზაცია	სამწიფოს შიგნით სპირალი	ინექციები	იმპლანტები	აბები	მამაკაცის პრეზერვატივი	ქალის პრეზერვატივი	დიაფრაგმა/ქაფი/გელი	სანთელი	ტრადიციული მეთოდი	პერიოდული თავშეკავება/ციკლური მეთოდი	არასრული (შენწყვეტილი) სქესობრივი აქტი	სხვა						
სულ	3.3	0.9	7.8	0.0	0.3	5.2	13.8	0.0	0.0	0.0	1.4	4.3	3.2	0.4	0.4	32.6	7.9	40.9	
დასახლების ტიპი																			
ქალაქი	3.2	1.2	7.6	0.0	0.2	5.3	18.3	0.0	0.0	0.0	1.9	4.2	2.4	0.4	0.3	37.7	7.1	45.1	2,986
სოფელი	3.4	0.4	8.1	0.0	0.4	4.9	6.8	0.0	0.0	0.0	0.7	4.5	4.4	0.3	0.4	24.9	9.2	34.4	1,934
რეგიონი																			
თბილისი	2.3	1.6	6.3	0.0	0.0	5.5	21.7	0.0	0.0	0.0	1.7	4.4	2.6	0.5	0.4	39.3	7.5	47.1	1,709
აჭარის ა.რ.	2.6	0.3	9.7	0.0	0.7	3.0	8.7	0.0	0.0	0.0	1.1	1.9	1.7	0.2	0.8	26.1	3.9	30.7	531
გურია	5.4	0.0	5.9	0.2	0.2	2.8	9.1	0.0	0.0	0.0	1.5	6.2	3.0	0.0	0.2	25.1	9.2	34.5	123
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	4.9	0.2	10.9	0.0	0.8	4.5	8.8	0.0	0.0	0.0	1.6	3.2	0.7	0.4	0.0	31.7	4.4	36.0	639
კახეთი	3.3	2.3	5.4	0.0	0.5	8.8	10.5	0.0	0.2	0.2	1.2	6.2	1.8	0.1	0.1	32.2	8.2	40.5	325
მცხეთა-მთიანეთი	4.0	0.4	4.3	0.0	0.0	4.6	12.9	0.1	0.0	0.0	1.1	9.0	1.6	1.2	0.9	27.3	11.7	39.9	111
სამცხე-ჯავახეთი	8.9	0.6	7.0	0.2	0.4	6.5	7.1	0.2	0.0	0.0	0.7	2.1	2.5	0.0	0.5	31.6	4.6	36.6	339
სამცხე-ჯავახეთი	0.4	0.0	4.1	0.0	0.2	5.5	7.2	0.0	0.0	0.0	0.2	2.8	0.2	0.2	0.4	17.7	3.2	21.3	195

ქვემო ქართლი	57.0	1.0	0.3	8.4	0.0	0.0	0.0	4.2	10.4	0.0	0.0	2.0	4.3	12.0	0.0	0.4	26.2	16.3	43.0	622	
შიდა ქართლი	50.7	5.2	0.2	12.1	0.0	0.4	6.3	12.4	0.0	0.0	0.0	1.0	9.3	1.6	0.8	0.0	37.7	11.7	49.3	326	
ასაკი																					
15-19	71.4	0.0	0.0	8.7	0.0	0.0	0.0	0.0	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0	14.8	0.0	0.0	13.8	14.8	28.6	60	
20-24	56.8	0.9	0.1	10.0	0.0	0.4	4.3	15.8	0.0	0.0	0.0	2.3	2.0	6.6	0.4	0.4	33.8	8.9	43.2	389	
25-29	48.2	1.7	0.6	12.2	0.0	0.8	6.5	20.5	0.0	0.0	0.0	2.1	2.2	4.2	0.6	0.3	44.6	7.0	51.8	928	
30-34	49.7	2.9	0.8	10.2	0.1	0.2	4.9	22.2	0.0	0.0	0.0	1.6	3.0	4.1	0.1	0.3	42.7	7.3	50.3	982	
35-39	53.1	5.6	2.0	6.4	0.0	0.3	9.0	12.8	0.0	0.1	1.2	7.2	1.4	1.4	0.2	0.7	37.3	8.9	46.9	965	
40-44	67.4	4.6	0.6	4.5	0.0	0.0	3.5	7.7	0.0	0.0	0.7	7.0	3.2	3.2	0.3	0.4	21.7	10.5	32.6	821	
45-49	83.0	2.9	0.6	3.5	0.0	0.0	1.8	2.2	0.1	0.0	1.1	3.8	0.6	0.6	0.5	0.0	12.1	4.9	17.0	775	
განათლება																					
საბავშვო ბავშვ/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2	
დანებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	64.1	2.8	0.1	9.1	0.0	0.0	5.8	4.8	0.0	0.0	0.7	3.4	8.2	8.2	0.6	0.3	23.4	12.2	35.9	485	
სრული საშუალო	64.1	3.0	0.2	9.3	0.0	0.3	5.6	7.5	0.0	0.0	0.8	4.1	4.2	4.2	0.1	0.8	26.7	8.4	35.9	1,182	
პროფესიული განათლება	65.1	3.5	0.6	7.4	0.0	0.3	5.2	10.0	0.0	0.1	1.7	3.5	2.2	2.2	0.4	0.2	28.7	6.0	34.9	1,070	
უმაღლესი	52.4	3.5	1.5	6.8	0.0	0.3	4.8	21.0	0.0	0.0	1.8	5.1	2.0	2.0	0.4	0.2	39.8	7.6	47.6	2,180	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																					
0	92.6	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	1.2	4.3	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.4	0.0	0.0	6.7	0.8	7.4	318	
1	63.3	0.2	0.9	6.9	0.0	0.2	4.0	16.0	0.0	0.0	2.1	1.5	4.2	4.2	0.0	0.7	30.3	5.7	36.7	1,080	
2	55.3	2.6	1.1	9.3	0.0	0.4	6.1	14.5	0.0	0.0	1.5	5.2	3.3	3.3	0.5	0.3	35.6	8.9	44.7	2,513	
3	53.0	8.1	0.2	8.2	0.0	0.1	5.5	13.6	0.1	0.1	1.2	6.1	3.1	3.1	0.5	0.4	37.0	9.6	47.0	845	
4+	57.0	15.6	0.0	4.5	0.0	0.0	4.7	6.0	0.0	0.0	0.0	9.2	1.8	1.8	1.2	0.0	30.8	12.2	43.0	163	

ფუნქციონირების სიორულები (18-49 ასაკის)																			
აქვს	68.7	5.7	0.1	3.3	0.2	0.0	5.3	11.7	0.1	0.0	0.1	1.6	2.7	0.4	0.3	26.4	4.6	31.3	463
არ აქვს	58.1	3.0	1.0	8.3	0.0	0.3	5.2	14.0	0.0	0.0	1.6	4.7	3.1	0.4	0.4	33.4	8.1	41.9	4,434
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება																			
ქართველი	58.3	3.5	1.0	7.7	0.0	0.3	5.4	14.9	0.0	0.0	1.4	4.8	1.9	0.4	0.4	34.2	7.1	41.7	4,258
აზერბაიჯანელი	59.0	0.9	0.0	11.5	0.0	0.0	4.4	1.3	0.0	0.0	1.4	1.7	19.4	0.0	0.4	19.5	21.1	41.0	348
სომეხი	71.3	1.5	0.7	5.4	0.0	0.0	3.7	12.7	0.0	0.0	0.0	1.7	2.7	0.0	0.2	24.0	4.4	28.7	237
სხვა	66.4	5.7	0.0	2.5	0.0	0.0	2.9	12.7	0.0	0.0	6.1	1.6	1.5	0.8	0.0	29.8	3.8	33.6	76
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი																			
არის დევნილი	59.4	5.0	0.0	6.2	0.0	0.0	2.6	17.7	0.0	0.0	2.4	3.7	2.8	0.1	0.0	34.0	6.5	40.6	240
არ არის დევნილი	59.1	3.2	0.9	7.9	0.0	0.3	5.3	13.6	0.0	0.0	1.4	4.4	3.2	0.4	0.4	32.6	8.0	40.9	4,680
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი																			
ულარიბესი	70.1	4.1	0.4	6.4	0.0	0.1	4.7	3.8	0.0	0.0	0.4	2.9	6.2	0.2	0.6	19.9	9.3	29.9	824
მეორე	63.4	3.5	0.3	9.2	0.0	0.5	5.4	7.2	0.0	0.1	1.0	5.1	3.5	0.6	0.2	27.2	9.3	36.6	1,008
საშუალო	60.8	3.1	0.8	8.0	0.0	0.4	5.1	12.9	0.1	0.0	0.9	5.9	1.6	0.0	0.3	31.4	7.5	39.2	985
მეოთხე	51.8	3.3	1.5	8.1	0.0	0.4	6.0	16.9	0.0	0.0	3.8	4.0	3.1	0.6	0.5	40.1	7.6	48.2	976
უმდიდრესი	52.1	2.7	1.2	7.1	0.0	0.0	4.7	24.9	0.0	0.0	0.9	3.7	2.2	0.3	0.3	41.4	6.2	47.9	1,127

1 მიქსის მაჩვენებელი TM.3 - კონტრაკტივების გაცრელების მაჩვენებელი

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწონავ დაკვირვებას

ცხრილი TM.13.1CS: ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის შესახებ, მიუსი საქართველო 2018

სულ ქალების რაოდენობა	15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის შესახებ:																	
	არცერთი მეთოდი/ მონაცემი არ არის	თანამედროვე მეთოდი																
		ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	ნებისმიერი მეთოდი ¹	ტრადიციული მეთოდი							სულ ქალების რაოდენობა						
სულ	1.7	81.3	43.5	93.7	55.7	58.3	95.0	95.2	49.1	42.6	76.7	82.0	73.7	3.4	98.2	87.0	98.3	6,812
დასახლების ტიპი																		
ქალაქი	1.0	85.7	47.3	94.4	57.5	62.3	96.6	98.1	54.0	46.0	80.7	85.4	76.7	3.0	98.9	89.2	99.0	4,392
სოფელი	2.9	73.4	36.7	92.5	52.3	50.9	92.2	89.9	40.2	36.5	69.5	75.7	68.3	4.0	96.9	83.0	97.1	2,420
რეგიონი																		
თბილისი	0.3	87.8	46.7	95.2	54.3	60.4	97.9	99.4	54.5	44.8	82.7	88.7	79.8	2.5	99.7	92.2	99.7	2,621
აჭარის ა.რ.	5.0	71.5	48.6	90.7	55.3	62.6	90.3	92.3	45.5	47.0	71.3	71.4	72.2	4.6	94.9	79.8	95.0	736
გურია	0.7	87.4	35.1	96.2	58.8	61.4	96.7	97.6	42.6	42.1	81.9	85.6	73.9	1.9	99.2	88.4	99.3	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	1.6	86.1	46.8	94.9	67.4	68.9	94.5	96.7	57.2	50.6	80.8	83.6	70.1	1.9	98.4	85.1	98.4	826
კახეთი	1.1	78.7	39.4	94.4	50.3	57.8	96.4	95.4	49.6	40.8	74.4	83.0	69.2	10.0	98.7	87.6	98.9	412
მცხეთა-მთიანეთი	0.9	82.4	36.3	92.6	52.3	49.0	95.6	96.3	42.5	38.8	79.9	84.0	68.7	3.4	98.9	87.0	99.1	154
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	1.2	78.9	43.8	94.9	57.8	48.4	96.4	97.8	44.3	42.9	74.8	79.6	69.2	1.6	98.8	82.9	98.8	454
სამცხე-ჯავახეთი	5.4	64.4	48.2	85.8	57.6	54.5	88.2	87.9	33.0	32.5	47.6	64.3	48.0	2.2	94.3	71.8	94.6	238
ქვემო ქართლი	2.8	72.9	35.1	92.9	47.0	46.1	92.9	83.0	37.1	31.7	69.2	73.4	76.1	5.0	96.9	86.4	97.2	780
შიდა ქართლი	2.5	76.7	30.9	91.1	60.0	54.4	91.0	93.3	46.9	35.5	72.5	80.6	67.1	2.9	97.5	84.6	97.5	436

ასაკი	8.7	42.7	19.3	58.5	29.3	23.8	81.7	82.1	25.6	23.2	40.8	43.5	29.5	0.4	91.3	47.7	91.3	533	
15-19	10.7	33.6	12.7	52.5	26.7	21.3	78.1	79.4	21.8	23.8	35.8	39.2	20.7	0.4	89.2	41.9	89.3	324	
18-19	5.5	56.8	29.4	67.8	33.2	27.7	87.3	86.2	31.4	22.3	48.6	50.1	43.2	0.4	94.5	56.7	94.5	209	
20-24	2.8	74.2	33.7	91.9	45.8	57.3	93.5	94.1	44.1	34.8	67.7	69.8	62.1	1.8	97.2	77.4	97.2	783	
25-29	1.2	83.2	39.3	97.4	50.5	65.0	96.6	96.1	49.7	38.7	77.8	83.8	77.3	4.2	98.8	90.8	98.8	1,177	
30-34	1.0	86.6	45.2	97.1	56.1	65.0	96.7	96.9	48.2	41.8	83.5	87.1	79.3	3.2	98.9	92.0	99.0	1,207	
35-39	0.6	88.4	51.5	98.4	63.1	63.6	96.6	97.5	55.3	51.5	85.6	89.6	80.7	4.2	99.2	93.1	99.4	1,153	
40-44	0.6	86.6	50.1	97.8	66.1	56.2	96.2	96.2	54.7	50.5	80.6	88.5	81.2	3.5	99.3	93.3	99.4	1,010	
45-49	1.1	85.6	51.5	96.1	64.4	57.1	96.6	96.2	53.2	46.7	79.3	88.3	80.4	4.2	98.9	91.8	98.9	950	
განათლება																			
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7	
დანეცხობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	3.5	63.7	26.7	92.1	38.3	39.3	87.8	82.6	29.6	24.5	65.4	66.7	64.0	1.5	96.0	78.1	96.5	631	
სრული საშუალო	3.8	68.5	30.1	85.9	46.0	46.2	90.1	91.1	39.0	34.6	65.9	71.2	60.8	2.4	96.2	77.2	96.2	1,718	
პროფესიული განათლება	0.7	85.7	42.7	97.0	63.0	65.7	97.4	97.4	50.6	47.5	82.0	87.6	77.7	4.8	99.3	92.1	99.3	1,308	
უმაღლესი	0.6	90.2	54.6	97.0	61.5	65.7	98.3	99.1	57.9	48.7	82.8	88.6	81.1	3.7	99.4	92.2	99.4	3,148	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																			
0	5.1	66.2	37.3	81.2	44.7	44.0	89.7	91.2	43.1	34.7	61.2	63.0	51.5	1.4	94.9	67.9	94.9	1,682	
1	0.6	86.2	43.8	97.8	55.4	61.9	97.1	97.8	50.6	46.5	80.4	88.2	82.0	4.1	99.4	92.7	99.4	1,339	
2	0.6	87.3	46.8	98.1	61.3	64.7	97.1	96.6	53.0	45.8	83.4	89.7	81.4	4.1	99.3	94.3	99.4	2,717	
3	0.8	83.2	44.8	97.0	59.9	60.7	96.3	94.2	47.0	43.1	79.7	84.1	79.4	3.5	99.1	90.9	99.2	897	
4+	0.9	86.6	42.9	97.8	53.6	55.8	92.5	96.6	44.0	37.6	78.2	86.2	76.5	4.1	98.9	93.5	99.1	177	
ფუნქციონირების სიროთულები (18-49 ასაკის)																			
აქვს	1.4	84.7	42.9	96.2	49.2	54.5	95.0	96.0	44.3	34.7	79.4	86.3	77.4	4.0	98.5	90.7	98.6	639	
არ აქვს	1.3	83.6	45.3	95.7	58.0	60.7	96.0	96.0	51.1	44.5	78.7	83.9	76.3	3.4	98.7	89.1	98.7	5,849	

შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება																		
ქართველი	1.4	83.9	46.1	94.1	58.3	61.3	95.7	97.3	52.5	45.2	79.0	83.9	74.6	3.6	98.6	87.9	98.6	5,957
აგერბაიჯანელი	4.0	52.4	12.3	93.2	30.8	27.5	87.0	66.4	16.0	15.1	56.0	58.4	75.0	2.0	95.1	81.4	96.0	397
სომეხი	3.4	70.5	34.8	89.0	42.6	41.3	92.9	91.3	30.9	32.0	62.2	76.4	58.5	2.4	96.4	80.0	96.6	330
სხვა	3.8	80.8	40.3	89.2	45.4	58.1	95.5	93.5	41.6	36.1	70.0	77.5	67.4	0.5	96.2	81.9	96.2	128
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი																		
არის დევნილი	1.9	82.1	40.7	92.4	55.1	59.0	94.7	97.9	50.4	38.9	79.3	83.2	72.2	1.4	98.1	86.5	98.1	350
არ არის დევნილი	1.7	81.3	43.7	93.8	55.7	58.2	95.1	95.0	49.0	42.8	76.6	81.9	73.8	3.5	98.2	87.0	98.3	6,462
ოჯახური მდგომარეობაA																		
ოდესმე დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები	0.6	85.8	46.0	97.7	60.3	63.9	96.7	96.5	51.9	45.6	81.6	87.7	81.1	3.9	99.3	93.1	99.4	4,920
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/უცხოვრია პარტნიორთან	4.4	69.8	37.1	83.3	43.8	43.7	90.9	92.1	41.9	35.0	64.2	67.0	54.6	1.9	95.6	71.4	95.6	1,880
კეთილდღეობის ინდექსი																		
ულარიბესი	3.9	65.0	28.7	90.1	46.4	40.8	87.8	85.0	33.2	30.5	63.4	69.5	63.3	3.7	95.7	78.6	96.1	1,055
მეორე	2.4	76.8	41.2	93.1	52.7	53.3	94.0	93.0	44.6	36.9	71.1	78.1	69.0	4.1	97.5	83.9	97.6	1,284
საშუალო	1.8	83.0	42.9	94.2	56.8	61.9	96.2	96.6	48.9	45.0	79.0	83.1	72.5	2.5	98.2	86.7	98.2	1,332
მეოთხე	1.1	85.8	48.0	94.8	58.7	62.6	97.2	98.0	55.1	45.8	82.7	85.2	78.8	2.6	98.8	89.9	98.9	1,509
უმდიდრესი	0.2	90.0	51.3	95.1	60.3	66.5	97.6	99.6	57.5	50.0	82.3	89.1	80.5	3.9	99.8	92.5	99.8	1,632
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.1CS - ინფორმირებულთა კონტაქტების შესახებ																		
A "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.																		
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწონავ დაკვირვებას																		

ცხრილი TM.13.2CS: ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სხვადასხვა კონტრაცეფციის მეთოდი მიიჩნიეს ყველაზე ეფექტურად, მიესი საქართველო 2018

სუჯის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სხვადასხვა კონტრაცეფციის მეთოდი მიიჩნიეს ყველაზე ეფექტურად, მიესი საქართველო 2018	15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება მათ მიერ ყველაზე ეფექტურად მიჩნეული კონტრაცეფციის მეთოდები მიხედვით:											სუჯ ქალების რაოდენობა							
	სუჯ	ტრადიციული მეთოდი			სანთელი				თანამედროვე მეთოდი				ნებისმიერი მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი ¹				
		პერიოდული თავშეკავება/ციკლური მეთოდი	არასრული (შენწყვეტილი) სქესობრივი აქტი	სხვა	მაშობი	ქალის პრეზერვატივი	დიფრაგმა/ქაფი/გელი	სანთელი	ქალის სტერილიზაცია	მაშობის სტერილიზაცია	საშვილოსნოს შიგა სპირალი	ინექციები				იმპლანტები	აბები	მამაკაცის პრეზერვატივი	
სულ	18.9	6.9	1.9	25.5	0.4	0.9	14.2	21.7	0.2	0.1	2.1	4.4	2.3	0.6	100.0	73.8	7.3	81.1	6,812
დასახლების ტიპი																			
ქალაქი	16.6	7.6	2.2	23.6	0.5	0.8	14.0	26.5	0.1	0.1	1.8	3.9	1.7	0.6	100.0	77.2	6.2	83.4	4,392
სოფელი	22.9	5.7	1.3	28.8	0.2	1.2	14.6	13.0	0.2	0.2	2.5	5.4	3.5	0.6	100.0	67.7	9.4	77.1	2,420
რეგიონი																			
თბილისი	12.2	8.1	3.0	22.3	0.6	0.6	15.1	30.0	0.1	0.1	1.5	4.2	1.4	0.8	100.0	81.4	6.4	87.8	2,621
აჭარის ა.რ.	23.0	4.9	1.5	31.1	0.2	0.9	9.5	19.2	0.5	0.1	3.1	2.0	3.2	0.6	100.0	71.2	5.8	77.0	736
გურია	13.5	5.5	0.2	30.1	0.3	1.2	15.6	20.5	0.2	0.2	2.4	6.9	2.7	0.7	100.0	76.1	10.4	86.5	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	22.0	4.6	0.6	28.7	0.1	2.2	16.3	18.1	0.0	0.0	2.6	4.0	0.5	0.2	100.0	73.3	4.6	78.0	826
კახეთი	19.9	6.0	2.3	22.6	0.6	1.1	18.9	14.8	0.4	0.5	3.6	7.6	0.9	0.8	100.0	70.7	9.3	80.1	412
მცხეთა-მთიანეთი	16.5	10.7	2.2	21.9	0.6	0.8	13.4	21.3	0.3	0.5	3.3	6.2	1.8	0.6	100.0	75.0	8.6	83.5	154
სამცხრეთ-აღმოსავლეთი ქვემო ქართლი	25.7	9.6	2.4	25.3	0.4	0.9	16.6	13.6	0.0	0.0	0.9	2.9	1.4	0.3	100.0	69.7	4.6	74.3	454
სამცხე-ჯავახეთი	41.8	6.4	0.2	18.4	0.0	1.1	10.0	14.3	0.0	0.0	0.6	5.7	0.9	0.7	100.0	51.0	7.2	58.2	238
ქვემო ქართლი	24.3	4.0	0.6	30.5	0.4	0.5	9.4	14.3	0.2	0.4	2.5	4.0	8.5	0.6	100.0	62.7	13.0	75.7	780
შიდა ქართლი	18.2	10.4	1.1	26.0	0.4	0.9	16.3	15.3	0.3	0.0	1.7	7.5	1.6	0.4	100.0	72.3	9.5	81.8	436

ასაკი																			
15-19	46.3	7.2	1.0	13.6	0.0	1.0	14.6	13.3	0.4	0.3	0.6	0.9	0.4	0.4	100.0	52.0	1.8	53.7	533
15-17	50.1	4.0	1.1	12.2	0.0	1.7	14.3	14.8	0.6	0.5	0.2	0.1	0.5	0.0	100.0	49.4	0.6	49.9	324
18-19	40.3	12.2	0.8	15.7	0.0	0.0	15.1	11.0	0.0	0.0	1.1	2.2	0.4	1.0	100.0	56.0	3.7	59.7	209
20-24	19.6	5.8	1.6	28.5	0.8	1.3	14.0	21.6	0.2	0.0	1.6	1.5	2.2	1.0	100.0	75.6	4.8	80.4	783
25-29	17.3	6.5	1.5	28.2	0.8	1.4	9.4	24.9	0.1	0.0	2.7	3.8	3.1	0.3	100.0	75.5	7.2	82.7	1,177
30-34	15.0	8.5	2.1	26.5	0.1	0.6	12.8	25.6	0.3	0.1	1.7	3.0	3.7	0.2	100.0	78.2	6.8	85.0	1,207
35-39	13.3	8.0	2.1	24.0	0.6	1.0	19.1	23.7	0.1	0.3	1.9	4.3	1.4	0.2	100.0	80.7	5.9	86.7	1,153
40-44	15.8	6.4	2.6	22.2	0.3	0.8	16.5	21.1	0.3	0.0	3.7	6.7	2.6	0.9	100.0	74.0	10.2	84.2	1,010
45-49	19.7	5.4	1.7	30.1	0.2	0.5	13.3	15.5	0.0	0.4	1.4	9.1	1.3	1.5	100.0	68.4	11.9	80.3	950
განათლება																			
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	7
დანეცხობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	24.9	5.2	0.9	30.0	0.4	0.5	16.0	11.3	0.3	0.1	1.5	2.9	5.7	0.3	100.0	66.3	8.9	75.1	631
სრული საშუალო	27.4	5.9	0.8	28.6	0.4	1.2	13.4	12.7	0.3	0.2	1.7	4.4	2.8	0.4	100.0	65.1	7.6	72.6	1,718
პროფესიული განათლება	16.1	6.7	1.5	28.7	0.7	1.2	13.7	20.5	0.0	0.1	3.2	4.6	2.1	1.1	100.0	76.1	7.7	83.9	1,308
უმბღღესი	14.1	8.0	2.8	21.5	0.3	0.8	14.4	29.2	0.2	0.1	1.9	4.7	1.4	0.6	100.0	79.3	6.6	85.9	3,148
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																			
0	35.5	7.3	2.2	13.8	0.4	0.6	14.2	21.5	0.3	0.2	0.8	2.2	0.4	0.5	100.0	61.5	3.1	64.5	1,682
1	15.5	3.3	1.8	28.2	0.7	0.7	15.0	25.4	0.1	0.0	2.0	4.6	1.8	0.7	100.0	77.3	7.2	84.5	1,339
2	11.8	6.3	2.1	29.8	0.2	1.2	13.6	22.8	0.1	0.1	2.3	5.6	3.3	0.7	100.0	78.6	9.6	88.2	2,717
3	14.2	11.4	1.0	30.4	0.5	1.0	14.8	14.9	0.1	0.1	3.8	4.3	2.9	0.6	100.0	78.0	7.8	85.8	897
4+	18.1	16.8	0.7	24.3	0.6	1.0	13.9	11.3	0.1	0.0	1.9	6.7	4.0	0.4	100.0	70.8	11.1	81.9	177
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)																			
აქვს	19.3	10.7	0.9	24.7	0.2	1.2	14.2	17.2	0.0	0.0	2.5	4.3	4.8	0.2	100.0	71.5	9.2	80.7	639

არ აქვს	17.1	6.7	2.0	26.3	0.5	0.9	14.2	22.5	0.2	0.1	2.1	4.7	2.1	0.7	100.0	75.4	7.5	82.9	5,849
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება																			
ქართველი	17.7	7.1	2.1	24.7	0.5	1.0	14.7	22.9	0.2	0.1	2.2	4.7	1.5	0.6	100.0	75.5	6.9	82.3	5,957
აზერბაიჯანელი	26.9	3.0	0.0	39.3	0.4	0.0	8.3	3.0	0.0	0.4	2.0	0.9	15.4	0.4	100.0	56.4	16.7	73.1	397
სომეხი	28.3	7.2	1.0	23.6	0.0	0.8	10.2	23.5	0.0	0.0	0.0	3.9	0.8	0.8	100.0	66.3	5.4	71.7	330
სხვა	26.0	11.3	0.0	23.5	0.2	0.9	17.3	15.4	0.0	0.0	1.5	2.3	1.7	0.0	100.0	70.0	4.0	74.0	128
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი																			
არის დევნილი	21.3	7.4	0.2	22.1	0.2	0.3	16.8	24.3	0.1	0.0	3.2	2.9	1.1	0.1	100.0	74.6	4.1	78.7	350
არ არის დევნილი	18.7	6.9	2.0	25.6	0.4	1.0	14.0	21.5	0.2	0.1	2.0	4.5	2.4	0.6	100.0	73.8	7.5	81.3	6,462
ოჯახური მდგომარეობა																			
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	13.8	6.9	1.8	29.0	0.3	1.1	13.5	22.0	0.2	0.1	2.5	5.2	2.9	0.6	100.0	77.5	8.7	86.2	4,920
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	31.9	6.9	1.9	16.2	0.8	0.6	15.8	21.0	0.2	0.1	0.9	2.4	0.6	0.6	100.0	64.5	3.6	68.1	1,880
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი																			
უღარიბესი	27.4	6.4	1.5	27.0	0.3	0.8	15.3	9.1	0.4	0.2	2.3	3.9	5.0	0.4	100.0	63.3	9.4	72.6	1,055
მეორე	23.2	5.0	1.4	28.4	0.2	1.0	15.1	14.0	0.1	0.2	2.3	6.4	2.2	0.5	100.0	67.8	9.0	76.8	1,284
საშუალო	19.6	6.1	2.3	26.1	0.1	1.2	13.0	22.8	0.1	0.2	1.6	3.9	2.1	0.9	100.0	73.5	6.9	80.4	1,332
მეთოხე	16.3	7.2	2.1	26.1	0.5	1.2	11.3	24.8	0.3	0.1	3.0	4.8	1.5	0.6	100.0	76.8	6.9	83.7	1,509
უძლიდრესი	11.7	9.2	2.0	21.0	0.7	0.5	16.3	31.9	0.0	0.1	1.2	3.2	1.6	0.5	100.0	82.9	5.4	88.3	1,632
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.2CS - ინფორმირებულთა კონტრაკტების ეფექტურობის შესახებ																			
A "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.																			
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწონავ დაკვირვებას																			

4. ხელოვნური აბორტი და მკვდრადშობაობა

4.1. ხელოვნური აბორტების კოეფიციენტი (ცხრილი 15.1CS)

MICS6-ის მონაცემები აჩვენებს, რომ ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) საქართველოში 0,9094 შეადგენდა 2018 წელს. რაც ნიშნავს იმას, რომ ერთ ქალზე, ცხოვრების მანძილზე, საშუალოდ, ერთ აბორტზე მცირედით ნაკლები მოდის. სხვადასხვა წლებში ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემებით: 1999 წელს ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) 3,7 შეადგენდა, 2005 წელს - 3,1; ხოლო 2010 წელს - 1.6²¹ (გრაფიკი 4.1). ამ მონაცემების შედარების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ, ქვეყანაში ერთ ქალზე, ცხოვრების განმავლობაში ჩატარებული აბორტების საშუალო რაოდენობის სწრაფი კლების ტენდენცია აღინიშნება. გემოთ ხსენებული ყოველი კვლევის შედეგად მიღებული კოეფიციენტები გაცილებით მაღალია, ვიდრე ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისი პერიოდების ანგარიშებშია წარმოდგენილი. ზოგადად ცნობილია, რომ ამგვარ ანგარიშებში შესული მონაცემები არ ასახავს რეალურ სურათს და ფაქტობრივი მონაცემები შეიძლება საგრძნობლად აღემატებოდეს ანგარიშებში შესულ მონაცემებს. ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) - 0.9, ნიშნავს იმას, რომ წლიურად რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 1 000 ქალზე საშუალოდ მოდის 26 ხელოვნური აბორტი. 2010 წელს შესაბამისი კვლევის მონაცემებით აბორტის კოეფიციენტი შეადგენდა 46-ს. შესაბამისად, 2010 წლიდან 2018 წლამდე - 8 წლის პერიოდში, ყოველ 1 000 ქალზე აბორტების რაოდენობამ 20 ერთეულით დაიკლო. მსოფლიო მასშტაბით აბორტის მიმართულებით არსებული სიტუაციის შესახებ ახლახანს გამოქვეყნებული მიმოხილვის თანახმად²², 2018 წლის მონაცემი საკმაოდ დაბალია. ასევე, 2018 წლის მონაცემი 19 წლის წინანდელ მონაცემზე ოთხჯერ ნაკლებია (!); 19 წლის წინ საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენდა 3,7-ს და ფაქტობრივად, მსოფლიოში დაფიქსირებულ მაჩვენებლებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო. 2010-წლიდან 2014 წლამდე პერიოდში, მსოფლიო მასშტაბით აბორტების მაჩვენებელი 35-ს შეადგენდა (90% UI²³: 33-44), ასევე შემცირების ტენდენცია გამოვლინდა 20 წლის წინანდელ მაჩვენებელთან შედარებით, რომელიც იმ დროისთვის 39-ს შეადგენდა. იგივე წყაროზე დაყრდნობით, აღმოსავლეთ ევროპაში აბორტების მაჩვენებელი 42-ს შეადგენდა (UI: 38-52) აღნიშნულ პერიოდში (18 - დასავლეთ და ჩრდილოეთ ევროპაში და 26 - სამხრეთ ევროპაში). აღმოსავლეთ ევროპის მაჩვენებელი - 42, 50%-ით უფრო მაღალია ვიდრე 2018 წელს MICS-ის შედეგად საქართველოში განსაზღვრული მაჩვენებელი (2010-2014 წლების პერიოდიდან სულ რაღაც 4 წელიწადში). აბორტების მაჩვენებლის ამგვარი კლება საქართველოში სრულიად მოულოდნელია და, შესაბამისად, საჭიროებს შემდგომ კვლევას იმის გასარკვევად, თუ რამდენად შესაძლებელია რომ, საქართველოში მაჩვენებელი, რომელიც 1999 წელს მსოფლიოში ყველაზე მაღალი იყო, ამდენად შემცირებულიყო?

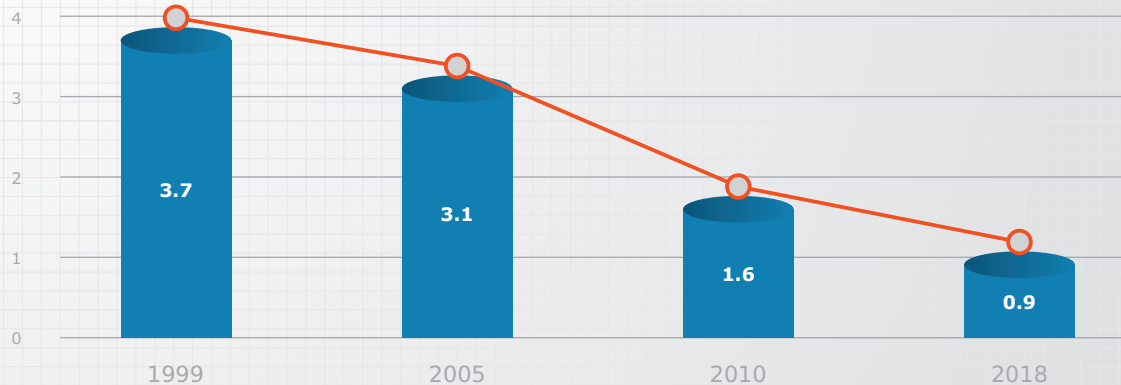
21 მოცემული მაჩვენებლები წარმოადგენს კვლევებამდე სამი წლის მაჩვენებელთა საშუალო არითმეტიკულს; მაგალითად 2010 წლის მონაცემი რეალურად შეესაბამება 2007 წლიდან 2010 წლამდე მონაცემთა საშუალო სიდიდეს.

22 Gilda Sedge, Jonathan Bearak, Susheela Sing et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and sub-regional levels and trends. *Lancet* 388: 258–67.

23 UI: გაურკვევლობის ინტერვალები

**ბრაფიკი
4.1:**

ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) 1999, 2005, 2010 და 2018 წლებში



4.2. აბორტების არასრული აღრიცხვის შესაძლებლობა

აბორტის მაჩვენებლის სწრაფი კლების ტენდენცია არარეალურია. აღნიშნული მაჩვენებელი რომ რეალური იყოს, სხვა ფაქტორების შენარჩუნებისა და ორსულობათა იგივე რაოდენობის პირობებში, შობადობა მნიშვნელოვნად უნდა გაზრდილიყო, თუმცა, 2010-2018 წლებში, შობადობის მაჩვენებელი საქართველოში არ შეცვლილა. 2010 წელს იგი შეადგენდა 13,61 (ახალშობილს ყოველ 1 000 მოსახლეზე), რის შემდეგაც მონაცემი გაიზარდა და 2014 წელს შეადგინა 14,07. 2014 წლის შემდეგ ამ მაჩვენებელმა მცირედით კლება იწყო და, 2018 წელს, ყოველ 1 000 მოსახლეზე 13,60 ახალშობილი შეადგინა²⁴. ასე რომ, 2010 წლიდან მოყოლებული, ამ მიმართულებით ცვლილებას ადგილი არ ჰქონია. აბორტების მაჩვენებლის კლებამ, რომელიც 2010 წლიდან დაფიქსირდა (რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 1 000 ქალზე 20-ით ნაკლები აბორტი) არ გამოიწვია შობადობის ზრდა. იმ შემთხვევაში, თუ არასასურველი ორსულობები აბორტით არ სრულდება, ეს ნიშნავს, რომ ამგვარი ორსულობების გამოსავალი უნდა იყოს ბავშვების დაბადება. რაც ნიშნავს, რომ სხვა ფაქტორების შენარჩუნების პირობებში, შობადობის მაჩვენებელი 13,61-დან უნდა გაზრდილიყო შემდეგნაირად: $13,61 + 20 = 33,61$. როგორც წესი, შობადობის მაჩვენებლები მკაცრ აღრიცხვას ექვემდებარება და, შესაბამისად, რეალურ ვითარებას ასახავს. სხვა რას შეიძლება ჰქონოდა ადგილი? ერთ-ერთი ახსნა შესაძლებელია იყოს ქორწინებაში მყოფ წყვილებს შორის სექსობრივი კონტაქტების რაოდენობის შემცირება, რის შედეგადაც სახეზე იქნებოდა ნაკლები რაოდენობით ორსულობა. აღნიშნული არ შეიძლება სიმართლეს შეესაბამებოდეს, ვინაიდან მსგავსი ტენდენცია ჯერ არასდროს დაფიქსირებულა. გარდა ამისა, არ დაფიქსირებულა იმ წყვილების რაოდენობის ზრდა, რომლებიც პერიოდულ თავშეკავებას მიმართავენ. 2010 წელს, კონტრაცეფციის ტრადიციული (კალენდარული) მეთოდით სარგებლობდა გამოკითხულთა 16,8%; ეს მაჩვენებელი მკვეთრად შემცირდა და 2018 წელს მხოლოდ 4,5% შეადგინა, ერთი და იმავე ასაკობრივ (15-44 წლის) ჯგუფში; ეს განსაცვიფრებელი კლებაა! სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ფაქტობრივად, კონტრაცეფციის აღნიშნული ტრადიციული და საკმაოდ არასაიმედო მეთოდით მოსარგებლეთა რიცხვი კი არ გაიზარდა, არამედ მკვეთრად შემცირდა! შესაბამისად, საქართველოში მცხოვრები წყვილების სექსუალური ქცევა, ყოველ შემთხვევაში, ხელმისაწვდომ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ვერანაირად ვერ ხსნის შექმნილ ვითარებას. აღნიშნული ტენდენცია საპირისპირო ვითარებაზე მეტყველებს. ასევე, არანაირი მეცნიერულად დასაბუთებული ახსნა არ მოეძებნება 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში აბორტების რაოდენობის ამგვარ მნიშვნელოვან შემცირებას. დასახელებულ წლებში მიღებული მონაცემები ეყრდნობა წარმომადგენლობითი შერჩევის საშუალებით წარმოებულ კვლევებს, და როგორც 2010 წელს, ასევე 2018 წელს, მონაცემთა შეგროვება წარმოებდა ქორწინებაში მყოფი ქალების

24 Macrotrends 2019. Georgia birth rate 1950-2019. <https://www.macrotrends.net/countries/GEO/georgia/birth-rate>. ხელმისაწვდომია 13-11-2019 მდგომარეობით.

და პარტნიორთან ერთად მცხოვრები (შედარებით მცირე რაოდენობის) ქალების გამოკითხვის შედეგად. ორივე კვლევის შემთხვევაში, იმ დაუქორწინებელი ქალების რაოდენობა, რომლებიც აქტიურ სქესობრივ ცხოვრებას ეწეოდნენ, უმნიშვნელო იყო. (დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, იმ ქალების დაახლოებით ნახევარი, რომლებიც ხელოვნურ აბორტს მიმართავენ, არ იმყოფებიან ქორწინებაში და შედარებით ახალგაზრდები არიან.) შესაბამისად, სხვა არანაირი რეალური ალტერნატიური ახსნა არ მოეძებნება აბორტების რაოდენობის უცაბედი კლების ტენდენციას, გარდა ერთისა, ქალებში დამკვიდრდა მზარდი ტენდენცია, არ განაცხადონ და დაფარონ აბორტთან დაკავშირებული საკუთარი გამოცდილება, გამოკითხვაში მონაწილეობის დროს; იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მათი ანონიმურობა და კონფიდენციალობა აბსოლუტურად დაცულია. სამწუხაროდ, ამ ახსნის დასადასტურებლად რაიმე ხელმოსაჭიდი მონაცემების მოპოვება შეუძლებელია. ყოველივე ზემოთ თქმულის გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ეს ერთადერთი ახსნა რჩება, რომლის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის დადგენაც, მეცნიერული მიდგომით, თითქმის შეუძლებელია. მიუხედავად ამისა, ამ ეტაპზე შესაძლებელია გარკვეული ვარაუდების განხილვა.

4.3. აბორტების არასრული აღრიცხვის ზრდის ტენდენციის სავარაუდო ახსნა

საქართველოში მცხოვრები ქალები, რომლებმაც სრულწლოვანების ასაკს 1990-იან წლებში მიაღწიეს, იზრდებოდნენ იმ კულტურულ გარემოში და საზოგადოებებში, სადაც ფაქტობრივად არ არსებობდა კონტრაცეფციის საშუალებები, ინფორმაცია კონტრაცეფციის შესახებ და შესაბამისი მომსახურება. არასასურველი ორსულობის შემთხვევაში, მათ აბორტის გარდა სხვა არჩევანი არ გააჩნდათ. ამგვარ ვითარებაში, აბორტი, შობადობის კონტროლის ნახევრად-ფორმალურ და ფაქტობრივად ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენდა; თუ არ ჩავთვლით არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების ტრადიციულ საშუალებებს. თუმცა სიტუაცია მას შემდეგ მკვეთრად შეიცვალა. კონტრაცეფციის საშუალებები, ინფორმაცია და ცოდნა კონტრაცეფციის შესახებ და შესაბამისი მომსახურება ხელმისაწვდომი გახდა ყველასთვის, ყოველ შემთხვევაში უფრო მეტად ხელმისაწვდომი, ვიდრე მანამდე იყო. ამ ახალ ეპოქაში, დაახლოებით 2000 წლიდან მოყოლებული, წყვილებმა გააცნობიერეს, რომ ოჯახის დაგეგმვა კონტრაცეფციის საშუალებების გამოყენებით უფრო გონივრული ქცევაა, ვიდრე აბორტი. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ 2018 წლის კვლევის მიგნებები იმ ქალების პასუხების ანალიზის შედეგად იქნა მიღებული, რომლებიც, პირობითად, 1999 წელს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში მონაწილე ქალების შთამომავლები არიან. 2018 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში მონაწილეობდნენ 1999 წლის კვლევაში მონაწილეთაგან განსხვავებული ქალები, რომლებიც ახალ თაობას წარმოადგენდნენ, რომლებიც გაიზარდნენ ისეთ გარემოში, სადაც ოჯახის დაგეგმვა უკვე არსებობდა. არ არის გამორიცხული, რომ ამ ახალი თაობის წარმომადგენელი ქალები, უფრო მეტად ვიდრე მათი დედები, დარწმუნებულები იყვნენ, რომ კონტრაცეფციის გამოყენება აბორტზე უკეთესი გამოსავალია. აბორტი ერთგვარად სათაკილო ქმედებად იქცა; ქმედებად, რომელიც სჯობს არ იყოს გამხელელი. გარდა ამისა, დაახლოებით 2000 წლიდან მოყოლებული, ბავშვის გაჩენისა და გაზრდის კულტურა ერთგვარად პრონატალური გახდა, რაც მრავალშვილიან ოჯახზე არჩევანის გაკეთებას გულისხმობს. მეტი შვილის ყოლის საჭიროებას ამყარებს ის, რომ იგი აღიქმება საქართველოში მოსახლეობის შემცირების თავიდან აცილების გზად. 2007 წელს, საქართველოს მართლმადიდებელი ეკლესიის პატრიარქმა განაცხადა იმის თაობაზე, რომ იგი პირადად მონათლავდა საქართველოს მასშტაბით ოჯახებში დაბადებულ ყოველ მესამე და შემდგომ ბავშვს. პატრიარქი თავის პირობის შესრულებას დღესაც აგრძელებს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ბავშვების გაჩენა „კარგ“ ქმედებად იქნა მიჩნეული ხოლო აბორტი „ცუდ“ ქმედებად. კულტურის აღნიშნული ეტაპობრივი ცვლილებებით შეიძლება აიხსნას, კვლევისა და გამოკითხვის პროცესში, აბორტის შესახებ ინფორმაციის არ გამჟღავნების ტენდენცია. ამის დამადასტურებელი მტკიცებულობის მოპოვება შეუძლებელია, თუმცა არ არის გამორიცხული კულტურის ცვლილებას ჰქონოდა ადგილი. როგორც ზემოთ აღინიშნა, შეუძლებელია იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებსაც შეეძლო გამოეწვია საქართველოში აბორტების წლიური მაჩვენებლის ამგვარი მკვეთრი კლება 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში - 46-დან 26-მდე; სხვაგვარად რომ ვთქვათ, აბორტის წლიური მაჩვენებლის შემცირება - რეპროდუქციული ასაკის ყოველ 1 000 ქალზე 20 აბორტით. ერთადერთი შესაძლო ახსნა, რომელიც შეიძლება მოეძებნოს აღნიშნულ ტენდენციას, არის ის, რომ 2018 წელს, 2010 წლისგან განსხვავებით, ქალებმა არ გაამხილეს

აბორტის შესახებ ინფორმაცია. ამავე პერიოდში, კონტრაცეფციის გამოყენების მაჩვენებელიც საგრძნობლად შემცირდა, რასაც, ლოგიკურად, უნდა გამოეწვია აბორტების რაოდენობის ზრდა, 2010 წელთან შედარებით, და არა იმგვარი მკვეთრი კლება, რომელზეც MICS6-ის მონაცემები მიუთითებს. როგორც წინამდებარე ანგარიშის პირველ თავში იყო აღნიშნული, 2010 წელს, კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებელი (CPR) შეადგენდა 53,4%, ყველა მეთოდის შემთხვევაში, რომელიც MICS6-ის თანახმად 40,9%-მდე შემცირდა. აღნიშნული მაჩვენებლის (40,9%) ასაკობრივ ჯგუფთან (19-44) კორექტირების შედეგად ვიღებთ 45,4%-ს, რათა შესაძლებელი იყოს მისი შედარება 2010 წლის მონაცემებთან (იხ. გრაფიკი 3.1.1 და დანართი 1). აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს, რომ 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში, კონტრაცეფციის გამოყენების თვალსაზრისით, სიტუაცია არათუ გაუმჯობესდა, არამედ გაუარესდა. აქედან გამომდინარე, კონტრაცეფციის გამოყენების შემცირებას აბორტების რაოდენობის ზრდა უნდა მოჰყოლოდა და არა კლება. აბორტთან დაკავშირებული ყველა ფაქტორის გათვალისწინებით, 2018 წელს აბორტების მაჩვენებელი 2010 წლის დონეზე უნდა ყოფილიყო შენარჩუნებული, ან უფრო მაღალი უნდა ყოფილიყო, ვიდრე 2010 წელს იყო. ფაქტობრივად, MICS6-ის შედეგად მიღებული მონაცემები აბორტების რაოდენობის მკვეთრ კლებაზე მიუთითებს, რისი ახსნაც მხოლოდ იმით არის შესაძლებელი, რომ ქალები გადატანილი აბორტების შესახებ ინფორმაციას არ ამხელენ.

ერთი დამატებითი შესაძლო ახსნა არის ის, რომ ქალები მიმართავენ მედიკამენტოზურ აბორტს (მისოპროსტოლი), რომლის შექმნაც მათ ექიმის დანიშნულების გარეშე შეუძლიათ აფთიაქებში ან ინტერნეტით, ისე, რომ არ მიმართონ სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებს. აღნიშნულ საკითხზე არ არის ხელმისაწვდომი კვლევის მონაცემები. თუმცა, ამ სფეროს სპეციალისტები საქართველოში ხშირად აცხადებენ, რომ ქალების დიდი რაოდენობა მართლაც იყენებს მისოპროსტოლს აბორტის მიზნით. შესაძლოა, ქალები მედიკამენტოზურ აბორტს არ მიიჩნევენ აბორტის მეთოდად, არამედ უფრო ორსულობის პრევენციის ზომად. ამ შემთხვევაში, ისინი შეგნებულად არ მალავენ ფაქტებს, როდესაც გადატანილი აბორტების რიცხვს ასახელებენ. ამ ვარაუდის დასადასტურებლად შემდგომი კვლევაა საჭირო.

ასევე შესაძლებელია, რომ ქალების მზარდი რაოდენობა იყენებდეს გადაუდებელ კონტრაცეფციას, არასასურველი ორსულობების თავიდან ასაცილებლად. სამწუხაროდ, გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენების მონაცემები არ არის ხელმისაწვდომი და, შედეგად, ვერ დგინდება ამ პრაქტიკის შესაძლო ზემოქმედება აბორტების მაჩვენებელზე. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ გავლენის არსებობის შემთხვევაშიც კი, შეუძლებელია იგი იყოს მნიშვნელოვანი, ვინაიდან შემთხვევათა უმრავლესობაში, რა დროსაც გადაუდებელი კონტრაცეპტივები გამოიყენება, ფაქტობრივად ადგილი არ აქვს ორსულობას²⁵. ბევრ შემთხვევაში, გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენება წარმოებს ერთჯერადი დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ, რა დროსაც ნაკლებია ალბათობა იმისა, რომ ადგილი ჰქონდეს ორსულობას.

4.4. ხელოვნური აბორტის მაჩვენებელთა კორელაციები (ცხრილი TM.15.1CS)

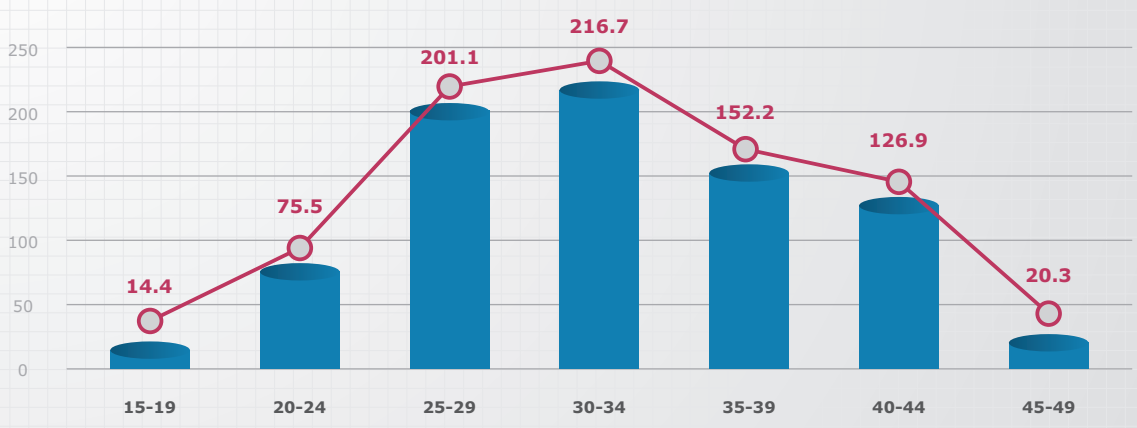
სოფლად მცხოვრებ ქალთა შორის ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR-1,2) 50%-ით და მეტი მაღალია ვიდრე ქალაქად მცხოვრებ ქალთა შორის (0,8). 2010 წელს აღნიშნული მაჩვენებელი შედგენდა 2,1 და 1,2- შესაბამისად. ყველაზე დაბალი TIAR დაფიქსირდა აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში (0,5); ხოლო ყველაზე მაღალი - ქვემო ქართლის რეგიონში (1,7), სადაც აღნიშნული მაჩვენებელი სამჯერ და მეტადაც აღემატებოდა აჭარში დაფიქსირებულ მაჩვენებელს. გასაკვირი არ არის, რომ მყარი კორელაცია არსებობს არსებულ მაჩვენებელსა და ქალების ასაკობრივ ჯგუფებს შორის. 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში TIAR მხოლოდ 0,014-ს შეადგენს. ქალების ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება მოცემული მაჩვენებელიც და 45-49 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში იგი შეადგენს 2,03-ს.

25 მაგალითად იხილეთ: გადაუდებელი კონტრაცეფცია; ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ინფორმაცია. <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/contraception/emergencies/emergency-contraception>. ხელმისაწვდომია 13-12-2019 მდგომარეობით.

ამ ასაკობრივ ჯგუფში TIAR მაღალია იმის გამო, რომ ამ ქალებს აბორტების უმრავლესობა ჩაუტარდათ 15-25 წლის წინ, როდესაც აბორტების რაოდენობა გაცილებით მაღალი იყო, დღევანდელ მაჩვენებლებთან შედარებით. უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის TIAR გაცილებით დაბალია - 0,61; ვიდრე იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში შემავალი და განათლების შედრებით დაბალი დონის მქონე ქალებს შორის (1,01-დან 1,37-მდე). აღნიშნული ვითარება, სავარაუდოდ, აიხსნება იმით, რომ უკეთესი განათლების მქონე ქალები, ჩვეულებრივ, უკეთ არიან ინფორმირებული ოჯახის დაგეგმვის შესახებ და მათთვის მეტად არის ხელმისაწვდომი კონტრაცეპციის საშუალებები და შესაბამისი მომსახურება. აბორტის მაჩვენებელსა და შვილების რაოდენობას შორის დამოკიდებულება არ არის სწორხაზოვანი. ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) ძალიან დაბალია იმ ქალებს შორის, რომლებსაც შვილები არ ჰყავთ (ამ კატეგორიაში, TIAR შეადგენს მხოლოდ 0,04-ს). ესოდენ დაბალი TIAR-ის მიზეზს წარმოადგენს ის, რომ ამ კატეგორიაში შემავალი ქალების უმრავლესობა ახალგაზრდაა და, შესაბამისად, ძალიან მცირე პერიოდი ჰქონდათ იმისთვის, რომ დაორსულებულიყვნენ. თუმცა, ამის მიზეზი შესაძლებელია იყოს ქალებში არსებული ტენდენცია აბორტს მიმართონ მხოლოდ მას შემდეგ, რაც რამდენიმე ბავშვს გააჩენენ და მიიღებენ გადაწყვეტილებას, რომ არ სურთ მეტი ბავშვი იყოლიონ. საქართველოში, იმ ქალების სამი მეოთხედი, რომლებიც აბორტს მიმართავენ, მიზეზად ასახელებენ, რომ აღარ სურთ მეტი შვილის გაჩენა. ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს შორის TIAR გაცილებით, თითქმის სამჯერ მაღალია, ვიდრე ქართველ ქალებს შორის (0,81). და ბოლოს, უღარიბესი კვინტილის ქალებს შორის TIAR გაცილებით მაღალია, ვიდრე უმდიდრესი კვინტილის ქალებს შორის: 1,35 და 0,64, შესაბამისად. ანალოგური ტენდენცია დაფიქსირდა 2010 წელსაც, როდესაც უღარიბესი კვინტილის ქალებს შორის TIAR შეადგენდა 2,2-ს, ხოლო უმდიდრესი კვინტილის ქალებს შორის - 1.1-ს. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს საშუალოდ უფრო მეტი შვილები ჰყავთ (2,36) ვიდრე დაბალი განათლების მქონე ქალებს (2,00), თუმცა აღნიშნული სხვაობა არ არის ისეთი მკვეთრი, როგორც TIAR-ის შემთხვევაში ფიქსირდება. ზოგადად, TIAR-ის კორელაციები მსგავსია 8 წლის წინ არსებული კორელაციებისა; განსხვავება მდგომარეობს მხოლოდ იმაში, რომ 2018 წლის მონაცემები შედარებით დაბალია, ვინაიდან (რესპონდენტების პასუხების თანახმად) აბორტების რაოდენობა დაბალია 2010 წლის მონაცემებთან შედარებით.

გრაფიკი 4.4:

ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) 15-49 ასაკის ქალებში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში



4.5. აბორტის ჩატარების ადგილი და გამოყენებული მეთოდები (ცხრილი TM 15.2CS)

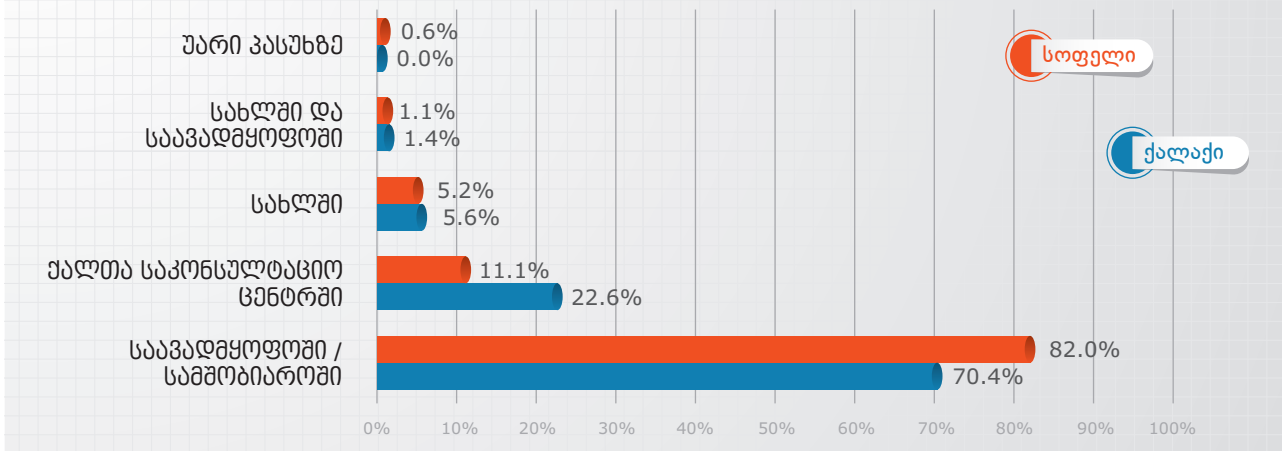
აბორტის ჩატარების ადგილისა და გამოყენებული მეთოდების შესახებ მონაცემთა შეგროვება წარმოებული იქნა იმ რესპონდენტი ქალების გამოკითხვის შედეგად, რომლებმაც განაცხადეს, რომ MICS-ში მონაწილეობამდე 5 წლის განმავლობაში ჰქონიათ აბორტის გამოცდილება.

ამგვარი ქალების პროცენტულმა წილმა კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების ჯამური რაოდენობის მხოლოდ 8% შეადგინა. ამ რესპონდენტთა პასუხების თანახმად, აბორტების სამი მეოთხედი (75,6%) ტარდება ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებსა ან სამშობიაროებში. აბორტების 17,5% ტარდება ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში, 5,4% - ქალების საცხოვრებელ ადგილზე, და 1,3% - ნაწილობრივ ქალთა საცხოვრებელ ადგილზე და ნაწილობრივ სამედიცინო დაწესებულებაში. რა თქმა უნდა, ქალების საცხოვრებელ ადგილზე ჩატარებული აბორტებიდან ყველა წარმოადგენს მედიკამენტოზურ აბორტს (რაც გულისხმობს აბების მიღებას), თუმცა მედიკამენტოზური აბორტების უმრავლესობა სამედიცინო დაწესებულებებში ტარდება, ნაცვლად ქალების საცხოვრებელი ადგილისა. აბორტების 28,8% ისევ გამოფხეკის (D&C) მეთოდის გამოყენებით ტარდება. აღნიშნული მეთოდი მოძველებულად მიიჩნევა და პრაქტიკულად აღარ გამოიყენება განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც, ფაქტობრივად, მოხდა მისი სრულად ჩანაცვლება ვაკუუმ ასპირაციისა და მედიკამენტოზური აბორტის მეთოდებით. საქართველოში, აბორტების 41,3%-ის შემთხვევაში წარმოებს ვაკუუმ ასპირაციის მეთოდის გამოყენება, ხოლო 26,1%-ის შემთხვევაში - მედიკამენტოზური აბორტის გამოყენება. დანარჩენი 3,9%-ის შემთხვევაში დაფიქსირებულია პასუხები „სხვა“ ან „არ ვიცი“. 2010 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემებთან შედარების წარმოება შეუძლებელია, ვინაიდან აღნიშნულ წელს აბორტების დროს გამოყენებული მხოლოდ ორი მეთოდის შესახებ წარმოებდა გამოკითხვა: ხელოვნური აბორტი და მინი აბორტი. ე.წ. მინი აბორტების პრაქტიკა, რომელიც 8 კვირამდე ორსულობის პერიოდში ტარდებოდა, საკმაოდ ხანგრძლივად შემორჩა ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, და საკმაოდ გავრცელებულ მეთოდს წარმოადგენდა (აბორტების სრული რაოდენობის 70% ამ მეთოდის გამოყენებით იყო წარმოებული).

აბორტის მეთოდსა და ქალების სხვა მახასიათებლებს შორის მკვეთრად გამოხატული კორელაციების დადგენა არ მოხდა. ქალაქებთან შედარებით, სოფლებში აბორტების უფრო მეტი რაოდენობა ტარდება საავადმყოფოებში (82,0% - სოფლებში და 70,4% - ქალაქებში) და უფრო მცირე რაოდენობა ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში (11,1% - სოფლებში და 22,6% - ქალაქებში) (გრაფიკი 4.5). აღნიშნულის მიზეზს შესაძლებელია წარმოადგენდეს ის, რომ ქალაქებში ამ მიმართულებით უფრო ფართო არჩევანი არსებობს. სოფლებში გამოფხეკის (D&C) მეთოდი მცირედით უფრო ხშირად გამოიყენება, ვიდრე ქალაქებში (31,9% და 26,3%, შესაბამისად), ხოლო მედიკამენტური აბორტი მცირედით უფრო ფართოდ გამოიყენება ქალაქებში (29,1%) ვიდრე სოფლებში (22,3%). აღნიშნულ მონაცემთა შორის სხვაობები არ არის მკვეთრი, რაც ფაქტობრივად, უცნაურიც კი არის. აბორტის ჩატარების ადგილისა და გამოყენებული მეთოდების ანალიზი, ქალების ასაკობრივი ჯგუფების ჭრილში, მოულოდნელ სურათს გვაძლევს. კონკრეტულად, ჩვეულებრივ, მოსალოდნელია, რომ შედარებით უფროსი ასაკის ქალებს შორის მეტი ქალი უნდა მიმართავდეს საავადმყოფოს, აბორტის მომსახურების მისაღებად; და, ასევე, მეტი ქალი უნდა იტარებდეს აბორტს უფრო მოძველებული მეთოდებით, ვიდრე შედარებით უმცროსი ასაკის ქალები; თუმცა საქართველოს შემთხვევაში ვითარება პირიქითაა: 25-29 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში უფრო ხშირია საავადმყოფოში მომსახურების მიღების შემთხვევები (აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში - 82%), ვიდრე 40-44 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში (66%). მსგავსად ამისა, გამოფხეკის (D&C) მეთოდი უფრო ხშირად გამოიყენება შედარებით ახალგაზრდა ქალების ჯგუფში (32%), ვიდრე შედარებით უფროსი ასაკის ქალების ჯგუფში (20,3%); ხოლო რაც შეეხება მედიკამენტოზურ აბორტს. იგი ნაკლებად გამოიყენება 25-29 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში (21,6%), 40-44 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით (37,5%). ამ სხვაობების მიზეზები უცნობია. განათლების მაღალი დონის მქონე ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ მედიკამენტოზური აბორტის მეთოდს (37,1%) ვიდრე განათლების დაბალი დონის მქონე ქალები (14,1%). ეს წესით მოსალოდნელიც იყო, ვინაიდან განათლების მაღალი დონის მქონე ქალები, ჩვეულებრივ, მეტად არიან ინფორმირებული და, შესაბამისად, მეტად აქვთ წვდომა თანამედროვე მეთოდებზე, ვიდრე განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებს. უცნაურია ის, რომ მედიკამენტოზური აბორტის მეთოდის გამოყენება არ არის კორელაციაში ქონებრივ კვინტილთან და შემდეგნაირად იცვლება: ნაკლებად გამოიყენება უღარიბესი კვინტილის ქალების შემთხვევაში, მეტად გამოიყენება საშუალო კვინტილის ქალების შემთხვევაში; და ისევ ნაკლებად გამოიყენება უმდიდრესი კვინტილის ქალების შემთხვევაში.

ბრაფიკი 4.5:

ინფორმირებულობა კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ, 15-49 წლის ასაკის ქალებს შორის, განათლების დონის მიხედვით



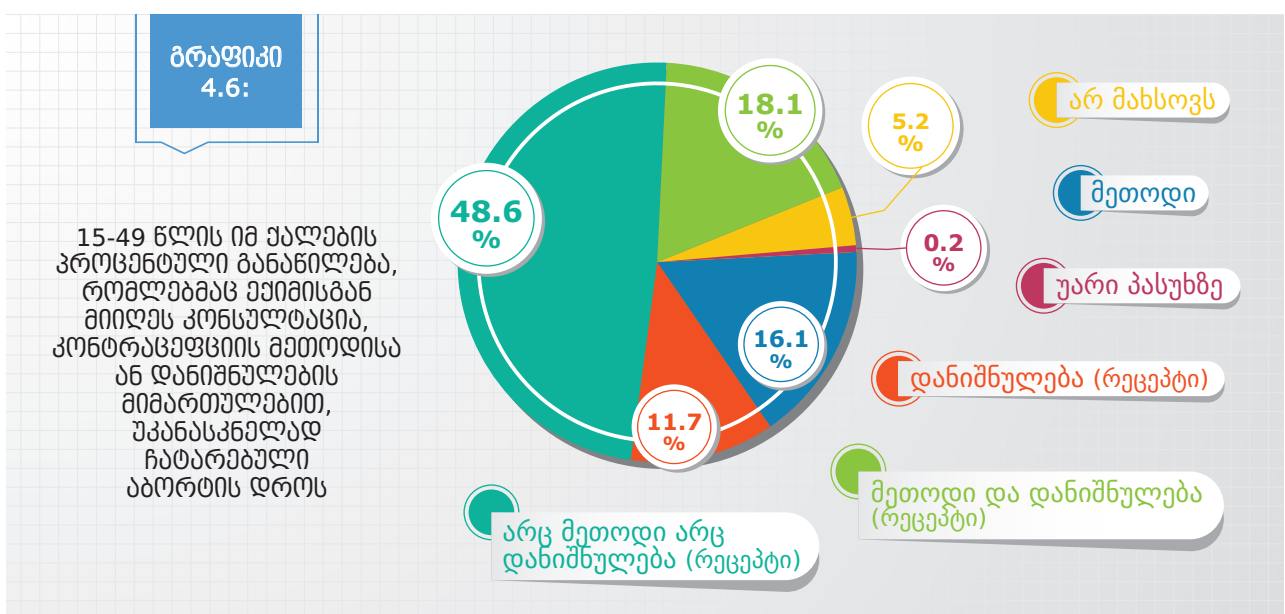
კვლევაში მონაწილე ქალებს უნდა ეპასუხათ აბორტის შემდგომი გართულებების გამოცდილების შესახებ კითხვაზე. ქალების ორი მესამედის (67.2%) პასუხებიდან ირკვევა, რომ მათ არ გამოუცდიათ აბორტის შემდგომი გართულებები. მათ ვისაც აბორტის შემდგომი გართულებების გამოცდილება გააჩნდათ, შეეძლოთ დაესახელებინათ ერთზე მეტი გართულება; რესპონდენტთა პასუხების მიხედვით, აბორტის შემდგომი გართულებების 30,4% გამოიხატებოდა მუცლის ტკივილით, 7,2% - ძლიერი სისხლდენით, 4,8% - 380C-ზე მაღალი სიცხით, 1,5% -საშვილოსნოს პერფორაციით და 1,9% სხვა ტიპის გართულებებით. ქალაქებში მცხოვრები ქალების 25,7%-მა განაცხადა იმის თაობაზე, რომ მათ გადატანილი ჰქონდათ აბორტის შემდგომი გართულებები, ხოლო სოფლად მცხოვრები ქალების შემთხვევაში იგივე განაცხადა 41,5%-მა. რესპონდენტების მიერ დასახელებული აბორტის შემდგომი გართულებების რაოდენობა ძალიან მცირეა იმისათვის, რომ რაიმე სახის დასკვნა იქნას გაკეთებული კონკრეტული გართულების დონესთან დაკავშირებით. აბორტის შემდგომ გართულებებსა და ქალების ასაკს შორის არანაირი გამოკვეთილი კორელაცია არ დგინდება. აბორტის შემდგომი გართულებების განვითარების რისკი შედარებით მაღალი იყო იმ ქალების შემთხვევაში, რომლებსაც განათლების დაბალი დონე ჰქონდათ, ჰყავდათ 3 ან მეტი შვილი, იყვნენ ეთნიკურად აზერბაიჯანელები და ლარები.

4.6. აბორტის შემდგომი ადრეული გართულებები (ცხრილი TM.15.3CS)

კვლევაში მონაწილე ქალებს უნდა ეპასუხათ აბორტის შემდგომი გართულებების გამოცდილების შესახებ კითხვაზე. ქალების ორი მესამედის (67.2%) პასუხებიდან ირკვევა, რომ მათ არ გამოუცდიათ აბორტის შემდგომი გართულებები. მათ ვისაც აბორტის შემდგომი გართულებების გამოცდილება გააჩნდათ, შეეძლოთ დაესახელებინათ ერთზე მეტი გართულება; რესპონდენტთა პასუხების მიხედვით, აბორტის შემდგომი გართულებების 30,4% გამოიხატებოდა მუცლის ტკივილით, 7,2% - ძლიერი სისხლდენით, 4,8% - 380C-ზე მაღალი სიცხით, 1,5% -საშვილოსნოს პერფორაციით და 1,9% სხვა ტიპის გართულებებით. ქალაქებში მცხოვრები ქალების 25,7%-მა განაცხადა იმის თაობაზე, რომ მათ გადატანილი ჰქონდათ აბორტის შემდგომი გართულებები, ხოლო სოფლად მცხოვრები ქალების შემთხვევაში იგივე განაცხადა 41,5%-მა. რესპონდენტების მიერ დასახელებული აბორტის შემდგომი გართულებების რაოდენობა ძალიან მცირეა იმისათვის, რომ რაიმე სახის დასკვნა იქნას გაკეთებული კონკრეტული გართულების დონესთან დაკავშირებით. აბორტის შემდგომ გართულებებსა და ქალების ასაკს შორის არანაირი გამოკვეთილი კორელაცია არ დგინდება. აბორტის შემდგომი გართულებების განვითარების რისკი შედარებით მაღალი იყო იმ ქალების შემთხვევაში, რომლებსაც განათლების დაბალი დონე ჰქონდათ, ჰყავდათ 3 ან მეტი შვილი, იყვნენ ეთნიკურად აზერბაიჯანელები და ლარები.

4.7. კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის ჩატარების დროს (ცხრილი 15.4CS)

2000 წლიდან მოყოლებული, აბორტის ჩატარების დროს კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე სავალდებულოა ჯანდაცვის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად. თუმცა, 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული კვლევის შედეგების ანგარიშში ნათქვამია, რომ: „მიუხედავად იმისა რომ არსებობს სამართლებრივი რეგულაციები და საკმარისი რაოდენობით არის უზრუნველყოფილი დონორების მიერ მონოდებული რესურსები და ტექნიკური მხარდაჭერა, რომელიც ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე კონსულტაციების ხელშეწყობას ემსახურება, მაინც მცირე რჩება იმ ქალების რაოდენობა, რომლებიც იღებენ ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე კონსულტაციას აბორტის ჩატარების დროს“ (გვ. 70-71). 2010 წელს, იმ ქალების მხოლოდ 33%-მა, რომლებსაც აბორტი ჰქონდათ გაკეთებული, განაცხადა, რომ მათ მიიღეს საკონსულტაციო მომსახურება; და ამ ქალების მხოლოდ 6,6%-მა განაცხადა, რომ მათ მიიღეს კონსულტაცია მომავალი ორსულობის თავიდან არიდების მიზნით კონტრაცეფციის მეთოდის შესახებ. 2010 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში, აღნიშნული მიმართულებით სიტუაცია საგრძნობლად გაუმჯობესდა. 2018 წელს ჩატარებული MICS-ის მონაცემებით დგინდება, რომ, 2018 წლამდე 5 წლის პერიოდში, ქალების თითქმის ორმა მესამედმა (63,2%) მიიღო საკონსულტაციო მომსახურება უშუალოდ აბორტის მომსახურების მიღებამდე ან მას შემდეგ. საერთო ჯამში, აბორტგადატანილი ქალების თითქმის ნახევარს (45,9%) მიღებული ჰქონდა კონსულტაცია კონტრაცეფციის მეთოდისა და/ან დანიშნულება (რეცეპტი). აღნიშნული პროცენტული მაჩვენებელი საგრძნობლად აღემატება 2010 წლამდე 5 წლის პერიოდში ანალოგურ მაჩვენებელს (რომელიც მხოლოდ 14%-ს შეადგენდა). ამ მიმართულებით გარკვეული სხვაობები ვლინდება რეგიონებს შორის; კონკრეტულად, კონსულტაცია კონტრაცეფციის მეთოდისა და/ან დანიშნულების (რეცეპტი) მიმართულებით ქალების ყველაზე ნაკლებმა პროცენტმა მიიღო სამცხე-ჯავახეთში (27,4%); ხოლო ქალების ყველაზე მაღალმა პროცენტმა - შიდა ქართლში (62,5%). ამ მიმართულებით განსხვავება უმნიშვნელოა ქალაქად და სოფლად მხცოვრებ ქალებს შორის. იგივეს თქმა შეიძლება ასაკობრივ ჯგუფებს შორის სხვაობაზე, ასევე განათლების სხვადასხვა დონის მქონე ქალების კატეგორიებს შორის სხვაობებსა და ქონებრივი კვინტილით ერთმანეთისგან გასნხვავებული ქალების ჯგუფებს შორის სხვაობაზე. ამ მიმართულებით მცირედი სხვაობა იკვეთება შვილების რაოდენობის მიხედვით სხვადასხვა კატეგორიის ქალებს შორის (ერთ-შვილიანი ქალების 41,1%-ს და სამ და მეტშვილიანი ქალების 51,1%-ს ჰქონდა მიღებული კონსულტაცია და/ან დანიშნულება). ეთნიკურად ქართველი ქალების მეტ ნაწილს (52,7%) ჰქონდა მიღებული კონსულტაცია და/ან დანიშნულება, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებთან (28,3%) და სომეხ (8,3%) ქალებთან შედარებით.



4.8. მკვდრადშობადობა

2018 წელს ჩატარებული MICS-ის ფარგლებში, მკვდრადშობადობა განიმარტა, როგორც “5 თვის ან მეტი ასაკის ნაყოფი, რომლის სიკვდილიც წინ უსწრებს მის სრულ გამოძევებას ან გამოყვანას დედის ორგანიზმიდან“. რესპონდენტებს უნდა დაესახელებინათ მკვდრადშობადობის ის შემთხვევები, რომლებსაც ადგილი ჰქონდა კვლევამდე 5 წლის განმავლობაში. მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი არის იმ ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც დედის საშვილოსნოში ცოცხალი იყვნენ 28 კვირის ან მეტი ხნის განმავლობაში და რომელთა სიკვდილიც დაფიქსირდა მათ დაბადებამდე, ყოველ 1,000 დაბადებულზე (ცოცხლადშობილი და მკვდრადშობილი). მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი საქართველოში არ არის მაღალი; MICS-ის შედეგად დადგინდა, რომ მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი შეადგენდა 21,9-ს. რაც იმას ნიშნავს, რომ 21.9 მკვდრადშობილი ბავშვი დაიბადა ყოველ 978.1 ცოცხლად შობილ ბავშვზე, რაც ცოცხლადშობილი ბავშვების 2%-ზე მცირედით მეტს შეადგენს. მოცემულ კვლევამდე 5 წლის პერიოდში, დაბადებული ბავშვების რაოდენობა შეადგენს 10,786-ს, ხოლო აქედან 236 (2,2%) მკვდრადშობილი დაიბადა. მოცემული რიცხვი იმდენად დაბალია, რომ თითქმის არ იძლევა სხვა მახასიათებლებთან კორელაციის ანალიზის საშუალებას. მაგალითად, გურიაში ამ ხუთი წლის განმავლობაში დაბადებული ბავშვების რაოდენობამ შეადგინა 272, ხოლო მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი იყო 27,8 (ყოველი 1 000 დაბადებული ბავშვიდან). რაც იმას ნიშნავს, რომ მკვდრადშობილი დაიბადა შვიდი ან რვა ბავშვი. ფართოა ნდობის ინტერვალი. ერთადერთი კორელაცია, რომელიც შეიძლება დადგინდეს მკვდრადშობადობის მონაცემსა და სხვა მახასიათებლებს შორის არის ის, რომ მკვდრადშობადობა მეტად გვხვდება 40 წელს გადაცილებულ ქალებს შორის (მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 30,5), ვიდრე უფრო ახალგაზრდა 20-39 წლის ასაკის ქალებს შორის (მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი შეადგენს 16,5-ს, რაც 40 წელს გადაცილებულ ქალებს შორის დაფიქსირებული მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის თითქმის ნახევარია). მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი - 21,9 ძალიან მაღალია ევროპული სტანდარტებით და, ფაქტობრივად, საქართველოს ამ რეგიონში ყველაზე მაღალი მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი აქვს²⁶. განვითარებულ ქვეყნებში 2015 წელს მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი შეადგენდა 3,4-ს, რაც მკვდრადშობადობის შემცირებისკენ მიმართული ძალისხმევის შედეგად იქნა მიღწეული. მსოფლიო მასშტაბით, 2015 წელს, მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი შეადგენდა 18,4-ს, შესაბამისად, საქართველოს მაჩვენებელი ამ მაჩვენებელზე მაღალია.

26 Hannah Blencowe, Simon Cousens, Fiorella Bianchi Jassir et al. 2016. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 4: e98–108. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)00275-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)00275-2.pdf)

ცხრილი TM.15.1CS: ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) და მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი

15-49 წლის ქალებში ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) და მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი, მიქსი საქართველო 2018

	ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) ბოლო 5 წლის განმავლობაში ¹	ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) ცხოვრების განმავლობაში ²	15-49 წლის ქალების რაოდენობა	მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი ³	დაბადებათა რაოდენობა
სულ	130.3	909.4	6,812	21.9	10,786
დასახლების ტიპი					
ქალაქი	108.5	753.8	4,392	20.2	6,310
სოფელი	170.1	1,191.7	2,420	24.3	4,476
რეგიონი					
თბილისი	111.4	775.3	2,621	21.9	3,577
აჭარის ა.რ.	70.9	460.2	736	16.6	1,247
გურია	139.3	1,180.0	155	27.8	272
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	79.2	678.8	826	24.2	1,346
კახეთი	152.6	1,360.4	412	24.9	734
მცხეთა-მთიანეთი	170.4	1,093.4	154	17.7	264
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	81.8	613.5	454	15.1	719
სამცხე-ჯავახეთი	129.9	755.0	238	25.4	451
ქვემო ქართლი	297.5	1,680.6	780	19.4	1,412
შიდა ქართლი	154.8	1,335.3	436	31.8	764
ასაკი					
15-19	14.4	14.4	533	(43.0)	39
15-17	0.0	0.0	324	(*)	14
18-19	36.6	36.6	209	(66.1)	25
20-24	75.5	81.2	783	18.7	494
25-29	201.1	392.1	1,177	15.9	1,716
30-34	216.7	662.7	1,207	13.7	2,209
35-39	152.2	1,068.4	1,153	19.3	2,274
40-44	126.9	1,686.1	1,010	30.5	2,120
45-49	20.3	2,030.1	950	30.5	1,934
განათლება					
საბავშვო ბავი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	7	(*)	7
დანყებიანი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	286.8	1,372.2	631	26.3	1,320
სრული საშუალო	140.6	1,011.7	1,718	21.3	2,683
პროფესიული განათლება	144.8	1,264.0	1,308	23.3	2,362
უმაღლესი	87.7	614.3	3,148	20.2	4,415

ცოცხალი შვილების რაოდენობა					
0	7.4	38.1	1,682	(179.7)	16
1	92.7	516.5	1,339	27.9	1,441
2	184.7	1,275.9	2,717	22.8	5,721
3	263.1	1,943.8	897	17.5	2,796
4+	76.2	1,291.9	177	17.0	813
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)					
აქვს	121.9	1,582.0	639	20.2	1,298
არ აქვს	138.5	886.2	5,849	22.1	9,475
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება					
ქართველი	105.6	810.5	5,957	22.2	9,260
აზერბაიჯანელი	498.9	2,512.2	397	16.9	819
სომეხი	140.7	791.1	330	19.2	498
სხვა	109.2	839.9	128	34.1	209
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი					
არის დევნილი	100.7	616.0	350	36.9	555
არ არის დევნილი	131.9	925.2	6,462	21.1	10,231
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი					
უღარიბესი	177.9	1,351.0	1,055	18.6	1,997
მეორე	175.0	1,066.9	1,284	29.0	2,239
საშუალო	126.2	869.6	1,332	23.5	2,148
მეოთხე	129.1	792.8	1,509	18.4	2,047
უმდიდრესი	68.9	640.4	1,632	19.5	2,356
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.4CS - ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) ბოლო 5 წლის განმავლობაში					
2 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.22CS - ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) ცხოვრების განმავლობაში					
3 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.5CS - მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი					
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას					
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას					

ცხრილი TM.15.2CS: ხელოვნური აბორტის ჩატარების ადგილი და გამოყენებული მეთოდი

ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება ბოლო აბორტის ჩატარების ადგილისა და გამოყენებული მეთოდის მიხედვით, მიქსი საქართველო 2018

	ხელოვნური აბორტის ჩატარების ადგილი					სამედიცინო დანესებულებების გარეთ გაკეთებული ხელოვნური აბორტი ¹	სუჯ	ხელოვნური აბორტის დროს გამოყენებული მეთოდი					სუჯ	ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების რაოდენობა	
	საკვადმყოფო/სამშობიარო	ქალთა კონსულტაცია	სახლში	სახლში და შემდეგ საკვადმყოფოში	მონაცემი არ არის			გამოფხეკა	ვაკუუმ ასპირაცია	მედიკამენტოზური აბორტი ²	სხვა	არ ვიცი / არ მახსოვს			
															75.6
სულ															
დასახლების ტიპი															
ქალაქი	70.4	22.6	5.6	1.4	0.0	7.0	100.0	26.3	42.8	29.1	0.4	1.4	100.0	321	
სოფელი	82.0	11.1	5.2	1.1	0.6	6.3	100.0	31.9	39.5	22.3	1.6	4.6	100.0	260	
რეგიონი															
თბილისი	63.4	30.5	4.5	1.6	0.0	6.1	100.0	16.4	50.4	33.3	0.0	0.0	100.0	193	
აჭარის ა.რ.	87.1	4.2	8.8	0.0	0.0	8.8	100.0	39.0	33.7	24.7	2.6	0.0	100.0	43	
გურია	91.7	1.5	5.2	1.6	0.0	6.8	100.0	66.3	12.0	18.2	1.5	1.9	100.0	16	
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	(80.9)	(13.7)	(5.4)	(0.0)	(0.0)	(5.4)	100.0	(39.2)	(23.8)	(26.0)	(5.5)	(5.5)	100.0	48	
კახეთი	79.5	11.9	6.7	0.0	1.9	6.7	100.0	32.9	27.2	36.7	0.0	3.3	100.0	44	
მცხეთა-მთიანეთი	69.6	26.9	3.0	0.5	0.0	3.5	100.0	27.6	45.2	27.1	0.0	0.0	100.0	15	
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	(79.2)	(14.6)	(3.7)	(2.5)	(0.0)	(6.2)	100.0	(33.2)	(40.4)	(12.4)	(0.0)	(13.9)	100.0	26	
სამცხე-ჯავახეთი	98.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	11.5	55.0	16.9	0.0	16.6	100.0	24	
ქვემო ქართლი	86.1	6.5	6.2	1.1	0.0	7.4	100.0	35.3	45.5	14.1	1.2	3.8	100.0	124	
შიდა ქართლი	62.1	25.5	7.4	3.8	1.3	11.2	100.0	32.6	33.6	33.8	0.0	0.0	100.0	48	

ასაკი																			
15-19	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	6
20-24	(60.0)	(27.3)	(12.7)	(0.0)	(0.0)	(12.7)	(0.0)	(0.0)	(12.7)	100.0	(17.4)	(38.4)	(32.7)	(3.6)	(7.8)	100.0	43		
25-29	82.0	12.5	3.6	1.0	1.0	4.5	0.0	1.0	4.5	100.0	32.0	43.2	21.6	0.9	2.3	100.0	149		
30-34	77.4	17.2	4.7	0.8	0.0	5.4	0.0	0.0	5.4	100.0	29.4	34.5	31.5	0.1	4.4	100.0	162		
35-39	73.4	20.0	5.4	1.1	0.0	6.5	0.0	0.0	6.5	100.0	30.7	48.7	18.5	1.2	0.9	100.0	115		
40-44	66.0	22.3	7.9	3.8	0.0	11.7	0.0	0.0	11.7	100.0	20.3	40.0	37.5	1.3	0.9	100.0	87		
45-49	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	18		
განათლება																			
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		
დანეშობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	85.4	7.1	6.7	0.2	0.6	7.0	0.6	0.6	7.0	100.0	39.4	45.2	14.1	0.0	1.3	100.0	101		
სრული საშუალო	77.8	13.1	4.8	3.8	0.6	8.6	0.6	0.6	8.6	100.0	27.0	39.1	25.0	1.9	6.9	100.0	139		
პროფესიული განათლება	76.4	18.6	4.1	0.9	0.0	5.0	0.0	0.0	5.0	100.0	31.8	45.2	19.4	2.1	1.5	100.0	135		
უმაღლესი	68.8	24.9	6.1	0.3	0.0	6.3	0.0	0.0	6.3	100.0	22.7	38.4	37.1	0.0	1.8	100.0	205		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																			
0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	11		
1	76.9	14.3	7.9	0.0	0.9	7.9	0.9	0.9	7.9	100.0	37.4	36.9	22.0	1.4	2.4	100.0	96		
2	72.3	20.4	5.6	1.8	0.0	7.4	0.0	0.0	7.4	100.0	20.9	47.3	27.4	1.3	3.2	100.0	328		
3	82.5	12.4	3.7	1.0	0.5	4.7	0.5	0.5	4.7	100.0	37.6	32.9	27.1	0.0	2.3	100.0	134		
4+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	11		
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)																			
აქვს	(61.2)	(23.5)	(15.3)	(0.0)	(0.0)	(15.3)	(0.0)	(0.0)	(15.3)	100.0	(23.2)	(34.4)	(39.3)	(0.0)	(3.1)	100.0	51		
არ აქვს	77.0	16.9	4.5	1.4	0.3	5.8	0.3	0.3	5.8	100.0	29.3	42.0	24.8	1.0	2.8	100.0	530		

შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება														
ქართული	73.9	19.0	5.5	1.3	0.3	6.8	100.0	30.7	36.5	29.6	0.9	2.2	100.0	438
აზერბაიჯანელი	87.1	7.1	4.4	1.4	0.0	5.8	100.0	26.1	52.5	15.8	1.6	4.1	100.0	99
სომეხი	(62.0)	(29.5)	(8.4)	(0.0)	(0.0)	(8.4)	100.0	(13.7)	(66.3)	(13.3)	(0.0)	(6.7)	100.0	37
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	7
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი														
არის დევნილი	52.5	44.7	2.5	0.3	0.0	2.8	100.0	28.0	45.3	20.3	5.5	0.8	100.0	24
არ არის დევნილი	76.6	16.3	5.5	1.3	0.3	6.8	100.0	28.8	41.2	26.3	0.8	3.0	100.0	556
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი														
უღარიბესი	77.9	11.7	7.9	1.2	1.3	9.1	100.0	33.5	39.5	17.1	2.5	7.4	100.0	118
მეორე	86.3	10.7	2.4	0.6	0.0	3.0	100.0	31.7	40.8	22.7	1.8	2.9	100.0	144
საშუალო	67.7	22.1	9.6	0.5	0.0	10.2	100.0	27.2	32.7	38.4	0.0	1.7	100.0	112
მეოთხე	77.3	19.1	2.5	1.0	0.0	3.6	100.0	29.4	52.1	17.1	0.0	1.4	100.0	130
უმდიდრესი	(60.4)	(29.6)	(6.0)	(4.0)	(0.0)	(10.0)	100.0	(17.0)	(39.6)	(43.4)	(0.0)	(0.0)	100.0	76
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.7CS - სამედიცინო დანაკლებების გარეთ გაკეთებული ხელოვნური აბორტი														
2 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.8CS - მედიკამენტური ხელოვნური აბორტი														
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას														
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას														
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელოვან სვეტში														

ცხრილი TM.15.3CS: აბორტისშემდგომი ადრეული გართულებები

ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ ნებისმიერი აბორტისშემდგომი გართულება ბოლო აბორტისას, მიქსი საქართველო 2018

	ბოლო 5 წლის განმავლობაში აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ:										ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების რაოდენობა	
	არ ჰქონია გართულება	აბორტისშემდგომი გართულებები ბოლო აბორტიდან 30 დღის განმავლობაში										ნებისმიერი გართულება ¹
		საშვილოსნოს პერფორაცია (გახევვა)	მძიმე სისხლდენა	ცხელება 38 გრადუსს ზემოთ	მუცლის ტკივილი	სხვა გართულებები	სხვა					
სულ	67.2	1.5	7.2	4.8	30.4	1.9	32.8				580	
დასახლების ტიპი												
ქალაქი	74.3	1.9	7.2	3.9	23.4	1.6	25.7				321	
სოფელი	58.5	1.0	7.2	6.0	38.9	2.3	41.5				260	
რეგიონი												
თბილისი	72.2	3.1	7.1	3.9	26.2	1.6	27.8				193	
აჭარის ა.რ.	71.0	0.0	6.6	2.4	27.0	4.7	29.0				43	
გურია	39.7	0.0	9.8	9.6	57.0	0.0	60.3				16	
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	(72.4)	(0.0)	(8.2)	(8.3)	(27.6)	(2.9)	(27.6)				48	
კახეთი	47.0	0.0	10.7	1.6	51.4	3.2	53.0				44	
მცხეთა-მთიანეთი	68.2	2.6	6.1	2.9	28.6	2.0	31.8				15	
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	(61.7)	(0.0)	(5.6)	(9.3)	(35.3)	(0.0)	(38.3)				26	
სამცხე-ჯავახეთი	78.1	1.8	3.7	1.8	18.3	1.8	21.9				24	
ქვემო ქართლი	60.5	1.0	6.1	6.0	36.0	0.0	39.5				124	
შიდა ქართლი	80.6	1.1	8.6	5.4	14.2	4.8	19.4				48	

ასაკი										
15-19	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
20-24	(70.4)	(0.0)	(6.4)	(6.0)	(29.4)	(0.2)	(29.6)	(29.6)	(29.6)	43
25-29	73.6	0.0	6.0	4.4	24.9	0.5	26.4	26.4	26.4	149
30-34	60.2	4.3	11.0	7.4	36.2	4.7	39.8	39.8	39.8	162
35-39	70.4	0.3	5.8	3.1	27.1	0.0	29.6	29.6	29.6	115
40-44	63.6	0.0	6.4	1.6	32.9	2.9	36.4	36.4	36.4	87
45-49	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	18
განათლება										
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
დანწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	55.8	0.4	10.7	9.3	42.2	2.0	44.2	44.2	44.2	101
სრული საშუალო	68.9	0.0	8.0	2.7	27.1	1.4	31.1	31.1	31.1	139
პროფესიული განათლება	68.0	0.9	4.1	4.3	29.6	0.2	32.0	32.0	32.0	135
უმაღლესი	71.2	3.4	7.0	4.4	27.2	3.2	28.8	28.8	28.8	205
ცოცხალი შვილების რაოდენობა										
0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	11
1	76.2	0.0	5.3	1.7	22.0	2.7	23.8	23.8	23.8	96
2	68.6	0.9	6.8	4.2	28.5	1.2	31.4	31.4	31.4	328
3	63.0	3.0	7.5	6.3	35.9	2.7	37.0	37.0	37.0	134
4+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	11
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)										
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	(45.6)	(0.0)	(6.8)	(1.9)	(53.2)	(2.4)	(54.4)	(54.4)	(54.4)	51

არ აქვს ფუნქციონირების სიროულეები	69.3	1.6	7.2	5.1	28.2	1.8	30.7	530
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება								
ქართველი	69.9	1.6	7.8	4.4	27.4	2.3	30.1	438
აგერბაიჯანელი	56.5	1.3	6.3	7.9	42.1	0.0	43.5	99
სომეხი	(67.4)	(1.1)	(0.0)	(1.1)	(30.3)	(1.2)	(32.6)	37
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი								
არის დევნილი	77.6	0.3	6.2	3.9	21.6	2.1	22.4	24
არ არის დევნილი	66.8	1.5	7.2	4.9	30.7	1.9	33.2	556
კეთილდღეობის ინდექსის კონტოლი								
ულარიბესი	55.6	0.3	5.4	6.3	42.7	2.0	44.4	118
მეორე	61.0	1.6	9.2	5.5	37.0	2.2	39.0	144
საშუალო	69.2	2.8	7.7	1.3	28.1	3.5	30.8	112
მეოთხე	79.3	2.2	8.2	6.6	18.5	1.1	20.7	130
უმიდრესი	(73.7)	(0.0)	(4.0)	(3.6)	(22.3)	(0.0)	(26.3)	76
1 მიქსის ეროვნული მარეგებელი TM:9CS - აბორტის შემდგომი ადრეული გართულებები								
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას								
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას								
“-“ აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელოში ან სვეტში								

ცხრილი TM.15.4CS: კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის პროცედურის დროს და კონტრაცეპტივების მიწოდება აბორტის შემდეგ

ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო აბორტისას ეფიშისგან მიიღეს კონტრაცეფციის მეთოდი ან მიიღეს მასზე რეცეპტი, მიქსი საქართველო 2018		15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო აბორტისას ეფიშისგან მიიღეს კონტრაცეფციის მეთოდი ან მიიღეს მასზე რეცეპტი:		სუკ		ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების რაოდენობა			
ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო აბორტისას ეფიშისგან მიიღეს კონტრაცეფციის მეთოდი ან მიიღეს მასზე რეცეპტი	63.2	მომსახურების ტიპი:				45.9	580		
		მიიღო მეთოდი	რეცეპტი	ორივე მეთოდიც და რეცეპტიც	არ ვიცი / არ მახსოვს			არ არის მონაცემი	
სულ	16.1	11.7	48.6	18.1	5.2	0.2	100.0		
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	65.6	10.7	46.6	22.1	4.6	0.1	100.0	48.7	321
სოფელი	60.3	16.5	12.9	51.0	6.0	0.4	100.0	42.6	260
რეგიონი									
თბილისი	65.7	6.0	50.2	25.3	3.0	0.0	100.0	46.8	193
აჭარის ა.რ.	75.5	12.5	38.6	25.4	7.4	0.0	100.0	54.1	43
გურია	73.7	12.0	38.0	43.3	5.0	0.0	100.0	55.0	16
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	(80.5)	(23.8)	(13.9)	(36.9)	(2.7)	(0.0)	100.0	(60.4)	48
კახეთი	62.1	17.5	14.1	42.4	12.0	0.0	100.0	43.6	44
მცხეთა-მთიანეთი	55.7	8.4	9.4	54.0	18.4	0.0	100.0	36.2	15
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	(72.5)	(9.3)	(24.9)	(41.0)	(21.1)	(3.7)	100.0	(55.3)	26
სამცხე-ჯავახეთი	41.2	7.2	7.1	70.6	13.0	2.0	100.0	27.4	24
ქვემო ქართლი	45.9	11.9	11.6	60.4	8.6	0.0	100.0	32.2	124
შიდა ქართლი	75.4	32.2	16.6	31.2	13.7	0.0	100.0	62.5	48

ასაკი												
15-19	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	6
20-24	(45.6)	(12.3)	(14.5)	(61.7)	(7.4)	(4.1)	(0.0)	100.0	(34.3)	100.0	(*)	43
25-29	65.9	13.5	9.2	45.1	27.3	4.4	0.6	100.0	49.9	100.0	(*)	149
30-34	58.2	16.9	8.4	51.8	17.0	5.9	0.0	100.0	42.3	100.0	(*)	162
35-39	73.8	13.9	13.7	45.8	20.2	5.9	0.4	100.0	47.9	100.0	(*)	115
40-44	61.6	24.5	13.9	46.1	11.9	3.7	0.0	100.0	50.2	100.0	(*)	87
45-49	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	100.0	(*)	18
განათლება												
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
დანეშობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	52.5	10.6	9.3	54.6	12.6	12.9	0.0	100.0	32.5	100.0	(*)	101
სრული საშუალო	65.3	11.9	14.8	46.2	24.9	1.6	0.7	100.0	51.5	100.0	(*)	139
პროფესიული განათლება	65.9	20.5	14.8	41.0	17.7	5.8	0.3	100.0	52.9	100.0	(*)	135
უმაღლესი	65.3	18.9	8.7	52.2	16.6	3.5	0.0	100.0	44.3	100.0	(*)	205
ცოცხალი შვილების რაოდენობა												
0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	100.0	(*)	11
1	58.0	10.9	8.7	51.2	21.5	7.2	0.5	100.0	41.1	100.0	(*)	96
2	63.0	15.2	12.1	49.5	17.4	5.9	0.0	100.0	44.7	100.0	(*)	328
3	66.8	21.9	11.3	45.7	17.9	2.5	0.7	100.0	51.1	100.0	(*)	134
4+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	100.0	(*)	11
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)												
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	(42.9)	(5.0)	(18.3)	(66.1)	(4.5)	(4.2)	(1.9)	100.0	(27.8)	100.0	(*)	51

არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	65.1	17.2	11.0	46.9	19.4	5.3	0.1	100.0	47.7	530
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება										
ქართველი	69.8	18.3	13.3	42.1	21.2	4.9	0.3	100.0	52.7	438
აზერბაიჯანელი	48.1	10.5	6.0	62.6	11.8	9.1	0.0	100.0	28.3	99
სომეხი	(22.0)	(1.1)	(6.5)	(91.7)	(0.7)	(0.0)	(0.0)	100.0	(8.3)	37
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	7
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი										
არის დევნილი	47.2	9.0	2.2	69.9	13.0	6.0	0.0	100.0	24.1	24
არ არის დევნილი	63.9	16.5	12.1	47.6	18.4	5.2	0.3	100.0	46.9	556
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი										
უღარიბესი	59.0	15.9	11.3	55.4	12.3	4.2	0.8	100.0	39.6	118
მეორე	63.2	15.8	15.6	47.0	13.7	7.8	0.0	100.0	45.1	144
საშუალო	70.3	16.1	14.0	44.6	19.4	5.9	0.0	100.0	49.5	112
მეთხე	68.7	10.4	10.4	46.1	27.5	5.3	0.4	100.0	48.3	130
უმდიდრესი	(49.9)	(26.9)	(3.7)	(50.8)	(17.6)	(1.0)	(0.0)	100.0	(48.2)	76
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.10CS - კონსულტაცია კონტრაკტივებზე აბორტის პროცედურის დროს										
2 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.11CS - კონტრაკტივების მიწოდება აბორტის შემდეგ										
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას										
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას										
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელოვან ან სვეტში										

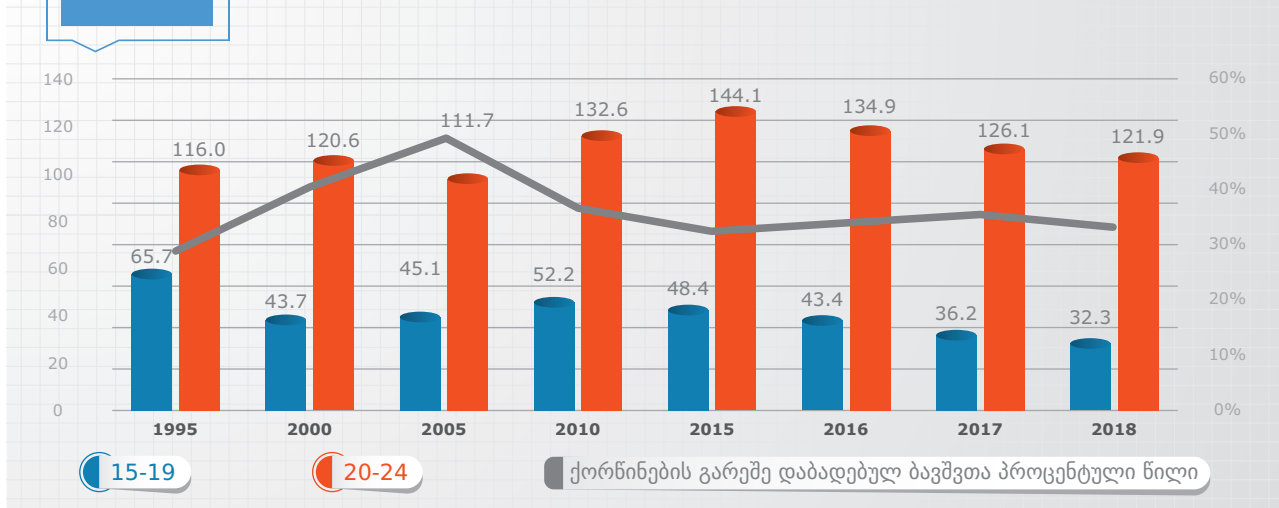
5. ადრეული შვილოსნობა

5.1. მაჩვენებლები და ტენდენციები (ცხრილები TM.2.2W და 2.3W)

ახალგაზრდა (15-19 წლის) ქალებს შორის მშობიარობების რიცხვი მაღალი იყო წარსულში, თუმცა, 1995 წლიდან ამ მაჩვენებელმა სწრაფად იწყო კლება. 2018 წელს, ამ ასაკობრივ ჯგუფში მშობიარობების მაჩვენებელი 1995 წელს დაფიქსირებული მაჩვენებლის ნახევარს შეადგენდა (გრაფიკი 5.1). მშობიარობების მაჩვენებელი 20-24 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის უცვლელი რჩებოდა, მცირედით მოიმატა 2015 წლამდე და შემდეგ ისევ იკლო. 24 წელზე უფროსი ქალების ასაკობრივ ჯგუფში მშობიარობების მაჩვენებელი გაიზარდა 2000 წლის შემდეგ, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოშიც შეინიშნება გვიან ასაკში შვილოსნობის ტენდენცია. 1995 წელს ბავშვების დაბადებისას დედის საშუალო ასაკი იყო 24,1 წელი, ხოლო 2018 წელს ეს ასაკი განისაზღვრა 27,8 წლით. აღნიშნული წარმოადგენს მკვეთრ ცვლილებას, ვინაიდან იგი ერთი თაობის ფარგლებში მოხდა. ამ მიმართულებით, საქართველო დასავლეთ ევროპის ქვეყნების გზას ადგას; ამ ქვეყნებიდან ზოგიერთში, ბავშვების დაბადებისას დედის საშუალო ასაკი 32 წელს აღემატება²⁷. არსებობს ვარაუდი, რომ წარსულში ქალების ადრეულ ასაკში ქორწინების შედარებით მაღალ დონეს განაპირობებდა ქალებისთვის ქორწინებამდე სქესობრივ კავშირებზე არსებული მკაცრი აკრძალვა. შესაბამისად, ქორწინება იყო ამ აკრძალვიდან თავის დაღწევის ერთადერთი საშუალება. ამჟამად, ძალიან ახალგაზრდა ქალებში მშობიარობების მაჩვენებლის შემცირება, ადრეულ ასაკში ქორწინებათა მაჩვენებლის შემცირების პირდაპირ პროპორციულად მიმდინარეობს. 1995 წელს საქართველოში ჯერ კიდევ 7 180 ახალგაზრდა (16-19 წლის) ქალი იყო დაქორწინებული, 2010 წლისთვის მათი რიცხვი 5 379-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც მკვეთრი კლება იწყო, და 2018 წელს, 2 054 ახალგაზრდა (16-19 წლის) ქალი იყო დაქორწინებული²⁸. ჯერ-ჯერობით უცნობია ახალგაზრდა ქალებს შორის ადრეულ ასაკში ქორწინების შემთხვევათა კლების ტენდენცია უკავშირდება თუ არა დაქორწინების საჭიროების შემცირებას, რაც, თავის მხრივ ქორწინებამდე ქალწულობის შენარჩუნებაზე დაწესებული მკაცრი მოთხოვნის შემსუბუქებას მოჰყვა. რეკომენდებულია ამ საკითხის შემდგომი კვლევა.

გრაფიკი 5.1:

ფართილობის (შვილოსნობის) მაჩვენებელი 25 წელს გადაცილებულ ქალებში და ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა პროცენტული წილი 1995 - 2018



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი) (2019 წ.). დემოგრაფიული ვითარება საქართველოში 2018 წ.

27 https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf

28 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი) (2019 წ.). დემოგრაფიული ვითარება საქართველოში 2018 წ.

ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა პროცენტული წილი, დაბადებული ბავშვების ჯამური რაოდენობის ერთ მესამედს შეადგენდა, თუმცა აღნიშნული მონაცემი მკვეთრ ცვლილებებს განიცდიდა გასული ათწლეულის განმავლობაში (გრაფიკი 5.1). 2006 წელს (არ არის ნაჩვენები), (ოფიციალური) ქორწინების გარეშე დაბადებული ბავშვების რიცხვმა დაბადებული ბავშვების ნახევარზე მეტი შეადგინა²⁹.

2018 წელს ჩატარებული MICS-ის მონაცემების თანახმად (იხ. ცხრილი TM.2.2W), 15-19 წლის ასაკის რესპონდენტების 5,2%-ს უმშობიარია ცოცხალი ნაყოფით, ხოლო 2,1% იყო ორსულად გამოკითხვის პერიოდში. საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შემავალი ქალების საშუალო ასაკი შეადგენდა 17,5 წელს, და ამ ასაკობრივი ჯგუფში 5,2% დედა და 2,1% ორსული ძალიან მაღალი მაჩვენებელია. იმ ახალგაზრდა ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც 20 წლამდე ასაკში უკვე ჰყავდათ შვილები, ისეთივე მაღალი იყო 2010 წელს, როგორც 2018 წელს და შეადგენდა 5,2%.

დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, რომელთა სტატისტიკაც საიმედოა, 2015 წლამდე, ინგლისი ლიდერობდა არასრულწლოვანი დედების რაოდენობით - 15-19 წლის ყოველ 1 000 ქალზე 21 მშობიარობა; ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ამ მიმართულებით ჰქონდა შვეიცარიას, სადაც 15-19 წლის ყოველ 1 000 ქალზე მხოლოდ 2 მშობიარობა მოდიოდა.³⁰ საქართველოს მაჩვენებელი 2,5-ჯერ აღემატებოდა დასავლეთ ევროპაში (კონკრეტულად ინგლისში) დაფიქსირებულ ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს. რაც იმის მაჩვენებელია, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ადრეულ ასაკში ქორწინების მაჩვენებელი სწრაფად დაეცა ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში, ეს მაჩვენებელი მაინც ძალიან მაღალი რჩება, ევროპული სტანდარტების გათვალისწინებით.

5.2. ადრეულ ასაკში ორსულობის კორელაციები

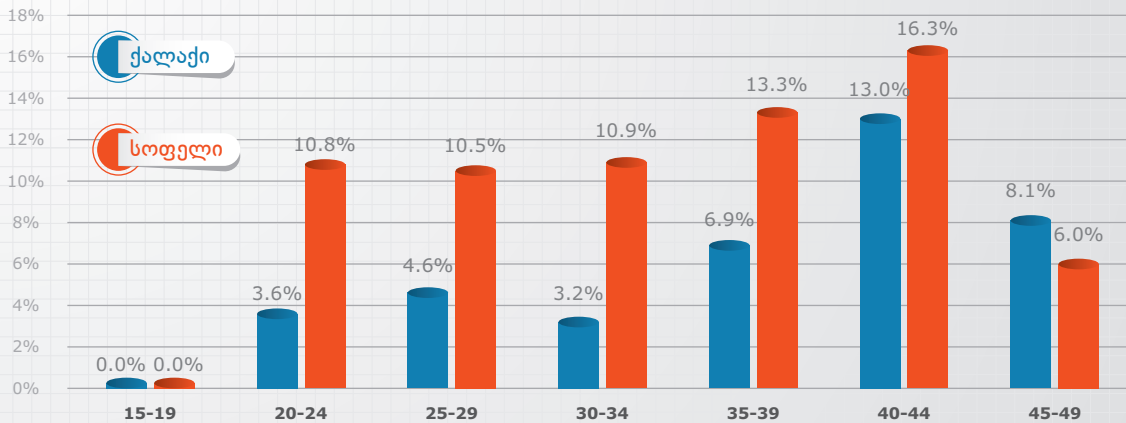
ადრეული შვილოსნობის ტენდენციის კიდევ ერთი მაჩვენებელია 20-24 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში იმ ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც 18 წლამდე ასაკში მშობიარობის ისტორია აქვთ. MICS-ის მონაცემებით აღნიშნული მაჩვენებელი იყო 6,1% (ამ ქალებმა იმშობიარეს 2018 წლამდე 3-10 წლით ადრე). ეს მაჩვენებელი სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის (10,8%) სამჯერ მაღალია ვიდრე ქალაქში (3,6%) (გრაფიკი 5.2.1). 18 წლამდე დაორსულებისა და ბავშვის გაჩენის ალბათობას მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს დედის განათლების დონე. დაწყებითი ან არასრული საშუალო განათლების მქონე კატეგორიაში აღნიშნული ალბათობა სამჯერ და ოთხჯერ უფრო მაღალია ვიდრე პროფესიული განათლების და სრული საშუალო განათლების მქონე კატეგორიის შემთხვევაში (სრული საშუალო განათლება - 7,1% პროფესიული განათლება - 9,4% და არასრული საშუალო განათლება 26,0%). უმაღლესი განათლების მქონე კატეგორიაში, მინიმალურია (0,5%) ადრეულ ასაკში დაორსულებისა და ბავშვის გაჩენის ალბათობა.

29 ოფიციალურ ქორწინებაში არ მყოფ პირებს განეკუთვნებიან პირები, რომლებიც მხოლოდ საეკლესიო წესით ქორწინდებიან და არ იმყოფებიან სამოქალაქო ქორწინებაში.

30 Gilda Sedgh, Lawrence B. Finer, Akinrinola Bankole et al. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *J Adolesc Health*. 56(2): 223–230.

გრაფიკი 5.2.1:

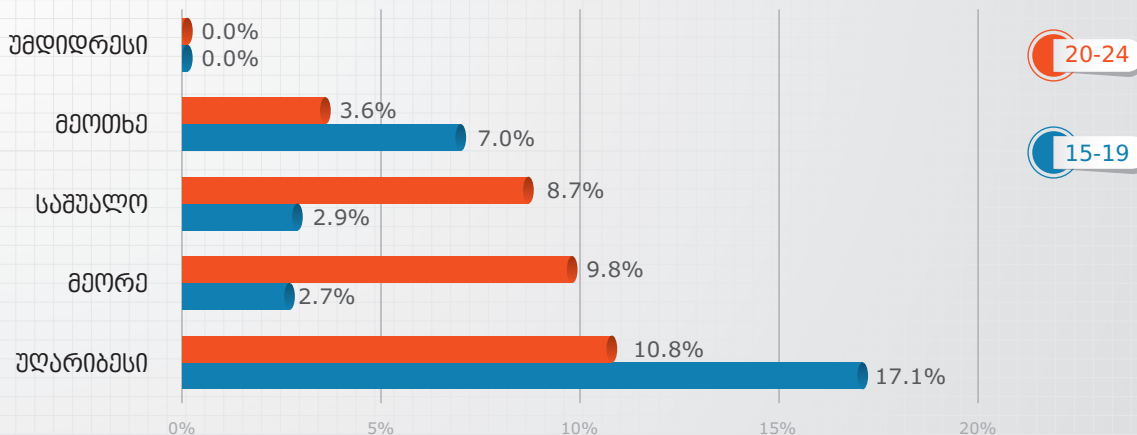
18 წლამდე ცოცხლადშობადობის მეორე ხალხის პროცენტული გადანაწილება, სოფლის/ქალაქის ტერიტორიაზე ცხოვრებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



გარდა ამისა, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს შორის შედარებით მაღალია ადრეული შვილოსნობის რისკი (16,3%) ვიდრე ეთნიკურად ქართველ ქალებს შორის (5,4%) და იმავე ასაკობრივი ჯგუფში შემავალ ეთნიკურად სომეხ ქალებს შორის (1,9%). და ბოლოს, მყარი კორელაცია არსებობს ადრეულ შვილოსნობასა და ქონებრივ კვინტილს შორის. უღარიბეს კატეგორიაში ქალები ადრეულ ასაკში (18 წლამდე) შვილოსნობის რისკი თითქმის 11%-ს უტოლდება, მაშინ როცა ეს მაჩვენებელი 0%-ის ტოლია უმდიდრეს კატეგორიაში (უმდიდრეს კატეგორიაში რესპონდენტთა რაოდენობა იმდენად მცირე იყო, რომ მათ შორის ადრეული შვილოსნობის არც ერთი შემთხვევა არ აღმოჩნდა) (გრაფიკი 5.2.2). დასკვნის საბით შეიძლება ითქვას, რომ ადრეული შვილოსნობა გამოკვეთილად განპირობებულია სოციალური სიდუხჭირით. იგი მეტად გავრცელებულია სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის, განათლების დაბალი დონის მქონე და შედარებით ღარიბ ქალებს შორის.

გრაფიკი 5.2.2:

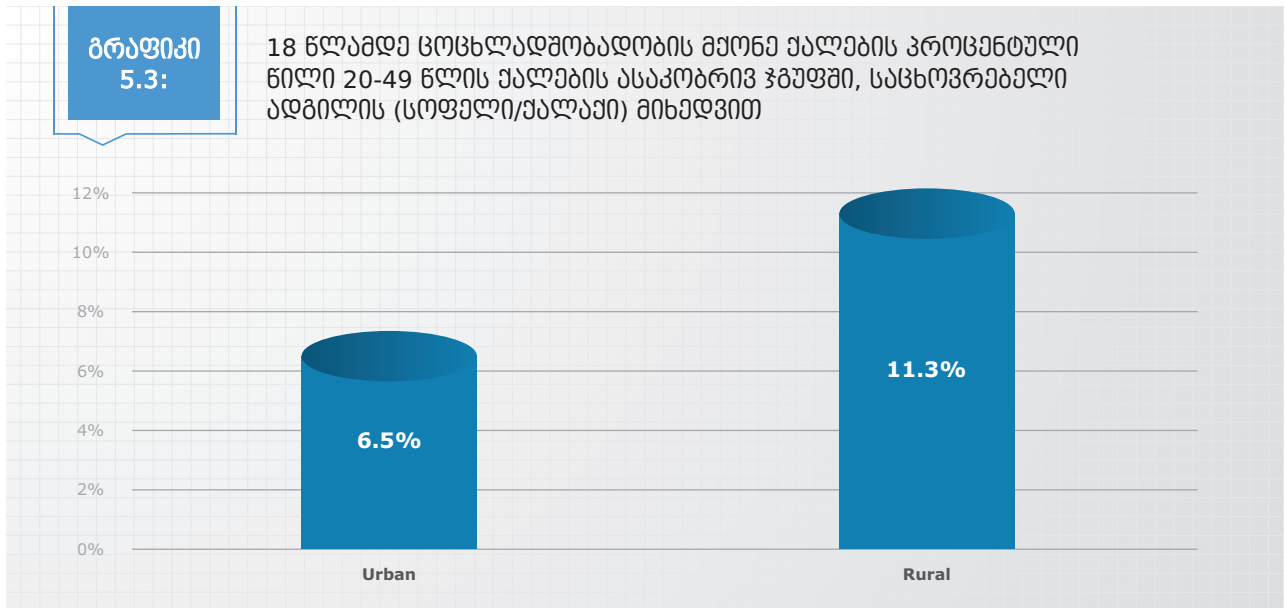
15-24 წლის იმ ქალების პროცენტული განაწილება, რომლებსაც 18 წლამდე მშობიარობის ისტორია აქვთ, ქონებრივი კვინტილის მიხედვით



5.3. ადრეულ ასაკში მშობიარობასთან დაკავშირებული ტენდენციები (ცხრილი TM.2.3W)

როგორც 5.1. თავში აღვნიშნეთ, 20 წლამდე ასაკის ქალებში შვილოსნობის კლების ტენდენცია აშკარად იკვეთება (გრაფიკი 5.1). 1995 წლიდან 2018 წლამდე პერიოდში, ე.ი. ერთი თაობის ფარგლებში, აღნიშნული მაჩვენებელი განახევრდა. თუმცა ამ ტენდენციის დანახვა,

ასევე, სავსებით შესაძლებელია, თუ თვალს გადავავლებთ მშობიარობის ისტორიას ქალების ყოველ მომდევნო კოჰორტაში. ანალიზის შედეგად დგინდება, რომ 20-29 წლის ასაკის ქალების 6,6%-ს ჰქონდა პირველი მშობიარობა 18 წლამდე ასაკში. აღნიშნულ მშობიარობებს ადგილი ჰქონდა 2006 წლიდან 2013 წლამდე პერიოდში, როდესაც კვლევაში მონაწილე დედები 16-17 წლის იყვნენ. ათი წლით ადრე (იმ ქალებს შორის, რომლებიც ამჟამად 30-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფს განეკუთვნებიან) აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენდა 6.2%-ს; ხოლო 20 წლით ადრე (დაახლოებით 2000 წელს) - 10,8%-ს. დადებითი ტენდენცია თვალსაჩინოა, თუმცა არა იდეალური. 2018 წელს, ჯერ კიდევ არსებობს სხვაობა ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ ახალგაზრდა ქალებს შორის; სოფლად, 18 წლამდე ასაკში ბავშვის გაჩენის რისკი ორჯერ უფრო მაღალია (რისკი - 11,3%), ვიდრე ქალაქად (რისკი - 6,5%) (გრაფიკი 5.3). თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში ეს სხვაობა ნაკლებად იკვეთება.



ცხრილი TM.2.2W: ადრეულ ასაკში მშობიარობა (ახალგაზრდა ქალები)

15-19 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა, არიან ორსულად პირველ ბავშვზე, ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა ან არიან ორსულად პირველ ბავშვზე, ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 15 წლამდე და 20-24 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 18 წლამდე, მიქსი საქართველო 2018

	15-19 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:				15-19 წლის ქალების რაოდენობა	20-24 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 18 წლამდე ¹	20-24 წლის ქალების რაოდენობა
	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა	არიან ორსულად პირველ ბავშვზე	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა ან არიან ორსულად პირველ ბავშვზე	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 15 წლამდე			
სულ	5.6	2.1	7.7	0.3	533	6.1	783
დასახლების ტიპი							
ქალაქი	3.2	2.2	5.4	0.0	343	3.6	512
სოფელი	10.0	1.8	11.8	0.8	190	10.8	271
რეგიონი							
თბილისი	3.4	3.9	7.3	0.0	205	1.1	317
აჭარის ა.რ.	4.3	0.0	4.3	0.0	57	3.0	81
გურია	(8.5)	(4.4)	(12.8)	(0.0)	12	7.4	17
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	5.1	2.0	7.1	0.0	60	8.4	105
კახეთი	(5.2)	(0.0)	(5.2)	(0.0)	34	22.5	43
მცხეთა-მთიანეთი	10.8	2.6	13.4	0.0	13	6.1	13
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	12.9	0.7	13.6	0.0	37	10.0	33
სამცხე-ჯავახეთი	(5.3)	(0.0)	(5.3)	(0.0)	16	1.7	23
ქვემო ქართლი	(11.0)	(0.0)	(11.0)	(2.5)	58	9.6	104
შიდა ქართლი	3.2	1.6	4.8	0.0	41	16.1	46
განათლება							
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	0	(*)	1
დანყებიანი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	40.7	2.2	42.9	3.5	42	26.0	82
სრული საშუალო	3.1	1.0	4.1	0.0	375	7.1	183
პროფესიული განათლება	(3.7)	(0.0)	(3.7)	(0.0)	19	9.4	120
უმაღლესი	0.8	6.4	7.2	0.0	97	0.5	397
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება							
ქართველი	4.6	1.6	6.2	0.0	462	5.4	679
აზერბაიჯანელი	(18.8)	(10.1)	(28.9)	(3.9)	37	(16.3)	59
სომეხი	(3.2)	(0.0)	(3.2)	(0.0)	22	(1.9)	33
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	12	(*)	12

შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი							
არის დევნილი	5.6	16.8	22.4	0.0	37	0.9	25
არ არის დევნილი	5.6	1.0	6.6	0.3	496	6.3	757
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი							
ულარიბესი	17.1	1.0	18.1	1.5	98	10.8	116
მეორე	2.7	3.6	6.2	0.0	95	9.8	153
საშუალო	2.9	6.8	9.7	0.0	95	8.7	148
მეოთხე	7.0	0.2	7.2	0.0	112	3.6	204
უმდიდრესი	0.0	0.0	0.0	0.0	133	0.0	162
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.2 - ადრეულ ასაკში მშობიარობა							
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას							
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას							
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში ან სვეტში							

ცხრილი TM.2.3W: ადრეულ ასაკში მშობიარობის ტენდენციები (ქალები)												
15 წლამდე და 18 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი დასახლების ტიპისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, მიქსი საქართველო 2018												
	ქალაქი				სოფელი				სულ			
	15 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ქალების რაოდენობა	18 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	20-49 წლის ქალების რაოდენობა	15 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ქალების რაოდენობა	18 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	20-49 წლის ქალების რაოდენობა	15 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ქალების რაოდენობა	18 წლამდე ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების პროცენტული წილი	20-49 წლის ქალების რაოდენობა
სულ	0.2	4,392	6.5	4,049	1.3	2,420	11.3	2,230	0.6	6,812	8.2	6,279
ასაკი												
15-19	0.0	343	აშ	აშ	0.8	190	აშ	აშ	0.3	533	აშ	აშ
15-17	0.0	209	აშ	აშ	1.3	115	აშ	აშ	0.5	324	აშ	აშ
18-19	0.0	134	აშ	აშ	0.0	75	აშ	აშ	0.0	209	აშ	აშ
20-24	0.0	512	3.6	512	0.5	271	10.8	271	0.2	783	6.1	783
25-29	0.0	745	4.6	745	0.5	432	10.5	432	0.2	1,177	6.8	1,177
30-34	0.1	794	3.2	794	2.4	413	10.9	413	0.9	1,207	5.8	1,207
35-39	0.3	817	6.9	817	0.6	335	13.3	335	0.4	1,153	8.8	1,153
40-44	0.5	620	13.0	620	3.4	390	16.3	390	1.6	1,010	14.3	1,010
45-49	0.4	561	8.1	561	0.2	388	6.0	388	0.3	950	7.3	950
აშ: არ შეესაბამება												

6. მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის ადგილი

6.1. მშობიარობის ადგილი (ცხრილები TM 6.1 და TM 6.2CS)

MICS6 მოიცავდა კითხვას, რომელის მიზანი იყო კვლევამდე 2 წლის პერიოდში მშობიარობის ადგილის დადგენას. საქართველოში დაბადებული ბავშვების დაახლოებით სამი მეოთხედი (70,3%) იბადება სამშობიარო სახლებში; ხოლო დაახლოებით ერთი მეოთხედი - ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, კლინიკებსა ან სამედიცინო ცენტრებში, და 0,7% - სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში. ნებისმიერი ქვე-კატეგორიის რესპონდენტები იშვიათად მშობიარობენ სხვა ადგილებში. საცხოვრებელ ადგილზე - სახლში მშობიარობა ძალიან იშვიათია (0,6%). სამშობიარო სახლებში მშობიარობს უფრო მეტი სოფლად მცხოვრები ქალი (74,3%) ვიდრე ქალაქად (63,8%). საქართველოს მასშტაბით მხოლოდ ერთი რეგიონია, სადაც ქალების დიდი უმრავლესობა მშობიარობს არა სამშობიარო სახლებში (სამშობიარო სახლებში მშობიარობს მხოლოდ 17,8%), არამედ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, კლინიკებსა ან სამედიცინო ცენტრებში; ეს რეგიონია სამცხე-ჯავახეთი. აღნიშნული რეგიონი ესაზღვრება სომხეთს და საქართველოში მცხოვრები სომეხი ქალები უფრო ხშირად მშობიარობენ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, კლინიკებსა ან სამედიცინო ცენტრებში (69,8%). აღნიშნული პრაქტიკის მიზეზები უცნობია, მაგრამ, სავარაუდოდ, შესაძლებელია გამოწვეული იყოს იმ ფაქტით, რომ რეგიონი არ გამოირჩევა განსაკუთრებით დიდი რაოდენობის ვინრო-პროფილური სამშობიარო სახლებით; სამაგიეროდ, რეგიონულ საავადმყოფოებში არის სამედიცინო გინეკოლოგიური განყოფილებები. რაც შეეხება მდიდრების კატეგორიას, ისინი უმეტესწილად (82,0%) სამშობიარო სახლებში მშობიარობენ. სხვა მახასიათებლებთან დაკავშირებული სხვაობები ამ მიმართულებით არ დაფიქსირებულა.

6.2. საკეისრო კვეთა

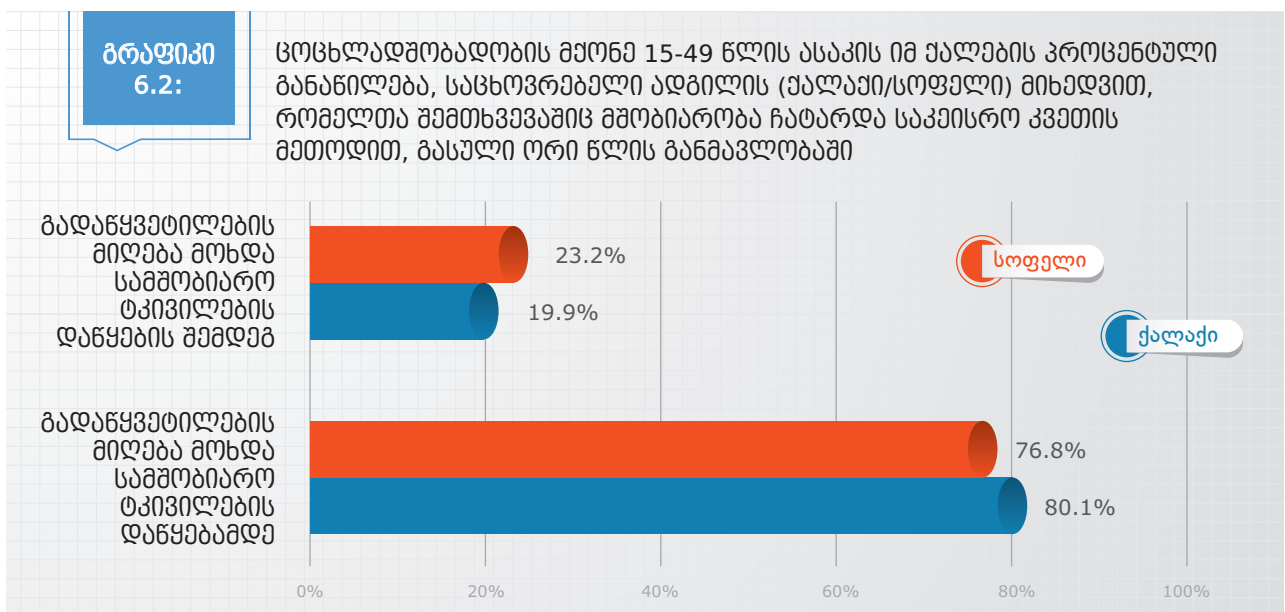
საქართველოში ძალიან მაღალია საკეისრო კვეთის მეთოდით მიმდინარე მშობიარობების პროცენტული მაჩვენებელი. ქალების თითქმის ნახევარი (46,6%) ამ მეთოდით მშობიარობს. ქალების უმრავლესობას, რომლებიც საკეისრო კვეთით მშობიარობენ, ამის შესახებ გადაწყვეტილება დიდი ხნით ადრე აქვთ მიღებული. 2015 წელს, მსოფლიო მასშტაბით, საკეისრო კვეთის მეთოდის გამოყენების საშუალო მაჩვენებელი 21,1%-ს შეადგენდა³¹, შესაბამისად, გაცილებით დაბალი იყო, ვიდრე საქართველოში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო) მიიჩნევს, რომ არც ერთ ქვეყანას არ უნდა ჰქონდეს საკეისრო კვეთების ასეთი მაღალი მაჩვენებელი. 1985 წლიდან მოყოლებული, ჯანმო მუდმივად გასცემს რეკომენდაციას იმასთან დაკავშირებით, რომ ქვეყანაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი არ აღემატებოდეს მშობიარობების საერთო რაოდენობის 10-15%-ს³². აღნიშნული რეკომენდაცია ემყარება 1989 წელს ჯანმო-ს მიერ ბრაზილიაში, კერძოდ ფორტალეზაში (ბრაზილია), ორგანიზებულ შეხვედრაზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ექსპერტთა საბჭოს მიერ გაკეთებულ განცხადებას, რომელშიც ნათქვამია, რომ „არც ერთ რეგიონში არ არის გამართლებული საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი აღემატებოდეს 10-15%-ს.“ მიუხედავად ამისა, საქართველოში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი ძალიან მაღალი რჩება და, ფაქტობრივად, ოთხჯერ აღემატება ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულ ზღვარს, რასაც გამართლება არ აქვს.

2018 წლის ივლისში, საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტომ მიიღო ზომები ამ ყოველად მიუღებელი ტენდენციის შესაჩერებლად. აღნიშნული სააგენტოს ინიციატივით, 17 სამედიცინო დაწესებულება დაჯარიმდა საკეისრო კვეთების რაოდენობის შემცირების

31 Statista. 2000 და 2015 წლებში მსოფლიოში საკეისრო კვეთით ცოცხლადშობილთა პროცენტული განაწილება რეგიონების მიხედვით. <https://www.statista.com/statistics/982511/c-section-delivery-rates-globally-by-region/>. ხელმისაწვდომია 16/12/2019 მდგომარეობით.

32 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (2015). საკეისრო კვეთა მხოლოდ სამედიცინო საჭიროების შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>. ხელმისაწვდომია 16/12-2019 მდგომარეობით.

თაობაზე დადებული შეთანხმებების პირობების შეუსრულებლობის / საკეისრო კვეთების ნაკისრი ზღვრული რაოდენობის გადაჭარბების გამო. მომსახურების მიწოდება შეეზღუდათ იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც 12 თვის განმავლობაში 500-ზე მეტ საკეისრო კვეთას ასრულებდნენ.³³ აღნიშნული ზომები მიღებული იქნა, 2018 წელს MICS-ის მონაცემთა შეგროვების თარიღიდან ნახევარი წლის შემდეგ. აღნიშნული კვლევის ფარგლებში შეგროვილი მონაცემები მოიცავს ინფორმაციას იმ მშობიარობების შესახებ, რომლებიც ჩატარდა 2016 წლის შუა პერიოდიდან 2018 წლის შუა პერიოდამდე. შედეგად, საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი, რომელიც 2018 წელს ჩატარებული MICS-ის შედეგად იქნა მიღებული, ძალიან მაღალია. მიუხედავად იმისა, რომ, საქართველოს რეგიონებს შორის აღნიშნული მაჩვენებლის სხვაობა ფიქსირდება, მოცემული პრაქტიკა ქვეყანის მთელ ტერიტორიაზე დამკვიდრებული. მაგალითად, ამ მიმართულებით, თითქმის არანაირი სხვაობა არ შეინიშნება ქალაქებსა (საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი - 47,1%) და სოფლებს (საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი - 45,7%) შორის. ამავე დროს სხვაობა არ აღინიშნება არც იმ ელემენტში, რომელიც ეხება ქალების მიერ საკეისრო კვეთის მეთოდით მშობიარობის წინასწარ დაგეგმვას (რაც იმას ნიშნავს, რომ არ არსებობდა საამისო სამედიცინო საჭიროება). ქალაქში მაცხოვრებელ იმ ქალებს შორის, რომლებმაც საკეისრო კვეთის მეთოდით იმშობიარეს, 80,1%-ს წინასწარ ჰქონდა მიღებული გადაწყვეტილება საკეისრო კვეთით მშობიარობის თაობაზე, ხოლო სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის ეს მაჩვენებელი 76,8%-ს შეადგენდა (გრაფიკი 6.2). თუმცა ქვეყნის მასშტაბით ამ მიმართულებით კონკრეტული სხვაობები ფიქსირდება. საკეისრო კვეთის ყველაზე ნაკლები პროცენტული მაჩვენებელი მცხეთა-მთიანეთში ფიქსირდება (33,8%), ხოლო ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - სამეგრელო ზემო სვანეთში, სადაც აღნიშნული მაჩვენებელი 63,3%-საც კი აღწევს! მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში საკეისრო კვეთის შედარებით დაბალი მაჩვენებელი შესაძლებელია უკავშირდებოდეს იმ ფაქტს, რომ აღნიშნული რეგიონი საქართველოს დედაქალაქ თბილისთან საკმაოდ ახლოს მდებარეობს, და ქალების უმრავლესობა, შესაძლებელია, თბილისში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობდნენ საკეისრო კვეთის მეთოდით. საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება, ასევე, იმ ქალებს შორის, რომლებიც 35-49 წლის ასაკობრივ ჯგუფს განეკუთვნებიან (61,3%). როგორც აღმოჩნდა, ეს პრაქტიკა უფრო მეტად არის დამკვიდრებული ეთნიკურად ქართველ მოსახლეობას შორის (48,8%) ვიდრე ეთნიკურად აზერბაიჯანელ (38,2%) და სომეხ ქალებს შორის (36,0%). მომავალი გვიჩვენებს თუ რამდენად ეფექტიანი აღმოჩნდება ამჟამად მიღებული ზომები საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შემცირების თვალსაზრისით.



33 საქართველო დღეს (2018 წლის 20 ივლისი). საკეისრო კვეთით დაბადებულ ბავშვთა მაჩვენებელი ძალიან მაღალია. <http://georgiatoday.ge/news/11436/Caesarean-Section-Birth-Rate-Too-High>

ცხრილი TM.6.1: მშობიარობის ადგილი

ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება ბოლო ცოცხლადშობადობისას მშობიარობის ადგილის მიხედვით, მიქსი საქართველო 2018

	მშობიარობის ადგილი				სულ	მშობიარობა სამედიცინო დაწესებულებაში ¹	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების რაოდენობა
	სამედიცინო დაწესებულება			სახლი			
	სამშობიარო სახლი	სავადმყოფო/კლინიკა/სამედიცინო ცენტრი	სხვა სამედიცინო დაწესებულება				
სულ	70.3	28.4	0.7	0.6	100.0	99.4	900
დასახლების ტიპი							
ქალაქი	74.2	24.6	0.7	0.5	100.0	99.5	564
სოფელი	63.8	34.9	0.6	0.6	100.0	99.4	336
რეგიონი							
თბილისი	74.0	24.7	1.2	0.0	100.0	100.0	331
აჭარის ა.რ.	63.1	34.7	1.1	1.1	100.0	98.9	93
გურია	60.6	38.0	1.4	0.0	100.0	100.0	19
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	89.5	10.5	0.0	0.0	100.0	100.0	117
კახეთი	72.6	23.9	1.2	2.3	100.0	97.7	66
მცხეთა-მთიანეთი	67.5	29.5	0.0	2.9	100.0	97.1	22
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	65.0	35.0	0.0	0.0	100.0	100.0	61
სამცხე-ჯავახეთი	17.8	82.2	0.0	0.0	100.0	100.0	35
ქვემო ქართლი	67.9	32.1	0.0	0.0	100.0	100.0	108
შიდა ქართლი	64.7	31.0	0.0	4.2	100.0	95.8	49
განათლება							
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	-	-	0
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	69.0	30.7	0.0	0.3	100.0	99.7	94
სრული საშუალო	67.7	30.8	0.5	1.0	100.0	99.0	215
პროფესიული განათლება	67.1	31.9	0.0	1.0	100.0	99.0	182
უმაღლესი	73.4	25.1	1.2	0.2	100.0	99.8	409
ასაკი ბოლო ცოცხლადშობადობისას							
20 წლამდე	61.0	39.0	0.0	0.0	100.0	100.0	49
20-34	69.7	29.5	0.2	0.7	100.0	99.3	740
35-49	78.7	16.7	4.4	0.3	100.0	99.7	111
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)							
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	86.4	13.6	0.0	0.0	100.0	100.0	63

არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	69.9	28.7	0.7	0.6	100.0	99.4	825
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება							
ქართველი	72.1	26.5	0.8	0.7	100.0	99.3	775
აზერბაიჯანელი	(69.9)	(30.1)	(0.0)	(0.0)	100.0	(100.0)	63
სომეხი	30.2	69.8	0.0	0.0	100.0	100.0	39
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	23
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი							
არის დევნილი	64.0	36.0	0.0	0.0	100.0	100.0	54
არ არის დევნილი	70.7	27.9	0.7	0.6	100.0	99.4	846
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი							
ულარიბესი	67.8	31.2	0.7	0.2	100.0	99.8	143
მეორე	60.9	37.9	0.6	0.6	100.0	99.4	172
საშუალო	67.5	30.9	0.0	1.6	100.0	98.4	180
მეოთხე	69.8	30.2	0.0	0.0	100.0	100.0	183
უმდიდრესი	82.0	15.7	1.8	0.5	100.0	99.5	221
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.8 - მშობიარობა სამედიცინო დაწესებულებაში							
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას							
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას							
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში ან სვეტში							

ცხრილი TM.6.2CS: საკეისრო კვეთა						
ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონდე 15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება საკეისრო კვეთის მიხედვით, მიქსი საქართველო 2018						
	საკეისრო კვეთით მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი ¹	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების რაოდენობა	საკეისრო კვეთით მშობიარობის პროცენტული წილი, რომელიც		სულ	ბოლო 2 წლის განმავლობაში საკეისრო კვეთით ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების რაოდენობა
			გადაწყდა საშობიარო ტკივილების დამწყებამდე	გადაწყდა საშობიარო ტკივილების დამწყების შემდეგ		
სულ	46.6	900	78.9	21.1	100.0	419
დასახლების ტიპი						
ქალაქი	47.1	564	80.1	19.9	100.0	266
სოფელი	45.7	336	76.8	23.2	100.0	153
რეგიონი						
თბილისი	42.6	331	(75.2)	(24.8)	100.0	141
აჭარის ა.რ.	58.1	93	75.7	24.3	100.0	54
გურია	37.2	19	(89.2)	(10.8)	100.0	7

იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	51.6	117	(88.3)	(11.7)	100.0	60
კახეთი	43.7	66	(77.6)	(22.4)	100.0	29
მცხეთა-მთიანეთი	33.8	22	(74.1)	(25.9)	100.0	7
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	63.3	61	86.3	13.7	100.0	38
სამცხე-ჯავახეთი	35.6	35	(82.3)	(17.7)	100.0	12
ქვემო ქართლი	44.6	108	(71.8)	(28.2)	100.0	48
შიდა ქართლი	44.4	49	(86.0)	(14.0)	100.0	22
განათლება						
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	0	-	-	-	0
დანყვებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	39.8	94	(62.7)	(37.3)	100.0	37
სრული საშუალო	46.6	215	89.5	10.5	100.0	100
პროფესიული განათლება	49.0	182	81.3	18.7	100.0	89
უმაღლესი	47.1	409	75.5	24.5	100.0	192
ასაკი ბოლო ცოცხლადშობადობისას						
20 წლამდე	41.6	49	(*)	(*)	100.0	21
20-34	44.7	740	80.4	19.6	100.0	331
35-49	61.3	111	73.9	26.1	100.0	68
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)						
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	51.3	63	(78.1)	(21.9)	100.0	32
არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	45.9	825	78.9	21.1	100.0	378
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება						
ქართველი	48.8	775	81.9	18.1	100.0	379
აზერბაიჯანელი	(38.2)	63	(*)	(*)	100.0	24
სომეხი	36.0	39	(*)	(*)	100.0	14
სხვა	(*)	23	(*)	(*)	100.0	3
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი						
არის დევნილი	52.1	54	75.1	24.9	100.0	28
არ არის დევნილი	46.2	846	79.2	20.8	100.0	391
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი						
უღარიბესი	42.5	143	76.0	24.0	100.0	61
მეორე	46.1	172	82.3	17.7	100.0	80
საშუალო	45.0	180	72.1	27.9	100.0	81
მეოთხე	54.5	183	81.2	18.8	100.0	100
უმდიდრესი	44.4	221	(81.2)	(18.8)	100.0	98
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.10 - საკეისრო კვეთა						
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას						
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას						
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში ან სვეტში						

7. ახალშობილისა და დედის მშობიარობის შემდგომი შემოწმება (ცხრილი TM 8.2CS)

საქართველოში ახალშობილთა აბსოლუტური უმრავლესობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ფასდება დაბადებიდან პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში. MICS6-ში მონაწილე ქალებმა, რომლებმაც შვილები გამოკითხვამდე ორი წლის პერიოდში გააჩინეს, უპასუხეს კითხვას, იმის შესახებ ნამდვილად წარმოებდა თუ არა ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება დაბადებისთანავე, და პარალელურად თუ წარმოებდა დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება.

კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ სამედიცინო შემოწმებას გადის ახალშობილთა 91,6%. რაც შეეხება დედებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება უტარდება მათ 47,2%-ს. იმ ახალშობილებს შორის, რომელთაც გაიარეს სამედიცინო შემოწმება, 83,2%-ს ამგვარი შემოწმება ჩაუტარდა დაბადებიდან პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში, ხოლო 15,9% - ოთხი კვირის შემდეგ. ამასთან, კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ ახალშობილების ჯანმრთელობის მდგომარეობა თანაბრად მონმდება ქალაქებსა და სოფლებში. ერთადერთი, სოფლად დაბადებულ ახალშობილებს სამედიცინო შემოწმება უფრო ხშირად უტარდებათ დაბადებიდან ოთხი კვირის გასვლის შემდეგ (23%), ვიდრე ქალაქში დაბადებულ ბავშვებს (11,7%).

საქართველოს ორ რეგიონში, 90%-ზე ნაკლებ ახალშობილს უტარდებათ სამედიცინო შემოწმება: ეს რეგიონებია აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა (82,0%) და სამცხე-ჯავახეთი (71,6%). გარკვეული კორელაცია დგინდება ახალშობილთა სამედიცინო შემოწმების მაჩვენებელსა და მათი დედების განათლების დონეს შორის (იმ დედების შემთხვევაში, რომელთა განათლების დონეც შემოიფარგლება დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო) განათლებით, ახალშობილთა მხოლოდ 80,7% გადის სამედიცინო შემოწმებას), და ასევე ახალშობილთა სამედიცინო შემოწმების მაჩვენებელსა და დედის ეთნიკურ წარმომავლობას შორის; ასე მაგალითად, ეთნიკურად სომეხი დედების ახალშობილთა მხოლოდ 81,8%-ს ჩაუტარდა სამედიცინო შემოწმება. სხვა მახასიათებლებს რაც შეეხება, მათი გავლენა ახალშობილთა სამედიცინო შემოწმების მაჩვენებელზე უმნიშვნელოა.

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში, დედების სხვადასხვა პროცენტული წილი გადის მშობიარობის შემდგომ სამედიცინო შემოწმებას. ზოგიერთ რეგიონში აღნიშნული პროცენტული მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია (მშობიარობის შემდგომ სამედიცინო შემოწმებას გადის ქალების ერთი მესამედი ან კიდევ უფრო ნაკლები: სამცხე-ჯავახეთი: 23,2%, შიდა ქართლი: 33,4%, გურია: 35,2% და მცხეთა-მთიანეთი: 35,5%). სხვა რეგიონებში აღნიშნული მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია (იმერეთი, რაჭა ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი: 69,3%; აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა: 71,4%). ქალის განათლების დონე გარკვეულ როლს ასრულებს ამ მიმართულებით (განათლების დაბალი დონის მქონე კატეგორია: 38,6%; განათლების მაღალი დონის მქონე კატეგორია: 51,3%). ასევე, ფაქტორად განიხილება ქონებრივი კვინტილი (უღარიბესი ქალები: 39,7%). გარდა ამისა, სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებთან შედარებით, ეთნიკურად სომეხი ქალების შედარებით მცირე პროცენტული ნაწილი, კონკრეტულად მათი 30,6% გადის სამედიცინო შემოწმებას მშობიარობის შემდგომ. სხვა მახასიათებლებს რაც შეეხება, მათი გავლენა დედათა სამედიცინო შემოწმების მაჩვენებელზე არ ფიქსირდება.

ცხრილი TM.8.2CS: ახალშობილისა და დედის მშობიარობის შემდეგში შემოწმება

ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 15-49 წლის ქალებისა და მათი ბოლო ცოცხლადშობილი შვილების პროცენტული წილი, რომელთაც მიიღეს სამედიცინო შემოწმება სამედიცინო დანესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ, მიქსი საქართველო 2018

	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლად-შობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების % წილი, რომელთა ბოლო ცოცხლად-შობილმა შვილ-მაც მიიღო სამედიცინო შემოწმება სამედიცინო დანესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ ¹	ახალშობილების განაწილება მშობიარობის შემდეგ შემოწმების პერიოდის მიხედვით			სულ	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლად-შობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო ცოცხლად-შობილმა შვილ-მაც მიიღო სამედიცინო შემოწმება სამედიცინო დანესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ ²	დედების განაწილება მშობიარობის შემდეგ შემოწმების პერიოდის მიხედვით			სულ	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლად-შობილმა შვილ-მაც მიიღო სამედიცინო დანესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ	
		პირველი კვირის განმავლობაში	მე-2 - მე-4 კვირის განმავლობაში	4 კვირის შემდეგ			არ ვიცი/ არ მახსოვს	პირველი კვირის განმავლობაში	მე-2 - მე-4 კვირის განმავლობაში			4 კვირის შემდეგ
სულ	91.6	42.8	40.4	15.9	0.8	47.2	39.1	35.4	22.7	2.8	100.0	900
დასახლების ტიპი												
ქალაქი	91.7	43.7	43.9	11.7	0.7	46.8	32.5	39.4	24.9	3.2	100.0	564
სოფელი	91.3	41.4	34.6	23.0	1.0	48.0	49.9	28.7	19.1	2.2	100.0	336
რეგიონი												
თბილისი	94.3	40.6	50.6	8.8	0.0	39.7	(23.7)	(44.3)	(28.5)	(3.5)	100.0	331
აჭარის ა.რ.	82.0	72.2	20.9	6.0	1.0	71.4	76.6	11.9	11.5	0.0	100.0	93
გურია	98.8	24.7	45.2	28.7	1.4	35.2	(23.3)	(46.1)	(26.7)	(3.9)	100.0	19
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	95.7	47.0	31.9	19.8	1.3	69.3	22.6	48.5	23.6	5.3	100.0	117
კახეთი	91.3	52.4	28.7	16.4	2.4	57.2	62.5	16.3	19.2	2.0	100.0	66

მცხეთა-მთიანეთი	90.5	33.4	44.0	22.6	0.0	100.0	35.5	(39.7)	(42.5)	(17.8)	(0.0)	100.0	22
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	90.0	36.5	41.0	22.5	0.0	100.0	44.5	(38.3)	(43.9)	(17.4)	(0.4)	100.0	61
სამცხე-ჯავახეთი	71.6	32.1	22.0	45.8	0.0	100.0	23.2	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	35
ქვემო ქართლი	90.5	35.2	40.3	21.4	3.0	100.0	39.7	(39.9)	(30.1)	(26.4)	(3.6)	100.0	108
შიდა ქართლი	97.7	28.8	45.2	26.0	0.0	100.0	33.4	(47.1)	(33.4)	(19.4)	(0.0)	100.0	49
განათლება													
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
დანეციბითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	80.7	34.2	38.6	25.3	1.8	100.0	38.6	(35.0)	(51.1)	(13.9)	(0.0)	100.0	94
სრული საშუალო	91.0	36.6	42.8	20.5	0.0	100.0	42.6	46.7	30.8	19.2	3.2	100.0	215
პროფესიული განათლება	94.5	30.8	48.6	18.8	1.7	100.0	48.0	40.3	29.3	20.4	10.0	100.0	182
უმაღლესი	93.0	53.2	35.8	10.3	0.7	100.0	51.3	36.0	37.1	26.7	0.1	100.0	409
ასაკი ბოლო ცოცხლადშობილებისას													
20 წლამდე	93.9	54.3	24.5	21.2	0.0	100.0	41.9	(47.1)	(35.7)	(17.2)	(0.0)	100.0	49
20-34	90.9	41.3	42.3	15.4	1.0	100.0	47.6	40.5	33.6	22.5	3.4	100.0	740
35-49	94.9	47.9	35.6	16.5	0.0	100.0	46.9	26.3	47.0	26.7	0.0	100.0	111
ფუნქციონირების სორტულები (18-49 ასაკის)													
აქვს	90.3	40.4	52.1	7.5	0.0	100.0	47.7	(34.6)	(45.8)	(19.6)	(0.0)	100.0	63
არ აქვს	91.6	42.5	40.2	16.5	0.9	100.0	47.6	39.3	34.8	22.9	3.0	100.0	825
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება													
ქართველი	92.2	43.3	41.7	14.4	0.5	100.0	49.1	39.0	37.7	20.1	3.1	100.0	775

აგრობაიჯანელი	(89.2)	(32.5)	(36.2)	(26.1)	(5.3)	100.0	(37.7)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	63
სომეხი	81.8	(65.5)	(13.9)	(20.6)	(0.0)	100.0	30.6	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	39
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	23
შინამურნეობის უფროსის დევილობის სტატუსი													
არის დევილო	91.2	30.9	51.7	17.5	0.0	100.0	21.4	(49.8)	(45.8)	(4.4)	(0.0)	100.0	54
არ არის დევილო	91.6	43.6	39.7	15.8	0.9	100.0	48.9	38.8	35.1	23.2	2.9	100.0	846
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი													
ულარიბესი	87.2	30.7	40.0	28.2	1.2	100.0	39.7	45.7	35.3	16.6	2.5	100.0	143
მეორე	92.0	47.3	28.6	22.4	1.8	100.0	50.6	52.1	23.4	22.8	1.6	100.0	172
საშუალო	91.9	39.5	46.0	14.3	0.2	100.0	53.7	45.2	29.1	19.3	6.4	100.0	180
მეოთხე	90.1	51.5	38.2	9.8	0.5	100.0	45.8	33.9	40.1	24.3	1.7	100.0	183
უმდიდრესი	94.9	42.6	47.0	9.7	0.7	100.0	45.4	22.6	47.8	28.1	1.5	100.0	221

1 მიქსის ეროვნული მარკეტინგული TM.19CS - ახალშობილის მშობიარობის შემდგომი შემონიშნება

2 მიქსის ეროვნული მარკეტინგული TM.20CS - დედის მშობიარობის შემდგომი შემონიშნება

() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას

“-“ აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელოში ან სვეტში

8. აივ ინფექცია

8.1. აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა საქართველოში

ზოგადად, აივ/შიდსის ეპიდემიამ, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, მეტად მოიცვა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები. დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრის (ECDC)³⁴ მიერ წარმოებული უახლესი ეპიდემიოლოგიური კვლევის თანახმად, 2017 წელს, დიაგნოზით დადასტურებული აივ-ით ინფიცირების ახალ შემთხვევათა რაოდენობა დასავლეთ ევროპაში შეადგენდა 6,9/100 000-ს, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპაში - 23,6/100 000. იმ შემთხვევაში, თუ ამ მაჩვენებელს რუსეთის ფედერაციის მონაცემებსაც დავამატებთ, აღმოსავლეთ ევროპის მაჩვენებელი 51,1/100 000-მდე გაიზარდა. აღმოსავლეთ ევროპაში, დასავლეთ ევროპისგან განსხვავებით, აივ-ინფექციის გავრცელების ერთ-ერთ გამოკვეთილ წყაროს ჰეტეროსექსუალური კავშირებით ინფექციის გადაცემა წარმოადგენს. დღესდღეისობით, აღმოსავლეთ ევროპაში აივ ინფექციის შემთხვევათა ორი მესამედის გადაცემა სწორედ ჰეტეროსექსუალური კავშირების შედეგად ხდება. დასავლეთ ევროპაში, ჰეტეროსექსუალური კავშირებით აივ ინფექციის გადაცემის შემთხვევები, დადასტურებული შემთხვევების მხოლოდ ერთ მესამედს შეადგენს. აღმოსავლეთ ევროპა დასავლეთ ევროპას შიდსის ახალი შემთხვევების რაოდენობითაც უსწრებს: აღმოსავლეთ ევროპა - 10,2/100 000 ხოლო დასავლეთ ევროპა - 0,7/100 000.

საქართველო დაბალი აივ პრევალენტობის მქონე ქვეყნების ჯგუფს მიეკუთვნება, რადგან აივ-ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი ქვეყნის მოზრდილ მოსახლეობაში მხოლოდ 0.4%-ს შეადგენს³⁵. ქვეყნის მასშტაბით, აივ-ის გავრცელების შესაჩერებლად გატარებულმა ღონისძიებებმა გარკვეული დადებითი შედეგები მოიტანა, თუმცა არა იმდენად, რომ გვექნოდა საფუძველი იმის გასაცხადებლად, რომ ქვეყანა ეფექტურად მართავს მზარდ ეპიდემიას. ამ მიმართულებით საქართველოში არსებული მდგომარეობა მიუთითებს იმაზე, რომ საქართველოს შეუძლია დააკმაყოფილოს სამი მიზნიდან ბოლო ორი მიზანი, რომლებიც გაეროს აივ/შიდსის პროგრამის (UNAIDS) ფარგლებში წარმოებული კამპანიის „დიდი ნაბიჯებით შიდსის დამარცხებისკენ - 90-90-90“ ნაწილს წარმოადგენს, თუმცა ვერ აკმაყოფილებს პირველ მიზანს. შიდსის ცენტრის³⁶ მიერ მონოღებული უკანასკნელი მონაცემების თანახმად, 2019 წლის ბოლოსთვის საქართველოში ოფიციალურად რეგისტრირებული იყო აივ-ით ინფიცირებული 8 028 პირი. საქართველოში ეპიდემია მეტწილად შემოიფარგლება ინფექციის გადაცემის ძირითად გზებთან იდენტიფიცირებული პოპულაციებით, როგორცაა: მამაკაცები რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცთან (მსმ), სექს-მუშაკები და ნარკოტიკების ინტრავენური მომხმარებლები. 2017 წელს, მამაკაცები რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცთან (მსმ) წარმოადგენდნენ ყველაზე დიდ ერთეულ რისკ-ჯგუფს, რომლის შემთხვევაშიც აივ-ის პრევალენტობა შეადგენდა 20,7%-ს, და, რომელთა შემთხვევაშიც, ეს მაჩვენებელი სწრაფად იზრდებოდა. ჰეტეროსექსუალებს შორის აივ ინფექციის გადაცემის მაჩვენებელი 2012 წელს დაფიქსირებული 44,8%-დან 2019 წელს 48%-მდე გაიზარდა.

საქართველოში აივ ინფექციის სხვა მაჩვენებლები (უკანასკნელ, 2017 წლის ანგარიშში შესული მონაცემებით) მოიცავს შემდეგს:

“1989 წელს აივ ინფიცირების პირველი შემთხვევის დარეგისტრირების დღიდან

34 დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი (ECDC, 2018 წ.). აივ/შიდსზე ზედამხედველობა ევროპაში - 2018 - 2017 წლების მონაცემები. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2018-2017-data>. ხელმისაწვდომია 18-11-2019 მდგომარეობით.

35 გაეროს აივ/შიდსის პროგრამის (UNAIDS) ფარგლებში წარმოდგენილი აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ეროვნული ანგარიში (2015 წ.). ეროვნული ანგარიში; საანგარიშო პერიოდი: 2014 წლის იანვარი - დეკემბერი. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_narrative_report_2015.pdf. ხელმისაწვდომია 21-11-2019 მდგომარეობით. გაეროს აივ/შიდსის პროგრამა (UNAIDS) (2018 წ.). შიდსის გლობალური მონიტორინგი, 2018 წ.. ეროვნული ანგარიში - საქართველო.

36 https://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html

მოყოლებული, ქვეყანაში ფიქსირდება აივ ინფიცირების ახალ შემთხვევათა რაოდენობის მყარი ზრდა და 2014 წელს აივ ინფიცირებულთა მაჩვენებელმა შეადგინა 12,7 ყოველ 100 000 მოსახლეზე.” უკანასკნელი მონაცემებით, საქართველოში აივ-ით ინფიცირებული პირების (PLHIV) რაოდენობამ (2017 წლის ბოლოსთვის) შეადგინა 10 500 პირი, და ამ პირების ნახევარი არ ფლობს ინფორმაციას საკუთარი მდგომარეობის შესახებ. 2017 წლის ბოლოსთვის, საქართველოში ოფიციალურად რეგისტრირებული იყო აივ-ით ინფიცირებული (PLHIV) 6 471 პირი. მიუხედავად იმისა, რომ აივ ინფიცირებული ძირითადად მამაკაცები არიან (2014 წელს სულ გამოვლენილი შემთხვევების 69%), აივ-ით ინფიცირებული ქალების რაოდენობა, 2014 წელს, 25%-დან 31%-მდე გაიზარდა. რაც იმაზე მეტყველებს, რომ საქართველოშიც, ჰეტეროსექსუალური კავშირები სწრაფად იქცა აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად წყაროდ. აღნიშნული მონაცემები ნათელს ფენს იმას, თუ რატომ მოეცა აივ/შიდსთან დაკავშირებული საკითხები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კვლევის ყურადღების ცენტრში: საკითხი მეტად აქტუალურია და უკავშირდება ჰეტეროსექსუალურ კავშირებს. ქვეყანაში ყოველწლიურად ხდება აივ-ით ინფიცირების 600-დან 700-მდე შემთხვევის იდენტიფიცირება, თუმცა, 2017 წლიდან მოყოლებული აღნიშნული ტენდენციის მცირედი კლება აღინიშნება.

8.2. მოსახლეობის ინფორმირებულობა აივ/შიდსის შესახებ (ცხრილები TM.11.1W და 1M)

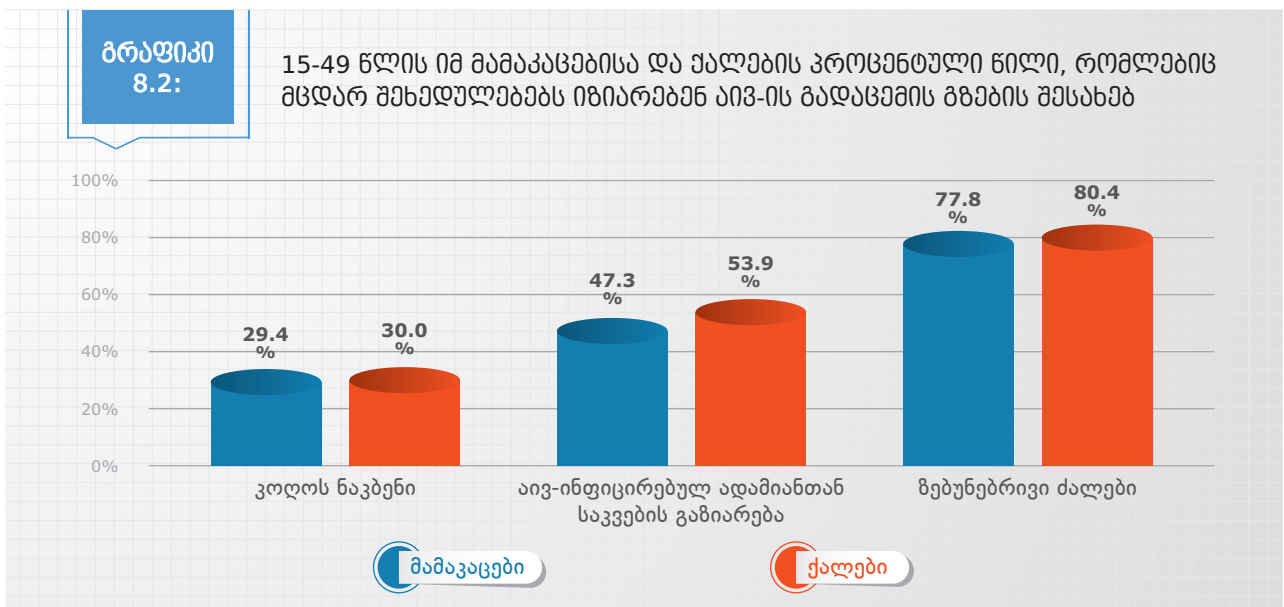
პრევენციის პროგრამების წარმატებით გახორციელება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია შესაძლებელი, თუ მოსახლეობა ინფორმირებულია აივ/შიდსის შესახებ და, მაშასადამე, ფლობს ცოდნას ინფექციის გადაცემის სხვადასხვა გზებით ინფიცირების რისკის შესახებ. აქედან გამომდინარე, ამ საკითხებთან დაკავშირებით მათი ინფორმირებულობის დონის დასადგენად, მნიშვნელოვანია მოსახლეობის გამოკითხვით წარმოებული კვლევების ჩატარება, როგორცაა, მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS). ინფექციის გადაცემის გზების ცოდნა მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელიც დეტალურ ანალიზს საჭიროებს.

MICS6-ის შედეგების თანახმად, მოსახლეობის აბსოლუტურ უმრავლესობას (90,8%), სულ მცირე, სმენია შიდსის შესახებ. ამასთან, ქალაქში მცხოვრები პირები მეტად არიან ინფორმირებული შიდსის შესახებ (96,0%) სოფლად მცხოვრებ პირებთან (81,3%) შედარებით. არის რეგიონები, სადაც კიდევ უფრო დაბალია შიდსის ცნობადობა (ქვემო ქართლი - 70%). ახალგაზრდების ინფორმირებულობის დონე მცირედით ჩამოუვარდება მათზე უფროსი ასაკის პირების ინფორმირებულობის დონეს; თუმცა, სხვაობა უმნიშვნელოა - 87,2% და 92,5%, შესაბამისად. ოჯახური მდგომარეობის თვალსაზრისით, შიდსის შესახებ ინფორმირებულობის დონის არანაირი ცვლილება არ ფიქსირდება. უმაღლესი განათლების მქონე კატეგორიაში შემავალი ქალების 98% ფლობს ინფორმაციას შიდსის შესახებ, ხოლო განათლების დაბალი დონის მქონე კატეგორიაში აღნიშნული მაჩვენებელი მხოლოდ დაახლოებით 65%-ს შეადგენს. ფაქტობრივად ანალოგური სიტუაცია ფიქსირდება ქონებრივი კვინტილით განსხვავებულ ჯგუფებში: უღარიბესი კატეგორიის ქალების მხოლოდ 74% ფლობს ინფორმაციას შიდსის შესახებ, ხოლო უმდიდრეს კვინტილში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 98%. ყველაზე მკვეთრი სხვაობა აღინიშნება განსხვავებული ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ქალებს შორის. ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალების გაცილებით მცირე პროცენტული წილი (მხოლოდ 37%) ფლობს ინფორმაციას შიდსის შესახებ, ვიდრე ეთნიკურად სომეხი ქალების (82%), ხოლო ეთნიკურად ქართველი ქალები უფრო კარგად არიან ინფორმირებული (95%) შიდსის შესახებ, ვიდრე მათი ეთნიკურად სომეხი თანამემამამეულები. როგორც აღმოჩნდა, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს არ მიეწოდება ინფორმაცია ეპიდემიის შესახებ.

კვლევის ფარგლებში, 2 700-მდე მამრობით სქესის რესპონდენტი გამოიკითხა, შიდსის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრის მიზნით. კვლევაში მონაწილე მამაკაცების 86,7%, ანუ მცირედით ნაკლები, ვიდრე ქალების შემთხვევაში (90,8%), ინფორმირებული იყო შიდსის შესახებ; საცხოვრებელი ადგილის (ქალაქი/სოფელი) მიხედვით მამაკაცების პროცენტული გადანაწილება, ქალების პროცენტული გადანაწილების მსგავსი იყო. მამაკაცებს შორის ძირითადად იგივე ტენდენციები დაფიქსირდა, რაც ქალებს შორის, სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით. მამაკაცებს შორის შიდსის ცნობადობის დონე, ძირითადად, ქალებს შორის შიდსის ცნობადობის დონის მსგავსია; თუმცა უნდა აღინიშნოს,

რომ მამაკაცები მცირედით უფრო ნაკლებ ინფორმირებული არიან შიდსის შესახებ, ვიდრე ქალები.

რესპოდენტებს უნდა ეპასუხათ მათთვის დასმულ ორ კითხვაზე, რომლებიც ინფექციის პრევენციის გზების შესახებ მათ ცოდნას გამოავლენდა და, ასევე, სამ კითხვაზე, რომლებიც ეხებოდა მცდარ შეხედულებებს, ვირუსის გადაცემის შესახებ. და ბოლოს, მათ უნდა ეპასუხათ კითხვაზე, შესაძლებელი იყო თუ არა აივ-ით ინფიცირებული პირის გარეგნული ნიშნებით ამოცნობა. ქალების დაახლოებით სამი მეოთხედი ფლობს ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ მხოლოდ ერთი, არაინფიცირებული სქესობრივი პარტნიორის ყოლა და კონდომების გამოყენება, ინფიცირების თავიდან აცილების საშუალებებს წარმოადგენს და რესპოდენტთა ორი მესამედი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული ორი მეთოდის გამოყენებით შესაძლებელია ინფიცირების პრევენცია. რესპოდენტთა მხოლოდ 30% ფლობდა ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ ინფექცია არ გადადის კოლოს ნაკბენით; 54% ფლობდა ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ ინფექცია არ გადადის აივ-ინფიცირებულ ადამიანთან საკვების გაზიარებით და 80%-ს კი არ სჯერა, რომ აივ ვირუსის გადაცემა ზებუნებრივი ძალებით ხდება (გრაფიკი 8.2). გარდა ამისა, ქალების დაახლოებით ორი მესამედისთვის ცნობილია, რომ გარეგნული მახასიათებლებით შეუძლებელია აივ-ინფიცირებული ადამიანის ამოცნობა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, აივ-ით ინფიცირების რისკებისა და მისი პრევენციის გზების შესახებ მოსახლეობა არ ფლობს სრულყოფილ ინფორმაციას. ქალების დაახლოებით ერთი მეოთხედიდან ნახევრამდე რაოდენობა ცუდად არის ინფორმირებული ამ საკითხის შესახებ. ქალების სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით რესპოდენტთა პასუხების ანალიზისას ფაქტობრივად იგივე სურათს ვიღებთ, როგორც შიდსის შესახებ ინფორმირებულობის შემთხვევაში გვაქვს. სოფლად მაცხოვრებელი ქალები ნაკლებად არიან ინფორმირებული ქალაქში მაცხოვრებელ ქალებთან შედარებით; ზოგიერთ რეგიონში (ქვემო ქართლსა და სამცხე-ჯავახეთში) ქალების ინფორმირებულობის დონე უფრო დაბალია ვიდრე ქვეყნის მოსახლეობის ინფორმირებულობის საშუალო დონე; შედარებით უფროსი ასაკის ქალები ახალგაზრდებზე უკეთ არიან ინფორმირებული, თუმცა ამ კუთხით არსებული სხვაობა უმნიშვნელოა; უმაღლესი განათლების მქონე ქალები უკეთ ერკვევიან დეტალებში, ვიდრე მათივე ასაკის, განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალები; ამ მიმართულებით სხვაობა არ ფიქსირდება დაქორწინებულ და დაუქორწინებელ რესპოდენტებს შორის; ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები, როგორც მოსალოდნელი იყო, ძალიან მწირ ინფორმაციას ფლობენ ამ საკითხის შესახებ; და ბოლოს, სიღარიბე მნიშვნელოვნად განაპირობებს აღნიშნულ საკითხზე ინფორმაციის დეფიციტს.



ზევით მოცემული ელემენტების კომბინირებითა და აივ-ის შესახებ ინფორმირებულობის შეფასების ერთ ფაქტორად წარმოჩენით, ჩვენ ვიღებთ ინფორმაციას იმის შესახებ თუ რამდენად სწორად პასუხობს რესპოდენტი ხუთივე კითხვას. ყოველი ექვსი რესპოდენტიდან ერთმა აჩვენა, რომ ფლობს მოცემულ საკითხზე „სრულყოფილ ცოდნას“. ქალების სოცია-

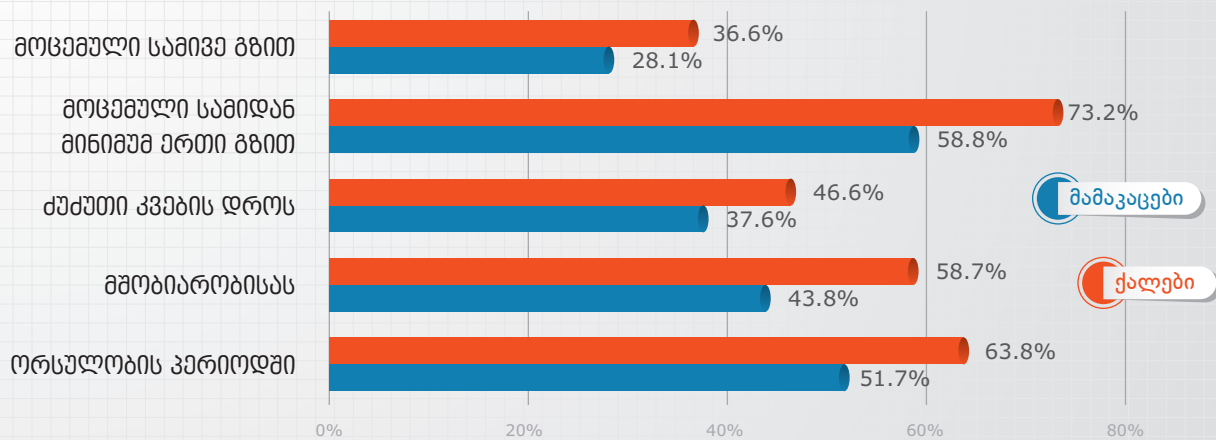
ლურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით რესპონდენტთა პასუხების ანალიზისას დგინდება შემდეგი: სოფლად მცხოვრებ რესპონდენტებთან შედარებით, ორჯერ მეტი ქალაქში მცხოვრები რესპონდენტი ფლობს სრულყოფილ ინფორმაციას აივ-ის შესახებ (ქალაქში მცხოვრებთა 20% და სოფლად მცხოვრებთა 9%). შესაბამისად, თბილისის რეგიონში მოსახლეობის ყველაზე მაღალი პროცენტი ფლობს სრულყოფილ ინფორმაციას აივ-ის შესახებ, ხოლო სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში - ყველაზე დაბალი პროცენტი. შედარებით უფროსი ასაკის ქალები ახალგაზრდებზე უკეთ არიან ინფორმირებული. უმაღლესი განათლების მქონე ქალებმა გაცილებით ბევრი იციან ამ საკითხზე, ვიდრე განათლების უფრო დაბალი დონის მქონე ქალებმა (25,5% და 3,6%, შესაბამისად); ეთნიკურად ქართველი ქალები (17,8%) გაცილებით მეტ ინფორმაციას ფლობენ აივ-ზე ვიდრე ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები (1,9%), და უმდიდრესი კატეგორიის წარმომადგენელ ქალებს (26,9%) გაცილებით მეტი ინფორმაცია აქვთ აივ-ს შესახებ, ვიდრე უღარიბესი კატეგორიის წარმომადგენელ ქალებს (5,6%). მამრობითი სქესის რესპონდენტების შემთხვევაში, ფაქტობრივად, მდებარეობითი სქესის რესპონდენტების მსგავსი სურათი იკვეთება. აივ-ის შესახებ საქართველოს მოსახლეობის ინფორმირებულობასთან დაკავშირებით, ე.წ. შუალედური დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ მათი ინფორმირებულობის დონე ძალიან დაბალია. მხოლოდ კარგი განათლებისა და კარგი შემოსავლების მქონე, ქალაქში მაცხოვრებელი ქალები ფლობენ დამაკმაყოფილებელ ცოდნას ამ მიმართულებით. გარდა ამისა, ქალები უკეთ არიან აივ-ს შესახებ ინფორმირებული, ვიდრე მამაკაცები.

8.3. ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ (ცხრილები TM 11.2W და M)

2014 წელს ორსული ქალების 88,4% გაიარა ტესტირება აივ-ზე. იმ პერიოდში, აივ ინფექციის გადაცემის ყველაზე გავრცელებულ გზებს წარმოადგენდა: ჰეტეროსექსუალური კავშირები - შემთხვევათა 45,1%; ნარკოტიკების ინტრავენური მომხმარებლები - შემთხვევათა 35,7% და მამაკაცები რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცთან (მსმ) 11%. 2011 წლიდან მოყოლებული წელიწადში დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის (MTCT) 2-ზე ნაკლები შემთხვევა ფიქსირდება³⁷. ცხადია, რომ ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, აივ-ის გადაცემის მოცემული გზა უმნიშვნელოა. თუმცა, იმავე წელს, აივ ინფექციის 22 შემთხვევა გამოვლინდა ორსულ ქალებს შორის, რაც სქრინინგის მნიშვნელობაზე მიუთითებს.

გრაფიკი 8.3:

15-49 წლის ასაკის მამაკაცებისა და ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სწორად განსაზღვრეს დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის გზები



37 გაეროს აივ/შიდსის პროგრამის (UNAIDS) ფარგლებში წარმოდგენილი აივ ინფექცია/შიდსზე გლობალური რეაგირების ეროვნული ანგარიში (2015 წ.). ეროვნული ანგარიში; საანგარიშო პერიოდი: 2014 წლის იანვარი - დეკემბერი. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_narrative_report_2015.pdf. ხელმისაწვდომია 27-11-2019 მდგომარეობით.

საერთო ჯამში, MICS6-ის ფარგლებში გამოკითხული ქალების 63,8%-მა იცის, რომ ვირუსი დედისგან შვილს შეიძლება გადაეცეს ორსულობის პერიოდში, 58,7%-მა იცის რომ, ეს შეიძლება მოხდეს მშობიარობისას და 46,4%-მა იცის, რომ გადაცემა შეიძლება მოხდეს ძუძუთი კვების დროს; ქალების 73,2% ფიქრობს, რომ ვირუსის გადაცემა შესაძლებელია მოცემული სამიდან მინიმუმ ერთი გზით, და რესპონდენტთა ერთ მესამედზე მცირედით მეტმა (36,6%) იცის, რომ აივ-ის დედისგან შვილზე გადაცემა შესაძლებელია მოცემული სამივე გზით (გრაფიკი 8.3). სხვაგვარად რომ ვთქვათ, აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ ინფორმირებულობის დონე საკმაოდ დაბალია. 30-39 წლის ასაკის ქალები ყველაზე კარგად არიან ინფორმირებული ინფიცირების რისკების შესახებ (37,9%). ახალგაზრდა ქალები მცირედით ნაკლებ ინფორმირებული არიან ვიდრე შედარებით უფროსი ასაკის ქალები. ქალების განათლების დონის მიხედვით, დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ ინფორმირებულობის დონე მერყეობს 33,8%-სა და 40,8%-ს შორის, და ყველაზე დაბალია დანყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო) განათლების მქონე ქალებს შორის. ეთნიკურად ქართველი ქალები, ზოგადად, უკეთ არიან ინფორმირებულები, ვიდრე სხვა ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ქალები (ეთნიკურად ქართველი ქალების 37,5% ფლობს ინფორმაციას აივ-ის დედისგან შვილზე გადაცემის სამივე გზის შესახებ; მაშინ როცა ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს შორის აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 19,0%-ს, ხოლო ეთნიკურად სომეხ ქალებს შორის - 35,5%-ს). დანარჩენი დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით, მოცემულ ეტაპზე, მნიშვნელოვანი სხვაობა არ ვლინდება. შესაბამისად, ამ მიმართულებით მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზოგადი დონე საგრძნობლად დაბალია.

2018 წელს, ქალების დიდი უმრავლესობა არ იყო ინფორმირებული თერაპიული შესაძლებლობების შესახებ: რესპონდენტთა მხოლოდ 38% ფლობდა ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ დედისგან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირება შესაძლებელია სპეციალური მედიკამენტების საშუალებით, რომლებიც აივ ინფიცირებულ ქალებს ორსულობის პერიოდში ენიშნებათ. შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნულ საკითხზე საზოგადოების ინფორმირებულობის სერიოზული დეფიციტია, იმ გაგებით, რომ დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით არანაირი სხვაობა არ ვლინდება. ერთადერთი მახასიათებელი რომელიც სხვაობას ავლენს არის ის, რომ ეთნიკურად აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები ბევრად უფრო შეზღუდულ ცოდნას ფლობენ ამ მიმართულებით, ვიდრე ეთნიკურად ქართველი ქალები. რაც შეეხება დანარჩენ მაჩვენებლებს, თითქმის ყველა შემთხვევაში, ქალების ერთი მესამედი არ ფლობს ინფორმაციას მსგავსი მედიკამენტოზური თერაპიის შესახებ.

8.4. დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ (ცხრილები TM 11.3W და M)

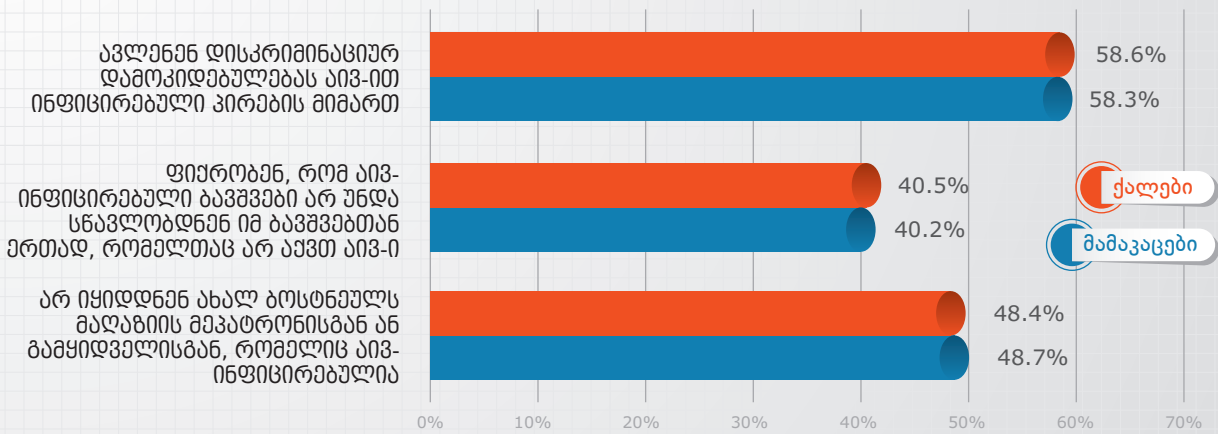
კვლევაში გამოყენებული კითხვარის რვა-პუნქტიანი ნაწილის საშუალებით შესწავლილ იქნა რესპონდენტების დამოკიდებულებები აივ-ით ინფიცირებული ადამიანების მიმართ. აქედან სამი პუნქტი ემსახურებოდა რესპონდენტების რეაქციების შესწავლას, შემდეგი სამი - რესპონდენტების მოსაზრებების შესწავლას აივ-ით ინფიცირებული ადამიანების შესახებ, ხოლო ბოლო ორი პუნქტი ძირითადად ემსახურებოდა იმის შესწავლას, თუ რას გრძნობენ რესპონდენტები აივ-ით ინფიცირებული ადამიანების მიმართ. კითხვარის ამ ნაწილში შესულ კითხვებს მამრობითი სქესის რესპონდენტებმაც უპასუხეს.

მდებრობითი სქესის რესპონდენტების თითქმის ნახევარს დისკრიმინაციული დამოკიდებულება გააჩნია აივ-ით ინფიცირებული პირების მიმართ: მათი 48,4% აცხადებს, რომ არ იყიდდა ახალ ბოსტნეულს მაღაზიის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია; რესპონდენტების 40,5% მიიჩნევს, რომ რომ აივ-ინფიცირებული ბავშვები არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი; ხოლო მათი 58,6% ზოგადად დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს ავლენს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ (გრაფიკი 8.4). რესპონდენტი ქალების თითქმის სამი მეოთხედი (72,2%) აცხადებს, რომ აივ-ტესტირების ჩატარებაზე თავს შეიკავებდა ან იყოყმანებდა, ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში ხალხის რეაქციის შიშის გამო. როგორც ჩანს ეს ქალები მიიჩნევენ, რომ აივ-ით ინფიცირების მდგომარეობა სამარცხვინოა. ქალების ნახევარზე მეტი (55,0%) ცუდად იხსენიებს აივ-ინფიცირებულებს ან მათ, ვისაც ასეთებად თვლის. გარდა ამისა, ქალი რესპონდენტე-

ბის 52,8% მიიჩნევს, რომ აივ-ინფიცირებულები ან ისინი, ვინც ასეთებად იმიიჩნევიან ვერ სარგებლობენ სხვა ადამიანების პატივისცემით. თუმცა, მხოლოდ 13,8% აცხადებს რომ შერცხვებოდა, მისი ოჯახის წევრი რომ აივ-ით ინფიცირებული იყოს. და ბოლოს, რესპონდენტი ქალების ნახევარზე მეტი აცხადებს, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანის ნერწყვთან კონტაქტით აივ-ით დაინფიცირების შეეშინდებოდათ. რესპონდენტთა პასუხების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ბევრ ქალს აქვს შიში იმისა, რომ თავად იგი ან მისი შვილები შეიძლება დაინფიცირდნენ აივ-ით. შედეგად ისინი, შესაძლებლობის ფარგლებში, ცდილობენ მოერიდონ აივ-ით ინფიცირებულ ადამიანებს. თუმცა, რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა აცხადებს, რომ არ ექნებოდათ სირცხვილის განცდა, მისი ოჯახის წევრი რომ აივ-ით ინფიცირებული იყოს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, საქართველოს მოსახლეობაში საკმაოდ არის გამოკვეთილი აივ-ით ინფიცირებისადმი შიში, თუმცა აღნიშნული შიში არ არის ისეთი ძლიერი, რომ აღძრას სირცხვილისა და გაღიზიანების განცდა, ოჯახის იმ წევრის ან ნათესავის გამო, რომლებიც აივ-ინფიცირებული არიან.

გრაფიკი 8.4:

15-49 წლის მამაკაცებისა და ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც აივ-ით ინფიცირებული პირების მიმართ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას ავლენენ



რა ვითარებაა ამ მიმართულებით მამრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის? მათი მოსაზრებები და დამოკიდებულებები აივ-ის მიმართ ქალების მოსაზრებებისა და დამოკიდებულებების ანალოგურია (პირველ სამ პუნქტში) (გრაფიკი 8.4.1). თუმცა ისინი ნაკლებად მიიჩნევენ აივ-ს განაჩენად. მამრობითი სქესის რესპონდენტების უფრო მცირე ნაწილი აცხადებს, რომ იყოყმანებდა აივ-ტესტირების ჩატარებაზე (მამაკაცების 64,2% და ქალების 72,2%), და მათი უფრო მცირე ნაწილი (მამაკაცების 38,1% და ქალების 55%) იხსენიებს ცუდად აივ-ით ინფიცირებულ ადამიანებს. გარდა ამისა, აივ-ით ინფიცირებული ადამიანები მამაკაცების მხრიდან პატივისცემის დაკარგვის რისკის წინაშე ნაკლებად დგანან (40,5%), ვიდრე ქალების მხრიდან (52,8%). მამაკაცები თითქმის ქალების მსგავსად, თუმცა მცირედით ნაკლებად, განიცდიან შიშს, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანის ნერწყვთან კონტაქტით შეიძლება აივ-ით დაინფიცირდნენ (მამაკაცების 42,8% და ქალების 53,1%). და ქალების მსგავსად, მამაკაცებს ნაკლებად შერცხვებოდათ, ოჯახში ვინმეს აივ-ი რომ ჰქონოდა. საერთო ჯამში მამაკაცების მოსაზრებები და დამოკიდებულებები აივ-ით ინფიცირებულ პირებთან დაკავშირებით, ქალების მოსაზრებებისა და დამოკიდებულებების მსგავსია, თუმცა მცირედით ნაკლებ გამოხატული.

აღსანიშნავია, რომ სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლებს თითქმის მსგავსი მოსაზრებები და დამოკიდებულებები გააჩნიათ აივ-ით ინფიცირებულ პირებთან დაკავშირებით. ასაკი გავლენას ახდენს მხოლოდ იმაზე, თუ რამდენად შერცხვებოდათ მათ მათი ოჯახის რომელიმე წევრი რომ აივ-ით ინფიცირებული იყოს, მდებრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის ამასთან დაკავშირებით სირცხვილის გრძნობა ძლიერდება ასაკის მატების პარალელურად (30 წლამდე ქალებს შორის - 8%; 30-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -13,0% და 39 წელს გადაცილებულ ქალებს შორის - 21,8%). ქალაქის ტერიტორიებზე მცხოვრებ ქალებს შორის ნაკლებად არის გამოხატული დისკრიმინაციული დამოკიდებულებები

აივ-ით ინფიცირებული პირების მიმართ, ვიდრე მათივე ასაკის სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის (ქალაქში მცხოვრები ქალების 43,8% აცხადებს, რომ არ იყიდდნენ ახალ ბოსტნეულს მაღაზიის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია, მაშინ როცა სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის იგივეს აცხადებს 58,4%), თითქმის მსგავსი ვითარება ვლინდება სხვა მახასიათებლების მიხედვით რესპონდენტთა პასუხების ანალიზისას. განათლების დონე უფრო მნიშვნელოვან როლს ასრულებს: განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებს აივ-ით ინფიცირების მეტად ეშინიათ, ვიდრე მათივე ასაკის უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს; მათ ასევე, მეტად ეშინიათ, რომ მათი შვილები აივ-ით ინფიცირების რისკის წინაშე შეიძლება აღმოჩნდნენ და, ისინი მეტად გამოხატავენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას აივ-ით ინფიცირებული პირების მიმართ. და ბოლოს, განათლების ყველაზე დაბალი დონის მქონე მდებარეობით სქესის რესპონდენტების გაცილებით დიდი ნაწილი (31,1%) აცხადებს, რომ შერცხვებოდათ, მათ ოჯახში ვინმე აივ-ით ინფიცირებული რომ ყოფილიყო, ვიდრე უმაღლესი განათლების ქალების ნაწილი (მხოლოდ 8,8%). რესპონდენტთა პასუხების მათივე ქონებრივი კვინტილის მიხედვით ანალიზი, განათლების დონეების მიხედვით ანალიზის ანალოგურ შედეგებს იძლევა. რაც უფრო მაღალია ქონებრივი კვინტილი, მით უფრო ნაკლებ ეშინიათ ქალებს აივ-ით ინფიცირების. მაგალითად, უღარიბესი ქალების 63,2% აცხადებს რომ არ იყიდდნენ ახალ ბოსტნეულს მაღაზიის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია, მაშინ როცა იგივე აცხადებს უმდიდრესი ქალების მხოლოდ 37%. იგივე ვითარებაა რესპონდენტებს შორის შიშთან დაკავშირებით, რომ მათ შვილებს შეიძლება გადაეცეთ აივ-ინფექცია იმ ბავშვებისგან, რომლებიც მათთან ერთად სწავლობენ სკოლაში და აივ-ინფიცირებულები არიან. ღარიბ ქალებთან შედარებით, მდიდარ ქალებს ნაკლებად შერცხვებოდათ, მათ ოჯახში ვინმე აივ-ით ინფიცირებული რომ იყოს. ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის უფრო მაღალია იმ ქალების წილი, რომლებიც დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს ავლენენ აივ-ით ინფიცირებული ადამიანების მიმართ, ვიდრე იმ ქალებს შორის, რომლებიც არასდროს ყოფილან ქორწინებაში. ზოგადად, ეთნიკურად ქართველ ქალებს შორის ნაკლებია იმ ქალების რაოდენობა, რომლებსაც აივ-ით დაინფიცირების ეშინიათ და აივ-ით ინფიცირებას ე.წ. განაჩენად მიიჩნევენ, ვიდრე სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს შორის. ყველაზე მკვეთრი სხვაობა ვლინდება აივ-ით ინფიცირებული ოჯახის წევრის გამო სირცხვილის გრძნობის მხრივ, ეთნიკურად ქართველი ქალების მხოლოდ 11,9% აცხადებს, რომ შერცხვებოდათ, მათი ოჯახის რომელიმე წევრი რომ აივ-ით იყოს ინფიცირებული, მაშინ როცა ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს შორის იგივეს აცხადებს მათი 55,1% ხოლო ეთნიკურად სომეხ ქალებს შორის - 26,5%.

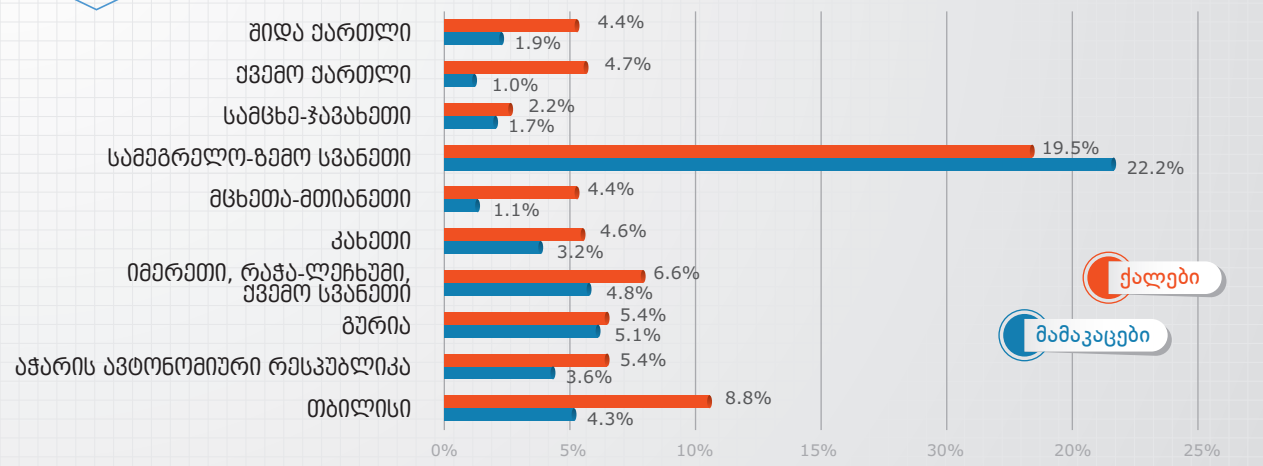
8.5. ინფორმირებულობა აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ (ცხრილები TM 11.4W და M)

ქალები საქართველოში უკეთ არიან ინფორმირებული აივ-ზე ტესტირების არჩევანის შესახებ და უფრო ხშირად სარგებლობენ ამ შესაძლებლობით, ვიდრე მამაკაცები: MICS6-ში მონაწილე ქალების 46,6%-ისათვის ცნობილია იმ ადგილების შესახებ, სადაც მათ აივ-ზე ტესტირების ჩატარება შეუძლიათ; ქალებს შორის ამის შესახებ ინფორმაციას მხოლოდ 38,3% ფლობს. ქალების მეოთხედზე მეტს (27%) ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება; მამაკაცებს შორის შესაბამისი პროცენტული მაჩვენებელი მხოლოდ 15,7%-ს შეადგენს. გარდა ამისა, ქალების 25,7% და მამაკაცების მხოლოდ 15,1% არის ინფორმირებული აივ-ზე მათი ბოლო ტესტირების შედეგების შესახებ. და ბოლოს, ქალების 7,9% და მამაკაცების 5,1% აცხადებს, რომ კვლევამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება (რეგიონების მიხედვით პროცენტული გადანაწილება იხილეთ გრაფიკში 8.5). ქალებსა და მამაკაცებს შორის ამ სხვაობის მიზეზები უცნობია. ქალაქში მცხოვრები ქალები უკეთ არიან ინფორმირებული (მათი 52,7% ფლობს ინფორმაციას აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ) და უფრო ხშირად სარგებლობენ შესაბამისი მომსახურებით, ვიდრე მათი ასაკის ის ქალები, რომლებიც სოფლად ცხოვრობენ (მათი 35,5% ფლობს ინფორმაციას აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ). ქალებს შორის ინფორმირებულობის დონე აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად: შედარებით უფროსი ასაკის ქალები უკეთ არიან ინფორმირებული (30-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 52,7%) ვიდრე ახალგაზრდები (15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 32,2%). განსაკუთრებით ცუდად არიან ინფორმირებული ყველაზე ახალგაზრდა ქალების (15-17 წლის) ჯგუფში შემავალი რესპონდენტები, მათი მხოლოდ 17%

ფლობს ინფორმაციას აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ. ინფორმირებულობის ამგვარი დაბალი დონის თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა სკოლებში სქესობრივი განათლების დანერგვის გზით. ამას გარდა, ამ ახალგაზრდებს თითქმის არასდროს ჩატარებიათ აივ-ზე ტესტირება (მათი მხოლოდ 0,8% აცხადებს რომ ოდესმე ჩატარებია აივ-ზე ტესტირება); 30-39 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში აივ-ზე ტესტირება ჩატარებული აქვს 34,6%. კვლევაში 12 თვის განმავლობაში აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით, საქართველოში განსხვავებული სურათი იქმნება. კვლევაში 12 თვის განმავლობაში აივ-ზე ტესტირება გაიარა ყველაზე დიდმა პროცენტმა არა 30-39 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში, არამედ 25-29 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში (25-29 წლის ქალების 10,5% და 30-39 წლის ქალების 9,0%). რაც შეეხება სხვა მახასიათებლების მიხედვით რესპონდენტთა პასუხების ანალიზს, რაც უფრო მაღალია განათლების დონე, მით უფრო მეტი ქალი ფლობს ინფორმაციას აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ და მით უფრო მეტი ქალი სარგებლობს ამ მომსახურებით: განათლების ყველაზე დაბალი დონის მქონე ქალების მხოლოდ 21,2%-სთვის არის ცნობილი აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილი და აივ-ზე ტესტირება ჩატარებია მათ მხოლოდ 11,2%-ს, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე ქალებს შორის იგივე მაჩვენებელი შეადგენს 59,3%-სა და 37,1%-ს, შესაბამისად. აღნიშნულის გათვალისწინებით შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ განათლების დაბალი დონე სერიოზულ დაბრკოლებას ქმნის ინფორმაციისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. ქონებრივი მდგომარეობა ანალოგურ შედეგებს იძლევა: მდიდარი ქალები უკეთ არიან ინფორმირებული და უფრო ხშირად უტარდებთ აივ-ზე ტესტირება, ვიდრე ღარიბ ქალებს. საინტერესო შედეგებს იძლევა რესპონდენტების ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით მათი პასუხების ანალიზიც. საქართველოში დამკვიდრებული მორალი ქალებისთვის ქორწინებამდე სქესობრივ კავშირებს კრძალავს და, შესაბამისად, მიიჩნევა, რომ დაუქორწინებელი ქალები აივ-ით არ ინფიცირდებიან სქესობრივი კავშირების საშუალებით. ეს ნაწილობრივ სიმართლეა, თუმცა მხოლოდ ნაწილობრივ. იმ ქალების დაახლოებით 8%-ს, რომლებიც ქორწინებაში არასდროს ყოფილან, ჩატარებული აქვთ აივ-ზე ტესტირება! ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის აივ-ზე ოდესმე ტესტირებული ქალების წილი გაცილებით მაღალია და შეადგენს 31,6%, თუმცა აივ-ზე ტესტირება ზოგიერთ იმ ქალსაც აქვს ჩატარებული, რომლებიც ქორწინებაში არასდროს ყოფილან. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ უცნობია, იმ ქალებს შორის, რომლებსაც აივ-ტესტირება ჩატარებიათ და რომლებიც ქორწინებაში არ იმყოფებიან, არიან თუ არა წარმოდგენილი ქალები, რომლებიც მხოლოდ საეკლესიო წესით იმყოფებიან ქორწინებაში. მამაკაცებს შორის აივ-ზე ტესტირების ადგილის შესახებ ინფორმირებულობისა და შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებლები თითქმის ისევე ნაწილდება, როგორც ქალებს შორის, თუმცა, როგორც ადრე აღვნიშნეთ, მათი ინფორმირებულობის დონე, ისევე როგორც მომსახურებით სარგებლობის დონე ქალებთან შედარებით დაბალია. და ბოლოს, უნდა აღინიშნოს, რომ ეთნიკურად ქართველ ქალებთან (და მამაკაცებთან) შედარებით, სხვა ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ქალები (და მამაკაცები) გაცილებით ნაკლებ ინფორმაციას ფლობენ აივ-ზე ტესტირების ადგილის შესახებ და გაცილებით უფრო იშვიათად სარგებლობენ აივ-ზე ტესტირების მომსახურებით.

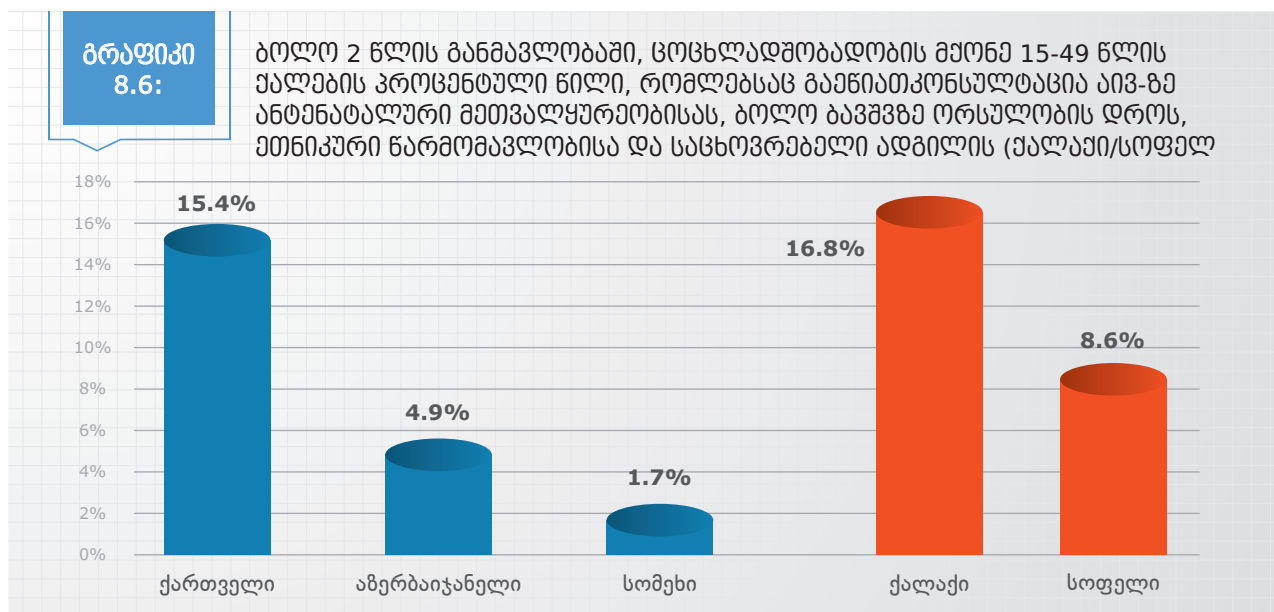
ბრაფიკი 8.5:

15-49 წლის მამაკაცებისა და ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც აივ-ით ინფიცირებული პირების მიმართ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას ავლენენ



8.6. აივ-ზე კონსულტაცია ანტენატალური მეთვალყურეობისას (ცხრილი 11.5)

ჯამში, ბოლო ორი წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 900 ქალი გამოიკითხა იმის დასადგენად, გაეწიათ თუ არა მათ კონსულტაცია აივ-ზე ანტენატალური მეთვალყურეობისას. შვიდიდან მხოლოდ ერთი ქალი (13,7%) ადასტურებს, რომ მას გაეწია მსგავსი კონსულტაცია. ქალაქში მცხოვრებ ქალებს შორის იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც გაეწიათ მსგავსი კონსულტაცია (16,8%) ორჯერ აღემატება სოფლად მცხოვრებ ქალებს შორის იმ ქალების წილს, რომლებსაც მსგავსი კონსულტაცია გაეწიათ (8,6%) (გრაფიკი 8.6), რეგიონების მიხედვით იმ ქალების პროცენტული განაწილება, რომლებსაც აივ-ზე კონსულტაცია გაეწიათ ანტენატალური მეთვალყურეობისას, ძალიან არათანაბარია მთელი ქვეყნის მასშტაბით და 3,8%-დან (სამცხე-ჯავახეთში) 23%-მდე (გურიაში) მერყეობს. გარდა ამისა, მკვეთრი სხვაობა ფიქსირდება მსგავსი მომსახურებით მოსარგებლე ქალების პროცენტული წილების თვალსაზრისით, სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის მქონე ქალების ჯგუფებს შორისაც. ყველაზე მაღალი პროცენტული წილი ფიქსირდება ეთნიკურად ქართველ ქალებს შორის (15,4%) ხოლო ყველაზე დაბალი პროცენტული წილი - ეთნიკურად სომეხ ქალებს შორის (1,7%) (გრაფიკი 8.6). დადებითი კორელაცია გამოვლინდა ანტენატალური მეთვალყურეობისას აივ-ზე კონსულტაციასა და ქალების ასაკს შორის (უფროსი ასაკის ქალებს შორის უფრო მაღალი იყო იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც მსგავსი კონსულტაცია გაეწიათ, ვიდრე ახალგაზრდა ქალებს შორის), თუმცა, სხვა მახასიათებლებთან კორელაცია არ გამოვლენილა. წინასწარი დასკვნით, ანტენატალური მეთვალყურეობისას აივ-ზე კონსულტაცია დამკვიდრებულ და სტანდარტულ პრეტიკას ჯერ არ წარმოადგენს. აღნიშნული ვითარება ყურადღებას მოითხოვს, რადგან გაეროს აივ/შიდსის პროგრამა (UNAIDS) (2018 წ.) ანგარიშში³⁸ ნათქვამია, რომ “ამჟამად ყველა ორსულს აქვს შესაძლებლობა ჩაიტაროს ტესტირება აივ/შიდსზე და ყველა იმ ქალს, რომელსაც ინფექცია დაუდასტურდება, და ასევე მათ ახალშობილებს აქვს შესაძლებლობა ჩაიტარონ ანტირეტროვირუსული (არვ) პროფილაქტიკური მკურნალობა და/ან სრული მკურნალობა. 2017 წელს, 51 აივ-ით ინფიცირებულმა ორსულმა ქალმა (მათგან 46 აივ-ით ინფიცირების დადასტურებული დიაგნოზი და 5 ახლად გამოვლენილი ინფიცირების შემთხვევა) იმშობიარა და ყველა მათგანს ჩაუტარდა ანტირეტროვირუსული (არვ) პროფილაქტიკური მკურნალობა. 2017 წელს აივ-პოზიტიური ქალების მიერ გაჩენილ 51 ახალშობილს ჩაუტარდა ანტირეტროვირუსული (არვ) პროფილაქტიკური მკურნალობა და დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შემთხვევათა რაოდენობა 0-ის როლი იყო.” აქედან გამომდინარე, ანტენატალური მეთვალყურეობისას აივ-ზე კონსულტაციის პრაქტიკა ყურადღებას საჭიროებს და უნდა დამკვიდრდეს ქვეყანაში, ახლო მომავალში.



38 გაეროს აივ/შიდსის პროგრამა (UNAIDS) (2018 წ.). აივ/შიდსის გლობალური მონიტორინგი, 2018 წ.. ეროვნული ანგარიში - საქართველო..

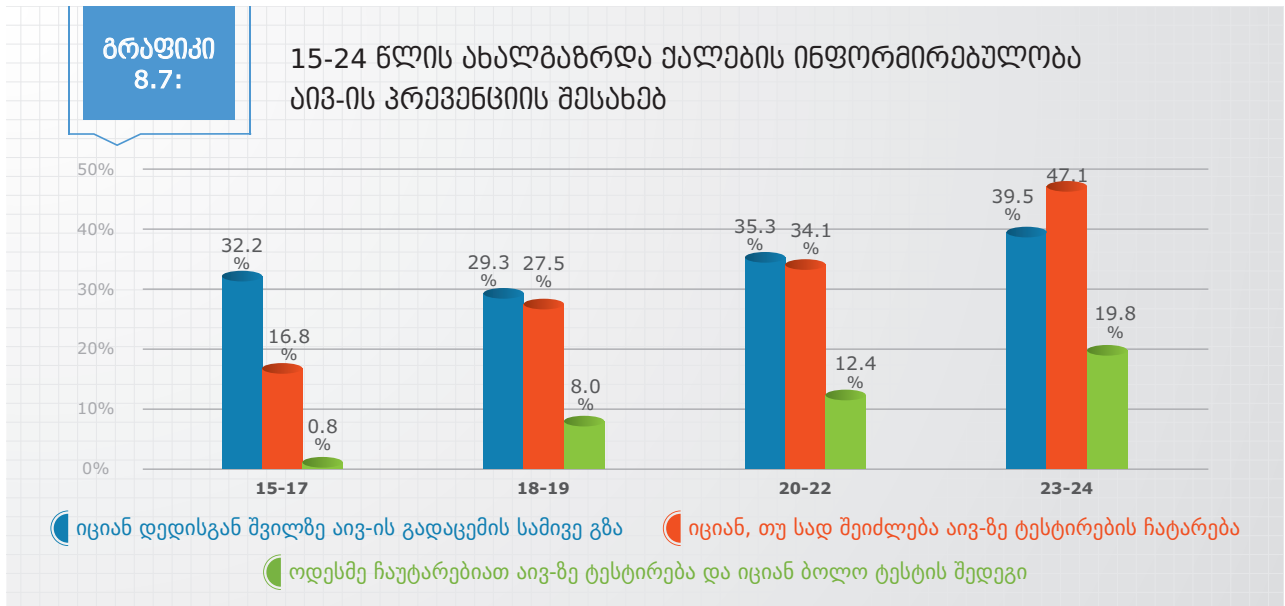
8.7. აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლები ახალგაზრდებში (ცხრილები 11.6W და M)

MICS6-ის შერჩეულ რესპონდენტებს შორის 15-24 წლის 1 316 ახალგაზრდა ქალი და 699 ახალგაზრდა მამაკაცია წარმოდგენილი. ამ ახალგაზრდა ქალების 63,9% და ახალგაზრდა მამაკაცების 88,9% არასდროს ყოფილან სამოქალაქო ქორწინებაში, ხოლო ახალგაზრდა ქალების 36,1% და ახალგაზრდა მამაკაცების 11,1% ქორწინებაში იმყოფებოდნენ. საინტერესოა სხვადასხვა საკითხზე რესპონდენტთა ამ კონკრეტული ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელთა პასუხების ანალიზი.

აივ/შიდსი

ახალგაზრდების უმრავლესობას სმენია შიდსის შესახებ: ახალგაზრდა ქალების 87,2%-სა და ახალგაზრდა მამაკაცების 86%-ს. თუმცა ცხრა ახალგაზრდიდან მხოლოდ ერთი ფლობს სრულყოფილ ცოდნას აი/შიდსის შესახებ. ახალგაზრდა ქალები მცირედით უკეთ არიან ინფორმირებული დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ (34,7%-მა იცის დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის სამივე გზა) ვიდრე ახალგაზრდა კაცები (31,1%-მა იცის დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის სამივე გზა). ახალგაზრდა ქალების 32,2%-მა და ახალგაზრდა მამაკაცების 30,7%-მა იცის თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება. მკვეთრი განსხვავება აღინიშნება ახალგაზრდა ქალებსა და ახალგაზრდა მამაკაცებში იმ პირების პროცენტულ წილებს შორის, რომლებსაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება: ახალგაზრდა ქალების 10,8%-ს ჩატარებული აქვს აივ-ზე ტესტირება, მაშინ როცა მსგავსი ტესტირება ჩატარებული აქვს ახალგაზრდა მამაკაცების მხოლოდ 4,9%-ს. ახალგაზრდა ქალების 6,6%-ისა და ახალგაზრდა მამაკაცების 2,7%-ისათვის ცნობილია აივ-ზე მათი ბოლო ტესტის შედეგი. რატომ აქვთ აივ-ზე ტესტირება ჩატარებული უფრო მეტ ახალგაზრდა ქალს ვიდრე ახალგაზრდა მამაკაცს? ეს სხვაობა შესაძლებელია უკავშირდებოდეს სქესთა შორის განსხვავებულ ქორწინების ასაკს. ახალგაზრდა ქალები ხშირად ქორწინდებიან მათზე რამდენიმე წლით უფროს მამაკაცებზე, რაც, ლოგიკურად, იმას ნიშნავს, რომ 15-24 წლის ახალგაზრდებს შორის უფრო მეტი ახალგაზრდა ქალი იმყოფება ქორწინებაში, ვიდრე ახალგაზრდა მამაკაცი, რაც ფაქტობრივად დასტურდება. 15-24 წლის მამაკაცების მხოლოდ 11,2% იმყოფება ქორწინებაში; ამავე ასაკის ქალებს შორის დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი შეადგენს 35,8%-ს. აქედან გამომდინარე, ახალგაზრდა მამაკაცებთან შედარებით, უფრო მეტ ქალს აქვს სქესობრივი ურთიერთობები საპირისპირო სქესთან, და, ამავე დროს, ახალგაზრდა ქალებს, მათივე ასაკის მამაკაცებთან შედარებით საპირისპირო სქესის წარმომადგენელთან სქესობრივი კავშირის უფრო ხანგრძლივი გამოცდილება აქვთ. აქედან გამომდინარე, ახალგაზრდა ქალების შემთხვევაში - თეორიულად - უფრო მაღალია ჰეტეროსექსუალური კავშირების საშუალებით აივ-ით დაინფიცირების რისკი, ვიდრე ახალგაზრდა მამაკაცების შემთხვევაში. რესპონდენტების პასუხების ანალიზი მათი ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით მყარდება ალბათობა იმისა, რომ სწორედ ეს წარმომადგენს ახალგაზრდა მამაკაცებსა და ახალგაზრდა ქალებს შორის აღნიშნული სხვაობის მთავარ მიზეზს. დაქორწინებული ქალების 23,9%-ს ჩატარებული აქვს აივ-ზე ტესტირება, მაშინ როცა დაუქორწინებელ ახალგაზრდა ქალების მხოლოდ 3,5%-ს აქვს ჩატარებული აივ-ზე ტესტირება. ახალგაზრდა მამაკაცებში აღნიშნული მაჩვენებლები შემდეგნაირად არის განაწილებული: 19,2% და 3,1% შესაბამისად. სხვაგვარად რომ ჩამოვაცალიბოთ: იმ ახალგაზრდებს, რომლებიც ქორწინებაში არ ყოფილან და არ არიან თითქმის არ უტარდებათ აივ-ზე ტესტირება, მაშინ როცა ქორწინებაში მყოფი ახალგაზრდების გარკვეულ ნაწილს უტარდება მსგავსი ტესტირება. ამავე მიზეზით აიხსნება ის მყარი პოზიტიური კორელაცია, რომელიც არსებობს აივ-ზე ტესტირებასა და რესპონდენტთა ასაკს შორის: ახალგაზრდა ქალებს შორის ეს მაჩვენებელი მკვეთრად იზრდება და თუ 15-17 წლის ქალების ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენს მხოლოდ 0,8%-ს, 23-24 წლის ქალებში იგი 19,8%-მდე იზრდება (გრაფიკი 8.7). ახალგაზრდა მამაკაცებს შორის ანალოგიური მაჩვენებლები შეადგენს 0,6%-სა და 5,3%-ს შესაბამისად. უმნიშვნელო განსხვავება აღინიშნება ქალებსა და მამაკაცებს შორის აივ-ით ინფიცირებულთა მიმართ დისკრიმინაციული დამოკიდებულებების გამოვლენის თვალსაზრისით და შეიძლება ითქვას, რომ ეს სხვაობა ყურადღებას არ იმსახურებს, იგივე ვრცელდება ქალებისა და მამაკაცების

ასაკობრივ ჯგუფებს შორის სხვაობაზეც. აივ-ით ინფიცირებულთა მიმართ დისკრიმინაციული დამოკიდებულებები შედარებით ნაკლებ არის გამოხატული ქალაქის ტერიტორიაზე მცხოვრებთა შორის, ვიდრე სოფლად მცხოვრებთა შორის (ქალების 56,5% და 69,1%, შესაბამისად). სხვაობა აღინიშნება განათლების სხვადასხვა დონის მქონე რესპონდენტებს შორის, კერძოდ, განათლების ყველაზე დაბალი დონის მქონე ახალგაზრდა ქალებს შორის აივ-ით ინფიცირებულთა მიმართ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას ავლენს 75,3%, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე პირებს შორის ამგვარი დამოკიდებულებების მქონე პირების პროცენტული წილი „მხოლოდ“ 47,7%-ს შედგენს. იგივე ვითარებაა ქონებრივი მდგომარეობის მიხედვით. ახალგაზრდა მამაკაცების შეხედულებებისა და დამოკიდებულებების პროცენტული გადანაწილება სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით, ფაქტობრივად, ახალგაზრდა ქალებს შორის პროცენტული გადანაწილების ანალოგურია.



ცხრილი TM.11.1W: ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ, მცდარი შეხედულებები აივ-ის შესახებ და კომპლექსური ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი: რომელთაც იციან აივ-ის გადაცემის პრევენციის ძირითადი გზები, რომელთაც იციან, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს, რომელთაც უარყვეს გავრცელებული მცდარი შეხედულებები და რომელთაც აქვთ კომპლექსური ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ, მიქსი საქართველო 2018

	პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ შიდასის შესახებ	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან, რომ აივ-ის გადაცემის პრევენცია შესაძლებელია:		პროცენტული წილი, რომელთაც იციან, რომ აივ-ინფიცირებულ ადამიანთან საკვების გაზიარებით	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს		რომელთაც აქვთ კომპლექსური ცოდნა ^{1, A}	ქალების რაოდენობა		
		მხოლოდ ერთი, არაინფიცირებული სქესობრივი პარტნიორის ყოლით	ორივე გზით			კოლოს ნაკლებით	ზებუნებრივი ძალებით				
სულ	90.8	75.9	76.5	67.5	65.8	30.0	53.9	80.4	19.5	16.1	6,812
დასახლების ტიპი											
ქალაქი	96.0	81.7	83.0	73.7	72.9	35.3	62.2	87.3	23.9	20.0	4,392
სოფელი	81.3	65.4	64.6	56.2	52.9	20.5	38.8	67.8	11.5	9.2	2,420
რეგიონი											
თბილისი	97.0	83.3	84.1	75.5	75.9	36.7	66.1	89.9	26.2	22.1	2,621
აჭარის ა.რ.	84.4	65.3	71.5	60.0	62.3	32.5	45.8	71.6	20.8	15.4	736
გურია	95.0	83.8	85.1	77.0	58.9	23.1	49.5	82.0	12.4	10.2	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	94.3	75.9	82.1	68.4	62.3	26.1	51.4	80.5	14.7	12.5	826
კახეთი	91.7	75.7	77.6	68.9	59.7	21.4	41.1	77.6	13.0	11.0	412
მცხეთა-მთიანეთი	92.8	79.0	77.1	68.4	66.8	28.4	49.9	81.6	15.3	12.0	154
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	94.8	79.2	76.9	68.9	64.4	24.2	54.2	82.4	13.9	11.1	454
სამცხე-ჯავახეთი	79.9	64.7	58.0	52.0	55.3	19.4	36.8	63.3	10.6	7.8	238

ქვემო ქართლი	69.7	58.3	54.1	47.8	48.2	21.2	38.3	60.8	13.0	10.7	780
შიდა ქართლი	93.8	79.5	74.0	67.0	64.2	31.7	50.8	82.3	18.3	16.3	436
ასაკი											
15-241	87.2	67.7	66.2	55.6	68.6	28.1	47.3	79.4	16.1	11.5	1,316
15-19	84.4	64.2	59.1	50.1	63.2	28.6	44.1	75.7	13.1	9.5	533
15-17	83.2	62.2	55.8	46.3	60.0	33.6	41.2	75.2	14.3	9.7	324
18-19	86.2	67.3	64.3	55.9	68.3	20.8	48.6	76.5	11.1	9.1	209
20-24	89.1	70.1	70.9	59.3	72.3	27.9	49.5	82.0	18.1	12.9	783
25-29	90.5	77.1	77.7	68.2	68.8	30.9	53.2	80.9	19.0	15.2	1,177
30-39	91.5	78.5	79.6	71.7	65.0	30.7	57.1	81.1	21.4	18.9	2,360
40-49	92.5	77.6	78.9	69.8	63.2	29.9	54.9	79.9	19.7	16.5	1,959
განათლება											
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
დანაყოფითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	64.8	46.9	47.5	37.8	37.4	11.9	22.2	46.9	4.5	3.6	631
სრული საშუალო	84.0	66.7	64.6	55.3	54.1	21.7	36.1	69.7	9.2	6.9	1,718
პროფესიული განათლება	95.3	79.8	81.7	71.9	65.2	28.6	52.5	81.4	15.6	11.8	1,308
უმაღლესი	98.0	85.3	86.7	78.3	78.2	38.8	70.6	92.7	29.7	25.5	3,148
ოჯახური მდგომარეობა ^ა											
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	91.1	77.0	78.2	69.3	64.8	28.9	53.3	79.8	19.1	16.1	5,483
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	90.4	71.9	70.0	60.5	70.6	35.0	56.5	83.7	21.2	16.2	1,317

ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)												
აქვს	92.1	74.2	72.9	63.5	66.3	22.3	52.9	78.2	16.6	13.6	639	
არ აქვს	91.1	76.8	78.0	69.1	66.1	30.7	54.7	80.9	20.1	16.8	5,849	
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება												
ქართველი	94.8	79.6	81.0	71.4	69.6	32.2	57.5	84.7	21.4	17.8	5,957	
აზერბაიჯანელი	37.1	25.7	22.1	18.7	21.8	10.4	14.0	28.0	4.2	1.9	397	
სომეხი	81.9	69.1	61.2	56.0	50.6	16.5	34.1	66.6	4.4	3.4	330	
სხვა	95.9	76.2	73.2	63.6	65.5	24.6	59.6	81.5	14.5	13.5	128	
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი												
არის დევნილი	97.2	77.1	79.6	69.6	65.6	28.6	59.4	87.4	15.7	11.2	350	
არ არის დევნილი	90.4	75.8	76.3	67.3	65.8	30.1	53.6	80.0	19.7	16.4	6,462	
კეთილდღეობის ინდექსის კონტინი												
ულარიბესი	73.8	56.8	53.6	46.2	43.2	15.9	29.8	57.8	6.9	5.6	1,055	
მორე	85.1	69.4	69.6	59.8	57.2	21.6	41.2	70.9	12.1	9.3	1,284	
საშუალო	94.6	78.5	81.2	71.4	69.3	28.8	55.0	82.8	17.7	13.9	1,332	
მეთხე	96.2	82.3	81.7	73.5	70.9	35.1	59.2	88.7	23.4	19.6	1,509	
უმდიდრესი	98.2	85.3	88.0	78.4	79.7	42.0	73.5	93.0	31.2	26.9	1,632	
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.29 - კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდებში												
A კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ მოიცავს მათ, ვინც იცის აივ-ის პრევენციის ორი გზა (მხოლოდ ერთი, არაინფიცირებული სექსობრივი პარტნიორის ყოლა და ყოველი სექსობრივი კავშირისას პრეზერვატივის გამოყენება), ვინც იცის, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს და ვინც უარყვეს ორი ყველაზე გავრცელებული მცდარი შეხედულება აივ-ის გადაცემის შესახებ												
B "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.												
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემთხვევებს დაკვირვებას												

ცხრილი TM.11.1M: ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ, მცდარი შეხედულებები აივ-ის შესახებ და კომპლექსური ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ (მამაკაცები)

15-49 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი: რომელთაც იციან აივ-ის გადაცემის პრევენციის ძირითადი გზები, რომელთაც იციან, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს, რომელთაც უარყვეს გავრცელებული მცდარი შეხედულებები და რომელთაც აქვთ კომპლექსური ცოდნა აივ-ის გადაცემის შესახებ, მიქსი საქართველო 2018

სულ	პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ შიდსის შესახებ	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან აივ-ის გადაცემის პრევენცია შესაძლებელია:			პროცენტული წილი, რომელთაც იციან რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს	პროცენტული წილი, რომელთაც იციან, რომ აივ-ი არ შეიძლება გადაეცეს:		%, რომელთაც უარყვეს ორი ყველაზე გავრცელებული მცდარი შეხედულება და იციან, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს	რომელთაც აქვთ კომპლექსური ცოდნა	მამაკაცების რაოდენობა	
	მხოლოდ ერთი, არაინფიცირებული სქესობრივი პარტნიორის ყოლით	ყოველი სქესობრივი კავშირისას პრეზერვატივის გამოყენებით	ორივე გზით	კოლონ ნაკბენით			აივ-ინფიცირებულ ადამიანთან საკვების გაზიარებით	გებუნებრივი ძალებით				
სულ	86.7	72.9	78.5	68.9	65.0	65.0	29.4	47.3	77.8	18.0	15.3	2,697
დასახლების ტიპი												
ქალაქი	93.4	79.4	85.6	75.1	73.3	73.3	35.6	55.4	85.4	23.7	20.2	1,652
სოფელი	76.1	62.7	67.2	59.0	52.0	52.0	19.4	34.4	65.7	8.9	7.5	1,045
რეგიონი												
თბილისი	94.2	80.3	88.3	76.8	77.3	77.3	38.4	58.8	85.8	26.0	22.6	988
აჭარის ა.რ.	76.5	58.1	67.4	55.5	51.5	51.5	28.7	36.4	70.5	17.3	13.2	275
გურია	91.4	74.5	83.9	71.3	58.6	58.6	18.5	45.3	78.5	8.8	7.7	66
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	87.8	77.0	82.7	74.8	65.5	65.5	21.4	44.3	79.1	13.6	12.2	347
კახეთი	92.7	71.3	78.4	67.5	60.6	60.6	25.2	42.5	84.0	12.6	10.7	185
მცხეთა-მთიანეთი	87.9	70.1	73.6	62.2	58.2	58.2	20.3	44.0	77.6	9.9	8.5	63
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	91.2	79.8	82.1	74.6	73.4	73.4	27.9	46.1	77.3	15.1	13.7	204

სამცხე-ჯავახეთი	72.8	65.2	59.1	57.2	48.9	18.8	32.0	60.6	7.3	4.7	90
ქვემო ქართლი	66.0	57.2	57.9	52.5	45.7	21.7	32.9	60.3	11.6	9.7	297
შიდა ქართლი	85.9	71.4	72.7	63.5	57.6	26.7	45.6	74.2	14.0	10.7	181
ასაკი											
15-241	86.0	65.7	75.4	60.7	64.6	26.7	41.4	76.3	13.6	10.9	699
15-19	80.9	62.1	67.3	55.7	58.4	23.8	34.6	72.1	10.7	8.3	359
15-17	76.8	55.9	62.5	49.6	52.7	16.9	32.8	68.2	9.2	8.1	242
18-19	89.5	74.9	77.2	68.4	70.3	38.1	38.4	80.2	13.8	8.7	117
20-24	91.4	69.5	84.0	66.0	71.1	29.7	48.7	80.8	16.7	13.6	340
25-29	89.2	74.5	83.8	72.5	70.0	34.0	47.6	81.5	21.8	20.0	397
30-39	87.1	74.8	77.9	69.3	64.2	30.5	49.3	77.9	19.5	15.3	809
40-49	85.5	76.7	79.1	73.8	63.8	28.2	50.1	77.1	18.3	16.8	793
განათლება											
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2
დანეცხობილი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	75.7	56.6	64.7	52.4	43.8	17.7	29.2	63.0	3.2	2.9	307
სრული საშუალო	80.0	64.1	69.8	58.5	55.6	20.3	33.2	69.7	9.8	7.5	891
პროფესიული განათლება	86.9	71.9	78.5	68.4	62.5	26.7	45.8	78.1	16.6	15.2	410
უმაღლესი	95.2	85.3	89.6	82.3	79.8	41.1	64.5	88.6	29.4	25.2	1,087
ოჯახური მდგომარეობა											
ოდესმე დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	86.5	75.3	79.3	71.7	64.3	28.2	48.6	78.3	17.5	15.0	1,614

არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/ უცხოვრია პარტნიორთან	86.9	69.3	77.3	64.6	66.1	31.0	45.2	77.0	18.7	15.7	1,083
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)											
აქვს	85.1	67.3	71.7	63.0	67.4	19.9	43.2	72.3	14.1	10.1	166
არ აქვს	87.8	75.1	80.6	71.3	66.2	31.4	49.1	79.2	19.2	16.4	2,289
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება											
ქართული	90.5	76.7	82.3	72.6	68.8	30.7	49.8	81.8	19.3	16.5	2,387
აზერბაიჯანელი	36.5	29.8	31.2	28.8	23.1	11.3	14.3	32.2	0.7	0.3	126
სომეხი	60.3	46.7	50.2	42.6	41.5	19.8	28.4	50.3	11.5	9.9	117
სხვა	91.8	65.9	79.6	57.2	51.1	30.5	50.6	69.3	15.2	9.8	66
შინამეურნეობის უფროსის დევილიობის სტატუსი											
არის დევილი	92.9	77.5	77.4	71.4	68.9	27.8	47.9	80.6	17.7	14.0	117
არ არის დევილი	86.4	72.7	78.5	68.8	64.9	29.4	47.2	77.7	18.0	15.3	2,580
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი											
უღარიბესი	71.1	57.9	62.3	53.8	48.1	17.0	31.7	58.6	7.3	5.6	485
მეორე	81.6	66.7	71.9	63.1	56.6	20.0	35.9	72.2	9.7	8.6	552
საშუალო	89.8	74.8	82.2	71.2	65.3	28.7	47.8	80.5	17.2	13.7	547
მეოთხე	93.5	78.1	82.6	71.5	71.2	34.9	53.9	87.5	23.8	19.9	530
უმდიდრესი	95.3	84.8	90.9	82.3	81.3	44.0	64.5	87.7	30.1	27.0	584

1 მიქსის მაჩვენებელი TM.29 - კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდებში

A კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ მოიცავს მათ, ვინც იცის აივ-ის პრევენციის ორი გზა (მხოლოდ ერთი, არაინფიცირებულ სქესობრივი პარტნიორის ყოლა და ყოველი სქესობრივი კავშირისას პრეფერვატივის გამოყენება), ვინც იცის, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს და ვინც უარყვეს ორი ყველაზე გავრცელებული მცდარი შეხედულება აივ-ის გადაცემის შესახებ

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწონავ დავკვირებას

ცხრილი TM.11.2W: ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სწორად განსაზღვრეს დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის გზები, მიქსი საქართველო 2018

	ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:						დედისგან გადაეცეს დედისგან		ქალების რაოდენობა
	იციან, რომ აივ-ი შესაძლოა გადაეცეს დედისგან შვილს:						არ იცის დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის სპეციფიკური გზები		
	ორსულობის პერიოდში	მშობიარობისას	ძუძუთი კვების დროს	მოცემული სამიდან მინიმუმ ერთი გზით	მოცემული სამივე გზით ¹	იციან, რომ აივ-ი შესაძლოა გადაეცეს დედისგან შვილს:			
სულ	63.8	58.7	46.4	73.2	36.6	38.2	25.4	17.6	6,812
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	66.6	62.9	46.6	77.3	37.3	39.2	24.7	18.8	4,392
სოფელი	58.6	51.0	46.0	65.8	35.2	36.4	26.8	15.4	2,420
რეგიონი									
თბილისი	67.5	65.4	45.3	78.7	37.1	38.9	22.7	18.3	2,621
აჭარის ა.რ.	56.1	51.5	51.0	65.0	38.6	35.5	28.0	19.4	736
გურია	73.1	66.2	58.8	82.3	45.2	53.7	39.4	12.7	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	66.3	55.7	47.7	74.5	35.5	35.4	24.3	19.7	826
კახეთი	66.5	62.4	54.1	77.5	40.9	43.5	29.5	14.3	412
მცხეთა-მთიანეთი	64.6	60.7	52.8	75.6	42.4	37.0	27.4	17.1	154
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	64.3	55.4	49.3	74.3	36.6	44.3	32.2	20.5	454
სამცხე-ჯავახეთი	58.4	47.8	37.7	62.8	30.6	44.2	29.2	17.0	238
ქვემო ქართლი	50.4	45.3	34.9	57.6	26.4	31.6	21.5	12.1	780

შიდა ქართლი	69.4	62.4	50.7	75.6	44.0	36.6	27.8	18.2	436
ასაკი									
15-24	60.0	50.6	48.4	68.3	34.7	37.1	27.0	18.9	1,316
15-19	56.4	46.6	45.6	65.1	31.0	32.9	24.2	19.2	533
15-17	58.0	43.5	46.4	64.0	32.2	35.3	27.5	19.2	324
18-19	54.0	51.3	44.4	66.9	29.3	29.2	18.9	19.3	209
20-24	62.4	53.3	50.3	70.4	37.1	40.0	28.9	18.7	783
25-29	61.6	58.3	46.2	73.0	34.9	39.4	25.6	17.6	1,177
30-39	64.3	61.2	45.6	73.1	37.9	38.7	25.8	18.5	2,360
40-49	66.9	61.3	46.1	76.9	37.2	37.7	23.8	15.6	1,959
განათლება									
საბუნებო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
დანეშობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	46.6	41.6	40.7	51.8	33.8	29.1	24.8	13.0	631
სრული საშუალო	58.8	50.0	48.4	66.3	36.8	34.8	27.3	17.7	1,718
პროფესიული განათლება	68.4	62.6	52.5	78.3	40.8	41.8	29.3	17.1	1,308
უმაღლესი	68.0	65.3	43.9	79.3	35.3	40.5	22.9	18.7	3,148
ოჯახური მდგომარეობა^A									
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	64.9	60.4	47.5	74.4	38.2	38.7	26.2	16.6	5,483
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	59.5	51.8	41.8	68.8	29.8	36.5	22.4	21.6	1,317

ფუნქციონირების სიროთულები (18-49 ასაკის)										
აქვს ფუნქციონირების სიროთულები	62.6	59.4	45.1	73.0	36.1	34.5	22.1	19.1	639	
არ აქვს ფუნქციონირების სიროთულები	64.2	59.4	46.5	73.7	36.9	38.8	25.7	17.3	5,849	
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება										
ქართველი	66.2	60.9	47.9	76.3	37.5	40.3	26.5	18.4	5,957	
აზერბაიჯანელი	29.0	25.1	23.3	31.2	19.0	17.8	14.2	5.9	397	
სომეხი	53.3	52.0	43.2	62.3	35.5	27.0	19.3	19.7	330	
სხვა	82.9	76.8	54.0	87.0	50.6	35.6	27.0	8.9	128	
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი										
არის დევნილი	67.9	67.3	49.7	78.5	42.4	41.1	27.5	18.7	350	
არ არის დევნილი	63.5	58.2	46.2	72.9	36.3	38.1	25.3	17.5	6,462	
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი										
უღარიბესი	52.1	42.9	44.0	58.4	32.8	32.5	25.4	15.4	1,055	
მეორე	62.1	54.4	48.3	69.5	37.9	37.4	26.9	15.6	1,284	
საშუალო	66.6	60.3	45.7	77.0	36.0	39.7	26.9	17.6	1,332	
მეოთხე	69.0	62.4	47.1	79.5	36.2	42.7	25.3	16.7	1,509	
უმდიდრესი	65.4	67.5	46.3	76.8	38.8	37.3	23.2	21.4	1,632	

1 მიქსის მაჩვენებელი TM.30 - ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ

A "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწივარ დაკვირვებას

ცხრილი TM.11.2M: ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ (მამაკაცები)

15-49 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი, რომელთაც სწორად განსაზღვრეს დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის გზები, მიქსი საქართველო 2018

	მამაკაცების პროცენტული წილი, რომელთაც:						არ იცის დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის სპეციფიკური გზები	მამაკაცების რაოდენობა	
	დედისგან შვილზე:			იციან, რომ აივ-ი შესაძლოა გადაეცეს დედისგან შვილს:					
	ორსულობის პერიოდში	მშობიარობისას	ძუძუთი კვების დროს	მოცემული სამივე გზით ₁	მოცემული სამივე ერთი გზით	მოცემული სამივე ერთი გზით და რისკი შეიძლება შემცირდეს დედის მიერ ორსულობის პერიოდში სპეციალური ნამღებების მიღებით			
სულ	51.7	43.8	37.6	28.1	58.8	27.0	18.1	27.9	2,697
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	57.3	49.2	38.7	28.8	65.4	27.7	17.4	28.0	1,652
სოფელი	42.9	35.3	35.7	26.9	48.3	26.0	19.3	27.7	1,045
რეგიონი									
თბილისი	60.0	51.1	39.2	28.6	68.6	27.0	16.0	25.6	988
აჭარის ა.რ.	40.5	32.4	34.0	24.2	44.4	23.0	19.0	32.2	275
გურია	58.7	44.5	46.3	32.3	67.1	46.8	33.7	24.4	66
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	50.9	39.8	35.6	27.7	57.8	25.3	15.6	30.1	347
კახეთი	57.8	53.5	48.2	36.7	66.6	41.4	29.7	26.1	185
მცხეთა-მთიანეთი	56.6	47.3	45.7	34.2	63.1	31.2	25.3	24.8	63
სამცხრეთლო-ზემო სვანეთი	44.3	39.3	33.9	25.2	51.8	28.1	21.0	39.5	204
სამცხე-ჯავახეთი	26.6	22.4	17.0	15.1	28.1	15.1	12.3	44.7	90
ქვემო ქართლი	42.1	37.4	32.8	25.1	48.5	24.7	16.2	17.5	297
შიდა ქართლი	51.8	43.7	42.9	34.2	56.4	21.9	15.8	29.5	181

ასაკი												
15-24	51.1	43.6	41.1	56.7	31.1	29.4	23.1	29.3	699			
15-19	49.6	39.8	37.1	52.7	28.5	29.4	22.0	28.2	359			
15-17	46.1	36.7	32.2	49.2	23.7	28.7	19.5	27.5	242			
18-19	56.9	46.4	47.3	60.0	38.3	31.0	27.1	29.5	117			
20-24	52.6	47.6	45.3	60.9	33.8	29.3	24.3	30.5	340			
25-29	52.4	43.9	37.3	59.7	30.0	26.8	17.4	29.6	397			
30-39	52.5	44.6	37.4	61.4	26.4	26.6	16.0	25.7	809			
40-49	51.2	43.1	34.8	57.4	26.3	25.6	16.2	28.1	793			
განათლება												
საბაკვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2			
დანეებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	39.5	30.5	33.3	44.1	23.9	22.1	16.1	31.6	307			
სრული საშუალო	45.2	36.8	37.6	51.5	26.9	26.4	19.2	28.5	891			
პროფესიული განათლება	50.6	44.3	41.3	59.3	29.7	23.9	15.1	27.6	410			
უმბილესი	61.1	53.2	37.4	68.7	29.7	30.2	19.0	26.5	1,087			
ოჯახური მდგომარეობა												
ოდესმე დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	51.6	44.3	36.3	58.9	26.7	25.5	16.3	27.6	1,614			
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/ უცხოვრია პარტნიორთან	51.9	43.0	39.5	58.6	30.1	29.3	20.8	28.3	1,083			

ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)											
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	55.2	38.0	37.3	62.4	23.8	27.1	17.1	22.8	166		
არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	52.1	45.0	38.2	59.5	28.9	26.9	18.0	28.3	2,289		
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება											
ქართველი	54.0	46.0	38.7	61.6	28.9	28.6	18.8	28.8	2,387		
აზერბაიჯანელი	30.1	31.1	27.0	32.2	24.1	12.2	10.1	4.3	126		
სომეხი	31.7	15.6	26.4	34.2	11.9	12.0	11.6	26.1	117		
სხვა	45.6	38.2	37.6	48.9	33.0	26.4	19.2	42.9	66		
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი											
არის დევნილი	59.4	49.7	45.1	65.6	35.8	30.9	24.7	27.2	117		
არ არის დევნილი	51.4	43.5	37.2	58.5	27.7	26.9	17.8	27.9	2,580		
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი											
უღარიბესი	38.9	30.7	30.2	43.6	23.2	22.8	16.2	27.5	485		
მეორე	49.2	38.6	39.7	54.4	28.9	30.8	21.5	27.1	552		
საშუალო	54.3	46.1	40.0	61.3	30.3	30.1	22.4	28.5	547		
მეოთხე	53.0	44.2	36.4	60.7	26.9	20.9	14.4	32.9	530		
უმდიდრესი	61.3	57.0	40.3	71.4	30.4	29.6	16.0	23.9	584		
1 მიქსის მარკენგებელი TM.30 - მიქსის მარკენგებელი TM.30 - ინფორმირებულობა დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის შესახებ											
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შემწონავ დაკვირვებას											

ცხრილი TM.11.3W: დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებულ ადამიანებს მიმართ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ შიდსის შესახებ და აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ, მიქსი საქართველო 2018									
ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც:	ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც:		ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც ფიქრობენ, რომ:		ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:				
	არ იყიდდნენ ახალ ბოსტნეულს მაღაზიის მენეჯერისგან ან რომელიც აივ-ინფიცირებულია	არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი	ფიქრობენ, რომ აივ-ინფიცირებული ბავშვები არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი	აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ ^{1.A}	აივ-ინფიცირებულები ან ისინი, ვინც ასეთებად ითვლებიან კარგავენ სხვა ადამიანების პატივისცემას	შერცხვებოდათ, ოჯახში ვინმეს აივ-ი რომ ჰქონოდა	ემინიათ, რომ აივ-ინფიცირებული ადამიანის ნერწყვთან კონტაქტით შეიძლება აივ-ით დაინფიცირდნენ ^B		
სულ	48.4	40.5	58.6	72.2	55.0	52.8	13.8	53.1	6,185
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	43.8	36.6	53.8	72.6	55.5	52.4	10.9	50.1	4,218
სოფელი	58.4	49.0	68.7	71.3	53.8	53.6	19.9	59.5	1,966
რეგიონი									
თბილისი	41.6	34.4	51.0	72.0	57.2	55.5	9.8	46.6	2,543
აჭარის ა.რ.	48.3	43.7	58.2	74.6	56.2	53.4	16.8	54.1	621
გურია	64.2	50.4	75.0	76.9	56.4	52.3	15.3	66.3	147
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	50.1	42.5	62.6	70.7	48.2	44.8	11.4	57.8	779
კახეთი	56.5	46.1	66.9	70.7	55.3	50.7	21.3	57.6	378
მცხეთა-მთიანეთი	55.8	43.7	64.3	74.9	58.5	60.2	12.9	55.9	143
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	54.4	45.0	65.5	75.1	58.9	47.9	12.5	61.8	430
სამცხე-ჯავახეთი	61.4	53.0	70.9	62.0	46.4	48.1	17.3	57.0	190

ქვემო ქართლი	50.0	45.9	63.1	75.9	55.2	55.9	22.3	60.0	544
შიდა ქართლი	57.8	42.5	63.7	67.5	50.1	53.0	18.9	53.1	409
ასაკი									
15-24	50.8	38.8	60.3	73.8	56.5	52.5	7.6	53.1	1,147
15-19	52.6	38.0	62.0	74.1	59.0	53.3	4.7	51.1	449
15-17	60.5	41.5	66.2	71.4	54.8	53.1	6.0	54.5	269
18-19	41.0	32.9	55.7	78.2	65.3	53.7	2.8	46.1	180
20-24	49.6	39.4	59.3	73.7	54.8	52.0	9.5	54.4	698
25-29	45.1	40.8	57.6	73.5	56.4	56.1	8.4	51.4	1,066
30-39	47.6	42.0	58.2	70.3	54.9	52.5	13.0	51.4	2,160
40-49	50.0	39.7	58.4	72.5	53.3	51.4	21.8	56.1	1,811
განათლება									
საბუნებო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2
დანეშობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	70.1	59.2	77.9	66.8	57.1	59.0	31.1	70.4	409
სრული საშუალო	62.2	51.8	72.6	70.1	55.6	53.0	16.8	62.1	1,443
პროფესიული განათლება	54.4	47.6	65.5	72.2	55.7	52.0	16.8	60.1	1,246
უმაღლესი	36.7	29.9	46.6	73.8	54.1	52.2	8.8	43.8	3,084
ოჯახური მდგომარეობა ^ა									
ოდესმე დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	50.0	43.0	60.5	71.5	54.1	52.2	15.4	54.7	4,992
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/ უცხოვრია პარტნიორთან	42.1	30.1	50.5	74.9	58.9	55.4	6.8	46.2	1,190

ფუნქციონირების სიროთულები (18-49 ასაკის)										
აქვს	52.6	44.9	64.5	72.5	58.3	54.3	17.2	52.8	589	
არ აქვს	47.4	40.0	57.5	72.2	54.6	52.6	13.8	53.1	5,327	
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება										
ქართველი	46.9	38.7	56.5	72.6	54.7	52.9	11.9	51.5	5,644	
აგერბაიჯანელი	59.4	75.5	85.3	71.6	67.5	61.6	55.1	83.8	147	
სომეხი	78.6	56.4	85.1	68.5	51.6	45.8	26.5	65.7	270	
სხვა	39.6	48.8	61.5	61.7	58.8	51.3	23.1	61.1	123	
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი										
არის დევნილი	43.0	31.8	49.1	70.1	60.0	52.5	9.1	47.7	340	
არ არის დევნილი	48.8	41.0	59.1	72.3	54.7	52.8	14.0	53.4	5,845	
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი										
უღარიბესი	63.2	54.9	75.3	70.4	55.9	55.3	24.8	64.1	778	
მეორე	57.2	47.8	66.5	71.5	53.5	51.1	18.5	61.1	1,093	
საშუალო	51.1	40.3	60.9	74.7	55.8	51.7	13.3	56.0	1,259	
მეოთხე	44.2	37.1	54.8	74.2	55.0	53.4	11.4	50.9	1,452	
უმდიდრესი	37.0	31.9	46.5	69.7	54.9	53.1	7.7	42.0	1,603	
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.31 - დისკრიმინაციული დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ										
A ეს შედეგნილი მაჩვენებელი მოიცავს მათ, ვინც არ იყიდდნენ ახალ ბოსტნულს მაღაზიის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია ან ფიქრობენ, რომ აივ-ინფიცირებული ბავშვები არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი										
B რესპოდენტების დაცვის მიზნით მათ, ვინც უპასუხეს, რომ არიან აივ-ინფიცირებულები, პასუხად მოინიშნა "არა" და ამგვარად ჩაითვა, რომ მათ არ ეშინოდათ აივ-ინფიცირებულთან კონტაქტის										
C "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.										
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-გე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას										

ცხრილი TM.11.3M: დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებულ ადამიანებს მიმართ (მამაკაცები)

15-49 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიით შიდსის შესახებ და აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ, მიქსი საქართველო 2018

	მამაკაცების პროცენტული წილი, რომლებიც:		მამაკაცების პროცენტული წილი, რომლებიც			მამაკაცების პროცენტული წილი, რომლებიც		მამაკაცების რაოდენობა, რომელთაც სმენიით შიდსის შესახებ
	არ იყიდდნენ ახალ ბოსტნეულს მაღაზი-ის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია	ფიქრობენ, რომ აივ-ინფიცირებული ბავშვები არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი	აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ ^{1,A}	ადამიანები ცუდად იხსენიებენ აივ-ინფიცირებულებს ან მათ, ვისაც ასეთებად თვლიან	ადამიანები აივ-ტესტირების ჩატარებაზე ყოყმანობენ იმიტომ, რომ ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში ხალხის რეაქციის ემინიათ	აივ-ინფიცირებულები ან ისინი, ვინც ასეთებად ითვლებიან კარგავენ სხვა ადამიანების პატივისცემას	შერცხვებოდათ, ოჯახში ვინმეს აივ-ი რომ ჰქონოდა	
სულ	48.7	40.2	58.3	38.1	40.5	17.5	42.8	2,337
დასახლების ტიპი								
ქალაქი	42.1	35.7	51.4	39.4	41.2	14.3	38.8	1,542
სოფელი	61.6	49.0	71.7	35.6	39.1	23.8	50.7	795
რეგიონი								
თბილისი	40.8	34.5	49.4	40.5	43.9	12.9	34.8	931
აჭარის ა.რ.	57.7	42.5	63.5	38.3	43.1	21.0	49.2	210
გურია	69.9	56.6	79.5	34.5	40.9	23.6	55.4	60
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	45.5	37.7	53.4	28.3	26.0	18.3	46.1	305
კახეთი	59.2	44.0	67.3	38.5	38.6	24.9	41.4	172
მცხეთა-მთიანეთი	67.4	51.0	71.7	37.0	44.6	20.3	52.4	55
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	47.2	47.3	64.0	38.5	28.5	13.1	52.2	186
სამცხე-ჯავახეთი	59.4	52.9	67.3	40.6	44.1	22.8	52.3	66
ქვემო ქართლი	47.0	40.8	66.2	41.1	55.2	22.9	56.9	196

შიდა ქართლი	63.3	46.9	70.4	56.2	38.4	39.1	23.9	36.3	155
ასაკი									
15-24	50.1	38.4	61.1	65.1	37.3	38.0	12.3	44.0	601
15-19	58.7	36.8	64.5	60.7	37.9	41.4	8.6	44.3	290
15-17	60.3	38.2	67.1	63.4	39.2	44.6	8.4	38.6	186
18-19	55.9	34.2	59.8	55.9	35.6	35.7	9.0	54.5	104
20-24	42.0	40.0	57.9	69.2	36.7	34.8	15.8	43.7	310
25-29	47.4	38.0	55.9	63.5	40.1	42.0	10.9	39.4	354
30-39	49.7	42.3	58.9	62.8	36.8	38.0	19.5	42.6	704
40-49	47.3	40.7	56.4	65.3	39.1	44.4	23.5	43.9	678
განათლება									
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	1
დანეცხობითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	69.4	58.2	78.6	61.3	35.2	38.2	30.2	54.4	232
სრული საშუალო	58.2	47.3	67.7	60.0	42.7	44.3	20.9	45.0	713
პროფესიული განათლება	54.5	45.1	65.6	64.1	34.5	40.5	19.0	47.6	357
უმაღლესი	35.6	29.6	44.8	67.8	36.7	38.3	11.9	37.1	1,035
ოჯახური მდგომარეობა									
ოდესმე დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	48.5	41.5	57.6	63.8	38.1	42.9	20.8	42.5	1,396
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/ უცხოვრია პარტნიორთან	49.1	38.2	59.2	64.8	38.0	36.9	12.7	43.3	941

ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)										
აქვს	56.9	56.0	67.9	63.5	38.6	48.8	30.1	53.4	141	
არ აქვს	47.1	39.3	56.8	64.3	38.0	39.5	17.5	42.5	2,010	
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება										
ქართული	48.0	38.7	56.9	65.1	37.1	40.3	15.9	41.3	2,160	
აზერბაიჯანელი	(42.0)	(59.6)	(71.5)	(71.5)	(83.0)	(64.6)	(43.4)	(74.8)	46	
სომეხი	65.9	63.1	76.7	38.8	38.7	32.5	29.3	58.5	71	
სხვა	59.5	51.3	75.6	55.8	39.1	37.8	42.5	55.2	61	
შინამეურნეობის უფროსის დევილიობის სტატუსი										
არის დევილი	57.2	45.9	73.9	59.2	26.1	37.8	14.2	50.3	108	
არ არის დევილი	48.3	39.9	57.5	64.5	38.7	40.6	17.7	42.5	2,229	
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი										
უღარიბესი	61.4	51.8	73.6	66.1	37.3	39.2	24.8	55.5	345	
მეორე	58.0	49.4	68.8	62.8	34.9	38.1	19.5	50.2	450	
საშუალო	54.0	40.7	62.6	65.7	36.3	36.8	19.2	42.2	491	
მეოთხე	42.2	37.0	53.5	59.7	39.5	42.1	13.5	38.8	495	
უმდიდრესი	34.5	28.0	40.7	66.9	41.4	44.9	13.6	33.3	556	
1 მიქსის მარკენგებელი TM.31 - დისკრიმინაციული დამოკიდებულებები აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ										
A ეს შედგენილი მარკენგელი მოიცავს მათ, ვინც არ იყიდენ ახალ ბოსტნეულს მაღაზიის მეპატრონისგან ან გამყიდველისგან, რომელიც აივ-ინფიცირებულია ან ფიქრობენ, რომ აივ-ინფიცირებული ბავშვები არ უნდა სწავლობდნენ იმ ბავშვებთან ერთად, რომელთაც არ აქვთ აივ-ი										
B რესპოდენტების დაცვის მიზნით მათ, ვინც უპასუხეს, რომ არიან აივ-ინფიცირებულები, პასუხად მოინიშნა "არა" და ამგვარად ჩაითვალა, რომ მათ არ ეზინოდათ აივ-ინფიცირებულთან კონტაქტის										
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას										
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას										

ცხრილი TM.11.4W: ინფორმირებულობა აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ (ქალები)

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი: რომელთაც იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება, რომელთაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება, რომელთაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იციან ბოლო ტესტის შედეგი, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იციან შედეგი, მიქსი 2018.

	ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:					ქალების რაოდენობა
	იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება ¹	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იციან ბოლო ტესტის შედეგი	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იციან შედეგი ²	
სულ	46.6	27.0	25.7	7.9	7.5	6,812
დასახლების ტიპი						
ქალაქი	52.7	31.7	30.1	9.0	8.5	4,392
სოფელი	35.5	18.5	17.8	5.9	5.6	2,420
რეგიონი						
თბილისი	54.4	34.0	32.4	9.4	8.8	2,621
აჭარის ა.რ.	46.8	21.3	20.3	5.9	5.4	736
გურია	39.8	22.8	21.4	5.6	5.4	155
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	40.5	23.6	22.2	7.1	6.6	826
კახეთი	42.2	22.2	19.8	5.0	4.6	412
მცხეთა-მთიანეთი	44.3	20.8	19.9	4.4	4.4	154
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	58.8	40.6	39.6	19.9	19.5	454
სამცხე-ჯავახეთი	31.2	13.9	12.6	2.4	2.2	238
ქვემო ქართლი	29.6	15.4	15.4	4.7	4.7	780
შიდა ქართლი	44.9	22.9	21.9	4.4	4.4	436
ასაკი						
15-24	32.2	11.4	10.8	7.0	6.6	1,316
15-19	21.0	3.6	3.6	2.6	2.6	533
15-17	16.8	0.8	0.8	0.2	0.2	324
18-19	27.5	8.0	8.0	6.3	6.3	209
20-24	39.8	16.7	15.6	10.0	9.4	783
25-29	48.2	31.4	29.9	10.5	9.7	1,177
30-39	52.7	34.6	33.1	9.0	8.5	2,360
40-49	48.1	25.7	24.5	5.6	5.4	1,959
განათლება						
საბავშვო ბაღი / არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7

დანყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	21.2	11.2	10.2	3.0	2.9	631
სრული საშუალო	32.4	14.6	13.9	5.4	5.2	1,718
პროფესიული განათლება	47.3	26.7	25.2	7.2	6.8	1,308
უმაღლესი	59.3	37.1	35.5	10.5	9.9	3,148
ოჯახური მდგომარეობა^A						
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	49.8	31.6	30.2	8.6	8.2	5,483
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	33.6	7.9	7.5	4.8	4.4	1,317
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)						
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	49.4	29.6	27.9	8.7	8.3	639
არ აქვს	48.0	28.2	26.9	8.2	7.8	5,849
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება						
ქართველი	50.1	29.2	27.8	8.6	8.1	5,957
აზერბაიჯანელი	11.6	5.7	5.7	1.0	1.0	397
სომეხი	24.1	12.6	12.6	5.2	5.2	330
სხვა	49.8	29.6	23.6	4.1	4.1	128
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი						
არის დევნილი	55.6	38.9	38.5	13.8	13.8	350
არ არის დევნილი	46.1	26.4	25.0	7.6	7.1	6,462
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი						
უღარიბესი	29.2	15.9	15.3	6.6	6.5	1,055
მეორე	36.7	19.3	18.2	5.5	5.1	1,284
საშუალო	49.8	25.4	24.2	7.1	6.4	1,332
მეოთხე	51.8	29.3	27.6	9.1	8.8	1,509
უმდიდრესი	58.4	39.4	38.0	10.1	9.6	1,632
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.32 - ადამიანები, რომელთაც იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება						
2 მიქსის მაჩვენებელი TM.33 - ადამიანები, რომელთაც ჩაიტარეს აივ-ზე ტესტირება და იციან შედეგი						
A "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.						
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას						

ცხრილი TM.11.4M: ინფორმირებულობა აივ-ზე ტესტირების ჩატარების ადგილის შესახებ (მამაკაცები)

15-49 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი: რომელთაც იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება, რომელთაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება, რომელთაც ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იციან ბოლო ტესტის შედეგი, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იციან შედეგი, მიქსი 2018

	მამაკაცების პროცენტული წილი, რომელთაც:					
	იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება ¹	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იციან ბოლო ტესტის შედეგი	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იციან შედეგი ²	მამაკაცების რაოდენობა
სულ	38.3	15.7	15.1	5.1	4.9	2,697
დასახლების ტიპი						
ქალაქი	43.9	19.3	18.7	5.5	5.3	1,652
სოფელი	29.4	10.1	9.5	4.4	4.3	1,045
რეგიონი						
თბილისი	46.2	19.7	19.1	4.3	4.3	988
აჭარის ა.რ.	35.8	12.1	11.1	4.2	3.6	275
გურია	34.5	10.4	10.4	5.1	5.1	66
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	25.5	11.9	11.9	4.8	4.8	347
კახეთი	35.8	13.5	11.8	3.6	3.2	185
მცხეთა-მთიანეთი	31.7	9.2	8.5	1.2	1.1	63
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	54.7	32.0	31.6	22.2	22.2	204
სამცხე-ჯავახეთი	25.4	6.3	6.3	1.7	1.7	90
ქვემო ქართლი	26.5	7.3	6.9	1.4	1.0	297
შიდა ქართლი	37.2	13.0	12.6	2.0	1.9	181
ასაკი						
15-24	30.7	5.2	4.9	2.8	2.7	699
15-19	24.5	1.7	1.0	0.7	0.5	359
15-17	23.6	1.2	0.6	0.0	0.0	242
18-19	26.3	2.7	1.7	2.3	1.6	117
20-24	37.3	9.0	9.0	5.0	5.0	340
25-29	41.2	18.6	18.0	8.9	8.4	397
30-39	39.6	16.7	16.4	5.4	5.4	809
40-49	42.2	22.4	21.5	4.8	4.7	793
განათლება						
საბავშვო ბაღი / არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	2

დანყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	23.5	4.2	4.2	1.6	1.6	307
სრული საშუალო	30.8	8.9	8.6	2.8	2.8	891
პროფესიული განათლება	33.9	14.2	14.1	7.1	7.1	410
უმაღლესი	50.3	25.0	23.9	7.1	6.7	1,087
ოჯახური მდგომარეობა						
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	41.4	20.1	19.4	5.6	5.4	1,614
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	33.7	9.2	8.8	4.3	4.2	1,083
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)						
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	32.1	9.6	9.6	3.0	3.0	166
არ აქვს	40.3	17.7	17.1	5.7	5.6	2,289
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება						
ქართველი	40.4	17.1	16.5	5.6	5.5	2,387
აზერბაიჯანელი	16.4	5.0	5.0	0.1	0.1	126
სომეხი	18.0	4.6	4.6	0.4	0.4	117
სხვა	40.9	5.0	5.0	1.8	1.8	66
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი						
არის დევნილი	38.3	24.1	21.3	4.0	3.9	117
არ არის დევნილი	38.3	15.3	14.8	5.1	5.0	2,580
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი						
ულარიბესი	28.2	10.5	10.1	5.5	5.5	485
მეორე	30.5	10.0	9.7	3.2	3.1	552
საშუალო	32.6	12.6	11.9	6.0	5.9	547
მეოთხე	49.1	21.3	20.4	7.4	7.0	530
უმდიდრესი	49.6	23.2	22.7	3.4	3.4	584
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.32 - ადამიანები, რომელთაც იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება						
2 მიქსის მაჩვენებელი TM.33 - ადამიანები, რომელთაც ჩაიტარეს აივ-ზე ტესტირება და იციან შედეგი						
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას						

ცხრილი TM.11.5: აივ-ზე კონსულტაცია ანტენატალური მეთვალყურეობისას

ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც გაენიათ კონსულტაცია აივ-ზე ანტენატალური მეთვალყურეობისას ბოლო ბავშვზე ორსულობის დროს, მიქსი საქართველო 2018

	ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც გაენიათ კონსულტაცია აივ-ზე ანტენატალური მეთვალყურეობისას ^{1.A}	ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების რაოდენობა
სულ	13.7	900
დასახლების ტიპი		
ქალაქი	16.8	564
სოფელი	8.6	336
რეგიონი		
თბილისი	12.9	331
აჭარის ა.რ.	22.4	93
გურია	23.0	19
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	17.1	117
კახეთი	9.2	66
მცხეთა-მთიანეთი	8.4	22
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	15.1	61
სამცხე-ჯავახეთი	3.8	35
ქვემო ქართლი	9.3	108
შიდა ქართლი	14.9	49
ასაკი		
15-24	7.9	234
15-19	(4.2)	29
20-24	8.4	205
25-29	17.2	292
30-39	13.9	341
40-49	22.8	33
განათლება		
საბავშვო ბავშვ/ არ აქვს განათლება	-	0
დანყებიანი ან არასრული საშუალო (საბავშვო)	12.6	94
სრული საშუალო	13.4	215
პროფესიული განათლება	13.5	182
უმაღლესი	14.3	409
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)		
აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	21.2	63
არ აქვს ფუნქციონირების სირთულეები	13.4	825

შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება		
ქართველი	15.4	775
აზერბაიჯანელი	(4.9)	63
სომეხი	1.7	39
სხვა	(*)	23
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი		
არის დევნილი	11.6	54
არ არის დევნილი	13.9	846
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი		
ულარიბესი	8.2	143
მეორე	9.1	172
საშუალო	13.3	180
მეოთხე	16.6	183
უმდიდრესი	18.8	221
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.35a - აივ-ზე კონსულტაცია ანტენატალური მეთვალყურეობისას (აივ-ზე კონსულტაცია)		
A ამ კონტექსტში კონსულტაცია ნიშნავს, რომ ვინმე ესაუბრა რესპოდენტს შემდეგი სამი საკითხის შესახებ: 1) აივ-ის დედისგან შვილზე გადაცემა, 2) აივ-ის პრევენცია და 3) აივ-ზე ტესტირება.		
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას		
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას		
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში ან სვეტში		

ცხრილი TM.11.6W: აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლები (ახალგაზრდა ქალები)

15-24 წლის ქალების პროცენტული წილი აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლების მიხედვით, მიქსი-2018

	15-24 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:						15-24 წლის ქალების რაოდენობა	პროცენტული წილი, რომლებიც აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული აღამიანების მიმართ ^A	15-24 წლის ქალების რაოდენობა, რომელთაც სმენიათ შიდსის შესახებ
	აქვთ კომპლექსური ცოდნა ¹	იციან დედისგან შვილზე აივ-ის გადაცემის სამივე გზა	იციან, თუ სად შეიძლება აივ-ზე ტესტირების ჩატარება	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იციან ბოლო ტესტის შედეგი	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იციან შედეგი	15-24 წლის ქალების რაოდენობა			
სულ	11.5	34.7	32.2	10.8	6.6	1,316	60.3	1,147	
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	14.0	38.0	36.1	10.3	7.0	855	56.5	801	
სოფელი	6.8	28.5	24.9	11.5	5.9	461	69.1	347	
რეგიონი									
თბილისი	16.3	44.3	37.7	11.3	8.7	523	56.9	508	
აჭარის ა.რ.	10.8	30.9	31.1	9.5	4.4	138	53.0	108	
გურია	8.3	51.3	27.4	9.9	5.1	29	82.9	25	
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	7.6	28.7	30.3	10.9	6.9	166	59.7	145	
კახეთი	5.7	33.1	31.5	10.7	4.6	77	62.2	63	
მცხეთა-მთიანეთი	10.2	34.8	30.6	11.0	2.1	25	65.7	21	
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	7.6	22.0	42.5	25.1	14.3	70	58.9	62	
სამცხე-ჯავახეთი	4.3	18.5	21.6	5.2	2.1	38	76.5	30	
ქვემო ქართლი	8.0	17.5	16.1	5.6	2.8	162	66.4	107	
შიდა ქართლი	10.9	39.2	33.6	10.3	4.0	88	70.5	78	
ასაკი									
15-19	9.5	31.0	21.0	3.6	2.6	533	62.0	449	
15-17	9.7	32.2	16.8	0.8	0.2	324	66.2	269	
18-19	9.1	29.3	27.5	8.0	6.3	209	55.7	180	
20-24	12.9	37.1	39.8	15.6	9.4	783	59.3	698	
20-22	12.8	35.3	34.1	12.4	6.9	439	60.7	382	
23-24	13.0	39.5	47.1	19.8	12.6	344	57.5	316	
განათლება									
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	1	(*)	1	

დანეციბითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	3.8	23.8	17.4	9.0	3.2	124	75.3	71
სრული საშუალო	8.2	31.8	23.4	6.7	4.0	558	69.0	466
პროფესიული განათლება	11.4	46.8	40.8	17.0	11.2	139	67.2	132
უმაღლესი	17.2	37.2	43.5	14.1	9.2	494	47.7	478
ოჯახური მდგომარეობაB								
ოდესმე დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	9.3	41.0	41.9	23.9	14.7	471	68.6	405
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული/ უცხოვრია პარტნიორთან	12.8	31.3	26.9	3.5	2.1	840	55.8	742
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)								
აქვს	10.3	35.3	41.8	20.1	17.0	44	(54.0)	40
არ აქვს	12.2	35.5	37.0	13.7	8.3	948	58.7	838
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება								
ქართველი	12.7	34.8	34.1	11.1	6.9	1,140	58.7	1,036
აზერბაიჯანელი	1.7	19.6	8.5	5.4	0.0	96	(80.9)	42
სომეხი	3.5	49.8	33.0	13.8	13.2	56	(86.3)	48
სხვა	(13.7)	(54.2)	(35.8)	(10.6)	(5.2)	23	(37.6)	21
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი								
არის დევნილი	4.7	50.7	45.2	26.1	24.8	62	50.9	61
არ არის დევნილი	11.8	33.9	31.5	10.0	5.7	1,253	60.9	1,087
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი								
ულარობესი	5.4	26.9	23.1	11.7	6.8	214	73.6	154
მეორე	7.3	30.6	23.7	10.4	5.1	248	67.6	191
საშუალო	9.9	37.7	36.0	8.6	4.0	243	61.5	223
მეოთხე	12.6	34.5	36.8	12.4	9.3	316	58.3	292
უმდიდრესი	19.7	41.5	37.9	10.5	7.2	295	49.5	287
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.29 - კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდებში								
A ამ ორი კომპონენტისთვის იხილეთ ცხრილი TM.11.3W.								
B "არ ვიცი/ მონაცემი არ არის" ამოღებულია ცხრილიდან დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის გამო.								
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას								
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას								

ცხრილი TM.11.6M: აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლები (ახალგაზრდა მამაკაცები)

15-24 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი აივ/შიდს-ის ძირითადი მაჩვენებლების მიხედვით, მიქსი-2018

15-24 წლის მამაკაცების პროცენტული წილი, რომელთაც:								
	აქვე კომპლექსური ცოდნა ¹	იცინა დედისგან შვილ-ზე აივ-ის გადაცემის სამივე გზა	იცინა, თუ სად შვიდი-ბა აივ-ზე ტესტირების ჩატარება	ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება და იცინა ბოლო ტესტის შედეგი	ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარეს ტესტირება და იცინა შედეგი	15-24 წლის მამაკაცების რაოდენობა	პროცენტული წილი, რომლებიც აცხადებენ დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებს აივ-ინფიცირებული ადამიანების მიმართ ^ა	15-24 წლის მამაკაცების რაოდენობა, რომელთაც სმენიათ შიდსის შესახებ
სულ	10.9	31.1	30.7	4.9	2.7	699	61.1	601
დასახლების ტიპი								
ქალაქი	12.4	34.3	33.7	5.8	3.0	456	55.8	421
სოფელი	8.0	25.0	25.1	3.1	2.2	243	73.4	180
რეგიონი								
თბილისი	12.7	39.9	39.2	5.1	2.7	302	54.6	283
აჭარის ა.რ.	7.2	25.7	14.8	0.0	0.0	41	(63.8)	30
გურია	7.5	26.4	34.9	3.5	1.6	14	(77.3)	13
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	8.8	23.8	16.2	7.1	5.3	89	59.5	78
კახეთი	7.6	35.8	33.4	0.0	0.0	40	66.4	36
მცხეთა-მთიანეთი	12.8	39.7	30.9	8.1	0.5	13	67.9	12
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	8.1	22.2	39.6	12.1	10.4	42	72.5	35
სამცხე-ჯავახეთი	(2.2)	(10.3)	(23.6)	(0.0)	(0.0)	21	(65.6)	14
ქვემო ქართლი	(13.7)	(19.9)	(21.2)	(3.1)	(1.5)	93	(67.4)	63
შიდა ქართლი	10.6	26.9	28.3	6.3	0.0	44	75.6	37
ასაკი								
15-19	8.3	28.5	24.5	1.0	0.5	359	64.5	290
15-17	8.1	23.7	23.6	0.6	0.0	242	67.1	186
18-19	8.7	38.3	26.3	1.7	1.6	117	59.8	104
20-24	13.6	33.8	37.3	9.0	5.0	340	57.9	310
20-22	10.8	36.1	36.4	11.4	7.4	204	61.1	186
23-24	17.9	30.5	38.7	5.3	1.3	135	52.9	124
განათლება								
საბავშვო ბავშვ / არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	1	-	0
დანყებიანი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	3.6	22.3	21.9	2.2	2.1	108	79.7	82

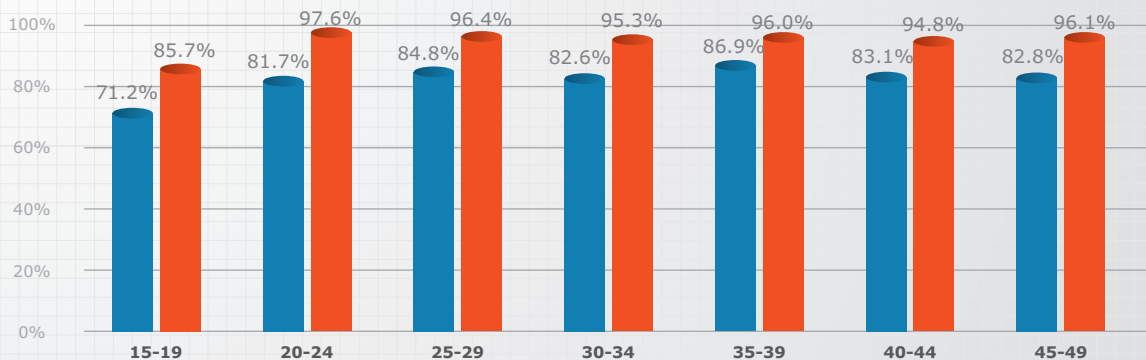
სრული საშუალო	9.0	29.1	29.2	2.6	1.3	342	64.2	280
პროფესიული განათლება	5.1	27.0	44.5	8.8	7.4	65	62.9	58
უმაღლესი	20.9	41.5	33.9	9.4	4.0	183	47.2	181
ოჯახური მდგომარეობა								
ოდესმე დაქორწინებული / პარტნიორთან მცხოვრები	10.6	38.2	50.8	19.2	4.2	78	64.5	70
არასდროს ყოფილა დაქორწინებული / უცხოვრია პარტნიორთან	10.9	30.2	28.2	3.1	2.5	621	60.6	530
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი								
არის დევნილი	8.6	46.0	46.1	25.4	5.1	38	77.6	36
არ არის დევნილი	11.0	30.2	29.9	3.7	2.6	661	60.0	565
კეთილდღეობის ინდექსის კვინტილი								
ულარიბესი	3.6	20.9	25.3	3.7	2.5	111	73.8	79
მეორე	11.7	30.6	26.4	2.7	2.4	119	71.2	94
საშუალო	8.7	38.1	28.5	8.8	3.5	152	69.1	141
მეოთხე	13.0	25.7	39.0	2.5	1.7	145	47.1	131
უმდიდრესი	15.2	36.3	32.1	5.6	3.2	172	53.0	156
1 მიქსის მაჩვენებელი TM.29 - კომპლექსური ცოდნა აივ-ის პრევენციის შესახებ ახალგაზრდებში								
A ამ ორი კომპონენტისთვის იხილეთ ცხრილი TM.11.3M.								
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას								
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას								
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში ან სვეტში								

9. ქალთა და მამაკაცთა შორის თანასწორობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით (ცხრილი TM.16.1CS)

ოჯახურ ურთიერთობებში ქალსა და მამაკაცს შორის თანასწორობა მნიშვნელოვან ყურადღებას იმსახურებს და ჯეროვნად არის ასუხუელი გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნებში. მოცემული საკითხის ჩართვა მრავალინდიკატორულ კლასტერულ კვლევაში (MICS) პირველად გახორციელდა. მოცემული კვლევის ფარგლებში, ამ საკითხთან დაკავშირებულ კითხვებს პასუხი გასცეს მხოლოდ იმ მდებარეობითი სქესის რესპონდენტებმა, რომლებიც ქორწინებაში იმყოფებოდნენ ან პარტნიორთან ერთად ცხოვრობდნენ. რესპონდენტებისათვის დასმული კითხვები ემსახურებოდა იმის გარკვევას შეეძლოთ თუ არა რესპონდენტებს ინფორმირებული გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღება სექსუალური ურთიერთობებთან, კონტრაცეფციის გამოყენებასთან და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. კითხვები ჩამოყალიბებული იყო მდგრადი განვითარების მიზნების 5.6.1 ინდიკატორის ³⁹შესაბამისად. იმ შემთხვევაში, თუ რესპონდენტი განაცხადებდა, რომ მისი მეუღლე/პარტნიორი მის მაგივრად არ იღებდა გადაწყვეტილებას ჩამოთვლილი სამი მიმართულებით, მიჩნეული იყო, რომ რესპონდენტი სარგებლობდა საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების თავისუფლებით და რეპროდუქციული უფლებით. აღნიშნული სრულ შესაბამისობაშია მდგრადი განვითარების მიზნების 5.6.1 ინდიკატორთან. შედეგების განმარტება ყურადღებით უნდა მოხდეს. მაგალითად, მიიჩნევა რომ ქალი სარგებლობს თავისუფლებით, თუ მის მაგივრად გადაწყვეტილებას არ იღებს მისი მეუღლე/პარტნიორი, რაც ნიშნავს იმას, რომ ისინი ერთად იღებენ გადაწყვეტილებას; ან ქალი დამოუკიდებლად იღებს გადაწყვეტილებას. მაშასადამე, თუ შედეგი გვიჩვენებს, რომ ქალების 98,5%-ის შემთხვევაში, გადაწყვეტილებას არ იღებს მეუღლე/პარტნიორი, ეს უნდა განიმარტოს შემდეგნაირად, რომ ქალების 98,5% გადაწყვეტილებას იღებს თავად ან მეუღლესთან/პარტნიორთან ერთად.

გრაფიკი 9:

ამჟამად უორწინებაში ან პარტნიორთან თანაცხოვრებაში მყოფი 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც ინფორმირებულ გადაწყვეტილებებს იღებენ საკუთარი სქესობრივი ურთიერთობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ



შეუძლიათ უარი უთხრან ქმარს / პარტნიორს სქესობრივ აქტზე

ქალის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილება არ არის მიღებული ძირითადად ქმრის/ პარტნიორის მიერ

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ქალების დიდი უმრავლესობას (79,2%) მიაჩნიათ, რომ მათ დამოუკიდებლად შეუძლიათ მიიღონ ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ, ან გადაწყვეტილებას ისინი საკუთარ მეუღლესთან/პარტნიორთან ერთად იღებენ. იშვიათია იმ რესპონდენტების რაოდენობა,

39 გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, ეკონომიკურ და სოციალურ საქმეთა დეპარტამენტი, სტატისტიკის განყოფილება. მდგრადი განვითარების მიზნები; მდგრადი განვითარების მიზნების ინდიკატორები, მეტამონაცემთა ბაზა. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>. ხელმისაწვდომია 16/12/2019 მდგომარეობით.

რომელიც აცხადებს, რომ მათ მაგივრად გადანყვეტილებას მათი მეუღლე/პარტნიორი იღებს. გამოკითხული ქალების 95,7% პასუხობს, რომ საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ გადანყვეტილებებს ძირითადად იღებენ მათი მეუღლეების/პარტნიორებისგან დამოუკიდებლად. საცხოვრებელი ადგილი (ქალაქი/სოფელი) არ ზემოქმედებს ქალების ამ უფლებით სარგებლობის თვალსაზრისით არსებულ მდგომარეობაზე. იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ თავად იღებენ გადანყვეტილებას, ნაკლებია მხოლოდ ყველაზე ახალგაზრდა ქალების ასაკობრივ ჯგუფში; კერძოდ, დაქორწინებულ ან პარტნიორთან ერთად მცხოვრებ 15-19 წლის ქალებს შორის მხოლოდ 85,7% აცხადებს, რომ მათ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ან მეუღლესთან/პარტნიორთან ერთად მიიღონ გადანყვეტილება აღნიშნულ საკითხზე (გრაფიკი 9). კიდევ უფრო თანაბრად არის განაწილებული რესპონდენტთა პასუხები კონტრაცეპტივის გამოყენების თაობაზე გადანყვეტილებების დამოუკიდებლად მიღების პრაქტიკასთან დაკავშირებით, სხვადასხვა მახსიათებლის მიხედვით. რესპონდენტთა 98,6% აცხადებს, რომ ამ გადანყვეტილებას ძირითადად არ იღებენ მათი მეუღლეები/პარტნიორები. განსხვავებულ სურათს ვიღებთ იმ კითხვაზე რესპონდენტთა პასუხების ანალიზის შედეგად, რომელიც არკვევს შეუძლიათ მათ თუ არა უარი უთხრან ქმარს/პარტნიორს სქესობრივ აქტზე. ქალების მხოლოდ 83,8%-მა განაცხადა, რომ მათ შეუძლიათ უარი უთხრან მეუღლეს/პარტნიორს სქესობრივ აქტზე. მხოლოდ ყველაზე ახალგაზრდა (15-19 წლის) ქალებს შორის, შედარებით მცირეა იმ ქალების პროცენტული წილი (71,2%), რომლებიც ადასტურებენ რომ ამ საკითხში გადანყვეტილების მიღების უფლებით სარგებლობენ (გრაფიკი 9). შედარებით უფროსი ასაკის (20-24 წლის) ქალებს შორის, ასეთი ქალების წილი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მიღებულ მონაცემთა საშუალო მაჩვენებლის ტოლია. იმ ახალგაზრდა ქალებს შორის, რომლებიც აცხადებენ, რომ არ შეუძლიათ უარი უთხრან მეუღლეს/პარტნიორს სქესობრივ აქტზე, ჭარბობენ სოფლად მცხოვრებელი ქალები, განათლების დაბალი დონის მქონე ქალები, დაბალი შემოსავლების მქონე ქალები და ქალები, რომლებსაც რამდენიმე შვილი ჰყავთ, და ეთნიკურად არაქართველი წარმოშობის არიან. სამწუხაროდ, კვლევის ფარგლებში, ამ თემასთან დაკავშირებულ კითხვას მხოლოდ დაოჯახებული/პარტნიორთან მცხოვრები ქალები პასუხობდნენ და კვლევაში არ მონაწილეობდნენ დაუქორწინებელი ქალები და მამაკაცები. უმჯობესი იქნებოდა კვლევის ამ ნაწილში ეს რესპონდენტებიც ყოფილიყვნენ ჩართული, რაც დაგვეხმარებოდა იმის გარკვევაში, განსხვავდება თუ არა ერთმანეთისგან და რამდენად მკვეთრად განსხვავდება მამაკაცებისა და ქალების დამოკიდებულება ამ კონკრეტულ საკითხთან მიმართებაში. კვლევის ამ ნაწილში დაუქორწინებელი და პარტნიორის გარეშე მცხოვრები რესპონდენტების ჩართვის შემთხვევაში, საჭირო გახდებოდა კითხვის ფორმულირებაში მცირედი ცვლილების შეტანა, რომელიც არა მხოლოდ ამ თვალსაზრისით არსებულ ფაქტობრივ სიტუაციას შეისწავლიდა, არამედ შეისწავლიდა რესპონდენტების მოსაზრებებსაც ამ თემასთან დაკავშირებით.

ცხრილი TM.16.1CS: ინფორმირებული/ ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ

15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც თავად იღებენ ინფორმირებულ/ ნებაყოფლობით გადაწყვეტილებას საკუთარი სექსუალური ურთიერთობების, კონტრაცეპციების გამოყენებისა და ჯანმრთელობის შესახებ, მიქსი საქართველო 2018

	კვლევის პერიოდში დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი		ქალი არ მიმართავს არანაირ საშუალებას ორსულობის თავიდან ასაცილებლად		ქალი მიმართავს რაიმე საშუალებას ორსულობის თავიდან ასაცილებლად		კვლევის პერიოდში დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების რაოდენობა	ქალის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილება არ არის მიღებული ძირითადად ქმრის/ პარტნიორის მიერ	შეუძლიათ უარი უთხრან სქესობრივ აქტზე	ქალი მიმართავს არანაირ საშუალებას ორსულობის თავიდან ასაცილებლად	ქალის რაოდენობა	კონტრაცეპციის გამოყენება არ არის ძირითადად ქმრის/ პარტნიორის გადაწყვეტილება	ქალის რაოდენობა	კონტრაცეპციის გამოყენება არ არის ძირითადად ქმრის/ პარტნიორის გადაწყვეტილება	ინფორმირებული/ ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ¹	ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა, რომლებიც არ არიან ორსულად და არ ფიქრობენ, რომ არ შეუძლიათ ფიზიკურად დაორსულება
	83.8	95.7	4,920	98.6	1,997	98.6										
სულ																
დასახლების ტიპი																
ქალაქი	87.9	95.9	2,986	98.5	1,340	98.5	98.5	98.5	1,181	82.8	2,521					
სოფელი	77.5	95.6	1,934	98.8	656	98.6	98.6	834	73.2	1,490						
რეგიონი																
თბილისი	89.4	95.7	1,709	98.4	801	98.8	98.8	656	83.3	1,457						
აჭარის ა.რ.	79.4	93.8	531	98.3	159	97.3	97.3	265	76.6	424						
გურია	75.4	97.0	123	99.3	42	98.5	98.5	49	74.5	92						
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	84.8	96.9	639	98.4	230	99.2	99.2	264	81.9	494						
კახეთი	74.9	96.1	325	99.0	132	97.8	97.8	127	71.0	258						
მცხეთა-მთიანეთი	83.7	96.7	111	99.8	44	98.4	98.4	46	82.5	90						
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	92.5	94.2	339	97.4	123	97.7	97.7	157	83.1	280						
სამცხე-ჯავახეთი	50.2	97.0	195	100.0	41	98.9	98.9	112	48.8	153						

ქვემო ქართლი	80.6	94.7	622	98.8	266	99.3	230	74.5	497
შიდა ქართლი	88.8	98.5	326	99.6	158	99.4	108	87.0	266
ასაკი									
15-19	71.2	85.7	60	(*)	17	(100.0)	29	66.3	46
15-17	(*)	(*)	23	(*)	8	(*)	12	(*)	19
18-19	(57.8)	(89.2)	36	(*)	9	(100.0)	17	(57.1)	27
20-24	81.7	97.6	389	99.5	168	100.0	143	77.0	311
25-29	84.8	96.4	928	99.2	481	98.3	349	80.2	830
30-34	82.6	95.3	982	98.9	489	97.6	390	78.0	879
35-39	86.9	96.0	965	98.9	445	99.5	393	82.0	838
40-44	83.1	94.8	821	95.6	265	98.0	403	78.1	668
45-49	82.8	96.1	775	99.1	131	98.8	307	79.4	438
განათლება									
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	75.0	2	(*)	2	-	0	(*)	2
დანეცხობი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	74.0	92.6	485	98.7	172	97.6	225	69.6	397
სრული საშუალო	77.9	93.6	1,182	98.3	422	98.7	510	72.3	932
პროფესიული განათლება	82.8	95.6	1,070	99.2	371	98.7	453	78.4	824
უმაღლესი	89.6	97.7	2,180	98.5	1,030	98.7	828	85.1	1,857
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0	81.5	97.0	318	(*)	24	99.8	195	76.3	219
1	85.1	96.4	1,080	97.3	394	98.4	462	81.0	857
2	84.5	95.0	2,513	98.9	1,115	99.1	989	79.1	2,104
3	82.2	96.8	845	99.1	394	97.9	304	79.7	698
4+	76.0	95.2	163	98.6	70	91.4	64	72.1	134

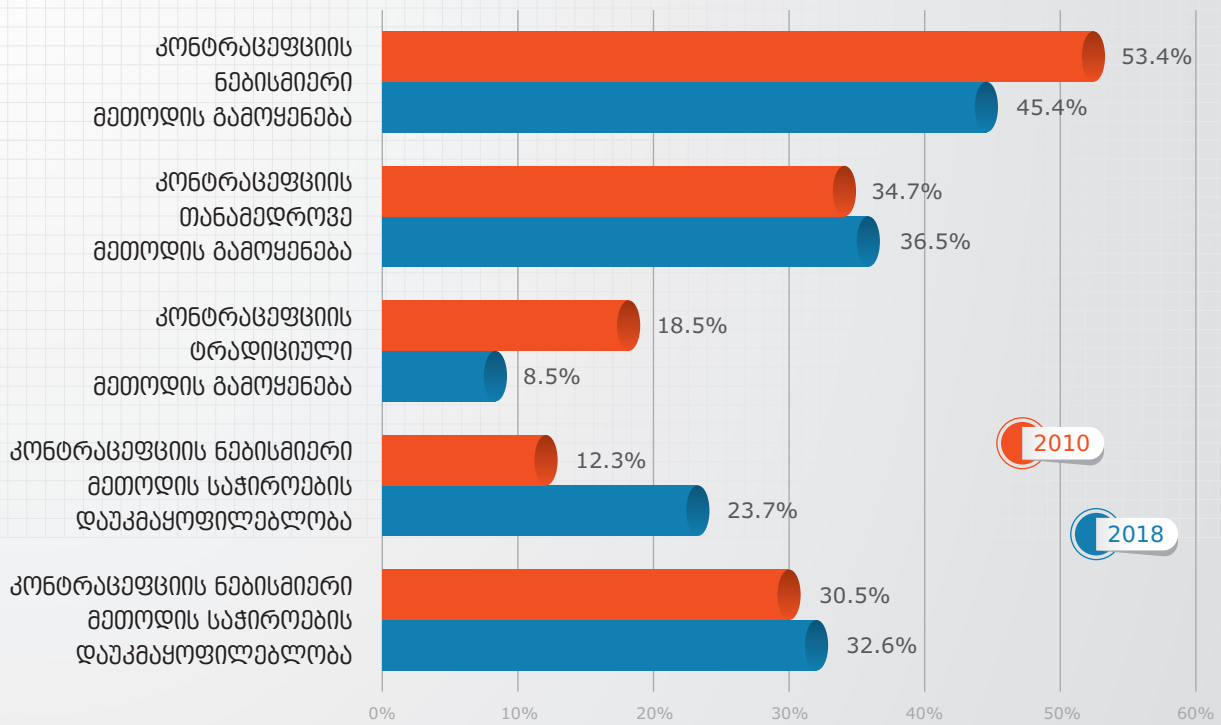
ფუნქციონირების სირთულეები (18-49 ასაკის)										
აქვს	84.8	92.0	463	99.7	142	97.3	192	76.8	334	
არ აქვს	83.6	96.2	4,434	98.5	1,847	98.7	1,811	79.4	3,658	
შინამეურნეობის უფროსის ეროვნება										
ქართველი	85.9	96.2	4,258	98.6	1,762	98.5	1,712	81.5	3,475	
აგერბაიჯანელი	77.9	91.7	348	100.0	141	97.5	129	69.0	271	
სომეხი	57.0	93.8	237	96.3	68	99.4	132	57.4	200	
სხვა	77.4	92.9	76	(100.0)	26	(100.0)	41	68.0	67	
შინამეურნეობის უფროსის დევნილობის სტატუსი										
არის დევნილი	85.9	96.8	240	99.8	95	99.4	86	84.5	181	
არ არის დევნილი	83.7	95.7	4,680	98.5	1,902	98.5	1,929	79.0	3,831	
კეთილდღეობის ინდექსის კონტოლი										
ულარიბესი	76.0	93.4	824	98.7	243	97.6	389	69.7	632	
მეორე	78.7	96.2	1,008	98.4	364	98.9	419	74.5	783	
საშუალო	82.6	94.6	985	98.6	385	99.6	408	78.2	792	
მეოთხე	87.4	96.4	976	98.6	469	97.9	366	82.6	834	
უმდიდრესი	91.9	97.4	1,127	98.7	536	98.6	434	87.1	970	
1 მიქსის ეროვნული მაჩვენებელი TM.12CS - ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეკროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ, SDG მაჩვენებელი 5.6.1										
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას										
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას										
“-“ აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელოში ან სვეტში										

დანართი 1:

კონტრაცეპტივების მოხმარება და კონტრაცეპტივების საჭიროება	დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-44 წლის ქალების პროცენტული წილი	
	2010	2018
კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის გამოყენება	53.4	45.4
კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდის გამოყენება	34.7	36.5
კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდის გამოყენება	18.5	8.5
კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობა	12.3	23.7
კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის საჭიროების დაუკმაყოფილებლობა	30.5	32.6

გრაფიკი დანართი 1:

კონტრაცეპტივების მოხმარება და კონტრაცეპტივების საჭიროება დაქორწინებულ ან პარტნიორთან მცხოვრებ 15-44 წლის ქალებს შორის. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა (2010 წ.) და მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS 2018)



გამოყენებული ლიტერატურა

1. Abzianidze T, Butsashvili M, Kajaia M et al. (2019). Generational differences in current sexual behavior among Georgian reproductive-aged women. *International Journal of Women's Health* 2019;11 301-308. https://www.researchgate.net/publication/332886714_Generational_differences_in_current_sexual_behavior_among_Georgian_reproductive-aged_women. Accessed 1/12/2019.
2. Blencowe Hannah, Simon Cousens, Fiorella Bianchi Jassir et al. 2016. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 4: e98–108. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(15\)00275-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(15)00275-2.pdf). Accessed 18/11/2019.
3. Emergency contraception; NHS Inform. <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/contraception/emergencies/emergency-contraception>. Accessed 13/12/2019.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2018). HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2018-2017-data>. Accessed 18-11-2019.
5. Georgia Today (20 July 2018). Caesarean Section Birth Rate Too High. <http://georgiatoday.ge/news/11436/Caesarean-Section-Birth-Rate-Too-High>
6. Gynopedia. <https://gynopedia.org/Tbilisi>. Accessed 19-11-2019. Hakkert R. (2017). Population Dynamics in Georgia; an overview based on the 2014 General Population Census data. National Statistics Office of Georgia & United Nations Population Fund (UNFPA) Office in Georgia. Tbilisi. https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.%20Population%20Dynamics_ENGL%20_print_F.pdf. Accessed 16/12/2019.
7. HIV/AIDS epidemiology in Georgia. https://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html. Accessed 16/12/2019
8. Ketting E, Ivanova O (2018). Sexuality Education in Europe and Central Asia: State of the Art and Recent Developments. An Overview of 25 Countries. Cologne: BZgA. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Comprehensive%20Country%20Report_online_EN.pdf.
9. Macrotrends. <https://www.macrotrends.net/countries/GEO/georgia/birth-rate>. Accessed 5/11/2019.
10. Geostat; National Statistics Office of Georgia (2019). 2018 Demographic Situation in Georgia. <https://www.geostat.ge/en/single-archive/3331>. Accessed 11/12/2019.
11. OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs; OECD Family Database. https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf Accessed 23/11/2019.
12. Population Reference Bureau (2007). Unmet need for family planning persists in developing countries. <https://www.prb.org/unmetneed/>. Accessed 2/12/2019.
13. Population Reference Bureau (2019). 2019 Family Planning Data Sheet. Highlights Family Planning method Use around the World. <https://www.prb.org/2019-family-planning-data-sheet-highlights-family-planning-method-use-around-the-world/>. Accessed 2/12/2019.
14. Sedgh Gilda, Lawrence B. Finer, Akinrinola Bankole et al. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *J Adolesc Health*. 56(2): 223–230.

15. Sedge Gilda, Jonathan Bearak, Susheela Sing et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 388: 258–67.
16. Sobotka, T. (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, 36(2), 246-296. <https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.2.246-296>. Accessed 2/12/2019.
17. Statista. Percentage of live births delivered by caesarean section worldwide in 2000 and 2015, by region. <https://www.statista.com/statistics/982511/c-section-delivery-rates-globally-by-region/>. Accessed 16/12/2019
18. UNAIDS (2015). Global AIDS Response Progress Report Georgia. Country Progress Report; Reporting Period January – December, 2014. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_narrative_report_2015.pdf. Accessed 21-11-2019.
19. UNAIDS Global AIDS Response Progress Report Georgia (2015). Country Progress Report; Reporting Period January – December, 2014. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_narrative_report_2015.pdf. Accessed 27-11-2019.
20. UNAIDS (2018). Global AIDS Monitoring 2018. Country Progress Report – Georgia. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GEO_2018_countryreport.pdf. Accessed 5/12/2019.
21. UNFPA Georgia (2018). Large-scale survey being launched in Georgia will assess the situation of families, children and women. <https://georgia.unfpa.org/en/news/large-scale-survey-being-launched-georgia-will-assess-situation-families-children-and-women>. Accessed 16/11/2019.
22. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sustainable Development Goals; SDG Indicators, Metadata repository. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>. Accessed 16/12/2019
23. Wikipedia. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS).
24. https://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_Indicator_Cluster_Surveys. Accessed 3/11/2019.
25. World Health Organization (2015). Caesarean sections should only be performed when medically necessary. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>. Accessed 16/12-2019.

