



ევროკავშირი
საქართველოსთვის



ქაღთა ჩაპროდუქციუდი
ჯანმრთელობისა და ადრეული
ქონწინების კვლევა

2024

კვლევის შედეგების
ანგარიში

პუბლიკაცია მომზადდა პროგრამის - “გენდერული თანასწორობა საქართველოსთვის” ფარგლებში, რომელსაც აფინანსებს ევროკავშირი და ერთობლივად ხორციელდება გაეროს ქალთა ორგანიზაციის (UN Women) და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მიერ და გაეროს ერთობლივი პროგრამის “გენდერული თანასწორობისთვის” ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება შვედეთის ფინანსური მხარდაჭერით.

რაოდენობრივი გამოკვლევის სავსელე სამუშაოები და მაჩვენებლების გაანგარიშება განხორციელდა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ, ხოლო ანალიზი გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ.

პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები არ წარმოადგენს ევროკავშირის, შვედეთის და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ოფიციალურ პოზიციას.

სარჩევი

აბრევიატურების სია	iv
1 შესავალი	5
2 კვლევის მეთოდოლოგია.....	7
2.1 შერჩევის დიზაინი.....	7
2.2 კითხვარები	7
2.3 ეთიკური პროტოკოლი	8
2.4 მონაცემთა შეგროვების მეთოდი.....	8
2.5 საველე პერსონალის ტრენინგი	8
2.6 საველე სამუშაოები და ხარისხის კონტროლის დონის ძიებები	8
2.7 მონაცემთა მართვა, რედაქტირება და ანალიზი	9
2.8 მონაცემთა გავრცელება.....	9
2.9 სტატისტიკურ ცხრილებში გამოყენებული აღნიშვნები	9
3 შერჩევის მოცულობა და გამოკასუხების დონა	10
4 კეთილდღეობა - რეპროდუქციული და ღელათა ჯანმრთელობა	12
4.1 ადრეული შვილოსნობა.....	12
ცხრილი TM.2.2W: ადრეული შვილოსნობა (ახალგაზრდა ქალები)	13
4.2 კონტრაცეფცია	12
ცხრილი TM.3.1: კონტრაცეპტივების გამოყენება (ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები)	16
ცხრილი TM.13.1CS: ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ	17
ცხრილი TM.13.2CS: ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ	18
ცხრილი TM.13.3CS: შვილების სასურველი რაოდენობა.....	19
ცხრილი TM.3.3CS: საჭიროება და მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე (ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები)	20
4.3 შეწყვეტილი ორსულობა	21
ცხრილი TM.15.1CS: სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) და მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი.....	23
ცხრილი TM.15.2CS: ხელოვნური აბორტის ჩატარების ადგილი და გამოყენებული მეთოდი	24
ცხრილი TM.15.4CS: კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის პროცედურის დროს და კონტრაცეპტივების მიწოდება აბორტის შემდეგ	25
4.4 ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ	26
ცხრილი TM.16.1CS: ინფორმირებული/ ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ	27
5 ადრეული ქორწინება	28
ცხრილი PR.4.1W: ადრეული ქორწინება	29
ცხრილი PR.4.2W: ადრეული ქორწინების ტენდენცია.....	30

აბრევიატურების სია

საქსტატი	საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
UNFPA	გაეროს მოსახლეობის ფონდი
SDGs	მდგრადი განვითარების მიზნები
WHO	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია
UN	გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (გაერო)
EU	ევროკავშირი
MICS	მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა
ICPD	მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენცია
FWCW	ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენცია
MDGs	ათასწლეულის განვითარების მიზნები
CAPI	კომპიუტერზე დაფუძნებული პერსონალური ინტერვიუების სისტემა
TIAR	სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი
CS	ქვეყნისთვის სპეციფიკური
PSU	შერჩევის პირველადი ერთეული

1. შესავალი

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა ჩატარდა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), ევროკავშირის (EU) წარმომადგენლობისა და შვედეთის მთავრობის მხარდაჭერით.

კვლევის მიზანია, მდგრადი განვითარების ეროვნული მიზნების (SDGs) და ინდიკატორების შესახებ მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი, რაც ემსახურება გაუმჯობესებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავებას ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, ასევე, ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების მიმართულებით.

კვლევით მიღებულია მდგრადი განვითარების მე-5 (გენდერული თანასწორობა) და მე-3 (ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა) მიზნებთან (SDG) დაკავშირებული ინდიკატორები (SDG 5.3.1; SDG 5.6.1; SDG 3.7.1). ასევე, ის ძირითადი მაჩვენებლები, რომლებიც საშუალებას აძლევს ქვეყანას, შეაფასოს მიღწეული პროგრესი და საჭირო ინფორმაცია მიაწოდოს პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებს, შეაფასოს პროგრამები, ეროვნული განვითარების გეგმები და დააკვირდეს სხვა საერთაშორისო დონეზე შეთანხმებულ ვალდებულებათა მიღწევას.

აღნიშნულ მონაცემთა ყოვლისმომცველი ანალიზი საქართველოში ბოლოს ჩატარდა 2010 წელს, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ფარგლებში. ამის შემდგომ, 2018 წელს, შედარებით შეზღუდული ოდენობით მონაცემები შეგროვდა მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS) მე-6 რაუნდის ფარგლებში. ამ კვლევებში დაფიქსირდა ბავშვობის ასაკში ქორწინების გავრცელების მაღალი მაჩვენებელი. გარდა ამისა, კვლევების შედეგად დადგინდა თანამედროვე კონტრაცეციულ საშუალებათა დაბალი გამოყენების და დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი მაჩვენებ-

ლები. ეს შედეგები სასარგებლო გამოდგა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ახალი სტრატეგიებისა თუ პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელებისათვის, ზოგადად, ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების ხელშეწყობისათვის. აღსანიშნავია, რომ 2018 წლის შემდეგ საქართველოში აღარ ჩატარებულა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა და მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობით მაჩვენებლები გროვდებოდა სხვა წყაროებიდან.

განახლებული მონაცემების მოპოვება მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკისა და პროგრამების გაუმჯობესებისათვის საქართველოში, რაც ხელს შეუწყობს ქალებისა და გოგოების რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვას, მათი კეთილდღეობის უზრუნველყოფას. ქალების, ჩვილებისა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებს ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უჭირავს საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმებში. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია მიზნად ისახავს შესაბამისი სერვისების განვითარებას. ამ კვლევის შედეგად მიღებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორები დაეხმარება შესაბამის ინსტიტუციებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკებს, განსაზღვრონ საჭიროებები, დაგეგმონ და განახორციელონ შესაბამისი ღონისძიებები, მონიტორინგი გაუწიონ აღნიშნულ ღონისძიებათა მიმდინარეობას და შეაფასონ ისინი, წარმართონ სამეცნიერო საქმიანობა და აწარმოონ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორთა გლობალური შედარებები.

წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევის ძირითადი შედეგები. ანგარიშის მე-2 და მე-3 თავი მოიცავს დეტალურ ინფორმაციას მეთოდოლოგიის, შერჩევის დიზაინის, კვლევის ჩატარების სხვადასხვა

ეტაპისა და გამოპასუხების შესახებ. მე-4 თავში („კეთილდღეობა - რეპროდუქციული და დედათა ჯანმრთელობა“) წარმოდგენილია სტატისტიკური ინფორმაცია ადრეული შვილოსნობის, კონტრაცეფციის, ოჯახის დაგეგმვის, შეწყვეტილი ორსულობისა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელო-

ბასთან დაკავშირებული ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილების შესახებ. მე-5 თავი, „ადრეული ქორწინება“, მოიცავს კვლევის შედეგებს ადრეული ქორწინებისა და მისი ტენდენციების შესახებ.

2. კვლევის მეთოდოლოგია

2.1 შერჩევის დიზაინი

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 4500 რესპონდენტმა, რისთვისაც შეირჩა ამავე რაოდენობის შინამეურნეობა. კვლევისათვის სამიზნე ერთობლიობას წარმოადგენდა ქვეყანაში მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალები (საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებზე მცხოვრებთა გარდა). თითოეულ შინამეურნეობაში გამოიკითხა მხოლოდ ერთი ქალი რესპონდენტი. იმ შემთხვევაში, თუ შინამეურნეობაში ცხოვრობდა ერთზე მეტი ინტერვიუსთვის შესაფერისი რესპონდენტი ქალი, მათგან, შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით, შეირჩეოდა ერთ-ერთი.

კვლევის შერჩევის ჩარჩო დაეფუძნა 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის მონაცემთა ბაზას. შერჩევისათვის სტრატეგიკაციის ცვლადებად განისაზღვრა რეგიონი და დასახლების ტიპი (ქალაქი/სოფელი) (სულ 21 სტრატა). კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, საჭირო იყო რეპრეზენტატული შედეგების მიღება ეროვნების (ქართველი, სომეხი, აზერბაიჯანელი) მიხედვით. ამისათვის საჭირო გახდა ინდივიდუალური მიდგომის გამოყენება ეთნიკური უმცირესობებით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში. კერძოდ, სამცხე-ჯავახეთისა და ქვემო ქართლის რეგიონებში შერჩევის ზომა განისაზღვრა არა სტრატის ზომის პროპორციულად, არამედ ისე, რომ გამოკითხულიყო, დაახლოებით, 500-500 აზერბაიჯანელი და სომეხი რესპონდენტი. დანარჩენ სტრატებში შერჩევა გადანაწილდა სტრატების ზომის პროპორციულად.

შერჩევის დიზაინი შემუშავდა იმგვარად, რომ მიღებული მაჩვენებლები რეპრეზენტატულია, როგორც ქვეყნის დონეზე, ასევე დასახლების სამი ტიპისთვის: თბილისი, სხვა ქალაქები და სოფლები.

კვლევის შერჩევა სამსაფეხურიანია: (1) პირველადი შერჩევის ერთეულები (PSUs) შეირჩა ზომის პროპორციული აღბათობით; (2) თითოეულ

შერჩეულ PSU-ში შინამეურნეობების შერჩევა მოხდა შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით; და (3) შერჩეულ შინამეურნეობებში შეირჩა გამოკითხვისთვის შესაფერისი ქალი რესპონდენტი. თითოეულ პირველადი შერჩევის ერთეულში შეირჩა 10 შინამეურნეობა. გამოუპასუხებლობის შემთხვევაში, შინამეურნეობის ჩანაცვლება ხდებოდა სხვა შინამეურნეობით, იმავე პირველადი შერჩევის ერთეულში.

2.2 კითხვარები

კვლევის კითხვარი დაეფუძნა 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის ქალთა ინდივიდუალურ კითხვარს. კითხვარი შედგება ორი ნაწილისგან:

- შინამეურნეობის წევრთა მახასიათებლები - შეგროვდა ინფორმაცია შინამეურნეობის წევრთა დემოგრაფიული მახასიათებლების შესახებ (მიმართება შინამეურნეობის უფროსთან, სქესი, ასაკი, განათლების დონე, ეთნიკური კუთვნილება). ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, შემთხვევითი პრინციპით შეირჩეოდა ინტერვიუსთვის შესაფერისი ერთი 15-49 წლის ქალი რესპონდენტი. შერჩეულ რესპონდენტს მიეწოდებოდა ინფორმაცია კვლევის მიზნების, შეგროვებული მონაცემების კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის შესახებ. კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობის შემთხვევაში, ივსებოდა ინდივიდუალური კითხვარი. 15-17 წლის გოგონების გამოსაკითხად, პირველ ეტაპზე, ნებართვას იღებდნენ შინამეურნეობის ზრდასრული წევრისაგან და მხოლოდ ამის შემდეგ, პირადი თანხმობის საფუძველზე, ტარდებოდა ინდივიდუალური გამოკითხვა.
- ინდივიდუალური კითხვარი მოიცავდა მოდულებს: ცნობები ქალის შესახებ; ნაყოფიერება; ბოლო ბავშვის სასურველობა; კონტრაცეფცია; კონტრაცეფციის

დაუკმაყოფილებელი საჭიროება; შეწყვეტილი ორსულობა; ქორწინება/კავშირი; ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ.

2.3 ეთიკური პროტოკოლი

ზოგადად, ეთიკური პრინციპები მოითხოვს, რომ ნებისმიერი კვლევა, რომელიც მოიცავს პიროვნებებს, ფორმულირდეს და ჩატარდეს ისე, რომ პატივი სცეს კვლევის მონაწილეთა უფლებებს. კვლევა მოიცავდა ისეთ სენსიტიურ საკითხებს, როგორიცაა შეწყვეტილი ორსულობა, კონტრაცეფცია, ინფორმირებული/ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ. ინტერვიუერებს ჰქონდათ კონკრეტული მითითებები, რომ გამოკითხვა ჩატარებინათ განმარტოებულ გარემოში, დაეცვათ რესპონდენტების ანონიმურობა და კონფიდენციალურობა, მიეღოთ მათგან ინფორმირებული თანხმობა. ინდივიდუალურად გამოკითხული 15-17 წლის გოგონების შემთხვევაში, რესპონდენტის თანხმობამდე აუცილებელი იყო მინამეურნეობის ზრდასრული წევრის თანხმობა.

ინტერვიუერებმა ყველა რესპონდენტს მიაწოდეს ინფორმაცია კვლევაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობის, ინფორმაციის კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის შესახებ. ამასთან, რესპონდენტებს ეცნობათ, რომ მათ ჰქონდათ უფლება, არ ეპასუხათ არასასურველ კითხვაზე, ასევე, ნებისმიერ დროს შეეძლოთ, შეეწყვიტათ ინტერვიუ.

2.4 მონაცემთა შეგროვების მეთოდი

მონაცემები შეგროვდა პლანშეტური კომპიუტერების გამოყენებით, პერსონალური ინტერვიუს ჩატარების მეთოდით (CAPI). პლანშეტური კომპიუტერებისთვის ელექტრონული კითხვარები შემუშავდა მსოფლიო ბანკის პროგრამის Survey Solutions-ის გამოყენებით.

2.5 საველე პერსონალის ტრენინგი

კვლევის ჩატარებამდე, საქსტატმა შეარჩია და ტრენინგი ჩატარა მონაცემთა შეგროვებაზე პასუხიმგებელ საველე პერსონალს - საველე სამუშაოების ზედამხედველებს და ინტერვიუერებს. საველე სამუშაოების ზედამხედველები პასუხის-

მგებელნი იყვნენ მათ დაქვემდებარებულ მუნიციპალიტეტებში საველე სამუშაოების კოორდინაციზე, საველე სამუშაოებისა და ინტერვიუების ხელმძღვანელობასა და შევსებული კითხვარების პირველად ლოგიკურ კონტროლზე. გამოკითხვა ჩატარა საქსტატის კვალიფიციური ინტერვიუერების ჯგუფმა. კვლევის საველე სამუშაოებში ჩართული იყო 133 პირი, მათ შორის, 18 საველე სამუშაოების ზედამხედველი და 115 ინტერვიუერი. იმის გათვალისწინებით, რომ კითხვარი მოიცავდა რესპონდენტებისთვის სენსიტიურ საკითხებს, ინტერვიუერები იყვნენ მხოლოდ ქალები.

2024 წლის ივნისში საველე პერსონალს 3 დღიანი ტრენინგი ჩატარდა. ტრენინგზე დეტალურად განიხილეს კითხვარი, კვლევის მიზნები, ამოცანები და ორგანიზაციული საკითხები. ასევე, საველე პერსონალს მიეცა ინსტრუქცია კითხვარების შესავსებად პროგრამულ უზრუნველყოფასა და პლანშეტური კომპიუტერის გამოყენებაზე.

2.6 საველე სამუშაოები და ხარისხის კონტროლის ღონისძიებები

კვლევის საველე სამუშაოები 2024 წლის ივნისი-ივლისის პერიოდში პირისპირ გამოკითხვის მეთოდის გამოყენებით ჩატარდა. კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითი იყო.

საველე სამუშაოების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, განხორციელდა სხვადასხვა აქტივობა, შეგროვებულ მონაცემთა სისწორის უზრუნველსაყოფად, კვლევის ელექტრონულ კითხვარში ინტეგრირებული იყო შესაბამისი არითმეტიკული და ლოგიკური კონტროლები, რაც ინტერვიუერს საშუალებას აძლევდა, გამოკითხვის მსვლელობისას, ადგილზე დაეზუსტებინა შეუსაბამო მონაცემები. შევსებული ელექტრონული კითხვარები ინტერვიუერების მიერ იგზავნებოდა საველე სამუშაოების ზედამხედველებთან, რომელთაც ევალებოდათ პირველადი ლოგიკური კონტროლი. საბოლოოდ კი კითხვარებს საქსტატის ცენტრალური ოფისის თანამშრომლები ადასტურებდნენ. საექვო მონაცემის ან შეუსაბამობის აღმოჩენის შემთხვევაში, კითხვარი დასაზუსტებლად/გადასამოწმებლად უბრუნდებოდა ინტერვიუერს.

გარდა ამისა, მიმდინარეობდა საველე სამუშაოების მონიტორინგი, რაც გულისხმობდა საქსტა-

ტის ცენტრალური ოფისის თანამშრომელთა დასწრებას ინტერვიუებზე. მონიტორინგის შედეგად მომზადდა შესაბამისი, დამატებითი ინსტრუქციები და მითითებები საველე პერსონალისათვის.

2.7 მონაცემთა მართვა, რედაქტირება და ანალიზი

ინტერვიუერი შევსებულ კითხვარებს ელექტრონულად აგზავნიდა საველე სამუშაოების ზედამხედველთან, საველე სამუშაოების ზედამხედველი კი - სათავო ოფისში. მონაცემების შეგროვებისა და საველე სამუშაოების დასრულების შემდეგ, მონაცემთა რედაქტირებისთვის, შემუშავდა არითმეტიკული და ლოგიკური კონტროლები მონაცემთა ბაზაში ხარვეზიანი ან/და საეჭვო მონაცემების იდენტიფიცირების მიზნით, რის საფუძველზეც, საბოლოოდ დამუშავდა და გაიწმინდა მონაცემთა ბაზა. შეცდომის დაფიქსირებისას, მონაცემები კორექტირდებოდა, საჭიროების შემთხვევაში, ინტერვიუერთან ან/და რესპონდენტთან დაკავშირებისა და მათგან მიღებული დაზუსტებული ინფორმაციის საფუძველზე.

2.8 მონაცემთა გავრცელება

კვლევის შედეგად მომზადდა წინამდებარე ანგარიში, კვლევის მოკლე აღწერილობა და სტატისტიკური ცხრილები ექსელის ფორმატში.

2.9 სტატისტიკურ ცხრილებში გამოყენებული აღნიშვნები

- (*) - ვარსკვლავი ფრჩხილებში ნიშნავს, რომ მონაცემი ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას და არ არის რეპრეზენტატიული;
- (რიცხვი) - ფრჩხილებში მოცემული რიცხვი ნიშნავს, რომ მონაცემი ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას და უნდა გავრცელდეს შესაბამისი შენიშვნის მითითებით;
- „არ ვიცი/მონაცემი არ არის“ შეუწონავ დაკვირვებათა რაოდენობის სიმცირის შემთხვევაში ამოღებულია ცხრილიდან;
- “-” - ცხრილებში აღნიშნავს 0 შეუწონავ რაოდენობას მნიშვნელში;
- აშ - არ შეესაბამება.

3. შერჩევის მოცულობა და გამოკვასუხების დონე

ცხრილებში A.1 და A.2 წარმოდგენილია შერჩევის ზომა, შინამეურნეობისა და ინდივიდუალური კითხვარის გამოკვასუხების მაჩვენებლები.

შინამეურნეობების შერჩევა და გამოკვასუხების დონე

ცხრილი A.1 გვიჩვენებს, რომ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და აღრეული ქორწინების კვლევისთვის შეირჩა 11,556 შინამეურნეობა, საიდანაც გამოიკითხა 7,347 შინამეურნეობა და გამოკვასუხების დონემ 63.6% შეადგინა (იმ შინამეურნეობების წილი, სადაც ჩატარდა გამოკითხვა). შინამეურნეობების 13.2%-მა უარი განაცხადა ინტერვიუზე, 18.7%-ის შემთხვევაში შინ არავინ იყო, 1.9%-ის შემთხვევაში მისამართი არ არსებობდა ან სახლი იყო დანგრეული, ხოლო 1.6%-ის შემთხვევაში მისამართზე არ (აღარ) იყო საცხოვრებელი.

ცხრილი A.1. შერჩევის ზომა და გამოკვასუხების დონე.

	N	პროცენტი
გამოკითხული შინამეურნეობები (ინტერვიუ ჩატარდა)	7,347	63.6
შინამეურნეობები, რომლებიც არ გამოკითხულა (ინტერვიუ არ ჩატარებულა)	4,209	36.4
შინამეურნეობამ უარი განაცხადა ინტერვიუზე	1,524	13.2
შინ არავინ დაგვხვდა	2,164	18.7
არარსებული მისამართი/ დანგრეული სახლი/ ვერ მოიძებნა	223	1.9
მისამართზე არ (აღარ) არის საცხოვრებელი	187	1.6
სხვა	111	1.0
სულ შერჩეული შინამეურნეობები	11,556	100.0

ინდივიდუალური გამოკვასუხების დონე

ცხრილი A.2 გვიჩვენებს, რომ ქალების ინდივიდუალური გამოკვასუხების მაჩვენებელი 61.2% იყო (გამოკითხულ შინამეურნეობათა მთლიანი რაოდენობიდან იმ შინამეურნეობების წილი, სადაც ჩატარდა ინდივიდუალური ინტერვიუ). შინამეურნეობების 36.1%-ში არ აღმოჩნდა ინტერვიუსთვის შესაფერისი რესპონდენტი ქალი, 1.5%-ის შემთხვევაში შინამეურნეობაში იყო ინტერვიუსთვის შესაფერისი რესპონდენტი ქალი, მაგრამ შინ არ იმყოფებოდა, ხოლო 0.9%-ის შემთხვევაში ინტერვიუსთვის შესაფერისმა რესპონდენტმა ქალმა უარი განაცხადა ინტერვიუზე.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და აღრეული ქორწინების კვლევა 2024

ცხრილი A.2 ინდივიდუალური კითხვარის გამოკვლევების დონე

	N	პროცენტი
ინდივიდუალური ინტერვიუ ჩატარდა	4,500	61.2
ინდივიდუალური ინტერვიუ არ ჩატარებულა (შეივსო მხოლოდ შინამეურნეობის კითხვარი)	2,847	38.8
შინამეურნეობაში არ არის ინტერვიუს შესაფერისი რესპონდენტი ქალი	2,654	36.1
შინამეურნეობაში არის ინტერვიუს შესაფერისი რესპონდენტი ქალი, მაგრამ შერჩეული ქალი შინ არ დაგვხვდა	112	1.5
შინამეურნეობაში არის ინტერვიუს შესაფერისი რესპონდენტი ქალი, მაგრამ შერჩეულმა ქალმა უარი განაცხადა ინტერვიუზე	69	0.9
სხვა	12	0.2
სულ გამოკითხული შინამეურნეობები	7,347	100.0

4. კეთილდღეობა - რეპროდუქციული და ღელათა ჯანმრთელობა

4.1 ადრეული შვილოსნობა

TM.2.2W ცხრილში მოცემულია ადრეული შვილოსნობის მაჩვენებლები 15-19 და 20-24 წლის ახალგაზრდა ქალებში. ცხრილში წარმოდგენილია 15-19 წლის ქალების პროცენტული წილები, რომელთაც ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა და არიან ორსულად პირველ შვილზე. იმავე ასაკობრივი ჯგუფისათვის აღნიშნულ ცხრილში ასევე მოცემულია მათი პროცენტული წილი, რომელთაც 15 წლის ასაკამდე გააჩინეს ცოცხალი ბავშვი. აღნიშნული შეფასებები გამოთვლილია ქალთა ნაყოფიერების მოდულიდან.

იმ ქალების პროცენტული წილის შესაფასებლად, რომელთაც ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 18 წლის ასაკამდე, გამოყენებულია კვლევის მონეტისთვის 20-24 წლის ქალების შესახებ მონაცემები, რათა თავიდან იქნეს აცილებული დაკვირვებათა რაოდენობის შემცირება.¹

4.2 კონტრაცეფცია

სწორი კონტრაცეფციის გამოყენება მნიშვნელოვანია ქალებისა და ბავშვების ჯანმრთელობისათვის: 1) ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, რომელიც ძალიან ადრეული ან ძალიან დაგვიანებულია; 2) მშობიარობებს შორის პერიოდის გასახანგრძლივებლად; და 3) შვილების რაოდენობის შეზღუდვისათვის.²

TM.3.1 ცხრილში მოცემულია კონტრაცეპტივების გამოყენება ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების მიერ. ცხრილში თავდაპირველად წარმოდგენილია კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენება. შემდეგ ეს კონტრაცეპტივები დაჯგუფებულია

თანამედროვე და ტრადიციულ საშუალებებად და წარმოდგენილია შესაბამისად.

TM.13.1CS ცხრილში ნაჩვენებია ინფორმირებულობა კონტრაცეფციის კონკრეტულ მეთოდებზე, ხოლო TM.13.2CS ცხრილში მოცემულია, თუ რომელი კონტრაცეპტივია ყველაზე ეფექტური ზემოაღნიშნულ მეთოდებს შორის, რესპონდენტის შეფასებით. ორივე ცხრილში ჯერ წარმოდგენილია კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდები, შემდეგ კი ისინი დაჯგუფებულია თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებად და წარმოდგენილია შესაბამისად. ეს ცხრილები ეხება 15-49 წლის ქალებს, ქორწინების სტატუსის მიუხედავად.

TM.13.3CS ცხრილში მოცემულია ქალების პროცენტული განაწილება შვილების სასურველი რაოდენობის მითითებით და შვილების სასურველი საშუალო რაოდენობა პირველი შვილის გაჩენამდე. ეს ცხრილი ეხება 15-49 წლის ქალების მთელ სიცოცხლეს.

ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე (კონტრაცეპტივებზე) დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა წარმოუშობათ ნაყოფიერ ქალებს, რომლებიც არ იყენებენ კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს, მაგრამ სურვილი აქვთ, რომ გადადონ მომდევნო შვილის გაჩენა (ორსულობის გადავადება) ან სურთ, რომ საერთოდ არ/ალარ გააჩინონ შვილი (ორსულობის შეზღუდვა). კვლევაში ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის გამოსავლენად რიგი კითხვებია გამოყენებული. ისინი შეეხება კონტრაცეფციის გამოყენებასთან, ფიზიკურად დაორსულების შესაძლებლობასა და ნაყოფიერებასთან დაკავშირებულ ქცევებსა და პრეფერენციებს.

¹ 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფის გამოყენება იმ ქალთა პროცენტული წილის შესაფასებლად, რომლებმაც 18 წლის ასაკამდე იმშობიარეს, დაკვირვებათა რაოდენობას შეამცირებდა, რადგან ქალთა უმრავლესობა ამ ასაკობრივ ჯგუფში არ იქნებოდა 18 წლის და ამიტომ სრულად ვერ მოიცავდა 18 წლამდე ასაკში შვილოსნობის შესაძლებლობას. იმ ქალთა პროცენტული წილის შესაფასებლად, რომელთაც 18 წლის ასაკამდე იმშობიარეს, გამოყენებულია 20-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, რადგან ყველა ქალს ამ ასაკობრივ ჯგუფში უკვე გავლილი ექნება ადრეულ ასაკში შვილოსნობის შესაძლებლობის პერიოდი.

² PATH, and United Nations Population Fund. *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*. Seattle: PATH/UNFPA, 2006. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/family_planning06.pdf.

ცხრილი TM.2.2W: ადრეული შვილოსნობა (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, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024

15-19 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც:					20-24 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ჰქონდათ:		
	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა	არიან ორსულად პირველ ბავშვზე	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა ან არიან ორსულად პირველ ბავშვზე	ჰქონდათ ცოცხლადშობადობა 15 წლამდე	15-19 წლის ქალების რაოდენობა	ცოცხლადშობადობა 18 წლამდე ¹	20-24 წლის ქალების რაოდენობა
სულ	2.6	0.9	3.5	0.0	463	3.1	491
დასახლების ტიპი							
ქალაქი	1.9	0.6	2.5	0.0	302	1.3	355
თბილისი	0.0	0.0	0.0	0.0	167	0.8	252
სხვა ქალაქები	4.3	1.3	5.6	0.0	135	2.6	103
სოფელი	3.9	1.5	5.4	0.0	161	7.6	136
განათლება							
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	-	-	-	-	0	(*)	1
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	6.4	0.0	6.4	0.0	83	(31.0)	30
სრული საშუალო	2.4	1.5	3.9	0.0	285	3.4	104
პროფესიული განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	14	(*)	27
უმაღლესი	0.0	0.0	0.0	0.0	81	0.0	329
ეროვნება							
ქართველი	1.3	0.8	2.1	0.0	406	1.8	424
აზერბაიჯანელი	(14.6)	(2.0)	(16.6)	(0.0)	28	20.8	35
სომეხი	(0.0)	(2.1)	(2.1)	(0.0)	24	(0.0)	26
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	5	(*)	5

¹ TM.2 - ადრეული შვილოსნობა

() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას

“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელობაში

TM.3.3CS ცხრილში ნაჩვენებია ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი და დაკმაყოფილებული მოთხოვნის დონე, ასევე, ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების მოთხოვნა კონტრაცეფცი-აზე, დაკმაყოფილებული თანამედროვე მეთოდებით.

ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა ორსულობის გადასავადებლად განისაზღვრება როგორც ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც არ იყენებენ კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს და:

- i) არ არიან ორსულად, ii) არ აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა,³ iii) არიან ნაყოფიერნი⁴ და ამბობენ, რომ სურთ დაიცადონ ორი ან მეტი წელი მომდევნო მშობიარობამდე, ან
- i) არ არიან ორსულად, ii) არ აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა, iii) არიან ნაყოფიერნი და ამბობენ, რომ არ იციან, სურთ თუ არა მეტი შვილი, ან
- არიან ორსულად და ამბობენ, რომ არასასურველ დროს დაორსულდნენ (სურდათ ორსულობის გადავადება), ან

- აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა და ამბობენ, რომ არასასურველ დროს იმშობიარეს (სურდათ ორსულობის გადავადება).

ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა ორსულობის შეზღუდვისათვის განისაზღვრება, როგორც ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც არ იყენებენ კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს და:

- i) არ არიან ორსულად, ii) არ აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა, iii) არიან ნაყოფიერნი და ამბობენ, რომ არ სურთ მეტი შვილის გაჩენა, ან
- არიან ორსულად და ამბობენ, რომ არ სურდათ დაორსულება, ან
- აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა და ამბობენ, რომ არ სურდათ ბავშვის გაჩენა.

ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე მთლიანი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა არის ორსულობის გადავადებისა და შეზღუდვის მიზნით დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების ჯამი.

³ ქალს აქვს მშობიარობის შემდგომი ამენორეა, თუ მას ბოლო 2 წლის განმავლობაში ჰქონდა ცოცხლადშობადობა, არ არის ამჟამად ორსულად და ბოლო ბავშვის გაჩენის შემდეგ არ აღდგენია მენსტრუალური ციკლი. ვინაიდან კვლევით არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე ქალების შესახებ, აღუდგათ თუ არა მათ მენსტრუალური ციკლი მშობიარობის შემდეგ, მშობიარობის შემდგომი ამენორეის მქონე ქალების შესაფასებლად მონაცემები ეფუძნება ბოლო მშობიარობიდან და ბოლო მენსტრუალური ციკლიდან გასულ დროით პერიოდს: განიხილება, რომ ქალებს აქვთ მშობიარობის შემდგომი ამენორეა, თუ ა) ბოლო მენსტრუაცია ჰქონდათ ბოლო მშობიარობამდე ბოლო 5 წლის განმავლობაში, ან ბ) თუ უპასუხეს „ბოლო მშობიარობამდე“ კითხვაზე, თუ როდის დაიწყო ბოლო მენსტრუალური ციკლი ბოლო 5 წლის განმავლობაში. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, TM.3.3CS ცხრილში მოცემული მაჩვენებლები: ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა, მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე და მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე, დაკმაყოფილებული ნებისმიერი და თანამედროვე მეთოდებით ამჟამად დაქორწინებულ ან პარტნიორთან მცხოვრებ იმ ქალებში, რომელთაც აქვთ მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე წარმოადგენს მიახლოებით მაჩვენებლებს.

⁴ ქალი მიიჩნევა უნაყოფოდ, თუ ის არ არის ორსულად, არ აქვს მშობიარობის შემდგომი ამენორეა და:
(1ა) არ ჰქონია მენსტრუაცია მინიმუმ ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ან (1ბ) არასდროს ჰქონია მენსტრუაცია, ან (1გ) ბოლო მენსტრუაცია ჰქონდა ბოლო მშობიარობამდე, ან (1დ) აქვს მენოპაუზა/ჩაიტარა ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს ქირურგიული ამოკვეთა), ან
(2) კვლევის პერიოდში კითხვის პასუხად, თუ რატომ ფიქრობს, რომ ფიზიკურად არ შეუძლია დაორსულება, მან განაცხადა, რომ i) ჩაიტარა ჰისტერექტომია, ii) არასდროს ჰქონია მენსტრუაცია, iii) აქვს მენოპაუზა ან iv) უშედეგოდ ცდილობდა დაორსულებას მინიმუმ 2 წლის განმავლობაში, ან
(3) კითხვის პასუხად, აქვს თუ არა სურვილი, მომავალში გააჩინოს ბავშვი, მან განაცხადა, რომ არ შეუძლია დაორსულება, ან
(4) ბოლო 5 წლის განმავლობაში არ უმშობიარია, ამჟამად არ იყენებს კონტრაცეფციას, არის დაქორწინებული და კვლევამდე ბოლო 5 წლის განმავლობაში მუდმივად იყო დაქორწინებული.

ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებული მოთხოვნა ორსულობის შეზღუდვისთვის მოიცავს ქალებს, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებიც იყენებენ) კონტრაცეფციის საშუალებებს⁵ და რომელთაც არ სურთ მეტი შვილის გაჩენა, იყენებენ ქალის ან მამაკაცის სტერილიზაციის მეთოდს ან ამბობენ, რომ არიან უნაყოფონი. ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებული მოთხოვნა ორსულობის გადავადებისათვის მოიცავს ქალებს, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებიც იყენებენ) კონტრაცეფციის საშუალებებს, სურთ ან არ გადაუწყვეტიათ, უნდათ თუ არა კიდევ ერთი ბავშვის ყოლა. ორსულობის გადავადებისა და შეზღუდვის მიზნით დაკმაყოფილებული მოთხოვნების ჯამი არის ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე მთლიანი დაკმაყოფილებული მოთხოვნა.

კვლევით ასევე განისაზღვრა კონტრაცეფციაზე დაკმაყოფილებული მოთხოვნის პროცენტული სიდიდე, კონტრაცეპტივებსა და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებით. ქალების წილი, ვისი მოთხოვნაც ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებულია, განისაზღვრება როგორც კონტრაცეპტივების მომხმარებელი ქალების პროცენტული წილი იმ ქალებში, რომელთაც აქვთ მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვაზე. მთლიანი მოთხოვნა კონტრაცეპტივებზე მოიცავს ქალებს, რომელთაც ამჟამად აქვთ ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა (ორსულობის გადავადების ან შეზღუდვის მიზნით) და მათ, ვინც ამჟამად იყენებენ კონტრაცეფციის მეთოდებს.

⁵ ამ თავში მითითებული ქალის მიერ კონტრაცეპტივების გამოყენება მოიცავს მისი პარტნიორის მიერ კონტრაცეპტივების გამოყენებასაც (როგორიცაა, მაგალითად, მამაკაცის პრეზერვატივი).

მხრილი TM.3.1: კონტრასტუატიუბის გამოყენება (ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მხოვრები)																			
15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებიც იყენებენ) კონტრაცეფციის მეთოდს, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024																			
ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მხოვრები ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ (ან რომელთა პარტნიორებიც იყენებენ):																			
	არ იყენებენ არცერთ მეთოდს	თანამედროვე მეთოდს										ტრადიციულ მეთოდს			ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	ნებისმიერი მეთოდი ¹	ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მხოვრები ქალების რაოდენობა	
		ქალის სტერილიზაცია	მაშკაცის სტერილიზაცია	საშვილოსნოს შიგნითა სპირალი	ინექციები	იმპლანტები	აბები	მაშკაცის პრე-პერვატივი	ქალის პრე-პერვატივი	დიაფრაგმა/კაფი/გელი	სანთელი	პერიოდული თავშეკავება/ციკლური მეთოდი	არასრული (შეწყვეტილი) სქესობრივი აქტი	სხვა					
სულ	56.8	5.9	0.1	8.8	0.1	0.1	5.9	14.7	0.2	0.0	1.0	5.1	1.3	0.1	36.8	6.4	43.2	2,968	
დასახლების ტიპი																			
ქალაქი	56.0	5.4	0.1	7.7	0.0	0.0	6.4	18.1	0.3	0.0	0.7	4.3	0.8	0.1	38.8	5.2	44.0	1,675	
თბილისი	55.2	4.3	0.0	4.9	0.1	0.0	5.8	23.8	0.5	0.0	0.5	4.4	0.7	0.0	39.8	5.0	44.8	846	
სხვა ქალაქები	56.8	6.5	0.2	10.6	0.0	0.1	7.0	12.4	0.1	0.0	1.0	4.3	0.9	0.2	37.8	5.4	43.2	829	
სოფელი	57.9	6.5	0.0	10.2	0.1	0.2	5.3	10.3	0.1	0.1	1.3	6.1	1.9	0.0	34.2	8.0	42.1	1,293	
ასაკი																			
15-19	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	22
20-24	65.0	0.0	0.0	8.1	0.0	0.0	6.8	19.1	0.0	0.0	0.0	0.8	0.3	0.0	33.9	1.0	35.0	164	
25-29	57.5	3.3	0.0	8.4	0.0	0.1	5.0	18.1	1.0	0.0	0.6	4.3	1.2	0.4	36.5	6.0	42.5	436	
30-34	46.0	5.3	0.0	12.4	0.1	0.3	6.6	20.8	0.0	0.2	0.8	5.6	1.9	0.0	46.5	7.5	54.0	565	
35-39	50.1	8.7	0.3	8.5	0.0	0.0	8.5	15.4	0.1	0.0	1.2	5.9	1.3	0.0	42.7	7.2	49.9	615	
40-44	55.1	8.0	0.0	10.4	0.0	0.1	6.0	11.8	0.2	0.0	1.8	5.6	1.0	0.0	38.3	6.6	44.9	616	
45-49	73.9	5.2	0.0	3.8	0.3	0.0	2.2	7.4	0.0	0.0	0.7	5.2	1.2	0.0	19.7	6.4	26.1	550	
განათლება																			
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბავშვო)	57.6	3.0	0.0	13.3	0.0	0.0	7.8	10.7	0.1	0.0	0.3	4.3	2.8	0.0	35.3	7.1	42.4	246	
სრული საშუალო	57.8	6.1	0.0	9.6	0.2	0.1	6.2	11.7	0.4	0.1	1.2	4.9	1.6	0.0	35.6	6.6	42.2	898	
პროფესიული განათლება	56.2	8.4	0.0	10.8	0.0	0.2	5.9	11.9	0.0	0.0	0.8	4.3	1.1	0.3	38.0	5.8	43.8	504	
უმაღლესი	56.1	5.4	0.1	6.6	0.1	0.1	5.3	18.7	0.2	0.0	1.0	5.7	0.8	0.0	37.5	6.4	43.9	1,316	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																			
0	88.5	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	2.4	7.2	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	10.5	1.0	11.5	247	
1	64.8	0.7	0.0	6.2	0.0	0.0	6.8	18.5	0.3	0.0	0.5	1.5	0.3	0.3	33.1	2.1	35.2	625	
2	53.5	4.2	0.1	10.5	0.1	0.1	6.2	16.0	0.1	0.1	0.7	6.7	1.6	0.0	38.2	8.2	46.5	1,376	
3	44.3	15.3	0.0	9.9	0.3	0.2	6.2	13.0	0.4	0.0	1.6	6.8	2.0	0.0	46.9	8.8	55.7	591	
4+	49.1	17.1	0.0	13.3	0.0	0.0	3.3	5.2	0.3	0.0	4.4	6.2	1.1	0.0	43.6	7.4	50.9	129	
ეროვნება																			
ქართველი	55.6	6.7	0.1	8.9	0.1	0.0	6.0	15.0	0.2	0.0	1.1	5.4	0.9	0.1	38.1	6.3	44.4	2,556	
აზერბაიჯანელი	62.4	1.1	0.0	13.3	0.0	0.0	4.3	10.5	0.0	0.0	0.0	4.1	4.3	0.0	29.2	8.4	37.6	182	
სომეხი	68.3	0.9	0.0	3.6	0.0	1.0	5.1	13.7	0.0	0.0	0.0	3.7	3.7	0.0	24.3	7.4	31.7	185	
სხვა	(56.3)	(3.0)	(0.0)	(6.3)	(0.0)	(0.0)	(10.8)	(23.5)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(43.7)	(0.0)	(43.7)	44	
¹ TM.3 - კონტრაცეპტივების გავრცელების დონე																			
() მონაცემები უფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას																			
(*) მონაცემები უფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას																			

სხრილი TM.13.1CS: ინფორმირებაზელობა კონტრაცეპტივების შესახებ																			
15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის შესახებ, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024																			
	15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სმენიათ კონტრაცეფციის ნებისმიერი მეთოდის შესახებ:																		
	არცერთი მეთოდი/ მონაცემი არ არის	თანამედროვე მეთოდი										ტრადიციული მეთოდი				ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	ნებისმიერი მეთოდი¹	სულ ქალების რაოდენობა
		ქალის სტერილიზაცია	მაშკაცის სტერილიზაცია	სამშვილოსნოს მიგასპირალი	ინექციები	იმპლანტები	აბები	მაშკაცის პრე-ვერვატივი	ქალის პრე-ვერვატივი	დიაფრაგმა/ ქაფი/ გელი	სანთელი	პერიოდული თავ-შეკავება/ ციკლური მეთოდი	არასრული (შეწყვეტილი) სქესობრივი აქტი	სხვა					
სულ	0.9	82.9	48.7	94.7	56.2	57.3	96.3	97.3	45.4	43.9	76.4	81.7	77.7	1.5	99.0	87.3	99.1	4,500	
დასახლების ტიპი																			
ქალაქი	0.8	85.2	52.4	95.0	57.5	59.3	97.5	98.5	49.7	46.4	78.9	83.5	79.0	2.0	99.2	88.7	99.2	2,825	
თბილისი	0.6	84.7	53.7	94.8	58.2	57.7	97.8	99.0	51.6	47.3	79.7	84.5	79.9	3.2	99.4	90.0	99.4	1,620	
სხვა ქალაქები	1.0	86.1	50.6	95.3	56.6	61.4	97.2	97.8	47.2	45.1	77.7	82.1	77.8	0.5	99.0	86.9	99.0	1,206	
სოფელი	1.2	78.9	42.5	94.3	54.0	53.8	94.3	95.4	38.2	39.7	72.3	78.8	75.6	0.7	98.7	84.9	98.8	1,675	
ასაკი																			
15-19	7.1	45.5	27.4	63.5	33.2	24.4	82.2	86.7	24.1	20.2	34.9	40.6	35.6	0.8	92.6	48.9	92.9	463	
15-17	10.5	39.2	22.9	52.3	28.5	18.7	77.2	80.9	16.9	14.1	28.0	35.2	25.5	0.6	89.3	40.9	89.5	292	
18-19	1.4	56.2	35.1	82.4	41.2	34.1	90.8	96.6	36.4	30.6	46.6	49.9	52.7	1.0	98.2	62.5	98.6	172	
20-24	0.5	74.4	42.4	95.1	52.6	46.0	95.4	97.2	42.5	41.6	65.0	74.5	69.8	0.5	99.5	80.8	99.5	491	
25-29	0.1	87.2	50.1	98.7	58.7	65.5	97.5	98.7	45.3	47.1	80.5	85.9	79.8	2.0	99.9	91.1	99.9	618	
30-34	0.0	87.5	51.0	99.3	59.4	63.7	98.8	99.0	48.7	47.0	82.7	87.7	85.9	0.9	100.0	94.0	100.0	700	
35-39	0.2	90.9	53.5	98.1	61.2	65.3	98.1	98.7	50.1	47.4	85.5	89.4	85.4	1.3	99.7	94.0	99.8	744	
40-44	0.2	89.9	52.1	99.0	59.2	62.9	98.7	99.1	49.4	49.1	86.2	88.9	85.1	2.8	99.8	93.1	99.8	766	
45-49	0.4	88.8	54.7	98.8	59.9	58.3	98.2	98.0	49.2	45.8	81.7	88.2	84.6	1.8	99.6	93.5	99.6	717	
განათლება																			
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	4.5	66.1	26.5	84.4	36.4	32.2	88.7	87.0	25.7	22.3	56.2	66.0	66.3	0.5	95.3	78.1	95.5	363	
სრული საშუალო	1.7	75.1	36.8	90.7	48.2	47.1	93.7	96.0	34.6	33.2	65.4	74.4	70.3	1.3	98.3	80.5	98.3	1,366	
პროფესიული განათლება	0.0	90.3	50.7	98.2	60.1	63.5	98.8	99.0	45.6	48.0	85.8	85.1	81.7	2.5	100.0	90.5	100.0	639	
უმაღლესი	0.0	88.7	59.7	98.2	63.7	66.4	98.6	99.5	55.9	53.3	84.3	88.2	83.3	1.6	99.9	92.3	100.0	2,125	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																			
0	2.9	70.3	45.3	85.5	48.6	43.7	92.3	94.4	40.0	36.6	61.1	64.7	58.9	1.0	97.1	71.7	97.1	1,416	
1	0.1	90.1	57.0	98.5	60.9	66.0	97.5	99.1	51.4	52.9	87.7	91.2	87.9	2.9	99.9	94.8	99.9	804	
2	0.0	88.1	49.6	99.5	59.6	63.9	98.8	98.7	48.4	46.5	82.5	89.8	86.9	1.5	100.0	94.9	100.0	1,506	
3	0.1	88.5	46.9	98.4	60.3	61.0	98.2	98.0	45.3	43.8	81.9	88.0	84.4	1.2	99.8	94.1	99.9	637	
4+	0.0	86.9	34.0	98.2	50.6	55.6	94.7	98.5	35.7	38.5	75.9	84.2	80.1	0.0	100.0	89.9	100.0	137	
ეროვნება																			
ქართველი	0.8	85.0	51.2	94.9	57.8	59.8	96.9	98.3	47.7	45.9	79.4	82.6	77.4	1.6	99.1	87.6	99.2	3,951	
აზერბაიჯანელი	1.9	61.3	21.9	91.4	32.6	28.1	85.2	81.5	17.7	21.6	45.7	67.1	76.5	0.7	97.8	80.9	98.1	245	
სომეხი	1.4	69.6	32.8	93.7	52.3	46.3	96.3	95.9	33.4	35.1	60.8	81.9	82.0	0.5	98.4	87.3	98.6	239	
სხვა	0.0	81.3	54.3	100.0	62.4	50.7	100.0	100.0	54.2	41.0	68.3	84.8	87.3	2.4	100.0	92.0	100.0	66	
ოჯახური მდგომარეობა																			
ამჟამად დაქორწინებული/ პარტნიორთან მცხოვრები	0.0	88.9	51.5	98.9	60.6	64.0	98.2	98.7	47.8	47.9	83.3	89.5	86.3	1.4	99.9	94.6	100.0	2,968	
ამჟამად არ არის დაქორწინებული/ არ ცხოვრობს პარტნიორთან	2.7	71.3	43.2	86.7	47.8	44.1	92.6	94.7	40.9	36.2	63.2	66.7	61.0	1.8	97.3	73.2	97.3	1,532	
¹ TM.1CS - ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების შესახებ																			
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაცვირებას																			

ცხრილი TM.13.2CS: ინფორმირება ლობა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ																					
15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც სხვადასხვა კონტრაცეფციის მეთოდი მიიჩნიეს ყველაზე ეფექტურად, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024																					
15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება მათ მიერ ყველაზე ეფექტურად მიჩნეული კონტრაცეფციის მეთოდების მიხედვით:																					
	არ ვიცი/მონაცემი არ არის	თანამედროვე მეთოდი										ტრადიციული მეთოდი			სულ	ნებისმიერი თანამედროვე მეთოდი ¹	ნებისმიერი ტრადიციული მეთოდი	ნებისმიერი მეთოდი	სულ ქალების რაოდენობა		
		ქალის სტერილიზაცია	მაშკაცის სტერილიზაცია	საშვილოსნოს შიგა სპირალი	ინექციები	იმპლანტები	აბები	მაშკაცის პრეპარატი	ქალის პრეპარატი	დიაფრაგმა/კაფი/გელი	სანთელი	პერიოდული თანამედროვე მეთოდი	არასრული (შეწყვეტილი) სქესობრივი აქტი	სხვა							
სულ	20.8	8.4	0.4	21.3	0.2	0.6	13.6	26.3	0.3	0.0	1.4	4.8	1.7	0.1	100.0	72.7	6.6	79.2	4,500		
დასახლების ტიპი																					
ქალაქი	19.8	8.7	0.5	18.6	0.1	0.6	13.1	31.5	0.4	0.0	1.5	4.1	0.9	0.1	100.0	75.1	5.1	80.2	2825		
თბილისი	18.2	7.8	0.8	14.3	0.3	0.7	12.9	39.4	0.5	0.0	0.9	3.7	0.7	0.0	100.0	77.4	4.3	81.8	1620		
სხვა ქალაქები	22.0	10.0	0.1	24.4	0.0	0.5	13.4	21.0	0.2	0.0	2.3	4.7	1.3	0.1	100.0	71.8	6.2	78.0	1206		
სოფელი	22.3	7.7	0.3	25.9	0.3	0.7	14.5	17.6	0.2	0.1	1.4	6.0	2.9	0.1	100.0	68.7	9.0	77.7	1675		
ასაკი																					
15-19	60.8	1.5	0.6	7.1	0.1	0.4	14.1	15.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	100.0	38.7	0.5	39.2	463		
15-17	64.0	2.3	0.9	5.8	0.2	0.0	16.4	10.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	36.0	0.0	36.0	292		
18-19	55.2	0.0	0.0	9.5	0.0	1.0	10.1	22.9	0.0	0.0	0.0	1.0	0.4	0.0	100.0	43.5	1.3	44.8	172		
20-24	32.8	8.3	0.9	14.2	0.2	0.4	12.2	27.3	0.0	0.0	0.5	1.9	1.3	0.0	100.0	64.0	3.2	67.2	491		
25-29	18.3	6.3	0.0	21.3	0.0	0.8	12.8	30.4	0.5	0.1	1.4	5.9	2.0	0.3	100.0	73.5	8.2	81.7	618		
30-34	11.6	8.1	1.1	25.9	0.2	1.2	11.5	32.3	0.6	0.1	1.8	3.6	1.9	0.0	100.0	82.9	5.5	88.4	700		
35-39	12.3	12.5	0.0	22.8	0.1	0.9	13.6	28.8	0.1	0.0	1.3	6.0	1.7	0.0	100.0	80.1	7.6	87.7	744		
40-44	13.1	10.1	0.4	25.0	0.0	0.3	16.3	24.4	0.5	0.0	2.7	5.2	1.9	0.1	100.0	79.6	7.3	86.9	766		
45-49	14.7	8.8	0.1	25.5	0.7	0.5	14.3	23.3	0.2	0.0	1.3	8.4	2.2	0.0	100.0	74.7	10.6	85.3	717		
განათლება																					
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	7		
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბავშვო)	29.3	4.3	0.4	22.9	0.0	0.6	17.3	16.5	0.3	0.0	0.7	4.3	3.5	0.0	100.0	62.9	7.7	70.7	363		
სრული საშუალო	25.4	7.2	0.3	22.9	0.2	0.5	14.6	20.1	0.1	0.1	1.6	4.8	2.2	0.0	100.0	67.5	7.1	74.6	1366		
პროფესიული განათლება	15.9	12.0	0.4	25.4	0.4	0.6	13.3	24.0	0.2	0.0	1.0	4.9	1.4	0.4	100.0	77.4	6.7	84.1	639		
უმაღლესი	17.5	8.8	0.5	18.8	0.2	0.8	12.6	32.8	0.4	0.0	1.5	4.9	1.1	0.0	100.0	76.5	6.0	82.5	2125		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა																					
0	42.8	5.2	0.6	10.8	0.1	0.4	12.5	25.1	0.0	0.0	0.5	1.6	0.5	0.0	100.0	55.1	2.1	57.2	1416		
1	12.3	7.0	0.4	22.0	0.3	0.3	11.9	37.6	0.2	0.0	1.6	4.7	1.6	0.2	100.0	81.2	6.5	87.7	804		
2	10.3	7.9	0.4	28.5	0.3	1.0	15.6	24.1	0.5	0.1	1.5	7.5	2.3	0.1	100.0	79.9	9.9	89.7	1506		
3	7.9	17.4	0.1	25.9	0.2	0.9	13.8	22.8	0.4	0.0	2.2	5.9	2.6	0.0	100.0	83.6	8.5	92.1	637		
4+	17.6	13.6	0.0	27.0	0.0	0.2	13.5	13.8	1.4	0.0	4.7	4.8	3.3	0.0	100.0	74.2	8.2	82.4	137		
ეროვნება																					
ქართველი	20.1	9.1	0.5	21.0	0.1	0.6	13.6	27.3	0.3	0.0	1.5	4.7	1.1	0.1	100.0	74.0	5.8	79.9	3951		
აზერბაიჯანელი	27.3	1.8	0.0	31.4	0.0	0.0	12.3	11.6	0.0	0.0	0.1	7.1	8.4	0.0	100.0	57.2	15.5	72.7	245		
სომეხი	25.6	2.6	0.0	18.5	1.5	1.8	16.5	21.6	0.5	0.2	1.5	4.8	5.0	0.0	100.0	64.6	9.8	74.4	239		
სხვა	15.4	7.9	0.0	14.4	2.8	0.0	10.8	42.3	0.0	0.0	1.6	4.5	0.5	0.0	100.0	79.6	5.0	84.6	66		
ოჯახური მდგომარეობა																					
ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები	12.0	10.1	0.3	25.3	0.2	0.7	13.3	27.4	0.5	0.0	1.7	6.1	2.3	0.1	100.0	79.5	8.5	88.0	2968		
ამჟამად არ არის დაქორწინებული/არ ცხოვრობს პარტნიორთან	37.7	5.1	0.6	13.7	0.2	0.5	14.4	24.3	0.0	0.0	0.8	2.4	0.4	0.0	100.0	59.5	2.8	62.3	1532		
¹ TM.2CS - ინფორმირებულობა კონტრაცეპტივების ეფექტურობის შესახებ																					
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას																					

სხრილი TM.13.3CS: შვილების სასურველი რაოდენობა									
15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება პირველი შვილის გაჩენამდე მთელი ცხოვრების განმავლობაში შვილების სასურველი რაოდენობის მიხედვით, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024									
შვილების სასურველი 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	2.6	1.7	5.9	38.3	38.4	9.8	3.6	2.3	4,500
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	2.6	1.9	7.6	39.2	37.3	8.1	3.4	2.5	2,825
თბილისი	2.5	2.1	9.5	40.3	35.4	7.6	3.6	1.6	1,620
სხვა ქალაქები	2.6	1.7	5.1	37.8	39.8	8.8	3.1	3.6	1,206
სოფელი	2.7	1.4	3.0	36.8	40.3	12.7	3.9	1.9	1,675
ასაკი									
15-19	2.1	4.9	12.4	48.8	22.3	4.2	0.6	6.8	463
15-17	2.1	5.0	13.1	45.0	24.7	3.5	0.5	8.2	292
18-19	2.1	4.7	11.3	55.3	18.3	5.4	0.7	4.4	172
20-24	2.4	4.8	6.7	39.6	36.5	6.2	1.9	4.4	491
25-29	2.7	1.1	6.5	38.6	36.9	9.1	5.3	2.6	618
30-34	2.7	0.4	4.8	38.9	41.7	10.2	2.8	1.3	700
35-39	2.8	1.3	5.1	36.5	39.0	11.5	5.6	1.0	744
40-44	2.7	0.9	4.8	36.7	42.8	11.7	2.1	0.9	766
45-49	2.8	0.8	3.8	33.4	42.9	12.2	5.5	1.5	717
განათლება									
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	2.7	1.9	6.4	37.2	38.0	9.9	4.5	2.1	363
სრული საშუალო	2.6	1.6	5.9	38.7	39.3	8.5	3.4	2.5	1,366
პროფესიული განათლება	2.8	0.7	2.9	38.9	37.0	14.6	4.4	1.5	639
უმაღლესი	2.6	2.0	6.7	38.2	38.4	9.2	3.1	2.4	2,125
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0	2.3	4.2	10.0	42.8	29.4	5.6	2.4	5.6	1,416
1	2.4	0.3	10.3	46.3	34.3	6.8	1.2	0.7	804
2	2.6	0.9	1.4	46.0	39.3	9.6	2.1	0.7	1,506
3	3.2	0.3	2.6	6.3	67.4	15.0	7.6	0.6	637
4+	4.1	0.0	1.7	8.7	11.2	48.4	27.7	2.2	137
ეროვნება									
ქართველი	2.6	1.7	6.2	37.8	38.4	9.9	3.7	2.3	3,951
აზერბაიჯანელი	2.6	1.2	3.2	40.3	39.0	10.0	1.5	4.9	245
სომეხი	2.5	2.8	3.7	43.3	38.1	9.2	2.1	0.7	239
სხვა	2.6	2.5	7.1	40.8	36.4	5.1	8.1	0.0	66
¹TM.3CS - შვილების სასურველი რაოდენობა									
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დავკირვებას									

ცხრილი TM.3.3CS: საჭიროება და მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებაზე (ამჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები)																
ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც აქვთ ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი და დაკმაყოფილებული მოთხოვნა, მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე, ქალების წილი, რომელთა მოთხოვნაც ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებულია (მეთოდების მიხედვით) და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე საჭიროების მქონე ქალების პროცენტული წილი, რომელთა მოთხოვნაც ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებულია (მეთოდების მიხედვით), ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024																
	ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა			ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებული მოთხოვნა (ამჟამად იყენებენ კონტრაცეფციას)			მთლიანი მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე			ქალების წილი, რომელთა მოთხოვნაც ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებულია:		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა	ქალების წილი, რომელთა მოთხოვნაც ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებულია		ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა	აქვთ მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე
	ორსულობის გადავადებისთვის	ორსულობის შეზღუდვისთვის	სულ	ორსულობის გადავადებისთვის	ორსულობის შეზღუდვისთვის	სულ	ორსულობის გადავადებისთვის	ორსულობის შეზღუდვისთვის	სულ	ნებისმიერი მეთოდით	თანამედროვე მეთოდებით		ნებისმიერი მეთოდით	თანამედროვე მეთოდებით ¹		
სულ	7.4	12.8	20.3	15.6	27.7	43.2	23.0	40.5	63.5	43.2	36.8	2,968	68.1	58.0		1,884
დასახლების ტიპი																
ქალაქი	7.9	13.0	21.0	17.4	26.6	44.0	25.3	39.7	65.0	44.0	38.8	1,675	67.7	59.7		1,089
თბილისი	8.0	11.3	19.3	20.2	24.7	44.8	28.2	36.0	64.1	44.8	39.8	846	69.9	62.1		542
სხვა ქალაქები	7.9	14.8	22.7	14.6	28.6	43.2	22.5	43.4	65.9	43.2	37.8	829	65.6	57.4		547
სოფელი	6.8	12.6	19.4	13.1	29.0	42.1	19.9	41.6	61.5	42.1	34.2	1,293	68.5	55.5		795
ასაკი																
15-19	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	22	(*)	(*)		11
20-24	20.5	5.0	25.5	30.0	5.0	35.0	50.5	9.9	60.4	35.0	33.9	164	57.9	56.1		99
25-29	15.4	8.9	24.3	29.4	13.1	42.5	44.8	22.0	66.8	42.5	36.5	436	63.6	54.7		291
30-34	10.0	7.9	17.9	25.7	28.3	54.0	35.7	36.2	71.9	54.0	46.5	565	75.1	64.6		406
35-39	6.5	10.7	17.1	15.6	34.3	49.9	22.0	45.0	67.0	49.9	42.7	615	74.4	63.7		412
40-44	2.4	19.0	21.5	4.9	40.1	44.9	7.3	59.1	66.4	44.9	38.3	616	67.7	57.7		409
45-49	0.9	19.4	20.2	1.0	25.1	26.1	1.9	44.4	46.3	26.1	19.7	550	56.3	42.6		255
განათლება																
საბაჟშო ბალი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4	(*)	(*)		1
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაჟო)	7.2	16.4	23.6	11.9	30.5	42.4	19.0	46.9	66.0	42.4	35.3	246	64.3	53.5		162
სრული საშუალო	7.5	14.4	21.9	13.7	28.5	42.2	21.2	42.9	64.1	42.2	35.6	898	65.8	55.6		576
პროფესიული განათლება	5.2	9.7	14.8	15.6	28.2	43.8	20.8	37.9	58.7	43.8	38.0	504	74.7	64.8		296
უმაღლესი	8.3	12.3	20.6	17.5	26.4	43.9	25.8	38.7	64.6	43.9	37.5	1,316	68.0	58.1		849
ეროვნება																
ქართველი	7.5	12.3	19.8	16.4	28.1	44.4	23.8	40.4	64.2	44.4	38.1	2,556	69.2	59.4		1,642
აზერბაიჯანელი	5.8	16.4	22.2	10.1	27.6	37.6	15.8	44.0	59.8	37.6	29.2	182	62.9	48.8		109
სომეხი	7.2	18.4	25.6	9.0	22.7	31.7	16.2	41.1	57.3	31.7	24.3	185	55.3	42.3		106
სხვა	(11.3)	(6.1)	(17.4)	(19.2)	(24.4)	(43.7)	(30.5)	(30.5)	(61.1)	(43.7)	(43.7)	44	(*)	(*)		27
¹ TM.21CS - საჭიროება ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე დაკმაყოფილებული კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებით																
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას																
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას																

4.3 მანუშვატილი ორსულობა

ხელოვნური აბორტი ფართოდაა გავრცელებული მთელ მსოფლიოში, დედათა სიკვდილიანობის 8-11% ხელოვნურ აბორტებთანაა დაკავშირებული. 2010-2014 წლების მდგომარეობით, განვითარებად ქვეყნებში 15-44 წლის ყოველ 1,000 ქალზე ერთი წლის განმავლობაში დაახლოებით 36 აბორტი ტარდებოდა. განვითარებულ ქვეყნებში ანალოგიური მაჩვენებელი 27 აბორტს შეადგენდა.⁶ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, მსოფლიოში ყოველწლიურად 40-დან 50 მილიონამდე აბორტი ტარდება, რაც დაახლოებით 125,000 აბორტია დღეში.⁷ მათი უმეტესობა გამოწვეულია დაუგეგმავი ორსულობებით, რაც, თავის მხრივ, კონტრაცეპტივების არაეფექტური გამოყენების ან საერთოდ მათი გამოუყენებლობის შედეგია. ამდენად, აბორტები კვლავ რჩება ქალებისა და, ზოგადად, წყვილების მიერ მათი ფერტილობისა და ცხოვრების დაგეგმვის შემადგენელ მნიშვნელოვან ნაწილად.

1994 წელს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) ქვეყნები შეთანხმდნენ, რომ აბორტი უნდა იყოს უსაფრთხო იქ, სადაც არ არის აკრძალული კანონით. შეთანხმებაში ნათქვამია, რომ „არასასურველი ორსულობების პრევენციას ყოველთვის უნდა მიენიჭოს უმაღლესი პრიორიტეტი და ყველაფერი უნდა გაკეთდეს, რომ თავიდან ავიცილოთ აბორტის საჭიროება...“ (პარაგრაფი 63i). მომდევნო კონფერენციები, მათ შორის, ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენცია (FWCW) პეკინში 1995 წელს, ICPD + 5 შეხვედრა 1999 წელს და პეკინი + 5 შეხვედრა 2000 წელს კვლავ ამახვილებენ ყურადღებას უსაფრთხო აბორტის სერვისის მიწოდებაზე იქ, სადაც აბორტი არ არის კანონსაწინააღმდეგო ქმედება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) მკაფიოდ მიუთითებს, რომ მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ უსაფრთხო აბორტის სერვისზე წვდომა, როგორც ქალებისა და გოგონების სიცო-

ცხლის დასაცავად, ასევე ადამიანის უფლებათა, მათ შორის, ჯანმრთელობის დაცვის უფლების პატივისცემის, დაცვისა და აღსრულების მიზნით.⁸ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (UN) ადამიანთა უფლებების კომიტეტი უთითებს, რომ სადაც აბორტის პროცედურა კანონიერია, ის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, მისაღები და მაღალი ხარისხის.⁹

აბორტის მაღალი კოეფიციენტი ჯანდაცვის სფეროს მნიშვნელოვანი პრობლემაა საქართველოსთვის. შემთხვევების შესახებ ზუსტი ინფორმაცია აუცილებელია, რომ გავიგოთ მოსახლეობის მობადლობის დინამიკა და აბორტის როლი დედათა ავადობასა და სიკვდილიანობაში. ხელოვნურ აბორტს, თუნდაც ის სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდეს, შეუძლია უარყოფითად იმოქმედოს დედათა ჯანმრთელობაზე და გავლენა მოახდინოს როგორც შემდგომ ორსულობებზე, ასევე დაბადებული ბავშვების სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე. აბორტი არის პირდაპირი და არაპირდაპირი ფაქტორი რეპროდუქციული დანაკარგებისა, როგორიცაა, მაგალითად, უშვილობა და მუცლის მოშლა.

მკვდრადშობადობა ჯერ კიდევ არ არის ჩართული ათასწლეულის განვითარების მიზნებსა (MDG) და მდგრადი განვითარების მიზნებში (SDG). ამდენად, კვლავ რჩება მივიწყებულ საკითხად, რომელიც ნაკლებად ფიგურირებს სხვადასხვა პროგრამასა თუ სტრატეგიაში, არ ფინანსდება საკმარისად და საჭიროებს სასწრაფო ყურადღებას. 2015 წელს მსოფლიოში დაფიქსირდა 2.6 მილიონი მკვდრადშობადობის შემთხვევა, რაც ყოველ 1,000 დაბადებაზე (ცოცხლადშობადობა და მკვდრადშობადობა) 18.4 მკვდრადშობილ ბავშვს გულისხმობს. მკვდრადშობადობის შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარი ხდება ინტრანატალურ პერიოდში, რომელიც ყველაზე მაღალრისკიანი პერიოდია.¹⁰

⁶ Guttmacher Institute, Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

⁷ Statistics by the World Health Organization, 2017, News release, Geneva. <https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

⁸ Center for Reproductive Rights, “Whose right to life: women’s rights and prenatal protections under human rights and comparative law”, 2012; concluding observations of the Committee against Torture following the consideration by the Committee of the initial report of Nicaragua (CAT/C/NIC/CO/1); and report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/66/254).

⁹ Concluding observations of the Human Rights Committee following the consideration by the Committee of the fifth periodic report of Poland (CCPR/CO/82/POL, para. 8).

¹⁰ WHO, Maternal, newborn, child and adolescent health, Data, statistics and epidemiology https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/

15.1CS ცხრილში წარმოდგენილია მაჩვენებლები 15-49 წლის ქალებისათვის: სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ბოლო 5 წლის განმავლობაში, სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ცხოვრების განმავლობაში და მკვრადშობადობის კოეფიციენტი.¹¹ მკვრადშობადობის კოეფიციენტი დათვლილია ქალების მთელ სიცოცხლეზე. იგი წარმოადგენს მკვრადშობადობის შემთხვევათა რაოდენობას ყოველ 1,000 დაბადებაზე (ცოცხლადშობადობა და მკვრადშობადობა). TIAR ბოლო 5 წლის განმავლობაში არის სულ აბორტების რაოდენობა ბოლო 5 წლის განმავლობაში რეპროდუქციული ასაკის (15-49) ყოველ 1,000 ქალზე, ხოლო TIAR ცხოვრების განმავლობაში წარმოადგენს სულ აბორტების რაოდენობას განვლილი ცხოვრების განმავლობაში რეპროდუქციული ასაკის (15-49) ყოველ 1,000 ქალზე. ქალებს ეკითხებოდნენ, ჰქონდათ თუ არა მათ შეწყვეტილი ორსულობა (როგორც მიზანმიმართული, ასევე თვითნებური) და, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, რამდენი ორსულობა დასრულდა აბორტით, მუცლის მოშლით ან მკვრადშობადობით. შემდეგ შეგროვდა ინფორმაცია აბორტების ისტორიის შესახებ შემთხვევათა ქრონოლოგიის მიხედვით, ასევე შეგროვდა სხვადასხვა მახასიათებელი უკანასკნელი 7 წლის განმავლობაში ბოლო აბორტის შესახებ.

15.2CS ცხრილში მოცემულია ინფორმაცია ხელოვნური აბორტის ჩატარების ადგილსა და გამოყენებულ მეთოდებზე. ამ თვალსაზრისით მაჩვენებელთა შორისაა სამედიცინო დაწესებულების გარეთ გაკეთებული ხელოვნური აბორტი, რომელიც ყველაზე სახიფათო გარემოა პროცედურისთვის და მედიკამენტოზური აბორტის პროცენტული წილი, რომელიც ყველაზე უსაფრთხო მეთოდია, სხვა მეთოდებთან შედარებით. ყველა მაჩვენებელი ასახავს ბოლო 5 წლის განმავლობაში ჩატარებულ ბოლო აბორტებს.

15.4CS ცხრილში მოცემულია ინფორმაცია კონტრაცეპტივებზე კონსულტაციის შესახებ აბორტის პროცედურის დროს და კონტრაცეფციით უზრუნველყოფის შესახებ აბორტის შემდეგ შესაბამისი მახასიათებლების მიხედვით.

ქალები, რომელთაც გადაწყვიტეს ორსულობის დასრულება აბორტით და შემდეგ არ იღებენ ეფექტურ კონტრაცეპტივებს, მალევე, აბორტის შემდგომ პერიოდში აქვთ კიდევ ერთი დაუგეგმავი ორსულობის მაღალი რისკი. კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვაზე აბორტის პროცედურის დროს სავალდებულოა საქართველოს კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.

¹¹ მკვრადშობადობა განისაზღვრება, როგორც ბავშვის დაკარგვა ორსულობიდან 5 თვის შემდეგ, როდესაც ქალს არ გადაუწყვეტია ორსულობის შეწყვეტა და ბავშვს არ გამოუვლენია სიცოცხლის არანაირი ნიშანი.

შხრილი TM.15.1CS: სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) და მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი						
15-49 წლის ქალებში სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) და მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024						
	სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ბოლო 5 წლის განმავლობაში¹	სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ცხოვრების განმავლობაში²	15-49 წლის ქალების რაოდენობა	მკვდრადშობადობის კოეფი-ციენტი³	დაბადებათა რაოდენობა	
სულ	49.7	459.4	4,500	17.8	6,599	
დასახლების ტიპი						
ქალაქი	41.7	386.2	2,825	17.5	3,548	
თბილისი	44.6	381.0	1,620	18.9	1,744	
სხვა ქალაქები	37.7	393.1	1,206	16.1	1,803	
სოფელი	63.2	582.9	1,675	18.1	3,052	
ასაკი						
15-19	0.0	0.0	463	(*)	13	
15-17	0.0	0.0	292	(*)	2	
18-19	0.0	0.0	172	(*)	10	
20-24	25.4	25.4	491	15.7	183	
25-29	75.4	119.3	618	9.6	783	
30-34	72.7	242.6	700	17.5	1,218	
35-39	82.4	404.1	744	17.3	1,494	
40-44	54.4	775.8	766	15.4	1,532	
45-49	14.5	1,277.1	717	26.3	1,377	
განათლება						
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	7	(*)	22	
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბავშო)	109.5	815.8	363	22.3	659	
სრული საშუალო	66.0	525.2	1,366	9.9	2,137	
პროფესიული განათლება	50.4	637.8	639	35.6	1,165	
უმადლესი	28.9	303.1	2,125	15.3	2,617	
ცოცხალი შვილების რაოდენობა						
0	4.1	9.9	1,416	(*)	9	
1	25.2	263.2	804	27.6	861	
2	76.8	736.4	1,506	17.4	3,145	
3	103.1	914.6	637	11.7	1,968	
4+	117.6	1,094.4	137	17.3	616	
ეროვნება						
ქართველი	40.9	420.7	3,951	18.6	5,657	
აზერბაიჯანელი	161.6	915.4	245	13.4	465	
სომეხი	93.1	540.7	239	14.9	382	
სხვა	0.0	789.0	66	0.0	95	
¹ TM.4CS - სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ბოლო 5 წლის განმავლობაში						
² TM.22CS - სულ ხელოვნური აბორტის კოეფიციენტი (TIAR) ცხოვრების განმავლობაში						
³ TM.5CS - მკვდრადშობადობის კოეფიციენტი						
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას						

სხრილი 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, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024											
	ხელოვნური აბორტის ჩატარების ადგილი				სამედიცინო დაწესებულების გარეთ გაკეთებული ხელოვნური აბორტი ¹	სულ	ხელოვნური აბორტის დროს გამოყენებული მეთოდი			სულ	ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების რაოდენობა
	საავადმყოფო/სამშობიარო	ქალთა კონსულტაცია	სახლში	სახლში და შემდეგ საავადმყოფოში			გამოფხვკა	ვაკუუმ ასპირაცია	მედიკამენტოზური აბორტი ²		
სულ	74.0	21.3	3.7	1.1	4.8	100.0	39.9	27.0	33.1	100.0	167
დასახლების ტიპი											
ქალაქი	67.8	28.3	3.9	0.0	3.9	100.0	37.7	27.1	35.2	100.0	92
თბილისი	(61.3)	(35.8)	(2.9)	(0.0)	(2.9)	100.0	(33.9)	(27.4)	(38.7)	100.0	53
სხვა ქალაქები	(76.8)	(17.9)	(5.3)	(0.0)	(5.3)	100.0	(42.9)	(26.7)	(30.4)	100.0	38
სოფელი	81.5	12.6	3.5	2.4	5.8	100.0	42.6	26.8	30.5	100.0	75
ასაკი											
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
20-24	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	11
25-29	(73.3)	(22.6)	(3.0)	(1.1)	(4.1)	100.0	(43.6)	(13.4)	(43.0)	100.0	35
30-34	75.6	22.1	2.3	0.0	2.3	100.0	46.9	25.8	27.4	100.0	42
35-39	(62.8)	(27.0)	(6.7)	(3.5)	(10.2)	100.0	(24.6)	(32.4)	(42.9)	100.0	40
40-44	(78.0)	(18.9)	(3.2)	(0.0)	(3.2)	100.0	(43.3)	(24.4)	(32.3)	100.0	29
45-49	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	9
განათლება											
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	1
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბაზო)	(92.0)	(5.9)	(2.2)	(0.0)	(2.2)	100.0	(60.1)	(22.9)	(17.0)	100.0	26
სრული საშუალო	65.1	27.1	4.9	2.9	7.7	100.0	38.5	23.4	38.1	100.0	62
პროფესიული განათლება	(79.5)	(20.5)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	100.0	(28.7)	(36.3)	(35.0)	100.0	30
უმაღლესი	71.4	23.2	5.4	0.0	5.4	100.0	36.0	28.8	35.2	100.0	48
ცოცხალი შვილების რაოდენობა											
0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	6
1	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	17
2	78.7	19.8	1.0	0.4	1.5	100.0	36.9	30.1	33.0	100.0	86
3	68.0	21.7	7.3	3.1	10.3	100.0	38.2	27.3	34.5	100.0	45
4+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	13
ეროვნება											
ქართველი	70.1	25.1	3.7	1.1	4.8	100.0	38.4	22.9	38.7	100.0	126
აზერბაიჯანელი	(80.3)	(12.6)	(7.1)	(0.0)	(7.1)	100.0	(59.3)	(19.5)	(21.2)	100.0	22
სომეხი	(91.2)	(6.7)	(0.0)	(2.1)	(2.1)	100.0	(23.3)	(65.7)	(11.0)	100.0	18
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	100.0	1
¹ TM.7CS - სამედიცინო დაწესებულების გარეთ გაკეთებული ხელოვნური აბორტი											
² TM.8CS - მედიკამენტოზური ხელოვნური აბორტი											
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას											
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას											
“-“ აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელობი											

სხრილი 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 განაწილება, რომელთაც ბოლო აბორტისას ექიმისგან მიიღეს კონტრაცეპტივი ან მასზე რეცეპტი, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024									
	ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო აბორტისას გაეწიათ სამედიცინო კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტამდე ან აბორტის შემდეგ ¹	15-49 წლის ქალების პროცენტული განაწილება, რომელთაც ბოლო აბორტისას ექიმისგან მიიღეს კონტრაცეპტივი ან მასზე რეცეპტი:					სულ	მიიღო მეთოდი, რეცეპტი ან ორივე ²	ბოლო 5 წლის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების რაოდენობა
		მომსახურების ტიპი:							
		მიიღო მეთოდი	მიიღო რეცეპტი	არც მეთოდი და არც რეცეპტი	ორივე, მეთოდიც და რეცეპტიც	არ ვიცი/ არ მახსოვს			
სულ	66.4	33.7	16.7	28.9	11.3	9.5	100.0	61.7	167
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	70.4	41.1	9.4	31.8	11.3	6.4	100.0	61.8	92
თბილისი	(71.7)	(55.7)	(4.0)	(23.4)	(10.6)	(6.3)	100.0	(70.4)	53
სხვა ქალაქები	(68.6)	(20.8)	(16.9)	(43.5)	(12.1)	(6.6)	100.0	(49.9)	38
სოფელი	61.5	24.6	25.5	25.3	11.3	13.2	100.0	61.5	75
ასაკი									
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	0
20-24	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	11
25-29	(72.1)	(33.9)	(27.0)	(24.6)	(9.2)	(5.3)	100.0	(70.1)	35
30-34	60.6	23.2	17.0	27.9	24.1	7.7	100.0	64.3	42
35-39	(58.3)	(39.9)	(7.9)	(35.1)	(0.0)	(17.1)	100.0	(47.8)	40
40-44	(63.8)	(27.7)	(24.4)	(24.7)	(10.9)	(12.4)	100.0	(62.9)	29
45-49	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	9
განათლება									
საბავშვო ბაღი/ არ აქვს განათლება	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	1
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბავშო)	(51.5)	(15.2)	(29.0)	(31.6)	(4.7)	(19.5)	100.0	(48.9)	26
სრული საშუალო	70.2	32.0	13.3	21.7	22.2	10.6	100.0	67.6	62
პროფესიული განათლება	(81.2)	(44.5)	(21.2)	(25.3)	(3.6)	(5.3)	100.0	(69.3)	30
უმადლესი	59.6	37.6	11.9	39.5	5.7	5.2	100.0	55.2	48
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	6
1	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	17
2	67.1	31.1	23.8	25.9	9.6	9.5	100.0	64.6	86
3	55.2	28.7	11.8	36.8	10.8	11.8	100.0	51.3	45
4+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	13
ეროვნება									
ქართველი	70.1	34.5	15.3	29.7	12.9	7.6	100.0	62.7	126
აზერბაიჯანელი	(44.5)	(15.2)	(35.7)	(25.3)	(5.8)	(18.0)	100.0	(56.7)	22
სომეხი	(64.5)	(45.6)	(5.0)	(29.6)	(7.3)	(12.6)	100.0	(57.8)	18
სხვა	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	1
¹ TM.10CS - კონსულტაცია კონტრაცეპტივებზე აბორტის პროცედურის დროს									
² TM.11CS - კონტრაცეპტივების მიწოდება აბორტის შემდეგ									
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას									
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას									
“-” აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელობაში									

4.4 ინფორმირებული/ ნაბაყოფლობითი გადაწყვეტილება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ

მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) სამოქმედო პროგრამით, ადამიანის ძირითად უფლებად განიხილება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. აქვე ხაზგასმულია, რომ ქალებისა და გოგონების გაძლიერება მნიშვნელოვანია ინდივიდების, ოჯახების, ერებისა და, ზოგადად, მსოფლიოს კეთილდღეობისათვის.

ქალებისა და გოგონების ძირითად უფლებათა, მათ შორის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ უფლებათა რეალიზება მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის წინაპირობაა. მდგრადი განვითარების (SDG) 5.6 მიზანია: „სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, ასევე რეპროდუქციულ უფლებებზე საყოველთაო წვდომის უზრუნველყოფა, როგორც ეს შეთანხმდა მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) სამოქმედო პროგრამით, პეკინის სამოქმედო პლატფორმითა და იმ დოკუმენტებით, რომლებიც მიმოიხილავს ამ კონფერენციებს.“ ამ მიზნის 2030 წლისთვის შესასრულებლად, უნდა გადაიღახოს ზედმეტი სამართლებრივი, სამედიცინო და მარეგულირებელი ბარიერები, რაც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისებით სარგებლობას ახლავს, უნდა შეიცვალოს ცხოვრების სტილი და სოციალური ნორმები, პრიორიტეტი მიენიჭოს სამთავრობო პროგრამებს, რომლებიც ქალებსა და გოგონებს რეპროდუქციულ უფლებათა რეალიზების შესაძლებლობას აძლევს.

ქალები და გოგონები, რომელთაც აქვთ არჩევანის შესაძლებლობა და აკონტროლებენ თავიანთ რეპროდუქციულ ცხოვრებას, უფრო ხარისხიან განათლებას იღებენ, ღირსეულ სამუშაოს პოულობენ და თავისუფალ, ინფორმირებულ გადაწყვეტილებებს იღებენ საკუთარი ცხოვრების ყველა ასპექტში. ფაქტები ცხადყოფს, რომ ოჯა-

ხის დაგეგმვას მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ამ გლობალური მიზნების მიღწევაში.¹²

TM.16.1CS ცხრილში წარმოდგენილია ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15–49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც თვითონ იღებენ ინფორმირებულ/ნებაყოფლობით გადაწყვეტილებას საკუთარი სექსუალური ურთიერთობების, კონტრაცეპტივების გამოყენებისა და ჯანმრთელობის შესახებ (SDG მაჩვენებელი 5.6.1). ეს მაჩვენებელი აფასებს ქალებისა და გოგონების წვდომას სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, ასევე, რეპროდუქციულ უფლებებზე, რომლებიც ეფუძნება გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებულ სამ ძირითად ელემენტს - გადაწყვეტილება სექსუალურ ურთიერთობებზე, კონტრაცეპტივების გამოყენებასა და ჯანმრთელობის დაცვაზე. ქალებისა და გოგონების შესაძლებლობა, მიიღონ ეს ძირითადი გადაწყვეტილებები, მნიშვნელოვანია მათი გაძლიერებისა და თავიანთი რეპროდუქციული უფლებების სრულად რეალიზებისათვის. SDG მაჩვენებელი 5.6.1 ითვლება შემდეგი სამი კითხვის პასუხებიდან:

- შეუძლია თუ არა ქალს, უარი უთხრას თავის ქმარს/პარტნიორს, თუ თავად არ სურს ჰქონდეს სქესობრივი აქტი?
- არის თუ არა კონტრაცეპტივების გამოყენება/არგამოყენება, ძირითადად, ქალის ან ქმართან/პარტნიორთან ერთად მიღებული გადაწყვეტილება?
- შეუძლია თუ არა ქალს თვითონ ან ქმართან/პარტნიორთან ერთად მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ?

ითვლება, რომ 15-49 წლის ასაკის ამჟამად დაქორწინებულ ან პარტნიორთან მცხოვრებ ქალთაგან მხოლოდ ისინი იღებენ გადაწყვეტილებებს თავად, საკუთარ სექსუალურ ურთიერთობებზე, კონტრაცეპტივების გამოყენებასა და ჯანმრთელობაზე, ვინც სამივე კითხვაზე უპასუხა „დიახ“.

¹² Starbird, E. et al. 2016. “Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals.” *Global Health: Science and Practice* June 2016, 4(2):191-210; <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>

კვლევის პერიოდში დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი								ინფორმირებული/ ნე-ბაყოფლობითი გადაწყვეტილება საკუთარი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ¹	ამჟამად დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები ქალების რაოდენობა, რომლებიც არ არიან ორსულად და არ ფიქრობენ, რომ არ შეუძლიათ ფიზიურად დაორსულება
შეუძლიათ უარი უთხრან ქმარ/პარტნიორის სქესობრივ აქტზე	ქალის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილება არ არის მიღებული ძირითადად ქმრის/პარტნიორის მიერ	კვლევის პერიოდში დაქორწინებული ან პარტნიორთან მცხოვრები 15-49 წლის ქალების რაოდენობა	ქალი მიმართავს რაიმე საშუალებას ორსულობის თავიდან ასაცილებლად		ქალი არ მიმართავს არანაირ საშუალებას ორსულობის თავიდან ასაცილებლად				
			კონტრაცეპტივის გამოყენება არ არის ძირითადად ქმრის/პარტნიორის გადაწყვეტილება	ქალების რაოდენობა	კონტრაცეპტივის გამოუყენებლობა არ არის ძირითადად ქმრის/პარტნიორის გადაწყვეტილება	ქალების რაოდენობა			
სულ	89.2	98.0	2,968	99.0	1,282	98.8	1,154	87.9	2,436
დასახლების ტიპი									
ქალაქი	93.2	98.6	1,675	99.5	738	99.7	670	92.4	1,408
თბილისი	96.3	99.2	846	99.5	379	100.0	340	95.6	719
სხვა ქალაქები	90.1	98.0	829	99.4	359	99.4	331	89.0	689
სოფელი	84.1	97.3	1,293	98.4	545	97.4	483	81.7	1,028
ასაკი									
15-19	(*)	(*)	22	(*)	8	(*)	10	(*)	17
15-17	(*)	(*)	4	(*)	1	(*)	3	(*)	4
18-19	(*)	(*)	18	(*)	7	(*)	7	(*)	14
20-24	86.3	96.8	164	98.6	57	97.2	84	86.4	142
25-29	90.0	98.7	436	99.7	185	98.8	197	88.8	382
30-34	88.1	97.5	565	99.0	305	98.8	212	85.8	517
35-39	88.5	97.9	615	98.6	307	98.3	229	86.7	536
40-44	89.7	99.0	616	99.7	277	99.6	237	89.4	514
45-49	91.0	97.7	550	98.0	143	98.8	185	90.7	328
განათლება									
საბავშვო ბაღი/არ აქვს განათლება	(*)	(*)	4	(*)	0	(*)	3	(*)	4
დაწყებითი ან არასრული საშუალო (საბავშვო)	79.2	96.6	246	94.1	104	97.8	106	76.5	210
სრული საშუალო პროფესიული განათლება	85.4	97.6	898	99.6	379	98.4	333	83.6	712
უმადლე	89.8	98.4	504	98.9	221	99.4	178	89.2	399
უმადლე	93.7	98.5	1,316	99.6	578	99.0	534	92.5	1,111
ცოცხალი შვილების რაოდენობა									
0	93.8	98.4	247	(*)	28	99.7	147	93.9	175
1	91.2	99.3	625	99.5	220	98.6	285	92.2	505
2	88.7	97.6	1,376	99.1	639	98.8	502	86.6	1,141
3	86.4	97.5	591	98.6	329	97.9	179	84.5	508
4+	89.9	98.9	129	99.1	66	100.0	41	87.5	107
ეროვნება									
ქართველი	91.8	98.5	2,556	99.4	1,136	99.5	969	90.5	2,105
აზერბაიჯანელი	68.2	95.9	182	94.3	69	94.2	74	65.4	143
სომეხი	73.1	93.8	185	97.3	59	94.7	91	69.3	149
სხვა	(96.3)	(100.0)	44	(*)	19	(*)	20	(100.0)	39

(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შუეწონავ დაკვირვებას

5. ადრეული ქორწინება

18 წლის ასაკამდე ქორწინება¹³ ადამიანის უფლებათა დარღვევაა, თუმცა ზოგჯერ ეს რეალურია. ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია აღიარებს სრულწლოვანი პირის უფლებას, დაქორწინდეს და შექმნას ოჯახი და ხაზს უსვამს ქორწინების წინაპირობად თავისუფალი თანხმობის აუცილებლობას. არასრულწლოვანი პირის მიერ გამოვლენილი ნება კი ვერ იქნება მიჩნეული ნამდვილად. მდგრადი განვითარების მიზნების მიხედვით, ბავშვთა ქორწინება განისაზღვრება საზიანო პრაქტიკად, რომლის აღმოფხვრაც მსოფლიოს 2030 წლისთვის აქვს განზრახული.

ადრეული ქორწინება გოგონებში უფრო ხშირია, ვიდრე ბიჭებში, თუმცა, მსოფლიოს მასშტაბით, ორივე სქესის წარმომადგენლებში გვხვდება. ბავშვობაში დაქორწინებულ ბიჭებზე ქორწინების ზეგავლენა ჯერჯერობით არ არის კარგად შესწავლილი, მაგრამ აშკარაა, რომ ქორწინება ბიჭებს ზრდასრულის როლში აყენებს იმ პასუხისმგებლობებთან ერთად, რისთვისაც, შესაძლოა, ისინი ჯერ მზად არ იყვნენ.

მსოფლიოს მრავალ ნაწილში მშობლები მხარს უჭერენ ქალიშვილის ქორწინებას, როდესაც ის ჯერ კიდევ ბავშვია, იმის იმედით, რომ ეს მათ ეკონომიკურ თუ სოციალურ სარგებელს მოუტანს და ოჯახს ფინანსური ტვირთისგან გაათავისუფლებს. სინამდვილეში კი, ადრეული ქორწინება საფრთხის ქვეშ აყენებს გოგონას განვითარებას და ხშირად შედეგად ვიღებთ ადრეულ

ორსულობასა და იზოლაციას, მცირე განათლებითა და მწირი პროფესიული ცოდნით, რაც ასევე სიღარიბის გენდერული ბუნებით ზრდას განაპირობებს.¹⁴

ადრეული ქორწინებისას პრობლემურია სექსუალური აქტივობის დაწყების, ქალებისათვის კი - პირველი მშობიარობის ასაკი. 18 წლამდე დაქორწინებულ ქალებს მეტი შვილი ჰყავთ, ვიდრე უფრო გვიან დაქორწინებულებს. ასევე, ისინი უფრო ნაკლებად იღებენ დედათა ჯანმრთელობის მომსახურებებს.^{15,16} ამასთან, 15-19 წლის ასაკის დაქორწინებულ და დაუქორწინებულ გოგონებს შორის სიკვდილიანობის მიზეზებში ორსულობასთან დაკავშირებული მიზეზი წამყვანია.

ცხრილებში PR.4.1W ნაჩვენებია 15 და 18 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული მაჩვენებელი, ასევე, ამჟამად დაქორწინებულ ან პარტნიორთან მცხოვრებ 15-19 და 15-49 წლის ასაკის ქალების პროცენტული წილი.

ცხრილში PR.4.2W ნაჩვენებია იმ ქალების წილი, ვინც 15 და 18 წლის ასაკამდე დაქორწინდა ან დაიწყო ცხოვრება პარტნიორთან, დასახლების ტიპისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. 15 და 18 წლის ასაკამდე დაქორწინებულთა პროცენტული მაჩვენებლების შესწავლა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საშუალებას იძლევა, ადრეული ქორწინების ტენდენციას დროის განმავლობაში დავაკვირდეთ.

¹³ ამ თავში ყველა მითითება ქორწინების შესახებ მოიცავს თანაცხოვრებასაც.

¹⁴ Bajracharya, A. and N. Amin, S. *Poverty, marriage timing, and transitions to adulthood in Nepal: A longitudinal analysis using the Nepal living standards survey*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 19. New York: Population Council, 2010. <http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/wp/pgy/019.pdf>;

Godha, D. et al. 2011. *The influence of child marriage on fertility, fertility-control, and maternal health care utilization*. MEASURE/EvaluationPRHProjectWorkingpaper 11-124.

¹⁵ Godha D., D. Hotchkiss and A. Gage. "Association Between Child Marriage and Reproductive Health Outcomes and Service Utilization: A Multi-Country Study from South Asia." *Journal of Adolescent Health* 52, no. 5 (2013): 552-58. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.021

¹⁶ Nour, N. "Health Consequences of Child Marriage in Africa." *Emerging Infectious Diseases* 12, no. 11 (2006): 1644-649. doi:10.3201/eid1211.060510

ცხრილი PR.4.1W: ადრეული ქორწინება													
15-49 წლის ასაკის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც პირველად დაქორწინდნენ ან დაიწყეს ცხოვრება პარტნიორთან 15 წლის ასაკამდე, 20-49 და 20-24 წლის ასაკის ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც პირველად დაქორწინდნენ ან დაიწყეს ცხოვრება პარტნიორთან 15 და 18 წლის ასაკამდე, 15-19 და 15-49 წლის ასაკის ამაჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები ქალების პროცენტული წილი, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024													
	ქალთა ასაკი 15-49 წელი		ქალთა ასაკი 20-49 წელი			ქალთა ასაკი 20-24 წელი			ქალთა ასაკი 15-19 წელი		ქალთა ასაკი 15-49 წელი		
	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებულითა პროცენტული წილი	15-49 წლის ასაკის ქალების რაოდენობა	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებულითა პროცენტული წილი	18 წლის ასაკამდე დაქორწინებულითა პროცენტული წილი	20-49 წლის ასაკის ქალების რაოდენობა	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებულითა პროცენტული წილი ¹	18 წლის ასაკამდე დაქორწინებულითა პროცენტული წილი ²	20-24 წლის ასაკის ქალების რაოდენობა	ამჟამად დაქორწინებულითა/პარტნიორთან მცხოვრებთა პროცენტული წილი ³	15-19 წლის ასაკის ქალების რაოდენობა	ამჟამად დაქორწინებულითა/პარტნიორთან მცხოვრებთა პროცენტული წილი	15-49 წლის ასაკის ქალების რაოდენობა	
სულ	0.9	4,500	1.0	14.1	4,037	0.4	6.9	491	4.7	463	66.0	4,500	
დასახლების ტიპი													
ქალაქი	0.5	2,825	0.6	10.5	2,523	0.0	2.4	355	3.9	302	59.3	2,825	
თბილისი	0.5	1,620	0.5	8.3	1,453	0.0	1.5	252	0.9	167	52.2	1,620	
სხვა ქალაქები	0.5	1,206	0.6	13.5	1,071	0.0	4.5	103	7.6	135	68.8	1,206	
სოფელი	1.5	1,675	1.7	20.0	1,514	1.5	18.6	136	6.2	161	77.2	1,675	
ასაკი													
15-19	0.0	463	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	4.7	463	4.7	463	
15-17	0.0	292	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	1.3	292	1.3	292	
18-19	0.0	172	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	10.5	172	10.5	172	
20-24	0.4	491	0.4	6.9	491	0.4	6.9	491	აშ	აშ	33.4	491	
25-29	0.9	618	0.9	17.8	618	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	70.5	618	
30-34	1.0	700	1.0	14.1	700	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	80.6	700	
35-39	1.0	744	1.0	9.1	744	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	82.6	744	
40-44	1.1	766	1.1	14.3	766	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	80.4	766	
45-49	1.3	717	1.3	20.4	717	აშ	აშ	აშ	აშ	აშ	76.7	717	
განათლება													
საბაჟშო ბალი/არ აქვს განათლება	(*)	7	(*)	(*)	7	(*)	(*)	1	-	0	(*)	7	
დაწყებითი და არასრული საშუალო	6.2	363	8.0	53.7	281	(4.8)	(52.5)	30	7.1	83	67.7	363	
სრული საშუალო	0.6	1,366	0.8	23.0	1,081	0.0	14.2	104	4.4	285	65.8	1,366	
პროფესიული განათლება	0.6	639	0.6	12.5	625	(*)	(*)	27	(*)	14	78.9	639	
უმაღლესი	0.2	2,125	0.2	4.2	2,044	0.0	0.0	329	2.3	81	61.9	2,125	
ეროვნება													
ქართველი	0.7	3,951	0.7	12.5	3,545	0.3	4.6	424	3.3	406	64.7	3,951	
აზერბაიჯანელი	5.3	245	6.0	41.2	216	2.6	35.4	35	(18.8)	28	74.6	245	
სომეხი	0.1	239	0.1	13.6	215	(0.0)	(7.1)	26	(2.1)	24	77.4	239	
სხვა	0.0	66	0.0	12.6	61	(*)	(*)	5	(*)	5	66.9	66	
¹ PR.4a - ადრეული ქორწინება (15 წლის ასაკამდე); SDG 5.3.1													
² PR.4b - ადრეული ქორწინება (18 წლის ასაკამდე); SDG 5.3.1													
³ PR.5 - ამაჟამად დაქორწინებული/პარტნიორთან მცხოვრები 15-19 წლის ასაკის ქალები													
() მონაცემები ეფუძნება 25-49 შეუწონავ დაკვირვებას													
(*) მონაცემები ეფუძნება 25-ზე ნაკლებ შეუწონავ დაკვირვებას													
“-“ აღნიშნავს 0 შეუწონავ შემთხვევას მნიშვნელში													
აშ: არ შეესაბამება													

ცხრილი PR.4.2W: ადრეული ქორწინების ტანდენცია

ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც პირველად დაქორწინდნენ ან დაიწყეს ცხოვრება პარტნიორთან 15 და 18 წლის ასაკამდე, დასახლების ტიპისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადრეული ქორწინების კვლევა 2024

	ქალაქი				სოფელი				ყველა			
	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა	18 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	20-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა	18 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	20 - 49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა	15 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	15-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა	18 წლის ასაკამდე დაქორწინებული ქალების პროცენტული წილი	20-49 წლის ასაკის ქალთა რაოდენობა
სულ	0.5	2,825	10.5	2,523	1.5	1,675	20.0	1,514	0.9	4,500	14.1	4,037
ასაკი												
15-19	0.0	302	აშ	აშ	0.0	161	აშ	აშ	0.0	463	აშ	აშ
15-17	0.0	172	აშ	აშ	0.0	119	აშ	აშ	0.0	292	აშ	აშ
18-19	0.0	130	აშ	აშ	0.0	42	აშ	აშ	0.0	172	აშ	აშ
20-24	0.0	355	2.4	355	1.5	136	18.6	136	0.4	491	6.9	491
25-29	0.6	384	12.2	384	1.5	235	27.1	235	0.9	618	17.8	618
30-34	0.2	420	11.1	420	2.0	281	18.6	281	1.0	700	14.1	700
35-39	0.6	463	6.9	463	1.7	281	12.8	281	1.0	744	9.1	744
40-44	0.9	484	12.8	484	1.3	282	17.0	282	1.1	766	14.3	766
45-49	0.8	418	16.6	418	1.8	299	25.8	299	1.3	717	20.4	717

აშ: არ შეესაბამება

