



რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში

Health characteristics of women of reproductive age in ethnic minorities

თამარ გიორგაძე<sup>1a</sup>, სოფიო ხაჯომია<sup>1b</sup>

Tamar Giorgadze<sup>1a</sup>, Sofia Khazhomia<sup>1b</sup>

<sup>1</sup>მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>1</sup> School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

**შესავალი:** რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს სოციალური დეტერმინანტები: ეკონომიკური მდგომარეობა, რელიგია, განათლება, დასაქმება, საცხოვრებელი პირობები. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგონებს კი ექმნებათ დამატებითი გამოწვევები, კულტურული თავისებურებების, რელიგიის, ენობრივი ბარიერის, ეთნიკური იდენტობის, ამ იდენტობით გამოწვეული სტიგმისა თუ სხვა მრავალი მიზეზის გამო. ჩვენი კვლევის მიზანია საქართველოში მცხოვრები მცირე ეთნიკური ჯგუფების, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, მათ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების განსაზღვრა და ძირითადი საკვანძო საკითხების გამოკვეთა. **მეთოდოლოგია:** გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი. ჩატარებული ინტერვიუ ჩატარდა სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობით მჭიდროდ დასახლებული რეგიონებში (სამცხე-ჯავახეთი და ქვემო ქართლი) დასაქმებულ ექიმებთან (გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი/თერაპევტი). დამუშავდა სტატისტიკური ინფორმაცია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს, ამიტომ ხშირია ექიმთან დაგვიანებული მიმართვები, დაავადებების გამწვავებული ფორმები. ენობრივი და კულტურული ბარიერები ხშირად ნეგატიურად მოქმედებს დაავადების გამოსავალზე. ადგილი აქვს სიმპტომების, დიაგნოზის ექიმისთვის დამალვას, რაც ზოგჯერ იდენტობასთანაც არის დაკავშირებული. გვხვდება ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულვებლყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში სხვა პირთა ჩარევა. დაბალია ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო აცრაზე ინტერესი. სქესობრივი ცხოვრების დაწყების და შვილოსნობის ასაკი უმეტესად დაბალია. ვხვდებით არასრულწლოვანთა ქორწინებას, ორსულობას რაც საფრთხეს უქმნის მათი და ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობას. მაღალია მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი. მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი, რადგან კულტურულად წახალისებულია მრავალშვილიანი ოჯახების არსებობა. გვხვდება ნათესაური ქორწინებები, რომელიც ზრდის შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის პროვოცირების რისკს. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა დაბალია, კონდომის

<sup>a</sup> [t\\_giorgadze5@cu.edu.ge](mailto:t_giorgadze5@cu.edu.ge) ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3789-2954>

<sup>b</sup> [skhazhomia@cu.edu.ge](mailto:skhazhomia@cu.edu.ge) ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-4366-3482>

მიმართ არსებობს სოციალური ტაბუ და კონსერვატიული დამოკიდებულება. მაღალია ხელოვნური აბორტების რიცხვი, მათ შორის ხშირია სელექციური აბორტები. მაღალია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ხოლო ამ დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობა დაბალია. **დასკვნა:** რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ზიანს აყენებს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. არსებობს გარემოებები, რომლებიც საერთოა საქართველოში მცხოვრები ზოგადი მოსახლეობისთვის, თუმცა, გარკვეული გამოცდილებები უნიკალურია, რაც სამიზნე ჯგუფის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დასაცავად განსხვავებული მიდგომების გამოყენების აუცილებლობაზე მიგვანიშნებს.

**საკვანძო სიტყვები:** ეთნიკური უმცირესობები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, აბორტი, სტიგმა, მკვდრადშობადობა, შობადობა.

**ციტირება:** თამარ გიორგაძე, სოფიო ხაჯომია. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

## Abstract

**Introduction:** The health of women of reproductive age is influenced by social determinants, including economic status, religion, education, employment, and living conditions. Ethnic minority women and girls face additional challenges due to cultural differences, religion, language barriers, ethnic identity, and the stigma associated with their identity. The purpose of our research is to study the characteristics of sexual and reproductive health of women and girls from small ethnic groups, the Armenian and Azerbaijani populations living in Georgia, to determine the factors affecting their health, and to outline the main key issues. **Methodology:** qualitative research methods were used. An in-depth interview was conducted with doctors (gynecologists, family doctors, and therapists) employed in densely populated regions with Armenian and Azerbaijani populations (Samtskhe-Javakheti and Kvemo Kartli). Statistical information from the National Center for Disease Control and the National Statistical Service was processed. **Results and discussion:** the study showed that women in both ethnic groups do not prioritize their own health, so delayed referrals to doctors and aggravated forms of the disease are frequent. Language and cultural barriers often negatively affect the outcome of the disease. There is hiding of symptoms and diagnosis from the doctor, which is sometimes related to identity. There is neglect of women's bodily autonomy and interference by other people in the decision-making process. Interest in the human papillomavirus vaccine is low. The age of initiation of sexual life and childbearing is mostly low. We encounter marriages of minors and pregnancy, which endangers their health as well as the health of the fetus. The stillbirth rate is high. Birth rates and natural increase rates are high because large families are culturally encouraged. Consanguineous marriages occur, which increases the risk of provoking the inheritance of recessive genetic disorders in the offspring. Knowledge and awareness about modern methods of contraception are low; there is a social taboo and a conservative attitude towards condoms. The number of artificial abortions is high, including the selective abortions. The prevalence of sexually transmitted diseases is high, and awareness about these diseases is low. **Conclusion:** A number of socio-cultural factors, mainly gender norms, and stigma related to sexuality, harm women's sexual and reproductive health. While some circumstances are common to the general population living in Georgia, other experiences are unique, indicating the necessity for distinct approaches to protect the sexual and reproductive health of the target group.

**Keywords:** ethnic minorities, reproductive health, abortion, stigma, stillbirth, fertility

**Citation:** Tamar Giorgadze, Sofia Khazhomia. Health characteristics of women of reproductive age in ethnic minorities. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

## შესავალი

ადამიანს აქვს უფლება ყოველგვარი ზეწოლისა და დისკრიმინაციის გარეშე მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილებები თავისი რეპროდუქციული არჩევანისა და ქცევის შესახებ. მისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საჭირო ინფორმაცია და თანამედროვე სამედიცინო სერვისები გადაწყვეტილების მისაღებად და განსახორციელებლად (World health organization, 2021).

ქალთა ჯანმრთელობაზე ეფექტიანი ზრუნვა გულისხმობს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებთან, რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების გათვალისწინებას, მათ სექსუალურ განათლებას, ჯანსაღი სქესობრივი ცხოვრების, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებისა და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე ინფორმირებულობის დონის გაზრდას.

ყოველ დღე დაახლოებით 800 ქალი იღუპება მთელ მსოფლიოში ორსულობასთან ან მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებებით, რომლებიც უმეტესად შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ან განკურნებული. დედების სიკვდილის აბსოლუტური უმრავლესობა - დაახლოებით 99% - ხდება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში და სიკვდილის რისკი ყველაზე მაღალია 15 წლამდე მოზარდი გოგონებისთვის“. (World health organization, 2021)

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ერთერთ მნიშვნელოვან როლს, განათლება და ინფორმირებულობა თამაშობს. 2022 წელს საქართველოში ჩატარებულმა ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების კვლევამ აჩვენა, რომ „ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლება სუსტად არის წარმოდგენილი საქართველოს ზოგადი განათლების სისტემაში“. (UNFPA, 2022). კვლევის მიხედვით, სკოლა ვერ აწვდის ბავშვებსა და ახალგაზრდებს მნიშვნელოვან ინფორმაციას მათი სექსუალური იდენტობის, გენდერული ნიშნით ძალადობის, ჯანსაღი ურთიერთობებისა და მსგავსი სხვა საკითხების შესახებ. აღნიშნულ თემაზე საზოგადოებაში არსებული განსაკუთრებული სტიგმის გამო, პოლიტიკის შემუშავებაზე პასუხისმგებელი პირები ხშირად თავს არიდებენ ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლებაზე საუბრებს, რაც დამატებით ბარიერს ქმნის თემის ადვოკატირებისა და მხარდაჭერის კუთხით. (UNFPA, 2022).

საქართველოში ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ოდითგანვე დიდ გავლენას ახდენდა კულტურული, ისტორიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები. ქვეყანაში ქალის სექსუალობა და რეპროდუქციული პრაქტიკა ხშირად სოციალურ-კულტურული ფაქტორებით არის ნაკარნახევი. ეს საკითხი კი გაცილებით მწვავედ დგას ეთნიკური უმცირესობებით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში და განპირობებულია მათი კულტურული თავისებურებებით, რელიგიით, წეს-ჩვეულებებითა თუ სოციალურ-ეკონომიკური ყოფით.

სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით ამჟამად საქართველოს მოსახლეობა 3,713,804 ადამიანს შეადგენს. ქვეყანაში მცხოვრები ეთნიკური უმცირესობებიდან ჭარბობს აზერბაიჯანელი 233,024 (6,27 %) და სომეხი 168,102 (4,5%) მოსახლეობა. სომეხი მოსახლეობის დიდი ნაწილი (81,089) ცხოვრობს სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში, ხოლო აზერბაიჯანელი მოსახლეობის ასევე დიდი წილი (177,032) ცხოვრობს ქვემო ქართლის რეგიონში. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

ეთნიკურ უმცირესობათა თემებს აქვთ უნიკალური კულტურული შეხედულებები, წეს-ჩვეულებები, ტრადიციები. ისინი ხშირად ხვდებიან განსხვავებულ სოციალურ-ეკონომიკურ გამოწვევებს, რაც აისახება მათ ქცევაზე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების მიმართ. აღნიშნული კი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე.

სტიგმა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ დაბალი განათლების დონე გაცილებით მწვავედ იგრძნობა საქართველოში მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებში. კულტურული, იდენტობასთან დაკავშირებული თავისებურებების გარდა ადამიანის სექსუალობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ განათლების დონის მატებას ხელს უშლის ენობრივი ბარიერი. იმის გათვალისწინებით, რომ ქვეყანის ზოგად საგანმანათლებლო

სისტემაში, არსებულ სახელმწიფო ენაზეც კი საკითხთან დაკავშირებული ინფორმაცია მწირია, ეს მცირე ინფორმაციაც კი შესაძლოა ვერ აღწევდეს ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგონებამდე. მითუმეტეს, როდესაც ისინი ამ მხრივ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფებს მიეკუთვნებიან.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის გენდერის დეპარტამენტის მიერ 2019 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ნათლად აჩვენა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით ქვეყანაში არსებული გამოწვევები და გამოავლინა ცალკეული მოწყვლადი პოპულაციები. სწორედ ამ მოწყვლად პოპულაციებს მიეკუთვნებიან ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალები. (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2019)

გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობისათვის“ ფარგლებში „დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრის“ მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) და საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატთან თანამშრომლობით ჩატარებული კვლევაში „ადრეული/ზავშვობის ასაკში ქორწინების საზიანო პრაქტიკა საქართველოში“ კვითხულობთ : „პოლიციელთა ნაწილის განმარტებით, ქორწინების იძულებისა თუ ქორწინების იძულების მიზნით თავისუფლების უკანონო აღკვეთის შემთხვევები ძირითადად გავრცელებულია ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ტერიტორიაზე“. „სოციალური მუშაკები მიუთითებენ, რომ უფრო ხშირად ადრეულ ასაკში ქორწინების შემთხვევები ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობით დასახლებულ ტერიტორიებზე ხდება, სადაც ადრეულ ასაკში ოჯახის შექმნა ტრადიციანა“

პრობლემად სახელდება ფსიქოლოგების დეფიციტი და ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელ გოგონებთან კომუნიკაციის საკითხი. ფსიქოლოგებმა უმეტესად არ იციან აზერბაიჯანული ან სომხური ენა, რაც არასრულწლოვანთან კომუნიკაციას უფრო ართულებს (დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრი, 2022).

ორგანიზაცია WeResearch ფრიდრიხ ებერტის ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით 2021 წელს მომზადდა კვლევა „ორმაგი დაუცველობა და უსაფრთხოება, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა შემთხვევის შესწავლა საქართველოში“. კვლევამ გამოავლინა, რომ „უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხები განსაკუთრებით პრობლემურია ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის, რადგან ისინი საკუთარი გენდერისა (გენდერული ნიშნით ძალადობა, პატრიარქალური სტერეოტიპები) და არა-დომინანტურ ეთნიკურ ჯგუფთან მიკუთვნებულობის გამო (რესურსებსა და განათლებაზე შეზღუდული წვდომა, ენობრივი ბარიერი, კულტურული სტერეოტიპები) ორმაგად მოწყვლადები არიან. ორმაგი მოწყვლადობა კი ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალების საზოგადოებიდან გარიყვის, არასათანადოდ მოპყრობისა და დისკრიმინაციის რისკებს ზრდის.“

კვლევაში ასევე კვითხულობთ: „თბილისში მცხოვრებმა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალი) არასრულწლოვანი გოგონების ძალდატანებით ქორწინებაზე, როგორც უსაფრთხოების საკითხზე, ისაუბრა. მან აღნიშნა, რომ ქალებისა და გოგონების უფლებები ხშირად ირღვევა, როცა ძალდატანებით ქორწინდებიან ან როდესაც სწავლის ან მუშაობის უფლება არ აქვთ“ (WeResearch, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი , 2021)

სხვადასხვა კვლევებსა და მონაცემებზე დაყრდნობით ნათლად იკვეთება, რომ სექსუალური განათლების დეფიციტი, კულტურულ თავისებურებებთან დაკავშირებული და ხალხის მიერ ნაწილობრივ გამართლებული საზიანო პრაქტიკა, როგორცაა: ქორწინება დაბალ ასაკში, ოჯახის შექმნის მიზნით ქალთა თავისუფლების უკანონო აღკვეთა და სექსუალური ძალადობა, უფრო ხშირად ჯერ კიდევ გვხვდება აზერბაიჯანელ და სომეხ უმცირესობებში. ამ საკითხებზე მუშაობას სახელმწიფო ინსტიტუციების მხრიდან მნიშვნელოვნად ამწვავებს თანდართული ენობრივი ბარიერი, ამ უმცირესობებით მჭიდროდ დასახლებულ ორივე რეგიონში.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის, „გენდერული თანასწორობისათვის“ ფარგლებში 2022 წელს მომზადებული კვლევა „საქართველოში

არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით არსებული მდგომარეობის შეფასება, ასახულებს, რომ რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ხშირად იწვევს ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დარღვევას. „საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა კულტურულად ნაკლებად მისაღებია“. „დედობა ქალის უპირველეს პასუხისმგებლობად არის მიჩნეული“. „არსებობს სექსუალობასთან დაკავშირებული ტაბუ“. „გვხვდება ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულვებელყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პარტნიორის და ოჯახის უფროსი თაობის წევრების ჩარევის ხშირი პრაქტიკა, ქალის სექსუალობის კონტროლი“. „ხშირია ინფორმაციის ნაკლებობა, რომელიც არაიშვიათად ენობრივი ბარიერის გამო გვხვდება“. (UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი, 2022)

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ 2019 წლის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ეროვნულ შეფასებაში მონიტორინგით დადგინდა, რომ დედათა ჯანმრთელობის სერვისების აღსრულების ერთერთი მთავარი გამოწვევაა კონფიდენციალობის დაცვა.

ორივე რეგიონში მწვავედ ვაწყდებით პაციენტის ავტონომიის დარღვევის პრაქტიკას, იქნება ეს სამედიცინო მომსახურების პროცესზე დასწრება თუ პაციენტის გადაწყვეტილებაზე გავლენის მოხდენა, ჩარევა.

ზემოთ აღნიშნული დარღვევები და პრობლემები, რომლებიც ეთნიკური უმცირესობების, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალებისა და გოგონების სოციალურ ყოფას უკავშირდება, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ეს ფაქტები ნათლად წარმოაჩენს საკითხის აქტუალობას და კვლევის აუცილებლობას.

ჩვენი კვლევის მიზანია რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, აზერბაიჯანელი და სომეხი მოსახლეობით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში, ქვემო ქართლსა და სამცხე-ჯავახეთში. საქართველოში მცხოვრები მცირე ეთნიკური ჯგუფების, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, მათ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების განსაზღვრა და ძირითადი საკვანძო საკითხების გამოკვეთა.

ძალიან მნიშვნელოვანია კულტურული გავლენის გაგება. კვლევა ცდილობს შეისწავლოს კულტურული თავისებურებები, პრაქტიკა და ნორმები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ეთნიკურ უმცირესობათა თემებში ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებსა და გადაწყვეტილებებზე, რადგან ხშირად მათ სპეციფიურ ქცევას/გადაწყვეტილებას შეუძლია დიდი გავლენა მოახდინოს მათ ჯანმრთელობაზე, დაავადების გამოსავალზე. კვლევის მიზანია ასევე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და მისი გამოყენების ბარიერების, ხელისშემშლელი ფაქტორების იდენტიფიცირება.

ეთნიკურ უმცირესობებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლით, ჩვენ შეგვიძლია უკეთ გავიგოთ ამ პოპულაციების სპეციფიკური საჭიროებები. ამ ცოდნას კი შეუძლია კულტურულად შესაბამისი ინტერვენციების, პოლიტიკისა და პროგრამების ინფორმირება, რომლებიც ხელს უწყობენ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების გავრცელებასა და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას.

## მეთოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი. საკვლევ პოპულაციად შეირჩა დომინანტი ეთნიკური უმცირესობებით, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობით ყველაზე მჭიდროდ დასახლებული რეგიონები: სამცხე-ჯავახეთი (ეთნიკურად სომეხი მოსახლეობა) და ქვემო ქართლი (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობა). კვლევა ჩატარდა

სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის ორ - ახალქალაქისა და ახალციხის მუნიციპალიტეტებში და ქვემო ქართლის ერთ მუნიციპალიტეტში - მარნეულის მუნიციპალიტეტში.

კვლევის რესპოდენტებად განისაზღვრნენ ექიმები (გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი/თერაპევტი), ადგილობრივი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლები.

გამოკითხული იქნა, მარნეულის მუნიციპალიტეტში ხუთი ექიმი: სამი გინეკოლოგი და ორი ოჯახის ექიმი. ახალქალაქისა და ახალციხის მუნიციპალიტეტებში: ორი გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი, ადგილობრივი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენელი, ეპიდემიოლოგი.

კვლევის ინსტრუმენტად განისაზღვრა ჩაღრმავებული ინტერვიუ. თითოეული ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ და ადგილობრივად, წინასწარ შერჩეული ღია კითხვების საფუძველზე.

გამოთხოვილი და დამუშავებული იქნა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან საკითხთან დაკავშირებული სტატისტიკური ინფორმაცია როგორცაა: მოსახლეობის რიცხოვნობა თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით, დაბადება, ბუნებრივი მატება, ბავშვთა და დედათა სიკვდილობა, მკვრადშობადობა, დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას, რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა, ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა სქესის მიხედვით, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით ავადობა.

კვლევა გამოკვეთს სოციალურ-ეკონომიკურ და კულტურული მახასიათებლებს, რომლებიც ქალებისა და გოგონების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას, გამოავლენს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის ბარიერებს და ამ ბარიერების გამომწვევ მიზეზებს.

კვლევა ითვალისწინებდა, ინფორმაციის შეგროვებას და გაანალიზებას შემდეგ საკითხებზე:

- როგორია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების გამოყენება, დროულობა/სიხშირე;
- როგორ ხასიათდება სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისა და ოჯახის დაგეგმვის ტენდენციები;
- როგორია შობადობის და ორსულობის მახასიათებლები;
- დამოკიდებულება კონტრაცეფციის მიმართ, მისი გამოყენება და თანამედროვე მეთოდებზე ინფორმირებულობის დონე;
- როგორია ხელოვნური აბორტის მიმართ დამოკიდებულება და მისი გამოყენების სიხშირე;
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების დონე, მათზე ინფორმირებულობა და რისკის აღქმა.

**კვლევის შეზღუდვები**

კვლევას ასევე ჰქონდა შეზღუდვები. ინტერვიუები ორივე რეგიონის ცენტრ ქალაქებში ჩატარდა. მნიშვნელოვნად შესამჩნევია, რომ სოფლებში ეთნიკური იდენტობა, წეს-ჩვეულებები და ტრადიციები კიდევ უფრო მეტად შენარჩუნებულია ვიდრე ქალაქებში, რითაც სავარაუდოა, რომ თავისებურებები და გამოწვევები სოფლებში უფრო მეტი და მკვეთრად საგრძნობია.

შეზღუდული ბიუჯეტისა და დროის გათვალისწინებით კვლევის ტიპად შეირჩა თვისობრივი კვლევა, ხოლო რესპოდენტებად დარგის სპეციალისტები, ამიტომ მოწოდებული მონაცემები შესაძლოა უფრო მეტად ასახავდეს უკეთესი სოციალური ყოფის მქონე ქალების მდგომარეობას, ანუ მათ ვინც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართეს და ყურადღების მიღმა ტოვებდეს საკუთარი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური შესაძლებლობების გამო იზოლირებულ ადამიანებს. ამის მიუხედავად, მაქსიმალური ძალისხმევა ჩაიდო, რომ კვლევისთვის საინტერესო ინფორმაცია მაქსიმალურად მოწყვლად ჯგუფებზე მიგვეღო. თუმცა, ამ მხრივ მაინც შეიძლება, რომ შედეგების განზოგადება კვლევის შეზღუდვად ჩაითვალოს.

ტერიტორიული თვალსაზრისით კი აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მოსახლეობის უმრავლესობა ძირითადად ცენტრ ქალაქებს მიმართავს, ამიტომ გამოკითხული ექიმების პაციენტებად, როგორც ქალაქის ასევე სოფლის მოსახლეობა მოიაზრება. გეოგრაფიული თვალსაზრისით შეგვიძლია მიღებული ინფორმაცია თავისუფლად განვაზოგადოთ.

კვლევის შეზღუდვად ასევე შეიძლება ჩაითვალოს ისიც, რომ სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის ნაწილი, ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი მდგომარეობის დადგომისას, სამკურნალოდ/მომსახურეობის მისაღებად რუსეთს, სომხეთს მიმართავს. თუმცა გამოკითხვით დგინდება, რომ ეს არ არის ის რაოდენობა, რაც კვლევის შედეგებზე გავლენას მოახდენს.

გარდა ამისა, საყურადღებოა, რომ კვლევის მასშტაბებიდან გამომდინარე წინამდებარე კვლევაში მოცემული ინფორმაცია ჯანდაცვის სისტემის ყოვლისმომცველი ანალიზის და სრული სტატისტიკური ინფორმაციის შეფასების საშუალებას არ იძლევა. თუმცა კვლევის შეზღუდვების გაანალიზების, საკვლევი პოპულაციისა და გამოყენებული მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით შეგვიძლია მივიჩნიოთ, რომ ჩატარებული კვლევა კარგად შეისწავლის აზერბაიჯანელი და სომეხი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების ჯანმრთელობის თავისებურებებს, მათ სპეციფიკურ გამოწვევებსა და საჭიროებებს. მიღებული შედეგები შეგვიძლია მივიჩნიოთ ვალიდურად და ჩამოვყალიბოთ რეკომენდაციები, კვლევის შედეგად გამოვლენილი მნიშვნელოვანი პრობლემური საკითხების გადასაჭრელად.

## კვლევის შედეგები

### ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა

#### *სამედიცინო სერვისების გამოყენება/დროულობა, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა*

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, მათ შორის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს. ისინი სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ ჯანმრთელობის პრობლემის დადგომის შემთხვევაში და უმეტესად, როდესაც ეს პრობლემა უკვე მწვავეა. ძირითადად სარგებლობენ მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შეთავაზებული უფასო სამედიცინო სერვისებით.

*„ხშირად მოდიან პაციენტები უკვე მკვეთრად გამოხატული ჩივილებით ეს შეიძლება იყოს გამონადენი საშოდან, ტკივილი ან სხვა სიმპტომები“.*

*გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან*

*„პროფილაქტიკის მიზნით იშვიათად მოდიან პაციენტები, ან დაორსულება უნდათ ან ჩივილები აქვთ“.*

*გინეკოლოგი ახალციხის რაიონიდან*

ქალების უმეტესობა იშვიათად მიმართავს პროფილაქტიკურ ან გეგმიურ გამოკვლევებს. ყველაზე ხშირად კი სამედიცინო, მათ შორის გინეკოლოგიურ სერვისებს არაგეგმიურად მიმართავენ ახალგაზრდა ახალდაოჯახებული ქალები, რომლებსაც სურთ ორსულობის დადგომა ან უკვე არიან ორსულად.

ქალების უმეტესობას აქვს საშუალო განათლება და ისინი ძირითადად დაკავებულნი არიან საოჯახო საქმეებით, ოჯახის წევრებზე, შვილებსა და მეუღლეზე ზრუნვით. ტენდენციურად იმატებს უმაღლესი განათლების მქონე ქალთა რიცხვი, მაგრამ ეს ჯერ კიდევ ვერ ცვლის საერთო სურათს.

*„აქ სკოლის დამთავრებისთანავე თხოვდებიან,“*

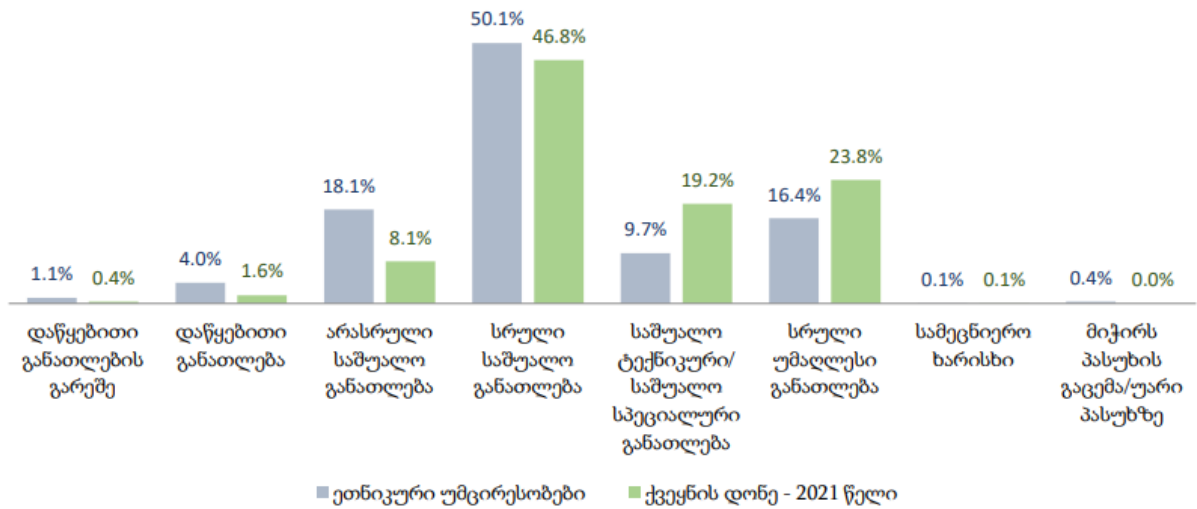
*გინეკოლოგი ახალციხის რაიონიდან*

*მარნეულის რაიონი „სკოლის დამთავრების შემდეგ მალევე თხოვდებიან და ბავშვებს აჩენენ“.*

*გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან*



გრაფიკი 1: ზრდასრული მოსახლეობის განაწილება განათლების მიღწეული დონის მიხედვით



წყარო: სოციალური სამართლიანობის ცენტრი, 2022)

განსაკუთრებით მარნეულის მუნიციპალიტეტში ქალთა უმრავლესობა ჩართულია საოჯახო სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობაში, ამის პარალელულად და მძიმე შრომის მიუხედავად მათთვის ნაკლებ პრიორიტეტულია საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. მარნეულის რაიონში გამოკითხული ორივე ოჯახის ექიმი აღნიშნავდა, რომ ასაკით დაახლოებით 30-35 წელს ზემოთ ქალების უმრავლესობას აწუხებს საშარდე გზების ინფექციები და რადიკულოპათიები.

„ქალების უმრავლესობას აქვს საშარდე გზების ინფექციები და ბაქტერიები შარდში, ხერხემლის პრობლემები ბევრს აწუხებს“

*გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან*

ორივე რეგიონში ქალის უმთავრეს ფუნქციად და პასუხისმგებლობად შვილოსნობა მიიჩნევა, ამიტომ ჯანმრთელობის მიმართ ქცევა იცვლება და უფრო პრიორიტეტული ხდება ორსულობის დროს. ნაყოფის კეთილდღეობის მიზნით ისინი უფრო აქტიურად მოიხმარენ ორსულობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო სერვისებს და ჩართული არიან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო ანტენატალურ პროგრამაში. ქალების რეგულარული ვიზიტები შვილოსნობის პერიოდში ოჯახის წევრებისა და ზოგადად საზოგადოების მხრიდანაც არის წახალისებული, რადგან როგორც უკვე აღინიშნა ამ რეგიონებში ქალის უმთავრეს ფუნქციად ბავშვის გაჩენა ითვლება.

გინეკოლოგთა ინფორმაციით ორივე რეგიონში ასევე ვაწყდებით გამონაკლისებს, როდესაც ქალები ორსულობის გვიან ვადაზე აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებას.

„ხშირად იყო შემთხვევები როცა პაციენტი მთელი ორსულობის განმავლობაში არ იყო აღრიცხვაზე და უკვე სამშობიაროდ მომართავდა დაწესებულებას, ტენდენციურად მსგავსი შემთხვევები მცირდება მაგრამ ზოგჯერ მაინც გვხვდება“

*გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან*

ეს ძირითადად ხდებოდა მეორე და შემდგომი ორსულობების დროს. ამ დროს ქალები ასე ვთქვათ უკვე საკუთარ გამოცდილებას ენდობიან, მიზეზი კი ამ დროსაც საკუთარი ჯანმრთელობისთვის ნაკლები პრიორიტეტის მინიჭება და განათლების დონის, ინფორმირებულობის ნაკლებობაა.



### **ხელისშემშლელი ფაქტორები და კულტურული თავისებურებები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას**

რეგიონებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება იკვეთება სამედიცინო მომსახურების მიღების დროს ქალთა თავისუფალ ქცევასა და ექიმის მიმართ გახსნილობაში. განსაკუთრებით თუ საქმე ეხება ინტიმურ საკითხებს ან რეპროდუქციულ ფუნქციას.

აზერბაიჯანელი თემის ქალებს არ უჭირთ ექიმისთვის კითხვის დასმა თუ სექსუალურ საკითხებთან დაკავშირებით საკუთარი პრობლემის აღწერა. ისინი არ ერიდებიან სექსუალურ თემებზე ექიმთან ღიად საუბარს, გამოხატავენ ინტერესს სექსუალური საკითხების მიმართ და არ მალავენ საკუთარ პრობლემას, მაშინაც კი, როდესაც კონსულტაციას ოჯახის წევრები ესწრებიან.

იგივეს ვერ ვიტყვით ეთნიკურად სომეხ ქალებზე. მათ უჭირთ ინტიმურ საკითხებზე სპეციალისტებთან ღიად საუბარი. ისინი სირცხვილის გამო ხშირად მალავენ ჯანმრთელობის რომელიმე პრობლემას, დაავადებას, სიმპტომებს.

ეთნიკურად სომეხ მოსახლეობაში და შესაბამისად ქალებშიც განსაკუთრებით აღსანიშნავია „ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელების“ (ე.წ. „სომხური დაავადება“) დამალვა. ის გენეტიკური, მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომელიც პერიოდული შეტევებით მუცელში, გულმკერდსა და სახსრებში ტკივილით მიმდინარე ანთების განმეორებითი ეპიზოდებით ხასიათდება. ექიმთა გადმოცემით, უმრავლესობა ცდილობს ამ დაავადების არსებობის ან სიმპტომების დამალვას. როგორც იხსნება ეს დაავადება მათ იდენტობას უსვამს ხაზს, რაც მათთვის არასასიამოვნოა. ამიტომ ხშირად ცდილობენ მის სახლის პირობებში მკურნალობას.

ეთნიკურად სომეხ ქალებში მეტად შესამჩნევია ექიმისთვის ან საზოგადოებაში ჯანმრთელობის იმ ნებისმიერი მდგომარეობის დამალვა, რის გამოც შესაძლოა ქალი არაჯანმრთელად მიიჩნიონ და მის გათხოვებას ხელი შეუშალოს. როგორც უკვე ავღნიშნეთ, ოჯახის შექმნა და შვილის გაჩენა ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალის ძირითად ფუნქციამოვალეობად მიიჩნევა, ამიტომ ცდილობენ მასთან დაკავშირებული და ასევე სხვა ჯანმრთელობის პრობლემა დამალონ.

აზერბაიჯანელი ქალების შემთხვევაში რელიგიურ-კულტურული ფაქტორებიდან საინტერესოა რამაზანი, მუსლიმების მარხვა, რომელიც ერთი თვე გრძელდება. ამ თვეში განთიადიდან მზის ჩასვლამდე ყველა მუსლიმი მარხულობს. ამ დროს ისინი ყველანაირ საჭმელზე, სასმელსა და სქესობრივ კავშირზე უარს ამბობენ. ავადმყოფებისათვის მარხვა სავალდებულო არაა, თუმცა, თუ მარხვას არ შეასრულებენ გაცდენილი დღეები შემდეგში უნდა აანაზღაურონ. ასევე არ მარხულობენ მენსტრუაციის და ორსულობის შემდგომი სისხლდენის პერიოდში მყოფი მანდილოსნები, ორსული და ჩვილბავშვიანი ქალები, თუ რატემა უნდა ეს მათი, ან მათი ნაყოფის ჯანმრთელობაზე უარყოფითად იმოქმედებს. (მიქელაძე, 2016)

თუმცა ექიმების გადმოცემით მარხვას ხშირად იცავენ ქალები, რომლებსაც შესაძლოა ჯანმრთელობის რაიმე მდგომარეობა ან პრობლემა ჰქონდეთ, მაგრამ ფიზიკურად ამის გაკეთება მათთვის შესაძლებელია. მარხვის პერიოდში კი ისინი უარს ამბობენ ასევე დანიშნული მედიკამენტების მიღებაზეც.

ორივე რეგიონში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე პირველ შვილოსნობას ეხება, სამედიცინო კონსულტაციას ხშირად ესწრებიან ოჯახის სხვა დაინტერესებული წარმომადგენლები. ეს შესაძლებელია იყოს როგორც დედამთილი, მამამთილი ასევე სხვა პრიორიტეტული პირი ოჯახში. ქალს, ამ შემთხვევაში პაციენტს უწევს სხვისი თანდასწრებით საკუთარ ჯანმრთელობის პრობლემებზე საუბარი.

*„კონსულტაციას შეიძლება დაესწროს მამამთილი დედამთილი და მეუღლე, მაგალითად ერთ პაციენტთან მამამთილი მპასუხობდა, როდის ქონდა ამ პაციენტს ბოლოს ციკლი და სქესობრივი კავშირი მეუღლესთან“.*

*გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან*

*„კონსულტაციებს ხშირად ესწრება დედამთილი, ოჯახის სხვა დაინტერესებული პირი“  
ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი*

ეს მნიშვნელოვანი ხელისშემშლელი ფაქტორია სამედიცინო მომსახურების მიღებისას და აფერხებს კომუნიკაციის პროცესს, შესაძლოა ასევე დიაგნოზის და გამოსავალზეც აისახოს.

ორივე პოპულაციაში ხშირად გვხვდება ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულვებელყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პარტნიორის და ოჯახის უფროსი თაობის წევრების ჩარევა. ძირითადად ეს ხდება რეპროდუქციულ თემებთან დაკავშირებით, როგორცაა: აბორტი, ორსულობის დაგეგმვა. ეს არის ირიბი ძალადობის ფორმა, რა დროსაც ოჯახში არსებული იერარქიის გამო, ქალებს საკუთარი აზრის გამოხატვა და საკუთარ ჯანმრთელობაზე გადაწყვეტილების მიღება არ შეუძლიათ.

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე თემში მნიშვნელოვანი პრობლემა ენობრივი ბარიერი. განსაკუთრებით კი რაიონული ცენტრების სოფლებში. სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე ექიმებმა აუცილებელია იცოდნენ რუსული, იდეალურ შემთხვევაში აზერბაიჯანული ან სომხური ენა. ხშირად პაციენტ ქალებს სჭირდებათ თარჯიმანის დასწრება სამედიცინო კონსულტაციისას, ეს შეიძლება მათ სურვილს სრულიად ეწინააღმდეგებოდეს და არღვევდეს მათი პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობისა და ხელშეუხებლობის უფლებას.

*“აქ რუსული მაინც თუ არ იცი ვერ იმუშავებ, ზოგმა რუსულიც არ იცის მხოლოდ სომხური“*

*ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი*

*„ზოგჯერ არის, რომ პაციენტს თარჯიმნად ვინმე მოყვება, რადგან ზოგმა რუსულიც არ იცის, მართო ქართულით ვერ იმუშავებ“*

*ოჯახის ექიმი, მარნეულის რაიონი*

ენობრივი ბარიერი მნიშვნელოვანი ხელისშემშლელი ფაქტორია, როგორც მოსახლეობის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის. კვლევაში მონაწილე სამივე ქალაქში გვხვდება სამედიცინო პერსონალი, რომელსაც ქართულად საუბარი გაჭირვებით ან საერთოდ არ შეუძლია. ეს ხელისშემშლელია მათი უწყვეტი სამედიცინო განათლების გაგრძელებისთვის, ექიმთა გადამზადების თუ ტრენინგ კურსების ჩატარებისთვის. სიახლის დანერგვის, ინფორმაციის გავრცელების დროს, აუცილებელია სპეციალური ენობრივი მიდგომა სახელმწიფო ინსტიტუციების მხრიდან.

### **სკრინინგებში მონაწილეობა**

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები საშუალო აქტივობით მონაწილეობენ სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ უფასო სარძევე ჯირკვლის და საშილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ პროგრამებში. ძირითადად სკრინინგში მონაწილეობენ ის ქალები, რომლებიც იმყოფებოდნენ ექიმთან კონსულტაციაზე და მისგან მიიღეს შეთავაზება.

ამის პარალელურად ორივე რეგიონში საკმაოდ დაბალია ადამიანის პაპილომა ვირუსის (აპვ) საწინააღმდეგო აცრაზე ინტერესი, რომელიც უკვე ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარშია შეთავაზებული. ვაქცინაცია ხდება 13 – 18 წლის გოგონების ასაკობრივ ჯგუფებში უფასოდ. ვინაიდან ახალი ვაქცინის მიმართ ნდობა დაბალია, მშობლები ხშირ შემთხვევაში უარს ამბობენ გოგონებისთვის აცრის გაკეთებაზე. ფასიანი აპვ აცრის თავისი სურვილით გაკეთება ფაქტიურად არ ხდება.

ვაქცინის შესახებ ჩატარებულ საინფორმაციო კამპანიას საკმაოდ დაბალი ეფექტი აქვს და ტენდენციურად გამოყენების დონის მატება არ შეინიშნება.

*„იგივე რაოდენობა გაკეთდა რაც წინა წელს, აქედან ზოგი განმეორებითი იყო, აქედან გამომდინარე მატება არ ჩანს“*

*ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი*

მარნეულის რაიონში გამოკითხული ექიმებიც ასაბუთებენ, რომ ახალ ვაქცინაზე მოთხოვნა საკმაოდ დაბალია და ტენდენციურად ზრდა არ შეინიშნება.

## სქესობრივი ცხოვრების მახასიათებლები, ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკა

### სქესობრივი ცხოვრების დაწყების, ქორწინების საშუალო ასაკი

სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ორივე რეგიონში ხშირ შემთხვევაში თანხვედრამია ოჯახის შექმნასთან. ასევე ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალთა საშუალო ასაკი ოჯახის შექმნის დროს უმეტესად დაბალია და ხშირად ვხვდებით არასრულწლოვანთა ქორწინებას, ორსულობას. ოჯახის შექმნისა და სექსუალური ცხოვრების დაწყების ასაკზე გავლენას ახდენს კულტურული ნორმები, საზოგადოებრივი ღირებულებები.

როგორც აზერბაიჯანელ, ასევე სომეხ მოსახლეობაში არსებობს ტრადიციული ოჯახური ღირებულებები და მოლოდინები ქორწინებისა და ოჯახის შექმნის ირგვლივ. სოციალური ცვლილებები, გაზრდილი განათლების დონე და ეკონომიკური ფაქტორები ბოლო წლებში გავლენას ახდენდა ამ პრაქტიკაზე, თუმცა დაბალ ასაკში ქორწინება და შვილოსნობა ქალებისა და გოგონებისთვის ისევ ხშირი პრაქტიკაა და სოციალურ ნორმად აღიქმება.

სამივე ქალაქის გამოკითხული გინეკოლოგები აღნიშნავენ, რომ პაციენტების დიდი უმრავლესობა მალავს ქორწინებამდე სქესობრივი ცხოვრების დაწყებას და ქალიშვილობა ორივე კულტურაში მნიშვნელოვან მორალურ ფასეულობას წარმოადგენს.

*„გვყავდა პაციენტი ახალდაოჯახებული გოგონა, რომელიც მოგვიყვანა ოჯახმა, აღინიშნებოდა ვაგინიზმი და ვერ მოხდა საქალწულე აპკის დარღვევა. მათი სურვილით აპკის დარღვევა მოხდა ხელოვნურად. რის შემდეგაც პაციენტის დედამთილი უარს აცხადებდა მის სახლში წაყვანაზე, რადგან მას უნდოდა რძალი, რომლის საქალწულე აპკი მხოლოდ მისი ქმრის მიერ ტრადიციული სექსის შედეგად იქნა დარღვეული“*

*გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი*

*„ძირითადად მალავენ თუ ქორწინებამდე ჰქონდათ სექსუალური კავშირი. ბევრი პაციენტი გამოთქვამს ინტერესს საქალწულე აპკის აღდგენის ოპერაციაზე“.*

*გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი*

ორსულობის დაგეგმვა საკმაოდ იშვიათია ორივე ეთნიკურ ჯგუფში. გამოკითხული გინეკოლოგების გადმოცემით ექიმთან ძირითადად მაშინ მიდიან, როდესაც წყვილი გეგმავს შვილის გაჩენას და ეს ფაქტი ბუნებრივად არ დგება. რაიმე პრობლემის წინაშე დგებიან და საჭიროა ექიმის ჩარევა. ქალის ორსულობისათვის მომზადება საკმაოდ იშვიათია.

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე რეგიონში ჯერ კიდევ ხშირია ნათესაური ქორწინებები, რაც წლების წინ სოციალურ ნორმად აღიქმებოდა. მისი რიცხვი წლებთან ერთად მცირდება, მაგრამ ორივე რეგიონში ჯერ კიდევ ხშირად გვხვდება.

*„სომხებში საკმაოდ შესამჩნევია ხშირი მონათესავე ქორწინებების შედეგი, ჩემი აზრით ამან გამოიწვია ადგილობრივ სომეხ მოსახლეობაში გენეტიკური დაავადებების პროვოცირება, აღსანიშნავია თალასემია, ჰემოფილია. განსაკუთრებით იმ სოფლების ხალხს, როგორცაა უდე, ვალე, არალი, სადაც ძალიან ხშირი იყო ნათესაური ქორწინებები, გარეგნული ნიშნითაც გამორჩევი, მათში ხშირია თანდაყოლილი დეფექტები, გარეგნული სიმახინჯეები“*

*ახალციხის რეგიონის ოჯახის ექიმი*

*„აზერბაიჯანელ ხალხში ჯერ კიდევ ხშირია ნათესაური ქორწინებები, განსაკუთრებით სოფლებში. მათთვის ეს არ აღიქმება ცუდად და სოციალური ნორმაა“.*

*მარნეულის რაიონის გინეკოლოგი*

ნათესაურ ქორწინებაზე ორივე ეთნიკურ ჯგუფში გავლენას ახდენს კულტურული, სოციალური და ისტორიული ფაქტორები. ტრადიციული კულტურული ნორმები და ღირებულებები, მათ შორის ოჯახის პატივისა და წარმომავლობის, იდენტობის შენარჩუნების სურვილი.

ნათესაური ქორწინების პრაქტიკა შემფოთებას იწვევს ჯანმრთელობის პოტენციური რისკების თვალსაზრისით. ნათესაური გაერთიანებები ზრდის შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის და პროვოცირების ალბათობას, რადგან ისინი უფრო მეტად იზიარებენ საერთო წინაპრების მავნე გენეტიკურ თვისებებს. ამან

შეიძლება გამოიწვიოს პოპულაციაში გარკვეული გენეტიკური დარღვევებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზრდილი რისკი.

კვლევის მიხედვით ორივე რეგიონში ნათესაური ქორწინებების კლების ტენდენცია შეინიშნება, თუმცა ის ჯერ კიდევ ხშირია და სამედიცინო-სოციალური თვალსაზრისით სახიფათო მოვლენას წარმოადგენს.

### ***კონტრაცეპტივების თანამედროვე მეთოდების გამოყენების პრაქტიკა***

კონტრაცეპტივები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საქმეში, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების თუ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებისგან თავის დაცვის დროს. კვლევამ აჩვენა რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა დაბალია ორივე ეთნიკური ჯგუფის ქალებში.

ორივე რეგიონში კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებიდან, როგორცაა ორალური კონტრაცეპტივები, პრეზერვატივი, საშვილოსნოსშიდა ხელსაწყოები (IUD), იმპლანტები და საინექციო საშუალებები, საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეფცია ანუ სპირალი, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და მისაღები მეთოდია.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე ზოგადად კონტრაცეპტივების მოხმარების დონე დაბალია როგორც აზერბაიჯანელ ასე სომეხ ქალებსა და გოგონებში და ამის პარალელურად საკმაოდ მაღალია ხელოვნური აბორტის რიცხვი, რომელსაც შემდგომ განვიხილავთ.

არსებობს თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულებები. აღსანიშნავია, რომ ორივე რეგიონში კონტრაცეპტივებიდან ყველაზე ნაკლებად ხდება კონდომის გამოყენება.

კონკრეტულად პრეზერვატივის მიმართ ჯერ კიდევ არსებობს სოციალური ტაბუ და სტიგმა. რაც აფერხებს მის გამოყენებას, ინფორმირებულობას მისი გამოყენების დადებით მხარეებზე და მის აღქმას, როგორც ერთერთი უსაფრთხო და საიმედო თავდაცვის საშუალება.

ორივე რეგიონში ამ მხრივ ასევე მნიშვნელოვანია ქალისა და მამაკაცის ურთიერთობის დინამიკა და გენდერული როლები, რამაც შეიძლება გავლენა იქონიოს კონდომის გამოყენებაზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, კონტრაცეფციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება შეიძლება დარჩეს მამრობითი სქესის პარტნიორის ხელში და პრეზერვატივის გამოყენება შეიძლება აღიქმებოდეს, როგორც მამაკაცის უფლებამოსილების ან პასუხისმგებლობის საგანი.

სამედიცინო სოციალური თვალსაზრისით მსგავსი დამოკიდებულება კონდომის მიმართ და მისი დაბალი მოხმარება საკმაოდ ყურადსაღები მოვლენაა, რადგან ის არა მხოლოდ არასასურველი ორსულობისგან, ასევე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დაცვის საშუალებაა.

### **შობადობის და ორსულობის მახასიათებლები**

#### ***დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას, შობადობის კოეფიციენტი***

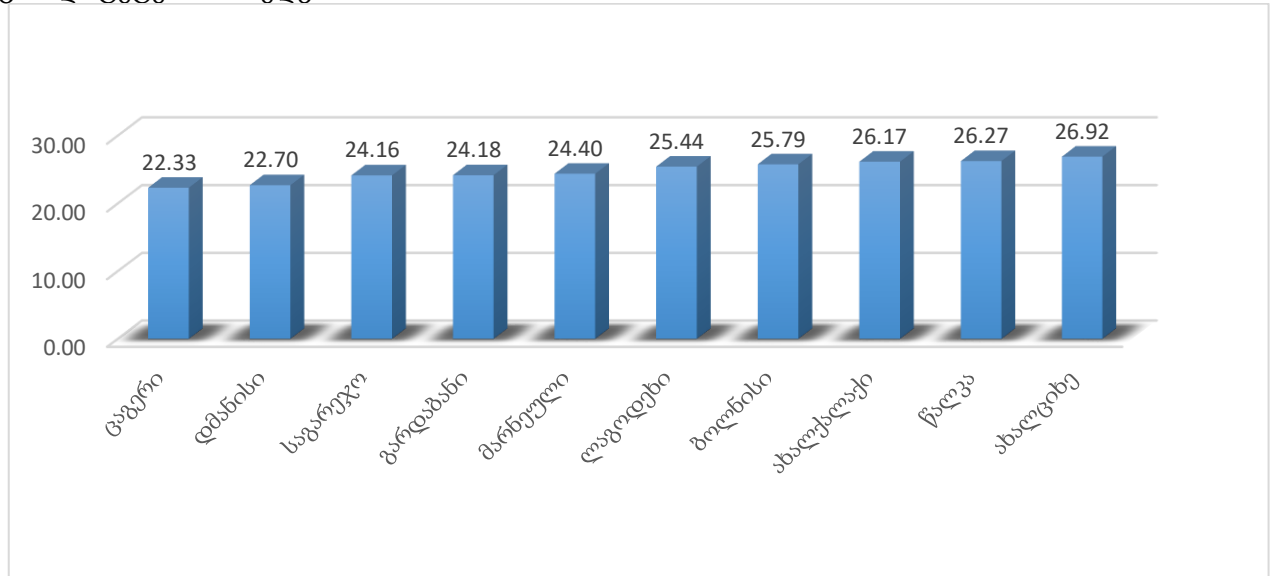
კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე რეგიონის წარმომადგენელი ქალების და გოგონების ქორწინების ასაკი საკმაოდ დაბალია. ასევე, რადგან ორივე თემში ქორწინება უმეტეს წილად შვილოსნობასთან ასოცირდება, მნიშვნელოვანია დედის საშუალო ასაკი პირველი ორსულობის დროს.

გამოკითხული გინეკოლოგები ორივე რეგიონში აღნიშნავენ, რომ პირველი ორსულობის ასაკი ხშირად საკმაოდ დაბალია, დაახლოებით 17 დან 20 წლამდე და ასევე ჰყავთ ხოლმე არასრულწლოვანი ორსული პაციენტები.

დაავადებათა კონტროლის მიერ მოწოდებული სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მარნეულის რაიონში დედის საშუალო ასაკი ბავშვის დაბადებისას 24 წელია, ხოლო ახალქალაქსა და ახალციხეში 26 წელი და ეს მონაცემი გულისხმობს არა მხოლოდ პირველ, არამედ ყველა ორსულობას. მაშინ, როდესაც მთლიანად ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი 28,7 წლამდე გაიზარდა და ტენდენციურად მუდმივად იმატებს. კვლევაში მონაწილე რაიონები

სტატისტიკურად ყველაზე დაბალი ასაკის მქონე მუნიციპალიტეტების შორის არიან. (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2022)

გრაფიკი 2: 2022 წელს დაფიქსირებული დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას მუნიციპალიტეტების მიხედვით.



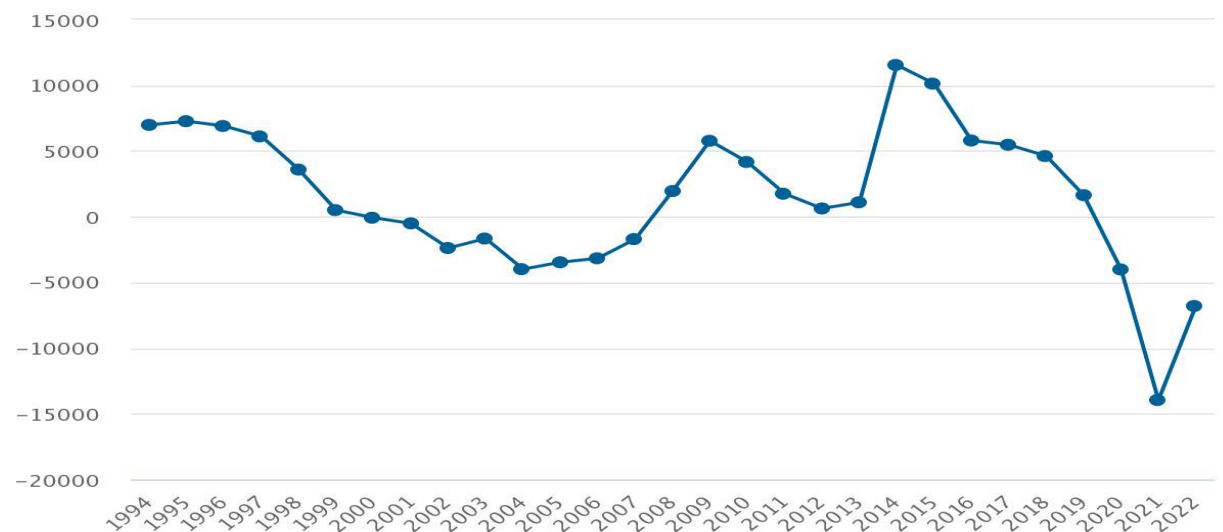
წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022

აღსანიშნავია ისიც, რომ დმანისში, გარდაბანსა და ბოლნისში, რომლებიც მოწინავე ადგილებს იკავებენ, ჭარბობს ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობა.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვთქვათ რომ, რეგიონებში ქალთა და გოგონათა ორსულობის ასაკი ხშირად დაბალია და ეს ორივე ეთნიკური ჯგუფისთვის დამახასიათებელია. ამ ფონზე კი ორივე რეგიონში მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი. ეს ორივე მაჩვენებლებელი საქართველოს სხვა რეგიონებთან შედარებით მკვეთრად მაღალია. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022).

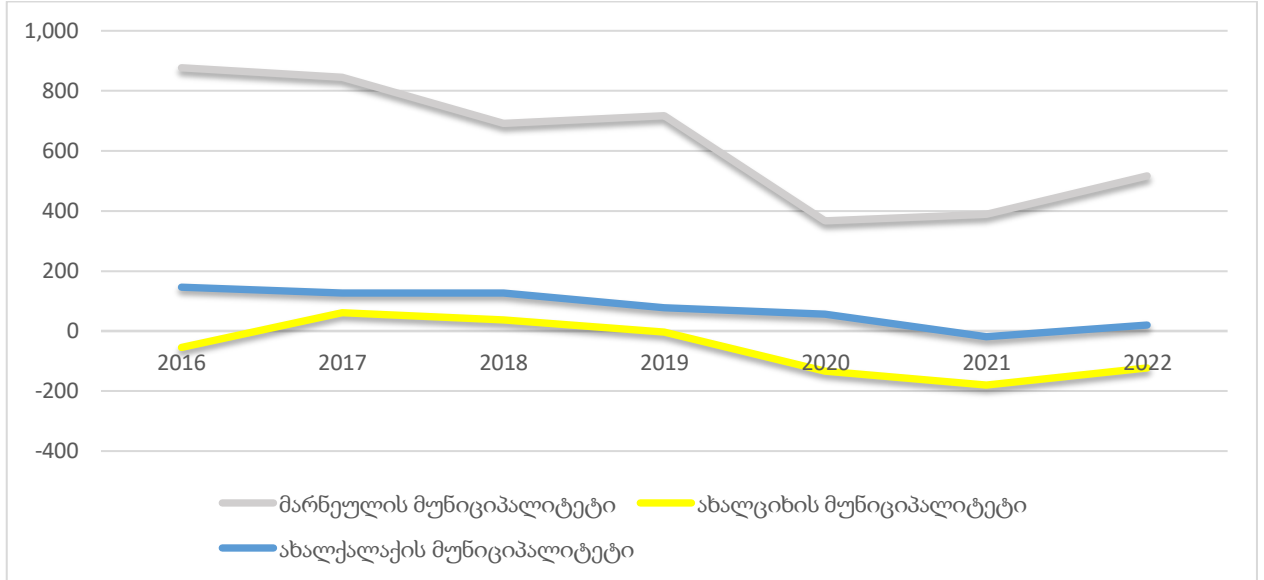
ბოლო წლების განმავლობაში ქვეყანაში ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი უარყოფითია და ტენდენციურად იკლებს, რაც იმას ნიშნავს, რომ გარდაცვლილთა რაოდენობა ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობას აჭარბებს.

გრაფიკი 3: ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი საქართველოში  
ბუნებრივი მატება



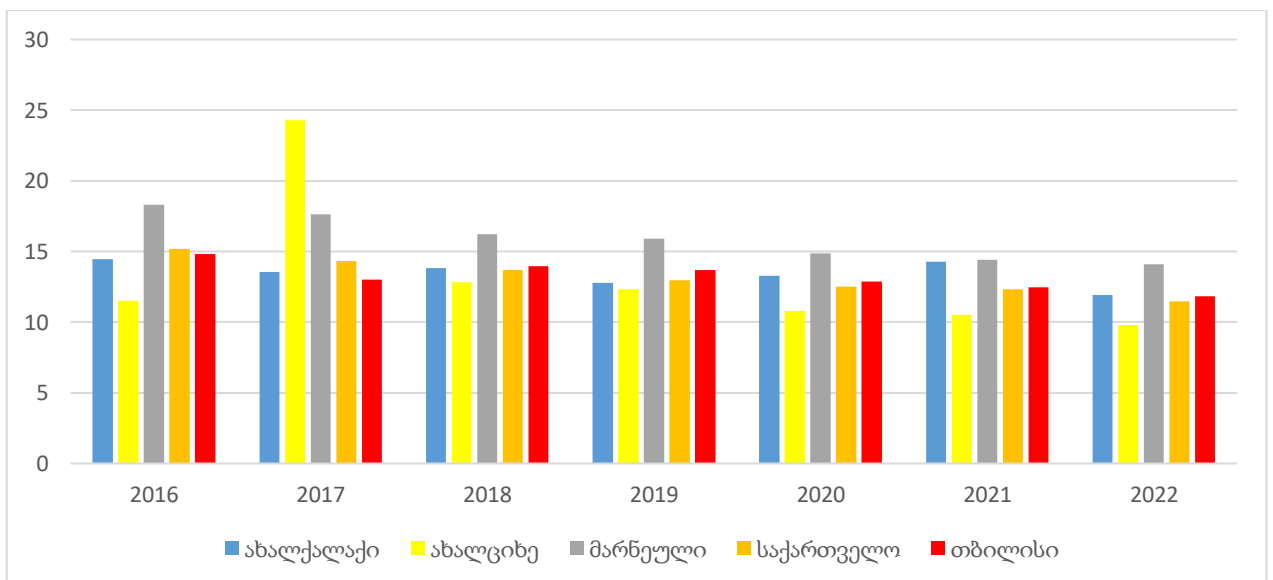
მარნეულში ახალქალაქსა და ახალციხეში ეს მაჩვენებელი ძირითად შემთხვევაში დადებითია. განსაკუთრებით კი აღსანიშნავია მარნეულის მუნიციპალიტეტი, სადაც ხშირად ვხვდებით მკვეთრი მატების შემთხვევებსაც. ახალქალაქი და ახალციხე არ გამოირჩევა მარნეულის მუნიციპალიტეტის მსგავსი რაოდენობებით, მაგრამ მთლიანი ქვეყნის და სხვა რეგიონების ფონზე დადებითი განსხვავება საკმაოდ თვალში საცემია.

გრაფიკი 4: ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით



შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი სამივე ქალაქში მაღალია და ზოგადი კლების მიუხედავად ახალქალაქი და მარნეული თითქმის მუდმივად უსწრებს მთლიანი ქვეყნის ან თბილისის მაჩვენებელს

გრაფიკი 5: შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი (ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა მოსახლეობის 1 000 კაცზე)



შობადობაზე გავლენა აქვს კულტურული, სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორების ერთობლიობას. კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე რეგიონში კულტურულად წახალისებულია მრავალშვილიანი ოჯახების არსებობა, რაც ხელს უწყობს უფრო მაღალ შობადობას.

გამოკითხვით იკვეთება ტრადიციული გენდერული როლები, რაც პრიორიტეტს ქალების, როგორც დედებისა და მომვლელების როლს ანიჭებს.

### **ანტენატალური და პერინატალური სერვისების გამოყენება**

კვლევამ აჩვენა, რომ სხვა სამედიცინო სერვისებისგან განსხვავებით, აქტიურად გამოიყენება ანტენატალური და პერინატალური ჯანმრთელობის სერვისები. რაც, ერთი მხრივ, დედობასთან დაკავშირებული სოციალურ-კულტურული წახალისებით და მეორე მხრივ, ამ სერვისების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფინანსების შედეგია. ძირითადი ხელისშემშლელი ფაქტორები შეიძლება იყოს ენობრივი ბარიერები, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

მიუხედავად იმისა, რომ ორივე პოპულაციაში ამ სერვისების გამოყენების შესახებ კონკრეტული მონაცემები არაა ხელმისაწვდომი, ხოლო ექიმთა გამოკითხვა გვამცნებს ქალებისა და გოგონების იმ ნაწილზე ინფორმაციას, რომლებიც სერვისებს მოიხმარენ, ზოგიერთი ზოგადი დაკვირვება მაინც შეიძლება გაკეთდეს.

კვლევის მიხედვით ორივე რეგიონის ქალები ორსულობის დადგომის შემთხვევაში, ძირითადად მოიხმარენ სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ უფასო ანტენატალურ და პერინატალურ სამედიცინო სერვისებს.

უმეტესად აქტიურობა პირველი შვილოსნობის დროს აღინიშნება და დარღვევა, ჩამორჩენა ან დაგვიანება მეორე ან შემდეგ ორსულობას შეიძლება უკავშირდებოდეს

გვხვდება დაგვიანებული მიმართვიანობაც, რაც როგორც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს ზრდის, ასევე ორსულებს სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის შესაძლებლობას უზღუდავს (ორსულის პირველი ვიზიტი აუცილებელია შედგეს ორსულობის 13 კვირამდე) ან გამონაკლის შემთხვევებში ორსული მთლიანი ანტენატალური მეთვალყურეობის გამოტოვებით მშობიარობს.

ანტენატალური და პერინატალური მოვლის მნიშვნელობის შესახებ ინფორმირებულობა ნაკლებია. ადრეული და რეგულარული პრენატალური მოვლის სარგებლობის შესახებ შეზღუდული ცოდნა, ისევე როგორც ორსულობის დროს პოტენციური რისკების შესახებ დაბალი განათლება, გავლენას ახდენს ორსულთა სამედიცინო სერვისების გამოყენების დროულობასა და სიხშირეზე.

### **მკვდრადშობადობა, ჩვილ ბავშვთა და დედათა მოკვდაობის კოეფიციენტი**

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებების კვლევისას საინტერესოა საკვლევ პოპულაციაში მკვდრადშობადობა, დედათა და ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტები.

ჯანმრთელობის ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით მკვდრადშობადობა განიმარტება, როგორც ნაყოფის სიკვდილი დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე, ორსულობის ვადის მიუხედავად.

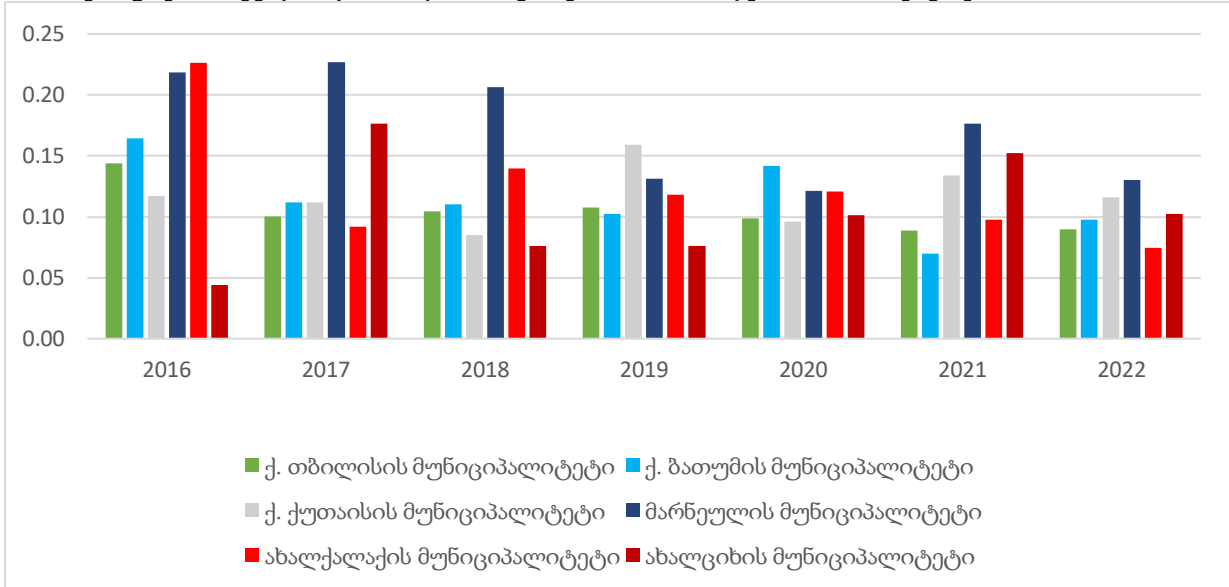
ნეონატალური სიკვდილი განისაზღვრება, როგორც ახალშობილის გარდაცვალება ნეონატალურ პერიოდში (0-27 დღე) ორსულობის 22 ან მეტი კვირის ვადაზე.

ორივე რეგიონის ექიმთა გადმოცემით დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა დაბალია. განვიხილოთ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები. თუ ავიღებთ საკვლევ სამივე ქალაქის მკვდრადშობადობის მაჩვენებელს და შევადარებთ საქართველოს სხვა დიდი ქალაქების, როგორცაა თბილისი ბათუმი და ქუთაისის მონაცემებს, ჩანს რომ მარნეულში ეს მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

ქალაქების მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით საინტერესოა მკვდრადშობადობის კოეფიციენტის გამოთვლა 1000 კაცზე. მიღებული შედეგი ნათლად აჩვენებს, რომ ბოლო წლებში მარნეულის მუნიციპალიტეტში ეს კოეფიციენტი საკმაოდ მაღალია. ახალქალაქის და ახალციხის შემთხვევაში კოეფიციენტი მცირედ ნაკლებია, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვანი. შესაბამისად სამივე ქალაქში ეს მაჩვენებელი არც თუ ისე დაბალია.

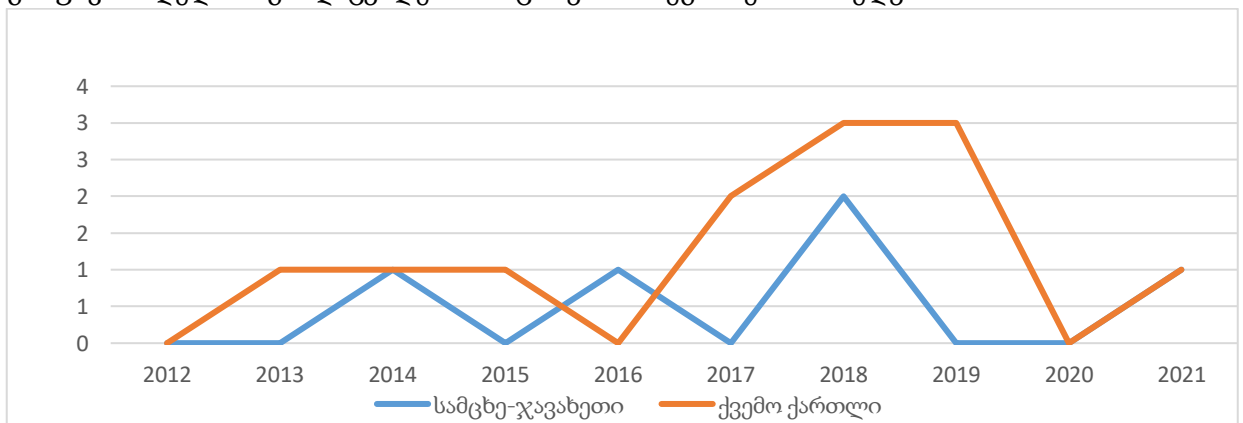


გრაფიკი 6: მკვდრადშობილთა რიცხოვნობა მოსახლეობის 1 000 კაცზე



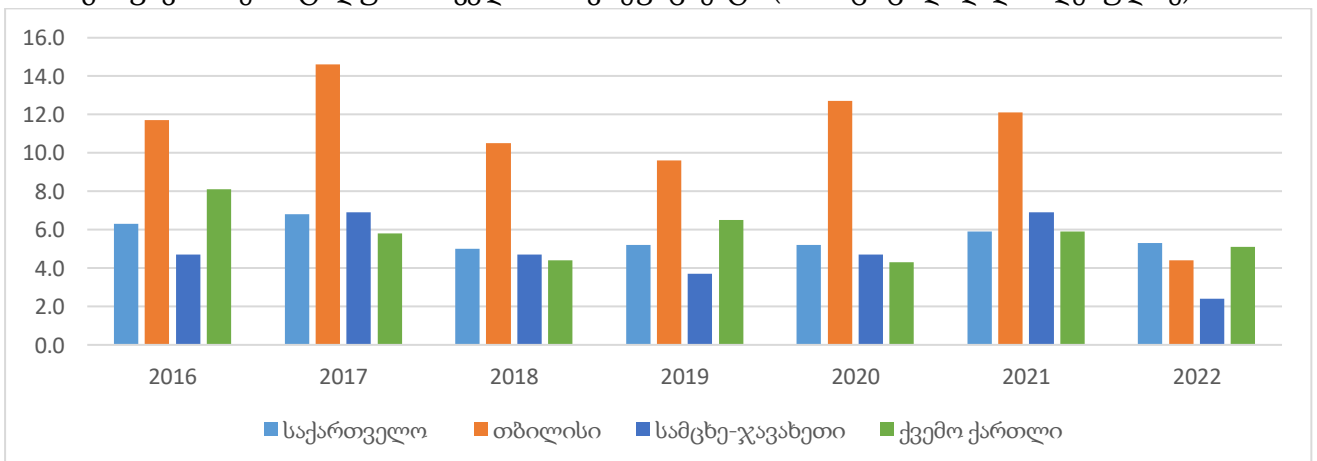
დედათა გარდაცვალება მთლიანად ორივე რეგიონში, სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლში დაბალია, წლების განმავლობაში ხშირად საერთოდ არ გვხვდება ან მხოლოდ ორჯერ მიაღწია მაქსიმალურ ნიშნულს. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

გრაფიკი 7: დედათა გარდაცვალების რიცხოვნობა რეგიონების მიხედვით



სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლში დაბალია ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი, რაც მაჩვენებლის ქალაქების დონეზე შესწავლის აუცილებლობას აღარ გვამღებს.

გრაფიკი 8: ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი (1 000 ცოცხლად დაბადებულზე)



საინტერესოა ის, რომ ორივე პოპულაცია მკვდრადშობადობის მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება, ხოლო ამის პარალელურად დედათა გარდაცვალების მაჩვენებელი და ნეონატალური სიკვდილიანობა მაღალი არ არის.

გამოკითხული ექიმები ასაბუთებენ რომ, ორივე რეგიონში პროვაიდერები სთავაზობენ ხარისხიან პერინატალურ და ანტენატალურ სერვისს. ეს კი შესაბამისად აისახება სტატისტიკაზე.

მკვდრადშობადობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ორივე რეგიონში უკვე აღნიშნულ მრავალ პრობლემასთან, როგორცაა: ორსულობის დაბალი ასაკი, ორსულობის დროს პრენატალური მოვლის გამოტოვება, რაც ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის პრობლემების ადრეულ იდენტიფიცირებას და მოგვარებას, ამცირებს რისკებს როგორც დედისთვის, ასევე ბავშვისთვის. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყოვლისმომცველი განათლების ნაკლებობა, რომელიც მოიცავს სწავლებას კონტრაცეფციის მეთოდების, უსაფრთხო სექსის და ადრეულ ორსულობასთან დაკავშირებულ პოტენციურ რისკებზე.

### ***აბორტის მიმართ დამოკიდებულება და გამოყენების სიხშირე***

კვლევა აჩვენებს რომ, ორივე პოპულაციაში მაღალია აბორტების რიცხვი. არსებობს რამდენიმე ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს აბორტების მაღალ მაჩვენებელს, მათ შორის: კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომ და საიმედო მეთოდებზე შეზღუდული წვდომა სხვადასხვა მიზეზის გამო მაგალითად: კონსერვატიული დამოკიდებულება კონდომის მიმართ, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს არასასურველ ორსულობას, ამიტომ იზრდება მოთხოვნა აბორტზე, როგორც ორსულობის შეწყვეტის საშუალებაზე.

არასაკმარისი სექსუალური განათლება: არასაკმარისი სექსუალური განათლება და კონტრაცეფციის, ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ამომწურავი ინფორმაციის ნაკლებობა იწვევს დაუგეგმავი ორსულობის უფრო მაღალ რისკს.

სოციალური და კულტურული ფაქტორები, როგორცაა სოციალური სტიგმა ქორწინებამდე სექსთან დაკავშირებით. იმის ფონზე, რომ კონტრაცეპტივების გამოყენებაც დაბალია, ქორწინებამდე სექსის დროს არასასურველი ორსულობა აბორტის ერთერთი მიზეზია.

*„აქ აბორტი ძალიან ხშირია“.*

*გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი*

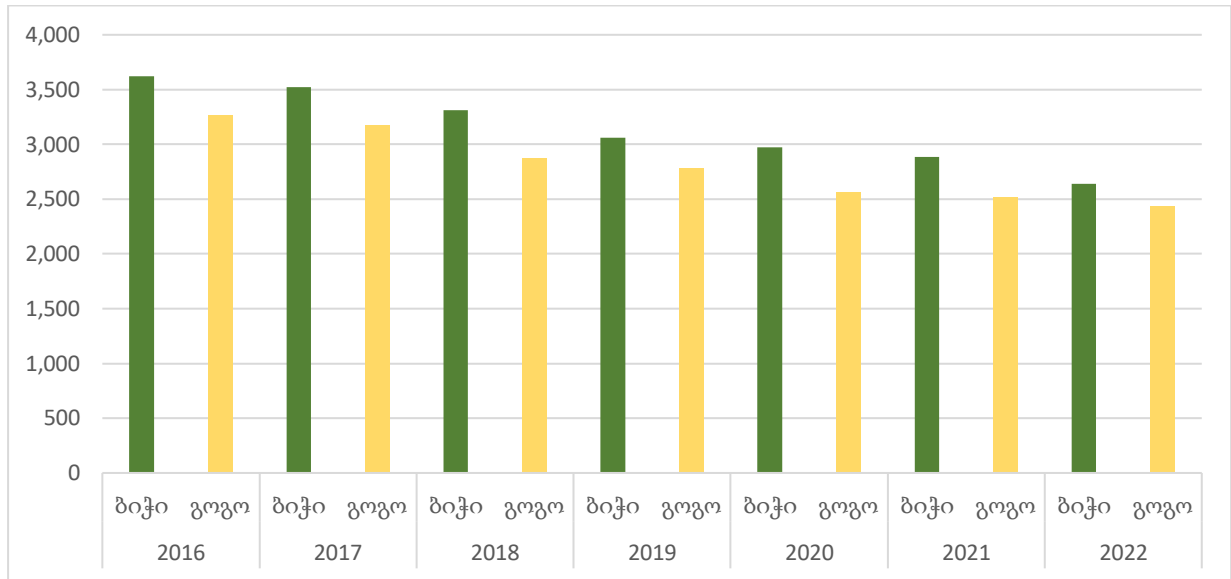
*„სქესი აინტერესებს იმ კატეგორიას რომლისთვისაც განმეორებითი ორსულობაა და მოდის უკვე დაახლოებით 11 კვირის ვადაზე რომ გაიგოს სქესი და იღებს გადაწყვეტილებას დადგეს აღრიცხვაზე თუ აბორტი გაიკეთოს“*

*გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი*

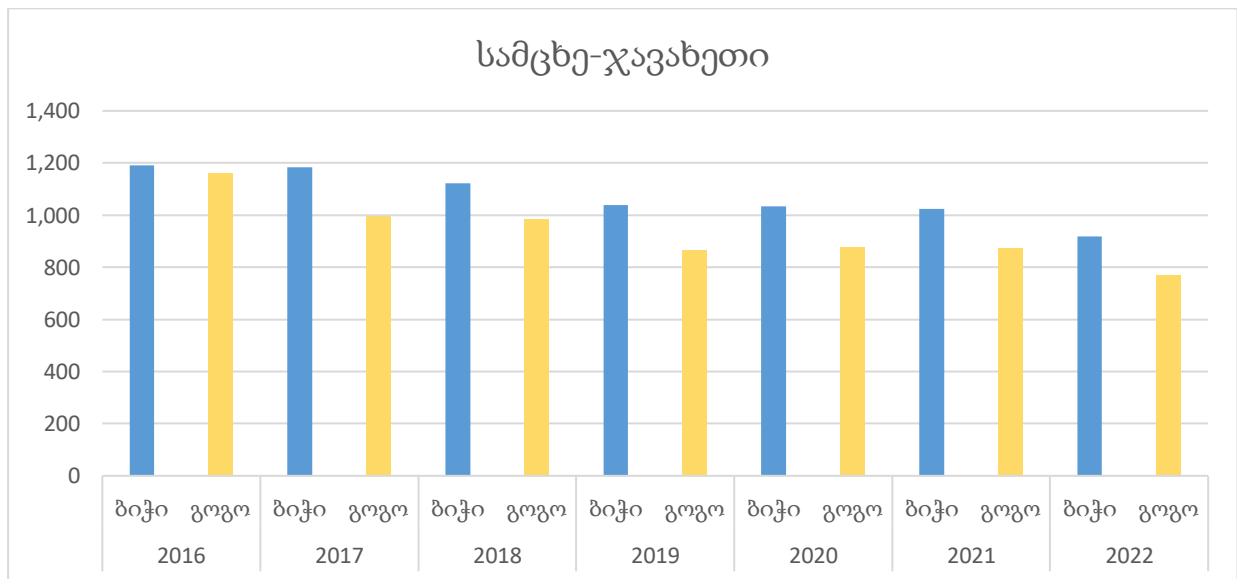
აღსანიშნავია რომ ორივე პოპულაციაში ხშირია სელექციური აბორტები ანუ სქესის შერჩევითი აბორტები, რაც გულისხმობს ორსულობის შეწყვეტის არჩევას ნაყოფის სქესის მიხედვით. საზოგადოების მხრიდან უპირატესობა ენიჭება პირველი ორსულობისას ვაჟი შვილის ყოლას, ხოლო მეორე და მესამე ორსულობისას იმ სქესს, რომელიც ოჯახს ჯერ არ ჰყავს. ამიტომ ხშირია ორსულობის შერჩევითი შეწყვეტის გადაწყვეტილებები.

შესაძლოა სელექციური აბორტების შედეგად იყოს გამოწვეული, რომ სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლის რეგიონში ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობაში სქესის მიხედვით მუდმივად განსხვავებაა. წლების განმავლობაში ბიჭი ახალშობილების რაოდენობა მუდმივად ჭარბობს გოგონების რაოდენობას. რადგან, სტატისტიკური ინფორმაციის მიხედვით ორივე რეგიონში ჭარბობს ეთნიკურად სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობა, შეგვიძლია განსხვავება ორივე პოპულაციაში გავრცელებულ სელექციურ აბორტებსაც დავუკავშიროთ. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

გრაფიკი 9: ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა ქვემო ქართლის რეგიონში სქესის მიხედვით



გრაფიკი 10: ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში სქესის მიხედვით



ექიმები ორივე რეგიონში აღნიშნავენ თვითნებური, არასამედიცინო დაწესებულებაში გაკეთებული აბორტის შემთხვევებს.

*„ხდება ისიც, რომ სახლში თვითნებურად იღებენ მედიკამენტებს ორსულობის შესაწყვეტად, რომელიც ვინმემ ასწავლა ან თავად მოიძია, გვყავს ხოლმე შემდეგ გართულებით შემოსული პაციენტები, რომელსაც მაგალითად შეიძლება ჰქონდეს სისხლდენა“*

*გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი*

*„სახლის პირობებში ან არასამედიცინო დაწესებულებაში აბორტებსაც შეიძლება მიმართონ, რათქმუნდა ეს ზოგჯერ იწვევს გართულებებს“*

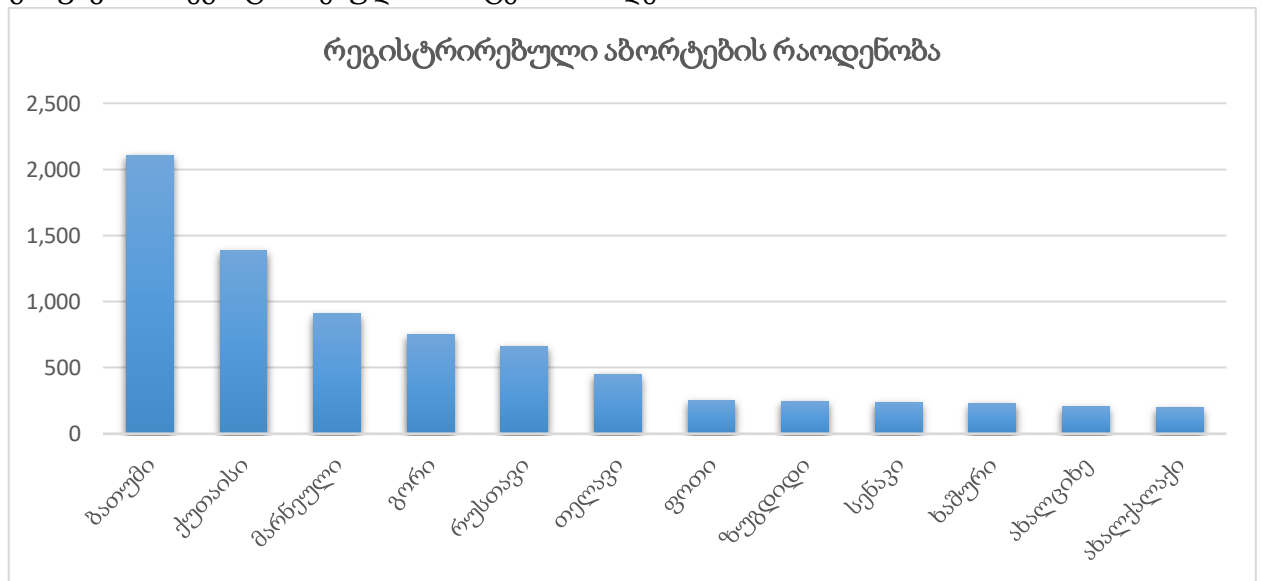
*გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი*

თვითნებური ან სახიფათო აბორტები მნიშვნელოვან რისკებს უქმნიან ქალთა სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. როდესაც აბორტი კეთდება არასათანადო ან დაუცველ პირობებში, საჭირო სამედიცინო ზედამხედველობის გარეშე ან არაკვალიფიციური პირების

მიერ, ამან შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული გართულებები და სიცოცხლის დაკარგვაც კი. დიდია არასრული აბორტის, სისხლდენის, ინფიცირებისა თუ რეპროდუქციული ორგანოების დაზიანების რისკი. თვითნებური აბორტის ჩატარებამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური და ემოციური დისტრესი ქალებისა და გოგონებისათვის.

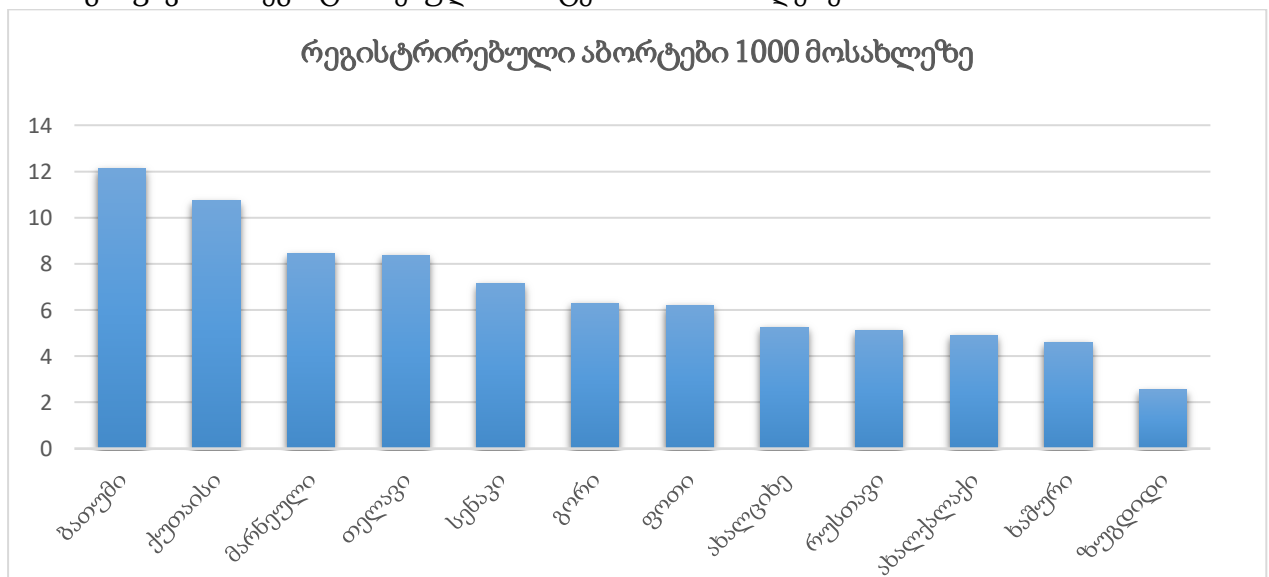
როგორც გამოკითხვით დგინდება სამივე ქალაქში ხშირია აბორტები. ამ მხრივ საინტერესოა რეგისტრირებული აბორტების რიცხვი. ცხრილში მოცემულია 2022 წელს რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა. შედარებისთვის ცხრილში მოცემულია მხოლოდ კვლევაში მონაწილე ქალაქების ტოლი ან მეტი რაოდენობის მქონე რეგიონები. ახალციხესა და ახალქალაქთან შედარებით მარნეული ამ შემთხვევაშიც მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა და მესამე ადგილს იკავებს. (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2022)

გრაფიკი 11: რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა



მეტი თვალსაჩინოებისათვის და მუნიციპალიტეტების განსხვავებული მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით საინტერესოა რეგისტრირებული აბორტის კოეფიციენტი 1000 მოსახლეზე. შემთხვევაში მარნეული ისევ მესამე ადგილზეა ხოლო ახალციხე და ახალქალაქი მაჩვენებლით უფრო წინ ინაცვლებენ.

გრაფიკი 12: რეგისტრირებული აბორტები 1000 მოსახლეზე



არსებობს ვარაუდი, რომ ორივე საკვლევ პოპულაციაში აბორტების რიცხვი რეგისტრირებულ რაოდენობას წინ უსწრებს, რადგან სამივე ქალაქის გინეკოლოგები აღნიშნავენ ქალებსა და გოგონებში აბორტის თვითნებურ, შინ ან არასამედიცინო გარემოში ჩატარების შემთხვევებს.

საერთო ჯამში როგორც გამოკითხვით ისე სტატისტიკით დგინდება, რომ აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებსა და გოგონებში ხშირია აბორტის მოხმარება. ის მეტად პოპულარული საშუალებაა არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად და შესაძლოა კონტრაცეპტივების, მაგალითად კონდომის გამოყენებაზე მისაღები აღმოჩნდეს საზოგადოების ზოგიერთ ჯგუფში.

### **სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ინფორმირებულობა და რისკის აღქმა**

ორივე რეგიონის მენ/გინეკოლოგების განმარტებით ქალებსა და გოგონებში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება საკმაოდ მაღალია.

*„ხშირად გვხვდება ქლამიდია, გონორეა, ტოქსოპლაზმა, ზოგჯერ სიფილისიც, გვაქვს ხოლმე ასევე ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) ვისურის შემთხვევები“*

*გინეკოლოგი, მარნეულის მუნიციპალიტეტი*

*„სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებიდან ხშირად არის ქლამიდია, გონორეა, ჰერპესი ვირუსი ასევე ტრიქომონიაზი.*

*გინეკოლოგი, ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი*

მნიშვნელოვანია, რომ სამივე ქალაქის ექიმი აღნიშნავს ქალებისა და გოგონების დაგვიანებულ ვიზიტებს დაავადებების არსებობის შემთხვევაში, რომ ისინი სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ ჩივილების არსებობისას, დაავადებების მკვეთრად გამოხატული ფორმებით, ტკივილით, წვისა და ქავილის შეგრძნებით, გამონადენით საშოდან და ა. შ.

*„ნაკლებად იცავენ ჰიგიენას, სამწუხაროდ ამ მხრივ არ აქვთ გათავისებული სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობაზე ზრუნვა“*

*გინეკოლოგი, ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი*

კარგი ჰიგიენური პრაქტიკა კი ხელს უწყობს ინფექციების გავრცელების პრევენციას და ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) რისკს.

ორივე პოპულაციაში საკმაოდ ცუდი მდგომარეობაა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობასა და ქალთა მხრიდან რისკის შეფასების საკითხებში. როგორც აზერბაიჯანელ ისე სომეხ ქალებსა და გოგონებში ამ მხრივ განათლების დონე საკმაოდ დაბალია. ცოდნის ნაკლებობა ეხება დაავადების გადაცემის გზებს, პროფილაქტიკურ ქცევას, რისკის და დაავადებებისგან გამოწვეული შესაძლო ზიანის გააზრებას. ამის ფონზე ხშირია დაგვიანებული ან არასრული მკურნალობა. დაგვიანებულმა დიაგნოზმა და მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციების პროგრესირება, გართულებების რისკის გაზრდა და ინფექციის სხეებზე გადაცემის მაღალი ალბათობა.

*„მყავდა პაციენტი, რომელსაც ორსულობის დროს ანალიზებში დაუდასტურდა აივ ინფექცია, პასუხი მაშინვე ვაცნობე, მისი პასუხი იყო ძალიან უდარდელი, რომ ეს უკვე იცოდა. ისე დადგა აღრიცხვაზე და გაიარა კონსულტაცია, რომ არ ჩათვალა ამის თქმა საჭიროდ“*

*გინეკოლოგი, მარნეულის მუნიციპალიტეტი*

*„არის ხოლმე შემთხვევები, როცა პაციენტები მალავენ დაავადების ქონას ან სიმპტომს, თითქოს ეს სამარცხვინოა“*

*გინეკოლოგი, ახალციხის მუნიციპალიტეტი*

ამ მხრივ სტიგმის არსებობა და სოციალური დისკრიმინაცია უფრო მეტად ეთნიკურად სომეხ ქალთა შორის აღინიშნება.

ამის პარალელურად, როგორც ზემოთ აღინიშნა ორივე საკვლევ პოპულაციაში დაბალი პოპულარობით სარგებლობს, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დაცვის და პრევენციის ერთერთი კარგი საშუალება კონდომი.

სექსუალური და რეპროდუქციული განათლების დაბალი დონე, სგგი-ის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა მნიშვნელოვნად აისახება ქალთა და გოგონათა ქცევასა და გადაწყვეტილებებზე, რაც შესაბამისად გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ავადობაზე, დაავადების მიმდინარეობასა თუ გამოსავალზე.

### დისკუსია, დასკვნა

კვლევაში მოპოვებული ინფორმაცია კიდევ ერთხელ ადასტურებს საქართველოში მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებში, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით არსებული გამოწვევების სიმძიმეს. იკვეთება მრავალი სოციალური და კულტურული ფაქტორი, რომლებიც აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა პოპულაციაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღების პროცესში სპეციფიკურ საჭიროებებსა და განსაკუთრებულ ბარიერებს წარმოქმნის. ფაქტორები, რომლებიც უარყოფითად აისახება ქალთა, როგორც რეპროდუქციულ ისე ზოგად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალთა მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს. ხშირია, როგორც სამედიცინო სერვისების დაგვიანებული გამოყენება, ასევე დაავადებებისგან თავის დაცვის, პროფილაქტიკური ქცევის უგულბელობა. დაგვიანებული ან არასრული მკურნალობა, იწვევს მათში დაავადებების გამწვავებას, ავადობის ზრდას რაც შემდგომში ნათლად აისახება ჯანმრთელობის შედეგებზე.

ენობრივი და კულტურული ბარიერები მნიშვნელოვნად მოქმედებენ ქალთათვის სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობაზე და ხარისხზე. ადგილი აქვს სიმპტომების, დიაგნოზის ექიმისთვის დამალვას, ეს ხშირად უკავშირდება იდენტობას (მაგ. „სომხური დაავადება“) და აფერხებს მკურნალობის პროცესს, ზრდის ჯანმრთელობის რისკს. ენობრივი ბარიერი ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურეობის მიღების პროცესს, აისახება მის ხარისხზე, უარყოფითად მოქმედებს განათლებისა და პრევენციული ინფორმაციის მიწოდების გზებზე. შედეგად ვიღებთ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან საკითხებზე, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, სგგი-ს პრევენციისა და სხვა შესაბამის თემებზე ცნობიერების გაზრდის შეფერხებას. ნაკლები ინფორმირებულობა ხელს უწყობს ამ დაავადებების სწრაფ გავრცელებას, ასევე ხშირად აზიანებს ინდივიდების ჯანმრთელობას მკურნალობის არარსებობის გამო.

გვხვდება კულტურულ ნორმად აღიარებული სხვადასხვა საზიანო პრაქტიკები როგორცაა ქალის ავტონომიის დარღვევა, ადრეული ქორწინება და ამ მიზნით თავისუფლების უკანონო აღკვეთა. ქორწინების მიზნით სექსუალური და რეპროდუქციული ძალადობა.

კულტურულ ნორმად ჩამოყალიბებული სქესობრივი ცხოვრების დაწყების და შვილოსნობის დაბალი ასაკი საფრთხეს უქმნის როგორც ქალთა, ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობას. ამასთან კავშირშია სამივე ქალაქში მაღალი მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ათას მოსახლეზე. მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი, რაც წახალისებულია საზოგადოების მხრიდან.

საკმაოდ მნიშვნელოვანია, რომ ორივე პოპულაციაში დღემდე გვხვდება ნათესაური ქორწინებები, რომელმაც გამოიწვია შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის პროვოცირება.

მნიშვნელოვნად დაბალია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა. კონდომის მიმართ კი არსებობს სოციალური ტაბუ და კონსერვატიული დამოკიდებულება. ამის ფონზე ორივე საკვლევ პოპულაციაში მაღალია ხელოვნური აბორტების რიცხვი და მათ შორის ხშირია სელექციური აბორტები. აბორტების მაღალი მაჩვენებლის ფონზე გვაქვს მისი არასამედიცინო გარემოში ჩატარების შემთხვევებიც, რამაც ხშირად ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება გამოიწვია და საფრთხე შეუქმნა მათ სიცოცხლეს. მაღალია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ხოლო დაბალია ქალთა მხრიდან ამ დაავადებების პრევენციაზე ინფორმირებულობა, რისკის შეფასება და აღქმა. აქედან გამომდინარე სქესობრივ, რეპროდუქციულ ცხოვრებასთან

დაკავშირებული სოციალური სტიგმა მნიშვნელოვან ტვირთად აწევა და საფრთხეს უქმნის ორივე პოპულაციაში ქალთა ჯანმრთელობას.

მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია დავასაბუთოთ, რომ რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, იდენტობასთან დაკავშირებული თავისებურებები, ხშირად ზიანს აყენებს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. სოციალურ-კულტურული ფაქტორების გავლენა ასევე აისახება ქვეყანაში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებზე.

### რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების მიხედვით სასურველია, როგორც ჯანდაცვის სექტორის დაგეგმვასა და დაფინანსებაში ცვლილებების შეტანა, ქვეყნის სამართალდამცავი ორგანოების კომპლექსური მუშაობის გაძლიერება, ასევე ზოგადსაგანმანათლებლო სისტემების ცვლილებები.

მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ავადობის შემცირების კუთხით და სპეციფიკური ფაქტორების გათვალისწინებით მოხდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების განხორციელება, რომლის მიზანაც განათლების დონის გაზრდაა. აუცილებელია სამიზნე ჯგუფებისათვის საპროფილაქტიკო ღონისძიებების, ზოგადსამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება მათთვის სასურველ ენაზე. ეს შესაძლოა მოიცავდეს სამედიცინო დაწესებულებებში სომხურ და აზერბაიჯანულ ენაზე შექმნილ საინფორმაციო ფლაერებსა და ბუკლეტებს.

სასურველია კვლევაში მონაწილე რეგიონულ ცენტრებში პაციენტებისათვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებებში პროფესიონალი თარჯიმნის დანიშვნა.

ჯანმრთელობის პროგრამებში საჭიროა აქტიური საინფორმაციო კამპანიის წარმოება, რომლის უმთავრესი მიზანია ავადობის სტიგმატიზაციის მინიმუმამდე დაყვანა, რითაც შესაძლებელია სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვების გაუმჯობესება, რადგან ხშირია დიაგნოზის, სიმპტომების დამალვის და ამის გამო სამედიცინო სერვისების არ განხორციელების შემთხვევები. ასევე აუცილებელია დაბალ ასაკში ქორწინების, შვილოსნობის, ნათესაური ქორწინებების შედეგად შესაძლო ზიანის და რისკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდაზე მუშაობა.

სასურველია ქვეყნის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის სერვისების გააქტიურება, თანამედროვე კონტრაცეფციის საშუალებების სამიზნე ჯგუფებისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტით დაფინანსება.

ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარება და ხელი შეუწყოს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებას. აუცილებელია ექიმთა განათლება მიზნობრივ ჯგუფებთან კომუნიკაციის პრინციპების, სამედიცინო ეთიკისა და სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში სოციალური ასპექტების გათვალისწინების მნიშვნელობის შესახებ.

აუცილებელია ნებისმიერი ცვლილებისა თუ სიახლის რეგიონში არაქართულენოვანი სამედიცინო პერსონალისათვის მათთვის გასაგებ ენაზე თარგმნა და მიწოდება, იქნება ეს განახლებული/ახლად შემუშავებული გაიდლაინები თუ პროტოკოლები.

მნიშვნელოვანია სახელმწიფო სამართალდამცავი ორგანოების მხრიდან აღნიშნულ რეგიონებში სოციალურ ნორმად მიღებული ქალთა სხეულებრივი ავტონომიის დარღვევის და რეპროდუქციული ძალადობის სამართლებრივ ჩარჩოებში განხილვა. ძალიან მნიშვნელოვანია ადრეული ქორწინების, ქორწინების მიზნით სექსუალური ძალადობის წინააღმდეგ არსებული კანონის ეფექტიანად აღსრულების კონტროლი და რეაგირებაზე პასუხისმგებელი სამართალდამცავი პირების ტრენინგი, გადამზადება.

საკვლევ ეთნიკურ ჯგუფებში არსებულ ჯანდაცვის გამოწვევებზე მუშაობის გამარტივების მიზნით სასურველია, სტატისტიკური ინფორმაციის სისტემატური შეგროვების ზოგიერთ მოდულში, ეთნიკური იდენტობის განმსაზღვრელი პუნქტის დამატება, რათა კიდევ



უფრო კარგად შევძლოთ საჭიროებებისა და პრობლემების წარმოჩენა. ამასთანავე აუცილებელია ამის სწორი ფორმით დანერგვა, რათა არ მოხდეს იდენტობასთან დაკავშირებული სტიგმის კიდევ უფრო გაძლიერება.

აუცილებელია ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში ადამიანის სექსუალობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ყოვლისმომცველი განათლების მიწოდების დანერგვა, ხოლო ამ პროცესში ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რეგიონებში ენობრივი ბარიერის გათვალისწინება.

ეთნიკურ უმცირესობებთან გამოწვევების შესამცირებლად აუცილებელია სახელმწიფოს ჩართულობა და ძალადობისა და დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმის სახელმწიფო პროგრამების მუშაობის გზით, მულტისექტორული მიდგომით აღკვეთა.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2022). 2022 წელს დაფიქსირებული დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას დაწესებულებების მუნიციპალიტეტების მიხედვით.
2. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2022). 2022 წელს რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა.
3. დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრი. (2022). ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების საზიანო პრაქტიკა საქართველოში. გვ 36-41 [https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bavshvobis\\_asakshi\\_korcineba\\_angarishi\\_saboloo\\_versia.pdf](https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bavshvobis_asakshi_korcineba_angarishi_saboloo_versia.pdf)
4. მიქელაძე, ა. (2016). მარხვა, რამაზანი. <https://www.muslimgeorgia.com/rezo-aziz-mikeladze/%e1%83%9b%e1%83%90%e1%83%a0%e1%83%ae%e1%83%95%e1%83%90-3/>
5. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (11,10,2017). საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3825285?publication=0>
6. საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები, ეროვნული შეფასება. <https://ombudsman.ge/res/docs/2019072913513745197.pdf>
7. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2014). მოსახლეობის განაწილება რეგიონებისა და ეროვნებების/ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით. Retrieved from მოსახლეობის 2014 წლის საყოველთაო აღწერის შედეგები: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/739/demografiuli-da-sotsialuri-makhasiateblebi>
8. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). დედათა გარდაცვალების რიცხოვნობა რეგიონების მიხედვით. მოსახლეობა და დემოგრაფია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/320/gardatsvaleba>
9. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. ბუნებრივი მატება რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/321/bunebriwi-mateba>
10. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>
11. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. მკვდრადშობილთა რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>

12. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია, მოსახლეობის რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>
13. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა რეგიონების და სქესის მიხედვით. Retrieved from მოსახლეობა და დემოგრაფია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>
14. სოციალური სამართლიანობის ცენტრი. (2022). ეთნიკური უმცირესობების სოციალური და ეკონომიკური ექსკლუზია. გვ.8 <https://socialjustice.org.ge/ka/products/etnikuri-umtsiresobebis-sotsialuri-da-ekonomikuri-ekskluzia>
15. UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი. (2022). ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების მიმოხილვა საქართველოში. გვ.7 Retrieved from გაეროს მოსახლეობის ფონდი: [https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sexuality\\_education.\\_pages.pdf](https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sexuality_education._pages.pdf)
16. UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი. (2022). საქართველოში არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით არსებული მდგომარეობის შეფასება. გვ 5-6 Retrieved from <https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2022042614550415532.pdf>
17. WeResearch, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი . (2021). ორმაგი დაუცველობა და უსაფრთხოება, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა შემთხვევის შესწავლა საქართველოში. გვ.2 Retrieved from <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/georgien/18830.pdf>
18. World health organization. (2021). HRP annual report 2021. Retrieved from Sexual and Reproductive Health and Research: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051003>
19. World health organization. (2021). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Retrieved from World health organization: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh))