

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

მეანობა-გინეკოლოგიის და რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტი

ხელნაწერის უფლებით

თამარ ჯაფარიძე

დაუგეგმავი ორსულობები, მათი გამოსავალი და კავშირი
კონტრაცეპციის გამოყენებასთან საქართველოში

დისერტაცია

წარმოდგენილი მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის

მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი

მედ. მეც. დოქტორი, პროფ. ჯენარა ქრისტესაშვილი



უნივერსიტეტის
გამომცემლობა

თბილისი 2016

სარჩევი

შემოკლებები	4
შესავალი	5
თემის აქტუალობა	5
კვლევის ამოცანები	9
ნაშრომის მეცნიერული სიახლე	10
ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება	12
გამოქვეყნებული შრომების სია	14
ნაშრომის აპრობაცია	15
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა	16
1.1. დაუგეგმავი ორსულობები	16
1.2. ხელოვნური აბორტები	23
1.3. კონტრაცეპციის გამოყენება	34
1.4. კონტრაცეპციაზე ინფორმირება	41
თავი 2. მასალა და მეთოდები	44
2.1. კვლევის ობიექტი	44
2.2. ჩართვის კრიტერიუმები	44
2.3. ცვლადების შერჩევა	45
2.4. კვლევის მეთოდები	49
თავი 3. საკუთარი კვლევის შედეგები	50
3.1. აღწერილობითი სტატისტიკა.....	50
3.1.1. დაუგეგმავი ორსულობები	50

3.1.2. თანამედროვე მეთოდების მომხმარებლების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა	58
3.1.3. კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება სოფლად და ქალაქად	59
3.1.4. კონტრაცეპციაზე ინფორმირების წყაროები	66
3.2. მრავლობითი ლოგარითმული რეგრესიული ანალიზი	69
3.2.1. დაუგეგმავი ორსულობები და ხელოვნური აბორტი	69
3.2.2. კონტრაცეპციის გამოყენება ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში	74
3.2.3. კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებული ფაქტორები ქართულ პოპულაციაში	79
3.2.4. კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება ქალაქად და სოფლად	102
3.2.5. ინფორმირების წყაროს გავლენა კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენებაზე	105
თავი 4. მიღებული შედეგების განხილვა	112
თავი 5. დასკვნები	124
თავი 6. რეკომენდაციები	127
გამოყენებული ლიტერატურა	140

აბრევიატურა

TIAR – Total Induced abortion Rate - ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტი

AR - აბორტების ზოგადი კოეფიციენტი

UNFPA - United Nations Population Fund - გაეროს მოსახლეობის ფონდი

USAID - United States Agency for International Development - ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო

UNICEF - United Nations Children’s Fund - გაეროს ბავშვთა ფონდი

SD – სტანდარტული გადახრა

OR - შეფარდებითი რისკი

TFR - total fertility rate (TFR)

შესავალი

თემის აქტუალობა

დაუფეგმავი ორსულობების შემთხვევების მაღალი სიხშირე და მისი შემდგომი ხელოვნური აბორტების დიდი რაოდენობა კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება მსოფლიოში¹. ორსულობაზე არასაკმარისი ან დაგვიანებული პრენატალური მეთვალყურეობის გამო მან შეიძლება არასასურველი გავლენა იქონიოს ქალის, როგორც საერთო, ისე მის სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და მოჰყვეს სერიოზული მენტალური და ფიზიკური პრობლემები, როგორც მისთვის, ასევე მისი ოჯახისთვის⁽²⁾. როგორც სხვა ქვეყნებისთვის, ისე საქართველოსთვისაც აქტუალური პრობლემაა დაუფეგმავი ორსულობების მაღალი სიხშირე, რომელიც ხშირად ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტით მთავრდება. ხელოვნური აბორტის გართულებები: საშვილოსნოდან სისხლდენა, საშვილოსნოს პერფორაცია, ინფექციური გართულებები, აბორტისშემდგომი უშვილობა და მენსტრუალური ციკლის დარღვევები დაკავშირებულია ქალის რეპროდუქციული და ზოგადი ჯანმრთელობის გაუარესებასთან და ზედმეტ სამედიცინო ხარჯებთან. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში 1990 წლიდან 2008 წლამდე ხელოვნური აბორტების ჯამობრივმა კოეფიციენტმა დაიკლო 3,7-დან 1,6-მდე ყოველ ქალზე, მათი სიხშირე კვლავ მაღალი რჩება.

საქართველოში კონტრაცეპციის გავრცელებაში და შემდგომი ხელოვნური აბორტების მაჩვენებლების შემცირებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციამ და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებულმა პროგრამებმა. 2000 წლიდან გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) და გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) მიერ განხორციელებულ პროგრამებს მოჰყვა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორების

მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება საქართველოში^{3,4,5}. თუმცა ამ კუთხით ჯანმრთელობის მაჩვენებლები კვლავ არასახარბიელოა.

ვინაიდან დაუგეგმავ ორსულობასთან და ხელოვნურ აბორტებთან დაკავშირებული პრობლემები ქვეყნების მიხედვით სპეციფიურია, ამდენად თითოეული ქვეყნისთვის მეტად მნიშვნელოვანია იმ პრობლემების და რისკ ფაქტორების გამოვლენა, რომელიც დამახასიათებელია კონკრეტული ქვეყნისთვის და მოითხოვს მიზანმიმართულ ღონისძიებების გატარებას მათი მინიმიზაციისთვის^{6,7,8}. მრავალი კვლევა აჩვენებს, რომ დაუგეგმავ ორსულობებზე, ხელოვნურ აბორტებზე და კონტრაცეპციის გამოყენებაზე გავლენას ახდენს სოციალური, ეკონომიკური, დემოგრაფიული და ტრადიციული ფაქტორები: ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე, ეთნიკური წარმომავლობა, რელიგიურობა, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა, ქალის მატერიალური შესაძლებლობა და სხვა^{9,10,11}. ეს ფაქტორები ხშირად განსაზღვრავენ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე და კონტრაცეპტიულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობას¹². მაგალითად, სუბსაჰარულ აფრიკაში, სადაც დაუგეგმავი ორსულობების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა, რისკის ფაქტორებად სახელდება სიღარიბე, სტიგმა მარტოხელა დედობისადმი, კულტურალური უპირატესობის მინიჭება ვაჟისათვის, ქალის ანაზღაურებადი სამუშაო ან სწავლა, მეტი შვილის ყოლის სურვილის არ ქონა, პარტნიორისგან მხარდაჭერის არარსებობა, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე არასაკმარისი წვდომა, კონტრაცეპციის გამოყენებლობა, უმუშევრობა, ავადმყოფობა და სხვა⁴¹. ოკაიომი (აშშ) დაუგეგმავი ორსულობები ძირითადად აღენიშნათ ახალგაზრდა ასაკის, გაუთხოვარ, სამ და მეტშვილიან, განათლების დაბალი დონის და შავკანიან ქალებს¹³. ესპანეთში ქალის განათლების დაბალი დონე და დაბალი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა კორელირებდა დაუგეგმავი ორსულობის რისკის მატებასთან¹⁴. კენიაში, ბარაკებში მაცხოვრებლების დაუგეგმავი ორსულობების რისკი ასოცირდებოდა ასაკთან, შობადობის მაჩვენებელთან და ქორწინების სტატუსთან, ხოლო არაბარაკებში მაცხოვრებლების - ქორწინების სტატუსთან და ეთნიკურობასთან¹⁵. ძირითადად, დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება განვითარებად

რეგიონებში, რადგან ხშირია კონტრაცეპციის არ გამოყენება ან კონტრაცეპციის გამოყენება, ძირითადად ტრადიციული მეთოდების¹⁶.

დაუგეგმავი ორსულობების ხელოვნური აბორტით დასრულების თუ არასასურველი ორსულობის პროლონგირების წილიც ქვეყნების მიხედვით განსხვავებულია. განვითარებულ ქვეყნებში დაუგეგმავი ორსულობების პროლონგირების და შემდგომ მშობიარობის წილი მეტია, ვიდრე ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში (53% vs 48%)⁴¹. აფრიკაში, კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე არასაკმარისი ინფორმირების, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე დაბალი წვდომის, დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობის, სასურველი დიდი ზომის ოჯახების გამო ქალები ხელოვნურ აბორტს ნაკლებად მიმართავენ, რის გამოც შობადობის მაჩვენებლები მათთან მაღალია⁴¹. დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მაჩვენებლები დასავლეთ ევროპაში და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში მეტია, სადაც ხელოვნური აბორტი დიდი ხნის განმავლობაში ოჯახის დაგეგმვის ძირითადი მეთოდი იყო და როგორც ჩანს, ამჟამადაც რჩება^{17,18}. ჩრდილოეთ ამერიკაში, უფრო ხშირად ვიდრე ევროპაში, ქალები ახდენენ ორსულობის პროლონგირებას (48% vs 25%), რაზეც გავლენას ახდენს ის ფაქტი, რომ ხშირად მარტოხელა დედები ჩრდილოეთ ამერიკაში მატერიალურ დახმარებას იღებენ სახელმწიფოსგან ან ბავშვის გაშვილებას მიმართავენ^{19,20,41}. ხელოვნური აბორტების სიხშირე მაღალია მიგრანტებში, მაგალითად, ჰოლანდიაში განმეორებით აბორტზე უფრო ხშირად ხვდებიან მიგრანტები კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებიდან და 20 წელზე მეტი ასაკის ქალები²¹.

ქალები, რომელთაც მაღალხარისხიან სამედიცინო სერვისებსა და კონტრაცეპტიულ საშუალებებზე ხელი არ მიუწვდებათ, ხშირად მრავალი გამოწვევის წინაშე დგებიან. ოჯახის სწორად დაგეგმვის საკითხებში კონტრაცეპციული მეთოდების შესახებ ინფორმირებასა და ინფორმირების წყაროს სანდოობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს²². ბევრ ქვეყანაში ინფორმირების ძირითადი და სანდო წყარო ექიმია. ძირითადად, ქალებს კონტრაცეპციაზე კონსულტირება აბორტის ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში უტარდებათ. ჰოლანდიაში ექიმების ახალგაზრდებთან მუშაობის

შედეგად კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რასაც ხელოვნური აბორტების რაოდენობის შემცირება მოჰყვა²³.

საქართველოში, პოპულაციის კონტრაცეპციის სფეროში ინფორმირების, განათლების და ცოდნის უკმარისობა კვლავ პრობლემად რჩება. ახალგაზრდების დიდი ნაწილისათვის კონტრაცეპციული საშუალებები ცნობილი არ არის ან მცდარ ინფორმაციას ფლობენ და მათ მიმართ უნდობლობას იჩენენ^{24, 25}. სქესობრივი განათლების წყაროს ძირითადად ჯანდაცვის ობიექტები წარმოადგენენ. არ არსებობს სისტემური სასკოლო პროგრამები, რომელთა დახმარებითაც ახალგაზრდებს შეეძლებათ კონტრაცეპციაზე ინფორმაციის მიღება სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე.

საქართველოში არ ჩატარებულა კვლევები დაუგეგმავ ორსულობებთან, ხელოვნურ აბორტებთან და კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებასთან მიმართებაში, რომლებიც გამოავლენდა მათთან დაკავშირებულ დემოგრაფიულ, სოციალურ და ეკონომიკურ რისკის ფაქტორებს. ამიტომაც აქტუალურია ამ საკითხების შესწავლასთან დაკავშირებული კვლევის ჩატარება. ამ კვლევით მიღებული ინფორმაცია დაეხმარება ჯანდაცვის მესვეურებს და პროგრამების შემქნელებს, რათა მათ ქალთა პრობლემების გათვალისწინებით, სპეციფიურად გააძლიერონ მუშაობა სამიზნე ჯგუფებთან და განახორციელონ საჭირო ჩარევები. მიზანმიმართული ღონისძიებები გააძლიერებს კონტრაცეპციის თანამედროვე ეფექტური საშუალებების გამოყენებას, ეს კი თავის მხრივ შეამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების სიხშირეს და მათ შემდგომ ხელოვნურ აბორტებს.

ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე ჩვენი **კვლევის მიზანს** წარმოადგენდა: დაუგეგმავი ორსულობების, მათი ხელოვნური აბორტებით დასრულების, ხელოვნური აბორტით დასრულებული დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში და ზოგადად კონტრაცეპციის, მათ შორის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების სიხშირეების დადგენა და მათზე დემოგრაფიული, სოციალური, ეკონომიკური ფაქტორების: ქალის საცხოვრებლის, ასაკის, ეთნიკური წარმომავლობის, რელიგიურობის, განათლების დონის, ცოცხალი შვილების რაოდენობის, ქალის

ეკონომიკური მდგომარეობის გავლენის განსაზღვრა, ასევე კონტრაქციის შესახებ ინფორმირების მნიშვნელოვანი წყაროების გავლენის დადგენა კონტრაქციის თითოეულ მეთოდის გამოყენებაზე.

კვლევის ამოცანები:

- საქართველოში დაუგეგმავი ორსულობების სიხშირის, მათი გამოსავლის და მათთან პოტენციურად ასოცირებული ფაქტორების (ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე, ქონებრივი ტერცილი, მატერიალური მდგომარეობა, ეთნიკური წარმომავლობა, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა და რელიგიურობა) დადგენა;
- ზოგადად კონტრაქციის და მათ შორის კონტრაქციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების მოხმარების დადგენა იმ ქალებში, რომლებმაც დაუგეგმავი ორსულობა დაასრულეს ხელოვნური აბორტით და მათთან პოტენციურად ასოცირებული ფაქტორების (ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე, ქონებრივი ტერცილი, მატერიალური მდგომარეობა, ეთნიკური წარმომავლობა, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა და რელიგიურობა) განსაზღვრა.
- სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების (ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე, ქონებრივი ტერცილი, მატერიალური მდგომარეობა, ეთნიკური წარმომავლობა, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა და რელიგიურობა) გავლენის დადგენა კონტრაქციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენებაზე საქართველოში.
- კონტრაქციის გამოყენების სიხშირე ქალაქად და სოფლად და საცხოვრებლის გავლენა თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენებაზე იმ ქალთა ჯგუფებში, რომლებიც განსხვავდებოდნენ სოციო-ეკონომიკური მახასიათებლებით (ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე, ქონებრივი ტერცილი, მატერიალური მდგომარეობა, ეთნიკური წარმომავლობა, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობა და რელიგიურობა).

- კონტრაცეპციაზე ინფორმირების მნიშვნელოვანი წყაროების გამოვლენა და კონტრაცეპციის თითოეული მეთოდების გამოყენებაზე მათი გავლენის დადგენა.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე

- მულტინომინალური რეგრესიული ანალიზის გამოყენებით პირველად საქართველოში 2010 წლის ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემთა ბაზის მეორადი ანალიზით განისაზღვრა დაუგეგმავ ორსულობებზე, მათი ხელოვნური აბორტებით შეწყვეტაზე და ხელოვნურად შეწყვეტილ დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში კონტრაცეფციის გამოყენებაზე, მათ შორის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების, დემოგრაფიული, სოციალური და ეკონომიკური რისკის ფაქტორების გავლენა და გამოითვალა მათი გავლენის შეფარდებითი რისკები.
- პირველად სტატისტიკური ანალიზით დადგინდა, რომ დაუგეგმავი ორსულობის სარწმუნოდ ნაკლები შეფარდებითი რისკი ჰქონდათ ქალაქად მაცხოვრებელ ქალებს სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით. ქალის ასაკი, განათლების დონე, ეკონომიკური მდგომარეობა უარყოფითად და ცოცხალი შვილების რაოდენობა დადებითად კორელირებდა დაუგეგმავი ორსულობების სიხშირესთან. ეთნიკურ წარმომავლობას და რელიგიურობას არ ჰქონდათ სტატისტიკურად სარწმუნო გავლენა დაუგეგმავი ორსულობების მაჩვენებლებზე.
- სტატისტიკურმა ანალიზმა არ გამოავლინა დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტაზე ქალის საცხოვრებლის, ასაკის, განათლების დონის, ქალის შემოსავლის და რელიგიურობის გავლენა. თუმცა, დადგინდა, რომ ქართველები უფრო ნაკლებად მიმართავდნენ ხელოვნურ აბორტს, ვიდრე სხვა ეთნიკურობის წარმომადგენლები, ისევე როგორც ქალები მაღალი ქონებრივი ტერცილით დაბალი ქონებრივი ტერცილის მქონე ქალებთან შედარებით.
- პირველად, საქართველოსთვის, დადგინდა, რომ ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის გამოყენება არ იყო კორელაციაში ქალის საცხოვრებელთან, ასაკთან, განათლების დონესთან, ეკონომიკურ მდგომარეობასთან,

ქონებრივ ტერცილთან და ეთნიკურ წარმომავლობასთან. არაქართველი მართლმადიდებლები უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის რაიმე მეთოდს, ვიდრე ქართველი მართლმადიდებლები.

- პირველად დადგინდა, რომ ხელოვნურად შეწყვეტილი დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში ქალაქად მაცხოვრებლები სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით, 20-34 წლის ქალები 40-44 წლის ქალებთან შედარებით, ქართველები სხვა ეთნიკურ წარმომადგენლებთან შედარებით სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. მუსლიმები და სხვა მართლმადიდებლები ქართველ მართლმადიდებლებთან შედარებით უფრო ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. განათლების დონე და ქონებრივი ტერცილი უარყოფითად კორელირებდა კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების მოხმარებასთან. თუმცა, სტატისტიკურად უფრო მძლავრი ფაქტორები ასაკი და ქონებრივი ტერცილი აღმოჩნდა.
- მულტინომინალური რეგრესიული ანალიზით პირველად განისაზღვრა კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებაზე დემოგრაფიული, სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორების (ქალის საცხოვრებლის, ასაკის, განათლების დონის, ქონებრივი ტერცილის, მატერიალური მდგომარეობის, ეთნიკური წარმომავლობის, ცოცხალი ბავშვების რაოდენობის და რელიგიურობის) გავლენის შეფარდებითი რისკი. დადგინდა, რომ ქალაქად მაცხოვრებელი ქალები სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით მეტად იყენებდნენ მამაკაცის კონდომს. 40-44 წლის ქალებთან შედარებით დაბალი ასაკობრივი გჯუფის ქალები ნაკლებად იყენებდნენ სშს-ს და მამაკაცის კონდომს, ხოლო 30-39 წლის ქალები მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციულ აბებს და მამაკაცის კონდომს. განათლების მაღალი დონე ასოცირდებოდა კონტრაცეპციის გამოყენების მაღალ ალბათობასთან. ქართველი ეროვნების ქალებთან შედარებით სომეხი ეროვნების ქალები ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეპციულ აბებს, სშს-ს და მამაკაცის კონდომს, აზერბაიჯანელები - მამაკაცის კონდომს და მეტად - სშს-ს.

- პირველად განისაზღვრა მაცხოვრებლის (ქალაქი, სოფელი), როგორც პრედიქტორული ფაქტორის, შეფარდებითი რისკი კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენებაზე სოციო-ეკონომიკური ნიშნით დაყოფილ ქალთა ჯგუფებში. დადგინდა, რომ ქალაქად მაცხოვრებელი ქალები 20-44 წლის ასაკში, მაღალი განათლების დონით, დაბალი მატერიალური შესაძლებლობით, დაბალი ქონებრივი ტერცილით, 1, 2 და 3 ცოცხალი ბავშვების რაოდენობით, ქართველები და სომხები, მართლმადიდებლები და „სხვა“ რელიგიები სოფლად მაცხოვრებელ იგივე მახასიათებლების მქონე ქალებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს.
- საქართველოში პირველად, მულტინომინალური რეგრესიული ანალიზით, განისაზღვრა ინფორმირების წყაროს გავლენის შეფარდებითი რისკი კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებაზე. კვლევით დადგინდა, რომ ქალები კონტრაცეპციაზე ყველაზე ხშირად მეგობრებიდან არიან ინფორმირებული, თუმცა მათგან მიღებულ ინფორმაციის არ გააჩნია სტატისტიკურად სარწმუნო გავლენა კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდის გამოყენებაზე. კონტრაცეპციის გამოყენება სტატისტიკურად სარწმუნოდ ასოცირდებოდა მხოლოდ ექიმისგან და ქმარი/პარტნიორისგან მიღებულ ინფორმაციასთან.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება მდგომარეობს იმაში, რომ კვლევით დადგენილი დემოგრაფიული, სოციალური და ეკონომიკური რისკის ფაქტორების გათვალისწინება დაეხმარება ჯანდაცვის მესვეურებს იმ სამიზნე ჯგუფების იდენტიფიცირებაში, რომლებიც არიან დაუგეგმავი ორსულობების, ხელოვნური აბორტების, კონტრაცეპციის დაბალი სიხშირით გამოყენების რისკის ქვეშ, კერძოდ, სოფლად მაცხოვრებელი, მაღალი ასაკის, დაბალი განათლების დონის, დაბალი

ეკონომიკური შესაძლებლობის, ეროვნული უმცირესობების და ორ და მეტ შვილიანი ქალები.

ექიმებისგან კონტრაცეპციული საშუალებების შესახებ კვალიფიციური ინფორმაციის მიღების ნაკლებობა, მათ მიერ ტრადიციული მეთოდების პრომოცირება გამოწვევის წინაშე აყენებს ჯანდაცვის პროვადერებს. საჭიროა სამედიცინო სფეროს პროფესიონალებმა ახალი ეფექტური კონტრაცეპციის მეთოდების კლინიკაში ინტეგრაციით, კონსულტირების გაუმჯობესებით, გაზარდონ ქალების კონტრაცეპციაზე გათვითცნობიერება, რათა ქალებმა გააკეთონ კარგად ინფორმირებული არჩევანი მაღალ ეფექტური კონტრაცეპციის გამოყენებაზე. ეს ხელს შეუწყობს მაღალეფექტური კონტრაცეპციის გამოყენების გაზრდას, შეამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების და მასთან ასოცირებულ ხელოვნური აბორტების რაოდენობას.

გამოქვეყნებული შრომების სია

1. Termination of unplanned pregnancy and prior usage of contraception in Republic of Georgia, Article in *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* 36(6):524-526. November 2014.
2. Nato Pitskhelauri, George Lobzhanidze, Mariam Balakhadze, Tamar Chochua, Tamar Japaridze, Nino Chikhladze, Tamar Lobjanidze *International Journal of Scientific Research*, Vol : 4, Issue : 7 July 2015 - See more at:
<http://www.worldwidejournals.com/ijsr/articles.php?val=NTk2OA==&b1=641&k=161#sthash.5qXu8lsd.dpuf>.
3. Japaridze T, Kristesashvili J, Imnadze P. Influence of sources of information on contraception use in Georgia. *Georgian medical news*, 2015; No 11 (248): 16-20.
4. Japaridze T, Kristesashvili J. "Unintended Pregnancies, Their Outcome And Prior Usage Of Contraception In Georgia", *Iranian Journal of Public Health*. Accepted 17.01.2016.
5. Japaridze T, Kristesashvili J, Imnadze P. Socio-demographic characteristics of different modern contraceptive users in Georgia. *Actual Topics on Women's Health*. 2016; No 8.: 32-41.
6. Japaridze T, Kristesashvili J, Imnadze P. Influence of area of residence on contraception use of different socio-economic characteristics women in Georgia. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*. *Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health*, Volume 1, Issue 1, June 2016.

ნაშრომის აპრობაცია

- ✓ ნაშრომის ფრაგმენტების აპრობაცია განხორციელდა თსუ მედიცინის ფაკულტეტის კოლოქვიუმებზე (2013, 2014 წწ).
- ✓ ადამიანის რეპროდუქტოლოგიის მე-16 საერთაშორისო კონგრესი, The International Academy of Human Reproduction, 16th congress on human reproduction, Berlin, Germany, 18/21 March, 2015.
- ✓ „Hurtigruten“ Bodø-Tromsø, კონფერენცია, აპრილი 2014
- ✓ „Lessons from the Georgia Research Training Program“. კონფერენცია. New York University. Tbilisi. სექტემბერი, 2014.

თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. დაუგეგმავი ორსულობები

როდესაც ქალს არ სურს მეტი შვილის ყოლა ან სურს მოგვიანებით, არ იყენებს ან არაეფექტურად იყენებს კონტრაცეპციას ან ძალადობრივი სქესობრივი კავშირი ჰქონდა, დგება დაუგეგმავი ორსულობა, რომელიც ხელოვნური აბორტით ან არასასურველი შობადობით მთავრდება. დაუგეგმავი ორსულობა არასასურველია, თუ ქალს არ სურს პირველი ან მომდევნო შვილის გაჩენა ან არადროულია, როცა ორსულობა უფრო ადრე დგება, ვიდრე ის სასურველი იყო^{26, 27}. დაუგეგმავი ორსულობა არის ძირითადი კონცეფცია, რომელიც გამოიყენება პოპულაციის ფერტილობაზე, ოჯახის დაგეგმვასა (შობადობის კონტროლი) და კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის უკეთესად აღსაქმელად^{28, 29}. დაუგეგმავი ორსულობები, ძირითადად, დგება კონტრაცეპციის გამოუყენებლობის, არაეფექტური კონტრაცეპციის გამოყენების ან ეფექტური კონტრაცეპციის არასწორი ან არათანმიმდევრული გამოყენების შედეგად³⁰. დაუგეგმავი ორსულობისას ქალები ხშირად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს ან არასასურველი ორსულობა მთავრდება არასასურველი ბავშვის დაბადებით. მაგალითად, აშშ-ში, სადაც დაუგეგმავი ორსულობების ნახევარი მშობიარობით მთავრდება მშობიარობების 37% დაუგეგმავი იყო³¹.

დაუგეგმავი ორსულობები ასოცირდება როგორც დედის და ახალშობილის სხვადასხვა პრობლემების რისკის მატებასთან, ასევე მათი ჯანმრთელობის უარყოფით გამოსავალთან. ის შეიძლება გართულდეს ნაადრევი მშობიარობით და ნეგატიურად იმოქმედოს ბავშვის ფიზიკურ და მენტალურ ჯანმრთელობაზე^{2, 32, 33}. დაუგეგმავი ორსულობისას, დედა, ჩასახვის პერიოდში, ორსულობას ოპტიმალური ჯანმრთელობით ვერ ხვდება. მან შეიძლება დააყოვნოს პრენატალური მეთვალყურეობა, რამაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მისი და მისი შვილის ჯანმრთელობაზე³⁴. მნიშვნელოვანია, რომ რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალმა ორსულობამდე ჯანმრთელი წესით იცხოვროს, მიიღოს ფოლიუმის მჟავა, შეინარჩუნოს სხეულის ნორმალური წონა ჯანსაღი კვებით, რეგულარულად შეასრულოს ფიზიკური აქტივობები, შეწყვიტოს თამბაქოს,

ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება, ჩაიტაროს ქრონიკული დაავადებების სკრინინგი ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლებთან, რათა განახორციელოს მათი შემდგომი სწორი მართვა, საჭიროა მოახდინოს ორსულობის სწორად დაგეგმვა ასაკთან მიმართებაში და საჭიროების შემთხვევაში სასურველი ორსულობის გადასავადებლად მიიღოს კონტრაცეპტივები სწორად და უწყვეტად. დაუგეგმავი ორსულობა სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, რამდენადაც იგი პირდაპირ კავშირშია დამატებით სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ხარჯებთან და ასევე, ორსულ ქალს და მის ოჯახს მნიშვნელოვან ემოციურ სტრესს აყენებს³⁵. ამასთან, თუ დედა მოზარდია, მათი შვილები მეტ პრობლემებს ხვდებიან ცხოვრებაში, მათ აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობები, ქცევითი პრობლემები და დაბალი აკადემიური მაჩვენებლები³⁶.

ზოგიერთი კვლევის თანახმად, ასეთი ორსულობის უარყოფითი ზეგავლენა ახალშობილის ჯანმრთელობაზე უფრო უკავშირდება დედის მანამდე არსებულ სოციო-ეკონომიკურ მდგომარეობას ვიდრე თვით ორსულობის დაგეგმვას³⁷. დაუგეგმავ ორსულობას დედის დეპრესიის განვითარებაშიც დიდი წვლილი შეაქვს³⁸. ამიტომაც მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანია დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობის შემცირება^{39,40}.

დაუგეგმავი ორსულობები გლობალური პრობლემაა მსოფლიოს მასშტაბით. 2008 წელს 210,9 მილიონი ორსულობიდან 42% დაუგეგმავი იყო. 1995 წლიდან 2008 წლამდე დაუგეგმავი ორსულობების კოეფიციენტი დაიკლო 20%-ით, 69-დან 55-მდე 1000 ქალზე. კლება ძირითადად შეიმჩნეოდა განვითარებულ ქვეყნებში: აქ ადგილი ჰქონდა დაუგეგმავი ორსულობების კოეფიციენტის 29%-იანი შემცირებას 59-დან 42-მდე 1000 ქალზე. განვითარებად ქვეყნებში აღინიშნა ამ კოეფიციენტის 20%-იანი შემცირება 71-დან 57-მდე 1000 ქალზე. დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი კოეფიციენტი დაფიქსირდა აფრიკაში, ხოლო დაბალი აღმოსავლეთ ევროპასა და აზიაში. ჩრდილოეთ ამერიკა იყო რეგიონი, სადაც დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა ამ პერიოდში არ შემცირებულა⁴¹.

აშშ-ში დაუგეგმავი ორსულობების პროცენტმა მცირედ მოიმატა 2001 წლიდან 2008 წლამდე (48%-დან 51%-მდე), მაგრამ 2011 წლისთვის შემცირდა 45 %-მდე ⁴². 2008 წლისთვის აღინიშნა 54 დაუგეგმავი ორსულობა 15-44 წლის 1000 ქალზე, ხოლო 2011 წელს - 45 დაუგეგმავი ორსულობა 1000 ქალზე, რაც 18%-იან შემცირებაზე მიუთითებს. ეს მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია 1981 წლიდან 2011წლამდე⁴².

2008 წლისთვის აშშ-ში ორსულობების დაახლოებით ნახევარი (3,4 მილიონი - 51%) 6,6 მილიონი ორსულობიდან, ხოლო 2011 წელს - 45% ანუ 2,8 მილიონი 6,1 მილიონი ორსულობიდან იყო დაუგეგმავი. დაუგეგმავი იყო ორსულობების არა ნაკლებ 36%-სა ყველა შტატში, ხოლო ნახევარზე მეტი - 28 შტატში და კოლუმბიის ოლქში. ისინი განსაკუთრებით მაღალი იყო სამხრეთ და სამხრეთ-დასავლეთ ნაწილში და მჭიდროდ დასახლებულ შტატებში ⁴³ . ასევე აღსანიშნავია, რომ დაუგეგმავი ორსულობები მნიშვნელოვნად მეტია აშშ-ში ვიდრე სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ⁴¹.

საქართველოს 2010 წლის ქალთა რეპროდუქციული კვლევის თანახმად, ქალების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში მათი ორსულობა დაგეგმილი იყო, ხოლო ქალების 36%-მა განაცხადა, რომ ორსულობა დაუგეგმავი იყო: მათ შორის 11% - არადროული და 26% -არასასურველი⁴⁴. ეს მაჩვენებელი ნაკლებია 1999 და 2005 წლებში არსებულ მაჩვენებლებზე, რომლებიც შეადგენდა 59%-ს და 51%-ს შესაბამისად ⁴⁵ , ⁴⁶ . არადროული ორსულობები წარმოადგენდა დაუგეგმავი ორსულობების უფრო დიდ ნაწილს 2010 წელს, ვიდრე წინა კვლევებისას დაფიქსირდა, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ამჟამად უფრო მეტ ქალს ურჩევნია ორსულობის გადავადება, ვიდრე საერთოდ უარის თქმა შვილზე. ამასთან, თითქმის ყველა ქალმა (96%), რომლის უკანასკნელი ორსულობა დასრულდა ხელოვნური აბორტით, განაცხადა, რომ ორსულობა იყო დაუგეგმავი.

დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა განსხვავდება როგორც ქვეყნების, ისე რეგიონების დონეზე. მაგალითად, ირანის სხვადასხვა რეგიონებში ჩატარებული კვლევების თანახმად დაუგეგმავი ორსულობების პროცენტი განსხვავდება, თუ მთლიანად ირანში იგი 22%-ია, არდებილში 61%-ს აღწევს^{47,48,49}.

აღსანიშნავია, რომ ქვეყნის სპეციფიურობიდან გამომდინარე, დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობაზე და გავრცელებაზე, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქალის დემოგრაფიული, სოციალური, კულტურული და ეკონომიკური ფაქტორები: ქალის საცხოვრებელი, ეთნიკური წარმომავლება, ასაკი, რელიგიური კუთვნილება, ქალის განათლების დონე, ცოცხალი შვილების რაოდენობა, ქალის შემოსავალი და სხვა. ეს განსხვავებები აისახება როგორც თითოეული ქვეყნის, ისე რეგიონების დონეზე^{50,51,52}.

მაგალითად, აშშ-ში დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა მეტია ახალგაზრდა ასაკის ქალებში და კლებულობს ასაკის მატებასთან ერთად. მისი ყველაზე მაღალი სიხშირე 20-24 წლის ასაკის ქალებში აღინიშნა (2008 წელს 104 -1000 ქალზე, 2011 წელს 81 1000 ქალზე). ეს არცაა გასაკვირი, რადგან ამ ასაკში ქალები გამოირჩევიან მაღალი ნაყოფიერებით, ხდებიან სქესობრივად აქტიურები, მაგრამ ჩვეულებრივ ურჩევენიათ ორსულობის გადავადება, თუმცა ძალიან ახალგაზრდები არიან, რომ მიმართონ სტერილიზაციას. ამ ასაკობრივ კატეგორიაში ქალების 70% დაუგეგმავი ორსულობის რისკის ქვეშაა. ეს რაოდენობა მნიშვნელოვნად მცირდება 30 და მეტი წლის ასაკობრივ კატეგორიაში, რადგან ქალები ან მათი პარტნიორები ხშირად მიმართავენ სტერილიზაციას⁴².

1980 წლიდან აშშ-ში აღინიშნება დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობის კლება. 2006 წელს ორსულობების 49% იყო დაუგეგმავი, რაც მცირედ აღემატებოდა 2001 წლის მაჩვენებელს - 48%-ს. 19 წლამდე ასაკის ქალებში 5-დან 4 ორსულობა დაუგეგმავი იყო, ხოლო 15 წლამდე - 98%. 2001 წლიდან და 2006 წლამდე 15-17 წლის ასაკის ქალებში დაუგეგმავი ორსულობები შემცირდა 89%-დან 79%-მდე, ხოლო გაიზარდა 18-19 წლის ქალებში 79%-დან 83%-მდე და 20-24 წლის ასაკის ქალებში - 59%-დან 64%-მდე⁵³. 2008-დან 2011 წლამდე დაუგეგმავი ორსულობები 20%-ით შემცირდა 18-19 წლის ასაკის ქალებში.

დიდ ბრიტანეთში სადაც დაუგეგმავია 6-დან 1 ორსულობა, 16-19 წლის ასაკის ქალებში ეს მაჩვენებელი 21,2%-ს შეადგენს, დაუგეგმავი ორსულობის რისკ ფაქტორებს

წარმოადგენენ: სქესობრივი კავშირი 16 წლამდე, დაბალი განათლების დონე, პარტნიორისგან ცალკე ცხოვრება⁵⁴.

ტანზანიის სოფლებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა მეტი იყო ახალგაზრდა (<20 წლის) ასაკის და მარტოხელა ქალებში, ისევე როგორც კენიაში ბარაკებში მაცხოვრებელ დაბალი ასაკის ქალებში⁵⁵. ინდოეთში არადროული ორსულობები უფრო გავრცელებული იყო ახალგაზრდა ქალებში, არასასურველი ორსულობები კი - 35 წელზე მეტ ასაკში⁵⁶.

ჰარარეში (ზიმბაბვე) დაუგეგმავი ორსულობის მეტი რისკი ჰქონდათ ქალებს 19 წლამდე და 35 წლის ზემოთ⁵⁷. ტაილანდში ახალგაზრდა ქალებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ დაუგეგმავი ორსულობები ასოცირდებოდა დაბალ ასაკთან და სტუდენტობის პერიოდთან⁵⁸.

მსგავსი მონაცემები დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც ახალგაზრდა ქალებს, სოციო-დემოგრაფიული ფაქტორების გავლენისა და კონტრაცეპციის არასრულფასოვანი მოხმარების გამო მეტი რისკი ჰქონდათ დაუგეგმავი ორსულობის მაღალი ასაკის ქალებთან შედარებით^{59,60,61}.

აშშ-ში დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა მაღალია ღარიბ და დაბალი შემოსავლის მქონე, 18-24 წლის ქალებში, ასევე ქალებში, რომლებიც პარტნიორისგან ცალკე ცხოვრობენ და უმცირესობის წარმომადგენლებში. დაუგეგმავი ორსულობების დონე მიისწრაფვის დაკლებისკენ მაღალი შემოსავლის მქონე, თეთრკანიან, კოლეჯის განათლების მქონე და გათხოვილ ქალებში. მაგალითად, 2011 წელს დაუგეგმავი ორსულობების კოეფიციენტი მაღალი შემოსავლების მქონე ქალებში ნაკლები იყო ნაციონალურ დონეზე (18 vs 45 1000 ქალზე)⁶².

2001 წლიდან 2008 წლამდე დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობამ მოიმატა ღარიბი და დაბალი შემოსავლის მქონე ქალებში⁴². აშშ-ში 1981 წლიდან 30 წლიანი პერიოდის მატების შემდეგ დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობამ 2008 წლიდან ღარიბ ქალებში შემცირება დაიწყო, მაშინ როცა ამავე პერიოდში მაღალი შემოსავლის

მქონე ქალებში მათი რაოდენობა მუდმივად მცირდებოდა. 2008 წელს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი ქალების დაუგეგმავი ორსულობების კოეფიციენტი შეადგინა 137 15-44 წლის 1000 ქალზე, ხოლო 2011 წელს 112 - 1000 ქალზე, აღინიშნა 18%-იანი შემცირება 3 წლიან პერიოდში. მაღალი შემოსავლების მქონე ქალებში 20%-იანი შემცირება დაფიქსირდა 2008 წლიდან 2011 წლამდე ^{42, 62}. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი ქალების დაუგეგმავი ორსულობების კოეფიციენტი 5-ჯერ აღემატებოდა მაღალი შემოსავლის მქონე ქალების მაჩვენებელს (2011 წელს - 20/1000 ქალზე, 2008 წელს - 26/1000 ქალზე)^{42, 62}.

ჩილეში დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე 25 წლამდე ასაკის ქალებს უფრო მეტი ალბათობა აქვთ ჰქონდეთ დაუგეგმავი ორსულობა, ვიდრე მაღალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებს⁶³.

ქალის ეკონომიკურ შესაძლებლობასთან ერთად განათლების დონე დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობის ერთ-ერთი განმსაზღვრელია. მრავალი კვლევა აჩვენებს ქალის განათლების დონის სარწმუნო ასოცირებას დაუგეგმავი ორსულობების დონესთან. უმეტესად, ქალს მაღალი განათლების დონით და მაღალი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობით ნაკლები ალბათობა აქვს, რომ ჰქონდეს დაუგეგმავი ორსულობა^{64, 65, 66}.

აშშ-ში არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებს ჰქონდათ ყველაზე მაღალი დაუგეგმავი ორსულობის კოეფიციენტი ყველა სხვა დონის განათლებასთან მიმართებაში (73 1000 15-44 წლის ქალზე). რაც უფრო მაღალი იყო განათლების დონე მით უფრო ნაკლები იყო დაუგეგმავი ორსულობის კოეფიციენტი ⁶².

ინგლისში, 2010-2012 წლების პერიოდში დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი სიხშირე აღინიშნა დაბალი ზოგადი განათლების მქონე ქალებში, დაბალი სქესობრივი განათლების მქონე ქალებში და მათში ვისაც სქესობრივი განათლება მიღებული ჰქონდა არასასკოლო წყაროებიდან ⁵⁴.

ინდოეთში, სადაც არადროული ორსულობები უფრო გავრცელებულია ახალგაზრდა ქალებში, არასასურველი ორსულობები - 35 წელზე უფროს ასაკში,

არადროული ორსულობების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ნაკლები იყო მაღალი განათლების დონის მქონე ქალებში⁵⁶. ასეთივე შედეგები აღინიშნა ნიგერიაში ჩატარებული კვლევით, განათლების მაღალი დონე ამცირებდა დაუგეგმავი ორსულობების რისკს⁶⁷.

დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობაზე, სხვა ფაქტორებთან ერთად, გავლენას ახდენს ქალის ეთნიკური წარმომავლობაც^{68,69}. მაგალითად, აშშ-ში შავკანიან ქალებს აქვთ ყველაზე მაღალი დაუგეგმავი ორსულობების დონე, 79 - 1000 15-44 წლის ქალზე. ეს მაჩვენებელი თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე არაესპანური წარმოშობის თეთრკანიანებში (33 - 1000 ქალზე)^{62,70}.

დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობაზე ქალის ეთნიკურ წარმომავლობასთან ერთად რელიგიურ მრწამსს აქვს გავლენა. კულტურულ-ტრადიციული და რელიგიური წესებიდან გამომდინარე, სქესობრივ-რეპროდუქციულ ქცევებთან დაკავშირებით ისინი განსხვავებული რისკის ქვეშ დგებიან. მაგალითადად, აშშ-ში დაუგეგმავი ორსულობების და მშობიარობების კოეფიციენტი ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში ორჯერ მეტი იყო, ვიდრე თეთრკანიანებში. შავკანიან ქალებს მეტი დაუგეგმავი ორსულობა ჰქონდათ, ხოლო ესპანელებს - დაუგეგმავი მშობიარობა⁴².

არამორწმუნე ქალებში დაუგეგმავი ორსულობები მეტი იყო, კათოლიკებს და პროტესტანტებს დაუგეგმავი ორსულობის ერთნაირი კოეფიციენტი აღენიშნათ. თუმცა დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით დასრულება კათოლიკებში უფრო მეტი იყო ვიდრე სხვა რელიგიურ კუთვნილებებში⁴². ნეპალში ჩატარებული კვლევით ქალის რელიგიური კუთვნილება მნიშვნელოვანი პრედიქტორი იყო დაუგეგმავი ორსულობების, ცოცხალი შვილების რაოდენობასთან ერთად⁶⁵.

აღსანიშნავია, რომ დაუგეგმავ ორსულობებზე გავლენა აქვს ქალის საცხოვრებელს. ნაირობში (კენიაში) ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ დაუგეგმავი ორსულობები ბარაკებში მცხოვრებ ქალებში ნაკლები იყო, არა ბარაკებში მცხოვრებლებთან შედარებით. 15-19 წლის ასაკის, გაუთხოვარ ქალებს უფროსი ასაკის ქალებთან შედარებით მეტად ჰქონდათ დაუგეგმავი ორსულობა. ხოლო საცხოვრებლის

მიხედვით დაუგეგმავი ორსულობების დეტერმინანტები განსხვავდებოდნენ. ბარაკებში მაცხოვრებლებზე გავლენა ჰქონდა ასაკს, შობადობის მაჩვენებელს და ქორწინების სტატუსს, ხოლო არაბარაკებში მაცხოვრებლებში - ქორწინების სტატუსს და ეთნიკურობას¹⁵.

ირანში (ხორამაბადში) ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ორსულობა დაუგეგმავი იყო 25,3%-ში, მშობიარობების რაოდენობა, ორსულობის გადავადების სურვილი, ოჯახის შემოსავალი და ცოცხალი ბიჭების რაოდენობა განსაზღვრავდა დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას⁷¹.

ამგვარად, დაუგეგმავი ორსულობები მნიშვნელოვანი გლობალური პრობლემაა, ხოლო მათი რაოდენობა და მასთან ასოცირებული რისკის ფაქტორები განსხვავდება ქვეყნების და რეგიონების მიხედვით.

1.2. ხელოვნური აბორტები

აბორტი (ლათ. abortus) ეწოდება ორსულობის ხელოვნურად ნაადრევ შეწყვეტას. ის, ბევრ ქვეყანაში, დასაშვებია განხორციელდეს სათანადო სამედიცინო დაწესებულებაში, ორსულობის 12 კვირის ვადაში, სპეციალური ჩვენებით - 22 კვირამდე, ხოლო სამედიცინო ჩვენებით და ქალის თანხმობით - ორსულობის ვადის მიუხედავად. ხელოვნური აბორტი არის პროცედურა, რომელიც ტარდება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით მედიკამენტური საშუალებების ან ქირურგიული ინსტრუმენტების გამოყენებით. მედიკამენტური აბორტის დროს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა მედიკამენტური საშუალებების გამოყენებით ხდება, ხოლო ქირურგიული აბორტის დროს - ქირურგიული ჩარევის გზით. ვაკუუმ-ასპირაცია არის ქირურგიული აბორტის მეთოდი, რომლის დროს საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაცია პლასტიკური ან მეტალის ასპირაციული კანულით ხდება, რომელიც

ვაკუუმის წყაროსთან არის დაკავშირებული; არსებობს ვაკუუმ-ასპირაციის ელექტრო და მანუალური მეთოდები: მანუალური ვაკუუმ ასპირაციის დროს ვაკუუმი იქმნება ხელით მოქმედებაში მოყვანილი პლასტიკური ასპირატორით ან შპრიცით, რომლის მოცულობა არის 60 მლ. არსებული ასპირატორები გათვლილია სხვადასხვა ზომის (4-12 მმ დიამეტრის) კანულის გამოყენებაზე; პროცედურისთვის კანულას სწორად შესარჩევად საჭიროა გესტაციური ვადის და საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის გათვალისწინება. ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციის დროს გამოიყენება ელექტრო ვაკუუმის ტუმბო/ელექტრო შემწოვი, რომელიც გათვლილია სხვადასხვა ზომის პლასტიკურ კანულაზე, 12-16 მმ დიამეტრის დიაპაზონით. დილატაცია და კიურეტაჟი არის მექანიკური გამაფართოებლების ან ფარმაკოლოგიური საშუალებებით საშვილოსნოს ყელის გაფართოებისა და ბასრი მეტალის კიურეტის გამოყენებით საშვილოსნოს კედლების გამოფხეკის პროცედურა. დილატაცია და ევაკუაცია არის საშვილოსნოს ყელის გაფართოება და ჩასახვის პროდუქტის ევაკუაცია ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციითა და აბორტკანგის მეშვეობით^{72,73}.

იქ, სადაც კანონი აბორტის შესახებ შეზღუდვებს აწესებს, უსაფრთხო აბორტი არ არის ხელმისაწვდომი ან დაბალი ხარისხისაა, ქალები თვითონ ცდილობენ ორსულობის შეწყვეტას ან მიმართავენ არასპეციალისტებს, რაც სერიოზულ საფრთხეს უქმნის მათ ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს⁷⁴. ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია განსაზღვრავს სახიფათო აბორტს (unsafe), როგორც პროცედურას, რომელიც ტარდება იმ ადამიანის მიერ, რომელსაც არ აქვს შესაბამისი უნარები ან ტარდება გარემოში, სადაც არ არის დაკმაყოფილებული მინიმალური სამედიცინო სტანდარტები ან ორივე ერთად⁷⁵.

სახიფათო აბორტებს ქალის ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვანი დაუყოვნებელი უარყოფითი შედეგები აქვს: მან შეიძლება შეასუსტოს ქალის პროდუქტიულობა, გაზარდოს ეკონომიკური ტვირთი ღარიბ ოჯახში და დატოვოს ბავშვები ობლად დედის სიკვდილის გამო. მომავალში კი შეიძლება ქალის უნაყოფობა გამოიწვიოს, რისთვისაც დასჭირდეს ჯანდაცვის სისტემის მეტი სერვისები. უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო წლებში ხელოვნური აბორტით გამოწვეული გართულებების სიმძიმე შემცირდა. ეს მრავალი მიზეზით შეიძლება იახსნას: გაიზარდა წვდომა მედიკამენტოზურ აბორტზე,

გაფართოვდა პროგრამები, რომლის ფარგლებშიც ხდება პროვაიდერების გადამზადება ვაკუუმასპირაციის კლინიკურ უნარებში და ზოგადად განვითარდა ჯანდაცვის სისტემა. თუმცა მტკიცებულებები ამ ცვლილებების ზეგავლენის შესახებ არასაკმარისია. უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო წლებში მედიკამენტოზური აბორტი, (ორსულობის შეწყვეტისთვის გამოყენებული კომბინაცია მიფეპრისტონის და მიზოპროსტოლის ან მხოლოდ მიზოპროსტოლი) უფრო მეტად გავრცელებული ხდება ლეგალური, თუ იატაკქვეშა გზებით⁷⁶.

2008 წელს სახიფათო აბორტებს 47000 ქალის სიკვდილი მოჰყვა⁷⁴. სიკვდილიანობა ძირითადად გამოწვეული იყო მძიმე ინფექციებით, სისხლდენით ან ორგანოების დაზიანებით. მსოფლიოში სახიფათო ხელოვნური აბორტებით გამოწვეულმა სიკვდილიანობამ შეადგენა 220/100,000 სახიფათო აბორტის პროცედურაზე. გლობალურად ეს მაჩვენებელი 350-ჯერ მეტი იყო ლეგალურ ხელოვნურ აბორტთან ასოცირებულ სიკვდილიანობაზე, აშშ-ს მაგალითზე, 0,6 სიკვდილი - 100 000 აბორტის პროცედურაზე⁷⁷.

საქართველოში, სადაც აბორტების კეთება კანონით არ იკრძალება, დინამიკაში ხელოვნური აბორტების ჯამობრივმა კოეფიციენტმა დაიკლო (TIAR). ეს მაჩვენებელი გვიჩვენებს აბორტების რაოდენობას, რაც ქალს შეიძლება გაეკეთებინა სიცოცხლის განმავლობაში შობადობის არსებული ასაკობრივი კოეფიციენტის გათვალისწინებით. 1990-იანი წლების შემდეგ, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ პერიოდში, TIAR მნიშვნელოვნად გაიზარდა და მიაღწია პიკს - 1997-1999 წლებში 3,7 აბორტს ყოველ ქალზე (AR 125 აბორტი 1000 ქალზე). ეს მაჩვენებელი ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი იყო მსოფლიოს მასშტაბით. მომდევნო წლებში ხელოვნური აბორტების რაოდენობამ დაიკლო 3,1 აბორტამდე ყოველ ქალზე (AR 104 აბორტი 1000 ქალზე) 2002-2005 წლებში, ხოლო 2005-2010 წლებში მან მნიშვნელოვნად დაიკლო და შეადგინა 1,6 აბორტი ყოველ ქალზე (AR 56 აბორტი 1000 ქალზე).

აღსანიშნავია, რომ დიდი ხნის განმავლობაში საბჭოთა კავშირის შემადგენლობაში ყოფნის გამო ქართული მედიცინა მოწყვეტილი იყო დასავლეთის მედიცინას. ამის გამო,

ადრეულ 90-იანებში, სხვა პოსტ საბჭოთა ქვეყნების მსგავსად შობადობის კონტროლის ძირითადი მეთოდი ხელოვნური აბორტი იყო ⁷⁸. იმ პერიოდისთვის ხელოვნური აბორტი არ იყო სტიგმატიზირებული და სამწუხაროდ, ეს ტენდენცია ამჟამადც არ შეცვლილა. „მარქსისტულ“ ან ყოფილ „მარქსისტულ“ ქვეყნებში აბორტების მაღალი პროცენტი კვლავაც ფიქსირდება ⁷⁹. საქართველოს კანონმდებლობით ხელოვნური აბორტის კეთება იყო და ამჟამადც ლეგალურია და კეთდება ქალის სურვილით და მოთხოვნით ორსულობის 12 კვირამდე⁸⁰.

ხელოვნური აბორტები კეთდება მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში, თუმცა ქვეყნების მიხედვით უსაფრთხო და სახიფათო აბორტებს შორის თანაფარდობა მკვეთრად განსხვავებულია.

წელიწადში 210 მილიონი ორსულობა დგება, აქედან 80 მილიონი დაუგეგმავია⁸¹. მსოფლიოში ხუთიდან ერთი ორსულობა ხელოვნური აბორტით მთავრდება, ათიდან ერთი კი - სახიფათო აბორტით. მსოფლიოში დაახლოებით 43,8 მილიონი ორსულობა დამთავრდა ხელოვნური აბორტით ⁸². აქედან 22,2 მილიონი ხელოვნური აბორტი უსაფრთხო იყო, 21,6 მილიონი კი - სახიფათო. მიუხედავად იმისა, რომ სახიფათო აბორტების რაოდენობა გაზრდილია 2003 წლის მონაცემთან, 19,7 მილიონთან, შედარებით, აბორტების კოეფიციენტი კვლავ უცვლელი რჩება და შეადგენს 14 აბორტს 1000 15-44 წლის ასაკის ქალზე. რაოდენობის მატება კოეფიციენტის მატების გარეშე რეპროდუქციული ასაკის პოპულაციის ზრდითაა განპირობებული⁷⁴.

ხელოვნური აბორტების ნახევარი სახიფათო იყო და თითქმის ყველა განვითარებად ქვეყნებში კეთდებოდა (98%)^{82, 83}. განვითარებად ქვეყნებში სახიფათო აბორტების კოეფიციენტი 15-44 წლის ქალებში შეადგენდა 16-ს და ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში კი - 27-ს. რეგიონებიდან ყველაზე მაღალი ხელოვნური აბორტების კოეფიციენტი 1000 15-44 წლის ქალზე აღინიშნა ლათინურ ამერიკაში და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში -31, ხოლო მარგინალურად დაბალი აფრიკის რეგიონში - 28. ამ რეგიონებში ძირითადად სახიფათო აბორტები კეთდებოდა. საშუალო რაოდენობით უსაფრთხო აბორტების კოეფიციენტი - 11 აზიის რეგიონში აღინიშნა.

თუმცა ეს მაჩვენებელი მიაღწევდა 19-ს თუ ჩაითვლებოდა მჭიდროდ დასახლებული აღმოსავლეთ აზიის რეგიონის, ვიეტნამის და სინგაპურის მონაცემები, სადაც აბორტები ლეგალურია, კეთდება ქალის მოთხოვნის საფუძველზე, უსაფრთხოა და ხელმისაწვდომი ^{74, 84}.

სუბრეგიონალურ დონეზე კოეფიციენტები გადანაწილდა შემდეგნაირად: აღმოსავლეთ და ცენტრალური აფრიკა - 36, დასავლეთ აფრიკა - 28, სამხრეთ ცენტრალური აზია - 17 და სამხრეთ ამერიკა - 32. სახიფათო აბორტების კოეფიციენტის მაღალი მაჩვენებლების პარალელურად აღინიშნება კონტრაცეპციის დაბალი გამოყენება (<25%) აღმოსავლეთ, შუა და დასავლეთ სუბრეგიონებში, მაშინ როცა კონტრაცეპციის გამოყენება სხვა რეგიონებში 50%-ზე მეტია⁸⁵.

რაც შეეხება მსოფლიოში ხელოვნური აბორტების რაოდენობას და დინამიკას, უნდა აღინიშნოს, რომ 1995 წლიდან 2003 წლამდე მნიშვნელოვანი კლების შემდეგ, 2003-დან და 2008 წლამდე მან შემცირების ტემპი შეანელა ⁸². 1995 წლიდან 2003 წლამდე აბორტების კოეფიციენტი შემცირდა 35-დან 29-მდე და ვირტუალურად შეუცვლელი დარჩა 28 - 2008 წლისთვის ⁸². მსოფლიოს განვითარებად რეგიონებში აბორტების 56% არაკანონიერი იყო, ხოლო განვითარებად რეგიონებში - 6%. განვითარებად რეგიონებში აბორტების რაოდენობა გაიზარდა 1995 წლიდან 2008 წლამდე 78%-დან 86%-მდე, ეს ძირითადად იმის ხარჯზე მოხდა, რომ განვითარებად რეგიონებში მოიმატა მოსახლეობის რაოდენობამ. 2003 წლიდან აბორტების რაოდენობა განვითარებულ მსოფლიოში შემცირდა 600,000-ით და გაიზარდა 2,8 მილიონით განვითარებად ნაწილში. 2008 წელს 6 მილიონი აბორტი გაკეთდა განვითარებულ ქვეყნებში და 38 მილიონი განვითარებად ქვეყნებში. 2008 წელს აღინიშნა განვითარებად ქვეყნებში 29 აბორტი 15-44 წლის ასაკის 1000 ქალზე და 24 - განვითარებულ ქვეყნებში ⁸².

აფრიკაში, სადაც აბორტების უმრავლესობა არალეგალური და სახიფათოა, 2003 წლიდან და 2008 წლამდე აბორტების რაოდენობამ ცვლილება არ განიცადა და კოეფიციენტმა შეადგინა 29 აბორტი რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე 2008 წლისთვის. სამხრეთ აფრიკის სუბრეგიონში, ძირითადად სამხრეთ აფრიკის

რესპუბლიკაში, სადაც ხელოვნური აბორტი ლეგალური გახდა 1997 წლიდან, აღინიშნა ყველაზე დაბალი კოეფიციენტი - 15 აბორტი 1000 ქალზე. აღმოსავლეთ აფრიკაში დაფიქსირდა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - 38, რასაც მოჰყვება შუა აფრიკა - 36-ით, დასავლეთი აფრიკა 28-ით და ჩრდილოეთ აფრიკა -18-ით ⁸².

აბორტების კოეფიციენტის ყველაზე მაღალი და დაბალი მაჩვენებლები აღინიშნა ევროპაში, სადაც უმრავლეს ქვეყნებში აბორტი ლეგალურია. დასავლეთ ევროპაში მაჩვენებელი 12-ია 1000 ქალზე, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპაში - 43 1000 ქალზე. მითითებული განსხვავება აიხსნება აღმოსავლეთ ევროპაში კონტრაცეპტივების როგორც დაბალი გავრცელებით და მათი წარუმატებელი გამოყენებით, ასევე კონტრაცეპციის ისეთი ნაკლებად ეფექტური მეთოდების გამოყენებით, როგორცაა კონდომი, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და რითმული მეთოდი ⁸².

ევროპაში ორსულობების 30% მთავრდება ხელოვნური აბორტით, უფრო მეტად აღმოსავლეთში, და ნაკლებად ევროპის სხვა რეგიონებში. აღმოსავლეთ ევროპაში 90-იანების შუა და ადრეული 2000-იანი წლებიდან აბორტების რაოდენობის მკვეთრი შემცირების შემდეგ, აბორტების რაოდენობა 2003-დან 2008 წლამდე შენარჩუნდა 43 აბორტი 1000 ქალზე დონეზე. დასავლეთ ევროპას, სამხრეთ აფრიკას და ჩრდილოეთ ევროპას ხელოვნური აბორტების ყველაზე დაბალი დონე აქვთ - 12,15 და 17 შესაბამისად.

ლათინურ ამერიკაში 1995 წლიდან და 2003 წლამდე აბორტების კოეფიციენტმა დაიკლო 37-დან 31-მდე 1000 ქალზე, თუმცა 2008 წელს მიაღწია და შენარჩუნდა 32-ზე ⁸². ლათინურ ამერიკაში სუბრეგიონულ დონეზე ხელოვნური აბორტები მერყეობდა 29-დან ცენტრალურ ამერიკაში (მეხიკოს ჩათვლით) 39-მდე კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში. კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში (კუბის ჩათვლით, სადაც აბორტები ძირითადად ლეგალურია) სახიფათო აბორტების უფრო დაბალი პროცენტი იყო (46%), ვიდრე ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაში (სადაც აბორტების 100% სახიფათოა) ⁸². აზიაში, 2003 წლიდან 2008 წლამდე პერიოდში აბორტების მაჩვენებელი შენარჩუნებული იყო:

სამხრეთ-ცენტრალურ და დასავლეთ აზიაში 26 აბორტზე 1000 ქალზე და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში - 36-ზე 1000 ქალზე.

2003 წლიდან, ჩინეთში, შემცირების ტენდენციის ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ აბორტების შემთხვევებმა მოიმატა. ეს უნდა აიხსნას ქორწინებისგარეშე სქესობრივი კავშირების მატებით და კონტრაცეპციულ სერვისებზე წვდომის შეფერხებით, რაც სწრაფმა ურბანიზაციამ გამოიწვია⁸².

აქვე უნდა ითქვას აბორტის აკრძალვის და შეზღუდვების შესახებ კანონის შესახებ. საყურადღებოა, რომ კანონი აბორტის აკრძალვის შესახებ არ ასოცირდება აბორტების რაოდენობის დაბალ მაჩვენებლებთან. მაგალითად, რეგიონებში, სადაც აბორტები უმეტეს შემთხვევაში არალეგალურია, კერძოდ, აფრიკაში - აბორტების კოეფიციენტი 29/რეპროდუქციული ასაკის 1000 ქალზე, ლათინურ ამერიკაში - 32, ხოლო დასავლეთ ევროპაში, სადაც აბორტი ნებადართულია, ეს მაჩვენებელი შეადგენს 12 -ს 1000 ქალზე. იქ სადაც აბორტები ნებადართულია, აბორტი უსაფრთხოდ კეთდება, ხოლო აკრძალვის რეგიონებში ხშირად ის ქალისთვის არახელსაყრელ გარემოში სრულდება, რაც მისთვის გარკვეული საფრთხის შემცველია.(Sengh 2012). განვითარებულ ქვეყნებში აბორტის შესახებ შედარებით ლიბერალური კანონი ასოცირდება უკანონო აბორტთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის ნაკლებ ნეგატიურ შედეგებთან, ვიდრე ის ძალიან შეზღუდული კანონის პირობებშია^{86, 87}. აფრიკაში აბორტის ლიბერალიზაციის შემდეგ აბორტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა შემცირდა 91%-ით⁸⁶. ნეპალშიც, 2002 წლიდან აბორტის ლეგალიზაციის შემდეგ, თუ 1998 წელს დედის ავადობაში აბორტთან დაკავშირებული ავადობა 54% იყო, 2008-2009 წლებში მხოლოდ 28% შეადგინა^{86,87}. 2008 წლიდან 2015 წლამდე აბორტები ლეგალურად კეთების არეალი კიდევ 12 ქვეყანაში გაფართოვდა: ფიჯი, ჰონგ-კონგი, ინდონეზია, კენია. ლეზოტო, ლუქსემბურგი, მაირიტუსი, მონაკო, რვანდა, სომალია, ესპანეთი და ურუგვაი⁸⁸.

საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკების ისტორიაში ხელოვნურ აბორტს, შობადობის კონტროლის მნიშვნელობით, დიდი ხნის ისტორია აქვს. საბჭოთა კავშირში, ასევე

საქართველოში, ის ლეგალური გახდა 1920 წლიდან, თუმცა შემდგომ 1936 წლიდან კვლავ აიკრძალა პოპულაციის ზრდაზე ხელშეწყობის მიზნით. ეს გადაწყვეტილება გაუქმდა 1955 წელს⁸⁹.

ყოფილი საბჭოთა კავშირის მიბაძვით, 1950-იანი წლების შუა ხანებში, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებზე ცოტა ადრე აბორტი დაკანონდა. 1991 წლამდე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის დამახასიათებელი იყო შობადობის კონტროლი აბორტების მეშვეობით. ამ ქვეყნებში, ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე აბორტი ადვილად ხელმისაწვდომი იყო, ხოლო ეფექტური კონტრაცეპციული საშუალებები, ნაკლებად მოიპოვებოდა. აბორტთან დაკავშირებით მათ მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე ლიბერალური კანონმდებლობა ჰქონდათ. ყველა ამ ქვეყანაში, ორი ქვეყნის გამოკლებით, ორსულობის პირველი 12-14 კვირის განმავლობაში აბორტის გაკეთება საკუთარი სურვილით კანონიერი იყო, ხოლო სოციალურ-ეკონომიკური და სამედიცინო მიზეზების ჩვენებით - 22-25 კვირამდეც. აბორტი მკაცრად იკრძალებოდა მხოლოდ რუმინეთში (სადაც ქალის საკუთარი სურვილით აბორტის გაკეთება აიკრძალა 1966 წელს) და ალბანეთში, სადაც პირველი ლიბერალური კანონი აბორტის შესახებ 1995 წელს მიიღეს. ამჟამად, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ყველა ქვეყანას, პოლონეთის გარდა, აბორტთან დაკავშირებით ლიბერალური კანონები აქვთ. ვინაიდან აბორტების კეთება დიდი ხნის განმავლობაში კანონით დაშვებული იყო და ამ რეგიონში ფართოდ გამოიყენებოდა, სოციალური სტიგმა ისე ძლიერად გამოხატული არ იყო, როგორც დასავლეთ ევროპაში. თუმცა, ბოლო დროს, ზოგ ქვეყანაში აბორტის წინააღმდეგ სულ უფრო იმაღლებენ ხმას რელიგიური ლიდერები, ყოფილი კომუნისტები და ნაციონალისტური ორგანიზაციები, რამაც შესაძლოა, საზოგადოების დამოკიდებულება აბორტის მიმართ შეცვალოს.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აბორტის შემთხვევების შესახებ მონაცემების მოპოვება ნებისმიერ ქვეყანაში რთულია. მონაცემების სიზუსტე როგორც სამედიცინო ინფრასტრუქტურის არსებობასა და ხარისხზეა დამოკიდებული, ისე სამედიცინო დაწესებულებებში და ქვეყნის მასშტაბით აბორტის აღრიცხვის მეთოდებზე,

პროცედურის იურიდიულ სტატუსსა და საზოგადოებრივ კულტურულ ნორმებზე. მაგალითად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, რომელიც სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში გაკეთებული აბორტების საფუძველზე გამოთვლილი აბორტების ასაკობრივ მაჩვენებლებს ეყრდნობა, აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი კვლევის მონაცემების მიხედვით მიღებული მონაცემებისგან ძალიან განსხვავდებოდა. 2007-2010 წლებში 0,9 აბორტს შეადგენდა ერთ ქალზე, რაც კვლევაში აღრიცხულ კოეფიციენტზე 44%-ით ნაკლები იყო.

მიზეზები, თუ რატომ მიმართავენ ქალები ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას, გაცილებით რთულია, ვიდრე მხოლოდ იმის თქმა, რომ დაორსულება არ იყო განზრახული. გადაწყვეტილება ხშირად რამდენიმე ფაქტორითაა მოტივირებული. გაუმჯობესებული კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენება, რა თქმა უნდა, ამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების და ხელოვნური აბორტების რაოდენობას, მაგრამ მათი ბოლომდე აღმოფხვრა რთულია, რადგან ქალს არ შეუძლია თავისი ცხოვრების ყველა მდგომარეობის განსაზღვრა და კონტროლი⁹⁰.

ქალის სოციო-ეკონომიკური, კულტურალურ და დემოგრაფიული ფაქტორებს, მნიშვნელოვანი ზეგავლენა აქვთ ხელოვნურ აბორტის გაკეთებაზე გადაწყვეტილების მიღებაზე. მაგალითად, ნორვეგიაში, კერძოდ ოსლოში ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ ოსლოში მცხოვრები დაბალი განათლების დონის მქონე ნორვეგიელი ქალები მაღალი განათლების დონის მქონე ქალებთან შედარებით, უფრო ხშირად მიმართავენ ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტას. მაშინ როცა აბორტს მიმართავენ განათლების მაღალი დონის პაკისტანელი ქალები⁹¹. განათლების დაბალი, საბაზისო დონე ასოცირდებოდა ხელოვნური აბორტების რაოდენობასთან ფინეთსა და განაში^{92,93}. ეთიოპიაში ხელოვნურ აბორტების დეტერმინანტი იყო განათლების მაღალი დონე, დაბალ ასაკთან (<19), ქალის უმუშევრობასთან, ოთხზე მეტი შვილის ყოლასთან, მარტოხელა დედად ყოფნასთან ერთად^{94,95}.

ირანში ჩატარებული კვლევით, რომელიც ძირითადად არარეგალურ აბორტებს იკვლევდა, დადგინდა, რომ ხელოვნურ აბორტებთან ასოცირებული იყო განათლების დონე, ოჯახის შემოსავალი, რელიგიურობა, ეთნიკურობა, შვილების რაოდენობა, ასაკი. ხოლო ყველაზე მტკიცედ დაკავშირებული ფაქტორი იყო ქალის ეკონომიკური მდგომარეობა⁹⁶.

ერთ-ერთ ფაქტორად, რომელიც ასევე გავლენას ახდენს ხელოვნურ აბორტების რისკზე არის ქალის საცხოვრებელი. ეს გავლენა განსხვავებულად აისახება დაუგეგმავი ორსულობების და ხელოვნური აბორტების რაოდენობაზე. მაგალითად, იტალიაში აბორტების რაოდენობა უფრო ნაკლები იყო მოდერნიზებულ რეგიონებში, ვიდრე იქ, სადაც უფრო ტრადიციული ჩვეულებები ჭარბობდნენ⁹⁷.

საქართველოში ერთნაირი რელიგიის და ეთნიკურობის მქონე მოსახლეობის მჭიდრო დასახლებებია. სოფლად და ქალაქად მაცხოვრებლებს აქვთ განსხვავებული შეხედულებები, ტრადიციები და განათლებაზე წვდომა, მათ შორის კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე ინფორმირებაზე⁹⁸.

ასევე მნიშვნელოვანია ქალის ეკონომიკური მდგომარეობის გავლენა ხელოვნური აბორტების რაოდენობაზე. მაგალითად, ინდოეთში მაღალი კასტის, მაღალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს, ვიდრე დაბალი კასტის და დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის ქალები. განათლების დონე სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ ასოცირდებოდა ხელოვნური აბორტების რაოდენობასთან. ხოლო რაც უფრო მეტი შვილი ჰყავდა ქალს, მით მეტი რისკი ჰქონდა გაეკეთებინა ხელოვნური აბორტი⁹⁹. ასევე ნეპალში, ქალის ასაკი და შვილების რაოდენობა ზრდიდა განმეორებით აბორტების რისკს, ისევე როგორც განათლების დაბალი დონე¹⁰⁰.

აშშ-ში ღარიბ ქალებში დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი სიხშირე განაპირობებდა ხელოვნური აბორტების (52 - 1000 ქალზე) და დაუგეგმავი შობადობის მაღალ სიხშირეს (70 - 1000 ქალზე). 2008 წელს დაუგეგმავი ორსულობების 40% დამთავრდა ხელოვნური აბორტით, რაც ნაკლები იყო 2001 წლის მაჩვენებელზე - 47%-

ზე. ხელოვნური აბორტების კოეფიციენტი 2008 წელს შეადგენდა 20-ს 15-44 წლის 1000 ქალზე. ღარიბ ქალებში დაუგეგმავი შობადობის მაჩვენებელი 6-ჯერ აღემატება მაღალი შემოსავლის მქონე ქალების მაჩვენებელს. დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევაში მაღალი შემოსავლის მქონე ქალებთან შედარებით ღარიბი და დაბალი შემოსავლის მქონე ქალები უფრო ნაკლებად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს, შესაბამისად მათთან მაღალი იყო დაუგეგმავი შობადობის კოეფიციენტი.

ზოგადად ხელოვნური აბორტები შემცირდა 8%-ით 2000-დან 2008 წლამდე, 21,3 აბორტიდან 19,6 -მდე 15-44 წლის 1000 ქალზე. გამონაკლისი ღარიბი ქალების ჯგუფი იყო, სადაც პირიქით, დაუგეგმავი ორსულობების მატებასთან ერთად აღინიშნა ხელოვნური აბორტების 17,5% -იანი ზრდა 44,4-დან 52,2 აბორტამდე 1000 ქალზე. ანუ ხელოვნური აბორტების აკუმულირება დაბალი ეკონომიკური შეძლების ქალებთან მოხდა¹⁰¹.

განვითარებად ქვეყნებში ღარიბ ქალებს, დაბალი ეკონომიკური შეძლებით, ნაკლები წვდომა აქვთ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე და უჭირთ ხელოვნური აბორტის გადასახადის გადახდაც, ასევე მათთან ხშირია აბორტის გართულებები.

პაკისტანელი ქალები სიღარიბეს ასახელებდნენ დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევაში ხელოვნურ აბორტზე გადაწყვეტილების მიღების დეტერმინანტად. ისინი ასევე ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეფციას¹⁰². ნიგერიაში ეკონომიკური მიზეზები ახდენდა გავლენას აბორტის გაკეთებაზე¹⁰³.

სხვა ფაქტორებთან ერთად ქალის ეთნიკური წარმომავლობაც განსაზღვრავს ხელოვნური აბორტების რისკს. მაგალითად, აშშ-ში დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევაში შავკანიანი ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს, ვიდრე სხვა რასობრივი და ეთნიკური წარმომადგენლები ¹⁰¹. ჰოლანდიაში განმეორებით აბორტზე უფრო ხშირად ხვდებიან მიგრანტები კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებიდან და 20 წელზე მეტი ასაკის ქალები ²¹.

ამგვარად, ხელოვნური აბორტების გავრცელება განსხვავებულია ქვეყნების და რეგიონების მიხედვით, განხვავებულია ის რისკ ფაქტორებიც, რომლებიც განაპირობებენ ორსულობის შეწყვეტას: ქალის ასაკი, საცხოვრებელი, განათლების დონე, ეთნიკურობა, რელიგიური მრწამსი, ეკონომიკური მდგომარეობა, ქორწინების სტატუსი, ცოცხალი შვილების რაოდენობა და მათი სქესი და სხვა. დეტერმინანტები სხვადასხვა დონეზე ახდენენ გავლენას მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში ქვეყნის ტრადიციებიდან, კულტურული ფასეულობებიდან, და ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე.

1.3. კონტრაცეპციის გამოყენება

ოჯახის დაგეგმვა ნიშნავს, ინდივიდმა და წყვილებმა წინასწარი განსაზღვრით სასურველი შვილების რაოდენობა იყოლიონ, სასურველი შუალედით და სასურველ დროს, რაც კონტრაცეპციის გამოყენებით და უნაყოფობის მკურნალობით მიიღწევა¹⁰⁴. კონტრაცეპცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ასპექტია. კონტრაცეპცია - ჩასახვის თავიდან აცილებაა, რომელიც ქიმიური საშუალებების, წამლების, ბალახების ან რაიმე მოწყობილობების გამოყენებით შეიძლება მოხერხდეს¹⁰⁵.

კონტრაცეპციის გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას¹⁰⁶, რომელმაც, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ქალის და მისი შვილის ჯანმრთელობაზე მრავალი უარყოფითი შედეგი შეიძლება იქონიოს. 1999 წლის და 2005 წლის საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების შემდგომმა ანალიზმა აჩვენა, რომ კონტრაცეპციის გამოყენებლობა ხელოვნური აბორტების ძირითადი დეტერმინანტი იყო, ხოლო თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენება დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას მნიშვნელოვნად ამცირებდა¹⁰⁷. იაკონიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, კონტრაცეპციის არ გამოყენება მიზეზი იყო 51.2% არადროული ორსულობის და 25,9% არასასურველი ორსულობის, რომლებიც ხელოვნური აბორტით დამთავრდა შესაბამისად 39,5% და 71,1%-ში¹⁰⁸.

ქალი შეიძლება საჭიროებდეს კონტრაცეპციულ სერვისებს და მარაგებს, თუ ის არის 13-44 წლის და აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:

1. არის სექსუალურად აქტიური ან როდესმე მაინც ჰქონია სექსობრივი კავშირი;
2. აქვს შვილოსნობის უნარი, რაც გულისხმობს, რომ არც თვითონ და არც მის პარტნიორს არ აქვს გაკეთებული ქირურგიული სტერილიზაცია ან არ აქვს რაიმე მიზეზი, რის გამოც ის უნაყოფო იქნებოდა;
3. მიმდინარე პერიოდში ორსულად არ არის და არც დაურსულებას ცდილობს¹⁰⁹.

თანამედროვე კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის შემცირება დაუგეგმავი ორსულობის, აბორტების და დაუგეგმავი მშობიარობების აღმოსაფხვრელად ეფექტური გზაა.

მსოფლიოში კონტრაცეპციაზე პოტენციური მოთხოვნა გარკვეულწილად ისევ დაუკმაყოფილებელია. ამ პრობლემის აღმოფხვრას ხელს უშლის პოპულაციის ზრდა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ნაკლებობა. აფრიკაში რეპროდუქციული ასაკის ქალების 23,2%-ს კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა აქვს. აზიაში, ლათინურ ამერიკაში და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში, სადაც შედარებით მაღალია კონტრაცეპციის გავრცელება, დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა 10,9% და 10,4% -ია შესაბამისად.

მსოფლიოში კონტრაცეპციის გავრცელება 54,8%-დან 1990 წელს 63,3% -მდე 2010 წელს გაიზარდა, ხოლო დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეპციაზე 15,4%-დან 1990 წელს 12,3%-მდე 2010 წელს შემცირდა. თითქმის ყველგან, გარდა იმ რეგიონებისა, სადაც კონტრაცეპციის გავრცელება 1990 წელს ისედაც მაღალი იყო, კონტრაცეპციის გავრცელება გაიზარდა, ხოლო კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა 1990 წლიდან 2010 წლამდე შემცირდა, თუმცა განსხვავებული ინტენსივობით სხვადასხვა ქვეყნებს და რეგიონებს შორის. 2010 წელს რეპროდუქციული ასაკის 15-49 წლის 146 მილიონ (130-166 მილიონი) გათხოვილ ქალს კონტრაცეპციაზე მოთხოვნა დაუკმაყოფილებელი ჰქონდა¹¹⁰.

საქართველოში, 2010 წლისთვის პოტენციური მოთხოვნა კონტრაქციაზე გათხოვილ ქალთა თითქმის ორ მესამედს (65%) გააჩნდა, მათ შორის 52% კონტრაქციის რაიმე მეთოდს უკვე იყენებდა, 12%-ში კი მოთხოვნა ჯერ კიდევ დასაკმაყოფილებელი იყო.

მსოფლიოს მასშტაბით თანამედროვე კონტრაქციული საშუალებების მოხმარების ზრდის ტემპი ბოლო წლებში შემცირდა: 1990-1999 წლებში მისი ზრდა 0,6%-ს შეადგენდა წელიწადში, ხოლო 2000-2009 წლებში იგი 0,1 %-მდე შემცირდა. კლების ტემპმა ყველაზე მეტად გამოიხატა აფრიკაში 0,8% -დან 1990-1999 წლებში 0,2%-მდე 2000-2009 წლებში. 225 მილიონ ქალს განვითარებად რეგიონებში კონტრაქციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა აქვთ, რაც ნიშნავს იმას, რომ ისინი ნაკლებად ეფექტურ ტრადიციულ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს მეტად იყენებენ ან კონტრაქციის მეთოდებს საერთოდ არ იყენებენ[8]. ამიტომ, რომ დაუგეგმავი ორსულობების 81% განვითარებად ქვეყნებში იმ ქალებზე მოდის, ვისაც კონტრაქციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა აქვთ.

განვითარებად ქვეყნებში, ქალები, კონტრაქციული მეთოდების გამოყენებლობის მიზეზებად ასახელებენ:

1. კონტრაქციის მეთოდების ლიმიტირებული არჩევანი;
2. ლიმიტირებული წვდომა კონტრაქციაზე, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, პოპულაციის ღარიბ სეგმენტსა და ქორწინების გარეშე კავშირებში;
3. შესაძლო გვერდითი ეფექტების არსებობის შიში;
4. კულტურალური და რელიგიური წინააღმდეგობები;
5. არსებული სერვისების დაბალი ხარისხი;
6. მომხმარებლების და პროვაიდერების სისტემური შეცდომები და ნაკლოვანებები;
7. გენდერული ბარიერები¹¹.

მსოფლიოში კონტრაქციების მოხმარება ათიდან ცხრა შემთხვევაში თანამედროვე კონტრაქციული საშუალებების გამოყენებაზე მოდის. ქალის

სტერილიზაცია ყველაზე გავრცელებული კონტრაცეპციული მეთოდია, რომელსაც 15-დან 49 წლამდე გათხოვილი ქალების 19% იყენებს. ქალის სტერილიზაცია უფრო მეტად ლათინურ ამერიკაში და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებშია გავრცელებული (26%). ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა დომინიკის რესპუბლიკაში -47 %. 25%-ზე მეტადაა გავრცელებული ბრაზილიაში, ჩინეთში - 29% და ინდოეთში - 36%. საქართველოში მიღების ლიგირება 15-44 წლის ქალების 2,9%-ში გამოიყენება.

მსოფლიოში გავრცელების მიხედვით მეორე ადგილზეა სშს. იგი რეპროდუქციული ასაკის ქალების 14%-ის მიერ გამოიყენება, რომლებიც ქორწინებაში არიან ან სქესობრივი პარტნიორი ჰყავთ. სშს ყველაზე ხშირად აზიაში (18%) გამოიყენება, ყველაზე მაღალი, 40%-ზე მეტი გავრცელება ჩინეთში, კორეის სახალხო დემოკრატიულ რესპუბლიკაში და უზბეკისტანში აღინიშნა, ხოლო 30%-დან -40% -მდე - იზრაელში, ყაზახსტანში, ყირგიზსტანში, თურქმენისტანში და ვიეტნამში, 30% - ეგვიპტეში. საქართველოში სშს 15-44 წლის ქალების 12,5% -ის მიერ გამოიყენება.

კონტრაცეპციული აბები გავრცელების მიხედვით მსოფლიოში მესამე ადგილზეა. ორალური კონტრაცეპტივები ყველაზე ეფექტურ ფარმაცოლოგიურ კონტრაცეპტივად ითვლება¹¹². მას 15-დან 49 წლამდე გათხოვილი ქალების 9% იყენებს. ის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მეთოდია. 30%-ზე მეტი გავრცელება აფრიკის 4 ქვეყანაში, აზიის 1 ქვეყანაში, ევროპის 9, ლათინურ ამერიკის 1, კარიბის ზღვის აუზის და ოკეანეთის 1 ქვეყანაში აღინიშნა. ყველაზე მაღალი 40%-ზე მეტად გავრცელებულია ალგერიაში, ჩეხეთის რესპუბლიკაში, საფრანგეთში, მოროკოში, ჰოლანდიაში, პორტუგალიაში და ზიმბაბვეში. საქართველოში კონტრაცეპციული აბები 4%-ში გამოიყენება.

რიგ ქვეყნებში კონტრაცეპციული აბების წილი მთლიან კონტრაცეპციის გამოყენებაში 30%-ზე მეტია, ხოლო რიგ ქვეყნებში ეს წილი ქალის სტერილიზაციაზე და სშს-ზე მოდის. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ ქვეყანაში კონტრაცეპციის მომხმარებლებს შორის აბები უფრო პოპულარულია, ვიდრე ქალის სტერილიზაცია და სშს, გლობალურად ისინი მათთან შედარებით მაინც ნაკლებადაა გავრცელებული.

მამაკაცის კონდომი მეოთხე ადგილზეა თანამედროვე კონტრაცეპციის გლობალური მასშტაბით გავრცელებაში. ის იმ წყვილების 8%-ის მიერ გამოიყენება, სადაც ქალი 15-49 წლის ასაკისაა. კონდომების მაღალი გავრცელება - 50% აღინიშნა ჰონგ-კონგში, ჩინეთის ნაწილში და 30% და მეტი - არგენტინაში, ბოტსვანაში, საბერძნეთში, იაპონიაში, რუსეთის ფედერაციაში და ურუგვაიში. საქართველოში მამაკაცის კონდომი 13,6%-ში გამოიყენება.

თანამედროვე კონტრაცეპციის სხვა მეთოდები მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონშია პოპულარული. მაგალითად, აღმოსავლეთ აფრიკაში და სამხრეთ აფრიკაში საინექციო კონტრაცეპტივებია მეტად პოპულარული, რაც კონტრაცეპციის გამოყენების 40%-ს შეადგენს.

კონტრაცეპციის ხანმოკლე და შექცევადი მეთოდები უფრო ხშირად გამოიყენება განვითარებულ რეგიონებში, ხოლო ხანგრძლივი მოქმედების და მაღალ ეფექტური კონტრაცეპტივები - განვითარებად რეგიონებში. ამგვარად, განვითარებულ რეგიონებში ყველაზე მეტად აბები (18% გათხოვილი ქალების) და მამაკაცის კონდომებია (18%) გავრცელებული. ეს ორი მეთოდი კონტრაცეპციის გამოყენების ნახევარზე მეტ შემთხვევას ითვლის, მაშინ როცა ქალის სტერილიზაციას და სშს-ს 4-დან ერთზე ნაკლები ქალი იყენებს. ამის საპირისპიროდ, განვითარებად რეგიონებში ქალის სტერილიზაცია (21%) და სშს (15%) არის გავრცელებული, რაც მთლიანი კონტრაცეპციის გამოყენების 57%-ს შეადგენს.

გახანგრძლივებული მოქმედების კონტრაცეპტივების გავრცელება დომინანტურია ჩინეთში, სადაც ადგილობრივი მთავრობის გადაწყვეტილებით, პოპულაციის ზრდის ლიმიტირებისთვის 1979 წლიდან ერთ-შვილიანი ოჯახების თაობაზე კანონი გაეშვა. იმ პერიოდისთვის ეს პროცესი ხელოვნური აბორტებით კონტროლდებოდა, ხოლო 1994 წლიდან - კონტრაცეპციის მოხმარებით¹¹³. 30 წლიანი პერიოდის განმავლობაში ამ ქვეყანას კონტრაცეპციის გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს მსოფლიოში. ინდივიდუუმის მიერ კონტრაცეპციის არჩევანის

გაკეთებაზე ერთად გავლენა აქვთ: ოჯახის დაგეგმვის პოლისებს და თვით ინდივიდის გადაწყვეტილებას¹¹⁴.

კონტრაქციის ტრადიციულ მეთოდებს ორსულობისგან დაცვაში ნაკლები ეფექტურობა გააჩნიათ, თუმცა მაინც მაღალი სიხშირით გამოიყენება აფრიკის შუა ნაწილში, დასავლეთ აფრიკაში და დასავლეთ აზიაში, სადაც მათი გამოყენება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში 57%, 29% და 33%-ს შეადგენს შესაბამისად. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ყველაზე მეტად (30% და მეტი) გავრცელებულია ალბანეთში, აზერბაიჯანში, მალტაში და სერბიაში¹¹⁵. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალების 11,1%-ის მიერ გამოიყენება.

ირანში, მეტა-ანალიზით ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ დაუგეგმავი ორსულობების გავრცელება 30,6%-ია. ხოლო დაუგეგმავი ორსულობის წინ გამოყენებული კონტრაცეპტივებია: აბები - 27.1%, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი - 38.6%, სშს - 11,4%, საინექციო საშუალებები - 2.8%-ში, ვაზექტომია - 0,28% და არანაირი მეთოდი - 24.5 %-ში¹¹⁶.

საქართველოში, XX საუკუნის 90-წლებიდან კონტრაქციის გამოყენება ძალიან დაბალი იყო და ქართველები, სხვა აზიელი ქალების მსგავსად, ძირითადად კონტრაქციის ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავდნენ (შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და რითმი/კალენდარული მეთოდი). საქართველოში ჩატარებულმა 2010 წლის ქალთა რეპროდუქციული ჯანრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ კონტრაქციულ მეთოდებს 15-44 წლის ასაკის ქალების 32% იყენებდა, მათ შორის 21% კონტრაცეპტივებით მარაგდებოდა (დონორთა დაფინანსებული პროგრამების ფარგლებში - კონდომები, სშს, ორალური კონტრაცეპტივები, მილების ლიგაცია და სპერმიციდები). კონტრაცეპციას ქორწინებაში მყოფი ქალების ნახევარზე მეტი (53%) იყენებდა, მათ შორის 35% - კონტრაქციის თანამედროვე მეთოდებს. თანამედროვე კონტრაქციის გამოყენება მკვეთრად გაიზარდა 20%-დან 1999 წელს 35%-მდე 2010 წელს. თანამედროვე მეთოდების გამოყენებამ პირველად გადააჭარბა ტრადიციული მეთოდების გამოყენებას (ამ უკანასკნელთა გამოყენება მნიშვნელოვნად შემცირდა). შედეგად, კონტრაქციის

პრევალენტობის მაჩვენებელი გათხოვილი ქალებისთვის გაიზარდა 41%-დან 1999 წელს 45%-მდე 2005 წელს და 53%-მდე 2010 წელს.

ამჟამად კონტრაცეპციის მომხმარებლების 26% იყენებს კონდომს, 25%-ს - სშს-ს, 21% - შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს, 13 % - პერიოდულ თავშეკავებას, 7% - აბებს, 5% - საშვილოსნოს მილების ლიგაციას და 3% სპერმიციდებს. 1999 წლიდან 2010 წლამდე კონდომის გამოყენება წყვილებს შორის 2,5-ჯერ გაიზარდა (6%-დან 14%-მდე), ხოლო სშს-ს გამოყენება - 10%-დან 13%-მდე. ისინი, ბოლო არსებული კვლევის მონაცემებით წყვილებს შორის ყველაზე ხშირად გამოყენებად მეთოდებს წარმოადგენენ. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი და კალენდარული მეთოდი, რომლებიც გამოყენების სიხშირის მხრივ ყველაზე პოპულარული მეთოდები იყო 1999 წელს, მესამე და მეოთხე ადგილზე აღმოჩნდა 2010 წელს. აბების მოხმარება, რაც ჯერ ისევ დაბალია, გაიზარდა 2%-დან 1999 წელს 4%-მდე 2010 წელს, ხოლო მილების ლიგაციის მეთოდის გამოყენება გაიზარდა 2%-დან 3%-მდე (1999,2005,2010).

პირველი მცდელობა ჩაერთოთ ქცევა შობადობის დეტერმინაციის მოდელში იყო შუალედური შობადობის სქემა, წარმოდგენილი რ. ჰილსის, ჯ. სტიკოსის, კ. ბეკის მიერ. "ოჯახური დაგეგმის" ფაქტორებს შორის წარმოდგენილია ბავშვთა ყოლის განწყობა და კონტრაცეპციის გამოყენება. 50-იანი წლების ბოლოს რ. ფრიდმენმა წარმოადგინა შობადობის ფაქტორების სქემა "შუალედური სოციალურ-ფსიქოლოგიური დეტერმინანტები". მის სქემაზე არის რეპროდუქციული ქცევის ბლოკი, უფრო ზუსტად მისი დისპოზიციის ბლოკი¹⁷. აქედან გამომდინარე მნიშვნელობას იძენს სოციალური, ეკონომიკური, დემოგრაფიული და სხვა ფაქტორების გავლენის განსაზღვრა, როგორც შობადობის, ისე ორსულობის გამოსავლის პროგნოზირებასა და კონტრაცეპციის გამოყენებაზე.

ფაქტორების ზეგავლენის მაგალითებად სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების შედეგები შეიძლება მოვიყვანოთ. მაგალითად, ნიგერიაში, ქალებმა, რომლებსაც დაუგეგმავი ორსულობა ჰქონდათ, აღნიშნეს, რომ როცა დაურსულდნენ კონტრაცეპციას საერთოდ არ იყენებდნენ, ხოლო აქედან 44%-მა აღნიშნა, რომ ოჯახის

დაგეგმვის საკითხებზე ინფორმირებულნი არ იყვნენ¹¹⁸. ასევე ეგვიპტეში დაუგეგმავი ორსულობების მქონე ქალების უმეტესი ნაწილი საერთოდ არ იყენებდა კონტრაცეპციას, ან მათ წარუმატებელ გამოყენებას აღნიშნავდნენ¹¹⁹. ირანში დაუგეგმავი ორსულობის წინ, ქალები არაეფექტურ ტრადიციულ კონტრაცეპციულ მეთოდებს იყენებდნენ, ხშირად შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს¹²⁰. კონტრაცეპციის გამოყენება განათლების დონის ზრდასთან ერთად მატულობდა¹²¹.

რაც შეეხება რელიგიური ფაქტორის გავლენას, აშშ-ში ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ რელიგიური კუთვნილება მხოლოდ თინეიჯერულ ასაკში განსაზღვრავდა კონტრაცეპციის არ გამოყენებას, ხოლო 20-44 წლის ასაკის ქალების მიერ კონტრაცეპციის გამოყენებაზე გავლენა არ ჰქონდა¹²².

ამგვარად, კონტრაცეპციის გავრცელება ქვეყნების და რეგიონების მიხედვით განსხვავებულია. რისკ ფაქტორები: ქალის ასაკი, საცხოვრებელი, განათლების დონე, ეთნიკურობა, რელიგიური მრწამსი, ეკონომიკური მდგომარეობა, ქორწინების სტატუსი, ცოცხალი შვილების რაოდენობა სხვადასხვა დონეზე ახდენენ გავლენას კონტრაცეპციის გამოყენებაზე მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ტრადიციებიდან, კულტურული ფასეულობებიდან, და ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე.

1.4. კონტრაცეპციაზე ინფორმირება

კონტრაცეპციის სწორმა და ეფექტურმა გამოყენებამ ქალს შეიძლება თავიდან ააცილოს დაუგეგმავი ორსულობა. ამისთვის საჭიროა, რომ იგი თითოეულ კონტრაცეპციის მეთოდზე გათვითცნობიერებული იყოს ინფორმირების სანდო წყაროებიდან, რათა მან სწორად გააკეთოს არჩევანი მისთვის მისაღებ კონტრაცეპციულ მეთოდზე.

ინფორმაციის მიღება აღნიშნულ საკითხის შესახებ სხვადასხვა სირთულესთან არის დაკავშირებული. ხშირად პირები, რომლებიც ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენენ,

მაგალითად მშობლები, მასწავლებლები და სამედიცინო პერსონალი არ ფლობენ საჭირო ინფორმაციას კონტრაცეპტივების გამოყენების აუცილებლობის შესახებ, რაც თავის მხრივ პრობლემას ქმნის. პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას სოფლად და დაბალ სოციალურ-ეკონომიურ გარემოში.

კონტრაცეპციაზე რელევანტური ინფორმაციის მიწოდება ჯანდაცვის მესვეურების პრეროგატივაა, თუმცა, როგორც კვლევები აჩვენებს ინფორმაციას ქალები ალტერნატიული წყაროებიდანაც ღებულობენ: ტელევიზიიდან, მასმედიიდან, ჟურნალებიდან, გაზეთებიდან, მეგობრებიდან, ნათესავებისგან, მშობლებისგან, ქმრისგან, შეყვარებულისგან, პარტნიორისგან, საგანმანათლებლო სისტემიდან და სხვა²⁴. ექიმის გარდა სხვა წყაროებიდან მიღებული ინფორმაცია ხშირად არასრულფასოვანია და მხოლოდ გარკვეულ კონტრაცეფციულ მეთოდებზე უზრუნველყოფს ინფორმაციას. მაგალითად, იბადანის სტუდენტთა გამოკითხვით, გამოირკვა, რომ ისინი ინფორმაციას ძირითადად მასმედიიდან და მეგობრებიდან ღებულობდნენ, ამიტომ მათ ცოდნა თორმეტიდან მხოლოდ სამ მეთოდზე ჰქონდათ, ძირითადად კონდომებზე და შეწყვეტილ სქესობრივ აქტზე¹²³.

განვითარებულ ქვეყნებში, მაგალითად, აშშ-ში ახალგაზრდა ქალები ხშირად ექიმებისგან ან მედდებისგან იღებენ ინფორმაციას¹²⁴,¹²⁵, ხოლო მამაკაცები - მეგობრებისგან. კოლეჯის სტუდენტი აფრიკელი გოგონები, თერკანიანებთან შედარებით ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის მოძიებას უფრო ინტერნეტით ცდილობენ¹²⁶. საინტერესოა ამ საკითხთან დამოკიდებული ცვლილება, თუ ადრეულ პერიოდში კონტრაცეპციაზე ინფორმირების წყაროდ ხშირად სახელდებოდა მშობლები, ამჟამად სტუდენტების ინფორმირების წყარო სულ უფრო მეტად ხდება მედია, პარტნიორები და პროფესიონალები¹²⁷. სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხების ვებსაიტებიდან მიღებული ინფორმაცია უზუსტობებს შეიცავს¹²⁸. გამოკითხვები აჩვენებს, რომ ახალგაზრდებს სურთ ინფორმირებულნი იყვნენ ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე¹²⁹.

საყურადღებოა, კულტურული და სოციალური აკრძალვების გავლენა კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმირებაზე. ზოგჯერ კულტურული და სოციალური ჩვეულებები უკრძალავს დასაოჯახებელ ახალგაზრდა ქალებს სქესობრივი ცხოვრების დაწყებას, ან საერთოდ სქესობრივ ურთიერთობებზე საუბარს საზოგადოებაში, ოჯახსა და სამედიცინო დაწესებულებებში. ზოგიერთ რეგიონში ჯანდაცვის წარმომადგენლები საკუთარი მორალური პრინციპების გამო უარს ამბობენ, რომ ახალგაზრდები კონტრაცეპტივებით უზრუნველყონ. შედეგად, ახალგაზრდა თაობა თავს არიდებს კონტრაცეპტივების გამოყენებას იმის შიშით, რომ განკითხვისა და დამცირების ობიექტები გახდებიან. პრობლემას კონფიდენციალურობის საკითხიც წარმოადგენს.

მშობლების მიერ სექსუალურ-რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, მათ შორის კონტრაცეფიაზე ინფორმირება ხშირად სტიგმატიზირებულია, განსაკუთრებით სოფლად¹³⁰,¹³¹. მშობლებისგან, ასევე რელიგიური ლიდერებისგან მიღებული ინფორმაცია ასოცირდება სქესობრივი ცხოვრების დაწყების დაყოვნებასთან, ხოლო მეგობრებისგან, ნათესავებისგან და მედიისგან - უფრო ადრეულად დაწყებასთან¹³². ნიგერიაში ჩატარებული გამოკითხვით, მშობლებისთვის უმჯობესი იყო მათი შვილები სკოლაშივე ყოფილიყვნენ ამ საკითხებზე ინფორმირებულნი¹³³. თუმცა ეს დამოკიდებულება ყველა პირობებში ვერ გავრცელდება.

საგანმანათლებლო ღონისძიებები ზრდიან კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენებაზე ცოდნას, ეხმარება ინდივიდებს კარგად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში და კონტრაცეპციის ეფექტურად გამოყენებაში¹³⁴. მშობიარობისშემდგომი კონსულტირება კონტრაცეპციის შესახებ, განაპირობებს მეტ კონტრაცეპციის მოხმარებას და ნაკლებ დაუგეგმავ ორსულობას¹³⁵. ექიმები ხშირად ქალებს სთავაზობენ სშს-ს¹³⁶.

მნიშვნელოვანია, იმის გათვალისწინება სანდო წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციით კონტრაცეპციაზე გათვითცნობიერება ამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას¹³⁷.

თავი 2. მასალა და მეთოდები

2.1. კვლევის ობიექტი:

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა საქართველოში 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემთა ბაზა. კვლევა ჩატარდა საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ეთიკური კომისიის დასკვნის საფუძველზე. ორიგინალი კვლევა იყო ქროს-სექციული ტიპის, რომელშიც გამოყენებული იყო მრავალსაფეხურიანი, სტრატეგიცირებული შერჩევის მეთოდი. იგი გაგრძელდა 2010 წლის ოქტომბრიდან 2011 წლის თებერვლამდე. ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების შემდეგ 6292 ქალი, მათი ქორწინების სტატუსის მიუხედავად, რომლებიც ცხოვრობდნენ საქართველოს ტერიტორიაზე სეპარატისტული რეგიონების აფხაზეთისა და ოსეთის გამოკლებით გამოკითხული იქნენ თავიანთ სახლებში.

ჩვენი კვლევისთვის ჩატარდა მონაცემთა ბაზის მეორადი ანალიზი, სადაც გამოყენებულ იქნა ალტერნატიული სტატისტიკური მიდგომები.

2.2. ჩართვის კრიტერიუმები

საწყისი კვლევისთვის ჩართვის კრიტერიუმი იყო 15-44 წლის ასაკი, ხოლო ჩვენი კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, თითოეული სტატისტიკური ანალიზისთვის დამატებითი ჩართვის კრიტერიუმები გამოიყენებოდა. მაგალითად, დაუგეგმავი ორსულობების გავრცელების და მასთან პოტენციურად ასოცირებული ფაქტორების დასადგენად ჩართვის კრიტერიუმი იყო - ქალები, რომლებსაც ბოლო 5 წლის განმავლობაში ჰქონდათ ორსულობა, დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით დამთავრების გავრცელების და მასთან ასოცირებული რისკის ფაქტორების დასადგენად - ქალები, რომელთა ორსულობაც იყო დაუგეგმავი ბოლო 5 წლის განმავლობაში; ხელოვნურ აბორტამდე კონტრაცეპციის გამოყენების დასადგენად - ქალები, რომლებმაც დაუგეგმავი ორსულობა დაასრულეს ხელოვნური აბორტით, ხოლო კონტრაცეპციის

თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების გავრცელებისთვის - ქალები, რომლებმაც აღნიშნეს ხელოვნურ აბორტამდე კონტრაცეპციის გამოყენება.

სოციო-დემოგრაფიული ფაქტორების გავლენის დასადგენად კონტრაცეპციის ოდესმე გამოყენებაზე დამატებითი ჩართვის კრიტერიუმი იყო ქალები, რომელთაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი.

სოციო-ეკონომიკური ფაქტორების გავლენის დადგენისთვის კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებზე სოფლად და ქალაქად დამატებითი ჩართვის კრიტერიუმი იყო ქალები, რომლებიც მიმდინარედ მოიხმარდნენ კონტრაცეპციის მეთოდებს, კერძოდ თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებს.

კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმირების წყაროს და მისი კონტრაცეპციულ მეთოდზე გამოყენების დასაგენად - ქალები, რომლებსაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი და აღნიშნავდნენ კონტრაცეპციის კონკრეტული გამოსაკვლევი მეთოდის გამოყენებას.

ყველა, ვინც ვერ აკმაყოფილებდა ამ კრიტერიუმებს გამორიცხულ იქნენ სტატისტიკური ანალიზიდან.

2.3. ცვლადების შერჩევა

პირველადი კვლევა საშუალებას იძლეოდა მონაცემები მოპოვებული ყოფილიყო პოპულაციის ძირითად მახასიათებლებზე და ჯანდაცვის ინდიკატორებზე. ჩვენი კვლევისთვის თითოეული სტატისტიკური ანალიზისთვის კვლევებიდან მოპოვებულ პასუხებზე დაყრდნობით შეირჩეოდა დამოუკიდებელი ანუ პრედიქტორული და დამოკიდებული თვისებრივი ცვლადები.

დაუგეგმავი ორსულობების, მათი გამოსავლის და ხელოვნური აბორტით დასრულებული დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის გამოყენებისთვის შეირჩა ოთხი დამოუკიდებელი ცვლადი დაყოფილი კატეგორიებად:

ორსულობის დაგეგმვა: დაუგეგმავი და დაგეგმილი ორსულობა;

ორსულობის გამოსავლის მიხედვით: დაუგეგმავი ორსულობის დასრულება ხელოვნური აბორტით ან ორსულობის პროლონგირება;

კონტრაცეპციის გამოყენება: რაიმე კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენება ან არ გამოყენება;

კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენების მიხედვით: თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება.

ქალები, რომელსაც არ უნდოდათ ან მოგვიანებით სურდათ დაორსულება მოხვდნენ დაუგეგმავი ორსულობის კატეგორიაში, ხოლო ქალები, რომლებსაც სურდათ დაურსულება ან არ იყვნენ დარწმუნებული თავიანთ გადაწყვეტილებაში - დაგეგმილი ორსულობის კატეგორიაში.

ორსულობის გამოსავლის შესახებ ინფორმაცია მოპოვებულ იქნა პასუხებიდან თუ როგორ დამთავრდა დაუგეგმავი ორსულობა. ქალები, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ორსულობა შეწყვიტეს მინი-აბორტით (ვაკუუმ-ასპირაცია ორსულობის 5 კვირამდე) ან ხელოვნური აბორტით (საშვილოსნოს ღრუს კიურეტაჟი ორსულობის 5 კვირაზე მეტი) მოხვდნენ ხელოვნური აბორტის კატეგორიაში. დანარჩენი ქალები განიხილნენ ორსულობის პროლონგირებით კატეგორიაში (მშობიარობა და საშვილოსნოსგარე ორსულობის რამდენიმე შემთხვევა).

კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების კატეგორიისთვის შეირჩა ქალები, ხელოვნური აბორტის წინ კონტრაცეპციის ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენების მიხედვით. თანამედროვე მეთოდების გამოყენება მოიცავდა კონტრაცეპციული აბების, სშს-ს, კონდომის და სშს-ს ერთად, კონდომის და

ტრადიციული მეთოდების ერთად, სპერმიციდების ან საინექციო კონტრაცეპციული საშუალებების გამოყენებას. ხოლო კონტრაცეპციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება გულისხმობდა კალენდარული/რიტმული მეთოდის, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ან ორივე მეთოდის ერთად გამოყენებას. მონაცემთა სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა იმასთან მიმართებაში, თუ რომელ მეთოდს, თანამედროვე თუ ტრადიციულ მეთოდს, მეტად მიმართავდა ქალი.

ჩვენი კვლევისთვის ფაქტორები, რომლების პოტენციურად შეიძლება ასოცირებული ყოფილიყო დაუგეგმავ ორსულობებთან, მათ გამოსავალთა და ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის გამოყენებასთან მოიცავდა პრედიქტორულ ცვლადებს, რომლებიც კატეგორიზირებულ იყვნენ ჯგუფებში:

1. **ქალის საცხოვრებელი:** ქალაქი და სოფელი;
2. **ასაკი:** 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 წელი;
3. **განათლების დონე:** არასრული საშუალო, საშუალო, ტექნიკური და უმაღლესი/უმაღლესის შემდგომი;
4. **ქალის მატერიალური მდგომარეობა:** „უჭირს თავის გატანა“, „როგორღაც ახერხებს თავის გატანას“ და „თავისუფლად აკმაყოფილებს საკუთარ მოთხოვნილებებს“;
5. **ქონებრივი ტერცილი:** დაბალი, საშუალო და მაღალი.
6. **ქალის ეთნიკური წარმომავლობა:** ქართველები და სხვა;
7. **ქალის რელიგიურობა:** ქართველი მართლმადიდებლები, სხვა მართლმადიდებლები, მუსლიმები, სხვა რელიგიები და არანაირი რელიგიური მრწამსით.
8. **ცოცხალი შვილების რაოდენობა:** 0,1,2,3,4 და მეტი ცოცხალი შვილი

კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებიდან კვლევისთვის სამი დამოკიდებული ცვლადი შეირჩა: კონტრაცეპციული აბების, მამაკაცის კონდომის და სშს-ს გამოყენება. ჩვენს კვლევაში ფაქტორები, რომლებიც პოტენციურად ასოცირებული იყო კონტრაცეპციის გამოყენებასთან, იდენტიფიცირებული როგორც პრედიქტორული ცვლადები, იყვნენ:

1. ქალის საცხოვრებელი: ქალაქი და სოფელი;
2. ასაკი: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 ასაკობრივი ჯგუფები;
3. განათლების დონე: არასრული საშუალო, საშუალო, ტექნიკური და უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი;
4. ქალის მატერიალური მდგომარეობა: „უჭირს თავის გატანა“, „როგორღაც ახერხებს თავის გატანას“ და „თავისუფლად აკმაყოფილებს საკუთარ მოთხოვნილებებს“;
5. ქონებრივი ტერცილი: დაბალი, საშუალო და მაღალი.
6. ეთნიკური წარმომავლობა: ქართველები, სომხები, აზერბაიჯანელები და სხვა.
7. ქალის რელიგიურობა: ქართველი მართლმადიდებლები, სხვა მართლმადიდებლები, მუსლიმები, სხვა რელიგიები და არანაირი რელიგიური მრწამსით.
8. ცოცხალი შვილების რაოდენობა: 0,1,2,3,4 და მეტი ცოცხალი შვილი

ქალის საცხოვრებლის კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდზე გავლენის დასადგენად პრედიქტორული ცვლადი იყო საცხოვრებელი, კატეგორიზირებული ქალაქად და სოფლად ცხოვრებით, ხოლო დამოკიდებული ცვლადი - კატეგორიზირებული თანამედროვე და ტრადიციული კონტრაცეპციული მეთოდის მომხმარებით. აღნიშნული კვლევისთვის სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა ცალკეულ ჯგუფებში, რომლებიც დაყოფილი იყო ჯგუფები დაყოფილი იყო ქალის ასაკის, განათლების დონის, ეთნიკურობის, მატერიალური მდგომარეობის, ქონებრივი ტერცილის და ცოცხალი ბავშვების რაოდენობის მიხედვით.

ინფორმირების წყაროს კონტრაცეპციის გამოყენებაზე გავლენის დასადგენად დამოუკიდებელ ცვლადად მივიჩნიეთ სავარაუდო ინფორმირების წყაროები კატეგორიზირებული როგორც: დედა, მამა, ნათესავი, მეგობარი ბიჭი, მეგობარი, თანამშრომელი, კოლეგა, პარტნიორი/ქმარი, ექიმი, ექთანი/ზებიაქალი, სოციალური მუშაკი, ფარმაცევტი, წიგნები, გაზეთები/ჟურნალები/ბროშურები/ფლაერები, რადიო, ტელევიზია, ინტერნეტი, სხვა და არ მახსოვს. დამოკიდებული ცვლადი იყო კონკრეტული კონტრაცეპციული მეთოდის გამოყენება.

2.4. კვლევის მეთოდები

მონაცემთა ანალიზი ჩატარდა სტატისტიკური პროგრამით SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences, version 17 for windows XP; SPSS, inc, Chicago, 117). გამოყენებულ იქნა ცვლადთა რეკოდირების, შერჩევის და აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდები, ხოლო მულტინომინალური ლოგარითმული რეგრესიული ანალიზი გამოყენებულ იქნა დამოუკიდებელი ანუ პრედიქტორული ცვლადების დამოკიდებულ ცვლადებზე გავლენის შეფარდებითი რისკის დასადგენად. სტატისტიკურად სარწმუნოდ განიხილებოდა სარწმუნოების მაჩვენებელი p-ს მნიშვნელობა ნაკლები 0,05-ზე ($p < 0,05$).

თავი3. საკუთარი კვლევის შედეგები

3.1. აღწერილობითი სტატისტიკა

3.1.1. დაუგეგმავი ორსულობები

კვლევაში მონაწილე ქალების საშუალო ასაკი იყო 29,5 (SD=8.1; საზღვრები - 15-44). 2692 (42,8%) რესპოდენტმა განაცხადა, რომ ჰქონდა ორსულობა ბოლო 5 წლის განმავლობაში. უმრავლესობა იყო ეთნიკური ქართველი, ქართული მართლმადიდებლური რელიგიით. 38 %-ს ჰქონდა უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლება, ნახევარზე მეტი ცხოვრობდა სოფლად და საშუალოზე მეტი რაოდენობა აცხადებდა, რომ როგორღაც ახეხებდა თავის გატანას (ცხრილი 1).

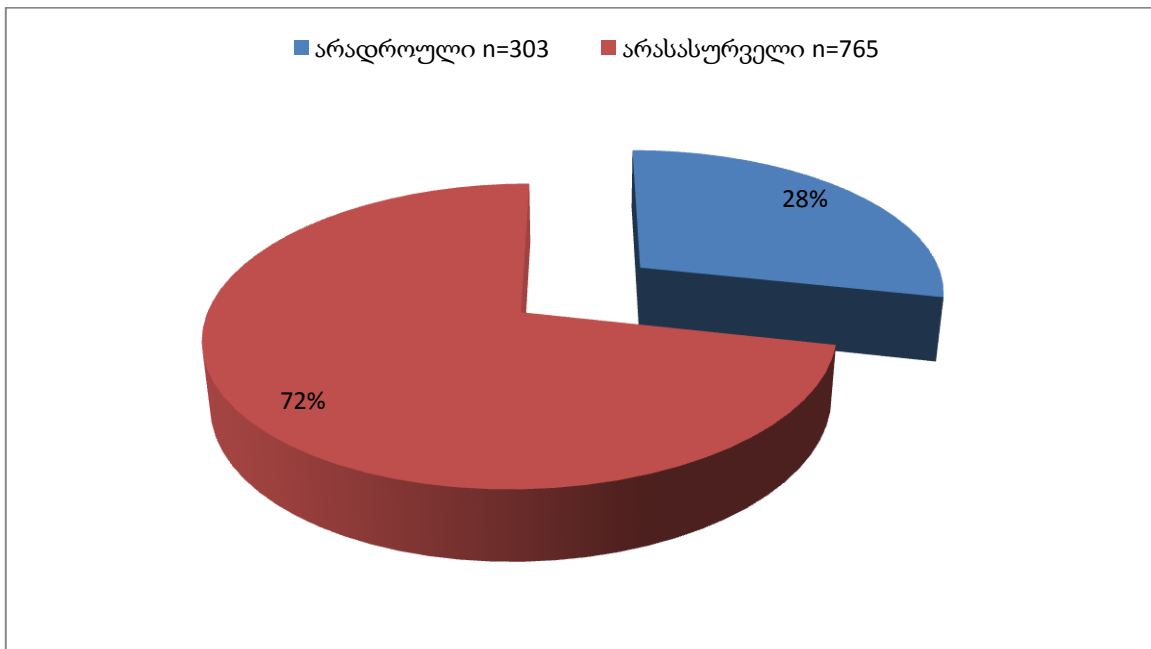
ცხრილი 1. შერჩეული ქალების მახასიათებლები, რომლებიც ბოლო 5 წლის განმავლობაში იყვნენ ორსულად. (n=2,692).

	n	(%)
1	2	3
ორსულობის დაგეგმვა		
დაგეგმილი	1624	60.3
დაუგეგმავი	1068	39,7
საცხოვრებელი		
ქალაქი	1221	45.4
სოფელი	1471	54.6
ასაკი		
15-19	69	2.6
20-24	530	19.7
25-29	757	28.1
30-34	681	25.3

1	2	3
35-39	439	16.3
40-44	216	8.0
განათლება		
არასრული საშუალო	447	16.6
საშუალო	696	25.9
ტექნიკუმი	523	19.4
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1026	38.1
მატერიალური მდგომარეობა		
ძლივს გააქვთ თავი	788	29,3
როგორღაც გააქვთ თავი	1758	65,3
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	146	5,4
ქონებრივი ტერცილი		
დაბალი	874	32,5
საშუალო	975	36,2
მაღალი	843	31,3
ეთნიკურობა		
ქართველები	2292	85.1
სხვა	400	14,9
რელიგიურობა		
ქართული მართლმადიდებლური	2217	82,4
სხვა მართლმადიდებლური	145	5,4
მუსულმანური	268	10,0
სხვა რელიგიები	42	1,6
არანაირი რელიგია	20	0,7
ცოცხალი შვილების რაოდენობა		

	1	2	3
0		84	3,1
1		931	34,6
2		1263	46,9
3		330	12,3
4 და მეტი		84	3,1

1068 (39,7%) ქალმა განაცხადა რომ მათი ორსულობა იყო დაუგეგმავი: 303 (28,4%) ჰქონდა არადროული ორსულობა და 765 (71,6%) არასასურველი ორსულობა.

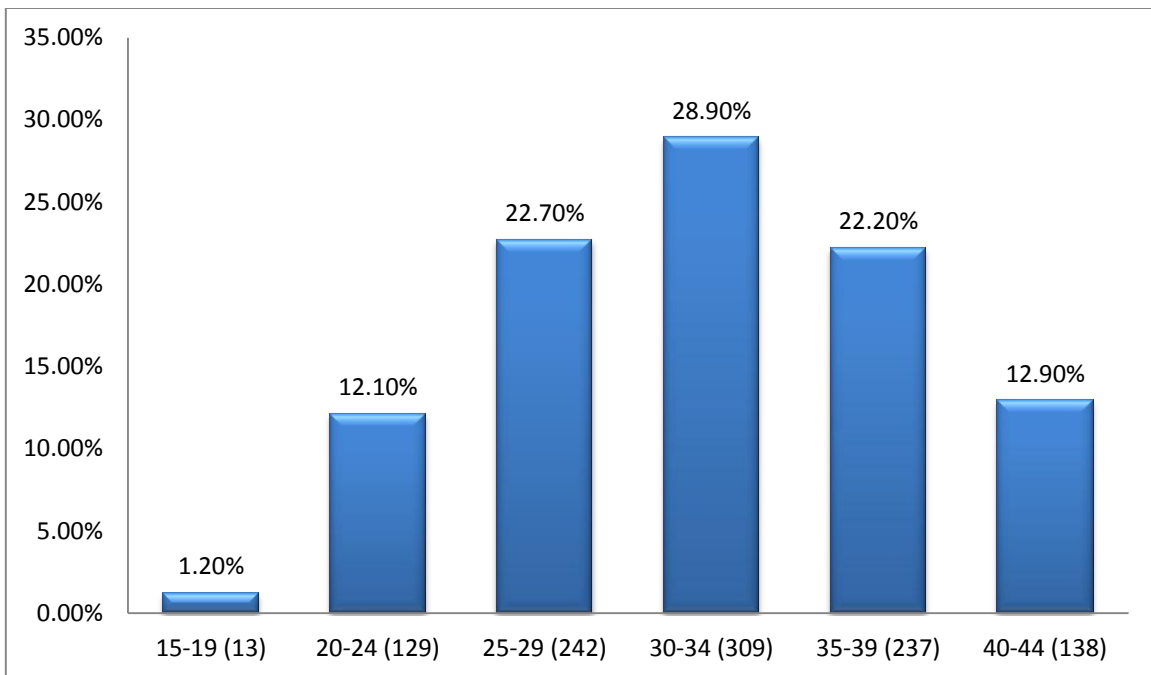


დიაგრამა N 1. ქალების განაწილება (%) არადროული და დროული ორსულობების მიხედვით

1068 ქალიდან, რომელთაც აღნიშნათ დაუგეგმავი ორსულობა, 433 (40,5%) ცხოვრობდა ქალაქად, 635 (59,5%) - სოფლად. 221 (20,7%) ქალს ჰქონდა არასრული საშუალო, 302 (28,9%) ქალს - საშუალო განათლება, 213 (19,9%)-ს ჰქონდა ტექნიკური

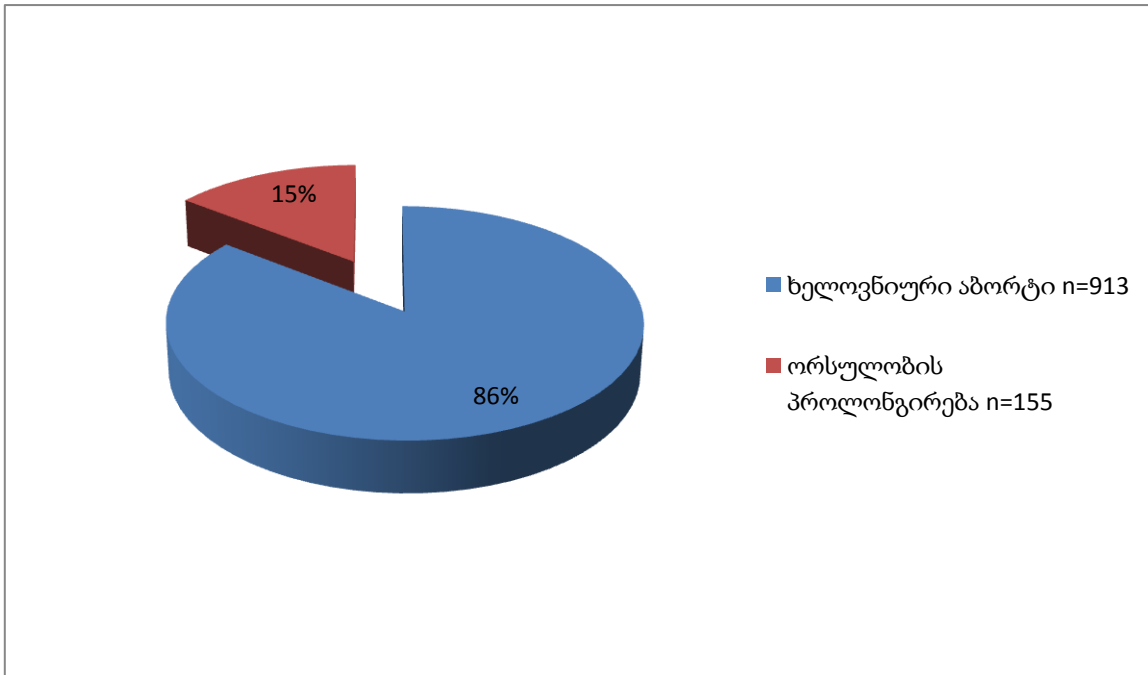
დამთავრებული, ხოლო 332 (31,1%) -ს - უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლება. 7-მა (0,7%) ქალმა განაცხადა, რომ არანაირი რელიგიური რწმენა არ ჰქონდა, 12 (1,1%) ქალი მოექცა სხვა რელიგიების კატეგორიაში, 119 (11,1%) იყო მუსლიმანი, 63 (5,9%) - სხვა მართლმადიდებელი, ხოლო ქართველმა მართლმადიდებლებმა (n=867) შეადგინა ქალების 81,2%.

დაუგეგმავი ორსულობის მქონე ქალების ასაკის მიხედვით გადანაწილება იხ. დიაგრამა 2-ზე.



დიაგრამა N 2. დაუგეგმავი ორსულობების განაწილება ასაკის მიხედვით (%).

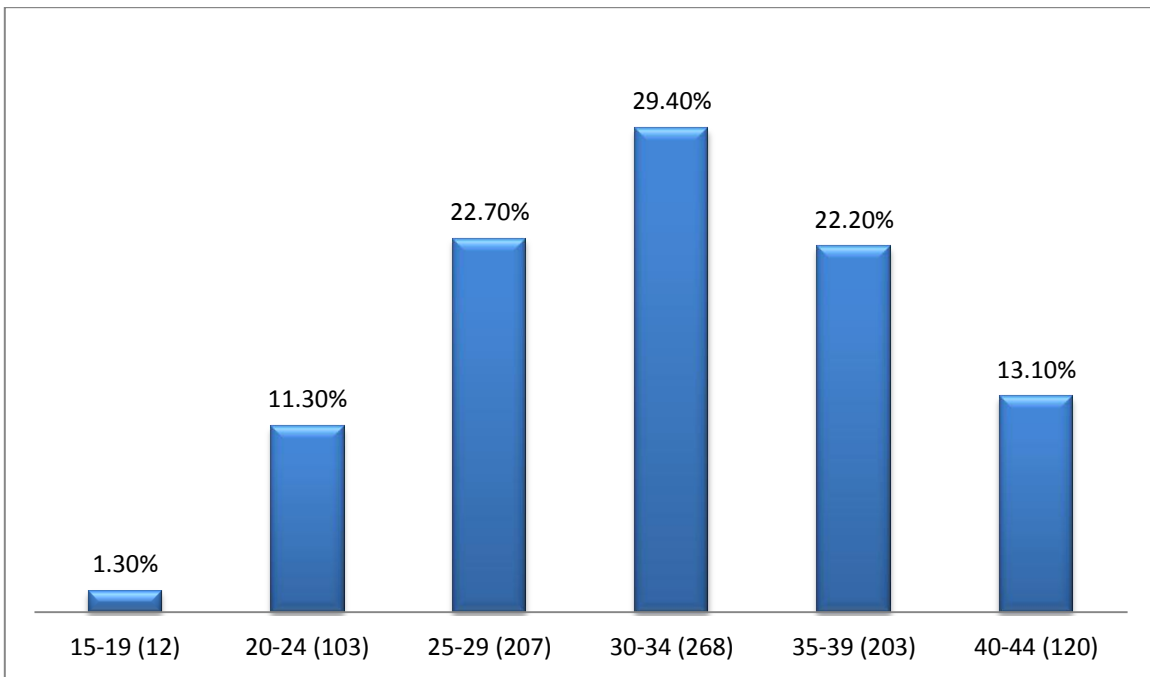
913 (85,5%) ქალმა განაცხადა, რომ ორსულობა დასრულა ხელოვნური აბორტით (დიაგრამა N3).



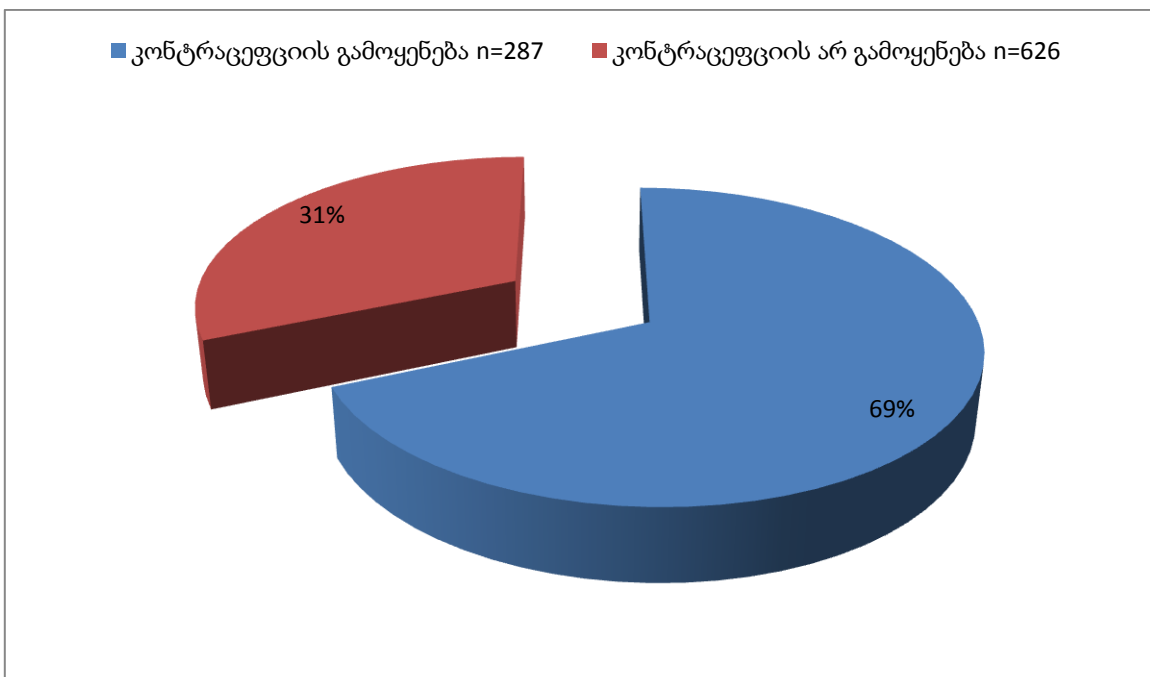
დიაგრამა N3. დაუგეგმავი ორსულობის განაწილება ორსულობის გამოსავლის მიხედვით (%)

913 ქალიდან, რომელთაც დაუგეგმავი ორსულობა შეწყვიტეს ხელოვნური აბორტით, 361 (39,5%) ცხოვრობდა ქალაქად, 552 (60,5%) - სოფლად. 194 (21,2%) ქალს ჰქონდა არასრული საშუალო, 266 (29,1%) ქალს - საშუალო განათლება, 183 (20,0%)-ს ჰქონდა ტექნიკური დამთავრებული, ხოლო 270 (29,6%)-ს - უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლება. 6-მა (0,7%) ქალმა განაცხადა, რომ არანაირი რელიგიური რწმენა არ ჰქონდა, 10 (1,1%) ქალი მოექცა სხვა რელიგიების კატეგორიაში, 110 (12%) იყო მუსლიმანი, 58 (6,4%) - სხვა მართლმადიდებელი, ხოლო ქართველმა მართლმადიდებლებმა (n=729) შეადგინა ქალების 79,8%.

ასაკობრივი გადანაწილება იმ ქალების, რომლებმაც დაუგეგმავი ორსულობა შეწყვიტეს ხელოვნური აბორტით, ასახულია დიაგრამა N 4-ზე. 626 (68,6%) აბორტის წინ არ იყენებდა კონტრაცეპციას, 287 (31,4%) იყენებდა კონტრაცეპციის რაიმე მეთოდს. (დიაგრამა N5).

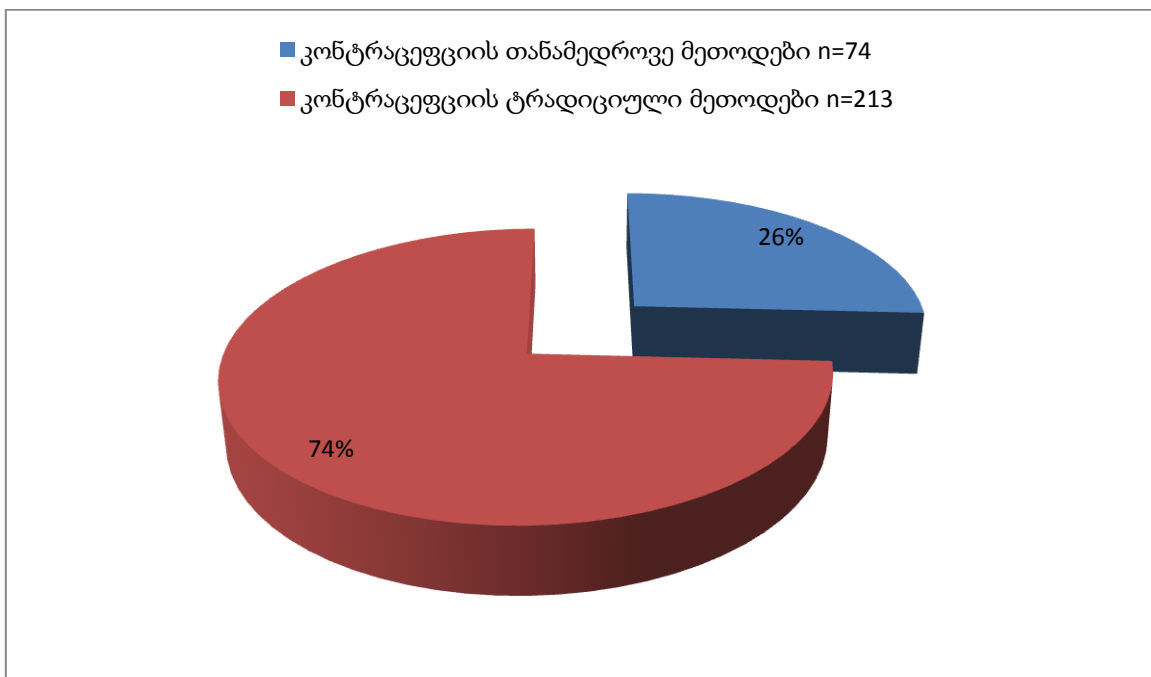


დიაგრამა N4. დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტის მაჩვენებლები (%) ასაკის მიხედვით



დიაგრამა N5. კონტრაცეფციის გამოყენების სიხშირე (%) ქალებში დაუგეგმავ ორსულობამდე

დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით დასრულების შემთხვევაში კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებლებიდან 74 (25,8%) ქალმა აღნიშნა, რომ იყენებდა კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს (დიაგრამა N6). ხელოვნურად შეწყვეტილი დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენებლების მახასიათებლები წარმოდგენილია ცხრილში N2.



დიაგრამა N 6. კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების სიხშირე ქალებში დაუგეგმავ ორსულობამდე, რომელთაც ორსულობა შეწყვიტეს ხელოვნური აბორტით

ცხრილი 2. ქალების მახასიათებლები, რომლებმაც დაუგეგმავი ორსულობა შეწყვიტეს ხელოვნური აბორტით და იყენებდნენ თანამედროვე კონტრაცეპციას n=287

	n	(%)
1	2	3
საცხოვრებელი		
ქალაქი	115	40,1
სოფელი	172	59,9
ასაკი		
15-19	3	1,0
20-24	32	11,1
25-29	60	20,9
30-34	77	26,8
35-39	71	24,7
40-44	44	15,3
განათლება		
არასრული საშუალო	59	20,6
საშუალო	83	28,9
ტექნიკუმი	59	20,6
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	86	30,0
მატერიალური მდგომარეობა		
ძლივს გააქვთ თავი	101	35,2
როგორღაც გააქვთ თავი	177	81,7
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	9	3,1
ქონებრივი ტერცილი		
დაბალი	108	37,6
საშუალო	96	33,4

1	2	3
მაღალი	83	28,9
ეთნიკურობა		
ქართველები	232	80,8
სხვა	55	19,2
რელიგიურობა		
ქართული მართლმადიდებლური	220	76,7
სხვა მართლმადიდებლური	27	9,4
მუსულმანური	32	11,1
სხვა რელიგიები	6	2,1
არანაირი რელიგია	2	0,7
ცოცხალი შვილების რაოდენობა		
0	1	0,3
1	50	17,4
2	168	58,5
3	59	20,6
4 და მეტი	9	3,1

3.1.2. თანამდეროვე მეთოდების მომხმარებლების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების აღწერილობითი სტატისტიკა

ჩვენს კვლევაში ჩავრთეთ 4487 (71,3%) რესპოდენტი, რომლებმაც განაცხადეს, რომ ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი. მათი საშუალო ასაკი იყო 32,05 (SD=6.96). მათი უმრავლესობა ეთნიკური ქართველი იყო, 36.7%-ს ჰქონდა

უმალესი/უმალესისშემდგომი განათლება, ნახევარზე მეტი ცხოვრობდა სოფლად (ცხრილი N3). აქედან 714-ს (17,7%) გამოუყენებია და შესაბამისად 3319 ქალს (82,3%) არ გამოუყენებია კონტრაცეპციული აბები. 1047 -მა (24,3%) ქალმა განაცხადა, რომ სწოედსმე გამოუყენებია. 1311 (30,2%) ქალს ოდესმე გამოუყენებია მამაკაცის კონდომი.

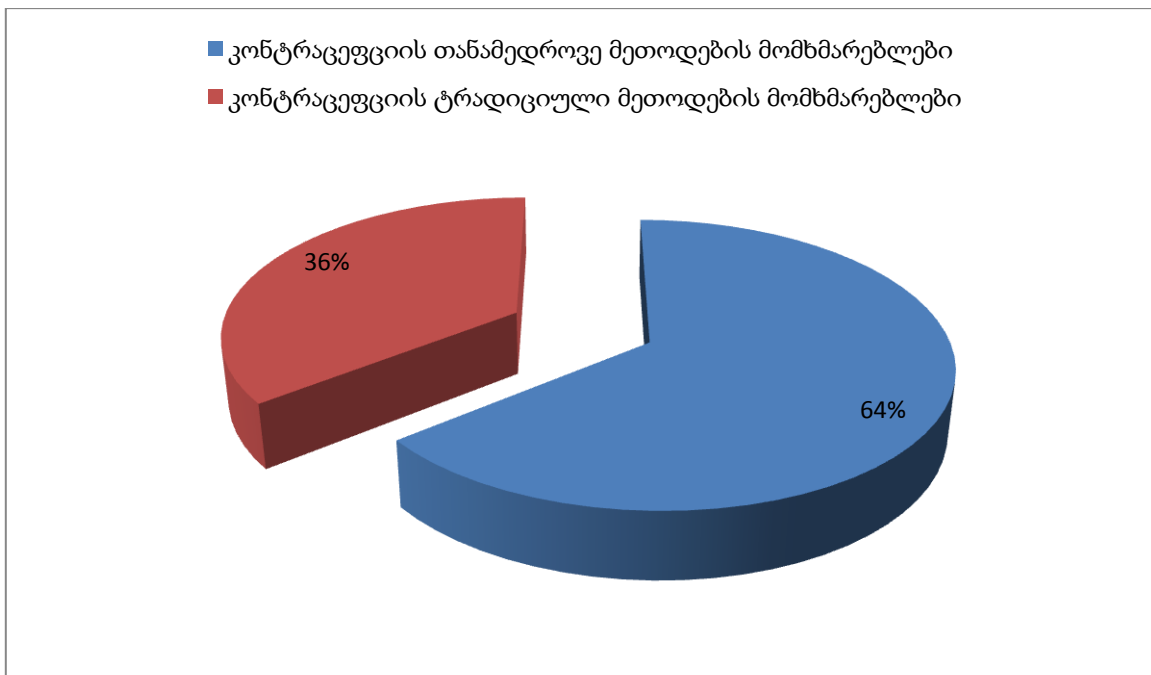
ცხრილი N3. შერჩეული ქალების მახასიათებლები, რომლებსაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი n=4487.

	n	%
1	2	3
საცხოვრებელი		
ქალაქი	2044	45.6
სოფელი	2443	54.4
ასაკი		
15-19	130	2.9
20-24	639	14.2
25-29	909	20.3
30-34	1036	23.1
35-39	944	21.0
40-44	829	18.5
განათლება		
არასრული საშუალო	801	17.9
საშუალო	1059	23.6
ტექნიკუმი	982	21.9
უმალესი/უმალესისშემდგომი	1645	36.7
მატერიალური მდგომარეობა		
ძლივს გააქვთ თავი	1358	30,3

1	2	3
როგორღაც გააქვთ თავი	2876	64,1
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	253	5,6
ქონებრივი ტერცილი		
დაბალი	1472	32,8
საშუალო	1637	36,5
მაღალი	1378	30,7
ეთნიკურობა		
სხვა	130	2,9
სომხები	269	6,0
აზერბაიჯანელები	234	5,2
ქართველები	3854	85,9
რელიგიურობა		
ქართული მართლმადიდებლური	3698	82,4
სხვა მართლმადიდებლური	250	5,6
მუსულმანური	437	9,7
სხვა რელიგიები	74	1,6
არანაირი რელიგია	28	0,6
ცოცხალი შვილების რაოდენობა		
0	472	10,5
1	1285	28,5
2	2069	46,1
3	539	12,0
4 და მეტი	122	2,7

3.1.3. კონტრაცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება სოფლად და ქალაქად

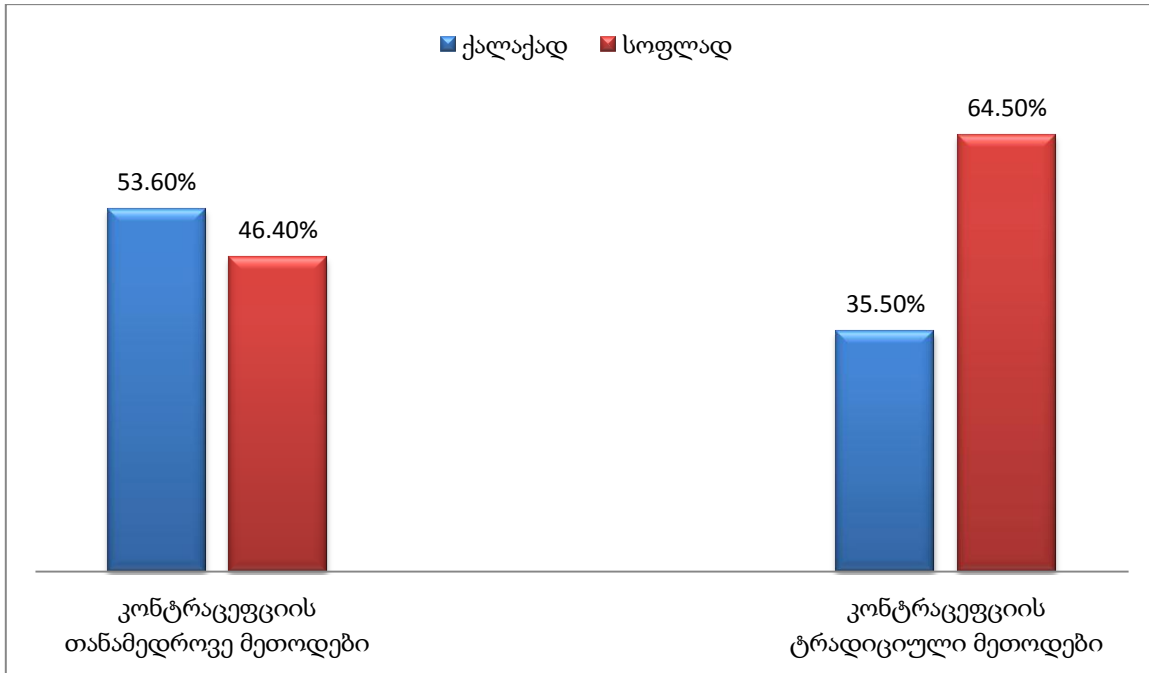
2234 რესპოდენტთა განაცხადა, რომ კვლევის პერიოდში მიმდინარედ იყენებდნენ კონტრაცეფციის რაიმე მეთოდს. მათი საშუალო ასაკი იყო 32,33 (SD=6.37). 1053 (47,1%) ცხოვრობდა ქალაქად, 1181(52,9%) - სოფლად. თანამედროვე კონტრაცეპციულ საშუალებებს იყენებდა 1436 (64,3%), ტრადიციულ კონტრაცეპციულ მეთოდებს - 7981 (35,7%) (დიაგრამა N). თანამედროვე კონტრაცეპციული მეთოდების მომხმარებლების საშუალო ასაკი იყო 31,8 (SD=6,4), ტრადიციული მეთოდების მომხმარებლების - 33,27(SD=6,3).



დიაგრამა N7. კონტრაცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების სიხშირე (%) ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ ქალებში.

თანამედროვე კონტრაცეპციას მიმდინარედ იყენებდა ქალაქად მაცხოვრებლების 53,6% (n=770) და სოფლად მაცხოვრებლების 46,4% (n=666), ხოლო ტრადიციულ მეთოდებს - ქალაქად მაცხოვრებლების 35,5% (n=283) და სოფლად მაცხოვრებლების

64,5% (n=515) (დიაგრამა N8). ქალების გადანაწილება სოციო-დემოგრაფიული მახასიებლების მიხედვით მოცემულია ცხრილში N4 .



დიაგრამა N8. კონტრაცეფციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების სიხშირე (%) ქალაქად და სოფლად.

ცხრილი N4. შერჩეული ქალების, რომლებიც მიმდინარედ იყენებდა კონტრაცეპციის მეთოდებს, გადანაწილება სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით n=2234

	საცხოვრებელი	კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება N (%)	კონტრაცეპციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება N (%)	სულ N (%)
1	2	3	4	5
ასაკი				
15-19	ქალაქი	6(30.0)	2 (28.6)	8 (29.6)
	სოფელი	14 (70.0)	5 (71.4)	19 (70.4)
20-24	ქალაქი	107 (55.7)	22 (27.2)	129 (47.3)
	სოფელი	85 (44.3)	59 (72.8)	144 (52.7)
25-29	ქალაქი	174 (51.9)	45(33.1)	219(46.5)
	სოფელი	161(48.1)	91 (66.9)	252 (53.5)
30-34	ქალაქი	196 (53.8)	80 (36.0)	276 (47.1)
	სოფელი	168 (46.2)	142 (64.0)	310(52.9)
35-39	ქალაქი	177 (56.9)	71 (36.8)	248 (49.2)
	სოფელი	134 (43.1)	122 (63.2)	256 (50.8)
40-44	ქალაქი	110 (51.4)	63 (39.6)	173 (46.4)
	სოფელი	104 (48.6)	96 (60.4)	200 (53.6)
განათლება				
არასრული საშუალო	ქალაქი	51 (25.2)	30 (17.8)	81 (21.8)
	სოფელი	151 (74.8)	139(82.2)	290 (78.2)
საშუალო	ქალაქი	114 (40.6)	56 (26.2)	170 (34.3)
	სოფელი	167 (59.4)	158 (73.8)	325 (65.7)
ტექნიკუმი	ქალაქი	148 (50.0)	58 (34.9)	206 (44.6)
	სოფელი	148 (50.0)	108 (65.1)	256 (56.4)

1	2	3	4	5
უმაღლესი/უმაღლესის- შემდგომი	ქალაქი	457 (69.6)	139 (55.8)	596 (65.8)
	სოფელი	200 (30.4)	110 (44.2)	310 (34.2)
ეთნიკურობა				
სხვა	ქალაქი	23 (63.5)	7 (46.7)	30 (51.7)
	სოფელი	20 (46.5)	8 (53.3)	28 (48.3)
სომხები	ქალაქი	28 (60.9)	16 (18.6)	44 (33.3)
	სოფელი	18 (39.1)	70 (81.4)	88 (66.7)
აზერბაიჯანელები	ქალაქი	8 (15.4)	7 (15.2)	15 (15.3)
	სოფელი	44 (84.6)	39 (84.8)	83 (84.7)
ქართველები	ქალაქი	711 (54.9)	253 (38.9)	964 (49.5)
	სოფელი	584 (45.1)	398 (61.1)	982 (50.5)
ოჯახის მატერიალური სტატუსი				
ძლივს გააქვთ თავი	ქალაქი	111 (35.8)	67 (24.0)	170 (30.2)
	სოფელი	199 (64.2)	212 (76.0)	411 (69.8)
როგორღაც გააქვთ თავი	ქალაქი	587 (57.2)	199 (40.0)	796 (51.5)
	სოფელი	440 (42.8)	299 (60.0)	739 (48.5)
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	ქალაქი	721 (72.7)	17 (81.0)	89 (74.2)
	სოფელი	27 (27.3)	4 (19.0)	31 (25.8)
ქონებრივი ტერცილი				
დაბალი	ქალაქი	528 (95.35)	170 (97.1)	698 (95.9)
	სოფელი	25 (4.5)	5 (2.9)	30 (4.1)
საშუალო	ქალაქი	200 (39.2)	92 (29.8)	292 (35.7)
	სოფელი	310 (60.8)	217 (70.2)	527 (64.3)
მაღალი	ქალაქი	42 (11.3)	21 (6.7)	63 (9.2)
	სოფელი	331 (88.7)	293 (93.3)	924 (90.8)

1	2	3	4	5
ცოცხალი შვილების რაოდენობა				
0	ქალაქი	20 (76.9)	2 (40.0)	22 (71.0)
	სოფელი	6 (20.1)	3 (60.0)	9 (29.0)
1	ქალაქი	228 (60.6)	75 (46.6)	303 (56.4)
	სოფელი	148 (39.4)	86 (59.4)	234(43.6)
2	ქალაქი	436 (54.0)	166 (35.1)	602 (47.0)
	სოფელი	371 (46.0)	307 (64.9)	677 (53.0)
3	ქალაქი	77 (40.1)	31 (23.5)	108 (33.3)
	სოფელი	115 (59.9)	101 (76.5)	216 (66.7)
4	ქალაქი	9 (25.7)	9 (33.3)	18 (29.0)
	სოფელი	26 (74.3)	18(66.7)	44 (61.0)
რელიგია				
არანაირი რელიგია	ქალაქი	5 (55,6)	2 (66,7)	7 (58,3)
	სოფელი	4 (44,4)	1 (33,3)	5 (41,7)
სხვა რელიგიები	ქალაქი	7 (58,3)	3 (11,5)	10 (26,3)
	სოფელი	5 (41,7)	23 (88,5)	28 (73,7)
მუსულმანური	ქალაქი	13 (15,3)	14 (14,6)	27 (14,4)
	სოფელი	72 (84,7)	82 (85,4)	154 (85,1)
სხვა მართლმადიდებლური	ქალაქი	351 (64,8)	12 (19,0)	47 (40,2)
	სოფელი	19 (35,2)	5 (81,0)	70 (59,8)
ქართული მართლმადიდებლური	ქალაქი	710 (55,6)	252 (41,3)	962 (51,0)
	სოფელი	566 (44,4)	358 (58,7)	924 (49,0)

3.1.4. კონტრაქციაზე ინფორმირების წყაროები

კვლევაში მონაწილე 6292 რესპოდენტიდან კონტრაქციაზე ინფორმირების წყაროების გავლენის დასადგენად შეირჩა 4487 ქალი, რომლებსაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი. ამ ქალების სხვადასხვა კონტრაქციულ მეთოდებზე ინფორმაციის მიღების წყარო ნაჩვენებია ცხრილში N5

ცხრილი N5. კონტრაცეპციულ მეთოდებზე ინფორმირების წყაროები n(%).

ინფორმირების წყარო	კონტრაცეპციული აბები	სშს	მამაკაცის კონდომი	სპერმიციდები	მილების ლიგირება	ვაზექტომოია	საინექციო კონტრაცეპცია	გადაუდებელი კონტრაცეპცია	რითმი/კალენდარი	შეწვეტილი სქესობრივი აქტი
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
დედა	30 (0.7)	50 (1.2)	14 (0.3)	2 (0.2)	19 (0.9)	-	1 (0.4)	-	99 (2.9)	3 (0.1)
მამა	2 (0)	5 (0.1)	1 (0.0)	-	-	-	-	-	2 (0.1)	1 (0.0)
ნათესავი	476 (11.8)	584 (13.6)	324 (7.5)	107 (9.0)	383 (17.4)	4 (2.0)	10 (4.0)	9 (3.3)	868 (25.6)	279 (10)
მეგობარი ბიჭი	1 (0)	1 (0.0)	10 (0.2)	-	1 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.4)	2 (0.7)	3 (0.1)	8 (0.3)
მეგობრები	1572 (39.0)	1474 (34.2)	1590 (36.7)	425 (35.6)	781 (35.4)	26 (12.8)	45 (18.2)	81 (30.0)	1573(46.4)	991(35.6)
თანამშრომლები	37 (0.9)	35 (0.8)	23 (0.5)	25 (2.1)	24 (1.1)	5 (2.5)	5 (2.0)	6 (2.2)	30 (0.9)	11 (0.4)
კოლეგები	110 (2.7)	117 (2.7)	139 (3.2)	40 (3.3)	49 (2.2)	8 (3.9)	14 (5.7)	16 (5.9)	129 (3.8)	91 (3.3)
პარტნიორი/ქმარი	7 (0.2)	12 (0.3)	1103 (25.4)	13 (1.1)	12 (0.5)	1 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.4)	30 (0.9)	1201(43.1)
ექიმი	13.5 (32.6)	1813 (42.1)	474 (10.9)	385 (32.2)	616 (27.9)	49 (24.1)	76 (30.8)	72 (26.7)	475 (14)	97 (3.5)
ექთანი/ზეზბიაქალი	9 (0.2)	8 (0.2)	3 (0.1)	2 (0.2)	4 (0.2)	-	-	-	7 (0.2)	2 (0.1)
სოციალური მუშაკი	2 (0)	-	-	1 (0.1)	2 (0.1)	-	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (0.1)	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
მასწავლებელი	20 (0.5)	19 (0.4)	14 (0.3)	12 (1.0)	23 (1.0)	13 (6.4)	10 (4.0)	11 (4.1)	14 (0.4)	5 (0.2)
ფარმაცევტი	59 (1.5)	17 (0.4)	43 (1.0)	43 (3.6)	3 (0.1)	-	1 (0.4)	7 (2.6)	9 (0.3)	4 (0.1)
წიგნები	92 (2.3)	69 (1.6)	54 (1.2)	54 (4.5)	115 (5.2)	56 (27.6)	32 (13.0)	31 (11.5)	69 (2.0)	35 (1.3)
მასმედია	52 (1.3)	23 (0.5)	51 (1.2)	30 (2.5)	53 (2.4)	16 (7.9)	16 (6.5)	11 (4.1)	23 (0.7)	6 (0.2)
ტელევიზია	201 (5.0)	54 (1.3)	445 (10.3)	42(3.5)	81 (3.7)	15 (7.4)	17 (6.9)	12 (4.4)	12 (0.4)	6 (0.2)
ინტერნეტი	10 (0.2)	5 (0.1)	6 (0.1)	6 (0.5)	16 (0.7)	4 (2.0)	10 (4.0)	4 (1.5)	3 (0.1)	1 (0.0)
სხვა	7 (0.2)	4 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.3)	2 (0.1)	2 (1.0)	1 (0.4)	2 (0.7)	5 (0.1)	2 (0.1)
არ ახსოვს	31 (0.8)	17 (0.4)	36 (0.8)	4 (0.3)	20 (0.9)	3 (1.5)	6 (2.4)	4 (1.5)	35 (1.0)	44 (1.6)
სულ	4033 (100)	4307(100)	4335(100)	1195(100)	2205(100)	203(100)	247(100)	270(100)	3389(100)	2787(100)

3.2. მულტიინომინალური ლოგარითმული რეგრესიული ანალიზი

3.2.1. დაუგეგმავი ორსულობები და ხელოვნური აბორტი

მულტიინომინალურმა (მრავლობითმა) ლოგარითმულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ დაუგეგმავი ორსულობის ნაკლები რისკი ჰქონდათ ქალაქში მაცხოვრებელ ქალებს, სოფელში მაცხოვრებელ ქალებთან შედარებით. დაუგეგმავი ორსულობის სტატისტიკურად სარწმუნო მაღალი რისკი აღენიშნათ დაბალი განათლების დონის და დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობის ქალებს, შესაბამისად, უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლების მქონე და მაღალი ეკონომიკური მდგომარეობის ქალებთან შედარებით. რაც უფრო დაბალი ასაკის იყო ქალი, მით უფრო ნაკლები შეფარდებითი რისკი ჰქონდა დაუგეგმავი ორსულობის 40-44 წლის ასაკის ქალებთან შედარებით. ქალებს არცერთი შვილით სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაბალი რისკი ჰქონდათ დაუგეგმავი ორსულობების. ეთნიკურ წარმომავლობას ($P=0,861$) და რელიგიურობას ($P>0,05$) არ ჰქონდათ გავლენა დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობაზე. ცხრილი N6.

ცხრილი N6. დაუგეგმავ ორსულობების ქონის OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში

	OR crude	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,723***	0,619-0,846	0,000
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,131***	0,068-0,255	0,000

1	2	3	4
20-24	0,182***	1,129-0,256	0,000
25-29	0,266***	0,193-0,365	0,000
30-34	0,469***	0,342-0,644	0,000
35-39	0,663*	0,474-0,927	0,016
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	2,044***	1,629-2,565	0,000
საშუალო	1,602***	1,313-1,955	0,000
ტექნიკუმი	1,436**	1,155-1,786	0,001
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	2,404***	1,624-3,559	0,000
როგორღაც გააქვთ თავი	1,653***	1,132-2,415	0,009
ადვილად აკმაყოფილებს	1		1
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	1,627***	1,338-1,978	0,000
საშუალო	1,362**	1,124-1,650	0,002
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
ქართველები	0,861	0,694-1,068	0,173
სხვები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,838	0,333-2,110	0,708
სხვა რელიგია	0,623	0,317-1,223	0,169
მუსულმანური	1,244	0,963-1,606	0,095
სხვა მართლმადიდებლური	1,196	0,852-1,680	0,300

1	2	3	4
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,067***	0,026-0,170	0,000
1	0,246***	0,156-0,388	0,000
2	0,865	0,556-1,347	0,522
3	1,040	0,643-1,681	0,873
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - დაგეგმილი ორსულობა.

ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ დაუგეგმავი ორსულობის რისკთან ასოცირებული დარჩა: დაბალი განათლების დონე, ქალის ოჯახის დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობა, 0 და 2 ცოცხალი შვილების რაოდენობა და ასაკობრივი ჯგუფები სხვადასხვა შეფარდებითი რისკით. იხ. ცხრილი 7.

ცხრილი 7. დაუგეგმავ ორსულობების ქონის OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ

	OR adjusted	95% CI	P value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,957	0,752-1,217	0,719
სოფელი	1		
ასაკი			

1	2	3	4
15-19	0,168***	0,082-0,344	0,000
20-24	0,209***	0,143-0,306	0,000
25-29	0,256***	0,181-0,361	0,000
30-34	0,437***	0,312-0,643	0,000
35-39	0,624*	0,437-0,891	0,018
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	2,194***	1,638-2,938	0,000
საშუალო	1,918***	1,509-2,437	0,000
ტექნიკუმი	1,432**	1,154-1,878	0,002
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,608*	1,039-2,490	0,033
როგორღაც გააქვთ თავი	1,490	0,992-2,240	0,055
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	1,118	0,818-1,528	0,485
საშუალო	1,135	0,879-1,465	0,332
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
ქართველები	1,009	0,694-1,468	0,962
სხვები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,892	0,321-2,484	0,827
სხვა რელიგია	0,516	0,241-1,104	0,888

1	2	3	4
მუსულმანური	0,831	0,576-1,201	0,326
სხვა მართლმადიდებლური	0,967	0,581-1,604	0,897
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,123*	0,047-0,322	0,000
1	0,613	0,373-1,019	0,054
2	1,630*	1,015-0,626	0,043
3	1,555	0,938-2,578	0,087
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - დაგეგმილი ორსულობა.

როგორც დადგინდა, ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტასთან მიმართებაში ჩვენს მიერ გამოკვლეული ფაქტორების უმრავლესობა: ქალის საცხოვრებელი (P=0,107), ასაკი (P=0,516), ქალის განათლების დონე (P=0,07), მატერიალური მდგომარეობა (P=0,946), რელიგიურობა (P=0,052) არ კორელირებდა ორსულობის ხელოვნური აბორტით დასრულებასთან (p>0.05), გამონაკლისით, დაბალი ქონებრივი ტერცილი და ეთნიკური წარმომავლობა. როგორც აღმოჩნდა დაუგეგმავი ორსულობის დადგომის შემთხვევაში ქართველები უფრო ნაკლებად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს (OR=0.563; 95% CI = 0.326-0.971; p=0.039), ვიდრე სხვა ეთნიკურობის წარმომადგენლი ქალები. ხოლო ქალები დაბალი ქონებრივი ტერცილით უფრო ხშირად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს, ვიდრე ქალები მაღალი ქონებრივი ტერცილით.

3.2.2. კონტრაცეპციის გამოყენება ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში

კონტრაცეპციის გამოყენებასთან მიმართებაში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ იქნა ნანახი ქალის საცხოვრებლის ($p=0,825$), ასაკის ($p=0,494$), განათლების დონის ($p=0,981$), ეკონომიკური მდგომარეობის ($p=0,795$), ქონებრივი ტერცილის ($p=0,283$) და ეთნიკური წარმომავლობის ($p=0,237$) მიხედვით. ხოლო რელიგიურობასთან დაკავშირებული სტატისტიკური ანალიზით აღმოჩნდა, რომ არაქართველი მართლმადიდებლები უფრო მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციის რაიმე მეთოდს, ვიდრე ქართველი მართლმადიდებლები ($OR=2,015$; $95\% CI = 1,175-3,457$; $p=0,011$). სხვა რელიგიების მქონე ქალების მონაცემების ანალიზმა კონტრაცეპციის რაიმე მეთოდის გამოყენებასთან მიმართებაში სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ აჩვენა.

სტატისტიკურმა ანალიზმა, კონტრაცეპციის თანამედროვე თუ ტრადიციულ მეთოდს იყენებდა ქალი ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში აჩვენა, რომ მათი უმრავლესობა ტრადიციულ კონტრაცეპციის მეთოდებს მიმართავდა ($n=213$, $74,2\%$). მრავლობითმა ლოგარითმულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენების მიხედვით ქალები განსხვავდებოდნენ საცხოვრებლის, ასაკის, განათლების დონის, ეთნიკური წარმომავლობის და რელიგიური ფაქტორების მიხედვით. ქალაქში მაცხოვრებლები სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით, 20-34 წლის ქალები 40-44 წლის ქალებთან შედარებით, ქართველები სხვა ეთნიკურ წარმომადგენლებთან შედარებით უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. ხოლო არასრული და საშუალო განათლების მქონე ქალები, უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლების მქონე ქალებთან შედარებით, ქალები დაბალი ქონებრივი ტერცილიდან მაღალ ქონებრივ ტერცილთან შედარებით, მუსლიმები და სხვა მართლმადიდებლები ქართველ მართლმადიდებლებთან შედარებით უფრო ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში. (ცხრილი 8).

ცხრილი N8. ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების მიერ აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში.

	OR crude	95% CI	p
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	2,716***	1,580-4,671	0,000
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	5.000	0.367-68.080	0,227
20-24	8.824**	2.552-30.501	0,001
25-29	3.636*	1.121-11.791	0,031
30-34	4.000*	1.279-12.514	0,017
35-39	2.909	0.904-9.363	0,073
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,250**	0,109-0,573	0,001
საშუალო	0,258***	0,124-0,536	0,000
ტექნიკუმი	0,517	0,253-1,058	0,071
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,434	0,099-1,899	0,268
როგორღაც გააქვთ თავი	0,855	0,206-3,546	0,829
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		1

1	2	3	4
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,206***	0,104-0,408	0,000
საშუალო	0,312***	0,162-0,600	0,000
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
ქართველები	4,233**	1,619-11,072	0,003
სხვები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	-		
სხვა რელიგია	-		
მუსულმანური	0,152*	0,035-0,655	0,012
სხვა მართლმადიდებლური	0,285*	0,083-0,981	0,046
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	-	-	-
1	-	-	-
2			
3			
4 და მეტი			

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია არის ტრადიციული მეთოდის გამოყენება.

ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ ასაკი და ქონებრივი ტერცილი დარჩა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ასოცირებული კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებასთან. ქალები 20-24 წლის ასაკში (OR=12,952; 95% CI = 3,359-49,942; p=0.000), 25-29 წლის ასაკში (OR=3,682; 95% CI = 1,040-13,039; p=0,043), 30-34 წლის ასაკში (OR=5,258; 95% CI = 1,531-18,060; p=0,008) და 35-39 წლის ასაკში (OR=3,986; 95% CI =

1,136-13,995; $p=0,031$) უფრო მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს ვიდრე 40-44 წლის ასაკში. დაბალი (OR=0,213; 95% CI =0,068-0,669; $p=0,008$) და საშუალო ქონებრივი ტერცილით (OR=0,288; 95% CI =0,105-0,790; $p=0,016$) უფრო ნაკლებად მიმართავდნენ თანამედროვე კონტრაცეპციას ვიდრე მაღალი ქონებრივი ტერცილით (იხ. ცხრილი N9).

კვლევიდან გამორიცხული იყო ცვლადი „ცოცხალი შვილების რაოდენობა“ შერჩევის არასაკმარისი მონაცემების არსებობის გამო.

ცხრილი N9. ხელოვნური აბორტის მქონე ქალების მიერ აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ.

	OR adjusted	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,741	0,287-1,914	0,536
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	9,783	0,575-166,391	0,115
20-24	12,952***	3,359-49,942	0,000
25-29	3,6821*	1,040-13,039	0,043
30-34	5,258**	1,531-18,060	0,008
35-39	3,986	1,136-13,995	0,031
40-44	1		

1	2	3	4
განათლება			
არასრული საშუალო	0,739	0,236-2,314	0,604
საშუალო	0,436	0,179-1,061	0,067
ტექნიკუმი	0,671	0,198-1,511	0,336
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,843	0,143-4,971	0,851
როგორღაც გააქვთ თავი	0,867	0,164-4,577	0,866
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,213**	0,068-0,669	0,008
საშუალო	0,288*	0,105-0,790	0,016
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
ქართველები	1,115	0,088-14,122	0,933
სხვები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	-	-	-
სხვა რელიგია	-	-	-
მუსულმანური	0,321	0,029-3,600	0,357
სხვა მართლმადიდებლური	0,468	0,028-7,846	0,598
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	-	-	-
1	-	-	-

1	2	3	4
2	-	-	-
3	-	-	-
4 და მეტი	-	-	-

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია არის ტრადიციული მეთოდის გამოყენება.

3.2.3. კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებული ფაქტორები ქართულ პოპულაციაში

მულტინომინალური ლოგარითმული რეგრესიული ანალიზი ჩატარდა საქართველოში კონტრაცეპციის ყველაზე ხშირად გამოყენებად მეთოდებთან მიმართებაში. შედეგები წარმოდგენილი ქვევით.

კონტრაცეპციული აბების გამოყენება

მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის ჩატარების შემდეგ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება დადგინდა საცხოვრებელთან, ასაკთან, განათლების დონესთან და ეთნიკურობასთან მიმართებაში კონტრაცეპციული მეთოდების ოდესმე გამოყენებასთან დაკავშირებით.

კონტრაცეპციულ აბების ოდესმე გამოყენებასთან სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირში იყო ასაკის, ეთნიკური წარმომავლობის და რელიგიურობის ფაქტორები. კერძოდ, 30-34 წლის და 35-39 წლის ასაკის ქალები უფრო მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციულ აბებს, ვიდრე 40-44 წლის ქალები. „სხვა რელიგიების“ წარმომადგენლები, მუსლიმები და „სხვა მართლმადიდებლები“ უფრო ნაკლებად მიმართავდნენ კონტრაცეპციულ აბებს ვიდრე ქართველი მართლმადიდებლები და

სომეხი ქალებიც ნაკლებად მიმართვადნენ კონტრაცეპციული აბებს ქართველ ქალებთან შედარებით (იხ. ცხრილი N10).

ცხრილი N10. კონტრაცეპციული აბების ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალები, ვისაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი).

	OR ნედლი	95% CI	p
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,894	0,761-1,052	0,177
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,537	0,253-1,138	0,105
20-24	1,010	0,739-1,381	0,950
25-29	1,247	0,950-1,637	0,112
30-34	1,654***	1,281-2,135	0,000
35-39	1,478**	1,134-1,925	0,004
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,889	0,697-1,135	0,347
საშუალო	0,953	0,772-1,177	0,656
ტექნიკუმი	0,824	0,664-1,024	0,081
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,135	0,774-1,663	0,516
როგორღაც გააქვთ თავი	1,218	0,846-1,752	0,289

1	2	3	4
ადვილად აკმაყოფილებს	1		1
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	1,037	0,843-1,275	0,731
საშუალო	1,185	0,975-1,439	0,088
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	0,241	0,705-2,187	0,454
სომხები	0,220**	0,092-0,524	0,001
აზერბაიჯანელები	1,764	0,909-3,422	0,093
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,772	0,226-2,642	0,680
სხვა რელიგია	0,391*	0,156-0,979	0,045
მუსულმანური	0,664*	0,473-0,433	0,018
სხვა მართლმადიდებლური	0,599*	0,384-0,934	0,024
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,169***	0,083-0,343	0,000
1	0,674	0,398-1,143	0,149
2	1,130	0,676-1,889	0,641
3	1,082	0,625-1,874	0,778
4 და მეტი			

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „კონტრაცეპციული აბების არ გამოყენება“.

ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ კონტრაცეპციული აბების გამოყენებასთან სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირები დადგინდა კატეგორიებთან: ასაკი, ეთნიკური წარმომავლობა და რელიგიურობა. 30-39 წლის ქალებს ვიდრე 40-44 წლის ქალებთან შედარებით, სომხური ეთნიკური წარმომავლობის ქალებს ქართველებთან შედარებით და მუსულმანური რელიგიის ქალებს ქართველ მართლმადიდებლებთან შედარებით ნაკლები შეფარდებითი რისკი ჰქონდათ კონტრაცეპციული აბების გამოყენების. (ცხრილი N11).

ცხრილი N11. კონტრაცეპციული აბების ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში, ვისაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი) ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში.

	OR adjusted	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,855	0,679-1,076	0,182
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	1,317	0,992-2,930	0,497
20-24	1,443	1,029-2,025	0,034
25-29	1,392	1,049-1,849	0,022
30-34	1,671***	1,286-2,143	0,000
35-39	1,469**	1,122-1,923	0,005
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,882	0,665-1,170	0,383

1	2	3	4
საშუალო	0,982	0,776-1,242	0,878
ტექნიკუმი	0,840	0,668-1,058	0,139
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,044	0,692-1,575	0,836
როგორღაც გააქვთ თავი	1,152	0,791-1,660	0,961
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,973	0,718-1,319	0,860
საშუალო	1,117	0,876-1,424	0,374
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	1,307	0,736-2,321	0,361
სომხები	0,216*	0,736-2,321	0,001
აზერბაიჯანელები	1,688	0,864-3,300	0,126
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,694	0,191-2,525	0,580
სხვა რელიგია	0,597	0,227-1,569	0,296
მუსულმანური	0,434**	0,256-0,737	0,002
სხვა მართლმადიდებლური	1,438	0,673-3,072	0,348
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,153*	0,073-0,318	0,000
1	0,602	0,346-1,047	0,072

1	2	3	4
2	1,029	0,606-1,749	0,915
3	1,069	0,609-1,875	0,816
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - კონტრაცეპციული „აბების არ გამოყენება“.

საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეპციული საშუალებების გამოყენება

სშს-ს ოდესმე გამოყენებასთან ასოცირდებოდა პრედიქტორული ცვლადები: ასაკი, განათლება, ეთნიკური წარმომავლობა და ქალის მატერიალური მდგომარეობა. ცხრილი N12.

ცხრილი N12. სშს-ს ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში, ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი).

	OR crude	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	1,020	0,887-1,172	0,783
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,138***	0,063-0,301	0,000
20-24	0,323***	0,245-0,426	0,000
25-29	0,545***	0,437-0,679	0,000

1	2	3	4
30-34	0,743**	0,606-0,912	0,004
35-39	0,814	0,662-1,001	0,052
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	1,016	0,832-1,240	0,880
საშუალო	0,695***	0,574-0,841	0,000
ტექნიკუმი	0,968	0,806-1,162	0,727
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,570***	0,419-0,776	0,000
როგორღაც გააქვთ თავი	0,840	0,630-1,121	0,236
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		1
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,858	0,721-1,022	0,086
საშუალო	0,924	0,781-1,092	0,353
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	0,645	0,405-1,027	0,065
სომხები	0,612**	0,436-0,860	0,005
აზერბაიჯანელები	1,399*	1,011-1,936	0,043
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,549	0,189-1,596	0,271
სხვა რელიგია	0,495*	0,252-0,970	0,04
მუსულმანური	1,013	0,791-1,298	0,917

1	2	3	4
სხვა მართლმადიდებლური	0,672*	0,479-0,944	0,022
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0.018***	0.005-0.062	0,000
1	0.568*	0,366-0,880	0,011
2	1.190	0,779-1,818	0,422
3	1.323	0,842-2,078	0,225
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „სშს-ს არ გამოყენება“.

ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ სშს-ს ოდესმე გამოყენებასთან სტატისტიკურად სარწმუნოდ ასოცირებული დარჩა ქალის ასაკი, მატერიალური მდგომარეობა, ეთნიკური წარმომავლობა და ცოცხალი შვილების რაოდენობა. 40-44 წლის ასაკის ქალებთან შედარებით სშს-ს ყველა დანარჩენი ასაკის ქალი ნაკლებად იყენებდა. ისევე როგორც დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობის მაღალ ეკონომიკური მდგომარეობის ქალთან შედარებით. ხოლო აზერბაიჯანელ ქალებს მეტი ალბათობა ჰქონდათ სშს-ს გამოყენების. ცხრილი N13

ცხრილი N13. სშს-ს ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი) ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში.

	OR crude	95% CI	P value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0.904	0.734-1.113	0.342
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,361*	0,157-0,828	0,016
20-24	0,453***	0,335-0,613	0,000
25-29	0,611***	0,483-0,773	0,000
30-34	0,725**	0,585-0,898	0,003
35-39	0,790*	0,636-0,980	0,032
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	1,235	0,969-1,575	0,088
საშუალო	0,902	0,726-1,120	0,344
ტექნიკუმი	1,041	0,857-1,271	0,696
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,468***	0,332-0,622	0,000
როგორღაც გააქვთ თავი	0,795	0,583-1,083	0,146
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		1

1	2	3	4
დაბალი	0,869	0,664-1,139	0,310
საშუალო	0,896	0,712-1,602	0,276
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	0,717	0,416-1,237	0,232
სომხები	0,652	0,343-1,237	0,190
აზერბაიჯანელები	1,697*	1,034-2,789	0,036
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,700	0,226-2,175	0,538
სხვა რელიგია	0,569	0,270-1,199	0,138
მუსულმანური	0,719	0,488-1,059	0,095
სხვა მართლმადიდებლური	0,937	0,493-1,781	0,842
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,020***	0,006-0,067	0,000
1	0,617*	0,389-0,979	0,040
2	1,147	0,740-1,780	0,539
3	1,285	0,808-2,043	0,289
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „სშს-ს არ გამოყენება“.

მამაკაცის კონდომების გამოყენება

ქალები, რომლებიც ცხოვრობდნენ ქალაქად უფრო მეტად იყენებდნენ მამაკაცის კონდომს სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით ($p < 0.001$). დაბალი ასაკის ქალები უფრო ნაკლებად მიმართავდნენ მამაკაცის კონდომს მაღალი ასაკის ქალებთან შედარებით. განათლების დაბალი დონე ასოცირდებოდა მამაკაცის კონდომის გამოყენების დაბალ სიხშირესთან. ქართველებთან შედარებით სომეხი ქალები უფრო ნაკლებად მიმართავდნენ მამაკაცის კონდომს (ცხრილი N14).

ცხრილი N14. მამაკაცის კონდომის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი).

	OR ნედლი	95% CI	p
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	2,531***	2,215-2,893	0,000
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,545*	0,329-0,903	0,018
20-24	1,045	0,826-1,323	0,712
25-29	1,101	0,889-1,362	0,377
30-34	1,382**	1,128-1,693	0,002
35-39	1,359**	1,104-1,673	0,004
40-44	1		
განათლება			

1	2	3	4
არასრული საშუალო	0,254***	0,203-0,318	0,000
საშუალო	0,411***	0,344-0,491	0,000
ტექნიკუმი	0,599***	0,506-0,709	0,000
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,357***	0,268-0,475	0,000
როგორღაც გააქვთ თავი	0,656**	0,504-0,855	0,002
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		1
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,270***	0,227-0,320	0,000
საშუალო	0,436***	0,374-0,504	0,000
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	1,055	0,721-1,541	0,784
სომხები	0,655**	0,487-0,881	0,005
აზერბაიჯანელები	0,191***	0,110-0,332	0,000
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	1,216	0,555-2,663	0,626
სხვა რელიგია	0,868	0,519-1,452	0,589
მუსულმანური	0,210***	0,146-0,303	0,000
სხვა მართლმადიდებლური	0,689*	0,510-0,930	0,015
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,705	0,395-1,256	0,705

1	2	3	4
1	2,411**	1,435-4,051	0,001
2	2,615***	1,565-4,370	0,000
3	2,265**	1,321-3,884	0,003
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „მამაკაცის კონდომის არ გამოყენება“.

ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში მამაკაცის კონდომის ოდესმე გამოყენებასთან კავშირში სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაკავშირებული აღარ აღმოჩნდა ეთნიკურობა (p>0,05). სხვა კატეგორიებში უმნიშვნელო ცვლილებები აღინიშნა. (ცხრილი N15)

ცხრილი N15. მამაკაცის კონდომის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი) ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში.

	OR adjusted	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	1,345*	1,110-1,629	0,002
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	1,920*	1,097-3,360	0,022
20-24	1,498**	1,147-1,957	0,003
25-29	1,263*	1,002-1,592	0,048

1	2	3	4
30-34	1,484***	1,194-1,844	0,000
35-39	1,381**	1,107-1,724	0,004
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,439***	0,340-0,568	0,000
საშუალო	0,586***	0,480-0,715	0,000
ტექნიკუმი	0,801*	0,667-0,962	0,017
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	0,682*	0,496-0,937	0,018
როგორღაც გააქვთ თავი	0,854	0,643-1,134	0,275
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,504***	0,393-0,647	0,000
საშუალო	0,597***	0,492-0,724	0,000
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	1,321	0,829-2,107	0,242
სომხები	0,795	0,465-1,361	0,403
აზერბაიჯანელები	0,812	0,393-1,680	0,575
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	1,664	0,695-3,984	0,253
სხვა რელიგია	1,265	0,698-2,293	0,438
მუსულმანური	0,386***	0,237-0,628	0,000

1	2	3	4
სხვა მართლმადიდებლური	0,917	0,531-1,584	0,756
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,387**	0,209-0,717	0,003
1	1,328	0,765-2,307	0,313
2	1,800*	1,049-3,089	0,033
3	1,942*	1,103-3,419	0,021
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „მამაკაცის კონდომის არ გამოყენება“.

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის გამოყენება

შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს ნაკლებად მიმართავენ ქალაქში მაცხოვრებელი ქალები სოფელში მაცხოვრებლებთან შედარებით, 20-24 წლის ასაკის ქალები 40-44 წლის ასაკთან შედარებით და 0-2 ცოცხალი შვილების მყოფე ქალები 4 და მეტი შვილის ქალებთან შედარებით. ამ მეთოდის მოხმარების მეტი ალბათობა აქვთ დაბალი განათლების მქონეთ უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლების მქონე ქალებთან შედარებით, დაბალი მატერიალური - მაღალ მატერიალური შემდგომი და მაღალი ქონებრივი ტერცილიდან ქალებთან შედარებით, სომხებს და აზერბაიჯანელებს ქართველებთან შედარებით, „სხვა რელიგიის“, „სხვა მართლმადიდებლებს“ და მუსლიმებს - ქართველ მართლმადიდებლებთან, 0-2 ცოცხალი შვილების რაოდენობით - 4 და მეტი შვილით შედარებით. ცხრილი N16.

ცხრილი N16. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი).

	OR crude	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,470***	0,401-0,551	0,000
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,558	0,244-1,275	0,166
20-24	0,717*	0,536-0,959	0,025
25-29	0,897	0,704-1,143	0,379
30-34	0,905	0,721-1,176	0,390
35-39	1,065	0,847-1,338	0,590
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	2,333***	1,856-2,932	0,000
საშუალო	1,993***	1,627-2,444	0,000
ტექნიკუმი	1,314*	1,066-1,621	0,011
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	2,655***	1,796-3,923	0,000
როგორღაც გააქვთ თავი	1,682**	1,152-2,455	0,007

1	2	3	4
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		1
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	1,946***	1,599-1,264	0,000
საშუალო	1,532***	2,368-1,857	0,000
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	1,448	0,866-2,423	0,158
სომხები	4,720***	3,428-6,500	0,000
აზერბაიჯანელები	2,576***	1,802-3,683	0,000
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	2,044	0,808-5,170	0,131
სხვა რელიგია	4,328***	2,415-7,756	0,000
მუსულმანური	2,595***	0,602-3,364	0,000
სხვა მართლმადიდებლური	3,908***	2,804-5,448	0,000
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,047***	0,023-0,100	0,000
1	0,294***	0,187-0,462	0,000
2	0,560**	0,361-0,868	0,009
3	0,690	0,432-1,105	0,123
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის არ გამოყენება“.

ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ოდესმე გამოყენებასთან კავშირში სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაკავშირებული აღარ აღმოჩნდა ასაკი ($p > 0,05$). სხვა კატეგორიებში უმნიშვნელო ცვლილებები აღინიშნა. (ცხრილი N17)

ცხრილი N17. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი) ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში.

	OR adjusted	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,502***	0,394-0,641	0,000
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,828	0,323-2,123	0,694
20-24	0,834	0,595-1,167	0,289
25-29	0,902	0,689-1,181	0,453
30-34	0,842	0,658-1,077	0,170
35-39	1,049	0,821-1,340	0,704
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	1,199	0,903-1,591	0,210

1	2	3	4
საშუალო	1,351*	1,066-1,711	0,013
ტექნიკუმი	1,017	0,808-1,280	0,888
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,770**	1,154-,714	0,009
როგორღაც გააქვთ თავი	1,304	0,875-1,942	0,193
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,661**	0,482-0,907	0,010
საშუალო	0,703**	0,542-0,913	0,008
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	1,273	0,707-2,292	0,420
სომხები	3,153*	1,737-5,721	0,000
აზერბაიჯანელები	1,058	0,639-1,752	0,827
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	1,928	0,671-5,545	0,223
სხვა რელიგია	2,332*	1,155-4,709	0,018
მუსულმანური	1,770**	1,216-2,578	0,003
სხვა მართლმადიდებლური	1,418	0,762-2,637	0,270
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,058***	0,027-0,125	0,000
1	0,383***	0,235-0,624	0,000

1	2	3	4
2	0,661	0,416-1,049	0,079
3	0,699	0,427-1,145	0,155
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის არ გამოყენება“.

კალენდარული/რითმული მეთოდის გამოყენება

კალენდარულ/რითმულ მეთოდს ნაკლებად მიმართავენ დაბალი ასაკის ქალები მაღალი ასაკის ქალებთან შედარებით, მუსლიმები ქართველ მართლმადიდებლებთან შედარებით, არასრული სამუალო განათლების უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლების, არცერთი და ერთი ცოცხალი შვილების რაოდენობით ოთხ და მეტ შვილიან ქალებთან შედარებით. ცხრილი N18.

ცხრილი N18. კალენდარული/რითმული მეთოდის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი).

	OR crude	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	1,013	0,878-1,168	0,889
სოფელი	1		
ასაკი			

1	2	3	4
15-19	0,163***	0,064-0,410	0,000
20-24	0,322***	0,240-0,432	0,000
25-29	0,508***	0,404-0,639	0,000
30-34	0,758*	0,615-0,935	0,010
35-39	0,972	0,789-1,198	0,791
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,796*	0,634-0,998	0,048
საშუალო	0,832	0,686-1,010	0,063
ტექნიკუმი	1,071	0,894-1,284	0,456
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,219	0,868-1,712	0,252
როგორღაც გააქვთ თავი	1,278	0,926-1,765	0,136
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,900	0,753-1,076	0,249
საშუალო	0,877	0,740-1,034	0,129
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	0,817	0,513-1,300	0,393
სომხები	0,824	0,584-1,161	0,267
აზერბაიჯანელები	0,619	0,376-1,018	0,059
ქართველები	1		
რელიგიურობა			

1	2	3	4
რელიგიის გარეშე	0,564	0,155-2,055	0,386
სხვა რელიგია	1,058	0,591-1,894	0,849
მუსულმანური	0,565**	0,407-0,785	0,001
სხვა მართლმადიდებლური	0,799	0,565-1,129	0,204
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,073***	0,034-0,155	0,000
1	0,613*	0,383-0,581	0,041
2	1,186	0,750-1,876	0,466
3	1,514	0,929-2,469	0,096
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „კალენდარი/რიტმული მეთოდის არ გამოყენება“.

ცვლადების ერთად მორგების შემდეგ განათლების კატეგორია აღარ დარჩა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ასოცირებული კალენდარული მეთოდის ოდესმე გამოყენებასთან, დანარჩენ კატეგორიებში შეფარდებითმა რისკმა განიცადა ცვლილება (ცხრილი N 19).

ცხრილი N19. კალენდარული/რიტმული მეთოდის ოდესმე გამოყენების OR სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან მიმართებაში (ქალებში ვისაც ოდესმე ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი) ცვლადების ერთად მორგების შემთხვევაში.

	OR adjusted	95% CI	p-value
1	2	3	4
საცხოვრებელი			
ქალაქი	0,874	0,708-1,079	0,210
სოფელი	1		
ასაკი			
15-19	0,435	0,162-1,167	0,098
20-24	0,465***	0,339-0,638	0,000
25-29	0,574***	0,451-0,731	0,000
30-34	0,757*	0,609-0,942	0,012
35-39	0,963	0,774-1,196	0,731
40-44	1		
განათლება			
არასრული საშუალო	0,818	0,627-1,067	0,134
საშუალო	0,954	0,767-1,188	0,675
ტექნიკუმი	1,050	0,861-1,279	0,631
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1		
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,230	0,847-1-786	0,277
როგორღაც გააქვთ თავი	1,357	0,965-1,909	0,079
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	1		

1	2	3	4
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	0,800	0,609-1,051	0,110
საშუალო	0,758	0,608-0,945	0,140
მაღალი	1		
ეთნიკურობა			
სხვა	0,945	0,552-1,620	0,837
სომხები	0,841	0,449-1,576	0,590
აზერბაიჯანელები	1,162	0,601-2,250	0,655
ქართველები	1		
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,657	0,168-2,567	0,545
სხვა რელიგია	1,146	0,591-2,224	0,687
მუსულმანური	0,516**	0,331-0,806	0,004
სხვა მართლმადიდებლური	0,902	0,478-1,701	0,749
ქართული მართლმადიდებლური	1		
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	0,079***	0,037-0,170	0,000
1	0,692	0,423-1,130	0,141
2	1,215	0,759-1,947	0,417
3	1,508	0,917-2,481	0,106
4 და მეტი	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „კალენდარი/რიტმული მეთოდის არ გამოყენება“.

3.2.4. კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენება ქალაქად და სოფლად

მრავლობითი ლოგარითმული ანალიზის ჩატარების შემდეგ ქალთა შერჩეულ ჯგუფებში, რომლებიც დაყოფილი იყო ასაკის, განათლების დონის, ქალის ოჯახის მატერიალური სტატუსის, ქონებრივი ტერცილის, ეთნიკური წარმომავლობის, რელიგიური მრწამსის და ცოცხალი შვილების რაოდენობის მიხედვით დადგინდა, რომ ქალაქად მაცხოვრებელ ქალებს უფრო მეტი შეფარდებითი რისკი ჰქონდა კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების ან ზოგიერთი ჯგუფის ანალიზით, ქალაქად და სოფლად ცხოვრება არ კორელირებდა კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენებასთან. საერთოდ, ქალაქად მაცხოვრებლებს მაღალი შეფარდებითი რისკი აქვთ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით OR 2,104 (1,760-2,515) $p=0,000$).

ქალები 20-24, 25-29, 30-34, 40-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფებიდან უფრო მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. ხოლო 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ჩატარებულმა ანალიზმა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აჩვენა (ცხრილი N20).

განათლების დონის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში ჩატარებულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ დაბალი განათლების დონის მქონე ქალებში კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება ასოცირდებოდა ქალაქად ცხოვრებასთან ($p<0.01$), მაშინ როცა განათლების მაღალი დონე საცხოვრებლის მიხედვით არ იძლეოდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებას ($p>0.05$).

ეთნიკურობის მიხედვით ჩატარებულმა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ქალაქში მცხოვრები ქართველი და სომეხი ქალები უფრო მეტად მოიხმარდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს, სოფლად მაცხოვრებელ იგივე ეთნიკური წარმომავლობის ქალებთან შედარებით. აზერბაიჯანელი და სხვა ეთნიკურობის მქონე

ქალების ჯგუფში ჩატარებულმა ანალიზმა კონტრაცეპციის მოხმარების მიმართებაში განსხვავება არ აჩვენა. ქალაქში მცხოვრები ქართველი მართლმადიდებლები და სხვა რელიგიის წარმომადგენლები უფრო მეტად იყენებდნენ თანამედროვე კონტრაცეპციას. მუსლიმების, სხვა მართლმადიდებლების და არანაირი რელიგიის მქონე ქალთა ჯგუფებში ჩატარებულმა ანალიზმა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აჩვენა.

ქალები მაღალი ქონებრივი ტერცილიდან, ისევე როგორც ქალები, რომლებიც თავისუფლად აკმაყოფილებდნენ თავის მოთხოვნილებებს თანაბრად იყენებდნენ კონტრაცეპციის მეთოდებს ქალაქში და სოფელში. ამის საპირისპიროდ, ქალების დაბალი ქონებრივი ტერცილიდან და ვისაც ძლივს ან როგორღაც გააქვთ თავი, ქალაქად უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს.

თანამედროვე კონტრაცეპცია უფრო მეტად გამოიყენებოდა ქალაქად მაცხოვრებლებში, ვიდრე სოფლად მაცხოვრებლებში, ქალთა ჯგუფებში, რომლებთაც ჰყავდათ 1,2,3 ცოცხალი შვილი ($p < 0,01$), მაშინ როცა 0 ან 4-ზე მეტი შვილის ყოლა არ იძლეოდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებას. ცხრილი N20.

ცხრილი N20. კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების გამოყენების OR ქალაქში და სოფელში მცხოვრებ ქალებში სხვადასხვა სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლების მქონე ქალთა ჯგუფებში.

	OR	95% CI	p-value
1	2	3	4
ასაკი			
15-19	1,071	0,161-7,152	0,943
20-24	3,376***	1,916-5,948	0,000
25-29	2,186***	1,441-3,315	0,000

1	2	3	4
30-34	2,071***	1,470-2,918	0,000
35-39	2,270***	1,570-3,282	0,000
40-44	1,612*	1,063-2,443	0,024
განათლება			
არასრული საშუალო	1,565	0,943-2,597	0,083
საშუალო	1,926**	1,308-2,836	0,001
ტექნიკუმი	1,862**	1,258-2,756	0,002
უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი	1,808***	1,339-2,442	0,000
ქალის ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა			
ძლივს გააქვთ თავი	1,765**	1,232-2,529	0,002
როგორღაც გააქვთ თავი	2,004***	1,612-2,492	0,000
თავისუფლად აკმაყოფილებს თავის მოთხოვნილებებს	0,627	0,194-2,033	0,437
ქონებრივი ტერცილი			
დაბალი	1,770*	1,025-3,059	0,041
საშუალო	1,522**	1,125-2,058	0,006
მაღალი	0,621	0,234-1,648	0,339
ეთნიკურობა			
სხვა	1,314	0,405-4,269	0,649
სომხები	6,106***	3,047-15,199	0,000
აზერბაიჯანელები	1,013	0,336-3,050	0,982
ქართველები	1,915***	1,581-2,320	0,000
რელიგიურობა			
რელიგიის გარეშე	0,625	0,040-9,650	0,736
სხვა რელიგია	10,733**	2,035-56,603	0,005
მუსულმანური	1,058	0,466-2,398	0,893

1	2	3	4
სხვა მართლმადიდებლური	7,829***	3,376-18,154	0,000
ქართული მართლმადიდებლური	1,782***	1,466-2,167	0,000
ცოცხალი შვილების რაოდენობა			
0	5,000	0,671-37,256	0,116
1	1,766**	1,211-2,564	0,003
2	2,173***	1,720-2,747	0,000
3	2,181**	1,329-3,580	0,002
4 და მეტი	0,692	0,230-2,084	0,513

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - ტრადიციული კონტრაცეპციის მიმდინარედ გამოყენება.

3.2.5. ინფორმირების წყაროს გავლენა კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენებაზე

როგორც, ჩვენც მიერ ჩატარებული სტატისტიკური ანალიზით დადგინდა კონტრაცეპციული აბების გამოყენება სტატისტიკურად მჭიდრო კავშირში იყო ექიმისგან მიღებულ ინფორმაციასთან ცხრილი N21.

ცხრილი N21. კონტრაცეპციულ აბებზე ინფორმირების წყაროების OR.

ინფორმირების წყარო კონტრაცეპციულ აბებზე	OR	95% CI	p-value
დედა	4,413	0,836 -23,303	0,080
მამა	-	-	-
ნათესავი	1,440	0,332-6,242	0,626
მეგობარი ბიჭი	-	-	.
მეგობრები	1,038	0,244-4,409	0,960
თანამშრომლები	1,279	0,200,-8,190	0,795
კოლეგები	2,115	0,454-9,851	0,340
ქმარი/პარტნიორი	5,800	0,657-51,189	0,114
ექიმი	9,040	2,148-38,049	0,003
ექთანი/ ბეზიაქალი	1,813	0,145-22,636	0,644
სოციალური მუშაკი	-	-	-
მასწავლებელი	-	-	-
ფარმაცევტი	3,702	0,773-17,739	0,102
წიგნები	1,381	0,277-6,881	0,694
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ფლაერები	0,580	0,078-4,340	0,596
ტელევიზია	0,523	0,104-2,642	0,433
ინტერნეტი			-
სხვა	10,875	1,369-86,373	0,024
არ ახსოვს	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „კონტრაცეპციული აბების არ გამოყენება“.

კონტრაცეპციული აბების მსგავსად საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეპციულ საშუალებების გამოყენებამ სტატისტიკურად სარწმუნო კორელაცია აჩვენა ექიმისგან მიღებულ ინფორმაციასთან. ცხრილი N22.

ცხრილი N22. საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეპციულ საშუალებებზე ინფორმირების წყაროების OR.

ინფორმირების წყარო სშს-ზე	OR	95% CI	p-value
დედა	1,391	0,145-13,386	0,775
მამა	10,667	0,718-158,505	0,086
ნათესავი	1,664	0,216-12,784	0,625
მეგობარი ბიჭი	-	-	-
მეგობრები	1,065	0,140-8,120	0,951
თანამშრომლები	1,500	0,144-15,593	0,734
კოლეგები	2,175	0,267-17,689	0,468
ქმარი/პარტნიორი	8,000	0,763-83,877	0,083
ექიმი	14,248	1,886-107,664	0,010
ექთანი/ ბეზიაქალი	9,600	0,807-114,173	0,073
სოციალური მუშაკი	0,889	0,051-15,404	0,935
მასწავლებელი	2,133	0,175-26,033	0,553
ფარმაცევტი	2,098	0,244-18,023	0,499
წიგნები	2,400	0,227-25,335	0,467
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ფლაერები	0,302	0,018-5,103	0,406
ტელევიზია	-	-	-
ინტერნეტი	-	-	-
სხვა	-	-	-
არ ახსოვს	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05). რეფერენსული კატეგორია -, სშს-ს არ გამოყენება“.

მამაკაცის კონდომების გამოყენება სტატისტიკურად სარწმუნო მჭიდრო დადებით კორელაციაში იყო ქმარი/პარტნიორისგან მიღებულ ინფორმაციასთან, ხოლო ნათესავისგან მიღებულ ინფორმაცია უარყოფად იყო დაკავშირებული მასთან. ცხრილი N23.

ცხრილი N23. მამაკაცის კონდომის გამოყენებაზე ინფორმირების წყაროების გავლენის OR.

ინფორმირების წყარო მამაკაცის კონდომზე	OR	95% CI	p-value
დედა	1,400	0,345-5,681	0,638
მამა	-	-	-
ნათესავი	0,357*	0,149-0,853	0,020
მეგობარი ბიჭი	3,500	0,807-15,186	0,094
მეგობრები	0,634	0,286-1,408	0,264
თანამშრომლები	1,235	0,365-4,176	0,734
კოლეგები	1,464	0,616-3,482	0,388
ქმარი/პარტნიორი	6,553***	2,958-14,518	0,000
ექიმი	1,558	0,693-3,501	0,283
ექთანი/ ბეზიაქალი			
სოციალური მუშაკი			
მასწავლებელი	1,517	0,547-4,207	0,424
ფარმაცევტი	2,059	0,788-5,379	0,141
წიგნები	1,077	0,389-2,980	0,887
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ფლაერები	-	-	-
ტელევიზია	0,525	0,228-1,206	0,129
ინტერნეტი	3,500	0,589-20,813	0,168
სხვა	1,167	0,106-12,805	0,900
არ ახსოვს	-	-	

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია -, მამაკაცის კონდომის არ გამოყენება“.

ადგილობრივი კონტრაცეპციული საშუალებების, ისევე როგორც ქალის სტერილიზაციის, ვაზექტომიის, საინექციო საშუალებების, გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენებასთან სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი არ დადგინდა არცერთ ინფორმირების წყაროსთან ($P>0.05$).

კონტრაცეპციის ბუნებრივ მეთოდებზე სტატისტიკური ანალიზის ჩატარების შედეგად დადგინდა, რომ კალენდარული/რიტმული მეთოდის გამოყენებაზე გავლენა აქვს ექიმისგან მიღებულ ინფორმაციის, ისევე როგორც ფარმაცევტისგან, წიგნებიდან, გაზეთებიდან, ჟურნალებიდან, ბროშურებიდან და ფლაერებიდან მიღებულ ინფორმაციას. ცხრილი N24.

ცხრილი N24. კალენდარული/რიტმული მეთოდის გამოყენებაზე ინფორმირების წყაროების გავლენის OR.

ინფორმირების წყარო კალენდარულ/რიტმულ მეთოდზე	OR	95% CI	p-value
1	2	3	4
დედა	2,492	0,991-6,265	0,052
მამა	-	-	-
ნათესავი	1,905	0,822-4,414	0,133
მეგობარი ბიჭი	8,000	0,631-101,369	0,108
მეგობრები	1,842	0,799-4,246	0,152
თანამშრომლები	1,000	0,295-3,384	1.000
კოლეგები	1,548	0,621-3,859	0,348
ქმარი/პარტნიორი	2,316	0,761-7,044	0,139
ექიმი	2,909*	1,246-6,793	0,014
ექთანი/ ბეზიაქალი	5,333	0,964-29,511	0,055
სოციალური მუშაკი	2,000	0,158-25,342	0,593

1	2	3	4
მასწავლებელი	1,091	0,238-4,997	0,911
ფარმაცევტი	5,000*	1,057-23,650	0,042
წიგნები	3,886*	1,498-10,080	0,005
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ფლაერები	4,364*	1,362-13,978	0,013
ტელევიზია	2,857	0,694-11,765	0,146
ინტერნეტი	2,000	0,158-25,342	0,593
სხვა	2,667	0,371-19,152	0,330
არ ახსოვს	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „კალენდარული/რითმული მეთოდის არ გამოყენება“.

შეწყვეტილ სქესობრივ აქტის გამოყენებასთან სტატისტიკურად სარწმუნო მჭიდრო კორელაციაში იყო მეგობარი ბიჭისგან, ქმარი/პარტნიორისგან და ასევე ექიმისგან მიღებული ინფორმაცია. ცხრილი N25.

ცხრილი N25. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის გამოყენებაზე ინფორმირების წყაროების გავლენის OR.

ინფორმირების წყარო	OR	95% CI	p-value
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტზე			
1	2	3	4
დედა	6,833	0,473-98,811	0,159
მამა	-	-	-
ნათესავი	3,356	1,002-11,240	0,050
მეგობარი ბიჭი	41,000***	5,640-298,060	0,000
მეგობრები	2,651	0,811-8,665	0,107
თანამშრომლები	3,037	0,441-20,907	0,259
კოლეგები	2,697	0,738-9,863	0,134

1	2	3	4
ექიმი	6,119**	1,755-21,334	0,004
ექთანი/ ბეზიაქალი	13,667	0,674-277,123	0,089
სოციალური მუშაკი	-	-	-
მასწავლებელი	-	-	-
ფარმაცევტი	3,417	0,813-14,353	0,093
წიგნები	6,833	0,868-53,766	0,068
გაზეთები, ჟურნალები, ბროშურები, ფლაერები	2,733	0,237-31,555	0,420
ტელევიზია	-	-	-
ინტერნეტი	13,667	0,674-277,123	0,089
სხვა	-	-	-
არ ახსოვს	1		

*** (p<0.001) , ** (p<0.01), * (p<0.05).

რეფერენსული კატეგორია - „შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის არ გამოყენება“.

თავი 4. მიღებული შედეგების განხილვა

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, დაუგეგმავი ორსულობების დიდი რაოდენობა და მისი შემდგომი ხელოვნური აბორტები ან არასასურველი ბავშვის დაბადება აქტუალური და გლობალური პრობლემაა. 2008 წლის მონაცემებით მსოფლიოში 208 მილიონი ორსულობიდან 41% დაუგეგმავი იყო ⁴¹. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად საქართველოში დაუგეგმავი ორსულობების წილი - 39,7 %-ია, რაც მსგავსია აზიის ქვეყნების საშუალო მონაცემის - 38%-ის და ნაკლებია დასავლეთ აზიის მონაცემზე - 44%-ზე ⁴¹. ევროპაში დაუგეგმავი ორსულობების წილი არის 44%, ხოლო ჩრდილოეთ ამერიკაში 48%. განვითარებულ ქვეყნებში ეს ციფრი უფრო დაბალია, რადგან ქვეყნის განვითარების მაღალი დონე, რასაც თან ახლავს ქალის გენდერული ავტონომიურობა ასოცირდება კონტრაცეპციის თანამედროვე ეფექტური მეთოდების ფართოდ გამოყენებასთან და შედეგად დაუგეგმავი ორსულობების შემცირებულ რისკთან⁴.

მეცნიერულ დონეზე ჩატარებულ კვლევებს მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვთ სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური ინსტიტუციების შესწავლაში, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ ზემოქმედებენ რეპროდუქციულ სისტემაზე და ოჯახის დაგეგმვაზე ¹³⁸. კვლევების მონაპოვრები ეხმარება ოჯახის დაგეგმვის პროგრამებს, ადაპტირდეს სხვადასხვა ნაციონალურ და ლოკალურ-კულტურალურ დონეზე. საჭიროა კარგად მონიტორირებული პილოტური პროექტები ნაციონალური პროგრამების სრულ გაშვებამდე¹³⁹.

ჩვენი კვლევით დადგინდა, რომ რისკის სხვადასხვა ფაქტორები განსხვავებული სიმლიერის ზეგავლენას ახდენს დაუგეგმავ ორსულობების სიხშირეზე, დაუგეგმავი ორსულობების ხელოვნური აბორტით დასრულებაზე, აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის, მათ შორის თანამედროვე და ტრადიციული მეთოდების მოხმარებაზე, ასევე საზოგადოდ, კონტრაცეპციის გამოყენებაზე.

თითოეული ქვეყნის ტრადიციებიდან გამომდინარე ქალების დამოკიდებულება ორსულობასთან განსხვავდება ასაკთან მიმართებაში. ევროპაში პოპულაციის განათლების დონისმატებამ შეცვალა ქალის დამოკიდებულება შვილოსნობასთან, ამჟამად ქალს ურჩევნია შვილის ყოლა მოგვიანებით ასაკში¹⁴⁰. აშშ-ში და ევროპაში დაუგეგმავი ორსულობის რისკი ასოცირდება ახალგაზრდა ასაკთან და ხშირად ქორწინების გარეშე ურთიერთობების შედეგია, ვინაიდან ქალს ურჩევნია, უფრო გვიან ასაკში დაგეგმოს ორსულობა და იყოლიოს შვილი^{141, 142, 159}. ეკვადორში, ირანში, ნიგერიაში, ჩინეთში, ვიეტნამში, ბანგლადეშში კი დაუგეგმავი ორსულობების ალბათობა უფრო მაღალ ასაკთან ასოცირდება¹⁰⁸.

საქართველოში, როგორც ჩვენი კვლევით დადგინდა, დაუგეგმავი ორსულობის რისკი იზრდება ასაკისმატებასთან ერთად. ახალგაზრდა ქალები სქესობრივ ცხოვრებას ძირითადად ქორწინების შემდეგ იწყებენ და გათხოვებისთანავე სურთ შვილის ყოლა. ამიტომ დაბალ ასაკში ორსულობების უმეტესობა დაგეგმილია, რის გამოც მოთხოვნა კონტრაცეპციაზე ნაკლებია¹⁴³. ამასთან, ახალგაზრდა ქალები, რომლებსაც მაღალი რეპროდუქციული პოტენციალი აქვთ, უფრო მოტივირებულები არიან, რომ დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად თანამედროვე ეფექტური კონტრაცეპციული საშუალებები გამოიყენონ, ხშირად ეს არის დროებითი კონტრაცეპციული მეთოდი - მამაკაცის კონდომი. ამგვარად, საქართველოში ორსულობების სასურველობა, თანამედროვე კონტრაცეპციის უფრო მეტ გამოყენებასთან ერთად დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას ახალგაზრდა ასაკში ამცირებს.

სხვა ქვეყნების, ეგვიპტის, ესპანეთის, თურქეთის მსგავსად, ჩვენი კვლევითაც დადგინდა, რომ საქართველოშიც დაუგეგმავი ორსულობის ნაკლები რისკი ჰქონდათ მაღალი განათლების მქონე ქალებს^{144, 145, 146}. ეს განპირობებული უნდა იყოს ქალის სურვილით, რამეთუ კარიერული წინსვლის სურვილის გამო მას ურჩევნია ცხოვრების მოგვიანებით პერიოდში დაორსულება და შვილის გაჩენა. ეს სურვილი მას მოტივირებულს ხდის მოიძიოს და გამოიყენოს მაღალეფექტური თანამედროვე კონტრაცეპციული საშუალებები. ამასთან ერთად განათლებულ ქალს აქვს უფრო მეტი

შესაძლებლობა მოიპოვოს ინფორმაცია და შეიძინოს ცოდნა სქესობრივ ჯანმრთელობაზე, რაც მას ანიჭებს მეტ ავტონომიას და უნარს გადაწყვეტილებების მისაღებად თავის სქესობრივ და რეპროდუქციულ ქცევაში.

ჩვენი კვლევის თანახმად, ასაკის მატებასთან ერთად დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობის ზრდა უარყოფით კორელაციაშია თანამედროვე ეფექტური კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენებასთან. მაღალ ასაკში ქალები მეტად იყენებენ ძველ ტრადიციულ მეთოდებს, რაც ნაკლები კონტრაცეპციული ეფექტით ხასიათდება და განაპირობებს დაუგეგმავი ორსულობების რისკის ზრდას. როგორც ჩანს, მათ არ აქვთ ინფორმაცია ახალ ეფექტურ კონტრაცეპციაზე და ძველი ჩვეულებისამებრ მიმართავენ მათთვის ნაცნობ ორსულობისგან დაცვის საშუალებებს.

სხვადასხვა ქვეყნის სოციო-ეკონომიკური ფაქტორებიდან და ტრადიციებიდან გამომდინარე ქალის საცხოვრებელს განსხვავებული გავლენა აქვს დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობაზე. მაღალი, ეკვატორში, ნეპალში სოფლად ცხოვრება მნიშვნელოვნად განსაზღვრავდა დაუგეგმავი ორსულობის მეტ რისკს, ქალაქად ცხოვრებასთან შედარებით^{65,147,148}. ინდოეთში დაუგეგმავი ორსულობები უფრო ხშირად ურბანულ არეებში აღინიშნებოდათ¹⁴⁹. ეგვიპტეში და ნეპალში ჩატარებულმა კვლევებმა მნიშვნელოვანი კავშირი საცხოვრებელსა და დაუგეგმავ ორსულობას შორის ვერ დაადგინა ^{146, 150}. საქართველოში სოფლად მაცხოვრებელ ქალებს დაუგეგმავი ორსულობის მეტი ალბათობა ჰქონდათ ქალაქად მაცხოვრებლებთან შედარებით.

საქართველოში, სოფლად მაცხოვრებელ ქალებს შედარებით ნაკლები წვდომა აქვთ განათლებასა და ჯანდაცვის სერვისებთან, ვიდრე ქალაქში მაცხოვრებლებს. ეს მათ ხელს უშლის თანამედროვე ეფექტურ კონტრაცეპციულ მეთოდებზე სრულყოფილი ინფორმაცია/ცოდნის მოპოვებაში, რაც გაზრდიდა მათ მიერ ეფექტური კონტრაცეპციის სწორად გამოყენებას. ეს პრობლემა ჩვენს კვლევაში იმით აისახა, რომ აღნიშნული კატეგორიის ქალებს დაუგეგმავი ორსულობების უფრო მეტი რისკი აქვთ, ვიდრე ქალაქად მაცხოვრებლებს. დაუგეგმავი ორსულობების რისკი კონტრაცეპციული მეთოდების გამოყენების არასრულყოფილი ცოდნის გამოც იზრდება, დაუგეგმავი

ორსულობის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის გამოყენების სიხშირის მიხედვით განსხვავების არარსებობის პირობებში სოფლად და ქალაქად. იგივე პრობლემა ეხება დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობის ქალებს, რომლებსაც უჭირთ კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებაზე სრულყოფილი ცოდნის მიღება, კონტრაცეპციულ სერვისებზე შეზღუდულ წვდომასთან ერთად.

ჩვენი მონაცემებით საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებზე ნაკლებად წვდომის და გამოყენების გამო დაუგეგმავი ორსულობების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან საქართველოში მცხოვრები ეთნიკური უმცირესობები, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალები, რომლებიც ძირითადად სოფლად ცხოვრობენ და განათლების დაბალი დონე აქვთ ⁹⁸.

საქართველოში დაუგეგმავი ორსულობების ძირითადი ნაწილი (85,5%) მთავრდება ხელოვნური აბორტით. ეს მაჩვენებელი აღემატება მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონიდან რეპორტირებულ მაჩვენებლებს.: 53%- განვითარებული ქვეყნებში და 48%- განვითარებად ქვეყნებში. საქართველოს მონაცემები ასახავს რამდენიმე ფაქტის თანხვედრას: პატარა ოჯახების ქონის სურვილს (TFR 2.0-ქალზე), თანამედროვე კონტრაცეპციული საშუალებების ნაკლებად გავრცელებას და იმას, რომ ხელოვნური აბორტები კვლავ რჩება შობადობის კონტროლის მთავარ მეთოდად. ამდენად, აბორტების რაოდენობის შემცირება უნდა მოხდეს დაუგეგმავი ორსულობების შემცირებების გზით.

დაუგეგმავი ორსულობის გამოსავლის მიხედვით მსოფლიოში განსხვავებული ტენდენციები არსებობს. აშშ-ში აბორტები ასოცირებულია პირველ ორსულობასთან გაუთხოვარ ქალებს შორის, ხოლო სხვა დაუგეგმავი ორსულობები ხშირად მთავრდება მშობიარობით. აღმოსავლეთ ევროპაში და ცენტრალურ აზიაში აბორტებს ძირითადად ქორწინებაში მყოფი ქალები მიმართავენ შობადობის კონტროლისთვის 1 ან 2 შვილის ყოლის შემდეგ ¹.

ჩვენ დავადგინეთ, რომ დაუგეგმავ ორსულობასთან დაკავშირებულ რისკის ფაქტორებს წარმოადგენს: ქალის საცხოვრებელი, ასაკი, განათლების დონე,

ეკონომიკური მდგომარეობა, ცოცხალი შვილების რაოდენობა, თუმცა მისი ხელოვნურ აბორტის გზით დასრულებასთან მხოლოდ ეთნიკური წარმომავლობა და დაბალი ქონებრივი ტერცილი იყო ასოცირებული. განსხვავებული მაჩვენებელი დაფიქსირდა რუსეთში, სადაც აბორტების კეთების შეფარდებითი რისკი ასოცირდებოდა მაღალი შემოსავლის მქონე ქალებთან¹⁵¹. როგორც ჩანს, ქალის ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვნად ახდენს გავლენას ოჯახის დაგეგმვაზე საქართველოში. ქალი იძულებულია მიმართოს ხელოვნურ აბორტს დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევაში, რადგან მის ოჯახს არ შეუძლია კიდევ ერთი შვილის შენახვა. ამასთან, არ არსებობს სახელმწიფოს მხრივ დახმარება, რომელიც მას მატერიალურად უზრუნველყოფდა.

საყურადღებოა ეთნიკური უმცირესობების განწყობაც ამ საკითხთან მიმართებაში, რომლებსაც ქართველებთან, ანუ ეროვნულ უმრავლესობასთან შედარებით, როგორც დაუგეგმავი ორსულობების, ისე ამ ორსულობების ხელოვნური აბორტით შეწყვეტის მაღალი რისკი გააჩნიათ. ამიტომაც, ისინი განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ ჯანდაცვის მესვეურების მხრიდან.

შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტებით დასრულების რისკთან დაკავშირებული უნდა იყოს სხვა რისკ ფაქტორებიც, კერძოდ: წინა ხელოვნური აბორტების რაოდენობა, ქორწინების სტატუსი, ქმრის/პარტნიორის დამოკიდებულება, შვილების სქესი და სხვა.

სხვადასხვა ქვეყანაში განათლების დონე განსხვავებულ გავლენას ახდენს ხელოვნური აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებაზე. მაგალითად, აშშ-ში ხელოვნურ აბორტს მეტ წილად მიმართავდნენ კოლეჯის კურსდამთავრებულები, ხოლო უგანდაში ხელოვნურ აბორტს მიმართავდნენ ქალები დაბალი განათლების დონით¹⁵². საქართველოში ჩატარებული წინა კვლევებით დადგინდა, რომ განათლების მაღალი დონე წარმოადგენდა რისკის ფაქტორს¹⁵³. ამჟამინდელი კვლევით აბორტების რაოდენობა არ განსხვავდება განათლების დონის მიხედვით. როგორც ჩანს, ამ ასპექტში განათლების დონე, როგორც დამოუკიდებელი ფაქტორი არ არის მნიშვნელოვანი.

ეფექტური თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენება დაუგეგმავი ორსულობების ხელოვნური აბორტით კონტროლის ალტერნატიული გზაა. საქართველოში, სხვა აზიური ქვეყნების (ინდოეთი, თურქეთი) მსგავსად, ქალები დაუგეგმავი ორსულობით, ჩასახვამდე ნაკლებად იყენებდნენ საერთოდ კონტრაცეპციას (68.6%) და ძირითადად ნაკლებად ეფექტურ ტრადიციულ მეთოდებს მიმართავდნენ (74,2%), მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში იმ პერიოდში (2005-2010 წწ), თანამედროვე კონტრაცეპციული საშუალებების შეძენა ქალებს ექიმის რეცეპტის გარეშე შეეძლოთ ^(154,155,156). ეს მიუთითებს კონტრაცეპციული მეთოდების შესახებ არასრულყოფილ ინფორმირებაზე და მათი გამოყენების არასრულფასოვან ცოდნაზე. ცხადია, საჭიროა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა და მათი მეშვეობით განათლების სისტემამ, მასმედია და სოციალურმა კონტაქტებმა უზრუნველყონ ქალების უკეთ ინფორმირება კონტრაცეპციული მეთოდების არჩევანზე. ეს გაზრდის თანამედროვე ეფექტური კონტრაცეპციის გამოყენებას, რისი მაგალითიცაა სხვა ქვეყნების გამოცდილება და რეკომენდაციები (^{157 , 158}). ჰოლანდიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ კონტრაცეპციაზე ახალგაზრდების ინფორმირება განსაკუთრებით საჭიროა, რადგან ამით მნიშვნელოვნად მცირდება ხელოვნური აბორტების რაოდენობა ²³.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ სხვა ქვეყნების მსგავსად (ბრიტანეთი, გერმანია, ბანგლადეში, განა), ქალის სოციო-ეკონომიკურ და დემოგრაფიულ მახასიათებლებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ კონტრაცეპციის, განსაკუთრებით თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენებაზე ^{159,160,161}.

მაგალითად, თუ განვიხილავთ საცხოვრებელს როგორც დეტერმინატს, ვნახავთ, რომ ქალაქში ცხოვრება ასოცირდება კონტრაცეპციის მეტი სიხშირით გამოყენებასთან, რადგან ქალაქში ცხოვრება ქალს აძლევს მეტ შესაძლებლობას იყოს მეტად ინფორმირებული და შეიძინოს მეტი ცოდნა კონტრაცეპციის თანამედროვე ეფექტურ საშუალებებზე. მათ აქვთ მეტი წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე და აფთიაქებზე. ჩვენი კვლევით დადგინდა, რომ ქალაქად მაცხოვრებლები სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს, ვიდრე სოფლად მაცხოვრებლები,

გარდა დაბალი ასაკის, დაბალი განათლების დონის, მაღალი მატერიალური შეიძლება, აზებიაჯანელების, მუსლიმების და არარელიგიური ჯგუფის ქალებისა. მაღალი წვდომით ჯანდაცვის სერვისებზე და მაღალი მობილობით შეიძლება აიხსნას კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება ქალაქში და სოფელში მაღალი ქონებრივი ტერცილის და მაღალი მატერიალური შემოსავლის მქონე ქალებში. მაშინ როცა ქალები დაბალი და საშუალო ქონებრივი ტერცილით და დაბალი მატერიალური შემოსავლით ამ შესაძლებლობის გარეშე არიან. კონტრაცეპციის მეთოდებზე წვდომას უკავშირდება მამაკაცის კონდომის მეტი გამოყენება ქალაქში, რომელიც ადვილად შეიძლება შეიძინონ აფთიაქებში და მარკეტებში. თუმცა კონდომის ქალაქში მეტი სიხშირით გამოყენება მის ორმაგი ფუნქციითაც შეიძლება აიხსნას, დაიცვას ქალი არასურველი ორსულობისგან და სქესობრივად გადამდები დაავადებისგან¹⁶². ქალაქში, ურბანიზაციის და პოპულაციის მეტი რაოდენობის გამო პოტენციურად მეტია სქესობრივი კავშირები, მათ შორის ქორწინების გარეშე კავშირები.

თითოეული ქვეყნის ტრადიციებიდან გამომდინარე ქალის ორსულობისადმი დამოკიდებულება განსხვავებულია ასაკთან მიმართებაში. მაგალითად, ინდოეთში ახალ გათხოვილ ქალს შეიძლება უნდოდეს ორსულობის გადავადება, მაგრამ ის იძულებულია გააჩინოს შვილი, რათა დაამტკიცოს, რომ მას აქვს ფერტილობის უნარი სოციუმის და ოჯახის ზეწოლის თავიდან აცილების მიზნით¹⁶³. თანამედროვე ევროპელი ქალები არ გრძნობენ ასეთ წნეხს გათხოვებასთან და შვილის ყოლასთან დაკავშირებით მათი წინაპრებისგან განსხვავებით. მათ აქვთ თავისუფლება დაგეგმონ ორსულობა მისთვის სასურველი რაოდენობით და შესაფერის დროში. ევროპაში დაბალი ფერტილობის მაჩვენებლები ასევე „კონტრაცეპციულ რევოლუციასაც“ უკავშირდება¹⁶⁴.

საქართველოში, დაბალ ასაკობრივ ჯგუფში (15-19 წელი) ქალაქად და სოფლად მაცხოვრებელი ქალები ერთნაირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებს. ეს შეიძლება აიხსნას საქართველოში ქალის ორსულობისადმი დამოკიდებულებით, რაც ზევით იქნა მოხსენიებული.

კვლევების მიხედვით, განათლების დონე ერთ-ერთ ფაქტორია, რომელიც გავლენას ახდენს კონტრაქტაციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების დონეზე^{14, 146, 147, 148, 165, 166}. ჩვენი კვლევითაც დადგინდა, რომ იგი გარკვეულ გავლენას ახდენს ქალის მიერ კონტრაქტაციის მეთოდების შერჩევაზე. კონდომები სარწმუნოდ ხშირად გამოიყენება მაღალი განათლების მქონე ქალების მიერ, მაშინ როცა კონტრაქტაციის ტრადიციული მეთოდის, შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირის გამოყენება არასრული საშუალო განათლების ქალების მიერ უფრო ხშირია.

ქალაქში მაცხოვრებლები სოფელში მაცხოვრებელ ქალებთან შედარებით, განათლების მაღალი დონით: საშუალო, ტექნიკუმის და უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლებით, უფრო მეტი სიხშირით იყენებენ კონტრაქტაციის თანამედროვე მეთოდებს ვიდრე ტრადიციულს, როგორც ჩანს, მათზე მაღალი წვდომის გამო. ხოლო არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალების მიერ კონტრაქტაციის გამოყენება არ განსხვავდებოდა საცხოვრებლის მიხედვით. ამგვარად, თანამედროვე კონტრაქტაციის გამოყენება კორელაციაშია განათლების მაღალ დონესთან. ქალის სურვილი თავიდან აიცილოს არასასურველი ორსულობა, მას უფრო მოტივირებულს ხდის მოიძიოს და გამოიყენოს მაღალეფექტური კონტრაქტაცია. განათლებულ ქალს აქვს მეტი შესაძლებლობა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ცოდნის მისაღებად, რაც მას აძლევს მეტ ავტონომიას და გადაწყვეტილების მიღების უნარს საცხოვრებლის მიუხედავად.

რაც შეეხება ეთნიკური წარმომავლობის პრედიქტორულ ღირებულებას კონტრაქტაციის მეთოდების გამოყენებასთან მიმართებაში, დადგინდა, რომ ქართველებთან შედარებით სომხები სარწმუნოდ უფრო იშვიათად იყენებდნენ კონტრაქტაციულ აბებს, სშს-ს და მამაკაცის კონდომს, ხოლო აზერბაიჯანელები ნაკლებად იყენებდნენ მამაკაცის კონდომს და მეტად სშს-ს. 2010 წელს სომხეთში ჩატარებულმა დემოგრაფიულმა და ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ სომხეთში ქალების მიერ ხშირად იყო გამოყენებული შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, რაც აჩვენა ჩვენმა კვლევამაც¹⁶⁷. თუმცა ეთნიკურობის მიხედვით კონტრაქტაციის გამოყენების

მაჩვენებლები განსხვავდებიან ეთნიკური წარმომადგენლების მშობლიურ ქვეყნებში კონტრაქციის გამოყენების მაჩვენებლებისგან. როგორც ჩანს, სხვა ქვეყანაში ხანგძლივმა ცხოვრებამ გავლენა მოახდინა მათ სქესობრივ რეპროდუქციულ უნარ-ჩვევებზე, განსაკუთრებით ახალ თანამედროვე კონტრაქციული მეთოდების გამოყენებასთან მიმართებაში. თუმცა სრულად ვერ მოახდინა ახალი ქვეყნის უნარ-ჩვევებთან ასიმილირება.

აღსანიშნავია, რომ სოფელში მაცხოვრებელი სომეხი ეთნიკური წარმოშობის ქალები, თანამედროვე კონტრაქციის გამოყენებლობის რისკის ქვეშ არიან, ისინი ტრადიციულად მიმართავენ შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს, რასაც ნაკლები კონტრაქციული ეფექტი აქვს¹⁶⁸. ეს ფაქტი იმსახურებს ყურადღებას ჯანდაცვის მესვეურების მხრიდან, რათა მათ გააძლიერონ მუშაობა ამ სამიზნე მოსახლეობასთან.

სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც ცოცხალი შვილების რაოდენობა და ოჯახის შემოსავალი სარწმუნოდ ასოცირდება თანამედროვე კონტრაქციის გამოყენებასთან¹⁶⁹. ქალები, რომლებსაც ჯერ არ ჰყავთ არცერთი შვილი, ცდილობენ დაორსულებას, რის გამოც მათ არ აქვთ მოთხოვნა კონტრაქციისაზე. ამის დასტურად ჩვენს მიერ ჩატარებულმა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ რაც უფრო ცოტა შვილი ჰყავდა ქალს, მით უფრო ნაკლებად მოიხმარდა კონტრაქციულ საშუალებებს, ვიდრე ოთხ და მეტშვილიანი ქალი. ამავე ფაქტით უნდა აიხსნას, ქალაქად და სოფლად კონტრაქციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდების გამოყენებას შორის განსხვავების არ არსებობა არცერთი და ოთხზე მეტი შვილის შემთხვევაში. ქალაქად და სოფლად ქალები არცერთი შვილით ერთნაირად დაბალი სიხშირით იყენებენ კონტრაქციის თანამედროვე და ტრადიციულ მეთოდებს, რადგან ამ ჯგუფში, საზოგადოდ ნაკლებია კონტრაქციის გამოყენება. ამის საპირისპიროდ ქალი 4 და მეტი შვილით მოტივირებულია დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით გამოიყენოს ორსულობისგან ეფექტურად დაცვის საშუალებები, ამიტომ სოფლად მაცხოვრებელი ქალები ისეთივე სიხშირით იყენებენ კონტრაქციის თანამედროვე მეთოდებს, როგორც ქალაქად მაცხოვრებელი. გასათვალისწინებელია ფაქტი, რომ ჩვენს

შერჩევაში მოხვედრილი ასეთი ქალების რაოდენობა მცირეა, საქართველოში ოთხ და მეტწვილიანი ქალების რაოდენობა არ არის დიდი, ვინაიდან როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, შობადობის კოეფიციენტი საქართველოში 2,0 -ის ტოლია. ამ გარემოებას შეეძლო ემოქმედა სტატისტიკური ანალიზის შედეგზე.

როგორც ვნახეთ, კონტრაცეპციის გამოყენებასთან მჭიდრო კორელაციაშია სოციალური, ეკონომიკური ფაქტორები. ეს ფაქტი ხაზს უსვამს, ჯანდაცვის მესვეურების მხრიდან ქალების სრულყოფილი ინფორმირების გზით კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდის გამოყენების პრომოციის საჭიროებას უშუალოდ სამიზნე ჯგუფებთან მუშაობით. ეს გაზრდის მათი არასასურველი ორსულობისგან თავდაცვის ეფექტურობას, გაზრდის კონტრაცეპციის ეფექტური მეთოდების გამოყენებას, შეამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების და მის შემდგომ ხელოვნური აბორტების რაოდენობას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენადაა მოსახლეობა ინფორმირებული კონტრაცეპციის საკითხებზე. ინფორმირების წყაროს სანდოობა კონტრაცეპციის გამოყენებაზე გადაწყვეტილების მიღების მნიშველოვანი განმსაზღვრელია. სხვა კვლევების მსგავსად, საქართველოშიც ექიმებს დიდი წვლილი შეაქვთ ამ გადაწყვეტილების მიღებაში^{124, 170, 171}. კონტრაცეპციის გამოყენება განსაკუთრებით იზრდება ჯანდაცვის პროფესიონალებთან კონსულტირების შემდეგ, მაშინაც კი თუ ეს ახალ მეთოდს ეხება¹⁷². მაგალითად, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებში დანიის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ თანამედროვე კონტრაცეპციის დანერგვა (ძირითადად, კონტრაცეპციული აბების და ქალის სტერილიზაციის) სტიმულირებული იყო „ოჯახის დაგეგმვის“ პროგრამების ნებაყოფლობითი აქტივობებით, ოჯახის ექიმების პოზიტიური როლით და საყოველთაო დაზღვევის სისტემით²³.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა მულტინომინალურმა ლოგარითმულმა რეგრესიულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ექიმისგან მოპოვებული ინფორმაცია ასოცირდებოდა, როგორც თანამედროვე კონტრაცეპციული მეთოდების (კონტრაცეპციული აბების და სშს), ისე ტრადიციული მეთოდების გამოყენებასთან. ეს ფაქტი მიუთითებს ექიმების მიერ

ტრადიციული მეთოდების პრომოციაზე და ხაზს უსვამს ექიმების ცოდნის განახლების საჭიროებას და მათი დამოკიდებულების შეცვლას თანამედროვე კონტრაქციის მიმართ, ასევე კონსულტირების უნარების გაუმჯობესების აუცილებლობას, განსაკუთრებით, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ექიმებისთვის, სადაც ქალი ხშირად პირველად მიმართავს ექიმს.

ჩვენი კვლევის შედეგები თანხმობაშია საქართველოში ჩატარებულ ექიმების კვლევასთან „ექიმების დამოკიდებულება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებისადმი“, სადაც ნაჩვენებია, რომ ექიმები პაციენტებში, ძირითადად, პრომოციას უწევენ მამაკაცის კონდომს, აბებს, სშს-ს და სამწუხაროდ ქალებს კონტრაქციის ტრადიციულ მეთოდებსაც სთავაზობენ¹⁷³. ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ მხოლოდ მამაკაცის კონდომთან მიმართებაში წარმოადგენს ინფორმირების მნიშვნელოვან წყაროს ქმარი/პარტნიორი. როგორც ჩანს, სხვადასხვა მეთოდზე ინფორმირების შემთხვევაში ქალები კონტრაქციის გამოყენებაზე არჩევენ ან პარტნიორის სურვილის ან უფრო სანდო წყაროდან (ექიმი) მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად.

საქართველოში ქალების უმრავლესობა სქესობრივ ცხოვრებას იწყებს გათხოვების შემდეგ და ქმარი არის მისი პირველი პარტნიორი, რომელსაც ხშირად უკვე აქვს გამოცდილება სქესობრივ ცხოვრებაში. როდესაც მათ უდგებათ საკითხი არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, მანამდე „გამოცდილი“ ქმარი სთავაზობს მას მეთოდს, რომელიც მისთვის უკვე ნაცნობია, ხშირად ქორწინების გარეშე კავშირებიდან. ცალ-ცალკე, საქართველოში ჩატარებულმა ქალების და მამაკაცების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებმა აჩვენა, რომ ყველაზე გავრცელებული კონტრაქციული არის მამაკაცის კონდომი. ეს შეიძლება აიხსნას ქორწინების გარეშე ურთიერთობებით და კონდომების ორმაგი ფუნქციით: არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება და სქესობრივად გადამდები დაავადებისგან თავის დაცვა¹⁷⁴.

საქართველოში, მამაკაცები იშვიათად არიან ჩართული კონტრაქციაზე კონსულტირებაში, რის გამოც ისინი არ ფლობენ საკმარის ინფორმაციას. ამიტომ, ისინი თავიანთ პარტნიორებს სთავაზობენ მათთვის ნაცნობ მეთოდს, რაშიც თვითონ

მონაწილეობენ. ეს ხაზს უსვამს იმას, რომ საჭიროა წყვილების ჩართვა კონტრაქციის საკითხებზე კონსულტირებაში და თანამედროვე, ეფექტური კონტრაქციის მეთოდებზე ქალთან ერთად მამაკაცის ინფორმირებაში.

მსოფლიოში მასმედია და ინტერნეტი მსოფლიო მასშტაბით სულ უფრო ხშირად ხდებიან ინფორმირების წყარო, რაც ზრდის კონტრაქციაზე ინფორმირების დონესაც^{175, 176, 177}. საქართველოში, როგორც დადგინდა, მედია ვერ ახდენს გავლენას კონტრაქციის გამოყენების არჩევანზე. 2013 წლის კვლევის თანახმად თბილისის რეზიდენტების 30% და სოფლად მაცხოვრებლების 65% ინტერნეტის გარეშე იყვნენ. ხშირ შემთხვევაში ინტერნეტი საქართველოში მხოლოდ კომუნიკაციისთვის გამოიყენება¹⁷⁸. აქედან გამომდინარე, ინტერნეტი საქართველოში ვერ განიხილება კონტრაქციაზე ინფორმირების წყაროდ. თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ინტერნეტს ჰყავს მზარდი რაოდენობის მომხმარებელი და ვებსაიტებზე რელევანტური, სწორი ინფორმაციის განთავსება, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაქციის შესახებ, შესაძლოა დაეხმაროს ბევრ ქალს დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილებაში.

გადაუდებელ კონტრაქციაზე ინფორმირება და მისი ფართოდ გავრცელების საკითხი აქტუალურია სხვა ქვეყნებისთვისაც და საჭიროებს მეტი საინფორმაციო ღონისძიებების გატარებას როგორც ჯანდაცვის პროვაიდერებთან, ისე ფარმაცევტებთან, რათა მათ შემდგომ უზრუნველყონ დაუგეგმავი ორსულობის რისკის ქვეშ მყოფი ქალების ინფორმირება კონტრაქციული მეთოდის ამ არჩევანის შესახებ¹⁷⁹.

როგორც დადგინდა ჩვენი კვლევით, კონტრაქციაზე ინფორმაციის მოპოვება ხშირად მეგობრებიდან ხდება, თუმცა ეს წყარო არ ასოცირდება კონტრაქციის ჩვენს მიერ გამოკვლეული არცერთი მეთოდის გამოყენებასთან (კონტრაქციული აბები, სშს, მამაკაცის კონდომი, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, კალენდარული/რითმული მეთოდი). როგორც ჩანს, ქალები მას არ განიხილავენ ინფორმირების სანდო წყაროდ.

სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ სკოლიდან მოპოვებული ინფორმაცია გავლენას ახდენს კონტრაქციული მეთოდების გამოყენებაზე¹⁸⁰. თუმცა, ჩვენი მონაცემებით, საქართველოში სკოლიდან მოპოვებული ინფორმაცია მწირია და

ამიტომ არ აქვს გავლენა კონტრაქციის არცერთი მეთოდის გამოყენებაზე. საგანმანათლებლო ინსტიტუციებმა უნდა გამოიჩინონ ყურადღება ამ საკითხის მიმართ, რათა დაფუძნდეს და პრომოცია გაეწიოს სქესობრივი/რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში განათლებას სასწავლო დაწესებულებებში.

ნაკლებად გავრცელებული კონტრაქციული მეთოდები არ ასოცირდება არცერთ ინფორმირების წყაროსთან. 2010 წლის ქალთა რეპროდუქციულმა კვლევამ საქართველოში აჩვენა, რომ კონტრაქციაზე ინფორმირება სჭარბობს მათ გამოყენებას. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ქალებს სჭირდებათ მეტი ინფორმირება სანდო წყაროებიდან, რაც მათ გააკეთებინებს მართებულ არჩევანს თავიანთი ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში. საზოგადოდ, ქალებს ურჩევნიათ ექიმებისგან იყვნენ ინფორმირებული. ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, საჭიროა ექიმების ცოდნის გაუმჯობესება თანამედროვე ეფექტური კონტრაქციის მეთოდების შესახებ, ასევე საჭიროა მათი სწავლება კონსულტირების მაღალ დონეზე ჩატარების უნარების შესაძენად, რათა ისინი დაეხმარონ ქალებს მიიღონ კარგად ინფორმირებული გადაწყვეტილება მაღალეფექტური კონტრაქციის გამოყენებაზე.

თავი 5. დასკვნები

- საქართველოში დაუგეგმავი აღმოჩნდა ორსულობების 39,7%. მათ შორის ხელოვნური აბორტით დამთავრდა 85,5%. ამ ქალთა ჯგუფში დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის ნებისმიერი მეთოდის გამოყენების წილმა შეადგინა 31,4%. მათგან თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენების ხვედრითი წილი იყო 25,8%.
- მულტინომინალური რეგრესიული ლოგარითმული ანალიზით დადგინდა, რომ დაუგეგმავი ორსულობის სარწმუნოდ ნაკლები შეფარდებითი რისკი ჰქონდათ ქალაქად მაცხოვრებელ ქალებს სოფელში მაცხოვრებლებთან შედარებით. ქალის ასაკი, განათლების დონე და ეკონომიკური მდგომარეობა უარყოფითად კორელირებდა დაუგეგმავი ორსულობების სიხშირესთან. ოთხ და მეტ შვილიან ქალებს დაუდგინდათ სარწმუნოდ დაბალი რისკი ორშვილიან ქალებთან შედარებით, ხოლო ყველაზე დაბალი რისკი გამოუვლინდათ ქალებს, რომლებსაც შვილი არ ჰყავდათ. ეთნიკურ წარმომავლობას და რელიგიურობას არ ჰქონდათ სტატისტიკურად სარწმუნო გავლენა დაუგეგმავი ორსულობების მაჩვენებლებზე.
- სტატისტიკურმა ანალიზმა არ გამოავლინა დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტაზე ქალის საცხოვრებლის, ასაკის, განათლების დონის, ქალის შემოსავლის, ცოცხალი შვილების რაოდენობის და რელიგიურობის გავლენა. დადგინდა, რომ ქართველები სარწმუნოდ უფრო ნაკლებად მიმართავენ ხელოვნურ აბორტს ვიდრე სხვა ეთნიკურობის წარმომადგენლები, ისევე როგორც ქალები დაბალი ქონებრივი ტერცილით მაღალი ქონებრივი ტერცილის მქონე ქალებთან შედარებით.
- ხელოვნური აბორტის წინა პერიოდში კონტრაცეპციის გამოყენება არ იყო კორელაციაში ქალის საცხოვრებელთან, ასაკთან, განათლების დონესთან, ეკონომიკურ მდგომარეობასთან, ქონებრივ ტერცილთან და ეთნიკურ წარმომავლობასთან. გამოვლინდა, რომ არაქართველი მართლმადიდებლები

სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის რაიმე მეთოდს, ვიდრე ქართველი მართლმადიდებლები.

- ქალაქად მაცხოვრებლები სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით, 20-34 წლის ქალები 40-44 წლის ქალებთან შედარებით, ქართველები სხვა ეთნიკურ წარმომადგენლებთან შედარებით სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. ხოლო არასრული და საშუალო განათლების მქონე ქალები უმაღლესი/უმაღლესისშემდგომი განათლების მქონე ქალებთან შედარებით, ქალები დაბალი ქონებრივი ტერცილით მაღალ ქონებრივ ტერცილთან შედარებით, მუსლიმები და სხვა მართლმადიდებლები ქართველ მართლმადიდებლებთან შედარებით სარწმუნოდ უფრო ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს ხელოვნურად შეწყვეტილი დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში. თუმცა უფრო მძლავრი კორელაცია გამოვლინდა ასაკთან და ქონებრივ ტერცილთან. ქალის ასაკი უარყოფითად კორელირებდა კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებასთან. ქონებრივი ტერცილი კი დადებით კორელაციაში იყო თანამედროვე კონტრაცეპციის გამოყენებასთან.
- ქალაქად მაცხოვრებელი ქალები სოფლად მაცხოვრებლებთან შედარებით სარწმუნოდ ხშირად იყენებდნენ მამაკაცის კონდომს. დაბალი ასაკობრივი გჯუფის ქალები ნაკლებად იყენებდნენ სშს-ს და მამაკაცის კონდომს, ხოლო 30-39 წლის ქალები მეტად იყენებდნენ კონტრაცეპციულ აბებს და მამაკაცის კონდომს 40-44 წლის ქალებთან შედარებით. განათლების მაღალი დონე ასოცირდებოდა კონტრაცეპციის გამოყენების მაღალ ალბათობასთან. ქართველი ეროვნების ქალებთან შედარებით სომეხი ეროვნების ქალები ნაკლებად იყენებდნენ კონტრაცეპციულ აბებს, სშს-ს და მამაკაცის კონდომს და მეტად შეწყვეტილ სქესობრივ აქტს, ხოლო აზერბაიჯანელები, ნაკლებად - მამაკაცის კონდომს და მეტად - სშს-ს. ცოცხალი შვილების რაოდენობა უარყოფით კორელაციაში იყო კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენებასთან.
- ქალაქად მაცხოვრებელი ქალები 20-44 წლის ასაკში, მაღალი განათლების დონით, დაბალი მატერიალური შესაძლებლობით, დაბალი ქონებრივი ტერცილით, 1,2 და 3

ცოცხალი ბავშვების რაოდენობით, ქართველები და სომხები, მართლმადიდებლები და „სხვა“ რელიგიები სოფლად მაცხოვრებელ იგივე მახასიათებლების მქონე ქალებთან შედარებით სარწმუნოდ უფრო ხშირად იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს. ხოლო სოფლად და ქალაქად ქალები 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფიდან, დაბალი განათლების დონით, მაღალი ეკონომიკური მდგომარეობით, არცერთი ან ოთხზე მეტი ცოცხალი ბავშვების რაოდენობით, აზერბაიჯანელები და სხვა ეროვნების ქალები, მუსლიმები და არარელიგიური ქალები თანაბარი სიხშირით იყენებდნენ კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდებს.

- ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ ქალები კონტრაცეპციაზე ყველაზე ხშირად მეგობრებიდან იყვნენ ინფორმირებულნი, თუმცა მათგან მიღებული ინფორმაცია გავლენას ვერ ახდენდა კონტრაცეპციის ვერც ერთი მეთოდის გამოყენებაზე. კონტრაცეპციის გამოყენებაზე გავლენას ახდენდა ექიმისგან და ქმარი/პარტნიორისგან მიღებული ინფორმაცია.
- ამგვარად, ჩატარებული მულტიინონალური ლოგარითმული რეგრესიული ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ დაუგეგმავი ორსულობის მაღალი რისკის ჯგუფებს წარმოადგენენ ქალები განათლების დაბალი დონით, დაბალი ეკონომიკური სტატუსით, დაბალი ქონებრივი ტერცილით, მაღალი ასაკით, სოფლად მაცხოვრებელი და ორშვილიანი ქალები.
- დაუგეგმავი ორსულობის ხელოვნური აბორტით შეწყვეტის რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნება ქალები დაბალი ქონებრივი ტერცილით და ეთნიკური უმცირესობები.
- ხელოვნური აბორტით დასრულებული დაუგეგმავი ორსულობის წინა პერიოდში თანამედროვე კონტრაცეპციის არ გამოყენების რისკ ჯგუფები განისაზღვრა: სოფლად ცხოვრებით, მაღალი ასაკით, განათლების დაბალი დონით, დაბალი ქონებრივი ტერცილით, ეთნიკური და რელიგიური უმცირესობებით.
- თანამედროვე ეფექტური კონტრაცეპციის ნაკლებად და არასწორად გამოყენების მიხედვით, რისკის ჯგუფებად განიხილება: სოფლად მაცხოვრებელი, მაღალი ასაკის, განათლების დაბალი დონის, დაბალი ეკონომიკური მდგომარეობის, ეთნიკური და რელიგიური უმცირესობების ქალები.

თავი 6. რეკომენდაციები

- ✓ მიზანშეწონილია, ჯანდაცვის სისტემის მესვეურებმა გაითვალისწინონ, მოსახლეობასთან კონტრაქტების თანამედროვე ეფექტური მეთოდების დანერგვის მიზნით, საინფორმაციო-საგანმანათლებლო მუშაობის ინტენსიური წარმართვის აუცილებლობა არამარტო ჯანდაცვის პროვაიდერების, არამედ ფართო საინფორმაციო საშუალებების მხრივაც. დაუგეგმავი ორსულობების და მათი ხელოვნურად შეწყვეტის პრევენციის თვალსაზრისით, მხედველობაში უნდა მიიღონ ჩვენი კვლევით იდენფიცირებული დემოგრაფიული, სოციალური და ეკონომიკური რისკის ფაქტორები და გააძლიერონ მუშაობა მაღალი რისკის სამიზნე ჯგუფებთან (სოფელში მაცხოვრებელ, მაღალი ასაკის, დაბალი განათლების დონის, დაბალი ეკონომიკური შეძლების მქონე, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ და ორ და მეტ შვილიან ქალებთან), კონტრაქტების შესახებ მათი ცოდნის ამაღლების მიზნით, განსაკუთრებით კონტრაქტების თანამედროვე მეთოდებზე.
- ✓ მიზანშეწონილია, როგორც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ისე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების ცოდნის დონის ამაღლება კონტრაქტების თანამედროვე ეფექტური მეთოდების უპირატესობების შესახებ და კონტრაქტების სფეროში კონსულტირების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების თვალსაზრისით, რაც ხელს შეუწყობს ახალი კონტრაქტული მეთოდების ინტეგრაციას კლინიკურ პრაქტიკაში და წყვილის მიერ სწორი ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებას და შედეგად შეამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას და მასთან ასოცირებულ ხელოვნური აბორტების რაოდენობას.

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University,

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics – Gynecology and Reproductology

With the right of manuscript

Tamar Japaridze

**Unintended pregnancies, their outcome and relation with usage of
contraception in Georgia**

The Ph.D Thesis

Presented for the academic degree of doctor of Medicine

Research Director: Professor Jenara Kristesashvili,MD, Doctor of Medical Sciences,

Tbilisi, 2016

The theme importance:

Unintended pregnancy with high rates of subsequent abortions still remains an important problem around the world. Due to insufficient care for pregnancy, this may affect sexual, reproductive and general health status of the woman; result in serious mental and physical problems for her as well as her family. Like other countries, in Georgia high frequency of unplanned pregnancies, which often terminated in induced abortion, is an actual problem. The rate of induced abortions gradually fell from 3.1 abortions per woman (104 abortions per 1000 women) in 1999, to 1.6 abortions per woman (56 abortions per 1000 woman) in 2010. However, these indicators are unfavorable, as the rate of unintended pregnancies and induced abortions are still high. Awareness about contraception has a crucial role for reducing unintended pregnancy. Lack of knowledge, education and informing the population regarding contraception still remains a major obstacle for Georgia.

Problems associated with unintended pregnancies, induced abortion and usage of contraception is different regarding countries, therefore, it is very important to ascertain the problems and risk factors, that is characteristic for each country and which demands targeted preventive measures for their minimization. A lot of survey shows that social, demographic, economic and traditional factors, such as residence area, age, level of education, ethnic background, religion affiliation, economic status of women, wealth index, number of living children have influence on the rate of unintended pregnancies, induced abortions and usage of contraception. These factors often determine access on reproductive health and contraceptive methods.

In order to identify high-risk women and provide implementation of appropriate preventive measures, it is essential for providers of health care system and physicians to know the risk factors associated with unplanned pregnancies, induced abortion and low use of contraception.

In Georgia, it has not been conducted survey regarding unintended pregnancy, induced abortion and usage of methods of contraception, which will be determined via associating with them demographic, social and economic factors and significant sources of information influencing the use of contraception. Therefore, it is of high importance to conduct survey regarding this topic. Results from this study will help health care providers and policy makers, by taking into consideration factors identified in our study, to specifically intensify work with target groups and implement necessary intervention. Efficient strategies will improve the knowledge about contraception,

especially its modern methods, increase accessibility to and use of these methods. That, in turn, will reduce the number of unintended pregnancies and associated induced abortions with direct participation of health care providers.

Based on all above mentioned the **aim** of our study was to determine the prevalence of Unintended pregnancies in Georgia, their outcomes, prior usage of contraception, including modern and traditional methods, in women who terminated their unintended pregnancies by induced abortion, overall usage of more prevalent contraceptive methods in Georgia and identify such predictor variables as area of residence, age, level of education, economic status of woman, wealth tercile, ethnicity, religion and number of living children, also to determine the significant sources of information on contraceptive methods decision-making and its influence on contraception use in Georgia.

Objectives

- Detection of the prevalence of unintended pregnancies, their outcomes and use of modern and traditional methods of contraception in women who terminated their unintended pregnancies by induced abortion, overall prevalence of frequently used contraceptive methods and their distribution by demographic and socio-economic characteristics in Georgia.
- Detection of the association of risk factors: area of residence, age, level of education, women material status, wealth tercile, number of living children, religion and ethnicity with unintended pregnancies, termination of unintended pregnancy by induced abortion, prior use of modern and traditional methods of contraception in women who terminated their unplanned pregnancy by induced abortion and with most frequently used modern and traditional methods use.
- Detection of area of residence (urban, rural) influence on modern and traditional contraceptive methods use in different groups of women distinctive by socio-economic characteristics: age, level of education, women material status, wealth tercile, number of living children, religion and ethnicity.
- Detection the significant sources of information on contraceptive methods and its influence on contraception use in Georgia.

Materials and Methods

Secondary analysis of database of 2010 Reproductive Health Survey was performed. Cross-sectional study, using stratified multistage sampling method was conducted from October 2010 through February 2011, with approval of ethics committee of National Center for disease Control of Georgia. After obtaining informed consent 6292 women, regardless of marital status, who lived in Georgia during the survey period (excluding separatist regions of Abkhazia and South Ossetia) were interviewed at their homes. Inclusion criterion was age of 15 and 44. In addition, for our study, inclusion criteria were: for identifying predictor variables for unintended pregnancies - women, who had a pregnancy within last 5 years; for termination of unplanned pregnancy by induced abortion - women having unplanned pregnancy, for use of contraception - women, who terminated unintended pregnancies by induced abortion and for use of modern and traditional methods of contraception - use of any method of contraception. For contraceptive methods use – women who ever had sexual relationship, for influence of source of information on contraception decision-making – women who ever had sexual relationship, for area of residence influence on contraception – women who currently used contraception. Anyone outside these groups was excluded from analysis.

Data were analyzed using the statistical software SPSS version 17. We used descriptive statistics and multinomial logistic regression to calculate odds ratios (ORs) for predictor variables: area of residence, age, level of education, ethnicity, marital status, wealth tercile, religion, ethnicity, source of information of dependant variables (unintended pregnancies, induced abortion, use of contraception, use of methods of contraception) in selected group of women.

Results

- In Georgia, 1068(39,7%) women reported that their pregnancies were unintended. 913(85,5%) of them ended by induced abortion. 626(68,6%) didn't use any method of contraception. 287(31,4%) used any method of contraception, 74(25,8%) of them used modern methods of contraception.
- Multinomial logistic regression analysis showed that higher risk of unintended pregnancies had women living in rural areas, compared to those living in urban locations. The lower the level of education, the lower the economic condition, lower number of living children and higher the age of woman, higher was the risk of unintended pregnancies. After adjusting for these variables level of education, number of living children and age remained associated with the risk of unintended pregnancies ($P<0.05$). Ethnic origin and religion have no impact on the rates of unintended pregnancies ($p>0.05$).
- It was found that in case of unintended pregnancies women in higher wealth tercile and Georgian women were less likely to terminate the pregnancy by induced abortion($p<0.05$) compared to women of lower wealth tercile and other ethnic origin.
- With regards to use of any method of contraception prior unintended pregnancies no statistically significant differences were found according to area of residence, age, level of education, material status and ethnicity ($p>0.05$). It was identified that non-Georgian Orthodox women were more likely to use any method of contraception compared to Georgian Orthodox women ($p<0.05$)
- Multinomial logistic regression analysis of use of modern or traditional methods of contraception showed that the type of contraception statistically significantly differed according to area of residence, age, level of education, ethnic origin and religion. After adjusting for these variables only age and wealth tercile were associated with the usage of modern methods of contraception. Women of 20-39 years age groups were more likely to use modern methods of contraception compared to women of 40-44 age group ($p<0.05$). Women in lower wealth tercile were less likely used modern methods of contraception ($p<0.05$).
- Modern contraceptive methods were being used by 1436 (64.3%) women in urban areas and by 798 (35.7%) women in rural areas. Women living in urban areas of 20-44 years, with advanced level of education ($p<0.01$), lower wealth terciles ($p<0.05$), with low material status ($p<0.01$), Georgian and Armenian ethnicity ($p<0.001$), Orthodox ($p<0.001$), along with 1, 2, 3 living children ($p<0.01$) compared to women living in rural areas ($n=1181$) were more likely to use

modern methods of contraception, with no differences between women living in urban and rural areas, regarding the lowest level of education, the highest economic condition, four and more children, muslims, with no religion, Azeri and others and 15-19 years age.

- Women living in urban areas were more likely to use male condoms compared to those living in rural areas ($p < 0.001$). Compared to women 40-44 years, women in lower age groups were less likely to use IUD and male condom and 30-39 years were more likely to use contraceptive pills and male condoms ($p < 0.05$). Advanced level of education was associated with high likelihood of contraception use ($p < 0.05$). Armenian women less used contraceptive pills, IUD and male condoms, Azeri women – male condom and more used IUD compared to Georgians ($p < 0.05$). The number of living children was in positive correlation with all contraceptive methods use.
- frequently friends are source of information about contraception. Information obtained from them was not statistically significantly associated with contraceptive use. Doctors have an impact on modern, effective contraception choice (IUD, pill) and on traditional methods choice as well. Men have influence on male condoms and withdrawal use.

Scientific novelty of the work

- In Georgia, Firstly, by using of multinomial regression analysis, was detected the prevalence of unintended pregnancies outcomes and usage of modern and traditional methods of contraception prior unintended pregnancy terminated by induced abortion, contraceptive methods distribution by demographic and socio-economic characteristics and their association with risk factors: area of residence, age, level of education, women material status, wealth tercile, number of living children, religion and ethnicity and was calculated odds ratios.
- It was detected, that risk factors of unintended pregnancy were: living in rural area, advanced age, lower level of education, lower material status and wealth tercile, higher number of living children; with termination of unintended pregnancy – lower wealth tercile and other than Georgian ethnicity.
- Firstly was established, that prior use of contraception in women who terminated their unintended pregnancy by induced abortion was in correlation with religion. Non Georgian orthodox were more likely used any method of contraception then Georgian orthodox.
- Firstly was established, that women living in urban areas, 20-34 years, Georgian were more likely to use modern methods of contraception prior unintended pregnancies terminated by induced abortion. Muslims and other orthodox, lower level of education and lower wealth tercile were less likely to use modern contraceptive methods.
- By using multinomial logistic regression analysis firstly was detected, that women living in urban areas were more likely to use male condoms compared to those living in rural areas ($p < 0.001$). Compared to women 40-44 years women in lower age groups were less likely to use IUD and male condom and 30-39 years were more likely to use contraceptive pills and male condoms ($p < 0.05$). Advanced level of education was associated with high likelihood of contraception use ($p < 0.05$). Armenian women less used contraceptive pills, IUD and male condoms, Azeri women – male condom and more used IUD compared to Georgians ($p < 0.05$). The number of living children was in positive correlation with all contraceptive methods use.
- It was detected, that women living in urban areas of 20-44 years, with advanced level of education ($p < 0.01$), lower wealth terciles ($p < 0.05$), with low material status ($p < 0.01$), Georgian and Armenian ethnicity ($p < 0.001$), Orthodox ($p < 0.001$), along with 1, 2, 3 living children ($p < 0.01$) compared to women living in rural areas ($n = 1181$) were more likely to use modern methods of contraception. With no differences, regarding the lowest level of education, the

highest economic condition, 4 and more children, muslims, with no religion, Azeri and others and 15-19 years age, between women living in urban and rural areas.

- In Georgia, firstly was dermined source of information influence on contraceptive methods choice. A reliable source of information are doctors, along with husband or partner. Doctors have an impact on modern, effective contraception choice (IUD, pill) and on traditional methods choice as well. Men offer to women the method of contraception, in which they participate themselves (male condoms and withdrawal).

Conclusion

- Thus, it was established, that Risk for unintended pregnancies have women with lower level of education, lower wealth tercile, economic condition, living in rural areas and with two child.
- Risk for termination of unintended pregnancies have women with lower wealth tercile and ethnic minority.
- Risk for not using modern methods of contraception prior unintended pregnancies terminated by induced abortion have women: living in rural areas, advanced age, lower level of education, lower wealth tercile, minority of ethnicity and religion.
- Risk of less or incorrect usage of contraception have women living in rural areas, advanced age, lower level of education, poor economic condition and minority of ethnicity and religion.
- Releable source of information about modern and traditional contraceptive methods are doctors, along with husband/partner.

Practical recommendation

- It is advisable, that health care providers will take into consideration the necessity of conducting intensive, educational and informational work not only from health care providers, but also from the media for the purposes of introduction of modern effective contraceptive methods to the population.
- For prevention of unintended pregnancies and their termination by induced abortion, health care providers should take into consideration demographic, social and economic factors identified in our study intensify work with those target groups: women living in rural areas, advanced age, lower level of education, poor economic condition, with two children and minority of ethnicity and religion by improving their knowledge about contraception, especially its modern methods.
- It is recommended, to increase the knowledge about modern contraceptive methods advantages, improve the skills of counseling not only of reproductive health care providers, but primary health care doctors as well, which facilitates new contraceptive methods integration in clinical practice, and helps to make well informed decision about high effective contraceptive choice by pairs. That, in turn, will reduce the number of unintended pregnancies and associated induced abortions.

გამოყენებული ლიტერატურა

-
- ¹ Sedgh G, Singh S, Hussain R (2014). Intended and unintended pregnancies Worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in family Planning*, 45(3): 301-14.
- ² Barber JS, Axinn WG, Thornton A (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. *J Health SocBehav*, 40 (3): 231-57.
- ³ <http://www.georgiaunfpa.ge/en>
- ⁴ <http://www.usaid.gov/where-we-work/europe-and-eurasia/Georgia>
- ⁵ Changes in Women's Reproductive Health in Georgia, John Ross, UNFPA, Tbilisi, 2012
- ⁶ Wayne C. Shields. A Fast Track Solution for Reducing Unintended Pregnancies in the US: Increase Federal Support for Life-Long Provider Education and Training in Reproductive Health. *Contraception* 80 (2009) 231–233.
- ⁷ Knippenberg D, Hogg MA. A social identity model of leadership effectiveness in organizations. In: Staw B, Kramer R editor. *Research in Organizational Behavior*. vol.25:Amsterdam: Elsevier Ltd.; 2003; p. 243–296.
- ⁸ Worku A.G, Tessema G. A, Atinkut Alamirrew Zeleke A.A. Trends and Determinants of Contraceptive Use among Young Married Women (Age 15-24) Based on the 2000, 2005, and 2011 Ethiopia Demographic and Health Surveys:A Multivariate Decomposition Analysis. ICF International Rockville, Maryland, USA. August 2014.
- ⁹ Daniels K, Daugherty J, Jones J. Current contraceptive status among women aged 15–44: United States, 2011–2013. NCHS data brief, no 173. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2014.
- ¹⁰ Palamuleni ME. Socio-economic and demographic factors affecting contraceptive use in Malawi. *Afr J Reprod Health*. 2013 Sep;17(3):91-104.
- ¹¹ Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reprod Health*. 2011 Dec 8;8:37. doi: 10.1186/1742-4755-8-37.
- ¹² Khurana A, Bleakley A. 1 Young adults' sources of contraceptive information: variations based on demographic characteristics and sexual risk behaviors. *Contraception*. 2015 Feb;91(2):157-63. doi: 10.1016/j.contraception.2014.09.012. Epub 2014 Oct 22.PMID:25459095

-
- ¹³ Wolf, Jennifer BSc; DeFranco, Emily A.; Chen, Aimin; Bessett, Danielle; Kelly, Elizabeth. Unintended Pregnancy: Characteristic Social Determinants and Risk Factors for Adverse Birth Outcomes. *Obstetrics&Gynecology*, May 2015, Vol. 125.
http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/05001/Unintended_Pregnancy__Characteristic_Social.86.aspx
- ¹⁴ Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*, 2008, 85(1):125-35.
- ¹⁵ Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Mar 19;13:69. doi: 10.1186/1471-2393-13-69.
- ¹⁶ United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). 2008. "World contraceptive use 2007." New York: United Nations.
- ¹⁷ Popov AA. Family planning and induced abortion in the USSR: basic health and demographic characteristics. *Stud Fam Plann*. 1991 Nov-Dec;22(6):368-77.
- ¹⁸ Andrej A. Popov A. Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply, RAND > Published Research > Conference Proceedings > CF-124 >
- ¹⁹ Annie E. Casey Foundation. <http://www.aecf.org/who-we-help/communities/>
- ²⁰ Unplanned Pregnancy Articles. <http://adoption.com/articles/pregnant>
- ²¹ Picavet C, Goenee M, Wijssen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Oct;18(5):327-34. doi: 10.3109/13625187.2013.820824. Epub 2013 Aug 22.
- ²² Yip PS, Zhang H, Lam TH, Lam KF, Lee AM, Chan J, Fan S. Sex knowledge, attitudes, and high-risk sexual behaviors among unmarried youth in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2013 Jul 29;13:691. doi: 10.1186/1471-2458-13-691.
- ²³ Ketting E, Visser AP (1994). Contraception in The Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Education and Counseling*, 23(3):161-71.
- ²⁴ Kristesashvili J, Surmanidze L, Kobaladze L, Tsuladze G, Shengelia L, Zardiashvili P. Adolescents Reproductive Health Survey in Georgia. Tbilisi, 2009.
- ²⁵ Kristesashvili J, Zardiashvili P. Comparative Analysis of Results of Adolescent Reproductive Health Surveys Conducted in Armenia, Azerbaijan and Georgia. Tbilisi, 2009.

-
- ²⁶ Brown S and Eisenberg L, eds., *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Washington, DC: National Academy Press, 1995;
- ²⁷ Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94–101.
- ²⁸ Klerman LV, The intendedness of pregnancy: a concept in transition, *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(3):155-162;
- ²⁹ Zabin LS, Ambivalent feelings about parenthood may lead to inconsistent contraceptive use—and pregnancy, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(5):250-251;
- ³⁰ "Unintended Pregnancy Prevention". Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved November 13, 2013.
- ³¹ William D. Mosher, Jo Jones and Joyce c. Abma. *National Health Statistics Reports*. Number 55, July 24, 2012.
- ³² Goto A, Yasumura S, Yabe J, Reich MR. Addressing Japan's fertility decline: influences of unintended pregnancy on child rearing. *Reprod Health Matters*. 2006 May;14(27):191-200.
- ³³ Orr ST et al., Unintended pregnancy and preterm birth, *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 2000, Vol. 14, 309–313
- ³⁴ Mayer JP, Unintended childbearing, maternal beliefs, and delay of prenatal care, *Birth*, 1997, 24(4):247–252.
- ³⁵ Trussell J, Koenig J, Stewart F, Darroch JE. Medical care cost savings from adolescent contraceptive use. *Fam Plann Perspect*. 1997 Nov-Dec;29(6):248-55, 295.
- ³⁶ de La Rochebrochard E, Joshi H. Children born after unplanned pregnancies and cognitive development at 3 years: social differentials in the United Kingdom Millennium Cohort. *Am J Epidemiol*. 2013 Sep 15;178(6):910-20. doi: 10.1093/aje/kwt063. Epub 2013 Jul 25.
- ³⁷ Joyce TJ, Kaestner R and Korenman S, The effect of pregnancy intention on child development, *Demography*, 2000, 37(1):83-94.
- ³⁸ Bahk J, Yun SC, Kim YM, Khang YH. Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Apr 3;15:85. doi: 10.1186/s12884-015-0505-4.
- ³⁹ HealthyPeople.gov, Healthy People 2020, Family planning objectives, 2011, <<http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=137>>, accessed Oct. 25, 2011.

-
- ⁴⁰ The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, 1995. doi:10.17226/4903
- ⁴¹ Singh S, Sedgh G, Hussain R . Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family Planning*, 2010,41(4): 241-50.
- ⁴² Finer LB and Zolna MR, Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008, *American Journal of Public Health*, 2014, 104(S1): S44-S48
- ⁴³ Kost K, Unintended Pregnancy Rates at the State Level: Estimates for 2010 and Trends since 2002, New York: Guttmacher Institute, 2015, <<http://www.guttmacher.org/pubs/StateUP10.pdf>>.
- ⁴⁴ Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Georgia Ministry of Labor, Health and Social Affairs, National Center for Disease Control and Public Health (Georgia), National Statistics Office of Georgia. (2012). Reproductive Health Survey Georgia 2010. Final Report.
- ⁴⁵ Serbanescu F, Morris L, Nutsubidze N, Innadze P, Shakhnazarova M (2001). Reproductive Health Survey, Georgia,1999–2000. Final Report. Atlanta, GA (USA): Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.
- ⁴⁶ Serbanescu F, Innadze P, Bokhua Z, Nutsubidze N, JacksonDB, MorrisL (2007). Reproductive Health Survey Georgia 2005. Final Report. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.
- ⁴⁷ Amani F, Bashiri J, Nahan Moghadam N, Tabarraie Y(2010). Application of logistic regression model in surveying effective causes of unwanted pregnancy (Persian). *Qom University of Medical Sciences Journal* 4(1): 32–6.
- ⁴⁸ Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi S (2002). The prevalence of unwanted cities in Iran 2000 (Persian). *TUMJ*, 60(4): 334–40.
- ⁴⁹ Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Fatemeh A. Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article *Iran J Public Health*. 2015 Jan; 44(1): 12–21. PMID: PMC4449999
- ⁵⁰ Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, Delavar B (2004). "Unwanted" pregnancies and its determinants in Iran. *J Reprod Infertil*, 5 (1): 62-76.
- ⁵¹ Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. 2012, *Lancet*, 379 (9816): 625-32.

⁵² Sathar Z, Singh S, Rashida G, Shah Z, Niazi R. Induced abortions and unintended pregnancies in Pakistan. *Stud Fam Plann*. 2014 Dec;45(4):471-91. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00004.x.

⁵³ <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/>

⁵⁴ Wellings K, Kyle G, Jones K. G, Catherine H, Mercer C. H et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) , *The Lancet* Volume 382, Issue 9907, 30 November–6 December 2013, Pages 1807–1816. doi:10.1016/S0140-6736(13)62071-1

⁵⁵ Exavery A, Kanté AM, Njozi M, Tani K, Doctor HV, Hingora A, Phillips JF. Predictors of mistimed, and unwanted pregnancies among women of childbearing age in Rufiji, Kilombero, and Ulanga districts of Tanzania. *Reprod Health*. 2014 Aug 8;11:63. doi: 10.1186/1742-4755-11-63.

⁵⁶ Dutta M, Shekhar C, Prashad L. Level. Trend and Correlates of Mistimed and Unwanted Pregnancies among Currently Pregnant Ever Married Women in India. *PLoS One*. 2015 Dec 2;10(12):e0144400. doi: 10.1371/journal.pone.0144400. eCollection 2015.

⁵⁷ Mbizvo MT. Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinants? *SocSci Med*. 1997;45(6):937–942. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00004-X.

⁵⁸ Sriprasert I, Chaovitsaree S, Sribanditmongkhon N, Sunthornlimsiri N, Kietpeerakool C. Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women.

Int J Gynaecol Obstet. 2015 Mar;128(3):228-31. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.004. Epub 2014 Oct 16.

⁵⁹ Kost K, Forrest JD. Intentions status of US births in 1988: differences by mother's socio demographic characteristics. *FamPlannPerspect*. 1995;27(1):11–17.

⁶⁰ Sulak PJ, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. *Am J ObstetGynecol*. 1993;168(6):2042–2048.

⁶¹ Williams L. Determinants of unwanted childbearing among ever married women in the United States 1973–1988. *FamPlannPerspect*. 1991;23(5):212–221.

-
- ⁶² Finer LB and Zolna MR, Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011, *New England Journal of Medicine*, 2016, 374(9):843–852, <http://nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1506575>
- ⁶³ Herold JM, Thompson NJ, Velenzuela MS, Morris L. Pregnancy and sex education in Chile: a behavioral model. *J Biosocial Sci.* 1994;26(4):427–439.
- ⁶⁴ Shaheen AA, Diaaeldin M, Chaaya M, ElRoouiheb Z. 'Unintended pregnancy in Egypt: evidence from the national study on women giving birth in 1999' *East Mediterr Health J.* 2007;13(6):1392–1404.
- ⁶⁵ Adhikari R. KusolSoonthorndhada. PramotePrasartkul: Correlates of unintended pregnancy among currently married women in Nepal. *BMC International Health and Human Rights*; 2009.
- ⁶⁶ Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the Developing World. *Stud Fam Plan.* 1997;28(4):267–277. doi: 10.2307/2137858.
- ⁶⁷ Chibuogwu Izugbara, Socio-demographic risk factors for unintended pregnancy among unmarried adolescent Nigerian girls. *South African Family Practice.* Volume 57, Issue 2, 2015, 121-125. **DOI:** 10.1080/20786190.2014.977042
- ⁶⁸ Bryant A. S., Nakagawa S, Steven E. Gregorich S.E, and Kuppermann M. Race/Ethnicity and Pregnancy Decision Making: The Role of Fatalism and Subjective Social Standing. *J Womens Health (Larchmt).* 2010 Jun; 19(6): 1195–1200. doi: 10.1089/jwh.2009.1623.
- ⁶⁹ Cubbin C, Braveman PA, Marchi KS, Chavez GF, Santelli JS, Gilbert BJ. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in unintended pregnancy among postpartum women in California. *Matern Child Health J.* 2002 Dec;6(4):237-46.
- ⁷⁰ Theresa Y. Kim, Rada K. Dagher, Jie Chen. Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*, 2015; DOI: 10.1016/j.amepre.2015.09.027
- ⁷¹ Ebrahimzadeh F, Hajizadeh E, Vahabi N, Almasian M, Bakhteyar K. Prediction of unwanted pregnancies using logistic regression, probit regression and discriminant analysis. *Med J Islam Repub Iran.* 2015 Sep 19;29:264.

1	
---	--
- ⁷² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა. პროტოკოლი. 2014. http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/139-1.pdf
- ⁷³ World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed;*

-
- ⁷⁴ Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. Geneva, World Health Organization, 2011. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html)
- ⁷⁵ The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization, 1993.
- ⁷⁶ Khomasuridze AG, Tsertsvadze GL, Parculi MG, Parunashvili NR, Sulamanidze ShD. Antiprogestosterone for medical abortion. *Georgian Med News*. 2006 Jun;(135):24-8.
- ⁷⁷ Gold RB. Abortion and women's health. A turning point for America? New York and Washington, DC, Guttmacher Institute, 1990.
- ⁷⁸ Stloukal L (1999). Understanding the "abortion culture" in Central and Eastern Europe. From abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behaviour in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present. Westport Connecticut: Greenwood Press: 23-37.
- ⁷⁹ Abortion Rates for 101 Countries Posted on November 1, 2011 by Dr. Eowyn compiled by Wm. Robert Johnston last updated 25 April 2010, <http://fellowshipoftheminds.com/2011/11/01/abortion-rates-for-101-countries/#comments>
- ⁸⁰ Law of Georgia on Health Care. Art. 139. Available on <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?impose=parallelEn>
- ⁸¹ Singh S et al. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York, Guttmacher Institute, 2009.
- ⁸² Sedgh G, et al. Induced abortion worldwide in 2008: levels and trends. *Lancet*, 2012 (Article in press DOI:10.1016/50140-6736 (11) 61786-8).
- ⁸³ Facts on Induced Abortion Worldwide. November 2015, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html#1a
- ⁸⁴ Unsafe abortion incidence and mortality Global and regional levels in 2008 and trends during 1990 –2008. World Health Organization http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf
- ⁸⁵ United Nations Population Division, Department of Economic and Social affairs. World contraceptive use 2007. [wallchart]. New York, United Nations, 2008.
- ⁸⁶ Jewkes R and Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act, *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.

-
- ⁸⁷ Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
- ⁸⁸ Center for Reproductive Rights (CRR), *The World's Abortion Laws 2015*, New York: CRR, 2015.
- ⁸⁹ Jeremiah M. Sullivan, Talaibek S. Builashev and Guldana D. Duishenbieva. Chapter 5. Induced Abortion. Research Institute of Obstetrics and Pediatrics [Kyrgyz Republic] and Macro International Inc. 1998. Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey, 1997. Calverton, Maryland: Research Institute of Obstetrics and Pediatrics, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and Macro International Inc.
- ⁹⁰ Bankole A, Singh S and Haas T. Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117-127 & 152
- ⁹¹ Eskild A, Nesheim BI, Busund B, Vatten L, Vangen S. Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. *Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3):298-303.
- ⁹² Väisänen H. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults in Finland. *Popul Stud (Camb)*. 2015;69(3):373-88. doi: 10.1080/00324728.2015.1083608. Epub 2015 Oct 8.
- ⁹³ Charity V Mote, Easmon Otupiri and Michelle J Hindin. Factors Associated with Induced Abortion among Women in Hohoe, Ghana. *Afr J Reprod Health* 2010; 14[4]: 115-121.
- ⁹⁴ Bonnen K,I, Tuijje D, N and Rasch V. Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, Volume 14, Number 1, Page 1
- ⁹⁵ Tesfaye G, Hambisa MT, Semahegn A. Induced abortion and associated factors in health facilities of Guraghe zone, southern Ethiopia. *J Pregnancy*. 2014;2014:295732. doi: 10.1155/2014/295732. Epub 2014 Mar 30.
- ⁹⁶ Ranji A. Induced abortion in Iran: prevalence, reasons, and consequences. *J Midwifery Womens Health*. 2012 Sep-Oct;57(5):482-8. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00159.x.
- ⁹⁷ Bettarini SS, D'Andrea SS. Induced abortion in Italy: levels, trends and characteristics. *Fam Plann Perspect*. 1996 Nov-Dec;28(6):267-71, 277.
- ⁹⁸ ეთნოსები საქართველოში. საქართველოს სახალხო დამცველის ბიბლიოთეკა. თბილისი 2008. Available from pmmg.org.ge/res/uploads/Etnosebi_Saqartveloshi.pdf

-
- ⁹⁹ Shashi Kant, Rahul Srivastava, Sanjay Kumar Rai, Puneet Misra, Lena Charlette, ☒ and Chandrakant S. Pandav. Induced abortion in villages of Ballabgarh HDSS: rates, trends, causes and determinants *Reprod Health*. 2015; 12: 51. Published online 2015 May 29. doi: 10.1186/s12978-015-0040-9.
- ¹⁰⁰ Thapa S, Neupane S. Risk factors for repeat abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):32-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.07.016. Epub 2012 Oct 11.
- ¹⁰¹ Jones RK and Kavanaugh ML, Changes in abortion rates between 2000 and 2008 and lifetime incidence of abortion, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 117(6):1358–1366.
- ¹⁰² Zaeema Naveed, Babar Tasneem Shaikh and Muhammad Asif Nawaz. Induced Abortions in Pakistan: Expositions, Destinations and Repercussions. A Qualitative Descriptive Study in Rawalpindi District. *Journal of Biosocial Science*, available on CJO2015. doi:10.1017/S0021932015000255.
- ¹⁰³ Lamina MA. Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in South-Western Nigeria. *Ghana Med J*. 2015 Sep;49(3):187-94.
- ¹⁰⁴ World health organization. Health Topics. Family planning. Available from http://www.who.int/topics/family_planning/en/
- ¹⁰⁵ Dada, D. (1996). Sex education for youths. Lagos: Amada Publication.
- ¹⁰⁶

1	
---	--

 Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Stud Fam Plann*. 2000 Sep;31(3):193-202.
- ¹⁰⁷ Serbanescu F, Stupp P, Westoff C (2010). Contraception matters: two approaches to analyzing evidence of the abortion decline in Georgia. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 36(2): 99-110.
- ¹⁰⁸ Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *Soc Sci Med*. 2002 Apr;54(7):1065-79.
- ¹⁰⁹ <http://www.guttmacher.org/pubs/win/winmethods2010.pdf> and the county tables at <<http://www.guttmacher.org/pubs/win/index.html>>.
- ¹¹⁰ Alkema L and others, “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis”, *The Lancet* (March 2013), available from [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1); and Model-based Estimates and Projections

of Family Planning Indicators: 2013 Revision (United Nations publication), available from www.unpopulation.org.

¹¹¹ World Health Organization. Family planning/Contraception . Fact sheet N°351, Updated May 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

¹¹² Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. *Eur J Contracept Reproduct Health Care*. 2010; 15 (Suppl. 2):S19-31

¹¹³ Wang C, Induced abortion patterns and determinants among married women in China: 1979 to 2010. *Reprod Health Matters*. 2014 May;22(43):159-68. doi: 10.1016/S0968-8080(14)43753-4.

¹¹⁴ Wang C. Trends in contraceptive use and determinants of choice in China: 1980-2010. *Contraception*. 2012 Jun;85(6):570-9. doi: 10.1016/j.contraception.2011.10.014. Epub 2011 Dec 15.

¹¹⁵ United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Contraceptive Patterns. 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>

¹¹⁶ Moosazadeh M, Nekoei-moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plan*. 2013

¹¹⁷ <http://www.qwelly.com/group/sociology/forum/topics/reproduccion>

¹¹⁸ Sedgh G, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R. Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *Int Fam Plan Perspect*. 2006 Dec;32(4):175-84.

¹¹⁹ Casterline JB, El-Zanatay F, El-Zeini LO. Unmet need and unintended fertility: longitudinal evidence from upper Egypt. *Int Fam Plan Perspect*. 2003 Dec;29(4):158-66.

¹²⁰ Cheraghi P, Poorolajal J, Moeini B, and Cheraghi Z. Predictors of Unintended Pregnancy among Married Women in Hamadan, Western Iran: A Case-Control Study *Iran J Public Health*. 2013 Aug; 42(8): 854–859. Published online 2013 Aug. PMID: PMC4441916.

¹²¹ Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Umoh AV, Ekanem EE, Gbadegesin A, Iwere N. Community-based survey of unwanted pregnancy in southwestern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2004 Dec;8(3):103-15.

¹²² Kramer MR¹, Hogue CJ, Gaydos LM. Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: what's religion got to do with it? *Ann Epidemiol*. 2007 May;17(5):327-34. Epub 2007 Mar 28.

-
- ¹²³ Ijirigho, Mercy I., "Use of Reproductive Health Information on Contraception among Female Undergraduates of University of Ibadan"(2010). Library Philosophy and Practice (e-journal). Paper 360. <http://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/360>
- ¹²⁴ Atika Khurana, Amy Bleakley, Young adults' sources of contraceptive information: variations based on demographic characteristics and sexual risk behaviors. February 2015 Volume 91, Issue 2, Pages 157–163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.09.012>.
- ¹²⁵ Vader AM, Walters ST, Roudsari B, Nguyen N. Where do college students get health information? Believability and use of health information sources. *Health Promot Pract.* 2011 Sep;12(5):713-22. doi: 10.1177/1524839910369995. Epub 2011 Jan 31.
- ¹²⁶ Fogel J, Fajiram S, Morgan PD. Sexual health information seeking on the Internet: comparisons between White and African American college students. *ABNF J.* 2010 Fall;21(4):79-84.
- ¹²⁷ Sprecher S, Harris G, Meyers A. Perceptions of sources of sex education and targets of sex communication: sociodemographic and cohort effects. *J Sex Res.* 2008 Jan-Mar;45(1):17-26. doi: 10.1080/00224490701629522.
- ¹²⁸ Buhi ER, Daley EM, Oberne A, Smith SA, Schneider T, Fuhrmann HJ. Quality and accuracy of sexual health information web sites visited by young people. *J Adolesc Health.* 2010 Aug;47(2):206-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.01.002. Epub 2010 Mar 29.
- ¹²⁹ von Sadvosky V, Kovar CK, Brown C, Armbruster M. The need for sexual health information: perceptions and desires of young adults. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2006 Nov-Dec;31(6):373-80; quiz 380-1.
- ¹³⁰ S.D. Nwajei, (1993) Pedagogical issues in health education: the case of sex education. *Nigeria School Health Journal* 8 (2) 24-31
- ¹³¹ L.O.Ogunjimi.(1989) The evaluation of the need for sex education in Oyo State. Unpublished Master's thesis.ObafemiAwolowo University.
- ¹³² Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *Am J Health Behav.* 2009 Jan-Feb;33(1):37-48.
- ¹³³ Konwea Patience Esohe, Mfrekemfon PeterInyang Parents Perception of the Teaching of Sexual Education in Secondary Schools in Nigeria. *IJSET - International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology*, Vol. 2 Issue 1, January 2015. Pp. 89-99.www.ijset.com

-
- ¹³⁴ Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N. Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2015 Aug;49 (2 Suppl 1): S46-56. doi: 10.1016/j.amepre.2015.03.031.
- ¹³⁵ Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD001863. doi: 10.1002/14651858.CD001863.pub2.
- ¹³⁶ Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. *Contraception*. 2014 Jun;89(6):578-83. doi: 10.1016/j.contraception.2014.02.004. Epub 2014 Feb 18.
- ¹³⁷ Fisher M, Ben Shlomo I, Solt I, Burke YZ. Pregnancy Prevention and Termination of Pregnancy in Adolescence: Facts, Ethics, Law and Politics. *Isr Med Assoc J*. 2015 Nov;17(11):665-8.
- ¹³⁸ Sumera Aziz Ali; Savera Aziz Ali; Nadir Suhail Khuwaja. Determinants of Unintended Pregnancy among Women of Reproductive Age in Developing Countries: A Narrative Review. Volume 4, Issue 1, January 2016, page 513-521.
- ¹³⁹ Freedman Ronald. The contribution of social science research to population policy and family planning program effectiveness, *Studies in Family Planning*, 8, no.2 (March/April 1987): 57-82.
- ¹⁴⁰ Francesco C. Billari Lowest-Low Fertility in Europe: Exploring the Causes and Finding Some Surprises *The Japanese Journal of Population*, Vol.6, No.1 (March 2008)
- ¹⁴¹ Exavery A, Malick A, Njoz KM, Tani K, Doctor HV, Hingora A, Phillips JF (2014). Predictors of mistimed and unwanted pregnancies among women of childbearing age in Rufiji, Kilombero and Ulanga districts of Tanzania. *Reproductive Health*, 11:63
- ¹⁴² Ali, S. A., Ali, S. A. (2014). Unmet need for Contraception and unintended Pregnancies among women of reproductive age group: A situation analysis. *Elective Medicine Journal*, 2(3), 259-265. Available at: http://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_son/76
- ¹⁴³ Olds S, Westoff CF (2004). Abortion and contraception in Georgia and Kazakhstan. Public health program. Report. Available from: www.opensocietyfoundations.org/reports/abortion-and-contraception-georgia-and-kazakhstan.
- ¹⁴⁴ Youssef RM, Moubarak II, Gaffar YA and Atta HY (2002). Correlates of Unintended Pregnancy in Beheira Governorate, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 8(4-5): 521-36.

-
- ¹⁴⁵ Yago Simón T, Tomás Aznar C (2014). Sociodemographic and clinical data predicting unintended pregnancy in young 13 to 24 years, Spain. *Rev Esp Salud Publica*, 88(3):395-406.
- ¹⁴⁶ Nur N. Socioeconomic disparities among ever-married Turkish women who had unintended pregnancies and abortions in a middle Anatolian city. *Women Health*, 2012, 52(7):716-29.
- ¹⁴⁷ Eggleston E. Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Ecuador. *International Family Planning Perspectives*. 1999, 25 (1): 27-33.
- ¹⁴⁸ Palamuleni, Martin E., Adebawale, Ayo, S. Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies in Malawi African Population Studies, Vol. 28, No. 1, 551-563. April 2014
- ¹⁴⁹ Dixit P, Ram F, Dwivedi LK. Determinants of unwanted pregnancies in India using matched case-control designs. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12(1):84-94.
- ¹⁵⁰ Tebekaw Y, Aemro B, Teller C. Prevalence and determinants of unintended childbirth in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1):326.
- ¹⁵¹ Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. Contraceptive use and abortion among women of reproductive age in st. Petersburg, Russia. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009 Mar;41(1):51-8. doi: 10.1111/j.1931-2393.2009.04115109.x.
- ¹⁵² Robert Fleischmann, Sobering Statistics on Abortion.
<http://www.christianliferesources.com/article/sobering-statistics-on-abortion-1437>
- ¹⁵³ Westoff, Charles F. (2005). *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calveton, Maryland: ORC Macro.
- ¹⁵⁴ Najafi-Sharjabad F, Zainiyah Syed Yahya S, Abdul Rahman H, Hanafiah Juni M, Abdul Manaf R (2013). Barriers of modern contraceptive practices among Asian women: a mini literature review. *Global Journal of Health Science*, 5(5):181-92.
- ¹⁵⁵ Ram F, Shekhar C, Chowdhury B. Use of traditional contraceptive methods in India & its socio-demographic determinants. *The Indian Journal of Medical Research*. 2014;140(Suppl 1):S17-S28.
- ¹⁵⁶ Goldberg, H. I., & Toros, A.. (1994). The Use of Traditional Methods of Contraception among Turkish Couples. *Studies in Family Planning*, 25(2), 122–128. <http://doi.org/10.2307/2138089>
- ¹⁵⁷ Finer LB, Zolna MR (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, 84(5):478-85.
- ¹⁵⁸ Lola V Adekunle, Isaac O Olaseha, Joshua D Adeniyi (2004). Potential Impact of the Mass Media on Family Planning in an Urban Community in South Western Nigeria. *Tropical journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(2):88-90.

-
- ¹⁵⁹ Achana F.S, Ayaga A Bawah A.A, Jackson E.F, Paul Welaga P. Spatial and socio-demographic determinants of contraceptive use in the Upper East region of Ghana. *Reprod Health*. 2015; 12: 29. Published online 2015 Apr 2. doi: 10.1186/s12978-015-0017-8
- ¹⁶⁰ Oddens BJ, Leher P. Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. I: Demographic factors. *J Biosoc Sci*. 1997 Oct;29(4):415-35.
- ¹⁶¹ Khan M, Hossain M. H, Hoq M.N. Determinants of Contraception Use among Female Adolescents in Bangladesh. *Asian social science*. 2012. Vol 8, No 12.
- ¹⁶² Tsuyuki K, Barbosa RM, Pinho Ade A. *J Sex Transm Dis*. Dual Protection and Dual Methods in Women Living with HIV: The Brazilian Context. 2013;2013:540789. doi: 10.1155/2013/540789. Epub 2013 Jun 20.
- ¹⁶³ Chaurasia A. R. Contraceptive Use in India: A Data Mining Approach. *International Journal of Population Research*. Volume 2014 (2014), Article ID 821436, 11 pages.
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/821436>
- ¹⁶⁴ Ulrich R, E. Most European women use contraceptives. Available from <http://www.prb.org/Publications/Articles/2001/MostEuropeanWomenUseContraceptives.aspx>
- ¹⁶⁵ Saleem Sh, Bobak M. Women's autonomy, education and contraception use in Pakistan: a national study *Reproductive Health* 2005, 2:8 doi:10.1186/1742-4755-2-8.
- ¹⁶⁶ Bbaale E, Washington, D.C., Paul Mpuga. Female Education, Contraceptive Use, and Fertility: Evidence from Uganda. United Nations Children's Fund (UNICEF), Kigali, Rwanda.
- ¹⁶⁷ National Statistical Service [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ICF International. 2012. Armenia Demographic and Health Survey 2010. Calverton, Maryland: National Statistical Service, Ministry of Health, and ICF International.
- ¹⁶⁸ Armenian demographic and health survey 2010. National Statistical Service, Yerevan, Armenia, Ministry of Health, Yerevan, Armenia, ICF International Calverton, Maryland USA, April, 2012
- ¹⁶⁹ Mohammed A, Woldeyohannes D, Amsalu Feleke A, Megabiaw B. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia *Reprod Health*. 2014; 11: 13. Published online 2014 Feb 3. doi: 10.1186/1742-4755-11-13. PMID: PMC3918182
- ¹⁷⁰ Van Lunsen RH, Arnolds HT, van Maris MG. Choices and changes in contraceptive behaviour; the role of information sources. *Patient Educ Couns*. 1994 Jul; 23(3):197-202.

-
- ¹⁷¹ Kalda R, Sarapuu H, Pikk A, Lember M. Sex education and contraceptive methods: knowledge and sources of information among the Estonian population. *Advances in Contraception* June 1998, Volume 14, Issue 2, pp 121-130.
- ¹⁷² Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *J Gen Intern Med.* 2011 Jul;26(7):731-6.
- ¹⁷³ Tsertsvadze Giorgi, Buchua Zaza, Tsuladze Giorgi. Attitudes of doctors towards family planning issues, United Nations Population Fund (UNFPA), Georgia 2013.
- ¹⁷⁴ ხომასურთბე არჩილ, კრისტესაშვილი ჯენარა, წულაძე გიორგი. მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი, (UNFPA), Georgia 2013.
- ¹⁷⁵ Matsumoto Y1, Yamabe S, Sugishima T, Gesronazzo D. Perception of oral contraceptives among women of reproductive age in Japan: a comparison with the USA and France. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011 Jul;37(7):887-92. doi: 10.1111/j.1447-0756.2010.01461.x. Epub 2011 Mar 31.
- ¹⁷⁶ Tountas Y, Creatsas G, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D. Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004 Mar;9(1):1-10.
- ¹⁷⁷ Yee L, Simon M. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *J Adolesc Health.* 2010 Oct;47(4):374-80. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.03.014. Epub 2010 May 11.
- ¹⁷⁸ Dabrundashvili A. Half of the Georgian population remain off the net. Available from: <http://transparency.ge/node/4221>
- ¹⁷⁹ Maharaj P, Rogan M. Emergency contraception in South Africa: a literature review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Dec;13(4):351-61. doi: 10.1080/13625180802255701.
- ¹⁸⁰ Rachel K. Jones, Ann E. Biddlecom, Luciana Hebert, and Ruth Mellor. Teens Reflect on Their Sources of Contraceptive Information *Journal of Adolescent Research* July 2011 26: 423-446.