

Монголын эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэнд

Ж. Должинсүрэн

Монгол Улсын Статистикийн

Төв Газрын мэргэжилтэн

Эмэгтэйчүүд биеийн болон сэтгэл санаа эрүүл мэндийн хувьд хүрч болохуйц дээд хэмжээнд байх эрхтэй: Энэ эрхээ эдлэх нь тэдний амьдралд чухал үүрэг гүйцэтгэж, нийгмийн ба хувийн амьдралын бүх хүрээнд оролцох боломж, эсэн мэнд байдлыг хангахад ихээхэн ач холбогдолтой юм. Эрүүл мэнд гэдэг бол зөвхөн өвчин, эмгэг хуучгүй байхын нэр биш, энэ бол бие оюун ухаан, хийгээд нийгмийн талаар бүрэн дүүрэн эсэн мэнд байх явдал мөн. Эмэгтэйчүүдийн байдал нь тэдний сэтгэлийн хөдөлгөөн, нийгмийн ба биеийн эсэн мэнд байдлаас хамаарч, тэдний амьдралын нийгэм, улс төр, эдийн засгийн нөхцлүүд, тэрчлэн биологийн хүчин зүйлээр тодорхойлогддог.

Монгол улсын нийт хүн амын 50,3 хувийг эмэгтэйчүүд эзэлж, тэдний 54,9 хувийг хот суурин газарт 45,1 хувь нь хөдөөд амьдарч байна. Нийт эмэгтэй хүн амын 43,2% нь 0–15 насны охид, 47,4% нь 16–54 насны, 9,4% нь 55 ба түүнээс дээш насны эмэгтэйчүүд байна. Төрөөс эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, эх нялхасын эндэгдлийг тууштай бууруулах асуудалд онцгой анхаарч ирсэн.

Түүхэн талаас нь авч үзвэл 20-р зууны үе хүртэл Монголын эмэгтэйчүүдийн ихэнх нь феодалын нийгмийн үеийн байдлаар амьдарч байсан бөгөөд нийгмийн нөхцөл байдлаас шалтгаалж эмэгтэйчүүд, эх хүүхдийн эрүүл мэндийн талаарх ойлголт, эрүүл ахуйн нөхцөл байдал муу байсан зэргээс болж нийт нас баралт болон эхийн эндэгдэл харьцангуй өндөр түвшинд байсан. Тэр үед эхчүүд уламжлалт байдлаар гэртээ төрж байсан учраас төрсний дараах хүндрэлүүд, цус алдах явдлаас болж эхчүүд эндэх явдал их гардаг байсан.

1921 оны ардын хувьсгалын үеэс эрүүл мэндийн систем анх бий болж, анхны эмнэлэгүүдийг байгуулсанаар эхчүүдийн эмнэлэгт төрөх тоо аажим нэмэгдэж эхэлсэн. Түүнчлэн эмэгтэйчүүдэд сурч боловсрох, ажил эрхлэх өргөн боломж нээгдсэн.

1960 оны их бүтээн босголтын үед төр засгаас эмэгтэйчүүдийн талаар онцгой анхаарч хөдөөгийн эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээг сайжруулахад чиглэсэн зарим тусгай арга хэмжээ авч ирсэн билээ. Үүний нэг нь хөдөөгийн эмэгтэйчүүдийг төрөхийн өмнөх ба дараах үеийн хүндрэлээс сэргийлэх, эмчлэх тэдэнд эрүүл мэндийн сургалт явуулах үүрэгтэй "Эхийн амрах байр"-ыг бүх сумдад дэс дараатай байгуулсан явдал юм. Эхийн амрах байр нь сумын эмнэлэгийн дэргэд 2–6 ортойгоор ажилладаг. Жирэмсэн эмэгтэйчүүд төрөхөөс 2 долоо хоногийн өмнө амрах, тэжээллэг хоолоор сувилуулах, эмчлэх зорилгоор амрах байранд ирж байрладаг. Эхийн амрах байрыг байгуулсанаар малчин эмэгтэйчүүдийн 90 гаруй хувь нь эмнэлэгт амарждаг болж, энэ нь хөдөөд эхийн эндэгдлийг бууруулахад чухал үүрэг гүйцэтгэсэн. Үүний үр дүнд эхийн эндэгдэл 80-аад оны үед аажим буурах хандлагатай байсан ба 1000 амьд төрөлтөд ноогдох эхийн эндэгдэл 1983 онд 1,66 байснаа 1990 онд 1,19 болж хэлбэлзэлтэйгээр буурсан.

Харин 1990 оноос олон суманд эхийн амрах байр ажиллахаа болиод байна. 1994 оны байдлаар 151 суманд эхийн амрах байр ажиллаж байгаа нь эхийн эндэгдэлд нөлөөлж болох талтай.

Засгийн Газраас эхийн амрах байрыг дахин сэргээх талаар тодорхой ажлууд зохион байгуулж байгаагийн нэг нь НҮБ-ын Хүн Амын Сангийн тусламжтайгаар 100 сумын амрах байрыг сэргээн тохижуулахад 20 сая төгрөгийг зарцуулаад байна.

Төр засгаас эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг хамгаалах бодлогыг хэрэгжүүлэхдээ эмчлэх, сэргийлэх байгууллага, нэгж, эмч мэргэжилтний тоог

нэмэгдүүлж, эмнэлэгийн үйлчилгээний хүртээмж чанарыг дээшлүүлэх, эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн тусламжийн албыг хөгжүүлэх талаар дэс дараатай арга хэмжээ авч ирсэн билээ. 1994 оны байдлаар эрүүл мэндийн салбарт дунджаар улсын төсвийн 10 орчим хувьтай тэнцэх хөрөнгийг зарцуулж байна. 10000 хүнд их эмч 26,6, дунд мэргэжилтэн 75,4, эмнэлэгийн ор 106 тус тус ноогдож, хүн амд эмнэлэгийн 28 төрөлжсөн, 70 орчим нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлж байна. Ийнхүү манай улсад түүхийн богино хугацаанд эрүүл мэндийн бие даасан алба үүсч хөгжин, эмнэлэгийн үйлчилгээний хүртээмж чанар байнга дээшилсний дүнд эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд сайжирсан ба эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 67,9 болсон.

Хүснэгт 1 Төрөлтөөс тооцсон дундаж наслалт

он	эмэгтэй	эрэгтэй
1969-1974	59,4	56,3
1974-1979	62,4	58,3
1979-1984	61,6	58,0
1984-1989	63,0	62,1
1995	67,9	63,6

Гэвч энэ бүгд нь эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн байдал нийтдээ сайн байна гэсэн үг биш бөгөөд зарим сөрөг үзэгдлүүд гарсаар байна. Нийтийн ариун цэвэр сүүлийн жилүүдэд харьцангуй доогуур байгаа, хоол тэжээлийн хангамж, зарим нутгийн цэвэр усны хүрэлцээ хангалтгүй байгаа явдал эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд шууд сөргөөр нөлөөлж байна. Манай эмэгтэйчүүдийн зонхилох хэсэг нь архаг хуучтай, төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 40 гаруй хувь нь архаг цус багадалттай байна. 1992–1993 оны байдлаар хөдөлмөрийн чадвар түр алдагсадын дотор эмэгтэйчүүд 74,4–71,2 хувийг эзэлж байгаа бөгөөд хурц халдварт өвчнөөр өвчлөгсөдийн 56% нь эмэгтэйчүүд байна.

Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтийг сайжруулахад Засгийн газраас 2000 он хүртэлх хугацаанд дараах зорилтуудыг дэвшүүлж байна. Үүнд:

- Эхийн нас баралтын түвшинг 1992 оныхоос тэн хагасаар, нялхасын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг мөн оны түвшингээс гуравны нэгээр, эх барих хүндрэлийг 70 хувиар тус тус бууруулах
- Жирэмсэн эхчүүдийг 100%, үүнээс 70–аас доошгүй хувийг жирэмсний эхний 3 сартайд нь эмнэлэгийн хяналтанд авах
- Цус багадалттай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 90 хувийг төмрийн бэлдмэлээр эмчлэх
- Хүн амын 80–аас доошгүй хувийг цэвэр ус хэрэглэх боломжтой болгох, хүн амын 75 хувьд хүрэлцэхүйц, эрүүл ахуйн шаардлага хангасан бие засах газруудтай болгох зэрэг болно.

Эдгээр зорилтыг хэрэгжүүлэхийн тулд хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд зориулах хөрөнгө оруулалтыг нэмэгдүүлэх, хөдөөгийн эмнэлэгийн тусламжийн хүртээмж, чанарыг дээшлүүлэх, эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг хамгаалахад гэр бүл, олон нийтийн оролцоог нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндийн мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааг өргөжүүлэхэд нэн тэргүүнд анхаарал төвлөрүүлж байна.

Аливаа улс орны нийгмийн хөгжилд эмэгтэйчүүдийн гүйцэтгэх үүрэг роль их байдаг. Улс орны оршин тогтнолт эмэгтэйчүүдээс ихээхэн шалтгаалдаг. Эмэгтэйчүүдийн нийгэмд гүйцэтгэх гол үүрэг бол нөхөн үржихүйн үүрэг юм.

Аливаа улс орны нөхөн үржихүйг байлгахуу үгүй юу гэдэг бол ихэвчилэн эмэгтэйчүүдээс шалтгаалдаг. Иймээс эмэгтэйчүүдийн нийгэмд гүйцэтгэх үүрэг ролийг өндөржүүлэхийн тулд эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийг онцгой анхаарах хэрэгтэй болж байна.

Шилжилтийн үеийн эхчүүд, эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн байдал

Төрөөс эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг хамгаалах төрөх насны эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, эхийн эндэгдлийг тууштай бууруулах талаар онцгой анхаарч, НҮБ-ын Хүн Амын Сан, Хүүхдийн Сан, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага зэрэг олон улсын байгууллагууд хамтран Засгийн Газрын түвшинд үр бүтээлтэй ажиллаж тодорхой үр дүнд хүрч байна. Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх асуудлаар Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын бодлого чиглэлтэй эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг уялдуулж, эмэгтэйчүүдийн талаарх нийтлэг зөвлөмжүүдийг хэрэгжүүлэх ажилд нааштай ахиц гарч байгаа боловч эхчүүд эмэгтэйчүүдийн дотор өвчлөл өндөр байсаар байна. Манай улсад эмэгтэйчүүдэд урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, эмнэлэг ариун цэврийн анхан шатны тусламж үзүүлэх, эрэгтэй, эмэгтэйчүүдэд эрүүл мэндийн үйлчилгээний тэгш боломж нөхцөл бүрдүүлсэн хэдий ч 1995 оны байдлаар эхийн эндэгдэл 100000 төрөлтөд 185 байгаа нь дэлхийн түвшинтэй харьцуулахад нэлээд өндөр түвшинд байна. Хүн амын нийт өвчлөлийн дотор жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн хүндрэл 1992–1993 онд 4,9–4,7% байсан бол 1995 онд жирэмсний хүндрэл 6,55% төрөх үеийн хүндрэл 16,97% төрсний дараах үеийн хүндрэл 1,35% хөдөлмөрийн чадвараа түр алдагсадын дотор эмэгтэйчүүд 74,41–71,21%-ийг тус тус эзэлж байна. Эмэгтэйчүүдийн зонхилох хэсэг нь архаг хуучтай, төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 40 гаруй хувь нь архаг цус багадалттай байна. 1992–1993 онд 15241 эмэгтэй нас барсны 19,08% нь, 1995 онд 7166 эмэгтэй нас барсны 1620 эмэгтэй буюу 22,61% нь 16–54 насны эмэгтэйчүүд буюу жирэмсэлж, төрж болох хөдөлмөрийн чадвар өндөр байх насныхан эзэлж байна. Сүүлийн 10 жилийн судалгаагаар жилд дунджаар 18,6 мянган хүн хурц халдварт өвчнөөр өвчилсний 56% нь эмэгтэйчүүд байна. Жирэмсэн эхчүүдэд тавих анхаарал халамж суларсанаас эхчүүд хоол хүнсний дутагдалд, ялангуяа жирэмсэн үед уургийн дутагдалд орж, жирэмсний хожуу хордлогоор өвчилснөөс төрөх үедээ хүндрэх, төрсний дараа цус алдах, өвчинд нэрвэгдэх, хүүхэд бага жинтэй төрөх, дутуу төрөх, төрсний дараа хүүхэд сульдаа, тэжээлийн доройтлоор өвчин нь хүндрэх, нялх бага насандаа эндэх тохиолдол үргэлжилсээр байна. 2500 граммаас бага жинтэй төрсөн хүүхдийн тоо нэмэгдэж 1992 онд 3995, 1993 онд 3095, 1994 онд 3254 1995 онд 3414 байсан бөгөөд нийт төрөлтөнд эзлэх хувь 1992 онд 6,3%, 1993 онд 6%, 1994 онд 6,2% , 1995 онд 6,3% болжээ.

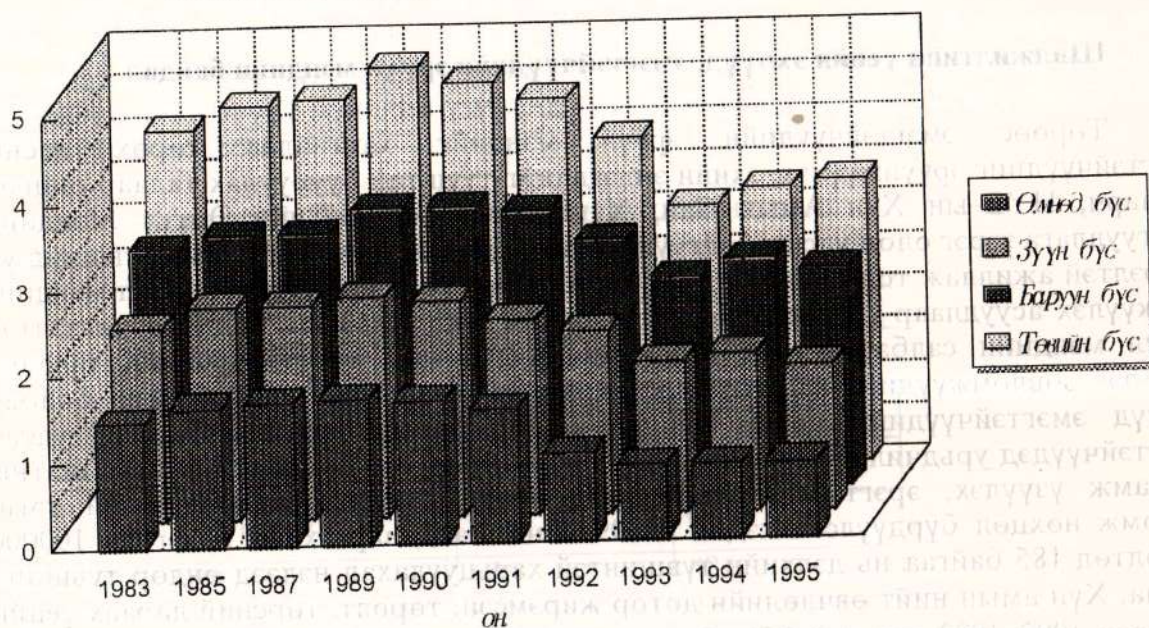
Монгол Улсын хүн амын төрөлт өндөр түвшинд хүрсэн нь 15–49 насны эмэгтэйчүүдийн тоо өссөн, эрүүл мэнд сайжирсан, эрэгтэй эмэгтэйчүүдийн нас—хүйсийн харьцаа зохистой (ойролцоо) байгаа нь гэрлэлтэнд эерэг нөлөөлсөн, эмэгтэйчүүдийн хүүхэд төрүүлэх чадавх нэмэгдсэн зэрэг хүчин зүйлтэй холбоотой юм. Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн тооны өсөлттэй холбоотойгоор төрөлт 1951–1990 оныг хүртэл жил дараалан нэмэгдэж, 1989 онд 78011 хүүхэд төрсөн байна. Гэтэл 1990 онд 74809, 1991 онд 70918, 1992 онд 63384, 1993 онд 51499 тус тус болж эрс буурчээ.

Төрөлтийн түвшинг бүс нутгаар авч үзэхэд бүс нутаг тус бүрт харилцан адилгүй байна.

График 2-1

ТӨРӨЛГИЙН ТОО 1983-1995 он

1000 хүн амгаар



Эх материал: Эрүүл мэндийн Яамны мэдээ 1983-1995 он

Ерөнхийдөө төвийн бүсэд төрөлт хамгийн их байгаа ба харин төрөлтийн түвшний өөрчлөлт нь бүс нутаг тус бүрд ижил чиг хандлагатайгаар өөрчлөгдөж байна. Тухайлбал: 1989-1990 оны үед 4 бүсэд төрөлтийн түвшин хамгийн өндөр үедээ байснаа 1991 оноос буурч энэ бууралт нь 1993 онд хамгийн доод түвшиндээ хүрсэн ба энэ байдал нь бүс тус бүрт давтагдаж байна. эндээс үзэхэд төрөлтийн түвшний энэ өөрчлөлтөд нийгэм эдийн засгийн хямрал, хүн амын амьжиргааны түвшиний доройтол, эмэгтэйчүүдийн сэтгэл сананы өөрчлөлтүүд нөлөөлсөн байж болох талтай юм.

Монголын хүн амын төрөлтийн энэхүү хандлага нь хөгжиж байгаа бусад орнуудынхтай төсөөтэй байгаа юм. Манай улс төрөлтийг урамшуулах бодлого баримталж ирсэн хэдий ч төрөлтийн түвшин ийнхүү буурч байгаа нь нийгэм, эдийн засгийн хүчин зүйлтэй холбоотой. Харин 1994 оноос төрөлт дахин өсч 54608, 1995 онд 54458 болсон ба хүн амын жилийн дундаж өсөлт 2,0-2,5 байгаа нь манай улсын хүн ам хурдан өсөлттэй орны бүлэгт багтсаар байгааг гэрчилнэ. Хүн ам зүйн судалгаанд төрөлтийн түвшний өөрчлөлтөнд нөлөөлөх хүчин зүйлсээр:

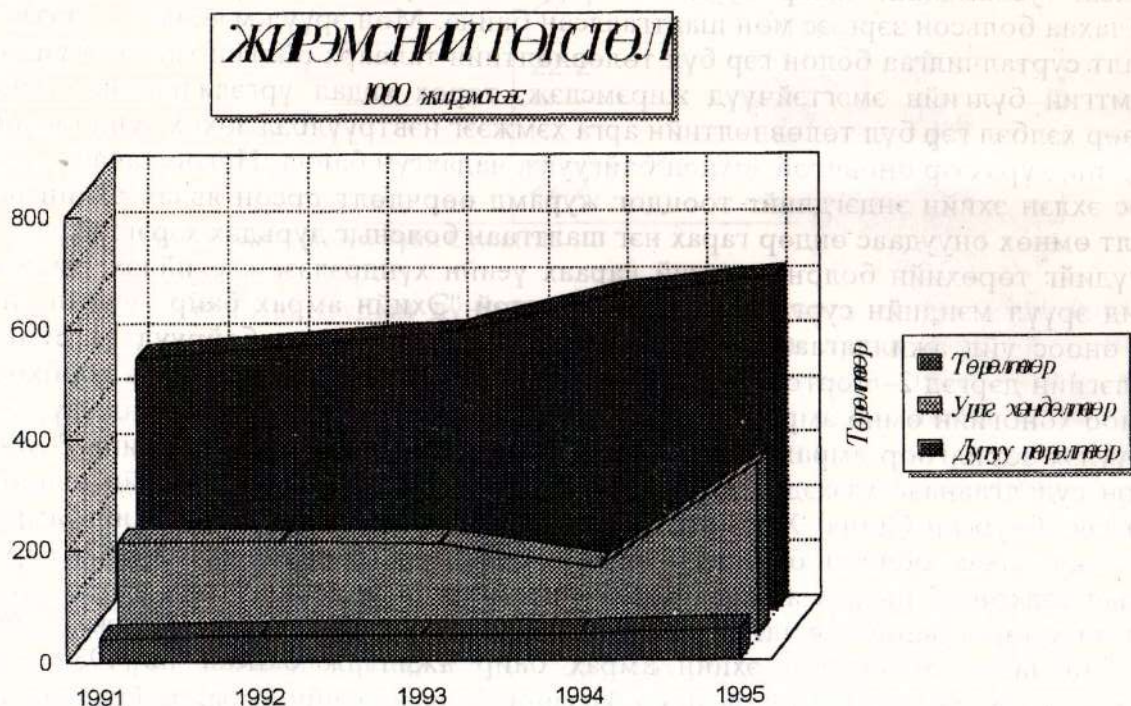
- хүн амын гэрлэлт
- үр хөндөлт
- эмэгтэйчүүдийн ЖУСХ-ийн хэрэглээний түвшин
- хүүхдээ хөхөөр тэжээж буй хугацаа

гэсэн 4 хүчин зүйлийг авдаг.

Сүүлийн үед зарим судлаачид төрөлтийн бууралтыг үр хөндөлттэй холбон тайлбарлах болсон билээ. Манай оронд үр хөндөх ажилбарыг 1940-өөд оноос эхлэн зөвхөн эмнэлгийн заалтаар хийж байсан бол 1986 онд энэ заалтыг өргөжүүлж зарим нэг нөхцлийг харгалзан (таваас дээш хүүхэдтэй эхчүүд гэх мэт) эмнэлгийн нөхцөлд зөвшөөрөгдсөн ба харин 1989 оны 12-р сараас эхлэн эрүүлийг хамгаалах хуулинд заалт орж "эх болох асуудлыг эмэгтэйчүүд өөрсдөө

шийдвэрлэнэ" гэснээр үр хөндөх асуудал чөлөөтэй болсон билээ. Энэхүү шийдвэр төрөлтийн түвшинд сөрөг нөлөөлснийг нуух хэрэггүй билээ. Үр хөндөлт чөлөөтэй болсноос хойш 2 жилийн хугацаанд манайд үр хөндөлт нилээд их нэмэгдсэн боловч 1992 оноос эхлэн жил дараалан буурч байна. Тухайлбал: 1989 онд үр хөндөлт 18800 байснаа 1991 онд 31217 болж нэмэгдсэн бол 1992 онд 28108, 1994 онд 17025 болж тус тус буурсан. Сүүлийн жилүүдэд хот, хөдөөгийн эмнэлгийн салбаруудад хувийн эмнэлгийн үйлчилгээ нэвтэрч юуны түрүүнд үр хөндөх үйлдэл тэдний орлого олох эх сурвалж болсон нь хүн ам зүйн бодлогод нэн сөрөг үр дагавар болж байна. Хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдэд хийгдсэн үр хөндөлтийн тайлан бүртгэл улсын нэгдсэн бүртгэл тоонд ордоггүй учраас үр хөндөлтийн үзүүлэлт гагцхүү эмнэлэгт хийгдсэн тоогоор харагдаж байна.

График 2-2



Эх материал: Эрүүл Мэндийн Яамны мэдээ 1991-1995 он

1991 онд улсын хэмжээгээр 1000 жирэмслэлтийн 570 нь төрөлтөөр, 124 нь үр хөндөлтөөр, 48 нь дутуу төрөлтөөр төгссөнөөс үзэхэд 172 буюу 30,1% нь ашиггүйгээр төгссөн байна. 1995 оны байдлаар 1000 жирэмслэлт тутмаас 113 үр хөндөлтөөр төгсөж байгаагаас гадна дутуу төрөлт 53, амьгүй төрөлт 4 ноогдож байгаа нь дүгнэлт хийх ёстой үзүүлэлт юм. Ялангуяа хотуудад 1000 жирэмсэн тутамд ноогдох ураг хөндөлт харьцангуй өндөр, тухайлбал, 1995 онд Дарханд 218, Улаанбаатарт 178, Төмөр замд 199, БХЯаманд 309 тус тус байгаа нь анхаарал татаж байна. Энэ нь хот суурин газрын ажилчин албан хаагч, оюутан сурагч илүүтэй ихээр үр хөндүүлж байгаагаар холбоотой юм.

Үр хөндөлт эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд хортой төдийгүй тэдний нөхөн үржихүйн чадавхид нь нөлөөлж болзошгүй учраас үр хөндөлтийн хор уршгийг эмэгтэйчүүдэд ойлгуулах сургалт, сурталчилгаа явуулах шаардлагатай байна.

Эмэгтэйчүүдийн ЖУС аргын хэрэглээг 1989 оноос чөлөөтэй болгосноор эмэгтэйчүүдийн доторх жирэмслэлтээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгслийн хэрэглээний түвшин нэмэгдэж ялангуяа ерөндөг, бэлгэвч, дааврын эм бэлдмэл зэргийг их хэрэглэх болжээ. Эрүүл мэндийн яамны мэдээгээр 1990 оны байдлаар төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 11% нь ЖУСХ хэрэглэдэг гэж тооцоо гарчээ. Одоогийн байдлаар жирэмслэхээс сэргийлэх орчин үеийн аргыг манай эмэгтэйчүүд нилээд хэсэг нь хэрэглэж тогтмолжоод байна. Тухайлбал: 1992 онд 32388 эмэгтэй ерөндөг тавиулсан бол, 1994 онд 32840 эмэгтэй болж өссөн байна.

Мөн 1994 оны 5-р сараас Бельги улсад үйлдвэрлэсэн Деио ировера гэдэг бэлдмэлийг хэрэглэж эхлээд байна. Мөн арьсанд суулгадаг суулгацыг туршилтын журмаар эмэгтэйчүүдэд тавьсан. Гагцхүү эдгээр сэргийлэх хэрэгслийн үр дүн, нөлөөллийг нарийвчлан судалж, дүгнэлт хийх, цаашдын үйл ажиллагаа, арга технологиог тодорхойлох явдал хангалтгүй байгааг дурьдах хэрэгтэй. Хөдөөгийн эмэгтэйчүүдэд ЖУСХ-ийн олдоц ховор, хүртээмж муу, түүнийг хэрэглэх талаарх мэдлэг нимгэн байгаа юм.

1990 оноос төрөлтийн түвшин буурсан байхад эхийн эндэгдэл өмнөх жилүүдээс 2 дахин өссөн, 1994, 1995 онуудад энэ байдал маш бага буурсан байна. Энэ нь эмнэлгүүдийн эм тариа, түргэн тусламжийн машин, түүний сэлбэг, бензин шатахуун, хүнс тэжээлийн хомсдолтой зонхилон холбогдохын зэрэгцээ, эх барихын тусламжийн чанар муудсан, эхчүүдийн амрах байр орон нутагт бараг ажиллахаа больсон зэргээс мөн шалтгаалсан байна. Мөн эрүүл мэндийн мэдээлэл, сургалт сурталчилгаа болон гэр бүл төлөвлөлтийн талаарх ойлгоц хангалтгүйгээс өртөмтгий бүлгийн эмэгтэйчүүд жирэмслэж, төрөх явдал үргэлжилсээр байна. Өөрөөр хэлбэл гэр бүл төлөвлөлтийн арга хэмжээг нэвтрүүлбэл зохих хүнд нь, айл өрхөд нь, хүрэхээр оновчтой зохион байгуулж чадахгүй байна. Нөгөө талаас 1992 оноос эхлэн эхийн эндэгдлийг тооцдог журамд өөрчлөлт орсон явдал эхийн нас баралт өмнөх онуудаас өндөр гарах нэг шалтгаан болсныг дурьдах хэрэгтэй. Эхчүүдийг төрөхийн болон төрсний дараах үеийн хүндрэлээс сэргийлэх, эмчлэх, тэдэнд эрүүл мэндийн сургалт явуулах үүрэгтэй "Эхийн амрах байр"-ууд нь анх 1963 оноос үйл ажиллагаагаа явуулж эхэлжээ. Эхийн амрах байрууд нь сумын эмнэлэгийн дэргэд 2-6 ортойгоор ажилладаг. Жирэмсэн эмэгтэйчүүд нь төрөхөөс 2 долоо хоногийн өмнө амрах, тэжээллэг хоолоор сувилуулах, хяналтанд үзүүлэх, эмчлүүлэх зорилгоор амрах байранд ирж байрлана. 1986 онд 18 аймгийн 3-т нь хийсэн судалгаанаас үзэхэд эхийн амрах байрыг ажиллуулсанаар эхийн өвчлөл, эндэгдэл буурсан байна. Харамсалтай нь 1990 оноос олон суманд эхийн амрах байр ажиллахаа болиод байна. 1993 оны байдлаар ажиллах ёстой 287 амрах байрын зөвхөн 52 нь үйл ажиллагаагаа үргэлжлүүлж байсан. Эхийн амрах олон байр өнөөдөр хувийн хэвшлийнхний ашиг олох газар болон өөрчлөгджээ. 1994 оны байдлаар 151 суманд эхийн амрах байр ажиллаж байсан нь 1989 оны түвшингээс 48,4%-иар бага байсан ба Засгийн Газраас эхийн амрах байрыг дахин сэргээх талаар тодорхой ажлууд зохион байгуулж байна. НҮБ-ын Хүн Амын Сангийн тусламжтайгаар 100 сумын амрах байрыг сэргээн тохижуулахад 20 сая төгрөгийг зарцуулаад байна. Үүний үр дүнд 1995 оны байдлаар улсын хэмжээгээр 229 эхийн амрах байр ажиллаж байна.

Эмэгтэйчүүдийн судалгаанд хийсэн харицуулалт

Монголын эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн мэдээлэл судалгаанд үнэлэлт өгөх зорилгоор хангахын тулд Монголын Хүн Ам Зүйн судалгааг (1994) Пакистан (1990-1991), Румын (1993) улсад явуулсан дээрх чиглэлийн судалгаатай харьцуулалт хийв. Ингэхдээ аль болох ижил хугацаа болон өөрийн орны нөхцөл байдалтай ойролцоо орныг сонгож авахыг зорьсон боловч материалын олдоцоос шалтгаалан хамгийн ойролцоо гэж үзсэн дээрх 2 орныг сонгон авсан юм.

Ингэж харьцуулалт хийхдээ эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд голлон нөлөөлдөг зарим үзүүлэлтийг түүн авч харьцуулалт хийлээ.

Анхны төрөлтийн дундаж насыг ядаж 50 хувь нь төрсөн эмэгтэйчүүдийн насны бүлгээс (20-24 ба дээш) тооцдог. Нийт эмэгтэйчүүдийн 21,9% нь 20-оос дээш насандаа анхны хүүхдээ төрүүлсэн байхад энэ нь 18 хүртэлх насандаа зөвхөн 7% байна.

Анхны төрөлтийн дундаж нас

Хүснэгт 2

эхийн нас	Пакистан 1991	Румын 1993 он	МХАЗСудалгаа
15-19	-	-	-
20-24	-	23.4	19.4
25-29	21.0	21.9	20.7
30-34	20.0	21.7	20.8
35-39	21.4	21.9	19.8
40-44	21.7	22.2	20.0
45-49	22.6	-	19.8
бүгд	21.3	22.2	20.1

Тайлбар : Монголын Хүн Ам Зүйн Судалгаа

Дээрх судалгаануудын дүнгээс үзэхэд 20-иос доош 35-аас дээш насандаа жирэмсэн болох, хүүхэд төрүүлэх нь тухайн эмэгтэйн хувьд илүү их аз мэдсэн хэрэг байдаг. Хүүхэд эрт төрүүлэх нь эрхэлж буй ажил болон нийгэм-эдийн засгийн статустай сөргөөр хамаарсан гэр бүл дэх эмэгтэйчүүдийн хувьтай нилээд уялддаг. Хэдий тийм боловч Монголд орой төрөх чиг хандлага урвуу чиглэх явдал давамгайлж буй нь харагдаж байна. Жишээ нь: 45-49 насны эмэгтэйчүүдийн 38% нь 20 хүрэхээс өмнө төрсөн байхад судалгааны үеийн эмэгтэйчүүдийн хувьд энэ харьцаа дөнгөж 23 хувьтай байна. Энэ нь 1979 оны тооллогоор эмэгтэйчүүдийн гэрлэх дундаж нас 18,5 байснаа 1994 оны ХАЗ судалгааны байдлаар 23,3 болж нэмэгдсэнтэй нэлээд нягт уялдах боловуу. Ерөнхийдөө 20-49 насны эмэгтэйчүүдийн анхны хүүхэд төрүүлэх дундаж нас 20,1 байгаа ба энэ нь насны бүлэг залуужих тусам нэмэгдэх чиг хандлагатай байна.

Пакистаны хувьд 20 нас хүртэлээ төрөөгүй эмэгтэйчүүдийн хувь давамгайлж байна. 15-аас өмнөх насны эмэгтэйчүүдийн төрөлт улам бүр ховор болж байна.

25-49 насны эмэгтэйчүүдийн тавны нэг нь 18-аас өмнөх насандаа анх төрсөн харин тэдгээрийн 40% нь өсвөр насандаа анх төрсөн байна. Сүүлийн жилүүдэд өсвөр насандаа төрж эхэлсэн эмэгтэйчүүдийн тоо хурдан буурч байна. Жишээлбэл: 25-29 насны эмэгтэйчүүдийн 42% нь 20-оос өмнөх насандаа төрсөн байхад 20-24 насны эмэгтэйчүүдийн зөвхөн 30% нь эрт төрсөн байна. Пакистаны хувьд 25-49 насны эмэгтэйчүүдийн анхны төрөлтийн дундаж нас 21,3 байна. МХАЗС-гаар анхны төрөлтийн дундаж нас насны бүлэг залуужих тусам нэмэгдэх хандлагатай байсан бол Пакистаны судалгаагаар энэ байдал эсрэгээр, буурах хандлагатай байна.

Румын улсын хувьд анхны төрөлтийн нас саяхныг хүртэл тийм ч их өөрчлөгдөөгүй. 25 ба түүнээс дээш насны 4 эмэгтэй тутмаас илүү нь 20-иос өмнөх насандаа анх төрж байсан ба 4 эмэгтэй тутмын нэг нь 25-аас хойш насандаа анх төрсөн байна. Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 90% нь 30 хүртэлх насандаа анхны хүүхдээ төрүүлсэн. Румыны хувьд эхчүүдийн насны бүлэг дэх анхны төрөлтийн дундаж нас нь маш их ойролцоо байна.

Румыны хувьд анхны төрөлтийн дундаж нас(22,2) байгаа нь Пакистан(21,3) болон МХАЗСудалгаагаар(20,1) гарсан анхны төрөлтийн дундаж наснаас өндөр гарсан байна. Эндээс дүгнэн үзэхэд монгол эмэгтэйчүүд анхны

төрөлтийн дундаж нас дээрх 2 орныг бодоход бага гарсан нь тухайн орнуудын уламжлалт зан заншилтай холбоотой байж болох талтай. Улсын статистикийн газраас явуулсан судалгаанд эмэгтэйчүүдийн анхны төрөлтийн насыг эмэгтэйчүүдийн насаар гаргаагүй байсан бөгөөд харин төрсөн нийт эмэгтэйчүүдийн 38% нь 18–20 насандаа, 48% нь 21–24 насандаа, 10% нь 25–27 насандаа, 4% нь 27–гоос дээш насандаа анх төрсөн байна. Харин энэ судалгаагаар анхны гэрлэлтийн дундаж насыг гаргаагүй байна. Мөн энэ судалгаанаас үзсэн ч монгол эмэгтэйчүүд 20-иос өмнөх насандаа төрөх явдал нилээд түгээмэл байгаа нь харагдаж байна.

Хүснэгт 3 Эмэгтэйчүүдийн сүүлчийн төрөлтийн төлөвлөгдсөн байдал

	Румын			Пакистан			МХАЗС		
	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В
15-19	75.1	15.4	9.5	90.5	4.8	4.8	-	-	-
20-24	55.0	20.1	24.9	84.4	9.7	6.0	-	-	-
25-29	40.7	13.8	45.5	77.7	10.2	12.1	-	-	-
30-34	27.5	4.3	68.2	67.7	7.6	24.8	-	-	-
35-39	17.6	0.7	81.7	60.7	5.8	33.6	-	-	-
40-44	16.6	0.2	83.2	49.5	6.2	44.3	-	-	-
45-49	-	-	-	49.6	7.4	43.0	-	-	-
дундаж	38.7	9.08	52.1	68.5	7.3	24.1	60.3	13.8	25.9

А – төлөвлөсөн

Б – цагаа олоогүй

В – хүсээгүй

Хүүхэдгүй болон нэг хүүхэдтэй эмэгтэйчүүд маш олноороо цагаа олоогүй жирэмсэлсэн байна. Залуу эмэгтэйчүүдийн дунд иймэрхүү байдал мөн нийтлэг болсон байна. Залуу эмэгтэйчүүдийн 14–20% нь дээрх байдалтай байна гэж мэдээлэгдсэн. 30 болон түүнээс дээш насны эмэгтэйчүүдийн дунд цагаа олоогүй жирэмслэлт 4 ба түүнээс бага хувиар гэнэт буурсан, магадгүй эдгээр эмэгтэйчүүдээс цөөнх нь өөр хүүхэдтэй болохыг хүсч байдаг.

Сүүлчийн жирэмслэлтийн 38% нь төлөвлөгдсөн байсан ба 9% нь цагаа олоогүй, 52% нь хүсээгүй жирэмслэлт байсан. Сүүлчийн жирэмслэлтийн төлөвлөгдсөн байдлыг эхийн насны бүлгээр авч үзэхэд 15–19 насны эмэгтэйчүүдийн 9% нь хүсээгүй байхад 35–аас дээш насны эмэгтэйчүүдийн 80% нь хүсээгүй жирэмслэлт байна. Энэ нь жам ёсны асуудал бөгөөд эмэгтэйчүүд ахимаг насандаа төрөхийг хүсэхгүй байгааг харуулж байна. Харин нөхөн үржихүйн идэвхтэй бүлэг болох 20–24 насны эмэгтэйчүүдийн 20% нь цагаа олоогүй гэж мэдэгдсэн байгаа нь ямар нэг гадаад хүчин зүйл нөлөөлсөн байж болох талтай юм. Дээрхээс үзэхэд Румынд гэр бүл төлөвлөлт ихээхэн шаардлагатай нь харагдаж байна.

Хүснэгтээс харахад ерөнхийдөө жирэмсэн болсон эмэгтэйчүүдийн 69% нь хүссэн жирэмслэлт байна. Түүнчлэн тэдний 24% нь хүсээгүй жирэмслэлт, 8% нь санаандгүй буюу цагаа олоогүй жирэмслэлт байна. Эхний төрөлтүүд голдуу хүссэн жирэмслэлт байдаг. Тэгвэл эхний төрөлтөөс хойш гэр бүл төлөвлөлтийн талаар хомс ойлголт, мэдлэгээс болж хүсээгүй жирэмслэлтүүд ихэсдэг. Энэ тохиолдолд огт хүсээгүй төрөлтийн эзлэх хувийн жин цагаа олоогүй (санаандгүй) төрөлтөөс 3 дахин их байна. Хүсээгүй болон санаандгүй жирэмслэлт нь эмэгтэйчүүдийн насны ялгаанаас шалтгаалан харилцан адилгүй байна. 30 гарсан эмэгтэйчүүдийн 72% нь хүссэн жирэмслэлт байна. Дээрх үзүүлэлт 40 гарсан эмэгтэйчүүдийн хувьд 15–19 насны эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад бараг 50%-иар

буурсан байна. 40 гарсан эмэгтэйчүүдийн хувьд 40%-иас илүү нь хүсээгүй жирэмслэлт байдаг аж.

Хүснэгтээс харахад нийтдээ судалгаанаас 5 жилийн өмнөх үеэс тооцсон сүүлчийн төрөлтийн 60% нь эмэгтэйчүүд хүсч байсан, харин 14% нь санаснаас эрт (цагаа олоогүй), 26% нь хүсээгүй байсан байна. Ялангуяа хүсээгүй жирэмслэлтийн энэ үзүүлэлт нь жирэмслэлтээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгслийн хэрэгцээ их байгааг харуулж байна. МХАЗ-н энэ судалгаагаар эмэгтэйчүүдийг насны ялгавраар авч үзээгүй байсан учир харьцуулах боломжгүй байв.

Эндээс үзэхэд Монгол болон Пакистаны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн статус ойролцоо гарсан боловч монгол эмэгтэйчүүдийн цагаа олоогүй жирэмслэлт харьцангуй өндөр гарсан нь судалгааны үе нь монголын нийгэм эдийн засгийн хямралын үе (1994 он) байсантай холбоотой юм.

Төрөлт хоорондын зай. (сараар)

нас	Пакистан					МХАЗ Судалгаа				
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+	7-17	18-23	24-35	36-47	48+
15-19	32.4	21.0	39.6	6.7	0.3	0.0	25.0	25.0	25.0	25.0
20-29	19.8	18.7	37.0	12.6	11.9	21.2	27.6	32.6	10.3	8.0
30-39	14.3	15.9	35.7	14.4	19.8	16.8	20.6	33.6	12.9	16.0
40+	10.3	10.9	27.8	15.7	35.4	16.9	20.8	32.4	12.7	17.1
дундаж	19.2	16.6	35.0	12.3	16.8	13.7	23.5	30.9	15.2	16.5

Эхийн эндэгдэлд нөлөөлдөг гол хүчин зүйлийн нэг бол төрөлт хоорондын зай юм. Төрөлт хоорондын зай бага байх тусам нас барах магадлал нэмэгддэг. Өөрөөр хэлбэл төрөлт хоорондын зай 24 сараас бага байх тусам эхийн эндэх риск өндөр байдаг. Хүснэгтээс үзэхэд Пакистаны хувьд төрөлт хоорондын дундаж зай нь 20 сар байна. 3 төрөлт тутмын нэг нь буюу 36%-нь өмнөх төрөлтөөс хойш 24 сараас бага хугацаанд төрсөн ба тэдгээрийн 50%-иас илүү хувь нь 18 сараас бага интервалтай байсан байна. Эдгээр төрөлтийн гуравны нэг буюу 36% нь өмнөх төрөлтөөс хойш 2 жилийн интервалтай байсан ба үлдсэн 36% нь 3 ба түүнээс дээш интервалтай байсан. Энэ улсад ерөнхийдөө өмнөх төрөлтөөс хойш 2 жилийн зайтай төрөх явдал зонхилж байгаа боловч 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн 32% нь өмнөх төрөлтөөс хойш 18 сараас бага хугацаанд дахин төрсөн байна.

Монголын хүн ам зүйн судалгаагаар хүүхэдтэй эмэгтэйчүүдийн төрөлт хоорондын зай нийт эмэгтэйчүүдийн хувьд дундажаар 26 сар байна. Нийт төрөлтийн 38% нь өмнөх төрөлтөөс 24-өөс цөөн сарын зайтай, түүн дотроо 40% нь маш богино буюу 18 сараас бага байна. Төрөлт хоорондын зай 2 жил байгаа төрөлт 30%, 3 буюу түүнээс дээш жил 32% байна. Эндээс МХАЗСудалгааг Пакистаны судалгаатай харьцуулахад төрөлт хоорондын зай монгол болон Пакистанд 2 жилийн зайтай төрөлт ихэнх хувийг эзэлж байгаа ба харин 18 сараас доош зайтай төрөлт Пакистанд 6%-иар илүү байна.

Ер нь Пакистанд эх нялхасын эндэгдэл Азийн бусад оронтой харьцуулахад өндөр байдаг. Төрөлт хоорондын зай ойр байх нь эхийн эндэгдлийг ихэсгэх нэг хүчин зүйл болдог.

Харин 3 буюу түүнээс дээш зайтай төрж байгаа эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувийн жин энэ 2 оронд 1%-ийн зөрүүтэй байна.

Төрөлт хоорондын зайг Румыны судалгаагаар нарийвчлан гаргаагүй байсан учир харьцуулалт хийх боломжгүй байв.

Хүснэгтээс харахад одоо жирэмснээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгсэл хэрэглэж байгаа эмэгтэйчүүдийн 9% нь орчин үеийн аргыг хэрэглэж байгаа бөгөөд 3% нь уламжлалт аргыг хэрэглэж байна.

Жирэмслэлтээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгслийн хэрэглээ

Хүснэгт 4

	Пакистан			МХАЗС			Румын		
	орчин үеийн арга	уламжлалт арга	хэрэглээ гүй	орчин үеийн арга	уламжлалт арга	хэрэглээ гүй	орчин үеийн арга	уламжлалт арга	хэрэглээ гүй
15-19	1.9	0.7	97.4	1.9	9.4	88.7	6.5	33.4	60.1
20-24	3.8	2.5	93.7	15.9	44.5	39.6	11.4	41.4	47.2
25-29	7.4	2.3	90.4	35.9	52.5	11.6	17.5	48.4	34.1
30-34	9.6	3.8	86.6	42.1	45.3	12.6	20.0	49.3	30.7
35-39	15.8	4.5	79.6	51.1	41.1	7.8	14.5	42.8	42.7
40-44	12.8	3.0	84.2	39.2	33.8	27.0	7.6	36.8	55.6
45-49	10.3	1.5	88.2	18.1	26.8	55.1			
дундаж	9.0	2.8	88.2	25.0	35.7	39.3	13.9	43.4	42.7

Энэ нь маш бага үзүүлэлт бөгөөд энэ оронд гэр бүл төлөвлөлт, ЖУСХ-ийн хэрэглээний түвшин үлэмж хэмжээгээр доогуур байгаа нь харагдаж байна. ЖУСХ-ийн хэрэглээний түвшин эмэгтэйчүүдийн нас бүрт харилцан адилгүй байсан ба 15-19 насны гэрлэсэн эмэгтэйчүүдийн хэрэглээ 3 ба түүнээс бага хувь байсан бол 35-39 насны эмэгтэйчүүдийн хэрэглээ 20% болж өссөн. ЖУСХ-ийн хэрэглээ залуу эмэгтэйчүүдийн хувьд бага хэрэглэж байгаа гэсэн таамаглал байгаа, учир нь тэд саяхан гэрлэсэн бөгөөд харин ахимаг насны эмэгтэйчүүдийн хувьд ЖУСХ-ийн хэрэглээ нийт үндэсний дунджаас харьцангуй өндөр байгаа ба үүнд эдгээр эмэгтэйчүүд олон хүүхэдтэй, олон дахин жирэмслэж байсан зэрэг нь дарамт болсон байж болох юм. 35-44 насны эмэгтэйчүүдийн 8% нь мэс засал (үргүй болгох) хийлгэсэн бөгөөд энэ арга нь 35 болон түүнээс дээш насны эмэгтэйчүүдийн дунд хамгийн өргөн хэрэглэгддэг. Харин хоёр дахь өргөн хэрэглэгддэг арга нь бэлгэвч байна.

Жирэмслэлтээс сэргийлэх хэрэгслийн ямар нэг аргын хэрэглээний түвшний утгуудыг эмэгтэйчүүдийн насаар авч үзвэл 15-19 насанд 11% байснаа 35-39 насанд 92% болтлоо өсөөд түүнээс хойших насанд эргээд буурсан байна. Орчин үеийн болон уламжлалт жирэмслэлтээс сэргийлэх аргын одоогийн хэрэглээний хамгийн өндөр түвшин нь 35-39, 25-29 насны бүлэгт тус тус байна. Орчин үеийн болон уламжлалт аргын хэрэглээ нь хамгийн бага байгаа 15-19 насны бүлэгтэй харьцуулахад 20-24 насны бүлэгт мэдэгдэхүйц өссөн байна. Уг мэдээлэл нь ерөнхийдөө 30-аас доош насны эмэгтэйчүүдийн уламжлалт аргын хэрэглээ, 30-34, 35-39, 40-49 насанд орчин үеийн аргын хэрэглээ тус тус өндөр байгааг харуулж байна.

Хүснэгтээс үзэхэд залуу болон хөгшин насны эмэгтэйчүүдийн жирэмслэлтээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгслийн хэрэглээ, нөхөн үржихүйн оргил насны эмэгтэйчүүдийн хэрэглээг бодоход харьцангуй бага байна. Хамгийн өндөр хэрэглээ 30-34 насны эмэгтэйчүүдэд ноогдож байгаа (69%) бөгөөд түүний дараа 25-29 насны эмэгтэйчүүдийн хэрэглээ (66%) орж байна. Эдгээр насны эмэгтэйчүүд орчин үеийн аргыг ялангуяа ерөндөг, бэлгэвчийг мөн өргөн хэрэглэж байна. Дээрхээс дүгнэж үзэхэд 3 орны 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн ЖУСХ-ийн хэрэглээ бусад насны эмэгтэйчүүдийн хэрэглээнээс доогуур байгаа хэдийч Пакистаны 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн орчин үеийн болон уламжлалт аргын хэрэглээ энэ

насны монгол эмэгтэйчүүдийн хэрэглээнээс 8%-иар бага байна. Мөн ахимаг насны эмэгтэйчүүдийн хэрэглээ монгол эмэгтэйчүүдийн хэрэглээнээс 72%-иар бага байна. Энэ нь Пакистанд гэр бүл төлөвлөлтийн аргууд өргөн нэвтрээгүй байгааг харуулж байгаа ба энэ нь энэ орны уламжлалт зан заншил, шашин шүтлэгтэй холбоотой байж болох юм. Харин Румыны хувьд эмэгтэйчүүдийн ЖУСХ-ийн хэрэглээ монгол эмэгтэйчүүдийн хэрэглээтэй их ойролцоо байна. Энэ нь гэр бүл төлөвлөлт энэ 2 оронд тодорхой хэмжээнд хэрэгжиж байгааг харуулж байна. Харин Монгол, Пакистаны залуу эмэгтэйчүүдийн уламжлалт аргын хэрэглээ өндөр байсан бол ахимаг насны эмэгтэйчүүдийн орчин үеийн аргын хэрэглээ өндөр болсон байна.

Өсвөр насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшин.

Хүснэгт 5

	Пакистан хүүхдийн тоогоор			МХАЗС		
нас	0	1	2+	0	1	2+
15	97.0	3.0	-	100.0	0.0	0.0
16	96.3	3.7	-	97.7	2.3	0.0
17	92.4	7.3	0.3	100.0	0.0	0.0
18	84.9	11.3	3.8	95.3	4.7	0.0
19	72.6	17.9	9.5	75.5	23.4	1.1
дундаж	87.8	9.2	3.0	93.8	6.0	0.2

Сүүлийн жилүүдэд 20-иос доош насандаа хүүхэд төрүүлж буй эмэгтэйчүүдийн хувийн жин нэмэгдэх хандлагатай байна. Тухайлбал, судалгааны үе дэх 25-29 насны эмэгтэйчүүдийн 20,2 %, 20-24 насны эмэгтэйчүүдийн 22,9 хувь нь 20 хүртэлх насандаа анхны хүүхдээ төрүүлжээ. Энэ нь 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн насны бүлэг дэх төрөлтийн коэффициент бага зэрэг нэмэгдэх үндэс болсон. Судалгаанд хамрагдагсдаас 19 настай 1 эмэгтэй 2 хүүхэдтэй байна. Нийт 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн 94% нь төрж байгаагүй, харин 0,2% нь 2 удаа төржээ.

Хүүхэд төрүүлсэн өсвөр насны эмэгтэйчүүд нь нэгээс илүү хүүхэд төрүүлээгүй байна. 15-17 насан дээр 2 буюу түүнээс дээш төрж болдог бөгөөд 19 настай эмэгтэйчүүдийн 10% нь нэгээс илүү хүүхэд гаргадаг. 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн бараг бүгд буюу 88% нь огт хүүхэд төрүүлээгүй байсан бөгөөд зөвхөн 3% нь нэгээс илүү хүүхэд төрүүлсэн байна. Эндээс харахад Пакистанд анхны гэрлэлтийн дундаж насны өсөлт нь эрт хүүхэд гаргасны үр дүн бөгөөд олонх эмэгтэйчүүд нас бие гүйцтэлээ хүүхэд гаргахгүй байхыг хүсч байна. Судалгаанд хамрагдсан 15-19 насны нийт эмэгтэйчүүдийн 88% нь огт хүүхэд төрүүлээгүй, 9% нь нэг хүүхэдтэй, 3% нь 2 хүүхэдтэй байна.

Эндээс үзэхэд Пакистаны өсвөр насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийг монголынхтой харьцуулахад өсвөр насандаа төрөх явдал Пакистанд нилээд түгээмэл байгаа нь харагдаж байна.

Румыны судалгаагаар өсвөр насны эмэгтэйчүүдийн төрөлт, Пакистаны судалгаагаар үр хөндөлтийн талаар мэдээллийг огт аваагүй байсан нь эдгээр орнуудын төрөлтийн чиг хандлага, уламжлалт ёс заншил болон хууль тогтоомжтой нь холбоотой байж болох юм. Тухайлбал Пакистанд үр хөндөлтийг хуулиар зөвшөөрдөггүй учраас энэ талаар мэдээ авах боломжгүй байдаг байна. Харин Румыны судалгаагаар үр хөндөлтийг эхийн нас баралттай холбон судалсан байсан. Үүнийг манай судлаачид анхаарч авууштай үзүүлэлт байсан. Учир нь сүүлийн жилүүдэд манайд үр хөндөлт ихэссэн ба түүний уршгаар өвчлөх, эндэх тохиолдлууд гарч байгаа хэдийч яг үр хөндөлтөөс болж нас барсан эмэгтэйчүүдийн тоо баримт, мэдээ материал байхгүй байна. Ийм учраас үр

хөндөлтийг эмэгтэйчүүд, эхчүүдийн эндэгдлийн нэг шалтгаан болж байна. Ийм учраас судлаачдад аливаа судалгааг явуулахдаа дараах зүйлийг санал болгож байна. Үүнд:

Судалгааны боловсруулалт нь цуглуулсан мэдээ материалын цар хэмжээ, чанараас шалтгаалах боловч аль болох олон улсын (бусад орнуудын хэв маягаар) жишгийг харгалзан боловсруулалт хийх. Ингэсэн тохиолдолд судалгааны үр дүнг бусад судалгаатай харьцуулалт хийх боломжтой болох юм. Дээрх судалгаануудад харьцуулалт хийж байх үед зарим үзүүлэлтийг тооцоогүй (тухайлбал: МХАЗС-гаар эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн статусыг насны бүлгээр гаргаагүй) байсан учир нарийвчилсан харьцуулалт хийх боломжгүй байв.

Улсын Статистикийн Газраас 1989 оны хүн амын тооллогоор эмэгтэйчүүдийн тусгайлсан асуулгаар судалгаа авсан. Энэ судалгаанд бүх аймаг, хотын нийтдээ 65000 нөхөн үржихүйн насны эмэгтэй хамрагдсан. Уг судалгаанд 15 асуулгаар эмэгтэйчүүдийн гэрлэлт болон төрөлт, гэр бүлийн харилцааны ерөнхий байдлыг тодруулах зорилт тавьсан.

Уг судалгааны гол давуу тал нь бүх нэгжийн маш олон тооны эмэгтэйчүүд хамрагдсанаас гадна хүн амын тооллоготой хамт явагдсан учир хүн хүч болон хөрөнгө мөнгөний зардал гараагүй. Мөн төлөөлөх чадвар сайтай судалгаа байсан. Ийм учраас 1999 оны хүн амын тооллогоор эмэгтэйчүүдийн тусгайлсан судалгааг дахин явуулахыг санал болгож байгаа бөгөөд энэ судалгааны асуулгын хувилбарыг гаргасан.

Дүгнэлт, зөвлөмж

Эмэгтэйчүүдийн хөгжил дэвшлийг хангахад юуны өмнө тэдний эрүүл мэндийг сайжруулж, боловсролыг дээшлүүлэн, улмаар нийгэмд эзлэх байр суурийг тодорхойлох явдал юм. Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд таагүй нөлөөлөх нийгмийн сөрөг хүчин зүйлүүдийн нөлөөлөл улам бүр ихсэж байна. Гэр бүлийн гишүүд болон эмэгтэйчүүдийг эрүүл мэндээ хамгаалах мэдлэг, дадал дутмаг байна. Түүнчлэн манай улсад Дархлалын олдмол вирус тээгч илэрсэн, эмэгтэйчүүд биеэ үнэлэх явдал гарах болсноор Дархлалын олдмол хомсдол өвчин гарах бодит боломж бий болсон зэрэг бэрхшээл тохиолдож байна. Сүүлийн жилүүдэд эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд таагүй нөлөөлөх нийгмийн хүчин зүйлүүд нэмэгдэв. Хөдөөгийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, чанар суларсан. Хүн амын төрөлтийн түвшин буурч, үр хөндөлт нэмэгдэн, жирэмслэлт төрөлтийн хүндрэл, түүнтэй холбоотой нас баралт, бэлгийн замаар дамждаг өвчнүүдийн тархалт буурахгүй байна.

Эдгээр саад бэрхшээлийг арилгаж эрүүл мэндийг сайжруулах талаар дараах асуудлуудыг шийдвэрлэхийг санал болгож байна.

1. Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг сайжруулахад орлого онцгой үүрэгтэй. Тийм учраас орлого багатай ядуу амьдралтай эмэгтэйчүүдийг зөв таньж эм, тариа болон эмнэлэгийн зарим үйлчилгээг үнэ төлбөргүй үзүүлэх, боловсрол бага ядуу амьдралтай эмэгтэйчүүдэд эрүүл мэнд, хувийн ариун цэврийг хэрхэн сахих талаар байнгын зөвлөгөө өгдөг газрыг бий болгох

2. Сүүлийн жилүүдэд тэнэмэл хүүхдийн тоо олон болсон ба тэдгээрийн дотор охид байгаа нь сэтгэл эмзэглүүлж байгаа юм. Эдгээр охид эрт, ариун цэврийн шаардлага хангахгүй нөхцөлд бэлгийн харьцаанд орох, орцны хонгил нүхэнд амьдарч байгаа зэргээс болж эрүүл мэнд нь муудах, бэлгийн замын янз бүрийн халдварт өвчнүүд үүсэх, халдварлах явдал газар авч байна. Ийм учраас эдгээр хүүхдүүдийг халамжлах.

3. Гэр бүл төлөвлөлтийн кабинетүүдээр дамжуулан өсвөр насны охид, хөвгүүдэд бэлгийн замар дамждаг халдварт өвчнүүдийн хор уршигийг таниулах сургалт, мэдээлэл, суртчилгааг явуулах

4. Ахимаг насны эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд нөлөөлж байгаа зүйлүүдийг судлах, эдгээр эмэгтэйчүүдийн өвчлөлт, нас баралтыг багасгахын тулд ахмадуудын эмнэлэг, амралт сувилалын газрыг байгуулах.

5. Өмнөх жилүүдэд эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн хэд хэдэн судалгаа хийсэн боловч эдгээр судалгааг зөвхөн нарийн мэргэжлийн талаас нь хийж байсан. Ийм учраас эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн судалгааг Хүн ам зүйн талаас явуулах хэрэгтэй байна. Учир эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд, ялангуяа нөхөн үржихүйн эрүүл мэндэд хүн ам зүйн үзүүлэлтүүд болох эрт болон орой төрөлт, олон төрөлт, төрөлт хоорондын зай гэх мэт зүйлүүд нөлөө үзүүлдэг.

6. Өнгөрсөн хугацаанд Монголд хүйсийн судалгаа огт хийгдээгүй байна. Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэнд сайн байх, нийгмийн хөгжилд тэгш оролцох явдал нь хүйсийн тэгш байдалтай холбоотой. Эмэгтэйчүүдийн ачаалал, хөдөлмөрийн үнэлгээг бүрэн тооцож үнэлэх явдал дутагдалтай байна.

Ийм учраас энэ өрөөсгөл байдлыг арилгах үүднээс Монголд хүйсийн судалгааг нэн даруй явуулах шаардлагатай байна.

Ашигласан материал

"Эмэгтэйчүүдийн-Тэгш эрх-Хөгжил" Үндэсний илтгэл (Монгол Улс 1995)

"Монгол Улсын эмэгтэйчүүд, хүүхэд" Эмхэтгэл Улсын Статистикийн Газар 1995 он

"Үйл ажиллагааны мөрийн хөтөлбөр" Бээжингийн тунхаглал 1996 он

"Эсэн мэнд амаржихуй" Бага хурын илтгэл 1994 он

"Reproductive health survey" Romania 1993

"Pakistan Demographic and Health survey" 1990 / 1991

"Монголын ХАЗ Судалгаа"