

კვლევის ტექნიკური ანბარიში

საინფორმაციო საგედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი
„თანადგომა“
2020 წელი

საქართველოში სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით
გადაადგილებულ ქალებს შორის მედიკამენტურ აბორტზე
ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ბარიერების
ხარისხობრივი კვლევა

სარჩევი

კვლევის მიზანშეწონილობა	5
კვლევის მიზანი და ამოცანები	8
მიზანი	8
ამოცანები	8
კვლევის ჩატარების გეოგრაფიული არეალი	8
კვლევის მეთოდოლოგია და მონაწილეთა რაოდენობა	
ქალაქების მიხედვით	8
კვლევის მონაწილეთა შერჩევის კრიტერიუმები	8
მონაწილეთა რეკრუტირება და კვლევის ეთიკის საკითხები	9
ეთიკის საკითხები	9
მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი	9
კვლევის მონაწილის თიკური პორტრეტი	9
კვლევის ძირითადი მიზნები	10
მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება	10
ქირურგიული აბორტის გამოცდილება	10
აბორტის მომსახურების პროცესის აღწერა	11
რეგისტრატურასთან ურთიერთობა	11
აბორტისწინა კონსულტაცია	11
მოცდის 5-დღიანი პერიოდი	12
აბორტის ბარიერები სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით	
გადაადგილებულ ქალებს შორის	12
აბორტის ღირებულება, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის	
ბარიერი	12
კლინიკის სიშორე და ტრანსპორტირების პრობლემა, როგორც	
აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი	13

ბავშვების დაბრუნების პრობლემა, როგორც აბორტზე

13 ხელმისაწვდომობის ბარიერი

ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის

13 დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ

14 კვლევის ანალიზი

14 მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება

15 ქირურგიული აბორტის გამოცდილება

16 აბორტის მომსახურების პროცესის აღწერა

16 რეგისტრაციასთან ურთიერთობა

აბორტისწინა კონსულტაცია

18 მოცდის 5-დღიანი პერიოდი

აბორტის ბარიერები სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით

19 გადაადგილებულ ქალებს შორის

აბორტის ღირებულება, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის

19 ბარიერი

კლინიკის სიშორე და ტრანსპორტირების პრობლემა, როგორც

20 აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

ბავშვების დაბრუნების პრობლემა, როგორც აბორტზე

21 ხელმისაწვდომობის ბარიერი

ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის

21 დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ

22 დასკვნები და რეკომენდაციები

22 დასკვნები

23 რეკომენდაციები

საქართველოს სახალხო დამცველის 2018 წლის დოკუმენტში, „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ქრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ აღნიშნულია, რომ აბორტების შესახებ არსებული სამართლებრივი და მარეგულირებელი ჩარჩოს მრავალი ასპექტი პრობლემურია და საქართველოს მიერ ნაკისრ ვალდებულებებს ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მითითებებს არ შეესაბამება. ასევე ხაზგასმულია, რომ მიუხედავად იმისა, რომ შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება მტკიცე საფუძველს ქმნის ქალების ღირსებისა და გადაწყვეტილებების პატივსაცემად, კანონში გათვალისწინებული სავალდებულო 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდი და ფორმულირებები, სადაც პრიორიტეტი ნაყოფს ენიჭება, ჯანმრთელობის და ადამიანის უფლებების შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციებს ეწინააღმდეგება. ანგარიშში აღნიშნულია, რომ კლინიკების 23% არ სთავაზობს აბორტის თაობაზე მიუკერძოებელ წინასწარ კონსულტაციებს, როგორც ეს ბრძანებაშია გათვალისწინებული. მაგალითად, გამოვლინდა, რომ ექიმები ცდილობენ პაციენტების დარწმუნებას, არ შეწყვიტონ ორსულობა. ასეთი მცდელობები უმეტესად წარუმატებელია, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც ამგვარი გადარწმუნების შემდეგ ქალებს გადაუფიქრებიათ აბორტის ჩატარება. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ბრძანების განხორციელების, ასევე, აბორტისწინა კონსულტაციებისა და პაციენტისთვის გადაცემული ინფორმაციის ხასიათისა და ხარისხის ზედამხედველობის მექანიზმი არ არსებობს.¹

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციაა, აღიკვეთოს ხელისშემშლელი ბარიერები, მათ შორის სავალდებულო მოსაფიქრებელი ვადა, მიკერძოებული კონსულტაცია, მესამე მხარის ნებართვის მოთხოვნა და უარის თქმა მრწამსის საფუძველზე.²

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების შესაბამისად შედგენილი ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტის პროტოკოლი, მრწამსის საფუძველზე უარის შემთხვევაში, პაციენტის გადამისამართებას ითვალისწინებს. პროტოკოლის მიხედვით, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ეთიკური, ან რელიგიური მოსაზრებების გამო აბორტის წინააღმდეგია, მან დაუყოვნებლივ უნდა გაგზავნოს პაციენტი აბორტის მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან.³

1. აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015

2. WHO, უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის, მეთრე გამოცემა.

3. პროტოკოლი „ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტა“, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014წ. 28 ივლისის №01-182/ი ბრძანებით, დამტკიცებული „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული საბჭოს (გაიდლაინები) და დაავადებების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და განხორციელების ეროვნული საბჭოს (ოქმები) №3 კრების გადაწყვეტილების შესაბამისად, 2014 წ. 20 მაისი, თავი 8.1.1, ინფორმირება. კონსულტაცია და გადაწყვეტილების მიღება, პარაგრაფი. 3, გვ.8

მრწამსის საფუძველზე უართან დაკავშირებით რაიმე სხვა მარეგულირებელი ნორმა არ არსებობს.

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების თანახმად, აბორტისწინა კონსულტაცია ინტერაქტიული პროცესია, რომელიც პაციენტისთვის მხარდაჭერის გაწევას და დამატებითი ინფორმაციის მიწოდებას ითვალისწინებს თანაგრძნობით და იძულების გარეშე. ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს მარტივად და მკაფიოდ, კონფიდენციალობის გარანტიით, ქალის საჭიროებებზე დაყრდნობით. ბრძანების მიხედვით, კონსულტაციის დროს, ექიმი ვალდებულია, თავი შეიკავოს საკუთარი შეხედულებებისა და ფასეულობების გამოხატვისგან. პაციენტს ასევე უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სამედიცინო საკითხების შესახებ, რომლებიც ორსულობის შეწყვეტასა და აბორტის შემდგომ პერიოდს, ასევე, აბორტთან დაკავშირებულ სამართლებრივ მოთხოვნებს უკავშირდება. ორსულობის შეწყვეტის მეთოდის თაობაზე საბოლოო გადაწყვეტილებას პაციენტი მას შემდეგ იღებს, რაც მას სრულყოფილად გააცნობენ ყველა შესაძლებელ მეთოდს, მათ უპირატესობებსა და რისკებს.⁴

რამდენად თანხვედრაშია საქართველოში არსებული კანონმდებლობა და რეგულაციები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებთან და რამდენად სრულდება პროტოკოლით და კანონმდებლობით გათვალისწინებული რეგულაციები? ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურების მიღების ბარიერები არღვევს ჯანმრთელობის, პირადი ცხოვრების და ქალის ფიზიკური თვითგამორკვევის უფლებას. მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევები ნათლად ასახავენ სხვადასხვა ბარიერებს, როგორიცაა: სისტემური ბარიერები, დაბალი ინფორმირებულობა, სამედიცინო დაწესებულების სიშორე და/ან მათი მწირი არჩევანი, ტერიტორიული და ფინანსური არახელმისაწვდომობა, მოცდის პერიოდი და ა.შ. გარდა იმისა, რომ მსგავსი ბარიერები ხელს უშლის ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების დაცვას, მან ასევე შესაძლებელია გამოიწვიოს ქალების მიერ მცდარი ნაბიჯების განხორციელება ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან მიმართებაში, რაც თავის მხრივ კიდევ უფრო მეტად ამძაფრებს აბორტის სერვისების მიღების ხარვეზებს და საფრთხეს უქმნის ქალის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას.

ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საკითხი გათვალისწინებულია საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის 2017-2030 წლების სტრატეგიის „ოჯახის დაგეგმვის“ ქვეთავში. მასში აღნიშნულია, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პერსონალი, როგორც წესი არ არის (ფინანსურად) მოტივირებული აბორტის ჩასატარებლად და შესაბამისად, მისი პრევენციით უფროა დაინტერესებული, ვიდრე ის სპეციალისტები, რომლებიც ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მანიპულაციებს ატარებენ და ამის ფინანსური დაინტერესებაც გააჩნიათ. სტრატეგიაში ასევე აღნიშნულია, რომ სანამ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებს შეუძლია კონკურენცია გაუწიოს აბორტებს მეანების/გინეკოლოგების შემოსავლების თვალსაზრისით, მცირეა იმის შესაძლებლობა, რომ პროვაიდერები გამოყოფენ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 თებერვლის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1., გვ. 13

დროს, ენერგიას და რესურსებს კლიენტების სათანადოდ კონსულტირებისთვის და უზრუნველყოფენ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდს მათი არჩევანის მიხედვით.⁵

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, უფლებები და კეთილდღეობა განიხილება ადამიანის ძირითადი უფლებების ქრილში, რომლებიც აღიარებულია საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონებით, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებით. რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები პირდაპირ უკავშირდება ისეთ ფუნდამენტურ უფლებებს, როგორებიცაა სიცოცხლის უფლება, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, მათ შორის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უფლება, დისკრიმინაციის აკრძალვა, პირადი ცხოვრების უფლება, პიროვნული თავიანთი განმარტების უფლება, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის და სხვა.

არსებული საკანონმდებლო ბაზისა და რეგულაციების ფონზე აბორტზე ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ბარიერები განსაკუთრებით მძაფრად დგას სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით გადაადგილებულ ქალებს შორის, რაც გამოწვეულია: აბორტის პროცედურებთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე დაბალი ხელმისაწვდომობით; ქალის მიერ საკუთარი უფლებებისა და თავისუფალი არჩევანის უფლების არ ცოდნით; სამედიცინო პერსონალის მხრიდან აბორტის წინა კონსულტირების უგულვებელყოფით; სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ქალის არჩევანის უფლების უგულვებელყოფით.



კვლევის მიზანი და ამოცანები

მიზანი

საქართველოში სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით გადაადგილებულ ქალებს შორის მედიკამენტურ აბორტზე ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ბარიერების კვლევა

ამოცანები

- მედიკამენტურ აბორტზე ხელმისაწვდომობის არსებული ხელშემშლელი ფაქტორების კვლევა
- აბორტისწინა კონსულტირების ხასიათის შესწავლა მედიკამენტურ აბორტზე ხელმისაწვდომობის კუთხით
- მოცდის 5 დღიანი პერიოდის ფაქტორის გავლენის შესწავლა უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობასთან მიმართებაში

კვლევის ჩატარების გეოგრაფიული არეალი

ხარისხობრივი კვლევა განხორციელდა საქართველოს 3 ქალაქში, კერძოდ: ქ. თბილისი, ქ. ბათუმი და ქ. ზესტაფონი

კვლევის მეთოდოლოგია და მონაწილეთა რაოდენობა ქალაქების მიხედვით

- ზესტაფონის მუნიციპალიტეტი: 2 ფოკუსირებული დისკუსია, 5 ჩაღრმავებული ინტერვიუ. სულ მონაწილეთა რაოდენობა - 22
- აჭარის რეგიონი: 2 ფოკუსირებული დისკუსია, 5 ჩაღრმავებული ინტერვიუ. სულ მონაწილეთა რაოდენობა - 20
- თბილისი: 19 ჩაღრმავებული ინტერვიუ
სულ მონაწილეთა რაოდენობა - 61 მონაწილე

კვლევის მონაწილეთა შერჩევის კრიტერიუმები

- რეპროდუქციული ასაკის ქალი (18-46 წლის), რომელიც ცხოვრობს:
 1. აჭარის რეგიონში შემავალ მუნიციპალიტეტებში;
 2. იმერეთის რეგიონში შემავალ, ზესტაფონის მუნიციპალიტეტში;
 3. თბილისის მუნიციპალიტეტში შემავალ, წყნეთის იძულებით გადაადგილებულ პირთა კომპაქტურ ჩასახლებაში.
- კვლევაში მონაწილეობის ნებაყოფლობითი სურვილი.
- მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში (კვლევის მონაწილეთა 65%)
- არ აქვს მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება, მაგრამ აქვს აბორტის ქირურგიული მეთოდის გამოცდილება (კვლევის მონაწილეთა 35%)
- რესპონდენტის ინფორმირებული თანხმობა კვლევაში მონაწილეობის შესახებ

მონაწილეთა რეკრუტირება და კვლევის ეთიკის საპირობები

შერჩევისთვის გამოყენებული იქნა არააღბათური შერჩევის მეთოდი (Nonprobability Convenience Sampling), რომლის დროს კვლევაში მონაწილეობა შეთავაზებული იქნება ყველა იმ პირისათვის, რომელიც მიეკუთვნება საკვლევ ჯგუფს (სოფლად მაცხოვრებელი და იძულებით გადაადგილებული რეპროდუქციული ასაკის ქალი), აკმაყოფილებდა შერჩევის კრიტერიუმებს და ხელმისაწვდომი იყო მკვლევარებისთვის.

ეთიკის საპირობები

კვლევის პროტოკოლი, კითხვარები და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა მოწონებული და დამტკიცებული იქნა „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის“ ბიო-სამედიცინო ეთიკის კომისიის (IRB00009520, IORG0005619) მიერ (სერტიფიკატი # 2020-1, 14/01/2020).

მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი

რესპონდენტებთან წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე, მიმდინარეობდა ჯგუფური ფოკუსირებული დისკუსიისა და ჩაღრმავებული ინტერვიუების აუდიო ჩანწერა. სავსელ მუშაობის დასრულების შემდეგ, აუდიო ჩანაწერების საშუალებით მომზადდა ჯგუფური დისკუსიისა და ინტერვიუების დეტალური ტრანსკრიპტი. კომპიუტერული პროგრამით ATLAS.ti განხორციელდა მონაცემთა დამუშავება ძირითადი ტენდენციების თვისებრივი ასპექტების გამოვლენის მიზნით, რის საფუძველზეც გაკეთდა კვლევის ანალიზი. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში შეგროვებული მონაცემები წარმოდგენილია წინამდებარე ანგარიშში თემატურად, ქვეთავების მიხედვით.

კვლევის მონაწილის ტიპური პორტრეტი

მაკა, 34 წლის. ჰყავს მეუღლე და 3 შვილი. ოჯახი ცხოვრობს აჭარის მაღალმთიან სოფელში. მაკა დიასახლისია. ოჯახში მხოლოდ მისი მეუღლეა დასაქმებული და მათი ყოველთვიური შემოსავალი შეადგენს 750 ლარს. იქიდან გამომდინარე, რომ ოჯახის შემოსავალი არ იძლევა შვილების ღირსეულ პირობებში აღზრდის შესაძლებლობას, წყვილი აღარ გეგმავს მეტი შვილის ყოლას. მაკა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდად იყენებს კალენდარულ მეთოდს, რომლის შესახებაც სხვა ქალებისგან გაიგო (ამბობს, რომ ამ მეთოდს უპირატესობას ანიჭებს იმიტომ, რომ დამატებითი თანხები არ ესაჭიროება), მაგრამ, როგორც თვითონ აღნიშნავს, ყოველთვის არ უმართლებს. მაკას ჰქონია შემთხვევები, როდესაც თვითნებურად მიუღია მედიკამენტი ნაყოფის მოსაშორებლად და ამბობს, რომ ხან გამართლებია, ხან არა. აქამდე მას 4 აბორტის გამოცდილება აქვს, აქედან ერთი - მედიკამენტურის.

კვლევის ძირითადი მიზნები

მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება

ის რესპონდენტები, რომელთაც მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება აქვთ, აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტური აბორტი არის კომფორტული, მარტივი, ნაკლებ მტკივნეული და უსაფრთხო.

მედიკამენტურ აბორტზე ინფორმაციის მიღების წყაროებად კვლევის მონაწილეებმა დაასახელეს: ექიმი, სხვა ქალი (მეგობარი, ახლობელი, ნათესავი), რომელსაც მედიკამენტური აბორტის წარმატებული გამოცდილება აქვს და სოციალური ქსელი.

ის რესპონდენტები, რომელთაც მედიკამენტური აბორტის პოზიტიური გამოცდილება აქვთ, სხვა ქალებსაც მედიკამენტურ აბორტს ურჩევენ, ხოლო ის ქალები, რომელთაც არ აქვთ მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება, ან წარუმატებელი გამოცდილება აქვთ (წარუმატებელ გამოცდილებაში გულისხმობენ დამატებითი სამედიცინო ჩარევის საჭიროებას), სხვა ქალებს ურჩევენ ქირურგიულ აბორტს.

ქირურგიული აბორტის გამოცდილება

რესპონდენტები, რომელთაც მხოლოდ ქირურგიული აბორტის გამოცდილება აქვთ აღნიშნავენ, რომ არასოდეს სმენიათ მედიკამენტური აბორტის შესახებ, ან სმენიათ, მაგრამ პრიორიტეტს მაინც ქირურგიულ აბორტს ანიჭებენ. ქირურგიულ აბორტს პრიორიტეტს ანიჭებენ სხვადასხვა მიზეზის გამო, კერძოდ:

- მედიკამენტური აბორტის ეშინიათ, რადგან თვლიან, რომ წამალი ზოგადად საშიშია.
- ქირურგიული აბორტი უფრო სანდო მეთოდად მიაჩნიათ, ვიდრე მედიკამენტური აბორტი. ეს დამოკიდებულება გამომდინარეობს სხვისი წარუმატებელი გამოცდილებიდან, როცა ქალს დასჭირდა დამატებითი სამედიცინო მანიპულაციები (ასპირაცია).
- ქირურგიული აბორტის ფასი მათთვის უფრო ხელმისაწვდომია;
- არ მოსწონთ მედიკამენტური აბორტისთვის საჭირო, დამატებითი, საკონტროლო ვიზიტი (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მედიკამენტური აბორტის გამოცდილების მქონე რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ არ ჰქონიათ მესამე ვიზიტი ექიმთან, რადგან ჩათვალეს, რომ ყველაფერი წესრიგში ჰქონდათ. მონაწილეთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ამბობს, რომ მათ გადაამოწმეს მედიკამენტური აბორტის შედეგი და მიმართეს ექიმს ექოსკოპიისთვის მიუხედავად იმისა, რომ თავს კარგად გრძნობდნენ).

აბორტის მომსახურების პროცესის აღწერა

აბორტის გამოცდილებაზე საუბრისას კვლევის მონაწილეებმა აღწერეს აბორტის განხორციელებამდე გავლილი პროცესი, რომელიც შესაძლებელია პირობითად 3 ეტაპად დაიყოს: რეგისტრატურასთან ურთიერთობა, აბორტისწინა კონსულტაცია და მოცდის 5 დღიანი პერიოდი.

რეგისტრატურასთან ურთიერთობა

უნდა აღინიშნოს, რომ რეგიონებში მცხოვრები კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა საუბრობს კლინიკის რეგისტრატურის თანამშრომლების მხრიდან პაციენტის გადაწყვეტილებაში ჩარევის მცდელობაზე. იგებენ რა ქალის მიზნის შესახებ, კლინიკის თანამშრომლები ცდილობენ, დაარწმუნონ ქალი, არ შეწყვიტოს ორსულობა. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ეს რჩევები რელიგიურ ხასიათს ატარებს.

აბორტისწინა კონსულტაცია

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ კონსულტირების დროს ექიმი ცდილობს გადააფიქრებინოს პაციენტს აბორტის გაკეთება, თუმცა, კვლევის ყველა მონაწილე აღნიშნავს, რომ ამის შედეგად აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილება არ შეუცვლიათ. თვალშისაცემია ის ფაქტი, რომ კონსულტირების პროცესს რესპონდენტები სხვადასხვაგვარად აღწერენ და, აქედან გამომდინარე, რთულია იმაზე სუბარი, თუ რა მიზნებისა და საკითხებისაგან შედგება აბორტისწინა კონსულტირება.

რესპონდენტებს განსხვავებული გამოცდილება აქვთ შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

- აბორტის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება
- აბორტის მეთოდის არჩევის შესაძლებლობა
- შესაძლო გართულებებზე ინფორმაციის მიწოდება
- საინფორმაციო მასალების მიწოდება
- კონტრაცეფციაზე ინფორმირება-კონსულტირება
- ინფორმირებული თანხმობის მიღება

მონაწილეთა მცირე ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ მათ მიეწოდათ ინფორმაცია აბორტის მეთოდების შესახებ და მიეცათ მეთოდებს შორის არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა. თუმცა, ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ ექიმმა მხოლოდ ერთი მეთოდი შესთავაზა და გამომდინარე იქედან, რომ ისინი ენდობოდნენ ექიმებს, დათანხმდნენ შეთავაზებულ მეთოდს.

რესპონდენტების მცირე ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ მათ წინასწარ ესაუბრნენ აბორტის შესაძლო გართულებებზე. ნაწილი კი აღნიშნავს, რომ ექიმმა მხოლოდ პროცედურის შემდგომ მიაწოდა ტელეფონის ნომერი და მისცა მითითება, რომ ჭარბი სისხლდენის შემთხვევაში დაერეკა მასთან.

რესპონდენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათ მიეწოდათ საინფორმაციო ფურცელი (პაციენტის გზამკვლევი), ნაწილს კი მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია. მონაწილეთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ მოაწერა ხელი ინფორმირებული თანხმობის ფორმას, ნაწილი საუბრობს, რომ ეს პროცედურა არ გაუვლიათ.

რესპონდენტების მცირე ნაწილი აღნიშნავს, რომ ექიმმა მიაწოდა ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე. მათ, უმეტესად, სპირალისა და იმპლანტის გამოყენება შესთავაზეს. მხოლოდ მცირე ნაწილი საუბრობს კონტრაცეპტიულ აბებზე, სტერილიზაციასა და კონდომზე.

მოცდის 5-დღიანი პერიოდი

რესპონდენტების უმრავლესობა საუბრობს, რომ ექიმის მიერ მიცემული იქნა მოსაფიქრებელი პერიოდი, თუმცა ყველა მათგანი აღნიშნავს, რომ გადაწყვეტილება აბორტის გაკეთების შესახებ ამ პერიოდში არ შეუცვლიათ. მონაწილეთა მცირე ნაწილი მხოლოდ აღნიშნავს, რომ სმენია, როცა 5-დღიანი მოცდის პერიოდში ქალს გადაუფიქრებია აბორტის გაკეთება. მონაწილეთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა აღნიშნა, რომ მოცდის 5-დღიანი პერიოდი არ გაუვლიათ და პირველივე ვიზიტზე ჩაიტარეს მანიპულაცია.

ის რესპონდენტები, რომლებსაც გამოცდილებაში აქვთ მოცდის 5-დღიანი პერიოდი, აღნიშნავენ, რომ როცა აბორტის გაკეთება ცალსახად გადაწყვეტილია, მოცდის პერიოდი არ ცვლის არაფერს და ქალს მხოლოდ ურთულებს მდგომარეობას.

აბორტის ბარიერები სოფლად გაცხოვრებელ და იძულებით გადაადგილებულ ქალებს შორის

რესპონდენტებმა ისაუბრეს აბორტის ხელშემშლელ ფაქტორებზე, რომლის დროსაც გამოიკვეთა 3 ძირითადი ბარიერი, კერძოდ: 1. აბორტის ღირებულება; 2. კლინიკის სიშორე და ტრანსპორტირების პრობლემა; 3. ბავშვების დატოვების პრობლემა.

აბორტის ღირებულება, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტური აბორტი უფრო ძვირია, ვიდრე ქირურგიული აბორტი (მედიკამენტური აბორტის ფასები დასახელდა 150-230 ლარის ფარგლებში; ქირურგიული აბორტის ღირებულება, 90-200 ლარის ფარგლებში. ფასები განსხვავებულია ქალაქების, კლინიკებისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით). კვლევის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ აბორტის თანხის არქონის გამო ქალები იძულებულები არიან, მიმართონ თვითმართულ აბორტს, რომლის წარუმატებლად დასრულების შემთხვევაში ხშირად ექმნებათ ჯანმრთელობის პრობლემები და/ან იძულებულები არიან, გააჩინონ ბავშვი. თვითმართული აბორტის საშუალებად დაასახელეს: მედიკამენტი (საიტოტეკი), ცხელი წყლის აბაზანები, რძეში გახსნილი არაყი, სიმალლიდან გადმოხტომა, სიმძიმეების აწევა. ჩამოთვლილთაგან ყველაზე გავრცელებულია მედიკამენტების მიღება, რომლის ყიდვაც, როგორც მონაწილეებმა აღნიშნეს, ამ ეტაპზე გართულებულია, რადგან ის მხოლოდ რეცეპტით გაიცემა.

მონაწილეებმა თვითმართული აბორტის გზებზე ინფორმაციის მიღების წყაროდ დაასახელეს: აფთიაქარი, ინტერნეტი და სხვა ქალი (ახლობელი, მეზობელი, ნათესავი), რომელსაც თვითმართული აბორტის წარმატებული გამოცდილება აქვს.

კლინიკის სიშორე და ტრანსპორტირების პრობლემა, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

ტრანსპორტირების პრობლემა აქტუალურია მაღალმთიან სოფლებში მაცხოვრებელი ქალებისთვის და ქალაქებიდან შორს მდებარე დასახლებებისთვის. ისინი აღნიშნავენ, რომ ტრანსპორტირება მათთვის ძვირია და დიდ დროს მოითხოვს. აღნიშნეს, რომ ეს განსაკუთრებით რთულია ზამთრის პერიოდში, როცა დიდთოვლობის გამო გზები იკეტება.

ბავშვების დატოვების პრობლემა, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

კვლევის მონაწილეთაგან მხოლოდ ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ბავშვის დატოვება წარმოადგენს ხელშემშლელ ფაქტორს აბორტზე მიმართვისთვის.

ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევა არ ისახავდა მიზნად ქალების ცოდნის დონის შეფასებას საკვლევი საკითხების ირგვლივ, კვლევის მსვლელობისას გამოვლინდა დაბალი ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ.

ქირურგიული აბორტის გამოცდილება

ის რესპონდენტები, რომელთაც მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება აქვთ, აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტური აბორტი არის კომფორტული, მარტივი, ნაკლებ მტკივნეული და უსაფრთხო.

რესპონდენტი 2: ნარკოზი არ ჭირდება. მტკივნეული არ არის, ინფექციების მხრივაც არ არის საფრთხე გადადების.

რესპონდენტი 1: მტკივნეული ნაკლებად არის, ვიდრე უხეში ბლავგი საგნებით რომ შედიხარ ორგანიზმში. ფსიქოლოგიურად აღიქმება, როგორც მენსტრუალური ციკლი და ეს ძალიან დიდი პლიუსია.

მედიკამენტურ აბორტზე ინფორმაციის მიღების წყაროებად კვლევის მონაწილეებმა დაასახელეს: ექიმი, სხვა ქალი (მეგობარი, ახლობელი, ნათესავი), რომელსაც მედიკამენტური აბორტის წარმატებული გამოცდილება აქვს და სოციალური ქსელი.

რესპონდენტი: რა ვიცი, გაგონილი მქონდა, მსმენოდა მეზობლისგან, ნათესავისგან, უფრო მარტივი გზაა, ისედაც ძალიან მშიშარა ვარ, მეშინოდა ქირურგიულის და რომ თუ ნაყოფი პატარაა შესაძლებელია მედიკამენტოზური აბორტის გაკეთება.

რესპონდენტი 6: მეგობარმა მირჩია მედიკამენტური აბორტი, მითხრა მივსულიყავი ექიმთან და ვთხოვე აღარ მინდა ქირურგიული აბორტი და იქნებ მედიკამენტურით მიმეღწია ჩემი შედეგისთვის.

რესპონდენტი 1: რომ მივედი კლინიკაში ინფორმაცია აბორტის შესახებ მოძიებული მქონდა ინტერნეტიდან. ისეც გავიგე, ერთ-ერთი ჩემი ახლობლისგან.

ის რესპონდენტები, რომელთაც მედიკამენტური აბორტის პოზიტიური გამოცდილება აქვთ, სხვა ქალებსაც მედიკამენტურ აბორტს ურჩევენ, ხოლო ის ქალები, რომელთაც არ აქვთ მედიკამენტური აბორტის გამოცდილება, ან წარუმატებელი გამოცდილება აქვთ (წარუმატებელ გამოცდილებაში გულისხმობენ დამატებითი სამედიცინო ჩარევის საჭიროებას), სხვა ქალებს ურჩევენ ქირურგიულ აბორტს.

რესპონდენტი 7: მე ვურჩევდი მედიკამენტოზურს იმიტომ, რომ შიშის ფაქტორი ნაკლებია და ნაკლებად მტკივნეულია. მარტივი პროცედურაა. ფიზიკური შეხება არ ხდება.

რესპონდენტი 5: ჩემმა ახლობელმა იმ პერიოდში გაიკეთა მედიკამენტოზური და ისეთი კატასტროფული მდგომარეობა იყო, სისხლისგან იცლებოდა სანამ კლინიკაში მოვიდა, ამის მერე ვერ გავრისკე და ვარჩიე ქირურგიული გზა.

ინტერვიუარი: რა მიზეზით ურჩიეთ ქირურგიული? თქვენი გამოცდილების გამო?

რესპონდენტი: ხო ჩემს შემთხვევაში გამოფხეკა გახდა მაინც საჭირო.

ქირურგიული აბორტის გამოცდილება

რესპონდენტები, რომელთაც მხოლოდ ქირურგიული აბორტის გამოცდილება აქვთ, აღნიშნავენ, რომ არასოდეს სმენიათ მედიკამენტური აბორტის შესახებ, ან სმენიათ, მაგრამ პრიორიტეტს მაინც ქირურგიულ აბორტს ანიჭებენ. ეს ხდება სხვადასხვა მიზეზის გამო, კერძოდ:

1. მედიკამენტური აბორტის ეშინიათ, რადგან თვლიან, რომ წამალი ზოგადად საშიშია.
2. ქირურგიული აბორტი უფრო სანდო მეთოდად მიაჩნიათ, ვიდრე მედიკამენტური აბორტი. ეს დამოკიდებულება გამომდინარეობს სხვისი წარუმატებელი გამოცდილებიდან, როცა ქალს დასჭირდა დამატებითი სამედიცინო მანიპულაციები (ასპირაცია).
3. ქირურგიული აბორტის ფასი მათთვის უფრო ხელმისაწვდომია;
4. არ მოსწონთ მედიკამენტური აბორტისთვის საჭირო, დამატებითი, საკონტროლო ვიზიტი (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მედიკამენტური აბორტის გამოცდილების მქონე რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ არ ჰქონიათ მესამე ვიზიტი ექიმთან, რადგან ჩათვალეს, რომ ყველაფერი წესრიგში ჰქონდათ. მონაწილეთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ამბობს, რომ მათ გადაამოწმეს მედიკამენტური აბორტის შედეგი და მიმართეს ექიმს ექოსკოპიისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ თავს კარგად გრძნობდნენ).

რესპონდენტი: რა არის იცით, ახლა მთლად ისეთი არა ვარ ციდან ჩამოფრენილი, არაფერი რომ არ მესმოდეს, მაგრამ მედიკამენტოზური აბორტი, მართლა არ გამიგია. რატომღაც არ გამიგია.

რესპონდენტი: რა თქმა უნდა მაგნეა და მე არავის ვურჩევდი ამის გაკეთებას (საუბარია მედიკამენტურ აბორტზე).

რესპონდენტი: წამალს რომ დაღევ შეიძლება კიდევ დაგჭირდეს გამოფხეკა და მაშინ ფასიც უფრო ძვირი დაგიჯდება, წამლის ცალკე და მერე კიდევ გამოფხეკის და მე ავირჩიე ქირურგიული.

ინტერვიუერი: ქირურგიულ აბორტს რატომ მიანიჭეთ უპირატესობა?

რესპონდენტი: წამლით ას ლარამდე ჯდება და მინი 60 და უფრო ფასის გამო ავირჩიე.

რესპონდენტი: ქირურგიულისას ერთხელ მიხვალ და მორჩა და იქ (საუბარია მედიკამენტური აბორტისას) არ ხარ დარწმუნებული და მერე კიდევ გინევს მისვლა. ქირურგიულში ზუსტად იცი, რომ მორჩა.

ინტერვიუერი: თუ სწორად გავიგე, მესამე ვიზიტი კონტროლის მიზნით იგეგმება ამ კონსულტაციების დროს?

რესპონდენტი 9: ხო მაგას გვთხოვს მკაცრად, მაგრამ ხო გესმოდათ თითქმის არავინ არ მიდის თუ კარგადაა.

აბორტის მომსახურების პროცესის აღწერა

აბორტის გამოცდილებაზე საუბრისას კვლევის მონაწილეებმა აღწერეს აბორტის განხორციელებამდე გავლილი პროცესი, რომელიც შესაძლებელია პირობითად 3 ეტაპად დაიყოს: რეგისტრატურასთან ურთიერთობა, აბორტის წინა კონსულტაცია და მოცდის 5 დღიანი პერიოდი.

რეგისტრატურასთან ურთიერთობა

უნდა აღინიშნოს, რომ რეგიონებში მცხოვრები კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა საუბრობს კლინიკის რეგისტრატურის თანამშრომლების მხრიდან პაციენტის გადანაცვეტილებაში ჩარევის მცდელობაზე. იგებენ რა ქალის მიზნის შესახებ, კლინიკის თანამშრომლები ცდილობენ, დაარწმუნონ ქალი, არ შეწყვიტოს ორსულობა. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ეს რჩევები რელიგიურ ხასიათს ატარებს.

რესპონდენტი: სამი ბავშვი აქ გავაჩინე და კონსულტაციებზე აქ დავდიოდი წლების განმავლობაში და ამიტომ მეგობრულად მიჩნია: ცოდვაა, არ გინდაო, არ მოიშოროო, რადგან უფლის ნებააო.

რესპონდენტი 5: რომ მოვედი, ვუთხარი აბორტის ჩეკი ამომიწერეთქო. შენ რა გითხრაო, ასეთი კარგი ქალბატონი ბრძანდებით და ამ მარხვაში აბორტს როგორ იკეთებო, იმან რა იცოდა მე რომ ძაან ეკლესიური ვიყავი და მორწმუნე, შეძლებისდაგვარად მორწმუნე, თუ არა, ღრმად მორწმუნე ამას არ გააკეთებს, ღრმა მორწმუნე-ბრჭყალებში. აი, რა დამემართა იმ მომენტში არ ვიცი...

ინტერვიუერი: ვის შეხვდით პირველად?

რესპონდენტი: რეგისტრატორს გავესაუბრე, ვუთხარი რაც მინდოდა და ეგრევე მითხრა იქნება დაიტოვოო არ გაიკეთოო, მიჩნია დაფიქრდიო, დარიგებები მომცა.

აბორტის წინა კონსულტაცია

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ კონსულტირების დროს ექიმი ცდილობს გადააფიქრებინოს პაციენტს აბორტის გაკეთება, თუმცა, კვლევის ყველა მონაწილე აღნიშნავს, რომ ამის შედეგად აბორტის გაკეთების გადანაცვეტილება არ შეუცვლიათ.

მოდერატორი: როგორ ფიქრობთ, საჭიროა აბორტის წინა კონსულტაცია?

რესპონდენტი: კი, რატომაუნდა. ძალიან განვიცდიდი რომ მივედი და ძალიან ეცადა რომ გადავეფიქრებინე აბორტის გაკეთება. ჩემს შემთხვევაში სამწუხაროდ არ გამოუვიდა

რესპონდენტი 1: პირველ რიგში ძაან მეხვეწა დაიტოვო . . . რაც შეეძლო ყველაფერზე მელაპარაკა, მაგრამ მე მაინც ჩემ გადანაცვეტილებაზე ვიდექი, მომცა ხუთ დღიანი ვადა.

თვალშისაცემია ის ფაქტი, რომ კონსულტირების პროცესს რესპონდენტები სხვადასხვაგვარად აღწერენ და, აქედან გამომდინარე, რთულია იმაზე სუბარო, თუ რა მიზნებისა და საკითხებისაგან შედგება აბორტის წინა კონსულტირება.

რესპონდენტებს განსხვავებული გამოცდილება აქვთ შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

- აბორტის მეთოდების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება
- აბორტის მეთოდის არჩევის შესაძლებლობა
- შესაძლო გართულებებზე ინფორმაციის მიწოდება
- საინფორმაციო მასალების მიწოდება
- კონტრაცეფციაზე ინფორმირება-კონსულტირება
- ინფორმირებული თანხმობის მიღება

მონაწილეთა მცირე ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ მათ მიეწოდათ ინფორმაცია აბორტის მეთოდების შესახებ და მიეცათ მეთოდებს შორის არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა. თუმცა, ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ ექიმმა მხოლოდ ერთი მეთოდი შესთავაზა და გამომდინარე იქედან, რომ ისინი ენდობოდნენ ექიმებს, დათანხმდნენ შეთავაზებულ მეთოდს.

რესპონდენტი: კი მომანოდა ინფორმაცია ქირურგიული და მედიკამენტოზური აბორტის შესახებ და რომელს ავირჩევდი შემეკითხა. მე ვუთხარი რომ ავირჩევდი მედიკამენტოზურ აბორტს.

რესპონდენტი: არ ვიცი. მითხრა პირდაპირ, რომ უნდა გამეკეთებია მედიკამენტური.

რესპონდენტების მცირე ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ მათ წინასწარ ესაუბრნენ აბორტის შესაძლო გართულებებზე. ნაწილი კი აღნიშნავს, რომ ექიმმა მხოლოდ პროცედურის შემდგომ მიაწოდა ტელეფონის ნომერი და მისცა მითითება, რომ ქარბი სისხლდენის შემთხვევაში დაერეკა მასთან.

რესპონდენტი 5: მსგავსი რამე არ ყოფილა, გართულებებზე არ უსაუბრია ნამდვილად, ბოლოს პროცედურა რომ დამთავრდა, მაშინ მომცა ტელეფონის ნომერი და ოდნავ რამეთუ შეამჩნიო იმ წუთში ჩემთან ხარო.

რესპონდენტი: კი, მითხრა. შეიძლებოდა მოყოლოდა ძლიერი სისხლდენა და ძლიერი ტკივილები და თუ საჭირო იქნებოდა უნდა დამერეკა მასთან

რესპონდენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათ მიეწოდათ საინფორმაციო ფურცელი (პაციენტის გზამკვლევი), ნაწილს კი მსგავსი გამოცდილება არ ჰქონია.

ინტერვიუარი: ეს ბროშურა მანამდე მოგცათ ხუთი დღე სანამ ფიქრობდით თუ მერე.

რესპონდენტი: მანამდე წავიკითხე გავეცანი.

ინტერვიუარი: მოგანოდეს, თუ არა საინფორმაციო ფურცელი, აბორტთან დაკავშირებულ საკითხებზე?

რესპონდენტი: არა, ასეთი რამე არ ყოფილა.

მონაწილეთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ მოაწერა ხელი ინფორმირებული თანხმობის ფორმას, ნაწილი საუბრობს, რომ ეს პროცედურა არ გაუვლიათ.

რესპონდენტი: არა ასეთი რამე რომ მოეცათ რამე არ ყოფილა. არც ხელი მომიწერია.

რესპონდენტი: თუ გაქვსო სურვილიო წავიკითხო და მოაწერეო ხელიო და მე ვუთხარი რომ ვეთანხმები ყველაფერსო და არ წამიკითხია, მოვანერე ხელი.

რესპონდენტების მცირე ნაწილი აღნიშნავს, რომ ექიმმა მიაწოდა ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე. მათ, უმეტესად, სპირალისა და იმპლანტის გამოყენება შესთავაზეს. მხოლოდ მცირე ნაწილი საუბრობს კონტრაცეპტიულ აბებზე, სტერილიზაციასა და კონდომზე.

ინტერვიუერი: ოჯახის დაგეგმვაზე, თავდაცვის გზებზე ხომ არ ყოფილა საუბარი?

რესპონდენტი: არა, არაფერი.

მოდერატორი: თუ მოგაწოდებთ ექიმმა ინფორმაცია ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებზე?

რესპონდენტი: ამაზე საუბარი ჩვენ გვქონდა. მე მანამდე არაფერი გამომიყენებია, მართო რიცხვებს ვითვლიდი. მერე მითხრა ექიმმა, ამ აბორტამდე რომ ვიყავი მისული, მიხედე თავს, პოლიპები მქონდა, ამას მივხედოთ და მერე ჩავიდგამ სპირალსო.

ინტერვიუერი: ოჯახის დაგეგმვაზე თუ გელაპარაკებთ ექიმი?

რესპონდენტი 1: კი, ამჟღავნებ მოდიო ან სპირალი ჩაიდგო.

მოცდის 5-დღიანი პერიოდი

რესპონდენტების უმრავლესობა საუბრობს, რომ ექიმის მიერ მიცემული იქნა მოსაფიქრებელი პერიოდი, თუმცა ყველა მათგანი აღნიშნავს, რომ გადაწყვეტილება აბორტის გაკეთების შესახებ ამ პერიოდში არ შეუცვლიათ. მონაწილეთა მცირე ნაწილი მხოლოდ აღნიშნავს, რომ სმენია, როცა 5-დღიანი მოცდის პერიოდში ქალს გადაუფიქრებია აბორტის გაკეთება. მონაწილეთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა აღნიშნა, რომ მოცდის 5-დღიანი პერიოდი არ გაუვლიათ და პირველივე ვიზიტზე ჩაიტარეს მანიპულაცია.

რესპონდენტი 5: კი უბრალოდ არ მინდოდა ეს ხუთი დღე საშინელი ტოქსიკოზი მაქვს და მინდოდა დროზე მომეშორებია, მაგრამ არაო, მომცა ხუთი დღე მოსაფიქრებელი, გადაწყვეტილი მქონდა, რომ უნდა გამეკეთებია და გავიკეთე.

მოდერატორი: ხო მაგას გეკითხებით, და იცნობთ ასეთ ადამიანებს, ვინც გადაიფიქრა 5 დღეში აბორტის გაკეთება?

რესპონდენტი: კი, ერთს ვიცნობ კი, გაუჩენია

რესპონდენტი 2: არა, არაა ნამდვილად საჭირო. მე უფრო დავმძიმდი, ვჭავრობდი.

რესპონდენტი 3: მე რა ვიცი, ისეთი არაფერი, ვნერვიულობდი ძაან, მაინც უნდა გამეკეთებია ვიცოდი და რაც უფრო მალე დამთავრდებოდა ეს ყველაფერი, მერჩია.

ინტერვიუერი: კარგით, ახლა იმ მოსაფიქრებელ რამოდენიმე დღეზე მითხარით რამე, შეცვალა თქვენ გადაწყვეტილებაში რამე?

რესპონდენტი: არა მე გადაწყვეტილი მქონდა მტკიცედ, უნდა მომეცილებია.

მოდერატორი: ხუთი დღე იფიქრეთ კანონი მავალდებულებასო ასეთი რამე არ ყოფილა? ესეთი რამე არ გახსოვთ?

რესპონდენტი: არა, არა

მოდერატორი: იმავე დღეს ჩაგიტარდათ პროცედურა თუ დაგიბარეს სხვა დღეს?

რესპონდენტი: არა, მე ვთხოვე რომ სახლში არ გავეშვი, აზრი არ აქვს მეთქი და იმ დღესვე გამიკეთა აბორტი.

ის რესპონდენტები, რომლებსაც გამოცდილებაში აქვთ მოცდის 5-დღიანი პერიოდი, აღნიშნავენ, რომ როცა აბორტის გაკეთება ცალსახად გადაწყვეტილია, მოცდის პერიოდი არ ცვლის არაფერს და ქალს მხოლოდ ურთულებს მდგომარეობას.

რესპონდენტი 9: მე ცუდად ვარ ერთი დღეც რომ გადამიშორდება და ეს ხუთი დღე ჩემთვის ძალიან მძიმეა და ვისაც ნამდვილად არ უნდა, არ აპირებს გაჩენას, ეს ხუთი დღე წამებაა.

რესპონდენტი: ისე, არ არის საჭირო არანაირი მოცდა, როცა გადაწყვეტილი გაქვს ქალს, მაინც არაფერი იცვლება

აბორტის ბარიერები სოფლად მაცხოვრებელ და იძულებით გადაადგილებულ ქალებს შორის

რესპონდენტებმა ისაუბრეს აბორტის ხელშემშლელ ფაქტორებზე, რომლის დროსაც გამოიკვეთა 3 ძირითადი ბარიერი, კერძოდ: 1. აბორტის ღირებულება; 2. კლინიკის სიშორე და ტრანსპორტირების პრობლემა; 3. ბავშვების დატოვების პრობლემა (ეს ბარიერი კვლევის მხოლოდ ერთმა მონაწილემ დაასახელა).

აბორტის ღირებულება, რომორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტური აბორტი უფრო ძვირია, ვიდრე ქირურგიული აბორტი (მედიკამენტური აბორტის ფასები დასახელდა 150-230 ლარის ფარგლებში; ქირურგიული აბორტის ღირებულება, 90-200 ლარის ფარგლებში. ფასები განსხვავებულია ქალაქების, კლინიკებისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით). კვლევის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ აბორტის თანხის არქონის გამო ქალები იძულებულები არიან, მიმართონ თვითმართულ აბორტს, რომლის წარუმატებლად დასრულების შემთხვევაში ხშირად ექმნებათ ჯანმრთელობის პრობლემები და/ან იძულებულები არიან, გააჩინონ ბავშვი. თვითმართული აბორტის საშუალებად დაასახელეს: მედიკამენტი (საიტოტეკი), ცხელი წყლის აბაზანები, რძეში გახსნილი არაყი, სიმადლიდან გადმოხტომა, სიმძიმეების აწევა. ჩამოთვლილთაგან ყველაზე გავრცელებულია მედიკამენტების მიღება, რომლის ყიდვაც, როგორც მონაწილეებმა აღნიშნეს, ამ ეტაპზე გართულებულია, რადგან ის მხოლოდ რეცეპტით გაიცემა.

მონაწილეებმა თვითმართული აბორტის გზებზე ინფორმაციის მიღების წყაროდ დაასახელეს: აფთიაქარი, ინტერნეტი და სხვა ქალი (ახლობელი, მეზობელი, ნათესავი), რომელსაც თვითმართული აბორტის წარმატებული გამოცდილება აქვს.

რესპონდენტი 3: კი, გამიგია. ზოგი წამალს სვამს, ზოგი სიმძიმეს წევს, ზოგი ვენაში იკეთებს კალცის და არ ვიცი ზუსტად რას, არის ასეთი შემთხვევები და მე მგონი უფრო გაჭირვების და უფულობის გამო არის ეს...

რესპონდენტი 6: მეც მირჩიეს დამეღია რაღაც აბი, ან რძეში გახსნილი არაყი, ბევრისგან გამიგია, რომ ასი ლარი რო არ ღირდეს და ორმოცდაათი ღირდეს, მივიდოდი ექიმთანო, უფრო გავრისკავდიო. ამის გამო რაღაც წამლებს ღებულობს, ათასნაირ ნახარშებს ღებულობს და არ არის ეს კარგი.

რესპონდენტი 4: აი, მე გამიკეთებია, არ მქონდა საშუალება ექიმთან მისვლის, ვიყიდე საიტოტეკი ხუთი ლარი დაჯდა დავლიე ერთი ორი ლოყის უკან ჩავიდევინე და ერთი ვაგინალურად.

ინტერვიუერი: და შედეგი როგორი იყო ?

რესპონდენტი: არანაირი შედეგი არ გამოვიდა და მაინც დამჭირდა ექიმთან ვიზიტი ნაყოფი გაფუჭებული იყო და მომიწია აბორტის გაკეთება უკვე ექიმთან.

რესპონდენტი: ერთხელ იყო შემთხვევა სოფლიდან იყო ჩამოსული ის გოგო, თავისით მიიღო წამლები, ოღონდ ამ წამლებმა ვერ იმოქმედა. ჩამოვიდა ექოზე, ნაყოფი არ იყო დაზიანებული, თან იყო დიდი უკვე სამი თვის. ექიმმა აღარ მოაშორა, შერჩა ეს ბავშვი. დაიბადა და გაიზარდა ჯანმრთელი (იცინის)

რესპონდენტი 8: ნამდვილად არ არის ხელმისაწვდომი თანხა უმრავლესობისთვის (საუბარია აბორტის თანხაზე) და იძულებული ხდებიან იყიდონ ის წამალი, რასაც ადრე სვამდნენ საიტოტეკს ვგულისხმობ, მე მაქვს ადრე დანალევნი ეს წლების წინ, რეცეპტების გარეშე რომ იყიდებოდა, მერე არ მომეშალა და ორსულობა შეჩერებული იყო არ წამომივიდა და ნაყოფი იყო გაფუჭებული.

მონაწილეებმა თვითმართული აბორტის გზებზე ინფორმაციის მიღების წყაროდ დაასახელეს: აფთიაქარი, ინტერნეტი და სხვა ქალი (ახლობელი, მეზობელი, ნათესავი), რომელსაც თვითმართული აბორტის წარმატებული გამოცდილება აქვს.

რესპონდენტი 4: ინტერნეტში რომ შეხვალ რა არ შეგიძლია მოიძიო და ანალოგიური მქონდა სამსახურში, ესე იყო ორსულად ჩემი თანამშრომელი და ყველა ქალის პრობლემა რომ არის ვგულშემატკივრობდით, წავიდა იყიდა წამლები და ყოველ ერთ საათში ენის ქვეშ უნდა დაიდო, მეც რომ გამოვთქვი ვაიმე მგონი ორსულად ვარ იყო ესეთი შემთავაზებები, ესლა იქ უნდა ჩახვიდეო, ელოდოო, მთელი ამბებით.

რესპონდენტი 2: მე მაგალითად ვიცი რომ აფთიაქებში ეუბნებიან ქალებს, რომ ცაიტოტეკი არის იგივე წამალი რასაც ექიმი გაძლევს. იქ იხდი 160 ლარს და ცაიტოტეკი ღირს 30 თეთრი.

კლინიკის სიმთრე და ტრანსპორტირების პრობლემა, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

ტრანსპორტირების პრობლემა აქტუალურია მაღალმთიან სოფლებში მაცხოვრებელი ქალებისთვის და ქალაქებიდან შორს მდებარე დასახლებებისთვის. ისინი აღნიშნავენ, რომ ტრანსპორტირება მათთვის ძვირია და დიდ დროს მოითხოვს. აღნიშნეს, რომ ეს განსაკუთრებით რთულია ზამთრის პერიოდში, როცა დიდთოვლობის გამო გზები იკეტება.

რესპონდენტი: ზამთრის პერიოდში მითუმეტეს გზები იკეტება, თოვლია

მოდერატორი: ხშირად იკეტება გზები, ამ ზამთარს იყოს ასეთი შემთხვევა?

რესპონდენტი: კი, კი

მოდერატორი: არის შემთხვევა, რომ ცენტრალური გზა არ იწმინდება?

რესპონდენტი: თუ ყინვებია, მაგარი თოვლია ვერ მოხერხდება

მოდერატორი: ანუ, თქვენ თქვენი გადმოსახედიდან, როგორ შეაფასებდით ტრანსპორტი არის ხელისშემშლელი ფაქტორი თუ არა, რომ ადამიანი წავიდეს და მიიღოს სამედიცინო სერვისი?

რესპონდენტი: კი შეიძლება იყოს კი, ანუ ვინც სოფლად ცხოვრობს და ცოტა მოშორებით, იმისთვის იქნება კი.

მოდერატორი: ე.ი. იმისთვის, რომ სოფლიდან ჩამოვიდეს და უკან დაბრუნდეს ქალი, მართო ტრანსპორტირებას ქირდება 7 საათი და პლიუს იმ პროცედურების გავლას, ექიმის კონსულტაციის მიღებას მინიმუმ ერთი საათი, კიდევ რიგში თუ არ დგახარ

რესპონდენტი: ანუ იქედან, რომ ჩამოხვალ იმ დღესვე ვეღარ დაბრუნდები

ინტერვიუერი: რა ჯდება ტრანსპორტირება?

რესპონდენტი: 20 ლარი ჯდება 1 გზა. ტრანსპორტი არის. დილით უნდა გამოხვიდე რომ საღამოს აქ იყო. უნდა დარჩე მერე ღამე აქ. მე დასარჩენი მაქვს ბათუმში. ოჯახის წევრები მყავს. სხვა ქალებისთვის ალბათ იქმნება პრობლემა ვისაც დასარჩენი არა აქვს. ვისთვის როგორ.

ბავშვების დაბრუნების პრობლემა, როგორც აბორტზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი

კვლევის მონაწილეთაგან მხოლოდ ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ბავშვის დაბრუნება წარმოადგენს ხელშემშლელ ფაქტორს აბორტზე მიმართვისთვის.

რესპონდენტი: ბავშვების დამტოვებელი თუ არ ყავს, ესეც პრობლემაა სამჯერ უნდა დატოვოს ბავშვები (მედიკამენტური აბორტის ვიზიტების რაოდენობიდან გამომდინარე).

ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევა არ ისახავდა მიზნად ქალების ცოდნის დონის შეფასებას საკვლევი საკითხების ირგვლივ, კვლევის მსვლელობისას გამოვლინდა დაბალი ინფორმირებულობა რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ. მონაწილეთა ნაწილის მიერ გამოითქვა სურვილი, რომ ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა გაიზარდოს და დაასახელებს ერთერთი გზა, კერძოდ საინფორმაციო ბროშურები.

რესპონდენტი 6: მე პირადად ვისურვებდი, ისე სულ რაღაცნაირად ვარ ჩაციკლული ამ ბროშურებზე და ინფორმაციებზე, მეტი ინფორმაცია იყოს ხელმისაწვდომი.

რესპონდენტი 7: მეტი ინფორმაცია თუ გვექნება ამ ყველაფერზე, ალბათ უფრო ნაკლები იქნება თუნდაც აბორტების რიცხვი.

დასკვნები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე შესაძლებელია დავასკვნათ შემდეგი:

სავალდებულო 5-დღიანი მოცდის პერიოდი უმეტეს შემთხვევაში არ აისახება ქალის გადაწყვეტილებაზე და მხოლოდ წარმოადგენს დამაბრკოლებელ და სტრესულ ფაქტორს აბორტის სერვისის მიღებისას.

მედიკამენტური აბორტის შედეგის გადასამოწმებლად ექიმთან დამატებითი საკონტროლო ვიზიტი (რომელიც საერთაშორისო და ეროვნული სახელმძღვანელო სიმედიცინო არ არის რეკომენდირებული, მაგრამ რესპონდენტები ხშირად აღნიშნავენ), უმრავლეს შემთხვევაში დამაბრკოლებლად მოქმედებს მედიკამენტური აბორტის, როგორც მეთოდის შერჩევაზე. შეიძლება ითქვას, რომ ასეთი საჭიროების ხაზგასმა ქალებში იწვევს ამ მეთოდის მიმართ უნდობლობას (განსხვავებით ქირურგიული აბორტისგან, როცა დამატებითი ვიზიტის საჭიროება დგება მხოლოდ გარკვეული რისკების შემთხვევაში).

დაბალი შემოსავლები, ტრანსპორტირების პრობლემები, კლინიკების სიშორე, რისკის ქვეშ აყენებს სოფლად მცხოვრებ ქალებს (მათ შორის იძულებით გადაადგილებულ პირებს) მიმართონ თვითმართულ აბორტს და/ან იძულებულს ხდის მათ, შეინარჩუნონ ნაყოფი, რაც არღვევს ჯანმრთელობისა და პირადი ცხოვრების, ასევე ქალის ფიზიკური თვითგამორკვევის უფლებას.

კლინიკის ადმინისტრაციული პერსონალის მხრიდან ჩარევა ქალის გადაწყვეტილებაში, ჩაიტაროს აბორტი, არაკომფორტულ მდგომარეობაში აყენებს ქალებს, ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებების, განსაკუთრებით კი ჯანმრთელობის უფლების შესახებ საერთაშორისო კონვენციებს და არათავსებადია კეთილგანწყობილ და ხარისხიან სერვისებთან.

სოფლად მცხოვრები და იძულებით გადაადგილებული ქალების ინფორმირებულობა კონტრაცეფციის, აბორტის მეთოდების, ჯანმრთელობის და ხელმისაწვდომი სერვისების შესახებ დაბალია.

კვლევის მონაწილეთა აბორტისწინა კონსულტირების განსხვავებული გამოცდილება კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს კონსულტირების პროცესის სტანდარტების პრაქტიკაში გამოყენებას.

რეკომენდაციები

1.საჭიროა, მედიკამენტური აბორტის პრაქტიკა შესატყვისობაში მოვიდეს ეროვნულ გაიდლაინთან და სართაშორისო რეკომენდაციებთან (არ დაინიშნოს მესამე ვიზიტი), რომ მოიხსნას ისეთი ბარიერები, როგორიცაა ტრანსპორტირება, კლინიკის სიშორე, დამატებითი ფინანსური ხარჯი და სხვა, და რომელიც განსაკუთრებით აქტუალურია მაღალმთიან რეგიონებში და რაიონული ცენტრებიდან მოშორებით მცხოვრები ქალებისათვის. და რომელიც არანაკლებ მნიშვნელოვანია პანდემიის პირობებში კლინიკაში ვიზიტების შემცირების მიზნით.

2.მნიშვნელოვანია გადაიხედოს მოსაფიქრებელი 5 დღიანი ვადა, რომელიც წარმოადგენს დამატებით ბარიერს, როგორც ქალის ფიზიკური თვითგამორკვევის უფლებისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის , ასევე კლინიკაში ვიზიტების რაოდენობისა და ფინანსური კუთხით.

3.მნიშვნელოვანია ქალების ინფორმირება რეპროდუქციული უფლებების, ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის მეთოდების შესახებ, რომელიც უნდა განხორციელდეს როგორც ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებსა და სამშობიაროებში, ასევე პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.

4.მნიშვნელოვანია კონსულტირების პროცესის პრაქტიკაში გამოყენება ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის ეროვნული პროტოკოლის შესაბამისად.

5.მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის გადამზადება, რათა უზრუნველყოფილი იყოს პაციენტებისთვის ხარისხიანი, მიუკერძოებელი და კეთილგანწყობილი სერვისის მიწოდება მომსახურების ყველა ეტაპზე.

6.საჭიროა, შემუშავდეს და ამუშავდეს აბორტის მომსახურების (სამედიცინო პროცედურის გარდა) ხარისხის კონტროლის მექანიზმები



საინფორმაციო სამედიცინო-
ფსიქოლოგიური ცენტრი



Grand Challenges Canada®
Grands Défis Canada

პროექტის “აბორტის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება
საქართველოში” მხარდაჭერა “დიდი გამოწვევები კანადა”.

“დიდი გამოწვევები კანადა”-ს აფინანსებს კანადის მთავრობა
და მისი მიზანია, მხარი დაუჭიროს დიდი გავლენის მქონე
გაბედულ იდეებს