

INSTITUTE OF SOCIAL STUDIES AND ANALYSIS  
სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი



# აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება

(ანალიტიკური ანგარიში)



# აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება

(ანალიტიკური ანგარიში)

ანალიტიკური ანგარიშის მომზადება: ანა ყარალაშვილი  
სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება: ბელა რეხვიაშვილი  
კვლევის ინსტრუმენტის ადაპტირება: სოფიო დავითური  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი ექსპერტი: გულნარა შელია  
ჯანდაცვის სისტემების სპეციალისტი ექსპერტი: ნიკოლოზ წულეისკირი  
© 2016, ასოციაცია "ჰერა XXI", ყველა უფლება დაცულია

## შინაარსი

შესავალი .....	4
შემაჯამებელი დასკვნა .....	5
<b>1. კვლევის მეთოდოლოგია .....</b>	<b>10</b>
1.1 კვლევის მიზანი და ამოცანები .....	10
1.2 გამოყენებული მეთოდები .....	10
1.2.1 თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა .....	10
1.2.2 რაოდენობრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა .....	12
<b>2. კვლევის შედეგები .....</b>	<b>14</b>
2.1 ზოგადი ინფორმაცია კვლევაში მონაწილე კლინიკების შესახებ .....	14
2.2 კლინიკების კეთილმოწყობა .....	18
2.3 აბორტის სერვისი .....	21
2.3.1 სტატისტიკური მონაცემები კლინიკებში აბორტის მომსახურების შესახებ .....	21
2.3.2 განყოფილებები, სადაც ხდება აბორტის სერვისის მიწოდება .....	23
2.3.3 სამედიცინო პერსონალის ტიპი, რაოდენობა და ფუნქციები .....	25
2.3.4 აბორტის სერვისები .....	32
2.3.5 ოჯახის დაგეგმვა .....	52
2.3.6 აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა .....	58
2.3.7 შეზღუდვები ცალკეული ჯგუფებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებით .....	61
2.4 სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია და უწყვეტი განათლება .....	63
2.5 მომსახურების ხარისხის კონტროლი .....	69
<b>დანართები .....</b>	<b>74</b>
დანართი 1 კვლევაში მონაწილე კლინიკების სია .....	74
დანართი 2 ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი .....	79
დანართი 3 რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი .....	84
რესპონდენტის მისამართი და ტელეფონი (მისი სურვილის შემთხვევაში) .....	84
<b>A. ზოგადი ინფორმაცია კლინიკის შესახებ .....</b>	<b>85</b>
<b>B. კლინიკის ინფრასტრუქტურა .....</b>	<b>86</b>
<b>C. ზოგადი ინფორმაცია აბორტის სერვისების შესახებ .....</b>	<b>88</b>
<b>D. აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა .....</b>	<b>93</b>

## შესავალი

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა შობადობის კონტროლის ერთ-ერთი საშუალებაა, რაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, თავის მხრივ, არის საზოგადოების კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი. საბჭოთა კავშირში არსებული დამოკიდებულებების გამო, ლეგალური უსაფრთხო აბორტის სერვისების განვითარებისა და დახვეწის პროცესები საქართველოში, სხვა ქვეყნებთან შედარებით, გვიან დაიწყო. მიუხედავად იმისა, რომ მოგვიანებით რეპროდუქციულ ჯანდაცვასა და აბორტის პრაქტიკაში მოხდა დიდი ცვლილებები, სხვადასხვა კვლევა ადასტურებს, რომ ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის სერვისებთან დაკავშირებით დღეს კვლავ უამრავი პრობლემა არსებობს, მათ შორის: ექიმების ან სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან უარი აბორტის სერვისის მიწოდებაზე, 5-დღიანი მოსაცდელი პერიოდის შეუსაბამობა ქალთა საჭიროებებთან, ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, რელიგიური ღირებულებების ნეგატიური გავლენა ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტაზე და სხვა<sup>1</sup>. ასევე, მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის რეპროდუქციული საკითხების შესახებ ქალთა ინფორმირებულობის დაბალი დონე. დასახელებული და სხვა ფაქტორების გავლენით მცირდება აბორტის სერვისის ხარისხი და მისი ხელმისაწვდომობა ქალებისთვის.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციების მიხედვით, აღნიშნული პრობლემების გადაჭრა შესაძლებელია მოხდეს რამდენიმე მიმართულებით: მოხდეს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ბაზარზე კონკურენციის ხელშეწყობა მომსახურების მიმწოდებლების რიცხვის გაზრდის გზით; მოხდეს მომსახურების მიწოდების გეოგრაფიული ბარიერების შემცირება და კლიენტთა ინფორმირება, რაც შესაძლებელს გახდის მათ გადამისამართებას იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელიც მიაწვდის ქალს სასურველ აბორტის მეთოდს; მოხდეს სამედიცინო ფასის რეგულირება მომსახურების მიმწოდებლების მიერ ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით კონკურენციის გაზრდის გზით.

აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული საკითხების დარეგულირება და პრაქტიკაში დანერგვა, პირველ რიგში, მოითხოვს საქართველოში მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული სიტუაციის სიღრმისეულ შესწავლასა და ანალიზს. სწორედ ამიტომ, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჰერა XXI-მა“ აიღო ინიციატივა, სოციოლოგიური კვლევების მეშვეობით შეეფასებინა საქართველოში აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობა, ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვა, საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის გავრცელებული სერვისებისა და პრაქტიკები და გამოეკვეთა ამ საკითხების პრობლემური ასპექტები. საკითხის კომპლექსურობიდან და კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, პირველ ეტაპზე შესწავლილ იქნა სერვისის პროვაიდერების მოსაზრებები და დამოკიდებულებები.

1

## შემაჯამებელი დასკვნა

აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასების კვლევითი პროექტი ჩატარდა სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის მიერ არასამთავრობო ორგანიზაცია „პერა XXI-ის“ დაკვეთით. კვლევის მიზანი იყო საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში მცხოვრები ქალებისათვის აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის შესწავლა და არსებული ხარვეზების გამოვლენა. კვლევის ამოცანებიდან გამომდინარე, მოხდა თვისებრივი და რაოდენობრივი კომპონენტების სინთეზი. რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა საქართველოში არსებულ ყველა იმ კლინიკაში, სადაც კეთდება აბორტი (გამონაკლისს წარმოადგენდა კლნიკები, რომელთაც კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადეს) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანალოგიური კვლევის კითხვარის გამოყენებით, რომლის ადაპტირებას საფუძვლად დაედო ფოკუს-ჯგუფის გამოკითხვის შედეგები. ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა საქართველოს მასშტაბით ფერტილობის ასაკის მქონე ქალებთან და მოიცვა აბორტის სერვისთან დაკავშირებული სხვადასხვა საკითხი. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში, პირისპირ ინტერვიუს მეთოდის გამოყენებით გამოკითხა კლინიკის ის თანამშრომლები, ვისაც ჰქონდა შესაბამისი კომპეტენცია და ინფორმაცია დაწესებულებაში აბორტის სერვისის მიწოდების საკითხებთან დაკავშირებით. სავსე სამუშაოები მიმდინარეობდა 2015 წლის აპრილი-ნოემბერში. კვლევაში მონაწილეობდა 100 სამედიცინო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით<sup>2</sup>.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ აბორტის სერვისების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში კეთილმოწყობისა და სანიტარული ნორმების დაცვის მხრივ არ არის ერთგვაროვანი მდგომარეობა. უკანასკნელ წლებში რეაბილიტირებულ კლინიკებში შედარებით უკეთესი მდგომარეობა დაფიქსირდა. თუმცა, არსებობს კლინიკები, სადაც აღინიშნება ისეთი პრობლემები, როგორცაა, უხარისხო წყალი, შეფერხება ელ.ენერჯისა და წყლის მიწოდებისას, მოუწესრიგებელი კაბინეტები და სხვა. ასევე, იკვეთება მომსახურებასთან დაკავშირებული პრობლემები, როგორცაა რიგები, სამედიცინო პერსონალის უწყურადღებობა, არასაკმარისი ინფორმაციისა და არასრული მომსახურების მიწოდება, სამედიცინო პერსონალსა და კლიენტს შორის არასრულფასოვანი კომუნიკაცია და სხვა.

კლინიკებში ქალებს აბორტის მომსახურებას სთავაზობენ სხვადასხვა განყოფილებაში, მათ შორის, გინეკოლოგიურ, აბორტის, ამბულატორიულ, სამშობიარო, ქირურგიის განყოფილებებსა და სპეციალიზებულ კაბინეტებში. მართალია, ზოგადად, აბორტისთვის ცალკე განყოფილების არსებობა სასურველია, თუმცა, დაწესებულებები არ არიან შეზღუდულნი, რომ აბორტის საპროცედურო ოთახები გამოყონ გინეკოლოგიურ ან სხვა განყოფილებაში განყოფილებაში, სადაც ძირითადად დასაქმებულია გინეკოლოგი და ექთანი, რაც შეესაბამება პროტოკოლის მოთხოვნებს. ასევე, კლინიკათა უმრავლესობაში დასაქმებულია ისეთი სამედიცინო პერსონალიც, როგორცაა: თერაპევტი, პედიატრი, კან-ვენეროლოგი, ენდოკრინოლოგი, უროლოგი, სანიტარი, სექსოპათოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, სექსოლოგი, ემბრიოლოგი, მამოლოგი და სხვა. სამედიცინო პერსონალის ტიპი და რაოდენობა არ არის ერთგვაროვანი სხვადასხვა კლინიკაში.

სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენელთა განცხადებით, კლინიკათა უმრავლესობაში აბორტის სერვისის ფარგლებში, აბორტის პროცედურის გარდა ტარდება პრე- და პოსტაბორტული

<sup>2</sup> დაწესებულებების სია იხ. დანართი (დანართი1)

კონსულტაციებიც. თუმცა, ფოკუს-ჯგუფის შედეგები მოწმობს, რომ ეს სერვისები იშვიათად მიეწოდებათ კლიენტებს სრულყოფილად. პრეაბორტული კონსულტაციის დროს ექიმები, უმეტესად, ზერელე ინფორმაციას აწვდიან კლიენტებს აბორტის პროცედურის, მეთოდების და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხების შესახებ. ასეთ შემთხვევაში ირღვევა პაციენტის უფლება, რადგან იგი იძულებულია, საბოლოო გადაწყვეტილება საკმარისი ინფორმაციის ფლობის გარეშე მიიღოს. ასევე, ჩნდება რისკი, რომ ექიმმა, პაციენტის ნებისგან დამოუკიდებლად, თვითნებურად შეარჩიოს ის მეთოდი, რომელიც მისთვისაა მოსახერხებელი და არ გაითვალისწინოს პაციენტის საჭიროებები. როგორც წესი, პრეაბორტული კონსულტაციის დროს ექიმმა პაციენტს უნდა გააცნოს აბორტის ყველა აპრობირებული მეთოდი და იმ შემთხვევაში, როცა კლინიკაში ქალისთვის სასურველი მეთოდი არ გამოიყენება, გადაამისამართოს ისეთ დაწესებულებაში, სადაც აბორტის ეს მეთოდი ხელმისაწვდომია. მართალია, გადაამისამართების სერვისი არსებობს კლინიკათა ნაწილში, თუმცა, პრაქტიკაში მას იშვიათად იყენებენ, ძირითადად, მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებში. მართალია, გადაამისამართების სერვისები არ არის სავალდებულო კლინიკებისთვის, მაგრამ მათი არსებობა და პრაქტიკული გამოყენება მიუთითებს მომსახურების მაღალ ხარისხზე. გარდა აღნიშნულისა, ფოკუს ჯგუფის შედეგები მოწმობს, რომ პრეაბორტული კონსულტაციის დროს თითქმის არასდროს ტარდება ჯანმრთელობის სრულფასოვანი გამოკვლევა, მაშინ, როცა აბორტის პროცედურამდე რეკომენდირებულია სტანდარტული ფიზიკალური და გინეკოლოგიური გამოკვლევებისა და მინიმალური ლაბორატორიული ანალიზის ჩატარება. რაც შეეხება პოსტაბორტული კონსულტაციას, უმეტესად, საჭიროებისამებრ ტარდება, თუმცა, ზოგჯერ ქალებს არც კი აქვთ ინფორმაცია მსგავსი სერვისის არსებობის შესახებ, რაც ხელს უშლის ქალის ზოგადი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას და არასასურველი ორსულობის პრევენციას, რასაც ადასტურებს ფოკუს-ჯგუფის შედეგები: ქალები აღნიშნავენ, რომ აბორტის შემდეგ ხშირად აქვს ადგილი გართულებებს. ეს შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვადასხვა ფაქტორებით, რომლებიც უკავშირდება აბორტის მეთოდს და მის რელევანტურობას პაციენტისთვის, ექიმის პროფესიონალიზმს, პაციენტის ინდივიდუალურ მახასიათებლებთან და სხვა. უკუჩვენებების თავიდან აცილება ან რისკის შემცირება შესაძლებელია მეთოდის სწორი შერჩევით, ამიტომ მიზანშეწონილია ექიმმა გაითვალისწინოს თითოეულ მეთოდთან დაკავშირებული ჩვენება/უკუჩვენებები, რაც პროტოკოლშია გაწერილი და შეარჩიოს მაქსიმალურად რელევანტური მეთოდი თითოეული პაციენტისთვის.

რაც შეეხება უშუალოდ აბორტის პროცედურას, სერვისის პროვაიდერები კლიენტებს სთავაზობენ როგორც პირველი ტრიმესტრის, ისე მეორე ტრიმესტრის აბორტს. კლინიკებში ხელმისაწვდომია აბორტის ერთი ან რამდენიმე მეთოდი - დილატაცია და კიურეტაჟი, ვაკუუმ ასპირაცია (ელექტრო და მანუალური), მედიკამენტოზური აბორტი. როგორც ფოკუს ჯგუფის, ისე გამოკითხვის შედეგები მოწმობს, რომ ქალები ყველაზე ხშირად იკეთებენ მედიკამენტოზურ აბორტს და მანუალურ ვაკუუმ ასპირაციას.

ფოკუს ჯგუფის შედეგები მოწმობს, რომ ქალების ინფორმირებულობა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებთან დაკავშირებით ძალიან დაბალია, რაც, ზოგჯერ აბორტის, როგორც მიღებული პრაქტიკის დანერგვის მიზეზი ხდება. ასევე, ქალები ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით ზოგჯერ იყენებენ სამედიცინო თვალსაზრისით მიუღებელ საშუალებებს, რასაც, ხშირად თან ახლავს სხვადასხვა სახის გართულება და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება. სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა, აბორტის შემდეგ, კლიენტებს სთავაზობს ოჯახის



დაგეგმვის სერვისებს, მათ შორის, საშვილოსნოსშიგა სპირალს, პრეზერვატივს, ორალურ მეთოდებს, კონტრაცეფციას და სხვა. ოჯახის სერვისების შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო ქალებისთვის არის სამედიცინო დაწესებულება, თუმცა, სექსუალური ცხოვრების დაწყებამდე (ამ შემთხვევაში, ძირითადად, ქორწინებამდე) ქალები, ფაქტიურად, არასდროს მიდიან გინეკოლოგთან. მნიშვნელოვანია, ქალთა ინფორმირებულობა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებთან მიმართებაში გაიზარდოს არასასურველი ორსულობის დადგომამდე.

აბორტის საფასური ქალებისთვის, უმეტესად, მისაღებია. კლინიკებს აქვთ დაწესებული შეღავათები გარკვეული ჯგუფებისთვისაც, თუმცა, აბორტის საფასურის გადახდა ზოგჯერ პრობლემას წარმოადგენს ქალებისთვის, რადგან, აბორტის სერვისი, გარდა აბორტის პროცედურისა, მოიცავს აბორტისწინა კვლევებს და ტრანსპორტირების ხარჯებს. გამომდინარე იქიდან, რომ აბორტის სერვისი ყველა სოფელსა თუ ქალაქში არ არის ხელმისაწვდომი, ტრანსპორტირების ხარჯები ზოგჯერ საკმაოდ მაღალია.

კლინიკების მცირე ნაწილს შემოღებული აქვს შიდა რეგულაციები, რომლებიც ზღუდავს აბორტის სერვისის მიწოდებას ისეთი ჯგუფებისთვის, როგორცაა 16 წლამდე პირები, 16-18 წლის პირები, ვენერიული და სხვა ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონები, სოციალურად დაუცველი პირები და სექს-მუშაკები. ყველაზე დიდი შეზღუდვები არსებობს 16-18 წლის პირებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებით, რაც, შესაძლოა შეფასდეს, როგორც კანონდარღვევა, რადგან საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, 14 წლიდან ქმედუნარიანმა მოზარდმა შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება აბორტის გაკეთების შესახებ. ასევე აღსანიშნავია, რომ კლინიკათა მცირე ნაწილი არღვევს კლინიკის შინაგანაწესს და გარკვეულ ჯგუფებს მაინც აწვდის აბორტის სერვისს. ამასთანავე, კლინიკათა გარკვეული ნაწილი არ აწვდის მომსახურებას ცალკეულ ჯგუფებს, მიუხედავად იმისა რომ არ არსებობს შესაბამისი შიდა რეგულაციები კლინიკაში. მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკის წარმომადგენლების განცხადებით, ისინი სხვადასხვა სახით აწვდიან ინფორმაციას ქალებს იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართონ თავიანთი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში, ქალები იყენებენ მხოლოდ ერთადერთ გზას ასეთ დროს - გამოხატონ უკმაყოფილება ექიმთან. ამ ქმედებას კი ყოველთვის არ მოყვება სასურველი შედეგი.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი დაწესებულება კლიენტებს სთავაზობს აბორტს მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევაში / სამედიცინო ჩვენებით. ეს ქმნის პრობლემას ისეთ დასახლებულ პუნქტებში, სადაც არ არსებობს სხვა დაწესებულება, რომელიც ქალს მიაწოდებს აბორტს მისი სურვილის/გადაწყვეტილების, და არა, სამედიცინო ჩვენების საფუძველზე.

კლინიკათა მცირე ნაწილი აბორტის სერვისის მიწოდების დროს არ სარგებლობს პროტოკოლებით და გაიდლაინებით, რაც არა მარტო უარყოფითად აისახება მომსახურების ხარისხზე, არამედ წარმოადგენს სამართალდარღვევას, რადგან საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, კლიენტისთვის მომსახურების მიწოდება სწორედ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებში არსებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს. ასევე, მცირეა იმ კლინიკათა რაოდენობა, სადაც არ არსებობს სწავლება გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი პრაქტიკაში დანერგილია. ცხადია, ეს უარყოფითად აისახება მომსახურების ხარისხზე. კლინიკათა მნიშვნელოვან ნაწილში (40%) არ არის დანერგილი პერსონალის ისეთი შეფასების სისტემა, რომელიც უწყვეტი განათლების საჭიროებას გამოავლენს აბორტისა და ოჯახის

დაგეგმვის საკითხების შესახებ. გამომდინარე იქიდან, რომ პროტოკოლები 2-3 წელიწადში ერთხელ ექვემდებარება გადახედვა-განახლებას, აუცილებელია, უწყვეტი განათლების საჭიროების გამოვლენა და შესაბამისი საგანმანათლებლო აქტივობების ჩატარება. კლინიკებში, ასევე არ არის დახვეწილი სასწავლო კურსების ჩატარების სისტემა: უმეტეს მათგანში არაა შემუშავებული ტრენინგების ჩატარების გეგმა აბორტის თემატიკასთან დაკავშირებით, არ არსებობს შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ტრენერები. მცირეა იმ კლინიკების რაოდენობა, რომლებსაც უწყვეტი განათლების მექანიზმი აქვთ დანერგილი. უმეტეს შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი საგანმანათლებლო პროგრამებს დამოუკიდებლად ეძებს და მონაწილეობას თვითდაფინანსების საფუძველზე იღებს, ვინაიდან სახელმწიფოს მხრიდან ასეთი აქტივობები სამედიცინო პერსონალისთვის არ არის ფინანსურად მხარდაჭერილი.

ამრიგად, სამედიცინო პერსონალის საგანმანათლებლო აქტივობებს არ აქვს სისტემური ხასიათი. კლინიკის წარმომადგენელთა გაცხადებით, კლინიკათა უმრავლესობაში პერსონალს ხელი მიუწვდება აკადემიურ სტატიებსა და პუბლიკაციებზე.

კლინიკათა უმრავლესობაში აბორტის სერვისების შესახებ გროვდება სტატისტიკური ინფორმაცია, მაგრამ მომსახურების ხარისხის კონტროლის მექანიზმი საკმაოდ დაუხვეწავია. კლინიკათა ნახევარში საერთოდ არ ხდება კლიენტთა კმაყოფილების შესწავლა. ხოლო იმ დაწესებულებებში, სადაც მომსახურების ხარისხს სწავლობენ, წამყვანია კლიენტთა ზეპირსიტყვიერი გამოკითხვის მეთოდი, მაშინ, როცა ფეხმძიმობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლში მოცემულია ის აუდიტორული შეკითხვები, რაც აბორტის სერვისის მიწოდების ხარისხის შემოწმების საშუალებას იძლევა. მეტიც, მაშინაც კი, როდესაც არსებობს შესაბამისი სტატისტიკური ინფორმაცია, კლინიკათა მცირე ნაწილში, მომსახურების გაუმჯობესება არ ეყრდნობა არსებულ ინფორმაციას. მართალია, აღნიშნული ინფორმაციის შეგროვება-დამუშავება არ არის მათთვის სავალდებულო, თუმცა, მისი არსებობის გარეშე შეუძლებელია ხარისხის გაუმჯობესების ეფექტური გზების შემუშავება.

ამრიგად, აბორტის სერვისთან დაკავშირებით იკვეთება სხვადასხვა ტიპის პრობლემები, როგორცაა, სამედიცინო დაწესებულებების კეთილმოწყობის პრობლემა, პროტოკოლის მოთხოვნების პრაქტიკაში დანერგვის პრობლემა, სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ხარისხის კონტროლის მექანიზმების არარსებობა, აბორტის სერვისის არასრულყოფილად მიწოდება, კლიენტთა უფლებების დარღვევა, აბორტის სერვისის ტერიტორიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა, ქალთა დაბალი ინფორმირებულობა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებთან დაკავშირებით და სხვა.

აღნიშნული პრობლემები აფერხებს მომსახურების ხარისხს და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას, შედეგად კი ირღვევა პაციენტის უფლებები. გარდა ამისა, დაგვიანებით ან/და უხარისხოდ მიწოდებული მომსახურება იწვევს ქვეყანაში ხარისხიანი (ჯანმრთელი) წლების შემცირებას (QALY) და დაავადებით გატარებული წლების გაზრდას (DALY)<sup>3</sup>, რაც აისახება ქვეყნის ჯანდაცვის საერთო დონეზე.

<sup>3</sup> აღნიშნული ინდიკატორები გამოიყენება ქვეყანის დონეზე ჯანმრთელობის შეფასების ინდიკატორებად მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ. დამატებითი ინფორმაცია იხ.

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

აბორტის სერვისის ხარისხთან და ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა ჯანდაცვის სამინისტროს პრეროგატივაა. საჭიროა, მუშაობა წარმართოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ბაზარზე კონკურენციის ხელშეწყობის მიმართულებით. სერვისის პროვაიდერების რიცხვის გაზრდა აბორტის სერვისებს მეტად ხელმისაწვდომს გახდის. ასევე, მნიშვნელოვანია კლიენტის ინფორმირებულობის გაზრდა და მომსახურების მიწოდების გეოგრაფიული ბარიერების შემცირება გადამისამართების სერვისის გაუმჯობესების გზით.

## 1. კვლევის მეთოდოლოგია

### 1.1 კვლევის მიზანი და ამოცანები

**კვლევის მიზანი:** საქართველოში აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობისა და ქალებისათვის მომსახურების მიწოდებისათვის შესაბამისი კლინიკების მზაობის შეფასება.

**კვლევის ამოცანები:**

- საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობისა და ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის შეფასება;
- საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და პრაქტიკების შეფასება.

### 1.2 გამოყენებული მეთოდები

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა ტრიანგულაციური მიდგომა, რომლის ფარგლებშიც მოხდა კვლევის რაოდენობრივი და თვისებრივი კომპონენტების კომბინირება. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, ჩატარდა ფოკუს-ჯგუფები საქართველოს რეგიონებში, მიღებული შედეგები კი გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტის შემუშავებისა და კვლევის საბოლოო ანგარიშის შექმნისათვის. რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა გამოკითხვის მეთოდით და გამოყენებულ იქნა პირისპირ ინტერვიუს მეთოდი. რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის შედეგების საფუძველზე მომზადდა საერთო ანგარიში.

#### 1.2.1 თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა

- **კვლევის მიზანი:** საქართველოში მცხოვრები ფერტილობის ასაკის ქალების დამოკიდებულების გამოვლენა უსაფრთხო აბორტის მიმართ.
- **კვლევის ამოცანები:**
  - ქალთა დამოკიდებულებების გამოვლენა ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკების მიმართ და შესაბამისი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის შეფასება;
  - ორსულობის შეწყვეტის მიზეზების დადგენა;
  - უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის შეფასება;
  - აბორტის სერვისების მიმართ ქალთა დამოკიდებულებების გამოვლენა.
- **კვლევის მეთოდი:** ფოკუს ჯგუფი (ჯგუფური დისკუსია). დისკუსიების ხანგრძლივობა შეადგენდა 1.5–2 საათს.
- **კვლევის ინსტრუმენტი:** ნახევრად სტრუქტურირებული გზამკვლევი (გაიდლაინი)<sup>4</sup>, რომელიც შემუშავდა სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის ანალიტიკოსების მიერ. გზამკვლევი მოიცავს 20-30 ძირითად საკვანძო საკითხს, როგორცაა, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ, ინფორმირება კონტრაცეფციის საშუალებების შესახებ და მათი ხელმისაწვდომობა, აბორტის გაკეთების ძირითადი

<sup>4</sup> იხ. დანართი 2

მიზეზები, აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობა და მისი ხარისხი და სხვა. ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი მომზადდა ექსპერტის ინტენსიური მონაწილეობით.

- **სამიზნე ჯგუფი:** ფერტილობის ასაკის ქალები საქართველოს ხუთი რეგიონიდან (თბილისი, აჭარა, იმერეთი, მცხეთა-მთიანეთი, ქვემო ქართლი), რომელთაც ერთხელ მაინც აქვთ გაკეთებული აბორტი. ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა 2015 წლის 3-9 ივლისს საქართველოს რეგიონების თითო ძირითად ქალაქში (იხ. ცხრილი 1).

ცხრილი 1: ფოკუს ჯგუფების ჩატარების ადგილი, სამიზნე ჯგუფი და რაოდენობა

რეგიონი	სამიზნე ჯგუფი	ფოკუს ჯგუფის ჩატარების თარიღი	N
თბილისი	ფერტილობის ასაკის ქალები	09.07.2015	1
იმერეთი (ქუთაისი)	ფერტილობის ასაკის ქალები	05.07.2015	1
აჭარა (ზათუმი)	ფერტილობის ასაკის ქალები	07.07.2015	1
ქვემო ქართლი (მარნეული)	ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ფერტილობის ასაკის ქალები	02.07.2015	1
მცხეთა-მთიანეთი (თიანეთი)	ფერტილობის ასაკის ქალები	03.07.2015	1
<b>ჯამი</b>			<b>5</b>

- **შერჩევის მეთოდი:** თოვლის გუნდა
- **შერჩევითი ერთობლიობა:** შერჩევითმა ერთობლიობამ მოიცვა 23- 60 წლის ასაკის 40 ქალი საქართველოს ხუთი ქალაქიდან. (იხ. ცხრილი 2).

ცხრილი 2: შერჩევითი ერთობლიობის სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

რეგიონი	მონაწილეთა რაოდენობა	ასაკი	გაკეთებული აბორტების რაოდენობა	აბორტის ტრიმესტრი
თბილისი	7	23-41	1-13	პირველი
იმერეთი (ქუთაისი)	8	25-48	1-5	7 მონაწილე - პირველი 1 მონაწილე - მეორე
აჭარა (ზათუმი)	8	24-60	1-8	პირველი
ქვემო ქართლი (მარნეული)	10	25-48	1-8	9 მონაწილე - პირველი 1 მონაწილე - მეორე
მცხეთა-მთიანეთი (თიანეთი)	7	23-43	1-20	პირველი

- **მონაცემთა ანალიზი:** ჯგუფური დისკუსიები ჩაიწერა როგორც ვიდეო და აუდიო ფორმატით. თითოეული ჩანაწერის გაშიფრვის შემდეგ, გაკეთდა დისკუსიების ტრანსკრიპტები. მონაცემები დამუშავდა რამდენიმე ეტაპად:

- ✓ ტექსტის ფორმალური ანალიზი (ფაქტობრივი და შეფასებითი ნაწილების დიფერენცირება);

- ✓ ფაქტობრივი მასალის სტრუქტურული ანალიზი (მონაცემების სისტემატიზაცია სხვადასხვა კრიტერიუმების საფუძველზე);
- ✓ შეფასებითი მონაცემების ანალიზი და ყველაზე გავრცელებული სქემების იდენტიფიცირება;
- ✓ ინტერპრეტაციული და ფაქტორული ნაწილების გენერალიზებული ტიპების იდენტიფიცირება.

ანალიზის შედეგად მომზადდა თვისებრივი კვლევის ანგარიში, რომლის საფუძველზეც მოდიფიცირდა კითხვარი. თვისებრივი კვლევის მონაცემები გამოყენებული იქნა, ასევე, კვლევის საბოლოო ანგარიშის შექმნისათვის.

### 1.2.2 რაოდენობრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა

- **კვლევის მიზანი:** აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება
- **კვლევის ამოცანები:**
  - ✓ უსაფრთხო აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობისა და ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვის შეფასება საქართველოში;
  - ✓ უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და პრაქტიკების შეფასება საქართველოში.
- **კვლევის მეთოდი:** პირისპირ ინტერვიუ

**კვლევის ინსტრუმენტი:** ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი<sup>5</sup>, რომელიც მოიცავს დახურულ, ნახევრად დახურულ და ღია შეკითხვებს. კითხვარის შედგენისათვის გამოყენებულ იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის<sup>6</sup> მიერ შემუშავებული აბორტის ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასების კითხვარი<sup>7</sup>, რომელიც მოდიფიცირდა ფოკუს-ჯგუფის შედეგად მიღებული მონაცემების საფუძველზე. კითხვარი მოიცავს შემდეგ ბლოკებს:

- I. ზოგადი ინფორმაცია კლინიკის შესახებ;
- II. კლინიკის ინფრასტრუქტურა;
- III. ზოგადი ინფორმაცია აბორტის სერვისის შესახებ;
- IV. აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- V. აბორტის სერვისების უსაფრთხოება და ხელმისაწვდომობა;
- VI. აბორტის შემდგომი პერიოდი;
- VII. კლიენტების ინფორმირება და კმაყოფილების ხარისხი; სერვისების კონფიდენციალობა;
- VIII. კლინიკის პერსონალი;
- IX. სტატისტიკური მონაცემები აბორტის მომსახურების შესახებ;

<sup>5</sup> იხ. დანართი 3

<sup>6</sup> World Health Organization (WHO) ოფიციალური ვებგვერდი, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 24.11.2015 <http://www.who.int/en/>

<sup>7</sup> „Questionnaire of Service Availability and Readiness assesment (SARA)“, World Health Organization (WHO), ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 24.11.2015 [http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA\\_Reference\\_Manual\\_Chapter2.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Reference_Manual_Chapter2.pdf?ua=1)

➤ შერჩევა

- ✓ სამიზნე ჯგუფი: კლინიკები საქართველოს მასშტაბით, რომლებიც კლიენტებს სთავაზობენ აბორტის სერვისს
- ✓ შერჩევის მოცულობა: 100 სამედიცინო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით<sup>8</sup>
- ✓ შერჩევის დიზაინი: მიზნობრივი შერჩევა

მოცემული კვლევის ფარგლებში გენერალური ერთობლიობა და შერჩევითი ერთობლიობა ემთხვევა ერთმანეთს, რადგან კვლევა ჩატარდა ყველა იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ტარდება აბორტი, გარდა იმ დაწესებულებებისა, რომლებმაც უარი განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე. შერჩევის ბაზად გამოყენებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო დაწესებულებების ბაზა.

- **მონაცემთა ანალიზი:** გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავდა სოციალური მეცნიერებების სტატისტიკური პაკეტის - SPSS-ის მეშვეობით. პირველ ეტაპზე განხორციელდა კითხვარში ჩართულ ღია შეკითხვებზე რესპონდენტთა მიერ გაცემული პასუხების დაჯგუფება და ფორმალიზება, მათთვის კოდების (რაოდენობრივი მაჩვენებლების) მინიჭების გზით. კოდირებული პასუხები შეტანილი იქნა ყოველი კონკრეტული გამოკითხვისთვის შექმნილ ცვლადების აღწერის კომპიუტერულ ბადაში. შემდეგ მოხდა მონაცემების გაწმენდა, შეწონვა და გასუფთავება. დამუშავებისა და ანალიზისას გამოყენებული იქნა უნივარიაციული და ბივარიაციული ანალიზის ისეთი მეთოდები, როგორცაა სიხშირული (ერთგანზომილებიანი) განაწილება, ცენტრალური ტენდენციის მაჩვენებლები, კორელაციური ანალიზი, კროსტაბულაცია. კვლევის საბოლოო ანგარიში მომზადდა თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის შედეგების შეჯამებით. მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა პროტოკოლი<sup>9</sup> და გაიდლაინები<sup>10</sup> და საქართველოს კანონმდებლობა.
- **საველე სამუშაოები:** საველე სამუშაოები ჩატარეს სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის ინტერვიუერებმა, რომელთაც ჩაუტარდათ ტრენინგი საველე სამუშაოების დაწყებამდე. ტრენინგის ფარგლებში, ინტერვიუერებმა დეტალურად განიხილეს კითხვარის შინაარსი და მისი შევსების ინსტრუქციები, შერჩევის ინსტრუქციები და სხვა. საველე სამუშაოები მიმდინარეობდა 2015 წლის 20 სექტემბრიდან 10 ოქტომბრის ჩათვლით.
- **ანალიტიკური ანგარიში:** ანალიტიკური ანგარიში მომზადდა ISSA-ს ანალიტიკოსის და ექსპერტის აქტიური თანამშრომლობით 2015 წლის ნოემბერში. ანალიტიკური ანგარიშში მოხდა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების სინთეზი.

<sup>8</sup> კვლევაში მონაწილე კლინიკების სია იხილეთ დანართში (დანართი 3)

<sup>9</sup> კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) – კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა.

<sup>10</sup> კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია (გაიდლაინი) - მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

## 2. კვლევის შედეგები

### 2.1 ზოგადი ინფორმაცია კვლევაში მონაწილე კლინიკების შესახებ

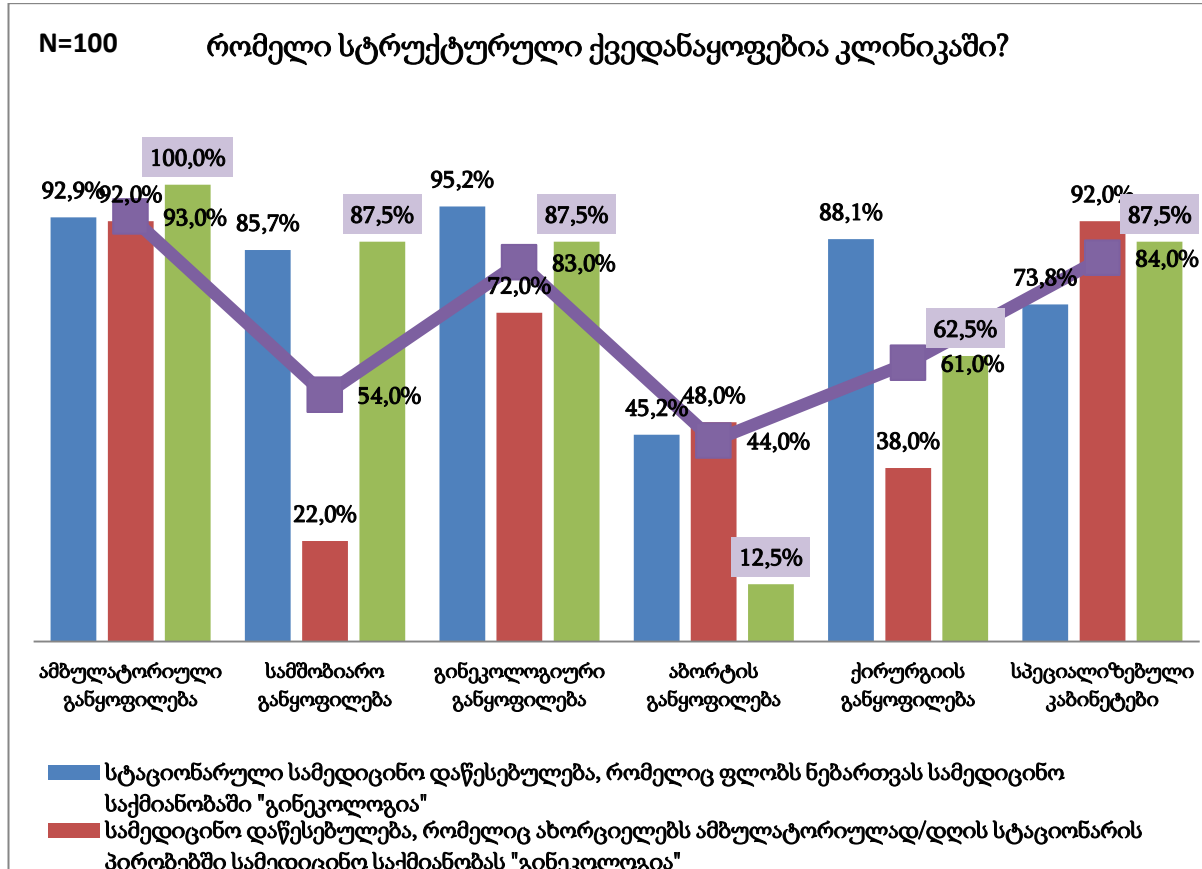
კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 100-მა სამედიცინო დაწესებულებამ, საიდანაც ნახევარი (50% - 50 კლინიკა) სამედიცინო საქმიანობა „გინეკოლოგიას“ ახორციელებს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში, ნახევარზე ნაკლები (42% - 42 კლინიკა) არის სტაციონარული დაწესებულება, რომელიც ფლობს ნებართვას სამედიცინო საქმიანობაში „გინეკოლოგია“, ხოლო დანარჩენი დაწესებულებები (8% - 8 კლინიკა) არის შერეული ტიპის - ამბულატორიული და სტაციონარული.

კვლევაში მონაწილე კლინიკებში არსებობს შემდეგი სტრუქტურული ქვედანაყოფები:

- ✓ ამბულატორიული (კლინიკათა 93%)
- ✓ სამშობიარო (კლინიკათა 46%)
- ✓ გინეკოლოგიური (კლინიკათა 83%)
- ✓ აბორტის (კლინიკათა 44%)
- ✓ ქირურგიის (კლინიკათა 61%)
- ✓ სპეციალიზებული კაბინეტები (კლინიკათა 84%)

განყოფილებები დაწესებულებების ტიპის მიხედვით დანაწილებულია შემდეგნაირად:

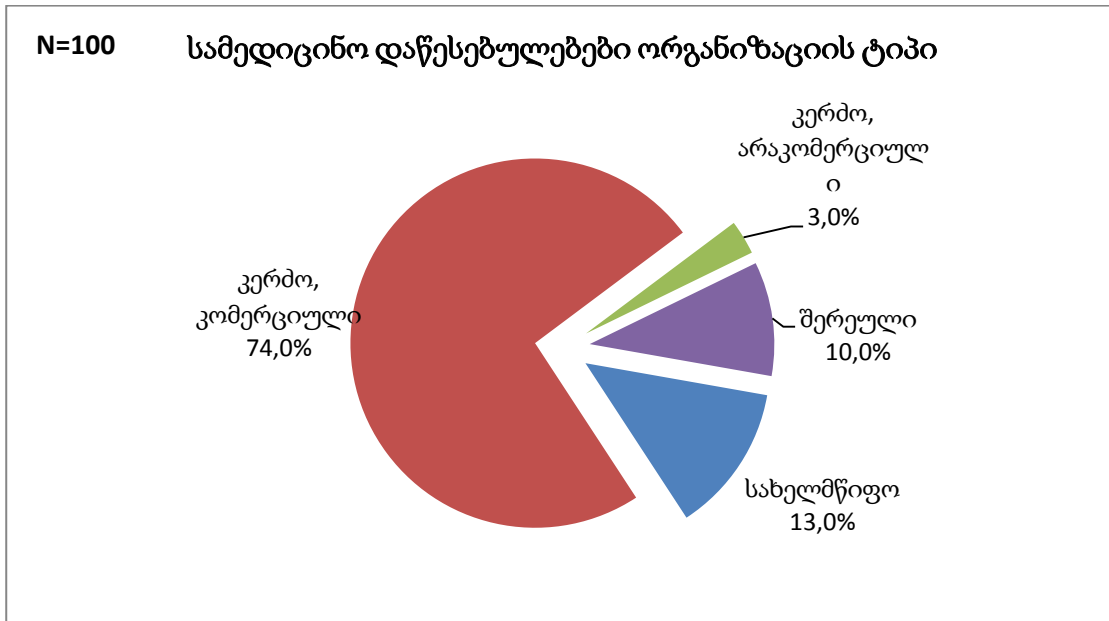
**დიაგრამა N1**





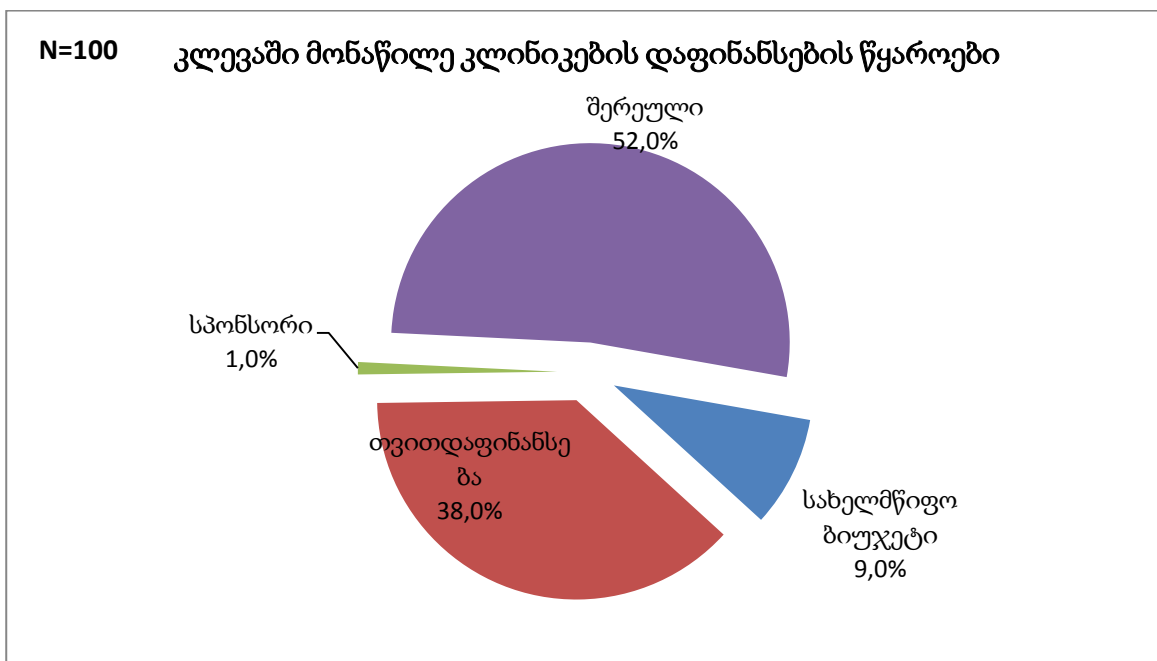
კვლევაში მონაწილეობა მიიღო როგორც კერძო, ასევე სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებმა (იხ. ცხრილი N2).

**დიაგრამა N2**



სამედიცინო დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდება დაფინანსების წყაროს მიხედვით (იხ. ცხრილი N3). კლინიკათა მცირე ნაწილი (9% - 9 კლინიკა) ფინანსდება მხოლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. უმრავლესობა კი იყენებს შერეულ დაფინანსებას (52% - 52 კლინიკა) ან თვითდაფინანსებას (38% - 38 კლინიკა). მხოლოდ ერთი კლინიკაა ისეთი, რომელიც ფუნქციონირებს მხოლოდ სპონსორის დაფინანსების საფუძველზე.

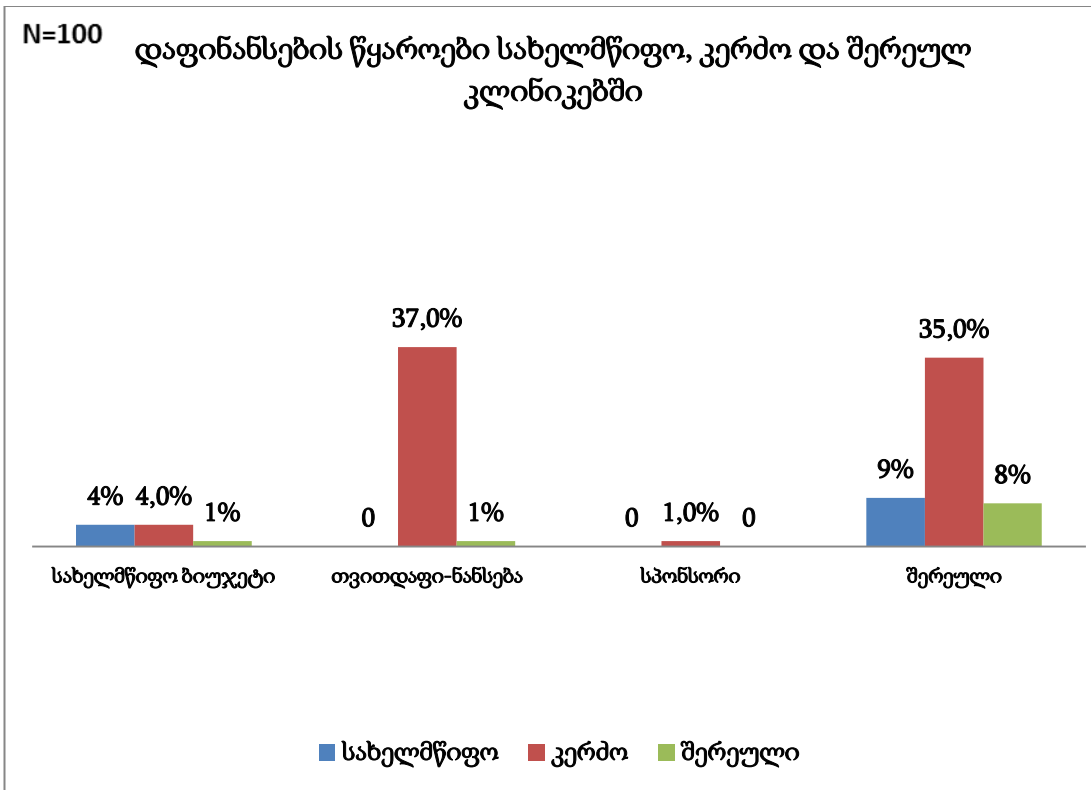
**დიაგრამა N3**



სახელმწიფო კლინიკები, ძირითადად, შერეული დაფინანსებით სარგებლობენ, თუმცა, ზოგიერთი მათგანი იყენებს მხოლოდ სახელმწიფო დაფინანსებას. კერძო კომერციული და არაკომერციული

კლინიკები, ძირითადად, იყენებენ თვითდაფინანსებას (37 კლინიკა, რაც შეადგენს კერძო კლინიკათა 50%-ს) ან შერეული დაფინანსებას (33 კლინიკა, რაც შეადგენს კერძო კლინიკათა 45%-ს). რაც შეეხება შერეული ტიპის კლინიკებს, მათ, უმეტესად, შერეულ დაფინანსება აქვთ (იხ. დიაგრამა N4). აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო აფინანსებს ყველა აღნიშნული ტიპის დაწესებულებას, თუმცა, სახელმწიფო მიერ დაფინანსებული დაწესებულებების რიცხვი საკმაოდ მცირეა (კვლევაში მონაწილე კლინიკათა 9% - 9 კლინიკა).

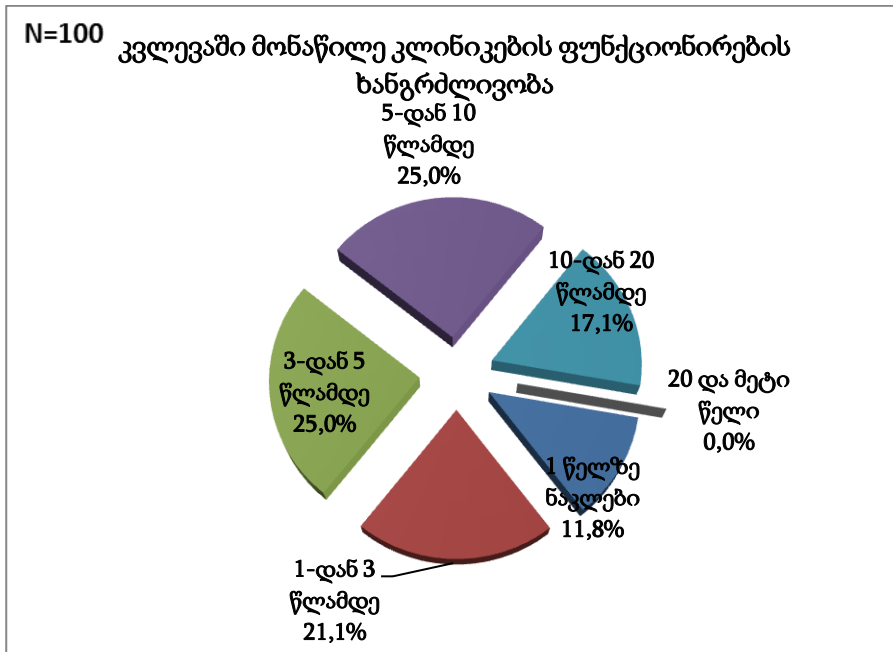
**დიაგრამა N4**



კლინიკათა უმრავლესობას (61%) არასდროს უთანამშრომლია დონორებთან, მნიშვნელოვანი ნაწილი (29%) - ამჟამადაც თანამშრომლობს, ხოლო მცირე ნაწილი (10%) - წარსულში თანამშრომლობდა.

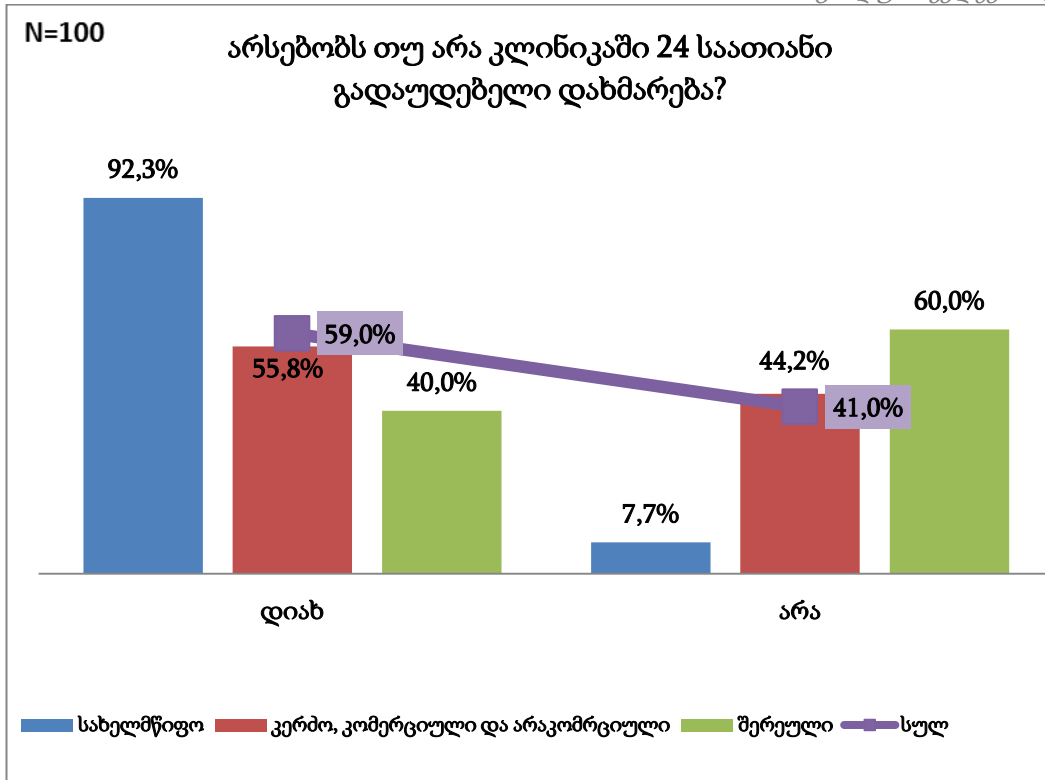
კვლევაში მონაწილე დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდება ფუნქციონირების ხანგრძლივობის მიხედვით (იხ. დიაგრამა N 5).

დიაგრამა N5



სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობა (92%, რაც შეადგენს 12 სახელმწიფო კლინიკას) 24-საათიანი გადაუდებელ დახმარებას აწვდის პაციენტებს. კერძო და შერეული კლინიკებს შორის კი უფრო მცირე ნაწილი მუშაობს 24 საათის განმავლობაში (კერძო კლინიკათა 56% და შერეული ტიპის კლინიკათა 60%). საბოლოო ჯამში, 24-საათიანი გადაუდებელი დახმარება არსებობს აბორტის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებათა უმრავლესობაში (59%) (იხ. დიაგრამა N6).

დიაგრამა N6

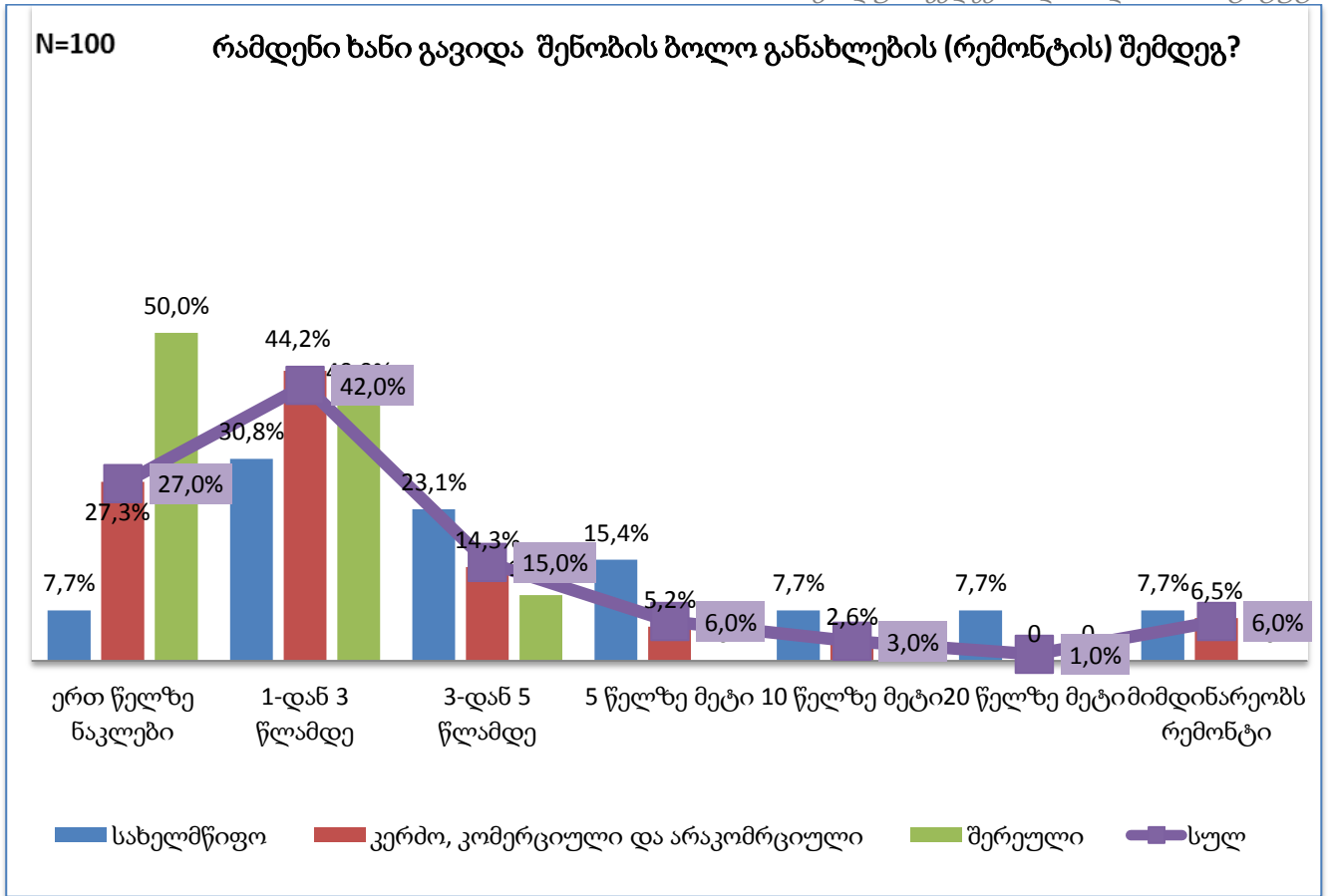


## 2.2 კლინიკების კეთილმოწყობა

აბორტის სერვისის ხარისხს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულების კეთილმოწყობა, ინფრასტრუქტურა და სანიტარული მდგომარეობა, რაც გულისხმობს გამართულ წყალმომარაგებას და ელექტროენერგიას, მოწესრიგებულ საპირფარეშოს, გათბობა/გაგრილების სისტემის გამართულ მუშაობას და ა.შ.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ, ამ მხრივ, სამედიცინო დაწესებულებების მდგომარეობა არაერთგვაროვანია. კლინიკათა დიდ ნაწილში (42%) შენობის ბოლო განახლებიდან 1-დან 3-წლამდე პერიოდი გასული. შედარებით მცირეა იმ დაწესებულებათა რიცხვი, რომელთა გარემონტებიდან 1 წელზე ნაკლები გავიდა (27%). 9%-ს არ აღემატება იმ დაწესებულებების ხვედრითი წილი, რომლებშიც 5 წელზე (6% - 6 კლინიკა), 10 წელზე (3% - 3 კლინიკა) ან 20 წელზე (1% - კლინიკა) მეტი ხნის წინ მოხდა შენობის განახლება (იხ. დიაგრამა N7). ამ მხივ, თბილისისა და რეგიონების კლინიკებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ აღინიშნება. კვლევის შედეგები, ასევე აჩვენებს, რომ კერძო და შერეული ტიპის კლინიკები უფრო ახალგარემონტებულია, ვიდრე სახელმწიფო კლინიკები.

### დიაგრამა N7



სამედიცინო დაწესებულებებისთვის **ელექტროენერგია**, უმეტესად, ყოველთვის ხელმისაწვდომია და მისი მიწოდება ხდება ძირითადი წყაროდან, თუმცა, კლინიკათა მნიშვნელოვანი ნაწილი (39%) სარეზერვო წყაროებსაც იყენებს დამატებით. მცხეთა-მთიანეთის, სამცხე-ჯავახეთის, სამეგრელო ზემო სვანეთის და გურიის კლინიკათა ნახევარში ან მეტში (თითოეული რეგიონის კვლევაში მონაწილე კლინიკათა 50%-100%), ბოლო თვეში ელექტროენერგიის შეფერხება მოხდა ერთხელ ან ორჯერ. იმერეთის ერთ-ერთ კლინიკაში კი ელექტროენერგია, ბოლო თვეში, დაახლოებით, კვირაში ერთხელ წყდება. ელექტროენერგიის მიწოდების შეფერხების უფრო ხშირი შემთხვევები არ აღინიშნება. ელექტროენერგია შეუფერხებლად იყო ხელმისაწვდომი კლინიკათა უმრავლესობისთვის (68%).

დაწესებულებათა უმეტესობაში **წყალმომარაგების სისტემა** გამართულია. კლინიკათა აბსოლუტურ უმრავლესობას წყალი მიეწოდება (კლინიკათა 90%) ძირითადი წყაროდან ან ძირითადი და სარეზერვო წყაროდან ერთდროულად (კლინიკათა 20%). კლინიკათა მცირე ნაწილი (9% - 9 კლინიკა) იყენებს მხოლოდ სარეზერვო წყალს. მიწოდება, ძირითადად, ხდება მუდმივად (კლინიკათა 91%-ში), წყალი კი თითქმის ყოველთვის ხარისხიანია (კლინიკათა 96%-ში). წყლის ხარისხით უკმაყოფილებას გამოთქვამს მხოლოდ რამდენიმე კლინიკა აჭარისა (1 კლინიკა აჭარის 6 კლინიკიდან) და ქვემო ქართლის (2 კლინიკა ქვემო ქართლის 8 კლინიკიდან) რეგიონებიდან.

კლინიკების უმრავლესობაში უზრუნველყოფილია **გათბობა და გაგრილება** პალატებში, ექიმის კაბინეტებში, ადმინისტრაციის კაბინეტებსა და დერეფნებში. დაწესებულებები, უმეტესად, მოიხმარენ ერთი ტიპის გათბობას. ძირითადად გამოიყენება ცენტრალური გაზის გათბობა

(კლინიკათა 81%), ინდივიდუალური დენის გამათბობელი (კლინიკათა 21%) და ცენტრალური ელექტრო გათბობა (კლინიკათა 11%).

ყველა დაწესებულებაში ფუნქციონირებს **საპირფარეშო** ზოგადი ამბულატორიული პაციენტისათვის. საპირფარეშოები, უმეტესად (კლინიკათა 93%) არის ავტომატური ან ხელით ჩასარეცხი, უფრო იშვიათად - ორმოიანი საპირფარეშო ვენტილაციით (4% - 4 კლინიკა), ორმოიანი საპირფარეშო ფეხისადგილით (კლინიკათა 3% - 3 კლინიკა) და საკომპოსტე ტუალეტი (1% - 1 კლინიკა).

აღნიშნულ შედეგებს ეთანხმება ფოკუს-ჯგუფის შედეგებიც, თუმცა, დისკუსიის პროცესში უფრო მკაფიოდ გამოიკვეთა ის პრობლემები, რასაც კლიენტები სამედიცინო დაწესებულებებში აწყდებიან. გამოვლინდა, რომ თანამედროვე ან განახლებულ დაწესებულებებში, როგორც წესი, კეთილმოწყობის და სანიტარიის ნორმები დაცულია. თუმცა, კლინიკების მდგომარეობა არაერთგვაროვანია და ზოგჯერ აღინიშნება ისეთი პრობლემები, როგორცაა წყლის დეფიციტი, ანტისანიტარია, მოუწყობელი კაბინეტები, რიგები და სხვა. თბილისის, ქუთაისისა და თიანეთის ჯგუფური დისკუსიის მონაწილეები თანამედროვე სამედიცინო დაწესებულებების მდგომარეობას, საერთო ჯამში, აფასებენ, როგორც ნორმალურს: კლინიკებში დაცულია სანიტარული ნორმები (ინსტრუმენტების სტერილიზაცია, დეზინსპექცია); ექიმს აქვს ადეკვატური აღჭურვილობა (ხელთათმანები, პირბადე, სამედიცინო ფორმა, დამცავი სათვალე, ბახილები); არსებობს შესაბამისი მოწყობილობები და სხვა.

*„ეგ [სანიტარიის, კეთილმოწყობის და ა.შ.] პრობლემა დღეს მგონი არსად არ დგას“*

კეთილმოწყობის პრობლემა მწვავედ დგას ბათუმის რამდენიმე დაწესებულებაში და მარნეულის კლინიკებში:

*„დედათა და ბავშვთა ცენტრში იყო საშინელება. წყლის საშუალება არ იყო და არაფერი. წინასწარ უნდა გამეთვალა და წინასწარ უნდა მენახა. შარშან წინანდელი ამბავია“*

*„მეც დედათა ბავშვთაში ვიმშობიარე. პირადი ნაცნობი მყავდა და ამის გამო ესეთ ცუდ პირობებში არ ვიყავი, მაგრამ საჩუქრები და რაღაცეები უყვართ ექიმებს. თუ რამეს მიუტანდი, პირიქით, უკეთ გეძვეოდნენ“*

*„96 წელს ვიმშობიარე, მაშინ არ იყო გახსნილი დედათა და ბავშვთა ცენტრი და სამშობიაროში ვიმშობიარე. ისეთი პირობები იყო, საშინელი. ვირთხები დარბოდნენ და ბავშვები ჩვენ გვეწვა, ისე გვეშინოდა ვირთხების. შემდეგ 2001-ში დედათა და ბავშვთა ცენტრი სამშობიაროს ფონზე იყო გადასარევი“*

კეთილმოწყობის თვალსაზრისით, ყველაზე მწვავე მდგომარეობა მარნეულშია. ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებმა დაასახელეს შემდეგი პრობლემები: საპირფარეშოებში არის ანტისანიტარია; ერთ საავადმყოფოში ერთდროულად გაერთიანებულია ბავშვთა საავადმყოფო, დიდების საავადმყოფო და სამშობიარო, რის გამოც სრული ქაოსია; ექიმები ერთ კაბინეტში ერთდროულად რამდენიმე პაციენტს იღებენ და სხვა. ასევე, დისკუსიის დროს გამოვლინდა, რომ პროცედურის დროს არ არის დაცული სანიტარული ნორმები. ორმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ აბორტის პროცედურის შემდგომ შეეჭრათ ინფექციები. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს პროტოკოლის მოთხოვნების დარღვევას, რადგან პროტოკოლში დეტალურადაა გაწერილი პრევენციისა და ინფექციის კონტროლის

მეთოდები, რომელთა დაცვაც აუცილებელია აბორტის პროცედურის ჩატარებისთვის, რათა თავიდან ავიცილოთ მსგავსი შედეგები.<sup>11</sup>

ამრიგად, კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში არაერთგვაროვანი მდგომარეობაა კეთილმოწყობის მხრივ. ახალგაზრდობის დაწესებულებებში თითქმის არ გვხვდება კეთილმოწყობის პრობლემები, რაც კლიენტების კმაყოფილებას განაპირობებს, თუმცა, იმ დაწესებულებებში, სადაც შენობის განახლება ბოლო წლებში არ მომხდარა, ვაწყდებით ისეთ პრობლემებს, როგორცაა ანტისანიტარია, კეთილმოწყობელი კაბინეტები და სხვა. ამ მხრივ განსაკუთრებით რთული მდგომარეობაა ბათუმისა და მარნეულის კლინიკებში. გარდა ამისა, კლინიკების უმეტესობას არ აქვს ელექტროენერჯისა და წყლის სარეზერვო წყაროები. არის ისეთი შემთხვევებით, როდესაც დაწესებულებები სარგებლობენ მხოლოდ სარეზერვო წყლით. ცალკეულ შემთხვევებში აღინიშნება უხარისხო წყლის პრობლემაც. ამრიგად, შეიძლება ითქვას, რომ კლინიკების უმრავლესობაში ნორმალური მდგომარეობაა კეთილმოწყობის მხრივ, მაგრამ არსებობს კლინიკები, სადაც, ამ მხრივ, მწვავე პრობლემები არსებობს.

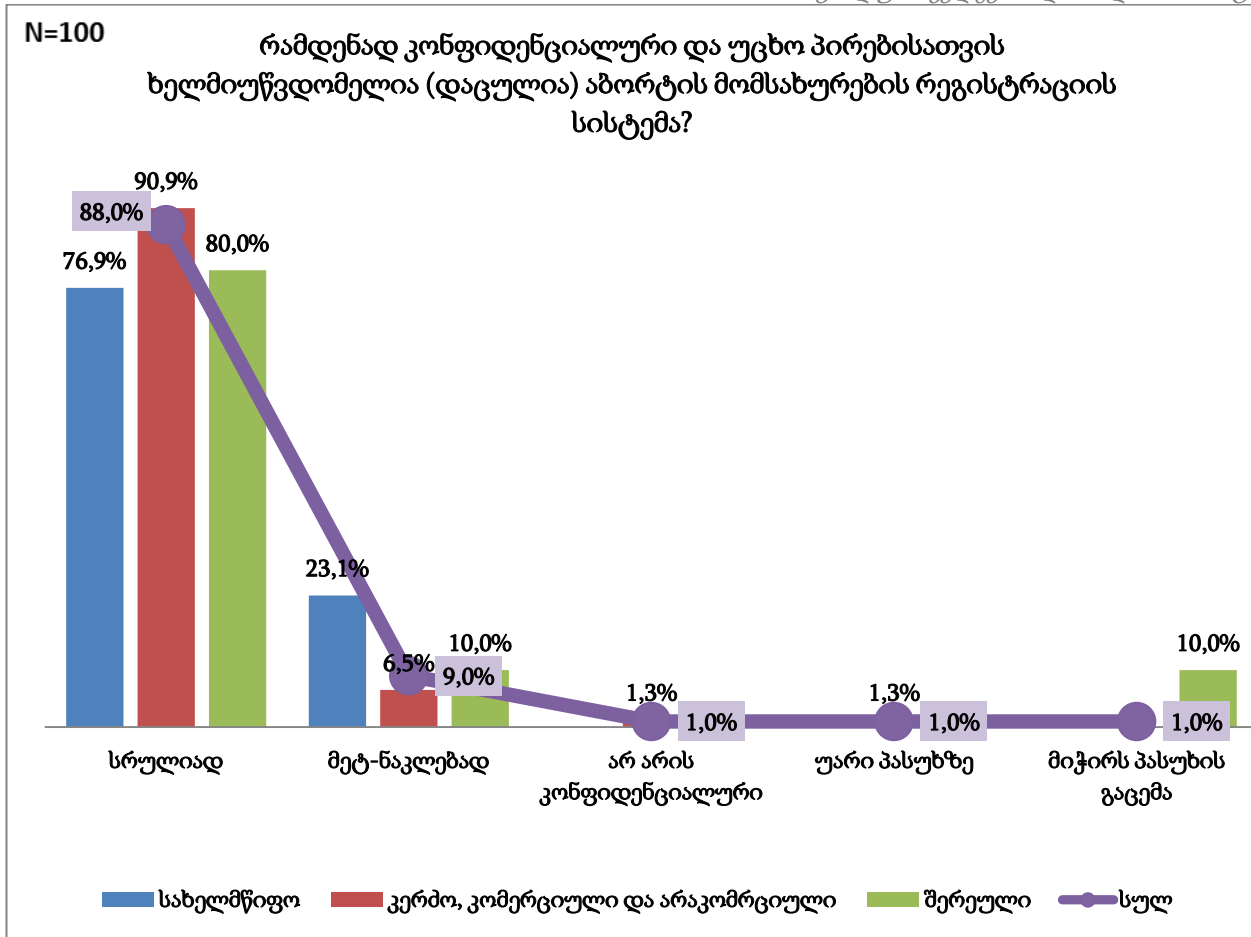
## 2.3 აბორტის სერვისი

### 2.3.1 სტატისტიკური მონაცემები კლინიკებში აბორტის მომსახურების შესახებ

კლინიკათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში (93% - 93 კლინიკა) არსებობს ჩატარებული აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა. კლინიკათა დიდ უმრავლესობაში (88% - 88 კლინიკა) სრულად არის დაცული ინფორმაციის კონფიდენციალობა, მეტ ნაკლებად კი - კლინიკათა 9%-ში. მხოლოდ ერთ კლინიკაშია არ არის დაცული ამ ინფორმაციის კონფიდენციალობა (იხ. დიაგრამა N7).

#### დიაგრამა N7

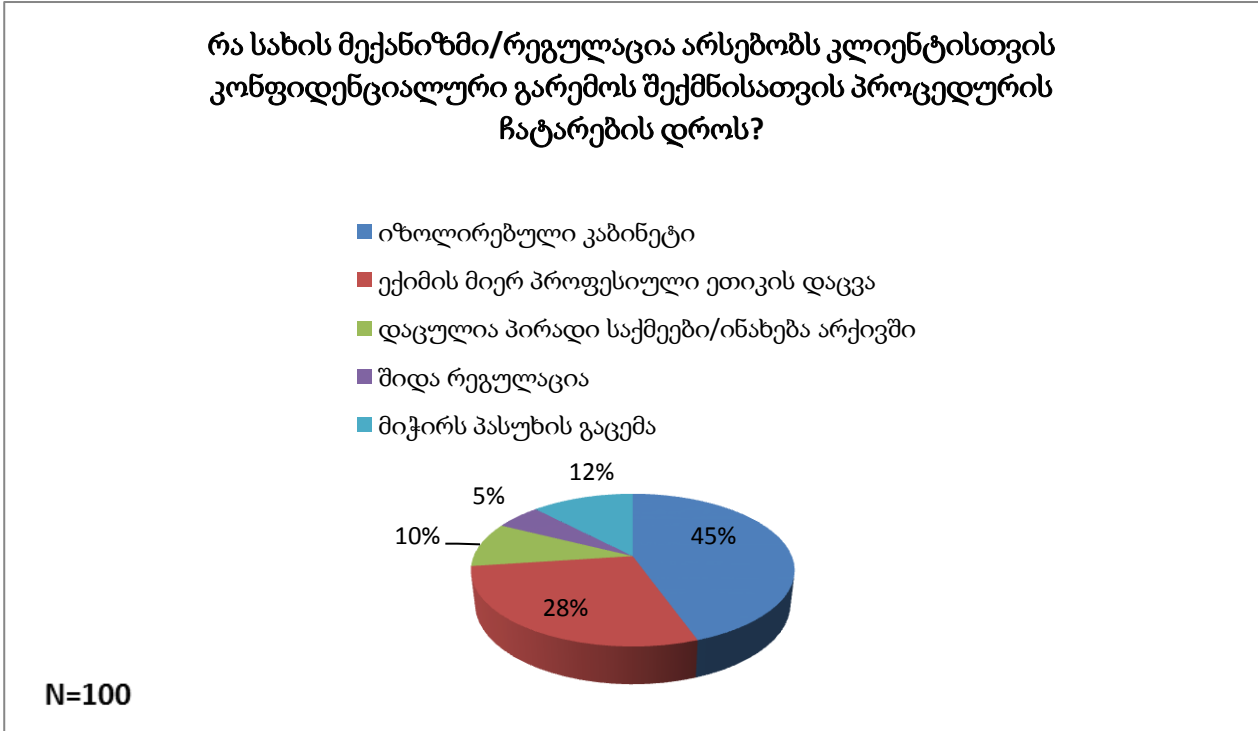
<sup>11</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა“ (პროტოკოლი) (ბრძანება N 01-182/ო, 2014), *ინფექციის პრევენცია და კონტროლი*, გვ. 25, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 07.11.2015 [http://www.moh.gov.ge/files/01\\_GEო/jann\\_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/139-1.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/01_GEო/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/139-1.pdf)



კლინიკათა 73%-ს აქვს შემუშავებული საშუალებები, რითიც უზრუნველფს კლიენტისთვის კონფიდენციალური გარემოს შექმნას. ეს საშუალებებია: იზოლირებული, ცალკე გამოყოფილი დაცული კაბინეტი პროცედურის ჩატარებისთვის (45.2%), მომსახურე პერსონალის მიერ პროფესიული ეთიკის მკაცრი დაცვა (28.8%), პირადი საქმეების არქივის კონფიდენციალობის მკაცრი დაცვა (9.6%) და სხვა. (იხ. დიაგრამა N8).



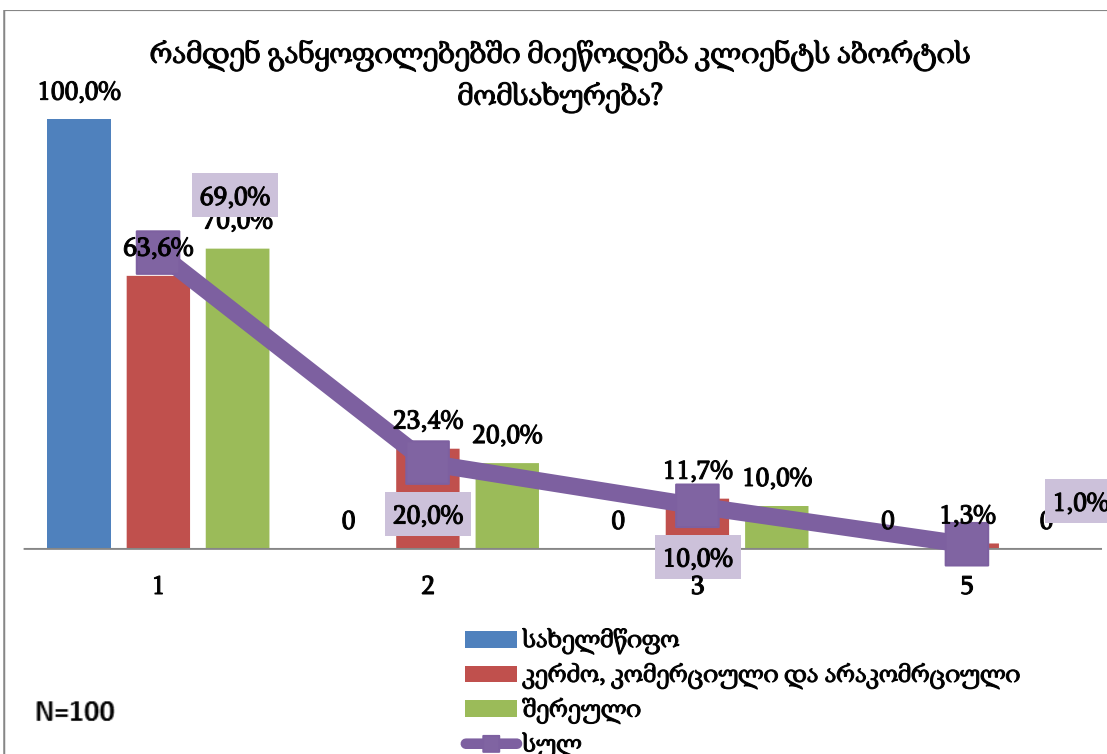
დიაგრამა



2.3.2 განყოფილებები, სადაც ხდება აბორტის სერვისის მიწოდება

დაწესებულებები კლიენტს აბორტის მომსახურებას, უმეტესად, ერთ განყოფილებაში სთავაზობს (კლინიკათა 69%), სხვა შემთხვევებში კი - ორ (კლინიკათა 20% - 20 კლინიკა), სამ (კლინიკათა 10% - 10 კლინიკა) ან ხუთ (კლინიკათა 1% - 1 კლინიკა) განყოფილებაში (იხ. დიაგრამა N9).

დიაგრამა N9

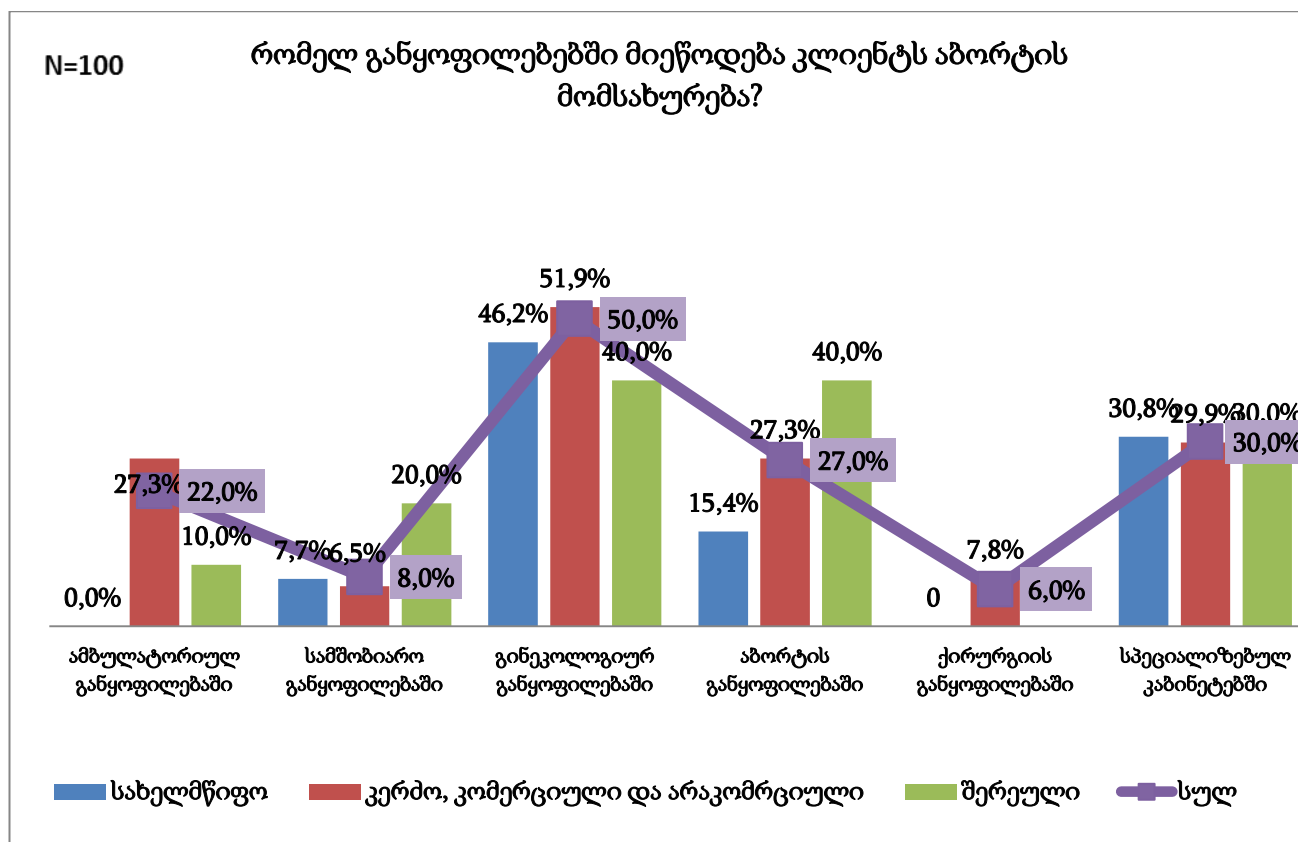


კვლევაში მონაწილე კლინიკებში კლიენტს აბორტი, ძირითადად, გინეკოლოგიურ განყოფილებაში მიეწოდება (კლინიკათა 50% - 50 კლინიკა), ასევე შემდეგ განყოფილებებში:

- ✓ სპეციალიზებულ კაბინეტებში (კლინიკათა 30% - 30 კლინიკა);
- ✓ აბორტის განყოფილებაში (კლინიკათა 27% - 27 კლინიკა);
- ✓ ამბულატორიულ განყოფილებაში (კლინიკათა 22% - 22 კლინიკა);
- ✓ სამშობიარო განყოფილებაში (კლინიკათა 8% - 8 კლინიკა);
- ✓ ქირურგიის განყოფილებაში (კლინიკათა 6% - 6 კლინიკა).

ამ მხრივ, მდგომარეობა განსხვავდება კერძო და სახელმწიფო კლინიკებში (იხ. დიაგრამა 10).

**დიაგრამა N10**



თითოეული სახელმწიფო კლინიკა კლიენტს აბორტს მხოლოდ ერთ განყოფილებაში აწვდის. ეს არის, უმეტესად (სახელმწიფო კლინიკათა 46% - 6 კლინიკა) - გინეკოლოგიური განყოფილება. სხვა შემთხვევებში კი შემდეგი კლიენტებს აბორტის მომსახურება მიეწოდებათ შემდეგი განყოფილებებიდან ერთ-ერთში:

- ✓ სპეციალიზებულ კაბინეტები (სახელმწიფო კლინიკათა 30.8% - 4);
- ✓ აბორტის განყოფილება (სახელმწიფო კლინიკათა 15.4% - 2 კლინიკა);
- ✓ სამშობიარო განყოფილება (სახელმწიფო კლინიკათა 7.7% - 1 კლინიკა).

თითოეული კერძო კლინიკაში იმ განყოფილებათა რაოდენობა, სადაც კლიენტს აბორტის მომსახურება მიეწოდება, მერყეობს 1-დან 5-მდე განყოფილებაში, უმეტესად - ერთ განყოფილებაში (კერძო კლინიკათა 63.6% - 49 კლინიკა), სხვა შემთხვევებში კი - ორ (კერძო

კლინიკათა 23.4% - 18 კლინიკა) , სამ (კერძო კლინიკათა 11.7% - 9 კლინიკა) ან ხუთ (1 კერძო კლინიკა) განყოფილებაში. კერძო კლინიკათა უმრავლესობა აბორტის მომსახურებასს აწვდის გინეკოლოგიურ განყოფილებაში (კერძო კლინიკათა 51%), ასევე, შესაძლებელია მიაწოდოს შემდეგ განყოფილებებში:

- ✓ სპეციალიზებული კაბინეტები (კერძო კლინიკათა 30%);
- ✓ აბორტის განყოფილება (კერძო კლინიკათა 27%);
- ✓ ქირურგიის განყოფილება (კერძო კლინიკათა 8%);
- ✓ სამშობიარო განყოფილება (კერძო კლინიკათა 6.5%).

რაც შეეხება, **შერეულ კლინიკებს**, კერძო კლინიკების მსგავსად, თითოეულ მათგანში კლიენტს აბორტის მომსახურება შესაძლოა მიეწოდოს *რამდენიმე* განყოფილებაში (1-დან 3-მდე), უფრო ხშირად - ერთ განყოფილებაში (შერეულ კლინიკათა 70% - 7 კლინიკა). ეს განყოფილებებია:

- ✓ გინეკოლოგიური განყოფილება (შერეულ კლინიკათა 40% - 4 კლინიკა);
- ✓ აბორტის განყოფილება (შერეულ კლინიკათა 40% - 4 კლინიკა);
- ✓ სპეციალიზებული კაბინეტები (შერეულ კლინიკათა 30% - 3 კლინიკა);
- ✓ სამშობიარო განყოფილება (20% - 2 კლინიკა);
- ✓ ამბულატორიული განყოფილება (შერეულ კლინიკათა 10% - 1 კლინიკა).

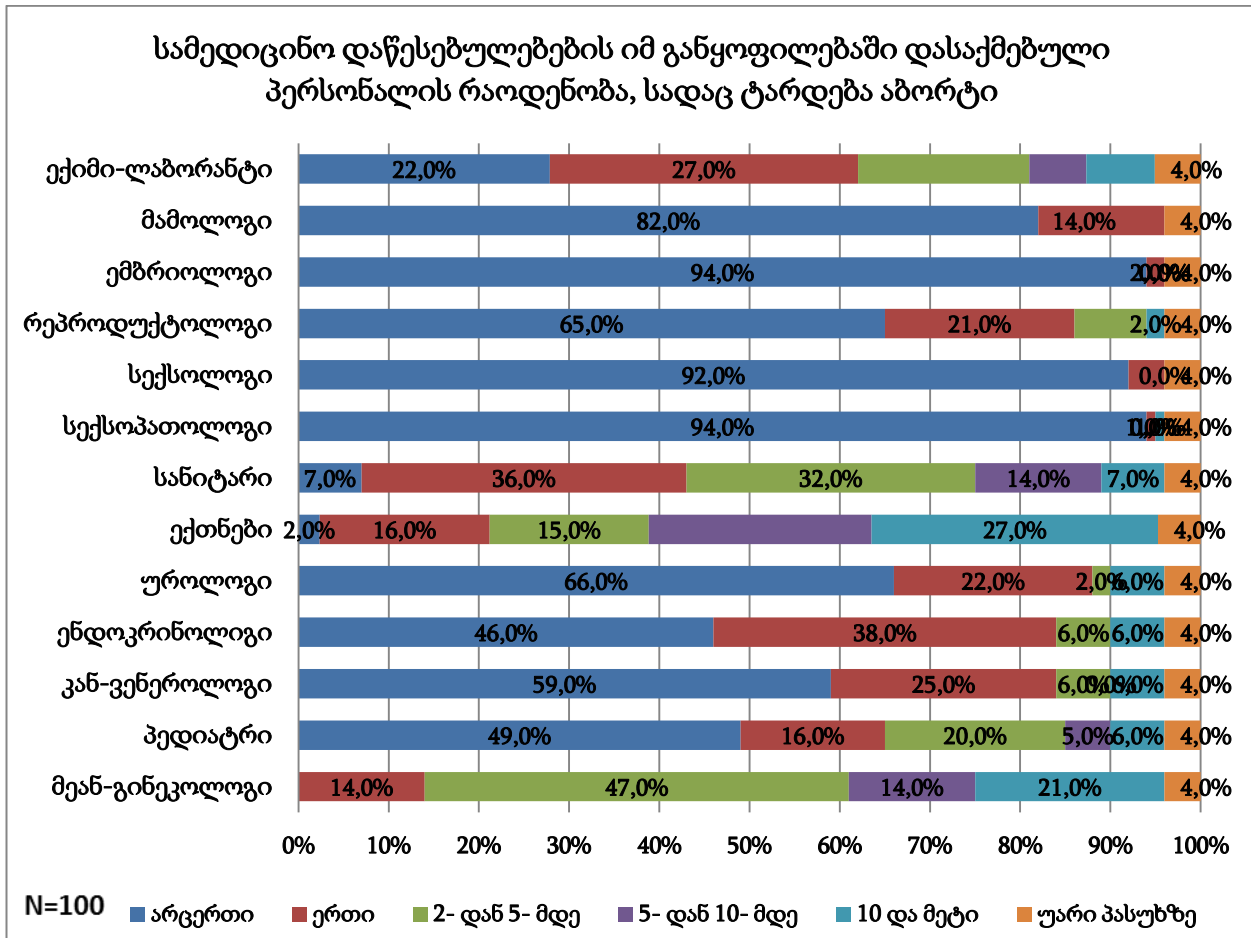
### 2.3.3 სამედიცინო პერსონალის ტიპი, რაოდენობა და ფუნქციები

პროტოკოლის თანახმად, იმ განყოფილებაში, სადაც კეთდება აბორტი, დასაქმებული უნდა იყოს ისეთი სამედიცინო პერსონალი, როგორცაა მეან-გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი და ექთანი.<sup>12</sup>

კვლევაში მონაწილე კლინიკების აბსოლუტურ უმრავლესობაში დასაქმებულია *მეან-გინეკოლოგი* (100% - 100 კლინიკა) და *ექთანი* (მედდა გვხვდება კლინიკათა 88%-ში, ზეზიქალი - 47%-ში). თუმცა, *რეპროდუქტოლოგი* გვხვდება კლინიკათა მხოლოდ მესამედში (35% - 35 კლინიკა). გარდა აღნიშნულისა, კლინიკების ნაწილში, იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი, დასაქმებულია ისეთი სამედიცინო პერსონალიც, როგორცაა: თერაპევტი, პედიატრი, კან-ვენეროლოგი, ენდოკრინოლოგი, უროლოგი, სანიტარი, სექსოპათოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, სექსოლოგი, ემბრიოლოგი, მამოლოგი და სხვა. სამედიცინო პერსონალის ტიპი და რაოდენობა არ არის ერთგვაროვანი სხვადასხვა კლინიკაში (იხ. ცხრილი N3, დიაგრამა N11).

<sup>12</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „*ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა*“ (პროტოკოლი) (ბრძანება N 01-182/ო, 2014), დანართი #1: *ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი - ცხრილი #12: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი*, გვ. 34, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 07.11.2015 [http://www.mch.gov.ge/files/01\\_GEო/jann\\_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokoli/139-1.pdf](http://www.mch.gov.ge/files/01_GEო/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokoli/139-1.pdf)

დიაგრამა N11



ცხრილი N3 სამედიცინო პერსონალის ტიპი და რაოდენობა კლინიკის ტიპის მიხედვით

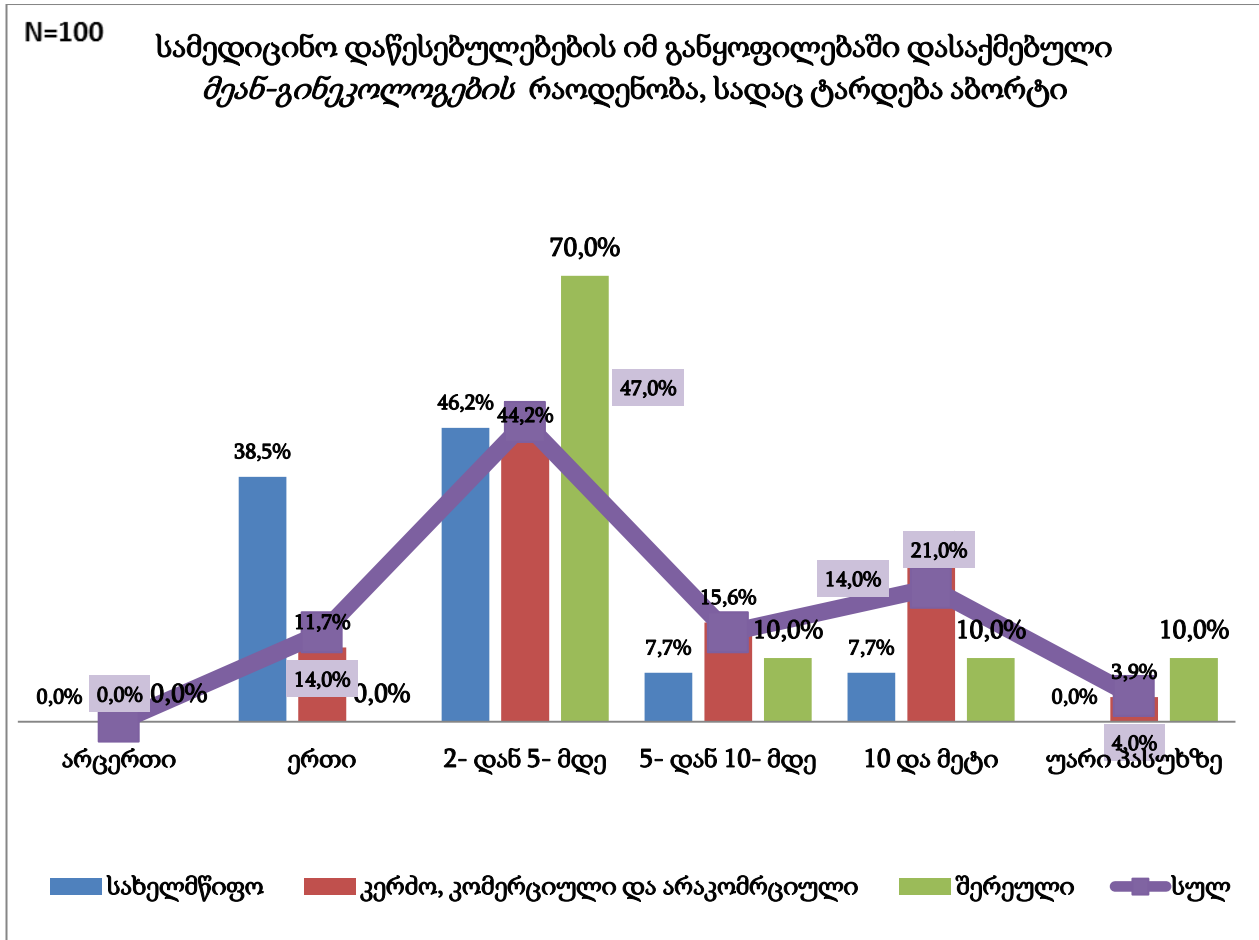
N=100	სახელმწიფო კლინიკები						კერძო კლინიკები						შერეული კლინიკები					
	არცერთი	ერთი	2-დან 5-მდე	5-დან 10-მდე	10 და მეტი	უარი პასუხზე	არცერთი	ერთი	2-დან 5-მდე	5-დან 10-მდე	10 და მეტი	უარი პასუხზე	არცერთი	ერთი	2-დან 5-მდე	5-დან 10-მდე	10 და მეტი	უარი პასუხზე
მეან-გინეკოლოგი	-	38.5%	46.2%	7.7%	7.7%	-	-	11.7%	44.2%	15.6%	24.7%	3.9%	-	-	70%	10%	10%	10%
პედიატრი	30.8%	30.8%	23.1%	7.7%	7.7%	-	53.2%	13.0%	18.2%	5.2%	6.5%	3.9%	40%	20%	30%	-	-	10%
კან-ვენეროლოგი	76.9%	7.7%	-	-	15.4%	-	55.8%	27.3%	7.8%	-	5.2%	3.9%	60%	30%	-	-	-	10%
ენდოკრინოლოგი	53.8%	30.8%	-	-	15.4%	-	44.2%	39.0%	7.8%	-	5.2%	3.9%	50%	40%	-	-	-	10%
უროლოგი	76.9%	7.7%	-	-	15.4%	-	62.3%	26.0%	2.6%	-	5.2%	3.9%	80%	10%	-	-	-	10%
ექთანი	-	30.8%	15.4%	23.1%	30.8%	-	2.6%	13.0%	11.7%	20.8%	28.6%	3.9%	-	20%	40%	20%	10%	10%
სანიტარი	-	38.5%	46.2%	15.4%	-	-	9.1%	32.5%	31.2%	14.3%	9.1%	3.9%	-	60%	20%	10%	-	10%
სექსოპათოლოგი	92.3%	-	-	-	7.7%	-	94.8%	1.3%	-	-	-	3.9%	90%	-	-	-	-	10%
სექსოლოგი	100%	-	-	-	-	-	90.9%	5.2%	-	-	-	3.9%	90%	-	-	-	-	10%
რეპროდუქტოლოგი	92.3%	-	-	-	7.7%	-	59.7%	26%	9.1%	-	1.3%	3.9%	70%	10%	10%	-	-	10%
ემბრიოლოგი	100%	-	-	-	-	-	94.8%	1.3%	-	-	-	3.9%	80%	10%	-	-	-	10%
მამოლოგი	100%	-	-	-	-	-	77.9%	18.2%	-	-	-	3.9%	90%	-	-	-	-	10%
ექიმი-ლაბორანტი	30.8%	38.5%	7.7%	-	15.4%	-	20.8%	20.8%	18.2%	6.5%	5.2%	3.9%	20%	60%	-	-	-	10%

მეან-გინეკოლოგი დასაქმებულია ყველა (100% - 100 კლინიკა) სამედიცინო დაწესებულების იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი. გინეკოლოგების რაოდენობა მერყეობს 1-დან 20-მდე, თუმცა, თითო დაწესებულებაში, უმეტესად, გვხვდება 1-3 მეან-გინეკოლოგი (შემთხვევათა 55%), ყველაზე ხშირად - 2 მეან-გინეკოლოგი (Mode = 2). მეან-გინეკოლოგები კლიენტებს ერთ ან რამდენიმე (7-მდე) მომსახურებას აწვდიან, მათ შორის:

- ✓ აბორტის წინა კონსულტაცია
- ✓ აბორტის შემდგომი კონსულტაცია
- ✓ ზოგადი დათვალიერება
- ✓ გინეკოლოგიური დათვალიერება
- ✓ ლაბორატორიული გამოკვლევა
- ✓ აბორტის პროცედურა
- ✓ აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ კონსულტაცია

კლინიკათა უმრავლესობაში (68%) მეან-გინეკოლოგი თავად აწვდის კლიენტს ყველა მომსახურებას, გარდა ლაბორატორიულისა.

**დიაგრამა N12**



კლინიკათა უმრავლესობას (65% - 65 კლინიკა) დასაქმებული ჰყავს თერაპევტი, უმეტესად - ერთი (Mode=1; კლინიკათა 34%). დანარჩენ შემთხვევებში, შესაბამის განყოფილებაში დასაქმებული თერაპევტების რაოდენობა მერყეობს 20-მდე, თუმცა, ასეთი შემთხვევები, უმეტესად, გვხვდება

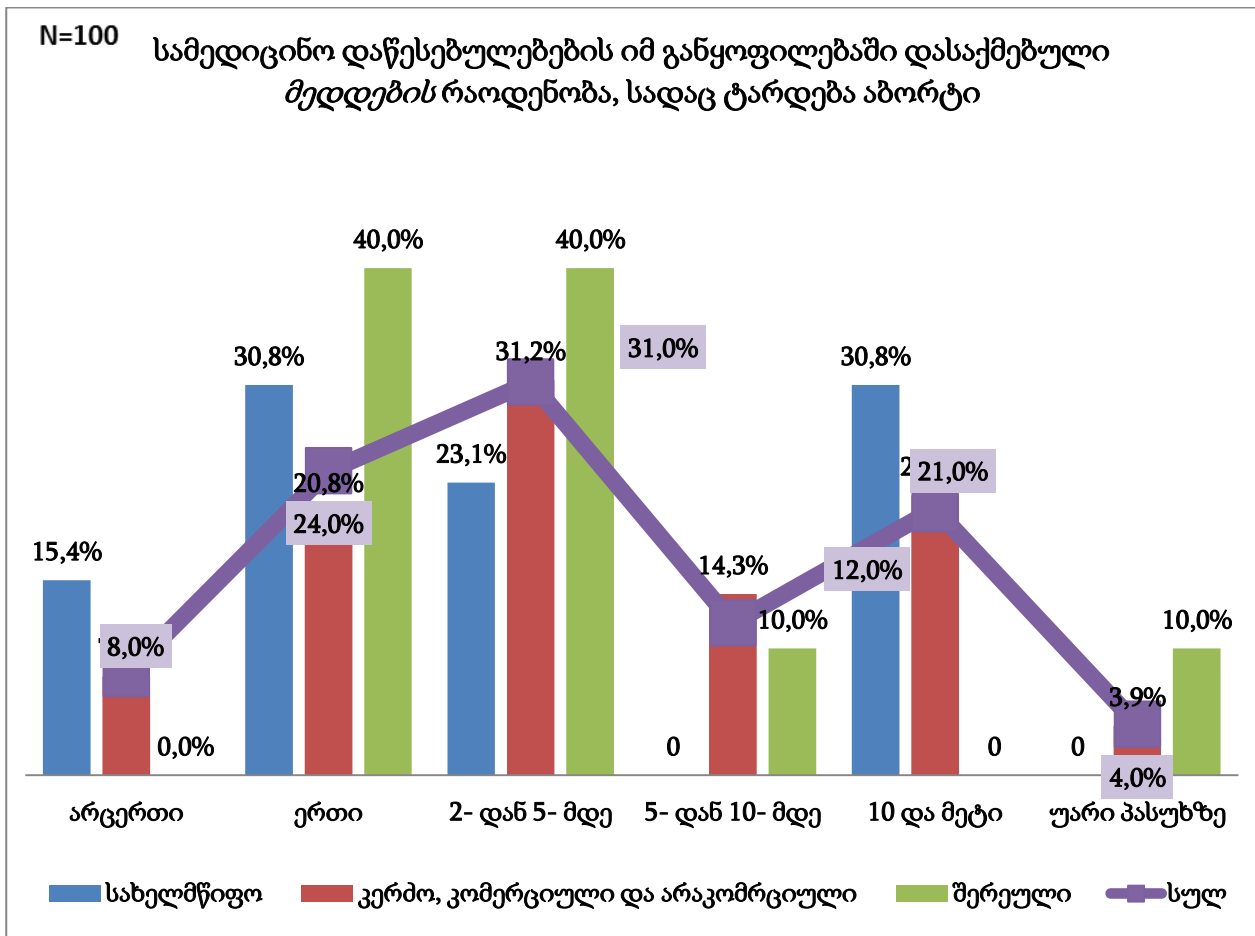
იშვიათად და კერძო კლინიკებში. სახელმწიფო კლინიკებში, შესაბამის განყოფილებაში დასაქმებული თერაპევტების რაოდენობა 4-ს არ აღემატება, ხოლო, შერეულ კლინიკებში - 3-ს. თერაპევტებმა შესაძლოა შეითავსონ ერთი ან ორი ფუნქცია ჩამოთვლილთაგან:

- ✓ აბორტის წინა კონსულტაცია
- ✓ ზოგადი დათვალიერება

**მედდა** (ექთანი) დასაქმებული ჰყავს კლინიკათა დიდ უმრავლესობას (88%). იმ განყოფილებაში, სადაც კეთდება აბორტი, უმეტესად, გვხვდება 1 მედდა (Mode=1). სახელმწიფო კლინიკებში დასაქმებული მედდების რაოდენობა, იშვიათად/ცალკეულ შემთხვევებში, მერყეობს 20-მდე, კერძო კლინიკებში - 30-მდე, ხოლო, შერეულ კლინიკებში - 6-მდე. (იხ. დიაგრამა N13). კლინიკებში მედდამ კლიენტს შესაძლოა მიაწოდოს ერთი ან რამდენიმე მომსახურება ერთდროულად, ჩამოთვლილთაგან:

- ✓ აბორტის წინა კონსულტაცია
- ✓ აბორტის შემდგომი კონსულტაცია
- ✓ ლაბორატორიული გამოკვლევა
- ✓ აბორტის პროცედურა

**დიაგრამა N13**

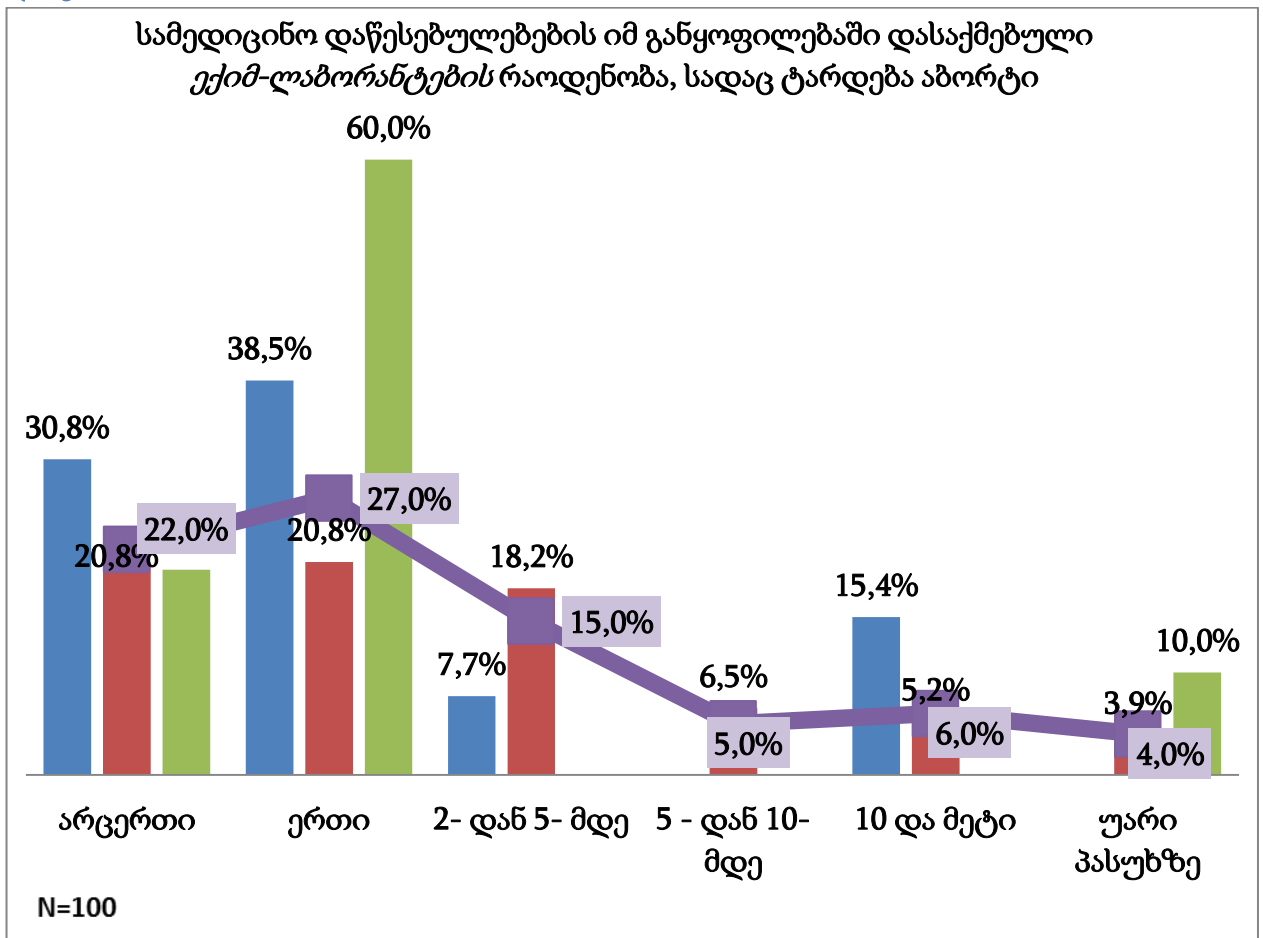


კლინიკათა თითქმის ნახევარში (47% - 47 კლინიკა) დასაქმებულია **ბებიაქალი** (ექთანი). სახელმწიფო კლინიკებში, ძირითადად, 3 ან 4 ბებიაქალი (სახელმწიფო კლინიკათა 53.9%), ხოლო, კერძო კლინიკებში - უმეტესად, 1-5 ბებიაქალია (კერძო კლინიკათა 39%) დასაქმებული. იშვიათად და მხოლოდ კერძო კლინიკებში, შესაბამის განყოფილებაში დასაქმებული ბებიაქალების რაოდენობა 6-დან 30-მდე მერყეობს.

**ექიმი-ლაბორანტი** დასაქმებული ჰყავს კლინიკათა უმრავლესობას (62% - 62 კლინიკა). ექიმი ლაბორანტების რაოდენობა მერყეობს 1-დან 12-მდე, ცალკეულ შემთხვევებში - 20-მდე (იხ. დიაგრამა N14). ყველაზე ხშირად გვხვდება 1 ექიმი-ლაბორანტი (Mode=1). ექიმ-ლაბორანტმა კლიენტს შესაძლოა მიაწოდოს ერთი ან რამდენიმე მომსახურება ერთდროულად, ჩამოთვლილთაგან:

- ✓ გინეკოლოგიური დათვალიერება
- ✓ ლაბორატორიული გამოკვლევა
- ✓ აბორტის პროცედურა

**დიაგრამა N14**



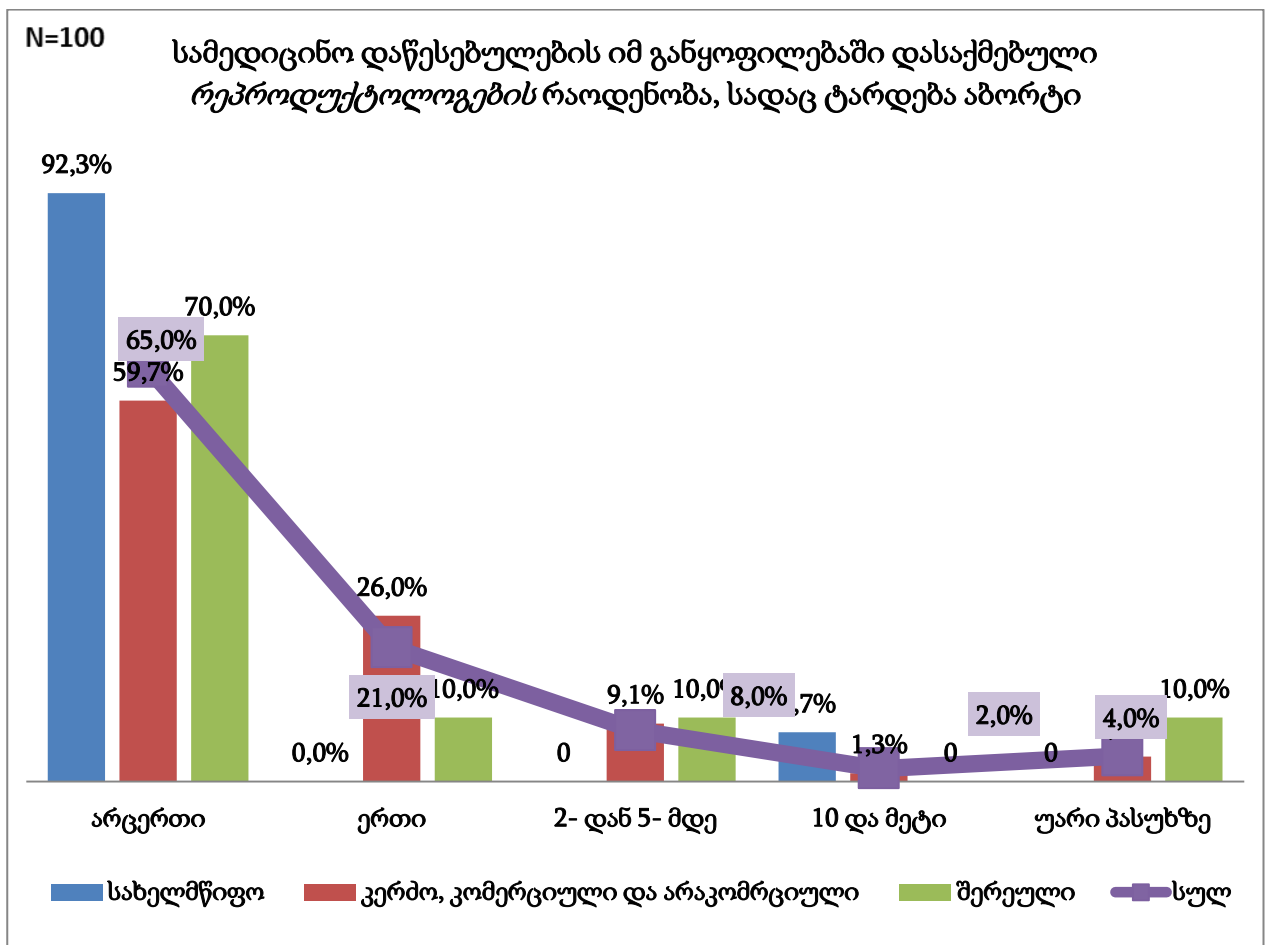
**რეპროდუქტოლოგი** დასაქმებული ჰყავს კლინიკათა მხოლოდ მესამედს (31%). რეპროდუქტოლოგების რაოდენობა მერყეობს 1-დან 9-მდე, ცალკეულ შემთხვევაში - 20-მდე. (იხ.



დიაგრამა N15). რეპროდუქტოლოგი კლიენტს, უმეტესად, აწვდის ერთ მომსახურებას ჩამოთვლილთაგან:

- ✓ აბორტისწინა კონსულტაცია
- ✓ აბორტის შემდგომი კონსულტაცია
- ✓ ზოგადი დათვალიერება
- ✓ გინეკოლოგიური დათვალიერება
- ✓ აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ კონსულტაცია
- ✓ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება

დიაგრამა N15



პედიატრი დასაქმებული ჰყავს კლინიკათა თითქმის ნახევარს (47% - 47 კლინიკა). პედიატრების რაოდენობა უმეტესად 1-დან 3-მდეა, უფრო იშვიათად (31% - 31 კლინიკა), მერყეობს 20-მდე, თუმცა, ეს უმეტესად, კერძო კლინიკებში გვხვდება.

კან-ვენეროლოგი დასაქმებულია კლინიკათა მესამედზე მეტში (37% - 37 კლინიკა). შედარებით ხშირად, გვხვდება ერთი კან-ვენეროლოგი (შემთხვევათა 25% - 25 კლინიკა). ცალკეულ შემთხვევებში, ძირითადად, კერძო კლინიკებში, კან-ვენეროლოგების რაოდენობა აღწევს 20-ს (6% - 6 კლინიკა).

კლინიკათა ნახევარს (50% - 50 კლინიკა) დასაქმებული ჰყავს **ენდოკრინოლოგი**, უმეტესად - ერთი (31 კლინიკა). ცალკეულ შემთხვევებში, კერძო (4 კლინიკა) და სახელმწიფო (2 კლინიკა) კლინიკებში ენდოკრინოლოგების რაოდენობა აღწევს 20-ს.

კლინიკათა თითქმის მესამედს (29% - 29 კლინიკა) ჰყავს დასაქმებული **უროლოგი**, უმეტესად - ერთი. ცალკეულ შემთხვევებში (2 სახელმწიფო და 4 კერძო კლინიკა) უროლოგების რაოდენობა აღწევს 20-ს.

**სანიტარი** დასაქმებული ჰყავს კლინიკათა დიდ უმრავლესობას (კლინიკათა 89%). დასაქმებული სანიტარების რაოდენობა მერყეობს 1-დან 28-მდე. უფრო ხშირად, გვხვდება 1 სანიტარი (Mode=1).

იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი, კლინიკათა ძალიან მცირე ნაწილს ჰყავს დასაქმებულ თითო-თითო **სექსოპათოლოგი** (2% - 2 კლინიკა) და **სექსოლოგი** (4% - 4 კლინიკა).

**ემბრიოლოგი** დასაქმებული ჰყავს მხოლოდ ორ კლინიკას (2%). ხოლო მამოლოგი - 14 კლინიკას (14%). მათი რაოდენობა არ აჭარბებს 1-ს.

იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი, ცალკეულ კლინიკებს დასაქმებული ჰყავთ სტომატოლოგი, გასტროენტეროლოგი და ნევროპათოლოგი.

ამრიგად, კლინიკების აბსოლუტურ უმრავლესობაში, იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი, დასაქმებულია მეან-გინეკოლოგი და ექთანი, რაც შეესაბამება პროტოკოლის მოთხოვნებს. გარდა ამისა, კლინიკების ნაწილში, იმ განყოფილებაში, სადაც ტარდება აბორტი, დასაქმებულია ისეთი სამედიცინო პერსონალიც, როგორცაა: თერაპევტი, პედიატრი, კან-ვენეროლოგი, ენდოკრინოლოგი, უროლოგი, სანიტარი, სექსოპათოლოგი, ექიმი-ლაბორანტი, სექსოლოგი, ემბრიოლოგი, მამოლოგი და სხვა. სამედიცინო პერსონალის ტიპი და რაოდენობა არ არის ერთგვაროვანი სხვადასხვა კლინიკაში.

### 2.3.4 აბორტის სერვისები

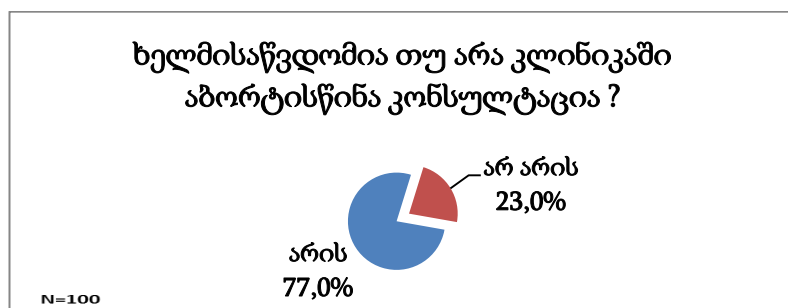
კლინიკებში ხელმისაწვდომია როგორც თავად აბორტის პროცედურა, ასევე, აბორტისწინა/პრეაბორტული და აბორტის შემდგომი/პოსტაბორტული სერვისები.

#### ა) პრეაბორტული პერიოდი და სერვისები

##### *აბორტისწინა კონსულტაცია და მისი მიწოდება*

კლინიკათა უმრავლესობაში ხელმისაწვდომია აბორტისწინა კონსულტაცია:

##### *დიაგრამა N 16*



პროტოკოლის თანახმად, აბორტის პროცედურამდე კლიენტს უტარდება აბორტისწინა კონსულტაცია, რაც გულისხმობს **გასაუბრებას** შემდეგი საკითხების შესახებ:

- ✓ აბორტის ფორმები და შესაძლო გართულებები;
- ✓ კონსულტირება აბორტის მეთოდის არჩევისას და პაციენტის ხელის შეწყობა, დამოუკუდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება;
- ✓ კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით;
- ✓ წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით.

პრე-აბორტული კონსულტაცია, ასევე, გულისხმობს სტანდარტული ფიზიკალური, გინეკოლოგიური და ლაბორატორიული კვლევების ჩატარებას. ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ აბორტი კეთდება სამედიცინო ჩვენებით, საჭიროა **ჯანმრთელობის კომპლექსური გამოკვლევის** ჩატარება, რაც გულისხმობს შემდეგს:

ა) *ფიზიკალური გამოკვლევა*: ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება, ფიზიკალური გამოკვლევა, მენსტრუალური ციკლის შეფასება ორსულობის ვადის დადგენა, მცირე მენჯის ღრუს გამოკვლევა: ბიმანუალური გასინჯვა და სარკეებით გასინჯვა .

ბ) *ლაბორატორიული და სხვა გამოკვლევები*: ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ორსულობის დადასტურებისა და გესტაციური ვადის განსაზღვრის მიზნით, ჰემოგლობინის ან ჰემატოკრიტის განსაზღვრა ანემიის ნიშნების არსებობისას და სხვა.

დაწესებულებათა დიდი უმრავლესობა კლიენტს აძლევს საშუალებას ყოველთვის (დაწესებულებათა 80%-84%) ან ზოგჯერ (დაწესებულებათა 5%-8%) აირჩიოს მისთვის სასურველი ექიმი, რომელიც მიაწვდის პრეაბორტულ კონსულტაციას, აბორტის მომსახურებას, პოსტაბორტულ კონსულტაციასა და პოსტ აბორტულ კონტრაცეფციას.

კლიენტს **აბორტისწინა და აბორტის შემდგომი კონსულტაცია** შესაძლოა მიაწოდოს რამდენიმე თანამშრომელმა - გინეკოლოგმა, რეპროდუქტოლოგმა, მედდამ ან თერაპევტმა. უმეტესად, ამ ფუნქციას ითავსებს - გინეკოლოგი (შემთხვევათა 92%), რაც შესაბამისობაშია პროტოკოლის მოთხოვნასთან.

კლიენტს **ზოგად დათვალიერებას** უტარებს ერთი ან რამდენიმე თანამშრომელი, მათ შორის გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი, თერაპევტი ან ექოსკოპისტი, უმეტესად - გინეკოლოგი (შემთხვევათა 93%).

კლიენტს **გინეკოლოგიურ დათვალიერებას** ყოველთვის (კლინიკების 100%) უტარებს გინეკოლოგი, თუმცა, გინეკოლოგთან ერთად ეს ფუნქცია შესაძლებელია შეითავსოს რეპროდუქტოლოგმა, თერაპევტმა ან ექოსკოპისტმა.

კლიენტს **ლაბორატორიულ გამოკვლევას** უტარებს ერთი ან რამდენიმე თანამშრომელი, მათ შორის ლაბორანტი, გინეკოლოგი, მედდა, ენდოკრინოლოგი თერაპევტი ან ექოსკოპისტი, ძირითადად - ლაბორანტი (შემთხვევათა 87%).

კლიენტს აბორტის პროცედურა შესაძლებელია ჩაუტაროს ერთმა ან რამდენიმე თანამშრომელმა, თუმცა, უმეტესად პროცედურას ატარებს გინეკოლოგი (შემთხვევათა 72%), მედდა (შემთხვევათა 16%). ასევე, ცალკეულ შემთხვევაში, აბორტის პროცედურა შესაძლებელია ჩაატაროს სანიტარმა, ბებიაქალმა, ლაბორანტმა ან ქირურგმა.

აბორტის შემდგომ კონტრაცეფციის კონსულტირებას ძირითადად ატარებს გინეკოლოგი (92%) ან რეპროდუქტოლოგი (შემთხვევათა 7%), ზოგიერთ შემთხვევაში - ორივე მათგანი.

ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას კლიენტს, უმეტესად, გინეკოლოგი აწვდის (შემთხვევათა 85.5%), ასევე, რეპროდუქტოლოგი (შემთხვევათა 14%), ცალკეულ შემთხვევაში კი - ენდოკრინოლოგი. ზოგიერთ კლინიკაში ამ ფუნქციას რამდენიმე თანამშრომელი ითავსებს.

ამრიგად, კლიენტს, ძირითადად (შემთხვევათა 91-100%), გინეკოლოგი აწვდის ისეთ მომსახურებას, როგორცაა აბორტის წინა კონსულტაცია, აბორტის შემდგომი კონსულტაცია, ზოგადი დათვალიერება, გინეკოლოგიური დათვალიერება, აბორტის პროცედურა, აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტირება და ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება. ამგვარი მიდგომა კლინიკისათვის ხარჯეფექტურია და, შესაძლოა, ტრენირებულმა გინეკოლოგმა შეითავსოს ყველა ზემოაღნიშნული ფუნქცია, თუმცა, ისეთი პროცედურები, როგორცაა: კლინიკური შეფასება, ორსულობის დადასტურება, მედიკამენტური და/ან ქირურგიული აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება და კონტრაცეფციული მეთოდების შერჩევა სასურველია ჩატარდეს რეპროდუქტოლოგის ჩართულობით. ხოლო ისეთი სერვისები, როგორცაა: რისკის პროფილის შეფასება და პაციენტის კონსულტირება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ, რეკომენდირებულია, რომ კლიენტს ექთანმა მიაწოდოს. კლიენტებს ლაბორატორიულ მომსახურებას, ძირითადად (შემთხვევათა 92.6%) აწვდის ლაბორანტი. შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო დაწესებულებების იმ განყოფილებებში, სადაც ტარდება აბორტი, პერსონალის ფუნქციები არ არის გადანაწილებული პროტოკოლის შესაბამისად.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ აბორტის პროცედურამდე კლინიკათა თითქმის მეხუთედში (19% - 19 კლინიკა) არ ტარდება პრე-აბორტული კონსულტაცია. ასეთ შემთხვევაში პაციენტი თანხმობას აცხადებს იმაზე, რაზეც ინფორმირებული არ არის, შესაბამისად, ირღვევა მისი უფლება. კანონს არღვევს ექიმიც, რადგან საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის თანახმად, იგი ვალდებულია, უზრუნველყოს ინფორმირებული თანხმობა.<sup>13</sup> გარდა ამისა, ჩნდება რისკი, ექიმმა პაციენტისგან დამოუკიდებლად, თვითნებურად შეარჩიოს აბორტის მეთოდი რომელიც მისთვის მოსახერხებელია და არ გაითვალისწინოს მინისტრის 01-746 ბრძანებაში გაწერილი რეკომენდაცია, რომლის თანახმადაც, ექიმი მოვალეობაა შეარჩიოს ქალისათვის სასურველი ნაკლებად ინვაზიური აბორტის მეთოდი.

დანარჩენ კლინიკებში (81% - 81 კლინიკა) პრე-აბორტული კონსულტაციის დროს გასაუბრება ხდება შემდეგ საკითხებზე:

- ✓ ქალის მიერ აბორტის გადაწყვეტილების მიზეზებზე (ტარდება კლინიკათა 79%-ში - 79 კლინიკა);

<sup>13</sup> „საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ“, თავი 5, მუხლი 44, პუნქტი 1

- ✓ იმის შესახებ, რომ ქალმა არ უნდა გაიკეთოს აბორტი (ტარდება კლინიკათა 80%-ში - 80 კლინიკა);
- ✓ იშვიათ გართულებებზე აბორტის დროს (ტარდება კლინიკათა 81%-ში - 81 კლინიკა);
- ✓ აბორტის სხვადასხვა მეთოდების, მათი დადებითი/უარყოფითი მხარეების შესახებ (ტარდება კლინიკათა 81%-ში - 81 კლინიკა);
- ✓ აბორტის შემდგომ პერიოდში შესაძლო გართულებების შესახებ (ტარდება კლინიკათა 81%-ში - 81 კლინიკა);
- ✓ სელექციური აბორტის უარყოფითი მხარეების შესახებ (ტარდება კლინიკათა 71%-ში - 71 კლინიკა).

ასევე, პრეაბორტული კონსულტაციის დროს, ქალი ხელს აწერს ინფორმირებული თანხმობის ფორმას და ექიმი მისი თანხლებით ავსებს პაციენტის სამედიცინო ისტორიას.

ფოკუს ჯგუფის შედეგებიც ადასტურებს, რომ პრეაბორტული კონსულტაცია ყოველთვის არ ტარდება და, როგორც წესი, არც იმის გაკონტროლება ხდება, ამ სერვისის მიაწოდებს თუ არა ექიმი პაციენტს. ფაქტიურად, ექიმზე და მის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული, მიეწოდება თუ არა პაციენტს ეს მომსახურება. ერთადერთი, რასაც აბორტისწინა კონსულტაციის დროს ყველა ექიმი აკეთებს არის ის, რომ ცდილობს, გადაარწმუნოს პაციენტი აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით, რაც პროტოკოლის შესაბამისი ქმედებაა. არის შემთხვევები, როდესაც ამგვარი გადარწმუნება არის ეფექტური და ქალები უარს ამბობენ აბორტის გაკეთებაზე, თუმცა, უმეტესად, გადარწმუნების მცდელობები უშედეგოა.

დისკუსიის პროცესში გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებსაც უტარდებათ აბორტისწინა გასაუბრება, როგორც წესი, ექიმები აწვდიან ინფორმაციას სხვადასხვა მეთოდის ეფექტურობის, გართულებების, აბორტის პროცედურის და აბორტის შემდგომ პერიოდში რეაბილიტაციის შესახებ. პაციენტებს ინფორმაცია მიეწოდებათ წერილობითი ფორმითაც - ბუკლეტების სახით. ზოგიერთი ექიმი პაციენტს აწვდის სრულყოფილ ინფორმაციას აბორტის შესახებ, იჩენს ყურადღებას, აფასებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას და მზაობას, გამოიკითხავს მის ისტორიას, უმრავლესობა კი აწვდის შედარებით ზედაპირულ, ზოგად ინფორმაციას:

*„დეტალურ ინფორმაციას არც ერთი პაციენტი არ ითხოვს, ზოგადად გესაუბრება (ექიმი)“*

არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს არ ჰქონიათ პირველადი კონსულტაციის სერვისი - არც გასაუბრება და არც ჯანმრთელობის გამოკვლევა, რაც არღვევს პროტოკოლის მოთხოვნებს.

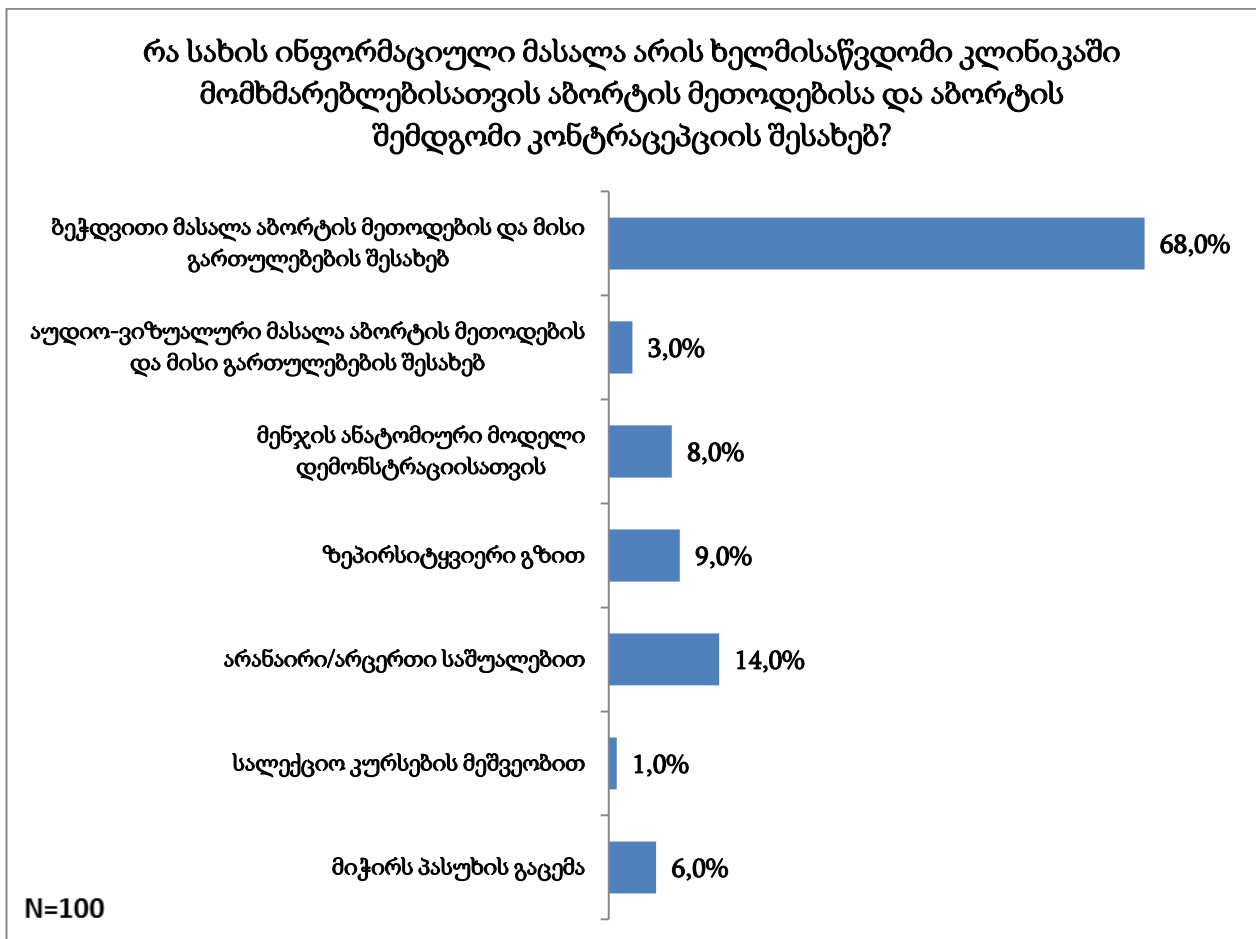
*„აბორტის შემთხვევაში არაფერს არ ამოწმებდნენ. თუ ორსულად ვიყავი, მაშინ თავს მევლებოდნენ - ამოწმებდნენ წნევას, სისხლს, ყველაფერს. აბორტებზე მაშინვე შევდიოდით, თითქოს სათამაშო ვიყავი. ადრე ასე იყო, ახლა - არა“*

რაც შეეხება ჯანმრთელობის გამოკვლევას, ფოკუს ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ გამოკვლევა უმეტესად ხდება ნაწილობრივ, ზოგჯერ - დეტალურად, უფრო იშვიათად კი - საერთოდ არ ხდება. ექიმები ფეხმძიმობის დასადგენად, უმეტესად, იყენებენ ექოსკოპიას, თუმცა, ხშირად იყენებენ ისეთ მეთოდებსაც, როგორცაა კალენდრული მეთოდი, ხელით გასინჯვა, გინეკოლოგიური დათვალიერება, რენტგენი. ზოგჯერ პაციენტებს სთხოვენ სისხლის ანალიზის ლაბორატორიულ კვლევას. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული მეთოდების გამოყენებით ორსულობის დადგენის დროს დიაგნოსტიკური შეცდომის ალბათობა საკმაოდ მაღალია, რადგან, პროტოკოლის თანახმად,

ორსულობის დადგენისათვის აუცილებელია გინეკოლოგიური გასინჯვა და ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარება.

პროტოკოლის თანახმად, კლიენტებს უნდა მიეწოდოთ საინფორმაციო მასალაც აბორტთან და აბორტის შემდგომ კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით. კლინიკათა მხოლოდ მცირე ნაწილი (12% - 12 კლინიკა) არ სთავაზობს კლიენტებს არც ერთი ტიპის საინფორმაციო მასალას აბორტის მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ, დანარჩენ კლინიკები კი სთავაზობენ ერთ ან რამდენიმე საშუალებას, მათ შორის, ყველაზე მეტი (68% - 68 კლინიკა) - ბეჭდვით მასალას აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, პოსტ-აბორტული კონტრაცეფციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ. კლინიკათა შედარებით მცირე ნაწილი (1%-8%) კლიენტებს სთავაზობს აუდიო-ვიზუალურ მასალას აბორტის მეთოდებისა და მისი გართულებების შესახებ, ასევე, აწვდის ინფორმაციას პოსტ-აბორტული კონტრაცეფციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ, იყენებს მენჯის ანატომიურ მოდელს დემონსტრირებისათვის ინფორმირების დროს, სთავაზობს ზეპირსიტყვიერ მეთოდს. (იხ. დიაგრამა N17)

**დიაგრამა N17**



ანალიზი აჩვენებს, რომ, ძირითადად, ექიმზეა დამოკიდებული, ჩატარდება თუ არა კლიენტს ეს მომსახურება და არ არსებობს მექანიზმი, რომელიც გააკონტროლებს მიაწოდა თუ არა ეს სერვისი ექიმმა კლიენტს. ხოლო იმ შემთხვევაში, როდესაც ტარდება აბორტისწინა კონსულტაცია, ექიმები, უმეტესად, ზედაპირულ ინფორმაციას აწვდიან კლიენტებს აბორტის ტიპების და შესაძლო გართულებების შესახებ. ის, თუ რამდენად სრულყოფილ ინფორმაციას მიაწოდებს ექიმი

პაციენტს, არ არის განსაზღვრული ან გაკონტროლებული კლინიკის მიერ და მხოლოდ ექიმზე და მის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული. გარდა ამისა, ყოველთვის არ ტარდება პროტოკოლით რეკომენდირებული სტანდარტული ფიზიკალური და გინეკოლოგიური გამოკვლევა აბორტის პროცედურამდე. მეტიც, ფოკუს ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ ასეთი გამოკვლევა საკმაოდ იშვიათად ტარდება და, როგორც წესი, შემოიფარგლება ორსულობის დადგენით. სხვა შემთხვევაში კი - გამოკვლევა ხდება ნაწილობრივ ან საერთოდ არ ხდება.

*გადაწყვეტილების მიღება აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით*

პროტოკოლის თანახმად, აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებს ქალი. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, აბორტის პროცედურამდე, ექიმი ვალდებულია კლიენტისგან მიიღოს წერილობითი და ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა.<sup>14</sup>

შეკითხვაზე, თუ რამდენად იღებს ქალი ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას აბორტთან დაკავშირებით, კლინიკათა უმრავლესობის წარმომადგენელი (81%) აცხადებს, რომ ქალი სრულიად ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს. გაცილებით მცირე და თითქმის თანაბარია იმ კლინიკათა პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთა წარმომადგენლებიც მიიჩნევენ:

- ✓ ქალი უფრო ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს, ვიდრე - არაინფორმირებულს (6% - 6 კლინიკა);
- ✓ ქალი უფრო არაინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს, ვიდრე ინფორმირებულს (5% - 5 კლინიკა);
- ✓ ქალი არაინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს (4% - 4 კლინიკა).

4 კლინიკის წარმომადგენელს (4%) გაუჭირდა პოზიციის დაფიქსირება ამ საკითხთან დაკავშირებით.

ფოკუს-ჯგუფის შედეგები მოწმობს, რომ ქალები საბოლოო გადაწყვეტილებას დამოუკიდებლად იღებენ, თუმცა, ქალების უმეტესობა ამ გადაწყვეტილებას ყოველთვის ათანხმებს მეუღლესთან. თუმცა, ზოგჯერ ქალები სრულიად დამოუკიდებლად იღებენ გადაწყვეტილებას, რადგან მეუღლეს არ სურს მასში ჩარევა:

*„თავის თავზე არ იღებენ, ამბობენ, შენ გადაწყვიტე“*

მიუხედავად იმისა, რომ დისკუსიის არც ერთ მონაწილეს არ უსაუბრია გადაწყვეტილების მიღების დროს მეუღლის მხრიდან რაიმე სახის ძალადობასა ან წინააღმდეგობაზე, რამდენიმე რესპონდენტმა ისაუბრა აბორტის მეუღლისგან ფარულად გაკეთების შემთხვევებზე:

*„მე, პირადად, ბევრჯერ წავსულვარ ჩუმად, რადგან, შესაძლოა, (მეუღლე) წინააღმდეგი ყოფილიყო. კაცს აქვს ბევრი შვილის ყოლის მოთხოვნა“*

*„ერთხელ ადრე გავიკეთე, კიდევ (აბორტი). მეუღლეს ძალიან უნდოდა (შვილი), მაგრამ ჩუმად გავიკეთე“*

<sup>14</sup> „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი 4, მუხლი 22, პუნქტი 1, პუნქტი 2, პუნქტი 3 „საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ“, თავი 5, მუხლი 44, პუნქტი 1

ამრიგად, რეალობა უმეტესად შესაბამისობაშია პროტოკოლის მოთხოვნასთან - დამოუკიდებლად მიიღონ ქალებმა გადაწყვეტილება აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით, თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, ქალები საბოლოო გადაწყვეტილებას წინასწარ ათანხმებენ მეუღლესთან. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, ქალების ნაწილი თვლის, რომ აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღება მათი, და არა მათი მეუღლეების, პრეროგატივაა.

### *აბორტის გაკეთების მიზეზები*

ფოკუს-ჯგუფის დროს მოხდა იმ მიზეზების ინდეტიფიცირება, რის გამოც ქალები აბორტს იკეთებენ. რესპონდენტების მიერ დასახელებული საკმაოდ მრავალფეროვანია. აბორტის გაკეთების მიზეზად ქალები ყველაზე ხშირად ასახელებენ ეკონომიკურ პრობლემებს:

*„აი, ჩემმა ქმარმა რომ მონდომოს და სახლი გადაიფორმოს, მე შვილებით მარტო ვრჩები. ასეთ სიტუაციაში, რასაკვირველია, ბავშვს არ გავაჩენ. ეს არის ყველაზე მთავარი, თორემ, თუ ქალს უნდა გაჩენა, ის გააჩენს“*

*„მეც მინდოდა მესამე, მაგრამ ჩემზე არაა დამოკიდებული, ეკონომიკურ მდგომარეობაზეა“*

გარდა ამისა, ქალები ხშირად იკეთებენ აბორტს ოჯახის დაგეგმვის მიზნით სამ ძირითად შემთხვევაში:

- ✓ მშობიარობის შემდეგ მალევე ფეხმძიმდებიან და აბორტს იკეთებენ, რადგან გაუჭირდებათ ორი მცირეწლოვანის აღზრდა: *„პატარა მყავდა მეორე და აღარ მინდოდა მიყოლება“*
- ✓ ჰყავთ დიდი შვილები და აბორტს იკეთებენ შვილების ასაკებს შორის დიდი სხვაობების თავიდან აცილების მიზნით; *„პირველი [აბორტი] რომ გავიკეთე, მაშინ ბავშვი პატარა მყავდა, ახლა დიდები მყავს, შუალედი ვერ გამოვძებნე“*
- ✓ არ სურთ მეტი შვილი, რაც, უმეტესად, ფსიქოლოგიურ მზადყოფნასთან ან ოჯახის დაგეგმვასთანაა დაკავშირებული: *„ფსიქოლოგიურად არ ვიყავი მზად რომ კიდევ გამეჩინა, მესამე აღარ მინდოდა“, „ბავშვს არ უნდა მარტო გაჩენა, უნდა აღზრდა, ბევრი რამე სჭირდება“, „სჯობს ორი გყავდეს და მოუარო, ვიდრე - მეტი და ვერ მოუარო“*

აბორტის გაკეთების სხვა მიზეზებიდან ხშირად დასახელდა: ქალის ასაკოვნობა, ჯანმრთელობის პრობლემები, დაავადებები (გენეტიკური, ვირუსული, მშობიარობით ან აბორტით გამოწვეული და სხვ.). ცალკეულ შემთხვევებში, დისკუსიის მონაწილეებმა აბორტის გაკეთების მიზეზად დაასახელეს, ასევე: სამსახურის შენარჩუნების მოტივი, სქესის სელექცია, თავდაცვის საშუალებებზე ხელმიუწვდომლობა და სხვა.

თბილისის ფოკუს ჯგუფის დროს გამოვლინდა საინტერესო ფაქტი: ქალების ნაწილი აბორტს აფასებს რელიგიური კუთხით და აღიქვამს, როგორც ცოდვას:

*„ცოდვა იმასაც (ექიმსაც) ედება და შენც“*

*„ჩემი ექიმი აღარ აკეთებს აბორტებს, აკრძალა რწმენის გამო. არ უნდა ადამიანს, რომ სისხლში გაისვაროს ხელები“*

როგორც დისკუსიის დროს გამოიკვეთა, აბორტის გაკეთების მიზეზები საკმაოდ მრავალფეროვანია და შესაძლოა დაკავშირებული იყოს, როგორც პირად მოტივებთან, ისე, გარემო ფაქტორებით გამოწვეულ პრობლემებთან, როგორცაა, მაგალითად, ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა.



მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ 2014 წლის აპრილიდან „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონში“ შევიდა ცვლილებები, რომლის მიხედვითაც, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით, სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე, 3 დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა 5 დღიანი მოსაფიქრებელი ვადით შეიცვალა<sup>15</sup>. რესპონდენტთა გარკვეულ ნაწილმა ამ ცვლილების შემდეგ გაიკეთა აბორტი და ყველა შემთხვევაში იყო დაცული 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებმა დისკუსიის პროცესში დააფიქსირეს თავიანთი დამოკიდებულება ამ ცვლილების შესახებ, რის შედეგადაც გამოვლინდა, რომ ამ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. რესპონდენტთა უმეტესი ნაწილი თვლის, რომ 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა არაეფექტურია, რადგან აბორტის გაკეთების შესახებ მიღებულ გადაწყვეტილებას ქალი მწელად იცვლის:

*„ჩემს დროს უკვე იყო (5 დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა), მაგრამ როცა გადაწყვიტე, მერე რამდენი ხანიც არ უნდა იფიქრო, წინასწარ იცი“*

*„წინასწარ იცის ქალმა, სანამ დაორსულდება, გააჩენს თუ არა“*

მიუხედავად ამისა, რესპონდენტებმა დაასახელეს ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის შემდეგ ქალს გადაუფიქრებია აბორტის გაკეთება.

მარნეულის ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებს მიაჩნიათ, რომ 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის დანიშნვა, ამ ეტაპზე, არც ისე რელევანტურია, რადგან უფრო სერიოზულ პრობლემებს ხედავენ აბორტის მომსახურებასთან დაკავშირებით:

*„მოდით, სხვა კუთხით შევხედოთ: მთავრობამ ფიქრის დრო კი არ უნდა მოგვცეს 5 დღე, არამედ მოგვცეს ქალებს ნორმალური სამუშაო, რომ ვაჩენდეთ შვილებს. აი ჩემმა ქმარმა რომ მოინდომოს და სახლი გადაიფორმოს, მე შვილებით მარტო ვრჩები. ასეთ სიტუაციაში, რასაკვირველია, ბავშვს არ გავაჩენ. ეს არის ყველაზე მთავარი. თორემ თუ ქალს უნდა გაჩენა, ის გააჩენს“*

თიანეთის ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებმა უფრო დადებითად შეაფასეს 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა და თვლიან, რომ ეფექტური უნდა იყოს:

*„კარგია, მე მომწონს [5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა]. ასე ბევრი ბავშვი გაჩნდება უფრო“*

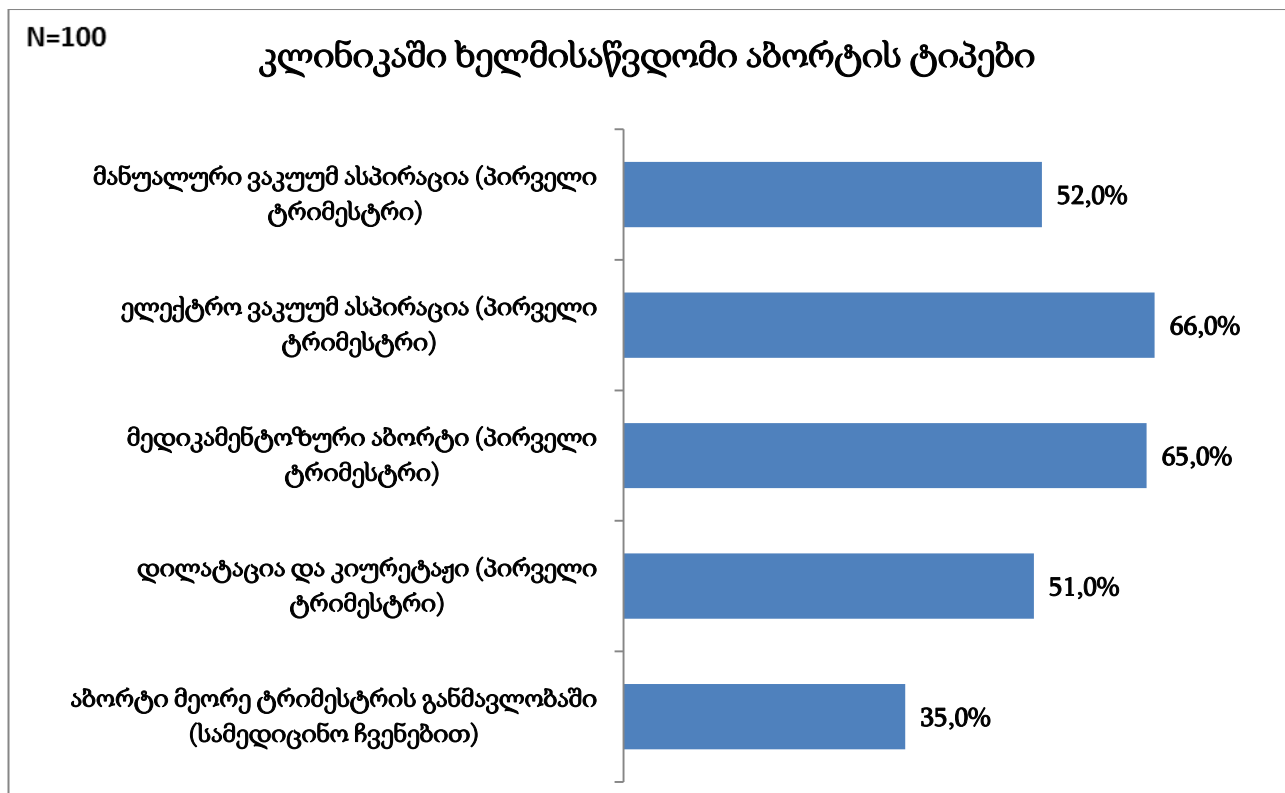
ამრიგად, ქალის მიერ აბორტის გაკეთების მიზეზები საკმაოდ მრავალფეროვანია. ქალები, უმეტესად, დამოუკიდებლად იღებენ გადაწყვეტილებას, გაიკეთონ აბორტი და ამ გადაწყვეტილებას იშვიათად იცვლიან, ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ შემოწმდეს 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის ეფექტურობა, გამომდინარე იქიდან, რომ ქალებისთვის ხშირად დამატებითი პრობლემების წყარო ხდება.

<sup>15</sup> „საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თავი 23, მუხლი 139, პუნქტი ბ, 2014

**ბ) აბორტის პროცედურა და სახეობები**

კვლევაში მონაწილე კლინიკები კლიენტებს სთავაზობენ როგორც პირველი, ასევე, მეორე ტრიმესტრის აბორტს სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებით (იხ. დიაგრამა 18).

*დიაგრამა N18*



**პირველი ტრიმესტრის აბორტი**

პირველი ტრიმესტრის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა გულისხმობს აბორტს 12 კვირაზე ნაკლები ვადის ორსულობისას. მისი გაკეთება, როგორც წესი, ხდება როგორც სამედიცინო ჩვენებით, ასევე, პაციენტის სურვილის შემთხვევაში. პირველი ტრიმესტრის აბორტი კეთდება კვლევის მონაწილე ყველა დაწესებულებაში. კვლევაში მონაწილე კლინიკები პირველი ტრიმესტრის ქალბატონებს სთავაზობს ერთ ან რამდენიმე (ორი, სამი ან ოთხი ერთდროულად) ტიპის აბორტის მეთოდს:

**❖ მედიკამენტოზური აბორტი**

მედიკამენტოზური აბორტი გულისხმობს ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას მედიკამენტური საშუალებების გამოყენებით. მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდია მიფეპრისტონის შემდგომ მიზოპროსტოლის გამოყენება. ეს არის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მეთოდი კვლევის მონაწილე კლინიკებს შორის. ამ მეთოდით აბორტი კეთდება კლინიკათა 65%-ში ( 65 კლინიკა).

## ❖ ქირურგიული აბორტი

### ✓ ვაკუუმ-ასპირაცია

ვაკუუმ ასპირაცია არის ქირურგიული აბორტის მეთოდი, რომლის დროს საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაცია ხდება პლასტიკური ან მეტალის ასპირაციული კანულით, რომელიც დაკავშირებულია ვაკუუმის წყაროსთან. არსებობს ვაკუუმ ასპირაციის ორი სახეობა და, მათგან, ორივეა ხელმისაწვდომი კვლევის მონაწილე კლინიკებში.

ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციის (EVA) დროს გამოიყენება ელექტრო ვაკუუმის ტუმბო/ელექტრო შემწოვი, რომელიც გათვლილია სხვადასხვა ზომის პლასტიკურ კანულაზე, 12-16 მმ დიამეტრის დიაპაზონით. ამ მეთოდით აბორტი კეთდება კლინიკათა 66%-ში (66 კლინიკა).

მანუალური ვაკუუმ ასპირაციის (MVA) 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. ამ მეთოდით აბორტი კეთდება კლინიკათა 52%-ში (52 კლინიკა).

### ✓ დილატაცია და კიურეტაჟი

დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C) - მექანიკური გამაფართოებლების ან ფარმაკოლოგიური საშუალებებით საშვილოსნოს ყელის გაფართოებისა და ბასრი მეტალის კიურეტის გამოყენებით საშვილოსნოს კედლების გამოფხეკის პროცედურა. ამ მეთოდით აბორტი კეთდება კლინიკათა ნახევარში - 51%-ში (51 კლინიკა).

ორსულობის შეწყვეტის მეთოდს ირჩევს ქალი და მას უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია აბორტის ყველა მეთოდის შესახებ. იმ შემთხვევაში, როდესაც კლინიკაში მხოლოდ ერთი მეთოდია ხელმისაწვდომი, კლინიკა ვალდებულია, პაციენტი გადაამისამართოს სხვა, შესაბამის დაწესებულებაში. ხშირ შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებლები კლიენტს არ აწვდიან სრულ ინფორმაციას და ქალი სწორ არჩევანს ვერ აკეთებს, შესაბამისად, იზღუდება პაციენტის არჩევანის თავისუფლება. თუმცა ამის დადასტურება პრაქტიკულად შეუძლებელი ხდება, ვინაიდან „ინფორმირებული თანხმობის“ ფორმაზე ხელმოწერით ქალს გაცხადებული აქვს თანხმობა.

### მეორე ტრიმესტრის აბორტი

მეორე ტრიმესტრის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა გულისხმობს აბორტს 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობისას. ის შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების საფუძველზე, რომელიც განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით<sup>16</sup>. სამედიცინო ჩვენებების შემთხვევაში, 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის საკითხი განიხილება კომისიურად, პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით. კომისია იქმნება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ბრძანებით, რომლის შემადგენლობაში ამავე დაწესებულების მთავარი ექიმისა (კლინიკური დირექტორი ან მენეჯერი) და იურისტის გარდა, აუცილებელი წესით მონაწილეობს 2 მეან-გინეკოლოგი და ექიმი-სპეციალისტი (რომლის კომპეტენციასაც განეკუთვნება ორსულის ავადმყოფობა). კომისიის სხდომა ფორმდება ოქმის სახით. მეორე ტრიმესტრის აბორტი შედარებით მცირე რაოდენობის (35%) სამკურნალო

<sup>16</sup> „საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თავი 23, მუხლი 140, პუნქტი 2, 2014

დაწესებულებებში კეთდება (35 კლინიკა). ასეთი კლინიკები არსებობს რეგიონებში, გარდა სამცხე-ჯავახეთისა, თუმცა, არ არის ხელმისაწვდომი ყველა დასახლებულ სოფელსა და ქალაქში. მეორე ტრიმესტრის აბორტი ტარდება, როგორც ქირურგიული, ასევე, მედიკამენტოზური მეთოდებით.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება (7% -7 კლინიკა) კლიენტებს სთავაზობს მხოლოდ გადაუდებელ/სპონტანურ აბორტს, რომელიც მხოლოდ სამედიცინო ჩვენების საფუძველზე კეთდება და არა აბორტს ქალის სურვილის/გადაწყვეტილების საფუძველზე. ასეთი მდგომარეობაა, მაგალითად, თიანეთში, რის გამოც, ქალებს უწევთ სხვა ქალაქში წასვლა აბორტის სერვისის მისაღებად, რაც მათთვის დამატებით პრობლემებთან და ხარჯებთან არის დაკავშირებული.

კლინიკათა წარმომადგენლების განცხადებით, ქალები ყველაზე ხშირად შემდეგ მეთოდებს იყენებენ:

- ✓ მედიკამენტოზური აბორტი პირველი ტრიმესტრში (დაასახელა 60 კლინიკის წარმომადგენელმა - 60%)
- ✓ ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია პირველი ტრიმესტრში (დაასახელა 52 კლინიკის წარმომადგენელმა - 52%)
- ✓ მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (დაასახელა 33 კლინიკის წარმომადგენელმა - 33%)
- ✓ დილატაცია და კიურეტაჟი (დაასახელა 31 კლინიკის წარმომადგენელმა - 31%)

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებს გამოცდილი აქვთ, როგორც სპონტანური (თავისთავადი) აბორტი, რომელსაც მოიხსენიებენ, როგორც „თვითაბორტს“ ან „მუცლის მოშლას“, ისე - ხელოვნური აბორტი. მათ გამოცდილი აქვთ აბორტის თითქმის ყველა მეთოდი:

**ვაკუუმ ასპირაციის** მეთოდის აღსანიშნავად, რესპონდენტებისთვის დამკვიდრებული ტერმინია „მინი-აბორტი“. ვაკუუმ ასპირაციის პროცედურის შესახებ რესპონდენტები არ საუბრობენ მნიშვნელოვან დისკომფორტზე. ვაკუუმ ასპირაციის ორივე ტიპს - მანუალურ ვაკუუმ ასპირაციას და ელექტრო ვაკუუმ ასპირაციას რესპონდენტები, უმეტესად, ახასიათებენ, როგორც არასასიამოვნოს, თუმცა, თითქმის არ მიუთითებენ პროცედურის დროს ტკივილის არსებობაზე.

**დილატაციასა და კიურეტაჟს** დისკუსიის მონაწილეები მოიხსენიებენ, როგორც „გამოფხეკას“. ისინი აბორტის ამ მეთოდს ახასიათებენ, როგორც ძლიერ მტკივნეულს: „*გვიოდი, ძალიან მტკივნეული იყო. საშინელება იყო*“. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ კლინიკაში აბორტის მხოლოდ ეს ტიპი გამოიყენება (მაგალითად, თიანეთის კლინიკა).

გამოკითხულთა ნაწილს გაკეთებული აქვს, აგრეთვე, **მედიკამენტური** აბორტი ექიმის დანიშნულების შესაბამისად. თუმცა, ჯგუფური დისკუსიის დროს გამოვლინდა, რომ ქალები ხშირად ექიმის დანიშნულების გარეშე, თვითნებურად იღებენ აბებს. დაასახელეს შემდეგი აბები: პიტუიტრინი, საიტოტეკი, ნოშპა, კუჰის წამლები (პერორალური ან ვაგინალური გზით) კალცი (ინტრავენური გზით) და სხვ. სამედიცინო კუთხით, აღნიშნული პრეპარატები არ განიხილება. მრავალრიცხოვანი კვლევების შედეგად დადგენილია, რომ მედიკამენტოზური აბორტის კლინიკური ეფექტურობის გაზრდისა და სანაყოფე კვერცხის ექსპულსიის დაჩქარების მიზნით, აბორტის უსაფრთხოებისთვის მიზანშეწონილია მიფეპრისტონისა და პროსტაგლანდინების

კომბინაციაში გამოყენება, რაც თავისთავად გამორიცხავს ზემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატების ეფექტურობას სამედიცინო თვალსაზრისით. რესპონდენტების ნაწილი იხსენებს, რომ თვითნებურად მიღებული მედიკამენტების ფონზე განვითარებულ აბორტს ხშირად მოჰყოლია სხვადასხვა გართულება ((განსაკუთრებით სისხლდენა), რაც, შემდგომ, მოითხოვდა სერიოზულ სამედიცინო ჩარევას.

გარდა აღნიშნულისა, ჯგუფის წევრებმა დაასახელეს აბორტის გამოწვევის ისეთი **არასამედიცინო საშუალებები**, როგორცაა პიტნის წვენი, თხილის ნახარში და სხვ. თუმცა, ეს არ არის დამკვიდრებული პრაქტიკა მათთვის, ხშირი გართულებების გამო. სამედიცინო კუთხით, აღნიშნული ნახარშების ორსულობის შეწყვეტის მიზნით გამოყენება, განხილვას არ ექვემდებარება.

რესპონდენტებმა ერთსულოვნად აღნიშნეს, რომ არც ერთ მათგანს არ აქვს გაკეთებული **აბორტი არალეგალურ დაწესებულებაში** და დიდად არც სმენიათ მსგავსი შემთხვევების შესახებ. მხოლოდ მარნეულის ფოკუს ჯგუფის მონაწილემ აღნიშნა, რომ მარნეულში სოფლებში დღემდე კეთდება არალეგალური აბორტები, რადგან არ არსებობს კლინიკები, რომლებიც ამ სახის მომსახურებას შესთავაზებენ ქალებს.

ჯგუფური დისკუსიის დროს გამოვლინდა, რომ **მეორე ტრიმესტრის აბორტის** შემთხვევაში პროტოკოლის მოთხოვნა – პროცედურის შემდეგ პაციენტი 1 ღამით სტაციონარში დარჩენის თაობაზე – ყოველთვის არ სრულდება.

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის პროცედურის დროს მნიშვნელოვანია გაუტკივარების საკითხიც. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ მათ ყოველთვის აქვთ არჩევანი, გაიკეთონ აბორტი ადგილობრივი ან ზოგადი ანესთეზიით. გარდა პაციენტის სურვილისა, გაუტკივარების ტიპის არჩევა დამოკიდებულია აბორტის სახეობაზეც. დისკუსიის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ საჭიროებისა და სურვილის შემთხვევაში ყოველთვის აწვდიდნენ მათ დამატებით გამაყურებლებს. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ პროტოკოლის ეს მოთხოვნა თითქმის ყველა შემთხვევაში დაცულია.

ამრიგად, კლინიკები პაციენტებს სთავაზობენ როგორც პირველი ტრიმესტრის, ასევე მეორე ტრიმესტრის აბორტს. პირველი ტრიმესტრის აბორტის მეთოდებიდან ხელმისაწვდომია მედიკამენტოზური და ქირურგიული (ელექტრო და მანუალური ვაუუმ ასპირაცია, დილატაცია და კიურეტაჟი) მეთოდები. კლინიკებში ხელმისაწვდომია ერთი ან რამდენიმე (ორი, სამი, ოთხი) მეთოდი. ქალებისთვის ყველაზე არასასურველი და მტკივნეული მეთოდია დილატაციის და კიურეტაჟის მეთოდი, თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში ისინი იძულებულნი არიან გამოიყენონ ეს მეთოდი, რადგან სხვა მეთოდს არ სთავაზობს კლინიკა. ასეთ შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია რომ ქალი იყოს ინფორმირებული მეთოდების შესახებ. თუ კონკრეტულ დაწესებულებაში არ არის ხელმისაწვდომი ქალის მოთხოვნის შესაბამისი მეთოდი, ეს დაწესებულება ვალდებულია, გადაამისამართოს ქალი იქ, სადაც ქალისთვის სასურველი მეთოდი არსებობს. თუმცა, როგორც წესი, პრაქტიკაში ასე არ ხდება, რადგან გადაამისამართების შემთხვევაში, დაწესებულება კარგავს შემოსავალს, ან იქმნება მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა (განსაკუთრებით, რეგიონებში) ან პაციენტს ექმნება ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა. აღსანიშნავია, რომ კლინიკების მცირე ნაწილში მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით ხდება კლიენტისათვის სერვისის შეთავაზება სპონტანური აბორტის დროს. ზოგიერთ დასახლებულ პუნქტში, მაგალითად, თიანეთში მხოლოდ ამ ტიპის აბორტია ხელმისაწვდომი, რაც, პროტოკოლის თანახმად, არ

წარმოადგენს დარღვევას, თუმცა, ეს ზღუდავს ქალებისათვის აბორტის სერვისზე ხელმისაწვდომობას და მათ უქმნის დამატებით დროს და ფინანსურ პრობლემებს. გარდა ამისა, აბორტი მეორე ტრიმესტრის შემთხვევაში ხელმისაწვდომია მხოლოდ კლინიკათა მესამედში, რაც ფარავს ყველა რეგიონს, თუმცა არა ყველა სოფელს/ქალაქს.

## გ) პოსტაბორტული პერიოდი

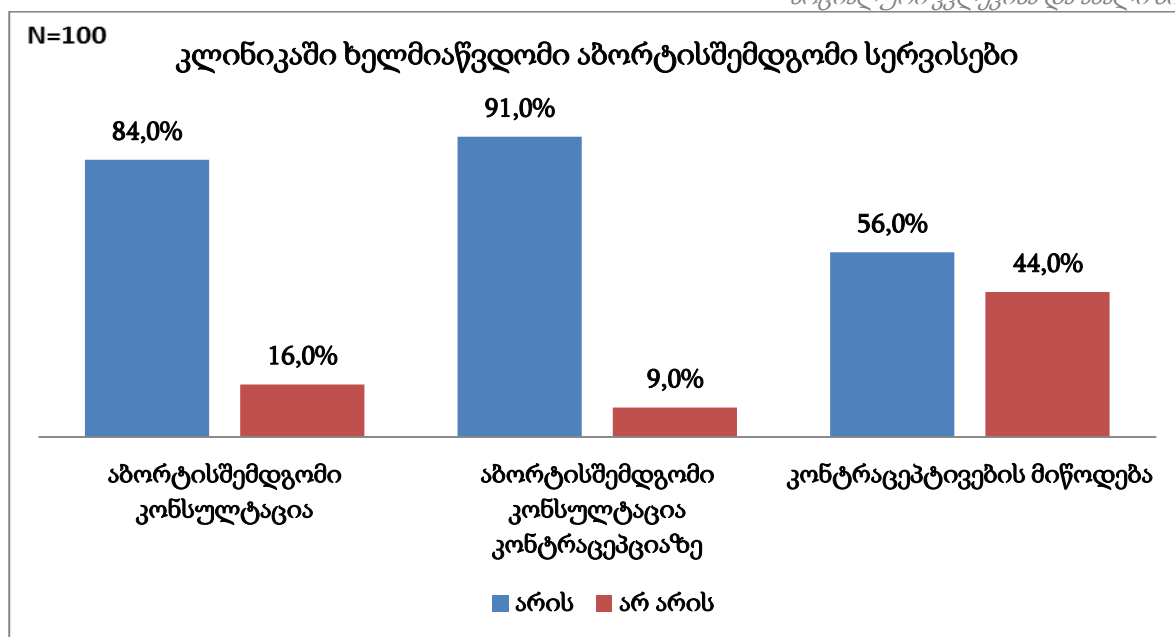
### *პოსტაბორტული სერვისები*

პროტოკოლის თანახმად, გაურთულებელი ქირურგიული აბორტისა და მედიკამენტური აბორტის შემდეგ რუტინული ვიზიტების განხორციელება სამედიცინო დაწესებულებაში საჭირო არ არის, მაგრამ ქალებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია დამატებითი სერვისების ხელმისაწვდომის შესაძლებლობის შესახებ, საჭიროებისა და სურვილის შემთხვევაში. აბორტის სერვისის მნიშვნელოვანი შემადგენელი კომპონენტია აბორტის შედგომი მეთვალყურეობა, რომელიც გულისხმობს პაციენტის კონსულტირებას სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე და ინფორმაციის მიწოდებას კონტრაცეფციის საშუალებების თაობაზე კონტრაცეფტივის შესაბამისი მეთოდის შერჩევის ჩათვლით. პოსტაბორტული კონსულტაცია მიმართულია არასასურველი ორსულობის პრევენციაზე. ასევე, მისი მიზანია პაციენტის ფსიქო-ემოციური ჯანმრთელობის შეფასება, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ქალის ზოგადი ჯანმრთელობა.

აბორტის შემდგომ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით, სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული სიტუაცია ერთმანეთისგან განსხვავდება.

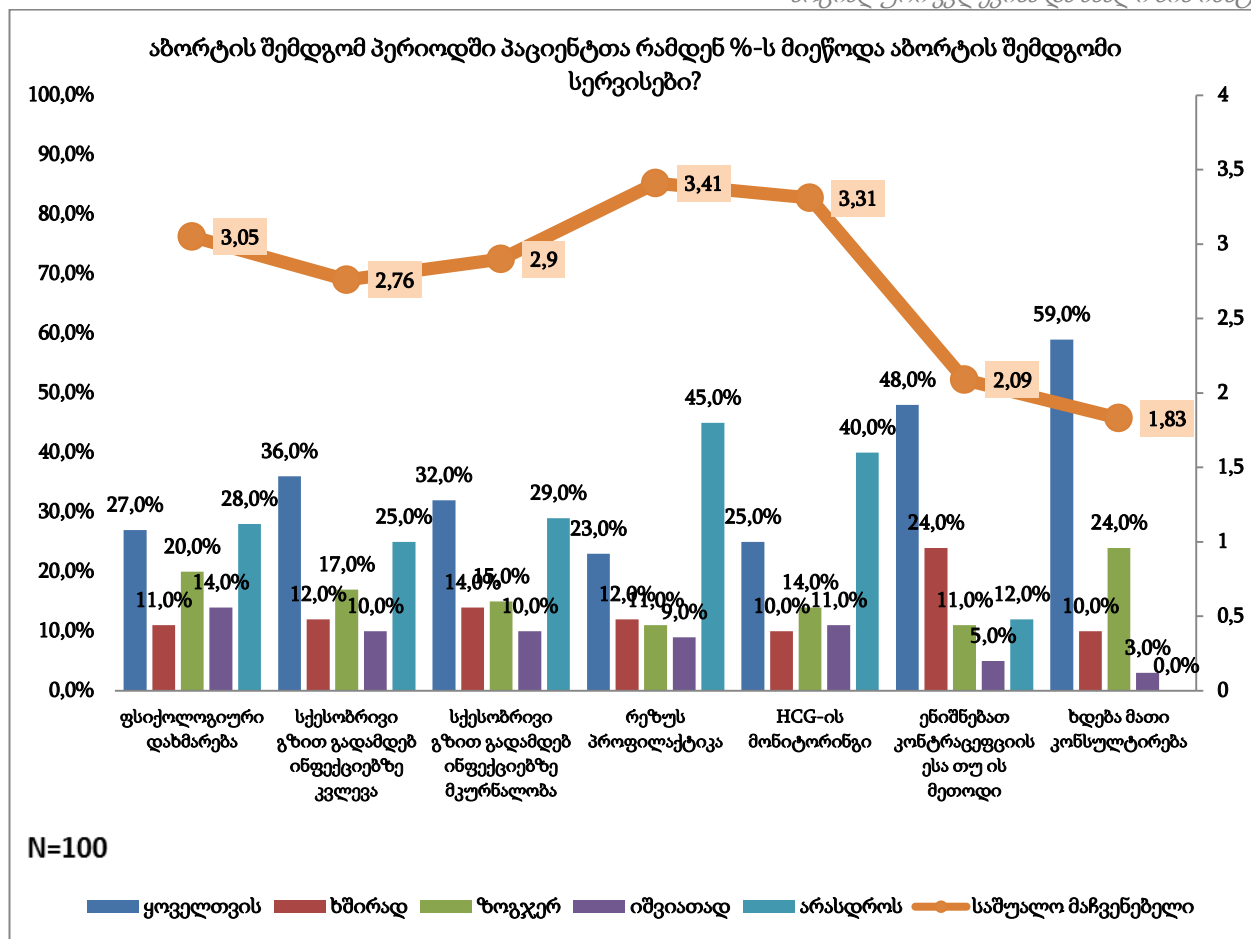
კლინიკათა მხოლოდ მცირე ნაწილში (16%) საერთოდ არ ტარდება **პოსტ აბორტული კონსულტაცია**. რაც წარმოქმნის არასასურველი ორსულობის რისკს და შესაბამისად, შესაძლოა განმეორებითი ორსულობის ხელოვნული შეწყვეტის მიზეზი გახდეს. ასევე, მცირეა იმ კლინიკების პროცენტული წილი (9% - 9 კლინიკა), რომლებიც, აბორტის შემდგომ, კლიენტებს არ სთავაზობენ კონსულტაციას კონტრაცეფციაზე, რაც პროტოკოლის თანახმად რეკომენდებულია, მეტიც, მედიკამენტოზური აბორტის შემთხვევაში ასეთი კონსულტაციის ჩატარება სავალდებულოა. კლინიკათა ნახევარზე მეტი (56% - 56 კლინიკა) კლიენტებს, აბორტის შემდგომ, აწოდებს კონტრაცეფტივებსაც (იხ. დიაგრამა N19).

### *დიაგრამა N19*



სამედიცინო დაწესებულებებს აბორტის შემდგომ პაციენტებისთვის აქვთ მიწოდებული სხვადასხვა სერვისები:

დიაგრამა N20



საშუალო მაჩვენებელი დათვლილია 5-ბალიანი სკალის მიხედვით, სადაც 1 ნიშნავს - „ყოველთვის“, 5 - „არასდროს“

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, აბორტის შემდგომ პერიოდში დაწესებულებათა მესამედზე ნაკლები (28% - 28 კლინიკა) არასდროს აწვდის კლიენტს ფსიქოლოგიურ დახმარებას, თითქმის ამდენივე ყოველთვის აწვდის ფსიქოლოგიურ დახმარებას, დანარჩენ შემთხვევებში კი ხშირად (11%), ზოგჯერ (20%) ან იშვიათად (14%) აწვდიან ქალებს ფსიქოლოგიური დახმარების მომსახურებას. აღსანიშნავია, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება აუცილებელია ისეთ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს თვითნებით აბორტს, ძალადობის შედეგად დაორსულების შედეგად გაკეთებულ აბორტს, დეპრესიის განვითარების დროს და ა.შ., სხვა შემთხვევებში კი ფსიქოლოგიური დახმარების გაწევა სასურველია.

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე კვლევა ქალებს უტარდებათ (ყოველთვის - 36%, ხშირად - 12%, ზოგჯერ - 17%, იშვიათად - 10%) შედარებით ხშირად. კლინიკათა მეოთხედი ამ მომსახურებას არ სთავაზობს კლიენტებს. კლინიკათა 29% კლიენტებს არასდროს უტარებს მკურნალობას ქალებს სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, ხოლო 32% ამ სერვისს ყოველთვის სთავაზობს ქალებს აბორტის შემდგომ პერიოდში. პროტოკოლის თანახმად, ნაცხის ანალიზი სავალდებულო არ არის და იგი ინიშნება მხოლოდ გარკვეული კლინიკური ნიშნების არსებობის დროს, თუმცა, სეპტიკური გართულებების პრევენცია აბორტის შემდგომ აუცილებელია.



კლინიკათა თითქმის ნახევარი (45%) არასდროს უტარებს ქალებს რეზუს პროფილაქტიკას, ხოლო 23% - ყოველთვის, დანარჩენ შემთხვევებში რეზუს პროფილაქტიკას სთავაზობენ: ხშირად (14%), ზოგჯერ (15%) ან იშვიათად (10%).

აბორტის შემდგომ პერიოდში ქალებს უტარდებათ კონსულტაცია, ენიშნებათ კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი, სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა და ინფექციების მკურნალობა. შედარებით იშვიათად უტარდებათ რეზუს პროფილაქტიკა და HCG-ს მონიტორინგი.

ბოლო ორი წლის განმავლობაში აბორტის შემდგომი კონსულტაცია კლინიკებმა, საშუალოდ, კლიენტთა მხოლოდ მესამედს (35%) ჩაუტარეს. **ფსიქოლოგიური მომსახურება** პაციენტებისთვის არ მიუწოდებია კლინიკათა 37%-ს, ხოლო კლინიკათა 19%-ს ფსიქოლოგიური მომსახურება მიწოდებული აქვს ყველა პაციენტისთვის.

ბოლო ორი წლის განმავლობაში კლინიკებმა **სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა**, საშუალოდ, მხოლოდ კლიენტთა მესამედს (კლიენტთა 36%-ს) შესთავაზეს. სამკურნალო დაწესებულებათა 39%-ს ეს მომსახურება არც ერთ პაციენტისთვის არ მიუწოდებია, ხოლო 19%-მა ეს მომსახურება ყველა პაციენტს მიაწოდა.

რაც შეეხება **სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე მკურნალობას**, ეს მომსახურება ბოლო ორი წლის განმავლობაში, კლინიკებმა პაციენტთა, საშუალოდ, მესამედზე ნაკლებს (29%) გაუწია. კლინიკათა ნახევარზე ნაკლებს 41%-ს ეს მომსახურება კლიენტებისთვის საერთოდ არ მიუწოდებია, ხოლო მცირე ნაწილმა (11%) - ყველა კლიენტს მიაწოდა.

**რეზუს პროფილაქტიკა**, ბოლო ორი წლის განმავლობაში, საშუალოდ, კლიენტთა მეოთხედს (24%) ჩაუტარდა. ეს მომსახურება არცერთი კლიენტისთვის არ მიუწოდებია დაწესებულებათა ნახევარზე მეტს (52%), ხოლო ყველა პაციენტს მიაწოდა, დაახლოებით, კლინიკათა მეექვსედმა (14%).

**HCG-ს მონიტორინგი**, ბოლო ორი წლის განმავლობაში, საშუალოდ, კლიენტთა მეოთხედს (24%) ჩაუტარდა. ეს მომსახურება კლიენტებისთვის არ მიუწოდებია დაწესებულებათა ნახევარზე მეტს (54%), ხოლო მეხუთედზე ნაკლებმა (17%) მიაწოდა ყველა პაციენტს. აღსანიშნავია, რომ HCG მონიტორინგი ინიშნება გარკვეული ჩვენებების საფუძველზე და არ არის სავალდებულო ჩვენებების არარსებობის დროს.

**აბორტის შემდგომ პერიოდში კონსულტაცია**, ბოლო ორი წლის განმავლობაში, საშუალოდ, კლიენტთა 85%-ს ჩაუტარდა. კლინიკათა ძალიან მცირე ნაწილმა (8%) ეს მომსახურება არცერთ პაციენტს არ მიაწოდა, ხოლო კლინიკათა უმრავლესობამ (67%) - ყველა კლიენტს.

ბოლო ორი წლის განმავლობაში, აბორტის შემდგომ პერიოდში **კონტრაცეფციის მეთოდი** პაციენტთა ნახევარზე მეტს დაენიშნა (53%). კლინიკათა თითქმის მეხუთედს (19%) არცერთი პაციენტისთვის დაუნიშნავს კონტრაცეფცია, ხოლო კლინიკათა მესამედმა (31%) ეს მომსახურება ყველა პაციენტს შესთავაზა.

ამრიგად, აბორტის შემდგომი პერიოდის აუცილებელი სერვისები, როგორცაა აბორტის შემდგომ პერიოდში კონსულტაცია, ფსიქოლოგიური დახმარება, კვლევები (სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, რეზუს პროფილაქტიკა, HCG-ს მონიტორინგი) და მკურნალობა კლიენტებს,

უმეტესად, არასრულფასოვნად უტარდებათ. მცირეა იმ კლინიკათა რაოდენობა, რომლებიც ყველა პაციენტს აწვდიან ყველა აუცილებელ მომსახურებას.

ამასთანავე, სახელმწიფო კლინიკებში უფრო ხშირად ტარდება აუცილებელი კვლევები, ვიდრე კერძო ან შერეულში. (იხ. ცხრილი N4)

**ცხრილი N4**

აბორტის შემდგომ პერიოდში რამდენად ხშირად უტარდებათ ქალებს:		სახელმწიფო	კერძო, კომერციული და არაკომერციული	შერეული
ფსიქოლოგიური დახმარება	ყოველთვის	23.1%	29.9%	10.0%
	ხშირად	15.4%	6.5%	40.0%
	ზოგჯერ	23.1%	16.9%	40.0%
	იშვიათად	7.7%	16.9%	
	არასდროს	30.8%	29.9%	10.0%
სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა	ყოველთვის	23.1%	41.6%	10.0%
	ხშირად	7.7%	13.0%	10.0%
	ზოგჯერ	30.8%	10.4%	50.0%
	იშვიათად	15.4%	9.1%	10.0%
	არასდროს	23.1%	26.0%	20.0%
სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე მკურნალობა	ყოველთვის	15.4%	36.4%	20.0%
	ხშირად	7.7%	14.3%	20.0%
	ზოგჯერ	23.1%	10.4%	40.0%
	იშვიათად	15.4%	9.1%	10.0%
	არასდროს	38.5%	29.9%	10.0%
რეზუს პროფილაქტიკა	ყოველთვის	23.1%	24.7%	10.0%
	ხშირად	15.4%	9.1%	30.0%
	ზოგჯერ		11.7%	20.0%
	იშვიათად	7.7%	10.4%	
	არასდროს	53.8%	44.2%	40.0%
HCG-ის მონიტორინგი	ყოველთვის	7.7%	29.9%	10.0%
	ხშირად	15.4%	6.5%	30.0%
	ზოგჯერ	15.4%	13.0%	20.0%
	იშვიათად	7.7%	10.4%	20.0%
	არასდროს	53.8%	40.3%	20.0%
ენიშნებით კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი	ყოველთვის	38.5%	49.4%	50.0%
	ხშირად	23.1%	23.4%	30.0%
	ზოგჯერ		11.7%	20.0%
	იშვიათად	7.7%	5.2%	
	არასდროს	30.8%	10.4%	
ხდება მათი კონსულტირება	ყოველთვის	61.5%	59.7%	50.0%
	ხშირად	7.7%	9.1%	20.0%
	ზოგჯერ	15.4%	24.7%	30.0%
	იშვიათად	7.7%	2.6%	
	არასდროს	7.7%	3.9%	

ფოკუს-ჯგუფის შედეგები ზემოთ მოყვანილ მონაცემებზე მეტ პრობლემას გამოკვეთს. პოსტ-აბორტული სერვისები კლიენტებს ყოველთვის სრულყოფილად არ მიეწოდებათ. ექიმები პაციენტებს ზოგჯერ სთავაზობენ აბორტის შემდგომ კონსულტაციას და უნიშნავენ კონტრაცეფტივებს, თუმცა, უფრო ხშირად, ქალები აწყდებიან ისეთ პრობლემებს, როგორცაა კომუნიკაციის ნაკლებობა, გულგრილი დამოკიდებულება ექიმების მხრიდან და სხვა. პაციენტებს ექიმები ზოგჯერ იმ ინფორმაციასაც კი არ აწვდიან, რომ შესაძლებელია განმეორებითი ვიზიტის დანიშნვა.

*„კომუნიკაცია არის ნული. იქით უნდა ეხვეწო, რომ სიტყვა გამოგლიჯო. არ გელაპარაკებიან და გიქმნიან ისეთ გარემოს, რომ არ დასვა ბევრი შეკითხვა“ (ბათუმი)*

*„უბრალოდ, მკითხეს, თავს კარგად გრძნობ? ვუთხარი, კი. მორჩა, ადექი მაშინ“ (მარნეული)*

მსგავსად აბორტისწინა კონსულტაციისა, არ ხდება იმის გაკონტროლება, ტარდება თუ არა აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა. ექიმები ყოველთვის არ სთავაზობენ პაციენტებს აბორტის შემდგომ კონსულტაციას. სავარაუდოდ, აბორტის შემდგომი კონსულტაციის დანიშვნა ხდება მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში და არა პროფილაქტიკის მიზნით.

#### **პოსტ-აბორტული გართულებები და გადამისამართება**

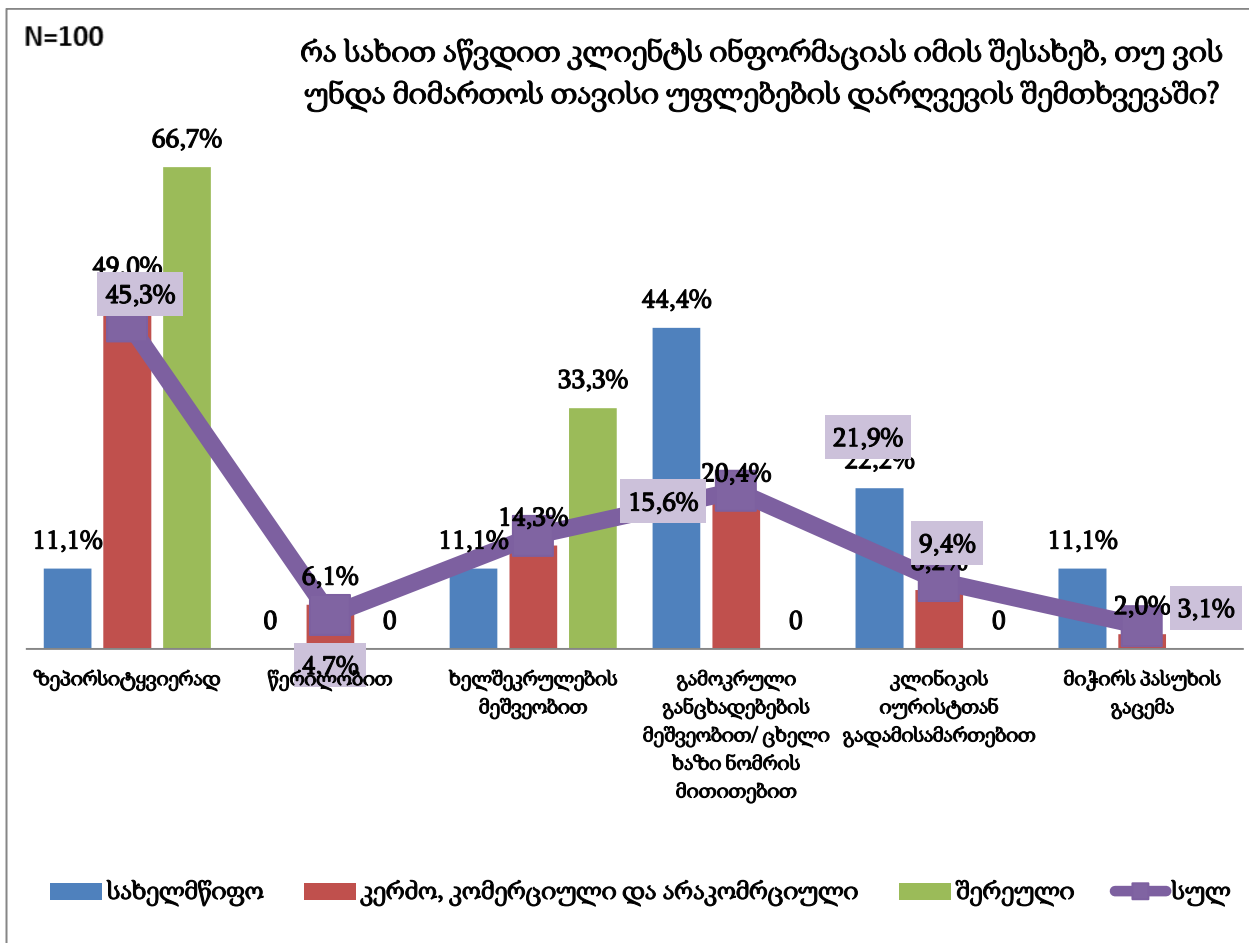
ფოკუს-ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ საკმაოდ ხშირია აბორტის შემდგომი გართულებები. აბორტის გართულებები როგორცაა, საშვილოსნოს პერფორაცია, სისხლდენა, სექტური შოკი, სეფსისი, ფერტილობის დაკარგვა, გარკვეულწილად დამოკიდებულია აბორტის ვადაზე და ტექნიკაზე (მედიკამენტური და ვაკუუმ-ასპირაცია, გამოფხევა), თუმცა, შესაძლოა გამოწვეული იყოს აბორტის მომსახურების დაბალი ხარისხით.

*„მეც მქონდა [გართულება] პირველი აბორტის მერე. როგორც ჩანს, კარგად არ გამოასუფთავეს და ერთი თვის მერე დამწყეო სისხლდენა, არ მიჩერდებოდა. მერე წავედი [თბილისში] ექიმთან, რაღაცეები გამომიწერა და უარესად გავხდი. როგორც აღმოჩნდა, რაღაც დარჩა შიგნით და თავიდან გამომასუფთავეს“*

*„მეც ინფექცია მქონდა მუცლის მოშლის შემდეგ. მე თბილისში დავდივარ ხოლმე, მაგრამ ერთხელ აქ ექიმი მიქვს და ამის შემდეგ ინფექციები შემეყარა. არასტერილური იყო ანუ“*

დაწესებულებათა უმრავლესობის (64%) წარმომადგენელთა განცხადებით, ისინი კლიენტს აწვდიან ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართოს თავისი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში. ამ ინფორმაციის მიწოდება, ხდება ერთი ან რამდენიმე მეთოდით, მათ შორის, ძირითადად - ზეპირსიტყვიერად (შემთხვევათა 45%), გამოკრული განცხადებების მეშვეობით, სადაც ცხელი ხაზის შესაბამისი ნომერია მითითებული (შემთხვევათა 22%) ხელშეკრულების მეშვეობით (შემთხვევათა 16%). კლინიკათა მცირე ნაწილს (9%) ჰყავს საკუთარი იურისტიც. სხვადასხვა ტიპის კლინიკები იყენებენ სხვადასხვა საშუალებას კლიენტისთვის ამ ინფორმაციის მიწოდების მიზნით, მაგალითად, კერძო და შერეული კლინიკები, უმეტესად, იყენებენ ზეპირსიტყვიერ საშუალებებს (კერძო კლინიკების 49% - 24 კერძო კლინიკა; შერეული კლინიკების 66.7% - 4 შერეული კლინიკა), სახელმწიფო კლინიკები კი, ძირითადად, იყენებენ განცხადებებს, სადაც ცხელი ხაზი ნომერია მითითებული (44% - 4 სახელმწიფო კლინიკა) (იხ. დიაგრამა N21).

დიაგრამა N21



თუმცა, ფოკუს ჯგუფის შედეგები მოწმობს, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც ირღვევა ქალის უფლება, ისინი არ იყენებენ სხვა გზებს, გარდა იმისა, რომ თავიანთი უკმაყოფილება გამოხატონ ექიმთან და მოსთხოვონ პასუხი:

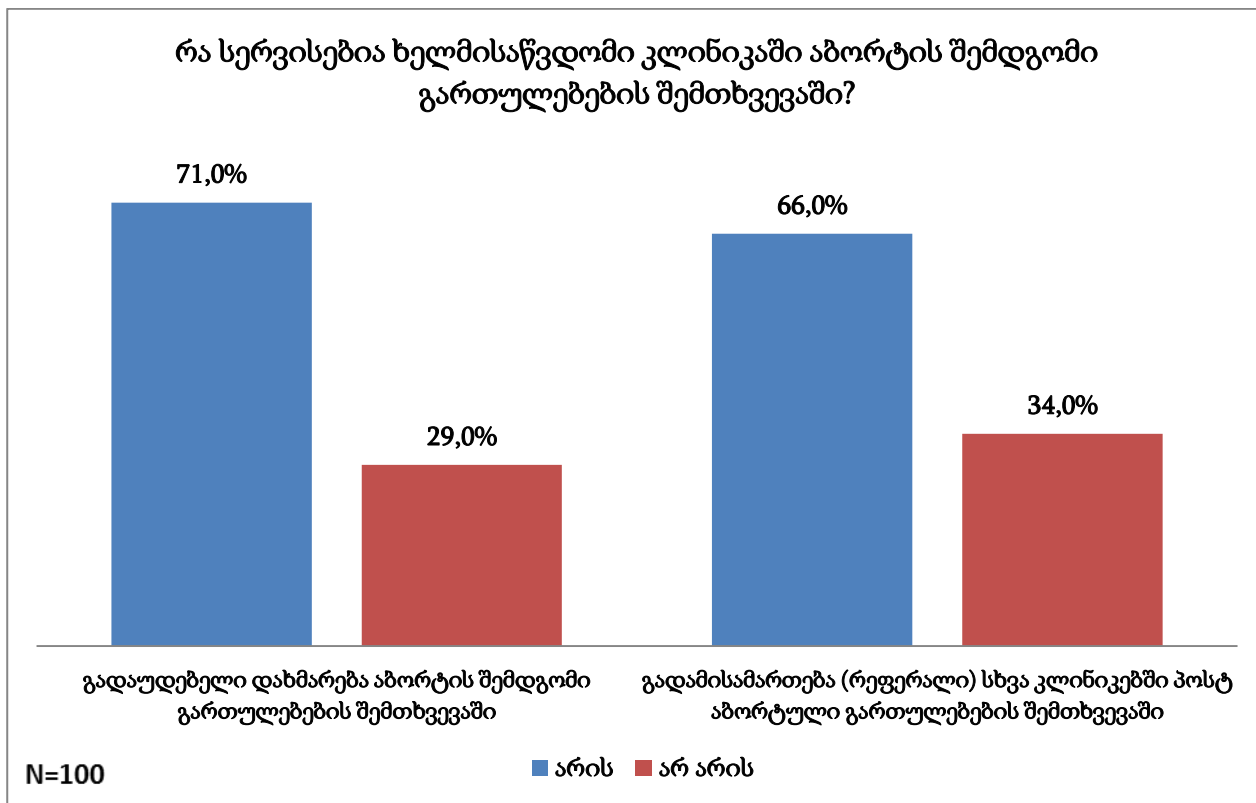
*„მე მქონდა [გართულება] პირველი აბორტის მერე. როგორც ჩანს, კარგად არ გამოასუფთავეს და 1 თვის მერე დამეწყო სისხლდენა. არ მიჩერდებოდა. მერე წავედი ექიმთან, რაღაცეები გამომიწერა და უარესად გავხდი. მერე წავედი თბილისში. როგორც აღმოჩნდა, იქ დარჩა რაღაც და თავიდან გამომასუფთავეს“*

*„მე ვერხუბე ექიმს. მე ვუთხარი, ბინძურად გამიკეთე რაღაცა და დამემართა რაღაც, როგორც გინდა მიმკურნალე. ის ფულიც უკან წავართვი“*

ამრიგად, კვლევის შედეგების თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკების წარმომადგენელთა განცხადებით, ისინი კლიენტებს აწვდიან ინფორმაციას როგორ უნდა მოიქცნენ იმ შემთხვევაში, როცა მათი უფლებები ირღვევა, რეალურად, ქალები იყენებენ მხოლოდ ერთადერთ საშუალებას - გამოხატონ უკმაყოფილება ექიმთან. ამ ქმედებას ყოველთვის არ მოყვება სასურველი შედეგი.

კლინიკათა უმრავლესობა კლიენტებს სთავაზობს გადაუდებელ დახმარებას აბორტის შემდგომი გართულების შემთხვევაში და გადამისამართებას სხვა კლინიკებში პოსტაბორტული გართულებების შემთხვევაში (იხ. დიაგრამა N22).

დიაგრამა N22



ეს კლინიკები ფარავს ყველა რეგიონს.

კლინიკების უმრავლესობაში არსებობს გადამისამართების შემდეგი სერვისები:

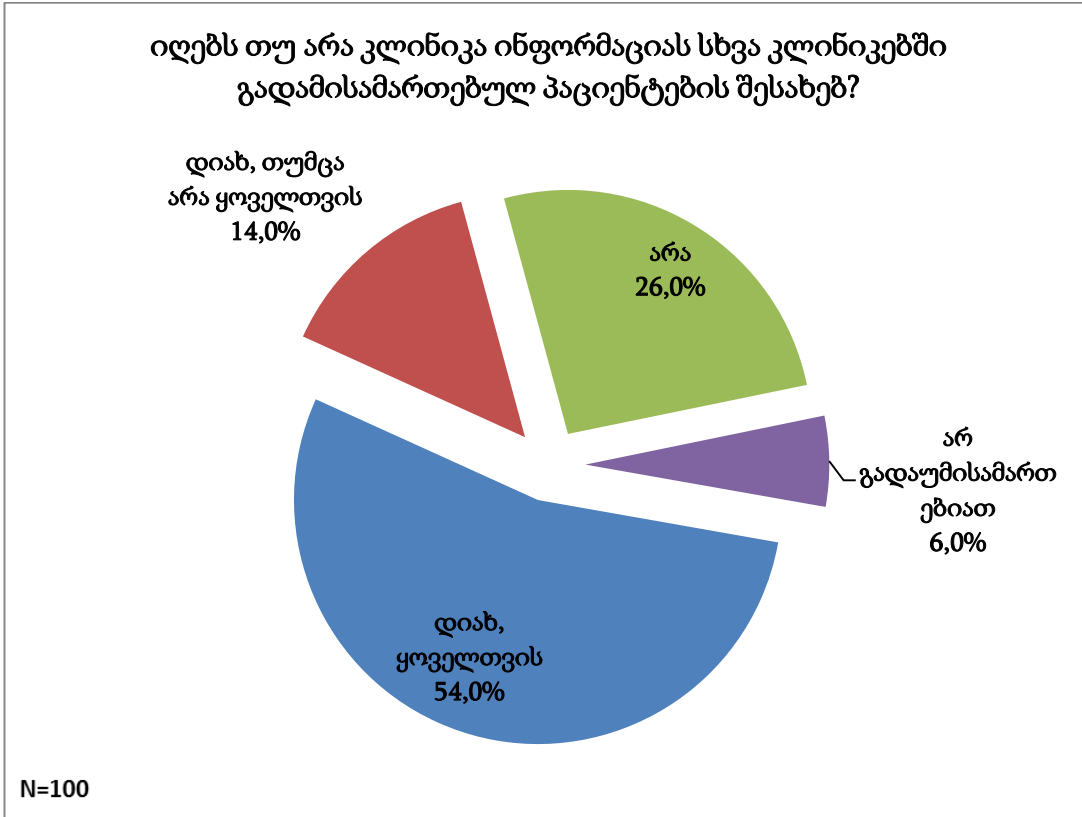
- ✓ გადაუდებელ შემთხვევაში კლინიკიდან ჰოსპიტალში გადამისამართების სქემა (კლინიკათა 79%);
- ✓ წერილობითი ინსტრუქცია იმ კლიენტების სხვა ჰოსპიტალში გადამისამართებისთვის, ვინც ინფიცირებულია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით და აივ/შიდსით (კლინიკათა 63%);
- ✓ წერილობითი ინსტრუქცია პოსტ აბორტული ვიზიტის დანიშნულებისა და ჩატარების შესახებ (კლინიკათა 63%);

აღნიშნული სქემების ქონა არ წარმოადგენს ვალდებულებას დაწესებულებისთვის, თუმცა, მათი არსებობა უზრუნველყოფს პაციენტებისათვის მომსახურების მიწოდებას დაყოვნების გარეშე, რაც, თავის მხრივ, მომსახურების მაღალ ხარისხზე მეტყველებს. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს მოეთხოვებათ, რომ სტაციონარულ დაწესებულებებთან ჰქონდეთ გაფორმებული ხელშეკრულება, რომელიც უზრუნველყოფს ქალის გადამისამართების სერვისს აბორტის გართულების შემთხვევაში.

გამოკითხულ კლინიკათაგან მხოლოდ 6%(6 კლინიკა) აღმოჩნდა ისეთი, რომელსაც არასდროს გადაუმისამართებია პაციენტი. ვისაც გადაუმისამართებია, მათგან უმეტესობა (კლინიკათა 57% -

54 კლინიკა) ყოველთვის იღებს ინფორმაციას პაციენტების შესახებ, ზოგჯერ იღებს ინფორმაციას მცირე ნაწილი (კლინიკათა 15% - 14 კლინიკა), ხოლო არასდროს - თითქმის მესამედი (კლინიკათა 28% - 26 კლინიკა) (იხ. დიაგრამა N 23).

**დიაგრამა N23**



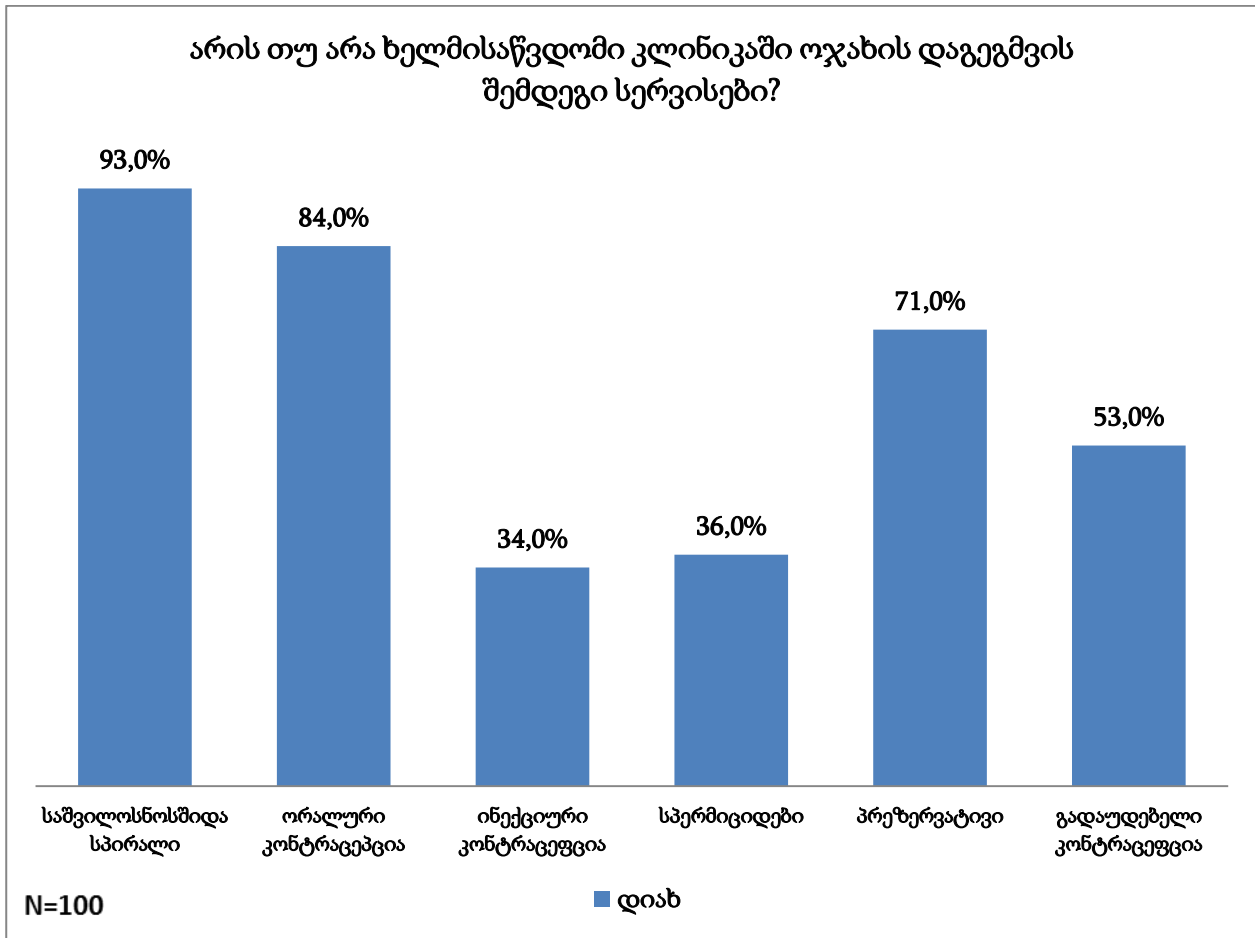
**2.3.5 ოჯახის დაგეგმვა**

პოსტ აბორტული კონსულტაცია მოიცავს ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებას, რომლის ფარგლებშიც ექიმი პაციენტს აცნობს არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების მეთოდებს, მათ ეფექტურობას, გვერდით მოვლენებს და ეხმარება შესაბამისი მეთოდის შერჩევაში.

*ოჯახის დაგეგმვის ხელმისაწვდომი მეთოდები*

კლინიკები კლიენტს სთავაზობენ ერთ ან რამდენიმე (2-დან 6-მდე) ოჯახის დაგეგმვის მეთოდს.

დიაგრამა N23



✓ საშვილოსნოსშიდა სპირალი

საშვილოსნოსშიდა საშუალება (სშს) (სპირალი)<sup>17</sup> არის პატარა დრეკადი, სხვადასხვა ფორმის მოწყობილობა, რომელიც თავსდება საშვილოსნოს ღრუში. არსებობს მედიკამენტური (სპილენძის ან ჰორმონული) და არამედიკამენტური სშს. სშს არ იწვევს აბორტს (ორსულობის შეწყვეტას), არამედ მოქმედებს უშუალოდ განაყოფიერების პროცესზე. ამცირებს სპერმატოზოიდის მოძრაობის უნარს და კვერცხუჯრედის მომწიფების პროცესს. ჩასახვის საწინააღმდეგო ეფექტი ვითარდება ჩადგმისთანავე. სპირალი იდგმება ერთჯერადად ხანგრძლივი დროით. სშს გამოყენება დაუშვებელია მცირე მენჯის დაავადებების დროს. გვერდითი ეფექტებიდან 1% შესაძლებელია დადგეს ორსულობა ერთი წლის განმავლობაში, 10% ექსპულსია, 15% ამოღება გახდეს საჭირო სისხლდენისა და ტკივილის სინდრომის გამო.

სშს ხელმისაწვდომია კლინიკათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში (93% - 93 კლინიკა).

<sup>17</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015  
<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/25.1.pdf>

ფოკუს-ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ საშეღებო-საშეღებო სპირალი ოჯახის დაგეგმვის ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული საშუალებაა ქალებისთვის. როგორც წესი, ქალები სპირალს იდგამენ ექიმის კონსულტაციით. სპირალის ეფექტურობასა და სასურველობასთან დაკავშირებით არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. ქალების ნაწილი კმაყოფილია სპირალის ეფექტურობით:

*„მე ყველაზე მეტად მომწონს ეს სპირალი. უბრალოდ, დიდი ხანი, ვფიქრობ არ უნდა იყოს. 1-2 წელი და მერე უნდა ამოიღო, ახალი გაიკეთო. ერთი და იგივე [სპირალი] არ არის კარგი. უფრო პრაქტიკულია: აბების შეძენა შეიძლება დაგავიწყდეს, პრეზერვატივი შეიძლება ვერ იყიდო უცებ“*

*„მეც სპირალი მედგა. რომ ამოვიღე, გაწვრილებული იყო ყველაფერი“*

*თუმცა, ქალების უმეტესი ნაწილი, ვისაც გამოუყენებია სპირალი, საუბრობს გართულებებზე, რაც კონტრაცეფციის ამ საშუალებამ გამოიწვია:*

*„სპირალი მეკეთა 2 წელი. სპირალის მერე სამკურნალო ვარ და არაფერი გამომიყენებია“*

*„2-ჯერ მქონდა სპირალი და ორგანიზმმა ვერ მიიღო“*

*„მე სპირალი ორჯერ მქონდა, მაგრამ ვერ შევეგუე ჩამწყდა სულ, თითო-თითოდ გამომიღეს, შეხორცებული იყო. ისე ცუდად ვიყავი!“*

*„სპირალს ბევრი უარყოფით აქვს, თუ ჯანმრთელი არ არის ორგანიზმი, სარისკოა სპირალი. ბევრი ვერ ეგუება ამას“*

*„მე ვიცი, რომ სპირალი ედგა, დაფხმძიმებულს და რომ დაბადებულს ბავშვი, გამოყოლია სპირალი“*

ზემოაღნიშნული უკუჩვენებების არსებობა შესაძლოა აიხსნას სხვადასხვა მიზეზებით, მათ შორის, მეთოდის არასწორი შერჩევით. აუცილებელია, ექიმმა სათანადო დიაგნოსტიკის და შეფასების საფუძველზე დაუნიშნოს პაციენტს კონტრაცეფციის ეს საშუალება პროტოკოლის მოთხოვნების შესაბამისად და უკუჩვენებების რისკის შეფასებით.

✓ **ორალური კონტრაცეფცია (კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები - კოკ)**

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები<sup>18</sup> წარმოადგენს მაღალეფექტურ, სინთეზურ ესტროგენ-პროგესტაგენურ პრეპარატებს, რომლებიც იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან. არსებობს მონოფაზური და მრავალფაზიანი კოკები. კოკ-ის მოქმედების მექანიზმი ვლინდება რეპროდუქციული სისტემის სხვადასხვა დონეზე: ჰიპოთალამუსი, ჰიპოფიზი, საკვერცხეები, საშვილოსნო, საშვილოსნოს მილები. დღევანდელ დღეს კოკების დიდი მრავალფეროვნებაა, როგორც თავისი ჰორმონული შემადგენლობით, ისე მიღების ფორმით, რომელთა გამოყენებასაც აქვს თავისი შეზღუდვები და მისი შერჩევა დამოკიდებულია ქალის სხვადასხვა მახასიათებლებზე: ასაკი, მწველობა, მემკვიდრული განწყობა, ადამიანის ფსიქოტიპი (გულმავიწყი, ძალიან დაკავებული, ჰიპერმგრძობიარე). ასევე, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობას: გულსისხლძარღვთა პათოლოგიები (თრომბოფლებიტი, თრომბოფილია, მიტრალური სარქვლიას პროლაფსი, გულის უკმარისობა), შაქრიანი დიაბეტი, სისტემური დაავადებები, გაურკვეველი გენეზის ამენორეა, დეპრესია, სხეულის მასის ინდექსი,

<sup>18</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), კომბინირებული ორალური და საინექციო კონტრაცეპტივები, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015 <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/25.12.pdf>



საშვილოსნოსა და საშვ. ყელის კიბო, ღვიძლის დაავადებები და სხვა. ამის გამო, ექიმთან სწორი კონსულტირების შემდეგ წყდება რომელი კოკია უფრო მისაღები პაციენტისთვის.

ორალური კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომია კლინიკათა დიდ უმრავლესობაში (84% - 84 კლინიკა).

ფოკუს ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ ორალური კონტრაცეპტივები, არასასურველი ორსულობისგან თავდაცვის მიზნით, მეორე ყველაზე ხშირად გამოყენებული საშუალებაა. თუმცა, უმეტესად, ქალები აბებს იღებენ თვითნებურად - ექიმის დანიშნულების გარეშე. ზოგ შემთხვევაში, აბები ეფექტურია, მაგრამ უფრო ხშირად მას თავს ანებებენ, რადგან უქმნით წონის პრობლემას. რესპონდენტებმა ისაუბრეს აბებით გამოწვეულ სხვა პრობლემებზეც, როგორცაა, კანის დაავადება, შეშუპება, ძვლის კიბო და სხვა. სამედიცინო კუთხით, ჩასახვის საწინაარმდეგო აბების თვითნებურად მიღება გაუმართლებელია, ვინაიდან მისი შერჩევის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტის ინდივიდუალური მახასიათებლები.

### ✓ პრეზერვატივი

პრეზერვატივი<sup>19</sup> მიეკუთვნება არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების ერთ-ერთ ყველაზე პოპულარულ და უსაფრთხო ბარიერულ მეთოდს. სქესობრივი აქტის დროს პრეზერვატივი ქმნის ბარიერს, რათა სპერმატოზოიდები არ მოხვდნენ საშოში ან ცერვიკალურ არხში. პრეზერვატივი ხელმისაწვდომია კლინიკათა უმრავლესობაში (71% - 71 კლინიკა).

ფოკუს-ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ ქალებისთვის პრეზერვატივი შედარებით ნაკლებად პოპულარული თავდაცვის მეთოდია. ამის მიზეზადაც, ქალების უმეტესი ნაწილი ასახელებს იმას, რომ მამაკაცებს არ სურთ მისი გამოყენება:

*„მამაკაცების უმრავლესობას არ უყვარს პრეზერვატივი. 1-2ჯერ იხმარა ჩემმა ქმარმა და არაო, ასე არ მაწყობსო“ „კაცები უარზე არიან პრეზერვატივის ხმარებაზე“ „წინააღმდეგები არიან“*

*აღსანიშნავია, რომ პრეზერვატივის გამოყენებასთან მიმართებაში დასახელდა სხვა მიზეზიც, რომელიც ღირებულებებთან არის დაკავშირებული: „ჩვენს თაობაში კანონიერ ცოლ-ქმარში პრეზერვატივი გამოიციხული იყო“*

### ✓ გადაუდებელი კონტრაცეფცია

გადაუდებელი კონტრაცეფცია<sup>20</sup> გამოყენება დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით. მისი ხშირად გამოყენება არ შეიძლება. კვლევები აჩვენებს, რომ გადაუდებელი კონტრაცეფციისათვის აბების გამოყენება ახდენს ოვულაციის ინჰიბირებას ან გადატანას. ლევონორგესტრელის (ლნგ) გამოყენება პრეოვულატორულ პერიოდში იწვევს ოვულაციის პროცესის გადაწევას. გადაუდებელი კონტრაცეფცია ხელმისაწვდომია კლინიკათა ნახევარზე მეტში (53% - 51 კლინიკა).

<sup>19</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015 <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/25.1.pdf>

<sup>20</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), გადაუდებელი კონტრაცეფცია, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015 <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/25.3.pdf>

### ✓ სპერმიციდები

სპერმიციდი<sup>21</sup> არის ქიმიური ნივთიერება, რომელიც იწვევს სპერმატოზოიდის ინაქტივაციას ან სიკვდილს საშოში მანამდე, სანამ ის შეაღწევს შიგნითა სასქესო ორგანოებში. სპერმიციდები შეიძლება იყოს შემდეგი ფორმით: აეროზოლის (ქაფები), ვაგინალური ტაბლეტები, სუპოზიტორიების ან ხსნადი სანთლის სახით, საცხისა და ჟელეს ფორმით. თანამედროვე სპერმიციდების შემადგენლობაში შედის როგორც წესი 2 კომპონენტი: სპერმის დამაზიანებელი ქიმიური ნივთიერება (აქტიური ინგრედიენტი) და გადამტანი. სპერმიციდები უსაფრთხო და საკმაოდ პოპულარული კონტრაცეპტივია, რადგან არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები. სპერმიციდები ხელმისაწვდომია კლინიკათა 36%-ში - 36 კლინიკა.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთა შორის სპერმიციდები არ არის კონტრაცეფციის მიღებული/პოპულარული მეთოდი. ქალების ნაწილი თვლის, რომ ეს მეთოდი მოუხერხებელია.

### ✓ ინექციური კონტრაცეფცია

პროგესტაგენული საინექციო კონტრაცეპტივი (პსკ)<sup>22</sup> შედგება სინთეზური სტეროიდისაგან, რომელიც ქალის პროგესტერონის მსგავსია. საინექციო პრეპარატი ინექციის ადგილიდან ნელა შეიწოვება სისხლში და ახორციელებს მაღალ კონტრაცეპციულ ეფექტს 2 ან 3 თვის განმავლობაში. არსებობს სხვადასხვა ტიპის პსკ: დეპო-პროვერა - მიკროკრისტალური წყლიანი სუსპენზია, რომელიც კეთდება 3 თვეში ერთხელ კუნთში და ნეთ-ენ ზეთოვანი სუსპენზია, რომელიც კეთდება 2 თვეში ერთხელ. პსკ იწვევს შემდეგ ცვლილებებს: ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის დაქვეითება და ანოვულაცია; ცერვიკალური ლორწოს გასქელება, რის შედეგადაც ირღვევა სპერმატოზოიდების ლორწოში შეღწევის უნარი; ენდომეტრიუმის ჰიპო და/ან ატროფიული ცვლილებება, რის შედეგადაც გამწვანებულია იმპლანტაცია; ფალოპის მილების პერისტალტიკა და მათში სპერმატოზოიდების გადაადგილების უნარის შემცირება. ინექციური კონტრაცეფციის მეთოდი ხელმისაწვდომია კლინიკათა მესამედში (34%-ში - 34 კლინიკა). ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთაგან ეს მეთოდი არც ერთ ქალს არ გამოუყენებია.

### ✓ ქალების მიერ გამოყენებული კონტრაცეფციის სხვა მეთოდები

გარდა ჩამოთვლილი მეთოდებისა, ქალები იყენებენ კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებსაც, მათ შორის - **კალენდრულ მეთოდს**. კალენდრული მეთოდი, კონტრაცეპციის ბუნებრივ მეთოდებს შორის, ყველაზე ფართოდ გამოიყენება მეთოდი ემყარება მენსტრუალური ციკლის დროს ფერტილური დღეების დადგენას და გააჩნია საკმაოდ დიდი წარუმატებლობის

<sup>21</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), *ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები*, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015 <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/prctokli/25.1.pdf>

<sup>22</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „ოჯახის დაგეგმვა“ (გაიდლაინი) (ბრძანება N 366/ო), *კომბინირებული ორალური და საინექციო კონტრაცეპტივები*, ვებგვერდზე ვიზიტის თარიღი 17.11.2015 <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/prctokli/25.12.pdf>

მაჩვენებელი კონტრაცეპციის ეს მეთოდი ემყარება ქალის მენსტრუალური ციკლის ფერტილური დღეების დადგენას. მეთოდის არსი კი მდგომარეობს ფერტილური ფაზის დროს სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავებაში. სამედიცინო კუთხით, კალენდრული მეთოდი წარმოადგენს ყველაზე ნაკლებეფექტურ მეთოდს. ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ქალების შეფასებით, ეს მეთოდი ყველაზე უსაფრთხოა, თუმცა, არ არის სანდო და ხშირად სრულდება არასასურველი ორსულობით.

დისკუსიის მონაწილეების მიერ დასახელებული თავდაცვის სხვა საშუალებებია: გამორეცხვები, კონტრაცეფცია C ვიტამინის ვაგინალური გზით მიღებით, კონტრაცეფცია საპნის გამოყენებით. სამედიცინო კუთხით, აღნიშნული მეთოდების გამოყენება სავსებით დაუშვებელია საშვილოსნოს ყელის დაზიანების რისკის გამო, რაც, თავის მხრივ, ყელის კიბოს წინაპირობაა. აღნიშნული მეთოდები იწვევს საშოს და საშვილოსნოს ყელის ტრავმატიზმს, საფარი ეპითელიუმის მთლიანობის დარღვევას, რაც აადვილებს ინფექციის შეღწევას და ადგილობრივად, სხვადასხვა ჰიპერპლაზიური პროცესების ინიციაციას. რაც შეეხება, მათ კონტრაცეფციულ ეფექტურობას, არცერთ სამედიცინო ლიტერატურაში მათ შესახებ არ არის აღწერილი. ამრიგად, სამედიცინო კუთხით არ განიხილება აღნიშნული მეთოდების კონტრაცეფციის მიზნით გამოყენება.

*ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ*

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, დისკუსიაში მონაწილე ქალების მნიშვნელოვანმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ სქესობრივი კავშირის დროს არ იყენებს თავდაცვის საშუალებებს. ამის მიზეზად, ხშირად ასახელებენ იმას, რომ ძალიან იშვიათად ფეხმძიმდებიან და არ სჭირდებათ თავის დაცვა, ხოლო ნაწილს აქვს უარყოფითი გამოცდილება სხვადასხვა თავდაცვის საშუალებასთან მიმართებაში, რის გამოც, ისინი ამჟამად უარს ამბობენ მათზე. თუმცა, ყველაზე დიდი პრობლემა ამ საკითხთან მიმართებაში არაინფორმირებულობაა, რასაც ქალები მტკივნეულად აღიქვამენ:

*„კონტრაცეფციის შესახებ არაინფორმირებულობა ქალების გასაჭირია. ყველანი საერთო გამოცდილებას ერთმანეთს ვუზიარებთ“*

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ქალების უმრავლესობა, სექსუალური ცხოვრების დაწყებას ქორწინებასთან აკავშირებს. სექსუალური ცხოვრების დაწყების დროს მათ არ აქვთ საკმარისი ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის საშუალებების შესახებ, რაც, ზოგიერთ შემთხვევაში, ხდება აბორტის, როგორც მიღებული პრაქტიკის დანერგვის მიზეზი:

*„ქორწინებამდე, რა თქმა უნდა, გინეკოლოგთან არ ვყოფილვარ. ქორწინების შემდეგ არ მინდოდა რაღაც პერიოდი, შვილი მყოლოდა, მაგრამ იმ წუთას დავფეხმძიმდი. არ ვიცოდი, როგორ არ უნდა დავფეხმძიმებულიყავი“*

ასევე, ძალიან დაბალია ინფორმირებულობა აბორტის შესახებ. ამ საკითხთან დაკავშირებით, ძირითადი საინფორმაციო წყარო ქალებისთვის არის სამედიცინო დაწესებულება, რომელზეც ყოველთვის არ მიუწვდებათ ხელი გარკვეული მიზეზების გამო. გარდა ამისა, არ არის დანერგილი რაიმე სახის პრაქტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ქალების ინფორმირებულობის გაზრდას ამ კუთხით. ჯგუფური დისკუსიის წევრები ამ საკითხს ერთმნიშვნელოვნად აღიქვამენ სერიოზულ პრობლემად და ისურვებდნენ, რომ აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით, ტარდებოდეს ტრენინგები, არსებობდეს საკონსულტაციო სერვისები ან ისწავლებოდეს სკოლაში.

*„კარგი იქნებოდა, რომ ამას (ინფორმირებას) აკადემიური ხასიათი ჰქონდეს“*

*„არის ინფორმაცია, მაგრამ მაინც შენს მონდომებაზეა. როგორც ასეთი, წვდომა, რომ სისტემატიურად გესმოდეს ან ავტომატურად მოკრა ყური - არა. შენი ინტერესიდან გამომდინარე უფრო. თუ დაინტერესდები, გაიგებ“*

*„ფსიქოლოგიც აუცილებლად უნდა იყოს სექსოპათოლოგი. ჩვენ ისეთი ქვეყანა გვაქვს, არ მივალთ ამ პრობლემით ექიმთან და ექიმს არ ვკითხავთ რჩევას“ „ისეთი ფორმით უნდა იყოს მიწოდებული, რომ მივიდნენ“*

ქალები, უმეტესად, თუმცა არა ყველა შემთხვევაში, პრეტენზიას გამოთქვამენ აბორტისა და კონტრაცეფციის შესახებ ექიმებისგან არასაკმარისი ინფორმაციის მიღებასთან დაკავშირებითაც:

*„კომუნიკაცია არის ნული. იქით უნდა ეხვეწო, რომ სიტყვა გამოგლიჯო. არ გელაპარაკებიან და გიქმნიან ისეთ გარემოს, რომ არ დასვა ბევრი შეკითხვა“*

*„ექიმებს ჰგონიათ, რომ ტერმინოლოგიას უნდა ფლობდე. უჭირავთ ისეი პოზა, რომ ყველაფერი იციან და არ გელაპარაკებიან. სხვა არ არის ვალდებული, რომ მედიცინა იცოდეს. ნუ დაეზარებათ ახსნა. ეს ისეთივე სავალდებულოა ექიმისთვის, როგორც პრაქტიკა“*

*„ძირითადად, კომუნიკაციის პრობლემაა და ამიტომ, არიდებენ კიდევ თავს ექიმთან ვიზიტს“*

რესპონდენტები, ცალკეულ შემთხვევებში, საინფორმაციო წყაროდ ასახელებენ ინტერნეტ-წყაროები, როგორცაა, youtube.com, mkurnali.ge და სხვ.

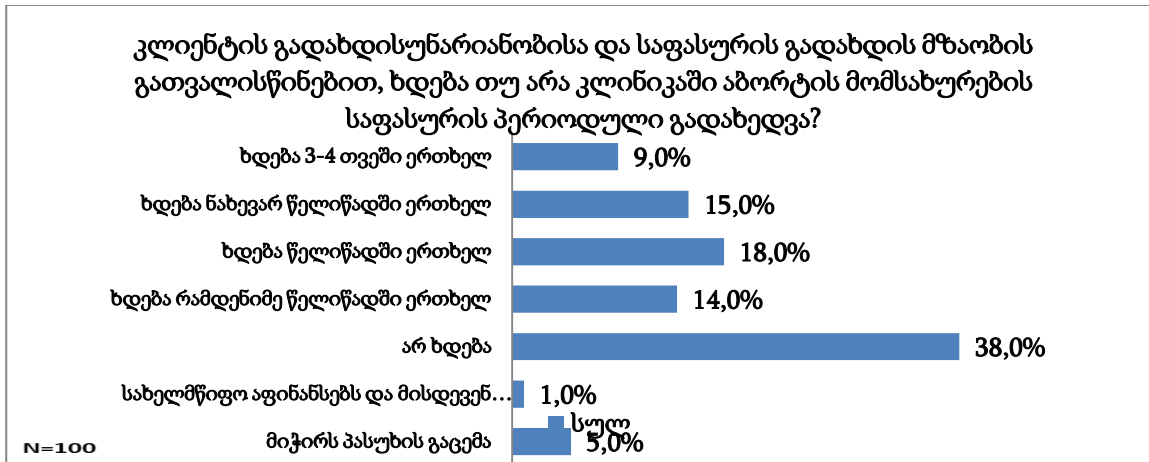
ამრიგად, რომ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებთან დაკავშირებით, სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ქალებისთვის და იწვევს მათ მკაფიო უკმაყოფილებას.

### 2.3.6 აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა

აბორტის ფასები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებასა თუ რეგიონში ერთმანეთისგან განსხვავდება. აბორტის ფასი განსხვავებულია აბორტის ტიპის და გაუტკივარების ფორმის მიხედვითაც: აბორტი ანესთეზიით უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე - ადგილობრივი გაუტკივარებით.

დაწესებულებათა უმრავლესობაში (57% - 57 კლინიკა) ხდება აბორტის მომსახურების საფასურის პერიოდული გადახედვა კლიენტის გადახდისუნარიანობისა და საფასურის გადახდის მზაობის გათვალისწინებით. ეს ხდება, უმეტესად, წელიწადში ერთხელ (18% - 18 კლინიკა), ნახევარ წელიწადში ერთხელ (15% - 15 კლინიკა), ან რამდენიმე წელიწადში ერთხელ (14% - 14 კლინიკა), უფრო იშვიათად (9% - 9 კლინიკა) კი - 3-4 თვეში ერთხელ (იხ. დიაგრამა N24). შემთხვევათა 38%-ში საერთოდ არ ხდება საფასურის ხელმისაწვდომობის გადახედვა. ამ მხრივ, თითქმის მსგავსი სიტუაციაა კერძო და სახელმწიფო დაწესებულებებში და მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ აღინიშნება.

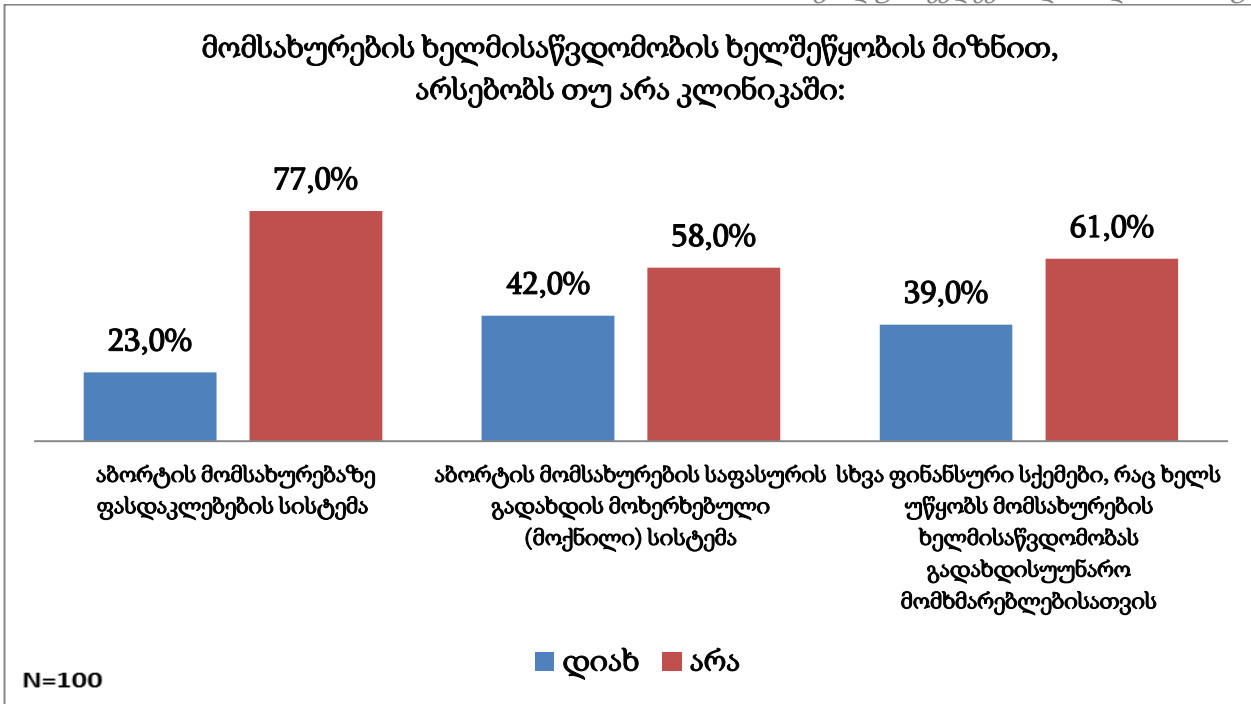
**დიაგრამა N24**



კლინიკათა უმრავლესობა (85%) იღებს პასუხისმგებლობას აბორტის მომსახურების მიმწოდებლების (ექიმების) მიერ კლინიკაში დადგენილი განფასების და გადახდის პროცედურის მართებულობის შესრულებაზე.

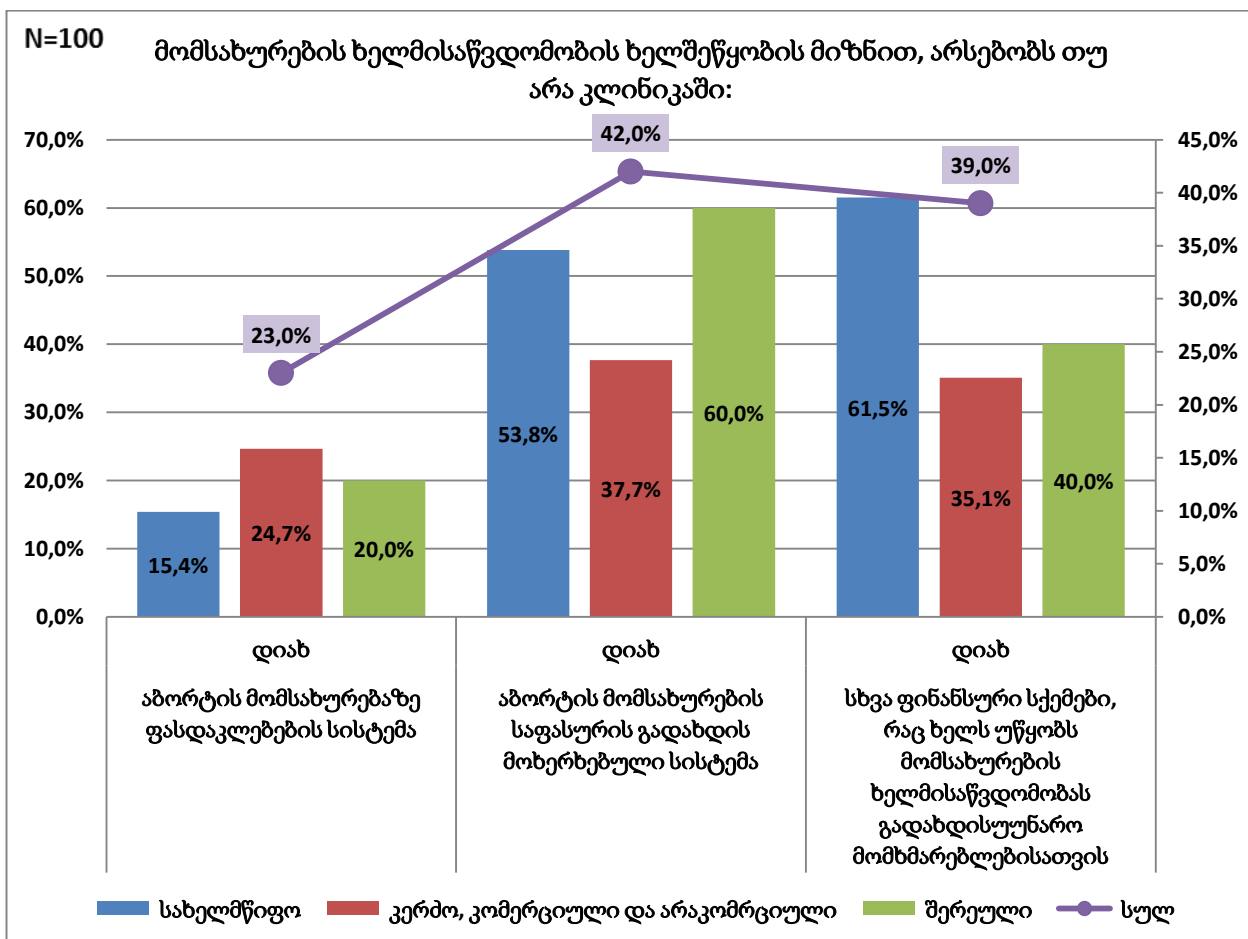
აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებებში დანერგულია სხვადასხვა სერვისები, მათ შორის: აბორტის მომსახურებაზე ფასდაკლების სისტემა (შემთხვევათა 77%), აბორტის მომსახურების საფასურის გადახდის მოხერხებული (მოქნილი სისტემა) (შემთხვევათა 42%) და სხვადასხვა ფინანსური სქემა, რომელიც ხელს უწყობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას გადახდისუნარო მომხმარებლებისათვის (შემთხვევათა 39%) (იხ. დიაგრამა N25).

**დიაგრამა N25**



ამ მხრივ მცირედი განსხვავებები არსებობს კერძო, სახელმწიფოდ და შერეულ დაწესებულებებს შორის (იხ. დიაგრამა N24).

დიაგრამა N 24



- ✓ კერძო დაწესებულებების თითქმის მეოთხედს (24.7% - 19 კლინიკა) აქვს **ფასდაკლებების სისტემა**, მაშინ, როცა ეს მაჩვენებელი შერეული კლინიკებისთვის არის მეხუთედი (20% - 23 კლინიკა), ხოლო სახელმწიფო კლინიკისთვის - მეექვსედი (15.4% - 2 კლინიკა);
- ✓ **აბორტის მომსახურების საფასურის გადახდის მოხერხებელი (მოქნილი) სისტემა** აქვს ნახევარზე მეტს შერეულ (60% - 6 კლინიკა) და სახელმწიფო (53.8% - 7 კლინიკა) კლინიკებს შორის, მაშინ, როცა შესაბამისი კერძო კლინიკების ხვედრითი წილი შესამჩნევად ნაკლებია (37.7% - 29 კლინიკა);
- ✓ **სხვა ფინანსური სქემები**, რაც ხელს უწყობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას გადახდისუუნარო მომხმარებლებისთვის აქვს სახელმწიფო კლინიკათა ნახევარზე მეტს (61.5% - 8 კლინიკა), მაშინ, როცა ასეთი სქემები აქვს მესამედზე მცირედ მეტს კერძო კლინიკებსა (35.1% - 35.1% - 27 კლინიკა) და შერეულ კლინიკებში (40% - 4 კლინიკა).

ფოკუს ჯგუფის შედეგები აჩვენებს, რომ აბორტის საფასური, უმეტესად, მისაღებია ქალებისთვის: „საშუალო ცხოვრებისთვის ხელმისაწვდომი ფასია“. თუმცა, გამომდინარე იქიდან, რომ აბორტი, გარდა თავად აბორტის პროცედურის ღირებულებისა, მოიცავს სხვადასხვა ხარჯებს, ზოგჯერ მისი ღირებულება არ არის ხელმისაწვდომი ყველასთვის. მაგალითად, მარნეულის ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ აბორტის სერვისის სოფლებში არ არის ხელმისაწვდომი და მათ დიდ მანძილზე სჭირდებათ გადაადგილება, რაც დამატებით სატრანსპორტო ხარჯებს უკავშირდება. აღნიშნული ხარჯები კიდევ უფრო იზრდება 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის შესახებ კანონის შემოღების გამო. გარდა ამისა, აბორტის წინ, თითქმის ყველა შემთხვევაში, პაციენტი იკეთებს სხვადასხვა გამოკვლევას, რის გამოც, ქალებისთვის აბორტის სერვისის ღირებულება, საბოლოო ჯამში, საკმაოდ მაღალ ფასამდე ადის:

*„ცოტა იაფი რომ იყოს, სჯობს. ზოგს 8 შვილი ჰყავს, რადგან აბორტის ფული არ აქვს“*

ამრიგად, ქალები, უმეტესად, აბორტის საფასურს აფასებენ, როგორც მისაღებს. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკებს აბორტის სერვისზე დაწესებული აქვთ შეღავათები გარკვეული ჯგუფებისათვის, ზოგიერთ შემთხვევაში მისი საფასურის გადახდა მაინც პრობლემას წარმოადგენს ქალებისთვის.

### 2.3.7 შეზღუდვები ცალკეული ჯგუფებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებით

კლინიკების გარკვეულ ნაწილს დაწესებული აქვს შეზღუდვა აბორტის სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებით ერთი ან რამდენიმე ჯგუფისთვის ჩამოთვლილთაგან:

- ✓ 16 წლამდე პირები
- ✓ 16-18 წლის პირები
- ✓ ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონები
- ✓ ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონები
- ✓ სოციალურად დაუცველი პირები
- ✓ სექს-მუშაკები

კლინიკათა ნახევარს (52% - 52 კლინიკა) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოს **16 წლამდე პირს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით. იმ კლინიკებიდან (48% - 48 კლინიკა), ვისთვისაც ასეთ პირს მიუმართავს, უმეტესობა (65% - 31 კლინიკა) აწვდის აბორტის სერვისს. კლინიკათა უმრავლესობაში (63% - 63 კლინიკა) არ არსებობს ბრძანება 16 წლამდე პირებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შეზღუდვის შესახებ, თუმცა, მათგან 11 კლინიკა მაინც არ აწვდის ამ ჯგუფს აბორტის მომსახურებას. ამასთანავე, კლინიკათა მცირე ნაწილი (6% - 6 კლინიკა) არღვევს კლინიკის შინაგანაწესს და 16 წლამდე პირებს აწვდის აბორტის მომსახურებას, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკაში არსებობს ბრძანება ამ ჯგუფისთვის მომსახურების მიწოდების შეზღუდვის შესახებ.

კლინიკათა მეოთხედს (25% - 25 კლინიკა) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოს **16-18 წლის პირს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით. დანარჩენი კლინიკებიდან უმრავლესობას (77% - 58 კლინიკა) 16-18 წლის პირებისთვის მიუწოდებია ეს სერვისი. შეზღუდვა 16-18 წლის პირებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შესახებ აქვს მხოლოდ კლინიკათა მეხუთედს (21% - 21 კლინიკა), რაც, შესაძლოა შეფასდეს, როგორც კანონდარღვევა, რადგან კანონის თანახმად, 14 წლიდან შესაძლებელია მშობლების გარეშე ქმედითუნარიანმა მოზარდმა მიიღოს გადაწყვეტილება აბორტის გაკეთების შესახებ. ამასთანავე, ამ კლინიკათა მეოთხედი (5 კლინიკა) არღვევს კლინიკის შინაგანაწესსაც და 16 წლამდე პირებს მაინც აწვდის აბორტის მომსახურებას. ამასთანავე, 18 კლინიკაა ისეთი, რომელსაც არ აქვს შეზღუდვა 16-18 წლის პირებთან დაკავშირებით, მაგრამ, აბორტის სერვისს მათ მაინც არ აწვდის.

14-16 წლამდე პირებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდება რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობითაც. იმ შემთხვევაში, როდესაც არასრულწლოვანი პაციენტი მიიჩნევა ქმედითუნარიანად ან მაშინ, როცა ის სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით, ექიმს არ აქვს უფლება მიაწოდოს მის მეურვეს ან მშობელს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.<sup>23</sup>

კლინიკათა მესამედს (34%) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოთ **ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებულ ქალბატონებს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით, ხოლო დანარჩენი კლინიკებიდან უმრავლესობას (62% - 41 კლინიკა) ამ ჯგუფისთვის მიწოდებული აქვს აბორტის სერვისი. შეზღუდვა ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შესახებ აქვს მხოლოდ კლინიკათა მეხუთედს (20% - 20 კლინიკა), მათგან, ნახევარი (9 კლინიკა) არღვევს კლინიკის შინაგანაწესს და მაინც აწვდის ამ ჯგუფს აბორტის სერვისს. ამასთანავე, 15 კლინიკა (15%) ისეთი, რომელსაც არ აქვს ასეთი შეზღუდვა, თუმცა, მაინც არ აწვდის ამ ჯგუფს აბორტის მომსახურებას.

კლინიკათა მესამედზე მეტს (37%) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოთ **ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებულ ქალბატონებს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით, ხოლო დანარჩენი კლინიკებიდან უმრავლესობას (60% - 38 კლინიკა) ამ ჯგუფისთვის მიწოდებული აქვს აბორტის სერვისი. შეზღუდვა ინფექციური

<sup>23</sup> „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი 8, მუხლი 40, პუნქტი 2, ქვეპუნქტი ა, ქვეპუნქტი ბ



დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შესახებ აქვს მხოლოდ კლინიკათა მეხუთედზე ნაკლებს (17% - 17 კლინიკა), მათგან მცირე ნაწილი (3% - 3 კლინიკა) არღვევს კლინიკის შინაგანაწესს და მაინც აწვდის აბორტის მომსახურებას ამ ჯგუფს. ამასთანავე, 19 კლინიკა (19%) ისეთი, რომელსაც არ აქვს ასეთი შეზღუდვა და მაინც არ აწვდის ამ ჯგუფს აბორტის მომსახურებას.

კლინიკათა მცირე ნაწილს (12%) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოთ **სოციალურად დაუცველ პირებს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით, ხოლო დანარჩენი კლინიკებიდან დიდ უმრავლესობას (88% - 78 კლინიკა) ამ ჯგუფისთვის მიწოდებული აქვს აბორტის სერვისი.

კლინიკათა მესამედზე მეტს (38% - 38 კლინიკა) არასდროს ჰქონია შემთხვევა, მისთვის მიემართოთ **სექს-მუშაკებს** აბორტის მომსახურების და შემდგომი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით, ხოლო დანარჩენი კლინიკებიდან უმრავლესობას (62% - 39 კლინიკა) ამ ჯგუფისთვის აქვს მიწოდებული აბორტის სერვისი. შეზღუდვა სექს-მუშაკებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შესახებ აქვს მხოლოდ კლინიკათა მცირე ნაწილს (9% - 9 კლინიკა), თუმცა, ამ კლინიკებიდან ნახევარზე მეტს (5 კლინიკა) მაინც აქვს მიწოდებული აბორტის სერვისი ამ ჯგუფისთვის შეზღუდვის მიუხედავად. ამასთანავე, 22 კლინიკა (22%) ისეთი, რომელსაც არ აქვს ასეთი შეზღუდვა, თუმცა, მაინც არ აწვდის ამ ჯგუფს აბორტის მომსახურებას.

ამრიგად, კლინიკათა ყველაზე დიდ ნაწილს დაწესებული აქვს შეზღუდვა 16 წლამდე პირებისთვის აბორტის სერვისის მიწოდების შესახებ. ყველაზე მცირე შეზღუდვებია სოციალურად დაუცველ პირებზე და სექს-მუშაკებზე. კლინიკათა მცირე ნაწილი არღვევს კლინიკის შინაგანაწესს და გარკვეულ ჯგუფებს მაინც აწვდის აბორტის სერვისს. ამასთანავე, კლინიკათა გარკვეული ნაწილი არ აწვდის მომსახურებას ცალკეულ ჯგუფებს, მიუხედავად იმისა რომ არ არსებობს კლინიკის შიდა რეგულაციები ამასთან დაკავშირებით. ასეთი ვითარებების მიზეზების იდენტიფიცირება ცალკე კვლევის საგანია.

## 2.4 სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია და უწყვეტი განათლება

სამედიცინო დაწესებულებათა ნახევარში (52%) არსებობს როგორც პროტოკოლები, ასევე, გზამკვლევები (გაიდლაინები). მხოლოდ გზამკვლევები არსებობს კლინიკათა 18%-ში, ხოლო, მხოლოდ პროტოკოლები - 14%-ში. სამედიცინო დაწესებულებათა 14%-ში არ არსებობს არც გაიდლაინი და არც პროტოკოლი, საიდანაც ნახევარში (7 კლინიკა) თანამშრომლებს გავლილიც არ აქვთ გადამზადება პროტოკოლის მოთხოვნების შესაბამისად.

დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში (95%), პერსონალს აქვს წვდომა თავისი უფლება-მოვალეობების აღწერაზე. კლინიკათა დიდ ნაწილში (85%) პერსონალს ხელი მიუწვდება აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ არსებულ აკადემიურ სტატიებსა და პუბლიკაციებზე.

სამედიცინო დაწესებულებათა 40 %-ს არ აქვს აბორტის და ოჯახის დაგეგმვის საკითხების შესახებ მედპერსონალის ცოდნის შეფასების და, ზოგადად, უწყვეტი განათლების საჭიროებათა განსაზღვრის მექანიზმი, რაც მნიშვნელოვანია სამედიცინო ხარისხის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. გამომდინარე იქედან, რომ სამედიცინო პრაქტიკა უცილებლად უნდა

ეფუძნებოდეს პროტოკოლებს და, ამავე დროს, პროტოკოლები გარკვეული ვადის შემდეგ გადახედვას ექვემდებარება, საჭიროა მათ შესახებ უწყვეტი განათლების აქტივობების ჩატარება. იმ პირობებში, როდესაც სახელმწიფოს არ აქვს პერსონალის შეფასების და პოსტდიპლომური განათლების სისტემური ხასიათის სტრატეგია, ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება ან კორპორაცია თვითონ ახდენს მედპერსონალის ტრენინგებს სხვადასხვა მიმართულებით. თუმცა, მსგავს პრაქტიკას იშვიათად აქვს სისტემატიური ხასიათი. ამასთანავე, ტრენინგების ლოკალურად ჩატარების შესაძლებლობა ყველა დაწესებულებას არ აქვს.

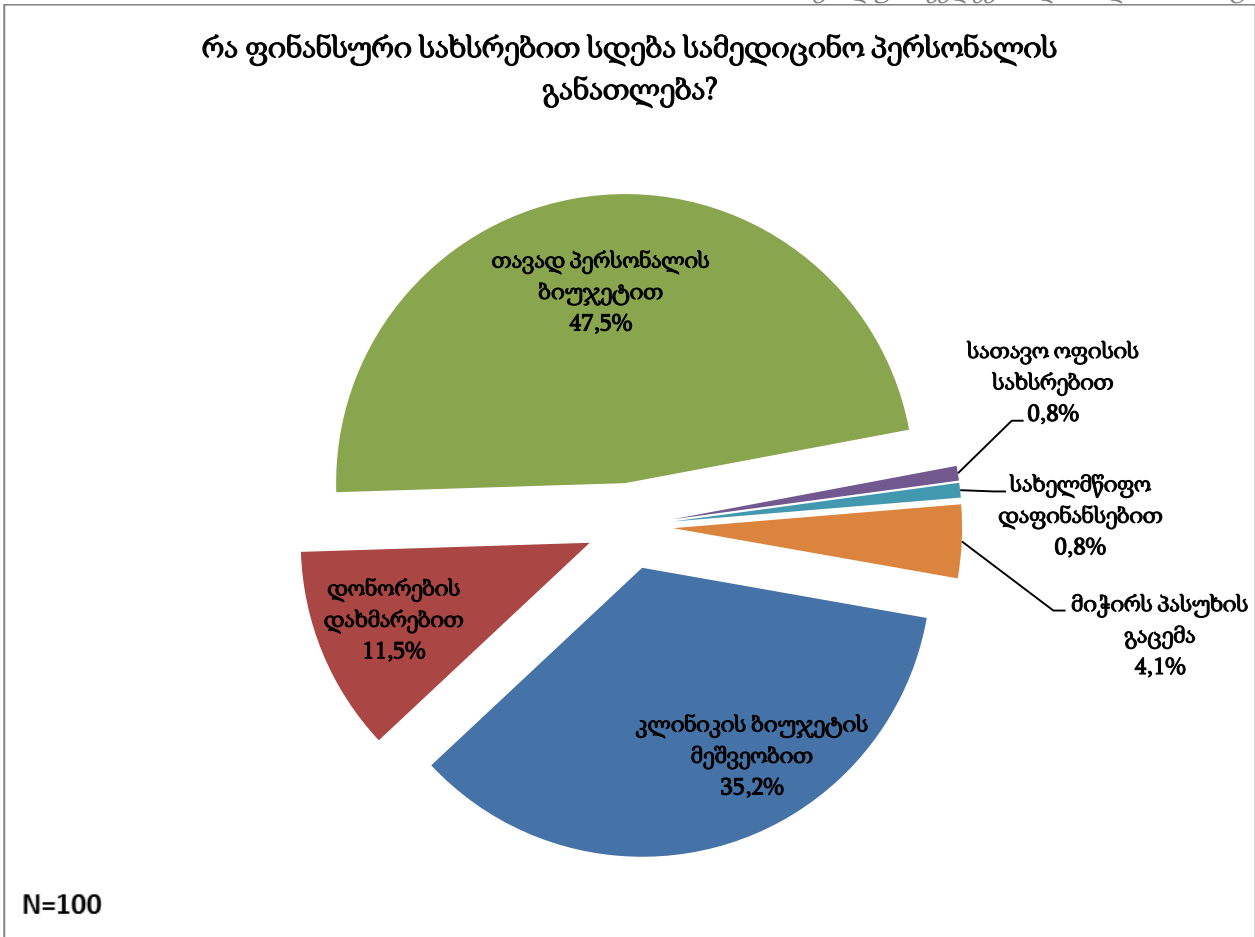
კლინიკებში, სადაც არსებობს ეს პრაქტიკა, შეფასების სისტემა ითვალისწინებს შემდეგ ინფორმაციას:

- პერსონალის საქმიანობის შეფასება, აბორტის მომსახურებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ (52 კლინიკა, რაც შეადგენს შესაბამის კლინიკათა 87.7%-ს);
- სამედიცინო პერსონალის მოთხოვნების ინდენტიფიცირება დამატებითი სასწავლო კურსების (ტრენინგების) საჭიროებაზე აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებთან დაკავშირებით (49 კლინიკა, რაც შეადგენს შესაბამის კლინიკათა 81.7%-ს);
- ახალი კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვა (54 კლინიკა, რაც შეადგენს შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებათა 90%-ს);
- ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ (49 კლინიკა, რაც შეადგენს შესაბამის კლინიკათა 81.7%).

კლინიკათა უმრავლესობაში (58% - 58 კლინიკა) არ არსებობს ყოველწლიური სასწავლო კურსების (ტრენინგების) ჩატარების გეგმა აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის თემატიკაზე. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის კერძო, სახელმწიფო და შერეულ კლინიკებს შორის.

კლინიკებში პერსონალის განათლებისთვის გამოიყენება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროები (იხ. დიაგრამა N25)

### *დიაგრამა N25*

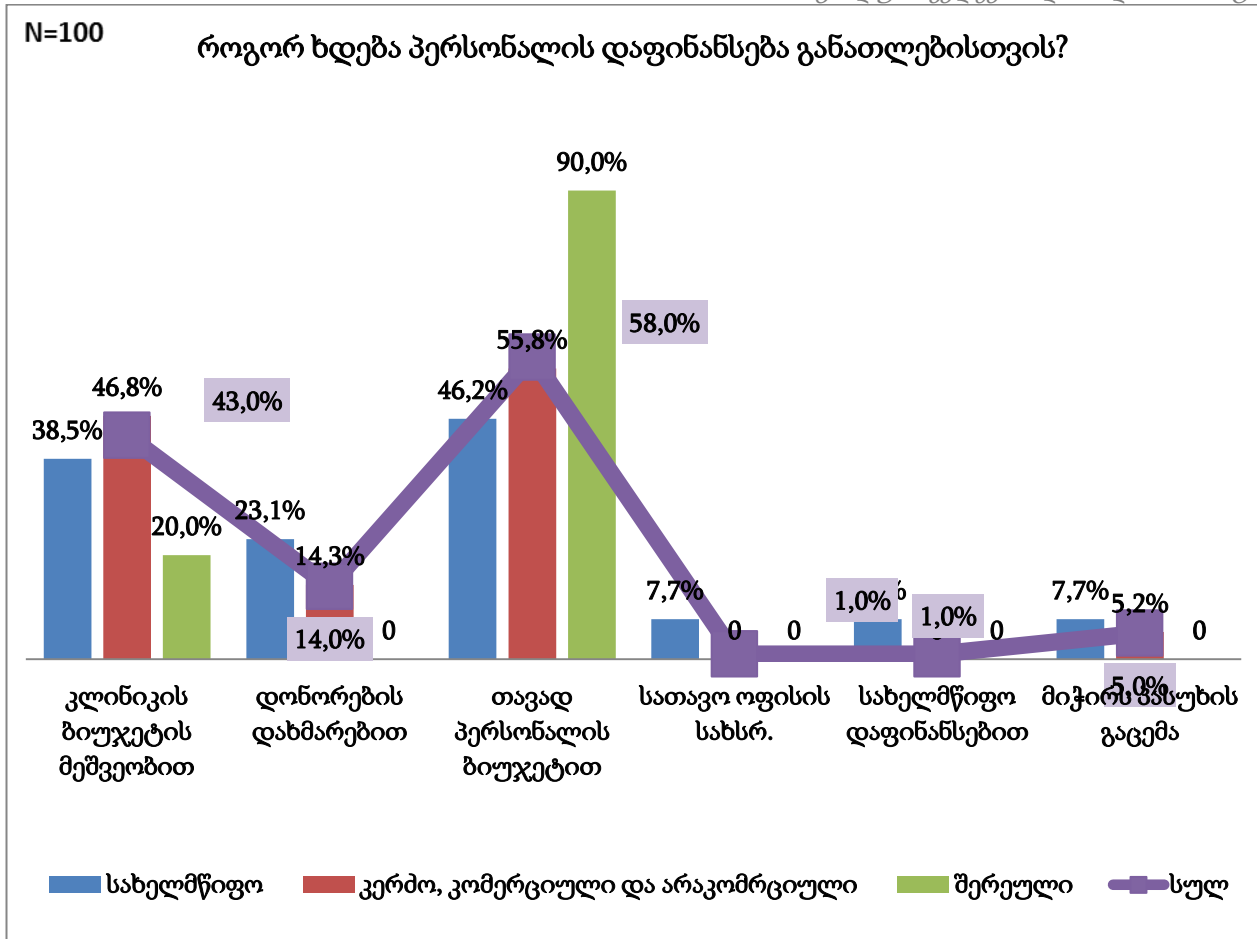


კერძო კლინიკებს შორის, შედარებით მეტი კლინიკა ახდენს პერსონალს განათლების დაფინანსებას, ვიდრე სახელმწიფო კლინიკებს შორის, თუმცა, ყველა შემთხვევაში, უმეტესად, პერსონალის საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობა ხდება მისი პირადი ბიუჯეტის ხარჯზე (58% - 58 კლინიკა) (იხ. დიაგრამა N26). როგორც წესი, ასეთ დროს ექიმებს აქვთ ორი არჩევანი :

1. ჩაერთონ ფარმაცევტული კომპანიების მიერ ჩატარებული ტრენინგებსა და სწავლებებში;
2. ჩაერთონ დონორის ან/და არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ კლინიკისთვის უსასყიდლოდ მიწოდებულ ტრენინგებში ( იმ შემთხვევაში, როცა კლინიკა თანამშრომლობს ასეთ დაწესებულებებთან) .

ამრიგად, ტრენინგების სისტემას არ აქვს სისტემური ხასიათი და ექიმები თავისით ეძებენ კვალიფიკაციის ასამაღლებელ კურსებს. მეტიც, ასეთ კურსებში/ტრენინგებში მონაწილეობა სახელმწიფოს მხრიდან არ არის მხარდაჭერილი ფინანსური ან სხვა კუთხით.

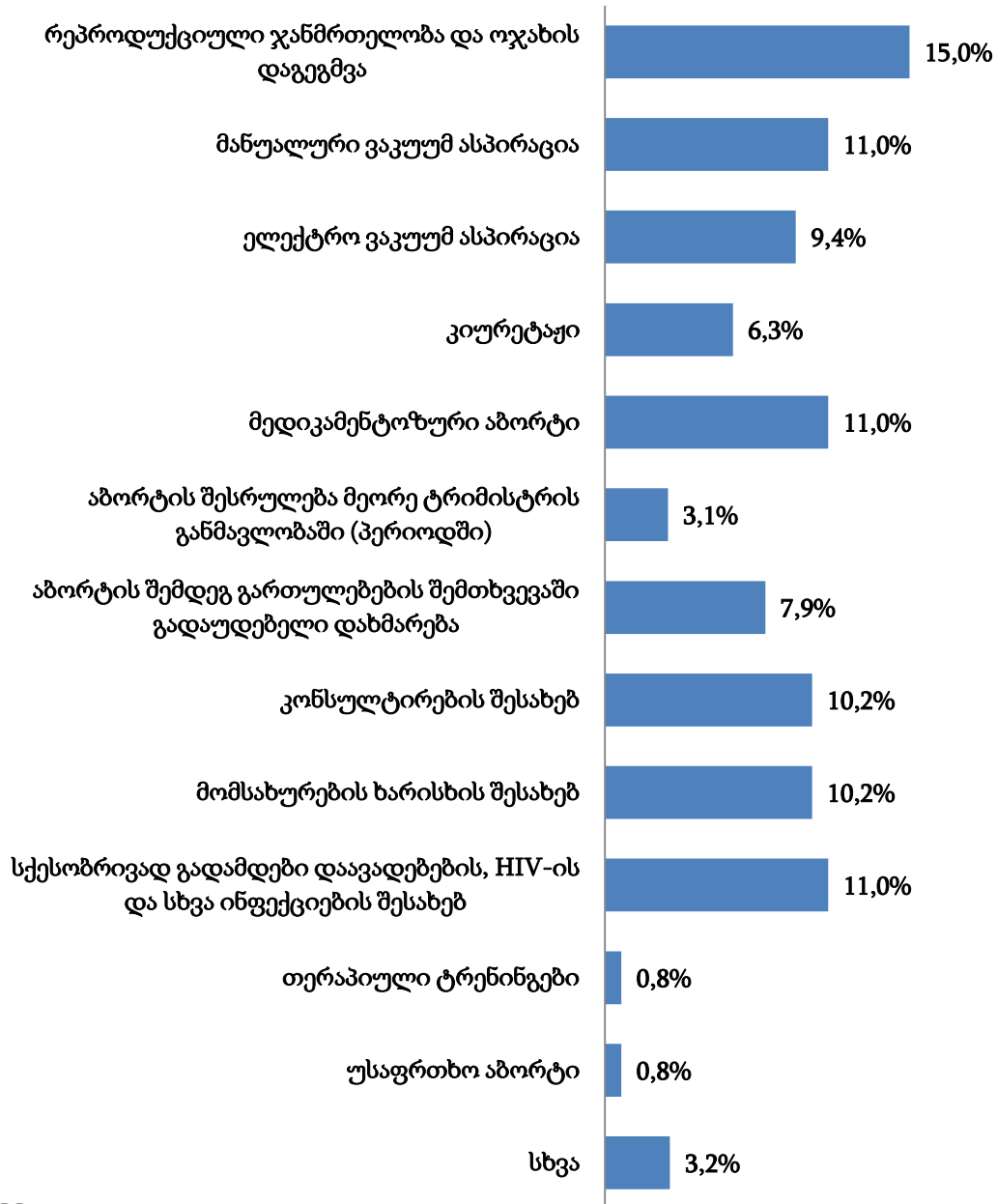
*დიაგრამა N26*



კლინიკათა დიდ უმრავლესობაში (69%) კლინიკის ბაზაზე არ ტარდება სასწავლო კურსები. ხოლო დანარჩენ კლინიკებს ჰყავთ ერთი ან რამდენიმე (10-მდე) სხვადასხვა პროფილის ტრენერი (იხ. დიაგრამა N27).

დიაგრამა N27

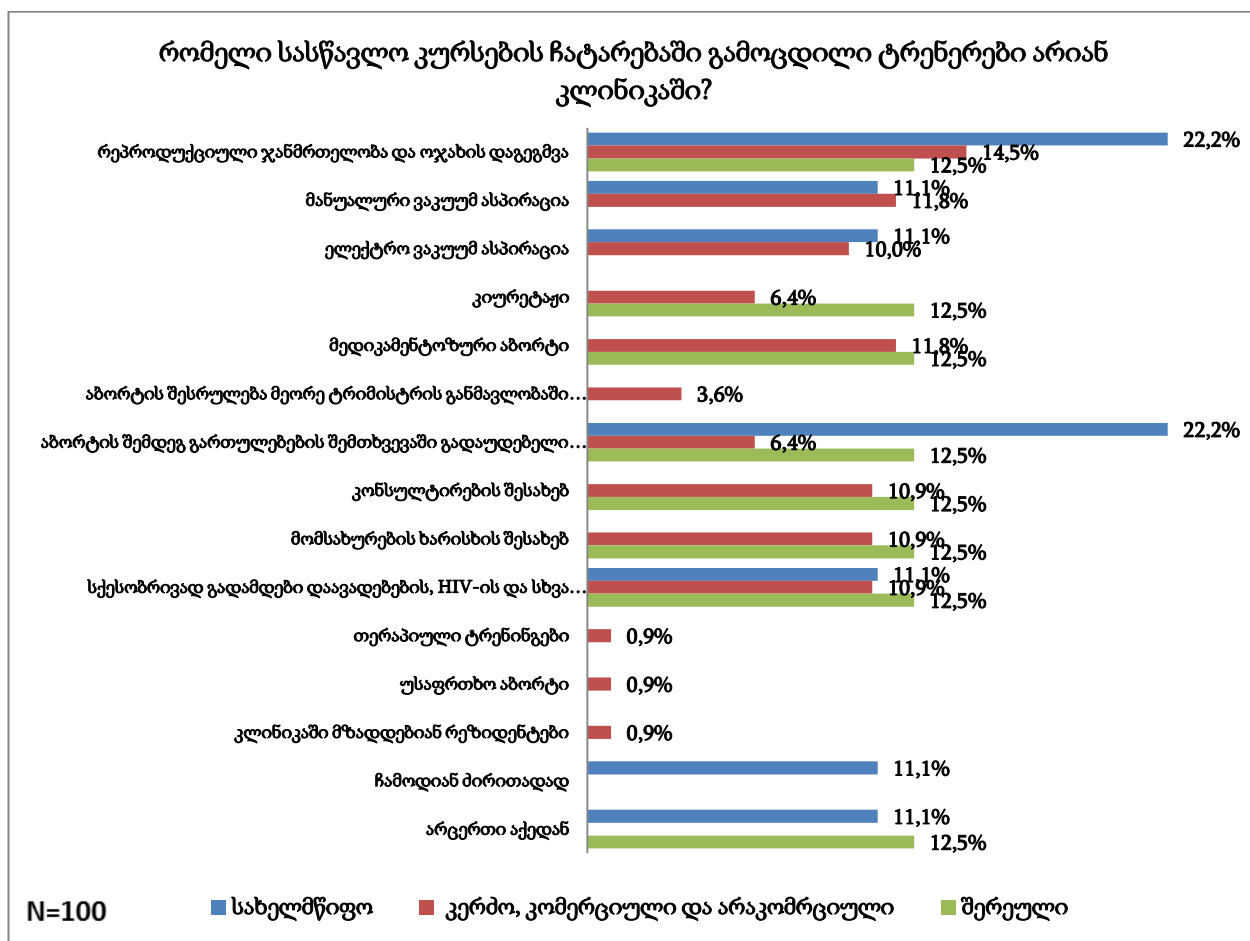
რომელი სასწავლო კურსების ჩატარებაში გამოცდილი ტრენერები არიან კლინიკაში?



N=100

აღსანიშნავია, რომ კერძო კლინიკებს ყველა ჩამოთვლილი სპეციალიზაციის ტრენერები ჰყავთ, შედარებით უფრო ნაკლები რაოდენობის სფეროში ჰყავთ სპეციალიზებული ტრენერები - შერეულ კლინიკებს, ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობის სფეროში - სახელმწიფო კლინიკებს:

დიაგრამა N28



კვლევაში მონაწილე დაწესებულებებს მეტ-ნაკლებად აქვს საჭირო ტექნიკური ბაზა ტრენინგების ჩატარებისთვის:

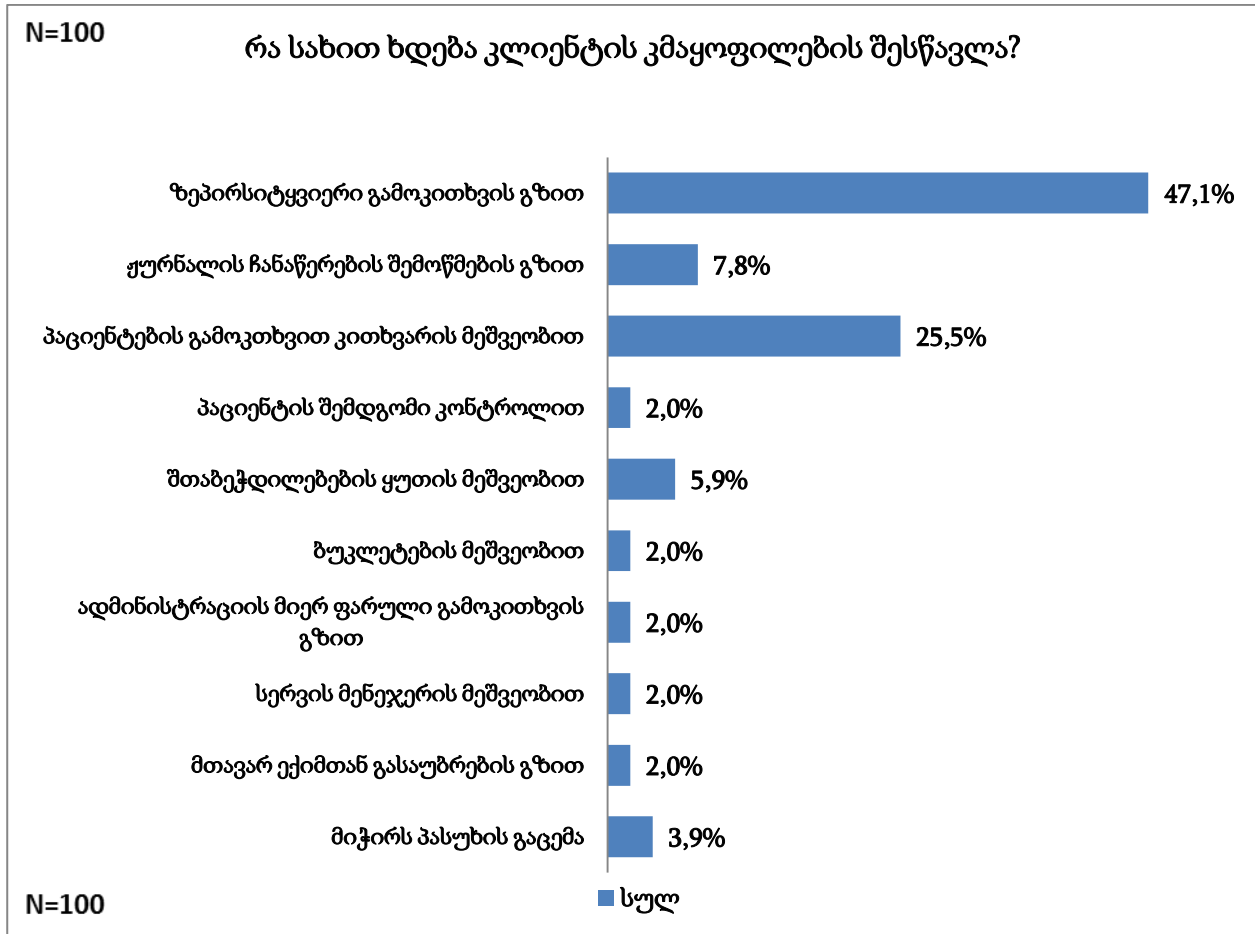
- ტრენინგის ოთახი (აქვს კლინიკათა 50%-ს)
- კომპიუტერი და პრინტერი (აქვს კლინიკათა 86%-ს)
- პროექტორი (აქვს კლინიკათა 41%-ს)
- კადასკოპი (გრაფიკული პროექტორი) (აქვს კლინიკათა 25%-ს)
- ინტერნეტი (აქვს კლინიკათა 85%-ს)
- ფოტო კოპიის გადასაღები აპარატი (ქსეროქსი) (აქვს კლინიკათა 79%-ს)

ამრიგად, კლინიკათა მცირე ნაწილი არ სარგებლობს არც პროტოკოლებით და არც გაიდლაინებით აბორტის სერვისის მიწოდების დროს. სამედიცინო დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში პერსონალს ხელი მიუწვდება აკადემიურ სტატიებსა და პუბლიკაციებზე, თუმცა, კლინიკათა მნიშვნელოვან ნაწილში არ არის დანერგილი პერსონალის შეფასების სისტემა, რომელიც უწყვეტი განათლების საჭიროებას გამოავლენს აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხების შესახებ. არ არის დახვეწილი სასწავლო კურსების ჩატარების სისტემა: კლინიკათა უმეტესობას არ აქვს შემუშავებული ტრენინგების ჩატარების გეგმა აბორტის თემატიკაზე, არ ჰყავთ ტრენერები და არ აქვთ შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. მცირეა იმ კლინიკების რაოდენობა, რომლებშიც უწყვეტი განათლების მექანიზმი არის დანერგილი.

## 2.5 მომსახურების ხარისხის კონტროლი

კლინიკათა ნახევარში ხდება კლიენტის კმაყოფილების შესწავლა (შემთხვეათა 51%), რისთვისაც გამოიყენება შემდეგი საშუალებები:

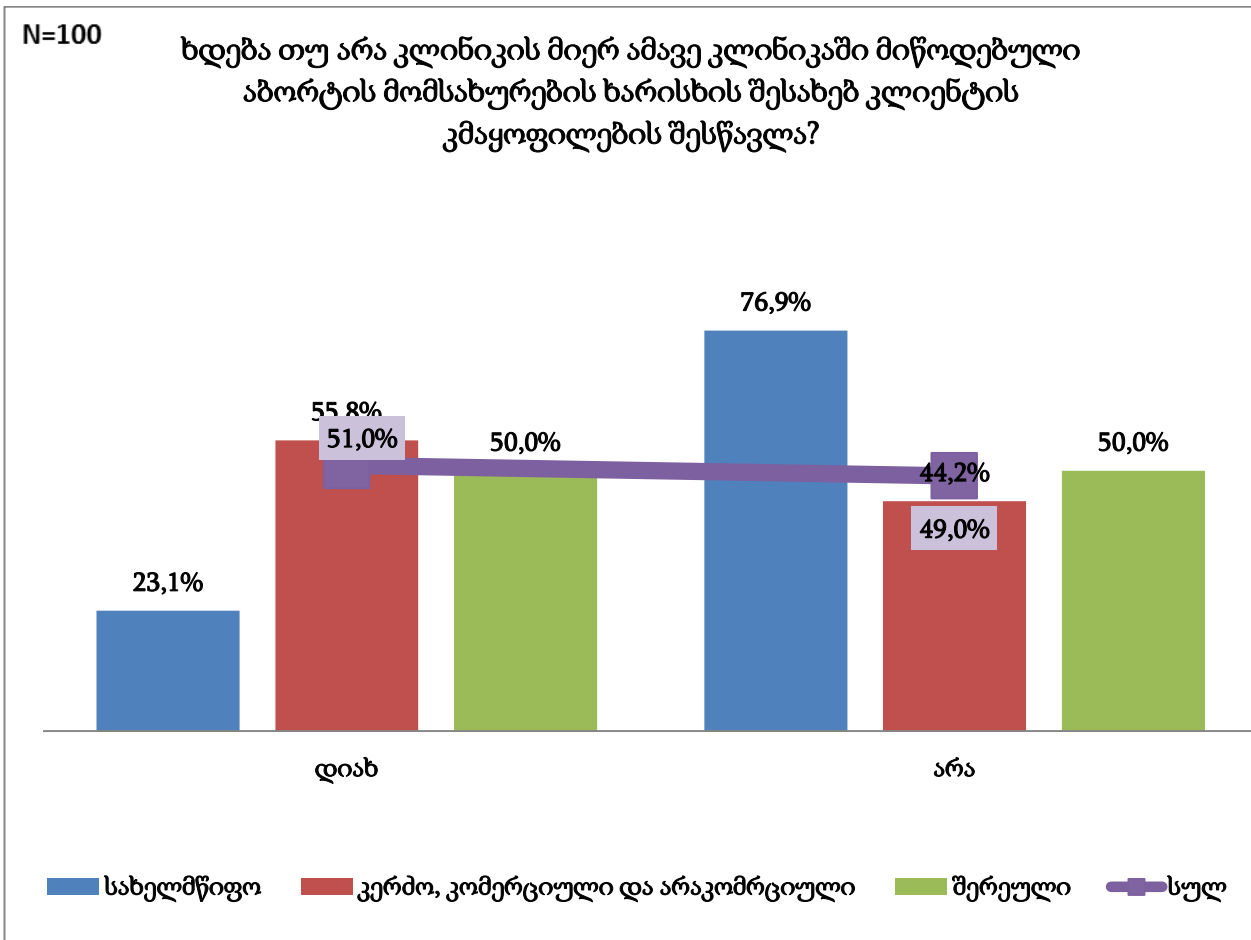
დიაგრამა N29



ამრიგად, შედეგები აჩვენებს, რომ კლიენტის კმაყოფილების შესწავლისათვის ყველაზე ხშირად გამოიყენება ზეპირსიტყვიერი გამოკითხვა, მაშინ, როცა ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლში მოწოდებულია ის აუდიტორული შეკითხვები, რაც საშუალებას იძლევა შემოწმდეს მიმწოდებლის და მომსახურების ხარისხი.

აღსანიშნავია, რომ კერძო კლინიკებში უფრო მეტია იმ კლინიკების ხვედრითი წილი, რომლებიც სწავლობენ კლიენტის კმაყოფილებას, ვიდრე - სახელმწიფო კლინიკებში (იხ. დიაგრამა N30).

დიაგრამა N30



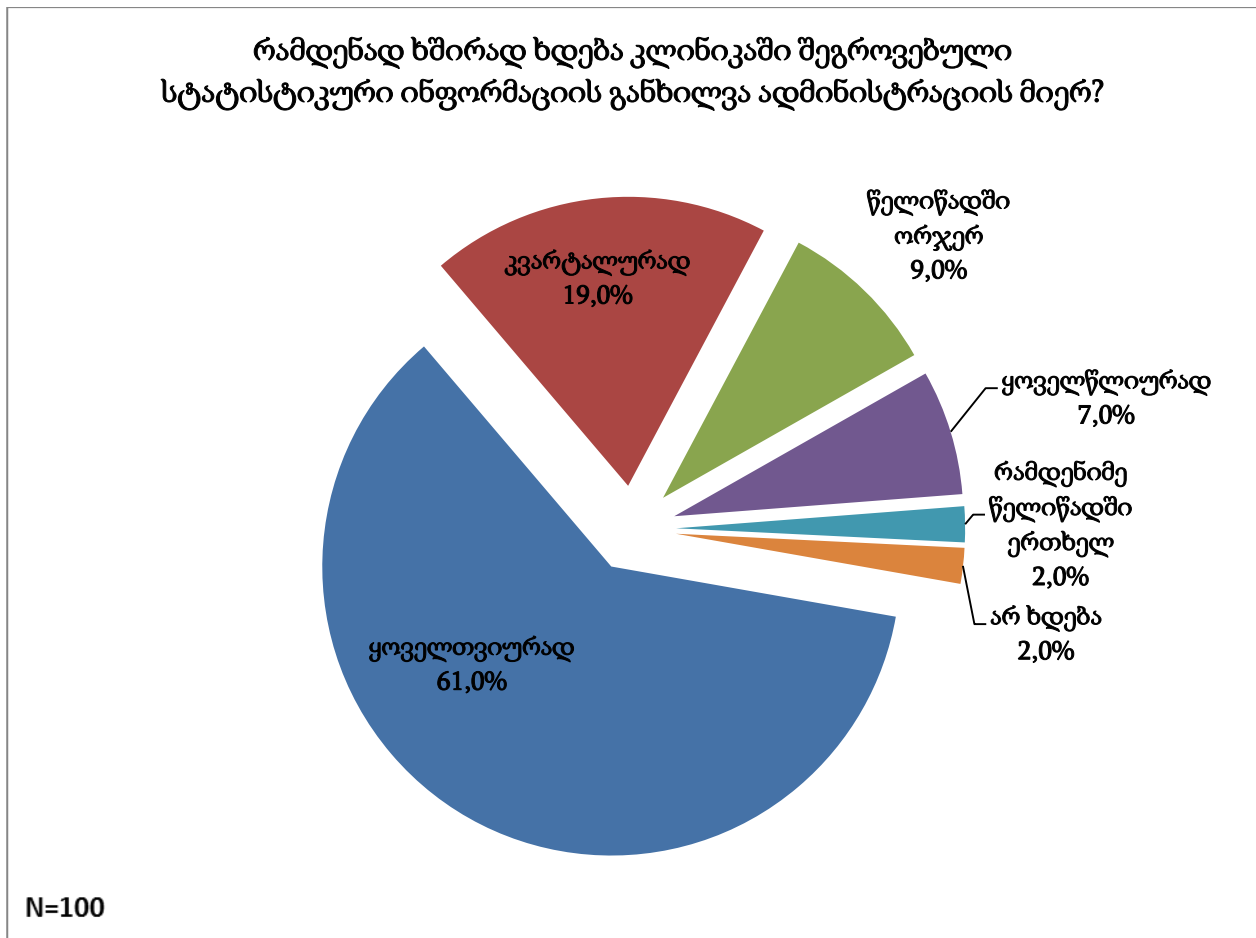
იმ დაწესებულებების დიდ უმრავლესობაში (88.2%), სადაც კლიენტის კმაყოფილებას სწავლობენ, საკმარისად ხდება მომსახურების გაუმჯობესება შეგროვებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ხოლო მცირე ნაწილში (2 კლინიკა) მომსახურების გაუმჯობესება არასაკმარისად ხდება. მხოლოდ 4 კლინიკაში, რაც შეადგენს იმ კლინიკათა 7.4%-ს რომლებიც სწავლობენ მომხმარებელთა კმაყოფილებას, არ ხდება მიღებული მონაცემების საფუძველზე მომსახურების გაუმჯობესება.

კლინიკათა დიდ უმრავლესობაში (81%) ხდება შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაციის ყოველთვიური დამუშავება, ხოლო 16%-ში - ყოველწლიური დამუშავება. კერძო კლინიკათა მცირე ნაწილში (3% - 3 კლინიკა) საერთოდ არ ხდება სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება. ამგვარი ინფორმაციის არარსებობის შემთხვევაში შეუძლებელია მომსახურების გაუმჯობესების ეფექტური გზების შემუშავება. თუმცა სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება/დამუშავება არ არის სავალდებულო კლინიკებისათვის,



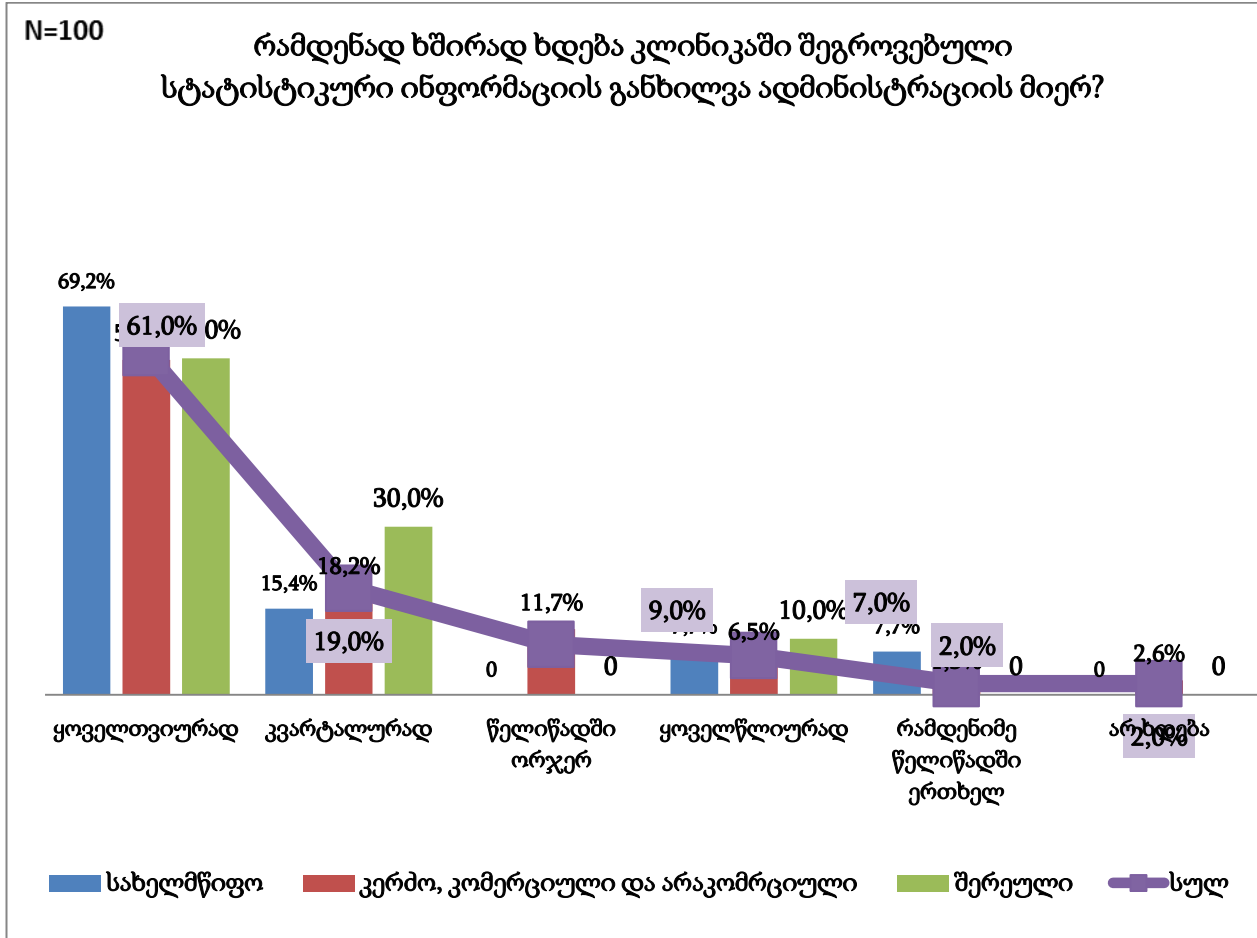
კლინიკათა 98%-ში ადმინისტრაციის მიერ ხდება შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაციის გადახედვა. ეს პრაქტიკა არ არსებობს მხოლოდ 2 კერძო კლინიკაში (2%). კლინიკათა უმრავლესობაში (61% - 61 კლინიკა) შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაცია განიხილება ყოველთვიურად, კლინიკათა მეხუთედში (19% - 19 კლინიკა). კლინიკათა უფრო მცირე ნაწილში ამ ინფორმაციის განხილვა ხდება წელიწადში ორჯერ (9% - 9 კლინიკა), ყოველწლიურად (7% - 7 კლინიკა) ან რამდენიმე წელიწადში ერთხელ (2% - 2 კლინიკა) (იხ. დიაგრამა N 31).

**დიაგრამა N31**



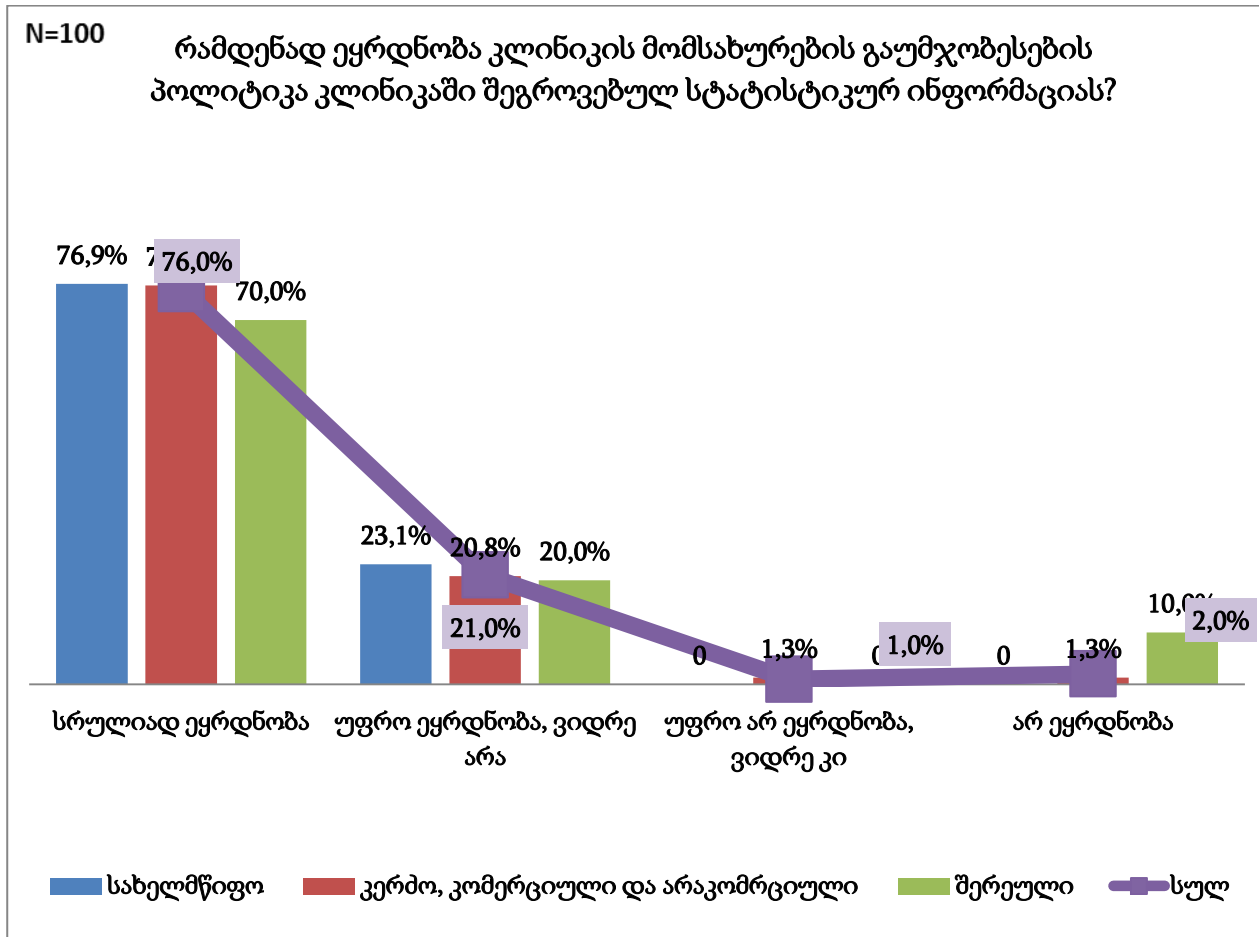
მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფო კლინიკებში უფრო აქტიურად ხდება სტატისტიკური ინფორმაციის განხილვა ადმინისტრაციის მიერ, ვიდრე - კერძო ან შერეულ კლინიკებში (იხ. დიაგრამა N32).

დიაგრამა N32



კლინიკათა დიდ უმრავლესობაში (76% - 76 კლინიკა) კლინიკის მომსახურების გაუმჯობესების პოლიტიკა ეყრდნობა შეგროვებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას, მეხუთედში (21% - 21 კლინიკა) კი - უფრო ეყრდნობა, ვიდრე - არა. კლინიკათა მხოლოდ 2%-ში (2 კერძო კლინიკა), მომსახურების გაუმჯობესებისთვის, შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაცია არ გამოიყენება (იხ. დიაგრამა N33).

დიაგრამა N33



ამრიგად, კლინიკათა უმრავლესობაში ხდება სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება, თუმცა მომსახურების კონტროლის მექანიზმი საკმაოდ დაუზვეწავია. კლინიკათა ნახევარში საერთოდ არ ხდება კლიენტთა კმაყოფილების შესწავლა, ხოლო დანარჩენ კლინიკებში წამყვანია კლიენტის ზეპირი გამოკითხვის მეთოდი. მაშინაც კი, როდესაც არსებობს შესაბამისი ინფორმაცია, კლინიკათა მცირე ნაწილში მომსახურების გაუმჯობესება არ ეყრდნობა არსებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას.

## დანართები

### დანართი 1

#### კვლევაში მონაწილე კლინიკების სია

რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულების დასახელება	ფაქტიური მისამართი	დაწესებულების ტიპი
თბილისი	თბილისი	სსიპ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი "ალექსანდრე ალადაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა"	გუდამაყრის ქუჩა №4	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "ემბრიო"	ლუბლიანას ქუჩა N2/6	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "აკადემიკოს ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი"	ლუბლიანას ქუჩა №18/20	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი "უნივერსი"	ლუბლიანას ქუჩა N2/6 (ნაკვეთი 009/013),	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "დავით გაგუას კლინიკა"	ლუბლიანას ქუჩა N2/6	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "აკადემიკოს ვახტანგ ბოჭორიშვილის სახელობის კლინიკა "სეფსისი"	ალ. ყაზბეგის გამზირი N16	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს სამედიცინო ცენტრი ნეოკლინიკა	ზახტრიონის 10ა (იყალთოს 57)	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	სს "ჩაჩავას კლინიკა"	კოსტავას ქუჩა №38	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს მედიკორი	ქავთარაძის 16	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ვარკეთილის სამკურნალო ცენტრი	ვარკეთილი -3, 1-ლი მ/რ, კორპ.33	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს მე-11 ქალთა კონსულტაცია	საბურთალოს ქ. N10	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	კს შპს N4 სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი და დანელია	ვარკეთილი -3, 1-ლი მ/რ, კორპ.16ა	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ჯანმრთელობა 2015	ვარკეთილი 3, მე-4 მკ/რ-ნი, 419 კორპ მიმდებარედ	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	თამილა სეხნიაშვილი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრი „დადა“	მუხიანი, I მ/რ, კორპ.2	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი უნივერსი	ვაჟა-ფშაველას გამზ. მე-6 კვარტ., კორპ. 1ბ	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ცენტრი ანტროპოსი	ნავთლუღის ჩიხი N9	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ქალთა კონსულტაცია N6	გლდანი, ხიზანიშვილის ქ. N93	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს მედელანა	სევანის ქ. N8/12	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს "იმედის კლინიკა"	მირიან მეფის ქუჩა N10ა	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "ჰერა 2011"	ლუბლიანას ქუჩა №5	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს ქალთა კონსულტაცია მომავალი	თევდორე მღვდლის ქუჩა N11	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს სამედიცინო ცენტრი ესთერი	პუშკინის ქუჩა N10	ამბულატორია

რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულების დასახელება	ფაქტიური მისამართი	დაწესებულების ტიპი
თბილისი	თბილისი	შპს მკურნალი 2002	ცოტნე დადიანის ქუჩა N87	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს მედსერვისი	ბუაჩიძის ქუჩა N2	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს N1 ქალთა კონსულტაცია	თორნიკე ერისთავის ქუჩა N3	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ქ. თბილისის N3 სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი	ზ. ჭავჭავაძის 7	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ქალთა საკონსულტაციო ცენტრი გინემედი	ხუდადოვის 10	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ჯანმრთელი ოჯახი	ვარკეთილი, 3-ე მასივი, I კვარტალი, კ. „დ“	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს MEDISON	ვაჟა-ფშაველას გამზ. N83/11	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს ესკულაპი	ვაჟა-ფშაველას გამზ. N83	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი ინტერმედი 1	ბაქრაძის ქ. N4	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს დედათა დახმარების სამეანო-გინეკოლოგიური განყოფილება	ხიზანიშვილის ქ. N93ა	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს "ბაიები"	კალანდაძის №10, ნაკვეთი 01/044	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "რედი"	გურამიშვილის გამზირი №84	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს კლინიკა ნიუმედი	მარიჯანის ქუჩა N4	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს N8 სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრი	შირაქის 13	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	ა(ა)იპ საქართველოსა და ოვერს შორის სოლიდარობის ასოციაცია	ბოგდან ხმელნიცკის ქ. N6	ამბულატორია
თბილისი	თბილისი	შპს "მედვაპიტალი"	ილია ვეკუას ქუჩა N18	სტაციონარი
თბილისი	თბილისი	შპს "ლანცეტი"	დავით აღმაშენებლის ხეივანი, მე-12 კმ (ნაკვეთი 14/470)	სტაციონარი
აჭარა	ბათუმი	შპს "ირის ბორჩაშვილის სახელობის ჯანმრთელობის ცენტრი მედინა"	ფრიდონ ხალვაშის გამზირი N237	სტაციონარი
აჭარა	ბათუმი	შპს ქ. ბათუმის N1 პოლიკლინიკა	ტბელ აბუსერიძის ქ. N2	ამბულატორია
აჭარა	ბათუმი	შპს ხელვაჩაურის სამედიცინო ცენტრი	ფრიდონ ხალვაშის გამზირი მე-7 შესახვევი N3	ამბულატორია
აჭარა	ბათუმი	შპს კომპანია პარაცელსი	პუშკინის ქ. N141	ამბულატორია
აჭარა	ბათუმი	შპს "ბათუმის სამშობიარო სახლი"	26 მაისის და რუსთაველის ქუჩა №3-39	სტაციონარი
აჭარა	ბათუმი	შპს "ქ. ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფო"	ტბელ აბუსერიძის ქუჩა №2	სტაციონარი
გურია	ლანჩხუთი	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ჭანტურიას ქუჩა N21	სტაციონარი
გურია	ოზურგეთი	შპს "მედალფა"	ე. ნინოშვილის ქუჩა	სტაციონარი

რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულების დასახელება	ფაქტური მისამართი	დაწესებულების ტიპი
			№3	
გურია	ჩოხატაური	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ნ. დუმბაძის ქუჩა N22	სტაციონარი
იმერეთი	ბაღდათი	შპს იმედი	წერეთლის ქ. N6ა	ამბულატორია
იმერეთი	ზეესტაფონი	შპს "კლინიკა ელიტე"	ასლანიკაშვილის სანაპირო	სტაციონარი
იმერეთი	სამტრედია	ინდ.მეწარმე მარინა ბუაძე	რესპუბლიკის ქ. N64	ამბულატორია
იმერეთი	სამტრედია	ინდ. მეწარმე ხათუნა ხუჭუა	ფაღავას 1	ამბულატორია
იმერეთი	ქუთაისი	შპს „ქუთაისის ახალი N2 სამშობიარო სახლი"	ლორთქიფანიძის 13	ამბულატორია
იმერეთი	ქუთაისი	შპს "აკადემიკოს ზ. ცხაკაიას სახელობის დასავლეთ საქართველოს ინტერვენციული მედიცინის ეროვნული ცენტრი"	ჯავახიშვილის ქუჩა №83ა	სტაციონარი
იმერეთი	ქუთაისი	შპს "ქუთაისის №3 სამშობიარო სახლი"	ჯავახიშვილის ქუჩა N11	სტაციონარი
იმერეთი	ქუთაისი	შპს "ლერი ხონელიძის სახელობის კლინიკა"	ლორთქიფანიძის ქუჩა N11	სტაციონარი
იმერეთი	წყალტუბო	შპს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრი	გ.ტაბიძის ქ. N13/18 ახალი - 26 მაისის 36	ამბულატორია
იმერეთი	ხონი	ინდ.მეწარმე თეიმურაზ მოსეშვილი	სოლომონ II-ის 7	ამბულატორია
კახეთი	გურჯაანი	შპს "ჯეო ჰოსპიტალს"	მარჯანიშვილის ქუჩა N35	სტაციონარი
კახეთი	თელავი	შპს "სიხარული"	ალადაშვილის ქუჩა №4	სტაციონარი
კახეთი	ლაგოდეხი	შპს "არქიმედეს კლინიკა"	9 აპრილის ქუჩა	სტაციონარი
კახეთი	საგარეჯო	შპს "ჯეო ჰოსპიტალს"	კახეთის გზატკეცილი №13	სტაციონარი
კახეთი	საგარეჯო	შპს "კლინიკა-LIFE"	ი. ჭავჭავაძის ქუჩა N3ა	სტაციონარი
კახეთი	სიღნაღი	შპს "ჰერა+"	სოფელი საქობო, დავით აღმაშენებლის I შესახვევი	სტაციონარი
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	ზუგდიდი	შპს "ლაიფი"	სოფ. ჭითაწყარი, მ. ბარამიას ქუჩა N69	სტაციონარი
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	სენაკი	შპს "სენაკის სამშობიარო სახლი"	რუსთაველის ქუჩა №108	სტაციონარი
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	სენაკი	შპს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრი ესკულაპი +	ჭყონდიდელის N1	ამბულატორია
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	ფოთი	სპს მედეა ცაგარელის სამედიცინო-გინეკოლოგიური კაბინეტი	აღმაშენებლის 49	ამბულატორია
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	ფოთი	შპს "ქ. ფოთის გაერთიანებული სამშობიარო სახლი"	მიქაბერიძის ქუჩა №3	სტაციონარი
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	წალენჯიხა	შპს "ჯვარის საავადმყოფო "ენგურჰესი"	დაბა ჯვარი სტალინის ქუჩა N17	სტაციონარი

რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულების დასახელება	ფაქტიური მისამართი	დაწესებულების ტიპი
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	ამბროლაური	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ბრატისლავა-რაჭის ქუჩა №11	სტაციონარი
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	ცაგერი	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	რუსთაველის ქუჩა N31	სტაციონარი
სამცხე-ჯავახეთი	ასპინძა	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ვარძიის ქუჩა N75	სტაციონარი
სამცხე-ჯავახეთი	ახალქალაქი	სს "სამედიცინო კორპორაცია ევექსი"	დავით აღმაშენებლის ქუჩა N31	სტაციონარი
სამცხე-ჯავახეთი	ნინოწმინდა	სს "სამედიცინო კორპორაცია ევექსი"	თავისუფლების ქუჩა N48	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	ბოლნისი	შპს "ახალი სამედიცინო ცენტრი"	დავით აღმაშენებლის ქუჩა №25	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	ბოლნისი	შპს "ბოლნისის სამშობიარო სახლი"	დავით აღმაშენებლის ქუჩა №25	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	დმანისი	შპს "ახალი სამედიცინო ცენტრი"	დმანისი, წმინდა ნინოს ქუჩა №37	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	მარნეული	შპს "ჯეო ჰოსპიტალს"	რუსთაველის ქუჩა №112	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	მარნეული	შპს ავერსის კლინიკა	26 მაისის ქუჩა	ამბულატორია
ქვემო ქართლი	რუსთავი	სს "რუსთავის სამშობიარო სახლი"	წმინდა ნინოს ქუჩა №3	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	რუსთავი	შპს "ქართული ფოლადის სამკურნალო ცენტრი"	გაგარინის ქუჩა №12	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	რუსთავი	შპს ავერსის კლინიკა	მესხიშვილის ქუჩა N3ა	ამბულატორია
ქვემო ქართლი	რუსთავი	შპს "კლინიკა რუსთავი"	VII მიკრორაიონი	სტაციონარი
ქვემო ქართლი	ქ. წალკა	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ექვთიმე თაყაიშვილის ქუჩა №4	სტაციონარი
შიდა ქართლი	გორი	შპს "ჯუმბერ გოგიაშვილის კლინიკა"	ცხინვალის გზატკეცილი №14	სტაციონარი
შიდა ქართლი	გორი	შპს "იმედი და მარიამი"	შინდისის გზატკეცილი №17ა	სტაციონარი
შიდა ქართლი	გორი	სს "იავნანა"	ჭავჭავაძის ქუჩა №105	სტაციონარი
შიდა ქართლი	კასპი	შპს მედალფა	სააკაძის 27ბ	ამბულატორია
შიდა ქართლი	კასპი	შპს მარიმედი	სააკაძის ქ. N110	ამბულატორია
შიდა ქართლი	კასპი	შპს "გინიკა +"	წულუკიძის ქუჩა №4	სტაციონარი
შიდა ქართლი	ქარელი	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ზაზა ფანასკერტელის ქუჩა N30	სტაციონარი
შიდა ქართლი	ქარელი	შპს "დასტაქარი"	რუსთაველის ქუჩა №4	სტაციონარი
შიდა ქართლი	ხაშური	შპს Life 2012	ლესელიძის 10ა-44	ამბულატორია

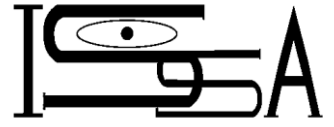
რეგიონი	ქალაქი	დაწესებულების დასახელება	ფაქტური მისამართი	დაწესებულების ტიპი
ქართლი				
შიდა ქართლი	ხაშური	შპს "ალიანს მედ სერვისი"	შოთა რუსთაველის ქუჩა №40	სტაციონარი
შიდა ქართლი	ხაშური	შპს ქალთა კლინიკა	სააკაძის 116(108)	ამბულატორია
მცხეთა-მთიანეთი	დუშეთი	შპს "ჯეო ჰოსპიტალს"	სტალინის ქუჩა N71	სტაციონარი
მცხეთა-მთიანეთი	თიანეთი	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	რუსთაველის ქუჩა №75	სტაციონარი
მცხეთა-მთიანეთი	მცხეთა	შპს "ჯეო ჰოსპიტალს"	ღვინჯილიას ქუჩა №5	სტაციონარი
მცხეთა-მთიანეთი	ყაზბეგი	შპს "რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი"	ყაზბეგის რაიონი, დაბა სტეფანწმინდა, ყაზბეგის ქუჩა №35	სტაციონარი



დანართი 2

ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი

სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი



## აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასება

*ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი ფერტილობის ასაკის ქალებისთვის*

მოგესალმებით! მე გახლავართ \_\_\_\_\_, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის წარმომადგენელი. ასოციაციის „ჰერა XXI“ დაკვეთით, ვახორციელებთ კვლევას, რომლის მიზნებია უსაფრთხო აბორტის მეთოდებსა და ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ხელმისაწვდომობის შეფასება და უსაფრთხო აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ან პრაქტიკების ხარისხისა და მოხმარების შეფასება და მონიტორინგი.

მიზნების განხორციელებისთვის, განზრახულია იმ სამედიცინო დაწესებულებების გამოკითხვა, რომლებიც ახორციელებენ აბორტის პროცედურას. მასობრივი გამოკითხვის ჩატარებამდე, ადეკვატური კითხვარის შესამუშავებლად, დაგეგმილია ფოკუს-ჯგუფების ორგანიზება, რომელთა საფუძველზე დადგინდება პრობლემის არსებითი მახასიათებლები, რომლებსაც შემდგომ გავითვალისწინებთ კითხვარის შესადგენად.

ფოკუს ჯგუფი არის კონფიდენციალური. შეხვედრა აუდიო და ვიდეო ფირზე მხოლოდ იმ მიზნით იწერება, რათა ჩვენი საუბარი გაიშიფროს (დავიმახსოვროთ ის ინფორმაცია, რასაც გვაწვდით). შესაბამისად, ეს ჩანაწერები ექნება მხოლოდ სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტს და დამკვეთ ორგანიზაციას. თუ თქვენი სიტყვები გამოყენებული იქნება სადმე, ეს იქნება წერილობითი სახით, 1-2 წინადადების სახით და ავტორის სახელის, გვარის და სხვა მონაცემების გარეშე. თუ თანახმა ხართ ამაზე, მაშინ დავიწყოთ დისკუსია.

მე დავსვამ შეკითხვებს სადიკუსიოდ და გთხოვთ, გულწრფელად უპასუხოთ თითოეულ მათგანს.

1. გთხოვთ, გაგვაცნოთ საკუთარი თავი - სახელი (თუ გნებავთ, არ დაასახელოთ გვარი), ასაკი, გისარგებლიათ თუ არა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებით? რამდენჯერ ისარგებლეთ აბორტის მომსახურებით? როდის ისარგებლეთ პირველად და როდის ისარგებლეთ ბოლოს (წელი, თვე)? რამდენი წლის იყავით პირველი აბორტის გაკეთებისას?

2. რა იყო თქვენს შემთხვევაში აბორტის გაკეთების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ძირითადი მიზეზი (მაგალითად, ეკონომიკური პრობლემები, ოჯახის მხრიდან ზეწოლა, ქორწინებაში არყოფნა და სხვა)?

3. იყო თუ არა ჩართული გადაწყვეტილების მიღებაში თქვენი მეუღლე/პარტნიორი? რამდენად იყო ჩართული? ზოგადად, წყვეტთ თუ არა ერთად ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა ოჯახის დაგეგმვა, კონტრაცეფციის მეთოდების (თავის დაცვა) გამოყენება და ა.შ.?
4. რამდენი კვირის ორსული იყავით, როდესაც აბორტის სერვისს მიმართეთ?
5. რომელ კლინიკებში ისარგებლეთ ამ მომსახურებებით? გისარგებლიათ თუ არა ამ მომსახურებით არალეგალურ (მოდერატორს: აუხსენით რას ნიშნავს არალეგალური, სასურველია, არ ახსენოთ ეს სიტყვა) კლინიკებში? თუ კი, რა მიზეზით?
6. ზოგადად, თუ იცით, რამდენი კლინიკაა თქვენს საცხოვრებელ ადგილზე (ქალაქში, სოფელში), რომლებიც ამ მომსახურებას სთავაზობენ ქალებს? თუ შეგიძლიათ, ჩამოთვალოთ?
7. რამდენად კმაყოფილი ხართ იმ კლინიკის ინფრასტრუქტურით - წყალმომარაგებით, ელექტროენერგიით, სისუფთავით, საპირფარეშოთი, გათბობა/გაგრილებით - რომლითაც თქვენ ისარგებლეთ?
8. რამდენად კმაყოფილი ხართ პროცედურის ადმინისტრირებით - იყო თუ არა რიგები, დაგჭირდათ თუ არა დამატებით საბუთების წარდგენა და სხვა სახის გართულებები და დაბრკოლებები?
9. რამდენად ხელმისაწვდომი იყო თქვენთვის აბორტის პროცედურა ფინანსურად? რამდენად ხელმისაწვდომი იყო თქვენთვის კლინიკა ან შესაბამისი პერსონალი?
10. მიიღეთ თუ არა პირველი კონსულტაციის სერვისი (მოდერატორს: აუხსენით მონაწილეებს, რა სერვისია ეს)? თუ მიიღეთ, სად მიმდინარეობდა პირველი კონსულტაცია? რამდენი ადამიანი ესწრებოდა ამ საუბარს? გრძნობდით თუ არა თავს დაცულად, ანონიმურად, დაცული იყო თუ არა კონფიდენციალობა? იყო თუ არა ექიმი გულისხმიერი, მხარდამჭერი? დეტალურად გამოიკითხა თუ არა თქვენი ისტორია? გესაუბრათ თუ არა აბორტის შესახებ, იმ სხვადასხვა მეთოდის შესახებ, რომლებითაც შესაძლებელია აბორტის გაკეთება? გითხრათ თუ არა რომელია თქვენთვის უმჯობესი? გესაუბრათ თუ არა ექიმი გართულებებზე (მოდერატორს: გართულებებს წარმოადგენს საშვილოსნოს გახევა, სისხლდენა, საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, ლეტალური გამოსავალი, ინფექციური გართულებები)? გითხრათ თუ არა, რომ სურვილის შემთხვევაზე, შეგიძლიათ გადაავადოთ ან გააუქმოთ აბორტი? თუ მიიღეთ პირველი კონსულტაციის სერვისი, წერილობით მოგაწოდეს ინფორმაცია აბორტის შესახებ?
11. თუ გაისაუბრეთ ამ თემებზე, ვინ ჩაატარა ეს კონსულტაცია - მეან-გინეკოლოგმა, რეპროდუქტოლოგმა, ბებიაქალმა, მედდამ, სანიტარმა თუ სხვამ? როგორ ფიქრობთ, დაგეხმარათ თუ არა ექიმი ინფორმირებულ არჩევანში?

12. მოხდა თუ არა დეტალურად თქვენი ჯანმრთელობის გამოკვლევა (მოდერატორს: მცირე მენჯის ღრუს გამოკვლევა-ბიძანუალური და სარკისებრი გსინჯვა)? ჩაგიტარდათ თუ არა ზოგადი დათვალიერება? ჩაგიტარდათ თუ არა ლაბორატორიული გამოკვლევა? გამოიკვლიეს თუ არა ანემიის ნიშნები (ჰემოგლობინი ან ჰემატოკრიტი) ანუ აგიღეს თუ არა სისხლის ანალიზი? ვინ ჩაატარა ჩამოთვლილი პროცედურები?
13. როგორ დაადგინა თქვენი ორსულობის ვადა - კალენდარული მეთოდით თუ ექოსკოპიით? ხომ არ ყოფილა ისეთი შემთხვევა, როდესაც თქვენ მიიჩნიეთ, რომ არასწორად იყო გამოთვლილი ორსულობის ვადა?
14. ხომ არ გქონიათ გამოცდილება, როდესაც ექიმმა უარი თქვა აბორტის გაკეთებაზე და სხვა ექიმთან ან სხვა დაწესებულებაში გადაგამისამართათ? თუ კი, რა იყო ამის მიზეზი? როგორ მოიქცით ამის შემდეგ?
15. კონსულტაციის შემდეგ, რამდენ ხანში მიმართეთ კლინიკას აბორტის პროცედურისთვის?
16. თუ 2014 წლის ოქტომბრიდან გაიკეთეთ აბორტი, სავალდებულო 5 დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა ამოწურეთ თუ სხვა კლინიკას მიმართეთ ვადის ამოწურვამდე?
17. ყოფილა თუ არა შემთხვევა, როდესაც თქვენ გადაიფიქრეთ აბორტის გაკეთება? რა მიზეზით?
18. გადავიდეთ უშუალოდ აბორტის პროცედურაზე. ჩაგიტარდათ თუ არა პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება (ექოსკოპია)?
19. აბორტის დროს შემოგთავაზეს თუ არა ტკივილგამაყუჩებლები? რა ტიპის ტკივილგამაყუჩებლით ისარგებლეთ - ადგილობრივი ანესტეზიით, მედიკამენტით (რომელი მედიკამენტით?) თუ ზოგადი ანესთეზიით?
20. გთხოვთ, მითხრათ, რომელ თქვენგანს გაუკეთებია მედიკამენტოზური აბორტი (წამლის მიღებით ორსულობის შეწყვეტა (წამლის მიღებით ორალურად, ვაგინალურად, ნემსის სახით და ა.შ.)? თუ მედიკამენტოზური აბორტი გაიკეთეთ, გთხოვთ, გაიხსენოთ, რა წამლებს იღებდით და რა სახით (მაგ: ორალურად, ვაგინალურად თუ სუბლინგვურად). რა რაოდენობით იღებდით წამლებს? თუ გახსოვთ ზუსტი დოზა და ის, თუ რამდენი დღე იღებდით წამალს? სად მიიღეთ წამლები - კლინიკაში თუ სახლში? გქონდათ თუ არა რაიმე ტიპის გვერდითი მოვლენა ან გართულება (მაგ. გართულებებია: სისხლდენა, ძლიერი სისხლდენა, ტკივილი, ტემპერატურის მომატება, გულისრევა, ფაღარათი, თავის ტკივილი, სისუსტე, თავბრუსხვევა, ინფექცია)? ხომ არ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც დაუსრულებელი აბორტი ან პროგრესირებადი ორსულობა განხორციელდა მედიკამენტების მიღების შემდეგ? თუ კი, როგორ მოიქცით ასეთ შემთხვევაში, მიმართეთ ექიმს თუ დაელოდეთ სიმპტომების გაქრობას? თუ ექიმს მიმართეთ, რა გირჩიათ მან?

21. თუ ქირურგიული აბორტი გაიკეთეთ, რა მეთოდით - მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია, ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია, დილატაცია და კიურეტაჟი თუ დილატაცია და ევაკუაცია (მოდერატორს: აუხსენით თითოეულის მნიშვნელობა)? ქირურგიული აბორტისას, დაგინიშნეს თუ არა ანტიბიოტიკები პროცედურის წინ ან შემდგომ? გქონდათ თუ არა რაიმე ტიპის გვედრითი მოვლენა ან გართულება? ხომ არ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც დაუსრულებელი აბორტი ან პროგრესირებადი ორსულობა იყო სახეზე? თუ კი, როგორ მოიქეცით ასეთ შემთხვევაში, რა გირჩიათ ექიმმა?
22. თუ ქირურგიული აბორტი გაიკეთეთ, იყო თუ არა კლინიკაში ადეკვატური დეზინფექცია და სტერილიზაცია? ეკეთა თუ არა ექიმს სტერილური ხელთათმანები, პირბადე, სამედიცინო ფორმა, დამცავი სათვალე, ბახილები (მოდერატორს: ფეხებზე წამოსაცმელი სტერილური აღჭურვილობა) და ა.შ.? მოხდა თუ არა პროცედურა სტერილური ნივთებით? იყო თუ არა კლინიკა აღჭურვილი რეანიმაციული მოწყობილობებით გართულებების შემთხვევაში?
23. თუ მეორე ტრიმესტრში (12 კვირაზე მეტი) გაიკეთეთ აბორტი, დარჩით თუ არა სტაციონარში 24 საათის განმავლობაში?
24. იყო თუ არა თქვენთვის ხელმისაწვდომი ტკივილგამაყუჩებელი ნებისმიერ დროს, როცა მოისურვებდით? გქონიათ თუ არა ისეთი შემთხვევა, როდესაც მოითხოვეთ ტკივილგამაყუჩებელი და არ მოგაწოდათ კლინიკამ?
25. აბორტის შემდგომ, შემოგთავაზეს თუ არა კლინიკაში ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა? გითხრეს თუ არა, როგორ უნდა მოგველოთ საკუთარი თავისთვის და რა შემთხვევაში უნდა მიგემართათ ისევ დაწესებულებისთვის? შემოგთავაზეს თუ არა შემდეგი ვიზიტის დაგეგმვა 7-14 დღის შემდეგ?
26. ხელმისაწვდომი იყო თუ არა თქვენთვის კლინიკაში ისეთი ინფორმაციული მასალა აბორტის მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ, როგორებიცაა ბეჭდვითი მასალა აბორტის შესახებ, აუდიო-ვიზუალური მასალა, მენჯის ანატომიური მოდელი დემონსტრაციისთვის და სხვა?
27. იყავით თუ არა კლინიკაში განმეორებითი ვიზიტით? თუ კი, რა პროცედურები გაიარეთ განმეორებითი ვიზიტისას?
28. როგორი იყო ფულის გადახდის მეთოდი კლინიკაში? წინასწარ გადაიხადეთ თანხა (პროცედურამდე) თუ პროცედურის შემდეგ?
29. კლინიკაში ჩაგიტარეს თუ არა კონსულტაცია კონტრაცეფციის მეთოდებთან დაკავშირებით?
30. რა ტიპის კონტრაცეფციას იყენებთ ახლა (მოდერატორს: კონტრაცეფცია აუხსენით, როგორც თავის დაცვის საშუალებები)? რა ტიპის კონტრაცეფციას იყენებდით

კონსულტაციამდე და/ან აბორტამდე? კმაყოფილი ხართ თუ არა კონტრაცეფციის მეთოდით? თუ შეცვალეთ კონტრაცეფციის მეთოდი, რა მიზეზით?

31. ჩამოთვლილი პრობლემების გარდა, სხვა რა სირთულეებს გადააწყდით აბორტის პროცედურის დროს, პროცედურამდე ან შემდგომ? თქვენი აზრით, კიდევ რა ხარვეზები არსებობს საქართველოში აბორტთან დაკავშირებით და როგორ უნდა აღმოიფხვრას ისინი?

32. საკუთარი გამოცდილების გარდა, შეგიძლიათ ისაუბროთ თქვენი ნაცნობების გამოცდილებაზე? თქვენს საცხოვრებელ ადგილას როგორ აგვარებენ ქალები მსგავსი სახის პრობლემებს? სად და როგორ იტარებენ აბორტის პროცედურას, რა პრობლემები აქვთ პროცედურისას და ა.შ.

33. გაგივლიათ თუ არა რაიმე ტიპის ტრენინგი ამ თემასთან დაკავშირებით? ყოფილხართ თუ არა ინფორმაციული ხასიათის შეხვედრაზე? თუ კი, რაზე იყო საუბარი აღნიშნულ შეხვედრაზე?

მადლობას გიხდით საინტერესო დისკუსიისთვის!

### დანართი 3

#### რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი



## სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი

### აბორტის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კვლევა

ინტერვიუერის N.

---

შერჩევის წერტილი

---

ქალაქის N.

---

ქალაქი

---

რაიონის N.

---

რაიონი

---

დაწესებულების ფაქტობრივი მისამართის  
საკადასტრო კოდი:

---

დაწესებულება

---

დაწესებულების მისამართი

---

დაწესებულების ტელეფონი

---

რესპონდენტის სახელი, გვარი  
(მისი სურვილის შემთხვევაში)

---

*რესპონდენტის მისამართი და ტელეფონი*  
(მისი სურვილის შემთხვევაში)

---

## კითხვარი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის

მოგესალმებით, მე გახლავართ \_\_\_\_\_, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის ინტერვიუერი. გამოკითხვა ტარდება თემაზე “აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის შესახებ” ასოციაცია „ჭერა XXI“-ის დაკვეთით. კვლევის მიზნებია უსაფრთხო აბორტის მეთოდებსა და ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ხელმისაწვდომობის შეფასება და უსაფრთხო აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ან პრაქტიკების ხარისხისა და მოხმარების შეფასება და მონიტორინგი.

ინტერვიუს მონაცემები კონფიდენციალურია და გამოყენებული იქნება მხოლოდ განზოგადებული სახით, სტატისტიკური მიზნებისათვის. გთხოვთ, გამოიჩინოთ გულისხმიერება და გულწრფელად უპასუხოთ დასმულ შეკითხვებს.

მადლობას მოგახსენებთ თანამშრომლობისთვის.

## A. ზოგადი ინფორმაცია კლინიკის შესახებ

### A1. კლინიკის ტიპი:

1. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ფლობს ნებართვას სამედიცინო საქმიანობაში “გინეკოლოგია”
2. სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში სამედიცინო საქმიანობას “გინეკოლოგია”

### A2. ორგანიზაციის ტიპი:

1. სახელმწიფო
2. კერძო, კომერციული
3. კერძო, არაკომერციული
4. შერეული

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

### A3. დაფინანსების წყარო:

1. სახელმწიფო ბიუჯეტი
2. თვითდაფინანსება
3. სპონსორი
4. შერეული

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

### A4. კლინიკის ფუნქციონირების ხანგრძლივობა:

1. 1 წელზე ნაკლები
2. 1-დან 3 წლამდე
3. 3-დან 5 წლამდე
4. 5-დან 10 წლამდე
5. 10-დან 20 წლამდე
6. 20 და მეტი წელი

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

### A5. არსებობს თუ არა კლინიკაში 24 საათიანი გადაუდებელი დახმარება?

1. დიახ
2. არა

99. მიჭირს პასუხის გაცემა

**A6. თანამშრომლობს/თანამშრომლობდა თუ არა კლინიკა დონორებთან?**

1. ამჟამად თანამშრომლობს
2. წარსულში თანამშრომლობდა
3. არც ამჟამად თანამშრომლობს და არც წარსულში თანამშრომლობდა

**B. კლინიკის ინფრასტრუქტურა**

**B1. რამდენი ხანი გავიდა შენობის ბოლო განახლების (რემონტის) შემდეგ?**

1. ერთ წელზე ნაკლები
2. 1-დან 3 წლამდე
3. 3-დან 5 წლამდე
4. 5 წელზე მეტი
5. 10 წელზე მეტი
6. 20 წელზე მეტი

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

99. მიჭირს პასუხის გაცემა

**B2. რომელი წყაროდან მიეწოდება დაწესებულებას ელექტროენერგია?**

1. ძირითადი წყაროდან
2. სარეზერვო წყაროდან

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

**B3. ბოლო 1 თვის განმავლობაში, რამდენად ხშირად იყო ხელმისაწვდომი ელექტროენერგია დაწესებულების მუშაობის საათებში?**

1. ყოველთვის ხელმისაწვდომი იყო, ელექტროენერგია არ შეწყვეტილა
2. ბოლო 1 თვეში მხოლოდ 1-2-ჯერ შეწყდა
3. ბოლო 1 თვეში თითქმის კვირაში ერთხელ წყდებოდა
4. ბოლო 1 თვეში თითქმის კვირაში რამდენჯერმე წყდებოდა
5. ბოლო 1 თვეში თითქმის ყოველდღე წყდებოდა (დღეში 2-3 საათით)
6. ბოლო 1 თვეში თითქმის ყოველდღე წყდებოდა (დღეში 2-3 საათზე მეტი)

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

**B4. რომელი წყაროდან მიეწოდება დაწესებულებას წყალი?**

1. ძირითადი წყაროდან
2. სარეზერვო წყაროდან (გადადით კითხვაზე B6)

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

**B5. რამდენად ხარისხიანია კლინიკის გამდინარე წყალი?**

1. ხარისხიანია
2. უხარისხოა (აქვს არასასიამოვნო სუნის, ფერი, გემო, მოყვება ნაწილაკები)



**B6. რა პერიოდულობით მიეწოდება დაწესებულებას წყალი?**

1. მუდმივად
2. 12-20 საათი დღე-ღამეში
3. 7-12 საათი დღე-ღამეში
4. 4-6 საათი დღე-ღამეში
5. 1-3 საათი დღე-ღამეში
6. 2 დღეში ერთხელ
7. 3 დღეში ერთხელ
8. კვირაში ერთხელ

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

B7. უზრუნველყოფილია თუ არა დაწესებულებაში სათანადო ტემპერატურული კონტროლი - გათბობა?	1. დიახ			2. არა
	1.1. ყოველთვის	1.2. ზოგჯერ	1.3. იშვიათად	
B7.1. პალატებში	1.1	1.2	1.3	2
B7.2. ექიმების კაბინეტებში	1.1	1.2	1.3	2
B7.3. ადმინისტრაციის კაბინეტებში	1.1	1.2	1.3	2
B7.4. დერეფნებში	1.1	1.2	1.3	2

**B8. რა ტიპისაა გათბობა?**

1. ცენტრალური გათბობა (გაზი)
2. ცენტრალური გათბობა (ელექტრო)
3. ინდივიდუალური დენის გამათბობელი
4. ინდივიდუალური გაზის გამათბობელი
5. შეშის/დიზელის ღუმელი

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

B9. უზრუნველყოფილია თუ არა დაწესებულებაში სათანადო ტემპერატურული კონტროლი - გაგრილება?	1. დიახ			2. არა
	1.1. ყოველთვის	1.2. ზოგჯერ	1.3. იშვიათად	
B9.1. პალატებში	1.1	1.2	1.3	2
B9.2. ექიმების კაბინეტებში	1.1	1.2	1.3	2

B9.3.	ადმინისტრაციის კაბინეტებში	1.1	1.2	1.3	2
B9.4.	დერეფნებში	1.1	1.2	1.3	2

**B10. დაწესებულებაში ფუნქციონირებს თუ არა საპირფარეშო ზოგადი ამბულატორიული პაციენტისთვის?**

1. დიახ
2. არა

**B11. თუ კი, რა ტიპისაა ტუალეტი?**

*(მონიშნეთ ყველა ტიპის ტუალეტი, რომელიც დაწესებულებაში გვხვდება)*

1. ავტომატური ან ხელით ჩასარეცხი ტუალეტი
2. ორმოიანი საპირფარეშო ვენტილაციით
3. ორმოიანი საფირფარეშო ფეხისადგილით
4. ორმოიანი საფირფარეშო ფეხისადგილის გარეშე
5. საკომპოსტე ტუალეტი

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

### C. ზოგადი ინფორმაცია აბორტის სერვისების შესახებ

C1. რა სტრუქტურული ქვედანაყოფებია კლინიკაში?		1. არის	2. არ არის
C1.1.	ამბულატორიული განყოფილება	1	2
C1.2.	სამშობიარო განყოფილება	1	2
C1.3.	გინეკოლოგიური განყოფილება	1	2
C1.4.	აბორტის განყოფილება	1	2
C1.5.	ქირურგიის განყოფილება	1	2
C1.6.	სპეციალიზებული კაბინეტები (მაგ. გინეკოლოგიური)	1	2
სხვა (მიუთითეთ)		1	2

**C2. ჩამოთვლილთაგან რომელში მიეწოდება კლიენტს აბორტის მომსახურება?**

*(დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)*

1. ამბულატორიულ განყოფილებაში
2. სამშობიარო განყოფილებაში

3. გინეკოლოგიურ განყოფილებაში
  4. აბორტის განყოფილებაში
  5. ქირურგიის განყოფილებაში
  6. სპეციალიზებულ კაბინეტებში (მაგ. გინეკოლოგიურ კაბინეტში)
- სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

C3. კლინიკის იმ განყოფილებაში დასაქმებული პერსონალის ტიპი და რაოდენობა, სადაც, როგორც წესი, ტარდება აბორტი		რაოდენობა
C3.1	მეან-გინეკოლოგი	
C3.2	თერაპევტი	
C3.3	პედიატრი	
C3.4	კან-ვენეროლოგი	
C3.5	ენდოკრინოლოგი	
C3.6	უროლოგი	
C3.7	ბეზიქალი	
C3.8	მედა	
C3.9	სანიტარი	
C3.10	სექსოპათოლოგი	
C3.11	ექიმი-ლაბორანტი	
C3.12	სექსოლოგი	
C3.13	რეპროდუქტოლოგი	
C3.14	ემბრიოლოგი	
C3.15	მამოლოგი	
სხვა (მიუთითეთ)		

C4. აღნიშნულ დაწესებულებაში ჩამოთვლილი სამედიცინო პერსონალიდან ვინ აწვდის ჩამოთვლილ მომსახურებას? (მიუთითეთ შესაბამისი ციფრი ჩამოთვლილი	1. გინეკოლოგი	2. აბორტი	3. ბეზიქალი	4. მედა	5. სანიტარი	6. თერაპევტი	7. ლაბორანტი	სხვა (მიუთითეთ)

მომსახურებების მიხედვით)									
C4.1.	აბორტის წინა კონსულტაცია	1	2	3	4	5	6	7	
C4.2.	აბორტის შემდგომი კონსულტაცია	1	2	3	4	5	6	7	
C4.3.	ზოგადი დათვალიერება	1	2	3	4	5	6	7	
C4.4.	გინეკოლოგიური დათვალიერება	1	2	3	4	5	6	7	
C4.5.	ლაბორატორიული გამოკვლევა	1	2	3	4	5	6	7	
C4.6.	აბორტის პროცედურა	1	2	3	4	5	6	7	
C4.7.	აბორტის შემდგომ კონტრაცეპციის შესახებ კონსულტირება	1	2	3	4	5	6	7	
C4.8.	ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება	1	2	3	4	5	6	7	

C5. აწვდის თუ არა კლინიკა აბორტის მომსახურებას და აბორტის შემდგომ კონტრაცეპციას:		1. დიახ	2. არა	88. არ გვექონია ასეთი შემთხვევა
C5.1.	16 წლამდე პირებს (დედის თანდასწრებით)	1	2	88
C5.2.	16-18 წლის პირებს	1	2	88
C5.3.	ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებს (მაგ., აივ/შიდსი)	1	2	88
C5.4.	ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებს (მაგ., ტუბერკულოზი)	1	2	88
C5.5.	ქალბატონებს სხვა რეგიონებიდან (საქართველოს ფარგლებში)	1	2	88
C5.6.	სოციალურად დაუცველებს	1	2	88
C5.8	სექს მუშაკებს	1	2	88

C6. არსებობს თუ არა კლინიკაში ბრძანება შემდეგი ჯგუფებისათვის მომსახურების მიწოდების შეზღუდვების შესახებ?	1. დიახ	2. არა

C6.1.	16 წლამდე პირები	1	2
C6.2.	16-18 წლის პირები	1	2
C6.3.	ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონები (მაგ., აივ/შიდსი)	1	2
C6.4.	ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონები (მაგ., ტუბერკულოზი)	1	2
C6.5.	სოციალურად დაუცველები	1	2
C6.7.	სექს მუშაკები	1	2

C7. აბორტის სერვისებიდან, რომელია ხელმისაწვდომი კლინიკაში?		1. არის	2. არ არის
C7.1.	პრე აბორტული კონსულტაცია	1	2
C7.2.	პოსტ აბორტული კონსულტაცია	1	2
C7.3.	მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)	1	2
C7.4.	ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)	1	2
C7.5.	მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი)	1	2
C7.6.	დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი)	1	2
C7.7.	აბორტი მეორე ტრიმესტრის განმავლობაში (სამედიცინო ჩვენებით)	1	2
C7.8.	გადაუდებელი დახმარება აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევაში	1	2
C7.9.	გადამისამართება (რეფერალი) სხვა კლინიკებში პოსტ აბორტული გართულებების შემთხვევაში	1	2
C7.10.	აბორტის შემდგომი კონსულტაცია კონტრაცეპციაზე	1	2
C7.11.	კონტრაცეპტივების მიწოდება	1	2

**C8. ჩამოთვლილთაგან, ძირითადად, აბორტის რომელ მეთოდს იყენებენ ქალები ამ კლინიკაში? (დაასახელებეთ არაუმეტეს 3 ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მეთოდისა)**

1. მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
2. ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
3. მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი)
4. დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი)

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

<b>C9. ოჯახის დაგეგმვის რა მეთოდები არსებობს კლინიკაში?</b>		1. დიახ	2. არა
C9.1.	საშვილოსნოსშიდა სპირალი	1	2
C9.2.	ორალური კონტრაცეპცია	1	2
C9.3.	ინექციური კონტრაცეფცია	1	2
C9.4.	სპერმიციდები	1	2
C9.5.	პრეზერვატივი	1	2
C9.6.	გადაუდებელი კონტრაცეფცია	1	2
სხვა (მიუთითეთ)		1	2

<b>C10. შესაძლებელია თუ არა კლინიკაში კლიენტმა (პაციენტმა) აირჩიოს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი რომელიც მიაწვდის:</b>		1. დიახ, ყოველთვის	2. დიახ, ზოგჯერ	3. არა
C10.1.	აბორტის მომსახურებას	1	2	3
C10.2.	პოსტ აბორტულ კონსულტაციას	1	2	3
C10.3.	პოსტ აბორტულ კონტრაცეპციას	1	2	3

<b>C11. პრე აბორტულ კონსულტაციაზე რომელი თემების შესახებ ხდება გასაუბრება?</b>		1. დიახ	2. არა
C11.1.	ქალის მიერ აბორტის გადაწყვეტის მიზეზებზე	1	2
C11.2.	იმის შესახებ, რომ ქალმა არ უნდა გაიკეთოს აბორტი	1	2
C11.3.	იშვიათ გართულებებზე აბორტის დროს	1	2
C11.4.	აბორტის სხვადასხვა მეთოდების, მათი დადებითი/უარყოფითი მხარეების შესახებ	1	2
C11.5.	აბორტის შემდგომ პერიოდში შესაძლო გართულებების შესახებ	1	2
C11.6.	სელექციური აბორტის უარყოფითი მხარეების შესახებ	1	2
სხვა (მიუთითეთ)		1	2

**C12. კითხვა C11-ში ჩამოთვლილი საკითხებიდან, რომლის შესახებ აწვდით კლიენტს წერილობით ინფორმაციას?**

(ამოწერეთ

პასუხის

ნომერი/ნომრები)

### D. აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა

**D1. კლიენტის გადახდისუნარიანობისა და საფასურის გადახდის მზაობის გათვალისწინებით, ხდება თუ არა კლინიკაში აბორტის მომსახურების საფასურის პერიოდული გადახედვა?**

1. ხდება 3-4 თვეში ერთხელ
2. ხდება ნახევარ წელიწადში ერთხელ
3. ხდება წელიწადში ერთხელ
4. ხდება რამდენიმე წელიწადში ერთხელ
5. არ ხდება

99. მიჭირს პასუხის გაცემა

D2. მომსახურების ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის მიზნით, არსებობს თუ არა კლინიკაში:		1. დიახ	2. არა
D2.1.	აბორტის მომსახურებაზე ფასდაკლებების სისტემა	1	2
D2.2.	აბორტის მომსახურების საფასურის გადახდის მოხერხებული (მოქნილი) სისტემა	1	2
D2.3.	სხვა ფინანსური სქემები, რაც ხელს უწყობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას გადახდისუნარო მომხმარებლებისათვის	1	2

**D3. იღებს თუ არა კლინიკა პასუხისმგებლობას აბორტის მომსახურების მიმწოდებლების (ექიმების) მიერ, კლინიკაში დადგენილი განფასების და გადახდის პროცედურის მართებულ შესრულებაზე?**

1. დიახ
2. არა

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

### E. აბორტის სერვისების უსაფრთხოება და ხელმისაწვდომობა

**E1. არსებობს თუ არა კლინიკაში აბორტის მომსახურების შესრულებასთან დაკავშირებული გაიდლაინები და პროტოკოლები? (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)**

1. არსებობს გზამკვლევები (გაიდლაინები)
  2. არსებობს პროტოკოლები
88. არ არსებობს

**E2. გაიარეს თუ არა განყოფილების ექიმებმა სწავლება პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?**

1. დიახ
2. არა

<b>E3. არსებობს თუ არა კლინიკაში:</b>		<b>1. დიახ</b>	<b>2. არა</b>
E3.1.	გადაუდებელ შემთხვევაში კლინიკიდან ჰოსპიტლებში გადამისამართების გეგმა	1	2
E3.2.	წერილობითი ინსტრუქცია იმ კლიენტების სხვა ჰოსპიტლებში გადამისამართებისათვის, ვინც ინფიცირებულია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით და აივ/შიდსით?	1	2
E3.3.	წერილობითი ინსტრუქცია პოსტ აბორტული ვიზიტის დანიშნულებისა და ჩატარების შესახებ	1	2

**E4. იღებს თუ არა კლინიკა ინფორმაციას სხვა კლინიკებში გადამისამართებულ პაციენტების შესახებ?**

1. დიახ, ყოველთვის
2. დიახ, თუმცა არა ყოველთვის
3. არა

სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_



**F. აბორტის შემდგომი პერიოდი**

<b>F1. აბორტის შემდგომ პერიოდში რამდენად ხშირად უტარდებათ ქალებს:</b>		<b>ყოველთვის</b>	<b>ხშირად</b>	<b>ზოგჯერ</b>	<b>იშვიათად</b>	<b>არასდროს</b>
F1.1.	ფსიქოლოგიური დახმარება	1	2	3	4	5
F1.2.	სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა	1	2	3	4	5
F1.3.	სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე მკურნალობა	1	2	3	4	5
F1.4.	რეზუს პროფილაქტიკა	1	2	3	4	5
F1.5.	HCG-ის მონიტორინგი	1	2	3	4	5
F1.6.	ენიშნებათ კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი	1	2	3	4	5
F1.7.	ხდება მათი კონსულტირება					

<b>F2. აბორტის შემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა:</b>		<b>მიუთითეთ, დაახლოებით რამდენ %-ს</b>
<b>14-15 წლებში</b>		
F2.1.	ფსიქოლოგიური დახმარება	
F2.2.	სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა	
F2.3.	სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე მკურნალობა	
F2.4.	რეზუს პროფილაქტიკა	
F2.5.	HCG-ის მონიტორინგი	
F2.6.	დაენიშნა კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი	
F2.7.	ჩაუტარდა კონსულტაცია	

**გ. კლიენტების ინფორმირება და კმაყოფილების ხარისხი; სერვისების კონფიდენციალობა**

**G1. რა სახის ინფორმაციული მასალა არის ხელმისაწვდომი კლინიკაში მომხმარებლებისათვის აბორტის მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ? (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)**

1. ბეჭდვითი მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტ-აბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ
2. აუდიო-ვიზუალური მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტ-აბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ
3. მენჯის ანატომიური მოდელი დემონსტრაციისათვის  
სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

**G2. არსებობს თუ არა კლინიკაში კლიენტებისათვის ჩატარებული აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა?**

1. დიახ
2. არა

**G3. რამდენად კონფიდენციალური და უცხო პირებისათვის ხელმიუწვდომელია (დაცულია) აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა?**

1. სრულიად
2. მეტ-ნაკლებად
3. არ არის კონფიდენციალური

**G4. აქვს თუ არა კლინიკას რაიმე მექანიზმი ან რეგულაცია, რომლითაც უზრუნველყოფს კლიენტისთვის კონფიდენციალური გარემოს შექმნას პროცედურის ჩატარებისას?**

1. დიახ
2. არა (გადადით G6 შეკითხვაზე)

**G5. რა სახისაა ეს მექანიზმი ან რეგულაცია?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G6. აწვდით თუ არა ინფორმაციას კლიენტს იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართოს თავისი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში?**

1. დიახ
2. არა (გადადით G8 შეკითხვაზე)

G7. როგორ და რა სახით აწვდით ამ ინფორმაციას?

---

---

---

G8. ხდება თუ არა კლინიკის მიერ ამავე კლინიკაში მიწოდებული აბორტის მომსახურების ხარისხის შესახებ კლიენტის კმაყოფილების შესწავლა?

1. დიახ
2. არა (გადადით G11 შეკითხვაზე)

G9. რა სახით ხდება კლიენტის კმაყოფილების შესწავლა?

---

---

G10. აღმჯობესებს თუ არა კლინიკა აბორტის მომსახურებას კლიენტების კმაყოფილების შესახებ შეგროვებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით?

1. დიახ, საკმარისად
  2. დიახ, თუმცა არ არის საკმარისი
  3. არა
- სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

G11. თქვენი აზრით, რამდენად იღებს ქალი ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას აბორტთან დაკავშირებით?

1. სრულიად ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს
2. უფრო ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს, ვიდრე არაინფორმირებულს
3. უფრო არაინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს, ვიდრე ინფორმირებულს
4. არაინფორმირებულ გადაწყვეტილებას იღებს

**H. კლინიკის პერსონალი**

H1. აქვს თუ არა სამედიცინო პერსონალს წვდომა შემდეგ ინფორმაციაზე:		1. დიახ	2. არა
H1.1.	პერსონალის უფლება მოვალეების აღწერა	1	2
H1.2.	აკადემიური სტატიები და პუბლიკაციები აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე	1	2

H2. არსებობს თუ არა სამედიცინო პერსონალის შეფასების იმგვარი სისტემა რომელიც გამოავლენს პერსონალის უწყვეტი განათლების საჭიროებას აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხების შესახებ?

1. დიახ
2. არა (გადადით კითხვაზე G4)

H3. ითვალისწინებს თუ არა შეფასების სისტემა ქვემოთ ჩამოთვლილ ინფორმაციას?		1. დიახ	2. არა
H3.1.	პერსონალის საქმიანობის შეფასება, აბორტის მომსახურებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ	1	2
H3.2.	სამედიცინო პერსონალის მოთხოვნებს დამატებითი სასწავლო კურსების (ტრენინგების) საჭიროებაზე აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე	1	2
H3.3.	ახალი კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვის შესახებ	1	2
H3.4.	ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ	1	2

H4. არსებობს თუ არა კლინიკაში ყოველწლიური სასწავლო კურსების (ტრენინგების) ჩატარების გეგმა, აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის თემატიკაზე?

1. დიახ
2. არა

H5. რა ფინანსური სახსრებით სდება სამედიცინო პერსონალის განათლება?

1. კლინიკის ბიუჯეტის მეშვეობით
2. დონორების დახმარებით
3. თავად პერსონალის ბიუჯეტით  
სხვა წყაროებით (მიუთითეთ)

H6. ტარდება თუ არა სასწავლო კურსები კლინიკის ბაზაზე?

1. დიახ
2. არა (გადადით კითხვაზე G8)

**H7. რომელი სასწავლო კურსების ჩატარებაში გამოცდილი ტრენერები არიან კლინიკაში? (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)**

1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ოჯახის დაგეგმვა
2. მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია
3. ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია
4. კიურეტაჟი
5. მედიკამენტოზური აბორტი
6. აბორტის შესრულება მეორე ტრიმისტრის განმავლობაში (პერიოდში)
7. აბორტის შემდეგ გართულებების შემთხვევაში გადაუდებელი დახმარების მიწოდების შესახებ
8. კონსულტირების შესახებ
9. მომსახურების ხარისხის შესახებ
10. სქესობრივად გადამდები დაავადებების, HIV-ის და სხვა ინფექციების პრევენცია სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_

<b>H8. არსებობს თუ არა კლინიკის ბაზაზე საჭირო ტექნიკური ბაზა ტრენინგების ჩატარებისათვის (ქვემოთ მოყვანილი ინსტრუმენტების მითითებით)?</b>		<b>1. დიახ</b>	<b>2. არა</b>
H8.1.	ტრენინგ-ოთახი		
H8.2.	კომპიუტერი და პრინტერი		
H8.3.	პროექტორი		
H8.4.	კადასკოპი (გრაფიკული პროექტორი)		
H8.5.	ინტერნეტი		
H8.6.	ფოტო კოპიის გადასაღები აპარატი (ქსეროქსი)		

## I. სტატისტიკური მონაცემები აბორტის მომსახურების შესახებ

(ინფორმაციის შევსება ხდება შესაბამისი დეპარტამენტის მუშაკის მიერ)

**I1. ხდება თუ არა კლინიკაში შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება/ანალიზი?**

1. დიახ, ყოველთვიურად
2. დიახ, ყოველწლიურად
3. არა

**I2. რამდენად ხშირად ხდება კლინიკაში შეგროვებული სტატისტიკური ინფორმაციის განხილვა ადმინისტრაციის მიერ?**

1. ყოველთვიურად
2. კვარტალურად
3. წელიწადში ორჯერ
4. ყოველწლიურად
5. რამდენიმე წელიწადში ერთხელ
88. არ ხდება

**I3. რამდენად ეყრდნობა კლინიკის მომსახურების გაუმჯობესების პოლიტიკა კლინიკაში შეგროვებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას?**

1. სრულიად ეყრდნობა
2. უფრო ეყრდნობა, ვიდრე არა
3. უფრო არ ეყრდნობა, ვიდრე კი
4. არ ეყრდნობა