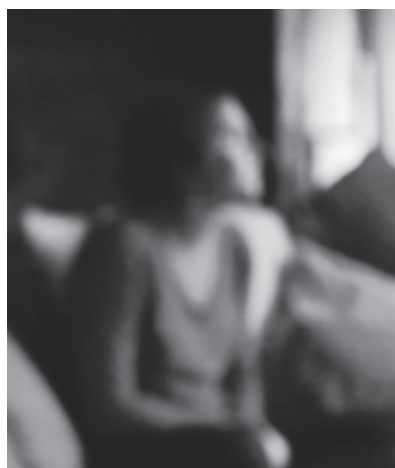


რევროდუქციული ასაკის ქალებში უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის ბარიერები

ანალიტიკური ანგარიში

2019 წ.



რეპროდუქციული ასაკის ქალებში უსაფრთხო აბორტის
სერვისის ხელმისაწვდომობის ბარიერები



ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი

კვლევის ხელმძღვანელი
ნინო წულეისკირი

კვლევის კოორდინატორი
სალომე იობაძე

ველის კოორდინატორი
მავა ჩილინგარაშვილი

ანალიტიკური ანგარიში
ნინო კორინთელი

ექსპერტი მუან-გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
გიორგი ცერცვაძე

ექსპერტი ფსიქოთერაპევტი, ექიმი ფსიქიატრი
ლია ნატრიაშვილი

მადლობა ასოციაცია ჰერა ოცდაერთის მკვლევართა ჯგუფის წევრებსა და თითოეულ რესპონდენტს, რომელმაც კვლევაში მიიღო მონაწილეობა.

წინამდებარე ანგარიში მომზადდა პარტნიორების მხარდაჭერით: შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაცია (RFSU) შვედეთის განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული პროგრამის „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებებისთვის სამოქალაქო საზოგადოების პარტნიორობის“ ფარგლებში.

პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და შესაძლოა არ გამოხატავდეს შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციისა და შვედეთის მთავრობის მოსაზრებებს.

© ასოციაცია ჰერა XXI,
Hera-youth.ge

ISBN 978-9941-8-1311-5

სარჩევი

შესავალი.....	4
შემაჯამებელი დასკვნა	6
კვლევის მეთოდოლოგია.....	10
თეორიული ჩარჩო	13
ძირითადი შედეგები	14
1. ზოგადი დამოკიდებულება ოჯახის და ქორწინების მიმართ	14
2. აბორტის შესახებ (აბორტის ზოგადი და ინდივიდუალური მიზეზები, ორსულობის ვადები, გადანყვეტილებებზე პასუხისმგებლობა).....	15
3. აბორტის მომსახურების მიღების ხელმისაწვდომობა.....	22
3.1. კლინიკის სიმორე / გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა	22
3.2. სამსახურის/სასწავლებლის გაცდენა.....	22
3.3. აბორტის მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა	23
4. აბორტის წინა კონსულტაციის სერვისი.....	25
4.1. განწყობა კლინიკაში პირველ ვიზიტამდე.....	25
4.2. შეეცადა თუ არა ექიმი გადარწმუნებას?	25
4.3. აბორტის წინა კონსულტაციის სერვისი	27
5. მოცდის 5-დღიანი პერიოდი და მისი შეფასება	33
6. აბორტის პროცედურამდე ჩასატარებელი კვლევები და ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტა.....	37
7. აბორტის ფსიქოლოგიური ასპექტები, პას (პოსტ აბორტული სინდრომი), ფსიქოემოციური დახმარების სპეციფიკა	39
8. აბორტის შემდგომი მომსახურება და კონტრაცეფცია.....	41
9. ქვეყანაში არსებული გამოწვევები აბორტის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით (ბარიერები, დისკომფორტი, პრობლემის გადაჭრის გზები)	44
დასკვნა	48
რეკომენდაციები	50
დანართი 1: ინტერვიუს გამკვლევი	52
დანართი 2: ქალთა ისტორიები	57

შესავალი

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურებას ყოველწლიურად 22 მილიონამდე ფერტილური ასაკის ქალი მიმართავს. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში ფიქსირდება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მაჩვენებლის კლების ტენდენცია საქართველოში და მაჩვენებელმა 2017 წელს შეადგინა 24.9 ათასი, აბორტის სერვისის მიმღებთაგან აბსოლუტურ უმრავლესობას 20-44 წლის ქალები წარმოადგენდნენ, რომელთა დიდი ნაწილისთვის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა კვლავ რჩება შობადობის კონტროლის მეთოდად. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე, მათ შორის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემადგენელია ქალთა უფლებების რეალიზაციისთვის. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურებას, მსოფლიოში ყოველწლიურად 22 მილიონამდე ფერტილური ასაკის ქალი მიმართავს. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურების მიღების ბარიერები უმეტეს შემთხვევაში, არღვევს ჯანმრთელობის დაცვის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და ქალის ფიზიკური თვითგამორკვევის უფლებას. მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევები მიუთითებს უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა ბარიერების შესახებ, როგორცაა მაგ: სისტემური ბარიერები, დაბალი ინფორმირებულობა, სამედიცინო დანერგულების სიშორე და მათი მწირი არჩევანი, ტერიტორიული და ფინანსური არახელმისაწვდომობა (მათ შორის სამედიცინო დაზღვევის არახელმისაწვდომობა), მოცდის პერიოდი და ა.შ. იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნული ბარიერები კომბინირებულად გვხვდება, მათ შესაძლოა გააჩნდეთ კუმულაციის ეფექტი, მაგ: დაბალი ინფორმირებულობა იწვევს ქალების მიერ მცდარი ნაბიჯების განხორციელებას ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან დაკავშირებით, რაც თავის მხრივ კიდევ უფრო მეტად აღრმავებს ინფორმირებულობის პრობლემას და აბორტის სერვისების მიღების ხარვეზებს.¹ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციაა, აღიკვეთოს არასამედიცინო აუცილებლობით გამონვეული ხელისშემშლელი ბარიერები, მათ შორის სავალდებულო მოსაფიქრებელი ვადა, მიკერძოებული კონსულტაცია, მესამე მხარის ნებართვის მოთხოვნა, უარის თქმა მრწამსის საფუძველზე.² საერთაშორისო ორგანიზაციები მოუწოდებენ სახელმწიფოებს ზომების მიღებას გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევის განმაპირობებელი სოციალურ კულტურული ფაქტორების აღმოფხვრის მიზნით, ისევე როგორც რეპროდუქციული უფლებების ეფექტიანი რეალიზების ხელშესაწყობად; სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროების მსგავსად, ქალებისა და მოზარდებისთვის საჭიროებებისა და პერსპექტივებისადმი მგრძობიარე კონფიდენციალურ და ღირსეულ მომსახურებას.³ აღნიშნული ბარიერებისა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ბარიერების აღმოფხვრის რეკომენდაციას იძლევა სახალხო დამცველი აბორტისწინა კონსულტაციის მონიტორინგის მექანიზმისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის უზრუნველყოფასთან ერთად.⁴

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ბარიერები სახელმწიფოს მხრიდან ყურადღების გამახვილებას მოითხოვს. გარდა ამისა, აღნიშნული ბარიერების არსებობა და მათგან გამონვეული ნეგატიური შედეგები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის

1 Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States. By Jenna Jerman Lori Frohwirth Megan L. Kavanaugh Nakeisha Blades. 10 April 2017

2 WHO, უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის, მეორე გამოცემა, გვ 96-97, 2012

3 გაეროს უწყებათაშორისი განცხადება სქესის გენდერული ნიშნით აკრძალვის შესახებ, 2011; CEDAW GR 24

4 საქართველოს სახალხო დამცველი, ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება, გვ 69, 2017

რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, რომელიც თავის მხრივ საზოგადოების კეთილდღეობის ერთ-ერთი მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორია და არღვევს მთელ რიგ ფუნდამენტური უფლებების პრინციპებს.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, უფლებები და კეთილდღეობა აუცილებლად უნდა განვიხილოთ ადამიანის ძირითადი უფლებების ჭრილში, რომლებიც აღიარებულია საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონებით, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებით. უფლებრივი თვალსაზრისით რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები პირდაპირ უკავშირდება ისეთ ფუნდამენტურ უფლებებს, როგორებიცაა სიცოცხლის უფლება; ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, მათ შორის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უფლება, დისკრიმინაციის აკრძალვა; პირადი ცხოვრების უფლება, პიროვნული თვითგამორკვევის უფლება, უფლება, არ გახდეს წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის და სასჯელის მსხვერპლი; და სხვა.

სწორედ ამიტომ, ასოციაცია „ჰერა XXI“ -ის მიერ განხორციელებული თვისებრივი კვლევის ფარგლებში რეპროდუქციული ასაკის ქალების მოსაზრებების და ემპირიული გამოცდილების გაანალიზება მოხდა არა მხოლოდ ნორმატიულ, არამედ უფლებრივ, სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, კულტურულ და ეკონომიკურ ჭრილში.

შემაჯავებელი დასკვნა

კვლევა განხორციელდა ასოციაცია ჰერა ოცდაერთის მიერ „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებებისთვის შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის სამოქალაქო საზოგადოების პარტნიორობის“ პროგრამის ფარგლებში შვედეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების გამოვლენა. კვლევის ამოცანებიდან გამომდინარე შეირჩა თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგია. სიღრმისეული ინტერვიუს მეთოდით შესწავლილ იქნა საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალების ცხოვრებისეული გამოცდილება უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების თვალსაზრისით საქართველოს 7 რეგიონში: თბილისი, კახეთი, გურია, სამცხე-ჯავახეთი, იმერეთი, სამეგრელო, შიდა ქართლი (სულ 91 ინტერვიუ), 2018 წლის ივლის - აგვისტოში. კვლევა მოიცავს რესპონდენტების გამოცდილებას ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის თვალსაზრისით კვლევის წინა ათწლიანი პერიოდის განმავლობაში.

აბორტის მიზეზები და გადაწყვეტილების მიღება. კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებმა დაასახელეს აბორტის როგორც ზოგადი, ასევე პირადი მიზეზები. კვლევის შედეგების მიხედვით, ორივე კატეგორიის მიზეზები მსგავსია, ფარავს ერთმანეთს და შედგება ურთიერთდაკავშირებული და ურთიერთდამოკიდებული ფაქტორებისაგან, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია მატერიალური ფაქტორი და ინფორმირებულობის დაბალი დონე. სწორედ აქედან გამომდინარეობს დანარჩენი კულტურული, სოციალური, სამედიცინო და ფსიქოლოგიური ფაქტორებიც (მაგ: ოჯახური კონფლიქტი, ძალადობა, კარიერის გაუმჯობესების და სწავლის სურვილი, ნაყოფის და დედის ჯანმრთელობა, ბიჭის ყოლის სურვილი და ა.შ.).

აბორტის ფორმებს შორის გამოიკვეთა ვაკუუმ ასპირაცია (ე.წ. მინი აბორტი), ვინაიდან კვლევაში მონაწილე ქალები აბორტის მომსახურებას ძირითადად ადრეულ ვადაზე იღებდნენ. კვლევის შედეგების მიხედვით აბორტის მომსახურებით სარგებლობის სიხშირე სხვადასხვაა და ძირითადად ერთზე მეტია. რამოდენიმე რესპონდენტთან დაფიქსირდა 7-ზე მეტი აბორტი.

აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალებისთვის მტკივნეული პროცესია და თან ახლავს მძიმე ემოციური ფონი. არ დაფიქსირებულა არც ერთი პოზიტიური გამოხატულება აღნიშნულ გადაწყვეტილებასთან მიმართებაში (მხოლოდ რამოდენიმე რესპონდენტმა მიუთითა სრული გულგრილობის შესახებ). მტკივნეულად მიღებული გადაწყვეტილება კი - საკმაოდ მყარია (აქვე უნდა აღინიშნოს ზოგადად, რესპონდენტების დაბალი ინფორმირებულობის დონე აბორტის პროცედურის შესახებ). გადაწყვეტილების მიღება ხდება დამოუკიდებლად ან მეუღლესთან ერთად. რესპონდენტებს კარგად აქვთ გაცნობიერებული, რომ ოჯახის დაგეგმვის საკითხი მეუღლეებმა ერთობლივად უნდა გადაწყვიტონ, თუმცა მათი ემპირიული გამოცდილება საპირისპირო ფაქტებსაც გვიჩვენებს (მაგ: ფსიქოლოგიური ზეწოლა), რაც შესაძლოა გახდეს ორსულობის შეწყვეტის საფრთხის შემცველი მეთოდების გამოყენების საფუძველი ან მოტივატორი.

უსაფრთხო აბორტის მომსახურების მიღების ხელმისაწვდომობა. კვლევის შედეგები ადასტურებს, რომ უსაფრთხო აბორტის სერვისის მიღების ბარიერი შესაძლებელია გახდეს მაგ: დაბალი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელისაწვდომობა. კლინიკის სიმორე, ზოგიერთ შემთხვევაში ნეგატიურ როლს თამაშობს უსაფრთხო აბორტის სერვისის მიღებასთან მიმართებაში, განსაკუთრებით რაიონული ცენტრისგან მოშორებით სოფლებში მცხოვრები ქალებისათვის. ფინანსური ხელმისაწვდომობის, როგორც ბარიერის იდენტიფიცირება

შეფარდებითია (სხვადასხვა რესპონდენტისთვის, აბორტის სერვისის ერთი და იგივე განფასება, ძვირიც შეიძლება იყოს და იაფიც - მისი მატერიალური შესაძლებლობიდან გამომდინარე), თუმცა კვლევის სხვა შემდგომ მახასიათებლებთან კომბინაციაში განხილვისას, მატერიალური ფაქტორი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია.

მნიშვნელოვანია ხაზგასმულ იქნეს, რომ ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რეპროდუქციული უფლებების რეალიზებისათვის, რაც გულისხმობს მოქმედი ჯანდაცვის დანებსეულებების, პროგრამებისა და პროდუქციის ხელმისაწვდომობას, როგორც ტერიტორიული, ისე ფინანსური ფაქტორების გათვალისწინებით.

რესპონდენტების განწყობები კლინიკაში პირველ (აბორტისწინა) ვიზიტამდე თითქმის არაფრით განსხვავდება იმ ნეგატიური განწყობებისაგან, რომელიც მათ აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას ეუფლებათ. სწორედ აქ დგება ფსიქოლოგის მხარდაჭერის აუცილებლობის საკითხი (მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი რესპონდენტი აღნიშნულ სერვისს არასაჭიროდ აფასებს, რაც შესაძლოა წარსულის გავლენა იყოს, როდესაც ფსიქოლოგის საჭიროება ასოცირდებოდა მხოლოდ ფსიქიკური გადახრების მქონე პირთან), ვინაიდან ფსიქოლოგიური პრევენციული ღონისძიებები ხელს შეუწყობს სამომავლოდ ქალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, მის აბორტის შემდგომ ფსიქორეაბილიტაციას.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა ექიმის ტენდენციური კონსულტირებისა და პაციენტის გადარწმუნების შემთხვევები.

გადარწმუნების არგუმენტებს შორის გამოიკვეთა:

- რელიგიური (პაციენტისთვის შეხსენება, რომ აბორტი ცოდვაა; ექიმმა აბორტისწინა კონსულტაციის შემდეგ პაციენტი წაიყვანა მოძღვართან, რის შემდეგაც რესპონდენტმა გადაიფიქრა აბორტი); რელიგიური ნიშნით გადარწმუნების არგუმენტები განსაკუთრებით გამოიკვეთა იმ შემთხვევებში, როდესაც რესპონდენტი არ იყო დარწმუნებული საკუთარ გადაწყვეტილებაში.
- ნაყოფის შესაძლო სქესზე მითითება (სქესზე აპელირება - ვაჟის უპირატესობით);
- ასაკობრივი დისკრიმინაცია (ძალზე ახალგაზრდა, ან 30 წელს ზევით ასაკზე ხაზგასმა) და ჯანმრთელობის გაუარესებით „დაშინება“.

ცალკე უნდა აღინიშნოს საპირისპირო შემთხვევა, როდესაც ექიმის მიერ პაციენტზე განხორციელდა ზენოლა, აბორტის სერვისის მიღებასთან დაკავშირებით (საკითხი ეხებოდა ქორწინების გარეშე ორსულობას). აღნიშნული შემთხვევა მჭიდრო კავშირშია მარტოხელა დედობასთან დაკავშირებულ საზოგადოებაში არსებულ ნეგატიურ განწყობებსა და სტიგმასთან, ასევე მარტოხელა დედებისთვის სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერი მექანიზმების ნაკლებობასთან.

აბორტისწინა კონსულტაციის სერვისი. აბორტისწინა კონსულტაცია და მისი სათანადოდ / კანონთან შესაბამისად წარმართვა ძალზე მნიშვნელოვანია ქალის ჯანმრთელობისა და ფსიქოლოგიური მდგომარეობისათვის. აღნიშნული პირდაპირ უკავშირდება ქალის უფლებას ჯანმრთელობაზე, მიიღოს ხარისხიანი მომსახურება და თავიდან აირიდოს შესაძლო გართულებები. ამას გარდა, აბორტისწინა კონსულტაციის არსებულმა ხარვეზებმა შესაძლოა აბორტის სერვისის უსაფრთხო მიწოდებას შეუშალოს ხელი და იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობაზე. კვლევამ აჩვენა გარკვეული ხარვეზები ამ მიმართულებით:

- აბორტისწინა კონსულტაცია (რომელიც ძირითადად გინეკოლოგის მიერ ხორციელდება) რესპონდენტების ნაწილს არ მიუღია ან სრულად არ მიუღია (განსაკუთრებით რეგიონებში), მაგ: ზოგიერთ ექიმს „თავი არ შეუწუხებია ახსნით“ ან „მოვალეობის მოხდის მიზნით“ გაესაუბრა;

- ნაკლებად ხდება ინფორმირებულ არჩევანში დახმარება, ხოლო პაციენტის გზამკვლევის მიწოდება თითქმის სრულად უგულებელყოფილია;
- ადგილი აქვს უხეში, გულგრილი მოპყრობის ფაქტებს პაციენტისადმი მედპერსონალის მხრიდან;
- გამოვლინდა კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტები (მაგ: კონსულტირება არ ხდებოდა იზოლირებულად, ზოგიერთ შემთხვევაში არც კაბინეტში - არამედ დერეფანში);
- არ ხდება პაციენტების ინფორმირება თუ ვისთვის უნდა მიემართათ უფლებების დარღვევის შემთხვევაში;
- ზოგჯერ არასათანადოდ მიეწოდებათ ინფორმაცია აბორტის შემდგომი გართულებების/ გვერდითი მოვლენების შესახებ (შემოიფარგლებოდა ძირითადად „სისხლდენის შესახებ“ ინფორმირებით);. სავალდებულოა რომ პაციენტმა წაიკითხოს დასვას შეკითხვები, და მოაწეროს ხელი ინფორმირებულ თანხმობას.
- რესპონდენტების ნაწილს საერთოდ არ სმენია, რომ სურვილის შემთხვევაში, აბორტის გადავადება / გაუქმება შესაძლებელია და კანონი ითვალისწინებს ინფორმაციის მიწოდებას ანტენეტალური მეთვალყურეობის შესახებ.;
- რესპონდენტების უმეტესობას ასევე არ მიუღია წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა (რაც კანონითაა განსაზღვრული);
- რესპონდენტთა უმეტესობას აბორტისწინა ლაბორატორიული და სხვა გამოკვლევა არ უტარებოდა, ხოლო ის რესპონდენტები, ვინც მიიღო აბორტისწინა გამოკვლევების მომსახურება ასახელებდნენ მხოლოდ ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკას და/ან „სისხლის ანალიზს“⁵ ორსულის მდგომარეობის სიმძიმის მიუხედავად;
- ყველა კლინიკაში არ ხდებოდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეტალური გამოკითხვა ექიმის მიერ.⁶

კვლევაში დაფიქსირდა ექიმის მიერ რელიგიური მოსაზრების გამო, აბორტის მომსახურების განხორციელებაზე უარის თქმის რამოდენიმე შემთხვევა, თუმცა მოხდა აღნიშნული პაციენტების ნაწილის რეფერირება სხვა ექიმთან/კლინიკაში.

მოცდის 5-დღიანი პერიოდი და მისი შეფასება/ორსულობის შეწყვეტა. ძალზე მნიშვნელოვანია კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ მოცდის 5-დღიანი პერიოდის ეფექტურობის შეფასება, რომელიც შესაძლებელს გახდის ვუპასუხოთ ვითხვას რამდენად უწყობს ან უშლის ხელს აღნიშნული ფაქტორი უსაფრთხო აბორტის სერვისის მიღებას და უწყობს თუ არა ხელს აბორტების რიცხვის კლებას. კვლევის შედეგების მიხედვით, მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ არაფერი სმენია იმ რესპონდენტების უმრავლესობას, ვინც აბორტის მომსახურება 2014 წლამდე მიიღო (სწორედ ამგვარი არაინფორმირებული რესპონდენტების ძირითადი ნაწილი მიუთითებს მოცდის 5-დღიანი პერიოდის სავარაუდო ეფექტურობის შესახებ). რაც შეეხება იმ რესპონდენტების შეფასებებს, ვინც 2014 წლის შემდეგ მიიღო 1 აბორტის მომსახურება მაინც: 1. მცირე ნაწილი (დაახლ. 20 რესპონდენტი) ან არ ფლობს ინფორმაციას მოცდის პერიოდის შესახებ, ან აღნიშნული ინფორმაციის

5 შენიშვნა: აბზაცში მოცემული გამოკვლევის დასახელება ფორმულირებულია რესპონდენტების მიერ. იგულისხმება ჰემოგლობინის ან ჰემატოკრიტის განსაზღვრა. იხილეთ „ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა“, პროტოკოლი, გვ 11. დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 28 ივლისის N 01-182/თ ბრძანებით

6 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება #01-74/ნ, 7 ოქტომბერი, 2014 წელი

მიღების მიუხედავად, აბორტის პროცედურა ჩაუტარდა პირველი კონსულტაციის შემდგომ მოცდის პერიოდის გარეშე. 2. ნაწილი ვერ აფასებს მოცდის პერიოდის ეფექტურობას, თუმცა მნიშვნელოვანი ნაწილი მიიჩნევს, რომ აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება რთულია (ფსიქოლოგიურად, მორალურად, ემოციურად), ამიტომ ქალი აღნიშნულ გადაწყვეტილებას პრაგმატული მოსაზრებიდან გამომდინარე იღებს, და ძალზე იშვიათად ცვლის. უკუეფექტი კი შეიძლება ჰქონდეს - მეტად დაამძიმოს ქალის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ან/და შეუქმნას ტერიტორიული/დროითი/ფინანსური ბარიერი (აღნიშნულ ფაქტს მიუთითებს რესპონდენტების უმეტესობა, იმის მიუხედავად, ინტერვიუს ჩანერამდე ფლობდა თუ არა ინფორმაციას მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ), რაც არალეგალური აბორტის სერვისის მიღების ან ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტის მაპროვოცირებელი შეიძლება გახდეს. მით უფრო, რომ კვლევის მონაცემების მიხედვით, რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას (თუმცა თავად არ აღიარებს მის გამოყენებას) ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ (მაგ: სიმადლიდან გადმოხტომა, სიმძიმების აზიდვა, სხვადასხვა მედიკამენტების მიღება რომელებიც არ წარმოადგენენ კონტრაცეპტივებს, ბალახების ნახარშის მიღება (რომელმაც მაგ: ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით გამოიწვია გართულებები და დასჭირდა ქირურგიული ჩარევა) და ა.შ.). ამას გარდა, მოცდის 5-დღიანმა პერიოდმა, რესპონდენტების შეფასებით, შესაძლოა შექმნას ტერიტორიული ბარიერი იმ ქალებისთვის, რომლებიც რაიონული ცენტრებიდან დაშორებულ ადგილებში ცხოვრობენ.

აბორტის შემდგომი მომსახურება და კონტრაცეფცია. აბორტის სერვისის მიღების შემდგომ ქალის ჯანმრთელობისთვის აუცილებელია მონიტორინგი (ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის სერვისის მიღებიდან 12-14 დღის შემდეგ ვიზიტი კლინიკაში) - აბორტის შემდგომი პერიოდის უსაფრთხოდ, გართულებების გარეშე წარმართვაზე ზრუნვა. თუმცა, კვლევის შედეგების ტენდენცია აჩვენებს, რომ იგი არასათანადოდ ხორციელდება, კერძოდ: არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტი არ იღებს აბორტის შემდგომი მომსახურების არცერთ კომპონენტს, ან იღებს მხოლოდ ზედაპირულ კონსულტაციას/დანიშნულებას (ძირითადად აბებს); აქვე აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ თუ პაციენტი თანახმაა ჰორმონული აბების გამოყენებაზე, საჭიროება აღარ არის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე გაფართოებული კონსულტირების. დიდი ნაწილი არ იღებს ინფორმაციას კონტრაცეპციის, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეპციის შესახებ (სწორედ ამით აიხსნება რესპონდენტების დაბალი ინფორმირებულობის დონე ოჯახის დაგეგმვის საკითხებთან მიმართებაში და უნდობლობა გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიმართ); არსად ფიქსირდება აბორტების შესახებ ბეჭდვითი მასალების ხელმისაწვდომობა; არ იღებენ ფსიქოლოგიურ დახმარებას, რაც ძალზედ მნიშვნელოვანია ყველა ქალისთვის, რადგან აბორტის შემდგომ უვითარდებათ სხვადასხვა ინტენსივობით გამოხატული ფსიქოლოგიური პრობლემები (აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ ქალების მძიმე, ნეგატიური განცდები არ იცვლება აბორტის სერვისის მიღების შემდგომ. მხოლოდ რამოდენიმე მათგანი მიუთითებს, რომ შვება იგრძნო).

კვლევის ფარგლებში ასევე გამოვლინდა შემდეგი ბარიერები: გენოლა ოჯახის წევრების მხრიდან, ექიმების არაპროფესიონალიზმი და გულგრილი დამოკიდებულება, დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობა კონტრაცეპტივებზე (უმეტეს შემთხვევაში სწორედ კონტრაცეპტივებზე წვდომას განიხილავენ რესპონდენტები აბორტის ალტერნატივად), ინფორმაციის ნაკლებობა ან სრული არაინფორმირებულობა გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ ასევე, ფსიქოლოგიური ფაქტორები: შიში, სტრესი და ა.შ.

გამოსავალის სახით რესპონდენტები გვთავაზობენ: საზოგადოების ინფორმირებას, მათ შორის კულტურულ სტერეოტიპებთან ბრძოლას; ფსიქოლოგიური სერვისების გაძლიერებას; სამედიცინო ღონისძიებებს, კონკრეტულად კი სადამზღვევო პაკეტებს და უფასო კონსულტაციებს.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის ბარიერების გამოვლენა.

აღნიშნული მიზნიდან გამომდინარე, **კვლევის ამოცანებს** წარმოადგენდა რეპროდუქციული ასაკის ქალების მიერ აბორტის სერვისების შეფასება, აბორტის მიმართ ქალების დამოკიდებულებების განსაზღვრა, აბორტის სერვისისადმი მიმართვიანობის მიზეზების გამოვლენა, პირველი კონსულტაციის სერვისის და მოცდის 5-დღიანი პერიოდის მიღების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, აგრეთვე მათი შეფასება. იმ პრობლემების იდენტიფიცირება, რომლებიც ხელს უშლის უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობას საქართველოში.

კვლევის მეთოდი: სიდრმისეული ინტერვიუ.

ინტერვიუს ხანგრძლივობა: 1 - 1.5 სთ.

კვლევის ინსტრუმენტი: ნახევრად სტრუქტურირებული გზამკვლევი (გაიდლაინი), რომელიც მოიცავს საკვანძო საკითხების ჯგუფ(ებ)ს, როგორებიცაა ზოგადი დამოკიდებულება ოჯახის/ქორწინების მიმართ, აბორტის მიზეზები (ზოგადი და პირადი), რა სახის აბორტს მიმართავენ, აბორტის ხელმისაწვდომობა (გეოგრაფიული, ფინანსური), პირველი კონსულტაციის სერვისი, განწყობა აბორტის სერვისის მიღებამდე და შემდგომ, ექიმის მიერ პაციენტის ინფორმირება აბორტის სახეობის, შესაძლო გართულებების და ა.შ. შესახებ, მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შეფასება, ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა, კონტრაცეპცია (მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეფცია) და ა.შ.

სამიზნე ჯგუფი: ფერტილობის ასაკის ქალები საქართველოს 7 რეგიონიდან: თბილისი, კახეთი, გურია, სამცხე-ჯავახეთი, იმერეთი, სამეგრელო, შიდა ქართლი.

შერჩევის მეთოდი: თოვლის გუნდა

ცხრილი #1

სიდრმისეული ინტერვიუების განაწილება რეგიონების მიხედვით		
#	რეგიონი	ინტერვიუების რაოდენობა
1	თბილისი	18
2	კახეთი	19
3	გურია	5
4	სამცხე-ჯავახეთი	12
5	იმერეთი	4
6	სამეგრელო	19
7	შიდა ქართლი	14
	სულ	91

ცხრილი #2

რესპონდენტების სოციალურ-დემოგრაფიული პროფილი		რაოდენობა
ასაკი		
1	20-24	5
2	25-29	11
3	30-34	29
4	35-39	24
5	40-44	12
6	45-46	7
ოჯახური მდგომარეობა		
1	დაოჯახებული	76
2	განქორწინებული	11
3	დასაოჯახებელი	1
საცხოვრებელი ადგილი		
1	თბილისი	18
2	კახეთი	16
3	გურია	5
4	სამცხე-ჯავახეთი	12
5	იმერეთი	4
6	სამეგრელო	19
7	შიდა ქართლი	14
განათლების მიღწეული დონე		
1	საშუალო	30
2	უმაღლესი	40
3	არასრული უმაღლესი	3
4	არასრული საშუალო	6
5	საშუალო პროფესიული	6
6	განათლება არ აქვს მიღებული	1
პროფესია/დასაქმების სფერო		
1	უმუშევარი/დიასახლისი	40
2	მომსახურების სფერო (ბუღალტერი, მცხობელი, სტილისტი, ფარმაცევტი, მოლარე, ძიძა, ქოლ ცენტრის კოორდინატორი)	16
3	პედაგოგი/მანდატური/საქმის მწარმოებელი (ბაღში)	8
4	იურისტი	4
5	კერძო ბიზნესის მფლობელი/ინდ. მენარმე/თვითდასაქმებული	7
6	სხვა (ეკონომისტი, პიარ მენეჯერი, პიანისტი)	4

შენიშვნა: ზოგიერთმა რესპონდენტმა არ დაასახელა მისი ერთი ან ერთზე მეტი დემოგრაფიული პროფილის კომპონენტი. შესაბამისად, ჯამური რაოდენობები შესაძლოა არ დაემთხვეს კვლევაში მონაწილეთა საერთო რაოდენობას

მონაცემთა ანალიზი: ინტერვიუები ჩაინერა აუდიო ფორმატით. თითოეული ჩანაწერის შემდეგ გაკეთდა ინტერვიუების ტრანსკრიპტები.

მონაცემთა დამუშავება:

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

ანალიზის შედეგად მომზადდა თვისებრივი კვლევის ანგარიში.

კვლევის შეზღუდვა: თვისებრივი კვლევის შედეგები არ ექვემდებარება განზოგადებას მთლიან პოპულაციაზე.

თეორიული ჩარჩო

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომას, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებსა და ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის უსაფრთხო სერვისებზე, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ქალის უფლებების რეალიზებისათვის. აღნიშნული საკითხები დაკავშირებულია მრავალ სხვადასხვა ფაქტორთან, რომლებიც შესაძლოა ქალებისათვის ხელმისაწვდომობის შემაფერხებელ გარემოებებად მოგვევლინოს - სისტემური (მედპერსონალის კვალიფიკაცია/მიდგომები, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის სერვისები), ეკონომიკური (ფინანსების ნაკლებობა), რომელიც წარმოადგენს ურთიერთდამოკიდებულ ფაქტორს ისეთ გარემოებებთან, როგორებიცაა გეოგრაფიული (ტერიტორიული/დროითი სიმორე), ინდივიდუალური (მაგ: ფსიქოლოგიური, აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული).

ქალისთვის აბორტის ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, გარკვეულ შემთხვევებში, არღვევს ჯანმრთელობის უფლებას, ისევე როგორც ქალის პიროვნული თვითგამორკვევის უფლებას პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლებას, ასევე, უფლებას, არ დაექვემდებაროს არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას და უფლებას, არ დაექვემდებაროს დისკრიმინაციას.

საერთაშორისო დონეზე აღებული ვალდებულებების გათვალისწინებით, საქართველოს მთავრობა ვალდებულია უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, აბორტისა და კონტრაცეპტივებისადმი წვდომა, ყველა ქალისთვის და გოგონასთვის, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები და მონყვლადი ჯგუფებისთვის.

კვლევა მიზნად ისახავდა როგორც ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის სერვისების არსებული ბარიერების გამოვლენას, ასევე ქალების დამოკიდებულებების შესწავლას ოჯახის დაგეგმვასთან / ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან დაკავშირებით და აღნიშნულ საკითხებზე არსებული პრობლემების იდენტიფიცირებას ინდივიდუალურ, საზოგადოებრივ (სოციეტალურ) და სისტემურ დონეებზე. კვლევის საწყის ეტაპზე არ ყოფილა წარმოდგენილი ანალიტიკური ჩარჩო (თვისებრივი კვლევის - სირღმისეული ინტერვიუს მეთოდის სპეციფიკის გათვალისწინებით). გაიდლაინი (ნახევრად სტრუქტურირებული გზამკვლევი) ფოკუსირდებოდა ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა: ზოგადი დამოკიდებულება ოჯახის/ქორწინების მიმართ, აბორტის მიზეზები (ზოგადი და პირადი), რა სახის აბორტს მიმართავენ, აბორტის ხელმისაწვდომობა (გეოგრაფიული, ფინანსური), პირველი კონსულტაციის სერვისი, განწყობა აბორტის სერვისის მიღებამდე და შემდგომ, ექიმის მიერ პაციენტის ინფორმირება აბორტის სახეობის, შესაძლო გართულებების და ა.შ. შესახებ, მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შეფასება, ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა, კონტრაცეფცია (მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეფცია) და ა.შ. სწორედ აღნიშნული საკითხების ჭრილში მოხდა კვლევის შედეგად მოპოვებული თვისებრივი ინფორმაციის გადამუშავება და კატეგორიზაცია.

ძირითადი შედეგები

1. ზოგადი დამოკიდებულება ოჯახის და ქორწინების მიმართ

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების ქორწინების ხანგრძლივობა სხვადასხვაა, მაგ: კახეთში გამოკითხულთაგან 6 - 22 წელი, სენაკში - 4 - 25 წელი; თბილისში 1 - 24 წელი; გურიაში - 5-22 წელი; იმერეთში - 10 -26 წელი; სამცხე-ჯავახეთი - 1 -27 წელი; ქართლი - 11-25 წელი.

რაც შეეხება შვილების რაოდენობას, ძირითადად ჭარბობს რესპონდენტები, ვისაც 2 შვილი ჰყავს. შედარებით ნაკლებად არიან წარმოდგენილი რესპონდენტები, რომლებსაც ჰყავთ ერთი შვილი (კიდევ უფრო იშვიათად ის ქალები ვისაც 3 შვილი ჰყავს და ძალზე იშვიათად - ვინც 4 შვილის დედაა).

ზოგადად, მრავალშვილიანი ოჯახების მიმართ დამოკიდებულება დადებითია. კვლევაში მონაწილე ქალების მცირე რაოდენობა აღნიშნავს, რომ არ მოსწონს და მისთვის არ არის მისაღები მრავალშვილიანი ოჯახი: „არ მომწონს, როდესაც აჩენენ ბევრ შვილს და მერე მათი წესიერად აღზრდის შესაძლებლობა არ აქვთ“ - ამბობს ერთ-ერთი რესპონდენტი. მრავალშვილიანობასთან დაკავშირებული მთავარი პრობლემა, რესპონდენტების აზრით, უკავშირდება ფინანსების ნაკლებობას. „დამოკიდებულება მაქვს დადებითი, მაგრამ იქიდან გამომდინარე, რომ ჩვენი სოციალური პრობლემები ძალიან დიდი რაოდენობით გვაქვს, ალბათ ყველა ოჯახმა იმდენი შვილი უნდა იყოლოს რამდენის რჩენის უნარიც აქვს, რადგან ნამდვილად არ არის სხვა ვალდებულები, რომ შვილი აღუზარდოს. ბავშვი, რაც უფრო სიღუბეშია, მით უფრო ქვეყნისთვის არის წარუმატებელი.“ (გამარჯვება, 42 წლის ქალი);

„გააჩნია ოჯახურ მდგომარეობას, მატერიალურ მდგომარეობას და ცოტა სულიერ მდგომარეობას. წინააღმდეგი ვარ იმ მოსაზრების, რომ გაჩნდეს და გაიზრდებიან, აი, ეს სიტყვა ცოტა მიუღებელია; დადებითი; მრავალშვილიანობა კარგია, თუ არის საშუალება.“

„გააჩნია მრავალშვილიან ოჯახებს, როდესაც მაგალითად მამაოები აჩენენ, ეს ჩემთვის სხვა თემაა, როდესაც გაჭირვებული ოჯახი აჩენს, რომელსაც არ აქვს აბორტის ან სხვა რამის ფული ეს კიდევ სხვა თემა არის, როდესაც იმ მიზნით აჩენენ მესამეს რომ კათალიკოსი მოუნათლავს ეს კიდევ სხვა და თუ ოჯახს აქვს საშუალება და ისე აჩენს რომ უნდა, რომ ჰყავდეს ბევრი შვილი ეს კიდევ სხვა თემაა...„მიკვირს იმნაირი დედების, რომლებიც ღვთის იმედით აჩენენ შვილებს. ეს არის კატასტროფა, როდესაც შენ წირავ ჯერ არ დაბადებულს უკვე გააზრებულად იმისთვის, რომ მას არ ჰქონდეს კარგი კვება, მას არ ჰქონდეს კარგი აგარაკი, რაც შენ, დედამ, მაქსიმალურად უნდა მიაწოდო, რომ მერე კომპლექსი არ ჩამოუყალიბდეს დიდობაში... იმიტომ არის რომ მერე ხდება ამდენი უსამშველობა გარეთ და ამდენი არაადეკვატური ადამიანები“(44 წლის, წყალტუბო);

„სამ კლასელს ჰყავს ოთხი შვილი და ძალიან დადებითი, იმიტომ რომ ძალიან მხიარული ოჯახებია, ეს ის ოჯახებია რომელმაც წყვილმაც ძალიან გაუგეს ერთმანეთს და სიყვარულის ნიშნად თუ გამოსატყულებად გააჩინეს ამდენი შვილები, ჩემს შემთხვევაში ესეა“ (36 წლის ქალი, ახმეტა);

რაც შეეხება კვლევაში მონაწილე ქალების დამოკიდებულებას ქორწინებისა და ოჯახის მიმართ, ძირითადად დაკავშირებულია **შვილებთან და ვალდებულებებთან**: „დიდი ბედნიერებაა, პირველ რიგში, როცა ოჯახი გყავს და შვილები, რა თქმა უნდა. შვილები არის ბედნიერება“; „ოჯახზე დიდი ბედნიერება არ არსებობს“. შვილები კი სიცოცხლის მიზეზია“, ქორწინება სავალდებულოა, რომ ქორწინდები ადამიანი, შვილების გულისთვის ქორწინდები“ (45 წლის, თბილისი); ქალისთვის მთავარი ოჯახი და შვილებია - მერე ყველაფერი დანარჩენი“;

მიუხედავად ამისა, გვხვდება განსხვავებული დამოკიდებულებებიც: „თუ კარგი ქმარი გყავს ქორწინებასაც და ოჯახსაც იდეალური თვალთ უყურებ და ჩემს შემთხვევაშიც ასეა“; „ბედნიერება; ნიშნავს დიდ პასუხისმგებლობას, ოჯახი ჩემთვის არის დიდი სითბო და ცხოვრების აზრი“; „ქორწინება ყველა ადამიანის მნიშვნელოვანი ეტაპია, რომელიც მთელ მის ცხოვრებას განსაზღვრავს, ამიტომაც ყველაფრის კარგად გააზრებაა საჭირო. ოჯახზე დიდი ბედნიერება არ არსებობს. შვილები კი სიცოცხლის მიზეზია“; „უკვე აღარ არსებობს მართო მე, არსებობს უკვე ჩვენ და უფრო მეტად დამოკიდებული ვარ უკვე ოჯახზე და არა მართო საკუთარ თავზე“; „სითბო, სიმყუდროვე, სიმშვიდე, ბედნიერება“; „კომფორტი“; ქორწინება არის ორი ადამიანის ბედნიერება, დიდი სიყვარულით შექმნილი ოჯახი...ბედნიერებაა..“ „ქორწინება ჩემთვის ძალიან ბევრ რამეს ნიშნავს - მეუღლესთან ურთიერთგაგება, სიყვარული, ყველაფერი, თუკი რამე შეიძლება ოჯახში, შვილები კიდევ ყველაზე დიდი ბედნიერებაა, მეუღლის შემდეგ.“

ამრიგად, კვლევის ფარგლებში ოჯახის / ქორწინების ინსტიტუტის და მრავალშვილიანობის მიმართ დამოკიდებულებების ანალიზმა აჩვენა აღნიშნული საკითხისადმი „ორმაგი“ მიდგომა - ერთი მხრივ პოზიტიური მახასიათებლები („სიყვარული“, „სითბო“, „ბედნიერება“, „კომფორტი“ და ა.შ.), ხოლო მეორე მხრივ - მხოლოდ მკაცრი ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა („ქორწინება სავალდებულოა“, „შვილების გულისთვის ქორწინდები“ და ა.შ.). სწორედ ეს უკანასკნელი „ასაზრდოებს“ აბორტის შესახებ მიღებულ გადაწყვეტილებებს.

2. აბორტის შესახებ (აბორტის ზოგადი და ინდივიდუალური მიზეზები, ორსულობის ვადები, გადაწყვეტილებაზე პასუხისმგებლობა)

კვლევის შედეგების მიხედვით შეიძლება ითქვას, რომ ზოგადი შეფასებით, აბორტის მრავალი მიზეზი დასახელდა, სადაც მატერიალურ ფაქტორს მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს და ზემოქმედებს ქალების გადაწყვეტილებებზე პირდაპირ და/ან ირიბად. საინტერესოა, რომ გამოკითხული ქალები მოსალოდნელზე შედარებით ნაკლებად ასახელებენ აბორტის მიზეზებს შორის სელექციურ აბორტს:

- დაბალი ფინანსური შესაძლებლობები - როდესაც არ იცის შვილ(ებ)ი როგორ გამოკვებოს, მისთვის კიდევ ერთი შვილი ბედმეტი ტვირთია, წინასწარ იცის, რომ ვერ მოუვლის სათანადოდ;
- შესაძლებელია ძალზე ღარიბ ფენას არ მიეკუთვნებოდეს ქალი, მაგრამ თვლიდეს, რომ სამომავლოდ ყველა შვილს უნდა მისცეს კარგი განათლება, სრულფასოვანი გარემო აღზრდისთვის, უზრუნველყოს აუცილებელი საჭიროებებით, ეს კი შეუძლებელი ხდება კიდევ ერთი შვილის დაბადების შემდეგ;
- ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როდესაც უწევს ისეთი მედიკამენტების მიღება, რომელიც ავნებს ნაყოფს;
- თავად ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როდესაც მისი განვითარება შეფერხებულია, ან ნაყოფს გადარჩენის შანსი აღარ აქვს;

- წამალდამოკიდებული მშობელი/მშობლები;
- არაჯანსაღი/ნეგატიური დამოკიდებულება მეუღლეებს/პარტნიორებს შორის - როდესაც ქალი აღარ აპირებს პარტნიორის გვერდით გააგრძელოს ცხოვრება;
- ოჯახური კონფლიქტები და ფსიქოლოგიურად გაუსაძლისი მდგომარეობა ოჯახში;
- სწავლის გაგრძელების/კარიერული განვითარების სურვილი, რომელსაც ორსულობა/ჩვილი ბავშვის არსებობა აფერხებს;
- ოჯახის წევრების ზეწოლა - აღარ იყოლიოს ქალმა კიდევ ერთი შვილი;
- უახლოეს წარსულში ჩატარებული საკვისრო კვება;
- მცირეწლოვანი შვილები და დატვირთვა (მაგ: პარალელურად სამსახური და საოჯახო საქმეები), როდესაც ფაქტობრივად ქალს დრო აღარ რჩება რომ ყველა შვილს თანაბრად გადაუნაწილოს ყურადღება;
- სექსუალური ძალადობის შედეგად გამოწვეული ორსულობა;
- ფსიქოლოგიური მდგომარეობა - მშობელი/მშობლები არ არის/არიან მზად ბავშვის დაბადებისათვის; გადატანილი სტრესი ან სტრესული სიტუაცია ოჯახში;
- დაბალი ინფორმირებულობა - როდესაც აბორტი მიაჩნიათ უფრო უსაფრთხოდ ჯანმრთელობისათვის, ვიდრე კონტრაცეფცია „რაც მე აბორტი მაქვს გაკეთებული (იცინის) ის ყველა რომ გამეჩინა, მაშინ უნდა გავქცეულიყავი საერთოდ. თავი რომ დაიცვა, წამლები გართულებებს იწვევს“ (45 წლის, თბილისი);
- ნაყოფის სქესი (ვაჟის სასარგებლოდ);

კვლევის შედეგების მიხედვით აბორტის, მომსახურებით სარგებლობის სიხშირე (ტენდენცია) სხვადასხვაა და ძირითადად 1 აბორტს აღემატება. რამოდენიმე რესპონდენტთან დაფიქსირდა 7-ზე მეტი აბორტი (დასახელდა ასევე 15-ზე მეტი აბორტი, ერთი რესპონდენტი კი ვერ იხსენებდა აბორტების ზუსტ რაოდენობას, მათი სიმრავლის გამო). აბორტის მომსახურების პირველად მიღების თარიღი დასახელებულია 90-იანი წლებიდან, ხოლო ბოლო თარიღები აღინიშნა 2018 წელს.. რესპონდენტების ასაკი აბორტის სერვისების მიღების დროს სხვადასხვაა, - 18-დან 43 წლამდე.

რაც შეეხება აბორტის მომსახურების მიმართვისას გამოკითხული ქალების ორსულობის ვადებს, ძირითადი ტენდენცია ასეთია: რესპონდენტები უფრო მეტად ასახელებდნენ 1-8 კვირის ორსულობის ვადას; ორსულობის 12 კვირის ვადა ან მეტი ძალზე იშვიათად გამოვლინდა.

გარდა იმისა, რომ კვლევაში მონაწილე რეპროდუქციული ასაკის ქალებმა ისაუბრეს აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ზოგად მიზეზებზე, მათ ასევე დაასახელეს კონკრეტული, **პირადი მიზეზები**, რამაც გადააწყვეტინა მიემართათ აბორტის მომსახურებისათვის:

- მცირეწლოვანი ბავშვი, რომლის გაზრდაც გაუჭირდებოდათ კიდევ ერთი ბავშვის პირობებში;
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო მედიკამენტების მიღება;
- არასასურველი / დაუგეგმავი ორსულობა;
- ალკოჰოლზე დამოკიდებული და უმუშევარი მეუღლე;
- ორსულობისას წოლითი რეჟიმი, მაშინ, როდესაც ოჯახში დამხმარე არ ჰყავდა;

- მატერიალური პრობლემები: „ჩემს შემთხვევაში ორივეჯერ ერთი და იგივე მიზეზი იყო, ეს იყო ცუდი ეკონომიკური მდგომარეობა, გაუსაძლისი, შემძლია ვთქვა, ვცხოვრობდით ქირით, პარალელურად ჩემი დედამთილი იყო, პირველ აბორტზე მაქვს ლაპარაკი, ძალიან ცუდად, ჯანმრთელობის მხრივ, მალევე გარდაიცვალა კიდევ, და იმ პირობებში ნამდვილად ვერ შევძლებდი ბავშვის მოვლას.ის პერიოდები ძაან ცუდად მახსოვს, ძალიან ვნერვიულობდი, აი ძალიან ,ვტიროდი ხოლმე, მაგრამ... ბოლოს ასე გადავწყვიტეთ მე და ჩემმა ქმარმა“ (41 წლის ქალი);
- სწავლის გაგრძელების სურვილი, სადაც ორსულობა შემაფერხებელ ფაქტორს წარმოადგენდა;
- მცირეწლოვანი შვილ(ებ)ი / მეძუძური დედა;
- ოჯახური კონფლიქტი (უთანხმოება ოჯახის რომელიმე წევრთან);
- ნაყოფის სქესი (ვაჟის სასარგებლოდ);
- ახალი ჩატარებული საკეისრო კვეთა, როდესაც გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ორსულობა არასასურველია;
- ორსულის რთული ჯანმრთელობის მდგომარეობა / მედიკამენტების მიღება „არ ვიცოდი ვიყავი თუ არა ფეხმძიმედ, ციკლი ჩვეულებრივად მქონდა, ვღებულობდი მედიკამენტებს ძალიან დიდი რაოდენობით, ძალიან შემეშინდა,რომ ნაყოფი ამის გამო ვერ განვითარდებოდა ისე როგორც საჭირო იყო, ამიტომ ვარჩიე აბორტის გაკეთება... მაღალი წნევების გამო ვსვამდი ნამლებს. რომ მცოდნოდა ორსულად ვიყავი, არ დავლევდი და ბავშვს აუცილებლად გავაჩენდი...“ (30 წლის, თბილისი); „ვერ გაიზრდებოდა ნაყოფი. თან საკეისრო მქონდა ოთხი თვის წინ გაკეთებული და შესაბამისად, დიდი შანსი იყო, რომ პრობლემა შემქმნოდა მე და ამიტომაც... უბრალოდ ტესტი აჩვენებდა, რომ ორსულად ვიყავი, მაგრამ ნაყოფი არ ჩანდა და როგორც აღმოჩნდა, იყო კუჭთან“ (23 წლის, თბილისი),
- ნაყოფის ჯანმრთელობის შეუქცევადი პრობლემები;
- კარიერული განვითარების სურვილი / სამსახურის დაკარგვის შიში „ჩემს შემთხვევაში ის, რომ პატარა მყავს შვილი, თან ვმუშაობ და ამ პერიოდში ნამდვილად ვერ შევძლებდი მეორის გაჩენას. თან პირველიც რთული ფეხმძიმობა მქონდა, ძალიან დიდ ხანს წოლითი რეჟიმი მქონდა და იგივე რომ განმეორებულიყო სამსახურის მიტოვება მომიწევდა, რომელიც ისედაც ძლივს ვიმოგე.“(სენაკი, 27 წლის);
- შშმ შვილის გამო, შიში რომ მომდევნო ბავშვსაც ექნება ჯანმრთელობის პრობლემები და ასევე შიში, რომ პირველ შვილს, რომელიც სპეციფიკურ მოვლას საჭიროებს, ყურადღება მოაკლდება;
- მეუღლესთან განქორწინება;
- არ გეგმავდა აბორტს, თუმცა კვლევების შედეგად გამოვლინდა ორსულობის შეწყვეტა და დასჭირდა აბორტის მოსახურება;
- კულტურული სტერეოტიპების გავლენა - საკუთარი და შვილების ასაკის გამო (მაგ, 43 წლის ქალი, რომელსაც ჰყავდა 28 წლამდე ორი შვილი, ელოდებოდა შვილიშვილს, როდესაც აღმოაჩინა რომ იყო ორსულად მიმართა აბორტს, რადგან სირცხვილად მიაჩნდა კიდევ ერთი შვილი: 1. მისი შვილების ასაკის და ნაყოფთან ასაკში სხვაობის გამო, ასევე 2. მისი ასაკის გამო);
- უბრალოდ სურვილის არქონა (არ არის მზად შვილისთვის, ან მეტი შვილის აღარ უნდა)

ქვემოთ მოცემულია რამოდენიმე რესპონდენტის მიერ დაფიქსირებული, აბორტის მომსახურების მიღების შესახებ გადაწყვეტილების პირადი მიზეზები. მოცემულ ციტატებში კარგად ჩანს ის პრობლემები, რასაც ქალები აწყდებიან არა მხოლოდ ორსულობის დროს, მათი ფსიქოლოგიური დამოკიდებულებები, სტერეოტიპები და ა.შ.

„პირველად როცა გავიკეთე აბორტი ამის მიზეზი ის, იყო, რომ 16 წლის ვიყავი და ორგანიზმი მზად არ იყო იმისთვის, რომ ბავში გამეჩინა, ვერ გაუძლებდა ჩემი ორგანიზმი მაშინ ამას და როგორც ექიმმა გვითხრა, შეიძლებოდა, რომ ვერც ერთი ვერ გადავრჩენილიყავით. მერე ის იყო, რომ 17 წლის რომ ვიყავი კიდევ დავორსულდი, მაგრამ ნაყოფი არ იყო ჯანსაღი და შეიძლებოდა ორგანიზმი მოენამლა, ამიტომ მოვიძორე და დანარჩენი აბორტები ფინანსური მდგომარეობის გამო“ (სენაკი, 33 წლის);

„დამოკიდებული ვიყავი დედამთილ-მამათილზე და გადაწყვიტეს, რომ არ უნდა გამეჩინა და ვერ წავედი მათ წინააღმდეგ“. მათი არგუმენტი იყო ფინანსების ნაკლებობა. არჩევანი არ დაუტოვეს - „ძალიან ძნელი იყო. სიკვდილზე მიფიქრია, მაგრამ არ მიმიღია ეს გადაწყვეტილება საბოლოოდ, რადგან მყავდა შვილი, რომელსაც ვჭირდებოდი“;

„არ მინდოდა მეტი შვილის გაჩენა, თორემ რომ მდომოდა, რა პრობლემაა. მქონდა შთაბეჭდილება, რომ ორი შვილი მყოფოდა. მინდოდა, გოგო, მაგრამ გოგო არ მეყოლებოდა, რეზუს უარყოფითიანი ვიყავი და ამის გამო ვრისკავდი აბორტის გაკეთებას...რა ვიცი, სულ რამდენი გავიკეთე, სულ ბიჭი იყო და აღარ, ველარ გავრისკე ბიჭი და გოგო რომ ყოფილიყო, გავრისკავდი მესამე შვილს“ (45 წლის, თბილისი);

„ბავშვი მყავდა ოთხი თვის ,, მქონდა გამოყოფილი ჯერ კიდევ მშობიარობის სტრესი და ... არავინ არ მყავდა დამხმარე... აი ისეთ სტრესში ვიყავი მე ამ დატვირთვის გამო არ მქონდა ეს მშობიარობის გადამუშავებული და კიდევ მთლიანად ღამეების თენება ჩემზე იყო. ერთი საათი რომ ბავშვი სხვას ყოფოდა, არც ძიდა მყავდა, არც არავინ დამხმარე, მარტო ვზრდიდი და ვიყავი ძალიან გადაღლილი“. (36 წლის ქალი, ახმეტა);

„ძირითადი მიზეზი იყო ის რომ დაუგეგმავი ორსულობა იყო, გარდა ამისა მზად არ ვიყავი ამისთვის , მატერიულად, ემოციურად და ოჯახიც არ იყნებოდა მზად ამ ყველაფრის მისაღებად, იმიტომ რომ არ ყოფილა ტრადიციული შეხედვით ქმრისგან, ეს იყო ერთჯერადი პარტნიორისგან, რომლის მიღებაც ოჯახს გაუჭირდებოდა...ერთი იყო რომ არანაირი მხარდაჭერა არ მქონდა იმ ტიპისგან ვისგანაც ორსულად ვიყავი, რომ გადავხედე ჩემს ცხოვრებას, ძალიან რთული პერიოდი მექნებოდა, ვსწავლობდი, სხვასთან ვცხოვრობდი და შემოსავალი არ მქონდა , ჩემთვის მნიშვნელოვანია მე ვიყო პასუხისმგებელი და სხვა არ შევანუხო, ამიტომ არ შემეძლო ასე მოქცევა“ (ახალგაზრდა ქალი, ახმეტა);

„გამიჭირდებოდა ეს ყველაფერი იმიტომ, რომ სულ ახალი დამთავრებული მქონდა უნივერსიტეტი, უნივერსიტეტის დამთავრებიდან რამოდენიმე, ალბათ ერთ-ორ კვირაში, პირველი მშობიარობა მქონდა .. ეს ის პერიოდი როცა უნივერსიტეტს ამთავრებ და თვითრეალიზების ძალიან გაცხოველებული სურვილი გაქვს და ჩემი მიზანი არ იყო მთლიანი რეალიზება ჩამედო ოჯახში და ბავშვის აღზრდაში, მინდოდა სხვა რაღაცაც მეკეთებინა , ხო ალბათ ეგეც მიზეზი იყო რომ მინდოდა გამეზარდა ბავშვი და კიდევ რაღაცისთვის მომეკიდა ხელი, კიდე რომ გამეჩინა, კიდევ კაი ხანი ვერ შევძლებდი თვითრეალიზაციას.“(36 წლის ქალი, ახმეტა);

„ძალიან მიჭირს ამაზე საუბარი, ჩემთვის ეს თემა პირადულია ძალიან, რადგან ოჯახი მაღევე დამენგრა, რაღაც მიზეზების გამო ვერ გავუგეთ და განვქორწინდით. ოფიციალურად არც მქონდა ხელი მონერილი, მხოლოდ ჯვარი დანერილი და ესე 1 წელში დავთავრდა, პირველი აბორტი პირველი შვილის შემდეგ გავიკეთე რადგან მარტო დავრჩი, 1 შვილსაც ძლივს ვუვლიდი, დედასთან ვცხოვრობ ახლაც, მაშინაც არ ვმუშაობდი ძალიან გვიჭირდა და

მეორე აბორტი, მეორე შვილის გაჩენის მერე გავიკეთე. ძალიან ცუდად შემემთხვა, მოხდა რაღაცები პირადული და აღარ მინდოდა კიდევ მეტი შვილი, ამიტომ გავიკეთე (39 წლის, სამცხე-ჯავახეთი);

„მიზეზი თავიდან იყო ის, რომ ძალიან პატარა მყავდა მეორე ორსულობის დროს ამიტომ მოვიშორე, მერე იყო ის, რომ დამხმარე არავინ მყავდა და ბევრი მიზეზი იყო. გადანყვეტილების მისაღებად დიდი ხანი მჭირდებოდა, დიდ ცოდვას ჩავდიოდი, გადანყვეტილებას მე თვითონ ვიღებდი, ჩემს შემთხვევაში მართო ვიყავი, ქმარი მუშაობდა და არ შევკითხვივარ, ჩუმად ვიკეთებდი ხოლმე“ (40 წლის, ქართლი).

აბორტის შესახებ გადანყვეტილების მიღების ტენდენციები შემდეგია: ქალების ნაწილი დამოუკიდებლად იღებს გადანყვეტილებას, ხოლო ნაწილი - მეუღლესთან შეთანხმებით. შედარებით იშვიათად, მაგრამ არის ფაქტები, როდესაც მთელი ოჯახი, ან ოჯახის სხვა წევრები / ახლო ნათესავებიც ჩარეულან. სენაკში მცხოვრებმა 29 წლის ქალმა აღნიშნა, რომ აბორტის შესახებ გადანყვეტილება დამოუკიდებლად მიიღო (ოჯახური პირობების და ეკონომიკური მდგომარეობის გამო), მაგრამ მეუღლეს არ შეუთანხმა, რადგან ეშინოდა მისი რეაქციის. შედეგად, მეუღლის რისხვა გამოიწვია „ერთი კვირა არ მელაპარაკებოდა“ - აღნიშნა მან. 40 წლის რესპონდენტი (თბილისი) კი აღნიშნავს, რომ დამოუკიდებლად იმიტომ მიიღო აბორტის შესახებ გადანყვეტილება, დანამდვილებით იცოდა, რომ მეუღლე არ დართავდა ნებას. თუმცა არის საპირისპირო მაგალითიც: „მეუღლე, რა თქმა უნდა, ჩემს ჯანმრთელობას უყურებს პირველ რიგში და მისთვის პირველი მაინც მე ვარ. ჯერ მე და მერე სხვა“ (44 წლის, წყალტუბო).

ზოგიერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ აბორტის შესახებ გადანყვეტილებას არ მიიღებდნენ, ერთი ადამიანის მხარდაჭერა მაინც რომ ეგრძნოთ: „ერთი კაციც რომ შემწინააღმდეგებოდა, არ გავიკეთებდი“ (32 წლის ქალი, არ უნდოდა აბორტი, იძულებული გახდა ოჯახური/ეკონომიკური პირობების გამო); „ჩემს მეუღლეს რომ ეთქვა, რომ გააჩინე და დამეხმარებოდა, გვერდში დამიდგებოდა, ალბათ ვიფიქრებდი რომ გამეჩინა მაინც, ყველაფრის მიუხედავად რაც ზემოთ ვთქვი... მაგრამ რაღაც არავინ არ დამიდგა გვერდით...“ (36 წლის, ახმეტა).

ქვემოთ მოცემულია ზოგიერთი ამონარიდი ინტერვიუებიდან, რაც გამოხატავს რესპონდენტების განწყობებს საკუთარ გადანყვეტილებასთან მიმართებაში:

„ვგრძნობდი, რომ ეს იყო დიდი დანაშაული, მაგრამ თან ჩემი მდგომარეობაც რომ ასეთი იყო, თორემ ეს იყო დიდი დანაშაული. ეხლა უფრო ვნანობ. მე და ჩემმა მეუღლემ მივიღეთ გადანყვეტილება. პირიქით, ყველა მეუბნებოდა, რომ უნდა გამეჩინა, ახლობლებით და ეჭიმებით დამთავრებული, მაგრამ ჩემს მეუღლესაც შეეშინდა, რადგან იყო დაუგეგმავი და არ მქონდა ანალიზები გაკეთებული.“ (44 წლის ქალი, თელავი, ჰყავს ერთი შშმ ბავშვი);

„პირველ რიგში, ძალიან ცუდად ვგრძნობდი თავს. როგორც ვთქვი ძალიან ბევრი შვილი მინდოდა, რომ მყოლოდა და ბევრი შვილის დედა ვყოფილიყავი. ასევე ყველაზე მეტად მანუხებდა რელიგიური ფაქტორი, რომ ეს იყო ცოდვა, რადგან ესეთი რაღაცის ჩადენა, როცა ადამიანის სიცოცხლეს მუცელშივე სპობ ძალიან დიდ გავლენას ახდენდა ჩემზე“. (21 წლის ქალი, სენაკი);

რესპონდენტი, რომელიც ამავდროულად იყო ოჯახური ძალადობის მსხვერპლი და აბორტების შესახებ გადანყვეტილების მიღება აიძულეს ოჯახის წევრებმა (დედამთილი და მული): „პირველი ორი, როცა გავიკეთე ვერც სინანულს ვგრძნობდი და ვერც ვერაფერს შიშის გარდა, იმდენად პატარა ვიყავი. თან ჩემს ჯანმრთელობას ეხებოდა საქმე და იძულებული ვიყავი ეს გამეკეთებინა, მაგრამ დანარჩენი აბორტების დროს საშინელ ადამიანად ვგრძნობდი თავს, ძალიან განვიცდიდი, მაგრამ რა მექნა“ (33 წლის, სენაკი);

„აბორტის საკითხში მეუღლე და დედამთილი იყვნენ ჩართული, ჩემზე მეტადაც, მინდა გითხრათ“ (21 წლის, სენაკი).

ზოგიერთი კვლევის მონაწილე მიუთითებს რომ აბორტის საკითხი მხოლოდ ქალის გადასაწყვეტია „რაც პირადია და მე მეხება, იმაზე მე უნდა მივიღო. მასე არც ოჯახი გვეყენებოდა დარწმუნებული ვარ და არც ისეთი ურთიერთობა“ (ახმეტა, 34 წლის ქალი).

კვლევის შედეგები აჩვენებს ტენდენციას, რომ თეორიულად, რესპონდენტებს კარგად ესმით, რომ **ოჯახის დაგეგმვის შესახებ გადაწყვეტილება** მეუღლეებმა უნდა მიიღონ ერთობლივად. თუმცა რეალური სურათი შესაძლოა არ შეესაბამებოდეს მათ წარმოდგენებს.: „ძალიან დიდი სურვილი მაქვს, რომ ასე იყოს, მაგრამ ჩემ მეუღლეს არ აქვს მაგის სურვილი ერთობლივად, მაგრამ როცა ერთობლივ შეთანხმებას ვერ აღწევ, გინევს რომ შენ თავზე აიღო რაღაცეები, დამოუკიდებლად მიიღო გადაწყვეტილებები, რაც ძაან ცუდია.“ (თელავი, 32 წლის ქალი). „მე სულ ვგეგმავდი ყველაფერს, მაგრამ რატომღაც ჩემ მეუღლეს გეგმები. ან ჩემთან ერთად არ გეგმავდა და ცალკე გეგმავდა თავისთვის ან საერთოდ არ ქონდა გეგმები... დამოუკიდებელი/მიჭაჭვული ვიყავი იმ დროს ქმარზე... გადაწყვეტილებას ვიღებდით მე, მეუღლე და დედა... მუშაობდა მაგრამ ქონდა თავისი ბიზნესი და მაგაზე იყო დამოუკიდებელი, რამდენ ხანსაც უნდა იმდენ ხანს გამოვიდოდა სამსახურიდან, თუმცა მახსოვს გაბრაზებული ვიყო, რომ გამოვედი /აბორტის შემდეგ/, „სადა ხარ, სად იყავი ამდენ ხანს“.. (ახმეტა). რესპონდენტი წყალტუბოდან მიუთითებს, რომ თუ მეუღლე არ არის ადეკვატური ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ საკითხებთან მიმართებაში, ქალმა დამოუკიდებლად უნდა მიიღოს ზომები.

რა სახის აბორტს გეგმავდნენ გამოკითხული ქალები? კვლევა აჩვენებს, რომ უმეტეს შემთხვევაში რესპონდენტები გეგმავდნენ ვაკუუმ ასპირაციას (ე.წ. მინი აბორტი). ერთ-ერთ მონაწილის თქმით, „ფსიქოლოგიურად ნაკლები ტრავმაა, რაც დიდია ნაყოფი, მით რთულია ქალისთვის“. ნაწილმა მიუთითა, რომ არ იყო ინფორმირებული, ან არ სურდა დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება აბორტის თაობაზე და პირადაპირ მიმართა გინეკოლოგს, ხოლო ნაწილი კი ასახელებდა მედიკამენტოზურ აბორტს. დილატაცია და კიურეტაჟი (ე.წ. გამოფხეკა) შედარებით ნაკლებად დასახელდა „მაშინ რაიონში რომ ვცხოვრობდით, როგორც თბილისში ეხლა მინი აბორტი და გაიოლებული ეგეთი არ იყო, იქ იყო ჩვეულებრივი სასაკლავო რასაც ქვია, კატასტროფა“. კითხვაზე, თუ ვის მიმართეს აბორტის მეთოდის შესახებ რჩევისთვის გამოიკვეთა: ა) არავისთვის მიმიმართავს; ბ) მივმართე ექიმს; გ) ოჯახის წევრს/ახლობლებს/ნაცნობებს/მეგობრებს: „იქ კი ვკითხე მეგობრებს, მეზობლებს, ვიღაცეებს, გავიკითხე რო არ იყო ისეთი რთული, მაგრამ მე მაინც გამირთულდა“ (40 წლის, თბილისი). „მინი აბორტზე ვიცოდი წინასწარ დედისგან მცირე ვადაზე რომ კეთდებოდა და ეს გავიკეთე მეც. მეთოდის შესარჩევად არაა, მე ვებნებოდი ექიმს და ისიც მიკეთებდა მერე შესაბამისად“ (45 წლის, სამცხე-ჯავახეთი).

შეჯამება:

აბორტის მიზეზები (ზოგადი, თუ რესპონდენტების მიერ დასახელებული - პირადი) შესძლებულია რამოდენიმე ძირითად კატეგორიაზე იქნას დაყვანილი: მატერიალური (რომელიც მთავარი ფაქტორია), ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ძალადობა (მაგ: ოჯახური, კონფლიქტები), კულტურული სტერეოტიპები, რომლებიც გადაჯაჭვულია დაბალი ინფორმირების დონესთან (მაგ: სელექციური აბორტი, მარტოხელა დედებისადმი ცუდი დამოკიდებულება), სოციალური (მაგ: სწავლის, კარიერის გაუმჯობესების სურვილი), სამედიცინო (ნაყოფის და დედის ჯანმრთელობა და ა.შ.).

სექსუალობის და რეპროდუქციასთან დაკავშირებული ინფორმირებული და გონივრული გადანყვეტილების მისაღებად, პირებს და განსაკუთრებით, ახალგაზრდებს, ესაჭიროებათ სკოლიდან მიიღონ ყოვლისმომცველი და ხარისხიანი ინფორმაცია თავიანთი ასაკობრივი განვითარების გათვალისწინებით, რაც ერთის მხრივ მათ უფლებას, ხოლო მეორეს მხრივ სახელმწიფოს ვალდებულებას წარმოადგენს. ამ ინფორმაციის მიზანს გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობა და ისეთი საკითხების პრევენცია/დაძლევაც წარმოადგენს, როგორცაა გენდერული ნიშნით ძალადობა, საზიანო პრაქტიკები და სტერეოტიპები.

კვლევის მიხედვით, აბორტის პროცედურის მიმართ რეპროდუქციული ასაკის ქალების დამოკიდებულება ერთგვარად ამბივალენტურია: ერთი მხრივ, განიცდიან ფსიქოლოგიურ სტრესს, ხოლო მეორე მხრივ, გადანყვეტილებაში მტკიცედ არიან დარწმუნებული (უმეტესობა). კვლევამ აჩვენა ასევე, რომ რესპონდენტები მომხრე არიან ოჯახის დაგეგმვის საკითხები გადანყვეტილ მშობლებთან ერთად, თუმცა რეალობა მოგჯერ სხვაგვარია და მშობლების მხრიდან ოჯახის დაგეგმვის უგულებელყოფა ხდება აბორტის ფაქტის წინაშე დადგომის წინაპირობა. როგორ შეიძლება გემოაღნიშნული დაუკავშირდეს უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის ბარიერებს? საქმე ისაა, რომ ერთი მხრივ მატერიალური პრობლემები, რომელიც აბორტის შესახებ გადანყვეტილების მიღების წამყვან ფაქტორად დასახელდა, და მეორე მხრივ არასასურველი ორსულობა შეიძლება გახდეს არალეგალური აბორტის, ორსულობის შეწყვეტის და სხვა სიცოცხლისთვის საშიში ქმედებების მაპროვოცირებელი.

რაც შეეხება აბორტის ფორმას, კვლევის მიხედვით, ქალების მიმართვიანობა ძირითადად ადრეულ ვადაზე ხდებოდა, ამიტომ ცალსახად გამოიკვეთა ვაკვუმ ასპირაცია (მინი აბორტი).

3. აბორტის მომსახურების მიღების ხელმისაწვდომობა

3.1. კლინიკის სიშორე / გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ კლინიკამდემისასვლელი მანძილის მიხედვით, ვერ ვიტყვით, რომ სამედიცინო დაწესებულებები ცალსახად ხელმისაწვდომი ან არა ხელმისაწვდომია. უმეტესობა კლინიკამდე მისასვლელ საშუალო დროს მიუთითებს - 10-15 წთ, 20-30 ან 40-45 წთ. ფეხით ან ტრანსპორტით. ძირითადად გადაადგილდებიან ოჯახის ან პირადი კუთვნილების ავტომობილით, ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტით, ზოგიერთ შემთხვევაში კი - ტაქსით. თუმცა რაიონული ცენტრიდან მოშორებით მყოფ სოფლებში შედარებით რთულადაა საქმე, მათ უწევთ სოფლიდან რაიონულ ცენტრში ან სხვა ქალაქში გამგზავრება (ამას გარდა, დაფიქსირდა არალეგალური აბორტის მომსახურების მიღების შემთხვევები (კახეთში), რომელიც განხორციელდა რესპონდენტის საცხოვრებელ ადგილას - სოფელში): „მე რომ გავიკეთე აქ, ჩვენივე უბანში აკეთებდა ქალი. ქალმა გამიკეთა, სამშობიაროში მუშაობდა და ეხლა ასაკიანია, აღარ აკეთებს. (36 წლის ქალი, ალვანი)“ „სოფელ ოტობაიაში ვცხოვრობდი და იქ ძირითადი გადასადგილებელი საშუალება პადვოდია, არ ვიცი ქართულად როგორ იქნება, ცხენზე შებმული ურიკა ალბათ. იმით მიწვედა ნასვლა, მივყავდი ტაქსამდე და მერე ტაქსით კლინიკამდე.“ (ტაქსის ღირებულება 6 ლარი, კლინიკამდე მანძილი 45 წუთი, რაც ფინანსურად არც ისე ხელმისაწვდომია რესპონდენტისთვის); ყველაზე ცუდი ფაქტი ისაა, რომ არასაკმარისი ფინანსების გამო, ზოგიერთ ქალს აბორტის სერვისის მიღების შემდეგ შინ დაბრუნება ისევ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით უწევს. „თან ძალიან ცუდად ვლერს ამ პროცესის შემდეგ როდესაც მოდიხარ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით, მაგრამ ფაქტი ეს არის, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მომინია მგზავრობა...“ მგზავრობასთან დაკავშირებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ხარჯი იმ ქალებს აქვთ, ვისაც ტაქსით უწევს გადაადგილება (საშუალოდ 10-15 ლარი ან ცოტა მეტი, თუ რეგიონიდან დედაქალაქში უწევს გამგზავრება, მაშინ ხარჯი ერთიორად იზრდება). კვლევის შედეგად გამოიკვეთა რესპონდენტთა დაბალი ნდობის მაჩვენებელი რაიონში მოქმედი კლინიკების მომსახურების ხარისხისა და მედპერსონალის კვალიფიკაციის მიმართ, რის გამოც რესპონდენტთა ნაწილს უწევს დედაქალაქში ჩასვლა აბორტის სერვისზე. კვლევის დროს დაფიქსირდა მოსაზრება, რომ მანძილი კლინიკამდე (ე.ი. სამედიცინო დაწესებულების სიშორე), შესაძლოა აბორტის მომსახურების მიღების ბარიერს წარმოადგენდეს.

3.2. სამსახურის/სასწავლებლის გაცდენა

კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებმა გამოკვეთეს უწევდათ თუ არა სამსახურის/სასწავლებლის გაცდენა აბორტის სერვისით სარგებლობისას. უმრავლესობას არ შექმნია პრობლემა, რადგან ან უმუშევრები / დიასახლისები იყვნენ, ან სამსახურში მოქნილი გრაფიკი აძლევდათ ამის საშუალებას (მაგ: ცვლები), ან სოფლის მეურნეობის სფეროში იყვნენ დასაქმებული, რომელიც მკაცრ გრაფიკს არ საჭიროებს. ზოგიერთ შემთხვევაში რესპონდენტმა გააფორმა ბიულეტენი, ან სამსახურის უფროსს წინასწარ დაეთხოვა. მოცემული შედეგებიდან გამომდინარე, შრომის ანაზღაურების დანაკარგი არ დაფიქსირებულა კვლევაში მონაწილეებთან.

პრობლემა აღინიშნა რამოდენიმე სტუდენტ რესპონდენტთან, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მოუწიათ გამოცდის, მნიშვნელოვანი ლექცების გაცდენა და ჯანმრთელობის რისკის ფასად (მაგ: აბორტის მომსახურების მიღების დღეს) მივიდნენ გაცდენილის აღსადგენად.

რაც შეეხება თანმხლებ პირებს - რესპონდენტების ნაწილმა მიუთითა, რომ მართლ იმყოფებოდა კლინიკაში, დიდ ნაწილს თან ახლდა მეუღლე. ზოგიერთს მეგობარი და/ან ოჯახის სხვა წევრი/ნათესავი. როგორც კვლევის შედეგები აჩვენებს, თანმხლები პირების

უმეტესობასაც არ შექმნია სამსახურეობრივი პრობლემა / არ ჰქონია შრომის ანაზღაურების დანაკარგი დაახლოებით იმავე მიზეზების გამო, რაც რესპონდენტებთან გამოვლინდა.

ბავშვის დატოვება, მანამ სანამ დედა აბორტის მომსახურებას მიიღებს, როგორც აღმოჩნდა, არის პრობლემური საკითხი. რესპონდენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიუთითებს, რომ ოჯახის წევრთან დატოვა ბავშვ(ებ)ი, მაგრამ ნაწილს მოუწია ნათესავთან/მეგობართან/მეზობელთან დატოვება ან კლინიკაში ბავშვის წაყვანა. ასეთ შემთხვევაში, ბავშვებს ძირითადად იმ პირებთან ტოვებდნენ, ვინც უმუშევარი/დიასახლისი /პენსიონერია, მაგრამ დაფიქსირდა შემთხვევები, როდესაც ბავშვების დამტოვებელმა პირმა შეცვალა საკუთარი გეგმები (მაგ: გაეთავისუფლა სამსახურიდან).

კვლევის ფარგლებში, **უმეტეს შემთხვევებში**, არ დაფიქსირებულა ორი ვიზიტი კლინიკაში (აბორტის წინა კონსულტაციის და უშუალოდ აბორტის პროცედურის გამო). კვლევაში მონაწილე არცერთ რესპონდენტს არ დასჭირვებია ღამის გასათევი ადგილის მოძიება.

3.3. აბორტის მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა

კვლევაში მონაწილე რეპორდუქციული ასაკის ქალები აბორტის სხვადასხვა ღირებულებას ასახელებენ. ფასები იცვლება წლების მიხედვით (ე.ი. სხვადასხვა პერიოდში / წლებში ფასები განსხვავდება), რეგიონის, აბორტის სირთულის (მაგ: ნარკოზით კეთდება თუ არა). ფასები მერყეობს 30-50 ლარიდან 180-200 ლარამდე. რაც შეეხება ხელმისაწვდომობას, იგი დამოკიდებულია თავად რესპონდენტის ფინანსურ შესაძლებლობაზე, ასე მაგალითად, ერთიდაიგივე თანხას 80, 100, 130, 180 ლარს უმეტესობა არახელმისაწვდომს უწოდებს (რომლის გამოც ფული ისესხა / ბანკის ვალი აქვს / ლომბარდის მომსახურებით ისარგებლა), თუმცა ნაწილი მიუთითებს რომ ეს თანხა, მათ შორის - 180 ლარი, სავსებით ხელმისაწვდომია.

კვლევის ფარგლებში არ დაფიქსირებულა ფაქტი, როდესაც რესპონდენტს სამედიცინო დაწესებულებაში შესთავაზეს ალტერნატიული კლინიკის შესაძლებლობა, თუ განფასება იყო მიუღებელი.

შეიძლება თუ არა აბორტის განფასებამ შექმნას ბარიერი, რომელიც არალეგალური მომსახურებისკენ უბიძგებს ქალს? კვლევაში დაფიქსირდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც სწორედ აღნიშნული მიზეზის გამო მიმართეს არალეგალურ აბორტს (მაგ: ალვანსა და ახმეტაში).

შეჯამება:

გეოგრაფიული არახელმისაწვდომობა მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს რეპროდუქციული უფლების რეალიზების გზაზე და ხელისშემშლელია უსაფრთხო ჯანდაცვის მომსახურებებით სარგებლობის თვალსაზრისით. მსგავსი ბარიერის არსებობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ადამიანის ისეთი ფუნდამენტური უფლებების დარღვევა, როგორცაა სიცოცხლის უფლება, ჯანმრთელობის უფლება და სხვა.

კლინიკის სიშორე, შესაძლებელია გახდეს აბორტის სერვისის მიღების ბარიერი (თავად რესპონდენტების აღიარებით), თუმცა მოცემული კვლევის მიხედვით, მონაწილე რესპონდენტები აბორტის მომსახურების მიღების მიზნით შორი მანძილიდანაც სტუმრობენ ამა თუ იმ სამედიცინო დაწესებულებას. დაბალი ფინანსური შესაძლებლობის შემთხვევაშიც, აბორტის სერვისის მიღების შემდგომ, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მგზავრობენ. კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებიდან, მცირე ნაწილი აღმოჩნდა ისეთი, ვინც მიმართა არალეგალურ გზას, მაგრამ გამოვლინდა ასევე ის კატეგორია, ვისაც ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტისათვის მიუმართავს.

რაც შეეხება სამსახურის / სასწავლებლის გაცდენას, როგორც აბორტის სერვისის მიღების შემაფერხებელს, ქართულ რეალობაში არცთუ ისე აქტუალურია, რადგან უმეტესობა დასაქმებული არ არის და შესაბამისად არც გაცდენა უნევს. ის ნაწილი კი, ვინც დასაქმებულია და/ან სწავლობს ძირითადად აგვარებს გაცდენის პრობლემას, მატერიალური ბარალის გარეშე.

ყველაზე მნიშვნელოვან ბარიერს აბორტის ღირებულება წარმოადგენს (შემდგომში აღნიშნული მოსაზრება გამყარებულია რესპონდენტების მიერ აბორტის კუთხით პრობლემების დასახელებისას). მატერიალური პრობლემების ფონზე, აბორტის მომსახურების მაღალი ღირებულების გამო, ქალებს უწევთ საბანკო ვალდებულებების აღება / ლომბარდის მომსახურებით სარგებლობა, ასევე ეს ფაქტი ხდება არალეგალური აბორტისთვის / თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტისთვის მიმართვის მაპროვოცირებელი.

4. აბორტის წინა კონსულტაციის სერვისი

4.1 განწყობა კლინიკაში პირველ ვიზიტამდე

აბორტის სერვისის მისაღებად კლინიკაში პირველ ვიზიტამდე საკუთარ განცდებს რესპონდენტები ძირითადად ნეგატიური ვერბალური მახასიათებლებით აღწერენ, რომლებიც დიდად არ განსხვავდება აბორტის შესახებ გადანყვეტილების მიღების შემდეგ ფსიქოლოგიური განწყობისგან (და წარმოადგენს კიდევ ამ უკანასკნელის გაგრძელებას): „შიში“, „ნერვიულობა“, „ცუდი განწყობა“, „სინანული“, „დიდი და მოუშუშებელი ტკივილი“, „დაბნეულობა“, „დიდი ცოდვა“, „სტრესი“, „დაძაბულობა“, „დათრგუნულობა“ და ა.შ.: „განვიცდიდი მაინც თავისებურად, მაგრამ ვიცოდი რომ ნორმალურად ვერ გავზრდიდი და მაგათ მშიერ ყოფნას ეს გადანყვეტილება ვამჯობინე, მაგრამ მარტივი არ ყოფილა“.(33 წლის, სენაკი);

„იცით, როგორ არის, თვითონ ორსულობის მომენტი როცა ქალის ცხოვრებაში დგება, ეს ძალიან სასიხარულოა, მაგრამ არის შემთვევები, როცა ეს ფაქტი ქალს სიხარულს არ ანიჭებს, მაგალითად, როცა მეორე მხრისგან ანუ მამის მხრიდან არ არის მხარდაჭერა, ამიტომაც ეს ფაქტორიც ძალიან მოქმედებს, რა თქმა უნდა. ასევე ის ფაქტორიც მოქმედებს, რომ მაინც შესაძლოა ცოცხალ ორგანიზმს კლავ შენს სხეულში. ყველაფერი ერთად ჩემ შემთხვევაში ძალიან აისახა ჩემს ემოციურ მდგომარეობაზე. რაც შეეხება დარწმუნებულობას, კი ნამდვილად ვიყავი მყარად დარწმუნებული საკუთარ თავში იმიტომ, რომ ვიცოდი, რომ ამ ორსულობას თუ კიდევ ერთი-ორი კვირა არ შევწყვეტიდი, მერე უკვე ვეღარ შევძლებდი ნაყოფის მოშორებას და ეკონომიკურად, მატერიალურად, საზოგადოებრივი მხარდაჭერა, ბავშვის მამის მხარდაჭერა არანაირი მსგავსი მე არ გამაჩნდა, რაც გადამაფიქრებინებდა ამ ნაბიჯს.“ (35 წლის, თბილისი);

„კლინიკაში მისვლამდე ძალიან რთული პერიოდი მქონდა, სულ განვიცდიდი ყოველ ჯერზე, არასოდეს მიფიქრია, რომ კარგ რამეს ვაკეთებდი, ჯერ არის და ჩემთვისვეა ცუდი ორგანიზმის გამო, მერე უკვე სიცოცხლის მოსპობაზეა საქმე და აქედან გამომდინარე მე ძალიან ვირთგუნებოდი, აბორტის მერეც ძალიან ცუდად ვიყავი სულიერად, არც ერთი აბორტი მარტივად არ გადამიტანია“ (38 წლის ქალი);

კვლევაში მონაწილეთა უმეტესობა მტკიცედ იყო საკუთარ გადანყვეტილებაში დარწმუნებული, თუმცა რამოდენიმე მაინც მიუთითა ორჭოფობის/მერყეობის შესახებ: „არ ვიყავი დარწმუნებული, რადგან ვიცოდი ეს რამხელა ცოდვა იყო, მაგრამ როცა ჩემი მდგომარეობა მახსენდებოდა, საწინააღმდეგოდ მეცვლებოდა აზრი“ (თამრიკო, 35 წლის).

4.2. შეეცადა თუ არა ექიმი გადარწმუნებას?

რეპროდუქციული ასაკის ქალების მნიშვნელოვანმა ნაწილმა მიუთითა, რომ ექიმი აბორტის გადარწმუნებას არ შეეცადა, ან ფორმალურად დაუსვა კითხვა - ხომ არ გადაიფიქრებდა. გადარწმუნების შეთავაზების გარეშე აბორტის პროცედურის ჩატარების ერთ-ერთ მიზეზს ასახელებს რესპონდენტი: „ექიმს საერთოდ არ აინტერესებს, მთავარია ფული აიღოს. თავის მოვალეობად პაციენტზე ყურადღების მაგვირად ფული აღება მიაჩნიათ მარტო.“ (33 წლის, სენაკი). რასაკვირველია, გადარწმუნების უგულებელყოფა არალეგალური აბორტის შემთხვევაში მოსალოდნელი იყო, თუმცა ლეგალური აბორტის შემთხვევაშიც დაფიქსირდა ანალოგიური ფაქტები. გადარწმუნების მიზეზებს შორის წამყვანი იყო რელიგიური და გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევის სელექციური ფაქტორები, ასე მაგალითად: „რომ ეს ძალიან დიდი ცოდვა იყო, არ შეიძლებოდა აბორტის გაკეთება, რომ თვითონაც ცოდვაში ვარდებოდა ამითი, ბევრს მელაპარაკებოდა ამასთან დაკავშირებით, მაგრამ მე ვიშეორებ კიდევ, რომ ძალიან ცუდი ორსულობა მქონდა ყოველთვის, ამიტომ გადანყვეტილებას მაინც არ ვცვლიდი“ (44 წლის, თბილისი). რელიგიური მოტივი ხშირად ფიგურირებდა სხვა რესპონდენტებთანაც.

გადარწმუნების ერთ-ერთ არგუმენტად ასევე დასახელებულია ბავშვის სქესი (ვაჟის უპირატესობით): „არგუმენტად ძალიან ბევრი რამე მოიყვანა, რომ აი გარისკე იქნება ბიჭი იყოს მაინც“ (30 წლის, ახმეტა); „ეჭიმი მეუბნებოდა, რომ არ მომეშორებინა, დავლოდებოდი 12 კვირას, რომ გავგვეგო სქესი და შემდეგ მომეშორებინა, მეუბნებოდა, რომ აი თქვენ ორი გოგო გყავთ და მესამე თუ ბიჭი იქნება არ მოიშოროთ, მაგრამ მე უკვე გადაწყვეტილი მქონდა მოშორება და ისედაც სქესს არანაირი მნიშვნელობა არ ჰქონდა ჩემთვის“ (30 წლის, თბილისი).

ამას გარდა, არგუმენტებს შორის გამოვლინდა, ეჭიმის მიერ პაციენტის ასაკზე (30 წელს ზევით ან პირიქით - ძალზე ახალგაზრდა რესპონდენტებთან) და ჯანმრთელობაზე აპელირება: „მეუბნებოდა, რომ ჯობს გამეჩინა; ჩემი ჯანმრთელობისთვის აბორტი არასასურველი იყო, რადგან შესაძლოა გართულებები მქონოდა სისხლდენა დამწყებოდა, ძალიან ცუდად ვგრძნობდი თავს მაგრამ მაინც მომიწია ამ გადაწყვეტილების მიღება“ (26 წლის, სამცხე-ჯავახეთი).

ამას გარდა, აბორტის გადაწყვეტილების გადარწმუნების მცდელობა ეჭიმების მხრიდან დაფიქსირდა მაშინ, როდესაც პაციენტს ეჭვი ეპარებოდა ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში (მშობლების მიერ მედიკამენტების მიღების, გენეტიკური პრობლემების და ა.შ. გამო). არგუმენტს წარმოადგენდა ნაყოფისთვის მკურნალობის ჩატარება და შანსის მიცემა. თუმცა საერთო ჯამში, რესპონდენტები, როგორც წესი, აღნიშნულ არგუმენტებს არ იზიარებენ და გადაწყვეტილებას ძალზე იშვიათად ცვლიან. გადაწყვეტილების შეცვლის შესახებ გვამცნობს ერთ-ერთი რესპონდენტი, რომელიც რელიგიურ ფაქტორზე და მის გადაწყვეტილებაში სხვადასხვა პირების ჩარევის შესაძლებლობაზე აკეთებს აქცენტს: „მეორეზე რომ მივედი ეჭიმის რჩევით გადავიფიქრე, ასევე ეჭიმმა წამიყვანა ნაცნობ მოძღვართან, მასაც გავესაუბრე, დამიჯდა და მითხრა თუ რატომ ვაკეთებდი ამას, ვუთხარი რომ ავად ვიყავი და მეშინოდა ბავშვი რამდენად ჯანმრთელი იქნებოდა, ცდილობდა ჩემს გადარწმუნებას, და მადლობა ამისთვის საბოლოოდ მეუღლეც რომ ჩაერია ერთბაშად ყველა მერე გადავიფიქრე“ (30 წლის, სამცხე-ჯავახეთი).

კვლევამ გამოავლინა ისეთი გარემოებაც, როდესაც ეჭიმი პირიქით, პაციენტს აბორტის გაკეთებას ურჩევდა, ქორწინების გარეშე ორსულობის შემთხვევაში, რაც კულტურული სტერეოტიპების ზეგავლენის შესახებ მიუთითებს: „დაოჯახებული ხარ თუ არაო პირველი ეგ მკითხა, მოვეყევი რომ ესეთ სიტუაციაში ვიყავი /ქორწინების გარეშე ორსულობა/, ყველაზე მეტად მაგ მომენტში ის მაინტერესებდა, რომ არაფხიზელ მდგომარეობაში ვიყავით და პარტნიორი ნარკოტიკული ზემოქმედების ქვეშ იყო და მისგან მაინტერესებდა, შეიძლებოდა თუ არა ნაყოფი ჯანმრთელი ყოფილიყო, როგორც კი ეგ გაიგო გაიკეთეო რად გინდაო ეხლო ეგ მითხრა, თუ არ აპირებო არაფერსო, ისე მელაპარაკა, რომ უნდა გამეკეთებინა დარწმუნებით. ეხობე რომ შევედი ესე არაფერი მომიყოლია და მანდ ეგვრევე მითხრა რომ არ გაიკეთო, მოკლედ სულ იყო ვილაცყების აზრები“ (ახმეტა).

შეჯამება:

კლინიკაში ვიზიტამდე რესპონდენტების განწყობები დიდად არ განსხვავდება აბორტის შესახებ გამოხატული განწყობებისგან, რომლებიც ხშირად უკიდურესად ნეგატიურია. გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ კვლევის ფარგლებში რესპონდენტები საუბრობენ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის და ფსიქოლოგიური მომსახურების არსებობის აუცილებლობაზე. მიუხედავად ამისა, მეორე მხრივ, კვლევაში მონაწილე ქალებს, მტკიცედ ჰქონდათ გადაწყვეტილი აბორტის მომსახურებით სარგებლობა და უმეტეს შემთხვევაში, მათთვის ეჭიმის არგუმენტები აბორტის გადაფიქრების თაობაზე სარწმუნო არ აღმოჩნდა (თუმცა ისიც აღსანიშნავია, რომ ეს ფაქტი ეჭიმების ფორმალური მიდგომითაც იყოს განპირობებული).

4.3. აბორტის წინ კონსულტაციის სერვისი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის განხორციელების წესების დამტკიცების თაობაზე გულისხმობს, რომ: **აბორტის წინ კონსულტირების მიზანია:**

- ა) ინფორმაციის მიწოდება ქალისთვის გასაგებ ენაზე, არჩევანის გააზრებაში დახმარებისა და ზეწოლისაგან თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველსაყოფად;
- ბ) ორსულობის დადასტურება, ორსულობის საშვილოსნოსშიდა მდებარეობისა და გესტაციური პერიოდის განსაზღვრა;
- გ) ქალის შესაძლო/არსებულ დაავადებათა იდენტიფიცირება, რომლებიც საჭიროებენ მართვას ან გავლენას ახდენენ აბორტის მეთოდის შერჩევაზე;
- დ) ინფორმირება აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ.

აბორტის წინ კონსულტირება შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან:

- ა) გასაუბრება და ინფორმირება;
- ბ) ანამნეზი და ფიზიკალური გამოკვლევა;
- გ) ლაბორატორიული და სხვა სახის გამოკვლევები (საჭიროების მიხედვით);
- დ) ოჯახის დაგეგმვა

გასაუბრება ხდება შემდეგ თემებზე: აბორტის ფორმები და შესაძლო გართულებები; კონსულტირება აბორტის მეთოდის არჩევანსა და პაციენტის ხელის შეწყობა, დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება; კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით; წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით.

კვლევამ აჩვენა, რომ **აბორტის წინ კონსულტაციის სერვისი** რესპონდენტების ნაწილს არ მიუღია / სრულად არ მიუღია (განსაკუთრებით რეგიონებში). ერთ-ერთი რესპონდენტი (ქართლიდან), უკმაყოფილებას გამოთქვამს აღნიშნული სერვისის მიუღებლობის გამო და აცხადებს, რომ მისი უფლება დაირღვა: „მე რადგან ვცდილობდი, რომ პატარა ნაყოფი ყოფილიყო, „მინი“ მქონდა არჩეული. თვითონ ახლა თანხებსაც უყურებენ და მედიკამენტურს გირჩევენ, რომელიც დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული (რესპონდენტი მიიჩნევს, რომ მედიკამენტური აბორტი უფრო დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული, ვიდრე სხვა ტიპის) (40 წლის, ხაშური). ზოგიერთს მათგანს პირადი ნაცნობობა აკავშირებდა ექიმთან და მაგ: სატელეფნო საუბრისას შეთანხმების საფუძველზე, პირდაპირ მივიდა აბორტის მომსახურების მისაღებად, ან მიმართა, რომ აბორტის სერვისის მიღება სურდა და მიიღო ექიმის თანხმობა. „მე ვიყავი დროში შეზღუდული და მეჩქარებოდა ძალიან, ესეთი რაღაცეები არ ყოფილა. რა ვიცი, ერთი მითხრეს პირდაპირ გავაკეთებთ გამოტუმბვას... რადგან ასეთი პატარაა გავაკეთებთ გამოტუმბვას და გაგიშვებთო. არანაირ ფორმებზე არ უთქვამს არაფერი.“ (თელავი, 32 წლის).

რესპონდენტები ამბობენ, რომ ზოგიერთ ექიმს „თავი არ შეუწუხებია ახსნით“ ან „მოვალეობის მოხდის მიზნით“ გაესაუბრა, ან ძალზე მოკლედ გამოიკითხა ქალის ჯანმრთელობის სტატუსი. დაფიქსირდა უფრო ნეგატიური ფაქტებიც, კერძოდ: „თანხის გადახდის გარეშე რომ არ გამიკეთებდა ეგ ამიხსნა მართო ექიმმა, პირდაპირ თქვა ამას ვიკეთებ და მორჩა“, „არა, არაფერი, უბრალოდ თანხა დამისახელა და უნდა გადამეხადა ეს თანხა. ანუ პირველი კონსულტაციის სერვისი იყო იხდით თუ არა თანხას, მეტი სხვა არაფერი. ზუსტად არ მახსოვს, მაგრამ მგონი ამასთან დაკავშირებით უფრო ექთანი მესაუბრა.“ (40 წლის ქალი, სენაკი);

რაც შეეხება პაციენტის დახმარებას **ინფორმირებულ არჩევანში**, საერთო ტენდენციის მიხედვით, შეიძლება ვთქვათ, რომ მეტ-ნაკლებად ხორციელდება. თუმცა იგივეს ვერ ვიტყვით **პაციენტის გზამკვლევის** შესახებ, რომლის გაცნობაც ძალზე იშვიათად ან საერთოდ არ ხდება. რამოდენიმე რესპონდენტი მიუთითებს, რომ „რადაც ფურცელი“ მიაწოდეს, მაგრამ არ წაუკითხავს, ან „პაციენტის გზამკვლევი კედელზე იყო გაკრული“.

იმ რესპონდენტებთან, ვინც მიიღო პირველი კონსულტაციის სერვისი, აღნიშნული მომსახურება განახორციელა ძირითადად გინეკოლოგმა (ზოგ შემთხვევაში ესწრებოდა მედლა, ასისტენტი).

მედპერსონალის დამოკიდებულება რესპონდენტების მიმართ, ზოგადად იყო დადებითი (კეთილგანწყობილი, ყურადღებიანი, მზრუნველი). დიდი ნაწილი მიუთითებს, რომ ვარგად ან ნორმალურად ექცეოდნენ: „საკმაოდ კარგი. როგორც მე ვნერვიულობდი, ისე ნერვიულობდა ისიც მემგონი. იმიტომ რომ იქ ყველას გოგოები ყავდა და ბიჭები უნდოდათ იმათაც.“ (ახმეტა, 30 წლის).

თუმცა გულგრილი/არასათანადო დამოკიდებულებებიც გამოვლინდა (მედპერსონალის მხრიდან) - პასუხისმგებლობის არიდება, ქედმაღლობა, გულგრილობა: *სამწუხაროდ, ბოლო ვიზიტისას მქონდა შემთხვევა, როცა ალბათ განგაში უნდა ამეტეხა წესით და რიგით, უყურადღებობა იყო... რეაქციას მაძლევს ნამალი და ექიმი ამ შემთხვევაში თავს იბღვავს იმით, რომ თვითონ არაფერ შუაში არაა და არ შემხებია, მედიკამენტი მე მივიღე, ჩემი სურვილით და ამ მედიკამენტის თანმდევი მოვლენებისგან, რაც ამ მედიკამენტის მიღებას მოყვება, პასუხისმგებლობა არ აიღო,* (35 წლის, სენაკი). მართალია კვლევაში მონაწილეთა უმეტესობა ირწმუნებოდა, რომ **დისკრიმინაციას** ადგილი არ ჰქონია, თუმცა კვლევაში გამოვლინდა უხეში მოპყრობის და კონფიდენციალობის ფაქტებიც.

„ძალიან ცივად და გულგრილად. ასეთი შეგრძნება დამრჩა, რომ თითქოს რადგან სოფლიდან ვიყავი ჩასული არაფერი გამეგებოდა მაგისი აზრით და ზედაც არ მიყურებდა, ძალიან აგდებულნი და უყურადღებო დამოკიდებულება გამოავლინა თვითონ ექიმმა.“

„მაგათთვის ეს არაფერია, ყოველდღე აკეთებენ და შეჩეულები არიან, ამიტომ თანაგრძნობის უნარიც აღარ აქვთ უკვე, მაგრამ ცუდად არ მომქცევინა, ჩვეულებრივად, როგორც მორიგ პაციენტს.“ (34 წლის, სენაკი).

„სადაც კეთდებოდა იქ მშობიარობდნენ და იყვნენ ორსულები, წარმოიდგინე მიდიხარ აბორტზე და ხედავ სადაცაა და იმშობიარებს, არ იყო ჩემთვის კარგი გარემო და მარტივი გადაწყვეტილება არ იყო და ნახევარი საათი რომ გალოდინებს და დროზე რომ დაგიბარებს და ელოდები ამ გარემოში... ყველაფერს აკეთებდნენ ძაან სწრაფად, მაგათთვის იყო ჩვეულებრივი საქმე, აი უკვე სადაც შევედით რომ უნდა გაეკეთებინათ, პროტესტი გამოვთქვი, იმიტომ რომ კარები იყო ღია, პირადი სივრცეა არ მომწონს მეთქი, არაუშავსო კაცო, შენნაირი აქ ბევრია, ვის არ უნახავსო“(ახმეტა).

„ძალიან ცუდად მახსენდება ყველაფერი, კაცი იყო გინეკოლოგი მახსოვს რადაც ცივი დამოკიდებულება მოდიოდა მისგან. ექთნები უფრო თბილად მექცეოდნენ. არა, დისკრიმინაციულად არაფერი, მაგრამ რაღაცნაირად არ სიამოვნებდა იმ კაცს თითქოს ამას რომ აკეთებდა და ჩემზე ეს უარესად მოქმედებდა“ (30 წლის, სამცხე-ჯავახეთი).

პირველი კონსულტაცია მიმდინარეობდა ძირითადად ექიმის კაბინეტში. დამსწრე პირებად ძირითადად დასახელდნენ: გინეკოლოგი, ექთანი, მედლა. ასევე, რა თქმა უნდა, პაციენტი და ზოგჯერ მისი თანმხლები პირი. იშვიათად დასახელდა რეპროდუქტოლოგიც. აბორტის **სხვადასხვა მეთოდების შესახებ** საუბარი რესპონდენტების ნაწილთან ფიქსირდება. ზოგიერთი მიუთითებს, რომ წინასწარ ჰქონდა შეთანხმებული აბორტის ფორმა ან პირდაპირ უთხრეს რომ ამა და ამ მეთოდით უნდა გაეკეთებინა აბორტი, ყოველგვარი ალტერნატივების გარეშე. ერთ-ერთი რესპონდენტი გვამცნობს, თუ რა მოჰყვა არასათანადო კონსულტირებას:

„არა, არაფერი არ უთქვამს ამასთან დაკავშირებით / აბორტის სხვა მეთოდებზე/. ეტყობა იყო მაშინ არასწორად გაკეთებული ეს აბორტი, რის გამოც შემდეგ დავკარგე საშვილოსნო, სასწრაფო ოპერაცია დამჭირდა და შეიძლება ამის ერთ-ერთი მიზეზიც არასწორად გაკეთებული აბორტი იყო, რომელიც გამოკვლევის გარეშე გაკეთდა“ (40 წლის ქალი, სენაკი);

ყველაფრის მიუხედავად, რესპონდენტების დიდი ნაწილი მიუთითებს, რომ ექიმი იყო **გულისხმიერი** (შესაძლებელია ისინი გულისხმიერებაში თვლიან ნაკლები ინფორმაციის მიწოდებას ექიმის მხრიდან და პირდაპირ აბორტის პროცედურაზე გადასვლას, რაც დროის ეკონომიაა). მაგრამ გამოიკვეთა ნეგატიური შეფასებებიც „ძაან გულისხმიერი არა, უფრო ფულისმიერი“ (32 წლის, სენაკი). რესპონდენტი სამცხე-ჯავახეთიდან კი მიუთითებს, რომ ექიმი გულისხმიერი კი არ იყო, ერთი სული ჰქონდა მოეშორებინა თვიდან პაციენტი. რესპონდენტების ნაწილი, ასევე ამტკიცებს, რომ ექიმმა **დეტალურად გამოიკითხა** ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხოლო ნაწილი კი მიუთითებს ამგვარი ფაქტის ან არარსებობაზე, ან ექიმის მიერ ზედაპირული მიდგომის შესახებ საუბრობს.

აბორტისწინა **გამოკვლევების ჩატარებასთან** დაკავშირებით შეიძლება ითქვას, რომ ან არ უტარდებოდათ, ან ძირითადად ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ასევე გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც რესპონდენტს უტარდებოდა ის ლაბორატორიული კვლევები, რომელიც არ არის გათვალისწინებული პროტოკოლით (მაგალითად, სისხლის საერთო ანალიზი).

ყურადსაღებია **კონფიდენციალობის დაცვის** საკითხი. მოცემულ შემთხვევაშიც კვლევაში მონაწილეთა მნიშვნელოვანი ნაწილი თვლის, რომ კონფიდენციალობა არ დარღვეულა, თუმცა სახეზე გვაქვს საპირისპირო ფაქტები, როდესაც ხალხმრავალ ადგილას, მაგ: დერეფანში - სხვა, უცხო პირების თანდასწრებით, ან ექიმის კაბინეტში, სადაც ღია კარში უამრავი ადამიანი მოძრაობდა, ხდებოდა გასაუბრება პაციენტებთან:

„ჯერ ერთი სახელი და გვარი ისე ღიად იდო, ეს კაბინეტიც ღია იყო, შემოდინდნენ გადიოდნენ ერთი ექთანის, მეორე ექთანის, მესამე ექთანის და ყველას ჰქონდა იმის საშუალება, რომ ჩემი სახელი და გვარი გაეგოთ, მერე სხვა ექთანმა გაიტანა ეს და ასე შემდეგ, ყველამ იცოდა რასაც ვაკეთებდი“.

„არაპროფესიონალიზმი გამოიკვეთა პირადად იმ ექიმის მხრიდან. როგორც უკვე გითხარით, მე მისი კაბინეტი არ მინახავს, ერთი-ერთზე არ გვისაუბრია. ეს ყველაფერი ხდებოდა დერეფანში, სადაც იყო ათობით ადამიანი. მერე ურჩიეს, რომ მე გავესინჯე და გასასინჯად შემეყვანა ოთახში, სადაც არ ვიყავით მარტოები, მოძრაობდნენ ექთნები.. ანუ ძალიან სტრესული გარემო იყო სწორედ ექიმების მხრიდან... მხოლოდ და მხოლოდ ექოსკოპიის მონაცემების საფუძველზე მიიღეს ეს გადაწყვეტილება, გამოკვლევა არანაირი არ ჩატარებულა“ (23 წლის, თბილისი).

„პირველ კონსულტაციას/ არავინ არ ესწრებოდა, შედიოდნენ და გადიოდნენ და ანონიმურობის განცდას არ ტოვებდა და პროცესში მითუმეტეს, ჰოლში ამდენი ადამიანი დადის, ხან ვინ შემოვა რას აიღებს ხან რას, და ჩემს წინ ვინც იყო ეს გოგო პროცესში იყო და ეგ იყო დამთრგუნველი, მოკლედ ის სისხლიან რაღაცეებს იქვე რეცხავდნენ და ეგ იყო ძაან დამთრგუნველი...“ (ახმეტა).

„პირველი შოკი მაშინ მივიღე, როც საპროცედუროს გვერდით სადაც მე მსინჯავდნენ ექთნები ყავას სვამდნენ და ტკბილეულს მიირთმევდნენ. რეალურად ერთი დიდი ოთახი იყო, ფარდებით გაყოფილი“ (ქართლი).

ინფორმაცია, თუ ვისთვის უნდა მიემართათ პაციენტებს უფლებების დარღვევის შემთხვევაში, არ მიენიშნებოდა აბორტისწინა კონსულტაციის დროს (კვლევის ფარგლებში არ დაფიქსირებულა არცერთი შემთხვევა).

აბორტის შემდგომი გართულებების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება (როგორცაა, მაგ: საშვილოსნოს გახევა, სისხლდენა, საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, ლეტალური გამოსავალი, ინფექციური გართულებები), კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობის მტკიცებით, განხორციელდა - ექიმმა აღნიშნულ საკითხზე მათთან ისაუბრა „მელაპარაკა აბებზე, სპირალზე, გართულებებისგან თავის დასაცავად წოლითი რეჟიმი და ფიზიკური დატვირთვა აიკრძალა, ეს ყველაფერი ძალიან ორგანიზებულად იყო“ (31 წლის, გომი). თუმცა ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ გართულებების შესახებ არასრული წარმოდგენა ჰქონდათ და ძირითადად მხოლოდ სისხლდენას ასახელებენ (იშვიათად დასახელდა - ეროზია, ტკივილი წელის არეში და ინფექცია). ზოგიერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ გართულებებზე საუბრისას ექიმი მხოლოდ იმით შემოიფარგლა, რომ სთხოვა ასეთ შემთხვევაში მასთან მისულებს, ან დაერეკათ. „მხოლოდ გართულებებზე მესაუბრა ძალზე ზედაპირულად, ჩვეულებრივად, თუმცა შეეძლო მეტი რაღაც აეხსნა ჩემთვის, მაგრამ მოვალეობა მოიხადა უბრალოდ თავისი და მორჩა. რაც მთავარია ფული ხო აიღო“ (34 წლის, სენაკი);

„როცა 1-2 კითხვა დავუსვი ისე უხეშად მიპასუხეს, მერე აღარც დამისვამს - გართულებებზე მითხრა, წამოწევი, საქმე არ გააკეთო, „სამინლად მიკერძოებული იყო, ასეთ ექიმები არ უნდა მუშაობდნენ“ (33 წლის, სენაკი);

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების უმეტესობამ ასევე მიუთითა, რომ საბოლოო გადაწყვეტილებას **აბორტის მეთოდის შერჩევის** შესახებ, მაინც ექიმის პრეროგატივად ტოვებენ და რომ მათი მკურნალი ექიმი არ ყოფილა **მიკერძოებული**); „ექიმი დეტალურად მიხსნიდა, რომ პატარა ასაკის შემთხვევაში ჯობდა მინი აბორტის გაკეთება, მერე როცა დიდი ასაკის მივდიოდი ძალიან ფრთხილობდა და ეძინოდა ხოლმე, მაგ დროს უკვე მინი აბორტი აღარ კეთდებოდა. ჩემს ისტორიას ყოველთვის გამოიკითხავდა ხოლმე, უბრალოდ ის არის, რომ სულ ერთსა და იმავე ექიმთან მივდივარ კლინიკაში და ძალიან კარგად იცოდა ჩემი მგომარეობა და ბოლო ვიზიტებზე უკვე ჩხუბით მხვდებოდა, კიდე აქ მოხვედიო“ (38 წლის, ბორჯომი);

კვლევაში მონაწილეთა უმეტესობა ამბობს, რომ ექიმი მას **გასაგები ენით** ესაუბრებოდა, თუმცა დაფიქსირდა საპირისპიროც: „მე ყოველთვის ვთხოვ რომ გასაგები ენით მესაუბროს, იქიდან გამომდინარე, რომ მე არ მაქვს მედიცინაში განათლება. მე თვითონ ვითხოვ ამას, თორემ ექიმი ყოველთვის ცდილობს თავისი ენით მესაუბროს, ეს არის ძალიან დიდი შეცდომა, იმიტომ რომ ძალიან ბევრი პაციენტი გამოდის იქიდან ფაქტობრივად ინფორმაციის გარეშე.“ (42 წლის, გამარჯვება);

რაც შეეხება **ინფორმაციის მიწოდებას აბორტის გადავადების / გაუქმების** შესახებ - რესპონდენტების ნაწილის მტკიცებით, ამგვარი რამ მათ არ სმენიათ. ნაწილი კი აღნიშნავს, რომ აბორტის გადავადების / გაუქმების შესახებ ინფორმაცია მათ მიანოდათ ექიმმა პირველი კონსულტაციის დროს.

რესპონდენტების უმეტესობას ასევე არ მიუღია **წერილობითი ინფორმაცია აბორტის შესახებ** (იგულისხმება პაციენტის გზამკვლევი და წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, სადაც აღნიშნულია სრული ინფორმაცია აბორტის შესახებ). ძალზე ცოტა რესპონდენტმა დააფიქსირა აღნიშნული ფაქტის არსებობის შესახებ. ერთმა მათგანმა მიუთითა, რომ წერილობითი ინფორმაცია კედელზე იყო გაკრული (თუმცა სავარაუდოდ, იგი სხვა ტიპის ინფორმაციას გულისხმობდა).

აბორტის პროცედურაზე **უარი** ექიმის მიერ, **რელიგიური მრწამსის საფუძველზე** კვლევაში მონაწილეებს შორის ფიქსირდება (სულ რამოდენიმე) და ამ შემთხვევებში ძირითადად მოხდა გადამისამართება სხვა ექიმთან/კლინიკაში: ერთ-ერთი რესპონდენტი სამცხე-ჯავახეთიდან მიუთითებს, რომ აბორტის დღე მართლმადიდებლურ დღესასწაულს დაემთხვა და ექიმი დიდხანს თავს იკავებდა პროცედურის ჩატარებისგან და ცდილობდა გადარწმუნებას, თუმცა

საბოლოოდ მაინც პაციენტის ნებას დაჰყვა „ექიმმა - რომ ვტიროდი, ძალიან განვიცდიდი და მითხრა ასეთი რამ, რომ შვილო, არ ინერვიულო, გატყობ, რომ მართლმადიდებელი ადამიანი ხარ, ტაძარში შედი და აანთე სანთელი, უფალს სთხოვე პატიება, ეს არ არის ცოდვა, იმიტომ, რომ შენ ამ შემთხვევაში არაფერ შუაში არ ხარო“ (30 წლის, თბილისი);

„მითხრა უარი, ვინც მე შვილები გამაჩენინა, მე აბორტს არ ვაკეთებო და გადამამისამართა სხვა ექიმთან, ვინც აკეთებდა. იქ გამიკეთეს. პოზიტიურად ვარ განწყობილი იმ ექიმის მიმართ, რომელმაც მე უარი მითხრა მრწამსის საფუძველზე, თუმცა არც იმ ექიმის მიმართ მაქვს არანაირი აგრესია, ვინც მე აბორტი გამიკეთა იმიტომ, რომ ეს იყო ჩემი დაჟინებითი თხოვნა და მე მინდოდა, რომ ეს გამეკეთებინა.“ (38 წლის, თბილისი).

უნდა ითქვას, რომ კვლევაში მონაწილე რეპროდუქციული ასაკის ქალების გრძნობა/განწყობები **პირველი კონსულტაციის შემდგომ** (ვინც მიიღო აღნიშნული მომსახურება) არსებითად იგივე დარჩა, რაც კონსულტაციამდე იყო, კერძოდ კი - ნეგატიური: „ცუდი განწყობა“, „შიში“, „ნერვიულობა“, „მერყეობა“, „დიდი დისკომფორტი - თითქოს ნელა გადის დრო“, „ადელევებული და დაძაბული“, „გულაჩუყებული“, „სინანული“, „სირცხვილის გრძნობა“, „დათრგუნული“. ამის მიუხედავად უმეტესობა აღნიშნავს, რომ გადაწყვეტილება არ შეუცვლიათ და მაინც მიმართეს აბორტის პროცედურას. თუმცა ზოგიერთი მათგანი იმასაც მიუთითებს, რომ აბორტისწინა ვიზიტი სასარგებლო იყო და დაეხმარა მათ.

შეჯამება:

აბორტის წინ კონსულტაციის სერვისი საერთო ჯამში - დამაკმაყოფილებლად არ შეიძლება შეფასდეს, რაადგან კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ დაფიქსირდა ხარვეზები, კერძოდ:

- აბორტის წინ გამოკვლევები უმეტესობას არ უტარებოდა, ხოლო ის რესპონდენტები, ვინც მიიღო აბორტის წინ გამოკვლევების მომსახურება ასახელებდნენ მხოლოდ ექოსკოპიას (ორსულის მდგომარეობის სიმძიმის მიუხედავად); ასევე აღვილი ჰქონდა ისეთ გამოკვლევებს, რომლებიც არ არის პროტოკოლით გათვალისწინებული (მაგალითად: სისხლის საერთო ანალიზი);
- ყველა კლინიკაში არ ხდებოდა პაციენტის ჯანმრთელობის დეტალური გამოკითხვა;
- მთავრად შემთხვევაში დაფიქსირდა კონფიდენციალობის დარღვევის უხეში ფაქტები (მაგ: ხალხმრავლობა კაბინეტში, სადაც მიმდინარეობდა კონსულტაცია, ხალხის თანდასწრებით პაციენტის პრობლემების განხილვა - ან დერეფანში და ა.შ.);
- მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტთა დიდი ნაწილი აღნიშნავდა აბორტის შემდგომი გართულებების შესახებ ექიმის მიერ ინფორმირების ფაქტს, პაციენტების უმეტესობის ცოდნა აბორტის გართულებებთან მიმართებაში მხოლოდ „სისხლდენის“ დასახელებით შემოიფარგლებოდა;
- თითქმის არავის მიუღია წერილობითი ინფორმაცია აბორტის შესახებ და ინფორმაცია აბორტის გაუქმების/გადავადების შესახებ;
- აბორტის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ საუბარი რესპონდენტების ნაწილთან ფიქსირდება. ნაწილი კი აცხადებს, რომ ან წინააღმდეგე იყო შეთანხმებული მეთოდი, ან მხოლოდ იმ მეთოდზე ესაუბრა ექიმი, რაც თავად ჩათვალა მიზანშეწონილად კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში.

გემოთ ჩამოთვლილი ხარვეზები დაკავშირებულია ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობასთან, რაც პირდაპირ უკავშირდება ადამიანის უფლებას ჯანმრთელობაზე და სახელმწიფოს ვალდებულებას, უზრუნველოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს კონფიდენციალურობის საკითხი, რომელიც ფუნდამენტურ პრინციპს წარმოადგენს საექიმო საქმიანობის განხორციელებისას და ასევე ადამიანის უფლებების უხეშ დარღვევას წარმოადგენს.

პოზიტიურად შეიძლება აღინიშნოს, რომ რესპონდენტების განცხადებით, ექიმები ნაკლებად იყვნენ მიკერძოებული და მეტ-ნაკლებად გასაგები ენით უხსნიდნენ ამა თუ იმ საკითხს. კვლევაში გამოვლინდა ასევე ექიმების მიერ გაცხადებული უარი აბორტზე რელიგიური მრწამსის საფუძველზე, რომლის შემდგომ მოხდა პაციენტის რეფერირება სხვა ექიმთან/კლინიკაში.

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების შესაბამისად შედგენილი ორსულობის უსაფრთხო მენეჯმენტის პროტოკოლი, მრწამსის საფუძველზე უარის შემთხვევაში, პაციენტის გადამისამართებას ითვალისწინებს. პროტოკოლის მიხედვით, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, ეთიკური ან რელიგიური მოსაზრებების გამო, აბორტის წინააღმდეგია, მან დაუყოვნებლივ უნდა გაგზავნოს პაციენტი აბორტის მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან.⁷

7 პროტოკოლი „ორსულობის უსაფრთხო მენეჯმენტი“, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014წ. 28 ივლისის №01-182/ო ბრძანებით

5. მოცდის 5-დღიანი პერიოდი და მისი შეფასება

უნდა აღინიშნოს, რომ იმ რესპონდენტების უმეტესობას, ვინც 2014 წლამდე მიიღო აბორტის სერვისი, არაფერი სმენია მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ (**მოსაფიქრებელი ვადა, რომელიც კანონის მიხედვით, აბორტისწინა კონსულტაციიდან სამედიცინო ჩარევამდე უნდა გავიდეს**). ზოგერთმა მათგანმა, მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ ინტერვიუერისგან ინფორმაციის მიღების შემდგომ, შეაფასა შეამცირებდა თუ არა აბორტის რისკს და რამდენად მოახდენდა ზეგავლენას ქალის გადანყვეტილებაზე აბორტის შესახებ, ან როგორ იმოქმედებდა ქალის განწყობასა და ემოციაზე - გაუჩენდა თუ არა მას სინანულს და ა.შ.

იმ რეპროდუქციული ასაკის ქალების უმეტესობამ, ვინც აბორტის მომსახურება 2014 წლის ოქტომბრის შემდეგ მიიღო, აღნიშნეს, რომ ექიმმა აცნობა 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ, ექიმთან პირველ ვიზიტსა და აბორტის პროცედურას შორის გავიდა დაახლოებით 1 კვირა - 10 დღე.

დაახლოებით 20-მა რესპონდენტმა, რომლებმაც 2014 წლის ოქტომბრის შემდეგ მიიღეს აბორტის სერვისი, აღნიშნეს, რომ: ექიმები ან საერთოდ არ აწვდიდნენ ინფორმაციას მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ, ან აწვდიდნენ, თუმცა 5 დღიანი ვადა რესპონდენტებს არ გამოუყენებიათ (ექიმის გულგრილი ქმედების ან საკუთარი სურვილის გამო):

„დიახ, მაცნობა, მაგრამ მე დარწმუნებული ვიყავი, რომ რაც შეიძლება მალე უნდა გამეკეთებინა, იმიტომ, რომ ვხდებოდი, რომ რაც ნაყოფი გაიზრდებოდა მით მეტად გამიჭირდებოდა ამ ნაბიჯის გადადგმა ან საერთოდაც შეიძლება გადამეფიქრებინა, ახლაც მგონია, რომ გულის ფეთქვა რომ დაიწყებოდა მერე უკვე სავარაუდოდ გადავიფიქრებდი, ამიტომ არცერთი დღით არ მომიცდია ზედმეტად. როცა მივედი იმ დღესვე გავიკეთე“ (35 წლის, თბილისი).

„ვიყავი, მაგრამ როგორც ასეთი 5 დღიან რამე ვადაზე არაფერი უთქვამს უბრალოდ იმ დღეს მომიშორა თავიდან არ ეცალა თუ არ ვიცი, არ უნდოდა გაკეთება აბორტის“ (მარინე, 30 წლის, ახალციხე).

„ასეთი არაფერი ყოფილა. პაციენტები ყავდა ყოველთვის და როგორც ვთქვი, 20-30 წუთს მაძლევდა მოსაფიქრებლად, მეტს არა“. (41 წლის, ხაშური).

„მოკლედ, ექიმმა ნამდვილად მითხრა წადი მოიფიქრე რამდენიმე დღე გავიდესო, მაგრამ მე ძალიან კატეგორიულად ვუთხარი, რომ არ მინდა არაფრის მოფიქრება და აუცილებლად მინდა აბორტის გაკეთება. ამის შემდეგ, მე გამიკეთეს აბორტი, ანუ არ მოვიცადე ფიზიკურად ისედაც არ შემეძლო მოცდა, ისევ უნდა წავსულიყავი თბილისში და აღარ მეცლებოდა მაგისტვის“ (27 წლის, ბორჯომი).

ალტერნატიული სერვისის შეთავაზება თითქმის არ მომხდარა იშვიათი გამონაკლისების გარდა. (ერთ-ერთმა რესპონდენტმა 5დღიანი მოსაცდელი ვადის თავიდან აცილების მიზნით აბორტის სერვისი მიიღო შეწყვეტილი ორსულობის ფიქტიური მიზეზით. ასევე რესპონდენტთა ნაწილს, რომელთაც 2014 წლის შემდგომ ისარგებლეს აბორტის მომსახურებით არაფერი სმენიათ მოცდის პერიოდის შესახებ და აღნიშნავენ, რომ „უპრობლემოდ“ მიიღეს მომსახურება იმ დღესვე.

პირველ რიგში, უნდა ითქვას, რომ ზემოთ აღნიშნული რესპონდენტების უმეტესობა ვერ აფასებს 5-დღიანი მოცდის პერიოდის ეფექტურობას, ან თავს არიდებს კითხვაზე პასუხს.

შეფასებებს შორის აზრი ორად გაიყო. ერთნი თვლიან, რომ 5-დღიანი მოცდის პერიოდის არსებობა საჭიროა, გავლენას მოახდენს ქალის გადანყვეტილებაზე, სინანულს გაუჩენს და შეიძლება აზრი შეაცვლევინოს კიდევ. 45 წლის ქალი სამცხე ჯავახეთიდან, მიუთითებს,

რომ სწორედ მოცდის 5-დღიანი ვადის გამოყენების გამო გადაიფიქრა მისმა ქალიშვილმა აბორტი, რითიც საბოლოოდ ძალზე კმაყოფილია. მეტიც, ზოგიერთი მიიჩნევს რომ 5-დღიანი მოცდის პერიოდის ხანგრძლივობა უნდა გაიზარდოს.

მეორე, საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილის მოსაზრებას გასდევს არგუმენტი, რომ თუ ქალი მტკიცედაა დარწმუნებული, რომ აბორტის პროცედურას უნდა მიმართოს, ვერაფერი აიძულებს გადაიფიქრებას, საპირისპირო ეფექტი კი შეიძლება ჰქონდეს - გაღიზიანება გამოიწვიოს (გამონაკლისი შეიძლება იყოს ე.წ. „მერყევი“ პაციენტები). ამას გარდა, მოცდის პერიოდმა შესაძლოა შექმნას დამატებითი გეოგრაფიული, დროის და ფინანსური ბარიერი იმ ქალებისათვის, ვინც რაიონული ცენტრებიდან მოშორებით ცხოვრობენ (ე.ი. ორჯერ ვიზიტი კლინიკაში შესაძლოა პრობლემური გახდეს მათთვის, გაორმაგებული ტრანსპორტის და დროის ხარჯების გამო). მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ ასევე ორსულობის ვადის გაზრდა (განსაკუთრებით იმ ქალებისათვის, რომლებიც ორსულობის მე-12 კვირაში იმყოფებიან. ქვემოთ მოცემულია 5-დღიანი მოცდის პერიოდის რამოდენიმე კონტრარგუმენტი:

„შეიძლება ამ დროს ქალმა თვითნებურ შეწყვეტას/ არალეგალურ აბორტს მიმართოს და შედეგი ცუდი იყოს, მაგრამ პირადად ჩემთვის მორგებულია მოთხოვნებს“.

„ბარიერის შექმნა შეუძლია უფრო ფინანსურ მდგომარეობას, თუ გაიგო, რომ ფინანსურად უფრო იაფად შეძლებს სხვაგან ამის გაკეთებას ნავა და იქ გაიკეთებს, თორე ფსიქოლოგიურად ის, რომ 5 დღეში მოიფიქრებს არა, იმ 5 დღეში ის ეცდება, რომ უფრო სხვა, მარტივი გზა მოიფიქროს ან იაფიანი მოძებნოს უფრო“ (32 წლის, სენაკი),

მე პირადად გადანყვეტილი მქონდა, რომ გამეკეთებინა აბორტი და არ მჭირდებოდა 5 დღე მოცდა. 1-2%-ით შეიძლება შეამციროს, მეტი ვერა, რადგან როცა ქალს გადანყვეტილი აქვს ეს სხვა გზებს შეიძლება მიმართოს. ზოგისთვის გამაღიზიანებლად ალბათ, რადგან გაენელა ეს პროცედურა და ვინც არ არის დარწმუნებული თავის გადანყვეტილებაში ის უკეთ მოიფიქრებს“ (27 წლის, სენაკი).

„ვისაც მტკიცედ აქვს გადანყვეტილი, მისთვის უფრო გამაღიზიანებელია დროში განელილი მომსახურება...საჭიროა, თუმცა მგონია, რომ ფორმალბაა“.

„მე დარწმუნებული ვიყავი, რომ რაც შეიძლება მალე უნდა გამეკეთებინა /აბორტი/, იმიტომ, რომ ვხდებოდი, რომ რაც ნაყოფი გაიზრდებოდა მით მეტად გამიჭირდებოდა ამ ნაბიჯის გადადგმა ან საერთოდაც შეიძლება გადამეფიქრებინა, ახლაც მგონია, რომ გულის ფეთქვა რომ დაიწყებოდა მერე უკვე სავარაუდოდ გადავიფიქრებდი, ამიტომ არცერთი დღით არ მომიცდია ბედმეტად. როცა მივედი - გავიკეთე“. **შეამცირებს თუ არა აბორტების რიცხვს:** „ამაზე გამიჭირდება პასუხის გაცემა, არ ვიცი ზუსტად, თუ ჩემს მდგომარეობაში იქნებიან, მაგალითად, თუ იფიქრებენ იმაზე, რომ ნაყოფის ვადა არ გაზარდონ, მაშინ არ შეამცირებს, იმ შემთხვევაში, თუ იქნება ფსიქოლოგის ჩართულობა, თუ იქნება სოციალური სააგენტოების მხარდაჭერა, რომ მომავალში ბავშვის აღზრდა თუ გაზრდა და ზოგადად ბავშვის მომავლის უზრუნველყოფა, რალაცა დახმარებებზე ლაპარაკი თუ იქნება, თუ იქნება იურისტის მხარდაჭერაც ასევე, ალბათ რა თქმა უნდა შეამცირებს აბორტების რიცხვს“ (44 წლის, თბილისი).

„შეიძლება რალაც ძალიან ცოტა პროცენტით შეამციროს, იმიტომ, რომ როცა ქალი ამ გადანყვეტილებამდე მიდის, ისედაც საკუთარ თავთან იბრძვის, ძალიან მცირეა იმ ქალების რიცხვი, ვინც ამ გადანყვეტილებას ასე ხელაღებით იღებს, რადგან ამ არჩევანს აკეთებს.. სადღაც შეიძლება გაუჩნდეს სინანულის განცდა, მაგალითად აი, მარტივი და უბრალო მიზეზის გამო /მაგ: ვისაც უბრალოდ ეზარება კიდევ ერთი შვილის გაჩენა/ ვინც იკეთებს აბორტს, იმან შეიძლება გადაიფიქროს, იმიტომ, რომ ქალში ეს აბორტი ისედაც იწვევს შინაგან ბრძოლებს... მე ალბათ არ გამოვიყენებდი იმიტომ, რომ უფრო მეტად დაზარალდებოდა ჩემი ფსიქიკური მდგომარეობა, ეს ხუთი დღე ჩემთვის იქნებოდა საუკუნე.“ (43 წლის, თბილისი).

„თუ შენ ვადაწყვეტე, რომ უნდა მოიშორო, აღარც ის ხუთი დღე არ გიშველის, იმიტომ რომ შენ ვადაწყვეტილი გაქვს უკვე. იმიტომ რომ პირობები არ გაქვს კარგი ოჯახში და ხელს გიშლის ყველაფერი... ეს დრო მაინც სტრესი იქნება ქალისთვის, ძალიან ინერვიულებს და უფრო მეტად განიცდის... მე ისე მივდიოდი უკვე ვადაწყვეტილი მქონდა აბორტის გაკეთება და ეჭიმს რაც არ უნდა ეთქვა, აღარ ვუსმენდი“ (41 წლის, ხაშური); /აღნიშნულ პაციენტს მოსაფიქრებელ დროს აძლევდნენ კლინიკაში 20-25 წუთს.

„იქამდე სანამ მე ეჭიმი ვნახე და ერთ კვირაში ვადაწყვეტე, რომ ეს უნდა გამეკეთებინა, იმდენად განვიცადე და ვინერვიულე, კიდევ 5 დღე ჩემთვის ძალიან ისეთი იქნებოდა, ძნელი და ადამიანური თვალსაზრისით გავლიბიანი.“ (36 წლის, წყალტუბო).

ამას გარდა, უმეტესობა მიუთითებს (იმის მიუხედავად სმენია თუ არ სმენია 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ, ან ეფექტურად მიიჩნევს მას თუ არაეფექტურად), რომ 5-დღიანი მოცდის პერიოდი **ტერიტორიულ ბარიერს ქმნის**: „როცა იქიდან გაგიშვებენ და იცი, რომ კიდევ მისასვლელი ხარ, ის პერიოდი უფრო კიდევ სტრესულია. ერთხელ ჩამოვიდა რაიონიდან ვთქვათ და მეორედ ვეღარ შეძლოს ანონიმურად ჩამოსვლა?“ (36 წლის, თბილისი).

გამოითქვა მოსაზრება, რომ თუ ფსიქოლოგები იქნებიან ჩართული 5-დღიანი მოცდის პერიოდში, ამან შესაძლოა გაზარდოს მოცდის პერიოდის ეფექტურობა.

5-დღიანი მოცდის პერიოდის ნაკლებ ეფექტურობას ირიბად ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ ძალზე ცოტა რესპონდენტი (სულ რამოდენიმე) აღნიშნავს, რომ **გადაფიქრა აბორტი** - ერთ-ერთი რესპონდენტი ქართლიდან გადაფიქრების მიზეზად ასახელებს ნაყოფის სქესს (ვაჟი უნდოდა). უმეტესობა მტკიცედ იყო დარწმუნებული საკუთარ ვადაწყვეტილებაში და არ გადაუფიქრებიათ. ზოგიერთის ვადაწყვეტილებაში ჩაერია მეუღლე. თუმცა, „შემთხვევით“ გადაფიქრებული აბორტით ძალზე კმაყოფილია ერთ-ერთი რესპონდენტი: „მქონია ასეთი მომენტი - გოგონა, რომელიც მყავს ახლა, სამი თვის ორსულად ვიყავი, ძალიან ცუდად ვიყავი, დედასთან ვიყავი ჩასული რაიონში სტუმრად, მან არ მომცა ფული, რომ აბორტი გამეკეთებინა, ჩამოვედი თბილისში, მოვედი ეჭიმთან და ეჭიმმა სამი თვის ხარო, ხელი არ მომკიდა, მე ამ ბავშვს ვერ მოვკლავო, უკვე ცოცხალი არისო და ასე გავაჩინე ჩემი ქალიშვილი, ახლა ძალიან მადლობელი ვარ მაგ ეჭიმის.“ (44 წლის, თბილისი).

„მეორედ როცა მქონდა ვადაწყვეტილი მამაოსთან გასაუბრების შემდეგ ისევ მივედი კლინიკაში და უკვე დიდიც ვიყავი, ეჭიმი მესაუბრა გართულებებზე რომ საშიში იყო გაკეთება და ხელი არ მომკიდა საერთოდ, ფილტვების ანთებაც რომ გადატანილი მქონდა ეშინოდა რამე არ დაგემართოსო, ან სისხლდენა არ დაგენყოსო და მოკლედ მერე მეუღლესაც გავესაუბრე, მასაც შეეშინდა რამე არ დაგემართოსო და ვადაწყვეტეთ მერე გაჩენა და თბილისში წავედი უკვე იქ დავდექი აღრიცხვაზე და იქ ჩამიტარდა, როგორც არის ხოლმე ყველაფერი.“ (30 წლის, ახალციხე).

შეჯამება:

მოსაფიქრებელი ვადის, რომელიც კანონის მიხედვით, აბორტისწინა კონსულტაციიდან სამედიცინო ჩარევამდე უნდა გავიდეს, ე.ი. მოცდის 5-დღიანი პერიოდის ძირითადი მიზანი აბორტების რიცხვის შემცირებაა, იმ გათვლით, რომ თუ ქალებს უმძიმთ აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება, რამოდენიმე დღით დაფიქრება შესაძლოა ამ პროცესს სასიკეთოდ წაადგეს და აბორტის სერვისის მიღება გადაიფიქრონ. თუმცა, კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ საკითხი ასე მარტივად არ დგას. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები ბევრს საუბრობენ საკუთარ ნეგატიურ ემოციებზე, ტანჯვასა და ტკივილზე აბორტის გადაწყვეტილების მიღების გამო და აშკარად საჭიროებენ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას, 5-დღიანი მოცდის ვადა დიდი ეფექტურობით არ გამოირჩევა:

1. იმ რესპონდენტებზე, ვინც 2014 წლის ოქტომბრის შემდეგ მიიღო აბორტის მომსახურება, 5-დღიანი მოცდის პერიოდს ზეგავლენა არ მოუხდენია და მაინც ისარგებლეს აბორტით;
2. 2014 წლის ოქტომბრის შემდეგ მიიღო აბორტის მომსახურების მიმღებთაგან მცირე ნაწილს (დაახლ. 20 რესპონდენტი) არ ჰქონდა ინფორმაცია 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ, ან მიეწოდა ინფორმაცია, მაგრამ დაირღვა აბორტის სერვისის მიღების ვადა (აბორტი გავეთდა აბორტისწინა კონსულტაციის დღეს);
3. ვინც დადებითად აფასებს 5-დღიანი მოცდის პერიოდს, მათ ნაწილს აქამდე არც კი ჰქონდა წარმოდგენა აღნიშნული მომსახურების შესახებ და ინტერვიუერისგან შეიტყო ინტერვიუს მსვლელობისას (როდესაც ახლად მიწოდებული ინფორმაციის სათანადოდ გაანალიზების დრო რეალურად არ ჰქონდა);
4. რესპონდენტების საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ თუ ქალს აბორტი მტკიცედ აქვს გადაწყვეტილი, ვერაფერი შეუშლის ხელს ამ გადაწყვეტილების აღსრულებაში, რადგან ის პრაგმატული მოსაზრებით აფასებს სიტუაციას და ითვალისწინებს მაგ: დაბალ მატერიალურ შესაძლებლობებს, რთულ სოციალურ ყოფას მის ოჯახში, მცირეწლოვან შვილებს, რომლებსაც დიდი ყურადღება სჭირდებათ და მრავალ სხვა ფაქტორს, რომლებიც აღინიშნა რესპონდენტების მიერ ოჯახის და ქორწინების შეფასებისას, ასევე აბორტის მიზეზების დასახელებისას. დროში გადავადებული აბორტი კი პირიქით, ამგვარი პაციენტის გაღიზიანებას იწვევს და უფრო მეტ ფსიქოლოგიურ ბარიერს ქმნის, რაც შეიძლება გახდეს არალეგალური აბორტისთვის ან ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტისთვის მიმართვის საფუძველი (ეს კი ნამდვილად წარმოადგენს საფრთხეს ქალის ჯანმრთელობისათვის);
5. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ, რესპონდენტების ნაწილის აზრით, მოცდის 5-დღიანი პერიოდი ქმნის ტერიტორიულ/დროით/ფინანსურ ბარიერს ქალების იმ კატეგორიისათვის, ვისთვისაც კლინიკის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა პრობლემას წარმოადგენს.

ხუთ დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა პოტენციურად მეტად უარყოფით გავლენას ახდენს ქალებისა და მოზარდების უფრო მონეწვლად ჯგუფებზე, როგორებიც არიან სოფლად მცხოვრები ქალები და არასრულწლოვნები. ორსულობის შეწყვეტის სერვისი სოფლად ხელმიუწვდომელია და ქალებს მის მისაღებად შორ მანძილზე სჭირდებათ წასვლა, რაც დამატებით სატრანსპორტო ხარჯებთან და დროსთანაა დაკავშირებული ეს კი დამატებითი ბარიერია და ქმნის რეპროდუქციული უფლებებით რეალიზების თვალსაზრისით მთელ რიგ გამონწვევებს.

6. აბორტის პროცედურაზე ჩასატარებელი კვლევები და ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტა

კვლევის მონაწილეებს უნდა ეპასუხათ კითხვაზე, ჩაუტარდათ თუ არა პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება (ექოსკოპია) და ლაბორატორიული გამოკვლევები.⁸ კითხვაზე, თუ რამდენად იმოქმედა მათზე ულტრაბგერითი სკანირების შედეგებმა და ხომ არ შეაცვლევინა აბორტის გადაწყვეტილება კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ:

- რესპონდენტების ნაწილს არ ჩატარებია არცერთი მათგანი. როგორც ერთ-ერთი რესპონდენტი ამბობს: „ექოსკოპია არასოდეს არ ჩამტარებია და ყოველთვის საჭიროა ქალისთვის წინასწარ გამოკვლევები, ანალიზები და მერე გაიკეთოს აბორტი, მაგრამ ჩემ შემთხვევაში ასე არ ყოფილა. ალბათ ეს ნიშნავს ზუსტად უფლებების დარღვევას“ (41 წლის, ხაშური). ნაწილს ჩაუტარდა მხოლოდ პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება, ხოლო ნაწილს - ლაბორატორიული გამოკვლევებიც (ანალიზები) პროტოკოლის შესაბამისად, აბორტისწინა **გამოკვლევების ჩატარებასთან** დაკავშირებით შეიძლება ითქვას, რომ ან არ უტარდებოდათ, ან ძირითადად ულტრაბგერითი გამოკვლევა. ასევე გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც რესპონდენტს უტარდებოდა ის ლაბორატორიული კვლევები, რომელიც არ არის გათვალისწინებული პროტოკოლით (მაგალითად, სისხლის საერთო ანალიზი).
- რესპონდენტების უმეტესობას ან არ ესმოდა ნაყოფის გულისცემა / ვერ ხედავდა მონიტორზე ნაყოფს ან შეგნებულად გამოართვევინა მონიტორი იმ მიზეზით, რომ არ ემოქმედა აღნიშნულ ფაქტს მათ ემოციაზე და არ გადაეფიქრებინათ აბორტი: „პირველ რიგში, პირადად მე ასე ვიყავი, როცა ქალს გადაწყვეტილი აქვს აბორტის გაკეთება, მაშინ ყველანაირად ვცდილობდი ნაკლები ინფორმაცია მიმეღო ნაყოფის მდგომარეობის შესახებ, არ მქონდა ამის სურვილი, რადგან მძიმე იყო ეს ჩემთვის მოსასმენად, რადგან ისევ და ისევ საკუთარი სინდისი იხსნა, ალბათ. ცდილობ, რომ აიცილო ეს თავიდან“ (35 წლის, ხაშური);
- სელექციურ აბორტს ძალზე ცოტა რესპონდენტი მიუთითებს, პირიქით - ამტკიცებენ, რომ მსგავსი დამოკიდებულება მათთვის მიუღებელი და ამორალურია. შესაბამისად, არც კი უცდიათ ნაყოფის სქესის გაგება პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირების დროს.

იმ რესპონდენტთა ნაწილი, რომელთაც უტარდებოდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა, აღნიშნავს, რომ ადგილი ჰქონდა გადარწმუნების მცდელობას უმეტეს შემთხვევაში ნაყოფის გულისცემის მოსმენის გზით. ამათგან იყო შემთხვევები, როდესაც ქალმა არ შეცვალა გადაწყვეტილება, თუმცა ფსიქოლოგიურად ნეგატიურად იმოქმედა.

„სუსტი გულისცემაა ხოლმე და ამიტომ მე არ ვუსმენ... მერე მაჩვენებენ ხოლმე, აი, შენი პატარა, შეგიძლია ნახო, ნუ, ახლა მაშინ ძალიან უსახური რაღაცა შავი ლაქაა, მაგრამ მაინც, რაც არ უნდა იყოს. უფრო მეტად სინანული იზრდება, მაგრამ, როცა გადაწყვეტილი გაქვს, რომ უნდა მოიშორო, ეს აღარაფერს აღარ ცვლის“ (38 წლის, ხაშური)“.

„[გულისცემის მოსმენამ] ძალიან იმოქმედა, სიმართლე, რომ ვთქვა, რამდენიმე წამით კი ვიფიქრე, რომ გადამეფიქრებინა, მე არ მეგულება ქალი, ვიზეც ეს გავლენა არ მოახდენს, რავიცი, მაშინ ქვა უნდა იყო მართლა, ძალიან ცუდად გავხდი, მაგრამ არ მინდოდა ექიმს შეემჩნია, საბოლოო ჯამში, ისე გამოვიდა, რომ მაინც არ შევცვალე გადაწყვეტილება, მაგრამ საკმაოდ დიდხანს ვიყავი დეპრესიაში“ (30 წლის, თბილისი).

8 იხილეთ „ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა“, პროტოკოლი, გვ 11. დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 28 ივლისის N 01-182/ო ბრძანებით

რესპონდენტების უმეტესობა მიუთითებს, რომ სმენიათ **(თვითნებურად) ორსულობის შეწყვეტის** შესახებ, თუმცა ცოტა მათგანი თუ აღიარებს, რომ თავადაც უსარგებლია ამ მეთოდით. ძირითადად აღნიშნავენ, რომ ამგვარი მეთოდების შესახებ შეიტყვეს ახლობლისგან / მეგობრისგან / მეზობლისგან/ ნათესავისგან. თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტის მეთოდების ჩამონათვალი მრავალფეროვანია:

- აბების მიღება (მაგ: „საიტოტეკი“ „კუჭის წამალია, საშიში არაფერია... უბრალოდ ორსულებისთვის არ შეიძლება“);
- სიმძიმის აწევა;
- ინექციები (მაგ; დექსამეტაზონი) - „გამოვიყენე და კინაღამ მოვკვდი, მეტს აღარ გამოვიყენებ და არც სხვა ვურჩევ“ (32 წლის, სამცხე -ჯავახეთი)).
- სიმაღლიდან გადმოხტომა;
- ბალახების ნახარშის მიღება;
- ცხელი აბაზანები;
- იოდის მიღება.

ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც ზოგიერთმა რესპონდენტმა მიმართა ორსულობის შეწყვეტის მეთოდს, აბორტის სერვისის მიღების ფინანსური არახელმისაწვდომობაა: „გინეკოლოგმა გამლანძღა, რატო ესეთები გააკეთე ჩვენთან მოსულიყავიო. მე ვერ მივედი მაგ შემთხვევაში იმიტომ, რომ გინეკოლოგს თანხა სჭირდებოდა და იმიტომ გამოვიყენე ეს საშუალებები“. (41 წლის, ხაშური).

რესპონდენტები იხსენებენ მათ მიერ ორსულობის შეწყვეტის მცდელობებს, რომლებიც შესაძლოა ცუდად დასრულებულიყო:

„ჩემს ერთ ბიჭს ყავდა ტყუპისცალი, ხოდა რატომღაც მეგონა რომ იქნებოდა გოგო, შეგნებულად ავნიე ძაან, ძაან მძიმე ვედრები და მომცილდა ერთი. გართულება არაფერი ყოფილა. არ ვიცოდი ტყუპები თუ იყო, გამოთვლებით მითხრეს რომ გოგო იქნებოდა. ორი გოგო მყავდა უკვე და მეშინოდა მესამეც გოგოა მეთქი.“ (38 წლის, ალვანი).

„ აბები მაქვს გამოყენებული ორჯერ. კიი, გამოიწვია გართულებები, სისხლდენა, პირველ რიგში. იყო რამდენიმე დღე, როდესაც მეწონდა კატარსტროფული სისხლდენა. მერე მივმართე ექიმს და შემაჩერებლბებით, რამდენიმე ნემსი დამჭირდა და მერე შეჩერდა“(31 წლის, სენაკი);

„თანამშრომელმა დალია აბები, ცოტა მოეშალა, ცოტა დარჩა. ცუდად გახდა, წაიყვანეს და ხელახლა დაჭირდა აბორტის პროცედურა“.

შეჯამება:

აბორტის პროცედურამდე ჩასატარებელი კვლევები, სათანადოდ არ ხორციელდება. რესპონდენტების ნაწილს არ ჩატარებია არცერთი მათგანი, ან ჩატარდა მხოლოდ პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება (ექოსკოპია). როგორც კვლევამ აჩვენა პრე-აბორტულ ულტრაბგერით სკანირებას ვარკვეული გავლენა შეუძლია მოახდინოს ქალის გადაწყვეტილებაზე აბორტის შესახებ კერძოდ, ნაყოფის დანახვის/გულისცემის მოსმენის ფაქტის შემდეგ რთულია საკუთარი ემოციებისა და გადაწყვეტილების სიმტკიცის კონტროლი.

ორსულობის (თვითნებურად) შეწყვეტის სხვადასხვა საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით კვლევამ აჩვენა, რომ: ა) აღნიშნული „მეთოდების“ შესახებ ინფორმაციას ფლობს თითქმის ყველა რესპონდენტი; ბ) მცირე მათგანი აღიარებს თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტის სხვადასხვა საშუალებების გამოყენებას; გ) ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც ქალები მიმართავენ თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტას, არის აბორტის მაღალი განფასება.

7. აბორტის ფსიქოლოგიური ასპექტები, პას (პოსტ აბორტული სინდრომი), ფსიქოთერაპიული დახმარების სპეციფიკა

აბორტის ფსიქოლოგიური ასპექტები მრავალნაირანაგვანია და გასათვალისწინებელია ერთის მხრივ როგორც აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ფსიქოლოგიურ ფაქტორი და იმ ქალების **ფსიქოლოგიური მდგომარეობა**, რომლებიც აღნიშნულ გადაწყვეტილებას იღებენ, ასევე უშუალოდ აბორტის სერვისის მიღებისას და პოსტ აბორტულ პერიოდში წარმოშობილი ფსიქოლოგიური პრობლემები.

როგორც ინტერვიუების ანალიზიდან ჩანს, ქალების უმრავლესობა ერთი მხრივ აბორტს მიიჩნევს პრობლემის გადაჭრის საუკეთესო საშუალებად (მისი ინდივიდუალური მდგომარეობიდან გამომდინარე), ხოლო მეორე მხრივ, ფსიქოლოგიური ბარიერი აქვთ და ანუხებთ საკუთარი გადაწყვეტილება. აღნიშნულ მოსაზრებას ამყარებს ის ვერბალური გამოხატულებები, რომლითაც კვლევაში მონაწილე ქალები აღწერენ საკუთარ ემოციებს აბორტთან დაკავშირებით: „სინანული“, „შიში“, „ცუდი, მძიმე განწყობა“, „დაძაბულობა“ „განცდა, ტირილი“ „დანაშაული“, „სტრესი“, „სირცხვილი“, „ღმერთის შიში“. ამავდროულად ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი რესპონდენტი ყოველგვარი ემოციის გარეშე განიხილავდა აბორტის ფაქტს: „ერთი სული მქონდა, როდის მოიშორებდი“ „განსაკუთრებულს არაფერს ვგრძნობდი, თავად გადავწყვიტე ... ქალმა თავისი ცხოვრების საკითხები თვითონ უნდა გადაწყვიტოს და სხვისი ჩარევა არ არის საჭირო.“

ცნობიერად მიღებული გადაწყვეტილება, უარი არასასურველ ორსულობაზე, ანუ სამომავლო დედობაზე, ხშირად ფსიქიკურ, მორალურ და სოციალურ ტრავმას აყენებს ქალს. შესაბამისად, ხშირად უვითარდებათ პოსტაბორტული სინდრომი⁹. პას განკურნებაში ადამიანს ეხმარება ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი და ფსიქიატრი. დიდ როლს თამაშობს თავად პაციენტიც და უახლოესი გარემოცვა. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ რესპონდენტთაგან დიდ ნაწილს ჰქონდათ პოსტაბორტული სინდრომისთვის დამახასიათებელი ერთი ან რამდენიმე გამოვლინება, თუმცა არცერთს არ მიუმატავს ფსიქოლოგიურ დახმარებისადმი ამგვარი სერვისის შესახებ ინფორმაციის არქონის, სერვისის არარსებობის და/ან სოციალურ-მატერიალური ბარიერების გამო.

რესპონდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ აბორტის პროცედურის შემდგომ ჰქონდათ გაძლიერებული მწუხარების, სინანულის, სიცარიელის, დანაკარგის აღქმა, თვითსტიგმატიზაცია. თვითსტიგმატიზაციას აძლიერებდა ასევე რელიგიური სასჯელის შიშიც.

„მთელი ორი-სამი დღე ვგრძნობ, აი, სიცარიელეს. მერე უკვე აღდგება ორგანიზმი, გონებაც ეჩვევა და ჩვეულებრივად გრძელდება ცხოვრება. რას იზამ?! შეიძლება ფსიქოლოგი არა, მაგრამ რაღაცნაირად ერთი სიტყვაც მნიშვნელოვანია, რომ გეტყვის ადამიანი. აი, თითქოს განადგურებული ხარ“ (38 წლის, თბილისი).

„განვიცდიდი დიდ სინანულს თავისთავად, დანაკლისს, გულისტკივილს. მრცხვენოდა საკუთარი, ამას რომ ვაკეთებდი. დანაშაულის გრძნობა მქონდა ყველაზე მეტად. ვინმემ რომ მკითხოს, ყველაზე სამარცხვინო რამ რა გაგიკეთებიაო ცხოვრებაში, ამას ვუპასუხებ.“ (35 წლის, სენაკი).

„ძალიან ცუდად ვგრძნობდი თავს, ყველა აბორტის დროს. ამას რომ იკეთებ, ეს არის ყველაზე დიდი ცოდვა“ (32 წლის, სენაკი).

„არავინ არ არის შენ გვერდით ამ დროს, არ თვლიან, რომ ეს პრობლემაა და ეს ძალიან

9 „პოსტაბორტული სინდრომი“ გულისხმობს აბორტის შემდგომ სტრესული რეაქციის სახით განვითარებულ პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას. ტერმინი პირველად გამოყენებულ იქნა 1981 წელს ამერიკელმა ფსიქოლოგის ვინსენტ რუს მიერ.

როგორც და მეორე დღეს ჩვეულებრივი ცხოვრების გაგრძელება ძალიან როგორც ადამიანისთვის“ (36 წლის, თბილისი).

„მარტო მეგობარი ან თუნდაც ოჯახის წევრი ამ დროს ფსიქოლოგიურ დახმარებას ვერ გინებს ისე პროფესიულად. შეიძლება დაგამშვიდონ, მაგრამ, რასაც ჰქვია ფსიქოლოგიური დახმარება, ეს არ იქნება, ბუნებრივია“, 36 წლის, თბილისი. ექიმები ვერ ხვდებიან ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებას. ხშირად, უკეთეს შემთხვევაში, მხოლოდ მედიკამენტური მკურნალობით შემოიფარგლებიან მაშინ, როცა პას მოითხოვს ინტენსიურ ფსიქოემოციურ მხარდაჭერასა და პროფესიულ დახმარებას.

რესპონდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ საჭიროებდა ფსიქოლოგის მხარდაჭერას „მგონია, რომ აბორტს ვინც იკეთებს ყველა საჭიროებს ამ მხარდაჭერას, რადგან მათი გადანაცვრეტილება იყოს კარგად გააზრებული“, „აბორტის პროცედური შემდეგ რამდენიმე ხნის განმავლობაშიც, რომ ხდებოდა ფსიქოლოგთან კონსულტაციის გავლა კარგი იქნებოდა“. „აუცილებელია ამ დრო ფსიქოლოგთან კონსულტაცია... მე პირველი შვილის დროსაც დავდიოდი თბილისში ფსიქოლოგთან იმდენად როგორც ორსულობა მქონდა უძილობა მანუხებდა, ნერვოპათოლოგთან ფსიქოლოგთან ამ დროს ხომ ძალიან მნიშვნელოვანია გასაუბრება, დამშვიდება, ყველაფრის გააზრება“ (28 წლის, სამცხე-ჯავახეთი).

მაგრამ გამოიკვეთა გარკვეული ტიპის რესპონდენტები, რომლებიც უარყოფენ ფსიქოლოგის მხარდაჭერის საჭიროებას - სავარაუდოდ მათ უტრირებულად ესმით ფსიქოლოგიური დახმარების მნიშვნელობა და მიაჩნიათ, რომ ამგვარი სერვისი მხოლოდ უკიდურეს ნერვულ სტრესს / გაუნონასწორებელ მდგომარეობას ეხება: „არა, არა, მე საკმაოდ განონასწორებული ხედავ და ამროვნება მაქვს და ჯერჯერობით არა ვარ იმ მდგომარეობაში, რომ ფსიქოლოგი დამჭირდეს. ზოგადად, პრობლემების წინაშე როცა ვარ ძალიან მობილიზებული ვარ.“ (34 წლის, ახმეტა); „ჩემთან ეგ რაღაცეები ცოტა შორს არის, იმიტომ რომ ყოველთვის გადანაცვრეტილებას მე ვიღებ“ (49 წლის, ახმეტა).

შეჯამება:

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის სხვადასხვა კომპონენტების ანალიზისას კარგად ჩანს რესპონდენტების სულიერი/ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, მათი სტრესი და ნეგატიური განცდები აბორტთან დაკავშირებით, უნდა ითქვას, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის კომპონენტი აბორტის შემდგომი მომსახურების ყველაზე სუსტი რგოლია; ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების არ არის ინტეგრირებული აბორტის მომსახურებაში, რის გამოც ვერ ხერხდება პასის ეფექტური პრევენცია და აბორტის სერვისის მიმღებ ქალთა მენტალური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფა.

8. აბორტის შემდგომი მომსახურება და კონტრაცეფცია

აბორტის შემდგომ მომსახურებასთან დაკავშირებით რესპონდენტებს უნდა ეპასუხათ კითხვაზე, შესთავაზებს თუ არა:

- ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- მომდევნო ვიზიტის დაგეგმვა 7-14 დღის შემდეგ;
- ჩატარდა თუ არა კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვის/კონტრაცეფციის მეთოდებთან დაკავშირებით.

ხელმისაწვდომი იყო თუ არა კლინიკაში ინფორმაციული მასალა - ბეჭდვითი მასალა აბორტის შესახებ, ოჯახის დაგეგმვის სერვისების შესახებ, საქართველოში არსებული კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ, ამ საშუალებების შეძენის/არსებობის ლოკაციები.

ზოგადი შეფასებით, შეიძლება ითქვას, რომ კვლევამ გამოავლინა რესპონდენტების კატეგორია, ვისაც ზემოთ ჩამოთვლილი არც ერთი მომსახურება არ მიუღია (საცხოვრებელი ადგილის მიუხედავად - სოფელი/ქალაქი). ყველაზე ხშირად მაინც დასახელებულია აბორტის მომდევნო 7-14 დღის შემდეგ ვიზიტის დაგეგმვის შეთავაზება - თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ აღნიშნული სერვისით ნაწილმა არ ისარგებლა და არ გამოცხადდა კონსულტაციაზე. კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ ინფორმაციას მეტ-ნაკლებად აწვდიან, ან საერთოდ არ აწვდიან. ზოგიერთ შემთხვევაში კი პირდაპირ მედიკამენტს უნიშნავენ. კონტრაცეფციის თაობაზე კონსულტაციებს ძირითადად ისევ გინეკოლოგი ატარებს, ან ზოგიერთ შემთხვევაში - რეპროდუქტოლოგი.

რაც შეეხება ბეჭდვით მასალას აბორტის შესახებ - ოჯახის დაგეგმვის სერვისების შესახებ, საქართველოში არსებული კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ და ამ საშუალებების შეძენის/არსებობის ლოკაციებს - ისინი უფრო იშვიათადაა დასახელებული როგორც ხელმისაწვდომი.

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისის შეთავაზება არ დასახელებულა თითქმის არსად (გამონაკლისების გარდა) მიუხედავად იმისა, რომ გამოიკვეთა აშკარა საჭიროებები, ვინაიდან რესპონდენტთა ნაწილი ფსიქოლოგიური დახმარებას აღიქვამს, როგორც აბორტის შემდგომ განვითარებული პრობლემების პრევენციას. აღნიშნული სერვისის მნიშვნელობა ზოგიერთ რესპონდენტს კარგად ესმის: *„ვფიქრობ, რომ ძალიან დამეხმარებოდა და ასე მძიმედ არ გადავიტანდი ამ ამბავს, მაგალითად აბორტის შემდეგ ერთხელ მაინც რომ გამსაუბრებოდა და ვენუგეშებიც ვინმეს. იმასაც ვფიქრობ, რომ ფსიქოლოგმა შეიძლება უფრო გადააფიქროს ქალს აბორტის გაკეთება, ვიდრე ეჭიმმა“ (43 წლის, თბილისი)*

„ძალიან მნიშვნელოვანია იმიტომ, რომ ზოგადად, როდესაც მიდიან, ჩემს თანატოლებზე და ახალგაზრდებზე მაქვს უფრო საუბარი, თავიდანვე ძალიან რთულია, რადგან ჰქონდა ჩემს რამდენიმე ახლო ადამიანს ასეთი შემთხვევა, რომ როდესაც მივიდნენ ამ მომსახურების მისაღებად მიიღეს ძალიან ცივი დამოკიდებულება, რადგან ვთქვათ არ იმყოფებოდნენ იმ პერიოდში ქორწინებაში. ძალიან ცივი და უდიერი დამოკიდებულება მიიღეს თავად მედპერსონალისგან და ეს არ არის მისაღები, რადგან ეს არის ქალის პირადი არჩევანი.“ (26 წლის, თბილისი).

სარგებლობენ თუ არა რეპროდუქციული ასაკის ქალები კონტრაცეპტივებით? უნდა აღინიშნოს, რომ კონტრაცეპტივებზე საუბრისას, რესპონდენტებს პირველ რიგში მედიკამენტები ახსენდებათ. ასევე ასახელებენ „სპირალს“, „სანთლებს“, კონდომს, კალენდარულ მეთოდს. უმეტესობა, ვინც კონტრაცეპტივს იყენებს კმაყოფილია და არ აპირებს მეთოდის შეცვლას. საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილი მიუთითებს, რომ არ სარგებლობს კონტრაცეპტივებით, მიზეზად კი ასახელებენ ძირითადად გვერდით მოვლენებს

(თავბრუსხვევა, პირღებინება და ა.შ.), ასევე პარტნიორის გარეშე ყოფნას მოცემულ მომენტში.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიმართ დამოკიდებულება გამოიკვეთა რამოდენიმე მიმართულებით:

- არ სმენიათ გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ (ასეთი რესპონდენტები საკმაოდ ბევრია), მაგრამ ინტერვიუერის მიერ ინფორმაციის მიწოდების შემდგომ, ამჟღავნებენ დაინტერესებას და თვლიან, რომ გადაუდებელი კონტრაცეფცია აბორტის ალტერნატივაა. მოცემული კატეგორიის რესპონდენტებიდან ნაწილი სამომავლოდ გამოიყენებდა გადაუდებელ კონტრაცეფციას, ნაწილი კი თავს იკავებს (არ ენდობა);
- არ სმენიათ გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ და ინფორმირების მიუხედავად არ თვლიან მას აბორტის ალტერნატივად;
- სმენიათ გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ (ზოგიერთს გამოუყენებია კიდევ) აპირებენ გამოყენებას საჭიროების შემთხვევაში, ან სმენიათ, მაგრამ სასტიკი წინააღმდეგი არიან მისი გამოყენების გვერდითი მოვლენების გამო.

„ტაბლეტი კი მსმენია რაღაც რო არის, მაგრამ მე ვერ ვსარგებლობ, იმიტომ რომ ცუდად მხდის. ერთხელ ტაბლეტი მქონდა, მივიღე, მაგრამ გამხდა ცუდად, ვერ მიიღო ჩემმა ორგანიზმმა ტაბლეტები და ამიტო შევწყვიტე. აფთიაქში ვიყიდე და ფინანსურადაც ხელმისაწვდომი იყო, ვცადე მაგრამ, რომელიც ძვირი იყო მაგას ვერ გავწვდი და ეგ ტაბლეტი ორგანიზმა ვერ მიიღო. ექიმის კონსულტაციის გარეშე მივიღე. შემდეგშიც ვერ მივიღებ, თავბრუსხვევები მქონდა და შევწყვიტე და მაგის მერე არც მიმიღია“ (32 წლის);

„თუ არ მინდა, რომ აბორტი გავიკეთო და ეს ნამლები დავლიო, ამ შემთხვევაში თავს დავიცავ, კონტრაცეპტივები არა, პრეზერვატივს ვგულისხმობ ამ შემთხვევაში“ (23 წლის, თბილისი);

„ისევ მერჩია ის აბორტი გამეკეთებინა, დარწმუნებული ვიყავი რო გავსუფთავდი, ვიდრე...“ (45 წლის, თბილისი);

„მაგას მე ვერ გამოვიყენებდი ტყუილად, იმიტომ, რომ მე ვერ მივხვდებოდი 72 საათის განმავლობაში დავფეხმძიმდებოდი თუ არა“ (38 წლის, თბილისი).

„ეკლესიურად ცოდვაა, მაგრამ აბორტს მაინც ჯობს“.

„ტაბლეტებიც დამიღვეია, ექიმისგან, აქ მოდიოდა ხოლმე ჩვენთან სოფლის ამბულატორიაში, არავინ არ მირჩია, უბრალოდ, გავიგე რომ სვამდნენ ამასაც, დაახლოებით სამი თვე ვსვამდი, ეს ტაბლეტები მგონია, რომ უფრო აზიანებს ორგანიზმს, მე უბრალოდ ეს ნამლები არ მომწონს“ (31 წლის, გომი).

იმ რესპონდენტების ნაწილმა, ვისაც გამოუყენებია გადაუდებელი კონტრაცეფცია, ექიმთან კონსულტაცია გაიარა, ხოლო ნაწილმა კი პირდაპირ აფთიაქს მიმართა და თვითნებურად მიიღო. რაც შეეხება ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, ამ შემთხვევაშიც, ისევე როგორც აბორტების ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან მიმართებაში - გააჩნია ინდივიდის ფინანსურ შესაძლებლობას, მაგ: ერთი და იგივე პრეპარატი ნაწილთათვის ხელმისაწვდომი შეიძლება იყოს, ზოგიერთისთვის კი - ძვირი და არახელმისაწვდომი.

შეჯამება:

აბორტის შემდგომი მომსახურებაც დაახლოებით იგივე ტენდენციით ფასდება რესპონდენტების მიერ, როგორც მაგ: პირველი კონსულტაციის სერვისი. მოცემულ შემთხვევაშიც ადგილი აქვს ჩავარდნებს:

- ზოგიერთ რესპონდენტს არ მიუღია აბორტის შემდგომი მომსახურების არცერთი კომპონენტი;
- კონტრაცეფციის შესახებ ყველა რესპონდენტს არ მიენოდა ინფორმაცია;
- აბორტების შესახებ ბეჭდვითი მასალის ხელმისაწვდომობა თითქმის არსად ფიქსირდება.

ამაას გარდა, კვლევამ აჩვენა დაბალი ინფორმირებულობა ოჯახის დაგეგმვის საკითხში: კონტრაცეფციის შესახებ არ სმენია გამოკითხულ რესპონდენტთა ნაწილს, ზოგი კი კონტრაცეფციას მხოლოდ მედიკამენტებს (რომლის გვერდით მოვლენებზეც ასევე საუბრობენ) უკავშირებს. კონტრაცეპტივებს შორის (ვინც იყენებს) დასახელდა სპირალი, კონდომი, კალენდარული მეთოდი, სანთლები.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ რესპონდენტების საკმაოდ მნიშვნელოვან ნაწილს ან არ სმენია ან ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვს. თუმცა ინტერვიუერის მიერ ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ, ნაწილი მაინც უნდობლობას ამჟღავნებს (მათ შორის იმ ქალების ნაწილიც, ვისაც სმენია) ძირითადად რთული გვერდითი მოვლენების გამო.

9. ქვეყანაში არსებული გამოწვევები აბორტის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით (ბარიერები, დისკომფორტი, პრობლემის გადაჭრის გზები)

სხვადასხვა პრობლემები დასახელდა კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ, რომელებიც გაერთიანდა თვისებრივად ერთგვაროვან / ჰომოგენურ კატეგორიებში:

- ფინანსების ნაკლებობა, სოციალური მდგომარეობა;
- საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალი დონე;
- სელექციური აბორტი;
- კულტურული სტერეოტიპები /მენტალური - ფსიქოლოგიური ფაქტორი;
- რელიგიური ფაქტორი;
- ოჯახის დაგეგმვის კულტურის არარსებობა;

„პრობლემა - მაგ: დაუქორწინებელი გოგონას ორსულობა, მარტოხელა დედობა, როდესა სახელმწიფოს მხრიდან არანაირი მხარდაჭერა არ არსებობს ასეთი ადამიანების მიმართ“ „საზოგადოებისგან იქმნება ხოლმე ძალიან დიდი წინააღმდეგობები, მაგალითად, თუ ეს არ არის ქორწინებაში ჩასახული ნაყოფი მოდის ძალიან დიდი აგრესია და მოდის გაკითხვა, განსჯა და განხილვა ადამიანის პირადი სივრცის, რაც მიუღებელია თავისთავად იმიტომ, რომ ადამიანის პირადი ცხოვრება არის ხელშეუხებელი. რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, მიუხედავად იმისა, რომ მიუკერძოებლები უნდა იყვნენ ამ შემთხვევაში და ყველას შესთავაზონ ერთნაირი ხარისხობრივი მომსახურება ეს არ ხდება და მაინც იგივე სიტუაციაში ვვარდებით ქალები და ვხდებით ჭორაობის და განხილვის საგანი და ძალიან ბევრს უთქვამს უარი რელიგიური კუთხით, ზოგადად მსმენია და ეგ არასწორია იმიტომ, რომ ჩემი რელიგია ჩემი გადასაწყვეტია და თუ თვითონ საერთოდ არ აკეთებს ამ მანიპულაციას, მაშინ რაღა საჭიროა გინეკოლოგის ლიცენზია, მაშინ უარი თქვას საერთოდ ოპერაციულ გინეკოლოგიაზე.“ (26 წლის, თბილისი)

როგორც ვხედავთ, რესპონდენტებმა ერთმანეთთან ურთიერთდაკავშირებული და ურთიერთდამოკიდებული ფაქტორები დაასახელეს, რომელთა საერთო საფუძველი დაბალი ინფორმირებულობა და დაბალი ფინანსური შესაძლებლობებია. ასე მაგ: სელექციური აბორტი, ოჯახის დაგეგმვის კულტურის არარსებობა, კულტურული სტერეოტიპები და სხვა ფსიქოლოგიური ასპექტები მენტალური თავისებურებებია, რომლის გაძლიერებასაც ინფორმირებულობის ნაკლებობა უწყობს ხელს. ცალკე უნდა აღინიშნოს კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების სელექციური აბორტისადმი გამოხატული დამოკიდებულება, როდესაც ერთი მხრივ ისინი მიუთითებენ, რომ სქესს მათთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა არ ჰქონია აბორტის სერვისის მიღებისას, თუმცა მეორე მხრივ, ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორად ასახელებენ ქვეყანაში არსებულ პრობლემებს შორის აბორტის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით.

ორსულობის შეწყვეტის სერვისის მიღების ბარიერებია:

- ოჯახური კონფლიქტი აბორტის გადამწყვეტილების მიღების გამო;
- ბავშვის დატოვების პრობლემა;
- არალეგალური აბორტი/ თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტა;
- შიში (ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო), თუ ნაცნობი ექიმი არ გყავს;
- კონფიდენციალობის დარღვევა;
- ექიმების არაპროფესიონალიზმი და გულგრილობა / ექიმების ცივი დამოკიდებულება;

„ეჭიმი იმისთვისაა, რომ დეტალურად აგისხნას და გაგარკვიოს იმაში, რაც არ იცი და არა კითხვას რომ დაუსვამ და ძლივს ამოღერდოს ორი სიტყვა“; („უნდათ რომ სულ ერთსა და იგივე ეჭიმთან იარო და არ მოსწონთ სხვასთან თუ წახვდი, რადგან ეს თანხებთანაა დაკავშირებული“ - 40 წლის, ხაშური).;

- მამაკაცების /პარტნიორების გაუთვითცნობიერებლობა და პასუხისმგებლობის არიდება;
- კონტრაცეპტივების სიძვირე; *„ფსიქოლოგიურს ალბათ, არავინ არ არის შენ გვერდით ამ დროს, არ თვლიან, რომ ეს პრობლემაა და ეს ძალიან რთულია და მეორე დღეს ჩვეულებრივი ცხოვრების გაგრძელება ძალიან რთულია ადამიანისთვის“;*
- ტერიტორიული ბარიერი: *„სოფლად მცხოვრებნი ვერ ჩამოდიან ქალაქში, ტრანსპორტირება უნევთ, რომელიც ძალიან ძვირი უჯდებათ, მერე იღებენ თვითნებურ გადაწყვეტილებას, რომელიც სავალალოდ მთავრდება, ზოგს დენა უვარდება, ზოგს მერე სასწრაფოც ვერ უსწრებს და ამიტომ მერე დარჩენილ შვილებსაც დედა, სამწუხაროდ, არ ჰყავთ მერე, ძირითად ბარიერად ვხედავ იმას, რომ კლინიკები ახლოს არ არის, სასწრაფოც არ არის საკმარისი, ჯერ მართო სენაკში ორად ორი სასწრაფო დადის და ეს ორი სასწრაფო რამდენ სოფელს მოემსახუროს....არა, არ ვართ გაუთვითცნობიერებულები, ამიტომ გვჭირდება მეტი ჩახედვა და ინფორმაციის მიღება, რომ მივიღოთ სწორი გადაწყვეტილება ყველაფრის შესახებ, რაც შესაძლებელია“ (32 წლის, სენაკი).*

როგორც ვხედავთ, ორსულობის შეწყვეტის სერვისის მიღების ბარიერები მოიცავს სისტემურ (ეჭიმების ეჭიმების არასათანადო დამოკიდებულება, კონტრაცეპტივების სიძვირე, კონფიდენციალობის დარღვევა, ტერიტორიული არახელმისაწვდომობა), პიროვნულ / ინდივიდუალურ (შიში, ოჯახური კონფლიქტი, ბავშვის დატოვების პრობლემა) და კულტურულ/ მენტალურ (მამაკაცების /პარტნიორების გაუთვითცნობიერებლობა და პასუხისმგებლობის არიდება) კომპონენტებს რაც ერთიანობაში ქმნის მთელ რიგ პრობლემებს რეპროდუქციული უფლებების რეალიზების თვალსაზრისით .

კვლევის ფარგლებში, ეჭიმების არასათანადო დამოკიდებულება და კონფიდენციალობის დარღვევა მნიშვნელოვან ბარიერებად დასახელდა, რესპონდენტების ნაწილი პირად გამოცდილებაზე დაყრდნობით ამგვარ ფაქტებს ადასტურებდა.

რესპონდენტების აზრით, დისკომფორტს აბორტთან დაკავშირებით ქმნის ფსიქოლოგიური, ფინანსური, სისტემური, ტერიტორიული და რელიგიური ფაქტორები: ცუდი განწყობა, ნერვიულობა; არასაკმარისი ფინანსები; თავად აბორტის პროცედურა და მისით გამოწვეული ფიზიკური და სულიერ ტკივილი; მანძილი კლინიკამდე; შვილის დაკარგვა; ეჭიმების ცივი დამოკიდებულება; ორგანიზმისთვის ზიანის მიყენება აბორტის შედეგად; წინააღმდეგობა რელიგიასთან. *„ვერც გადმოსცემ, როგორ, რას გრძნობ დედა მაგ დროს. აი, ხვდები, რომ რაღაც დიდ დანაშაულს ჩადიხარ, მაგრამ მაინც აკეთებ. აი, ეს მდგომარეობა იყო ჩემთან პირადად. ვგრძნობდი ამას, რომ დიდ შეცდომას ვუშვებდი, მაგრამ ეს მაინც უნდა გამეკეთებინა.“ (38 წლის, თბილისი).*

პრობლემის აღმოფხვრის გზები: რესპონდენტებმა დაასახელეს სხვადასხვა გზები, რომელთა საშუალებითაც, მათი აზრით, შესაძლებელია ზემოთ დასახელებული, აბორტთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა:

- კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობა (მაგ: ღირებულების შემცირება, უფასოდ დარიგება მოსახლეობაში, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და ა.შ.) და ინფორმირება მათ შესახებ / უფასო კონსულტაციების (მათ შორის - ფსიქოლოგიური) გზით: *„აქ, ალვანში ჩამოდიოდა ხოლმე ეჭიმი, რომელიც გვესაუბრებოდა კონტრაცეფციის*

სხვადასხვა მეთოდების შესახებ და თან გვირიგებდა უფასოდ, ვისაც სურვილი ჰქონდა, ხალხიც იყო დაინტერესებული და მოთხოვნა იყო. კარგია ასეთი რაღაცის შესაძლებლობა თუ იქნება, რომ ბევრმა აიცილოს თავიდან აბორტი“; (თუმცა აქ დაფიქსირდა საპირისპირო მოსაზრებაც, რომ აფთიაქებში კონტრაცეპტივების (ამ შემთხვევაში აბების) თავისუფალი გაყიდვა და ხელმისაწვდომობა შესაძლოა უარყოფით გავლენას ახდენდეს ქალის ჯანმრთელობაზე, თუ მან თვითნებურად, ექიმთან შეთანხმების გარეშე მიიღო ისინი);

- ინფორმირებულობის დონის ამაღლება - საინფორმაციო კამპანიები, ბროშურების დარიგება;
- ხელმისაწვდომი უსაფრთხო აბორტის სერვისები: - „ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის საჭირო სერვისების მიღება და ექიმებმა არ უნდა დაიბარონ ინფორმაციის გაცემა“. (33 წლის, სენაკი); „რატომ არ უნდა ქონდეს სოფლად მცხოვრებ ორსულს ექიმთან მისვლის შესაძლებლობა და რატომ უნდა იყოს ეს ასეთი ძვირი, ცოდო ხოა ისიც, მასაც ხო უნდა გამოკლვევა. ახლანდელი ბავშვები ხშირად ინვალიდებად იბადებიან და ყველას უნდა ჰქონდეს იმის შესაძლებლობა, რომ გაიგოს ნაყოფი როგორია, იქნებ დროულად, მუცელში ყოფნის დროსაც შეიძლება განკურნება. წინასწარ ხო უნდა იცოდეს, იქნებ წამლებიც შველის. ამიტომ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (29 წლის, სენაკი);
- სტერეოტიპებთან ბრძოლა: „სტერეოტიპი დაინგრეს უქმრო ქალების მიმართ, დამოკიდებულებები უნდა შეიცვალოს ერთმანეთის მიმართ, მე ესე ვფიქრობ, ერთ დონეზე უნდა იყოს ისიც, ისიც. სტატუსების მიხედვით, მდგომარეობის მიხედვით, რომ არ შევხედავთ ადამიანებს უკეთესად ვიქნებით“. (32 წლის, სენაკი);
- ექიმების მხრიდან ეთიკური და პროფესიონალური მიდგომა პაციენტებისადმი;
- სამედიცინო დაზღვევის პაკეტები, სადაც აბორტის სერვისი იქნება გათვლისწინებული;
- ქალების სამედიცინო შემოწმება / კვლევა (უფასოდ ან ფინანსურად ხელმისაწვდომი);
- ფსიქოლოგიური სერვისის დანერგვა/გაძლიერება: „აუცილებელია, ფსიქოლოგების ჩართვა ამ საკითხთან დაკავშირებით. საერთოდ ვფიქრობ, ოჯახის დაგეგმვის დროსაც ფსიქოლოგების კონსულტაცია და მათი მომსახურების მიღება უნდა იყოს აუცილებელი, რომელიც უნდა უზრუნველყოს სახელმწიფომ“ (ხათუნა, 37 წლის).

შეჯამება:

- ქვეყანაში აბორტის /ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით არსებული პრობლემებიდან წამყვანია მატერიალური ფაქტორი და საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის დონე. სწორედ ამ ორი ფაქტორიდან გამომდინარეობს დანარჩენი დასახელებული ფაქტორები;
- ორსულობის შეწყვეტის ბარიერები შემდეგია: ოჯახური კონფლიქტი, ექიმების არაპროფესიონალიზმი და გულგრილი დამოკიდებულება, კონრაცეპტივების სიძვირე, ტერიტორიული ბარიერი (გეოგრაფიული არახელმისაწვდომობა);
- დისკომფორტს კი პირველ რიგში თავად აბორტის პროცედურა წარმოადგენს. ასევე, ფსიქოლოგიური ფაქტორები: შიში, სტრესი, აბორტის შემდგომი ფსიქოლოგიური პრობლემები, მაგალითად „პას“-ი და ა.შ.;
- აღსანიშნავია, რომ დაბალია მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე რეპროდუქციული უფლებების თვალსაზრისით ისევე, როგორც სამართლებრივი რეაგირების მექანიზმების შესახებ;

გამოსავალის სახით რესპონდენტები გვთავაზობენ: საზოგადოების ინფორმირებას, მათ შორის კულტურულ სტერეოტიპებთან ბრძოლას; ფსიქოლოგიური სერვისების დანერგვა-გაძლიერებას; სამედიცინო ღონისძიებებს, კონკრეტულად კი სადამღვევო პაკეტებს და უფასო კონსულტაციებს.

დასკვნა

ასოციაცია „პერა XXI“-ის მიერ უსაფრთხო აბორტის სერვისების ბარიერების გამოვლენის მიზნით ჩატარდა თვისებრივი კვლევა, რომლის მიზანიც გახლდათ უსაფრთხო აბორტის სხვადასხვა სერვისების და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ხელმისაწვდომობის შეფასება, ასევე ქვეყანაში აბორტის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით პრობლემების გადაჭრის გზების იდენტიფიცირება.

აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის ბარიერების გამოვლენის მიზნით, თავდაპირველად მოხდა აბორტების მიზეზების (ზოგადი და პირადი) გაანალიზება. მიზეზები შეიძლება გაერთიანდეს თვისებრივად ჰომოგენურ კატეგორიაში - მატერიალური ფსიქოლოგიური, სოციალური.

კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოიკვეთა უსაფრთხო აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის შემდეგი სახის ბარიერები:

მატერიალური (დაბალი ფინანსური შესაძლებლობები) და ფსიქოლოგიური (მაგ: ოჯახის წევრების და ახლობლების მხარდაჭერის ნაკლებობა) პრობლემები და კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების არასახარბიელო სოციალური მდგომარეობა ხშირად ხდება ორსულობის შეწყვეტის და სხვა სიცოცხლისთვის საშიში ქმედებების მაპროვოცირებელი, რაც თავის მხრივ იწვევს მთელი რიგი რეპროდუქციული უფლებების დარღვევას.

გეოგრაფიული არახელმისაწვდომობა - რომელიც განსაკუთრებით აქტუალურია რაიონული ცენტრებიდან მოშორებით და/ან მაღალმთიან რეგიონში მცხოვრები ქალებისათვის და დაკავშირებულია ეკონომიკურ ფაქტორთან, მაგ: შედარებით მაღალი ფინანსური შესაძლებლობების რესპონდენტისთვის, კლინიკის სიმორე ნაკლებად წარმოადგენს ბარიერს (თანხა, რომელიც სჭირდება კლინიკამდე მისასვლელად), დაბალი მატერიალური შესაძლებლობის რესპონდენტთან შედარებით. მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფო პოლიტიკა მაქსიმალურად უწყობდეს ხელს რეპროდუქციული უფლებების რეალიზებას და უზრუნველყოფდეს სამედიცინო სერვისებზე მოსახლეობის თანაბარ ხელმისაწვდომობას.

აბორტის სერვისის მიღების დაბალი ფინანსური ხელისაწვდომობა - აბორტის მაღალი ღირებულების გამო, ქალები საბანკო ვალდებულებებს იღებენ და/ან მიმართავენ ორსულობის შეწყვეტის არალეგალურ გზას.

ხარვეზები აბორტისწინა კონსულტაციის სერვისის მიღებისას - კვლევაში მონაწილე ქალების უმეტესობას არ ჩატარებია აბორტისწინა კვლევები (ან ჩატარდა მხოლოდ პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება (ექოსკოპია), ან კვლევები, რომელიც არ არის გათვალისწინებული პროტოკოლით); არ გამოუკითხავთ პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსი დეტალურად; დასახელდა კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტები; არ ხდებოდა პაციენტების სრულად ინფორმირება აბორტის შემდგომი შესაძლო გართულებების შესახებ; არ ხდებოდა ექიმების მიერ წერილობითი ინფორმაციის მიწოდება რესპონდენტებისთვის აბორტის გაუქმების/გადავადების შესახებ; მხოლოდ კვლევაში მონაწილე ქალების მცირე ნაწილმა მიიღო სრული ინფორმაცია აბორტის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ (ვინაიდან რესპონდენტების უმრავლესობა ძირითადად 2-8 კვირის ორსულობის ვადაზე მიმართავდა აბორტის მომსახურებას, ვაკუუმ ასპირაცია (ე.წ. მინი აბორტი) იყო აბორტის მეთოდი, რომელსაც ისინი ირჩევდნენ).

მოცდის 5-დღიან პერიოდს კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა დიდი ნაწილი არაეფექტურად მიიჩნევს, რადგან ქალი პრაგმატულ არჩევანს აკეთებს აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას და საკუთარ მოსაზრებას მარტივად არ იცვლის. დროში გახანგრძლივებული/გადავადებული აბორტის პროცედურა კი: ა) იწვევს ისედაც დაძაბულ და სტრესულ მდგომარეობაში მყოფი ქალის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის კიდევ უფრო

გაუარესებას; ბ) ქმნის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ბარიერს იმ ქალებისათვის, რომლებიც რაიონული ცენტრებიდან მოშორებით და/ან მაღალმთან რეგიონში ცხოვრობენ.

ხარვეზები აბორტის შემდგომი მომსახურების მიღებისას - აბორტისწინა კონსულტაციის სერვისის მსგავსად, აბორტის შემდგომი მომსახურების კომპონენტების შესახებ ინფორმაციის არასრულად მიღება ან სრული არახელმისაწვდომობა.

ცალკე უნდა აღინიშნოს რესპონდენტების დაბალი ინფორმირებულობის დონე ოჯახის დაგეგმვის საკითხებთან მიმართებაში: კონტრაცეფციის შესახებ არ სმენია გამოკითხულ რესპოდენტთა ნაწილს, ზოგი კი კონტრაცეფციას მხოლოდ მედიკამენტებს უკავშირებს. ხოლო გადაუდებელ კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონე გაცილებით უფრო დაბალია.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უსაფრთხო აბორტის სერვისების მიღების პრობლემები უკავშირდება სისტემურ (მაგ: მომსახურების (აბორტის წინა და შემდგომი სერვისები, მოცდის 5-დღიანი პერიოდი), საკანონმდებლო და ა.შ.), გეოგრაფიულ (სიშორე), ინდივიდუალურ (გადაწყვეტილების მიღება, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა) და ეკონომიკურ ფაქტორებს, რომლებიც პირობითად ორ ძირითად მახასიათებელზე დაიყვანება (აბორტის მიზეზების ანალოგიურად): მატერიალური ფაქტორი და ინფორმირებულობის დაბალი დონე.

რეკომენდაციები

- უზრუნველყოს დისკრიმინაციისგან თავისუფალ არამიკერძობულ გარემოში პაციენტის თავისუფალი და ინფორმირებული არჩევანის შესაძლებლობა, უსაფრთხო აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე;
- გადაიხედოს ჯანმრთელობის შესახებ კანონი, მუხლი 140 და განიმარტოს აბორტის რეკლამა. განისაზღვროს და გაიმიჯნოს ერთმანეთისგან აბორტის რეკლამა და უსაფრთხო აბორტის შესახებ ინფორმირება;
- საზოგადოებრივი მაუწყებლის სარედაქციო პოლიტიკაში მოხდეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების საკითხების ინტეგრირება - საზოგადოების ფართო მასების ცნობიერების ამაღლების მიზნით სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებზე საინფორმაციო ხასიათის გადაცემების, სიუჟეტების მომზადების უზრუნველყოფა;
- გაძლიერდეს უსაფრთხო აბორტთან დაკავშირებული საინფორმაციო კამპანია: საინფორმაციო შეხვედრები მოსახლეობასთან, საინფორმაციო ბროშურები, ბუკლეტები; უზრუნველყოფილ იქნას დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგიითა და სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ ამოცანათა მიღწევა, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვისა და მოზარდთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებებით;
- მუნიციპალურ დონეზე მოხდეს პრევენციული პროგრამების დაფინანსება არასასურველი ორსულობის შემცირების მიზნით;
- გადაიხედოს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონსულტირების სერვისის ინტეგრირების მიზნით;
- შეიქმნას სოფლად მცხოვრები ქალების საჭიროებებზე მორგებული გადამისამართების სისტემა სამედიცინო დაწესებულებებს შორის, რომელიც უზრუნველყოფს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ინფორმირებულობას, კონსულტირებას და სერვისზე წვდომას;
- შეიქმნას ესენციური მედიკამენტების ნუსხა და მოხდეს კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეპტივების ინტეგრირება;
- მოხდეს ფსიქოლოგიური დახმარების კომპონენტის დანერგვა/გაძლიერება პრე და პოსტ აბორტული კონსულტირების სერვისებში, პასის მართვა და მკურნალობა;
- უსაფრთხო აბორტის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით მოხდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტების ამოქმედება სოციალურად დაუცველი და სოფლად მცხოვრები ქალებისათვის;
- უზრუნველყოს საქართველოში მოქმედი გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით გათვალისწინებული ხარისხის კონტროლის მექანიზმების შესრულების მხარდაჭერა, ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით შიდა და გარე აუდიტის დანერგვა;
- დაინერგოს მხარდამჭერი ზედამხედველობის პრინციპები სამედიცინო დაწესებულებებში, რათა უზრუნველყოფილ იქნას მონიტორინგის შედეგებზე დროული რეაგირება და მაღალ ხარისხიანი სერვისების მიწოდება;

- გადაიხედოს მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ კანონმდებლობა, მოხდეს მისი ეფექტიანობის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებით მოხდეს 2014 წელს ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონში (თავი 23, მუხლი 139, პუნქტი ბ) შესული ცვლილების მოსაფიქრებელი ვადის გაზრდის შესახებ გადაწყვეტილების გადახედვა;
- ხელი შეეწყოს ორსულობის ადრეულ ვადაზე პირველად ჯანდაცვის რგოლში უსაფრთხო აბორტის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას აბორტის შემდგომი გართულებების და განმეორებითი აბორტების პრევენციის მიზნით;
- მოხდეს ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფისთვის;
- მოხდეს ფარმაცევტების გადამზადება გადაუდებელი კონტრაცეპციის და მედიკამენტური აბორტის შესახებ კლიენტის ინფორმირების კუთხით;
- ხელი შეეწყოს მასწავლებლების პროფესიული განვითარების პროგრამებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების ჩართვას და უნარების განვითარებას;
- ხელი შეეწყოს სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტის სწავლებას პაციენტზე ორიენტირებული სერვისების პრინციპების შესახებ;
- პაციენტზე ორიენტირებული სერვისების უზრუნველსაყოფად განხორციელდეს სამედიცინო სფეროს სერვისის მიმწოდებლებისთვის სწავლება გენდერულად მგრძობიარე და ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომებზე;
- უზრუნველყოფილ იქნას ტრენინგები ოჯახის ექიმებისა და გინეკოლოგებისთვის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების და უსაფრთხო აბორტის კონსულტირების ტექნოლოგიებზე;
- უზრუნველყოფილ იქნას ტრენინგები სოფლის ექიმებისთვის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების და უსაფრთხო აბორტის კონსულტირებაზე, რაც ხელს შეუწყობს მაღალმთიან რეგიონებში და რაიონული ცენტრებიდან დაშორებულ სოფლებში მცხოვრები ქალების რეპროდუქციული უფლებების რეალიზებას;
- უზრუნველყოფილ იქნას ტრენინგები ფსიქოლოგებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ადამიანის ფიზიკური, სოციალური და მენტალური კეთილდღეობის ჭრილში;
- სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილ იქნას სტატისტიკის წარმოება ექიმის მიერ რწმენის საფუძველზე აბორტის პროცედურაზე უარის თქმის და გადამისამართების შემთხვევებზე, რათა თავიდან იქნას აცილებული ადამიანური რესურსების დეფიციტის საფრთხე;
- გადაიხედოს და განახლდეს ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლი ამავე პროტოკოლში მითითებული ვადების შესაბამისად.

დანართი 1: ინტერვიუს გზამკვლევი

სიღმისეული ინტერვიუს გზამკვლევი

(სადისკუსიო გეგმა)

მოგესალმებით! მე გახლავართ _____ . ასოციაცია „ჰერა XXI“-ის წარმომადგენელი. „ჰერა XXI“ ახორციელებს კვლევას, რომლის მიზანია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის ბარიერებს გამოვლენა. ამისათვის დაგეგმილია ინტერვიუების ორგანიზება, რომელთა ანალიზის საფუძველზე შემუშავდება ანალიტიკური ანგარიში.

ინტერვიუ აუდიო ფირზე მხოლოდ იმ მიზნით ინერება, რათა ჩვენი საუბარი გაიშიფროს (დავიმახსოვროთ ის ინფორმაცია, რასაც გვანვდით). შესაბამისად, ეს ჩანაწერები ექნება მხოლოდ ასოციაცია „ჰერა XXI“-ს. თუ თქვენი სიტყვები გამოყენებული იქნება სადმე, ეს იქნება წერილობით, 1-2 წინადადების სახით და ავტორის სახელის, გვარის და სხვა მონაცემების გარეშე. თუ თანახმა ხართ, დავინყოთ ინტერვიუ და გთხოვთ, გულწრფელად უპასუხოთ თითოეულ კითხვას.

(ინტერვიუერს: რესპონდენტისადმი წარდგენის და კვლევის მიზნების გაცნობის შემდეგ დაანრმუნეთ კვლევის შედეგების და მისი პასუხების ანონიმურობაში; მოკლედ აუხსენით რა პრინციპით იქნა იგი არჩეული კვლევისთვის. სთხოვეთ ინტერვიუს ჩანერის ნებართვა).

1. სთხოვეთ, მოკლედ მოგიყვებთ საკუთარი თავის შესახებ (ასაკი, ოჯახის შესახებ, განათლება, დასაქმება და ა.შ. - პირველადი მონაცემები).
2. ხართ/ყოფილხართ თუ არა ქორწინებაში? **(თუ დიახ)** - რამდენი წელია იმყოფებით/იმყოფებოდით ქორწინებაში? გყავთ თუ არა შვილი? რამდენი? რა ასაკის? **(ინტერვიუერს: შემდეგი კითხვები შეეკითხეთ ყველას, იმის მიუხედავად, ინტერვიუს მომენტში იმყოფება თუ არა ქორწინებაში)** რა დამოკიდებულება გაქვთ მრავალშვილიანი ოჯახებისადმი? რას ნიშნავს თქვენთვის ქორწინება, ოჯახი, შვილები? თქვენი აზრით, ძირითადად რა შეიძლება გახდეს აბორტის მიზეზი?
3. რამდენჯერ ისარგებლეთ აბორტის მომსახურებით? როდის ისარგებლეთ პირველად და ბოლოს **(ინტერვიუერს: სთხოვეთ დაასახელოს წელი, როგორც პირველი, ასევე ბოლო აბორტის)**? რამდენი წლის იყავით პირველი აბორტით სარგებლობისას?
4. ორსულობის რა ვადაზე მიხვედით პირველი აბორტის მომსახურების მისაღებად? **(ინტერვიუერს: თუ რამოდენიმე აბორტი აქვს გაკეთებული, კითხეთ ძირითადად ორსულობის რა ვადაზე მიმართავდა აბორტის მომსახურებას)** თუ აბორტის მომსახურების მისაღებად იმყოფებოდით ორსულობის მე-12 კვირაში, რა მოსაყდელი ვადით ისარგებლეთ?
5. რა იყო თქვენს შემთხვევაში აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ძირითადი მიზეზი? (მაგ: ტერიტორიული, კულტურული, სოციალური, რელიგიური) რა დრო დაგჭირდათ გადაწყვეტილების მისაღებად? რას გრძნობდით გადაწყვეტილების მიღებისას? რა/ვინ დაგეხმარათ აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში? რამდენად დამოუკიდებლად მიიღეთ ეს გადაწყვეტილება?
6. იყო თუ არა ვინმე ჩართული აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში და რამდენად? (მაგ: მეუღლე/პარტნიორი, ოჯახის წევრი და ა.შ.). მეუღლესთან/პარტნიორთან ერთად წყვეტთ თუ არა ისეთ საკითხებს, როგორიცაა ოჯახის დაგეგმვა, კონტრაცეფციის მეთოდების (თავის დაცვა) გამოყენება და ა.შ.? საერთოდ, ვინ უნდა მიიღოს აღნიშნულ საკითხებზე გადაწყვეტილება?
7. რა სახის აბორტს გეგმავდით? **(ინტერვიუერს: მაგ: განვიხილოთ ბოლო შემთხვევა, ან ვკითხოთ ზოგადად კლინიკაში ვიზიტამდე თავად თუ მოიაზრებდა რა სახის**

აბორტის მომსახურება უნდა მიეღოს. მიგიმართავთ თუ არა რჩევების მიხედვით აბორტის მეთოდის შერჩევის დროს? **(თუ დიახ)** კონკრეტულად ვის მიმართეთ?

8. ახლოს არის თუ არა თქვენ საცხოვრებელ ადგილას კლინიკა რომელიც სთავაზობს აბორტის მომსახურებას? **(თუ არა)** საჭიროების შემთხვევაში სად გინევთ გამგზავრება? რა სახის ტრანსპორტი გჭირდებათ და დაახლოებით რა ჯდება ერთი გზა? სულ რამდენჯერ გინევთ ტრანსპორტით სარგებლობა? არის თუ არა ფინანსურად ხელმისაწვდომი?

(ინტერვიუერს: თუ მხოლოდ არალეგალური დანესებულების მეშვეობით მიიღო აბორტ(ებ)ის მომსახურება, კითხეთ რამდენად ახლოს მდებარეობდა აღნიშნული დანესებულება).

9. რამდენად რთულია კლინიკამდე მისვლა (კლინიკის სიშორე, დრო), დაახლოებით რა დრო სჭირდება ერთი მიმართულებით კლინიკამდე მისვლას? რამდენი საათის/დღის გაცდენა გჭირდებათ სამსახურში/სასწავლებელში აბორტის წინა კონსულტაციის / აბორტის სერვისის მიღების გამო?
10. თუ ვინმეს მიუყვანიხართ აბორტის მომსახურების მისაღებად, დასჭირდა თუ არა სამსახურის გაცდენა?
11. **თუ რესპონდენტს ჰყავს შვილ(ებ)ი,** კითხეთ აქვს თუ არა ბავშვის დატოვების პრობლემა? გაქვთ თუ არა შრომის ანაზღაურების დანაკარგი, აბორტის მომსახურების მიღების გამო (მაგ: სამსახურში დღეების გაცდენა და ა.შ.)? თუ გქონიათ ორი ვიზიტი კლინიკაში (აბორტის წინა კონსულტაციის და უშუალოდ აბორტის პროცედურის გამო) დაგჭირდათ თუ არა ღამის გასათევი ადგილის მოძიება, რომ თავიდან აგეცილებინათ მგზავრობა ვიზიტებს შორის? **(თუ დიახ, სთხოვეთ დაასახელოს ღამის გასათევი ადგილი - მაგ: ნათესავთან, მეგობართან, ქირით კლინიკასთან ახლოს, სასტუმრო და ა.შ.; ასევე დააზუსტოს დასჭირდა თუ არა რაიმე თანხა ღამის გასათევი ადგილის გამყენების შემთხვევაში (მათ შორის, საჩუქარი/ძღვენი ნათესავთან/ მეგობართან/ახლობელთან ღამის გათევის შემთხვევაში).**
12. რამდენად ხელმისაწვდომი იყო თქვენთვის ფინანსურად აბორტის პროცედურა -კლინიკა? თუ აბორტის განფასება თქვენთვის მიუღებელია, გთავაზობთ/გთავაზობდათ თუ არა არსებული კლინიკა ალტერნატიული კლინიკების შესაძლებლობას.
13. რას გრძნობდით კლინიკაში პირველ ვიზიტამდე? როდესაც კლინიკაში მიდიოდით აბორტის მოსახურების მოსაღებად, იყავით თუ არა დარწმუნებული თქვენს გადამწყვეტილებაში, გაგვეკეთებინათ აბორტი? **(ინტერვიუერს: რამოდენიმე აბორტის შემთხვევაში, კითხეთ ყოველთვის იყო თუ არა დარწმუნებული).** **(თუ არა),** რატომ? თქვენი აზრით, საჭიროებდით თუ არა ფსიქოლოგის მხარდაჭერას კლინიკაში პირველი ვიზიტისას?
14. შეეცადა თუ არა ექიმი თქვენს გადარწმუნებას **(ინტერვიუერს: თუ მხოლოდ არალიცნზირებული ექიმისთვის მიუმართავს, მაშინ კითხეთ იგივე არალიცნზირებულ ექიმთან დაკავშირებით)?** **(თუ დიახ)** რა მოიყვანა არგუმენტად? (მაგ: სამედიცინო; მორალურ-ეთიკური; სოციალური; რელიგიური)
15. კლინიკაში ვიზიტისას, მიიღეთ თუ არა პირველი კონსულტაციის სერვისი **(ინტერვიუერს: აუხსენით რას ნიშნავს¹⁰).** **(თუ დიახ)** ვინ ჩაატარა კონსულტაცია (მეან-გინეკოლოგმა, ოჯახის ექიმი რეპროდუქტოლოგმა, ბებიაქალმა, მედდამ თუ სხვამ)? დაგეხმარათ თუ არა ექიმი ინფორმირებულ არჩევანში? გაეცანით თუ არა აბორტის პროცედურის შესახებ პაციენტის გამკვლევს?

10 გასაუბრება შემდგი საკითხების შესახებ: აბორტის ფორმები და შესაძლო გართულებები; კონსულტირება აბორტის მეთოდის არჩევისას და პაციენტის ხელის შეწყობა, დამოუკიდებლად მიიღოს გადამწყვეტილება; კონსულტირება ოჯახის დაგვეგმვასთან დაკავშირებით; წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებით

16. ზოგადად როგორ მოგეცათ / რა დამოკიდებულება გამოამჟღავნა თქვენს მიმართ კლინიკის იმ მედპერსონალმა, ვისთანაც თქვენ გქონდათ კომუნიკაცია? განიცადეთ თუ არა დისკრიმინაცია რაიმე ნიშნით (ასაკი; სტატუსი; ეთნიკური ან/და რელიგიური წარმომავლობა. **(თუ ასაკის ნიშნით დისკრიმინაცია განუცდია)** რა იყო უარის თქმის მიზეზი/ მოითხოვეს თუ არა მშობლის ან მეურვის დასწრება /თანხმობა? თუ იყავით არასრულწლოვანი, თავად მოაწერეთ თუ არა ხელი ინფორმირებული თანხმობის ფურცელზე?
17. სად მიმდინარეობდა პირველი კონსულტაცია? რამდენი ადამიანი ესწრებოდა ამ საუბარს? გრძნობდით თუ არა თავს დაცულად, ანონიმურად, დაცული იყო თუ არა კონფიდენციალობა? მოგანოდათ თუ არა კლინიკის პერსონალმა ინფორმაცია, თუ ვის უნდა მიმართოთ უფლებების დარღვევის შემთხვევაში? იყო თუ არა ექიმი გულისხმიერი, მხარდამჭერი? დეტალურად გამოიკითხა თუ არა თქვენი ისტორია? ჩაგიტარეს თუ არა სხვადასხვა სახის გამოკვლევები (საჭიროების მიხედვით)? გესაუბრათ თუ არა აბორტის სხვადასხვა მეთოდის შესახებ, რომლებითაც შესაძლებელია აბორტის გაკეთება? გითხრათ თუ არა, რომელია თქვენთვის უმჯობესი?
18. გესაუბრათ თუ არა ექიმი გართულებებზე **(ინტერვიუერს - არ ჩამოუთვალთ გართულებები, თავად დაასახელოს. თუ ვერ ასახელებს, მხოლოდ მაშინ მიეცით მცირე მინიშნება: გართულებებს წარმოადგენს საშვილოსნოს გახევა, სისხლდენა, საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, ლეტალური გამოსავალი, ინფექციური გართულებები)**, თითოეული მეთოდის დადებით და უარყოფით მხარეებზე. საბოლოო გადაწყვეტილება მეთოდის შერჩევისას თქვენ მიიღეთ თუ ექიმმა? გითხრათ თუ არა, რომ სურვილის შემთხვევაში, შეგიძლიათ გადაავადოთ ან გააუქმოთ აბორტი? რამდენად თქვენთვის გასაგები ენით მოაწოდებდათ ექიმმა ინფორმაცია? ხომ არ დარჩა რაიმე ბუნდოვანი საკითხი? ექიმმა რა ფორმით გესაუბრათ გართულებებზე **(ინტერვიუერს: მაგ: აქცენტი გააკეთა გართულებებზე, როგორც აუცილებელ გამოსავალზე, თუ უხსნიდა, რა შემთხვევაში შეიძლებოდა განვითარებულიყო გართულება)**. როგორ შეაფასებთ ექიმის კონსულტაციას, იყო თუ არა მიკერძოებული **(ინტერვიუერს: „მიკერძოებულში“ იგულისხმება ექიმის მიერ ფსიქოლოგიური ზეწოლა აბორტის შესახებ დადებითი გადაწყვეტილების მისაღებად, ან პირიქით - საწინააღმდეგოდ)?**
19. თუ მიიღეთ პირველი კონსულტაციის სერვისი, წერილობით მოგანოდეს ინფორმაცია აბორტის შესახებ **(ინტერვიუერს: წერილობით ინფორმაციის მიწოდებაში იგულისხმება პაციენტის გამკვლევი და წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, სადაც აღნიშნულია სრული ინფორმაცია აბორტის შესახებ)?**
20. გითხრათ თუ არა აბორტის პროცედურაზე უარი ექიმმა მრწამსის საფუძველზე? **(თუ დიახ)** გადაგამისამართათ თუ არა სხვა ექიმთან, ან კლინიკაში? როგორ მოიქცეით ამის შემდეგ? ხომ არ თვლით, რომ შესაძლებელი იყო ექიმი/ექიმები სხვაგვარად მოქცეულიყვნენ თქვენთან დაკავშირებით?
21. გაიხსენეთ რას გრძნობდით პირველი კონსულტაციის შემდგომ? კვლავ იყავით თუ არა დარწმუნებული თქვენს გადაწყვეტილებაში, გაგვეკეთებინათ აბორტი? მოგვიყევით თქვენი პოზიტიური ან ნეგატიური განცდების / გამოცდილების შესახებ. რამდენად სასარგებლო იყო თქვენთვის კლინიკაში აბორტისწინა ვიზიტი?
22. **(თუ 2014 წლის ოქტომბრიდან გაიკეთეთ აბორტი)** გაცნობათ თუ არა ექიმმა მოცდის 5-დღიანი პერიოდის შესახებ აბორტის პროცედურის ჩატარებამდე? ამონურეთ თუ არა სავალდებულო მოსაფიქრებელი 5-დღიანი ვადა, თუ სხვა კლინიკას მიმართეთ

ვადის ამონურვამდე? ხომ არ მიმართეთ ე.წ. არალეგალურ აბორტის პროცედურას? ან ხომ არ მიმართეთ თვითნებურ აბორტს? რამდენი დღე გავიდა ექიმთან პირველ ვიზიტსა და აბორტის პროცედურას შორის? **(ინტერვიუერს: ერთზე მეტი აბორტის შემთხვევაში, კითხეთ თითოეული მათგანის შესახებ)**. ხომ არ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც ექიმებმა შემოგთავაზებეს ალტერნატიული სერვისის მიღების შესაძლებლობა 5-დღიანი მოცდის პერიოდის თავიდან ასაცილებლად, განსაკუთრებით მაშინ თუ თქვენ იყავით სოფლის მაცხოვრებელი ან გეოგრაფიულად დაშორებული კლინიკას (მაგ: სხვა კლინიკაში გადამისამართება; პაციენტთან გარიგებაში შესვლის გზით ანამნეზის შეცვლა - მაგალითად, აბორტის ნაცვლად - თვითნებური აბორტით საშვილოსნოს შიდა საშუალების ჩადგმა ან სხვა პროცედურა)?

(რესპონდენტების იმ კატეგორიებს: ა) ვისაც 2014 წლამდე აქვს გავთებული აბორტ(ებ)ი; ბ) ვისაც მხოლოდ არალეგალური გზით აქვს გავთებული აბორტ(ებ)ი; გ) ვისაც 2014 წლის შემდეგ გაუკეთებია აბორტ(ებ)ი, მაგრამ არცერთხელ მიუწოდებიათ ინფორმაცია 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ - კითხეთ, თუ სმენიათ 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ და (თუ დიახ), შეაფასებინეთ და დააბუსტებინეთ საიდან, რა წყაროებით მიიღო აღნიშნული ინფორმაცია. ასევე კითხეთ, თუ აქვთ ინფორმაცია მის ახლოებლებს/ნაცნობებს/მეგობრებს 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ (თუ დიახ), საიდან, რა წყაროებით მიიღეს და როგორ აფასებენ?)

23. **(ინტერვიუერს: თუ რესპონდენტს საერთოდ არაფერი სმენია 5-დღიანი მოცდის პერიოდის შესახებ, გამოტოვეთ 23-ე კითხვა)** თქვენი აზრით, 5-დღიანი მოსაცდელი ვადა რამდენად მორგებულია თქვენს მოთხოვნებს? თვლით თუ არა, რომ მოცდის 5-დღიანი პერიოდი შეამცირებს აბორტის რიცხვს ან ზოგადად, რამდენად ახდენს ზეგავლენას ქალის გადანყვეტილებაზე აბორტის შესახებ? თქვენი აზრით, 5-დღიანი მოცდის პერიოდი როგორ მოქმედებს ქალის განწყობასა და ემოციაზე? შესაძლებელია თუ არა ქალს გაუჩნდეს სინანულის გრძობა 5-დღიანი მოცდის პერიოდში აბორტის შესახებ გადანყვეტილების მიღების გამო? ხომ არ თვლით, რომ 5-დღიანი მოცდის პერიოდი დროის და ტერიტორიულ ბარიერს ქმნის (მაგ: განმეორებითი ვიზიტი აბორტის პროცედურის მისაღებად სხვა რეგიონიდან/ქალაქიდან/სოფლიდან). საერთოდ, საჭიროდ თვლით თუ არა 5-დღიანი მოცდის პერიოდის არსებობას?
24. ყოფილა თუ არა შემთხვევა, როდესაც გადაიფიქრეთ აბორტი? რატომ? მოახდინა თუ არა ვინმემ ზეგავლენა? **(თუ დიახ)** რა ტიპის ზეგავლენა განიცადეთ? ვისი მხრიდან განიცადეთ ზეგავლენა?
25. გადავიდეთ უშუალოდ აბორტის პროცედურაზე: ჩაგიტარდათ თუ არა პრე-აბორტული ულტრაბგერითი სკანირება (ექოსკოპია)? ჩაგიტარდათ თუ არა ლაბორატორიული გამოკვლევები?
26. რას გრძობდით ექოსკოპიის მიმდინარეობისას? გესმოდათ თუ არა ნაყოფის გულისცემა? უყურებდით თუ არა მონიტორს / დაინახეთ თუ არა ნაყოფი? ხომ არ იმოქმედა ამან თქვენს გადანყვეტილებაზე? გითხრეს თუ არა ნაყოფის სქესი? გთხოვთ დააკონკრეტოთ ნაყოფის სქესი. გადაგაფიქრებინათ თუ არა ამან აბორტის გაკეთება?
27. გსმენით თუ არა თვითნებურად ორსულობის შეწყვეტის შესახებ? **(თუ დიახ)** კონკრეტულად რა გსმენით და ვისგან? გამოგიყენებიათ თუ არა თვითნებური ორსულობის შეწყვეტის საშუალებები? **(თუ დიახ)** ჩამოთვალეთ რა გაქვთ გამოყენებული: (ინტერვიუერს: არ ჩამოთვალეთ, თავად დაასახელოს. თუ ვერ ასახელებს, მხოლოდ მაშინ მიეცით მცირე მინიშნება. თუ ტერმინი „თვითნებური ორსულობის შეწყვეტის საშუალება“ არასწორად გაიგო, მოკლედ აუხსენით - მაგ: აბები;

მცენარეული ნახარში; ცხელი აბაზანები; გამორეცხვები და ფიზიკური დატვირთვა) გამოიწვია თუ არა ზემოთ ჩამოთვლილმა საშუალებებმა რაიმე სახის გართულება, მაგალითად სისხლდენა და ა.შ.? **(თუ დიახ)** ვის მიმართეთ? რა მიზეზით მიმართეთ ორსულობის შეწყვეტისთვის ამ საშუალებებს?

28. რა სახის მომსახურება მიიღეთ უშუალოდ აბორტის შემდგომ? შემოგთავაზეს თუ არა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა? შემოგთავაზეს თუ არა შემდეგი ვიზიტის დაგეგმვა 7-14 დღის შემდეგ? ჩაგიტარეს თუ არა კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვის/კონტრაცეფციის მეთოდებთან დაკავშირებით? (თუ დიახ), კონკრეტულად ვინ ჩაგიტარათ ეს კონსულტაცია? ხელმისაწვდომი იყო თუ არა კლინიკაში ინფორმაციული მასალა - ბეჭდვითი მასალა აბორტების შესახებ, ოჯახის დაგეგმვის სერვისების შესახებ, საქართველოში არსებული კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ, ამ საშუალებების შეძენის/არსებობის ლოკაციები.
29. ამჟამად სარგებლობთ თუ არა კონტრაცეფციით (თავის დაცვის საშუალებები)? (თუ დიახ), კონკრეტულად რომელი მეთოდით? კმაყოფილი ხართ თუ არა ამ მეთოდით, ხომ არ შეცვლიდით?
30. გსმენიათ თუ არა გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ? **(ინტერვიუერს: თუ დიახ, ჰკითხეთ შემდეგი კითხვები)** გისარგებლიათ თუ არა გადაუდებელი კონტრაცეფციით? სად შეიძინეთ, რამდენად ხელმისაწვდომი იყო თქვენთვის (ფინანსურად, ტერიტორიულად)? გაიარეთ თუ არა ექიმის კონსულტაცია პრეპარატის მიღებამდე **(ინტერვიუერს: თუ არა, მიანოდეთ გადაუდებელი კონტრაცეფციის ბროშურა და ჰკითხეთ შემდეგი კითხვები)**. როგორ ფიქრობთ, თუ გექნებოდათ ინფორმაცია გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ, მიიღებდით თუ არა? გამოიყენებდით თუ არა გადაუდებელ კონტრაცეფციას როგორც აბორტის ალტერნატივას? **(ინტერვიუერს: შემდეგი კითხვა ჰკითხეთ ყველა რესპონდენტს)**. თქვენი აზრით, გეხმარებათ თუ არა გადაუდებელი კონტრაცეფცია აბორტის თავიდან აცილებაში? ისარგებლებდით თუ არა თავად გადაუდებელი კონტრაცეფციით?
31. თქვენი აზრით, ზოგადად რა პრობლემები არსებობს ქვეყანაში აბორტის/ოჯახის დაგეგმვის საკითხთან დაკავშირებით? რა ბარიერებს აწყდებით ორსულობის შეწყვეტის სერვისის მისაღებად? რა გიქმნით ყველაზე დიდ დისკომფორტს ამ სერვისის მიღებისას? (პირადი გამოცდილება და ზოგადი მოსაზრება). როგორია პრობლემების აღმოფხვრის გზები?
32. კიდევ რაიმეს დამატება ხომ არ გსურდათ, ან ხომ არ ყოფილა საკითხი (აბორტთან/ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით), რომლის შესახებაც გსურდათ საუბარი, მაგრამ არ იყო ნახსენები ინტერვიუს განმავლობაში?

მადლობა საინტერესო საუბრისათვის!

დანართი 2: ქალთა ისტორიები

მარიამი 26 წლის, თბილისი

ფსიქოლოგი ვარ და არასამთავრობო ორგანიზაციაში ვმუშაობ პროფესიით. ქორწინებაში არასდროს ვყოფილვარ. დაუგეგმავად დავვორსულდი და აბორტის გაკეთება გადავწყვიტე. მზად არ ვიყავი ბავშვის გასაჩენად, ჩემს ოჯახსაც გაუჭირდებოდა ამის მიღება დედასთან და ძმასთან ერთად ვცხოვრობ. მით უმეტეს, რომ ადამიანი, ვისგანაც ორსულად ვიყავი, დროებითი პარტნიორი იყო, რომელიც მხარს არ მიჭერდა. გადავწყვიტე პირდაპირ მივსულიყავი გინეკოლოგთან. მეოთხე კვირაში ვიყავი, ნაყოფი იზრდებოდა, შემდეგ უფრო მეტ ემოციურ პრობლემას შევვჯახებოდი, ამიტომ, ჩემთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი იყო მალე გაკეთებულიყო პროცედურა. კონსულტაცია და აბორტი საკმაოდ ძვირი ღირდა. მერე წამლებიც დამჭირდა. გამიჭირდა, რადგან მაშინ ვსწავლობდი და სტაბილური შემასავალიც არ მექონდა. გამიმართლა, რომ იმ ზაფხულს ბათუმში ვმუშაობდი და ფული მექონდა დაგროვებული.

ძალიან რთული იყო პირველი ვიზიტი კლინიკაში. ექიმმა მაშინვე მკითხა დაოჯახებული თუ ვიყავი. მიუხედავად იმისა, რომ აბორტის გასაკეთებლად მივედი, საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება გამიჭირდა. კლინიკაში ცუდი მდგომარეობა იყო. კონსულტაციის დროს ექიმის კაბინეტში უცხო ადამიანები შემოდიოდნენ, რაღაცას ეტყოდნენ, რაღაცას აიღებდნენ, გადიოდნენ არანაირი ანონიმურობის განცდა არ იყო. ჰოლშიც ბევრი ადამიანი დადიოდა. ჩემამდე ვინც შევიდა იმ გოგონას აბორტს იქვე უკეთებდნენ, სისხლიან ინსტრუმენტებს იქვე რეცხავდნენ ეს იყო ძალიან დამთრგუნველი. ექიმები აბორტის გასაკეთებლად მისული ქალების სტიგმატიზებას ახდენენ. უემოციოდ აკეთებენ ყველაფერს. პროცედურაც დამთრგუნველია. არ გინყობენ ხელს. აღგიქვამენ იმ ადამიანად, ვინც დიდი შეცდომა დაუშვა და არა იმად, ვისაც მხარდაჭერა სჭირდება.

ანა, 23 წლის, იმერეთი

აბორტი ერთი წლის წინ გავიკეთე. 22 წლის დავოჯახდი და მალევე დავვორსულდი. ძალიან მიხაროდა, გეგმებს ვანყობდი. ჯერ არ ვიცოდი, რომ ტყუპები უნდა ყოფილიყვნენ, მაგრამ, წარმოვიდგენდი როდის და როგორ დაიბადებოდა.

ორსულობის დროს, ექიმთან პირველი ვიზიტისას მითხრეს, რომ რაღაც რიგზე არ იყო. 10 დღის შემდეგ ისევ დამიბარეს. მითხრეს რომ ნაყოფები არ ვითარდებოდა არც ერთი მილიმეტრით, არც გულისცემა ისმოდა, ამიტომ, თვლიდა რომ შეწყვეტილი ორსულობა იყო. ეს იყო ძალიან დიდი სტრესი ჩემთვის, რომელიც დღემდე მომყვება. იქამდე აბსოლუტურად გამოვრიცხავდი აბორტს. თუმცა, ექიმმა გადაჭრით მითხრა რომ ეს იყო გარდაუვალი. აბორტი გავიკეთე ძალიან ეიფორიულ სიტუაციაში. მხოლოდ და მხოლოდ ექოსკოპიის საფუძველზე მიიღეს გადაწყვეტილება. ექიმმა ისე მითხრა რომ სასწრაფოდ უნდა გამეკეთებინა მედიკამენტოზური აბორტი, კაბინეტში არც შევუყვანივარ. ეს ყველაფერი ხდებოდა დერეფანში, რაღაც ჩვენს გარდა ათობით ადამიანი იყო. მერე ვიღაცამ ურჩია, ჯერ გავესინჯე და შევედით ცალკე ოთახში. თუმცა, იქაც არ ვიყავით მარტო. სულ ექთნები მოძრაობდნენ. დიდი სტრესის ქვეშ მაყენებდნენ ექიმები. იურისტი ვარ და შემდეგ გავარკვიე რომ პროცედურები დარღვეული იყო. ჯანდაცვის სამინისტროში დავრეკე, სადაც მითხრეს რომ ექიმს ჯერ უნდა დაედასტურებინა შეწყვეტილი ორსულობა იყო ეს თუ ნაყოფის განუვითარებლობა. ეს მათ არ გაუკეთებიათ. გარდა ამისა, აღმოჩნდა, რომ მედიკამენტოზური აბორტი არ გულისხმობს სტაციონარში განთავსებას. შესაბამისად, არ გაიცემა არანაირი ცნობა. აბორტის გამო გამოცდის გაცდენა მომიწია და რადგან შესაბამისი ცნობა ვერ მივიტანე, აღდგენაზე შეიქმნა ძალიან დიდი პრობლემა.

მარიტა, 27 წლის, თბილისი

რაიონში გავთხოვდი. აბორტი პირველად 21 წლის ასაკში გავიკეთე. ახალი ნამშობიარები ვიყავი, რომ დავვორსულდი და თან ეს საკმაოდ გვიან გავიგე. ოჯახმა გადაწყვიტა ეს ამბავი. დედამთილ-მამამთილზე ვიყავი ყველანაირად დამოკიდებული და მათ გადაწყვიტეს რომ არ უნდა გამეჩინა. არ გვქონდა საშუალება და ვერ წავედი მათ წინააღმდეგ. ასე რომ მოვქცეულიყავი, შესაძლოა ბავშვით ხელში ქუჩაში აღმოვჩენილიყავი. ამას ვამჯობინე არ გამეჩინა. ისე განვიცადე სიკვდილზე ვფიქრობდი, მაგრამ, საბოლოოდ მაინც არ მივიღე ეს გადაწყვეტილება - ერთი შვილი უკვე მყავდა და მას ვჭირდებოდი.

მეორე შემთხვევა 26 წლის ასაკში მოხდა, როცა მეუღლეს უკვე გამორებული ვიყავი. არც მორალურად, არც ფსიქოლოგიურად და არც ფინანსურად მზად არ ვიყავი ბავშვის გასაჩენად. ექიმთან მისვლამდეც ვგრძნობდი რომ ფსიქოლოგის დახმარება მჭირდებოდა. ექიმები ისე ცივად უდგებიან ამ საკითხს - მართალია ცუდად არ გექცევინ, თითქოს ყურადღებასაც გაქცევენ, მაგრამ მაინც ...

ეს კანონი, ხუთ დღიანი მოსაცდელი პერიოდი, ძალიან ცუდია. ისედაც ძალიან დიდი წნეხის ქვეშ ხარ ადამიანი, აბორტის გასაკეთებლად რომ მიდიხარ. იქედან უკან რომ გიშვებენ და იცი კიდევ ხარ მისასვლელი, ის პერიოდი უფრო სტრესულია. მით უმეტეს, თუ რაიონიდან გინევს ჩამოსვლა - ერთხელ რომ ჩახვალ ქალაქში და ხუთ დღეში მეორედ მოგიწევს ჩასვლა, შეიძლება ვეღარ დამალო ეს ამბავი და გაიგონ სხვებმა რომ აბორტს იკეთებ.

ეკა 28 წლის, ქვემო ქართლი

9 წელია დაქორწინებული ვარ და 3 შვილი მყავს. პროფესიით იურისტი ვარ და ჩემი ბიზნესი მაქვს. აბორტის გაკეთება ორჯერ დამჭირდა და ორივეჯერ ორსულობის ოთხ კვირამდე გავიკეთე. ერთხელ კლინიკაში მომცეს აბები, მეორედ ჩემით დავლიე.

პირველად, ბავშვი მყავდა პატარა, თან ჯანმრთელობის პრობლემების გამო წამლებს ვსვამდი. ამიტომ, ვერ გავრისკავდი გაჩენას. ორსულობის შესახებ მხოლოდ მე და ჩემმა მეუღლემ ვიცოდით და ერთად გადავწყვიტეთ. აბორტის მეთოდის ასარჩევად გინეკოლოგს მივმართე. თითქოს ეს მედიკამენტოზური აბორტი იოლი გეჩვენება, მაგრამ ასე არაა. ბოლო წუთამდე ვმერყობდი. ექიმი მეუბნებოდა გარისკე, იქნებ ბიჭი იყოსო, მაგრამ მაინც გავიკეთე. პირველი ვიზიტზე ექიმმა რომ მითხრა მხოლოდ ხუთი დღის მერე შემიძლია გავიკეთო, წავედი და 10 დღის მერე მივედი. ეს მოსაცდელი ვადა უფრო განერვიულებს, შეიძლება სინანულის გრძნობა გაგიჩინოს. მაგრამ, თუ ქალს მტკიცედ აქვს გადაწყვეტილი აბორტის გაკეთება, ხუთ დღიანი მოსაცდელი ვადა ვერ შეაფერხებს.

მეორედ რომ გადავწყვიტე აბორტი, ის აბები რაც პირველი აბორტის დროს კლინიკაში დამალავინეს, ჩემით შევიძინე აფთიაქში და დავლიე. გართულება არ მქონია.

ყველას ვურჩევ, ასეთი პრობლემები რომ არ შეექმნათ და სანანებელი არ გაუხდეთ, კონტრაცეფცია გამოიყენონ. თავის დაცვის საკმაოდ მრავალფეროვანი საშუალებები არსებობს.

მაია, 35 წლის, საეპრელო

ქორწინებაში ექვსი წელი ვიყავი, ახლა განქორწინებული ვარ. ერთი შვილი მყავს. უმაღლესი განათლება მაქვს, მაგრამ ამჟამად დიასახლისი ვარ.

აბორტი 2016 წელს გავიკეთე, 33 წლის ასაკში, ორსულობის მეხუთე კვირაში.

მიზეზი იყო ის, რომ ახალი განქორწინებული ვიყავი. არასრულფასოვან ოჯახში ბავშვის გაჩენის კომპლექსი გამიჩნდა და ამიტომ მივიღე ეს გადაწყვეტილება. ვყოყმანობდი, მაგრამ, კარგად რომ გავიაზრე ჩემი მდგომარეობა მივხვდი, ბავშვის გაჩენას ვერ შევძლებდი.

აბორტის მიზეზი შეიძლება იყოს ეკონომიკური პრობლემები ან არასასურველი (ქორწინების გარეშე) ორსულობა. „მინი აბორტის“ გაკეთება გადავწყვიტე ჩემით, იმდენად მცირე ვადის ორსული ვიყავი, ვიცოდი, ისედაც ამას გამიკეთებდნენ და არავისთვის მიმიმართავს რჩევისთვის. ექიმი ცდილობდა გადავერწმუნებინე იმ მოტივით, რომ სრულიად ჯანმრთელი, კიდევ ერთი სიცოცხლე შეემატებოდა ქვეყანას, თანაც, 33 წლის ვიყავი, მაგრამ არ დავუჯერე.

ექიმმა მაცნობა ხუთ დღიანი მოსაცდელი ვადის შესახებ, მაგრამ, მინდოდა რაც შეიძლება სწრაფად გამეკეთებინა. ვხვდებოდი, რაც მეტად გაიზრდებოდა ნაყოფი, მით მეტად გამიჭირდებოდა ამ ნაბიჯის გადადგმა. ამიტომ, არც ერთი დღე არ მომიცდია. იმ დღესვე გავიკეთე. ექიმმა პროცედურა გაატარა, როგორც შეწყვეტილი ორსულობა. ჩემი მაგალითით გეუბნებით, რომ ხუთ დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა არ შეამცირებს აბორტების რიცხვს. თუ ფსიქოლოგი ჩაერთვება საქმეში, სოციალური სააგენტო მხარს დაგიჭერს ბავშვის მოვლის უზრუნველყოფის მიზნით, იურისტი დაგეხმარება და ა.შ. კიდევ შეიძლება, სხვა შემთხვევაში აზრი არ აქვს.

ჩემი ისტორიიდან გამომდინარე, აბორტებს გამომწვევ ძირითად პრობლემად მიმაჩნია მენტალობა და სახელმწიფოსა და საზოგადოების დამოკიდებულება მარტოხელა დედებისადმი.

ეკა, 35 წლის, ბურია

დიასახლისი ვარ, საშუალო განათლებით. ორი შვილი მყავს, 17 წელია დაქორწინებული ვარ და ამ ხნის განმავლობაში 15 აბორტი მაქვს დაკეთებული. პირველი 19 წლის ასაკში გავიკეთე, ბოლო სამი წლის წინ - 32 წლისამ. ძირითადად, 6-8 კვირის ვადაზე ვიკეთებდი აბორტებს. ძირითადი მიზეზი იყო უკიდურესი გაჭირვება. მეუღლემ გადამაწყვეტინა აბორტები, რადგან ოჯახის რჩენა არ შეეძლო. ძალიან რთული იყო ეს ყველაფერი, სულ ვნერვიულობდი, მაგრამ, სხვა გზა არ მქონდა.

თითქმის ყველა აბორტი კლინიკაში გავიკეთე. ექიმის მხრიდან გადარწმუნების მცდელობა არ ყოფილა. 20-25 წუთს მაძლევდნენ ჩემს გადაწყვეტილებაზე დასაფიქრებლად და მერე მიკეთებდნენ. არანაირი კვლევა არ ჩამიტარებია, თუმცა ექიმი ზეპირად მეუბნებოდა შესაძლო გართულებების შესახებ, მაგ. უთქვამს, ამდენი აბორტის მერე შეიძლება აღარ დაორსულდე ან საკვერცხეების პრობლემა შეგექმნასო.

თვითნებური აბორტს მხოლოდ ერთხელ მივმართე - ნახშირი დავლიე, რაც ძალიან ძვირად დამიჯდა. ანთება დემემართა. მაშინაც იმიტომ გავაკეთე ეს, რომ გინეკოლოგთან მისასვლელი თანხა არ მქონდა.

ხუთ დღიანი მოსაცდელი პერიოდის შესახებ არ მსმენია. მე პირადად ექიმი არ დამჭირვებია გადაწყვეტილების მისაღებად. ყოველთვის ჩემს თავს ვუსვამდი კითხვას, გამეჩინა ბავშვი თუ არა. ზოგადადაც, თუ ქალმა გადაწყვიტა აბორტი, ე.ი. არ აქვს შესაბამისი პირობები შვილის გასაჩენად. ამიტომ, ვფიქრობ, ეს ხუთი დღე მაინც ზედმეტი სტრესი და ნერვიულობაა ქალისთვის.

მაკა, 26 წლის, ქვემო ქართლი

სკოლის მოსწავლე ვიყავი რომ გავთხოვდი და სწავლა შევწყვიტე. უკვე 10 წელია, რაც დაოჯახებული ვარ და სამი შვილი მყავს.

პირველივე ორსულობა აბორტით დასრულდა. მაშინ 16 წლის ვიყავი. ორგანიზმი მზად არ აღმოჩნდა ორსულობისთვის. ექიმმა მითხრა რომ შეიძლება ვერც ერთი ვერ გადავრჩენულიყავით, ამიტომ გავიკეთე აბორტი. მეორე აბორტი 17 წლისამ გავიკეთე - მიზეზი ამჯერადაც ნაყოფის ჯანმრთელობა იყო. დანარჩენი სამი აბორტის მიზეზი ფინანსური მდგომარეობა იყო.

პირველი ორი აბორტის დროს ვერც სინანულს ვგრძნობდი და ვერც ვერაფერს შიშის გარდა - პატარა ვიყავი, თან ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობასაც ეხებოდა საქმე. დანარჩენი აბორტების შემთხვევაში თავს საშინელ ადამიანად ვგრძნობდი, მაგრამ, რა შექნა?! ვიცოდი, ნორმალურად მაინც ვერ გავზრდიდი და მაგათ მშიერ ყონას ეს ვამჯობინე. თან, ეს გადანყვეტილებები მხოლოდ მე არ მიმიღია - მეუღლე, დედამთილი, მული, ოჯახის სხვა წევრები, ყველა ჩართული იყო.

ექიმების დამოკიდებულება ყოველთვის არის ძალიან ცივი და გულგრილი. თავიანთ მოვალეობად პაციენტზე ზრუნვის მაგივრად, მხოლოდ ფულის აღება მიაჩნიათ. არ ვიცი ეს ითვლება თუ არა დისკრიმინაციად, მაგრამ სულ მეგონა, რომ რადგან სოფლიდან ვიყავი ჩასული და ბევრი არაფერი გამეგებოდა, მაგიტომ მექცეოდნენ ასე აგდებულად და უყურადღებოდ. დამატებით ფულის ჩუქებაც რომ არ შეგიძლია, სულ არ აინტერესებს როგორ ხარ, რა განუხებს, რას განიცდი. ასე არ უნდა იყოს ექიმი ფულზე დახამებული.

სოფელში მცხოვრები ქალების მთავარი პრობლემა ისაა, რომ ბევრი არაფერი ვიცით თავის დაცვაზე. გადაუდებელი კონტრაცეფციის არსებობის შესახებ რომ მცოდნოდა, შეიძლება ამდენი აბორტი არც დამჭირვებოდა. ისიც არ ვიცით საიდან უნდა გავიგოთ ეს ინფორმაცია. ექიმს კითხვას რომ უსვამ ორი სიტყვის თქმა ეზარება და აბა სხვა ვის უნდა ვკითხო?!

ნინო, 29 წლის, სამცხე-ჯავახეთი

უმალლესი განათლება მაქვს, თუმცა პროფესიით არ ვმუშაობ. სოფელში, საოჯახო ბიზნესში ვარ ჩართული. სამი შვილი მყავს.

აბორტი ერთხელ გავიკეთე, 22 წლის ასაკში. პირველი შვილი 9 თვის მყავდა, ფეხიც არ ჰქონდა ჯერ ადგმული და ორი პატარა ბავშვს ერთად ვერ გავზრდიდი. გადანყვეტილება დედასთან ერთად მივიღე. მეუღლემ არ იცოდა. ასეთ დროს დედის მხარდაჭერა მჭირდებოდა - ქალი ქალს მაინც უკეთ გაუგებს. ხარჯი საკმაოდ ბევრი იყო, მით უმეტეს, რომ ქალაქში მომიწია წასვლა აბორტის გასაკეთებლად.

კიდევ ერთი შემთხვევა იყო: ოთხი წლის წინ დავვორსულდი, მაგრამ არ მინდოდა გაჩენა. ორი შვილი უკვე მყავდა და მეტს არ ვგეგმავდი. ექიმთან რომ მივედი, მან უარი მითხრა იმავე დღეს აბორტის გაკეთებაზე. არ ეცალა. ძალიან ვთხოვდი რომ გაეკეთებინა, მაგრამ, არ დამთანხმდა. რამდენიმე დღის მერე ისევ მივედი, ისევ იგივე ექიმი შემხვდა, თბილი ქალი იყო, გულისხმიერი. მესაუბრა და მარწმუნებდა რომ არ გამეკეთებინა აბორტი. მეუბნებოდა რომ ეს იყო ძალიან დიდი ცოდვა და წამიყვანა ნაცნობ მოძღვართან. მოძღვარმაც ბევრი მესაუბრა, მერე მეუღლეც ჩაერთო საქმეში და საბოლოოდ გადამაფიქრებინეს.

გვანცა 36 წლის, კახეთი

19 წელია დაქორწინებული ვარ, ორი შვილი მყავს - 18 და 13 წლის.

ორი აბორტი მაქვს გაკეთებული. ბოლოს 2 წლის წინ გავიკეთე. ნაყოფი საკმაოდ დიდი იყო, დაახლოებით 2.5 თვის. დიდხანს ვფიქრობდი გამეჩინა თუ არა. მაინც აბორტი გადავწყვიტე. ბიჭი მინდოდა და იმიტომ. გამიგია რომ გაჭირვების გამოც იკეთებენ აბორტებს, მაგრამ, ბავშვის სქესსაც გააჩნია. მამებს ბიჭი უნდათ, ცდილობს სქესი გაიგო და მერე გადაწყვიტოთ გააჩინო თუ არა - მეც ეგ გამოვიარე.

თვითნებურ აბორტებზეც მსმენია, მძიმეების აწევაზე და მსგავს რაღაცებზე. მეც დავეჭიდე მძიმეებს, მაგრამ არ იმოქმედა და წავედი ექიმთან. საავადმყოფოში ნორმალურად მომექცნენ. გამომკითხეს ყველაფერი, დამელაპარაკნენ, გამოკვლევებიც ჩამიტარეს. 5 დღე მომცეს მოსაფიქრებლად. ერთ კვირაში მივედი და გავიკეთე.

სოფო, 35 წლის, კახეთი

სამუშალო განათლება მაქვს მხოლოდ და სოფლის საცხოვრებელში ვმუშაობ. ორი შვილი მყავს. ერთხელ მომინია აბორტის გაკეთება. გაჭირვება იყო მიზეზი - მაშინ ჩემი ქმარიც არ მუშაობდა, ბავშვი სკოლაში დადიოდა, ბევრი რაღაც სჭირდებოდა, მეორეს გაჩენის დრო არ იყო. ესაა ძირითადი მიზეზი, რის გამოც აბორტს იკეთებენ ქალები, თორემ შვილი ყველას უნდა. ბიჭის გამოც ბევრს გაუკეთებია სოფელში - გოგონებს იშორებენ.

ბევრი არ მიფიქრია. ვიცოდი რომ სხვა გზა არ მექონდა და დროის გაყვანას აზრი არ ჰქონდა. მეუღლემ კი იცოდა ამის შესახებ, მაგრამ, მე გადავწყვიტე. მგონია, რომ ქალმა უნდა გადაწყვიტოს ასეთი რაღაცები.

კლინიკა არის აქვე ახლოს, მაგრამ, ძვირია. მაგდენ ფულს ვერ გადავიხდიდი. მეზობლისგან ვიცოდი, რომ ჩვენს მახლობლად ერთი ქალი აკეთებდა უფრო იაფად და იმასთან წავედი. ესეც არ იყო იაფი ჩემთვის, მაგრამ, კლინიკასთან შედარებით შეღავათი იყო. ბავშვი მეუღლეს დავუტოვე და მეზობელთან ერთად წავედი იმ ქალთან. წინასწარ დავრეკეთ და გველოდებოდა. არაფერი არ გვიკითხავს ერთმანეთისთვის - არც მე, არც მას. ისე გააკეთა როგორც საჭიროდ ჩათვალა. რომ შემამჩნია ვნერვიულობდი, ცოტა დამამშვიდა და მერე გამიკეთა.

ბევრი ისტორია გამიგია, თავისით რომ იკეთებენ აბორტებს ქალები. მეზობლები მიყვებოდნენ ცხელ აბაზანებზე, რაღაც მცენარეებზე, მძიმეების აწევაზე, აბებზე. რა თქმა უნდა, პრობლემაა, რომ არ შეგიძლია საავადმყოფოში მიხვიდე და დაცულად ჩაიტარო ყველაფერი, მაგრამ სხვა გზა რომ არ გრჩება, რისკავ. ფინანსებთანაა ყველაფერი დაკავშირებული.

ნათია 28 წლის, სამცხე-ჯავახეთი

სამი შვილი მყავს - 10, 8 და 2 წლისები. უმაღლესი განათლება მაქვს, მაგრამ, ამჟამად დიასახლისი ვარ.

ექვსი აბორტი მაქვს გაკეთებული. მეუღლესთან ერთად მივიღე გადაწყვეტილება ყველა შემთხვევაში.

მთავარი პრობლემა რაც მხვდებოდა არის კლინიკის სიშორე. სოფელში ვცხოვრობ, კონსულტაციაზეც და აბორტზეც ქალაქში მიწევდა ჩასვლა. მანძილი შორია, მგზავრობა ძვირი. თავად პროცედურის ფასიც ძვირდება, ყოველ ჯერზე უფრო მეტის გადახდა მომინია. ბავშვების დატოვების პრობლემაც მქონდა. რამდენჯერმე თან წავიყვანე. ბოლოს რომ გავიკეთე აბორტი დიდები იყვნენ და დაქალს ვთხოვე მიეხედა, ვეღარ წავიყვანე.

ხუთ დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის შესახებ არ მსმენია, თუმცა ჩემს შემთხვევაში აზრი არ ექნებოდა ამას - მაინც არ შევიცვლიდი გადაწყვეტილებას. პირიქით, ხარჯები გამეზრდებოდა.

თავდაცვის საშუალებებიც არაა ჩვენთვის - სოფელში მცხოვრები ქალებისთვის - იმდენად ხელმისაწვდომი. ელემენტარულად, აფთიაქი არაა ახლოს. ამას ემატება ფინანსური პრობლემები. ინფორმაციაც არ გვაქვს ბევრ რამეზე. გადაუდებელი კონტრაცეფციის არსებობის შესახებ დიდხანს არც ვიცოდი.

თამუნა, 29 წლის, სამეგრელო

10 წელია დაქორწინებული ვარ და ორ შვილი მყავს.

აბორტი ერთხელ გავკეთე. მთავარი მიზეზი რის გამოც ამაზე დავფიქრდი მატერიალური პრობლემები იყო. მერე გავიგე რომ ნაყოფის განვითარებაშიც იყო მცირე შეფერხება და საბოლოოდ გადავწყვიტე აბორტი გამეკეთებინა.

დამოუკიდებლად მივიღე გადაწყვეტილება - მეუღლემაც არაფერი იცოდა. ზოგადად ვფიქრობ რომ ცოლ-ქმარმა ერთად უნდა მიიღონ ამგვარი გადაწყვეტილებები, მაგრამ, მე ვერ ვუთხარი. საკუთარი შემოსავალი არ მაქვს და გამომდინარე იქნედან რომ არავინ იცოდა ამის შესახებ, აბორტის და სხვა ხარჯებისთვის საჭირო ფული ნაცნობისგან ვისესხე.

საავადმყოფოში თავს დაცულად ვერ ვგრძნობდი - კაბინეტში ექიმთან და ექთანთან ერთად ვიყავი, მაგრამ კარი ღია იყო და სხვა ექთნები და ექიმები შემოდიოდნენ და გადიოდნენ. ბლანკი, სადაც ექიმმა ჩემი პირადი მონაცემები ჩაიწერა სულ სხვა ექიმმა აიღო და სადღაც წაიღო და ა.შ. პროცედურის ჩატარებამდე რალაცები მკითხა, მაგრამ, ბედაპირულად. გულისხმიერი კი არა ფულისმიერი უფრო იყო ეს გასაუბრება. ექიმებს ეს უფრო აინტერესებთ.

ხუთ დღიანი ვადის შესახებ ექიმს არაფერი უთქვამს, მე თვითონ მოვიძიე ინფორმაცია. თუმცა ამას აზრი არ ქონდა. ამით, საფრთხე ჩნდება, რომ სხვებმა გაიგონ აბორტის შესახებ, ჩაერიონ და გადაგაფიქრებინონ, თორემ, ქალმა თუ გადაწყვიტა აბორტი ხუთ დღეში თავისით არ გადაიფიქრებს.