

ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასება

კვლევის ანალიტიკური ანგარიში



კვლევის ხელმძღვანელი:

ნინო წულეისკირი - დირექტორი, ასოციაცია HERA XXI

კვლევის კოორდინატორი:

სალომე იობაძე - პროგრამების კოორდინატორი, ასოციაცია HERA XXI

მთავარი მკვლევარი:

ჯონი კვინიკაძე - დამოუკიდებელი შემფასებელი

სამართლებრივი ანალიზი

ანნა თვარაძე - იურიდიული კონსულტანტი, ასოციაცია HERA XXI

ფოკუს ჯგუფების ფასილიტაცია

მარიამ ხუროშვილი - სოციალური მუშაკი, ასოციაცია HERA XXI

მადლობის გამოხატვა

კვლევის პროცესში მონაწილეობა მიიღო სხვადასხვა დაინტერესებულმა მხარემ.

ასოციაცია HERA XXI მადლობას უხდის ყველა იმ პირს და ორგანიზაციას, მოხალისეთა ჯგუფს, ვინც დრო დაუთმო და წვლილი შეიტანა კვლევის პროცესში.

2022 წელი

თბილისი, საქართველო

© ყველა უფლება დაცულია.

ასოციაცია HERA XXI www.hera-youth.ge

[მასალის გამოყენების პირობები](#)

პასუხისმგებლობის განაწილება

კვლევის ანალიტიკურ ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის დამოუკიდებელ ექპერტს და არ უნდა იქნას განხილული შეფასების პროცესის მონაწილე რომელიმე დაინტერესებული მხარის პოზიციად, თუ ტექსტში სხვაგვარად არ არის მითითებული. ნებისმიერი შეცდომა და უზუსტობა წარმოადგენს ავტორის პასუხისმგებლობას.

აბრევიატურათა ჩამონათვალი

შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებები – სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ფლობს ნებართვას სამედიცინო საქმიანობაში “გინეკოლოგია” და სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში სამედიცინო საქმიანობას “გინეკოლოგია”;

ჯანდაცვის სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

SARA ინსტრუმენტი - მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული სამედიცინო დაწესებულების შეფასების ინსტრუმენტი, რომელიც შექმნილია ჯანდაცვის სექტორის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზადყოფნის შესაფასებლად, მონიტორინგისთვის და ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვისა და მართვის მხარდასაჭერად მტკიცებულებების შესაქმნელად.

NCDC – სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

აბორტის პროტოკოლი – ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლი

UNFPA – გაეროს მოსახლეობის ფონდი (The United Nations Population Fund)

WHO – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (World Health Organization)

MICS 2018 – მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, საქართველო 2018

სრჯუ - სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

პჯდ – პირველადი ჯანდაცვა

HER – ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები

ISSA - სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი

სარჩევი

აბრევიატურათა ჩამონათვალი	3
სარჩევი	4
შემაჯამებელი დასკვნა	6
შესავალი	11
1. კვლევის მეთოდოლოგია	13
1.1. კვლევის მიზნები და ამოცანები	13
1.2. გამოყენებული მეთოდები	14
1.2.1. კვლევის მეთოდების ზოგადი აღწერა	14
1.2.2. თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა	15
1.2.3. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა	17
1.2.4. მეთოდოლოგიური განსხვავებები 2016 წელს განხორციელებულ კვლევასთან მიმართებით: მისტიური გამოკითხვა და ექსპერიმენტი	20
2. კვლევის ძირითადი მიგნებები	22
2.1. ბენეფიციარებთან ფოკუს-ჯგუფების ჩატარებისას გაკეთებული მიგნებები	22
2.2. მისტიური პაციენტებისა და მკვლევარის მიერ ამბულატორიებისა და სტაციონარების წარმომადგენლებისგან მიღებული ინფორმაცია და შესაბამისი მიგნებები	25
კონტრაცეფციის ფინანსური ხელმისაწვდომობა	25
კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონე და პრაქტიკა	26
2.3. აბორტის სერვისების მზაობა და ხელმისაწვდომობა	28
2.3.1. რელიგიური ნიშნით სტიგმა და რწმენის საფუძველზე აბორტის სერვისების მიწოდებაზე უარის თქმა	31
2.3.2. აბორტის სერვისების ფასი და ფინანსური ხელმისაწვდომობა	33
2.3.3. სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა და კეთილმოწყობის დონე	34
2.3.4. პრეაბორტული კონსულტაცია	35
2.3.5. 5 დღიანი მოცდის ვადა	37
2.3.6. აბორტის სხვადასხვა მეთოდის გავრცელება და პრაქტიკა	40
2.3.7. მედიკამენტური აბორტის ფარმაცევტული ბაზარი - რეგულირება და პრაქტიკა	44
2.3.8. აბორტის სერვისების ხარისხი, რეგულაციები და სტატისტიკა	44
2.3.8. აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვა	47
2.3.9. პაციენტის უკუკავშირი მომსახურების ხარისხის თაობაზე	47

2.3.12. პანდემიასთან დაკავშირებული გამოწვევები	49
2.3.13. კვლევის რესპოდენტებისგან მიღებული რეკომენდაციები	49
3. კვლევის დასკვნები	50
4. კვლევის რეკომენდაციები	54
დანართები	57
დანართი 1 _ აბორტის მომსახურებით დაინტერესებული მისტიური პაციენტის ტექსტი	57
დანართი #2 _ ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი ფერტილური ასაკის ქალებისთვის	58
დანართი #3 _ კითხვარი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის	66
დანართი #4 _ კვლევის ფარგლებში დამუშავებული დოკუმენტების და საჯარო ინფორმაციის ჩამონათვალი	81
დანართი #5 _ კვლევაში მონაწილე კლინიკები და პირები	82
დანართი #6 _ NCDC-ის მიერ მოწოდებული აბორტის სერვისებთან დაკავშირებული სტატისტიკა	84

შემაჯამებელი დასკვნა

წინამდებარე ნაშრომი წარმოადგენს ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შესაფასებლად ჩატარებული კვლევის ანგარიშს, რომელიც ასოციაცია HERA XXI-მა 2021 წლის სექტემბრიდან 2022 წლის იანვრის ჩათვლით დამოუკიდებელი მკვლევარის ჩართულობით განახორციელა.

კვლევამ მოიცვა საქართველოში არსებული ყველა სამედიცინო დაწესებულება, სადაც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული მონაცემების თანახმად, ხდება ან შეიძლება ხდებოდეს ოჯახის დაგეგმვის და/ან აბორტთან დაკავშირებული სერვისების მიწოდება.

კვლევის მეთოდოლოგია წარმოადგენს რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის ინსტრუმენტების სინთეზს და ემყარება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO)-ის სერვისის ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასების SARA ინსტრუმენტს. კვლევისათვის საჭირო ძირითადი ინფორმაციის მოპოვება მოხდა სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლებისგან, ინდივიდუალური, ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუების გზით. ინდივიდუალურ ინტერვიუებს წინ უსწრებდა მისტიური კლიენტის ფორმატი, რომლის საფუძველზეც დადასტურდა ამა თუ იმ დაწესებულებაში აბორტის სერვისების არსებობა.

კვლევისათვის საჭირო ინფორმაციის მიღება მოხდა, ასევე აბორტის სერვისების ბენეფიციარებისგან, რომლებთანაც ორი ფოკუს-ჯგუფი ჩატარა ასოციაცია HERA XX-ის სოციალურმა მუშაკმა.

კვლევა მიზნად ისახავდა, ერთის მხრივ იმის შეფასებას, თუ რამდენად ხარისხიანია ოჯახი დაგეგმვის და აბორტის სერვისები, რომლებსაც საქართველოში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებები აწვდიან ბენეფიციარებს და მეორეს მხრივ, იმის გაანალიზება, თუ რამდენად ხელმისაწვდომია ბენეფიციარებისთვის აღნიშნული სერვისები, როგორც გეოგრაფიული, ასევე ფინანსური თვალსაზრისით. კვლევის ანგარიშში მნიშვნელოვანი აქცენტები კეთდება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ჩართული დაინტერესებული პირების ცნობიერებისა და ინფორმირებულობის დონეზე.

კვლევის მიგნებები, დასკვნები და რეკომენდაციები ეყრდნობა, როგორც შესაბამისი სერვისების მომხმარებლების, ასევე მიმწოდებლების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. კვლევის პროცესში ეფექტიანად იქნა გამოყენებული უკვე არსებული კვლევები.

2016 წელს, ასოციაცია HERA XXI-მა ჩაატარა თითქმის ანალოგიური კვლევა, სადაც შეფასდა საქართველოში აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობა, ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვა, საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის გავრცელებული სერვისები და პრაქტიკები და გამოიკვეთა ამ საკითხების პრობლემური ასპექტები. კვლევის ინსტრუმენტის იმპლემენტაციის ნაწილი განახორციელა სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა (ISSA).

კვლევას საფუძვლად დაედო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ გამოყენებული ქვეყანის დონეზე ჯანმრთელობის შეფასების ინდიკატორები, რომელთა ადაპტირებაც მოხდა ადგილობრივ კონტექსტსა და საჭიროებებზე კვლევისთვის საჭირო კითხვარების შესდგენად.

2016 წელს ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის სერვისებთან დაკავშირებით საქართველოში კვლავ უამრავი პრობლემა არსებობს.

მიმდინარე კვლევის ერთ-ერთი ამოცანაა 2016 წლიდან მოყოლებული არსებული ტენდენციების გამოკვეთა და ზოგიერთი რაოდენობრივი მაჩვენებლების შედარება ორი კვლევის შედეგებს შორის.

წინამდებარე კვლევის მიზანია მკაფიო სურათის შექმნა, თუ რა აფერხებს საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის ყველაზე თანამედროვე და უსაფრთხო მეთოდების ეფექტიანად გამოყენებას და რატომ არ არის ხელოვნური აბორტის საჭიროება მინიმუმამდე დაყვანილი. ამასთანავე, კვლევის დასკვნები და რეკომენდაციები მიზნად ისახავს ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც სურვილის შემთხვევაში, ხელოვნური აბორტის მომსახურებები ხელმისაწვდომი იქნება და თანამედროვე სტანდარტების დაცვით ჩატარდება.

კვლევის დასკვნები შესაძლებლობას იძლევა, შედარებითი ანალიზის მეშვეობით შევაფასოთ რამდენად აკმაყოფილებს ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის სერვისების დღევანდელი პრაქტიკა აბორტის პროტოკოლით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და სხვა საერთაშორისო გაიდლაინებს.

კვლევის მეთოდოლოგია ასევე ითვალისწინებდა რეკომენდაციების მომზადებას სხვადასხვა დაინტერესებული პირებისთვის. შემფასებლის მიერ შემოთავაზებული რეკომენდაციები ორიენტირებულია მათ მიზანშეწონილობასა და განხორციელებადობაზე.

კვლევის მიგნებებიდან გამომდინარე, შემფასებელი რიგ დასკვნებამდე მივიდა, რომელთაგანაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი დასკვნები ქვევით არის მოცემული:

- ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით ქალთა უფლებები უხეშად და ხშირად ირღვევა.
- ოჯახის დაგეგმვის კლინიკური გაიდლაინი სამედიცინო პერსონალს ავალდებულებს იმის უზრუნველყოფას, რომ სტერილიზაციის თაობაზე ქალი გადაწყვეტილებას დამოუკიდებლად, მხოლოდ საკუთარი სურვილით იღებდეს. თუმცა, არსებობს არაფორმალური და საქართველოს კანონმდებლობასთან შეუსაბამო, არაკანონიერი პრაქტიკა, როდესაც სტერილიზაციის პროცედურისთვის ქალს მეუღლის თანხმობა სჭირდება.
- რეპროდუქციული ასაკის ქალთა დიდი ნაწილისთვის, განსაკუთრებით რეგიონებში და სოფლებში, კონტრაცეფციის საშუალებები ფინანსურად ხელმიუწვდომელია.
- არ ხდება არსებული პოლიტიკისა და კანონმდებლობის სათანადო განხორციელება. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის სისტემა სათანადოდ ვერ არ ასრულებს თავის ფუნქციას და ვერ ახორციელებს მხარდამჭერ ზედამხედველობას.

დაწესებულებების უმრავლესობა 5 დღიანი მოცდის ვადის ვალდებულებას არ ასრულებს.

მედიკამენტური აბორტის აბების ფარმაცევტულ ბაზარზე უკონტროლო მდგომარეობაა, რის გამოც ისინი ადვილად ხელმისაწვდომია პაციენტებისთვის, თვითნებური აბორტის სურვილის შემთხვევაში.

კვლევაში მონაწილე არც ერთ დაწესებულებაში არ ხდება მიწოდებული აბორტის მომსახურების ხარისხის და ასევე მიმწოდებელი მედ-პერსონალის საქმიანობის შეფასება;

- ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ოჯახის დაგეგმვასა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა სერვისების სათანადოდ მიწოდებას, როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი თვალსაზრისით.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების მიწოდება ფაქტობრივად არ ახდება ან მინიმუმამდე არის დაყვანილი. იმ 66 დაწესებულებიდან, სადაც მისტიურ კლიენტს დაუდასტურეს აბორტის სერვისების არსებობა, 25 არის ამბულატორია. ხოლო, იმ 55 დაწესებულებიდან, სადაც მკვლევარს დაუდასტურეს იგივე სერვისების არსებობა, მხოლოდ 18 არის ამბულატორია.

კვლევის რესპოდენტების უმრავლესობის თანახმად, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე კვალიფიციური პროფესიონალისგან კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა დაბალია და ბენეფიციართა ის მცირე ნაწილი, რომელსაც ასეთი კონსულტაციის მიღების მოთხოვნილება აქვს, პირდაპირ მეორე ან მესამე დონის დაწესებულებებში მიდის.

- მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის დაგეგმვის სერვისების შესახებ ზუსტი ინფორმაციის სრულ ხელმისაწვდომობას, განსაკუთრებით მოზარდებისთვის, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, არსებობს ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სრულ კომპლექსური სერვისების მწვავე დეფიციტი, პირველ რიგში ინფორმაციის დაბალი ხელმისაწვდომობის სახით. ამავე დროს, ამგვარ ინფორმაციაზე სრული ხელმისაწვდომობა, ადამიანის ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა. ამავდროულად, პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მიხედვით, 14--18 წლის პაციენტებს უფლება აქვთ, არაქირურგიული კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ კონსულტაცია, ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, მშობლების ინფორმირების გარეშე მიიღონ. (წყარო საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 41.1).

კვლევის რესპოდენტების თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული ოჯახის ექიმების დიდ უმრავლესობას არ აქვს სათანადო ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის სერვისის მისაწოდებლად. ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით: „ოჯახის ექიმების დიდმა ნაწილმა არც კი იცის, რომ ეს მათ ფუნქცია-მოვალეობებში შედის“.

ოჯახის დაგეგმვის მიმართულებით, ქვეყანაში არ ფუნქციონირებს არც ფორმალური და არც არაფორმალური საგანმანათლებლო სისტემა, რაც მრავალ პრობლემას იწვევს. მაგალითად, სწორედ ამის შედეგია, რომ სათანადო ინსტრუქციისა და ინფორმაციის ნაკლებობის გამო ქალები ავთიაქში დამოუკიდებლად ყიდულობენ მშობიარობის ხელოვნურად შეწყვეტისთვის განკუთვნილ მედიკამენტს და საფრთხეს უქმნიან საკუთარ სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას.

შესავალი

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.

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

აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული საკითხების დარეგულირება და პრაქტიკაში დანერგვა, პირველ რიგში, მოითხოვს საქართველოში მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული სიტუაციის სიღრმისეულ შესწავლასა და ანალიზს. სწორედ ამიტომ, არასამთავრობო ორგანიზაცია „HERA XXI- მა“ 2016 წელს აიღო ინიციატივა, სოციოლოგიური კვლევების მეშვეობით შეეფასებინა საქართველოში აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობა, ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვა, საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის გავრცელებული სერვისებისა და პრაქტიკები და გამოეკვეთა ამ საკითხების პრობლემური ასპექტები. საკითხის კომპლექსურობიდან, ცვალებადი სოციალური გარემოსა და კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მივიჩნიეთ კვლევის გამეორება მცირე

ადაპტირებით და 2016 და 2022 წლის კონტექსტუალური ასპექტების გათვალისწინებით შედარებითი ანალიტიკური ანგარიშის მომზადება.

მიმდინარე კვლევის ერთ-ერთი მიზანია 2016 წლიდან მოყოლებული არსებული ტენდენციების გამოკვეთა და ზოგიერთი რაოდენობრივი მაჩვენებლების შედარება ორი კვლევის შედეგებს შორის. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა შობადობის კონტროლის ერთ-ერთი საშუალებაა, რაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, თავის მხრივ, არის საზოგადოების კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო პერიოდში საქართველოში, რეპროდუქციულ ჯანდაცვასა და აბორტის პრაქტიკაში მოხდა დიდი ცვლილებები, 2016 წელს ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის სერვისებთან დაკავშირებით, საქართველოში კვლავ უამრავი პრობლემა არსებობს და ლეგალური უსაფრთხო აბორტის სერვისების განვითარება საკმაოდ დაბალი ტემპით მიმდინარეობს.

იმისათვის, რომ საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ცნობიერებისა და ცოდნის დონე გაიზარდოს და სწორი პრაქტიკა დამკვიდრდეს. ასევე, ზოგადად უსაფრთხო აბორტის და კერძოდ, ხელოვნური აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი გაიზარდოს, საჭიროა, რომ მკაფიოდ და ობიექტურად აღიწეროს დღეს არსებული გამოწვევები და მათ უკან მდგარი პრობლემები.

1. კვლევის მეთოდოლოგია

1.1. კვლევის მიზნები და ამოცანები

კვლევის მიზანია საქართველოში აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობისა და ქალებისათვის მომსახურების მიწოდებისათვის შესაბამისი კლინიკების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასება.

კვლევა სამი ძირითადი ამოცანის გადაჭრას ისახავს მიზნად:

- საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობისა და ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის შეფასება;
- საქართველოში უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და პრაქტიკების შეფასება და ამ სფეროში ქვეყანაში არსებული გამოწვევების აღწერა და ანალიზი. აბორტის მომსახურებების ანალიზისას, კვლევა ფოკუსირდება ხელოვნური აბორტის მომსახურებაზე, როგორც ოჯახის დაგეგმვის ერთ-ერთ ინსტრუმენტზე. ცნობილია, რომ თვითნებურად და არასათანადო პირობებში ჩატარებული აბორტები უშვილობასა და დედათა სიკვდილიანობას იწვევს.
- დროში ცვალებადი ტენდენციების გამოკვეთა და ზოგიერთი რაოდენობრივი მაჩვენებლის შედარება SARAs ინსტრუმენტით განხორციელებულ ორ კვლევის შედეგებს შორის.

წინამდებარე კვლევის ავტორები იმედოვნებენ, რომ კვლევის მიგნებები, დასკვნები და რეკომენდაციები წვლილს შეიტანს ისეთი გარემოს შექმნაში, სადაც ოჯახის დაგეგმვის ყველაზე თანამედროვე და უსაფრთხო მეთოდების ეფექტიანად გამოყენების ცოდნა და პრაქტიკა ფართოდ გავრცელდება და ხელოვნური აბორტის საჭიროება მინიმუმამდე იქნება დაყვანილი. ამასთანავე, სურვილის შემთხვევაში ხელოვნური აბორტის მომსახურებები ხელმისაწვდომი იქნება და თანამედროვე სტანდარტების დაცვით ჩატარდება.

1.2. გამოყენებული მეთოდები

1.2.1. კვლევის მეთოდების ზოგადი აღწერა

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა ტრიანგულაციური მიდგომა, რომლის ფარგლებშიც მოხდა კვლევის რაოდენობრივი და თვისებრივი კომპონენტების კომბინირება. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოში, მიღებული შედეგები კი გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტის შემუშავებისა და კვლევის საბოლოო ანგარიშის შექმნისათვის. თვისებრივი კვლევის მეორე კომპონენტი ითვალისწინებდა ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუს გზამკვლევის სერვის პროვაიდერ კლინიკებთან პირისპირ და ონლაინ ინტერვიუებს. რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა გამოკითხვის მეთოდით და გამოყენებულ იქნა დისტანციური ინტერვიუს მეთოდი და თვითადმინისტრირებადი კითხვარი. 2016 წელს ჩატარებული კვლევისგან განსხვავებით მიმდინარე კვლევის ტრიანგულაციური მიდგომის შემუშავებისას ასევე გამოყენებულ იქნა მისტიური მოხმარებლის კვლევის მეთოდი, რომელმაც პირველადი ინფორმაციული ბაზის შეგროვება სერვისის მიმწოდებლებზე. მისტიური მომხმარებლის მეთოდით მიღებული ინფორმაციის ვალიდურობა გადამოწმებული იქნა მთავარი მკვლევრის მიერ. რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის შედეგების საფუძველზე მომზადდა საერთო ანგარიში. გარდა ამისა, კვლევის მიმდინარეობისას გამოყენებულ იქნა ექსპერიმენტის მეთოდიც.

კვლევამ მოიცვა საქართველოში მოქმედი ყველა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ფლობს ნებართვას სამედიცინო საქმიანობაში “გინეკოლოგია” და ასევე, ყველა სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში სამედიცინო საქმიანობას “გინეკოლოგია” (შემდგომში, ორივე ტიპის დაწესებულება მოხსენიებული იქნება, როგორც შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებები).

კვლევის მეთოდოლოგია იმგვარად იყო შედგენილი, რომ ოჯახის დაგეგმვის, მათ შორის აბორტის სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის შესახებ ინფორმაციის წყარო ყოფილიყვნენ, როგორც ამ სერვისების მომხმარებლები, ასევე მიმწოდებლები. კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელებისას ეფექტიანად იქნა გამოყენებული ასოციაცია HERA XXI-ის მიერ 2016 წელს ჩატარებული კვლევის „აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება“ გამოცდილება, რომლის სავსე სამუშაოებიც შეასრულა და ანალიტიკური ანგარიში მოამზადა სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა (ISSA). კერძოდ, ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუს კითხვარები¹ დიდ წილად იმეორებს 2016-ში ჩატარებული კვლევის კითხვებს და თანმიმდევრობას.

კვლევის განხორციელების პირველ ეტაპზე, ასოციაცია HERA XXI-მა მკვლევარს მიაწოდა ყველა მნიშვნელოვანი დოკუმენტი და პუბლიკაცია, რაც რელევანტური იყო კვლევის ეფექტიანად განხორციელებისთვის. მკვლევარის მიერ შესაბამისი მასალების² გაცნობის შემდეგ, კვლევის გეგმაში მცირე ტექნიკური ცვლილებები შევიდა.

1.2.2. თვისებრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა

კვლევის მიზანი: საქართველოში მცხოვრები ფერტილობის ასაკის ქალების დამოკიდებულების გამოვლენა უსაფრთხო აბორტის მიმართ.

კვლევის ამოცანები:

- ქალთა დამოკიდებულებების გამოვლენა ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკების მიმართ და შესაბამისი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის შეფასება;
- ორსულობის შეწყვეტის მიზეზების დადგენა;
- უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის შეფასება;
- აბორტის სერვისების მიმართ ქალთა დამოკიდებულებების გამოვლენა.

¹ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუს კითხვარი იხილეთ დანართ #3-ში.

² შესაბამისი დოკუმენტების ჩამონათვალი იხილეთ დანართ #4-ში.

კვლევის მეთოდი: ფოკუს ჯგუფი (ჯგუფური დისკუსია). დისკუსიების ხანგრძლივობა შეადგენდა 1.5–2 საათს.

კვლევის ინსტრუმენტი: ნახევრად სტრუქტურირებული გზამკვლევი (გაიდლაინი), რომელიც შემუშავდა სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის ანალიტიკოსების მიერ. გზამკვლევი მოიცავს 20-30 ძირითად საკვანძო საკითხს, როგორცაა, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ, ინფორმირება კონტრაცეფციის საშუალებების შესახებ და მათი ხელმისაწვდომობა, აბორტის გაკეთების ძირითადი მიზეზები, აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობა და მისი ხარისხი და სხვა.

სამიზნე ჯგუფი: ფერტილობის ასაკის ქალები საქართველოს აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოში მცხოვრები, რომელთაც ერთხელ მაინც აქვთ გაკეთებული აბორტი 2016 წლის შემდგომ. პანდემიით გათვალისწინებული შეზღუდვების ფონზე ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა დისტანციურად პლატფორმა ZOOM-ის გამოყენებით 2021 წლის ნოემბერში.

შერჩევის მეთოდი: თოვლის გუნდა

შერჩევითი ერთობლიობა: შერჩევითმა ერთობლიობამ მოიცვა 20-45 წლის ასაკის 16 ქალი.

მონაცემთა ანალიზი: ჯგუფური დისკუსიები ჩაიწერა ონლაინ რეჟიმში ვიდეო ფორმატით. თითოეული ჩანაწერის გაშიფრვის შემდეგ, გაკეთდა დისკუსიების ტრანსკრიპტები. მონაცემები დამუშავდა რამდენიმე ეტაპად:

- ✓ ტექსტის ფორმალური ანალიზი (ფაქტობრივი და შეფასებითი ნაწილების დიფერენცირება);
- ✓ ფაქტობრივი მასალის სტრუქტურული ანალიზი (მონაცემების სისტემატიზაცია სხვადასხვა კრიტერიუმების საფუძველზე);
- ✓ შეფასებითი მონაცემების ანალიზი და ყველაზე გავრცელებული სქემების იდენტიფიცირება;

✓ ინტერპრეტაციული და ფაქტორული ნაწილების გენერალიზებული ტიპების იდენტიფიცირება.

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

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფოკუს ჯგუფების ფასილიტატოროდ შერჩეული იქნა ქალი, რათა გათვალისწინებულიყო გენდერული ასპექტი და თავიდან აცილებულიყო ზედმეტი ბარიერები. ამ მიზნისთვის სპეციალურად გადამზადდა ასოციაცია HERA XXI-ის სოციალური მუშაკი.

1.2.3. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდოლოგიის აღწერა

კვლევის მიზანი: აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება სერვისის მიმწოდებელ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში

კვლევის ამოცანები:

უსაფრთხო აბორტის მეთოდების ხელმისაწვდომობისა და ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვის შეფასება საქართველოში;

უსაფრთხო აბორტის მომსახურების ხარისხის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და პრაქტიკების შეფასება საქართველოში.

კვლევის მეთოდი: პირისპირ ინტერვიუ

კვლევის ინსტრუმენტი: ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი (დანართი 3), რომელიც მოიცავს დახურულ, ნახევრად დახურულ და ღია შეკითხვებს. კითხვარის შედგენისათვის გამოყენებულ იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული სერვისის ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასების ინსტრუმენტი³, რომელიც მოდიფიცირდა ფოკუს-ჯგუფის შედეგად მიღებული მონაცემების საფუძველზე. კითხვარი მოიცავს შემდეგ ბლოკებს:

³ Questionnaire of Service Availability and Readiness assesment (SARA)", World Health Organization (WHO), მოძიებულია 24.11.2021 http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Reference_Manual_Chapter2.pdf?ua=1

- ზოგადი ინფორმაცია კლინიკის შესახებ
- კლინიკის ინფრასტრუქტურა
- ზოგადი ინფორმაცია აბორტის სერვისების შესახებ
- აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა
- აბორტის სერვისების უსაფრთხოება და ხელმისაწვდომობა
- აბორტის შემდგომი პერიოდი
- კლიენტების ინფორმირება და კმაყოფილების ხარისხი; სერვისების კონფიდენციალობა
- კლინიკის პერსონალი
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისები
- სტატისტიკური მონაცემები აბორტის მომსახურების შესახებ

სამიზნე ჯგუფი: კლინიკები საქართველოს მასშტაბით, რომლებიც კლიენტებს სთავაზობენ აბორტის სერვისს

გენერალური ერთობლიობა - 66 სამედიცინო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით, რომელიც პრაქტიკაში აწვდის აბორტის მომსახურებას;

შერჩევის მოცულობა: 30 სამედიცინო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით⁴, რომელიც პრაქტიკაში ახორციელებს აბორტის მომსახურების მიწოდებას

შერჩევის დიზაინი: მიზნობრივი შერჩევა

2016 წელს ჩატარებული კვლევისგან განსხვავებით, მოცემული კვლევის ფარგლებში გენერალური ერთობლიობა და შერჩევითი ერთობლიობა არ ემთხვევა ერთმანეთს, რადგან დაწესებულებების ნაწილმა უარი განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე. იმ დაწესებულთა პასუხების ვალიდურობა, რომლებმაც უარი განაცხადეს აბორტის სერვისის არსებობაზე, გადამოწმებულ იქნა მისტიური პაციენტის მეთოდით.

⁴ იხ. დანართი 5.

შერჩევის ბაზად გამოყენებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო დაწესებულებების ბაზა.

☒ მონაცემთა ანალიზი: პირველ ეტაპზე განხორციელდა კითხვარში ჩართულ დია შეკითხვებზე რესპონდენტთა მიერ გაცემული პასუხების დაჯგუფება და ფორმალიზება, მათთვის კოდების (რაოდენობრივი მაჩვენებლების) მინიჭების გზით. კოდირებული პასუხები შეტანილი იქნა ყოველი კონკრეტული გამოკითხვისთვის შექმნილ ცვლადების აღწერის კომპიუტერულ ბაღეში. შემდეგ მოხდა მონაცემების გაწმენდა, შეწონვა და გასუფთავება. დამუშავებისა და ანალიზისას გამოყენებული იქნა უნივარსიაციული და ბივარსიაციული ანალიზის ისეთი მეთოდები, როგორცაა სინშირული (ერთგანზომილებიანი) განაწილება, ცენტრალური ტენდენციის მაჩვენებლები, კორელაციური ანალიზი, კროსტაბულაცია. კვლევის საბოლოო ანგარიში მომზადდა თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის შედეგების შეჯამებით. მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა პროტოკოლი⁵ და გაიდლაინები⁶ და საქართველოს კანონმდებლობა.

საველე სამუშაოები: საველე სამუშაოები მიმდინარეობდა 2021 წლის 1 ნოემბრიდან 2022 წლის 16 იანვრის ჩათვლით. პანდემიიდან გამომდინარე შეზღუდვების ფონზე, სამედიცინო დაწესებულებათა მხოლოდ მცირე ნაწილზე მოხდა ადგილზე პირისპირ ინტერვიუს ჩატარება. კვლევაში მონაწილე დანარჩენ 26 სამედიცინო დაწესებულებისგან ინფორმაციის მიღება მოხდა Zoom-ის პლატფორმის, სატელეფონო ინტერვიუს ან შევსებული კითხვარის გადმოგზავნის მეშვეობით.

⁵ კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) _ კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა.

⁶ კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია (გაიდლაინი) - მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

1.2.4. მეთოდოლოგიური განსხვავებები 2016 წელს განხორციელებულ კვლევასთან მიმართებით: მისტიური გამოკითხვა და ექსპერიმენტი

ორ კვლევას შორის მნიშვნელოვან განსხვავებას წარმოადგენს ამჟამინდელ კვლევაში მისტიური პაციენტის ინსტრუმენტის გამოყენება, რომელიც განხორციელდა ასოციაცია HERA XXI-ის მოხალისეების მიერ, რომელთაც გაიარეს შესაბამისი სწავლება და ინსტრუქტაჟი. მეთოდის ფარგლებში ექვსმა მოხალისე გოგონამ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში, სატელეფონი ზარის მეშვეობით, წინასწარ შემუშავებული გაიდით⁷ განაცხადა, რომ მის ახლობელს გადაწყვეტილი ჰქონდა ხელოვნური აბორტის გაკეთება და საჭიროებდა ინფორმაციას დაწესებულებაში არსებული აბორტის სერვისების მეთოდებისა და ფასის შესახებ. მისტიურ კლიენტებთან 66-მა დაწესებულებამ დაადასტურა აბორტის სერვისების არსებობა. ამასთან რამდენიმე დაწესებულებამ მისტიურ კლიენტს უპასუხა, რომ მხოლოდ ადგილზე მისვლით შეეძლო ამ ინფორმაციის მიღება, რაც ირიბ დასტურს წარმოადგენდა დაწესებულების მხრიდან.

კვლევის საველე ფაზის მიმდინარეობისას „მისტიური კლიენტები“ შეეცადნენ დაკავშირებოდნენ საქართველოში მოქმედ ყველა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც ფლობს ნებართვას სამედიცინო საქმიანობაში „გინეკოლოგია“ და ასევე, ყველა სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც ახორციელებს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში სამედიცინო საქმიანობას „გინეკოლოგია“ (შემდგომში, ორივე ტიპის დაწესებულება მოხსენიებული იქნება, როგორც სამედიცინო დაწესებულებები). სამედიცინო საქმიანობის „გინეკოლოგია“ განმახორციელებელი დაწესებულებების ნუსხა (სულ - 624), ორგანიზაციას მიაწოდა ჯანდაცვის სამინისტრომ საჯარო ინფორმაციის გამოთხოვნის საფუძველზე.

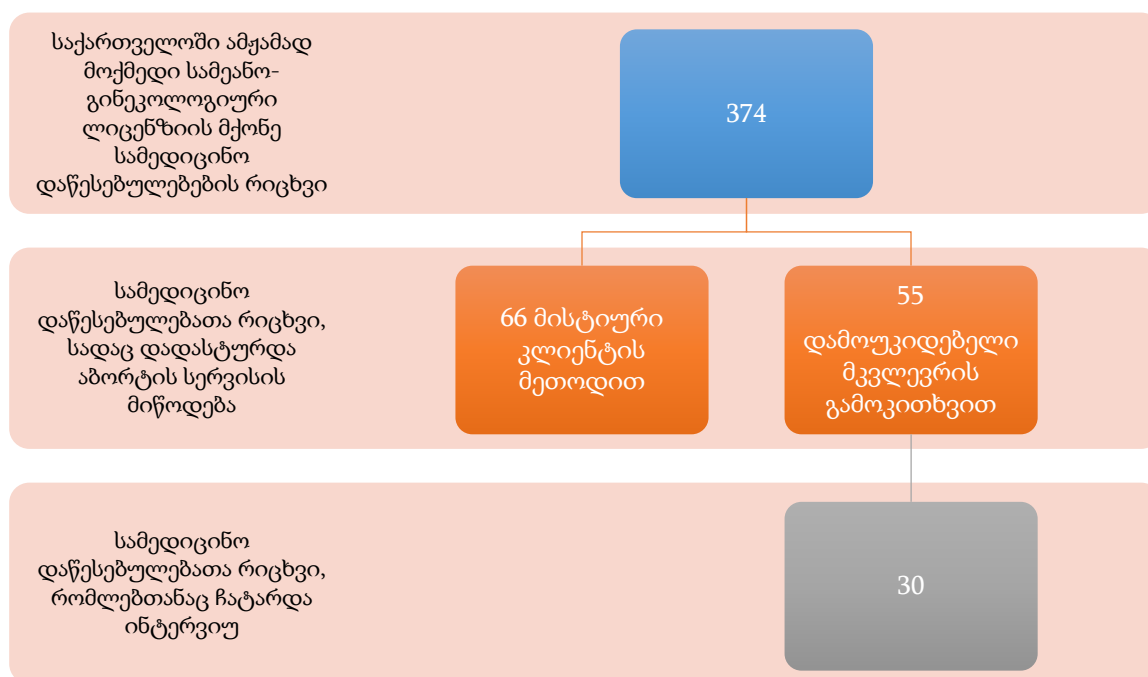
მისტიური კლიენტის სტატუსით დაკავშირება მოხერხდა - 374 დაწესებულებასთან, დანარჩენი ან აღარ ფუნქციონირებს, ან პროფილი შეიცვალა ან მითითებული ყველა საკონტაქტო ინფორმაცია არასწორია ან არ არსებულია;

374 დაწესებულებიდან მისტიურ კლიენტთან აბორტის სერვისის არსებობა დაადასტურა - 66 დაწესებულებამ, აქედან 25 არის ამბულატორია.

⁷ იხ. დანართი 1.

იმ 66 დაწესებულებიდან, რომლებმაც აბორტის სერვისის არსებობა მისტიურ კლიენტებთან დაადასტურეს, მკვლევართან ამ სერვისის არსებობა დაადასტურა - 55 დაწესებულებამ, სადანაც 18 არის ამბულატორია.

იმ 55 დაწესებულებიდან, რომლებმაც მკვლევართანაც დაადასტურეს აბორტის სერვისის არსებობა, კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა - 30 დაწესებულებამ (იხ. სურათი 1).



სურათი 1. საქართველოში მოქმედი აბორტის სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებები.

კვლევაში დაწესებულებას წარმოადგენდა ან დაწესებულების ხელმძღვანელი ან მეან-გინეკოლოგი (რიგ შემთხვევებში, ამ მიმართულების ხელმძღვანელი);

კვლევაში მონაწილე დაწესებულებებიდან 21-თან შედგა ინტერვიუ პირისპირ, ტელეფონით ან Zoom-ის პლატფორმით. 9 დაწესებულებამ უარი თქვა ინტერვიუზე და დათანხმდა კითხვარის შევსებაზე და ელ. ფოსტით გამოგზავნა. უარის მიზეზად დასახელდა დროის ნაკლებობა.

ასევე, 2016 წლის კვლევისგან განსხვავებით, აბორტთან დაკავშირებული მედიკამენტის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით ჩატარდა კვლევითი ექსპერიმენტი, რომლის მიზანიც იყო იმის დადგენა, შესაძლებელია თუ არა, შესაბამისი მედიკამენტების

შეძენა, ექიმის რეცეპტის გარეშე. ექსპერიმენტის ფარგლებში გადამოწმდა მიფეპრისტონის და მიზოპროსტოლის რეცეპტის გარეშე აფთიაქის მეშვეობით შეძენის შესაძლებლობა.

ორ კვლევას შორის გარკვეული განსხვავებები განპირობებული იყო კოვიდ პანდემიით გამოწვეული შეზღუდვებით, რის გამოც დამოუკიდებელმა მკვლევარმა ვერ მოახერხა სამედიცინო დაწესებულებების ადგილზე კეთილმოწყობა-ინფრასტრუქტურის ყრილში მონიტორინგი.

კვლევის დასკვნები შესაძლებლობას იძლევა, შედარებითი ანალიზის მეშვეობით შევაფასოთ რამდენად აკმაყოფილებს ოჯახის დაგეგმვის და უსაფრთხო აბორტის სერვისების დღევანდელი პრაქტიკა აბორტის პროტოკოლით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და სხვა საერთაშორისო გაიდლაინებს.

კვლევის მეთოდოლოგია ასევე ითვალისწინებდა რეკომენდაციების მომზადებას სხვადასხვა დაინტერესებული პირებისთვის. შემოთავაზებული რეკომენდაციები ორიენტირებულია მათ მიზანშეწონილობასა და განხორციელებადობაზე.

2. კვლევის ძირითადი მიგნებები

2.1. ბენეფიციართან ფოკუს-ჯგუფების ჩატარებისას გაკეთებული მიგნებები

ქვევით მოცემულია, ფოთში და წილკანის დევნილთა დასახლებაში მცხოვრებ ქალებთან (on-line რეჟიმში) ჩატარებული ფოკუს-ჯგუფის შეხვედრების შედეგად გამოვლენილი ძირითადი მიგნებები:

ფოკუს ჯგუფების მონაწილეებმა ერთხმად გამოთქვეს კმაყოფილება, რომ ამ საკითხით ვინმე სერიოზულად დაინტერესდა და იმედი აქვთ, რომ ეს კვლევა ხელს შეუწყობს ოჯახის დაგეგმვისა და უსაფრთხო აბორტის მიმართულებებით არსებული უამრავი პრობლემიდან, თუნდაც მცირე ნაწილის მოგვარებას;

ამ ტიპის შეხვედრა ყველასთვის პირველია და რაიმე საუბრებში/დისკუსიებში მონაწილეობა არ მიუღიათ;

ყველა მონაწილის შემთხვევაში ორსულობის ვადა ექოსკოპიით დადგინდა;

მონაწილეთა გადმოცემით, აბორტის სერვისის მიღების ადგილზე, სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები ყველგან გამართული იყო;

არც ერთ მონაწილეს გართულების შემთხვევა არ ჰქონია;

მონაწილეთა დიდმა უმრავლესობა აღიარა, რომ პირადად მათ ორსულობა არ დაუგეგმავთ და მათ გარშემო უმრავლესობას ასეთივე გამოცდილება აქვს ანუ „ბუნებრივად როგორც იქნება ისეა“.

აბსოლუტურად ყველა მონაწილის თანახმად, არც მათ და არც არავის მათ გარშემო, ოჯახის დაგეგმვის კუთხით სასკოლო პროგრამიდან არანაირი თეორიული და/ან პრაქტიკული ცოდნა და უნარები ან კონსულტაცია არ მიუღიათ. ამიტომ, მათი აზრით საჭიროა გაცილებით მეტი არაფორმალური განათლების აქტივობები, ტრენინგები და შეხვედრები, რათა სწორი პრაქტიკა დამკვიდრდეს.

შეკითხვაზე, თუ რომელი კონტრაცეპტივებით სარგებლობენ ამ ეტაპზე, პასუხის გაცემისგან თავი შეიკავა ფოკუს ჯგუფის ყველა მონაწილემ. ამიტომ, გაუგებარია, არ აქვთ პასუხი თუ ამ თემაზე საუბარს ერიდებიან. ბოლოს, ერთმა მონაწილემ თქვა, რომ გინეკოლოგის კონსულტაციით იყენებს პრეორალურ კონტრაცეპტულ აბებს;

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეების აზრით, დიდ ქალაქებში უფრო მაღალია კონტრაცეპტივების მოხმარება, რადგან ექიმები უფრო კვალიფიციურია და მოსახლეობის ცნობიერების დონეც უფრო მაღალი. ზოგიერთის აზრით, შესაძლოა დიდ ქალაქებშიც ბევრია დაბალი ცოდნით და ცნობიერებით, მაგრამ დიდ ქალაქებში, სოფლებისგან განსხვავებით, გინეკოლოგთან ხელმისაწვდომობა უფრო დიდია და სპეციალისტები არწმუნებენ მათ სწორი პრაქტიკის ათვისებაში;

მონაწილეთა ნაწილის აზრით, კონტრაცეპტივების სიძვირე ანუ ფინანსური ხელ მიუწვდომლობა არის დაბალი მოხმარების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი;

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა აზრით, კაცები ხშირად ვერ აცნობიერებენ ხშირი მშობიარობა და/ან აბორტები რამხელად ზიანს აყენებს ქალის ჯანმრთელობას. ქართველი კაცების ცნობიერების დონე ამ საკითხში ძალიან დაბალია. ამიტომ პირველ რიგში ქალებმა უნდა იზრუნონ ამაზე.

ფოკუს ჯგუფის არც ერთმა მონაწილემ არ იცოდა არც ასოციაცია HERA XXI-ის და არც სხვა რომელიმე ისეთი ორგანიზაციის არსებობის შესახებ, რომელიც ქალებს ამ საკითხში დაეხმარება, როგორც რჩევით, ასევე კონტრაცეპტივების მიწოდებით;

მონაწილეთა ნაწილისთვის მიუღებელია მესამე პირის დასწრება გინეკოლოგთან კონსულტაციაზე, ნაწილისთვის კი ასისტენტის დასწრება პრობლემას არ ქმნის.

კონტრაცეპტივების დაბალი მოხმარების მიზეზებს შორის დასახელდა ასევე, მათი ხარისხის მიმართ უნდობლობა. ასევე, არ იციან, თუ რა ვადით შეიძლება ამა თუ იმ საშუალების მიღება, ზიანის მიღების გარეშე.

ბოლოს, მონაწილეებმა ერთხმად აღნიშნეს, რომ ძალიან უნდათ ამ თემებზე საუბარი, მაგრამ შებოჭილები არიან და უჭირთ. ახლაც, ბევრს ვერ ამბობენ, რადგან გახსნილები არ არიან. ფოკუს-ჯგუფის მიმდინარეობისას ცხადი გახდა, რომ ქალებს ამ თემაზე საუბარი ეუხერხულებოდათ და ფოკუს-ჯგუფის მოდერატორს დიდი ძალისხმევა სჭირდებოდა მათგან ინფორმაციის მისაღებად. უმრავლესობა, ვერც ბედავდა ტერმინების „კონტრაცეპტივი“ ან „პრეზერვატივი“ გამოყენებას.

ოჯახის დაგეგმვის და განსაკუთრებით აბორტის შესახებ თემები, საზოგადოების დიდ ნაწილში ტაბუირებულია. მაგალითად, შეკითხვაზე, თუ რომელი კონტრაცეპტივებით სარგებლობენ ამ ეტაპზე, პასუხის გაცემისგან თავი შეიკავა ფოკუს ჯგუფის ყველა მონაწილემ;

2.2. მისტიური პაციენტებისა და მკვლევარის⁸ მიერ ამბულატორიებისა და სტაციონარების წარმომადგენლებისგან მიღებული ინფორმაცია და შესაბამისი მიგნებები

წარმოდგენილი კვლევის ანგარიშისთვის მონაცემთა ძირითადი ნაწილის მოპოვება მოხდა შესაბამის დაწესებულებების წარმომადგენლებთან გასაუბრების შედეგად. აღქმის გაადვილების მიზნით რესპოდენტებისაგან მიღებული ინფორმაცია დაყოფილია თემატური ბლოკების სახით.

კონტრაგეფციის ფინანსური ხელმისაწვდომობა

დაწესებულებების უდიდესი ნაწილი აღიარებს, რომ მათი ბენეფიციარების უმრავლესობისთვის ხარისხიანი კონტრაგეპციის ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა არსებობს. განსაკუთრებით ბოლო წლებში, როდესაც კვლევაში მონაწილე არც ერთი დაწესებულება, ამჟამად არ თანამშრომლობს საერთაშორისო დონორებთან.

მკვლევართან რამდენიმე დაწესებულებამ აღიარა, რომ 2020 და 2021 წლებში იყო რამდენიმე შემთხვევა, როცა მათ მიერ ვადაგასული სპირალის იმპლანტაცია მოხდა (ჰუმანიტარული დახმარებით 2015 წლამდე მიღებული კონტრაგეპტივების მოხმარების ვადა 2019 წლისთვის ამოიწურა). ეს ფაქტი აჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ლოჯისტიკისა და უტილიზაციის მხრივ სისტემურ პრობლემებს ჰქონდა ადგილი.

შესაბამისად, არც ამბულატორიებს და არც სტაციონარებს, უკვე რამდენიმე წელია არ აქვთ საშუალება, რომ კონტრაგეპტივები და საინფორმაციო (ილუსტრირებული) მასალები უფასოდ გასცენ. გამონაკლისია, მხოლოდ ასოციაცია HERA XXI-ის რამდენიმე პარტნიორი დაწესებულება, რომლებიც ასოციაციისგან მიზნობრივ პროექტებში არიან ჩართულები როგორც პარტნიორი კლინიკები.

⁸კვლევის ანგარიშში მკვლევარის მიერ შეტანილი მიგნებები ეფუძნება რესპოდენტების მიერ მოწოდებულ ინფორმაცია, რადგან კვლევის მეთოდოლოგია არ ითვალისწინებდა მკვლევარის მიერ, უშუალო დაკვირვებით, ადგილზე მონაცემთა გადამოწმებას.

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონე და პრაქტიკა

ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ მოსახლეობა, ინტერნეტის დახმარებით, ბოლო წლებში უფრო მეტ ინფორმაციას იღებს. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ ცოდნისა და ცნობიერების დონე ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე და ამ ცოდნის ეფექტიანად გამოყენება მნიშვნელოვნად გაიზარდა. რადგან, გადამოწმებული ინფორმაციის მიწოდება, ფორმალური განათლების სახით, ფაქტიურად არ ხდება, ძნელი სათქმელია რამდენად სწორად იყენებენ ამ ინფორმაციას პრაქტიკაში.

რესპოდენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმების ფუნქციებში მოიაზრება კონტრაცეპტივების შესახებ კონსულტაციების გაცემა და ოჯახის ექიმებს, რომ სათანადო ცოდნა გააჩნდეთ, ამგვარ კონსულტაციებზე მოთხოვნა მაღალი იქნებოდა, რადგან ოჯახის ექიმის კონსულტაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ფინანსდება. შესაბამისად, ოჯახის დაგეგმვის სწორი პრაქტიკა საზოგადოების ფართო დონეზე დაინერგებოდა.

რეალურად კი, ოჯახის ექიმი, კონტრაცეფციის საკითხზე კონსულტაციისთვის მასთან მისულ ბენეფიციარს იმავე ამბულატორიაში მყოფ გინეკოლოგთან ამისამართებს, რომლის სერვისიც ფასიანია - ნაწილს სახელმწიფო იხდის და ნაწილს ბენეფიციარი.

თითქმის ყველა მეან-გინეკოლოგმა მკვლევარს განუცხადა, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდება, ფაქტიურად მინიმალურ დონეზე ხდება და ბენეფიციართა ის მცირე ნაწილი, რომელსაც ასეთი კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა აქვს, პირდაპირ მეორე და მესამე დონის დაწესებულებებში მიდის. ამის მთავარი მიზეზი ის არის, რომ ოჯახის ექიმების დიდი უმრავლესობა არც თვლის თავის მოვალეობად ამგვარი სერვისების შესახებ კონსულტაციების გაცემას და სავარაუდოდ, სათანადო ცოდნაც არ აქვთ.

მკვლევართან ინდივიდუალურ ინტერვიუებში გამოჩნდა, რომ ამბულატორიებისა და სტაციონარების დიდ ნაწილში ოჯახის დაგეგმვის სერვისებიდან ყველაზე გავრცელებული ფორმა არის პერორალური კონტრაცეფცია (აბები) და საშვილოსნოს შიდა სპირალი. თუმცა, ეს უკანასკნელი შედარებით ნაკლებად გამოიყენება, რადგან

ქალის მდგომარეობა ყოველთვის არ იძლევა ამის საშუალებას და გარდა ამისა, ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემაც დგება.

გინეკოლოგების ნაწილის პირადი დაკვირვებით, მოსახლეობის დიდი ნაწილი, რომელიც ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე სამედიცინო დაწესებულებიდან კონსულტაციას არ იღებს, კონტრაცეპციის ძირითადად საშუალებად კონდომებს იყენებს. ერთ-ერთ რეგიონში მომუშავე მებან-გინეკოლოგმა მკვლევარს შემდეგი განუცხადა: „ჩემი პაციენტების გარკვეულ ნაწილს, ჩემთან მოსვლამდე, არა თუ გამოყენებული არ ჰქონდა, არც კი იცოდა სხვა კონტრაცეპტივების არსებობის შესახებ“.

დაწესებულებების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილში ადასტურებს გადაუღებელი კონტრაცეფციის სერვისის არსებობას. რესპოდენტების უმრავლესობის თქმით, მათ დაწესებულებაში ან საერთოდ არ არის, ან მხოლოდ პერიოდულად არის ეს სერვისი ხელმისაწვდომი.

არსებობს არაფორმალური და საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, არაკანონიერი პრაქტიკა, როდესაც სტერილიზაციის პროცედურისთვის ქალს მეუღლის თანხმობა სჭირდება. ოჯახის დაგეგმვის კლინიკური გაიდლაინი სამედიცინო პერსონალს ავალდებულებს, უზრუნველყონ, რომ ქალი სტერილიზაციის თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებდეს დამოუკიდებლად, მხოლოდ საკუთარი სურვილით.

შესაბამისად, ზემოთ აღწერილი პრაქტიკა სამედიცინო დაწესებულებაში ქალის დისკრიმინაციაა, რაც ლახავს ქალის თანასწორ უფლებებს, არღვევს მის უფლებას სრული ქმედუნარიანობის შესახებ, ინფორმირებული თანხმობისა და ჯანდაცვის კონფიდენციალობის თვალსაზრისით და ხელს უწყობს სტიგმას და მიკერძოებულ დამოკიდებულებას ქალის უნარის მიმართ, მიიღოს დამოუკიდებელი, ავტონომიური გადაწყვეტილება საკუთარ სხეულთან დაკავშირებით.

(წყარო საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 22.1, 22.2 139 ოჯახის დაგეგმვა, ეროვნული რეკომენდაციები კლინიკური პრაქტიკისთვის (გაიდლაინი) , გვ.149

2.3. აბორტის სერვისების მზაობა და ხელმისაწვდომობა

საქართველოს მასშტაბით, იმ ამბულატორიებსა და სტაციონარებში, რომლებიც გინეკოლოგიურ მომსახურებებს გასცემენ, აბორტის სერვისების არსებობის დასადგენად, კვლევის ფარგლებში ჩატარდა კვლევა აბორტის მომსახურებით დაინტერესებული ე.წ. მისტიური პაციენტების მეთოდის⁹ გამოყენებით.

ქვემოთ მოცემულია სერვისების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით კვლევის შედეგად გამოვლენილი ზოგადი სტატისტიკური მონაცემები:

ცხრილი #1 _ სტატისტიკური მონაცემები დაწესებულებებში აბორტის სერვისების არსებობის შესახებ

	ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემები	მისტიური კლიენტების დაუკავშირდნენ	მისტიურ კლიენტთან აბორტის სერვისების არსებობა დაადასტურა	მკვლევართან აბორტის სერვისების არსებობა დაადასტურა
დაწესებულებების საერთო რაოდენობა	624	374	66	55
ამბულატორიული დაწესებულებები			25	18

უსაფრთხო აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის მხრივ ბოლო წლების ტენდენციების შესაფასებლად აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 100-მა დაწესებულებამ დაადასტურა აბორტის სერვისის არსებობა, ხოლო მიმდინარე კვლევის მიხედვით 66-მა დაწესებულებამ.

აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობას და განსაკუთრებით გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, მნიშვნელოვნად ამცირებს კლინიკების უარი აბორტის სერვისების მიწოდებაზე.

⁹მისტიური პაციენტის ტექსტი იხილეთ დანართ # 1-ში.

თითქმის ყველა დაწესებულება ადასტურებს, რომ ბოლო წლებში სელექციურ აბორტზე მოთხოვნა მნიშვნელოვნად შემცირდა, მათ შორის ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ მუნიციპალიტეტებში.

ქვევით მოცემული ცხრილი #2 ასახავს აბორტის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების გადანაწილებას საქართველოს რეგიონების მიხედვით:

ცხრილი #2 _ რეგიონების მიხედვით იმ 66 სამედიცინო დაწესებულების განაწილება, სადაც მისტიურ კლიენტთან დაადასტურეს აბორტის სერვისების არსებობა.

რეგიონი/ დაწესებულება	ამბულატორი ა	სტაციონარი	სულ
თბილისი	17	26	43
იმერეთი	1	2	3
გურია	0	1	1
აჭარა	1	4	5
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	3	1	4
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	0	0	0
შიდა ქართლი	1	5	6
ქვემო ქართლი	0	0	0
კახეთი	1	1	2
მცხეთა-მთიანეთი	0	0	0
სამცხე-ჯავახეთი	1	1	2

ძალიან ბევრ დაწესებულებაში განაცხადეს, რომ ხელოვნურ აბორტს მორალური მოსაზრებების გამო არ აკეთებენ, არამედ მხოლოდ შეწყვეტილი ორსულობის ან სისხლდენის დროს ანუ როცა ნაყოფი ცოცხალი აღარ არის ან გადარჩენა შეუძლებელია.

რამდენიმე დაწესებულებაში თქვეს, რომ იქ აბორტის სერვისი არ ტარდება, თუმცა მათთან ხელშეკრულებით მომუშავე გინეკოლოგი აკეთებს სხვაგან. გინეკოლოგმა კი თქვა, რომ აღარ აკეთებს ან არც არასდროს აკეთებდა.

კვლევამ აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში აბორტის სერვისის მიწოდება მინიმუმამდე არის დაყვანილი. მკვლევართან ინტერვიუში ამბულატორიების დიდმა ნაწილმა განაცხადა, რომ მათთან აბორტისთვის მისულ ბენეფიციარს, თუ ექოსკოპიით ორსულობა დაუდგინდება, სტაციონარში ამისამართებენ;

თითქმის ყველა დაწესებულების შემთხვევაში, სადაც მისტიურ კლიენტს დაუდასტურეს ხელოვნური აბორტის სერვისის არსებობა და სხვადასხვა მეთოდის ფასიც უთხრეს, მეან-გინეკოლოგებმა ითხოვეს ნებართვის აღება დაწესებულების ხელმძღვანელისგან, რათა მკვლევართან ინტერვიუში მიეღოთ მონაწილეობა;

რამდენიმე ასეთ შემთხვევაში, როდესაც დიდი ძალისხმევით შემდეგ ნება მისცეს მეან-გინეკოლოგს მონაწილეობისთვის, თითქმის ყოველთვის მსგავსი პასუხი იყო: შემფასებელს უთხრეს, რომ მათთან მხოლოდ შეწყვეტილი ორსულობის ან გადაუდებელი შემთხვევების დროს კეთდება აბორტი (ვადის და მდგომარეობის მიხედვით მედიკამენტური ან ქირურგიული). საფუძვლიანი ეჭვი ჩნდება, რომ რეალურად ხელოვნური აბორტის მომსახურებას აწვდიან, მაგრამ მალავენ;

რამდენიმე დაწესებულება ჩამონათვალში მითითებულია, როგორც ესთეტიკის ცენტრი, თუმცა შტატში ან მოწვევით ჰყავს გინეკოლოგი. არც ერთ ასეთ დაწესებულებაში აბორტის სერვისის მიწოდებას არ ადასტურებენ;

რამდენიმე გინეკოლოგმა განაცხადა, რომ მათ იციან არა ერთი ფაქტი, როდესაც გინეკოლოგები ბინაზე ასრულებენ აბორტის სერვისებს, რადგან იმ დაწესებულების

ხელმძღვანელობა, სადაც ისინი არიან დასაქმებული ან საერთოდ წინააღმდეგია აბორტის სერვისების მიწოდების, ან ცდილობს, რომ არ მოხდეს ამის აფიშირება.

რამდენიმე გინეკოლოგმა დარწმუნებით განაცხადა, რომ მათთვის ცნობილია რამდენიმე დაწესებულების შესახებ, სადაც აბორტის სერვისის მიწოდება ხდება, თუმცა შესაბამისი სივრცის მდგომარეობა ვერ აკმაყოფილებს სანიტარულ-ჰიგიენური უსაფრთხოების მოთხოვნებს. აქედან გამომდინარე, ისინი ვარაუდობენ, რომ ასეთი დაწესებულებები ღიად არ აღიარებენ მათთან აბორტის სერვისების არსებობას.

ბენეფიციარების სხვადასხვა ჯგუფებთან დაკავშირებით, ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების მიწოდების კუთხით, თითქმის არანაირი შეზღუდვა არ არსებობს. გამონაკლისია აივ/შიდსით ინფიცირებული ქალბატონები, რომელთა მდგომარეობის მართვაც ადგილზე არ ხდება და რეფერირდებიან თბილისის შესაბამის დაწესებულებაში¹⁰. ეს პრაქტიკა გავრცელებულია თითქმის ყველა რეგიონში და ზოგიერთი მეან-გინეკოლოგის მოსაზრებით, წარმოადგენს დისკრიმინაციულ მიდგომას და არის სისტემური პრობლემის გამოვლენა.

2.3.1. რელიგიური ნიშნით სტიგმა და რწმენის საფუძველზე აბორტის სერვისების მიწოდებაზე უარის თქმა

მკვლევართან ინტერვიუში რამდენიმე მეან-გინეკოლოგმა აღნიშნა, რომ საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებიდან (მათ შორის რელიგიური), რომლებიც ხელოვნური აბორტის წინააღმდეგ გამოდიან, ბოლო წლებში გრძნობენ გაზრდილ წნეხს. ამას ნაწილობრივ უკავშირებენ საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის 2014 წლის ეპისტოლეს, სადაც დაგმობილი იყო აბორტი და აბორტის გამკეთებლები. ეპისტოლეს ტექსტის გამოქვეყნების შემდეგ, შემდეგ, ერთ-ერთმა გინეკოლოგმა გადაწყვიტა, რომ დასწრებოდა სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციის მიერ ორგანიზებულ შეხვედრას, რომელიც ეპისტოლესთან დაკავშირებით გაიმართა და სადაც ის ცდილობდა აუდიტორია, მათ შორის სასულიერო პირები, დაერწმუნებინა, რომ არის შემთხვევები, როცა ხელოვნური აბორტი საუკეთესო გამოსავალია,

¹⁰ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი

მაგალითად, როდესაც ორსულობის ფაქტის გამჟღავნების შემთხვევაში ქალი სუიციდით იმუქრება.

ეპისტოლეში ასევე ნათქვამია, რომ წელიწადში მილიონამდე აბორტი კეთდება საქართველოში, რაც ძალიან აცდენილია რეალურ მაჩვენებლებს. საილუსტრაციოდ, ქვევით მოცემულია აბორტის რაოდენობრივი (ხელოვნური და თვითნებითი ერთად) და პროცენტული მაჩვენებლები, რომლებიც NCDC-ის მიერ გამოქვეყნებული 3 წლიანი ანგარიშიდან არის აღებული:

2018 წელს - 22 733 (30.8% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან);

2019 წელს - 21 599 (31.0% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან);

2020 წელს - 19 039 (29.2% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან).

კვლევაში ჩართულმა მეან-გინეკოლოგებმა მკვლევარს განუცხადეს, რომ კლინიკების დიდი ნაწილი, რელიგიური მოსაზრებებიდან გამომდინარე უარს ამბობენ აბორტის გაკეთებაზე (ზოგს შინაგანაწესში უწერია). რამდენიმე კლინიკის მენეჯერმა ხელოვნური აბორტის სერვისების მიწოდებაზე უარი საკუთარი რელიგიურობითა და პრინციპულობით ახსნა. ზოგიერთი რესპოდენტი თვლის, რომ ბოლო წლებში ეს მოდურ ტრენდად იქცა და ამით კლინიკები თავს იწონებენ. ამასთან ერთად, რამდენიმე მეან-გინეკოლოგმა მკვლევარს განუცხადა, რომ დიდი ფინანსური მოგებაც არ მოაქვს კლინიკისთვის ამ ტიპის სერვისების მიწოდებას და ამიტომ უარს ამბობენ და ამით თავს იწონებენ. ეს უკანასკნელი განცხადება უცნაურად ჟღერს და აბორტის სერვისების მიწოდება ფინანსურად მომგებიანი უნდა იყოს, რადგან თვითრიებულებას სერვისის განფასება რამდენჯერმე აღემატება, რაც გარკვეული ეჭვებს იწვევს.

აღსანიშნავია, რომ ერთ-ერთ დაწესებულებაში შემფასებელს შემდეგი განუცხადეს: „საკლესიო დღესასწაულებზე გეგმიურ აბორტს საერთოდ არ ვატარებთ. თუ ექოსკოპიური გამოკვლევის შემდეგ აბორტის ჩატარება გადაწყდება, მომდევნო დღისთვის ვიბარებთ. მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში ვატარებთ გადაუდებელ აბორტს, რადგან ვთვლით, რომ ისედაც ცოდვას ვიდებთ და ასეთ დღეს უფრო დიდი ცოდვა იქნება აბორტის გაკეთება“.

2.3.2. აბორტის სერვისების ფასი და ფინანსური ხელმისაწვდომობა

აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი არის ფინანსური ხელმისაწვდომობა. კვლევამ დაადგინა, რომ აბორტის ფასები სამედიცინო დაწესებულებებში მერყეობს 140-დან 275 ლარამდე. კვლევაში მონაწილე მისტიურ პაციენტებს საკმაოდ ხშირად განუცხადეს, რომ ფასებს ტელეფონში ვერ ეტყვიან და ამის გაგება ადგილზე, სალაროსთან არის შესაძლებელი.

აღსანიშნავია, რომ ყველა დაწესებულებაში, სადაც მედიკამენტური და ქირურგიული აბორტები კეთდება, მედიკამენტური აბორტის ფასი ყოველთვის (ზოგჯერ, მნიშვნელოვნად) აღემატება ქირურგიული აბორტის ფასს.

შემფასებლის შეკითხვაზე, თუ რა პრინციპით ხდება მედიკამენტური აბორტის ფასის შედგენა, გინეკოლოგებმა განაცხადეს, რომ მედიკამენტური აბორტის ფასში წინასწარ შესულია გართულებების ღირებულებაც, რათა გართულებების შემთხვევაში საჭირო აღარ იყოს ბენეფიციარისთვის სერვისის საფასურის გადახდის მოთხოვნა. ზოგიერთმა განაცხადა, რომ ამ შემთხვევაში უხერხული სიტუაციები იქმნება, რადგან პაციენტი ისედაც გაბრაზებულია გართულების გამო და დამატებით თანხის მოთხოვნა გართულებების სამკურნალოდ, გარკვეულ პრობლემებს შექმნის.

გინეკოლოგების ნაწილი არ გამორიცხავს, რომ დაწესებულებებში მედიკამენტური აბორტის მაღალი ღირებულება, ზოგიერთ შემთხვევაში აბორტის თვითნებურად გაკეთების ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს (საჭირო აბების ღირებულება 35 ლარამდე მერყეობს).

მედიკამენტური აბორტის ფასთან დაკავშირებით შემფასებელს განსხვავებული აზრიც მიაწოდეს. ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, მედიკამენტურ აბორტზე დაწესებულებებში არსებული ფასი ლოგიკურ ჩარჩოებში მერყეობს, რადგან

მედიკამენტური აბორტის ფასში შედის პირველადი და განმეორებითი კონსულტაცია, აბორტის პროცედურის წინა და შემდგომი ექოსკოპია, აბების ღირებულება (ჯამში 35 ლარი), შესაძლო გართულებების მკურნალობის ღირებულება, აბორტის შემდგომი სატელეფონო კონსულტაციები (ერთო-ორი კვირა) და დაწესებულების მოგება.

ამ ჯგუფს მიკუთვნებული გინეკოლოგები თვლიან, რომ აბორტების თვითნებურად გაკეთების მთავარი მიზეზი არის არა მედიკამენტური აბორტის ფასი, არამედ ცნობიერების დაბალი დონე და თვითნებურად აბორტის გაკეთებასთან დაკავშირებული რისკების არ ცოდნა. მათი აზრით, დაწესებულებებში მედიკამენტური აბორტის ფასი 100 ლარიც რომ იყოს, ასეთი პაციენტი მაინც 2 ლარიანი მიზოპროსტოლის გამოყენებას არჩევს.

აბორტის სერვისების ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით, ერთ-ერთი დაწესებულების მენეჯერმა შემფასებელს განუცხადა, რომ ისინი დამეგობრებული არიან ორგანიზაციასთან “რეალური ხალხი რეალური ხედვა” პარტნიორ ორგანიზაციებთან და „ქალთა ფონდი საქართველოში“ (<https://www.womenfundgeorgia.org>), რომლის გრანტიორი ორგანიზაციებიც პაციენტებს უგზავნიან აბორტის სერვისის მისაღებად და შესაბამისი მომსახურების ღირებულებასაც აფინანსებს. აღნიშნულ ინიციატივაში ჩართული იყო პარტნიორი კლინიკები როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში. გარდა ამისა, აღნიშნული ორგანიზაციის მხრიდან ორგანიზაცია "თანადგომასთან" 2021წელს ხდებოდა ბენეფიციარების გადამისამართება მათ მიერ განხორციელებულ კვლევაში მედიკამენტური აბორტის ახალი მოდელით მიწოდების შესახებ თბილისში, ბათუმსა და ზესტაფონში. ახნიშნული მოდელი ითვალისწინებს სერვისის ფინანსურად ნაკლებ განფასებას ამჟამად მოქმედდთან შედარებით.

ხელოვნური აბორტის სერვისებს სახელმწიფო არ აფინანსებს.

2.3.3. სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა და კეთილმოწყობის დონე

ინდივიდუალური ინტერვიუების ერთ-ერთი თემა იყო შესაბამისი დაწესებულებებში ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა. 30 დაწესებულებიდან, რომელთა

წარმომადგენლებმაც კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს (პანდემიის გამო, მკვლევარმა ვიზიტი მოახერხა 4-ში), შემდეგი სურათი გამოიკვეთა:

დიდ უმრავლესობაში საერთო რემონტი ან ცოტა ხნის წინ გაკეთდა ან ამჟამად მიმდინარეობს;

მათი აბსოლუტური უმრავლესობა უზრუნველყოფილია ელექტროენერჯის უწყვეტი მიწოდებით. საკუთარი ელექტროგენერატორი არ აქვს მხოლოდ რამდენიმე მუნიციპალურ ამბულატორიას;

კვლევაში მონაწილე ოცდაათივე დაწესებულების წარმომადგენელთა განცხადებით, დაწესებულებები უზრუნველყოფილია წყლის უწყვეტი მიწოდებით. თუმცა, დაახლოებით ნახევარს არ აქვს დამოუკიდებელი, დიდი ზომის წყლის რეზერვუარები;

კვლევის მონაწილეთა განცხადებით, კლინიკის გამდინარე წყალი ხარისხიანია. თუმცა, არც ერთი მათგანი არ ადასტურებს, რომ დაწესებულებაში ხდება გამდინარე წყლის გაფილტვრა/დამუშავება;

სხვადასხვა ფორმით ყველა დაწესებულებაში უზრუნველყოფილია სათანადო ტემპერატურული კონტროლი - გათბობა/გაგრილება - როგორც პალატებში და ექიმების კაბინეტებში, ასევე ადმინისტრაციულ ოთახებში და დერეფნებში;

ყველა სტაციონარში, ზოგადი ამბულატორიული პაციენტისთვის ფუნქციონირებს ავტომატური ან ხელით ჩასარეცხი საპირფარეშო;

2.3.4. პრეაბორტული კონსულტაცია

კვლევის საგანი იყო პრეაბორტულ კონსულტაცია. ინტერვიუებიდან გაირკვა, რომ პრეაბორტულ კონსულტაციას ატარებენ მხოლოდ გინეკოლოგები და საუბარი ეხება, ძირითადად ქალის მიერ აბორტის გადაწყვეტის მიზეზებს და ცდილობენ, რომ ქალები დაარწმუნონ, რომ გადაიფიქრონ აბორტის გაკეთება.

აბორტის პროტოკოლში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა პაციენტის ინფორმირებასა და კონსულტირებას აბორტის მოსალოდნელ გართულებებზე,

აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების არჩევანზე. პროტოკოლის ეს მოთხოვნა, საუკეთესო შემთხვევაში მხოლოდ ნაწილობრივ სრულდება, რადგან პაციენტს დაწესებულებების დიდი არჩევანი არ აქვს. ხოლო თითოეული დაწესებულების შიგნით არც მედპერსონალის და არც აბორტის მეთოდის მხრივ დიდი არჩევანი არ არის. მოსალოდნელია, რომ დაწესებულებაში მხოლოდ იმ მეთოდის შესახებ ესაუბრებიან, რომლის მიწოდებაც მათ შეუძლიათ. შესაბამისად, ხშირ შემთხვევაში, პაციენტი სათანადოდ ვერ იქნება ინფორმირებული აბორტის სხვადასხვა მეთოდებისა და მათი შესაძლო გართულებები შესახებ.

საერთაშორისო პრაქტიკის თანახმად, დაწესებულება ვალდებულია პაციენტს წინასწარ მიაწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართოს საკუთარი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში. კვლევის პროცესში არ აღმოჩნდა არც ერთი დაწესებულება, სადაც ეს მოთხოვნა სრულდება.

აბორტის მეთოდებისა და მისი გართულებების, აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის, ასევე ბენეფიციარების უფლებების შესახებ არც ერთ დაწესებულებაში არანაირი ბეჭდვითი, აუდიო-ვიზუალური ან ვიდეო ინფორმაციული მასალა არ მიეწოდებათ ბენეფიციარებს. გამონაკლისია, მხოლოდ რამდენიმე დაწესებულება, რომლებიც ასოციაცია HERA XXI-ის პარტნიორები არიან და შესაბამის მასალებს ასოციაციისგან იღებენ.

ყველა დაწესებულებაში ხდება ე.წ. ინფორმირებული თანხმობის საინფორმაციო ფურცლის ხელმოწერა პაციენტის მიერ, სადაც წერია, რომ ის გაეცნო ჩასატარებელი აბორტის რისკებს და შესაძლო გართულებებს.

აბორტის წინა სავალდებულოდ ჩასატარებელ გამოკვლევებს შორის სავალდებულოა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა. ხოლო, ანემიის ნიშნების არსებობისას, ჰემოგლობინის ან ჰემატოკრიტის განსაზღვრა.

ყველა დაწესებულება ადასტურებს, ულტრაბგერითი გამოკვლევის გარეშე აბორტის სერვისის მიწოდება არ ხდება. თუ მაგალითად, ორსულობის ვადა იმდენად პატარაა, რომ ექოსკოპიით არ დასტურდება ნაყოფის არსებობა, განმეორებით ექოსკოპიაზე იბარებენ ერთი ან ორი კვირის შემდეგ.

აღსანიშნავია, რომ აბორტის სერვისის არ არსებობის შემთხვევაში, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის პროტოკოლის თანახმად, დაწესებულებას აქვს რეფერირების ვალდებულება, რომელსაც დაწესებულებების დიდი ნაწილი არ ან არასათანადოდ ასრულებს. ეს გამოჩნდა მისტიური პაციენტის კვლევაში, როდესაც ასეულობით დაწესებულებიდან, რომლებმაც არ დაადასტურეს აბორტის სერვისის არსებობა, მხოლოდ შვიდმა მათგანმა მოახდინა მისტიური პაციენტის რეფერირება სხვა დაწესებულებაში.

2.3.5. 5 დღიანი მოცდის ვადა

კვლევის კითხვებს შორის, ცალკე ყურადღება დაეთმო 5 დღიანი მოცდის ვადას, რომელიც „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში, 2014 წლის 8 აგვისტოს შესული ცვლილებით დამტკიცდა. კერძოდ, კანონის 139-ე მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით:

„ბ) ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე გასულია 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს უპირატესობა ენიჭება ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას. აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა. აბორტისწინა ექიმის კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.“

ამ საკითხთან დაკავშირებით შემფასებელმა კარდინალურად განსხვავებული პასუხები მიიღო. აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებების უდიდესი ნაწილი ამ მოთხოვნას არ იცავს და ამისათვის სხვადასხვა ახსნა აქვს. მაგალითად, ზოგიერთი პირდაპირ აცხადებს, რომ მათი დაკვირვებით აბორტის გადაფიქრება ქალის მიერ ხდება პრეაბორტული კონსულტაციის დღესვე ან უკიდურეს შემთხვევაში მეორე დღეს. შესაბამისად, 5 დღით მოცდით არაფერი იცვლება, მხოლოდ მცირდება მედიკამენტური აბორტის და ზოგადად, უსაფრთხო აბორტის ჩატარების შესაძლებლობა და იზრდება აბორტთან დაკავშირებული რისკები. კერძოდ, რაც უფრო ადრეულ პერიოდში კეთდება ხელოვნური აბორტი, მისი სრულიად უსაფრძოდ

ჩატარების ალბათობა გაიღებოთ მაღალია. ხოლო, მოცდის პერიოდი იწვევს პროცედურის ჩატარების დაგვიანებას.

ხშირად გაიჟღერა მოსაზრებამ, რომ აბორტისთვის მოსაფიქრებელი 5-დღიანი პერიოდის მკაცრად დაცვის შემთხვევაში, დაწესებულებიდან შორ მანძილზე მცხოვრები ქალები, შესაძლოა მეორედ აღარ/ვეღარ მოვიდნენ და ორსულობის შეწყვეტის თვითნებურ გზას მიმართონ.

იმ შემთხვევაში, თუ ხელოვნური აბორტის სერვისისთვის მისული ბენეფიციარი ორსულობის მე-12 კვირაზეა, დაწესებულებების უმრავლესობა დაუყოვნებლივ აწვდის აბორტის სერვისს.

მოცდის 5 დღიან ვადასთან და პრეაბორტულ კონსულტაციასთან დაკავშირებით ერთ-ერთ დაწესებულებაში მკვლევარს განუცხადეს, რომ როდესაც პაციენტი მედიკამენტური აბორტის სურვილს გამოთქვამს, ერთ-ერთ თანამშრომელს ევალება გვერდით მდებარე შენობიდან შესაბამისი აბის მოტანა, ხოლო ამ პერიოდის განმავლობაში გინეკოლოგი ცდილობს პაციენტის დარწმუნებას, რომ აბორტზე უარი თქვას. თუ ამ პერიოდის განმავლობაში პაციენტი აზრს არ შეიცვლის, ხდება მედიკამენტური აბორტის სერვისის მიწოდება.

ერთ-ერთმა რესპოდენტმა, რომელმაც 7 წლის წინ თქვა უარი აბორტის გაკეთებაზე, შემფასებელს უთხრა, რომ რამდენიმე წლის წინ (მაშინ 3 დღიანი მოცდის ვადა იყო დაწესებული) მედიკოსები წინა რიცხვით არეგისტრირებდნენ პაციენტებს (პაციენტის მიერ შედგენილ განცხადება წინა რიცხვით ფორმდებოდა), რათა სავალდებულო მოცდის ვადის მიუხედავად, პაციენტისთვის იმავე დღეს გაეკეთებინათ აბორტი.

ერთ-ერთ დაწესებულებაში შემფასებელს განუცხადეს, რომ პანდემიის დაწყების შემდეგ, რეგულირების სააგენტოში დარეკეს და მათგან რეკომენდაცია მიიღეს, რომ თუ პაციენტი დაჟინებით ითხოვს და თავადაც დარწმუნდებიან, რომ პაციენტს მყარად აქვს გადაწყვეტილი აბორტის გაკეთება, იმავე დღეს გაუკეთონ. ამის შემდეგ, მათ დაბადათა რეგისტრის წარმომადგენელთან დააზუსტეს რეგულირების სააგენტოდან მიღებული ინფორმაცია და მანაც, ჯანდაცვის სამინისტროსთან გადამოწმების შემდეგ დაადასტურა ეს ზეპირი რეკომენდაცია.

აბორტის პროტოკოლის თანახმად სერვისის მსურველისთვის ფსიქოლოგიური დახმარება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, როგორც სერვისის მიღებამდე, ასევე მერე. ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, პროტოკოლში ბუნდოვნად წერია, ფსიქოლოგის დახმარება რა დროს არის საჭირო ან სავალდებულო. თუმცა, კვლევამ აჩვენა, რომ რეალურად, პროტოკოლის ეს მოთხოვნა საერთოდ არ სრულდება. დაწესებულებებში აცხადებენ, რომ აბორტის მომსახურების მიწოდებაში ფსიქოლოგის ჩართვა, გააძვირებს სერვისის ღირებულებას. ზოგიერთი გინეკოლოგი აცხადებს, რომ თავად ითავსებს ფსიქოლოგის ფუნქციებს, მიუხედავად იმისა, რომ თავადვე აღიარებენ, არც შესაბამისი განათლება აქვთ და არც ლიცენზია.

აღსანიშნავია, რომ საერთაშორისო რეკომენდაციების თანახმად, აბორტის სერვისის მიღების დროს ქალს უნდა ჰქონდეს გინეკოლოგის არჩევის უფლება. თუმცა, კვლევაში მონაწილე თითქმის არც ერთ დაწესებულებაში მედპერსონალის არჩევის საშუალება პაციენტს თითქმის არ აქვს, რადგან დაწესებულებების უმრავლესობაში, აბორტს აკეთებს ერთი გინეკოლოგი, ხოლო დანარჩენები უარს ამბობენ რელიგიური და/ან სხვა მოსაზრებების გამო.

არც ერთ დაწესებულებაში არ არის ცალკე აბორტის განყოფილება. აბორტის სერვისების მიწოდება ძირითადად ხდება გინეკოლოგიურ განყოფილებაში, იქ სადაც მიეწოდებათ ნებისმიერი გინეკოლოგიური მომსახურება (გინეკოლოგიური კაბინეტები) და იშვიათად, ქირურგიულ განყოფილებაში.

ოჯახის დაგეგმვასა და აბორტთან დაკავშირებულ მომსახურებებს ყველა დაწესებულებაში მხოლოდ გინეკოლოგები აწვდიან (ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება, აბორტის წინა და შემდგომი კონსულტაცია, ზოგადი დათვალეიერება, გინეკოლოგიური დათვალეიერება, აბორტის პროცედურა, აბორტის შემდგომ კონტრაცეპციის შესახებ კონსულტირება). გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ლაბორატორიული გამოკვლევა, რომელსაც სრულ ან არასრულ განაკვეთზე მომუშავე ლაბორანტი ასრულებს.

2.3.6. აბორტის სხვადასხვა მეთოდის გავრცელება და პრაქტიკა

კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა იყო იმის გარკვევა, თუ აბორტის რომელ მეთოდს ანიჭებს უპირატესობას ერთის მხრივ მედპერსონალი და მეორეს მხრივ ბენეფიციარი.

კვლევის ფარგლებში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან გამოთხოვილი იქნა საჯარო ინფორმაცია, ბოლო სამი წლის განმავლობაში, ჩატარებული ხელოვნური აბორტების რაოდენობასთან დაკავშირებით, აბორტის მეთოდებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ცხრილი #3 ასახავს შესაბამის სტატისტიკას.

ცხრილი #3 - ხელოვნური აბორტების რაოდენობა, მეთოდებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

	18-24 წლის ქალებში			25-40 წლის ქალებში		
	კურეტა ჟი	მედიკამენტოზ ური აბორტი	ვაკუუმ- საპირაც ია	კურეტა ჟი	მედიკამენტოზ ური აბორტი	ვაკუუმ- საპირაც ია
2021 წ ¹¹	71	808	361	334	4191	2706
2020 წ.	104	1047	533	435	5120	3436
2019 წ.	147	1200	667	617	5496	4131

კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა იყო აგრეთვე, იმის გარკვევა, თუ სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში ხელოვნური აბორტის რომელ მეთოდს ანიჭებენ უპირატესობას და რატომ.

ყველა სტაციონარში, სადაც გამოიყენება ქირურგიული ჩარევის მეთოდი (12 კვირამდე ვადის ორსულობისას), აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევაში ადგილზე ხელმისაწვდომია გადაუდებელი დახმარება. იგივე დაწესებულებებში ყველამ განაცხადა, რომ პოსტ აბორტული გართულებების გამო, სხვა კლინიკებში გადამისამართება (რეფერირების) შემთხვევა არ ჰქონიათ.

¹¹2021 წლის მონაცემები მოცემულია ნოემბრის თვის ჩათვლით.

18 ამბულატორიიდან, რომელმაც მკვლევართან დაადასტურეს აბორტის სერვისების არსებობა, 11-ში მხოლოდ მედიკამენტური აბორტის სერვისია ხელმისაწვდომი. თუმცა, კვლევაში მონაწილე რამდენიმე ამბულატორიამ დაადასტურა ქირურგიული მეთოდის არსებობა. გინეკოლოგიური ამბულატორიების უმრავლესობას ვაკუუმ-ასპირაციით აბორტის ჩატარებისთვის ლიცენზია აქვთ მხოლოდ 7 კვირამდე ვადის ორსულობის შემთხვევაში, რადგან ნარკოზით გამოყენება მათთან არ ხდება.

აღმოჩნდა, რომ ამბულატორიების დიდი ნაწილი, განსაკუთრებით მუნიციპალური ცენტრისგან დაშორებულ ადგილებში, უარს ამბობს მედიკამენტური აბორტის გაკეთებაზე, რადგან გართულებების ეშინიათ (სისხლდენა) და შიშობენ, რომ სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა დროულად შეიძლება ვერ მოხერხდეს. ასევე, სტაციონარების ნაწილში პრინციპულად უარს ამბობენ მედიკამენტური აბორტის გაკეთებაზე და უპირატესობას ანიჭებენ ქირურგიულს, რადგან ამ დროს პაციენტი მათი მეტვალყურეობის ქვეშ რჩება, ხოლო მედიკამენტურის შემთხვევაში ისინი „სიტუაციას ვერ აკონტროლებენ“.

ძველი თაობის მედ-პერსონალი ძველი მეთოდით აკეთებს (კიურეტაჟით, მათ შორის), რადგან ამ მეთოდს კარგად ფლობენ. მათმა ნაწილმა შემფასებელს განუცხადა, რომ მედიკამენტური აბორტის ჩატარების ეშინიათ. თვლიან, რომ პოტენციური გართულებების გამო, ნაკლებად უსაფრთხოა;

სავარაუდოდ, სწორედ ამით არის გამოწვეული ის რომ ოფიციალური სტატისტიკით, კიურეტაჟის მეთოდით ჩატარებული პროცედურების პროცენტული რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატება დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს. ევროპის ქვეყნებში მცირე ვადის ორსულობაზე, ხელოვნური აბორტები ძირითადად მედიკამენტური მეთოდით კეთდება, რადგან დადასტურებულია, რომ ე.წ. რკინის მაშების გამოყენება გრძელვადიან პერსპექტივაში უშვილობის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

NCDC-ის მიერ შემფასებლისთვის მოწოდებული საჯარო ინფორმაციის¹² თანახმად, დაწესებულებების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით, 18-დან 40 წლამდე ქალებში, ხელოვნური აბორტების რაოდენობა ბოლო სამი წლის განმავლობაში ასე ნაწილდება:

ცხრილი #4 _ 18-40 წლის ქალებში ხელოვნური აბორტების რაოდენობა დაწესებულებების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით.

	სამეანო			ანტენატალური		
	კურეტაჟი	მედიკამენტოზური აბორტი	ვაკუუმ-საპირაცია	კურეტაჟი	მედიკამენტოზური აბორტი	ვაკუუმ-საპირაცია
2021 წ ¹³	362	1992	1924	357	1928	1695
2020 წ.	465	2406	2634	435	5443	3051
2019 წ.	610	2505	3139	554	2291	2535

ორ ცხრილს შორის, ზოგიერთი მაჩვენებლის მიხედვით მონაცემები არ ემთხვევა. შემფასებელმა NCDC-ის მიერ გადმოცემული მონაცემები უცვლელი სახით წარმოადგინა. მონაცემების აცდენის მიუხედავად, მკაფიოდ იკითხება რამდენიმე ტენდენცია. კერძოდ:

ყოველწლიურად, ოფიციალურად დარეგისტრირებული აბორტების ჯამური რიცხვი მცირდება;

კურეტაჟის მედიკამენტური მეთოდით გაკეთებული აბორტების პროცენტული რიცხვი 2019 წელთან შედარებით (2019 წელს - 41.22%) 2020 წელს მნიშვნელოვნად გაიზარდა (2020 წელს - 54.38%), თუმცა მცირედით შემცირდა 2021 წელს - 47.47%

კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა იყო იმის გარკვევა, ხდება თუ არა აბორტის მეთოდების სწორად გამოყენება გესტაციური ვადების მიხედვით.

¹²NCDC-ის მიერ მოწოდებული აბორტის სერვისებთან დაკავშირებული სტატისტიკაიხილეთ დანართი #5-ში.

¹³2021 წლის მონაცემები მოცემულია ნოემბრის თვის ჩათვლით.

მედიკამენტურ აბორტთან დაკავშირებით საერთაშორისო გაიდლაინების საფუძველზე და ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით, რეკომენდირებულია პირველ ტრიმესტრში შემდეგი სქემის გამოყენება.¹⁴

ამენორეა	მიფეპრისტონი (პერორალური)	მიზოპროსტოლი (დოზა და მიღების გზა) მიფეპრისტონი მიღებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ
ბმპ ≤ 49 დღე	200 მგ	400 მგ ან *პერორალური ან **ბუკალური ან ***სუბლინგვალური
ბმპ ≤ 63 დღე	200 მგ	400 მგ ან ბუკალური ან სუბლინგვალური
ბმპ ≤ 63 დღე	200 მგ	800 მგ ან ბუკალური ან სუბლინგვალური ან ვაგინალური
64 - 70 დღე	200 მგ	800 მგ ბუკალური

მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმი მეანგინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, ადექვატური და დროული რეფერალის უზრუნველყოფის პირობით (ხელშეკრულება სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელ სტაციონართან რეფერალის სქემის/გეგმის სათანადო გაწერით).

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ამ ვადებს დაწესებულებები ძირითადად არ იცავენ და უმრავლესობა, ბოლო მენსტრუაციიდან 6 კვირის შემდეგ უარს ამბობს მედიკამენტური აბორტის გაკეთებაზე. იმ დაწესებულებებში, სადაც ეს შესაძლებელია, ქირურგიული აბორტი კეთდება. ხოლო, სადაც მხოლოდ მედიკამენტური აბორტი ტარდება, იქ უბრალოდ უარით ისტუმრებენ.

¹⁴ ცხრილი აღებულია ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ეროვნული პროტოკოლიდან

2.3.7. მედიკამენტური აბორტის ფარმაცევტული ბაზარი - რეგულირება და პრაქტიკა
კვლევის ინტერვიუების დროს აქცენტი გაკეთდა მედიკამენტური აბორტის აბების ფარმაცევტულ ბაზარზე. მაგალითად, რამდენად აკონტროლებს სამედიცინო პერსონალი შესაბამისი აბების მოხმარებას და რამდენად ხელმისაწვდომია ისინი პაციენტებისთვის, თვითნებური აბორტის სურვილის შემთხვევაში.

გინეკოლოგების უმრავლესობა ერთხმად აცხადებს, რომ თვითნებური მედიკამენტური აბორტების შემთხვევებმა მნიშვნელოვნად მოიმატა და მათთან ბენეფიციარები გართულებული მდგომარეობით, მათ შორის სისხლდენით, ბოლო წლებში ძალიან ხშირად მიდიან. გინეკოლოგების უმრავლესობა დარწმუნებულია, რომ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტისთვის საჭირო პირველი აბი ბენეფიციარებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის და თვითნებური აბორტისთვის იყენებენ ნაყოფის გამოდევნისთვის საჭირო აბს - მიზოპროსტოლს, რომელიც გაცილებით იოლი ხელმისაწვდომია.

გინეკოლოგებისთვის ცნობილია არ ერთი შემთხვევა, როცა რამდენიმე დღით მენსტრუაციის გადაცდომის შემთხვევაშიც კი, მიზოპროსტოლის აბებს იღებენ (ერთი აბის ღირებულება 2-3 ლარი) და ორსულობის ტესტის გაკეთებასაც არ ელოდებიან.

აღსანიშნავია, რომ კვლევის მიმდინარეობისას ჩატარდა ექსპერიმენტი, რომლის შედეგადაც აღმოჩნა, რომ მიფეპრისტონის შემცველი აბები (ე.წ. პირველი აბი) სხვადასხვა დასახელებით, ურეცეპტოდაც იყიდება, მაგალითად ავერსის ონლაინ გაყიდვების ქსელში, ასევე ადგილზე როგორც ქსელურ აფთიაქში, ასევე კერძო მცირე ზომის აფთიაქებში ქ. თბილისსა და ქ. ქუთაისში.

2.3.8. აბორტის სერვისების ხარისხი, რეგულაციები და სტატისტიკა

კვლევის საგანი იყო, აგრეთვე ის ზომები, რომლებსაც იღებენ დაწესებულებები აბორტთან დაკავშირებული სერვისების უსაფრთხოებისთვის.

მათი განცხადებით ყველა მათგანი იცნობს და ითვალისწინებს აბორტის პროტოკოლის მოთხოვნებს. თუმცა, კვლევამ აჩვენა, რომ პროტოკოლის რამდენიმე მოთხოვნა დაწესებულებაში დიდი უმრავლესობის მიერ იგნორირებულია, მაგ.: 5 დღიანი მოცდის ვადა, ფსიქოლოგის ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტური აბორტის ღრის გესტაციური ვადების დაცვა.

მათი განცხადებით, ყველა დაწესებულებაში არსებობს გადაუდებელ შემთხვევაში კლინიკიდან ჰოსპიტლებში რეფერირების გეგმა.

მიუხედავად იმისა, რომ აივ/შიდსით ინფიცირებული პაციენტებისთვის სერვისის მიწოდება არ ხდება, რეფერირების წერილობითი ინსტრუქცია უმრავლეს შემთხვევაში არ არსებობს.

გარდა ამისა, თითქმის ყველა დაწესებულებამ დაადასტურა, რომ სხვა კლინიკებში გადამისამართებული პაციენტების შესახებ ინფორმაციას არ იღებს და არც რაიმე გაწერილი პროცედურაა ამასთან დაკავშირებით.

კვლევამ აჩვენა, რომ აბორტის სერვისების შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავებისა და ანალიზის მხრივ, დაწესებულებათა დიდ ნაწილში არასახარბიელო მდგომარეობაა. მკვლევარის მოთხოვნის მიუხედავად, არც ერთი დაწესებულების მიერ არ ან ვერ იქნა მოწოდებული აბორტის მეთოდების მიხედვით მკაფიოდ გამიჯნული სტატისტიკა. ნაწილმა თქვა, რომ არ აწარმოებენ, ნაწილმა კი პირობა დადო, რომ მოგვიანებით გამოგზავნიდა, მაგრამ არ გამოუგზავნია.

NCDC-ის წარმომადგენელმა შემფასებელს განუცხადა, რომ აბორტების შესახებ ინფორმაცია ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონულ რეგისტრში (შემდგომში, დაბადების რეგისტრი) არის ინტეგრირებული. შესაბამისად, აბორტების შესახებ დაწესებულებებიდან სტატისტიკის მოწოდებაზე იგივე მოთხოვნები ვრცელდება, რაც მაგალითად მშობიარობაზე, ანუ 24 საათში უნდა იყოს მოწოდებული. ეს სისტემა ისე დაიგეგმა, რომ თითოეულ ექიმს პირადად აქვს წვდომა პორტალზე და მომსახურების მიწოდებიდან 24 საათში პირადად უნდა შეიყვანოს მონაცემები (თარიღი, ჩვენება, მეთოდი და სხვ.). რეალობაში, ზოგჯერ

თვითონ შეყავთ, ზოგჯერ ასისტენტებს, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში 24 საათში იგზავნება, რადგან ამ მოთხოვნის შესრულებას NCDC მკაცრად აკონტროლებს.

შემფასებელმა აღმოაჩინა, რომ დაწესებულებების ნაწილს, ჯამური სტატისტიკა (ვთქვით, წლიური) აბორტების მეთოდების შესახებ არ აქვთ. სავარაუდოდ, ამის მიზეზი ის არის, რომ ექიმები მონაცემებს NCDC-ში ინდივიდუალურად გზავნიან და დაწესებულების შიგნით მონაცემების დაჯამება არ ხდება. თუმცა, დაწესებულებების ნაწილში, გინეკოლოგი თავად არ აგზავნის NCDC-ში აბორტთან დაკავშირებულ მონაცემებს, არამედ აწვდის დაწესებულებაში სტატისტიკის წარმოებაზე პასუხისმგებელ პირს, რომელიც NCDC-ის უგზავნის.

უმეტეს შემთხვევაში, ასევე, სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში იგივე ადამიანს შეაქვს ინფორმაცია იმ შემთხვევების შესახებ, რომლებსაც 218 დადგენილების საფუძველზე (გარკვეული ჯგუფებისთვის) სახელმწიფო აფინანსებს (მხოლოდ სპონტანური აბორტი, არა ხელოვნური).

თუმცა, დაბადების რეგისტრში არ იგზავნება ინფორმაცია დაუსრულებელი აბორტის ან აბორტის შემდგომი გართულებების შესახებ. ამ ინფორმაციის მოპოვებას NCDC ცდილობს, რომ ცალკეული დაწესებულებებიდან მოიპოვოს. თუმცა, მათთვის ცხადია, რომ ყველა ასეთი შემთხვევის შესახებ ინფორმაცია ხშირად ხელმისაწვდომი არ არის, რადგან შესაბამისი მონაცემების მართვის სისტემა დაწესებულებების უმრავლესობას არ აქვს მოწესრიგებულად.

შემფასებელმა ვერ შეძლო ერთმანეთთან შეედარებინა NCDC-ის პორტალზე არსებული მონაცემები და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მართული EHR-ის ბაზაში არსებული მონაცემები, რადგან EHR-ში არსებული მონაცემები გარე პირებისთვის მიუწვდომელია.

აღსანიშნავია, რომ კოვიდ პანდემიასთან დაკავშირებული მონაცემების სრულყოფის მიზნით NCDC-იმ ითხოვა EHR-ზე წვდომა, თუმცა ჯანდაცვის სამინისტრომ უარი უთხრა.

NCDC-ის წარმომადგენელმა აგრეთვე აღნიშნა, რომ დაბადებათა რეგისტრში, საწყის ეტაპზე, აბორტის 5 დღიან მოცდის ვადაზეც იყო მონაცემები ინტეგრირებული, მაგრამ

პრაქტიკამ აჩვენა, რომ რეალურად, ეს მოთხოვნა არ სრულდებოდა და ფორმალურად იყო ქცეული.

2.3.8. აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვა

მიუხედავად იმისა, რომ აბორტის პროტოკოლით სავალდებულოა აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა, კვლევაში მონაწილე გინეკოლოგებმა ერთხმად დაადასტურეს, რომ აბორტის შემდგომი პერიოდის შესაბამისი მომსახურებების მიწოდების კუთხით არა სახარბიელო მდგომარეობაა. შესაბამისი დაწესებულებებიდან მოშორებით მცხოვრები ბენეფიციარები, თითქმის არ სარგებლობენ ამ მომსახურებებით ან საუკეთესო შემთხვევაში მხოლოდ სატელეფონო კონსულტაციას იღებენ.

ეს პრობლემა მოიცავს, აგრეთვე აბორტის შემდგომ კონსულტაციებს კონტრაცეპციაზე.

2.3.9. პაციენტის უკუკავშირი მომსახურების ხარისხის თაობაზე

კვლევაში მონაწილე არც ერთ დაწესებულებაში არ ხდება მიწოდებული აბორტის მომსახურების ხარისხის შესახებ პაციენტის კმაყოფილების შესწავლა. დაწესებულებების უმრავლესობაში შემფასებელს უპასუხეს, რომ მაშინ როცა აბორტის შემდგომ ვიზიტზეც კი პაციენტების დიდი ნაწილი აღარ მიდის დაწესებულებაში, მათი კმაყოფილების გამოკითხვა რეალისტურად არ ეჩვენებათ.

2.3.10. ინფორმაციის კონფიდენციალურობა

კვლევის ერთ-ერთი თემა იყო ბენეფიციარების შესახებ არსებული მონაცემების კონფიდენციალურობა.

რესპოდენტების უმრავლესობამ განაცხადა, რომ აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა კონფიდენციალურია და ეფექტურად ფუნქციონირებს. თუმცა, რესპოდენტების ნაწილი მიიჩნევს, რომ ქალების შესახებ მგრძნობიარე ინფორმაცია სათანადოდ დაცული არ არის, რადგან გინეკოლოგს, რომელსაც წვდომა აქვს დაბადების რეგისტრის პორტალზე, შეუძლია ნებისმიერი ქალის შესახებ ამ პორტალზე

არსებული ინფორმაცია ნახოს, თუ ეცოდინება ქალის პირადი ნომერი და პირადობის მოწმობის ნომერი. პორტალზე პირადი ნომრის შეყვანის შემდეგ ქალის პირად გვერდზე გადასასვლელად საჭიროა დამატებით ან ქალის ნომერზე გამოგზავნილი კოდის შეყვანა ან პირადობის მოწმობის ნომრით შესვლა. ამის გამო, არის შემთხვევები, როცა ქალის შესახებ სრულ ინფორმაცია იღებს დაინტერესებული პირი, ამ ქალის თანხმობის გარეშე.

რეალურად დაფიქსირდა შემთხვევები, როცა ასეთი ინფორმაციის გამჟღავნებით ქალის ინტერესები დაზარალდა. შესაბამისად, რესპოდენტების ნაწილი მომხრეა, სისტემა იმგვარად შეიცვალოს, რომ პაციენტის ნებართვის გარეშე, პაციენტის შესახებ პორტალზე არსებული მონაცემების ნახვა შეუძლებელი იყოს.

2.3.11. სამედიცინო პერსონალის შეფასებისა და უწყვეტი პროფესიული განათლება

რამდენიმე დაწესებულების გარდა, სამედიცინო პერსონალის შეფასებისა და უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემა არსად არ ფუნქციონირებს (თუნდაც, ნაწილობრივ). მხოლოდ რამდენიმე დაწესებულებამ დაადასტურა, რომ აქვთ ცალკე ბიუჯეტი, რომლითაც ხდება თანამშრომელთა პროფესიული გადამზადების დაფინანსება. უმრავლეს შემთხვევებში, ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისის მიმწოდებელი მედ-პერსონალი საკუთარი შეხედულებით ირჩევს სასწავლო კურსებს, საჭირო კრედიტ ქულების დასაგროვებლად.

კვლევაში მონაწილე არც ერთ დაწესებულებაში არ დადასტურდა აბორტის სერვისის მიმწოდებელი მედპერსონალის საქმიანობის შეფასების სისტემის ან გამართული პროცედურის არსებობა. ზოგიერთი დაწესებულების წარმომადგენლის თანახმად, ეს იმიტაც არის გამოწვეული, რომ დაწესებულებების დიდ უმრავლესობაში მხოლოდ ერთი ადამიანი აკეთებს აბორტებს, სხვები მის საქმიანობაში არ ერევიან და მისი შესრულებული სამუშაოს ხარისხის შეფასებაც მარტივი არ იქნება. გარდა ამისა, ძნელია ასეთი ადამიანის ჩანაცვლება, რადგან არჩევანი არც ისე დიდია.

2.3.12. პანდემიასთან დაკავშირებული გამოწვევები

პანდემიასთან დაკავშირებული გამოწვევებიდან აღსანიშნავია, აბორტის სერვისებზე საგრძნობლად შემცირებული მოთხოვნა. ამის მიზეზებზე გინეკოლოგების აზრი იყოფა. ნაწილი თვლის, რომ პანდემიის გამო, გადაადგილების შეზღუდვებმა შეამცირა აბორტის სერვისის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ნაწილის აზრით კი, პანდემიით დამძიმებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, დაწესებულებებში აბორტის სერვისის ფინანსური ხელმისაწვდომობა შემცირდა. ზოგიერთმა რესპოდენტმა მიზეზებს შორის დაასახელა ასევე, შესაბამისი დაწესებულებების კოვიდ კლინიკებად გადაკეთება. ყველა შემთხვევაში, ლოგიკურად მოსალოდნელია თვითნებურად გაკეთებული აბორტების რიცხვის ზრდა.

2.3.13. კვლევის რესპოდენტებისგან მიღებული რეკომენდაციები

ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, ამ მდგომარეობიდან გამოსავალი იქნებოდა სახელმწიფოს მიერ გრძელვადიანი საინფორმაციო კამპანიის წარმოება, რომელიც მოსახლეობის ცნობიერებასა აამაღლებს, პირველ რიგში დაუგეგმავი ორსულობების თავიდან ასაცილებლად და მეორე რიგში, იმის გასაცნობიერებლად, რომ ქალს აქვს უფლება გადაწყვიტოს ორსულობას გააგრძელებს თუ არა. მისი ეს უფლება დაცული უნდა იყოს. არ უნდა ვუბიძგოთ, რომ თვითნებურად ეცადოს აბორტის გაკეთება და ამით გრძელვადიანი ზიანი მიაყენოს საკუთ ჯანმრთელობას, მათ შორის, უშვილობის გამოწვევის საფრთხის ჩათვლით.

ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად და თვითნებური აბორტების თავიდან ასაცილებლად, ერთ-ერთი დაწესებულების ხელმძღვანელის მოსაზრებით „კარგი იქნება, თუ იმ დაწესებულებებისთვის, რომლებიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტში ჩაერთვებიან, სავალდებულო გახდება, თუნდაც ერთი ისეთი გინეკოლოგის ყოლა, რომელიც აბორტის სერვისს მიაწვდის“.

მისივე აზრით, საუკეთესო გამოსავალი იქნებოდა ზემოთ თქმულთან ერთად, დაწესებულება ვალდებული იყოს ჰყავდეს ფსიქოლოგი, რომლის ფუნქციაც იქნება, რომ ქალს გადააფიქრებინოს აბორტის გაკეთება. და თუ ვერ შეძლებს, ყველა პროფილური კლინიკა ვალდებული უნდა იყოს რომ აბორტის მომსახურება მიაწოდოს.

3. კვლევის დასკვნები

რადგან მოსახლეობის ცნობიერების და ცოდნის დონე კონტრაქტების მოხმარების შესახებ დაბალია, განსაკუთრებით ბევრია დამოკიდებული ექიმის კვალიფიკაციაზე, რათა დაარწმუნოს;

ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის მიმართ სწორი დამოკიდებულების განმსაზღვრელი არის, არა მხოლოდ ზოგადი განათლების დაბალი დონე, არამედ ქალის მიერ საკუთარ ცხოვრებაზე პასუხისმგებლობის სრულად აღების ნაკლები გამოცდილება, რაც ცოდნაზე მეტად დამოკიდებულების პრობლემაა;

საქართველოში, განსაკუთრებით კი მცირე მუნიციპალურ დასახლებებსა და სოფლებში მცხოვრები ქალების დიდი ნაწილი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებს ან ნაწილობრივ ან საერთოდ არ იყენებს;

ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ქალებმა დაადასტურეს, რომ ხშირ შემთხვევაში კონტრაქცეფციის საშუალებები მათთვის ფინანსურად ხელმისაწვდომი არ არის;

დაწესებულებების უდიდესი ნაწილი აღიარებს, რომ მათი ბენეფიციარების უმრავლესობისთვის ხარისხიანი კონტრაქცეფციის ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა არსებობს. განსაკუთრებით ბოლო წლებში, როდესაც კვლევაში მონაწილე არც ერთი დაწესებულება, ამჟამად არ თანამშრომლობს საერთაშორისო დონორებთან და დონორული დახმარების სახით არ მარაგდება კონტრაქცეპტივებით;

ოჯახის დაგეგმვის მიმართულებით ქვეყანაში ფაქტიურად არ ფუნქციონირებს არც ფორმალური და არც არაფორმალური საგანმანათლებლო სისტემები;

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების ცნობადობა საზოგადოებაში მინიმალურია;

ზოგადად, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე კვალიფიციური პროფესიონალისგან კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა დაბალია და ბენეფიციართა ის მცირე ნაწილი, რომელსაც ასეთი კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა აქვს, პირდაპირ მეორე ან მესამე დონის დაწესებულებებში მიდის. ამის მთავარი

მიზეზი ის არის, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული ოჯახის ექიმების დიდ უმრავლესობას არ აქვს სათანადო ცოდნა ამ სერვისის მისაწოდებლად;

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული ოჯახის ექიმების უდიდეს უმრავლესობას არ გააჩნია სათანადო ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე კონსულტაციის მისაწოდებლად. ამიტომ, ოჯახის ექიმი, მასთან კონსულტაციისთვის მისულ ბენეფიციარს იმავე ამბულატორიაში მომუშავე გინეკოლოგთან ამისამართებს, რომლის კონსულტაციაც ფასიანია;

ზოგადად, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე, სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე კვალიფიციური პროფესიონალისგან კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა დაბალია და ბენეფიციართა ის მცირე ნაწილი, რომელსაც ასეთი კონსულტაციის მიღების მოთხოვნა აქვს, პირდაპირ მეორე ან მესამე დონის დაწესებულებებში მიდის. ამის მთავარი მიზეზი ის არის, რომ პრაქტიკულად ოჯახის ექიმების დიდ უმრავლესობას არ აქვს სათანადო ცოდნა ამ სერვისის მისაწოდებლად.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ქალებმა დაადასტურეს, რომ ხშირ შემთხვევაში კონტრაცეფციის საშუალებები მათთვის ფინანსურად ხელმისაწვდომი არ არის. ასევე, დაწესებულებების უდიდესი ნაწილი აღიარებს, რომ მათი ბენეფიციარების უმრავლესობისთვის ხარისხიანი კონტრაცეპციის ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა არსებობს. განსაკუთრებით ბოლო წლებში, როდესაც კვლევაში მონაწილე არც ერთი დაწესებულება, ამჟამად არ თანამშრომლობს საერთაშორისო დონორებთან და დონორული დახმარების სახით არ მარაგდება კონტრაცეპტივებით;

მკვლევართან რამდენიმე დაწესებულების აღიარება, რომ 2020 და 2021 წლებში მათ მიერ ვადაგასული სპირალის იმპლანტაცია მოხდა, ჯანდაცვის სისტემაში ლოჯისტიკისა და უტილიზაციის მხრივ სისტემური პრობლემების ინდიკატორია.

იმ დაწესებულებების დაახლოებით 20%-მა, რომლებმაც აბორტის სერვისის არსებობა დაადასტურეს მისტიურ პაციენტთან, მკვლევართან ამ სერვისის არსებობა უარყვეს;

დაწესებულებების გარკვეული ნაწილის მიერ მითითებული საკონტაქტო ინფორმაცია არასწორია;

აბორტის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების წარმომადგენლები, მკაფიოდ აღნიშნავენ, რომ ბოლო წლებში საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფების მხრიდან, საგრძნობლად გაიზარდა წნეხი მათ მიმართ;

კლინიკიდან გამდინარე წყლის გაფილტვრა/დამუშავება და შესაბამისად ხარისხის კონტროლი არ ხდება;

აბორტის პროტოკოლის მოთხოვნა აბორტის მეთოდებსა და მოსალოდნელ გართულებებზე პაციენტის ინფორმირებისა და კონსულტირების შესახებ, მხოლოდ ნაწილობრივ სრულდება.

არც ერთ დაწესებულებაში არანაირი ინფორმაციული სახის მასალა არ არის ხელმისაწვდომი ბენეფიციარებისთვის ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების შესახებ, გარდა იმ რამდენიმე დაწესებულებისა, რომლებიც ასოციაცია HERA XXI-ის პარტნიორები არიან და შესაბამის მასალებს ასოციაციისგან იღებენ;

დაწესებულებების უმრავლესობა 5 დღიანი მოცდის ვადის ვალდებულებას არ ასრულებს;

ამბულატორიების დიდი ნაწილი, განსაკუთრებით მუნიციპალური ცენტრისგან დაშორებულ ადგილებში, უარს ამბობს მედიკამენტური აბორტის გაკეთებაზე;

მედიკამენტურ აბორტთან დაკავშირებით რეკომენდირებული გესტაციური ვადების დაცვა არ ხდება. ზოგადად, საქართველოს მასშტაბით, ამ მხრივ ძალიან განსხვავებული პრაქტიკაა;

მედიკამენტური აბორტის აბების ფარმაცევტულ ბაზარზე უკონტროლო მდგომარეობაა, რის გამოც ისინი ადვილად ხელმისაწვდომია პაციენტებისთვის, თვითნებური აბორტის სურვილის შემთხვევაში;

თვითნებური აბორტებისა და მისგან გამოწვეული გართულებების რიცხვი ბოლო რამდენიმე წელიწადში მნიშვნელოვნად გაიზარდა;

აბორტის ფასები მეთოდებისა და დაწესებულების მიხედვით მნიშვნელოვნად განსხვავდება;

მედიკამენტური აბორტის ფასი ყოველთვის (ზოგჯერ, მნიშვნელოვნად) აღემატება ქირურგიული აბორტის ფასს. ამის მიზეზია ის, რომ მედიკამენტური აბორტის ფასში წინასწარ შესულია გართულებების ღირებულებაც;

აბორტის შემდგომი პერიოდის მომსახურებებით, მათ შორი კონტრაცეპტივებზე კონსულტაციით ბენეფიციარების ძალიან მცირე ნაწილი სარგებლობს, განსაკუთრებით დაწესებულებიდან მოშორებით მცხოვრები ბენეფიციარები;

პანდემიით გამოწვეულმა გართულებებმა მნიშვნელოვნად შეამცირა ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. შესაბამისად შემცირდა მოთხოვნა დაწესებულებებში ოჯახის დაგეგმვისა და აბორტის სერვისებზე, რითიც გაიზარდა თვითნებური აბორტის საფრთხე;

არც ერთი დაწესებულება არ ასრულებს საერთაშორისო პრაქტიკით გათვალისწინებულ მოთხოვნას, პაციენტს წინასწარ მიაწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართოს საკუთარი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში;

არც ერთ დაწესებულებაში არ ხდება მიწოდებული აბორტის მომსახურების ხარისხის შესახებ პაციენტის კმაყოფილების შესწავლა;

კვლევაში მონაწილე არც ერთ დაწესებულებაში არ ხდება მიწოდებული აბორტის მომსახურების ხარისხის და ასევე მიმწოდებელი მედ-პერსონალის საქმიანობის შეფასება;

4. კვლევის რეკომენდაციები

1. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მაჩვენებლის მკვეთრ კლებასთან დაკავშირებული 2018 წელს ჩატარებული ეროვნული კვლევის (MICS) მიგნების საფუძველზე განხორციელდეს ეროვნული კვლევა, რომელიც გამოავლენს მიზეზს თუ რითი აიხსნება აბორტის მაჩვენებლის მეცნიერულად დაუსაბუთებელი შემცირება და დისბალანსი ხელოვნური აბორტის, შობადობასა და კონტრაცეფციის გამოყენებას მაჩვენებლებს შორის;
2. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უზრუნველყოს დედათა და ახალშობილთა სახელმწიფო სტრატეგიისა და 2021-2023 წლების სამოქმედო გეგმით აღებული ვალდებულების შესრულება კონტრაცეპციულ საშუალებებზე მოსახლეობის მოწყვლადი ჯგუფების წვდომასთან მიმართებით;
3. სავალდებულო გახდეს სერვის პროვაიდერებისთვის ეროვნული პროტოკოლით გათვალისწინებული აუდიტის კრიტერიუმების აღსრულება; მათ შორის სტატისტიკის შეგროვების და აღრიცხვიანობის ხარისხისა და სიზუსტის მონიტორინგის მიზნით;
4. გადაიხედოს და განახლდეს ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლი ამავე პროტოკოლში მითითებული ვადების შესაბამისად;
5. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ განახორციელოს შეფასება 2014 წლის ბრძანებით №01-74/ნ დადგენილი 5დღიანის მოსაფიქრებელი ვადის აღრიცხვიანობასა და რელევანტურობაზე, მოხდეს მისი ეფექტიანობის ანალიზი და უზრუნველყოს აღნიშნული რეგულაციის გადახედვა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომით;
6. შემუშავდეს მექანიზმი ფარმაცევტული კომპანიების მხრიდან II ჯგუფის რეცეპტული მედიკამენტების ონლაინ და პირისპირ რეცეპტის გარეშე რეალიზების პრევენციის მიზნით;
7. შემუშავდეს მონაცემთა შეგროვების მექანიზმი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მხრიდან დაუსრულებელი აბორტების, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის გართულებების სისტემაში აღრიცხვის შესაბამისი ხარისხის ინდიკატორების დამატებით. დაწესებულების დონეზე მოწესრიგდეს სტატისტიკის შეგროვების ეფექტური მექანიზმის დანერგვა და მონიტორინგი;

8. განხორციელდეს ქალის მხრიდან თვინებურად შეწყვეტილ ორსულობებისა და შეწყვეტილი ორსულობების დიფერენცირებული სტატისტიკის წარმოება;
9. ხელი შეეწყოს ორსულობის ადრეულ ვადაზე პირველად ჯანდაცვის რგოლში უსაფრთხო აბორტის და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას აბორტის შემდგომი გართულებების და განმეორებითი აბორტების პრევენციის მიზნით;
10. უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტი ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ოჯახის/სოფლის ექიმის მხრიდან უწყვეტი მეთვალყურეობა;
11. სახელმწიფომ უზრუნველყოს ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შექმნა;
12. განხორციელდეს გენდერულ უფლებრივი და სენსიტიურ მიდგომებზე, ეფექტური კომუნიკაციის პრინციპებზე სწავლების დაინტეგრირება სამედიცინო პროგრამების უმაღლესი საგანამანათლებლო საფეხურის ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურისა და რეზიდენტურის დონეზე;
13. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უზრუნველყოს სერვის პროვაიდერების უნარების გაძლიერება პოსტ დიპლომური უწყვეტი განათლების პროგრამებით მათ შორის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის უსაფრთხო მეთოდებზე აკრედიტირებული პოსტდიპლომური კურსის დამტკიცებით;
14. სავალდებულო გახდეს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მხოლოდ უსაფრთხო მეთოდებით მართვა. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უზრუნველყოს მექანიზმის შემუშავება ქირურგიული გამოფხეკის პრევენციის მიზნით;
15. პაციენტის ინფორმირებისა და პაციენტის უფლებებზე დაფუძნებული სერვისების მიღების ხელშეწყობის მიზნით შემუშავდეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ საკომუნიკაციო სტრატეგიის და განხორციელდეს მიზნობრივი საინფორმაციო კამპანია;
16. თვითნებური აბორტების პრევენციის მიზნით გადაიხედოს ჯანმრთელობის შესახებ კანონი, მუხლი 140 და განიმარტოს აბორტის რეკლამა. განისაზღვროს და გაიმიჯნოს ერთმანეთისგან აბორტის რეკლამა და უსაფრთხო აბორტის შესახებ ინფორმირება;

17. უზრუნველყოფილ იქნას სერვისების ადაპტირება და ხელმისაწვდომობა ყველა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის სტიგმისა და დისკრიმინაციის გარეშე მათ შორის შშმ პირების, აივ-დადებითი სტატუსის მქონე პირების და სხვა რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფებისთვის;

18. უზრუნველყოფილ იყოს პერსონალური მონაცემთა დაცვა და პაციენტის კონფიდენციალურობა პერსონალური მონაცემების დაცვის შესახებ ორგანული კანონის შესაბამისად.

დანართები

დანართი 1 _ აბორტის მომსახურებით დაინტერესებული მისტიური პაციენტის ტექსტი

გამარჯობა, მე გიკავშირდებით ჩემი ნათესავის¹⁵ თხოვნით. ის ფიქრობს ხელოვნური აბორტის გაკეთებას და მთხოვა დავხმარებოდი. თუ შეიძლება მითხარით, თქვენთან¹⁶ თუ შეუძლია მოვიდეს აბორტის გასაკეთებლად?

თუ შეიძლება ისიც მითხარით, რა მეთოდებით¹⁷ არის შესაძლებელი თქვენთან ამის გაკეთება?

თუ შეიძლება თითოეული მეთოდის ფასიც რომ მითხრათ?

დიდი მადლობა, ამ ინფორმაციას ჩემს ნათესავს გადავცემ და დაგიკავშირდებით.

შენიშვნა: თაბახის ფურცლებზე დაწესებულებების ჩამონათვალი ისე დააშორეთ ერთმანეთისგან, რომ საკმარისი ადგილი იყოს ამ ინფორმაციის მისაწერად.

¹⁵ ნათესავის ნაცვლად შეიძლება იყო მეგობარი, ახლობელი, თანამშრომელი, კურსელი (მეზობელი არა). თითომ რომელიმე აირჩიოს.

¹⁶ რაიონულ დაწესებულებებში შესაძლოა იკითხონ თუ რატომ ფიქრობთ მაინცდამაინც მათთან გაკეთებას და თქვენი პასუხი იქნება: მისთვის გეოგრაფიულად მოსახერხებელია თქვენთან მოსვლა.

¹⁷ მეთოდების სავარაუდო ჩამონათვალი:

- მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
- ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
- მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი)
- დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი)

დანართი #2 _ ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი ფერტილური ასაკის ქალებისთვის

მოგესალმებით, მე გახლავართ ასოციაცია HERA XXI-ის ინტერვიუერი. ასოციაცია ატარებს კვლევას, რომლის მიზანია ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასება. კვლევა ორი ძირითადი კომპონენტისგან შედგება. პირველი, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონის დადგენა ოჯახის დაგეგმვის სერვისების, არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილების და აბორტის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ. შესაბამისად, კვლევა აჩვენებს, თუ რამდენად იღებს ქალი ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას აბორტთან დაკავშირებით.

მეორე, აბორტთან დაკავშირებული პროცედურების ხარისხის კვლევა და უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის შეფასება, რათა თავიდან იქნას აცილებული აბორტის მოსალოდნელი გართულებები და შემცირდეს აბორტით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა.

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

წინასწარ მადლობას მოგახსენებთ თანამშრომლობისთვის.

ფოკუს-ჯგუფის რესპონდენტების შერჩევა მოხდება ორი ძირითადი კრიტერიუმის გათვალისწინებით: ა. სულ მცირე ერთი აბორტის სერვისი ჰქონდეს მიღებული 2014 წლის შემდგომ; ბ. ეკუთვნოდეს ორიდან ერთ-ერთ ასაკობრივ ჯგუფებს - 18-24 ან 25-45;

1. ოჯახის დაგეგმვის რა მეთოდებს იცნობთ, როგორ გაიგეთ მათ შესახებ და რომლით გისარგებლიათ? რატომ მიაჩნქეთ უპირატესობა კონკრეტულ მეთოდს? თუ შეცვალეთ კონტრაცეფციის მეთოდი, რა მიზეზით?

საშვილოსნოსშიდა სპირალი;

ორალური კონტრაცეპცია, პროგესტაგენული აბები (მინი-პილი);

ინექციური კონტრაცეფცია;

სპერმიციდები;

პრეზერვატივი;

გადაუღებელი კონტრაცეფცია;

კალენდარული ანუ რითმული (ოგინო-კნაუსის) მეთოდი;

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი;

სხვა;

2. ვინ შეგირჩიათ კონკრეტული მეთოდი? ვისთან გაიარეთ კონსულტაცია და ვისგან მიიღეთ სერვისი (სოფლის ექიმი, ოჯახის ექიმი, გინეკოლოგი, სხვა)? რამდენად ხელმისაწვდომი იყო სერვისი (ტერიტორიულად ფინანსურად)?

3. თქვენი აზრით, კონტრაცეპტივების მოხმარების პრაქტიკა განსხვავებულია თუ არა სოფლებსა და ქალაქებში? სხვადასხვა ასაკის ქალებში? თუ კი, რა არის ამის მიზეზი?

4. პირადად თქვენ თუ მიგიღიათ ან იღებთ ოჯახის დაგეგმვის სერვისების კუთხით მხარდაჭერას რაიმესერვისიდან, პროგრამიდან ან პროექტიდან? რა სერვისებში/პროექტებში ხართ ამჟამად ჩართული? მოგვიყვით თქვენი გამოცდილება.

5. იმ შემთხვევაში თუ ეს მომსახურება ექიმთან კონსულტაციას გულისხმობდა, ესწრებოდა თუ არა თქვენი ნებართვის გარეშე რომელიმე დამატებითი პირი? მაგ.

სტუდენტი/პრაქტიკანტი?

6. იმ შემთხვევაში, თუ არ იღებთ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებს, რა არის ამის მიზეზი?

ინფორმაცია არ არის ამ სერვისების შესახებ;

პირადად თქვენ არ მიგიწვდებათ ხელი;

შეზღუდულია მონაწილეთა რაოდენობა;

ვერ იღებთ სათანადო კონსულტაციას;

ფიქრობთ რომ პირადად არ გჭირდებათ მოცემული სერვისებით სარგებლობა;

7. რა იყო თქვენს შემთხვევაში აბორტის გაკეთების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ძირითადი მიზეზი?

ეკონომიკური პრობლემები;

ოჯახის მხრიდან ზეწოლა;

ქორწინებაში არყოფნა;

სხვა;

8. იყო თუ არა ჩართული გადაწყვეტილების მიღებაში თქვენი მეუღლე/პარტნიორი?

რამდენად იყო ჩართული? ზოგადად, წყვეტთ თუ არა ერთად ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა ოჯახის დაგეგმვა, კონტრაცეფციის მეთოდების (თავის დაცვა) გამოყენება ა.შ.?

9. როდის ისარგებლეთ ბოლოს აბორტის მომსახურებით?

10. პირველად ვის მიმართეთ აბორტის მომსახურების მისაღებად?

ოჯახის ექიმს და მერე მოხდა გინეკოლოგთან გადამისამართება (რეფერალური ჯაჭვი); პირდაპირ გინეკოლოგს;

11. რამდენი კვირის ორსული იყავით, როდესაც აბორტის სერვისს მიმართეთ?

12. ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის კონსულტირების დროს ექიმმა იხელმძღვანელა თუ არა „გამიგეს“ პრინციპით?

გულისხმიერად შეხვდა პაციენტს

ანამნეზი გამოიკითხა მიზანდასახულად

მიაწოდა ინფორმაცია პაციენტს პრობლემის და მეთოდების შესახებ

ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარა, მათ შორის მეთოდის შერჩევაში

განმარტა არჩევანი, გაარკვია პაციენტი არჩევანის დეტალებში

ერთად შეთანხმდით მომდევნო ვიზიტზე

13. როგორ დადგინდა თქვენი ორსულობის ვადა?

კალენდარული მეთოდით;

ექოსკოპიით;

14. რომელ კლინიკაში ისარგებლეთ აბორტთან დაკავშირებული მომსახურებით?

ზოგადად, თუ იცით, რამდენი კლინიკაა თქვენს საცხოვრებელ ადგილზე (ქალაქში, სოფელში), რომლებიც ამ მომსახურებას სთავაზობენ ქალებს? თუ შეგიძლიათ, ჩამოთვალოთ?

15. აბორტის სერვისებიდან, რომელს იცნობთ?

პრე აბორტული კონსულტაცია;

პოსტ აბორტული კონსულტაცია;

მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი);
ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი);
მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი);
დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი);
გადაუდებელი დახმარება აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევაში;
გადამისამართება (რეფერალი) სხვა კლინიკებში პოსტ აბორტული გართულებების შემთხვევაში;
აბორტის შემდგომი კონსულტაცია კონტრაცეპციაზე;
კონტრაცეპტივების მიწოდება.

16. პრე აბორტულ კონსულტაციაზე რომელ თემებზე მოხდა თქვენთან გასაუბრება?
ქალის მიერ აბორტის გადაწყვეტის მიზეზებზე;
იმის შესახებ, რომ ქალმა არ უნდა გაიკეთოს აბორტი;
იშვიათ გართულებებზე აბორტის დროს;
აბორტის სხვადასხვა მეთოდების, მათი დადებითი/უარყოფითი მხარეების შესახებ;
სელექციური აბორტის უარყოფითი მხარეების შესახებ;
სხვა (მიუთითეთ).

17. გითხრეს თუ არა, რომ სურვილის შემთხვევაზე, შეგიძიათ გადაავადოთ ან გააუქმოთ აბორტი?

18. თუ გაისაუბრეთ ამ თემებზე, ვინ ჩაატარა ეს კონსულტაცია?

მეან-გინეკოლოგმა;
რეპროდუქტოლოგმა;
ბებიაქალმა;
მედაამ;
სანიტარმა;
თუ სხვამ.

19. რამდენად კომფორტულია თქვენთვის 5 დღიანი მოცდის ვადა, რომელიც 2014 წლის ოქტომბრიდან დაწესდა? თქვენი ვიზიტი მე-12 კვირას ხომ არ დაემთხვა?

20. რა კონსულტაცია მიიღეთ და სად მოხდა თქვენი გადამისამართება?

21. დაწესებულებაში შესვლის შემდეგ, ექიმმა კიდეც რა ინფორმაცია მოგაწოდათ? რა სახის ინფორმაციული მასალა მიიღეთ აბორტის მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ?

ბეჭდვითი მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტ-აბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ;

აუდიო-ვიზუალური მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტაბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ;

მენჯის ანატომიური მოდელი დემონსტრაციისათვის.

22. მოხდა თუ არა დეტალურად თქვენი ჯანმრთელობის გამოკვლევა? ჩაგიტარდათ თუ არა ზოგადი დათვალიერება? ჩაგიტარდათ თუ არა ლაბორატორიული გამოკვლევა? გამოიკვლიეს თუ არა ანემიის ნიშნები (ჰემოგლობინი ან ჰემატოკრიტი) ანუ აგიდეს თუ არა სისხლის ანალიზი? ვინ ჩაატარა ჩამოთვლილი პროცედურები?

23. კონსულტაციის შემდეგ, რამდენ ხანში მიმართეთ კლინიკას აბორტის პროცედურისთვის?

24. ყოფილა თუ არა შემთხვევა, როდესაც თქვენ გადაიფიქრეთ აბორტის გაკეთება? რა მიზეზით?

25. ხომ არ გქონიათ გამოცდილება, როდესაც ექიმმა უარი თქვა აბორტის გაკეთებაზე და სხვა ექიმთან ან სხვა დაწესებულებაში გადაგამისამართათ? თუ კი, რა იყო ამის მიზეზი? როგორ მოიქცით ამის შემდეგ?

26. გაქვთ თუ არა ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტის გამოცდილება?

27. რა იყო თვითნებური აბორტის გაკეთების მიზეზი?

ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა;

ფინანსური ბარიერები;

კლინიკის მხრიდან სერვისის მიწოდებაზე უარის თქმა;

5 დღიანი მოცდის ვალდებულება;

საიდუმლოდ დარჩენის სურვილი;

სხვა.

28. რომელ თქვენგანს გაუკეთებია მედიკამენტოზური აბორტი (წამლის მიღებით ორსულობის შეწყვეტა (წამლის მიღებით ორალურად, ვაგინალურად, ნემსის სახით და

ა.შ.)? თუ მედიკამენტოზური აბორტი გაიკეთეთ, გთხოვთ, გაიხსენოთ, რა წამლებს იღებდით და რა სახით (მაგ: ორალურად, ვაგინალურად თუ სუბლინგვურად). რა რაოდენობით იღებდით წამლებს? სად მიიღეთ წამლები - კლინიკაში თუ სახლში?

29. თუ ქირურგიული აბორტი გაიკეთეთ, დაგინიშნეს თუ არა ანტიბიოტიკები პროცედურის წინ ან შემდგომ? გქონდათ თუ არა რაიმე ტიპის გვერდითი მოვლენა ან გართულება? ხომ არ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც დაუსრულებელი აბორტი ან პროგრესირებადი ორსულობა იყო სახეზე? თუ კი, როგორ მოიქეცით ასეთ შემთხვევაში, რა გირჩიათ ექიმმა?

30. აბორტის დროს შემოგთავაზეს თუ არა ტკივილგამაყუჩებლები? რა ტიპის ტკივილგამაყუჩებლით ისარგებლეთ - ადგილობრივი ანესთეზიით, მედიკამენტით (რომელი მედიკამენტით?) თუ ზოგადი ანესთეზიით?

31. აბორტისმეთოდებიდან, რომლის მიწოდება შეეძლო კლინიკას? თქვენ რომელი შემოგთავაზეს? და თქვენ რომლით ისარგებლეთ?

მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი);

ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი);

მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი);

დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი).

32. რამდენი გადაიხადეთ აბორტის პროცედურაში? რამდენად ხელმისაწვდომი იყო თქვენთვის ფინანსურად? წინასწარ გადაიხადეთ თანხა(პროცედურამდე) თუ პროცედურის შემდეგ? კლინიკაში მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის მიზნით, იყო თუ არა რაიმე სქემა?

აბორტის მომსახურებაზე ფასდაკლებების სისტემა;

აბორტის მომსახურების საფასურის გადახდის მოხერხებული (მოქნილი) სისტემა;

სხვა ფინანსური სქემები, რაც ხელს უწყობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას

გადახდისუნარო მომხმარებლებისათვის.

33. აბორტის შემდგომ პერიოდში, მოხდა თუ არა რაიმე გართულება?

34. გართულების შემთხვევაში დამატებითი თანხის გადახდა მოგიხდათ თუ არა?

35. პანდემიით გამოწვეული გამოწვევების გამო, რა ბარიერები შეგექმნათ აბორტთან დაკავშირებული სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით?

36. აბორტის შემდგომ პერიოდში მიიღეთ თუ არა კონსულტირება კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდის შესახებ? საკუთარი თავის მოვლის შესახებ? შემოგთავაზეს თუ არა შემდეგი ვიზიტის დაგეგმვა 7-14 დღის შემდეგ?

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

დამატებითი კითხვები, საჭიროების და დამატებითი დროის არსებობის შემთხვევაში

38. რას იტყვით კლინიკის ინფრასტრუქტურაზე და სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებზე (წყალი, საპირფარეშო, ულუქტროენერგია, გათბობა/გაგრილება)?

39. კონსულტაციაზე რომელ გართულებებზე მიიღეთ ინფორმაცია და თქვენ რომლის შესახებ გაგიგიათ?

საშვილოსნოს გახევა,

სისხლოღენა,

საშვილოსნოს ყელის ტრავმა,

ლეიტალური გამოსავალი,

ინფექციური გართულებები

40. იყავით თუ არა კლინიკაში განმეორებითი ვიზიტით? თუ კი, რა პროცედურები

გაიარეთ განმეორებითი ვიზიტისას?

41. საკუთარი გამოცდილების გარდა, შეგიძლიათ ისაუბროთ თქვენი ნაცნობების

გამოცდილებაზე? თქვენს საცხოვრებელ ადგილას როგორ აგვარებენ ქალები მსგავსი

სახის პრობლემებს? სად და როგორ იტარებენ აბორტის პროცედურას, რა პრობლემები

აქვთ პროცედურისას და ა.შ.

42. თქვენი აზრით, აბორტების მიმართ დამოკიდებულება და პრაქტიკა განსხვავებულია

თუ არა სოფლებსა და ქალაქებში? სხვადასხვა ასაკის ქალებში? თუ კი, რა არის ამის

მიზეზი?

მადლობას გიხდით საინტერესო დისკუსიისთვის!

დანართი #3 _ კითხვარი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის

დაწესებულების

სახელი _____

_____ დაწესებულების ფაქტობრივი მისამართი

_____ დაწესებულების

ტელეფონი _____

რესპონდენტის სახელი, გვარი

რესპონდენტის

ტელეფონი _____

მოგესალმებით, მე გახლავართ ასოციაცია HERA XXI-ის ინტერვიუერი. ასოციაცია ატარებს კვლევას, რომლის მიზანია ოჯახის დაგეგმვის და აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობისა და მზაობის შეფასება. კვლევა ორი ძირითადი კომპონენტისგან შედგება. პირველი, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონის დადგენა ოჯახის დაგეგმვის სერვისების, არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილების და აბორტის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ. შესაბამისად, კვლევა აჩვენებს, თუ რამდენად იღებს ქალი ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას აბორტთან დაკავშირებით.

მეორე, აბორტთან დაკავშირებული პროცედურების ხარისხის კვლევა და უსაფრთხო აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის შეფასება, რათა თავიდან იქნას აცილებული აბორტის მოსალოდნელი გართულებები და შემცირდეს აბორტით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა.

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

წინასწარ მადლობას მოგახსენებთ თანამშრომლობისთვის.

A. ზოგადი ინფორმაცია კლინიკის შესახებ

A1. კლინიკის ტიპი:

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

A2. ორგანიზაციის ტიპი:

1. სახელმწიფო; 2. კერძო, კომერციული; 3. კერძო, არაკომერციული; 4. შერეული;
 5. სხვა (მიუთითეთ)
-

A3. დაფინანსების წყარო:

1. სახელმწიფო ბიუჯეტი; 2. თვითდაფინანსება; 3. სპონსორი; 4. შერეული;
 5. სხვა (მიუთითეთ)
-

A4. კლინიკის ფუნქციონირების ხანგრძლივობა:

1. 1 წელზე ნაკლები
 2. 1-დან 3 წლამდე
 3. 3-დან 5 წლამდე
 4. 5-დან 10 წლამდე
 5. 10-დან 20 წლამდე
 6. 20 და მეტი წელი
 7. სხვა (მიუთითეთ)
-

A5. არსებობს თუ არა კლინიკაში 24 საათიანი გადაუდებელი დახმარება?

1. დიახ 2. არა

**A6. თანამშრომლობს/თანამშრომლობდა თუ არა კლინიკა დონორებთან და
პარტნიორ ორგანიზაციებთან?**

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

B. კლინიკის ინფრასტრუქტურა

B1. ზოგადად, როგორ დაახასიათებთ დაწესებულების ინფრასტრუქტურას?

1. ბოლოს როდის გარემონტდა დაწესებულება და რამდენად სარემონტოა ამჟამად?
2. უზრუნველყოფილია თუ არა ელექტროენერგიის უწყვეტი ხელმისაწვდომობა? _____
3. უზრუნველყოფილია თუ არა წყლის უწყვეტი მიწოდება? _____
4. რამდენად ხარისხიანია კლინიკის გამდინარე წყალი? _____
5. უზრუნველყოფილია თუ არა დაწესებულებაში სათანადო ტემპერატურული კონტროლი -
გათბობა/გაგრილება? _____

პალატებში

ექიმების კაბინეტებში

ადმინისტრაციის კაბინეტებში

დერეფნებში

**B2. დაწესებულებაში ფუნქციონირებს თუ არა საპირფარეშო ზოგადი
ამბულატორიული პაციენტისთვის?**

1. დიახ
2. არა

B3. თუ კი, რა ტიპისაა ტუალეტი? (მონიშნეთ ყველა ტიპის ტუალეტი, რომელიც დაწესებულებაში გვხვდება)

1. ავტომატური ან ხელით ჩასარეცხი ტუალეტი
 2. ორმოიანი საპირფარეშო ვენტილაციით
 3. ორმოიანი საფირფარეშო ფეხისადგილით
 4. ორმოიანი საფირფარეშო ფეხისადგილის გარეშე
 5. საკომპოსტე ტუალეტი
 6. სხვა (მიუთითეთ)
-

C. ზოგადი ინფორმაცია აბორტის სერვისების შესახებ

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

C2. ჩამოთვლილთაგან რომელში მიეწოდება კლიენტს აბორტის მომსახურება?

(დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)

1. ამბულატორიულ განყოფილებაში
2. სამშობიარო განყოფილებაში
3. გინეკოლოგიურ განყოფილებაში
4. აბორტის განყოფილებაში

5. ქირურგიის განყოფილებაში

6. სპეციალიზებულ კაბინეტებში (მაგ. გინეკოლოგიურ კაბინეტში)

7. სხვა (მიუთითეთ)

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

C4. აღნიშნულ დაწესებულებაში რა ტიპის სამედიცინო პერსონალი აწვდის ჩამოთვლილ მომსახურებას?	
C4.1.	აბორტის წინა კონსულტაცია

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

C5. აწვდის თუ არა კლინიკა აბორტის მომსახურებას და აბორტის შემდგომ კონტრაცეპციას:		1. დიახ	2. არა	3. არ გვექონია ასეთი შემთხვევა
C5.1.	16 წლამდე პირებს (დედის თანდასწრებით)			
C5.2.	16-18 წლის პირებს			
C5.3.	ვენერიული დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებს (მაგ., აივ/შიდსი)			
C5.4.	ინფექციური დაავადებებით ინფიცირებული ქალბატონებს (მაგ., ტუბერკულოზი)			
C5.5.	ქალბატონებს სხვა რეგიონებიდან (საქართველოს ფარგლებში)			
C5.6.	სოციალურად დაუცველებს			
C5.7.	სექს მუშაკებს			

C6. არსებობს თუ არა კლინიკაში ბრძანება ზემოთ ჩამოთვლილი ჯგუფებისათვის მომსახურების მიწოდების შეზღუდვების შესახებ?

1. დიახ

2. არა

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

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

- C8.1. მანუალური ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
- C8.2. ელექტრო ვაკუუმ ასპირაცია (პირველი ტრიმესტრი)
- C8.3. მედიკამენტოზური აბორტი (პირველი ტრიმესტრი)
- C8.4. დილატაცია და კიურეტაჟი (პირველი ტრიმესტრი)
- C8.5. სხვა (მიუთითეთ)

C9. შესაძლებელია თუ არა კლინიკაში კლიენტმა (პაციენტმა) აირჩიოს უეიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი რომელიც მიაწვდის:		1. დიახ, ყოველთვის	2. დიახ, ზოგჯერ	3. არა
C9.1.	აბორტის მომსახურებას			
C9.2.	პოსტ აბორტულ კონსულტაციას			
C9.3.	პოსტ აბორტულ კონტრაცეპცია			

C10. პრე აბორტულ კონსულტაციაზე რომელი თემების შესახებ ხდება გასაუბრება?		1. დიახ	2. არა
C10.1.	ქალის მიერ აბორტის გადაწყვეტის მიზეზებზე		
C10.2.	იმის შესახებ, რომ ქალმა არ უნდა გაიკეთოს აბორტი		
C10.3.	იშვიათ გართულებებზე აბორტის დროს		
C10.4.	აბორტის სხვადასხვა მეთოდების, მათი დადებითი/უარყოფითი მხარეების შესახებ		
C10.5.	აბორტის შემდგომ პერიოდში შესაძლო გართულებების შესახებ		
C10.6.	სელექციური აბორტის უარყოფითი მხარეების შესახებ		
C10.7.	სხვა (მიუთითეთ)		

C11. კითხვა C10-ში ჩამოთვლილი საკითხებიდან, რომლის შესახებ აწვდით კლიენტს წერილობით ინფორმაციას?

(ამოწერეთ პასუხის ნომერი/ნომრები)

C12. 19. რამდენადასდება 5 დღიანი მოცდის ვადის დაცვა, რომელიც 2014 წლის ოქტომბრიდან დაწესდა? თუ თქვენთან ვიზიტით მოსული მე-12 კვირაზეა, რა გადაწყვეტილებას იღებთ?

D. აბორტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა

D1. მომსახურების ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის მიზნით, არსებობს თუ არა კლინიკაში:		1. დიახ	2. არა
D1.1	აბორტის მომსახურებაზე ფასდაკლებების სისტემა		
D1.2	აბორტის მომსახურების საფასურის გადახდის მოხერხებული (მოქნილი) სისტემა		
D1.3	სხვა ფინანსური სქემები, რაც ხელს უწყობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას გადახდისუუნარო მომხმარებლებისათვის		
D1.4	სხვა (მიუთითეთ)		

D2. იღებს თუ არა კლინიკა პასუხისმგებლობას აბორტის მომსახურების მიმწოდებლების (ექიმების) მიერ, კლინიკაში დადგენილი განფასების და გადახდის პროცედურის მართებულ შესრულებაზე?

1. დიახ 2. არა

სხვა (მიუთითეთ)

E. აბორტის სერვისების უსაფრთხოება და ხელმისაწვდომობა

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

1. არსებობს გზამკვლევები (გაიდლაინები)

2. არსებობს პროტოკოლები

3. არ არსებობს

E.2. არსებობს თუ არა კლინიკაში:	1. დიახ	2. არა

E.2.1	გადაუდებელ შემთხვევაში კლინიკიდან ჰოსპიტლებში გადამისამართების გეგმა		
E.2.2	წერილობითი ინსტრუქცია იმ კლიენტების სხვა ჰოსპიტლებში გადამისამართებისათვის, ვინც ინფიცირებულია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით და აივ/შიდსით?		
E.2.3	წერილობითი ინსტრუქცია პოსტ აბორტული ვიზიტის დანიშნულებისა და ჩატარების შესახებ		

E3. იღებს თუ არა კლინიკა ინფორმაციას სხვა კლინიკებში გადამისამართებულ პაციენტების შესახებ?

1. დიახ, ყოველთვის
 2. დიახ, თუმცა არა ყოველთვის
 3. არა სხვა (მიუთითეთ)
-

F. აბორტის შემდგომი პერიოდი

F.1. აბორტის შემდგომ უტარდებათ თუ არა ქალებს:	1. დიახ	2. არა	2018-2021-ში აბსოლუტური რაოდენობა და %
F.1.1. ფსიქოლოგიური დახმარება			
F.1.2. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა			
F.1.3. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე მკურნალობა			
F.1.4. რეზუს პროფილაქტიკა			
F.1.5. HCG-ის მონიტორინგი			

F.1.6.	ენიშნებათ კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი			
F.1.7.	ხდება მათი კონსულტირება			

G. კლიენტების ინფორმირება და კმაყოფილების ხარისხი; სერვისების კონფიდენციალობა

G.1. რა სახის ინფორმაციული მასალა არის ხელმისაწვდომი კლინიკაში მომხმარებლებისათვის აბორტის მეთოდებისა და აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ? (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)

G.1.1. ბეჭდვითი მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტ-აბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ

G.1.2. აუდიო-ვიზუალური მასალა აბორტის მეთოდების და მისი გართულებების, ასევე პოსტაბორტული კონტრაცეპციისა და კლიენტების უფლებების შესახებ

G.1.3. მენჯის ანატომიური მოდელი დემონსტრაციისათვის

G.1.4. სხვა (მიუთითეთ)

G.2. არსებობს თუ არა კლინიკაში კლიენტებისათვის ჩატარებული აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა?

1. დიახ

2. არა

G.3. რამდენად კონფიდენციალური და უცხო პირებისათვის ხელმიუწვდომელია (დაცულია) აბორტის მომსახურების რეგისტრაციის სისტემა?

1. სრულიად

2. მეტ-ნაკლებად

3. არ არის კონფიდენციალური

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

1. დიახ
2. არა (გადადით G6 შეკითხვაზე)

G5. რა სახისაა ეს მექანიზმი ან რეგულაცია?

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

1. დიახ
2. არა (გადადით G8 შეკითხვაზე)

G7. როგორ და რა სახით აწვდით ამ ინფორმაციას?

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

1. დიახ
2. არა (გადადით G11 შეკითხვაზე)

G9. რა სახით ხდება კლიენტის კმაყოფილების შესწავლა?

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

1. დიახ, საკმარისად

(განმარტეთ) _____ 2. დიახ,

თუმცა არ არის საკმარისი (განმარტეთ) _____ 3.

არა

4. სხვა (მიუთითეთ)

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

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

H. კლინიკის პერსონალი

H1. არსებობს თუ არა სამედიცინო პერსონალის შეფასების იმგვარი სისტემა, რომელიც გამოავლენს პერსონალის უწყვეტი განათლების საჭიროებას აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხების შესახებ?

1. დიახ 2. არა (გადადით კითხვაზე G4)

H2. ითვალისწინებს თუ არა შეფასების სისტემა ქვემოთ ჩამოთვლილ ინფორმაციას?		1. დიახ	2. არა
H2.1.	პერსონალის საქმიანობის შეფასება, აბორტის მომსახურებისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ		
H2.2.	სამედიცინო პერსონალის მოთხოვნებს დამატებითი სასწავლო კურსების (ტრენინგების) საჭიროებაზე აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე		
H2.3.	ახალი კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დანერგვის შესახებ		
H2.4.	ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ		

H3. არსებობს თუ არა კლინიკაში ყოველწლიური სასწავლო კურსების (ტრენინგების) ჩატარების გეგმა, აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის თემატიკაზე?

1. დიახ
2. არა

H4. რა ფინანსური სახსრებით ხდება სამედიცინო პერსონალის განათლება?

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

H5. ტარდება თუ არა სასწავლო კურსები კლინიკის ბაზაზე?

1. დიახ
2. არა (გადადით კითხვაზე G8)

H6. რომელი სასწავლო კურსების ჩატარებაში გამოცდილი ტრენერები არიან კლინიკაში? (დასაშვებია რამდენიმე პასუხი)

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

11. სხვა (მიუთითეთ)

I. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები

I.1. ოჯახის დაგეგმვის რა მეთოდები არსებობს კლინიკაში?		1. დიახ	2. არა
I.1.1.	საშვილოსნოსშიდა სპირალი		
I.1.2.	ორალური კონტრაცეპცია		
I.1.3.	ინექციური კონტრაცეფცია		
I.1.4.	სპერმიციდები		
I.1.5.	პრეზერვატივი		
I.1.6.	გადაუღებელი კონტრაცეფცია		
I.1.7.	სხვა (მიუთითეთ)		

I2. ზოგადად, აწვდით თუ არა კონსულტაციას ოჯახის დაგეგმვის სერვისების შესახებ? ძირითადად, რა მიდგომებია თქვენთან ამ მხრივ?

J. სტატისტიკური მონაცემები აბორტის მომსახურების შესახებ

J1. ხდება თუ არა კლინიკაში შეროვებული სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება/ანალიზი?

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

J2. რამდენად ეყრდნობა კლინიკის მომსახურების გაუმჯობესების პოლიტიკა კლინიკაში შეროვებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას?

1. სრულიად ეყრდნობა

(განმარტეთ)_____

2. უფრო ეყრდნობა, ვიდრე არა

(განმარტეთ)_____

3. უფრო არ ეყრდნობა, ვიდრე კი

(განმარტეთ)_____

4. არ

ეყრდნობა_____

35. პანდემიით გამოწვეული გამოწვევების გამო, რა ბარიერები შეგექმნათ აბორტთან დაკავშირებული სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებით?_____

მაღლობა თქვენი დროისთვის და ძალისხმევისთვის.

დანართი #4 _ კვლევის ფარგლებში დამუშავებული დოკუმენტების და საჯარო ინფორმაციის ჩამონათვალი

- ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული რეგისტრის (დაბადების რეგისტრი) სამი წლის ანგარიში 2018-2020;
- 2017 – 2021 წლებში NCDC-ის მიერ დაბადების რეგისტრის მეშვეობით მიღებული და დამუშავებული სტატისტიკა აბორტების შესახებ;
- სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საქართველოში (MICS 2018) - კვლევა მხარდაჭერილია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) მიერ;
- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება - საქართველოს სახალხო დამცველი;
- აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის და მზაობის შეფასება (2016წ) - სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი;
- ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის პროტოკოლი - დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 28 ივლისის N 01-182/ო ბრძანებით.

დანართი #5 _ კვლევაში მონაწილე კლინიკები და პირები

1. შპს „მედიგლი“ _ ამბულატორია_თამარ ქაცარავა _ მეან-გინეკოლოგი _ თბილისი;
2. ინტერმედი - ამბულატორია _ გენრიეტა კუტალია_მეან-გინეკოლოგი;
3. შპს ქალაქ ბათუმის მრავალპროფილიანი სახლი _ რუსიკო ჯაბუა _ მეან-გინეკოლოგი;
4. შპს "რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი უნივერსი" _ ლანა მაჭავარიანი _ მეან-გინეკოლოგი;
5. შპს "თამარის დასახლების საოჯახო მედიცინის ცენტრი" _ ამბულატორია _ მაია ქავთარაძე-მეტრეველი _ მეან-გინეკოლოგი;
6. შპს "ქ. ბათუმის N1 პოლიკლინიკა" _ გულიკო გოგიტიძე _ მეან-გინეკოლოგი;
7. შპს მედალფა (ოზურგეთი) _ დავით მდინარაძე - მენეჯერი;
8. დედათა დახმარების სამეანო გინეკოლოგიური განყოფილება „ნინო“ _ ნინო კაკულია _ ხელმძღვანელი, (ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ);
9. ავერსის კლინიკა _ მარინა მაჩაიძე _ კლინიკური დირექტორი, (ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ);
10. შპს ბოლნისის ცენტრალური კლინიკა _ დარეჯან ჩხეტიანი _ დირექტორი, (ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ);
11. ბოლნისის ცენტრალური კლინიკა - ეკა გიორბელიძე _ სტატისტიკოსი;
12. გინემედი _ ამბულატორია _ ნინო ჩხეიძე _ მეან-გინეკოლოგი; მაია აროშიძე - მენეჯერი, (ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ);
13. კლინიკა ვაკეში _ ზინაიდა ვაშაკიძე _ ხელმძღვანელი;
14. რუსთავის სამშობიარო სახლი _ ხათუნა ცუცქერიძე _ გინეკოლოგი;
15. ჟორდანია-ჩიქოვანის კლინიკა _ მაკა ჩიქოვანი _ ხელმძღვანელი;
16. სს ლაზიკა-მედია _ სოფიო თათარიშვილი _ მეან-გინეკოლოგი;
17. შპს "აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა ხობის პოლიკლინიკა" _ მენეჯერი;
18. ლაიფ 2012 _ ამბულატორია _ ია კვირიკაშვილი _ მეან-გინეკოლოგი;
19. იმედი და მარიამი_ ზურა აბალაკი _ მენეჯერი;
20. შპს "ქუთაისის N2 პოლიკლინიკა" _ იზა კოჩაძე _ მეან-გინეკოლოგი;
21. კლინიკა „ბაიები“ _ ნატო შენგელია _ რეპროდუქტოლოგი;
22. ფოთის სამშობიარო სახლი _ მარინა ხოფერია _ მეან-გინეკოლოგი;
23. ფოთის სამშობიარო სახლი _ სოფი კუხიანიძე _ სტატისტიკოსი;
24. შპს ქალთა კლინიკა _ ამბულატორია _ მაია ბოდოკია _ კლინიკური ხელმძღვანელი;
25. შპს იმედი _ იზა ბაჯელიძე _ მეან-გინეკოლოგი;
26. შპს დიაგნოსტიკური ცენტრი _ ამბულატორია _ ადმინისტრატორი;
27. შპს HERA XXI საუკუნე _ ადმინისტრატორი;
28. შპს. მიზოუნი _ რუსუდან არველაძე _ მენეჯერი;
29. კლინიკა - იავნანა - დედათა და ბავშვთა ცენტრი _ ვასილ სიმონია _ გინეკოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი;

30. ი. ჟორდანიას კლინიკა _ ნანა ჯანელიძე _ მენეჯერი;
31. ამერიკული სამედიცინო ცენტრები _ მენეჯერი;
32. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) _ ლევან კანდელაკი _ სტატისტიკის სამსახურის უფროსი.

დანართი #6 _ NCDC-ის მიერ მოწოდებული აბორტის სერვისებთან დაკავშირებული სტატისტიკა

2021 წელი

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
აბორტის მეთოდი	ასაკობრივი ჯგუფი		
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
კურეტაჟი	35	3345	305
მედისაგან დამოუკიდებელი აბორტი	27	7699	722
ვაკუუმ-აპირაცია	31	5939	592
სხვა		165	15
არ არის ინფორმაცია		154	8

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
ანტენატალური	9	4664	542
სამეანო-ანტენატალური	54	11340	1066
სხვა	N/A	87	8

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება რეგიონებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
აჭარა	7	2083	199
გურია		87	N/A
თბილისი	23	7509	790
იმერეთი	8	1667	149
კახეთი	8	711	60
მცხეთა-მთიანეთი		7	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	N/A
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	893	91

სამცხე-ჯავახეთი	N/A	438	45
ქვემო ქართლი	17	1485	139
შიდა ქართლი		1207	137
არ არის ინფორმაცია	N/A		

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდებისა და სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	ანტენატალური	სამეანო	სხვა
კურეტაჟი	21	3262	N/A
მედიკამენტური აბორტი	3869	4405	
ვაკუუმ-ასპირაცია	1240	4613	
სხვა	80	140	
არ არის ინფორმაცია	5	40	98

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით			
	სამეანო- ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	301	1980	8
გურია		92	
თბილისი	3899	4367	56
იმერეთი	39	1776	9
კახეთი	N/A	775	N/A
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	403	584	
სამცხე-ჯავახეთი	29	455	
ქვემო ქართლი	285	1338	18
შიდა ქართლი	255	1085	N/A
არ არის ინფორმაცია		N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	N/A	6	
გურია			
თბილისი	7	15	N/A
იმერეთი		8	
კახეთი		7	N/A
მცხეთა-მთიანეთი			
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი			
სამეგრელო და ზემო სვანეთი		N/A	
სამცხე-ჯავახეთი		N/A	
ქვემო ქართლი	N/A	14	N/A
შიდა ქართლი			

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	262	1814	7
გურია		87	
თბილისი	3475	3984	50
იმერეთი	37	1621	9
კახეთი	N/A	709	N/A
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	371	522	
სამცხე-ჯავახეთი	26	412	
ქვემო ქართლი	264	1206	15
შიდა ქართლი	225	978	N/A
არ არის ინფორმაცია		N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 40 წლელს ზემოთ ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	38	160	N/A
გურია		N/A	
თბილისი	417	368	N/A
იმერეთი	N/A	147	
კახეთი		59	N/A
მცხეთა-მთიანეთი			
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	32	59	
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	42	
ქვემო ქართლი	20	118	N/A
შიდა ქართლი	30	107	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	N/A	N/A	N/A		
გურია					
თბილისი	N/A	13	N/A		N/A
იმერეთი		N/A	N/A		
კახეთი	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი		N/A	N/A	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი	N/A				
ქვემო ქართლი	6	N/A	8		N/A
შიდა ქართლი					

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	6	N/A		
სამეანო-ანტენატალური	15	16	20	N/A	
სხვა					N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	612	564	867	31	9
გურია	63	19		N/A	
თბილისი	952	4676	1710	102	69
იმერეთი	132	642	866	15	12
კახეთი	216	190	276	22	7
მცხეთა-მთიანეთი	N/A			N/A	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A				
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	44	425	412	7	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	9	132	293	2	N/A
ქვემო ქართლი	673	295	494	5	18
შიდა ქართლი	245	592	364	N/A	N/A
არ არის ინფორმაცია				N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	17	3484	1091	67	N/A
სამეანო-ანტენატალური	2936	4051	4192	125	36
სხვა	N/A				86

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	50	42	103	N/A	N/A
გურია	3	N/A		N/A	
თბილისი	115	480	171	17	7
იმერეთი	11	51	86	N/A	
კახეთი	19	15	24	N/A	N/A
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					N/A
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	8	36	47		
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	16	28		
ქვემო ქართლი	71	22	44		N/A
შიდა ქართლი	36	54	45	N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	379	147	13	
სამეანო-ანტენატალური	311	338	401	12	N/A
სხვა					8

2020 წელი

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
აბორტის მეთოდი	ასაკობრივი ჯგუფი		
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
კურეტაჟი	35	3345	305
მედიკამენტური აბორტი	27	7699	722
ვაკუუმ-აპირაცია	31	5939	592
სხვა		165	15
არ არის ინფორმაცია		154	8

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
ანტენატალური	15	5372	605
სამეანო-ანტენატალური	78	11779	1026
სხვა		151	11

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება რეგიონებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
აჭარა	11	2700	226
გურია		120	10
თბილისი	27	7448	782
იმერეთი	9	1700	134
კახეთი	10	840	70
მცხეთა-მთიანეთი		9	

რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		10	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	896	95
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	476	38
ქვემო ქართლი	23	1669	117
შიდა ქართლი	7	1413	166
არ არის ინფორმაცია		21	N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდებისა და სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
კურეტაჟი	104	3580	N/A
მედიკამენტური აბორტი	4213	4215	20
ვაკუუმ-ასპირაცია	1609	4949	N/A
სხვა	61	118	N/A
არ არის ინფორმაცია	N/A	21	136

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	735	2191	11
გურია		130	
თბილისი	3980	4196	81
იმერეთი	44	1790	9
კახეთი	N/A	910	8
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		10	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	433	559	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	31	478	8
ქვემო ქართლი	407	1387	15
შიდა ქართლი	355	1228	N/A
არ არის ინფორმაცია			25

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	N/A	10	
გურია			
თბილისი	10	17	
იმერეთი		9	
კახეთი		10	
მცხეთა-მთიანეთი			
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი			
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი		N/A	
ქვემო ქართლი	N/A	21	
შიდა ქართლი		7	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	654	2035	11
გურია		120	
თბილისი	3583	3789	76
იმერეთი	39	1653	8
კახეთი	N/A	831	8
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		10	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	391	503	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	27	441	8
ქვემო ქართლი	367	1287	15
შიდა ქართლი	305	1106	N/A
არ არის ინფორმაცია			21

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 40 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	80	146	
გურია		10	
თბილისი	387	390	N/A
იმერეთი	N/A	128	N/A
კახეთი	N/A	69	
მცხეთა-მთიანეთი			
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი			
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	40	55	
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	34	
ქვემო ქართლი	38	79	
შიდა ქართლი	50	115	N/A
არ არის ინფორმაცია			N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცი	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	6	N/A	N/A		
გურია					
თბილისი	N/A	13	9		
იმერეთი	N/A	3	N/A		
კახეთი	N/A	N/A	N/A		
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A			
სამცხე-ჯავახეთი	N/A		N/A		
ქვემო ქართლი	14	N/A	8		
შიდა ქართლი	N/A	N/A	N/A		

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	10	N/A		
სამეანო-ანტენატალური	34	17	27		
სხვა					
აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	6	N/A	N/A		
გურია					
თბილისი	N/A	13	9		
იმერეთი	N/A	3	N/A		
კახეთი	N/A	N/A	N/A		
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A			
სამცხე-ჯავახეთი	N/A		N/A		
ქვემო ქართლი	14	N/A	8		
შიდა ქართლი	N/A	N/A	N/A		

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	10	N/A		
სამეანო-ანტენატალური	34	17	27		
სხვა					

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	646	709	1300	22	23
გურია	104	11		N/A	
თბილისი	1102	4486	1695	82	83
იმერეთი	189	625	864	15	7
კახეთი	242	234	333	20	11
მცხეთა-მთიანეთი	9				
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	8		N/A	N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	92	422	371	6	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	45	106	316	N/A	8
ქვემო ქართლი	606	405	636	7	15
შიდა ქართლი	301	684	420	6	N/A
არ არის ინფორმაცია	N/A	17	N/A		

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	95	3813	1403	56	N/A
სამეანო-ანტენატალური	3249	3869	4533	108	20
სხვა	N/A	17	N/A	N/A	129

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	52	47	126		N/A
გურია	8	N/A			
თბილისი	122	446	201	8	N/A
იმერეთი	15	40	77	N/A	N/A
კახეთი	16	24	26	N/A	

მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	11	42	41	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი	7	11	20		
ქვემო ქართლი	40	42	35		
შიდა ქართლი	34	65	65	N/A	N/A
არ არის ინფორმაცია		N/A	N/A		

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	8	390	202	N/A	
სამეანო-ანტენატალური	297	329	389	10	N/A
სხვა		N/A	N/A		7

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა
აჭარა	654	2035	11
გურია		120	
თბილისი	3583	3789	76
იმერეთი	39	1653	8
კახეთი	N/A	831	8
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		10	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	391	503	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	27	441	8

ქვემო ქართლი	367	1287	15
შიდა ქართლი	305	1106	N/A
არ არის ინფორმაცია			21

2019 წელი

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
აბორტის მეთოდი	ასაკობრივი ჯგუფი		
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
კურეტაჟი	41	4059	380
მედიკამენტური აბორტი	38	8306	627
ვაკუუმ-აპირაცია	30	6977	675
სხვა	N/A	206	14
არ არის ინფორმაცია	N/A	229	14

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
ანტენატალური	19	6181	584
სამეანო-ანტენატალური	93	13475	1121
სხვა		121	N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება რეგიონებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
აჭარა	12	3343	273
გურია	N/A	110	14
თბილისი	48	8712	829
იმერეთი	12	1819	149
კახეთი	7	958	70
მცხეთა-მთიანეთი		20	N/A

რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		7	N/A
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	813	71
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	544	36
ქვემო ქართლი	24	1914	112
შიდა ქართლი	N/A	1537	152

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდებისა და სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	ანტენატალური	სამეანო	სხვა
კურეტაჟი	47	4432	N/A
მედიკამენტური აბორტი	4579	4392	
ვაკუუმ-ასპირაცია	2064	5618	
სხვა	58	164	
არ არის ინფორმაცია	36	83	125

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	2649	971	8
გურია	124		N/A
თბილისი	5030	4479	80
იმერეთი	1937	34	9
კახეთი	1032	N/A	N/A
მცხეთა-მთიანეთი	11	11	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	8		
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	497	385	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	550	23	8
ქვემო ქართლი	1609	428	13
შიდა ქართლი	1242	451	N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში

	ანტენატალური	სამეანო- ანტენატალური	სხვა
აჭარა	N/A		11
გურია		N/A	
თბილისი	15		33
იმერეთი			12
კახეთი			7
მცხეთა-მთიანეთი			
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი			
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი		N/A	
ქვემო ქართლი	N/A		23
შიდა ქართლი	N/A	N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო- ანტენატალური	სხვა
აჭარა	875	2460	8
გურია		109	N/A
თბილისი	4097	4540	75
იმერეთი	33	1777	9
კახეთი	N/A	955	N/A
მცხეთა-მთიანეთი	9	10	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		7	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	348	461	N/A
სამცხე-ჯავახეთი	21	515	8
ქვემო ქართლი	397	1504	13
შიდა ქართლი	399	1137	N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 40 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში			
	ანტენატალური	სამეანო- ანტენატალური	სხვა
აჭარა	95	178	
გურია		14	
თბილისი	367	457	N/A
იმერეთი	N/A	148	

კახეთი			70
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი		36	35
სამცხე-ჯავახეთი	N/A		34
ქვემო ქართლი		30	82
შიდა ქართლი		51	101

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	N/A	N/A	6		
გურია				N/A	
თბილისი	15	23	8	N/A	N/A
იმერეთი	N/A	N/A	6		
კახეთი	6		N/A		
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A		N/A		
სამცხე-ჯავახეთი		N/A			
ქვემო ქართლი	13	N/A	8		
შიდა ქართლი	N/A	N/A			

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	13	N/A	N/A	
სამეანო-ანტენატალური	40	25	26	N/A	N/A
სხვა					

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	663	820	1780	43	37
გურია	74	11	17	N/A	N/A
თბილისი	1511	5044	1952	99	106
იმერეთი	217	599	980	10	13
კახეთი	267	245	416	18	12
მცხეთა-მთიანეთი	16		N/A	N/A	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	7				
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	99	370	329	N/A	11
სამცხე-ჯავახეთი	96	113	310	7	18
ქვემო ქართლი	792	445	649	6	22
შიდა ქართლი	317	659	542	14	N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულებების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	40	4235	1819	53	34
სამეანო-ანტენატალური	4018	4071	5158	153	75
სხვა	N/A				120

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	58	48	158	N/A	N/A
გურია	9	N/A	N/A		N/A
თბილისი	179	416	221	7	6
იმერეთი	14	37	97		N/A
კახეთი	12	17	40	N/A	
მცხეთა-მთიანეთი	N/A				
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A				

სამეგრელო და ზემო სვანეთი	14	36	21		
სამცხე-ჯავახეთი	9	N/A	23		
ქვემო ქართლი	46	33	31	N/A	N/A
შიდა ქართლი	35	34	82	N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	6	331	241	N/A	N/A
სამეანო-ანტენატალური	374	296	434	10	7
სხვა					N/A

2018 წელი

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
აბორტის მეთოდი	ასაკობრივი ჯგუფი		
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
კურეტაჟი	44	4438	417
მედიკამენტური აბორტი	37	8193	627
ვაკუუმ-ასპირაცია	37	7578	682
სხვა	N/A	104	8
არ არის ინფორმაცია	7	533	27

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
ანტენატალური	16	6578	596

სამეანო	106	12988	1025
სხვა	N/A	1280	140

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება რეგიონებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
აჭარა	11	3321	260
გურია		135	12
თბილისი	40	9246	820
იმერეთი	20	1710	152
კახეთი	8	1069	69
მცხეთა-მთიანეთი	N/A	38	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	N/A
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	6	836	85
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	585	41
ქვემო ქართლი	32	2061	147
შიდა ქართლი	6	1844	173

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდებისა და სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	ანტენატალური	სამეანო	სხვა
კურეტაჟი	61	4510	328
მედიკამენტური აბორტი	4395	3771	691
ვაკუუმ-ასპირაცია	2534	5380	383
სხვა	22	89	N/A
არ არის ინფორმაცია	178	369	20

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	2353	1165	74

გურია	146	N/A	
თბილისი	5450	4439	217
იმერეთი	1828	6	48
კახეთი	1144	N/A	
მცხეთა-მთიანეთი	18	22	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A		
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	489	438	
სამცხე-ჯავახეთი	592	36	
ქვემო ქართლი	1713	516	11
შიდა ქართლი	384	565	1074

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	11		
თბილისი	35	N/A	
იმერეთი	19	N/A	
კახეთი	8		
მცხეთა-მთიანეთი		N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი	N/A		
ქვემო ქართლი	27	N/A	
შიდა ქართლი	N/A		N/A

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	2177	1081	63
გურია	134	N/A	
თბილისი	4999	4056	191
იმერეთი	1662	N/A	43
კახეთი	1067	N/A	

მცხეთა-მთიანეთი		18	20	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A			
სამეგრელო და ზემო სვანეთი		446	390	
სამცხე-ჯავახეთი		550	35	
ქვემო ქართლი		1583	469	9
შიდა ქართლი		351	519	974

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით 40 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში			
	სამეანო-ანტენატალური	ანტენატალური	სხვა
აჭარა	165	84	11
გურია	12		
თბილისი	416	378	26
იმერეთი	147		N/A
კახეთი	69		
მცხეთა-მთიანეთი		N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A		
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	41	44	
სამცხე-ჯავახეთი	40	N/A	
ქვემო ქართლი	103	42	N/A
შიდა ქართლი	31	46	96

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	N/A	N/A	6		
გურია					
თბილისი	16	17	N/A		N/A
იმერეთი	N/A	N/A	13		N/A
კახეთი	N/A	N/A	N/A		
მცხეთა-მთიანეთი			N/A		

რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	N/A	N/A			
სამცხე-ჯავახეთი			N/A		
ქვემო ქართლი	14	N/A	8	N/A	N/A
შიდა ქართლი	N/A	N/A			

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულებების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური		9	N/A		N/A
სამეანო	44	24	35	N/A	N/A
სხვა		N/A			

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	499	826	1935	28	33
გურია	103	12	13	N/A	N/A
თბილისი	1986	4864	2149	44	203
იმერეთი	199	508	982	8	13
კახეთი	235	297	506	9	22
მცხეთა-მთიანეთი	38				
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A				
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	107	386	332	N/A	10
სამცხე-ჯავახეთი	97	97	372	N/A	18
ქვემო ქართლი	830	481	534	7	209
შიდა ქართლი	343	722	755	N/A	21

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	56	4041	2299	20	162
სამეანო	4091	3520	4943	82	352
სხვა	291	632	336	N/A	19

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და რეგიონის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
აჭარა	47	42	171		
გურია	10		N/A		N/A
თბილისი	211	378	213	N/A	15
იმერეთი	13	56	80	N/A	N/A
კახეთი	18	12	39		
მცხეთა-მთიანეთი	N/A				
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	N/A				
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	13	39	32	N/A	
სამცხე-ჯავახეთი	6	N/A	30		N/A
ქვემო ქართლი	63	40	34	N/A	9
შიდა ქართლი	34	56	82	N/A	

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და აბორტის მეთოდის მიხედვით 40 წლის ზევით ასაკის ქალებში					
	კურეტაჟი	მედიკამენტური აბორტი	ვაკუუმ-ასპირაცია	სხვა	არ არის ინფორმაცია
ანტენატალური	N/A	345	233	N/A	11
სამეანო	375	227	402	6	15
სხვა	37	55	47		N/A

2017 წელი

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება აბორტის მეთოდისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
აბორტის მეთოდი	ასაკობრივი ჯგუფი		
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
კურეტაჟი	70	4964	418
მედიკამენტური აბორტი	39	8188	560
ვაკუუმ-აპირაცია	46	8930	683
სხვა			
არ არის ინფორმაცია	6	976	59

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და დაწესებულების ტიპის მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
ანტენატალური	N/A	252	26
სამედიკამენტო-ანტენატალური	155	22679	1679
სხვა	N/A	127	15

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება რეგიონებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით			
	18 წლამდე	18-დან 40-მდე	40 და მეტი
აჭარა	13	3181	209
გურია	N/A	150	12
თბილისი	52	10119	841
იმერეთი	17	1971	124
კახეთი	12	1188	102
მცხეთა-მთიანეთი		35	N/A
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი		N/A	N/A
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	6	919	66
სამცხე-ჯავახეთი	N/A	596	36

ქვემო ქართლი	47	2689	158
შიდა ქართლი	11	2205	169

აბორტების რაოდენობრივი განაწილება სამედიცინო დაწესებულების ტიპისა და ადგილის მიხედვით									
	18 წლამდე ქალებში			18-დან 40 წლამდე ასაკის ქალებში			40 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში		
	ანტენა ტალური	სამეანო-ანტენა ტალური	სხვა	ანტენა ტალური	სამეანო-ანტენატალური	სხვა	ანტენა ტალური	სამეანო-ანტენა ტალური	სხვა
აჭარა		13			3179	N/A		209	
გურია		N/A			146	N/A		12	
თბილისი		51	N/A	105	9933	81	18	810	13
იმერეთი	N/A	16		61	1903	7	N/A	119	
კახეთი		12			1182	6		102	
მცხეთა-მთიანეთი					35			N/A	
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					N/A			N/A	
სამეგრელო და ზემო სვანეთი		6		8	907	N/A		66	
სამცხე-ჯავახეთი		N/A			590	6		36	
ქვემო ქართლი	N/A	46		36	2639	14	N/A	154	N/A
შიდა ქართლი	N/A	8		42	2160	N/A	N/A	168	