



L I Γ E 2.0

lifetwo0.org





აბორტი, მთელს მსოფლიოში, ერთ-ერთი ყველაზე უფრო მოთხოვნადი გინეკოლოგიური პროცედურაა. მისი ჩატარების მეთოდები ყოველწლიურად იხვეწება და უმჯობესდება. ხსენებული მიღწევები მაქსიმალურად არის დანერგილი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაშიც. 2018 წელს, საქართველოში რეგისტრირებული აბორტების რიცხვმა 22 733 შეადგინა. სტატისტიკის თანახმად, უკანასკნელი წლების განმავლობაში რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა, მართალია, კლების დინამიკით ხასიათდება, თუმცა, არაოფიციალურ წყაროებს თუ დავუჯერებთ, მზარდია დაურეგისტრირებელი შემთხვევების ოდენობა. საინტერესოა იმ მიზეზების შესწავლა, რის გამოც ქალები, საჭიროების მიუხედავად, სერვისის მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებებს არ მიმართავენ.

სწორედ ამიტომ, სათემო ორგანიზაცია „Life 2.0“, თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, შეეცადა შეეფასებინა აბორტთან დაკავშირებული სტიგმა და რეპროდუქციული ასაკში მყოფი ადამიანების უსაფრთხო სერვისზე ხელმისაწვდომობა. კვლევა იყო ერთგვარი მცდელობა, აღეწერა აბორტთან მიმართებაში არსებული სტიგმა, მისი გავლენა ქალის უფლებებსა და ჯანმრთელობაზე. ამასთანავე, მკვლევრები შეეცადნენ მოეძიებინათ რაოდენობრივი მონაცემები და ინფორმაცია საკანონმდებლო ნორმების შესახებ.

ზოგადი სტატისტიკური მონაცემები აბორტთან დაკავშირებით შემაშფოთებელია.

მიუხედავად არსებული სამედიცინო მიღწევებისა, ყოველწლიურად, მსოფლიოს მასშტაბით, დაახლოებით 22 მილიონი ადამიანი აბორტს ისეთ გარემოში იკეთებს, რომელიც უსაფრთხოების სტანდარტს არ შეესაბამება. მათგან 5 მილიონი გართულებებით ხვდება საავადმყოფოში, ხოლო 47 ათასი შემთხვევა სრულდება სიკვდილით. აბორტის გართულების შემთხვევებს, შესაძლოა მსოფლიოს სხვადასხვა წერტილში წავაწყდეთ, თუმცა გარდაცვალების შემთხვევების სრული უმრავლესობა, დაბალშემოსავლიან სახელმწიფოებზე მოდის. გასათვალისწინებელია, რომ აღნიშნული მსხვერპლის თავიდან აცილება, ან მინიმუმამდე შემცირება ადვილად შესაძლებელია არსებული მიღწევების გათვალისწინებით, მაგრამ ამ მიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება, სხვადასხვა ბარიერების არსებობის გამო. მათ შორისაა ის ფაქტორი, რომ ადამიანებს ხელი არ მიუწვდებათ სექსუალურ განათლებასა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე, რაც თავისმხრივ ხელს უწყობს სტიგმის წარმოების პროცესს. სექსუალური განათლების დეფიციტი მწვავედ დგას ჩვენი ქვეყნის დღის წესრიგშიც. მისი ერთ-ერთი შემადგენელი საკითხია სტიგმაც, რომელიც უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის უმნიშვნელოვანესი ბარიერია. სექსუალური განათლების არარსებობა, ნეგატიურად აისახება არასასურველი ორსულობების რაოდენობაზეც.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესწავლისას გამოიკვეთა, რომ აბორტი დაშვებულია ქალის სურვილის საფუძველზე, ორსულობის 12 კვირის ჩათვლით. 13-დან 22 კვირის ჩათვლით, ორსულობის შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და

აბორტის სტიგმის მთავარი წყარო ენსკუნილიან თავად ქალების ბათილბაა



სოციალური ჩვენებით. ორსულობის შეწყვეტა 22 კვირის შემდეგ, მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში არის შესაძლებელი, როგორცაა ორსულობის გაგრძელების დედის ჯანმრთელობასთან შეუთავსებლობა, ან რიგი თანდაყოლილი ანომალიები.

ქანონით აბორტი დაშვებულია  
ქალის სურვილით ორსულობის  
12 კვირის ჩათვლით

ქართული კანონმდებლობის ყველაზე მნიშვნელოვან ხარვეზად შესაძლოა მივიჩნიოთ ე.წ. 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდი, რომელიც დამატებით ფინანსურ და გეოგრაფიულ ბარიერს ქმნის

ქალებისათვის. საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისის მიერ ჩატარებულ კვლევაში აღნიშნულია, რომ „მონიტორინგმა, სამედიცინო მომსახურების გამწევთა ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ცხადჰყო, რომ აბორტისთვის მოსაფიქრებელი 5-დღიანი პერიოდი, რომელმაც ადრე მოქმედი 3-დღიანი პერიოდი შეცვალა, პრაქტიკაში არ მუშაობს და ვერ აღწევს აბორტების შემცირების ან რაიმე სხვა ლეგიტიმურ მიზანს. პირიქით, იგი ქალებს აბორტზე წვდომის დამატებით, არასაჭირო ბარიერს უქმნის - აღინიშნა შემთხვევები, როდესაც 5-დღიანი პერიოდის გასვლის შემდეგ ქალი სამედიცინო დაწესებულებაში აღარ დაბრუნდა - აბორტი სხვა დაწესებულებაში გაიკეთა, ან ორსულობის შეწყვეტის თვითნებურ გზას მიმართა და ჯანმრთელობის გაუარესებული მდგომარეობით (სისხლდენით) დაბრუნდა იმავე სამედიცინო დაწესებულებაში.“

აქვე უნდა აღინიშნოს, საქართველოს კანონმდებლობით გარანტირებული, არასრულწლოვანი პაციენტების უფლება, რომელიც 14 წელს მიღწეულ არასრულწლოვანს აძლევს შესაძლებლობას, აბორტის საჭიროების შემთხვევაში, მშობლის ნებართვის გარეშე მიიღოს

სათანადო სამედიცინო მომსახურება. ხსენებული კანონის არსებობის შესახებ ინფორმაცია არ აქვთ არც ქალებს, არც გოგოებს და ხშირ შემთხვევაში არც უშუალოდ სერვისის მომწოდებლებს, რის გამოც არ ხერხდება მისი აღსრულება. ეს კონკრეტული კანონი კი თავისი არსით, ძალიან მნიშვნელოვანი ბერკეტია არასრულწლოვანთა შორის ჯანმრთელობის რისკების შემცირებისა და სერვისის ხელმისაწვდომობის გაზრდისათვის. ამას ემატება მომსახურების ფასი, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა და სექსუალობასთან დაკავშირებული ნორმები, რომლებიც განსაკუთრებულად მკაცრია ქორწინებაში არმყოფი არასრულწლოვანი გოგოების მიმართ. ამრიგად, აბორტი, ჩვენს ქვეყანაში რჩება ზრდასრულ ადამიანებზე მორგებულ სამედიცინო მანიპულაციად.

აბორტის სტიგმა ბევრ ქვეყანაში არსებობს, თუმცა ადგილობრივად მისი შესწავლის აუცილებლობა და საჭიროება დღემდე დგას. ხშირად, აბორტის სტიგმა წარმოადგენილია როგორც ბუნებრივი მოვლენა, ან უნივერსალური სოციალური ფაქტი. სტიგმა სოციალური

პროდუქტია და მისი წარმოება ადგილობრივ დონეზე ხდება. აბორტის სტიგმა არც ბუნებრივია და არც უნივერსალური, ის მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია ძალაუფლების გადანაწილებაზე და ასახავს საზოგადოებაში არსებულ უთანასწორობას. აბორტის სტიგმის წარმოქმნას, დამკვიდრებას და ნორმალიზებას ხელს უწყობს ქვეყანაში მიმდინარე პოლიტიკური და სოციალური პროცესები.

მთავარი მიზნი: ემბრიონის  
კერსონიფიკაცია, მისი  
გაიმიჯებაა ბავშვთან

აბორტის სტიგმა ყველაზე მძლავრად ისეთ საზოგადოებებშია გავრცელებული, სადაც გოგონები და ქალები განიცდიან დისკრიმინაციას და უზღუდებთ საბაზისო ადამიანის უფლებები. სტიგმა, დაკავშირებულია განათლების დეფიციტთან, სიღარიბესთან, რელიგიურ რადიკალიზმთან, ან არადემოკრატიულ სოციალურ სტრუქტურებთან. ის სწორედ მაშინ ვითარდება, როდესაც ადამიანებს არ აქვთ საკუთარ არჩევანზე თავისუფლად საუბრის შესაძლებლობა, მალავენ საკუთარ გამოცდილებას, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები კი გარეშე ადამიანების მიერ კონტროლირდება. აბორტთან დაკავშირებული გამოცდილების შესახებ ადამიანები სდუმან, ან მხოლოდ ძალიან ახლო წრეში საუბრობენ, რაც უმეტეს შემთხვევებში ოჯახის წევრებს არ გულისხმობს.

აბორტი ჯანმრთელობის,  
ფსიქიკური და სოციალური  
კეთილდღეობის ერთერთი  
მთავარი კომპონენტია და  
არა საფრთხე

გასათვალისწინებელია ისიც, სტიგმის გაძლიერების ერთ-ერთი საშუალებაა აბორტზე დისკუსიიდან იმ ქალების გამორიცხვა, რომლებიც ამ პროცედურით სარგებლობენ - მათი ხმის, პოზიციის და საჭიროებების იგნორირება. აბორტთან დაკავშირებული გამოცდილება, რომელიც უაღრესად ტაბუირებულია, საჭიროებს საჯაროობას, რადგან ქალების გამოცდილების გათვალისწინების გარეშე,

შეუძლებელია აბორტის სტიგმასთან ბრძოლა და ხელმისაწვდომობის ბარიერების აღმოფხვრა. აბორტთან დაკავშირებული ცოდნის გავრცელება, რომელიც მიტკიცებულიებზე იქნება დაფუძნებული, ხელს შეუწყობს არსებული სტიგმისა და მითების შემცირებას.

ნიშანდობლივია, რომ აბორტთან დაკავშირებულ დისკუსიაში, მისი მოწინააღმდეგეები, ხშირად უგულებელყოფენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას. მაგალითისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიოს არცერთ ქვეყანაში, არ ფიქსირდება აბორტის აკრძალვის პირდაპირი კავშირი დემოგრაფიულ პროცესებთან, მიუხედავად ამისა, ეს არგუმენტი დღემდე ერთ-ერთი ყველაზე უფრო გავრცელებულია.

აბორტზე საუბრისას გვერდს ვერ ავუვლით პატრიარქატულ კულტურასაც, რომლის თანახმადაც, აბორტი, თავისი არსით ეწინააღმდეგება სამ მნიშვნელოვან ფემინურ იდეალს, როგორებიცაა - ნაყოფიერება, დედობა და აღზრდის ინსტინქტი. ხსენებული პრინციპები მკაცრად

სწორედ მართლი აბორტი უფრო უსაფრთხოა ვიდრე ორსულობა და მშობიარობა.

კონტროლდება პატრიარქატული სისტემის მიერ. აბორტის სერვისით სარგებლობა კი, ერთგვარი გალაშქრებაა ამ იდეალების წინააღმდეგ, რაც ავტომატურად ახდენს ინდივიდის, როგორც „ცუდი ქალის“ მონიშვნას. აბორტის სტიგმის წარმოებაში მონაწილეობენ - მთავრობები, პოლიტიკური სტრუქტურები, ინსტიტუციები, კოპულარული სამედიცინო დისკურსი და სხვადასხვა თემის წარმომადგენლები.

საჭიროა არასასურველი ორსულობების შეწყობა და არა აბორტის ენსკრედიტაცია



Life 2.0-ის კვლევის ფარგლებში, მკვლევრები შეეცადნენ შეექმნათ უსაფრთხო სივრცე რესპონდენტებისათვის, სადაც ისინი თავისუფლად შეძლებდნენ საკუთარ გამოცდილებაზე საუბარს, რაც გულისხმობდა ბარიერებისა და ამავდროულად, მხარდამჭერების იდენტიფიცირებას. კვლევის საშუალებით გამოიკვეთა ის ფაქტორები, რომელიც აძლიერებს აბორტის სტიგმას.

აბორტთან დაკავშირებული აზრთა სხვადასხვაობის მიუხედავად, ის ჯანდაცვის ერთ-ერთი სერვისია. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ინფორმაციის ქონა და საჭირო სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა კი ადამიანის საბაზისო უფლებაა. ადამიანებს აქვთ უფლება და საჭიროება ჰქონდეთ ინფორმაცია საკუთარ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე.

Life 2.0-ის მიერ ჩატარებულ კვლევაში, საქართველოს 6 რეგიონიდან, 200-მდე ადამიანი მონაწილეობდა. ჩატარდა ფოკუს-ჯგუფ დისკუსიები და სიღრმისეული ინტერვიუები. კვლევაში ჩართული ადამიანები იმყოფებოდნენ რეპროდუქციულ ასაკში და ჰქონდათ აბორტის გამოცდილება. საკვლევ ჯგუფს კი წარმოადგენდნენ: აივ დადებითი, ტრანსი, შშმ, იძულებით გადაადგილებული, სექს სამუშაოში ჩართული ადამიანები და ნიმ/ნიმ-ის პარტნიორები.





კვლევის საუბველზე დადგინდა, რომ გამოკითხულ ინდივიდებს უაღრესად მცირე და ამავე დროს, არამართებული ინფორმაცია ჰქონდათ რეკონსტრუქციული საკითხების შესახებ. ცოდნა, რომელსაც ისინი ავლენდნენ, გაჯერებული იყო მითებით. პრობლემური იყო ინფორმირებულობა კონტრაცეპციის, აბორტის, ორსულობის, სგგი, აივის, ჰეპატიტის საკითხების შესახებ. ინფორმაციის წყაროდ უმეტესად სახელდებოდა მეგობრების წრე, ინტერნეტი და ერთეულ შემთხვევებში მშობელი. გარკვეული პრობლემების ან საჭიროებების გამოკვეთის შემთხვევაში, ინფორმაციის წყაროდ ხდებოდა ექიმი. გამოკითხულ რესპონდენტებს შორის არ აღმოჩნდა არც ერთი ადამიანი, რომელსაც ცოდნა რეკონსტრუქციული საკითხების შესახებ გააჩნდა წინმსწრებად და ამომწურავად. ცოდნის საკითხი პრობლემური იყო არამართლ არასასურველი ორსულობის დადგომის მომენტში, არამედ გამოწვევად რჩება დღემდე. მითების დიდი ნაწილი კვლავ რჩება ე.წ. ცოდნის შემადგენელ კომპონენტად. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის მომენტისთვის, მონაწილეებისთვის ცნობილი იყო ინფორმაცია ძირითადი კონტრაცეპციული საშუალებების შესახებ, მითები არასასურველი ორსულობისგან თავის დასაცავად კვლავ ინარჩუნებდა აქტუალურობას. ხშირ შემთხვევაში, რესპონდენტებისთვის ცნობილი კონტრაცეპტივები მათთვის ხელმისაწვდომი არ იყო და სწორედ ამიტომ მიმართავდნენ ე.წ. „შინაურულ მეთოდებს“. გამოწვევად რჩდება კონტრაცეპტივების იმ რაოდენობით ხელმისაწვდომობაც, რა ოდენობითაც ისინი ადამიანებს ესაჭიროებათ.

რესპონდენტები ასევე საუბრობდნენ ინტიმური პარტნიორების წინააღმდეგობაზე, კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებით. პარტნიორები ეწინააღმდეგებოდნენ როგორც კონდომის, ასევე ზოგ შემთხვევაში საშვილოსნოსშიგა საშუალებების (სპირალი) გამოყენებასაც. მსგავსი საქციელი ქალების მხრიდან არ აღიქმებოდა ძალადობად, ისინი თვლიდნენ, რომ კონტრაცეპტივის გამოყენება ორმხრივ თანხმობას საჭიროებს, ხოლო არასასურველი ორსულობის დადგომას „ქალურ პრობლემად“ მოიხსენიებდნენ და მისი მოგვარების მთელი ტვირთი აწევბოდა ქალს.

კვლევის მიმდინარეობისას დადგინდა, რომ რესპონდენტებს არ აქვთ ცოდნა აბორტზე, როგორც სამედიცინო მანიპულაციაზე. გამოკითხულთა უმრავლესობას მიაჩნდა, რომ აბორტი უფრო საშიშია ვიდრე ორსულობა და მშობიარობა, მაშინაც კი, თუ საუბარია 18 წელს მიუღწეველ ადამიანზე. აბორტის რისკებს შორის მონაწილეები ასახელებდნენ შემდეგ

აუხილებელია  
მედიკამენტური აბორტის  
ხელმისაწვდომობის  
გაფართოვება, ეს მეთოდი  
პრობრენის უდიდესი  
მონაპოვარია

საკითხებს - „საშვილოსნოს კედლების გათხელება“, გავლენა ფსიქიკაზე, უშვილობა, „ჯანმრთელობისთვის საზიანო“ და „ბევრი აბორტი საშიშია“. მიუხედავად არსებული წარმოდგენების, შიშის, სირცხვილის და დანაშაულის გრძობისა, ქალები დგებიან აბორტის საჭიროების წინაშე.

ერთის მხრივ არსებობს უაღრესად ნეგატიური დამოკიდებულება აბორტის მიმართ, თუმცა ამის პარალელურად, ადამიანებს ხელი არ მიუწვდებათ სათანადო ცოდნაზე, თუ როგორ უნდა აირიდონ თავიდან არასასურველი ორსულობა.

ამავდროულად, ხელმისაწვდომი არაა თავდაცვის საშუალებებიც. შედეგად ვიღებთ არასასურველი ორსულობის შემთხვევებს, რომელთან გამკლავების სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება ორსულს. ბარიერების გადალახვის, ზოგ შემთხვევაში, რისკზე წასვლის და პრობლემის მოგვარების შემდეგ, ის ხდება გაკიცხვის ობიექტი და ხშირ შემთხვევაში ახდენს თვითსტიგმატიზაციას, საზოგადოებაში არსებული განწყობებიდან გამომდინარე.

## ხელმისაწვდომობა აბორტის სერვისებზე და ბარიერები

კვლევაში მონაწილე ადამიანები, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მიეკუთნებოდნენ სხვადასხვა მოწყვლად ჯგუფებს. აღნიშნული ჯგუფის წარმომადგენლებს, ყოველდღიურად უწევთ სტიგმა/დისკრიმინაციასთან შეხება და გამოირჩევიან მაღალი მოწყვლადობით სოციალური პრობლემების მიმართ. აქედან გამომდინარე, გინეკოლოგიურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, კიდევ უფრო პრობლემურია ჩვენს მიერ ნაკვლევი ჯგუფებისთვის. ძირითადი გამოწვევები, რომელზეც რესპონდენტები საუბრობდნენ, შეეხებოდა ფინანსებს, კონფიდენციალურობას და საზოგადოებრივ წნეხს. ხშირ შემთხვევაში, პირადი ინფორმაციის გამჟღავნების შიშით, ქალები მიდიოდნენ რისკზე არასასურველი ორსულობის თვითნებური მოგვარების გზით. კვლევის მონაწილეების მიერ მოყოლილი რამდენიმე ისტორია უაღრესად მძიმეა და ნათელ წარმოდგენას გვიქმნის იმაზე, თუ რა მასშტაბის საფრთხის წინაშე შეიძლება აღმოჩნდეს ქალი, რომელსაც მტკიცედ აქვს გადაწყვეტილი, რომ არ სურს ორსულობის გაგრძელება.

„მე ახალი გაგებულნი მქონდა ჩემი დიაგნოზი და ძალიან მძიმე მდგომარეობაში ვიყავი ისედაც, თავის მოკვლა მინდოდა ფაქტიურად ვერც გავიგე ისე ვიყავი ჩემი ამბებით დაკავებული და რომ მივხვდი უკვე ვიყავი სამ თვემდე, ვინ რას გამიკეთებდა? ფულიც არ მქონდა და ჩემ ქმართანაც ძალიან ამერია ურთიერთობა. გავიგე რომ დიდ ორსულობაზე „ს“ (წამლის დასახელება) არ გაჭრიდა. ექიმთან მისვლა კი არ მინდოდა, როგორც გითხარით და მერე ინტერნეტში წაკითხვისას აღმოვაჩინე რომ იყიდება ამჟღელა აფთიაქში, რომელსაც ხმარობენ კლინიკებში დიდი ორსულობის მოსაშლელად თუ ნაყოფს სიმანინჯე აქვს ან მკვდარია, ხელოვნურად სამშობიაროდ და „ე“ (წამლის დასახელება) ჰქვია. აქ ვერ ვიშოვე, ვიყიდე თბილისში „პასაჟი“ და მეზობელ ექთანს ვთხოვე ვენაში გაეკეთებინა ჩემთვის, მოვატყუე რომ ექიმმა დამინიშნა და გამიკეთა, მთლიანად შეშვებული არც იყო წამალი რომ უცბად გადავვარდი სკამიდან და ცუდად გავხდი. მომენტალურად დამემართა სისხლის დენა და მუცელიც მომეშალა. ჩემ მეზობელს ძალიან შეეშინდა ვუთხარი რომ უბრალოდ ციკლი მქონდა, ჭარბად მომდიოდა და იმიტომ გავხდი ცუდად ტკივილების გამო და სახლში გავუშვი. მთელი ერთი კვირა მქონდა დენა მაგრამ ვითმენდი. მერე შესაკუმშები გავიკეთე და ასე დასრულდა ეს ამბავი, მაგრამ მას შემდეგ ციკლი ისე ამერია და ქალურადაც ვერ ვარ კარგად სულ მკურნალობა მჭირდება, წამლები კი ძვირია“ - ყველა აივ დადებითი რესპონდენტი.

საჭიროების გამოვლენისა და გადაწყვეტილების მიღების გარდა, ასევე პრობლემურია სერვისის მოძიება. იქიდან გამომდინარე, რომ აბორტის პროცედურა ყველა კლინიკაში არ ტარდება და გინეკოლოგების შეზღუდული რაოდენობა ატარებს ხსენებულ მანიპულაციას, პაციენტებისგან სერვისის მოძიება დამატებით ძალიან ხმევას მოითხოვს. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ აბორტზე საუბარი უჭირდათ და ახლო მეგობრების დახმარებით, ან ნაცნობი ექიმის რეკომენდაციით მიაგნეს სერვისს. ის გარემოება, რომ აბორტის შესახებ ინფორმაცია ღია და ადვილად ხელმისაწვდომი არა არის, შეგვიძლია კიდევ ერთ ბარიერად მივიჩნიოთ.

კვლევაში მონაწილე ყველა ადამიანებისთვის აბორტი განსხვავებულ გამოცდილებას წარმოადგენს, რაც პირდაპირ უკავშირდება რეპროდუქციულ სამართლიანობას, კერძოდ - სოციალურ სტატუსს, გენდერულ იდენტობას, ეკონომიკურ მდგომარეობას ან სხვა ფაქტორებს. რესპონდენტების გამოცდილებაზე დაყრდნობით, ზოგ შემთხვევაში მათ სამედიცინო დაწესებულებას არ მიმართეს რადგან არ ჰქონდათ ფინანსური რესურსიზოგი კი ამის მიზეზად არასასურველი ორსულობის ფაქტის დამალვას ასახელებდა.

*„მე წამალი დავლიე ორჯერ და მიშველა. დავიღალე. სულ ორსულად ვარ და თან პირველი სამი თვე ცუდად ვარ. რაც გავაჩინე იმ ბავშვებისთვის ვერ მიმიხვდია“*

- ამბობს ერთ-ერთი რესპონდენტი.

*„მეც დამიღვევია ეგ წამალი და მიშველა. ბავშვებს რა ვაჭამო არ ვიცი. თან ჩემი ქმარი სულ მთვრალია და მე უნდა ვიმუშაო, რომ სახლში რამე მოვიტანო“*

- ყვება დისკუსიის მეორე მონაწილე.

მიუხედავად იმისა, რომ ქალებს ცალსახად ნეგატიური დამოკიდებულება აქვთ აბორტის პროცედურის მიმართ, რაც გამოიხატება შიშსა და სირცხვილში, ისინი მაინც იკეთებენ აბორტს, მათ შორის ექიმის მეთვალყურეობის გარეშე. ხშირია შემთხვევები, ისინი საკუთარ გადაწყვეტილებას ასაბუთებენ პასუხისმგებლობებით უკვე გაჩენილი შვილების მიმართ.

ცალკე აღნიშვნას იმსახურებს ექიმების და მედპერსონალის დამოკიდებულება იმ პაციენტების მიმართ, რომლებიც აბორტის სერვისისთვის აკითხავენ კლინიკებს. რესპონდენტები საუბრობენ ექიმის მხრიდან განკითხვაზე, რადგან არასასურველი ორსულობის დადგომიდან მოკლე ვადებში არ ხდება კლინიკისთვის მიმართვა. პრობლემის მოგვარების გადავადება, მანამ სანამ ის უკიდურესად არ გამწვავდება - ძალიან სიმპტომატურია აბორტთან მიმართებაში. ერთ-ერთი მიზეზია, პროცედურისთვის საჭირო თანხის მობილიზებაც, რაც გარკვეულ დროს მოითხოვს ორსულისგან. ამას ემატება განსჯისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესიც. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ფინანსური და სტიგმით გამოწვეული ბარიერების მოხსნა, დადებით გავლენას იქონიებდა ადრეულ მიმართვიანობაზეც. მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტები საუბრობდნენ პოზიტიურ გამოცდილებაზე და პროფესიონალურ მიდგომაზეც, ხშირია შემთხვევები, როდესაც მედპერსონალი ცდილობს დაამუნათოს, შეარცხვინოს, გადაწყვეტილება შეაცვლევინოს პაციენტს. ამგვარი დამოკიდებულება მედპერსონალის მხრიდან, ერთგვარ ნორმადაა მიჩნეული, რადგან არსებული სტიგმის გათვალისწინებით, არასასურველი ორსულობისგან გათავისუფლების სურვილი ცოდვად და მკვლელობადა ითვლება. ეს გარემოება ქალებს უბიძგებს მორჩილად აიტანონ არასათანადო მოპყრობა. მათი უმრავლესობა არც კი აპროტესტებს ექიმების ამგვარ ქცევას, რადგან თვლიან რომ თავად არიან „დამნაშავეები.“

აბორტის გამოცდილების მქონე ქალები თავს მოიხსენიებდნენ „ცოდვილებად“, „მკვლელებად“, „დამნაშავეებად“ და „ცუდ ქალებად“. მათ წლების განმავლობაში მოჰყვებოდათ მძიმე დანაშაულის შეგრძნება. ისინი, ცხოვრებაში გადახდენილ ნებისმიერ უსიამოვნებას, მიიჩნევენ აბორტის გამოცდილებად და თვლიან რომ ეს არის „დამსახურებული სასჯელი“. იყო შემთხვევები, როდესაც ქალები საუბრობდნენ „სასჯელის მოლოდინზე“.

*„ძალიან ცოდვილი ვარ ვიცი და კარგის იმედი არ მაქვს არც მომავალში. მე ალბათ შვილი რომც მოვიზნდომო მომავალში აღარც მეყოლება... თუ მეყოლება და არ შემრჩება. ვიცი, ჩემი ცოდვების გამო“ - ამბობს რესპონდენტი.*

კიდევ ერთი რესპონდენტი ყვება საკუთარ გამოცდილებაზე და სურვილზე, დაესაჯა საკუთარი თავი, იმისათვის რომ აბორტის საჭიროების წინაშე აღმოჩნდა.

*„მტკივნეული იყო. დაჟე ნარკოზიც არ გამიკითებია. ღირსი ვარ და დავიტანჯო-მეთქი ვფიქრობდი. იმ დღემდე მძულდა საკითარი თავი“.*

დაუშვებელია იმ  
აღანიანების და ქიმიების  
დემონიზაცია, ვინც  
აბორტის მომხრეა

აბორტთან დაკავშირებული განცდები და თვითსტიგმა ძალიან მძიმეა. ბევრი რესპონდენტი, პროცედურიდან მრავალი წლის გასვლის მიუხედავად დღემდე უდიდესი დანაშაულის შეგრძნებით ცხოვრობს და ყველა ნეგატიურ გამოცდილებას სწორედ აბორტის შემთხვევასთან აკავშირებს. ამგვარი დანაშაულის შეგრძნება განპირობებულია აბორტთან დაკავშირებული დისკურსით. ეკლესიის დამოკიდებულება და აბორტის მკვლევლობად შერაცხვა ამ გრძნობების გამძაფრებას ხელს უწყობს. ერთ-ერთი ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეები მკაცრად განიკითხავდნენ იმ ქალებს, რომლებიც არ განიცდიან აბორტის პროცედურას და შეუძლიათ უემოციოდ გადაიტანონ ის. აბორტის შემდგომ თვითგვემა, აუცილებენ შემადგენლადაა მიჩნეული.

კვლევამ გამოავლინა აბორტის ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა ბარიერები. გამოიკვეთა, რომ ბარიერების წარმოქმნაში მონაწილეობენ ფინანსური, გეოგრაფიული, კულტურული, სოციალური, ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და გენდერის კომპონენტები.

კვლევის მიმდინარეობის პროცესში, რესპონდენტების დიდი ნაწილი საუბრობდა მედიკამენტური აბორტის დამოუკიდებლად, ექიმის მეთვალყურეობის გარეშე, გამოყენების პრაქტიკაზე. ხსენებული საკითხი ყველა ფოკუს-ჯგუფს დისკუსიისა და სიდრმისეული ინტერვიუს მიმდინარეობისას წამოიჭრა. შეიქმნა საფუძვლიანი ვარაუდი, რომ სამედიცინო კლინიკების მიღმა ჩატარებული აბორტების რაოდენობა მზარდია, რის მიზეზადაც რესპონდენტები ასახელებენ კლინიკებში სერვისის სიძვირეს, კონფიდენციალურობის ნაკლებობას, სტიგმას და სხვა ბარიერებს.



აბორტის ხელმისაწვდომობასა და აკრძალვაზე საუბრისას ყველა მონაწილე თანხმდებოდა, რომ აკრძალვა მათი გამოცდილებით პრობლემას არ მოაგვარებს, რადგან თუკი ორსულობა არასასურველია ისინი ყოველთვის მონახავენ გამოსავალს, რომელიც შესაძლოა მაღალი რისკის შემცველი იყოს.

დისკუსიის მსვლელობისას ქალები აღნიშნავდნენ, რომ მათი ინფორმაციით წარსულში აბორტთან დაკავშირებით წარმოდგენები განსხვავებული იყო. რესპონდენტების მშობლების თაობის ქალები „ათობით აბორტს იკეთებდნენ“ და ამის გამო მათ არავინ განიკითხავდა. შექმნილ ვითარებაში, ბევრისთვის მედიკამენტური აბორტი, რომელსაც თავად მართავენ მარტივი გამოსავალია, რადგან „ვერც ვერავინ გაიგებს და თან იაფია“.

*„მე წამლის დაღუვას აბორტს არც ვეძახი“ - აღნიშნა რესპონდენტმა.*

*„ს“ (მედიკამენტის სახელი) და იმის ჯანი. რად დარბიხართ ექიმებთან და ფულებს ხარჯავთ...“ - მიმართა რესპონდენტმა ჯგუფს.*

თუმცა გამოიკვეთა განსხვავებული პოზიციაც, როდესაც კვლევის მონაწილეები ქალებს ურჩევდნენ მიემართათ ექიმისთვის და არავითარ შემთხვევაში არ გაერისკათ.

*„თუ ექიმთან ხარ საშიში არაფერია. ჩემ შემთხვევაში... მაშინ ისე ცუდად გავხდი, რომ სიკვდილს ჩავხედე თვალებში. ძალიან საშიშია და ყველას ვეტყობდი რომ ასე არ გარისკოს. მე გამიმართა, მაგრამ სხვას შეიძლება ძალიან რთულად დაუსრულოდეს ეს ამბავი“.*

კლინიკებში აღირიცხება თვითნებული აბორტის მცდელობის გართულებული შემთხვევები, თუმცა რამდენი ქალი „ავარებს“ არასასურველი ორსულობის პრობლემას რეალურად ჩვენთვის ცნობილი არ არის. სექს სამუშაოში ჩართული ქალები ყვებიან, რომ თურქეთში მუშაობისას მედიკამენტური აბორტი მათთვის ერთადერთი „იმედია“, რადგან კლინიკაში აბორტის სერვისი ძალიან ძვირია და რომ არა ეს მედიკამენტი, საქართველოში მოუწევდათ ჩამოსვლა.

რესპონდენტების დიდი უმრავლესობა აღნიშნავდა რომ აბორტი ტაბუირებული თემაა და მასზე ძალიან იშვიათად საუბრობენ, ისიც ძალიან შეზღუდულ საზოგადოებაში ან საერთოდ არ საუბრობენ. აბორტთან დაკავშირებულია ისეთი ასოციაციები, როგორცაა სირცხვილი, დანაშაული, მკვლელობა, ცოდვა... მიუხედავად იმისა, რომ ნეგატიური ნარატივი ცალსახად ჭარბობს, ქალები ამასთანავე იყენებდნენ სიტყვას „გათავისუფლება“, „შვება“ და „პრობლემის მოგვარება“. ბევრი მათგანისთვის არასასურველი ორსულობისგან გათავისუფლება იყო ერთადერთი გზა, რომ შეენარჩუნებინათ ის მინიმალური ცხოვრების სტანდარტი რაც გააჩნდათ, ან არ გამხდარიყვნე უფრო მეტი ექსპლუატაციის მსხვერპლი.

რესპონდენტების გარკვეული ნაწილი აღნიშნავდა, რომ აბორტზე საუბარი, უსაფრთხო გარემოში, სადაც მათ არავინ განსჯის, უაღრესად თერაპიული და შვების მომგვრელი აღმოჩნდა. ბევრი მათგანი შიშით და სიფრთხილით ეკიდება აბორტზე ხმამაღლა საუბრის საკითხს, რადგან შესაძლოა ამან ზიანი მიაყენოს მათ ან ზოგადად პროცესს. მათი აზრით, აბორტს ბევრი მოწინააღმდეგე ჰყავს და ხმამაღალმა საუბარმა შესაძლოა მოწინააღმდეგეების „გაღიზიანება“ და

გააქტიურება გამოიწვიოს, რაც კიდევ უფრო უკან დახევს და დააზიანებს პროცესს. თუმცა, იყვნენ ისეთებიც, ვინც თვლიდა, რომ საუბრით შესაძლოა ინფორმაცია მივიტანოთ იმ ადამიანებამდე, რომლებიც მარტო არიან, საჭიროებენ აბორტს და არ იციან სად ეძებონს გამოსავალი.

საქართველოში არსებული საკანონმდებლო ბაზა შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტს და აქედან გამომდინარე აბორტის სერვისი ქვეყნის მასშტაბით უნივერსალურად ხელმისაწვდომად მიიჩნევა. თუმცა, კვლევის შედეგები ადასტურებს, რომ ყველაზე უფრო მოთხოვნადი გინეკოლოგიური პროცედურის მისაღებად, ადამიანებს უამრავი ბარიერის გადალახვა უწევთ.

დაუშვებელია აბორტის  
სერვისის  
მიმწოდებლებისგან  
ბარკვეული ჯგუფის  
აღმინახვისათვის  
სერვისზე უარის თქმა.



აივ დადებითი რესპონდენტების გამოცდილებიდან გამომდინარე, მათ მნიშვნელოვან პრობლემას უქმნიდათ ჯანმრთელობის სტატუსის გამჟღავნების შიში. ეს იყო ის უმთავრესი მიზეზი, რის გამოც რესპონდენტმა უკიდურესად რისკიან ვითარებაში ამჯობინა აბორტის გაკეთება. თუმცა, მოგვიანებით, რესპონდენტმა მკურნალი ექიმისგან შეიტყო იმ სერვისების შესახებ, სადაც მისი კონფიდენციალურობა დაცული იქნებოდა. კონფიდენციალურობის საკითხი რესპონდენტისათვის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენდა, უკვე არსებული, აივთან დაკავშირებით არსებული სტიგმის გამო.

*„ ჩემ შემთხვევაში არავინ არ იცოდა ჩემი ამბავი (აივ სტატუსი). ჩემმა დიაგნოზმა მასწავლა, რომ უნდა გავჩუმდე და ბევრი არ ვილაპარაკო. ფაქტიურად ყველასი მეშინოდა და ყველაფრის“ - ყვება რესპონდენტი.*

ეს უკანასკნელი გარემოება კიდევ ერთი თვალსაჩინოებაა იმისა, თუ როგორ ურთიერთქმედებს ორი სხვადასხვა სტიგმა, რამდენად სპეციფიური ვითარება იქმნება და რა ტიპის რისკის წინაშე შეიძლება აღმოჩნდეს ადამიანი. აივ დადებითი ადამიანები პრობლემას აწყდებიან მედიკამენტური აბორტის სერვისით სარგებლობისას, რადგან ზოგიერთ ექიმს არ აქვს ინფორმაცია ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასთან აბორტის მედიკამენტების შეთავსებადობის შესახებ.

„რადგან ანტირეტროვირუსული მკურნალობაზე ვიყავი მედიკამენტოზური აბორტი არ გამიკეთეს, ზუსტად ვერ მივხვდი რატომ, მაგრამ მაგ წამლებს რომ იღებ რამე არ დაგიშავოსო აბორტის წამლებმაო ასე მითხრა ექიმმა. აღარ დაველოდე გარკვევას, რა ვიცი გამოფხეკა სულ არ მინდოდა, ინფიცირებული რომ ვარ ეგ უფრო საშიში არაა ექიმისთვის? მე თვითონ დავლოდე მერე წამალი და ეგ იყო“ - ყველა კვლევის მონაწილე.

მსგავსი პრობლემები ექმნებათ ქალებს, ვინც ჰეპატიტ ც-ზე მკურნალობის კურსს გადის.

დაუშვებელია ქალებისა და  
ტრანს ქალების  
უპასუხისმგებლობაზე,  
საუბარი ვინც აბორტს  
საჭიროებს



შემ ქალების გამოცდილებიდან გამოიკვეთა, რომ ექიმები კონსულტაციისას გადაწყვეტილების მიმღებ პირად მიიჩნევენ მეურვეს ან მეუღლეს. კომუნიკაციას არ ამყარებდენ პაციენტთან. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ქალს შესწევს უნარი თავად მიიღოს გადაწყვეტილება. დაფიქსირდა შემთხვევები, როდესაც შშმ პირების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები უგულვებელყოფილი იქნა.

*„ჩემმა მეუღლემ რომ წამიყვანა ხუთი თვის ფეხმძიმედ ვიყავი უკვე. ხელი აღარ მომკიდეს რომ მოეცილებინათ. ექიმი ეჩხუბა თბილისში, როგორ აჩენინებთო. მე ეხლა ამას ისეთი ძლიერი ტრანკვილიზატორი რომ მივცე, ნაყოფი ხომ იმასიზავსო... ვერც მომაცილეს, უკვე აბა ხუთი თვისა, დიდი ვიყავი. წამლები დამინიშნა, რაღაც სუსტი წამლები ექიმმა, მაგრამ მე თვითონ არა ვსვამდი, იმიტომ რომ მეთქი შვილი არ იმასვქნა... ბავშვზე არ იმოქმედოს და ის ოთხი თვე სულ ვამტვრევდი, ვამსხვრევდი, ჩემს ნერვებს ვკლავდი აი ასე ცუდად რო ვიყავი“ - ყვება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე რესპონდენტი.*

შშმ რესპონდენტების გამოცდილებიდან თვალსაჩინოდ ჩანს, რომ ხშირ შემთხვევებში მათი უფლებები ირღვევა, ხდება უხეში ჩარევა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებში უგულვებელყოფილია ჯგუფის სპეციფიური საჭიროებები.



## ნარკოტიკების მოხმარება და აბორტი

კვლევის მიმდინარეობისას ნიმ ქალები საუბრობდნენ ძალადობის შემთხვევებზე ინტიმური პარტნიორების მხრიდან. აღნიშნულ ფაქტებს სისტემატური ხასიათი აქვს. მოძალადე კი უმეტესად დაუსჯელი რჩება, რადგან ქალები ძალადობის ფაქტს არ ასაჩივრებენ, პოლიციასთან ურთიერთობისთვის თავის არიდების მიზნით. თავისმხრივ, არასასურველი ორსულობა და აბორტის საჭიროება შესაძლოა გახდეს დამატებითი ძალადობის მიზეზიც და უფრო მეტად მოწყვლად მდგომარეობაში ჩააყენოს ქალი.

*„ძნელი იცი რა არის? თუ ჩუმად გაიკეთებ აბორტს და არც შენმა ქმარმა იცის. შეიძლება იმავე დამეს სექსი მოგთხოვოს და ეს ნაჯიჯგნი რომ ხარ, გაქვს მაგის თავი? ამიტომ ზოგჯერ იმდენი რამე დამიღვეია... მით უმეტეს თუ გასაკეთებელი არ მქონდა. ფაქტიურად ცოცხალი არ ვიყავი და ვერც ვერაფერს გრძნობ. უარს იტყვი და ცემა ტყეპა გარანტირებული მქონია. ჩემ ქმარმა ერთხელ ცემით ტვინის შერყევა დამმართა“ - ყველა კვლევის მონაწილე.*



მედიკამენტური აბორტი არ არის უკანარხვენი იმ ქალებისთვის ვინ ანტიკონსერვატივულ მკურნალობაზეა, ან მოიხმარს ნარკოტიკს

ნიმ ქალებს არ აქვთ საკმარისი ინფორმაცია ორსულობის მართვასთან დაკავშირებით. აქვთ შიში, რომ ნარკოტიკების მოხმარების გამო ნაყოფს შესაძლოა ჯანმრთელობის პრობლემები ჰქონდეს. გარშემომყოფებიც მოუწოდებენ მათ შეწყვიტონ ორსულობა. ამის მიზეზად სახელდება როგორც ნაყოფის მდგომარეობა, ასევე ნიმ ქალების, სტატუსი, რომელიც სტერეოტიპულად არასაიმედო და „დედობისთვის შეუფერებელი“ ადამიანად წარმოაჩენს მათ.



კომერციულ საქს სამუშაოში ჩართული ადამიანების გამოცდილება, რისკების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანწილად ემთხვევა ნიმ ქალების წინაშე არსებულ გამოწვევებს. ეს ჯგუფიც გამოირჩევა მაღალი მოწყვლადობით ფიზიკური და საქს-უალური ძალადობის მიმართ. ქალები საუბრობენ ინტიმური პარტნიორის მხრიდან სხვადასხვა ფორმის ძალადობაზე. არის შემთხვევები, როდესაც ქალები აშკარა ძალადობის ფაქტს ყვებიან, თუმცა არ ხდება მისი სახელდება. ინფორმაციის არქონის გამო, ვერ ხერხდება ძალადობის ფაქტების ამოცნობა და გასაჩივრება.

საქს სამუშაოში ჩართული ქალები ხშირად არიან საქს-უალური ძალადობის მსხვერპლი. კლიენტები უარს ეუბნებიან მათ ბარიერული კონტრაცეპციის გამოყენებაზე, რაც უმეტესად აღიქმება როგორც კლიენტის დაკვეთა და არა ძალადობა. მსგავსი შემთხვევების გასაჩივრება და მსხვერპლის მხრიდან არ ხდება.

კვლევის შედეგად დადასტურდა, რომ კვლევაში მონაწილე ადამიანებს არ ჰქონდათ საბაზისო ინფორმაცია საქს-უალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ. არ ჰქონდათ სათანადო ცოდნა კონტრაცეპციის და აბორტის შესახებ. ამასთანავე, ხელი არ მიუწვდებოდათ საჭირო ოდენობის კონტრაცეპციაზე.

რესპონდენტები იყვნენ საქს-უალური ძალადობის მსხვერპლი, თუმცა საკუთარი უფლებების არცოდნის გამო, ზოგ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ პრობლემების სახელდებას. მათი აზრით, კონტრაცეპციის გამოყენება კაცის არჩევანია და მის ნება-სურვილზეა დამოკიდებული. დამდგარ



შედეგებთან გამკლავება, კი - ქალის პასუხისმგებლობა და ვალდებულებაა.

რესპონდენტები წინააღმდეგობებს აწყდებოდნენ სერვისის მოძიების ეტაპზე. რეგიონებში კი მწვავედ იდგა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემაც. გამოწვევად რჩება კონფიდენციალობის საკითხი და სერვისის ღირებულება.

პრობლემაა 5-დღიანი მოსაცდელი პერიოდიც, რომელიც განსაკუთრებულად მძიმეა ქალებისთვის და გოგოებისთვის, რომლებიც რეგიონში ცხოვრობენ და სერვისის მისაღებად დამატებითი დრო და ფინანსური რესურსი ესაჭიროებათ.

კვლევის პროცესში ნათლად გამოიკვეთა რამდენიმე მნიშვნელოვანი საკითხი აბორტთან დაკავშირებით. ქალებს ცალსახა და ჩამოყალიბებული პოზიცია გააჩნიათ იმ სადისკუსიო საკითხებთან მიმართებაში, რომლებიც მუდმივად ცხარე კამათს იწვევს საზოგადოებაში. მკვლევარის კითხვაზე, თუ რას ფიქრობენ აბორტის აკრძალვაზე, ქალები

ნარკო მომხმარებელი, აივ  
დავებით, სქმს მუშაკ  
აღამიანებს ისევე  
ესაჭიროებათ აბორტი  
სერვისზე რომორც ყველა  
სხვან

პასუხობდნენ, რომ აბორტის აკრძალვა დაუშვებელია რადგან ეს პირდაპირ აისახებოდა კრიმინალური აბორტების რიცხვის ზრდაზე, რაც თავის მხრივ სახიფათო იქნება ქალების ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის. ისინი დემოგრაფიის კავშირს ხედავენ ეკონომიკურ, უფლებრივ გაძლიერებაში და არა აბორტის აკრძალვაში. ორსული მიაჩნიათ სუბიექტად, რომელმაც თავად უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარ მომავალთან დაკავშირებით. სახელმწიფო და გარემომცხოვრებელი კი მიაჩნიათ პასუხისმგებლად სერვისების გაუმჯობესების, ხელმისაწვდომობის გაზრდასა და მხარდაჭერის საკითხში.

გარკვეული პოლიტიკოსები, ექიმები, ეკლესია და საზოგადოება თვლიან, რომ ორსული ადამიანზე უკეთესად იციან რა სჯობს მისთვის და რა გადაწყვეტილება ემსახურება ქალის საუკეთესო ინტერესს. ყოველივე ეს, ქმნის შთაბეჭდილებას, რომ ორსული ადამიანი არ აღიქმება სრულფასოვან, განსჯის უნარის მქონე და რაციონალურ არსებად, სადაც გადაწყვეტილებები მის მომავალთან და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით უნდა მიიღონ გარშემომყოფებმა. აღნიშნული მიდგომა არის დისკრიმინაციული და უსამართლო.

ნარკო მომხმარებელ, აივ  
ღაღებით, სექს მუშაკ  
აღაშიანებს თავად უნდა  
ქონდეთ არჩევანის  
საშუალება იყოირონ თუ  
არა შვილი

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეუძლებელია ვისაუბროთ უსაფრთხო აბორტის საყოველთაო და უნივერსალურ ხელმისაწვდომობაზე. საზოგადოებაში არსებობს ძლიერი სტიგმა, რომელიც ფინანსურ, გეოგრაფიულ, კულტურულ, სოციალურ, ჯანმრთელობის მდგომარეობით და გენდერული იდენტობით განპირობებულ ბარიერებთან ერთობლიობაში, უბიძგებს

ქალებს დამოუკიდებლად ეძებონ გამოსავალი შექმნილი ვითარებიდან და სამედიცინო დაწესებულებების მიღმა თავად გადაჭრან არასასურველი ორსულობის პრობლემა.

ბიბლიოგრაფია:

- 1 <https://www.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=a9ee8a02-ef7a-4d3a-b510-39aefd5872da>
- 2 [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)
- 3 „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება - 2018
- 4 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11> (თავი 8, მუხლი 40)
- 5 How to educate about abortion: A guide for peer educators, teachers and trainers (IPPF, 2016)

აბორტის/აბორტის სერვისების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად  
დაგვიკავშირდით ნომერზე: 599 355436

